



Háskólinn
á Akureyri
University
of Akureyri

Heilsa og færni 75 ára og eldri á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð með VES-13

„Heimurinn vaknandi fer“

Auðbjörg Jóhanna Einarasdóttir
Helga Guðrún Sigurgeirsdóttir
Hrefna Hafdal Sigurðardóttir

HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til
B.S. gráðu í hjúkrunarfræði

Hjúkrunarfræðideild
Maí 2018

Verkefnið er lokaverkefni til B. S. gráðu í hjúkrunarfræði.

Verkefnið unnu:

Auðbjörg Jóhanna Einarsdóttir

Auðbjörg Jóhanna Einarsdóttir

Helga Guðrún Sigurgeirsdóttir

Helga Guðrún Sigurgeirsdóttir

Hrefna Hafdal Sigurðardóttir

Hrefna Hafdal Sigurðardóttir

**Það staðfestist hér með að þetta lokaverkefni fullnægir að mínum
dómi kröfum til B. S. prófs í hjúkrunarfræði:**

Kristín Þórarinsdóttir, M. Sc. Leiðbeinandi

Útdráttur

Öldruðum hefur farið fjölgandi á heimsvísu og mannfjöldaspár sjá fyrir enn meiri fjölgun, sem reynt hefur verið að bregðast við í kjölfar aukins álags á heilbrigðiskerfið. Hækkuðum aldri fylgir aukin þjónustubörf meðal einstaklinga vegna hrumleika og færnisskerðingar. Þjónusta til þessa aldursflokks þarf því einnig að haldast í hendur við aukinn mannfjölda og aldraðir á Íslandi telja að betur megi gera í þessum málum. Þörf er á markvissum aðferðum til að greina aldraða sem eru í áhættuhópi varðandi færniskerðingar. Tilgangur fyrirhugaðrar rannsóknar miðar að því að kanna heilsu og færni aldraðra sem búa við sjálfstæða búsetu á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð og skima hve margir þeirra eru í áhættuhópi hvað varðar færniskerðingu og skertar lífslíkur. Einnig verður kannað hvaða formlegu og óformlegu þjónustu hópurinn fær.

Úrtakið verður tilviljanabundið og samanstendur af 100 einstaklingum, 75 ára og eldri úr hverju bæjarfélagi. Þeir verða valdir tilviljanakennt út frá aldri og sjálfstæðri búsetu. Gagna verður aflað símléiðis með VES -13 (Vulnerable elders survey) mælitækinu sem lagt verður fyrir þátttakendur ásamt stuttri þjónustukönnun. Vonast er til að rannsóknin sýni gagnsemi VES-13 við að skima aldraða varðandi skerta heilsu, færni og lífslíkur, ásamt því að varpa ljósi á hvort þjónusta sem þeir fá sé í samræmi við færniskerðingu þeirra og þarfir.

Áherslur á forvarnir m.t.t. farsælli efri ára eru farnar að vera í meiri mæli en áður í kjölfar aukinnar þekkingar og fjölgunar aldraðra í samfélaginu. Það er mörgum einstaklingum mikilvægt að geta búið við sjálfstæða búsetu eins lengi og unnt er. Forvarnir sem miða að öldruðum eru settar fram með því sjónarmiði að viðhalda og tryggja áframhaldandi virkni og heilsu aldraðra, svo þeir geti uppfyllt þau skilyrði sem þarf til að geta viðhaldið eigin sjálfstæði og öryggi.

Notkun gagnreyndra matstækja getur hjálpað til við að greina einstaklinga úti í samfélaginu, sem eru í þörf fyrir meiri þjónustu eða heilsueflingu. Samþætting úrræða með markvissum hætti greiðir leið aldraðra um heilbrigðiskerfið ásamt því að leiða til farsælli öldrunar.

Lykilhugtök: VES-13, heilsa og færni, þjónusta, forvarnir, aldraðir

Abstract

The population of the elderly has been growing worldwide and will continue to increase according to population projections, resulting in an increased pressure on health care systems that must be responded to. As the population becomes older the need for increased care for individuals suffering from infirmity and functional disability becomes ever greater. Health care service for this age group must be increased as the population grows, and elderly people in Iceland believe that much can be improved. Systematic methods are needed to identify elderly people that are at greater risk concerning functional disabilities.

The purpose of the planned research is to assess the general health and facility of elderly people living on their own in Akureyri, Fjallabyggð, and Fjarðarbyggð, and to screen for how many are at risk concerning functional disability and life expectancy. The amount of formal and informal care that this group receives will also be assessed.

A random sample of 100 people, 75 years or older and from each community, will be used. Participants will be chosen randomly based on their age and independent living arrangement.

Data will be gathered by phone interviews using the VES – 13 (Vulnerable elders survey) screening tool, which will be administered along with a short survey on the care that they receive. It is hoped that the research will attest to the utility of using VES – 13 to screen for elders with health problems, functional disabilities, and reduced life expectancy, as well as examining if the care that they receive is in accordance with their disabilities and needs.

Emphasis on prevention in regard to successful aging has increased in recent years due to better understanding and the fast-growing population of the elderly. It is very important to many individuals that they be able to live independently for as long as possible. The purpose of preventive care for the elderly is to maintain and ensure their continued health, as well as their ability to live independently and in safety.

The application of evidence-based assessment tools can greatly assist in identifying individuals who need greater care or health promotion. A systematic integration of available resources would help elderly people navigate through the health care system and towards successful aging.

Key words: VES-13, health and functional ability, health care, preventative care, the elderly

Yfirlit yfir töflur og fylgiskjöl

Töflur:

Tafla 1: Þjónustuúrræði í boði á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð.....	50
--	----

Fylgiskjöl:

Fylgiskjal I: VES-13.....	51
---------------------------	----

Fylgiskjal II: Þjónustukönnun.....	53
------------------------------------	----

Efnisyfirlit

Útdráttur	iv
Abstract	v
Yfirlit yfir töflur og fylgiskjöl.....	vi
Efnisyfirlit.....	vii
1. Kafli – Inngangur.....	1
Bakgrunnsupplýsingar rannsóknaráætlunar.....	1
Rannsóknarspurningar.....	3
Notagildi fyrirhugaðrar rannsóknar.....	4
Gagnasöfnun og leitarorð.....	4
Uppbygging verkefnisins.....	5
Gildismat höfunda	5
Gildi fyrir hjúkrun	5
Skilgreining meginhugtaka.....	6
Samantekt	7
2. kafli - Fræðileg samantekt.....	8
Farsæl öldrun, forvarnir og heilsuefling.....	8
Forvarnir	9
Fyrsta stigs forvarnir.....	9
Annars stigs forvarnir.....	10
Þriðja stigs forvarnir.....	10
Virgni og heilsuefling aldraðra.....	10
Mælitæki og matsaðferðir við að meta heilsu og færni aldraðra.....	11
Hvað er VES-13.....	12
Hvað er RAI og í hvaða tilgangi má nota það?.....	13
RAI í heimahjúkrun.....	14

Hve áreiðanlegt er RAI?.....	14
Mat á sálrænni líðan.....	14
Mat á næringu.....	15
Byltumat.....	16
Verkjamat.....	17
Vitrænir þættir.....	18
Hermes.....	18
Mat á færni til iðju með COPM.....	19
Samfélagsþjónusta í boði og skilgreining þjónustuúrræða.....	19
Er hagkvæmni í því að deila gögnum um skjólstæðinga heimahjúkrunar á milli fagaðila?.....	20
Heimahjúkrun.....	21
Heilsueflandi heimsóknir.....	22
Félagslegir þættir og félagsleg líðan.....	23
Hvað þarf að vera til staðar fyrir lengri búsetu heima?.....	24
Þjónusta við eldri borgara á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð.....	25
Heimaþjónusta.....	25
Heimahjúkrun.....	25
Heimsendur matur.....	26
Ferliþjónusta.....	26
Fjárhagsaðstoð.....	26
Dagþjálfun og dagdvöl.....	27
Ráðgjöf iðjuþjálfara.....	27
Tímabundin dvalarinnlögn.....	27
Íbúðir fyrir aldraða á vegum félagsþjónustu.....	28
Heilsueflandi heimsóknir.....	28
Félagsstarf.....	28
Samantekt.....	29

3. Kafli – Aðferðafræði	30
Rannsóknaraðferð.....	30
Uppbygging VES-13 matstækisins.....	30
Þýðing VES-13	31
Þjónustukönnun	31
Val á þátttakendum.....	32
Gagnasöfnun.....	32
Úrvinnsla ganga.....	32
Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna.....	32
Siðfræði rannsókna	33
Samantekt.....	34
4. Kafli – Umræður	35
Umræður um fræðilega umfjöllun.....	35
Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunarfræði.....	37
Samantekt.....	37
5. Kafli – Lokaorð	38
Heimildaskrá.....	39

1. Kafli - Inngangur

Rannsóknaráætlunin er lokaverkefni til B. S. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri vorið 2018. Tilgangur fyrirhugaðrar rannsóknar sem lýst er hér miðar að því að kanna heilsu og færni aldraðra 75 ára og eldri sem búa við sjálfstæða búsetu á Akureyri, í Fjallabyggð og í Fjarðabyggð með VES-13 matstækinu ásamt því að greina hve margir þeirra eru í áhættuhópi hvað varðar skerta heilsu, færni og lífslíkur. Samhliða verður könnuð sú formlega og óformlega þjónusta sem þessir einstaklingar fá.

Bakgrunnur, tilgangur, notagildi og snið fyrirhugaðrar rannsóknar verða gerð skil í þessum kafla og meginhugtök skilgreind. Einnig verður kynnt gildismat höfunda og hvaða gildi rannsóknin getur haft fyrir hjúkrun og uppbygging rannsóknaráætlunar.

Bakgrunnsupplýsingar rannsóknaráætlunar

Samkvæmt Hagstofu Íslands eru 20.100 einstaklingar 75 ára og eldri á lífi á Íslandi í janúar 2017. Á Akureyri eru 1255 manns 75 ára og eldri og af þeim búa 1062 við sjálfstæða búsetu en 193 einstaklingar búa á hjúkrunar og dvalarheimilum. Í Fjallabyggð eru 215 manns 75 ára og eldri og 174 búa við sjálfstæða búsetu. Í Fjarðabyggð eru 233 manns 75 ára og eldri og 174 búa við sjálfstæða búsetu (Hagstofa Íslands, e.d.; Öldrunarheimili Akureyrar, e.d.; Stjórnarráð Íslands, e.d.).

Lög um málefni aldraðra segja til um að:

Markmið þessara laga er að aldraðir eigi vól á þeirri heilbrigðis- og félagslegu þjónustu sem þeir þurfa á að halda og að hún sé veitt á því þjónustustigi sem er eðlilegast miðað við þörf og ástand hins aldraða. Einnig er markmið laganna að aldraðir geti, eins lengi og unnt er, búið við eðlilegt heimilislíf en að jafnframt sé tryggð nauðsynleg stofnanþjónusta þegar hennar er þörf. Við framkvæmd laganna skal þess gætt að aldraðir njóti jafnréttis á við aðra þjóðfélagsþegna og að sjálfsákvörðunarréttur þeirra sé virtur. (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999)

VES-13 matstækið hefur reynst réttmætt og áreiðanlegt matstæki við að greina aldraða einstaklinga sem lifa við aukinn hrumleika og hnignun heilsu út í samfélaginu. Matstækið er hægt að nýta til að meta hvort þjónusta og úrræði sem einstaklingur nýtur séu viðeigandi. Einstaklingur sem fær 3 eða herra á VES-13 mati er talin vera í meiri áhættu á að verða fyrir heilsu og færniskerðingu eða dauða innan 2 ára og áhættan stigmagnast með hverju aukastigi (Min, Elliott, Wenger og Saliba, 2006; Kroc o.fl., 2016). Niðurstöður VES-13 eru nýtanlegar til að hafa áhrif á heilsueflingu meðal aldraðra ásamt því að draga úr kostnaðarlið innan heilbrigðisþjónustu tengdum færni og hrörnun (Roedl, Wilson og Fine, 2016; Saliba o.fl.,

2001; Wang, Lin og Chang, 2018). Matstækið er einfalt og býður upp á hnitmiðaða notkun og er nýtsamlegt í starfi heilbrigðisstarfsfólks víðsvegar um heiminn og viðheldur gildi sínu eftir aðlögun að annarri menningu (Maia, Duarte, Secoli, og Lebrão, 2012; Wallace, McDowell, Bennet, Fahey og Smith, 2017).

Árið 2011 á Fljótsdalshéraði var framkvæmd rannsókn meðal 100 aldraðra einstaklinga 75 ára og eldri til að skoða heilsu og færni þeirra. Niðurstöður sýndu að 54% þátttakenda fengu yfir 3 stig á VES-13 en samkvæmt (Saliba o.fl., 2001) voru þau því í 4,2 sinnum meiri áhættu fyrir heilsu- og færnisskerðingu eða dauða innan tveggja ára í samanburði við þá sem fengu undir 3 stig á VES-13. Einstaklingar sem fengu 10 stig á VES-13 voru fimm talsins og voru samkvæmt (Min, Elliott, Wenger og Saliba, 2006) í 60% áhættu fyrir heilsuskerðingu eða dauða innan 8-14 mánaða. Einstaklingar sem nutu heimahjúkrunar voru 17,2% þátttakenda og heimilishjálpar 16,1% og 39% þátttakenda voru í félagsstarfi. Einstaklingar sem nutu óformlegs stuðnings voru 20,7% af þátttakendum. Heimahjúkrun, heimilishjálpar og óformlegur stuðningur jókst hlutfallslega við hækkað VES-13 gildi yfir 5-7 stig (Bergþóra Guðnadóttir, Guðborg Jónsdóttir, María Ósk Ómarsdóttir og Védís Klara Þórðardóttir, 2011).

Í annarri íslenskri rannsókn þar sem VES-13 matstækið var notað kom fram að 59,1% þátttakenda úr 60 manna úrtaki 65 ára og eldri, fengu 3 stig eða meira og voru því í 4,2 sinnum meiri hættu á heilsu- og færnisskerðingu eða að deyja innan tveggja ára í samanburði við þá sem fengu færri en 3 stig á VES-13 stig (Saliba o.fl., 2001) sem voru 40,9% þátttakenda. Þátttakendur bjuggu í íbúðarkjörnum fyrir aldraða á Akureyri. Fjórir þátttakendur fengu 10 stig á VES-13. Þeir sem nýttu sér formlega þjónustu voru 41% þátttakenda og óformlega þjónustu hlutu 29,5% þátttakenda (Kolbrún Sverrisdóttir, Lena Margrét Kristjánsdóttir og Sigfríður Ragna Bragadóttir, 2008). Í annarri rannsókn kemur fram að 65% af þátttakendum sem voru 50 talsins og bjuggu í þjónustuíbúðum voru með 3 stig eða fleiri á VES-13 (Bryndís Fjóra Jóhannsdóttir, Guðlaug Ingunn Einarsdóttir og Ragnheiður Helgadóttir, 2007).

Í könnun sem var gerð á högum og líðan meðal 1028 aldraðra Íslendinga árið 2016 kom fram að flestir eða um 89% aldraðra bjuggu við sjálfstæða búsetu og stærsti hluti þeirra voru 88 ára og eldri. Alls 59% þátttakenda töldu sig ekki þurfa aðstoð við dagleg verkefni líkt og innkaup, matreiðslu og þrif. Þeir sem þurftu aðstoð voru 32% einstaklinga og tjáðu hana vera einna helst í formi þrifa á heimili og fengu flestir eða 36% þjónustu sína í gegnum heimaþjónustu sveitarfélagsins en þriðjungur tjáði aðstoð vera frá mökum og dætrum.

Öldruðum fannst mesta aðstoðin vera frá maka. Hlutfall þeirra sem taldi þjónustu til aldraðra fara versnandi fer hækkandi í samanburði við mælingar frá árunum 1999 og 2007. Þeir sem töldu sig lifa við verri heilsu töldu einnig aðgengi að heilbrigðisþjónustu ekki gott (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2017).

Eins og ofangreindar niðurstöður gefa í ljós er mikilvægt að koma til móts við þarfir stækkandi hóps aldraðra innan samfélagsins. Með það í huga viljum við kanna heilsu og færni aldraðra á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð sem búa heima og greina hverjir þeirra eru í áhættuhópi varðandi færniskerðingu og dauða. Auk þess viljum við kanna þá þjónustu sem hópurinn fær. Niðurstöður rannsóknarinnar verður hægt að nýta til að sporna við færniskerðingu með heilsueflingu og veita þjónustu við hæfi.

Heilsueflandi heimsóknir eru taldar hafa jákvæð áhrif á lifun einstaklinga og þeir sem þiggja heimsókn eru líklegri til að vera enn á lífi einu til tveimur árum síðar. Heimsóknirnar eru einnig kjörinn vettvangur til að safna ýmsum heilsufarstengdum upplýsingum sem nýta má til greiningar á þjónustu eða þörf fyrir heilsueflingu (Steinunn Birna Svavarsdóttir, Árún Kristín Sigurðardóttir og Sólveig Ása Árnadóttir, 2015).

Mikilvægt er að ýta undir heilsueflingu aldraðra og gera þeim kleyft að njóta hennar þar sem virkni og hreyfing getur komið í veg fyrir skerta hreyfingu og haft jákvæð áhrif á ýmsan sjúkdómsframgang og getu einstaklinga til athafna daglegs lífs. Vel skipulögð og markviss hreyfing ætti að vera partur af hefðbundinni heilsugæslu aldraðra (Janus Friðrik Guðlaugsson, 2014).

Rannsóknarspurningar

Þær megin rannsóknarspurningar sem settar verða fram eru eftirfarandi:

Hvernig meta aldraðir 75 ára og eldri heilsu sína og færni skv. VES -13 á Akureyri, í Fjarðabyggð og Fjallabyggð?

Hvað eru margir í áhættuhópi varðandi færniskerðingu og dauða samkvæmt VES-13 matstækinu á tilteknum svæðum?

Er munur á heilsufari og færni aldraðra milli þessara þriggja sveitarfélaga?

Hvaða formlegu og/eða óformlegu þjónustu þiggja aldraðir innan þessara sveitafélaga?

Er munur á formlegri og óformlegri þjónustu milli þessara sveitarfélaga?

Eru tengsl milli fjölda stiga á VES-13 og óformlegrar og formlegrar þjónustu ?

Myndu einstaklingar með 3 stig á VES-13 eða yfir vilja þiggja heilsueflandi heimsókn ef hún væri í boði á öllum stöðunum?

Notagildi fyrirhugaðrar rannsóknar

Höfundar vona að niðurstöður leiði í ljós hve hátt hlutfall aldraðra á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð sem komnir eru yfir 75 ára aldur og búa sjálfstætt, séu í áhættu hvað varðar þverrandi færni og heilsu sem og lífslíkur. Áhersla er lögð á VES-13 til að skima fyrir um slíkt. Fyrirhugað er að þeir einstaklingar sem greinast í áhættuhópi varðandi færniskerðingu og dauða samkvæmt VES-13 verði boðin heilsueflandi heimsókn. Styrkleikar, aðstæður, heilsufar og þarfir þeirra fyrir þjónustu yrðu metnar í samvinnu við þá með viðeigandi matstækjum. Von höfunda er að rannsóknin leiði einnig í ljós hvort þau úrræði og sú þjónusta sem er í boði, sé nægileg til að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur og stuðli þannig að sjálfstæðri búsetu aldraðra eins lengi og kostur er. Ósk höfunda er að ef rannsókn yrði gerð myndi hún varpa ljósi á hvaða góðu úrræði eru í boði og hvað betur mætti fara til að efla aldraða til sjálfstæðrar búsetu. Jafnframt vonast höfundar til að hjúkrunarfræðingar í heilsugæslu og heimahjúkrun á þessum svæðum notfæri sér á markvissan hátt matstæki líkt og VES-13 (Saliba o.fl., 2001) til að skima fyrir þverrandi heilsu og færni aldraðra og noti síðan í kjölfarið ítarlegri matstæki ef við á til mats á heilsufarstengdum þörfum s.s.

RAI-Home care (Pálmi V. Jónsson, 2003: Unnur Þormóðsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir, 2015) og Hermes (Thorarinsdóttir, Bjornsdóttir og Kristjansson, 2017). Þannig mætti nota forvarnir til að koma til móts við aldraða út í samfélaginu, lengja sjálfstæða búsetu þeirra og efla heilsu.

Gagnasöfnun og leitarorð

Heimilda fyrir þessa rannsóknaráætlun var meðal annars aflað með rafrænum gagnasöfnum á borð við CINAHL, PubMed-Mediline, ProQuest, Gegnir, DOAJ og EBSCO Host. Notast var við efni af heimasíðum World health organization (WHO), Velferðaráðuneytis, Reykjavíkurborgar o.fl. Einnig var fengið efni af heimasíðum sveitarfélaganna: Akureyri, Fjallabyggð og Fjarðabyggð, þar sem rannsóknin myndi fara fram innan þeirra. Aflað var upplýsinga um þá heimahjúkrun sem er í boði í þessum sveitarfélögum. Leitað var til fróðra aðila um ýmsa efnisþætti sem málið varðaði. Efnisleit var miðuð út frá hugmyndum að rannsókninni.

Leitarorð sem notuð voru; aldraðir (e. *elderly, older adults*), sjálfsumönnun (e. *self care*), sjálfstæð búseta (e. *Community dwelling*), heimahjúkrun (e. *home care*), (e. *vulnerable elders survey-13* (VES-13), Resident Assessment Instrument, Resident Assessment

instrument for Home Care (RAI-Home Care), mat á eigin hæfni (e. *self-assessment*), næring (e. *nutrition*), byltur (e. *falling*), þunglyndi (e. *depression*), verkir (e. *pain*), Virk öldrun (e. *active aging*), farsæl öldrun (e. *healthy aging*), heilsueflandi heimsóknir (e. *preventive home visits*), heilsuefling aldraðra (e. *health promotion in elderly*), forvarnir (e. *health prevention*).

Uppbygging verkefnisins

Rannsóknaráætlunin byrjar á inngangi þessum en í öðrum kafla rannsóknaráætlunarinnar er fræðileg samantekt um efni sem tengist áætluninni. Í þriðja kafla er aðferðafræði tekin fyrir og skilgreind. Fjórði kafla inniheldur umræðu þar sem tekin eru fyrir helstu atriði úr heimildasamantekt annars kafla. Loks er það fimmti kafla þar sem efni rannsóknaráætlunarinnar er rætt og þar koma fram lokaorð höfunda.

Gildismat höfunda

Höfundar rannsóknarskýrslunnar hafa allir starfað á sviði sem snýr að öldruðum einstaklingum enda nær óhjákvæmilegt þar sem öldruðum fer verulega fjölgandi í samfélaginu. Algengt er að aldraðir leggist inn á sjúkradeildir og hafa ekki fengið viðeigandi úrræði áður, þó full þörf sé á. Á þeim grundvelli langaði okkur að skoða möguleika þess að koma betur og fyrr til móts við þarfir aldraðra innan samfélagsins m.t.t. þess að hægt væri að grípa fyrr inn í með þjónustuúrræði á samræmdan hátt og jafnvel efla einstaklinga til að eiga möguleika á frekari búsetu heima við fyrr en ella.

Notkun VES-13 hefur sannað sig sem marktækt matstæki til að meta heilsu, færniskerðingu og þverrandi lífslíkur. Okkar hugmynd er að geta komið því við að meta þessa þætti með VES-13 og greina þá einstaklinga sem þarfnast frekara mats og meðferðar með forvörn og heilsueflingu í huga. Greining aldraða í samfélaginu með þessum hætti getur aukið lífsgæði þeirra og komið betur til móts við fjölþættar þarfir stækkandi aldurshóps.

Gildi fyrir hjúkrun

Öldruðum einstaklingum í samfélaginu fer fjölgandi og mun samkvæmt mannfjöldaspám halda áfram að fjölga. Það er þó ekki þannig að góð heilsa og færni til sjálfsútrýðunar sé til staðar hjá öllum öldruðum einstaklingum. Með því að kanna heilsufar og færni til sjálfsútrýðunar hjá öldruðum, áður en í óefni er komið, væri hægt að byrja fyrr að vinna á móti og/eða með þá heilsu og færniskerðingu sem oft fylgir hækkandi aldri. Þeir einstaklingar sem þyrftu á aðstoð að halda myndu hugsanlega fá hana fyrr.

Matið gæti verið mikilvægur þáttur í forvörnum og heilsueflingu hjá öldruðum í samfélaginu; með því að aðstoða hinn aldraða við að fá þjónustu, við hæfi, veita ráðleggingar

um hvað er í boði á hverjum stað til heilsueflingar og vinna með þau heilsufarsvandamál sem þegar eru til staðar. Væri hægt að stuðla að bættri líðan aldraðra einstaklinga og lengja þann tíma sem hinn aldraði gæti búið í sjálfstæðri búsetu sem gæti hugsanlega dregið úr álaginu á sjúkrastofnunum. Oft eru lagðir inn einstaklingar sem ekki hafa vitneskju um að þeir geti fengið þjónustu heim eða hvernig eigi að sækja sér hana. Ef þessir einstaklingar fengju símtal þar sem lagt væri fyrir VES-13 matstækið og síðan heilsueflandi heimsókn frá hjúkrunarfræðingi í framhaldinu myndi það hugsanlega bæta aðgengi að aðstoð og auðvelda flæði aldraðra um heilbrigðiskerfið.

Skilgreining meginhugtaka

Sjálfstæð búseta: Í rannsóknaráætluninni er þetta hugtak skilgreint á þann hátt að þegar einstaklingur býr í húsnæði þar sem engin þjónusta er innifalin og það er ekki þjónusta- eða dvalarrými búi hann í sjálfstæðri búsetu (Touhy og Jett, 2014).

Hrumleiki (e. pre frail): Orðið hrumleiki er myndað af orðinu að vera hrumur sem gefur til kynna slit líkamans af völdum elli. Ensk þýðing orðsins er infirmity og táknar styrkleysi og heilsubrest. Forstig hrumleika (e. Pre frail stage) hér í rannsóknaráætluninni táknar því það stig sem einstaklingur er á, áður en hann verður of hrumur (Orðabók.is-orðabókarvefur, e.d.; Stofnun Árna Magnússonar í Íslenskum fræðum, e.d.).

Óformleg og formleg þjónusta: Óformleg þjónusta er sú umönnun eða aðstoð sem einstaklingur fær frá aðstandanda, vini eða nágranna. Formleg þjónusta er hins vegar þjónusta sem veitt er af fagaðilum og eiga aldraðir rétt á slíkri þjónustu (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Heilsufarstengd lífsgæði: Er víðtækt hugtak sem felur í sér líkamlega, andlega og félagslega virkni. Hugtakið lítur að áhrifum heilsufarstengdra þátta á lífsgæði einstaklinga og velferð óháð upplýsingum um lífslíkur (Healthy people 2020, 2010).

Matstæki (mælitæki): Samansafn fyrirfram ákveðinna atriða, sem til samans gefa ákveðna heildarmynd af því, sem á að meta t.d. spurningalisti sem lagður er fyrir (Guðrún Pálmadóttir, 2013).

Grunnathafnir daglegs lífs: Nauðsynlegar athafnir til þess að viðhalda eigin heilsu og hreinlæti eins og að borða og drekka, klæða sig, salernisferðir o.fl. (Touhy og Jett, 2014).

Almennar athafnir daglegs lífs: Þær athafnir sem eru nauðsynlegar til að halda eigið heimili í sjálfstæðri búsetu eins og að fara í verslun, sjá um matargerð, þrif o.fl. (Touhy og Jett, 2014).

Færni: Færni er hugtak sem nær yfir hæfni einstaklings til að inna verk af hendi og getur krafist andlegrar, líkamlegrar eða félagslegrar getu. Stuðst er við alþjóðlegt flokkunarkerfi um færni, fötlun og heilsu (e. International Classification of Functioning, Disability and Health) (ICF). Færni einstaklings samanstendur af ýmsum samverkandi þáttum. Heilsa og umhverfi hafa áhrif á færni einstaklinga í samspili við líkamsstarfsemi og einstaklingsbundna þætti sem hafa áhrif á athafnir og þátttöku (WHO, 2001).

Samantekt

Rannsóknin sem rannsóknaráætlunin leiðir af sér, leiðir í ljós heilsu og færni aldraðra sem búa í sjálfstæðri búsetu á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð. Kannað verður með VES-13 matstækinu hversu margir einstaklingar 75 ára og eldri væru í áhættuhópi hvað varðar skerta heilsu, færni og lífslíkur. Samhliða VES-13 verður lögð fyrir þjónustukönnun sem sýnir hvaða formlega og óformlega stuðning einstaklingarnir hefðu á þeim tímapunkti.

Höfundar rannsóknaráætlunarinnar hafa reynslu af því að vinna á öldrunarsviði og þekkja til þeirra vandamála sem er að finna í heilbrigðiskerfinu í tengslum við aldraða. Sjá höfundar það fyrir sér að nota mætti VES-13 í forvarnar- og heilsuefningarátaki sem stuðlar að því að auka möguleika aldraðra á því að búa áfram í sjálfstæðri búsetu.

2. kafli - Fræðileg samantekt

Í þessum kafla er samantekt á fræðilegu efni sem tengist rannsóknaráætluninni. Umfjöllunin hefst á farsælli öldrun og forvörnum, fjallað verður um virkni og heilsu aldraðra og tekin fyrir þau helstu matstæki sem nota má við skimun og mat á heilsu og færni aldraðra. Í framhaldi af því er fjallað um samfélagsþjónustu, heimahjúkrun og heilsueflandi heimsóknir sem og þá félagslegu þætti sem hafa áhrif á aldraða. Að lokum eru tekin fyrir þau helstu úrræði sem í boði eru á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð.

Farsæl öldrun, forvarnir og heilsuefling

Framtíðarþing um farsæla öldrun hafa verið haldin reglulega víða um landið. Markmið þeirra er að skapa umræðu og í kjölfarið miðla upplýsingum til stjórnvalda um framtíðarsýn, upplifun og málefni aldraðra. Niðurstaða þings, sem haldið var á Akureyri árið 2015, sýndi að öldruðum þótti mikilvægt að búa við sjálfræði, sjálfstæði og öryggi og að þeir nytu viðurkenningar sem einstaklingar en ekki út frá aldri og hrumleika. Bæta þyrfti fjárhagslega stöðu þeirra og þeir ættu að hafa frelsi til að geta verið á eigin forsendum m.t.t. búsetu (Velferðarráðuneytið, 2015).

Andleg, líkamleg og félagsleg heilsa var þeim mikilvæg og að þeirra mati þyrfti að bæta forvarnastarfsemi í öldrunarmálum ásamt því að stuðla að viðhorfsbreytingu í samfélaginu í garð aldraðra. Þeim var mikilvægt að geta notið frelsis og gæða efri ára og að geta sett sjálfan sig í fyrsta sæti. Krefðist það andlegs, líkamlegs, félagslegs og fjárhagslegs undirbúnings sem þyrfti að eiga sér stað fyrir 60 ára aldur. Farsæl öldrun að þeirra mati fól í sér að vera þakklátur, hafa jákvæða upplifun og viðhorf til lífsins og hafa eitthvað fyrir stafni, ásamt því að skilgreina sig ekki hruman þrátt fyrir aldur, að geta horft til baka sáttur, tilbúinn að takast á við nýjar áskoranir og vera virkur þátttakandi í lífinu (Velferðarráðuneytið, 2015).

Víða hafa komið fram skilgreiningar á farsælli öldrun. Settu Rowe og Kahn (1997) fram líkan þar sem þeir lýsa þáttum sem gagnvirkt mynda saman farsæla öldrun. Farsæl öldrun að þeirra mati var undir áhrifum þess að vera að mestu laus við sjúkdóma og skerðingar, áframhaldandi hugrænni og líkamlegri virkni, félagslegrar þátttöku ásamt því að viðhalda andlegri og líkamlegri færni. Að þeirra mati var skilgreining farsællar öldrunar í of miklum mæli miðuð að firð sjúkdóma á kostnað hinna þáttanna sem fólu í sér lifnaðarhætti, andlega og félagslega getu og færni. Þeim fannst að litið væri á skerta andlega og líkamlega færni sem eðlilega þróun öldrunar.

Að þeirra mati væri farsæl öldrun ekki einvörðungu mælanleg með hnignun og sjúkdómum, heldur þyrfti að horfa til fleiri þátta sem fælu í sér getu og virkni einstaklinga.

Þeir settu öldrun fram með tvennum hætti; annars vegar öldrun sem er með hefðbundnum hætti þar sem utanaðkomandi þættir ýta undir öldrun og hins vegar farsæla öldrun þar sem utanaðkomandi þættir hafa jákvæð eða engin áhrif á öldrun. Þeim finnst sjónum beint á hefðbundna öldrun þar sem einstaklingar verða fyrir skertri færni í kjölfar sjúkdóma en ekki skoðaður hinn hópurinn sem er að mestu laus við sjúkdóma og teljist hraustur með mikla færni. Að þeirra mati var mikilvægt að meta heilsu aldraðra og einnig líkur á sjúkdómum með mælanlegum hætti þannig væri einnig hægt að sjá árangur íhlutunar og meta farsæld öldrunar (Rowe og Kahn, 1997).

Ábyrgð og heilbrigðisvitund einstaklinga virðist aukast með hækkuðum aldri í kjölfar komu áhrifaþátta á þverrandi heilsu og færni. Viðhald og efling heilsu á efri árum felst í því að finna tilgang og gleði, viðhalda andlegri og líkamlegri færni ásamt virkni einstaklings í samfélaginu (Guðrún Elín Benónýsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2009).

Áskoranir í stefnumótun fyrir farsæla öldrun eru viðhorfsbreytingar í garð aldraðra vegna einstaklingsmunar og hversu afstæð öldrun getur verið. Það er í mörg horn að líta m.t.t. fjölbreyttrar þjónustu og fjölgunar í þessum aldursflokki (WHO, 2015). Aldraðir vilja sjálfir vinna gegn viðhorfum sem þessum, með aukinni þátttöku innan samfélagsins og telja gamla ímynd öldrunar sem mynd hrumleika ekki eiga við rök að styðjast (Ingibjörg H. Harðardóttir, 2015).

Forvarnir

Mörgum einstaklingum er mikilvægt að fá að búa við sjálfstæða búsetu eins lengi og hægt er. Koma þarf til móts við og greina þarfir einstaklinga svo hægt sé að uppfylla þau skilyrði sem þarf til að halda eigin sjálfstæði og viðhalda öryggi. Áhersla hefur verið lögð á forvarnir með þetta að sjónarmiði til að viðhalda og tryggja áframhaldandi virkni aldraðra (Velferðarráðuneyti, 2016). Hrumleiki og heilsufarsvandamál þurfa ekki að vera einkenni öldrunar. Flest heilsufarsvandamál sem koma fram með auknum aldri eru afleiðing langvinnra sjúkdóma. Hægt er að koma í veg fyrir eða seinka þeim með því að huga að vandanum snemma og með heilsueflandi hegðun (WHO, 2015).

Fyrsta stigs forvarnir. Miða að því að efla heilbrigði einstaklinga sem teljast án sjúkdóma og koma í veg fyrir eða draga úr nýgengi þeirra. Horft er til samfélagslegra, félagslegra og efnahagslegra þátta til að hafa áhrif á heilsueflingu. Fræðsla um lífferni, næringu og aðra fyrirbyggjandi heilsufarsþætti eru viðfangsefni sem stuðst er við á þessu stigi ásamt fyrirbyggjandi aðgerðum, eins og bólusetningum gegn smitsjúkdómum og fræðslu í

tengslum við almenna lýðheilsu sem þarf að vera í samvinnu og samábyrgð allra (Stockert, 2013; WHO, 2018a).

Annars stigs forvarnir. Miða að því að greina sjúkdóma snemma til að koma í veg fyrir frekari skaða og draga úr algengi þeirra. Annars stigs forvarnir fela í sér skimanir fyrir áhættuþáttum og meðhöndlun þeirra ásamt því að hefja viðurkennda meðferð eins snemma og viðeigandi er. Einnig er meðhöndlað og fylgst með áhættuþáttum, líkt og fyrir háþrýstingi o.fl. með það að markmiði að viðhalda og bæta heilsu eða miða að lækningu (Stockert, 2013; WHO, 2018a).

Priðja stigs forvarnir. Miða að því að minnka sjúkdómsbyrði og efla heilsu þeirra sem þegar hafa greinst með sjúkdómi eða hlotið fötlun að einhverju leyti. Stigið felur í sér aðlögun að sjúkdómi ásamt endurhæfingu til að viðhalda eða efla eigin færni (Stockert, 2013; WHO, 2018a).

Virgni og heilsuefling aldraðra

Virki öldrun felur í sér ferli sem skapar öldruðum tækifæri til að nýta möguleika sína og vera þátttakendur í heilsueflandi umhverfi og auka lífsgæði og öryggi (WHO, 2002).

Líkamleg virgni er einn aðal áhrifaþáttur fyrir heilbrigði á efri árum. Viðhald virkni er mikilvægur þáttur og geta vandamál sem talin eru fylgja hækkandi aldri haldist í hendur við minni virkni (Touhy og Jett, 2014). Samt sem áður fer virkni aldraðra dvínandi og þá einna helst á efnaminni svæðum. Margir aldraðir sjá ekki hag sinn í hreyfihópum (McPhee o.fl., 2016) en þó er talið að einungis um 30 mínútur af meðal ákafri hreyfingu sem má dreifa yfir daginn, nokkra daga í viku gagnist öldruðum til að viðhalda styrk og getu (Touhy og Jett, 2014; Lýðheilsustöð, 2008). Hreyfing hefur einnig áhrif á vitræna getu ásamt því að auka vöðvastyrk og þar af leiðandi minnka fallhættu meðal einstaklinga (Francis, 2014; MCPhee o.fl., 2016).

Könnun meðal sjálfstætt búandi aldraðra í Reykjavík árið 2016 sýndi að 73 % þátttakenda töldu heilsufar sitt frekar eða mjög gott og 76% aldraðra stunduðu reglulega þjálfun einu sinni í viku eða oftar. Niðurstöður sýndu sterk tengsl milli hreyfingar og heilsufars og voru sambærilegar fyrri rannsóknum. Þeir sem töldu heilsufar sitt mjög gott eða frekar gott voru yfir 80% og stunduðu líkamsrækt a.m.k. einu sinni í viku (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2017). Regluleg líkamshreyfing á lífsleiðinni er talin hafa fyrirbyggjandi áhrif á þverrandi heilsufar og minni virkni á eldri árum, sem eykur lífslíkur einstaklinga (Touhy og Jett, 2014; MCPhee o.fl., 2016).

Einstaklingur sem ekki nýtir virkni sína og hreyfigetu reglulega missir hæfileika sinn til þess að nýta hana. Markmið með hreyfingu aldraðra er að viðhalda færni og heilsu, koma í veg fyrir vandamál sem geta komið upp í kjölfar minnkaðrar virkni, minnkaðrar sjúkdómsbyrði ásamt því að auka andlega og líkamlega heilsu. Einnig er leitast við að greina vandamálið sem letur hvatann til hreyfingar og koma á móts við einstaklinga á einstaklingsmiðaðan hátt (Touhy og Jett, 2014).

Talið er að aldraðir fái minni leiðsögn hvað varðar hreyfingu en þeir sem yngri eru. Aldraðir þurfa meiri leiðsögn og rétt mat á hreyfingu, til að hreyfingin verði ekki á kostnað öryggis þeirra og með því fyrirbyggt þann vítahring sem getur myndast að fólk hætti að hreyfa sig sökum öryggisleysis og hræðslu við byltu. Leiðsögn og stuðningur með litlum tilkostnaði getur aukið trú á eigin getu einstaklinga. Mikilvægt er að reyna að viðhalda virknistigi aldraðra eins lengi og hægt er. Óháð aldri eða stöðu er alltaf hægt að finna viðeigandi hreyfingu sem hentar hverjum og einum m.t.t. ástands (Touhy og Jett, 2014; McPhee o.fl., 2016).

Starfshópur var skipaður um heilsuefningu aldraðra í Reykjavík sem hluta af stærra verkefni um aldursvænar borgir, á vegum Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). Markmið hópsins var að finna úrræði sem fyrir voru ásamt því að kortleggja þau og koma með tillögur sem hafa áhrif á aukna virkni aldraðra með aukin lífsgæði og farsæla öldrun að leiðarljósi. Vinnsla hópsins leiddi af sér aðgerðir sem stóð fyrir heilsuefningu aldraðra, ásamt því að vinna að auknu aðgengi aldraðra. Lækka kostnað með samstarfi við stofnanir eins og sundlaugar, félagsmiðstöðvar og íþróttastarfsemi, sem voru á vegum borgarinnar. Einstaklingar fengu með því aukið aðgengi að líkamsrækt óháð efnahag og sundlaugargjald fyrir 67 ára og eldri fellt niður. Vinnslan leiddi einnig af sér innleiðingu hreyfiseðla fyrir aldraðra með markvissa hreyfingu að leiðarljósi og minnkun lyfjanotkunar ásamt því að fræðsluáttak hófst ætlað öldruðum. Einstaklingar sem einna helst þurfa á heilsuefningu að halda hafa ekki kost á að nýta hana sökum verðlags eða stuðningsleysis (Reykjavíkurborg, 2016).

Mælitæki og matsaðferðir við að meta heilsu og færni aldraðra

Helstu matstæki og aðferðir sem nota má við skimun og mat á heilsu og færni aldraðra sem búa við sjálfstæða búsetu, verður farið yfir í þessum kafla. Notkun slíkra matstækja stuðlar að forvörnum og getur bætt heilsu og lífsgæði þeirra og dregið úr kostnaði í heilbrigðiskerfinu.

Hvað er VES-13. VES-13 (e. Vulnerable elders survey) er matstæki sem nota má til að spá fyrir um hnignun eða líkur á dauða hjá öldruðum innan ákveðins tíma. Tækið samanstendur af 13 spurningum sem miða sérstaklega að því að meta heilsu og færni aldraðra sem búa út í samfélaginu (Saliba o.fl., 2001). Eingöngu tekur um 5-8 mínútur að leggja matið fyrir en það má gera um síma. Með árunum verða ávallt hrumari einstaklingar sem búa við sjálfstæða búsetu og getur góð skimun skipt sköpum fyrir öryggi þeirra. Nauðsynlegt er því að skima ýmsa áhættuþætti og getur það auðveldað heilbrigðisstarfsfólki að bregðast við hnignun eða sjúklegu ástandi í tæka tíð (Kökoğlu o.fl., 2017).

VES-13 er talið eitt af þeim matstækjum sem uppfyllir áreiðanleika og nákvæmni sem nýtist í skimunum fyrir aldraða (Roedl, Wilson og Fine, 2016). Stigun er innbyggð í VES-13 og sýnt hefur verið fram á að ef einstaklingur fær 3 stig eða meira í matinu sé hann í 4,2 sinnum meiri áhættu en ella á því að verða fyrir heilsu- og færniskerðingu eða jafnvel dauða innan 2ja ára (Saliba o.fl., 2001). Samkvæmt Saliba o.fl. (2001) telst sá einstaklingur vera hrumur. Í heildina geta einstaklingar mest fengið 10 stig á VES-13.

Samkvæmt nýjum rannsóknum er betra að miða við 6 stig eða fleiri á VES-13, þá sé næmnin og gildi matsins orðin talsvert meiri (Kroc o.fl., 2016; Wallace o.fl., 2017). Þessar nýju rannsóknir benda til mikilvægi þess að skoða persónuna heildrænt en ekki eingöngu sjúkdómsástandið. Sjúkdómsástand eitt og sér segir lítið til um færni og hefur lítið forspárgildi, aðrir þættir eins og sjálfsmati á eigin færni skiptir töluvert meira máli í því samhengi.

Gerð var langtímarannsókn sem fól í sér eftirfylgni yfir ellefu mánaða tímabil hjá 420 einstaklingum eldri en 65 ára sem bjuggu við sjálfstæða búsetu. Rannsóknin sýndi fram á gagnsemi VES-13 og að hærri stig endurspegluðu meiri áhættu í stuttri eftirfylgni. VES-13 gaf sterkar vísbendingar um líkur á dauða og færniskerðingu og hækkuðu líkur með hverju auknu VES-13 stigi sem jókst úr 23% hjá einstaklingum með 3 stig og upp í 60% hjá þeim sem voru með 10 stig (Min, Elliott, Wenger og Saliba, 2006).

Önnur langtímarannsókn fól í sér athugun meðal 649 einstaklinga eldri en 75 ára, sem nýttu sér göngudeildarþjónustu, sýndi fram á að einstaklingar með hærri VES-13 voru líklegri til verða fyrir hnignun og deyja um það bil 5 árum áður, en einstaklingar sem skoruðu lægra (Min o.fl., 2009).

VES-13 nýtist einnig eftir aðlögun að annarri menningu og tungumáli. Þvermenningarleg aðlögun matstækisins var framkvæmd í rannsókn Maia o.fl. (2012) þar sem rýnihópur og matsnefnd náðu nær einróma samkomulagi um þær breytingar og aðlögun

matskvarðans, að menningu og tungumáli sem við átti. Aðlögun matstækis að annarri menningu og þýðing á annað tungumál getur stuðlað m.a. að því að bera kennsl á hrumleika aldraðra Brazílíumanna. Í rannsókn Wang o.fl., (2018) sem framkvæmd var í Taiwan kom í ljós að VES-13 er einnig vel nýtanlegur í asískum menningarheimum. Viðeigandi er að nota niðurstöður úr VES-13 sem samfelldan mælikvarða þar sem hægt er að spá fyrir með línulegum hætti, um lífslíkur aldraðra í samfélaginu, en lífslíkur minnkuðu línulega með hverju viðbótarstigi.

Í rannsókn Owusu o.fl. (2016) var rannsakað hvort VES-13 gæti sagt til um hnignun og dauða innan 12 mánaða hjá konum 65 ára og eldri með nýgreint brjóstakrabbamein. Matstækið sýndi svipað forspárgildi hjá þessum hópi og í fyrri rannsóknum. Í upphafi var meðal stig á VES- 13 hjá konum sem upplifðu hnignun eða létust innan 12 mánaða 4,4 stig en 1,7 hjá þeim sem upplifðu ekki hnignun eða voru á lífi.

Hvað er RAI og í hvaða tilgangi má nota það? Auknar kröfur hafa verið gerðar til þjónustu aldraðra og gæða hennar. Samkvæmt stefnu stjórnvalda eiga aldraðir að fá þá þjónustu sem þeir þurfa til þess að geta búið eins lengi heima og kostur er (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

RAI er staðlað en víðtækt matstæki sem metur styrkleika aldraðra, heilsufar aldraðra og þarfir til umönnunar. Innan matstækisins eru fimm undirflokkar; gagnasöfn, 30 gæðavísar (e. *QI, Quality indicators*), 18 matslyklar, 396 atriði (e. *MDS, minimum data set*), álagismælingar (e. *RUG, resident utilization groups*) og þyngdarstuðlar (e. *case mix index*). Þessir þættir vinna að því að gera hjúkrunina markvissari og efla samfellu í meðferð skjólstæðinga (Sigríður Egilsdóttir, 2006). Matslyklar innan RAI gefa hjúkrunarfræðingum ákveðnar vísbendingar um ástand skjólstæðings, hvert vandamálið sé og hvort hætta sé til staðar. Þeir nýtast vel sem hjálpartæki við gerð hjúkrunaráætlana og sem stuðningur við fagleg vinnubrögð. Matið nýtist vel til þess að bera saman tímabil hjá skjólstæðingum og sjá breytingu á ástandi og hjúkrunarþörf. Ávinningur hjúkrunar verður meiri, meðferð markvissari og skráning upplýsinga mun nákvæmari (Sigríður Egilsdóttir, 2006).

RAI matstækið er til í nokkrum útgáfum, sniðið að þeirri þjónustu sem unnið er með hverju sinni. Líta má því á RAI sem eina heild er teygir anga sína í mismunandi áttir eftir því sem við á, hægt er að bera saman mat einstaklinga þrátt fyrir að hann hafi verið færður um þjónustustig. RAI hefur ákveðna uppbyggingu þar sem byrjað er á stöðluðu mati, ef koma fram þættir sem teljast áhættuþættir eða vandamál eru þeir upplýstir. Þegar matsþættir eru

upplýstir fer í gang ferli sem leiðir hjúkrunarfræðinginn áfram í átt að því hvernig hægt sé að haga hjúkrunarferlinu og hvað það sé sem þarf að skoða enn frekar (Pálmi V. Jónsson, 2003).

RAI í heimahjúkrun. RAI-Home Care er sniðið sérstaklega að hjúkrun einstaklinga í heimahúsi og hafa starfsmenn heilsugæslustöðva möguleika á því að meta gæði þeirrar heilbrigðisþjónustu sem einstaklingar fá heim. Upphafsmat er gert við upphaf heimahjúkrunar, matið er styttra en hefðbundið RAI mat og er ætlað til þess að meta þarfir einstaklinga og aðstæður inni á heimilinu. Með upphafsmatinu má tryggja að forgangsroðun verði réttmætari en ella (Velferðaráðuneytið, 2016).

Með notkun RAI-Home Care og gæðavísa innan þess má sjá breytingu til batnaðar á þjónustu við aldraða, sér í lagi hafi þeir starfsmenn sem vinna með matið fengið markvissa fræðslu á gæðavísam og hvernig nota skal matstækið (Unnur Þormóðsdóttir o.fl., 2015). RAI-Home Care tekur mið af mati á almennum athöfnum daglegs lífs, mati á formlegri og óformlegri þjónustu, matargerð, meðferðarheldni og forvörnum (Pálmi V. Jónsson, 2003).

RAI-Home Care getur leitt til betri þjónustu við aldraða með því að gera hjúkrunarfræðingum kleift að vinna að nákvæmari meðferðaráætlun. Má nota matið til að skoða og meta styrki, þarfir og úrræði fyrir aldraða (Morris, Fries, Frijters, Hirdes og Steel, 2013). Íslensk rannsókn hefur sýnt fram á að RAI-Home Care sé matstæki sem gott er að nýta til þess að meta árangur af umbótastarfi og breytingum á þjónustu. Ásamt því sýndi rannsóknin að með fræðslu sé hægt að hafa áhrif á gæði þjónustunnar og lækka hlutfall ýmissa atvika sem eiga sér stað inn á heimilinu sé markvisst farið eftir matinu (Unnur Þormóðsdóttir o.fl., 2015).

Hve áreiðanlegt er RAI? Nýleg rannsókn sem gerð var í Kóreu sýndi fram á hve marktækt RAI matstækið er. Þar kom fram að RAI-Home Care er eitt nákvæmasta matstækið sem skimar fyrir og metur styrk, virkni og heilsu aldraðra sem enn búa við sjálfstæða búsetu. Nákvæmni þess var 98.5%. Rannsókn Hogeveen, Chen og Hirdes (2017) sýnir einnig að gögn RAI-Home Care teljast áreiðanleg gæðagögn sem má treysta við skipulagningu hjúkrunar. Gæði skipta miklu máli þegar kemur að því að upplýsa heilbrigðisstarfsfólk og gera ráðstafanir fyrir skjólstæðinga.

Mat á sálrænni líðan. Tímabundin upplifun af kvíðatilfinningu, áhyggjum, ótta, einmanaleika og svefnleysi tengt þeim breytingum sem eiga sér stað á efri árum eru algeng meðal aldraðra. Aldraðir þurfa oft að búa við ófyllt skörð tengd breytingum á lífsháttum eða þegar lífsförunautar og vinir falla frá, sem getur leitt til einmanaleika og hugsanlegrar einangrunar. Þær neikvæðu tilfinningar og andlega vanlíðan sem geta gert vart við sig eru upp

að vissu marki eðlileg en ekki ef þessi líðan, hins aldraða, versnar og verður langvinn. Þunglyndi, kvíði og andleg vanlíðan eru ekki eðlilegur hluti þess að eldast, líkt og sumir aldraðir telja og þarfnast því meðhöndlunar ef þeir eru til staðar (Guðrún Guðmundsdóttir, 2016; Nordic Medico Statistical Committee (NOMESKO), 2017; Sunna Eir Haraldsdóttir, 2016; Touhy og Jett, 2014; WHO, 2017). Tölur um algengi þunglyndis eru mismunandi allt frá því að vera 1-7% aldraðra upp í 15-49%, hærri talan er þó miðuð við aldraða sem búa á hjúkrunarheimilum. Kvíði er einnig algeng orsök andlegra veikinda meðal aldraðra, algengi kvíða er á bilinu 3,8-12% aldraðra (Fiske, Wetherell og Gatz, 2009; NOMESKO, 2017; Sunna Eir Haraldsdóttir, 2016; Touhy og Jett, 2014; WHO, 2017). Þunglyndi og/eða kvíði sem ekki er meðhöndlað getur haft mikil áhrif á lífsgæði einstaklings og dregið úr áhuga hans á lífinu og samfélaginu í kringum hann (Fiske o.fl., 2009; Sunna Eir Haraldsdóttir, 2016; Touhy og Jett, 2014). Samkvæmt skýrslu NOMESKO (2017) voru tilkynnt andlát aldraðra vegna sjálfsskaða hæst í Danmörku og á Íslandi af Norðurlöndunum. Mikilvægt er því að skima fyrir andlegri vanlíðan hjá öldruðum.

Þunglyndismat fyrir aldraða er íslensk þýðing og aðlögunin á Geriatric Depression Scale (GDS) og getur gefið vísendingar um þunglyndi aldraðra. Þunglyndi er ekki hægt að greina eingöngu með GDS spurningalistanum. GDS hefur verið þýddur yfir á mörg önnur tungumál og hefur verið notaður í faraldursfræðilegum rannsóknum víða um heiminn. GDS felur í sér spurningalista með 30 krossaspurningum sem kanna andlega líðan og upplifun einstaklingsins síðastliðna viku (Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2000). Matstækið metur ekki líkamleg einkenni sem geta fylgt þunglyndi en vitað er að þau einkenni geta einnig orsakast af öðrum sjúkdómum sem algengt er að hrjái aldraða (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2000; Touhy og Jett, 2014). Frekar fljótlegt er að leggja listann fyrir einstaklinginn, er hann því hagkvæmur í notkun. Hafa ber í huga við notkun, að GDS hefur ekki gefið jafn áreiðanlegar niðurstöður hjá öldruðum með skert minni eða elliölöp (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2000; Touhy og Jett, 2014).

Mat á næringu. Líkt og á öðrum aldurs skeiðum er rétt samsett og nægjanlegt magn næringar mikilvægt fyrir aldraða einstaklinga. Vannæring aldraðra getur haft víðtæk áhrif á allan líkamann, ýtt undir eða orsakað ýmis heilsufarsvandamál og skert lífsgæði. Byltur, hjarta- og æðasjúkdómar, legusár, seinkaður gróandi ásamt skerðingu á vitrænni getu og getu til sjálfsumönnunar eru nokkrir þeirra þátta sem afleiðing vannæringar (Gunnfríður Ólafsdóttir, 2016; Touhy og Jett, 2014; Milte og McNaughton, 2016; National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2012; WHO, 2015). Hlutfall aldraðra í heiminum sem

Þjást af næringarskortri er á bilinu 16-30% og er mismunandi eftir búsetu, aðstæðum og efnahag (Touhy og Jett, 2014). Í rannsókn Ingibjargar Hjaltadóttur o.fl. (2007) kemur fram að vannæring greindist hjá 58% þeirra sjúklinga sem lögðust inn á öldrunardeild Landspítalans á rannsóknartímabilinu. Í gæðastaðli NICE (2012) um næringarstuðning við fullorðna, kemur fram að meta ætti alla sjúklinga sem leggjast inn á sjúkrahús m.t.t. vannæringar og endurtaka skal matið vikulega meðan sjúklingurinn er inniliggjandi.

Til eru margar gerðir af matstækjum sem skima næringarástand en þau notast við mismunandi stigagjöf. Ákjósanlegt er að matstækin séu auðveld í notkun og að notað sé sama matstækið í hvert skipti sem einstaklingur er metinn, þannig að hugsanlegur mismunur á niðurstöðum sé marktækur.

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) er matstæki ætlað fullorðnum og notast er við þrjár breytur; líkamsþyngdarstuðull, ósjálfrátt þyngdartap síðustu 3-6 mánuði og nýleg veikindi sem gætu hafa haft áhrif á næringarinntöku í meira en 5 daga. Einstaklingurinn skorar 0-2 stig eftir niðurstöðum úr breytunum. Stigin er síðan lögð saman og einstaklingurinn metinn í lítilli, meðal eða mikilli áhættu fyrir vannæringu og fær meðferð í samræmi við klínískar leiðbeiningar (Malnutrition Advisory Group / BAPEN, 2003). Til er íslenskt matstæki „Kembileit til greiningar á vannæringu aldraðra“ sem er með þremur breytum og er byggt upp á svipaðan hátt og MUST. Matstækið metur líkamsþyngdarstuðul og ósjálfrátt þyngdartap. Í stað nýlegra veikinda er athugað með nýlega skurðaðgerð sem matsþátt við stigagjöfina (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007).

Byltumat. Bylta er skilgreind sem atvik þar sem einstaklingur endar óviljandi á jörðinni, gólfi eða öðrum lágum, láréttum fleti (WHO, 2018b). Samkvæmt Alþjóða heilbrigðismála- stofnuninni (WHO, 2007) verða um 28-35% aldraðra, 65 ára og eldri, fyrir bylту á hverju ári og eykst hlutfallið þegar komið er yfir 70 ára aldur. Í skýrslu landlæknisembættisins (2005) um slys á öldruðum árið 2003 áttu flest slys aldraðra eða tæplega 66% sér stað á eða við heimili þeirra. Algengast var að slysin ættu sér stað í setustofu eða svefnherbergi. Bylta var orsök in í um 67% tilfella. Orsakir bylta geta verið samspil nokkurra mismunandi þátta sem stundum er hægt að breyta eða vinna með en aðrir eru óbreytanlegir. Líffræðilegir þættir sem hafa áhrif á bylту eru t.d. kyn, aldur og heilsufar. Umhverfisþættir geta verið hál gólf, mottur, snúrur, lýsing, hindranir í gangvegi og margt fleira. Einnig geta atferlis-, efnahags- og félagslegir þættir haft áhrif. Því fleiri samverkandi áhrifaþættir sem eru til staðar, því meiri hættu er einstaklingur í að hljóta bylту (Bradley, 2011; Smith o.fl., 2017; Þórlína Sveinbjörnsdóttir og Hlíf Guðmundsdóttir, 2016). Skimun hjá

einstaklingum sem taldir eru vera í byltuhættu eða hjá fólki með sögu um byltur er talin æskileg sem forvörn, til þess að koma í veg fyrir hugsanlegar byltur (Bradley, 2011). Mörg matstæki eru til sem meta byltuhættu. Samkvæmt klínískum leiðbeiningum Landspítalans til að fyrirbyggja byltur á að skima fyrir byltuhættu með Morse matstækinu. Matstækið skiptist í 6 matsþætti sem kanna hvort sjúklingurinn hafi hlotið byltu, sé með fleiri en eina sjúkdómsgreiningu, þurfi aðstoð við gang, sé með vökva í æð eða æðalegg, hvernig göngulag sjúklings sé og hvort sjúklingurinn sé áttaður á eigin getu. Ef sjúklingurinn skorar fleiri en 45 stig er hann metinn í byltuhættu og gera ætti þverfaglegt byltumat (Landspítali, 2007).

Verkjamat. Upplifun verkja, hvort sem er í langan- eða skamman tíma er ekki eðlilegur hluti þess að eldast líkt og sumir virðast halda, viðhorf um að harka af sér og leiða hugann frá verknum er algengt. Sú hugsun að neysla verkjalyfja geti leitt til fíknar getur líka verið til staðar. Tjáningargeta getur einnig verið skert þannig að einstaklingurinn komi því ekki til skila að hann sé með verki. Því eru verkir meðal aldraðra algengt og oft vangreint vandamál (Alvarado og Salazar, 2015; Rapo-Pylkkö, Haanpää og Liira, 2016; Touhy og Jett, 2014). Verkur er skilgreindur sem óþægileg skynjun eða tilfinningaleg upplifun sem stafar af raunverulegum eða hugsanlegum vefjaskemmdum (Touhy og Jett, 2014). Í rannsókn Rapo-Pylkkö o.fl. (2016) á langvarandi verkjum aldraðra sem búa sjálfstætt kemur m.a. fram að aldraðir sem upplifa langvarandi verki telja heilsu og hreyfifærni sína skerta af völdum verkja. Einnig upplifa þessir einstaklingar oft einmanaleika, eru daprir og tjá þreytu (Alvarado og Salazar, 2015; Rapo-Pylkkö o.fl., 2016). Verkir eru huglæg og stundum flókin upplifun hvers einstaklings fyrir sig, þar sem engin líffræðileg merki eru til staðar sem hægt er nýta sem mælieiningu fyrir styrkleika verkja. Því er sjálfsmat hins aldraða á verkjum það mat sem gefur hvað besta mynd af upplifun einstaklingsins (Catananti og Gambassi, 2010). Til eru nokkrar útfærslur skala sem notast er við til þess að meta verki. Númeraskalinn metur verki með tölum frá 0 sem væri þá enginn verkur, upp í 10 sem er versti hugsanlegur verkur. Skali samsettur af myndum og lýsingarorðum sem lýsa styrkleika verksins, enginn, lítill, meðal, o.s.frv. er einnig notaður (Catananti og Gambassi, 2010; Touhy og Jett, 2014). Erfitt getur verið að meta verki hjá öldruðum sem eru með vitræna skerðingu eða skerta getu til að tjá sig. Verkjamatið er þá byggt á reynslu fagfólks og styðst við vísbendingar frá svipbrigðum, raddbeitingu, líkamshreyfingu, breytingu á samskiptum, athöfnum, venjum eða skapgerð einstaklingsins, til að meta hvort verkir séu hugsanlega til staðar (Touhy og Jett, 2014; The American Geriatric Society, e.d.). Mikilvægt er að vanda til verkjamats og meðferðar hjá öldruðum og leiðréttá hugsanlegan misskilning sem hinn aldraði gæti haft um verki eða verkjameðferð.

Vitrænir þættir. Vitræn skerðing er hugtak um breytingu á vitrænni starfsemi og getu í tengslum við minni, skynjun á stað og stund, athygli og einbeitningu. Þessi skerðing getur orsakast af ýmsum þáttum t.d. sýkingum, lyfjum, heilabilun, þunglyndi, Alzheimerssjúkdómnum. Vitræn skerðing er algegn ástæða þess að aldraðir þurfi aðstoð við grunnathafnir daglegs lífs eða almennar athafnir daglegs lífs og/eða þurfi að dvelja á hjúkrunarheimili (Grden o.fl., 2017; Touhy og Jett, 2014).

Mat á breytingum tengdum vitrænum þáttum er nauðsynlegt til þess að hægt sé að staðfesta að skerðing sé til staðar og hvort um afturkræfa breytingu sé að ræða eða ekki. Mini-Mental State Examination (MMSE) er matstæki sem oft er notað til þess að meta hvort einstaklingur sé með vitræna skerðingu. MMSE er byggt upp af 30 atriðum sem kanna áttun (e. *orientation*), augnabliksminni (e. *verbal immediate recall*), reikning og hæfni til að stafa aftur á bak (e. *executive function*) o.fl. Ef hinn aldraði skorar undir 24 stigum af þeim 30 sem hægt er að fá á MMSE er það vísbending um hugsanlega vitræna skerðingu (Grden o.fl., 2017; Touhy og Jett, 2014).

Hermes. Hermes er heildrænt mat þar sem horft er á persónuna, heilsufar og aðstæður hvers og eins út frá líkamlegu, andlegu, vitrænu og félagslegu sjónarhorni. Matið hefur þann kost að opna umræðu fyrir skjólstæðing um vandamál sín ásamt því að auðvelda honum að miðla eigin hugsunum til hjúkrunarfræðings. Markmið Hermes er að hjálpa skjólstæðingum að átta sig sjálfir á heilsufari sínu, aðstæðum og hve mikil áhrif þeir þættir hafa á daglegt líf þeirra. Matið kemur beint frá skjólstæðingnum sjálfum, að því leyti finnst hjúkrunarfræðingum matið áreiðanlegt. Með þessari aðferð er skjólstæðingurinn að taka beinan þátt í ferlinu og meðferð sinni. Hermes gerir hjúkrunarfræðingum kleift að sjá vandamálin skýrt og ekki síður að skilja skjólstæðinga sína betur, gildi þeirra og viðhorf (Thorarinsdóttir o.fl., 2017).

Við upphaf heilsufarsmatsins eru fengnar bakgrunnsupplýsingar svo sem upplýsingar um aðstandendur, ofnæmi, heilsufarssögu, lyfjanotkun, félagslega- og kynbundna þætti og öryggi. Heilsufarsmatið sjálft inniheldur hálf-staðlaðan viðtalsramma með 27 heilsufarstengdum úr heilsufarslyklum Gordons (e. *Functional health patterns*) (Thorarinsdóttir o.fl., 2017). Spurningar eru opnar, ef vandi er til staðar þá er hægt að spyrja dýpra um þann heilsufarsþátt. Eftir lýsingu vandans þarf viðkomandi að meta hve mikið sá heilsufarsvandi truflar daglegt líf hans. Sá skali sem notaður er hefur að geyma valmöguleikana; lítil óþægindi, talsverð óþægindi, mikil óþægindi eða mjög mikil óþægindi. Mikilvægt er að skoða hvernig skjólstæðingur metur eigið heilsufar og bregðast rétt við sem fagmaður. Í lokin er spurt um markmið, styrkleika, hvernig viðkomandi tekst á við

heilsufarsvanda og hvaða bjargráð hafa hjálpað. Þegar matinu er lokið er farið yfir greiningarblað þar sem teknir eru fyrir m.a. þeir þættir sem trufla líf skjólstæðingsins hvað mest, þeim lýst og þeir útskýrðir nánar. Einnig er farið yfir hve ánægður hann er eða óánægður með þá aðstoð sem hann hefur fengið og hvað betur megi fara. Mjög gott er að hafa slíkt yfirlit í lokin, þar sem helstu vandamál eru skoðuð nánar, leiðir það frekar til að framfarir náist. Með þessum hætti er skjólstæðingurinn sjálfur að gera grein fyrir vandamálinu, lýsa því og síðan meta áhrif þess á eigið líf. Gott getur verið að skjólstæðingur hafi fyllt út það sem hann getur áður en í viðtal er komið. Samtalið verður markvissara, tíminn nýtist betur í að ræða vandamálin og þau úrræði sem hægt er að bjóða upp á. Miðað er við að hvert viðtal taki um 30-40 mínútur (Thorarinsdóttir o.fl., 2017).

Mat á færni til iðju með COPM. Ýmsar aðferðir má styðjast við til að meta hæfni einstaklinga til virkni en matstækið COPM (e. Canadian Occupational Performance Measure) er matstæki sem metur getu einstaklinga til athafna daglegs lífs, þátttöku þeirra og ýmsa einstaklingsbundna þætti í samvinnu við þá (McCull o.fl., 2005). Matstækið er þróað og notað að iðjuþjálfum. Niðurstöður matsins gefa vísbendingar um hvað séu helstu hindranir einstaklinga í daglegum athöfnum og í kjölfarið hægt að skilgreina og vinna með vandann á einstaklingsmiðaðan hátt eftir vilja skjólstæðings. COPM er marktækt og áreiðanlegt mælitæki (Yang, Lin, Lee og Chang, 2017; Verkerk, Wolf, Louwers, Meester-Delver og Nollet, 2006) sem gefur matsaðilum kost á að gera frekari úrbætur eftir íhlutun og getur verið mjög hentugt í endurhæfingu einstaklinga, þar sem hægt er að meta árangur hennar með mælanlegum hætti (Doig, Fleming, Kuipers og Cornwell, 2010). Kannanir hafa verið gerðar sem styðja árangur á notkun COPM sem birtist í aukinni sjálfsbjargargetu einstaklinga og þ.a.l. minni þjónustu. Heilbrigðisstarfsmenn geta tileinkað sér aðferð sem þessa inn í önnur úrræði m.t.t. að koma til móts við nýjar stefnur og strauma í kjölfar fólksfjölgunar og áætlana um farsæla öldrun (McCull o.fl., 2005; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2015).

Samfélagsþjónusta í boði og skilgreining þjónustuúrræða

Samfélagsþjónusta, sem snýr að öldruðum í samfélaginu, felur í sér fjölþætt úrræði og allir þættir hennar miða að því að efla einstaklinga til sjálfstæðrar búsetu eins lengi og unnt er með þjónustu og persónulegri eflingu. Þjónusta er miðlað frá heilsugæslu og ýmsum öðrum heilbrigðiseiningum innan hvers samfélags fyrir sig og styðst við lýðheilsustefnur og lög samfélagsins. Heimahjúkrun, heimþjónusta, dagþjónusta og íbúðir fyrir aldraða eru m.a. úrræði sem í boði eru fyrir aldraða (Touhy og Jett, 2014).

Aldraðir vilja búa lengur heima við sjálfstæða búsetu í auknum mæli en áður og mun samfélagsþjónusta aukast með árunum til að koma til móts við þarfir og vilja aldraðra. Öryggisleysi í kjölfar heilsufarsskerðingar getur verið einn af áhrifaþáttunum að einstaklingar hugleiði flutning á hjúkrunarheimili. Þjónusta á vegum samfélagsins og öflugt stuðningsnet er því oft forsenda fyrir áframhaldandi sjálfstæðri búsetu (Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir, 2011; Touhy og Jett, 2014). Stefna stjórnvalda er að styðja við sjálfstæða búsetu aldraðra, eftir fremsta megni (Velferðarráðuneytið, 2016).

Í stefnu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrun og heilbrigðisþjónustu aldraðra kemur fram að efla þurfi þjónustu til aldraðra úti í samfélaginu. Heimahjúkrun yrði aukin og fjölgað yrði hvíldar- og dagdvalarrýmum. Stofnanir sem koma að þjónustu við aldraða þurfi að hafa samvinnu, með skipulögðum hætti, til aukinnar nýtingu úrræða. Auka þyrfti samræmi í þjónustu milli stofnana og hafa eftirlit með því að grunnþjónusta sem einstaklingur á rétt á sé í boði samkvæmt lögum, reglugerðum og þjónustusamningum. Samþætta þyrfti skráningu milli ólíkra þjónustuaðila og gera reglulegt endurmat á heilsu einstaklinga (Fagsvið félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og fagdeildar öldrunarhjúkrunarfræðinga, 2015).

Samþætting þjónustu við aldraðra er nauðsynleg svo þörf fyrir þjónustu við einstaklinga verði enn fullnægt þrátt fyrir breytt meðferðarstig, þjónustuflokk eða úrræði. Flutnings þjónusta (e. transition care) felur í sér samhæfða og samfellda þjónustu til einstaklinga þrátt fyrir breytt þjónustustig, þar sem kerfi miðla upplýsingum milli sín, sem bætir aðlögunarferli eða viðheldur þjónustu við skjólstæðinga án þess að þjónustuleysi myndist í ferlinu (Naylor og Keating, 2008; Touhy og Jett, 2014).

Samþætting í heilbrigðisþjónustu miðar að sjálfstæðri búsetu meðal einstaklinga eins lengi og hægt er, með því að samhæfa fjölbreytt þjónustuúrræði. Árangursrík samþætting einkennist af greiðum samskiptum og upplýsingaflæði milli starfshópa með öflugri teymisvinnu sem auðveldar aðgang einstaklinga að þjónustu (Hildur Elísabet Pétursdóttir og Kristín Björnsdóttir, 2014).

Er hagkvæmni í því að deila gögnum um skjólstæðinga heimahjúkrunar á milli fagaðila?

Gagnlegt er að deila gögnum um skjólstæðinga milli þeirra fagaðila sem í hlut eiga varðandi meðferð þeirra og í sumum tilfellum nauðsynlegt til að auka gæði þjónustunnar, auka samskipti og meðferðarhaldni. Með betri og nákvæmari vinnslu gagnagrunna, áframhaldandi stuðningi yfirmanna við undirmenn sína og tímanlegan aðgang að upplýsingum geta fagaðilar bætt gagnsemi gagnanna enn frekar og þar með aukið gæði þeirrar

þjónustu sem er veitt. Þetta getur átt sérstaklega vel við, hvað heimahjúkrun varðar og samskipti milli sjúkraliða, hjúkrunarfræðinga og lækna (Guthrie o.fl., 2014).

Heimahjúkrun

Hjúkrun í heimahúsum hefur verið til í aldanna rás en skipulögð þjónusta veitt af hjúkrunarkonum hefur verið starfrækt hér á landi síðan árið 1915, frá því hjúkrunarfélagið Líkn var stofnað í Reykjavík (Margrét Guðmundsdóttir, 2010). Heimahjúkrun hefur aukist og eflst m.a. vegna hækkandi lífaldurs mannfólksins. Heimahjúkrun er þjónusta á vegum heilsugæslustöðva og er til staðar fyrir þá einstaklinga sem hennar þarfnast sbr. (12. gr. reglugerðar um heilsugæslustöðvar nr. 787/2007). Þjónustan er skjólstæðingum að kostnaðarlausu og allir landsmenn, sem hafa þörf fyrir slíka þjónustu, eiga rétt á þjónustunni (Heilbrigðisstofnun Norðurlands, 2016). Heimahjúkrun er aðeins úrræði fyrir þá skjólstæðinga sem ekki geta sótt heilbrigðisþjónustu á heilsugæslustöð. Heimahjúkrunin er hugsuð sem tímabundið úrræði sem þarfnast stöðugs endurmats (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og fagdeild öldrunarhjúkrunarfræðinga, 2015).

Heimahjúkrun er ein helsta ástæða þess að aldraðir geti búið heima þrátt fyrir skerta færni og heilsubrest. Þjónustan er hagkvæm fyrir heilbrigðiskerfið (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og fagdeild öldrunarhjúkrunarfræðinga, 2015) og þiggja aldraðir slíka þjónustu sem lengst í stað þess að flytja inn á hjúkrunarstofnanir án þess að finnast það tímabært (Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir, 2011). Sjálfstæð búseta þrátt fyrir heilsubrest getur skipt miklu máli í sambandi við andlega heilsu og vellíðan, aukið lífsgæði þrátt fyrir þverrandi heilsu svo lengi sem viðkomandi fær viðeigandi þjónustu og stuðning heim. Heimili er gríðastaður skjólstæðinga, þar sem þeir geta verið frjálsir og ráðið sér sjálfir. Hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn þurfa að gæta þess að virða heimili skjólstæðinga sinna. Skjólstæðingar verða að finna fyrir öryggi inni á eigin heimili og geta hjúkrunarfræðingar ýtt undir það, með því að sýna virðingu og hlýju í framkomu sinni við skjólstæðinginn og umhverfi hans. Mikilvægt er að sýna faglega færni og öryggi í starfi (Kristín Björnsdóttir, 2008).

Grunnurinn að heimahjúkrun á Íslandi eru forvarnir, eftirlit, stuðningur og heilsuefning einstaklinga sem og fjölskyldu þeirra. Í heimahúsum sinna hjúkrunarfræðingar ýmsum þörfum skjólstæðinga m.a. eftirlit lyfja, aðstoð við grunnathafnir daglegs lífs eða umbúnað og eftirlit sára. Hjúkrunin byggir á því að styrkja, viðhalda og efla bæði líkamlega og andlega heilsu skjólstæðinga og reyna að draga úr einangrun og einkennum sjúkdóma eins og kostur er (Heilsugæslan, 2008). Krafist er að hjúkrunarfræðingar búi yfir yfirgripsmikilli, almennri

þekkingu og er hlutverk þeirra margþætt. Hjúkrunin snýst m.a. um mat á aðstæðum inni á heimilum, sjá þegar færni skjólstæðinga minnkar og geta þá brugðist við með úrræðum sem henta hverjum og einum (Kristín Björnsdóttir, 2008).

Rannsóknir sýna að mat á færni og getu til að sinna grunnathöfnum daglegs lífs gefi bestu hugmyndina um það hvort skjólstæðingur geti enn búið heima. Mikilvægt er að gera reglulega mat á færni, heilsufari og líðan hjá öldruðum sem fá heimahjúkrun (Hlíf Guðmundsdóttir og Kristín Björnsdóttir, 2004).

Heilsueflandi heimsóknir

Heilsueflandi heimsóknir hófu frumraun sína á Íslandi, sem tilraunaverkefni á Akureyri, á árunum 2000-2001. Heimsóknirnar þóttu gefa góða raun og hafa verið hluti af þjónustu innan heilsugæslu Akureyrar síðan 2002. Með fjölgun hjúkrunarrýma á landsvísu var talið að e.t.v. væri hægt að fresta þörf á kostnaðarsömum úrræðum með því að efla forvarnarstarf með það að markmiði að auka lífsgæði og draga úr þörf á kostnaðarsömum hjúkrunarrýmum (Kristín Sóley Sigursveinsdóttir og Margrét Guðjónsdóttir, 2010).

Þingsályktunartillaga varðandi reglulegar, árlegar, fyrirbyggjandi heimsóknir í forvarnarskyni á Íslandi var samþykkt árið 2012. Velferðarráðuneyti ásamt Sambandi íslenskra sveitarfélaga var þá falið í samvinnu, að gefa öldruðum eldri en 75 ára kost á að nýta sér slíkar heimsóknir (Þingskjal nr. 21/2011-2012).

Þrátt fyrir samþykkt þessa eru heilsueflandi heimsóknir ekki áberandi í íslenskum bæjarfélögum. Starfsemi heilsueflandi heimsókna er mjög virk á Akureyri og fer vaxandi með aukinni þjónustu yfir allt þjónustusvæði (HSN). Um 500 manns fá boð um heimsókn og 61,5 % þiggja heimsókn (Deborah Júlía Robinson, munnleg heimild, 12. mars 2018).

Forvarnargildi heimsóknanna byggir á að auka öryggiskennd og vellíðan meðal þjónustuþega. Áhersla er lögð á getu einstaklingsins og heilsueflandi lífstíl í stað sjúkdómsvæðingar og færniskerðingar til að auka sjálfsbjargargetu og eigin færni. Fyrirmynd um heilsueflandi heimsóknir var sótt til Danmerkur og var útfærð eftir þeirra hugmynd (Kristín Sóley Sigursveinsdóttir og Margrét Guðjónsdóttir, 2010). Ekmann, Vass og Avlund (2010); Yamada, Ekmann, Nilsson, Vass og Avlund (2012) sýndu fram á í rannsóknum sínum að boðunarháttur heilsueflandi heimsókna virtist hafa áhrif á hvort einstaklingur samþykkti fyrstu heimsókn eða ekki. Mestar lýkur voru á samþykki fyrir heimsókn ef einstaklingur var boðaður í heilsueflandi heimsókn með fyrirhugaðri dagsetningu í bréfi. Símtal virtist ekki skila árangri og bréf án fyrirhugaðrar dagsetningar skilaði minnstum árangri.

Í sænskri rannsókn sem lýsti mismunandi upplifun meðal eldra fólks af heilsuefandi heimsóknum og áhrifum á heilsu þeirra kom fram að upplifun einstaklinga gat stýrst af hrumleika hvers og eins og stöðu þeirra sem aldraðir einstaklingar. Rannsóknarúrtak miðaði að öldruðum einstaklingum 80 ára og eldri sem bjuggu við sjálfstæða búsetu og voru ekki farnir að nýta sér þjónustu. Valið byggðist á því að reyna að ná til þeirra sem væru á forstigi hrumleika (e. Pre frail phase) þar sem talið var að sá hópur myndi einna helst njóta góðs af heimsóknum sem þessum (Behm, Ivanoff og Zidén, 2013).

Niðurstöður sýndu að heilsuefandi heimsóknir gátu leitt til jákvæðra breytinga meðal einstaklinga og því nýtanlegt sem heilsuefandi inngríp. Einstaklingur gat eflst í aðstæðum sínum ásamt því að finna fyrir auknu öryggi, eigin gildi, eflt frumkvæði og eigin sjálfstæði og á þann hátt unnið gegn vanmáttartilfinningu. Saman gætu þessir þættir gert aldraða meðvitaða um að vera nokkrum skrefum á undan hvað heilsu og sjúkdómsvarnir varðar og hvatt þá að grípa til aðgerða og þátttöku í heilsuefandi starfsemi. Í sumum tilfellum gagnaðist heilsuefandi heimsókn ekki að mati viðmælenda en einkennandi var fyrir þá einstaklinga að þeir voru utan forstigs hrumleika. Einstaklingar upplifðu heilsu sína og færni annars vegar mjög þverrandi og þeir töldu hana vera komna niður fyrir það stig að heilsuefandi heimsókn mundi nýtast þeim, vegna aukinnar þjónustuþarfar og hrumleika. Hinsvegar upplifðu einstaklingar heilsu sína og færni það góða að þeir töldu sig ekki þurfa á þjónustunni að halda á þessum tímamarki og kæmust enn vel af án hennar (Behn o.fl., 2013).

Heilsuefandi heimsóknir hafa þann tilgang að auka öryggistilfinningu einstaklinga ásamt því að kynna fyrir þeim þjónustuúrræðin. Einnig er hægt að nýta þær til að safna upplýsingum um þörf fyrir þjónustu meðal einstaklinga og einnig hópa. Upplýsingasöfnun tengd getu til athafna daglegs lífs (ADL), líkamlegri og andlegri getu og þörf einstaklinga fyrir þjónustu og heilsuefningu að eigin mati ásamt stuðningsneti. Árangur heilsuefandi heimsókna verður marktækari með því að samræma og efla skráningu ásamt því að nota stöðluð matstæki (Hrefna An Thomasdóttir, 2011; Steinunn Birna Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Félagslegir þættir og félagsleg líðan

Félagslegir þættir líkt og félagsleg virkni og samskipti hafa áhrif á heilsu aldraðra. Samkvæmt íslenskri rannsókn, sem gerð var á reynslu aldraðra, búsettir á eigin heimili hvað viðheldur varðar og viðheldur og eflingu heilsu þeirra, kom m.a. fram að mikilvægt er að vera félagslega virkur og í félagsskap sem hentar hverjum og einum. Fjölskyldan er vissulega mjög mikilvægur þáttur í góðri félagslegri líðan en annars konar félagsskapur utan hennar er ekki síður mikilvægur. Að gegna tilteknum hlutverkum var einnig afar mikilvægur liður í að

viðhalda félagslegri virkni og félagslegri líðan. Hlutverk leiða til þess að einstaklingum finnist þeir gera gagn og getur hjálpað þeim að viðhalda reisu sinni, ásamt því að hlutverk gefur þeim ákveðinn tilgang í lífinu (Guðrún Elín Benónýsdóttir o.fl., 2009). Eitt af því sem fylgir öldrun er hlutverkaskipti og hlutverkamissir. Hlutverk skiptast í tvo flokka; annarsvegar félagslega viðurkennd hlutverk, að vera eiginmaður, faðir og eftir atvinnu. Hins vegar eru hlutverk sem byggjast á væntingum sem gerðar eru til einstaklinga í því félagsneti sem þeir tilheyra (Morgan og Kunkel, 2011). Með aldrinum verða breytingar á þessum hlutverkum, einstaklingar missa hlutverk sem þeir áður höfðu og oft öðlast þeir ný en það er ekki sjálfgefið. Þessu getur fylgt töluverð áskorun, t.d. þegar einstaklingur er kominn á aldur og hættir að vinna getur myndast ákveðið tómarúm sem ekki verður auðveldlega fyllt og getur það haft töluverð neikvæð áhrif á sjálfsmynd og sjálfsmat hans. Félagsleg virkni er oft talin ákveðin undirstaða lífs og á hún þátt í því hvernig einstaklingum gengur að takast á við það að eldast. Því virkari sem aldraðir eru, því auðveldara eiga þeir með aðlögun og að viðhalda fyrri viðhorfum og virkni áfram eins og kostur er (Kart og Kinney, 2001).

Öldruðum sem skortir hlutverk reynast oft vera einmana og finnast þeir óafskiptir í samfélaginu. Með því að aðstoða aldraða við lengri sjálfstæða búsetu má oft ýta undir aukna félagslega virkni þeirra. Margir aldraðir telja heimili vera stað samskipta, þar sem vinir og ættingjar koma saman og eiga góða stund hver með öðrum. Heimilið hefur að geyma ákveðið félagslegt gildi, þar á viðkomandi minningar og persónulegt umhverfi sem veitir öryggi. Samskipti eru einn af þeim grundvallarþáttum sem þurfa að vera til staðar til að veita öryggi (Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir, 2011).

Hvað þarf að vera til staðar fyrir lengri búsetu heima?

Íslensk rannsókn sem gerð var árið 2011 leiddi í ljós að aldraðir vildu hafa góðan aðgang að heimahjúkrun og félagsþjónustu en stuðningur fjölskyldu og vina var ekki síður mikilvægur. Heimili og húsnæði þarf að vera uppbyggt eftir þörfum þeirra hverju sinni, til að auðvelda sjálfstæða búsetu. Í sömu rannsókn kom fram að helsti ávinningur þess að búa heima væri sá að vera sjálfs síns herra (Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir, 2011). Annar mikilvægur þáttur sem fram hefur komið í íslenskri rannsókn er að heimili veiti öryggistilfinningu, einstaklingnum þarf að líða vel inni á eigin heimili og finna fyrir öryggi. Öryggistilfinning er afar mikilvægur þáttur í því að aldraðir geti búið heima. Um 30% heimila veittu hins vegar ekki öryggi né vellíðan þar sem þau hentuðu ekki hinum aldraða og því þurfa hjúkrunarfræðingar að taka umhverfi skjólstaðinga til athugunar þegar hjúkrunarmeðferð og úrræði eru skipulögð (Kristín Björnsdóttir, 2008).

Rannsókn sem gerð var hér á landi árið 2004 sýndi fram á að um 50% aldraðra búa á eigin heimili við tiltölulega góða færni en vitað er að það hlutfall hefur aukist og mun halda áfram að aukast á komandi árum. Vert er að hafa í huga að heimahjúkrun er aðeins lítið hlutfall þeirrar þjónustu eða aðstoðar sem aldraðir fá heim. Heimahjúkrun var veitt 40.8% þátttakenda, 64.9% þáðu félagslega þjónustu en flestir fengu aðstoð eða stuðning frá aðstandendum en það voru um 73.8%, var sú þjónusta í bland við formlega þjónustu (Hlíf Guðmundsdóttir og Kristín Björnsdóttir, 2004).

Góð samskipti eru lykilþáttur í öryggi aldraðra og með þeim má koma í veg fyrir að þessi hópur þjóðfélagsþegna lokist af, verði einmana og jafnvel gleymist. Samskipti við þá nánustu, hvort sem það var fjölskylda, vinir eða nágrennar, vakti öryggi hjá þeim öldruðu sem bjuggu við sjálfstæða búsetu og var heimilið sá staður sem helstu samskipti fóru fram. Ef einstaklingur hafði ekki slíkt samskiptanet í kringum sig, var hann síður öruggur og fannst hann einmana sem leiddi til þess að heimilið var ekki lengur ánægjulegur staður, var þá hjúkrunarheimili næsta úrræði (Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir, 2011).

Þjónusta við eldri borgara á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð

Heimaþjónusta. Heimaþjónusta (e. *Community home care*) hefur það að markmiði að efla einstaklinga á þann hátt að þeir geti búið við sem eðlilegastar aðstæður í sjálfstæðri búsetu eins lengi og unnt er og byggir á að efla sjálfræði og sjálfsbjörg sem hvetur einstakling til ábyrgðar og eigin ákvarðanatöku. Heimaþjónusta felur í sér aðstoð við athafnir daglegs lífs eins og að klæðast, lyfjainntöku og aðra aðstoð sem fellur ekki undir svið heimahjúkrunar. Aðstoð við heimilishald er einnig í boði og getur falið í sér heimilisþrif, aðstoð á matmálistímum og við þvott. Einstaklingar geta fengið félagslegan stuðning og er hann í formi samveru og stuðnings með markvissum hætti og eflandi samskipta (Akureyrarbær, 2018a; Fjallabyggð, e.d.-a; Fjarðabyggð, 2017; Stockert, 2013).

Heimaþjónusta er í boði á öllum stöðunum sem teknir voru til skoðunar en í mismiklum mæli. Á Akureyri er hægt að fá heimaþjónustu á öllum tímum sólahringsins ef þarf (Akureyrarbær, 2018a). Í Fjallabyggð er heimaþjónusta í boði kvölds og morgna á virkum dögum (Fjallabyggð, e.d.-a). Í Fjarðabyggð er heimaþjónusta einungis í boði á dagvinnutíma á virkum dögum (Fjarðabyggð, 2017).

Heimahjúkrun. Heimahjúkrun (e. *Home care*) miðar að því að einstaklingar geti búið sem lengst heima við, þrátt fyrir skerta heilsu, veikindi eða færnisskerðingu. Þjónustan miðar að því að einstaklingur fái eins einstaklingsmiðaða hjúkrunarþjónustu og það sem þarf til að

hann hafi kost á því að búa við sjálfstæða búsetu og auka andlegt og líkamlegt heilbrigði ásamt því að draga úr sjúkdómsbyrði (Stockert, 2013).

Heimahjúkrun á Akureyri og í Fjallabyggð fellur undir þjónustu Heilbrigðisstofnun Norðurlands (HSN) aðstoðin sem er í boði er þó ekki sú sama á báðum stöðum. Á Akureyri er heimahjúkrun veitt allan sólarhringinn en í Fjallabyggð er heimahjúkrun veitt á dagvinnutíma alla virka daga og fyrir hádegi um helgar (Heilbrigðisstofnun Norðurlands, e.d.-a; Elín Arnarsdóttir, heimild 24. febrúar 2018). Í Fjarðabyggð sér Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) um að veita heimahjúkrun, þjónustan er mismunandi eftir búsetu innan sveitarfélagsins. Í Neskaupstað er veitt heimahjúkrun á virkum dögum, helgum og helgidaga kvölds og morgna. Á Eskifirði, Reyðarfirði og Fáskrúðsfirði er heimahjúkrun veitt kvölds og morgna virka daga en fyrripart dags um helgar og á helgidögum. Á Stöðvarfirði er heimahjúkrun aðgengileg fyrripart dags einn dag í viku. Engin heimahjúkrun er í boði í Mjóafirði.

Heimsendur matur. Heimsendur hádegismatur er í boði á öllum stöðunum en með mismunandi hætti. Í Fjallabyggð og Fjarðabyggð er þjónustan í boði á virkum dögum (Fjallabyggð, e.d.-a; Fjarðabyggð, e.d.-c). Á Akureyri er þjónustan í boði alla daga ársins, einstaklingar hafa aðgang að matseðli til að geta skipulagt sig og geta ráðið sínu skipulagi sjálfir hvað varðar þjónustuna (Akureyrarbær, 2018d).

Ferliþjónusta. Markmið ferliþjónustu er að einstaklingar með skerta færni sem ekki geta nýtt sér einkabíl eða almenningssamgöngur geti stundað tómsundur, notið heilbrigðisþjónustu o.fl. (Akureyrarbær, 2017a; Fjarðabyggð, 2016).

Ferliþjónusta er einungis í boði á Akureyri og í Fjarðabyggð. Á Akureyri er þjónustan í boði á virkum dögum og um helgar. Aldraðir geta nýtt hana til heilbrigðisþjónustu, endurhæfingar, þjálfunar og einnig til tómsunda. Ekið er innan Akureyrarsvæðis að meðtöldu Kristnesi sem felur í sér aðstöðu til endurhæfingar (Akureyrarbær, 2017a). Í Fjarðabyggð stendur ferðþjónusta fatlaðra, öldruðum til boða á virkum dögum í ákveðnum tilvikum en fatlaðir einstaklingar hafa forgang (Fjarðabyggð, 2016).

Fjárhagsaðstoð. Fjárhagsaðstoð er í boði fyrir aldraða sem geta ekki framfleytt sjálfum sér og maka sínum á þeim lífeyri sem þeir njóta. Lög segja til um að sveitarfélag eigi að styðja íbúa innan þess: „Skylt er að veita fjárhagsaðstoð til framfærslu einstaklinga og fjölskyldna sem ekki geta séð sér og sínum farborða án aðstoðar, sbr. IV. og VI. kafla laga um félagsþjónustu sveitarfélaga, nr. 40/1991, með síðari breytingum“ (Akureyrarbær, 2017b; Fjallabyggð, e.d.-d; Fjarðabyggð, e.d.-d).

Dagþjálfun og dagdvöl. Dagþjálfun (e. *Adult day services*) er skipulögð starfsemi fyrir aldraða, sem þurfa endurhæfingu og/eða eru ekki færir um að vera einir heima á daginn. Þar er veitt fræðsla, þjálfun, öruggt umhverfi o.fl. Veitir þessi þjónusta umönnunaraðilum tímabundið svigrúm frá umönnunarhlutverkinu (Touhy og Jett, 2014).

Dagþjálfun er í boði fyrir aldraða á Akureyri og í Fjallabyggð sem búa við sjálfstæða búsetu og þurfa á stuðningi að halda. Markmið þjónustunnar er að einstaklingar viðhaldi fyrri getu og færni til að eiga kost á áframhaldandi búsetu heima fyrir. Nálgast er hvern einstakling á þeim grundvelli sem hann er í sinni færni til að hver og einn fái sem mest út úr sinni þjálfun. Þjálfunin felur m.a. í sér félagsstarf, sjúkraþjálfun, hreyfingu, iðjuþjálfun, hvíldaraðstöðu, böðun o.fl. Í Fjallabyggð er boðið upp á ferliþjónustu í tengslum við dagþjálfun (Akureyrarbær, 2018b; Fjallabyggð, e.d.-b).

Samfélagið á Akureyri hefur einnig aukið aðgengi aldraðra til daglegrar hreyfingar. Íþróttafélagið Hamar býður upp á gjaldfría aðstöðu til að ganga og hreyfa sig innanhúss í Boganum, sem er yfirbyggður knattspyrnuvöllur með göngubrautum, alla virka daga frá 8-12. Aldraðir greiða lægra gjald í sundhöll Akureyrarbæjar og líkamsræktarstöðvarnar Átak og Bjarg bjóða einnig upp á hreyfingu fyrir eldri borgara (Bergljót Jónasdóttir, munnleg heimild, 6. mars 2018).

Ráðgjöf iðjuþjálfara. Ráðgjöf iðjuþjálfara er í boði fyrir aldraða einstaklinga á Akureyri. Ráðgjöfin er ætluð einstaklingum með farniskerðingu vegna öldrunar eða annarra veikinda eða fötlunar. Einstaklingar geta fengið ráðgjöf, fræðslu og einnig heimilisathugun ef þörf krefur. Iðjuþjálfari metur einnig þörf fyrir hjálpartæki innan heimilis og fyrir einstaklinginn sjálfan í samvinnu við hann og sér um pöntunarferli, stillingar tækja o.fl. Ráðgjöf miðar að því að einstaklingar geti búið við sjálfstæða búsetu eins lengi og unnt er og haldið eigin sjálfstæði í daglegu lífi og athöfnum og aukið með því eigin lífsgæði (Akureyrarbær, 2017c). Í Fjarðabyggð geta aldraðir, með tilvísun frá lækni, fengið ráðgjöf hjá iðjuþjálfara á HSA (Heilbrigðisstofnun Austurlands, e.d.).

Tímabundin dvalarinnlögn. Tímabundin dvalarinnlögn (e. *Respite care*) miðar að því að einstaklingur geti búið sem lengst heima og gefur honum kost á að byggja sig upp og efla, til að vera betur í stakk búinn að takast á við lífið heima á ný. Þjónustan miðar einnig að því að aðstandendur fái hvíld frá hinni óformlegu þjónustu sem þeir veita nákomnum og efli sig einnig að nýju (Embætti landlæknis, 2016; Touhy og Jett, 2014). Í öllum sveitarfélögum er tímabundin dvalarinnlögn í boði fyrir aldraða, dvölin er að jafnaði um 4 vikur en eftir samkomulagi, þó mest upp að 8 vikum. Mismunandi er milli sveitarfélaganna hve mörg rými

eru í boði (Elín Arnardóttir, munnleg heimild, 22. febrúar 2018; Embætti landlæknis, 2016; Jónína G. Óskarsdóttir, munnleg heimild 8. mars 2018; Öldrunarheimili Akureyrar, 2017).

Íbúðir fyrir aldraða á vegum félagsþjónustu. Íbúðir fyrir aldraða (e. *Independent senior housing*) eru íbúðir með góðu aðgengi fyrir aldraða sem geta ekki lengur búið í sínu húsnæði vegna hrörnunar og færniskerðingar og þurfa að komast í hentugra húsnæði en búa samt við sjálfstæða búsetu (Touhy og Jett, 2014).

Í Fjallabyggð og Fjarðabyggð standa öldruðum slíkar íbúðir til boða (Fjarðabyggð, e.d.-a; Helga Helgadóttir, munnleg heimild, 27. febrúar 2018).

Heilsueflandi heimsóknir. Heilsueflandi heimsóknir (e. *Preventive home visits*) til aldraðra eru einungis í boði á Akureyri, en ekki í Fjallabyggð og Fjarðabyggð og flokkast undir fyrirbyggjandi heilsuvernd. Við heilsueflandi heimsóknir starfa hjúkrunarfræðingur, iðjuþjálfari og sjúkrabjálfi.

Markmið heilsueflandi heimsókna eru margþætt og miða að því að einstaklingur lifi við heilbrigði, færni og upplifi sjálfstæði í kjölfar hvatningar og styrks sem hann hlýtur. Einnig er miðað að því einstaklingur upplifi öryggi og vellíðan á heimili sínu eins lengi og unnt er og hafi upplýsingar um réttindi, félagsstarf og þjónustu sem hann á rétt á. Einstaklingur á einnig að fá ráðleggingar og mat á eigin getu til athafna daglegs lífs í samstarfi við hann.

Nálgun við þjónustuþega skal vera á einstaklingsmiðaðan hátt og einnig er reynt að koma til móts við einstaklinginn þar sem hann er heilsufarslega staddur. Einstaklingar sem eru 80 ára og eldri og eru án utanaðkomandi þjónustu eða heimahjúkrunar á vikutímabili eiga rétt á að fá árlega boðun um heilsueflandi heimsókn. Heimsóknirnar geta einnig verið í boði fyrir einstaklinga á aldrinum 75-79 ára. Heimsóknirnar eru í boði þar sem heilsueflandi heimsóknir hafa aðsetur en einnig er í boði að fá starfsmann heim til þjónustuþega (Heilbrigðisstofnun Norðurlands, e.d.-b).

Félagsstarf. Félag eldri borgara er virkt innan allra svæðanna en í misfjölbreytilegu formi. Á Akureyri eru tvær félagsmiðstöðvar, markmið þeirra er að efla fjölbreytt félagsstarf og tómstundir fyrir þá sem stunda stöðvarnar, eins og bingó, skemmtikvöld, námskeið og fræðslu o.fl. (Akureyrarbær, 2018c). Félagið býður upp á ýmsa hreyfingu fyrir eldri borgara; leikfimi, jóga, línudans, gönguhugleiðslu o.fl. (Bergljót Jónasdóttir, munnleg heimild, 6. mars 2018). Í Fjallabyggð er boðið upp á félagsstarf í tengslum við dagdvöl sem sveitarfélagið veitir. Tvö félög eldri borgara eru einnig með félagsstarf á sínum vegum, sem er mjög virkt og vel sótt (Fjallabyggð, e.d.-c).

Í Fjarðabyggð er félag eldri borgara með reglubundið félagsstarf í Neskaupstað alla daga nema sunnudaga. Á Eskifirði, Fáskrúðsfirði, Reyðarfirði og Stöðvarfirði er félagsstarf tvo daga í viku (Fjarðabyggð, e.d.-b).

Samantekt

Forvarnir miða ýmist að því að koma í veg fyrir að einstaklingar greinist með sjúkdóma eða þverrandi heilsu. Þar er reynt að greina sjúkdóm sem fyrst svo hægt sé að koma í veg fyrir frekari skaða og að lokum að vinna með þann skaða sem þegar hefur orðið ásamt því að minnka sjúkdómsbyrði eins og unnt er. VES-13 hefur reynst vel til að skima út í samfélaginu fyrir þverrandi færni og lífslíkum. RAI-home care er víðtækt matstæki sem nota má til að meta þá þjónustu sem aldraðir fá og nota við úrbætur á þeirri þjónustu, en rannsóknir sýna fram á að RAI sé eitt áreiðanlegasta matstækið sem notað er í dag. Hermes og COPM eru bæði matstæki sem stuðla að virkri þátttöku sjúklinga við mat á heilsufarstengdum þáttum, alvarleika þeirra og mikilvægi þess fyrir einstakling að fá aðstoð við heilsufarstengdum þáttum. Matstæki sem þessi eru notuð til þess að geta hjálpað skjólstæðingum og eflt þá til þess að búa lengur heima. Heimahjúkrun á mjög stóran þátt í því að aldraðir skjólstæðingar geti búið eins lengi heima og heilsa og vilji eru fyrir hendi. Heilsueflandi heimsóknir eru einnig grundvöllur til að meta færni og heilsu aldraðra, þar sem hægt er að fylgjast með einstaklingum m.t.t. aðstoðar eða aukins þjónustustigs. Gerð var samantekt á þjónustuúrræðum í bæjarfélögum þremur og sett upp í töflu sem sjá má í viðauka, töflu 1.

3. Kafli – Aðferðafræði

Farið verður yfir þær aðferðir sem styðja fyrirhugaða rannsókn í þessum kafla. Gagnasöfnun verður lýst ásamt mælitækjum og þeim aðferðum sem stuðst verður við í úrvinnslu þeirra. Fjallað verður um val á þátttakendum og greint frá megin rannsóknarspurningum. Jafnframt verður fjallað um réttmæti og trúverðugleika í rannsóknum ásamt siðfræði rannsókna. Að lokum verður samantekt úr efni kaflans.

Rannsóknaraðferð

Rannsóknin byggir á megindegri rannsóknaraðferð þar sem skoða skal ákveðið úrtak úr þýði, úrtakið þarf að vera vel valið, þar sem það á að endurspegla niðurstöður yfirfærðar á stærri hóp. Innan þýðis eru allir þeir einstaklingar sem uppfylla þau skilyrði sem sett eru fyrir þátttöku í rannsókninni. Úrtak er aftur á móti sá hluti þýðis sem valinn var til þátttöku í rannsókn (Sigríður Halldórsdóttir, 2016). Aðferðin byggir á tölfræði þar sem meðaltal og staðalfrávik gefa upplýsingar um einkenni hópsins. Breytur innan úrtakana verða skoðaðar í samræmi við niðurstöður og verður tölfræði notuð til að draga ályktanir þeirra á milli. Megindelegar rannsóknaraðferðir eru einnig notaðar til að kanna forspárgildi sem og orsakasamband (Sigurlína Davíðsdóttir, 2016). Gerð verður lýsandi samanburðarrannsókn, sem segir til um mun milli hópa og dregur fram gagnlegar upplýsingar, ekki er þó hægt að fá fram niðurstöður um ástæðu vandans (Ragnheiður Harpa Arnarsdóttir, 2016).

Staðlaður spurningarlisti er notaður við söfnun gagna. Höfundar vilja skoða hvað einkennir þennan tiltekna hóp, sem samanstendur af 300 einstaklingum 75 ára og eldri úr þremur sveitarfélögum.

Uppbygging VES-13 matstækisins

VES-13 er matstæki sem auðvelt er í notkun og tekur aðeins um 5-8 mínútur að leggja matið fyrir. VES-13 er byggt upp af 13 spurningum, fjalla þær m.a. um sjálfsmat á heilsu og virkni, aldur og þörf fyrir aðstoð með athafnir daglegs lífs (Kroc o.fl., 2016). Hvoru tveggja er athugað, almennar athafnir daglegs lífs m.t.t. getu til framkvæmda og að sjá um sig sjálfur en einnig grunnathafnir daglegs lífs m.t.t. getu til sjálfsbjargar (Owusu o.fl., 2016). Einnig er spurt um líkamlega virkni þar á meðal hreyfigetu, getu til að lyfta eða halda á þungum hlutum. Fínhreyfingar, ganga ákveðna vegalengd og getu til að sinna húsverkum (Kroc o.fl., 2016) (Sjá fylgiskjal I).

Í matinu er þátttakendum skipt í þrjú aldersflokka, 65-74 ára, 75-84 ára og 85 ára og eldri. Sé einstaklingur á bilinu 75-84 ára fær hann eitt stig en þeir sem eru eldri en 85 ára fá þrjú stig. Þeir sem meta eigin heilsu slaka eða þokkalega fá einnig eitt VES-13 stig.

Valmöguleikar þegar spurt er um heilsu eru; slök, þokkaleg, góð, mjög góð eða frábær. Spurning um líkamlega áreynslu og hreyfifærni er með valmöguleikana; ekki erfið, dálítið erfið, allnokkuð erfið, mjög erfið og ræð ekki við. Svári þátttakandi mjög erfið eða ræð ekki við, fær hann eitt stig þar sem hvert vandamál gefur eitt stig. Að lokum er spurt um athafnir daglegs lífs og hvort skjólstæðingur eigi erfitt með þær vegna heilsubrests, spurningin tekur mið af fimm athöfnum og getur viðkomandi fengið mest fjögur stig úr spurningunni (Saliba o.fl., 2001). Stigun er byggð inn í matstækið og hafa rannsóknir sýnt að fái einstaklingur 3 stig eða fleiri á VES-13, sé hann í 4,2 sinnum meiri áhættu á færniskerðingu og dauða innan tveggja ára (Saliba o.fl., 2001).

Þýðing VES-13

Spurningalistinn var þýddur úr ensku yfir á íslensku, fyrst af einstaklingi sem var með B.A. próf en seinna var hann þýddur aftur af skjalapýðanda á ensku og voru þýðingarnar bornar saman. Kom í ljós að merking spurninga var sú sama eftir þýðingu. Níu þátttakendur fengust í forprófun þegar meta átti hvort þeir skildu spurningar matsins (Bryndís Fjóra Jóhannsdóttir o.fl., 2007).

Þjónustukönnun

Samhliða VES-13 matstækinu verður lagður fyrir spurningalisti sem notast var við í fyrri rannsóknum Bergþóru Guðnadóttur o.fl. (2011) og Kolbrúnar Sverrisdóttur o.fl. (2008), leiðbeinandi rannsakenda aflaði leyfa fyrir notkun spurningalistans og viðbótum við hann (sjá fylgiskjal II). Spurningalistinn inniheldur níu atriði tengd þeim stuðningi og þjónustu sem þátttakendur njóta. Þrjár af spurningunum koma fram á RAI gagnasafni fyrir heimaþjónustu það eru spurningar númer 2, 3 og 7 í þjónustukönnuninni (númer 1, 2 og 6 í upprunalegu þjónustukönnuninni). Sigríður Egilsdóttir verkefnastjóri RAI matstækisins hjá Landlæknisembættinu veitti leyfi fyrir notkun spurninganna. Við vinnslu á hinum sex spurningunum voru könnun sem unnin var í Hafnarfirði 2006 og RAI matstækið höfð til hliðsjónar. Stuðlar það að einfaldari samanburði við sambærilegar rannsóknir sem unnar hafa verið hér innanlands (Bergþóra Guðnadóttir o.fl., 2011; Kolbrún Sverrisdóttir o.fl., 2008).

Rannsakendur ætla að bæta við spurningalistann. Fyrri spurningin er um kyn þátttakenda en seinni spurningin er um hvort þátttakendur hafi áhuga fyrir árlegum heimsóknum til að ræða um heilsu og færni þátttakenda.

Val á þátttakendum

Þátttakendur rannsóknarinnar verða einstaklingar 75 ára og eldri sem búsettir eru á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð og búa við sjálfstæða búsetu. Þýði þessa hóps á Akureyri nemur 1062 einstaklingum en í Fjallabyggð og Fjarðabyggð er þýðið 174 einstaklingar á hvorum stað. Þar sem við tókum til skoðunar þrjú sveitarfélög þá munum við hafa þrjú úrtök, hvert úrtak samanstendur af 100 einstaklingum sem valdir verða tilviljanakennt út frá aldri og búsetu.

Gagnasöfnun

Í rannsókninni munu rannsakendur afla gagna með spurningalista símleiðis. Áætlað er að hvert símtal taki um 5-8 mínútur. Notaðir verða tveir spurningalistar, annars vegar VES-13 og hins vegar þjónustukönnun ásamt auka spurningum sem bætt var við af rannsakendum. Fengið verður leyfi vísindasiðanefndar. Kynningarbréf um rannsókn verður sent áður en símtal berst til þátttakenda. Kemur þar fram kynning á rannsóknarefni, dagsetning og tímasetning sem matið yrði gert.

Úrvinnsla ganga

Upplýsingar úr spurningalistum verða kóðaðar og settar upp í tölfræðiforritinu SPSS (Statistical package for social sciences). Tölfræðiþróf sem stuðst verður við til að skoða mun, fylgni breyta og dreifingu í úrtaki er aðhvarfsgreining (e. multiple regression, stepwise method) og krosstöflur/kí-kvaðratþróf (e. Pearson Chi-square) (Field, 2013).

Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna

Mikilvægt er að þau gögn sem safnast í rannsókninni séu áreiðanleg svo niðurstöðurnar verði réttar og komi að gagni. Gæði gagna er hægt að meta út frá tveimur þáttum, réttmæti og áreiðanleika. Réttmæti bregður ljósi á gæði rannsóknarsniðsins og hvort þær ályktanir sem af rannsókninni verða dregnar eigi rétt á sér. Hægt er að horfa á nokkra þætti þegar réttmæti er skoðað, þeir eru meðal annars: *Hugsmíðaréttmæti* erum við að mæla það sem við þurfum að mæla til þess að fá niðurstöður. *Innra rannsóknarréttmæti* eru fylgibreytur rannsóknarinnar að verða fyrir áhrifum af frumbreytum eða utanaðkomandi breytum. *Yfirborðs réttmæti* er matstækið að mæla það sem það á að mæla. *Ytra rannsóknarréttmæti* er hægt að alhæfa niðurstöður rannsóknarinnar yfir á annan hóp eða aðrar aðstæður (Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2013).

Áreiðanleiki upplýsir hvort tölfræðilegar mælingar rannsóknarinnar séu áreiðanlegar. Hægt er að skoða *innri áreiðanleika* þar sem tvö matstæki sem mæla það sama eru lögð fyrir saman og niðurstöður bornar saman. Einnig er notast við *endurtekna prófun* þar sem bornar

eru saman tvær mælingar með matstækinu og fundinn áreiðanleikastuðull (Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2013).

VES-13 matstækið sem notast verður við í rannsókninni hefur verið metið í rannsóknum erlendis og sýnt næmni og áreiðanleika í því að greina og spá fyrir um heilsu og færniskerðingu og dauða innan tveggja til fimm ára. Matstækið hefur verið þýtt og notað í mörgum löndum (Kroc o.fl., 2016; Maia o.fl., 2012; Owusu o.fl., 2016). Yrði þetta í fjórða sinn sem matstækið væri lagt fyrir á Íslandi. Engar eftirfylgni rannsóknir hafa verið gerðar hérlendis innan tveggja til fimm ára til að kanna tengsl milli VES-13 stiga og heilsu og færniskerðingu og dauða (Bryndís Fjóra Jóhannsdóttir o.fl., 2007; Kolbrún Sverrisdóttir o.fl., 2008; Bergþóra Guðnadóttir o.fl., 2011). Niðurstöður um áreiðanleika og réttmæti íslensku þýðingarinnar eru því ekki til taks.

Siðfræði rannsókna

Huga þarf að siðferðilegri breytni þegar kemur að rannsóknum og mikilvægt er að koma að þeim með heilindum og ábyrgð með velferð þátttakenda í huga. Í heilbrigðisvísindum er stuðst við fjórar meginreglur sem vísa rannsokendum veginn til að viðhafa sjálfræði, skaðleysi, velgjörð og réttlæti gagnvart þátttakendum og umhverfi rannsóknar (Sigurður Kristinsson, 2013).

Sjálfræðisreglan: Felur í sér að skynsemisvera á skilið virðingu og hefur rétt til að taka upplýstar og óþvingaðar ákvarðanir og vera stjórnandi í eigin lífi.

Skaðleysisreglan: Felur í sér að gæta þarf þess að valda engum skaða og að ávinningur af rannsókn sé réttlætanlegur.

Velgjörðarreglan: Felur í sér að það sem gert er muni leiða af sér eitthvað gott og feli í sér velgjörð gagnvart umhverfinu í víðum skilningi.

Réttlætisreglan: Felur í sér sanngirni í dreifingum gæða og að leggja ekki þyngri byrðar á einn þjóðfélagshóp til að annar hagnist (Sigurður Kristinsson, 2013).

Til þess að reglurnar verði í hávegum hafðar munu rannsokendur sækja um leyfi til rannsóknar hjá vísindasiðanefnd og tilkynna rannsókn einnig til persónuverndar. Í lögum um réttindi sjúklinga (nr. 74/1997) og reglugerð laga um vísindarannsóknir á heilbrigðisvísindasviði (nr. 44/2014) kemur fram að óheimilt sé að framkvæma rannsókn án fyrirbyggjandi mats vísindasiðanefndar. Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga (nr. 77/2000), fela í sér kröfu um samþykki þátttakenda í rannsóknum þar sem leitast er eftir upplýsingum um heilsufar einstaklinga.

Væntanlegir þátttakendur munu fá sent kynningarbréf sem felur í sér nægar og skilmerkilegar upplýsingar til að einstaklingur geti tekið upplýsta og óþvingaða ákvörðun um eigin þátttöku í rannsókninni. Þátttakendur fá einnig upplýsingar um fyrirhugaða tímasetningu gagnaöflunar. Fram þarf að koma á hvaða vegum fyrirhuguð rannsókn er og hverjir það eru sem standa fyrir henni ásamt tilgangi hennar (Sigurður Kristinsson, 2013). Einstaklingar fengju upplýsingar um að tilgangur fæli í sér að kanna færni og heilsu þátttakenda ásamt því að greina hversu margir eru í áhættuhópi er varðar skerta heilsu, færni og lífslíkur. Aflað yrði upplýsinga um formlega og óformlega þjónustu sem þátttakendur hljóta.

Þátttakendur þurfa að fá vitneskju um áhættu og ávinning sem fylgir þeirra þátttöku í rannsókninni. Þeim verður einnig gert ljóst að aðild þeirra sé sjálfviljug og þeim verði frjálst að hafna þátttöku eða draga þátttöku sína í rannsókninni til baka á hvaða stigi rannsóknarinnar sem er (Sigurður Kristinsson, 2013). Þátttakendum verður kynnt með hvaða hætti persónulegar upplýsingar verða varðveittar, unnar og settar fram í niðurstöður. Rannsakendur munu fara með persónulegar upplýsingar sem trúnaðargögn með nafnleynd og sjá til þess að þær muni hvergi koma fram. Gögnum yrði einnig eytt í kjölfar vinnslu þeirra. Fyrirhugað kynningarbréf verður ætlað til undirskriftar um staðfestingu á þátttöku og einlægum ásetningi rannsakenda ásamt skilnings þátttakenda á innihaldi rannsóknar.

Mat rannsakenda er að engin áhætta hlýst af þátttöku í fyrirhugaðri rannsókn þar sem öll tilskilin leyfi verða fengin og kröfur uppfylltar frá upphafi. Niðurstöður eða framkvæmd á ekki að geta talist áhættusöm eða skaðleg.

Ávinningur þátttakaenda mun e.t.v. ekki vera með beinum hætti en í víðara samhengi munu þeir ásamt öðrum öldruðum í samfélaginu líklegast njóta góðs af niðurstöðum rannsóknar. Niðurstöður gætu leitt til aukinnar þekkingar um stöðu aldraðra og bættum margþættum úrræðum. Allir ættu að geta fundið hag af útkomu rannsóknarinnar hvarvetna í samfélaginu.

Samantekt

Við gerð rannsóknarinnar verður gagna aflað með megindegum hætti. Send verður tilkynning til þátttakenda með uppgefnum tíma sem rannsakendur munu hringja í þátttakendur á, farið verður yfir spurningalista með þátttakendum í gegnum síma. Úrtak verður tekið úr þremur sveitarfélögum, vonast er eftir 100 manna úrtaki á hverjum stað. Áætlað er að hvert viðtal taki um 5-8 mínútur. Við gagnagreiningu og úrvinnslu ganga verður notast við SPSS tölfraeðiforrit.

4. Kafli – Umræður

Umræður um fræðilega umfjöllun

Fjölgun aldraðra í heiminum fer vaxandi, þarfir aldraðra geta verið afstæðar og ferli öldrunar einnig. Mikilvægt er að geta komið á móts við og greint þarfir aldraðra á fjölbreyttan og einstaklingsmiðaðan hátt (WHO, 2015). Fjöldi aldraðra sem búa við sjálfstæða búsetu er mikill en einnig telja margir að þjónusta til þessa aldursflokks fari versnandi (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2017). Talið er að heilbrigðisvitund einstaklinga aukist með hækkuðum aldri og aldraðir taki meiri ábyrgð en áður í kjölfar þverrandi heilsu og færni (Guðrún Elín Benónýsdóttir o.fl., 2009). Flest vandamál sem koma fram á efri árum má rekja til afleiðinga langvinnra sjúkdóma og skertrar færni. Mikilvægt er að hafa áhrif á þverrandi heilsu og færniskerðingu með því að huga að vandamálum sem þessum snemma með hvatningu til heilsueflandi hegðunar (WHO, 2015).

Vöntun hefur verið á samþættum og markvissum úrræðum til að finna og greina þá einstaklinga sem búa við þverrandi heilsu, færni og hafa þörf fyrir aukna þjónustu. VES-13 er talið áreiðanleg aðferð og nýtanlegt matstæki fyrir heilbrigðisstarfsfólk til að greina aldraða sem lifa við skerta færni á einfaldan hátt. Stig VES-13 geta sagt til um raunverulegt ástand og áhættu einstaklinga. Einstaklingar sem greinast með 3 VES-13 stig eða fleiri eiga í 4,2 sinnum meiri hættu á heilsu og færniskerðingu eða dauða innan tveggja ára í samanburði við þá sem fá færri en 3 VES-13 stig (Bergþóra Guðnadóttir o.fl., 2011; Bryndís Fjóra Jóhannsdóttir o.fl., 2007; Saliba o.fl., 2001). Nýjar rannsóknir hafa sýnt fram á meiri nákvæmni og að gildi matsins sé meira ef miðað er við 6 eða fleiri stig á VES-13 þegar meta skal líkur á færniskerðingu eða dauða hjá öldruðum (Kroc o.fl., 2016; Wallace o.fl., 2017).

Heilsueflandi heimsóknir eru góður grundvöllur til að meta heilsu og færni einstaklinga og vinna að heilsueflandi markmiðum í samvinnu við þá (Steinunn Birna Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Ítarlegri matstæki sem hægt er að nota í kjölfar heilsufarsmats á öldruðum þegar við á eru m.a. RAI-Home Care, Hermes, byltumat og verkjamat. RAI-Home Care er matstæki sem farið er yfir með skjólstæðingum reglulega og þar af leiðandi er auðvelt fyrir hjúkrunarfræðinga að skoða og bera saman nýjar niðurstöður við eldri. RAI-Home Care er gagnlegt þegar skoða á m.a. þarfir og þjónustu skjólstæðinga, meta árangur breytinga og auka gæði þjónustunnar sem veitt er (Unnur Þormóðsdóttir o.fl., 2015). Rannsóknir hafa sýnt að RAI-Home Care er eitt nákvæmasta matstækið sem notað er í dag til að meta virkni og heilsu aldraðra (Kim. o.fl., 2015).

Sjálfsmatið Hermes hefur þann kost að opna umræðu milli skjólstæðings og hjúkrunarfræðings um vandamál og hvernig þau hafa áhrif á skjólstæðinginn sem persónu og á hans daglega líf. Vandamálin eru skoðuð ítarlega og getur það leitt til frekari framfara (Thorarinsdóttir o.fl., 2017).

Heimahjúkrun er einn helsti þjónustupáttur sem gerir öldruðum kleift að búa við sjálfstæða búsetu þrátt fyrir skerta færni eða heilsu. Sjálfstæð búseta getur skipt sköpum fyrir andlega heilsu og vellíðan, auk þess að spila stóran þátt í lífsgæðum skjólstæðinga (Kristín Björnsdóttir, 2008). Með því að finna þann hóp aldraðra sem eru í áhættu fyrir heilsu og færniskerðingu, má bregðast við í tæka tíð og gera þeim kleift að búa eins lengi og kostur er við sjálfstæða búsetu. Aldraðir vilja búa lengur við sjálfstæða búsetu en áður, svo lengi sem þeir finna fyrir öryggi á eigin heimili. Burt séð frá aðgangi að heimahjúkrun og annars konar þjónustu sem mikilvæg er til að ýta undir öryggi þessa hóps, má ekki gleyma að góð samskipti við fjölskyldu, vini eða þjónustuaðila er lykilatriði til þess að finna fyrir öryggi (Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir, 2011).

Okkar sýn og von til framtíðar er að aldraðir einstaklingar lifi við aukna þjónustu. Með því að styðjast við þá þætti sem við höfum nefnt eins og markviss mælitæki, mat og jafnvel samþættan gagnagrunn fáum við betri heildarmynd á ástand einstaklings og eigum auðveldara með að koma á mótis við þarfir hans.

Þegar unglingar þroskast og færast yfir á fullorðinsár fá þeir fræðslu um hvað framtíðin ber í skauti sér og við hverju má búast á komandi árum. Ung börn fá reglubundið eftirlit í ungbarnaeftirliti þar sem stuðst er við gagnreynda þekkingu m.t.t. þroska þeirra og færni. Aldraðir og ung börn hafa flokkast undir berskjaldaða hópa innan samfélagsins og finnst okkur að þjónusta sem miðar að öldruðum eigi ekki að vera frábrugðnari að mörgu leiti, en hjá börnum. Við sjáum fyrir okkur einingu innan heilsugæslunnar sem miðar að þjónustu við aldraða. Þjónustan fæli í sér alla fyrrnefnda þætti sem teknir yrðu til skoðunar og stuðst yrði við gagnreynda þekkingu, mælitæki og samræmdan gagnagrunn. Miðstöðin gæti falið í sér heilsueflandi heimsóknir ásamt öðrum tímum sem einstaklingum væri boðið í eða eftir tímapöntun. Að okkar mati væri betur staðið að þjónustu við aldraða og öldrunarferli þeirra yrði farsælla. Þjónusta sem snýr að öldruðum er það margþætt að tími er komin til að samræma hana og meta til árangurs.

Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunarfræði

Höfundar vænta þess að rannsóknin sýni fram á gildi þess að nota VES-13 matstækið sem hluta af forvörnum tengdum heilsu aldraðra, með það í huga að finna aldraða sem eru í áhættuhópi hvað varðar heilsu og færniskerðingu. Byggist sú skoðun á því að fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á að matstækið er áreiðanlegt, nákvæmt og auðvelt í notkun, því gæti hvaða heilbrigðisstarfsmaður sem er lagt matið fyrir. Út frá því hve strjálbýl landsbyggðin getur verið hentar að notast við VES-13 þar sem ekki er nauðsynlegt að leggja það fyrir augliti til auglitis (Saliba o.fl., 2001; Roedl o.fl., 2016).

Með markvissri og samþættri notkun mælitækja við hjúkrun aldraðra má auka gæði þeirrar þjónustu sem þeir hljóta. Ásamt því má jafna aðgengi aldraðra að þeirri þjónustu sem þeir eiga rétt á óháð búsetu.

Í rannsókninni yrði úrtakið stærra en áður hefur verið notað í sambærilegum rannsóknum hér á landi, með stærra úrtaki verða niðurstöður áreiðanlegri (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013).

Samantekt

Fjöldi aldraðra sem búa við sjálfstæða búsetu er mikill og kemur til með að aukast. Þau þjónustuúrræði sem eru í boði fyrir aldraða og miða að því að styðja þá í sjálfstæðri búsetu eru fjölbreytileg en geta takmarkast af búsetu einstaklings. Öldruðum finnst aðgengi að þjónustu sem er þeim ætluð ekki gott og það hafi farið versnandi. Vöntun hefur verið á samþættum og markvissum úrræðum til að finna og greina þá einstaklinga sem búa við þverrandi heilsu, færni og þörf fyrir aukna þjónustu.

Með markvissri notkun matstækja sem gagnleg eru fyrir heilsu og færni aldraðra, má þróa og bæta þá þjónustu sem þeim aldurshópi er veitt óháð búsetu. Sú þjónusta sem aldraðir njóta þarf að vera sniðin að þörfum einstaklings og umhverfi hans. Þjónustan þarf ekki síður að taka mið af þeim félagslegu aðstæðum sem aldraður skjólstæðingur er í. Öryggi á eigin heimili hlýst að miklu leyti út frá góðum og traustum samskiptum við aðstandendur og vini en allir hafa ekki slíkt bakland. Með heilsueflandi heimsóknum og markvissum skimunum á heilsu og færni einstaklinga og mati í kjölfar þess, má auka samskipti milli hjúkrunarfræðinga og aldraðra og þar með auka öryggistilfinningu sem á þátt í því að þeir geti búið lengur við sjálfstæða búsetu.

5. Kafli – Lokaorð

Nemendur hafa komist að því við vinnslu rannsóknaráætlunarinnar að úrræði fyrir þjónustu til aldraðra eru ekki af skornum skammti. Þau úrræði sem í boði eru þó ekki í boði fyrir alla þar sem búseta hefur áhrif þar á. Reynt hefur verið að ryðja veg fyrir aldraða til að stunda heilsueflingu og að okkar mati má gera enn betur í þeim efnum.

Mikilvægt er að þekkja til og nýta þau úrræði sem til eru og e.t.v. væri hægt að samnýta þau. Höfundar sjá fyrir sér heilsugæslu þar sem þverfaglegt teymi ynni saman að heilsueflingu aldraðra með snemmbærum skimunum fyrir heilsu og færniskerðingu allra einstaklinga 75 ára og eldri. Þar mætti styðjast við matstæki með markvissum hætti og upplýsingar yrðu aðgengilegar í miðlægum gagnagrunni. Boðið yrði upp á heilsueflandi heimsóknir í kjölfar skimana með VES-13, til þess að vinna með þeim aldraða að úrlausnum við þeim vanda sem er til staðar og koma í veg fyrir eða hægt á hugsanlegri færniskerðingu. Þjónusta sem einstaklingum stæði til boða yrði einnig kynnt. Telji hjúkrunarfræðingur frekara mat nauðsynlegt mætti notast við ítarlegri og sértækari matstæki líkt og RAI-Home Care, Hermes, COPM, byltumat, verkjamat eða annað sem við á hverju sinni.

Með því að hvetja aldraða enn frekar til heilsueflingar, sem og matstæki yrðu notuð markvisst til skimunar gætu heilbrigðisstarfsmenn gert öldruðum kleift að búa lengur við sjálfstæða búsetu en ella. Búseta í eigin umhverfi og við góða heilsu gæti leitt til aukinna lífsgæða á síðasta æviskeiðinu.

Heimildaskrá

- Akureyrarbær. (2017a, júní). Akstursþjónusta. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/akstursthjonusta>
- Akureyrarbær. (2017b, september). Fjárhagsaðstoð. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/fjarhagsadstod>
- Akureyrarbær. (2017c, júní). Ráðgjöf iðjubjálfa. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/radgjof-idjuthjalfa>
- Akureyrarbær. (2018a, janúar). Heimaþjónusta. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/heimathjonusta>
- Akureyrarbær. (2018b, mars). Dagþjálfun Öldrunarheimila Akureyrar. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/dagthjalfun>
- Akureyrarbær. (2018c, janúar). Félagsstarf 60+. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/felagsstarf-60-ara-og-eldri>
- Akureyrarbær. (2018d, janúar). Heimsendur matur. Sótt af
<https://www.akureyri.is/is/thjonusta/velferd-og-fjolskyldan/aldradir/heimsendur-matur>
- Alvarado, A. M. og Salazar, A. M. (2015). Adaptation to chronic benign pain in elderly adults/la adaptación al dolor crónico benigno en los adultos mayores. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 33(1), 138-147. Sótt af
<https://search.proquest.com/docview/1661098771>
- Behm, L., Ivanoff, S. D. og Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health experiences among very old people. *BMC Public Health*, 13, 378. doi:10.1186/1471-2458-13-378
- Bergþóra Guðnadóttir, Guðborg Jónsdóttir, María Ósk Ómarsdóttir og Védís Klara Þórðardóttir. (2011). *Könnun á heilsu og færni eldri borgara sem búa á eigin heimili á Fljótsdalshéraði* (BS, lokaverkefni). Sótt af <https://skemman.is/handle/1946/8808>
- Bradley, S. M. (2011). Falls in older adults. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78(4), 590-595. doi:10.1002/msj.20280
- Bryndís Fjóra Jóhannsdóttir, Guðlaug Ingunn Einarsdóttir og Ragnheiður Helgadóttir. (2007). *Könnun á heilsu og færni eldri borgara sem búa í þjónustuíbúðum fyrir aldraða á Akranesi og í Kópavogi*. (Óbirt lokaverkefni: Háskólinn á Akureyri. Heilbrigðisvísindasvið).
- Catananti, C. og Gambassi, G. (2010). Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology*, 19(3), 140-148. doi:10.1016/j.suronc.2009.11.010

- Doig, E., Fleming, J., Kuipers, P. og Cornwell, P. L. (2010). Clinical utility of the combined use of the canadian occupational performance measure and goal attainment scaling. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 64(6), 904-914.
- Ekmann, A., Vass, M. og Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: Are invitational procedures of importance? *Health & Social Care in the Community*, 18(6), 563-571. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00941.x
- Embætti landlæknis. (2016, nóvember). Eyðublöð og umsóknir. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/umsoknir/#faerni-og-heilsumat>
- Fagsvið félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og fagdeildar öldrunarhjúkrunarfræðinga. (2015). *Hjúkrunarþjónusta eldri borgara, horft til framtíðar: stefna félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrun og heilbrigðisþjónustu aldraðra til 2020*. Sótt af <https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefid-efni/Skyrslur/HjukrunarthjonustaEldriBorgaraMai2015.pdf>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS* (4. útg.). London: SAGE Publications Ltd
- Fiske, A., Wetherell, J. L. og Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Fjallabyggð. (e.d.-a). Félagsleg heimþjónusta aldraðra. Sótt af <https://www.fjallabyggd.is/is/stjornsysla/stjornskipulag/fjolskyldudeild/felagsthjonusta/malefni-aldradra/felagsleg-heimathjonusta-aldradra>
- Fjallabyggð. (e.d.-b). Skálarhlíð. Sótt af <https://www.fjallabyggd.is/is/thjonusta/stofnanir/skalarhlid-dagvist-aldradra/dagvist-aldradra>
- Fjallabyggð. (e.d.-c). Félagsstarf aldraðra. Sótt af <https://www.fjallabyggd.is/is/stjornsysla/stjornskipulag/fjolskyldudeild/felagsthjonusta/malefni-aldradra/felagsstarf-aldradra>
- Fjallabyggð. (e.d.-d) Fjárhagsaðstoð. Sótt af <https://www.fjallabyggd.is/is/stjornsysla/stjornskipulag/fjolskyldudeild/felagsthjonusta/fjarhagsadstod>
- Fjarðabyggð. (2016). *Reglur fjölskyldusviðs Fjarðabyggðar um ferðþjónustu fatlaðs fólks*. Sótt af <http://www.fjardabyggd.is/Media/reglur-um-ferdathjonustu-fatlads-folks.pdf>
- Fjarðabyggð. (2017). *Reglur Fjarðabyggðar um félaglega heimþjónustu*. Sótt af http://www.fjardabyggd.is/Media/Reglur_felagsleg_heimathjonusta_2010.pdf

- Fjarðabyggð. (e.d.-a). Þjónustuíbúðir. Sótt af <http://www.fjardabyggd.is/thjonusta/velferd-aldradra/thjonustuibudir>
- Fjarðabyggð. (e.d.-b). Félagsstarf aldraðra. Sótt af <http://www.fjardabyggd.is/thjonusta/velferd-aldradra/felagsstarf-aldradra>
- Fjarðabyggð. (e.d.-c). Heimsendur matur. Sótt af <http://www.fjardabyggd.is/thjonusta/velferd-aldradra/heimsendur-matur>
- Fjarðabyggð. (e.d.-d). Fjárhagsaðstoð. Sótt af <http://www.fjardabyggd.is/thjonusta/velferd/fjarhagsadstod>
- Francis, P. (2014). *Physical activities in elderly: Benefits and barriers* (Meistararitgerð). Arcada, Bandaríkin. Sótt af https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77087/Francis%20_Purity.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Guðrún Elín Benónýsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2009). Reynsla aldraðra, sem búsettir eru á eigin heimili, af heilbrigði og af því hvað viðheldur og eflir heilsu á eldri árum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(1), 48-55.
- Guðrún Guðmundsdóttir (2016. desember). Andleg vanlíðan á ekki að vera fylgifyskur ellinnar. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item14730/Andleg-vanlidan-a-ekki-ad-vera-fylgifyskur-ellinnar>
- Guðrún Pálmadóttir. (2013). Matstæki í rannsóknunum: Öflun gagna um færni, þátttöku og umhverfi fólks. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 197-209). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Gunnfríður Ólafsdóttir. (2016). Mikilvægi góðrar næringar hjá öldruðum. *Tímarit Hjúkrunarfræðinga*, 92(5), 27-29.
- Guthrie, D. M., Pitman, R., Fletcher, P. C., Hirdes, J. P., Stolee, P., Poss, J. W., . . . Ezekiel, H. J. (2014). Data sharing between home care professionals: A feasibility study using the RAI home care instrument. *BMC Geriatrics*, 14(81). doi:10.1186/1471-2318-14-81[MOU6]
- Grden, C. R. B., Rocha, J. H. L., Cabral, L. P. A, Sousa, J. A. V, Reche, P. M. og Borges, P. K.O. (2017). Factors associated with performance in the mini mental state examination: A cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(2), 170-178. Sótt af <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=126955496&site=e>

Grdenhost-live

- Hagstofa Íslands. (e.d.). Mannfjöldi eftir kyni, aldri og sveitarfélögum 1998-2017-
Sveitarfélagaskipan hvers árs. Sótt af
http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__2_byggdir__sveitarfelog/MAN02001.px/table/tableViewLayout1/?rxid=423a353b-5770-4798-9931-fa2c50b5e57b
- Healthy people 2020. (2010). *Foundation health measure report, health related quality of life an well being*. Sótt af <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Health-Related-Quality-of-Life-and-Well-Being>
- Heilbrigðisstofnun Austurlands. (e.d.). Endurhæfingardeild Neskaupstað. Sótt af
<http://www.hsa.is/index.php/endurhaefing-og-lifsstill/73-endurhaefingardeild-neskaupstadh>
- Heilbrigðisstofnun Norðurlands. (2016). Þjónusturammi heimahjúkrunar HSN,
Heilsugæslustöðinni á Akureyri. Sótt af
<http://www.hsn.is/static/files/Akureyri/thjonusturammi-heimahjukrunar-yfirfarid-12-10-2016-003-.pdf>
- Heilbrigðisstofnun Norðurlands. (e.d.-a). Heimahjúkrun. Sótt af
<http://www.hsn.is/is/thjonusta/heimahjukrun>
- Heilbrigðisstofnun Norðurlands. (e.d.-b). Heilsueflandi heimsóknir til aldraðra. Sótt af
<http://www.hsn.is/akureyri/heilsugaesluthjonusta/heilsueflandi-heimsoknir>
- Heilsugæslan. (2008). Hlutverk heimahjúkrunar. Sótt af
<https://www.heilsugaeslan.is/?PageID=2029>
- Hildur Elísabet Pétursdóttir og Kristín Björnsdóttir. (2014). Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu: fræðileg samantekt. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(2), 52-60.
- Hlíf Guðmundsdóttir og Kristín Björnsdóttir. (2004). Líkamleg færni og stuðningur frá formlegum og óformlegum stuðningsaðilum hjá 90 ára og eldri á Íslandi. *Öldrun*, 22(2), 10-15.
- Hogeveen, S. E., Chen J., og Hirdes, J. P. (2017). Evaluation of data quality of interRAI assessments in home and community care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17 doi:10.1186/s12911-017-0547-9
- Hrefna An Thomasdóttir. (2011). Heilsueflandi heimsóknir. Sótt af
<https://reykjavik.is/heilsueflandi-heimsoknir>

- Ingibjörg Hjaltadóttir, Anna Edda Ásgeirsdóttir, Borghildur Árnadóttir, Helga Ottósdóttir, Guðbjörg Jóna Hermannsdóttir, Alfons Ramel og Inga Þórisdóttir. (2007). Matstæki til greiningar á vannæringu aldraðra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83(5), 48-56.
- Ingibjörg. H. Harðardóttir. (2015). Líður á þennan dýrðardag: Farsæl öldrun og vangaveltur um hvernig aukin þekking getur haft áhrif og bætt þjónustu við aldraða. *Netla-Veftímarit um uppeldi og menntun*. Sótt af http://netla.hi.is/serrit/2015/hlutverk_og_menntun_throskathjalfa/003.pdf
- Janus Friðrik Guðlaugsson. (2014). *Fjölbætt heilsurækt: Leið að farsælli öldrun*. (Doktorsritgerð, Háskóli Íslands, menntavísindasvið). Sótt af <https://skemman.is/handle/1946/19892>
- Morgan, L. A. og Kunkel, S. R. (2011). *Aging, Society and the Life Course* (4. útgáfa). New York: Springer.
- Kart, C. S. og Kinney, J. M. (2001). *The realities of aging: An introduction to gerontology* (6. útgáfa). Boston: Pearson.
- Kim, H., Jung, Y., Sung, M., Lee, J., Yoon, J. og Yoon, J. (2015). Reliability of the interRAI long term care facilities (LTCF) and interRAI home care (HC). *Geriatrics & Gerontology International*, 15(2), 220-228. doi:10.1111/ggi.12330
- Kolbrún Sverrisdóttir, Lena Margrét Kristjánsdóttir, Sigfríður Ragna Bragadóttir. (2008). *Könnun á heilsu og færni eldri borgara sem búa í íbúðum fyrir aldraða við Lindarsíðu og Víðilund á Akureyri* (BS, lokaverkefni). Sótt af <https://skemman.is/handle/1946/1647>
- Kristín Björnsdóttir. (2008). Hvenær er heimilið besti kosturinn? Áherslur í uppbyggingu heimahjúkrunar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(3), 50-56.
- Kristín Sóley Sigursveinsdóttir og Margrét Guðjónsdóttir. (2010). *Umsögn frá stýrihópi um heilsueflandi heimsóknir á Akureyri og nágrenni*. Sótt af <https://www.althingi.is/altext/erindi/139/139-813.pdf>
- Kroc, Ł., Socha, K., Sołtysik, B. K., Cieślak-Skubel, A., Piechocka-Wochniak, E., Błaszczak, R. og Kostka, T. (2016). Validation of the vulnerable elders survey-13 (VES-13) in hospitalized older patients. *European Geriatric Medicine*, 7(5), 449-453. doi:10.1016/j.eurger.2016.03.008
- Kökoğlu, B., Sari, E. Y., Balcioğlu, H., Bolge, U., Çolak, E. og Ünlüoğlu, L. (2017). Turkish reliability of the vulnerable elderly survey-13. *Biomedical Research*, 513-515.

- Landlæknisembættið. (2005). *Slys á öldruðum 2003*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2204/1907.pdf>
- Landspítali. (2007). *Klínískar leiðbeiningar til að fyrirbyggja byltur*. Sótt af <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=200>
- Lýðheilsustöð. (2008). *Ráðleggingar um hreyfingu*. [bæklingur]. Reykjavík: Lýðheilsustöð.
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Lög um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði nr. 44/2014.
- Maia, F. O. M, Duarte, Y. A. O, Secoli, S. R., Santos, J. L. F. og Lebrão, M. L. (2012). Cross-cultural adaptation of the vulnerable elders survey-13 (VES-13): Helping in the identification of vulnerable older people. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 46-116. Sótt af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250267>
- Malnutrition Advisory Group / BAPEN. (2003). *The 'MUST' Explanatory Booklet*. Sótt af http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
- Margrét Guðmundsdóttir. (2010). *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld*. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga : Reykjavík.
- Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson. (2000). Mat á þunglyndi aldraðra: Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð Geriatric Depression Scale (GDS). *Læknablaðið*, 86(5), 344-348.
- McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A. og Polatajko, H. J. (2005). Targeted applications of the canadian occupational performance measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 298-300. doi:10.1177/000841740507200506
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N. og Degens, H. (2016). Physical activity in older age: Perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580. doi:10.1007/s10522-016-9641-0
- Milte, C. og McNaughton, S. (2016). Dietary patterns and successful ageing: A systematic review. *European Journal of Nutrition*, 55(2), 423-450. doi:10.1007/s00394-015-1123-7
- Min, L. C., Elliott, M. N., Wenger, N. S. og Saliba, D. (2006). Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(3), 507-511. doi:10.1111/j.1532-

5415.2005.00615.x

- Min, L., Yoon, W., Mariano, J., Wenger, N. S., Elliott, M. N., Kamberg, C. og Saliba, D. (2009). The vulnerable elders-13 survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2070-2076. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02497.x
- Morris, J. N., Fries, B. E., Frijters, D. H. M., Hirdes, J. P. og Steel, R. K. (2013). InterRAI home care quality indicators. *BMC Geriatrics*, 13(1), 127. doi:10.1186/1471-2318-13-127
- National institute for health and care excellence (NICE). (2012). *Nutrition support in adults guidance and guidelines*. Sótt af <https://www.nice.org.uk/guidance/qs24>
- Naylor, M., og Keating, S. A. (2008). *Transitional care: Moving patients from one care setting to another* doi:10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a
- Nordic Medico Statistical Committee (NOMESCO). (2017). *Health and health care of the elderly in the Nordic Countries-from a statistical perspective*. Sótt af <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1158392/FULLTEXT01.pdf>
- Orðabók.is-orðabókarvefur. (e.d.). *Infirmity*. Sótt af <http://www.ordabok.is/index.asp>
- Owusu, C., Margevicius, S., Schluchter, M., Koroukian, S. M., Schmitz, K. H. og Berger, N. A. (2016). Vulnerable elders survey and socioeconomic status predict functional decline and death among older women with newly diagnosed nonmetastatic breast cancer. *Cancer*, 122(16), 2579-2586. doi: 10.1002/cncr.
- Pálmi V. Jónsson. (2003). *RAI fjölskyldan á Íslandi*. Sótt af <http://data.theeuropeanlibrary.org/BibliographicResource/1000097731246>
- Ragnheiður Harpa Arnarsdóttir. (2016). Megindlegar rannsóknir: Gerð rannsóknaráætlunar og yfirlit yfir helstu rannsóknarsnið. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2) (377 – 391). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Rapo-Pylkkö, S., Haanpää, M. og Liira, H. (2016). Chronic pain among community-dwelling elderly: a population-based clinical study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(2), 159-164, doi: 10.3109/02813432.2016.1160628
- Reglugerð um heilsugæslustöðvar nr. 787/2007.
- Reykjavíkurborg. (2016). Heilsuefling aldraðra, skýrsla starfshóps. Sótt af https://reykjavik.is/sites/default/files/yomis_skjol/skjol_utgefid_efni/lokaskyrsla.pdf
- Roedl, K. J., Wilson, L. S., og Fine, J. (2016). A systematic review and comparison of functional assessments of community-dwelling elderly patients. *Journal of the*

- American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 160-169. doi: 10.1002/2327-6924.12273
- Rowe, J. W. og Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149. DOI: 10.1126/science.3299702.x
- Rowe, J. W. og Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Saliba, D., Elliott, M., Rubenstein, L. Z., Solomon, D. H., Young, R. T., Kamberg, C. J., . . . Wenger, N. S. (2001). The vulnerable elders survey: A tool for identifying vulnerable older people in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 1691-1699.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2013). *Patterns of care and support in old age*. (Doktorsritgerð: School of health science: Jönköping). Sótt af <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:605385/FULLTEXT01.pdf>
- Sigríður Egilsdóttir. (2006). Hvað er RAI-mat í öldrunarþjónustu? Sótt af <https://www.hjukrun.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=1053>
- Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Réttmæti og áreiðanleiki í megindegum og eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2) (bls. 211-227). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Inngangur að aðferðafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2) (17-30). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurðardóttir, S. H., Sundstorm, G., Malmberg, B. og Bravell, M. E. (2011). Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40. doi: 10.1177/1403494811421976
- Sigurður Kristinsson (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (1) (71-88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurlína Davíðsdóttir. (2016). Eigindlegar eða megindeglegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2) (229-238). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Smith, A. A., Silva, A. O., Rodrigues, R. A. P., Moreira, M. A. S. P., Nogueira, J. A. og Tura, L. F. R. (2017). Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25, 2754. doi:10.1590/1518-8345.0671.2754

- Sólborg Sumarliðadóttir og Kristín Björnsdóttir. (2011). Að eldast heima: reynsla og óskir eldri borgara. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87(3), 53-60.
- Steinunn Birna Svavarsdóttir, Árún Kristín Sigurðardóttir og Sólveig Ása Árnadóttir. (2015). Heilsueflandi heimsóknir til 80 ára einstaklinga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 91(5), 1-11.
- Stjórnarráð Íslands. (e.d.). Hjúkrunar-, dvalar- og dagdvalarrými. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/default.aspx?PageID=29f6b755-83ff-11e6-80c8-005056bc217f#Tab7>
- Stockert, P. A. (2013). The health care delivery system. Í P. A. Potter og A. G. Perry (ritstjórar), *Fundamentals of nursing* (8. útgáfa) (bls. 14-30). St. Louis: Mosby.
- Stofnun Árna Magnússonar í íslenskum fræðum. (e.d.). *Hrumleiki*. Sótt af <http://islenskordabok.arnastofnun.is/islob?ord=21119&>
- Sunna Eir Haraldsdóttir. (2016). Hvers vegna er mikilvægt að vera á varðbergi fyrir þunglyndi aldraðra? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 92(5), 20-23.
- Thorarinsdóttir, K. Björnsdóttir, K., og Kristjansson, K. (2017). Development of Hermes, a new person-centered assessment tool in nursing rehabilitation, through action research. *Wolters Kluwer Health* 40(2), 207-221 doi: 10.1097/ANS.000000000000132
- Touhy, T. A. og Jett, K. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging* (4.útg.). St. Louis: Mosby.
- The American Geriatric Society. (e.d.). Pain managment. Sótt af https://geriatricscareonline.org/FullText/B030/B030_VOL001_PART001_SEC002_C H016#CH016_SEC002
- Unnur Þormóðsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir. (2015). Umbótastarf og mat á gæðum heimahjúkrunar með gæðavísunum interRAI-Home Care matstækisins: Íhlutunarrannsókn. Sótt af <https://www.hjukrun.is/library/Skrar/Timarit/Timarit-2015/4-tbl-2015/UmbotastarfHeimahjukrun.pdf>
- Velferðarráðuneytið. (2016). Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára: Tillögur samstarfsnefndar um málefni aldraða til félags- og húsnaðismálaráðherra. Sótt af https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/skyrslur2016/Motun_stefnu_i_thjonustu_vid_aldrada_02092016.pdf
- Velferðarráðuneytið. (2015). Framtíðarþing um farsæla öldrun. Sótt af https://www.akureyri.is/static/files/01_akureyri.is/pdf/framtidarthing-um-farsaela-oldrun_akureyri_2015.pdf

- Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. (2015). Endurhæfing við athafnir daglegs lífs. Sótt af https://reykjavik.is/sites/default/files/Frettir_skjol/li_ur_8_endurhaefing-vid-athafnir-daglegs-lifs_j_1_2015.pdf
- Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. (2017). Greining á högum og líðan aldraðra á Íslandi árið 2016. Sótt af https://reykjavik.is/sites/default/files/yomis_skjol/skjol_utgefid_efni/hagir_eldri_borgara_2016a.pdf
- Verkerk, G. J. Q., Wolf, Marie Jeanne M A G, Louwers, A. M., Meester-Delver, A. og Nollet, F. (2006). The reproducibility and validity of the canadian occupational performance measure in parents of children with disabilities. *Clinical Rehabilitation*, 20(11), 980-988. doi:10.1177/0269215506070703
- Wallace, E., McDowell, R., Bennett, K., Fahey, T. og Smith, S. M. (2017). External validation of the vulnerable elders survey for predicting mortality and emergency admission in older community-dwelling people: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 17. doi:10.1186/s12877-017-0460-1
- Wang, J., Lin, W. og Chang, L. (2018). The linear relationship between the vulnerable elders survey-13 score and mortality in an Asian population of community-dwelling older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 32-38. doi:10.1016/j.archger.2017.09.005
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Genf: World Health Organization. Sótt af <http://www.who.int/classifications/drafticfpacticalmanual.pdf>
- World Health Organization (2002). *Active aging a policy framework*. Sótt af http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Sótt af http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2015). *World report on aging and health*. Sótt af http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2017). Mental health of older adults. Sótt af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- World Health Organization. (2018a). *Disease prevention, including early detection of illness*. Sótt af

- services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2
- World Health Organization. (2018b). Falls. Sótt af <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- Yamada, Y., Ekmann, A., Nilsson, C. J., Vass, M. og Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: A cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health*, 12, 396. doi:10.1186/1471-2458-12-396
- Yang, S., Lin, C., Lee, Y. og Chang, J. (2017). The canadian occupational performance measure for patients with stroke: A systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(3), 548-555. doi:10.1589/jpts.29.548
- Þingskjal nr. 21/2011-2012. Tillaga til þingsályktunar um reglubundnar árlegar heimsóknir til eldri borgara í forvarnaskyni.
- Þórlína Sveinbjörnsdóttir og Hlíf Guðmundsdóttir. (2016). Hvernig er hægt að koma í veg fyrir byltur hjá öldruðum? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 92(5), 44-48.
- Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í megindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 113-128). Akureyri: Háskólinn á Akureyri
- Öldrunarheimili Akureyrar. (2017, maí). Tímabundin dvöl. Sótt af <https://www.akureyri.is/oldrunarheimili/dagthjonusta/skammtimadvol>
- Öldrunarheimili Akureyrar. (e.d.). Íbúalisti öldrunarheimila Akureyrarbæjar. Sótt af <https://www.akureyri.is/oldrunarheimili/heimilin/ibuar>

Tafla 1.

Þjónustuúrræði í boði á Akureyri, í Fjallabyggð og Fjarðabyggð

Þjónusta eftir svæðum	Akureyri	Fjallabyggð	Fjarðabyggð
Heimaþjónusta	Já	Já	Já
Ferliþjónusta	Já	Nei	Já
Dagþjálfun	Já	Já	Nei
Félagsstarf	Já	Já	Já
Heimsendur matur	Já	Já	Já
Ráðgjöf Iðjuþjálfara	Já	Nei	Nei
Heimahjúkrun	Já	Já	Já
Tímabundin dvalarinnlögn	Já	Já	Já
Heilsueflandi heimsóknir	Já	Nei	Nei

VES-13

1. 75-84 ára* 85 ára og eldri*

Skor:

1 stig fyrir 75 – 84 ára
 3 stig fyrir 85 ára og eldri

2. Samanborið við fólk á þínum aldri, telurðu að heilsa þín sé almennt.....

slök* (1 stig)

Þokkaleg* (1 stig)

Góð

Mjög góð

Frábær

Skor: 1 stig fyrir “slök” eða “þokkaleg”.

3. Hve erfið finnst þér – svona almennt – eftirfarandi líkamlega áreynsla sem tengist því?

	Ekki erfið	Dálítið erfið	Allnokkuð erfið	Mjög erfið*	Ræð ekki við þetta*
a. að bogra, að hnipra sig saman eða að krjúpa?					
b. að lyfta eða að halda á hlutum sem eru allt að 5 kílóum að þyngd?					
c. að teygja sig eða að lyfta handleggjum í meira en axlarhæð?					
d. að skrifa, eða fara höndum um eða halda á litlum hlutum?					
e. að ganga um hálfan kílómetra?					
f. að sinna erfiðum heimilisstörfum eins og því að skúra gólf eða þvo glugga?					

Skor: 1 stig fyrir hvert * svar í spurningum 3a til og með f. – Mest er hægt að fá 2 stig.

4. Áttu í einhverjum erfiðleikum með eftirfarandi vegna heilsu þinnar eða líkamlegs ástands?

a. ... Að kaupa inn til heimilisins (til dæmis snyrtivörur eð lyf)?

- Já → *Er einhver sem hjálpar þér við innkaup?* já* Nei
 Nei
 ÉG GERI SLÍKT EKKI → *Er það vegna heilsu þinnar?* já* Nei

b. ... Að sjá um fjármál þín? (Til dæmis að fylgjast með útgjöldum eða greiða reikninga?)

- Já Er einhver sem hjálpar þér að sjá um fjármálin? já* Nei
 Nei
 ÉG GERI SLÍKT EKKI → *Er það svo vegna heilsu þinnar?* já* Nei

c. ... Að ganga um herbergið þitt? ÞAÐ ER Í LAGI AÐ NOTA STAF EÐA GÖNGUGRIND.

- Já Færðu aðstoð við að ganga? já* Nei
 Nei
 ÉG GERI SLÍKT EKKI → *Er það svo vegna heilsu þinnar?* já* Nei

d. ... Að vinna létt heimilisstörf? (Til dæmis að þvo upp, taka til eða við létt þrif?)

- Já Er einhver sem hjálpar þér við létt heimilisstörf? já* Nei
 Nei
 ÉG GERI SLÍKT EKKI → *Er það svo vegna heilsu þinnar?* já* Nei

e. ... Að fara í baðkar eða sturtu?

- Já → *Er einhver sem hjálpar þér við að fara í baðkar eða sturtu?* já* Nei
 Nei
 ÉG GERI SLÍKT EKKI → *Er það svo vegna heilsu þinnar?* já* Nei

Skor: 4 stig fyrir eitt eða fleiri * svar/svör í spurningum 4a til og með 4e.

Könnun á þjónustu við aldraða

1. Hvert er kyn þitt?

- Kk.
- Kvk.

2. Hefur þú fengið heimahjúkrun síðastliðna 14 daga?

- Já Hve marga daga? _____ Hve margar klst. í senn? _____
- Nei Telur þú þig þurfa heimahjúkrun? _____

3. Hefur þú fengið heimilishjálpi síðastliðna 14 daga?

- Já Hve marga daga _____ Hve margar klst. í senn _____
- Nei Telur þú þig þurfa heimilishjálpi? _____

4. Færð þú heimsendan mat ?

- Já Hve marga daga vikunnar ? _____
- Nei

5. Nýtir þú þér mótuneyti fyrir aldraða ?

- Já Hve marga daga vikunnar ? _____
- Nei

6. Tekur þú þátt í félagsstarfi – og tómstundastarfi fyrir aldraða?

- Já Hve oft í mánuði _____ Ef við á Hve marga daga vikunnar ? _____
- Nei

7. Hefur þú umönnun eða aðstoð frá fjölskyldu, vinum eða ættingjum síðastliðna 7 daga?

- Já Hve marga daga _____ Hve margar klst. í senn _____
- Nei

8. Ert þú með öryggishnapp?

- Já
- Nei Telur þú að slíkur hnappur myndi auka öryggi þitt? Já Nei

9. Nýtur þú þér dagvistun fyrir aldraða ?

- Já Hve marga daga vikunnar ? _____
- Nei Telur þú að slíkur hnappur myndi auka öryggi þitt

10. Færð þú aðra þjónustu eða aðstoð?

- Já Hvaða þjónustu _____ Ef við á ☺ Hve oft í mánuði ? _____
- Nei

11. Ef þér byðist að fá árlega heimsókn til að ræða um færni og þína og heilsu með heilsueflingu að markmiði mundir þú þiggja hana?

- Já
- Nei

