

Hvað getum við lært af vistunarmati aldraðra?

Varanleg vistun aldraðra er stórmál hvernig sem á það er litið. Einstaklingurinn yfirgefur eigið heimili og þarf að setta sig við að þiggja hjálp annarra í vaxandi mæli. Þessi atburður í lífi fólks mælist marktækt í fjárlögum þjóðarinnar enda afar kostnaðarsamur, þó svo að einstaklingurinn þurfi, eftir því sem lífeyrir leyfir, að bera allt að þriðjung kostnaðarins. Heildarkostnaður á hjúkrunarrými á ári er nú um fimm milljónir og rýmin á Íslandi eru um 2000, þannig að heildarkostnaður er í námunda við 10 milljarða og svarar það til um eins þriðja af framlagi ríkisins til Landspítala. Það var því vonum seinna að 1990 var komið á laggirnar samræmdu mati á þörf fyrir vistun (1).

Andi vistunarmatsins er að enginn vistist fyrr en allar leiðir til stuðnings búsetu heima séu fullreynðar og einstaklingurinn hafi fengið greiningu á meinum sínum, meðferð og endurhæfingu eftir þörfum. Þar sem vistunarmatið er staðlað og styðst við félagslega, líkamlega og andlega færni gefur það með tímanum mikilsverðar upplýsingar um aðdraganda og afdrif þeirra sem þurfa á varanlegri vistun að halda og endurspeglar styrk heilbrigðis- og félagsþjónustunnar. Læknablaðið birti grein um niðurstöður vistunarmats aldraðra í Reykjavík 1992 (2) og á síðasta ári tíu ára uppgjör með áherslu á biðtíma, lifun og heilabilun (3, 4) sem tók til Stór-Reykjavíkursvæðisins og Akureyrar.

Margvíslegar athyglisverðar upplýsingar koma fram. Konur eru 2/3 allra sem vistast og um tveimur árum eldri en karlar, liðlega 84 ára. Karlar þurftu að bíða að meðaltali 220 daga en konur 290 daga frá gerð vistunarmats til vistunar. Heilabilun á einhverju stigi sást hjá tæplega áttatíu af hundraði. Meðallifun karla var 2,5 ár en kvenna 3,1 ár eftir að til vistunar kom. Aldur, hreyfigeta og hæfni til að matast spáðu marktækt til um lifun. Á fyrsta ári eftir vistunarmat létust 22% karla og 14% kvenna án þess að til vistunar kæmi. Fimmti hluti karla og þriðjungur kvenna var enn í bið eftir úrræði ári eftir vistunarmat.

Í þessum niðurstöðum speglast nokkur mikilvæg heilsupólítísk atriði. Í fyrsta lagi er biðtími eftir varanlegri vistun of langur á rannsóknarsvæðinu þegar fólk er komið í mjög brýna þörf. Þetta er viðurkennt í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 sem samþykkt var á alþingi 20. maí 2001, en þar segir að bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar (5). Enn þarf því að fjölga hjúkrunarrýmum á ákveðnum svæðum á Íslandi.

Í öðru lagi er það umhugsunarefni hversu margir látast áður en til vistunar kemur. Vissulega tengist þessi staðreynd skorti á hjúkrunarrýmum en hún lýsir því þó að forgangsröðun fólks er ábótavant í þau úrræði sem til er að dreifa. Þarfir má skilgreina á ýmsa vegu en færa má fyrir því rök að þeim mun skemur sem einhver á ólífað, því meiri sé þörfin. Nú hafa helstu spáþættir lifunar verið skilgreindir: aldur, hreyfigeta og hæfni til að matast. Aldur er samnefnari margra þátta sem ekki mælast í vistunarmatinu, svo sem aldurstengdar breytingar, en þær ráða miklu um viðnám fólks við veikindum og farnitapi. Þeir sem velja inn í þau rými sem opnast gera vel í því að skoða nákvæmlega þetta samspil aldurs, líkamlegra og andlegra þátta og greina þannig þá sem á hverjum tíma eru í brýnustu þörfinni. Hugsanlega mætti útbúa reiknilíkan til þess að hjálpa stofnunum við forgangsröðun í þau rými sem opnast á hverjum tíma. Þangað til að slíkt skref yrði stigið er augljóst af mynd 3 í 10 ára uppgjöri vistunarmatsins að allir þeir sem eru með 75 heildarstig eða meira (af 120 mögulegum) hafa ævilíkur um eða undir tveimur árum. Þessir einstaklingar ættu að njóta forgangs. Innan þessa hóps ættu þeir sem eru eldri aldraðir að öðru jöfnu að ganga fyrir þeim sem eru yngri aldraðir (3). Í þessu efni eru niðurstöður rannsóknanna mjög svo hjálplegar í daglegri þjónustu við aldraða.

Í þriðja lagi er augljóst að heilabilun er umfangsmikið vandamál og drifkraftur til varanlegrar vistunar. Vistunarræði þurfa því að mæta þörfum heilablaðra sérstaklega en hinn flöturinn á teningnum er að þeir sem eru ekki með heilabilun hafa aðrar þarfir sem mæta þarf með öðrum hætti.

Loks má nefna þá sem bíða eftir varanlegri vistun á sjúkrahúsi en þegar þetta er ritað eru 86 aldraðir í slíkri bið á Landspítala (6). Hér kemur fram annar mælikvarði á þörf. Þeir sem eru það veikir að þeir geta ekki beðið heima hjá sér eftir varanlegri vistun eru að öðru jöfnu í meiri þörf en þeir sem bíða heima og ættu að forgangsraðast á undan þeim sem geta beðið heima. Með því að forgangsraða þessum einstaklingum opnast í hvert skipti sjúkrahúsrými, þar sem takast má á við greiningarvinnu, meðferð og endurhæfingu, sem er í anda þess að styðja fólk til sjálfstæðrar búsetu. Með því að taka þennan pól í hæðina er stuðlað að bestu mögulegu nýtingu fjármagns og viðhaldið eðlilegri verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustunni. Forsvarsmönnum stofnana á Íslandi er treyst



Pálmi V. Jónsson

Höfundur er sviðsstjóri lækninga á öldrunarsviði Landspítala og dósent í öldrunarlækningum við Læknadeild Háskóla Íslands.

fyrir mikilvægum ákvörðunum við úthlutun vistrýma og þær upplýsingar sem komið hafa fram í rannsóknum á vistunarmatinu eru til þess fallnar að hjálpa stjórnendum að fínstillta ákvörðunarferlið enn betur.

Niðurstöður þessara tveggja nýju rannsókna á vistun aldraðra minna okkur einnig á aðrar leiðir, forvarnir hvers konar og valkosti við vistun. Öldruðum mun fjölga mjög á næstu áratugum og því er mikils um vert að sem flestir haldi sem bestri heilsu og færni sem lengst. Ljóst er að einstaklingarnir sjálfir geta bætt efstu árin með heilbrigðum lífsstíl og hóflegri líkamsrækt ásamt með inngrípi lækna hjá þeim sem hafa þekkt og meðhöndlanlega áhættuþætti sjúkdóma (7-10). Þegar heilsu og færni aldraðra fer að hraka segir klínísk reynsla að mikilvægt sé að hafa gott aðgengi að heimaþjónustu, dagvistun og hvíldarinnlögnum enda þótt rannsóknir á gildi slíkrar þjónustu séu misvísandi (11, 12). Niðurstöður nýlegrar rannsóknar á heilsufari og lífsgæðum aldraðra í heimaþjónustu á Íslandi benda til þess að heimilislæknar mættu koma þar sterkar inn (13). Þjónusta heimilislækna hefur þróast mjög í seinni tíð í þá veru að sjúklingarnir komi til læknisins. Háaldrad og veikburða fólk er hins vegar hópur skjólstaðinga heilsugæslunnar sem þarf á því að halda að heimilislæknirinn komi reglulega í vitjun og fylgist náið með heilsufari og líðan. Klínískt tel ég líklegt að það stuðli að því að aldraðir búi lengur heima og þeim líði betur en nú er, þar sem aldraðir í þjónustu heimahjúkrunar virðast hafa margvísleg meðhöndlanleg einkenni. Niðurstöður rannsókna á orsakabáttum varanlegrar vistunar og líðanar fólks í heimahúsi sem nýtur heimahjúkrunar gefur tækifæri til gaumgæfilegrar skoðunar á þjónustu og verkferlum lækna og hjúkrunarfræðinga heilsugæslunnar við aldrada skjólstaðinga sína. Það er metnaðarmál að aldraðir geti búið sem lengst heima við sem besta líðan.

Sambætting heimahjúkrunar og félagsþjónustu er mikilvægt umbótaverkefni. En þriðja þáttinn í

sambættinguna virðist enn vanta: lækninn. Hér er hugmynd. Heimilislæknar vitji allra skjólstaðinga sambættrar heimaþjónustu á fjögurra vikna fresti, aukalega ef þörf krefur, og taki þátt í teymisumræðum vikulega. Þessa hugmynd mætti útfæra sem rannsóknarspurningu með því að skipta Reykjavík í tvennt og bera saman þjónustuna eins og hún gengur og gerist nú við þjónustu þar sem læknir er sterkur fulltrúi í þrjúþætti þjónustu. Hugmyndin gerir ráð fyrir bættri líðan, betri lífsgæðum og skemmri tíma á öldrunarstofnun.

Það er metnaðarmál að aldraðir geti búið sem lengst heima við sem besta líðan. Fagaðilar í heilsugæslu og öldrunarþjónustu þurfa að skilgreina bestu leiðir að því marki.

Heimildir

1. Jónsson PV, Björnsson S. Mat á vistunarþörf aldraðra. Læknablaðið 1991; 77: 313-7.
2. Jóhannesdóttir GB, Jónsson PV. Vistunarmat aldraðra í Reykjavík 1992. Læknablaðið 1995; 81: 233-41.
3. Ingimarsson O, Aspelund T, Jónsson PV. Vistunarmat aldraðra á árunum 1992-2001 – Tengsl við lifun og vistun. Læknablaðið 2004; 90: 121-9.
4. Ingimarsson O, Aspelund T, Jónsson PV. Birtingarmynd heilabilunar í vistunarmati aldraðra fyrir hjúkrunarrými 1992-2001. Læknablaðið 2004; 90: 767-73.
5. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: mars 2004.
6. Stjórnunarupplýsingar LSH, janúar til október 2004, ábyrgðaradili skrifstofa fjárreiðna og upplýsinga.
7. Robine JM, Michel JP. Looking forward to a general theory on population aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59: M590-7.
8. Fries JF. Successful aging--an emerging paradigm of gerontology. Clin Geriatr Med 2002; 18: 371-82.
9. Wang BW, Ramey DR, Schettler JD, Hubert HB, Fries JF. Postponed development of disability in elderly runners: a 13-year longitudinal study. Arch Intern Med 2002; 162: 2285-94.
10. Fries JF. Reducing disability in older age. JAMA 2002; 288: 3164-6.
11. Stoltz P, Uden G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. Scand J Caring Sci 2004; 18: 111-9.
12. Anetzberger GJ. Community resources to promote successful aging. Clin Geriatr Med 2002; 18: 611-25.
13. Jónsson PV, Guðmundsdóttir H, Friðbjörnsdóttir F, Haraldsdóttir M, Ólafsdóttir P, Jensdóttir AB, et al. Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997. Læknablaðið 2003; 89: 313-8.