

2. tbl. 27. árg 2008

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



Meðal efnis:

Beinþynning og lífsgæði

•

Minnismóttaka öldrunarsviðs LSH

•

Roðasalir í Kópavogi

•

Einmanakennd aldraðra



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

www.öldrun.net

Unnur Pétursdóttir

sjúkrapjálfari, formaður Gigtarfélags
Norðurlands eystra

Áreynsla eflir bein

Regluleg hreyfing er hvíld
kyrrsetufólksins

Kalk við hæfi
- alla ævi!



Kyrrseta og hreyfingarleysi á starfsævinni 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. 2. tbl. 2008

EFNISYFIRLIT:

Beinþynning og lífsgæði
mikilvægt að nýta forvarnir
og meðferðartækni
Kolbrún Albertsdóttir MSc
Dr. Björn Guðbjörnsson 5

Minnismóttaka öldrunarsviðs
LSH á Landakoti
Guðrún Karlsdóttir 13

Roðasali í Kópavogi
Sambýli og dagþjálfun fyrir
heilabílaða
Ída Atladóttir 17

Einmanakennd aldraðra sem njóta
heimaþjónustui
Gríma Huld Blængsdóttir 19

Öldubrjótur íslensku-, samfélags,
og verkmenntaskóli Hrafnistu
Alma Birgisdóttir
Hrönn Ljótadóttir
Lovísa A. Jónsdóttir 25

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

ÁBYRGÐARMADUR:
Líney Úlfarsdóttir

PRÓFARKALESTUR:
Ritnefnd

FORSÍÐUMYND:
Roðasali

UMSJÓN AUGLÝSINGA:
Öflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:
Oddi

UPPLAG:
600 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 Þórisdóttir, gjaldkeri, gjaldkeri@oldrun.net
Auður Hafsteinsdóttir, Líney Úlfarsdóttir,
Jóhanna Marín Jónsdóttir, Sigurveig H. Sigurðardóttir

Frá ritnefnd Öldrunar:

Nú hefur annað tölublað tímaritsins Öldrunar árið 2008 litið dagsins ljós. Efni blaðsins er mjög fjölbreytt að þessu sinni en eins og venjan er í haustblöðum er kynning á öldrunarstofnun. Í þessu blaði eru það Roðasali í Kópavogi sem kynna starfsemi sína, en starfsemi Roðasala er tvíþætt, annars vegar hjúkrunarsambýli fyrir heilabílaða og hinsvegar dagþjálfun.

Ritnefnd bærust athyglisverðar greinar úr ýmsum áttum og má sem dæmi nefna auk kynningar á Roðasölum, grein um beinþynningu og lífsgæði þeirra sem greinst hafa með sjúkdóminn, kynningu á Minnismóttöku á Landakoti og íslensku- samfélags og verkmenntaskóla Hrafnistu. Síðast en ekki síst er í blaðinu kynningu á niðurstöðum rannsóknar á einmanakennd þeirra sem fá heimaþjónustu.

Stjórn ÖFFÍ hefur nú þegar ákveðið efni næstu námstefnu félagsins sem haldin verður fimmtudaginn 5. mars 2009, kl. 9:00 – 16:00 í Endurmenntun Háskóla Íslands. Þar verður umfjöllunarefnið „**Bekkingarmiðlun og þátttaka milli kynslóða í samfélaginu**“. Fjallað verður um þjóðfélagslega þróun íslensks samfélags og velt upp þeirri spurningu hvort bil hafi myndast milli kynslóða hvað varðar bekkingarmiðlun og tengsl. Kynnt verður hugmyndafræði og viðhorf við veitingu þjónustu sem efla aldraða til þátttöku í samfélaginu og styrkir gagnvirkni í samskiptum kynslóðanna.

Sem fyrr vill ritnefnd hvetja lesendur til að skrifa greinar í blaðið eða benda á áhugaverð efni sem þarfnast kynningar. Vinna við næsta tölublað hefst strax á fyrstu vikum ársins 2009. Ritnefnd vill einnig þakka höfundum fyrir þeirra framlag og Fanneyju Kristbjarnardóttur sérstaklega fyrir yfirlestur og góð ráð um meðferð heimilda.

Með bestu kveðju

Líney Úlfarsdóttir, sálfræðingur
Guðlaug Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Elín Guðjónsdóttir, félagsráðgjafi
Eyjólfur Þ. Haraldsson, öldrunarlæknir
Rósa Hauksdóttir, iðjuþjálfari

ritnefnd@oldrun.net

Algerlega ný hönnun heyrnar- tækja.

Tækið sem enginn verður var við.

be by ReSound™ er nýjasta tæknibyltingin í heyrnartækjum, hönnun þeirra byggir á algerlega nýrri hugsun. Þau eru hulin í eyrunum og eru svo létt og þægileg að notandinn gleymir því að hann er með þau og aðrir taka heldur ekki eftir þeim.

be by ReSound™ er algerlega nýtt úrræði fyrir þá sem þurfa að nota heyrnartæki

be
BY RESOUND™



be by ReSound
eru vart greinanleg
í eyrunum



Heyrnarþjónustan
HEYRN

Hlíðasmári 11, 201 Kópavogur - heyrn.is

Tímavantanir 534 9600

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.



ÞDAL-TANNSMÍÐASTOFAN

Íris Bryndís Guðnadóttir

Klíniskur tannsmíðameistari og tanntæknir

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



Eirberg



Minnisklukkur



Talandi klukka sem hjálpar til við að muna og skipuleggja daginn.

- Auðveld að forrita
- Þráðlaus búnaður



- Úr sem gefur frá sér hljóðmerki eða titring
- Minnir á að taka inn lyf

www.eirberg.is • 569 3100 • Stórhöfða 25

Beinþynning og lífsgæði

– mikilvægt að nýta forvarnar- og meðferðartækifæri



Kolbrún Albertsdóttir, MSc
Svæfingahjúkrunarfræðingur
Landspítali — háskólasjúkrahús
5431000/7227
kolalb@landspitali.is



Dr. Björn Guðbjörnsson
Dósent í gigtarannsóknum
Rannsóknarstofa í gigtar-
sjúkdómum. Landspítali
— háskólasjúkrahús
5431000 / 6568
bjorngu@landspitali.is

Beinþynning er algengur sjúkdómur og afleiðingarnar eru ótímabær beinbrot oftast við lítinn eða engan áverka. Í dag eru áhættuþættir vel þekktir og sjúkdómsgreining auðveld með svokölluðum beinþéttnimælum. Beinbrot af völdum beinþynningar valda bráðum einkennum og oft á tíðum innlögð á sjúkrahús og flestir sem fá mjaðmabrot þurfa að gangast undir bráða skurðaðgerð. Byrði og meðferð beinþynningar hefur oft verið lýst í tölulegum stærðum en minna hefur verið vitað um líðan og líf þeirra sem brotna. Brotin skilja þó eftir sig mein til lengri tíma sem hafa áhrif á lífsgæði viðkomandi. Til að rannsaka líðan sjúklinga með beinþynningu hafa mælitæki sem mæla heilsutengd lífsgæði verið notuð. Þau ná yfir þætti sem tengjast heilsunni sjálfri, upplifun á henni, takmörkunum og mat einstaklingsins sjálfs á aðstæðum sínum miðað við heilsufar. Með tímaþærri sjúkdómsgreiningu og réttum forvarnaðgerðum eða meðferðarvali má fækka marktækt beinbrotum af völdum beinþynningar og þannig stuðla að farsælli öldrun.

Lykilorð: Beinþynning – lífsgæði – samfallsbrot – forvarnir – meðferð

Inngangur

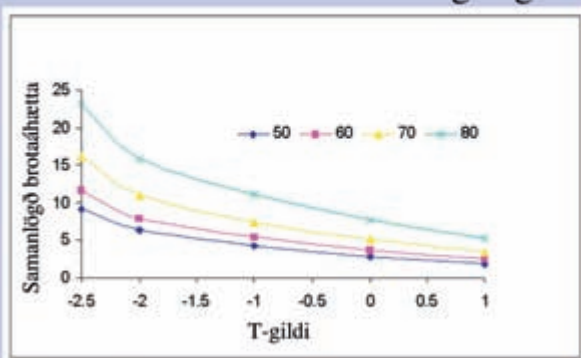
Á Íslandi má gera ráð fyrir að árlega megi rekja 1200 – 1400 beinbrot til beinþynningar. Flest eru þessi beinbrot í framhandlegg – oft tengd hálkuslysum, þá koma upphandleggsbrot og samfallsbrot, en alvarlegust eru mjaðmabrotin. Öll þessi beinbrot kalla á heimsókn á slysavarðstofu eða innlögð á spítala og í mörgum tilfellum bráðar skurðaðgerðir. Þó beinbrot grói oftast viðunandi, verða margir fyrir varanlegri hreyfiskerðingu eða fá langvinna verki – allt þetta hefur áhrif á lífsgæði viðkomandi. Fyrsta beinbrotið eykur áhættuna á fleiri beinbrotum. Þess vegna er mikilvægt að koma í veg fyrir beinbrot – því betra er heilt en vel gróið – og forða einstaklingum frá enn frekari beinbrotum með góðri forvörn eða sérhæfðri lyfjameðferð.

Hvað er beinþynning?

Beinþynning er langvinnur og hægfara sjúkdómur í beinum sem einkennist af minnkuðu magni af steinefnum í beinvef, aðallega kalki, og misröðun á innri byggingu beinsins með þeim afleiðingum að beinstyrkur skerðist og hættan á beinbrotum eykst. Sjúkdómurinn er einkennalaus þar til eitthvert bein brotnar. Beinbrot orsaka bæði bráða og langvinna verki og oft á tíðum skilur beinbrot eftir sig viðvarandi fötlun. Starfshæfni einstaklingsins skerðist og lífsgæði versna.

Allt fram á síðustu áratugi var beinþynning talin óumflýjanleg og hluti af hrörnunarástandi öldrunar sem ekkert væri unnt að gera við. Beinþynning er sjúkdómsástand sem bæði konur og karlar verða fyrir og með forvörn er unnt að tefja framskrið sjúkdómsins og koma í veg fyrir afleiðingar beinþynningar, þ.e. beinbrotin (Gunnar Sigurðsson, 2001). Rannsóknir á beinþynningu hefur fleygt fram á síðustu áratugum og rannsakendur hafa stuðlað að umtalsverðum framförum í kunnáttu um beinþynningu og þar má nefna athyglisverðar rannsóknir Gunnars Sigurðssonar, prófessors við læknadeild HÍ, og nú á síðustu misserum hafa fyrstu niðurstöður úr öldrunarrannsókn Hjartaverndar vakið alþjóðlega athygli (Fréttabréf Beinverndar, 2008). Þessar rannsóknir hafa aukið skilning m.a. á uppbyggingu beinsins á unglingsárum og brotaáhættu eldri einstaklinga.

10 ára hlutfallsáhætta (%) á beinbrotum miðað við aldur og T-gildi



Mynd 1



Mynd 2

Nýr DEXA-beinþéttnimælir á FSA

einnig eru beinþéttnimælir á LSH Fossvogi og í Hjartavernd

Alþjóðlegar sjúkdómsskilgreiningar

Beinþéttni er mæld með svokölluðum beinþéttnimælum, sem mæla hve mikið geislatap verður þegar þunnur röntgengeisli er sendur í gegnum líkamann. Geislatapið er síðan umreiknað yfir í fjölda gramma af steinefnum á ákveðna flatarmálseiningu beins (gr/cm^2). Geislamagnið sem viðkomandi verður fyrir er mjög lítið og samsvarar háloftageislun sem flugfarþegar verða fyrir hálfa leiðina til Kaupmannahafnar. Það gildi sem fæst við þennan útreikning er síðan borið saman við aldursmeðaltal einstaklinga af sama kyni og ættstofn og niðurstaðan síðan gefin upp annað hvort sem prósentuhlutfall (%) eða sem fjöldi staðalfrávika (SD) frá meðaltalinu, og síðari talan nefnd T-gildi. Hinsvegar hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin eða WHO skilgreint beinþynningu (sjá nánar hér að neðan) sem hlutfall af hámarksbeinþéttni ungra kvenna og eru þau gildi einnig gefin upp sem prósentuhlutfall (%) og sem fjöldi staðalfrávika frá meðaltalinu og er sú tala nefnd T-gildi til aðgreiningar frá Z-gildinu (Landlæknisembættið, 2004).

T-gildið, þ.e. frávikið frá meðaltalinu mælt með fjölda staðalfrávika frá hámarksbeinþéttni kvenna eða karla, er gott spágildi um beinþynningarbrot – sérstaklega með tilliti til samfallsbrota í hrygg og mjaðmabrota. Í raun er áreiðanleiki T-gildisins um beinbrotaáhættu sambærilegur og blóðþrýstingur spáir fyrir um kransæðastíflu eða heilaáföll og telst því beinþéttnimæling gott tæki til að meta brotaáhættu. Almennt gildir um T-gildið, að fyrir hverja einingu eða hvert eitt staðalfrávik tvöfaldast nærri brotaáhættan (Mynd 1). Því er það samkvæmt alþjóðlegum skilgreiningum að einstaklingur er talinn hafa beinþynningu, þegar beinþéttnin hefur fallið um 2,5 staðalfrávik frá hámarksmeðaltalinu, þ.e. T-gildið er $-2,5$ – þá er brotaáhættan orðin vel marktæk eða í raun tvisvar sinnum tvisvar, eða rúmlega fjórföld miðað við einstakling sem er með T-gildi $\pm 0,0$ og því unnt að tala um sjúkdómsástand.

Beinþéttnimælingar

Fullkomnir beinþéttnimælir eða svokölluð DEXA-tæki eru staðsett við Landspítala háskólasjúkrahús í Fossvogi

(LSH) og við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri (FSA) (Mynd 2) og nýlega var þriðji DEXA-mælirinn settur upp í Hjartavernd. Þá eru til einfaldir beinþéttnimælir, svokallaðir hælsmælir hjá Lyfju og félagasamtökum, t.d. Beinvernd. Þessir hælsmælir styðjast við tækni sem byggist á því að hljóðbylgja er send í gegnum hælbeinið og miðað við töf hljóðbylgjunnar í gegnum beinið má áætla beinþéttina. Þetta eru góð tæki til vitundarvakningar og grófrar skimunar. Þeir sem koma vel út úr hælsmælingu eru að öllum líkindum (meira en 90%) með góðan beinstyrk, en þeir sem eru með lág beinþéttigildi við hælsmælingu ættu að fara í ítarlegri mælingu með DEXA-tæki, því einungis helmingur þeirra er í raun með beinþynningu (Alfreð Harðarson, 2001). Einnig er unnt að mæla beinþéttni með tölvusneiðmyndataekni og þá er einnig notast við röntgengeisla, en mun meiri en þegar DEXA-tækni er notuð – auk þess sem tölvusneiðmyndataekni er mun dýrari tækjakostur en DEXA-tæki. Tölvusneiðmyndataeknin er mjög áhugaverð, því hún mælir ekki beinþéttina á flatarmálseiningu eins og DEXA-tækin (sjá að framan), heldur mælir hún beinþéttina í þrívídd eða á rúmmálseiningu (gr/cm^3) og með nútímataekni má fá ítarlega myndir af uppbyggingu beinsins með tilliti til hlutfalls beinskeljar og frauðbeins og jafnvel innri gerð beinsins (Myndir 3).

Beinþéttnimælingar með DEXA-tæki eru nákvæm og hraðvirk aðferð, en aðeins tekur um 15–20 mínútur að framkvæma fullkomna mælingu. Auk þess er nákvæmni DEXA-mælinga mikil þannig að unnt er að fylgja einstaklingum eftir m.t.t. beintaps og meðferðarárangurs. DEXA-mælingar er „gullaðferðin“ þegar talað er um beinþéttnimælingar og hér eftir í þessum pistli er átt við DEXA-mælingar þegar rætt er um beinþéttnimælingar.

Hvernig er unnt að komast í beinþéttnimælingu?

Til að tryggja góðan aðgang að beinþéttnimælingum, geta konur 45 ára og eldri og karlar 55 ára og eldri pantað beinþéttnimælingu á LSH og FSA án milligöngu heilbrigðisstarfsmanna. Niðurstöður rannsóknarinnar eru

Mikilvægi hollrar fæðu fyrir heilsuna

Þegar aldurinn færist yfir geta matarvenjur og matarlýst breyst. Fæðið hefur mikil áhrif á heilsu og líðan og því er mikilvægt að það sé sem hollast og fjölbreyttast.

Eldra fólki, sem er við góða heilsu og hreyfir sig daglega, hæfir yfirleitt almennt fæði þar sem tekið er mið af ráðleggingum Lýðheilsustöðvar-manneldisráðs. Hætta á næringarskortri eykst ef matarlýst minnkar, hvort heldur er vegna líkamlegra eða geðrænna sjúkdóma. Þá þarf að gera sérstakar og oft einstaklingsbundnar ráðstafanir. Orkuþörf minnkar með aldrinum, aðallega vegna vöðvarýrnunar og minni hreyfingar. Þörf fyrir vítamín, steinefni, prótein og trefjaefni minnkar hins vegar ekki að sama skapi. Því þurfa öll næringarefni að vera til staðar í minni fæðuskömmtum.



Hér eru almennar ráðleggingar sem henta heilbrigðu eldra fólki. Aðrar ráðleggingar geta gilt fyrir þá sem þjást af ýmsum sjúkdómum (t.d. sykursýki tegund 1 eða 2, tyggingar- eða kyngingarvandamál, háþrýstingi, næringarskortri o.fl.). Best er þá að fá ráðleggingar um næringu á næstu heilsugæslustöð.



Vökvi - Mikilvægt að drekka vel af vökva yfir daginn. Þorstatilfinning minnkar með aldrinum en þörfin fyrir vökva minnkar ekki að sama skapi. Því er mikilvægt að drekka vel af vökva yfir daginn samtals um tvo lítra á dag, t.d. 3-4 glös af vatni, 2 glös af fituminni mjólk, ef til vill 1 glas af hreinum ávaxtasafa og kaffi eða te.



Meiri trefjar í fæðunni - Hreyfingarleysi ásamt skorti á trefjaefnum og vökva veldur því að margir aldraðir eiga við hægðatregðu að stríða. Ýmsir sjúkdómar og lyf auka enn frekar á þennan vanda. Hægt er að auka trefjaneyslu með því að:

- **Borða meira af grænmeti og ávöxtum** - Mikilvægt er að grænmeti eða ávextir séu hluti af hverri máltíð. Hægt er að velja þurrkaða ávexti sem hluta af magninu yfir daginn.
- **Borða meira af grófum brauðum** og öðrum trefjaríkum kornmat t.d. hýðishrísgjón og heilhvaitipasta, en minna af sætabrauði, kexi, kökum og sælgæti.



Fituminni mjólkurvörur. Ráðlagt er að fá sér tvö glös/diska/dósa af fituminni mjólk eða fituminni sýrðum mjólkurvörum daglega til að uppfylla þörf fyrir kalk. Fituminni mjólkurvörur eru t.d. léttmjólk, fjörmjólk, undanrenna, létt AB-mjólk og sýrð léttmjólk. Ostur getur komið í stað mjólkur að hluta til. Þeir sem ekki drekka mjólk geta tekið kalktöflur.



Þorskalýsi daglega - Ein barnaskeið (10 ml) veitir ráðlagðan dagsskammt af D-vítamíni.



Fiskur - Æskilegt er að fiskur sé á borðum sem aðalréttur a.m.k. tvisvar sinnum í viku, helst oftast. Gott er að velja bæði feitan (t.d. lax, bleikju) og magran fisk (t.d. ýsu, þorsk).

Ferskt kjöt – Veljið ferskt kjöt fram yfir unnar kjötvörur, farsvörur, saltkjöt og reykt kjöt (hakkað kjöt telst fersk vara sem og frosið kjöt).

Matarolía – Notið frekar matarolíu við matseld í stað smjörs eða smjörlikis til að minnka neyslu á mettaðri fitu.



Salt – Borðið minna af tilbúnum söltuðum vörum svo sem pakkasúpum og sósum. Notið minna salt við matargerð og borðhald en notið þess í stað önnur krydd sem ekki innhalda salt.

Ábyrgðarmaður: Elva Gísladóttir næringarfræðingur
og verkefnisstjóri næringar hjá Lýðheilsustöð
Útgefið: 7/5/08

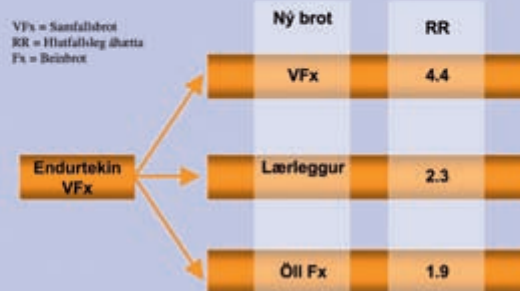
Hægt er að skoða og panta meira fræðsluefni um næringu hjá: www.lydheilsustod.is - útgáfur

Tölvusneiðmyndir af heilbrigðu beini (vi) og beini með beinþynningu (hæ)



Mynd 3

Bæði klínísk og “dulin” samfallsbrot auka áhættuna á öðrum brotum



Mynd 4

síðan sendar til heimilislæknis viðkomandi eða til annars sérgreinalæknis allt eftir óskum hins mælda. Hinsvegar þurfa yngri einstaklingar tilvísun til beinþéttmælingar þar sem fram kemur ábendingin fyrir rannsókninni sem og aðrir heilsufarsþættir sem geta haft áhrif á beinumsetningu og beinbrot, sem auðveldar sérhæfða ráðgjöf með tilliti til forvarna og lyfjameðferðar.

Algengi beinþynningarbrot

Samkvæmt skilgreiningu WHO um beinþynningu, þ.e. T-gildi lægra en $-2,5$, má ætla að við fimmtugsaldur sé um 10% kvenna með beinþynningu og allt að þriðjungur við 65 ára aldur. Um helmingur allra 75 ára kvenna uppfylla þessi greiningarskilmerki hér á landi. Hinsvegar verður að geta þess að þessi skilmerki WHO voru fyrst sett fram sem faraldsfræðilegt tæki til að kanna stöðu beinheilsu ólíkra þjóðfélaga – þ.e. þessi skilmerki voru upphaflega ekki framsett sem sjúkdómsskilmerki, en með tilkomu virkra lyfja gegn beinþynningu og umfangsmikilla meðferðarannsókna þar sem stuðst var við þessa skilgreiningu WHO hefur skapast hefð fyrir því að skilgreina beinþynningu út frá T-gildinu.

Alþjóðlegu beinverndarsamtökin – *International Osteoporosis Foundation* (IOF), áætla að þriðja hver kona og áttundi hver karl brotni af völdum beinþynningar einhvern tíma á ævinni. Þetta er í samræmi við íslenska faraldsfræðilega rannsókn úr Eyjafirði, sem sýndi að önnur hver fimmtug kona og þriðji hver fimmtugur karl geti búist við beinbroti síðar á lífsleiðinni (Jón Torfi Halldórsson 2003).

Á Íslandi er talið að um 1200–1400 beinbrot megi árlega rekja til beinþynningar. Algengust eru framhandleggsbrot, en alvarlegust eru mjaðmabrot sem eru rúmlega 200 ár hvert, eða nærri eitt hvern virkan dag ársins. Samfallsbrot í hrygg hafa hinsvegar fengið minni athygli. Þau eru til og með vangreind, en erlendar rannsóknir sýna að allt að þriðja hvert og jafnvel annað hvert samfallsbrot í hrygg er ekki staðfest með röntgenmyndatöku og því ógreint. Íslensk rannsókn, sem vikið verður að hér síðar, sem kannaði lífsgæði 300 íslenskra kvenna með tilliti til

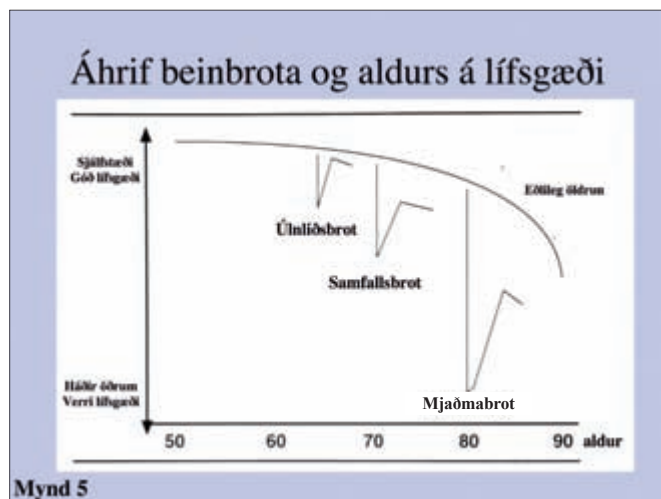
samfallsbrota í hrygg af völdum beinþynningar sýndi að þriðja hver kona sem reyndist hafa samfallsbrot í hrygg var óvitandi um að samfallsbrot væri að finna í hrygg hennar (Kolbrún Albertsdóttir 2007). Þeir sem hafa hlotið eitt samfallsbrot vegna beinþynningar – óháð því hvort það sé staðfest eða dulið, eru í allt að tvöfaldri áhættu á að fá önnur beinþynningarbrot (Mynd 4). Mikilvægt er því að staðfesta öll beinbrot af völdum beinþynningar svo unnt sé að koma við virkri forvörn eða sérhæfðri lyfjameðferð í völdum tilfellum, svo fækka megi beinbrotum af völdum beinþynningar síðar á lífsleiðinni.

Lífsgæði

Lífsgæðahugtakið hefur orðið algengara allt eftir því sem langlífi hefur aukist og ljóst er að margir sjúkdómar eru ekki læknanlegir en fólk lærir að lifa með sjúkdómum og skertri líkamlegri og/eða andlegri getu. Lífsgæði hafa því orðið eins konar mælikvarði í heilbrigðisvísindum og viðbót við aðrar hefðbundnar mælistikur eins og dánartíðni og sjúkleika, ásamt því að athuga áhættuþætti fyrir sjúkdóma og vera verkfæri við ákvarðanatöku, gæðapróun og árangursstjórnun innan heilbrigðiskerfisins. Líðan og lífsfylling eru persónuleg upplifun og mælikvarði einstaklingsins sjálfs og huglægt mat hans á lífsgæðum sínum.

Lífsgæði og öldrun

Mikið hefur verið rætt og ritað um lífsgæði aldraðra og er þessum greinarpistli ekki ætlað að gera því efni skil hér heldur einblína meira á áhrif beinþynningar á lífsgæði aldraðra. Lífsgæði er flókið hugtak sem erfitt hefur verið að skilgreina. Tómas Helgason skrifar um heilsutengd lífsgæði aldraðra í Tímaritinu Öldrun árið 2005 og segir þar m.a. að „lífsgæði séu bæði persónubundin og efnisleg. Þau síðarnefndu sem tengist lífsgæðakapphlaupinu er hægt að meta hlutlægt þó deila megi um á hvaða kvarða eigi að mæla þau og hvað teljist viðunandi hverju sinni. Það eru hins vegar persónubundin lífsgæði sem erfiðara er að mæla nema af einstaklingnum sjálfum. Þess vegna hafa verið hönnuð mælitæki með stöðluðum



spurningum um ýmsa þætti persónubundinna lífsgæða og heilsu sem hafa verið nefnd heilsutengd lífsgæði. Þessir þættir eru t.d. liðan, sjálfsbjargargeta, almennt heilsufar og lífsfylling“.

Skilyrði farsællar öldrunar líkt og lífsgæði hafa orðið sífellt umsvifameira rannsóknarefni í öldrunarfræðum. Í því felast einnig tilraunir til að útskýra hvað telja megji farsælt og ákjósanlegt á efri árum. Nú þykja rannsóknir hafa sýnt að farsæl öldrun hvíli á grunnstoðunum þrem: Virkri þátttöku í lífinu, góðri heilsu og góðri andlegri og líkamlegri getu (Sigurður Kristinsson, 2007). Þetta eru einnig þau atriði sem teljast til heilsutengdra lífsgæða vegna þess að hugtökin tvö – lífsgæði og heilsa tengjast. Lífsgæðamælingum er því ætlað að vera mælistika á gæði heilbrigðisþjónustunnar með sjónarmið sjúklinganna sjálfra að leiðarljósi með það að markmiði að bæta liðan, draga úr einkennum og auka lífsgæði.

Lífsgæði og beinþynning

Með hliðsjón af því sem áður segir um hvað stuðlar að farsælli öldrun sýna flestar ef ekki allar rannsóknir á lífsgæðum sjúklinga með beinþynningu að þessum grunnstoðum farsællar öldrunar er verulega ógnað við beinþynningarbrot og þar með því sem stuðlar að góðum lífsgæðum einstaklingsins. Rannsóknir á lífsgæðum sjúklinga með beinþynningu hafa sýnt skert heilsutengd lífsgæði bæði mælt með sértækum og almennum lífsgæðamælitækjum (Ionnadis o.fl., 2001, Lips, 1999) Mynd 5 sýnir á myndrænan hátt áhrif únliðsbrot, samfallsbrota og mjaðmabrota á lífsgæði einstaklinga.

Í mörg ár var bent á nauðsyn þess að rannsaka lífsgæði sjúklinga með samfallsbrot í hrygg. Kanis o.fl. birtu grein árið 1992 þar sem þeir bentu á nauðsyn þess að „endurskoða samfallsbrot í hrygg og einblína meira en hingað til á lífsgæði þessa sjúklingahóps“. Gold (1996) tók í sama streng og ítrekaði að vandamálu þessa sjúklingahóps yrðu gerð betri skil og benti á að heilbrigðisstarfsfólki væri ekki kunnugt um þau vandamál sem að þessum sjúklingum stöðja, önnur en brot og brotahætta. Á síðustu

árum hafa rannsóknir á þessum sjúklingahóp verið gerðar. Áður hafði athyglin aðallega beinst að mjaðmabrotum, þar sem þau leiða nær undantekningarlaust til innlagnar á sjúkrahús og langrar endurhæfingar. Minni athygli beindist að samfallsbrotum þar sem einkenni þeirra voru ekki eins afgerandi og annarra beinbrota og auk þess ekki alltaf sjúkdómsgreind. Gerðar hafa verið rannsóknir á lífsgæðum þessa sjúklingahóps og lýsa flestar rannsóknir verulegri lífsgæðaskerðingu og þeir lífsgæðapættir sem versna eru helst líkamsstarfsemi og tilfinningalíf. Þá fer lífsgæðaskerðingin einnig eftir fjölda og staðsetningu samfallsbrota (Oleksik, 2000, Silverman o.fl., 2001). Á síðustu árum hefur þekking manna á alvarleika samfallsbrota orðið meiri og beinist sú þekking aðallega að því að samfallsbrotin koma fyrr en mjaðmabrotin, auk þess sem samfallsbrotin hafa forspárgildi um mjaðmabrotin. Þannig hafa vísindamenn á þessu sviði ályktað að ef gripið er tímanlega til með forvarnir og meðferð hjá sjúklingum sem verða fyrir samfallsbrotum í hrygg, megi koma í veg fyrir mjaðmabrotin (Sambrook og Cooper, 2006).

Lífsgæði íslenskra kvenna með samfallsbrot í hrygg.

Rannsókn Kolbrúnar Albertsdóttur (2007) „Lífsgæði íslenskra kvenna með samfallsbrot í hrygg“ var meginindleg spurningakönnun um heilsutengd lífsgæði, þar sem úrtakið voru 350 konur á aldrinum 50–80 ára. Svarhlutfall var 83%. Meginmarkmið rannsóknarinnar var að kanna og lýsa áhrifum samfallsbrota í hrygg, á lífsgæði íslenskra kvenna og bera saman við lífsgæði kvenna á sama aldri sem ekki hafa fengið samfallsbrot. Meginniðurstöðurnar voru að 21% kvennanna sem tóku þátt í rannsókninni höfðu samfallsbrot í hrygg og rúmur helmingur þeirra höfðu ekki vitneskju um að þær höfðu samfallsbrot, þ.e. þær höfðu svokallað „dulið samfallsbrot“. Rannsóknin sýndi fram á að lífsgæði þeirra kvenna sem voru með samfallsbrot í hrygg, hvort sem brotið var greint eða ógreint, voru marktækt skert á mörgum mælikvörðum. Þær höfðu einnig lægri líkamshæð, lægri beinþéttni og sögðu frá meiri verk en óbrotnar jafnöldur þeirra.

Ritgerðina má nálgast á bókasöfnum.

Heiti:

Lífsgæði íslenskra kvenna með samfallsbrot í hrygg

Betra er heilt en vel gróið – forvarnir mikilvægar!

Beinvernd er mikilvæg alla ævi – hvort sem maður hefur beinþynningu eða ekki – “kalk við hæfi alla ævi” ásamt nægilegri inntöku af D-vítamíni og reglulegum líkamsæfingum er öllum nauðsynleg til að fyrirbyggja beinþynningu. Styrktaræfingar fyrir þá sem yngri eru, en jafnvægisæfingar og byltuvarnir fyrir þá eldri. Þá er nauðsynlegt að takmarka reykingar og áfengisneyslu. Eðlileg líkamsþyngd er einnig mikilvæg. Svokallaðar skeljabuxur geta

líka komið að gagni til að fyrirbyggja mjaðmabrot hjá einstaklingum með beinþynningu.

Hvað ákvarðar lyfjameðferð?

Það eru ekki einungis niðurstöður beinþéttnimælingar, þ.e. beinþéttinigildin (T-gildið), sem ákvarða lyfjameðferð, heldur einnig aðrir áhættuþættir s.s. byltur á síðustu mánuðum, langvinnir sjúkdómar, langtímameðferð með sykursterum (Decortin), snemmkomin tíðahvörf (fyrir 45 ára aldur), grannholda líkamsbygging (BMI <20), að móðir viðkomandi hafi fengið mjaðmabrot vegna beinþynningar, hvort viðkomandi einstaklingur hafi sjálfur fengið beinbrot við lítinn áverka eða hvort hann sé með samfallsbrot í hrygg. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur í samvinnu við vísindamenn í Sheffield í Bretlandi hannað áhættuforrit (FRAX) þar sem unnt er að reikna 10 ára áhættu á beinþynningarbrotum og mjaðmabrotum (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.htm>). Því miður eru ekki til íslenskar staðtölur í þessu reikniforriti, en styðjast má við það sænska eða breska. Unnið er að því að hanna sambærilegt reikniforrit af íslenskum vísindamönnum í tengslum við öldrunarrannsókn Hjartaverndar.

Hvenær skal grípa til lyfjameðferðar?

Fjöl margar rannsóknir hafa sýnt að lyfjameðferð getur viðhaldið beinþéttni og jafnvel aukið beinmassann, auk þess að draga marktækt úr áhættunni á beinbrotum. Þetta á sérstaklega við hjá konum með staðfesta beinþynningu og sögu um beinþynningarbrot. Þegar ákvörðun um meðferð er tekin, er hún til margra ára og því nauðsynlegt að hafa í huga að velja einstaklinga þar sem meðferðin skilar árangri. Vanda skal lyfjaval og við meðferðaráætlun skal gera ráð fyrir nýrri beinþéttnimælingu innan 2–3 ára til þess að meta árangur meðferðar. Landlæknisembættið hefur gefið út klínískar leiðbeiningar bæði hvað varðar beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf og einnig vegna beinþynningar af völdum sykurstera (Klínískar leiðbeiningar – Landlæknir).

Hvaða lyf eru í boði?

Lyf sem notuð eru gegn beinþynningu verða að hafa sannað sig hvað varðar fækkun beinbrota, þá ekki bara hvað samfallsbrot varðar, heldur er æskilegt að lyfin fækki einnig öðrum beinþynningarbrotum og þá sérstaklega mjaðmabrotum. Fimm megin lyfjaflokkar hafa sannað meðferðargildi sitt; hormónauppþótarmeðferð, SERM eða hormónalík lyf, bisfosfónöt, strontíum og að lokum paratýrin, sem er kalkhormón (Mynd 6).

Hormónauppþótarmeðferð

Kvenhormónar hægja á beinniðurbroti árin eftir tíðahvörf og þannig verður beintapið ekki eins mikið og ella. Þetta hefur jákvæð áhrif á fækkun beinbrota síðar á lífsleiðinni. Hinsvegar hefur langtíma hormónameðferð fjölmargar aukaverkanir, þannig að ekki er mælt með þessari

MEÐFERÐARMÖGULEIKAR gegn beinþynningu



Mynd 6

meðferð til langframa í beinverndandi tilgangi – heldur á þá að notast við önnur lyf ef til lyfjameðferðar er gripið. Landlæknir hefur nýlega birt á heimasíðu sinni ráðleggingar um langtíma hormónauppþótarmeðferð.

Hormónalík efni eða SERM

Þessi lyfjaflokkur telur eingöngu eitt lyf, þ.e. Evista® eða raloxifen. Þetta lyf hefur sömu jákvæðu áhrif á beinin og kvenhormónar, en hefur ekki neikvæð áhrif á brjóst og leg og því mun öruggari en hefðbundin hormónauppþótarmeðferð. Rannsóknir hafa sýnt að raloxifen fækkar aðallega samfallsbrotum. Þá á þessi meðferð rétt á sér áratuginn eftir tíðahvörf hjá konum í sérstakri áhættu á samfallsbrotum í hrygg.

Kalkhormón – paratýrin

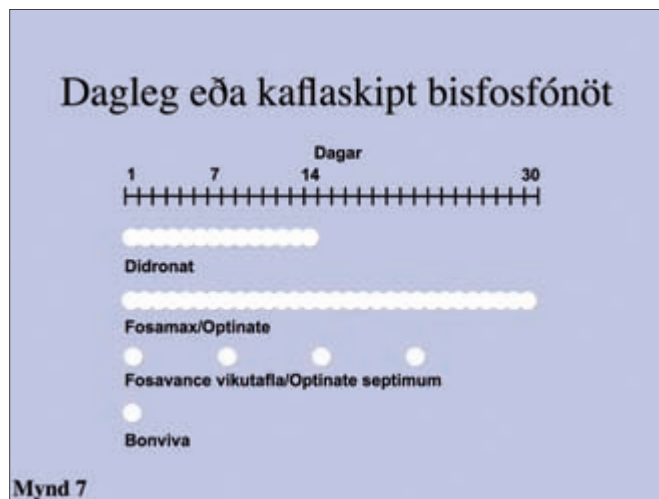
Til þessa lyfjaflokks er eitt lyf skráð hér á landi; Forsteo®. Þetta er fyrsta lyfið sem eykur beinþéttina með því að auka virkni beinbyggja. Því er beinaukinn meiri en við fyrrnefnd lyf og vonir eru bundnar við að það gagnist þeim sem ekki hafa fengið nægjanlegan árangur af annarri lyfjameðferð svo og þeim sem fá mörg eða alvarleg beinbrot. Forsteo er gefið eins og insulín með sprautupenna með daglegri lyfjagjöf undir húð og er meðferðatíminn takmarkaður við 18 mánuði.

Strontíum

Strontíumranelati (Protelos®) er nýr lyfjaflokkur sem inniheldur ekki hormóna heldur tvær stöðugar frumeindir; strontíum og ranelýru, sem draga úr niðurbroti beina, en örva einnig enduruppbyggingu beinvefsins. Strontíum hefur nýlega verið skráð til meðferðar gegn beinþynningu til varnar samfallsbrotum og mjaðmabrotum hjá konum eftir tíðahvörf. Þetta er lyfjakyrni sem þarf að taka daglega og er kyrrninu blandað í vatnsglas og tekið að kvöldi eða á háttatíma.

Bisfosfónöt

Sögu bisfosfónata má rekja aftur til sjöunda áratugsins þegar iðnaðarefnafræðingar unnu að því að finna hreinsi-



lög eða sápu sem gæti komið í veg fyrir kalkútfellingar í vatnsrörum. Þannig uppgötvaðist bisfosfónat-efnasambandið. Síðari tilraunir sýndu að þessi efni höfðu áhrif á bein og í tilraunadýrum kom í ljós að bisfosfónöt höfðu umtalsverð áhrif á beinumsetningu í þá átt að auka beinþétni tilraunadýranna.

Bisfosfónöt hindra niðurbrot beinsins, en í heilbrigðum beinvef er jafnvægi á milli beinbrjóta (*osteoclasta*) og beinbyggja (*osteoblasta*) – aðalfruma beinsins – en með gjöf þessara lyfja hægist á virkni beinbrjóta, svo heildarniðurstaðan verður bein aukni. Bisfosfónöt sem tekin eru í töfluformi frásogast eingöngu að litlu leyti frá maga og görn, afgangurinn skilar sér með hægðum. Það sem frásogast út í blóðrásina sest að í beinum og bisfosfónöt hafa þann eiginleika að setjast fast í beinvefinn og hindra þannig viðloðun beinbrjótanna við beinvefinn og koma í veg fyrir beinniðurbrot. Bisfosfónötin trufla ekki virkni beinbyggja eða umferð þeirra í beininu. Heildarniðurstaðan verður því hægfare bein aukni og um leið styrkist beinið með aukinni beinþétni.

Í dag er hægt að fá fjögur mismunandi bisfosfónöt í töflum, eitt þeirra (Didronate) er tekið í 14 daga í senn á 3ja mánaða fresti. Didronate® kom fyrst á markað hér á Íslandi um 1998. Önnur bisfosfónöt þarf að taka inn daglega, s.s. Fosamax® og Optinate®, þessi tvö lyf hafa einnig verið hönnuð þannig að unnt sé að taka einungis eina töflu á viku, svonefndar vikutöflur (Fosamax® vikutafla 70 mg og Optinate Septimum® 30 mg). Nýlega kom Fosamax® á markað sem inniheldur einnig D-vítamín og er vörumerki þess Fosavance®. Þá er einnig komin á markaðinn svokölluð mánaðartafla (Bonviva®), en þar nægir að taka eina töflu fyrsta hvers mánaðar eða tólf töflur á ári (sjá töfluþjölda á mynd 7). Einnig er unnt að fá bisfosfónöt lyfin gefin í æð, t.d. ef þau þolast ekki í töfluformi, en þá er lyfjadreypt gefið á 3ja (Bonviva®) eða 12 mánaða fresti (Aklasta®).

Meðferðarárangur af bisfosfónötum hefur verið rannsakaður ítarlega í fjölmörgum rannsóknum, bæði meðal kvenna og karla. Rannsóknir þessar sýna góðan meðferðarárangur með tilliti til bein aukni, þ.e. aukin beinþétni og fækkun beinbrota. Auk þess hafa langtímarannsóknir,

allt upp í 7 ár (í sumum tilvikum 10 ár), staðfest áframhaldandi meðferðarárætti, en langtímarannsóknir eru nauðsynlegar til að tryggja öryggi lyfjanna, enda eru flestir meðhöndlaðir með þessum lyfjum í mörg ár. Í samantekt má gera ráð fyrir 5–7% bein aukni í hrygg fyrstu 2–3 meðferðarárin, en síðan hægir nokkuð á bein auknum í hryggnum. Í mjöðm og lærleggsháls má sömuleiðis sjá marktækan bein aukni, en þó eitthvað minni miðað við beinþétnina í hrygg. Rannsóknir sýna að brotatíðni í hrygg minnkar um helming og mjaðmabrotum fækkar einnig, sérstaklega hjá þeim sem hafa lægsta beinþétni og hafa þegar beinbrotnað við lítinn áverka, þ.e. áður en bisfosfónatmeðferðin hófst. Þá sýna fyrrnefndar langtímarannsóknir að a.m.k. 5–7 ára meðferðartími er nauðsynlegur til að ná hámarks meðferðarárangri og við þann tímapunkt er rétt að endurmeta framhaldsmeðferðina hjá hverjum einstaklingi.

Meðferðarárangur er metinn með aukinni beinþétni. Því er nauðsynlegt að gangast undir beinþétnismælingu fyrir meðferð og síðan um það bil tveimur árum síðar til þess að tryggja meðferðarsvörun og að nýju að fimm árum liðnum til þess að taka ákvörðun um framtíðarmeðferð.

Bisfosfónatlyfin þolast almennt vel. Þó hafa verið viss vandamál með inntöku lyfjanna sem kalla á sérstaka varfærni. Taka skal öll bisfosfónöt á fastandi maga að morgni og nauðsynlegt er að vera í uppréttri stöðu næstu ½–1 klukkustund eftir töfluinntökuna og drekka 1–2 vatnsglös. Hvorki má taka kalk né vítamín og ekki neyta matar eða drykkja í klukkustund á eftir. Mörgum finnst þessi morgunathöfn erfið og kjósa því viku eða mánaðartöfluna. Þessar inntökureglur eru settar til að koma í veg fyrir það að lyfið erti neðri hluta vélindans og valdi vélindabólgu. A.ö.l. eru aukaverkanir fáséðar en algengast er bein- eða vöðvaverkir, höfuðverkur og meltingarfærtruflanir bæði með ógleði eða jafnvel uppköstum ásamt hægðatruflunum með niðurgangi eða harðlífi. Á síðustu misserum hefur verið vakin athygli á einstaka tilfellum með beindrep í kjálka meðal sjúklinga sem hafa verið meðhöndlaðir með bisfosfónötum. Hér er í flestum tilfellum verið að nota þessi lyf hjá sjúklingum með aðra undirliggjandi sjúkdóma en beinþynningu, s.s. krabbamein eða bandvefssjúkdóma, og flestir sjúklinganna hafa einnig verið á flókinni lyfjameðferð. Með þetta í huga skal fresta meðferð með bisfosfónötum ef fyrirhugaðar eru aðgerðir í kjálka eða aðrar tannaðgerðir, eins skal taka til skoðunar þá einstaklinga sem hafa óþægindi frá tannholdi. Lyfjaofnæmisviðbrögð geta komið fram eins og við alla aðra lyfjameðferð.

Þegar sjúklingar fá aukaverkun af einu bisfosfónati hefur reynst árangursríkt að skipta um lyfjategund. Sum lyfin má taka milli mála ef morguninn reynist erfiður til lyfjainntöku (Optinate®). Því má segja að finna megir einstaklingsmiðaða bisfosfónatmeðferð fyrir flesta sem þá meðferð þurfa.

Aðrir meðferðarkostir

Livial® (tíbalónum) hefur svipuð áhrif og hormónameðferð og er því fyrst og fremst notað í forvörn og við mildari

tilfelli. Þá hefur verið sýnt fram á að Miacalcic® (kalsítónín) hafi jákvæð áhrif á beinumsetninguna og því gagnlegt í völdum tilfellum.

Fá karlar sömu meðferð?

Karlar hafa sama gagn af bisfósfónötum og konur, en þeim gagnast af augljósum ástæðum hvorki kvenhormón né Evista eða Livial. Hinsvegar gagnast þeim Myocalsic og Forsteo. Karlhormón (testósterón) er einnig unnt að gefa sem uppbótarmeðferð og getur gagnast einstaka körlum.

Lífsgæði og meðferðarárangur

Aukinn skilningur á afleiðingum beinþynningar á lífsgæði hefur leitt til þróunar á meðferðarúrræðum sem bæta heilsufar, minnka beintap og draga úr áhættu á beinbrotum (Ioannidis, Gordon, Adachi, 2001). Miklar framfarir hafa verið í lyfjameðferð við beinþynningu og hefur fjöldi rannsókna sýnt að lyfjameðferð getur viðhaldið beinþéttni og jafnvel aukið beinmagnið auk þess að draga verulega úr hættunni á beinbrotum, sérstaklega hjá konum með staðfesta beinþynningu og sögu um beinþynningarbrot. Þetta gerir það að verkum að nauðsynlegra verður að fylgjast með líðan sjúklinga fyrir og eftir meðferð. Það er því ekki nóg að bæta árum við lífið heldur þarf einnig að gæða árin betra lífi. Nauðsynlegt er að finna jafnvægi á milli lífsgæða og umfangs meðferðar og gagnsemi hennar (Tómas Helgason, 2005). Markmið sjúkdómsmeðferðar er að gera líf sjúklings eins þægilegt, virkt og ánægjulegt og mögulegt er og eru því lífsgæðamælingar góður árangursmælikvarði í rannsóknum á beinþynningu.

Lokaorð

Beinþynning er sjúkdómur sem verður algengari með aldrinum. Afleiðingar beinþynningar, beinbrotin hafa veruleg áhrif á lífsgæði þeirra sem fyrir þeim verða. Þessi lífsgæðaskerðing er hindrun í farsælli öldrun og getur valdið hreyfihömlun, andlegri vanlíðan og félagslegri einangrun. Þeir sem láta sig öryggi og velferð aldraðra varða þurfa að huga að alvarleika beinþynningar, hvernig hægt er að greina sjúkdóminn og meðhöndla og hvernig hægt er að koma í veg fyrir beinbrot af völdum beinþynningar.

Heimildir:

- Aðalsteinn Guðmundsson, Sigurður Helgason og Björn Guðbjörnsson. (2002) Forvarnir og meðferð beinþynningar af völdum sykurstera. *Klínískar leiðbeiningar. Læknablaðið*, 88(2), 101–107.
- Alfreð Harðarson, Ólafur S. Indriðason og Gunnar Sigurðsson. (2001). Ómun af hælbeini sem skimpróf fyrir beinþynningu. *Læknablaðið*, 87(11), 881–886.
- FRAX – áhættureiknir fyrir brotaáhættu. Sótt þann 23. október 2008 af: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.htm>
- Gold, D.T. (1996). The clinical impact of vertebral fractures: Quality of life in women with osteoporosis. *Bone*, 18(Suppl 3), 185S–189S.
- Gunnar Sigurðsson. (2001). Greining á beinþynningu meðal aldraðra. *Læknablaðið*, 87(1), 15–20.
- Ioannidis, G., Gordon, M. og Adachi, J.D. (2001). Quality of life in osteoporosis. *Nursing Clinics of North America*, 36(3), 481–489.
- Íslenskar rannsóknir vekja athygli á erlendra grundu. (2008) *Fréttabréf Beinverndar*, 6(2), 3. Sótt þann 23. október 2008 af: http://www.beinvernd.is/FileLib/skjalasafn/frettabref_oktl_08_vefur.pdf
- Jón Torfi Halldórsson, Þorvaldur Ingvarsson og Björn Guðbjörnsson. (2003). Aldurstöðluð beinbrotatíðni í Eyjafirði. *Læknablaðið*, 89(5), 404.
- Kanis, J.A., Minne, H.W., Meunier, P.J., Ziegler, R. og Allender, E. (1992). Quality of life and vertebral osteoporosis. *Osteoporosis International*, 2(4), 161–163.
- Kolbrún Albertsdóttir. (2007). *Lífsgæði íslenskra kvenna með samfallsbrot í hrygg*. Óbirt meistara ritgerð frá Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Landlæknisembættið. (2003). *Klínískar leiðbeiningar um beinþynningu*. Sótt þann 23. október 2008 af: <http://www.landlaeknir.is/pages/102?query=>
- Landlæknisembættið. (2004). *Beinþynning. Ágrip leiðbeininga*. Sótt þann 23. október 2008 af: http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Kliniskar%20leidbeiningar/Beinþynning_mars04_b.pdf
- Lips, P., Cooper, C., Agnusdei, F., Caullin, F., Egger, P., Johnell, O. o.fl. (1999). Quality of life in patients with vertebral fractures: Validation of the quality of life questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporosis International*, 10(2), 150–160.
- Oleksik, A., Lips, P., Dawson, A., Minshall, M.E., Shein, W., Cooper, C., og Kanis, J. (2000). Health-related quality of life in postmenopausal women with low BMD with or without prevalent vertebral fractures. *Journal of Bone and Mineral Research*, 15(7), 1384–1392.
- Sambrook, P. og Cooper, C. (2006). Osteoporosis. *Lancet*, 367(9527), 2010–2018.
- Sigurður Kristinnsson. (2007). Hvað er farsæl öldrun? *Öldrun*, 25(1), 8–11.
- Silverman, S.L., Minshall, M.E., Shen, W., Harper, K.D., og Xie, S. (2001). The relationship of health-related quality of life to prevalent and incident vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: results from the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation Study. *Arthritis and Rheumatism*, 44(11), 2611–2619.
- Tómas Helgason. (2005). Heilsutengd lífsgæði. *Öldrun*, 23(1), 22–24.



HRAFNISTA



Minnismóttaka

Guðrún Harlisdóttir,
hjúkrunarfræðingur, deildarstjóri
göngudeildar öldrunarsviðs LSH



Minnismóttaka öldrunarsviðs LSH á Landakoti hefur það hlutverk sem deild innan háskólasjúkrahúss að hafa fagfólk með sérfræðipekkingu á öllum sviðum öldrunarfræða og vera leiðandi í rannsóknum og fagþróun í málefnum heilabílaðra á Íslandi.

Saga

Sérstök móttaka fyrir þá sem eru farnir að tapa minni opnaði árið 1995 á móttökudeild öldrunarlækningadeildar Landspítalans sem þá var staðsett í Hátúni 10b. Þetta var gert án þess að til kæmi viðbótarfjárfesting vegna nýrrar starfsemi og umfang þjónustunnar takmarkaðist af því. Fyrir þann tíma hafði Jón Snædal öldrunarlæknir um nokkurra ára skeið stundað greiningu og meðferð heilabilunarsjúkdóma á móttökudeildinni eftir fyrirmynd frá minnismóttökum erlendis. Á þeim árum hóf Sigurveig Sigurðardóttir félagsráðgjafi á móttökudeildinni að bjóða upp á stuðningshópa fyrir aðstandendur og veitti félagsráðgjöf. Hjúkrunarfræðingar hittu sjúklinga við komu á móttökudeildina og lögðu mat á hjúkrunar- og þjónustuþörf. Hanna Þórarinsdóttir hjúkrunarfræðingur mótaði á

upphafsárunum starf hjúkrunarfræðinga á deildinni sem þá byggðist mikið á vitjunum í heimahús sem og stuðningi og ráðgjöf í síma.

Við sameiningu öldrunarsviða Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans 1997 flutti deildin á Landakot og hét þá móttöku- og endurkomudeild en heitir nú göngudeild öldrunarsviðs LSH. Þá um haustið fékkst formlegt leyfi með tilheyrandi fjárveitingu og minnismóttakan var stofnuð – hér eftir kölluð MM.

Þar hafa síðan fengið þjónustu einstaklingar sem líða af minnistapi og/eða hafa önnur einkenni um vitræna skerðingu. Mikil áhersla hefur frá upphafi verið lögð á að sinna einnig aðstandendum sjúklinga en þeir bera oft talsverða ummönnunarbyrði og velferð þeirra getur skipt sköpum um heilsufar sjúklingsins og líðan.

2006 tók Anna Stefánsdóttir hjúkrunaforstjóri upp þá stefnu að innfæra fjölskylduhjúkrun eftir kanadísku módeli á LSH og það fellur vel að þeirri stefnu sem unnið hefur verið eftir á minnismóttökunni eins og reyndar í allri hjúkrun á öldrunarsviði LSH.

Við flutning á Landakot jókst komufjöldi mikið og aukning varð á allri þjónustu deildarinnar. Öldrunarsálfræðingur og taugasálfræðingur komu þá til starfa og síðar bættist iðjubjálfi við.

Haustið 2007 var opnuð á minnismóttökunni sérstök móttaka fyrir öldrunargeðþjónustu – GM en þar veita þjónustu geðhjúkrunarfræðingur, sálfræðingur, 2 geðlæknar og félagsráðgjafi. Alls 9 öldrunarlæknar sinna nú MM ásamt öðrum verkefnum.

Hjúkrunar- og móttökuritarar starfa á MM auk þess sem allir hjúkrunarfræðingar göngudeildarinnar koma þar að, sem og flestir félagsráðgjafar öldrunarsviðsins.

Aðgengi

Mikil aðsókn er að MM og því er mikilvægt að nýta starfskrafta hennar sem best í þágu þeirra sem þurfa á þeirri sérfræðipjónustu að halda sem þar er veitt. Æskilegt er að biðtími eftir fyrstu heimsókn sé ekki lengri en mánuður og ýmsum ráðum er beitt til að svo megi verða. Því þarf að fara fram eins konar sía, þannig að mat læknis liggir til grundvallar komu á MM því stundum er niðurstaðan sú að einkenni eiga sér aðrar skýringar, svo sem þunglyndi, efnaskiptasjúkdóma eða aðra líkamlega sjúkdóma. Í slíkum tilvikum er ekki þörf á heimsókn á MM heldur er erindinu beint annað.

Beiðni þarf því að berast frá heilsugæslulækni eða öðrum lækni sem hefur metið einstaklinginn.

Læknabréf þarf að fylgja beiðni þar sem fram koma heilsufarsupplýsingar og upplýsingar um lyfjameðferð sem og greinagóðar upplýsingar um forsendur þess að einstaklingnum er vísað á minnismóttöku.

Markmið/hlutverk

Lykilorð í starfsaðferðum MM er teymisvinna. Öll erum við háð því að hafa okkur við hlið aðrar fagstéttir sem geta lagt til þekkingu og færni þar sem okkar eigin þrýtur. Þegar við leggjum öll saman getum við veitt betri þjónustu en nokkurt okkar eitt og sér.

Greining

Fyrst þarf að komast að því hvort um vitræna skerðingu er að ræða, hvers eðlis hún er og hversu mikil. Þá er að greina hvaða sjúkdómur liggur að baki og hvort einkenni eru það mikil að um heilabilun sé að ræða. Þjónustan tekur síðan mið af því hver niðurstaðan er.

Læknir og hjúkrunarfræðingur skoða einstaklinginn, afla upplýsinga frá honum sjálfum og fjölskyldu hans og læknirinn metur hvaða rannsóknir þarf að gera til að komast að niðurstöðu um greiningu.

Að fengnum niðurstöðum úr rannsóknum gerir læknirinn sjúkdómsgreiningu.

Í tilvikum þar sem greining liggur ekki ljós fyrir getur þurft frekari rannsóknir eða ákveðið er að biðja í hált til eitt ár og sjá hvort frekari þróun verður á einkennum.

Auk sjúkdómsgreiningar er gerð greining á þörf fyrir félagslega þjónustu, heilsufarseftirlit, endurhæfingu, hjúkrun ofl. Sú greining er gerð af öðrum meðlimum teymisins í samvinnu við lækninn.

Hjúkrunarfræðingar eru tengiliðir sjúklings og aðstandenda hans við aðra fagaðila utan deildarinnar og innan. Eftir að greining liggur fyrir, afhendir hjúkrunarfræðingur nafnspjald sitt og býður að haft sé samband við sig ef spurningar vakna eða ef leita þarf ráða.

Mælt er með að haldinn sé fjölskyldufundur fljótlega í kjölfar greiningar heilabilunarsjúkdóms þar sem farið er yfir niðurstöður rannsókna, hvernig greiningin er fengin og hvaða áhrif sjúkdómurinn gæti mögulega haft á daglegt líf einstaklingsins og hans nánustu.

Farið er yfir hvað er til ráða og gefinn kostur á spurningum og umræðum. Mikil áhersla er lögð á að horfa ekki til verstu dæma og að afar misjafnt er hvernig afleiðingar veikindanna verða.

Mikilvægt er að taka ekki út fyrirfram þjáningu vegna einhvers sem e.t.v. verður ekki svo slæmt. Horft skal til skamms tíma í senn og reynt að leysa verkefni sem liggja fyrir á hverjum tíma.

Greiningarfundir

Yfir vetrarmánuðina er einu sinni í mánuði haldinn greiningafundur þar sem allt fagfólk MM kemur saman og tekið er fyrir flókið greiningartilfelli.

Læknar móttökunnar skiptast á að kynna tilfelli og fundarmenn fara saman yfir greiningarferlið og skiptast á skoðunum.

Meðferð/úrræði

Meðferð við heilabilunarsjúkdómum skiptist í lyfjameðferð og aðra meðferð.

Lyfjameðferð er annars vegar við sjúkdómnum sjálfum og hins vegar einkenameðferð við geðrænum einkennum ef þau eru til staðar.

Önnur meðferð beinist að því að styrkja sjúklinginn andlega, líkamlega og félagslega og aðstoða hann og fjölskyldu hans við að aðlagast breytingum sem minnissjúkdómur hefur á daglegt líf þeirra. Miklu máli skiptir að bæta sjálfsmynd sjúklingsins sem oft býður verulegan hnekki í heilabilunarsjúkdómi. Því skal lögð megináhersla á að horfa á styrkleika einstaklingsins og fjölskyldunnar og vinna með þá á öllum stigum sjúkdómsins.

Markmið meðferðar er að viðhalda heilsu eftir föngum og gera sjúklingnum og ástvinum hans gerlegra að lifa innihaldsríku lífi og varðveita sjálfstæði sem lengst.

Eftirlit

Þegar greining liggur fyrir og meðferð hafin mætir sjúklingurinn í flestum tilvikum áfram í reglubundið eftirlit á MM hjá lækni og hjúkrunarfræðingi. Stundum hagar málum þannig að eftirliti er vísað til heilsugæslu. Það á sér oft landfræðilegar orsakir en þær geta einnig verið aðrar. Eftirlitið felst í því að fylgjast með sjúkdómsferli og grípa til viðeigandi ráðstafana eftir því sem breytingar verða á heilsufari eða aðstæðum. Einnig þarf að fylgjast með árangri meðferðar og breyta henni ef þurfa þykir.

Eftirliti á MM lýkur við flutning á hjúkrunarheimili eða þegar aðrir til þess hæfir aðilar taka við. Algengast er að eftirliti ljúki á MM þegar sjúklingurinn fer í sérhæfða dagþjálfun. Þá færist eftirlit þangað.

Ráðgjöf og fræðsla

Ráðgjöf er veitt á öllum stigum í greiningu, meðferð og eftirliti. Þar koma að læknar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar, sálfræðingur og iðjuþjálfar.

Við fyrstu komu á minnismóttökuna gefst tækifæri til að hitta lækni, félagsráðgjafa og hjúkrunarfræðing.

Hjúkrunarfræðingarnir eru tengiliðir sjúklings og fjölskyldu hans við annað fagfólk. Þeir veita ráðgjöf og leita á hverjum tíma eftir ráðgjöf annarra fagstétta eftir því hvað við er að fást.

Ráðgjöf getur verið um hvað eina sem upp kemur hjá fjölskyldunni og tengist sjúkdómsástandi eða afleiðingum þess.

Dæmi: Félagsleg aðstoð, réttindamál, um úrræði í heilbrigðiskerfinu, t.d. heimahjúkrun, hvíldarinnlagir, dagþjálfun o.fl.

Algeng viðfangsefni hjúkrunarfræðinga eru að ráðlegga um næringu, meltingartruflanir, þvagleka, viðbrögð við atferlistruflunum og skapgerðarbreytingum, hreyfingu og virkni, ADL og um verkun og aukaverkanir lyfja.

Oft er vandasamt að fá sjúkling til að þiggja ráð sem

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



vistor



HITAVEITA
SUÐURNESJA



Orkuveita
Reykjavíkur

gefin eru eftir bestu vitund fagfólks. Vandinn er sá að hann hefur e.t.v. misst forsendur til að meta ástand sitt vegna dómgreindartaps eða lélegs innsæis af völdum sjúkdómsins.

Dæmi um þetta er akstur bifreiðar. Það getur verið niðurstaða fagfólks að heilsubrestur hafi gert einstaklinginn ófærann um að aka bifreið en sjálfur upplifir hann það sem mikla og ástæðulausa frelsisskerðingu. Reynt er að ná samningum en ef það tekst ekki getur þurft að gripa til ökumats. Slíkt ökumat er gert af iðjubjálfa móttökunnar og ökukennara sem MM á samstarf við.

Fræðsla til sjúklinga og aðstandenda fer fram við komu á deildina, í stuðningshópum, á fjölskyldufundum, á fundum hjá FAAS og öðrum fundum eða námskeiðum með fagfólki og leikmönnum. Þá er ótalin fræðsla og ráðgjöf sem fer fram í síma og um netpóst.

Ná má tali af hjúkrunarfræðingum minnismóttökunnar alla virka daga kl. 8–16.

Fagfólk MM útbýr fræðsluefni, bæklinga o.fl., oft með þátttöku samstarfsaðila.

Fagfólk MM setur á hverju hausti saman fræðslutilboð fyrir starfsfólk í öldrunarþjónustu. Í boði eru erindi um ýmislegt sem varðar málefni heilabílaðra, samskipti, hjúkrun, sjúkdóma, heilsueflingu o.fl. Fyrirlesarar eru sálfræðingar, öldrunarlæknar, geðlæknar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar og iðjubjálfar.

Stofnanir geta pantað fyrirlestra fyrir starfsfólk sitt en greiðsla fyrir þá rennur til STÖLD (Styrktarsjóðs öldrunarsviðs) sem heldur eftir hluta greiðslunnar og notar féð til að fjármagna styrki til símenntunar starfsfólks heilabilunareiningar öldrunarsviðs LSH. Á hverju vori er einnig haldið námskeið fyrir starfsfólk í öldrunarþjónustu. Ýmsir samstarfsaðilar hafa komið þar að og námskeiðin verið mjög vel sótt. Hagnaður af námskeiðunum rennur einnig til STÖLD.

Sérstakir þættir í starfseminni

Stuðningshópar

Til að styrkja og styðja aðstandendur heilabílaðra er á hverjum vetri boðið upp á stuðningshópa.

Í hverjum hóp eru annað hvort 6 – 8 makar eða 6 – 8 afkomendur. Hóparnir hittast 4 sinnum á viku fresti.

Félagsráðgjafar og hjúkrunarfræðingar stýra fundum hópanna en sálfræðingur kemur í eitt skipti og tekur þátt í fundinum.

Tilgangurinn er að þátttakendur deili með sér reynslu og styðji og uppörvi hver annann undir leiðsögn fagfólks sem leggur til fræðslu og veitir upplýsingar.

Rannsóknir

Eitt af verkefnum fagfólks á MM er að stunda rannsóknir enda er móttakan hluti af háskólaspítalanum. Þessar rannsóknir eru margháttaðar svo sem lyfjarrannsóknir í samstarfi við lyfjafyrirtæki, erfðarannsóknir í samstarfi

við Íslenzka erfðagreiningu, rannsóknir á notkun heilabíla í samstarfi við Mentis Cura að ógleymdum ýmsum nemarannsóknnum til BS, MS eða doktors gráðu. Núna eru viðræður um samvinnu við minnismóttökur á hinum Norðurlöndunum á sviði rannsókna.

Öldrunargeðþjónusta

Nýjasti þátturinn í starfsemi MM er öldrunargeðþjónusta.

Þessi starfsemi er í raun sjálfstæð eining innan MM og fæst við önnur verkefni en hin eiginlega minnismóttaka.

Á næsta ári verður gerð grein fyrir þeirri starfsemi hér í blaðinu.

Samstarfsaðilar

Helstu samstarfsaðilar MM á LSH eru aðrar deildir öldrunarsviðs, bráðadeildir, innlagnarstjóri LSH og útskriftarteymi spítalans.

Samstarfsaðilar MM utan LSH eru fjölmargir. Þar má nefna heilsugæsluna, heimahjúkrun, heimaþjónustu sveitarfélaga, FAAS, HÍ, RHLÖ, Mentis Cura, ÍE, hjúkrunarheimili og aðrar heilbrigðisstofnanir um allt land.

Þá viljum við nefna sérstaklega sérhæfðar dagbjálfanir fyrir heilabílaða sem taka svo til eingöngu við sjúklingum sem fengið hafa þjónustu á MM.

Þær eru: Hlíðabær, Vítorg, Fríðuhús, Mariuhús, Drafnarhús, og Roðasali. Þessar staðir eru með þjónustusamning við LSH um lækniþjónustu sem læknar MM sjá um. Slík deild er einnig á Eir en þar er ekki lækniþjónusta frá MM.

Umfang starfseminnar

Á undanförunum árum hafa nýkomur á MM verið um og yfir 300 á ári og endurkomur ríflega 1000.

Á árinu 2008 stefnir í að nýkomur verði nær 400 auk þess sem nýkomur á geðmóttöku nálgast 100.

Endurkomur stefna í 1200 á MM og 170 á geðmóttöku.

Stefnumörkun/framtíðarsýn

MM veiti góða þjónustu sem byggist á viðurkenndum aðferðum studdum af rannsóknarniðurstöðum.

Fagfólk MM vinnur að því að vera leiðandi í faglegri framþróun og rannsóknum á þeim hluta öldrunarfræða sem varða heilabilun.

Símenntun starfsfólks er grundvöllur þess að móttakan geti verið leiðandi á sínu sviði.

Áframhaldandi samstarf verði við aðstandenda-samtök.

Efla samstarf um rannsóknir og faglega þróun við minnismóttökur á öðrum norðurlöndum.

Roðasalur í Kópavogi

Sambýli og dagþjálfun fyrir heilabilaða

Ída Atladóttir
Forstöðumaður

Starfsemin í Roðasölum 1 er tvíþætt, annars vegar er um að ræða hjúkrunarsambýli fyrir minnisskerta og hins vegar dagþjálfun. Roðasalurir heyra undir Félagsþjónustu Kópavogs og eru reknir af Kópavogsbæ með daggjöldum frá ríkinu. Starfssemi í Roðasölum hófst þann 19. janúar 2005.

Forstöðumaður Roðasala er Ída Atladóttir hjúkrunarfræðingur, MSc. í öldrunarhjúkrun, sérsvið klínísk sérhæfing í hjúkrun heilabilaðra með hegðunartruflanir og geðræn einkenni.

Húsnæðið sem er á einni hæð er staðsett í íbúðahverfi þar sem góðar gönguleiðir eru allt um kring, ásamt skjólgóðum þalli umhverfis húsið. Þjónustan sem veitt er í Roðasölum miðast við þarfir heilabilaðra skjólstæðinga og aðstandenda þeirra. Meginmarkmið starfseminnar er að veita skjólstæðingum framúrskarandi þjónustu. Það er best gert í samvinnu við alla fjölskylduna og aðstandendur sem eru í mikilli þörf fyrir stuðning, ráðgjöf og skilning á aðstæðum sínum.

Dagþjálfun

Í dagþjálfun eru 20 skjólstæðingar sem njóta þjónustu virka daga frá klukkan kl. 8–16.

Boðið er upp á akstur til og frá Roðasölum og lögð áhersla á að nýta þann kost. Flestir eru sóttir heim á tímabilinu frá kl. 8–10 og keyrðir til baka kl. 16. Allir skjólstæðingar eru í lyfjaskömmtnun og skömmtnunarkort þeirra eru í Roðasölum. Deildarstjóri dagþjálfunar er Helga María Arnarsdóttir, sjúkraliði sem skipuleggur daglega starfssemi. Aðrir starfsmenn eru sjúkraliðar og almennir starfsmenn í aðhlynningu. Mikið er lagt upp úr líkamlegri virkni m.a. göngutúrum, leikfimi og sundi, þá er spilað, sungið og fönðrað. Prestur kemur og messar einu sinni í viku, farið er á kaffihús, í leikhús og á söfn. Boðið er upp á morgunmat og hádegismat, böðun, hárgreiðslu og fót snyrtingu. Skjólstæðingar greiða í afþreyingasjóð sem nýttur er til að fara í ýmsar ferðir.

Allar umsóknir um dagþjálfun berast forstöðumanni. Þær koma aðallega frá minnismóttöku á Landakoti, öldrunarlæknum með stofurekstur, heimilislæknum og heimahjúkrun ásamt Félagsþjónustu Kópavogs. Forsenda fyrir dagþjálfun er að viðkomandi geti búið heima, sé með greindan heilabilunarsjúkdóm sem aðal vandamál og sé Kópavogsbúi.

Forstöðumaður hringir fljótlega í aðstandendur til að láta vita að umsókn hafi borist, kannar viðhorf, væntingar, aðstæður og ástand heima fyrir. Einnig eru gefnar upplýsingar um hugsanlegan biðtíma eftir þjónustu. Samráð er haft við heimahjúkrun, Félagsþjónustuna og samráðshóp um dagþjálfun á Reykjavíkursvæðinu um forgangsöröðun.

Þegar hyllir undir að pláss losni er haft samband við aðstandendur og þeim boðið í viðtal við forstöðumann og deildarstjóra. Í því viðtali eru þrír matskvarðar, þýddir af forstöðumanni (PFQ, FRS og NPI-D eða NPI-NH) lagðir fyrir aðstandendur til að meta færni, ástand, þjónustubörf skjólstæðingsins og líðan aðstandenda. Þegar pláss losnar er svo aðstandendum og skjólstæðingi boðið í heimsókn, ástand hans og viðhorf til Roðasala metið, veittar upplýsingar um starfsemina og fyrirkomulag. Í sumum tilvikum neitar skjólstæðingur að koma í viðtal og þá fer forstöðumaður ásamt deildarstjóra heim til skjólstæðings.



Hjúkrunarsambýli

Í sambýlinu er rými fyrir ellefu skjólstæðinga, þar af er eitt skammtímapláss, ætlað til dvalar í 3–4 vikur í senn. Til að fá vistun þarf viðkomandi að eiga gilt vistunarmat í hjúkrunarrými og vera með væga- til meðal alvarlega heilabilun og nokkuð góða líkamlega færni. Þeir sem þarfnast flókinnar og stöðugar hjúkrunar t.d. við lífslok geta ekki dvalið í Roðasölum. Einnig er vandkvæðum bundið að sinna einstaklingum með hegðunartruflanir og geðræn einkenni á háu stigi sem ekki láta undan sérhæfðri hjúkrun og lyfjameðferð. Lyf eru keypt tiltekin í skammtapokum. Deildarstjóri sambýlis er Guðrún S. Viggósdóttir, sjúkraliði með viðbótarmenntun og aðrir starfsmenn eru sjúkraliðar, almennir starfsmenn í aðhlyningu og matreiðslumaður sem eldar allan mat fyrir sambýlið. Áhersla er lögð á heimilislegt umhverfi, að viðhalda reisu og færni skjólstæðinga. Leikfimi og gönguferðir eru dagleg verkefni og mikið er sungið. Ýmis samvera er sameiginleg fyrir dagþjálfun og sambýlið, s.s. þorramatur, sumarferðir og haustfagnaður. Aðstandendur eru hvattir til að koma sem oftast og heimsækja ættingja sína.

Hugmyndafræði hjúkrunar

Hugmyndafræði hjúkrunar í Roðasölum byggir á kenningu Donnu Algase og félaga um samspil bakgrunnspátta og breytilegra þátta sem hafa áhrif á liðan og hegðun heilabilaðra. Bakgrunnspættir eru tiltölulega stöðugir þættir eins og heilbrigðisástand, merki um elliglið, lýðfræðilegir þættir og sálfélagslegir þættir. Breytilegir þættir eru mannlegar líkamlegar þæfir, sálfélagslegar þæfir, umhverfisþættir á deild og félagslegt umhverfi. Samspil bakgrunnspátta og breytilegra þátta eru ráðandi fyrir hvort og þá hvernig hegðunartruflanir og geðræn einkenni koma fram. Bakgrunnspættir eru oft óbreytanlegir, en breytilegir þættir og uppfylling þarfa skjólstæðinga eru á ábyrgð og valdi starfsmanna að sinna. Gott eftirlit, mat á liðan skjólstæðinga með viðurkenndum mælitækjum og uppfylling mannlegra þarfa eru því lykilatriði hjúkrunar.

Læknisþjónusta

Samningur um læknisþjónustu er við öldrunarsvið Landspítalans á Landakoti. Frá upphafi hefur Jón Snædal öldrunarlæknir verið læknir Roðasala. Bakvaktarþjónusta lækna við Roðasali er allan sólarhringinn.

Teymisfundir og samstarf

Teymisfundir eru haldnir vikulega, en hann sitja forstöðumaður, læknir og deildarstjórar. Á fundunum er farið yfir liðan allra skjólstæðinga ásamt öðrum málum er tengjast skjólstæðingum. Fjölskyldufundir eru haldnir með aðstandendum og skjólstæðingum eftir þörfum, að jafnaði einu sinni á ári. Eftir atvikum er fulltrúa heimahjúkrunar boðið á fjölskyldufundi þeirra sem eru í dagþjálfun, en mikil samvinna er við heimahjúkrun.

Kvarðar til að meta færni, ástand og þjónustubörf

PFQ (Present Functioning Questionnaire) já eða nei spurningar sem meta starfsgetu aldraðra í daglegu lífi varðandi persónuleika, verkefni daglegs lífs, hæfni til munnlegrar tjáningar, minni og minnisstarfsemi og sjálfshjálp.

FRS (Functional Rating Scale) fimm punkta Likkert kvarði sem metur upplýsingar um aldraða á átta sviðum þ.e.a.s. minni, samskipti/samfélag og atvinnu, heimili og áhugamál, persónulega umhirðu, málfarslega færni, lausn vandamála og röksemdarfærslu, tilfinningar og áttun.

NPI-D eða *NPI-NH* (Neuropsychiatric Inventory with Caregiver Distress eða Nursing Home) sem mæla eftirfarandi hegðunartruflanir og geðræn einkenni hjá heilabiluðum: ranghugmyndir, ofskynjanir, uppnám/árásargirni, þunglyndi/dapurleika, kvíða, kæti/sæluvímu, tómlæti/sinnuleysi, hömluleysi, önguglyndi/hverflyndi, afbrigðilega líkamlega hegðun, svefnvanda og matarlost/matarvenjur og borðsiði. *NPI-NH* er hjúkrunarheimilis útgáfa af *NPI-D*. Báðir *NPI* kvarðarnir meta tíðni, alvarleika og álag eða truflun á aðra í umhverfinu sem þessi einkenni valda.

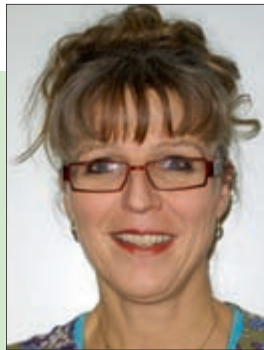
Aðrir sérhæfðari kvarðar eru notaðir eftir þörfum m.a. *GDS* (Geriatric Depression Scale), *MMSE* (Mini Mental State Examination), *CMAI-C-Relative Form* (Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Community) og *Ráfkvarði Algase* (The Algase Wandering Scale- Version 2).

Lokaorð

Frá því að Roðasalir hófu starfsemi hafa margir hópar og einstaklingar komið í heimsókn til að skoða og fá upplýsingar um starfsemi og aðbúnað. Stöðugleiki hefur verið mikill í starfsmannahaldi og góður andi ríkir meðal starfsmanna sem allir leggjast á eitt til að veita framúrskarandi þjónustu.

Einmanakennd aldraðra sem njóta heimaþjónustu

Gríma Huld Blængsdóttir
sérfræðingur, heimilislækningar



Markmið þessarar rannsóknar var að skoða tengsl einmanakenndar við andlega, líkamlega og félagslega þætti aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar árið 1997

Gríma Huld Blængsdóttir sérfræðingur: heimilislækningar. – Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins
netfang: grima.huld@mos.hg.is

Thor Aspelund, PhD sérfræðingur: tölvufræðingur
– Hjartavernd, Háskóli Íslands
netfang: aspelund@hjarta.is

Pálmi V. Jónsson sérfræðingur: lyf og öldrunarfræðingur – Landspítali – háskólasjúkrahús, öldrunarsvið, Háskóli Íslands
netfang: palmivj@landspitali.is

Lykilorð: einmana, heimaþjónusta, heimaþjúkrun, heilsugæsla, aldraðir

English summary
Blængsdóttir GH, Aspelund T, Jónsson, PV,
Lonely Older Persons in Home Care
Key words: loneliness, home care, elderly,
primary, health care

Ágrip

Tilgangur: Markmið þessarar rannsóknar var að skoða tengsl einmanakenndar við andlega, líkamlega og félagslega þætti aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar árið 1997

Efniviður og aðferð: 257 einstaklingar sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á Reykjavíkursvæðinu haustið 1997 voru metnir með MDS-RAI HC (Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care) mælitækinu. Tengsl við einmanakennd eru skoðuð með ein- og fjölþáttagreiningu. Leitað var staðfestingar á algengi einmanakenndar í sambærilegri könnun 5 árum síðar. **Niðurstöður:** Af heildarhóp þeirra sem nutu heimahjúkrunar upplifðu 20,3% einmanakennd, 18,3% karla, 20,9% kvenna. Ekkjufólk var marktækt líklegra til að vera einmana en fólk í hjúskap, $p=0,013$. Ekki var munur á milli kynja með tilliti til einmanakenndar og færni til frumathafna daglegs lífs (ADL) en hins vegar höfðu eimana karlar marktækt meiri líkur á erfiðleikum í almennum athöfnum daglegs lífs (IADL). Konur með vitræna skerðingu voru marktækt líklegri til að finna fyrir einmanakennd, $p=0,022$. Konur, en ekki karlar, sem voru með einmanakennd voru líklegri til að hafa jafnframt depurðareinkenni, $p=0,025$. Konur með fleiri lyf en sex voru marktækt líklegri til þess að vera einmana, (79,2% vs. 20,8%, $p=0,018$) og þær voru líklegri til að taka sterk geðlyf ($p=0,007$) en einmana karlar voru líklegri til að taka svefnlyf ($p=0,046$). Þeir sem mátu eigið heilsufar lélegt voru líklegri til að vera einmana, $p=0,042$. Þeir sem fóru aldrei út fyrir hússins dyr á einum mánuði voru ekki líklegri til að vera einmana og ekki kom fram munur á tíma formlegrar þjónustu milli þeirra sem voru einmana og ekki einmana. Þegar spurt er um hvort einstaklingur telji sig betur kominn annars staðar, svöruðu 43,5% kvenna með einmanakennd játandi á móti 12,7% kvenna án einmanakenndar, $p<0,0001$. Sambærilegar tölur fyrir karla eru ómarktækar, 18,2% á móti 14,3%. ADHOC rannsóknin fimm árum síðar sýnir að algengi einmanakenndar er 18,4% í algerlega sambærilegum hópi.

Ályktanir: Einmanakennd greindist hjá fimmta hluta þeirra einstaklinga sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar, og það algengi er staðfest fimm árum síðar. Einmanakennd sást oftast hjá ekkjufólki og konum með vitræna skerðingu. Þeir sem mátu heilsufar sitt lélegt

voru líklegri til að vera einmana. Kynjamunur kom fram með tilliti til andlegrar líðanar og lyfjainntöku. Skoða þyrfti nánar hvernig þörfum þessara einstaklinga verði best mætt.

English abstract:

Lonely Older Persons in Home Care

Objective: The purpose of this study was to explore the association between loneliness and affective, cognitive, physical and social factors for older persons in home care in 1997 in Reykjavík.

Materials and method: 257 individuals who received home care in the Reykjavík area in autumn of 1997 were assessed with the MDS-RAI HC (Minimum Data Set – Resident Assessment Instrument for Home Care) instrument. Association of loneliness was evaluated in uni- and multivariate analysis. Prevalence of loneliness was reassessed 5 years later with the same methodology.

Results: Of the total group that received home care, 20.3% expressed loneliness, 18.3 of males and 20.9% of females. Widowed persons were significantly more likely to be lonely than married persons, $p=0.013$. There was no sex difference with regards to loneliness and primary ADL, but lonely males were significantly more likely to have IADL difficulties. Females with cognitive impairment were more likely to be lonely, $p=0.022$. Females, but not males, who were lonely were more likely to have depressive symptoms, $p=0.025$. Females who took more than six medications were significantly more likely to be lonely (79.2% vs. 20.8%, $p=0.018$) and were more likely to take neuroleptic medications ($p=0.007$). Lonely males were more likely to take sleeping medications ($p=0.046$). Those who assessed their health as poor were more likely to be lonely, $p=0.042$. Those who never went out of their home in one month were not more likely to be lonely and there was no difference in the use of formal care services with regards to loneliness. When females were asked if she thought she would be better off elsewhere, 43.5% of the females with loneliness agreed with the statement versus 12.7% of women without loneliness, $p<0.0001$. Similar numbers for males were non significant, 18.2% and 14.3%, respectively. In the ADHOC study, 5 years later, the prevalence of loneliness was 81.4%.

Conclusion: Loneliness was identified in one fifth of persons in home care and that prevalence was confirmed 5 years later. Loneliness was more often seen among widowed persons and females with cognitive impairment. Those who assessed their health as being poor were more likely to be lonely. Sex difference was seen with regards to affective symptoms and medication use. Further studies are needed to understand how the needs of lonely persons in home care can be best met.

Key words: loneliness, home care, elderly, primary, health care
Correspondence: Gríma Huld Blængsdóttir, grima.huld@mos.hg.is

Inngangur

Í stefnumótun um málefni aldraðra er kveðið á um að aldradír skulu studdir til að búa heima eins lengi og kostur er. Þeim skal skapað vistrými á dvalar- eða hjúkrunarheimili þegar þarfir eru meiri en sem svarar þeim stuðningi sem tiltækur er heima.¹ Rannsóknir hafa sýnt að fólki farnast vel á hjúkrunarheimili þegar þörfum einstaklingsins er mætt með þjónustu heimilisins. Hins vegar er hið gagnstæða niðurstaðan þegar að óskir og vilji einstaklingsins er fremur að vera heima en á stofnun.² Af þessu leiðir að mikilvægt er að skoða andlega og líkamlega líðan sjúkra aldraðra í heimahúsum og spyrja hvort þörfum þeirra sé mætt þar og ef ekki, hvort bæta megi úr því með breyttri þjónustu.

Rannsókn á heilsufari, hjúkrunarþörfum og lífsgæðum aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997 sýndi að 18,4% einstaklinganna hafði aldrei farið út fyrir hússins dyr síðustu 30 daga fyrir skoðun og 24,2% hafði aðeins farið út einu sinni í viku. Einungis 18,4 % hafði farið út daglega. Jafnframt sýndi rannsóknin að 21,3% einstaklinganna upplifði einmannakennd, 18,3% leiddist og 18,8% sýndi dapurt yfirbragð. Einvera var algeng, sem sést af því að 27,4% voru einir allan daginn, en 39,3% meira en hálfan daginn.³

Ekki fundust íslenskar rannsóknir á einmannakennd við leit í gagnagrunnum tímarita. Erlendar rannsóknir sýna að einvera og einmannakennd tengjast skertum lífsgæðum.⁶ Markmið þessarar greinar er að skoða nánar tengsl einmannakenndar við andlega, líkamlega og félagslega þætti aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar með það fyrir augum að greina þá þætti sem tengjast sjálfstætt einmannakennd en það gæti leitt af sér hugmyndir um bætta þjónustu þessara einstaklinga.

Efniviður og aðferðir

Grein þessi er nánari úrvinnsla á efni greinarinnar um rannsókn á heilsufari, hjúkrunarþörfum og lífsgæðum aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997 og dagdeildar öldrunarsviðs SHR.³ Markmið verkefnisins var að skrá heilsufar og meta hjúkrunarþörf íbúa 65 ára og eldri er nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar haustið 1997 á heilsugæslustöðvum Fossvogs, Hlíðasvæðis, Miðbæjar og Seltjarnarness með MDS-HC mælitækinu.⁴ Með heimaþjónustu heilsugæslunnar er átt við þjónustu heilsugæslunnar í heimahúsum en hana veita hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og læknar.

Úrtak rannsóknarinnar voru allir sem skráðir voru með heimaþjónustu á heilsugæslustöðvunum þegar rannsóknin hófst 1. september 1997, alls 347 einstaklingar, en rannsóknin tók fjóra mánuði. Þátttaka var 75%, 52 neituðu þátttöku, 24 voru á sjúkrahúsi, tveir voru komnir á hjúkrunarheimili, 3 hættu við eða voru fjarverandi þegar til átti að taka og níu létust áður en kom að þeim að vera metnir. Samtals tóku því 257 einstaklingar þátt í rannsókninni, 31 frá heilsugæslustöð A, 68 frá heilsugæslustöð B, 64 frá heilsugæslustöð C og 94 frá heilsugæslustöð D.

Leitað var eftir upplýstu samþykki en ef hinn aldr-
aði einstaklingur gat ekki veitt samþykki sitt var leitað
samþykkis aðstandenda. Í þeim tilvikum var heimildar til
rannsóknarinnar leitað hjá þeim aðstandendum sem voru
honum nátengdastir. Upplýsinga var aflað með samtali
við einstaklinginn sjálfan, úr sjúkraskrá, hjá umönn-
unaraðilum og/eða nánnum aðstandendum. Rannsóknin
var samþykkt af Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd. Unnið
var með upplýsingarnar á rannsóknarnúmerum og kenni-
tölur afmáðar.

Heimahjúkrunarfræðingar af viðkomandi heilsugæslu-
stöðvum þar sem verkefnið fór fram söfnuðu upplýsing-
unum. Áður en gagnasöfnun hófst var haldið eins dags
námskeið í notkun gagnasafnsins en hver einasta breyta
hefur ákveðna skilgreiningu og kennslufni hefur verið
þróað sem leiðbeinir um matið. Með þessu móti var
gagnaöflunin áreiðanleg. Matið tók á bilinu eina til eina
og hálfa klukkustund.

Gerð var einþáttagreining á breytum MDS-HC mats-
ins með tilliti til einmanakenndar. Þættir sem tengdust
marktækt einmanakennd í þeirri greiningu voru settir
í fjölþáttagreiningu til þess að finna sjálfstæð tengsl við
einmanakennd. Marktækni miðast við P jafnt eða minna
0,05. SPSS tölfraeðiforritið (útgáfa 11) var notað við
úrvinnslu gagnanna.

Til þess að meta hvort breyting hefði orðið á algengi
einmanakenndar hjá einstaklingum sem nutu heimaþjón-
ustu heilsugæslunnar frá því að gögnum var safnað 1997
í þá rannsókn, sem hér er lýst, voru gögn skoðuð frá
árinu 2001–2003. Um er að ræða íslenskar niðurstöður
úr samevrópskri rannsókn (ADHOC) sem einn höfunda
(PVJ) var ábyrgðarmaður fyrir. Í ADHOC rannsókninni
voru 405 einstaklingar, 65 ára og eldri metnir, 285 höfðu
heimaþjónustu heilsugæslunnar með eða án félagsþjón-
ustu en 120 höfðu eingöngu félagslega heimaþjónustu.
Gagna var safnað í þessari rannsókn með sama mælitæki,
MDS-HC, á sama svæði og með slembiúrtaki eins og í
rannsókninni 1997.

Niðurstöður

Af heildarhóp þeirra sem nutu heimahjúkrunar upplifðu
20,3% einmanakennd, 18,3% karla á móti 20,9% kvenna.
Lykilupplýsingar eru sýndar í töflu 1. Taflan sýnir að ekki
var kynjamunur eða munur á aldri með tilliti til einmana-
kenndar. Ekkjufólk var marktækt líkleggra til að vera
einmana en fólk í hjúskap, $p=0,013$. Tafla 2 sýnir færni-
þætti og andlega liðan með tilliti til einmanakenndar. Ekki
var munur á milli kynja á færni til frumathafna daglegs
lífs (ADL) en hins vegar höfðu karlar marktækt meiri
líkur á erfiðleikum í almennum athöfnum daglegs lífs
(IADL). Þegar vitræn geta var skoðuð kom í ljós að konur
með vitræna skerðingu voru marktækt líklegri til að
vera einmana, $p=0,022$. Konur með einmanakennd voru
líklegri til að hafa jafnframt depurðareinkenni, $p=0,025$, en
slíkt samband sást ekki hjá körlum.

Fjöldi lyfja var skoðaður út frá því hvort þau væru

Tafla 1: Lýðfræðilegir þættir rannsóknarhópsins

	Einmanakennd	Án einmanakenndar
Kyn		
Allir	59 (20,3%)	231 (79,7%)
Kvk	48 (20,9%)	182 (79,1%)
Kk	11 (18,3%)	49 (81,7%)
Aldur		
Óháð kyni	83,4 (*6,3)	82,7 (*6,5)
Kvk	83,6 (*6,2)	82,6 (*6,2)
Kk	82,6 (*6,8)	83,1 (*7,6)
Enginn kynjamunur $p=0,786$		
Enginn munur á aldri miðað við einmanakennd $p=0,48$		
* staðalfrávik		

núll til fimm eða sex og fleiri. Konur með fleiri en sex lyf
voru marktækt líklegri til þess að vera einmana, (79,2%
vs 20,8%, $p=0,018$). Þetta samband sást ekki hjá körlum.
Þegar geðdeyfðarlyf, sterk geðlyf, kvíðastillandi lyf og
svefnlyf voru skoðuð sást að einmana konur voru líklegri
til að taka sterk geðlyf ($p=0,007$) en einmana karlar að
taka svefnlyf ($p=0,046$). Að öðru leyti var ekki munur á
geðlyfjanotkun.

Af 48 einmana konum mátu 60,4% eigið heilsufar lélegt
samanborið við 44,5% af þeim sem ekki voru einmana sem
nær næstum marktækni, $p=0,053$. Hvað 11 einmana karla
varðar voru sömu tölur 54,5% á móti 38,8%, sem er ómark-
tækur munur. Munurinn fyrir heildarhópinn er mark-
tækur, $p=0,042$ og stefnir í sömu átt hjá báðum kynjum.
Einmana einstaklingar voru ekki marktækt líklegri til að
leggjast inn á sjúkrahús. Ekki var samband milli ferða
utanhúss og eimanaleika. Þannig voru þeir sem aldrei
fóru út fyrir hússins dyr á einum mánuði ekki líklegri
til að vera einmana. Ekki kom fram munur á tíma form-
legrar þjónustu milli þeirra sem voru einmana og ekki
einmana.

Þegar spurt var hvort einstaklingur teldi sig betur
kominn annars staðar svöruðu 43,5% kvenna með einmana-
kennd játandi á móti 12,7% kvenna án einmanakenndar,
 $p<0,0001$. Sambærilegar tölur fyrir karla eru ómarktækar,
18,2% á móti 14,3%.

Í ADHOC rannsókninni frá 2001–2003 voru samtals
405 einstaklingar, 104 karlar (25,8%) og 301 kona (74,2%).
Meðalaldur karla var 79,7 ár (staðalfrávik 10 ár) og meðal-
aldur kvenna 81,9 ár (staðalfrávik 6,4 ár). Einir þjuggu
68,2%. Einmanakennd greinist hjá 19,2% af heildarhópnum:
18,4% hjá þeim sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar
en 21,1% hjá þeim sem nutu félagslegrar heimaþjónustu
eingöngu.

Umræða

Þessi rannsókn sýnir ekki kynjamun á einmanakennd
og sú tilfinning er ótengd aldri. Ekkjufólk er marktækt
líkleggra til að vera einmana en fólk í hjúskap. Konur með
vitræna skerðingu eru líklegri til að vera einmana og jafn-
framt eru einmana konur líklegri til að tjá sig um sérstök

Tafla 2: Færniþættir og andleg líðan		
	Einmanakennd	Án einmanakenndar
IADL færni Heildar hópur Leiðrétt fyrir kyn og aldur Ekki munur fyrir heildarhópin $p=0.441$	10,4	9,8
Karlar	11,0 (*,7)	
Konur	9,3 (*,4)	
Marktækur munur milli kynja $p=0,024$		
ADL		
Heildarhópur:		
Sjalabjarga í ADL 270		
Hjálp við ADL 27		
Karlar án ADL skerðingar	9 (81,8%)	40 (81,6%)
Karlar með ADL skerðingu	2 (18,2%)	9 (18,4%)
Konur án ADL skerðingar	43 (89,6%)	171 (94,0%)
Konur með ADL skerðing	5 (10,4%)	11 (6,0%)
Ekki marktækur munur á milli kynja mtt ADL getu og einmanakenndar $p=0.337$ * staðalfrávik		
CPS		
Heildarhópur		
Án vitrænnar skerðingar 166 (55.9%)		
Með vitræna skerðingu 130 (44.1%) (vantar upplýsingar um 1)		
Karlar án vitrænnar skerðingar	8 (72,7%)	24 (50,0%)
Karlar með vitræna skerðingu	3 (27,3%)	24 (50,0%)
Konur án vitrænnar skerðingar	29 (41,7%)	110 (60,4%)
Konur með vitræna skerðingu	28 (58,3%)	72 (39,6%)
Konur með vitræna skerðingu eru marktækt líklegri til að vera einmana $p=0,022$		
Depression Rating Scale:		
Karlar án þuglyndiseinkenna	6 (54,5%)	34 (69,4%)
Karlar með þuglyndiseinkennum	5 (45,5%)	15 (30,6%)
Konur án þuglyndiseinkenna	18 (37,5%)	133 (73,1%)
Konur með þuglyndiseinkennum	30 (62,5%)	49 (26,9%)
Konur (en ekki karlar) sem eru með einmanakennd eru líklegri til að hafa jafnframt depurðareinkenni $p=0.025$		

depurðareinkenni og taka fleiri en sex lyf. Þá voru konur með einmanakennd líklegri til að meta eigið heilsufar lélegt og töldu sig betur komnar annars staðar. Hin klíniska mynd eimana kvenna er mun skýrari en karla. Einmana karlar eru heldur lakari í almennum athöfnum daglegs lífs og eru líklegri til að taka svefnlyf, en skera sig að öðru leyti ekki úr.

Aðrar rannsóknir hafa sýnt sterkt samband milli aldurs og einmanakenndar. Slíkt samband sást ekki í þessari rannsókn enda voru allir í raun orðnir aldraðir og á svipuðum aldri. Tengsl við kyn eru misvísandi í rannsóknunum. Ekkjur og ekkjar eru líklegri samkvæmt öðrum rannsóknunum til að upplifa einmanakennd sem er í samræmi við það sem við fundum. Heilsufarsþættir sem tengjast marktækt einmanakennd í fleiri en einni rannsókn innifela líkamlegt færnitap, lélega heilsu að mati einstaklings, þunglyndi, kvíði, skyntruflanir og vitræna skerðingu⁶. Einmana fólk notar meira af svefn- og kvíðastíllandi lyfjum⁹ en aðrir og hafa tilhneigingu til að misnota áfengi¹⁰. Að framtöldum kvíða og skyntruflunum, þá fundum við þessa sömu þætti í okkar rannsóknarhópi. Okkar rannsókn skoðaði ekki áfengisnotkun sérstaklega.

Hugtökin einmanakennd, félagsleg einangrun og einseta eru oft notuð á víxl enda þótt þau séu hvert um sig í senn sérstök og tengd. Einnig er þunglyndi nátengt einmanakennd. Einstaklingur getur þjáðst af einmanakennd þó að hann sé umkringdur af fólki og einangruð manneskja getur á hinn bóginn verið fullkomlega sátt við stöðu sína og líðið vel.⁶ Einseta er í raun auðvelt hugtak og auðmælanlegt með fjölda fólks sem býr saman og félagslega einangrun má skilgreina út frá fjölda samskipta og samþættingu manneskjunnar inn í samfélag sitt. Þunglyndisgreining styðst við greiningarskilmerki. Einmanakennd er hins vegar huglæg tilfinning og stigi einmanakenndar verður aðeins lýst af þeim sem upplifir hana. Mikilvægt er að aðgreina einmanakennd frá öðrum

Tafla 3: Hjúskaparstaða			
Karlar			
Kvæntir	2 (6,9%)	27 (93,1%)	
Ekkjar	5 (27,8%)	13 (72,2%)	
Fráskildir	3	3	
Aldrei kvænst	4	6	
Konur			
Giftar	5 (11,6%)	38 (88,4%)	
Ekkjur	37 (26,4%)	103 (73,6%)	
Fráskildar	3	7	
Aldrei gifst	3	33	
Ekki kynjamunur á einmanakennd, en ekkjufólk er marktækt líklegra til að vera einmana en kvæntir, $p=0,013$ Mantel Haenszel			

skyldum hugtökum þar sem einmanakennd virðist hafa sjálfstætt spágildi með tilliti til horfa.^{11, 12}

Það að einn af hverjum fimm sem njóta heimahjúkrunar upplifi einmanakennd verður að teljast umtalsvert umhugsunarefni þar sem lífsgæði skerðast við slíka tilfinningu. Sænsk rannsókn sýndi að þriðjungur fólks eldra en 75 ára fann til einmanakenndar að minnsta kosti stundum.^{13,14} Önnur rannsókn frá Finnlandi sýndi að 36% fólks eldra en 60 ára fann til einmanakenndar oft eða stundum.¹⁵ Þannig er algengi einmanaleika þeirra sem njóta heimaþjónustu ef til vill ekki mjög svo frábrugðið því sem sést meðal annarra. Tölurnar sem benda til þess að þriðjungur aldraðra séu einmana innifela hins vegar mismunandi stig einmanakenndar. Þeir sem njóta heimaþjónustu eru oft hreyfihamlaðir auk þess að vera einmana og hafa ekki sömu möguleika á að fara út og aðrir. Það kann að auka á alvarleika einmanakenndarinnar.

Einmanakennd hefur spágildi fyrir skertri lifun^{11,16,17} og eykur líkur á varanlegri vistun.^{11,12} Rannsókn frá Iowa í Bandaríkjunum skoðaði 3000 einstaklinga og fylgdi þeim eftir í fjögur ár.⁷ Hátt stig einmanakenndar jók mjög líkurnar á hjúkrunarheimilisvistun og hélst þetta samband þó að leiðrétt væri fyrir aldri, menntun, tekjum, vitrænni og líkamlegri getu og félagslegum tengslum, sem einnig höfðu tengsl við varanlega vistun.⁷

Eru til rannsóknir um inngríp gagnvart einmanakennd hjá öldruðum? Er mögulegt að rjúfa einmanakennd? Fáar rannsóknir hafa tekist á við þessar spurningar meðal aldraðra.¹⁸ Ein lítil bandarísk slembirannsókn sem reiddi sig á símastuðning náði ekki að sýna fram á ávinning hvað einmanakennd varðaði.¹⁹ Fæstar rannsóknir hafa haft samanburðarhóp og hafa ekki sýnt fram á árangur af margvíslegum aðgerðum, svo sem reglulegum símhringingum^{20,21}, hópmeðferð²², gæludýrameðferð^{23,24,25} og sorgarúrvinnslu fyrir ekkjufólk²⁶. Líklegt er að beita þurfi einstaklingsmiðuðum aðgerðum þar sem fólkinu sjálfu er gefinn kostur á því að velja það sem það telur að geti hjálpað til að vinna bug á einmanakenndinni.²⁷ Bent hefur verið á að inngríp ættu fremur að miða við að styrkja gæði þeirra tengsla sem fólk kann að hafa fyrir en að reyna að stofna til nýrra kynna. Gæði tengsla skipta máli fremur en tíðni og skiptir þar máli að fólk eigi trúnaðarvin og finni til nándar við aðra manneskju.⁸

Styrkleiki rannsóknarinnar er að stuðst er við staðlað viðurkennt alþjóðlegt mælitæki sem er áreiðanlegt og tengir saman einmanakennd og fjölda breyta sem hugsanlega geta tengst viðfangsefninu. Rannsóknarþýðið er einkennandi fyrir þjónustu heimaþjónustu heilsugæslunnar í Reykjavík þar sem allir voru skoðaðir sem nutu þjónustu á þeim fjórum svæðum heimahjúkrunar sem rannsóknin tók til. Til veikleika mætti telja að rannsóknarhópurinn er í meðallagi stór sem dregur nokkuð úr líkum á því að greina hugsanleg sambönd einmanakenndar við sum af þeim atriðum sem aðrir hafa lýst. Hins vegar styrkir það niðurstöður þessarar rannsóknar að nær sama algengi fannst á einmanakennd með sömu rannsóknaraðferð 5 árum síðar í ADHOC rannsókninni²⁸, 18,4% í samanburði við 21,4% í þeirri rannsókn sem hér er lýst.

Í samantekt er einmankennd umtalsvert og viðvarandi vandamál hjá þeim sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar í Reykjavík eins og tvær kannanir með 5 ára millibili staðfesta. Vert er að greina einmanakennd sérstaklega og fljótt eftir að fólk fær þjónustu svo að gera megir tilraun til að nálgast vandamálið á persónutengdan hátt þar sem það virðist vera vænlegasta leiðin til að létta á einmanakennd. Ef einmanakennd varir tengist hún auknum líkum á þunglyndi⁶ og ef hún er djúp er hún mjög sterkur áhættuþáttur fyrir varanlega vistun.^{10,11} Það er því í anda laga um málefni aldraðra að takast á við þetta viðfangsefni. Það ber að styðja aldraða til að búa heima sem lengst en þar í hlýtur að vega mest óskín um að lífsgæði og líðan verði eins góð og kostur er. Auk persónulegrar nálgunar á einmanakennd væri fróðlegt að skoða gagnsemi dagvistar og hvíldarinnlagna í því að rjúfa einmanakenndina. Loks væri vert að skoða áhrif varanlegrar vistunar á einmanakennd með það fyrir augum að skilja hvort varanleg vistun geti verið þáttur í að draga úr þessari sérstöku tilfinningu eða hvort einungis væri um tilfærslu að ræða án bættrar líðanar.

Þakkir

Sérstakar þakkir fyrir aðgang að rannsóknargögnum til eftirfarandi aðila: Pálma V Jónssonar, Hlífur Guðmundsdóttur, Fanneyjar Friðbjörnsdóttur, Mariönnu Haraldsdóttur, Þórunnar Ólafsdóttur, Önnu Birnu Jensdóttur, Ingibjargar Hjaltadóttur, Ómars Harðarssonar og Hrafn Pálssonar.

Þessi þáttur rannsóknarinnar var styrktur af Vísindasjóði Félags Íslenskra Heimilislækna og VASS.

Verkefnið var unnið á Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala háskólasjúkrahúss í öldrunarfræðum.

Heimildir:

1. Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
2. Tracy JP, DeYoung S. Moving to an assisted living facility: exploring the transitional experience of elderly individuals. *J Gerontol Nurs*, 2004; 30(10): 26–33.
3. Pálmi V. Jónsson, Hlíf Guðmundsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Marianna Haraldsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Ómar Harðarson og Hrafn Pálsson. Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997. *Læknablaðið*, 2003; 89(4): 313–8.
4. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc*, 1997; 45(8): 1017–24.
5. Carpenter GI, Morris J, Ikegami N, Hirdes JP, Topinkova E. Standardised assessment for community care – field testing of the RAI-HC. *Age Ageing*, 1997; 26(suppl 3): 23.
6. Routasalo P, Pitkala KH. Loneliness among older people. *Rev Clin Gerontol*, 2003; 13(4): 303–11.
7. Russell DW, Cutrona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol Aging*, 1997; 12(4): 574–89.
8. Dugan E, Kivett VR. The importance of emotional and social isolation.

- tion to loneliness among very old rural adults. *Gerontologist*, 1994; 34(3): 340–6.
9. Berg S, Melleström D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. *J Gerontol*, 1981; 36(3): 342–9.
 10. Barretta D, Dantzler D, Kaysson W. Factors related to loneliness. *Psychol Rep*, 1995; 76 (3 Pt 1): 827–30.
 11. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 2000; 355(9212): 1315–9.
 12. Russell DW, Cutrona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol Aging*, 1997; 12(4): 574–89.
 13. Holmén K, Ericsson K, Andersson L, Winblad B. Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs*, 1992; 17(1): 43–51.
 14. Holmén K. Loneliness among elderly people: implications for those with cognitive impairment. [Doctoral dissertation]. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Division of Geriatric Medicine and Centre of Caring Sciences, Huddinge University Hospital, Huddinge, Sweden and Karolinska Institute, Stockholm Gerontology Research Center, 1994.
 15. Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S. Vanhusbarometri 1998. Helsinki: Sosiaali-ja terveystoimi, Selvityksiä; 1999.
 16. Penninx BWJH, van Tilburg T, Kriegsman DMW et al. Effects of social and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol*, 1997; 146(6): 510–9.
 17. Herlitz J, Wiklund I, Caidahl K, Hartford M, Haglid M, Karlsson BW, Sjöland H, Karlsson T. The feeling of loneliness prior to coronary artery bypass grafting might be a predictor of short- and long-term postoperative mortality. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 1998; 16(2): 120–5.
 18. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc*, 2003; 23(5): 647–58.
 19. Morrow-Howell N, Becker-Kemppainen S, Lee J. Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Res Soc Work Pract*, 1998; 8(1): 28–46.
 20. Heller K, Thompson MG, Trueba PE, Hogg JR, Vlachos-Weber I. Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *Am J Community Psychol*, 1991; 19(1): 53–74.
 21. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*, 1995; 152(4): 632–4.
 22. Ba G. Group therapy with elderly patients. *Psychother Psychosom*, 1991; 56(3): 157–61.
 23. Jessen J, Cardillo F, Baun MM. Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychol Rep*, 1996; 78(1): 339–48.
 24. Harris M, Gellin M. Pet therapy for the homebound elderly. *Caring*, 1990; 9(9): 48–51.
 25. Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002; 57(7): M428–32.
 26. Stewart M, Craig D, MacPherson K, Alexander S. Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nurs*, 2001; 18(1): 54–63.
 27. Kocken P. Intermediates' satisfaction with a loneliness intervention program aimed at older adults: linkage of program plans and users' needs. *Patient Educ Couns*, 2001; 43(2): 189–97.
 28. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sørbye LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Ageing Clin Exp Res*, 2004; 16(4): 259–69.

HEIMSENDINGARAPÓTEKIÐ



SUÐURLANDSBRAUT 22

Öldubrjótur íslensku-, samfélags- og verkmenntaskóli Hrafnistu

Mannauður í öldrunarþjónustu

Hrafnista hefur sett sér þau markmið að vera leiðandi í umönnun og þjónustu við aldraða, að stuðla að andlegri, líkamlegri og félagslegri vellíðan heimilisfólks, að starfsfólk efla faglega þekkingu og að starfsánægja og starfs-umhverfi sé gott. Undanfarin ár hefur verið erfitt að uppfylla þessi markmið vegna viðvarandi manneklu. Skerða hefur þurft þjónustu og hafa hjúkrunarrymi jafn-vel staðið auð vikum og mánuðum saman.

Á árinu 2007 var lögð mikil vinna og mikill kostnaður í auglýsingar hjá Hrafnistuheimilunum sem aðeins hafa skilað hluta af þeirri mönnun sem til þurfti. Það var þó nóg af fólki sem sótti um lausar stöður, meira að segja af mjög frambærilegu fólki, fólk með góða menntun s.s. hjúkrunarfræði eða fólk með mikla reynslu í umönnun aldraðra, en vegna þess að flestir þessara einstaklinga voru erlendir og töluðu hvorki né skildu íslensku var ekki hægt að ráða það til starfa. Hrafnista hefur sett sér þá markmið að ráða einungis starfsfólk í aðhlynningu sem skilur og talar íslensku til að geta uppfyllt þau markmið sem Hrafnista stendur fyrir.

Í janúar 2008 vantaði í um 30 stöðugildi á Hrafnistuheimilunum og allir sem að öldrunarmálum koma voru sammála að þessar aðstæður væru ekki líðandi, en hvað var til ráða? Úr þessari umræðu spratt hugmyndin að tilraunaverkefninu „Öldubrjót – íslensku-, samfélags- og verkmenntaskóli Hrafnistu”.

Markmið skólans voru:

- að kenna einstaklingum af erlendum uppruna íslensku
- að kynna fyrir þeim íslenskt samfélag, gildi þess og viðmið
- að kenna aðhlynningu, mannleg samskipti og fleira
- að rjúfa félagslega einangrun einstaklinga af erlendum uppruna
- að nýta þann mannauð sem einstaklingar af erlendum uppruna búa yfir
- að ráða þessa einstaklinga sem framtíðarstarfsmenn Hrafnistu

Þessi markmið eru í samræmi við stefnu ríkisstjórnar Íslands um aðlögun innflytjenda t.d. að fullorðnir innflytjendur bæði á vinnumarkaði og utan hans eigi kost á góðri íslenskukennslu, að samfélagsfræðsla sé hluti af íslenskunámi fyrir innflytjendur og að fram fari gæðamat og eftirlit með íslenskukennslu.

Eftir undirbúningsvinnu sem m.a. fól í sér að kynna þessa hugmynd fyrir þeim aðilum sem aðallega koma að kennslu innflytjenda s.s. menntamálaráðuneytis, félagsmálaráðuneytis, Eflingu og Mími-símenntun var ákveðið að hrinta verkefninu í framkvæmd. Verkefnið tekur hluta af árinu 2007 vegna undirbúningsvinnu og allt árið 2008.

Tafla 1. sýnir yfirlit yfir verkefni Öldubrjóts árið 2008.

Verkefni	Jan.	Feb.	Mars	Apríl	Maí	Júní	Júlí	Ágúst	Sept.	Okt.	Nóv.	Des.
Auglýsingar												
Viðtöl												
Íslenskupróf												
Skóli												
Starfsþjálfun												
Starf án leiðb.												
Íslenskupróf												
Könnun												
Tafla 1. Yfirlit yfir árið 2008												

Val á þátttakendum

Auglýst var eftir þátttakendum í Fréttablaðinu, í janúar, á þremur tungumálum, íslensku, pólsku og ensku. Auk þess sem auglýst var innan Hrafnistu og starfsfólk í ræstingu og bítubúri var hvatt til að sækja um til að auka starfsmöguleika sína. Viðtökur voru vonum framar og alls sóttu um þátttöku í verkefninu yfir 100 manns. Umsóknir voru frá einstaklingum frá mörgum þjóðlöndum og jafnvel frá einstaklingum sem ekki voru formlega fluttir til Íslands. Umsjónaraðilar ákváðu fljótlega að skilyrði fyrir vali í viðtöl væru að hafa búið í einhvern tíma á Íslandi og að hafa tryggt húsnæði.

Allar umsóknir sem stóðust þessi skilyrði voru skoðaðar. Niðurstaðan var sú að boða 25 einstaklinga í viðtöl með túlki og fóru þau fram á Hrafnistu í Reykjavík og Hrafnistu í Hafnarfirði. Alls voru þessir einstaklingar frá 11 þjóðlöndum. Að viðtölum loknum voru allir boðaðir í stöðupróf í íslensku. Þegar þessu tvennu var lokið var tekin endanleg ákvörðun um þann hóp sem boðið var að taka þátt í verkefninu. Umsjónaraðilar tóku tillit til þess hvernig einstaklingar kæmu fyrir, fyrri reynslu, menntunar og áhuga. Upphaflega var ákveðið að fara af stað með 15 manna hóp en vegna þess hve umsækjendur voru frambærilegir þá var ákveðið að bjóða 17 einstaklingum að taka þátt. Þessir 17 einstaklingar sem voru allir konur, voru ráðnar sem starfsmenn Hrafnistu frá 18. febrúar 2008 og fengu laun frá og með þeim degi. Átta þessara kvenna komu frá Pólland, tvær frá Rússlandi, ein frá Þýskaland, Keníu, Namibíu, frá Fillípeseyjum, Tansanía og Svíþjóð.

Kennslan

Formlegur skóli var í 4 vikur sem skiptist í íslenskunám, samfélagsfræðslu og verklega kennslu. Íslensku kennslan var í höndum Mímis-símenntun og stóð yfir alla morgna þessar 4 vikur eða í 100 kennslustundir. Verkleg kennsla var í höndum starfsmanna Hrafnistu og voru umsjónaraðilar Þórunn Sveinbjarnardóttir, sýkingarvarnarhjúkrunarfræðingur og Oddný Ragnarsdóttir, hjúkrunarfræðingur. Markmið þessarar kennslu var að kenna þátttakendum aðhlynningu, umbúnað og almenna umgengi við aldraða einstaklinga. Eftir hádegi þessar fjórar vikur sem formlegi skólinn starfaði var farið í menningar og fræðsluferðir sem hluti af samfélagskennslu. Þess má geta að ýmsir starfsmenn Hrafnistu tóku að sér að fara með nemendum í menningarferðirnar og mynduðust tengsl á milli nemenda og starfsmanna. Sem hluti af leið til að rjúfa félagslega einangrun einstaklinga af erlendum uppruna var farið í samstarf við Rauða kross Íslands með Mentor verkefni, sem snýst um að „heimamaður“ og erlendur einstaklingur myndi með sér vináttusamband byggt á jafningjagrundvelli.

Að loknu fjögurra vikna íslensku, samfélags- og verknaði tók við fjögurra vikna starfsnám á deild með leiðbeinanda. Lagt var upp með að hver leiðbeinandi væri með einn þátttakenda sem til að byrja með fylgdi honum alveg á vöktum. Þegar liði á mánuðinn væri svo endur-

skoðað hvort þátttakendur gætu farið að vinna meira sjálfstætt en myndu samt hafa stuðning og aðstoð frá leiðbeinanda sínum.

Fræðsla til umhverfis

Mikilvægt er að hafa samstarfsmenn og heimilismenn jákvæða fyrir verkefnum sem þessum, þar sem verkefnið byggir mikið á samskiptum og samvinnu margra einstaklinga. Í byrjun voru deildastjórar og stjórnendur boðaðir á fund þar sem verkefnið var kynnt. Umsjónaraðilar kynntu markmið og tilurð verkefnisins markvisst til starfsmanna bæði á deildarfundum og í óformlegu spjalli. Því næst voru haldin fræðsluerindi um fjölmenningu, bæði fyrir starfsmenn og heimilismenn. Einnig var boðið uppá örtungumálanámskeið til að gera fólki kleift að setja sig í spor þeirra sem eru að læra nýtt tungmál. Auk þess hefur Öldubróturinn verið kynntur í ýmsum fyrirlestrum og námskeiðum s.s. hjá Félagi aðstandenda Alzheimersjúkra og annarra skyldra sjúkdóma (FAAS), Félagi stjórnenda í öldrunarþjónustu, Stjórnvísí og fleirum. Í október síðastliðnum var Öldubróturinn kynntur á alþjóðlegu málþingi í Helsinski sem fjallaði um rekstur heilbrigðiskerfisins í fjölmenningsarsamfélagi.

Kostnaður

Áætlaður kostnaður er um 9 milljónir. Hrafnista leggur til fé til þessa tilraunaverkefnis og hyggst greiða hluta af áætluðum kostnaði. Verkefnið hefur fengið styrki frá Menntamálaráðuneytinu, Félagsamálaráðuneytinu, Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytinu, Eflingu og Starfsmenntaráði.

Árangur verkefnisins

Sjö mánuðum eftir að Öldubróturinn hófst var íslenskukunnátta þátttakendanna aftur metin og árangurinn er augljós. Allir þátttakendurnir hafa tekið framförum í íslensku á tímanum sem er liðinn síðan verkefnið fór af stað, sumir ótrúlega miklum. Í síðara prófinu var áhersla lögð á að meta kunnáttu nemenda í starfstengdum orðaforða svo og daglegu máli. Þátttakendur sýndu allir mikið öryggi í að tjá sig um starfið, höfðu öðlast mikinn orðaforða sem tengist starfinu og sögðust tala eingöngu íslensku í vinnunni. Kunnátta þeirra í daglegum orðaforða reyndist líka góð líkt og tafla 2 sýnir.

Mímir-símenntun hefur haldið fjöldamörg íslenskunámskeið á vinnustöðum. Það er sérstaklega eftirtektarvert að bera saman áhrif þessa verkefnis á framfarir þátttakenda í málinu og svo árangur af íslenskunámskeiðum á vinnustöðum þar sem eingöngu er miðað við að kenna íslensku en ekki litið til þess að þátttakendur fái starfsþjálfun af því tagi sem skipulögð var í Öldubrótnum. Þótt það hafi ekki verið rannsakað sérstaklega, þá er það mat kennara hjá Mími símenntun að skipulögð starfsþjálfun, eftirfylgni og almenn þátttaka vinnufélaga í verkefninu Öldubrótt til viðbótar við íslenskukennsluna hefur



HJÚKRUNARHEIMILI

LEIÐBEININGAR OG FRÓÐLEIKUR FYRIR FJÖLSKYLDUR Á TÍMAMÓTUM

Í BÓKINNÍ ER FJALLAÐ UM MISMUNANDI HLIÐAR Á ÞJÓNUSTU VIÐ ALDRAÐA Í HEIMAHÚSI OG GERT GREIN FYRIR HVERNIG BEST SÉ AÐ SNÚA SÉR, EF TIL ÞESS KEMUR AÐ SÆKJA PURFI UM BÚSETU Á HJÚKRUNARHEIMILI OG HVERNIG ÆSKILEGAST SÉ AÐ STANDA AÐ VALI Á HEIMILI. SAGT ER FRÁ HEILSUFARI OG DAGLEGU LÍFI ÍBÚA Á HJÚKRUNARHEIMILUM OG HLUT FJÖLSKYLDU ÞEIRRA Í UMÖNNUN. SÖGU ÖLDRUNARHEIMILA, UPPBYGGINGU ÞEIRRA OG REKSTRI ERU GERÐ SKIL Í BÓKINNÍ OG EINS ERU LÍFSGÆÐA ÍBÚA SKOÐUÐ FRÁ ÝMSUM SJÓNARHORNUM. HÖFUNDAR BÓKARINNAR ERU SJÖ HJÚKRUNARFRÆÐINGAR OG ER BÓKIN BYGGÐ Á RANNSÓKNA- OG ÞRÓUNARVINNU ÞEIRRA Á ÞESSUM VETTvangi. Í VIÐAUKA BÓKARINNAR KYNNA MARGAR STOFNANIR FYRIR ALDRAÐA STARFSEMI SÍNA.

EFTIRFARANDI KAFLAR ERU Í BÓKINNÍ:

SAGA ÖLDRUNARHEIMILA Á ÍSLANDI - SIGRÍÐUR SIGURDARDÓTTIR

ÞJÓNUSTA VIÐ ALDRAÐA SEM BÚA Á EIGIN HEIMILUM - HLÍF GUÐMUNDSDÓTTIR

UPPBYGGING OG REKSTARFORM HJÚKRUNARHEIMILA Á LANDI - ANNA BIRNA JENSÐÓTTIR

UMSÓKN UM BÚSETU OG VAL Á HJÚKRUNARHEIMILI - JÚLÍANA SIGURVEIG GUÐJÓNSDÓTTIR

FLUTNINGUR Á HJÚKRUNARHEIMILI OG HVERS MÁ VÆNTA - JÚLÍANA SIGURVEIG GUÐJÓNSDÓTTIR

HEILSUFAR ÍBÚA Á HJÚKRUNARHEIMILI - INGIBJÖRG HJALTADÓTTIR

DAGLEGT LÍF Á HJÚKRUNARHEIMILUM - MARGRÉT GÚSTAFSDÓTTIR

ÞÁTTUR FJÖLSKYLDUNNAR Í UMÖNNUN Á HJÚKRUNARHEIMILI - MARGRÉT GÚSTAFSDÓTTIR

REYNSLA ALDRAÐRA SEM FARNIR ERU AÐ LÍKAMLEGRI HEILSU AF GÆÐUM LÍFS Á HJÚKRUNARHEIMILI - INGIBJÖRG HJALTADÓTTIR

VIRKNI TIL DÆGRÁSTYTTINGAR Á HJÚKRUNARHEIMILUM OG GÆÐI LÍFS - DAGMAR HULD MATTHÍASDÓTTIR

SÝN DÆTRA SJÚKLINGA SEM ÞJÁST AF HEILABILUN Á GÆÐI LÍFS Á HJÚKRUNARHEIMILUM - JÚLÍANA SIGURVEIG

GUÐJÓNSDÓTTIR

GÆÐI LÍFS Á HJÚKRUNARHEIMILUM SÉÐ MEÐ AUGUM AÐSTANDENDA OG STARFSFÓLKIS - MARGRÉT GÚSTAFSDÓTTIR

MANNAUÐUR OG GÆÐI Í ÞJÓNUSTU Á HJÚKRUNARHEIMILUM - ANNA BIRNA JENSÐÓTTIR

BÓKIN FÆST Í ÖLLUM HELSTU BÓKAVERSLUNUM OG HANA MÁ PANATA HJÁ ÚTGÁFUNNI:

H Á S K Ó L A Ú T G Á F A N

haskolautgafan.hi.is – hu@hi.is – s. 525 4003



Snyrti og nuddstofan

PARADÍS

Munir gjafakortin

Laugarnesvegi 82
S: 553 1330

15% staðgreiðsluafsláttur fyrir eldri borgara.

www.paradis.is

Endurhæfing á líkama og sál

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

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

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

Land	Aldur	Búið á Íslandi	Íslenskupróf jan	Íslenskupróf ágúst
Búlgaría	25 ára	3 mán	Byrjandi	2-3 stig
Pólland	23 ára	5 mán	Byrjandi	2 stig
Tansanía	33 ára	1½ ár	2 stig	3 stig
Filippseyjar	41 árs	2 ár	2-3 stig	3 stig
Rússland	34 ára	9 mán	Byrjandi	2-3 stig
Pólland	51 árs	3 mán	Byrjandi	3 stig
Pólland	26 ára	1 mán	Byrjandi	3 stig
Pólland	22 ára	6 mán	Byrjandi	2-3 stig
Poland	48 ára	1 mán	Byrjandi	2-3 stig
Namibía	49 ára	1 mán	Byrjandi	2 stig
Filippseyjar	23 ára	5 mán	Byrjandi	3-4 stig
Kenía	27 ára	3 ár	2 stig	3 stig
Þýskaland	46 ára	3 mán	2-3 stig	3-4 stig
Tafla 2. Árangur á íslenskuprófi				

margfaldað árangurinn af íslenskunámi nemenda á þeim sjö mánuðum sem liðnir eru. Af reynslu Mímis-símenntunar að kenna íslensku hafa kennarar þar fullyrt að svo almennar framfarir eiga sér sjaldan stað í vinnustaðahópum þar sem íslenskukennsla er eingöngu á dagskrá.

Í september var gerð könnun meðal samstarfsmanna Öldubrótsnemenda, þar kom í ljós almenn ánægja með nemendum úr öldubrótnum. Umsagnir samstarfsmanna voru mjög jákvæðar og þeir sögðu meðal annars að nemendurnir væru áhugasamir, góðir starfsmenn, sem sýndu mikinn vilja til að læra íslensku.

Framhald?

Þegar þessi grein er rituð hefur ástandið á vinnumarkaði á Íslandi breyst gífurlega og nú er búið að fullmanna á

Hrafnistuheimilunum. Því verður ekki að sinni framhald á þessu verkefni en við eigum það fullvaxið og tilbúið til notkunar hvenær sem er. Nemendurnir hjálpuðu okkur á erfiðum tímum og reyndust góðir starfsmenn og eru því framtíðarstarfsmenn Hrafnistu ætli þeir sér að vera hér á landi áfram. Því miður hefur efnahagsástandið haft þær afleiðingar að tveir nemendur sjá sér ekki fært að vera lengur en yfirgefa Hrafnistu með trega í huga og þeirra biða störf hjá okkur ef þeir kjósa að koma aftur.

Alma Birgisdóttir Hjúkrunarforstjóri Hrafnistu

Hrönn Ljótisdóttir Félagsráðgjafi Hrafnistu

Lovísa A. Jónsdóttir Forstöðumaður Hrafnistu
Hafnarfriði



Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands

Reykjavík

Áskirkja
Dvalar og hjúkrunarheimilið Grund
Efling stéttarfélag
Félagsmiðstöðin Aflagrandi 40
Glaxo Smith Kline ehf.
Happdrætti Háskóla Íslands
Heilsa ehf.
Landssamtök Sauðfjárbænda
LOGOS lögmannsþjónustan
Múlabær
Ríkiskaup
S.Í.B.S.
Saga Medica
Seljakirkja
Skógarbær, hjúkrunarheimili
Sparisjóðurinn
Útfararstofa kirkjugarðanna
VR
Þjónustuíbúðir og félagsmiðstöð Furugerði 1

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskaupstaður

Kópavogur

Félagsþjónusta Kópavogs
Sunnuhlíð

Garðabær

Vistor hf.

Álftanes

Sveitarfélagið Álftanes

Garður

Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum Garðvangur
Sveitarfélagið Garður

Akranes

Akraneskaupstaður
Dvalarheimilið Höfði
Sementsverksmiðjan hf.

Borgarnes

Skorradalshreppur

Stykkishólmur

Dvalarheimili aldraðra

Grundarfjörður

Fellaskjól

Búðardalur

Hjúkrunarheimilið Fellsenda

Reykholahreppur

Reykholahreppur

Bolungarvík

Bolungarvíkurkaupstaður
Sparisjóður Bolungarvíkur

Súðavík

Súðavíkurhreppur

Brú

Bæjarhreppur

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnun Hvammstanga

Blönduós

Húnavatnshreppur

Skagaströnd

Sveitafélagið Skagaströnd
Sæborg, dvalarheimili aldraðra

Sauðárkrókur

Kaupfélag Skagfirðinga

Akureyri

Arnarneshreppur

Ólafsfjörður

Heilsugæslustöðin Hornbrekka

Reykjahlíð

Mývatnsstofa ehf/upplýsingamiðstöð

Þórshöfn

Langanesbyggð
Þórshafnarhr. v/Dvalarheimilið Naust

Egilsstaðir

Dvalarheimili aldraðra

Eskifjörður

Hulduhlíð, heimili aldraðra

Fáskrúðsfjörður

Dvalarheimili aldraðra

Höfn

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands

Hveragerði

Dvalarheimilið Ás

Hella

Lundur hjúkrunar og dvalarheimili

Vík

Hjallatún, dvalarheimili

Svipmyndir frá aðalfundi Öldrunarfræðafélags Íslands



Sigrún Ingvarsdóttir formaður félagsins fór yfir ársskýrslu ÖFFÍ og færði heiðursfélögum blóm sem þakklætisvott fyrir vel unnin störf. Heiðursfélagar Öldrunarfræðafélagsins eru Alfreð Gíslason, Ársæll Jónsson, Gísli Sigurbjörnsson, Gunnhildur Sigurðardóttir og Þór Halldórsson. Á fundinum var einnig kynntur til sögunnar nýr heiðursfélagi, Jóna Eggertsdóttir. Jóna Eggertsdóttir er fædd að Bakkakoti í Skorradal 10. janúar 1937. Hún lauk BA prófi í félagsfræði og starfsréttindanámi í félagsráðgjöf frá Háskóla Íslands 1982. Hún starfaði sem félagsráðgjafi á lyflækn-ingadeild Borgarspítalans 1983-88 og síðan sem yfirfélagsráðgjafi á vefrænum deildum Borgarspítalans. Forstöðufélagsráðgjafi á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á sömu deildum til 1. júní 2001. Frá þeim tíma yfirfélagsráðgjafi öldrunarviðs Landspítala - háskólasjúkrahúss. Jóna hefur alla tíð unnið ötullega að málefnum eldri borgara.



Jóhanna Sigurðardóttir félagsmálaráðherra hélt tölu á fundinum um stefnu félagsmálaráðuneytisins í öldrunarmálum og var henni vel tekið af fundarmönnum.

Fimmtudaginn 27. mars 2008 var þrítugasti og fimmti aðalfundur Öldrunarfræðafélags Íslands haldinn í húsnæði Fastusar að Síðumúla 16. Fundurinn var vel sóttur og tóku starfsmenn Fastusar vel á móti fundarmönnum. Arnar Bjarnason markaðstjóri hjá Fastusi kynnti starfsemi fyrirtækisins og þær vorur sem nýst geta öldruðum og fagfólki í geiranum

Sex umsækjendur fengu styrk til rannsókna úr vísindasjóði ÖFFÍ. Þau voru: Anna G. Hansen, Ída Atladóttir, Janus Guðlaugsson, Magnús Jóhannsson, Sigrún Huld Þorgrímsdóttir og Sólveig Bjarney Danielsdóttir. Á myndina vantar Janus Guðlaugsson og Sólveigu Bjarneyju Danielsdóttur.





ARJO

Með fólk í huga



FASTUS

Fastus ehf. | Síðumúli 16 | 108 Reykjavík
Sími 580 3900 | Fax 580 3901
fastus@fastus.is | www.fastus.is

HUGSAÐU VEL UM HÚÐINA



- Húðin okkar er viðkvæm og veðráttan á Íslandi getur verið húðinni erfið.
- Decubal viðheldur heilbrigði og ferskleika húðarinnar – allt árið um kring.
- Kynntu þér eiginleika Decubal og kveddu þurra húð.



DECUBAL 
KVEDJUM ÞURRA HÚÐ

ÞÚ FÆRÐ DECUBAL
Í NÆSTA APÓTEKI