

---

# Heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar

---

Rannsókn framkvæmd af RAI-stýrihóp  
1997-1998 með þátttöku fjögurra  
heilsugæslustöðva á  
Stór-Reykjavíkursvæðinu



---

## Höfundar

Anna Birna Jensdóttir  
Fanney Friðbjörnsdóttir  
Hlíf Guðmundsdóttir  
Hrafn Pálsson  
Ingibjörg Hjaltadóttir  
Maríanna Haraldsdóttir  
Ómar Harðarson  
Pálmi V. Jónsson  
Þórunn Ólafsdóttir

---

## Útgefandi

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið  
1999  
ISBN –9979-872-16-0

HÖFUNDAR.....	3
ÚTGEFANDI.....	3
INNGANGUR.....	7
ADFERÐAFRÆÐI .....	7
FRAMKVÆMD.....	8
VARÐVEISLA UPPLÝSINGA OG ÚRVINNSLA .....	9
ÁREIÐANLEIKI MÆLITÆKISINS .....	9
SAMANTEKT Á NIÐURSTÖÐUM .....	10
NIÐURSTÖÐUR.....	11
AA. ÞÁTTTAKA Í RANNSÓKN.....	11
AA.1 Fjöldi þátttakenda.....	11
BB. PERSÓNUUPPLÝSINGAR.....	11
BB.1 Kyn.....	11
BB.2 Aldur.....	12
BB.3 Hjúskaparstaða.....	12
BB.4 Ábyrgð – Lögráðamaður.....	13
Samantekt - Umræða .....	13
CC. BEIÐNI UM ÞJÓNUSTU .....	14
CC.1 Tímalengd þjónustu.....	14
CC.2 Ástæða beiðni .....	14
CC.3 Ástæða beiðni .....	15
CC.4 Búseta.....	15
Menntun.....	16
Samantekt-Umræða .....	16
HLUTI B. VITRÆN GETA.....	17
B.1 Skammtíaminni .....	17
B.2 Vitræn geta.....	17
HLUTI C. HEYRN –TJÁSKIPTI.....	18
C.1 Heyrn .....	18
C.2 Hæfni til að gera sig skiljanlegan.....	18
C.3 Hæfni til að skilja aðra.....	19
Samantekt-Umræða .....	19
HLUTI D. SJÓN .....	20
D.1 Sjón .....	20
HLUTI E. HUGARÁSTAND OG ATFERLISMYNSTUR.....	21
E.1 Einkenni um dapurt eða kvíðið hugarástand .....	21
E.2 Einkenni um hegðunarvanda .....	21
Samantekt - Umræða .....	21
HLUTI F. FÉLAGSLEG VIRKNI.....	22
F.1.a-b Félagsleg þátttaka.....	22
F.2 Dregið úr félagslegri þátttöku.....	23
F.3.a-b Einvera .....	23
HLUTI G. FÉLAGSLEGT STUÐNINGSKERFI.....	25
G.1.a Stuðningsaðili býr með skjólstæðingi.....	25
G.1.b Tengsl stuðningsaðila við skjólstæðing.....	26
G.1.c-e Aðstoð frá félagslegu stuðningskerfi.....	26
G.1.f-h Þörf fyrir aukinn tilfinningalegan stuðning.....	27
G.2 Hagir stuðningsaðila .....	28
G.3 Umfang aðstoðar frá fjölskyldu, vinum eða nágrönnum .....	29
Samantekt - Umræða .....	29
HLUTI H. LÍKAMLEG FÆRNI OG SJÁLFSBJARGARGETA VIÐ IADL OG ADL.....	30
H.1 Sjálfsbjargargeta við almenn dagleg verk.....	30
H.2 Sjálfsbjargargeta við persónulegar athafnir dagleg lífs.....	31
H.4 Leiðir til að komast á milli staða utan og innan húss.....	32
H.5 Geta til að ganga stiga.....	32
H.6.a Fjöldi ferða út úr húsi .....	33

H.6.b Fjöldi klst. í líkamlegri hreyfingu.....	33
H.7 Sjálfsbjörg.....	34
Samantekt - Umræða .....	34
HLUTI I. STJÓRN Á ÞVAGI OG HÆGÐUM.....	35
I.1 Stjórn á þvagi.....	35
I.2 Ráð við þvagleka.....	35
I.3 Stjórn á hægðum.....	35
HLUTI J. SJÚKDÓMSGREININGAR .....	36
J.1 Hjarta- og æðasjúkdómar.....	36
J.2 Ellisjúkdómar og geðræni sjúkdómar.....	37
J.3 Ýmsir sjúkdómar.....	37
HLUTI K. HEILSUFARSÁSTAND OG FYRIRBYGGJANDI AÐGERÐIR .....	38
K.1 Fyrirbyggjandi aðgerðir.....	38
K.2 Vandamál sem eru til staðar (sl. 2-7 daga).....	39
K.3 Önnur einkenni sl. 7 daga.....	39
K.4.a- c Verkir.....	40
K.5 Byltur.....	42
K.6 Hætta á byltum.....	42
K.7 Lífsstíll.....	43
K.8 Heilsufar og horfur.....	43
K.9 Önnur atvik.....	43
HLUTI L. VÖKVAJAFNVÆGI OG NÆRINGARÁSTAND .....	44
L.1-2 Þyngd og næring .....	44
L.3.a- c Næringaraðferð.....	44
Samantekt - Umræða .....	44
HLUTI M. MUNN - OG TANNHEILSA .....	45
M.1 Munnheilsa .....	45
HLUTI N. ÁSTAND HÚÐAR .....	46
N.1 Húðvandamál.....	46
N.2 Þrýstingssár.....	46
N.3 Önnur húðvandamál sem þarfnast meðferðar.....	47
N.5 Sár meðferð.....	47
N.6 Fótavandamál.....	48
Samantekt - Umræða .....	48
HLUTI O. MAT Á HEIMILISAÐSTÆÐUM .....	49
O.1 Mögulegar slysaástandir á heimili.....	49
O.2 Betur komin(n) annars staðar .....	50
Samantekt - Umræða .....	50
HLUTI P. SÉRSTÖK MEÐFERÐ OG MEÐFERÐARHELDNI .....	51
P.1 Umönnun í klukkustundum sl. 14 daga .....	51
P.2 Sérstök meðferð og þjálfun.....	51
P.5 Meðferðarmarkmið .....	52
P.6 Breyting á unönnunarþörfum.....	52
P.7 Hætt við.....	52
HLUTI Q. LYFJANOTKUN .....	53
Q.1 Fjöldi lyfja .....	53
Q.2.a Sterk geðlyf.....	53
Q.2.b Kvíðastillandi lyf.....	54
Q.2.c Svefnlyf.....	54
Q.2.d Geðdeyfðarlyf.....	55
Q.5 Lyfjanotkun.....	55
FYLGISKJÖL.....	56
ÍTAREFNI.....	57

# Ávarp heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra

## Daglegt líf aldraðra í heimahjúkrun

Um fimmtungur þeirra sem eru sextíu og fimm ára og eldri fær heimaþjónustu. Yfirgnæfandi meirihluti er ánægður með þjónustuna og vill lifa sínu daglegu lífi heima sem lengst. Þetta er ánægjulegt fyrir þá sem veita þjónustuna, enda til marks um að vel hefur tekist til á þessu sviði. Þetta ber sömuleiðis vitni heilbrigðum viðhorfum þeirra sem komin eru á efri ár, en þótt ástandið sé ágætt viljum við geta bætt það og standa enn betur að umönnun aldraðra.

Fyrir nokkrum árum var kynntur árangurinn af því að meta sérstaklega aðbúnað þeirra sem bjuggu á öldrunarstofnunum. Þar er stuðst við nýtt alþjóðlegt matskerfi í þessu sambandi sem gaf vísbendingar um ástand og þarfir vistmanna. Hér er einfaldlega beitt nokkurs konar skapalóni á viðkomandi stofnunum til að þeir sem bera ábyrgð á rekstrinum og þjónustunni við aldraða meti þarfir skjólstæðinganna á sama grundvelli. Þetta mælitæki reynist vel og veitir okkur tækifæri til að bera okkur saman við aðrar þjóðir. Margt má læra af slíkum samanburði.

Reynslan af matskerfinu á öldrunarstofnununum hefur nú orðið til þess að menn hafa útbúið nýtt mælitæki sem gagnast á sama hátt í heimaþjónustunni fyrir aldraða. Enn sem komið er nýtt mælitækið einkum í heimahjúkrun. Þessi aðferð var reynd á vegum fjögurra heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu á liðnu ári og hér á eftir eru niðurstöður úr þeirri tilraun.

Flestir vilja lifa sínu daglega lífi heima sem lengst og einmitt þess vegna er brýnt að veita fjölbreyttari þjónustu á heimilum aldraðra, á forsendum aldraðra. Það er brýnt að þjálfa frekar starfsmenn í heimaþjónustu til að sinna þörfum og óskum þeirra sem eldri eru. Verður í þessu sambandi að hugsa fram í tímann og hafa hugfast að öldruðum fjölgar hlutfallslega mjög á næstu áratugum. Þjónustan sem hægt verður að veita eftir áratugi byggist á þeim grunni sem við reisum í dag.

Hér verður að vinna af skynsemi, hér duga ekki skyndilausnir. Til að geta veitt öldruðum þá góðu þjónustu heima, sem þeir kjósa, ásamt því að vita hvernig aðbúnaðurinn er á stofnunum, verða þeir sem þjónustuna veita að hafa góða yfirsýn. Það mælitæki sem hér er til umræðu er lykilatriði í að svo geti orðið. Megi þessi viðleitni verða til þess að auka vellíðan þeirra sem eldri eru og hvetja til dáða þá sem veita þjónustuna.

*Í júní 1999*

**Ingibjörg Pálmadóttir**  
heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra

---

## Inngangur

Í þessari skýrslu er fjallað um samvinnuverkefni fjögurra heilsugæslustöðva á Stór-Reykjavíkursvæðinu, RAI-stýrihóps Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og öldrunarviðs Sjúkrahúss Reykjavíkur varðandi mat á heilsufari og hjúkrunarþörf aldraðra, sem njóta heimahjúkrunar. Verkefnið hófst 1997.

Markmið verkefnisins var að skrá heilsufar og meta hjúkrunarþörf íbúa 65 ára og eldri er njóta heimahjúkrunar á svæðum heilsugæslustöðva Fossvogs, Hlíðarsvæðis, Miðbæjar og á heilsugæslustöðinni á Seltjarnarnesi. Upplýsingarnar eru samanburðarhæfar milli þessara fjögurra svæða innbyrðis, en einnig gefa þær möguleika á samanburði milli Íslands og annarra landa. Jafnframt var metin hjúkrunarþörf og heilsufar þeirra aldraðra sem njóta dagþjónustu frá dagspítala öldrunarviðs Sjúkrahúss Reykjavíkur. Þær upplýsingar gefa samanburð á dagspítalásjúklingum, þeirra er njóta heimahjúkrunar og þeirra sem dveljast á öldrunarstofnunum. Sérstök skýrsla hefur að geyma niðurstöður um dagspítala.

Rannsóknin veitir nærmynd af íbúum er nutu heimahjúkrunar á vegum ofangreindra heilsugæslustöðva og öldruðum er fengu þjónustu frá dagspítala öldrunarviðs Sjúkrahúss Reykjavíkur á haustdögum 1997. Gagnagrunnurinn lýsir líkamlegu, og andlegu heilsufari, færni, og félagslegu umhverfi. Hann gefur innsýn inn í þá möguleika sem slík gagnasöfnun gefur við áætlunargerð og skipulagningu heimaþjónustu, hjúkrunar- og félagslegrar þjónustu. Upplýsingarnar mynda möguleika á samanburði milli þjónustu í heimahúsum og á stofnunum. Þetta mælitæki, sem hér var notað, verður metið m.t.t. notagildis þess og verður einnig hægt að bera saman við önnur mælitæki. Upplýsingarnar munu verða nýttar til að meta gildi framtíðarrannsókna á þessu sviði og getur lagt grunninn að þróunarverkefnum í mati á öldruðum í heimahúsum. Jafn ítarlegar upplýsingar og hér hefur verið safnað, hafa ekki legið fyrir á Íslandi áður.

---

## Aðferðafræði

Rannsóknin sýnir þverskurðarmynd af þeim viðfangsefnum sem eru í heimahjúkrun á Stór-Reykjavíkursvæðinu og þeim viðfangsefnum sem eru á dagspítala. Rannsakendur RAI-stýrihóps hafa verið í alþjóðlegu samstarfi um þróun á þessu mælitæki. Mælitækið er byggt á öðru mælitæki, sem kallað hefur verið RAI eða raunverulegur aðbúnaður íbúa, en þetta tæki var metið í sérstakri rannsókn árið 1994. Að baki þeirrar útgáfu mælitækisins, sem notuð var, er áralangt þróunarstarf og

viðamiklar áreiðanleikaprófanir. Sambærilegar kannanir eru nú gerðar eða fyrirhugaðar í ýmsum löndum, t.d. Bandaríkjunum, Japan, Svíþjóð, Danmörku, Hollandi, Frakklandi og Bretlandi. Íslenska verkefnið er einnig aðili að samnorrænu verkefni, Nord-RAI. Mælitækið fylgir hér með sem fylgiskjal 1.

---

## Framkvæmd

Verkefnið var styrkt af framkvæmdasjóði aldraða. RAI-stýrihópur stjórnaði framkvæmd rannsóknarinnar en hann mynda Anna Birna Jensdóttir hjúkrunarframkvæmdastjóri, Hlíf Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur, Hrafn Pálsson, deildarstjóri, Ingibjörg Hjaltadóttir hjúkrunarframkvæmdastjóri, Pálmi V. Jónsson, forstöðulæknir og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir forstöðumaður.

Verkefnastjórar frá heilsugæslustöðvum voru: Fanney Friðbjörnsdóttir, hjúkrunarfræðingur Fossvogi, Maríanna Haraldsdóttir, hjúkrunarfræðingur Heilsugæslustöðinni á Seltjarnarnesi og Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri Heilsugæslustöðinni á Seltjarnarnesi.

Rannsóknin miðaðist við frjálsa þátttöku hins aldraða. Ef hinn aldri einstaklingur gat ekki veitt samþykki sitt var leitað samþykkis aðstandenda. Mikilvægt var að sem flestir tækju þátt og því var ekki hægt að undanskilja einstaklinga með elliglöp. Til þess hóps telst nokkur hluti þeirra sem njóta þjónustunnar. Í slíkum tilvikum var upplýsinga aflað og heimildar til rannsóknarinnar leitað hjá aðstandendum, sem þekkja viðkomandi best og eru honum nátengdastir. Ásamt samtali við einstaklinginn sjálfan var upplýsinga aflað úr sjúkraskrá og hjá umönnunaraðilum.

Sérstakur trúnaðarmaður tölvunefndar varðandi RAI-verkefnið, Svana Helen Björnsdóttir, gaf út sérstök rannsóknarnúmer byggð á kennitölum, þannig að ekki væri hægt að rekja upplýsingar til ákveðinna einstaklinga. Starfsmenn rannsóknarinnar eru bundnir þagnarheiti. Eftir innslátt upplýsinga undir dulnefni fór matið í sjúkraskrá á viðkomandi heilsugæslustöð.

Upplýsingunum var safnað af viðkomandi heimahjúkrunarfræðingum á heilsugæslustöðum og hjúkrunarfræðingum á dagspítala, þar sem verkefnið fór fram. Áður en gagnasöfnun hófst var haldið eins dags námskeið í notkun gagnasafnsins. Áreiðanleikaprófanir voru framkvæmdar af verkefnisstjórum og fóru þær fram samhliða. Matið tekur u.þ.b. 1 1/2 klst. Sjá yfirlit um þá hjúkrunarfræðinga sem söfnuðu upplýsingunum í fylgiskjali 2.



---

## Varðveisla upplýsinga og úrvinnsla

Matið var yfirfarið af verkefnastjórum og gögnin slegin inn á tölvu, undir rannsóknarnúmerum, af starfsmanni verkefnisins. Sérstakur trúnaðarmaður tölvunefndar gagnvart verkefninu úthlutaði rannsóknarnúmerunum. Frekari úrvinnsla gagna verður í höndum stýrihóps og verkefnastjóra. Hver heilsugæslustöð og dagspítali hefur fengið kynningu á niðurstöðum sínum. Fyrstu niðurstöður voru kynntar á ráðstefnu á vegum RAI-stýrihóps á Hótel Sögu í maí 1998.

---

## Áreiðanleiki mælitækisins

Áreiðanleika mælitækisins má mæla með því að athuga hvert ósamræmið verður ef sami einstaklingur er metinn í tvígang. Annars vegar getur verið að sami hjúkrunarfræðingur endurtaki matið eftir ákveðinn tíma. Hins vegar getur matið á áreiðanleika mælitækisins farið fram með því að annar hjúkrunarfræðingur geri annað mat á einhverjum einstaklingi.

Alltaf má búast við einhverjum frávikum við slíkar endurtekna mælingar. Helstu ástæður slíkra frávíka eru breytingar sem eiga sér stað hjá þeim sem athugaður er, óöryggi þess sem metur, ólík þjálfun og mat tveggja hjúkrunarfræðinga og villur við kóðun og innslátt gagnanna. Markmið áreiðanleikamatsins er að draga fram þessi frávik.

## Framkvæmd

Alls voru 12 einstaklingar metnir vegna áreiðanleikamatsins af sitt hvorum hjúkrunarfræðingnum. Einstaklingarnir voru valdir af viðkomandi hjúkrunarfræðingum. Oftast voru mötin gerð samdægurs (átta af tólf) eða innan viku. Breytt ástand hjá einstaklingi á því ekki að hafa teljandi áhrif á niðurstöðurnar

## Niðurstöður

Áreiðanleikamatið fer þannig fram að reiknað er hlutfall þeirra skipta sem matsmenn eru sammála að teknu tilliti til þess að ef báðir láta hendingu ráða myndu þeir samt vera sammála í einhver skipti. Reiknaðir eru út svokallaðir Kappa-stuðlar, sem taka gildi á bilinu 0 til 1. Algert ósamræmi milli mata gefur gildið 0 en fullkomin samsvörun myndi gefa gildið 1. Ekki er alltaf hægt að reikna Kappa-stuðulinn, t.d. þegar staðalfrávik annars hvors matsins er núll. Í þeim tilvikum er þó hægt að reikna hversu oft mötin eru samhljóða sem hlutfall af öllum 12 einstaklingunum.

Niðurstöður áreiðanleikamatsins eru í stuttu máli þær að nánast öll atriði mælitækisins, sem á annað borð var hægt að reikna áreiðanleika fyrir, eru vel viðunandi og hafa áreiðanleikastuðul yfir 0,5. Þar af voru 47% alveg samhljóða. Þar sem ekki var hægt að reikna Kappa-stuðulinn var mesta ósamræmi þannig að mat þriggja einstaklinga var misvísandi. Í 71% tilvika var fullkomið samræmi milli matanna.

Eftirfarandi matsatriði höfðu annað hvort Kappa-gildi undir 0,5 eða tvö eða fleiri mót ólík:

<b>Breyta</b>	<b>Skýring</b>	<b>Kappa</b>
G1BA	Aðstoð býr með skjólstæðingi (sec.)	0,833*
G1BH	Þörf og vilji fyrir aukinni ADL aðstoð (sec.)	0,833*
J1Z	Skjaldkirtilssjúkdómur	0,750*
K3A	Brjóstverkur	0,833*
K3C	Einkenni verkja	0,833*
L3A	Æðaleggur	-0,91
L3B	Parenteral	-0,91
L3C	Næringarsonda	-0,143
N3D	Opið sár v. blóðrásar	0,833*
P2Y	Eftirlit hjúkrunarfræðings	0,750*
Q5I_B	Lyfjategund	0,833*
VB2_4	Barnaskólapróf	0,429
VB2_5	Unglingamenntun	0,400
VB2_6	Almenn menntun	0,833*

\*Hlutfall af öllum einstaklingum.

Í fylgiskjali 4 er birt tafla yfir þá áreiðanleikastuðla sem hægt var að reikna.

## Athyglisverðar niðurstöður

Skert minni greindist hjá tæpleg 40% einstaklinganna en dapurt yfirbragð og upplifun á leiða hjá 18%. Tuttugu og eitt prósent tjáði sig um einmanaleika og 27% voru alltaf einir yfir daginn. Um helmingur þurftu mikla aðstoð við IADL. Nær allir voru sjálfbjarga með ADL, en 53% þurftu aðstoð að hluta til við böðun eða þurftu aðstoð. Átján prósent höfðu aldrei farið út úr húsi yfir 30 daga tímabil. Daglegir verkir greindust hjá 47% einstaklinganna og voru slæmir eða óbærilegir hjá 32% þeirra. Áberandi var hversu margir töldu heilsufar sitt vera lélegt, eða 47%. Á 14 dögum var meðal fjöldi klukkustunda, á skjólstæðing í heimahjúkrun, 3,5 klst og heimilishjálp 9,5 klst. Lyfjanotkun var mikil og voru 34% á 9 lyfjum eða fleiri. Kvíðastillandi lyf tóku 23%, geðdeyfðarlyf 32% og svefnlyf 32%.

Einstaklingar í heimahjúkrun eru sjálfbjarga með ADL en þeir þurfa aðstoð við almenn dagleg verk, böðun, eftirlit með lyfjum og meðferð á fótasárum. Um 14% voru algerlega ósjálfbjarga. Hreyfing utanhúss var takmörkuð og margir tjáðu sig um einmanaleika og höfðu dapurt yfirbragð, þrátt fyrir allmikla geðlyfjanotkun. Á 7 dögum var líkamleg hreyfing minni en tvær klst. hjá 34%. Fjölmarginir upplifðu daglega verki og mátu heilsufar sitt lélegt. Rannsaka þarf nánar orsakir þessa og möguleika á því að bæta líðan aldraðra í heimahúsum.

---

## Niðurstöður

### AA. Þátttaka í rannsókn

#### AA.1 Fjöldi þátttakenda

	Heilsugæslu- stöðvar samtals	H.g.stöð A	H.g.stöð B	H.g.stöð C	H.g.stöð D	Dag- spítali
Fjöldi þáttakenda	257	31	68	64	94	40

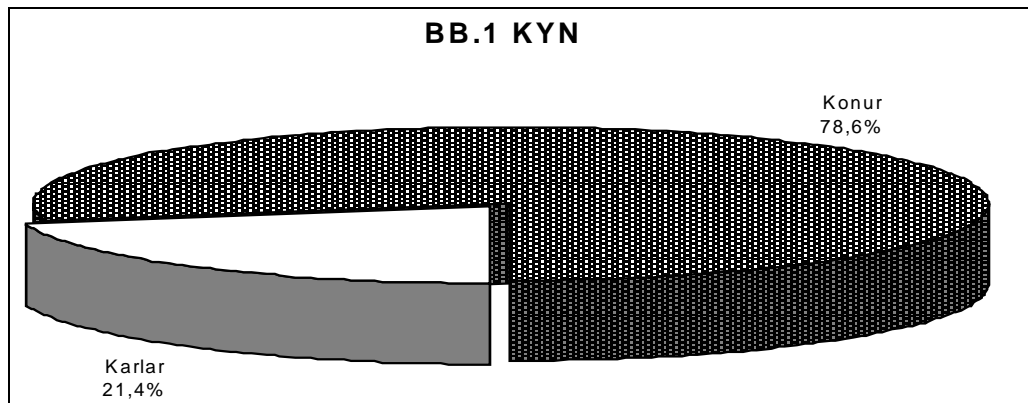
Á heilsugæslustöðvum Fossvogs, Hlíðarsvæðis, Miðbæjar og Seltjarnarness var úrtakið 347 einstaklingar og brottfall 90 einstaklingar eða 26%. Þeir sem neituðu þátttöku voru 52 eða 10%. Aðrar óviðráðanlegar ástæður brottfalls voru að 24 voru á sjúkrahúsi, 2 voru komnir á hjúkrunarheimili, 3 hættu við eða voru fjarverandi og 9 létust á tímabilinu

---

### BB. Persónuupplýsingar

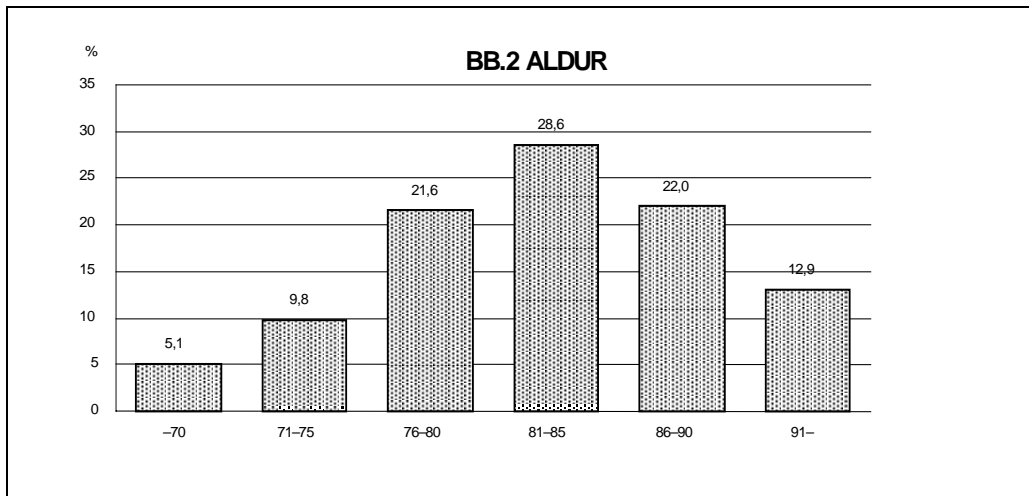
Í þessum hluta eru skráðar persónuupplýsingar, s.s. kyn, aldur, hjúskaparstaða og menntun.

#### BB.1 Kyn



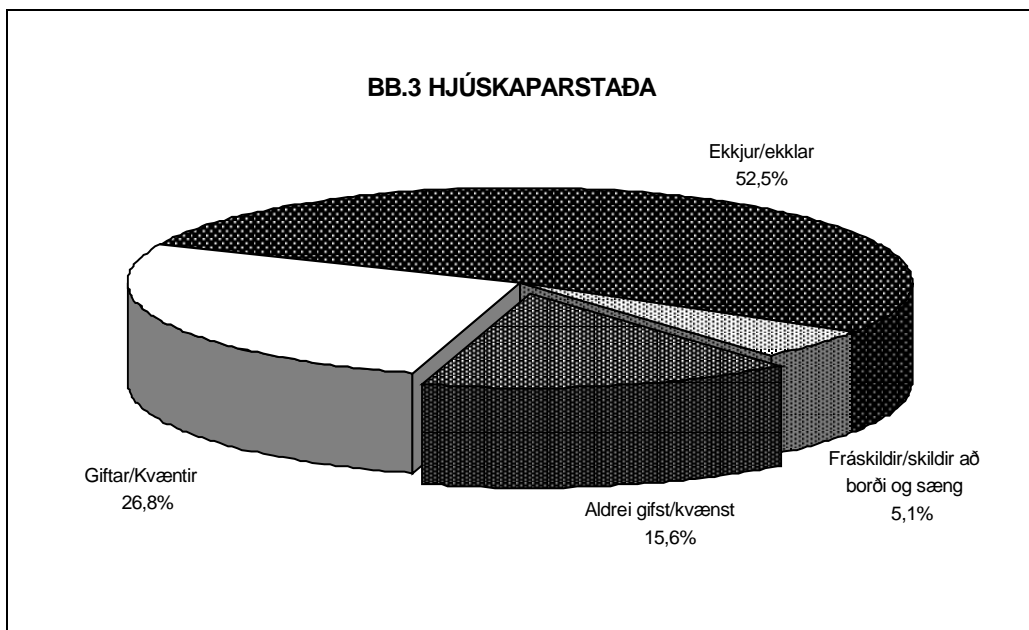
Karlarnir eru mun færri eða einungis 21,4%, en konur 78,6%.

## BB.2 Aldur



Aldursdreifing þeirra sem fá heimahjúkrun skiptist þannig að 36,5% eru 80 ára og yngri en 63,5% eldri en 80 ára. Meðalaldur er 82,7 ár.

## BB.3 Hjúskaparstaða



Rúmlega 50% þeirra sem nutu heimahjúkrunar voru ekkjur/ ekklar.

## BB.4 Ábyrgð – Lögráðamaður

Hér er verið að athuga hvort skjólstæðingar hafi lögráðamann og hvort skjólstæðingar hafi sagt til um lækniástoð.

Í 2,4% tilvika hafði skjólstæðingur lögráðamann og í 2% tilvika hafði skjólstæðingur sagt til um lækniástoð.

## Samantekt - Umræða

Tæplega 70% þeirra, sem nutu heimaþjónustunnar, voru 80 ára eða eldri. Mun fleiri konur njóta þessarar þjónustu og þrátt fyrir að konur nái hærri aldri en karlar þá vekur þetta spurningar um hvort konur séu almennt meðvitaðri um að þiggja eða leita sér þjónustu þegar hennar er þörf. Niðurstöður gefa vísbendingu um að aldraðir falast yfirleitt eftir heimaþjónustu á áttæðisaldri. Meðalaldur þjónustuþeganna í heimahjúkrun er einu ári lægri en á hjúkrunarheimilum sem styður það að hár aldur er ekki ákvarðandi um þörf fyrir hjúkrunarheimili heldur almennt heilsufar hins aldraða.

Mögulegt er síðar að greina ákveðin atriði í gagnasafninu með tilliti til kyns, aldurs, hjúskaparstöðu o.s.frv.

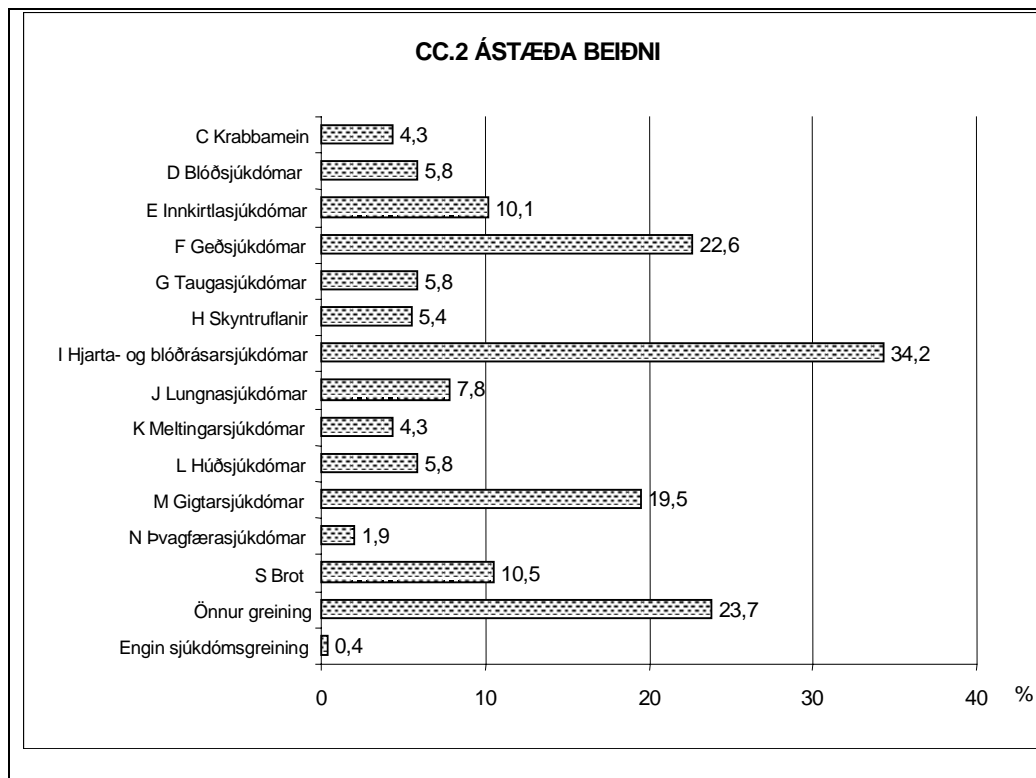
## CC. Beiðni um þjónustu

Í þessum hluta er verið að skoða tímalengd sem skjólstæðingur hafði fengið þjónustu og ástæðu fyrir því að beiðni var um þjónustu. Einnig er verið að skoða núverandi og fyrrverandi búsetuform.

### CC.1 Tímalengd þjónustu

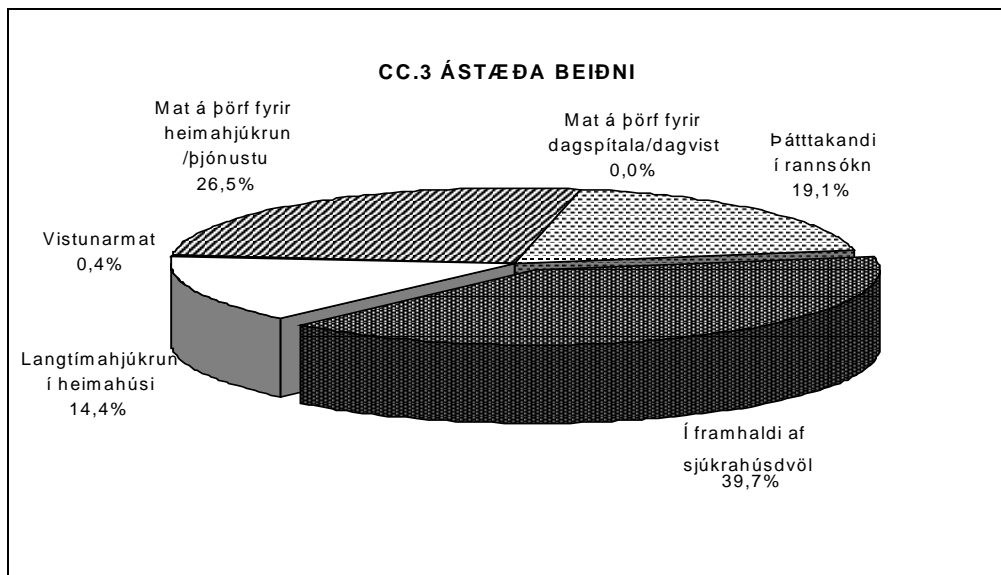
Í ljós kom að meðaltímalengd þjónustu sem skjólstæðingar fengu var 2,4 ár.

### CC.2 Ástæða beiðni



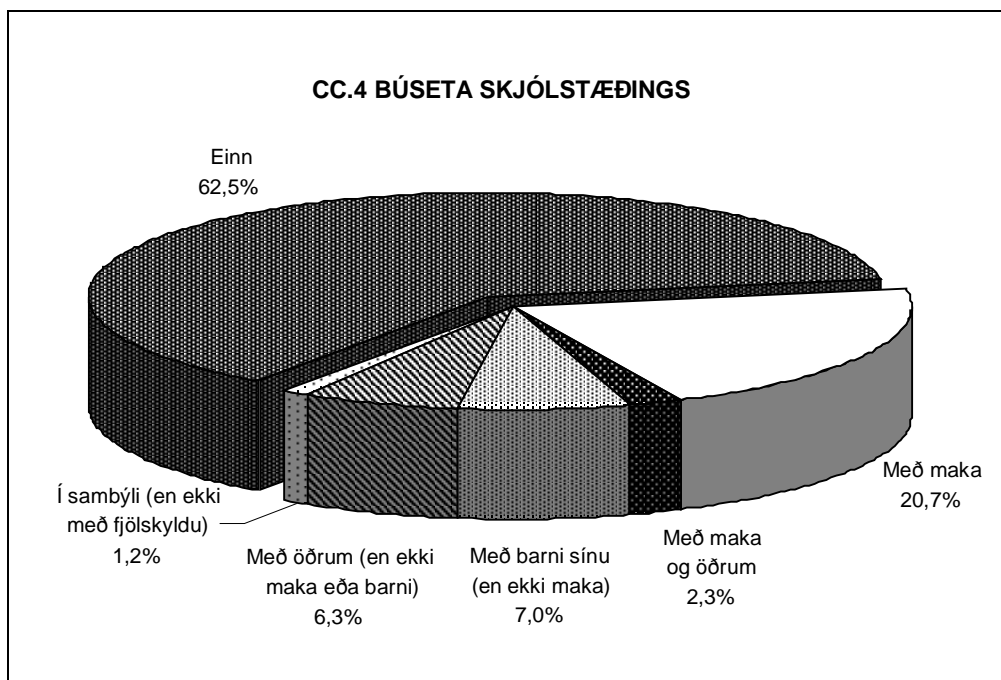
Hér er metið hvaða sjúkdómar eru orsök þess að beiðni er um heimahjúkrun. Algengast er að hjarta- og blóðrásarsjúkdómar séu ástæða fyrir beiðni eða 34,2%. Aðrar algengar sjúkdómsgreiningar eru geðsjúkdómar (22,6 %) og gigtarsjúkdómar (19,5%).

### CC.3 Ástæða beiðni



Í tæplega 40% tilvika bárust beiðnir um heimahjúkrun frá sjúkrahúsum en sú tala gæti verið hærri þar sem 19,1 % merktu við reitinn *þátttakandi* í rannsókn sem er villandi.

### CC.4 Búseta



Hér er lýst búsetuformi skjólstæðings og þar með er verið að ná fram upplýsingum um þá óformlegu aðstoð sem hann á kost á. Langflestir búa einir eða rúmlega 60 %.

## Menntun

Engin skólaganga	1.6%
Barnaskólapróf	78.2 %
Almenn menntun	12.8 %
Stutt starfsmenntun	18.7 %
Starfsmenntun	10.5%
Starfsmenntun á framhaldsskólastigi	10.9%
Háskólamenntun	2.7%
Framhaldsmenntun á háskólastigi	2.7%

Lang flestir voru með barnaskólapróf. Háskólamenntun er fátíð í hópi heimaþjónustuþega.

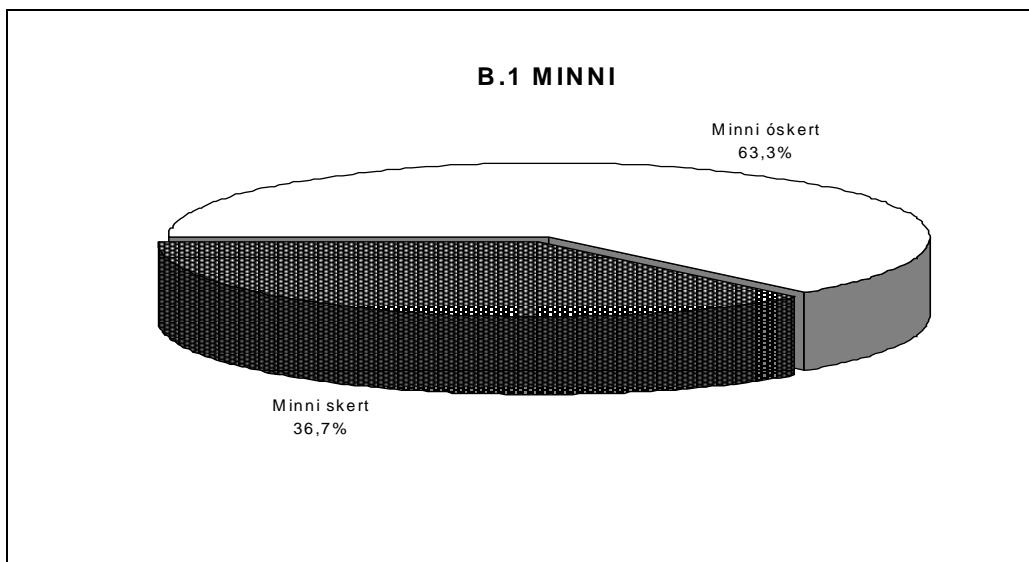
## Samantekt - Umræða

Þeir sem njóta heimahjúkrunar virðast oft þurfa á henni að halda í langan tíma þar sem meðaltími í þjónustu var um 2,4 ár. Það kemur ekki á óvart að oft eru það hjarta-og æðasjúkdómar sem verða þess valdandi að beðið er um heimahjúkrun. Gigt- og geðsjúkdómar eru einnig algeng ástæða og í 40% tilvika eða meira er um að ræða þjónustu í framhaldi af sjúkrahúsvist. Rösklega fjórðungur þessa fólks er í hjónabandi og skólaganga reyndist vera stutt hjá flestum enda fæddir snemma á öldinni þegar aðgengi að menntun var mjög takmarkað.



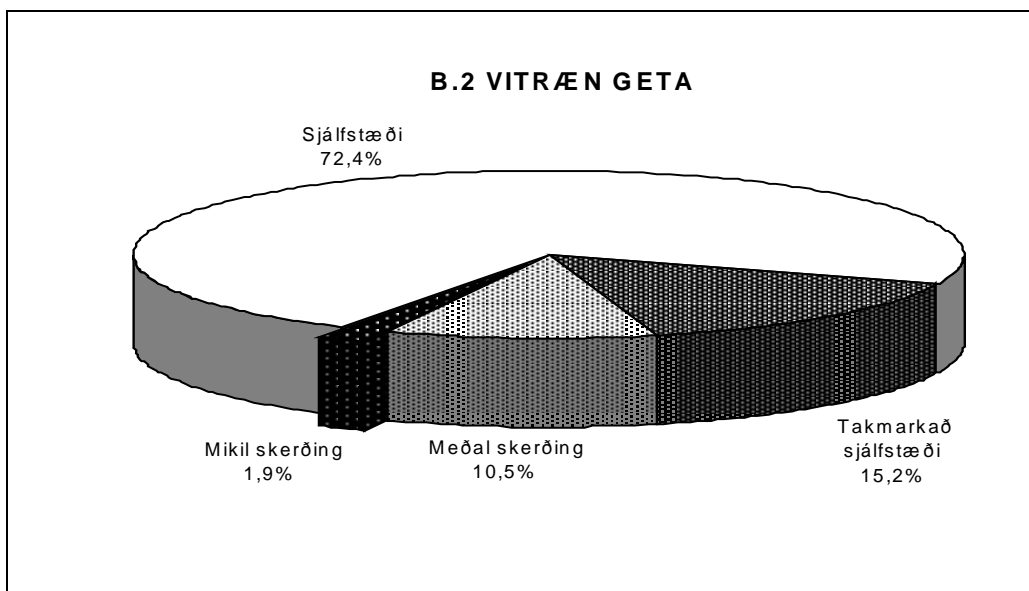
## Hluti B. Vitræn geta

### B.1 Skammtímaminni



Hér er skammtímaminni metið þ.e. hæfileikinn til að rifja upp eftir 5 mínútur. Tæplega 40% þeirra sem fá heimahjúkrun búa við skammtíma minnisskerðingu og 63,3 % eru með óskert minni.

### B.2 Vitræn geta

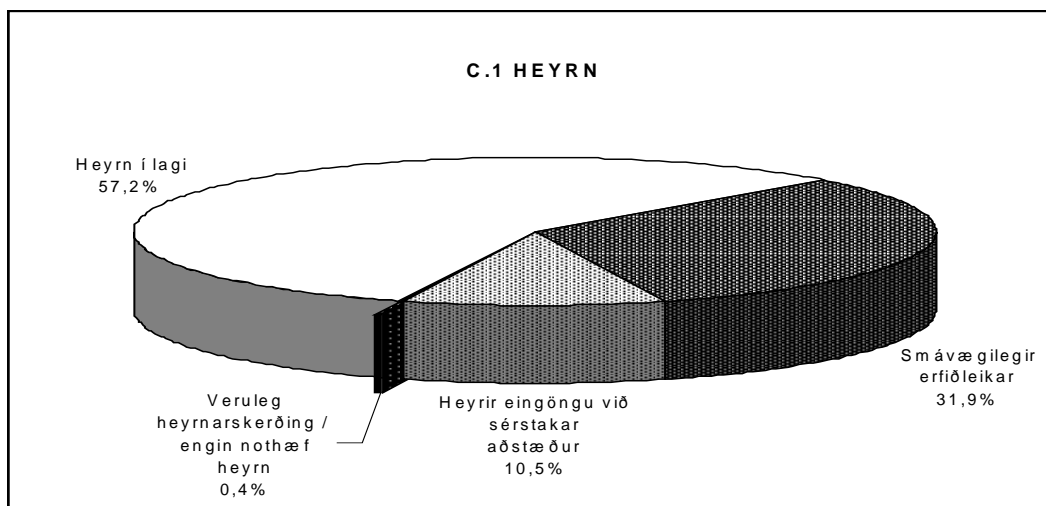


Hér er vitræn geta metin þ.e. hversu vel skjólstæðingur ræður við ákvarðanir daglegs lífs s.s. fótaferð, matseld o.s.frv. Flestir eru sjálfstæðir varðandi athafnir daglegs lífs enda er það oft forsenda þess að einstaklingur geti búið einn heima.

## Hluti C. Heyrn –Tjáskipti

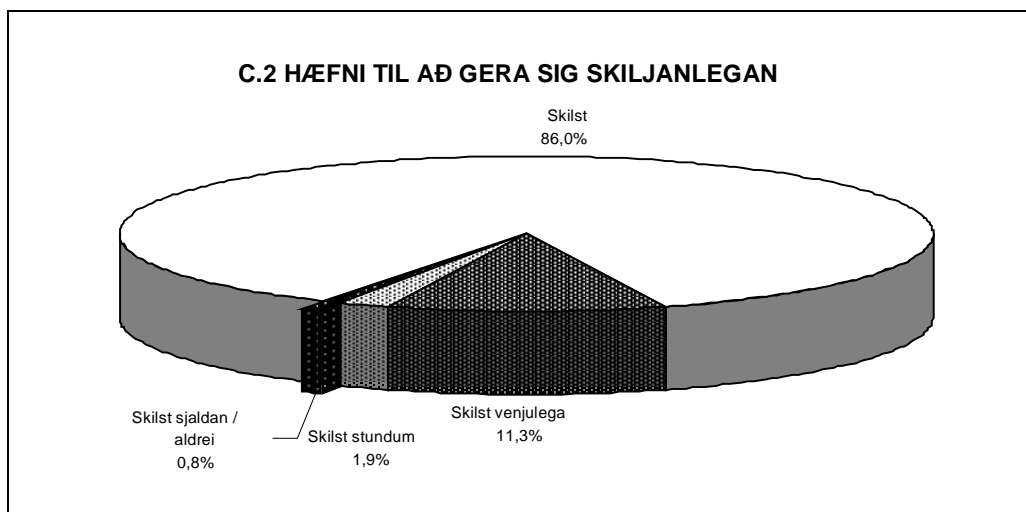
Tilgangur þessa hluta er að ákvarða getu skjólstæðings til að heyra (með eða án heyrnartækja), skilja og hafa tjáskipti við aðra.

### C.1 Heyrn



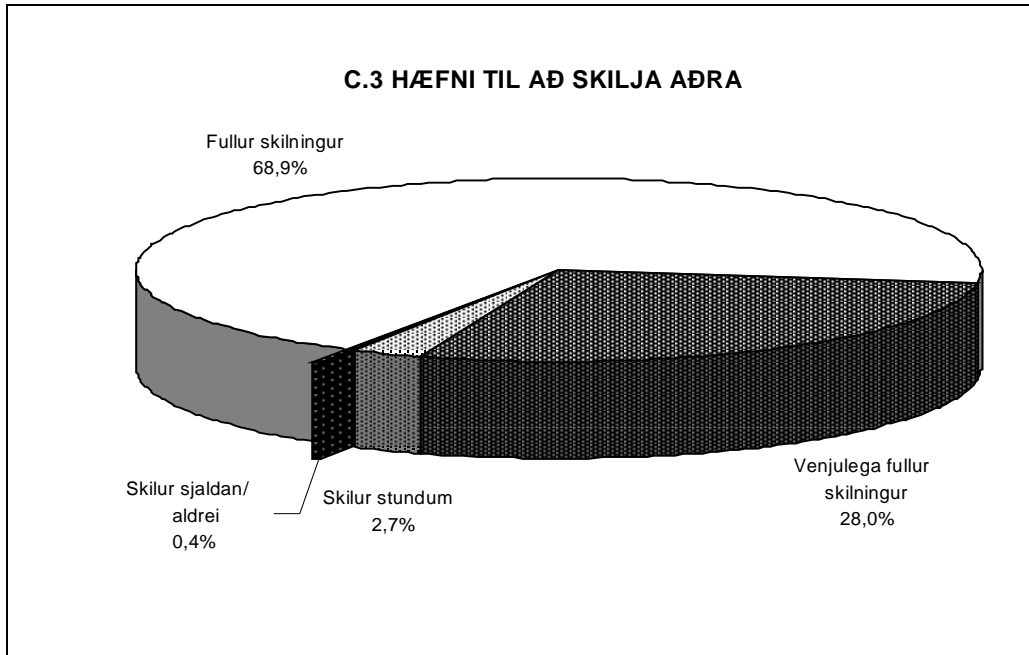
Hér eru sýndir erfiðleikar við að heyra talað mál, með eða án hjálpartækja. Í ljós kom að rúmlega helmingur heyrir vel og tæplega 90 % heyrir vel eða eiga í smávægilegum erfiðleikum við að heyra.

### C.2 Hæfni til að gera sig skiljanlegan



Hér er metin hæfni skjólstæðings til að tjá hug sinn án tillits til aðferðar. Í ljós kom að yfir 80% skjólstæðinga geta gert sig skiljanlega með talmáli. Einungis 0,8% eiga í erfiðleikum með að tjá sig.

## C.3 Hæfni til að skilja aðra



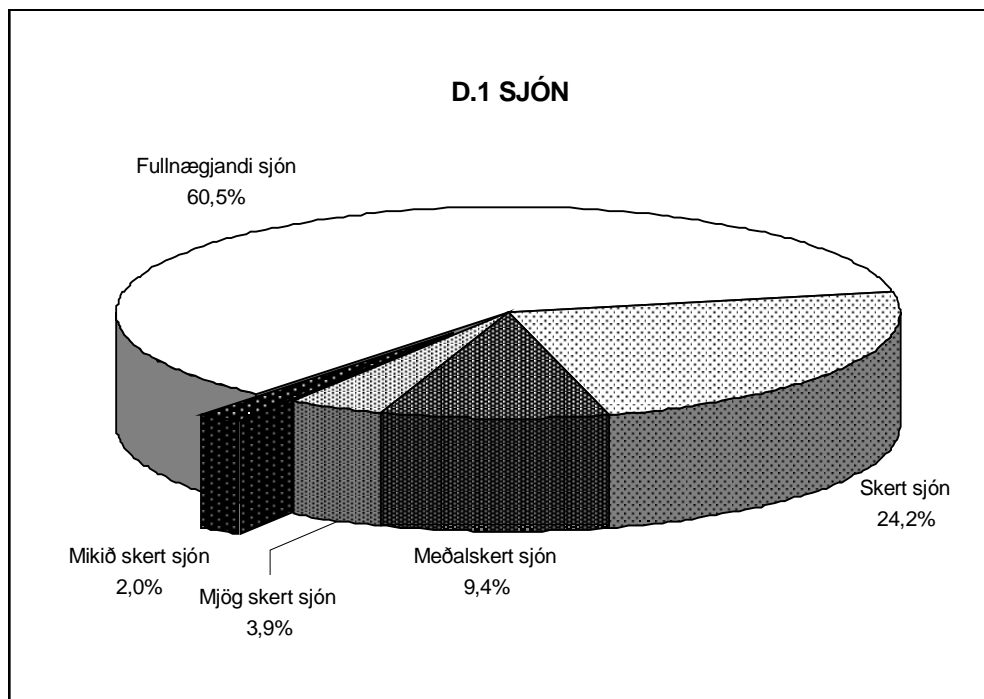
Hér er metin hæfni skjólstæðings til að skilja munnlegar upplýsingar án tillits til aðferðar. Í ljós kom að um 70% skjólstæðinga í heimahjúkrun hafa fulla hæfni til að skilja aðra.

## Samantekt-Umræða

Ríflega helmingur skjólstæðinga hefur góða heyrn eða býr við smávægilega heyrnarskerðingu. Mikill meirihluti skjólstæðinga getur gert sig skiljanlegan með talmáli og eiga ekki í erfiðleikum með að skilja aðra þrátt fyrir háan aldur.

# Hluti D. Sjón

## D.1 Sjón

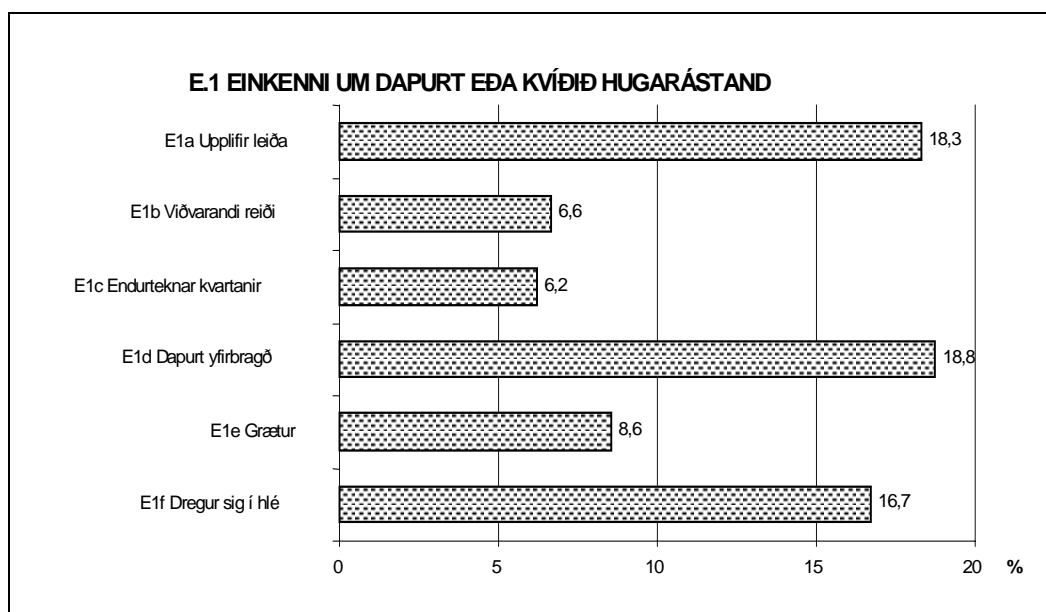


Hér er verið að meta hvernig sjón skjólstæðings er í hæfilegri birtu og með hjálpartækjum, ef þau eru notuð. Í ljós kom að um 60% skjólstæðinga hefur fullnægjandi sjón en um 40% skjólstæðinga hafa skerta og mjög skerta sjón. Langflestir nota hjálpartæki vegna sjónarinnar

## Hluti E. Hugarástand og atferlismynstur

Í þessum kafla er verið að greina hugarástand og atferlismynstur s.s. einkenni um dapurleika eða kvíða og síðan mismunandi hegðunarvandamál.

### E.1 Einkenni um dapurt eða kvíðið hugarástand



Hér er verið að meta einkenni um depurð eða kvíða, hvort sem það er tjáð með orðum eða atferli. Skráðar eru vísbendingar um þetta atferli eða tjáningu sem komið hafa fram á sl. 30 dögum. Í ljós kemur að einungis 6,2 – 18,8% aldraðra sem njóta heimahjúkrunar finna fyrir einkennum um dapurt- eða kvíðið hugarástand. Algengustu einkennin eru tilfinning um leiða og þunglyndi, dapurt yfirbragð og að einstaklingar draga sig í hlé frá öðru fólki. Ekki er umtalsverður munur á milli heilsugæslustöðva að því er varðar þessi einkenni.

### E.2 Einkenni um hegðunarvanda

Hér er verið að meta hvort hegðunarvandamál sem voru til staðar sl. 7 daga, og valda vanlíðan, eru truflandi eða geta skapað hættu fyrir hinn aldraða. Afar lítið var um það að aldraðir sýndu merki um hegðunarvanda þ.e. ráfuðu um án sýnilegs tilgangs, voru árásargjarnir í orði eða verki eða sýndu ósæmilega félagslega hegðun. Ætla má að slík vandamál séu samfara alvarlegum heilsufarsbresti og leiði því til þess að viðkomandi þurfi að dvelja á hjúkunarheimili. Aðeins voru 0,8 – 2,7% aldraðra sem sýndu slíka hegðun.

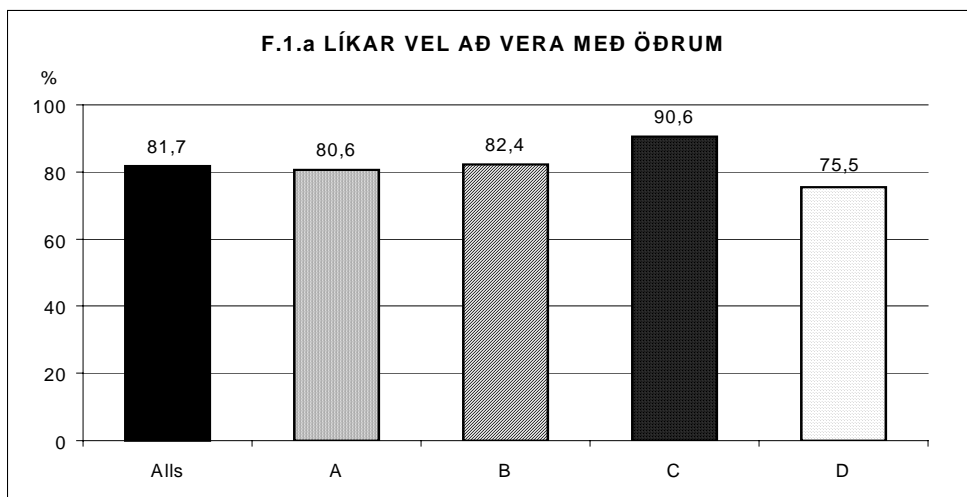
### Samantekt - Umræða

Innan við 20% aldraðra sem njóta heimahjúkrunar sýna einkenni um dapurt- eða kvíðið hugarástand og mjög sjaldgæft er að þeir sýni merki um hegðunarvanda.

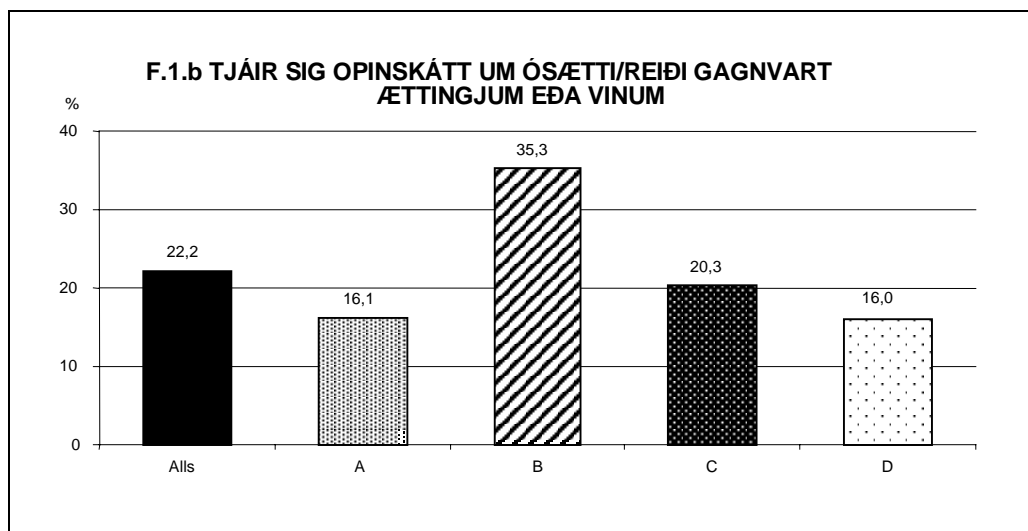
## Hluti F. Félagsleg virkni

Í þessum hluta er leitast við að greina félagslega þátttöku hins aldraða og breytingar á henni. Einnig hversu miklum tíma hann ver einn og hvort hann tjáir sig um einmanaleika.

### F.1.a-b Félagsleg þátttaka

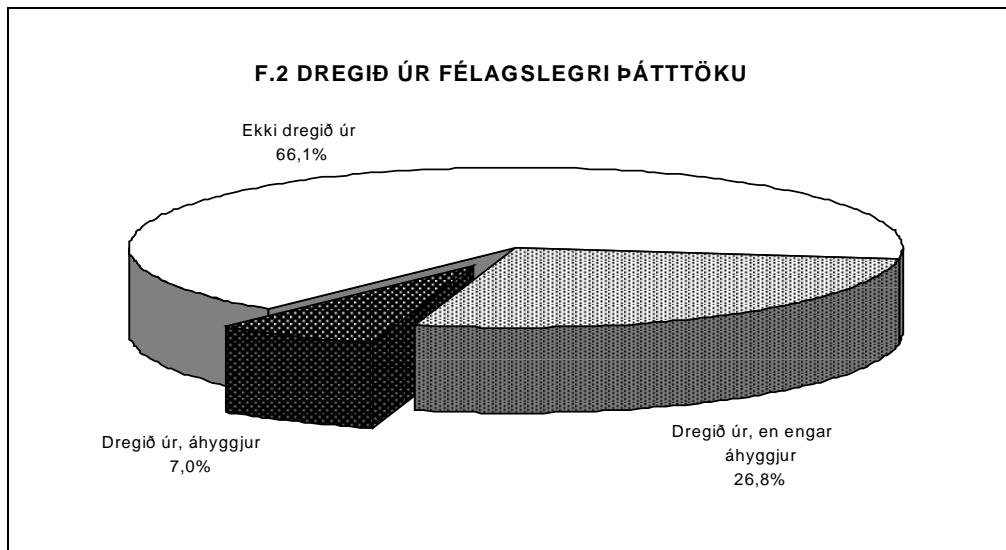


Þessi mynd sýnir á milli heilsugæslustöðva A, B, C og D, hversu vel hinum aldraða líkaði að vera innan um annað fólk. Í ljós kom að flestum virtist líka vel að vera innan um aðra eða 75,5% - 90,6%. Ekki reyndist vera mikill munur á milli heilsugæslustöðva.



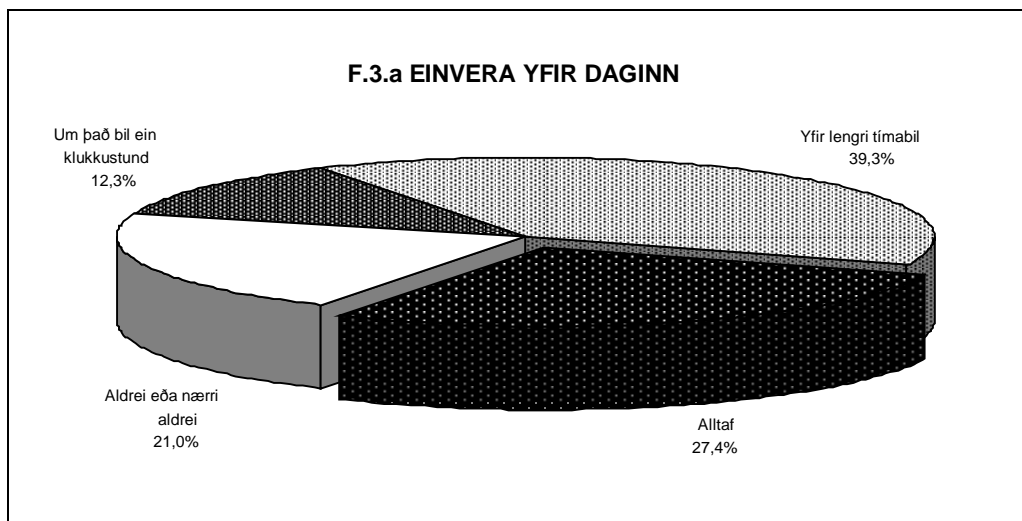
Hér er lýst hvernig samband hins aldraða er við ættingja. Í ljós kom að lítill hluti segir að ósætti eða reiði gagnvart ættingjum og vinum sé til staðar. Þetta er þó nokkuð breytilegt á milli heilsugæslustöðva A; B, C og D, eða frá 16% til 35%.

## F.2 Dregið úr félagslegri þátttöku

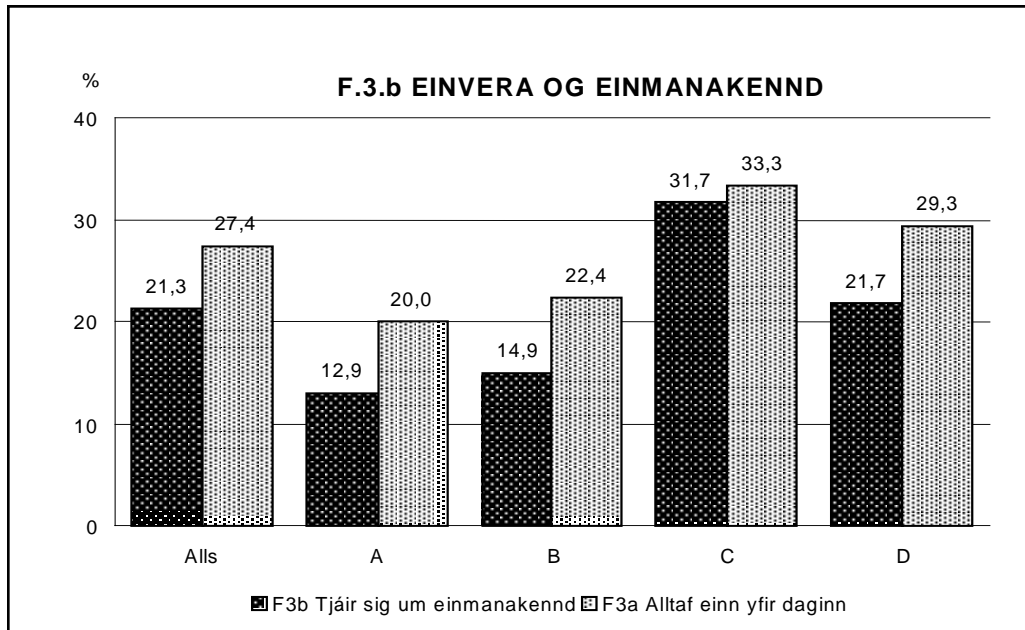


Hér er athugað hvort dregið hefur úr félagslegri, trúarlegri og starfslegri þátttöku á 90 daga tímabili. Í ljós kom að ekki hafði dregið úr félagslegri þátttöku hjá meirihluta hópsins eða 66,1%. Ekki var verulegur breytileiki á milli heilsugæslustöðva varðandi þessi atriði. Hjá þeim hópi sem dregið hafði úr félagslegri þátttöku sinni þá höfðu 26,8 % engar áhyggjur af slíku en um 7% höfðu áhyggjur af þessari breytingu.

## F.3.a-b Einvera



Hér verið að skoða hversu langan tíma hinn aldraði dveljur einn á heimili sínu. Í ljós kom að mjög mismunandi var hversu mikið aldraðir voru einir yfir daginn. Þeir sem voru aldrei eða nær aldrei einir yfir daginn voru um 21% og var svipað hlutfall á milli heilsugæslustöðva. Þeir sem voru einir í u.þ.b. eina klukkustund á dag voru 12,3%. Nokkur breytileiki var á milli heilsugæslustöðva eða 8%-18%. Stærsti hópurinn voru þeir sem voru einir yfir lengri tímabil t.d. hálfan dag, en það voru 39,3%. Nokkur breytileiki var á milli heilsugæslustöðva þar eða 32% - 46%. Þeir sem voru alltaf einir allan daginn voru 27,4% hópsins. Breytileiki á milli heilsugæslustöðva var 20%- 33%.



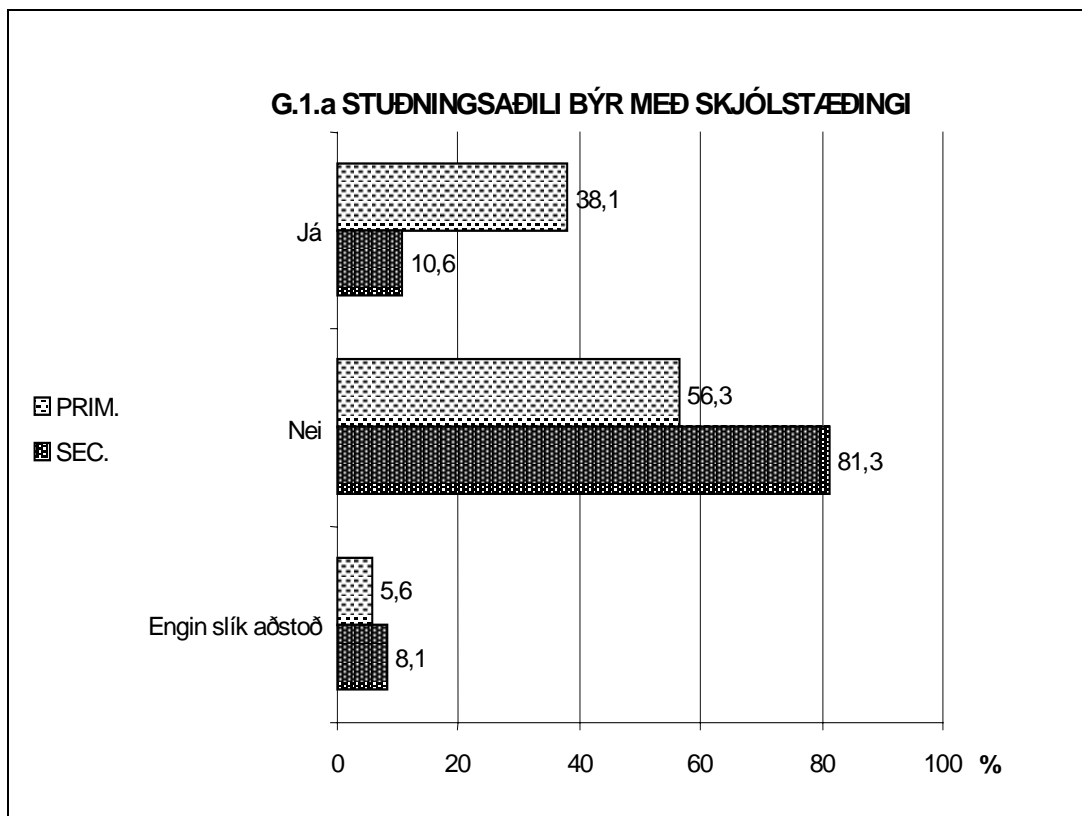
Hér var spurt hvort viðkomandi teldi sig vera einmana. Í ljós kom að meðaltali voru um 21,3% sem tjáðu sig um einmanakennd. Þegar borið var saman milli heilsugæslustöðva, þeir sem tjáðu sig um einmanakennd og þeir sem eru alltaf einir yfir daginn kom í ljós að nokkur munur var á milli heilsugæslustöðva A, B, C, og D, virtust þessar breytur fylgjast að.



## Hluti G. Félagslegt stuðningskerfi

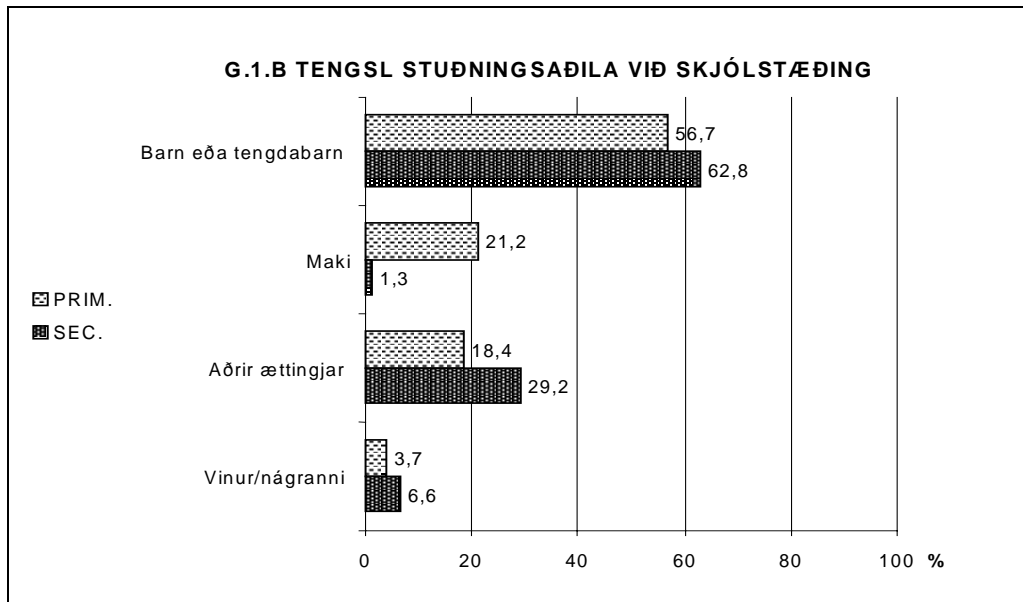
Í þessum hluta er verið að leitast við að meta óformlegt félagslegt stuðningskerfi skjólstæðings þ.e. hvort, hvernig og hve mikla aðstoð hann telur sig þurfa frá fjölskyldu og vinum.

### G.1.a Stuðningsaðili býr með skjólstæðingi



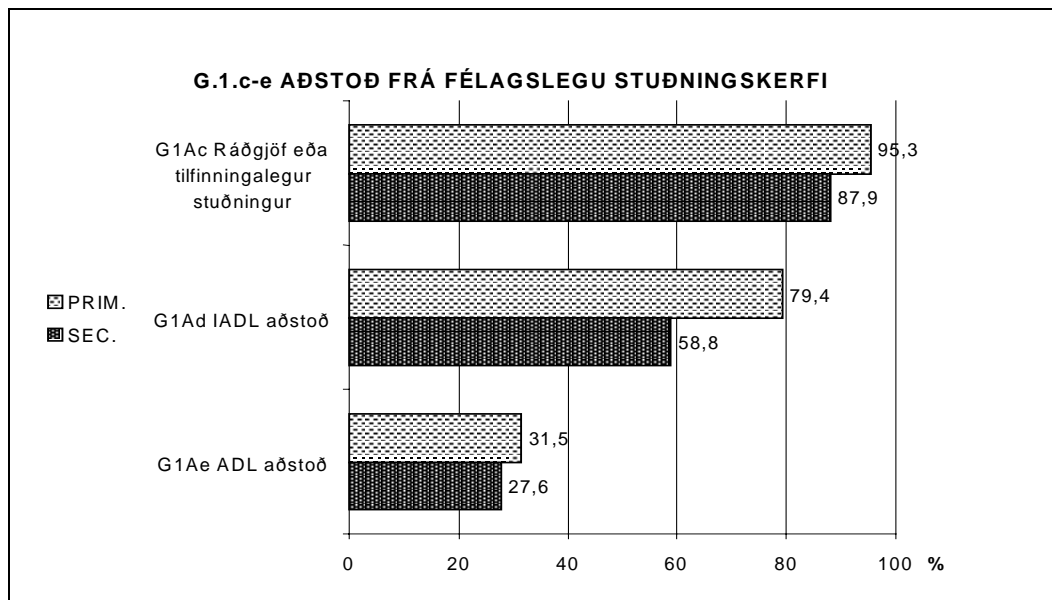
Hér er sýnt hve stór hluti skjólstæðinga í heimaþjónustu býr með þeim sem aðstoða þá mest. Stuðningsaðilum er skipt niður í primer stuðningsaðila sem skjólstæðingur skilgreinir sjálfur þannig að primer stuðningsaðili er sá sem fyrst og fremst aðstoðar skjólstæðinginn og er honum innan handar, secunder er sá sem kemur næstur honum. Í ljós kom að primer stuðningaþili býr mun oftar með skjólstæðingi en er þó einnig nokkuð um að secunder geri það líka. Það eru innan við 10% sem hafa enga slíka aðstoð.

## G.1.b Tengsl stuðningsaðila við skjólstæðing



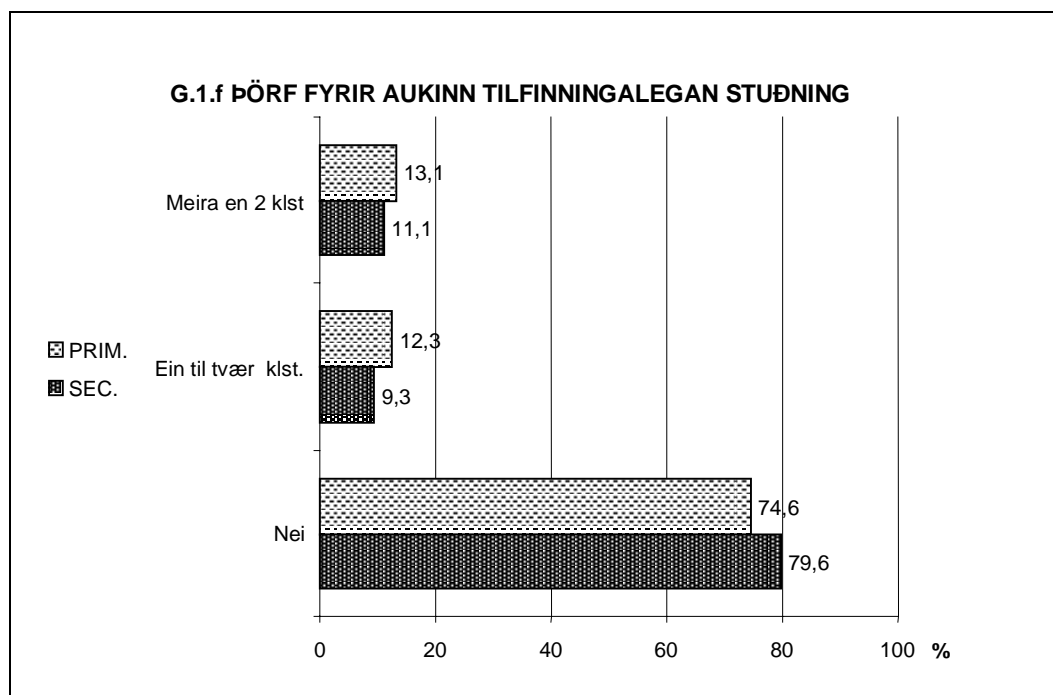
Hér er lýst tengslum stuðningsaðila við skjólstæðing. Það kemur í ljós að meirihluti þeirra sem veitir aðstoð eru börn eða tengdabörn eða um og yfir helmingur og í u.þ.b. 20% tilvika er um að ræða maka viðkomandi. Það er líka athyglisvert að sjá að aðrir ættingjar, vinir og grannar koma einnig oft inn í myndina. Til útskýringar á primer og secuder sjá lið G.1.a.

## G.1.c-e Aðstoð frá félagslegu stuðningskerfi

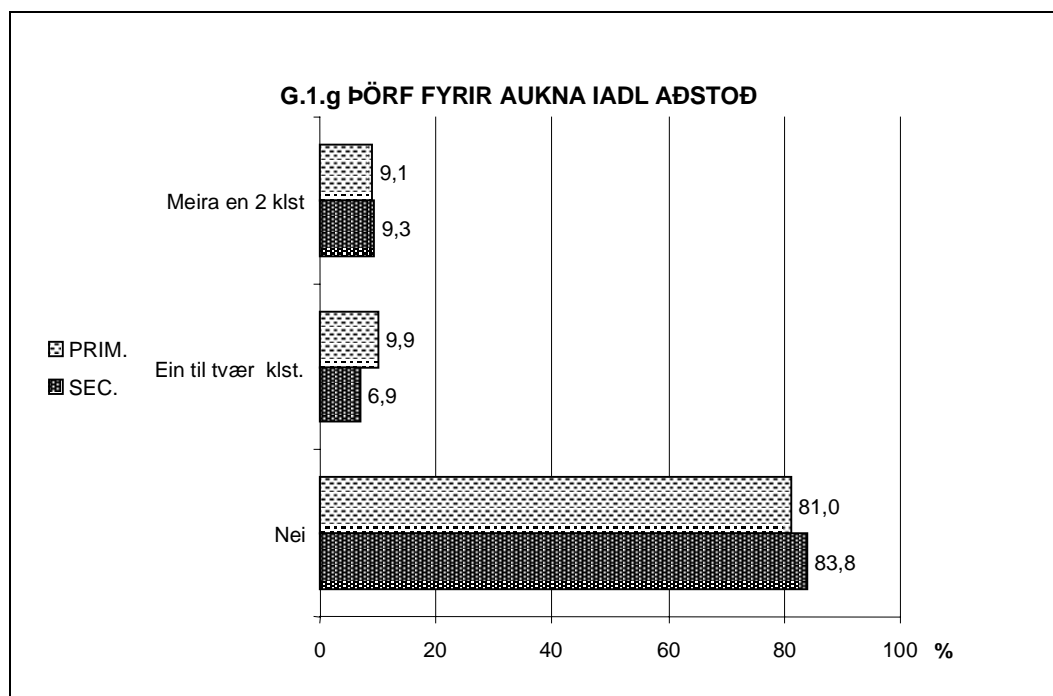


Hér er metið hvort og hvers konar aðstoð skjólstæðingarnir fá frá ættingjum og vinum. Athyglisvert er að sjá hve mikla aðstoð skjólstæðingar fá frá aðstandendum við athafnir daglegs lífs (ADL), bæði frá primer stuðningsaðilum og secuder. IADL stendur fyrir aðstoð við dagleg verk þ.e. verk sem snúa meira að almennum heimilisstörfum og útréttingum. Til útskýringar á primer og secuder sjá lið G.1.a.

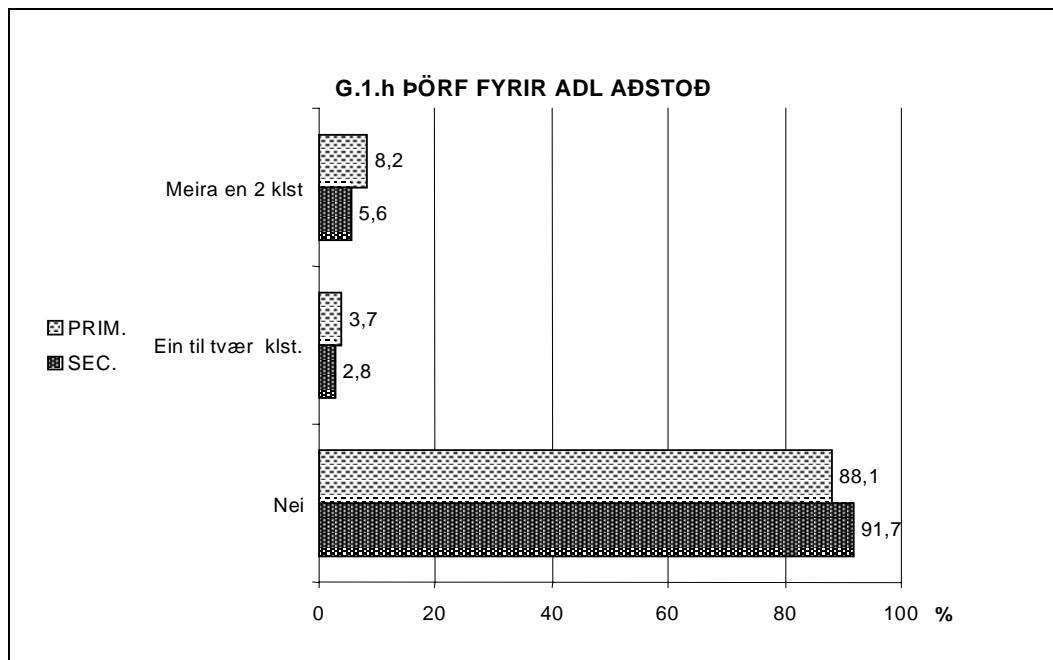
## G.1.f-h Þörf fyrir aukinn tilfinningalegan stuðning



Hér er spurt um hvort þörf sé fyrir aukinn tilfinningalegan stuðning. Athyglisvert er að sjá að u.þ.b. 20-25% skjólstæðinga telur sig þurfa aukinn tilfinningalegan stuðning frá stuðningsaðilum þrátt fyrir að lang flestir teldu hann nægan. Til útskýringar á primer og secunder sjá lið G.1.a.



Þegar spurt var um þörf fyrir aukna IADL aðstoð frá stuðningsaðilum þá virtust flestir telja sig fá næga aðstoð en þó var um 10 % sem töldu sig þurfa meira. Til útskýringar á primer og secunder sjá lið G.1.a.

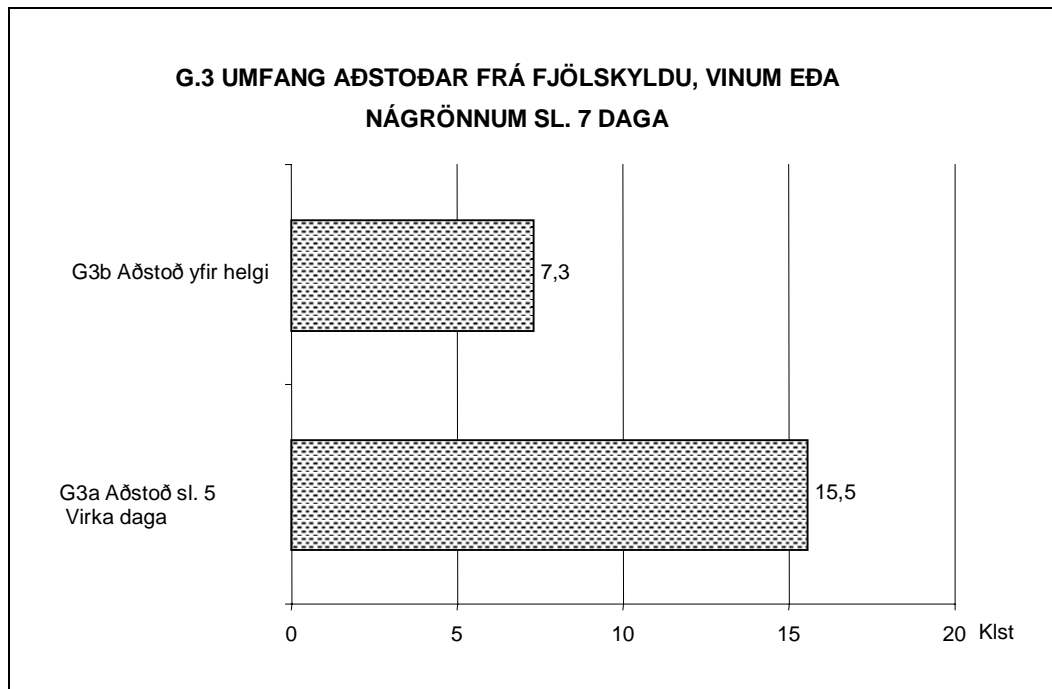


Hvað varðar aukna aðstoð við ADL frá stuðningsaðilum þá kom í ljós að færstir töldu sig þurfa meiri aðstoð enda voru flestir sjálfbjarga varðandi ADL. Til útskýringar á primer og secunder sjá lið G.1.a.

## G.2 Hagir stuðningsaðila

Hér eru skoðaðir hagir stuðningsaðila og kom í ljós að u.þ.b 8% stuðningsaðila getur ekki lengur annast ættingja sína vegna eigin heilsuleysis, í 10% tilvika lýstu stuðningsaðilar kvíða, áhyggjum og reiði vegna umönnunar ættingja sinna og í 3,5% tilvika var stuðningsaðili ekki sáttur við stuðning fjölskyldu og vina. Í flestum tilvikum eða 86% voru engin slík vandamál til staðar.

### G.3 Umfang aðstoðar frá fjölskyldu, vinum eða nágrönnum



Meðalfjöldi í klukkustundum, sem skjólstæðingur fær aðstoð frá fjölskyldu og vinum, á 7 daga tímabili, er sýndur á þessari mynd. Í ljós kom að veitt var þjónusta í 15,5 klst. í miðri viku eða um 3 klst. á dag. Um helgar var þjónustan svipuð eða 3,5 klst.

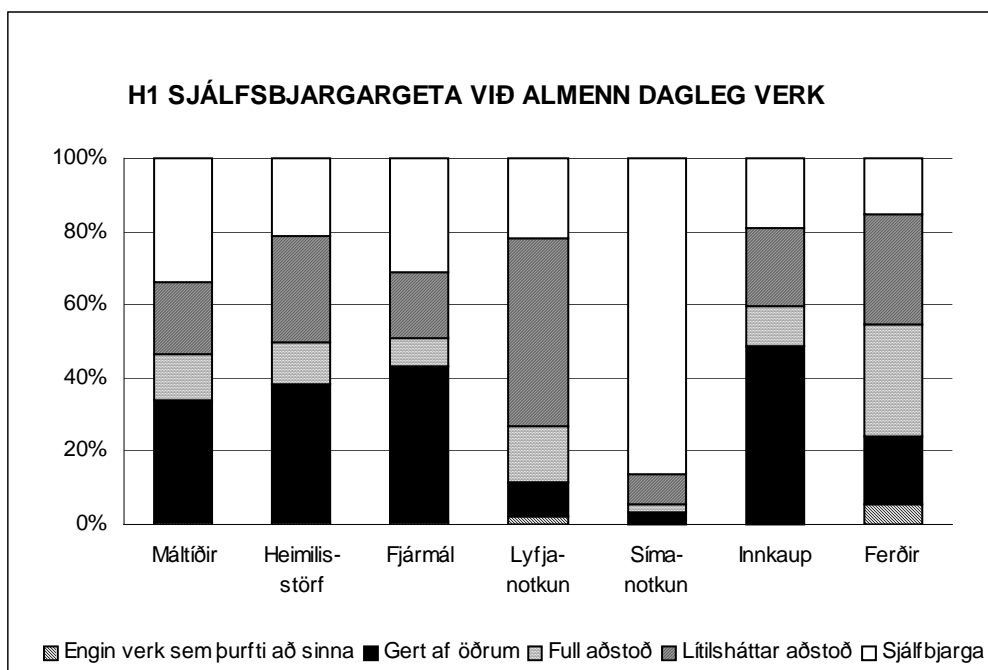
### Samantekt - Umræða

Að meðaltali býr tæpur helmingur skjólstæðinga með stuðningsaðila sínum og þar af eru um 20% makar. Athyglisvert var að sjá hve mikla aðstoð skjólstæðingar fá frá sínum nánustu eða um 3 klst. að meðaltali á dag. Algengast er að börn og tengdabörn veiti stuðning síðan makar og aðrir ættingjar. Algengast var að skjólstæðingar teldu sig þurfa aukinn tilfinningalegan stuðning eða í fjórðungi tilvika og er það nokkuð sem krefst nánari skoðunar. Mikill meirihluti skjólstæðinga telur ekki þörf á aukinni ADL eða IADL aðstoð frá ættingjum og vinum.

# Hluti H. Líkamleg færni og sjálfsbjargargeta við IADL og ADL

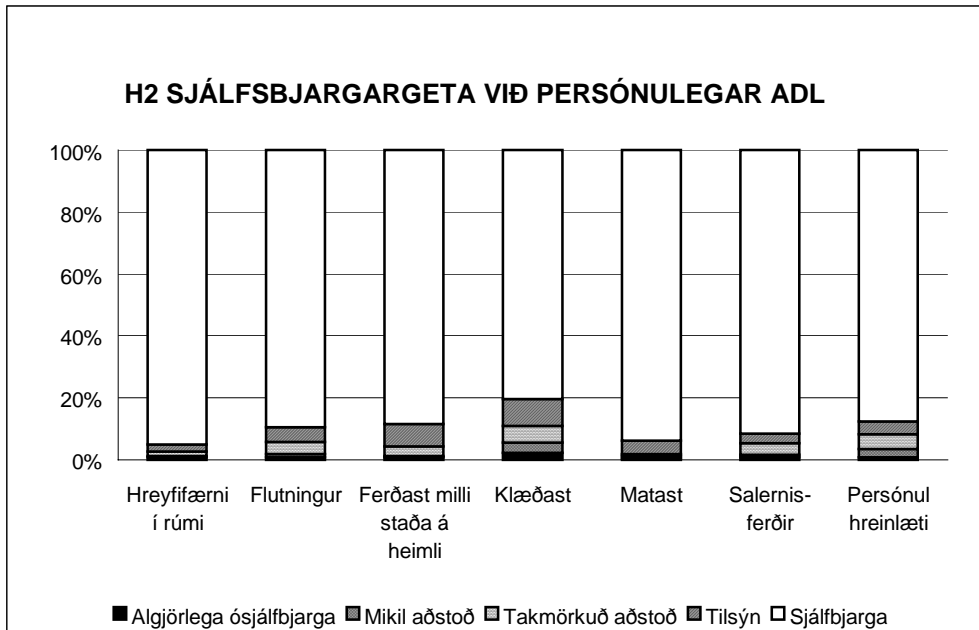
Í þessum hluta er bæði verið að meta sjálfsbjargargetu við almenn dagleg verk (IADL) og persónulegar athafnir daglegs lífs (ADL). Einnig er verið að meta leiðir til að komast á milli staða, getu til að ganga stiga, almennt þrek og sjálfsbjörg.

## H.1 Sjálfsbjargargeta við almenn dagleg verk

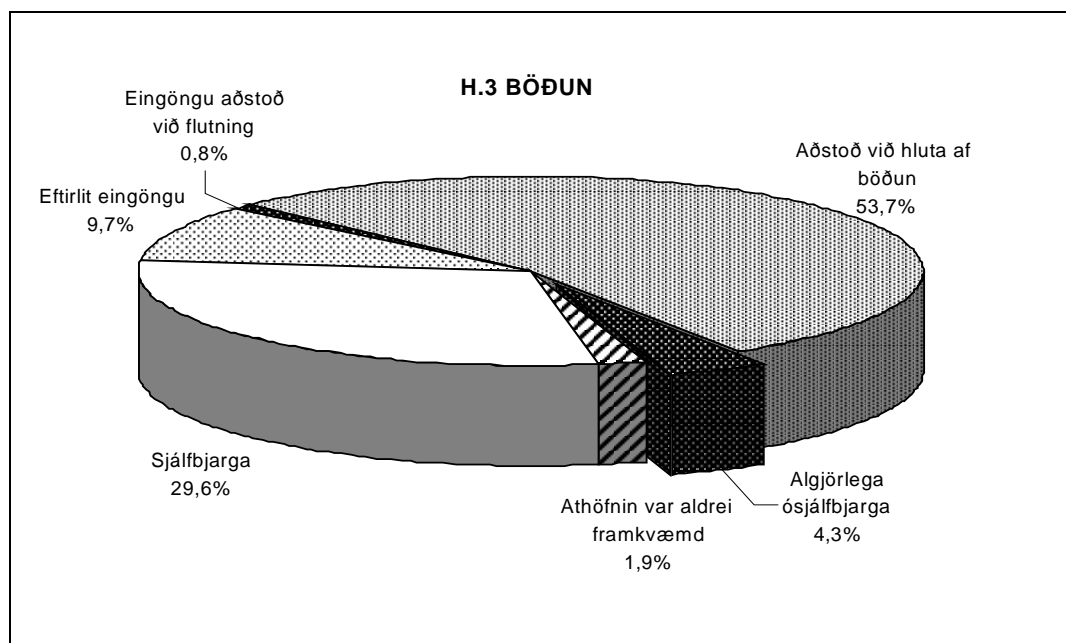


Hér er sýnd hæfni einstaklingsins til að sinna ýmsum daglegum verkum (IADL) s.s tilbúningi máltíða, heimilisstörfum, fjármálum, lyfjanotkun, innkaupum og ferðum. Í ljós kom að þriðjungur þeirra sem nutu heimahjúkrunar eru sjálfbjarga með undirbúning máltíða og sama er að segja um fjármálaumsýslu. Færri voru sjálfbjarga við heimilistörf, lyfjanotkun, innkaup og ferðir (16%-22%). Áberandi flestir voru einfærir um að nota síma, eða 86 %.

## H.2 Sjálfbjargargeta við persónulegar athafnir dagleg lífs

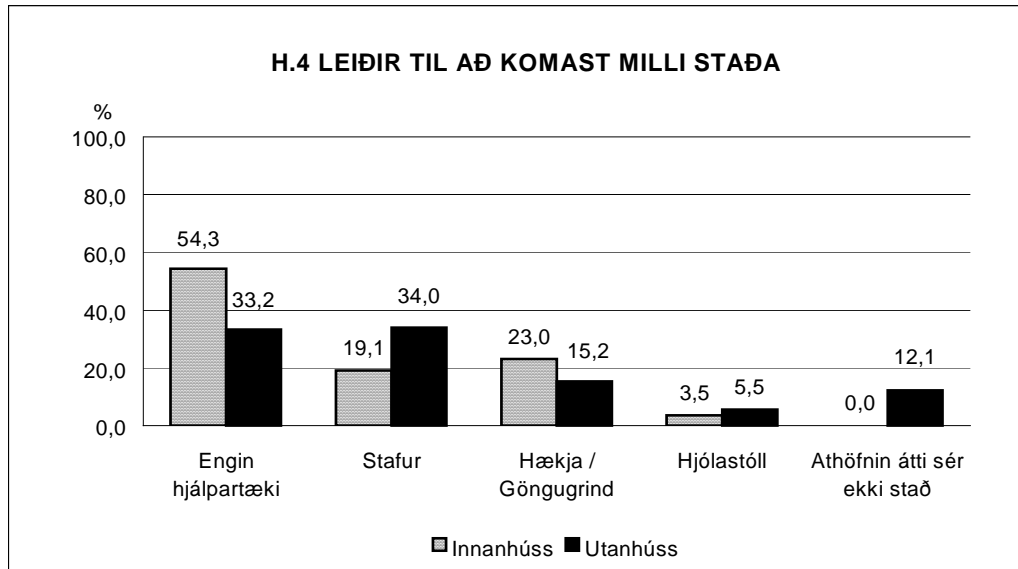


Hér er metin geta skjólstæðings við allar persónulegar athafnir daglegs lífs síðastliðna 7 daga, t.d. að klæða sig, borða o.s.frv. Metin var hreyfifærni í rúmi, flutningur, færni til að ferðast á milli staða á heimilinu, færni til að klæðast, matast, færni við salernisferðir og færni við persónulegt hreinlæti. Í ljós kom að flestir voru sjálfbjarga með alla þætti athafna daglegs lífs eða frá 85- 95 %.



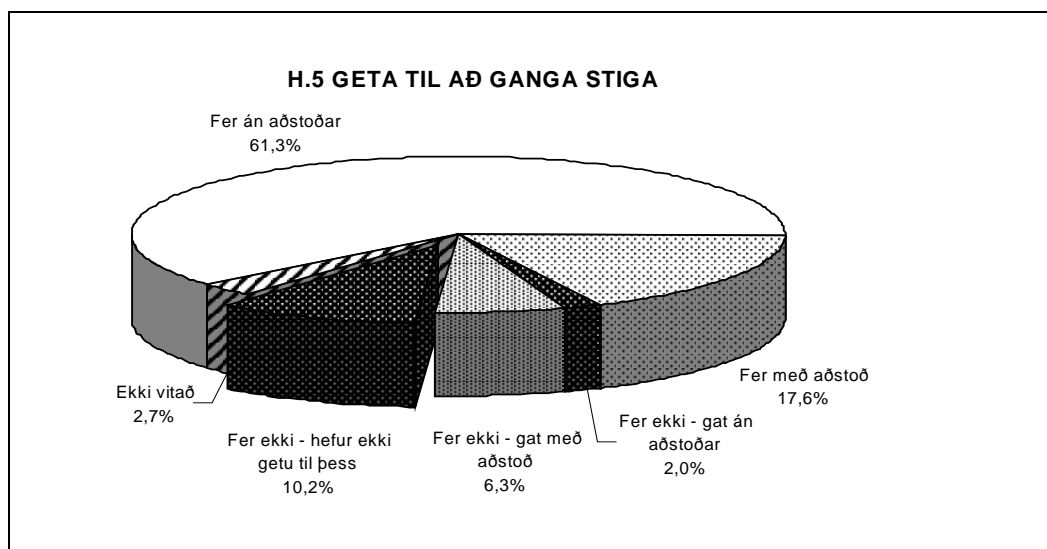
Þegar sjálfsbjargargeta við böðun er skoðuð eru mun færri sjálfbjarga miðað við aðra þætti ADL eða 29,6 %. Það er því spurning hvort skerðing á þessari athöfn sé ákvarðandi um hvort leitað er eftir eða boðin aðstoð heim. Ekki reyndist mikill munur á milli stöðva. Flestir þurftu aðstoð við hluta af böðun eða 53,7 % og fáir voru alveg ósjálfbjarga eða 4,3 %.

## H.4 Leiðir til að komast á milli staða utan og innan húss



Hér er lýst hæfni til að komast leiðar sinnar, bæði utan húss og innan, með eða án hjálpartækja þ.e. með staf, hækju/göngugrind eða hjólástól. Athyglisvert að er að sjá að mun fleiri fóru um án hjálpartækja innan húss en utan eða helmingur á móti þriðjung. Algengara var að nota staf utan húss en hækju eða göngugrind innan húss. Athyglisvert er að sjá að í 12,1% tilvika átti athöfnin sér ekki stað, þ.e ekki var farið út.

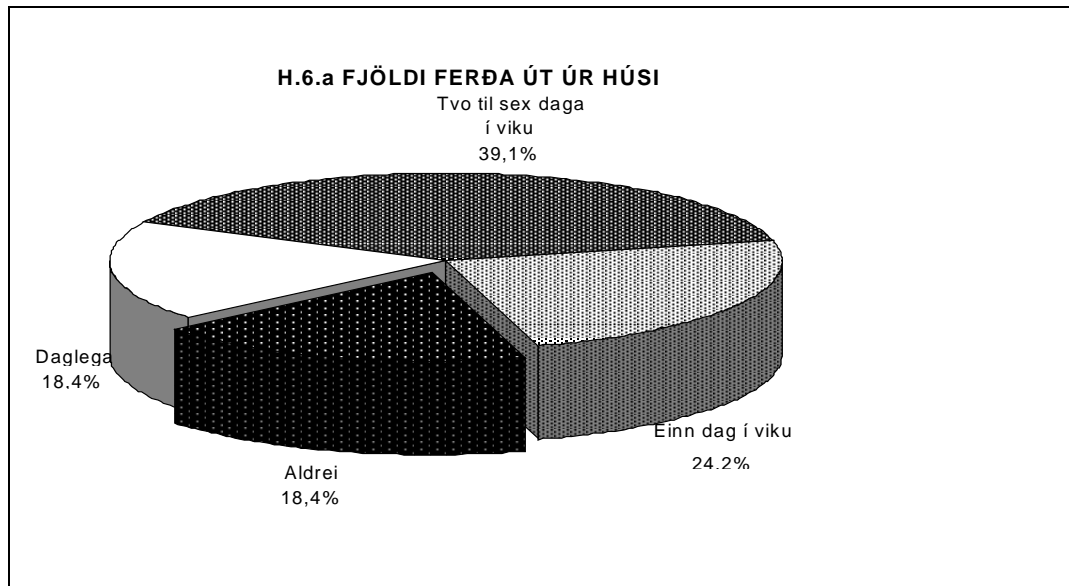
## H.5 Geta til að ganga stiga



Hér er sýnd geta síðastliðna 7 daga til að fara upp og niður stiga. Væri ekki farið í stiga var metin geta einstaklings til að ganga stiga. Í ljós kom að rúmlega helmingur fór stiga án aðstoðar. Mikill munur var á milli heilsugæslustöðva eða á bilinu 50,8% til 80,9% þó ekki væri svo mikill munur á hreyfifærni almennt milli stöðva. Um 10% fór ekki stiga og höfðu ekki getu til þess og þar var mikill munur á milli stöðva eða frá 3,2% til 15,9%. Rúmlega 8 % fóru ekki í stiga en gátu það með aðstoð eða án aðstoðar.

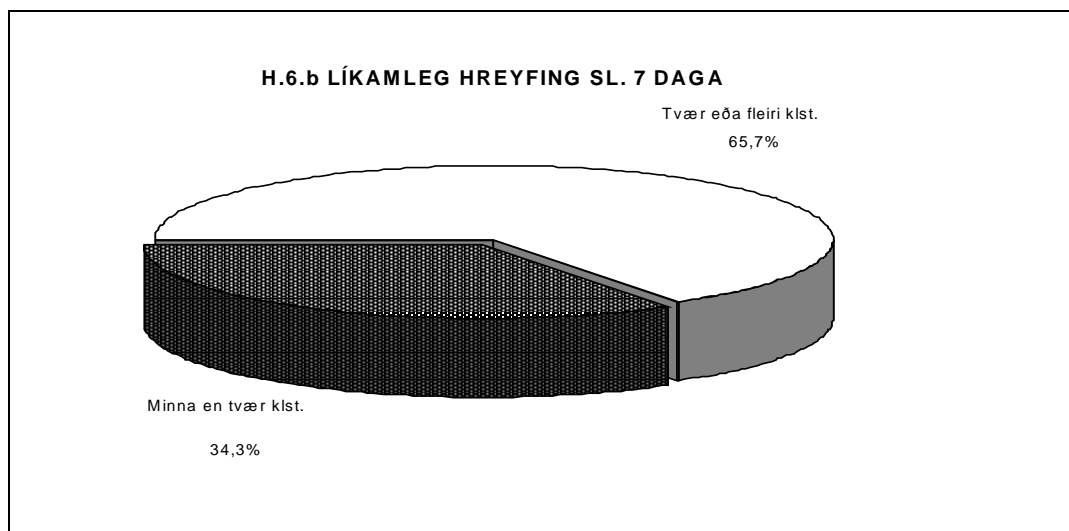


## H.6.a Fjöldi ferða út úr húsi



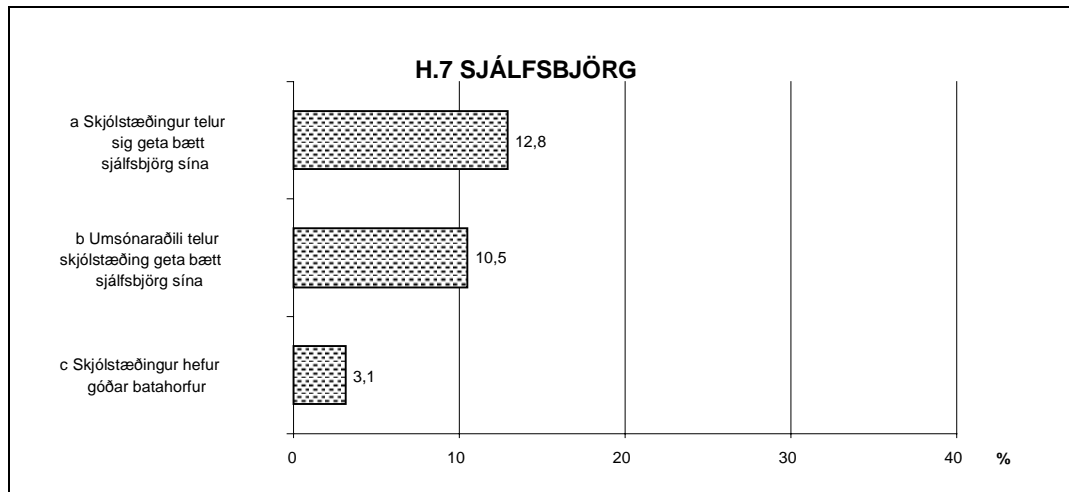
Hér er sýnt hversu marga daga farið var út úr húsi (í skemmri eða lengri tíma) miðað við venjubundna viku síðastliðna 30 daga. Í ljós kom að um fimmtungur hafði farið daglega út úr húsi sl. 30 daga og þar var munur á milli stöðva frá 12,5 % til 25,8%. Sami fjöldi fóru aldrei út og þar var munur á milli stöðva frá 9,7% til 28,1%. Þetta virðist vera sami hópur og fer ekki ekki í stiga. Munurinn á milli stöðva svipaður og þegar metin var göngugeta í stigum.

## H.6.b Fjöldi klst. í líkamlegri hreyfingu



Hér er skoðað hversu margar klukkustundir sl. 7 daga voru notaðar til hreyfingar (t.d. göngu, húspríf og æfingar). Í ljós kom að 65,7% hreyfðu sig meira en tvær klst. Munur stöðva var 61-76 % sem er minni munur en þegar skoðuð er ganga í stigum og hversu oft hefur verið farið út.

## H.7 Sjálfsbjörg



Hér er metið hversu mikið skjólstæðingurinn og umönnunaraðilar geta bætt sjálfsbjörg sína varðandi ADL, IADL eða hreyfifærni. Einnig er spurt um hvernig skjólstæðingur telji batahorfur sínar vera vegna sjúkdóms og/eða heilsufarsástands. Í ljós kom að rúmlega tíundi hver skjólstæðingur telur sig geta bætt sjálfsbjörg sína varðandi ADL, IADL eða hreyfifærni og nær sami fjöldi umsjónarmanna eru þessarar skoðunar. Einungis um 3% skjólstæðinga telur sig hafa góðar batahorfur.

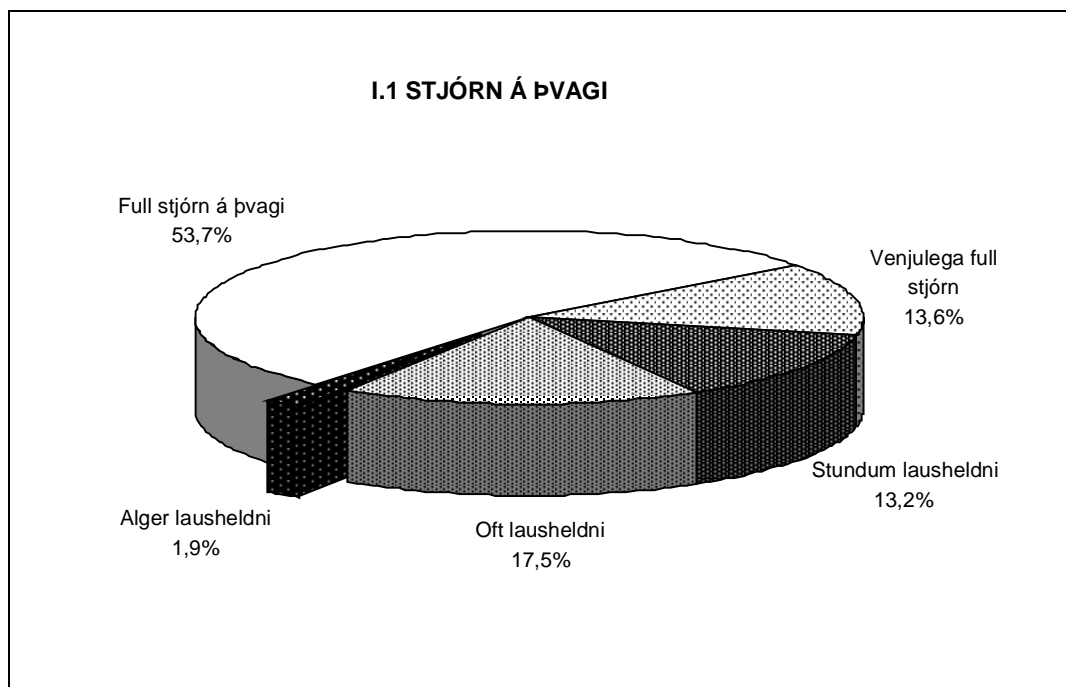
## Samantekt - Umræða

Þriðjungur þeirra er nutu heimahjúkrunar eru sjálfbjarga með undirbúning máltíða, umsýslu fjármála og böðun en einungis fimmtungur voru sjálfbjarga við heimilistörf, lyfjanotkun, innkaup og ferðir. Áberandi flestir voru sjálfbjarga með síma og flestar athafnir daglegs lífs eða frá 85%- 95%. Það virðist vera algengara að nota staf og hjólastól sem hjálpartæki utan húss en hækju og göngugrind innan húss. Mun fleiri fóru um án hjápartækja innan húss en utan eða um helmingur á móti þriðjungi. Um 60% fóru stiga án aðstoðar. Þar kom fram mikill munur á milli stöðva, þrátt fyrir að ekki var svo mikil munur á hreyfifærni almennt. Um fimmtungur hafði farið daglega út úr húsi sl. 30 daga og sami fjöldi fóru aldrei út. Um tíundi hver skjólstæðingur telur sig geta bætt sjálfsbjörg sína varðandi ADL, IADL eða hreyfifærni og sama gildir um umsjónamenn. Einungis 3,1% skjólstæðinga telur sig hafa góðar batahorfur.

Þeir sem nutu heimahjúkrunar virtust því vera tiltölulega sjálfbjarga hvað varðar hreyfifærni innan húss en meiri erfiðleikar voru við hreyfingu utan húss og sést það á hversu margir þurfa aðstoð við innkaup og ferðir. Þessar niðurstöður vekja upp spurningar hvort að aldraðir búi oft í óhentugu húsnæði hvað varðar getu til að komast út og hvort ekki þurfi að auka ferðaþjónustu við aldraða, bæði akstur og fylgd, þannig að þeir gætu farið meira út á meðal fólks og orðið meira sjálfbjarga varðandi almenn dagleg verk. Einnig er spurning hvort ekki sé hægt að veita meiri þjónustu í gegnum síma þar sem flestir eru sjálfbjarga þar að lútandi. Mikill munur var á heilsugæslustöðvum hvort farið var í stiga og vert væri að skoða nánar hvers vegna þessi munur er á milli stöðva m.t.t. skipulags á húsnæði, almenns heilsufars, hvort lyftur séu til staðar, fjöldi þrepa eða hvort staðsetning verndaðs þjónustuhúsnæðis fyrir aldraða innan heilsugæslusvæða gæti skýrt þennan mun.

# Hluti I. Stjórn á þvagi og hægðum

## I.1 Stjórn á þvagi



Þessi mynd sýnir stjórn á þvagútskilnaði m.t.t hjálparaðferða og tækja sem notuð eru s.s. þvagleggja, bleia og fastra salernisferða. Rúmlega helmingur þeirra sem njóta heimahjúkrunar hafa fulla stjórn á þvaglátum. Mjög fáir búa við algera lausheldni, 17,5% hafa tilhneigingu til lausheldni daglega þó einhver stjórn sé til staðar s.s. á daginn, 13,2% missa þvag tvisvar sinnum eða oftár í viku og 13,6% hafa venjulega fulla stjórn, þó fyrir geti komið að þeir missi þvag einu sinni í viku eða sjaldnar.

## I.2 Ráð við þvagleka

Hér er verið að athugað hvaða hjálpartæki voru notuð við þvagleka og kom í ljós að 36% notuðu bleiur og í 1,2% tilvika var notaður þvagleggur vegna þvagleka.

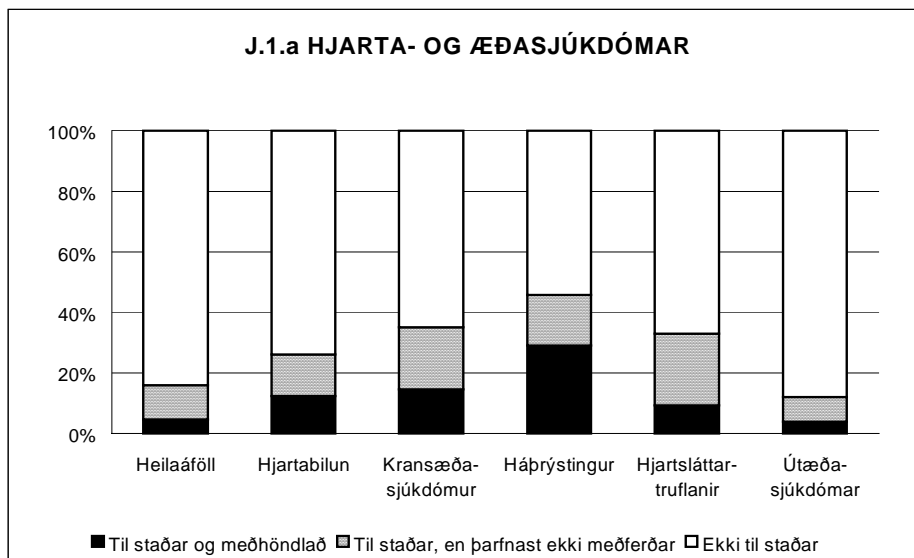
## I.3 Stjórn á hægðum

Þegar skoðuð var stjórn á hægðum hjá þeim sem fá heimahjúkrun kom í ljós að flestir eða um 92,2% hafa fulla stjórn á hægðum. Þetta bendir til þess að þegar svo er komið að einstaklingur hefur ekki lengur stjórn á þessari athöfn þá er líklegt að hann fari fljótlega á hjúkrunarheimili. Í 3,2% tilvika var þó um að ræða missi hægða oftár en einu sinni í viku. Aðrir eða um 4% misstu hægðir einu sinni eða sjaldnar í viku.

## Hluti J. Sjúkdómsgreiningar

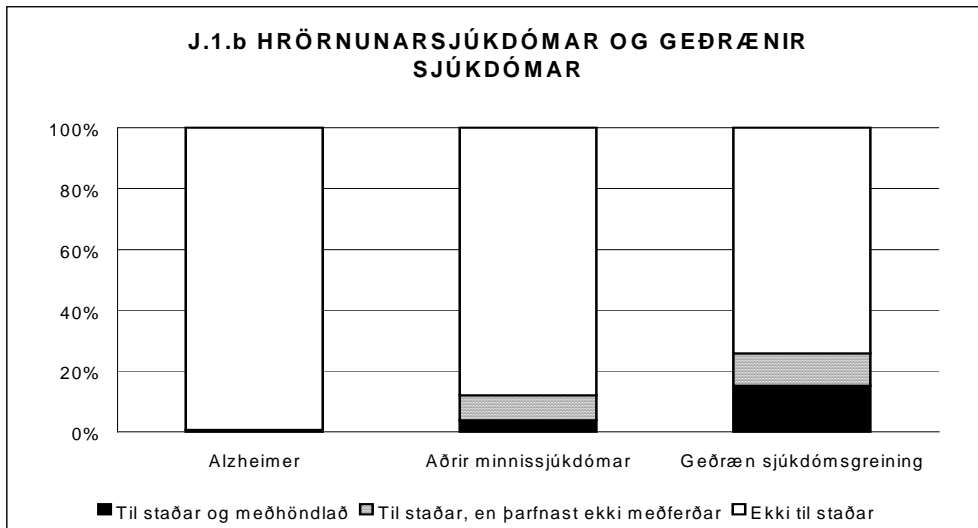
Hér eru skráðir sjúkdómar sem læknir hefur greint og hafa þýðingu fyrir almennt heilsufar skjólstæðings og hvort meðferðar er þörf til að halda einkennum niðri. Mikilvægt er að hafa í huga að einungis eru skráðir þeir sjúkdómar sem eru undir eftirliti heilbrigðisstétta eða hafa leitt til innlagna undanfarna 90 daga. Þetta eru því virk vandamál.

### J.1.a Hjarta- og æðasjúkdómar



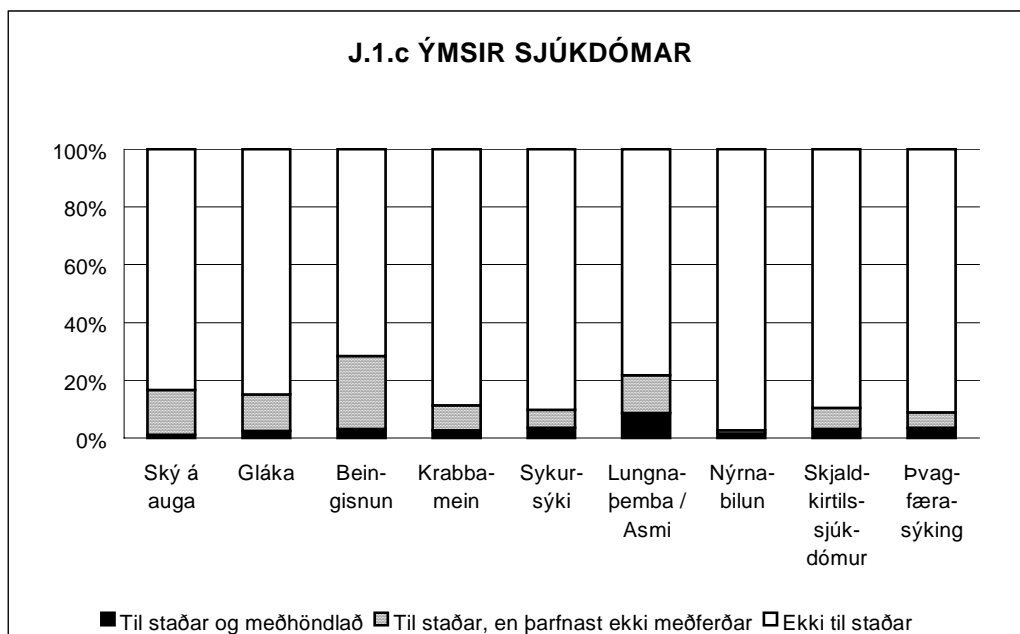
Talið er að hjarta- og æðasjúkdómar skýri um það bil helminginn af sjúkdómabyrði og fötlun aldraðra og um helming af kostnaði í heilbrigðisþjónustu aldraðra. Þegar þessir sjúkdómar voru skoðaðir sérstaklega kom í ljós að háþrýstingur, hjartsláttartruflanir, kransæðasjúkdómur og hjartabilun eru algengustu virku sjúkdómsgreiningarnar. Heilaáföll og útæðasjúkdómar eru þó einnig algeng.

## J.1.b Hrörnunarsjúkdómar og geðrænir sjúkdómar



Þegar skoðað er algengi heilabilunar og geðrænna sjúkdóma sést að algengara er að heilabilun sé skráð en Alzheimer sjúkdómur. Þetta stafar væntanlega af því að Alzheimer sjúkdómur er klínísk útlökunargreining. Til skammst tíma hefur ekki verið lagt eins mikið upp úr því að greina undirflokkja heilabilunar eins og að greina heilabilun sem slíka og útlöka þar með þá þætti sem hugsanlega er hægt að bregðast gegn.

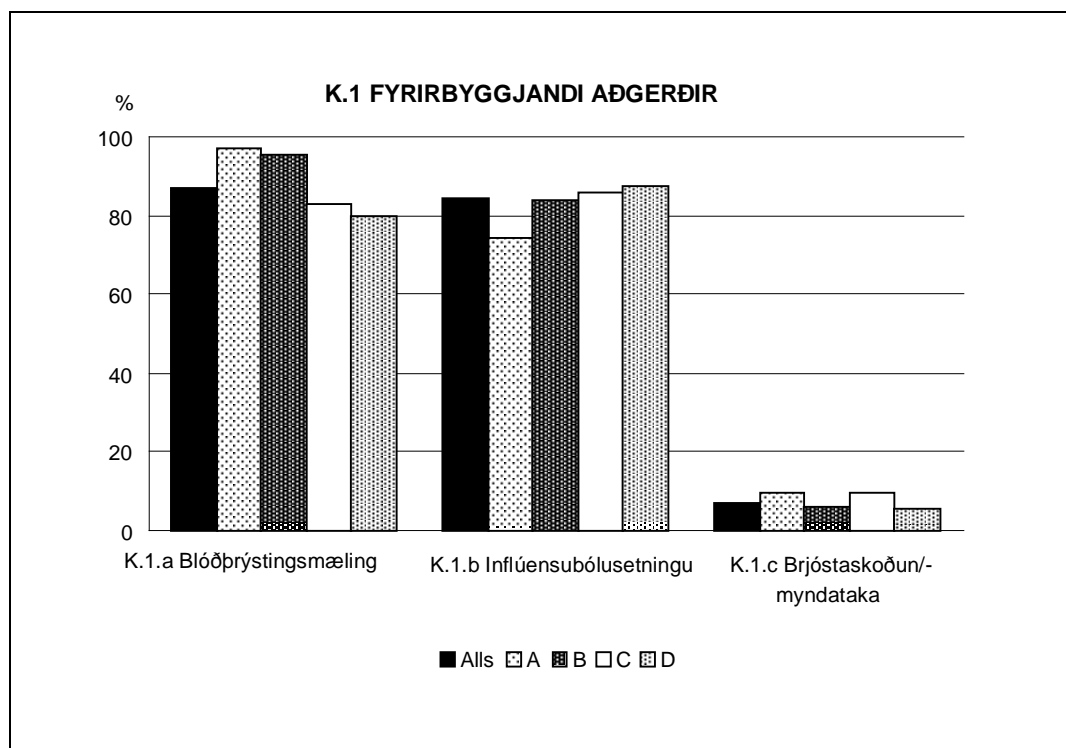
## J.1.c Ýmsir sjúkdómar



Hér sjást aðrir mikilvægir sjúkdómar sem setja mark sitt á skjólstæðinga heimahjúkrunar. Augnsjúkdómar svo sem ský á auga og gláka eru vel mælanlegir. Afleiðingar beingisnunar og lungnasjúkdómar gefa gjarnan einkenni og krefjast hjúkrunarmeðferðar.

# Hluti K. Heilsufarsástand og fyrirbyggjandi aðgerðir

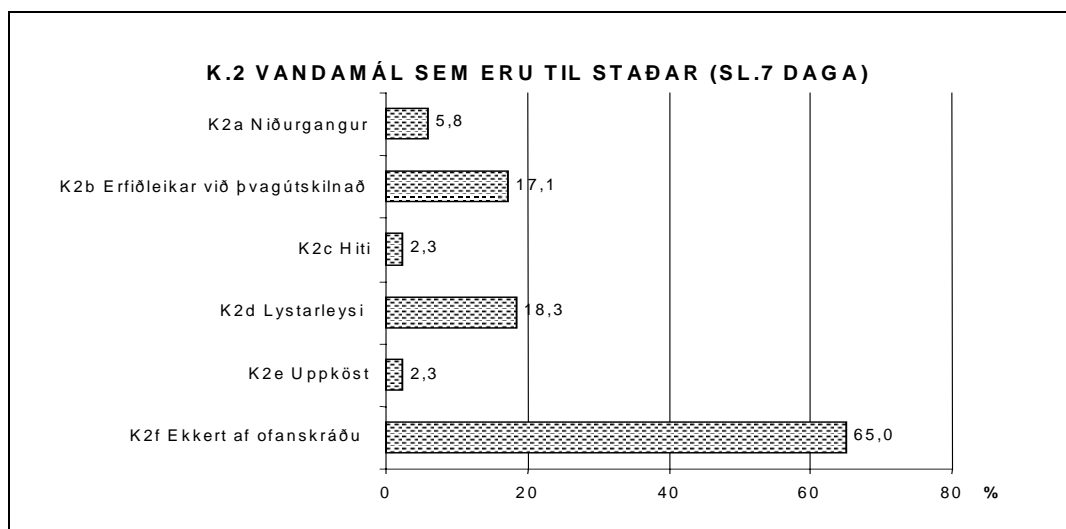
## K.1 Fyrirbyggjandi aðgerðir



Hér eru sýndar fyrirbyggjandi aðgerðir sem gerðar hafa verið á skjólstæðingum heimahjúkrunar á heilsugæslustöðvum A, B, C og D, á síðastliðnum tveimur árum. Í ljós kom að blóðþrýstingur er mældur í meira en 80% tilvika og influenzubólusetning er gefin í um það bil 80% tilvika. Báðar þessar aðgerðir eru auðveldar í heimahjúkrun og færa mætti rök fyrir því að blóðþrýstingur væri mældur hjá öllum í heimahjúkrun. Hins vegar má búast við að einhverjir hafni bólusetningu. Hún er mikilvæg, ekki síst fyrir þá sem eru lasburða eins og þeir sem fá heimahjúkrun.

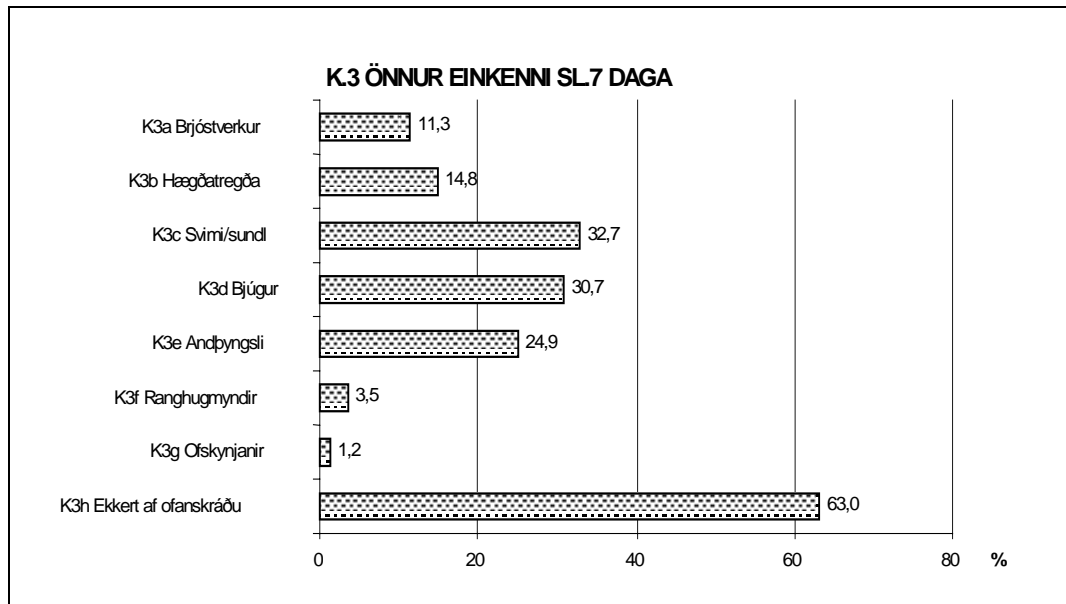
Athygli vekur hversu fáir einstaklingar hafa farið í brjóstaskoðun eða myndatöku. Heimahjúkrun, sem oft hjálpar til við böðun ætti að vera ákjósanlegur vettvangur fyrir reglubundna klíniska brjóstaskoðun.

## K.2 Vandamál sem eru til staðar (sl. 7 daga)

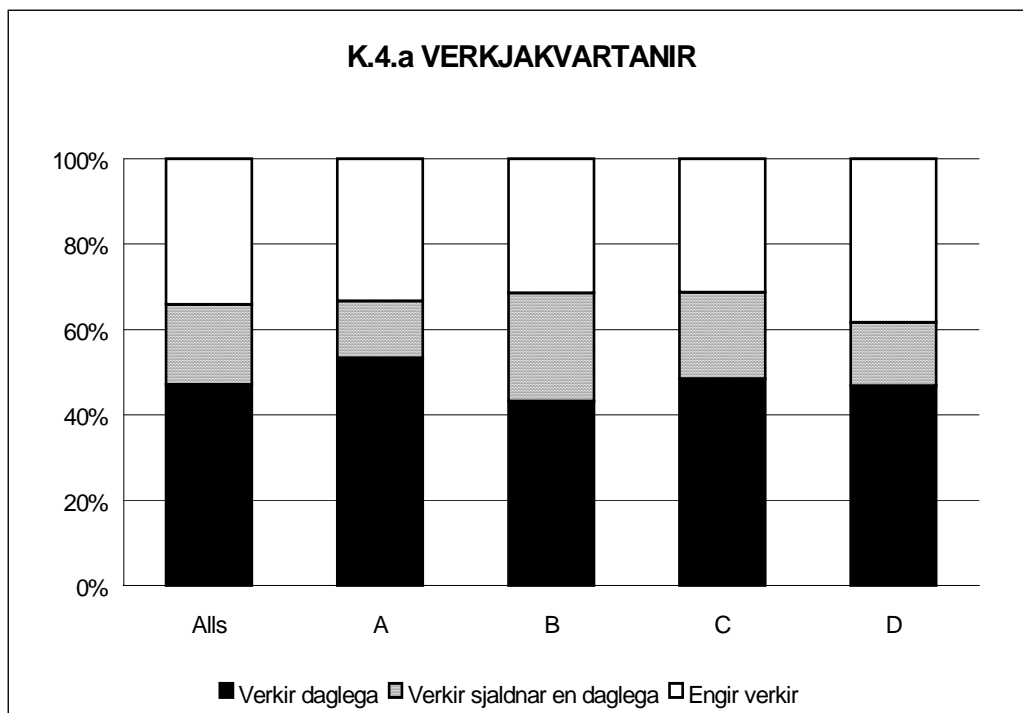


Hér eru sýnd margvísleg vandamál sem voru til staðar í að minnsta kosti tvo af síðastliðnum sjö dögum og tengjast þvag- og meltingarfærum. Í ljós kom að lystarleysi og þvagtrögða eru algengustu einkenni en 2/3 skjólstæðinga hafa ekki þessi vandamál.

## K.3 Önnur einkenni sl. 7 daga

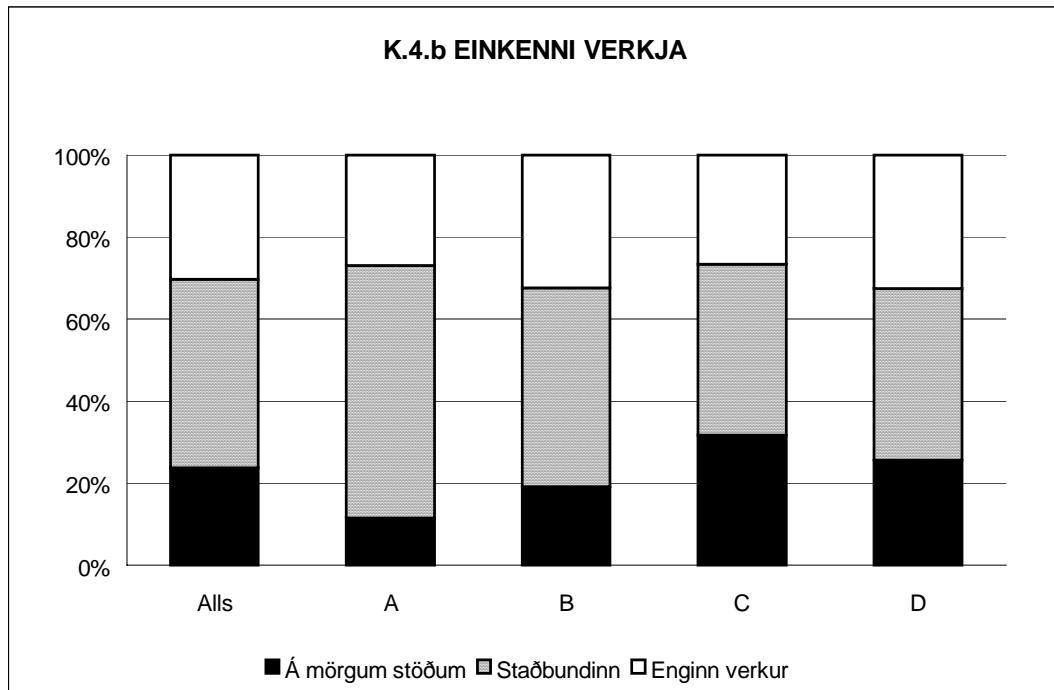


Þegar skoðuð eru önnur algeng einkenni sem metin voru og hafði orðið vart síðastliðna 7 daga þá voru svimi, bjúgur, andþyngsli, hægðatregða og brjóstverkir algengust. Ranghugmyndir og ofskynjanir sjást en eru mun sjaldgæfari.

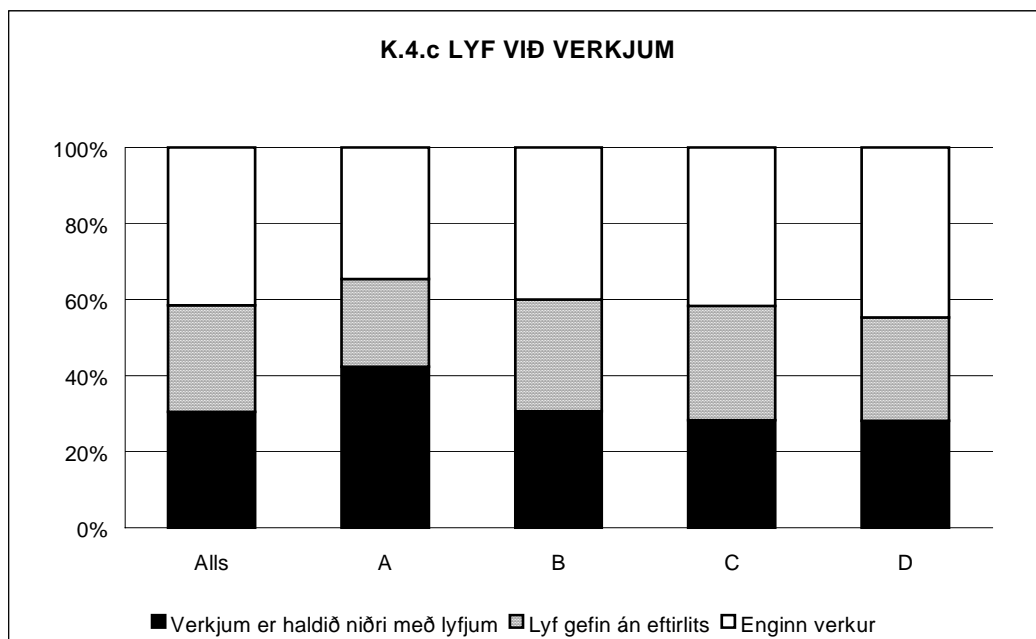


Hér er metið hvort kvartað sé oft um verki eða sýnd einkenni um verki síðastliðna 7 daga á heilsugæslustöðvum A, B, C og D. Í ljós kom að einungis þriðjungur af skjólstæðingum heimahjúkrunar er verkjalaus en tæplega helmingur er með daglega verki. Þannig eru verkir eitt algengasta sjúkdómseinkenni sem aldraðir hafa og vekur upp spurninguna um það hvort nægilega sé að gert í greiningu og meðferð verkja.



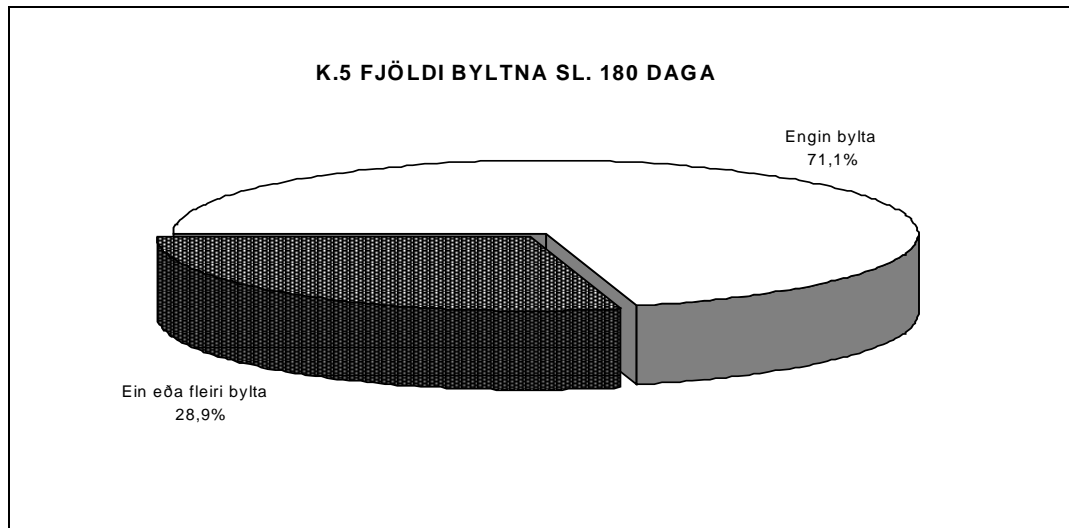


Hér er metið hvort verkirnir eru mjög slæmir eða óbærilegir, hverfi auðveldlega, hafi áhrif á þátttöku í félagslífi, svefn, matarlyst, viljann til að fara á fætur og á andlega líðan. Í ljós kom að þriðjungur skjólstæðinga, á heilsugæslustöðvum A, B, C og D, er með það slæma verki að þeir trufla athafnir daglegs lífs og valda meiriháttar þjáningum. Verkirnir eru oftast staðbundnir en dreifðir. Þetta leiðir hugann að meðferð sem beinist að hinum staðbundnu verkjum, svo sem sterainnspýtingum, TNS, hita, bylgljum og í sumum tilvikum líðskiptaaðgerðum.



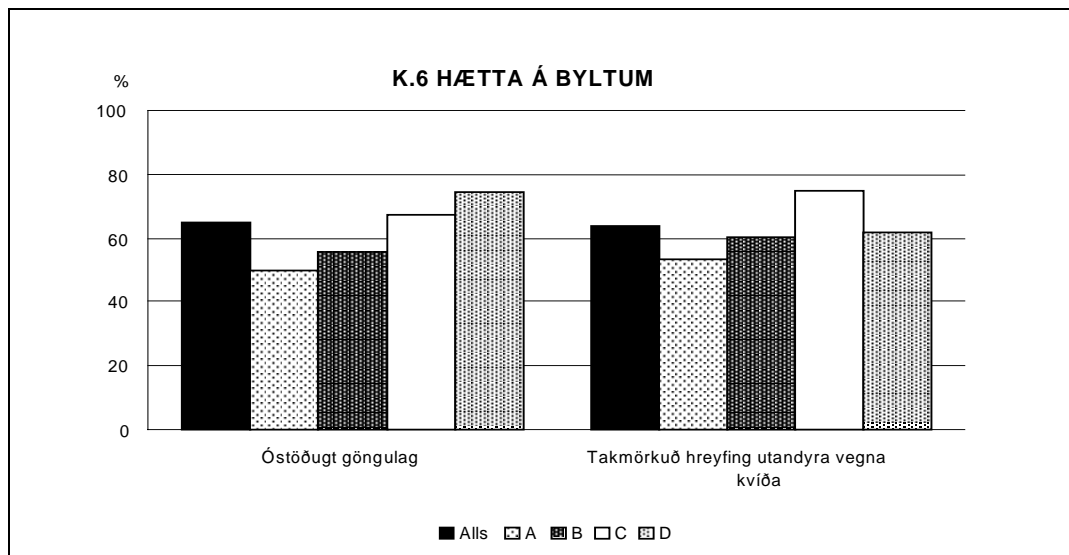
Hér eru sýnd lyf sem notuð eru til að stemma stigu við verkjum. Í um það bil þriðjungi tilfella á, heilsugæslustöðvum A, B, C og D, tekst að halda verkjum niðri með lyfjum að hluta til eða öllu leyti.

## K.5 Byltur



Hér er yfirlit yfir byltur síðastliðna 180 daga. Í ljós kom að tæplega þriðjungur hefur orðið fyrir byltu á síðastliðnu hálfu ári. Byltur eru mikilvægt einkenni um undirliggjandi sjúkdóma. Þessa einstaklinga þarf að skoða sérstaklega í forvarnarskyni fyrir frekari byltum til þess að draga úr líkunum á áverkum (sem sjást í þriðjungi tilvika ) og brotum (sem sjást í einni byltu af tuttugu).

## K.6 Hætta á byltum



Til að athuga hættu á byltum var skoðað sérstaklega óstöðugt göngulag og hræðsla skjólstæðings við byltur, slíkt lýsir sér í því að hann hefur takmarkað hreyfingu sína utandyra t.d að fara í strætisvagni eða fer aðeins út með öðrum. Í ljós kom að um það bil 60% skjólstæðinga í heimahjúkrun er með óstöðugt göngulag og takmarkaða hreyfingu utandyra vegna kvíða fyrir byltum. Þó nokkur munur er á milli heilsugæslustöðva A, B, C og D, eða frá 50% -74% varðandi óstöðugt göngulag og 53%-62% varðandi takmörkun á hreyfingu utandyra. Jákvæð fylgni er á milli óstöðugs göngulags og takmörkun ferða utandyra.

## K.7 Lífsstíll

Skoðaðar voru ýmsar breytur sem tengjast lífsstíll. Þær voru:

K.7.a. Síðastliðna 90 daga var skjólstæðingi ráðlagt að draga úr áfengisneyslu sinni, eða aðrir höfðu áhyggjur af áfengisneyslu hans.

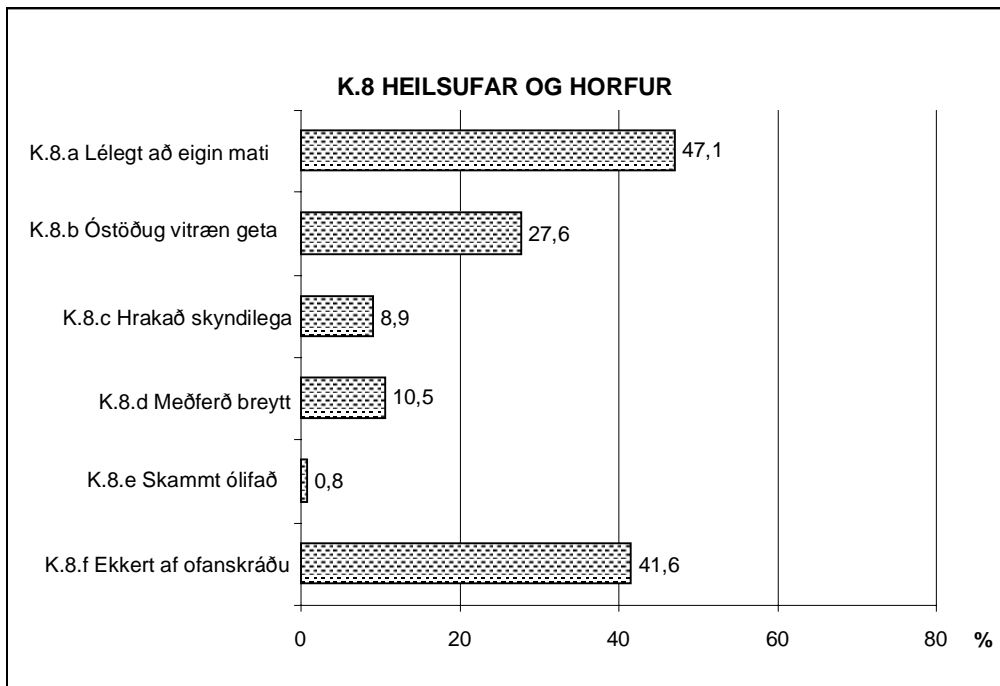
K.7.b. Fjöldi drykkja í venjulegri viku undanfarandi mánuð

K.7.c. Fjöldi drykkja á venjulegum degi

K.7.d. Reykir eða tyggur tóbak

Helstu niðurstöður eru að áfengisneysla verður að teljast lítil og tæplega 3% einstaklinga hafði verið ráðlagt að draga úr áfengisneyslu á síðast liðnum þremur mánuðum. Heilsuvá er af því að ofneyta áfengis á efstu árum. Af því hljótask oft alvarlegir áverkar. Reykingar sjást hjá tæplega 20% skjólstæðinga, sem er minna en meðal fullorðinna á öllum aldri. Er þetta ef til vill til marks um það að reykingar hafa þegar tekið umtalsverðan toll fyrr á æviskeiði árganganna og þeir sem reykja eru ólíklegri til þess að nýta sér öldrunarþjónustuna en aðrir.

## K.8 Heilsufar og horfur



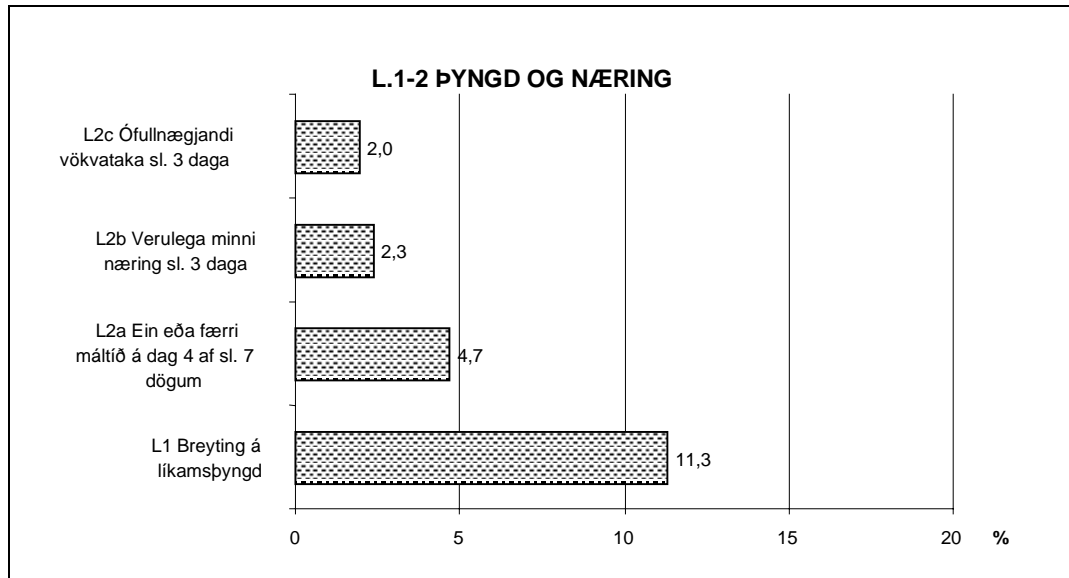
Það kemur á óvart að tæplega helmingur allra í heimahjúkrun telur heilsufar sitt lélegt. Sjálfsmat á heilsufari er einn sterkasti spábátturinn á frekari veikindi og vandamál. Aðrir þættir sem sýndir eru í þessari mynd eru til marks um það hversu veikir margir skjólstæðingar heilsugæslunnar eru.

## K.9 Önnur atvik

Skoðað var sérstaklega algengi óvenjulegra uppákoma s.s. hræðslu við skyldmenni, vanrækslu, óþrifnað og notkun á fjötrum. Í 94% tilfella var ekki um að ræða fyrrnefnd atvik en mikilvægt er að taka á slíkum uppákomum, þegar þeirra verður vart þar sem þau varða skjólstæðingana miklu.

# Hluti L. Vökvajafnvægi og næringarástand

## L.1-2 Þyngd og næring



Hér er metið hvort skjólstæðingar eru að léttast, þ.e. eru að léttast óviljandi um 5% eða meira á sl. 30 dögum eða 10% eða meira á sl. 180 dögum. Einnig er verið að meta ýmsar aðrar breytur er tengjast næringar- og vökvatöku. Í ljós kom að langflestir halda þyngd sinni eða 88,7% en 11,3% léttast. Aðrar breytur sem eru skoðaðar hér eru sjaldan til staðar þ.e. einungis 4,7% neyttu einungis einnar eða færri máltíða á síðastliðnu 7 daga tímabili. Í 2,3% tilvika var um það að ræða að fólk neytti verulega minni fæðu eða vökva en venjulega síðastliðna 3 daga og almennt hafði fólk fullnægt vökvatöku sinni sl. 3 daga eða í 98% tilvika.

## L.3.a- c Næringaraðferð

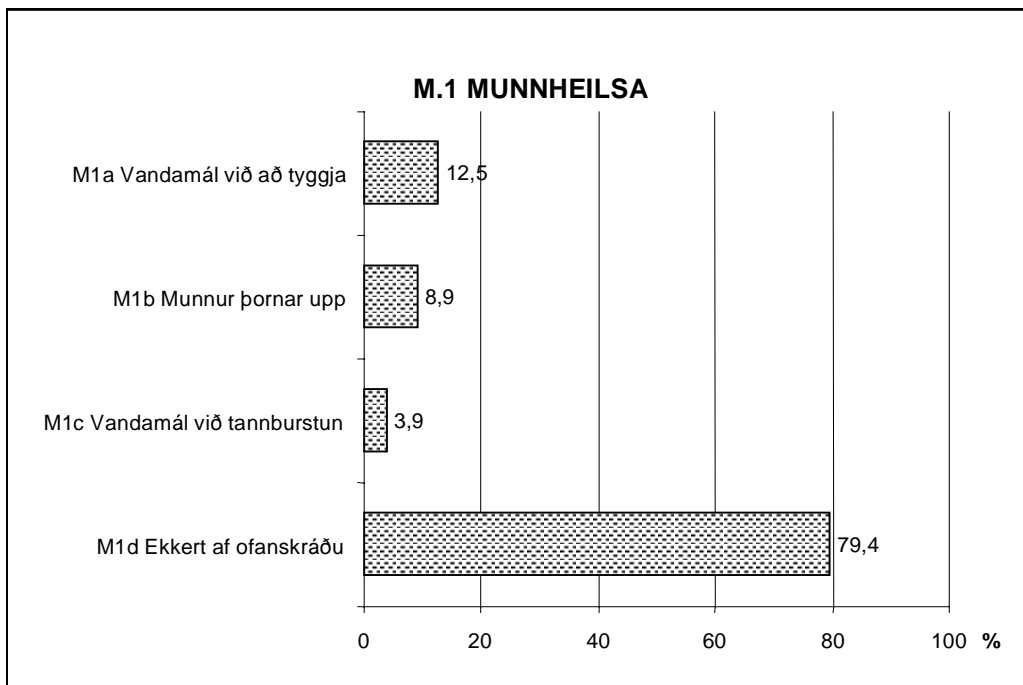
Hér er lýst óeðlilegum næringaraðferðum sem hafa verið notaðar s.s. vökvagjöf í gegnum æðalegg, næring í gegnum æðalegg (TPN) og næring í gegnum sondu. Í ljós kom að enginn sem fékk heimahjúkrun þurfti að fá vökvagjöf í gegnum æðalegg og einungis einn fékk næringu í æð (TPN). Enginn nærðist gegnum næringarsondu.

## Samanitekt - Umræða

Næringarástand þeirra sem njóta heimahjúkrunar virðist vera nokkuð gott en einungis 11,3% eru að léttast. Athyglivert væri að skoða þann hóp sérstaklega. Vandamál sem tengjast næringu og vökvatekju virðast ekki vera til staðar og óeðlilegar næringaraðferðir sjást nær ekki. Þetta virðist því ekki vera vandamál sem hrjáir aldraða mikið í heimahúsi.

# Hluti M. Munn - og tannheilsa

## M.1 Munnheilsa



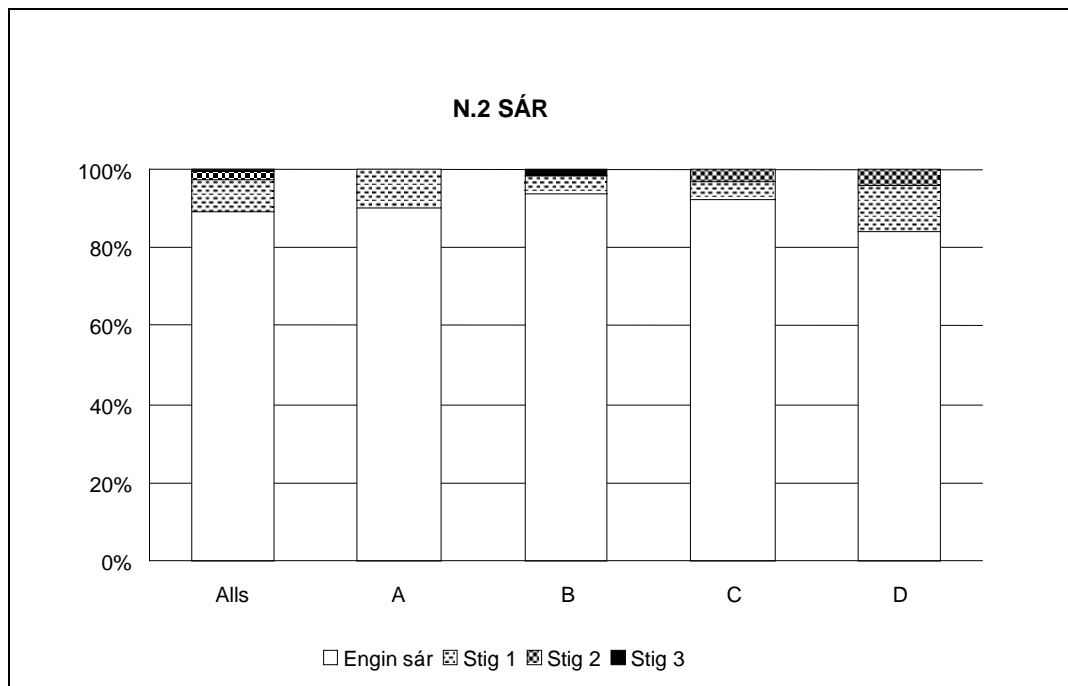
Vandamál sem tengjast munnholi virðast ekki vera mjög algeng en þegar þau eru til staðar krefjast þau sérstaks eftirlits. Vandamál við að tyggja og kyngja ( t.d. verkir þegar borðað er) sést hjá líðlega 12 %, munnur þornar upp þegar borðað sést hjá tæplega 10 % og vandamál við að burstu tennur eða gervitennur voru talin fremur sjaldgæf eða innan við 5%.

# Hluti N. Ástand húðar

## N.1 Húðvandamál

Hér er verið að skoða öll húðvandamál önnur en þrýstingssár eða breytingar á húðheilsu sl. 30 daga (t.d. bruni, mar, sár, útbrot, kláði, lús, kláðamaur). Í ljós kom að 19,1% þeirra sem nutu heimahjúkrunar höfðu einhvers konar sár.

## N.2 Þrýstingssár



Hér er lýst hæsta stigi þrýstingssára á heilsugæslustöðvum A, B, C og D. Sár var skilgreint sem sár sem komu til vegna þrýstings eða lélegrar blóðrásar og var skipt upp eftir eftirfarandi skilgreiningu:

Stig 1; sár sem taka til hvers konar roða í húð

Stig 2; hluti húðlags er skaddað svo sem afrifur, blaðra á hörundi eða grunnt sár

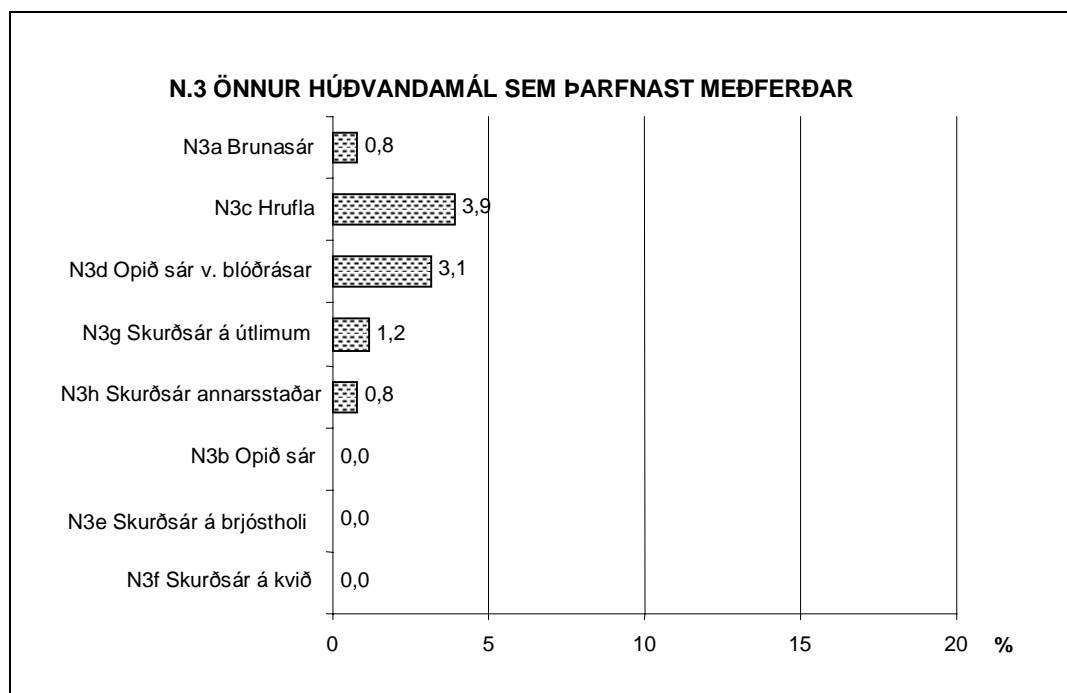
Stig 3; allt húðlagið er skaddað þannig að sést í fituvef, djúpt sár jafnvel með holrými undir aðliggjandi vefjum eða fistli

Stig 4; allt húðlag og fituvefur horfinn, sést í vöðva eða bein.

Í ljós kom að algengi þrýstingssára er lítið eða að meðaltali höfðu 89,5% engin þrýstingssár. Algengi 1. stigs sára var 7,8%, algengi 2. stigs sára var 2,3% og algengi 3. stigs sára var 0,4%. Engin 4. stigs sár voru til staðar.

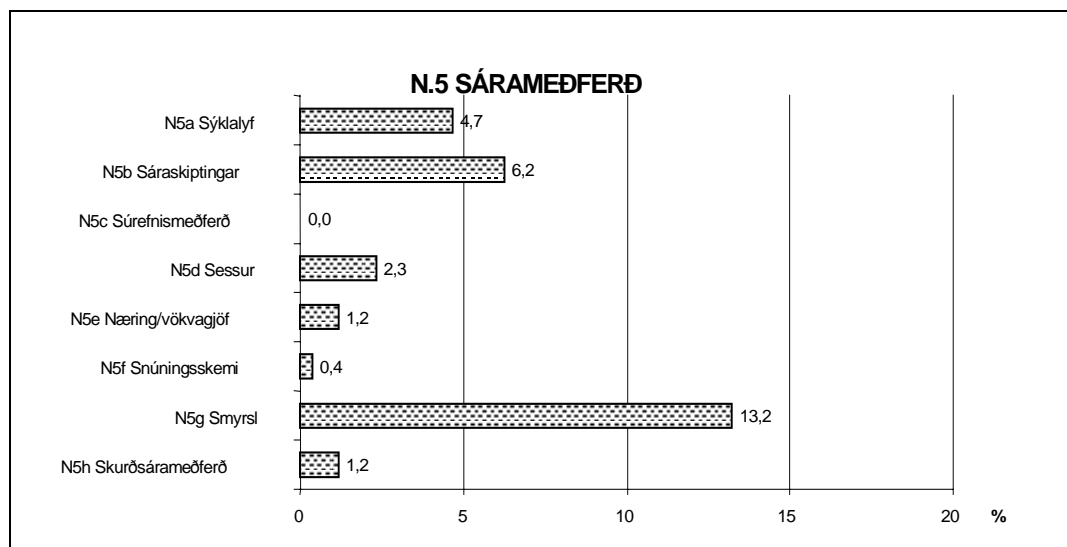
Einnig var skoðað hverjir höfðu haft legusár áður og höfðu fæstir sögu um nýlega gróið legusár eða 9,0%.

### N.3 Önnur húðvandamál sem þarfnast meðferðar



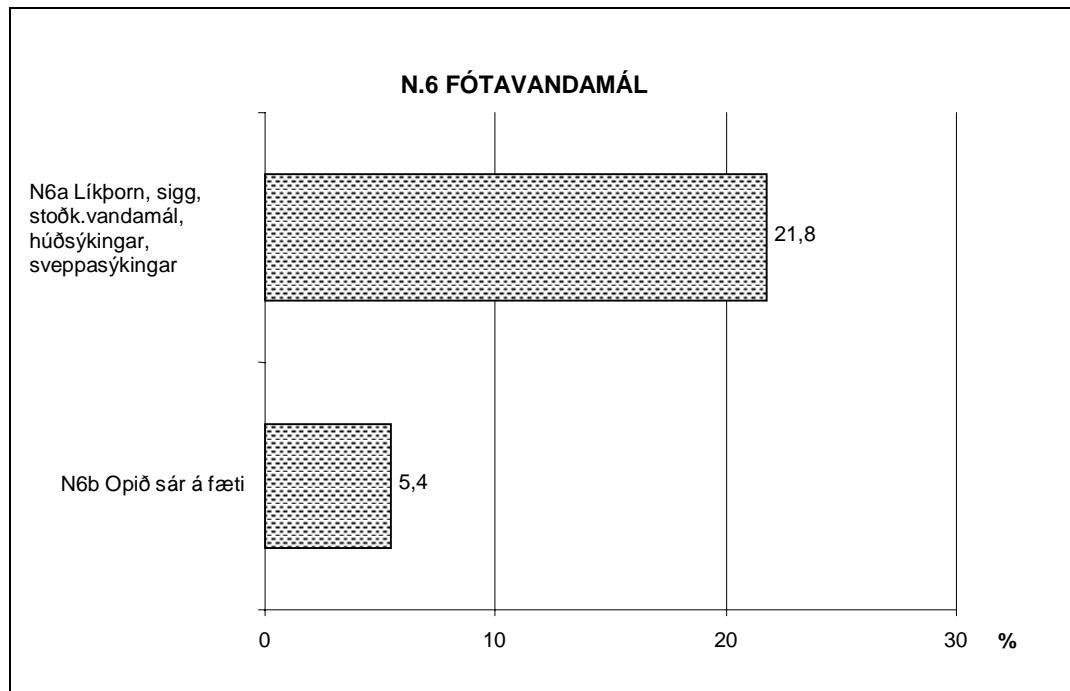
Hér eru metin önnur húðvandamál en þrýstingssár sem þörfuðust meðferðar sl. 7 daga. Algengasta húðvandamálið, sem þurfti meðferð, var opið sár vegna lélegrar blóðrásar og hrufla á húð.

### N.5 Sárameðferð



Hér er sýnd sárameðferð sem veitt var sl. 7 daga. Í ljós kom að algengast var að nota smyrsl eða hjá í 13,2% en önnur meðferð var sjaldgæfari og samræmdist þetta þeim fjölda sára er skráð voru.

## N.6 Fótavandamál



Hér eru sýnd vandamál sem tengjast fótum, s.s líkþorn, sigg, stoðkerfisvandamál, húðsýkingar, sveppasýkingar og opin sár á fæti. Í ljós kom að þó nokkuð er um vandamál sem tengjast fótum, eða 21,8%.

## Samantekt - Umræða

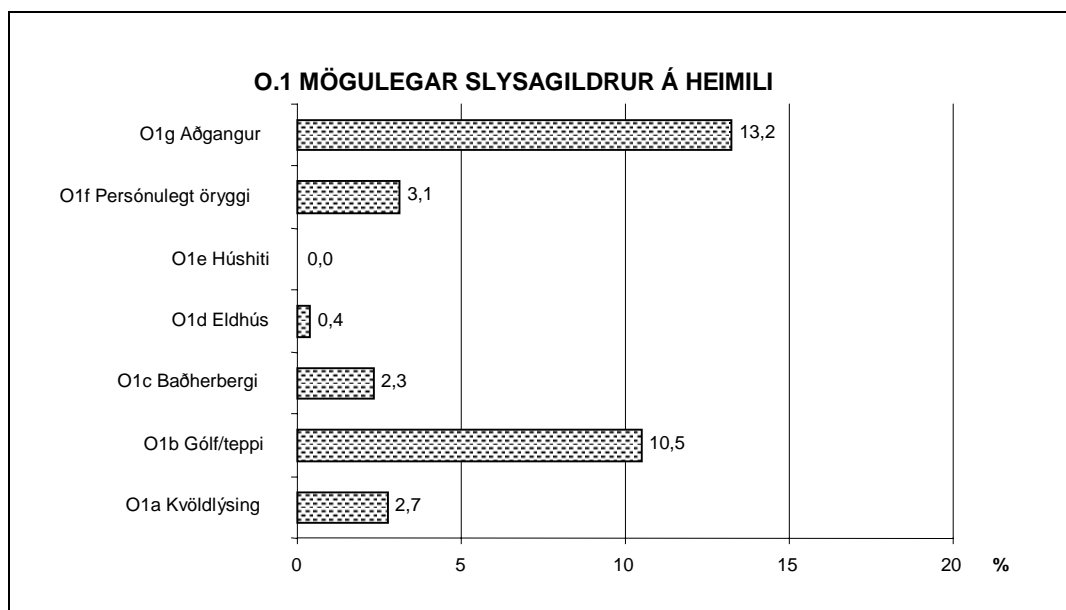
Þrýstingssár virtust ekki vera algeng hjá þeim sem fengu heimahjúkrun á þessum fjórum stöðvum og eru þau flest 1.stig þrýstingssár. Önnur sár eru algengari og virðist vera um einfaldar sárameðferðir að ræða. Erfiðari sárameðferðir virðast því vera inni á stofnunum. Það vaknar upp sú spurning hvort nægilega sé leitað til heimahjúkrunar varðandi sárameðferð. Þar sem þó nokkuð er um fótavandamál vaknar einnig upp sú spurning hvort því sé nægilega sinnt að senda aldraða til fóttaaðgerðafræðinga þegar um erfið fótavandamál er að ræða sem geta leitt til sáramyndunar.



## Hluti O. Mat á heimilisaðstæðum

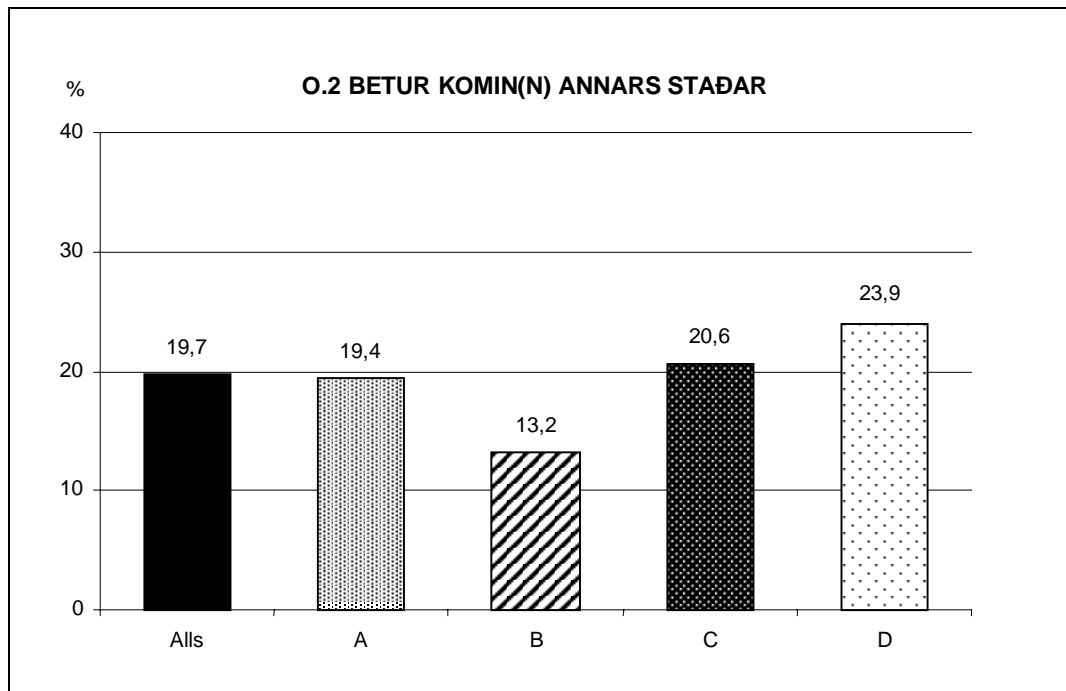
Tilgangur þessa hluta er að leitast við að meta þær aðstæður sem skjólstæðingar búa við heima fyrir, með tilliti til áhættuþátta í umhverfinu.

### O.1 Mögulegar slysgildirur á heimili



Hér er lýst helstu mögulegum slysgildrum á heimilum. Í ljós kemur að aðgangur að heimilinu er erfiður hjá mörgum eða 13,2% og kemur það heim og saman við hversu margir treysta sér ekki út. Notkun á gólfmottum og teppum (ásamt snúrum og ójöfnum á gólfi) eru til staðar í 10,5% tilvika og ein helsta slysgildran og orsök fyrir falli aldraðra í heimahúsi. Aðrir þættir eru mun sjaldnar til staðar þannig að mikill meirihluti skjólstæðinga býr við góðar umhverfisaðstæður og persónulegt öryggi.

## O.2 Betur komin(n) annars staðar



Hér er spurt hvort skjólstæðingi eða umönnunaraðila finnist sem skjólstæðingur sé betur kominn í öðru umhverfi með aukna þjónustu. Í ljós kemur að fimmti hver skjólstæðingur telur sig betur kominn annars staðar. Nokkur munur er á milli heilsugæslustöðva A, B, C og D hvort skjólstæðingum finnist þeir vera betur komnir annars staðar, eða frá 13%-24%.

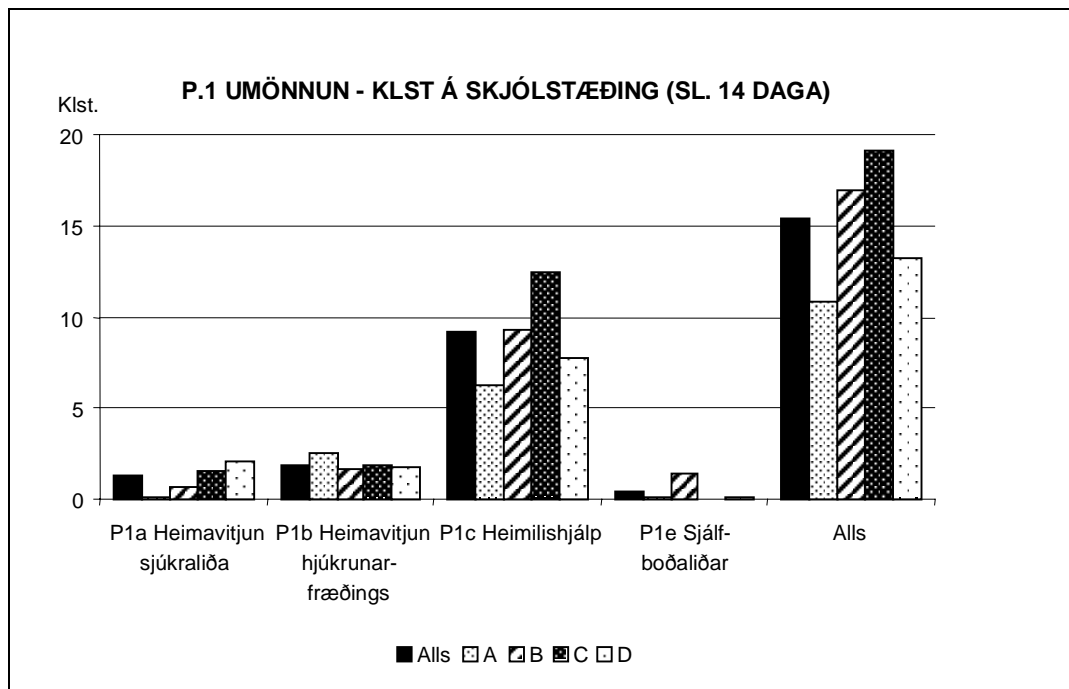
## Samantekt - Umræða

Flestir aldraðra á Íslandi búa við góðar aðstæður. Helstu vandamál sem tengjast erfiðum heimilisaðstæðum eru aðgangur að heimum, eða í 13% tilvika, slyshætta af gólfmottum, snúrum og ójöfnum, eða 11% tilvika. Ákveðinn hópur, eða um 20%, telur sig betur komin annars staðar en á heimili sínu. Þetta eru líklega þeir sem, vegna húsnæðisaðstæðna eða heilsuþrengingar, óska eftir dvöl á hjúkrunarheimili eða í vernduðum íbúðum. Nokkur munur er á milli heilsugæslustöðva hvað þetta varðar og er líklegt að það endurspegli hversu margir skjólstæðinganna búa nú þegar í þjónustuhúsnæði.

## Hluti P. Sérstök meðferð og meðferðarheldni

Í þessum hluta er gerð grein fyrir þeirri þjónustu og þeim tíma sem varið er hjá skjólstæðingi síðastliðna 14 daga. Markmiðið er að metið sé hve miklum tíma starfsmenn heimahjúkrunar og heimilishjálpar verja í umönnun skjólstæðinga í hverri viku og hvaða aðra þjónustu, félagslega eða annars konar, veitt er.

### P.1 Umönnun í klukkustundum sl. 14 daga



Hér er sýnt hve miklum tíma starfsmenn heimahjúkrunar og heimilishjálpar verja í umönnun til skjólstæðinga í hverri viku og hvaða önnur þjónusta er veitt. Í ljós kom að algengasta þjónustan sem skjólstæðingar fá eru heimsóknir frá hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum heimahjúkrunar og aðstoð frá heimilishjálpar. Niðurstöður fyrir í rannsókninni sýndu að algengasta aðstoðin er fólgin í böðun og lyfjatiltekt, en stór hluti skjólstæðinganna er nokkuð sjálfbjarga. Mælitæki þetta takmarkast af þeim breytum sem spurt var um, en þær ná ekki að spanna nema hluta þeirrar þjónustu sem veitt er á heilsugæslustöðvum A, B, C og D.

### P.2 Sérstök meðferð og þjálfun

Það voru einungis þrjár sem voru í krabbameinslyfjameðferð. Tvö prósent fengu aðstoð við umönnun stomiu, 2% fengu stöðuga sérlyfjameðferð og 0,5% umönnun barkaraufar. Leikfimiæfingar stunduðu 20% og öndunaræfingar fengu 2%. Um helmingur var með öryggishnapp og voru 10% á sérþæði.

## P.5 Meðferðarmarkmið

Í 41% tilfella hafði meðferðarmarkmiðum ekki verið náð á sl. 30 dögum. Svörun var mjög mismunandi eftir heilsugæslustöðvum, allt frá 18% upp í 90% svöruðu því neitandi. Þetta þarf því að kanna betur.

## P.6 Breyting á umönnunarþörfum

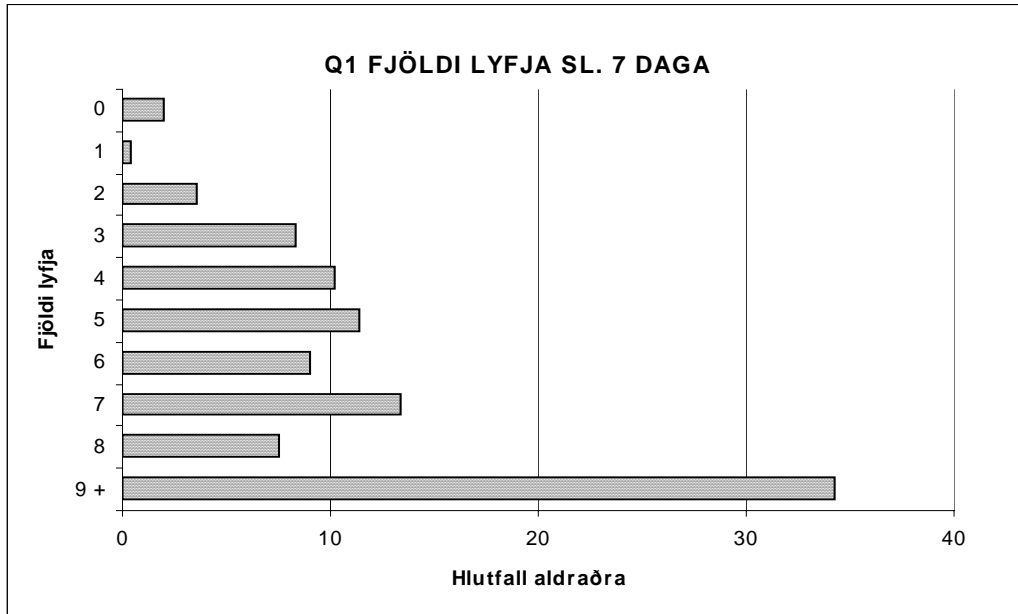
Hér er verið að skoða hvort veruleg breyting hefur orðið á sjálfsbjörg á síðastliðnum 90 dögum. Í ljós kemur að engin breyting hafði orðið hjá 80%, framför hafði orðið hjá 4,3% og afturför hjá 16%.

## P.7 Hætt við

Hér er verið að skoða hvort skjólstæðingurinn hefur þurft að hætta við vegna fjárskorts síðastliðnu 90 daga eða sparað við sig eitthvað af eftirfarandi atriðum: ávísuðum lyfjum, húshitun, nauðsynlega læknaþjónustu, nauðsynlegum mat eða heimilishjálp. 96,5% svöruðu því neitandi en 3,5% svöruðu því játandi.

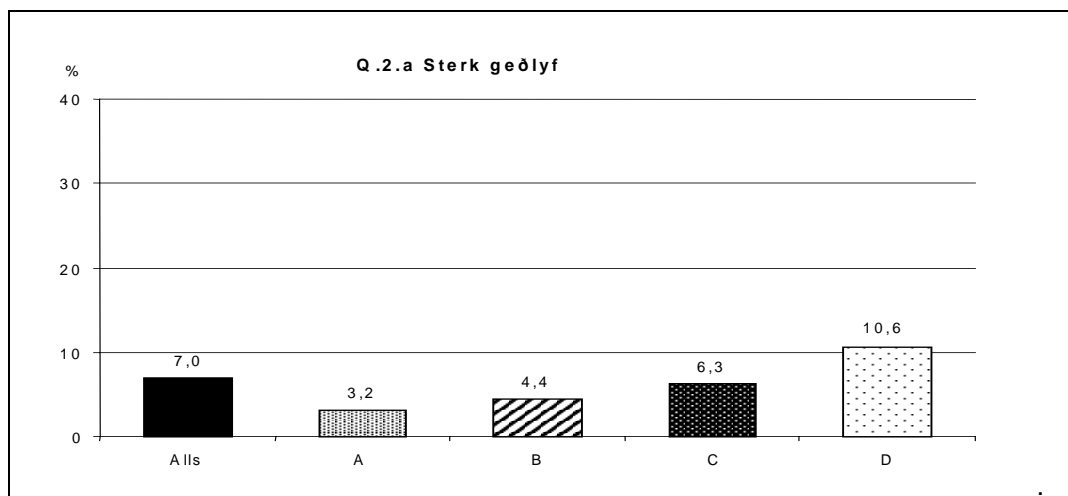
# Hluti Q. Lyfjanotkun

## Q.1 Fjöldi lyfja



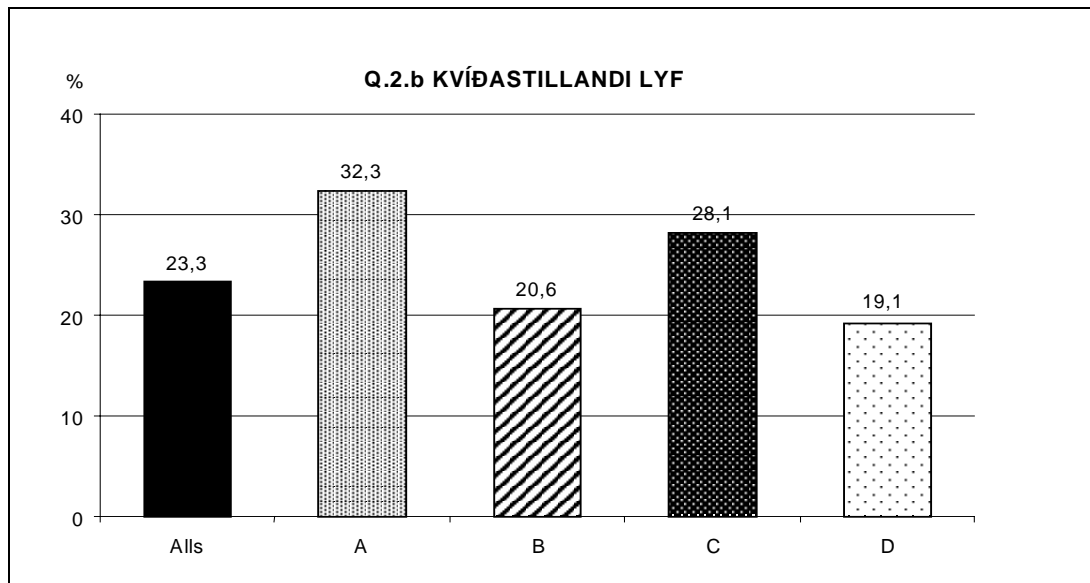
Hér lýst hversu mörg lyf voru tekin sl. 7 daga. Í ljós kom að um 35% aldraðra taka 9 lyf eða fleiri. Það vekur upp spurningar, en það sem skiptir ekki síður máli eru skammtastærðir, nákvæm tegund lyfja sem notuð eru og tímalengd meðferðar og tilgangur. Þessir þættir ráða úrslitum um það hvort mikil lyfjanotkunin telst af hinu góða eða hvort hana megi endurbæta með eftirliti.

## Q.2.a Sterk geðlyf



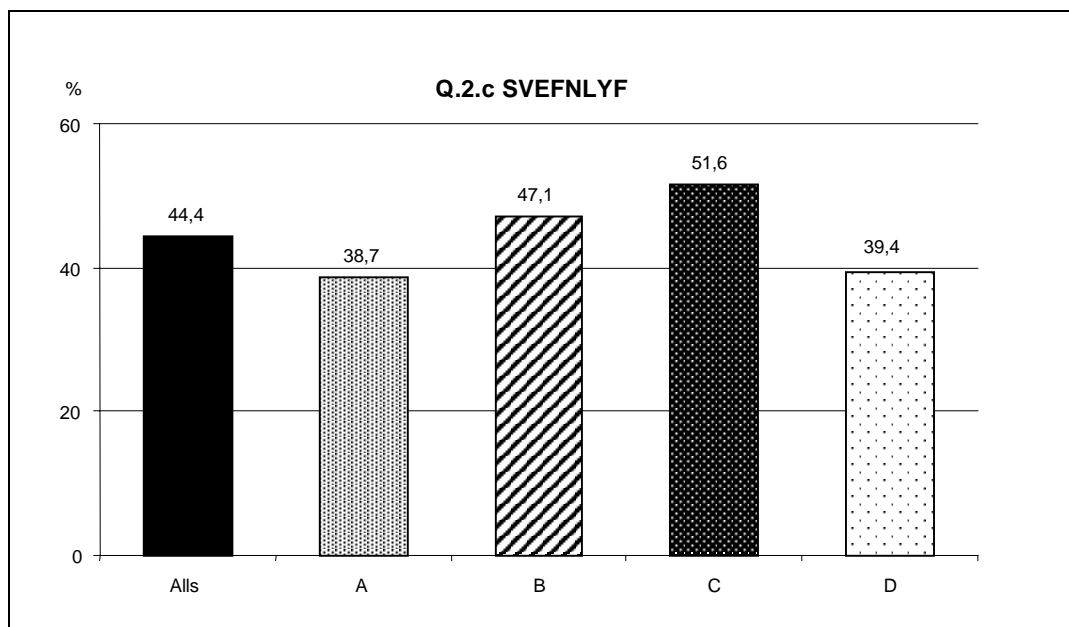
Hér er sýnd notkun á sterkum geðlyfjum. Í ljós kom að þau eru notuð í um það bil 7% tilvika á heilsugæslustöðvum A, B, C og D.

## Q.2.b Kvíðastillandi lyf



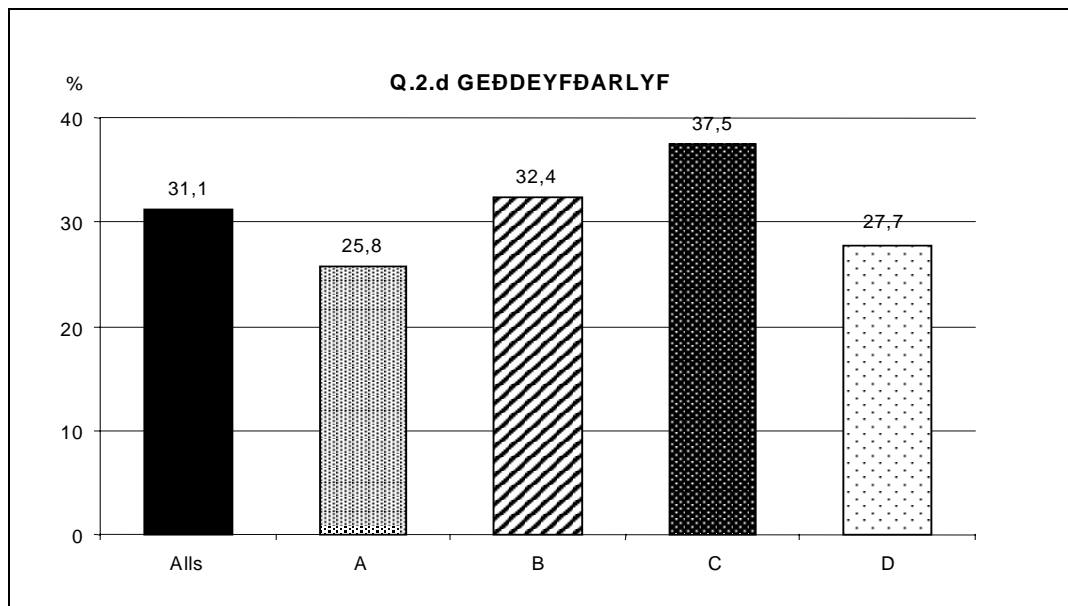
Hér er lýst notkun á kvíðastillandi lyfjum sem flest eru af benzodiazepin flokki. Í ljós kom að þau eru notuð í um það bil 20% tilvika á heilsugæslustöðvum A, B, C og D. Nokkur mismunur er á notkun kvíðastillandi lyfja á heilsugæslustöðvunum eða frá 19% til 32%.

## Q.2.c Svefnlyf



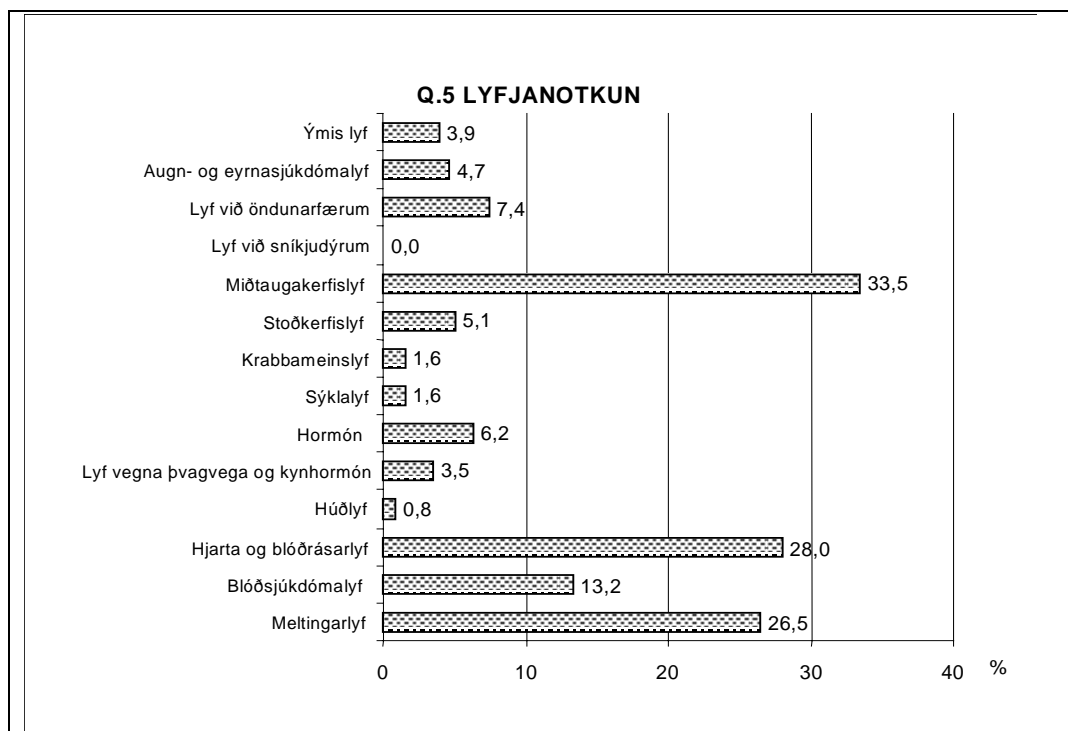
Hér er sýnd notkun á svefnlyfjum og kom í ljós að notkun þeirra er verulega algeng eða hjá 40% einstaklinganna á heilsugæslustöðvum A, B, C og D.

## Q.2.d Geðdeyfðarlyf



Hér er skoðuð notkun á geðdeyfðarlyfjum og kemur í ljós að þau eru notuð í 30 % tilvika. Nokkur munur er á notkun geðdeyfðarlyfja á milli heilsugæslustöðva A, B, C og D.

## Q.5 Lyfjanotkun



Hér er lýst lyfjum öðrum en geðlyfjum. Í ljós kemur að hjarta og blóðrásarlyf eru notuð af 26% einstaklinganna sem er í takt við algengi hjarta- og blóðrásarsjúkdóma. Meltingarlyfjanotkun er mjög mikil og tekur fjórðungur allra slíka lyf. Hægðatregða og brjóstsviði kalla gjarnan á slíka meðferð, en hvoru tveggja einkennir fólk á efri árum.

---

## Fylgiskjöl

1. Gagnasafn vegna heimaþjónustu aldraðra. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1997.
2. Nafnalisti yfir hjúkrunarfræðinga sem önnuðust gagnaöflun í rannsókninni.
3. Leyfi tölvunefndar og rannsókn- og siðanefnda
4. Tafla yfir áreiðanleikastuðla



---

## Ítarefni

Morris J.N., Fries B.E., Barnebei R., Steel K., Kikegami N., Carpenter I., Gilgen R.: RAI Home Care (RAI HC) Assessment Manual; Primer on Use of the Minimum Data Set – Home Care (MDS-HC) and the Client Assessment Protocols (CAPs). Hebrew Rehabilitation Center for Aged, Boston, MA, 1996.

Morris J.N., Fries B.E., Steel K., Ikegami N., et al: Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. J.Am. Geriatric Soc. 45(8):1017-1024, 1997 (b).

---