



Hjemmetjenester til eldre – i Bærum og Ullern

Sammenlignende data fra
AdHOC studiet

Liv Wergeland Sørbye

Diakonhjemmets høgskolesenter
Avdelingen for sykepleieutdanning
Tlf. 22451945, FAX. 22451914
Januar 2003

Forord

Tolv europeiske land planla i 1999 et felles EU- prosjekt hvor en skulle vurdere hjemmetjenestene. Prosjektet skulle omfatte ca 400 brukere over 65 år i hvert land. I prosjektbeskrivelsene blir spesielt behovet for å dokumentere den eldre kognitive fungering beskrevet og hvilke tiltak som kan iverksettes. Norge og Spania var med i første søknadsrunde (1999), men "EU" mente at utgiftene ble for store. For å redusere utgiftene ble Norge og Spania ekskludert i den neste søknadsrunden (2000) hvor prosjektet ble innvilget.

Den norske RAI- gruppen så det som en unik sjanse for Norge å kunne slutte oss til dette prosjektet. Det var viktig at Oslo på linje med alle de andre hovedstedene i Norden, deltok. I tillegg til Norden deltar: Den Tsjekiske Republikk, Frankrike, Tyskland, Italia, Nederland, England. Dette blir totalt 11 land.

Det har vært vanskelig å få økonomisk støtte til prosjektet fra offentlige etater. Vi gir derfor en takk til Den norske legeforening og til Diakonhjemmets høgskole som har gitt oss midler.

En stor takk til alle brukere av hjemmetjenesten som var villig til å delta. En takk til de ansatte i hjemmetjenesten i Ullern og Bærum som har påtatt seg dette ekstraarbeidet uten å få noen kompensasjon.

Ansvarlig for prosjektet er bydelsoverlege Stig Asplin og Mary Anne Johannesen i Ullern bydel, seksjonsleder Gunvor Erdal i Bærum kommune, medisinsk faglig ansvarlig overlege Jan Bjørnson Diakonhjemmets sykehus og prosjektleder Liv Wergeland Sørbye Diakonhjemmets høgskolesenter.

Denne rapporten viser først og fremst en sammenligning mellom Ullern og Bærum. Vi viser også til foreløpige data fra åtte deltaker land og hvor Norge plasserer seg i forhold til ulike parametere.

Oslo, januar 2003

Liv Wergeland Sørbye

Sammendrag.....	4
1. Innledning.....	5
Bakgrunn	5
Målsetting for prosjektet	5
Materiale/metode.....	5
Praktisk gjennomføring	6
Etiske og juridiske anliggende	6
2. Bakgrunnsdata.....	7
Alder og kjønn, boforhold.....	7
3. Kognitiv fungering og kommunikasjon	8
4. Stemningsleie og sosialt fungering	11
5. Hjelpetbehov: Egenomsorg i forhold til IADL- og ADL funksjoner.....	13
Hjelp i forhold til husarbeid og mer tekniske gjøremål.....	13
Hjelp til personlig stell	14
6. Ulike symptomer og tilstander	16
7. Medisner.....	17
8. Formell hjelp	18
Prioritering for sykehjem	19
9. Europeisk sammenligning - foreløpige tall	20
10. Dokumentasjon og kvalitetskriterier	23
Referanser.....	24
Vedlegg: Foredrag; Århus 2002, Nordisk konferanse i Geriatri.....	25
Results	25
1.1 Background data.....	25
1.2 Body mass Index	26
1.3 Discussion	28
1.4 References:	28

Sammendrag

Vi har her forsøk å gi et bilde av noen av dataene vi har samlet inn for hjemmetjenesten i Ullern og Bærum. Det er interessant å se hvor stort samsvar det er mellom utvalget fra Bærum på 92 brukere og Ullern på 296 brukere. Vi har også gitt noen foreløpige tall fra sju av de andre europeiske landene som deltar i AdHOC-studiet.

- Brukerne av hjemmebaserte tjenester gir uttrykk for at de trives. De føler seg sjelden ensomme, tross for at de er alene mesteparten av døgnet.
- De har en relativt godt stemningsleie. Informantene i Ullern bruker langt oftere antidepressiva enn i Bærum 21% mot 10%.
- Informantene i Bærum bruker langt oftere sovemedisiner og smertestillende enn i Ullern; henholdsvis 36% og 46% mot 21% og 21%.
- Mange av de eldre som deltar i prosjektet har en for lav Kropps Masse Indeks (KMI). Det var 88 (25%) av pasientene hadde en på BMI < 20 kg/m², i tillegg hadde 72 (21%) en KMI verdi mellom 20-21,9 kg/m².
- Det formelle hjelpeapparatet yter mer hjelp pr. bruker i Ullern enn tilfellet er i Bærum. En nøyere analyse vil sannsynligvis vise at pleietyngden i Ullern er noe høyere enn i Bærum.
- I hvilken grad det uformelle nettverket støtter bedre opp i Bærum, kan også vises ved videre analyse.
- I europeisk sammenheng, er de norske pasientene eldre og bor oftere alene enn i de fleste andre land.
- I Norge benytter vi i større grad korttidsopphold i sykehjem.
- Pasienter med omfattende fysisk og kognitivsvikt blir hyppigere enn i mange andre land plassert i sykehjem.
- **Ca ¼ av de pasientene i hjemmetjenesten har likevel et så omfattende pleiebehov at de burde hatt sykehjems plassering eller tilsvarende pleietilbud i hjemmet.** Dette tallet framgår etter en spesiell algoritme, MAPLe, som er bygget på ulike risikofaktorer.
- Hjemmetjenesten bør være flinkere til å differensiere pleietid ut fra pasientens behov.
- RAI- instrumentet egner seg meget bra til å dokumentere behov og gir kvalitetskriterier med tanke på benchmarking.

1. Innledning

Bakgrunn

Diaforsk har i flere år hatt et nært samarbeid med Diakonhjemmets sykehus, hvor vi har utviklet det internasjonale vurderingsinstrumentet RAI (Resident Assessment Instrument) for norske forhold. Avdelingen har satsset mange ressurser og utviklet en høy kompetanse. Høsten 1999 var vi invitert til å delta på større prosjekt i samarbeid med 11 andre europeiske land. Den europeiske InterRAI gruppen laget en søknad til EU til det ”Fifth Framework Programme”: The AgeD in HOME Care Project - The AD HOC Project. Søknaden ble først avslått, begrunnelsen var blant annet at det var for mange land med. En kontrakt ble imidlertid signert 1. mars, 2001 – av ulike årsaker fikk ikke Norge økonomisk støtte. De ulike hjemmetjenestedistriktene har samlet data inne for sin arbeidstid. Diakonhjemmets høgskolesenter og Den norske legeförening har støttet prosjektet økonomisk. Regionale etisk komité og datatilsynet har godkjent prosjektet krav til informert samtykke og konfidensialitet blir ivaretatt.

Målsetting for prosjektet

Målsettingen er å identifisere og anbefale en modell for hjemmetjenesten til eldre ved hjelp av strukturelle og organisatoriske karakteristika av hjemmetjenesten i 11 europeiske land sett i forhold til kliniske og funksjonelle karakteristika. Det å identifisere faktorer som korrelerer med positive resultat etter ett år, vil danne grunnlaget for den første ”evidence-based ” modell for hjemmetjenesten.

Materiale/metode

I utgangspunktet skulle undersøkelsen gjennomføres i Ullern bydel, men på grunn av manglende kapasitet ble undersøkelsen utvidet til også å gjelde hjemmeboende pasienter i Bærum.

Ullern bydel har ca 25 000 innbyggere, 19,4 % er over 65 år. Hjemmetjenesten inkludert de som får hjemmetjeneste og/eller hjemmesykepleie, er ca 550 brukere pr år og ca 65 årsverk. Bærum kommune har 101.000 innbyggere, 15,1 % er over 65 år. Hjemmetjenesten har ca 3000 brukere og 950 årsverk (SSB 2001).

Hver informant blir fulgt opp tre ganger. Vi har avsluttet et ”baseline”- intervju hvor hele RAI- HC vil bli brukt. Det er resultater fra disse vurderingssamtalene som nå blir presentert. Vi er nå et halvt år etter det 1. intervjuet i gang med et ”mindre omfattende” intervju og ett år etter oppstart tar vi et fullstendig intervju igjen.

I Norge har vi valgt å veie og måle pasientene, for å kunne vurdere deres Kropps Masse Indeksen (KMI) relatert til andre viktige ernæringsvariabler.

I tillegg er det blitt fylt ut et spesielt vurderingsskjema for hjemmetjenester (EU-HCS). Dette vil bli brukt til å samle informasjon om tjenesten. Sentrale variabler er: demografiske data,

økonomiske og organisatoriske strukturer, de ulike nivåer på organisasjonen, og type tjenester som blir levert.

Dataanalysen skjer sentralt i EU-prosjektet. Personidentifiserbare opplysninger blir ikke edb-registrert. Diaforsk har også tilgang på databearbeiding av egne data.

Praktisk gjennomføring

Bydelsoverlege Stig Asplin i Ullern bydel delegerte ansvaret for oppfølging av prosjektet til sykepleiekonsulent Mary Anne Johannessen. På de to hjemmetjenestebasene ved sykehjemmene Ullerntunet og Smestad, ble lederne for hjemmehjelpstjenesten sentrale nøkkelpersoner da mange av de pasientene som mottok hjemmesykepleie også fikk hjemmehjelp. I Bærum ble det tjenestestedene Rykkinn og Bekkestua, samt Actica omsorg som deltok.

Diakonhjemmets høgskole har være ansvarlig for opplæring, oppfølging og veiledning. De pleierne som kjente pasient best skulle ta vurderingsintervju å fylle ut skjemaet. Etter utfylling av skjema, ble usikkerheter angående utfyllingen diskutert med mer erfarne ”vurderere”. Liv Wergeland Sørbye hadde ansvaret for at alle skjema var korrekt utfylt før dataregistrering. Arbeidssituasjonen i Ullern gjorde at det til tider var tung for de ansatte å prioritere RAI-prosjektet. Vi innså at det ville bli vanskelig å klare 400 vurderinger innen angitte tidsfrist. Diaforsk valgte derfor å kontakte Bærum kommune. Her var de ansatte godt trent med å samle data om pasientene etter standardiserte skjema.

Diaforsk tok selv aktiv del i innsamlingen av data både i Ullern og Bærum.

Trinn II av undersøkelsen ble avsluttet ved årsskifte, samtidig som oppstart av trinn III. All datainnsamling vil være avsluttet juni 2003.

Etiske og juridiske anliggende

Forskningsprosjektet var godkjent av regional etisk komité og datatilsynet. Alle intervju skjedde etter informert samtykke fra pasientene. Der det var ønskelig deltok nærmeste pårørende. Ingen personidentifiserbare opplysninger ble påført skjema, men en fortløpende tallkode og bydelens ”unik” nummer. Pasientenes anonymitet er blitt ivaretatt.

2. Bakgrunnsdata

Alder og kjønn, boforhold

Alder og kjønn er et sentralt kjennetegn på de som mottatt hjemmebaserte tjenester. Mange bor tradisjonelt alene.

Tabell 2-1 BB 2 Fødselsår. Angitt i gjennomsnitt og standard avvik. N=388.

Kommuner	Mean	N	Std. Deviation
Ullern	1917,53	296	6,117
Bærum	1919,87	92	6,559
Totalt	1918,08	388	6,295

Den eldste var født i 1902 og den yngste i 1935, gjennomsnittelig fødselsår var 1920. Gjennomsnittsalderen var noe høyere i Ullern, sammenlignet med Bærum.

Tabell 2-2 CC6 Bodde sammen med * v361= Kommuner Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

	Kommuner		
	Ullern	Bærum	Totalt
Bodde alene	215 (73%)	70 (76%)	285 (74%)
Bodde bare med ektefelle	64 (22%)	18 (20%)	82 (21%)
Bodde med ektefelle og andre	4 (1%)	1 (1%)	5 (1%)
Bodde med barn (u/ektefelle)	5 (2%)	3 (3%)	8 (2%)
Bodde med andre	2 (1%)	-	2 (1%)
Bodde i kollektiv minus fam.	6 (2%)	-	6 (2%)
Totalt	296 (100%)	92 (100%)	388 (100%)

Uansett om en bodde i Ullern eller Bærum bodde $\frac{3}{4}$ av pasientene alene. Det var bare unntaksvis at den gamle bodde sammen med andre enn ektefellen.

3. Kognitiv fungering og kommunikasjon

Skal eldre kunne bo i eget hjem er grad av kognitiv fungering, viktige data.

To av brukerne ble vurdert til å ha hukommelsesproblemer.

Tabell 3-1 B2 a) Beslutninger angående sitt daglige liv. Angitt i antall og (%). N=293, 92 og 385.

	Kommuner		
	Ullern *	Bærum	Totalt
Uavhengig	216(74%)	64 (70%)	280 (73%)
For det meste uavhengig	28 (10%)	20 (22%)	48 (13%)
Noe nedsatt evne	27 (9%)	6 (7%)	33 (9%)
Svært nedsatt evne	13 (4%)	2 (2%)	15 (4%)
Alvorlig nedsatt	9 (3%)	-	9 (2%)
Totalt	293 (100%)	92(100%)	385 (101%)

* Tre ubesvart

Ni av brukerne i Ullern ble vurdert til å ha ”Alvorlig nedsatt evne” til å ta bestemmelser angående sitt daglige liv. Fire av disse bodde alene. Ingen av de hjemmeboende i Bærum ble vurdert til å ha ”Alvorlig nedsatt evne”. Tretten brukere i Ullern ble vurdert til å ha ”Svært nedsatt evne”, åtte av disse bodde alene. I Bærum ble to eldre vurdert til å ha ”Svært nedsatt evne” disse to bodde alene.

Kommunikasjon/sanser

For hjemmeboende er det av stor betydning at evne til å kommunisere er intakt.

Tabell 3-2 Funksjonsstatus relatert til kommunikasjonsevne og sanser. Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

Funksjonsstatus	Kommuner		
	Ullern	Bærum	Totalt
Hører adekvat	237(80%)	71 (77%)	306 (79%)
Gjør seg klart forstått	262 (89%)	85 (92%)	347 (89%)
Forstår andre godt	248 (84%)	85 (92%)	333 (86%)
Uavhengig i bruk av telefon	249 (84%)	83 (90%)	332 (86%)
Adekvat syn evt. med briller	231 (78%)	81 (88%)	312 (80%)

Tilsynelatende er en stor andel av de hjemmeboende som har en god funksjonsstatus. Det er derfor interessant å se hva nærmere på de brukerne som ikke klarer seg så bra.

Cognitive Performance Scale

RAI har en indeks på kognitiv fungering CPS, som er satt sammen av ulike variabler: kortidshukommelse, evne til å gjøre seg forstått, evne til å ta daglige beslutninger, avhengig av å bli matet og bevissthetsnivå CPS har en skala fra 0 til 6 (”0” er helt intakt og ”6” meget alvorlig svekket). CPS – skåren er høyt korrelert med MME (Cohen-Mansfield et al 1999).

Tabell 3-3 MDS Cognitive Performance Scale. N=388.

	Frequency	Percent
Intact	251	64,7
Borderline intact	71	18,3
Mild impairment	43	11,1
Moderate impairment	13	3,4
Mod. Severe impairment	1	0,3
Severe impairment	8	2,1
Very severe impairment	1	,3
Total	388	100,0

Av de hjemmeboende var det svært få som var alvorlig kognitive svekket.

Hørsel

LETTERE VANSKELIGHETER flere snakker i samme rom
 HØRER KUN I SPESIELLE SITUASJONER - når det bli snakket høyt, klart og tydelig
 SVÆRT NEDSATT HØRSEL - ingen brukbar hørsel

”LETTERE VANSKELIGHETER” ble registrert for 41 (14%) i Ullern og hos 18(20%) i Bærum. I Ullern var det 15 brukere som ”HØRER KUN I SPESIELLE SITUASJONER” og tre ble vurdert til å ha svært nedsatt hørsel. I Bærum ble tre brukere vurdert til kun å høre i spesielle situasjoner, mens ingen ble vurdert til å ha svær nedsatt hørsel.

Evne til å gjøre seg forstått

VANLIGVIS FORSTÅTT, trenger tid, men klarer seg selv.
 Blir OFTE FORSTÅTT vansker med å finne ord eller avslutte tanker/setninger)
 BLIR IBLANT FORSTÅTT,(uttrykker basale behov, - mat, drikke, SJELDEN/ALDRI FORSTÅTT

De fleste av de hjemmeboende var i stand til å gjøre seg forstått. I Ullern var det 34 (11%) av brukerne som hadde noe problem, mens tilsvarende andel for Bærum var 7 (8%).

Evne til å forstå andre

FORSTÅR VANLIGVIS andre, kan miste deler/formålet med beskjednen, forstår det meste med litt eller ingen hjelp
 FORSTÅR OFTE ANDRE, men mister hensikten dersom en ikke får hjelp
 FORSTÅR AV OG TIL ANDRE, svarer adekvat på enkel direkte kommunikasjon
 FORSTÅR SJELDEN/ALDRI ANDRE

Det kan være vanskelig å vurdere i hvilken grad den eldre er i stand til å forstå andre. I Ullern ble 34(12%) vurdert til vanligvis å forstå andre, mens henholdsvis ni og fem eldre ble vurdert til å forstå ”ofte” eller ”av og til”. I Bærum forstod fem ”vanligvis” og to ble vurdert til å forstå ”ofte”. Ingen fra Bærum ble vurdert til bare å forstå ”av og til”.

Bruk av telefon

I Ullern trengte 47 (16%) ulike grader av hjelp for å kunne ringe. Av disse bodde 28 eldre alene. I Bærum hadde ni personer behov for hjelp, seks bodde alene. I Ullern ble 16 av de aleneboende vurdert til å trenge ”Full hjelp” eller at telefoneringen ble utført ”Av andre”. I Bærum gjaldt dette bare en bruker.

Syn

NEDSATT, leser store bokstaver, men ikke vanlige bokstaver i aviser/bøker

MODERAT NEDSATT syn, kan ikke lese avis- overskrifter, gjenkjenner objekter

SVÆRT NEDSATT, kan ikke kjenne igjen objekter, men øynene følger bevegelser

ALVORLIG NEDSATT, ikke noe syn eller ser bare lys, farger, eller skygger; øynene klarer ikke og følge objekter

I Ullern hadde 20 eldre problemer med moderat til alvorlig nedsatt syn, tilsvarende tall for Bærum var sju brukere. Begge kommuner hadde derfor en andel på ca 7%.

Tabell 3-4 CC7 Sykehjem/institusjonsopphold i løpet av de siste fem år) * v361= Kommuner. Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

Kommuner			
	Ullern	Bærum	Totalt
Nei	258 (87%)	61 (66%)	319 (82%)
Ja	38 (13%)	31 (34%)	69 (18%)
Totalt	296 (100%)	92 (100%)	388 (100%)

Langt flere av brukerne i Bærum hadde hatt et opphold på institusjon: sykehjem, trygghetsavdeling eller rekreasjon/rehabilitering i løpet av de siste fem år (p=0,000).

4. Stemningsleie og sosialt fungering

Informantene ga uttrykk for at de mentalt hadde det bra. Et par trakk seg bevisst fra sosiale aktiviteter av ulike årsaker.

Tabell 4-1 E1 i) Redusert sosialt samvær * v361= Kommuner. Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

Kommuner			
	Ullern	Bærum	Totalt
Tegn ikke obs. siste 3 døgn	204 (69%)	72 (78%)	276 (72%)
Tegn sett 1 til 2 døgn	11 (4%)	5 (5%)	16 (4%)
Tegn sett på hver av de tre siste døgn	78 (27%)	15 (16%)	93 (24%)
Ubesvart	1 (0%)	-	1 (0)
Totalt	294 (100%)	92 (100%)	386 (100%)

Flere hadde redusert sosialt samvær. Dette gjaldt langt flere i Ullern enn i Bærum.

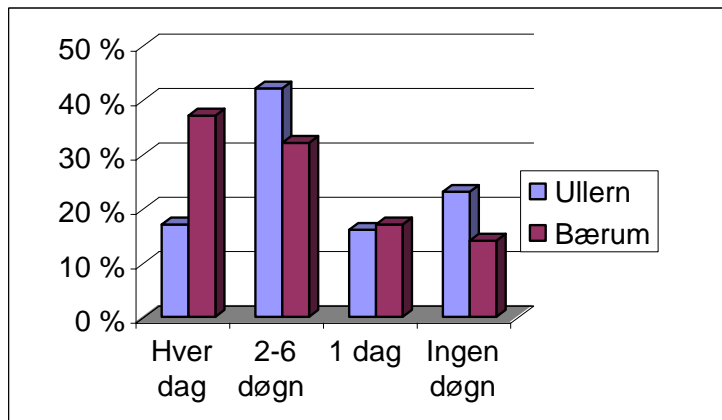
Tabell 4-2 F2 Endring i sosiale aktiviteter siste tre måneder* v361= Kommuner. Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

Kommuner			
	Ullern	Bærum	Totalt
Ingen reduksjon	169 (57%)	55 (60%)	224(58%)
Redusert, bekymret	19 (6%)	10 (11%)	29 (8%)
Redusert, ikke bekymret	93 (32%)	26 (28%)	119 (31%)
Bekymret hele tiden	5 (2%)	1 (1%)	6 (2%)
Ubesvart	10 (3%)	-	10 (3%)
Totalt	296 (100%)	92 (100%)	388(100%)

Ca 40% ga uttrykk for at de hadde endret sin sosiale aktivitet i løpet av de siste tre månedene. Men de fleste svarte at dette ”ikke bekymret” dem.

Ute: antall dager pr. uke

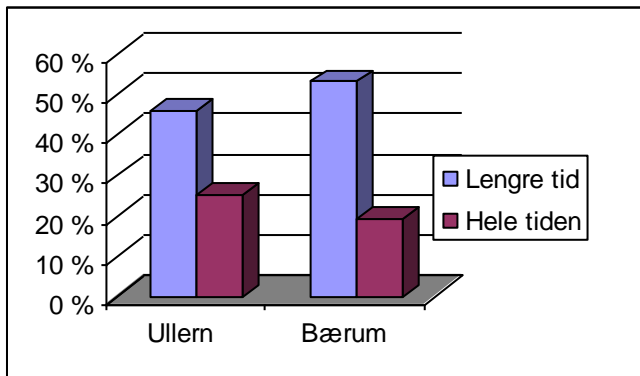
Brukerne ble spurt om hvor mange dager de var ute av boligen i forhold til en typisk uke i løpet av siste måned.



Figur 4-1 Andel som var ute av boligen i løpet av en uke. Angitt i %. N=296 og 92.

F3 a) Isolasjon

Ca ¾ av brukerne bodde alene. Det var derfor å forvente at de fleste var lengre tidsrom alene.



Figur 4-2. Andel av brukerne som var lengre tidsrom eller hele tiden alene. Angitt i %. N=296 og 92.

Enten brukerne bodde i Ullern eller Bærum var de fleste overlatt til seg selv mesteparten av tiden .

Tabell 4-0-3 F3b) Føler seg ensom. Angitt i %. N=296 og 92.

Kommuner			
	Ullern	Bærum	Totalt
Nei	83,4%	78,3%	82,2%
Ja	16,6%	21,7%	17,8%
Totalt	100,0%	100,0%	100,0%

Selv om de fleste av brukerne var overlatt til seg selv mesteparten av tiden, følte de fleste seg ikke ensomme. Likevel er det verd å merke seg at 22% i Bærum faktisk oppga at de var ensomme.

5. Hjelpebehov: Egenomsorg i forhold til IADL- og ADL funksjoner.

Tradisjonelt sett har hjemmebaserte tjenester kompensert for brukernes reduserte egenomsorg. Hjemmehjelpservice har stort sett hjulpet til med IADL funksjonene, med unntak av medikamenthåndtering. Når det gjelder mer personlig stell, ADL- funksjoner, har det vært en sykepleiefaglig funksjonsoppgave. I praksis er disse skillene med på å utviskes. I hjemmetjenesten bruker en det mest kvalifiserte personalet en har for hånden til de mest medisinske og sykepleiefaglige oppgavene.

Hjelp i forhold til husarbeid og mer tekniske gjøremål

IADL EGENOMSORG - Brukerens fungering ved utadrettet rutineaktivitet i hjemmet eller i samfunnet i løpet av **DE SISTE 7 DØGN**

- a. **MATLAGING** - Hvordan måltidene forberedes (f eks. planlegging, tilbereding, samle sammen ingredienser, mat og redskaper settes frem)
- b. **VANLIG HUSARBEID**– Hvordan alminnelig husarbeid i hjemmet utføres (f eks. oppvask, støvtørring, sengeredning, opprydning, vasking)
- c. **STYRING AV ØKONOMIEN** – Hvordan regninger betales, sjekkheftet avstemmes, husholdningsregnskap føres
- d. **HÅNDTERING AV MEDISINER** – Hvordan brukeren mestrer medisineringen (f eks. husker å ta medisin, åpne flasker, Innta korrekt dose, ta injeksjoner, smøre på salve)
- e. **BRUK AV TELEFON** – Hvordan telefonsamtaler foretas eller mottas (med hjelpemidler som store tall på telefonen, forsterkning av ringelyd om nødvendig)
- f. **HANDLING** – Hvordan innkjøp foretas av mat og ting til husholdningen (f eks. utvelg ting, betale)
- g. **TRANSPORT** – Hvordan brukeren anvender befordringsmiddel - f eks. utover gåavstand

Tabell 5-0-1Hia-g. IADL funksjoner. Andel som er uavhengig: Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

Uavhengig	Ullern	Bærum	Totalt
Matlaging	164 (55%)	46 (50%)	210 (54%)
Husarbeid	56 (19%)	13 (14%)	69 (18%)
Økonomi	151 (51%)	49 (53%)	200 (52%)
Medisinering	178 (60%)	47 (51%)	225 (58%)
Bruk av telefon	249 (84%)	83 (90%)	332 (86%)
Innkjøp	80 (27%)	37 (40%)	117 (30%)
Transport	69 (23%)	37 (40%)	106 (27%)

Ca halvparten av informantene er helt uavhengig når det gjelder matlaging i alle tre gruppene. Mellom 80-85% hadde behov for hjelp med husarbeidet. Når det gjelder innkjøp og transport er beboerne i Bærum mer selvhjulpne enn i Ullern. Dette skyldes nok i en viss grad lett tilgjengelighet til Storsenteret for det 15 informantene som bodde i Actica omsorg.. Informantene fortalte hvordan de ved hjelp av gåstativ med ”handlekurv” kunne få med seg det de trengte. De som var avhengig av rullestol kunne også lett beherske den ved egen hjelp.

Hjelp til personlig stell

DL Klare selv - Dette punktet omfatter brukerens fysiske evne m.h.t. alle former for daglige personlige rutineaktiviteter, f eks. påkledning og måltider, gjennom de siste 3 døgn. Dersom brukeren utfører en aktivitet uavhengig av andres hjelp - undersøkes og anføres om andre oppmuntrer eller overvåker aktiviteten. Kode for funksjon i løpet av hele døgnet, de siste 3 døgn. Kod for den mest avhengige episoden de siste 3 døgn. For bading de SISTE 7 DØGN. UAVHENGIG . Ingen hjelp eller tilsyn – eller - behov for tilsyn eller hjelp kun 1-2 ganger de siste 3 døgn

FORBEREDELSE - eller legge til rette for handling, ta fram saker

TILSYN - Behov for tilsyn eller instruksjon mer enn 3 ganger, eller tilsyn og fysisk hjelp kun 1-2 ganger de siste 3 døgn

BEGRENSET HJELP . Pasienten klarer det meste selv, men har behov for lett fysisk hjelp eller veiledning mer enn 3 ganger, eller ytterligere hjelp kun 1-2 ganger de siste 3 døgn

OMFATTENDE HJELP . Pasienten deltar delvis selv (>50%). De siste 3 døgn er følgende hjelp gitt 3 eller flere ganger: a) løftehjelp

b)- hjelp til alt i en del av (men ikke alle) de siste 3 døgn

MAKSIMAL HJELP- Klarer < 50% av del- aktivitetene med hjelp av to personer. Får vektavlastningsstøtte eller full hjelp tre eller flere ganger i løpet av de siste 3 dagene.

6. TOTALT AVHENGIG - Behøver full hjelp av andre

8. DENNE AKTIVITETEN HAR IKKE FOREKOMMET (uansett evne)

Tabell 5-2 H2a-j, H5. ADL funksjoner. Andel som er uavhengig. Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

	Ullern	Bærum	Totalt
Bevegelse i seng	255(86%)	75 (82%)	330 (85%)
Forflytting	241 (81%)	74 (80%)	315 (81%)
Mobilitet hjemme	238 (80%)	77 (84%)	304 (82%)
Mobilitet ute	185 (63%)	66 (72%)	251 (65%)
Trappegåing	161 (54%)	48 (52%)	209 (54%)
Påkledning overkroppen	230 (78%)	74 (80%)	304 (78%)
Påkledning underkroppen	222 (76%)	73 (79%)	299 (77%)
Spisesituasjonen	256 (87%)	80 (88%)	336 (87%)
Toalettbesøk	250 (85%)	79 (86%)	329 (85%)
Personlig hygiene	220 (74%)	72 (78%)	292 (75%)
Dusj/bad	156 (53%)	45 (49%)	201 (52%)

Totalt sett er dataene for ADL-funksjoner hos hjemmeboende i Bærum representative for hele materialet. Det eneste som skiller seg ut er "mobilitet utenfor bolig". Her vet vi at boligmassen i Bærum i større grad består av villabebyggelse, enn det som er tilfellet for Smestad/Skøyen området.

Inkontinens

Mange eldre sliter med urininkontinens. Vi antok imidlertid at det ville være få brukere i hjemmetjenesten med hyppig tarminkontinens.

Tabell 5-3 11a og 2a. Blærekontinens, ikke bruk av bleier. Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

	Ullern	Bærum	Totalt
Kontinente	190 (64%)	50 (54%)	240 (62%)
Bruker ikke bleier	220 (74%)	57 (62%)	297(71%)

Når det gjaldt kontinens var det liten forskjell mellom gruppene. Men det er interessant å registrere at ca 10 % færre en andelen som sa de var inkontinente, brukte bleier.

Når det gjaldt tarminkontinens så svarte ni i Ullern og fire i Bærum at de vare ”hyppige eller helt inkontinente” for avføring. Av disse bodde åtte alene i Ullern og tre alene i Bærum.

6. Ulike symptomer og tilstander

Vi har her samlet ulike symptomer og tilstander hos kan oppstå hos hjemmeboende eldre.

Tabell 6-0-1 Andel som ikke har følgende plager: Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

Ulike plager	Ullern	Bærum	Totalt
Ingen smerter	142 (48%)	26 (28%)	166 (43%)
Ingen trykksår	290 (98%)	91 (99%)	381 (98%)
Ingen stase sår	271 (92%)	78 (86%)	350 (90%)
Ingen fall siste 3 mnd.	228 (74%)	60 (65%)	288 (74%)
Ikke ustabil gange	143 (48%)	31 (34%)	174 (45%)
Røyker ikke daglig	257 (87%)	84%	334 (86%)
God helse	195 (66%)	67%	257 (66%)
BMI>22 N= 296, 92 og 347	128 (49%)	63 (67%)	227 (54%)

Det er en noe større andel i Bærum enn i Ullern som er plaget av smerter. Det er svært få brukere som er plaget av trykksår og stasesår. Andel bruker som har falt er noe lavere i Bærum enn i Ullern, til tross for at en større andel har ustabil gange. Svært få av de eldre røykte daglig. To tredjedel av brukeren i begge kommunene vurderte sin helse til å være bra. De eldre i Bærum har en bedre Body Mass Indeks, enn brukerne av hjemmetjenesten i Ullern. De 15 beboerne på Actica har en lagt bedre BMI, enn hjemmeboende ellers. Dette skyldes nok en generelt bedre allmenntilstand, men sikkert også lett tilgjengelig mat i kantinen.

Ernæringsstatus

Tabell 6-0-2 Ernæringsstatus angitt i KMI * Angitt i antall og (%). N=296, 92 og 388.

	Kommuner		
	Ullern	Bærum	Totalt
Underernæring <19,9	68	20	88
	26,4%	22,7%	25,4%
Underernæring? 20-21,9	62	10	72
	24,0%	11,4%	20,8%
Risiko 22-23,9	54	20	74
	20,9%	22,7%	21,4%
"Ok" vekt 24-27.9	47	28	75
	18,2%	31,8%	21,7%
Overvektig 28-30.9	16	7	23
	6,2%	8,0%	6,6%
Meget overvektig > 31	11	3	14
	4,3%	3,4%	4,0%
	258	88	346
Totalt	100,0%	100,0%	100,0%

Når det gjelder å være underernært ved grenseverdien 20 KMI, er forskjellen liten på Ullern og Bærum, henholdsvis 26% og 23%. I forhold til spørsmål om underernæring gruppen med en KMI på 20-22, er variasjonen mye større. I Ullern er hele 24% i denne kategorien, mens tilsvarende tall for Bærum er 11%. Langt flere i Bærum enn i Ullern blir kategorisert til å ha en "OK" vekt. Både i Ullern og Bærum er 11% overvektige.

7. Medisner

Tabell 7-0-1 Q2a-2Andel som bruker **psykofarmaka og smertestillende**: Angitt i antall og (%).
N=296, 90 og 386.

	Ullern	Bærum	Totalt
Antipsykotika	11 (4%)	5 (6%)	16 (4%)
Anxiolytika	15 (5%)	7 (8%)	22 (6%)
Antidepressiva	61 (21%)	9 (10%)	70 (18%)
Hypnotika	62 (21%)	32 (36%)	94 (24%)
Analgetica	63 (21%)	41 (46%)	104 (27%)

Informantene fra Bærum bruker relativt lite antidepressiva, men relativt mye smertestillende sammenlignet med Ullern. Det var 63% av brukerne i Bekkestua distrikt brukte smertestillende, mens tilsvarende tall for Rykkinn var 29%. I begge distrikt vare det fire kreftpasienter. Actica omsorgsboliger hadde en andel på 36%, som brukte smertestillende.¹ Omtrent dobbelt så mange av informantene på Actica bruker sovetabletter (hypnotika) sammenlignet med det totale RAI- materialet av hjemmeboende. En kan undres om et aktivt uteliv i nærmiljøet i Sandvika fører til økt bruk av sovetabletter.

¹ Vi har data på type smertestillende, dose og hyppighet.

8. Formell hjelp

Her har vi valgt å se på antall dager pr uke brukerne fikk gjennomsnittlig i forhold til hjemmesykepleie og hjemmehjelp i løpet av siste uke (intervjudagen som referanse). Her har vi konkret sett på Ullern og Bærum samt ulike distrikt i Bærum.

NB. Dette er brukernes egenrapportering av tidsbruken til det formelle hjelpeapparat.

Tabell 8-1 Formelle tjenester. Antall dager i løpet av siste uke. Angitt i Mn (gjennomsnittsverdi).

	Ullern	Bærum
Hjemmesykepleie	4,9	5,1
Hjemmeservice	1,3	1,2

Når det gjaldt antall dager brukerne fikk besøk var det ingen forskjell mellom Ullern og Bærum.

Tabell 8-2 Formelle tjenester. Antall minutter i løpet av siste uke. Angitt i Mn (gjennomsnittsverdi).

	Ullern	Bærum
Hjemmesykepleie	195	105
Hjemmeservice	90	48

Det kan virke som om brukerne i Ullern får langt flere besøk, mer tid pr. dag enn brukerne i Bærum.

Tabell 8-3 Formelle tjenester. Antall dager i løpet av siste uke. Angitt i Mn (gjennomsnittsverdi).

	Rykkinn	Bekkestua	Actica
Hjemmesykepleie	5,5	5,2	3,7
Hjemmeservice	1,0	1,3	1,0

Beboerne i Actica hadde langt mindre tilsyn enn andre hjemmeboende. Dette stemmer med den høyere evne til egenomsorg brukerne i Actica viste. Deres egenomsorg kunne være lengre intakt på grunn av tilrettelagt bolig og lett tilgang på service leiligheten.

Tabell 8-4 Formelle tjenester. Antall minutter i løpet av siste uke. Angitt i Mn (gjennomsnittsverdi).

	Rykkinn	Bekkestua	Actica
Hjemmesykepleie	93	128	20
Hjemmeservice	46	57	19

Brukerne på Bekkestua får mer tid pr uke enn brukerne på Rykkinn. Her vil en videre analyse av pleietyngden være nødvendig for å vurdere rett bruk av ressurser. Beboerne i Actica har relativt liten individuell hjelp. Det som ikke her er målt er all den indirekte formelle hjelpen de får gjennom fellesaktiviteter.

Prioritering for sykehjem

I kommunehelsetjenesten er det s det stadig en politisk og faglig avveining om hvor stor andel av brukerne har behov for institusjonsplass. RAI-instrumentet har ulike variabler som er uttrykt i en algoritme som karakterisere pleietyngden: MAPLe (Methods for Assigning Priority Levels) I algoritmen inngår CPS (cognitive performance scale), IADL og ADL funksjoner, inkontinens, tidligere opphold institusjon, spørsmål opp vedkommende har vært ute i løpet av siste uke, forvirringstilstander, atferdsproblemer, fall og generell endring i allmenntilstanden.

Tabell 8-5 MAPLE Prioriteringskategori for sykehjem. Angitt i antall og %. N=296, 92 og 388.

Prioritering	Ullern		Bærum		Antall	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Lav prioritering	85	29	22	24	107	28
Mild prioritering	46	16	21	23	67	17
Moderat prioritering	93	31	33	36	126	33
Høy prioritering	60	20	14	15	74	19
Veldig høy prioritering	12	4	2	2	14	4
Totalt	296	100	92	100	388	101

Det er en noe lavere andel av de som får hjemmetjeneste i Bærum som blir vurdert til å ha ”Høy eller veldig høy prioritert” henholdsvis 15% og 2%. De tilsvarende tall for Ullern er 20% og 4%. Ser vi totalt på brukergruppen er det 88 pasienter som trenger like mye pleie som en sykehjems plass tilsier.

Det er viktig å vektlegge at det er bare 4% av brukerne som er kategorisert til å ha ”Veldig høy prioritet” som faktisk bor hjemme. I både Ullern og Bærum får de pasientene med mest uttalt hjelpebehov plass i institusjon.

9. Europeisk sammenligning - foreløpige tall

For å gi et lite innblikk av hvordan hjemmetjenester til eldre blir organisert i ulike europeiske land, presenteres her noen foreløpige tall.

Det er i denne presentasjonen tatt med dataanalyser relatert til:

- Demografiske data
- Fysisk og kognitiv fungering
- Depresjon og opplevelse av ensomhet
- Antall timer med formell omsorg
- Omsorgsbelastning for pårørende

Kjønn, alder og sivilstatus

Prosentandel menn og kvinner er relativt likt i de ulike landene, ca ¼ menn og ¾ kvinner. I Finland er det en lavere andel menn og i Italia er det en langt høyere andel menn. Norge har den høyeste gjennomsnittsalderen både på menn og kvinner.

Når det gjaldt sivil status er den korrelert med alder, dess eldre – dess større andel enker og enkemenn. Norge hadde høyest andel som hadde mistet ektefellen ved død. Det var en relativt lav andel i dette materialet som var skilt. I Italia var dette tilfellet bare hos 0,2 % (takke til den katolske kirke), Norge var neste sjeldnest på 4,4 %. Den høyeste andelen av skillsmisser var i Finland.

Boforhold

Finland hadde den høyeste andel av eldre som bodde alene 84%. Tilsvarende andel for Norge var 74%, mens i Italia var det 13% som bodde alene.

Når det gjaldt tidligere opphold i sykehjem varierte dette i de ulike landene. Korttidsopphold skulle også telle med. Tsjekia hadde hyppigst bruk av sykehjem for hjemmeboende 18,6%, deretter kom Norge, med England og Nederland tett etter. De andre europeiske landene brukte relativt sjelden avlastningsopphold. I materialet fra Italia hadde ca 50% vært innlagt i sykehus i løpet av siste halvår. I Nederland hadde 17% hatt et slikt opphold, mens i de andre landene varierte det med 25-35%.

ADL- funksjoner

De pasientene som fikk hjelp i Italia hadde ofte sammensatte problemer med å ivareta sitt personlige stell, Tyskland fulgte etter Italia, mens det var mindre variasjoner mellom de andre landene. I Norge klarte en stor andel av de hjemmeboende å ivareta sine ADL- funksjoner, med unntak av hjelp til dusj. Italienske hjemmeboende trengte mest hjelp, deretter kom de tyske og de engelske pasientene.

IADL- funksjoner

Alle som fikk hjemmetjenester hadde problem med å mestre mer tekniske gjøremål som transport, innkjøp, husvask og matlaging. Mange trengte også hjelp til å ta medisiner, ordne

økonomi og noen trengte også hjelp til å bruke telefonen. Igjen trengte de italienske pasientene mest assistanse, deretter kom tyskere og engelskmenn. Uavhengig i forhold til IADL- funksjoner. 46% av de islandske pasientene var helt uavhengige, mens bare 3,8% av de italienske. 33% av de norske var vurdert til å være uavhengige.

Kognitiv fungering

I Norge Island og Finland var det en lav gjennomsnittsskåre på CPS (kognitiv performance scale, denne er høyt korrelert til MME). De fleste som hadde alvorlige demensproblemer hadde institusjonsplass.

Omsorgsnivå

Det er foretatt dataanalyse ut fra to ulike modeller for pleietyngde. MI-Choice og MAPLE. MAPLE (Methods for Assigning Priority Levels) er den sist utviklede modellen for prioritering for sykehjemsplassering (se vedlegg).

Norge er blant de nasjonene som har færrest pasienter vurdert til ”High” eller ”Very high priority” boende hjemme. De fleste pasientene som virkelig har behov for institusjonsplass, de får det. Det er likevel viktig å merke seg at 74 (19%) av de hjemmeboende i Norge blir vurdert til å ha ”High priority” og 14 (4 %) ”Very high priority”. Det vil si et sykehjem med 88 plasser.

Psykososiale faktorer

Norge ligger relativt lavt når det gjelder andel som har gitt uttrykk for depressive trekk, ca 17% opplever at de er ensomme, nært opp til Island. I Nederland svarer 33% at de føler seg ensomme, mens italienerne som stort sett har familien rundt seg svarer bare i 7,5% av tilfellene at de er ensomme.

Formell hjelp

Pasientene i England får gjennomsnittlig flest timer hjelp fra det offentlige. Norge ligger omtrent som de fleste andre nordiske landene, mens Tsjekkia kommer dårligst ut. Når det gjelder å fordele antall timer pr. bruker ut fra pleietyngde har alle land et forbedringspotensial. Norge gir gjennomsnittlig hjelp fra 5-1 time pr. bruker på de ulike nivåene, mest hjelp til gruppen ”Very high priority”, men gir like mye hjelp til de to nestegruppene, så litt mindre hjelp til de pasientene med ”Mild priority” og atskillig mindre til de med ”Low priority”.

Når det gjelder daglig besøk av sykepleier ligger Tyskland på topp med Norge på andre plass. I tabellen ”Days of care” er det viktig å merke seg at kolonne ”Homecarers” og ”Home Help” bør slås sammen. Ved å kjøre en regressjonsanalyse i forhold til tidsbruk og pasientens funksjonsnivå får vi i Norge sterk signifikant mellom tidsbruk å evne til IADL egenomsorg. I forhold til ADL funksjoner er tidsbruken signifikant på 0,04 nivå, den burde vært sterkere. Antall timebruk er ikke avhengig av alder, CPS eller om vedkommende bodde alene.

Omsorgsbelastning for pårørende

På Island og i Norge var det bare i ca 3% av tilfellene ble det gitt uttrykk for at de nærmeste opplevde frustrasjon, sinne eller oppgitthet på grunn av pleiebelastningen. Tilsvarende tall for Italia og Tyskland var 18% og 15%.² I forhold til uformell hjelp var stort sett ektefellen som trådte til, deretter barn.

² Erfaringer fra USA, viser at en kan akseptere en andel på opptil 25% frustrasjon/misnøye hos de pårørende)

10. Dokumentasjon og kvalitetskriterier

De fleste kommuner har etter hvert samlet seg en rekke dokumenter på kvalitetskriterier, kvalitetsmålinger og kvalitetssikring (Sletvold, Solbu & Hofstad 1999, Granheim & Hunstad 2000). Men den store kvalitetsreformen lar vente på seg. Vi har fått ”Permkvalitet”, noe en avviksmelding beskriver godt.

”Kommunen har utarbeidet sentrale dokumenter om eldreomsorgen. Denne dokumentasjonen, som er meget god og beskrivende, har imidlertid ingen tydelig rød tråd nedover i organisasjonen til det operative nivået” (utdrag fylkeslegens tilsynsrapport 2000).

Mange mener at en reell konkurranseutsetting av omsorgstjenestene vil gi større effektivitet og en mer lønnsom eldreomsorg. Konkurranseutsetting forutsetter at det settes et skarpt skille mellom forvaltning og drift: Kommunen skal beholde *ansvaret* for å utforme tjenestens innhold og kvalitet, mens kommunale og private utførere (produsenter) skal konsentrere seg om å *utføre* tjenesten. Bestiller– utfører prinsippet forutsetter med andre ord at omsorgsoppgavene kan forhåndsdefineres og kontrolleres (bestilles), og at de kan utføres ut fra en form for anvisning eller kontrakt (Busch et.al. 2001).

Bestiller –utfører modellen skaper økt byråkratisering i kommunene (Vabø 2001). Det må opprettes et eget servicekontor som skal ta hånd om bestillingen fra brukerne. Det skal foretas hjemmebesøk og administratorer utformer kontakten hvor de ulike tjenestefunksjoner blir spesifisert. De ansatte som utfører tjenestene i hjemmet og kan vurdere den eldres ressurser over tid, burde langt oftere være med på å utforme kontrakten. Det må også opprettes egne kontrollinstanser som kan påse at kvaliteten på tilbudet er i samsvar med inngått kontrakt.

Skal kommunen kunne selge et produkt (omsorgsoppgaver), må de vite hva omsorgen koster. Det som gjør det ekstra komplisert er at det er personer og ikke gjenstander som settes ut på anbud. Å sikre kvalitet er derfor av avgjørende betydning (Sørbye 2003). RAI- instrumentet gir en grundig vurdering av den enkelte pasient og variablene i skjemaet gir et godt grunnlag for å lage individuelle pleieplaner, måle pleietyngde, dokumenterer kvalitet og egner seg meget bra til benchmarking (Björkgren, Hakkinen, Finne-Soveri & Fries 1999, Hansebo 2000).

Referanser

Busch, T., Johnsen, E., Klausen K.K, Vanebo J.O. (2001): Modernisering av offentlig sektor New Public Management i praksis, Oslo: Universitetsforlaget.

Björkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. Scand J Public Health 1999 Sep;27(3):228-34.

De Facto. Private sykehjem. En rapport om kommersielle sykehjem. Kunnskapssenteret for fagorganiserte. 2001.

Granheim K, Hunstad W. Tjeneste – Kvalitet ved hjelp av Indikatorer. Kommuneforlaget 2000.

Hansebo G. Assessment of patients' need and resources as a basis in supervision for individualised nursing care in nursing home wards. Carolinska Medico Chirurgicaliska Institutet. Stockholm 2000.

Sletvold O, Solbu H, Hofstad T. Kvalitet i sykehjem. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 2/99.

Sørbye LW. Kvalitet i omsorgen – privat eller kommunal drift? Næringspolitisk tidsskrift. Horisont 1. 2003; s 78-87.

Vabø M. Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. Oslo: NOVA Rapport 18:2002.

Vedlegg

- (1) Liv Wergeland Sørbye, Århus 2002, Nordisk konferanse i Geriatri
(2) **Homecare and nutrition status in elderly >65 years**

Background

Food and nutrition may add an important dimension to quality of life. Good nutritional status gives several favourable outcomes: improved health, decreased dependence, and reduced time required to recuperate from illness.

Poor nutrition may be caused by a variety of factors. A risk assessment or nutrition screening performed in the home will identify those elderly, which require the more detail evaluation.

(3) Aim: To detect persons with malnutrition and those at increased risk for development of nutritional problems.

(4) Objectives: The effect of BMI vs. Cognition, ADL/-IADL-function, and health

(5) This project is a spin off from The AgdeD in Home Care Project
Acronym The Ad HOC Project. A project provided by the EU under the fifth framework.

(6) 11 countries are participating including all the Nordic countries. In Norway we decided to expand the assessment by measuring weight and height on our participants.

Methods: We are using the Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC), a validated second-generation assessment instrument. 388 elderly participate. Baseline assessment was ended in June 2002. The elderly are going to be followed at six and at twelve months after the first assessment.

RAI-HC provides information on several actual domains:

(7) Cognition, mood, physical functioning
IADL and ADL; diagnoses; nutrition status; skin condition; and medications.

This presentation is going to discuss the 347 elderly who had their weight and height measured.

Results

1.1 Background data

(8) 110 M (28%) and 278 (72%) F. The average age = 84 years \pm 6,3.³ (20%) lived with their spouse. 254 (77%) had not been admitted to any hospital during the last six month. 36 (11%) went to a day centre one or more days a week.

³ Tallene må heretter justeres litt etter de siste informantene BMI er oppdatert.

(9) 98 (30%) had daily nursing care, in addition 64 (19%) nursing care, less than daily. 241 (73%) were connected to an alert bracelet or electronic security alert.

1.2 Body mass Index

Where should the cut point be for defining an elderly as under nutrition? Experiences from literature study told me that different research project gave different answers. The interRAI manual told: Under nutrition is indicated if the BMI is 21 or lower (Schroll et al 1997). An Italian study used BMI less than 20 as definition on underweight elders (Sergi et al 2002). A Swedish study used the same cutting point (Faxen-Irving et al in. 2002). A Chinese prospective study had BMI less than 21,2 as their cut point for all-cause mortality (Li K, Yao C, Dong L; 2002). Data from a large community interview sample in USA, stated that the highest mortality rates were found for older persons with BMI <18.5 (Taylor & Ostbye 2002).

(10) Table 1. BMI- groups. N=347.

Ernæringsstatus vs Kommuner. Angitt i antall og prosent. N=347 (259, 88).

		Municipalities		Total
		Ullern	Bærum	
Undernutrition	<19.9	69	20	89
		26,6%	22,7%	25,6%
Undernutrition?	20-21.9	62	10	72
		23,9%	11,4%	20,7%
Nutritional risk?	22-23.9	54	20	74
		20,8%	22,7%	21,3%
"Ok"weight	24-27.9	47	28	75
		18,1%	31,8%	21,6%
Obese	28-30.9	16	7	23
		6,2%	8,0%	6,6%
Moderat to servere obese	> 31	11	3	14
		4,2%	3,4%	4,0%
		259	88	347
Total		100,0%	100,0%	100,0%

50% av brukerne i Ullern bydel har en BMI på < 22. Tilsvarende tall for Bærum er 34%.

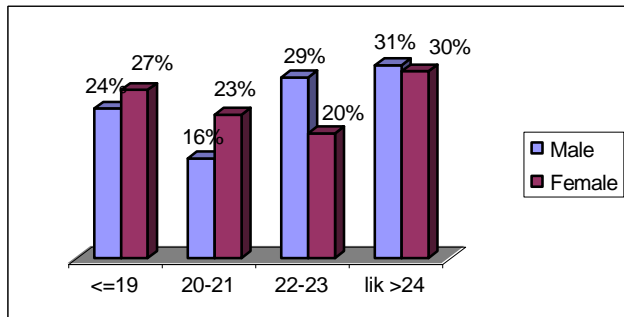
BMI: Mn =22.6 Std. 4.0, Min 13.8 Max 38,5. As a group the elderly with a BMI < 19 were not more dependent or disable than elderly with a BMI higher than 19.

No more cognitive deficiently, no more diseases or use of psychotropic medications.

23 (7%) was obese: BMI 28- 30,9. Five persons were defined 14 have excess weight: BMI > 31.

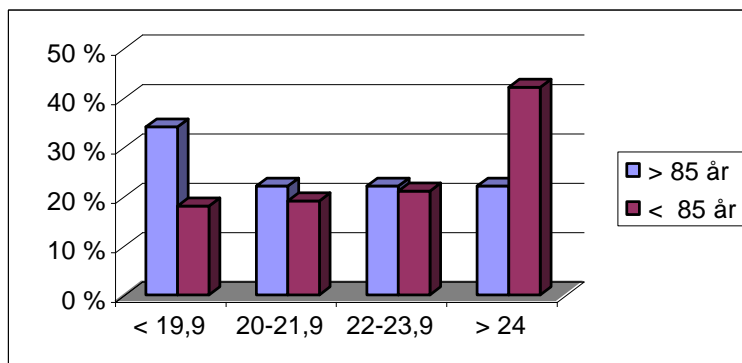
1.2.1 BMI vs sex

Obesity have a higher prevalence in women than in men (Perissinotto et al 2002)



1.2.2 (11) Figure 1. BMI vs. sex .

In our sample we found no significant difference between the sexes.



1.2.3 (12) Figure 1. BMI vs. age.

Higher age was associated with a lower BMI.

(13) BMI vs. IADL/ADL

No significant between the groups in ADL-functioning. In IADL the only significant variation between the groups was help for transport.

Cases

Mrs X is 80 years old, lives alone – no relatives are visiting; 40 kg, 170 cm high (BMI 13). She is not demented, but suffers of a heart disease. Loss of appetite, daily pain. She is smoking and needs help with IADL. She assesses her own health to be bad. She get homecare one hour a day.

Mr. Y, is 89 years old, blind, lives alone, 47 kg, 182 cm. He is demented, has MS and arthritis. He is depending on help both with IADL and ADL. He is never outside his apartment. He gets homecare 2 hour a week. A son is helping ca 8 hour a week.

1.3 Discussion

In Norway we have no tradition for measuring weight and height in elderly. The home care service may do this as a routine. A risk assessment or nutrition screening performed in the home will identify those elderly, which require the more detail evaluation.

Several research papers conclude that low BMI in elderly people are threatening. In this Oslo study very few data indicate that elderly with a lower BMI had a worse health condition or IADL- and ADL functioning than patient with a higher BMI. A global assessment question like: Client feels he/she has poor health (when asked), is known to be a very valid criteria. In this sample there were no significant differences between the two groups. The problems will occur when the eldest become ill. Beck & Ovesen want the elderly to have a BMI between 24-29 kg/m² (1998). Under nutrition patients had a longer average stay in hospital and higher mortality rate one year after hospitalisation than patient with adequate nutrition status. (Mowe & Bøhmer 2000). Our quality data tells about individual patients with low body mass index, co morbidity and high dependency. But the same is true for patients with a body mass index ranging from 24-29 kg/m².

We are going to follow our patient for one year. We may assess an increased decline in overall status for the elderly with less than 18 kg/m² in BMI. We may register a significant higher mortality. To lose weight could be a natural part of the death process. The elderly may die without a decrease in quality of life.

1.4 References:

Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clin Nutr* 1998 Oct;17(5):195-8

Faxen-Irving G, Andren-Olsson B, af Geijerstam A, Basun H, Cederholm T. The effect of nutritional intervention in elderly subjects residing in group-living for the demented. *Eur J Clin Nutr* 2002 Mar;56(3):221-7.

Li K, Yao C, Dong L. Correlationship between body mass index and mortality in the middle-aged and elderly population of Beijing City. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 2002 Jan;36(1):34-7

Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F. Anthropometric measurement in the elderly: age and gender differences. *Br J Nutr* 2002 Feb; 87 (2): 177-86.

Mowé M, Bøhmer T. Increased 5 year mortality in malnourished, aged people. *Clin Nutr* 2000; 20: 19S - 20S.

Schroll M et al Nutrition. In: *RAI-HC Assessment Manual* 1997.

Sergi G, Coin A, Bussolotto M, Beninca P, Tomasi G, Pisent C, Peruzza S, Inelmen EM, Enzi G. Influence of fat-free mass and functional status on resting energy expenditure in underweight elders. : *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002 May;57(5):M302-7.

Taylor DH, Ostbye T. The effect of middle- and old-age body mass index on short-term mortality in older people. *J Am Geriatr Soc* 2001 Oct;49(10):1319-26.