

1. töl. 27. árg 2008

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



Meðal efnis:

Sjúkraþjálfun og gigt

•

Iðjuþjálfun og gigt

•

Hjúkrun gigtarsjúklinga

•

Breytingar á færni einstaklinga



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

www.öldrun.net

Unnur Pétursdóttir

sjúkrapjálfari, formaður Gígtarfélags
Norðurlands eystra



Áreynsla eflir bein

Regluleg hreyfing er hvíld
kyrrsetufólksins

Kalk við hæfi
- alla ævi!



Kyrrseta og hreyfingarleysi á starfsævvinni auka hættu á beinþynningu síðar meir. Okkur er því nauðsynlegt að liðka líkamann og reyna á hann því beinin styrkjast þegar vöðvarnir toga í þau við hæfilega áreynslu. Líkamsþróttur sem veitir gott jafnvægi getur komið í veg fyrir byltur og ótímabær brot.

Regluleg hreyfing er hvíld kyrrsetufólksins. Við getum alltaf fundið tíma til að hreyfa okkur, stutt gönguferð í hádeginu gefur t.d. bæði hreyfingu og birtu. Oft getur líka verið fljótlegra að ganga milli staða en að aka bíl.

Beinin þurfa líka góða næringu. Rannsóknir sýna að við getum styrkt beinin og hægt verulega á beinþynningu með réttu mataræði. Regluleg hreyfing, D-vítamín og kalkríkar mjólkurvörur styrkja beinin og stuðla að því að við getum borið höfuðið hátt á efri árum.



BEINVERND

ÖLDRUN

27. árg. 1. tbl. 2008

EFNISYFIRLIT:

Skýrsla formanns Öldrunarfræðafélags Íslands fyrir starfsárið 2007–2008 <i>Sigrún Ingvarsdóttir formaður</i>	4
Sjúkrapjálfun og gigt <i>Hrefna Indriðadóttir</i>	5
Iðjuþjálfun og gigt <i>Guðbjörg Guðmundsdóttir</i>	10
Hjúkrun gigtarsjúklinga á Íslandi <i>Ingibjörg E. Ingimarsdóttir</i>	12
Breytingar á færni einstaklinga, 75 ára og eldri, í kjölfar bráðainnlagnar á lyflækningadeildir LSH <i>Sigrún Bjartmarz</i>	17

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

ÁBYRGÐARMÆÐUR:
Líney Úlfarsdóttir

PRÓFARKALESTUR:
Ritnefnd

FORSÍÐUMYND:
Birkitré. Mynd frá Miðdal Bláskógarbyggð
Helgi Þór Snæbjörnsson

UMSJÓN AUGLÝSINGA:
Öflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:
Gutenberg

UPPLAG:
700 eintök
Tímaritið Öldrun kemur út tvisvar á ári
ISSN 1607-6060

STJÓRN
ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS

Pósthólf 8391 – 128 Reykjavík

Sigrún Ingvarsdóttir, formaður, formadur@oldrun.net
Ingibjörg Halla Þórisdóttir, ritari, ritari@oldrun.net
Guðlaug Þórsdóttir, gjaldkeri, gjaldkeri@oldrun.net
Auður Hafsteinsdóttir, Líney Úlfarsdóttir,
Jóhanna Marín Jónsdóttir, Sigurveig H. Sigurðardóttir

Frá ritnefnd Öldrunar:

Fyrri tölublað tímaritsins Öldrunar 2008 hefur nú litið dagsins ljós, eftir fremur langa meðgöngu.

Ætlunin var að helga blaðið þverfaglegri umfjöllun um gigt og meðhöndlun á gigtarsjúkdómum hjá öldruðum og í blaðinu má finna grein hjúkrunarfræðings, sjúkrapjálfa og iðjuþjálfara um það efni. Við eigum von á nánari umfjöllun frá læknisfræðilegu sjónarhorni í næsta tölublaði.

Í blaðinu er einnig fjallað um ýmislegt sem snýr að starfsemi Öldrunarfræðafélagsins, s.s. samantekt á efni námsstefna félagsins og fréttir frá aðalfundi. Einnig má finna grein um rannsókn sem var styrkt af Vísindasjóði félagsins árið 2006.

Nokkrar breytingar verða nú á ritstjórn Öldrunar. Líney Úlfarsdóttir leysir Berglind Indriðadóttur af hólmi sem ritstjóri. Eyjólfur Þ. Haraldsson, öldrunarlæknir og Rósa Hauksdóttir, iðjuþjálfari, koma til starfa í ritstjórn.

Sem fyrr vill ritnefnd hvetja lesendur til að skrifa greinar í blaðið eða benda á áhugaverð efni sem þarfnast kynningar. Nú þegar er hafin vinna við næsta tölublað. Að síðustu vill ritnefnd þakka höfundum þeirra framlag, sem og Fanneyju Kristbjarnardóttur sem gaf góð ráð varðandi uppsetningu heimilda.

Með bestu kveðju!

Berglind Indriðadóttir, iðjuþjálfari
Guðlaug Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Elín Guðjónsdóttir, félagsráðgjafi
Líney Úlfarsdóttir, sálfræðingur

ritnefnd@oldrun.net

Skýrsla formanns Öldrunarfræðafélags Íslands fyrir starfsárið 2007–2008

Stjórnarstarf

Í stjórn á starfsárinu sátu Sigrún Ingvarsdóttir formaður, Ingibjörg Þórisdóttir ritari, Guðlaug Þórsdóttir gjaldkeri, Auður Hafsteinsdóttir og Berglind Indriðadóttir sem jafnframt er ritstjóri blaðsins Öldrunar og fulltrúi stjórnar í ritnefnd. Í varastjórn sátu Sigrún Guðjónsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir. Stjórnarfundir voru haldnir nánast mánaðarlega, með hléi yfir sumarmánuðina.

Aðalverkefni stjórnar á starfsárinu voru undirbúningur námsstefna í samvinnu við Endurmenntun og útgáfa tímaritsins Öldrunar. Félagsmenn eru rúmlega 330 talsins

Námstefnur

Árlega heldur Öldrunarfræðafélagið tvær námstefnur í samvinnu v Endurmenntun HÍ. Á námstefnu sem Öffi hélt í samvinnu við EHÍ þann 1. nóvember 2007 undir yfirskriftinn „*Purfa aldraðir virkni og þjálfun? – Hvað er í boði?*“ var leitast við að svara því hvort og þá hvernig hægt er að auka lífsgæði með aukinni virkni og þjálfun. Að auki var velt upp spurningum um hvort stuðningur til virkni og þjálfunar sé hluti af grunnþjónustu við eldri borgara og ef svo er hvernig hann er skilgreindur, skipulagður og veittur? Hjá frummælendum kom í ljós að ýmislegt er í boði en þó megi standa betur að félagslegri virkni og aðgengi að samfélaginu megi vera betra fyrir þá eldri borgara sem farnir eru að missa færni. Kynnt var tilrauna-verkefni frá Svíþjóð þar sem eldri borgar sem lent hafa á sjúkrahúsi vegna slysa eða veikinda fá endurhæfingu heim auk þess sem sveitarfélagið styrkir þá til að gera breytingar á heimilum sínum í samræmi við færni þeirra.

Á námsstefnunni sem haldin var í byrjun mars 2008 var fjallað um *sjálfsvanrækslu aldraðra* og þær siðferðilegu spurningar sem vakna varðandi þjónustu við þá sem hafna aðstoð og stuðningi þó fagaðilum sé ljóst að heilsa þeirra og velferð geti verið í hættu ef þeir hafna stuðningi. Misjafnt var meðal frummælenda hvar þeir töldu línuna liggja milli virðingar fyrir sjálfákvörðunarrétti annars vegar og ábyrgð samfélagsins á velferð einstaklingsins hinsvegar. Þeir voru þó á einu máli um að mikilvægt sé að kerfi samfélagsins vinni vel saman að þessum málum og komu fram hugmyndir hjá fleiri en einum frummælenda um að stofna einskonar „öldrunarverndarteymi“ sem gæti þá bæði unnið að þessum málum sem og málum þar sem upp kemur grunur um ofbeldi gegn öldruðum.

Aðsókn var góð á báðar ráðstefnurnar. Fjarfundabúnaður var notaður á síðari námsstefnunni og gátu því þátttakendur á Akureyri fylgst með námsstefnunni í gegnum fjarfundabúnað. Kannað verður í samvinnu við endurmenntun hvort það er eitthvað sem stefnt verður að á framtíðarnámsstefnum.

Norrænt samstarf

Öldrunarfræðafélag Íslands er aðili að Nordisk Gerontologisk Forum (NGF), norrænum samtökum öldrunarfræðafélaga. Stjórnarsetur NGF er í Osló og á formaður Öldrunarfræðafélagsins sæti í stjórn. NGF heldur öldrunarfræðiráðstefnu annað hvert ár, sú síðasta sem var númer 19 í röðinni var haldin í Osló dagana 25. – 28. maí 2008 og var yfirskriftin „*Aging, dignity, diversity*“.

Árið 2010 mun Öldrunarfræðafélagið ásamt Öldrunarlæknafélagi Íslands halda 20. ráðstefnu NGF hér í Reykjavík. Jón Snædal hefur tekið að sér að vera forseti ráðstefnunnar, Soffía Egilsdóttir er framkvæmdastjóri og Sigurveig H. Sigurðardóttir er formaður Vísindanefndar. Samið hefur verið við ráðstefnuhaldara hjá Congress með utanumhald um umgjörð ráðstefnunnar. Ráðstefnan verður haldin í nýja tónlistarhúsinu og undirbúningur er kominn vel á skrið. Var hún auglýst á ráðstefnunni í Osló.

Heiðursfélagar

Heiðursfélagar Öldrunarfræðafélagsins eru Alfreð Gíslason, Ársæll Jónsson, Gísli Sigurbjörnsson, Gunnhildur Sigurðardóttir og Þór Halldórsson og að auki er mér það mikil ánægja að kynna nýjan heiðursfélaga frá og með þessum aðalfundi, Jónu Eggertsdóttur.

Reykjavík 27. mars 2008,
f.h. stjórnar Öldrunarfræðafélags Íslands,

Sigrún Ingvarsdóttir, formaður.

Sjúkraþjálfun og gigt

Lykilorð: Gigt, sjúkraþjálfun, hreyfing, verkir, ofþyngd

Hrefna Indriðadóttir,
úfirsjúkraþjálfari, Gigtarfélag Íslands



Til eru yfir 200 tegundir gigtsjúkdóma og á Íslandi má ætla að um 60.000 manns séu með einhvers konar gigtsjúkdóm. Gigtsjúkdómar geta komið fram hjá fólki á öllum aldri en tíðni vissra gigtsjúkdóma eykst með hækkandi aldri. Sjúkraþjálfun er mikið notuð við meðferð gigtsjúkdóma. Meta þarf hvern einstakling sérstaklega þar sem mikill munur getur verið á tveimur einstaklingum með sama sjúkdóm. Aðalumkvörtunarefni tengd gigtarsjúkdómum eru verkir, stírðleiki og þreyta. Í dag er mikil áhersla lögð á hreyfingu við sjúkraþjálfun gigtarfólks. Gigtarfólk hreyfir sig gjarnan minna en aðrir vegna verkja og þreytu en sýnt hefur verið fram á að hreyfing getur dregið úr hvoru tveggja. Einnig geta hreyfing og breytt mataræði dregið úr ofþyngd og þar með aukið færni og dregið úr verkjum. Sýnt hefur verið fram á öryggi jafnvel meðalþungra til þungra æfinga hjá gigtarfólki. Einfaldar og kostnaðarlitlar leiðir geta bætt líðan gigtarfólks umtalsvert.

Almennt um gigt

Árlega greinist fjöldi Íslendinga með gigt og má ætla að um 60.000 manns séu með einhvern gigtsjúkdóm, en til eru um 200 mismunandi gigtsjúkdómar. Það hefur áhrif á daglegt líf að greinast með gigtsjúkdóm en mismikil eftir því um hvaða gigt er að ræða.

Margir telja að gigt sé sjúkdómur ellinnar en fólk getur greinst með gigt á öllum aldri. Með aldrinum eykst þó algengi slitgigtar auk þess sem margir aldraðir þurfa að kljást við afleiðingar gigtsjúkdóma sem þeir greindust með á yngri árum.

Algengustu umkvörtunarefni tengd gigtsjúkdómum eru verkir, þreyta, stírðleiki og lélegt úthald. Gigtsjúkdómar hafa mjög oft áhrif á starfsgetu, afkomu og daglegar athafnir. Þeir eru einnig algeng ástæða örorku, en um 20% öryrkja eru það vegna gigtar. Gigtarfólk ber oft umtalsverðan kostnað af sínum sjúkdómi, meðal annars vegna lyfja, læknisheimsókna, þjálfunar, hjálpartækja og annars. Af þessu má sjá að lífsgæði gigtarfólks eru oft verulega skert.

Algengustu gigtsjúkdómar og áhrif þeirra

Algengustu gigtsjúkdómar eru slitgigt, iktsýki, vefjagigt og hryggikt. Samanlagt eru yfirleitt 65 – 70% þeirra einstaklinga sem koma til meðferðar hjá Gigtarfélaginu með þessar greiningar.

Slitgigt (osteoarthritis) er algengasti gigtsjúkdómurinn. Ætla má að 15% þjóðarinnar hafi einkenni slitgigtar. Hægt er að greina slitbreytingar á röntgenmynd hjá allt að 80% einstaklinga yfir 55 ára, en einungis um 30% þeirra eru með einkenni frá þeim liðum sem greinast með slit á röntgenmynd¹. Einkenni eru oftast frá hrygg, höndum, mjöðmum og hnjám. Stundum eru einkenni bundin við fáa liði, til dæmis eingöngu í höndum en stundum er fólk með slit í mörgum liðum og einkenni víða. Einkenni eru oft tengd áreynslu og liðan er oftast verri síðari hluta dags.

Um 1% Íslendinga eru haldnir iktsýki (rheumatoid arthritis). Sjúkdómurinn er mun algengari meðal kvenna en karla, en þrjár konur á móti hverjum einum karli hafa sjúkdóminn. Iktsýki kemur fram hjá öllum aldurshópum, allt frá barnsaldri, en algengast er að hennar verði fyrst vart um miðjan aldur. Algengustu einkenni iktsýki eru

krónískar, samhverfar bólgur í útlimaliðum og í háls-hrygg. Einnig geta komið fram einkenni sem afleiðing bólgu í öðrum líffærakerfum t.d. í augum, lungum og húð. Alvarleiki sjúkdómsins spannar vítt svið, allt frá því að vera vægur til þess að vera alvarlegur sjúkdómur, sem hefur mikil áhrif á lífsgæði, færni og starfsorku. Um 10% sjúklinga með iktsýki fá varanlegt eða nær varanlegt sjúkdómshlé. Hjá 15-30% einkennist sjúkdómsgangurinn af breytilegri sjúkdómsvirkni með mislöngum sjúkdóms-hléum. Í um 60% tilfella er sjúkdómsvirknin stöðug².

Vefjagigt (fibromyalgia) lýsir sér sem langvarandi, útbreiddir stoðkerfisverkir. Ekki er hægt að greina vefjagigtina með rannsóknum svo sem í blóðrannsókn eða röntgenmyndatöku heldur er stuðst við skoðun og sögu. Greiningin byggir á sögu um dreifða verki í öllum „fjórðungum“ líkamans, þ.e. fyrir ofan og neðan mitti, og hægra og vinstra megin í a.m.k. 3 mánuði og sársauka, ekki eymsli, í a.m.k. 11 af 18 fyrirfram ákveðnum eymsla-punktum. Einnig lýsir fólk mjög oft svefntruflunum, þreytu og mjög skertu úthaldi til allra starfa. Engar rann-sóknir staðfesta vefjagigtargreininguna en hins vegar þarf gjarnan að framkvæma rannsóknir til að útiloka að um aðra sjúkdóma, sem líkjast vefjagigt, sé að ræða. Einkenni sjúkdómsins koma oftast fram milli tvítugs og fertugs en greiningin er oft staðfest mun seinna, eða á aldrinum 34-53 ára. Um 90% þeirra sem fá vefjagigt eru konur.

Hryggikt (spondylitis ankylopoietica) er langvinnur gigt-arsjúkdómur sem veldur stirðleika og verkjum í baki, hálsliðum og brjóstakassa og stundum einnig í útlima-liðum. Algengi hennar er um 1% og einkenni hefjast oft á aldrinum 20–30 ára.

Fjölvoðvagigt (polymyalgia rheumatica) greinist helst hjá eldra fólki. Aðaleinkenni eru verkir í kringum axlagrind og mjaðmagrind og mikill stirðleiki á morgnana og eftir hvíld. Einkennin byrja oftast skyndilega en geta þó líka komið smám saman.

Þvagsýrugigt (gout) byrjar oftast skyndilega sem verkir og bólga, oftast í einum lið og þá einna helst í fremsta lið stóru táar. Líkurnar á því að fá þvagsýrugigt aukast með aldrinum.

Sjúkraþjálfun

Sjúkraþjálfun gigtarfólks er alltaf einstaklingsmiðuð. Mikill munur getur verið á tveimur einstaklingum með sama sjúkdóm og því óraunhæft að veita meðferð í sjúkra-þjálfun útfrá greiningu.

Við komu er tekin nákvæm sjúkrasaga þar sem meðal annars er spurt hversu lengi einkennin / sjúkdómurinn hafa staðið, helstu verkja- og bólgusvæði staðsett, spurt er nákvæmlega út í hegðan verkja, stirðleika, starfræna getu, lyfjanotkun, rannsóknir, heimilisaðstæður og fleira.

Almenn líkamsstaða er metin og síðan er lagt mat á

bólgur, aflaganir, liðferla og vöðvastyrk. Sérþækari próf eru síðan notuð eftir því sem þörf er á. Sem dæmi má nefna að í hryggikt eru framkvæmdar einfaldar mælingar á hreyfigetu í hrygg sem gefa vísbendingu um hreyfi-skerðingu sem fylgir virkum eða langt gengnum sjúk-dómi. Í vefjagigt er þrýst á ákveðna punkta víðsvegar um líkamann, en ákveðið hlutfall þeirra þarf að sýna jákvæða verkjasvörun til að staðfesta greiningu. Einnig er gjarnan þörf á að mæla úthald gigtarfólks sem er oft mjög skert.

Eftir skoðunina eru sett meðferðarmarkmið og leiðir að þeim. Meðferðarmarkmið þurfa að vera raunsæ þar sem sjúkdómurinn er oft langt genginn og óraunhæft að gera ráð fyrir að einkenni hverfi alveg. Einnig er gott að fara yfir hvernig árangur meðferðar má meta á ýmsan hátt, til dæmis með meiri virkni, betri svefni, auknu úthaldi og minni verkjalyfjanotkun svo að fátt eitt sé nefnt.

Til þess að komast í sjúkraþjálfun þarf beiðni frá heim-ilislækni eða sérfræðilækni. Á stór-Reykjavíkursvæðinu er aðgengi að sjúkraþjálfun gott. Fjöldi sjúkraþjálfunarstöðva er einnig starfræktur á landsbyggðinni en þar er oft lengri bið eftir meðferð. Annar möguleiki er heimasjúkraþjálfun. Hana þarf að sækja um sérstaklega til Tryggingastofnunar og er hún eingöngu ætluð þeim sem eiga í verulegum erfiðleikum með að sækja þessa þjónustu að heiman.

Verkir

Eitt aðalumkvörtunarefni þeirra sem leita í sjúkra-þjálfun vegna gigtsjúkdóma eru verkir.

Til þess að slá á verkina beita sjúkraþjálfarar ýmsum aðferðum og má þar nefna mjúkvefjameðferð, liðlosun, nálastungur, ísbakstra og heita bakstra, rafmagnsmeð-ferð ýmiss konar svo sem TNS (Transcutaneous Nerve Stimulation), laser, hljóðbylgjur, stuttbylgjur og bland-straum og síðast en ekki sist eru æfingar notaðar sem verkjastjórnun.

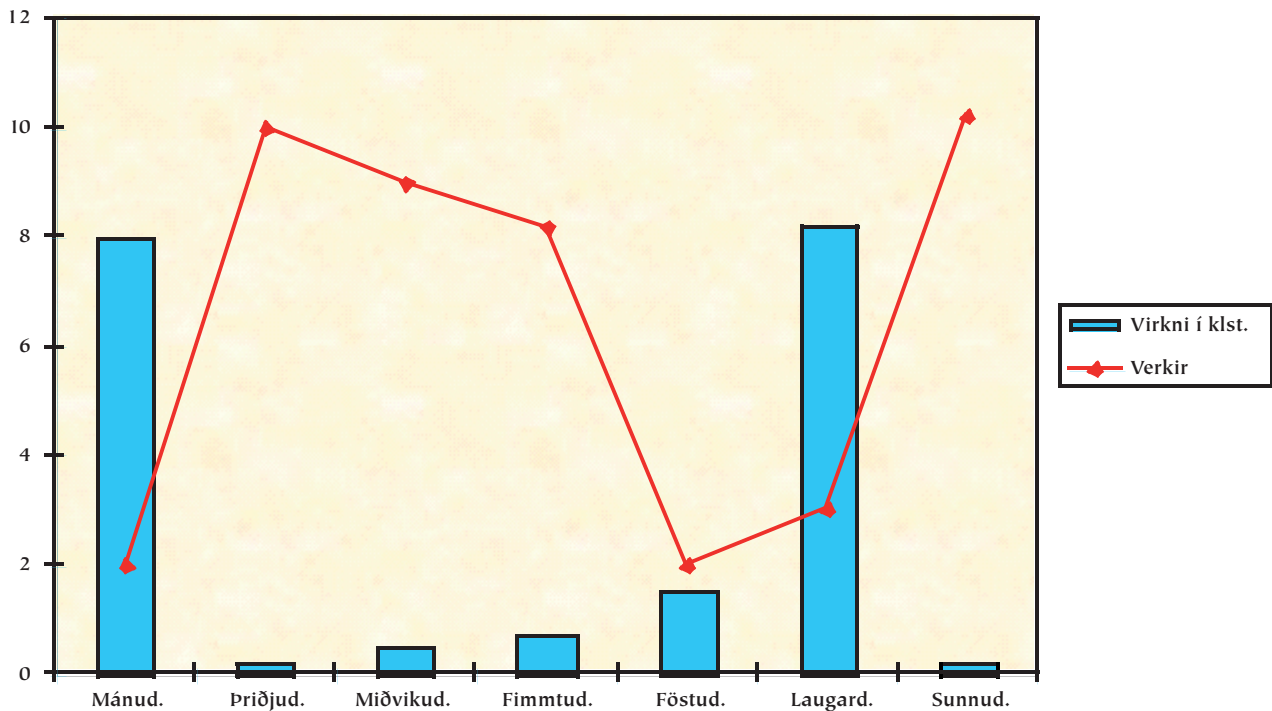
Hreyfing

Eins og áður sagði eru algengustu einkenni flestra gigtsjúkdóma verkir, stirðleiki og þreyta. Það er því ekki að undra að flestir gigtsjúklingar hreyfi sig lítið.

Gjarnan er ríkjandi hræðsla við að hreyfing auki á verki og skemmi jafnvel liði. Auk þess er stöðug, yfirþyrmandi þreyta gjarnan áberandi þáttur í daglegu lífi gigtarfólks og þá er mjög erfitt að fara af stað.

Í nýrri rannsóknum hefur hins vegar ekki verið sýnt fram á aukningu liðskemmda við æfingar, jafnvel ekki meðalþungar til þungar æfingar. Lýsti fólk mikilli þreytu minnkaði hún gjarnan eftir því sem þol og úthald jókst. Einnig minnkuðu verkir^{3,4,5,6,7,8,9,10}.

Árin 2005–2007 var gerð rannsókn í 21 landi á tíðni æfinga hjá iktsjúkum. Í rannsókninni voru 5235 manns með iktsýki spurðir um tíðni reglulegra æfinga að lágmarki 30 mínútur í senn. Þar kom í ljós að einungis 13,8% þátttakenda æfðu sig 3 sinnum í viku eða oftár og að langstærsti hluti þátttakenda stundaði enga reglulega hreyfingu¹¹.



Mynd 1: Áhrif lélegrar skipulagningar tíma á verki.

Afleiðingar ónógrar hreyfingar eru skert úthald, þol og styrkur, auk þess sem hreyfingarleysi eykur líkur á beinþynningu, hjarta- og æðasjúkdómum, ofþyngd, sykursýki og þunglyndi svo að fátt eitt sé nefnt. Ofþyngd á yngri árum eykur líkur á slitgigt í hnjám síðar á æfinni¹². Sé slit komið í hnélíði eykur ofþyngd verki í hnjám umtalsvert. Í rannsóknum þar sem saman fara æfingar og megrun hefur verið sýnt fram á minni verki og betri starfræna getu við þyngdartap. Eftir því sem þyngdartapið varð meira varð árangurinn betri^{6,12,14,15,16}.

Gigtarfólk á miðjum aldri er líklegra heldur en jafnaldrar þess til þess að eiga í erfiðleikum með hreyfingu og daglegar athafnir þegar það eldist¹⁷. Mikið er unnið með því að viðhalda starfrænni getu eftir því sem hægt er

Val á þjálfun

Í þjálfun þarf að leggja áherslu á þol, styrk og liðleika. Til að auka líkur á meðferðarhæðni skiptir miklu að velja þjálfun eftir áhuga og getu. Góður búnaður skiptir miklu máli, svo sem góðir skór eða rétt stillt hjól.

Hægt er að æfa einn eða í hóp. Sumar sjúkraþjálfunarstöðvar bjóða upp á sérstaka hóptíma fyrir gigtarfólk en vilji fólk æfa á eigin vegum getur sjúkraþjálfari leiðbeint því með val á æfingum.

Hægt er að búast við auknum verkjum til að byrja með en þeir eiga þá ekki að aukast mikið né standa lengi. Aukist verkir verulega eftir æfingar, eða ef aukning verkja stendur lengi er alls óvíst að skýringanna sé að leita í æfingunum. Sjálfsagt er þá að setjast niður með viðkomandi og fara yfir æfingarnar og breytingar á einkennum.

Þjálfun í vatni hentar oft gigtarfólki mjög vel, sérstaklega ef það er með einkenni frá burðarliðum, þ.e. mjöðmum

hnjám og ökkulum. Þá er æskilegt að laugin sé minnst 30–34° heit⁵.

Aðlögun, sjálfsbjörg og fræðsla

Í samskiptum sjúkraþjálfara og gigtarfólks fer einnig fram mikil fræðsla. Það er erfitt að aðlaga daglega lífið að áhrifum langvinnis sjúkdóms og það sem áður virtist leikur einn getur virst óyfistígánlegt. Hlutverk sjúkraþjálfarans er að aðstoða við að aðlaga daglega lífið að þessum breytingum.

Sjúkraþjálfarinn á að geta veitt sem bestar upplýsingar um sjúkdóminn og horfur hans, hvaða meðferð er örugg og viðeigandi og hverjir aðrir geta komið að meðferð hans.

Sjúkraþjálfari getur farið inn á heimili og vinnustaði og ráðlagt breytingar sem auðvelda gigtsjúkum lífið. Oft er um einföld atriði að ræða svo sem stillingu vinnustóls eða það hvernig hlutum er raðað upp í skápa þannig að þeir hlutir sem mest eru notaðir séu ekki í efstu eða neðstu skápunum. Stundum er ráðlegt að gera meiri breytingar, til dæmis þegar þörf er á að breyta um blöndunartæki til þess að slitnar eða bólgnar hendur eigi auðveldara með að nota þau eða setja upp sturtu í stað baðkers.

Einnig fræðir sjúkraþjálfari um líkamsbeitingu, vinnustöður, lýsingu og fleira. 25% minni orka er notuð ef unnið er sitjandi frekar en standandi og full þörf er á að taka sér hlé frá vinnu að minnsta kosti einu sinni á klukkustund.

Lélegt skipulag á tíma getur tekið sinn toll ef verkir og þreyta eru ráðandi. Með því að dreifa verkefnum yfir daginn og vikuna og taka sér reglulega hvíld eða breyta um vinnustellingar eru afköstin oft meiri og verkja- og þreytuköstum fækkar.

Eigi fólk erfitt með að setja sér mörk eða ef það hefur ekki innsýn í hvað ýtir undir verki getur gagnast því að halda einfalda dagbók þar sem eru skráðar helstu athafnir hvers dags og verkjum síðan gefin einkunn á skalanum 0-10 þar sem 0 eru engir verkir en 10 eru verstu, hugsanlegu verkir. Þannig verður augljósara hvaða athafnir ýta undir verki og þá er hægt að vinna með þær upplýsingar. Þannig má t.d. breyta vinnustellingum, auka hvíldartíma, skipta upp verkum eða jafnvel forðast ákveðnar athafnir.

Hægt er að beita einföldum aðferðum heima við til að slá á verki. Mikið úrval er til af heitum bókstrum sem hægt er að hita í ofni eða örbylgjuofni. Ísbakstrar slá vel á verki og bólgur. Hægt er að útvega TNS, lítill rafmagnstæki til verkjameðferðar. Rafskautum er þá komið fyrir á húð við verkjasvæði, tækið stillt og svo er hægt að vera á hreyfingu meðan tækið er að vinna.

Góð reynsla er af slökun við meðferð verkja. Margar tegundir slökunar eru til og misjafnt hvað hentar hverjum og einum. Aðalatriðið er að finna hvað hentar og ná góðum tókum á þeirri aðferð^{18,19}.

Lokaorð

Ein mesta framför síðustu ára í sjúkrabjálfunu gigtarfélks er viðurkenningin á takmörkuðu gagni óvirkra meðferðar og mjög aukin notkun æfinga og þjálfunar¹. Miklu máli skiptir góð samvinna fagaðila og góð samvinna sjúkrabjálfa og einstaklingsins. Hann á alltaf að gera þá kröfu til þeirra sem koma að meðferð hans að þeir fylgist með nýjungum og hafi góða þekkingu á viðfangsefnum sínum. Margar einfaldar og kostnaðarlitlar leiðir að betri líðan eru vannýttar svo sem fræðsla um sjúkdóminn, nauðsyn og öryggi þjálfunar og ábata af þyngdartapi.

Heimildir

- Walker, J.M. og Helewa, A. (1996). *Physical therapy in arthritis*. Philadelphia: W. B. Saunders Company
- Kristján Steinsson (2003). Iktsýki, nýjungar í meðferð liðagigta. *Gigtin*, 2
- Coleman, E.A., Buchner, D.M., Cress M.E., Chan, B.K. og de Lateur, B.J. (1996, jan). The relationship of joint symptoms with exercise performance in older adults. *Journal of the American geriatrics society*, 44(1):14–21
- Doi, T., Akai, M., Fujino, K., Iwaya, T., Kurosawa, H., Hayashi, K. og Marui, E. (2008, apr.). Effect of home exercise of quadriceps on knee osteoarthritis compared with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a randomized controlled trial. *American journal of physical medicine and rehabilitation*, 87(4), 258–69
- Silva, L.E., Valim, V., Pessanha, A.P., Oliveira, L.M., Myamoto, S., Jones, A. og Natour, J. (2008, jan). Hydrotherapy versus conventional land-based exercise for the management of patients with osteoarthritis of the knee: a randomized clinical trial. *Physical therapy*, 88(1), 12–21
- Jamtvedt, G., Dahm, K.T., Christie, A., Moe, R.H., Haavardsholm, E., Holm, I. og Hagen, K.B. (2008, jan). Physical therapy interventions for patients with osteoarthritis of the knee: an overview of systematic reviews. *Physical therapy*, 88(1), 123–36
- Conn, V.S., Haf Dahl, A.R., Minor, M.A. og Nielsen, P.J. (2008, apr.). Physical activity interventions among adults with arthritis: meta-analysis of outcomes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(5), 307–16
- Bruno, M., Cummins, S., Gaudiano, L., Stoo, J. og Blanpied, P. (2006). Effectiveness of two Arthritis Foundation programs: Walk With Ease, and YOU Can Break the Pain Cycle. *Clinical interventions in aging*, 1(3), 295–306
- Bultuis, Y., Drossaers-Bakker, K.W., Taal, E., Rasker, J., Oostveen, J., van't Pad Bosch, P., Oosterveld, F. og van de Laar, M. (2007, nov.). Arthritis patients show long-term benefits from 3 weeks intensive exercise training directly following hospital discharge. *Rheumatology*, (Oxford, England) 46(11), 1712–7
- Hughes, S.L., Seymour, R.B., Campbell, R.T., Huber, G., Pollak, N., Sharma, L. og Desai, P. (2006, des.). Long-term impact of Fit and Strong! on older adults with osteoarthritis. *Gerontologist*, 46(6), 801–14
- Sokka, T., Häkkinen, A., Kautiainen, H., Maillefert, J.F., Toloza, S., Mørk Hansen, T., Calvo-Alen, J., Oding, R., Liveborn, M., Huisman, M., Alten, R., Pohl, C., Cutolo, M., Immonen, K., Woolf, A., Murphy, E., Sheehy, C., Quirke, E., Celik, S., Yazici, Y., Tlustochowicz, W., Kapolka, D., Skakic, V., Rojkovich, B., Müller, R., Stropuvienne, S., Andersone, D., Drosos, A.A., Lazovskis, J., Pincus, T.; QUEST-RA Group. (2008, jan). Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis and Rheumatism*, 59(1), 42–50
- Gelber, A.C., Hochberg, M.C., Mead, L.A., Wang, N.Y., Wigley, F.M. og Klag, M.J. (1999, des.). Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis. *The American journal of medicine*, 107(6), 542–8
- Messier, S.P., Loeser, R.F., Mitchell, M.N., Valle, G., Morgan, T.P., Rejeski, W.J. og Ettinger, W.H. (2000, sept.). Exercise and weight loss in obese older adults with knee osteoarthritis: a preliminary study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(9), 1062–72
- Miller, G.D., Nicklas, B.J., Davis, C., Loeser, R.F., Lenchik, L. og Messier, S.P. (2006, júl.). Intensive weight loss program improves physical function in older obese adults with knee osteoarthritis. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(7), 1219–30
- Focht, B.C., Rejeski, W.J., Ambrosius, W.T., Katula, J.A. og Messier, S.P. (2005, okt.). Exercise, self-efficacy, and mobility performance in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis and rheumatism*, 53(5), 659–65
- Jinks, C., Jordan, K. og Croft, P. (2006, okt.). Disabling knee pain—another consequence of obesity: results from a prospective cohort study. *BMC public health*, 6, 258
- Covinsky, K.E., Lindquist, K., Dunlop, D.D., Gill, T.M. og Yelin, E. (2008, jan.). Effect of arthritis in middle age on older-age functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 23–8
- Morone, N.E. og Greco, C.M. (2007, maí-jún.). Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review. *Pain Medicine*, 8(4), 359–75
- Baird, C.L. og Sands, L.P. (2006, okt.). Effect of guided imagery with relaxation on health-related quality of life in older women with osteoarthritis. *Research in nursing and health*, 29(5), 442–51



**HITAVEITA
SUÐURNESJA**



Loffest lyftukerfi
og flutningssegl



Hjólastólar og sessur



Tjöld og skílrúm



Göngugrindur, ýmsar gerðir



Mikið úrval af vönduðum
hjúkrunarrúmum

Við leggjum þér lið



Örugg umönnun – góð vinnuaðstaða

Úrval tækja til böðunar.

Bætir aðbúnað og auðveldar umönnun.

- **Baðker** með rafknúinni hækkun
- **Baðlyftur** með set- eða legustöðu
- **Baðstólar** með rafknúinni hækkun og sethalla

Persónuleg þjónusta og fagleg ráðgjöf.

Eirberg 

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

Iðjubjálfun og gigt

Lykilorð: Iðjubjálfun, gigt, íhlutun iðjubjálfa

Guðbjörg Guðmundsdóttir
Iðjubjálfi Gigtækningsstöð
Gigtarfélags Íslands



Tilgangurinn með þessari grein er að kynna stuttlega þá þjónustu sem iðjubjálfi Gigtarfélags Íslands (GÍ) býður upp á. Fjallað verður almennt um færnickeringu, iðjubjálfun Gigtarfélags Íslands, liðverndarfræðslu, hjálpartæki og spelkur.

Fólk á öllum aldri fær gigt sjúkdóma og eru slitgigt, vöðva- og vefjagigt og iktsýki algengastir. Slitgigt er algengasti sjúkdómur í liðum og eykst tíðni hans með aldrinum. Þó nokkuð margir greinast með slitbreytingar í hrygg eða útlimaliðum á röntgenmyndum eða um 20% einstaklinga þó allur sá fjöldi beri ekki mikil einkenni slitgigtar. Um það bil 1% Íslendinga er með iktsýki.

Almennt

Hugtakið „iðja mannsins“ felur í sér að iðja sé mannum nauðsynleg eða hluti af honum og hans lífi. Hugtakið vísar til þess að vinna, leikur og eigin umsjá fari fram á ákveðnum tíma við efnislegar, félagslegar og menningarlegar aðstæður sem einkenna líf mannsins. Þátttaka í iðju krefst ekki eingöngu hæfni til framkvæmda heldur líka vilja til að taka þátt og upplifa ánægju af viðfangsefnum. Það er einstaklingsbundið hvenær og hvernig upplifun af jafnvægi í daglegu lífi er, því það sem er skyldustarfi fyrir einn getur verið tómstundaiðja fyrir annan. Þegar við upplifum jafnvægi milli þessara þátta líður okkur vel. Hver og einn verður að vera vakandi fyrir þessu jafnvægi hjá sjálfum sér því það getur breyst. Röskun getur t.d. orðið vegna sjúkdóma, slysa og andlegra áfalla. Afleiðing röskunarinnar getur orðið sú að viðkomandi ræður ekki lengur við að gera hin einföldustu daglegu verk. Þær venjur sem hann hefur tamið sér virka ekki lengur og hann missir tókin í daglegu lífi, áhugahvötin dvínar, finnur fyrir orkuleysi (Kielhofner, 2002).

Iðjubjálfun Gigtarfélags Íslands

Markmið iðjubjálfunar Gigtarfélags Íslands (GÍ) er að auka starfsgetu og bæta líðan fólks með gigtarsjúkdóma, en þeir hafa margvisleg áhrif á daglegt líf. Iðjubjálfi hjá GÍ sér einkum um hverskonar handarbúðun og aðstoða einstaklinginn við að finna leiðir til að geta sinnt athöfnum daglegs lífs. Í fyrsta viðtali er iðjuvandinn greindur, hreyfifærni metin svo og styrkur, bólgur, aflaganir, ofl. Markmið íhlutunar er útskýrð og gerð er meðferðaráætlun sem m.a. felur í sér fræðslu um einkenni þeirrar gigtar sem við á, kennd er liðvernd, líkamsbeiting og æfingar er viðhalda eða auka hreyfigetu og styrk. Veitt er ráðgjöf um val á hjálpartækjum, útvegaðar spelkur og kennd er notkun þeirra. Sótt er um greiðslu eða greiðslubátttöku TR við hjálpartæki og spelkur í þeim tilvikum sem við á. Iðjubjálfar GÍ fara í Heimilis- og vinnustaðaathuganir og gera tillögur til úrbóta sé á því þörf. Til þess að fara í iðjubjálfun þarf beiðni frá lækni (www.gigt.is).

Liðvernd og handaæfingar

Liðverndarfræðsla er hluti af íhlutun iðjubjálfa fyrir gigtarsjúklinga. Markmið liðverndarfræðslu er að kenna

gigtarsjúklingnum hvernig best sé að beita liðunum við daglega iðju og einnig hvernig hvíldarstöður eru réttar. Því eins og þjálfun er mikilvæg þá er hvíld líka nauðsynleg. Dæmi um liðvernd er að virða sársauka, nota liðina í miðstöðu, nota frekar stóra liði en litla og forðast stöðuvinnu. Kennsla handaæfinga eru hluti af þessari fræðslu. Til að fyrirbyggja styttingar í vöðvum og þar með stirðleika í liðum er nauðsynlegt að gera handaæfingar á hverjum degi. Vefir í kringum liðina syttast ef þeir eru ekki hreyfðir reglulega og valda þar með meiri verkjum (Gigtarfélag Íslands, Yasuda, 2002).

Hjálpartæki

Samkvæmt vef Tryggingarstofnunar ríkisins er hjálpartæki, tæki sem ætlað er að draga úr fötlun, aðstoða fatlaða við að takast á við umhverfi sitt, auka eða viðhalda færni og sjálfsbjargargetu eða auðvelda umönnun, með öðrum orðum að auðvelda einstaklingum að sinna daglegri iðju s.s. við eigin umsjá og heimilishald. Flestum er það mikilvægt að geta annast sína daglegu iðju sem lengst án utankomandi aðstoðar. Dæmi um hjálpartæki eru baðkersbretti, salernisupphækkun, hneppari, fatapinni, hnifar með vinkilhaldi, skrufloksopnari (http://www.tr.is/media/hjalpartaeki/reglugerd_nr460_2003_medsidari-breytingum_1_2_3_4_jan2007.pdf). Iðjuþjálfari metur þörf fyrir hjálpartæki og veitir ráðgjöf varðandi val á þeim með tilliti til færni skjólstæðings út frá færnimati sem gert er við upphaf meðferðar. Eftir að færnimat hefur verið gert er sótt um hjálpartæki til Tryggingarstofnunar ríkisins (TR). Í nokkrum tilvikum koma einstaklingar eingöngu í hjálpartækjaráðgjöf til iðjuþjálfara GÍ.

Spelkur

Iðjuþjálfar GÍ meta þörf fyrir spelkur til daglegra nota og útbúa ýmsar gerðir spelkna allt eftir þörfum hvers og

eins, bæði til að nota á nóttu til hvíldar og að degi til vinnu. Spelkur hafa reynst gigtarsjúklingum vel til að fyrirbyggja kreppur og styttingar í vöðvum og liðum, draga úr bólgu og verkjum. Spelkur draga úr álagi á veika liði og hindra í sumum tilvikum óæskilegar hreyfingar s.s. yfirréttu (hyperextension) í nærkjúku fingurs (PIP), Svanaháls-aflögun (Yasuda, 2002).

Lokaorð

Með aukinni þekkingu á gigtarsjúkdómum hafa orðið framfarir í meðferð þeirra á síðustu árum. Komið hafa fram ný lyf sem bætt hafa lífsgæði fólks með gigtarsjúkdóma. Mikilvægt er fyrir gigtarsjúklinga að missa ekki sjónar á því hvað það er sem skiptir þá máli. Kynna sér þau meðferðarúrræði sem til eru og nýta þau sem henta hverju sinni. Öll erum við sjálfstæðir einstaklingar og viljum vera það sem lengst. Með því að notfæra sér þá þjónustu sem í boði er þá á einstaklingurinn auðveldara með að viðhalda líkamlegum og andlegum styrk sínum.

Heimildir

- Althoff, B., og Nordenskjöld, U. (1995). *Liðvernd [bæklingur]*. Reykjavík: Gigtarfélag Íslands.
- Gigtarfélag Íslands. Sótt 21. mars 2008 af <http://gigt.is/thjonusta/idjuthjalfun>
- Kielhofner, G. (2002). Dimensions of doing. Í: G. Kielhofner (Ritstj.), *A model of human occupation: Theory and application* (3. útg. bls. 114-123). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reglugerð um styrki Tryggingastofnunar ríkisins vegna hjálpartækja nr. 460/2003 með áorðnum breytingum. Sótt 21. mars 2008 af <http://www.reglugerd.is/interpro/dkm/WebGuard.nsf/key2/460-2003>
- Yasuda, Y. L. (2002). Rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Í: C. A. Trombly og M. V. Radomski (Ritstj.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (5.útg. bls. 1001-1024). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



Trönuhrauni 8
220 Hafnarfjörður
Sími 565 2885 • Fax 565 1423
stod@stod.is • www.stod.is

Hjúkrun gigtarsjúklinga á Íslandi

Ingibjörg E. Ingimarsdóttir
Hjúkrunarfræðingur á Gigtarsviði
Reykjalundar og gjaldkeri í Fagdeild
gigtarhjúkrunarfræðinga



Gigtarsjúkdómar eru meðal algengustu sjúkdóma hér á landi. Talið er að einn af hverjum fimm landsmönnum fái gigt af einhverju tagi. Hér er því um mjög stóran sjúklingahóp að ræða og vegna þessa þurfa flestir hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn að sinna gigtarsjúklingum með einhverjum hætti - ekki síst þeir sem tengjast öldrunarmálum.

Í þessari grein eru kynntar sérhæfðar deildir hér á landi þar sem hjúkrunarfræðingar sinna gigtarsjúklingum auk þess sem fjallað verður stuttlega um áhrif gigtarsjúkdómsins á sjúklinginn og gefin innsýn í þá hjúkrunarmedferð sem notuð er hér á landi.

Hvað er gigt?

Í stuttu máli sagt er gigt ónæmissjúkdómur sem getur lagst á nánast hvaða líffærakerfi sem er. Tegundir gigtarsjúkdóma er á annað hundrað. Þeir eru langvinnir en gangur sjúkdóms getur verið mjög mismunandi, sem og áhrif sjúkdómsins á sjúklinga. Birtingarform gigtar er allt frá því að vera vægur sjúkdómur sem hefur lítil áhrif á einstaklinginn, upp í að vera lífshættulegur sjúkdómur með mikil einkenni. Algengustu gigtarsjúkdómarnir eru slitgigt, iktsýki og vefjagigt.

Starfsvettvangur gigtarhjúkrunarfræðinga á Íslandi

Gigtardeild B7

Á Landspítala Háskólasjúkrahúsi í Fossvogi er starfandi eina sérhæfða bráðadeild gigtarsjúkdóma hér á landi (Deild B7) og þangað koma sjúklingar til greiningar, rannsókna og meðferðar þegar sjúkdómur er mjög virkur. Þarna er oftast um að ræða "svæsnustu" tilfelli en gigt er oftast greind og meðhöndluð á læknaðstofum og sjúklingurinn þarfnast ekki innlagnar. Á deildinni starfa læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, sjúkrahjálparar og iðjuþjálfar saman í teymi. Einnig er mögulegt að leita ráðgjafar hjá næringarfræðingi, presti, sálfræðingi og félagsráðgjafa. Hjúkrunardeildarstjóri er Þóra Árnadóttir sem er frumkvöðull í gigtarhjúkrun hér á landi. Margir hjúkrunarfræðingar á deildinni eru orðnir mjög reyndir innan gigtarhjúkrunar og komnir með áratuga reynslu við að sinna gigtarsjúklingum.

Dagdeild gigtarsjúkdóma

Dagdeild gigtarsjúkdóma er staðsett við hlið gigtardeildar (B7) á Landspítala Háskólasjúkrahúsi í Fossvogi. Um aldamótin komu fram ný líftæknilýf við gigtarsjúkdómum. Var þá kominn grundvöllur fyrir dagdeild af þessu tagi. Starfsemi deildarinnar hófst árið 2003. Deildin tilheyrir gigtardeild B7 og sami hjúkrunardeildarstjóri er yfir þeim báðum, Þóra Árnadóttir. Umsjónarhjúkrunarfræðingur er yfir dagdeildinni og er það Elínborg Stefánsdóttir. Að jafnaði eru tveir hjúkrunarfræðingar á deildinni í senn en það eru hjúkrunarfræðingar frá gigtardeild B7

sem skiptast á að vinna á dagdeildinni ásamt umsjónarhjúkrunarfræðingi. Dagdeildin er opin alla virka daga. Á dagdeildina koma gigtar- og ónæmissjúklingar, aðallega í lyfjagjafir (innrennslislyf) á 3-12 vikna fresti en einnig í eftirlit, rannsóknir og fræðslu. Sjúklingum sem koma á dagdeild hefur fjölgað mjög ört undanfarið og eru þeir orðnir yfir hundrað. Starf hjúkrunarfræðinga á dagdeildinni felst í lyfjagjöfum og eftirliti með öryggi sjúklinga meðan á lyfjagjöf stendur og í sumum tilvikum í einhvern tíma eftir að gjöf líkur. Þessar lyfjagjafir eru mjög sérhæfðar og oft hætta á alvarlegum aukaverkunum t.d. ofnæmisviðbrögðum. Einnig koma sjúklingar í fræðslu og kennslu t.d. læra að sprauta sig með gigtarlyfjum. Talsverð hætta er á alvarlegum sýkingum í tengslum við nýju líftæknilyfin. Því hafa gigtarsjúklingar, sem koma á dagdeild, beinan aðgang að hjúkrunarfræðingum milli lyfjagjafa á deildinni. Er því símaráðgjöf einnig hluti af vinnu hjúkrunarfræðinga á dagdeildinni en sú ráðgjöf felst aðallega í ráðlegg-ingum til sjúklinganna og stuðningi við þá.

Göngudeild gigtarsjúkdóma (A3)

Göngudeild gigtarsjúkdóma (A3) er einnig staðsett á Landspítala Háskólasjúkrahúsi í Fossvogi. Hún tók til starfa 2004. Deildin er opin einn dag í viku og kemur þá einn hjúkrunarfræðingur frá gigtardeild B7. Starf hans þar er fræðsla, lyfjagjafir í vöðva og stuðningur við gigtarsjúklinga. Einnig sinnir hjúkrunarfræðingurinn ýmsu öðru sem upp kemur í tengslum við gigtarsjúklingana, eins og t.d. sáraeftirlit.

Gigtarsvið á Reykjalundi

Á Gigtarsviði Endurhæfingarstofnunar Reykjalundar fer fram sérhæfð endurhæfing fyrir gigtarsjúklinga. Á gigtarsviðinu starfa 5 hjúkrunarfræðingar. Deildarstjóri er Ragna Valdimarsdóttir. Deildin sinnir að jafnaði um 20 einstaklingum og er meðalmeðferðartími um 6 vikur. Einstaklingar dvelja að jafnaði á staðnum allan sólahringinn 5 daga vikunnar en einnig eru þar dagsjúklingar sem fara heim að kvöldi. Á Reykjalundi er mjög virk teymisvinna þar sem starfa saman læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, sjúkrabjálfarar, iðjubjálfar, félagsráðgjafi og sálfræðingur. Einnig er starfandi við húsið næringarráðgjafi sem er teyminu til ráðgjafar. Hjúkrun á deildinni er einstaklingshæfð. Markmið hennar er að hjálpa skjól-stæðingum að finna og notfæra sér styrkleika sína til að bæta líðan sína og lífsgæði. Tveir hjúkrunarfræðingar á deildinni hafa lært hugræna atferlismeðferð og veita slíka meðferð ef þurfa þykir.

Gigtarlinan

Gigtarlinan er símaráðgjöf fyrir gigtarsjúklinga, aðstandendur þeirra og aðra sem áhuga hafa á gigt. Hún er rekin af Gigtarfélagi Íslands. Þar starfa 2 hjúkrunarfræðingar ásamt félagsráðgjafa, næringarráðgjafa og

sjúkrabjálfa. Starfsfólk Gigtarlinunar situr fyrir svörum um allt sem tengist gigt. Síminn er 530-3606 og er opið alla mánudaga og fimmtudaga kl. 14-16.

Fagdeild gigtarhjúkrunarfræðinga

Árið 2006 var stofnuð Fagdeild gigtarhjúkrunarfræðinga innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (FÍH). Markmið fagdeildarinnar er að bæta menntun í hjúkrun gigtarsjúklinga, viðhalda og auka þekkingu félagsmanna, auka samstarf milli fagfólks sem annast gigtarsjúklinga og stuðla að bættri þjónustu við gigtarsjúklinga. Deildin hefur verið í samstarfi við aðrar fagdeildir gigtarhjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum. Félagsmenn er 25 og formaður er Gerður Beta Jóhannsdóttir. Öllum hjúkrunarfræðingum innan FÍH er velkomið að gerast félagar. Unnið er að heimasíðugerð en hægt er að nálgast upplýsingar um fagdeildina á www.hjukrun.is.

Í hverju felst hjúkrun gigtarsjúklinga?

Að greinast með gigt hefur áhrif á líkamlega, andlega og félagslega þætti. Hjúkrun gigtarsjúklinga byggir því á heildrænni nálgun. Mjög misjafnt er hversu mikil áhrif sjúkdómurinn hefur á þessa þætti eftir tegund sjúkdóma og virkni.

Hlutverk hjúkrunarfræðings er að styðja, leiðbeina, fræða og hvetja sjúklinginn til að takast á jákvæðan hátt við sjúkdóminn og hjálpa honum að aðlagast breyttum aðstæðum, þ.e. að læra að lifa með sjúkdómnum.

Markmið hjúkrunarfræðinga í meðferð gigtarsjúklinga er því að bæta lífsgæði sjúklings.

Til þess að ná að sinna þessum þáttum þarf að byggja upp gott meðferðarsamband við sjúkling. Til þess þarf hjúkrunarfræðingur:

1. Að skilja hvaða þættir það eru sem sjúkdómurinn hefur helst áhrif á hjá einstaklingnum. Sem dæmi má nefna að aldraður einstaklingur getur verið að glíma við allt annarskonar erfiðleika en ung kona með börn á heimili.
2. Að hafa góða þekkingu á gigtarsjúkdómnum og afleiðingum hans.
3. Að sýna umhyggju og andlegan stuðning, að honum sé ekki sama og velferð sjúklingsins sé alltaf höfð að leiðarljósi.
4. Að kanna þekkingu sjúklings á sjúkdómnum og afleiðingum hans.
5. Að hvetja sjúkling til að taka virkan þátt í meðferð sjúkdóms og afleiðingum hans, þannig að sjúklingnum finnist hann hafa stjórn á sjúkdómnum.
6. Að fræða sjúkling.
7. Að hjálpa sjúklingi við að takast á við einkenni sjúkdómsins.
8. Að vera í góðu sambandi við aðra meðferðaraðila, þ.e. lögð er áhersla á góða teymisvinnu með öðrum fagaðilum sem taka þátt í meðferð.

Lítum nú nánar á þrjá meginþætti hjúkrunar gigtarsjúklinga: Líkamleg einkenni, andlega líðan og félagslega þætti.

1. Líkamleg einkenni

Fjöldi gigtarsjúkdóma er á annað hundrað og geta þeir lagst á flest líffæri. Líkamleg einkenni gigtarsjúkdóma geta því verið mörg og mismunandi. Algengustu einkenni þeirra eru verkir, stíðleiki og þreyta. Fjöldi annarra og ólíkra einkenna fylgja gigtarsjúkdómum en þau verða ekki nánar rakin hér.

Verkir og stíðleiki. Oft eru verkir og stíðleiki fyrstu einkenni gigtarsjúkdóma og flestir gigtarsjúklingar þekkja þessi einkenni. Verkir sem þeir upplifa eru oftast langvinnir. Verkir geta stafað af bólgum í liðum, sinum, sinafestum og vöðvum auk æðakrampa (Reynauds heilkenni). Einnig eru óútskýrðir verkir töluvert algengir.

Þreyta. Flestum gigtarsjúkdómum fylgir þreyta. Gigtarsjúklingar finna mismunandi mikið fyrir þreytunni og hún getur verið af ýmsum orsökum. Þreyta getur stafað af virkni sjúkdóms, verkjum, svefnleysi, þunglyndi og fleiru. Margir sjúklingar lýsa þreytunni sem mjög ólíkri venjulegri líkamlegri þreytu. Þreyta er sérstaklega áberandi hjá vefjargigtarsjúklingum.

Hjúkrunarmeðferð líkamlegra einkenna:

Meðferð við verkjum:

Margir gigtarsjúklingar eru á verkjalyfjameðferð af einhverju tagi. Stundum virka verkjalyf ekki vel á langvinna verki gigtarsjúklinga og sumir finna jafnvel lítinn mun á verkjum þegar hætt er að taka lyfin. Ekki verður fjallað um einstök verkjalyf hér heldur aðra verkjameðferð sem gott er að nota með eða án verkjalyfjagjafar.

Hitameðferð. Heitir bakstrar og heit böð geta minnkað stíðleika og verki. Sjúklingar slaka á og finna vellíðan. Gott að hafa hita í u.þ.b. 20 mínútur.

Kuldameðferð: Kælipokar. Gagnast sérstaklega við áverkum og staðbundnum verkjum.

Slökun: Getur einnig hjálpað til að minnka verki. Í slökun dregur úr vöðvaspennu sem er oft orsök verkjanna.

Stuðla að góðum nætursvefni. Góður svefn skiptir miklu máli en sjúklingar með svefntruflanir upplifa oft verri verki. Sumir vakna upp vegna verkja og þannig getur myndast vítahringur. Því þarf að athuga hvað sé hægt að laga í umhverfinu, t.d. rúmdýnu, snúningslak og hitastig í herbergi. Einnig er gott að nota slökun fyrir svefn, draga úr umhverfishávaða, hafa reglu á svefntíma, forðast koffeindrykki eftir kl. 14 á daginn og fleira.

Megrunaraðstoð. Ofþyngd eykur álag á stoðkerfi og því er mikilvægt að aðstoða of feita einstaklinga við að létta sig.

Hvetja til hreyfingar og þjálfunar. Hreyfing hefur margvísleg jákvæð áhrif á verki. Hún eykur blóðflæði um líkamann, styrkir líkamann og bætir líkamstöðu auk þess að geta veitt stuðning við skemmda liði, vinnur gegn brjóskýðingu og fleira.

Slökunarnudd. Snerting og létt nudd, t.d. á fætur, veldur slökun og vellíðan.

Meðferð við þreytu:

Slökun. Margir sjúklingar sem ná tökum á slökun finnast þeir fá “orku” eftir slökunina.

Stuðla að góðum nætursvefni: (sjá umfjöllun um verki).

Jafnvægi í daglegu lífi. Sjúklingar hafa oft takmarkaða orku og því mikilvægt að forgangsraða og skipuleggja daginn. Hjálpa þeim að finna jafnvægi milli hvíldar og hreyfingar. Oft eru dagarnir misslæmir og því er líka mikilvægt þegar sjúklingar eiga góðan dag, að þeir ofgeri sér ekki því þá getur það komið niður á þeim seinna. Reyna því alltaf að halda jafnvæginu.

Hvetja til hreyfingar. Hreyfing getur dregið úr þreytu og aukið orku. Hefur einnig jákvæð áhrif á andlega líðan.

2. Andleg líðan

Það getur verið gríðarmikið áfall fyrir einstakling að greinast með langvinna sjúkdóm eins og gigt. Oft er sjúklingurinn kvíðinn fyrir því hvernig gangur sjúkdóms verður. Vegna mismunar á góðum og slæmum dögum er oft erfitt fyrir gigtarsjúklinga að skipuleggja sig fram í tímann en það getur verið mjög hamlandi. Þetta getur leitt til að sjúklingum finnist þeir ekki hafa stjórn á lífi sínu. Í mörgum tilfellum geta afleiðingarnar orðið þunglyndi. Sumir sjúklingar upplifa sorg (missi á getu, breyttum aðstæðum en aðrir afneita sjúkdómnum. Sjúkdómnum getur fylgt breyting á líkamsímynd, t.d. hjá íktsýkissjúkling með aflagaða liði eða lupus-sjúkingi með húðbreytingar. Sérstaklega getur þetta verið erfitt hjá yngri sjúklingum og haft áhrif á félagslega þátttöku þeirra sem jafnvel leiðir til félagslegrar einangrunar. Margir hafa ekki getað sinnt áhugamálum vegna sjúkdómsins. Allir þessir þættir geta haft mikil áhrif á andlega líðan.

Hjúkrunarmeðferð:

Nærvera/hlustun. Nærvera og að hlusta á sjúklinginn getur verið mikil hjálp. Mikilvægt að sjúklingur fái að tjá líðan og tilfinningar. Oft sér hann hlutina í skýrara ljósi með því að setja líðan sína í orð.

Benda sjúklingi á styrkleika sína. Sjúklingar horfa mikið til þess sem þeir hafa misst í tengslum við sjúkdóm. Því þarf að hjálpa þeim að sjá styrkleika og veikleika, hvernig þeir geta nýtt sér styrkleika sína til að bæta líðan og setta sig við breyttar aðstæður í tengslum við sjúkdóminn.

Gleyma sér í gleðistund. Fá sjúkling til að hugsa eitt-hvað skemmtilegt og gleyma einkennum sjúkdóms. Á Reykjalundi eru t.d. skemmtikvöld sem kölluð eru „Gaman Saman“. Hugmyndin með þessum kvöldum er að gleyma sér í gleðistund. Geta gleymt sjúkdómum og erfiðleikum einhverja stund. Notað er slagorðið „Gleymska eykur gleði“ og þannig er stuðlað að auknum lífsgæðum sjúklings.

Áhugamál. Aðstoða sjúkling við að finna sér einhver áhugamál sem henta honum og auka andlega vellíðan.

3. Félagslegir þættir

Gigtarsjúkdómar geta haft mikil áhrif á vinnu og félagslegt umhverfi. Oft geta sjúklingar ekki stundað fulla vinnu og skilningur vinnuveitenda á sjúkdómnum getur verið misjafn. Í mörgum tilfellum eru gigtarsjúklingar á örorku og búa því við minna fjárhagslegt öryggi. Einnig breytist oft félagslegt hlutverk sjúklinga. Þeir geta ekki sinnt þeim hlutverkum sem þeir sinntu áður, t.d. í fjölskyldunni og vinahópnum. Stundum einangra sjúklingar sig félagslega vegna breyttrar líkamsmyndar, andlegra erfiðleika tengdum sjúkdómnum og verkja (t.d. eiga erfitt með að sitja lengi). Margir lýsa því að þeim finnst aðrir ekki skilja sig því oft sést sjúkdómurinn ekki utan á sjúklingum.

Hjúkrunar meðferð:

Auka daglega félagslega virkni. Sumir sjúklingar eru farnir að einangra sig. Því þarf oft að aðstoða þá við að skipuleggja virkni,

Markviss félagsleg þátttaka. Hvetja sjúkling til að vera í hóp sem gerir eitthvað skemmtilegt saman og kynnast fólki. Sjá dæmi um „gaman saman“ í kaflanum um meðferð við andlegri líðan.

Áhugamál. Aðstoða sjúkling við að finna sér áhugamál við hæfi.

Lokaorð

Gigtarsjúkdómar eru mjög algengir og koma inn í starf flestra hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna, með einhverjum hætti. Gigtarsjúkdómar

geta haft gífurleg áhrif á líf einstaklinga sem greinast með gigt. Áhrif, einkenni og virkni geta verið mismunandi milli sjúklinga og eins verið mjög breytileg hjá sama sjúklingnum. Hjúkrunarfræðingar sem koma að meðferð gigtarsjúklinga þurfa því að vera meðvitaðir um áhrif sjúkdómsins á einstaklinginn og hvernig má nýta sér markvissa hjúkrunar meðferð til að reyna að bæta lífsgæði þeirra. Hér að framan hefur verið stiklað á stóru um gigtarhjúkrun hér á landi. Kynntar sérhæfðar deildir þar sem hjúkrunarfræðingar sinna gigtarsjúklingum, fjallað um áhrif gigtarsjúkdómsins á sjúklinginn og gefin innsýn í þá hjúkrunar meðferð sem notuð er.

Helstu heimildir og frekari upplýsingar:

gigt.is

Hill, J., Hale, C. (2004). Clinical skills; Evidence-based nursing care of people with rheumatoid arthritis. *British Journal of Nursing*, 13(14), 852-857.

Madigan, A., FitzGerald, O. (1999). Multidisciplinary patient care in rheumatoid arthritis: Evolving concepts in nursing practice. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 13(4), 661-674.

Ragna Valdimarsdóttir: Óbirt fræðsluefni um hjúkrunar meðferð gigtarsjúklinga.

Rnsnetwork.org

Rheumatology.org

Ryan, S. (1998). The essence of rheumatology nursing. *Nursing Standard*, 16(13-15), 52-54.

Gagnlegar vefsíður:

<http://www.gigt.is/> Gigtarfélag Íslands

<http://www.rnsnetwork.org/> Rheumatology Nurses Society

<http://www.rheumatology.org/> American College of Rheumatology



www.iljaskinn.is

Skóverslunin - iljaskinn

Miðbæ Háaleitisbraut 58 - 60 Sími: 553 2300

GREEN COMFORT ROHDE ECCO

Persónuleg ráðgjöf fóttaðgerðafræðings

Fimmtudaga milli kl. 15:00 og 18:00
Laugardaga milli kl. 11:00 og 14:00



HEIMSENDINGARAPÓTEKIÐ

LYFJAVER APÓTEK

Lægsta verð í ASÍ könnunum síðan 2005

**Eina apótekið á Íslandi með
Apostore 3000 róbóta:**

**Fljótari afgreiðsla
Meira vöruúrval
Meira öryggi
Lægra verð**

SUÐURLANDSBRAUT 22

SÍMI: 533 6100 • BRÉFSÍMI: 533 6102
NETFANG: LYFJAVER@LYFJAVER.IS
WWW.LYFJAVER.IS

HUGTÓK Mál 08

Endurhæfing á líkama og sál

Heilsustofnun NLFÍ
tekur þér opnum örmum
þegar þú hugar að heilsuefingu,
þarft að hvílast og endurnýja kraftana.
Við leiðbeinum þér og visum veginn
tí að taka ábyrgð á eigin heilsu
í daglegu lífi.



BERUM ÁBYRGÐ Á EIGIN HEILSU
Heilsustofnun HNLFI, Hveragerði | s: 483 0300 | www.hnlf.is

**Fræðsluefni á albönsku, arabísku,
ensku, pólsku, rússnesku,
spænsku og tælensku.**



*Þessi fræðslurit eru fáanleg á öllum
heilsugæslustöðvum.*

Texti ritanna hefur verið þýddur á nokkur tungumál
og hægt er að nálgast textana og prenta út af heimasíðu
Lýðheilsustöðvar: www.lydheilsustod.is - Útgefið efni

www.lydheilsustod.is



Lýðheilsustöð/Hugbúð Okt 2007

Breytingar á færni einstaklinga, 75 ára og eldri,

í kjölfar bráðainnlagnar á lyflækningadeildir LSH

Lykilorð: Bráða sjúkrahús, Vitræn færni, Færni við Athafnir
Daglegs Lífs, Færni við Almennar Athafnir Daglegs Lífs, Aldraðir

Sigrún Bjartmarz

Hjúkrunarfræðingur Ms – Gæðastjóri
Öldrunarsviðs Landspítala háskólasjúkrahúss



Með hækkandi lífaldri fjölgar þeim eldri einstaklingum sem leita sér lækninga vegna bráðra veikinda. Mikilvægt er að kanna hvort og þá hvaða breytingar verða á færni þessa aldurshóps við bráðaveikindi. Þessi grein sem hér er sett fram er hluti af lokaverkefni höfundar til meistaraþráðu við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Hér verður lýst breytingum sem verða á færni einstaklinga, 75 ára og eldri, í kjölfar innlagnar á sjúkrahús vegna bráðra veikinda. Í rannsókninni, sem var framskyggð, var notaður hluti af íslenskum gögnum úr samnorrænni rannsókn á MDS-AC mælitækinu þar sem upplýsingum um félagslegt, andlegt og líkamlegt heilsufar sömu einstaklinga var aflað á fjórum tímabilum á bilinu maí til desember 2001. Færni aldraðra fyrir innlögn var nokkuð góð og þessi hópur hafði verið nokkuð virkur og sjálfhjarga. Við bráða innlögn á sjúkrahús breyttist færni þátttakenda mikið og þeir þurftu meiri aðstoð við sjálfsbjörg. Mikill meirihluti þeirra náði þó fyrri færni á fimm mánuðum.

Með vaxandi fjölda aldraðra hefur umræða um heilbrigði þeirra og virkni aukist. Það sjónarmið er almennt að mikilvægt sé að eldri einstaklingar geti tekið þátt í því sem fram fer í þjóðfélaginu. Algengt er að slík sjónarmið komi fram í umræðum og skrifum eldri einstaklinga sjálfra. Einnig er það talið grundvallaratriði að aldraðir haldi sjálfstæði sínu eins lengi og kostur er.

Aldraðir eru oftast lagðir inn á sjúkrahús vegna bráðra veikinda heldur en yngri einstaklingar og legudagar þeirra þar eru að meðaltali fleiri en hjá yngri einstaklingum (Aminzadeh og Dalziel, 2002; Caplan, Williams, Daly og Abraham, 2004). Heilsufarsvandamál aldraðra sem veikjast skyndilega eru einnig fleiri og flóknari en hjá yngri einstaklingum og í kjölfar þeirra koma oft fram breytingar á færni sem lengja dvöl á stofnun. Rannsókn Covinsky o.fl. (2003) sýndi að færni aldraðra sem leggjast inn á sjúkrahús er oft verri við útskrift af sjúkrahúsi en hún var fyrir veikindin. Þar kom einnig fram að breytingar á færni aldraðra sem verða eftir innlögn á sjúkrahús hafa áhrif á afdrif þeirra eftir leguna. Í sumum tilvikum reynist ekki mögulegt að útskrifa hinn aldraða í sitt fyrra umhverfi. Er það miður þar sem flestir kjósa að búa sem lengst á eigin heimilum sem er einnig stefna stjórnvalda í mörgum löndum m.a. hér á landi eins og fram kemur í lögum og stefnumörkun íslenskra stjórnvalda (Lög um málefni aldraðra, 1999; Heilbrigðis- og trygginga-málaráðuneytið, 2001).

Hugtakið afdrif aldraðra (e. *outcome*) vísar yfirleitt til þess hve lengi þeir dvelja á sjúkrahúsi (í kjölfar bráðra veikinda), endurinnlagna, dánartíðni og hvert þeir útskrifast, þ.e. hvort þeir útskrifast á eigin heimili eða á hjúkrunarheimili. Flestar rannsóknir sem beinast að afdrifum aldraðra eftir dvöl á bráðadeildum sjúkrahúsa athuga „færni“ (e. *functional ability*). Rannsakendur hafa hins vegar ekki verið sammála um hvað felst í hugtakinu „færni“ og hefur það háð samanburði á rannsóknum og alhæfingargildi þeirra. Í þessu verkefni verður stuðst við þá skilgreiningu að færni sé hæfni einstaklingsins til að framkvæma þær

athafnir daglegs lífs sem eru nauðsynlegar til að lifa af í nútíma samfélagi (Pearson 2004; StPierre, 1998). Þar er átt við athafnir daglegs lífs (ADL) og almennar athafnir daglegs lífs (IADL). Knight (2000) taldi og byggði það á fræðilegu yfirliti sínu að færni innihéldi bæði vitsmunlega og verkfærnilega þætti. Að hennar mati þarf getan til að framkvæma almennar athafnir daglegs lífs (IADL) að fela í sér „kunnáttu til að framkvæma“ þar sem þessar athafnir krefjast þess að einstaklingurinn velji, taki eftir eða greini og leysi vandamál. Fjölmargir heilsufarsþættir hafa verið rannsóknarefni þegar afdrif og heilbrigði aldraðra hefur verið skoðað. Tengjast þeir gjarnan svonefndum aldurs-tengdum breytingum eins og breytingum á vöðvastyrk, skynjun og jafnvægi.

Fræðimenn eru sammála um að markmið allrar umönnunar eldri sjúklinga ætti að vera að viðhalda getunni til að framkvæma grunnathafnir daglegs lífs, eins og að baða sig, klæðast, nota salerni, komast í og úr rúmi og stól og að matast án aðstoðar. Þessi atriði sem við köllum athafnir daglegs lífs (ADL) eru grunnurinn að sjálfstæði og lífs-gæðum eldri einstaklinga (Covinsky o.fl., 2003; Kresevic og Mezey, 1997; Pearson, 2004; St Pierre, 1998). Hjá öldruðum virðist fyrst koma fram þörf fyrir aðstoð við að baða sig og klæðast en síðast virðist færnin til að hreyfa sig í rúmi og til að matast skerðast (Morris, Fries og Morris, 1999). Fram kemur í íslenskum rannsóknum á þörf aldraðra sem búa í eigin húsnæði fyrir aðstoð við ADL að flestir eru sjálfbjarga við ADL þætti fyrir utan böðun. Í rannsókn Hlifar Guðmundsdóttur (2004) kom fram að minna en helmingur einstaklinga 90 ára og eldri sem bjuggu á eigin heimili þurftu aðstoð við böðun, en rannsókn Pálma V. Jónssonar o.fl.(2003) leiddi í ljós að tveir þriðju þeirra einstaklinga sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar þurftu aðstoð við böðun.

Innan öldrunarfræðanna er gerður greinarmunur á athöfnum daglegs lífs (ADL) og almennum athöfnum daglegs lífs (IADL). Almennar athafnir daglegs lífs vísa til færne einstaklingsins til að nota síma, sjá um innkaup fyrir heimilið, undirbúa máltíð, sjá um heimilisstörf, sjá um þvott, ferðast milli staða, sjá um lyfjainntöku og sjá um fjármál (Lawton og Brody, 1969). Í fyrirnefndum íslenskum rannsóknum kemur fram að þörf aldraðra, sem búa á eigin heimilum, fyrir aðstoð við IADL er mun meiri en fyrir aðstoð við ADL. Meirihlutinn þurfti aðstoð við einhvern þátt í almennum athöfnum daglegs lífs (Hlíf Guðmundsdóttir, 2004; Pálmi V. Jónsson o.fl., 2003).

Cognitive performance scale (CPS) kvarðinn metur vitræna getu með því að styðjast við fimm breytur og er hann jafn næmur fyrir mati á vitrænni getu og MMSE og TSI (Test for Severe Impairment) (Morris o.fl., 1994). Þessar fimm breytur eru meðvitund, skammtíaminni, hæfni til að taka ákvarðanir, hæfni til að gera sig skiljanlegan og hæfni til að matast. Í rannsókn Pálma V. Jónssonar o.fl. (2003) á hjúkrunarþörf og heilsufari einstaklinga 65 ára og eldri sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar kom fram að um það bil þriðjungur þátttakenda var með skert skamm-

tímaminni og skerta hæfni til ákvörðunartöku. Rannsókn Hlifar Guðmundsdóttur (2004) beindist að einstaklingum sem náð höfðu 90 ára aldri og bjuggu á eigin heimili. Hjá þeim greindist vitræn skerðing ekki mikil og getur það bent til þess að vitræn færni sé ein af forsendum þess að einstaklingur geti búið á eigin heimili. Þetta má einnig sjá í niðurstöðum íslenskrar rannsóknar á vistunarmati aldraðra þar sem fram kom að heilabilun var stór áhættuþáttur vistunar aldraðra á stofnun þar sem um 79% vistaðra voru með vitræna skerðingu á einhverju stigi (Oddur Ingimarsson, Thor Aspelund og Pálmi V. Jónsson, 2004b).

Færni kemur fram sem mikilvæg vísbending um afdrif eldri einstaklings eftir sjúkrahúslegu (Aditya, Sharma, Allen, og Vassallo, 2003; Aminzadeh og Dalziel, 2002; Campbell, Seymour, og Primrose, 2004; Caplan o.fl., 2004; McCloskey, 2004). Allt að helmingur aldraðra einstaklinga sem leggjast inn á sjúkrahús finna fyrir skertri getu við a.m.k. einn þátt athafna daglegs lífs (ADL) (Carlson o.fl., 1998; McCloskey, 2004; St Pierre, 1998). Því er hætta á að hæfni þeirra til að sjá um sig sjálfir minnki (McCloskey, 2004). Tíðni endurinnlagna er um helmingi hærri hjá þeim sem upplifa skerðingu á færni í kjölfar innlagnar á sjúkrahús (Carlson o.fl., 1998). Endurteknar innlagnir eldri einstaklinga leiða síðan til stigvaxandi færniskerðingar (Boyd, Xue, Guralnik og Fries, 2005; Buchner og Wagner, 1992).

Mikilvægi heildræns öldrunarmats við innlögn aldraðra á sjúkrahús er ítrekað tekið fram í fræðigreinum (Aminzadeh og Dalziel, 2002; Bernick, 2004; Campbell o.fl., 2004; Caplan o.fl., 2004; St Pierre, 1998). Innan öldrunarfræðanna hefur verið unnið að þróun þverfaglegra heildrænna öldrunarmatstækja sem innihalda lágmarks upplýsingar til að spá fyrir um þróun á heilsufari og afdrifum hjá eldri einstaklingum (interRAI, e.d.). Minimum Data Set mælitækin (MDS) eru árangur slíkrar þróunarvinnu og hafa Íslendingar tekið þátt í hönnun þeirra og hagnýtingu. Ein útgáfa af MDS mælitækinu var sérstaklega hönnuð til að meta aldraða einstaklinga sem eru lagðir inn á sjúkrahús vegna bráðaveikinda (Minimum Data Set for Acute Care (MDS-AC)) (Carpenter o.fl., 2001). Þar er metið hvernig líkamlegt, andlegt og félagslegt ástand var fyrir veikindin, hvernig það er í bráðaveikindunum og síðan er horft til þess hvernig þessir þættir styrkja útskrift einstaklingsins. Með slíku þverfaglegu heildrænu öldrunarmati er hugsanlega hægt að greina þá þætti sem spá fyrir um afdrif í kjölfar bráðra veikinda. Á grundvelli þeirra upplýsinga má síðan greina þörf fyrir aðstoð og áframhaldandi meðferð eftir útskrift.

Tilgangurinn með þessu rannsóknarverkefni var að lýsa breytingum sem verða á færni einstaklinga, 75 ára og eldri, til sjálfsumönnunar í kjölfar innlagnar á sjúkrahús vegna bráðra veikinda. Jafnframt var athugað hvort breytingar á færni frá því sem var fyrir veikindin hafi haft áhrif á afdrif þeirra, aðallega búsetu á eigin heimili, ári eftir veikindi. Í þessari grein verður færni þátttakenda á fjórum tímabilum lýst. Færni var greind með stöðluðu

heildrænu öldrunarmati (MDS-AC) eins og hún var fyrir bráðaveikindi, í bráðaveikindum við innlögn á sjúkrahús og tvisvar eftir innlögnina.

Aðferð

Rannsóknargögn voru fengin úr samnorrænni rannsókn sem miðaði að því að meta notagildi MDS-AC mælitækisins. Safnað var upplýsinga um félagslegt, andlegt og líkamlegt heilsufar einstaklinga á fjórum tímabilum. Því var þetta framskyggð meginndleg rannsókn. Í rannsóknarhópnum voru einstaklingar á upptökusvæði Landspítala-háskólasjúkrahúss, 75 ára og eldri, sem veiktust og voru lagðir skyndilega inn á bráðavakt á lyflækningadeild LSH í Fossvogi á tímabilinu maí til desember 2001. Úrtakið var 160 einstaklingar úr þeim hópi. Einn þátttakandi óskaði eftir að hætta þátttöku og ekki náðist í tvo því eru 157 einstaklingar í endanlegu úrtaki.

MDS-AC mælitækið inniheldur 14 lykilþætti með 56 staðlaðar matsbreytur. Um er að ræða umfangsmikil gögn um líkamlegt og andlegt heilsufar eldri einstaklinga og félagslega stöðu þeirra á fjórum tímapunktum, og er aðeins hluti gagnanna notaður í þessari rannsókn. Hvert mat tók 30-45 mínútur og tveir aðilar sáu um upplýsinga-

öflun, greinarhöfundur og Ólafur H. Samúelsson öldrunarlæknir. Áreiðanleikamat á mælitækinu hefur verið gert (Carpenter o.fl., 2001). Upplýsinga var aflað hjá sjúklingi og einnig hjá aðstandendum og/eða umönnunaradilum. Tilskilin leyfi voru fengin hjá Vísindasiðanefnd og Persónuvernd og farið eftir þeirra reglum. Upplýsts samþykkis var aflað. Upplýsinga um getu og hæfni fyrir leguna og við bráðaveikindin var aflað fyrstu 24 klst eftir innlögn, upplýsingum var aftur aflað á sjöunda degi eftir innlögn eða 24 klst. fyrir útskrift sjúklings eftir því hvort kom á undan hér eftir nefnt viku eftir innlögn. Að lokum var farið til sjúklings þar sem hann var staddur þremur til fimm mánuðum eftir innlögn, hér eftir nefnt fimm mánuðum eftir innlögn.

Við gagnavinnslu var notað tölfraeðiforritið SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) útgáfa 11,0.

Niðurstöður

Bakgrunnur þátttakenda

Eins og fram hefur komið voru þátttakendur í þessari rannsókn þeir einstaklingar 75 ára og eldri sem lögðust inn á lyflækningadeild LSH í Fossvogi vegna bráðra



**Betri heyrn
Bætt lífsgæði**

Getur þetta litla tæki breytt lífi þínu?

**Pantaðu tíma í
heyrnarmælingu í síma
568 6880
og fáðu að prófa Vigo**

Vigo er nýtt stafrænt heyrnartæki sem er 30% minna og 25% þynnra en hefðbundin heyrnartæki. Þrátt fyrir litla stærð er tækið afar öflugt og búið fullkomnum tækni-búnaði sem hjálpar þér að heyra í krefjandi aðstæðum. Vigo er ekki bara lítið og nett heldur færir það þér hljómgæði sem áður var bara að finna í dýrustu heyrnartækjunum.

Fullkomlega sjálfvirk  Auðvelt í notkun  Framúrskarandi hljómgæði

Lítið, grannt og nánast því ósýnilegt  Margar gerðir og mikið úrval lita



Heyrnartækni

Glæsibæ | Álfheimum 74 | 104 Reykjavík | Þjónusta á landsbyggðinni | sími: 568 6880 | www.heyrnartaekni.is

veikinda. Af þeim voru 65% konur (n=102) og 35% karlar (n=55). Meðalaldur þátttakenda var 83,3 ár (dreifing 75-100 ár). Ekki greindist marktækur munur á meðalaldri karla (83,2 ár, dreifing 75-100 ár) og kvenna (83,3 ár, dreifing 75-100 ár). Er sambúðarform var athugað kom í ljós marktækur munur milli karla og kvenna fyrir veikindi (*Mann-Whitney U*=-3,196, *p*<0,001). Algengara var að konur bjuggu einar eða 63,7% (n=65) á móti 30,9% karla (n=17). Karlar bjuggu með maka í 56,4% (n=31) tilfella á móti 22,6% kvenna (n=23). Einnig kom fram marktækur munur á búsetuformi milli karla og kvenna fyrir veikindi (*Mann-Whitney U*=-2,341, *p*<0,02). Algengara var að karlar bjuggu í heimahúsi án þjónustu eða 43,6% þeirra á móti 23,5% kvenna. Lítill hluti bæði karla og kvenna kom frá hjúkrunarheimili (tafla 1).

eftir bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús og fimm mánuðum eftir bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús?

Færni þátttakenda á hverju tímabili var skoðuð út frá þremur kvörðum þ.e. vitrænum kvarða (CPS), stigskiptum kvarða fyrir athafnir daglegs lífs (ADL) og kvarða fyrir almennar athafnir daglegs lífs (IADL). Þar sem kvarði fyrir almennar athafnir daglegs lífs er ekki stigskiptur var ákveðið, við að svara þessari rannsóknarspurningu, að flokka þann kvarða eftir stigvaxandi samantlagðri stigagjöf og mynda þannig sjö hópa sem hver um sig innihélt þrjú stig þ.e. þeir sem fengu alls 0-2 stig eru saman, þeir sem fengu alls 3-5 stig saman o.s.frv.

Fyrir veikindi var enginn þátttakandi með meira en meðal skerðingu á vitrænni færni skv. CPS kvarðanum

Tafla 1. Sambúðarform og búseta þátttakenda eftir kyni við bráðainnlögn.

		Karlar		Konur		Alls	
		%	n	%	n	%	n
Sambúðarform fyrir veikindi	Býr einn	30,9	17	63,7	65	52,2	82
	Býr með maka	56,4	31	22,6	23	34,4	54
	Annað	12,7	7	13,7	14	13,4	21
Búseta fyrir veikindi	Heimili án þjónustu	43,6	24	23,5	24	30,6	48
	Heimili með þjónustu	40,0	22	52,9	54	48,4	76
	Þjónustuíbúð eða sambýli	12,7	7	17,6	18	15,9	25
	Hjúkrunarheimili	3,6	2	5,9	6	5,1	8

Meira en helmingur þátttakenda fann fyrir langvinnnum verk fyrir innlögnina og stór hluti þeirra upplifði langvinna verki daglega (36,9%). Svipaður hluti þátttakenda taldi að langvinnir verkir trufluðu venjulegar athafnir og hlutfall þeirra sem upplifði langvinna verki daglega (37,6%). Um þriðjungur þátttakenda hafði upplifað byltu á síðustu þremur mánuðum fyrir innlögn. Flestir höfðu upplifað eina byltu (17,8%) en einn (0,6%) hafði upplifað sjö byltur. Tæpur þriðjungur þátttakenda hafði ekki farið út úr húsi á síðustu þremur mánuðum fyrir bráðainnlögnina af ótta við að detta (28,7%) (sjá töflu 2).

Hver er færni einstaklinga 75 ára og eldri áður en þeir veikjast og eru lagðir brátt inn á sjúkrahús, í bráðaveikindum við innlögn á sjúkrahús, viku

Tafla 2. Algengi langvinnra verkja og byltna síðustu þrjá mánuði fyrir bráðainnlögnina.

	Hlutfall (%)	Fjöldi (n)
Tíðni þess að sjúklingur finni fyrir langvinnnum verk		
Engir langvinnir verkir	39,5	62
Sjaldnar en vikulega	5,7	9
Oftar en einu sinni í viku	17,8	28
Daglega	36,9	58
Frá sjónarhóli sjúklings, þá truflaði styrkleiki langvinnra verkja venjulegar athafnir		
Nei	62,4	98
Já	37,6	59
Fjöldi byltna á síðustu þremur mánuðum fyrir núverandi innlögn		
0	66,9	105
1	17,8	28
2 eða fleiri	15,3	24
Sjúklingur fer ekki út af ótta við að detta		
Nei	71,3	112
Já	28,7	45

Tafla 3. Skerðing á vitrænni færni (CPS) þátttakenda fyrir veikindi (N=157), við bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús (N=157), viku eftir innlögn á sjúkrahús (N=155) og fimm mánuðum eftir innlögn á sjúkrahús (N=143)

	Engin skerðing	Lítill skerðing	Mild skerðing	Meðal skerðing	Meðal til alvarleg skerðing	Mikil skerðing	Mjög mikil skerðing
	%	%	%	%	%	%	%
Fyrir veikindi	47,8	24,8	14,6	12,7	0,0	0,0	0,0
Bráðafasi	43,3	24,2	15,3	11,5	2,5	1,9	1,3
Viku seinna	43,9	23,2	15,5	14,8	1,9	0,6	0,0
Fimm mánuðum seinna	40,6	25,9	13,3	16,8	1,4	2,1	0,0

(tafla 3). Rúmur fjórðungur var með milda eða meðal skerðingu á vitrænni færni fyrir veikindi. Við bráðaveikindi varð breyting á, þá greindust einhverjir þátttakendur í hverjum flokki þó aðeins rúm 5% í efstu þremur flokkunum. Viku eftir bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús hefur hlutfall þeirra þátttakenda sem greindist með enga eða litla skerðingu á vitrænni færni lækkað um rúm 5% frá því sem var fyrir veikindi. Fimm mánuðum eftir innlögn á sjúkrahús hefur það hlutfall lækkað enn frekar og um fimmtungur þátttakenda greinist í fjórum efstu flokkunum.

Sjálfsbjargargeta þátttakenda við athafnir daglegs lífs (ADL) fyrir veikindi var nokkuð góð (tafla 4). Enginn þátttakandi var þá mjög háður eða algjörlega háður aðstoð við þessar athafnir og einungis rúm tíund þurfti meira

en eftirlit við þessar athafnir. Sjálfsbjargargeta við ADL breyttist mikið við bráðaveikindin. Rúmur helmingur þátttakenda hafði þá mikla þörf fyrir aðstoð við ADL, en viku eftir innlögn á sjúkrahús hafði um fjórðungur þátttakenda mikla þörf fyrir aðstoð. Fimm mánuðum eftir bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús var um fjórðungur þátttakenda ekki sjálfbjarga við ADL, um tíund hafði mikla þörf fyrir aðstoð við ADL.

Sjálfsbjargargeta þátttakenda var minni við almennar athafnir daglegs lífs (IADL) en við athafnir daglegs lífs (tafla 5). Sá kvarði er ekki stigskiptur og sýnir hann ekki með sama hætti afgerandi vaxandi þörf fyrir aðstoð við þessar athafnir eins og ADL kvarðinn gerir. Um fjórðungur þátttakenda greindist með 0-2 stig á IADL kvarð-

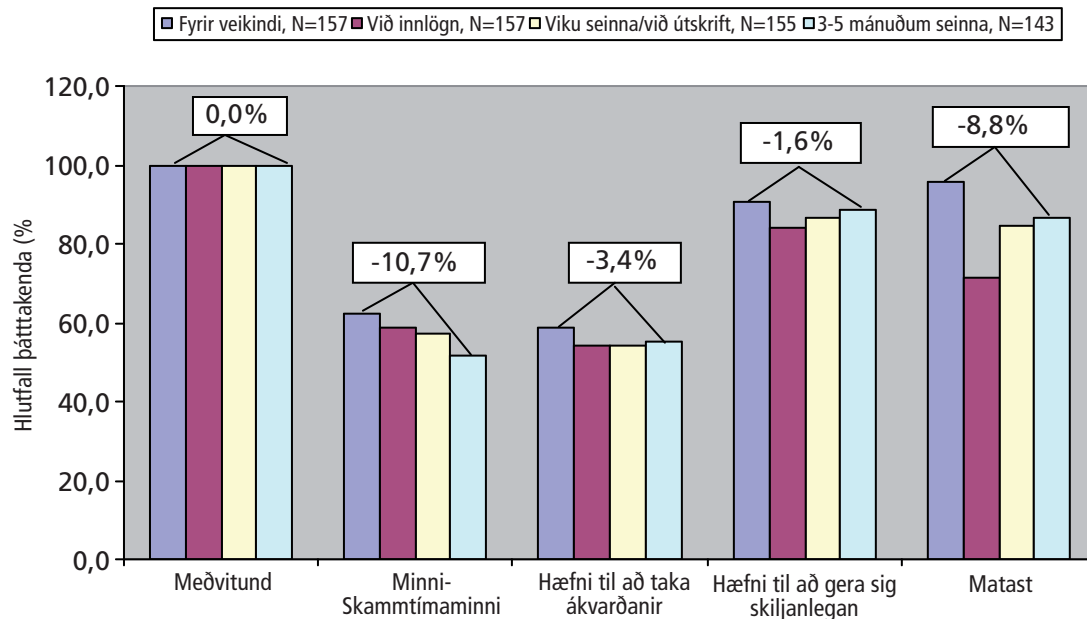
Tafla 4. Sjálfsbjargargeta þátttakenda við athafnir daglegs lífs (ADL) fyrir veikindi (N=157), við bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús (N=157), viku eftir innlögn á sjúkrahús (N=155) og fimm mánuðum eftir innlögn á sjúkrahús (N=143)

	Sjálfbjarga	Eftirlit	Takmörkuð þörf	Mikil þörf 1	Mikil þörf 2	Mjög háður aðstoð	Algjörlega háður aðstoð
	%	%	%	%	%	%	%
Fyrir veikindi	84,7	3,8	8,3	1,3	1,9	0,0	0,0
Bráðaveikindi	19,7	5,7	3,2	3,2	53,5	13,4	1,3
Viku seinna	52,9	10,3	9,7	5,8	19,4	1,3	0,6
Fimm mánuðum seinna	75,5	3,5	9,1	4,9	6,3	0,7	0,0

Tafla 5. Stigun þátttakenda við almennar athafnir daglegs lífs (IADL) fyrir veikindi (N=157), við innlögn á sjúkrahús (N=157), viku eftir innlögn á sjúkrahús (N=155) og fimm mánuðum eftir innlögn á sjúkrahús (N=143)

	0-2 stig	3-5 stig	6-8 stig	9-11 stig	12-14 stig	15-17 stig	18-21 stig
	%	%	%	%	%	%	%
Fyrir veikindi	24,8	16,6	20,4	14,6	15,9	4,5	3,2
Bráðafasi	5,7	3,8	7,0	10,2	24,2	37,6	11,5
Viku seinna	8,4	9,7	16,1	12,9	23,9	20,0	9,0
Fimm mánuðum seinna	16,8	12,6	18,2	16,1	16,1	14,0	6,3

Mynd 1. Hlutfall þátttakenda sem var sjálfbjarga við allar breytur sem mynda vitrænana kvarða (CPS) á fjórum tímabilum

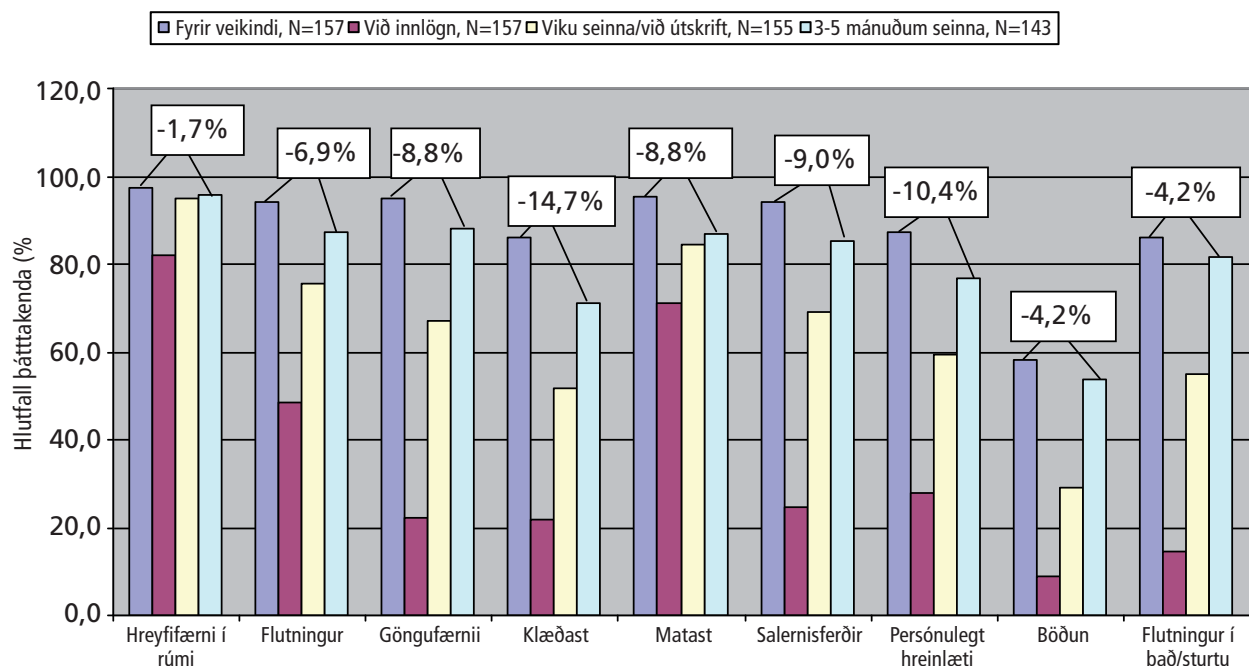


anum fyrir bráðaveikindi. Við bráðaveikindi skerðist sjálfsbjargargeta þátttakenda við IADL mikið og greindist þá þriðjungur þeirra með 15-17 stig. Viku eftir bráðaveikindi greindist yfir helmingur þátttakenda með meira en 12 stig á IADL kvarðanum og fimm mánuðum eftir bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús var meira en þriðjungur þátttakenda með 12 stig eða meira.

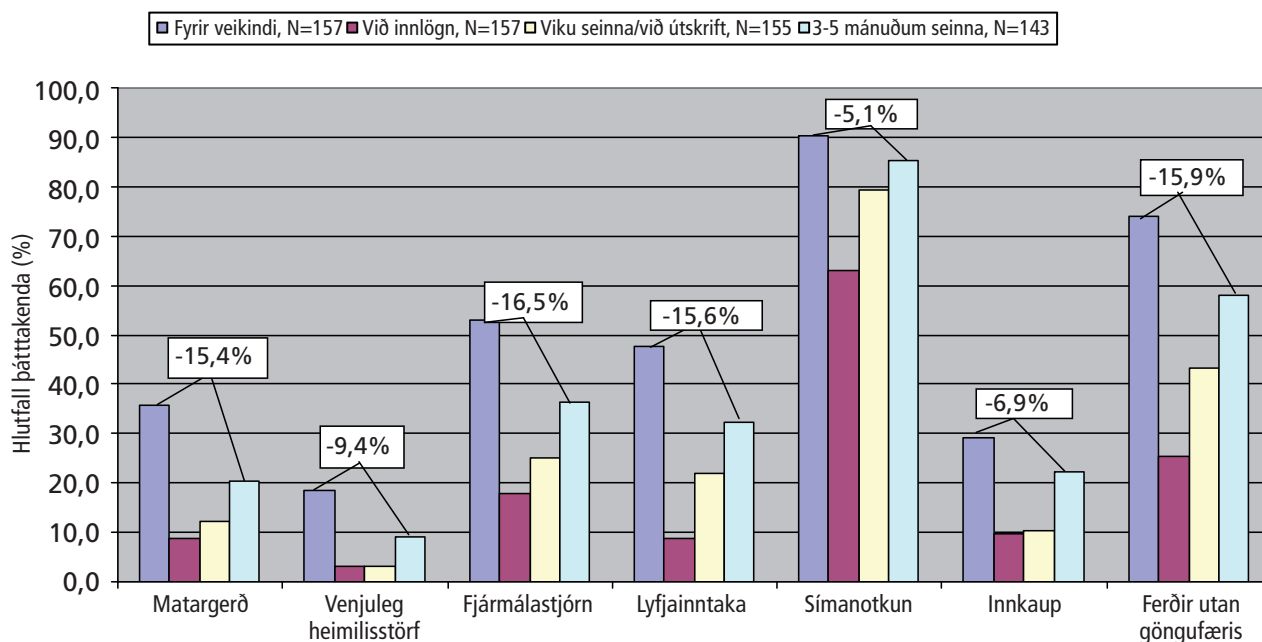
Skoðaðar voru breytingar á hlutfalli þeirra þátttakenda sem voru sjálfbjarga við hverja breytu innan hvers kvarða og settar upp í súlurit til nánari skýringar (myndir 1, 2

og 3). Á mynd 1 má sjá breytingu sem varð á hlutfalli þeirra þátttakenda sem voru sjálfbjarga við þær breytur sem mynda vitræna kvarðann (CPS). Enginn þátttakandi var meðvitundarlaus í þessari rannsókn á neinu tímabilinu og því engin breyting þar. Hlutfall þeirra þátttakenda sem höfðu skammtímaminni í lagi varð lægra við hverja mælingu og fimm mánuðum eftir innlögn hafði hlutfall þeirra lækkað um 10,7%. Hlutfall þeirra sem voru sjálfbjarga með aðrar breytur lækkaði við bráðaveikindi, hlutfallið hækkaði aftur á fimm mánuðum en náði ekki fyrra

Mynd 2. Hlutfall þátttakenda sem var sjálfbjarga við allar athafnir daglegs lífs (ADL) á fjórum tímabilum



Mynd 3. Hlutfall þátttakenda sem var sjálfbjarga við allar almennar athafnir daglegs lífs (IADL) á fjórum tímabilum



hlutfalli. Hlutfall þátttakenda sem var sjálfbjarga við að matast lækkaði á þessu fimm mánaða tímabili um 8,8%.

Þátttakendur voru að mestu sjálfbjarga við athafnir daglegs lífs fyrir veikindin. Á mynd 2 sést að hlutfall þeirra þátttakenda sem voru alveg sjálfbjarga við allar þessar athafnir lækkaði við bráðaveikindin. Á næstu fimm mánuðum varð hlutfall þeirra þátttakenda sem voru sjálfbjarga hærra við allar athafnirnar þó að hvergi hafi það gengið alveg til baka. Mest varð skerðingin á athöfnunum að klæðast (14,7%) og við persónulegt hreinlæti (10,4%). Áfram voru þátttakendur sist sjálfbjarga við böðun en lækkun á hlutfalli þeirra sem voru sjálfbjarga með böðun eftir bráðaveikindin var lítil (4,2%). Minnst varð skerðingin hjá þátttakendum við athöfnina hreyfifærni í rúmi (1,7%) (mynd 2).

Hlutfall þeirra sem voru sjálfbjarga við almennar athafnir daglegs lífs fyrir veikindin var almennt lægra en hlutfall þeirra sem voru sjálfbjarga við athafnir daglegs lífs fyrir veikindi. Á mynd 3 sést að við bráðaveikindin lækkar hlutfall þeirra sem eru sjálfbjarga við athafnirnar en á fimm mánuðum hækkar þetta hlutfall við allar athafnirnar en nær þó ekki fyrra marki. Fimm mánuðum eftir innlögn á sjúkrahús var lækkun á hlutfalli þeirra sem voru sjálfbjarga svipað við matargerð (15,4%), fjármálastjórn (16,5%), lyfjainntöku (15,6%) og við ferðir utan göngufæris (15,9%). Minnst varð breytingin á hlutfalli þeirra sem voru sjálfbjarga við símanotkun á þessum fimm mánuðum en þó 5,1% (mynd 3).

Umræða

Eins og fram hefur komið voru þátttakendur í þessari rannsókn einstaklingar 75 ára og eldri sem veiktust og

voru lagðir brátt inn á sjúkrahús. Við athugun á skiptingu þátttakenda eftir kyni kom í ljós að konur voru áberandi fleiri en karlar eða 65% (102). Þetta skýrist að hluta til þegar horft er til þess að samkvæmt Mannfjöldaspa Hagstofu Íslands voru konur 58% þessa aldurshóps á Íslandi árið 2005. Algengara var að karlar bjuggu með maka heldur en konur og er það í samræmi við niðurstöður Hlífur Guðmundsdóttur (2004). Einnig bjuggu karlar frekar í heimahúsi án utanaðkomandi þjónustu.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að langvinnur verður sé nokkuð algengt vandamál hjá þessum aldurshópi. Meira en helmingur þátttakenda fann fyrir einhverjum langvinnum verk og meira en þriðjungur fann fyrir langvinnum verk daglega. Þetta er í samræmi við niðurstöður Pálma V. Jónssonar o.fl. (2003) en þar kom fram að daglegir verkir greindust hjá um helmingi þátttakenda í rannsókn á eldri einstaklingum sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á Reykjavíkursvæðinu árið 1997. Kanadísk rannsókn (Ross og Crook, 1998) sýndi að þrír af hverjum fjórum þátttakendum (n=66) eldri einstaklinga sem fengu heimahjúkrun voru með verki en ekki greindust tengsl milli verkja og skerðingar á færni hjá þeim. Ross og Crook (1998) telja að þó tengsl milli verkja og skerðingar á færni séu óljós þá sé þekkt að verkir eru algeng ástæða þess að einstaklingar leiti sér lækninga. Fram kom að þeir einstaklingar sem upplifðu verki áttu frekar við þunglyndi og svefnvandamál að stríða og upplifðu minni ánægju með lífið. Niðurstöður þeirrar rannsóknar sem þetta verkefni fjallar um sýndu að svipað hlutfall þátttakenda taldi að styrkleiki langvinnra verkja þeirra truflaði venjulegar athafnir (38%) og þeirra sem upplifðu langvinna verki daglega (37%).

Byltur eru með alvarlegri atvikum á gamals aldri, þær

geta valdið þjáningum og dregið úr kjarki til hreyfingar (Ársæll Jónsson, Ingibjörg Bernhöft, Karin Bernhardsson og Pálmi V. Jónsson, 2005). Þriðjungur þátttakenda hafði orðið fyrir byltu fyrir innlögn. Tæpur þriðjungur þátttakenda hafði ekki farið út af ótta við að detta á síðustu þremur mánuðum fyrir innlögn. Þetta er nokkuð herra hlutfall en kom fram í rannsókna Pálma V. Jónssonar o.fl. (2003) en þar hafði um fimmtungur þátttakenda ekki farið út af ótta við að detta. Niðurstöður ítalskrar rannsóknar benda til þess að byltur séu sterkur áhættuþáttur hjá eldri einstaklingum sem búa í heimahúsum fyrir flutningi á hjúkrunarheimili. Bent er á að byltur geti verið einkenni um hrumleika hjá einstaklingi sem þá þegar er í hættu á flutningi á hjúkrunarheimili (Tinetti og Williams, 1997).

Vitræn færni (CPS)

Fyrir veikindi greindist um helmingur þátttakenda með fulla vitræna færni (48%) og um fjórðungur (25%) með litla vitræna skerðingu. Enginn þátttakandi greindist með meira en meðal skerðingu eða stig 3 á CPS kvarðanum. Þetta er svipað niðurstöðum erlendra rannsókna. Hlutfall þeirra sem greinast með enga eða litla skerðingu á vitrænni færni við innlögn á sjúkrahús er yfirleitt á bilinu 70-80% (Bo o.fl., 2003, Boyd o.fl., 2005, Joray, Wietlisbach, og Bula, 2004, Sands o.fl., 2003). Íslenskar rannsóknir hafa sýnt að skerðing á vitrænni færni er stór áhættuþáttur fyrir vistun á hjúkrunarheimili og að um 80% einstaklinga á hjúkrunarheimilum er með vitræna skerðingu á einhverju stigi (Oddur Ingimarsson o.fl., 2004b). Rannsóknir á eldri einstaklingum í heimahúsum á Íslandi hafa sýnt að vitræn færni þeirra er yfirleitt nokkuð góð (Hlíf Guðmundsdóttir, 2004; Pálmi V. Jónsson o.fl., 2003) og kemur það heim og saman við þessar niðurstöður þar sem stærsti hluti þátttakenda bjó á eigin heimili fyrir veikindin.

Vitræn færni breyttist ekkert í kjölfar veikindanna hjá miklum meirihluta þátttakenda (n=130, 83%). Þó greindust um 5% þátttakenda í þremur efstu stigunum í bráðaveikindunum þ.e. með meðal til alvarlega skerðingu, mikla skerðingu og mjög mikla skerðingu en enginn greindist í þessum stigum fyrir veikindi. Hjá þeim þátttakendum þar sem breyting varð á vitrænni færni var algengast að um breytingu um eitt stig væri að ræða (11%), mest varð breyting um fjögur stig (n=2, 1,3%). Ástæður fyrir skyndilegum breytingum á vitrænni færni við bráðaveikindi geta verið mismunandi, eins og óráð, heilabilun og þunglyndi og mikilvægt er að greina þær til að hægt sé að setja inn rétta meðferð (Joray o.fl., 2004). Sands o.fl. (2003) skoðuðu tengsl milli vitrænnar færni eldri einstaklinga við innlögn á sjúkrahús og þess hversu vel sú skerðing á færni sem varð við innlögnina gekk til baka. Niðurstöður þeirrar rannsóknar sýndu að alvarleiki vitrænnar skerðingar spáir fyrir um hversu mikið skerðing á færni gengur til baka eftir bráðaveikindi. Því meiri sem vitræn skerðing var við innlögn því minni voru líkur á að skerðing á færni gengi til baka og meiri líkur á að einstaklingur flyttist á

hjúkrunarheimili. Á Spáni (Miralles o.fl., 2003) var gerð rannsókn þar sem kannað var hvort hægt væri að greina strax í upphafi þá er gætu útskrifast heim í óbreytt búsetuform. Leiddi rannsóknin í ljós að lítil eða engin skerðing á vitrænni og líkamlegri færni ásamt góðum félagslegum aðstæðum tengdust því hvert eldri einstaklingur útskrifaðist.

Athygli vekur að vitrænni færni þátttakenda í þessari rannsókn fór fram fyrstu vikuna eftir bráðaveikindin sem skýrist væntanlega af veikindum, tímabundinni versnun eða óráði. Fimm mánuðum eftir bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús hafði henni hins vegar hrakað að meðaltali og var nú verri en við bráðaveikindin. Skammtímaminni þátttakenda hrakaði jafnt og þétt að meðaltali yfir þessi tímabil og hæfni þeirra til að taka ákvarðanir fimm mánuðum eftir bráðaveikindi var að meðaltali sú sama og hún var við bráðaveikindi. Hins vegar jókst hlutfall þeirra sem var sjálfbjarga við ákvarðanatöku eftir bráðaveikindin.

Athafnir daglegs lífs (ADL)

Færni þátttakenda við athafnir daglegs lífs (ADL) fyrir veikindi var almennt nokkuð góð. Það var aðeins við athöfnina böðun sem tæpur helmingur þátttakenda þurfti aðstoð. Þetta eru sömu niðurstöður og koma fram í íslenskum rannsóknum tengdum eldri einstaklingum sem búa á eigin heimilum (Hlíf Guðmundsdóttir, 2004; Pálmi V. Jónsson o.fl. 2003). Hjá þátttakendum kom fram að fyrir utan þætti sem tengjast böðun þurftu þeir helst aðstoð við athafnirnar að klæða sig og sjá um persónulegt hreinlæti. Þetta er í samræmi við niðurstöður Morris o.fl. (1999) en þeir skiptu athöfnum daglegs lífs upp eftir því við hverjar þeirra einstaklingar þyrftu fyrst aðstoð við og hverjar síðast. Þar kom fram að fyrst kæmi fram þörf fyrir aðstoð við klæðnað og persónulegt hreinlæti en síðast við hreyfingu í rúmi og að matast.

Færni þátttakenda við ADL breyttist mikið við bráðaveikindi og innlögn á sjúkrahús, þá var aðeins um fimmtungur sjálfbjarga við þessar athafnir. Tæplega helmingi þátttakenda hafði versnað um fjögur stig á ADL kvarðanum. Í samræmi við skiptingu Morris o.fl. (1999) á ADL athöfnum upp í þrjá flokka eftir því í hvaða tímaröð hæfni til að framkvæma þær hverfur voru flestir sjálfbjarga við hreyfifærni í rúmi og að matast. Í rannsókn Wilber, Blanda og Gerson (2006) á færni eldri einstaklinga við innlögn á bráðamóttöku kom fram að tæp 75% af 90 þátttakendum upplifðu skerðingu á færni. Hjá þeirra þátttakendum varð skerðingin oftast við klæðnað, flutning og göngufærni.

Viku eftir bráðainnlögn á sjúkrahús var um helmingur þátttakenda orðinn sjálfbjarga við ADL, þó voru fæstir sjálfbjarga við böðun og göngufærni innan herbergis og á sömu hæð. Fimm mánuðum eftir innlögn var um fjórðungur þátttakenda í þörf fyrir aðstoð við ADL. Mest var þörfin fyrir aðstoð við böðun, klæðnað og við persónulegt hreinlæti. Niðurstöður leiddu í ljós að hjá fimmtungi þátttakenda sem metnir voru fimm mánuðum eftir veikindi

breyttist færni við ADL ekkert þann tíma (n=31). Af þeim sem hrakaði við ADL færni við veikindin náði tæplega fjórðungur ekki fyrri færni (n=26). Rannsókn Covinsky o.fl. (2003) sýndi að meira en þriðjungur einstaklinga 70 ára og eldri hafði verri ADL færni við útskrift af sjúkrahúsi en þeir höfðu fyrir veikindi. Rannsókn Marek, Popejoy, Petroski og Rantz (2006) sýndi að þegar hrumur eldri einstaklingar fengu hjúkrunarstýrða heimaþjónustu skilaði það ekki marktækum árangri í færni þeirra fyrir en þeir höfðu fengið þessa þjónustu í ár. Leiða má að því líkum að eldri einstaklingar þurfi lengri meðferðartíma til að ná upp fyrri færni.

Almennar athafnir daglegs lífs (IADL)

Færni þátttakenda við almennar athafnir daglegs lífs (IADL) var áberandi skertari en önnur færni þátttakenda. Sjálfsbjargargetan var minnst við heimilisstörf á öllum tímabilum en mest við símanotkun. Þetta samrýmist að mestu niðurstöðum rannsóknar Hlífur Guðmundsdóttur (2004) á háöldruðum í heimahúsum en þátttakendur nú eru heldur meira sjálfbjarga við IADL en þátttakendur í rannsókn Pálma V. Jónssonar o.fl. (2003) sem var gerð meðal aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar. Það skýrist sjálfsagt af því að um þriðjungur þátttakenda í þessari rannsókn kom frá heimili án utanaðkomandi þjónustu. Fimm mánuðum eftir bráðaveikindi og innlögna á sjúkrahús hafði hlutfall þátttakenda sem var sjálfbjarga við fjóra þætti innan IADL kvarðans lækkað um meira en fimmtán prósent. Það var að sjá um matargerð, fjármálastjórn, lyfjainntöku og ferðir utan göngufæris. Á þeim tímapunkti var hópurinn farinn að líkjast meira hópnum sem naut heimahjúkrunar (Pálmi V. Jónsson o.fl., 2003) og niðurstöðum úr rannsókn Nourhashemi o.fl. (2001) sem beindist að konum 75 ára og eldri í heimahúsum.

Lokaorð

Telja má að breyting verði á færni hjá stórum hópi einstaklinga 75 ára og eldri við bráðaveikindi og innlögna á sjúkrahús. Þátttakendur í þessari rannsókn voru við þokkalega heilsu fyrir veikindi en urðu fyrir skerðingu á færni og sjálfsbjörg varð þeim erfiðari. Heilbrigðisstarfsmenn verða að vera sér meðvitaðir um hversu mikið sjálfsbjargargeta þessara einstaklinga getur skerst og hversu mikilvægt það er að greina þessa skerðingu sem fyrst til að setja raunhæf markmið um endurhæfingu. Breyting á sjálfsbjargargetu eldri einstaklinga í bráðafasa getur leitt til þess að þeir fái ekki nægilega hvatningu og örvun til að viðhalda þeirri færni sem þeir höfðu fyrir. Þannig getur fyrri færni glatast við dvöl á sjúkrahúsi.

Við bráðaveikindi sem leiða til innlagnar á sjúkrahús virðist færni skerðast hvað mest á ADL kvarðanum við að ganga, klæða sig, sjá um persónulegt hreinlæti og salernisferðir fyrir utan böðun en þátttakendur þurftu mesta aðstoð við böðun fyrir veikindi. Færni þátttakenda

við breytur á IADL kvarðanum skertist mikið við veikindin og var sú skerðing nokkuð jöfn yfir allar breyturnar. Minnst skertist færni til að nota síma. Færni þátttakenda við breytur á vitræna kvarðanum breyttist minna. Þó er athyglisvert að skammtímaminni skertist jafnt og þétt á fimm mánaða tímabili á meðan færni við aðrar breytur jókst eftir bráðaveikindin. Á fimm mánaða tímabili frá bráðaveikindum og innlögna á sjúkrahús náðu þátttakendur ekki fyrri færni að meðaltali við neina breytu á færnikvörðunum þremur. Samt voru 77,6% þátttakenda með sömu vitrænu færni fimm mánuðum eftir veikindi og innlögna á sjúkrahús og þeir höfðu fyrir veikindin, 81,1% þátttakenda með sömu færni við ADL en aðeins 32,2% þátttakenda með sömu færni við IADL og þeir höfðu fyrir veikindi.

Í þessari grein var lýst breytingum á færni sem urðu hjá þeim einstaklingum 75 ára og eldri, sem veiktust og voru lagðir skyndilega inn á bráðavakt á lyflækningadeild LSH í Fossvogi á tímabilinu maí til desember 2001 og samþykktu að vera með í þessari rannsókn. Eins og fram kom áður er rannsókn þessi hluti af samnorrænni rannsókn. Á Íslandi voru ábyrgðamenn rannsóknarinnar Anna Birna Jensdóttir og Pálmi V. Jónsson og matsaðilar tveir, höfundur og Ólafur H. Samúelsson. Leiðbeinendur við meistaraverkefnið voru Kristín Björnsdóttir prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Almar Halldórsson við Námsmatssofnun sem leiðbeindi við tölfræðina.

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

Heimildalisti

- Aditya, B. S., Sharma, J. C., Allen, S. C., og Vassallo, M. (2003). Predictors of a nursing home placement from a non-acute geriatric hospital. *Clinical Rehabilitation*, 17(1), 108-113.
- Aminzadeh, F., og Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), 238-247.
- Ársæll Jónsson, Ingibjörg Bernhöft, Karin Bernhardsson, og Pálmi V. Jónsson. (2005). Afturvirk rannsókn á heilsufarsbreytum heimilismanna á Droplaugarstöðum árin 1983-2002. *Læknablaðið*, 91(2), 153-160.
- Bernick, L. (2004). Caring for older adults: Practice guided by Watson's caring-healing model. *Nursing Science Quarterly*, 17(2), 128-134.
- Bo, M., Massaia, M., Raspo, S., Bosco, F., Cena, P., Molaschi, M., og Fabris, F. (2003). Predictive factors of in-hospital mortality in older patients admitted to a medical intensive care unit. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 529-533.
- Boyd, C. M., Xue, Q. L., Guralnik, J. M., og Fried, L. P. (2005). Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: The women's health and aging study I. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(7), 888-893.
- Buchner, D. M., og Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(1), 1-17.
- Campbell, S. E., Seymour, D. G., og Primrose, W. R. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age and Ageing*, 33(2), 110-115.
- Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B., og Abraham, K. (2004). A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department—the DEED II study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1417-1423.
- Carlson, J. E., Zocchi, K. A., Bettencourt, D. M., Gambrel, M. L., Freeman, J. L., Zhang, D., og Goodwin, J. S. (1998). Measuring frailty in the hospital.

- alized elderly: Concept of functional homeostasis. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(3), 252-257.
- Carpenter, G. I., Teare, G. F., Steel, K., Berg, K., Murphy, K., Bjornson, J., Jons-son, P. V., og Hirdes, J. P. (2001). A new assessment for elders admitted to acute care: Reliability of the MDS-AC. *Aging (Milano)*, 13(4), 316-330.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., Burant, C. J., og Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.
- Hagstofa Íslands. (2006). *Hagtíðindi – Mannföldi. Mannföldi 31. desember 2005*. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið, (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010; Lantímamarkmið í heilbrigðismálum*. Reykjavík: Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið. Sótt í nóvember 2005 af <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>.
- Hlíf Guðmundsdóttir (2004). *Óformlegur og formlegur stuðningur sem langlífir Íslendingar sem búa á eigin heimilum njóta með hlidsjón af færni*. Meistaraverkefni, Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Joray, S., Wietlisbach, V., og Bula, C. J. (2004). Cognitive impairment in elderly medical inpatients: Detection and associated six-month outcomes. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(6), 639-647.
- Knight, M. M. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1459-1468.
- Kresevic, D. M., og Mezey, M. (1997). Assessment of function: Critically important to acute care of elders. *Geriatric Nursing*, 18(5), 216-221.
- Lawton, M. P., og Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Marek, K. D., Popejoy, L., Petroski, G., og Rantz, M. (2006). Nurse care coordination in community-based long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 80-86.
- McCloskey, R. (2004). Functional and self-efficacy changes of patients admitted to a Geriatric Rehabilitation Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 186-193.
- Miralles, R., Sabartes, O., Ferrer, M., Esperanza, A., Llorach, I., Garcia-Palleiro, P., og Cervera, A. M. (2003). Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(2), 252-257.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Mehr, D. R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., og Lipsitz, L. A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology Medical Science*, 49(4), M174-M182.
- Morris, J. N., Fries, B. E., og Morris, S. A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(11), M546-M553.
- Nourhashemi, F., Andrieu, S., Geillette-Guyonnet, S., Vellas, B., Albarède, J. L. og Grandjean, H., (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. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A(7), M448-M453.
- Oddur Ingimarsson, Thor Aspelund, og Pálmi V. Jónsson. (2004). Birtingarmynd heilabilunar í vistunarmati aldraðra fyrir hjúkrunarrými 1992-2001. *Læknablaðið*, 90(11), 767-773.
- Pálmi V. Jónsson, Hlíf Guðmundsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Marianna Haraldsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Ómar Harðarson, og Hrafn Pálsson. (2003). Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997. *Læknablaðið*, 89(4), 313-318.
- Pearson, V. I. (2004). Assessment of function in older adults. Í: R. L. Kane og R. A. Kane (Ritstj.), *Assessing older persons* (bls. 17-48). Oxford: Oxford University Press.
- Ross, M. M., og Crook, J. (1998). Elderly recipients of home nursing services: Pain, disability and functional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1117-1126.
- Sands, L. P., Yaffe, K., Covinsky, K., Chren, M. M., Counsell, S., Palmer, R., Fortinsky, R., og Landefeld, C. S. (2003). Cognitive screening predicts magnitude of functional recovery from admission to 3 months after discharge in hospitalized elders. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(1), 37-45.
- St Pierre, J. (1998). Functional decline in hospitalized elders: Preventive nursing measures. *AACN Clinical Issues*, 9(1), 109-118.
- Tinetti, M. E., og Williams, C. S. (1997). Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *New England Journal of Medicine*, 337(18), 1279-1284.
- Wilber, S. T., Blanda, M., og Gerson, L. W. (2006). Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Academic Emergency Medicine*, 13(6), 680-682.

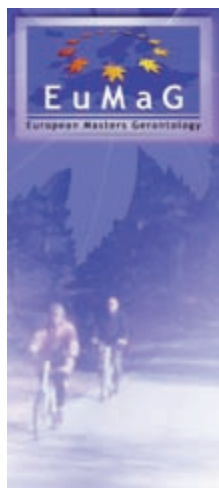
www.paradis.is

Snyrti og nuddstofan
PARADÍS
Laugarnesveg 82
S: 553 1330
15% staðgreiðsluafsláttur fyrir eldri borgara.

FRÆÐSLA OG SÍMENNTUN Í ÖLDRUNARGEIRANUM

Hirsla – varðveislusafn LSH
Varðveitir greinar úr Öldrun
www.hirsla.lsh.is

HIRSLA
Varðveislusafn • Bókasafn LSH



**Do you see the ageing population as a challenge?
Always wanted to get a Masters Degree (MSc)?
And wanted to combine it with your present work?**

Take up the challenge of a dynamic international programme and apply for the European Master's in Gerontology (EuMaG)!

The EuMaG offers an outstanding international academic programme that enables participants to gain a deeper knowledge of the ageing process and its societal implications. EuMaG is a two-year, flexible, part-time programme, with highly distinguished lecturers from some of the key gerontological institutions across Europe. The study is concentrated around five core modules of one week in at least four different European cities. EuMaG's core modules each focus on a main discipline within gerontology, such as Psycho-Gerontology, Social Gerontology, Health Gerontology, Demography and Biology of Ageing. Careers you might wish to consider once you have completed the programme include health care professional, policy-maker, health care manager, researcher or lecturer.

Deadline for application for the full Masters programme: August 1st 2008.
For further information and application see: www.eumag.org

Heilsurúm sem veita vellíðan, frelsi og hámarksöryggi

Sérstök hönnun rúmbotnsins sem samanstendur af svo kölluðum fiðrildum (MIS®) sem tryggir þrýstingsjöfnun og bætir blóðflæði sem skilar sér í bættem svefni og betri líðan.



Hægt er að hækka fætur í lárétta stöðu sem kemur sér sérstaklega vel fyrir þreytta og bóligna fætur.



Völker rúmin eru afar auðstillanleg með fjarstýringu þar sem hæð og mismunandi stillingum leguflatarins er stjórnað eftir þörfum hvers og eins. Hægt er að setja rúmið í setstöðu.



Tvískiptar hliðargrindur veita hámarksöryggi þar sem þær fylgja leguflati við hækkun/lækkun ásamt því að nýta einstaklega vel þegar farið er fram úr rúminu. Sé þeirra ekki þörf er þeim rennt undir rúmflötin og fyrirferð þeirra verður engin.



FASTUS

Fastus ehf.

Síðumúli 16
108 Reykjavík

Sími 580 3900
Fax 580 3901

fastus@fastus.is
www.fastus.is

Eldri borgarar!



35% afsláttur

fyrir eldri borgara af öllum vörum

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

Hjá okkur er mikið úrval af vönduðum glæraugnaumgjörðum.

Sjón – alltaf betri þjónusta.

Laugavegi 62
sími 511 6699

Glæsibæ
sími 511 6698

www.sjon.is
sjon@sjon.is

SJÓN
glæraugnaverslun

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands

Reykjavík

VR

Áskirkja

Blindrafélagið

Bændasamtök Íslands

Droplaugarstaðir

Dvalar og hjúkrunarheimilið Grund

Efling stéttarfélag

Félagsmiðstöðin Aflagranda 40

Múlabær

Ríkiskaup

Saga Medica

Seljahlíð, heimili aldraðra

Seljakirkja

Skógarbær, hjúkrunarheimili

Sorpa

Tryggingastofnun ríkisins

Útfararstofa kirkjugarðanna

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar

Þjónustuíbúðir og félagsmiðstöð Furugerði 1

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskaupstaður

Kópavogur

Félagsþjónusta Kópavogs

Kópavogsbær

Sunnuhlíð

Garðabær

Vistor hf.

Álftanes

Sveitarfélagið Álftanes

Grindavík

Þorbjörn hf.

Garður

Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum Garðvangur

Sveitarfélagið Garður

Akranes

Akraneskaupstaður

Dvalarheimilið Höfði

Borgarnes

Borgarbyggð

Dvalarheimili aldraðra

Skorradalshreppur

Búðardalur

Hjúkrunarheimilið Fellsenda

Reykhólahreppur

Reykhólahreppur

Bolungarvík

Sparisjóður Bolungarvíkur

Súðavík

Súðavíkurhreppur

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnun Hvammstanga

Blönduós

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi

Húnavatnshreppur

Skagaströnd

Sveitafélagið Skagaströnd

Sæborg, dvalarheimili aldraðra

Sauðárkrókur

Kaupfélag Skagfirðinga

Siglufjörður

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði

Ólafsfjörður

Heilsugæslustöðin Hornbrekka

Reykjahlíð

Mývatnsstofa ehf/upplýsingamiðstöð

Þórshöfn

Svalbarðshreppur

Þórshafnarhr. v/Dvalarheimilið Naust

Eskifjörður

Dvalarheimili aldraðra

Heilbrigðisstofnun Austurlands

Eskifjörður

Hulduhlíð, heimili aldraðra

Höfn

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands

Þorlákshöfn

Sveitarfélagið Ölfus

Hella

Lundur hjúkrunar og dvalarheimili

Vík

Hjallatún, dvalarheimili

Mýrdalshreppur

Vestmannaeyjar

Hraunbúðir hjúkrunar og dvalarheimili

Vestmannaeyjabær

Sjúkra- og þrýstingssokkar

T.E.D.™

REST.E.D.™



- // Minnkar hættu á blóðtappamyndun um 50%
- // Viðheldur blóðflæði í fótum
- // Kemur í veg fyrir þjúgmyndun
- // 100% latex frír
- // Fáanlegir í þremur litum

Sími: 580 3900

Síðumúli 16 / 108 Reykjavík / fastus@fastus.is / www.fastus.is

FASTUS

Félaggliðabré er sérstakt tækifæri fyrir starfsmenn á hjúkrunar- og öldrunarheimilum



Félaggliðabré er ætluð fólki sem vinnur við aðhlyningu og umönnun t.d. á öldrunarheimilum. Þetta er fjögurra anna einingánám á framhaldsskólastigi sem kennt er samkvæmt námsskrá menntamálaráðuneytisins. Námið er fyrir fólk sem hefur þriggja ára starfsreynslu við umönnun og hefur lokið samtals 230 stundum í starfstengdum námskeiðum, þ.m.t. svokölluðum **Fagnámskeiðum** sem eru undanfari félaggliðabréarinnar og skilyrði þess að geta hafið nám í henni. Námið er haldið í samstarfi við stéttarfélög og/eða vinnuveitendur.

Í september 2008 hefst félaggliðanám fyrir innflytjendur, sem hafa langa starfsreynslu á öldrunarheimilunum hér á landi. Námið tekur fimm annir þar sem við bætist kennsla í námstengdri íslensku.

Umsjón með Félaggliðabré hefur Mímir-símenntun og nánari upplýsingar eru veittar í síma 580 1800 og á heimasíðunni mimir.is

 **MÍMIR**
símenntun

Protefix

- tannlím, púðar og hreinsitöflur

Kynntu þér málið
- fæst í apótekum



Hafðu samband og sjáðu hvað ég get gert fyrir þig
- örugg og persónuleg þjónusta.



AÐAL-TANNSMÍÐASTOFAN

Íris Bryndís Guðnadóttir

kliniskur tannsmíðameistari og tanntæknir

Hátúni 8 • jarðhæð • sími 552 5511 • irisbg@vortex.is

FRÆÐSLA OG SÍMENNTUN Í ÖLDRUNARGEIRANUM

**Námsstefna Öldrunarfræðafélags Íslands
í samvinnu við Endurmenntun Háskóla Íslands
Haldin þann 13. nóvember 2008 kl. 9-16**

Einstaklingsmiðuð öldrunarþjónusta

Töluverð umræða hefur verið um þjónustu við aldraða og því hefur verið haldið á lofti að þjónustan skuli vera einstaklingsmiðuð og sveigjanleg og að fólk geti búið heima við öryggi svo lengi sem það kys og kostur er. Á námsstefnunni verður fjallað um hvað felur í sér að hafa þjónustuna einstaklingsmiðaða. Jafnframt verður því velt upp hvort öldrunarþjónusta í dag er miðuð við þarfir aldraðra sjálfra og aðstandenda þeirra eða gerir krafan um hagkvæmni þjónustunnar og skortur á mannauði það að verkum að þjónustan er miðuð að þörfum þeirra aðila sem veita þjónustuna.

Umsjónarmenn:

Jóhanna Marin Jónsdóttir, sjúkraþjálfari
Auður Hafsteinsdóttir, iðjuþjálfari



Tilbúin í ferðalagið

DECUBAL

Húðvörur

– Fyrir þurra og
viðkvæma húð

Íbúfen®



Paratabs®



Lóritín®



Paraghurt®

Mjólksýrugerlar
Við breytingum
á þarmaflóru

Verið við öllu búin

Að ýmsu ber að hyggja þegar haldið er í ferðalag.
Kannaðu hvað apótekið þitt hefur upp á að bjóða.

 **actavis**
hagur í heilsu

SÉREIGN
LSR



séreign á traustum grunni

Pegar starfsævinni lýkur reynist lífeyrissparnaður afar mikilvægur. Á lífsleiðinni skiptir því öllu máli að njóta samfylgdar lífeyrissjóðs sem býr vel í haginn fyrir framtíðina.

Séreign LSR tekur við frjálsum viðbótarlífeyrissparnaði sjóðfélaga og ávaxtar hann. Þátttaka í Séreign LSR veitir sjóðfélögum aukna möguleika á sveigjanlegum starfslokum og hærri lífeyristekjum í framtíðinni.

Kostir séreignarsparnaðar eru ótvíræðir. Launagreiðandi greiðir kjarasamningsbundið mótframlag sem nemur allt að 2% af heildarlaunum. Skattalegt hagræði myndast þar sem iðgjald er ekki skattlagt við innborgun. Ekki er greiddur fjármagnstekjuskattur af séreignarsparnaði og sparnaðurinn skerðir hvorki barna- né vaxtabætur.

KYNNTU ÞÉR SÉREIGN LSR Í SÍMA: 510 6100