

Verksvið lækni á hjúkrunarheimili

Ágrip

**Helga
Hansdóttir**
öldrunar- og lyflæknir

**Jón Eyjólfur
Jónsson**
öldrunar- og lyflæknir

Lykilorð: hjúkrunarheimili,
aldraðir, lækniþjónusta, RAI-mat.

Lækniþjónusta á hjúkrunarheimilum á Íslandi hefur verið til umræðu meðal heimilislækna, öldrunarlækna og almennings á síðustu árum. Ábyrgð lækni við umönnun sjúklinga á hjúkrunarheimilum er illa skilgreind, fáir gæðavísar eru í notkun og ekkert fast opinbert eftirlit með heimilunum. Hér er því lýst hvað felst í góðri lækniþjónustu á hjúkrunarheimilum að mati höfunda sem byggja skoðun sína á rannsóknum, eigin reynslu og lagalegum forsendum. Mælt er með notkun RAI (raunverulegs aðbúnaðar íbúa) mælitækisins sem grundvöll eftirlits með heilsu, færni og forvörnum. Greinin lýsir hvaða kröfur ber að mati höfunda að gera til þeirra er stunda lækningar á hjúkrunarheimilum.

Inngangur

Íbúar hjúkrunarheimila eru fjölveikir aldraðir einstaklingar og hafa margbreytilegar þarfir sem kalla á góða hjúkrun og lækniþjónustu. Íbúar hjúkrunarheimila á Íslandi eru að meðaltali eldri, hrumari og veikari en áður fyrr.¹ Meðaldvalartími á íslenskum hjúkrunarheimilum er um þrjú ár nú. Íslensk lög kveða á um að á hjúkrunarheimilum skuli vera lækniþjónusta² en verkefni lækni á hjúkrunarheimilum eru ekki skilgreind, fáir gæðastaðlar og opinbert eftirlit lítið.

Það eru til dæmi um vanrækslu aldraðra á hjúkrunarheimilum víða í heiminum. Slík dæmi hafa leitt til mikils laga- og reglugerðarbákns um starfsemi hjúkrunarheimila í Bandaríkjunum.^{3, 4} Hér eru settar fram leiðbeiningar fyrir lækna sem sinna sjúklingum á hjúkrunarheimilum. Hafðar eru til hliðsjónar yfirlitsgrein úr blaði Félags lækna og stjórnenda amerískra hjúkrunarheimila um hlutverk og ábyrgð lækna á hjúkrunarheimilum,⁵ RAI-gagnagrunnurinn (raunverulegur aðbúnaður íbúa)⁶ auk álits og reynslu lækna sem vinna á hjúkrunarheimilum.⁷ Einnig er stuðst við vinnu sem norska læknafélagið hefur látið fara fram.⁸

Læknar sem sinna hjúkrunarheimilum þurfa að geta greint bráðavanda. Þeir þurfa að meðhöndla og fylgjast með langvinnnum sjúkdómum, fötlun og færniskerðingu. Þeir þurfa að geta sinnt for-

vörnum, gert áhættumat og sinnt sálfélagsgæmum og fjölskylduvandamálum. Þeir þurfa að kunna til verka hvað varðar líknarmeðferð og lífslokameðferð. Þeir þurfa því að hafa þekkingu á öldrunarlækningum.^{4, 5}

Læknar þurfa einnig að skilgreina markmið meðferðar, hafa þekkingu á sannreyndri meðferð sjúkdóma aldraðra og lyfjameðferð aldraðra. Einnig þurfa þeir að hafa þekkingu á RAI-mælitækinu og geta nýtt sér upplýsingar sem það gefur.⁶

Teymisvinna með hjúkrunarfræðingum, sjúkraþjálfum og öðrum starfsstéttum er forsenda góðrar lækniþjónustu á hjúkrunarheimili. Læknir þarf að vera tiltækur til að meta sjúklinginn brátt þegar þörf er á eða geta vísað á annan ef við á. Einnig þarf læknirinn að gera ráð fyrir að fylgja eftir vitjun vaktlækna vegna bráðra veikinda.⁵

Lög og reglugerðir

Samkvæmt íslenskum lögum eru hjúkrunarheimili heilbrigðisstofnanir og skal þar starfa yfirlæknir.⁹ Yfirlæknir situr stjórnarfundum með tillögurétt. Framkvæmdastjóri hjúkrunar situr einnig fundum stjórnar. Yfirlæknir ber faglega ábyrgð gagnvart forstjóra.

Með RAI-mati er lagt mat á andlega og líkamlega færni einstaklingsins, virkni hans og þörf fyrir aðstoð. Líðan bæði andleg og líkamleg er einnig metin auk virkra sjúkdómsgreininga. Samkvæmt reglugerð er RAI-mat framkvæmt þrisvar á ári, einu sinni er gert fullt mat en í hin tvö skiptin styttra mat.⁶ Fjölmargar fagstéttir koma að matinu, en hjúkrunarfræðingar heimilisins halda utan um framkvæmd þess. RAI-matið er fjölþátta mat með margvíslegt notagildi er grundvöllur hluta fjármögnunar hjúkrunarheimilanna. RAI-matið gefur af sér gæðavísa sem senn verða innleiddir á Íslandi skapar margvísleg rannsóknartækifæri og hefur leitt af sér umbótaverkefni. Mikið af klínískum upplýsingum er safnað við gerð matsins og því kjörið að nota RAI-matið við eftirlit og skipulag lækniþjónustunnar meðferðar.^{3, 5}

Öldrunarlækningadeildum
Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Helga Hansdóttir,
öldrunarsviði Landspítala
Landakoti, 101 Reykjavík.

helgah@landspitali.is

Læknismönnun á hjúkrunarheimilum

Engar reglur eru til um læknismönnun á hjúkrunarheimilum. Það er mat Félags íslenskra öldrunarlækna að hið minnsta skuli miða við að hver sjúklingur í langtímadvöl njóti 1% af tíma læknis eða 0,4 klst. á viku, en 3% (1,2 klst.) ef um skammtímadvöl er að ræða. Gert er ráð fyrir að allt að 20% tímans sé notaður til stjórnunarstarfa.

Norska læknafélagið setur upp eftirfarandi viðmið:⁸

1 klst læknisþjónustu í viku fyrir hverja þrjá er dveljast í langtímarými (1 læknir á 90 sj).

1 klst á viku fyrir hverja tvo er dveljast í langtímarými á sérdeildum fyrir minnisveika með atferlistruflanir (1 læknir á 60 sjúklinga)

1,5 klst á viku fyrir hverja skammtímadvöl (3-4 vikur) (1 læknir á 26 sjúklinga)

3 klst á viku fyrir hvert rými í endurhæfingardvöl (1 læknir á 13 sjúklinga sem er í samræmi við viðmið sem notuð er á öldrunarsviði Landspítala)

5 klst á viku fyrir hvert rými sem ætlað er sérstaklega fyrir lífslokameðferð (1 læknir á 8 sjúklinga)

Hlutverk læknisþjónustu

Á hjúkrunarheimilum er meginhluti starfseminnar vistun aldraðra á síðustu árum ævinnar og aðeins að litlu leyti skammtímadvöl. Hlutverk læknisins er mismunandi eftir því hvort um er að ræða varanlega eða skammtíma vistun. Ef um varanlega vistun er að ræða tekur læknir heimilisins að sér að sinna sjúklingnum alfarið. Læknirinn ber ábyrgð á heilsuvernd og eftirliti þeirra sem á heimilinu búa. Þeir sem koma í skammtímadvöl verða fyrir og eftir innlögn undir eftirliti heimilislæknis. Þeir sem nýta sér skammtímadvöl eru oft fjölveikir og þurfa umtalsverða læknisþjónustu. Bráð versnun eða ný sjúkdómseinkenni eru algeng hjá þessum sjúklingahópi og reynslan sýnir að um það bil 5% þeirra sjúklinga sem innritast til skammtímadvalar útskrifast ekki á áætluðum degi.

Sjúkraskrá er gerð við komu einstaklinga inn á hjúkrunarheimili og við skammtíma- eða endurhæfingardvöl er læknabréf gert við útskrift. Við gerum greinarmun á skammtímadvöl á félagslegum forsendum og skammtímadvöl einstaklinga sem þurfa greiningu og/eða endurhæfingu. Ef sjúklingur þarf endurhæfingu metur læknir þær þarfir og vísar á viðeigandi þjálfun. Endurhæfing kallar á teymisvinnu og vikulega teymisfundi og skráningu á árangri meðferðar. Huga þarf að samfelli í meðferð og eftirfylgd þegar dvöl lýkur. Tafla I sýnir verkefni læknis við móttöku og umönnun sjúklinga í skammtímadvöl og í varanlega vistun.

Varanleg vistun

Íbúi sem vistast á hjúkrunarheimili fær þjónustu læknis staðarins eins og áður er nefnt. Tafla I sýnir hvaða þætti þarf að huga að við langtímadvöl.

Við komu er gerð sjúkraskrá þar sem heilsufars-saga sjúklings kemur fram, lyfjanotkun, ofnæmi, einkenni samkvæmt kerfalyfingu. Líkamleg og andleg færni metin og full líkamsskoðun gerð með þeim rannsóknnum sem við eiga. Vegna þess hve aldraðir íbúar hjúkrunarheimila eru fjölveikir er heppilegt að skrá vandalista með virkum vandamálum. Slíkir vandalista þurfa að vera á áberandi og augljósum stað í sjúkraskránni, gjarnan í upphafi, en þar er æskilegt að aðrar mikilvægar upplýsingar eins og um ofnæmi og óskir um meðferðarval við lífslok komi fram. Þá þarf að meta virkni einstaklingsins og þörf fyrir endurhæfingu. Sjúkrasagan er oft löng og flókin og nauðsynlegt að afla gagna bæði frá heimilislækni, sérfræðingum og frá sjúkrahúslögum. Sett er upp áætlun um heilsufarseftirlit og heilsuvernd og ræddar óskir um meðferðarval við lífslok.

Þetta er umfangsmikið verkefni og vinnst best

Tafla I. Verksvið læknis á hjúkrunarheimilum.

- 1) **Móttaka sjúklinga í varanlega vistun**
 - a) Panta læknabréf og önnur gögn
 - b) Fullkomin sjúkraskrá með yfirlitsblaði
 - c) Lyfjaávisanir
 - d) Mat á þörf fyrir endurhæfingu og virkni
 - e) Rannsóknir
 - f) Umræða um meðferðarval við lífslok
 - g) Áætlun um meðferð sjúkdóma og eftirlit
 - h) Fjölskyldufundur
- 2) **Eftirlit og meðferð**
 - a) Vikulegir teymisfundir með hjúkrunarfræðingum og viðtöl og skoðun sjúklinga eftir þörfum.
 - b) Mat á bráðum veikindum eða öðrum áföllum, hvort sem er á vinnutíma eða útköll á vakt
 - c) Reglubundið heilsufarseftirlit
 - i) eftirlit sjúkdóma
 - ii) rannsóknir, fara yfir niðurstöður og meta þörf á frekari rannsóknum
 - iii) endurmat á markmiðum og meðferð við lífslok
 - iv) heilsuvernd
 - d) Líknameðferð
 - e) Samráð við aðra sérfræðinga og stoðstéttir
 - f) Vottorð og greinargerðir eftir þörfum
- 3) **Heilsuvernd og RAI-mat árlega**
 - a) RAI-mat
 - b) Skímun sjúkdóma
 - c) Eftirlit virkra sjúkdóma
 - d) Lyfjayfirferð
 - e) Fjölskyldufundur
 - f) Ónæmisaðgerðir
- 4) **Stjórnun**
 - a) Stefnumótun
 - b) Nýjungar
 - c) Gæðamál og gæðastaðlar
 - d) Fræðsla
 - e) Fjárhagsleg og rekstrarleg ábyrgð
 - f) Ársskýrsla
 - g) Tryggja mönnun og skipuleggja vaktir
 - h) Umsýsla með sjúkraskrá

í tveimur áföngum. Í fyrstu heimsókn er gerð sjúkraskrá, lyfjum ávísað og rannsóknir og upplýsingar pantaðar eftir því sem við á. Nokkru síðar þegar íbúinn hefur jafnað sig á flutningnum, niðurstöður fyrsta mats og upplýsingar um fyrra heilsufar liggja fyrir, er eðlilegt að hitta íbúann aftur, gjarnan með nánustu aðstandendum, til að fara yfir læknisfræðilegt eftirlit, heilsuvernd og hefja umræðu um meðferðaróskir við lífslok. Umræða um meðferðarval við lífslok felst í að ræða við hinn aldraða og/eða aðstandendur um gildismat, óskir og væntingar hans/þeirra og gera áætlun um meðferð, eftirlit og hvernig breytingar á ástandi íbúans hafa áhrif á meðferðarval hans. Leiðbeiningar landlæknis um gerð lífsskrár er hjálpleg við slíka umræðu.¹⁰

Í Bandaríkjunum eru reglugerðir um heimsóknir læknis á hjúkrunarheimili.⁵ Gert er ráð fyrir fyrstu og annarri heimsókn í anda þess sem ofan greinir. Á fyrstu þremur mánuðum dvalar er gert ráð fyrir heimsókn mánaðarlega þar sem ástand sjúklings er metið, meðferð og meðferðaráætlun endurskoðuð og farið er yfir niðurstöður rannsókna og ráðgjafar. Eftir það er gert ráð fyrir heimsókn á 1-2 mánaða fresti og þarf að fara yfir öll fyrirmæli um meðferð og skrá ábendingar. Á Íslandi hafa engar slíkar reglur verið í gildi en mikilvægt er að hafa skráningu allra upplýsinga nákvæma og vandaða og í samræmi við lög og reglugerðir, en skráning heilsufarsupplýsinga í sjúkraskrá hjúkrunarheimila lýtur sömu lögum og skráning á öðrum heilbrigðisstofnunum. Við mælum með fjölskyldufundi með íbúa og aðstandendum hans fljótlega eftir komu og reglubundnu heilsufars- eftirliti. Við skráningu á einstökum heimsóknum hentar vel að nota formið ERNA (einkenni, rannsóknir, niðurstöður og áætlun). Þá þarf að skrá rök og ábendingar fyrir meðferð og breytingum á meðferð, árangri og afstöðu til rannsóknanið-urstaðna og álitgerða annarra.

Góð skráning gerir nýjum heilbrigðisstarfs- mönnum auðvelt að fá heildstæða mynd af ástandi íbúans, hvaða meðferð hann er á og auðveldar eftirlit með ástandi sjúklings.

Heilsufarseftirlit

Eftir upphafsskoðun og þegar upplýsingaöflun er lokið tekur við eftirlit. Á íslenskum hjúkrunarheimilum hefur skapast hefð fyrir vikulegum teymisfundum með hjúkrunarfræðingum heimiliseininganna. Þar er farið yfir ástand sjúklings, viðtöl og skoðun eiga sér stað eftir þörfum.

Læknir þarf einnig að vera tiltækur til að sinna bráðum veikindum, bakvakt er því nauðsyn en oft koma upp heilsufarsvandamál sem hægt er að

leysa á heimilinu öllum til hagræðis.

Félag Íslenskra öldrunarlækna mælir með að minnsta kosti árlegri lækni- skoðun með yfirferð yfir heilsuvernd og heilsufarseftirlit, oft í tengslum við RAI-mat og er það í samræmi við álit Ouslanders og Osterweils.⁴ Íbúar á hjúkrunarheimilum eru oft ekki meðvitaðir um þá sjúkdóma sem þeir hafa, stundum vegna minnisveiki eða vegna fjölda greininga. Þá eiga þeir oft erfitt um vik að komast til skoðunar vegna fötlunar.

Með aukinni tækni hefur læknisfræðilegum möguleikum fjölgað og meðferð sem í fyrra var ómöguleg er staðall morgundagsins. Læknum ber samkvæmt lögum skylda til að halda við þekkingu sinni um meðferðarmöguleika og eiga að hafa frumkvæði fyrir hönd skjólstaðinga sinna í ráðleggingum um meðferðarkosti.

Meðferð fjölda sjúkdóma samtímis er flókin og nauðsynlegt að læknir hafi forsendur meðferðar á takteinum og hagsmuni sjúklings sinna ætíð í fyrirrúmi. Samkvæmt reynslu höfunda er meðferð sjúkdóma sem valda sjúklingsum einkennum, svo sem hjartabilun, langvinn lungnateppa, oft fullnægjandi, en meðferð og eftirlit með sjúkdómum sem eru þögulir, svo sem beinþynning, háar blóðfitur, hár blóðþrýstingur og sykursýki, ábótavant nema komi til skipulagt eftirlit.⁷

Heilsuvernd

Að mati höfunda er RAI-matið kjörinn grunnur heilsuverndar og skimunar fyrir sjúkdómum.³

⁵ RAI-matið eitt og sér er ekki nægjanlegt til sjúkdómsgreiningar en virkar vel sem ábending um vandamál og getur þjónað sem minnislisti yfir þá þætti sem ber að hafa í huga þegar farið er yfir heilsufar einstaklinga. RAI-matið gefur meðal annars upplýsingar um minni, andlega og líkamlega líðan, færni, byltur, ástand húðar, þvag- og hægðalosun. Það metur hins vegar ekki alla þá þætti sem við teljum nauðsynlega til heilsuverndar og mælum við með að einnig sé fylgst með sjón, tannheilsu og beinþynningu, mælt TSH og B12 með reglulegu millibili. Í töflu I er gátlisti fyrir heilsufarseftirlit og heilsuvernd tengt RAI-matinu. Höfundar hafa nokkurra ára reynslu af slíkri vinnu og hafa oft borið þá reynslu undir fundi Félags íslenskra öldrunarlækna og er það álit öldrunarlækna að mæla með gátlista í töflu I.⁷ Í viðhengi er hver liður útskýrður nánar.

Sjúkrahúslegur

Með tímanlegu mati á einkennum má koma í veg fyrir ótímabæra versnun þeirra og alvarleg veikindi. Sjúklingar með lungnabólgu sem meðhöndla-

Tafla II. Heilsufarseftirlit - Gátlisti

Nafn	Kt	
Dags.	Mat	Úrlausn
A. Meðferð við lífslok		
B. Vitræn geta og til sjálfstæðra ákvarðana		
C. Heyrn/eyru		
D. Sjón eftirlit (þrýst mælingar)		
E. Andleg líðan		
G. Færni		
H. Heldni á þvag og hægðir		
J. Líkamleg líðan		
K. Næringarástand, þyngd		
L. Tannheilsa		
M. Húd og fætur		
N. Virkni		
O. Lyf, þörf?		
Blóðþrýstingur		
Beinvernd		
Hreyfing og byltur		
Flensubólusetning árlega		
Lungnabólgu-bólus. 5-10 ára fresti		
B12, TSH, HgA1C á 5 ára fresti		
Fjölskyldufundur		
I.Virkar sjúkdómsgreiningar:		

uð er á hjúkrunarheimili farnast jafn vel eða betur en þeim sem fluttir eru á sjúkrahús, nema ef um sýklasótt er að ræða.¹¹ Því er það kostur fyrir íbúa að heimilin geti greint og meðhöndlað lungnabólgu og ýmis önnur veikindi á staðnum. Ef koma á í veg fyrir sjúkrahúslegur, sem alltaf teljast neyðarúrræði vegna óþæginda fyrir sjúkling, kostnaðar og hættu á mistökum, þarf að vera gott aðgengi að læknum utan vinnutíma og möguleiki á að gefa lyf eða vökva í æð.¹²

Til þess að tryggja öryggi þeirra sjúklinga sem þurfa að fara á sjúkrahús er einnig mikilvægt að góðar upplýsingar fylgi sjúklingi á sjúkrahúsið. Nauðsynlegt er að lyfjablað, yfirlit yfir heilsufar, nýjustu nótur lækna og hjúkrunarfræðinga fylgi með. Einnig er mikilvægt að upplýsingar um meðferðarval, ofnæmi og símanúmer aðstandenda komi fram. Heimilið ber ábyrgð á að viðunandi

upplýsingar fylgi sjúklingi á sjúkrahúsið, en starfsfólk sjúkrahússins að upplýsingar fylgi sjúklingi til baka. Þar til sameiginlegt heilbrigðissupplýsinganet fyrir allar heilbrigðisstofnanir landsins verður að veruleika þurfa ítarlegar upplýsingar að fylgja sjúklingnum. Þar sem oft líður tími frá útskrift af sjúkrahúsi þar til læknaþréf berst er æskilegt að stutt nóta með aðalvandamálum, aðgerðum og lyfjabreytingum fylgi við útskrift og þar komi fram hvaða einkennum og rannsóknnum þurfi að fylgja eftir. Einnig er æskilegt að símanúmer fylgi með í báðar áttir þannig að læknaþréfi haft samráð símleiðis.

Stjórnun

Hlutverk framkvæmdastjóra lækninga eða staðgengils hans er að bera ábyrgð á læknisfræðilegri meðferð og eftirliti sjúklinga. Því fylgir stefnumótun, gæðaeftirlit og fræðsla annarra starfsmanna. Mikilvægt er að læknaþréfi sé nýjungar í meðferð sem nýst geta vistmönnum. Fjárhagsleg og rekstrarleg ábyrgð liggur oftast hjá framkvæmdastjórum en þar sem umtalsverður kostnaður er við lyfjameðferð, eftirlit og rannsóknir sjúklinga þurfa læknaþréfi að taka ábyrga afstöðu gagnvart slíkri meðferð, bæði siðferðilega með hag sjúklinga að leiðarljósi og rekstrarlega.

Heimili þurfa að hafa vinnureglur varðandi lyfjanotkun og eftirlit með henni. Einnig þarf að huga að sýkingarvörnum, byltu- og beinvernd, meðferð hegðunartruflana og geðsjúkdóma, endurhæfingu og gæðaeftirliti. Það þarf að huga að rétti sjúklinga til að ráða sínu lífi á stofnun sem er heimili þeirra. Íbúar hjúkrunarheimila hafa rétt á friðhelgi innan síns heimilis eins og aðrir. Þar með talinn réttur til að lifa kynlífi eins og aðrir og réttur til að hafna meðferð.

Lokaorð

Það er von okkar að þessi grein verði hjálpleg þeim sem stunda lækningar á hjúkrunarheimilum hér á landi. Tilmælin um að tengja heilsufarseftirlit við RAI-mat hafa ekki verið metin á skipulegan hátt en virðist skynsamlegt og í samræmi við skoðanir annarra.⁴ Vonir standa til að með tímanum verði hægt að slípa og meta það sem er hér sett fram og gera formlegar klínískar leiðbeiningar um einstök atriði.

Þakki til Aðalsteins Guðmundssonar, formanns félags Íslenskra öldrunarlækna, Pálma V. Jónssonar, yfirlækis, öldrunarlækningasviði Landspítala, og Sigurbjörns Björnssonar, yfirlækis á Eir, fyrir yfirllestur og góð ráð.

Heimildir

- Jónsson Á, Bernhöft I, Bernhardtsson K, Jónsson PV. Afturvirk rannsókn á heilsufarsbreyttum heimilismanna á Droplaugarstöðum árin 1983-2002. Læknablaðið 2005; 91: 153-60.
- Lög um heilbrigðisþjónustu 1990 nr. 97 28. september Gr 30.5
- Besdine RW, Rubenstein LZ, Cassel C. Nursing home residents need physician services. Editorial. Ann Intern Med 1994; 120: 616-8.
- Ouslander JG, Osterweil D. Physician evaluation and management of nursing home residents. Ann Intern Med 1994; 120: 584-92.
- Dimant J. Roles and responsibilities of attending physicians in skilled nursing facilities. J Am Med Dir Assoc 2003; 4: 231-43. Reglugerð 544/2008. Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði á öldrunarstofnunum.
- Hansdóttir H, Notkun RAI matsins við árlegtheilsufarsferirlits. Félagsfundur félags Íslenskra öldrunarlækna í apríl 2005.
- Den Norske lægeförening. Bemanningsnormer i sykehem (2/2005.. www.legeföreningen.no/policynotater 2005
- Lög um heilbrigðisþjónustu 40/2007 10 gr. Um stjórn heilbrigðisstofnana.
- Landlæknir. Réttindi sjúklinga, lífsskrá. www.landlæknir.is
- Kruse RL, Mehr DR, Boles KL, et al. Does hospitalization impact survival after lower respiratory infection in nursing home residents? Med Care 2004; 42: 860-70.
- Leibovitz A, Baumoehl Y, Habot B, et al. Management of adverse clinical events by duty physicians in a nursing home. Aging Clin Exp Res 2003; 16: 314-8.
- Lög um málefni aldraðra 1999 nr.125. Kafli 14 gr.
- Ingimarsson O, Aspelund T, Jónsson PV. Birtingarmynd heilabilunar í vistunarmati aldraðra fyrir hjúkrunarrými 1992-2001. Læknablaðið 2004; 90: 767-73.
- Hartmeier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell CM, Phillips CD. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: agreement with the Mini-Mental State Examination. J Gerontol A Biol Sci Med 1995; 50: M128-33.
- Tielsch JM, JC Javitt, Coleman A, Katz J, Sommer A. The prevalence of blindness and visual impairment among nursing home residents in Baltimore. N Engl J Med 1995; 332: 1205-9.
- Report of the US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services sec ed 1996; Part E vision and hearing disorders:373-405.
- Voytas JJ, Kowalski D, Wagner S, Carlson AM, Maddens M. Eye care in the skilled nursing facility: a pilot study of prevalence and treatment patterns of glaucoma. J Am Med Dir Assoc 2004; 5: 156-60.
- Cohen-Mansfield J, Taylor JW. Hearing aid use in nursing homes, part 1: prevalence rates of hearing impairment and hearing aid use. J Am Med Dir Assoc 2004; 5: 283-8.
- US Preventive Services Task Force. Screening for Depression. Recommendation and rationale. Ann Intern Med 2002; 136: 760-65.
- Lawton MP, Casten R, Parmelee PA, Van Haitsma K, Corn J, Kleban MH. Psychometric characteristics of the minimum data set II: validity. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 736-44.
- Jones NJ, Marcantonio ER, Rabinowitz T. Prevalence and Correlates of Recognised Depression in U.S. Nursing Homes. JAGS 2003;51:1404-1409.
- Valdimarsdóttir M, Jónsson JE, Einarsdóttir S, Tómasson K. Mat á þunglyndi aldraðra. Þunglyndismat fyrir aldraða - íslensk gerð. Geriatric Depression Scale (GDS.. Læknablaðið 2000; 86: 344-8
- Watson NM, Brink Ca, Zimmer JG, Mayer RD. Use of the Agency for Health Care Policy and Research urinary incontinence guideline in nursing homes. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1779-86.
- Tannenbaum C, DuBeau CE. Urinary incontinence in the nursing home: practical approach to evaluation and management. Clin Geriatr Med 2004 Aug; 20: 437-52.
- Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Forgangsverkefni liður 3.d. um tannvernd aldraðra. Heilbrigðismálaráðuneytið 2001.
- Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 936-42.
- Auseon M, Ooi WL, Hossain M, Lipsitz LA. Blood pressure behavior in the nursing home: implications for diagnosis and treatment of hypertension. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 285-90.
- Chandler JM, Zimmerman SI, Girman CJ, et al. Low bone mineral density and risk of fracture in white female nursing home residents. JAMA 2000; 284: 972-7.
- Kannus P, Parkkari J, Niemi S, et al. Prevention of hip fracture by using a hip protector by elderly people. N Engl J Med 2000; 343: 1506-13.
- Gupta G, Aronow WS. Underuse of procedures for diagnosing osteoporosis and of therapies for osteoporosis in older nursing home residents. J Am Med Dir Assoc 2003; 4: 200-2.
- Chapuy MC, Arlot ME, Duboef F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. N Eng J Med 1992; 327: 1637-42.
- Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Giovannucci E, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2005; 293: 2257-63.
- National Institute for Clinical Excellence 2004 Clinical Guideline 21. Falls: The assessment and prevention of falls in older people. Heimasíða landlæknisembættisins www.landlæknir.is
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertsson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev 2003; 4: CD000340.
- Landlæknisembættið. Heilsuvernd aldraðra. www.landlæknir.is
- US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services sec ed 1996; Part C metabolic disorders: 193-219.
- American Academy of Family Physicians. Recommendation for periodic health examinations. www.aafp.org/exam.xml.
- Sinclair AJ, Gadsby R, Penfold S, Croxson SC, Bayer AJ. Prevalence of diabetes in care home residents. Diabetes Care 2001; 24: 1066-8.

Physician's Responsibilities in Nursing Homes

Medical services for nursing homes have been in discussion in Iceland among primary care physicians, geriatricians and the general public the last few years. Physician responsibility for the care of patients in nursing homes is poorly defined, few quality measures are being used and no regular public quality control in use. In the article the authors describe their view on what

constitutes a good medical service in nursing homes. The authors base their views on the nursing home literature, their experience and legal surroundings in Iceland. They recommend the use of RAI instrument as base for health promotion, surveillance of health and function. The article describes what physicians who take care of patients in nursing homes need to master.

Hansdóttir H, Jonsson JE.

Physician's Responsibilities in Nursing Homes. Icel Med J 2009; 95: 187-91

Key words: Nursing home, aged, medical care, RAI instrument.

Correspondence: Helga Hansdóttir, helgah@landspitali.is

Liður í RAI – innihald	Rök fyrir því hvers vegna eftirlit læknis er mikilvægt
A. Takmörkun meðferðar við lífslok	Stýrir afstöðu til flestra meðferðarþátta.
B. Vitræn geta	Heilabilun leiðir gjarnan til hjúkrunarvistunar og er algengasta ástæða vistunar. ¹⁴ Minnskvarði RAI-mælitækisins (CPS) hefur gott forspárgildi fyrir heilabilun og hefur verið borinn saman við MMSE-próf og samsvarar því vel. ¹⁵ Slíkir skalar gefa ekki til kynna orsök heilabilunar en hún er gjarnan þekkt þegar til vistunar kemur og þarf því aðallega að fylgja eftir gangi sjúkdómsins og meðferð.
B. Geta til sjálfs-ákvörðunar	Í lið B er einnig metin hæfni til getu við ákvarðanatöku, en ef hún er skert þarf að leita aðstoðar ættingja. Gott er að fyrir liggji hver er umboðs- eða talsmaður sjúklings.
C. Sjón	RAI-matið gefur ekki til kynna hvort eftirlit er í gangi en gagnast til að meta starfhæfni sjónar. Læknanlegir augnsjúkdómar eru algengir meðal aldraðra og vel þekkt erlendis að einstaklingar á hjúkrunarheimilum geta verið án eðlilegrar meðferðar og eftirlits og blinda hjótist af. ¹⁶ US Preventive Services Task Force (USPSTF) mælir með eftirliti með sjónstyrk árlega í heilsugæslu en ekki þrýstingsmælingum. ¹⁷ Það er ekki einhugur um skimun fyrir gláku en í ljósi þess hve gláka er algeng meðal aldraðra er niðurstaða okkar að skoða beri einstaklinga af augnlækni reglulega. ¹⁸
D. Heyrn	Heyrnartap er algengt og einfaldir mergtappar í eyrum algengir og læknanleg ástæða fyrir skertri heyrn. ¹⁹ USPSTF mælir með að spyrja um heyrn í heilsugæslu og visa til mats ef heyrn er skert (15 part E). ¹⁷ Heyrn er mikilvægur þáttur í eðlilegum samskiptum manna og skerðing getur stuðlað að einangrun.
E og F. Andleg líðan	USPSTF mælir með að skima sé fyrir þunglyndi í heilsugæslu. ²⁰ RAI-kvarðinn fyrir andlega vanlíðan og atferlistruflun gefur ekki greiningu á þunglyndi og hefur ekki eins gott spá-gildi fyrir þunglyndi eins og minnskvarðinn. ²¹ Því er vert að hafa í huga að þunglyndi er algengt meðal íbúa á hjúkrunarheimilum og oft vangreint og vanmeðhöndlað og erfitt í greiningu, sérstaklega hjá heilabiluðum. ²² Því þarf læknir að hafa þunglyndi í huga í mismunagreiningu margra einkenna en getur ekki alfarið treyst á RAI-matið. GDS-kvarðinn er staðlaður á Íslandi og mikið notaður til að skima fyrir þunglyndi. ²³
G. Færni til sjálfsbjargar	Færni er mikilvægur mælikvarði á lífslíkur og heilsu einstaklinga. ³ Ef færniskerðing sem ekki var þekkt kemur fram á RAI-mati kallar það á mat og meðferð eftir því sem við á. Mikilvægt er að nýta þjálfun þar sem hún á við til að bæta sjálfsbjargargetu eins og hægt er.
H. Næringarástand	Næringarástand er stundum lélegt meðal þeirra veikustu. ²⁰ RAI-mælitækið mælir eingöngu mikið og alvarlegt þyngdartap. Best er að fylgjast reglulega með þyngd (til dæmis mánaðarlega) og sjá hvort breytingar verða á og meta ástæður þess.
K. Heldni á þvagi og hægðir	Þvagleki er algengt vandamál á hjúkrunarheimilum og er oft ekki metið af læknum. ²⁴ Gagnræynd meðferð er hins vegar til eins og reglulegar klósettferðir, blöðrupjálfun og lyfjameðferð. ²⁵
L. Tannheilsa	Fleiri og fleiri aldraðir halda eigin tönnum. Markmið um bætt tannvernd aldraðra er að finna í heilbrigðisáætlun fyrir 2010 ⁽²⁶⁾ . Það er mikilvægt að huga að tannheilsu þar sem margir íbúa hjúkrunarheimila hafa ekki getu til að sinna henni sjálfir eða komast til tannlæknis á eigin forsendum.
I. Sjúkdómsgreiningar	Fyrir heilsufarseftirlit er eðlilegt að nota þann lista yfir þær greiningar sem krefjast eftirlits og mats læknis. Er meðferð við sjúkdómnum sú besta? Krefst sjúkdómurinn eftirlits, til dæmis gangráðseftirlits, eftirlits með augnþrýstingum við gláku eða breytingum í augnbotnum við sykursýki, eftirlits með kólesteróli, blóðþrýstingum við háþrýsting, nýrnastarfsemi og svo framvegis.
J. Líkamleg einkenni	Líknandi meðferð, meðferð sem leitast við að lina þjáningar, er mikilvæg, ekki sist við lok lífs í formi lífslokameðferðar. Í lið J eru talin upp algeng einkenni og metnir verkir og tíðni þeirra. Verkir eru vanmeðhöndlaðir á hjúkrunarheimilum, sérstaklega meðal heilabilaðra. ²⁷ Vert er að hafa í huga að birtingarmynd verkja hjá heilabiluðum geta verið atferlistruflanir.
M. Húð og fætur	Heilsa húðar er metin undir M-lið en þar koma fram sár, útbrot eða vandamál tengd umhirðu. Þar koma einnig fram vandamál tengd fótum.
O. Lyf	Í O-lið er lyfjanotkun skráð. Á hjúkrunarheimilum er ekki þörf á að endurnýja lyfseöla og því nauðsynlegt að hafa reglubundið eftirlit með lyfjanotkun. Það er kjörlið að meta lyfjalista nákvæmlega með reglubundnum hætti og meta þörf fyrir lyfjameðferð, það er að endurmeta lyfjagjöf með tilliti til ábendinga og árangurs. Best er að nota sem fæst lyf og í sem lægstum skömmtum en þó þannig að árangur náist. Mörg lyf þurfa stöðuga notkun en önnur tímabundið vegna einkenna, til dæmis verkjalýf, svefnlyf og róandi lyf. Mikilvægt er að fylgjast með hvort þeirra sé enn þörf og hvort eðlilegur árangur hafi náðst af meðferðinni. Þörf fyrir fyrirbyggjandi lyf breytist eftir því sem heilsan breytist. Meðal deyjandi sjúklinga er oftast óhætt að hætta slíkri meðferð en huga þarf að því að sumar fyrirbyggjandi meðferðir hafa einnig áhrif á líðan, til dæmis meðferð við hjartasjúkdómum eins og hjartaöng eða hjartabilun.
Aðrir þættir heilsuverndar á hjúkrunarheimilum	
Háþrýstingur	Eftirlit með blóðþrýstingum er sjálfsagt því rannsóknir sýna gildi þess að lækka blóðþrýsting meðal aldraðra. ³⁰ Það eru ekki til góðar rannsóknir á gagnsemi meðferðar háþrýstings hjá öldruðum á hjúkrunarheimilum en þar þarf að athuga hvort forvarnarmeðferð eigi við í ljósi lífslíka sjúklings og óska hans.
Beinvernd	Brot vegna beinþynningar eiga sér stað hjá 10% íbúa á hjúkrunarheimili á ári í einni rannsókn og tölur um mjaðmabrot eru frá 4-6% á ári. ^{29,30} D-vítamín, kalk og beinstyrkjandi lyf fækka brotum meðal aldraðra. ³¹ D-vítamínskortur er landlægar á hjúkrunarheimilum, jafnvel í Suður-Evrópu. ³² Rannsóknir á D-vítamínigjöf fyrir aldraða til að fækka brotum benda til að aldraðir þurfi að minnsta kosti tvöfalda ráðlagðan dagskammt af D-vítamíni, eða 20 mcg (800 ae). ³³
Hreyfing og byltur	Byltur eru algengar og ein af ástæðum þess að einstaklingar flytja á hjúkrunarheimili. Þau stuðla að brotum, öðrum áverkum og færniskerðingu. National Institute of Clinical Excellence (NICE) hefur gefið út leiðbeiningar um varnir gegn byltum og mælir með fjölpátta mati með þjálfun á hjúkrunarheimilum. ³⁴ Cochrane komst að sömu niðurstöðu. ³⁵
Ónæmisáðgerðir a. infúensu b. pneumókokka	Landlækniseimbættið mælir með að allir íbúar séu bólusettir árlega gegn infúensu og á fimm eða tíu ára fresti gegn lungnabólgu. ³⁶ Sú vinnuregla að bólusetja alla sem það vilja og alla sem fengu sýkjalýf vegna afleiðinga flensu eða við lungnabólgu virðist skynsamleg. Infúensubólusetningar eru gerðar árlega. Þar er einnig mælt með bólusetningu starfsfólks en það hefur sýnt sig bera ekki síðri árangur við að vernda íbúa gegn infúensu.
B12, TSH, HbA1C	Vegna þess hve B12-skortur og truflun á starfsemi skjaldkirtils auk sykursýki eru algeng og auðmeðhöndlanlegir sjúkdómar sem geta valdið alvarlegu sjúkdómsástandi ómeðhöndlaðir, mælum við með að skoða B12, TSH og HbA1C á fimm ára fresti hjá þeim sem ekki hafa þekkt skjaldkirtilsjúkdóma, B12-skort eða sykursýki. USPSTF mælir ekki með skimun á þessum þáttum en segir að ákvörðun um annað geti átt við í sérstökum áhættuhópum ef líkur eru á að klínísk einkenni séu óljós (15 part C). ³⁷ Ameríska heimilislæknafélagið ³⁸ mælir með að leitað sé að sykursýki meðal hópa sem eru í mikilli áhættu og aldraðir á hjúkrunarheimilum eru vissulega áhættuhópur. ³⁹ Um HbA1C er þó ekki einhugur meðal öldrunarlækna.
Fjölskyldufundur	Mikilvægt er að mynda tengsl við fjölskyldu snemma. Sjúklingurinn hefur gjarnan verið í umönnun fjölskyldu sinnar árum saman og hún þekkir vel sjúkrasögu hans og óskir. Gott er að skilgreina meðferðarmarkmið sameiginlega og leita upplýsinga um óskir einstaklingsins ekki bara varðandi heilsufarsleg atriði heldur líka umönnun, þjálfun og dægurstytingu. Mikilvægt er að undirbúa fjölskyldufundi vel, þekkja skjólstaðinginn og sjúkrasögu hans og að heilbrigðisstarfsmenn sem sinna honum séu sammála um þær áherslur sem lagðar eru á fundinum, en slíkt krefst samráðs heilbrigðisstétta fyrir fund.