



Háskólinn
á Akureyri
University
of Akureyri

Endurhæfing aldraðra

Staðan á Íslandi og hlutverk hjúkrunarfræðinga

Áslaug Árnadóttir
Sunna Lind Svavarsdóttir
Unnur María Þorbergsdóttir

HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til
B.S. gráðu í hjúkrunarfræði

Hjúkrunarfræðideild
Maí 2018

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði

Verkefnið unnu:

Áslaug Árnadóttir

Sunna Lind Svavarsdóttir

Unnur María Þorbergsdóttir

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

Kristín Þórarinsdóttir
Leiðbeinandi

Útdráttur

Endurhæfing er árangursríkt ferli sem dregur úr veikindum og stundum dauðsföllum, tengist mörgum sjúkdómum og bætir lífsgæði aldraðra. Tilgangur þessarar heimildasamantektar var að greina frá hvað felst í endurhæfingu aldraðra og hver staða öldrunarendurhæfingar er á Íslandi. Þá var leitast við að skoða hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra.

Aldraðir eru vaxandi hópur í þjóðfélaginu, lifa lengur og búa stóran hluta ævi sinnar við skerðingu. Áhersla stjórnvalda er lögð á að einstaklingurinn geti búið á eigin heimili eins lengi og kostur er með þeim stuðningi sem viðkomandi þarfnast. Ásamt því að efla heilsugæslu, teymisvinnu og endurhæfingu. Í stuttu máli gengur endurhæfing út á fimm þætti, mat, markmiðasetningu, endurhæfingaráætlun, inngríp og endurmat. Það sem einkennir endurhæfingu er m.a. persónumiðuð nálgun sem byggir á meðferðarsambandi og samskiptum fagfólks og skjólstæðinga þar sem mikilvægt er að skjólstæðingurinn sé virkur þátttakandi í meðferðinni. Þverfagleg teymisvinna er árangursríkur þáttur í endurhæfingunni. Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki í teymisvinnu þar sem þeir eru í miklum tengslum við skjólstæðinginn og fjölskyldu hans ásamt því að vera tengiliður við hina ólíku fagaðila í endurhæfingarteyminu.

Sú endurhæfingarþjónusta sem er í boði er frá félagslegu heimaþjónustunni, þjónustumiðstöðvum aldraðra á vegum sveitarfélaga, heimahjúkrun á vegum heilsugæslustöðva, dagvistun, endurhæfingar- og hvíldarinnlagnir. Allt úrræði sem auka færni, sjálfstæði og fyrirbyggja ótímabæra afturför hins aldraða. Samkvæmt lögum aldraðra ber hjúkrunarheimilum að bjóða upp á sjúkraþjálfun en misjafnt er eftir kringumstæðum hvernar stofnunar hversu vel er gert í þeim efnum. Ef ekki er aðstaða á heimilinu þarf stofnunin að útvega viðkomandi aðgang annarsstaðar.

Auka þarf vitundarvakningu heilbrigðisstarfsmanna og samfélagsins á jákvæð áhrif öldrunarendurhæfingar. Þjónustan í endurhæfingu aldraðra er takmörkuð og í mörgum tilfellum ómarkviss en jákvæð þróun hefur orðið í heimaþjónustu. Vísbendingar eru um að þverfagleg öldrunarendurhæfing er grunnur að markvissri og árangursríkri endurhæfingu og stuðlar að bættri færni og lífsgæðum aldraðra.

Meginhugtök: Öldrun, endurhæfing, fötlun, teymisvinna, hvíldarinnlagn, heilsuefling.

Abstract

Rehabilitation is an effective process that reduces illness and even fatalities, is connected with many diseases and improves quality of life for the elderly. The objective of this literature review is to define what constitutes geriatric rehabilitation, examine its status in Iceland and consider the role of nurses in rehabilitation for the elderly.

The elderly are an increasingly populous social group, their lifespan is increasing and they live a large part of their life with reduced capabilities. Authorities aim to enable individuals to live in their own home for as long as possible with the support they need, in addition to strengthening health care services, teamwork and rehabilitation. In short, rehabilitation consists of five factors: evaluation, goal setting, rehabilitation schedule, intervention and reassessment. One of the features of rehabilitation is a personalised approach based on the treatment relationship and interactions between the health professionals and patient, with an emphasis on the patient taking an active part in the treatment. Interdisciplinary teamwork is also an effective component of the treatment. Nurses play an important role in the teamwork, as they communicate extensively with patients and their families in addition to acting as contacts between the various health professionals in the rehabilitation team.

The rehabilitation services that are available are services provided by social home care services, municipal service centres for the elderly, home care by healthcare centres, day care, respite care and rehabilitation admissions. All of these are remedies that increase capability and independence and prevent the untimely regression of the elderly individual. According to the laws on care for the elderly, nursing homes are required to provide physiotherapy, but their capability to do so varies. If a nursing home does not have the necessary facilities, it must provide the appropriate access elsewhere.

Awareness of the beneficial effects of geriatric rehabilitation must be raised among healthcare workers and in society as a whole. It would be interesting to see more options in rehabilitation and services for the elderly before institutionalisation is utilised, but there has been a positive development in home care, which is likely to enable the elderly to live longer at home. There are indications that interdisciplinary geriatric rehabilitation is the basis for a systematic and effective rehabilitation and can promote increased capability and better quality of life for the elderly.

Key terms: Aging, rehabilitation, disability, teamwork, respite care, health promotion.

„Vingjarnlegt orð sem fellur í dag getur borið ávöxt á morgun”

-Mahatma Gandhi

Efnisyfirlit

Kafli I. Inngangur	1
Bakgrunnur.....	1
Tilgangur verkefnisins	2
Gildismat.....	3
Skilgreining meginhugtaka.....	3
Uppbygging og aðferðafræði.....	3
Gildi innan hjúkrunar	4
Kafli 2. Endurhæfing aldraðra	5
Endurhæfing	5
Persónumiðuð nálgun	5
Meginstig endurhæfingar	7
Mat og markmiðasetning.....	7
Matsaðferðir í endurhæfingu	8
<i>ICF flokkunarkerfið.....</i>	8
<i>Mæling Færni á Iðju.....</i>	9
<i>Hermes persónu - miðað heilsufarsmat.....</i>	9
<i>Modified Barthel index.....</i>	11
<i>Alhliða öldrunarmat: Comprehensive geriatric assessment (CGA).....</i>	11
<i>Mini - Mental State Examination (MMSE).....</i>	12
<i>Byltumat Morse.</i>	13
<i>Geriatric Depression scale.</i>	14
Framkvæmd og mat.	14
Eftirfylgd eftir endurhæfingu.....	15
Þáttur fjölskyldunnar í endurhæfingu.....	15
Endurhæfing og teymisvinna.	16

Endurhæfing og öldrunarbreytingar	17
Öldrunarbreytingar	17
Heilabilun.....	19
Kransæða- og heilaæðasjúkdómar.....	19
Mjaðma- og lærleggsbrot.....	19
Vannæring.	20
Þunglyndi og sálræn líðan.....	20
Heilablóðfall.....	21
Öldrunarendurhæfing.	22
Hin ýmsu þjónustustig endurhæfingar	23
Endurhæfingarstofnanir.	23
Heilsuefling	25
Viðhaldsþjálfun.....	26
Dagdvöl.	28
Hvíldarinnlagnir.....	28
Endurhæfing á hjúkrunarheimilum.....	29
Endurhæfing í heimaþjónustu.....	30
Hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra.....	31
Staðan á Norðurlöndum.	34
Ávinningur endurhæfingar.	35
Kafli 3. Umræður	37
Lokaorð.....	40
Heimildaskrá	41

Þakkarorð

Við viljum þakka leiðbeinanda okkar, Krístinu Þórarinsdóttir, fyrir faglega tilsögn og handleiðslu í gegnum vinnu okkar við þessa ritgerð. Við eigum henni ríkulegar þakkir fyrir framgang og leiðbeiningar í tengslum við heimildaleit. Einnig viljum við þakka Lindu Rós Arnarsdóttir fyrir yfirlestur á ritgerðinni og Ölvi Gíslasyni fyrir aðstoð við enska þýðingu á útdrættinum. Við þökkum fjölskyldum okkar fyrir stuðninginn og að lokum þökkum við hver annarri fyrir samstarfið og ánægjulegar stundir við gerð þessarar ritgerðar.

Kafli I. Inngangur

Þessi heimildasamantekt er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri. Gerð verður grein fyrir endurhæfingu aldraðra, stöðunni á Íslandi og hlutverki hjúkrunarfræðinga.

Í þessum kafla verður fjallað um bakgrunn ritgerðinnar og tilgang hennar ásamt gildismati höfunda. Settar verða fram skilgreiningar á megin hugtökum, greint frá uppbyggingu verkefnisins og aðferðafræði. Í lok kaflans verður farið yfir aðal viðfangsefni ritgerðinnar og gildi hjúkrunar fyrir endurhæfingu.

Bakgrunnur

Á komandi árum mun öldruðum einstaklingum fjölga hér á landi. Flestir vilja búa heima eins lengi og kostur er. Til að svo megi verða er mikilvægt að bæta umhverfi aldraðra, m.a. með bættri heimahjúkrun og endurhæfingu (Hildur Elísabet Pétursdóttir og Kristín Björnsdóttir, 2014).

Heilsa aldraðra er margþætt og hana má meta út frá líkamlegum, félagslegum og andlegum þáttum sem hafa áhrif á almenna þátttöku þeirra í daglegu lífi. Markmið stjórnvalda er að mæta þjónustupörfum aldraðra svo lengja megi búsetu þeirra á eigin heimili eins lengi og unnt er án stofnanavistar (Stjórnarráð Íslands, e.d.; Velferðaráðuneytið, 2016). Endurhæfing er á krossgötum og erfitt að tryggja að allir sjúklingar með fötlun fái árangursríka hjálp. Endurhæfing er að verða sífellt sérhæfðari og veitir flókna þjónustu til fólks með alvarlegar hömlur. Það er áskorun fyrir heilbrigðiskerfið að samþætta endurhæfingu inn í öll stig heilbrigðisþjónustunnar, þar með talið heilsugæslu (Wade, 2016b). Endurhæfing ætti að vera miðja allrar heilbrigðisþjónustu og heilbrigðisstarfsfólk ætti að einbeita sér jafnt að athafnagetu, félagslegu hlutverki og þjáningum skjólstæðinga ásamt greiningu sjúkdóma og meðhöndlum þeirra (Wade, 2015a). Í stuttu máli gengur endurhæfing út á fimm þætti, mat, markmiðasetningu, endurhæfingaráætlun, inngríp og endurmat sem getur leitt til þess að endurtaka þurfi ferlið aftur allt eftir útkomu á heilsufarsástandi viðkomandi (Levack og Dean, 2012). Að mati Leplege, Gxil, Gammilie, Lefeve, Pachoud og Ville (2007) er sá persónumiðaður sem viðurkennir skjólstæðinginn sem sérfræðing sinnar heilsu og stuðlar að valdeflingu, sjálfstæði og

þátttöku viðkomandi í þjónustunni. Persónumiðuð nálgun hefur notið vinsælda undanfarið og þykir mikilvæg endurhæfing vegna mótandi áhrifa á áhersluatriði endurhæfingarinnar. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni [WHO] (2015) er persónumiðuð nálgun talin grunnur að góðri heilbrigðisþjónustu þar sem unnið er í samstarfi við skjólstæðinginn og honum sýnd virðing. Fjallað er um teymisvinnu sem grunnur að góðri endurhæfingu. Fagfólk samræmir krafta sína til að meta og skipuleggja endurhæfingu skjólstæðinga sinna með það að markmiði að bæta lífsgæði þeirra (Wade, 2016b).

Í rannsókn Chodsko-Zajko, o.fl., (2009) kemur fram að aldraðir hafi umtalsverðan hag af reglulegri hreyfingu. Ávinningur af fyrirbyggjandi endurhæfingu er mikill því hún viðheldur almennri færni og hámarkar getu til daglegs lífs og vinnur gegn versnun heilsufars og ótímabærri öldrun (Gudlaugsson, o.fl., 2012). Því er sérstaklega mikilvægt að beita sér fyrir hreyfingu og bættri líkamlegri virkni meðal aldraðra og þannig stuðla að heilbrigðri öldrun (Chodsko-Zajko, o.fl., 2009). Niðurstöður rannsókna sýna að hagur af endurhæfingu eykur lífsgæði aldraðra og styttingu innlagnartíma á sjúkrahúsum ásamt miklum fjárhagslegum sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið (Martínez-Velilla, o.fl., 2016).

Helstu þættir í þjónustu við aldraða tengdir endurhæfingu á Íslandi eru dagdvöl, endurhæfingar- og hvíldarinnlagnir (Stjórnarráð Íslands, e.d.). Á hverju hjúkrunarheimili skal vera aðgangur að endurhæfingu innan hjúkrunarheimilis og aðstoða fyrir líkamsþjálfun á hjúkrunarheimilum með 30 íbúa eða fleiri (Stjórnarráð Íslands, 2014). Hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra hefur ekki verið skilgreint að fullu. Samkvæmt Royal academy of nursing (2007) er þáttur hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra að veita persónumiðaða hjúkrun og hámarka getu og heilsu eldra fólks svo lífsgæði þeirra verði sem best. Hjúkrunarfræðingar aðstoða skjólstæðinginn í að nýta færni og nýja tækni í daglegu lífi sem hann hefur lært í endurhæfingunni (Kirkevold, 2010).

Tilgangur verkefnisins

Markmiðið með þessari heimildarsamantekt er að gera grein fyrir endurhæfingu aldraðra, ávinningi endurhæfingar, hlutverki hjúkrunarfræðinga og stöðu öldrunarendurhæfingar á Íslandi. Rýnt verður sérstaklega í mikilvægi endurhæfingar á færni og sjálfsbjargargetu aldraðra. Sérstaklega er litið til

teymisvinnu og áhrifa heilsuefningar á líðan og færni aldraðra.

Gildismat

Höfundar völdu þetta viðfangsefni þar sem þeir starfa á ólíkum sviðum innan öldrunar. Höfundar hafa ekki komið beint að endurhæfingu aldraðra en sjá að þörfin er mikil. Fólk lifir lengur og þörf fyrir endurhæfingu verður sífellt meiri svo fólk geti lifað sjálfstæðu lífi á sínu eigin heimili. Aldraðir lifa stóran hluta ævi sinnar við hömlur og þurfa hjúkrunarfræðingar að gera sér grein fyrir gildi endurhæfingar á líkamlega, andlega og félagslega líðan einstaklinga.

Skilgreining meginhugtaka

Aldraður (e. elderly): Samkvæmt íslenskum lögum telst sá einstaklingur sem náð hefur 67 ára aldri vera aldraður (lög um málefni aldraðra nr.125/1999).

Endurhæfing (e. rehabilitation): Endurhæfing er fjöldi inngripa sem ætlað er að hámarka virkni og draga úr fötlun hjá einstaklingum með heilsufarsvandamál í samspili við umhverfi þeirra (World Health Organization, 2017).

Fötlun (e. disability): Fötlun er gamalt orð í íslensku tungumáli en kom fyrst fram sem regnhlífahugtak yfir ýmsar andlegar og líkamlegar skerðingar árið 1983 með lögum fatlaðra. Orðið vísar til skorts eða þess afbrigðilega í fari manneskju. Læknisfræðilegar skilgreiningar eru notaðar til að vita hver á rétt á velferðarþjónustu miðað við þær reglugerðir sem eru gangi hverju sinni (Hanna Björg Sigurjónsdóttir, Ármann Jakobsson og Kristín Björnsdóttir, 2013).

Teymisvinna (e.teamwork): Teymisvinna er skilgreind sem breytilegt ferli þar sem tveir eða fleiri heilbrigðisstarfsmenn vinna að sameiginlegum markmiðum hver á sínu sviði (Manser, 2009).

Uppbygging og aðferðafræði

Helstu rannsóknarspurningar sem unnið var með í þessari fræðilegu heimildarsamantekt voru:

Hvað felst í endurhæfingu? Hver er sérstaða öldrunarendurhæfingar á Íslandi? Hver er staða öldrunarendurhæfingar á Íslandi? Hvert er hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu?

Leitað var í gagnasöfnum CINAHL, PubMed, Scopus, EbscoHost og Google

scholar. Leitin var takmörkuð við árin 2010-2018 en gerðar voru undantekningar með eldri sígildar greinar. Höfundar notuðu einnig kennslubækur, fræðibækur, jafnframt var rýnt í vefsíður með klínískum leiðbeiningum og heimildaskrár lykilgreina. Þær heimildir sem mest voru notaðar voru ritrýndar fræðigreinar og rannsóknir. Helstu leitarorð voru rehabilitation, nurses role, elderly, person centered care, health promotion.

Þessi lokaritgerð er heimildasamantekt á fræðilegu efni um endurhæfingu aldraðra: Staðan á Íslandi og hlutverk hjúkrunarfræðinga. Verkefninu er skipt í þrjú kafla, inngang, fræðilega samantekt, umræðukafla og lokaorð.

Lykilorð: *öldrun, endurhæfing, fötlun, teymisvinna*

Gildi innan hjúkrunar

Höfundar álíta að mikilvægt sé fyrir hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk að gera sér grein fyrir því hvaða áhrif endurhæfing, hreyfing og færni hafa á lífsgæði aldraðra. Skilningur á ávinningi af hreyfingu fyrir lífsgæði og sjálfshjálpargetu aldraðra er mikilvægur. Aukinn styrkur, færni og liðleiki bæta lífsgæði og geta stuðlað að sjálfstæðri búsetu aldraðra. Með aukinni fræðslu, heilsueflingu og þverfaglegri persónumiðaðri nálgun í endurhæfingu aldraðra telja höfundar að hægt sé að auka lífsgæði og stuðla að farsælli öldrun með hagsmuni skjólstæðingsins að leiðarljósi.

Kaflí 2. Endurhæfing aldraðra

Fræðileg samantekt

Í þessum kafla er fjallað almennt um endurhæfingu, persónumiðaða nálgun og meginstig endurhæfingar. Einnig er sagt frá eftirfylgd ásamt mikilvægi fjölskyldunnar og teymisvinnu í endurhæfingu.

Endurhæfing (e. rehabilitation)

Það hefur reynst erfitt að fanga raunverulega merkingu orðsins endurhæfing. Hvaða merkingu það hefur fyrir ólíkar manneskjur fer allt eftir hvaða sjónarhorn og stöðu fólk hefur, hvort það er fagmanneskja, sjúklingur, umönnunaraðili eða stjórnandi í heilbrigðisþjónustunni (Sigert, Taylor og Dean, 2012). Hér verður sú merking höfð að leiðarljósi að unnið sé með manneskjum sem hafa einhverja vitræna-, bráða- eða langtíma heilsufarsskerðingu. Wade (2005) greinir frá að endurhæfing sé árangursríkt ferli til að draga úr veikindum og stundum dauðsföllum sem tengjast mörgum sjúkdómum. Endurhæfing er flókið og margbreytilegt ferli, allt eftir færiskerðingu og lífernri viðkomandi. Það krefst faglegrar færni og heilðrænnar sýnar á manneskjuna (Kirkevold, 2010; Sigert o.fl., 2012). Endurhæfing er fjölbreytt og tilheyrir viðhaldsþjálfun, færnisþjálfun, sjúkrahjálfun og iðjuþjálfun. Að hafa aðgang að endurhæfingarþjónustu gefur fólkri tækifæri til viðhalda sjálfstæðu lífi og búa við viðunandi lífsgæði (Jónsson, 2002). Endurhæfing hefur samkvæmt Wade (2015a) ávinning bæði fyrir skjólstæðinginn og heilbrigðiskerfið, betri árangur fyrir skjólstæðinginn og þjónustan verður innihaldsríkari. Endurhæfing er flókið ferli í vinnu með skjólstæðingnum sem er í lærdómsferli og ætlast er til að hann sé virkur þátttakandi en ekki einungis aðgerðarlaus viðtakandi meðferðar.

Persónumiðuð nálgun (e. A person-centred approach)

Hugmyndin um persónumiðaða nálgun hefur langa sögu og hefð í heilbrigðisþjónustunni (Morgan og Yoder, 2012). Lauver o.fl. (2002) hélt því fram að uppruna þessarar hugmyndar væri hægt að rekja aftur til Florence Nightingale sem útskýrði muninn á hjúkrun og læknisfræði á þann veg að hjúkrun væri með áherslu á sjúklinginn frekar en sjúkdóminn. Carl Rogers, bandarískur sálfræðingur, skapaði hugmyndina um persónumiðaða nálgun árið 1940. Meginreglur kenningar hans voru

að hver einstaklingur byggir yfir umtalsverðum eiginleika til að geta dregið fram styrk og fundið leið til að ráða bót á erfiðleikum (vitnað til Morgan og Yoder, 2012).

Persónumiðuð nálgun er talin grunnur fyrir góða heilbrigðisþjónustu og nær til virðingar og samstarfs við notendur þjónustunnar (World Health Stofnun [WHO], 2015). Persónumiðuð nálgun er sambandið á milli skjólstæðings og fagaðila sem hefur þann tilgang að efla einstaklinginn til að vera virkur í sinni meðferð og leggi til þau markmið sem þjóna tilgangi fyrir hann (Guðrún Pálmadóttir og Snæfríður Þóra Egilson, 2011). Áherslan í persónumiðaðri nálgun er æfingin að samræma persónulegar þarfir fólks við faglega reynslu heilbrigðisstarfsmanna sem deila valdi og ábyrgð í þjónustuferlinu. Hugmyndin á bak við persónumiðaða nálgun er að skjólstæðingar skuli „meðhöndlaðir sem einstaklingar” og borin virðing fyrir þeim þáttum sem skiptir þá máli að vinna með (Entwistle og Watt, 2013). Að mati Leplege o.fl. (2007) er sá persónumiðaður sem viðurkennir erfiðleika einstaklingsins í daglegu lífi, samþykkir hann sem sérfræðing og stuðlar að valdeflingu, sjálfstæði og þátttöku viðkomandi í þjónustunni. Persónumiðuð nálgun byggist að miklu leyti á meðferðarsambandi og samskiptum fagfólks og skjólstæðinga en er einnig mótuð af faglegri hugmyndafræði og stefnum. Það er misjafnt á hvaða vettvangi persónumiðaðri nálgun er beitt, hversu vel gengur að tileinka sér hana og getur fagleg menning, vinnubrögð og máttur uppbyggingar haft hamlandi áhrif. Það þarf að hafa í huga að persónumiðuð nálgun er hugtak sem unnið er með á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustunnar (Óladóttir og Pálmadóttir, 2017).

Persónumiðuð nálgun hefur átt erfitt uppdráttar á sviði endurhæfingar bæði af hagnýtum og fræðilegum ástæðum. Það kann að vera að endurhæfingin geti öðlast betri skilning með huglægu mati einstaklingsins en brýn þörf er fyrir meiri áherslu á rannsóknir á lykilhugtökum hennar (Hagner og Marrone, 1995). Persónumiðuð nálgun hefur notið vinsælda undanfarið og er mikilvæg í endurhæfingu vegna mótandi áhrifa á áhersluatriði endurhæfingarinnar (Leplege o.fl., 2007). Hjúkrunarfræðingar nýta sér persónumiðaða nálgun þegar þeir sýna skjólstæðingum sínum umhyggju frá heildrænu og einstaklingsbundnu sjónarmiði. Þeir horfa á sjúklinginn sem eina heild með því að meta líkamlegar, sálrænar og félagslegar þarfir og spyrjast fyrir um óskir og viðurkenna mikilvægi þarfa viðkomandi. Vísbendingar eru um að persónumiðuð nálgun hafi jákvæð heilsufarsleg áhrif (Morgan og Yoder, 2012).

Valdefling byggir á þeirri hugmynd að auka völd fólks í eigin lífi þar sem meiri athygli er á styrkleika fólks en skerðingu. Ýmsar fagstéttir starfa samkvæmt

hugmyndafræði valdeflingar eins og hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar, iðjuþjálfar og sálfræðingar og hugtakið kemur fyrir víða í ýmsum velferðar- og félagsmálum (Hagner og Marrone, 1995; Stjórnarráð Íslands, 2012b).

Valdefling hefur verið skilgreind sem bandalag skjólstæðings og fagaðila þar sem skjólstæðingurinn tekur virkan þátt í að ákveða markmið og inn grip. Fagaðilar efla skjólstæðing til að taka upplýstar ákvarðanir og aðlaga inn grip (Guðrún Pálmadóttir, 2008). Til þess að þetta sé möguleiki og fagaðili ætli sér að efla skjólstæðinginn þá þarf hann að temja sér að leiðbeina og styðja í stað þess að stjórna (Guðrún Pálmadóttir og Snæfríður Þóra Egilson, 2011). Valdefling er í raun ekki eiginleg meðferð heldur ferli eða einskonar markmið til að styðjast við í starfi. Valdefling er hugtak sem notað er um huglæga tilfinningu um að vera við stjórn í eigin lífi og geta tekið mikilvægar ákvarðanir sjálfur (Hagner og Marrone, 1995).

Meginstig endurhæfingar

Í stuttu máli gengur endurhæfing út á fimm þætti, mat, markmiðasetningu, endurhæfingarátun, inn grip og endurmat sem getur svo aftur leitt til þess að þurfi að endurtaka ferlið, allt eftir útkomu á heilsufarsástandi viðkomandi (Levack og Dean, 2012). Upphafspunktur endurhæfingar er að skjólstæðingur eða aðstandandi tilkynnir heilbrigðisstofnun um heilsufarsvanda. Fólk sem starfar í heilbrigðisþjónustu byrjar að vinna með einstaklingnum eftir stöðluðu ferli sem er í stórum dráttum upplýsingasöfnun (Levack og Dean, 2012; Wade, 2015b). Það er nefnt mat (e. assessment) og snýst um að finna út athafna getu viðkomandi einstaklings. Oftast er endurhæfing eftirmeðferð og viðkomandi kemur með skriflega eða munnlega beiðni frá öðrum heilbrigðisstarfsmanni. Beiðnin inniheldur að öllum líkindum upplýsingar um ástand og viðeigandi klínísku sögu skjólstæðingsins (Levack og Dean, 2012). Það er mikilvægt að safna heilsufarsupplýsingum einstaklingsins áður en endurhæfingarátun er skipulögð. Lagt er upp með að athafnamat sé heildrænt og taki til sálrænna og félagslegra þátta ásamt líkamlegri færni (Wade, 2015b).

Mat og markmiðasetning. Matsferlið þarf að gefa góða yfirsýn á persónunni og ná einnig yfir umhverfi viðkomandi (Wade, 2015a). Næst er að skipuleggja aðgerðir til að leysa vandann. Í endurhæfingu er unnið eftir markmiðasetningu (e. goal setting) sem er talinn grunnur af endurhæfingarátun (Levack og Dean, 2012).

Markmið geta verið SMART sem er skammstöfun fyrir markmið sem eru skýr, mælanleg í tíma, aðgerðaátun (átun um hvernig á að ná markmiðunum), raunhæf

og tímasett, sem er hvatning til að ná markmiðunum (Guðrún Pálmadóttir og Snæfríður Þóra Egilson, 2011). Wade (2009) heldur því fram að markmið þurfi ekki nauðsynlega að vera SMART og í sumum tilvikum henti ekki að tímasetja markmiðin. Þá hefur markmiðum verið skipt í langtíma markmið sem eru færri og ná yfir lengri tíma og skammtíma markmið sem eru fleiri minni markmið á skemmri tíma.

Wade (2009) telur meira mikilvægi í að skjólstæðingurinn nái að tengja markmiðin saman svo hann sé í tengslum við hvað stefnt er að í meðferðinni. Með því að skipta stærri markmiðum í fleiri smærri séu meiri líkur að viðkomandi taki framförum. Samkvæmt Sigert o.fl., (2012) eru markmið ekki endilega eitthvað sem er fyrirsjáanlegt né ætti að vera einfalt að spá í um niðurstöður. Þau ættu að vera afleiðing aðgerða en markmiðin tryggja ástæðu meðferðarinnar. Markmiðin hvetja skjólstæðinginn og tryggja að allir í teyminu vinni að sömu markmiðum.

Það eru vísbendingar um að markmiðasetning hafi ávinning umfram að vera hvetjandi fyrir einstaklinginn og endurhæfingarteymið. Þau eru einnig samræmandi fyrir aðrar aðgerðir endurhæfingarátlanarinnar og tryggir að öll nauðsynleg markmið séu skilgreind. Markmiðasetning er og verður áfram í aðalhlutverki í endurhæfingu og ættu allir í endurhæfingarteyminu að vera með færni í markmiðasetningu (Wade, 2009). Þau markmið sem skipta mestu máli í endurhæfingunni eru þau sem þjóna mestum tilgangi fyrir skjólstæðinginn. Aðstandendur eru einnig mikilvægir þátttakendur í góðri endurhæfingarátlan (Sigert o.fl., 2012).

Matsaðferðir í endurhæfingu. Þar sem mat í endurhæfingu er fjölþætt er margskonar matsaðferðum beitt sem sumar fela í sér markmiðasetningu og áætlanagerð. Hér verður stiklað á þeim stóru.

ICF flokkunarkerfið. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) er alþjóðlegt flokkunarkerfi og hugmyndafræðilegt líkan, gefið út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) (World Health Organization [WHO], 2018). Hugmyndafræði ICF hefur verið þýdd á íslensku og er rammi til flokkunar á færni og færniskerðingu (Embætti landlæknis, 2014). Flokkunarkerfið snýr að fötlun, færni og heilsu. Meðferðin er persónuþúð, heildstæð og færni skjólstæðingsins er í

fyrirrími. ICF flokkunarkerfið er byggt á líkamlega- og sálfélagslega líkaninu (e. Biopsychosocial model). Vinnan og markmið skjólstæðingsins er áframhaldandi ferli (Triebel og Ólöf H Bjarnadóttir, 2007; Embætti landlæknis, 2014; Levack og Dean, 2012; Hoenig og Colon-Emeric, 2017). ICF hugmyndafræðin hefur að geyma samþættingu tveggja sjónarmiða. Það er hið lækisfræðilega- og félagsfræðilega sjónarmið þar sem aðstæður og heilsufar eru orsök sem dregur fram jákvæðari mynd af fötlun og færni (Taylor og Geyh, 2012).

Hugmyndafræði ICF er notuð um allan heim með framförum fyrir margvíslega heilsubresti (Taylor og Geyh, 2012; Triebel og Ólöf H. Bjarnadóttir, 2007). Skýr markmið eru í tengslum við líkamsfærni, starfsgetu og lýsingu á vandanum. Meðferð fagaðila er sem dæmi sjúkráþjálfun, viðtalsmeðferð, fræðsla um hreyfingu og lífsstíl. Með ICF flokkunarkerfinu er mögulegt að mæla árangur út frá markmiðum sem skjólstæðingur hefur sett í samvinnu við fagaðila í endurhæfingarferlinu (Triebel og Ólöf H. Bjarnadóttir, 2007).

Mæling Færni á Iðju. Matstækið *Mæling á færni við iðju* (Canadian Occupational Performance Measure [COPM]) er mikilvægt verkfæri til að efla eigin umsjá og er hannað út frá persónumiðaðri nálgun (Eyssen, Beelen, Dedding, Cardol, og Dekker, 2005). COPM var fyrst gefið út árið 1991 og hefur verið þýtt opinberlega á fjölda tungumála. Það er í notkun hjá heilbrigðisstarfsmönnum í löndum um allan heim (Carswell o.fl., 2004). Lagt er mat á mikilvægi iðju, framkvæmd hennar og ánægju. Matstækið gefur mynd af daglegri iðju einstaklingsins sem nýtist við skipulagningu þjónustu fyrir viðkomandi (Eyssen, 2005). Matstækið dregur fram þarfir skjólstæðingsins sem er hjálplegt fyrir markmiðasetningu sem leggur grunn að mælingu árangurs (Carswell o.fl., 2004; Eyssen, 2005). Iðjuþjálfar víða um heim hafa nýtt sér hugmyndfræði persónumiðaðrar nálgunar í um þrjá áratugi og virðist hafa tileinkað sér gildi hennar að efla styrkleika einstaklingsins. Það ætti að leggja meiri athygli á að bera virðingu fyrir skjólstæðingnum; virðingu fyrir styrkleika, reynslu og þekkingu viðkomandi; virðingu fyrir siðferðislegum réttindum einstaklingsins til að taka ákvarðanir um líf sitt og veita styðjandi tengsl við skjólstæðinginn (Hammel, 2013).

Hermes - persónumiðað heilsufarsmat. Hermes er hjúkrunarmat með fyrirbærafræðilegri nálgun sem þróað var til að auka persónumiðaða þátttöku í

hjúkrunarmati og umönnunaráætlun í hjúkrun og endurhæfingu. Heilsufarsmatið er heilðræn nálgun sem felur í sér þátttöku skjólstæðings þar sem áhersla er lögð á virðingu og jafnrétti í samskiptum. Hermes tryggir því að sjónarmið skjólstæðinga komi fram (Thórarinsdóttir, Kristjánsson og Björnsdóttir, 2017). Hjúkrunarmatið er nefnt eftir guðinum Hermes úr grísku goðafræðinni. Hermes var boðberi guðanna, á það vel við þar sem hjúkrunarmatið er ætlað sem tengiliður milli skjólstæðinga og hjúkrunaraðila. Einstaklingar sem á einhverjum tímapunkti þurfa á hjúkrun eða endurhæfingu að halda standa oft frammi fyrir ýmsum vandamálum tengdum því að mikil truflun getur orðið á daglegu lífi þeirra (Thórarinsdóttir, o.fl., 2017). Hermes hjúkrunarmatið byggir á opinni samræðu milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings þar sem lögð er áhersla á að auðvelda skjólstæðingnum að finna og túlka þá heilsufarsþætti sem hafa truflandi áhrif á vellíðan og daglegt líf, skoða þá og meta í samhengi og miða að því að leita lausna (Thórarinsdóttir, o.fl., 2017). Hermes hjúkrunarmatið er byggt á fyrirbærafræðilegum grunni og inniheldur hálfstaðlaðan spurningaramma sem leggur áherslu á þá heilsufarsþætti sem eru að trufla daglegt líf skjólstæðingsins, hve alvarlegir þeir eru og mikilvægi þess að fá hjálp við viðkomandi heilsufarsvanda. Matið er heilðrænt þar sem farið er yfir líkamlega og sálfélagslega þætti sem geta haft áhrif á mat skjólstæðings á heilsufarsvanda sínum (Thórarinsdóttir, Kristjánsson, Gunnarsdóttir og Björnsdóttir, 2018). Í byrjun er mikilvægt að útskýra vel uppbyggingu viðtalsins fyrir skjólstæðingnum, sýna samhygð, stuðning og ná að koma á góðum tengslum við hann. Fyrst er farið yfir heilsufarssögu og félagslegar aðstæður skjólstæðingsins, síðan eru lagðar fyrir hann 27 víðtækar heilsufarsspurningar sem fjalla um líkamlega og sálfélagslega þætti. Skjólstæðingurinn metur hve mikil truflandi áhrif viðkomandi þættir hafa á daglegt líf hans ásamt mikilvægi þess að vinna með vandann og hugmynd hans til úrbóta (Thórarinsdóttir, o.fl., 2018). Hermes auðveldar hjúkrunarfræðingum að meta heilðrænar aðstæður og sjónarmið skjólstæðingsins. Byggt er á gagnkvæmum skilningi á heilsufarsástandi hans og samráði við að vinna að því að leita lausna á vandanum (Kristín Þórarinsdóttir, o.fl., 2017). Opin samræða milli hjúkrunarfræðings og skjólstæðings stuðlar að innsýn og skilningi hjúkrunarfræðings á aðstæðum skjólstæðings og getur hjálpað honum að átta sig á og verða meðvitaðri um eigin heilsufarsaðstæður. Kostir Hermes heilsufarsmatsins er að það er auðvelt í notkun og gerir hjúkrunarfræðingum kleift að meta alvarleika heilsufars skjólstæðinga sinna og gera viðeigandi ráðstafanir til úrbóta (Kristín Þórarinsdóttir, o.fl., 2017). Á þessu ári

hófst innleiðing Hermes í heilsugæslu fyrir aldraða og bendir margt til að matstækið nýtist vel (Kristín Þórarinsdóttir, munnleg heimild, 29. apríl 2018)

Modified Barthel index. Í upphafi endurhæfingarferlisins metur heilbrigðisstarfsmaður færni viðkomandi einstaklings (Kucukdeveci o.fl., 2000). Modified Barthel index (MBI) er mælikvarði sem notaður hefur verið í endurhæfingu til að mæla sjálfstæði og hreyfanleika einstaklings með langvinna sjúkdóma. Mælikvarðinn metur hvort einstaklingurinn þarfnist aðhlyningar eða ekki og er hannaður til að meta getu einstaklingsins til að sinna ákveðnum verkefnum sjálfstætt. MBI spáir fyrir um lengd á dvöl á sjúkrastofnun og áætlað horfur viðkomandi (McDowell, 2006). Upprunalegi skalinn Barthel index samanstendur af 10 atriðum sem eru skoðuð. Það er að matast, baða sig, dagleg umhirða, klæða sig, salernisferðir, flytja sig frá stól í rúm, hreyfigeta og ganga stiga. Skalinn gefur stig frá 0-100 sem sýnir sjálfsbjargargetu einstaklingsins. Skor á bilinu 0-20 stig er engin sjálfsbjargargeta, 21- 60 stig er alvarlegur skortur á sjálfsbjargargetu, 61-90 stig er sjálfsbjargargeta í meðallagi, 91-99 stig er takmörkuð sjálfsbjargargeta og 100 stig er full sjálfsbjargargeta (Araújo, Paúl og Martins, 2011). Modified Barthel Index (MBI) er með fimm stiga stigakerfi, þróað af Shah, Vanclay og Cooper, (1989). Það þykir ná meiri næmni og betri áreiðanleika miðað við upprunalegu útgáfuna. MBI er fljótlegur áhorfs matskvarði sem tekur um 3-5 mínútur, einfaldur og þverfaglegur (Kucukdeveci o.fl., 2000). Fáir matskvarðar virðast vera í notkun fyrir aldrað fólk á Íslandi en MBI er einn af þeim fáu skölum sem þó hefur verið notaður í vinnu með öldruðum sem færnimat athafna daglegs lífs (Ingibjörg S. Ásgeirsdóttir og Eygló Daníelsdóttir, 2011). Samkvæmt Mahoney og Barthel (vitnað til Kucukdeveci o.fl., 2000) er Barthel-skalinn (MBI) einn af vinsælustu matsköllum. Í mörg ár hefur það verið meginatriði að mæla athafnagetu í endurhæfingu. Skalinn hefur verið nýttur bæði til meðferðar á einstaka sjúklingum og við mat á árangri af ýmsum endurhæfingaráætlunum (Kucukdeveci o.fl., 2000).

Alhliða öldrunarmat: Comprehensive geriatric assessment (CGA). Er alhliða öldrunarmat og þykir einn af hornsteinum nútímalegrar umönnunar. Það er skilgreint sem „fjölpátta” þverfaglegt greiningarferli sem beinist að því að ákvarða læknisfræðilega, sálfræðilega og athafnagetu veikburða eldri einstaklings til þess að þróa samræmda og samþætta áætlun um meðferð og langtíma eftirfylgni (Ellis,

Whitehead, Robinson, Neill, og Langhorne, 2011). Öldrunarmatið sker sig frá almennu lækisfræðilegu mati á þrjá vegu. Það leggur áherslu á aldraða einstaklinga með flókin vandamál og það leggur einnig áherslu á athafnagetu, stöðu og lífsgæði og hentar því vel í þverfaglegri vinnu. Staðlað lækisfræðilegt mat virkar yfirleitt vel fyrir flesta aðra hópa en hefur tilhneigingu til að yfirsjáast algeng vandamál sem eldri sjúklingur stendur frammi fyrir. Þessar áskoranir, oft nefndar „fimm af öldrunarsjúkdómum“, fela í sér vitsmunalega skerðingu, erfiðleika með hreyfingu, óstöðugleika, þvagleka og kviðverki. Öldrunarmatið greinir þessi atriði og marga aðra þætti sem tilheyra öldrunarsjúkdómum. Matið er mikilvægt til að ná árangri í meðferð og forvörnum á sjúkdómum og fötlun hjá eldra fólki (Ward, og Reuben, 2016). Að nota alhliða mat er metnaðarfullt verkefni og hér að neðan er listi með þeim atriðum sem starfsfólk öldrunardeilda getur valið að meta:

- Núverandi einkenni, sjúkdómar og virkni þeirra.
- Núverandi lyf, ábendingar þeirra og áhrif.
- Viðeigandi fyrri sjúkdómar.
- Nýlegar og yfirvofandi breytingar á lífinu.
- Mælingar á almennri persónulegri og félagslegri virkni.
- Núverandi og framtíðar lífskjör.
- Fjölskylduástand og aðgengi.
- Núverandi umönnunarnet, þ.m.t. galli þess og möguleiki.
- Markmið mælikvarða á vitræna stöðu.
- Markmið mats á hreyfanleika og jafnvægi.
- Endurhæfingarstaða og horfur ef veikburða eða fatlað.
- Núverandi tilfinningalegt heilsuástand.
- Mataræði og þarfir.
- Sjúkdómar, áhættuþættir, skimunarstaða og heilsuefling.
- Þjónusta sem viðkomandi móttækur og þarfnast (Ellis o.fl., 2011).

Mini - Mental State Examination (MMSE). Matskvarðinn MMSE er einfalt vitrænt mat, stutt próf sem metur alvarleika vitrænnar skerðingar og skjala meðvitundarbreytingum með tímanum. Prófið er á bilinu 0 til 30 stig, þar sem hæsta stigið gefur til kynna góða vitneskju, að skora 24 stig er talið útiloka vitglöp. Prófið hefur sýnt fullnægjandi áreiðanleika (Folstein, Folstein, og McHugh, 1975).

Hjúkrunarfræðingar sem vinna með öldruðum eru í lykilhlutverki að greina vitglöp á byrjunarstigi. Hlutverk hjúkrunarfræðinga er að þekkja byrjunar einkenni vitglapa. Mikilvægt er að greina vitglöp sem fyrst svo hægt sé að hefja meðferð en snemmbúin meðferð getur dregið úr framvindu sjúkdómsins (Elliott, Horgas og Marsiske, 2008).

Samkvæmt hjúkrunarheimilinu Eir (e.d.) felst starf iðjuþjálfra m.a. í að meta vitræna getu aldra og er MMSE skalinn notaður til þess. Vitræn geta hefur mikið að segja þegar kemur að árangri í endurhæfingu hins aldra og er talin skýra um þriðjung færnisgerðinga.

Byltumat Morse. Sýnt hefur verið fram á að með Morse byltumatinu, sem notað er á sjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum, er hægt að greina um 80% þeirra einstaklinga sem eru í hættu á að detta (Morse o.fl. 1989). Matið er einfalt og fljótlegt í notkun, aðeins tekur um eina mínútu að meta einstakling. Matið tekur tillit til sex þátta, sögu um fyrri byltur, fjölda sjúkdómsgreininga, þörf á aðstoð við gang, vökvagjöf í æð, göngulag og andlegt ástand viðkomandi (Landspítali, e.d.). Stigagjöf er frá 0 og uppí 125 stig. Sjúklingum er hætta búin ef þeir fá 45 stig eða fleiri (Morse o.fl. 1989). Miðað er við að allir sjúklingar 67 ára og eldri sem leggjast inn á LSH verði metnir með byltumatinu, einnig ef breyting verður á ástandi og við byltu (Landspítali, e.d.).

Byltur eru algengasta orsök meiðsla og sjúkrahúsinnlagna hjá öldruðum og talið er að yfir 70% sjúkrahúsinnlagna 65 ára og eldri stafi af þeim (Milos o.fl., 2014). Algengustu afleiðingarnar eru brot á efri útlimum, mjaðmabrot og heilaáverkar (Kamińska, Brodowski og Karakiewicz, 2015). Samkvæmt Kamińska o.fl., (2015). benda rannsóknir til þess að árlega detti um 30% 65 ára og eldri einstaklinga sem búa á eigin heimili. Samkvæmt sömu rannsókn eykst hætta á byltum við flutning á hjúkrunarheimili og talið er að um 45% íbúa þeirra detti árlega og þar af um 40% mörgum sinnum (Kamińska o.fl., 2015).

Byltur aldara eru aðal orsök algengra og lífshættulegra meiðsla. Afleiðingar geta verið m.a. langvarandi fötlun, tap á sjálfstæði, lélegri lífsgæði og geta jafnvel leitt til dauða. Áhætta eykst með hækkandi aldri og almennt verra heilsufarsástandi. Byltur hafa því líkamlegar, andlegar og félagslegar afleiðingar (Kamińska o.fl., 2015). Þekking helstu áhættuþátta og forvarnaaðgerðir geta dregið úr byltuhættu og ættu þessar aðgerðir að vera hluti af þverfaglegu ferli sem miðar að því að draga úr hættum á byltum. Með alhliða öldrunarmati tengdu öllum þeim þáttum sem bæta

almenna heilsu og varna byltuhættu er þannig hægt að auka lífsgæði aldraðra og lækka kostnað heilbrigðiskerfisins (Kamińska o.fl., 2015).

Geriatric Depression scale. Skimunartækið Geriatric Depression scale metur þunglyndi hjá öldruðum. Listinn hefur verið þýddur á íslensku og felur í sér 30 spurningar en stundum eru notaðar styttri útgáfur (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2000). Styttri útgáfan af GDS er spurningalisti með 15 spurningum og var þróaður fyrst og fremst til notkunar fyrir fólk sem er læknisfræðilega veikt eða með vitglöp þar sem lengra formið gæti verið of þungt (Burke, Roccaforte, og Wengel, 1991).

Aldraðir eru í meiri hættu á að eiga við heilsufarslegan vanda að etja sem hefur víðtæk áhrif á lífgæði. Skimun í forvarnarskygni er mikilvæg svo hægt sé að bregðast við í tíma og vísa viðkomandi til frekari úrræða ef vísbendingar eru um einkenni andlegra eða líkamlegra sjúkdóma (Sunna Eir Haraldsdóttir, 2016).

Framkvæmd og mat. Finnist vísbendingar um heilsufarsvanda er endurhæfingaráætlunin framkvæmd en hún er jafnframt í stöðugri endurskoðun. Inngripin standa fyrir þær aðgerðir sem stuðla að bættri færni og miða að því að styðja skjólstæðinginn, viðhalda öryggi hans, lífsgæðum og/eða fjarlægja eða minnka áhrif vandans (Wade, 2015b). Endurhæfingaráætlunin byggist stundum á mörgum meðferðum samtímis. Margir fagaðilar geta verið að störfum á sama tímabili, eins og hjúkrunarfræðingar, iðjuþjálfari, sjúkrapjálfi, félagsráðgjafi, sálfræðingur og talmeinafræðingur. Einnig gegna vinir og fjölskylda oft veigamiklu hlutverki. Hver meðferð er mikilvæg en er aðeins hluti af alhliða og flóknu ferli til að vinna með einstaklingnum og fjölskyldu hans (Sigert o.fl., 2012). Endurhæfing á sér stað á öllum stigum batans, í bráða fasanum og á meðan viðkomandi er á spítala. Hún getur verið skipulögð og einstaklingur getur sótt endurhæfingu löngu eftir að spítala- eða stofnanavist er lokið (Sigert o.fl., 2012).

Eftir ákveðinn tíma er endurmat framkvæmt sem er síðasti liðurinn í endurhæfingar-hringnum. Framfarir eru metnar út frá markmiðum. Stundum þarf að endurtaka allt ferlið og fer það eftir framförum skjólstæðingsins (Wade, 2015b; Levack og Dean, 2012). Endurhæfingarlíkanið leggur áherslu á skjólstæðingsmiðaða nálgun og markmiðssetningu í endurhæfingu og þörfina fyrir góð samskipti í endurhæfingarteyminu. Endurhæfingarlíkanið greinir frá að skjólstæðingurinn hefur þörf á hvatningu og eflingu til að þjálfa þá athafnagetu sem hann þarfnast (Wade, 2015b).

Eftirfylgd eftir endurhæfingu. Eftir útskrift af endurhæfingardeild er aukin hætta á afturför skjólstæðings þegar markvissri endurhæfingu er lokið, því er eftirfylgd mikilvægur þáttur til að viðhalda þeirri framför sem hefur átt sér stað (Kosse, Dutmer, Dasenbrock, Bauer og Lamoth, 2013). Eftirfylgd getur falist í símaviðtali, tölvupósti eða dagdeildarþjónustu þar sem staða viðkomandi er metin (de Leeuw og Larsson, 2013). Skipuleggja þarf eftirfylgd í samræmi við skjólstæðinginn, allt eftir þörfum hvers og eins. Upplýsa þarf um þau úrræði og þjónustu sem völ er á og hvetja viðkomandi til að nýta sér þau svo viðhalda megi þeim framförum sem náðst hafa (Heilbrigðisstofnun Vesturlands, e.d).

Hjúkrunarfræðingar hafa mikilvægu hlutverki að gegna í eftirfylgd endurhæfingar. Þeir eru tengiliður við aðra fagaðila í endurhæfingarteyminu ásamt því að vera í miklum samskiptum við skjólstæðinginn og fjölskyldu hans og hafa því bestu þekkinguna á heildamynd skjólstæðingsins. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir um þá áhættuþætti og fylgikvilla sem upp kunna að koma og geta brugðist við þeim á viðeigandi hátt (Miller, o.fl., 2010) ásamt því að fylgjast með viðbrögðum og árangri einstaklingsins og samræma umönnun hans í takt við það (de Leeuw og Larsson, 2013). Stórt hlutverk hjúkrunarfræðinga er einnig að veita skjólstæðingnum og fjölskyldu hans fræðslu, styrk og hvatningu ásamt því aðstoða skjólstæðinginn við að þróa og fylgja eftir meðferðaráætlun í samstarfi við aðra fagaðila (Miller, o.fl., 2010). Þeir fræða skjólstæðinginn og fjölskyldu hans um breyttan lífsstíl og þá áhættuþætti sem stuðla að neikvæðum árangri endurhæfingarinnar. Hvetja þarf fjölskylduna til að huga að sjálfri sér því þannig er hún betri stuðningur við einstaklinginn sem hefur jákvæð áhrif á endurhæfinguna (Miller, o.fl., 2010). Góð eftirfylgd eykur því líkur á að viðhalda jákvæðum áhrifum virkni lengur (Kosse, o.fl., 2013) ásamt því að hafa jákvæð áhrif á andlega líðan og ánægju skjólstæðingsins (de Leeuw og Larsson, 2013).

Þáttur fjölskyldunnar í endurhæfingu. Stuðningur og þátttaka fjölskyldunnar er mjög mikilvægur í og eftir endurhæfingu. Fjölskyldan styður og hvetur einstaklinginn áfram þegar tekist er á við nýjar áskoranir veikindanna. Þegar einstaklingar verða skyndilega veikir eða þurfa að glíma við fötlun kann sjálfsmyndin að skaddast. Fjölskyldan getur eflt og styrkt sjálfsmyndina hjá viðkomandi með jákvæðu viðhorfi og auk þess getur hún gefið starfsfólki endurhæfingarinnar góðar upplýsingar um viðkomandi (Burke Rehabilitation Hospital, 2014).

Veikindi fjölskyldumeðlims hefur mikil áhrif á fjölskylduna. Fjölskyldan verður einnig þátttakandi í umönnuninni. Alvarlegir áverkar, langvinnir sjúkdómar eða fötlun hafa áhrif á fjölskyldulífið. Aðstandendur geta þurft að breyta högum sínum, t.d. breyta vinnutíma til að geta sinnt öldruðum foreldrum. Þetta veldur stundum streitu og átökum í fjölskyldum (Bellendir og Joseph, 2018).

Endurhæfing og teymisvinna. Endurhæfing byggist að miklu leyti á markmiðasetningu og þverfaglegri (e.multidisciplinary) teymisvinnu (Wade, 2001). Teymisvinna er skilgreind sem breytilegt ferli þar sem tveir eða fleiri heilbrigðisstarfsmenn vinna að sameiginlegum markmiðum hver á sínu sviði (Manser, 2009). Í endurhæfingarteymi fer fram skilgreining á vanda og borin eru kennsl á þætti sem takmarka athafnasemi og félagslegt hlutverk einstaklingsins. Skjólstæðingur fær fræðslu um staðreyndir, hvernig skal ná færni og aðlögun eftir þörfum (sjálfstjórn). Aðlaga þarf nánasta umhverfi og hámarka hæfni til að sinna athöfnum og æfingum. Veita endurgjöf og þar sem þörf er á sinna samskiptum og samhæfingu fagaðila í teymi og stofnunum (Wade, 2015a).

Öldrunarteymi samanstendur af þeim fagaðilum sem að endurhæfingunni koma. Í hverju teymi er lækni, hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfari, iðjuþjálfari og félagsráðgjafi ásamt öðrum fag- og umönnunaraðilum, ef þurfa þykir og fer það eftir staðbundnum og persónulegum þörfum hvers skjólstæðings. Því getur samsetning teymis verið breytileg (Jónsson, o.fl., 2002) og í því þurfa að vera einstaklingar með viðeigandi þekkingu. Góð félagsleg tengsl, virðing, traust, samheldni og gott upplýsingaflæði þarf að ríkja í teyminu (Wade, 2016b). Hver meðlimur teymis hefur ákveðið hlutverk innan þess (Manser, 2009) og mjög mikilvægt er að skilgreina hlutverk hvers og eins í teyminu (Wade, 2016b). Starfs- og verklýsingar þurfa að vera skýrar og aðgengilegar öllum í teyminu (Helga Bragadóttir, 2002).

Fagfólk samræmir krafta sína til að meta og skipuleggja endurhæfingu skjólstæðinga sinna með það að markmiði að bæta lífsgæði þeirra (Wade, 2016b). Góð samvinna, opin samskipti og sameiginleg ákvarðanatataka leiðir til aukinna gæða fyrir sjúklinga og starfsfólk og bætir skipulag á deildum (Helga Bragadóttir, Sigrún Stefánsdóttir, Sólrún Áslaug Gylfadóttir og Guðný Bergþóra Tryggvadóttir, 2016). Mikilvægt er að allir starfsmenn sem að sjúklingi koma séu í teyminu (Hildur Elísabet Pétursdóttir og Kristín Blöndal, 2014). Þátttaka skjólstæðings eykur velgengni hans í endurhæfingarferlinu og því er mikilvægt að hafa hann með í ráðum (Wade, 2016b).

Lykillinn að árangursríkri teymisvinnu er þekking og rétt úthlutun verkefna. Jafnframt er talið er að starfsánægja tengist úthlutun verkefnanna (Helga Bragadóttir, 2002). Það hefur sýnt sig að með árangursríkri teymisvinnu aukast gæði vinnuumhverfis, starfsánægja eykst, veitt er betri hjúkrun og starfsmannavelta minnkar. Mikil starfsmannavelta dregur úr öryggi og gæðum á þjónustu í heilbrigðiskerfinu (Helga Bragadóttir o.fl., 2016).

Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki í teymisvinnu þar sem þeir eru í stöðugum tengslum við skjólstæðinginn og aðstandendur hans. Ásamt faglegum þætti hjúkrunar eru þeir til staðar fyrir skjólstæðing, efla hann og hvetja til þátttöku í endurhæfingarmeðferðinni. Hjúkrunarfræðingar eru tengiliður við hina ólíku fagaðila í endurhæfingar teyminu (Tyrrell, Levack, Ritchie og Keeling, 2012) og miðla nákvæmum og vönduðum upplýsingum ásamt því að taka fullan þátt í að leita lausna á þeim málum sem upp kunna að koma (Helga Hinriksdóttir, 2006). Í rannsókn Tyrrell o.fl., (2012) kemur fram að þrátt fyrir þetta sé hlutverk hjúkrunarfræðinga í þverfaglegri teymisvinnu ekki að fullu sett skýrt fram.

Endurhæfing og öldrunarbreytingar

Í þessum kafla verður fjallað um öldrun og þær breytingar sem fylgja því að eldast. Greint verður frá öldrunarendurhæfingu og helstu ástæðum þess að aldraðir þurfa á endurhæfingu að halda

Öldrunarbreytingar. Á komandi árum mun öldruðum einstaklingum fjölga hér á landi. Flestir vilja búa heima eins lengi og kostur er. Til að svo megi verða er því mikilvægt að bæta umhverfi aldraðra m.a. með bættri heimahjúkrun og endurhæfingu (Hildur Elísabet Pétursdóttir og Kristín Björnsdóttir, 2014). Samkvæmt lögum um málefni aldraðra telst aldraður vera sá sem náð hefur 67 ára aldri (lög um málefni aldraðra nr.125/1999). “Það þykir eftirsóknarvert að ná háum aldri, en fáir vilja verða gamlir” (Jón Snædal, 1996).

Aldraðir eru ólíkur hópur fólks með misjafnar þarfir og getu til að taka við upplýsingum og vinna úr þeim (Bastiaens, Royen, Pavlic, Raposo og Baker, 2007). Heilsa þeirra er margþætt og hana má meta út frá líkamlegum, félagslegum og andlegum þáttum sem hefur áhrif á almenna þátttöku þeirra í daglegu lífi.

Líkamlegt ástand aldraðra getur verið mismunandi, sumir eru færir í flest en

aðrir eru veikburða. Breytingar verða á líkamsstarfsemi, m.a. breytingar á hjarta- og lungnastarfsemi, beinum, vöðvum og húð (Jett, 2014). Með auknum lífslíkum og hækkandi aldri fólks mun þörf fyrir umönnun aldraðra aukast og meiri kröfur verða gerðar til heilbrigðiskerfisins um einstaklingsmiðaða hjúkrun (Bastiaens, o.fl., 2007).

Öldrun er hægfara ferli þar sem líkur á líkamlegri og vitrænni skerðingu aukast með hækkandi aldri (Kaliman, o.fl., 2011). Hætta á langvinnum sjúkdómum eykst m.a. af erfðafræðilegum, lífeðlisfræðilegum og lífstílstengdum þáttum. Lífeðlisfræðilegir þættir sem tengdir eru langlífi og farsælli öldrun eru t.d. blóðþrýstingur, líkamsþyngdarstuðull og blóðsykur (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009).

Rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi virks lífstíls og hreyfingar í tengslum við farsælli öldrun (Kaliman, o.fl., 2011). Með hækkandi aldri eykst stirðleiki líkamans með aukinni byltuhættu, líkum á beinbrotum og erfiðleikum við athafnir daglegs lífs ásamt aukinni þörf fyrir langtíma umönnun (Zang o.fl., 2014). Hreyfing kemur ekki í veg fyrir lífeðlisfræðilega öldrun. Regluleg hreyfing getur dregið úr lífeðlisfræðilegum áhrifum af kyrrsetu lífstíl og aukið lífsgæði með því að koma í veg fyrir eða hægja á langvinnum sjúkdómum (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009). Líkamleg hreyfing eykur liðleika, vöðvastyrk, beinþéttni og viðheldur líkamlegri getu. (Boeckxstaens og Graaf, 2011). Forvarnir og heilsuefling krefst meðvitaðrar virkni og þátttöku einstaklingsins. Aukið heilbrigði eykur líkamlega, andlega og félagslega virkni einstaklingsins ásamt fjárhagslegum sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið (Boeckxstaens og Graaf, 2011). Regluleg líkamspjálfun dregur úr líkum á ýmsum sjúkdómum eins og t.d. hjarta og æðasjúkdómum og vitrænni skerðingu (Kaliman, o.fl., 2011).

Skipta má öldrun í þrjá flokka, líkamleg, sálfræðileg og félagsleg öldrun. Þegar talað er um líkamlega eða líffræðilega öldrun þá er átt við þær líkamlegu breytingar sem verða hjá einstaklingnum með hækkandi aldri (Ingunn Stefánsdóttir, 2009). Sálfræðileg öldrun er upplifun einstaklingsins af eigin aldri. Einstaklingur sem er ungur getur upplifað sig gamlan og gamall einstaklingur getur upplifað sig ungan það fer allt eftir líðan og sálarástandi viðkomandi (Jón Björnsson, 1996). Félagsleg öldrun er aldur einstaklingsins í tengslum við félagslegt umhverfi sitt. Hver aldurshópur hefur sína stöðu, réttindi og skyldur í samfélaginu (Jón Björnsson, 1996). Regluleg hreyfing er nauðsynleg fyrir heilbrigða og farsæla öldrun (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009).

Nokkrir þættir greina á milli endurhæfingar aldraðra og yngri einstaklinga.

Helsti munurinn er að aldraðir eru með meiri sjúkdómsbyrði og örorka meðal þeirra er oft margþætt sem þarfnast inngrípa frá nokkrum fagstéttum til mæta læknisfræðilegum og endurhæfingarþörfum (Wells, 2003). Endurhæfing er mikilvægur þáttur í öldrunarþjónustu vegna þeirra skerðinga sem aldraðir búa gjarnan við og hafa neikvæð áhrif á lífsskilyrði þeirra og hægt væri að meðhöndla með endurhæfingu (Garatachea, o.fl., 2007).

Heilabilun. Einkenni heilabilunar eru hægt versnandi hnignun á skammtímaminni, tungumáli, rökstuðningi og athafnagetu einstaklingsins (Buchanan, Christenson, Houlihan og Ostrom, 2011). Rannsókn Ársæls Jónssonar, Ingibjargar Bernhöft, Karin Bernhardsson og Pálma V. Jónssonar (2005) greinir frá að við komu á hjúkrunarheimili sé heilabilunargreining algengasta sjúkdómsgreiningin. Samkvæmt Prince (2015) eru 5-8% aldraðra með heilabilunarsjúkdóm. Markmið endurhæfingar heilabilaðra er að varðveita færni og hægja á vitsmunalegri hnignun. Lágmarka tilfinningalega vanlíðan og hegðunarvandamál ásamt því að hámarka möguleika félagslegrar, líkamlegrar og vitsmunalegrar getu og viðhalda virðingu (Buchanan, o.fl., 2011).

Kransæða- og heilaæðasjúkdómar. Næst algengustu sjúkdómsgreiningar eru krans- og heilaæðasjúkdómar sem birtist í þrekleysi tengt hjartabilun og göngulagstruflunum (Ársæll Jónsson, Ingibjörg Bernhöft, Karin Bernhardsson og Pálmi V. Jónsson, 2005). Lífslíkur hafa aukist verulega vegna bættrar greiningar, meðferðar og forvarna. Alhliða lífstílsbreytingar hafa sýnt fram á jákvæð áhrif á áhættuþætti og eftirmeðferð. Ávinnignur endurhæfingar er mikill, eykur lífgæði einstaklingsins og dregur úr sjúkdómsendurteknigu (Janssen, De Gucht, Dusseldorp og Maes, 2012).

Mjaðma- og lærleggsbrot. Brot eru algeng meiðsl meðal aldraðra og hafa mikil áhrif á líðan og færni einstaklingsins (Forni, o.fl., 2016). Byltur geta valdið miklum áföllum fyrir þann aldraða, orsakað áverka og beinbrot, ásamt því að valda óöryggi og vera letjandi til hreyfingar (Ársæll Jónsson, o.fl., 2005). Mjaðmabrot eru meðal algengustu brota aldraðra eftir fall og talið er að þau muni aukast á komandi árum vegna hækkandi aldurs einstaklinga, því hafa byltuforvarnir mikið gildi fyrir aldrað fólk (Ársæll Jónsson, o.fl., 2005). Í rannsókn Ársæls Jónssonar, Ingibjargar

Bernhöft, Karin Bernhardsson og Pálma V. Jónssonar (2005) kemur fram að um 25% íbúa á hjúkrunarheimili höfðu beinbrotnað. Eftir komu á hjúkrunarheimilið höfðu 12% mjaðmabrotnað en 13% heimilismanna höfðu mjaðmabrotnað fyrir flutning. Samkvæmt Wells og félögum ættu aldraðir með mjaðmabrot að fá öldrunarendurhæfingu.

Þverfagleg endurhæfing er miklvæg og hefur verulega aukin áhrif á meðferð og bata einstaklingsins, eykur lífslíkur, hreyfanleika, athafnagetu og möguleika til ná fyrri lífsgæðum (Han, Song, Kim og Kang, 2016). Einnig ættu aldraðir að fá skimun fyrir næringu, skilningi og þunglyndi (Wells o.fl., 2003).

Vannæring. Aldraðir eru oft í mikilli hættu á vannæringu vegna ýmissa sjúkdóma og líffræðilegra þátta. Minnkuð líkamspjálfun, aldurstengd vöðvarýrnun og aukin líkamsfita veldur minni næringarþörf. Næringartruflanir geta haft áhrif á ónæmissvörun og aukið hættu á sjúkdómum hjá veikburða einstaklingum. Streita getur aukið hættu á vannæringu og frekari vöðvaslappleika. Vannæring dregur úr sárgræðslu, lengir sjúkrahúsvist, eykur hættu á fylgikvillum sjúkdóma og hækkar dánartíðni. Því er mikilvægt að greina vannæringu hjá öldruðum við innlög á sjúkrahús svo grípa megj inni á viðeigandi hátt (Wells, Seabrook, Stolee, Borrie og Knoefel, 2003).

Þunglyndi og sálræn vanlíðan. Sálræn vanlíðan er algeng meðal aldraðra og getur stafað af félagslegum, samfélagslegum og/eða líkamlegum þáttum. Talið er að aukin áhætta tengist fjárhagslegum og félagslegum þáttum (Blake, Malik og Thomas, 2009). Rannsóknir sýna að um það bil 15% aldraðra í samfélaginu, 15-25% þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum og 20-45% sjúklunga á sjúkrahúsum eigi við sálræna vanlíðan að stríða. Þunglyndi er oft vangreint og tefur fyrir bata í endurhæfingu.

Aldraðir með greint þunglyndi sem eru í meðferð sýna betri árangur af endurhæfingu en þeir sem ekki hafa greinst (Wells o.fl., 2003). Í rannsókn Wells o.fl., (2003) kemur fram að vegna algengi á sálrænum vanda meðal aldraðra ætti að skima fyrir þunglyndi í upphafi endurhæfingar svo betri árangur náist. Rannsóknir benda til að líkamleg heilsuefling hafi almennt jákvæð áhrif á andlega líðan aldraðra, geti komið í veg fyrir þunglyndi og viðhaldi jákvæðu sjálfsmati þeirra (Garatachea, o.fl., 2007). Aukin líkamleg virkni á efri árum hefur í för með sér margvíslegan ávinning, eykur styrk, jafnvægi og þol ásamt því að hafa áhrif á almenn lífsgæði og andlega

heilsu (Blake, o.fl., 2009). Að meðhöndla þunglyndi er mikilvægt og getur bætt tilfinningalega, félagslega og líkamlega virkni og leiðir af sér betri meðferðarheldni fyrir þá sem glíma við aðra langvinna sjúkdóma (National Institute on Ageing, e.d.).

Heilablóðfall. Heilablóðfall er algengt meðal aldraðra og hefur í för með sér langvarandi afleiðingar fyrir einstaklinginn og fjölskyldu hans. Þverfagleg endurhæfing er því stór hluti af umönnun einstaklingsins (Langhorne, Bernhardt, og Kwakkel, 2011). Hætta eykst með hækkandi aldri og áhættan tvöfaldast við hvern tug eftir 55 ára aldur. Með betri meðferðarmöguleikum hefur dánartíðni þó lækkað (Wells o.fl., 2003). Ávinningur endurhæfingar fer eftir eðli og alvarleika sjúkdómsins, fylgikvillum, aldri og fyrra heilsufarsástandi (Wells o.fl., 2003). Rannsóknir sýna að snemmíhlutun þar sem endurhæfing hefst fljótt í ferlinu styttir innlagnartíma, eykur líkur á sjálfstæði einstaklingsins og minnkar þörf fyrir stofnanavistun (Langhorne, o.fl., 2011).

Endurhæfing er ferli sem felur í sér mat á þörfum einstaklingsins, markmiðasetningu, íhlutun og aðstoð við að ná markmiðum og að lokum endurmat. Helstu fylgikvillar eru skert hreyfigeta og virkni í vöðvum. Aðrir fylgikvillar geta verið mál- og kyngingarörðugleikar, skert sjón, skynjun og vitund (Langhorne, o.fl., 2011). Virkni einstaklingsins er stór þáttur í endurhæfingunni og hefur mikil áhrif á meðferðarmöguleika. Náðst hefur betri árangur hjá einstaklingum undir 75 ára m.a. vegna ýmissa líffræðilegra þátta (Wells o.fl., 2003).

Næring er mikilvægur þáttur í endurhæfingu eftir heilablóðfall, áætluð vannæring er um 49-60% (Wells o.fl., 2003). Kyngingarörðugleikar eru algengir fylgikvillar sem hafa mikil áhrif á næringarástand einstaklingsins og auka hættu á ásvelgingar lungnabólgu og vöðvarýrnum. Snemmtæk íhlutun og næringarmedferð dregur úr áhættu þessara fylgikvilla. Ef alvarleg kyngingartregða kemur fram hjá sjúklingum eftir heilablóðfall er æskilegt að gefa næringu með magasondu (Wells o.fl., 2003). Til að viðhalda góðri næringarstöðu sjúklinga eftir heilablóðfall þarf að fylgjast vel með næringar- og vökvainntöku ásamt því að fá næringar- og talmeinaráðgjöf (Wells o.fl., 2003).

Öldrunarendurhæfing. Ef fjöldaspár eldra fólks ganga eftir mun þessi hópur halda áfram að vaxa á næstu árum. Aldraðir eru sá hópur sem er með hæstu sjúkdómstíðni og hlutfall fötlunar og einnig má búast við að sjálfstæði og færni hnigni með hækkandi aldri (Hoenig og Colon-Emeric, 2017). Líkamleg endurhæfing með áherslu á reglulega hreyfingu þykir hafa mikinn heilsufarslegan ávinning fyrir eldri einstaklinga. Ætla má að eftirspurn eftir endurhæfingu fyrir aldaða muni aukast á komandi árum (Grönstedt o.fl., 2013). Umönnunarpungi er talsverður hjá öldruðum og því er þörf á að viðhalda hámarksfærni þeirra (Wells, Seabrook, Stolee, Borrie og Knoefel, 2003).

Algengi fjölpátta sjúkdóma eykst með hækkandi aldri sem og aldurstengdar breytingar sem draga úr líkamsstarfsemi. Einnig verður erfiðara að greina ákveðna sjúkdóma þar sem einkenni breytast með hækkandi aldri (Jett, 2014).

Öldrunarmat og endurhæfing er í raun fyrsta, annars og þriðja stigs forvörn. Fyrsta stigs forvörn kemur í veg fyrir áhættuþætti og felst hlutverk heilbrigðisþjónustunnar í að veita upplýsingar, hvatningu og þjónustu. Annars stigs forvörn gengur út á að skilgreina og meðhöndla einkenni ásamt því að fyrirbyggja sjúkdóma og fötlun af þeirra völdum. Þriðja stigs forvörn sem hindrar meiri skerðingu með viðhaldsmeðferð og endurhæfingu felst í að endurheimta heilsu og færni með aðgerðum, meðferð, æfingum og hjálpartækjum (Jónsson o.fl., 2002).

Endurhæfing aldraðra er þverfagleg áætlun af mats-, greininga- og meðferðaraðgerðum sem ætlað er að endurheimta bata eða viðhalda þeirri líkamsstarfsemi sem fyrir er (Gudlaugsson o.fl., 2012). Endurhæfing hámarkar þannig getu fólks til að lifa, vinna og læra eins og unnt er. Vísbendingar benda einnig til þess að endurhæfing geti dregið úr færniskerðingu í tengslum við öldrun og bætt lífsgæði (WHO, 2017). Talið er að regluleg hreyfing sé árangursrík í tengslum við fötlun og langvinna sjúkdóma. Hún hægir á öldrun ásamt að auka vöðvastyrk, úthald, svefn, kraft og stuðli að samhæfingu (Ministry of health, 2013).

Þjónusta við aldraða skiptist á milli ríkis sem hefur með heimahjúkrun og stofnanavist að gera og hinsvegar sveitafélaganna sem sjá um heimaþjónustu, dagvistun, tómsundastarf, félagsleg ráðgjöf, félagslegt leiguhúsnaði og þjónustuíbúðir. Félagslega heimaþjónustan og heimahjúkrun hafa sameinast undir sömu stjórn til að samhæfa þjónustuna við aldraða í heimahúsum (Stjórnarráð Íslands, 2008).

Samkvæmt Stjórnarráði Íslands (2016a) verður lögð mun meiri áhersla á heilsugæslu, forvarnir, heilsueflingu, endurhæfingu og þjónustu í heimahúsum til að viðhalda sjálfstæði aldraðra og stuðla að seinkun stofnanavistar og minni kostnaði. Í þverfaglegri vinnu aldraðra er notast við ramma sem var gefinn út árið 1996 af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu „Öldrunarmat á Norðurlöndum“ Ramminn er notaður sem matskvarði fyrir inngrip og lækningar fyrir aldraða (Jónsson, 2002).

Hin ýmsu þjónustustig endurhæfingar

Í þessum kafla verður fjallað um endurhæfingu á helstu endurhæfingastofnunum á Íslandi. Á landinu eru fjórar endurhæfingarstofnanir: Grensásdeild Landspítala, Reykjalundur, Kristnesspítali og HNLFI í Hveragerði að auki verður sagt frá Landakoti sem er öldrunarlækningardeild. Einnig verður greint frá heilsuefling og viðhaldsþjálfun. Fjallað verður um hvíldarinnlagnir, dagdvöl og sagt frá endurhæfingu á hjúkrunarheimilum og heimaþjónustu. Rýnt verður í hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu og staðan á norðurlöndum skoðuð í grófum dráttum ásamt ávinningi endurhæfingar.

Endurhæfingarstofnanir. Markmiðið með endurhæfingu er að hámarka virkni og miða að því að draga úr skerðingu, fötlun og örorku af völdum sjúkdóma og slysa. Aldraðir eru með sérstakar þarfir í endurhæfingu sem geta tengst vitrænni skerðingu og meiri sjúkdómsbyrði og örorka meðal þeirra er oft margþætt sem þarfnast inngripa frá nokkrum fagstéttum. Endurhæfingarátlanir fyrir aldraða bæta ekki aðeins árangur á færni heldur gæti einnig skapað langtíma sparnað með færri innlögnum á sjúkrahús og seinnkað flutningi hjúkrunarheimili (Bachmann, Finger, Huss, Egger, Stuck, og Clough-Gorr, 2010).

Á Reykjalundi er endurhæfing unnin þverfaglega á einstaklingsmiðaðan hátt. Takmarkið er að virkja skjólstaðinginn til þátttöku og bæta færni hans. Meðferðin tekur mið af persónulegum þáttum sjúklings, umhverfisþáttum og mörgum meðferðarúrræðum beitt þvert á teymin. Hjúkrunarfræðingar taka þar virkan þátt í teymisvinnu með öðrum fagstéttum heilbrigðiskerfisins. Áhersla er lögð á fræðslu um heilbriggt líf og að sjúklingur sé virkur þátttakandi í endurhæfingunni. Markmið endurhæfingarinnar er að bæta líðan og lífsgæði einstaklingsins (Reykjalundur, e.d.).

Á endurhæfingardeild Landspítala háskólasjúkrahúss (LSH) vinna sjúkraþjálfarar á öllum deildum spítalans því stefnan er að veita framúrskarandi þjónustu (Landspítali, e.d.b).

Á Landakoti er útskriftardeild þar sem lögð er áhersla á 2-4 vikna þverfaglega endurhæfingu fyrir aldraða þar sem lögð er áhersla á heildrænt mat á einstaklingnum. Markmið með endurhæfingunni er að bæta hreyfigetu og auðvelda einstaklingnum athafnir daglegs lífs (ADL). Gert er ráð fyrir að einstaklingurinn geti útskrifast heim að endurhæfingu lokinni (Landspítali, e.d.a).

Endurhæfingardeildin á Grensáasi hefur verið starfandi frá árinu 1973. Markmið starfseminnar er að gera einstaklinginn eins sjálfbjarga líkamlega, andlega og félagslega og unnt er. Ýmsum aðferðum er beitt til að auka styrk og þol, auka færni við athafnir daglegs lífs og einnig fer fram þjálfun máls og tals. Lögð er áhersla á skýr markmið með tímamörkum og þau endurmetin reglulega. Teymisvinna er grunnur að allri endurhæfingu á Grensásdeild. Margir fagaðilar eru í hverju teymi til dæmis nefna lækni, hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfari og iðjuþjálfari. Einnig eru í teyminu sjúkraliðar, sálfræðingar, félagsráðgjafar, talmeinafræðingar og næringarfræðingar. Teymin geta verið breytileg eftir verkefnum. Við útskrift eru fundir með því fagfólki sem tekur við sjúklingi eins og félagsþjónustu og/eða heimahjúkrun (Landspítali, e.d.c).

Endurhæfingardeild Sjúkrahússins á Akureyri (SAK) rekur öldrunar og endurhæfingardeild á Kristnesi. Þar er 5 daga endurhæfingardeild þar sem megin áhersla er lögð á þjálfun og fræðslu. Þar fer fram umfangsmikil þverfagleg endurhæfing. (Sjúkrahúsið á Akureyri, e.d).

Á Heilsustofnun Náttúrlækningafélags Íslands (NLFÍ) fer fram bæði almenn og sértæk, heildræn endurhæfing með það að markmiði að styrkja manneskjuna andlega og líkamlega. Þar fer fram nútíma læknisfræði sem tengd er við náttúrulækningar. Endurhæfingin hentar einstaklingum með færniskerðingu í kjölfar aðgerða, sjúkdóma og stoðkerfisvandamála. Tilgangur meðferðar er að auka líkamlega færni og þrek, draga úr verkjum til að viðkomandi geti lifað sem eðlilegustu lífi með auknum lífsgæðum. Á NLFÍ er teymi sem metur þörf fyrir sértæka meðferð og getur t.d. verið um að ræða viðtalsmeðferð, næringarráðgjöf, sjúkranudd, sjúkraþjálfun, nálastungur, vaxmeðferð, vatnsmeðferð eða hitameðferð (Heilsustofnun NLFÍ, e.d.a). Á NLFÍ er starfandi öldrunarteymi sem vinnur að endurhæfingu sem eykur líkamlega, andlega og félagslega færni. Lögð er áhersla á að

viðhalda eða auka sjálfsbjargargetu og kennd bjargráð sem nýtast heima. Í boði er fræðsla og kennsla í minnisþjálfun, vörnum gegn byltum, beinþynningu, kvíða og þunglyndi auk ráðlegginga er varða svefn og mataræði. Umræðufundir og einstaklingsviðtöl eru hluti af þjónustu öldrunarendurhæfingar. Í öldrunarteyminu eru hjúkrunarfræðingar, læknir, sjúkraliðar, sjúkranuddari og sjúkráþjálfari (NLFÍ, e.d.b). NLFÍ er sjálfseignarstofnun sem er opin almenningi til heilsuhressingar og þurfa viðkomandi þá að greiða fullt gjald. Einnig getur sjúklingur verið með beiðni frá lækni og fær þá hluta af gjaldinu niðurgreiddan (NLFÍ, e.d.c).

Heilsuefning (e. Health Promotion). Heilbrigðisstarfsfólk beinir sjónum sínum sífellt meira að heilsuefningu. Þannig er hægt að koma í veg fyrir veikindi eða minnka skaðann af völdum veikinda eða fötlunar. Góð næring, regluleg hreyfing og æfingar stuðla að heilbrigðu lífi (Potter og Perry, 2009b).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) skilgreinir heilsuefningu sem það ferli sem gerir fólki kleift að hafa vald á og auka við eigið heilbrigði. Heilsuefning hvetur fólk til að mæta kröfum umhverfisins og nær til hvers konar aðgerða sem miða að því að auka og viðhalda möguleikum einstaklingsins til að lifa sjálfstæðu lífi og taka virkan þátt í samfélaginu (WHO, 2018b).

Landlæknisembættið skilgreinir heilsuefningu á eftirfarandi máta:

Heilsuefning miðar að því að hafa áhrif á lífsstíl fólks og gera því kleift að lifa heilsusamlegu lífi við heilnæmar aðstæður. Auk almennrar fræðslu um þessi efni er áhersla lögð á það sem fólk á öllum aldri getur gert sjálft til að bæta andlega og líkamlega heilsu sína með því að huga að daglegum lífsvenjum og viðhorfum. Með heilsuefningu er leitast við að efla heilbrigði með því að skapa fólki félagslegar, menningarlegar og efnahagslegar aðstæður og umhverfi sem gera einstaklingum og samfélaginu kleift að auka hreysti og efla vitund og vilja til að viðhalda heilbrigði (Embætti Landlæknis, 2014b).

Fólk lifir lengur en áður. Lögð er meiri áhersla á heilsuefningu sem er nauðsynleg til að viðhalda líkamlegri starfsgetu og sjálfstæði svo einstaklingurinn verði virkari í samfélaginu sem skilar sér í auknum lífsgæðum (Potter og Perry, 2009b). Nauðsynlegt er að viðhalda góðri heilsu til að öðlast heilbrigða öldrun. Heilsuefning aldraðra er mikilvæg og stuðlar að bættum lífsgæðum. Aðrar áherslur eru lagðar á heilsuefningu aldraðra vegna mögulegra heilsukvilla. Meiri líkur eru á

langvinnum sjúkdómum og skertri hreyfigetu ásamt einmanaleika og einangrun (Golinowska, Groot, Baji & Pavlova, 2016).

Helstu dánarorsakir hjá 65 ára og eldri í Bandaríkjunum eru hjartasjúkdómar, krabbamein og heilablóðfall. Aðrar algengar orsakir eru lungnasjúkdómar, slys/föll, sykursýki, nýrnasjúkdómar og lifrarsjúkdómar. Með heilsueflingu hefði oft verið hægt að koma í veg fyrir fötluð eða dauða af völdum ofantaldra sjúkdóma (Potter & Perry, 2009b).

Í janúar 2016 myndaði Reykjavíkurborg starfshóp um heilsueflingu aldraðra sem fólst í heilsueflingu og aukinni virkni eldra fólks í þeim tilgangi að bæta lífsgæði þess og stuðla að farsælli öldrun. Þær tillögur sem voru gerðar voru m.a. að endurskoða matarþjónustu við eldri borgara, fjölga bekkjum og bæta lýsingu á fjölförnum gönguleiðum, leggja áherslu á endurhæfingu í heimaþjónustu, hreyfiseðlar á heilsugæslustöðvum. Einnig voru líkamsræktarstöðvar hvattar til að lækka gjald á lágannatíma. Reykjavíkurborg sendi bréf á Reykvíkinga þegar þeir verða 67 ára með upplýsingum um þá hreyfingu og heilsutengdri þjónustu sem þeim stendur til boða á vegum borgarinnar, Hreyfitorg.is nýtt til upplýsingagjafar, hverfisblöð séu nýtt í auknum mæli til að auglýsa/kynna starf félagsmiðstöðva og ýmsa aðra þjónustu fyrir eldri borgara (Reykjavíkurborg, 2016).

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í heilsueflingu er að koma í veg fyrir sjúkdóma og viðhalda og efla starfsemi eldri borgara. Hjúkrunarfræðingar meta einnig heilsu eldra fólks og grípa inni ef þess þarf eða í sumum tilfellum að draga úr áhættu eða hafa stjórn á langvinnum sjúkdómi. Markmiðið með heilsueflingu er að fræða einstaklinga um heilbrigði og þannig bæta líkamlegt ástand (Potter og Perry, 2007). Hlutverk hjúkrunarfræðinga í heilsueflingu er einnig að miðla áfram upplýsingum, vera talsmaður og virkja einstaklinga til að draga úr slæmum heilsuvenjum (Purdue University Northwest, 2017).

Viðhaldsþjálfun (e. Restorative care). Viðhaldsþjálfun er færnipjálfun sem felst í göngu, hreyfingu, að klæðast og snyrta sig, borða og kyngja, ferðast milli staða, annast eigin hjálpartæki og tjáskipti. Viðhaldsþjálfun hefur það að markmiði að viðhalda færni, sjálfsbjargargetu og koma í veg fyrir og seinka frekara færnistapi og hrörnun. Einnig að hámarka getu eldra fólks með því að finna út hvað það getur og getur ekki gert, draga úr umönnun sem er ónauðsynleg, bæta lífsgæði og sjálfstæði, sjálfsmýnd og sjálfstraust. Gott er að setja markmið með skjólstæðingnum, finna út

hvaða inngrip hentar honum og hvaða raunhæfar niðurstöður hann vill sjá. Mikilvægt er að skjólstæðingurinn skilji inngripin. Viðhaldsþjálfun viðheldur eða bætir líkamlega heilsu, aðstoðar aldraða við að hámarka getu sína, viðhalda reisn og vellíðan (Potter & Perry, 2009a; Resnick, 2004). Það má segja að viðhaldsþjálfun sé heimspekileg umönnun sem einbeitt sér að hjálpa öldruðum að viðhalda hreyfigetu sinni t.d. að einstaklingur geti baðað sig sjálfur og geti lagt á borðið heima hjá sér. Þetta felur í sér lágmarks þjónustu til að viðhalda hámarksgetu (Resnick, 2004).

Hægt er að flokka viðhaldsþjálfun í tvo flokka. Fyrsti flokkurinn er bati eftir skyndileg veikindi eða bati eftir aðgerð sem kom vegna skyndilegra áverka. Annar flokkurinn er þegar um ræðir krónískt ástand sem hefur áhrif á daglegt líf. Unnið er með einstaklinginn á heimili hans eða inná hjúkrunarheimilum. Markmiðið með viðhaldsþjálfun þegar kemur að krónískum vandamálum er að halda sjúkdómnum stöðugum, stuðla að heilsuefingu og sjálfstæði í daglegu lífi. Dæmi um þetta er t.d. með því að mæla blóðsykur hjá þeim sem eru með sykursýki. Meðal áhersluatriða viðhaldsþjálfunar þegar kemur að skyndilegum veikindum er að endurheimta eða bæta getu til þess að fást við athafnir daglegs lífs (Potter & Perry, 2009a). Viðhaldsþjálfun felst í færniþjálfun eins og göngu, hreyfingu, að klæðast og snyrta sig, borða og kyngja, ferðast milli staða, annast eigin hjálpartæki og tjáningu. Slík endurhæfing miðar að sjálfsbjargargetu og vinnur gegn frekara færnistapi og hrörnun (Resnick og Remsburg, 2004).

Í rannsókn Resnick, o.fl., (2008) sem gerð var inná hjúkrunarheimili kom í ljós að ávinningur af viðhaldsþjálfun íbúa var mikill, þar á meðal: Athafnagetan varð meiri, sjálfstæði íbúa meiri, betri þátttaka í skipulagðri starfsemi, meira sjálfstraust og sterkari sjálfsmynd, skjólstæðingnum finnst eins og hann hafi áorkað einhverju, færri takmarkanir og skjólstæðingnum fannst hann hafa fengið reisinna til baka. Ákveðnar hindranir voru einnig til staðar þegar kom að viðhaldsþjálfun. Umönnunaraðilar töluðu um að það þyrfti ákveðinn tíma í að mynda traust til að taka þátt í viðhaldsþjálfun. Vitræn skerðing var einnig hindrun í ákveðnum tilfellum. Sumir voru háðir þeirri þjónustu sem þeir voru vanir að fá og vildu fá félagsskap frá umönnunaraðilanum. Að auki vildu umönnunaraðilar fá meiri upplýsingar um hvernig ætti að hvetja þá einstaklinga sem voru með vitræna skerðingu (Resnick o.fl., 2008).

Sveitarfélagið Stavanger í Noregi setti í gang verkefni í einum hluta sveitafélagsins árið 2012. Það varð til þess að komið var á viðhaldsþjálfun í öllu

sveitafélaginu árið 2014 en árangurinn af viðhaldsþjálfuninni var góður. Árið 2015 voru 300 færri skjólstaðingar hjá heimahjúkrun borið saman við árið 2012 og 420 færri skjólstaðingar sem þáðu heimilisaðstoð. Til 6 mánaða litið kostar þessi þjónusta jafn mikið og heimahjúkrun en ávinningur fyrir heilsuna er mun meiri. Í júní 2016 voru 152 sveitarfélög í Noregi búin að innleiða viðhaldsþjálfun og 42 sveitarfélög höfðu það á dagskránni (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Dagdvöl. Í flestum stærri sveitarfélögum er möguleiki á dagdvöl sem er tímabundið stuðningsúrræði við aldraða og fjölskyldur þeirra sem búa í heimahúsum og þurfa umönnun og eftirlit vegna líkamlegra, andlegra eða félagslegra þátta (Reglugerð um dagdvöl aldraðra nr. 1245/2016). Dagdvöl léttir ekki einungis álagið á aðstandendum heldur er mikilvægur liður í endurhæfingu og viðhaldsþjálfun þeirra sem eiga við líkamlegan og/eða andlegan heilsuþrest að stríða og stuðlar að getu til að búa áfram á eigin heimili. Auk þess fær hinn aldraði samveru við jafningja sem spornar gegn einangrun og eykur lífsgæði hans (Ingibjörg S. Ásgeirsdóttir og Eygló Daníelsdóttir, 2011). Dagdvöl getur verið almenn dagdvöl, sérhæfð dagdvöl fyrir fólk með heilabilun og dagdvöl með endurhæfingu. Dagdvöl aldraðra þarf a.m.k. að bjóða upp á tómsundaiðkun, aðstöðu til léttra líkamsæfinga, máltíð, hvíldaraðstöðu og aðstoð við böðun. Í dagdvöl aldraðara skal veitt hjúkrunar- og lækniþjónusta og þar skal einnig vera aðstaða til þjálfunar. Akstur til og frá heimili er innifalinn í dvalargjaldi. Hægt er að sækja um dagdvöl hjá viðkomandi stofnun en á höfuðborgarsvæðinu eru biðlistar (Stjórnarráð Ísland, e.d.a).

Samkvæmt Stjórnarráði Íslands (2008) eru helstu áherslumál aldraðra sem kynnt voru félags- og tryggingamálaráðherra þau að dagvistar-, hvíldar- og skammtímarýmum verði fjölgað.

Hvíldarinnlagnir. Með hvíldarinnlögn er átt við tímabundna dvöl í hjúkrunarrými sem stendur öldruðum og aðstandendum til boða. Þeir sem nýta sér hana eru aldraðir einstaklingar sem þurfa mikla aðstoð við athafnir daglegs lífs (ADL). Dvölin getur staðið yfir frá nokkrum dögum í allt að átta vikur á ári. Markmiðið með hvíldarinnlögn er að styðja við fólk svo það geti búið áfram á eigin heimili með tímabundinni endurhæfingu, reglubundinni hvíldarinnlögn eða tímabundinni hvíldarinnlögn. Þá er hvíldarinnlögn einnig hugsuð sem stuðningur við aðstandendur sem borið hafa þungann af umönnun viðkomandi og þarfnast hvíldar

eða forfallast skyndilega (Embætti landlæknis, 2017a).

Mat frá færni- og heilsumatsnefnd fyrir hvíldarinnlögn tekur um eina viku eftir að umsókn hefur borist en niðurstöður mats vegna umsókna um dvalar- eða hjúkrunarrymi ættu að liggja fyrir innan fjögurra vikna (Stjórnarráð Íslands, 2012a). Í ljósi langra biðlista í hvíldarinnlögn má vænta þess að það hvíli mikil umönnunarbyrði á aðstandendum sem eykst eftir því sem hinum aldraða hrakar. Af þeim ástæðum er mikilvægt að fá mat á heilsufarsbreytingum og færni hins aldraða reglulega, í heilsugæslu og í heimahjúkrun svo mögulega sé hægt að grípa inn í tíma með viðeigandi þjónustuúræði (Ingibjörg Hjaltadóttir, Sigrún Bjartmarz, Díanna Dröf Heiðarsdóttir og Steinunn Arna Þorsteinsdóttir, 2010). Hvíldarinnlagnir létta álaginu sem hlýst af stöðugri umönnun af umönnunaraðilanum, minnkar streitu og gefur honum tækifæri á að sinna sínum erindum. Hjúkrunarfræðingar ættu að hvetja umönnunaraðilann til að passa upp á eigin heilsu og hvetja hann til að nýta sér þessa þjónustu en samviskubít og hræðsla getur komið upp hjá umönnunaraðilanum (Wold, 2013).

Endurhæfing á hjúkrunarheimilum. Þegar eldri einstaklingur hefur flutt á hjúkrunarheimili sést gjarnan afturför heilsu og vaxandi ósjálfstæði við daglegar athafnir (ADL) til dæmis að ganga og klæða sig. Líkamleg virkni og hreyfing gegna mikilvægu hlutverki í varðveislu líkamlegrar færni og lífsgæði seinna í lífinu. Hins vegar eru vísbendingar í þágu endurhæfingar á hjúkrunarheimilum í ósamræmi og ófullnægjandi (Grönstedt o.fl., 2013). Rannsókn Grönstedt og félagar greindi frá að einstaklingsbundin inngríp á hjúkrunarheimilum með áherslu á líkamlega og daglega starfsemi séu árangursríkari en venjuleg umönnun og bæti hreyfanleika, jafnvægi og líkamsþol einstaklingsins en heildartími íhlutunarinnar hefur áhrif á virkni (Grönstedt o.fl., 2013).

Samkvæmt lögum um málefni aldraðra nr.125/1999 ber að tryggja íbúum hjúkrunarheimila endurhæfingu. Hvernig endurhæfingu er best fyrir komið er í höndum hvernar stofnunar fyrir sig og fer eftir aðstæðum á hverjum stað. Ef ekki er aðstaða innan stofnunarinnar má veita þjónustu utan hennar (velferðarráðuneytið, 2016).

Á flestum stærstu hjúkrunarheimilum er góð aðstaða fyrir sjúkraþjálfun. Á Hrafnistu er sjúkraþjálfun og sundlaug með heitum pottum (Hrafnista, e.d.). Á Eir er almenn sjúkraþjálfun fyrir íbúa heimilisins þar sem m.a. boðið er upp á göngu-, hóp-

og einstaklingsæfingar, kreppuvarnir og verkjameðferð. Í samstarfi við Landspítala er einnig veitt sérstök endurhæfing fyrir 67 ára og eldri brota- og liðskiptasjúklinga og/eða þá sem eiga við stoðkerfisvanda að stríða. Meðferðin er einstaklingsbundin og miðast við getu hvers og eins (Eir, e.d.). Í Mörk er sjúkraþjálfun þar sem lagt er upp með að viðhalda hreyfigetu og meðhöndla verkjavandamál íbúanna. Sjúkraþjálfari metur hreyfigetu og skipuleggur hreyfingu í samræmi við það. Þar er bæði einstaklingsmiðuð sjúkraþjálfun og hóþþjálfun í boði. Starfsemin fer fram bæði í æfingasal og á heimilum íbúanna (Mörk hjúkrunarheimili, e.d.). Á Grund er sjúkraþjálfun fyrir heimilisfólk og á endurhæfingardeild er góður tækjasalur ásamt sundlaug. Hreyfigeta einstaklings er metin og meðferð er ákveðin í samráði við deildarstjóra og lækni. Meðferðin er einstaklingsmiðuð og/eða hóþmeðferð. Meðferðin getur verið til að efla hreyfifærni og almenna líðan, verkjameðferð eða endurhæfing eftir sjúkdóma eða brot (Grund, e.d.). Á Heilbrigðisstofnun Vestfjarða á Ísafirði er öldrunar- og endurhæfingardeild með vel útbúnum æfingasal, lítilli sundlaug og heitum potti. Einnig hafa eldri borgarar aðgang að aðstöðunni og geta komið og æft sig sjálfir án leiðsagnar. Endurhæfingin þjónar öllu starfssvæði stofnunarinnar (Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, e.d.). Á vegum Heilbrigðisstofnunar Austurlands eru rekin hjúkrunarheimili fyrir aldraða á Egilstöðum og Seyðisfirði ásamt hjúkrunardeild innan Umdæmissjúkrahúss Austurlands í Neskaupstað og á þessum stöðum er hægt að fá sjúkraþjálfun (Heilbrigðisstofnun Austurlands, e.d.).

Endurhæfing í heimaþjónustu. Stefna stjórnvalda þegar kemur að öldrunarþjónustu er nokkuð skýr, markmiðið er að allir geti búið á eigin heimili sem lengst en eigi samt sem áður kost á stofnanarþjónustu þegar heilsan versnar (Lög um málefni aldraðra, nr.125/1999). Meðal áhersluatriða er að þjónusta í heimahúsum sé fjölbreytt, mæti þörfum aldraðra, sé einstaklingsmiðuð og stuðli að öryggi. Sá stuðningur sem þörf er á sé veittur svo viðkomandi geti búið heima eins lengi og unnt er. Staðið skal að reglulegu faglegu mati á heilsufari, hjúkrunarþörf og annarri þjónustu við hæfi. Áhersla verður á endurhæfingu einstaklinga í heimahúsum og forvarnir sem styðja við áframhaldandi færni og starfsgetu aldraðra (Velferðarráðuneytið, 2016).

Endurhæfing í heimaþjónustu er fyrirmynd frá Danmörku sem var sett á laggirnar árið 2007 (Reykjavíkurborg, 2017). Hugmyndin hefur verið innleidd víða um heim vegna ávinnings í þágu vellíðan aldraðra og rannsóknir hafa sýnt fram á

árangur af þessari þjónustu (Reykjavíkurborg, 2017; Socialstyrelsen, 2013). Unnið er í teymi sem samanstendur af fagaðilum víðsvegar úr heilbrigðiskerfinu. Það er skipað hjúkrunarfræðingi, iðjuþjálfara, sjúkraþjálfara, sjúkraliða og félagsliðum sem vinna í tengslum við heimahjúkrun, félaglegþjónustu, lækna og fleiri fagstéttir (Reykjavíkurborg, 2017). Teymið veitir persónumiðaða þjónustu þar sem áætlun endurhæfingarinnar fer eftir þörfum notandans. Markmið þjónustunnar er að efla þjónustubegann í færni og sjálfstæði, virkja samfélagsþátttöku og bæta úrræði skjólstæðingsins (Reykjavíkurborg, 2017) og stuðla þannig að aukinni ánægju og meiri lífsgæðum aldraðra (Socialstyrelsen, 2013). Ætlunin er að nýta reynslu af tilraunaverkefni Reykjavíkurborgar og innleiða verklagið í öllum heilbrigðisumdæmum landsins. Stefnt verður að myndun þverfaglegs teymis í hverju umdæmi sem mun bera ábyrgð á innleiðingunni þar. Einnig þarf að útfæra verklag, leiðbeiningar og þjálfun, ásamt að tímasetja áætlun um gangsetningu á hverjum stað. Þátttakendur eru heimahjúkrun, félagsþjónustan, fagstéttir, iðjuþjálfarar, sjúkraþjálfarar o.fl. Lagt var upp með að innleiðingu yrði lokið árið 2017 (Stjórnarráð Íslands, 2016a).

Samkvæmt Velferðarráðuneytinu (2016) þurfa sveitarfélögin að samþætta þjónustu við aldraðra í heimahúsum og efla teymisvinnu til að mæta flóknum þörfum aldraðra. Það þarf að tryggja að næg dagdvalar-, hvíldar- og skammtímarými séu í boði því það eru úrræði sem stuðla að lengri búsetu á eigin heimili.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra. Hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra hefur ekki verið skilgreint að fullu. Samkvæmt Royal academy of nursing (2007) er þáttur hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu aldraðra að veita persónumiðaða hjúkrun og hámarka getu og heilsu eldra fólks svo lífsgæði þeirra verði sem best. Hjúkrunarfræðingar aðstoða skjólstæðinginn í að nýta færni og nýja tækni í daglegu lífi sem hann hefur lært í endurhæfingunni, t.d. salernisferðir (Kirkevold, 2010).

Í rannsókn Burke og Doody (2012) þar sem hjúkrunarfræðingar í endurhæfingu fyrir aldraða voru beðnir um að lýsa starfi sínu, komu í ljós þrjú aðalþemu og undir hverju aðalþema voru undirþemu. Fyrsta aðalþemað var umönnun og undir því voru 6 undirþemu, mat, einstaklingsmiðuð nálgun, þekkja skjólstæðinginn sinn, samræmi í umönnun, markmiðasetning og útskrif. Annað aðalþemað var teymisvinna og sjálfstæði og undir því voru 3 undirþemu,

hjúkrunarfræðingar í teymisvinnu, samskipti og samhæfing og ættingjar og vinir. Þriðja og síðasta aðalþemað er valdefling og undir því eru 3 undirþemu, skjólstæðingurinn, hjúkrunarfræðingurinn og menntun og þjálfun.

Í þessari tilteknu rannsókn Burke og Doody (2012) kom í ljós að hjúkrunarfræðingum fannst stór þáttur í sínu hlutverki vera heildrænt mat á skjólstæðingum. Hjúkrunarfræðingum fannst andleg heilsa ekki síður mikilvæg en líkamleg heilsa.

Umhyggja í hjúkrun er nauðsynleg til að byggja upp gott og traust samband við skjólstæðinginn. Þverfagleg teymisvinna er stór þáttur í endurhæfingu. Margar heilbrigðisstéttir koma að endurhæfingunni og eru hjúkrunarfræðingar oft límið á milli sjúkrahjálfa, lækna, skjólstæðinga og fjölskyldna. Samskipti gegna mikilvægum þætti í starfi hjúkrunarfræðinga, m.a. í upplýsingasöfnun þegar verið er að meta skjólstæðinga og þegar kemur að því að vinna saman í teymi. Það er einnig mikilvægt fyrir skjólstæðinginn að fjölskyldan sé þátttakandi og að hjúkrunarfræðingurinn eigi gott samband við hana. Þá er auðveldara fyrir fjölskylduna að sækja sér upplýsingar og fyrir hjúkrunarfræðinginn að afla sér upplýsinga um skjólstæðinginn. Hjúkrunarfræðingarnir nefndu einnig í þessari rannsókn að valdefling sé nauðsynleg þegar um eldri einstakling er að ræða. Nauðsynlegt sé að styrkja skjólstæðinginn og láta valdið í hans hendur þannig að hann sé með stjórn á sinni eigin heilsu og vellíðan, að hvetja skjólstæðinginn til að gera sem mest sjálfur og þannig auka sjálfstæði hans (Bourke og Doody, 2012).

Í rannsókn Routasalo, Arve og Lauri (2004) var þróað líkan um endurhæfingarhjúkrun aldraðra þar sem fram komu grundvallarþættir í hjúkrun og endurhæfingu fyrir aldraða. Áherslan var ekki ákveðin fötlun og hvernig maður læknar hana heldur er áherslan með aldraðan einstakling hvernig fötlunin veldur vandamálum og hvernig hún hefur áhrif á einstaklinginn og fjölskylduna hans. Endurhæfing aldraða getur verið langt og hægt ferli. Með stuðningi frá hjúkrunarfræðingi er hægt að byggja upp sjálfstraust einstaklingsins smám saman. Í meðferð einstaklingsins vinna hjúkrunarfræðingar að því styrkja og meta heilsufarsástand einstaklingsins ásamt því að hjálpa einstaklingnum að endurheimta trúna á sjálfan sig. Þetta krefst þess að setja fram markmið svo hjúkrunarfræðingar sem vinna með einstaklinginn viti að hverju er stefnt og að þessum markmiðum sé náð. Markmiðin eru gerð í samstarfi við þverfagleg teymi (Routasalo, Arve og Lauri, 2004).

Það má segja að hjúkrunarfræðingar gegni mikilvægu hlutverki í endurhæfingu þótt hlutverk þeirra sé vanmetið og ekki nógu vel skilgreint. Mikilvægt er að hafa skilning á grunnatriðum endurhæfingar en hjúkrunarfræðingar gera sér vel grein fyrir að skjólstæðingar geta haft ólíkar þarfir. Mikilvægt er þó að samræmi og samþætting sé í umönnun og að hjúkrunarfræðingurinn sé öruggur með sitt framlag og móti gildin í ferlinu (Bourke og Doody, 2012).

Samkvæmt rannsókn Christiansen og Feiring (2017) kom í ljós að hjúkrunarfræðingar litu t.d. á salernisferðir og morgunaðhlyningu sem hluta af endurhæfingunni. Einnig kom í ljós að skjólstæðingar litu oft á endurhæfinguna sem þjónustu. T.d. ætlaði einn skjólstæðingur að fá aðstoð við að koma sér á fætur og klæða sig til að spara orku fyrir æfingar dagsins. Hlutverk hjúkrunarfræðings er að skjólstæðingurinn geri sér grein fyrir því að það að koma sér á fætur er hluti af endurhæfingunni. Því er nauðsynlegt að hjúkrunarfræðingur upplýsi skjólstæðinginn hvað endurhæfing felur í sér og nauðsyn þess að hann sé virkur í endurhæfingunni svo hún verði sem árangursríkust.

Eitt af þeim mikilvægu hlutverkum sem hjúkrunarfræðingur gegnir í endurhæfingu er að hafa yfirsýn og bera ábyrgð á þeim þáttum og verkefnum sem skjólstæðingur vinnur að í endurhæfingunni. Það nær allt frá máltíðum, hvíld, heimsóknum, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun, lækni meðferð, talþjálfun og fleiri þáttum sem skjólstæðingurinn tekur þátt í. Þetta gerir það að verkum að skjólstæðingurinn fær sem mest út úr endurhæfingunni (Kirkevold, 2010). Hjúkrunarfræðingur er alltaf til taks og eitt af hlutverkunum hans er að skapa gott umhverfi sem stuðlar að góðri endurhæfingu (Indrevik, 2007).

Þegar einstaklingur þarfnast endurhæfingar hefur hann í sumum tilfellum veikst skyndilega eða lent í slysi. Á örskotsstundu breytist líf einstaklingsins og er hann því í nýju hlutverki, annaðhvort til frambúðar eða til skemmri tíma sem getur verið þungbær og erfið lífsreynsla (Kirkevold, 2014). Þetta áfall getur leitt til tilfinninga eins og sorg, kvíða, örvæntingu og ótta og geta þessar tilfinningar látið bera á sér á kvöldin og á næturnar þegar allt er með kyrrum kjörum. Eitt af mikilvægum hlutverkum hjúkrunarfræðinga er að vera tilfinningalegur stuðningur í gegnum endurhæfingarferlið (Kirkevold, 2010). Hjúkrunarfræðingur er alltaf til staðar og líka á þeim tíma þegar virk endurhæfing fer ekki fram (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong og Kim, 2011).

Staðan á Norðurlöndum. Staðan á hinum Norðurlöndunum virðist vera á svipuðum nótum og hérlendis. Hjúkrunarheimilin eru í flestum tilfellum sjálfseignarstofnanir sem rekin eru með þjónustusamningi við ríkið. Þar er einnig lögð aukin áhersla á að bæta gæði og fjölbreytileika heimahjúkrunar svo að einstaklingurinn geti búið í sjálfstæðri búsetu á eigin heimili eins lengi og kostur er (Mossialos, Wenzl, Osborn og Anderson, 2015).

Í Noregi er aukin áhersla lögð á sjálfstæða búsetu og eflingu heimahjúkrunar og undan farin ár hefur mikil aukning orðið þar á (Ringard, Sagan, Saunes og Lindahl, 2014). Samkvæmt Steihaug, Lippestad og Werner (2016) þá ber stjórnendum hjúkrunarheimila í Noregi að bjóða upp á endurhæfingu fyrir íbúa þeirra. Þrátt fyrir það lítur út fyrir að takmörkuð úrræði séu í boði fyrir aldraða og forgangsroðun verkefna, hraði og fjárhagslegir þættir ásamt þekkingarskortri stjórnenda á mikilvægi endurhæfingar virðist hafa áhrif þar á. Heilbrigðisráðuneytið í Noregi setti aukin fjárlög í endurhæfingu 2017-2019 sem verða veitt sem styrkir og fjármagn til sveitarfélaganna. Meiri áhersla verður lögð á virka umönnun og viðhaldsþjálfun (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Í Danmörku er lögð mikil áhersla á að efla heimaþjónustu aldraðra og gera þeim kleift að búa eins lengi og kostur er á eigin heimili (Rostgaard, 2012). Á undanförunum árum hefur verið lögð aukin áhersla á fjölbreytt íbúðar- og þjónustuform í sjálfstæðri búsetu og heimahjúkrun og dregið hefur úr byggingu hjúkrunarheimila (Schulz, E. 2010). Endurhæfing er á ábyrgð sveitarfélaganna og vegna ýmissa breytinga á heilbrigðiskerfinu, m.a. vegna sérhæfingar og styttri sjúkrahúslegu hefur eftirspurn eftir endurhæfingu aukist mikið (Momsen, Rasmussen, Nielsen, Iversen, og Lund, 2015).

Í Svíþjóð er mesta aukning á einkavæðingu í heilbrigðiskerfinu. Þar er einnig lögð mikil áhersla á styrkingu sjálfstæðrar búsetu fyrir aldraðra og eflingu heimahjúkrunar (Mossialos o.fl., 2015). Samkvæmt Ulmanen, (2015) þá hafa fjárveitingar ekki verið í takt við aukna þörf á þjónustu. Aldraðir hafa í auknum mæli þurft að reiða sig á aðstoð frá fjölskyldu (Ulmanen og Szebehely, 2015).

Ávinningur endurhæfingar. Við hækkandi aldur upplifir hinn aldraði yfirleitt skerðingu á líkamlegri virkni. Tíðni á ýmsum heilsufarsvandamálum eykst m.a. hjarta- og æðasjúkdómar og beinþynning (Garatachea, o.fl., 2007). Byltuhætta eykst með hækkandi aldri sem getur leitt til beinbrota og mjúkvefjaskaða með langvarandi sársauka og lífsgæðaskerðingu ásamt miklum kostnaði fyrir heilbrigðiskerfið (Karlson, Magnusson, Schewelov og Rosengren, 2013).

Fjölþætt hreyfing er árangursríkasta fyrirbyggjandi meðferðin við byltuhættu hjá öldruðum (Karlson, o.fl., 2013). Þó svo að heilsa margra versni óhjákvæmilega með hækkandi aldri eru töluverðar vísbendingar um að með heilbrigðum lífstíl og hreyfingu haldi einstaklingar færni sinni til daglegra athafna lengur (Garatachea, o.fl., 2007). Lífslíkur aukast og það hægir á þróun og framvindu langvinnra sjúkdóma og fötlunar (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009).

Endurhæfing bætir lífeðlisfræðilega þætti sem tengjast vöðvastyrk og líkamlegri virkni. Niðurstöður rannsókna sýna að umtalsverður árangur náist með styrktarþjálfun hjá öldruðum einstaklingum með þátttöku þeirra í æfingum tengdum endurhæfingu. Einnig kemur fram að allir aldraðir óháð vitrænu eða líkamlegu ástandi hafi sama hag af endurhæfingu og því ætti ekki að útiloka þá frá þátttöku í henni (Heyn, Johnson og Kramer, 2008).

Í rannsókn Heyn o.fl., (2008) kemur einnig fram að algengt sé að íbúar hjúkrunarheimila fái ekki endurhæfingu vegna líkamlegrar eða vitrænnar skerðingar. Gert sé ráð fyrir að einstaklingur með vitræna skerðingu eigi erfitt með að fylgja eftir og framkvæma einfaldar leiðbeiningar á meðan á meðferð stendur til að njóta góðs af endurhæfingunni. Því er talið að líkamleg endurhæfing sé árangursminni og jákvæður ávinningur af henni sé lítill. Þar sem margir íbúar hjúkrunarheimila hafa einhverja vitræna skerðingu þá sé lítið hlutfall þeirra að fá endurhæfingu (Heyn o.fl., 2008).

Regluleg hreyfing er mikilvæg fyrir aldraða. Að viðhalda líkamlegri virkni samþættir marga þætti eins og vöðvastyrk, þrek, jafnvægi og liðleika (Garatachea, o.fl., 2007). Ásamt því að takmarka áhrif öldrunar á lífsgæði, auka lífslíkur og viðhalda getu sinni til almennra daglegra athafna (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009). Allir þessir þættir stuðla að því að hinn aldraði geti búið lengur heima í sjálfstæðri búsetu (Garatachea, o.fl., 2007).

Við sjúkrahúslegu aldraðra eykst verulega áhættuþáttur á aukinni líkamlegri skerðingu og hætta á minni getu einstaklingsins til sjálfsbjargargetu. Rannsóknir hafa sýnt að yfir 30% aldraðra sjúklinga hafa misst hluta af fyrri færni til athafna daglegs

lífs við útskrift eftir sjúkrahúslegu. Þessi tala eykst verulega við hækkaðan aldur þar sem talið er að yfir 60% 90 ára og eldri hafi tapað verulegri færni til daglegra athafna (Kosse, o.fl., 2013). Minni hreyfing, lélegt næringarástand og andleg depurð eru stærstu áhættuþættirnir. Rannsóknir sýna að yfir 50% einstaklinga á sjúkrahúsi hreyfa sig ekki utan sjúkrastofu. Hreyfing og endurhæfing er því mikilvægasta forvörnin til að viðhalda sjálfbjargargetu aldraðra að lokinni sjúkrahúsdvöl (Zisberg, o.fl., 2015). Í rannsókn Kosse o.fl. kemur fram að þverfagleg endurhæfing styttr sjúkrahúsvist, eykur líkur á aukinni sjálfsbjargargetu og minnkar líkur á þörf fyrir stofnanavistun. Því er talið að endurhæfing í upphafi sjúkrahúsinnlagnar sé mjög mikilvæg til að viðhalda líkamlegri virkni einstaklingsins, auka lífsgæði, minnka byltuhættu og varna stofnanavistun. Góð eftirfylgd eykur líkur á að viðhalda jákvæðum áhrifum virkni lengur (Kosse, o.fl., 2013). Rannsóknir sýna að fjölþætt endurhæfing sem samanstendur af mótstöðu-, jafnvægis- og gönguæfingum eykur vöðvastyrk, kraft og lífsgæði hins aldraða. Einföld æfing eins og að auka við gönguæfingar daglega getur dregið úr tíma innlagnar (Martínez-Velilla, o.fl., 2016). Í rannsókn Chodzko-Zajko, o.fl., (2009) kemur fram að aldraðir hafi umtalsverðan hag af heilbrigðri og reglulegri hreyfingu og að þessi ávinningur haldi áfram út lífið (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009). Ávinningur af endurhæfingu aldraðra er því mikill bæði fyrir þann aldraða sem leiðir til bættrar líkamlegrar og andlegrar heilsu og fjárhagslegur ávinningur fyrir samfélagið (Martínez-Velilla, o.fl., 2016). Því er sérstaklega mikilvægt að stuðla að hreyfingu og bættri líkamlegri virkni meðal aldraðra og þannig stuðla að bættum líf skjörum, heilbrigðri öldrun og getu til sjálfstæðrar búsetu (Chodzko-Zajko, o.fl., 2009).

Kafli 3. Umræður

Á undanförunum árum hefur öldruðum einstaklingum fjölgað hér á landi og er áframhaldandi fjölgun spáð næstu árin. Flestir vilja búa heima eins lengi og kostur er og til að svo megi verða er því mikilvægt að bæta umhverfi aldraðra m.a. með bættri heimahjúkrun og endurhæfingu.

Við gerð þessarar fræðilegu heimildarsamantektar kom í ljós að regluleg hreyfing og heilsuefling tengd endurhæfingu, geti bætt og komið í veg fyrir ótímabæra skerðingu á virkni og sjúkdóma hjá öldruðum. Síðustu ár hefur orðið meiri vitundarvakning og meiri áhersla lögð á heilsueflingu. Mikill ávinningur er af heilsueflingu sem er stór þáttur á sviði forvarna, heilbrigði og bætir lýðheilsu eldra fólks. Heilsuefling getur komið í veg fyrir sjúkdóma, ótímabæra öldrun og seinkað innlögn á hjúkrunarheimili.

Hreyfing hefur því jákvæð áhrif á lífsstíl og stuðlar að sjálfstæði hins aldraðra og bættum lífskjörum. Endurhæfing er fjölbreytt og tilheyrir viðhaldsþjálfun, færniþjálfun, sjúkraþjálfun og iðjuþjálfun sem krefst faglegrar færni og heildrænnar sýnar á manneskjuna. Endurhæfingu má flokka í fyrsta, annars og þriðja stigs forvörn. Endurhæfing aldraðra er yfirleitt þriðja stigs forvörn sem vinnur gegn skerðingu með viðhaldsmeðferð og endurhæfingu.

Öldrunarendurhæfing er þverfagleg áætlun af mats-, greininga- og meðferðaraðgerðum sem ætlað er að endurheimta bata eða viðhalda þeirri líkamsstarfsemi sem fyrir er. Viðhaldsþjálfun felst í færniþjálfun, en slík endurhæfing miðar að því að viðhalda sjálfsbjargargetu og vinnur gegn frekara færnistapi og hrörnun.

Eftirfylgd í endurhæfingu er mjög mikilvæg til varnar afturför og viðheldur þeim árangri sem einstaklingurinn hefur náð í endurhæfingunni. Höfundar telja hlutverk hjúkrunarfræðinga mikilvægt þegar kemur að eftirfylgni endurhæfingar og stuðnings við fjölskyldur, þar sem þeir hafa yfirsýn og tengingu við aðrar fagstéttir, veita stuðning, upplýsingar, fræðslu og ráðgjöf ef þörf er á. Við langvarandi veikindi einstaklings fylgir oft mikið álag á fjölskyldu og aðstandendur vegna ýmissa óvissuþátta sem geta skapast í framhaldinu. Meta þarf heildrænt þarfir fjölskyldunnar, sýna samhygd, veita stuðning og fræðslu til að hámarka lífsgæði hennar í heild.

Stjórnvöld hafa nokkuð skýra stefnu þegar kemur að öldrunarþjónustu. Markmið þeirra er að allir geti búið á eigin heimili sem lengst. Áhersla verður á endurhæfingu einstaklinga í heimahúsum og forvarnir sem styðja við áframhaldandi

færni og starfsgetu aldraðra. Að okkar mati er þetta jákvæð þróun en áhugavert væri að sjá aukið val af þjónustuúrræðum áður en kemur til dvalar á hjúkrunarheimili. Þó svo að stefna stjórnvalda sé að efla heilsugæslu, forvarnargildi og teymisvinnu í tengslum við endurhæfingu mætti sú vinna vera enn öflugri að okkar mati. Þá teljum við að þörf sé á að veita auknu fjármagni til málaflokksins svo sé hægt að efla hann enn frekar. Tryggja þarf nægilegt framboð endurhæfingar, greiðan aðgang að hjálpartækjum og miða að því að stytta biðlista inn á hjúkrunarheimili. Með tímanlegum inngripum má koma í veg fyrir að aldrið eyði stórum hluta ævi sinnar við hömlur. Það er mat okkar að við þessar áherslur muni útgjöld heilbrigðiskerfisins lækka því trú okkar er að endurhæfing hafi minni útgjöld í för með sér heldur en kostnaður við að fjölga hjúkrunarrýmum.

Lagt er upp með að athafnamat sé heildrænt og nái yfir sálræna og félagslega þætti ásamt líkamlegri færni viðkomandi. Í þessu sambandi má benda á að í þverfaglegri vinnu aldraðra er margskonar matsaðferðum beitt sem sumar fela í sér markmiðasetningu og áætlanagerð. Á Íslandi eru ekki mörg matstæki í notkun sem eru sérhönnuð fyrir aldrið. Helstu matstæki sem stuðst er við eru m.a. ICF flokkunarkerfið, Mæling á færni við iðju, Hermes-persónumiðað heilsufarsmat, alhliða öldrunarmat (CGA) og MMSE (vittrænt mat).

Skjólstæðingsmiðuð nálgun byggir á samskiptum og góðu meðferðarsambandi fagfólks og skjólstæðinga. Skjólstæðingsmiðuð nálgun og matstækið *Mæling á færni við iðju* hefur lengi verið notuð af iðjuþjálfum. Þar er lögð áhersla á að skjólstæðingurinn tjái þær þarfir sem skipta hann máli og hann vill vinna með, fagaðili hjálpar honum að finna leiðir til úrbóta. Hermes-persónumiðaða sjálfsmatið er einnig huglægt mat skjólstæðingsins á greiningu þjónustubarfa viðkomandi. Það vakti athygli höfunda hversu mikilvæg teymisvinna er í endurhæfingu aldriðra og má segja að hjúkrunarfræðingar séu máttarstólpinn í teymisvinnunni vegna tengingar við aðrar fagstéttir.

Samsetning öldrunarteymis getur verið breytileg og samanstendur af þeim fagaðilum sem að endurhæfingunni koma. Í hverju teymi er lækni, hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfari, iðjuþjálfari og félagsráðgjafi ásamt öðrum fag- og umönnunaraðilum, fer eftir staðbundnum og persónulegum þörfum hvers skjólstæðings. Í hverju teymi þurfa að vera einstaklingar með viðeigandi þekkingu og góð félagsleg tengsl. Virðing, traust, samheldni og gott upplýsingaflæði þarf að ríkja.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu er vanmetið og hefur ekki verið skilgreint að fullu. Hjúkrunarfræðingar þurfa að hafa heildræna sýn yfir þarfir og væntingar skjólstæðings, nota skjólstæðingsmiðaða nálgun og vinna að því að hámarka getu og heilsu eldra fólks svo lífsgæði þeirra verði sem best. Einnig að aðstoða skjólstæðing við að nýta færni og nýja tækni honum til góðs. Gera þarf skjólstæðingi grein fyrir mikilvægi endurhæfingar ásamt mikilvægi þess að hann sé virkur og taki fullan þátt í endurhæfingunni svo hún verði sem árangursríkust. Upplýsa þarf og fræða skjólstæðinginn um að hluti af endurhæfingu er að sinna athöfnum daglegs lífs eins og t.d. pesónulegu hreinlæti, klæðast og matast, þannig fær hann mest út úr endurhæfingunni. Hjúkrunarfræðingur hefur heildræna sýn, er alltaf til taks, sýnir umhyggju og er tilbúinn að veita tilfinningalegan stuðning ásamt því að vera tengiliður í teymisvinnu og við fjölskyldu og aðstandendur skjólstæðings.

Í athugun okkar á hvaða úrræði væru til staðar í endurhæfingu aldraðra á Íslandi kom í ljós að starfsemin á hjúkrunarheimilum í tengslum við endurhæfingu gengur að miklu leyti út á sjúkraþjálfun. Markmiðið er að veita íbúum hjúkrunarheimilis þjálfun og meðferð sem hæfir þörfum hvers og eins, til að viðhalda og bæta hreyfigetu og færni, minnka verki, stuðla að vellíðan og létta umönnun. Að mati höfunda er þjónustan í endurhæfingu aldraðra takmörkuð. Hvíldarinnlagnir og dagdvalir eru hluti af þeim úrræðum sem eru í boði ætlaðar til að létta á aðstandendum og lengja búsetu heima fyrir. Vegna biðlista hefur heilsu aldraðra gjarnan hrakað mikið þegar þeir komast að í þessum þjónustuúrræðum sem verður til þess að einstaklingurinn flyst fyrr á hjúkrunarheimili. Athafnageta aldraðra er mikilvæg og nauðsynlegt að meta hana í tíma til að ákvarða um forspár og inngríp við hæfi. Áhugavert væri að sjá fleiri valmöguleika hvað varðar endurhæfingu og þjónustu aldraðra áður en kemur að stofnanavistun.

Það er mikilvægt að starfsfólk í heilbrigðisþjónustunni hafi jákvætt viðhorf og geri sér grein fyrir mikilvægi hreyfingar. Hreyfing eða líkamsþjálfun getur verið hluti af dagskrá, létt ganga og athafnir daglegs lífs eins og að snyrta og klæða sig. Að mati höfunda hafa einfaldir hlutir eins og einlægt hrós og hvatning örvandi áhrif og stuðla að þátttöku og virkni aldraðra. Góð öldrunarendurhæfing viðheldur líkamlegri virkni, eykur vöðvastyrk, þrek, jafnvægi og liðleika einstaklingsins. Viðheldur þannig getu hans til athafna daglegs lífs og sjálfsbjargargetu ásamt miklum fjárhagslegum ávinningi fyrir samfélagið vegna færri innlaga á sjúkrahús og seinkun stofnanavistar.

Lokaorð

Á síðustu árum hefur öldruðum fjölgað og þörfin fyrir endurhæfingu aldraðra aukist. Gildi hreyfingar og holls líferniss er orðið mikilvægara. Leggja þarf meiri áherslu á heilsueflingu og viðhaldsþjálfun til að koma í veg fyrir ótímabæra öldrun ásamt því viðhalda góðri heilsu, sjálfstæðu lífi og getu til að búa lengur við viðunandi lífsgæði á eigin heimili. Lögð hefur verið aukin áhersla á að efla heilsugæsluna með áherslu á heimahjúkrun, heimaþjónustu, dagvistun og endurhæfingar- og hvíldarinnlagnir. Allt eru þetta þættir sem stuðla að því að koma í veg fyrir afturför og bæta lífsgæði aldraðra. Endurhæfing er flókið og margbreytilegt ferli sem krefst heilðrænnar sýnar á einstaklinginn og gengur út á fimm meginþætti, mat, markmiðasetningu, endurhæfingaráætlun, inngríp og endurmat. Endurhæfing er fjölbreytt og tilheyrir viðhaldsþjálfun, færnisþjálfun, sjúkraþjálfun og iðjuþjálfun. Mikilvægt er að skjólstæðingur sé virkur og taki þátt í sinni meðferð. Þegar markvissri endurhæfingu er lokið gegna fjölskylda og vinir veigamiklu hlutverki. Eftirfylgd er mikilvægur þáttur til að viðhalda þeirri framför sem hefur átt sér stað og góð eftirfylgd eykur því líkur á að viðhalda jákvæðum áhrifum virkni lengur. Ávinningurinn af góðri endurhæfingu er bæði fyrir skjólstæðinginn í bættum lífsgæðum ásamt fjárhagslegum sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið. Hjúkrunarfræðingar gegna stóru hlutverki í heilsueflingu, viðhaldsþjálfun og endurhæfingu. Þeir eru tengiliður við þá aðila sem að endurhæfingunni koma ásamt því að vera í stöðugum tengslum við skjólstæðing og fjölskyldu hans. Mikilvægt er að hjúkrun og endurhæfing aldraðra sé heilðræn því sálrænir, félaglegir og líkamlegir þættir eru allir mikilvægir þegar kemur að umönnun aldraðra.

Heimildaskrá

- Annette A. Ingimundardóttir. (2009). Iðjuþjálfun einstaklinga með sjúkdómsgreininguna geðklofi. *Geðvernd*, 38(1),15-8.
- Araújo, I., Paúl, C. og Martins, M. (2011). Living older in the family context: dependency in self-care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 869-875.
- Ársæll Jónsson, Ingibjörg Bernhöft, Karin Bernhardsson og Pálmi V Jónsson. (2005). Afturvirk rannsókn á heilsufarsbreytum heimilismanna á Droplaugarstöðum árin 1983-2002. *Læknablaðið*, 91, 153-160.
- Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D. R., Raposo, V. og Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient education and counseling*, 68(1), 33-42.
- Bellendir, T. og Joseph, T. N. (ritstjórar). (2018). *Effects of Rehabilitation on the Family*. University of Rochester Medical Center Rochester. Sótt af <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=85&contetid=P01157>
- Blake, H., P. Mo, S. Malik og S. Thomas. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A Systematic review. *Clinical rehabilitation* 23(10), 873-887.
- Boeckxstaens, P. og De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in primary care*,19(6), 369–389.
- Bourke, K. G. og Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing Older People*, 24(2), 33-38
- Burke Rehabilitation Hospital. (2014). *Caring for the Caregiver: The Important Role of Family in Rehabilitation*. Sótt af

<https://www.burke.org/blog/2014/11/caring-for-thecaregiver-the-important-role-of-family-in-rehabilitation/23>

- Buchanan, J. A., Christenson, A., Houlihan, D. og Ostrom, C. (2011). The role of behavior analysis in the rehabilitation of persons with dementia. *Behavior therapy*, 42(1), 9-21.
- Burke, W. J., Roccaforte, W. H. og Wengel, S. P. (1991). The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *Topics in geriatrics*, 4(3), 173-178.
- Cameron, I. D., Schaafsma, F. D., Wilson, S., Baker, W. og Buckley, S. (2012). Outcomes of rehabilitation in older people-functioning and cognition are the most important predictors: an inception cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), 24-30. doi: 10.2340/16501977-0901.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H. og Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian journal of occupational therapy*, 71(4), 210-222.
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. og Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & science in sports & exercise*, 41(7), 1510-1530.
- Christiansen, B. og Feiring, M. (2017). Challenges in the nurse's role in rehabilitation contexts. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3239-3247.
- de Leeuw, J. og Larsson, M. (2013). Nurse-led follow-up care for cancer patients: what is known and what is needed. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2643-2649.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R. & Laks, J. (2009). Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191-198.

- Drageset, J., Eide, G. E. og Ranhoff, A. H. (2011). Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3111-3118.
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D. og Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj*, 343, d6553.
- Elliott, A. F., Horgas, A. L., & Marsiske, M. (2008). Nurse's role in identifying mild cognitive impairment in older adults. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 29(1), 38-47. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.04.015>
- Embætti landlæknis. (2014a). ICF. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icf/>
- Embætti Landlæknis. (2014b). *Heilsuefling*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/heilsuefling/>
- Embætti landlæknis. (2016). *Heilbrigðisþjónusta*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efitirlit/heilbrigdisthjonusta/>
- Embætti landlæknis. (2017). *Hjúkrunar- og dvalarrými - tölur*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/hjukrunar-og-dvalarrymi/>
- Embætti landlæknis. (2017b). *Færni- og heilsumat*. Sótt af <https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efitirlit/notendur-heilbrigdisthjonustu/faerni-og-heilsumat/>
- Eir hjúkrunarheimili. (e.d.). *Sjúkraþjálfun*. Sótt af <http://eir.is/sjukrathjalfun/#topanchor>
- Entwistle V. A. og Watt I. S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics* 13(8), 29–39.

- Eyssen, I. C., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M. og Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian occupational performance measure. *Clinical rehabilitation*, 19(8), 888-894.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. og McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Forni, S., Pieralli, F., Sergi, A., Lorini, C., Bonaccorsi, G. og Vannucci, A. (2016). Mortality after hip fracture in the elderly: the role of a multidisciplinary approach and time to surgery in a retrospective observational study on 23,973 patients. *Archives of gerontology and geriatrics*, 66, 13-17
- Garatachea, N., Molinero, O., Martínez-García, R., Jimenez-Jimenez, R., Gonzalez-Gallego, J. og Marquez, S. (2009). Feelings of well being in elderly people: relationship to physical activity and physical function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 306-3
- Golinowska, S., Groot, W., Baji, P. og Pavlova, M. (2016). Health promotion targeting older people. *BMC Health Services Research*, 16(5), 345. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1514-3>
- Grund. (e.d.). *Sjúkrahjálfun*. Sótt af <http://grund.is/thjonusta/sjukrathjalfun/>
- Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J. L., Granbo, R., Puggaard, L. og Hellström, K. (2013). Effects of individually tailored physical and daily activities in nursing home residents on activities of daily living, physical performance and physical activity level: A randomized controlled trial. *Gerontology*, 59(3), 220-229.
- Gudlaugsson, J., Gudnason, V., Aspelund, T., Siggeirsdottir, K., Olafsdottir, A. S., Jonsson, P. V. og Johannsson, E. (2012). Effects of a 6-month multimodal training intervention on retention of functional fitness in older adults: a randomized-controlled cross-over design. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 107. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-107>

- Guðrún Pálmadóttir. (2008). Iðjuþjálfun í ljósi skjólstæðingsmiðaðrar nálgunar: reynsla skjólstæðinga á endurhæfingarstofnunum. *Iðjuþjálfinn* (bls. 8-18).
- Guðrún Pálmadóttir og Snæfríður Þóra Egilson. (2011). Skjólstæðingsmiðað starf með einstaklingum og fjölskyldum. Í Guðrún Pálmadóttir og Snæfríður Þóra Egilson (ritstjórar), *Iðja, heilsa og velferð: Iðjuþjálfun í íslensku samfélagi* (bls.105-120). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Hagner, D. og Marrone, J. (1995). Empowerment issues in services to individuals with disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 6, 17-36.
- Hammell, K. R. W. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: refocusing on core values/Recentrer l'ergothérapie au Canada sur les valeurs fondamentales de la pratique centrée sur le client. *Canadian journal of occupational therapy*, 80(3), 141-149.
- Han, S. K., Song, H. S., Kim, R. og Kang, S. H. (2016). Clinical results of treatment of garden type 1 and 2 femoral neck fractures in patients over 70-year old. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 42(2), 191-196.
- Hanna Björg Sigurjónsdóttir, Ármann Jakobsson og Kristín Björnsdóttir (ritstjórar). (2013). *Fötlun og menning: Íslandssagan í öðru ljósi*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands og Rannsóknarsetur í fötlunarfræðum. 331 bls.
- Heilbrigðisstofnun Austurlands. (e.d.). *Hjúkrunarheimili*. Sótt af <http://www.hsa.is/index.php/hjukrunarheimili>
- Heilbrigðisstofnun Vesturlands. (e.d.). *Endurhæfing aldraðra á göngudeild*. Sótt af <http://hve.rat.nepal.is/islenska/hve/frettir/nr/138013/>
- Heilbrigðisstofnun Vestfjarða. (e.d.). *Endurhæfing og iðjuþjálfun*. Sótt af <http://fsi.is/fjordungssjukrahusid/endurhaefing-idjuthjalfun/>
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2003). *Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015*. Reykjavík: Höfundur.

- Heilsustofnun NLFÍ. (e.d.a). *Læknisfræðileg endurhæfing*. Sótt af <http://www.heilsustofnun.is/endurhaefing/endurhaefing>
- Heilsustofnun NLFÍ. (e.d.b). *Öldrunarendurhæfing*. Sótt af <http://www.heilsustofnun.is/endurhaefing/endurhaefing/oldrunarendurhaefing>
- Heilsustofnun NLFÍ. (e.d.c). *Hvernig ber ég mig að*. Sótt af <http://www.heilsustofnun.is/upplysingar-fyrir-dvalargesti>
- Helga Bragadóttir. (2002). Úthlutun verkefna. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 78(5), 273-276.
- Helga Bragadóttir, Sigrún Stefánsdóttir, Sólrún Áslaug Gylfadóttir og Guðný Bergþóra Tryggvadóttir. (2016). Teymisvinna og starfsánægja í hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 92(4), 9-18.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering Helse- og omsorgsdepartementet (2017–2019)*. Sótt af https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb82/no/se_d/opptappingsplanrehabilitering.pdf
- Heyn, P. C., Johnsons, K. E. og Kramer, A. F. (2008). Endurance and strength training outcomes on cognitively impaired and cognitively intact older adults: a meta-analysis. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 12(6), 401-409.
- Hildur Elísabet Pétursdóttir og Kristín Björnsdóttir (2014). Samþætting heilbrigðis-og félagsþjónustu: Fræðileg samantekt. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(2), 52-60.
- Hoenig, H. og Colon-Emeric, C. (2017). *Overview of geriatric rehabilitation: Patient assessment and common indications for rehabilitation*. Sótt af http://pl.imul.pl/sites/default/files/Overview%20of%20geriatric%20rehabilitation_%20Patient%20assessment%20and%20common%20indications%20for%20rehabilitation%20-%20UpToDate.pdf
- Hrafnista. (e.d.). *Endurhæfing*. Sótt af <http://www.hrafnista.is/thjonustuthaettir#endurhaefing>

- Indredavik, B. (2007). En effektiv slagenhet - hva er det? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 9,1214-18.
- Ingibjörg S. Ásgeirsdóttir og Eygló Daníelsdóttir. (2011). Iðjuþjálfun aldraðra. Í Guðrún Pálmadóttir og Snæfríður Þóra Egilson (ritstjórar), *Iðja, heilsa og velferð: Iðjuþjálfun í íslensku samfélagi* (bls.193-208). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Ingibjörg Hjaltadóttir, Sigrún Bjartmarz, Díaná Dröf Heiðarsdóttir og Steinunn Arna Þorsteinsdóttir. (2010). Mat á líkamlegri, andlegri og félagslegri færni og þarfir aldraðra sem biðu hvíldarinnlagnar á Öldrunarsviði Landspítala. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(3), 52-56.
- Ingunn Stefánsdóttir (2009). Er óþarfi að kvíða ellinni? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(5), 30-35.
- Janssen, V., Gucht, V. D., Dusseldorp, E. og Maes, S. (2013). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of preventive cardiology*, 20(4), 620-640.
- Jett, K. F. (2014). Theories of Aging and Physical Change. Í T. A. Touhy og K. F. Jett (ritstjórar), *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging* (4.útgáfa)(bls.55-71). St. Louis: Mosby.
- Jón Björnsson. (1996). Hvað er öldrun? Í Hörður Þorgilsson og Jakob Smári (ritstjórar), *Árin eftir sextugt* (37-57). Reykjavík: Forlagið
- Jónsson, Á., Jónsson, P. V., Gustafson, Y., Schroll, M., Hansen, F. R., Saarela, M. og Dehlin, O. (2002). Öldrunarendurhæfing innan öldrunarlækninga á Norðurlöndum. *Læknablaðið*, 88, 29-38.
- Jón Snædal. (1996). Ævilengd. Í Hörður Þorgilsson og Jakob Smári (ritstjórar), *Árin eftir sextugt* (58-66). Reykjavík: Forlagið.

- Kaliman, P., Párrizas, M., Lalanza, J. F., Camins, A., Escorihuela, R. M. og Pallàs, M. (2011). Neurophysiological and epigenetic effects of physical exercise on the aging process. *Ageing research reviews*, 10(4), 475-486.
- Kamińska, M. S., Brodowski, J. og Karakiewicz, B. (2015). Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. *International journal of environmental research and public health*, 12(4), 3406-3416.
- Karlsson, M. K., Magnusson, H., von Schewelow, T. og Rosengren, B. E. (2013). *Prevention of falls in the elderly—a review. Osteoporosis international*, 24(3), 747-762.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), E27-E40.
- Kirkevold, M. (2014). Sygeplejerskens roller og funktioner i rehabiliteringsprocessen. Í Bastrup, L. og Lavesen, M. (ritstjórar), *Rehabiliterende sygepleje—begreb og klinisk praksis Fagredaktører* (1. útgáfa) (143-163). Danmark: Munksgaard.
- Kouwenhoven, S., Kirkevold, M., Engedal, K., Biong, S., & Kim, H. (2011). The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: a longitudinal perspective. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(4), 8491.
- Kucukdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Suldur, N., Sonel, B. og Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32(2), 87-92.
- Kristín Þórarinsdóttir (munnleg heimild, 29.apríl 2018).
- Thórarinsdóttir, K., Björnsdóttir, K. og Kristjánsson, K. (2017). Development of Hermes, a new person-centered assessment tool in nursing rehabilitation, through action research. *Advances in Nursing Science*, 40(2), 207-221.

- Landspítali. (e.d.a). *Öldrunarlækningadeild*. Sótt af <https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/deildir-og-thjonusta/oldrunalaekningadeildir>
- Landspítali. (e.d.b). *Sjúkrapjálfun*. Sótt af <https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/deildir-og-thjonusta/sjukrathjalfun/>
- Landspítali. (e.d.c). *Grensásdeild*. Sótt af <https://www.landspitali.is/grensasdeild/forsida/um-deildina>
- Landspítali (e.d.d). *Klíniskar leiðbeiningar*. Sótt af <https://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=20620>
- Langhorne, P., Bernhardt, J. og Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693-1702.
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., Wells, T. J. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25, 246-255.
- Leplege, A., Gxil, F., Cammelli, M, Lefeve, C., Pachoud, B. og Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1555-1565.
- Levack, W. og Dean, S. G. (2012). Processes in rehabilitation. Í S. G. Dean, R. J. Siegert og W. J. Taylor (ritstjórar), *interprofessional Rehabilitation* (bls. 79-107).
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
- Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson (2000). Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð Geriatric Depression Scale (GDS). *Læknablaðið*, 86, 344-348

- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P. og Billinger, S. A. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, *41*(10), 2402-2448.
- Milos, V., Bondesson, Å., Magnusson, M., Jakobsson, U., Westerlund, T. og Midlöv, P. (2014). Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC geriatrics*, *14*(1), 40.
- Ministry of health. (2013). *Guidelines on Physical Activity for Older People (aged 65 years and over)*. Wellington: Ministry of Health. Sótt af http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/guidelines_onphysical-activity-older-people-jan13-v3.pdf
- Momsen, A. M., Rasmussen, J. O., Nielsen, C. V., Iversen, M. D. og Lund, H. (2012). Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *Journal of rehabilitation medicine*, *44*(11), 901-912.
- Morgan, S. og Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, *30*(1), 6-15.
- Morse, J.M., Black, C., Oberle, K. og Donahue, P. (1989). A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social Science Medicine*, *28*(1), 81-86.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. og Anderson, C. (ritstjórar). (2015). International profiles of health care systems, 2014. Sótt af http://accessh.org/wp-content/uploads/2015/02/1802_Mossialos_intl_profiles_2014_v6.pdf#page=1
- Mörk hjúkrunarheimili. (e.d.). *Sjúkrþjálfun*. Sótt af <http://www.morkhjukrunarheimili.is/thjonusta/sjukrathjalfun/>

- National Institute on Aging. (e.d.). *Depression and Older Adults*. Sótt af <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>
- Óladóttir, S. og Pálmadóttir, G. (2017). The continuum of client-centred practice in an acute psychiatric unit: A mixed method study of clients' perceptions. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(1) 49-57.
- Potter, P.A. og Perry, A.G. (2009a). Older Adults. Í A. Hall og P.A. Stockert (ritstjórar), *Fundamentals of nursing* (7th. útgáfa). (bls. 191-213). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Potter, P.A. og Perry, A.G. (2009b). Health and Wellness. Í A. Hall og P.A. Stockert (ritstjórar), *Fundamentals of nursing* (7th. útgáfa). (bls.68-83). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Robledo, L. M. G., O'Donnell, M., Sullivan, R. og Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562.
- Purdue University Northwest. (2017). *What is the nurse's role in health promotion?* Sótt af <https://nursingonline.pnw.edu/articles/nurses-role-in-health-promotion.aspx>
- Reglugerðarsafn. (2012). *Velferðarráðuneytið: Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma*. Sótt af <https://www.reglugerd.is/reglugerdir/eftirraduneytum/heilbrigdis/nr/18303>
- Reglugerð um dagvist aldraðra nr. 1245/2016
- Resnick, B. (2004). Overview of Restorative Care. Í R. Chasek og J. Stangel (ritstjórar), *Restorative care nursing for older adults: A guide for all care settings*. New York: Springer Publishing Company.
- Resnick, B. og Remsburg, R. E. (2004). Overview of restorative care. Í B. Resnick (ritstjóri), *Restorative care nursing for older adults: A guide for all care settings* (bls.1-12.). New York: Springer Publishing.

- Resnick, B., Petzer-Aboff, I., Galik, E., Russ, K., Cayo, J., Simpson, M. og Zimmerman, S. (2008). Barriers and benefits to implementing a restorative intervention in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(2), 102-108
- Reykjalundur: endurhæfing. (e.d.). *Endurhæfing*. Sótt af <https://www.reykjalundur.is/endurhaefing/>
- Reykjavíkurborg. (2016). *Heilsuefling aldraðra - Skýrsla starfshóps*. Sótt af https://reykjavik.is/sites/default/files/yomis_skjol/skjol_utgefid_efni/lokaskyrsla.pdf
- Reykjavíkurborg. (2017). *Tillaga dags, 23. mars 2017, um innleiðingu hugmyndafræði endurhæfingar í heimahúsi, ásamt fyliskjölum*. Sótt af http://reykjavik.is/sites/default/files/vel_hugmyndafrædi_endurhaefing.pdf
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S. og Lindahl, A. K. (ritstjórar). (2014). *Norway: Health system review, 2013*. Sótt af https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2484206/K_Rapport_2014_Ringard_Norway.pdf?sequence=1
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care—balancing between standardisation and individualisation. *Health & social care in the community*, 20(3), 247-254.
- Routasalo, P., Arve, S., & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International journal of nursing practice*, 10(5), 207-215.
- Royal College of Nursing. (2000). *Rehabilitating Older People: The Role of the Nurse*. RCN, London
- Royal College of Nursing. (2007). *Role of the Rehabilitation Nurse*. RCN, London.
- Schulz, E. (2010). *The Long-Term Care System For The Elderly In Denmark*. Sótt af <http://www.ancien->

longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo.73Den
markREV2.pdf

Sigert R. J., Taylor W.J. og Dean S.G. (2012). Introduction. Í R. J. Sigert, S.G. Dean
og W. J. Taylor (ritstjórar), *Interprofessional Rehabilitation* (1.útgáfa) (bls. 1
7). Wiley-Blackwell.

Sjúkrahúsið á Akureyri. (e.d.). *Kristnesspítali/Endurhæfing og öldrunarlækningar*.
Sótt af <https://www.sak.is/is/thjonusta/lyflaekningasvid/kristnes>

Shah, S., Vanclay, F. og Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel
Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703
709.

Socialstyrelsen. (2013). *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering
på ældreområdet*. Sótt af
[https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~/_media/68CD1891EDC24
A29EDDD0A4B7065E7F.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~/_media/68CD1891EDC24A29EDDD0A4B7065E7F.ashx)

Steihaug, S., Lippestad, J. W. og Werner, A. (2016). Between ideals and reality in
home- based rehabilitation. *Scandinavian journal of primary health
care*, 34(1), 46-54.

Stjórnarráð Íslands. (e.d.a). *Þjónusta við aldraðra*. Sótt af
[https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-heilsa/oldrunarmal/thjonusta-vid-
aldrada/](https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-heilsa/oldrunarmal/thjonusta-vid-aldrada/)

Stjórnarráð Íslands. (e.d.b). *Endurhæfingarstarfsemi*. Sótt af
[https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-
heilsa/heilbrigdismal/endurhaefingarstarfsemi/](https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-heilsa/heilbrigdismal/endurhaefingarstarfsemi/)

Stjórnarráð Íslands (2008). *Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára: Tillögur
ráðgjafarhóps félags- og tryggingamálaráðherra*. Sótt af
[https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti
media/media/aldradir/Tillogur_radgjafarhops_um_stefnu_i_tjonustu_vid_ald
ada2.pdf](https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/aldradir/Tillogur_radgjafarhops_um_stefnu_i_tjonustu_vid_aldada2.pdf)

- Stjórnarráð Íslands. (2012a). *Ný reglugerð um færni- og heilsumu*. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2012/06/01/Ny-regluerdum-faerni>
- Stjórnarráð Íslands. (2012b). *Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu*. Sótt af https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/rit-og-skysrur2012/IS_skysla_Valdefling_og_Gedheilbrigdi.pdf
- Stjórnarráð Íslands. (2014). *Skipulag hjúkrunarheimila: Lágmarksviðmið um byggingu og starfsemi hjúkrunarheimila og hjúkrunarrýma*. Sótt af https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/rit-og-skysrur-2014/Vidmid_um_skipulag_hjukrunarheimila_2014.pdf
- Stjórnarráð Íslands. (2016a). *Stefnumótun í heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða Mars 2016: Tillögur starfshóps til heilbrigðisráðherra um stefnumótun í heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða til ársins 2035*. Sótt af https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/frettir2016/Stefnumotun_HEILB_aldradir.pdf
- Stjórnarráð Íslands. (e.d.). *Öldrunarmál*. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/verkefni/lif-og-heilsa/oldrunarmal/>
- Sunna Eir Haraldsdóttir. (2016). Hver vegna er mikilvægt að vera á varðabergi fyrir þunglyndi aldraðra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 5(92), 20-23.
- Taylor W. J. og Geyh E. (2012). A rehabilitation framework: The International Classification of Function, Disability and Health. *Interprofessional Rehabilitation*, 9-36.
- Thórarinsdóttir, K., Björnsdóttir, K. og Kristjánsson, K. (2017). Development of Hermes, a new person-centered assessment tool in nursing rehabilitation, through action research. *Advances in Nursing Science*, 40(2), 207-221.
- Thórarinsdóttir, K., Kristjánsson, K., Gunnarsdóttir, T, J. og Björnsdóttir, K. (2018). Facilitation of a Person-Centered Approach in Health Assessment of patients with chronic pain. doi/10.1177/1049732318770628

- Triebel og Ólöf H Bjarnadóttir. (2007). Hugmyndafræði flokkunarkerfis ICF – árangursrík nálgun í endurhæfingu ... og víðar? *Læknablaðið*, 93, bls.63-66.
- Ulmanen, P. og Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81-92.
- Velferðarráðuneytið. (2016). *Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára: Tillögur samstarfsnefndar um málefni aldraðra til félags- og húsnæðismálaráðherra*. Sótt af https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneytimedia/media/skyrslur216/Motun_stefnu_i_thjonustu_vid_aldrada_02092016.pdf
- Wade, D.T. (2001). Research into rehabilitation. What is the priority? *Clinical Rehabilitation*, 15(3), 229-232.
- Wade, D. T. (2005). Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation* 19(8), 811 -818.
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation* 3(4):291-295. doi:10.1177/0269215509103551.
- Wade, D T. (2015a). Rehabilitation—a new approach. Overview and part one: the problems. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1041–1050.
- Wade, D. (2015b). Rehabilitation—a new approach. Part two: the underlying theories. *Clinical Rehabilitation* 29(12) 1145–1154.
- Wade, D. (2016a). Rehabilitation – a new approach. Part three: the implications of the theories. *Clinical Rehabilitation* 30(1) 3–10.
- Wade, D. (2016b). Rehabilitation – a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clinical Rehabilitation*, 30(2), 109–118

- Ward, K. og Reuben, D. (2016). *Comprehensive geriatric assessment. UpToDate2013*. <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>.
- Wells, J. L., Seabrook, J. A., Stolee, P., Borrie, M. J. og Knoefel, F. (2003). State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: Clinical challenges1. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(6), 898-903.
- Wold, G. H. (2013). Overview of aging. Í T.H. Burnham og T. Trautwein (ritstjórar), *Basic Geriatric Nursing-E-Book* (5. Útgáfa) (bls. 1-27). Elsevier Health Sciences.
- World Health Organization. (1981). *Medical care and rehabilitation*. Sótt af <http://www.who.int/disabilities/care/en>
- World Health Organization (2015). *The European mental health action plan 2013 2020. Re port, regional office for Europe, Denmark*. Sótt af http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health system*. Sótt af http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2018a). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Sótt af http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en
- World Health Organization. (2018b). *Health promotion*. Sótt af http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- Zhang, L., Weng, C., Liu, M., Wang, Q., Liu, L. og He, Y. (2014). Effect of whole body vibration exercise on mobility, balance ability and general health status in frail elderly patients: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(1), 59-68.

