

1. tbl. 23. árg 2005
VOR

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



GERVILÐSAÐGERÐIR Á MJÖÐM:

Aðgerðin • Hjúkrun • Endurhæfing • Styttri legutími

ANNAÐ EFNI MEÐAL ANNARS:

Heilsutengd lífsgæði aldraðra • Mismunandi þjálfunaraðferðir

Byltu- og beinverndarmóttaka á Landakoti



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

www.öldrun.net

Aðalsteinn Guðmundsson
Læknir og fötbólsmáttur á Hrafnistu



Líka brothættir

Beinþýnning herjar
einnig á karlmenn

Kalk við hæfi
- alla ævi!



Oldgur er tæmt að líta svo á að karlar hafi sterkari bein en konur. Í uppvestinum selna karlar líka meiri beinmássa en konur og hafa yfirleitt stærra bein. Þrátt fyrir það geta þeir einnig þjófbat af beinþýnningu þegar árin færust yfir og læt í því að brota við minnsta lítak.

Löðuga hefur verið rætt um beinþýnningu sem sjúkdóm lívanna og enn eru konur í meirihluta þeirra sem brota af hennar völdum. Margt bendir þó til þess að beinþýnning sé værandi vandamáli hjá körlum, einum á öfvi árum. Aðhyggjavegt er að karlar fana verr út frá beinbrotum vegna beinþýnningar heldur en konur.

Regluleg hreyfing og styrking vöðva dragur úr hættu á byltnum og þar með beinbrotum. Til að hanna gegn beinþýnningu er einnig nauðsynlegt fyrir alla aldurs hópa að eiga nægilegt kalk og D-vítamín. Þetta á ekkert hvað áttat við um þá sem komnir eru yfir miðjuna aldur. Mjólk og mjólkurvörur eru áhrifaríkust kalkgjafinn.


BEINVERND

ÖLDRUN

23. árg. 1. tbl. 2005

EFNISYFIRLIT:

Gerviliðsaðgerðir á mjöðm Þorvaldur Ingvarsson	4
Hjúkrun sjúklinga vegna aðgerða á mjöðm Ingibjörg S. Guðmundsdóttir	8
Endurhæfing eftir ísetningu gerviliðar í mjöðm Harpa Hrönn Sigurðardóttir	13
Stytti legutími og bætt líðan við gerviliðsaðgerð á mjöðm Kristín Siggeirsdóttir	16
Heilsutengd lífsgæði aldraðra Tómas Helgason	22
Útdráttur úr skýrslum ÖFFÍ 2004-2005	24
Samanburður á þjálfunaraðferðum og þjálfunaráætlunum eldri aldurshópa Janus Guðlaugsson	26
Byltu- og beinverndarmóttaka á Landakoti Helga Hansdóttir	28
Námsstefna ÖFFÍ 2005: Aldraðir innflytjendur á Íslandi Ólafur Samúelsson	30
Námsstefna ÖFFÍ 2004: Á tímamótum – nýr lífsstíll aldraðra Sigríður Jónsdóttir	31

ÚTGEFANDI:

Öldrunarfræðafélag Íslands
Pósthólf 8391, 128 Reykjavík
www.oldrun.net

ÁBYRGÐARMAÐUR:
Smári Pálsson

PRÓFARKALESTUR:
Hervör Hólmjárn

FORSÍÐUMYND:
Róbert Fragapane

UMSIÓN AUGLÝSINGA:
Óflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:
Gutenberg

UPPLAG:
700 eintök
Tímaritið Öldrun kemur út tvisvar á ári

STJÓRN
ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS
Pósthólf 8391 128 Reykjavík
Sigrún Ingvarsdóttir, formaður, formaður@oldrun.net
Ingibjörg Þórisdóttir, ritari, ritari@oldrun.net
Ólafur H. Samúelsson, gjaldkeri, gjaldkeri@oldrun.net
Geirlaug Dröfn Oddsdóttir, Berglind Indriðadóttir
Sigrún Guðjónsdóttir, Sigurveig H. Sigurðardóttir

ISSN 1607-6060

Frá ritnefnd

Tímaritið Öldrun er fagtímarit fyrir starfsfólk í öldrunarþjónustu og aðra áhugasama um málefni aldraðra. Blaðið er gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands (ÖFFÍ) og er því helsti miðill félagsins til að koma á framfæri upplýsingum um starfsemina til félagsmanna sinna, s.s. um námsstefnur sem félagið heldur í samstarfi við Endurmenntun Háskóla Íslands og skýrslur stjórnar félagsins. Í þessu tölublaði má því finna samantekt um efni tveggja síðustu námsstefna ásamt útdrætti úr skýrslu fráfarandi formanns ÖFFÍ og skýrslu vísindasjóðs félagsins.

Meginefni blaðsins er hins vegar greinar sem tengjast gerviliðsaðgerð á mjöðm með einhverjum hætti, hvort sem það er tengt lífsgæðum, byltu- og brotaforvörnum, endurhæfingu eða aðgerðinni sjálfri. Þrátt fyrir að efnið sé afmarkað telur ritnefnd að það eigi erindi til allra áskrifenda blaðsins, þar sem allmargir aldraðir þurfa á slíkri aðgerð að halda og ætíð er gott að huga að forvörnum. Einnig er að finna grein um mismunandi þjálfunaraðferðir fyrir eldri borgara.

Á aðalfundi ÖFFÍ, 15. mars síðastliðinn, urðu eftirtaldar breytingar á ritnefnd Öldrunar. Smári Pálsson mun stíga úr stóli ritstjóra nú að lokinni vinnu við þetta tölublað. Við ritstjórarstarfinu tekur Berglind Indriðadóttir, sem setið hefur í ritnefnd undanfarið ár. Ólafur Samúelsson hættir einnig störfum í ritnefndinni og munu þá taka til starfa þær Guðlaug Guðmundsdóttir og Gríma Huld Blængsdóttir. Ritnefnd þakkar þeim Smára og Ólafi samvinnuna og býður Guðlaugu og Grímu Huld velkomnar í hópinn. Undanfarin ár hefur Hervör Hólmjárn unnið mikið starf við kynningu á félaginu og þar með talið blaðinu Öldrun, ásamt því að prófarkalesa blaðið. Hún hefur ákveðið að gefa ekki kost á sér frá og með haustinu. Ritnefnd færir henni bestu þakkir fyrir farsælt og gott samstarf.

Fráfarandi ritnefnd:

Smári Pálsson, taugasálfræðingur, ritstjóri
Soffía Egilsdóttir, félagsráðgjafi
Ólafur Samúelsson, öldrunarlæknir
Berglind Indriðadóttir, iðjuþjálfari

Ný ritnefnd:

Berglind Indriðadóttir, iðjuþjálfari, ritstjóri
Soffía Egilsdóttir, félagsráðgjafi
Guðlaug Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Gríma Huld Blængsdóttir, heilsugæslulæknir og sérfræðingur í heimilislækningum

Netfang Öldrunar: ritnefnd@oldrun.net

Gerviliðsaðgerðir á mjöðm

Forsaga:

Gerviliðsaðgerðir á mjöðm hófust á Íslandi árið 1967 og hér á Akureyri við opnun bæklunardeildar FSA árið 1982 og hafa þær því verið framkvæmdar hér í 20 ár.

Við þessi tímamót þykir við hæfi að kanna hvernig til hefur tekist og hvernig sjúklingum okkar hefur farnast. Frá upphafi hefur gerviliður frá Exeter verið notaður en hefur tekið litlum breytingum í tímans rás og gerir það rannsókn sem þessa auðveldari.

Orsakir aðgerða

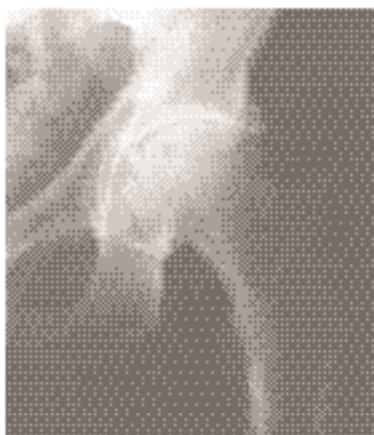
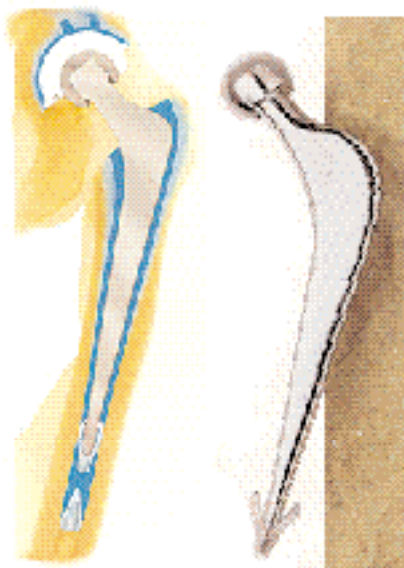
Algengasta orsök þess að settur er gerviliður í mjöðm er vegna slitgigtar, þó kemur fyrir að settur er gerviliður vegna annarra sjúkdóma svo sem liðagigtar eða vegna afleiðinga brota.

Mjaðmarslitgigt er algengur sjúkdómur á Íslandi sem og í öðrum vestrænum löndum. Tíðni eykst með aldri og er talið að tíundi hver Íslendingur sem er 70 ára eða eldri hafi slitgigt. Orsakir þessa sjúkdóms eru óþekktar en þó er vitað að erfðir eiga stóran þátt í þróun sjúkdómsins, en atvinna og álag á liðinn svo og umhverfisþættir skipta máli.

Þegar liðurinn slitnar, springur brjóskið sem klæðir liðinn að innan og molnar. Við það eyðist brjóskið og liðurinn aflagast. Fyrstu einkennin sem fólk finnur fyrir eru stírdleiki og verkur í nára sem oft leiðir fram lærið, niður í hné eða aftur í rasskinn. Fólk verður vart við það að það á erfitt með að klæða sig í skó og sokka. Eftir því sem brjóskið eyðist stírdnar liðurinn og verkir aukast og breytast. Í byrjun sjúkdómsins eru verkir oft verstir fyrst á morgnana en lagast þegar fólk gengur nokkur skref. Síðan aukast verkirnar við alla hreyfingu og loks fær fólk mikil óþægindi í hvíld svo sem á nóttunni og missir svefn vegna þessa. Í dag eru engin lyf þekkt sem hafa áhrif á gang sjúkdómsins, en þau lyf sem gefin eru slá á verki og óþægindi. Fyrsta meðferð við sjúkdómnum eru æfingar, verkjalyf og bólgueyðandi lyf. Smám saman getur dregið úr hreyfifærni og þrátt fyrir hjálpartæki á fólk erfitt með að bera sig um. Þegar lyfja meðferð dugar ekki lengur til að halda sjúkdómseinkennum niðri og sjúkdómurinn hefur orðið mikil áhrif á lífsgæði fólks er yfirleitt valið að gera gerviliðsaðgerð.

Hvenær er gerviliðsaðgerðin gerð

Þegar sjúklingur og aðgerðarlæknir eru sammála um ábendingu fyrir henni. Helst er það þegar verkir og hreyfihindranir eru orðnar það miklar að sjúklingur telur sig ekki geta lifað við óþægindin.



Exeter-gerviliður. Plastbolli í mjaðmargrind og gerviliður úr málmblöndu í legg.

Til hliðar er röntgenmynd af slitinni mjöðm.

Markmið aðgerða

Markmið gerviliðsaðgerðar á mjöðm er að verkir í mjöðm hverfi eða minnki. Að liðurinn sé stöðugur og beri sjúklinginn vel og síðast en ekki síst að hann sé hreyfanlegur. Algengur dvalartími á sjúkrahúsi er einn dagur fyrir aðgerð og fimm til sex dagar eftir aðgerð.

Gerviliðurinn

Gerviliðurinn kemur í staðinn fyrir hinn eiginlega lið, en þó aðeins brjóskið í liðnum. Gerviliðurinn er úr tveimur hlutum, í augnkarlinn í mjaðmargrindinni er settur bolli úr plasti sem er festur með beinsementi. Í lærlegginn er settur sjálfur gerviliðurinn sem er stöng úr málmblöndu með kúlu á endanum sem kemur í stað hinnar eiginlegu mjaðmarkúlu (sjá mynd). Með þessu er slitni liðurinn endurskapaður. En betra er heilt en vel gróið og þrátt fyrir að árangur þessara aðgerða sé góður og flestir sjúklingar séu ánægðir með árangurinn þá eru fylgikvillar aðgerðanna nokkrir.

Fylgikvillar

Í um 3% tilfella kemur það fyrir að liðurinn hleypur úr lið og þarf þá oft að svæfa viðkomandi stutta stund og setja í liðinn. Liðhlaup verða helst ef sjúklingar fara óvarlega, sitja í djúpum stólum eða snúa fætinum inn á við of mikið. Stundum þarf þetta ekki til og liðhlaupið verður vegna þess að afstaða hluta gerviliðarins er ekki rétt. Það kemur fyrir að það þarf að gera aðra aðgerð til að laga þetta. Sýkingar eru sjaldgæfar (innan við 1% aðgerða) en illar viðureignar. Aðrir fylgikvillar eru sjaldgæfari (sjá síðar).

Hver er árangur gerviliðsaðgerða á FSA 1982-2002

Árangur aðgerðarinnar er yfirleitt góður. Sjúklingar verða flestir verkjalausir eða verkjalitlir, hreyfifærni batnar og þeir eru komnir til síns heima um það bil viku eftir aðgerð.

Frá upphafi hafa allar aðgerðir við bæklunardeild FSA verið skráðar og síðan árið 1992 hefur sú skráning falið í sér gæðaeftirlit með mörgum þáttum. Greiningar fyrir aðgerðir voru staðfestar, fylgikvillar skráðir svo og ástæður enduraðgerða. Enduraðgerð er skilgreind sem skipti á gervilið eða hluta hans. Kannað var hvort sjúklingar okkar hefðu leitað til annarra sjúkrahúsa vegna fylgikvilla í framhaldi af aðgerð eða hvort enduraðgerð hafi verið gerð á öðrum sjúkrahúsum vegna þeirra.

Niðurstöður

Frá nóvember árið 1982 til 1. janúar árið 2000 voru 744 Exeter-gerviliðsaðgerðir framkvæmdar á bæklunardeild FSA. Sem fyrsta aðgerð voru 654 aðgerðir gerðar, en 90 enduraðgerðir fóru fram. Mest voru það gerviliðir frá öðrum sjúkrahúsum sem skipt var um. Flestar aðgerðirnar voru gerðar vegna slitgigtar eða 571 þ.e. 87%, þá vegna liðagigtar 17 eða 3%, vegna brota á lærleggshálsi eða afleiðinga þeirra voru gerðar 42 aðgerðir eða 6% og 24 aðgerðir vegna annarra sjúkdóma. Meðalaldur karla við aðgerð var 68,4 ár og kvenna 68,8 ár. Meðallegutími sjúklings hefur styst frá árinu 1982 úr 22 dögum í 11 daga árið 1999 og styttest enn.

Enduraðgerðir

Við lok rannsóknartímabilsins hafði þurft að gera enduraðgerð á 37 mjöðmum af þeim 654 aðgerðum sem gerðar voru á tímabilinu. Þrjár af þessum 37 enduraðgerðum voru framkvæmdar á öðrum sjúkrahúsum.

Orsakir enduraðgerða voru þessar: 28 (4,3%) voru gerðar vegna þess að los komst á gervilið, vegna endurtekinnna liðhlaupa voru gerðar 7 aðgerðir (1,1%) og vegna djúpra sýkinga 2 (0,3%) (vinsamlega sjá töflu 1).

Hlutfall enduraðgerða fyrir allt tímabilið vegna þess að los komst á gerviliði var 6% eftir 10 ár og 10% eftir 16 ár. Árangur aðgerða eftir 1990 batnar og er hlutfall enduraðgerða þá innan við 5%, en eftir árið 1990 var aðgerðatækni breytt að því talið er til hins betra.

Tafla 1.
Orsakir enduraðgerða á gerviliðum í mjöðm:

	Fjöldi	Konur/ /karlar (fjöldi)	Endur- aðgerðir	Bolli (nærhluti)	Lær- leggs- hluti (fjarhluti)
Allar orsakir	37	12/25	13	17	7
Los	26	8/18	10	13	3
Brot á fjarhluta	2	1/1	1	0	1
Endurtekin liðhlaup	7	1/6	0	4	3
Sýkingar	2	2/0	2	0	0

Fylgikvillar

Fylgikvillar geta fylgt öllum aðgerðum þrátt fyrir að allt sé gert til þess að halda þeim í lágmarki, en á rannsóknartímabilinu er talið að tíu sjúklingar hafi fengið blóðtappa eftir aðgerð. Rétt er að benda á að eftir að nýju blóðþynnningarlyfin (low molecular heparin) komu á markað árið 1992 hafa aðeins tvö tilfelli blóðtappa greinst. Sjö sjúklingar fengu skaða á taug, en í fæstum tilfellum var um varanlegan skaða að ræða. Tuttugu sjúklingar fengu fylgikvilla frá hjarta- og blóðrásarkerfi svo sem gáttatif, hjartabilun og blóðrásarþurrð í heila. Tvær sýkingar greindust á þessu tímabili vegna klasasýkla og til þess að uppræta þær varð að skipta um gerviliðinn. Einn sjúklingur lést í kjölfar aðgerðar. Aðrir fylgikvillar voru minni háttar svo sem ofnæmisviðbrögð við lyfjum og óþægindi frá meltingarfærum.

Umræða

Gerviliðurinn frá Exeter var þróaður og framleiddur í Englandi árið 1970. Í tímanna rás hafa orðið breytingar á yfirborði liðarins svo og á hönnun bollans sem settur er í mjaðmargrindina. Aðgerðartækni og fyrirbyggjandi aðgerðir vegna sýkinga hafa verið nánast þær sömu þessi 18 ár sem rannsóknin nær til. Fyrirbyggjandi sýklalyfjagjöf og teygjusokkar hafa verið notaðir í öllum

aðgerðum. Árið 1992 breytast forvarnir við blóðtappa til hins betra með nýju lyfi sem hefur minnkað áhættu á blóðtappa eftir skurðaðgerðir umtalsvert. Fimm reyndir skurðlæknar gerðu 99% aðgerðanna og nota þeir sömu eða mjög svipaða tækni við aðgerðina. Sams konar beinsement sem notað er til að festa gerviliðinn var notað allan tímann (Galacos). Ábendingar aðgerða eru svipaðar hér á Akureyri og í öðrum norrænum löndum. Þó er slitgigt algengari sem orsök aðgerða hér og er það í samræmi við þá staðreynd að slitgigt er algengari á Íslandi. Það sem gerir þessa könnun sérstaka er það að hægt var að fylgja öllum sjúklingum eftir og því teljum við að niðurstöður okkar séu jafnvel áreiðanlegri en annarra erlendra rannsókna (Murray, Britton og Bulstrode, 1997).

Hlutfall enduraðgerða sem er helsti mælikvarði á árangur gerviliðsaðgerða er lágt á bækluardeild FSA miðað við birtar erlendar (<http://www.jru.ort.hop.gu.se>) og íslenskar rannsóknir. Einnig er ljóst að þessi góði árangur hefur farið batnandi á síðustu árum.

Fylgikvillar við aðgerðir á bækluardeild FSA eru svipaðir eða færri en í öðrum birtum rannsóknum, þó er hlutfall sýkinga mun lægra (Williams, Fitzpatrick, Hajat, Reeves, Stimpson, Morris o.fl., 2002).

Ályktun

Árangur gerviliðsaðgerða hér á Íslandi er góður og a.m.k. jafngóður og í öðrum birtum erlendum rannsóknum. Því er hægt að fullyrða að á bækluardeild FSA er veitt góð þjónusta. Hlutfall sýkinga er með því lægsta sem þekkt. Þessi góði árangur næst ekki nema með samhentun, vel þjálfuðu starfsfólki og öruggum starfsreglum. Ljóst er að fleiri gæðarannsóknir þarf að gera og nú stendur til að halda áfram á þessari braut og gera rannsóknir þar sem sjúklingum er fylgt eftir til framtíðar og kanna árangurinn út frá sjónarhóli sjúklunga.

Heimildir

Murray, D. W., Britton, A.R. og Bulstrode, C. J. (1997). Loss to follow-up matters. *Journal of Bone and Joint Surgery Br.*, 79, 254-257.

Sótt af Netinu 11.04.05 <http://www.jru.orthop.gu.se/>

Williams, O., Fitzpatrick, R., Hajat, S., Reeves, B.C., Stimpson A., Morris, R.W. o.fl. (2002). Mortality, morbidity, and 1-year outcomes of primary elective total hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 17, 165-171.

DVALARHEIMILIÐ
— **ÁS** —
HVERAGERÐI

HEILSUG SL N



Fyrir þig hjartað mitt

Hjartamagnýl – Dýrmæt forvörn

Notkunarvið: Hjartamagnýl inniheldur 75 mg af vika efninu asetýlsalísýlu sem hefur segvaramandi áhrif. Hjartamagnýl er notað sem fyrirbyggjandi meðferð gegn kransæðastíflu hjá einstaklingum með kransæðsjúkdóm. Hjartamagnýl minnkar einnig líkur á heilablóðfalli og tímabundnum blóðþröskulíngum frá heila. **Varðbarreglur:** Einstaklingar sem hafa ofnæmi fyrir asetýlsalísýlu eða öðrum salísýlötum ættu ekki að taka lyfið. Einstaklingar sem eru með astma, bláðingarsjúkdóma eða virkt magasár ættu ekki að taka lyfið. Talmörkuð reysla er af notkun lyfsins hjá þunguðum konum og er því ekki mátt með notkun á meðgöngu. Lyfið er ekki ætlað börnum. **Aukaverkanir:** Hjartamagnýl getur valdið aukaverkunum eins og ofnæmi, astma, meltingarþægindum og jafnvel sárum á magasínnhúð. **Skömestun:** Ráðlagðir skömestir fyrir fullorðna eru 75–150 mg á dag. Leif vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfna. 21.12.01



actavis
hagur í helgu

Hjúkrun sjúklinga vegna aðgerða á mjöðm

Ingibjörg S. Guðmundsdóttir,
hjúkrunarfræðingur á öldrunar-
lækningadeild L-3 LSH Landakoti



Sjúklingar sem njóta hjúkrunar vegna aðgerða á mjöðm hafa annaðhvort gengist undir gerviliðsaðgerð á mjöðm eða fengið beinbrot á mjöðm.

Slitgigt er algengasta ástæða gerviliðsaðgerðar á mjöðm hjá öldruðum.

Algengar ástæður fyrir broti á mjöðm er fall sem orsakast af lélegu næringarástandi, hreyfingarleysi, heilabilun eða öðrum sjúkdómum.

Um 95% mjaðmarbrota verða hjá fólki sem er 50 ára og eldra.

Hjúkrun við gerviliðsaðgerðir felst í góðum undirbúningi með tilliti til fyrra heilsufarsástands, getu sjúklings og aðstæðna og að fyrirbyggja mögulega fylgikvilla aðgerðar.

Við beinbrot skiptir miklu að meta næringarástand og annað heilsufar sjúklinga og bregðast við því.

Hjúkrun eftir aðgerðir felst í að fyrirbyggja mögulegar aukaverkanir og auka hæfni sjúklings til endurhæfingar.

Gerviliðsaðgerðir gefa oft góðan árangur og bæta heilsu. Þar sem vitað er að mjaðmarbrot á efri árum minnkar lífsgæði er mjög mikilvægt að vinna að forvörnum á breiðum grundvelli og gera allt sem hægt er til að koma í veg fyrir beinbrot.

Hagur og ástand sjúklinga sem fara í aðgerð á mjöðm er mjög misjafn eftir því hvort um er að ræða gerviliðsaðgerðir eða aðgerðir vegna beinbrota. Hið sama gildir um hjúkrun við þessar aðstæður. Hér verður fjallað um hjúkrun sjúklinga vegna aðgerðar á mjöðm samkvæmt þessari skiptingu.

1. Hjúkrun sjúklinga sem gangast undir gerviliðsaðgerð

Þegar sjúklingur hefur í samráði við lækni sinn ákveðið að gangast undir gerviliðsaðgerð á mjöðm er hann oftast orðinn þjáður af verkjum sem hafa farið versnandi, er með stírdleika í mjöðminni og stórlega skerta hreyfigetu. Þetta ástand hefur haft áhrif á lífsgæði sjúklings um langa hrið og þess vegna er hann oftast fremur fús að fara í aðgerð þótt ákvörðunin sé í flestum tilvikum erfið. Langalgengasta ástæða fyrir því að sjúklingar gangast undir gerviliðsaðgerð er slitgigt.

Slitgigt er algengasti bæklunarsjúkdómurinn og einn af fjórum sjúkdómum sem valda bæklun hjá eldra fólki. Slitgigt hefur í för með sér rýrnun og eyðingu á liðbrjóski, en einnig breytingar á aðlægum vefjum eins og beinum og liðpokum. Slíkt hefur í för með sér stírdleika, breytingar á liðum og liðstöðu og verki. Þeir eru í byrjun mest áberandi við álag, en verða oftast meira samfelldir og sárari þegar fram líða stundir. Þá er aðgerð oft eina úrræðið til hjálpar (Black, Hawks, og Keene, 2001; Helgi Jónsson, 2004).

Hvað getur sjúklingur gert sjálfur til hjálpar meðan hann bíður aðgerðar?

Manneskja sem þjáist af slitgigt og bíður aðgerðar á mjöðm vegna þess, getur gert ýmislegt til þess að draga úr verkjum og vanlíðan. Hún getur tileinkað sér lífsstíl sem gerir henni lífið auðveldara, minnkar vanlíðan og lengir tímann áður en til aðgerðar kemur. Því miður er

bið eftir aðgerð oft lengri en æskilegt væri og er þá gott að hafa eftirfarandi lífsstílsaðgerðir í huga:

- *Hæfileg hreyfing* s.s. ganga og sund getur haldið einkennum í skefjum. Forðast ber á hinn bóginn erfið átök og langvinnit álag s.s. erfiðar stöður eða íþyngjandi vinnu.
- *Að létta sig*, halda vigtinni í skefjum, en gæta að góðu og hollu mataræði og töku vítamína.
- *Góður skóbúnaður*, breiðir stöðugir skór með góðum og réttum botni eða innleggjum, jafnvel íþróttaskór með loftpúðum.
- *Styrking lærvöðva* með leikfimi eða sjúkrahjálfun.
- *Omega 3 fitusýrur* í lýsi eða sérstökum belgjum.
- *Liðaktin*. Ýmislegt bendir til að Glukosamin og Kondroitin dragi úr verkjum vegna slitgigtar. Takist í samráði við lækni (Helgi Jónsson, 2004).
- *Verkjalyfi* samráði við lækni.
- *Hjálpartæki ýmiskonar*: Þegar bæklun er farin að hafa mjög truflandi áhrif á athafnir daglegs lífs er til bóta að nýta sér möguleika ýmissa hjálpartækja. Til stuðnings og til að létta álag á liðum eru til stafir, grindur og hækjur og til að auðvelda dagleg störf eru áhöld eins og langt skóhorn, griptöng og sokkaífera. Sjúklingur notar þessi tæki eftir aðgerð vegna skerðingar á hreyfigetu, en oft gæti það verið til mikilla bóta að taka þessi hjálpartæki í notkun meðan beðið er aðgerðar.

Undirbúningur fyrir gerviliðsaðgerð á mjöðm

Þegar komið er að aðgerð skiptir undirbúningur fyrir aðgerð miklu.

Til að auðvelda fólki bið og auka öryggi undirbúnings er gott að bjóða fólki til fræðslu fljótlega eftir að sjúklingur er staðfestur á biðlista.

Bæklunarskurðeildir LSH hafa að undanfögnu boðið sjúklingum og aðstandendum þeirra í undirbúningsfræðslu fyrir gerviliðsaðgerðir á mjöðm og hné og hefur þessu framtaki verið vel tekið og fræðslan verið mjög vel sótt.

Þar fræða hjúkrunarfræðingur, sjúkrahjálfari og iðjuþjálfari sjúklinga og aðstandendur um undirbúning fyrir aðgerðina, framvindu eftir aðgerð og hjálfun að aðgerð lokinni.

Þetta hefur mælst mjög vel fyrir. Fræðslan fer fram einu sinni í mánuði og þar mæta oftast 20-30 manns, sjúklingar af biðlista og aðstandendur þeirra og fræðast um það sem framundan er (Fræðsla fyrir gerviliðsaðgerðir).

Hjúkrun fyrir gerviliðsaðgerð

Hjúkrun fyrir aðgerð felst í að auðvelda sjúklingi að ganga í gegnum aðgerðina og það sem henni fylgir og minnka áhættuþætti tengda aðgerð.

Í rannsóknunum hefur komið fram að helstu áhyggjufni sjúklinga snúast oftast um hvort hann þoli að ganga

í gegnum aðgerð. Þar kemur fram ótti við það sem hann þekkir ekki, við verkina, breytta hreyfigetu og getu til athafna daglegs lífs, slappleika eftir aðgerð og hvað taki við þegar sjúkrahúsdvöl lýkur (Black, o.fl., 2001).

Hjúkrunin felst þess vegna í því, að sjúklingi og aðstandendum hans finnist að þessum áhyggjupáttum sé mætt og að þau fái staðfestingu á því hvað sé framundan og hvernig hagar sjúklings sé best tryggður.

Upplýsingaöflun og skráning

Hjúkrunarfræðingar styðjast yfirleitt við staðlað upplýsingaform, heilsufarslykla, sem byggja á skilgreiningu Mary Gordon á lykilorðum heilbrigðis (Ásta Thoroddsen og Anna Björg Aradóttir, 1997).

Það auðveldar okkur að fá heilsufarssögu og uppgötva þá veikleika- og styrkleikaþætti sjúklings og aðstæðna hans sem skipta máli í hverju viðfangsefni fyrir sig. Það sem skiptir mestu máli í slíku komuviðtali er, að hlusta vel eftir því sem sjúklingur er að segja okkur um liðan sína, kvíðaefni og væntingar til meðferðar (Ásta Thoroddsen og Anna Björg Aradóttir, 1997). Einnig er oft mikilvægt að átta sig á liðan og væntingum aðstandenda, sem í þessum tilvikum standa oft mjög nærri sínum nánasta og hafa tekið þátt í þeim erfiðleikum sem sjúkdómurinn hefur valdið. Í þessu viðtali eru einnig metin áhrif annarra sjúkdóma, nærningarástand og mataræði, þvaglát og hægðavenjur, svefn og hvíld, verkir og viðbrögð til að minnka þá og áhrif og mögulegar aukaverkanir lyfja (Black, o.fl., 2001).

Fræðsla fyrir aðgerð og annar undirbúningur

Fræðsla fyrir aðgerð er hluti af starfi hjúkrunarfræðinga og á þeirra ábyrgð. Til þess er meðal annars notaður staðlaður bæklingur unninn á bæklunarskurðeildum LSH. Þar kemur fram tilgangur hinna ýmsu rannsókna og atriða sem framkvæma þarf áður en til aðgerðar kemur (Gerviliður í mjöðm, 1997).

Mælingar og rannsóknir eru: Hæð og þyngd, þvagstix, blóðprufur, blóðþrýstingur, púls, hiti, hjartalínurit og röntgenmynd af lungum, ef sjúkrasaga gefur tilefni til þess.

Annar undirbúningur er: Húðhreinsun, sem er mikilvæg til að forðast sýkingar í skurði og á aðgerðarstað. Hún er framkvæmd þannig að viðkomandi fer í sturtu kvöldið fyrir aðgerð og að morgni aðgerðardags og þvær sér vandlega með Hibiscrub sótthreinsandi sápu. Að því loknu fer sjúklingur í hrein föt og leggst í hrein rúmföt.

Blóðþyning til varnar blóðtappa eftir aðgerð. Notkun blóðþyningarlyfja hefur reynst minnka þá hættu umtalsvert og þess vegna fær sjúklingur slíka lyfjagjöf 2-12 klst. fyrir aðgerð og eftir það daglega í allt að eina viku.

Pumpuæfingar sem auka virkni bláæðapumpunnar í fótleggjum eru kenndar og sjúklingur hvattur til að æfa þær kvöldið fyrir aðgerð. Sjúklingur er síðan hvattur til

að framkvæma þær á þriggja til fjögurra klst. fresti fyrstu dagana eftir aðgerð.

Á sama hátt er mikilvægt að kenna fólki djúpöndun og hvetja það til æfinga daginn fyrir aðgerð.

Úthreinsun fer fram síðdegis daginn fyrir aðgerð og er algengast að sjúklingur noti hægðalosandi Toilax-túbu í endaparm. Þetta er gert til að sjúklingur sleppi við hægðalosun fyrstu daga eftir aðgerð.

Sjúklingur sefur stundum á aðgerðardeild nóttina fyrir aðgerð og fær þar með aðstoð við undirbúning. Annars lýkur hann undirbúningi á deild, sefur heima og fer í sturtu þar.

Fasta. Sjúklingur þarf að fasta frá miðnætti kvöldið fyrir aðgerð eða alls 6-8 klst. ef aðgerð fer fram á öðrum tíma. Að fasta þýðir að hann megi hvorki borða né drekka þennan tíma. Einnig er hann hvattur til að reykja ekki né heldur nota tyggigúmmí.

Lyfjaforgjof, sem oftast er tafla undir tungu, er gefin ca. 1 klst. fyrir aðgerð. Eftir það á sjúklingur að halda kyrru fyrir í rúminu.

Hjúkrun eftir aðgerð

Eftir aðgerð dvelur sjúklingurinn á vöknun í 6-8 klst. þar sem grannt er fylgst með lífsmörkum og ástandi hans. Aðgerð er oftast gerð í mænudeyfingu sem hefur marga kosti fyrir sjúkling umfram svæfingu. Stundum er einnig lagður utanbastsleggur (epidural) til að auðvelda verkjastillingu. Hann er þá hafður áfram í $1/2-1$ sólarhring, en oftast ekki lengur við liðskiptaaðgerð á mjöðm.

Verkjameðferð. Á aðgerðardegi og fyrsta degi eftir aðgerð fær sjúklingur sterk verkjalyf í sprautuformi. Eftir það eru notuð hefðbundin verkjalyf eða gigtarlyf sem töflur eða endaparmsstílar. Sjúklingar eru hvattir til að þiggja verkjalyf á föstum tímum til að tryggja sig gegn verkjum, en einnig til að auðvelda hreyfingu sem er mjög mikilvæg.

Mikilvægt er að hagræða sjúklingi og tryggja rétta og þægilega legu í rúminu.

Sýklalyfjagjöf. Sjúklingur fær sýklalyfjagjöf í æð skömmu áður en aðgerð hefst og síðan í einn sólarhring. Þetta er gert í fyrirbyggjandi tilgangi til að forðast sýkingar á skurðstað.

Þvagleggur. Vegna mænudeyfingarinnar er lagður þvagleggur sem sjúklingur þarf að hafa í sólarhring eftir aðgerð. Æskilegast er að hægt sé að fjarlægja hann á fyrsta eða öðrum degi eftir aðgerð, því vitað er að sýkingarhætta í blöðru eykst umtalsvert ef hann liggur inni lengur.

Blóðgjöf, eftirlit með blóðmagni. Við aðgerðina tapar sjúklingur talsverðu blóðmagni. Þess vegna þurfa flestir að fá blóðgjöf meðan á aðgerð stendur. Síðan þarf að mæla blóðhag tvisvar til þrisvar sinnum eftir aðgerð til eftirlits og stundum þarf að gefa meira blóð.

Dren, umbúðir, saumataka. Sjúklingur er með sogdren inn á aðgerðarsvæði fyrsta sólarhringinn til að taka við viðbótarblæðingu eftir aðgerð. Það er fjarlægt á fyrsta degi. Umbúðir eru hafðar óhreyfðar í þrjá daga

eftir aðgerð, eftir það eru settar léttar umbúðir. Saumataka eða heftataka er framkvæmd á fjórtánda degi á heilsugæslustöð eða af heimahjúkrun.

Hreyfing og öndun. Strax á vöknun er mikilvægt að hvetja til djúpöndunar. Daginn eftir aðgerð er síðan hægt að hefja fótæfingar.

Sjúkraþjálfarar aðstoða sjúkling við að fara fram úr rúmi á fyrsta degi eftir aðgerð. Þegar á öðrum degi er mikilvægt að aðstoða sjúkling fram úr minnst þrisvar á dag og ganga með honum nokkur skref á stofu og gangi. Há göngugrind er nauðsynlegt hjálpertæki. Sjúkraþjálfarar kenna síðan sjúklingnum að ganga við hækjur eða göngugrind og mikilvægt er að allir, bæði sjúklingurinn sjálfur og starfsfólk, skilji gildi þess að hann auki hreyfingu dag frá degi og aðstoði hann við það eftir þörfum.

Blóðþynningarlyf er gefið daglega í fimm til sex daga.

Næring og vökví. Fylgst er með vökvaföfnvægi eftir aðgerð og sjúklingur síðan hvattur til að drekka vel og fylgst með næringarinntekt.

Hættan á liðhlaupi. Eftir liðskipti á mjöðm er töluverð hætta á liðhlaupi í liðnum, nema að vissum varúðarreglum sé fylgt. Sjúkraþjálfari kennir fólki þessar varúðarreglur og kennir þeim nýjar hreyfingar. Það er mikilvægt að þessum hreyfingum sé beitt í öllum aðgerðum daglegs lífs næstu þrjá til sex mánuði og sumar hreyfingar þarf að viðhafa ævilangt. Þess vegna þurfa allir að leggjast á eitt að hjálpa sjúklingi að festa þessar æfingar í minni og þjálfar sig í að beita þeim.

Hjálpertæki. Eftir aðgerð fær sjúklingur hjálpertæki sem hann notar með okkar hjálp meðan á sjúkrahúsdvöl stendur, en fær síðan með sér heim að láni frá Hjálpertækjamiðstöð Tryggingastofnunar. Þau eru upphækkun á salerni, sessa í stól, sokkaifæra og griptöng (Black, o.fl., 2001; Gerviliður í mjöðm, 1997).

Undirbúningur fyrir heimferð

Alveg frá því að aðgerð er fyrirhuguð hjá sjúklingi þarf að byrja að huga að því hvernig málum hans verði best háttáð eftir aðgerð. Sá undirbúningur hefst oft á læknastofunni, þegar læknir sjúklings spyr hann um aðstæður á heimili og hvort einhver vandkvæði séu fyrir hendi varðandi endurbata og endurhæfingarmöguleika hans.

Í móttökuvíðtali hjúkrunarfræðings er spurt um aðstæður á heimili og hvort líkur séu á að sjúklingur fari heim að aðgerð lokinni. Í samræmi við það er skoðað hvort gera þurfi endurbætur á heimili, hvort biðja eigi um heimahjúkrun eða aðstoð frá félagsþjónustu eða hvort sjúklingur fari áfram á endurhæfingastofnun eða deild. Upplýsingagjöf og gott samstarf við aðstandendur er mikilvægt í þessu tilviki og undirbúningur mikilvægur. Sé ekki um aðra sjúkdóma að ræða og aðstæður góðar, er fólk oftast komið vel á veg með að ganga á hækjum og vera sjálfbjarga við athafnir daglegs lífs við útskrift af sjúkrahúsi, og er því fært um að fara heim með þeirri aðstoð sem völ er á hverju sinni.

Algengur legutími er fimm til sjö dagar. Ef um aðra sjúkdóma er að ræða eða aldur eða styrkur sjúklings krefst lengri sjúkrahúsdvalar, er það góður undirbúningur að tryggja fólki vist á endurhæfingardeild fyrir aldraða áður en til aðgerðar kemur. Læknir og sjúkrahjálfari ákveða hverju sinni hvernig endurhæfingu skuli háttað, en bataferlið tekur þrjá til sex mánuði.

Hugleiðingar frá eigin brjósti

Mér hefur þótt ánægjulegt að vinna með sjúklingum sem fara í gerviliðsaðgerðir. Sjúklingar eru oftast nokkuð tilbúnir að taka þetta stóra skref til að bæta líðan sína. Aðgerðir ganga yfirleitt vel og margt hjálpast að við að gera aðgerðina sífellt áhættuminni. Þegar svo sjúklingur uppgötvar að aðgerð lokinni, jafnvel við fyrsta ástig, að líðan í liðnum hefur breyst til batnaðar þá upphefst tímabil væntinga um betra líf.

Við útskrift er oft komin talsverð reynsla þessu til staðfestingar, svo sjúklingur kveður okkur fullur bjart-sýni. Þetta er því þakklátt starf og hægt að gleðjast með sjúklingi yfir góðum árangri og von um betra líf.

2. Hjúkrun sjúklinga sem gangast undir mjaðmaraðgerðir vegna beinbrota

Hættan á að fá brot á mjaðmarsvæði eykst verulega með hækkunum aldri. Um 95% allra mjaðmarbrota verða hjá einstaklingum 50 ára og eldri. Áhættuþættir varðandi mjaðmarbrot eru, auk aldurs, beinþynning, heilabilun, það að vera hvít kona og að dvelja á öldrunarstofnun. Karlar eru þó alls ekki undanskildir hættu á mjaðmarbroti sem hefur aukist með hækkunum lífaldri. Ástæða beinbrotsins er oftast fall, sem getur orsakast af svima eða skerðingu á hreyfifærni. Lélegt næringarástand, hreyfingarleysi, heilabilun og ýmsir undirliggjandi sjúkdómar eru oft orsök þess að fólk dettur og beinbrotnar. Þess vegna koma þessir sjúklingar til aðgerðar á allt öðrum forsendum og með allt annan undirbúning en þeir sjúklingar sem hafa valið í samráði við lækni sinn að gangast undir aðgerð (Black, o.fl., 2001).

Þegar að aðgerð kemur gilda þó sömu viðmið og áður hafa verið nefnd, nema hvað aðstæður sjúklinga og aðstandenda þeirra eru miklu verri þar sem enginn er í raun undirbúinn. Þegar tekin er heilsufarssaga skiptir almennt ástand og aðrir sjúkdómar miklu, en það skiptir einnig miklu að meta styrkleikabætti og veik-leikabætti einstaklingsins og aðstandenda hans.

Undirbúningur fyrir aðgerð

Undirbúningur fyrir aðgerð er oftast minni en við gerviliðsaðgerðir vegna þess að sjúklingur fer svo fljótt sem hægt er í aðgerð. Huga þarf að næringarástandi og húðhreinun, viðhafa legusáravarnir, setja upp þvaglegg og gefa blóðþynningarlyf, sýklalyf og verkjalyf og fylgjast vel með verkun þeirra (Black, o.fl., 2001).

Hjúkrun eftir aðgerð

Hjúkrun eftir aðgerð er á fyrstu dögum sambærileg við hjúkrun eftir mjaðmaraðgerðir. Hún fer þó nokkuð eftir aðgerðartegund, sem er mismunandi eftir legu brotsins. Í öllum tegundum aðgerða, nema einni, er umtalsvert blóðtap og aðgerð tekur talsverðan tíma. Þegar hægt er að gera aðgerð með neglingu í röntgenskyggingu án teljandi inngríps er blóðtap hverfandi og aðgerð reynir lítið á sjúkling, sem gerir endurbata og endurhæfingu auðveldari en ella.

Aðrar aðgerðartegundir eru annaðhvort negling eða að settur er hálfur liður eða nagli með haus sem gengur inn í mjaðmarskálina. Við allar þessar aðgerðir þarf að sinna sjúklingi á sama hátt og við mjaðmaraðgerðir.

Hættan á liðhlaupi er þó ekki fyrir hendi við neglingar, en eftir sem áður þarf að hagræða sjúklingi vel og gæta vel að hreyfingum (Black, o.fl., 2001).

Undirbúningur fyrir útskrift

Batahorfur sjúklinga sem hafa hlotið mjaðmarbrot eru mjög mismunandi og endurbatinn tekur mislangan tíma. Þar skiptir miklu almennt ástand, aðrir sjúkdómar, aldur, aðstæður og lífskraftur einstaklingsins. Einnig skiptir miklu hvort tekst að forða fylgikvillum eftir aðgerð og/eða fylgikvillum vegna brotsins.

Við mat á getu sjúklings skiptir samstarf fagstétta miklu og reynist vel að vinna að framvindu mála sjúklings í teymisvinnu. Er þá um skipulagt samstarf að ræða, bæði innan deildar þar sem sjúklingur dvelst og einnig í samvinnu við önnur útskriftarteymi. Á LSH er starfandi útskriftarteymi sem vinnur í samráði við starfsfólk deildar að útskriftarmálum. Einnig er samvinna og upplýsingagjöf til aðstandenda mikilvæg. Stundum getur sjúklingur útskrifast í fyrri aðstæður með þeirri hjálp sem býðst á heimili. Oft þarf þó sjúklingur lengri tíma til að ná bata og er þá æskilegt að hann komist á endurhæfingarstofnun fyrir aldraða (Black, o.fl., 2001).

Hugleiðingar frá eigin brjósti

Það er alltaf erfitt og krefjandi verkefni að hjúkra sjúklingi sem hefur beinbrotnað. Beinbrot kemur öllum í opna skjöldu, jafnt ungum sem gömlum. Að hjúkra öldruðum sem hafa hlotið mjaðmarbrot krefst nærfærni, góðs eftirlits og nákvæmni þegar kemur að því að meta heilsufar, andlega líðan og varnir gegn fylgikvillum aðgerðar og legu.

Vitað er að mjaðmarbrot á efri árum dregur úr lífs-gæðum fólks og eykur líkur á stofnanavistun. Þess vegna er mikilvægast að fyrirbyggja slík brot eftir megni. Vitað er um margt sem getur aukið öryggi fólks á efri árum s.s. gott heilsufarseftirlit og eftirfylgd, næg heimahjúkrun og önnur aðstoð á heimili, en einnig þarf að veita fjármagni í aðgerðir sem vitað er að eru fyrir-

byggjandi. Er það von mín að hægt verði að sýna fram á færri beinbrot hjá öldruðum sem allra fyrst.

Heimildir

Ásta Thoroddsen og Anna Björg Aradóttir. (Ritstj.). (1997). *Skráning hjúkrunar: handbók*. (2. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.

Black, J.M., Hawks, J.H. og Keene, A.M. (Ritstj.). (2001). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management and Positive Outcomes*. (6. útg.). St. Louis: Elsevier-Saunders.

Fræðsla fyrir gerviliðsaðgerðir: Fræðsluefni í handriti. Ábm. Eyrún Ólafsdóttir, hjúkrunarfræðingur. Deild B-5. Landspítali-háskólasjúkrahús. *Gerviliður í mjöðm*. Bæklingur. Bæklunarlækningadeild 1994/14. Endurpr. 1997. Landspítali-háskólasjúkrahús.

Helgi Jónsson. (2004). Slitgigt í hjám og mjöðmum. Ráðleggingar fyrir þá sem þjást af slitgigt í hjám og mjöðmum. Hvað getur fólk gert sjálf? *Listin að lífa*, 9(4), 59.

Höfundur starfaði á bæklunarskurð-deild 13-G Landspítala árin 1990-2000.

www.iljaskinn.is

Skóverslunin - Iljaskinn

Mönn Hlábakkbraut 69 - 66 Símt: 863 2304

GREENLAMP HDE ECCC

Perlasög nálgjaf fjálmisgerðisfræðslu

Flunnisdegi milli kl. 15:00 og 18:00
Laugardegi milli kl. 11:00 og 14:00



Dvalarheimilið Sæborg

Hjá Dvalarheimilinu Sæborg, Skagaströnd eru þrjú herbergi laus.
Þetta eru tvö hjónaherbergi og eitt einstaklings herbergi.
Öll herbergin eru með sér snyrti aðstoðu með sturtukletta, og forstofu með litlum ísskáp, fataskáp og fatahengi.
Á heimilinu er heltur nuddpottur, rúmgóð sólstofa, setustofa með stóru sjónvarpi og hljómflytningstækjum. Í öllum herbergjum eru tengingar fyrir sjónvarp og síma og enn fremur neyðarhnappur. Öll þjónusta er innifalin í dvalargjaldinu svo sem lyf lækniþjónusta, þvottur o.fl.

Nánari upplýsingar veitir forstöðumaður Pétur Eggertsson í sínum 452-2810 / 866-0082

Endurhæfing eftir ísetningu gerviliðar í mjöðm

Harpa Hrönn Sigurðardóttir
sjúkráþjálfari á bæklunar-
lækningadeild LSH, Fossvogi



Almennt

Gerviliðsaðgerð á mjöðm er ein algengasta bæklunaraðgerð sem gerð er á fólki 65 ára og eldra (Freburger, 2000).

Algengasta orsök þess að settur er gerviliður í mjöðm er slitgigt.

Markmiðið með þessari aðgerð er að losa fólk við verki, auka liðferil, bæta starfræna getu og auka lífsgæði.

Miklar framfarir hafa orðið bæði í þróun gerviliða og tækni við aðgerðir. Einnig er legutími mun styttri nú en áður var.

Áhætta sem fylgir þessum aðgerðum hefur minnkað og árangur batnað (NIH Consensus Development Conference on Total Hip Replacement, 1995).

Aðgerðin

Gerviliðurinn samanstendur af tveimur hlutum, hágæða plastskál sem sett er í augnkarlinn (acetabulum) og stálkúlu á skafti sem er sett niður í lærlegginn og yfirleitt fest með beinsementi (Gerviliður í mjöðm. Bæklingur, 1997).

Hér á landi eru notaðar tvær aðferðir við aðgerðirnar. Annars vegar er mjaðmarliðurinn opnaður aftan frá og liggur sjúklingur þá á hlið í aðgerð og hins vegar er liðurinn opnaður framan frá og liggur sjúklingur þá yfirleitt á bakinu.

Eftir aðgerð er sá hluti liðpokans sem var opnaður viðkvæmur fyrir álagi og því hætta á liðhlaupi sérstaklega fyrstu þrjú mánuðina á meðan vefir eru að gróa. Mikilvægt er þó að fara varlega alla tíð. Þessa fyrstu mánuði þarf því að fylgja ákveðnum varúðarráðstöfunum í sambandi við hreyfingu. Þegar liðurinn er opnaður aftan frá þarf að gæta þess að snúa fótleggnum ekki inn á við, en þegar hann er opnaður framan frá þarf að fara varlega í snúninga út á við. Í báðum tilfellum má aðeins beygja að 90° í mjöðm (Gerviliður í mjöðm. Fræðslubæklingur, 1997).

Góður árangur þessarar aðgerðar er háður því að hún hafi gengið vel, að liðurinn sitji rétt og að fólk sé vel meðvitað um ástand sitt og viti hvað það má gera og hvað beri að varast (Ólöf R. Ámundadóttir, 2005).

Endurhæfingin

Niðurstöður rannsókna sýna að helstu vöðvahópar sem eru slappir hjá einstaklingum bæði fyrir og eftir gerviliðsaðgerð á mjöðm eru réttivöðvar mjaðmar (extensorar), beygjuvöðvar mjaðmar (flexorar), fráfersluvöðvar mjaðmar (abductorar) og beygju- og réttivöðvar í hné. Einnig geta verið styttingar í vöðvum kringum mjöðm og hné (Shih, Du, Lin, og Wu, 1994).

Hreyfingarleysi samfara stórum aðgerðum og sjúkrahúslegu veldur m.a. vöðvarýrnun (Suetta, o.fl., 2004). Þá hafa verkir einnig áhrif á að hreyfigeta minnkar og vöðvarýrnun eykst.

Sýnt hefur verið fram á að einstaklingar sem hafa farið í gerviliðsaðgerð á mjöðm eru með vöðvarýrnun í mjaðmarvöðvum 2-3 árum eftir aðgerð. Styrkur mjaðmarvöðva hefur mikil áhrif á göngugetu, gönguhraða og almenna færni einstaklinga með gervilið í mjöðm. Kraftleysi í mjaðmarvöðvum sérstaklega í fráferslúvöðvum mjaðma og litlu snúningsvöðvunum eykur á óstöðugleika í mjöðm, getur valdið losi á gervilið eða leitt til annarra fylgikvilla (Jan, o.fl., 2004; Segtnan, 2001; Shih, o.fl., 1994). Það er því mikilvægt að fólk geri æfingar strax á sjúkrahúsinu og fái leiðbeiningar með sér heim. Það þarf að halda áfram með æfingar með sérstakri áherslu á vöðvastyrk, ekki bara til að hindra vöðvarýrnun heldur til að viðhalda og auka færni og koma í veg fyrir fylgikvilla (Jan, o.fl., 2004; Sashika, Matsuba og Watanabe, 1996; Segtnan, 2001). Niðurstöður rannsókna sýna að meðferðarheldni í heimaæfingunum skiptir miklu máli upp á þjálfunaráhrif (Jan, o.fl., 2004).

Rannsóknir á heilsutengdum lífsgæðum fólks fyrir og eftir gerviliðsaðgerð á mjöðm sýna marktæka breytingu til hins betra á heilsufari, þreki, verkjum, svefni, liðan og lífsgæðum í heild (Maxey og Magnusson, 2001; Tómas Helgason o.fl., 2000).

Einstaklingar sem leggjast inn á bæklunarlægningadeild LSH í Fossvogi og fara í gerviliðsaðgerð á mjöðm dvelja 5-6 daga á sjúkrahúsinu eftir aðgerð. Sjúkraþjálfun er mikilvæg sem fyrsta meðferð eftir aðgerðina. Hún bætir færni og starfræna getu og þá getur sjúkraþjálfun einnig stýtt legutíma og þar með minnkað kostnað í heild (Munin, Rudy, Glynn, Crossett, og Rubash, 1998). Það er og hefur verið sameiginlegt álit sjúkraþjálfara að þessir einstaklingar eigi að fá meðferð tvisvar sinnum á dag virka daga og a.m.k einu sinni á dag um helgar meðan á sjúkrahúsdvöl stendur (Freburger, 2000; Vaktir sjúkraþjálfara, 2001). Fræðsla er mikilvægur þáttur í meðferðinni, bæði hópræðsla og einstaklingsfræðsla. Mikilvægt er að fræða um gerviliðinn, liðvernd og hættuna á liðhlaupi. Farið er vel yfir hvaða hreyfingar þarf að varast sérstaklega fyrstu 3-4 mánuðina og hvernig á að hreyfa sig „rétt“. Fræðsla fyrir og eftir aðgerð skiptir miklu máli fyrir þá sem hafa fengið gervilið í mjöðm og hefur einnig áhrif á árangur aðgerða (Freburger, 2000).

Markmið sjúkraþjálfunar þessa fyrstu viku eftir gerviliðsaðgerð á mjöðm er að gera einstaklinginn sjálfbjarga. Þessu er náð með færnimíðunum æfingum þ.e. að æfa flutning úr og í rúm, að setjast og standa upp úr stól og liðferilsæfingum sem miða að því að auka hreyfanleika í mjaðmarliðnum. Æfingar sem gerðar eru á sjúkrahúsinu eru aðallega virkar, virkar með aðstoð, „isometrískar“ fyrir sérstaka vöðvahópa og stöðugleikaæfingar. Gönguþjálfun hefst strax daginn eftir aðgerð, fyrst með háa göngugrind og síðan hækjur eða lága göngugrind. Fræðsla er mikilvægur þáttur í meðferðinni. Leggja þarf áherslu á gönguþjálfun til að sem flestir geti gengið án gönguhjálpartækja nokkrum vikum eftir aðgerð. Göngugreining og leiðrétting á göngumynstri er mikilvægur þáttur í þjálfun þessara

einstaklinga. Á göngu er einnig mögulegt á einfaldan hátt að þjálfa margs konar hreyfingar. Hægt er að taka út ákveðna þætti í göngufasanum og þjálfa ákveðna vöðva og hreyfingar til að ná upp góðri göngugetu. Lengdarmunur getur verið á fótleggjum eftir þessar aðgerðir og er hægt að laga það með upphækkun í skó. Þetta hefur einnig áhrif á göngumynstur.

Peir sem fá gervilið sem ekki er festur með beinsementi mega bara stíga með 10-15 kg þunga í þann fót fyrstu 6 vikurnar og auka svo ástigið smám saman.

Útskrift

Fólk þarf að hafa ákveðna færni til þess að geta útskrifast eftir gerviliðsaðgerð. Það þarf að vera sjálfbjarga með flutning, þ.e. fara framúr og upp í rúm, ganga með þau hjálpartæki (hækjur/grind) sem farið er með heim og ganga upp og niður tröppur. Einnig er mikilvægt að geta sest í stól, staðið upp úr stól, farið einn á salerni og klætt sig. Fólk þarf að vera öruggt með hvaða hreyfingar á að varast, eins og að beygja of mikið í mjöðm (>90°), snúa aðgerðarfæti of mikið inn á við, krossleggja fætur og setjast á hækjur sér. Einnig er mikilvægt að fólk hafi gott vald á þeim æfingum sem það á að gera heima.

Fólk þarf að verða nær sjálfbjarga með framangreint á þessum 5-6 dögum sem það liggur inni. Það er ekki æskilegt að aka bíl sjálf/ur fyrstu 3-5 vikurnar. Það er ekki æskilegt að vinna erfið heimilisverk til að byrja með eða bera þunga hluti. Auðveldar lausnir geta gert lífið léttara fyrst um sinn, eins og að fjarlægja allar lausar gólfmottur, fjarlægja snúrur t.d. frá lömpum, sínum o.fl. Einnig er gott að hafa þá hluti sem mest eru notaðir í seilingarhæð í svefnherbergi, t.d. nærföt og sokka, í eldhúsinu og í sjónvarpsherbergi, útbúa matarpakka í frysti, kynna sér heimsendingarþjónustu verslana í nágrenninu eða fá ættingja eða vini til að kaupa inn. Þá er gott að eiga stama mottu í bað og sturtu, eiga langt skóhorn og eiga eða fá lánaðar hækjur eða göngugrind. Það er því mikilvægt að undirbúa heimkomu áður en lagst er inn á sjúkrahús.

Að lokum

Einstaklingar með gervilið í mjöðm geta stundað alla hreyfingu innan ákveðinna marka. Í þessu sem mörgu öðru gildir að nota almenna skynsemi. Aðalatriðið er að varast athafnir þar sem er mikið um óundirbúnar hreyfingar svo sem boltaíþróttir, hlaup, hopp og að bera þunga hluti. Muna að hvíld er jafn mikilvæg og hreyfing! Mikilvægt er að nota skó með góðum sóla sem veitir fætinum góðan stuðning og fara varlega á ójöfnu undirlagi og í hálfu (Ólöf R. Ámundadóttir, 2005). Það er óhætt að stunda kynlíf stuttu eftir aðgerðina en gæta þarf að stöðu mjaðmarinnar.

Ganga er mjög góð þjálfunaraðferð eins og áður er sagt og er gott að koma sér upp gönguáætlun og auka vegalengd og göngutíma smám saman. Það er óhætt að fara í léttar fjallgöngur án þess að bera mikið. Þá er gott að hreyfa sig í vatni og er sund ágætt þegar sár er vel

gróid. Á nokkrum stöðum er boðið upp á sundleikfimi. Óhætt er að hjóla t.d. á þrekhjóli og á venjulegu hjóli fyrir þá sem eru vanir að hjóla og einnig að vinna í garði sínum, spila golf (í skóm án takka) og nota kerru undir golfsettið til að forðast burð. Fyrir góða skíðamenn er óhætt að fara á skíði í góðu færi. Einnig er óhætt að stunda flestar æfingar í tækjasal án þess að lyfta of miklu umfram líkamsþyngd.

Heimildir

Freburger, J.K. (2000). An analysis of the relationship between the utilization of physical therapy services and outcomes of care for patients after total hip arthroplasty. *Physical Therapy*, 80, 448-458.

Gerviliður í mjöðm. Bæklingur, 1997. LSH, Fossvogi.

Gerviliður í mjöðm. Fræðslubæklingur, 1997. Útg. Rannsóknin Gerviliður í mjöðm – KS. Reykjavík.

Jan, M.H., Jing, J.Y., Lin, J.C., Wang, S.F., Liu, T.K. og Tang, P.F. (2004). Effects of a home program on strength, walking speed, and function after total hip replacement. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1943-1951.

Maxey, L. og Magnusson, J. (Ritstj.). (2001). *Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient*. New York: Mosby.

Munin, M.C., Rudy, T.E., Glynn, N.W., Crossett, L.S. og Rubash, H.E. (1998). Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. *JAMA*, 279, 847-852.

NIH Consensus Development Conference on Total Hip Replacement, 1995. Ólöf R. Amundadóttir. *Kennslugögn* 2005.

Santavirta, N., Lillqvist G., Sarvimaki, A., Honkanen, V., Kontinen, Y.T. og Santavirta S. (1994). Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery, *International Journal of Nursing Studies*, 31, 135-142.

Sashika, H., Matsuba, Y. og Watanabe, Y., (1996). Home program of physical therapy: effect on disabilities of patients with total arthroplasty. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 77, 273-277.

Segtnan, S.K. (2001). *Er det noen forskjell i effekt av to ulike treningsprogram for pasienter operert med totalprotese i hofta?* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Shih, C.H., Du, Y.K., Lin, Y.H. og Wu, C.C. (1994). Muscular recovery around the hip joint after total hip arthroplasty. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 302, 115-120.

Suetta, C., Magnusson S. P., Rosted, A., Jakobsen, A. K., Larsen, L.H. Duus, B. o.fl. (2004). Resistance training in the early postoperative phase reduces hospitalization and leads to muscle hypertrophy in elderly hip surgery patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52, 2016-2022.

Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir, Halldór Jónsson, Tómas Zoëga o.fl. (2000). Heilsutengd lífsgæði sjúklinga fyrir og eftir meðferð. *Læknablaðið*, 86, 422-428.

Vaktir sjúkrahjálpara á LSH-Fossvogi og Grensási, 2001.



Heyrnartæki með gervigreind

SYNCRO

- Afgreiðslutími innan þriggja vikna
- Þjófum margar tegundir af sjálfvirkum, stafrænum heyrnartækjum
- Verð frá 47.000 – 170.000 kr fyrir allt tæki
- Persónuleg og góð þjónusta

Erum með þjónustu á Akureyri - Ísafirði - Egilsstöðum

Heyrnartækni

www.heyrnartækni.is

Glasbecc Álfbelmann 74 104 Reykjavík símt: 568 6880

Tryggvabraut 22 600 Akureyri símt: 893 5960

Stytttri legutími og bætt líðan við gerviliðsaðgerð á mjöðm

Framskyggn slembiúrvalsrannsókn þar sem fimmtíu liðskiptasjúklingum var fylgt eftir í 6 mánuði

Kristín Siggeirsdóttir
iðjuþjálfari, MSc. Hefur yfirumsjón með hreyfifærnisviði Öldrunar-rannsóknar Hjartaverndar og er framkvæmdastjóri hjá Janusi endurhæfingu ehf.



Ásdís Kristjánsdóttir sjúkraþjálfari,
BSc, MTc. Starfar hjá Sjúkraþjálfunarstöðinni ehf.

Brynjólfur Y. Jónsson bæklunarlæknir,
Dr. Sci. Yfirlæknir á bæklunardeild
Háskólasjúkrahússins MAS í Malmö, Svíþjóð.

Vaxandi þörf á liðskiptum í mjöðm hefur sett aukinn þrýsting á heilbrigðiskerfið um skilvirkni. Í þessari rannsókn voru rannsókuð áhrif mismunandi eftirmeðferðar eftir gerviliðsaðgerð á mjöðm á líkamlega og andlega líðan.

50 sjúklingum frá tveim sjúkrahúsum var skipt í tvo hópa, þar sem annar (27 einstaklingar) var hafður til samanburðar en hinn (23) fékk fræðslu fyrir aðgerð og leiðbeiningar frá iðjuþjálfara og sjúkraþjálfara þegar heim var komið,

ásamt heimahjúkrun. Meðallegutími var tíu dagar í samanburðarhópnum en rúmír sex í fræðsluhópnum. Árangur samkvæmt „Oxford Hip Score“ var marktækt betri hjá fræðsluhópi eftir aðgerð. Lífsgæði mæld með „Nottingham Health Profile“ voru einnig betri í fræðsluhópnum. Enginn marktækur munur var á fylgikvillum í hópnum.

Þannig virðist fræðsla fyrir aðgerð og leiðbeiningar heima eftir aðgerð ásamt heimahjúkrun vera áhrifarík og örugg aðferð til að stytta legutímamann.

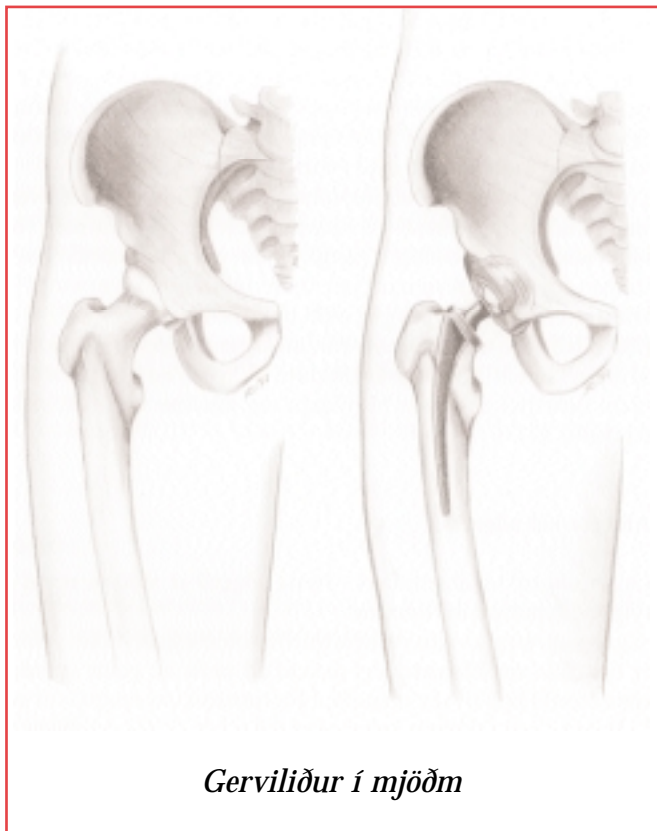
Bakgrunnur

Liðskiptaaðgerðir hófust að marki á sjötta áratug síðustu aldar. Það var Englendingurinn John Charnley sem hóf tilraunir á ýmsum efnum í gerviliði. Hann kom fljótlega niður á þá lausn að láta litla stálkúlu festa á stilk, sem límdur var fastur í ofanverðan lærlegg, hreyfast (liða) í þykkum bolla sem gerður var úr plasti. Þannig tókst honum að fá gervilið sem sat fastur í líkamanum og varðist sliti jafnvel í áratugi.

Í upphafi voru vandamálin við liðskiptaaðgerð einkum tengd djúpum sýkingum og blóðtöppum, sem gátu haft afdrifaríkar afleiðingar fyrir sjúklinginn. Því var rík ástæða til að hafa sjúklingana inniliggjandi þar til fullvíst þótti að þeim væri engin hætta búin þegar heim var komið. Meðferðaráætlanir gerðu ráð fyrir legutíma allt að þrem vikum (Coventry, Beckenbaugh, Nolan og Ilstrup, 1974). Með tímanum tókst þó að draga úr vandamálum tengdum aðgerðinni sjálfri, en legutíminn

var lengi vel tiltölulega langur. Helstu mælikvarðar á öryggi og árangur aðgerðar voru einmitt bundnir fylgikvillum svo sem dauða, djúpum sýkingum, blóðtöppum, þvagfærasýkingum, lungnabólgu ofl. Seinna þegar búið var að fækka hinum alvarlegu fylgikvillum var farið að mæla árangurinn í bættri færni og minni verkjum. Mælitækin voru lengi vel nokkuð ónákvæm og byggðust á grófri áætlun á verkjum, hreyfigetu og færni.

Slitgigt í ganglumum, einkum í mjöðm, er ástand sem fyrir einum mannsaldri lagði fólk, sem komið var af léttasta skeiði, í kör. Um leið og öryggi samfara gerviliðsaðgerðum batnaði jókst eftirspurnin og má með sannni segja að gerviliðsaðgerðir á mjöðm séu með best heppnuðu aðgerðum samtímans. Það sem skiptir mestu varðandi aukna eftirspurn er sívaxandi fjöldi eldri einstaklinga. Árið 1995 voru 11,3% þjóðarinnar 65 ára og eldri og spáð er að hlutfallið vaxi í 13,6% árið 2015. Tíðni slitgigtar í mjöðm eykst með vaxandi aldri þannig að vel



Gerviliður í mjöðm

verður að halda á spöðunum ef framboð á að fullnægja eftirspurn. Í OECD-löndunum var tíðni gerviliðsaðgerða á mjöðm milli 50 og 130 per 100.000 á ársgrundvelli (Dreinhöfner o.fl., 2003). Ísland er þarna efst á lista með 133 per 100.000 íbúa. Á Íslandi er spáð að fjöldi fyrstu gerviliðsaðgerða á mjöðm komi til með að aukast um þriðjung, úr 221 árið 1996 í 300 árið 2015 (Þorvaldur Ingvarsson, Hægglund, Halldór Jónsson og Lohmander, 1999).

Kostnaður við heilbrigðiskerfið hefur einnig vaxið hröðum skrefum síðustu áratugi. Árið 1960 var kostnaður við íslenska heilbrigðiskerfið 3,3% af vergri þjóðar

framleiðslu. Árið 1997 var hlutfallið komið upp í 7,9% (Heilbrigðisáætlun til ársins 2010, 2001). Það er því til mikils að vinna ef hægt er að halda útgjaldaaukningu heilbrigðiskerfisins í skefjum.

Sé ofangreint haft í huga vaknar óneitanlega sú spurning hvort hægt sé að sameina sjónarmiðin, þ.e.a.s. fullnægja eftirspurn eftir gerviliðsaðgerðum og samtímis halda kostnaðinum í skefjum.

Ein hugsanleg leið er að bæta skilvirkni heilbrigðiskerfisins með styttri legutíma. Mjög mikilvægt er hins vegar að gæta þess að öryggi sjúklinga sé ekki stofnað í hættu og því nauðsynlegt að ganga úr skugga um að sjúklingar og umhverfi þeirra þoli vel allar breytingar á verklagi.

Markmið rannsóknarinnar

Markmið rannsóknarinnar var að athuga hvort hægt væri að stytta sjúkrahúsdvöl einstaklinga sem fá gervilið í mjöðm, án þess að það komi niður á líkamlegri og andlegri líðan þeirra.

Framkvæmd

Þegar farið var af stað með að rannsaka hvort hægt væri að stytta legutímann var bæklunarskurðeild Landspítalans í Reykjavík sú eining á Íslandi þar sem afköstin í liðskiptum voru mest á landinu með meðaltalslegutíma upp á rúma 11 daga. Því var ákveðið að bjóða sjúklingum af höfuðborgarsvæðinu, sem voru á biðlista eftir fyrstu gerviliðsaðgerð á mjöðm á Landspítalanum, þátttöku í framskyggnri slembiúrvalsrannsókn. Hópnun var skipt af handahófi í tvo hópa. Annar hópurinn, hér eftir kallaður samanburðarhópur, fékk hefðbundna meðferð bæði fyrir og eftir aðgerð á legudeildinni. Ef talin var þörf á frekari endurhæfingu eða umönnun var sjúklingum í þessum hópi boðið upp á slíkt á sjúkrahótelum eða endurhæfingarstofnun. Hinum hópnunum, sem héðan í frá nefnist fræðsluhópur, var boðið upp á fræðslu um það bil 4 til 6 vikum fyrir áætlaðan aðgerðardag. Þar voru einstaklingarnir vel undirbúnir undir aðgerð bæði munnlega (myndskyggnur) og skriflega (fræðslubæklingur) og meðal annars látnir læra þær æfingar sem æskilegt var að viðhafa fyrir og eftir aðgerð. Einnig var notkun hjálpartækja æfð, m.a. kennt að ganga á hækjum svo eitthvað sé nefnt. Sótt var um þau hjálpartæki sem álitin voru nauðsynleg. Fyrir innlögn fékk sjúklingurinn iðjubjálfa og/eða sjúkrapjálfa í heimsókn til að rifja upp notkun hjálpartækjanna og þær æfingar sem honum höfðu verið kenndar ásamt því að svara spurningum ef einhverjar voru.

Að lokinni aðgerð og bráðnauðsynlegri eftirmeðferð var svo fræðsluhópurinn útskrifaður heim á fimmta degi eftir aðgerð ef allt gekk að óskum. Einstaklingum í þeim hópi var boðin fylgd iðjubjálfa eða sjúkrapjálfa heim af legudeildinni ef þeir óskuðu þess og í framhaldi af því luku þeir endurhæfingunni heima undir eftirliti sjúkrapjálfa og/eða iðjubjálfa og nutu heimahjúkrunar eins lengi og þörf var á.

Rannsóknin hófst á bæklunarskurðeild Landspítalans í desember 1997. Rúmlega ári eftir að farið var af stað með rannsóknina var ákveðið að flytja starfsemi bæklunarskurðeildar Landspítalans yfir á Borgarspítalann. Vegna alls rasks sem af þessu hlaut fækkaði þeim sjúklingum sem komu inn í rannsóknina á Landspítalanum. Því var ákveðið árið 1999 að bjóða einnig sjúklingum sem gengust undir gerviliðsaðgerð á mjöðm á Sjúkrahúsi Akraness að taka þátt í rannsókninni.

Mælitæki

Til að meta árangur voru sjúklingar úr báðum hópum beðnir um að svara spurningum um árangur fyrir aðgerð, við útskrift, 2, 4 og 6 mánuðum eftir gerviliðsaðgerðina. Notaðir voru sértækir mjaðmarmælikvarðar svo sem kvarði Meurle d'Abuigne og Postel (Charnley, 1972) og Harris Hip Score (HHS; Harris, 1969). Þessir listar eru báðir hannaðir til að meta árangur af meðferð við sjúkdómum í mjöðm. Meðferðaraðilinn fyllir listana út. Annar listi, Oxford Hip Score (OHS; Dawson, Fitzpatrick, Carr og Murray, 1996), var einnig notaður. Þessi spurningalisti er sérstaklega hannaður til að meta árangur af gerviliðsaðgerð á mjöðm út frá starfrænni getu og verkjum. Hann inniheldur aðeins 12 spurningar og er því fljótlegur og hentugur. Áreiðanleiki, réttmæti og næmni fyrir breytingum er gott.

Heilsutengd lífsgæði voru mæld með hjálp Nottingham Health Profile (NHP; Hunt, McEwen og McKenna, 1986). Þessi spurningalisti mælir líðan sjúklingsins með tilliti til líkamlegra, félagslegra og tilfinningalegra þátta. Honum er skipt í tvo hluta, þar sem notuð eru já og nei svör. Réttmæti listans og áreiðanleiki er góður. Sjúklingurinn svarar honum sjálfur.

Árangur

Legutíminn var marktækt styttri í fræðsluhópnum á báðum sjúkrahúsunum, eða 6 og 4 dagar að meðaltali miðað við 10 daga í samanburðarhópnum (Tafla I). Allir í fræðsluhópnum fóru heim, en í samanburðarhópnum fóru ellefu á endurhæfingardeild og tveir á sjúkrahótel. Meðalaldur var 66 ár í samanburðarhópnum, en 69 ár í fræðsluhópnum. Langflestir í báðum hópnum fóru í



aðgerð vegna slitgigtar. Fimm í fræðsluhópnum og ellefu í samanburðarhópnum fengu fylgikvilla af einhverjum toga, en enginn þeirra var alvarlegur og engin dauðsföll voru fyrstu sex mánuðina eftir aðgerð.

Starfræn geta var marktækt betri og verkir marktækt minni hjá fræðsluhópnum að tveim, fjórum og sex mánuðum liðnum frá aðgerð samkvæmt mælitækinu OHS. Meðaltals OHS-skor mældist ekki marktækt mismunandi milli hópa fyrir aðgerð, eða 33,1 hjá fræðsluhópi en 36,6 hjá samanburðarhópi ($p=0,061$). Því hærrí einkunn því meiri óþægindi. Tveim mánuðum eftir aðgerð var gildið 19 í fræðsluhópnum en 24 í samanburðarhópnum ($p=0,032$). Eftir fjóra mánuði hafði fræðsluhópurinn 15,4 í einkunn en samanburðarhópurinn 22 ($p=0,007$). Við lokamatið sex mánuðum eftir aðgerð var meðalgildið 14,2 hjá fræðsluhópi en 20,5 hjá samanburðarhópi ($p=0,001$; Tafla II).

Fræðsluhópurinn var betri en samanburðarhópurinn á flestum sviðum þegar þeir voru bornir saman með NHP heilsutengda lífsgæðamælitækinu. Tveim mán-

Tafla 1.

Samanburður á legutíma miðað við meðferðarhóp og sjúkrahús.

	Fræðslu-hópur			Samanburðar-hópur			P-gildi
	Reykjavík	Akranes	Samtals	Reykjavík	Akranes	Samtals	
Fjöldi	18	9	27	11	12	23	
Meðaltal (SD)	5,7 (1,3)	6,9 (1,9)	6,4 (2,4)	7,6 (2,2)	12,8 (2,9)	10 (3,5)	<0,001*
Miðgildi (IQR)	5 (5,0-6,25)	6 (5,5-8,5)	5,5 (5-7)	7 (6,0-9,0)	12 (10,0-15,75)	9,5 (7,0-13)	

* Tölfræði samkvæmt Mann-Whitney prófi.



Farið í/úr bíl, Skyggði fóturinn er sá skorni, farþegasætið er fært eins langt aftur og hægt er, bakið látið halla aftur á bak, sessa eða púði er sett í sætið ef þörf er á.

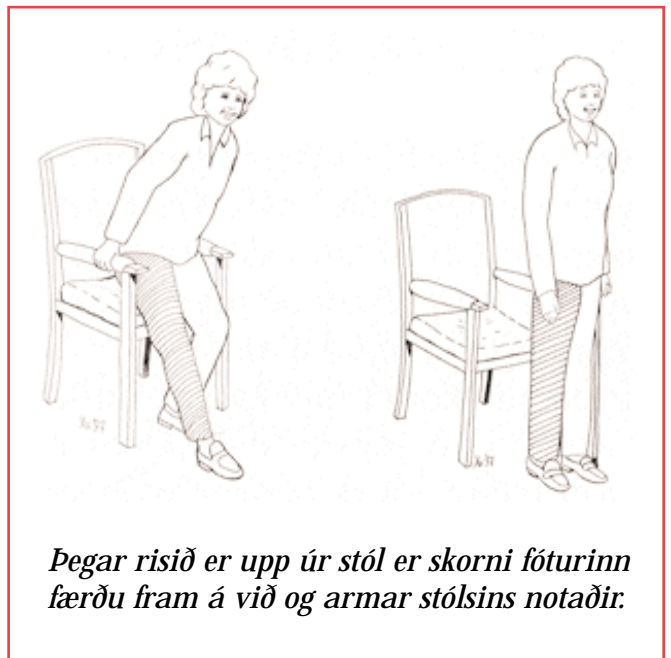
uðum eftir aðgerð voru minni verkir ($p=0,005$) hjá fræðsluhópnum. Eftir fjóra mánuði hafði fræðsluhópurinn minni tilfinningaviðbrögð ($p=0,022$) og félagslega einangrun ($p=0,010$). Að sex mánuðum liðnum stóð samanburðarhópurinn sig betur hvað varðaði orkuskort ($p = 0,007$), verki ($0,021$), hreyfigetu ($p = 0,003$) og félagslega einangrun ($p = 0,033$). Munur á skorun í HHS og á Meurle d'Abuigne og Postel-kvarða var ekki marktækur, en öll gildin voru alltaf fræðsluhópnum í hag.

Samkvæmt niðurstöðum okkar virðist sem styttri legutími á sjúkrahúsi hafi síður en svo óæskileg áhrif á liðan eftir liðskipti í mjöðm, ef stytt sjúkrahúslega er bætt upp með heimahjúkrun, vandaðri fræðslu og leiðbeiningum fyrir og eftir aðgerð.

Lokaorð

Heimahjúkrun og endurhæfing eftir vissa sjúkdóma og aðgerðir hafa verið reynd víða með góðum árangri (Jones, o.fl., 1999; Parker, o.fl., 1991; Wilson, o.fl., 1999). Þessi rannsókn er hinsvegar sú eina sinnar tegundar á Norðurlöndunum sem hefur skoðað endurhæfingu þeirra sem fá gervilið í mjöðm frá áðurgreindu sjónarhorni.

Það sem rýrir nokkuð ályktunargildi þessarar rannsóknar var nauðsyn þess að víkja frá upphaflegri áætlun um að taka einungis sjúklinga frá Landspítalanum. Vegna skipulagsbreytinga þar reyndist því miður nauðsynlegt að taka inn sjúklinga af öðru sjúkrahúsi í rann-



Þegar risið er upp úr stól er skorni fóturinn færðu fram á við og armar stólsins notaðir.

Tafla 2.

Starfræn geta og verkir samkvæmt Oxford Hip Score miðað við meðferðarhóp

	<i>Fyrir aðgerð</i>	<i>2 mán. eftir aðgerð</i>	<i>4 mán. eftir aðgerð</i>	<i>6 mán. eftir aðgerð</i>
Fræðsluhópur				
N	27	27	26	27
Meðaltal (SD)	33,1 (7,5)	19,0 (6,3)	15,4 (4,2)	14,2 (4,3)
Miðgildi (IQR)	31,0 (25,0-39,0)	17,0 (15,0-21,0)	13,5 (12,0-17,5)	12,0 (12,0-15,0)
Samanburðarhópur				
N	21	21	22	20
Meðaltal (SD)	36,6 (6,5)	24,0 (9,0)	22,0 (8,7)	20,5 (7,2)
Miðgildi (IQR)	35,0 (31,5-43,0)	24,0 (16,5-27,5)	20,5 (13,8-30,3)	21,0 (12,3-25,8)
P-gildi*	0,061	0,032	0,007	0,001

* Tölfræði samkvæmt Mann-Whitney prófi

sóknina og varð Sjúkrahús Akraness fyrir valinu þar sem vaxandi fjöldi liðskiptaaðgerða var gerður þar og meirihluti sjúklinganna sem gekkst undir þessar aðgerðir var af Reykjavíkursvæðinu. Legutíminn á Akranesi var nokkuð lengri en í Reykjavík í báðum hópnum. Hinsvegar var legutími fræðsluhópsins styttri á báðum stöðum.

Með hækkandi aldri má gera ráð fyrir að legutími lengist. Þrátt fyrir að meðalaldur væri þrem árum hærri í fræðsluhópnum var legutíminn styttri þar miðað við samanburðarhópinn.

Þannig virðist ljóst að óhætt er að stytta legutíma á sjúkrahúsi eftir liðskipti í mjóðm niður í 5-6 daga án þess að það bitni á líðan og heilsu sjúklingsins svo fremi að til staðar sé virk heimahjúkrun ásamt góðri fræðslu fyrir aðgerð og leiðbeiningum heima eftir aðgerð.

Útdráttur þessi er birtur með góðfúslegu leyfi frá vísindatímaritinu *Acta Orthopaedica Scandinavica*, en greinin mun birtast þar í heild sinni á þessu ári. Aðrar niðurstöður úr þessari rannsókn sem taka til hugsanlegs kostnaðarávinnings verða ekki birtar í þessum útdrætti, en hugsanlega verður það gert síðar.

Rannsóknin var styrkt af Öldrunarráði Íslands, Minningarsjóði Helgu Jónsdóttur og Sigurliða Kristjánssonar, Rannsóknarsjóði Landspítalans og The Göran Bauer Foundation.

Heimildir

- Charnley, J. (1972). The long-term results of low-friction arthroplasty of the hip performed as a primary intervention. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 54-B, 61-76.
- Coventry, M.B., Beckenbaugh, R.D., Nolan, D.R. og Ilstrup, D.M. (1974). 2,012 total hip arthroplasties: a study of postoperative course and early complications. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 56-A, 273-284.
- Dawson, J., Fitzpatrick, R., Carr, A. og Murray, D. (1996). Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 78-B, 185-190.
- Dreinhöfner, H.M.K., Schröder, P., Strümer, T., Puhl, W., Günther, K-P. og Brenner, H. (2003). International variation in hip replacement rates. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 222-226.
- Harris, W.H. (1969). Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 51-A, 737-755.
- Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Langtíamarkmið í heilbrigðismálum. (2001). Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Reykjavík: Grafík.
- Hunt, S.M., McEwen, J. og McKenna, S.P. (1986). *Measuring health status*. Croom Helm, Dover, New Hampshire.
- Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N. og Parker G. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMI*, 319, 1547-1550.
- Parker, M.J., Pryor, G.A. og Myles, J.W. (1991). Early discharge after hip fracture: prospective 3-year study of 645 patients. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 62, 563-566.
- Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N., Jones, J. og Parker G. (1999). Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMI*, 319, 1542-1546.
- Þorvaldur Ingvarsson, Hægglund, G., Halldór Jónsson Jr. og Lohmander, L.S. (1999). Incidence of total hip replacement for primary osteoarthritis in Iceland 1982-1996. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 70, 229-233.

Faglegar ræstingar á heilbrigðissviði



ISS þjónustur:

Sjúkrahúsfólk
Öldrunarstofnanir
Hjúkrunarheimili
Rannsóknarstofur
Heilbrigðisstofur
Meðferðarstofnanir
Læknastofur
Samþýll
Sóttvarnir/lurðir

Ávinningarnir

ISS sér um starfsmannahald
ISS sér um kennslu og hjálfn
ISS sér um áhæði og efn
ISS sér um gæðastærkt
ISS sér um að mæla árangur
ISS tryggir sveigjanleika
ISS veitir tryggt við afhendingu
ISS tryggir fagleg vinnubrögð

Þrátt fyrir ISS íslenski starfs ógn starfsmenn um allt land við ræstingar, þeir í matvæðisáætlun, breiðum á loftunastofnum, heilbrigði, tryggingarvæðingum og framskráningum í heilbrigðis fyrirtækjum og stofnum. ISS starfar ákv. aðlagðinu gæðastærkt og framskráningum eru árangursmælingar sem tryggja faglegar vinnubrögð og tryggja við afhendingu þjónustu.



ISS Ísland - Árneshöfn 40 - 104 Reykjavík - Sími 5 800 600 - Fax 5 800 666 - www.iss.is - info@iss.is
Strandgata 1 - 600 Akureyri - Sími 5 800 600 - Fax 464 7675

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands

Reykjavík

Áskirkja
Bændasamtök Íslands
Droplaugarstaðir
Dvalar- og hjúkrunarheimilið Grund
Efling, stéttarfélag
Félags- og þjónustumiðstöð Aflagranda 40
Félagsþjónustan Furugerði 1
Félagsþjónustan í Reykjavík
Múlabær
Ríkiskaup
Seljahlið, heimili aldraðra
Seljakirkja
Sorpa
Tryggingastofnun ríkisins
Útfararstofa kirkjugarðanna
Verzlunarmannafélag Reykjavíkur

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskaupstaður

Kópavogur

Félagsþjónusta Kópavogs
Flugkerfi
Kópavogsbær

Hafnarfjörður

Sólvangur, hjúkrunarheimili

Bessastaðahreppur

Sveitarfélagið Álftanes

Grindavík

Þorbjörn Fiskanes hf.

Garður

Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum
Garðvangur
Sveitarfélagið Garður

Njarðvík

Hitaveita Suðurnesja

Akranes

Dvalarheimilið Höfði
Hvalfjarðarstrandahreppur
Innri-Akraneshreppur

Borgarnes

Borgarbyggð
Dvalarheimili aldraðra
Skorradalshreppur
Sparisjóður Mýrasýslu

Grundarfjörður

Fellaskjól

Búðardalur

Hjúkrunar- og dvalarheimilið Fellsenda
Reykhólahreppur

Bolungarvík

Bolungarvíkurkaupstaður

Súðavík

Súðavíkurhreppur

Brú

Bæjarhreppur

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnun Hvammstanga

Blönduós

Bólstaðarhlíðahreppur
Heilbrigðisstofnunin Blönduósi

Skagaströnd

Höfðahreppur

Sauðárkrókur

Kaupfélag Skagfirðinga

Siglufjörður

Heilbrigðisstofnunin Siglufirði

Akureyri

Akureyrarbær
Sparisjóður Norðlendinga

Grenivík

Sparisjóður Höfðhverfinga

Ólafsfjörður

Heilsugæslustöðin Hornbrekka

Húsavík

Langanes hf.

Kópasker

Óxarfjarðahreppur

Þórshöfn

Dvalarheimilið Naust

Egilsstaðir

Dvalarheimili aldraðra
Félag hjartasjúklinga á Austurlandi

Eskifjörður

Hulduhlið, heimili aldraðra

Fáskrúðsfjörður

Dvalarheimili aldraðra

Höfn

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands
Fagurhólsmýri

Selfoss

Hraungerðishreppur
Mjólkurbú Flóamanna

Þorlákshöfn

Sveitarfélagið Ölfus

Stokkseyri

Kumbaravogur ehf.

Hella

Lundur, hjúkrunar- og dvalarheimili

Vík

Hjallatún
Mýrdalshreppur

Vestmannaeyjar

Hraunbúðir, hjúkrunar- og dvalarheimili
Vestmannaeyjabær

Heilsutengd lífsgæði aldraðra

Tómas Helgason,
prófessor, dr.med



Á síðasta aldarfjórðungi hafa lífsgæði verið vaxandi þáttur í umræðunni í velferðarþjóðfélögum Vesturlanda, ekki síst lífsgæði aldraðra, fatlaðra og sjúklinga.

Lífsgæði eru bæði persónubundin og efnisleg. Þau lífsíðarnefndu, sem tengjast lífsgæðakapplaupinu, er hægt að meta hlutlægt þó að deila megi um með hvaða kvarða eigi að mæla þau og hvað teljist viðunandi á hverjum tíma. Líðan og lífsfylling eru hins vegar persónubundin lífsgæði, sem ekki verða metin svo viðunandi sé nema af einstaklingnum sjálfum með huglægu mati. Þrátt fyrir það er ekki nóg að svara spurningunum hvernig líður þér og hvernig er heilsan, þó að það séu grundvallarspurningar í sambandi við heilsutengd lífsgæði. Svör við slíkum almennum spurningum nægja ekki til að greina á milli hópa fólks eða til að bera saman árangur mismunandi meðferðarforma. Til þess að það sé hægt er nauðsynlegt að búa til mælitæki, sem byggja á stöðluðum spurningum um ýmsa þætti persónubundinna lífsgæða og heilsu, þ.e. heilsutengdra lífsgæða, svo sem almenns heilsufars, sjálfsbjargargetu, lífsfyllingar og líðanar.

Með auknum möguleikum á meðferð fjölmargra sjúkdóma verður æ nauðsynlegra að gera sér grein fyrir hvernig sjúklingarnir meta líðan sína fyrir og eftir meðferð, þ.e. heilsutengd lífsgæði, því að flestir vilja ekki aðeins bæta árum við lífið, heldur gæða árin betra lífi. Því er nauðsynlegt að finna jafnvægi milli lífsgæðanna og umfangs meðferðar og þess gagns sem hún gerir.

Þeir sem láta sig velferð og öryggi aldraðra varða þurfa að huga bæði að hinum efnislegu og huglægu lífsgæðum, sem kunna að skipta mismiklu máli í hugum fólks. Fyrir lækni, sérstaklega geðlækni, skipta huglægu þættirnir mestu máli þó að ýmsir efnislægir þættir hafi afgerandi áhrif á þá. Fjárhagslegt öryggi og gott húsnæði eru nauðsynlegur rammi til að skapa vellíðan og lífsfyllingu, sem eru heilsutengd lífsgæði.

Heilsutengd lífsgæði fjalla um líðan fólks með tilliti til sjúkdóma þess, slysa og meðferðar. Læknismeðferð getur lengt líf og bætt gæði þess lífs sem ólifað er, auk þess sem hún hefur áhrif á ýmis atriði sem mæld verða á lífeðlis- eða lífefnafræðilegan hátt. Bætt lífsgæði er jafn mikilvægt markmið og önnur markmið heilbrigðisþjónustunnar. Tilgangurinn með því að mæla lífsgæði er að reyna að meta áhrif heilsufars og meðferðar á líf fólks í víðara samhengi en því einu sem læknar mæla í daglegu starfi. Mat á lífsgæðum er mikilvægt til þess að gera sér grein fyrir líðan og hugsanlegri notkun þess á heilbrigðisþjónustunni, en hún er háðari almennri líðan fólks en þeim sjúkdómum sem það hefur.

Við hófum rannsóknir á heilsutengdum lífsgæðum hér á landi árið 1993. Til er mikill fjöldi mælitækja, prófa, til slíkra rannsókna. Völdum við nokkur slík sem hafa verið mikið notuð erlendis ásamt einu heimatilbúnu til að finna hvaða próf hentaði best hérlandis eða til að þróa nýtt próf til að meta heilsutengd lífsgæði og breytingar á þeim. Niðurstaðan varð nýtt almennt próf sem hægt er að nota fyrir ýmsa mismunandi hópa fólks, á mismunandi aldri, með mismunandi sjúkdóma á mismunandi stigi o.s.frv., HL-prófið, sem hefur reynst áreiðanlegt og réttmætt (Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Snorri Ingimarsson og Tómas Helgason, 1997; Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Snorri Ingimarsson, 1997). Mælitækið var þróað á árunum 1993-1997 með aðstoð 150 einstaklinga sem þreyttu öll prófin. Þetta var heilbriggt fólk í fullu starfi hjá opinberri stofnun, fólk sem leitaði til

heilsugæslustöðva, fólk sem var í meðferð á ýmsum deildum Landspítalans, í endurhæfingu á Reykjalundi eða leigjendur hjá Hússjóði Öryrkjabandalagsins.

Til þess að fá almennt viðmið og staðla mælitækið var leitað til almennings, sem fundinn var með lagskiptu slembiúrtaki úr þjóðskrá þannig að 400 manns voru á hverju 10 ára aldursbili frá 20 til 79 ára og jafnmargra 80 ára og eldri, jafnmargir af hvoru kyni, samtals 2.800 manns (Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir, 2000). Auk þessa hefur HL-prófið verið notað til að meta heilsutengd lífsgæði hjá ýmsum sjúklingahópum, sem voru á biðlistum eftir meðferð eða í meðferð, samtals tæplega 1.200 manns (Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir, Halldór Jónsson, Tómas Zoëga, o.fl., 2000). Svörin var góð þar sem fljótlegt og auðvelt er að svara prófinu.

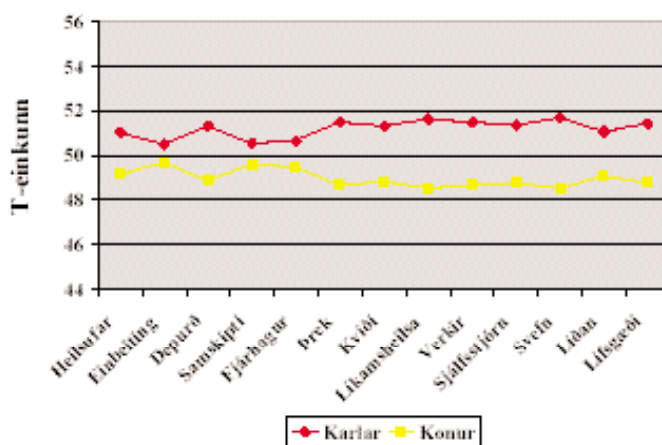
Með HL-prófinu eru metnir 12 þættir heilsutengdra lífsgæða og lífsgæðin í heild með kvörðum sem sýna betri lífsgæði því fleiri stig sem viðkomandi fær. Prófið er samsett úr 32 spurningum, 22 eru með þremur til sex gefnum svarmöguleikum, en sjónskalar fylgja 10 spurningum. Það aðgreinir heilbrigða frá veikum, veikari frá minna veikum og frá fötludum. Einstakir þættir prófsins aðgreindu sjúklingahópana hvern frá öðrum og mikil fylgni var milli heilsufars- og félagslegra þátta prófsins og milli heilsufars og velliðunar. Heilsufarsþættir prófsins eru: Heilsufar, depurð, þrek, kvíði, verkir, líkamleg heilsa, einbeiting og svefn. Félagslegu þættirnir eru: Samskipti, fjárhagur, sjálfstjórn og líðan. Þegar búið var að staðla mælitækið var hægt að bera heilsutengd lífsgæði einstakra hópa saman við það sem almennt gerist þar sem meðalstigafjöldinn á hverjum þætti er 50. Þeir sem fá færri stig búa við skert lífsgæði.

Konur meta heilsutengd lífsgæði sín greinilega lakari en karlar í heild og á flestum þáttum nema einbeitingu, samskiptum og fjárhag (mynd 1). Konur yfir sjötugt telja sig hafa betri stjórn á eigin lífi en þær sem yngri eru.

Þegar heilsutengd lífsgæði eru skoðuð eftir aldri fyrir bæði kynin saman kemur í ljós að hjá þeim sem eru á milli fimmtugs og sjötugs eru þau nokkurn veginn eins og meðaltalið, en mun lakari hjá þeim sem eru 70 ára og eldri eins og vænta mátti. Sérstaklega á þetta við hvað varðar almennt heilsufar, þrek og líkamshélsu, en einnig að því er varðar svefn, líðan og heilsutengd lífsgæði í heild (mynd 2). Aðeins þættirnir fjárhagur og kvíði koma betur út hjá þeim öldruðu. Þetta má þó ekki túlka þannig að fjárhag aldri sé almennt vel borgið. Kvarðinn byggir aðeins á tveimur sex stiga fullyrðingum: 1) Ég get látið enda ná saman og 2) ég hef áhyggjur af fjárhag mínum. Svörin verður að skoða í ljósi þess, að margt eldra fólk er búið að losa sig úr húsnæðisskuldum, það er flest sparsamt og hefur á langri ævi verið alið upp við nægjusemi og að gera litlar kröfur og sættir sig þar af leiðandi við lítið til að lifa sínu fábrotna lífi, ef það hefur úr litlu að spila.

Mynd 1.

Heilsutengd lífsgæði og kyn

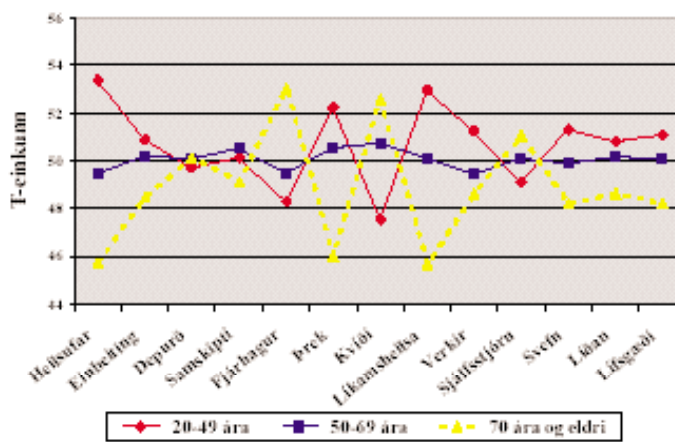


Svefn versnar með hækkandi aldri og því þurfa fleiri eldri borgarar oft á svefnlyfjum að halda en þeir sem yngri eru. Hins vegar nota hlutfallslega færri eldri borgarar verkjalyf, kannski af því að þeir búast við einhverjum verkjum og sætta sig frekar við þá, ef þeir eru ekki óbærilegir, sem hluta af því að eldast. Sumt af þeim sjúkdómum sem valda miklum verkjum er hægt að lækna mjög vel eins og til dæmis gigt í mjaðmarliðum. Á mynd 3 má sjá hvernig fólk sem er á biðlista eftir mjaðmaraðgerð býr við mjög skert lífsgæði og hvernig lífsgæðin breytast og verða nánast eins og almennt gerist eftir aðgerð. Biðlistar eftir sjúkrahúsvist eða öldrunarvist er með öllu óþolandi, sérstaklega þegar hægt er að bæta lífsgæði fólks með jafn afgerandi hætti og myndin sýnir.

Eins og sjá má af framansögðu skiptir heilsan öllu fyrir lífsgæðin. En ekki má gleyma því að nán tengsl eru á milli fjárhags og heilsu, þannig að heilsan er verri því verri sem fjárhagurinn er. Hér hefur aðeins verið fjallað um heilsutengd lífsgæði einstaklinga, en nauð-

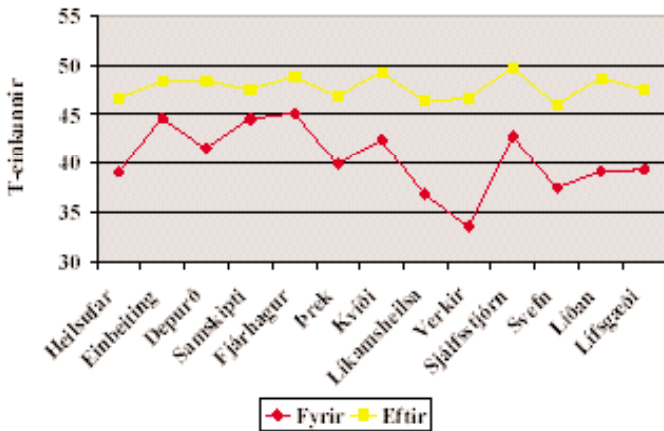
Mynd 2.

Heilsutengd lífsgæði og aldur



Mynd 2.

Heilsutengd lífsgæði og aldur



synlegt er að rannsaka heilsutengd lífsgæði fjölskyldna, sérstaklega eldri hjóna, sem ættu að fá að fylgjast að þegar annað hvort eða bæði þurfa á vist að halda á hjúkrunar- eða öldrunarheimili, ef þau óska þess, til þess að geta haldið áfram að hlúa hvort að öðru.

Það má því segja að þrennt skipti máli fyrir viðunandi lífsgæði aldraðra: Góð heilsa, fjárhagslegur möguleiki til að viðhalda lífsvenjum sínum og möguleikar fyrir maka til að fylgjast að til æviloka, jafnvel á hjúkrunarheimilum.

Heimildir

Július K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Snorri Ingimarsson og Tómas Helgason. (1997). Health-related quality of life of psychiatric and other patients in Iceland: psychometric properties of the IQL. *Nordisk Journal of Psychiatry*, 51, 183-191.

Tómas Helgason, Július K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Erla Grétarsdóttir. (2000). Heilsutengd lífsgæði Íslendinga. *Læknablaðið*, 86, 251-257.

Tómas Helgason, Július K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir, Halldór Jónsson, Tómas Zoëga, Þórður Harðarsson og Guðmundur Víkar Einarsson. (2000). Heilsutengd lífsgæði sjúklinga fyrir og eftir meðferð. *Læknablaðið*, 86, 422-428.

Tómas Helgason, Július K. Björnsson, Kristinn Tómasson og Snorri Ingimarsson. (1997). Heilsutengd lífsgæði. *Læknablaðið*, 83, 492-502.

Hægt er að nálgast HL-prófið á Netinu hjá Námsmatsstofnun að fengnu aðgangsorði hjá forstöðumanninum, Júliusi K. Björnsyni, sálfræðingi. (julkb@namsmat.is). Greinin er byggð á rannsóknum höfundar og samstarfsmanna hans, Júliusar K. Björnssonar, Kristins Tómassonar, Erlu Grétarsdóttur, Snorra Ingimarssonar og Halldórs Jónssonar, jr. Myndir 1 og 2 birtust áður í *Læknablaðinu*, 86. árg. 4. tbl. og eru birtar hér með leyfi blaðsins.

Útdráttur úr ársskýrslum Öldrunarfræðafélags Íslands (ÖFFÍ) vegna starfsársins 2004-2005.

Úr skýrslu Sigríðar Jónsdóttur, formanns.

Í stjórn á starfsárinu sátu Sigríður Jónsdóttir formaður, Marta Jónsdóttir ritari, Ólafur Samúelsson gjaldkeri, Smári Pálsson sem jafnframt var fulltrúi stjórnar í ritnefnd og Kristín Einarisdóttir. Í varastjórn sátu Sigrún Guðjónsdóttir og Sigrún Ingvarsdóttir. Stjórnarfundir voru haldnir mánaðarlega, með hléi yfir sumar mánuðina. Aðalverkefni stjórnar á starfsárinu voru undirbúningur námsstefna í samvinnu við Endurmenntun, þátttaka í norrænu samstarfi og útgáfa tímaritsins Öldrunar. Félagsmenn eru tæplega 360 og hafa þeir aldrei verið fleiri.

Aðsókn var góð á báðar námsstefnur ÖFFÍ sem haldnar eru árlega í samvinnu við Endurmenntun HÍ, en nánar er fjallað um þær síðar í blaðinu (bls. 30-31). Í tilefni af 30 ára afmæli ÖFFÍ var haldið hóf að lokinni námsstefnunni í nóvember 2004 þar sem þátttakendum námsstefnunnar var boðið og einnig helstu bak-hjörnum félagsins með þakklæti fyrir störf þeirra í þágu félagsins.

ÖFFÍ er aðili að Nordisk Gerontologisk Forum (NGF), norrænum samtökum öldrunarfræðafélaga, sem gefur út fréttabréfið GeroNord fyrir félagsmenn. Stjórnarsetur NGF er í Osló og á formaður ÖFFÍ sæti í stjórn. NGF heldur öldrunarfræðaráðstefnu annað hvert ár, sú síðasta var haldin í Stokkhólmi í maí 2004, en fjallað var um þá ráðstefnu í síðasta tölublaði Öldrunar. Næsta ráðstefna NGF, númer 18 í röðinni verður haldin í Jyväskylä í Finnlandi dagana 28. – 31. maí 2006.

Heiðursfélagar ÖFFÍ eru Alfreð Gíslason, Ársæll Jónsson, Gísli Sigurbjörnsson, Gunnhildur Sigurðardóttir og Þór Halldórsson.

Úr skýrslu Önnu Birnu Jensdóttur formanns vísindasjóðs.

Stjórn vísindasjóðsins skipa Anna Birna Jensdóttir hjúkrunarfræðingur formaður, Guðný Bjarnadóttir öldrunarlæknir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir félagsráðgjafi og gefa þær allar kost á sér til áframhaldandi stjórnarsetu.

Þar sem engin umsókn barst um styrk árið 2004 var ákveðið að helmingur styrkuppþæðar það árið leggjðist við höfuðstól og helmingur yrði til úthlutunar árið 2005. Árið 2005 bárust þrjár eftirfarandi umsóknir sem allar hlutu 150.000 kr. styrk.

1. Júlíana Sigurveig Guðjónsdóttir sem leggur stund á meistaranám í öldrunarhjúkrun við Háskóla Íslands vegna rannsóknar sinnar „Hjúkrunarheimilisvistun aldraðra einstaklinga sem þjást af heilabilun: Reynsla íslenskra fjölskyldna”.
2. Sigurveig Gunnarsdóttir sem leggur stund á meistaranám í líf-eftirbúnaði við háskólann í Oxford, Englandi vegna rannsóknar á sjúkdómum sem tengjast miðtaugakerfinu s.s. Alzheimers- og Parkinsons-sjúkdómum.
3. Smári Pálsson sálfræðingur vegna rannsóknar sem unnin er í samstarfi við öldrunarlækna á LSH og Íslenska Erfðagreiningu og fjallar um taugasálfræðilega endurprófun á systkinum Alzheimers-sjúklinga og viðmiða.

Sjóðsstjórnin óskar rannsakendum velfarnaðar í vinnu sinni og óskar eftir því að þeir birti árangur af starfi sínu í tímaritinu Öldrun þegar þar að kemur.

tmhusgagn.is

Pægindi

sem auðvelt er að venjast



Fiesta

hegindertöl meðan
leður & stíflötum

Verð: 73.900 kr.

Tilboð til eldri borgara

69.000 kr.

Vínrauður, ljábrúnn,
grunn, svartur

Ónó

Mjöl. - Mj. 10.00 - 15.00

Lagur. 11.00 - 16.00

Sunn. 12.00 - 18.00

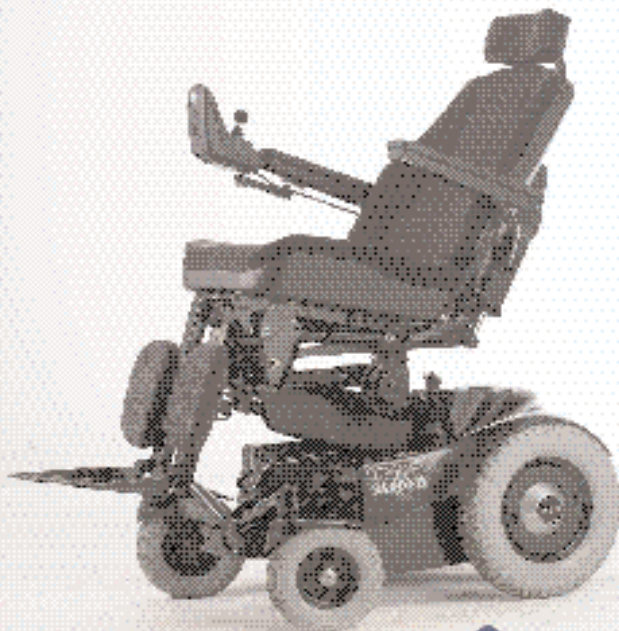


TM - HÚSGÖGN

Skólavörðugata 38 - Sími 644 4422

- vefsíða: tmhusgagn.is

Fjölhæfur stóll úti sem inni



J. Eiríksson
Hlíðasmára 9
201 Kópavogur
www.je.is



Eldri borgarar!



35% afsláttur

fyrir eldri borgara af öllum vörum

Við veitum persónulega ráðgjöf við val á gleraugum. Einnig bjóðum við heimaþjónustu fyrir þá sem ekki sjá sér fært að koma á staðinn.

Hjá okkur er mikið úrval af vönduðum gleraugnaumgjörðum.

Sjón - alltaf betri þjónusta.



SJÓN
gleraugnaverzlun



Laugavegi 62
sími 511 6699

Glæsibæ
sími 511 6698

Garðatorgi
sími 511 6696

www.sjon.is
sjon@sjon.is

MIXA • IT

Samanburður á þjálfunaraðferðum og þjálfunaráætlunum eldri aldurshópa

Janus Guðlaugsson,
B.Sc.-íþróttfræðingur, Dipl.Ed. próf í
uppeldis- og menntunarfræðum



*Verkefnið er liður í
meistaraprófsnámi höfundar
við Kennaraháskóla Íslands,
íþróttfræðiseturs að
Laugarvatni.*

Leiðbeinendur verkefnisins eru
Erlingur Jóhannsson, dósent við KHÍ og
Ólafur Þór Gunnarsson, lyf- og öldrunarlæknir, á
Landspítala-háskólasjúkrahúsi.

Markmið rannsókna

Meginmarkmið rannsóknarinnar var annars vegar að bera saman árangur þjálfunaráætlana og þjálfunaraðferða á hóp eldri aldurshópa, 67 ára og eldri, og hins vegar að kanna hvernig nýta megni magn og ákefð þjálfunar við val á heilsurækt fyrir þennan aldurshóp.

Framkvæmd

Þátttakendur í rannsókninni voru 105 eldri borgarar af höfuðborgarsvæðinu. Allir þátttakendur voru látnir framkvæma SPPB-próf (Short Physical Performance Battery). Prófið er þróað í Bandaríkjunum þar sem það hefur verið mikið notað fyrir eldri aldurshópa, (Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly). Prófið mælir jafnvægi, gönguhraða og styrk. Höfundur þess er Jack Guralnik. Í upphafi rannsóknar var einnig lögð heilsufarskönnun fyrir hvern þátttakanda svo ganga mætti úr skugga um hvort þeir væru hæfir til þátttöku eða ekki. Ólafur Þór Gunnarsson lyf- og öldrunarlæknir fór yfir niðurstöður og sjúkraskrá þátttakenda. Þá var kannað nákvæmlega hvort þátttakendur gætu tekið þátt í 12 vikna þjálfunaráætlun þar sem lágmarksmeitingarskylda í þjálfun var 80%. Af þessum 105 einstaklingum voru 79 (n=79) sem tóku þátt í verkefninu. Meðalaldur þátttakenda var 74,1 ár. Mælingar á öðrum þáttum, fyrri mæling, fór fram í lok janúar 2004. Þessar mælingar voru m.a. 6 mínútna göngupróf, styrktarpróf og mælingar á heilsutengdum lífsgæðum, HL-prófið (IQL - Icelandic quality of life), þar sem þátttakendur svöruðu almennum spurningum um eigin líðan. Í byrjun febrúar hófst 12 vikna þjálfunaráætlun.

Áður en 12 vikna þjálfun hófst var þátttakendum skipt tilviljunarkennt í þrjú jafn stóra tilraunahópa, styrktarhóp, þolþjálfunahóp og viðmiðunarhóp. Hver hópur fékk dagskrá sem náði yfir 12 vikur. Allir þátttakendur fengu dagbók til útfyllingar. Þolhópur fékk sérstaka þjálfunaráætlun sem byggð var á göngupþjálfun fimm sinnum í viku, þrisvar undir eftirliti en tvisvar sjálfstæð þjálfun, þar sem tímalengd og ákefð þjálfunar var fyrirfram ákveðin. Styrktarþjálfun fékk einnig sérstaka þjálfunaráætlun sem skipt var í styrktarþjálfun í sér-

hannaðri þrekaðstöðu og sjálfstæðri göngubjálfun. Viðmiðunarhópur fékk enga sérstaka þjálfunaráætlun í hendur.

Öllum hópum var á þjálfunartíma boðið upp á fjóra fyrirlestra um efni tengt öldrun, þjálfun og heilsu. Á þessum 12 vikum loknum voru fyrri mælingar endurtekna. Sjötíu og þrjár einstaklingar af sjötíu og níu luku rannsókninni eða 92,4% sem verður að teljast mjög góður árangur. Allir þátttakendur eiga miklar þakkir skildar fyrir einstaklega góða og jákvæða samvinnu.

Niðurstöður

Pegar niðurstöður úr mælingum I og II voru bornar saman kom m.a. í ljós að mismunandi þjálfunaraðferðir og þjálfunaráætlanir hafa ólík áhrif á eldri aldurshópa auk þess sem magn (þjálfunartími) og ákefð þjálfunar (þjálfunarpúls) hefur mikla þýðingu fyrir væntanlegan árangur.

Göngubjálfun eða gönguáætlun þolþjálfunarhóps þar sem aðhald ríkti, en hún innihélt fimm æfingadaga í viku, að jafnaði um 25 mínútur að meðaltali á hverjum degi í 12 vikur á fyrirfram skilgreindu þjálfunarálagi (þjálfunarpúls), skilaði mjög góðum árangri. Þessi góði árangur skilaði ekki aðeins hópnum betri árangri í þoli eða gönguvegalengd um tæplega 6% heldur jókst styrkurinn einnig um tæplega 4,5%. Tölfræðilega marktækar framfarir ($p=0,000$) komu einnig í ljós í stólupprisu SPPB-prófsins hjá þolhópi. Þá batnaði andleg líðan þessa hóps um tæplega 4%, þ.e.a.s. tölfræðilega marktækar árangur ($p=0,008$) kom fram í heildareinkunn heilsutengdra lífsgæða á 12 vikna þjálfunartíma.

Þjálfunaráætlun styrktarhóps þar sem unnið var eftir markvissri styrktarþjálfun þrisvar í viku að viðbætti tveggja daga sjálfstæðri göngubjálfun skilar einnig góðum árangri. Marktækar framfarir koma í ljós í SPPB-prófi eða 7,5% bæting og er árangur tölfræðilega marktækur ($p=0,001$). Þá er mjög góð bæting á styrk þátttakenda í hópnum eða rúmlega 11%. Í stólupprisu SPPB-prófsins (standa upp úr stól) var árangur styrktarhóps mjög góður, bæting um rúm 17% eða tölfræðilega marktækur ($p=0,000$). Einnig kemur fram tölfræðilega marktækur árangur ($p=0,039$) í bættri andlegri líðan þátttakenda eða heilsutengdum lífsgæðum. Bæting er um 2,34% hjá styrktarhópi á þessum 12 vikum.

Viðmiðunarhópur skilar ekki eins góðum árangri þó hann bæti sig í styrk á tímabilinu. Árangur viðmiðunarhóps er sambærilegur við svipaðar rannsóknir annars

staðar í heiminum, litlar eða engar framfarir. Árangur heilsutengdra lífsgæða hrakar t.d. um 1,34% en er ekki tölfræðilega marktækur ($p=0,356$). Rétt er þó að geta þess að samkvæmt dagbók æfði viðmiðunarhópur að meðaltali um 15 mínútur að jafnaði á dag í hverri viku. Vel má vera að dagbókarformið og fyrirlestrar hafi verið hvetjandi fyrir þennan hóp ekki síður en hina til að stunda heilsurækt upp á eigin spýtur. Slik þjálfun gæti hafa haft jákvæð áhrif á útkomu í styrktarmælingum eða að um væri að ræða bætta tækni í seinni mælingum á sérhæfðu mælitæki eins og e.t.v. hjá hinum hópnum einnig.

Ályktanir

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að mismunandi þjálfunaraðferðir og þjálfunaráætlanir hafa ólík áhrif á eldri aldurshópa og að magn og ákefð þjálfunar hefur mikla þýðingu fyrir væntanlegan árangur. Niðurstöður á heilsutengdum lífsgæðum, þar sem hlustað er á mat þátttakandans og tilfinningar og honum gefið tækifæri til að tjá sig um líðan sína, er áhugavert að skoða. Þær eru sambærilegar erlendum rannsóknum (Oldridge, Guyatt, Jones, Crowe, Singer og Feeny, 1991). Niðurstöður sýndu tölfræðilega marktækan mun hjá styrktarhópi og þolhópi en ekki hjá viðmiðunarhópi.

Göngubjálfun þolþjálfunarhóps þar sem aðhald ríkir skilar mjög góðum árangri, hvort heldur sem um er að ræða bætingu á þoli, styrk eða heilsutengdum lífsgæðum. Markviss þjálfun þrisvar til fimm sinnum í viku þar sem aðhald ríkir, skilar mjög góðum árangri fyrir andlega líðan þátttakenda. Frekari rannsóknir af þessum toga gætu leitt í ljós að finna mætti þjálfunaráætlun sem inniheldur ákveðna þjálfunaraðferð eða þjálfunarböndu sem hentar best þessum eldri aldurshópi.

Niðurstöður úr göngubjálfun þolþjálfunarhóps eru e.t.v. einna athyglisverðastar, m.a. fyrir þær sakir að hún var stunduð við mjög einfaldar og aðgengilegar aðstæður, en skilar í raun einna bestum árangri þegar niðurstöður allra mælinga þessara þriggja hópa eru skoðaðar.

Heimildir

Oldridge, N., Guyatt, G., Jones, N., Crowe, J., Singer, J., Feeny, D. o.fl., (1991). Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 67, 1084-1089.



Byltu- og beinverndarmóttaka á Landakoti

Helga Hansdóttir,
yfirlæknir öldrunarlækningadeild
LSH Landakoti



Byltur

Árið 2001 var byltu- og beinverndarmóttaka stofnuð á Landakoti, en þar fer fram stór hluti starfsemi öldrunarsviðs Landspítala-háskólasjúkrahúss. Byltur meðal aldraðra eru mikið vandamál og fer vaxandi með hækkandi meðalaldri. Talið er að rúmlega þriðjungur allra sem eru 65 ára og eldri detti árlega. Af þeim hljóta 5% alvarlegan áverka eins og brot. Á hjúkrunarheimilum eru byltur enn algengari. Þar dettur hver vistmaður einu sinni eða tvisvar á ári að meðaltali og líkur á að slasa sig eru hærra eða 10-20%. Á Íslandi hefur verið áætlað að um 250 manns mjaðmarbrotni á ári. Mjaðmarbrotnin eru alvarleg afleiðing af því að detta. Mjaðmarbrotnum fylgir sjúkrahúslega með aðgerð, oftast neglingu eða það er settur hálfur gerviliður eða kúla í mjöðmina. Flestir hafa skerta göngugetu eftir mjaðmarbrot, um $\frac{2}{3}$ þurfa að nota gönguhjálpartæki eftir aðgerðina og sumir komast aldrei á fætur aftur.

Orsakir bylta

Orsakir bylta meðal aldraðra eru margþættar. Jafnvægi hrakar með aldrinum og vöðvastyrkur minnkar. Hreyfing og þjálfun geta viðhaldið styrk og jafnvægi

nokkuð vel, en þó ekki alveg eins góðu og það var á yngri árum. Góð hreyfing er mikilvægasti þáttur forvarna gegn byltum, eins og mörgum öðrum vandamálum tengdum ellinni t.d. beinþynningu, hjartasjúkdómum og sykursýki. Sjúkdómar stuðla oft að hreyfingarleysi á þann hátt, að styrk og jafnvægi hrakar enn frekar en gerist hjá þeim sem eru heilbrigðir. Sjúkdómar sem hafa áhrif á hreyfigetu, eins og Parkinsons-sjúkdómur eða helftarlömum vegna blóðtappa í heila, valda oft byltum. Einnig geta sjúkdómar í liðum, vöðvum og beinum stuðlað að byltum. Hjartasjúkdómar geta valdið hjartsláttartruflunum eða blóðþrýstingsfalli og þannig stuðlað að yfirliði. Truflun á starfsemi innra eyra getur valdið svima og byltum. Sjónin er mikilvægur þáttur jafnvægiskerfisins og sjónskertir eiga á hættu að detta, ef þeir sjá ekki gólfblötinn og hugsanlegar hindranir á gangveginum. Lyf geta stuðlað að byltum, sérstaklega róandi lyf og svefnlyf. Aðstæður geta einnig stuðlað að byltum t.d. hindranir eins og þröskuldar og snúrur, léleg lýsing, óheppilegur fóta-búnaður og fleira.

Aðgerðir gegn byltum

Sum af vandamálum ellinnar eru óhjálkvæmileg, en ýmislegt má gera til að koma í veg fyrir slæmar afleiðingar og þjáningar vegna þeirra. Eitt af þessum vandamálum er byltur. Á síðustu árum hafa margar rannsóknir komið fram sem sýna hvernig má koma í veg fyrir byltur og afleiðingar þeirra. Því hafa verið birtar leiðbeiningar um hvernig ber að standa að verki, en mælt er með að fjölfaglegri nálgun sé beitt sem tekur á bæði sjúkdómum og áhættuþáttum. Því hefur verið stofnuð byltu- og beinverndarmóttaka á Landakoti. Starfið er fjölfaglegt og byggir á að greina sjúkdóma og áhættuþætti sem stuðla að byltum og að greina og meðhöndla beinþynningu. Viðtal við lækni miðar að því að greina vandann og meðhöndla sjúkdóma sem best. Sérstaklega er skoðað hvaða sjúkdómar gætu stuðlað að byltum, en það eru sjúkdómar í stoðkerfi, taugakerfi, hjarta- og æðakerfi og augnsjúkdómar. Læknirinn fer yfir lyfjalista og skoðar hvort lyf sem stuðla að byltum

Hlutverk byltu- og beinverndarmóttöku

- ☞ Koma í veg fyrir byltur og áverka vegna þeirra
- ☞ Veita sérhæfða meðferð fyrir þá sem eru í áhættu á að detta og brotna
- ☞ Veita fræðslu um varnir gegn byltum og brotum
- ☞ Stunda rannsóknir á áhættuþáttum, forvörnum og meðferð gegn byltum og beinbrotum

Þeir sem eiga erindi á byltu- og beinverndarmóttöku

- ☞ Eru í áhættu að detta og brotna
- ☞ Er vísað af slysa- og bráðamóttöku eftir byltu eða brot
- ☞ Er vísað af heimilislækni eða öðrum sérfræðingum vegna óstöðugleika og dettni

Upplýsingar sem óskað er eftir

- ☞ Nafn heimilislæknis eða heilsugæslustöðvar
- ☞ Lyfjalisti
- ☞ Ef sjúklingur er í þjálfun, nafn þjálfara og hvar þjálfun fer fram

séu á listanum. Það eru aðallega svefn-, róandi- og þunglyndislyf og hjartalyf. Ef kostur er að draga eitthvað úr notkun þeirra er það reynt í samráði við sjúkling. Hjúkrunarfræðingur hjálpar til við upplýsingaöflun. Iðjuþjálfari metur aðstæður á heimili og ráðleggur í samræmi við það. Sjúkraþjálfari framkvæmir nákvæmt mat á jafnvægi og styrk. Teymið fer síðan saman yfir niðurstöður og ákveður hvaða meðferð verði beitt og hvar hún fer fram. Meðferðin er að miklu leyti sjúkraþjálfun sem miðar að því að þjálfa jafnvægi og styrk. Meðferðin fer oftast fram á göngudeild, en ef vandamál eru fjölþætt eða einstaklingur veikburða er dagdeild eða 5-daga deild notuð.

Innan Landspítala-háskólasjúkrahúss er einnig starf í gangi sem hefur að markmiði að fækka byltum innan sjúkrahússins. Einnig er stefnt að samvinnu við slysa- og bráðamóttöku um að vísa þeim sem leita til sjúkrahússins vegna bylta og brota á byltu- og beinverndarmóttöku. Haldið verður áfram með fræðslu fyrir heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu um starfsemi byltu- og beinverndarmóttöku, en beðið er um tilvisun frá lækni.

Hvernig er heimsóknin á byltu- og beinverndarmóttöku?

- ☞ Sjúklingur kemur á dagdeild í fyrstu komu og dvelur þar hálfan dag
 - Sjúklingur verður sóttur og keyrður heim fyrsta daginn
 - Matur í hádegi og kaffi
- ☞ Mat hjúkrunarfræðings
 - Minnispróf, andleg líðan, félagsleg staða og næringarástand
- ☞ Mat læknis
 - Saga og skoðun með tilliti til sjúkdóma sem geta stuðlað að byltum og beinbrotum
- ☞ Mat sjúkraþjálfara
 - Nákvæmt mat á hreyfifærni, styrk og jafnvægi
- ☞ Mat iðjuþjálfara
 - Heimilisathugun

Eftirlit

- ☞ Teymi fer yfir niðurstöður og leggur fram meðferðaráætlun
- ☞ Endurkoma hjá lækni og hjúkrunarfræðingi
 - Farið yfir sjúkdómsgreiningar og meðferðaráætlun rædd
 - Fræðsla um byltu- og beinvernd (kalk og D-vítamín inntöku, skeljabuxur og gildi hreyfingar)
- ☞ Meðferð hjá sjúkraþjálfurum, á göngudeild, á dagdeild eða á legudeildum eftir því sem við á. Einstaka fá meðferð hjá þjálfurum annars staðar
- ☞ Þremur mánuðum eftir að meðferð lýkur kemur sjúklingur í endurmat til sjúkraþjálfara og árangur meðferðar er metinn

Aldraðir innflytjendur á Íslandi

Ólafur Samúelsson gjaldkeri Öldrunarfræðafélags Íslands

ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGIÐ stóð fyrir námsstefnu á vegum Endurmenntunar Háskóla Íslands undir yfirskriftinni Aldraðir innflytjendur á Íslandi. Markmið þessarar námsstefnu var að vekja umræður um stöðu aldraðra innflytjenda í okkar þjóðfélagi, hvers gæti verið að vænta í nánustu framtíð, hvernig væri að eldast í framandi menningu og hvernig við erum í stakk búin að mæta þörfum þessa hóps.

Aldraðir Íslendingar hafa fram að þessu haft nokkuð einsleitan menningarlegan bakgrunn, sem kemur fram í almennt svipuðum viðhorfum og væntingum á margan hátt. Í nánustu framtíð má reikna með að fjölgi í þeim hópi sem kemur úr allt öðru menningarumhverfi með gjörólíka afstöðu til margs sem hingað til hefur verið hægt að ganga að sem nokkuð gefnu hjá hópi aldraðra. Þegar við bætast hlutir eins og tungumálaörðugleikar, óvissa um rétt til þjónustu og vanþekking á framandi siðum geta komið upp vandamál. Ísland er enn með tiltölulega ungt fjölmenningsamfélag en það á eftir að breytast á næstu tveimur áratugum. Sex fyrirlesarar fluttu erindi á heilsdags námsstefnu um þetta efni fimmtudaginn 3. mars.

Sigurveig H. Sigurðardóttir lektor í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands reið á vaðið með fyrirlestur undir yfirskriftinni Hagir aldraðra innflytjenda. Sigurveig fór í máli sínu yfir markmið laga um málefni aldraðra almennt og velti fyrir sér breytingum sem verða á högum fólks með vaxandi aldri. Rætt var um ólíkar ástæður sem valda flutningi fólks milli landa og kynntar niðurstöður úr rannsóknum sem gerðar hafa verið á högum og viðhorfum aldraðra innflytjenda á hinum Norðurlöndunum. Erindi Sigurveigar lauk á hugleiðingum um hvernig mæta mætti öldruðum innflytjendum og taka tillit til þarfa þeirra með bættri þekkingu á menningarlegum bakgrunni og vel skipulagðri einstaklingsmiðaðri öldrunarþjónustu.

Margrét Steinarsdóttir lögfræðingur hjá Alþjóðahúsi flutti erindi með heitinu Hafa allir aldraðir sama rétt. Hún fór yfir aldursdreifingu meðal innflytjenda og ræddi þær reglur sem gilda um veitingu landvistarleyfis og einnig var farið yfir atriði sem m.a. varða réttindi og möguleika á félagslegri þjónustu og þann vanda sem margir innflytjendur standa frammi fyrir við búsetu í nýju landi.

Ingibjörg Broddadóttir félagsráðgjafi og deildarstjóri hjá Félagsmálaráðuneyti flutti fyrirlestur um Stjórnsýslu innflytjendamála á Íslandi. Í máli sínu kom Ingibjörg meðal annars inn á þær rannsóknir sem

gerðar hafa verið á viðhorfum Íslendinga til innflytjenda og hvernig Íslendingar eru enn að mestu þiggjendur í þessum samskiptum eins og glöggt sést þegar litið er á tölur um atvinnuþátttöku innflytjenda. Velt var upp hugleiðingum um hvernig þessi viðhorf gætu breyst ef samfélagið verður í einhverjum meira mæli veitandi. Ingibjörg kynnti einnig þá vinnu til framtíðar um gagnkvæma aðlögun sem á sér stað í stjórnsýslunni.

Edda Ólafsdóttir félagsráðgjafi hjá Félagsþjónustunni hugleiddi þjónustu framtíðarinnar og ræddi um þær áskoranir sem samfélagið stendur frammi fyrir að mæta fjölmenningu á sem flestum sviðum. Kynnt var hugtakið menningarläsi, rædd mismunandi fjölskyldumynstur ólíkra menningarhópa og staða kvenna. Komið var inn á mikilvægi þess að greina á milli þátta sem eru öðruvísi og ásættanlegir annars vegar og öðruvísi og óásættanlegir hins vegar.

Tveir fulltrúar Íslendinga af erlendum uppruna héldu erindi. Toshiki Toma prestur innflytjenda flutti persónulegar hugleiðingar manns sem stendur frammi fyrir að eldast fjarri sínu fæðingarlandi og nánustu ættlingjum.

Katrín Thuy Ngo kennari og verkefnisstjóri hjá Intercultural Iceland flutti tvö erindi. Hún kynnti aðstæður aldraðra í Vietnam í erindi um aldraða og samfélag í ólíkum löndum og upplifun sína af að vera aðstandandi aldraðs innflytjanda á Íslandi.

Lokaerindi námsstefnunnar var flutt af Önnu Björgu Aradóttur hjúkrunarfræðingi hjá Landlæknisembættinu. Hún fór yfir stöðu mála frá sjónarhóli heilbrigðisþjónustunnar og kynnti hugleiðingar varðandi framtíðina. Ljóst er að verk er að vinna við að undirbúa nýja tíma. Námsstefnunni lauk á panelumræðum.

Námsstefnunni var ætlað að vekja umræður um möguleika og hugsanleg vandamál nánustu framtíðar þar sem þörf verður á nýrri hugsun og áherslum á ýmsum sviðum. Mikilvægt er að gleyma ekki öldruðum í þeirri vinnu. Í máli fyrirlesara kom fram að lítil sem engin umfjöllun er um stöðu aldraðra innflytjenda og er það von Öldrunarfræðafélagsins að námsstefnan megi verða kveikja að því að hugað verði að stöðu þessa fólks. Öldrunarfræðafélagið þakkar sérstaklega frábærum fyrirlesurum fyrir innlegg þeirra í þessa umræðu og Endurmenntun HÍ fyrir aðstoð við skipulagningu.

Umsjón námsstefnunnar var í höndum Sigrúnar Ingvarsdóttur félagsráðgjafa og Ólafs Samúelssonar öldrunarlæknis.

Á tímamótum – nýr lífsstíll aldraðra

Sigríður Jónsdóttir formaður Öldrunarfræðafélags Íslands

H Haustið 2004 hélt Öldrunarfræðafélag Íslands aðra af tveimur árlegum námsstefnum sínum í samvinnu við Endurmenntun HÍ undir heitinu Á tímamótum – nýr lífsstíll aldraðra.

Lífsstílsbreytingar síðari ára og það hvernig samfélagið styður við aldraða til að njóta þeirra var megin umfjöllunarefni námsstefnunnar. Margir fyrirlesarar lögðu þar hönd á plóg, m.a. kynnti Anna Helset félagsfræðingur frá NOVA (Norsk Institutt for Opvækst og Aldring) rannsókn undir titlinum „Við lífum 10 árum lengur hér. Norsk sveitarfélög og norskir eldri borgarar á Spáni“. Fjallaði hún um norska eldri borgara sem kjósa að verja ævikvöldinu á suðlægum slóðum, þróun sem gætir í síauknum mæli í nágrannalöndum okkar. Ræddi hún m.a. um það hvernig samfélagið styður við aldraða til að haga lífi sínu á þennan hátt og þau vandkvæði sem hugsanlega geta verið þessari þróun samfara.

Bætt heilsa og efnahagur hefur valdið breyttum lífsstíl sem hefði verið óhugsandi fyrir nokkrum árum. Berglind Magnúsdóttir öldrunarsálfræðingur fjallaði um þetta efni undir heitinu „Ungur nemur, gamall temur“ og benti m.a. á að öldrun veltur að miklu leyti á viðhorfum okkar sjálfra til þess að eldast. Hún velti upp mörgum áhugaverðum flötum á þessu máli og fjallaði m.a. um öldrunarfærni og öldrunarfordóma.

Framtíðarsýn varðandi íslenska eldri borgara á Spáni var einnig til umfjöllunar og Ingibjörg Þórhallsdóttir hjúkrunarfræðingur fjallaði um möguleika, ávinninga og hugsanlega áhættuþætti samfara þeirri þróun sem við sjáum allt í kringum okkur og talaði um Spán sem „Flórída Evrópu“. Hún velti upp þeirri spurningu hvort þetta sé lífsstíll sem aldraðir Íslendingar kjósi sér.

Einnig var fjallað var um opinbera stefnu og framtíðarsýn í málefnum aldraðra og það hvort þörf væri á breyttum áherslum í málefnum aldraðra. Margrét Margeirsdóttir félagsráðgjafi og formaður Félags eldri borgara fjallaði um ýmislegt þessu tengt með því að kynna til sögunnar hlutverk þjónustuhóps aldraðra, sem stofnaður var árið 2002 í Reykjavík, skv. lögum um málefni aldraðra. Lagði hún sérstaka áherslu á að breyta þyrfti löggjöf um málefni aldraðra í átt frá forsjarhyggju, sem einkennir þau í dag, að auknu sjálf-ræði til samræmis við breytt viðhorf í samfélaginu og nýjan lífsstíl.

Í lok námsstefnunnar fjallaði Sigrún Pétursdóttir m.a. um það hvernig nýjar dyr geta opnast þegar öðrum er lokað í erindi sem hún nefndi „Nýtt líf eftir starfslok“. Hún greindi frá kvíðanum sem hún upplifði fyrir starfslok og því hvernig hún eftir starfslok blómstrar í nýjum verkefnum. Lokaorð hennar á námsstefnunni voru þau að hún gæti ekki staldrað lengur við, hún hefði svo mikið að gera og yrði að drífa sig á æfingu hjá leikfélaginu Snúði og Snældu. Með því minnti hún okkur á, að að maður hættir ekki að leika sér vegna þess að maður verður gamall, heldur verður maður gamall þegar maður hættir að leika sér.

ÖRUGGARI HEIMA
-með öryggishnapp Securitas

Öryggishnappur Securitas rýtur milli vinstri hjá fökk í öllum aldrshópum. Sé stutt á hnappinn sendir hann sína höf í stjórnsýsl Securitas þar sem starfsmann fyrirtækisins hringir öryggislið. Öryggishnappurinn kemur því að gjöldum með málmeðferð hennar þarft á hvítri hjóla að helstu vagn, vaskirni, loftbrenni eða bensín.

Í flöstum tilfellum tryggir þú lífið kostnaður að vera með öryggishnapp. Ef þú þert á honum að helstu samvænti mati loðis þú veitir Tryggingaáttáttun ríkisins styrk til kaupna á þjónustuvör og viðbóttveinar greiðu síðan Securitas einungis legg málmeðferð. Helstu samband við þjónustaver Securitas í síma 580 7100 og við hjóla þar með öryggishnappi.

Þjónusta Securitas
Securitas er skilvörð fyrirtæki landins í öryggishnappi fyrirtækisins, ferill og þjónusta. Á gæðum Securitas er áttátt af þjónustuþjónuðum öryggishnappi þar sem stöðu vandræða söðuþingna, tilheir að síma kalli til spennu Securitas og eftirteðingna á loftbrenni, vaskirni og þjónuþjónu þjónuðum öryggishnappi fyrirtækisins.

Þjónustaver sími 580 7100
Stúdumúla 23 • 108 Reykjavík • Sími 580 7000 • Fax 580 7670
Sími á Akureyrri 460 6261
www.securitas.is



Traustur lífeyrissjóður

– örugg samfylgd

Þegar starfsævinni lýkur reynast lífeyrisréttindi mikilvægasta eign okkar flestra. Á lífsleiðinni skiptir þú öllu máli að njóta samfylgðar lífeyrisjóða sem tryggir þér fjárhagslegt öryggi á efri árum.

LSR býr að mikilli reynslu í ávöxtun lífeyrisparnaðar og greiðir sjóðfélögum góð eftirlaun til æviloka. Þá kemur LSR til móts við sjóðfélaga og fjölkyldur þeirra vegna tekjutapa af völdum skertrar starfsgetu, þrotku eða andláts.

Auk þess að tryggja grunnréttindi ávaxtar LSR viðbótarlífeyrisparnað. Þátttaka í viðbótarlífeyrisparnaði hjá Sérleign LSR veitir sjóðfélögum aukna möguleika á sveigjanlegum starflokum. Sérleign LSR byggir á fjárfestingarleiðum sem bæði taka mið af aldri og áhættuþoli sjóðfélaga.

LSR er traustur fórunautur sem mætur störf þín í gegnum tíðina.



LSR

LÍFEYRISJÓÐURINN
STARFEMANNA SÉRIEIGN