

MAT Á LÍKAMLEGRI, ANDLEGRI OG FÉLAGSLEGRI FÆRNI OG ÞARFIR ALDRAÐRA SEM BIÐU HVÍLDARINNLAGNAR Á ÖLDRUNARSVIÐI LANDSPÍTALA

Útdráttur

Tilgangur þessarar rannsóknar var að fá lýsandi mynd af líkamlegri, andlegri og félagslegri færni og þörfum aldraðra sem biðu eftir hvíldarinnlögn á öldrunarsviði Landspítala vorið 2007. Einnig var leitast við að kanna væntingar aldraðra og aðstandenda til þjónustunnar. Rannsóknin var megindleg með lýsandi sniði. Úrtakið var 24 einstaklingar sem bjuggu á eigin heimilum og voru á biðlista fyrir hvíldarinnlögn á öldrunarsviði Landspítala. Tekin voru viðtöl við þátttakendur eða aðstandendur þeirra. Notað var RAI-HC-matstæki sem greinir þarfir og styrkleika einstaklinga á ýmsum sviðum og er ætlað heilbrigðis- og félagsþjónustu. Niðurstöður sýndu að allir þurftu aðstoð við böðun og almennt var mikil þörf fyrir aðstoð við daglegar athafnir. Hjá 16 af 24 hafði orðið afturför í sjálfsbjargargetu við daglegar athafnir síðustu mánuði. Um helmingur þátttakenda var með minnisskerðingu og þurftu margir aðstoð og eftirlit allan sólarhringinn. Af 24 þátttakendum töldu 16 þeirra töldu heilsufar sitt vera lélegt eða sæmilegt. Meðal þátttakenda var andleg vanlíðan, einangrun og einmanaleiki algeng og þátttaka í félagslífi lítil. Álykta má út frá niðurstöðum að þessi hópur aldraðra þarfnist mikillar aðstoðar og að hún sé að miklu leyti veitt af nánasta aðstandanda. Þar sem mikið álag er á aðstandendum er þörf á aukinni heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir þennan hóp. Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk gegnir mikilvægu hlutverki við mat á þjónustuþörf þess aldraða og umönnunaraðila hans sem og að leiðbeina um hugsanleg þjónustuúrræði.

Lykilorð: RAI-HC, ADL-færni, IADL-færni, umönnunarbýrði, hvíldarinnlögn.

INNGANGUR

Með vaxandi fjölda aldraðra aukast stöðugt þær kröfur sem gerðar eru til heilbrigðis- og félagsþjónustu um að finna leiðir til að auka þjónustu við aldraða en um leið að tryggja gæði og hagkvæmni (Pálmi Jónsson o.fl., 2003). Í lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999 eru sett markmið sem eiga að gera öldruðum fært að búa heima og lifa eðlilegu heimilislífi eins lengi og kostur er. Enn fremur er meðal aðalmarkmiða í endurskoðaðri heilbrigðisáætlun til ársins 2010 að yfir 80% fólks 80 ára og eldra verði við það góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2007). Á heimasíðu félagsmálaráðuneytisins kynnti félags- og tryggingamálaráðherra áhersluatriði sem unnið verður að í málefnum aldraðra á næstu misserum. Meðal áhersluatriða eru að dagvistar-, hvíldar- og skammtímarýmum verði fjölgað (Félagsmálaráðuneytið, 2008a). Árið 2005 veitti

ENGLISH SUMMARY

Hjaltadóttir, I., Bjartmarz, S., Heiðarsdóttir, D., and Thorsteinsdóttir, S.
The Icelandic Journal of Nursing (2010), 86 (3), 52-59

Functioning and needs of elders waiting for in-hospital respite care

The aim of this study is to receive a descriptive picture of the physical, mental, and social functioning and needs of elders waiting for in-hospital respite care at the Division of Geriatric Medicine, Landspítali-University Hospital in the spring of 2007. Furthermore the aim was to explore the expectations of the elders and their relatives to the service. The research was quantitative with a descriptive design. The sample was 24 persons who live in private homes and were on a waiting list for in-hospital respite care. Participants or their relatives were interviewed. The RAI-HC instrument was used as it evaluates needs and strengths of individuals and is intended for health and social services.

The findings showed that participants were severely burdened with health problems. All needed some assistance when bathing and most of them needed help in their activities of daily living. Their main caregivers were therefore under a lot of stress. Sixteen out of 24 participants had in the last months experienced a decline in their ability to take care of themselves. Half of the participants had dementia and many of them needed assistance and supervision 24 hours a day. Poor emotional condition was prevalent, isolation and loneliness were common and social participation restricted. The participants were in great need of assistance, most of which came from their closest relative. Increased health and social services are needed for this group. Nurses and other health care workers play an important role in assessing the need of elderly people and their caregivers for service as well as informing about available services.

Key words: RAI-HC, ADL, IADL, caregiver burden, in-hospital respite care.

Correspondance: steitors@landspitali.is

heilbrigðisráðuneytið heimild fyrir hvíldarinnlögnum á St. Jósefsspítala og á Sólvangi í Hafnarfirði. St. Jósefsspítali fékk heimild fyrir sex hvíldarrýmum í þrjá mánuði sem nýttust 29 einstaklingum. Sólvangur fékk heimild fyrir átta hvíldarrýmum í sex vikur og nýttust þau 21 einstaklingi, bæði Hafnfirðingum og Kópavogsbúum (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2005). Haustið 2008 jók félags- og

Ritrynd fræðigreinn

tryggingamálaráðherra heimild sveitarfélaga og dvalarheimila til að fjölga meðal annars hvíldarinnlagnarrýmum fyrir aldraða en fjöldi hvíldarinnlagnarrýma hefur verið breytilegur milli ára (Félagsmálaráðuneytið, 2008b).

Hvíldarinnlagnir eru þjónustuúrræði sem stendur öldruðum einstaklingum og aðstendum þeirra til boða. Þeir sem nýta sér þær eru aldraðir einstaklingar sem búa heima og þurfa mikla aðstoð eða eftirlit við daglegar athafnir. Þá hvílir jafnan mikil umönnunarbyrði á aðstandendum (Molyneux o.fl., 2008). Aldraðir í heimahúsum geta átt erfitt með að kalla eftir þjónustu sem þeir þarfnast, því er mikilvægt að starfsmenn heilbrigðis- og félagsþjónustunnar veiti upplýsingar um hvaða þjónusta og stuðningur er í boði (Ekwall o.fl., 2007). Í könnun, sem Landlæknisembættið lét gera meðal aldraðra einstaklinga (N=242) sem voru á biðlista eftir að komast á hjúkunarheimili í lok september 2006, kom fram að um 47% þeirra sem svörðu sögðust hafa nýtt sér hvíldarinnlögn og þriðjungur hafði nýtt sér dagvistun. Flestir þeir sem sögðust ekki hafa nýtt sér þessa þjónustu vildu það ekki eða töldu sig ekki þurfa á þjónustunni að halda (Landlæknir, 2006).

Breytingar á líkamlegu og andlegu atgervi hins aldraða geta haft áhrif á getu hans til að sinna grundvallarþáttum sjálfsumönnunar (Ebersole o.fl., 2005, Tooth o.fl., 2008). Öldrunarbreytingar geta ásamt sjúkdómum valdið hrömun á skynjun, hreyfigetu og hugrænni getu. Þessar breytingar geta leitt til þess að aldraðir eigi erfðara með að sinna daglegum athöfnum á öruggan og þægilegan hátt (Fielo og Warren, 2001). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) (2001) hefur sett fram hugmyndafræði sem tekur til færni og fötlunar en það er „The International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Þessi hugmyndafræði lýsir því hvernig færni og fötlun einstaklingsins skýrist af mörgum samverkandi þáttum, svo sem heilsu, umhverfi og einstaklingsbundnum þáttum (WHO, 2001). Með hvíldarinnlögnum er sérstaklega hægt að styrkja tvo þætti sem hjálpa öldruðum að dveljast lengur heima, annars vegar heilsu hins aldraða með endurhæfingu og hins vegar umhverfi hans með því að hvíla aðstandendur sem koma að umönnun.

Líkamlegar, andlegar og félagslegar þarfir þeirra sem nýta sér hvíldarinnlagnir hafa lítið verið skoðaðar og rannsakendur að mestu einblínt á þarfir aðstandenda (Shaw o.fl., 2009). Þekking á þörfum og væntingum aldraðra og aðstandenda þeirra sem bíða eftir hvíldarinnlögn er mikilvæg við skipulagningu og framkvæmd slíkrar þjónustu. Tilgangur þessarar rannsóknar var að fá lýsandi mynd af líkamlegri, andlegri og félagslegri færni og þörfum aldraðra sem bíðu eftir hvíldarinnlögn á öldrunarsviði Landspítala vorið 2007. Einnig var leitast við að kanna væntingar aldraðra og aðstandenda til þjónustunnar.

AÐFERÐ

Rannsóknin var megindleg þverskurðarrannsókn með lýsandi sniði auk eigindlegs þáttar sem fól í sér eina opna spurningu þar sem leitað var eftir væntingum hins aldraða og nánasta aðstandanda hans til hvíldarinnlagnar. Notað var matstækið

RAI-Home Care sem er staðlað form spurninga þar sem upplýsingum er aflað með viðtölum og mati hjúkunarfræðings. Í þverskurðarrannsókn er fyrirbærum eða sambandi milli fyrirbæra lýst á ákveðnum tímamarki (Polit og Beck, 2006). Lýsandi snið er notað þegar athuga á tíðni ákveðinna þátta eða einkenna (Polit o.fl., 2001). Rannsóknarvinnan hófst í lok árs 2006 og lauk í maí 2007. Þátttakendur voru heimsóttir á tímabilinu janúar til mars 2007.

Þátttakendur

Úrtakið var þægindaúrtak 30 aldraðra einstaklinga, 67 ára og eldri, af biðlista eftir hvíldarinnlögn á öldrunarsviði Landspítala. Heildarfjöldi á biðlista var um 50 einstaklingar. Hjúkunarfræðingur á göngudeild öldrunarsviðs á Landakoti hafði milligöngu um að hringja í fólk á biðlista og óska eftir þátttöku þeirra. Af þeim 30 einstaklingum, sem samþykktu þátttöku, féllu sex út af ýmsum ástæðum. Einn var kominn með pláss á hjúkunarheimili, tveir lágu á bráðadeildum sjúkrahúsa, einn hafði fengið pláss í hvíldarinnlögn annars staðar, einn var hættur við og einn vissi ekki til þess að hann væri á biðlista eftir hvíldarinnlögn. Matstækið var var því lagt fyrir 24 einstaklinga í allt. Þátttakendur voru á aldrinum 70 til 97 ára, 13 karlar og 11 konur.

Matstæki

Við öflun gagna var notað RAI-Home Care matstækið (RAI-HC), 8. útgáfu, en það er gert fyrir heimaþjónustu (Pálmi Jónsson, 2003) til þess að meta þarfir viðkomandi fyrir heilbrigðis- og félagsþjónustu (Morris o.fl., 2003). RAI-HC-matstækið skiptist í 20 kafla (A-T) þar sem fjallað er um eftirfarandi þætti: persónuupplýsingar; bakgrunnsupplýsingar; vitræna getu; tjáskipti og sjón; hugarástand; andlega og félagslega líðan; líkamlega færni; stjórn á þvagi og hægðum; sjúkdómsgreiningar; heilsufarsástand; munn- og næringarástand; ástand húðar; lyfjanotkun; meðferð og aðgerðir; ábyrgð og yfirlýsingar; félagslegt stuðningskerfi; umhverfisaðstæður; möguleika á útskrift og almennt ástand; útskrift; upplýsingar um matið. Kaflarnir skiptast síðan í um 230 atriði sem metin eru en í flestum tilfellum er um nafn- eða raðbreytur að ræða. (InterRAI, e.d.). RAI-HC var fyrst áreiðanleikaprófað og notað hérlendis árið 1997. Áreiðanleikaprófunin sýndi að 50% af breytunum höfðu næstum fullkomið samræmi (kappagildi \geq 0,81), 38% höfðu í meðallagi til þó nokkuð samræmi (kappagildi = 0,41-0,80) og í 12% af breytunum var samræmi einungis lítið eða undir meðallagi (kappagildi \leq 0,40) (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1999). Nú er þetta matstæki notað af Miðstöð heimahjúkrunar og Félagsþjónustunni í Reykjavík við samræmt mat á þjónustubörf skjólstæðinga þeirra (Siv Friðleifsdóttir, 2006). Hugtakið daglegar athafnir (hér eftir skammstafað sem ADL) felur í sér grundvallarþætti sjálfsumönnunar, svo sem að matast, klæðast, fara á salernið, baða sig og geta hreyft sig um (Ebersole o.fl., 2005; Morris o.fl., 1999). Flóknari daglegar athafnir (hér eftir skammstafað sem IADL) fela í sér hæfni til að sjá um fjármál, innkaup, heimilisstörf, að ferðast á milli staða, nota síma og geta séð sjálfur um lyfjatöku, það er að taka rétt lyf í réttum skammti á réttum tíma (Lawton og Brody, 1969). Með formlegum stuðningi er átt við heilbrigðis- og

Tafla 1. Skipting aldraðra eftir færni við að sinna daglegum athöfnum og þörf fyrir aðstoð (N=24).

N=24	Böðun	Persónulegt hreinlæti	Klæða efri hluta líkama	Klæða neðri hluta líkama	Gengur innandyra á sómu hæð	Hreyfing milli staða	Salernisferðir	Salernisnotkun	Hreyfi-færni í rúmi	Matast
Sjálfbjarga	0	8	8	7	16	14	18	13	21	18
Aðstoð við undirbúning, lítil sem engin aðstoð	7	10	9	9	7	9	4	7	2	6
Mikil aðstoð, eins eða tveggja aðila	15	6	6	6	1	1	2	4	1	0
Algjörlega ósjálfbjarga	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Alls	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24

félagsþjónustu sem einstaklingar greiða fyrir eða er greidd af hinu opinbera. Óformlegur stuðningur er hins vegar ólaunuð aðstoð við ADL og IADL sem veitt er af aðstandendum eða sjálfboðaliðum (Katz o.fl., 1963).

Síðfræði

Aflað var tilskilinna leyfa frá siðanefnd LSH (erindi 54/2006) og lækningaforstjóra LSH (tilvísun 16) auk þess sem Persónuvernd var tilkynnt um rannsóknina (tilkynning nr. S3198/2006). Þátttakendum var greint frá tilgangi rannsóknarinnar og óskað var eftir skriflegu, upplýstu samþykki þeirra. Í öllum tilvikum nema einu skrifuðu þátttakendur sjálfir undir samþykki og í þeim tilvikum, sem aðstandendur tóku þátt í að svara spurningunum, var einnig óskað eftir skriflegu samþykki þeirra. Við útfyllingu RAI-HC-matsblaðsins var eingöngu skráð kyn og fæðingarár viðkomandi þátttakanda en engar aðrar persónugreinanlegar upplýsingar. Eftir að gögnum var komið á tölvutækt form var eyðublöðunum eytt.

Framkvæmd

Rannsakendur höfðu samband við þátttakendur símleiðis til að ákveða tíma til heimsóknar. Heimsóknin, þar sem matið var gert, tók eina til tvær klukkustundir og fór fram á heimili hins aldraða. Í tveimur tilvikum var aðeins rætt við hinn aldraða, í tveimur tilvikum einungis við maka og í þremur tilvikum einungis við barn þess aldraða. Þegar einungis var rætt við aðstandanda var það vegna heilsufars þess aldraða. Algengast var að rannsakendur ræddu við hinn aldraða og aðstandenda saman, en aðstandendur voru í sjö tilvikum barn, í níu tilvikum maki og í einu tilviki annar.

Úrvinnsla gagna

Einungis var notuð lýsandi tölfræði þar sem reiknuð var tíðni og hlutfall fyrir hverja breytu RAI-HC-matstækisins. Vegna smæðar úrtaks var tölfræðilegur styrkur lítil og því litlar líkur á að finna tölfræðilega marktæka fylgni milli breyta eða hópa. Ein opin spurning: „Hverjar eru væntingar þínar til hvíldarinnlagnar?“ var lögð fyrir þátttakendur og í sumum tilvikum aðstandendur og voru svörin flokkuð eftir innihaldi.

NIÐURSTÖÐUR

Kynjaskipting í úrtakinu (n=24) var nokkuð jöfn, 13 karlar og 11 konur. Meðalaldur þátttakenda í úrtaki var 83,1 ár. Meðalaldur

karla var 80,9 ár en kvenna 85,7 ár. Aldursbil þátttakenda var 27 ár, sá yngsti var 70 ára en elsti 97 ára. Nærri helmingur þátttakenda var á aldursbilinu 80-89 ára.

Líkamleg færni og þörf fyrir aðstoð við daglegar athafnir

Niðurstöður sýndu að enginn þátttakenda var sjálfbjarga með böðun og sautján þurftu mikla aðstoð eða voru alveg ósjálfbjarga (tafla 1). Einungis átta hinna öldruðu voru alveg sjálfbjarga með persónulegt hreinlæti eða við að klæðast, þrettán voru sjálfbjarga með notkun á salerni og átján einstaklingar voru sjálfbjarga við að matast (tafla 1).

Húsnæði þátttakenda var metið með tilliti til aðgengis fyrir fatlaða. Hjá helmingi þátttakenda var aðgengi fyrir fatlaða ekki gott og voru stigar oftast hindrun. Fjórir aldraðir stunduðu enga þjálfun eða reglulega hreyfingu, tíu vörðu minna en einni klukkustund á dag í hreyfingu og átta höfðu ekki farið út úr húsi síðustu þrjú daga. Sextán þátttakendur sögðu færni sína til að sinna daglegum athöfnum hafa farið aftur á síðustu þremur mánuðum, sjö töldu enga breytingu hafa orðið hjá sér en einn taldi að sér hefði farið fram.

Sjálfsbjargargeta við flóknari daglegar athafnir

Allir þátttakendur að einum undanskildum voru ósjálfbjarga eða þurftu verulegan stuðning við fjármálaumsýslu. Geta til að sjá um innkaup til heimilisins var meðal annars metin út frá því hvort viðkomandi væri fær um að velja vörur og sjá um fjárumsýslu við innkaup. Við innkaup þurftu allir nema einn mikla aðstoð eða voru alveg ósjálfbjarga. Þrjú þátttakendur voru sjálfbjarga með lyfjanotkun. Enginn hinna öldruðu ók bíl og aðeins einn gat nýtt sér almenningsamgöngur án aðstoðar (tafla 2).

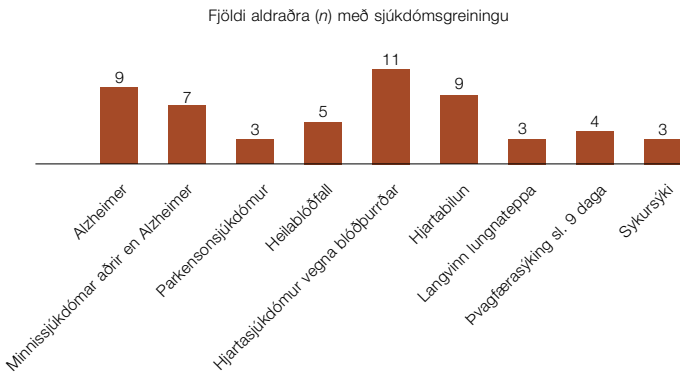
Heilsufar, andleg líðan, vitræn geta og tjáskipti

Helstu sjúkdóma, sem þátttakendur áttu við að etja, má sjá á mynd 1. Á síðustu þremur mánuðum höfðu sex þátttakendur af 24 legið á sjúkrahúsi. Allir þátttakendur rannsóknarinnar tóku daglega 2-16 lyfjategundir. Helmingur þátttakenda tók tíu lyf eða fleiri að staðaldri. Greinilegur, en þó ekki marktækur, kynjamunur kom fram í úrtakinu en átta af ellefu konum tóku tíu eða fleiri tegundir lyfja en aðeins fjórir af 13 körlum. Þrjú karlar tóku þrjú eða færri tegundir lyfja en engin kvennanna tók færri

Ritrynd fræðigrein

Tafla 2. Skipting aldraðra eftir færni við að sinna flóknari athöfnum daglegs lífs og þörf fyrir aðstoð og stuðning (N=24).

N=24	Máltíðir	Venjuleg heimilisstörf	Fjármálaumsýsla	Lyfja-notkun	Notkun síma	Stigar	Innkaup	Ferðir með almenningsvagni
Sjálfbjarga	2	1	1	3	5	11	0	1
Lítill aðstoð	3	1	0	1	6	4	1	1
Mikil aðstoð	4	7	5	10	6	5	9	4
Algjörlega ósjálfbarga/framkvæmir ekki	15	15	18	10	7	4	14	18
Alls	24	24	24	24	24	24	24	24



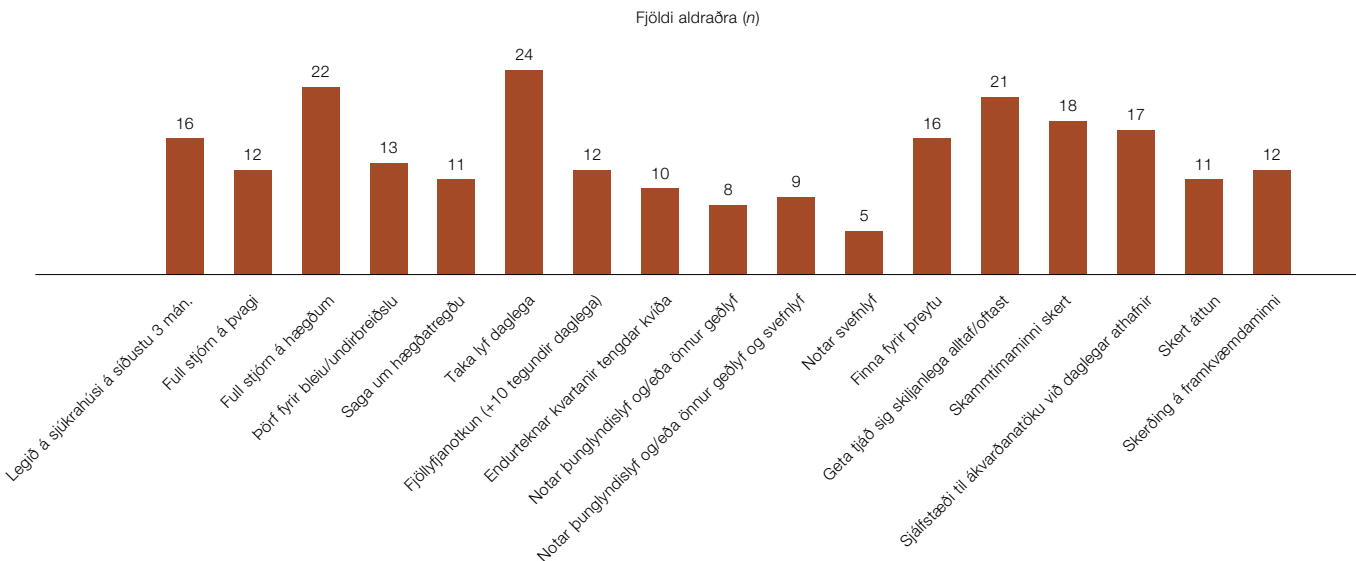
Mynd 1. Sjúkdómsgreiningar aldraðra sem bíða hvíldarinnlagnar.

lyfjategundir en fjórar (mynd 2). Ellefu af 24 þátttakendum gátu tjáð sig skiljanlega og tíu gátu venjulega gert sig skiljanlega en þurftu tíma til að finna orð. Þegar skilningur þátttakenda á samtölum var athugaður kom í ljós að níu einstaklingar höfðu fullan skilning og aðrir níu höfðu venjulega skilning á því sem fram fór. Tíu þátttakendur kvörtuðu endurtekið

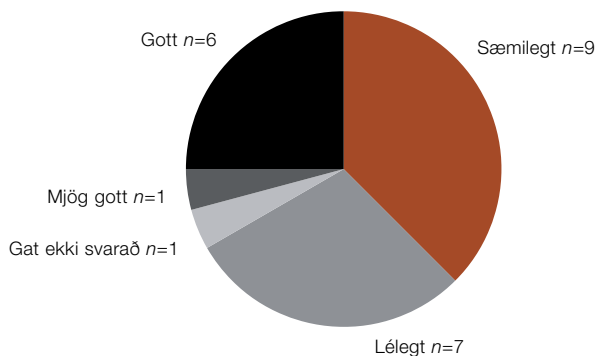
undan kvíða. Helmingur hafði haft dapurt, þjáningarlegt eða áhyggjufullt yfirbragð undanfarið. Fjórtán höfðu dregið sig í hlé frá félagslegum samskiptum undanfarna daga og tólf einstaklingar höfðu verið greindir með þunglyndi. Þreyta var áberandi meðal þátttakenda og fundu sextán hinna öldruðu fyrir það mikilli þreytu daglega að þeir gátu ekki lokið við það sem þeir tóku sér fyrir hendur eða voru of þreyttir til að byrja á verkum (mynd 2). Sjá má á mynd 3 hvernig þátttakendur mátu eigið heilsufar.

Aðstoð og stuðningur frá fjölskyldu og heilbrigðis- og félagsþjónustu

Flestir þátttakenda eða 19 af 24 tóku engan þátt í félagsstarfi. Þrettán fengu heimsókn frá gömlum vinum eða ættingjum síðasta mánuðinn og fimm fengu heimsókn fyrir meira en mánuði síðan. Átta þátttakendur voru ekki í tengslum við gamla vini eða ættingja í gegnum síma eða með tölvusambandi. Sjö þátttakendur voru minna en eina klukkustund einir heima á sólarhring og sex voru einir heima í eina til tvær klukkustundir á sólarhring. Sex voru þrjár til átta klukkustundir einir heima og fimm sögðust vera einir heima í meira en átta klukkustundir á sólarhring.



Mynd 2. Heilsufar, andleg líðan, vitræn geta og tjáskipti aldraðra sem bíða hvíldarinnlagnar.



Mynd 3. Mat aldraðra sem biða hvíldarinnlagnar á eigin heilsufari (N=24).

Helmingur þátttakenda bjó með maka eða sambýlingi. Kynjamunur var þó nokkur hvað varðar sambúðarform (tafla 3).

Í helmingi tilfella var aðalumönnunaraðili hins aldraða maki eða sambýlingur. Í tíu tilfellum var aðalumönnunaraðilinn barn eða tengdabarn. Þegar börn eða tengdabörn önnuðust hina öldruðu voru það yfirleitt dætur eða tengdadætur (9 af 10). Í einu tilfalli sinnti sonur umönnuninni. Í flestum tilvikum (n=20) bjó hinn aldraði með aðalumönnunaraðila sínum en í þremur tilvikum var ekki um slíka sambúð að ræða. Einn einstaklingur átti engan umönnunaraðila og bjó einn. Helmingur þátttakenda þurfti aðstoð eða eftirlit frá umönnunaraðila allan sólarhringinn.

Þegar skoðuð var breyting á heildarumönnunarþörf hins aldraða kom í ljós að 13 töldu að um afturför væri að ræða og þeir þyrftu meiri aðstoð nú en fyrir þremur mánuðum. Þeir sögðust í 17 af 24 tilvikum njóta mikils stuðnings og vera í góðum tengslum við fjölskyldu sína. Fimm af 23 umönnunaraðilum fannst þeir ekki geta séð um hinn aldraða vegna eigin heilsuleysis. Í tíu tilvikum lét aðalumönnunaraðili í ljós áhyggjur, kvíða eða reiði og í átta tilvikum voru umönnunaraðilar yfirbugaðir vegna veikinda hins aldraða.

Tafla 3. Sambúðarform aldraðra á biðlista eftir hvíldarinnlögn (N=24).

Sambúðarform	Fjöldi / Hlutfall (%)	Karl	Kona	Alls/hlutfall af heildarfjölda (%)
Býr ein/n	Fjöldi	1	3	4
	Hlutfall karla/kvenna	8%	27%	17%
Býr með maka eða sambýlingi	Fjöldi	9	3	12
	Hlutfall karla/kvenna	69%	27%	50%
Býr með barni sínu	Fjöldi	2	5	7
	Hlutfall karla/kvenna	15%	46%	29%
Býr með öðrum en ættingja eða maka	Fjöldi	1	0	1
	Hlutfall karla/kvenna	8%	0%	4%
Alls	Fjöldi	13	11	24
	Hlutfall karla/kvenna	100%	100%	100%

Fjórtán hinna öldruðu fengu vitjun frá heimahjúkrun. Hver heimsókn sjúkraliða og hjúkrunarfræðings stóð í um 10 til 15 mínútur. Átta einstaklingar fengu sjúkrapjálfun heima. Níu fengu heimilishjálpmennt sem kom oftast hálfsmánaðarlega og var þá í tvær klukkustundir að jafnaði. Þrjár einstaklingar fengu heimsendan mat einhvern hluta vikunnar. Fimm fengu enga formlega aðstoð. Algengt var að fá þjónustu eins eða tveggja þjónustuaðila (n=14).

Væntingar til hvíldarinnlagnar

Niðurstöður úr opinni spurningu um væntingar til hvíldarinnlagnar sýndu að 10 af 24 þátttakendum, sem voru á biðlista, höfðu engar væntingar til þjónustunnar né höfðu ákveðnar hugmyndir um hana. Níu hinna öldruðu vonuðust til að öðlast betri heilsu og að líðan þeirra yrði betri eftir hvíldarinnlögnina. Meðal atriða, sem fram komu til að bæta heilsu, var von um góða heilbrigðisþjónustu og að boðið yrði upp á líkamspjálfun sem myndi auka þrek þeirra og þol. Þessu til viðbótar var einn þátttakandi, sem vonaðist til að unnt væri að létta á umönnunarbyrði sambúðaraðila síns en honum fannst hann vera mikil byrði á viðkomandi. Fjórir hinna öldruðu gátu ekki greint frá hvers þeir væntu af hvíldarinnlögn vegna heilsufars síns. Væntingar aðstandenda voru helst þær að komast frá þegar hinn aldraði færi í hvíldarinnlögn. Tveir aðstandendur nefndu að þeim létti við að hinn aldraði fengi hvíldarinnlögn, því þá væri hann í öruggari höndum en heima. Í öllum tilfellum var um að ræða maka eða barn sem þurfti að fá hvíld frá því að annast hinn aldraða.

UMRÆÐA

Aldraðir sem biðu eftir hvíldarinnlögn höfðu ólík heilsufarsvandamál og var færniskerðing þeirra mismunandi enda er skerðing á færni flókið samspil margra þátta. Heilabilunarsjúkdómar og hjartasjúkdómar voru algengustu sjúkdómsgreiningar hinna öldruðu. Almenn var ADL- og IADL-færni þessa hóps skert og það vekur athygli að flestum hafði farið aftur í færni við daglegar athafnir síðustu mánuði.

Ritrynd fræðigreina

Áhugavert er að bera saman niðurstöður úr þessari rannsókn við niðurstöður tveggja íslenskra rannsókna á öldruðum sem bjuggu heima þar sem notað var matstækið RAI-HC. Annars vegar nutu þátttakendur þjónustu heimahjúkrunar (N=257) (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1999) og hins vegar var um að ræða rannsókn á langlífum Íslendingum (N=539) (Hlíf Guðmundsdóttir, 2004).

Við mat á ADL-færni þeirra sem bíða hvíldarinnlagnar mátti sjá að böðun var það verk sem flestir þurfa aðstoð við en enginn var sjálfbjarga með böðun og flestir þurftu mikla aðstoð. Einungis þriðjungur hópsins var sjálfbjarga við að klæða sig og sinna eigin hreinlæti og rúmur helmingur við að fara á salernið. Bæði í niðurstöðum rannsóknar Hlífar Guðmundsdóttur (2004) og Önnu Birnu Jensdóttur og féлага (1999) kom í ljós að það verk sem flestir áttu erfitt með, var að baða sig sjálfir. Í samanburði við báðar þessar rannsóknir var sjálfbjargargeta þeirra sem voru á biðlista eftir hvíldarinnlögn töluvert lakari en meðal hinna hópanna. Í 70% tilfella þurftu þeir sem nutu heimahjúkrunar aðstoð við böðun (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1999) en 41% heilbrigðra aldraðra (Hlíf Guðmundsdóttir, 2004). Aðrar rannsóknir hafa sýnt að böðun, persónulegt hreinlæti, geta til að klæða sig og salernisnotkun eru þeir þættir sjálfsumönnunar sem fyrst fara þegar sjálfbjargargetan skerðist (Morris o.fl., 1999; Sigrún Bartmarz, 2006). Þegar skoðuð var geta til flóknari athafna daglegs lífs (IADL) voru færstir algerlega sjálfbjarga með máltíðir, heimilisstörf, lyfjanotkun, ferðir, innkaup og fjármálaumsýslu en þessar athafnir krefjast töluverðrar líkamlegrar og andlegrar færni. Enginn þátttakenda ók bíl og færstir gátu nýtt sér almenningssamgöngur. Þeir voru því að mestu upp á aðra komnir með ferðir milli staða. Við samanburð á íslensku rannsóknunum sést að skerðing á sjálfbjargargetu við ADL og IADL fylgir sama mynstri. Það er umhugsunarvert að helmingur þátttakenda bjó í húsnæði þar sem ekki var gott aðgengi fyrir fólk með hreyfiskerðingu. Í okkar rannsókn töldu 7 af 24 hinna öldruðu sig vera við lélega heilsu en það var töluvert minni hluti en í rannsókn Önnu Birnu Jensdóttur og féлага (1999) þar sem 47% álitu heilsufar sitt lélegt. Þessi munur á niðurstöðum kemur á óvart þar sem sjálfbjargargeta var mun minni meðal þeirra sem bíðu hvíldarinnlagnar. Við mat á eigin heilsu vegur hreyfigeta þungt því skerðing á henni hefur áhrif á sjálfstæði og sjálfræði fólks (Gama o.fl., 2000).

Meðal þess hóps, sem bíður eftir hvíldarinnlögn, hafði aðeins helmingurinn fulla stjórn á þvagi. Rannsóknir hafa sýnt fylgni milli þvagleka og annarra heilsufarsvandamála, svo sem minnkaðrar hreyfigetu, fleiri sjúkrahúsinnlagna, þvagfærasýkinga, þrýstingssára og þunglyndis (Zarowitz og Ouslander, 2006). Ekki var algengt meðal einstaklinga í þessum hópi að hafa ekki stjórn á hægðum enda hefur verið sýnt fram á að þar sem slík vandamál eru til staðar meðal einstaklinga sem búa heima geta þau verið óbærileg fyrir aðstandendur sem annast þann aldraða og aukið þörf fyrir formlegan stuðning (Nakanishi o.fl., 1999).

Notkun svefnlyfja og geð- eða þunglyndislyfja var algeng meðal þeirra sem bíðu eftir hvíldarinnlögn. Fjölyfjanotkun var

algeng meðal hinna öldruðu og tók helmingur þeirra tíu eða fleiri lyf sem er mjög hátt hlutfall samanborið við lyfjanotkun aldraðra almennt (Kaufman o.fl., 2002). Hjá Önnu Birnu Jensdóttur og félagum (1999) tóku 35% þátttakenda níu lyf eða fleiri. Bent hefur verið á að mikil lyfjanotkun geti átt þátt í heilsufarsvandamálum aldraðra, eins og byltum, minni hreyfifærni, skertri vitrænni getu og óráði og skerði þar af leiðandi lífsgæði þeirra (Ólafur Samúelsson o.fl., 2000).

Vitræn geta til ákvarðanatöku við daglegar athafnir var skert hjá stórum hluta þeirra sem bíðu hvíldarinnlagnar og hafði tæplega helmingi farið aftur síðustu mánuðina. Átján þátttakendur af 24 voru með minnisvandamál og þurftu af þeim sökum mikinn stuðning og eftirlit frá aðstandendum. Í rannsókn Önnu Birnu Jensdóttur og féлага (1999) var hlutfallið aftur á móti mun lægra því þar áttu einungis um 40% við minnisvanda að etja. Nauðsynlegt er að skoða vísbendingar um andlega vanlíðan því það er alvarlegt ástand að búa stöðugt við slíkt og eykur líkur á öðrum sjúkdómum (Morris o.fl., 2003). Andleg vanlíðan á borð við kvíða og depurð var algeng meðal þeirra sem bíðu hvíldarinnlagnar en þekkt er að þunglyndi getur leitt af sér líkamlega vanlíðan og dregið úr virkni einstaklings (Ugarriza, 2002). Meðal aldraðra er þunglyndi almennt 8–15% (Coperland o.fl., 1999) en meðal aldraðra á sjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum er þunglyndi algengara, allt upp í 45% (Lebowitz o.fl., 1997). Minnisskerðing, þunglyndi og kvíði hjá þeim sem bíða eftir hvíldarinnlögn er þess vegna nær því sem gerist meðal íbúa hjúkrunarheimila en aldraðra almennt. Það voru hins vegar aðeins 6–20% einstaklinga, sem nutu heimþjónustu, sem fundu fyrir einkennum depurðar og kvíða (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1999).

Velta má fyrir sér hvað sé orsök og hvað afleiðing varðandi einangrun, einmanaleika og þunglyndi. Þunglyndur einstaklingur dregur sig í hlé og á í minni félagslegum samskiptum en slíkt leiðir til einangrunar og einmanaleika. Leiða má að því líkur að einstaklingur, sem einangrast vegna heilsufars eða félagslegra aðstæðna, finni fyrir einmanaleika og depurð. Því er mikilvægt að komast að því hvort einmanaleikinn er af tilfinningalegum eða félagslegum toga (Ekwall o.fl., 2005). Með hrakandi heilsu getur fólk átt erfiðara um vik í félagslegum samskiptum. Ekwall og félagar (2005) benda á að mikilvægt sé að hjúkrunarfræðingar finni þá einstaklinga sem eiga fáa að og eiga á hættu að finna fyrir einmanaleika, til að aðstoða þá við að efla félagslega þátttöku.

Nánast allir í okkar rannsókn nutu einhverrar aðstoðar frá óformlegum stuðningsaðilum og fundu flestir fyrir miklum stuðningi frá fjölskyldu sinni. Helmingur þessa hóps þarfnaðist stuðnings og eftirlits allan sólarhringinn. Braithwaite (1998) komst að þeirri niðurstöðu í rannsókn sinni að umönnunarbyrði aðstandenda væri meiri þegar um væri að ræða heilabilunarsjúkdóm eða afleiðingar heilablóðfalls. Í okkar rannsókn fékk aðeins rúmur helmingur heimahjúkrun þrátt fyrir mikla þörf fyrir aðstoð. Þegar litið er til þess að 16 af 24 hinna öldruðu hafði farið aftur í ADL-færni og heildarumönnunarpörf hafði aukist í yfir helmingi tilfella síðustu mánuði má velta því

fyrir sér hvort þjónustupörf þessa hóps hafi verið fullnægt. Umönnunarbyrði er oft og tíðum mikil á aðstandendum og eru hvíldarinnlagnir hugsaðar til að létta þá byrði og stuðla þannig að því að hinn aldraði geti búið lengur heima (Gräsel, 1997; Lee o.fl., 2007). Rannsóknir sýna að hvíldarinnlagnir eru valkostur sem aðstandendur nýta sér þegar umönnunarbyrði er mikil og geta þær dregið tímabundið úr álagi á aðstandendur (Cox, 1997; Gräsel, 1997; Salin og Astedt-Kurki, 2007). Þó bendir nýleg fræðileg úttekt til þess að hvíldarinnlagnir einar og sér hafi takmörkuð jákvæð áhrif á umönnunaraðila en að hvíldarinnlagnir séu mikilvægur hluti af fjölbreyttri og einstaklingsmiðaðri þjónustu (Shaw o.fl., 2009). Í rannsókn Smyer og Chang (1999) komu fram fjórar ástæður fyrir því að nýta sér hvíldarinnlögn: aldraðir og aðstandendur eru líkamlega og tilfinningalega örmagna, aðstandendur vilja viðhalda félagslegum tengslum, aðstandendur eru veikir og enginn umönnunaraðili er til staðar. Þessar niðurstöður eru nokkuð samhljóða þeim svörum sem fengust við opinni spurningu um væntingar til hvíldarinnlagnar. Þegar umönnunaraðili er maki er hann yfirleitt einnig aldraður og jafnvel sjálfur með einhver heilsufarsvandamál. Ef umönnunaraðili er barn þess aldraða hefur viðkomandi fleiri hlutverkum að gegna, eins og vinnu utan heimilis og umsjá eigin barna. Því var áberandi að aðstandendur, sem önnuðust aldraða ættingja, höfðu þörf fyrir hvíld frá umönnuninni. Hinir öldruðu vonuðust hins vegar til að öðlast bættu heilsu og líðan.

Það takmarkar þessa rannsókn að hún tók eingöngu til aldraðra sem biðu eftir hvíldarinnlögn á öldrunarsviði Landspítala þegar rannsóknin hófst. Úrtakið var þægindaúrtak og því ekki hægt að ganga út frá því vísu að það endurspeglir þann hóp aldraðra sem nýtir sér hvíldarinnlagnir. Karlar voru fleiri en konur í úrtakinu en það endurspeglar ekki kynjahlutfallið í þessum aldurshópi almennt (Hagstofa Íslands, 2009). En þar sem úrtakið var þægindaúrtak er ekki hægt að ganga út frá því að kynjahlutfall úrtaks sé það sama og á biðlistanum. Líklega gefa þó niðurstöðurnar nokkuð rétta mynd af þeim hópi sem beið eftir hvíldarinnlögn á Landspítalanum þar sem úrtakið náði yfir um helming þeirra sem voru á biðlista. Vegna smæðar úrtaks (n = 24) eru niðurstöður ekki tölfræðilega marktækar og ekki hægt að fá öyggjandi tengsl milli breyta eða mun milli kynja. Takmarkandi þáttur við framkvæmd matsins er að það var gert í einni heimsókn til hins aldraða í stað fleiri heimsókna eins og RAI-HC-matið gerir ráð fyrir. Niðurstöðurnar byggjast því algerlega á frásögn hins aldraða eða aðstandenda en ekki á klínisku álit hjúkrunarfræðings. Leiða má hugann að því hvort það hafi haft áhrif á niðurstöður að í sumum tilvikum var einungis rætt við nánasta aðstandanda.

LOKAORÐ

Aldraðir, sem biðu hvíldarinnlagnar á öldrunarsviði Landspítalans, höfðu ólík heilsufarsvandamál. Stærstur hluti hópsins hafði greinst með minnissjúkdóm og almennt var færni þessa hóps til að sinna daglegum athöfnum skert og hafði flestum farið aftur síðustu mánuði. Í langflestum tilfellum bjó hinn aldraði með aðalumönnunaraðila sínum. Helmingur þessa hóps þarfnáðist stuðnings og eftirlits allan sólarhringinn. Einvera og

einangrun var algeng meðal hópsins. Umönnunarbyrði var oft mikil á aðstandendum vegna lélegrar líkamlegrar, andlegrar og félagslegrar stöðu þess aldraða. Hvíldarinnlagnir eru meðal þeirra þjónustuúrræða sem öldruðum og aðstandendum þeirra standa til boða en þær eru hugsaðar til að létta á umönnunarbyrði og geta þannig stuðlað að því að hinn aldraði geti búið lengur heima. Þessi rannsókn er sú fyrsta, svo vitað sé, sem gerð hefur verið hérlandis á færni og þörfum aldraðra einstaklinga sem bíða eftir hvíldarinnlögn. Rannsóknin gefur mikilvægar upplýsingar fyrir hvíldarinnlagnir og geta veitt þeim sem skipuleggja og veita slíka þjónustu ákveðna innsýn í heilsufar, færni og væntingar þeirra sem nýta sér þjónustuna. Ljóst er að þörf fyrir óformlegan og formlegan stuðning er mikil meðal þeirra sem bíða eftir hvíldarinnlögn og eykst hún eftir því sem hinum aldraða hrakar. Með reglulegu mati á færni og þörfum hins aldraða, til dæmis í heilsugæslu og í heimahjúkrun, er mögulegt að greina breytingar á þjónustupörf í tíma og bjóða þjónustuúrræði við hæfi.

Heimildir

- Anna Birna Jensdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Marianna Haraldsdóttir, Ómar Harðarson, Pálmi V. Jónsson og Þórunn Ólafsdóttir (1999). *Heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar*. Rannsókn framkvæmd af RAI-stýrihóp 1997-1998 með þátttöku fjögurra heilsugæslustöðva á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (e.d.). *Elderly people. Improving oral health amongst the elderly*. Sótt 26. janúar 2007 á http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html.
- Braithwaite, V. (1998). Institutional respite care: Breaking chores or breaking social bonds? *The Gerontologist*, 38 (5), 610-617.
- Coperland, J.R., Beekman, A.T., Dewey, M.E., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A.H., Meller, I., Prince, M.J., Reischies, F., Turrina, C., deVries, M.W., og Wilson, K.C. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.
- Cox, C. (1997). Findings from a statewide program of respite care: A comparison of service users, stoppers and nonusers. *The Gerontologist*, 37, 511-517.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., og Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing and Healthy Aging* (2. útg.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Ekwall, A.K., Sivberg, B., og Hallberg, I.R. (2007). Older caregiver's coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (6), 584-596.
- Ekwall, A.K., Sivberg, B., og Hallberg, I.R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (1), 23-32.
- Félagsmálaráðuneytið (2008a). *Stefna í málefnum aldraðra til næstu ára*. Sótt 22. júlí 2009 á http://www.felagsmalaraduneyti.is/malaflokkar/malefni_aldradra/Almennt/nr/4417.
- Félagsmálaráðuneytið (2008b). *Fjölgun úrræða fyrir aldraða*. Sótt 25. júlí 2009 á <http://www.felagsmalaraduneyti.is/frettir/frettatilkynningar/nr/4076>.
- Fielo, S.B., og Warren, S.A. (2001). Home adaptation: Helping older people age in place. *Geriatric Nursing*, 22 (5), 239-247.
- Gama, E.V., Damián, J., Molino, J.P., López, M.R., Pérez, M.L., og Iglesias, F.G. (2000). Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, 29, 267-270.
- Gräsel, E. (1997). Temporary institutional respite in dementia cases: Who utilizes this form of respite care and what effect does it have? *International Psychogeriatrics*, 9 (4), 437-448.
- Hagstofa Íslands (2009). *Mannfjöldaspá*. Sótt 25. júlí 2009 á <http://hagstofa.is/Hagtalur/Mannfjoldi/Framreikningur-mannfjoldans>
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2005). *Tillögur nefndar um uppbyggingu heildrænnar öldrunarþjónustu í Hafnarfirði*. Sótt 8. nóvember 2009 á <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Hafnarfjordur-lokaskyrsla-feb.2006.pdf>.

Ritrynd fræðigreina

- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2007). *Staða og endurskoðun meginmarkmiða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Hlíf Guðmundsdóttir (2004). *Óformlegur og formlegur stuðningur sem langlífir Íslendingar sem búa á eigin heimilum njóta með hliðsjón af færni*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- InterRAI. (e.d.). *Home care*. Sótt 10. apríl 2007 á <http://interrai.org/section/view/?fnode=15>
- Katz, S. C., Ford, A. B., Moskowitz, R.W., Jackson, B. A. og Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kaufman, D., Kelly, J., Rosenberg, L., Anderson, T., og Mitchell, A. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Slone survey. *Journal of the American Medical Association*, 287 (3), 337-344.
- Landlæknir (2006). *Könnun á aðstæðum og viðhorfum meðal aldraðra á bíðlista í Reykjavík eftir hjúkrunaryrmi í lok september 2006. Samantekt í nóvember 2006*. Sótt 22. júlí 2009 á http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Konnun_aldradir-a-bidlista_RVK_nov.2006.pdf.
- Lawton, P., og Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., Reynolds, C.F., Alexopoulos, G.S., Bruce, M. L., Conwell, U., Katz, I.R., Meyers, B.S., Morrison, M.F., Mossey, J., Niederehe, G., og Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *The Journal of the American Medical Association*, 278 (14), 1186-1190.
- Lee, D., Morgan, K., og Lindesay, J. (2007). Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (2), 252-258.
- Molyneux, G.J., McCarthy, G.M., McEniff, S., Cryan, M., og Conroy, R.M. (2008). Prevalence and predictors of carer burden and depression in carers of patients referred to an old age psychiatric service. *International Psychogeriatrics*, 20 (6), 1193-1202.
- Morris, J.N., Fries, B.E., Bernabei, R., Steel, K., DuPasquier, J., Hawes, C., Ikegami, N., Carpenter, I., Gilgen, R., Fritjters, D., Berg, K., Phillips, C.D., Henrard, J., Hirdes, J.P., Belleville-Taylor, P., og Björkgrén, M. (2003). *Leiðbeiningar fyrir gagnasafn um heilbrigðis- og félagsþjónustu í heimahúsum* (Sigríður Egilsdóttir þýddi). Washingtonborg: InterRAI Corporation.
- Morris, J.N., Fries, B.E., og Morris, S.A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 54A (11), M546-M553.
- Nakanishi, N., Tatara, K., Shinsho, F., Murakami, S., Takatorige, T., Fuguta, H., Nakajima, K., og Naramura, H. (1999). Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. *Age and Ageing*, 28, 301-306.
- Ólafur Samúelsson, Sigurbjörn Björnsson, Bessi H. Jóhannesson og Pálmi V. Jónsson (2000). Lyfjanoftkun aldraðra á bráðasjúkrahúsi. Aukaverkanir og gæðavísar. *Læknablaðið*, 86, 11-16.
- Pálmi V. Jónsson (2003). RAI fjölskyldan á Íslandi. *Öldrun*, 1, 4-8.
- Pálmi V. Jónsson, Hlíf Guðmundsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Marianna Haraldsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Ómar Harðarson og Hrafn Pálsson (2003). Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu Heilsugæslunnar 1997. *Læknablaðið*, 89, 313-318.
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research* (6. útgáfa). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Polit, D.F., Beck, C.T., og Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization* (5. útgáfa). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salin, S., og Astedt-Kurki, P. (2007). Women's views of caring for family members. Use of respite care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (9), 37-45.
- Shaw, C., McNamara, R., Abrams, K., Cannings-John, R., Hood, K., Longo, M., Myles, S., O'Mahony, S., Roe, B., og Williams, K. (2009). *Systematic review of respite care in the frail elderly*. Health Technology Assessment 13 (20)(skýrsla). National Institute of Health Research.
- Sigrún Bjartmarz (2006). *Breytingar á færni einstaklinga, 75 ára og eldri, í kjölfar bráðainnlagningar á lyfækningadeild LSH*. Óbirt MS-ritgerð: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Siv Friðleifsdóttir (2006). *Ný sýn – nýjar áherslur. Áherslur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra í öldrunarmálum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Smyer, T., og Chang, B.L. (1999). A typology of consumers of institutional respite care. *Clinical Nursing Research*, 8 (1), 26-50.
- Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, A., og Dobson, A. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 17 (2), 267-273.
- Ugarriza, D.N. (2002). Elderly women's explanation of depression. *Journal of Gerontological Nursing*, 28 (5), 22-29.
- Zarowitz, B.J., og Ouslander, J.G. (2006). Management of urinary incontinence in older persons. *Geriatric Nursing*, 27 (5), 265-270.
- WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Genf: World Health Organization.