

Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997

Ágrip

Pálmi V. Jónsson^{1,2}

ÖLDRUNARLÆKNIR

Hlíf

Guðmundsdóttir¹

HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Faney

Friðbjörnsdóttir³

HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Marianna

Haraldsdóttir⁴

HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Þórunn Ólafsdóttir⁵

HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Anna Birna

Jensdóttir¹

HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Ingibjörg

Hjaltadóttir¹

HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Ómar Harðarson⁵

STJÓRN MÁLAFRÆÐINGUR

Hrafn Pálsson⁶

FÉLAGSFRÆÐINGUR

Grein þessi er tileinkuð minningu Mariönnu Haraldsdóttur, f. 3. febrúar 1950, sem lést langt um aldur fram þann 12. mars 2002. Hún vann ótullega að þessari rannsókn og hafði hafið störf við sambærilega Evrópurannsókn þegar hún varð frá að hverfa vegna veikinda.

¹Öldrunarsviði Landspítala Landakoti, ²Læknadeild Háskóla Íslands, ³Heilsugæslunni í Reykjavík, ⁴Heilsugæslunni á Seltjarnarnesi, ⁵Hagstofu Íslands, ⁶Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Pálmi V. Jónsson, palmivj@landspitali.is

Lykilorð: aldraðir, heimaþjónusta, heimahjúkrun, færni, lyf, lífsgæði.

Tilgangur: Vaxandi áhersla er lögð á að aldraðir geti búið heima sem lengst, en rannsóknir á högum aldraðra Íslendinga sem njóta þjónustu í heimahúsum eru takmarkaðar. Markmið rannsóknarinnar var að lýsa heilsufari, líðan og aðstæðum fólks í heimaþjónustu.

Aðferð: Einstaklingarnir sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á Reykjavíkursvæðinu haustið 1997 voru metnir með MDS-RAI HC (Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care) mælitækinu.

Niðurstöður: Metnir voru 257 einstaklingar á fjórum heilsugæslustöðvum. Meðalaldur var 82,7 ár, 62,5% bjuggu einir, og höfðu þeir notið heimaþjónustu að meðaltali í 2,4 ár. Konur voru 78,6%. Nær allir voru sjálfbjarga með persónulegar athafnir daglegs lífs (ADL), en 53% þurftu aðstoð við böðun. Um helmingur þurftu mikla aðstoð við almennar athafnir daglegs lífs (IADL). Skert minni var hjá tæplega 40% einstaklinganna en dapurt yfirbragð hjá 18%. Átján prósent höfðu aldrei farið út úr húsi á 30 daga tímabili, 27% voru alltaf einir yfir daginn, en 21% tjáði sig um einmanaleika. Daglegir verkir greindust hjá 47% einstaklinganna og 47% töldu heilsufar sitt vera lélegt. Á 14 dögum var meðalfjöldi klukkustunda á skjólstæðing í heimahjúkrun 3,5 klukkustundir og heimilishjálpar 9,5 klukkustundir. Lyfjanotkun var mikil og voru 34% á nfu lyfjum eða fleiri.

Ályktun: Einstaklingar í heimahjúkrun eru sjálfbjarga með ADL en þeir þurfa aðstoð við almenn dagleg verk og böðun. Ýmis atriði sem snerta lífsgæði þyrfti að skoða nánar með hliðsjón af því hvort bæta megi líðan þeirra sem njóta þjónustunnar.

Inngangur

Með vaxandi fjölda aldraðra aukast stöðugt kröfurnar til heilbrigðis- og félagsþjónustu um að finna leiðir til umönnunar þeirra sem sjúkir eru og lasburða, sem er í senn gæðþjónusta og hagkvæm. Markmið laga um málefni aldraðra er að hinn aldraði geti búið heima sem lengst og notið þess stuðnings sem þarf (1). Í þessum aðstæðum er nauðsynlegt að hafa mælitæki sem getur greint hinar fjölbættu þarfir sjúkra aldraðra og metið hvernig þeim þörfum er mætt og skilvirkni þjónustunnar. MDS-RAI HC er mælitæki sem uppfyllir þær væntingar sem gera þarf til slíks tækis og hefur í senn gildi og er áreiðanlegt (2, 3). Mælitækið lýsir líkamlegu og andlegu heilsufari, færni og fé-

ENGLISH SUMMARY

Jónsson PV, Guðmundsdóttir H, Friðbjörnsdóttir F, Haraldsdóttir M, Ólafsdóttir P, Jensdóttir AB, Hjaltadóttir I, Harðarson Ó, Pálsson H

Health care needs and quality of life of elderly in home care in Reykjavik, 1997

Læknablaðið 2003; 89: 313-18

Objective: It is increasingly emphasized that the elderly should be supported to live at home as long as possible. The purpose of this study was to describe the health and conditions of people in home care.

Material and methods: Individuals who received home care in the Reykjavik area in autumn of 1997 were assessed with the Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care, MDS-RAI HC.

Results: The study evaluated 257 individuals at four primary care health centers. The mean age was 82.7 years, women were 78.6%, living alone were 62.5%, and they had received home care on average of 2.4 years. Almost all were independent in primary activities of daily living, ADL, but about half needed help with instrumental activities of daily living (IADL). Impaired cognition was observed in 40% of individuals, depressive symptoms in 18%, daily pain was noted in 47% and 47% assessed their health as poor. Loneliness was expressed by 21%, 18% had not gone out doors in over 30 days and 27% were always alone during the day. The mean number of hours during two weeks was 3.5 hours in nursing care and 9.5 hours in home help. Thirty-four percent took 9 or more medications.

Conclusion: Individuals in home care were independent in ADL but needed assistance with IADL. There are important quality of life issues that are of concern. Further research is needed in home care with particular emphasis on improvement of well being.

Key words: home care, aged, function, medications, quality of life.

Correspondence: Pálmi V. Jónsson, palmivj@landspitali.is

lagslegu umhverfi. Niðurstöður matsins má síðan tengja við áætlunargerð og skipulagningu heimaþjónustunnar (4). Þróun mælitækis fyrir heimaþjónustu byggir á reynslu sem fékkst við þróun tækis fyrir aldraða á stofnunum sem nýtt hefur verið á Íslandi frá 1994 og meðal annarra rita lýst í Læknablaðinu (5-7).

Árið 1997 var gerð könnun á notagildi MDS-RAI

HC mælitækisins á Íslandi. Jafn ítarlegar upplýsingar og þá var safnað hafa ekki legið fyrir á Íslandi áður. Heildarniðurstöður voru birtar í skýrsluformi og á heimasíðu Heilbrigðisráðuneytisins og þar er áreiðanleikaprófun lýst (8, 9). Í þessari grein verður lýst helstu niðurstöðum rannsóknarinnar er snerta lífsgæði einstaklinganna sem reyndust skert á margvíslegan hátt. Sjúkir aldraðir í heimahúsum eru ekki í sterkri stöðu til þess að kalla eftir þjónustu vegna veikinda sinna. Vegna heilsubrests, sem hvort heldur getur verið andlegur eða líkamlegur, hlýtur sú ábyrgð að hvíla á starfsmönnum heilbrigðis- og félagsþjónustunnar að skoða með hvaða hætti lífsgæði þessara einstaklinga verði best tryggð. Fyrsta skrefið í þá átt er að greina vandann. Þessi grein er innlegg í þá greiningarvinnu.

Efniviður og aðferðir

Markmið verkefnisins var að skrá heilsufar og meta hjúkrunarþörf íbúa 65 ára og eldri er nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar haustið 1997 á heilsugæslustöðvum Fossvogs, Hlíðasvæðis, Miðbæjar og Sel-tjarnarness. Með heimaþjónustu heilsugæslunnar er átt við þjónustu heilsugæslunnar í heimahúsum en hana veita hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og læknar. Úrtak rannsóknarinnar voru allir sem skráðir voru í heimaþjónustu á heilsugæslustöðvunum þegar rannsóknin hófst 1. september 1997, alls 347 einstaklingar, en rannsóknin tók fjóra mánuði. Brottfall var 25%, eða 90 einstaklingar, 52 neituðu þátttöku, 24 voru á sjúkrahúsi, tveir voru komnir á hjúkrunarheimili, þrír hættu við eða voru fjarverandi þegar til átti að taka og níu létust áður en kom að þeim að vera metnir. Samtals tóku því 257 einstaklingar þátt í rannsókninni, 31 frá heilsugæslustöð A, 68 frá heilsugæslustöð B, 64 frá heilsugæslustöð C og 94 frá heilsugæslustöð D.

Leitað var eftir upplýstu samþykki, en ef hinn aldraði einstaklingur gat ekki veitt samþykki sitt var leitað samþykkis aðstandenda. Í þeim tilvikum var heimildar til rannsóknarinnar leitað hjá þeim aðstandendum sem voru honum nátengdastir. Upplýsinga var aflað með samtali við einstaklinginn sjálfan, úr sjúkraskrá, hjá umönnunaraðilum og/eða nán-um aðstandendum.

Rannsóknin var samþykkt af Tölvunefnd og Vísindasíðanefnd. Unnið var með upplýsingarnar á rannsóknarnúmerum og kennitölur afmáðar. Heima-hjúkrunarfræðingar af viðkomandi heilsugæslustöðvum þar sem verkefnið fór fram söfnuðu upplýsingunum. Áður en gagnasöfnun hófst var haldið eins dags námskeið í notkun gagnasafnsins, en hver einasta breyta hefur ákveðna skilgreiningu og kennslu-efni hefur verið þróað sem leiðbeinir um matið. Með þessu móti verður gagnaöflunin áreiðanleg. Matið tók á bilinu eina til eina og hálfra klukkustund.

Niðurstöður

Konur voru 197 (78,6%) en karlar 60 (21,4%). Aldur dreifðist þannig að 81 árs og eldri voru 163 (63,5%) en 80 ára og yngri voru 94 (36,5%). Meðalaldur var 82,7 ár. Að meðaltali höfðu þátttakendur notið heimaþjónustu heilsugæslunnar í 2,4 ár. Hjúskaparstaðan var þannig að 52,5% voru ekkjufólk, 26,8% í hjónabandi, 15,6% höfðu aldrei gengið í hjónaband og 5,1% voru fráskildir. Flestir bjuggu einir, eða 62,5%, með maka bjuggu 24,0%, með barni 7,0% og með öðrum en fjölskyldu 7,5%. Í 2,4% tilvika hafði skjólstæðingur lögráðamann.

Skráning ábendinga þess að skjólstæðingurinn naut heimaþjónustu heilsugæslunnar er sýnd í töflu I. Hjarta- og blóðrásarsjúkdómar voru algengasta ábendingin. Í 40% tilvika var um að ræða þjónustu í framhaldi af sjúkrahúsvist.

Tafla I. Skráðar ábendingar fyrir heimaþjónustu.

Ábending	%
Hjarta- og æðasjúkdómar	34,2
Geðsjúkdómar	22,6
Gigtarsjúkdómar	19,5
Brot	10,5
Innkirtlasjúkdómar	10,1
Lungnasjúkdómar	7,8
Blóðsjúkdómar	5,8
Húðsjúkdómar	5,8
Taugasjúkdómar	5,8
Skyntuflanir	5,4
Krabbamein	4,3
Meltingarsjúkdómar	4,3
Þvagfærasjúkdómar	1,9
Önnur greining	3,7
Engin skráð sjúkdómsgreining	0,4

Andleg færni og líðan

Skammtíamaminni var metið óskert hjá 163 (63,5%) en skert hjá 94 (36,7%). Vitran geta var einnig metin með tilliti til þess hversu vel skjólstæðingurinn réði við ákvarðanir daglegs lífs og þá töldust 72,4% sjálfstæðir, með væga takmörkun 15,2%, talsverða takmörkun 10,5% og mikla skerðingu 1,9%.

Vísbendingar og einkenni um andlega líðan voru skráð, hvort sem þau voru tjáð með orðum eða atferli á síðustu 30 dögum. Þau einkenni sem komu fram eru sýnd í töflu II. Flestum leið vel innan um annað fólk, eða 80,6%, en ákveðnum fjölda leið betur út af fyrir sig og flestir voru í góðu sambandi við ættingja. Þó lýstu 22,2% ósætti eða reiði gagnvart ættingjum og vinum. Hegðunarvandamál voru skráð ef þau komu fram á síðastliðnum sjö dögum fyrir matið og ollu vanlíðan, voru truflandi eða gátu skapað hættu fyrir hinn aldraða; ráfuðu um án sýnilegs tilgangs, voru árásgjarnir í orði eða verki, eða sýndu ósæmlega félagslega hegðun. Aðeins 0,8-2,7% aldraðra sýndu slíka hegðun.

Tafla II. Andleg líðan, einvera og útivist.

Einkenni	%
Dapurt yfirbragð	18,8
Eimanakennd	21,3
Leiðist	18,3
Draga sig í hlé	16,3
Gráta	8,6
Viðvarandi reiði	6,6
Endurteknar kvartanir	6,2
Einvera allan daginn	27,4
Einvera meira en hálfan daginn	39,3
Engin einvera	33,3

Tafla III. Útivist á einni venjulegri viku síðastliðna 30 daga og notkun hjálpartækja.

Útivera	%
Aldrei	18,4
Einn dag vikunnar	24,2
Tvo til sex daga vikunnar	39,1
Daglega	18,4

Hjálpartæki	%
Inni	54,5
Úti	33,2
Stafur inni	19,1
Stafur úti	34,0
Hækja eða göngugrind inni	23,0
Hækja eða göngugrind úti	15,2
Hjólástóll inni	3,5
Hjólástjóll úti	5,5

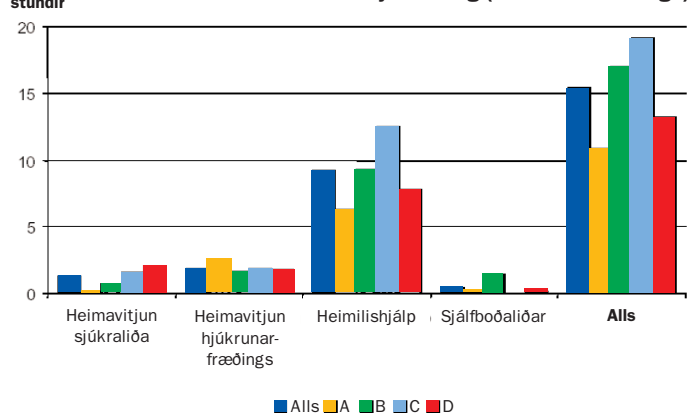
Metið var hvort dregið hafði úr félagslegri, trúarlegri eða starfslegri þátttöku á síðasta 90 daga tímabili. Ekki hafði dregið úr félagslegri þátttöku hjá meirihluta hópsins, eða 66,1%. Hjá þeim hópi sem dregið hafði úr félagslegri þátttöku höfðu 26,8% engar áhyggjur af slíku en um 7% höfðu áhyggjur af breytingunni. Fjórðungur taldi sig þurfa aukinn tilfinningalegan stuðning.

Útivist var metin þannig að skráð var hversu marga daga farið var út úr húsi (í skemmri eða lengri tíma) miðað við venjubundna viku síðastliðna 30 daga, sjá töflu III.

Almennar og persónulegar athafnir daglegs lífs

Með persónulegum athöfnum daglegs lífs síðastliðna sjö daga er átt við hreyfifærni í rúmi, flutning í og úr rúmi, færni til að ganga milli staða á heimilinu, færni til að klæðast, matast, færni við salernisferðir og færni við persónulegt hreinlæti. Flestir voru sjálfbjarga með alla þætti athafna daglegs lífs, eða frá 85-95% eftir því hvaða athöfn átti hlut að máli. Sjálfsbjargargeta við böðun var hins vegar veruleg skert og aðeins 29,6% voru sjálfbjarga. Flestir þurftu aðstoð við hluta af böðun, eða 53,7%, og fáir voru alveg ósjálfbjarga, eða 4,3%.

Hjálpartækjanotkun er sýnd í töflu III.

Umönnun – klukkustundir á skjólstæðing (síðastliðna 14 daga)

Mikill breytileiki var í færni til almennra athafna daglegs lífs (IADL). Þriðjungur var sjálfbjarga með undirbúning máltíða og sama er að segja um fjármálaumsýslu. Færri voru sjálfbjarga við heimilisstörf, lyfjanotkun, innkaup og ferðir (16%-22%). Áberandi flestir voru einfærir um að nota síma, eða 86%.

Flestir töldu sig fá næga aðstoð í almennum athöfnum daglegs lífs, en þó töldu 10% sig þurfa aukna aðstoð. Tímafjöldi í klukkustundum sem skjólstæðingarnir fengu í aðstoð frá fjölskyldu og vinum á einni viku var samtals þrjár klukkustundir virku dagana en þrjár og hálf klukkustund um helgar. Í ljós kom að um það bil 8% stuðningsaðila taldi sig ekki lengur geta annast ættingja sína vegna eigin heilsuleysis, en 10% stuðningsaðila til viðbótar lýstu eigin kvíða, áhyggjum og reiði vegna umönnunar ættingja sinna.

Formleg heimaþjónusta

Mynd 1 sýnir þá formlegu þjónustu sem heimahjúkrun, heimilishjálp, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun, félagsráðgjafar, talþjálfar og sjálfbóðaliðar veita. Á einni viku var veitt að meðaltali sjö klukkustunda þjónusta frá þessum aðilum að sjálfbóðaliðum undanskildum.

Heilsa og einkenni

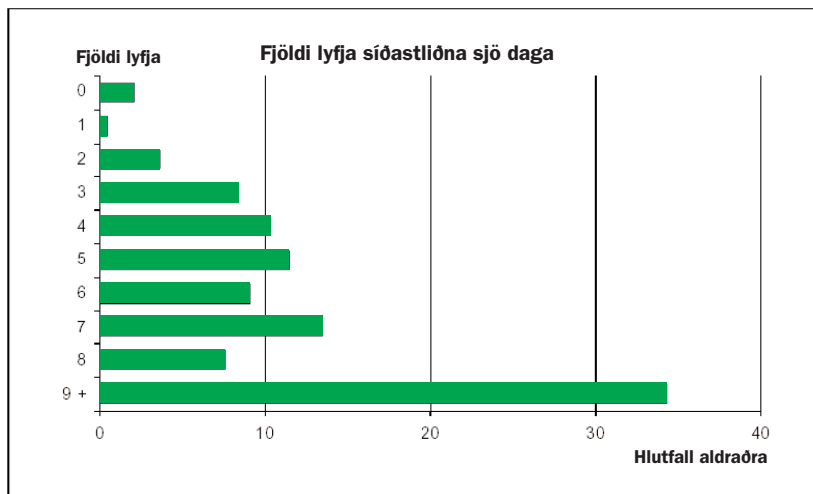
Langflestir halda þyngd sinni, eða 88,7% en 11,3% léttast, það er léttast án ásetnings um 5% eða meira á síðastliðnum 30 dögum, eða 10% eða meira á síðastliðnum 180 dögum. Daglega verki höfðu 45%, 20% höfðu verki sjaldnar en daglega en verkjalausir voru 35%. Þriðjungur þeirra sem hafði verki var fjölverkja. Í helmingi tilfella var verkjum haldið niðri með lyfjum.

Tæplega helmingur allra í heimahjúkrun eða 47,1%, telur heilsufar sitt lélegt. Í ljós kemur að fimmti hver skjólstæðingur telur sig betur kominn annars staðar, eða 19,7%. Heildarfjöldi lyfja þeirra sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar er sýndur á mynd 2 en eftir flokkum í töflu IV.

Mynd 1 sýnir hve miklum tíma starfsmenn heimaþjónustu heilsugæslunnar og heimilishjálpar Félagsþjónustunnar verja í umönnun skjólstæðinga á tveimur vikum. Í ljós kom að algengasta þjónustan sem skjólstæðingar fá eru heimsóknir hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða heimahjúkrunar og aðstoð frá heimilishjálpar. Algengasta aðstoðin er fólgin í böðun og lyfjatiltekt. A, B, C, D tákna einstakar heilsugæslustöðvar.

Tafla IV. Lyfjanotkun í heimaþjónustu heilsugæslunnar eftir flokkum.

Lyfjaflokkur	%
Kvíðastillandi lyf	23,3
Svefnlyf	44,4
Geðdeyfðarlyf	31,1
Sterk geðlyf	7,0
Hjarta- og blóðrásarlyf	28,0
Meltingarlyf	26,5
Blóðsjúkdómalyf	13,2
Lyf við öndunarfærum	7,4
Hormón	6,2
Stoðkerfislyf	5,1
Augn- og eyrnasjúkdómalyf	4,7
Þvagvega- og kynhormónalyf	3,5
Krabbameinslyf	1,6
Húðlyf	0,8
Sýklalyf	1,6
Ýmis lyf	3,9



Mynd 2 sýnir hversu mörg lyf voru tekin síðastliðna sjö daga. Þriðjungur aldraðra tekur nú lyf eða fleiri.

Umræða

Gerð hefur verið grein fyrir þeim sem voru 65 ára og eldri og nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á árinu 1997 á fjórum heilsugæslustöðvum í Reykjavík og á Seltjarnarnesi. Þjónustu fá fjórar konur á móti hverjum einum karli og eru tæplega 70% áttatíu ára og eldri. Helmingur hópsins þarf hjálp við böðun en er annars sjálfbjarga í frumathöfnum daglegs lífs. Um það bil þriðjungur var með vitræna skerðingu og skerta hæfni til ákvarðanatöku.

Þriðjungur var sjálfbjarga við undirbúning máltíða og umsýslu fjármála en fimmtungur við heimilistörf, lyfjainntöku, innkaup og ferðir. Meirihlutinn þurfti því aðstoð í almennum athöfnum daglegs lífs. Um fimmtungur hafði farið daglega út úr húsi síðastliðna 30 daga en sami fjöldi fór aldrei út. Um tíundi hver skjólstaðingur telur sig geta bætt sjálfsþjörg sína varðandi ADL, IADL eða hreyfifærni. Umönnunaraðilar voru sama sinnis. Einungis 3,1% skjólstaðinga telur sig hafa góðar batahorfur. Tæpur helmingur allra var með daglega verki og þriðjungur með fleiri en níu lyf. Þeir sem njóta heimaþjónustu heilsugæsl-

unnar virðast oft þurfa á henni að halda í langan tíma þar sem meðaltími í þjónustu var 2,4 ár.

Skjólstaðingar heimaþjónustu heilsugæslunnar fá tæpar sjö klukkustundir á viku aðstoð við ADL og IADL frá sínum nánustu. Algengast er að börn og tengdabörn veiti þennan stuðning en síðan makar og aðrir ættingjar. Til viðbótar fá þeir annað eins af þjónustu frá formlegum umönnunaraðilum en algengast er að hún sé veitt af heimahjúkrun og heimilishjálpi. Mikill meirihluti skjólstaðinga telur ekki þörf á aukinni ADL eða IADL aðstoð frá ættingjum og vinum. Hins vegar var algengast að skjólstaðingar teldu sig þurfa aukinn tilfinningalegan stuðning, eða í fjórðungi tilvika. Það er svipaður fjöldi og lýsir einmanaleika.

Niðurstöður þessarar rannsóknar vekja ýmsar spurningar. Í fyrsta lagi virðist vera ákveðinn hópur einstaklinga sem nýtur heimaþjónustu heilsugæslunnar sem er það sjálfbjarga og fær að spyrja má hvort hann þurfi í raun á þjónustunni að halda. Í öðru lagi má spyrja hvort tíminn sem viðkomandi nýtur heimaþjónustu sé óeðlilega langur. Meðaltímalengd þjónustu er 2,4 ár og tæpur helmingur fær þjónustu í kjölfar sjúkrahússinnlagnar. Það er því umhugsunarvert hvort nægilega oft sé endurmetið hvort áframhaldandi þjónustu sé þörf. Í þriðja lagi er ákveðinn hópur einstaklinga sem er dapur, finnur fyrir einmanaleika og fer ekki út fyrir hússins dyr. Þessir einstaklingar eru ef til vill ekki að njóta bestu hugsanlegrar þjónustu. Sumir kynnu að vera betur settir á vist- eða hjúkrunarheimili. Sumum mætti ef til vill hjálpa með dagvistunarráðði. Í fjórða lagi vaknar spurning um hvort læknað komi nægilega að meðferð skjólstaðinga heimaþjónustu heilsugæslunnar þar sem verkir eru algengir, depurð áberandi og lyfjanotkun mikil.

Heimaþjónusta heilsugæslunnar mun aukast á komandi árum bæði hvað varðar magn og fjölbreytileika og má þar nefna nokkra líklega orsakapætti (10). Aldraðir verða með auknar byrðar langvinnra sjúkdóma, sjúklingar munu kjósa að búa lengur í heima-húsum, reynt verður að draga úr sjúkrahússinnlögnum og tæknin mun leyfa fleirum að búa heima.

Þá er nauðsynlegt að takmarka kostnað. Ein rannsókn sýndi að 72,3% aldraðra kysu að fá fremur þjónustu heima en á sjúkrahúsi ef þess væri kostur. Önnur rannsókn sýndi ekki fram á aukið álag af slíkri sérhæfðri sjúkrahústengdri heimaþjónustu. Mörgum spurningum um heimaþjónustu er ósvarað (11, 12). Sparar heimaþjónusta fjármagn? Bætir heimaþjónusta lífslíkur? Er hægt að forðast sjúkrahússinnlagnir? Bætir heimaþjónusta færni eða dregur úr líkum á færni-tapi? Á hvern hátt ættu læknað að koma að heimaþjónustu? Breytileiki í algengi heimaþjónustu eftir landssvæðum bendir til þess að ekki sé almenn samstaða um það hvernig heimaþjónustu sé best fyrir komið (13).

MDS-RAI HC mælitækið hefur mikla þýðingu og staðfest gildi í heimaþjónustunni (14). Mælitækið lýs-

ir ekki aðeins einstaklingnum, heldur gefur einnig vísbendingar um vandamál og gæði þjónustunnar. Þá má tengja niðurstöður matsins við fjármögnun þar sem mælitækið varpar ljósi á umönnunarþyngd. Besta meðferð þeirra sem eru aldraðir og lasburða byggir á heildstæðu mati. Þetta á ekki síst við í heimaþjónustu þar sem flókið net heilbrigðisstarfsmanna kemur að þjónustunni. Þetta skilar sérstaklega góðum árangri, þegar einn sérstakur heilbrigðisstarfsmaður hefur umsjón með meðferðinni (15).

Sýnt hefur verið fram á meðferðargildi þess að nýta MDS-RAI HC mælitækið í ítalskri rannsókn (16). Áhrifin voru metin á færni og sjúkrahússinnlagir. Matshópurinn var lagður sjaldnar á sjúkrahús en samanburðarhópurinn (RR = 0,49, 0,56 - 0,97) og ADL færni var betri í matshópnum (51,7±36,1 vs 46,3±33,7; P = ,05) en heildarkostnaður var 21% lægri en í samanburðarhópi. Sambærilegar niðurstöður fengust úr tveimur viðbótarrannsóknum með mælitækinu (17, 18).

Verkir reyndust algengir hjá þeim sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar í þessari rannsókn. Þetta hefur einnig sést erlendis (19). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur flokkað verkjalyf eftir styrkleika. Skoðun á 3046 einstaklingum, 65 ára og eldri á Ítalíu, sýndi að 44% voru með verki daglega. Af þeim sem voru með daglega verki fengu 25% fyrsta stigs WHO lyf; 6% annars stigs WHO lyf og 3% þriðja stigs WHO lyf (til dæmis morfín). Sjúklingar 85 ára og eldri, svo og þeir sem voru með vitræna skerðingu, voru ólíklegri til þess að fá verkjalyf. Hér sem á Ítalíu er full þörf á að skoða verki aldraðra í heimahúsum nánar. Auk lyfja til inntöku má leiða hugann að meðferð sem beinist að staðbundnum verkjum þegar þeir eru til staðar, svo sem sterainnspýtingum, rafstraumsmeðferð, hita, bylgjum og í sumum tilvikum liðskiptiaðgerðum.

Vitræn skerðing var hjá þriðjungi skjólstaðinga í okkar rannsókn. Þeir sem hafa vitræna skerðingu hafa gjarnan annan prófil en þeir sem eru án slíkrar skerðingar (20). Sýnt var fram á að um helmingur þeirra sem hafði vitræna skerðingu hafði einnig færni-skærðingu og dánartíðni þeirra var hærri. Þeir sem höfðu vitræna skerðingu voru hins vegar með færri meðvirka sjúkdóma og tóku færri lyf en þeir sem voru skýrir.

Lyfjanotkun var mikil meðal skjólstaðinga heimaþjónustu heilsugæslunnar. Hún stendur vissulega í sambandi við það að um lasburða og fjölveika skjólstaðinga er að ræða. Fjöldi lyfja segir þó ekki alla söguna, þó að fjöldinn sem slíkur vekir spurningar. Skammtastærðir, nákvæmar tegundir lyfja sem notaðar eru og tímalengd meðferðar og eftirlit ráða úrslitum um það hvort mikil lyfjanotkunin telst af hinu góða eða hvort hana megi endurbæta með eftirliti.

Vitjanir heilsugæslulækna til aldraðra skjólstaðinga í heimaþjónustu heilsugæslunnar eru fátíðar nú

til dags (21). Vitjunum á Englandi og Wales hefur fækkað þó að enn séu þær reglulegur liður í starfi lækna þar (22). Bandarísk rannsókn dró fram viðhorf lækna til vitjana og sýndi að vilji til vitjana tengdist fyrri þjálfun og því hvort vitjanirnar voru gefandi fyrir lækinn (23). Það er ýmislegt sem mælir með því að lækna fari í vitjanir (24); það er þægilegt fyrir lasburða sjúklinga að fá lækinn til sín og það getur bætt samband læknis og sjúklings. Mikilvægt er fyrir lækinn að sjá sjúklinginn í sínu eigin umhverfi og setja heilsufarið í viðtækara félagslegt samhengi. Með vitjunum tekur lækinn viðtækari þátt í þeirri teymisvinnu margra heilbrigðisstétta sem heimaþjónustan er. Þessi rannsókn sem sýnir að stór hluti skjólstaðinga hefur verki, depurðareinkenni og ýmis önnur einkenni ætti að verða heilsugæslulæknum hvatning til að fjölga vitjunum til aldraðra sjúklinga í heimaþjónustu heilsugæslunnar.

Bent hefur verið á að móðurtæki MDS-RAI HC fyrir hjúkrunarheimili hafi orðið til þess að bæta gæði þjónustunnar með notkun gæðavísa (25). Vænta má þess sama af heimaþjónustutækinu og víst er að ekki nægir að þjónustan sé aðeins örugg og skaði ekki. Hún verður að bæta lífsgæði sjúklingsins. Það er keppikefli höfunda MDS-RAI mælitækjanna að skapa heildstætt kerfi þar sem upplýsinga er aflað á samræmdan hátt og þær upplýsingar geti síðan ferðast með einstaklingum milli þjónustustiga (26).

MDS-RAI HC mælitækið er gagnagrunnur fyrir reglubundið eftirlit í heimahúsum sem greinir fjölda viðfangsefna (27). Nokkur fjöldi vel gerðra rannsókna hefur sýnt fram á gildi forvarnaheimsókna til aldraðra (28-30). Enn einn ávinningur mælitækisins er að greina sérstaklega þá sem nyttu helst góðs af slíkum forvarnarheimsóknum.

Höfundar telja að ofangreindar rannsóknarniðurstöður styðji nokkrar ábendingar til þeirra sem vinna að gæðapróun heimaþjónustu heilsugæslunnar. Í fyrsta lagi getur stöðluð upplýsingaöflun með mælitæki eins og MDS-RAI HC bætt þjónustu við aldraða skjólstaðinga heilsugæslunnar. Með mælitækinu má skilgreina gæðavísa sem hægt er að fylgja eftir reglulega. Því væri vert að skoða gaumgæfilega innleiðslu slíks mælitækis í daglegt klínískt starf. Í öðru lagi þurfa ýmis einkenni, til dæmis andleg, svo sem depurð, og líkamleg, svo sem verkir, nánari athygli lækna í heimaþjónustuteyminu. Reglulegar vitjanir lækna til aldraðra í heimaþjónustu heilsugæslunnar, svo sem á þriggja mánaða fresti eða oftar ef þörf krefur, gæti bætt líðan þessa fólks. Í þriðja lagi er mikilvægt að skoða með hvaða hætti megi rjúfa einangrun, draga úr einmanakennd og auka útiveru þeirra sem lítið eða ekkert fara út fyrir hússins dyr. Þetta er nauðsynlegt til þess að hugmyndin um það að styðja beri eldra fólk til þess að búa á eigin heimili sem lengst vinni ekki gegn lífsgæðum þessara einstaklinga.

Orðskýringar

MDS-RAI HC: Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care. Raunverulegar aðstæður íbúa í heimaþjónustu, mælitæki til að meta aldraða er njóta heimaþjónustu.

ADL: Activities of Daily Living. Athafnir daglegs lífs. Hugtak sem lýsir færni í frumathöfnum daglegs lífs, svo sem að klæðast, matast og ganga.

IADL: Instrumental Activities of Daily Living. Almennar athafnir daglegs lífs, svo sem að þrifa, annast matargerð, sjá um fjármál og ferðast utanhúss.

Þakkir

Eftirtaldir stofnanir og aðilar sem komu að rannsókn þessari og taldir eru upp hér að neðan fá sérstakar þakkir: Heilsugæslustöðin Fossvogi, heilsugæslustöð Hlíðasvæðis, heilsugæslustöð Miðbæjar og heilsugæslustöðin á Seltjarnarnesi. Þeir einstaklingar sem þátt tóku í rannsókn þessari og aðstandendur þeirra fá einnig sérstakar þakkir.

Hjúkrunarfræðingar sem tóku þátt í rannsókninni: Heilsugæslustöðin á Seltjarnarnesi: Anna Dagný Smith, Elsa Mogensen, Erla Kristbjörg Sigurgeirsdóttir, Guðbjörg Pálsdóttir, Guðrún Einarsdóttir, Kristín Gunnarsdóttir, Ragnheiður Gunnarsdóttir Bachman, Sólveig Þórhallsdóttir. Heilsugæslustöð Hlíðasvæðis: Guðríður Anna Eyjólfssdóttir, Margrét Pétursdóttir, Rakel Þórisdóttir, Sólveig Ólafsdóttir. Heilsugæslustöð Miðbæjar: Brynja Guðjónsdóttir, Elín Birna Hjörleifsdóttir, Guðbjörg Ögmundsdóttir, Kristbjörg Þórðardóttir, Magdalena Búadóttir, Ragna Ragnars, Sigríður Gottskálksdóttir, Sigurveig Alfreðsdóttir. Heilsugæslustöðin Fossvogi: Auður Þorvarðardóttir, Guðbjörg Guðbergsdóttir, Ingrid Svenson, Ólöf Guðmundsdóttir.

Heimildir

- Lög um málefni aldraðra, 125/1999, 31. desember.
- Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1017-24.
- Carpenter GI, Morris J, Ikegami N, Hirdes JP, Topinkova E. Standardised assessment for community care – field testing of the RAI-HC. *Age Ageing* 1997; 26: 23.
- Morris JN, Fries BE, Barnebei R, Steel K, Kikegami N, Carpenter I, et al. RAI Home Care (RAI HC) Assessment Manual; Primer on Use of the Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC) and the Client Assessment Protocols (CAPs). Hebrew Rehabilitation Center for Aged, Boston, MA, 1996.
- Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist* 1990; 30: 293-307.
- Jónsson PV, Jensdóttir AB, Guðmundsdóttir H, Pálsson H, Hjaltadóttir I, Harðarson Ó, et al. Mat á heilsufari og hjúkrunarþörf á elli- og hjúkrunarheimilum: RAI mælitækið, þróun þess og sýnishorn af íslenskum niðurstöðum. *Læknaðlaðið* 1997; 83: 640-7.
- Jensdóttir AB, Guðmundsdóttir H, Pálsson H, Hjaltadóttir I, Jónsson PV, Sigurgeirsdóttir S. Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþarfir aldraðra á elli- og hjúkrunarheimilum. Aðferðafræði mælinga á raunverulegum aðbúnaði íbúa, RAI. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 1998; 74: 209-12.

- Jensdóttir AB, Friðbjörnsdóttir F, Guðmundsdóttir H, Pálsson H, Hjaltadóttir I, Haraldsdóttir M, et al (höf. í stafrófsröð). Heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar. Rannsókn framkvæmd af RAI-stýrihópi 1997-1998 með þátttöku fjögurra heilsugæslustöðva á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1999.
- Heimasíða heilbrigðisráðuneytisins www.stjr.is/heilbrigðis-ráðuneyti/úttefni/málefni/aldraðra
- Steel K, Leff B, Vaitovas B. A home care annotated bibliography. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 898-909.
- Burton LC, Leff B, Harper M, Ghoshtagore I, Steinwachs DA, Greenough WB 3rd, et al. Acceptability to patients of a home hospital. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 605-9.
- Gunnell D, Coast J, Richards SH, Peters TJ, Pounsford JC, Darlow MA. How great a burden does early discharge to a hospital-at-home cause on carers? A randomized controlled trial. *Age Ageing* 2000; 29: 137-42.
- Campion EW. New Hope for Home Care? *N Engl J Med* 1995; 333: 1213-4.
- Blazer D. Home health care: House calls revised. *Am J Public Health* 1988; 78: 238-9.
- Welch HG, Wennberg DE, Welch WP. The use of Medicare home health care services. *N Engl J Med* 1996; 335: 324-9.
- Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, Gambassi G, et al. SILVERNET-HC Study Group of Bergamo. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000; 38: 1184-90.
- Landi F, Lattanzio F, Gambassi G, Zuccala G, Sgadari A, Panfilo M, et al. A model for integrated home care of frail older patients: the Silver Network project. SILVERNET-HC Study Group. *Aging (Milano)* 1999; 11: 262-72.
- Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, et al. Silvernet-HC Study Group of Bergamo. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1288-93.
- Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1430-4.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-51.
- Landi F, Onder G, Cesari M, Gambassi G, Steel K, Russo A, et al. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2721-4.
- Landi F, Onder G, Cattel C, Gambassi G, Lattanzio F, Cesari M, et al. Silvernet-HC Study Group. Functional status and clinical correlates in cognitively impaired community-living older people. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001; 14: 21-7.
- Campion EW. Can house calls survive? *N Engl J Med* 1997; 337: 1840-1.
- Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 207-10.
- Boling PA. Physicians in home care: past, present, & future. *Caring* 1998; 17: 10-2.
- Burton JR. The house call: An important service for the frail elderly. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 291-3.
- Kane RL. Improving the quality of long-term care. *JAMA* 1995; 273: 1376-80.
- Hirdes JP, Fries BE, Morris J, Steel K, Mor V, Frijters DH, et al. Integrated health information system based on the RAI/MDS series of instruments. *Health Manage Forum* 1999; 12: 30-40.
- Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, Yuhus KE, Bula CJ, Madison R, et al. The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1044-50.
- Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home preventive assessment program for independent older adults: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 630-8.
- Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three year randomised controlled trial. *BMJ* 1984; 289: 1522-4.
- Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold M, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995; 333: 1184-9.