

**ÖLDRUNAR-
HJÚKRUN
FRÆÐSLUGREINAR**

EFTIRTALDAR STOFNANIR STYRKU ÞESSA ÚTGÁFU

- Droplaugarstaðir hjúkrunarheimili, Reykjavík
- Seljahlíð heimili aldraðra, Reykjavík
- Hraunbúðir hjúkrunar- og dvalarheimili Vestmannaeyjum
- Sóltún hjúkrunarheimili, Reykjavík
- Mörk hjúkrunarheimili, Reykjavík
- Grund, dvalar- og hjúkrunarheimili, Reykjavík
- Ás dvalar- og hjúkrunarheimili, Hveragerði
- Sunnuhlíð hjúkrunarheimili aldraðra, Kópavogi
- Eir hjúkrunarheimili, Reykjavík
- Skjól hjúkrunarheimili, Reykjavík
- Brákarhlíð hjúkrunar- og dvalarheimili, Borgarnesi



HRAFNISTA

Reykjavík | Hafnarfjörður
Kópavogur | Reykjanesbær

EFNISYFIRLIT

Tímarit hjúkrunarfræðinga – fræðslugreinar



- 4 ÖLDRUNARHJÚKRUN**
Ingibjörg Hjaltadóttir gestaritstjóri
- 6 ÍBÚAR Á HJÚKRUNARHEIMILUM MEÐ HEGÐUNARVANDAMÁL, MAT EINKENNA OG MEÐFERÐARMÖGULEIKAR**
Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir
- 11 „KOMIÐ NÆR OG LÍTIÐ Á MIG“: HJÚKRUN FÓLKS MEÐ HEILABILUN OG HEGÐUNARTRUFLANIR**
Kristbjörg Sóley Hauksdóttir
- 16 VERKJAMAT FÓLKS MEÐ HEILABILUN MEÐ MATSTÆKINU PAINAD**
Elfa Þöll Grétarsdóttir, Helgi Egilsson og Ingibjörg Hjaltadóttir
- 20 HVERS VEGNA ER MIKILVÆGT AÐ VERA Á VARÐBERGI FYRIR ÞUNGLYNDI ALDRAÐRA?**
Sanna Eir Haraldsdóttir
- 24 MUNNHEILSA ALDRAÐRA**
Halla Beic Sigurðardóttir
- 27 MIKILVÆGI GÓÐRAR NÆRINGAR HJÁ ÖLDRUÐUM**
Gunnfríður Ólafsdóttir
- 30 HJÚKRUN FÓLKS MEÐ SYKURSÝKI Á HJÚKRUNARHEIMILUM**
Margrét Ósk Vífilsdóttir
- 36 HÆGÐTREGÐA MEÐAL ALDRAÐRA, ORSAKIR, EINKENNI OG RÁÐ**
Unnur Ágústa Sigurjónsdóttir
- 40 STUÐLAÐ AÐ GÓÐUM NÆTURSVEFNI Á HJÚKRUNARHEIMILUM**
Jórunn María Ólafsdóttir
- 44 HVERNIG ER HÆGT AÐ KOMA Í VEG FYRIR BYLTUR HJÁ ÖLDRUÐUM?**
Þórlína Sveinbjörnsdóttir hjúkrunarfræðingur, Hlíf Guðmundsdóttir, sérfræðingur í öldrunarhjúkrun
- 49 FORVARNIR GEGN MYNDUN ÞRÝSTINGSSÁRA OG NOTKUN KLÍNÍSKRA LEIÐBEININGA**
Bylgja Kristófersdóttir
- 54 HJARTABILUN: VANGREINDUR SJÚKDÓMUR HJÁ ÖLDRUÐUM**
Inga Björg Ólafsdóttir
- 59 LANGVINN LUNGNATEPPA OG ALDRAÐIR**
Jóna Bára Jónsdóttir
- 64 FRÆÐSLA OG GERÐ FRÆÐSLUEFNIS FYRIR ELÐRA FÓLK**
Ingibjörg Hjaltadóttir, dósent og sérfræðingur í öldrunarhjúkrun
- 67 HÖFUNDAR GREINA OG RITSTJÓRN**

Ritstjóri Helga Ólafs **Gestaritstjóri** Ingibjörg Hjaltadóttir **Ábyrgðarmaður** Helga Ólafs **Ritnefnd** Elfa Þöll Grétarsdóttir, Guðrún Dóra Guðmannsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Sigrún Bjartmarz **Yfirlestur og prófarkalestur fræðslugreina** Ragnar Hauksson
Ljósmyndir Laufey Jónsdóttir o.fl. **Auglýsingar** Guðrún Andrea Guðmundsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir
Hönnun og umbrot Birgir Þór Harðarson/Kjarninn **ISSN** 2298-7053

ÖLDRUNARHJÚKRUN

Ingibjörg Hjaltadóttir gestaritstjóri

ÞESSI RAFRÆNA sérútgáfa Tímarits hjúkrunafræðinga um öldrunarhjúkrun er tileinkuð öllu því góða starfsfólki sem af elju og áhuga sinnir meðferð og umönnun eldra fólks, hvort sem það er á stofnunum eða í heimaþjónustu. Viðfangsefni öldrunarhjúkrunar eru margþætt enda getur meðferð og umönnun fjölveikra og hrumra aldraðra verið afar flókin. Því verður það efni, sem hér er fjallað um, vonandi að gagni og stuðlar að aukinni þekkingu starfsfólks sem sinnir þessu starfi.

Upphaf þessarar útgáfu má rekja til þess að haustið 2015 hófst sérskipulagt 30 eininga diplómanám í öldrunarhjúkrun á meistarastigi við Hjúkrunafræðideild Háskóla Íslands. Hópur hjúkrunafræðinga víða af landinu hóf námið og í námskeiðinu Klínísk viðfangsefni í öldrunarhjúkrun var eitt af verkefnum nemenda að skrifa fræðslugrein. Þegar nemendur höfðu skilað inn verkefninum var ljóst að um fjölbreytt fræðsluefni var að ræða sem var of verðmætt til að það rykfelli ofan í skúffu. Til viðbótar eru birtar þrjár greinar sem byggjast á BS-verkefni Helga Egilssonar, MS-verkefni Sólveigar Hrannar Gunnarsdóttur, og fyrirlestri undirritaðrar um fræðsluefni.

Flest allt kennsluefni og flest fagtímarit, sem birta efni um öldrunarhjúkrun, er á ensku og því er mikill fengur af fræðslugreinum um öldrunarhjúkrun á íslensku. Í samráði við nemendur fór því undirrituð, sem er umsjónarkennari diplómanámsins og umrædds námskeiðs, til fundar við ritstjóra Tímarits hjúkrunafræðinga og niðurstaðan varð þessi sérútgáfa um öldrunarhjúkrun. Er Félagi íslenskra

hjúkrunafræðinga, Tímariti hjúkrunafræðinga, Helgu Ólafs ritstjóra og Ragnari Haukssyni íslenskufræðingi færðar sérstakar þakkir fyrir að taka erindinu svona vel og styðja okkur á alla lund í útgáfuferlinu.

Vegna útgáfunnar var sett á stofn sérstök ritnefnd sem var skipuð sérfræðingum í hjúkrun aldraðra. Þessir sérfræðingar eru Elfa Þöll Grétarsdóttir, Guðrún Dóra Guðmannsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Sigrún Bjartmarz og undirrituð, Ingibjörg Hjaltadóttir, sem ritstýrði þessari útgáfu. Allar störfum við á Landspítala og höfum kennt um árabíl öldrunarhjúkrun við Hjúkrunafræðideild Háskóla Íslands. Ritstjórnin skipti með sér verkum og aðstoðaði nemendur við að búa fræðslugreinarnar til prentunar. Það er fjölmargt sem þarf að athuga þegar skólaverkefni er undirbúið til prentunar og má segja að vinna undanfarinna mánaða hafi verið bæði nemendum og ritstjórn lærdómsrík. Við viljum þakka sérstaklega Guðríði Kristínu Þórðardóttur, sérfræðingi í hjúkrun hjartasjúklinga, og Þorbjörgu Sóleyju Ingadóttur, sérfræðingi í hjúkrun langveikra lungnasjúklinga, fyrir ráðgjöf. Einnig viljum við þakka Laufeyju Jónsdóttur hönnuði kærlega fyrir að teikna myndir fyrir útgáfuna og fyrir ljósmyndina sem prýðir forsiðu útgáfunnar.

Efni þessarar rafrænu útgáfu um öldrunarhjúkrun nýtist vonandi vel sem fræðsluefni næstu árin, en bæði er hægt er að prenta út eina og eina grein eða allt efnið í heild sinni með forsiðu og efnisyfirliti og binda saman þannig að úr fæst rit með 14 fræðslugreinum.



FLÆÐISVIÐ LANDSPÍTALA

Á flæðisviði eru fjölmargar fagstéttir sem sérhæfa sig í meðferð og umönnun eldra fólks; hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, læknar, sérfræðingar í öldrunarlækningum, sérfræðingar í öldrunarhjúkrun, sjúkrabjálfarar, iðjubjálfar, félagsráðgjafar, næringarfræðingar, sálfræðingar, prestar og fleiri.

Meginmarkmið þeirra sem starfa við öldrunarþjónustu á flæðisviði er að veita eldra fólki meðferð og umönnun sem eflir færni þess, sjálfstæði og lífsgæði. Leitast er við að styðja eldra fólk í því að búa sem lengst heima þrátt fyrir veikindi eða færnitap, styðja aðstandendur og tryggja viðeigandi heimabjónustu.

Á sviðinu vinna fagstéttir auk þess öflugt rannsóknar-, nýsköpunar- og þróunarstarf í þágu aldraðra og tekið er á móti fjölda nemenda frá háskólum og öðrum menntastofnunum.



UMHYGGJA • FAGMENNSKA • ÖRYGGI • FRAMPRÓUN

ÍBÚAR Á HJÚKRUNARHEIMILUM MEÐ HEGÐUNARVANDAMÁL, MAT EINKENNA OG MEÐFERÐARMÖGULEIKAR

Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir

LANGLÍFI HEFUR aukist mjög á síðustu árum og því má gera ráð fyrir því að fleiri einstaklingar greinist með langvinna sjúkdóma af ýmsu tagi, svo sem heilabilunarsjúkdóma, krabbamein og hjartasjúkdóma (Ogden, 2005). Algengasta tegund öldrunarsjúkdóma er heilabilun en sjúkdómar, sem valda heilabilun, eru yfir 50 talsins (Ogden, 2005). Algengasti heilabilunarsjúkdómurinn er Alzheimers-sjúkdómur og má rekja 55% allra heilabilana til hans (Ogden, 2005).

Einkenni heilabilunarsjúkdóma eru margvísleg og hafa víðtæk áhrif á líf einstaklingsins. Algengust eru svokölluð atferlis- og taugasálfræðieinkenni en það er safn ákveðinnar hegðunar eða sálfræði einkenna sem greina má hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma (Gerdner, 2010). Talið er að hægt sé að greina atferlis- og taugasálfræðieinkenni hjá allt að 90% einstaklinga með heilabilun (Yu o.fl., 2006). Meðferð við þessum einkennum getur verið flókin og sérstaklega í ljósi þess að meðferðin krefst einstaklingsbundinnar nálgunar þar sem engin ein meðferð hentar öllum (Kales o.fl., 2015).

Rannsóknir hafa leitt í ljós að atferlis- og taugasálfræðieinkenni hafa mikil áhrif á líf og liðan einstaklingsins og á þá umönnun sem hann fær bæði í heimahúsum sem og á hjúkrunarheimili. Þetta eru þau einkenni sem fjölskyldumeðlimum og umönnunaraðilum finnst hvað erfiðast að meðhöndla og leiða oft til þess að einstaklingurinn leggst inn á hjúkrunarheimili (Dettmore o.fl., 2009). Algengt er að meðhöndla atferlis- og taugasálfræðieinkenni með geðdeyfðarlyfjum ýmiss konar en einnig er notkun fjötra algengari hjá þessum skjólstaðingahópi en öðrum (Dettmore o.fl., 2009). Komið hefur í ljós í rannsóknum að skilningur umönnunaraðila á orsökum og eðli hegðunarvanda og annarra atferlis- og taugasálfræðieinkenna er oft og tíðum lítill. Það leiðir svo til aukins álags, úrræðaleysis og mikillar streitu fyrir umönnunaraðila, auk þess að hafa áhrif á gæði umönnunarinnar sem einstaklingurinn nýtur (Lemay og Landreville, 2010). Mjög mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga og aðra sem annast einstaklinga með heilabilun að meta einkenni um hegðunarvanda hjá íbúum á hjúkrunarheimilum, tíðni

vandans og styrk og greina hvaða þættir hafa þar áhrif. Þetta er afar mikilvægt til þess að hægt sé að veita markvissa hjúkrunarmedferð sem bætir líðan og daglegt líf íbúa á hjúkrunarheimilum og sem dregur úr streitu og álagi á aðstandendur og umönnunaraðila (Smith o.fl., 2004).

Atferlis- og taugasálfræðieinkenni

Hegðunarvandi er hluti af svokölluðum atferlis- og taugasálfræðieinkennum sem eiga sér stað hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma. Um er að ræða safn ákveðinnar hegðunar eða

sálfræði einkenna sem birtast á ólíkan hátt eftir einstaklingum. Algengustu einkennin eru þunglyndi, kvíði, ofskynjanir, ranghugmyndir, óróleiki, árásargirni, sinnuleysi, svefntruflanir og innsæisleysi eða hvatvísi (Kales o.fl., 2015). Nánast allir einstaklingar, sem greindir eru með heilabilunarsjúkdóm, finna þessi einkenni einhvern tímann á sjúkdómsferlinu (Lyketsos o.fl., 2011). Einkennin hafa tilhneigingu til að koma í köstum eða tímabilum og getur hvert tímabil varað í sex mánuði eða lengur (Kales o.fl., 2015).

Óróleiki og árásargirni

Óróleiki er vítt hugtak sem notað er yfir hegðun sem lýsir sér með endurteknu atferli eða munnlegri tjáningu. Hvernig óróleiki birtist er mjög mismunandi eftir einstaklingum en getur verið til dæmis að endurtaka ákveðna hreyfingu, svo sem að nudda saman höndum, unna sér ekki hvíldar, klæða sig úr og í og finna fyrir tilfinningalegri streitu. Óróleiki eykst oft og tíðum þegar sjúkdómurinn ágerist og getur án inngrípa og meðferðar í sumum tilvikum þróast út í árásargirni (Steinberg o.fl., 2008).

Óróleiki, sem lýsir sér með endurtekinni munnlegri tjáningu, er ein algengasta birtingarmynd óróleika hjá fólki með heilabilun. Þessi tegund af óróleika er talin vera hvað erfiðust að takast á við og meðhöndla og veldur mikilli streitu bæði einstaklingnum sjálfum og umönnunaraðilum. Rannsóknir hafa sýnt tilheingingu hjá umönnunaraðilum að einangra þá sem sýna þessi einkenni eða meðhöndla með sterkum geðlyfjum (Lemay og Landreville, 2010).

Árásargirni er ákveðin hegðun, munnleg eða líkamleg, sem getur verið skaðleg einstaklingnum sjálfum eða öðrum í umhverfi hans (Dettmore o.fl., 2009). Þessi hegðunarvandi getur falið í sér öskur, að lemja frá sér, klípa eða sparka. Rannsóknir hafa leitt í ljós að þessi tilteknu einkenni eru aðstandendum og umönnunaraðilum hvað erfiðust að takast á við og leiða oft til þess að viðkomandi einstaklingur leggst inn á hjúkrunarheimili (Dettmore o.fl., 2009).

Ráf er ákveðin tegund af óróleika sem getur aukið álag og byrði aðstandenda og umönnunaraðila (Kallimanis o.fl., 2010). Ráf er skilgreint sem endurtekin líkamleg hreyfing eða athöfn sem ekki hefur beinan tilgang eða markmið (Algase o.fl., 1996). Mikilvægt er að stuðla að öryggi í umhverfi þeirra sem ráfa en rannsóknir sýnt að ráf getur leitt til byltna, þreytu og ótímabærs andláts íbúa (Kallimanis o.fl., 2010).

Geðdeyfðarlyf, eins og Haloperidol, Risperidone og Olazapine, hafa verið ofnotuð við að draga úr óróleika og árásargirni (Ballard o.fl., 2014). Notkun geðdeyfðarlyfja getur í sumum tilvikum dregið úr hegðunarvanda en um leið haft áhrif á og dregið úr hreyfigetu og virkni íbúans í daglegu lífi sem hefur síðan áhrif á lífsgæði hans. Auk þess eru geðdeyfðarlyf talin geta aukið líkur á heilablóðfalli og ótímabæru andláti (Ballard o.fl., 2014).

Kvíði og þunglyndi

Kvíði er talin mjög algengur meðal einstaklinga með heilabilun og algengari en hjá þeim sem ekki hafa þann sjúkdóm. Þegar einstaklingur með heilabilun er haldinn kvíða hefur það áhrif á getu hans til að sinna athöfnum daglegs lífs, það dregur úr lífsgæðum hans. Rannsóknir hafa enn fremur leitt í ljós að erfitt getur verið að greina á milli kvíða og þunglyndis hjá fólki með heilabilun (Seignourel o.fl., 2008).

Þunglyndiseinkenni eru algeng á öllum stigum heilabilunar (Majic o.fl., 2012). Rannsóknunum ber saman um að tengsl og samspil þunglyndis og heilabilunar séu flókin fyrirbæri og er oft vangreint og vanmeðhöndlað af umönnunaraðilum og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum. Ástæður fyrir því eru taldar vera að einkenni þunglyndis skarast á við önnur einkenni, eins og sinnuleysi. Einnig birtast þau oft á annan hátt en hjá einstaklingum sem ekki eru með heilabilun (Majic o.fl., 2012). Þunglyndiseinkenni geta leitt til versnandi vitsmunastarfsemi og hafa slæm áhrif á almenna líðan einstaklingsins (Herrera-Guzmás o.fl., 2010). Einnig geta þessi einkenni haft áhrif á sjálfbjargargetu og hreyfigetu hans, auk þess sem tengsl eru á milli þunglyndiseinkenna og óróleika og árásargirni hjá einstaklingum með heilabilun (Majic o.fl., 2012). Því er mikilvægt að greina þunglyndi hjá þessum einstaklingum og hafa rannsóknir sýnt að hægt er að hafa áhrif á og bæta vitsmunastarfsemi einstaklingsins með rétttri greiningu og meðferð (Herrera-Guzmás o.fl., 2010).

Tilfinningadeyfð

Tilfinningadeyfð er algeng hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma. Tilfinningadeyfð lýsir sér þannig

að einstaklingurinn sýnir minni áhuga á því sem hann var vanur að taka sér fyrir hendur og breyting verður á innri hvatningu (Lyketsos o.fl., 2011). Mikilvægt er að gera greinarmun á tilfinningadeyfð og þunglyndi því oft er unnt að greina hvorutveggja hjá sama einstaklingnum. Einstaklingur með tilfinningadeyfð hefur ekki lækkað geðslag eins og fram kemur við þunglyndi (Ishizaki og Mimura, 2011). Einkennin eru margvísleg og er algengt að þegar tilfinningar einstaklingsins dofna dregur það úr getu hans til þess að hugsa og sinna sínum athöfnum í daglegu lífi (Lyketsos o.fl., 2011).

Ranghugmyndir og ofskynjanir

Ranghugmyndir lýsa sér á þann hátt að einstaklingur hefur ákveðna trú eða hugmynd sem ekki fær staðist í raunveruleikanum (Cipriani o.fl., 2014). Þær valda einstaklingum með heilabilun og umönnunaraðilum oft töluverðu álagi vegna eðlis þeirra og geta auk þess tengst ýmiss konar hegðunarvanda. Sú streita og vanlíðan, sem ranghugmyndirnar valda, geta leitt til þess að óróleiki og ráf eykst, svefn skerðist og auknar líkur eru á árásargirni (Cipriani o.fl., 2014). Þessi einkenni eru fremur algeng hjá einstaklingum með Alzheimers-sjúkdóminn en tíðnin fer eftir eðli þeirra rannsókna sem gerðar eru. Ranghugmyndir hjá einstaklingum með heilabilun eru oft taldar hluti af versnandi sjúkdómsástandi hans og auka líkur á því að viðkomandi þurfi að vistast á hjúkrunarheimili. Þá geta ranghugmyndir og sú vanlíðan, sem þær valda, leitt til versnandi hreyfigetu og sjálfbjargargetu einstaklingsins (Cipriani o.fl., 2014).

Ofskynjanir eiga sér stað þegar einstaklingur með heilabilun skynjar áreiti sem er ekki til staðar í raunveruleikanum. Að heyra raddir, skynja einhvern í kringum sig sem ekki er til staðar og að finna bragð eða lykt sem ekki er í raun fyrir hendi eru dæmi um ofskynjanir sem algengar eru hjá fólki með heilabilun (Lyketsos o.fl., 2001). Ofskynjanir koma fram hjá 9,5-24% einstaklinga með heilabilun og eru algengari hjá einstaklingum með heilabilun sem þjást af þunglyndi heldur en öðrum íbúum hjúkrunarheimila Einnig eru ofskynjanir algengari hjá einstaklingum með Lewy-sjúkdóm en öðrum sjúklingum með heilabilun (Lyketsos o.fl., 2001).

Hömluleysi og innsæisleysi

Innsæisleysi er algengt taugasálfræðilegt einkenni meðal einstaklinga með heilabilun. Sjúklingar, sem skortir innsæi, gera sér oft ekki grein fyrir áhrifum sjúkdóms síns eða þeim takmörkunum sem sjúkdómurinn veldur (Starkstein o.fl., 2007). Rannsakendur hafa komist að því að jákvætt samband sé á milli sinnuleysis og innsæisleysis, meira innsæisleysi fylgir meira sinnuleysi og öfugt. Talið er að miklar líkur séu á því að einstaklingur með innsæisleysi muni einnig finna fyrir sinnuleysi. Áhættuhegðun er einnig algeng hjá fólki með Alzheimer og hefur sterka fylgni við innsæisleysi (Starkstein o.fl., 2007).

Við umönnun einstaklinga með heilabilun getur innsæisleysi skipt miklu máli. Sjúklingar, sem skortir innsæi, sjá oft ekki ástæðu til að þiggja meðferð og vilja

neita umönnun eða þjónustu og getur slíkt reynst aðstandendum og umönnunaraðilum erfitt (Starkstein o.fl., 2007). Hömluleysi sem hluti af innsæisleysi er ekki eins algengt en kemur fyrir hjá 5-15% einstaklinga með heilabilun og eykst þegar líður á sjúkdómsferlið (Aalten o.fl., (2005). Hömluleysi getur birst á margvíslega vegu, svo sem að klæða sig úr á almannafæri, óstjórnlegur hlátur og óviðeigandi kynferðislegar athafnir.

Meðferð við hegðunarvanda

Óuppfylltar þarfir

Vísindamenn hafa á síðustu árum komist að þeirri niðurstöðu að orsakir atferlis- og taugasálfræðieinkenna eru ekki eingöngu tilkomnar vegna breytinga á starfsemi miðtauga-kerfisins heldur má rekja einkennin til samverkandi líffræðilegra og sálfélagslegra þátta (Kales o.fl., 2015).

Árið 1996 var hjúkrunarkenningin The Need driven Dementia compromised Behavior model (NDB) sett fram en höfundar hennar voru þeir Algase, Beck, Kolanowski, Whall, Berent, Richard og Beattie (1996). Samkvæmt þeirra skilgreiningu er hegðunarvandi ákveðin hegðun sem einstaklingur með heilabilun sýnir þegar líkamlegum, andlegum, félagslegum eða tilfinningalegum þörfum hans er ekki fullnægt. Hegðunarvandann sýnir hann vegna tjáningarörðugleika sem oft eru mjög miklir á seinni stigum sjúkdómsins (Algase o.fl., 1996; Dettmore o.fl., 2009; Lemay og Landreville, 2010). Samkvæmt skilgreiningu Algase o.fl. (1996) geta ákveðnir bakgrunnsþættir (background factors) aukið líkur og aukið hættu á hegðunarvanda hjá einstaklingum á hjúkrunarheimilum. Þessir þættir geta verið m.a. vitsmunaskerðing, kvíði eða líkamlegir sjúkdómar, eins og gigt, krabbamein og hjarta-sjúkdómar, og persónuleiki einstaklingsins. Síðan greina höfundar frá ákveðnum innri þáttum (proximal factors) en það er líffræðilegt og félagslegt umhverfi einstaklingsins og þær aðstæður sem skapast hjá honum. Þessir þættir eru breytilegir og hægt er að hafa áhrif á þá með ýmsum hætti en þeir geta verið verkir, ýmiss konar líkamlegar þarfir eins og þörf fyrir næringu, samskipti, hita, svefn, hreyfingu og einnig þörf fyrir að hafa eitthvað fyrir stafni. Samkvæmt þeirra kenningu eru meiri líkur á hegðunarvanda ef einstaklingurinn fær ekki fullnægjandi aðstoð sem veitt er af virðingu, þekkingu og fagmennsku við athafnir daglegs lífs (Algase o.fl., 1996; Dettmore, o.fl., 2009).

Virkni

Rannsóknir hafa leitt í ljós að ýmiss konar meðferð án lyfja hefur reynst árangursrík til að draga úr vitsmunalegri og líkamlegri hnignun og bæta líf einstaklinga með heilabilun. Virkni og dægrastytting getur fallið undir slíka meðferð og er mikilvægur þáttur í að uppfylla þarfir aldraðra á hjúkrunarheimilum (Dagmar Huld Matthíasdóttir o.fl., 2009). Rannsóknir benda hins vegar til að einstaklingar á hjúkrunarheimilum séu oft óvirkir og einmana og eyði miklum tíma í að sofa og bíða. Einnig er sú dægrastytting, sem í boði er á hjúkrunarheimilum,

oftast miðuð við stóra hópa fremur en að taka tillit til einstaklingsbundinna þarfa íbúanna. Skortur á örvun og virkni getur valdið einangrun, versnandi vitsmunagetu og minni sjálfsbjargargetu auk þess að vera jafnframt tengd hegðunarvanda, svo sem árásargirni, óróleika, þunglyndi og sinnuleysi (Scherder o.fl., 2010). Auk þess hafa rannsóknir sýnt að aukin virkni og afþreying getur dregið úr hegðunarvanda, aukið jákvæðar tilfinningar hjá einstaklingnum og aukið lífsgæðin (Scherder o.fl., 2010).

Hreyfing

Líkamleg hnignun er hraðari meðal einstaklinga með heilabilun en meðal annarra íbúa hjúkrunarheimila auk þess sem byltuhætta er meiri. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar kenni umönnunaraðilum og aðstandendum aðferðir sem hvetja til daglegrar hreyfingar. Slík aðstoð og stuðningur skapar aðstæður til jákvæðra og uppbyggilegra samskipta milli skjólstæðings og umönnunaraðila og dregur úr hegðunarvanda (Teri o.fl., 2003).

Verkir

Erfitt getur verið að greina verki hjá einstaklingum sem þjást af heilabilunarsjúkdómum. Hróp, köll, að neita umönnun, árásargirni, óróleiki og ráf eru oft einkenni sem geta bent til verkja hjá einstaklingum með heilabilun. Þessi einkenni eru oft ekki greind sem einkenni um verki hjá öldruðum heldur frekar sem einkenni um versnandi sjúkdóm (Ahn og Horgas, 2013). Verkir hafa mikil áhrif á daglegt líf einstaklingsins, geta valdið þunglyndi og tilfinningalegu álagi og slíkt leiðir oft til mikils álags fyrir aðstandendur, sjúkrahúsvistar og versnandi heilsufars (Tosato o.fl., 2012). Þrátt fyrir þessa staðreynd eru verkir oft ómeðhöndlaðir hjá öldruðum einstaklingum og sérstaklega hjá einstaklingum á hjúkrunarheimilum. Nýleg rannsókn Cohen-Mansfield o.fl. (2012) leiddi í ljós meðal annars að atferli, sem bendir til verkja, er vangreint hjá einstaklingum með heilabilun og þess vegna er líklegra að einstaklingar með atferlis- og taugasálfræðieinkenni fái geðdeyfðarlyf í stað fullnægjandi verkjalyfjameðferðar. Rannsóknir hafa hins vegar sýnt að geðdeyfðarlyf geta haft ýmiss konar aukaverkanir, svo sem aukið líkur á ótímabæru andláti og heilablóðfalli (Cohen-Mansfield o.fl., 2012). Hins vegar hefur verkjalyfjameðferð ásamt því að leggja áherslu á að uppylla þarfir einstaklinganna og nota óhefðfundna verkjameðferð til viðbótar gefið góða raun (Kovach o.fl., (2006).

Áhrif umhverfis

Einstaklingar með heilabilun eru sérstaklega viðkvæmir fyrir umhverfi sem er þeim framandi og ókunnugt og oft ófærir um að öðlast nýja þekkingu eða tileinka sér nýjar aðferðir. Hins vegar vekur kunnulegt umhverfi, tónlist og ákveðinn hlutur eða lykt oft upp góðar minningar hjá þessu fólki og stuðlar að vellíðan (Gerdner, 2005). Samkvæmt Progressive Lowered Stress Threshold (PLST) kenningunni er hegðunarvandi afleiðing streitu í umhverfi einstaklingsins eða breytinga á líkamsstarfsemi hans. Kenningin skilgreinir hegðunarvanda og önnur atferlis- og

taugasálfræðieinkenni heilabilunarsjúkdóma út frá hugmyndum um líffræðilegan aðlögunar- eða streituþröskuld. Streitu- og aðlögunarþröskuldur einstaklinga með heilabilun er lægri en hjá heilbrigðum einstaklingum og það gerir þá viðkvæmari fyrir áreiti (Smith o.fl., 2004). Ef of miklu áreiti er viðhaldið í langan tíma eða of miklar kröfur gerðar getur það leitt til mikillar vanlíðunar, kvíða og óróleika og þetta getur leitt til árásargirni sem erfitt er að meðhöndla og takast á við (Smith o.fl., 2004). Því er mikilvægt að huga að umhverfi þeirra sem eru með heilabilun og laga það að þeirra þörfum.

Tónlist

Rannsóknir benda til að heilabilunarsjúkdómar leggist síðast á það svæði heilans sem bregst við tónlist og hafa rannsóknir leitt í ljós jákvæðan árangur af því að nota tónlist til að draga úr hegðunarvanda (Gerdner, 2005). Mikilvægt er að fjölskyldan sé þátttakandi í gerð meðferðaráætlunar fyrir þessa einstaklinga. Hún getur veitt mikilvægar upplýsingar um áhugamál einstaklingsins, tónlistaráhuga og viðhorf og væntingar sem einstaklingurinn hefur sem síðan er hægt að byggja meðferð á. Bandarísk rannsókn sýndi að þeir einstaklingar, sem höfðu hlustað daglega á tónlist sem þeir höfðu áhuga á og þekktu frá fyrri tíð, sýndu marktækt færri einkenni um hegðunarvanda á meðan tónlistin var spiluð miðað við samanburðarhóp. Einnig minnkaði hegðunarvandi marktækt á því tímabili sem rannsóknin stóð og tónlist var notuð (Gerdner, 2005). Tónlist, sem einstaklingur þekkir frá fyrri árum, vekur upp ánægjulegar tilfinningar og minningar og það getur svo aftur haft áhrif á tíðni hegðunarvanda og dregið úr honum (Gerdner, 2005).

Samskipti

Aldraðir, sem dvelja á hjúkrunarheimilum, eyða mestum tíma sínum með hjúkrunarfólki, því eru tækifæri hins aldraða til að tala við annað fólk, mest við umönnunaraðila. Rannsóknir hafa sýnt að í mörgum tilfellum koma umönnunaraðilar ekki til móts við þarfir hins aldraða fyrir góð mannleg samskipti. Hröð og ómarkviss samskipti heilbrigðisstarfsfólks og einstaklinga með heilabilun getur aukið líkur á hegðunarvanda. Einstaklingar með heilabilun lifa oft og tíðum í núinu og því er raunveruleiki einstaklingsins sjálfs sá staður sem umönnunaraðilar þurfa að nálgast við umönnun og miða samskipti sín við (Kolanowski o.fl., 2010).

Mikilvægt er að umönnunaraðilar gefi sér tíma með íbúanum, afli upplýsinga um persónulegar óskir hans og daglegar venjur, auk þess að kynnast nánustu ættingjum. Að þekkja sjúklinginn sem einstakling felur í sér þekkingu á aldri, atvinnu, menntun og félagslegum aðstæðum hans (Kristín Björnsdóttir, 2005).

Líðan starfsfólks og umönnunaraðila hefur einnig áhrif á samskipti, en starfsfólki hjúkrunarheimila getur þótt erfitt að annast einstaklinga með heilabilun við böðun. Það sem helst veldur streitu hjá umönnunaraðilum er þegar sjúklingur neitar aðstoð eða sýnir árásargirni (Sloane o.fl., 2004). Rannsóknir hafa leitt í ljós að kvíði og þunglyndi

er algengari meðal umönnunaraðila sem annast einstaklinga með heilabilunarsjúkdóma en meðal þeirra sem annast aðra sjúklingahópa (Kales o.fl., 2015). Huga þarf að þessum þætti í umönnun því að streita og kvíði hjá umönnunaraðilum getur haft áhrif á hvernig hann tekst á við hegðunarvandann og hvernig samskipti hann á við einstaklinginn. Neikvæður samskiptastíll og pirringur hjá umönnunaraðilum hefur áhrif á einstaklinginn og getur aukið hegðunarvandann (De Vugt o.fl., 2005).

Lokaorð

Hegðunarvandi og önnur atferlis- og taugasálfræðieinkenni eru algeng hjá einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma. Einkennin geta komið fram í köstum eða tímabilum auk þess sem þau geta birst á ólíkan hátt milli einstaklinga. Mikilvægt er að þekkja þessi einkenni og geta metið tíðni þeirra, breytileika og styrk. Hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn þurfa að hafi góða þekkingu á eðli og orsökum þessara einkenna. Það er nauðsynlegt til þess að hægt sé að veita gagnreynda hjúkrunarmedferð til að draga úr þeim áhrifum sem þessi einkenni geta haft á líf og líðan einstaklinga með heilabilun. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar veiti umönnunaraðilum og aðstandendum fræðslu um orsakir þessara einkenna sem gæti þá um leið aukið öryggi þeirra við umönnun og dregið úr streitu og álagi.

HEIMILDASKRÁ

- Aalten, P., de Vugt, M. E., Jaspers, N., Jolles, J., og Verhey, F. R. J. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: Part I: Findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 523-530.
- Ahn, H., og Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatric*, 13, 1-7.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. og Beattie, E. (1996). Need driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 11(6), 10-19.
- Ballard, C., Corbett, A., og Howard, R. (2014). Prescription of antipsychotics in people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 205(1), 4-5.
- Cipriani, G., Danti, S., Vedovelli, M., Nuti, A., og Lucetti, C. (2014). Understanding delusion in dementia: A review. *Geriatrics & Gerontology international*, 14(1), 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., og Dakheel-Ali, M. (2012). What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home? *Journal of American Medical Directors Association*, 13, 400-405.
- Dagmar Huld Matthíasdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir og Rúnar Vilhjálmsson (2009). Dægrastytting á íslenskum hjúkrunarheimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 30-36.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., og Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30(1), 8-17.
- DeVugt, M. E., Nicolson, N. A., Aalten, P., Lousberg, R., Jolle, J., o.fl. (2005). Behavioral problems in dementia patients and salivary cortisol patterns in caregivers. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 201-60.
- Gerdner, L. A. (2010). Evidence based guideline and individualized music for elders with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(6), 7-15.
- Gerdner, L. A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(6), 2-30.
- Herrera-Guzmán, I., Gudayol-Ferré, E., Herrera-Abarca, J. E., Herrera-Guzmán, D., Montelongo-Pedraza, P., Padrós Blázquez, F., o.fl. (2010). Major depressive disorder in recovery and neuropsychological functioning: Effects of selective serotonin uptake inhibitor and dual inhibitor depression treatments on residual cognitive deficits in patients with Major Depressive Disorder in recovery. *Journal of Affective Disorders*, 123: 341-350.
- Ishizaki, J., og Mimura, M. (2011). Dysthymia and apathy: Diagnosis and treatment. *Depression Research and Treatment*, 2011,1-7.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., og Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350(369),1-16.
- Kallimanis, B. K., Schonfeld, L., Molinari, V. A., Algase, D., Brown, L. M., Kearns, W. D., Davis, D. M., Werner, D. H., Beattie, E. R., og Nelson, A. L. (2010). Longitudinal investigation of wandering behavior in department of veterans affairs nursing home care units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 166-174.
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., og Penrod, J. (2010). It's about time: Use of non pharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 214-222.
- Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., o.fl. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 21, 147-155.
- Kristín Björnsdóttir (2005). *Líkami og sál. Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Lemay, M., og Landreville, P. (2010). Verbal agitation in dementia: The role of discomfort. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 25(3), 193-201.
- Lyketsos, C. G., Carillo, M. C., Ryan, M. J., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., o.fl.(2011). Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimers disease. *Alzheimers & dementia* 7(5), 532-539.
- Lyketsos, C. G., Sheppard, J. M. E., Steinberg, M., Tschanz, J. A. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., o.fl. (2001). Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: The Cache County study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 1043- 1053.
- Majic, T., Pluta, J. P., Mell, T., Treusch, Y., Gutzmann, H., og Rapp, M. A. (2012). Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *International International Psychogeriatrics*, 24(11), 1779-1789.
- Ogden, J. A. (2005). *Fractured minds. A case study approach to clinical neuropsychology* (2. útgáfa). New York: Oxford University Press.
- Scherder, E. J., Boger, T., Eggermont, L. H., Hamers, J. P., og Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1203-1208.
- Sloane, P. D., Hoefler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Berrick, A. L., Rader, J., o.fl. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1795-1804.
- Smith, M., Gerdner, L. A., Hall, R. G., og Buckwalter, K. C. (2004). History, development and future of the progressively lowered stress threshold: A conceptual model for dementia care. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 1755-1760.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., og Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7),1071-1082.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., Adrian, J., og Robinson, R. G. (2007). Insight and danger in Alzheimer's disease. *European Journal of neurology*, 14(4), 455-460.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., o.fl. (2008). Point and 5 years period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: The Cache County study. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2),170-177.
- Tosato, M., Lukas, A., van der Roest, H. G., Danese, P., Antocicco, M., Finne-Soveri, H., Nikolaus, T., Landi, F., Bernaberi, R., og Onder, G. (2012). Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *PAIN*, 153, 305-310.
- Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., o.fl. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *JAMA*; 290(15), 2015-2022.
- Yu, F., Kolanowski, A. M., og Litaker, M. (2006). The association of physical function with agitation and passivity in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(12), 30-36.

„KOMIÐ NÆR OG LÍTIÐ Á MIG“: HJÚKRUN FÓLKS MEÐ HEILABILUN OG HEGÐUNARTRUFLANIR

Kristbjörg Sóley Hauksdóttir

EINSTAKLINGAR, SEM eru 67 ára og eldri, eru fjölmennur hópur sem á eftir stækka enn meira á komandi árum samkvæmt mannfjöldaspám Hagstofunnar. Hann er þó langt frá því að vera einsleitur og þeim sem honum tilheyra jafn ólíkir og þeir eru margir enda fer hver og einn í gegnum lífið á sínum forsendum og skapar sér sína lífssögu (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Með hækkandi aldri aukast líkur á að fólk fái heilabilunarsjúkdóm af einhverri gerð. Heilabilun er hrörnunarsjúkdómur í heila sem veldur vitrænni skerðingu sem getur einkennst af minnis-skerðingu (Alzheimer's Association, 2016). Á byrjunarstigi sjúkdómsins skerðist færni í flóknari athöfnum lífsins, eins og umsýsla um fjármál og að rata á ókunnugum stöðum. Á síðari stigum sjúkdómsins minnkar færni í öllum frumathöfnum daglegs lífs, eins og að snyrta sig, matast og klæðast. Geðræn einkenni eru í flestum tilfellum fylgifiskur heilabilunar og er talið að um 90% fólks fái þau einhvern tímann í sjúkdómsferlinu. Fyrstu geðrænu einkennin, sem oft koma fram eru þunglyndi, kvíði, ranghugmyndir, ofskynjanir og svefntruflanir. Eftir því sem sjúkdómurinn ágerist fer iðulega að bera á hegðunartruflunum, svo sem rápi og ráfi, óróleika, óp og köll, áreitni, reiði, árásargirni og ósæmilegri hegðun (Cerejeira o.fl., 2012; Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir, 2016). Þar sem tjáningarhæfni og almennur málskilningur hjá þessum hópi aldraðra skerðist oft mikið er mikilvægt fyrir umönnunaraðila að vera vel undir það búnir að sinna þeim og þar er aðalatriðið að þekkja forsögu einstaklingsins og hans persónueinkenni. Þegar sjúkdómurinn ágerist þarf einstaklingurinn aðstoð umönnunaraðila til að halda í það sem er honum kunnuglegt svo honum finnist hann öruggur (Edvardson o.fl., 2008). Jafnframt er mikilvægt að litið sé til manneskjunnar sjálfrar í allri umönnuninni, tilfinninga hennar og forsögu en ekki bara sjúkdómsgreiningarinnar sem slíkrar eða eins og það er orðað í hinu kunna ljóði: „Komið nær og lítið á mig,“ eftir hjúkrunarfræðinginn Phyllis McCormack sem fjallar um umönnunina út frá sjónarhóli aldraðrar konu (Bornat, 2005).

Hvað er heilabilun?

Heilabilun er yfirhugtak yfir ástand sem getur haft ólíkan uppruna og orsakir en einkennist af afturför á vitrænni getu. Hér á eftir verður fjallað um fjóra helstu sjúkdóma sem falla undir hugtakið heilabilun en þeir eru Alzheimers-sjúkdómur, æðavitglöp, Lewy-sjúkdómur og framheilabilun. Sameiginlegt einkenni allra þessara sjúkdóma er skerðing á minni og öðrum vitrænum sviðum, fólk á erfitt með að læra og muna nýja hluti en gamlar minningar tapast ekki fyrr en á seinni stigum sjúkdómsins (Tabloski, 2014). Heilabilun getur einnig verið af blandaðri gerð (Tabloski, 2014). Til að einstaklingurinn fái sem besta hjúkrun er mikilvægt að umönnunaraðilar þekki einkenni og meingerð mismunandi sjúkdómsgreininga heilabilunar því framgangur sjúkdóms og breytingar á vitrænni getu eru svolítið mismunandi eftir því hvaða sjúkdómur á í hlut. Meðalævilengd fólks eftir að vart verður við fyrstu einkenni eru 5-9 ár og fer það einkum eftir aldri, kyni og sjúkdómsbyrði viðkomandi (Alzheimer's Association, 2016). Heilabilun er algengari meðla kvenna en karla, á Íslandi er áætlað að rúmlega 1600 konur og ríflega 1200 karlar séu með greininguna heilabilun af einhverju tagi og í allri Evrópu eru þetta um 6 milljón manns (Alzheimer Europe, 2006).

Alzheimers-sjúkdómurinn

Alzheimers-sjúkdómurinn er algengasta orsök heilabilunar eða um 60-80% af öllum greiningum. Ekki er vitað fyrir víst hvað veldur honum en talið er að um samspil erfða, lífsstíls og umhverfisþátta sé að ræða (Alzheimer's Association, 2016). Sjúkdómurinn er nefndur eftir læknum Alois Alzheimer sem lýsti honum fyrst árið 1906 hjá 55 ára konu. Meingerð sjúkdómsins er alhliða tap taugafrumna og taugamóta, heilayrjun og hrörnun í frumbyggingu sem sést við smásjárskoðun. Þekktustu meinafræðilegu einkennin eru skemmdar taugafrumur og samflæktir taugaþræðir (Tabloski, 2014). Í upphafi sjúkdómsins á fólk erfitt með að muna nöfn og nýlega atburði en eftir því sem á líður koma fram fleiri einkenni eins og

rugl, skert dómgreind og áttun, hegðunarbreytingar og vandamál við tal, kyngingu og göngu (Tabloski, 2014).

Æðavitglöp

Æðavitglöp er næst algengasta orsök heilabilunar. Undir æðavitglöp flokkast öll þau tilfelli sem rekja má til sjúkdóma í æðakerfi heilans og minnkandi blóðflæðis til hans. Eins og í Alzheimers-sjúkdómnum er heilarýrnun iðulega fylgifyskur æðaskemmda (Tabloski, 2014). Hún kemur oft skyndilega fram án langs aðdraganda. Hún er talin orsakast af ýmsum vandamálum í hjarta- og æðakerfinu og virðist rýrnunin þróast í þrepum, framtakshæfni truflast og göngulag breytist. Æðavitglöp ná yfir breytt svið eða allt frá minniháttar heilablóðföllum yfir í klínísku sjúkdómsmynd sem líkist Alzheimers-sjúkdómnum. Allt sem hefur áhrif á æðakerfi og sjúkdóma tengda þeim, t.d. hár blóðþrýstingur, blóðfita, hár blóðsykur, ofþyngd og vannæring, telst til helstu áhættuþátta (Tabloski 2014).

Lewy-sjúkdómur

Lewy-sjúkdómur er taugahrörnunarsjúkdómur með breytingum í heila en undir hann falla bæði parkinsonsveiki með heilabilunareinkennum sem einkennast af því að parkinsonseinkenni koma fram í 2 ár eða lengur áður en einkenna um heilabilun verður vart og heilabilun með „Lewy bodies“. Heilabilun með „Lewy bodies“ einkennist af því að einstaklingurinn fær parkinsonseinkenni einu ári eða skemur áður en heilabilunareinkennum koma fram. Meinafræði þessa sjúkdóms einkennist af skemmdum á ákveðnum svæðum í heilanum sem orsakast af svokölluðum „Lewy bodies“ sem eru ákveðnar próteinúrfellingar í heila. Einkenni Lewy-sjúkdóms geta m.a. verið ofskynjanir, ranghugmyndir og utanstrýtukvillar, eins og skjálfti, stífni og óstöðugleiki. Lewy-sjúkdómi er oft ruglað saman við óráð enda eru einkenni hans áberandi miklar sveiflur í árverkni og athygli og ofskynjanir þar sem fólk sér viðbótarliti og skugga og jafnvel fólk sem er ekki á staðnum (Gealogo, 2013).).

Framheilabilun

Framheilabilun er um 20% af öllum greiningum um heilabilun. Þessi gerð af heilabilun kemur oftast fram snemma eða við 45-65 ára aldur (Snowden o.fl., 2002). Undir framheilabilun fellur t.d. Picks-sjúkdómur sem einkennist af persónuleikabreytingum og rýrnun á framheila. Helstu einkenni framheilabilunar eru persónuleikabreytingar og eru það þær auk sjáanlegrar minnkunar á framheila í tölvusneiðmyndatöku eða segulómum sem staðfestir greiningu. Persónuleikabreytingarnar, sem verða við framheilabilun, eru svipaðar og hjá fólki eftir slys eða blæðingu á framheila. Framheilabilun kemur sjaldnar fram hjá háöldruðum en er algengari hjá fólki á miðjum aldri. Ólíkt hinum flokkum heilabilunar kemur minnisleysi ekki fram við framheilabilun fyrr en á seinni stigum sjúkdómsins (Tabloski, 2014).

Hegðunartruflanir

Að sögn bandarísku Alzheimers-samtakanna eru um 68% af íbúum hjúkrunarheimila með heilabilun og af þeim sýna um 87% hegðunartruflanir á borð við æsing, árásgirni, ráp og svefntruflanir. (Alzheimer's Association, 2016). Ofsjónir og ofskynjanir eru algengar á öllum stigum Alzheimers-sjúkdómsins og fylgir flestum heilabilunarsjúkdómum en þær leiða til þess að viðkomandi missir tengsl við raunveruleikann og sýnir gjarnan af sér óviðeigandi hegðun (Tabloski, 2014).

Eins og fram hefur komið fylgja tjáningarerfiðleikar iðulega á seinni stigum heilabilunarsjúkdóms. Því má spyrja hvort hegðunarvandkvæði stafi að einhverju leyti af tjáningarerfiðleikum fremur en skemmdum í heila. Þegar á þetta stig sjúkdómsins er komið er sem einstaklingarnir séu fastir í framandi veröld, þeim finnst það sem er endurtekið vera nýtt og flestar ef ekki allar athafnir daglegs lífs vefjast fyrir þeim og reynast þeim jafnvel ofviða. Hæfileikinn til að tjá sig og skilja mælt mál skerðist eða hverfur. Því má leiða líkum að því að sum hegðunarvandamál séu tilraun til að fá viðtakandann, oftast en ekki umönnunaraðilann, til að skilja hvað það er sem þeim liggur á hjarta og eru að reyna að óska eftir (Svava Aradóttir, 2003). Þegar hæfni einstaklingsins til að tjá sig með orðum skerðist reynir hann oft að tjá sig um það sem hann vanhagar um með hegðun sem oft er skilgreind sem hegðunartruflanir. Samkvæmt NDB-hugmyndafræðinni (need-driven, dementia-compromised behavior model) grípur fólk með langt gengna heilabilun iðulega til óeðlilegrar hegðunar til að gefa til kynna að þörfum þess sé ekki fullnægt. Er þá sérhvert atferli tilraun til að fullnægja ákveðnum þörfum, til dæmis getur hægðatregða, svengd eða verkir birst sem ráf, árásarhneigð eða hróp (Kovach o.fl. 2005).

Ljóst er að í mannlegum samskiptum skiptir tjáningarformið aðalmáli. Hjá einstaklingum með heilabilun er tjáningatgetan skert, skilningur þeirra á töluðu máli hefur minnkað og túlkun skilaboða er brengluð en allt slíkt veldur hæglega samskiptaörðugleikum (Svava Aradóttir, 2003). Því er svo mikilvægt að huga að fleiru en bara hvaða orð eru valin enda skiptir öllu máli að umönnunaraðilar reyni að skilja óyrta tjáningu einstaklinga, svo sem raddblæ og fas.

Viðbrögð við hegðunartruflunum

Mikilvægt er fyrir starfsmann að reyna að finna rót hegðunartruflananna, hvort eitthvað er við aðstæður skjólstæðingsins eða umhverfi hans sem hefur áhrif á hegðunina eða hvort hann er í raun að reyna að biðja um eitthvað sem hann finnur ekki orð fyrir. Mikið getur reynt á starfsfólk við þessar aðstæður og er því mikilvægt að það fái fræðslu og stuðning til að gera raunhæfar kröfur og ætlist ekki til of mikils af einstaklingnum á seinni stigum sjúkdómsins. Hægt er að kenna starfsfólki aðferðir til að draga úr æsingi og kvíða hjá fólki með heilabilun, t.d.

með því að endurtaka af þolinmæði, fullvissa viðkomandi að allt sé í lagi með hann sjálfan og fjölskyldu hans og leiðbeina honum við aðstæður sem hann ræður ekki við. Nauðsynlegt er líka að viðhalda virkni eins og hægt er, t.d. með samverustundum, tónlist eða öðru skemmtilegu (Sadowsky, 2012).

Geðhjúkrunarfræðingurinn Ingelin Testad gerði rannsókn í Noregi á vandamálahegðun og beitingu valds eða þvingunarúrræða. Niðurstöður hennar sýna að þar sem starfsfólk fékk fræðslu um heilabilun, sjúkdómsferlið, sjúkdómseinkenni og meðferð dró verulega úr valdbeitingu eða þvingunum og minnkaði vandamálahegðun að sama skapi til muna. Þetta sýnir hversu mikilvæg fræðsla er fyrir þá sem sinna fólki með heilabilunarsjúkdóma enda getur umönnunin oft og tíðum verið krefjandi og reynt mjög á bæði faglega og persónulega. Umönnunaraðlinn þarf að vita hvernig nálgast beri einstakling með heilabilun enda oft vel hægt að draga úr hegðunartruflunum með rétttri aðferð þrátt fyrir takmarkaða tjáningarmöguleika (Testad, 2009).

Umönnunaraðilar

Til að starfsmenn geti sinnt umönnunarhlutverki sínu eins vel og kostur er verða þeir sjálfir að vera í góðu jafnvægi og ekki undir of miklu álagi. Rannsóknir á óformlegum umönnunaraðilum sýna að þeir eru í verulegri hættu á sálrænum erfiðleikum og jafnvel líkamlegum vandamálum en því hefur verið haldið fram að það eigi einnig við um starfsfólk sem sinnir umönnun heilabilaðs fólks. Rannsókn á hjúkrunarfræðingum á hjúkrunarheimili í Svíþjóð sýndi að um 36,8% þeirra voru við það að brenna út í starfi. Þá kom fram í sömu rannsókn að þó sálrænt álag hafi verið mikið hjá fagmenntuðum starfsmönnum var það enn meira hjá óformlegum umönnunaraðilum. Höfundarnir benda á að ekki sé hægt horfa fram hjá þeirri staðreynd að mikil starfsmannavelta sé í þessum geira og megi því ætla að starfsmenn, sem þola illa álagið, endist stutt (Pitfield o.fl., 2011).

Starfsfólk, sem annast fólk með heilabilun, þarf að geta veitt hinum aldraða skilyrðislausu athygli auðsýnt honum samkennd og skilning, verið til staðar og þegið hverja þá vinsemd sem hinn veiki veitir svo að honum finnist hann ekki bara þiggjandi heldur einnig veitandi. Til að starfsmenn geti veitt góða umönnun er mikilvægt að hlúa vel að þeim með góðu starfsumhverfi og reglulegri fræðslu. Einnig er eitt af grundvallaratriðum í góðri umönnun og meðferð að á milli ólíkra starfsstétta ríki góð samvinna þar sem mið er tekið af hagsmunum skjólstæðinganna með faglegri og samhæfðri þjónustu. Til að þörfum skjólstæðingsins sé sinnt sem best er ákjósanlegast að hafa teymi sem sinnir viðkomandi og fjölskyldu hans enda getur fjölskyldan einnig þurft á stuðningi og ráðgjöf að halda vegna breyttra aðstæðna (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006).

Mismunandi aðferðir

Á síðustu árum hafa ýmsir frumkvöðlar mótað nýjar leiðir til að koma til móts við aldraða einstaklinga á hjúkrunarheimilum. Þessar nýju aðferðir eiga að auðvelda bæði þeim sem eru með skerta vitræna getu eða annan heilsu-brest að njóta hins daglega lífs. Þetta er meðal annars Edenstefnan og Namastestefnan en báðar þessar stefnur hafa verið innleiddar á íslenskum hjúkrunarheimilum. Þær eiga að hjálpa til við að standa vörð um það að persóna hins aldraða fái notið sín og að allt umhverfi sem hinn aldraði býr í á hjúkrunarheimilinu sé hið heimilislegasta.

Edenstefnan

Edenstefnan á rætur að rekja til Bandaríkjanna um 1994 (Eden Alternative, e.d.). Upphafsmaður hennar er dr. William Thomas en hann starfaði sem yfirlæknir á hjúkrunarheimili í Bandaríkjunum. Hann reyndi á sjálfum sér hvernig það væri að vera heimilismaður á hjúkrunarheimili fyrir aldraða og komst að því að það sem helst amaði að fólkinu fyrir utan líkamleg veikindi var einmanaleiki, leiði og vanmáttarkennd. Edenstefnan, sem hefur þróast í tvo áratugi, gengur út á það að heimilismenn haldi sjálfræði sínu þegar þeir flytja á hjúkrunarheimilið. Aðstandendur þeirra eru ávallt velkomnir og hvattir til að koma sem oftast en þeir geta tekið virkan þátt í daglegu lífi heimilisins. Reynt er að átta sig á siðum og venjum hins aldraða áður en hann flutti á hjúkrunarheimilið og viðhalda þeim eins og mögulegt er. Með þessu er horfið frá hjúkrunarheimilinu sem stofnun og frekar litið á það sem heimili fólksins sem þar býr. Áhersla er lögð á að hver og einn hafi sitt eigið rými þar sem hann geti haft sína persónulegu muni en einnig er boðið upp á slíkt í sameiginlegu rými. Það hefur sýnt sig að Eden-hugmyndafræðin bætir umönnun fólks með heilabilun (Burgess, 2015).

Á Edenhjúkrunarheimilum eru börn, dýr og plöntur talin hjálparhellur. Hver eining er höfð lítil og heimilisleg og er ávallt talað um heimili en ekki deild eins og tíðkast um stofnanir. Mikið er lagt upp úr því að fólk geti ræktað blóm og aðrar plöntur og er gjarnan sett niður grænmeti og kartöflur á vorin og tekur hver og einn þátt í því eins og heilsan leyfir. Áhersla er lögð á virðingu fyrir persónu hvers og eins, lífssögu viðkomandi og mikilvægi þess að horfa á manneskjuna en ekki bara sjúkdómsgreininguna. Reynt er að nota önnur úrræði en lyf meðan þess er kostur og er umhverfið haft eins rólegt og notalegt og kostur er þannig að hver og einn viðhaldi sínum háttum og fari á fætur þegar hentar (Burgess, 2015). Unnið er eftir hugmyndafræði Eden bæði hjá öldrunarheimilum Akureyrar (Öldrunarheimili Akureyrar, 2016) og á hjúkrunarheimilinu Mörk (Mörk hjúkrunarheimili, e.d.).

Namastestefnan

Namastestefnan er ný aðferð í þjónustu við einstaklinga með heilabilun sem stuðlar að auknum lífsgæðum þessara einstaklinga. Hugmyndsmiður hennar, Joyce Simard, er

bandarískur félagsfræðingur sem hefur áratugareynslu af vinnu með einstaklingum með heilabilun (Stacpoole o.fl., 2015). Með þessari nýju aðferð verður þjónustan heilðrænni og einstaklingsmiðaðri. Namastestefnan hefur verið innleidd á fjölda hjúkrunarheimila í Bandaríkjum, Bretlandi, Kanada og Ástralíu auk þess sem nokkur líknarheimili hafa hana að leiðarljósi. Rannsóknir á árangri af Namastestefnunni hafa sýnt aukna ánægju hjá starfsfólki, íbúum og aðstandendum einstaklinga með heilabilun. Auk þess hefur notkun svefn- og geðlyfja minnkað, byltum og húðvandamálum fækkað og verkja-meðferð orðið markvissari. Samkvæmt Namastestefnunni er meðferð sniðin að því að auka lífsgæði fólks með langt gengna heilabilun. Íbúarnir eyða deginum í þar til gerðu herbergi í návist starfsfólks sem hefur tíma og hefur rólega nærveru, í stað þess að liggi í rúminu, sitji í hjólastól eða ráfi um. Persónumiðað meðferð, sem stuðlar að vellíðan, felur meðal annars í sér handa- og fótþvott með nuddi, andlitsþvott, rakstur og húðhirðu. Unnið er með skynfæri einstaklinga og þeir örvaðir á ákveðinn hátt. Það skilar sér í betri líðan, meiri ró og minni þörf á lyfjum. Þess er gætt að íbúarnir hafi alltaf greiðan aðgang að mat og drykk en reynslan hefur sýnt að fólk drekkur betur í þessu umhverfi og matarlyst eykst (Stacpoole o. fl., 2015). Hjúkrunarheimilið Skógarbær innleiddi Namastestefnuna á einni deild í mars 2016 með mjög góðum árangri en vísbendingar eru um að dregið hafi úr óróleika á deildinni, byltum fækkað og geð- og svefnlyfjanotkun minnkað (Valdís Björk Guðmundsdóttir, munnleg heimild, 6. september 2016).

Sýn Tom Kitwood á heilabilun

Eins og Tom Kitwood (2007) fjallar um í bók sinni Ný sýn á heilabilun þarf fólk með heilabilun helst af öllu á kærleik að halda. Starfsmaðurinn þarf að veita skilyrðislausan kærleik og vera örlátur og sáttfús. Viðurkenningar þarf að veita af heilum hug án þess að vænta endurgjalds eða umbunar (Kitwood, 2007). Kærleikur er eitthvað sem allir þurfa og flestir geta auðsýnt eða öðlast en manneskja með heilabilun er mun berskjaldaðri og oftast nánast ófær um að eiga frumkvæði að því að uppfylla þessar þarfir. Þótt það fari eftir hverjum og einum, persónuleika viðkomandi og lífssögu í hve miklum mæli fólk þarfnast kærleikans þá er það nánast undantekningalaust að þörfin eykst samhliða vitrænni skerðingu (Kitwood, 2007).

Aðrar helstu þarfir aldraðra, og þá sérstaklega þeirra sem eru með vitræna skerðingu, eru að öðlast huggun, ná tengslum við aðra, eignast hlutdeild í samfélagi manna og viðhalda virkni og sjálfsmynd. Að veita huggun felur í sér að veita þá öryggistilfinningu sem skapast af því að vera nákominn annarri manneskju, að skynja nærveru hennar og fá að sefa sorgir sínar og angist. Þegar manneskja fær heilabilunarsjúkdóm má búast við því að þörf hennar fyrir huggun verði mikil þar sem hún þarf að takast á við margs konar missi, t.d. ástvinamissi, minnkandi getu í öllum

athöfnum og smátt og smátt endalok þess lífs sem hún áður þekkti. Með tímanum hættir viðkomandi að þekkja sjálfan sig í spegli og sína nánustu. Þar sem viðkomandi upplifir sig einan og yfirgefinn hefur hann ríka þörf fyrir skilyrðislausan kærleiksrika nærveru (Kitwood, 2007).

Til að geta gegnt hlutverki sínu sem manneskja þarf viðkomandi að hafa félagstengsl sem mynda eins konar öryggisnet. Manneskja með heilabilun hefur sterkari þörf fyrir slíkt en flestir því að hún býr sífellt við aðstæður sem virðast undarlegar. Manneskjan hefur þróast sem félagsvera og er þörfin fyrir að tilheyra hópnum mjög rík hjá þeim sem eru með heilabilun. Til að einstaklingur með heilabilun fái viðurkenningu og hafi skýra stöðu innan hópsins er mikilvægt að þessi þörf sé uppfyllt, sérstaklega þegar sjúkdómurinn ágerist (Kitwood, 2007).

Sjálfsmynd einstaklinga með heilabilun

Af ofangreindu má sjá að aðalviðfangsefni þeirra sem annast fólk með heilabilun er að viðhalda sjálfsmynd þeirra og viðurkenna þá sem einstakar persónur með fortíð og væntingar þrátt fyrir stöðuga hnignun á andlegu atgervi. Þegar þörfum einstaklingsins er fullnægt og honum finnst hann vera einhvers metinn og hafi hlutverk er líklegra að sjálfsmynd hans styrkist (Kitwood, 2007). Til þess að þetta sé raunhæft er þekking umönnunaraðila á sjúkdómnum og skjólstæðingnum grundvallaratriði en einnig verður umönnunaraðilinn að viðurkenna eigin takmarkanir og kunna að nýta þann styrk sem hann býr yfir. Margar rannsóknir á minnisheimt hafa sýnt að góð umönnun eflir taugastarfsemi en slæm umönnun getur brotið manneskjuna niður og jafnvel stofnað henni í hættu og það getur þar af leiðandi haft áhrif á framvindu sjúkdómsins til hins verra (Kitwood, 2007; Svava Aradóttir, 2003).

Til að einstaklingi með heilabilun líði sem best er mikilvægt fyrir umönnunaraðilann að hafa umhverfið rólegt, öruggt og fyrirsjáanlegt, tryggja að ekkert komi þar á óvart og forðast aðstæður sem hræða eða valda streitu. Ef einstaklingur verður órólegur eða ör þá er gott að reyna að beina athygli hans eitthvað annað, t.d. með samræðum eða tónlist. Það getur reynst róandi að fara inn á herbergið til að skoða gamlar myndir. Mikilvægt er að nota óhefðbundna meðferð ásamt lyfjameðferð því að lyfin ein og sér taka ekki endilega á rót vandans og hafa jafnvel aukaverkanir (Sadowsky, 2012).

Lokaorð

Kjarni málsins í faglegri umönnun fólks með heilabilun er dreginn saman í heiti ljóðsins „Komið nær og lítið á mig“ þar sem öldruð kona lýsir aðstæðum sínum á hjúkrunarheimili og framkomu starfsfólks. Það þarf að gæta að högum manneskjunnar sjálfar en ekki bara sjúkdómsgreiningu hennar eða líkamlegum þörfum. Um er að ræða faglega umönnun en ekki geymslustað fyrir þá sem ekki geta lengur séð um sig sjálfir. Starfsumhverfið þarf að vera gott og hvetjandi og mikilvægt að ofgera ekki starfsfólki.

Grundvallaratriði í allri faglegri umönnun er símenntun og fræðsla um sjúkdómana og hvaða leiðir eru áhrifaríkastar til að ná til fólks með heilabilun. Hafa ber í huga að um

er að ræða manneskju sem eitt sinn var ung og átti sínar vonir, drauma og þrár.

HEIMILDASKRÁ

- Alzheimer's Association (2016). Alzheimer's disease facts and figures. Sótt á http://www.alz.org/documents_custom/2016-facts-and-figures.pdf.
- Alzheimer Europe (2006). Dementia in Europe Yearbook 2006. Lúxemborg: Alzheimer Europe. Sótt á http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf.
- Bornat, J. (2005). Empathy and Stereotype: *The Work of a Popular Poem*. 'Perspectives on Dementia Care', 5th Annual Conference on Mental Health and Older People, University of East Anglia, Norwich, England. Sótt á https://www.researchgate.net/publication/254323899_Empathy_and_stereotype_the_work_of_a_popular_poem.
- Burgess, J. (2015). Improving dementia care with Eden alternative. *Nursing Times*, 111(12), 24-25. Sótt á <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses/improving-dementia-care-with-the-eden-alternative/5083315.article>.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., og Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3(73), 1-21.
- Eden Alternative (e.d.). *About the Eden alternative*. Sótt á <http://www.edenalt.org/about-the-eden-alternative>.
- Edvardsson, D., Winblad, B., og Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. Sótt af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442208700632>.
- Gealogo, G. A. (2013). Dementia with Lewy bodies: A comprehensive review for nurses. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45(6), 347-359.
- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Andrea, M. S., Wells, T., og Ellis, J. (2005). A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior/commentary. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 134-40; discussion 140. Sótt á <http://search.proquest.com/docview/236372565?accountid=49582>.
- Kitwood, T. (2007). *Ný sýn á heilabilun: Einstaklingurinn í öndvegi*. JPV útgáfa: Reykjavík.
- Mörk hjúkrunarheimili (e.d.). Eden. Sótt á <http://www.morkhjukrunarheimili.is/index.php/eden>.
- Pitfield, C., Shahriyarmolki, K., og Livingston, G. (2011). A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International psychogeriatrics*, 23(1), 4-9. Sótt á <http://search.proquest.com/docview/840610205/fulltextPDF/158FC8DF0714520PQ/3?accountid=135943>.
- Sadowsky, C. H. (2012). Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *Journal of the American board of Family Medicine*, 25(3), 359-366. Sótt á <http://www.jabfm.org/content/25/3/350.full.pdf+html>.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir (2006). Aldraðir: Fræðin og framtíðin. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sigurður Guðmundsson. *Heilbrigði og heildarsýn. Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 259-269). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir (2016). Íbúar á íslenskum hjúkrunarheimilum með hegðunarvandamál: *Tíðni og tengsl við vitræna skerðingu, þunglyndi, verki, virkni og notkun fjöttra*. Óbirt MA-ritgerð. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Snowden, J. S., Neary, D., og Mann, D. M. (2002). Frontotemporal dementia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 140-143.
- Stacpoole, M., Hockley, J., Thompsell, A., Simard, J., og Volicer, L. (2015). The Namaste Care programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(7), 702-709.
- Svava Aradóttir (2003). „Heilabilun: Öðruvísi fötlun.“ *Öldrun*, 21(1), 30-32.
- Tabloski, P. A. (2014). *Gerontological Nursing*. New Jersey: Pearson.
- Testad, I. (2009). *Agitation and Use of Restraint in Nursing Home Residents with Dementia: Prevalence, Correlates and the Effects of Care Staff Training*. Ritgerð lögð fram til doktorsvarnar við háskólann í Björgvin. Sótt á <http://bora.uib.no/handle/1956/3901>.
- Öldrunarheimili Akureyrarbæjar. (2016). *Eden hugmyndafræðin*. Sótt á <http://www.akureyri.is/oldrunarheimili/hugmyndafrædi-og-stefna/eden-hugmyndafrædin>.

VERKJAMAT FÓLKS MEÐ HEILABILUN MEÐ MATSTÆKINU PAINAD

Elfa Þöll Grétarsdóttir, Helgi Egilsson og Ingibjörg Hjaltadóttir

RANNSÓKNIR Hafa sýnt að aldraðir eru almennt verr verkjastilltir en þeir sem eru yngri. Í Bandaríkjunum hefur verið áætlað að 60% aldraðra hafi fundið til langvinnra verkja (Watkins o.fl., 2008). Samkvæmt ýmsum yfirlitsgreinum er áætlað að 49%-83% aldraðra sjúklinga með fulla vitræna getu á hjúkrunarheimilum séu með verki. Auk þess benda rannsóknir til þess að verkir hjá þeim sem búa við vitræna skerðingu séu vangreindir og því enn algengari en hjá öðrum. (Jordan o.fl., 2012). Nýleg íslensk rannsókn sýndi að 69% íbúa á hjúkrunarheimilum eru með verki og hjá þeim sem eru með minni lífslíkur en 6 mánuði er hlutfallið orðið 87% (Jóhanna Ósk Eiríksdóttir, 2014). Stór rannsókn á langlegusjúklingum í Finnlandi, Ítalíu og Hollandi, sem birt var árið 2010, sýndi að um helmingur íbúanna var með verki (Achterberg o.fl., 2010).

Erfitt er að fullyrða um algengi verkja meðal einstaklinga með vitræna skerðingu þar sem hefðbundin verkjamatstæki ná ekki nægilega vel til hópsins. Hins vegar er ljóst að meirihluti íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum er með heilabilun á einhverju stigi eða um 70% og því mikilvægt að geta metið verki hjá þessum hópi (Hjaltadóttir o.fl., 2011).

Heilabilun og verkir

Í erlendum rannsóknum mælast verkir iðulega minni hjá einstaklingum með heilabilun heldur en hjá öðrum (Achterberg o.fl., 2010; Jordan o.fl., 2012). Chen og félagar (2010) gerðu rannsókn á sex heilabilunardeildum í Taívan og komust að því að tíðni verkja var á bilinu 18-30% eftir því hver mat verkina. Sjálfsmataskvarðar voru notaðir í öllum tilfellum en 13-28% þátttakenda gátu ekki svarað. Í nýlegri danskri rannsókn á fólki með heilabilun sögðust 33% þátttakenda vera með verki og 52% umönnunaraðila sögðu aðstandanda sinn vera með verki (Jensen-Dahm o.fl., 2012).

Margt bendir til þess að verkir séu síður meðhöndlaðir hjá fólki með heilabilun en öðrum. Í finnskri heilsufarsrannsókn greindust mun sjaldnar verkir hjá einstaklingum

með heilabilun en öðrum öldruðum, 23% þeirra sem voru með heilabilun sögðust finna verki daglega á móti 40% hinna. Einnig kom í ljós að þriðjungur einstaklinga með heilabilun tók verkjalyf á móti helmingi þeirra sem höfðu óskerta vitsmuni (Mäntyselkä o.fl., 2004). Horgas og Tsai (1998) komust að því í rannsókn á nokkrum bandarískum hjúkrunarheimilum að íbúar með heilabilun fengu bæði minni og færri skammta af verkjalyfjum en aðrir íbúar þrátt fyrir að svipaðar sjúkdómsgreiningar væru til staðar. Að endingu skal bent á sláandi niðurstöður rannsókna sem gerð var árið 2000 en þar kom í ljós að þegar einstaklingar með langt gengna heilabilun gengust undir mjaðmaraðgerð fengu þeir einungis þriðjung af þeim skammti ópíóíða sem fólk með enga vitræna skerðingu fékk (Morrison og Siu, 2000). Höfundar rannsóknarinnar drógu þá ályktun að taka þyrfti verkjameðferð einstaklinga með heilabilun til gagngerrar endurskoðunar.

Verkjamat

Til að meðhöndla verki á áhrifaríkan hátt þarf að vera hægt að meta verkinn og hefur sjálfsmat sjúklings verið það sem þykir áreiðanlegasti mælikvarðinn eða hinn gullni staðall (AGS, 2002). Til eru margar flóknar og formlegar skilgreiningar á verkjum en þegar upp er staðið er hjálplegasta skilgreiningin ein sú elsta: „Verkur er það sem sjúklingurinn segir að sé verkur og er til staðar þegar hann segir að svo sé“ (McCaffery, 1967). Verkur er huglæg reynsla og tilfinning fyrir verk er einstaklingsbundin. Sumir finna meira fyrir verkjum en aðrir og sumir setta sig við meiri verki en aðrir. Verkjaupplifun markast af menningu, reynslu og líkamsbyggingu hvers einstaklings (Jett, 2010).

Þekktasti og virtasti verkjamatskvarðinn er hinn svokallaði „numerical rating scale“ (NRS), þar sem sjúklingur er beðinn að meta verk sinn á kvarðanum 0-10, þar sem „0“ táknar engan verk en „10“ versta mögulega verk að mati sjúklings (Hjermstad o.fl., 2011). Til að sjúklingur geti notað NRS-kvarðann þarf hann að hafa sæmileg tók

á óhlutbundinni hugsun. Hann þarf að skilja til hvers er ætlast af honum við notkun kvarðans og þarf að geta túlkað verkinn sem hann finnur sem tölu (AGS, 2002). Ef sjúklingur á erfitt með að nota tölukvarðann eru til aðrir kvarðar, eins og lóðrétt verkjastika með orðum, andlita-kvarðinn og VAS (Visual analog scale) en það er eins konar verkjastika sem nær frá engum verk og upp í versta mögulega verk. Sjúklingurinn er þá beðinn um að benda á stað á stikunni sem samsvarar styrk verkjarins. Margar útgáfur eru til af VAS-kvörðum (Herr og Garand, 2001).

Þróun verkjamatskvarða og heilabilun

Hingað til hafa þrjár leiðir verið farnar þegar verkir eru metnir hjá fólki með heilabilun. Þetta eru sjálfsmat, þar sem sjúklingurinn metur verki sína sjálfur, mat náskyldra, þar sem manneskja, sem þekkir sjúklinginn vel, metur hvort hann er með verki og athugunartæki (e. observational tool), þar sem umönnunaraðili fylgist með hegðun sjúklinga og metur verki út frá henni (Cohen-Mansfield og Lipson, 2008). Mat náskyldra byggist á hugmyndum hvers matsaðila um verki. Aðferðin er óstöðluð og hentar því ekki við reglubundið verkjamat á stofnunum en þar að auki er misræmi milli mats nákom-inna og einstaklingsins sjálfs (Herr, Coyne o.fl., 2006). Vegna þess að sjúklingar með heilabilun glata hlutbundinni hugsun og færni til að tjá sig þegar sjúkdómurinn ágerist þá henta verkjamatskvarðar, sem byggjast á sjálfsmati, ekki fyrir sjúklingahópinn (Warden o.fl., 2003). Því er vonast til að athugunartæki kunni að bæta verkjamat hjá sjúklingahópnum.

Í skýrslu Bandarísku öldrunarsamtakanna (American Geriatric Society) frá 2002 um meðferð langvinnra verkja hjá öldruðum, voru heilbrigðisstarfsmenn hvattir til að fylgjast með verkjatengdri hegðun sjúklinga með langt gengna heilabilun og byggja verkjamat á henni (AGS, 2002). Nokkru seinna eða árið 2006 birtust leiðbeiningar frá nefnd á vegum bandarískra verkjahjúkrunarfræðinga þar sem mælt er með að hjúkrunarfræðingar rýni í hegðun sjúklinga, sem ekki geta tjáð sig með orðum, til að meta verki þeirra (Herr, Coyne o.fl., 2006). Einnig birtu Herr, Bjoro og félagar (2006) yfirlitsgrein um verkjamatstæki til að nota í vinnu með einstaklingum með mikla heilabilun. Niðurstaðan var ekki afgerandi þá vegna þess hve lítið þessi matstæki höfðu verið rannsökuð (Herr, Bjoro o.fl., 2006). Hins vegar var sambærilegt yfirlit aftur birt 2010 og þá voru niðurstöðurnar þær að þrjú verkjamatstæki þóttu skara fram úr við mat á verkjum hjá einstaklingum með langt gengna heilabilun. Eitt þeirra var Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) (Herr o.fl., 2010).

Verkjamatstækið PAINAD

Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) er mælitæki sem ætlað er að meta verki hjá fólki með langt gengna heilabilun (Warden o.fl., 2003). PAINAD-kvarðinn er byggður á eldri og flóknari verkjamatskvörðum sem

meta hegðun og vanlíðan aldraðra (Jordan o.fl., 2012) en tekur auk þess tillit til þeirra athugana sem gerðar hafa verið á verkjahegðun einstaklinga með heilabilun (Regnard o.fl., 2003). PAINAD-verkjamatstækið byggist á því að meta fimm þætti í atferli sjúklings en helsti kostur tækisins er að matið er afar fljótlegt og ætti ekki að taka meira en eina til tvær mínútur í senn. Í einni af rannsóknunum, sem gerðar hafa verið á PAINAD, kom fram að meðaltíminn, sem það tók að fylla matið út, var 41 sekúnda (Storti o.fl., 2008) og fullrytt hefur verið að PAINAD sé eini verkja-matskvarðinn fyrir einstaklinga með heilabilun sem henti til daglegra nota. Í rannsókn Apinis og félaga (2014) tók verkjamat með PAINAD frá 30 sekúndum til einnar mín-útu. Árið 2006 var gerð rannsókn í Bandaríkjunum sem tók til 80 sjúklinga með heilabilun sem fóru í mjaðmaraðgerð. Eftir aðgerðina var sjúklingum skipt í tvo hópa og voru verkir annars hópsins metnir með NRS-kvarða (á þann hátt sem verkir voru venjulega metnir á þessum tiltekna spítala) og hins með PAINAD. Verkjameðferðin var síðan ákveðin á grundvelli verkjamatsins. Niðurstaðan var sú að PAINAD-hópurinn fékk nærri tvöfaldan verkjalyfjaskammt á við hinn hópinn og öryggi starfsfólks við greiningu verkja snarbatnaði (Hutchison o.fl., 2006).

PAINAD á íslensku

PAINAD hefur nú verið þýtt og forprófað á íslensku (Helgi Egilsson, 2014; Sóldís Helga Sigurgeirsdóttir og Særún Andrésdóttir, 2015). Það reynist bæði réttmætt og áreiðanlegt þannig að það skapar forsendur til bættrar verkjameðferðar hjá einstaklingum með vitræna skerðingu. Á Landspítala hefur það verið gefið út á vasakortum fyrir starfsfólk, sjá mynd 1. Vonir standa til þess að það verði einnig aðgengilegt á ytri vef Landspítala og á heimasíðu Lífsins, samtaka um líknarmeðferð.

Eins og greint er að framan er PAINAD útbúið með það í huga að það henti öllum sem sinna sjúklingum með langt gengna heilabilun. Mælt er með því að þetta verkjamat sé haft í huga við alla umönnun og matsaðili merkir við í kvarðanum eftir að umönnun hefur átt sér stað. Um fimm matsþætti er að ræða og gefur hver þáttur 0-2 stig þannig að í heildina getur einstaklingur fengið 0-10 stig. Dæmi um stigagjöf varðandi andlitstjáningu: hægt að velja á milli þess að gefa stig á bilinu 0 til 2. Ef viðkomandi brosir eða sýnir engin svipbrigði er skráð 0 stig. Gefi andlitið til kynna depurð eða hræðslu eða sjúklingurinn yggir sig er gefið 1 stig og ef hann er með grettu á andlitinu eru gefin 2 stig. Þessi stig eru þó ekki með samsvörun við stigin á NRS-kvarða. Tvö stig á PAINAD geta verið merki um slæman verk ef þau eru fyrir stakann þátt. Þættirnir fimm sem um ræðir eru öndun án raddbeitingar, neikvæð raddbeiting, andlitstjáning, líkamstjáning og hughreysting, þ.e. hvort hughreysting dugir til að draga úr einkennum verks. Auk þess að henta vel við verkjamat er PAINAD líka gott kennslutæki til að bæta þekkingu og skilning á verkjahegðun einstaklinga sem tjá sig ekki um verki.

PAINAD - Mat á verkjum í langt genginni heilabilun

Atriði *	0	1	2	Stig
Öndun óháð raddbeitingu	Eðlileg	Erfiðar við öndun öðru hvoru. Stutt tímabil oföndunar	Hávær erfið öndun, löng tímabil oföndunar, Cheyne-Stokes öndun	
Neikvæð raddbeiting	Ekki til staðar	Stunur eða andvörp öðru hvoru, lágvætt neikvætt tal eða andmæli	Kallar endurtekið með erfiðleikum, áværar stunur eða andvörp, grátur	
Andlitstjáning	Brosir eða svipbrigðaleysi	Dapur, hræddur, yggjir sig	Andlitsgretta	
Líkamstjáning	Afslöppuð	Spenna til staðar, gengur um gólf í vanlíðan, eirðarleysi	Stífleiki til staðar, krepptir hnefar, hné uppdregin, togar í eða ýtir frá sér, slær frá sér	
Hughreysting	Ekki þörf á hughreystingu	Tal eða snerting dreifir athygli eða hughreystir	Ekki er hægt að róa, dreifa athygli eða hughreysta	
Samtals:				

*Fimm-atriða athugunarskali (sjá lýsingu á hverju atriði fyrir neðan).

**Heildartjóldi stiga spannar frá 0 til 10 (byggt á skala frá 0 til 2 fyrir atriðin fimm), en því fleiri stig því meiri verkur (0 = „enginn verkur“ til 10 = „gríðarlegur verkur“).

MYND 1. Mynd af vasakorti sem sýnir PAINAD-mælitækið sem gefið var út á Landspítala fyrir starfsfólk.

Samantekt

Heilabilun er heilkenni sem hrjáir um eitt prósent þjóðarinnar og líkur á heilabilun aukast hratt með hækkandi aldri. Rannsóknir sýna að verkir eru algengir meðal aldraðra og algengt er að þeir séu van-meðhöndlaðir. Þetta á enn frekar við þegar litið er til einstaklinga með heilabilun. Verkir skerða lífsgæði sjúklinga, þeir valda sjúklingum sálrænum kvillum og flækja meðferð þeirra.

Góð verkjameðferð byggist á áreiðanlegu verkjamati. Sjálfsmat á verkjum, sem nefnt hefur verið „gullni staðallinn“ í verkjamati, hentar illa fyrir einstaklinga með langt gengna heilabilun. Þörf er fyrir auðnotað mælitæki á verki sem byggir ekki á sjálfsmati sjúklinganna. Síðustu ár hefur

athyglin í auknum mæli beinst að hegðunarbreytingum sem koma fram hjá einstaklingum með heilabilun. Útbúin hafa verið tæki sem meta verki út frá athugunum á hegðun sjúklinga sem eiga erfitt með að tjá sig um verki. PAINAD er eitt þeirra tækja sem útbúin hafa verið með það að leiðarljósi að greina verki hjá einstaklingum með langt gengna heilabilun. Tækið er fljótlegt í notkun og er nú aðgengilegt á íslensku. Mikilvægt er að starfsfólk á íslenskum hjúkrunarheimilum hafi þekkingu á hvaða aðferðir hafa reynst bestar við að meta verki hjá þeim sem eru með heilabilun enda eru um 70% af þeim sem dvelja þar með einhver einkenni heilabilunar.

HEIMILDIR

- Achterberg, W. P., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Liperoti, R., Noro, A., Frijters, D. H., o.fl. (2010). Pain in European long-term care facilities: Cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain*, 148(1), 70-74.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 50(6), S205-224.
- Apinis, C., Tousignant, M., Arcand, M., og Tousignant-Laflamme, Y. (2014). Can adding a standardized observational tool to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments? *Pain Medicine*, 15(1), 32-41
- Chen, Y. H., Lin, L. C., og Watson, R. (2010). Validating nurses' and nursing assistants' report of assessing pain in older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 42-52.
- Cohen-Mansfield, J., og Lipson, S. (2008). The utility of pain assessment for analgesic use in persons with dementia. *Pain*, 134(1-2), 16-23. DOI: S0304-3959(07)00137-6 [pii]10.1016/j.pain.2007.03.023.
- Helgi Egilsson (2014). Verkir hjá einstaklingum með langt gengna heilabilun: Umfjöllun og rannsókn. BS-lokaverkefni. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild; <http://skemman.is/handle/1946/18657>.

- Herr, K., Bjoro, K., og Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 170-192.
- Herr, K., Bursch, H., Ersek, M., Miller, L. L., og Swafford, K. (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), 18-29.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., og Merkel, S. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- Herr, K. og Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine* 17(3), 457-465.
- Hjaltadóttir, I., Hallberg, I. R., Ekwall, A. K., og Nyberg, P. (2011). Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. *International Journal of Older People Nursing*, 7(3), 177-187.

- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., Fainsinger, R., Aass, N., og Kaasa, S., (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual a scalers for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management* 41(6), 1073-1093
- Horgas, A. L., og Tsai, P. F. (1998). Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 47(4), 235-242.
- Hutchison, R. W., Tucker, W. F., yngri, Kim, S., og Gilder, R. (2006). Evaluation of a behavioral assessment tool for the individual unable to self-report pain. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(4), 328-331.
- Jensen-Dahm, C., Vogel, A., Waldorff, F. B., og Waldemar, G. (2012). Discrepancy between self- and proxy-rated pain in Alzheimer's disease: Results from the Danish Alzheimer Intervention Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 60(7), 1274-1278.
- Jett, K. F. (2010). Pain and Comfort. Í T. A. Touhy og K. F. E. Jett (ritstjórar), *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (3. útgáfa) (bls. 259-271). Montana: Elsevier/Mosby.
- Jordan, A., Regnard, C., O'Brien, J. T., og Hughes, J. C. (2012). Pain and distress in advanced dementia: Choosing the right tools for the job. *Palliative Medicine*, 26(7), 873-878.
- Jóhanna Ósk Eiríksdóttir (2014). Heilsufar, færni, einkenni og þarfir íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum með hálfis árs lífslíkur eða minna í samanburði við aðra íbúa: Aftursýn lýsandi rannsókn. MS-lokaverkefni. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Mäntyselkä, P., Hartikainen, S., Louhivuori-Laako, K., og Sulkava, R. (2004). Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: A population-based study. *Age and Ageing*, 33(5), 496-499.
- McCaffery, M. (1967). Nursing intervention for bodily pain. *AJN The American Journal of Nursing*, 67(06), 1224-1227.
- Morrison, R. S., og Siu, A. L. (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4), 240-248. DOI: S0885-3924(00)00113.
- Regnard, C., Mathews, D., Gibson, L., og Clarke, C. (2003). Difficulties in identifying distress and its causes in people with severe communication problems. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(4), 173-176.
- Sóldís Helga Sigurgeirsdóttir og Særún Andrésdóttir (2015). Verkir og verkjamat hjá einstaklingum með heilabilun á hjúkrunarheimilum: Prófun á mælitækinu PAINAD. BS-lokaverkefni. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild; <http://skemman.is/handle/1946/21569>.
- Storti, M., Dal Santo, P., og Zanolin, M. E. (2008). Confronto fra due scale di valutazione del dolore in pazienti ospedalizzati affetti da grave demenza e non verbalizzanti. *Professioni Infermieristiche*, 61(4), 210-215.
- Watkins, E. A., Wollan, P. C., Melton, L. J., þriðji, og Yawn, B. P. (2008). A population in pain: Report from the Olmsted County health study. *Pain Medicine*, 9(2), 166-174.
- Warden, V., Hurley, A. C., og Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15.

HVERS VEGNA ER MIKILVÆGT AÐ VERA Á VARÐBERGI FYRIR ÞUNGLYNDI ALDRAÐRA?

Sunna Eir Haraldsdóttir

ÞUNGLYNDI ER nokkuð algengt meðal aldraðra og hefur mikið áhrif á einstaklinga (Smalbrugge o.fl., 2008). Vísbendingar eru um að þunglyndi sé vangreint og vanmeðhöndlað meðal þessa aldurshóps og viðeigandi meðferð sé jafnvel ekki beitt (Hanlon o.fl., 2011). Notkun þunglyndislyfja meðal aldraðra hefur vissulega áhættu. Hins vegar er vanmeðhöndlað þunglyndi mun alvarlegra og getur leitt af sér alvarlega heilsufarsvanda svo sem vannæringu, þurrk, máttleysi, minni færni, minnkuð lífsgæði og að lokum jafnvel sjálfsvíg og dauða (Levin o.fl., 2007).

Þar sem elsti aldurshópurinn stækkar hratt er mikilvægt að markvissum skimunum út af þunglyndi sé beitt og áhrifaríkri meðferð sé framfylgt. Þegar uppi er staðið gæti það sparað gífurlega fjármuni þar sem þunglyndi er kostnaðarsamt en fyrst og fremst getur það bætt líf og líðan aldraðra. Í þessari grein verður fjallað um þunglyndi aldraðra út frá einkennum, algengi, áhættuþáttum, fylgikvillum og meðferð.

Einkenni

Birtingarmynd þunglyndis meðal aldraðra getur verið mjög fjölbætt. Einkenni geta ýmist verið líkamleg eða tilfinningaleg og eru gjarnan mjög óljós. Einstaklingar átta sig oft ekki á eigin líðan en geta einnig haft fordóma gagnvart geðrænum kvillum. Þar af leiðandi eru þeir ólíklegri til að láta vita af vanlíðan. Sumir aldraðir telja að andleg vanlíðan sé eðlilegur fylgifiskur öldrunar og leita sér því ekki aðstoðar (Tabloski, 2014). Tafla 1 sýnir helstu einkenni þunglyndis meðal aldraðra.

TAFLA 1. Einkenni, sem eru til staðar í meira en tvær vikur, geta bent til þunglyndis

Tilfinningaleg	Líkamleg
Sorg	Verkir
Minnkuð gleði	Stoðkerfisverkir
Einbeitingarskortur	Höfuðverkir
Endurteknar hugsanir um dauðann	Annars konar verkir
Sektarkennd	Þreyta
Leiði	Breyttur svefn
Áhugaleysi	Þyngdarbreytingar

Tabloski, 2014

Hveru algengt er þunglyndi meðal aldraðra?

Heimildum ber ekki saman um hve algengt er að aldraðir glími við þunglyndi. Í rannsóknum hefur komið fram að 7-49% íbúa hjúkrunarheimila sýni þunglyndiseinkenni (Djernes, 2006). Þunglyndi meðal þátttakenda í rannsókn Aðalheiðar Óskar Sigfúsdóttur (2014) var 13,5% en í þýði voru 60 ára og eldri gestir í dagdvöl á hjúkrunarheimili. Hér á landi benda niðurstöður RAI matstækisins til kynna að hlutfall þunglyndra íbúa á hjúkrunarheimilum sé um 37%. Einnig ber að nefna að um 13% íbúa sem sýna þunglyndiseinkenni, eru án meðferðar (RAI niðurstöður, 2015). Í þessum samhengi er rétt að skoða betur hvað hægt er að gera til að bæta greiningu og meðferð á þunglyndi meðal aldraðra.

Áhættuþættir

Þunglyndi er algengara meðal kvenna heldur en karla en talið er að félagslegir þættir geti útskýrt kynjamuninn að einhverju leyti. Konur eru líklegri til að búa einar og eru því viðkvæmari fyrir einmanaleika og fjárhagsáhyggjum. Einnig er líklegra að þær verði háðar öðrum vegna færniskerðingar. Hjónaband er verndandi þáttur gegn

þunglyndi og sjálfsvíg eru fátíðari meðal eldri borgarar í hjónabandi en hinna. Karlmennt eru ólíkegri til að viðurkenna þunglyndi en konur og fyrir bragðið á heilbrigðisstarfsfólk erfiðara með að greina það (Tabloski, 2014).

Langvinnir sjúkdómar eru stór áhættuþáttur fyrir þunglyndi og þar ber helst að nefna COPD, hjarta- og æðasjúkdóma, parkinsonsveiki, sykursýki og heilablóðfall (Glaesmer o.fl., 2011). Verkir og færnissskerðing, bæði líkamleg og vitræn, auka einnig líkur á þunglyndi (Djernes, 2006).

Búseta skiptir einnig máli þar sem íbúar hjúkrunarheimila glíma frekar við þunglyndi en jafnaldrar þeirra sem eru í sjálfstæðri búsetu. Hættan á þunglyndi eykst eftir því sem búseta á hjúkrunarheimili lengist (Tiong o.fl., 2013). Þó er líklegt að fleira en búseta hafi þarna áhrif enda er flutningur á hjúkrunarheimili afleiðing af alvarlegum heilsuþrengingum.

Fylgikvillar

Þunglyndi hefur neikvæð áhrif á heilsu og almenna líðan aldraðra. Dánartíðni er hærri meðal þunglyndra en þeirra sem ekki kljást við það (Shulz o.fl., 2002), sjúkdómsástand almennt verr (Khouzam, 2009) og þeir þurfa meiri umönnun (Drageset o.fl., 2011). Aldraðir sem glíma við þunglyndi virðast leggja fyr inn á spítala heldur en jafningjar þeirra sem eru ekki þunglyndir (Sheeran o.fl., 2010). Þunglyndi hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn sem glímir við það heldur hefur verið sýnt fram á að heilsa aðstandenda þeirra er einnig lakari (Drageset o.fl., 2011). Þetta leiðir allt af sér minni lífsgæði einstaklingsins.

Hvað er hægt að gera til að draga úr þunglyndi aldraðra?

Til þess að hægt sé að bæta líðan þunglyndra er grundvallaratriði að vita hverja þarf að meðhöndla. Þá vaknar sú spurning: Hvernig komumst við að því? Ýmis gagnleg skimunartæki eru til en vandamálið getur verið að þau séu ekki nægilega mikið notuð. Geriatric Depression Scale er eitt af þessum skimunartækjum sem notað er til að meta þunglyndiseinkenni aldraðra. Spurningarnar eru upprunalega 30 en styttri útgáfur eru líka notaðar. Spurningalistinn hefur verið þýddur á íslensku (sjá mynd 1) (Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2000). Í klínískum leiðbeiningum Landspítalans (2011) um þunglyndi og kvíða er ekki fjallað sérstaklega um skimun þunglyndis. Á Landspítalanum, sem og annars staðar í heilbrigðiskerfinu, væri tilvalið að nota stutt skimunarpróf til að meta hættuna og vísa áfram til frekari aðila séu vísbendingar um að hinn aldraði hafi einkenni þunglyndis.

MYND 1

Merktu við það svar sem á best við um líðan þína síðustu vikuna.

1. Ertu yfirleitt sátt/ur við lífið og tilveruna?	Já	Nei
2. Stundarðu áhugamál þín minna en þú ert von/vanur?	Já	Nei
3. Finnst þér tilveran tómleg?	Já	Nei
4. Leiðist þér oft?	Já	Nei
5. Er hjart framundan?	Já	Nei
6. Sækja á þig óþægilegar hugsanir sem þú losnar ekki við?	Já	Nei
7. Ertu yfirleitt í góðu skapi?	Já	Nei
8. Óttastu að eitthvað slæmt muni henda þig?	Já	Nei
9. Ertu yfirleitt ánægð/ánægður?	Já	Nei
10. Finnst þér þú oft vera hjálparvana?	Já	Nei
11. Ertu oft einðarlaus og óþolinmód/ur?	Já	Nei
12. Viltu heldur vera heima en fara og fast við eitthvað nýtt?	Já	Nei
13. Hefurðu oft áhyggjur af framtíðinni?	Já	Nei
14. Finnst þér minni þitt verra en minni flestra jafnaldrar þinna?	Já	Nei
15. Nýturðu lífsins þessa dagana?	Já	Nei
16. Ertu oft niðurdregin/n eða döpur/dapur?	Já	Nei
17. Finnst þér þú vera einskis nýtt/ur þessa dagana?	Já	Nei
18. Hefurðu áhyggjur af því sem líðið er?	Já	Nei
19. Finnst þér tilveran spennandi?	Já	Nei
20. Er erfitt að byrja á nýjum verkefnum?	Já	Nei
21. Finnst þér þú vera full/ur orku?	Já	Nei
22. Finnst þér aðstæður þínar vera vonlausar?	Já	Nei
23. Finnst þér flestir hafa það betra en þú?	Já	Nei
24. Leyfirðu smámunum oft að koma þér úr jafnvægi?	Já	Nei
25. Ertu oft gráti nær?	Já	Nei
26. Áttu erfitt með að einbeita þér?	Já	Nei
27. Ertu oftast í góðu skapi þegar þú ferð á fætur á morgnana?	Já	Nei
28. Forðastu að fara út á meðal fólks?	Já	Nei
29. Áttu auðvelt með að taka ákvarðanir?	Já	Nei
30. Hugsarðu eins skýrt og áður?	Já	Nei

Stutta útgáfa GDS spurningalistans samanstendur af eftirfarandi spurningum: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 21, 22 og 23.

Margrét Valdimarsdóttir og fleiri, 2000

Aldraðir eiga frekar á hættu að þurfa að glíma við vandamál sem hafa áhrif á heilsu og lífsgæði. Skimun út af heilsufarsvandamálum aldraðra gæti verið hluti af forvörn um fyrir alvarlegum líkamlegum og andlegum sjúkdómum, óþarfa sjúkráhusinnlögnum og ótímabærum flutningum á hjúkrunarheimili. Bandaríkjamenn fóru af stað með verkefni sem gengur út á að koma auga á vísbendingar um þessi vandamál. Markmið verkefnisins var að vera í viðbragðsstöðu þegar kom að áhættuhópum og tryggja viðeigandi eftirfylgni fyrir heilsufarsvandamál svo sem minnistrufanir, byltuhættu og þunglyndi. Tilgangur verkefnisins var einnig að stuðla að umræðum um forvarnir, greiningu og meðferð, að innleiða aðgerðir til að minnka áhættu fyrir þessum vandamálum, gera skimun aðgengilegri og að útvíkka fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða (May o.fl., 2014). Niðurstöður verkefnisins liggja ekki fyrir en hugsanlega gæti svipuð aðferð hentað hér á landi.

Fyrir íbúa hjúkrunarheimila er skimun einföld í framkvæmd en líklega ekki nægilega skilvirk. RAI-mat er gert við fyrstu komu á hjúkrunarheimili og svo reglulega þar á eftir. RAI-matstækið metur þunglyndiseinkenni og niðurstöður segja til um hvort íbúi hafi einkenni þunglyndis. Ef lítið er til þess að um 13% þeirra sem sýna þunglyndiseinkenni á íslenskum hjúkrunarheimilum fá ekki meðferð við þunglyndi mætti ætla að niðurstöður úr RAI-mati séu ekki nægilega vel nýttar til að bæta meðferð íbúa. Einnig

er umhugsunarvert hátt hlutfall þunglyndiseinkenna hjá þeim sem fá lyfjameðferð við þunglyndi (RAI-niðurstöður, 2015). Íhuga mætti að innleiða vinnuferla þess eðlis að lagt sé fyrir nýja íbúa stutt skimunarpróf sem mætti þá leggja aftur fyrir viðkomandi verði breytingar á heilsufari sem og til þess að meta árangur meðferðar.

Meðferð

Meðferð við þunglyndi er mikilvæg en árangursrík meðferð meðal aldraðra getur bætt tilfinningalega, félagslega og líkamlega virkni og þar með bætt almenna líðan og aukði lífsgæði. Góð meðferð getur leitt af sér betri meðferðarhaldni fyrir þá sem glíma við aðra langvinna sjúkdóma og dregið úr dánartíðni þeirra (Khouzam, 2009).

Niðurstöður bandarískrar rannsóknar, sem framkvæmd var á árunum 2004-2005, benda til þess að aðeins 17,6% þunglyndra íbúa hjúkrunarheimila fái viðeigandi þunglyndislyfjameðferð. Vert er að taka fram að í þeirri rannsókn voru aðrar tegundir þunglyndismeðferðar ekki skoðaðar. Hlutfall þunglyndra án meðferðar var töluvert hærra en hér á landi eða um 25%. Af þeim sem voru þunglyndir og fengu lyfjameðferð var ríflega helmingur sem fékk óæskilega lyfjameðferð, þ.e. þunglyndislyf höfðu milliverkanir við önnur lyf eða lyfjameðferð féll ekki vel að öðrum sjúkdómi sem einstaklingurinn glímdi við. Athyglisvert er að 42% einstaklinga sem voru ekki þunglyndir voru engu að síður á einu eða fleiri þunglyndislyfi (Hanlon o.fl., 2011).

Þessar vísbendingar um óviðeigandi notkun þunglyndislyfja eru umhugsunarverðar m.t.t. þeirra áhrifa sem þau geta haft á einstaklingana. Aukaverkanir þunglyndislyfja eru margvíslegar og því mikilvægt að huga að þeim þegar meðferð er ákveðin. Meðal aukaverkana geta verið brjóstverkir, meltingatruflanir, lystarleysi, munnþurrkur, óróleiki og útbrot (Lyfjastofnun, e.d.) en þetta er einungis brot af þeim aukaverkunum sem þunglyndislyf geta valdið. Þá þarf að hafa í huga að stilla lyfjaskammta til að mæta öldrunartengdum breytingum og minnka þannig líkur á alvarlegum aukaverkunum (Alamo o.fl., 2014).

Niðurstöður íslenskrar rannsóknar benda til þess að hérlandis sé geðlyfjanotkun meðal aldraðra sem búa utan stofnanna umtalsverð eða um tvöfalt meiri en í Danmörku. Þunglyndislyfjanotkun var tæplega 29% hjá konum og rúmlega 18% hjá karlmönnum (Ólafur Samúelsson o.fl., 2009). Þessi kynjamunur á lyfjanotkun endurspeglar þær vísbendingar sem benda til þess að þunglyndi sé algengara meðal kvenna heldur en karla (Tabloski, 2014).

Þunglyndislyf eru ekki töfralausnin við þunglyndi

meðal aldraðra. Vissulega er lyfjameðferð góð og gild þar sem hún er viðeigandi en jafnframt virðist sú meðferð vera fyrsti kostur við þunglyndi. Sýnt hefur verið fram á að hugræn atferlismeðferð sé mjög áhrifarík til meðhöndlunar á þunglyndi aldraðra og helst ávinningur meðferðar í a.m.k. sex mánuði eftir að meðferð líkur (Gould o.fl., 2012). Kínverjar standa frammi fyrir því að skortur er á fagfólki með sérhæfingu á geðrænum vandamálum. Tang og fleiri (2015) könnuðu því hvort hægt væri með auðveldum hætti að þjálfra heimilislækna á dreifbýlum svæðum í að veita þessa meðferð. Niðurstöður þeirra leiddu í ljós að þessir nýju meðferðaraðilar gátu tileinkað sér færni til að veita hugræna atferlismeðferð og meðferð þeirra var árangursrík. Því mætti skoða hvort unnt er að að þjálfra hjúkrunarfræðinga sem og annað heilbrigðisstarfsfólkí sem starfar í öldrunarþjónustu, í því að meðhöndla aldraða með þessu meðferðar-úrræði. Þannig mætti bæta aðgengi íbúa á hjúkrunarheimilum að þessu meðferðarúrræði og samtvinna lyfjameðferð og hugræna atferlismeðferð. Fleiri meðferðarúrræðum er beitt við meðhöndlun þunglyndis en ekki verður fjallað nánar um þau í þessari grein.

Lokaorð

Hækkandi aldur, lítill félagslegur stuðningur og erfið fjárhagsstaða gerir aldraðra berskjaldaðri fyrir þunglyndi en annað fólk (Glaesmer o.fl., 2011). Enn fremur verða ýmsir kvillar algengari með hækkandi aldri og er þunglyndi einn af þeim sem getur haft gríðarleg áhrif á líðan fólks. Þunglyndi hefur neikvæð áhrif á virkni fólks og getu til sjálfstæðis (Drageset o.fl., 2011). Vísbendingar eru um að þunglyndi sé vangreint og vanmeðhöndlað eða jafnvel ofmeðhöndlað (Hanlon o.fl., 2011). Hægt er að beita skimun til að komast að því hvaða einstaklinga þarf að meta betur og getur RAI-matstækið, sem notað er á öllum hjúkrunarheimilum, verið gagnlegt í þeim tilgangi. Lyfjameðferð virðist oft vera fyrsti kostur til að meðhöndla þunglyndi en hafa ber í huga að aldraðir eru viðkvæmari fyrir aukaverkunum lyfja en þeir sem yngri eru. Viðeigandi lyfjameðferð hefur meiri ávinning en áhættu og því ætti alltaf að veita æskilega lyfjameðferð (Crumpacker, 2008). Markmið meðferðar ætti ekki eingöngu að snúast um skjótan bata heldur einnig um það að halda sjúkdómnum í skefjum (Reynolds o.fl., 2011). Góð eftirfylgni, samtalsmeðferð, viðeigandi lyfjameðferð, meðferðarhaldni og eftirlit með aukaverkunum leiðir af sér minni áhættu og lægri dánartíðni (Gallo o.fl., 2013). Þess vegna er mikilvægt að greina og meðhöndla þunglyndi meðal aldraðra.

HEIMILDASKRÁ

- Aðalheiður Ósk Sigfúsdóttir (2014). Próffræðileg athugun á íslenskri gerð ASEBA mats- og skimunarlistunum fyrir fólk 60 ára og eldra. Forathugun. Háskóli Íslands. Sótt á <http://hdl.handle.net/1946/18546>.
- Alamo, C., Lopez-Munoz, F., Garcia-Garcia, P., og Garcia-Ramos, S. (2014). Risk benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics*, 14(4), 261-268. Doi: 10.1111/psyg.12057.
- Crumpacker, D. W. (2008). Suicidality and antidepressants in the elderly. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 21(4), 373-377.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.
- 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. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03663.x.
- Gallo, J. J., Morales, K. H., Bogner, H. R., Raue, P. J., Zee, J., Bruce, M. L., og Reynolds, C. F. þriðji (2013). Long term effect of depression care management on mortality in older adults: Follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *Bmj*, 346, 2570. Doi: 10.1136/bmj.f2570.
- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., og Luppá, M. (2011). Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: A population-based study. *International Psychogeriatrics*, 23(08), 1294-1300. Doi:10.1017/S1041610211000780.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., og Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of American Geriatric Society*, 60(10), 1817-1830. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x.
- Hanlon, J. T., Wang, X., Castle, N. G., Stone, R. A., Handler, S. M., Semla, T. P., ... og Dysken, M. W. (2011). Potential underuse, overuse, and inappropriate use of antidepressants in older veteran nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1412-1420. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03522.x.
- Khouzam, H. R. (2009). The diagnosis and treatment of depression in the geriatric population. *Comprehensive Therapy*, 35(2), 103-114.
- Landspítali (2011). Klínískar leiðbeiningar um þunglyndi og kvíða. Sótt 3. nóvember á: http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/thunglyndi-og-kvidi/klin_leid_thunglyndi_kvidi_agust_2011.pdf Compr Ther, 35(2), 103-114.
- Levin, C. A., Wei, W., Akincigil, A., Lucas, J. A., Bilder, S., og Crystal, S. (2007). Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. *Journal of American Medical Directors Association*, 8(9), 585-594. Doi: 10.1016/j.jamda.2007.07.010.
- Lyfjastofnun (e.d.). Lyfjaupplýsingar – Sérlyfjaskrá. Sótt 3. nóvember á: <http://serlyfjaskra.is/ShowResult.aspx?d=1&p=1&n=0&i=0&t=0&a=0&at=0&m=0&q=sertral>.
- Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson (2000). Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð Geriatric Depression Scale (GDS). *Læknablaðið* 86, 344-8.
- May, S. G., Cheng, P. H., Tietbohl, C. K., Trujillo, L., Reilly, K., Frosch, D. L., og Lin, G. A. (2014). Shared medical appointments to screen for geriatric syndromes: Preliminary data from a quality improvement initiative. *Journal of American Geriatric Society*, 62(12), 2415-2419. Doi: 10.1111/jgs.13142.
- Ólafur Samúelsson, Helga Zoëga, Aðalsteinn Guðmundsson og Matthías Halldórsson (2009). Algengi geðlyfjanotkunar eldri Íslendinga utan stofnana. *Læknablaðið*, 95, 11-17.
- RAÍ niðurstöður (2015). Óútgefið efni. Niðurstöður af landinu öllu úr gagnagrunni Öldrunarheimila Akureyrar.
- Reynolds, C. F. þriðji, Butters, M. A., Lopez, O., Pollock, B. G., Dew, M. A., Mulsant, B. H., og DeKosky, S. T. (2011). Maintenance treatment of depression in old age: A randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the efficacy and safety of donepezil combined with antidepressant pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 51-60. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.184.
- Schulz, R., Drayer, R. A., og Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52(3), 205-225.
- Sheeran, T., Byers, A. L., og Bruce, M. L. (2010). Depression and increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home health care services. *Psychiatric Services*, 61(1), 78-80. Doi:10.1176/ps.2010.61.1.78.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., og Eefsting, J. A. (2008). Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging & Mental Health*, 12(2), 244-248. Doi: 10.1080/13607860801987238.
- Tablowski, P.A. (2014). *Gerontological Nursing* (3. útgáfa). New Jersey: Prentice Hall.
- Tang, X., Yang, F., Tang, T., Yang, X., Zhang, W., Wang, X., og Qu, Z. (2015). Advantages and challenges of a village doctor-based cognitive behavioral therapy for late-life depression in rural China: A qualitative study. *PLoS ONE*, 10(9), 0137555. Doi: 10.1371/journal.pone.0137555.
- Tiong, W. W., Yap, P., Huat Koh, G. C., Phoon Fong, N., og Luo, N. (2013). Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. *Aging & Mental Health*, 17(6), 724-731. Doi: 10.1080/13607863.2013.775638.

MUNNHEILSA ALDRAÐRA

Halla Beic Sigurðardóttir

ÖLDRUÐUM MUN fjölga mjög á næstu árum og áratugum og er áætlað að mesta fjölgunin verði í aldurshópnum 85 ára og eldri. Munnheilsa er öllum mikilvæg en sérstaklega þeim eldri. Fólk heldur eigin tönnum lengur nú á dögum en áður var og hefur orðið mikil breyting á örfáum áratugum. Margir eru með dýrar viðgerðir í tönnum, krónur, brýr og ígræðslur sem kalla á gott hreinlæti til að viðhalda góðri munnheilsu og fyrirbyggja vandamál. Slæm munnheilsa eykur líkur á tannskemmdum, sjúkdómum í gómum og sveppasýkingum sem geta valdið miklum óþægindum og skertum lífsgæðum hjá öldruðum. Fullnægjandi munnheilsu virðist vera ábótavant á hjúkrunarheimilum en heilbrigðisstarfsfólk og aðrir umönnunaraðilar gegna mikilvægu hlutverki við að betrumbæta munnheilsu skjólstæðinga sinna og ætti hún að vera hluti af heildstæðri hjúkrun þeirra.

Heilbrigður munnur

Heilbrigður munnur á að hafa hreinar tennur með lágmarkstannsyklu. Fyllingar og viðgerðir eiga að vera óskemmdar svo þær valdi ekki skaða á aðliggjandi vefjum, tungu eða kinnnum. Gómarnir eiga að vera bleikir og stinnir. Blæðing frá gómi er ábending um vandamál og ætti að fá sérfræðiálit tannlæknis. Gervitennur, hvort sem eru nokkrar eða allur tanngarðurinn, eiga að vera hreinar og án skarpra brúna. Tungan á að vera bleik með jafnri áferð og ósködduð. Slímhúðin á að vera bleik, mjúk, rök og án sára. Sár, hvítar eða rauðar skellur í munni, sem hafa verið viðvarandi í meira en tvær vikur, er óeðlilegt ástand og ætti að fá álit tannlæknis á því (Bissett og Preshaw, 2011).

Ýmsar breytingar eiga sér stað í munnum með hækkandi aldri. Bragðlaukum fækkar og þeir rýrna og þar með minnkar getan til að finna bragð. Munnvatnsframleiðsla minnkar einnig með aldrinum og getur valdið því að slímhúðin verði mjög þurr en það eykur líkur á sjúkdómum í munni. Gómar rýrna og því verða tennur viðkvæmari, en glerungur tannanna eyðist með tímanum og það veldur enn meiri líkum á tannskemmdum. Rýrnun verður á vef í

munnholinu, það getur valdið því að falskar tennur verða of stórar og passa illa og geta sært viðkvæmt tannholdið. Ef einstaklingurinn er með eigin tennur getur þessi rýrnun valdið því að þær færast til og slíkt getur valdið sársauka. Slíkt getur leitt af sér að fólk forðast að borða ýmsa holla fæðu eins og grænmeti og ávexti og það getur síðan leitt af sér vannæringu. Það er mjög mikilvægt að viðhalda hreinlæti í munnum og koma þannig í veg fyrir mörg óþægindi (Tabloski, 2014). Góð munnheilsa hefur góð áhrif á næringu, samskipti og líðan einstaklingsins, en slæm munnheilsa eykur líkur á sýkingu, skapar vandamál við að nærast, tryggja, tala og hefur slæm áhrif á líðan hans (Sonde o.fl., 2011).

Að viðhalda góðri munnheilsu

Góð munnheilsa byggist fyrst og fremst á sykurlitlu fæði, góðu flæði munnvatns og góðri tannhreinun (Bissett og Preshaw, 2011). Að hreinsa burt skán af tönnum krefst góðra fínhyfinga, góðrar sjónar og áhuga á verkinu. Best er að burstu tennurnar kerfisbundið og fara rækilega yfir hvern flöt tannanna með þeirri aðferð sem hentar hverjum og einum en ekki hefur verið sýnt fram á að ein aðferð sé betri en önnur (RNAO, 2008). Mælt er með að burstu tennurnar með flúorbættu tannkreminu í tvær til þrjár mínútur með léttum þrýstingi að minnsta kosti tvisvar á dag (Hayasaki o.fl., 2014). Bakteríur í munni setjast jafnt á gervitennur sem eigin tennur og séu þær vanhirtar eykur það líkur á sýkingum og sveppasýkingum. Þrif á slímhúð í munni og tungu fjarlægja tannsyklu og draga úr fjölda örvera í kokinu og er mikilvægt að þrifa munnholið, líka hjá þeim sem eru tannlausir. Tannlausir, sem nota gervitennur, þurfa því líka að huga að munnhreinun og fara reglulega til tannlæknis (Nitschke o.fl., 2010). Gervitennur á að láta liggja í köldu vatni yfir nótt. Ef tannsteinn myndast á gervitönnum er hægt að setja þær í edikblöndu um stund, eina matskeið af ediki út í eitt glas af vatni og skola svo af með volgu vatni, þó ekki oftar en einu sinni í mánuði (Tannverndarráð, e.d.).

Langvinnir sjúkdómar eru líklegri til að aukast með aldrinum og hafa oft áhrif bæði á líkamlega færni sem og andlega hæfni. Þegar þessi færni er farin að skerðast er erfiðara fyrir einstaklinginn að viðhalda viðunandi munnhreinsun og það leiðir til verri munnheilsu. Skortur á félagslegum stuðningi og ferðaörðugleikar til og frá tannlækni geta einnig haft mikil áhrif (Metcalf o.fl., 2011). Hrumir aldraðir á hjúkrunarheimilum, sem eru háðir þjónustu annarra, eru líklegri en hinir til að búa við slæma munnheilsu vegna líkamlegrar og vitsmunalegrar getu. Þeir eru líklegri til að fá tannskemmdir því matur situr lengur á tönnunum en þeir sem geta sinnt þessu sjálfir (Nitschke o.fl., 2010). Þeir eiga einnig frekar á hættu að fá lungnabólgu vegna ásvelgingar en vel hreinsaður munur er liður í því að koma í veg fyrir lungnabólgu af þessum toga (Barnes, 2014). Verkir og slæmu ástandi í munnholi geta fylgt tannskemmdum en ef einstaklingurinn á erfitt með að tjá sig eða er með heilabilun getur verið erfitt að greina slíka verki. Mikilvægt er því að fylgjast vel með ástandi munnholis og greina hvort einstaklingurinn er líklegur til að finna til óþæginda, greina ástæður verkjanna og meðhöndla sem fyrst (Tabloski, 2014) en verkir í munnholi draga verulega úr lífsánægju fólks (Östberg og Hall-Lord, 2011).

Þurr slímhúð (xerostomia)

Munnvatnsframleiðsla minnkar með aldrinum og getur valdið þurrki í munninum. Algengasta ástæðan fyrir munnþurrki er aukaverkun af lyfjum sem einstaklingurinn tekur en fjölmörg lyf valda þessari aukaverkun, svo sem þríhringlaga þunglyndislyf, deyfilyf, róandi lyf, blóðþrýstingslækkiandi lyf, þvagræsilyf, Parkinsonslyf og fleiri lyf (Tabloski, 2014). Fyrir utan að vera mjög óþægilegt getur þetta valdið margs konar vandamálum, svo sem við að tala og kyngja, en það getur valdið hættu á vannæringu og þyngdartapi en einnig hættu á ásvelgingu og þar með lungnabólgu. Það getur valdið óþægindum að hafa gervitennur þegar slímhúðin er þurr (Bissett og Preshaw, 2011). Í munnvatninu er flókin bakteríudrepandi efnasamsetning sem er hluti af ónæmiskerfinu og ver tennurnar og slímhúðina í munninum. Minnkuð munnvatnsframleiðsla dregur úr ónæmisvörnum aldraðra og eykur líkur á sýkingum í munni. Til að sporna við þurri slímhúð er hægt að örva munnvatnsframleiðsluna með sykurlausu tyggjó eða molum, fá sér sopa af vatni af og til eða jafnvel nota gervimunnvatn. Ef munnþurrkurinn er kominn til vegna lyfja er gott að endurskoða mikilvægi lyfjagjafarinnar. Ekki á að nota munnhreinsisvampa með sítrus sem taldir voru auka munnvatnsframleiðslu þar sem það er skammvirk lausn og eyðir upp glerungi tannanna (Coker o.fl., 2013). Natríumlárylsúlfat er stundum notað í tannkrem og getur það valdið ertingu á viðkvæmri slímhúð. Hægt er að skola því burt með vatni en þá skolast einnig flúorið burt sem er nauðsynlegt til varnar tannskemmdum. Til eru tannkremstegundir sem innihalda ekki natríumlárylsúlfat (t.d. Sensodyne ProNamel) og ætti fólk með viðkvæma

slímhúð frekar að velja slíkt tannkrem (Meurman, 2012). Vandamál eins og andremma getur verið afleiðing af þurri slímhúð og er hvítleitt. Það getur verið verulega hamlandi fyrir einstaklinginn, til dæmis í samskiptum og þátttöku í ýmsu félagsstarfi (Metcalf o.fl., 2011).

Sveppasýking

Sveppasýking í munni er yfirleitt af völdum *Candida albicans* og er algeng aukaverkun af þurri slímhúð. Einkenni eru hvítar skellur í munninum og er hún yfirleitt meðhöndluð með nýstatín-mixtúru (Mycostatin) fjórum sinnum á dag í tvær vikur. Mixtúrunni á að velta uppi í munninum í tvær mínútur í senn. Ef einstaklingurinn er með gervitennur er mikilvægt að taka þær út á meðan og gott er að setja 1 ml út í vatn og láta tennurnar liggja í því yfir nótt eða að minnsta kosti sex klukkustundir (Tabloski, 2014). Ef það er ekki merki um sveppasýkingu en skán er í munninum er betra að nota munnskol eða gel, svo sem klórhexidín (Sargeant og Chamley, 2013).

Tannholdsbólga

Bólga í tannholdi með roða, bólgu og jafnvel blæðingu eru algeng einkenni tannholdsbólgu (gingivitis). Orsökina eru sýklar frá munnholi sem festa sig við yfirborð tannanna og mynda tannskýlu. Þar veldur tannskýlan ertingu og bólgu í tannholdinu. Með því að burstu tennurnar með flúorbættu tannkreminu og nota tannþráð tvisvar á dag má draga úr einkennum tannholdsbólgu (Tabloski, 2014). Ef tannholdsbólgan er ekki meðhöndluð, dreifist bólgan um dýpri lög stoðvefjanna og kallast þá tannvegsbólga (peridontitis). Bólgan er þá ekki aðeins bundin tannholdinu heldur hafa bólgur breiðst út frá tannholdi niður í dýpri vefjalög, svo sem rótarslíður og kjálkabein, og valda eyðingu þar. Að endingu eyðist festa tannarinnar og tönnin losnar (Coker o.fl., 2013). Þetta skapar hættu hjá hrumum öldruðum með fjölpætt heilsufarsvandamál (Müller og Schimmel, 2010). Erfitt getur reynst að meðhöndla vandamálið þegar aldraðir eiga í hlut og því er fyrirbygging á yngri árum mikilvæg (Tabloski, 2014).

Munnbólga (stomatitis)

Munnbólga er bólguástand í munni sem getur lýst sér sem lítið sár eða óþægindi yfir í að öll slímhúðin í munninum sé blæðandi. Þetta er oft af völdum krabbameinslyfja sem valda frumueyðingu í öllum líkamanum. Að matast og drekka getur verið sársaukafullt. Í þessu ástandi þarf að huga vel að munnhreinsun til að koma í veg fyrir frekari sýkingar, nota milt munnskol og passa að matur og drykkir séu hvorki of heitir, of kaldir né of sterkir (Tabloski, 2014).

Krabbamein í munni

Góðkynja og illkynja æxli geta myndast í munninum og í kokinu og líkt og önnur krabbamein geta þau valdið meinvarpi í aðra líkamsvefi. Flöguþekjukrabbamein er algengasta krabbameinið í munni og er oftast hjá öldruðum.

Einkennin geta verið óeðlileg blæðing í munni, verkur eða dofi, stöðug tilfinning um að eitthvað sé fast í hálsinum, erfðileikar við að tyggja, breytingar á röddinni og eyrna-verkur. Meðferð getur verið skurðaðgerð, geislameðferð eða lyfjameðferð og er einstaklingsbundin (Tabloski, 2014).

Hlutverk hjúkrunarfræðinga

Skimun hjúkrunarfræðinga á munnheilsu skjólstæðinga sinna er mikilvæg til að hægt sé að sinna þörfum þeirra, annaðhvort að viðhalda munnheilsu eða betrumbæta hana. (Coker o.fl., 2013). Oft er á reiki hver ber ábyrgð á að viðunandi munnhreinsun fari fram á hjúkrunarheimilum. Hjúkrunarfræðingar telja að umönnunaraðilar framkvæmi verkin og svo virðist sem þá skorti innsæi í sína ábyrgð. Það er á ábyrgð hjúkrunarfræðinga að skipuleggja hjúkrarmeðferð og fylgja eftir að hún sé framkvæmd og þar með að fræða og leiðbeina aðstoðarfólki. Hjúkrunarfræðingar þurfa aðleggja áherslu á mikilvægi munnhreinsunar en oft virðist munnheilsa skjólstæðinga ekki vera áhersluatriði fyrr en vandamál steðja að (Sonde o.fl., 2011). Meirihluti allra heilbrigðisstarfsmanna hefur ekki fengið sérstaka fræðslu um hvernig á að sinna almennri munnhreinsun (RNAO, 2008) og því mikilvægt að auka þekkingu starfsmanna. Til að fræða samstarfsmenn og aðstoðarfólk er hægt að nálgast mikið af fræðslufni, bæði myndbönd og greinar, á vef Embættis landlæknis um tannvernd (Embætti landlæknis, 2016) og vef Tannverndarráðs (Tannverndarráð, e.d.). Auk þess hafa viðhorf heilbrigðisstarfsmanna og aðstoðarfólks mikil áhrif á það hvernig munnhreinsun er sinnt og því er mikilvægt að vera meðvitaður um sínar eigin hugmyndir

um mikilvægi munnheilsu. Munnhreinsun skjólstæðinga virðist ekki vera eftirsóknarvert verk og bendir það til að við álitum munnholið persónulegan stað á líkamanum og að heilbrigðisstarfsfólki finnist að það sé að fara yfir ákveðinn þröskuld gagnvart skjólstæðing sínum. Einnig virðist vera að munnhreinsun sé ekki talin eins mikilvæg og aðrir þættir í umönnun skjólstæðinga (RNAO, 2008). Tímaskortur og álag er daglegt brauð og það getur tekið tíma og reynt á þolrifin að aðstoða einstakling sem er hægur og skilur ekki til fulls hvað er í gangi. Starfsfólk á það þá til að grípa fram fyrir hendur skjólstæðingsins og klára verkið fyrir hann og þar með draga enn fremur úr hæfni hans til að sinna verkinu. Viðnám og móttþrói skjólstæðingsins, sem oft er vegna skorts á vitsmunalegri færni, getur valdið því að umönnunaraðilar gefast upp á verkinu og það leiðir til enn verri munnheilsu og þar með líðanar (Sonde o.fl., 2011).

Lokaorð

Áhuga á munnheilsu skjólstæðinga virðist vera ábótavant í heilbrigðiskerfinu. Oft eiga skjólstæðingarnir við brýn og alvarleg veikindi að stríða sem taka athyglina frá munnheilsu en slæm munnheilsa getur haft gríðarlega áhrif á lífsánægju fólks. Með auknum fjölda aldraðra á komandi árum, sem hafa eigin tennur með fjölbreytilegum viðgerðum, er mikilvægt að huga að munnheilsu og ætti hún að vera sjálfsagður hlutur í heildrænni hjúkrun. Þar eru hjúkrunarfræðingar í lykilstöðu við að halda málefnum á lofti með því t.d. að framkvæma munnhreinsun, mat á munnheilsu með viðurkenndum matstækjum, fræðslu og stuðningi við skjólstæðinga og ekki síður starfsfólk og fá sérfræðiálit tannlæknis þegar þörf er á.

HEIMILDASKRÁ

- Barnes, C. M. (2014). Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 14, 103-114.
- Bissett, S., og Preshaw, P. (2011). Guide to providing mouth care for older people. *Nursing Older People*, 23(10), 14-21. Sótt á <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104615252&site=ehost-live>.
- Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., og Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2360-2371. Doi:10.1111/jan.12107.
- Embætti landlæknis (2016). Tannvernd. Sótt á <http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/tannvernd/>.
- Hayasaki, H., Saitoh, I., Nakakura-Ohshima, K., Hanasaki, M., Nogami, Y., Nakajima, T., ... Yamasaki, Y. (2014). Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review*, 50(3), 69-77. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jdsr.2014.04.001>.
- Metcalfe, S. S., Northridge, M. E., og Lamster, I. B. (2011). A systems perspective for dental health in older adults. *American Journal of Public Health*, 101(10) 1820-1823. Doi:10.2105/AJPH.2011.300321.
- Meurman, J. (2012). Functional foods/ingredients and oral mucosal diseases. *European Journal of Nutrition*, 51, 31-38. Doi:10.1007/s00394-012-0324-6.
- Müller, F., og Schimmel, M. (2010). Tooth loss and dental prostheses in the oldest old. *European Geriatric Medicine*, 1(4), 239-243. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2010.06.001>.
- Nitschke, I., Majdani, M., Sobotta, B. A., Reiber, T., og Hopfenmüller, W. (2010). Dental care of frail older people and those caring for them. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14), 1882-1890. Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02996.x.
- RNAO [Registered Nurses' Association of Ontario] (2008). Oral Health: Nursing Assessment and Interventions. Toronto, Kanada: Registered Nurse's Association of Ontario. Sótt á <http://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-nursing-assessment-and-intervention>.
- Sargeant, S., og Chamley, C. (2013). Oral health assessment and mouth care for children and young people receiving palliative care. Part two. *Nursing Children & Young People*, 25(3), 30-33. Sótt á <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104273952&site=ehost-live>.
- Sonde, L., Emami, A., Kiljunen, H., og Nordenram, G. (2011). Care providers' perceptions of the importance of oral care and its performance within everyday caregiving for nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 92-99. Doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00795.x.
- Tabloski, P. A. (ritstj.). (2014). Gerontological Nursing. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Tannverndarráð (e.d.). Tannheilsa. Sótt á <http://brunnur.stjr.is/interpro/heilb/tannvernd.nsf/pages/wpp0041>.
- Östberg, A.-L., og Hall-Lord, M.-L. (2011). Oral health-related quality of life in older Swedish people with pain problems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 510-516. Doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00857.x.

MIKILVÆGI GÓÐRAR NÆRINGAR HJÁ ÖLDRUÐUM

Gunnfríður Ólafsdóttir

GÓÐ NÆRING er mikilvæg fyrir alla, ekki síður fyrir aldraða en þá sem yngri eru. Með aldrinum eiga sér stað margar líkamlegar breytingar en mesta breytingin er að þörf fyrir orku minnkar. Á sama tíma getur þörf fyrir einstök næringarefni aukist (World Health Organisation, 2002). Afleiðingar slæmrar næringar aldraða geta verið margvíslegar en til dæmis má nefna aukna hættu á þrýstingssárum, offitu, vannæringu, sykursýki 2, hjarta- og æðasjúkdóma og kraftleysi. Á sama hátt er góð næring mikilvæg þegar einstaklingur er að ná heilsu eftir veikindi, er í endurhæfingu og ekki síst við sáragræðslu (Anna Svandís Gísladóttir o.fl., 2007).

Mataræði á stofnunum, þar með talið hjúkrunarheimilum, hefur verið umdeilt í mörg og þá sérstaklega hversu langur tími líður á milli kvöldhressingar eða kvöldmatar og morgunmatar. Einnig getur verið vandasamt að meta næringarástand aldraðs fólks því að líkamsþyngdarstuðull gefur ekki rétta mynd þar sem einstaklingurinn hefur oft gengið saman og lækkað. Nákvæmar mælingar á næringarástandi með blóðprufu geta verið tímafrekar og dýrar og því hafa verið útbúin nokkur skimtæki til að meta næringarástand. Meðal þeirra er eitt sem metur hættu á vannæringu hjá þessum aldurshópi (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl. 2007). Með góðri næringu og réttu mataræði má meðhöndla eða koma í veg fyrir ýmis heilsufarsvandamál sem eldra fólk stríðir við. Þannig mætti með réttu mataræði minnka lyfjakostnað, bæta heilsu og auka lífsgæði. Markmiðið með þessari fræðslugrein er að benda á mikilvægi góðrar næringar hjá fólki sem er 65 ára og eldra.

Öldrun er ein og sér ekki ástæða fyrir vannæringu

Marvíslegar ástæður geta verið fyrir þyngdartapi hjá eldra fólki, til dæmis ónóg neysla fæðu, sjúkdómar sem hindra upptöku næringarefna, uppköst eða niðurgangur eða þá of hröð efnaskipti sem geta verið afleiðing til dæmis hita eða sára (Anna Svandís Gísladóttir o.fl., 2007). Það

er vel þekkt að þyngdartap og lágur þyngdarstuðull eru áhættuþættir fyrir andláti hjá eldra fólki. Bæði þyngdartap og lágur þyngdarstuðull eru merki um lélegt næringarástand, hins vegar er ekki vitað hvort er mikilvægara eða hvort um samspil þessara tveggja þátta er að ræða (Wirth o.fl., 2015).

Meðal aldraða, sem lagðir eru inn á sjúkrahús, eru um það bil 30-50% vannærðir en vandamálið er ekki alltaf greint vegna tímaskorts. Oft versnar næringarástand sjúklingsins við innlögn á sjúkrahús en slæmt næringarástand er líklegt til að auka legukostnað. Rannsóknir sýna einnig svipað næringarástand meðal þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007).

Afleiðingar vannæringar hjá öldruðum geta verið margvíslegar og vannæring hefur áhrif á allan líkamann. Mikilvægt er að einblína ekki á að öldrunin sem slík sé ástæðan fyrir þyngdartapinu heldur geta margvíslegir aðrir þættir átt hlut að máli. Oft er erfitt að greina ástæðuna fyrir þyngdartapinu og þegar niðurbrot á vöðvavef er hafið getur verið erfitt að snúa því ferli við (Tucker, 2006).

Aldurstengdar breytingar á næringarþörf

Með aldrinum breytist næringarþörf manna, aðalástæðan er eðlilegar líkamlegar breytingar, eins og aukning á fitumassa vegna hormónabreytinga. Hreinn vöðvamassi minnkar einnig og þar af leiðandi minnkar vatnsmagn í líkamanum þar sem vatnið situr í vöðvum líkamans. Tilfinningin fyrir þorsta minnkar auk þess með aldrinum jafnframt því sem nýrun þurfa meiri vökva til að losa sig við salt úr líkamanum og því er öldruðu fólki mjög hætt við ofþornun (Tucker, 2006). Beinþéttni minnkar einnig bæði hjá konum og körlum af margvíslegum ástæðum, til dæmis lyfjanotkun eða sjúkdómum (Tucker, 2006).

Vegna minni vöðvamassa geta kreatínínildri í blóðprufu verið lægri en ætla mætti miðað við nýrnastarfsemi og því ekki jafn áreiðanlegur mælikvarði á nýrnastarfsemi og áður. Enn fremur lengist niðurbrotstími kreatíníns og annarra efna (til dæmis lyfja) en það þýðir að aldraðir geta

TAFLA 1. Breyting á hitaeningaþörf karla og kvenna með hækkuðum aldri.

Konur

Aldur	Lítill hreyfing	Meðalhreyfing	Mikil hreyfing
61-74 ára	1770 hitaeningar	2030 hitaeningar	2270 hitaeningar
75 ára og eldri	1700 hitaeningar	1960 hitaeningar	2220 hitaeningar

Karlar

Aldur	Lítill hreyfing	Meðalhreyfing	Mikil hreyfing
61-74 ára	2220 hitaeningar	2530 hitaeningar	2870 hitaeningar
75 ára og eldri	2010 hitaeningar	2290 hitaeningar	2580 hitaeningar

brugðist á annan hátt við lyfjagjöf en yngra fólk (Tucker, 2006).

Við öldrun líkamans verða einnig ýmsar breytingar á meltingarfærum sem og munn- og tannheilsu. Þar má sérstaklega nefna minni munnvatnsframleiðslu sem hefur slæm áhrif á tannheilsu og það getur síðan haft áhrif á getu til þess að neyta matar (Baumgartner o.fl., 2015). Auk þess getur upptaka lyfja í líkamanum breyst vegna breytinga sem verða í meltingarfærum og þess vegna lengist sá tími sem líkaminn er að útskilja lyf. Því er sérstaklega mikilvægt að fylgjast vel með áhrifum lyfja á aldraða þar sem verkun lyfja og aukaverkanir geta verið aðrar en hjá yngra fólki (Tucker, 2006)

Með aldrinum aukast einnig líkurnar á ofþornun, bæði vegna minnkaðrar þorstatilfinningar en einnig vegna þess að framleiðsla líkamans á reníni og aldósteróni, sem stýra vökvajafnvægi í líkamanum, getur minnkað með aldrinum. Þetta veldur auknu næmi fyrir salti í fæðu og eykur þannig hættu á bjúg og vökvásöfnun í líkamanum. Því þurfa nýrun meira magn vökva til að losa sig við salt úr líkamanum á sama tíma og fólk drekkur oft minna vegna minnkandi þorstatilfinningar (Tucker, 2006).

Ráðleggingar um mataræði

Í ráðleggingum Embættis landlæknis frá árinu 2014 er lögð áhersla á fjölbreytt fæði fremur en einstakar fæðutegundir. Samsetning næringarinnar skiptir meira máli en magn og lögð er áhersla á neyslu hollrar fitu og gæðakolvetna. Þó er alltaf mikilvægt að huga að hitaeningum en í töflu 1 er sýnt hvernig hitaeningaþörf getur minnkað með aldrinum (Faghópur landlæknis um ráðleggingar um mataræði 2014).

Þegar hugað er að því hvernig má uppfylla næringarþörf aldraðs einstaklings er bent á hina einföldu reglu um hlutföll á matardiskinum. Disknum er skipt í 3 hluta, óháð skammtastærð, þar sem 1/3 eru próteinrík matvæli (fiskur, kjöt, egg eða baunir), 1/3 eru matvæli sem innihalda kolvetni (heilkornapasta, hýðishrísgrjón, bygg, kartöflur

eða gróft brauð) og 1/3 eru grænmeti eða ávextir. Einnig er mælt með fiskneyslu tvisvar til þrisvar í viku og kjötmál-tíð tvisvar til þrisvar, ásamt grænmetis- eða baunarétti einu sinni (Faghópur landlæknis um ráðleggingar um mataræði, 2014).

Samkvæmt leiðbeiningunum er hægt að koma í veg fyrir þörf á vítamín- og steinefnaneyslu í töfluformi með fjölbreyttu fæði, þó er nauðsynlegt að taka aukalega D-vítamín en ráðlagður dagskammtur D-vítamíns fyrir Íslending 70 ára og eldri er 20 míkrogrömm eða 800 AE (Elva Gísladóttir og Hólmfríður Þorgeirsdóttir, 2013). Einnig er nauðsynlegt er að tryggja að kalkneysla sé hæfileg og nægja þá tvö glös eða skálar af mjólkurvörum á dag. Margir ávextir og grænmeti eru einnig ríkir af kalki, í 100 grömmum af rabbarbara eru t.d. 86 mg af kalki.

Skortur á trefjaefnum og vökva auk hreyfingarleysis veldur því að margir aldraðir eiga við hægðatregðu að stríða. Ýmsir sjúkdómar og lyf auka svo enn frekar á þennan vanda. Það er því mikilvægt að tryggja neyslu nægilega mikillar trefjaríkrar fæðu og vökva til að ekki þurfi að nota hægðalyf. Þó er hættan oft til staðar, þegar munnheilsa er léleg eða fólk býr eitt, að það leitar í einfalda fæðu og mjúka sem þá er oft ekki eins næringar- og trefjarík.

Natríumhluti matarsalts getur stuðlað að bjúgsöfnun og hækkun á blóðþrýstingi en hvort tveggja er algengt meðal aldraðra. Of hár blóðþrýstingur er einn af áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma. Með því að gæta að saltmagni fæðunnar er mögulegt að minnka notkun á blóðþrýstings- og þvagræsilyfjum og því er rík ástæða til að forðast ofnotkun salts í fæði aldraðra (Tucker, 2006).

Mat á næringarástandi

Ýmis matstæki hafa verið útbúin til að meta næringarástand einstaklinga. Einna mikilvægast er að þau séu auðveld í notkun og að sama matstækið sé alltaf notað til að fá niðurstöður sem hægt er að nota til samanburðar (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007). Mælitækið „Kembileit til greiningar á vannæringu aldraðra“ er einfalt og fljótlegt

í notkun. Með þremur breytum, sem notaðar eru saman, þ.e. líkamsþyngdarstuðli (hæð og þyngd), ósjálfráðu þyngdartapi og nýlegri skurðaðgerð, er hægt að meta hvort einstaklingurinn er vannærður eða í hættu á vannæringu. Þó að mælitækið sé einfalt hefur það reynst bæði næmt (1,00) og sértækt (0,78) (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007). Mikilvægt er að meta næringarástand sem fyrst eftir komu á sjúkrahús eða hjúkrunarheimili, sama hvaða matstæki er notað, til að geta gert hjúkrunaráætlun og komið í veg fyrir breytingar á næringarástandi því þær geta gerst hratt hjá öldruðum, sérstaklega ef um veikindi er að ræða (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007).

Hvað er hægt að gera?

Vannæring getur verið af ýmsum orsökum og því er mikilvægt að greina hver hún er. Umhverfi, þar sem matast er, getur haft áhrif á næringarástand einstaklingsins, lýstarleysi getur aukist með ákveðnu áreiti og því er mikilvægt að gæta að því t.d. hvar borðað er og á hvaða tímum. Mikilvægt er að meta og skrásetja það sem einstaklingurinn drekkur og borðar svo hægt sé að meta hvar nauðsynlegt er að grípa inn í. Einnig þarf að ræða við einstaklinginn um hans óskir og markmið og finna með honum leiðir til að uppfylla næringarþörf hans (Elva Gísladóttir og Hólmfríður Þorgeirsdóttir, 2013).

Næring aldraðra einstaklinga með heilabilun

Rannsóknir sýna að hætta á vannæringu, vökvaskorti og vandamálum við að nærast eykst hjá þeim sem þjást af minnissjúkdómum. Þó að þetta sé vel þekkt vandamál er enn þörf fyrir fleiri vandaðar rannsóknir á því hvernig

best er að tryggja betri næringu þeirra sem eru með minnissjúkdóma. Þó hafa rannsóknir bent til að ákveðnar aðferðir geti verið hjálplegar. Bent er á að gott sé að huga að ánægjulegu andrúmslofti við máltíðir, borða með ættingjum eða starfsfólki og hlusta á fallega tónlist við máltíðir. Einnig reynist vel að hvetja fólkið með orðum og með snertingu til að borða sjálft. Hafa þarf orkuríkan mat á boðstólum þar sem hægt er að tína upp í sig bita og bita og komast að því hvaða fæðutegundum hinn aldraði hefur verið hrifinn af áður (Bunn o.fl., 2016). Það hefur ekki tíðkast á Íslandi eins og sums staðar erlendis að setja upp magaslöngu eða PEG-slöngu (e. percutaneous endoscopic gastrostomy tube) hjá einstaklingum með langt gengna heilabilun. Hérlandis hefur verið lögð áhersla á að reyna með ýmsum leiðum að hjálpa einstaklingnum að nærast með því að borða. Bent hefur verið á að ekki sé æskilegt að setja upp magaslöngu hjá þessum sjúklingahópi enda hafa rannsóknir sýnt að vegna mikilla aukaverkana af notkun þeirra sé dánartíðni hærri hjá þeim sem eru með heilabilunarsjúkdóm og fá magaslöngu en hjá þeim sem eru með sjúkdóminn nærast um munn (Ticinesi o.fl., 2016).

Lokaorð

Máltíðir eru mikilvægur þáttur í daglegu lífi á hjúkrunarheimilum eins og hjá okkur öllum og það að gera máltíðir að ánægjulegri upplifum getur stuðlað að því að fólk nærast betur. Með því að tryggja góða næringu aldraðara, sem dvelja á stofnunum eða búa við langvarandi heilsubrest, er hægt að stuðla að meiri vellíðan, betri færni og auknum lífsgæðum þessara einstaklinga.

HEIMILDASKRÁ

- Anna Svandís Gísladóttir, Bryndís Elísa Árnadóttir, Eyrún Ósk Guðjónsdóttir, Ólöf G. Ásbjörnsdóttir og Katrín Blöndal (2007). Hlutverk næringar í græðslu sára. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83(2), 26-29.
- Baumgartner, W., Schimmel, M., og Müller, Oral health and dental care of elderly adults dependent on care F. (2015). Oral health and dental care of elderly adults dependent on care. *Swiss Dental Journal*, 125(4), 417-426.
- Bunn, D. K., Abdelhamid, A., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Howe, A., ... og Smithard, D. (2016). Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and drinking well in dementia (EDWINA). Systematic review. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1.
- Elva Gísladóttir og Hólmfríður Þorgeirsdóttir (2013). Mikilvægi hollrar fæðu fyrir heilsuna á efri árum. Sótt í ágúst 2016 á http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11623/Mikilvaegi%20hollrar%20faedu%20fyrir%20heilsuna%20%C3%A1%20efri%20arum_einblodungur.pdf.
- Faghópur landlæknis um ráðleggingar um mataræði (2014). Ráðleggingar um mataræði fyrir fullorðna og börn frá tveggja ára aldri. Reykjavík: Embætti landlæknis.

- Ingibjörg Hjaltadóttir, Anna Edda Ásgeirsdóttir, Borghildur Árnadóttir, Guðbjörg Jóna Hermannsdóttir, Alfons Ramel og Inga Þórsdóttir. (2007). Matstæki til greiningar á vannæringu aldraðra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 83(5), 48-56.
- Ticinesi, A., Nouvenne, A., Lauretani, F., Prati, B., Cerundolo, N., Maggio, M., og Meschi, T. (2016). Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clinical Nutrition*, (í prentun).
- Tucker, S. B. (2006) *Nutrition and aging* (3. útgáfa). Í P. A. Tabloski (ritstjóri), *Gerontological nursing* (bls. 96-128). New Jersey: Pearson.
- Wirth, R., Streicher, M., Smoliner, C., Kolb, C., Hiesmayr, M., Thiem, U., og Volkert, D. (2016). The impact of weight loss and low BMI on mortality of nursing home residents: Results from the nutrition day in nursing homes. *Clinical Nutrition*, 35(4), 900-906.
- World Health Organization (2002). Ageing and nutrition: A growing global challenge. Nutrition. Sótt í ágúst 2016 á <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index.html>.

HJÚKRUN FÓLKS MEÐ SYKURSÝKI Á HJÚKRUNARHEIMILUM

Margrét Ósk Vífilisdóttir

HJÚKRUN EINSTAKLINGA með sykursýki er flókin og taka þarf tillit til margra atriða. Einstaklingar með sykursýki hafa margvíslegar þarfir og misjafnt er hversu mikil áhrif sjúkdómurinn hefur haft á ástand viðkomandi. Þegar einhver greinist með sykursýki eru lífsstílsbreytingar nauðsynlegar til að ná sem bestum árangri í að stjórna blóðsykrinum. Blóðsykursmarkmið eru önnur hjá hrumum öldruðum einstaklingum og lyfjagjafir aldraðra sykursýkissjúklinga eru flóknar og margir þættir sem taka þarf tillit til. Mikil áhersla er lögð á að forðast blóðsykursfall því afleiðingar þess geta verið mjög alvarlegar (American Diabetes Association [ADA], 2016). Þegar einstaklingar með sykursýki flytja inn á hjúkrunarheimili hafa þeir oft verið með sjúkdóminn í mörg ár og ef til vill komnir með einhverja af þeim fylgikvillum sem honum geta fylgt. Þeir hafa þurft og þurfa áfram mikinn stuðning og fræðslu og fræða þarf fjölskyldu einstaklingsins. Starfsfólk þarf líka að búa yfir þekkingu á umönnun þessa fólks svo hún verði eins og best verður á kosið. Í þessari grein verður varpað ljósi á helstu viðfangsefni við hjúkrun einstaklinga með sykursýki á hjúkrunarheimilum og hvað þarf sérstaklega að hafa í huga við þá hjúkrun.

Útbreiðsla sykursýki er algeng meðal aldraðra einstaklinga og er tíðni hennar að aukast. Talið er að bæði hærri aldur fólks og umhverfisþættir hafi þar áhrif. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin bendir á að algengi sykursýki hafi tvöfaldast frá árinu 1980 til ársins 2014 og að líkur séu á áframhaldandi aukningu á sykursýki í heiminum (WHO, 2016). Á íslenskum hjúkrunarheimilum voru árið 2003 10,3% íbúanna greind með sykursýki en árið 2012 voru þau 14,2 %, því er um 4 % aukningu að ræða á 10 árum og vísbendingar eru um enn ferkari fjölgun sykursjúkra á hjúkrunarheimilum í framtíðinni (Ingibjörg Hjaltadóttir og Árún Kristín Sigurðardóttir, 2015). Talað er um að á móti hverjum tveim sem greindir eru með sykursýki sé einn ógreindur. Á mörgum hjúkrunarheimilum er ekki skimað skipulega eftir sykursýki. Hún getur því verið vangreind og ómeðhöndluð og það getur leitt til þess að

hún uppgötvast ekki fyrr en við neyðarástand (Dardano o.fl., 2014).

Meðferð

Aldraðir einstaklingar með sykursýki hafa oft mikla byrði af sjúkdómi sínum (Tabloski, 2014). Þessir íbúar eru gjarnan yngri en aðrir íbúar þegar þeir flytja inn á hjúkrunarheimili. Þeir eru oft ágætlega á sig komnir andlega en með lakari líkamlega getu. Taka þarf tillit til ýmissa atriða við meðferð þeirra og hún þarf að vera einstaklingsmiðuð (Ingibjörg Hjaltadóttir og Árún Kristín Sigurðardóttir, 2015). Hjá öldruðum íbúum á hjúkrunarheimilum, sem eru með sykursýki, er markmiðið með meðferðinni að halda blóðsykri innan viðmiðunarmarka eða sem næst eðlilegu gildi. Einstaklingurinn þarf að þekkja einkenni blóðsykursfalls, kunna að meðhöndla það og vita hvaða leiðir eru færar til að forðast að falla í blóðsykri. Einnig er mikilvægt að koma í veg fyrir aukaverkanir sykursýkinnar, greina aukaverkanir snemma og meðhöndla þær (Tabloski, 2014). Við ákvörðun um meðferð þarf að hafa í huga lífsgæði íbúans, hverjar lífslíkur hans eru og horfa á vitsmunalega og líkamlega færni. Það þarf að forgangsraða og meta ávinning (Sinclair o.fl., 2011).

Blóðsykursstjórnun

Góð blóðsykursstjórnun dregur út hættu á aukaverkunum sykursýkinnar. Samkvæmt alþjóðlegum leiðbeiningum er talað um að blóðsykursmarkmið eigi að vera einstaklingsbundin, þau eigi að taka mið af heilsufari einstaklingsins, hættu á blóðsykursfalli og fylgikvillum. Talað er um að langtímablóðsykur ætti að miða við 7 til 7,5 prósent hjá heilbrigðum öldruðum einstaklingum en 7 til 8 prósent hjá þeim sem hafa skerta virkni. Hjá hrumum einstaklingum og þeim sem eru með minnstruflun er markmiðið allt að 8,5 prósent og í líknandi meðferð eigi að leggja áherslu á að forðast blóðsykursfall (sjá töflu 1) (International diabetes federation [IDF], 2013). Svipaðar leiðbeiningar eru hjá bandarísku sykursýkisamtökunum. Þar er talað um

TAFLA 1. Leiðbeiningar um langtímablóðsykur hjá öldruðum (ADA, 2016; IDF, 2013)

	Heilbrigðir	Skert virkni	Hrumir aldraðir	Líknandi meðferð
IDF Alþjóðlegar leiðbeiningar	7 – 7,5%	7 – 8%	>8,5%	Forðast blóðsykurfall
ADA Samtök um sykursýki í Ameríku	<7,5%	<8%	<8,5%	

að hjá heilbrigðum öldruðum einstaklingum eigi langtímablóðsykur að vera allt að 7,5 prósent, hjá fjölveikum einstaklingum með mikla sjúkdómabirgði eigi hann að vera allt að 8,0 prósent og hjá þeim sem eru mjög veikir með lélega heilsu eigi hann að vera allt að 8,5 prósent (sjá töflu 1) (ADA, 2016). Minni líkur eru taldar á nýrnakvillum ef langtímablóðsykur er lægri en 6,5 prósent en líkur á æðasjúkdómum, eins og heilablæðingu og hjartaáfalli, minnka ekki. Langtímablóðsykur undir 6,5 prósent getur aukið líkunar á blóðsykurfalli og heildardánatíðni getur aukist (Tabloski, 2014).

Næring

Mataræði skipar alltaf stóran sess í meðferð við sykursýki en hjá öldruðum skiptir það enn meira máli. Orkuþörf minnkar með hækkandi aldri en næringarefnaþörf helst svipuð yfir ævina. Það er því vandaverk fyrir aldraða með sykursýki að minnka hitaeyninganeyslu án þess að fara niður fyrir ráðlegt næringarinnihald og eru þeir því í meiri hættu á næringarefnaskorti (Kirkman o.fl., 2012). Hvetja þarf hinn aldraða til að borða hollan mat sem er í samræmi við manneldismarkmið en jafnframt þarf að taka mið af óskum hans og venjum. Leggja ætti áherslu á trefjaríkan mat, fitulitlar vörur og ferskan fisk. Mælt er með að orkuríkur matur, sem er með mikla mettaða fitu, sé borðaður sjaldan og þá í litlum skömmtum. Þetta eru til dæmis sykraðir eftirréttir og kökur (Inzucchi o.fl., 2012). Hjá hrumum öldruðum íbúum gæti þurft að auka prótein í fæðunni og gefa þeim orkuríkari mat til að stuðla að betri stöðu næringarefna og auka getu til virkni. Minnistrufuðum íbúum þarf að veita sérstakan stuðning á matmálstímum og fylgjast vel með matarneyslunni (IDF, 2013).

Hreyfing

Hreyfigeta einstaklinga hefur mikil áhrif á hvernig þeim gengur að sjá um sig sjálfir. Þekkt er að sykursýki flýtur fyrir vöðvarýrnun og að virkni minnkar (Anton o.fl., 2013). Margir þættir geta valdið þessu, bæði er það sjúkdómurinn sjálfur og ýmsir fylgikvillar hans sem gera einstaklingnum erfiðara fyrir að hreyfa sig. Minnkuð hreyfigeta leiðir síðan til þess að einstaklingurinn á frekar á hættu að detta (Kirkman o.fl., 2012). Með reglulegri hreyfingu er hægt að hægja á framgangi sjúkdómsins.

Hreyfing bætir heilsu þessara einstaklinga, dregur úr mörgum fylgikvillum hennar og blóðsykursstjórnun verður betri (Tabloski, 2014). Einstaklingar finna jákvæð áhrif á líkamlega heilsu og sálfélagslega líðan jafnvel þó aðeins sé um litla hreyfingu að ræða (IDF, 2013).

Lyf

Ekki er mikið um klínískar leiðbeiningar um lyfjagjöf sérstaklega fyrir aldraða en vegna hættu á blóðsykursfalli þarf blóðsykursmarkmið að vera hærra (Dardano o.fl., 2014). Reyna þarf lífsstílsbreytingar en ef þær duga ekki til þarf að huga að vali á sykursýkilyfjum. Lyfjagjöf hjá þessum íbúum er flókin og taka þarf tillit til margra þátta. Það eru einkum hjarta- og æðasjúkdómar, skerðing á starfsemi nýrna og fleiri sjúkdómar, notkun margra lyfja og milliverkanir lyfja auk hættu á blóðsykursfalli sem þarf að horfa til (Inzucchi o.fl., 2012). Fjölyfjanotkun er algeng meðal aldraða. Þekkt er að breyting verður á lyfjahvörfum og áhrifum lyfja hjá öldruðum vegna skertrar stafsemi í nýrum og lifur og hærri helmingunartíma fituleysanlegra lyfja. Þetta getur leitt til meiri hættu á blóðsykursfalli og hugsanlega þarf að minnka einhverja lyfjaskammta og huga að nýrnastafsemi til að minnka áhrifin (Dardano o.fl., 2014). Einng þarf að vega og meta flókna lyfjameðferð, háan kostnaður og lyfjabyrði áður en meðferð hefst og skoða í samhengi við ætlaðan ávinning af meðferð (Kirkman o.fl., 2012).

Fylgikvillar

Á hjúkrunarheimilum hafa íbúar oft búið lengi við sykursýki og hafa þegar ýmsa fylgikvilla hennar þegar þeir flytja inn. Eðlilegar öldrunarbreytingar og aðrir sjúkdómar ásamt lélegri blóðsykursstjórnun flýta fyrir fylgikvillum sykursýkinnar, eins og sjónkvillum, nýrnabilun og taugaskaða (Tabloski, 2014). Aldraðir íbúar á hjúkrunarheimili eru oft með marga sjúkdóma og lífslíkur eru oft stuttar. Því þarf að vega og meta hvað vinnst með því að greina fyrstu merki um fylgikvilla. Það þarf að meðhöndla þá til að koma í veg fyrir versnun. Þá áhættuþætti, sem hafa áhrif á virkni og lífsgæði í stuttan tíma, ætti að skoða sérstaklega, eins og hættu á fótasári, aflmun og sjónskerðingu (Kirkman o.fl., 2012). Efling lífsgæða, viðhald á virkni og að koma í veg fyrir að fylgikvillar sykursýkinnar verði til þess að íbúinn þurfi að fara

á sjúkrahús ætti að vera það sem klínísk ákvarðanatataka er byggð á (Sinclair o.fl., 2011).

Blóðsykursfall

Blóðsykursfall er lífshættulegt og markmið hjúkrunar sykursýkisjúklinga á hjúkrunarheimilum ætti að vera að koma í veg fyrir blóðsykursfall. Hjá öldruðum hrumum einstaklingum, sem búa á hjúkrunarheimilum, er blóðsykursfall skilgreint sem blóðsykur undir 4,0 (ADA, 2016; IDF, 2013). Meta þarf hættu á blóðsykursfalli og ef markmið blóðsykursstjórnunar er lágt kemur það oftast fyrir að þessir einstaklingar falli í sykri (Inzucchi o.fl., 2012). Það er ýmislegt sem getur valdið blóðsykursfalli. Ef sjúklingurinn fær of stóran skammt af insúlíni, hann borðar minna en áætlað var, eða borðar ekki, getur það valdið því að blóðsykur fellur. Eins getur líkamleg áreynsla og veikindi, sem breyta efnaskiptaþörf hans, haft áhrif (Tabloski, 2014). Rannsóknir sýna að insúlín veldur mestri hættu á blóðsykursfalli, meiri hættu en önnur sykursýkislyf (Lee o.fl., 2011). Einkenni blóðsykursfalls hjá öldruðum eru oft óljós eða koma ekki fram. Þó geta komið fram einkenni sem ættu að vara okkur við, eins og rugl, minnkuð meðvitund, óskýrt tal, og ef blóðsykur fellur áfram geta komið fram krampar. Bregðast þarf tafarlaust við ef blóðsykur er 2,3 til 2,7. Þá þarf að gefa fljótverkandi kolvetni og mæla blóðsykurinn aftur eftir 15 mínútur og endurtaka meðferð ef þörf er á. Veikindi geta haft áhrif á blóðsykur og ef einstaklingurinn er lystarlaus eða kastar upp og tekur sama skammt af sykursýkislyfjum getur blóðsykurinn fallið hjá honum. Þá þarf að mæla blóðsykurinn oft og gefa blóðsykurslyf eftir skriflegum fyrirmælum þar til sjúklingnum batnar og blóðsykur verður stöðugur (Tabloski, 2014). Talið er að blóðsykursfall sé vangreind ástæða dauða og því sé rétt tíðni ekki skráð (Inzucchi o.fl., 2012). Afleiðingar af endurteknu blóðsykursfalli eru ekki síður mikilvægar. Þær valda því að einstaklingurinn tapar færni og það leiðir til þess að hann verður enn háðari aðstoð (Inzucchi o.fl., 2012).

Vitsmunaskerðing

Vitsmunaskerðing er vaxandi fylgikvilli sykursýki. Hún hefur mikil áhrif á hvernig íbúanum tekst til með sjálfsumönnun, eins og blóðsykursstjórnun og lífsstíl. Skerðing á vitsmunum getur komið fram hjá tiltölulega ungum einstaklingum og því þarf að huga að þessum þætti strax og einstaklingur greinist með sykursýki (Umegaki, 2014). Talað er um að Alzheimers-sjúkdómur og vitglöp séu helmingi algengari hjá einstaklingum með sykursýki en þeim sem ekki eru greindir með sykursýki. Þetta getur verið mismunandi skerðing, allt frá því að vera smærfiðleikar við sjálfsumönnun, sem erfitt getur verið að greina, til þess að vera mikil vitglöp og minnisleysi (Kirkman o.fl., 2012). Blóðsykursfall aftur og aftur eykur hættu á vitsmunaskerðingu og því þarf að forðast að slíkt gerist. Mikilvægt er að gera minnispróf hjá þessum einstaklingum

reglulega. Talað er um að ef það tekst að halda blóðsykri og blóðþrýstingi innan ákjósanlegra marka hjálpi það til við að viðhalda vitsmunalegri getu (Sinclair o.fl., 2011). Ef um vitsmunaskerðingu er að ræða hjá öldruðum einstaklingi með sykursýki þarf að athuga hvort um óráð gæti verið að ræða. Ef óráð orsakar vitsmunaskerðinguna þarf strax að meta einstaklinginn og finna viðeigandi meðferð. Ef ekki er um óráð að ræða þarf að kanna hvort orsökina sé að finna í afturkræfu ástandi sem hægt er að meðhöndla (American Geriatrics Society, 2013).

Þunglyndi

Sykursýki hjá öldruðum eykur hættu á þunglyndi. Ef þunglyndi er ekki meðhöndlað getur það valdið einstaklingnum erfiðleikum við sjálfsumönnun og honum gengur verr að halda góðum lífsstíl (Kirkmann o.fl., 2012). Einnig er þunglyndi tengt aukinni hættu á vitglöpum og hærri dánartíðni. Mikilvægt er því að gera þunglyndismat hjá öldruðum einstaklingum með sykursýki (Kirkmann o.fl., 2012). Ef einstaklingur greinist með þunglyndi þarf hann að fá meðferð, annaðhvort með þunglyndislyfjum eða sálfræðimeðferð. Andleg líðan batnar með þunglyndis-meðferð og hún eykur virkni en hún bætir ekki blóðsykursstjórnun. Regluleg hreyfing bætir blóðsykursstjórnun og hefur einnig jákvæð áhrif á andlega líðan. Blóðsykursfall getur valdið kvíða og hræðslu, auk þess getur það leitt til félagslegrar einangrunar. Þessir þættir geta síðan stuðlað að þunglyndi (IDF, 2013).

Hjarta- og æðasjúkdómar

Tíðni hjarta- og æðasjúkdóma eykst með hækkandi aldri og þegar sykursýki bætist við margfaldast hættan. Hjá einstaklingum með sykursýki eru hjarta- og æðasjúkdómar stór þáttur í aukinni sjúkdómsbyrði og hærri dánartíðni (IDF, 2013). Talið er að ef blóðþrýstingur helst undir 150/90 dragi það úr hættunni á hjarta- og æðasjúkdómum (Kirkman o.fl., 2012). Mælt er með notkun aspiríns ef einstaklingur er með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm og er ekki á annarri blóðþynningarmeðferð (American Geriatrics Society, 2013).

Sykursýkisfætur

Sykursýki eykur hættu á fótasárum og um 15 prósent aldraðra sykursýkisjúklinga fá fótasár vegna sjúkdómsins (Tabloski, 2014). Aflimun neðri útlima, sem er ekki vegna slysa, er oftast en ekki hjá einstaklingum með sykursýki (Tabloski, 2014). Skoða ætti fætur vandlega að minnsta kosti einu sinni á ári hjá öldruðum einstaklingum með sykursýki. Húðina þarf að skoða vandlega og athuga hvort tilfinning er skert. Einnig þarf að athuga hvort blóðflæði hefur minnkað. Ef þessi einkenni finnast þarf að skoða fæturna oftast (American Geriatrics Society, 2013). Sykursýkisárum fylgir aukin hættu á fylgikvillum og sýking, drep og taugakvillar tefja græðslu þessara sára (Tabloski, 2014). Þegar einstaklingar hafa lifað lengi með

sykursýki er meiri hættu á að fylgikvillar hafi áhrif á neðri útlími. Aukin hættu er því á skaða og sáramyndun á fótum. Margir þættir hafa þarna áhrif eins og minnkað blóðflæði, taugaskaði, ýmsir sjúkdómar og þurr húð á fæti. Erfitt getur verið að finna hentuga skó vegna þess að lögunin á fótunum hefur breyst. Kvillar í skyn- og hreyfitaugum geta valdið því að einstaklingar verða óstöðugir og því fylgir aukin hættu á falli. Skyntaugakvillar og lélegt blóðflæði geta auðveldlega valdið skaða. Það þarf ekki meira en smá-afrífu eða jafnvel bara mar svo úr verði fótasár. Þegar einstaklingur er með skynkvilla er algengt að sár komi vegna skóbúnaðar. Oft valda líka smáatvik fótasárum, atvik sem enginn tekur eftir eða þau þykja svo lítil að þau eru hunsuð (Moakes, 2012).

Hjá einstaklingum með minnistrufun getur verið erfitt að annast sykursýkisfót og mikil vandamál geta komið upp við sárgræðslu. Þessir einstaklingar eiga erfitt með að fara eftir fyrir mælum og því er erfitt að fræða þá um meðferðina og hvað þeir megi eða megi ekki gera. Til að bæta líf og líðan þessara einstaklinga og létta hjúkrunarbyrðina þarf því að fræða umönnunaraðila þeirra vel (IDE, 2013).

Greina og meðhöndla þarf sýkingu í sykursýkisári án tafar. Sýking í sykursýkisári getur valdið hraðri versnun og leitt til aflímunar. Ekki er víst að hefðbundin merki um sýkingu komi fram. Sýkingarmerki, eins og verkur, koma ekki fram ef einstaklingur er með skyntruflun, og ef um blóðþurrð er að ræða getur verið erfitt að greina sýkingu. Nauðsynlegt getur verið að fá sérfræðiaðstoð við greiningu og meðhöndlun sykursýkisára (Moakes, 2012).

Byltur

Byltur og beinbrot eru algeng hjá eldra fólki og þegar sykursýki og skert virkni bætist við eykst hættan mikið. Meta þarf byltuhættu og gera mat á virkni einstaklingsins reglulega. Hægt er að draga úr hættu á byltum með góðri blóðsykursstjórnun, forðast þarf að blóðsykurinn sé of hár og einnig blóðsykursfall (Kirkman o.fl., 2012). Greina þarf byltur og bregðast við þeim því oft má bæta eitthvað sem veldur byltum. Yfirfara þarf lyf viðkomandi því ákveðin lyf geta aukið hættu á byltu. Líkamleg virkni og þjálfun getur skipt máli vegna jafnvægistruflana. Sjónin getur verið að versna og því þarf að meta hana. Gera þarf mat á vitsmunaskerðingu því hún getur verið hluti af orsökinni. Mæla þarf hvort um réttstöðulágþrýsing er að ræða þar sem hann veldur svima. Meta þarf athafnir daglegs lífs hjá einstaklingnum og gera jafnvægis- og göngulagspróf. Einnig þarf að athuga hvort hægt er að hagræða einhverju í umhverfinu þannig að hættu á byltu minnki (American Geriatrics Society, 2013).

Fræðsla

Mikilvægt er að halda áfram að fræða íbúa og fjölskyldu hans eftir að íbúi kemur á hjúkrunarheimili. Miða þarf fræðsluna við getu hvers og eins, bæði vitsmunalega og líkamlega getu (Sinclair o.fl., 2012). Starfsmannavelta

er oft mikil á hjúkrunarheimilum og því fylgir stundum þekkingarleysi sem fer ekki vel saman með viðkvæmum íbúum. Það hefur sýnt sig að ekki er alltaf nægjanlega vel fylgst með þróun blóðsykurs og óhóflegt traust er sett á mælikvarða. Vísbendingar eru um að sannprófaðar aðferðir við mælingu á blóðsykri, notkun insúlíns og meðferð við blóðsykursfalli geti bætt meðferð íbúa verulega og jafnvel leitt til meiri starfsánægju meðal umönnunaraðila þeirra (Kirkman o.fl., 2012). Það er því mikilvægt að fræða starfsfólk vel um þessa flóknu hjúkrun.

Lokaorð

Öldruðum einstaklingum fjölgar hratt og allt bendir til þess að mikil fjölgun verði í hópi þeirra sem eru með sykursýki. Því má áætla að fjöldi þeirra sem eru með þennan sjúkdóm á hjúkrunarheimilum eigi eftir að aukast verulega. Hjúkrun þessara íbúa er bæði flókin og kostnaðarsöm og því þarf að leita allra leiða til að koma í veg fyrir sykursýki í samfélaginu. Veita þarf þeim sem greinast bestu mögulegu meðferð svo draga megi úr fylgikvillum hennar, auka þar með lífsgæði einstaklinganna og draga úr kostnaði. Góð blóðsykursstjórnun skiptir öllu máli og setja þarf blóðsykursmarkmið fyrir hvern og einn eftir ástandi hans, lífsgæðum og lífslíkum. Hinir fjölmörgu fylgikvillar sykursýkinnar hafa mikil áhrif á líkamlega og andlega líðan og geta dregið úr virkni og getu til sjálfsúmönnunar. Blóðsykursfall margsinnis er alvarlegt hjá þessum einstaklingum og alltaf þarf að hafa í huga að forðast slíkt og bregðast strax við ef það gerist. Vitsmunaskerðing virðist fara vaxandi hjá öldruðum einstaklingum með sykursýki og mikilvægt er að greina hana vegna þess að sé hún til staðar þarf einstaklingurinn aukna aðstoð við umönnun sína. Eins gæti verið um afturkræft ástand að ræða sem tafarlaust þarf að leiðrétta. Einstaklingar, sem lifað hafa með sykursýki í mörg ár, eru í mikilli hættu á að fá fótasár sem erfitt getur reynst að græða og getur það jafnvel leitt til aflímunar. Mikilvægt er að skoða fætur þessara einstaklinga reglulega og það getur reynst nauðsynlegt að leita sérfræðiaðstoðar ef sár kemur upp. Fræðsla til íbúans, ættingja hans og þeirra sem sinna umönnun hans er mikilvægur þáttur sem ekki má gleymast.

Ljóst er af öllu þessu að hjúkrun þessara skjólstaðinga er vandasöm og margt sem þarf að skoða. Farið hefur verið yfir helstu þætti sem eru mikilvægir í hjúkrun þeirra en umfjöllunin er þó engan veginn tæmandi. Tækninni fleygir hratt fram og ef til vill verða insúlíndælur algengar hjá öldruðum eftir stuttan tíma eða komnar aðrar „patent“ lausnir. En þangað til er mikilvægt að halda áfram að veita bestu hjúkrun sem þekkt er í dag til að þessir skjólstaðingar njóti mestu mögulegu lífsgæða.

HEIMILDASKRÁ

- ADA American Diabetes Association (2016). Diabetes Care. Sótt á http://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S81.
- American Geriatrics Society (2013). Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 Update. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 2020-2026. Doi:10.1111/jgs.12514.
- Anton, S. D., Karabetian, C., Naugle, K., og Buford, T. W. (2013). Obesity and diabetes as accelerators of functional decline: Can lifestyle interventions maintain functional status in high risk older adults? *Experimental gerontology*, 48(9), 888-897. Doi:10.1016/j.exger.2013.06.007.
- Dardano, A., Penno, G., Del Prato, S., og Miccoli, R. (2014). Optimal therapy of type 2 diabetes: A controversial challenge. *Aging (Albany NY)*, 6(3), 187-206.
- Ingibjörg Hjaltadóttir og Árun Kristín Sigurðardóttir (2015). Algengi sykursýki og heilsufar íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum 2003-2012. *Læknablaðið*, 101(2), 79-84.
- IDF International diabetes federation (2013). Managing older people with type 2 diabetes. Sótt á <http://www.idf.org/guidelines-older-people-type-2-diabetes>.
- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., ... Matthews, D. R. (2012). Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, 55(6), 1577-1596. Doi:10.1007/s00125-012-2534-0.
- Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., ... Swift, C. S. (2012). Diabetes in older adults: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2342-2356. Doi:10.1111/jgs.12035.
- Lee, S. J., Boscardin, W. J., Stijacic Cenzer, I., Huang, E. S., Rice-Trumble, K., og Eng, C. (2011). The risks and benefits of implementing glycemic control guidelines in frail older adults with diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 666-672. Doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03362.x.
- Moakes, H. (2012). An overview of foot ulceration in older people with diabetes. *Nursing Older People*, 24(7), 14-19.
- Sinclair, A., Morley, J. E., Rodriguez-Mañas, L., Paolisso, G., Bayer, T., Zeyfang, A., ... Lorig, K. (2012). Diabetes mellitus in older people: Position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 497-502. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.012>.
- Sinclair, A. J., Paolisso, G., Castro, M., Bourdel-Marchasson, I., Gadsby, R., og Rodriguez Manas, L. (2011). European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. *Diabetes Metab*, 37, viðauki 3, S27-38. Doi:10.1016/s1262-3636(11)70962-4.
- Tabloski, P. A. (2014). *Gerontological Nursing*, 3. útg. New Jersey: Pearson Education.
- Umegaki, H. (2014). Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: Current insights. *Clinical interventions in aging*, 9, 1011-1019. Doi:10.2147/cia.s48926.
- WHO World Health Organization (2016). Global report on diabetes. Sótt á http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1.



Procto-eze™

Léttir á einkennum gyllinæðar

Við gyllinæð

og annarri ertingu og
ópægindum í endaparmi



PROCTO-EZE KREM

- ✓ Dregur úr ópægindum og flýtir bata
- ✓ Byggir á náttúrulegum innihaldsefnum
- ✓ Inniheldur ekki stera
- ✓ Má nota á meðgöngu
- ✓ Þoldist vel í 12 vikna klínískri rannsókn
- ✓ Auðvelt í notkun - stjaka fylgir með



PROCTO-EZE HREINSIR

- ✓ Mild og þægileg froða
- ✓ Hreinsandi og róandi verkun
- ✓ Góður í sturtuna
- ✓ Kemur í stað sápu sem getur ert viðkvæma húðina



Heilbrigðisstarfsfólk athugið!

Hægt er að panta blokkir hjá LYFIS með upplýsingablöðum um Procto-eze til afhendingar til skjólstaðinga. Endilega hafið samband í síma 534 3500 eða á netfangið lyfis@lyfis.is

FÆST Í APÓTEKUM
Á GÓÐU VERÐI

LYFIS
Trúast í lyfjum

HÆGÐTREGÐA MEÐAL ALDRAÐRA, ORSAKIR, EINKENNI OG RÁÐ

Unnur Ágústa Sigurjónsdóttir

RISTILLINN ER mikilvægt líffæri en hægðir hafa verið viðkvæmt umræðuefni og persónulegt mál sem fólk ber ekki á torg. Umræðan hefur verið að opnast sem er mjög til góðs og menn að gera sér betri grein fyrir mikilvægi góðrar meltingar og hægða og að ristillinn starfi eðlilega. Í nýútkominni metsölubók „Þarmar með sjarma“ er rætt um þessi málefni á skýran, opin og auðskilinn hátt (Enders, 2015).

Meltingarfærin eru eins og rás í gegnum líkamann. Meltingin byrjar í munnum og mikilvægt er að tryggja matinn vel því það skilar sér í betri upptöku næringarefna og góðum hægðum. Á leið niður meltingarveginn blandast ensím í fæðuna sem hjálpa til við frekari meltingu og niðurbrot í prótein, fitu og kolvetni. Vökvi og næringarefni frásogast inn í blóðrásina og það sem ekki nýtist og meltist fer út um endaparminn í formi hægða (Tabloski, 2014).

Hægðalosun er flókið samspil taugaboða og vöðva-hreyfinga og með hækkandi aldri hægir á taugaboðum og hefur það áhrif á hægðalosun. Einnig eru fleiri atriði sem orsaka hægðatregðuna, s.s. andlegir, tilfinningalegir, líkamlegir og umhverfislegir þættir (Roque og Bouras, 2015). Lífsstíll fólks getur einnig breyst með hærri aldri og það getur orsakað hægðatregðu sem síðan getur leitt til lakari líðanar (De Giorgio o.fl., 2015).

Meðferð við hægðatregðu hjá öldruðum er mikilvægur þáttur í starfi hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum. Markmiðið með þessari grein er að fjalla um þennan vanda. Rætt verður um algengi, orsakir, einkenni og ekki síst úrræði. Einnig verður sagt frá óhefðbundnum meðferðarúrræðum við hægðatregðu sem gætu e.t.v. verið viðbót við þau ráð sem algengust eru hér á landi.

Orsakir hægðatregðu

Hægðatregða getur komið upp á öllum aldurs skeiðum. Talið er að 20% Vesturlandabúa glími við þennan vanda og er minnkuð neysla trefja í mataræðinu talin ein helsta orsök. Breytingar á meltingarfærum okkar hefjast fyrir 50 ára aldurinn og er hægðatregða algengari meðal

kvenna en karla (Tabloski, 2014). Það skiptir miklu máli að hugsa vel um meltingarfærin og það gerum við m.a. með hollri fæðu og hreyfingu og jafnvægi milli vinnu og hvíldar. Hægðatregða er algeng kvörtun meðal aldraðra og nálægt 50% fólks yfir 80 ára eru með hægðatregðu. Þar af eru 40% eldri borgara sem búa heima með hægðatregðu og 60% þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum (Gandell o.fl., 2013).

Hægðatregða er ekki sjúkdómur í sjálfu sér og ekki eðlileg afleiðing öldrunar þótt vandinn verði mun algengari með hærri aldri. Ýmislegt getur stuðlað að hægðatregðunni og má þar nefna ónóga vökvadrykkju sem getur leitt af sér þurrar og harðar hægðir sem erfitt er að skila frá sér. Of lítil trefjaneysla minnkar rúmmál hægðanna og þar með eiga þær ekki eins greiða leið niður ristilinn. Hafa skal í huga að samspil vökva og trefja er mjög mikilvægt. Nauðsynlegt getur verið að grípa til nokkurra úrræða samtímis við lausn vandans (De Giorgio o.fl., 2015).

Minnuð hreyfigeta er ein orsök þar sem líkamshreyfing eykur blóðflæði og þarmahreyfingar og stuðlar þar með að betri meltingu. Þeir sem eru rúmliggjandi eru því í mikilli hættu fyrir að fá hægðatregðu. Með hækkandi aldri verða breytingar á meltingunni sem tengjast t.d. hægari taugaviðbrögðum og minnkaðri hreyfigetu. Einnig tengjast þær ójafnvægi í vökvabúskap, breytingum á efnaskiptum, sjúkdómum og ýmsum áhrifum af lyfjainntöku (Roque og Bouras, 2105).

Einnig geta önnur atriði, sem tengjast lífsstílsbreytingum, haft áhrif, s.s. breytt mataræði, einangrun og það að vera háður öðrum. Minnuð virkni í grindarbotni (e.pelvic floor disfunction) getur verið ein orsök. Konur eru viðkvæmari fyrir þessu þar sem meðganga og fæðingar hafa áhrif á grindarbotninn (Roque og Bouras, 2015). Breytingar á högum fólks, öryggi og umhverfi, s.s. ferðalög, sjúkráhúsvist og streita, geta sömuleiðis haft áhrif á hægðirnar. Ristillinn er nefnilega viðkvæmt og vanafast líffæri sem þolir ekki miklar breytingar (Enders, 2015).

Mörg lyf valda hægðatregðu, sérstaklega þau sem hafa

áhrif á miðtaugakerfið, eins og parkinsonslyf, róandi lyf, þunglyndislyf og verkjalyf. Morfínskyld lyf (ópíöt) seinka magatæmingu og hægja á þarmahreyfingum og 50% aldraðra, sem taka slík lyf, tala um hægðatregðu (Fosnes o.fl., 2012). Rannsókn frá Bandaríkjunum sýndi að verkjaplástrar, eins og Fentanyl, valda minni hægðatregðu en morfín sem er tekið í töflum (Hsieh, 2005). Þvagræsilyf ýta vökva út úr líkamanum og geta þar af leiðandi aukið hættu á þurrki og hægðatregðu. Ýmis fleiri lyf geta valdið hægðatregðu, eins og járnlyf, kalklyf, magasýrulyf, kalsíumlökar og betalökar (Gandell o.fl., 2013).

Ýmsir sjúkdómar hafa áhrif á meltingarfærin, s.s. sykursýki, kvíði og þunglyndi. Einnig má nefna parkinsonsveiki, MS, mænuskaða, heilablóðfall, skjaldkirtilsjúkdóma og hjarta- og æðasjúkdóma. Sjúkdómar, sem tengjast meltingarfærum, ristilsjúkdómar og sjúkdómar í endaparmi, geta líka haft áhrif. Af hægðatregðu geta orsakast ýmis vandamál, s.s. þvagteppa, legsig, blöðrusig og endaparmssig (Gandell o.fl., 2013). Talið er að fylgni sé á milli aukinnar hægðatregðu, fjölda þráláttra sjúkdóma og fjölda lyfja sem tekin eru inn (De Giorgio, 2015).

Hver eru einkenni hægðatregðu?

Ýmis einkenni gefa til kynna að um hægðatregðu sé að ræða. Mælitæki kallað Rome III er víða notað til að greina og skilgreina hægðatregðu. Þá eru skoðaðir og metnir ákveðnir þættir, s.s. erfiðleikar og mikill þrýstingur við að koma frá sér hægðunum, hvort hægðirnar eru harðar og þurrar, hvort sársauki og jafnvel blæðing við endaparmsop er við hægðalosunina. Ef hægðapörfin gerir oft vart við sig og lítið skilar sér í einu sem og sú tilfinning að vera enn mál eftir hægðalosun bendir til hægðatregðu. Tíðni hægðalosunar er mjög einstaklingsbundin en þegar hún er sjaldnar en þrisvar í viku má skilgreina það sem hægðatregðu (Gandell o.fl., 2013).

Önnur einkenni eru m.a. þaninn kviður, megrun, ógleði og uppköst. Heilabilaðir einstaklingar, sem eiga erfitt með að greina frá líðan sinni í orðum, sýna oft aukinn óróleika og rugl. Ef einkenni eru um verki eða vanlíðan gæti það einnig bent til þess að viðkomandi þurfi að losa hægðir. Annað mælitæki, sem notað er við rannsóknir og greiningu á hægðatregðu, er Bristol Stool Form Scale. Myndirnar á þessum kvarða auðveldi fólki einnig að greina og segja frá hvernig hægðir líta út (WebMD, 2016) og er kvarðinn notaður þannig að hægðirnar eru skoðaðar og metnar með tilliti til útlits og áferðar. Þeim er skipt í sjö flokka, allt frá því að vera mikil hægðatregða til þess að vera niðurgangur (Tack o.fl., 2011).

Hvað er til ráða við hægðatregðu?

Rannsóknir sýna að hreyfing er af hinu góða en eðli hreyfingarinnar fer að sjálfsögðu eftir ástandi viðkomandi. Hreyfing eykur blóðflæði til meltingafæra og þar með þarmahreyfingar og er rúmliggjandi einstaklingum því hættara við hægðatregðu. Einnig hefur verið sýnt fram á að aukin vökvaneysla, 1500-2000 ml á sólarhring, hefur

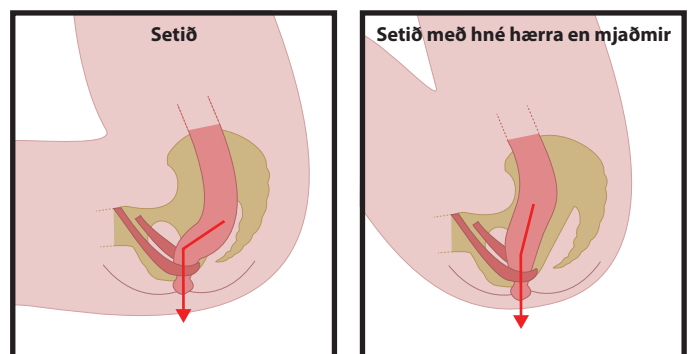
góð áhrif. Hafa þarf í huga nýrna- og hjartasjúklinga þegar kemur að vökvaneyslu þar sem þeim er hættara við bjúgsöfnun (De Giorgio o.fl., 2015).

Trefjar eru mikilvægar fyrir hægðirnar og koma þær m.a. úr grófu korni, grænmeti, ávöxtum og hnetum. Mælt er með að auka trefaneysluna hægt og sígandi með stærri skömmtum, 20-30 grömm á dag. Aukin trefjaneysla getur valdið lofti í ristli sem minnkar síðan þegar líkaminn fer að venjast trefjunum. Mikilvægt er að auka vökvaneysluna samhliða þessum aðgerðum. Það skiptir líka máli að tryggja matinn vel þannig að munnvatn blandist fæðunni. Sambland trefja og vökva eykur umfang hægðanna og mýkir þær og það tekur skemmri tíma fyrir hægðirnar að ferðast niður ristilinn (De Giorgio o.fl., 2015).

Sveskur, epli og perur innihalda sorbítól sem er hægðalosandi. Gott er að útbúa svokallað trefjamauk úr sveskusafa, eplamauki og hveitiklíði. Rannsókn í Bandaríkjunum sýndi að ef þetta var gefið kvölds og morgna gaf það góða raun (Hsieh, 2005).

Miklu máli skiptir að sinna hægðapörfinni strax þegar hún gerir vart við sig og bjóða fólki reglulega salernisferðir. Einnig er nauðsynlegt að taka sér tíma til hægðalosunar og fara á salernið á sama tíma dags, t.d. þegar fólk er nývaknað eða fljótlega eftir máltíðir. Með því móti notum við okkur virkni svokallaðs magariðstaugaviðbragðs (e. gastrocolic reflex) sem fer af stað stuttu eftir máltíðir og er virkinn mest eftir morgunmatinn. Þetta getur verið gagnlegt fyrir fólk með heilabilun sem á í erfiðleikum með að rembast (Gandell o.fl., 2013).

Grindarbotninn gegnir stóru hlutverki við hægðalosun þar sem samhæfing vöðva og tauga er mikilvæg. Rannsóknir hafa sýnt að þjálfun grindarbotnsvöðvanna getur haft áhrif til góðs þegar þessir vöðvar og endaparmurinn eru farnir að slappast (Roque og Bouras, 2015). Gott ráð til að minnka líkur á hægðatregðu er að huga að hvernig setið er á salerninu. Best er að sitja þannig að hnén séu fyrir ofan mjaðmalínu og fætur séu á gólfi eða á kolli, halla sér síðan fram og þá er auðveldara fyrir fólk að rembast (Gandell o.fl., 2013). Við getum hugsað um það hvernig börn sitja á koppnum þegar þau eru í salernisþjálfun (sjá mynd 1).



MYND 1. Myndin til vinstri sýnir setstællingu þar sem vinkill myndast neðst í endaparmi og hægðir eiga ekki eins greiða leið út. Myndin til hægri sýnir stællingu þar sem slaknar á endaparmi og hægðalosun verður auðveldari.

Óhefðbundin meðferð við hægðatregðu

Óhefðbundna meðferð við hægðatregðu mætti skoða og getur hún verið góð viðbót við þau úrræði sem viðhöfð eru almennt hér á landi. Bakteríuflóran breytist með aldrinum til hins verra og þá getur verið nauðsynlegt að neyta mjólkursýrugerla. Þeir finnast í ákveðnum mjólkurafurðum eða í formi fæðubótarefna (De Giorgio o.fl., 2015). Rannsóknir, sem gerðar voru í Bandaríkjunum á óhefðbundnum meðferðaúrræðum við hægðatregðu, sýndu að neysla mjólkursýrugerla var til góðs við vandanum. Leiddu þessar rannsóknir í ljós bætt hægðaaðstand hjá skjólstæðingum sem neyttu þessa. Rannsókuð var notkun mjólkursýrugerla á móti lyfleysum í 6 vikur og þar kom fram greinilegur munur þannig að þeir sem fengu mjólkursýrugerla þurftu minna af hægðalyfjum og meira jafnvægi var á hægðalosun (Cherniack, 2013). Meðferð sem þessi hefur líka í för með sér minni aukaverkanir og minni þörf á lyfjum og er tiltölulega auðveld í framkvæmd (De Giorgio o.fl., 2015). Annað sem líka hefur verið rannsakað eru óhefðbundnar aðferðir eins og jurtalyf, nudd, nálastungur og svæðanudd og sýna niðurstöður að þessar aðferðir geta skilað góðum árangri (Cherniack, 2013).

Hægðalyf

Þegar hin ýmsu ráð duga ekki þarf að grípa til hægðalyfja. Þau eru af margvíslegum toga og virka þannig að þau mýkja hægðirnar, auka umfang þeirra og/eða auka þarmahreyfingar. Öll eiga þau það sammerkt að nauðsynlegt er að drekka vel af vökva þegar þau eru notuð. Husk eru mulin hörfræ og er dæmi um hægðalyf sem sogar í sig vökva og eykur hægðamagnið í ristlinum. Trefjarnar draga til sín vatn og þenjast út og auka þar með þarmahreyfingar. Sorbitol er dæmi um hægðalyf með svokallaða osmótíska verkun. Það virkar þannig að lyfið veldur auknu vökvastreymi til ristilsins. Laxoberal er kröftugt hægðalyf gefið í dropatali sem hvetur þarmahreyfingar og eykur upptöku vatns og salta í ristlinum, örvar þarmatæmingu og stýttir ferðatímann og hægðirnar verða mýkri. Magnesium til inntöku er hægðalyf sem bindur vatn í þörmunum þannig að hægðirnar verða þynnri, þarmarnir þenjast út og þarmahreyfingarnar aukast. Senokot er hægðalyf þar sem virka efnið er unnið úr senna-jurtinni. Það eykur þarmahreyfingar og seytingu vökva inn í ristilinn og kemur hægðunum af stað. Olíur mýkja hægðir og eru lýsi og línolía góðar. Síðan eru hægðalyf sem hafa verkun frá endaparmi eins og Dulcolax í stílaformi, það eykur þarmahreyfingarnar og vatn safnast í ristilinn. Einnig má nefna Microlax í túpuformi sem virkar neðst í endaparminum og mýkir hægðirnar og flýtir losun (Lyfjastofnun – Sérlyfjaskrá).

Þegar hægðalyf eru gefin er hinn gullni meðalvegur oft og tíðum vandrataður og getur ofnotkun valdið niðurgangi. Vandinn er stundum of- eða vanmetinn og oftast en ekki gripið í hægðalyfin áður en önnur úrræði eru reynd. Á tímum stöðugar umræðu um sparnað í heilbrigðiskerfinu

má velta fyrir sér kostnaði við hægðalyf. Í Bandaríkjunum er áætlað að kostnaður við slík lyf sé nálægt 82 milljónum dollara sem er hátt á annan tug milljarða reiknað í íslenskum krónum (De Giorgio o.fl., 2015).

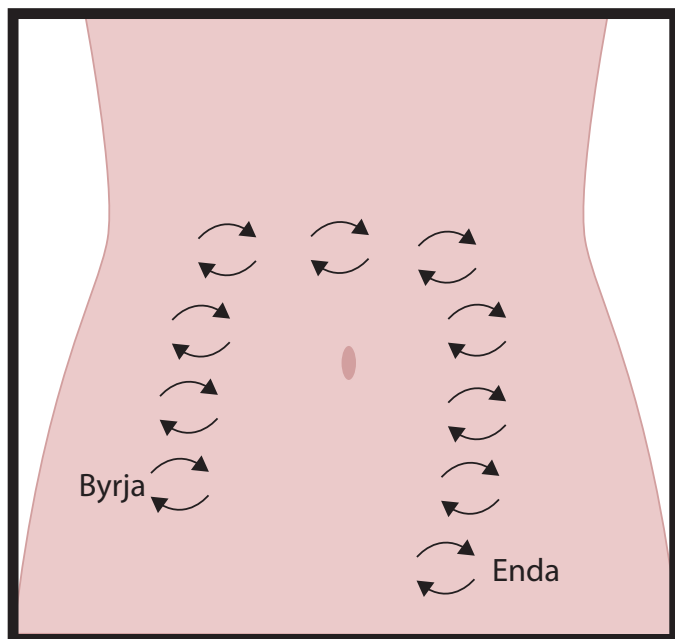
Rannsókn var gerð á norskum hjúkrunarheimilum 2011 þar sem skoðuð var notkun hægðalyfja. Kemur þar fram að mest er notað af hægðalyfjum eins og Sorbitoli. Niðurstöður rannsóknarinnar leiða líkum að því að meðferð við hægðatregðu sé ábótavant og bætt fæði og einstaklingsmiðuð hjúkrunarmeðferð myndi skila betri árangri (Fosnes o.fl., 2011).

Greinarhöfundur gerði óformlega könnun í október 2015 á hægðalyfjanotkun á hjúkrunarheimili í Reykjavík og ætti hún að endurspeglar tíðni hægðatregðu að einhverju leyti. Skoðaðar voru 4 deildir, samtals 71 einstaklingur. Af þessum einstaklingum voru 44 sem tóku einhvers konar hægðalyf eða 62% og 27 sem voru ekki skráðir á nein hægðalyf eða 38%. Eru þetta svipaðar tölur og rannsóknir erlendis sýna. Þeir sem voru skráðir á hægðalyf tóku að jafnaði 1-3 tegundir af slíkum lyfjum og var Sorbitol algengasta lyfið.

Rannsókn á hjúkrunarheimilum á Taiwan

Rannsókn, sem gerð var á hjúkrunarheimilum á Taiwan og birt 2015, sýndi að 60-80% íbúanna voru með einkenni hægðatregðu sem höfðu áhrif á líðan þeirra og virkni. Miðaði rannsóknin að því að kanna gæði einstaklingsmiðaðrar hjúkrunarmeðferðar við hægðatregðu. Skoðaðir voru tveir hópar, rannsóknarhópur og samanburðarhópur og voru allir þátttakendur í rannsókninni greindir með hægðatregðu og notuðu hægðalyf. Samanburðarhópurinn fékk áfram sömu meðferð og áður þar sem notuð voru hægðalyfin Magnesium og Senokot. Rannsóknarhópurinn fékk líka sömu meðferð og áður en við bættist áætlun sem fól í sér auknar trefjar, 25-30 g á dag, og markviss vökvagjöf, 1500-2000 ml á dag. Einnig voru salernisferðir farnar reglulega á sama tíma dags. Miðað var við að fara á salerni eftir 30 mín. hreyfingu eða strax eftir máltíðir þegar meltingin er öflugust og var stuðst við magaristilstaugaviðbragðið.

Allir í rannsóknarhópnum, sem það gátu, hreyfðu sig markvisst í 30 mínútur á dag. Við bættist kviðnudd eða ristilnudd (e. abdominal massage) sem reyndist mjög vel (sjá mynd 2). Sérstaklega var það áhrifaríkt fyrir þá sem voru rúmliggjandi eða höfðu skerta hreyfigetu en það átti við meira en helming þátttakenda. Nuddið slakar á kviðveggnum og örvar þarmahreyfingarnar. Þátttakendum var kennt að nudda sig sjálfir daglega í 15 mín. og þeim var hjálpað sem það þurftu. Niðurstöðurnar voru á þá leið að rannsóknarhópurinn sýndi aukna virkni í ristli og betri líðan. Fullyrt er í niðurstöðum að ristilnudd sé eitt af því áhrifaríkasta sem hægt er að gera fyrir þá skjólstæðinga sem eru rúmliggjandi og með skerta hreyfigetu (Huang o.fl., 2015).



MYND 2. Ristilnudd. Kviður nuddaður með hringhreyfingum samsíða ristlinum.

Lokaorð

Eins og fram hefur komið er hægðatregða verulegt vandamál meðal aldraðra. Margar ástæður liggja þar að baki. Skoða verður hvern einstakling og undirliggjandi orsakir fyrir vandanum og sníða hjúkrunaráætlun samkvæmt því. Síðan þarf að velja leiðir sem rætt hefur verið um hér að framan þannig að sem bestur árangur náist fyrir skjólstæðinga okkar. Hærri lífaldur leiðir til aukinna og stærri heilsuvandamála og kostnaður heilbrigðiskerfisins eykst. Hin fullkomna hægðameðferð er sennilega ekki til. Við þurfum kannski stundum að líta út fyrir rammann og reyna nýja hluti. Óhefðbundnar aðferðir eru athygliverðar og áhugavert væri að gera innlendar rannsóknir á árangri þeirra við hægðatregðu hjá öldruðum. Gæti verið að við ættum að skoða ristilnuddið og aðrar nýjar aðferðir í stað hinna hefðbundnu eða sem viðbót? Í síbreytilegum heimi þurfum við stöðugt að endurmeta hlutina samkvæmt reynslu okkar og þekkingu.

HEIMILDASKRÁ

- Cherniack, E. P. (2013). Use of complementary and alternative medicine to treat constipation in the elderly. *Geriatrics Gerontology International*, 13, 533-538.
- De Giorgio, R., Ruggeri, E., Stanghellini, V., Eusebi, L. H., Bazzoli, F., og Chiarioni, G. (2015). Chronic constipation in the elderly: A primer for the gastroenterologist. *BMC Gastroenterology*, 15, 130.
- Enders, G. (2015). Þarmar með sjarma. (Rakel F. Björnsdóttir þýddi.) Reykjavík: Veröld.
- Fosnes, G. S., Lydersen, S., og Farup, P. G. (2012). Drugs and constipation in elderly in nursing homes: What is the relation? *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 290231.
- Fosnes, S. G., Lydersen, S., og Farup, G. P. (2011). Effectiveness of laxatives in elderly: A cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 11, 76.
- Gandell, D., Straus, S. E., Bundookwala, M., Tsui, V., og Alibhai, S. M. (2013). Treatment of constipation in older people. *Canadian Medical Assoc Journal*, 185(8), 663-670.
- Hsieh, C. (2005). Treatment of constipation in older adults. *American Family Physician*, 72, 2277-2285.
- Huang, T.-T., Yang, S.-D., Tsai, Y.-H., Chin, Y.-F., og Tsay, P.-K. (2015). Effectiveness of individualised intervention on older residents with constipation in nursing homes: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3449-3458.
- Lyfjastofnun (e.d.). Lyfjaupplýsingar - Sérlyfjaskrá. Sótt 25. október 2015 á <http://www.lyfjastofnun.is>.
- Roque, M., og Bouras, E. P. (2015). Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 919-930.
- Tabloski, A. P. (2014). Gerontological Nursing (kafli 22). New Jersey: Pearson Education.
- Tack, J., Lissner, S. M., Stanghellini, V., Boeckstaens, G., Kamm, M. A., og Simren, M. (2011). Diagnosis and treatment of chronic constipation: A European perspective. *Neurogastroenterology and Motility*, 23, 697-710.
- WebMD (2016). Bristol Stool Form Scale. Sótt á <http://www.webmd.com/digestive-disorders/poop-chart-bristol-stool-scale>.

STUÐLAÐ AÐ GÓÐUM NÆTURSVEFNI Á HJÚKRUNARHEIMILUM

Jórunn María Ólafsdóttir

SVEFN ER nauðsynlegur fyrir góða heilsu og stuðlar að bættum lífsgæðum óháð aldri, en aldurstengdar breytingar á svefni eru vel þekktar. Aldraðir þurfa jafn mikinn svefn og þeir sem yngri eru, en svefnmynstur þeirra breytist oftast nær. Þeir eru að jafnaði lengur að sofna, vakna oftar yfir nóttina, sofa styttra í einu og ná styttri djúpsvefni en þeir sem yngri eru. Margs konar svefnvandamál eru algeng hjá íbúum hjúkrunarheimila landsins, úr þeim er reynt að leysa með misjöfnum hætti og misjöfnum árangri. Brýnt er að fagfólk þekki hvaða ráð og íhlutanir hafa reynst best til að stuðla að góðum nætursvefni meðal íbúa hjúkrunarheimila. Í þessari grein verður rýnt í niðurstöður rannsókna síðustu ára á þessu sviði.

Almennt um svefn aldraðra og undirliggjandi áhrifaþætti

Meðalsvefnþörf fullorðinna einstaklinga er 6-10 klukkustundir. Svefnþörfin minnkar ekki með aldrinum en aldurstengdar breytingar á svefnmynstri eru þekktar, þar sem aldraðir eru oft lengur að sofna, ná styttri eða engum djúpsvefni, vakna oftar og eru lengur að sofna aftur en þeir sem yngri eru. Svefn er bráðnauðsynleg hvíld fyrir líkamlega og andlega heilsu. Svefni skiptist í fimm svefnstig, fyrstu tvö svefnstigin eru léttasti svefninn þegar minnst áreiti þarf til að vakna upp, en í djúpsvefni á stigi þriðju og fjögur fer fram endurnýjun og viðhald á líkamanum. Draumsvefn (REM-svefn) fylgir á eftir léttasta svefninum en hann er mikilvægur fyrir minni og einbeitingu. Yfir nóttina förum við að jafnaði í gegnum öll svefnstigin á hverjum 90-120 mínútum, en aldraðir ná oft aðeins fyrsta og öðru stigi svefns og hvílast því ekki eins vel yfir nóttina (Tabloski, 2014).

Hrumir aldraðir íbúar hjúkrunarheimila eru líklegir til að eiga við svefnvandamál að stríða en hvernig við vinnum með þau skiptir höfuðmáli. Langvinnir sjúkdómar hafa mikil áhrif á gæði og lengd svefns hjá öllum aldursþópum en þeir eru jafnan algengari meðal aldraðra íbúa

á hjúkrunarheimilum. Sjúkdómar á borð við kvíða, þunglyndi, fótaóeirð og kæfisvefn hafa bein og óbein áhrif á gæði svefns (Bourgeois o.fl., 2013). Fjölmargir lyfjaflokkar hafa neikvæð áhrif á gæði svefns, s.s. beta-hemlar, berkjuvíkkandi lyf, sterar, þvagræsilyf, hjartalyf, meltingafæralyf, þunglyndislyf og ýmis fleiri. Einnig hafa reykingar og neysla koffíns neikvæð áhrif á gæði svefns (Bloom o.fl., 2009).

Svefnvandamál koma sterkar fram og eru algengari hjá öldruðum íbúum hjúkrunarheimila en meðal aldraðra sem búa utan hjúkrunarheimila. Margir innri og ytri þættir koma þar til. Aldraðir verja að jafnaði meiri tíma í rúminu, njóta minni dagsbirtu, skortir virkni yfir daginn, fá færri vísbendingar í umhverfi og samskipti sem styðja venjubundið svefn- og vökumynstur og búa við meiri hrumleika (Valenza o.fl., 2013).

Mat á svefnmynstri og gæðum svefns

Nákvæmt mat fagfólks og greining á svefnvandamálum og hugsanlegum orsökum þeirra er mjög mikilvægt til að stuðla að sem bestum lífsgæðum hins aldraða. Viðeigandi, raunhæf og einstaklingsmiðuð meðferðaráætlun þarf að fylgja í kjölfarið (Valenza o.fl., 2013).

Þegar svefn og gæði hans eru metin í rannsóknartilgangi sem og við greiningu hjá einstaklingum er horft á skynjun einstaklingsins á gæðum svefnsins. Svefnmynstur er núorðið ofast metið með hreyfiskynjara sem líkist armbandsúri á handlegg einstaklingsins. Kosturinn er hve lítið inngrip þetta er og auðveldara að fylgja vel eftir hugsanlegum breytingum á svefnmynstri við veitta meðferð eða yfir skilgreint tímabil. Svefnskrá er notuð til stuðnings og er annaðhvort í höndum einstaklingsins sjálfs eða umönnunaraðila að fylla hana út. Ítarlegri svefnrannsókn með heilariti og flóknari mælingum er minna notuð þar sem um töluvert stærra og tæknilega flóknara inngrip er að ræða (Zhou o.fl., 2012).

Meðferðaráætlun við ónógum nætursvefni þarf að taka mið af skynjun hins aldraða á svefni sínum og

móttækileika hans við hugsanlegum úrræðum. Spurningar á borð við: „Í hverju felst góður nætursvefn að þínu mati?“ „Hvaða ráð reynast þér best til að tryggja góðan nætursvefn?“ og „Hversu endurnærð/ur vaknar þú á morgnana?“ gefa dýrmætar upplýsingar um mat hins aldraða á eigin svefni ef möguleiki er að ræða það við hann (Herrmann og Flick, 2011). Mikilvægt er að fagfólk spyrji sérstaklega út í svefn við flutning á hjúkrunarheimilið því svefnvandi er sjaldnast nefndur að fyrra bragði (Bloom o.fl., 2009). Það má búast við að svefnmynstur raskist við flutningana og því mikilvægt að vita stöðu mála heima fyrir til að greina milli eldri og nýrri svefnvandamála.

Góðar svefnvenjur og ýmis úrræði

Þegar aldraðir íbúar hjúkrunarheimila voru spurðir um mikilvægustu ráð að eigin mati til að stuðla að góðum nætursvefni snerust svörin fyrst og fremst um þrjá þætti: innri ró, virkni yfir daginn og umhverfisþætti. Að róa hugann á kvöldin með eða án aðstoðar opnar ýmsa möguleika fyrir starfsfólk til að stuðla að bættum nætursvefni, en mikilvægt er að gera það á einstaklingsgrunni. Virkni yfir daginn, sérstaklega ef útivera fylgir, bætir gæði svefns að mati aldraðra íbúa hjúkrunarheimila. Að virknin hafi merkingu líkt og vinnan hafði áður hjálpar til við góðan nætursvefn að þeirra mati. Tækifærin til þess þurfa að vera næg og þar kemur að hlutverki starfsfólks að sýna útsjónarsemi til að leyfa einstaklingnum að njóta sín þrátt fyrir þær takmarkanir sem heilsan setur. Einnig kom fram að öldruðum íbúum hjúkrunarheimila finnst þeir jafnan ekki hafa næg áhrif á sitthvað í kringum sig á borð við hitastig herbergis og birtustig nema með samtali við stafsfolk (Herrmann og Flick, 2011).

Þessi atriði ríma við almennar ráðleggingar um æskilegar svefnvenjur og verða hér heimfærðar á íbúa hjúkrunarheimila. Fyrst ber að nefna mikilvægi þess að viðhalda reglubundnum takti yfir daginn með svipuðum fótaferðartíma og háttatíma dag frá degi. Síðan þarf að leitast við að lágmarka svefn yfir daginn og forðast koffín og nikótín eins og unnt er, viðhalda virkni yfir daginn og stunda hreyfingu við hæfi. Einnig þarf að gera nauðsynlegar umhverfisbreytingar, að deginum er gott að hafa umhverfið hjart og njóta útiveru þegar það er mögulegt (Neikrug og Ancol-Israel, 2010). Þetta eru hvorki tæknilega né fræðilega flókin atriði, kostnaðarsöm né erfið í framkvæmd og hægt að laga að starfi hvaða hjúkrunarheimilis sem er til að stuðla að bættum nætursvefni íbúanna.

Notkun lyfja til að bæta gæði svefns

Klínískar leiðbeiningar Embættis landlæknis mæla gegn notkun benzódíazepín-skyldra lyfja hjá öldruðum og landlæknir leggur áherslu á að nota eins litla skammta og komist verður af með og í eins stuttan tíma og mögulegt er (Einarsdóttir o.fl., 2008). Þau eru hins vegar jafnan gefin til að hjálpa fólki að vera fljótara að sofna og ná lengri heildarsvefntíma. Þau hafa neikvæð áhrif á svefn

til lengri tíma lítið þar sem þau m.a. draga úr djúpsvefni. Þegar þau hafa verið tekin í u.þ.b. fjórar vikur finnur fólk fyrir fráhrarfseinkennum ef inntöku er hætt skyndilega, en sefandi áhrif minnka þar sem líkaminn myndar þol fyrir þeim áhrifum lyfsins (Bourgeois o.fl., 2013).

Aldraðir á hjúkrunarheimilum, sem hafa notað benzódíazepínlyf til lengri tíma, eiga erfiðara með að sofna, vakna oftar yfir nóttina og finnst þeir oftar of lítið hvíldir að morgni en þeir sem ekki taka slík lyf. Tíminn, sem tekur að sofna, er ekki styttri, klósettferðir um nætur eru jafnalgengar, og þeir ná ekki lengri svefni að jafnaði. Þeir eru þreyttari að morgni en þeir sem taka ekki slík lyf, líklegri til að vera með verki og vakna á nóttunni vegna verkja ásamt því að taka frekar sterk verkjalyf að staðaldri sem einnig rýra gæði svefnsins. Því fleiri lyf sem aldraðir taka því verri áhrif hefur það á gæði svefns. Algengara er að þeir sem taka benzódíazepínlyf taki fleiri lyf að staðaldri en viðmiðunarhópurinn og það rýrir aftur gæði svefns hjá þeim. Það er mismunandi eftir hjúkrunarheimilum hve margir taka benzódíazepínlyf. Það reynist ekki vera í sama hlutfalli og svefnvandamál íbúanna en það skýrist a.m.k. að hluta til af viðhorfum fagfólks til svefnvandamála íbúanna og úrræðum sem notuð eru (Bourgeois o.fl., 2013).

Melatonín og meðferð með björtu ljósi

Melatonín er hormón sem framleitt er í heilaköngli og stýrir svefn- og vökustigi líkamans. Melatonínframleiðsla minnkar með hækkandi aldri, sérstaklega hjá einstaklingum með Alzheimer (Zhou o.fl., 2012). Sýnt hefur verið fram á að melatonín í töfluformi hjálpar öldruðum að sofna en hefur ekki marktæk áhrif á svefngæði, heildarsvefntíma eða svefnmynstur (Tabloski, 2014). Hins vegar hefur tekist að sýna fram á betri verkun ef melatonín er notað með ljósameðferð (bright light therapy). Ráðleggingar um styrkleika ljóss og tímalengd eru misvísandi en fjölmargar rannsóknir hafa sýnt jákvæð áhrif en ekki alltaf marktæk tengsl við bætt gæði svefns (Landry og Liu-Ambrose, 2014). Meðferð við svefnvandamálum hjá íbúum með heilabilun með björtu ljósi hefur ekki sannað sig þar sem niðurstöður rannsókna hafa fallið í báðar áttir, hugsanlega er það ólíkt og flókið rannsóknarsnið sem veldur því (Ploeg og O'Connor, 2014).

Hreyfing og félagsleg virkni

Til að stuðla að bættum nætursvefni hjá íbúum hjúkrunarheimila þarf að huga að mörgum þeim sömu eða svipuðu þáttum og hjá þeim sem yngri eru. Meginmunurinn er að svefnvandamál eru algengari meðal aldraðra. Hreyfing og hvers kyns virkni yfir daginn bætir svefn og almenna líðan. Sífellt sterkari rök eru fyrir því að meiri félagsleg og líkamleg virkni styðji við svefn-vökumynstur einstaklingsins og bæti þannig svefngæði og lífsgæði hans. Hreyfing við hæfi hvers og eins dregur úr líkamlegum óþægindum, kvíða og þunglyndiseinkennum og kemur meira jafnvægi

á líkamsstarfsemina. Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar sem styðja það, hér verður greint frá viðamikilli íhlutunarrannsókn þar sem áhrif gönguferða, styrktaræfinga og félagslegrar virkni á svefn voru rannsökuð meðal 193 íbúa á 10 hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum (Richards o.fl., 2011). Þátttakendur voru mjög misjafnlega staddir hvað sjálfsbjargargetu og vitsmunalega getu varðar, en oft eru það einmitt jaðarhóparnir sem eru skildir eftir í rannsóknum af þessu tagi. Gerðar voru nákvæmar svefnrannsóknir í upphafi og að loknum sjö vikum þar sem gæði svefns og svefnstig voru metin, ásamt heildarlengd svefns og fleiri breytum til að meta gæði svefnsins. Rannsóknin stóð í sjö vikur þar sem bornir voru saman fjórir hópar. Hópur A gerði ákafar styrktaræfingar 3 daga vikunnar með lóðum og þyngdum eftir getu, ásamt því að fara í gönguferð eftir getu tvo daga vikunnar. Hópur B fékk einstaklingsmiðaða félagslega virkni í klukkutíma á dag fimm daga vikunnar. Hópur C fékk hvoru tveggja, líkamlega þjálfun og félagslega virkni, og hópur D var samanburðarhópurinn sem fékk hefðbundna meðferð. Athygli vakti í niðurstöðunum að rétt tæplega helmingur þátttakenda reyndist vera með kæfisvefn en það reyndist mun hærra hlutfall en vitað var um fyrir mælingar. Jákvæðar breytingar komu fram á svefnmynstri og gæðum svefns hjá þátttakendum sem fengu eina gerð íhlutunar (hópar A og B) ásamt því að jákvæðar breytingar urðu á úthaldi og vöðvastyrk þátttakenda sem stunduðu líkamsæfingar. Niðurstöðurnar voru meira afgerandi hjá hóp C sem fékk báðar gerðir íhlutunar, þ.e. hreyfingu og félagslega virkni. Svefninn batnaði því mest hjá hópi C þar sem heildarlengd svefnsins jókst um rúman klukkutíma að jafnaði og marktæk aukning varð á djúpsvefni þátttakenda (Richards o.fl., 2011).

Blundað yfir miðjan daginn

Að leggja sig yfir miðjan daginn er mjög algengt meðal íbúa hjúkrunarheimila. Ráðlagður blundur skal ekki vera lengri en 30 mínútur á dag, sem næst hádegi (ekki seinna en kl. 14) til að hafa sem minnst áhrif á nætursvefninn. Þannig bætir hann getu og virkni og dregur úr þreytu og magnleysi. Ef sofið er lengur en hálf tíma á dag leiðir það til röskunar á nætursvefni og hefur neikvæð áhrif á heilsu eldra fólks og dregur úr gæðum nætursvefns og þannig lífsgæðum. Stundum er lengri blundur yfir daginn

afleiðing af ónógum nætursvefni vegna undirliggjandi orsaka, s.s. kæfisvefns, þunglyndis o.s.frv., og þann víta-hring getur reynst erfitt að rjúfa en ekki ómögulegt (Li o.fl., 2014).

Rannsókn á RAI-niðurstöðum 300 íbúa á hjúkrunarheimili í Bandaríkjunum sýndi að yfir 70% sváfu meira en tvo tíma á dag, en það er mun hærra hlutfall en sýnt hefur verið fram á meðal aldraðra sem búa utan hjúkrunarheimila. Sýnt var fram á marktæk tengsl við meiri fjölda sjúkdóma, minnkaða vitræna getu, minni félagslega virkni og minni sjálfsbjargargetu þegar einstaklingarnir sváfu meira á daginn (Li o.fl., 2014).

Félagsleg virkni er jafnan meiri hjá þeim íbúum sem eru hressari og hefur sú virkni, sem er í boði á hjúkrunarheimilum, lengi miðast við þann hóp sem hefur meiri sjálfsbjargargetu. Áherslubreytingar undanfarinna ára hafa þó beinst að þeim sem búa við meiri vitræna skerðingu og skerta sjálfsbjargargetu. Nú fá þeir sífellt stærri hluta af þeirri félagslegu örvun og virkni sem er í boði á hjúkrunarheimilum landsins, en betur má ef duga skal og sífellt má gera betur í þeim efnum.

Lokaorð

Aldraðir þurfa jafn mikinn svefn og þeir sem yngri eru en búa við töluvert skert gæði svefns, með styttri svefni og minni djúpsvefni. Fjölmargir undirliggjandi þættir, svo sem sjúkdómar og lyf, rýra gæði svefns hjá þessum hóp sem og hreyfingarleysi og of langur blundur yfir daginn. Æskilegt er að gera einstaklingsmiðaða meðferðaráætlun með nákvæmu mati í upphafi sem tekur mið af upplifun hins aldraða og móttækileika fyrir hugsanlegum úrræðum.

Notkun svefnlyfja til lengri tíma hefur neikvæð áhrif á svefn en þar hafa áherslur undanfarinna áratuga gjarnan legið þegar verið er að fást við svefnvandamál á hjúkrunarheimilum. Þegar hlutfall svefnlyfja á fjölmörgum hjúkrunarheimilum var borið saman kom í ljós að það reyndist ekki vera í hlutfalli við skilgreind svefnvandamál íbúanna þannig að viðbrögð fagfólks við svefnvandinum skipta höfuðmáli. Mikilvægi hreyfingar og félagslegrar virkni fyrir aldraða íbúa hjúkrunarheimila hefur mikil áhrif á góðan nætursvefn. Það stuðlar að bættum lífsgæðum frá öllum hliðum séð og þar þurfa áherslur fagfólks sem starfar á hjúkrunarheimilum landsins að liggja.

HEIMILDASKRÁ

- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., Phillips, B. A., Thorpy, M. J., Vitiello, M. V., og Zee, P. C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 761-789.
- Bourgeois, J., Elseviers, M., Bortel, L., Petrovic, M., og Stichele, R. H. V. (2013). Sleep quality of benzodiazepine users in nursing homes: A comparative study with nonusers. *Sleep Medicine*, 14, 61-621.
- Embætti Landlækni. (2008). Um notkun benzodíazepín-lyfja Leiðbeiningar um ábendingar, ávisun og stöðvun lyfjanotkunar (Klínískar leiðbeiningar) Sótt í október 2016 á: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2540/3701.pdf>.
- Herrmann, W. J., og Flick, U. (2011). Nursing home residents' self-perceived resources for good sleep. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, 247-251.
- Li, J., Chang, Y., og Porock, D. (2015). Factors associated with daytime sleep in nursing home residents. *Research on Aging*, 37(1), 103-117.
- Landry, G. J., og Liu-Ambrose, T. (2014). Buying time: A rationale for examining the use of circadian rhythm and sleep interventions to delay progression of mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 1-21.
- Neikrug, A. B., og Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 207-211.
- Ploeg, E. S., og O'Connor, D.W. (2014). Methodological challenges in studies of bright light therapy to treat sleep disorders in nursing home residents with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 777-784.
- Richards, K. C., Lambert, C., Beck, C. K., Bliwise, D. L., Evans, W. J., Kalra, G. K., Kleban, M. H., Lorenz, R., Rose, K., Gooneratne, N. S., og Sullivan, D. H. (2011). Strength training, walking, and social activity improve sleep in nursing homes and assisted living residents: Randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 59(2), 21-223.
- Tabloski, P. A. (2014). *Gerontological Nursing*, 3. útg. New Jersey: Prentice Hall.
- Valenza, M. C., Martos, I. C, Martín, L., Garzón, V. M. P., Velarde, C., og Demet, G. V. (2013). Nursing homes: Impact of sleep disturbances on functionality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(3), 432-436.
- Zhou, Q. P., Jung, L., og Richards, K. C. (2012). The management of sleep and circadian disturbance in patients with dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 12, 193-204.

HVERNIG ER HÆGT AÐ KOMA Í VEG FYRIR BYLTUR HJÁ ÖLDRUÐUM?

Pórlína Sveinbjörnsdóttir hjúkrunarfræðingur, Hlíf Guðmundsdóttir, sérfræðingur í öldrunarhjúkrun

BYLTUR ERU eitt af algengustu viðfangsefnum öldrunarhjúkrunar. Bylta er skilgreind sem atburður þar sem einstaklingur fellur óviljandi niður á jörð, gólf eða annan lágan flöt (WHO, e.d.; Landspítali, 2007). Áhættuþættir bylta eru margir og aldraðir sem detta eru oftast með flókin og fjölpætt vandamál. Nauðsynlegt er að aldraðir og aðstandendur þeirra séu meðvitaðir um áhættuþætti fyrir byltum og þekki bestu leiðina til að draga úr byltum og alvarlegum afleiðingum þeirra.

Byltur geta aukið hættu á áverkum, verkjum, þjáningu, óöryggi, ósjálfstæði og dauða hjá öldruðum og hafa einnig áhrif á aðstandendur og umönnunaraðila. Einnig geta byltur leitt til að sjúkdómur versni, hreyfigeta minnki og hinn aldraði þurfi að fara fyrr en ella á stofnun (Gray-Micelli og Quigley, 2011; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013). Samkvæmt vefsíðunni Healthy people 2020, þar sem sett voru heimsmarkmið fyrir árin 2010-2020, er eitt af markmiðum, sem tengjast öldruðum, að fyrirbyggja og draga úr byltum sem draga einstakling til dauða.

Fjöldi aldraðra í þjóðfélaginu fer ört vaxandi. Á næstu árum verða því margþætt verkefni í heilbrigðisþjónustunni að aðstoða aldraða að lifa við sem mest lífsgæði og sjálfstæði. Hærrí aldur er einn af áhættuþáttunum fyrir byltum og því má gera ráð fyrir að byltum fjölgi á komandi árum vegna fjölgunar aldraðra. Í þessari grein verður farið yfir orsakir, áhættuþætti, alvarlegar afleiðingar bylta, ásamt því að skoða hvernig er hægt að fyrirbyggja byltur hjá öldruðum.

Hvað vitum við um byltur?

Byltur hjá öldruðum eru algengar og alvarlegt vandamál. Talið er að þriðjungur einstaklinga eldri en 65 ára, sem búsettir eru heima, muni detta einu sinni á ári. Helmingur eldri en 80 ára, búsettir heima eða á hjúkrunarheimili, munu einnig hljóta byltu einu sinni á ári. Af þeim öldruðu sem detta heima hljóta 5% beinbrot eða þurfa að leggjast inn á sjúkrahús (National Institute

for Health and Clinical Excellence, 2013). Mest er um byltur á hjúkrunarheimilum þar sem um 50-75% detta árlega (Gray-Micelli og Quigley, 2011). Byltur eru með algengustu óvæntu atvikunum sem skráð eru í atvika-skráningu á heilbrigðisstofnunum (Landlæknisembættið, e.d.; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013). Samkvæmt tölum frá Landlæknisembættinu (e.d.) eru byltur á heilbrigðisstofnunum tæplega 53% af heildar-fjölda skráðra óvæntra atvika árið 2015.

Þrátt fyrir aukna þekkingu á byltum og byltuvörnum á heilbrigðisstofnunum eru aldraðir þar í mun meiri byltu-hættu en þeir sem heima eru. Byltur á heilbrigðisstofnun-um eiga sér oftast stað á fyrstu dögum innlagnar. Ástæður eru margvíslegar, svo sem umhverfi, slappleiki, minnkuð hreyfigeta og jafnvægistruflanir, fjölyfjanotkun, óráð, þvagleki og tíð þvaglát (Lim o.fl., 2014).

Gefnar voru út þverfaglegar klínískar leiðbeiningar til að koma í veg fyrir byltur á sjúkrahúsum á Landspítala (LSH) árið 2007. Markmið þeirra var að draga úr byltum með því að auðvelda heilbrigðisstarfsfólki að setja fram gagnreyndar meðferðir til að koma í veg fyrir byltur eldra fólks á sjúkrahúsum og draga úr alvarlegum áverkum tengdum þeim (Landspítali, 2007). Í þeim er lögð áhersla á þverfaglegt mat hjá þeim sem eru í byltuhættu, að boðið sé upp á þverfaglega einstaklingshæfða meðferð til varnar byltum og að heilbrigðisstarfsfólk meti og skrái vitræna getu og færni sjúklinga. Ráðlagt var að fræða heilbrigðis-starfsfólks um byltur og byltuvarnir.

Orsakir og áhættuþættir bylta

Byltur verða yfirleitt vegna samspils líffræðilegra þátta, atferlisþátta, umhverfisþátta og félags- og efnahagslegra þátta. Líffræðilegir þættir eru þá til dæmis aldur og kyn og ýmsir heilsufarsþættir og er oft talað um þessa þætti sem innri áhættuþætti. Ytri þættir eru þá atferlisþættir, umhverfisþættir og félags- og efnahagslegir þættir. Atferlisþættir geta verið meðal annars misnotkun áfengis, óviðeigandi skófatnaður, lítil hreyfing og aðgerðaleysi.

Umhverfisþættir geta snúið að hönnun bæði einkasvæða og almenningssvæða og félags- og efnahagslegir þættir eru lágar tekjur og takmarkaður aðgangur að heilbrigðiskerfi og félagslegri þjónustu (Kaminska o.fl., 2015). Umhverfisþættir, svo sem blaut gólf, lausar snúrur, ónóg lýsing, óreiða og skófátnaður, hafa áhrif en einnig getur orsökinn verið að aldraðir noti ekki viðeigandi hjálpartæki, eins og stafi, göngugrindur og upphækkanir á salerni (Tabloski, 2014).

Ýmis atriði hafa áhrif á byltuhættu. Rannsakendur hafa bent á að ef til staðar eru fleiri en tveir af eftirfarandi þáttum þá sé um aukna byltuhættu að ræða: Fyrri byltur, göngulagstruflanir, hreyfiskerðing, jafnvægistuflanir, hræðsla við að detta, sjónskerðing, vitræn skerðing, þvagleki, hættur í umhverfi, fjöllyfjanotkun, geðlyf og hjartalýf og vöðvaslappleiki (Sharma, 2016; Tabloski, 2014). Þetta eru því atriði sem hjúkrunarfræðingar ættu að hafa í huga við mat á byltuhættu.

Afleiðingar bylta

Afleiðingar bylta eru margvíslegar en sem betur fer eru áverkar af þeirra völdum í færri tilfellum alvarlegir. Byltur eru algengasta orsök áverka hjá öldruðum í Bandaríkjunum og tvær helstu ástæður fyrir dauða af slysförum hjá öldruðum þar eru byltur og umferðarslys. Algengustu beinbrot af völdum bylta eru á framhandlegg, hrygg og mjaðmagrind. Aldraðir, sem eru 85 ára og eldri, eru í 10-15 sinnum meiri hættu að hljóta mjaðmabrot en fólk 65-85 ára. Mjaðmabrot valda miklum heilsufarsvandamálum og hafa mikil áhrif á lífsgæði og fjórðungur þeirra sem mjaðmabrotna þurfa að vera allt að einu ári á sjúkrahúsi og margir komast aldrei heim aftur (Tabloski, 2014).

Kostnaður vegna bylta er mikill fyrir heilbrigðiskerfið og hefur áhrif á líf og heilsu aldraðra. Samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands (e.d.) þá lést á árunum 2005 til 2009 þrjátíu og einn einstaklingur 67 ára og eldri hér á landi vegna afleiðinga bylta. Í skýrslu, sem Landlæknisembættið gerði (2005) um slys á öldruðum á Íslandi árið 2003, kemur fram að hjá eldri en 65 ára, sem komu á slysadeild LSH vegna slysa, var orsök áverka einhvers konar fall hjá 67% þeirra og tæplega 18% lögðust inn á LSH eða aðra stofnun. Af þeim sem lögðust inn voru 60% (N=567) með beinbrot og þar af rúmlega 28% með mjaðmabrot eða um 158 aldraðir. Algengustu brotin voru á framhandlegg eða 132, þar á eftir komu brot á rífi, bringubeini og brjósthygg, sem voru 76, og brot á lendarhrygg og mjaðmagrind voru 38. Í rannsókn Sigrúnar Sunnu Skúladóttur (2014) kom í ljós að fjöldi 67 ára og eldri, sem lögðust inn á LSH vegna mjaðmabrots á árunum 2008-2012, var svipaður milli ára eða 193 til 222 á ári. Alvarlegar afleiðingar bylta geta verið kostnaðarsamar en samkvæmt upplýsingum frá hagdeild LSH kosta aðgerðir á mjöðm og lærlegg um 2,5 milljónir króna og því til mikils að vinna að fækka alvarlegum beinbrotum vegna bylta hjá öldruðum.

Gerð var rannsókn á Landsspítala á afleiðingum bylta

árið 2005-2009 hjá innliggjandi sjúklingum þar sem stuðst var við skráð óvænt atvik samkvæmt atvikaskráningakerfi LSH (Eygló Ingadóttir og Hlíf Guðmundsdóttir, 2011). Niðurstöður sýndu að talsverðir áverkar voru hjá 4,5% sjúklinga sem duttu á tímabilinu og miklir áverkar hjá 1,4% sjúklinga. Athyglisvert var að byltur tengdar salernisferðum voru þriðjungur bylta og voru þeir einstaklingar líklegri til að hljóta áverka heldur en sjúklingar sem ekki voru að fara á salerni. Einnig kom í ljós að 42% bylta verða að næturlagi og þá flestar á milli klukkan tvö og fjögur. Byltur tengjast að auki matmálstímum á daginn. Svipaðar niðurstöður koma fram í rannsókn Huey-Ming og Chang-Yi (2012) sem gerð var á sjúkrahúsi í Michigan í Bandaríkjunum. Rannsakendur leggja til að sérstaklega þurfi að huga að öldruðum, minnisskertum einstaklingum sem þurfa aðstoð við ADL, ásamt því að leggja áherslu á að fækka byltum á næturvöktum. Gera þurfi fleiri rannsóknir á áhrifum vinnuumhverfis til að fækka byltum út af salernisferðum en þær eru líklegri til að valda sjúklingum áverka en byltur af öðrum orsökum.

Hvað getum við gert til að fækka byltum?

Skima og meta byltuhættu

Samkvæmt klínískum leiðbeiningum til að draga úr byltum á LSH (Landspítali, 2007) er ráðlagt að skima eftir byltuhættu með Morse-byltumatstæki þegar einstaklingar eldri en 67 ára leggjast inn á spítalann. Matið felur í sér að skoðaðir eru sex þættir hjá sjúklingi: 1) fyrri byltur, 2) fleiri en ein sjúkdómsgreining, 3) hvort þurfi aðstoð við gang, 4) hvort sé með vökva í æð eða æðalegg, 5) stöðugleiki við göngu og 6) meðvitaður um takmarkanir sínar (Morse, 1989; Agency for Healthcare Research and Quality, 2013). Einstaklingur er síðan í byltuhættu ef hann fær fleiri en 45 stig. Ef sjúklingur er talinn í byltuhættu fer fram mat hjúkrunarfræðings, læknis, sjúkraþjálfara og iðjuþjálfara til að hægt sé að setja fram einstaklingsbundna fjölfaglega meðferð (Landspítali, 2007). Morse-byltumatið er talið áreiðanlegt og er eitt algengasta matið sem notað er þegar metin er byltuhætta á bráðasjúkrahúsum (Baek o.fl., 2014).

Önnur byltumatstæki hafa verið útbúin til að skima eftir hættu á byltu. Hendrich II-byltumatið er matstæki sem talið er henta vel þegar verið er að meta byltuhættu hjá öldruðum á hjúkrunarheimilum, göngudeildum (Hendrich, 2007; Tabloski, 2014) og sjúkrahúsum (Hartford Institute for Geriatric Nursing, e.d.). Skoðaðir eru aðrir áhættuþættir fyrir byltum en við Morse-byltumatið. Áhættuþættirnir eru karlkyn, óráð (rugl), minnisskerðing eða sljóleiki til staðar, þunglyndiseinkenni og hvort einstaklingur missir þvag, hefur næturþvaglát eða tíð þvaglát. Einnig hvort sundl eða svimi er til staðar, hvort viðkomandi tekur inn róandi lyf og hvort hann getur staðið sjálfur upp úr stól eða þarf aðstoð við það. TUG-próf, sem metur göngulag og jafnvægi, er hluti af þessu mælitæki. Þetta mat ætti

MYND 1. Bæklingur Landspítala um fræðslu til sjúklinga og aðstandenda um byltur og byltuvarnir.



2014). Þar sem um er að ræða flókið samspil margra ólíkra þátta og rannsóknum ber ekki saman um hvenær skuli nota hverja tegund inngripa er ráðlagt að leggja til að byltuvarnir þurfa að vera annað hvort margþátta og einstaklingshæðar, fjölþátta með áherslu á ákveðinn hóp og mikilvægt er að unnið sé þverfaglega með aðkomu margra heilbrigðisstétta með góða þekkingu á byltuvörnum. Margþátta meðferð á betur við í heimahúsum en mikilvægt er að nota bæði margþátta- og fjölþátta meðferð á hjúkrunarheimilum (Goodwin o.fl., 2014; Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011).

Inngrip sem hafa áhrif á innri þætti

Innri þættir er það sem snýr að einstaklingsbundnu ástandi sjúklingsins. Hjúkrunarfræðingar eru í lykilhlutverki að fræða sjúkling um einstaklingsbundnar byltuvarnir.

að gera árlega og oftár ef breytingar verða á heilsufari. Niðurstöður úr þessu mati eru að annaðhvort er viðkomandi í lítilli byltuhættu eða mikilli; mikil byltuhætta er ef viðkomandi fær fleiri en fimm stig (Tabloski, 2014).

Mikil áhersla er lögð á skimun og mat á byltuhættu í nýjustu uppfærðu leiðbeiningum frá American Geriatrics Society og British Geriatrics Society (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011). Lögð er áhersla á að skrá fyrri sögu um byltur, gera nákvæmt líkamsmat og færnimat ásamt því að meta umhverfi á stofnunum og heima.

Inngrip til varnar byltum

Skilgreindar hafa verið þrjár tegundir af meðferðarinngrípum til að fyrirbyggja byltur: 1) Ein tegund meðferðar (e. single interventions) svo sem æfingar, 2) margþætt inngríp (e. multifactorial) sem byggjast á einstaklingsbundnu áhættumati þannig að einn einstaklingur fær æfingar og breytingar á umhverfi meðan annar fær breytingar á umhverfi og breytingar á lyfjum, og 3) fjölþætt inngríp (e. multiple component) þar sem hópur einstaklinga fær tvö inngríp svo sem æfingar og D vítamín (Goodwin, o.fl.,

Hjúkrunarfræðingar ættu að fræða aldraða sem eru í byltuhættu, og ekki hvað síst aðstandendur þeirra. Gefinn hefur verið út bæklingur til sjúklinga og aðstandenda á LSH sem er aðgengilegur fyrir alla landsmenn (mynd 1). Mikilvægt er að fræða bæði aldraða, sem eru inni á heilbrigðisstofnunum, og þá sem búa heima.

Skortur er á meðferðarannsóknum um árangur fyrirbyggjandi meðferðar við byltum. Niðurstöður rannsókna sýna að líkamspjálfun er forvörn og að hún dregur úr byltuhættu (Karlsson o.fl., 2013) og er hún eini þátturinn sem sýnt hefur verið að hafi áhrif ein og sér (Sharma, 2016). Fjölbreyttar æfingar, sem stundaðar eru reglulega, eru taldar áhrifaríkastar og þá sérstaklega styrktar- og jafnvægisæfingar en einnig liðkandi æfingar og þrekæfingar. Æfingakerfi, sem inniheldur þessar æfingar, er talið draga bæði úr fjölda bylta og einnig fjölda þeirra sem detta. Tai Chi er kínverskt æfingakerfi og er talið auka styrk, samhæfingu, sveigjanleika og jafnvægi og almennt bæta líkamsástand og er einnig talin áhrifarík leið í forvörnum (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011, Karlsson o.fl., 2013). Einnig hefur verið sýnt fram á að

inntaka D-vítamíns getur dregið úr byltum hjá einstaklingum sem eru með D-vítamínskort (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011). Fjölfylfjanotkun er vandamál hjá öldruðum og hefur reynst auka á byltuhættu (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011; Karlsson o.fl., 2013). Fara þarf reglulega yfir lyfjanotkun einstaklinga og fylgjast með einstaklingum sem taka inn mörg lyf og skoða hvort lyfin hafi áhrif á byltuhættu (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011; Landspítali, 2007). Sérstaklega er lögð áhersla á að meta hættu tengda réttstöðublóðþrýstingsfalli (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011).

Ekki hefur tekist að staðfesta árangur inngripa til að koma í veg fyrir byltur hjá öldruðum einstaklingum með skerta vitræna getu (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011) en ráðlagt er að gera mat á einkennum um óráð hjá fjölveikum öldruðum (Sharma, 2016).

Inngrip sem hafa áhrif á ytri þætti

Ytri þættir eru þættir sem lúta að umhverfi sjúklings. Dæmi um inngrip, sem byggjast á fjölþáttameðferð er lúta að umhverfi á heilbrigðistofnunum, eru IRIS, LAMP, Catch A Falling Star, SAFE og Ryby Slipper meðferðaráætlun. Öll byggjast þau á því að setja merkingar hjá þeim sjúklingum sem eru í byltuhættu, hvort sem það er með armbandi, við rúm sjúklings, á hurð eða í möppu sjúklings. Notkun á byltusokkum er einnig árangursrík meðferð til að auka árvekni heilbrigðisstarfsfólks fyrir byltuhættu viðkomandi sjúklings (Touhy og Jett, 2014). Aðrar rannsóknir hafa sýnt að slík inngrip dugi ekki til og að mikilvægt sé að efla betur ábyrgð hjúkrunarfræðinga til ígrundunar á mati á hverri byltu og að deila þeirri reynslu með starfsmönnum, t.d. með tölvupósti. Sérstaklega hefur verið sýnt fram á árangur að setja fram fyrirbyggjandi leiðbeiningar um hvernig skuli staðið að salernisferðum (Hoke og Guarracino, 2016). Þverfagleg fræðsla fyrir starfsmenn er einnig talin vænleg til árangurs í byltuvörnum (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011).

Forvarnir, sem snúa að umhverfinu, eru mikilvægur þáttur í byltuvörnum á heimilum. Mikill hluti beinbrota vegna bylta hjá öldruðum búsettum heima gerist innan-dyra og því mikilvægt að skoða áhættuþætti á heimilum. Mikilvægi heimilisathugunar og breytingar, sem gerðar eru til að draga úr byltuhættu, ætti að kynna fyrir öldruðum og þá sérstaklega þeim sem eru í mikilli byltuhættu þar sem þessi íhlutun hefur reynst árangursrík (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011; Karlsson o.fl., 2013). Einnig þarf að huga að skóm og passa að þeir séu vel festir á fótinn og séu stamir. Yngri einstaklingar eru í meiri hættu að detta úti við og því mikilvægt að vera í viðeigandi skóm en þar hafa fleiri umhverfisþættir áhrif, svo sem hitastig, snjócoma og birta (Karlsson o.fl., 2013).

Sálræn áhrif byltu

Hræðsla við detta getur leitt til vítahings endurtekinna bylta sem lýsir sér sem minnkuð virkni hjá einstaklingum vegna hræðslu við að falla aftur og afleiðingin verður að styrkleiki og hreyfifærni skerðist og það eykur líkur á frekari byltum (Touhy og Jett, 2014). Frekari byltur hafa einnig áhrif á aðstandendur þar sem þeir hafa oft miklar áhyggjur af ástvininum. Mikilvægt er að greina þetta ástand áður en skaðinn skeður.

Eins og komið hefur fram geta lífsgæði aldraðra minnkað mikið við það að detta. Það er þó ekki óalgengt að aldraðir taki áhættu með því að biðja ekki um aðstoð og detta svo í kjölfarið (Haines o.fl., 2015). Ástæðan getur verið að þeir vilja ekki biðja um aðstoð, vilja vera sjálfstæðir, vanmeta getu sína eða vilja prófa getu sína og fara því sjálfir af stað. Það hefur einnig komið fram í rannsóknum að samskiptavandi milli aldraðra og umönnunaraðila hefur áhrif eða að hjálp berst of seint (Haines o.fl., 2015). Helmingur þeirra sem detta vill ekki tala um atburðinn við umönnunaraðila eða heilbrigðisstarfsfólk (Kaminska o.fl., 2015). Í rannsókn Faes og félagar (2010) kom fram að aldraðir eru hræddir við frekari byltur og einnig finnst þeim óþægilegt ef þeir geta ekki útskýrt orsök byltunnar. Þar kom einnig fram að aldraðir sögðu ekki ástæðu til að hafa áhyggjur því það bætti ekki ástandið. Einn af þeim sem tók þátt í rannsókninni sagði þegar verið var að ræða við hann um áhrif bylta: „Sagt er að fólk venjist því að detta og ég venst því sennilega líka.“

Lokaorð

Byltuvarnir eru eitt af stóru viðfangsefnum innan hjúkrunar á næstu árum og mikilvægt er að innleiða gagnreyndar aðferðir til að fyrirbyggja alvarlegar afleiðingar af byltu hjá öldruðum. Ekki hefur verið staðfest nægjanlega hvort sömu aðferðir henta á bráðasjúkrahúsum, hjúkrunarheimilum eða í heimahúsi. Því er mikil þörf á að gera fleiri meðferðarrannsóknir um hvaða aðferðir eru hentugastar m.t.t. aðstæðna og staðsetningar byltuatvika. Einnig hefur Healthy people 2020 (e.d.) lagt til að gerð verði úttekt á því hvort diplómahjúkrunarfræðingar eða sérfræðingar í hjúkrun geti komið inn sem málástjórar (e. case manager) fyrir aldraðra sem eru í byltuhættu. Afleiðingar bylta eru margvíslegar en sem betur fer eru áverkar af þeirra völdum í færri tilfellum alvarlegir. Frekari byltur eru síðan oft undanfari þess að aldraðir leggjast inn á sjúkrahús og við innlögn á sjúkrahús eykst byltuhættan. Hjúkrunarfræðingar þurfa að meta byltuhættu reglulega og fræða aldraða skjólstæðinga sína og aðstandendur þeirra um byltuvarnir. Þeir þurfa að sjá til þess að þeir hafi öruggan aðgang að þeirri hjálp sem þeir þurfa og að fylgst sé vel með þeim sem eru í byltuhættu.

HEIMILDASKRÁ

- Agency for Healthcare Research and Quality (2013). Preventing falls in hospitals, tool 3H: Morse fall scale for identifying fall risk factors. Sótt 17. ágúst á <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk-tool3h.html>.
- Bæk, S., Piao, J., Jin, Y., og Lee, S.-M. (2014). Validity of the Morse fall scale implemented in an electronic medical record system. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17/18), 2434-2441. Doi:10.1111/jocn.12359.
- Eygló Ingadóttir og Hlíf Guðmundsdóttir (2011). Byltur sjúklinga á Landspítala 2005-2009: Einkenni og afleiðingar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87, 40-45.
- Faes, M. C., Reelick, M. F., Joosten-Weyn Banningh, L. W., Gier, M., Esselink, R. A., og Olde Rikkert, M. G. (2010). Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: Foundations for an intervention to prevent falls. *Aging & Mental Health*, 14(7), 834-842. Doi:10.1080/13607861003781825.
- Goodwin, V. A., Abbot, R. A., Whear, R., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Thompson-Coon, J., og Stein, K. (2014). Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: Systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14(15), 1-8.
- Gray-Miceli, D., og Quigley, P. A. (2011). Fall prevention: Assessment, diagnoses, and intervention strategies. Í M. Boltz, E. Capezuti, T.T. Fulmer og D. Zwicker (ritstjórar), A. O'Meara (yfiritstjóri), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4. útg., 268-298). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Hagstofa Íslands (e.d.). Dánir eftir dánarorsökum kyni og aldri 1996-2009. Sótt 24. nóvember 2015 á http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar_Faeddirdanir_danir_danarmein/MAN05302.px/.
- Haines, T. P., Lee, D.-C. A., O'Connell, B., McDermott, F., og Hoffmann, T. (2015). Why do hospitalized older adults take risks that may lead to falls? *Health Expectations*, 18(2), 233-249. Doi:10.1111/hex.12026.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing (e.d.). Fall risk assessment for older adults: The Hendrich II fall risk model. Sótt 23. september 2016 á <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-8>.
- Healthy people 2020 (e.d.). Older Adults. Sótt 24. nóvember 2015 á <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/older-adults>.
- Hendrich, A. (2007). How to try this: Predicting patient falls. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50-58.
- Hoke, L. M., og Guarracino, D. (2016). Beyond socks, signs, and alarms: A reflective accountability model for fall prevention. *The American Journal of Nursing*, 116(1), 42-7.
- Huey-Ming, T., og Chang-Yi, Y. (2012). Toileting-related inpatient falls in adult acute care settings. *Medsurg Nursing*, 21(6), 372-377. Sótt á <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=83928285&site=ehost-live>.
- Kaminska, 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. Doi:10.3390/ijerph120403406.
- Karlsson, M. K., Vonschewelov, T., Karlsson, C., Cöster, M., og Rosengen, Björn. E. (2013). Prevention of falls in the elderly: A review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 442-454.
- Landlæknisembættið (e.d.). Byltur rúmlega helmingur allra skráðra óvæntra atvika árið 2015. Sótt 25. ágúst 2016 á <http://www.landlaeknir.is/um-embættid/frettir/frett/item29605/byltur-rumlega-helmingur-allra-skradra-ovaentra-atvika-arid-2015>.
- Landlæknisembættið (2005). Heilbrigðistölfraði, slys á öldruðum 2003. Sótt 23. nóvember 2015 á <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2204/1907.pdf>.
- Landspítali (2007). Byltur á sjúkrastofnunum. Klínískar leiðbeiningar til að fyrirbyggja byltur. Reykjavík: Landspítali-háskólasjúkrahús.
- Lim, S. C., Mamun, K., og Lim, J. K. (2014). Comparison between elderly inpatient fallers with and without dementia. *Singapore Medical Journal* 55(2), 67-71.
- Morse, J.M., og samstarfsmenn (1989). A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social science & Medicine*, 28(1), 81-6.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2013). Falls in older people: Assessing risk and prevention. Sótt 10. nóvember 2015 á <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/chapter/introduction>.
- Panel on Prevention of Falls in Older Persons (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 148-157. Doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
- Sharma, L. (2016). Evidence summary: Falls (older people): Assessment and prevention. The Joanna Briggs Institute. Sótt 10. ágúst 2016 á http://ovidsp.ovid.com/sp-3.21.1b/ovidweb.cgi?&S=AFIMPDHFGFHFFDHFNIKBEJHDIOEAA00&Link+Set=S.sh.40%7c4%7csl_190.
- Sigrún Sunna Skúladóttir (2014). Mjaðmabrot hjá 67 ára og eldri sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala 2008-2012. Óbirt lokaverkefni til meistaraþrófs. Prentsmiðja Leturprent.
- Tabloski, P. A. (2014). *Gerontological Nursing* (3. útgáfa). New Jersey: Prentice Hall.
- Touhy, T., og Jett, K. (2014). *Promoting Safety. Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (4. útgáfa, 13. kafli). St. Louis: Elsevier, Mosby.
- WHO (e.d.). Falls. Sótt 25. ágúst 2016 á <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

FORVARNIR GEGN MYNDUN ÞRÝSTINGSSÁRA OG NOTKUN KLÍNÍSKRA LEIÐBEININGA

Bylgja Kristófersdóttir

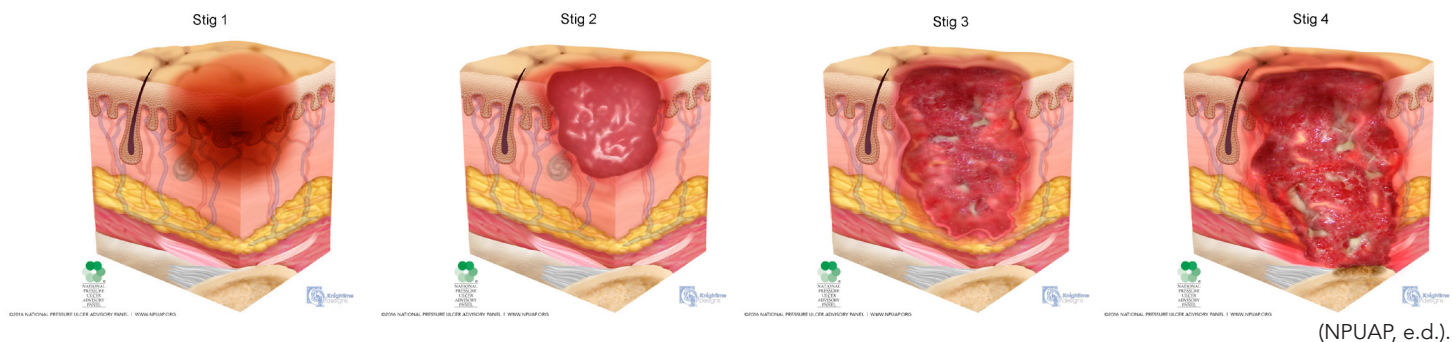
ÞRÝSTINGSSÁR VALDA sársauka og óþægindum, skerða lífs-
gæði einstaklinga og eru kostnaðarsöm. Í flestum tilvikum
ætti að vera hægt að koma í veg fyrir þrýstingssár með
áhættumati, klínískri dómgreind og einstaklingsmiðuðum
forvörnum. Forvarnir gegn myndun þrýstingssára byggjast
á gagnreyndri þekkingu, fræðslu til allra umönnunaraðila
og á þverfaglegri teymisvinnu. Í hálfa aðra öld hafa hjúkr-
unarfræðingar fengist við að koma í veg fyrir þrýstingssár
og árið 1859 skrifar Florence Nightingale að þrýstingssár
stafi yfirleitt ekki af sjúkdómnum heldur af hjúkruninni.
Þrýstingssár eru of algeng á Íslandi og ljóst að gera má bet-
ur á sjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum. Með markvissri

notkun klínískra leiðbeininga og forvarnagátlista má draga
verulega úr þrýstingssárum.

Skilgreining og flokkun þrýstingssára

Skilgreining Evrópsku ráðgjafasamtakanna um
þrýstingssár (European Pressure Ulcer Advisory Panel
(EPUAP)) er eftirfarandi: Þrýstingssár eru staðbundin
vefjaskemmd í húð og/eða undirliggjandi vef, oftast yfir
útstæðum beinum. Þau orsakast af þrýstingi eða samblandi
af þrýstingi og togi. Ýmsir samverkandi þættir, sem ekki
eru að fullu skýrðir, hafa áhrif á myndun þrýstingssára
(EPUAP/NPUAP, 2009).

MYND 1. Flokkun á þrýstingssárum



(NPUAP, e.d.).

TAFLA 1. Flokkun þrýstingssára eftir alvarleika (Landspítali, 2008).

Flokkun þrýstingssára	Lýsing á þrýstingssárum
Stig I	Roðablettur á órofinni húð sem ekki hvítnar þegar þrýst er á með fingri. Einnig getur fölvi í húð, hitastigsbreyting, bjúgur og hersli verið merki um þrýstingssár á byrjunarstigi, einkum hjá einstaklingum með dökkan hörundslit.
Stig II	Vefjaskemmd sem nær inn í eða að leðurhúð. Um er að ræða yfirborðssár sem birtist sem fleiður eða blaðra.
Stig III	(Fullþykktar)sár með vefjaskemmd eða drepri sem nær niður í undirhúð (subcutis) allt að undirliggjandi bandvefshimnu (fascia) en ekki í gegnum hana.
Stig IV	Umfangsmikil vefjaskemmd eða drep í vöðvum, beinum og aðliggjandi vefjum, sem getur verið til staðar án þess að húð sé rofin.

Flokkun þrýstingssára er notuð til þess að lýsa útliti þrýstingssárs á ákveðnum tímapunkti eins og skyndimynd. Það eru fjögur hefðbundin stig (I. II. III og IV) (sjá töflu 1) (Landspítali, 2008).

Tilgangurinn með því að flokka þrýstingssár og gefa þeim stig er að hafa viðmið í klínískri vinnu með það að leiðarljósi að finna viðeigandi meðferð og ná góðum árangri (sjá mynd 1) (NPUAF e.d.). Svæði, sem eru viðkvæm fyrir þrýstingssárum, eru: hnakki, gagnaugu, eyru, herðablöð, axlir, hryggur, olnbogar, spjaldhryggur, rófubein, lærhnúta, setbeinshrjóna (e. ischial tuberosities), hné, ökkjar, hælur, jarkar, rist, táberg, tær og öll þau svæði líkamans sem verða fyrir núningi, þrýstingi og togi við athafnir daglegs lífs (Landspítali, 2008).

Orsakir þrýstingssára

Hin almenna orsök fyrir þrýstingssári er styrkleiki og tímalengd þrýstingsins sem og þol húðarinnar og undirliggjandi vefja gegn þrýstingnum (Tabloski, 2014). Þrátt fyrir að þrýstingur, sem veldur staðbundinni blóðþurrð til afmarkaðs svæðis, sé ein helsta ástæðan fyrir myndun þrýstingssára þá hefur samspil ýmissa annarra þátta áhrif (Moore og Cowman, 2012). Ytri áhættuþættir, eins og núningur og tog, geta haft mikil áhrif á myndun þrýstingssára (Lahmann o.fl., 2011). Langvarandi heilsufarsvandamál, eins og vannæring, hreyfiskerðing og vitræn skerðing, eru einnig áhættuþættir sem og þvag- og hægðaleki en orsökina fyrir þróun eða myndun þrýstingssárs er alltaf einstaklingsbundin og hinir ýmsu þættir vega misþungt hjá hverjum og einum (Tabloski, 2014).

Aldraðir eru í töluverðri hættu fyrir myndun þrýstingssára, oft er aldraður einstaklingur með nokkra undirliggjandi sjúkdóma, skerta hreyfigetu og við bætast ýmsar öldrunarbreytingar sem verða í húðinni. Húðþekjan þynnist, raki er minni, frumuskipting verður hægari og það leiðir til lengri gróanda og meiri sýkingarhættu. Tenging á milli húðþekju og leðurhúðar verður flatari og eykur hættu á afrifum vegna núnings. Leðurhúðin verður þynnri, teygjanleiki verður minni í henni, blóðflæði minnkar og háræðar verða þynnri. Þessar breytingar setja aldraðan einstakling í meiri hættu fyrir myndun þrýstingssára (Tabloski, 2014). Í klínískum leiðbeiningum Landspítala (2008) um þrýstingssár er bent á að orsökum þeirra megi skipta í innri áhættuþætti, sem snerta eiginleika og sjúkdóma hjá einstaklingnum sjálfum, og ytri áhættuþætti sem geta tengst aðstæðum og meðferð (sjá töflu 2).

Algengi þrýstingssára

Niðurstöður rannsókna eru á ýmsa lund um hve algeng þrýstingssár eru. Erfitt getur verið að bera saman niðurstöður því misjafnt er hvaða matsæki eru notuð og einnig hvort öll stig þrýstingssára eru tekin með í rannsóknirnar. Í þeim rannsóknum, sem nefndar verða, hefur verið stuðst við mælitæki EPUAP.

Mælitæki EPUAP um þrýstingssár, sem notað hefur

TAFLA 2. Áhættuþættir þrýstingssára (Landspítali, 2008).

Innri áhættuþættir	Ytri áhættuþættir
Hár aldur	Þrýstingur
Hreyfiskerðing	Núningur
Skert skyntilfinning	Tog
Skert meðvitund	Lyf
Bráð veikindi	Raki á húð
Næring undir lágmarkspörf	Yfirborð sem legið eða setið er á
Vökvainntekt undir lágmarkspörf	
Þvag- og hægðaleki	
Fyrri þrýstingssár	
Æðasjúkdómar	
Alvarleg langvarandi veikindi eða dauðvona	
Verkir	
Ósjálfráðar hreyfingar	
Legustellingar og kreppur	

verið við rannsóknir til að mæla hve algeng þrýstingssár eru, var útbúið af sérfræðingum innan EPUAP. Þetta mælitæki inniheldur: bakgrunnsbreytur, sex áhættuþætti Bradenkvæðans, skoðun á húð og forvarnir. Með notkun á þessu mælitæki er vonast til að auðveldara verði að bera saman niðurstöður rannsókna (Vanderwee o.fl., 2007).

Í rannsókn, sem gerð var á Landspítala 2008, reyndust 21,5% sjúklinga með þrýstingssár (Guðrún Sigurjónsdóttir, Ásta St. Thoroddsen og Árún K. Sigurðardóttir, 2011) en samanburðarrannsókn frá 2013 sýndi að þá voru 19,4% sjúklinga með þrýstingssár (Guðrún Sigurjónsdóttir, 2013) eða minnkun um 2,1%. Niðurstöður rannsóknar, sem gerð var á sjúkrahúsum í fimm Evrópulöndum, sýndi að algengi þrýstingssára var 18,1%. Ef skoðað er hvert land fyrir sig reyndist algengi þrýstingssára á Ítalíu 8,3%, í Portúgal 12,5%, í Belgíu 21,1%, í Bretlandi 21,9%, í Svíþjóð 23% (Vanderwee o.fl., 2007) og niðurstöður úr norskri rannsókn á sex sjúkrahúsum sýna 18,2% algengi þrýstingssára (Bredesen o.fl., 2015).

Samkvæmt tölum úr interRAI mati á hjúkrunarheimilum á Íslandi hrjá þrýstingssár 8,6% íbúa (Velferðarráðuneytið, 2015). Í rannsókn, sem gerð var á hjúkrunarheimilum á Írlandi, höfðu 9% íbúa þrýstingssár (Moore og Cowman, 2012) og í belgískri rannsókn, sem framkvæmd var á hjúkrunarheimilum, voru 14,1% íbúa með slík sár (Demarre o.fl., 2012).

Þrýstingssárum fjölga mjög hjá einstaklingum í

áhættuhópi sem eru lagðir inn á sjúkrahús, þ.e. hjá einstaklingum sem eru lamaðir fyrir neðan háls, einstaklingum sem liggja á gjörgæslu og hjá öldruðum sem leggjast inn vegna mjaðmabrots. Meirihluti þrýstingssára kemur fram hjá einstaklingum eldri en 70 ára (Tabloski, 2014) og algengustu staðirnir, sem þrýstingssár myndast á, eru spjaldhryggur og hælur (Bredesen o.fl., 2015).

Áhættumat og forvarnir gegn myndun þrýstingssára

Myndun þrýstingssára hefur verið tengd við gæði hjúkrunar og því eru það hjúkrunarfræðingar og aðrir umönnunaraðilar sem fyrst og fremst bera ábyrgð á því að fyrirbyggja og græða þrýstingssár. Áhættumat og fyrirbyggjandi aðgerðir skipta miklu máli og ber að framkvæma (Tabloski, 2014). Klínískar leiðbeiningar Landspítala um áhættumat og varnir gegn myndun þrýstingssára þjóna þeim tilgangi að leiðbeina starfsfólki með gagnreyndri þekkingu. Greining áhættuþátta felst í að meta húð einstaklings við innlögn og síðan daglega hjá þeim sem eru í hættu á að fá þrýstingssár, greina og flokka þrýstingssár samkvæmt skilgreiningu EPUAP og einnig nákvæmri skráningu. Einstaklingsmiðuð áætlan er svo byggð á matinu (Landspítali, 2008).

Tilgangur áhættumats er að finna þá einstaklinga sem eru í mestri hættu fyrir myndun þrýstingssára. Áhættumat á að framkvæma kerfisbundið með viðurkenndu mælitæki en einnig á að nota klíníska dómgreind við matið (EPUAP/NPUAP, 2009). Rétt greining á þeim þáttum, sem setja einstakling í áhættuhóp fyrir myndun þrýstingssára, skiptir höfðumáli, með því er hægt að greina og veita viðeigandi forvarnir (Cowan o.fl., 2012).

Í klínískum leiðbeiningum er mælt með að nota Braden-mælitækið við áhættumat fyrir myndun þrýstingssára (Landspítali, 2008). Braden-mælitækið er mikið notað og rannsakað mælitæki sem var útbúið af Barböru Braden og Nancy Berström og var upphaflega sett fram og prófað hjá öldruðum einstaklingum á hjúkrunarheimilum (Cowan o.fl., 2012). Mælitækið byggir á sex áhættuþáttum: virkni, hreyfigetu, skyntilfinningu, næringu, raka og núningi og togi. Einstaklingnum eru gefin stig á bilinu 6-23 og ef stigafjöldinn er undir 18 telst það vera vísbending um aukna áhættu fyrir myndun þrýstingssára (Moore og Cowman, 2012). Mælitækinu fylgja leiðbeiningar um fyrirbyggjandi aðgerðir eftir áhættuflokkum kvarðans (Landspítali, 2008).

Samkvæmt leiðbeiningum um varnir gegn myndun þrýstingssára er mælt með að nota snúningsskema sem er miðaður að þörfum einstaklingsins, hjá rúmföstum einstaklingum er mælt með 30° hliðarlegu og 30° hækkun á höfðalagi og stuðningi við bak einstaklingsins. Nota skal þrýstingsdreifandi dýnur hjá þeim sem eru ≤ 18 á Braden-mælikvarða og loftdýnur hjá þeim sem eru ≤

12 á Braden-mælikvarðanum. Nota verður rétta tækni við hagræðingu, flutning og snúning til þess að koma í veg fyrir núningsáverka. Vernda þarf og viðhalda heilli húð, verja hana fyrir raka og forðast að nudda húð yfir útstæðum beinum. Mælt er með reglubundnu verkjamati og meðhöndlun verkja með lyfjum, hagræðingu og annars konar verkjameðferð sem ekki byggist á lyfjum. Mælt er með mati á næringarástandi einstaklings og að gera áætlun um viðbótarnæringu sé þess þörf (Landspítali, 2008).

Í rannsókn á Landspítala 2008 kom fram að aðgerðir starfsfólks til þess að koma í veg fyrir myndun þrýstingssára voru ómarkvissar og notkun snúnings- og hagræðingarskema var of lítil miðað við þann fjölda einstaklinga sem var í áhættuhóp (Guðrún Sigurjónsdóttir o.fl., 2011). Svipaðar niðurstöður voru í rannsókn Bredesen o.fl. (2015) en þar kom fram að starfsfólki fannst notkun snúnings- og hagræðingarskema vera of tímafrek.

Í rannsókn Vanderwee o.fl. (2007) kom fram að einungis 9,7% af einstaklingum, sem töldust í áhættuhóp fyrir myndun þrýstingssára samkvæmt Braden-mælikvarðanum, fékk viðeigandi forvarnir. Rannsakendur urðu fyrir vonbrigðum þegar þeir komust að því að fyrirbyggjandi aðgerðir voru lítið notaðar hjá einstaklingum í áhættuhóp. Þeir töldu hugsanlegar ástæður skort á viðeigandi búnaði eða skort á þekkingu á árangursríkum forvörnum. Það kom hins vegar í ljós að margir þeirra einstaklinga, sem ekki voru í áhættuhóp, voru á þrýstingsdreifandi dýnum og sesium og snúið reglulega.

Í samanburðarrannsókn Moore og félaga (2011) var einstaklingum skipt í tvo hópa þar sem tilraunahópnum var snúið 30° á þriggja klukkustunda fresti á tímabilinu frá kl. 20:00 að kvöldi til kl. 8:00 að morgni. Samanburðarhópurinn fékk hefðbundna aðferð við snúning, þ.e. að snúa 90° á 6 klst. fresti á sama tímabili. Niðurstöðurnar sýndu að í tilraunahópnum fengu 3% einstaklinga þrýstingssár en í samanburðarhópnum voru það 11%. Þessar niðurstöður styðja tilmæli um forvarnir við þrýstingssárum frá Landspítala um að snúa einstaklingum í 30° hliðarlegu.

Hver og ein stofnun ætti að setja sér stefnu um áhættumat og varnir gegn myndun þrýstingssára, tíðni endurmats, aðferðir við skráningu og mat á innri og ytri áhættuþáttum hjá hverjum einstaklingi fyrir sig. Þeir áhættuþættir, sem greindir eru hjá hverjum einstaklingi, ættu svo að leiða til einstaklingsmiðaðrar áætlunar til þess að draga úr áhrifum þessara þátta og nota til þess klínískar leiðbeiningar (EPUAP/NPUAP, 2009).

Þekking og notkun klínískra leiðbeininga

Klínískar leiðbeiningar um forvarnir gegn myndun þrýstingssára leggja áherslu á að skima eftir einstaklingum í hættu fyrir myndun þrýstingssára með skoðun á húð við innlögn, daglegu endurmati og að veita viðeigandi forvarnir tímanlega (Barker o.fl., 2013). Þrátt fyrir að alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar um varnir gegn myndun

þrýstingssára hafi verið til í mörg ár fá allt of margir enn þá slík sár (Sving o.fl., 2012). Tíðni þrýstingssára er notuð á alþjóðlega vísu sem vísbending um gæði hjúkrunar (Chaboyer og Gillespie, 2014).

Innleiðing klínískra leiðbeininga á heilbrigðisstofnanir er vandasamt verk (Sving o.fl., 2012). Aukin þekking leiðir til markvissari notkunar á klínískum leiðbeiningum í starfi og ein leið til að auka þekkingu er að bjóða næga fræðslu (Meesterberends o.fl., 2014). Einnig benda rannsóknir til að á vinnustað, þar sem stuðningur við starfsfólk sé til staðar, aukist líkurnar á að unnið sé samkvæmt klínískum leiðbeiningum (Sving o.fl., 2012). Síðasta áratuginn hefur fræðsla til heilbrigðisstarfsfólks, notkun áhættumatstækja, úrval útbúnaðar til að létta á þrýstingi og miðlun klínískra leiðbeininga aukist með það að leiðarljósi að bæta gæði hjúkrunar og draga úr tíðni þrýstingssára (Barker o.fl., 2013).

Þrátt fyrir úrval klínískra leiðbeininga benda niðurstöður fjölda rannsókna til þess að framkvæmd forvarna gegn myndun þrýstingssára sé enn ábótavant (Chaboyer og Gillespie, 2014). Íhuga á viðeigandi forvarnir sem fyrst hjá öllum einstaklingum í áhættuhóp þar sem tíðni þrýstingssára lækkar umtalsvert þegar gagnreynd þekking í hjúkrun er notuð (Sving o.fl., 2012).

Hindranir, sem hafa verið nefndar við innleiðingu gagnreyndrar þekkingar í klínískri vinnu, eru m.a. skortur á stuðningi og þjálfun, neikvætt viðhorf, vinnustaðasiðir, skortur á fyrirmyndum í starfi, tímaskortur og of fátt starfsfólk (Barker o.fl., 2012). Taka þarf þessar hindranir til greina þegar unnið er að því að innleiða klínískar leiðbeiningar í dagleg störf (Meesterberends o.fl., 2014).

Í rannsókn, sem gerð var á níu hjúkrunarheimilum í Belgíu, var markmiðið að fá innsýn í þekkingu og viðhorf hjúkrunarfræðinga og aðstoðarfólks varðandi þrýstingssár. Einnig skyldi könnuð fylgni á milli þekkingar og þeirra forvarna sem beita átti samkvæmt klínískum leiðbeiningum um þrýstingssár. Mat á fylgni við klínískar leiðbeiningar um þrýstingssár var metið hjá 614 íbúum og af þeim fengu 259 eða 42,1% minna en 18 á Braden-mælikvarðanum. Af þeim sem höfðu minna en 18 fengu 6,9% forvarnir í samræmi við klínískar leiðbeiningar, 26,6% fengu engar forvarnir og 60% fengu forvarnir að einhverju leyti. Ekki var greinanlegur munur á þekkingu hjúkrunarfræðinga og aðstoðarfólks á forvörnum og á heildina lítið var þeim ábótavant og klínískar leiðbeiningar um þrýstingssár lítið notaðar (Demarre o.fl., 2012).

Rannsókn Gunningberg og félaga (2001) leiddi í ljós að framkvæmd á áhættumati, forvarnir og meðferð þrýstingssára hjá sjúklingum með mjaðmabrot var ekki í samræmi við klínískar leiðbeiningar. Meesterberends og félagar (2014) könnuðu þekkingu og notkun á forvörnum gegn myndun þrýstingssára hjá starfsfólki á hjúkrunarheimilum í Hollandi og Þýskalandi. Þar kom fram að þekking á gagnlegum forvörnum var í meðallagi í báðum löndum en tilvik þar sem ógagnlegum ráðum sem valda skaða hafði

verið beitt var um 20% og er það áhyggjuefni.

Hjúkrunarfræðingar bera ábyrgð á því að veitt sé gæðahjúkrun við forvarnir og meðferð á þrýstingssárum. Einnig bera hjúkrunarfræðingar ábyrgð á að leiðbeina samstarfsfólki (Sving o.fl., 2012). Fyrirnefndar rannsóknir benda til þess að ekki sé farið nægilega vel eftir klínískum leiðbeiningum og að þörf sé fyrir aukna fræðslu meðal starfsfólks.

Forvarnagátlistar

Forvarnagátlistar (care bundle) eru leiðbeiningar við umönnun, þar eru settar fram skipulagðar íhlutanir sem byggðar eru á gagnreyndri þekkingu og miða að bættum árangri fyrir sjúkling. Þeir gera umönnun markvissari og hvetja til þess að unnið sé í samræmi við klínískar leiðbeiningar (Chaboyer og Gillespie, 2014).

Tíðni þrýstingssára á fjórum sjúkrahúsum með 2500 rúmum í Wales var árið 2005, 12% eða um 500 þrýstingssár á ári. Til þess að bregðast við þessu vandamáli var lagst í rannsóknarvinnu og reynt að komast að því í hverju vandinn lægi. Í kjölfarið var saminn forvarnagátlisti (SKIN-bundle) sem var síðan prófaður á litlum einingum og að lokum innleiddur og hefur verið í notkun á þessum fjórum sjúkrahúsum í Wales síðan 2010 og á mörgum hjúkrunarheimilum þar síðan 2012. Starfsfólk fékk fræðslu um áhættumat, skoðun á húð, þrýstingssáravarnir og kennslu á notkun gátlistans. Forvarnagátlistinn byggist á fyrirmælum um íhlutanir sem byggðar eru á gagnreyndri þekkingu. Hver stafur í orðinu SKIN stendur fyrir áveðna íhlutun: S = surface eða undirlagið, eins og dýnur og sessur; K = keep moving eða hreyfingu, þá er átt við skrifleg fyrirmæli um snúning og skoðun á húð; I = incontinence, það að meðhöndla lausheldni á þvag og hægðir og halda húð þurri og N = nutrition, það að meta og meðhöndla næringarástand. Við innlögn er einstaklingur metinn með tilliti til áhættu fyrir myndun þrýstingssára með viðurkenndum mælikvarða og ef hann er í áhættuhópi er gátlistinn notaður og fyrirmæli gefin um hversu oft á að meta einstaklinginn. Árangurinn hefur verið ótrúlegur, til dæmis hafa ekki komið upp þrýstingssár í þrjú ár á níu deildum og á einum spítalanum ekkert sár í sex mánuði. Þrýstingssárum hefur fækkað úr 500 árið 2005 niður í sex sár árið 2013 (Laing, 2013).

Hvernig stöndum við okkur?

Það er alveg ljóst að hægt er að gera mun betur þegar kemur að forvörnum gegn myndun þrýstingssára og markmiðið ætti að vera engin þrýstingssár. Í langflestum tilvikum ætti að vera hægt að koma í veg fyrir þrýstingssár þó að til séu undantekningar.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að vinna samkvæmt klínískum leiðbeiningum, framkvæma áhættumat samkvæmt Braden-mælikvarða og fara eftir leiðbeiningum sem honum fylgja. Þeir þurfa að meta húð, meta næringarástand, útvega veiðeigandi undirlag og hafa skýr fyrirmæli

um hagræðingu og snúninga. Þeim ber að meta hvern einstakling við innlög og endurmeta eftir þörfum og sníða þarf forvarnameðferð að hverjum og einum því enginn er eins. Þeir verða að hafa gagnreynda þekkingu í

fyrirrúmi, fræða starfsfólk og breyta starfsháttum ef þörf er á. Forvarnagátlistar eru einnig gagnleg hjálpartæki sem stuðla að því að unnið sé með gagnreynda þekkingu að leiðarljósi í þverfaglegu samstarfi.

HEIMILDASKRÁ

- Barker, A. L., Kamar, J., Tyndall, T. J., White, L., Hutchinson, A., Klopfer, N., og Weller, C. (2013). Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: An observational study. *International Wound Journal*, 10(3), 313-320. Doi:10.1111/j.1742-481X.2012.00979.x.
- Bredesen, I. M., Bjoro, K., Gunningberg, L., og Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 149-156. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005.
- Chaboyer, W., og Gillespie, B. M. (2014). Understanding nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle: A first step towards successful implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3415-3423. Doi:10.1111/jocn.12587.
- Cowan, L. J., Stechmiller, J. K., Rowe, M., og Kairalla, J. A. (2012). Enhancing Braden pressure ulcer risk assessment in acutely ill adult veterans. *Wound Repair and Regeneration*, 20(2), 137-148. Doi:10.1111/j.1524-475X.2011.00761.x.
- Demarre, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L., og Beeckman, D. (2012). Pressure ulcers: Knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1425-1434. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03878.x.
- EPUAP/NPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide*. Washingtonborg: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Sótt 19. október 2015 á http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf.
- Guðrún Sigurjónsdóttir, Ásta St. Thoroddsen og Árún K. Sigurðardóttir (2011). Þrýstingssár á Landspítala: Algengi, áhættumat og forvarnir. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 2, 50-57.
- Guðrún Sigurjónsdóttir (2013, október). *Þrýstingssár, algengi og alvarleiki*. Erindi flutt á ráðstefnu SUMS, Reykjavík.
- Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., og Sjoden, P. O. (2001). Risk, prevention and treatment of pressure ulcers: Nursing staff knowledge and documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 257-263.
- Laing, Hamish (2013, október). *Preventing pressure ulcers*. Erindi flutt á ráðstefnu SUMS, Reykjavík.
- Lahmann, N. A., Tannen, A., Dassen, T., og Kottner, J. (2011). Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care: Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(1), 168-173. Doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01417.x.
- Landspítali (2008). Klínískar leiðbeiningar um þrýstingssár. Sótt 12. október 2015 á <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=20598>.
- Meesterberends, E., Wilborn, D., Lohrmann, C., Schols, J. M., og Halfens, R. J. (2014). Knowledge and use of pressure ulcer preventive measures in nursing homes: A comparison of Dutch and German nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1948-1958. Doi:10.1111/jocn.12352.
- Moore, Z., og Cowman, S. (2012). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 362-371. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03749.x.
- Moore, Z., Cowman, S., og Conroy, R. M. (2011). A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30 degrees tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2633-2644. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03736.x.
- NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel (e.d.). Pressure ulcer Category/Staging Illustrations. Sótt 7. nóvember 2015 á <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-ulcer-categorystaging-illustrations/>.
- Sving, E., Gunningberg, L., Hogman, M., og Mamhidir, A. G. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1293-1303. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x.
- Tabloski, P. A. (2014). *Gerontological Nursing* (3.útg.). New Jersey: Pearson Education.
- Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., og Defloor, T. (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: A pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 227-235. Doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x.
- Velferðarráðuneytið (2015). InterRAI mat á hjúkrunarheimilum. Óbirt heimild.

HJARTABILUN: VANGREINDUR SJÚKDÓMUR HJÁ ÖLDRUÐUM

Inga Björg Ólafsdóttir

HJARTABILUN ER alvarlegur sjúkdómur en með auknum framförum í greiningu og meðferð sjúkdómsins fjölga þeim sem lifa með langvinna hjartabilun. Sjúkdómurinn hefur oft óljós einkenni og getur því farið framhjá heilbrigðisstarfsfólki. Síðan getur fólk einnig talið einkennin vera hluta af eðlilegum öldrunarbreytingum. Mikilvægt er að greina hjartabilun sem fyrst því lyf og lífsstílsbreytingar geta dregið mjög úr einkennum, lengt líf og aukið lífsgæði aldraðra með langvinna hjartabilun. Meðferðarhaldni skiptir verulegu máli um framtíðarhorfur fólks með hjartabilun (Chase, 2014). Mikilvægt er að varpa ljósi á þá þætti sem auka líkur á að fólk með langvinna hjartabilun verði greint fyrr þannig að það fái viðeigandi meðferð við henni. Hér á eftir verður fjallað um langvinna hjartabilun, skilgreiningu, greiningu, orsakir, flokkun, einkenni og meðferð við henni.

Skilgreining og greining á langvinnri hjartabilun

Hjartabilun er ástand þar sem hjartavöðvinn starfar ekki eðlilega. Hjartað nær ekki að uppfylla lífeðlisfræðilegar þarfir líkamans fyrir súrefnisríkt blóði. Í hjartabilun hefur starfsemi hjartans skerst verulega þar sem blóðstreymið frá hjartanu er minna en 40% af eðlilegri starfsemi hjartans. Hjartabilun er yfirleitt ekki læknanleg og því byggist meðhöndlun hennar yfirleitt á því að halda niðri einkennum hennar og viðhalda lífsgæðum einstaklingsins (American Heart Association). Greiningin byggist að miklu leyti á nákvæmri lækni skoðun og rannsóknum á starfsemi hjarta- og æðakerfisins. Langvinn hjartabilun þróast á alllögum tíma og koma einkenni því líka smám saman í ljós og geta verið lúmsk til að byrja með (McMurray o.fl., 2012). Mikilvægt er að greina hjartabilun sem fyrst til að auka lífslíkur og bæta almenna líðan einstaklinganna (Chase, 2014).

Langvinn hjartabilun vaxandi vandamál

Langvinn hjartabilun er vaxandi vandamál í hinum vestræna heimi vegna tækniþróunar og framfara

í læknisfræði því að fleiri einstaklingar lifa af eftir kransæðastíflu og meðalaldur fólks hækkar (Chase, 2014). Langvinna hjartabilun má rekja til erfiðisvinnu hjartans í langan tíma og er því mun algengari hjá eldra fólk en því yngra. Af þeim sem leggjast inn á spítala vegna hjartabilunar eru 80% 65 ára og eldri (Yancy o.fl., 2013). Talið er að um 9% karlmanna á aldrinum 60 til 79 ára séu með hjartabilun og um 5-6% kvenna á sama aldri. Þegar einstaklingar eru komnir yfir áttítt dregur saman með kynjunum og eru þá á milli 11 og 12% einstaklinga í þeim aldursþópi með langvinna hjartabilun. Konur fá oftast langvinna hjartabilun út af háþrýstingi heldur en karlar, en meðal karlmanna er algengara að hún fylgi í kjölfar kransæðastíflu. Langvinn hjartabilun er mjög alvarlegur sjúkdómur og er dánartíðni há þar sem um 50% einstaklinga deyja á fyrstu fimm árunum eftir greiningu (Chase, 2014). Lífslíkur einstaklinga með hjartabilun hafa aukist með bættri meðferð því um 1990 voru 60-70% þeirra sem greindust með hjartabilun dánir eftir fimm ár (McMurray o.fl., 2012).

Orsakir langvinnrar hjartabilunar

Frumorsök langvinnrar hjartabilunar er að margar frumur í hjartavöðvanum hafa dáið og hjartað nær ekki lengur að starfa eðlilega (Kemp og Conte, 2012). Það sem veldur því er oftast kransæðastífla eða hár blóðþrýstingur. Einnig eru ýmsar aðrar orsakir, eins og misnotkun áfengis, reykingar, hjartavöðvasjúkdómar, gollurshúsbólga, lokusjúkdómar, hjartsláttartruflanir, lungnaþemba og efnaskiptasjúkdómar eins og sykursýki og sjúkdómar í skjaldkirtli (McMurray o.fl., 2012). Enn fremur getur langvinn hjartabilun þróast í kjölfar sýkinga í hjartanu og við notkun ýmissa lyfja, eins og krabbameinslyfja (Chase, 2014).

Langvinn hjartabilun kemur sjaldan ein og sér heldur getur hún komið samhliða öðrum sjúkdómum eða hrumleika. Hrumleiki er mun algengari hjá þeim sem eru með hjartabilun heldur en almennt gerist hjá öldruðu fólki

TAFLA 1. Stig og einkenni hjartabilunar samkvæmt flokkun New York Heart Association (Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014).

Stig I	Engar takmarkanir á athöfnum daglegs lífs. Venjuleg líkamleg áreynsla veldur ekki óeðlilegri þreytu, mæði eða hjartsláttarópægindum
Stig II	Væg takmörkun á líkamlegri áreynslu en ekki óþægindi í hvíld. Venjuleg líkamleg áreynsla veldur þreytu, hjartsláttarópægindum, mæði eða hjartaöng.
Stig III	Veruleg takmörkun á líkamlegri áreynslu. Engin óþægindi í hvíld en minnsta áreynsla veldur áðurnefndum einkennum.
Stig IV	Vangeta til að reyna nokkuð á sig líkamlega og einkenni hjartabilunar eru til staðar í hvíld. Öll líkamleg áreynsla veldur stigvaxandi óþægindum og einkennum.

(McIlvennan og Allen, 2016). Hrumleiki er safn einkenna sem veldur hægri afturför í færni og heilsu. Einkenni hrumleika eru samspil ýmissa líffræðilegra, vitrænna og félagslegra þátta sem veldur auknu varnarleysi líkamans (Graham o.fl., 2013). Þar af leiðandi er langvinn hjartabilun stundum vangreind þar sem einkenni hennar eru óljós og lýsa sér eins og það sem fólk telur vera eðlileg áhrif öldrunar, með úthaldsleysi og þreytu. Það er því mikilvægt fyrir fagfólk að vera vakandi fyrir einkennum hennar svo að hún sé greind og meðhöndluð í tíma til að viðhalda lífsgæðum hins aldraða (Chase, 2014).

Fjögur stig langvinnrar hjartabilunar

Að sögn Hjartasamtaka New York, NYHC (New York Heart Association), er hjartabilun flokkuð í fjögur stig eftir alvarleika einkenna og hvað áhrif þau hafa á sjúkinginn. Á fyrsta stigi hefur hjartabilun ekki áhrif á líðan fólks. Á öðru stigi hefur sjúkdómurinn væg áhrif á sjúklinginn en á þriðja og fjórða stigi veruleg áhrif á daglegt líf sjúklingsins og skerðir lífsgæði hans. Þegar hjartabilun er komin á III. og IV. stig telst sjúkdómurinn vera langt genginn, sjá töflu 1 (American Heart Association, 2016).

Einkenni langvinnrar hjartabilunar

Mikilvægt er að greina og meta einkenni langvinnrar hjartabilunar, merkjum um versnandi einkenni og bregðast við á viðeigandi hátt. Meðferð einkenna er flókin þar sem um samspil líkamlegra, andlegra og félagslegra þátta er að ræða. Því þarf þjónustan að byggjast á þverfaglegri samvinnu heilbrigðisstarfsfólks og samvinnu starfsfólksins við sjúklinginn (Allen o.fl., 2012).

Einkenni langvinnrar hjartabilunar geta verið óljós, sérstaklega hjá öldruðum, eins og fram hefur komið. Einkenni, sem sjúklingur með hjartabilun lýsir, geta stafað af öðrum sjúkdómum og geta komið hægt og bítandi á löngum tíma. Einkenni langvinnrar hjartabilunar eru mismunandi eftir einstaklingum og geta t.a.m. verið mæði, verkir, þreyta, úthaldsleysi, bjúgur, svefntruflanir, hósti, þyngdaraukning eða þyngdartap, lystarleysi og ógleði. Einnig einkenni eins og þandar hálsæðar, öndunarerfiðleikar og þá sérstaklega þegar einstaklingurinn leggst niður. Langvinn hjartabilun hefur líka áhrif á andlega líðan og getur valdið þunglyndi, hræðslu, kvíða og félagslegri

einangrun. Ef sjúklingarnir eru á lyfjum vegna annarra hjartasjúkdóma eða háþrýstings geta einkenni verið óljósari til að byrja með og erfiðara að greina hjartabilunina (McMurray o.fl., 2012).

Tilvalið er að nota matstækið Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) til að meta einkenni sjúklinga með hjartabilun þar sem metin eru níu algeng einkenni hjá sjúklingum. Í mælitækinu er metinn verkur, þreyta, ógleði, þunglyndi, kvíði, syfja, matarlýst, vellíðan og mæði (Cancer Care Ontario, 2016). Eins og fram hefur komið hrjá öll þess einkenni einstaklinga með hjartabilun. Í ESAS er ekki spurt sérstaklega út í bjúg og þyngdaraukningu, en mikilvægt er að fylgjast með því og meta hjá þeim sem eru með langvinna hjartabilun.

Þegar sjúklingar með hjartabilun leggjast inn á sjúkrahús er það oftast vegna vökvasöfnunar. Snemmkomin einkenni vökvasöfnunar eru mæði, bjúgur á fótleggjum, þyngdaraukning, þan á bláæðum í hálsi, brak við lungnahlustun og öndunarerfiðleikar þegar einstaklingurinn leggst niður en lagast svo þegar hann reisir sig við (Albert, 2012). Sjúkrahúsinnlagnir auka dánartíðni hjá hjartabiluðum en tuttugu prósent þeirra sem leggjast inn á sjúkrahús deyja innan eins árs frá innlögn og því er mikilvægt að koma í veg fyrir bráða versnun og innlagnir eins og hægt er (Nicholson, 2014).

Einkenni, sem helst hafa áhrif á lífsgæði einstaklinga með langvinna hjartabilun, eru þunglyndi, þreyta (út-haldsleysi), svefntruflanir, verkir og andnauð. Andnauð og þreyta eru samt þau einkenni sem sjaldnast eru meðhöndluð hjá þessum sjúklingum þar sem þau eru erfið viðureignar og geta verið aukaverkanir lyfja sem notuð eru til að meðhöndla sjúkdómseinkennin (Bekelmann o.fl., 2011). Þreyta er það einkenni hjartabilunar sem hefur mest áhrif á líf og almenna líðan sjúklingsins en mjög erfitt er að eiga við hana þar sem líffræðilegir (aldur og kyn), lífeðlisfræðilegir og andlegir þættir hafa áhrif á hana. Orsakir þreytu geta verið líkamlegar, til dæmis vegna þess að vefi líkamans vantar súrefni, blóðleysi hrjáir líkamann eða truflun er í starfsemi skjaldkirtils. Þreytan getur líka verið af andlegum toga, eins og tilfinningaálag vegna einkenna langvinnrar hjartabilunar. Þunglyndi og kvíði eru einnig algeng einkenni hjá sjúklingum með hjartabilun og rannsóknir sýna að sterk tengsl eru á milli þreytu,

kvíða og þunglyndis (Tang o.fl., 2010). Rannsóknir hafa bent til þess að ef einstaklingur með hjartabilun er með þunglyndi eru lífsgæði og lífshorfur hans minni. Einnig eru endurinnlagnir tíðari á sjúkrahús hjá þeim einstaklingum sem þjást af þunglyndi og þunglyndi getur magnað upp önnur einkenni hjartabilunar. Það getur verið erfitt að greina þunglyndi hjá hjartabiluðum einstaklingum þar sem sum einkenni þunglyndis og hjartabilunar eru lík, eins og þreyta og svefntruflanir. Þetta eru algeng einkenni beggja sjúkdóma. Því ætti að vera í vinnureglum að skima eftir þunglyndi hjá einstaklingum með hjartabilun (Smith, 2010). Kvíði er líka eitt af einkennunum þar sem einstaklingurinn getur kvíðið fyrir framgangi sjúkdómsins, framtíðinni, einkennum, endurinnlögnum og skertum lífslíkum (Dekker o.fl., 2014).

Meðferð við langvinnri hjartabilun

Meðferð við langvinnri hjartabilun byggist á því að meðhöndla undirliggjandi orsakir, ef hægt er, og stöðva framgang sjúkdómsins. Auka þarf blóðstreymi frá hjartanu, halda einkennum niðri, draga úr sjúkrahúsinnlögnum og auka lífsgæði einstaklingsins. Meðferðin er fyrst og fremst lyfjameðferð, lífsstílsbreytingar, fræðsla og stuðningur. Síðan er metið í hverju tilfelli hvort hægt er að bæta líðan og horfur með aðgerðum, s.s. kransæðavíkkun, hjartaloku-aðgerð eða gangráðsíssetningu. Mikilvægt er að meðferð sé í samráði fagaðila og skjólstæðings þar sem það eykur líkur á meðferðarfylgni, dregur úr einkennum og þróun sjúkdómsins og eykur lífsgæði einstaklingsins (Allen o.fl., 2012).

Þeir sem greinast með langvinna hjartabilun trúa því oft að þeir komi til með að lifa lengur en raunin verður og því er mjög mikilvægt að þeir séu vel upplýstir um sjúkdóminn og hugsanlega þróun hans þannig að þeir taki upplýstar ákvarðanir um hvaða meðferð þeir velja. Mikilvægt er að gera það þannig að það skapi sem minnstar áhyggjur hjá sjúklingnum en passa þarf að hann geri sér grein fyrir alvarleika sjúkdómsins. Gagnlegt getur verið að hafa fjölskyldufund til að fara yfir meðferð og meðferðarúrræði þar sem lífsgæði og lífsviðhorf sjúklingsins eru metin og hvað það er sem skiptir hann mestu máli. Mikilvægt er að skráning á þessum markmiðum sem og meðferðartakmörkunum sé góð þannig að allir sem annast einstaklinginn hafi aðgang að þeim. Þessar upplýsingar þarf að endurmeta reglulega eftir gangi sjúkdómsins þannig að sjúklingurinn fái markvissa og einstaklingsmiðaða umönnun. Einnig kemur þetta í veg fyrir að taka þurfi skyndiákvæðanir ef eitthvað óvænt kemur upp á (MacIvennan og Allen, 2016).

Líknarmeðferð ætti að vera mikilvægur hluti af meðferð einstaklinga sem eru með langt gengna hjartabilun en með henni er hægt að minnka líkamleg og sálræn einkenni, bæta lífsgæði og auka öryggistilfinningu sjúklinga og fjölskyldna þeirra (Guðríður Kristín Þórðardóttir, 2010). Að sögn Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, WHO, er

þörfin fyrir líknarmeðferð í heiminum mjög vanmetin og sérstaklega hjá einstaklingum með langvinna sjúkdóma eins og hjartabilun (WHO, 2014). Árið 2002 skilgreindi WHO líknarmeðferð á eftifarandi hátt.

Líknarmeðferð (e. palliative care) [er] meðferð sem miðar að því að bæta lífsgæði sjúklinga sem eru með lífshættulega sjúkdóma (life-threatening) og fjölskyldna þeirra og felst meðferðin í að fyrirbyggja og draga úr líkamlegri, sálfélagslegri og andlegri þjáningu. Líknarmeðferð getur átt við snemma á veikindatímabilinu samhliða læknaði meðferð. Líknarmeðferð miðar að varðveislu lífsins, en jafnframt er litið á dauðann sem eðlileg þáttaskil. Markmið líknarmeðferðar er hvorki að lengja líf né flýta dauða. Í líknarmeðferð er ekki litið á sjúkdóminn sem afmarkaða truflun á starfsemi líkamans, heldur horft til þeirrar þjáningar sem sjúkdómurinn veldur og áhrifa hennar á fjölskyldu sjúklings (Landspítali, 2009, bls. 11).

Í líknarmeðferð er þannig litið á einstaklinginn á heildrænan hátt. Tekið er tillit til lífsgæða og hve þung ein-kennabyrðin er en hún hefur mikil áhrif á einstaklinginn og fjölskyldu hans (Whellan o.fl., 2014).

Einstaklingur með langt gegna hjartabilun þarf að lifa við þá staðreynd að sjúkdómurinn getur versnað hvenær sem er, heilsu hans hrakar við hverja versnun og hætta á skyndidauða er mikil. Á þessu stigi getur verið gott að kynna líknarmeðferð fyrir sjúklingnum en það getur hjálpað honum og aðstandendum hans að takast á við sjúkdóminn (Whellan o.fl., 2014).

Fræðsla og upplýsingar til skjólstæðinga og fjölskyldu eru mikilvægur hluti að meðferð. Samvinna við skjólstæðinga skiptir miklu máli og að þeir séu vel upplýstir um gang mál. Passa þarf að það séu góð og markviss vinnubrögð við skipulagningu og skráningu á fjölskyldufundum, við fræðslu og meðferðarákvarðanir hjá einstaklingum sem greinast með hjartabilun og að tekið sé tillit til skoðana, gilda og væntinga skjólstæðinganna. Einnig skiptir máli að starfsfólk sé vel upplýst og allir séu samstiga (Allen o.fl., 2012). Þá hafa rannsóknir sýnt að einstaklingar með langvinna hjartabilun deyja flestir inn á sjúkrastofnun en óska þess heldur að deyja heima (McIvennan og Allen, 2016).

Í klínískum leiðbeiningum Landspítalans um líknarmeðferð eru gefnar mjög góðar og markvissar leiðbeiningar um vinnubrögð við upplýsingasöfnun, fræðslu og fjölskyldufundi þar sem tekið er á öllum þáttum. Í þessum leiðbeiningum er líka farið í mat, greiningu og meðferð við verkjum, kvíða og þunglyndi, þreytu, lystarleysi, megurð og vannæringu, vefjaþurrki, hægðatregðu, niðurgangi, ógleði og uppköstum, andnauð, kláða og óráði (Landspítali, 2009).

Lyfjameðferð við langvinnri hjartabilun er margþætt og eru notuð þvagræsilyf, ACE-hemla, beta-hemla, digitalis lyf og nítröt sem virka á hjartað og æðakerfið. Einnig eru notuð verkjalyf, þunglyndislyf, kvíðastillandi lyf og svefnlyf sem viðbótarlyf þegar þörf er á (McMurray o.fl.,

2012). Passa þarf vel lyfjameðferð og skammtastærðir hjá öldruðum með hjartabilun því viðmiðunarskammtarnir eru miðaðir við einstaklinga sem eru sextíu ára en einstaklingar sem eru með langvinna hjartabilun eru yfirleitt mun eldri og er lyfjapol þeirra minna og skammtastærðir aðrar þar sem meiri hætta er á aukaverkunum. Því er mikilvægt að byrja rólega, fylgjast vel með og endurmeta lyfjameðferðina reglulega (Nicholson, 2014).

Lífsstílnum er aldrei of seint að breyta en mjög mikilvægt er að lifa hollu lífni til að halda einkennum sjúkdómsins niðri eins og hægt er. Hafa þarf í huga að borða hollan og fjölbreyttan mat, takmarka saltneyslu og vökvaneyslu, forðast áfengi, takmarka koffíneyslu, hreyfa sig reglulega, forðast taugaálag, fylgjast með líkamsþyngd daglega, mæla blóðþrýsting reglulega og hætta að reykja ef um slíkt er að ræða (Chase, 2014).

Viðbótarmeðferð (complementary medicine) er það þegar önnur meðferð er notuð ásamt hefðbundinni lækisfræðilegri meðferð til að stuðla að aukinni vellíðan hjá fólki. Nálastungur, nudd, smáskammtalækningar, fæðubótarefni, jóga, notkun ilmkjarnaolía, tónlistarmeðferð og umgengni við dýr eru dæmi um viðbótarmeðferð (NCCAM,

2015). Talið er að viðbótarmeðferð geti átt þátt í að bæta líðan og lífssátt hjá þeim sem eru komnir að endimörkum ævidaganna. Nuddmeðferð og ýmiss konar jurtameðferð er helst notuð til þess að vinna gegn sársauka og streitu og til að auka vellíðan hjá fólki (Dorfman, o.fl., 2012).

Lokaorð

Það skiptir miklu máli fyrir lífsgæði og vellíðan einstaklinga með langvinna hjartabilun að hún sé greind sem fyrst. Mikilvægt er að starfsfólk og umönnunaraðilar séu vel vakandi fyrir breytingum og einkennum hjá öldruðum einstaklingum þar sem einkenni eru óljós og þeir eru í meiri hættu að fá sjúkdóminn. Til eru góðar vinnureglur um líknameðferð sem henta vel við umönnun einstaklinga með langvinna hjartabilun. Því er mikilvægt fyrir þá sem annast aldraða að vera vel að sér um sjúkdóminn og einkenni hans og fylgjast með merkjum um einkenni versunar. Þekking og færni til að beita þeirri meðferð sem við á hverju sinni getur aukið lífsgæði þeirra sem greinast með sjúkdóminn og hjálpað aðstandendum hans að styðja einstaklinginn síðustu ævidagana og jafnframt hjálpað þeim að takast á við missinn eftir andlátíð.

HEIMILDASKRÁ

- Albert, N. M. (2012). Fluid management strategies in heart failure. *Critical Care Nurse*, 32(2), 20-33. Sótt 6. júní 2016 á <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae561704-ee19-4b46-a92e-8a72ac535eaf%40sessionmgr107&vid=5&hid=123>.
- Allen, L. A., Stevensson, L. W., Grady, K. L., Goldstein, N. E., Matlock, D. D., Arnold, R. M. o.fl. (2012). Decision making in advanced heart failure. *American Heart Association*, 125, 1928-1952. Sótt 10. júní 2016 á <http://circ.ahajournals.org/content/125/15/1928.full>.
- American Heart Association (e.d.). Sótt 16. júní 2016 á http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/Heart-Failure_UCM_002019_SubHomePage.jsp.
- Bekelman, D. B., Nowels, C. T., Allen, L. A., Shakar, S., Kutner, J. S., og Matlock, D. D. (2011). Outpatient palliative care for chronic heart failure: A case series. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 815-821. Sótt 10. júní 2016 á <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1c1ac56-efb2-49f4-b5fb-7b0053e632e4%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4212>.
- Cancer Care Ontario (2016). Sótt 16. júní 2016 á <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=58189&contextId=1377>.
- Chase, S. K. (2014). The Cardiovascular System. Í P.A. Tabloski (ritstj.), *Gerontological Nursing* (bls. 363-399). New Jersey: Pearson Educational.
- Dekker, R. L., Lennie, T. A., Doering, L. V., Chung, A. L., Wu, J. R., og Moser, D. K. (2014). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2), 168-176. Sótt 10. júní 2016 á <http://cnu.sagepub.com/content/13/2/168.full>.
- Dorfman, J., Denduluri, S., Walseman, K., og Bregman, B. (2012). The role of complementary and alternative medicine in end-of-life care. *The New Online Home of Psychiatric Annals*, 42(4), 150-155. Sótt 10. júní 2016 á <http://www.healio.com/psychiatry/journals/psycann/2012-4-42-4/%7B95544c91-68a5-4865-86f7-ec8e45b31787%7D/the-role-of-complementary-and-alternative-medicine-in-end-of-life-care>.
- Graham, M. M., Galbraith, P. D., O'Neill, D., Rolfson, D. B., Dando, C., og Norris, C. M. (2013). Frailty and outcome in elderly patients with acute coronary syndrome. *Canadian Journal of Cardiology*, 29, 1610-1615. Sótt 10. júní 2016 á http://ac.els-cdn.com/S0828282X13013718/1-s2.0-S0828282X13013718-main.pdf?_tid=457cb856-40ac-11e6-9fda-00000aacb35d&acdnat=1467502112_26557ccf5de5621277a6942e00d6f707.
- Guðríður Kristín Þórðardóttir (2010). *Líknarþjónusta fyrir sjúklinga með langt gengna hjartabilun og aðstandendur þeirra: Fræðileg samantekt*. MS-lokaverkefni. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. Sótt 1. október 2016 á <http://hdl.handle.net/1946/4823>.
- Kemp, C. D., og Conte, J. V. (2012). The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular pathology. The Official Journal of the Society for Cardiovascular Pathology*, 21(5), 365-71. Sótt 10. júní 2016 á <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054880711001529>.
- Landspítali (2009). Líknameðferð – leiðbeiningar um ákvörðun meðferðar og meðferðarúrræði hjá sjúklingum með lífshættulega og/eða versnandi langvinna sjúkdóma. Klínískar leiðbeiningar. Reykjavík: Landspítalinn.
- Mcllvennan, C.K. og Allen, L.A. (2016). Palliative care in patients with heart failure. *BMJ*, 353. Sótt 10. júní 2016 á <http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1010>.
- Mcmurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein K., o.fl. (2012) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Journal of Heart Failure*, 14, 803-869. Sótt 10. maí 2016 á <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hfs105/epdf>.
- NCCAM. National Center for Complementary and Alternative Medicine (2016). What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? Sótt 11. júní 2016 á <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>.
- Nicholson, C. (2014). Chronic heart failure: Pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nursing Older People*, 26(7), 29-38. Sótt 10. júní 2016 á <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/nop.26.7.29.e584>.
- Smith, L. (2010). Evaluation and treatment of depression in patients with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 440-448. Sótt 10. júní 2016 á <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2010.00533.x/epdf>.
- Tang, W. R., Yu, C. Y., og Yeh, S. J. (2010). Fatigue and its related factors in patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 69-78. Sótt 8. júní 2016 á <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02959.x/epdf>.

- Tómas Guðbjartsson, Karl Andersen, Ragnar Danielsen, Arnar Geirsson og Guðmundur Þorgeirsson (2014). Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóma – fyrri hluti: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar. *Læknablaðið*, 100, 667-676. Sótt 16. júní 2016 á <http://www.laeknabladid.is/media/tolublod/1662/PDF/f03.pdf>.
- Whellan, D. J., Goodlin, S. J., Dickinson, M. G., Heidenreich, P. A., Jaenicke, C., Stough, W. G., o.fl. (2014). End-of-life care in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 20(2), 121-134.
- WHO. Global Atlas on Palliative Care At the End of Life (2014). Sótt 16. júní 2016 á <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey Jr., D. E., Drazner, M. H., o.fl. (2013). ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 128, 240-327. Sótt 8. júní 2016 á http://www.blakewachter.com/papers/BozkurtACCF_AHAHFGuidelineNew2013.doc.x

LANGVINN LUNGNATEPPA OG ALDRAÐIR

Jóna Bára Jónsdóttir

LANGVINN LUNGNATEPPA (LLT) er sjúkdómur sem veldur mikilli skerðingu á lífsgæðum þeirra sem af honum þjást. Sjúkdómurinn verður æ algengari og er áætlað að árið 2020 verði LLT í þriðja sæti yfir algengustu dánarorsök í heiminum (Kaufman, 2013). Niðurstöður íslenskrar rannsóknar frá árinu 2007 sýna að um 18% Íslendinga eru með langvinna lungnateppu og má gera ráð fyrir að sú tala eigi eftir að hækka með tilheyrandi álagi á heilbrigðiskerfið (Bryndís Benediktsdóttir o.fl., 2007). Samkvæmt þessu má ætla að fjöldi aldraðra einstaklinga með langvinna lungnateppu eigi eftir að aukast. Hjúkrun aldraðra einstaklinga með LLT er yfirgripsmikil og nær til margra þátta. Tilgangur þessarar fræðslugreinar er að fjalla um meðferðarúrráði sem hafa þarf í huga við umönnun aldraðra einstaklinga með LLT til að auka öryggi þeirra og lífsgæði á efri árum.

Hvað er langvinn lungnateppa?

Langvinn lungnateppa (LLT) er ólæknandi og lífshættulegur sjúkdómur í lungum. Global initiative for chronic lung disease (GOLD) skilgreinir langvinna lungnateppu sem „algengan sjúkdóm í lungum sem hægt er að koma í veg fyrir og meðhöndla. Sjúkdómurinn einkennist af þrálátri teppu í lungum sem ágerist smám saman og henni tengjast langvarandi bólguviðbrögð í lungnavef við ertandi ögnum eða lofttegundum” (Global initiative for chronic lung disease [GOLD], 2015). Til langvarandi lungnateppu teljast tveir nátengdir sjúkdómar í lungum, langvinn berkjubólga og lungnaþemba. Ef annar er til staðar er hinn það að jafnaði líka en misjafnt er hvor hefur meiri áhrif á heilsuna (Tabloski, 2014). Langvinn berkjubólga lýsir sér sem bólga í berkjum sem orsakast af langvarandi ertingu. Bólguvörðun veldur þrengslum í lungnaberkjum sem leiða til þess að inn- og útöndun verður erfiðari. Slímframleiðsla eykst og bifhár slímhúðar lamast og það leiðir til þess að hreinsun lungna verður ófullnægjandi. Í lungnaþembu verða skemmdir í lungnablöðrum, þær renna saman vegna bólgu, stækka og veggir þeirra missa teygjanleika sinn.

Lungun ná ekki að starfa á eðlilegan hátt og skerðing verður á súrefnisupptöku til vefja líkamans. Í sumum tilfellum verður einnig skerðing á losun koltvísýrings frá lungum og óæskileg efni geta safnast upp og valdið öndunarbílun (Kaufman, 2013). Reykingar eru aðaláhættuþátturinn fyrir myndun LLT og talið er að rekja megí allt að 90% tilfella til þeirra. Óbeinar reykingar, iðnaðarryk, ýmis kemísk efni og loftmengun geta einnig átt þátt í myndun LLT (Tabloski, 2014).

Greining LLT

Greining sjúkdómsins fer fyrst og fremst fram með öndunarmælingu (spírómetríu) sem mælir starfsemi lungnanna. Mælt er hlutfall fráblásturs á 1 sekúndu (FEV1) og heildarrúmmáls (FVC) eftir notkun á berkjuvíkkandi lyfi. Ef hlutfall milli FEV1 og FVC er lægra en 70% er um teppusjúkdóm að ræða. Við útreikninga er tekið tillit til aldurs, hæðar og kyns (GOLD, 2015). Eftir að niðurstöður úr öndunarprófi liggja fyrir er sjúkdómurinn flokkaður í fjögur stig eftir alvarleika (sjá töflu 1).

TAFLA 1. Flokkun LLT (GOLD, 2015).

Sjúklingur er með teppu ef FEV1/FEV < 70%	
GOLD-stig 1 Vægur sjúkdómur	FEV1 ≥ 80% af spáðu gildi
GOLD-stig 2 Meðalslæmur sjúkdómur	50% ≤ FEV1 < 80% af spáðu gildi
GOLD-stig 3 Alvarlegur sjúkdómur	30% ≤ FEV1 < 50% af spáðu gildi
GOLD-stig 4 Mjög alvarlegur sjúkdómur	FEV1 < 30% af spáðu gildi

Einkenni LLT

Einkenni langvinnar lungnateppu þróast á löngum tíma og koma yfirleitt ekki fram fyrr en eftir miðjan aldur. Hósti og uppgangur eru oft fyrstu einkenni (Tabloski,

2014). Eftir því sem sjúkdómurinn ágerist fara einkenni eins og þyngsli fyrir brjósti, blámi á vörum og þreyta að gera vart við sig (American Thoracic Society [ATS], 2015). Mæði (dyspnea) er algengasta einkenni LLT, það einkenni veldur hvað mestri vanlíðan og skerðingu á lífsgæðum einstaklinga. Mæði er huglæg tilfinning og hefur verið skilgreind sem óþægileg skynjun eða tilfinning um aukna öndunarþörf eða óeðlilegt erfiði við öndun. Með framgangi sjúkdóms eykst mæðin og kemst á það stig að erfitt er fyrir einstaklinginn að sinna daglegum athöfnum.

Kvíði og þunglyndi er algengur fylgifiskur LLT ásamt sektarkennd og söknuði vegna hluta sem einstaklingur gat áður gert. Hræðsla við andnað og köfnunartilfinning leiðir til líkamlegra takmarkana og félagslegrar einangrunar. Sjúklingurinn ræðir þessa líðan sína sjaldnast við heilbrigðisstarfsólk og túlkar einkenni sín oft sem eðlilegan hlut af sjúkdómi sínum. Á þetta sér í lagi við aldrað fólk með LLT. Því finnst að heilbrigðisstarfsólk leggi aðaláherslu á starfsgetu lungnanna og telur að lítið sé hægt að gera til að bæta líðan þess og virkni í daglegu lífi (Habraken o.fl., 2008). Meðferð þessara skjólstæðinga ætti fyrst og fremst að beinast að þeim einkennum sem þeir sjálfir telja vera mest hamlandi í daglegu lífi og veldur þeim mestri skerðingu og vanlíðan.

Meðferðarúrræði

Eins og áður hefur komið fram er langvinn lungnateppa ólæknandi en hana er hægt að fyrirbyggja og meðhöndla einkenni. Meðferð LLT felst fyrst og fremst í að bæta líðan einstaklingsins, hindra versnun sjúkdómsins og koma í veg fyrir ótímabæran dauða, (Tabloski, 2014). Það næst með því að draga úr áhættuþáttum á borð við reykingar og aðra mengunarvalda ásamt því að meðhöndla þau einkenni sem eru til staðar. Sýnt hefur verið fram á að meðferðarúrræði, sem lúta að heilbrigðum lífsstíl, reykleysi, hreyfingu, hollri næringu og rétttri lyfjanotkun bæta líf og líðan þeirra sem eru með LLT (Verbrugge o.fl., 2013). Mikilvægt er að hafa einstaklinginn sjálfan og fjölskyldu hans með í ráðum varðandi meðferð. Fræðsla, stuðningur og eftirfylgni er því veigamikill þáttur í umönnun þessara skjólstæðinga. Nauðsynlegt er að viðhafa gagnkvæm samskipti þar sem einstaklingnum og fjölskyldu hans er sinnt á þeirra forsendum og virðing er borin fyrir upplifun þeirra og

reynsluheimi. Sýnt hefur verið fram á að sérhæfð hjúkrunarþjónusta, þar sem áhersla er lögð á samvinnu við einstaklinginn og samþættingu þjónustu, auka lífsgæði sjúklinga með LLT og fjölskyldna þeirra. Einkenni kvíða og þunglyndis minnkuðu, næringarástand batnaði og síðast en ekki síst dró úr einkennum versnunar og bráðainnlögn um á sjúkrahús fækkaði (Ingadottir og Jonsdottir, 2010).

Þeim sem fá fræðslu um sjúkdóm sinn og leiðir til að takast á við hann finnst þeir hafa betri stjórn á ástandi sínu (GOLD, 2015). Mikilvægt er að flýta sér hægt í allri umönnun, gefa sér tíma og nauðsynlegt getur verið að skipa verkefnum niður í minni einingar.

Að forðast að sjúkdómurinn versni

Versnun (exacerbation) langvinnrar lungnateppu hefur verið skilgreind sem versnun á öndunarfæraeinkennum sem kalla á breytingu á lyfjagjöf (GOLD, 2015). Eftir því sem sjúkdómurinn ágerist aukast líkur á versnun og eru aldraðir í meiri hættu en þeir sem yngri eru. Versnun leiðir til meiri skerðingar á lungnastarfsemi og eykur líkur á öndunarbílun. Versnun getur því orðið lífshættulegt ástand sem getur leitt til dauða (Liao o.fl., 2015). Mikilvægt er því að þekkja einkenni versnunar til að bregðast fljótt við og minnka líkur á varanlegum skaða. Aukin slímframleiðsla og uppgangur eru oftast fyrstu merki versnunar. Uppgangur breytir um lit, verður gul- eða grænleitari og jafnvel blóðlitaður. Mæði og andþyngsli aukast, breyting verður á lífsmörkum og litarhætti einstaklingsins. Skerðing getur orðið á vitrænni starfsemi, pirringur og eirðarleysi aukast og það leiðir til aukinnar hættu á óráði (COPDFoundation, 2012). Veiru- eða bakteríusýkingar eru algengasta orsök þess að LLT versnar. Árleg influensubólusetning ásamt lungnabólubólusetningu á 5 ára fresti er mikilvægur þáttur í forvörnum gegn versnun. Góður handþvottur fyrirbyggir smit ásamt því að forðast þá sem eru veikir eða með kvef eða álíka einkenni (Tabloski, 2014). Rannsóknir hafa sýnt að slæm munnheilsa hefur áhrif á almenna heilsu. Bakteríur í munni komast auðveldlega inn í blóðrás líkamans og hafa áhrif á önnur líffæri, þar á meðal lungun. Góð munnhreinun er því mikilvæg í umönnun og til að forðast versnun. Lyfjanotkun hefur áhrif á munnheilsu og er sveppasýking í kjölfar notkunar innúðastera algeng. Til að komast hjá sveppaskýkingu er mikilvægt að skola munninn vel með vatni eftir að lyf hafa verið tekin inn. Aðrar aðferðir til að hindra sveppvöxt í munni eru að nota munnskól, sem inniheldur alkóhól, taka inn acidophilus-gerla eða borða jógurt (COPDFoundation, 2012).

Öndunaræfingar

Öndunaræfingar draga úr mæði og eru mikilvægur þáttur í umönnun einstaklinga með LLT. Æfingarnar bæta öndunina, það hægir á henni, hún verður dýpri og loftflæði um lungun batnar (Buckholz og von Gunten, 2009). Mælt er með þindaröndun og mótstöðuöndun (sjá töflu 2). Notkun hjálpartækja, eins og pep-flautu eða maska, getur

TAFLA 2. Öndunaræfingar (COPDFoundation, 2012).

Þindaröndun	Mótstöðuöndun
- Hafa góðan stuðning við bakið - Leggja aðra hönd á kvið og hina á brjóstakassa - Anda rólega inn um nefið, finna kvið lyftast - Brjóstakassi á að lyftast sem minnst - Anda rólega frá sér og finna kvið síga til baka.	- Slaka á axlarvöðvum og hálsi - Anda rólega inn um nefið, telja 1, 2, 3 - Setja stút á varir - Anda rólega frá sér, telja upp að sex.

hjálpað til við öndunaræfingar og til slímlosunar. Notkun á pep-flautu eða maska hefur reynst vel við slímlosun ásamt banki á bak og brjóstkassa. Mikilvægt er að hjálpa fólki með LLT að losa slím til að forðast sýkingu og draga úr mæði (Hill o.fl., 2010). Kvíði er algengur fylgifiskur mæði og oft vangreindur hjá þeim sem eru með LLT. Oföndun er eitt einkenni kvíða. Oföndun veldur aukinni mæði og andnað og eykur þannig enn meira á kvíðann. Einstaklingurinn getur því lent í vítahring andnaðar og kvíða. Mikilvægt er að leiðbeina fólki í andnað að róa öndunina niður og veita nærveru (COPDFoundation, 2012). Ýmis hagnýt ráð eru til sem hægt er að hvetja sjúklinginn til að nýta og leiðbeina honum með. Má þar nefna að nota mótstöðuöndun og hvíldarstöður þar sem sjúklingurinn styður sig fram á hendurnar. Handarnudd og baknudd með löngum handar-strokum eru aðferðir sem auðvelt er veita við umönnun og hafa reynst draga úr kvíða hjá öldruðum og veita slökun (Harris og Richards, 2010).

Lyfjameðferð

Lyfjameðferð er mikilvægur þáttur í meðhöndlun langvinnrar lungnateppu. Lyfjameðferð dregur úr einkennum sjúkdómsins, minnkar bólgu, bætir öndun og eykur lífsgæði einstaklinga (Kaufmann, 2013). Hvaða lyfjameðferð er beitt fer eftir alvarleika eða flokkun sjúkdómsins. Algengast er að nota berkjuvíkkandi- og bólgueyðandi innúðalyf (GOLD, 2015). Mikilvægt er að taka innúðalyf rétt til að fá sem besta virkni. Minnkaður vöðvastyrkur, léleg samhæfing og skerðing á vitrænni starfsemi hafa áhrif á getu aldraðra til að nota innúðalyf (Taffet o.fl., 2014). Sýnt hefur verið fram á að aldraðir einstaklingar eiga í erfileikum með að nota innúðalyf og um helmingur þeirra notar þau ekki á réttan hátt. Virkni lyfjanna verður ekki sem skyldi og lyfjameðferð ber ekki tilskilinn árangur (Gelberg og McIvor, 2010). Fræðsla og kennsla á innúðalyf er grunnur að góðri lyfjameðferð fyrir þennan aldurshóp, ásamt mati á hvaða innúðalyfjaform hentar einstaklingnum best (Kaufmann, 2013). Það að nota úðavél eða belg (spacer) til lyfjagjafar getur reynst vel fyrir þennan aldurshóp. Notkun á úðavél er góð leið til að gefa lyf á öruggan og árangursríkan hátt, einkum hjá þeim sem eru með vitræna og/eða líkamlega skerðingu (Taffet o.fl., 2014). Súrefni flokkast sem lyf. Sýnt hefur verið fram á að notkun á súrefni, yfir 15 klukkustundir á hverjum sólarhring eykur lífslíkur einstaklinga með LLT og bætir líkamsástand þeirra. Mælt er með samfelldri súrefnisnotkun hjá einstaklingum með lágt súrefnisgildi í blóði (Tabloski, 2014). Fara þarf þó gætilega við gjöf súrefnis vegna hættu á hækkuðu koltvísýringsgildi hjá þessum skjólstaðingum. Hækkað koltvísýringsgildi í blóði getur leitt til öndunarbílunar (McNicholas o.fl., 2013).

Reykleysi

Reykningar eru stærsti áhættuþáttur í myndun langvinnrar lungnateppu. Að hvetja til reykleysis, óháð aldri einstaklingsins, er mikilvægur þáttur í hjúkrun

einstaklinga með LLT. Með því að hætta að reykja er hægt að draga úr framgangi sjúkdómsins. Að hætta að reykja er þó ekki einfalt mál. Meðferð, sem byggist á lyfjameðferð ásamt hegðunarmótandi aðferðum, hefur reynst árangursrík. Lyfjameðferð með nikótínlyfjum dregur úr fráhvörfum vegna nikótínffiknar og gerir einstaklinginn betur í stakk búinn til að finna leiðir til að brjóta upp þann vana sem fylgir reykingum (Kaufmann, 2013). Áhugahvetjandi samtal er aðferð sem aðstoðar einstaklinginn til að brjóta upp vanann með því að hjálpa honum að sjá hvað það er sem þarf til að yfirstíga hindranir og breyta þeirri hegðun sem fylgir reykingum. Ef einstaklingurinn er tilbúinn að hætta að reykja þarf að styðja hann í þeirri ákvörðun og hjálpa honum að finna út hvaða leið henti honum best. Best er að leita aðstoðar fagfólks á þessu sviði.

Hreyfing

Hreyfing er mikilvæg öllum. Endurhæfing einstaklinga með langvinna lungnateppu er mikilvægur þáttur í meðferð þeirra. Markmið endurhæfingar er að bæta almennt líkamsástand, líkamsþol og auka þannig virkni einstaklingsins í daglegu lífi (Tabloski, 2014). Rannsóknir sýna að líkamapjálfun gagnast öllum, öldruðum og þeim sem eru með lokastig sjúkdóms. Því ætti ekki að útiloka aldraða frá því að taka þátt í endurhæfingu vegna aldurs (Gelberg og McIvor, 2010). Markviss hreyfing styrkir vöðva, dregur úr mæði og þreytu, bætir andlega líðan og hefur almennt jákvæð áhrif á almenna líðan og lífsánægju. Mælt er með þolæfingum, sem styrkja hjarta og æðakerfi, styrktaræfingum er styrkja vöðva og teygjuæfingum sem auka liðleika. Æfingar þarf að gera 3-5 sinnum í viku til að þær beri sem mestan árangur (COPDFoundation, 2012). Sýnt hefur verið fram á að æfingaáætlun, sem inniheldur göngu- og styrktaræfingar fyrir alla limi líkamans gagnast öldruðum vel, þær draga úr mæði, auka almennt þol og úthald (Liao o.fl., 2015). Mikilvægt er þó að fara rólega af stað. Árangursrík líkamspjálfun krefst samstarfs við sjúkrahjálpara til að átta sig á hver geta einstaklingsins er og til að útbúa einstaklingsmiðaða æfingaáætlun sem umönnunaraðilar geta fylgt (Kaufmann, 2013). Fylgja þarf einstaklingnum eftir við að framfylgja æfingaáætluninni, hvetja hann áfram og gæta þess að hann ofgeri sér ekki við æfinarnar. Stuttar æfingar með reglulegri hvíld á milli gagnast þessum hóp betur en stöðug æfing án hvíldar. Einstaklingurinn ofgerir sér síður, æfingatími verður lengri og æfingarnar skila markvissari árangri en stöðug æfing án hvíldar (Vogiatzis, 2011). Mótstöðuöndun gagnast vel á meðan á æfingum stendur og við alla hreyfingu. Hún hjálpar til við að stjórna öndun og dregur úr mæði (Liao o.fl., 2015). Til að auka æfingapol einstaklinga með lágt súrefnisgildi er gott að gefa aukasúrefni til að auka flæði súrefnis til vöðva og draga úr mæði (Vogiatzis, 2011). Æskilegt er að súrefnismettun sé > 90% á meðan á æfingum stendur.

Næring

Gott næringarástand er mikilvægt til að viðhalda líkamlegu og andlegu heilbrigði. Vannæring er algeng hjá einstaklingum með LLT, allt að 25-40% þeirra sýna merki vannæringar (Itoh o.fl., 2013). Hröð og erfið öndun krefst mikillar orku. Orkuþörf einstaklinga með LLT er almennt 10-15% meiri en hjá heilbrigðum einstaklingum (Schols o.fl., 2014). Lélegt næringarástand veikir mótstöðuafli líkamans, rýrir vöðva og eykur líkur á sýkingum. Forvörn er besta ráðið gegn vannæringu. Mat á næringarástandi er því mikilvægur þáttur í að greina þá sem eiga vannæringu á hættu. Mat þarf að fara fram strax við upphaf þjónustu og reglubundið eftir það. Mælt er með að nota líkamsþyngdarstuðul (Body Mass Index, BMI) og fitulausan þyngdarstuðul (Fat Free Mass Index, FFMI) til að greina einstaklinga sem eru í aukinni áhættu á vannæringu. Einstaklingar með BMI undir 21 kg/m² og FFMI undir 16 kg/m² eru í meiri hættu en aðrir. Ósjálfrátt þyngdartap, meira en 10% á síðustu 6 mánuðum eða 5% á 1 mánuði, gefur einnig vísbendingu um vannæringu (ATS, 2015). Á hjúkrunarheimilum er hægt að styðjast við RAI-mat (Resident assessment instrument) við skimun á vannæringu. RAI-mælitækið inniheldur breytur er taka til þyngdarbreytinga, vandamála við að nærast og aðferða við næringargjöf. Matstækið inniheldur einnig þætti sem meta munnheilsu og vökvainntekt (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2007). RAI-mat er reglubundið mat sem er framkvæmt við upphaf dvalar og einnig þrisvar á ári. Við mat á næringarástandi þarf að hafa í huga hvaða þættir það eru sem geta haft áhrif á fæðuinntekt. Algengast er að ójafnvægi milli orkuinntektar og orkuþarfar valdi vannæringu. Aldurstengdar breytingar, eins og tap á bragðskyni, léleg tannheilsa, kyngingarvandamál og minnkuð matarlyst, hafa áhrif á fæðuneyslu (Schols o.fl., 2014). Þreyta og mæði hafa áhrif á getu og úthald við að nærast og veldur minni næringarinntekt. Að borða smærri mátiðir og oftast yfir daginn, velja mjúka fæðu, sem auðvelt er að tyggja, og hvíld fyrir matmálistíma eru ráð sem geta hjálpað til við að auka næringarinntekt. Einstaklingum með LLT er ráðlagt að neyta orku- og próteinríkrar fæðu. Auka má kalóriuinntekt með því að bæta olíu, smjöri eða rjóma út á fæðuna. Neysla á ávöxtum, grænmeti, ómettuum fítusýrum ásamt inntöku á C-, E- og D-vítamíni er æskileg og gagnast vel í að bæta almennt næringarástand. Trefjar eru nauðsynlegar til að örva meltingu og koma í veg fyrir hægðartregðu. Mælt er með að neyta 20-30 g af trefjum á dag ásamt nægum vökva til að viðhalda vökva-jafnvægi og þynna slím (COPDFoundation, 2012; Schols, 2014). Næringardrykkir, er innihalda mikla fitu, gagnast þeim sem ekki ná að auka orkuinntekt með breytingu á mataræði. Sýnt hefur verið fram á að auka næringarinn-taka samhliða hreyfingu bætir bæði gripstyrk og veldur þyngdaraukingu hjá einstaklingum með LLT (Itoh o.fl., 2013).

Svefn

Góður svefn bætir almenna líðan þeirra sem eru með langvinna lungnateppu ásamt því að styrkja líkamann til að takast á við dagleg verkefni (Tabloski, 2014). Svefntruflanir eru algengar hjá einstaklingum með LLT. Svefnleysi er algengasta svefntruflunin, en það lýsir sér í því að fólk er lengi að sofna, nær ekki nægilega löngum svefni og fær því ekki nægilega hvíld. Fótaóeirð og kæfisvefn geta haft áhrif á gæði svefns og þarf að hafa þau atriði í huga (Budhiraja o.fl., 2015). Svefn hefur áhrif á öndun, það hægir á henni og vöðvasamdráttur breytist. Aukin hætta er á að súrefnisgildi falli í svefni hjá þessum skjólstæðingum og getur það leitt til truflunar á svefnmynstri (McNicholas o.fl., 2013). Grunnur að góðri meðferð við svefntruflunum felur í sér mat á svefni og svefnmynstri til að greina orsakir svefntruflananna. Gott mat felur í sér spurningar, s.s. tímalengd svefns, gæði hans og svefnvenjur. Meta þarf hvort einkenni eins og hósti og uppgangur séu til staðar og trufla svefninn. Svefnskrá er gott tæki sem getur hjálpað til við greiningu svefntruflana og hvaða þættir hafa truflandi áhrif á svefn (Budhiraja o.fl., 2015). Meðferð við svefntruflunum fer eftir orsökum þeirra. Hugræn atferlismeðferð, sem miðar að því að nýta rúm og svefnherbergi eingöngu til svefns, bætir svefn hjá öldruðum sem þjást af svefnleysi (Tabloski, 2014). Rólegt andrúmsloft á kvöldin, heit sturta og fótanudd eru ráð sem nýst hafa vel við svefnleysi. Algengt er að nota vöðvaslakandi lyf og svefnlyf við svefntruflunum. Varlega skal þó farið í notkun á þessum lyfjaflokkum vegna hugsanlegra aukaverkana á öndun og meðvitund, einkum hjá öldruðum. Meta þarf reglulega þörf fyrir þessi lyf og varast skal að nota þau í langan tíma. Rannsóknir sýna að ýmis náttúrulyf geta bætt svefn, t.d. Melatonin sem bætir svefn án þess að hafa áhrif á öndun eða meðvitund (Budhiraja o.fl., 2015).

Lokaorð

Hjúkrun aldraðra með langvinna lungnateppu er yfirgripsmikil og krefst góðrar þekkingar þeirra sem hana veita. Fræðsla er mikilvæg til þeirra sem veita ummönnun og eru hjúkrunarfræðingar í lykilstöðu til að veita þá fræðslu. Með aukinni fræðlu eykst skilningur á LLT og hvað þarf að hafa í huga við umönnun þessa skjólstæðingahóps. Það skilar sér í betri og markvissari hjúkrun.

Mikil áhersla er á lungnaendurhæfingu sem meðferðarúrræði fyrir einstaklinga með LLT. Lungnaendurhæfing felur í sér þætti eins og hreyfingu, næringu, fræðslu, slökun og síðast en ekki síst aðstoð við reykleysi. Lítið hefur verið rætt um lungnaendurhæfingu hjá öldruðum sem dvelja á hjúkrunarheimilum. Þrátt fyrir háan aldur og stofnavist ætti lungnaendurhæfing að vera í boði fyrir þennan aldurshóp. Auðveldlega má aðlagja þá þætti, sem taldir voru upp hér að framan, að líkamlegri og andlegri getu hins aldraða og bæta þannig líf hans og líðan síðustu æviárin.

Samfella í meðferð einstaklinga með LLT er mikilvæg. Þessir einstaklingar hafa í flestum tilfellum notið sérhæfðrar hjúkrunarþjónustu árábil áður en þeir koma á hjúkrunarheimili eða fara að nota þjónustu heimahjúkrunar.

Eftirfylgd, ráðgjöf og samvinna milli fagstétta er því nauðsynleg til að einstaklingurinn haldi áfram að fá bestu þjónustu sem í boði er.

HEIMILDASKRÁ

- American Thoracic Society [ATS] (2015) (áður útg. 2004). *COPD guidelines*. Sótt 18. nóvember 2015 á <http://www.thoracic.org/copd-guidelines/for-health-professionals/>.
- Bryndís Benediktsdóttir, Gunnar Guðmundsson, Kristín Bára Jörundsdóttir, William Vollmer og Þórarinn Gíslason (2007). Hversu algeng er langvinn lungnateppa? Íslensk faraldsfræðileg rannsókn. *Læknablaðið*, 93, 471-477. Sótt á <http://www.laeknabladid.is/2007/06/nr/2835>.
- Buckholz, G. T., og von Gunten, C. F. (2009). Nonpharmacological management of dyspnea. *Current Opinion in Support Palliative Care*, 3(2), 98-102. Doi:10.1097/SPC.0b013e32832b725e.
- Budhiraja, R., Siddiqi, T. A., og Quan, S. F. (2015). Sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease: Etiology, impact, and management. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(3), 259-270. Doi:10.5664/jcsm.4540.
- COPDFoundation (2012). *Big fat reference guide (BERG) on chronic obstructive lung disease*. Sótt 22. nóvember 2015 á <http://www.copdfoundation.org/Learn-More/Educational-Materials/Downloads-Library.aspx>.
- Gelberg, J., og McIvor, R. A. (2010). Overcoming gaps in the management of chronic obstructive pulmonary disease in older patients: new insights. *Drugs & Aging*, 27(5), 367-375. Doi:10.2165/11535220-000000000-00000.
- Global initiative for chronic obstructive lung disease [GOLD] (2015). *Global management for diagnosis, management and prevention of COPD*. Sótt 20. nóvember 2015 á <http://www.goldcopd.org/Guidelines/guidelines-resources.html>.
- Habraken, J. M., Pols, J., Bindels, P. J. E., og Willems, D. K. (2008). The silence of patients with end-stage COPD: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58, 844-849. Doi: 10.3399/bjgp08X376186.
- Harris, M., og Richards, K. C. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7/8), 917-926. Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03165.x.
- Hill, K., Patman, S., og Brooks, D. (2010). Effect of airway clearance techniques in patients experiencing an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Chronic Respiratory Disease*, 7(1), 9-17. Doi:10.1177/1479972309348659.
- Ingibjörg Hjaltadóttir, Anna Edda Ásgeirsdóttir, Borghildur Árnadóttir, Helga Ottósdóttir, Guðbjörg Jóna Hermannsdóttir, Alfons Ramel og Inga Þórsdóttir (2007). Matstæki til greiningar á vannæringu aldraða. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 83(5), 48-56. Sótt á <http://hjukrun.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=1838>.
- Ingadóttir, T. S., og Jonsdóttir, H. (2010). Partnership based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: Influence on health related quality of life and hospital admission. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2795-2805.
- Itoh, M., Tsuji, T., Nemoto, K., Nakamura, H., og Aoshiba, K. (2013). Undernutrition in patients with COPD and its treatment. *Nutrients*, 5(4), 1316-1335. Doi:10.3390/nu5041316.
- Kaufman, G. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease: Diagnosis and management. *Nursing standards*, 27(21), 53-62. Sótt á <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108023208&site=ehost-live>.
- Liao, L.-Y., Chen, K.-M., Chung, W.-S., og Chien, J.-Y. (2015). Efficacy of a respiratory rehabilitation exercise training package in hospitalized elderly patients with acute exacerbation of COPD: A randomized control trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 1703. Doi:10.2147/COPD.S90673.
- McNicholas, W. T., Verbraecken, J., og Marin, J. M. (2013). Sleep disorders in COPD: The forgotten dimension. *European Respiratory Review*, 22(129), 365-375. Doi:10.1183/09059180.00003213.
- Schols, A. M., Ferreira, I. M., Franssen, F. M., Gosker, H. R., Janssens, W., Muscaritoli, M., ... Singh, S. J. (2014). Nutritional assessment and therapy in COPD: A European Respiratory Society statement. *European Respiratory Journal*, 44(6), 1504-1520. Doi:10.1183/09031936.00070914.
- Tabloski, P. A. (2014). *The Respiratory System*. Í P. A. Tabloski (ritstj.), *Gerontological Nursing*, (bls. 400-444). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Taffet, G. E., Donohue, J. F., og Altman, P. R. (2014). Considerations for managing chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 23-30. Doi:10.2147/CIA.S52999.
- Verbrugge, R., Boer, F., og Georges, J.-J. (2013). Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19/20), 2787-2799. Doi:10.1111/jocn.12048.
- Vogiatzis, I. (2011). Strategies of muscle training in very severe COPD patients. *European Respiratory Journal*, 38(4), 971-975. Doi:10.1183/09031936.00075011.

FRÆÐSLA OG GERÐ FRÆÐSLUEFNIS FYRIR ELÐRA FÓLK

Ingibjörg Hjaltadóttir, dósent og sérfræðingur í öldrunarhjúkrun

EINN STERKASTI áhrifaþáttur á heilsufar einstaklinga er hversu vel þeim gengur að tileinka sér þekkingu og lesa fræðsluefni um heilsutengd málefni (Badarudeen og Sabharwal, 2010). Stór þáttur í starfi hjúkrunarfræðinga er að fræða skjólstæðinga og fjölskyldur þeirra um ýmislegt sem tengist heilsu. Flestir sem njóta þjónustu á hjúkrunarheimilum, sjúkrahúsum eða í heimaþjónustu eru komnir yfir miðjan aldur og oft eru nánustu aðstandendur aldraðra skjólstæðinga einnig komnir yfir miðjan aldur. Þessir einstaklingar þurfa margs konar fræðslu. Hvernig fólk lærir er auðvitað mjög einstaklingsbundið en einnig koma fram mismunandi þarfir sem tengjast aldri einstaklinga. Því er mikilvægt að taka tillit til þeirra þátta sem hafa áhrif til að fræðsla nýtist sem best. Setja þarf fræðsluefnið fram þannig að það sé auðskilið þeim sem það er ætlað (Badarudeen og Sabharwal, 2010). Tilgangur þessarar greinar er að fara yfir þætti sem skipta máli bæði við fræðslu eldra fólks og hvernig best er að útbúa fræðsluefni á prenti fyrir þennan aldurshóp.

Hvað hefur áhrif á hvernig fólki gengur að læra?

Fullorðið fólk lærir eingöngu það sem það telur sig hafa gagn af og hefur áhuga á. Aðrir þættir hafa einnig áhrif á hvernig fólki gengur að tileinka sér nýja þekkingu, svo sem erfðir, menningarlegur bakgrunnur, persónuleg reynsla, sjúkdómar og öldrunarbreytingar. Með öldrunarbreytingum koma fram eðlilegar breytingar á sjón, heyrn og snertingu, en hæfni til að læra helst nægjanlega góð allt fram undir nírætt. Því má gera ráð fyrir að skert færni til að læra nýja hluti geti bent til að sjúkdómur búi að baki Eldra fólk á hins vegar erfiðara með að meðtaka og túlka upplýsingar hratt, skilja texta, sem er mjög samþjappaður og með flóknu orðalagi, og leysa ný vandamál. Einnig er erfiðara að meðtaka mismunandi upplýsingar á sama tíma, draga ályktanir, forgangsraða og breyta viðhorfum sem fólk hefur haft lengi, þ.e.a.s. aldraðir hafa minni vitrænan

sveigjanleika. Það sem hins vegar gagnast eldra fólki vel er reynsla, þekking og færni sem eldra fólkið hefur aflað sér á lífsleiðinni. Áralöng reynsla gefur einstaklingnum viðmið sem gagnast honum við að taka góðar ákvarðanir en þetta kallast „cristalized intelligence“ á ensku og öldrun hefur ekki áhrif á þessa tegund þekkingar (National Institute on Aging, 2008).

Framsetning á fræðslu fyrir eldra fólk

Það sem helst þarf að hafa í huga þegar verið er að fræða eldra fólk er að leita fyrst efti því hvað einstaklingurinn veit nú þegar um efnið og að tala við hann á þeim grunni. Passa þarf að setningar séu ekki of flóknar, kynna nýjar upplýsingar hægar (eða: rólega) og kynna nýtt efni í litlum skömmtum, þ.e. 10-15 mínútur í einu. Umhverfi þarf að styðja við einstaklinginn, nægilegt ljós þarf að vera og forðast ber utanaðkomandi truflun eða hávaða og betra er að nota lægri tón og tala hægt og skýrt. Hafi einstaklingurinn skerta skynjum er mikilvægt að hann noti viðeigandi hjálpartæki, s.s. gleraugu, stækkunargler eða heyrnartæki (Euro Med Info, 2016).

Þegar verið er að leiðbeina fólki um breytingar á lífsstíl eða atferli er best að stíga bara 1-2 skref í einu. Einnig er betra að nota jákvætt orðalag, segja frekar: „Það væri mjög gott fyrir þig að hætta að nota sykur“, frekar en neikvæða orðalagið: „Það er slæmt fyrir þig að borða sykur“ (Euro Med Info, 2016). Einnig er talið gott að orða setningar þannig að leiðbeinandi tali til einstaklingsins, til dæmis: „Þú gætir lært ...“ í stað þessa að tala um sjúklinginn í þriðju persónu. Þegar verið er að tala um ákveðið atriði eða fyrirbæri er best að nota alltaf sama orðið yfir hlutinn, til dæmis tala alltaf um sykur sem sykur en ekki nota stundum orðið glúkósi eða fínunnin kolvetni. Fjölbreytilegt orðalag getur í þannig tilfellum valdið ruglingi (Williams o.fl., 2016).

Mikilvægt er að huga að góðum samskiptum þegar einstaklingurinn er fræddur og eru sex atriði sérstaklega tiltekin sem skipta máli. Í fyrsta lagi þarf viðmælandinn að finna til öryggis og að finna að sjálfsagt sé að spyrja

spurninga. Best er að tala rólega, orðalag þarf að vera almennt svo allir skilji, og hjálplegt er að teikna eða sýna skýringarmyndir. Það að sjá mynd hjálpar til við að muna það sem verið er að kenna. Best er að fræðsluefnið sé ekki of víðtækt, kenna bara um afmarkaða hluti og í stuttan tíma í senn. Einnig reynist vel að nota svokallaða „teach back“-aðferð við kennsluna og biðja áheyrandann að endurtaka útskýringarnar. Þannig má leiðrétta ef einhver misskilningur á sér stað og þetta festir einnig efnið betur í minni (Tamura-Lis, 2013).

Jafnframt munnlegri fræðslu er mikilvægt að láta einstaklinginn einnig hafa fræðsluefnið á pappír. Meiri líkur eru á að hann tileinki sér efnið ef hann fær bæði munnlega fræðslu og fræðsluefni á prenti (Hill og Bird, 2003; Euro Med Info, 2016). Þó þarf að gæta þess að laga fræðslubæklinga að þörfum viðkomandi sjúklingahópa en ef það er gert hefur árangur af fræðslunni reynst mun meiri og komið fram í aukinni þekkingu, jákvæðara viðhorfi og betri meðferðarhaldni (Adepu og Swamy, 2012).

Fræðsluefni á prenti

Fræðsluefni á prenti þarf að vera skrifað á þann hátt að það sé skiljanlegt einstaklingnum, hvorki of barnalegt né of háfleygt. Textinn þarf að vera á mannamáli með einföldu og skýru orðalagi og best er að forðast fagmál (Williams o.fl., 2016). Byrja skal á aðalatriðunum og skipta textanum niður í stuttar málsgreinar og aðeins nefna 3-5 áhersluatriði. Leggja má áherslu á aðalatriði með því að setja fram spurningar í textanum. Einnig getur verið gott að útskýra upplýsingar með dæmisögum og mikilvægustu atriðin er gott að endurtaka nokkrum sinnum í textanum. Gott er að nota myndir til skýringar og áherslu en hvorki mega það vera flóknar myndir eða línurit (National Institute on Aging, 2008).

Útlit og uppsetning á texta

Leturgerð, sem notuð er í texta, skiptir máli þegar hugað er að læsilegum texta fyrir eldra fólk. Reynst hefur best að nota leturtegund sem kallast broddstafir (serif) en þeir stafir hafa nokkurs konar línu eða grannt strik neðst á stafnum sem gefur til kynna línu undir stöfunum. Slíkir stafir eru í leturgerðunum Times New Roman og Georgia. Broddlausir stafir (san-serif) eru hins vegar ekki eins læsilegir fyrir eldra fólk en það letur er samt einfaldara og með jafnbreiðum stöfum. Þetta eru til dæmis leturgerðirnar Arial og Calibri. Mismunur þessara leturgerða má sjá á mynd 1 (National Institute on Aging, 2008).

MYND 1. Mismunandi leturgerðir: broddstafir (serif) og broddlausir stafir (sans-serif)

Broddstafir	Broddlausir stafir
Times New Roman	Arial
Georgia	Calibri

Mælt er með að nota 12-14 punkta stærð á stöfum eða jafnvel stærra og tvöfalt línubil. Gott er einnig að hafa hvít svæði á milli efnisgreina eða kafla til að hvíla augað og jafna textann til vinstri. Sé texti jafnaður til beggja hliða verður ójafnt bil á milli orða og það getur gert textann erfiðari aflestrar. Takmarka skal notkun skáleturs, feitleturs og undirstrikaðs leturs og varast skal að nota eingöngu hástafi því þannig texta er erfiðara að lesa. Séu notaðar myndir skal hafa þær alveg aðgreindar frá textanum því að textinn verður ruglingslegur ef hann er vafinn utan um myndina eins og sýnt er á mynd 2. Einnig er mælt með að bil á milli stafa sé eðlilegt, stafir séu hvorki of þéttir né of dreifðir, eins og sýnt er á mynd 3 (National Institute on Aging, 2008).

MYND 2. Myndir, sem settar eru inn í texta, gera hann erfiðari aflestrar.

Takmarka skal notkun skáleturs, **feitleturs** og undirstrikaðs leturs og varast
HÁSTAFI því
lesa. Séu notaðar
aðgreindar frá
verður ruglings-
um myndina eins og sýnt er á mynd 2.



MYND 3. Mismundi bil á milli stafa, þ.e. eðlilegt bil, þétt eða dreift.

Eðlilegt bil á milli stafa
Bil á milli stafa mjög lítið eða þétt
Mikið bil á milli stafa eða dreift

Litaskyn breytist með hækkandi aldri og hæfni til að greina á milli þéttleika lita eða „contrasts“ minnkar. Þannig veður erfiðara að greina á milli dökkblás litar og milliblás litar. Forðist að nota gula, bláa og græna liti nálægt hverjum öðrum því að erfitt getur verið fyrir eldra fólk að greina á milli þeirra lita. Best er að hafa dökkt letur á ljósum grunni en ekki svo dæmi sé tekið grátt letur á gráum grunni, slíkt getur orðið mjög erfitt aflestrar. Einnig er hægt að gera texta læsilegri ef honum er skipt í dálka því of langar línur geta valdið erfiðleikum sem og ef orðum er skipt á milli lína. Best er að nota pappír sem ekki glansar því glampi af glansandi pappír truflar sjón þeirra sem eldri eru. Að lokum er gott að fá eldri einstakling til að lesa efnið yfir til að fá ábendingar um það sem hugsanlega truflar eða skilst ekki.

Bæði fræðsla og fræðsluefni um heilsutengd málefni eru mikilvægir þættir í öldrunarþjónustu og eru hjúkrunarfræðingar oft í lykilhlutverki við að miðla þekkingu til skjólstæðinga. Séu hjúkrunarfræðingar og aðrir sem veita fræðslu meðvitaðir um mikilvægi þess að sinna sérstökum þörfum skjólstæðinganna hvað varðar framsetningu fræðsluefnis eru meiri líkur á að fræðslan nái markmiði sínu. Hvort sem um er að ræða eldra fólk eða aðra hópa sem verið er að fræða er mikilvægt að mæta einstaklingnum þar sem hann er og taka tillit til þarfa hans.

HEIMILDIR

- Adepu, R., og Swamy, M. K. (2012). Development and evaluation of patient information leaflets (PIL) usefulness. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 74(2), 174-8.
- Badarudeen, S., og Sabharwal, S. (2010). Assessing readability of patient education materials: current role in orthopaedics. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 468(10), 2572-2580.
- Euro Med Info (2016). Teaching older adults. Sótt í september 2016 á: <http://www.euromedinfo.eu/teaching-older-adults.html/>.
- Hill, J., og Bird, H. (2003). The development and evaluation of a drug information leaflet for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 42(1), 66-70.
- National Institute on Aging (2008). Making your printed health materials senior friendly. Sótt í september 2016 á: <https://www.nia.nih.gov/health/publication/making-your-printed-health-materials-senior-friendly>.
- Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality education and patient safety. *Urologic nursing*, 33(6), 267.
- Williams, A. M., Muir, K. W., og Rosdahl, J. A. (2016). Readability of patient education materials in ophthalmology: A single-institution study and systematic review. *BMC Ophthalmology*, 16(1), 133.

HÖFUNDAR GREINA OG RITSTJÓRN

HÖFUNDAR GREINA

Bylgja Kristófersdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar sem deildarstjóri á hjúkrunar- og dvalarheimilinu Höfða á Akranesi. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri 2007 og er nú í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Gunnfríður Ólafsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á hjúkrunarheimilinu Brákarhlíð í Borgarnesi. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá UC SYD í Sønderborg í Danmörku, stundaði diplómanám á meistarastigi í öldrunarhjúkrun veturinn 2015-2016 og er nú í kandidatsnámi í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Halla Beic Sigurðardóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á Hjúkrunardeild Heilbrigðisstofnunar Suðurlands á Hornafirði. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri 2011 og er nú í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Helgi Egilsson er hjúkrunarfræðingur á gjörgæsludeild Landspítalans við Hringbraut. Hann útskrifaðist úr Háskóla Íslands 2014 með BS-gráðu í hjúkrunarfræði.

Jóna Bára Jónsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Suðurlands á Höfn í Hornafirði og hjúkrunarheimilinu Skjólgarði. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 2001 og er nú í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Jórunn María Ólafsdóttir er hjúkrunarfræðingur, starfar sem forstöðumaður hjúkrunar í Brákarhlíð, hjúkrunarheimili í Borgarnesi. Hún lauk BS-námi frá Háskóla Íslands árið 2002 og meistaraþráðu í stjórnun í heilbrigðisþjónustu frá Háskólanum á Bifröst 2010. Hún er nú í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Kristbjörg Sóley Hauksdóttir starfar sem sjúkraliði og verkefnastjóri á hjúkrunarheimilinu Sóltúni. Hún lauk BA-prófi í guðfræði – djáknanámi frá Guðfræði- og trúarbragðafræðideild Háskóla Íslands 2016. Hún er í meistaranámi í öldrunarfræði við Félagsráðgjafadeild Háskóla Íslands.

Margrét Ósk Vífilisdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar sem deildarstjóri á Hjúkrunar- og dvalarheimilinu Höfða á Akranesi. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri árið 2007 og er núna í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar sem aðstoðardeildarstjóri á hjúkrunardeildunum Fossheimum og Ljósheimum við Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Hún lauk BS-prófi árið 1998, diplómanámi í öldrunarhjúkrun árið 2009 og MS-prófi í hjúkrunarfræði árið 2016 frá Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Sunna Eir Haraldsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á Öldrunarheimilum Akureyrar og Hornbrekku, dvalarheimili aldraðra á Ólafsfirði. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands árið 2011 og stundar nú diplómanám í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Unnur Ágústa Sigurjónsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á Hjúkrunarheimilinu Eir. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 1989 og er nú í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Þórlína Sveinbjörnsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar á Dvalar- og hjúkrunarheimilinu Höfða á Akranesi. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri 2007 og er nú í diplómanámi á meistarastigi í öldrunarhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

RITSTJÓRN

Elfa Þöll Grétarsdóttir er sérfræðingur í hjúkrun aldraðra og starfar á flæðisviði Landspítala auk þess er hún adjunkt við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 2002 og meistaraþrófi frá Háskólanum í Wisconsin – Madison 2006.

Guðrún Dóra Guðmannsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar sem sérfræðingur í öldrunarhjúkrun á flæðisviði Landspítala. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 1978 og meistaraþrófi frá Háskólanum á Akureyri og Háskólanum í Manchester árið 2001.

Hlíf Guðmundsdóttir er hjúkrunarfræðingur og starfar sem sérfræðingur í öldrunarhjúkrun á flæðisviði Landspítala og sem adjunkt við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði 1983 og MS-prófi árið 2003 frá Hjúkrunarfræðideild og árið 2015 diplómanámi í opinberri stjórnsýslu fyrir stjórnendur í opinberum rekstri við Stjórnmálafræðideild Háskóla Íslands.

Ingibjörg Hjaltadóttir, ritstjóri þessarar sérútgáfu um öldrunarhjúkrun, er hjúkrunarfræðingur og starfar sem sérfræðingur í öldrunarhjúkrun á flæðisviði Landspítala og sem dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Hún lauk BS-prófi árið 1983 og MS-prófi árið 2001 frá Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og doktorsprófi í heilbrigðisvísindum frá Háskólanum í Lundi í Svíþjóð árið 2012.

Sigrún Bjartmarz er sérfræðingur í öldrunarhjúkrun og starfar sem gæðastjóri á lyflækningasviði Landspítala. Hún lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði árið 1986 og MS-prófi 2006 frá Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

FAGDEILD ÖLDRUNARHJÚKRUNAR-FRÆÐINGA – VERTU MEÐ !



- Fagdeild öldrunarhjúkrunarfræðinga var stofnuð 1994 og er ein fjölmennasta fagdeildin innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga með 180 félagsmenn.
- Fagdeildin leggur áherslu á að öldruðum sé veitt hjúkrunarþjónusta sem byggir á gagnreyndri þekkingu og að stuðlað sé að virkri fræðslu og forvörnum. Auk þess sem hvatt er til stöðugra umbóta og gæðastjórnunar á öllum stigum öldrunarþjónustu.
- Fagdeildin er vettvangur faglegrar umræðu meðal hjúkrunarfræðinga í öldrunarþjónustu um land allt og heldur meðal annars úti umræðusíðu á Facebook undir nafni fagdeildarinnar. Auk þess eru haldin málþing og ráðstefnur um fagleg málefni í öldrunarþjónustu einu sinni til tvisvar á ári.
- Í stjórn fagdeildarinnar sitja 5 aðalmenn og 2 varamenn. Aðalfundur er haldinn árlega og er hvert kjörtímabil 2 ár. Allir meðlimir fagdeildarinnar eru kjörgengir og hafa kosningarétt á aðalfundi.
- Fagdeild öldrunarhjúkrunarfræðinga er mikilvægur hlekkur í faglegri umgjörð öldrunarþjónustunnar þar sem saman eru komnir fjölmargir hjúkrunarfræðingar með mikla sérþekkingu í öldrunarhjúkrun. Hjúkrunarfræðingar sem starfa við öldrunarhjúkrun og aðrir áhugasamir hjúkrunarfræðingar eru hvattir til þátttöku í deildinni.

Skráning er á vef Fíh, hjukrun.is, undir flípanum Fagsvið

RESOURCE SENIOR ACTIV

SÉRHANNÆÐUR NÆRINGARDRYKKUR FYRIR ALDRAÐA

Resource SeniorActiv er næringarmikill, heildstæður næringardrykkur sem er sérstaklega þróaður með næringarþarfir aldraðra í huga, t.d. í tengslum við sjúkdóma og eftir aðgerðir.

Resource SeniorActiv er ríkur af kalsíum, D-vítamini og próteinum sem er mikilvægt fyrir viðhald vöðvamassa og sterka beina, en það eru þættir sem geta dregið úr hættu á falli og beinbrotum.

Gott úrval af næringardrykkjum fæst í verslun okkar í Síðumúla 16 og í nýju vefversluninni okkar, www.fastus.is

	300 kcal	
1000 IU D3 vítamín	200ml	20g prótín
	3g trefjar	



Verið velkomin í verslun okkar
Opíð virka daga kl. 8:30–17:00

Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

FASTUS

Veit á vandaða lausn