

Steinunn Birna Svavarsdóttir, Heilbrigðisstofnun Suðurlands
Árún K. Sigurðardóttir, heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri
Sólveig Ása Árnadóttir, námsbraut í sjúkrabjálfun við Háskóla Íslands

HEILSUEFLANDI HEIMSÓKNIR TIL 80 ÁRA EINSTAKLINGA

ÚTDRÁTTUR

Stjórnvöld horfa í vaxandi mæli til heilsueflandi heimsókna til að ýta undir heilbrigða öldrun og viðhalda sjálfstæði aldraðra á eigin heimili. Lítið hefur þó borið á rannsóknum á þessari þjónustu. Markmið verkefnisins var að rannsaka einkenni og afdrif tveggja hópa aldraðra einstaklinga sem ýmist þáðu eða afþökkuðu heilsueflandi heimsókn.

Aðferðin var megindleg samanburðarferil-rannsókn á fyrirliggjandi gögnum í Sögukerfinu. Gögnin byggðust á upplýsingum um 148 áttæða einstaklinga sem fengu boð um eina heilsueflandi heimsókn frá heilsugæslustöðinni á Selfossi á árunum 2005-2010.

Alls þáðu 100 (68%) heilsueflandi heimsókn (51 karl og 49 konur) en 48 (32%) afþökkuðu (17 karlar og 31 kona). Marktæk tengsl voru á milli þess að hafa þegið heilsueflandi heimsókn og að vera á lífi einu ($p = 0,014$) og tveimur ($p = 0,006$) árum eftir heimsóknina. Marktækur munur reyndist á svefnlyfjanotkun þeirra sem þáðu eða afþökkuðu heimsókn ($p = 0,011$). Þeir sem þáðu heimsókn notuðu frekar svefnlyf (44%) en þeir sem afþökkuðu (21%). Meðal þeirra sem þáðu heilsueflandi heimsókn kom í ljós að rúmlega helmingur hópsins stundaði enga reglulega hreyfingu og 71% var yfir kjörþyngd. Gagnagöt (*missing data*) í gagnagrunni takmörkuðu möguleika á úrvinnslu.

Til að hægt sé að meta árangur heilsueflandi heimsókna er brýnt að bæta skráningu og efla notkun staðlaðra matskvarða. Æskilegt er að samræma heilsueflandi heimsóknir á landsvísi þannig að safna megi gögnum og nýta til að meta langtímaárangur fyrir stærri hópa eldra fólks.

Lýkilorð: Aldraðir, heilsueflandi heimsóknir, heilsuefling, forvarnir.

ENGLISH SUMMARY

Svavarsdottir, S.B., Sigurdardottir, A.K. and Arnadottir, S.A.
The Icelandic Journal of Nursing (2015), 91 (5), 1-11

HEALTH PROMOTING VISITS TO 80 YEARS OLD INDIVIDUALS

Health authorities are increasingly looking into health promoting visits as a way to foster healthy aging and enable older adults to maintain independence in their own homes. Research, however, is limited in this area. The objective of this study was to examine the characteristics and the survival rates of two groups of older individuals who either accepted or refused a health promoting visit.

A quantitative, comparative cohort design was used to analyze available data in the health registry Saga. The data were based on information about 148 individuals, 80 years of age, who were invited by the primary health care center in Selfoss to receive one health promoting visit during the years 2005-2010.

A total of 100 (68%) accepted the health visit (51 men and 49 women) and 48 (32%) rejected it (17 men and 31 women). There was a significant association between having received a visit and being alive one ($p = 0,014$) or two ($p = 0,006$) years after the visit. At the start of the study period there was a significant difference of sleeping pill usage between the groups ($p = 0,011$). Those who accepted visits were more likely to use sleeping pills (44%) than those who rejected the visits (21%). Among the factors that characterized the group that accepted the health promoting visit were that more than half of the group did not report regular physical activity and 71% were overweight or obese. Missing data in the health registry limited data analyses.

Improved documentation and use of standardized assessment methods are essential to monitor the effects of health promoting visits. Coordinating health visits for the whole nation would open up possibilities to collect longitudinal data on the visits in a larger group of older adults.

Keywords: Older adult, preventive home visits, health promotion, prevention.

INNGANGUR

Eldri borgurum á Íslandi fjölga hratt, eins og annars staðar í heiminum, og flestir vilja búa á heimilum sínum sem lengst (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Með hækkandi aldri aukast hins vegar líkurnar á farniskerðingu sem getur leitt til þess að eldra fólk hætti að geta spjarað sig sjálft heima og að ævilok verði fyrr en ætlað var (Guralnik og Ferrucci, 2002). Jafnframt má gera ráð fyrir að þegar öldruðum, sem búa einir, fjölga þá muni þeir njóta minni óformlegs stuðnings frá aðstandendum en áður (Hlíf Guðmundsdóttir o.fl., 2004) og þurfa á formlegri öldrunarþjónustu að halda.

Það er verðugt verkefni að byggja upp öldrunarþjónustu í heimahúsum sem uppfyllir óskir eldri borgara um lífsgæði og mannréttindi á hagkvæman hátt. Víðast hvar eru menn sammála um að það verði ekki gert nema með úrræðum þar sem áhersla er lögð á að efla heilsu og vellíðan eldri borgara og koma í veg fyrir eða seinka farniskerðingu í þeirra hópi (Christensen o.fl., 2009). Dæmi um slíkt úrræði eru svokallaðar heilsueflandi heimsóknir sem eiga að hvetja og styrkja aldraðan einstakling til að viðhalda eigin heilbrigði, færni og sjálfstæði sem lengst (Fagerström o.fl., 2008; Vass o.fl., 2007). Markmið heimsóknanna er einnig að stuðla að öryggiskennd og vellíðan eldri borgara á eigin heimili og veita upplýsingar og einstaklingshæfða ráðgjöf um félagsstarf og aðra þjónustu sem er í boði (Fagerström o.fl., 2008; Vass o.fl., 2007).

Hugmyndin um heilsueflandi heimsóknir barst til Íslands frá Danmörku. Þar hafa þær verið bundnar í lög frá árinu 1995 þannig að fólk í sjálfstæðri búsetu á rétt á tveimur heilsueflandi heimsóknum á ári eftir að 75 ára aldri er náð (Vass o.fl., 2007). Á Íslandi var heilsugæslustöðin á Akureyri fyrst til að bjóða slíkar heimsóknir, árið 2000, og laga danskar hugmyndir og vinnuferli að íslenskum aðstæðum (Inga Dagný Eydal og Kristín Sigursveinsdóttir, 2001).

Þróun heilsueflandi heimsókna hérlandis byggðist á öflugu grasrótar- og frumkvöðlastarfi en stjórnvöld hafa um árabil horft til þessa úrræðis og ýtt undir það í orði. Í skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins frá árinu 2003 um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015 var lögð veruleg áhersla á forvarnir, heilsueflingu og það að viðhalda sjálfstæði aldraðra á eigin heimili sem lengst. Þar var hvatt til heilsueflandi heimsókna og bent á að heilsugæslan væri hentugur vettvangur fyrir þær. Árið 2012 var samþykkt þingsályktunartillaga þar sem velferðarráðherra var falið, í samvinnu við Samband íslenskra sveitarfélaga, að koma á reglulegum árlegum heimsóknum í forvarnaskyni sem stæðu öllum sem eru 75 ára og eldri til boða (Þingskjal nr. 816/21/2011-2012). Aldraðir Íslendingar hafa lýst góðri reynslu af heimsóknunum og því hvernig þær stuðli að öryggi þeirra og vellíðan í

heimahúsum (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Ef boð um heimsókn á að höfða til sem flestra í aldurshópnum skiptir miklu máli að vanda alla vinnu í kringum það. Í Danmörku þiggja um 60% fólks heimsókn (Vass o.fl., 2007) og virðast fleiri þiggja heimsóknina ef þeir fá kynningarbréf með ákveðinni tímasetningu (Ekmann o.fl., 2010; Yamada o.fl., 2012). Einstaklingar með sterka fjárhagslega stöðu samþykkja frekar heimsókn en þeir sem standa verr (Yamada o.fl., 2012) og konur frekar en karlar (Ekmann o.fl., 2010). Athyglisverð rannsóknarniðurstaða er að karlar þiggja heimsókn af því að þeir halda að hún geti hjálpað þeim til betri heilsu en konur þiggja hana af skynsemi eða í forvarnaskyni (Avlund, o.fl. 2008). Í Hollandi (Kempen o.fl., 2012) og Noregi (Tøien o.fl., 2014) meta eldri borgarar heilsueflandi heimsóknir mikils. Í heimsóknunum vilja þeir ræða það sem þeim liggur á hjarta hverju sinni og helst um félagslegan bakgrunn sinn og vellíðan. Því þykja heimsóknirnar hentugar til að koma á góðu sambandi milli aldraðra og heilbrigðisstarfsfólks.

Árangur heilsueflandi heimsókna er gjarnan metinn í færni, hve lengi fólk nær að búa heima og lífshorfum. Samanburður á árangri hefur reynst erfiður því útfærsla heimsóknanna er ólík hvað varðar fjölda heimsókna, innihald og eftirfylgni. Því kemur ekki á óvart að slembaðar íhlutunarrannsóknir á árangri heimsóknanna hafa sýnt mismunandi niðurstöður (Mayo-Wilson, 2014). Árangurinn virðist byggjast á hve oft og reglulega er farið í heilsueflandi heimsókn (Monteserin o.fl., 2010; Sahlen o.fl., 2006), menntun heimsóknaraðila og aldri þiggjanda (Vass o.fl., 2005). Í rannsókn Sahlen o.fl. (2006) lækkaði dánartíðni íhlutunarhóps (n=196) miðað við samanburðarhópinn (n=346) í þau tvö ár sem heimsóknir áttu sér stað (ein heimsókn á ári), en eftir að heimsóknir hættu var ekki munur á hópunum. Það að dánartíðni íhlutunar- (n=2104) og samanburðarhópa (n=1956) var mismunandi á heimsóknartíma var staðfest í rannsókn Vass o.fl. (2002, 2007) en þar voru þrjár heilsueflandi heimsóknir veittar í þrjú ár. Verulegur munur kom einnig fram á líðan og heilsufari þeirra 75 og 80 ára einstaklinga, sem voru heimsóttir, og samanburðarhóps, einu og hálfu og þrem árum eftir að heimsóknir hófust. Þeir sem fengu heimsókn lágu 24% færri daga á sjúkrahúsi, höfðu 31% færri innlagnir á hjúkrunarheimili og fengu 50% færri heimsóknir vaktlækna. Hollensk rannsókn Bouman o.fl. (2008), þar sem hópur veikburða 70-84 ára einstaklinga var rannsakaður, sýndi hins vegar engan mun varðandi dánartíðni, flutning á hjúkrunarheimili eða ADL-færni eftir því hvort einstaklingurinn fékk heimsókn eða ekki.

Á Íslandi þarf að efla þekkingu á fyrirkomulagi heilsueflandi heimsókna og árangri þeirra. Tilgangur þessarar rannsóknar var að greina hvað þarf til að boð um heilsueflandi heimsókn höfði til sem flestra og hvað heimsóknirnar geri fyrir heilsu, færni og lífslíkur eldri borgara. Rannsóknarspurningarnar voru þrjár: (1) Hvaða

persónu- eða heilsuþættir greina að eldri borgara sem þiggja heilsuefandi heimsókn og þá sem afþakka hana? (2) Er munur á afdrifum þeirra sem þiggja heilsuefandi heimsókn og þeirra sem afþakka? (3) Hvaða upplýsingum er safnað kerfisbundið í heilsuefandi heimsóknum, sem geta nýst til að gefa mynd af heilsu eldri borgara og greina þörf þeirra fyrir heilsuefningu?

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknarsniðið var meginlegt og samanburðarferilrannsókn notuð til að rýna í fyrirbyggjandi gögn í Sögukerfinu. Gögnin byggðust á upplýsingum um 148 áttæða einstaklinga sem fengu boð um eina heilsuefandi heimsókn frá heilsugæslustöðinni á Selfossi á árunum 2005-2010.

Rannsóknarsvæðið og heilsuefandi heimsóknir

Rannsóknarsvæðið var afmarkað við starfssvæði heilsugæslunnar á Selfossi sem nær yfir Árborgarsvæðið, Flóahrepp og Grímsnes- og Grafningshrepp. Þar hefur 80 ára einstaklingum, sem búa heima og fá ekki heimahjúkrun, verið boðin ein heilsuefandi heimsókn frá árinu 2005. Fyrirkomulag heimsóknanna hefur frá upphafi verið með fastákveðnu móti og markmið þeirra að viðhalda heilbrigði og sjálfstæði eldri borgara, auka öryggiskennd og veita ráðgjöf og upplýsingar um þjónustu (Heilbrigðisstofnun Suðurlands, e.d.).

Þegar íbúar á svæðinu verða 80 ára fá þeir boð símleiðis um heimsókn frá hjúkrunarfræðingi. Hver heimsókn tekur 60-90 mínútur og í henni er farið yfir skilgreinda þætti sem snúa að ævi hins aldraða, óformlegum stuðningi, athöfnum daglegs lífs, lífsstíl, lífsgæðum og heilsu. Áhersla er lögð á öryggisatriði heima fyrir, rætt um byltur og byltuvarnir og metin þörf fyrir hjálpartæki frá Sjúkratryggingum Íslands. Spurt er um heilsufar og lækniheimsóknir. Farið er yfir lyf og sérstaklega hugað að fjölyfjanotkun (fimm eða fleiri lyf) sem er óheppileg en algeng hjá eldra fólki (Árún K. Sigurðardóttir o.fl., 2011). Spurt er um hæð og þyngd og þær tölur notaðar til að reikna út líkamsþyngdarstuðul (*body mass index, BMI*) (Sigríður Lára Guðmundsdóttir o.fl., 2004). Mælt er með að heimsóknaraðilinn leggi fyrir tvö stöðluð matstæki. Annar vegar er Morse-byltumatið notað til að segja fyrir um hættu á falli (Eygló Ingadóttir, 2006) og hins vegar MMSE-minnisprófið (Mini-Mental State Examination) til að meta vitræna getu (Folstein o.fl., 1975). Í heilsuefandi heimsóknum er miðað að því að veita upplýsingar um þjónustuna sem er í boði í sveitarfélaginu, eins og dagdvöl, heimilishjálp, heimahjúkrun og félagsstarf aldraðra. Ef þörf er á er einstaklingum vísað til heimilislæknis.

Lýsing á úrtaki

Í úrtakinu (N=148) voru allir eldri borgarar á rannsóknarsvæðinu sem fengu boð um heilsuefandi heimsókn á árunum 2005 til 2010. Þátttakendur voru úr sex árgöngum, fæddir á árunum 1925-1930. Útilokaðir frá þátttöku voru þeir sem fluttir voru á hjúkrunarheimili (N=9) og þeir sem báðu heimahjúkrun (N=11) á þeim tíma.

Gagnaöflun

Gagnaöflun fyrir rannsóknina fór fram í gagnagrunni Sögukerfis Heilbrigðisstofnunar Suðurlands. Sögukerfið heldur utan um sjúkraskrá og heilsufarssögu einstaklinga og hægt er að nálgast þar upplýsingar úr þjóðskrá. Gagnaöflunin hófst á því að leita upplýsinga úr þjóðskrá um þá sem náðu 80 ára aldri á rannsóknartímabilinu (2005-2010) og bjuggu á rannsóknarsvæðinu. Allir einstaklingarnir voru skráðir í Excel-gagnagrunn og þeim gefið rannsóknarnúmer. Því næst var farið kerfisbundið í gegnum gagnagrunn Sögu-kerfisins til að greina: (1) hverjir uppfylltu skilyrði til þátttöku í rannsókninni, (2) hvernig grunnupplýsingar væru til um alla þátttakendur frá árinu sem þeir urðu 80 ára og fengu boð um heilsuefandi heimsókn og (3) hvernig viðbótarupplýsingar voru skráðar um þá sem höfðu fengið heilsuefandi heimsókn. Þessar greiningar voru forsenda fyrir því hvaða breytur voru valdar fyrir rannsóknina og hvernig þær voru skilgreindar. Breyturnar voru síðan settar upp í gagnagrunn rannsóknarinnar og gildi þeirra skráð við rannsóknarnúmer hvers þátttakanda.

Rannsóknarbreytur

Breytur sem lýsa persónu- og heilsuþáttum voru skráðar um alla þátttakendur: upplýsingar um hvort viðkomandi þáði eða hafnaði boði um heilsuefandi heimsókn, kyn, búseta (dreifbýli, þéttbýli), sambúðarform (býr einn, býr með öðrum), svefnlyfjanotkun og fjöldi lyfseðilsskyldra lyfja (2 lyf eða færri, 3-4 lyf, 5-9 lyf, 10 eða fleiri lyf).

Tvær breytur nýttust til að lýsa afdrifum allra þátttakenda í að lágmarki tvö ár eftir að þeim var boðin heilsuefandi heimsókn: lifun (líflíkur) og flutningur á hjúkrunarheimili. Farið var í sjúkraskrá og staðan skoðuð á árs fresti frá því að heilsuefandi heimsókn var í boði og allt til 31. desember 2012. Fyrir þá sem voru fæddir 1925 og fengu boð um heilsuefandi heimsókn árið 2005 var hægt að rekja sjö ára sögu um afdrif. Sagan stýttist smám saman eftir árgöngum og náði einungis tveimur árum hjá þeim sem voru fæddir árið 1930 og fengu boð um heimsókn árið 2010.

Hjá hópnum sem þáði og fékk heilsuefandi heimsókn lágu fyrir viðbótarupplýsingar um eftirfarandi heilsutengda þætti: hjálpartækjanotkun frá Sjúkratryggingum Íslands (engin hjálpartæki, göngu- og baðhjálparkæki, bleyjur), sjúkdómsgreiningar, hreyfingur (ekki regluleg

hreyfing, hreyfing 1-3 sinnum í viku, dagleg hreyfing), reykingar og líkamsþyngdarstuðul (kjörþyngd, ofþyngd, offita).

Siðfræði

Leyfi fékkst fyrir rannsókninni frá Vísindasiðanefnd Sjúkrahússins á Akureyri (leyfi nr. 2/2013) og frá Persónuvernd (tilvísunarnúmer 2013020247HGK/).

Tölfræðileg úrvinnsla

Töflureiknirinn Excel og tölfræðiforritið SPSS (útgáfa 20) voru notuð við skráningu og úrvinnslu gagna. Niðurstöður töldust marktækar ef p -gildi var $<0,05$. Tíðnitölur og hlutföll (%) voru notuð til að lýsa þátttakendum og kíkvaðratpróf við þversniðssamanburð á persónu- og heilsuþáttum hjá þeim sem þáðu og afþökkuðu heilsueflandi heimsókn. Við samanburð á körlum og konum í hópi þeirra sem fengu heilsueflandi heimsóknir fór væntitíðni (*expected frequency*) niður fyrir fimm í nokkrum liðum og því þurfti að nota Fishers-próf (Fishers exact test) í stað kíkvaðratsprófs.

Við langsniðssamanburð á þeim sem þáðu og höfnuðu heilsueflandi heimsókn var notað kíkvaðratpróf og lifunargreining (*survival-analysis*). Kíkvaðrat-prófi var beitt til að bera saman afdrif þátttakenda einu og

tveimur árum eftir boð um heimsókn (lifun og flutningur á hjúkrunarheimili). Lifunargreining (*survival-analysis*) samkvæmt aðferð Kaplan-Meier var notuð til að bera saman lífslíkur hópanna með lifunarföllum og *log rank*-prófi til að meta hvort munurinn á hópunum er marktækur. Í þeim greiningum voru notuð gögn sem spönnuðu mislangan tíma eftir aldurshópum eins og lýst er í kaflanum um rannsóknarbreytur. Því koma fram skertar (*censored*) tímamælingar við lifunarföllin sem byrjuðu við ár númer tvö (þeir sem fengu boð árið 2010) og enduðu á síðasta og sjöunda árinu (þeir sem fengu boð árið 2005).

NIÐURSTÖÐUR

Hvaða persónu- eða heilsuþættir aðgreina eldri borgara sem þiggja heilsueflandi heimsókn og þá sem afþakka hana?

Tafla 1 lýsir þáttum sem einkenndu einstaklingana á þeim tíma sem þeim var boðin heilsueflandi heimsókn. Þar sést að karlar voru í meirihluta (55%), flestir bjuggu í þéttbýli (94%), 37% bjuggu einir, 37% notuðu svefnlyf og 43% notuðu 5-9 lyfseðilsskyld lyf.

Tafla 1. Persónu- og heilsuþættir sem einkenndu þátttakendur árið sem þeir urðu áttæðir og fengu boð um heilsueflandi heimsókn.

Persónu- og heilsuþættir	Alls N = 148	Fengu heimsókn n = 100	Afþökkuðu heimsókn n = 48	p -gildi*
Kyn	148			
Kona	66 (45%)	51	31	0,120
Karl	82 (55%)	49	17	
Búseta	148			
Þéttbýli	139 (94%)	95	44	0,427
Dreifbýli	9 (6%)	5	4	
Býr ein(n)	139			
Nei	86 (63%)	63	23	0,607
Já	51 (37%)	35	16	
Notar svefnlyf	142			
Nei	89(63%)	56	33	0,011
Já	53 (37%)	44	9	
Fjöldi lyfseðilsskyldra lyfja	142			
2 lyf eða færri	24 (17%)	16	8	0,925
3-4 lyf	49 (34%)	34	15	
5-9 lyf	61 (43%)	44	17	
10 eða fleiri lyf	8 (6%)	5	3	

*Marktektarmörk voru miðuð við $p < 0,05$

Alls þáðu 100 einstaklingar heilsueflandi heimsókn en 48 afþökkuðu og tafla 1 sýnir samanburð á þessum tveimur hópum. Eini marktæki munurinn á hópnum tengdist notkun svefnlyfja, $\chi^2(1, N = 142) = 6,442, p = 0,011$. Af þeim sem notuð svefnlyf þáðu 83% (44 af 53) heimsókn en einungis 63% (56 af 89) af þeim sem notuðu ekki svefnlyf. Í hópi karla þáðu 49 af 82 tilboðið og 51 af 66 konum, og sýndi það ekki mun milli kynja ($p = 0,12$).

Afdrif þeirra sem þáðu eða afþökkuðu heilsueflandi heimsókn

Tafla 2 sýnir afdrif þeirra sem þáðu og afþökkuðu heilsueflandi heimsókn, einu og tveimur árum eftir

boðið. Meiri líkur voru á að þeir sem fengu heilsueflandi heimsókn væru á lífi ári síðar $\chi^2(1, N = 148) = 7,394, p = 0,014$, og einnig tveimur árum eftir heimsóknina $\chi^2(1, N = 148) = 7,394, p = 0,006$, miðað við þá sem höfnuðu heimsókn. Ekki reyndist raunhæft að tengja heilsueflandi heimsókn við flutning á hjúkrunarheimili, einu eða tveimur árum eftir boð um heimsókn, þar sem einungis 6 af 148 þátttakendum (4%) reyndu slíkt svo skömmu eftir áttætt (tafla 2). Á því sjö ára tímabili, sem gögnin náðu yfir, fluttu hins vegar 20 einstaklingar (13,5%) inn á hjúkrunarheimili og ekki var marktækur munur á þeim sem þáðu og þeim sem afþökkuðu heimsókn, $\chi^2(1, N = 143) = 0,195, p = 0,658$.

Tafla 2. Samanburður á afdrifum þeirra sem fengu og afþökkuðu heilsueflandi heimsókn, einu og tveimur árum síðar.

Afdrif eftir boð um heimsókn	Fengu heimsókn n = 100	Afþökkuðu heimsókn n = 48	p-gildi*
Á lífi einu ári síðar			0,014
Já	99	43	
Nei	1	5	
Á lífi tveimur árum síðar			0,006
Já	98	41	
Nei	2	7	
Flutningur á hjúkrunarheimili einu ári síðar			1,0
Nei	97	44	
Já	2	0	
Flutningur á hjúkrunarheimili tveimur árum síðar			1,0
Nei	95	39	
Já	2	2	

*Marktektarmörk voru miðuð við $p < 0,05$.

Í lifunargreiningu Kaplan-Meier voru notuð gögn frá allt að sjö árum (2005-2012). Á því tímabili létust 28 þátttakendur (19%). Eftirfylgdartími spannaði 2 til 7 ár og var meðaltalið 3,9 ár. Á mynd 1 sjást niðurstöður lifunargreiningarinnar þar sem hópurnir, sem fékk heilsueflandi heimsókn, hafði tilhneigingu til að lifa lengur. Þrátt fyrir að mat á lífslíkum, samkvæmt lifunargreiningu Kaplan-Meier, væri hærra hjá þeim sem fengu heimsókn þá skarast öryggisbilin og munurinn reyndist því ekki marktækur samkvæmt log rank-prófi ($p=0,094$).

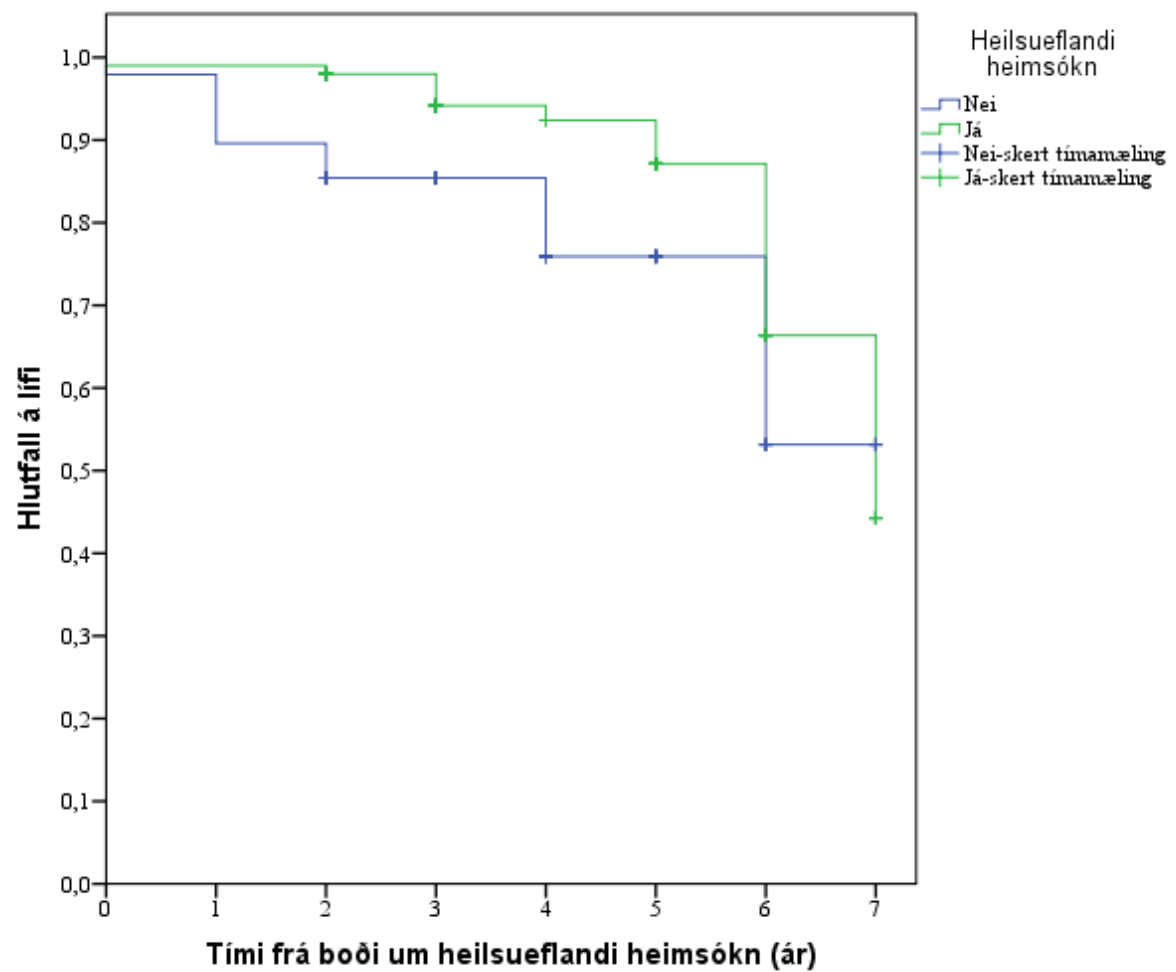
Hvaða upplýsingum er safnað, á kerfisbundinn hátt, í heilsueflandi heimsóknum sem geta nýst til að gefa mynd af heilsu eldri borgara og greina þörf þeirra fyrir heilsuefningu?

Af þeim 100 þátttakendum, sem þáðu heilsueflandi heimsókn, voru 51% karlmenn, 95% bjuggu í þéttbýli og 35% bjuggu einir. Breyturnar í töflu 3 byggjast á upplýsingum sem safnað var á kerfisbundinn hátt í heilsueflandi heimsóknunum. Af þeim sem fengu heimsókn notuðu 44% svefnlyf, algengast (44%) var að þeir væru á 5-9 lyfjum, 68% notuðu engin hjálpartæki og hjartasjúkdómar voru algengasta sjúkdómsgreiningin (35%). Þótt rúmlega helmingur (52%) hreyfði sig ekki reglulega var kynjamunur hjá þeim sem stunduðu hreyfingu. Munurinn fólst í því að 37% karla sögðust hreyfa sig daglega á móti 22% kvenna, en einungis 8% karla hreyfðu sig 1-3 sinnum í viku á móti 29% kvenna, $\chi^2(2, N = 98) = 7,422, p = 0,024$. Þeir sem reyktu að staðaldri voru 9% og 71% þátttakenda var yfir kjörþyngd.

Tafla 3. Upplýsingar sem tengjast heilsu eldri borgara sem þáðu heilsueflandi heimsókn, flokkaðar eftir kyni.

Heilsa	Alls N (%)	Karlar n (%)	Konur n (%)	p-gildi*
Nota svefnlyf:	100			0,166
Nei	56 (56%)	32 (63%)	24 (49%)	
Já	44 (44%)	19 (37%)	25 (51%)	
Fjöldi lyfja:	99			0,473
2 lyf eða færri	16 (16%)	9 (18%)	7 (14%)	
3-4 lyf	34 (34%)	15 (30%)	19 (39%)	
5-9 lyf	44 (44%)	22 (44%)	22 (45%)	
10 lyf eða fleiri	5 (5%)	4 (8%)	1 (2%)	
Hjálpertæki frá Sjúkratryggingum:	65			
Engin hjálpertæki	44 (68%)	23 (77%)	21 (60%)	0,152
Göngu- og baðhjálpartæki	11 (17%)	5 (16%)	6 (17%)	0,959
Bleyjur	10 (15%)	2 (7%)	8 (23%)	0,071
Sjúkdómsgreiningar:	98			
Hjartasjúkdómar	31 (35%)	22 (48%)	9 (21%)	0,018
Háprýstingur	29 (30%)	13 (26%)	16 (33%)	0,427
Sykursýki	4 (4%)	1 (2%)	3 (7%)	0,431
Stoðkerfis- / gigtarsjúkdómar	23 (26%)	9 (20%)	14 (33%)	0,952
COPD-lungnasjúkdómar	5 (6%)	4 (9%)	1 (2%)	0,112
Krabbamein	6 (7%)	3 (7%)	3 (7%)	0,549
Annað	27 (28%)	11 (22%)	16 (33%)	0,209
Hreyfing:	98			0,024
Ekki regluleg hreyfing	51 (52%)	27 (55%)	24 (49%)	
Einu sinni til þrisvar í viku	18 (18%)	4 (8%)	14 (29%)	
Dagleg hreyfing	29 (30%)	18 (37%)	11 (22%)	
Reykingar:				
Já	8 (9%)	4 (9%)	4 (10%)	
Nei	77 (91%)	41 (91%)	36 (90%)	
Líkamsþyngdarstuðull (BMI):	70			0,440
Kjörþyngd (BMI = 18,5-24,9)	20 (29%)	11 (28%)	9 (30%)	
Ofþyngd (BMI = 25-29,9)	30 (42%)	19 (49%)	11 (35%)	
Offita (BMI >30)	20 (29%)	9 (23%)	11 (35%)	

*Marktektarmörk voru miðuð við $p < 0,05$.



Mynd 1. Lifunarföll þeirra sem þáðu heilsueflandi heimsókn (græn lína) og þeirra sem afþökkuðu hana (blá lína).

UMRÆÐA

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að af þeim 80 ára einstaklingum, sem fengu tilboð um heilsueflandi heimsókn, þáðu 68% boðið. Ekki var hægt að greina neinn mun á persónu- og heilsupáttum þeirra sem þáðu eða höfnuðu heimsókn, utan þess að þeir sem þáðu heimsókn notuðu frekar svefnlyf. Þeir sem þáðu heimsókn voru líklegri til að vera á lífi einu og tveimur árum eftir heimsókn en þeir sem höfnuðu heimsókn. Munurinn var þó ekki marktækur þegar lítið var yfir lengri tíma með aðstoð lifunargreiningar. Að lokum sýndu niðurstöður að hjá þeim sem fengu heilsueflandi heimsókn gafst tækifæri til að safna ýmsum upplýsingum um heilsutengda þætti sem nýta má til að greina þörf fyrir heilsueflingu. Þó kom í ljós að staðlaðar mælingar voru ekki notaðar og mikið var um gagnagöt þar sem skráning var ekki sem skyldi.

Í úrtaki rannsóknarinnar voru karlar í meirihluta (55%). Þetta háa hlutfall er í samræmi við Hagstofutölur frá 2005 til 2010 þar sem kemur fram að hlutfall karla í 80 ára aldurshópnum var hátt á starfssvæði heilsugæslunnar á Selfossi (52,5%) miðað við á landsvísu (44,2%) (Hagstofa Íslands, 2015). Sú staðreynd er jafnframt þekkt að búast megi við hærra hlutfalli karla í dreifðari byggðum landsins (Arnadóttir o.fl., 2009). Einnig er vitað að útilokunarskilmerki rannsóknarinnar eiga fremur við konur en karla þar sem konur eru í meirihluta þeirra sem eru á hjúkrunarheimilum. Í nýlegri rannsókn Ingibjargar Hjaltadóttur og Árunar K. Sigurðardóttur (2015) kemur fram að hlutfall kvenna var 65,5-68% af íbúum hjúkrunarheimila á árunum 2003-2012.

Tæplega 68% af þeim sem fengu boð um heimsókn þáðu hana. Þetta er hærra en 60% þátttökuhlutfall á fyrstu 10 árum slíkra heimsókna í Danmörku (Vass, 2007) en lægra en 75-80% hlutfall sem lýst er í nýlegri norski rannsókn (Tøien o.fl., 2014). Hátt þátttökuhlutfall í Noregi skýrist hugsanlega af því að þar fær markhópurinn fyrst sent kynningarbréf um heimsóknirnar með ákveðinni tíma- og dagsetningu. Slíkir starfshættir reynast auka líkur á að aldraðir þiggi heimsókn miðað við ef hringt er eða kynningarbréf sent án dagsetningar (Ekman o.fl., 2010; Yamada o.fl., 2012). Tengsl svefnlyfjanotkunar og þess að þiggi heilsueflandi heimsókn hafa ekki verið umfjöllunarefni í öðrum rannsóknum. Hins vegar má velta vöngum yfir því hvort þeir eldri borgarar, sem nota svefnlyf, finni frekar þörf fyrir heilsueflingu og þjónustu en þeir sem nota ekki svefnlyf. Ekki reyndist marktækur munur á kyni eftir hópum en vert er að benda á að 47% kvenna (31/66) en einungis 21% karla (17/82) höfnuðu boði um heimsókn. Þetta er andstætt því sem komið hefur fram í öðrum rannsóknum þar sem konur voru líklegri en karlar til að þiggi heilsueflandi heimsókn (Ekman o.fl., 2010).

Þrátt fyrir lítið úrtak og stuttan eftirfylgdartíma voru marktækt meiri líkur á því að þeir sem fengu heilsueflandi heimsókn væru á lífi einu og tveimur árum eftir heimsóknina. Þessi tengsl komu á óvart í ljósi erlendra rannsóknarniðurstöðna sem benda til þess að ein og stök heimsókn heilbrigðisstarfsmanns, líkt og hér var rannsökuð, dugi ekki til að hafa áhrif á ævilengd (Sahlen o.fl., 2006). Tölfræðigreining á lifunargögnum þátttakenda, sem náðu yfir tvö til sjö ár, eftir áttætt, sýndi hins vegar ekki marktækan mun á lifun eftir því hvort þeir fengu heilsueflandi heimsókn eða ekki. Þær niðurstöður eru samhljóma rannsóknum sem sýna að tvær til þrjár árlegar heimsóknir tengjast lægri dánartíðni á meðan heilsueflandi heimsóknir standa yfir (Sahlen o.fl., 2006; Vass o.fl., 2007) en eftir að heimsóknum líkur hverfur munurinn (Sahlen o.fl., 2006). Einnig sýnir safngreining á 53 rannsóknum á heilsueflandi heimsóknum að niðurstöður rannsóknanna eru ekki það samhljóða að hægt sé að draga þá ályktun að heilsueflandi heimsóknir lengi líf og auki líkur á að aldraðir geti búið lengur í heimahúsum (Mayo-Wilson o.fl., 2014).

Niðurstöðurnar sýna að hjá þeim sem fengu heilsueflandi heimsókn gafst tækifæri til að safna ýmsum upplýsingum um heilsutengda þætti sem nýta má til að greina þörf fyrir heilsueflingu. Heimsóknirnar gefa kost á að sinna þeirri fræðslu- og upplýsingaþörf um heilsu sem virðist vera til staðar meðal aldraðra (Guðrún Elín Benónýsdóttir o.fl., 2009) með þarfar hvers einstaklings í huga. Í ljós kom að heimsóknirnar voru góður vettvangur til að fara yfir lyfjakort og veita fræðslu og stuðning um hreyfingu og mataræði. Þátttakendur, sem þáðu heimsóknir, tóku flestir (46-49%) fimm eða fleiri lyf. Það er hærra hlutfall fjölylfjanotkunar en í rannsókn Árunar K. Sigurðardóttur o.fl. (2011) á lyfjanotkun eldri Íslendinga sem búa heima en þar reyndust 41% nota svo mörg lyf. Hreyfingarleysi var áberandi þar sem rúmlega helmingur þeirra sem fengu heilsueflandi heimsókn hreyfði sig ekki reglulega. Samkvæmt rannsóknarniðurstöðum Franco o.fl. (2005) lifa þeir sem hreyfa sig í 30 mínútur á dag fimm daga vikunnar að jafnaði 3,5-3,7 árum lengur en þeir sem hreyfa sig ekki.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (World Health Organization, 2013) tiltekur hreyfingarleysi sem einn áhættuþáttinn sem veldur milljón dauðsföllum á ári og langtímarannsókn Rizzuto o.fl. (2012) staðfestir að þeir sem hreyfa sig reglulega lifa lengur en hinir. Ávinningur hreyfingar er ekki aðeins að fyrirbyggja sjúkdóma og lengja lífið heldur að auka líkamshreyfni, vellíðan og lífsgæði (Nelson o.fl., 2007) og aldraðir hafa lýst þeirri reynslu að hreyfing hafi góð áhrif á líkama og sál (Guðrún Elín Benónýsdóttir o.fl., 2009). Nær þriðjungur (29%) þátttakenda var með líkamsþyngdarstuðul sem jafngildir offitu og 42% þeirra 80 ára einstaklinga, sem fengu heilsueflandi heimsókn, voru of þungir. Þetta

hlutfall samrýmist niðurstöðum úr öldrunarrannsókn Hjartaverndar frá árunum 2005-2007 (Hjartavernd, 2008) og staðfestir mikilvægi þess að fjalla um næringu og hreyfingu hjá þessum aldurshópi. Enginn þátttakandi var of léttur sem ásamt þyngdartapi eykur líkurnar á ótímabærum dauða í þessum aldurshópi (Yan o.fl., 2004).

Við túlkun niðurstaðna er mikilvægt að hafa helstu takmarkanir rannsóknarinnar í huga. Ferilrannsókn sem þessi felur alltaf í sér marga blendniþætti (*confounding factors*) sem ekki er hægt að hafa stjórn á og geta valdið skekkju í niðurstöðum. Heimsóknirnar voru ekki framkvæmdar af sama aðila heldur mörgum hjúkrunarfræðingum. Einnig geta þeir sem afþakka heilsuefandi heimsókn fengið hluta af þeim upplýsingum sem veittar eru í heimsókninni í gegnum starfsemi félagsstarfs eldri borgara. Þátttakendur voru fáir og eftirfylgdartíminn stuttur miðað við það sem þarf ef ferilrannsóknir eiga að hafa nægilegt tölfræðilegt afl (*power*) og geta sýnt orsakasamband. Smæð úrtaksins gerði það að verkum að ekki var svigrúm til að leiðrétta út af bakgrunnsbreytum eins og kyni og svefnlyfjanotkun í tölfræðilegri úrvinnslu. Með slíkri greiningu hefði mátt komast nær því að skilja tengslin á milli heilsuefandi heimsókna og afdrifa einu og tveimur árum síðar. Unnið var úr fyrirliggjandi gögnum sem voru ekki ætluð til rannsókna. Við upplýsingaöflun fyrir rannsóknina kom í ljós skortur á samræmdri skráningu og fagmáli. Dæmi um breytur, sem gert var ráð fyrir að hægt væri að nota en reyndust ónothæfar, voru niðurstöður úr stöðluðu matstækjunum MMSE-minnisprófi og Morse-byltumati.

Ófullnægjandi skráning er þekktur vandi sem getur haft veruleg áhrif á meðferð, árangur meðferðar og möguleika á klínískum rannsóknum (Gershater o.fl., 2011; Wang o.fl., 2011). Þó að allar heilsufarsupplýsingar eigi að vera skráðar í gagnagrunna eins og Sögukerfið vantar enn upp á samræmt fagmál. Rafræn skráning á stöðluðu fagmáli hjálpar hjúkrunarfræðingum að safna mikilvægum upplýsingum og gera hjúkrun mælanlega og samanburðarhæfa, þannig er hægt að bera saman árangur meðferðar til dæmis með afturvirkum rannsóknum (Halley o.fl., 2009).

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa innsýn í ákveðna útfærslu á heilsuefandi heimsóknum á afmörkuðu landsvæði. Þótt úrtakið sé smátt sýna niðurstöður hvernig meirihluti aldraðra þiggur þjónustuna, og jafnframt gefa þær vísbendingar um að mögulegt sé að hafa jákvæð áhrif á líf eldra fólks með heimsóknunum. Þá gefa niðurstöðurnar tóninn um tækifærin sem gefast til að greina einstaklingsbundna þörf fyrir hverslags heilsutengda fræðslu og eflingu. Frekari rannsókna er þörf á þessu þjónustuúrræði og hver raunverulegur árangur þess er. Nákvæm skráning er lykill að mikilvægum rannsóknarniðurstöðum sem geta sprottið úr klínísku starfi (Saranto o.fl., 2009). Því ætti að horfa til þess að nota stöðluð matstæki og gæta að nákvæmni og samræmi í öllum skráningum. Þannig getur skapast vettvangur fyrir samvinnu fagfólks á landsvísi og hagnýtar langtímarannsóknir á heilsuefandi heimsóknum.

HEIMILDIR

Arnadottir, S.A., Gunnarsdottir, E.D., og Lundin-Olsson, L. (2009). Are rural older Icelanders less physically active than those living in urban areas? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 409-17.

Avlund, K., Vass, M., Lund, R., Yamada, Y., og Hendriksen C. (2008). Influence of psychological characteristics and social relations on receiving preventive home visits on older men and women. *European Journal of Ageing*, 5, 191-201.

Árún K. Sigurðardóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Elín Díanna Gunnarsdóttir (2011). Lyfjanotkun eldri Íslendinga sem búa heima. *Læknablaðið*, 97, 675-680.

Bouman, A., Rossum, E., Evers, S., Ambergen, T., Kempen, G., og Knipschild, P. (2008). Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: A randomized clinical trial in the Netherlands. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63, 291-297.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., og Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.

Ekmann, A., Vass, M., og Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: Are invitational procedures of importance? *Health and Social Care in the Community*, 18, 563-571.

Eygló Ingadóttir (2006). Er sjúklingi hætt við byltu? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 82 (5), 50-51.

Fagerström, L., Wikblad, A., og Nilsson, J. (2008). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 558-568.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., og Hugh, P.R. (1975). „Mini-Mental State“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

- Franco, O.H., Laet, C., Peeters, A., Jonker, J., Mackenbach, J., og Nusselder, W. (2005). Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine*, 165, 2355-2360.
- Gershater, M.A., Pilhammer, E., og Roijer A. (2011). Swedish municipality: A cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 220-226.
- Guðrún Elín Benónýsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Sigríður Halldórsdóttir (2009). Reynsla aldraðra, sem búsettir eru á eigin heimili, af heilbrigði og af því hvað viðheldur og eflir heilsu á efri árum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85 (1), 48-55.
- Guralnik, J., og Ferrucci, L. (2002). Underestimation of disability occurrence in epidemiological studies of older people: Is research on disability still alive? *Journal of American Geriatric Society*, 50, 1599-1601.
- Hagstofa Íslands (4. mars 2015). *Mannfjöldi eftir kyni, aldri og sveitarfélögum 1998-2015: Sveitarfélagaskipan 1. janúar 2015*. Sótt á <http://www.hagstofa.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Sveitarfelog>.
- Halley, C.E., Sensmeier, J., og Brokel, J.M. (2009). Nurses exchanging information: Understanding electronic health record standards and interoperability. *Urologic Nursing*, 29 (5), 305-313.
- Heilbrigðisstofnun Suðurlands (e.d.). *Heilsuvernd aldraðra*. Sótt á www.hsu.is/heilsugaeslan-selfossi/heilsuvernd-aldradra/.
- Hjartavernd (2008). *Handbók Hjartaverndar*. Reykjavík: Hjartavernd. Sótt á .
- Hlíf Guðmundsdóttir, Kristín Björnsdóttir og Ragnar Friðrik Ólafsson (2004). Líkamleg færni og stuðningur frá formlegum og óformlegum stuðningsaðilum hjá 90 ára og eldri á Íslandi. *Öldrun*, 22 (2), 10-15.
- Inga Dagný Eydal og Kristín Sigursveinsdóttir. (2001). Heilsueflandi heimsóknir til aldraðra - tilraunaverkefni í heilsuvernd. *Öldrun*, 19 (2), 10-13.
- Ingibjörg Hjaltadóttir og Árún Kristín Sigurðardóttir (2015). Algengi sykursýki og heilsufar íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum 2003-2012. *Læknablaðið*, 101, 79-84.
- Kempen, V.J.A., Robben, S.H., Zuidema, S.U., Olde Rikkert, M.G., Melis, R.J., og Schers, H.J. (2012). Home visits for frail older people: A qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *British Journal of General Practice*, 62 (601), 554-560.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., og Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9 (3), e89257. DOI:10.1371/journal.pone.0089257.
- Monteserin, R., Brotons, C., Moral, M., Altimir, S., Josó, S., Santaeugeni, S., Sellares J., og Padros, J. (2010). Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: A randomized clinical trial. *Family Practice*, 27, 239-245.
- Nelson, M., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C., ... Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 39, 1435-1445.
- Rizzuto, D., Orsini, N., Qiu, C., Wang, H., og Fratiglioni, L. (2012). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: Population based study. *British Medical Journal*, 345, e5568.
- Sahlen, K.G., Dahlgren, L., Hellner, B.M., Stenlund, H., og Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality: A controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 220 (6).
- Saranto, K., og Kinnunen, U. (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), 464-476.
- Sigríður Lára Guðmundsdóttir, Dána Óskarsdóttir, Leifur Franzson, Ólafur Skúli Indriðason og Gunnar Sigurðsson (2004). Samband líkamlegrar þjálfunar við þyngdarstuðul, fitumassa og gripstyrk í íslensku þýði. *Læknablaðið*, 90, 479-486.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir (2006). Viðhorf eldra fólks. Rannsókn á viðhorfi og vilja aldraðra sem búa í heimahúsum. Í *Ritröð um rannsóknaverkefni á sviði félagsráðgjafar*. Reykjavík: Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd (RBF), Félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands. Sótt á .
- Tøien, M., Heggelund, M., og Fagerström L. (2014). How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first visit. *Nursing Research and Practice*. DOI:10.1155/2014/640583.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K., og Keiding N. (2002). Preventive home visits to older people in Denmark. Methodology of a randomized controlled study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14 (6), 509-515.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., og Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark: Why, how, by whom, and when? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 209-216.

- Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J., og Hendriksen, C. (2005). Feasible model for prevention of functional decline in older people: Municipality: Randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 563-568.
- Wang, N., Hailey, D., og Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (9), 1858-1875.
- World Health Organization (2013). *Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: Principles for action. Policy summary*. Sótt á www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2013/physical-activity-promotion-in-socially-disadvantaged-groups-principles-for-action.-policy-summary.
- Yamada, Y., Ekman A., Nilsson C.J., Vass, A., og Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of national preventive home visit programme for older people socially imbalanced? A cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health*, 12, 396.
- Yan, L.L, Daviglus, M.L., Liu, K., Pirzada, A., Garside, D.B., Schiffer, L. (2004). Body mass index and health-related quality of life in adults 65 years and older. *Obesity Research*, 12, 69-76.
- Þingskjal nr. 816/21/2011-2012. Þingsályktun um reglubundnar árlegar heimsóknir til eldri borgara í forvarnaskyni.