



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

MA-ritgerð

**Sambætting heilbrigðis- og félagsþjónustu
Heimaþjónusta við aldraða**

**Guðrún Björk Reykdal
Júní 2010**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

MA-ritgerð

**Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu
Heimþjónusta við aldraða**

**Guðrún Björk Reykdal
Júní 2010**

Leiðbeinandi: Sigurveig H. Sigurðardóttir

Nemandi: Guðrún Björk Reykdal

Kennitala: 110857-6089

Útdráttur

Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu felur í sér samhæfingu ólíkra þjónustubáttanna. Litið er á samþætta þjónustu sem leið til að tryggja gæði þjónustunnar og veita hana með hagkvæmari hætti. Viðfangsefni þessarar ritgerðar er að leita svara við því hvað einkenni árangursrík samþættingarverkefni, hver sé þáttur starfsfólks í velgengni samþættingarverkefna og hverjir séu notendur samþættrar heimaþjónustu við aldraða. Niðurstöður rannsókna og reynsla af samþættingarverkefnum bæði hér á landi og erlendis voru skoðaðar til að svara þessum spurningum. Gögn úr ADHOC rannsókninni voru nýtt til að nálgast svar við því hverjir væru notendur samþættrar heimaþjónustu við aldraða. Megindlegar rannsóknaraðferðir voru nýttar við úrvinnslu gagna.

Rannsóknir draga fram ákveðna þætti sem eru sameiginlegir þeim verkefnum sem hafa gengið vel. Hér er m.a. um að ræða eina þjónustugátt, markvissa notkun upplýsingatækni, þjónustustjórnun og samþættingu fjármögnunar. Mikilvægt er að starfsfólk hafi sameiginlega sýn og upplifi sameiginlegt eignarhald á verkefninu. Myndun sterkrar liðsheildar þar sem gagnkvæmt traust ríkir hefur mikil og jákvæð áhrif á árangur.

Niðurstöður tölfræðiúrvinnslu á gögnum úr ADHOC rannsókninni leiddi í ljós að sá hópur sem fékk bæði heimahjúkrun og félagslega þjónustu var með skerta færni á ýmsum sviðum, hátt í helmingur upplifði verki daglega, lyfjanotkun var mikil, helmingur notaði hjálpartæki innanhúss og 70% utanhúss.

Abstract

Integration of health and social care consists of coordination of different services. The integration is seen as a way to increase the quality of services and to provide it in a more effective way. The objective of this thesis is to answer the question what characterizes successful integration projects, what part personnel play in the success of these projects and to identify the users of integrated care for the aged. In order to answer these questions research findings and case studies of integration projects, both in Iceland and abroad were studied. Data from the ADHOC study was used to construct a picture of the users of integrated health and social care for the aged. Quantitative methods were used in the analysis of data.

Research results indicate certain factors that characterize successful integration projects. Among those factors are: single entry point, use of information technology, case management and integration of budgeting. It is important that the personnel have a common view and shared ownership of the project. Creation of an integrated team, characterized by mutual trust has significant and positive effect on results.

The analysis of the ADHOC data revealed that the group receiving both health and social care had impaired physical functioning, almost half of them experienced pain daily, medication was extensive, half used appliance/tools for locomotion indoors and 70% outdoors.

Formáli

Ritgerð þessi er 40 ects lokaverkefni í einstaklingsbundnu MA námi í félagsráðgjöf. Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Sigurveigu H. Sigurðardóttur fyrir þolinmæði og góðar ábendingar.

Áhugi minn á öldrunarmálum vaknaði þegar ég var í félagsráðgjafarnámi við Háskóla Íslands fyrir tæpum þremur áratugum og fyrsta starf mitt sem félagsráðgjafi var á öldrunarlækningadeild Landsspítalans. Þátttaka í rannsóknum á heimaþjónustu við aldraða jók áhuga minn á að skoða þjónustu við þennan hóp frekar.

Hlutfallsleg fjölgun aldraðra er fyrirsjáanleg á næstu árum og þar með aukið vægi þessa málaflokks. Það skiptir því miklu máli að auka gæði þjónustunnar við þennan hóp á sama tíma og reynt er að veita hana með hagkvæmari hætti. Samþætting þjónustu er ein af þeim leiðum sem farnar hafa verið í þessum tilgangi. Viðfangsefni þessarar ritgerðar er að skoða hvað einkenni árangursrík samþættingarverkefni, hver sé hlutur starfsfólks í velgengni verkefna af þessu tagi og að lýsa notendum samþættrar heimaþjónustu við aldraða.

Ég vil þakka fjölskyldu minni og sérstaklega manninum mínum, Sigurði Sigurðssyni fyrir hvatningu, stuðning og ómetanlega aðstoð.

Vísindasjóður Félagsráðgjafafélags Íslands styrkti verkefnið.

Efnisyfirlit

1	INNGANGUR.....	9
1.1	Fjölgun aldraðra	9
1.2	Áhersla á samþættingu þjónustu við aldraða	10
1.3	Val á viðfangsefni – rannsóknarspurningar	11
2	ÞJÓNUSTA VIÐ ALDRAÐA.....	12
2.1	Tilurð velferðarríkisins	12
2.2	Áhrif breytts hlutverks kvenna á umönnun aldraðra.....	13
2.3	Uppbygging stofnana fyrir aldraða á Íslandi	14
2.4	Heimþjónusta við aldraða	15
2.5	Þáttur fjölskyldunnar í umönnun aldraðra.....	17
3	SAMÞÆTTING HEILBRIGÐIS- OG FÉLAGSÞJÓNUSTU.....	20
3.1	Skilgreining á samþættri þjónustu	20
3.2	Verkefni á sviði samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu.....	21
3.3	Notendur samþættrar þjónustu.....	24
3.4	Þáttur starfsfólks í velgengni samþættingarverkefna.....	28
3.5	Tilraunaverkefni á sviði heimþjónustu hér á landi.....	30
3.5.1	Verkefni reynslusveitarfélaga.....	30
3.5.2	Samþætting heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu í Reykjavík	32
3.5.2.1	Tilraunaverkefni á sviði samþættingar heimþjónustu í Reykjavík 2004 - 2007 .	32
3.5.2.2	Sameining heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu í Reykjavík	37
4	RANNSÓKN Á HEIMAPJÓNUSTU	40
4.1	ADHOC rannsóknin.....	40
4.2	RAI mælitækið	42
4.3	Þátttakendur	44
4.4	Þátttaka félagsráðgjafa í gagnasöfnun í ADHOC rannsókninni	45
4.5	Tölfræðiúrvinnsla	46
5	NIÐURSTÖÐUR: NOTENDUR	48
5.1	Aldur, kyn, hjúskaparstaða og búseta	48
5.2	Vitræn geta	51
5.3	Heyrn og tjáskipti	51
5.4	Sjúkdómar, verkir og lyfjanotkun	51
5.5	Hugarástand og félagsleg virkni	54
5.6	Líkamleg færni og sjálfbjargargeta.....	55
5.6.1	Sjálfbjargargeta við almenn dagleg verk	55
5.6.2	Sjálfbjargargeta við persónulegar athafnir daglegs lífs	57
5.7	Notkun hjálpartækja og hreyfing	59
5.7.1	Notkun hjálpartækja.....	59
5.7.2	Hreyfing	60
5.8	Formlegt stuðningskerfi	61
5.9	Óformlegt stuðningskerfi	63
6	NIÐURSTÖÐUR OG UMRÆÐA	66
7	HEIMILDALISTI.....	69

Myndir

Mynd 1 Aldur þátttakenda	48
Mynd 2 Aldur og kyn.....	49
Mynd 3 Hjúskaparstaða	49
Mynd 4 Búseta	50
Mynd 5 Sjúkdómar	52
Mynd 6 Lyfjanotkun	53
Mynd 7 Sjálfbjargargeta við venjuleg heimilisstörf	55
Mynd 8 Sjálfbjargargeta við lyfjanotkun.....	56
Mynd 9 Skerðing á sjálfbjargargetu (ADL).....	58
Mynd 10 Notkun hjálpartækja og geta til að ganga stiga	60
Mynd 11 Hreyfing, göngulag og byltur	61

1 Inngangur

1.1 Fjölgun aldraðra

Á síðustu tveimur öldum hafa þjóðir heimsins smám saman verið að eldast. Skýringin er lækkuð fæðingartíðni og aukið langlífi. Því er spáð að árið 2050 verði þriðjungur íbúa í þróuðum ríkjum 60 ára eða eldri og þetta hlutfall verði nálægt 20% í þróunarlöndum. Evrópa er sú heimsálfa sem hefur hæst hlutfall aldraðra og þar er í ákveðnum löndum munurinn á lífslíkum karla og kvenna að minnka (Peace, Dittmann-Kohli, Westerhof og Bond, 2007; Börsch-Supan, 2008).

Fæðingartíðni er talsvert hærri á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum, að Færeyjum undanskildum. Fæðingartíðni hefur haldist nokkuð óbreytt á síðustu árum á Norðurlöndunum en alls staðar hefur orðið aukning í fjölda einstaklinga í elstu aldurshópunum og þar af leiðandi skapast aukin þörf fyrir umönnun og hjúkrun. Konur eru fjölmennari en karlar í elstu aldurshópunum í öllum löndunum (Nordic Social-Statistical Committee [NOSOSCO], 2009).

Hagstofan birti í desember 2008 spá um mannfjölda á Íslandi 2008 – 2050. Þær breytingar sem spáð er að verði á aldursamsetningu íslensku þjóðarinnar byggja á lengri meðalævi og lækkaðri fæðingartíðni¹. Samkvæmt hinni nýju spá Hagstofunnar mun öldruðum fjölga verulega á spátímabilinu og þá einkum undir lok þess. Elstu þjóðfélagsþegnarnir í dag tilheyra óvenju fámennum fæðingarárögöngum sem fæddust á kreppuárunum. Hlutfall aldraðra mun hækka verulega eftir 2020 þegar fjölmennir árgangar eftirstríðsáranna komast á eftirlaunaaldur.

Nýjar upplýsingar um mannfjöldaspá fyrir Reykjavík voru fengnar hjá borgarhagfræðingi Reykjavíkurborgar í janúar 2009. Samkvæmt hinni nýju spá mun Reykvíkingum 70 ára og eldri fjölga um 40% frá 2000 til 2025 eða um tæplega 4.200 einstaklinga. Fyrri mannfjöldaspá gerði ráð fyrir tæplega 29% fjölgun þessa

¹ Það er erfitt að spá fyrir um breytingar á dánarlíkum en enn meiri óvissa er þó um hver verði þróun fæðingartíðni. Það er því rétt að hafa í huga að alltaf eru talsverðar líkur á skekkjum í framreikningum þegar til lengri tíma er litið (Hagstofa Íslands, e.d.).

aldurshóps á þessu árabili. Gert er ráð fyrir að fjölgun í heildarhópi Reykvíkinga á sama tíma verði tæplega 22%.

1.2 Áhersla á samþættingu þjónustu við aldraða

Það tímabil ævinnar sem fólk er aldrað er orðið lengra en áður. Þarfir hinna öldruðu eru flóknari en þarfir annarra aldurshópa og kalla á þjónustu frá hinum ýmsu fagstéttum. Aldraðir stríða í ríkari mæli við fjölbætt heilbrigðisvandamál; hærra hlutfall er að upplifa langvinna sjúkdóma s.s. sykursýki og hjartasjúkdóma auk þess sem bati tekur lengri tíma en hjá yngri einstaklingum. Þeir eru e.t.v. að upplifa á sama tíma aukna félagslega einangrun og minnkandi félagslegan stuðning. Sjúkrahúsdvöl aldraðra í öllum Evrópulöndunum er að meðaltali þrisvar sinnum lengri en þeirra sem yngri eru. Skýringin er e.t.v. að hluta til sú að oft er erfitt að útvega þá þjónustu sem hinn aldraði þarf nauðsynlega á að halda eftir útskrift (Alaszewski, Billings og Coxon, 2004).

Heilbrigðiskerfi eiga rætur að rekja til tíma þegar aldurssamsetning var önnur, þjóðir yngri og aðallega þörf fyrir bráðþjónustu. Breytt aldurssamsetning kallar á breytingar á þjónustu. Í dag þarf heilbrigðiskerfið að beina athyglinni að langvinnum sjúkdómum og þess vegna er samþætting þjónustu e.t.v. mikilvægari en áður. Með þessari breyttu aldurssamsetningu þá verða langvinnir sjúkdómar yfirgnæfandi sem kallar á samfellda, langtíma þjónustu. Módelið þar sem sjúkrahúsið er í miðpunkti á ekki lengur við og í staðinn þarf að koma módel sem er þróað með búsetu notenda í huga. Hér er áherslan á heimaþjónustu og með fjölda stofnana og sérfræðinga í huga þá er samþætt þjónusta lykilatriði. Hér erum við einnig farin að tala um breytingu frá stofnananálgu til notendanálgunar (Ham, 2005; Hébert, 2005).

Samþætting umönnunarþjónustu (e. integrated care) hefur á undanförunum árum verið lykilatriði í umbótum innan heilbrigðis- og félagsþjónustu í Evrópu. Litið er á samþætta þjónustu sem leið til að draga úr óhagkvæmni en á sama tíma að tryggja mikil gæði þjónustunnar. Það er samband á milli árangurs heilbrigðisþjónustu annars vegar og félagslegrar þjónustu hins vegar, árangur heilbrigðisþjónustu getur t.d. byggt á því að félagsleg þjónusta sé fyrir hendi. Árið 2004 lýsti framkvæmdastjórn Evrópusambandsins því yfir að samþætting þjónustu

væri forsenda fyrir áframhaldandi félagsvernd (e. social protection) í Evrópu (Lloyd og Wait, 2006).

1.3 Val á viðfangsefni – rannsóknarspurningar

Viðfangsefnið í þessari ritgerð er að svara því hvað einkenni árangursrík verkefni á sviði samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu, hver sé þáttur starfsfólks í velgengni samþættingarverkefna og hverjir séu notendur samþættrar heimaþjónustu við aldraða. Niðurstöður rannsókna og reynsla af samþættingarverkefnum bæði hér á landi og erlendis verða skoðaðar í þessum tilgangi, auk þess sem fjallað er um þjónustu við aldraða bæði frá formlega og óformlega stuðningskerfinu.

Til að nálgast svar við þeirri spurningu hverjir séu notendur samþættrar heimaþjónustu við aldraða verða nýtt gögn úr íslenska hluta ADHOC rannsóknarinnar (e. Aged in Home Care) sem gerð var í 11 Evrópulöndum á árunum 2001 til 2004. Hér fást upplýsingar um hóp aldraðra í Reykjavík sem á þessum tíma fékk bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu og eru megindelegar rannsóknaraðferðir nýttar við úrvinnslu gagna. Megin áherslan í ADHOC rannsókninni, öfugt við aðrar rannsóknir á þjónustu við aldraða, var að lýsa notendum heimaþjónustu, heilsufari þeirra, færni og formlegu og óformlegu stuðningskerfi. Hér er í raun um að ræða fyrstu rannsóknina sem leitar svara við þeirri spurningu hverjir séu notendur heimaþjónustu í Evrópu (Sørbye o.fl., 2009).

2 Þjónusta við aldraða

2.1 Tilurð velferðarríkisins

Stefán Ólafsson (1999) vitnar í fyrirlestur þjóðfélagsfræðingsins T.H. Marshall frá 1949 í umfjöllun sinni um uppbyggingu velferðarríkisins. Marshall lýsti í fyrirlestrinum útfærslu þegnarréttinda á Vesturlöndum sem hófust með útbreiðslu almennrar mannréttindahugsunar á 18. öld og tóku í fyrstu til lagalegra réttinda, svo sem tjáningarfrelsis, trúfrelsis, eignarréttar og jafnréttis fyrir lögum. Á 19. öld var komið að pólitísku réttindunum; kosningarétti, kjörgengi og rétti almennings til að mynda samtök og taka þátt í ákvarðanatöku samfélagsins. Á 20. öldinni eru það síðan félagslegu réttindin; rétturinn til trygginga gegn efnahagslegu óöryggi og réttur til lágmarksafkomu.

Frá 1950 til 1975 ríkti samstaða um stefnu í velferðarmálum í Evrópu. Sívaxandi fjármunum var varið til velferðarþjónustu á vegum hins opinbera. Íslendingar voru fljótir að innleiða velferðarþjónustu á vegum hins opinbera en um minni vöxt velferðarríkisins var að ræða á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum. Líklegt er að margir samverkandi þættir skýri þetta og meðal þeirra sú staðreynd að í Svíþjóð, Danmörku og Noregi voru vinstri stjórnmaflokkar áhrifamestir í ríkisstjórnnum á eftirstríðsárunum ólíkt því sem var hér á landi. Um 1950 er ekki svo mikill munur á Íslandi og hinum Norðurlöndunum þegar útgjöld til velferðarmála eru skoðuð. Hlutfallið sem varið var til velferðarmála af vergri landsframleiðslu var þó lægst á Íslandi eða 6,3%, 6,5% í Noregi og hæst í Svíþjóð, 8,3% (Stefán Ólafsson, 1993).

Eftir 1975 var minni hagvöxtur og vaxandi atvinnuleysi og farið var að setja spurningamerki við umfang velferðarríkisins. Gagnrýnin laut m.a. að því að skattheimta vegna ríkisútgjalda þótti orðin mikil. Endurskipulagning opinberrar þjónustu á síðari árum til að draga úr útgjöldum hefur m.a. leitt til þess að verkefni hafa verið færð til einkafyrirtækja og frjálsra félagasamtaka sem stundum hafa verið nefnd þriðji geiri velferðarsamfélagsins (Stefán Ólafsson, 1993 og 2003).

Formlegt samstarf Norðurlandanna kemur til sögunnar í kjölfar seinni heimsstyrjaldarinnar. Norðurlandaráð var stofnað árið 1952 og er samstarfsvettvangur þjóðþinga á Norðurlöndunum og Norræna ráðherranefndin tók til starfa 1971. Stefán Ólafsson (2003) er hins vegar á því að íslenska kerfið hafið þróast í aðra átt en þau skandinavísku þrátt fyrir svipaðan grundvöll við upphaf eftirstríðsáranna. Hann flokkar Ísland ekki með hinum Norðurlöndunum heldur með Englandi, Ástralíu og Nýja Sjálandi út frá einkennum velferðarkerfanna, m.a. mikilli áherslu á tekjutengingu bóta.

Ísland ver minnstu til félagslegrar þjónustu af vergri þjóðarframleiðslu (e. GDP). Ef bornar eru saman tölur frá 1995 og 2005 þá sést að þó að á Íslandi sé ennþá lægsta hlutfallið þá hefur það farið úr 19% upp í 21,4%. Á sama tíma hefur hlutfall til félagslegrar þjónustu lækkað á hinum Norðurlöndunum um nokkur % stig (Nordic Council of Ministers, 2007).

2.2 Áhrif breytts hlutverks kvenna á umönnun aldraðra

Aldraðir hafa í gegnum tíðina notið umönnunar frá fjölskyldunni, aðallega konum (Bond og Cabrero, 2007; Kristín Björnsdóttir og Sigríður Þorgeirsdóttir, 2004). Þróun formlegrar umönnunarþjónustu á síðustu áratugum endurspeglar breytingar á fjölskyldunni og breytt hlutverk kvenna. Árið 1956 skrifuðu Alva Myrdal og Viola Klein bókina *Women's Two Roles: Home and Work*. Hér greindu þær frá því að nú þyrftu konur á Vesturlöndum ekki lengur að velja milli tveggja ósamrýmanlegra kosta. Tækniþróun og félagslegrar breytingar síðustu áratuga hefðu gefið konum möguleikann á að sameina áhuga þeirra á bæði heimili og vinnu. Að þeirra mati var enginn vafi á því að þjóðfélagið gæti verið skipulagt með þeim hætti að konur hefðu bæði möguleika á þátttöku í fjölskyldulífi og virkri atvinnuþátttöku.

Bent hefur verið á að það sé mikilvægt að horfa ekki á hið norræna velferðarmódel sem einfaldlega hluta af velferðarríkinu sem miðar að því að veita borgurunum þjónustu. Módelið sé ekkert síður óaðskiljanlegur hluti af hinu skandinavíska verkalýðsþjóðfélagi (e. Scandinavian labour society) þar sem velferðarþjónustu er m.a. ætlað að skapa möguleika fyrir einstaklinga á atvinnuþátttöku, konur jafnt sem karla sem síðan greiða skatta til samfélagsins og viðhalda þannig þjóðfélagsskipaninni. Það var ekki aðeins aukin atvinnuþátttaka

kvenna sem jók þörf fyrir félagslega þjónustu því tilkoma ellilífeyris um svipað leyti veitti öldruðum einstaklingum annan valkost en þann að búa með börnum sínum. Nú voru hinir öldruðu ekki lengur til staðar til að aðstoða við gæslu barna þ.a. það voru bæði barnafjölskyldur og hinir öldruðu sem þurftu á hinni félagslegu þjónustu að halda (Sipilä o.fl., 1997; Bond og Cabrero, 2007).

2.3 Uppbygging stofnana fyrir aldraða á Íslandi

Uppbygging stofnana fyrir aldraða hófst seinna hér á landi en á hinum Norðurlöndunum eða á 3ja áratugnum og kann skýringin að vera sú að þéttbýlispróun og iðnvæðing var seinna á ferðinni hér á landi. Einkaaðilar og ýmsar góðgerðarstofnanir léku stórt hlutverk hér í þjónustu við aldraða. Fyrsta heimilið fyrir aldraða hóf starfsemi á Ísafirði árið 1920. Það var Hjálpræðisherinn sem sá um reksturinn. Elli- og hjúkrunarheimilið Grund hóf starfsemi 1922. Á þessum tíma var trú manna sú að þörfum aldraðra væri best mætt með byggingu stofnana. Fyrstu þjónustuíbúðirnar voru byggðar á Egilsstöðum og í Reykjavík 1972 (Ingibjörg Broddadóttir, Guðný Eydal, Steinunn Hrafnadóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 1997).

1970 voru fleiri vistrými á stofnunum, þ.e. elliheimilum og hjúkrunarheimilum á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum. Þegar miðað var við íbúa 70 ára og eldri þá voru 11 vistrými á hverja 100 íbúa á Íslandi, 10 vistrými í Danmörku, 9,3 í Finnlandi, 9,7 í Noregi og 8,4 í Svíþjóð (Ingibjörg Broddadóttir o.fl., 1997).

Árið 2005 var hlutfall einstaklinga 65 ára og eldri sem bjó á stofnun eða í þjónustuíbúð (e. service housing) hærra á Íslandi (9,2%) en í Danmörku (8,3%), Finnlandi (6,9%) og Svíþjóð (7,0%). Í Noregi var hlutfallið hærra (11,7%) en miðaðist við einstaklinga 67 ára og eldri (Nordic Council of Ministers, 2007). Hlutfall aldraðra á öldrunarstofnunum hefur lækkað í öllum löndunum á undanförunum árum. Nýjustu samanburðarupplýsingar um hlutfall 65 ára og eldri sem býr á stofnun eða í þjónustuíbúð á Norðurlöndunum eru frá 2007 og 2008². Þetta hlutfall er 8,7% á Íslandi, 5% í Danmörku, 6,8% í Finnlandi, 6,4% í Svíþjóð og 10,8% í Noregi³ (NOSOSCO, 2009).

² Upplýsingarnar eru frá 2007 fyrir Ísland, Finnland og Noreg og 2008 fyrir Danmörk og Svíþjóð.

³ Miðast við einstaklinga 67 ára og eldri.

Í ágústmánuði 2008 var birt yfirlýsing ríkisstjórnarinnar um uppbyggingu hjúkrunarheimila á Íslandi. Hér kom fram að fyrirhugað væri að fjölga hjúkrunarrýmum til að mæta brýnni þörf, fjölga einbýlum og hvíldarinnlagnarrýmum en jafnframt að unnið yrði að áætlun um uppbyggingu samþættrar heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem gerði öldruðum kleyft að búa í eigin húsnæði (Forsætisráðuneyti, 2008).

2.4 Heimaþjónusta við aldraða

Það var á áttunda áratug síðustu aldar sem fram kom gagnrýni á stofnanauppbyggingu fyrir aldraða hér á landi og kröfur um að aldraðir hefðu tækifæri til að búa áfram á eigin heimili með aukinni heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu litu dagsins ljós. Þessi breytta hugmyndafræði var seinna á ferðinni hér á landi en í nágrennalöndunum (Ingibjörg Broddadóttir o.fl., 1997).

Í könnun sem gerð var á viðhorfum vistmanna á fimm öldrunarstofnunum hér á landi árið 1999 kom í ljós að 55% heimilismanna hefðu kosið að búa lengur á fyrra heimili sínu (Ástríður Stefánsdóttir og Vilhjálmur Árnason, 2004). Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að flestir aldraðir kjósa að búa á eigin heimili sem lengst (Peace, Dittmann-Kohli, Westerhof og Bond, 2007).

Fyrstu lög um málefni aldraðra tóku gildi hér á landi 1983. Í lögnum var kveðið á um að þessi málaflokkur heyrði undir heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Hér var ekki fjallað sérstaklega um að hinn aldraði ætti rétt á heimaþjónustu. Í lögum um málefni aldraðra nr. 82/1989 segir hins vegar að hinn aldraði eigi rétt á þessari þjónustu. Á undanförunum árum hefur áherslan verið á að aldraðir geti búið sem lengst á eigin heimili og fengið þjónustu sem auðveldar þeim það. Samráðshópur um málefni eldri borgara, skipaður af ríkisstjórninni skilaði skýrslu í nóvember 2002. Tillögur hópans varðandi heimaþjónustu við aldraða voru á þá leið að þessi þjónusta yrði eflað verulega og var talið mikilvægt að einn aðili væri ábyrgur fyrir þjónustunni, hvort sem um væri að ræða hjúkrun, aðhlyningu eða aðstoð við heimilishald. Lagt var til að stjórnvöld beittu sér fyrir samtvinnun þessarar þjónustu undir sameiginlegri stjórn (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003).

Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015 var gefin út af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu í mars 2003. Tillögur varðandi

þjónustu við aldraða í heimahúsum í þeirri skýrslu eru í samræmi við heilbrigðisáætlun til ársins 2010, ákvæði laga um málefni aldraðra og tillögur fyrrnefnds samráðshóps. Einnig er áhersla á að efla stoðþjónustu í formi dagvistunar og hvíldarinnlagna og að þróa úrræði sem gera fólki kleift að búa lengur á eigin heimili svo sem sjúkrahústengda heimaþjónustu við aldraða eftir útskrift af sjúkrahúsi (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Í júlí 2006 var gert samkomulag milli ríkisstjórnarinnar og Landssambands eldri borgara. Við undirritun í tilefni samkomulagsins sagði Ólafur Ólafsson, þáverandi formaður Landssambands eldri borgara að sá ávinningur sem væri kannski einna mestur, væri samkomulag um að stórefla heimaþjónustu (Morgunblaðið, 20. júlí 2006). Hér var bæði verið að tala um eflingu heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu, auk þess sem áhersla var á að samþætting heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu yrði aukin.

Til skamms tíma hefur stefnumótun í heilbrigðis- og félagsþjónustu á Íslandi verið aðskilin sem endurspeglast í því að þessi þjónusta hefur heyrt undir sitt hvort ráðuneytið, heilbrigðismálin undir heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og félagsþjónustan undir félagsmálaráðuneytið. Á síðustu árum hefur komið fram umræða um meiri heildarsýn varðandi framkvæmd þjónustunnar og í tengslum við hana hefur verið rætt um sameiningu ráðuneyta en í ýmsum nágrannalöndum heyrja þessir tveir málaflokkar undir sama ráðuneytið. Þessi heildarsýn endurspeglast í núgildandi lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 en þar segir að markmið þeirra sé að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma séu tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði. Hér hefur verið tekin upp skilgreining Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar á heilbrigði sem ekki kom fram í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 (Lára Björnsdóttir, 2006).

Í Skýrslu um hlutdeild notenda í einstaklingsmiðaðri félagslegri þjónustu sem Evrópuráðið gaf út árið 2004 er félagsleg þjónusta skilgreind mjög vítt og nær m.a. til þjónustu á sviði heilsugæslu:

„Félagsleg þjónusta felur í sér alla þá þjónustu sem er (a) talin vera sérstaklega mikilvæg fyrir þjóðfélagið í heild og þar sem (b) persónuleg samskipti þjónustuveitanda og notenda gegna lykilhlutverki. Þegar svo víðtæk skilgreining er notuð verður þjónusta á sviði heilsugæslu, menntunar,

atvinnuþátttöku og menningar hluti af myndinni og teygir sig víðar en um hin hefðbundnu þrjú svið barnagæslu, umönnunarþjónustu fyrir aldraða og ýmis lítil þjónustusvið fyrir vandamálahópa.”

Málaflokkur aldraða var fluttur til félags- og trygginga-málaráðuneytisins 1. janúar 2008 og í júní sama ár kynnti ráðuneytið stefnumótun í málefnum aldraða sem byggði á tillögum ráðgjafarhóps sem hafði verið skipaður í árslok 2007. Áhersla er lögð á að veita þjónustu sem gerir einstaklingnum kleyft að búa heima svo lengi sem unnt er, á gæði þjónustunnar, fjárhagslegt sjálfstæði einstaklinga, mismunandi búsetuform og fjölgun rýma í dagvistun og hvíldarinnlögnum. Einnig kemur fram að stefnt sé að því að réttindi aldraða verði tryggð í almennri löggjöf og að sérlög um málefni aldraða verði lögð niður. Áhersla er lögð á að þjónusta við aldraða sé nærþjónusta og að málaflokkurinn verði því fluttur til sveitarfélaganna ekki síðar en 2012 (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008). Á vegum félags- og tryggingamálaráðuneytisins starfar verkefnisstjórn um verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga á sviði velferðarmála. Verkefnisstjórnin stýrir m.a. vinnu undirnefndar sem fjallar um verkaskiptingu á sviði þjónustu við aldraða (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, e.d.).

Það er ekki auðvelt að bera saman upplýsingar um heimaþjónustu við aldraða á Norðurlöndunum. Í upplýsingum frá Danmörku eru undanskildir þeir sem búa í þjónustuíbúðum (e. service housing) og þeir sem eingöngu njóta heimahjúkrunar eru undanskildir í Noregi, auk þess sem hinar tölulegu upplýsingar eru gjarnan frá mismunandi árum. Nýjustu samanburðarupplýsingar fyrir Norðurlöndin eru frá 2007 (Ísland og Noregur) og 2008 (Danmörk, Finnland og Svíþjóð). Á þessum tíma nutu 20,4% einstaklinga 65 ára eða eldri á Íslandi heimaþjónustu, 12,1% í Noregi, 6,3% í Finnlandi, 9,2% í Svíþjóð og 18,1% í Danmörku. Ísland virðist því vera með eitt hæsta hlutfall þeirra sem njóta heimaþjónustu á Norðurlöndum þegar eingöngu er horft til fjölda einstaklinga án þess að skoða nánar hvað þjónustan felur í sér (NOSOSCO, 2009).

2.5 Þáttur fjölskyldunnar í umönnun aldraða

Rannsóknir sýna að þáttur fjölskyldunnar í umönnun aldraða er mikill (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006; Bengtson, Rosenthal og Burton, 1990). Í rannsókn á heimaþjónustu, ADHOC (e. Aged in Home Care) sem framkvæmd var á árunum 2001

til 2004 í 11 Evrópulöndum kom í ljós að umönnun aldraðra byggði í ríkum mæli á óformlega stuðningskerfinu. Þátttakendur frá Norðurlöndunum fengu tiltölulega litla aðstoð í klukkustundum talið frá ættingjum og vinum. Þátttakendur í Þýskalandi, Frakklandi, Englandi og á Ítalíu fengu hins vegar á bilinu 28 til 60 klukkustunda aðstoð á viku að meðaltali. Skerðing á vitrænni getu og færni var talsvert meiri hjá þátttakendum í Þýskalandi og Frakklandi og á Ítalíu en hjá þátttakendum frá öðrum löndum. Því meiri sem færniskerðing einstaklingsins var þeim mun umfangsmeiri var aðstoðin bæði frá formlega og óformlega stuðningskerfinu (Sørbye o.fl., 2009; Finne-Soveri o.fl., 2008).

Í könnun Landlæknisembættisins á aðstæðum og viðhorfum meðal aldraðra á biðlista eftir hjúkrunarrými í Reykjavík (2006) kom í ljós að tæplega 90% svarenda fengu heimsóknir og hjálp aðstandenda fimm sinnum eða oftar í viku. Í könnuninni Hagir og viðhorf eldri borgara (2007) sem náði til aldurshópsins 67-80 ára kom í ljós að í Reykjavík eru tengsl innan fjölskyldunnar mjög sterk. Tæplega 21% svarenda sagði að börn, ættingjar og vinir kæmu í heimsókn daglega eða oftar eða svarandi fór í heimsókn til þeirra og tæplega 46% sögðu að þessir aðilar kæmu nokkrum sinnum í viku eða svarandi fór til þeirra. Í sambærilegri könnun (2008) sem náði til Reykvíkinga 80 ára og eldri ári seinna þá voru það tæplega 25% svarenda sem sögðu að börn, ættingjar og vinir kæmu í heimsókn daglega eða oftar eða svarandi fór í heimsókn til þeirra og tæplega 42% sem sögðu að þessir aðilar kæmu nokkrum sinnum í viku eða svarandi fór til þeirra.

Þar til á seinni hluta síðustu aldar stóð formleg umönnunarþjónusta aðeins minnihluta aldraðra til boða, þ.e.a.s. þeim sem voru fjárhagslega vel staddir. Hversu sjálfsgagt það þykir að fjölskyldan komi að þessu verkefni er mismunandi eftir löndum Evrópu. Aðstoð frá fjölskyldunni virðist þó vera meiri í þeim löndum þar sem formlega stuðningskerfið er umfangsminna. Í löndum Suður- og Austur Evrópu er algengara að aldraðir búi hjá fjölskyldu sinni og á þetta við um bæði kynin (Alaszewski, 2004; Lowenstein, 2004; Peace, Dittmann-Kohli, Westerhof og Bond, 2007).

Rannsakendur á Norðurlöndunum hafa til skamms tíma einkum beint athyglinni að formlega stuðningskerfinu, ólíkt rannsakendum í enskumælandi löndum sem hafa rannsakað óformlega stuðningskerfið, hver sé þáttur fjölskyldunnar í umönnun aldraðra (Kröger, 2005). Í rannsókn á samþættingu þjónustu við aldraða í Kanada,

PRISMA var t.d. álag á aðstandendur metið með ákveðnu mælitæki (e. The Zarit Burden Interview) (Tourigny, Durand, Bonin, Hébert og Rochette, 2005).⁴

Í ADHOC rannsókninni kom í ljós að fylgni var á milli þunglyndis hjá hinum aldraða einstaklingi og því að umönnunaraðili upplifði mikið álag. Það sama átti við ef hinn aldraði hafði ekki stjórn á hægðum. Í þeim tilvikum þar sem þjónustustjórnun (e. case management) var beitt kom í ljós að umönnunaraðili átti auðveldara með að halda áfram að annast hinn aldraða einstakling og sýndi minni óánægju með þetta hlutverk (Sørbye o.fl., 2009).

⁴ Hægt er að kynna sér nánar þetta mælitæki á slóðinni <http://www.aafp.org/afp/20001215/2613.html>.

3 Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu

3.1 Skilgreining á samþættri þjónustu

Mismunandi skilningur er lagður í hugtakið samþætting og margar mismunandi skilgreiningar til. Samþætting er þýðing á enska orðinu integration sem er dregið af latneska sagnorðinu integer sem merkir að gera heilt eða fullkomið. Í raun nær hugtakið yfir fjölda aðferða til að ná fram samhæfingu og skilvirkni milli ólíkra þjónustubátta. Rökin fyrir samþættingunni eru að með henni megi auka gæði þjónustunnar, lífsgæði og ánægju notenda og skilvirkni þjónustukerfisins. Samþætting í sinni „hreinustu mynd“ er þegar stefnumótun og veiting þjónustu fer fram hjá einum aðila í stað tveggja eða fleiri áður (Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Lára Björnsdóttir, 2006; Lloyd og Wait, 2006; Henrard, 2004).

Það að sameiginleg skilgreining og hugtakanotkun er ekki fyrir hendi gerir allan samanburð erfiðan. Skýringin kann að vera að hugtök og kenningar eru sótt til ýmissa fræðigreina s.s. hagfræði, læknisfræði, félagsfræði, stjórnunarkenninga og stjórnmálafræði og viðfangsefnið því ekki einfalt. Stein og Rieder (2009) vitna í Peter Beresford sem lét þau orð falla árið 2007 um samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu að hér væri ekki um geimvísindi að ræða heldur nokkuð sem væri miklu flóknara og mikilvægara (e. “this isn’t rocket science. It’s much more complex and important than that”).

Skilgreining og sameiginlegur skilningur er liður í því að þróa kenningu um samþætta þjónustu. Án samræmdrar hugtakanotkunar er erfitt að þróa kenningar og það á því eftir að koma í ljós hvort rannsóknir á samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu muni þróast sem sjálfstætt, þverfaglegt rannsóknarsvið.

Eitt af markmiðunum með alþjóðlega rannsóknarverkefninu Procure (e. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons) var að skilgreina hugtakið um samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða einstaklinga sem þurfa á umönnun að halda. Procure náði til tíu stofnana í níu löndum (Austurríki, Danmörk, Finnlandi, Frakklandi, Þýskalandi, Grikklandi, Ítalíu, Hollandi og Bretlandi)

og var fjármagnað af fimmtu rammaáætlun Evrópusambandsins. Procare er ein af fyrstu tilraununum til að kortleggja samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða. Samkvæmt skilgreiningu Procare felur samþætt þjónusta í sér að þeir aðilar sem veita þjónustuna taka mið af þörfum notandans á sama tíma og hinir ólíku þjónustubættir eru samþættir honum til hagsbóta. Samþættingarferlið felur í sér valdgjöf til notandans (e. user empowerment) þar sem hann tekur þátt í að ákveða ýmislegt sem viðkemur þjónustunni. Ávinningurinn af samþættri þjónustu er hátt þjónustustig, ánægðari starfsmenn og notendur og umtalsverður sparnaður fyrir þá aðila sem veita þjónustuna (Leichsenring, 2004).

Leutz flokkaði samþættingarverkefni eftir því á hvaða stigi samþættingin er:

- Þjónustuaðilar reyna að vinna meira saman til að aðstoða hina öldruðu notendur og hvor/hver aðili heldur áfram að starfa á sínum stað í kerfinu (e. linkage).
- Þróun formlegra verklagsreglna til að reyna að brúa bilið milli þjónustuaðila og fjarlægja hindranir í kerfinu. Hér er um að ræða eins konar regnhlífarsamtök þeirra stofnana sem koma að samþættingu þjónustunnar (e. coordination).
- Öll ábyrgð og úrræði sem eru nauðsynleg fyrir umönnun hinna öldruðu einstaklinga s.s. fjármögnun, stjórnun og veiting þjónustunnar heyra undir eina stofnun (e. full integration) (Hébert, 2005).

3.2 Verkefni á sviði samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu

Fjölmargar tilraunir hafa verið gerðar á sviði samþættrar þjónustu bæði í Evrópu og Norður-Ameríku en mörg ár getur tekið að koma af stað slíkum verkefnum og leggja grunn að samvinnu. Sum verkefni hafa verið skammlíf þar sem ekki hefur reynst gerlegt að tryggja áframhaldandi fjármögnun. Reynslan er því enn sem komið er takmörkuð.

Það er orðið algengt að formlegt mat sé lagt á samþættingarverkefni en það hefur þó ekki alltaf verið gert og stafar oftast af því að fjármagn er ekki fyrir hendi (Leichsenring, 2004). Það er síðan önnur saga að niðurstöður rannsókna sem gerðar hafa verið eru ekki alltaf nýttar af þeim sem taka ákvarðanir varðandi stefnumótun.

Samþættingin hefur meira verið rannsökuð út frá sjónarhóli stofnananna sem koma að samþættingunni en sjónarhóli notenda og umönnunaraðila (Kodner, 2006). Í skýrslu frá OECD (2007) kemur fram að samþætting þjónustunnar virðist bæta gæði hennar. Leichsenring (2004) segir rannsóknir hafa sýnt að samþætt þjónusta komi í veg fyrir frekari skerðingu á félagslegri færni aldraðra sem þurfa á umönnun að halda, auki lífsgæði notenda og félagslega þátttöku og dragi úr þörf fyrir dýrari heilbrigðisþjónustu. Mikilvægasti ávinningurinn af samþættri þjónustu sé e.t.v. sá að notandinn upplifi heildstæðari þjónustu (e. seamless care).

Í fyrrnefndri skýrslu OECD (2007) kemur fram að niðurstöður rannsókna varðandi fjárhagslegan ávinning samþættrar þjónustu séu ekki afgerandi. Rannsóknir á fjárhagslegum áhrifum (e. economic evaluation) samþættrar þjónustu hafa verið fáar enda eru rannsóknir af þessu tagi flóknar (Vondeling, 2004).

Hvað er það sem einkennir árangursríka samþættingu þjónustu fyrir aldraða? Fjölmargir aðilar hafa reynt að draga saman niðurstöður rannsókna varðandi þetta. Leichsenring (2004) sagði Procare rannsóknina hafa leitt í ljós að árangur samþættingarverkefna byggðist oft á samþættingu fjármögnunar, skuldbindingu starfsfólks og skýrum markmiðum. Í OECD skýrslunni (2007) var m.a. bent á að samþætting þjónustu yrði auðvelduð með bættri upplýsingamiðlun og meiri notkun upplýsingatækni. Undir þetta taka Lloyd og Wait, (2006) og telja upplýsingatækni gegna lykilhlutverki í samþættingarverkefnum og að sérfræðingar á því sviði þurfi að vera þátttakendur í þróun slíkra verkefna. Auk þess þurfi mat á þjónustubörf að fara fram á einum stað, þ.e. ein þjónustugátt (e. single entry point) og hinir mismunandi fagaðilar þurfi að hafa aðgang að sömu upplýsingum um einstaklinginn sem nýtur þjónustunnar. Þjálfun hinna mismunandi faghópa þarf að eiga sér stað til að tryggja samvinnu, gagnkvæma virðingu og skilning. MacAdam (2008) bendir á að öll árangursrík samþættingarverkefni séu með þjónustustjórnun (e. case management) sem byggir á vinnu þverfaglegs hóps og aðgengi að fjölbreyttri heilbrigðis- og félagslegri þjónustu. Félagsráðgjafar innan öldrunarþjónustu hafa mikið notað þjónustustjórnunaraðferðina og þá í hlutverki þjónustustjóra sem er tengiliður við notandann (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Í sterkustu verkefnunum eru læknar virkir þátttakendur og þar eru þeir í lykilhlutverki varðandi það að draga úr innlögnum á spítala og vistun á hjúkrunarheimilum (MacAdam, 2008).

Kodner (2006) rannsakaði þrjú samþættingarverkefni sem talin hafa verið árangursrík, PACE (e. the Program of All-Inclusive Care for Elderly People) í Bandaríkjunum, SIPA (fr. Système de soins Intégrés pour Personnes Âgées) og PRISMA (e. Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy) í Kanada. Tvö fyrrnefndu verkefni eru á þriðja stigi samþættingar, þ.e. fjármögnun, stjórnun og veiting þjónustunnar heyra undir eina stofnun en PRISMA er á öðru stigi samanber skilgreininguna í kafla 3.1 hér að framan.

PACE er hannað með það í huga að gera lasburða öldruðum einstaklingum kleyft að búa heima eins lengi og mögulegt er og að forðast eða fresta stofnanavistun. Bráðþjónusta og langtímaumönnun er skipulögð í kringum dagspítala (e. an adult day health centre) sem þjónustar einstaklinga 55 ára og eldri sem eru metnir í þörf fyrir hjúkrunarheimili. Lögð er áhersla á þátttöku frá óformlega stuðningskerfinu, þjónustustjórnun sem er veitt af teymi þverfaglegs hóps sérfræðinga og forvarnir og endurhæfingu.

SIPA er verkefni sem var prófað í 22 mánuði frá júní 1999 til mars 2001 í Montreal í Kanada en hætt þar sem ekki tókst að ná samkomulagi um framhald þess. Markmiðið með verkefninu var að draga úr skerðingu á færni, óþarfri stofnanavistun og gefa einstaklingum möguleika á því að búa heima eins lengi og mögulegt væri. Tvær heilsugæslustöðvar (e. community clinic) sem einnig höfðu umsjón með heimaþjónustu tóku þátt í verkefninu og hægt var að hafa samband allan sólarhringinn. Þátttakendur voru 64 ára eða eldri, 160 á hvorri stöð með meðal færniskerðingu. Í tilraunaverkefninu starfaði teymi þverfaglegs hóps sérfræðinga sem innihélt lækni, hjúkrunarfræðing eða félagsráðgjafa í hlutverki þjónustustjóra (e. case manager), iðju- og sjúkráþjálfara, heimaþjónustustarfsmenn og stundum voru næringarfræðingur og lyfjafræðingur hluti af þessu teymi.

PRISMA módelið í Kanada samanstendur af sex þáttum: Samhæfingu milli stefnumótunaraðila og stjórnenda, einni þjónustugátt, þjónustustjórnun, einstaklingsbundinni þjónustuáætlun, einu greiningartæki (sem er gerð nánar grein fyrir í kafla 3.3 hér á eftir) og samþættu upplýsingakerfi (Hébert, Dubois, Raiche og Dubuc, 2008).

Í PRISMA verkefninu var rannsókn unnin samhliða tilraunaverkefninu. PRISMA hópurinn í Kanada var settur á laggirnar til að þróa þau tól og tæki sem gera

sambætta þjónustu mögulega og samanstóð af tveimur rannsóknarhópum; the Université Laval Geriatric Research Team og hópi frá the Sherbrooke Research Centre on Aging. Þessir tveir hópar unnu með þeim stjórnendum sem komu að verkefninu. Hugmyndin á bak við þessa samvinnu var að hún myndi leiða til þess að rannsóknarniðurstöður væru nýttar strax og tryggt væri að ákvarðanir opinberra aðila og stjórnenda byggðu á traustum grunni, þ.e. niðurstöðum rannsókna. PRISMA módelið hefur einnig verið prófað í einu af hverfum Parísarborgar (Etheridge, Couturier, Trouvé, Saint-Jean og Somme, 2009).

Kodner (2006) segir að hægt sé að draga ákveðnar ályktanir varðandi það hversu árangursrík þessi samþættingarverkefni séu og hvaða sameiginlegu einkenni liggja að baki velgengni þeirra. Reynslan af þessum þremur verkefnum geti sagt okkur hvað virki og við hvaða aðstæður. Það eru ákveðnar vísbendingar þess efnis að samþætting þjónustunnar skili sér í auknum lífsgæðum og ánægju notenda og dragi úr álagi á umönnunaraðila, auk þess sem aðgengi að þjónustu sé betra og hin sambætta þjónusta dragi úr skerðingu á færni og stofnanavistun. Þeir fjórir lykilþættir sem liggja að baki árangri þessara samþættingarverkefna eru þessir:

- Hið sambætta heildarskipulag ýtir undir árangursríka samvinnu og viðheldur ábyrgu og hagkvæmu þjónustustigi.
- Notandi hefur samband við eina þjónustustofnun þ.e. ein þjónustugátt (e. single entry point) þar sem þverfaglegt teymi leggur mat á þarfir hans og skipuleggur þjónustuna (e. case management).
- Hinar mismunandi þjónustueiningar eru tengdar í gegnum staðlað tilvísanakerfi og allir starfsmenn hafa fengið sameiginlega þjálfun og hafa aðgang að sameiginlegu upplýsingakerfi (e. seamless care).
- Fjárhagslegur hvati ýtir undir m.a. forvarnir og endurhæfingu.

3.3 Notendur samþættrar þjónustu

Þegar málið er skoðað frá sjónarhóli einstaklings sem er í þörf fyrir þjónustu þá er hann ekki upptekinn af því að aðgreina þarfir sínar sem annað hvort á sviði heilbrigðisþjónustu eða félagslegrar þjónustu (Lloyd og Wait, 2006). Það er hins

vegar í auknum mæli farið að líta á það sem rétt þeirra sem nýta þjónustuna að koma að skipulagninu hennar.

Ýmis tæki úr viðskiptalífinu, gæðastjórnun og gæðastaðlar hafa haft áhrif á velferðarþjónustu í ýmsum löndum Evrópu og í Bandaríkjunum, t.d. hvað varðar áherslu á væntingar notenda og meiri áherslu á markmiðssetningu og það að mæla árangur (Leichsenring, 2004; Mäntysaari, 1997). Gæði þjónustu hafa fyrst og fremst verið skilgreind af þeim sem annað hvort kaupa eða veita þjónustuna en ekki þeim sem nota hana (Beresford, Croft, Evans og Harding, 1997). Til skamms tíma voru rannsóknir á því hvað notendur umönnunarþjónustu raunverulega vilja mjög fáar. Skilgreining á gæðum sem tekur ekki tillit til sjónarmiða notendanna sjálfra hlýtur hins vegar að vera mjög takmörkuð.

Þjónusta uppfyllir gæði ef hún kemur til móts við þarfir og óskir notandans. Margrét Reynisdóttir (2006) hefur skilgreint þjónustugæði sem mismuninn á væntingum viðskiptavina um þjónustu og mati þeirra á veittri þjónustu. Þátttaka notenda í því að skipuleggja þjónustu byggir m.a. á þeirri hugsun að með aukinni þátttöku þeirra sem nýta þjónustuna séum við að auka gæði hennar

Hjá Reykjavíkurborg hefur þessi breytta hugmyndafræði endurspeglast í nafnabreytingu sem gerð var undir lok síðustu aldar á þeirri stofnun sem annast hafði þjónustu samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga. Félagsmálastofnun Reykjavíkurborgar varð að Félagsþjónustunni í Reykjavík. Þessi nafnabreyting endurspeglar þá breytingu á hugmyndafræði varðandi félagslega þjónustu sem átt hafði sér stað. Áherslan var á þjónustuhlutverk stofnunarinnar og að notendur væru þátttakendur en ekki þiggjendur.

Þegar við erum að skoða ákveðna þjónustu, þá er ekki nægilegt að skoða magn þeirrar þjónustu sem veitt er heldur er nauðsynlegt að kanna gæði hennar. Gæði þjónustunnar liggja í samskiptunum, samskiptum þeirra sem eru að veita þjónustuna annars vegar og þiggja hana hins vegar (Edvardsson, 1996; Beresford, Croft, Evans og Harding, 1999). Í viðhorfskönnun sem unnin var í Reykjavík meðal notenda 67 ára og eldri sem fengið höfðu félagslega heimaþjónustu frá félags- og þjónustumiðstöðvum aldraðra í Reykjavík var markmiðið annars vegar að fá fram mat notenda á heimaþjónustunni og hins vegar að reyna að nálgast svar við því hvað skipti mestu máli varðandi þjónustuna fyrir notendur (Guðrún Reykdal og

Sigríður Jónsdóttir, 2000). Í þessari könnun kom mikilvægi samskipta við starfsmenn greinilega í ljós varðandi ánægju með þjónustuna. Þeir þátttakendur sem sögðu að heimþjónustustarfsmaðurinn legði mikla áherslu á að tala við sig voru nær undantekningarlaust ánægðir með þjónustuna. U.þ.b. átta af hverjum tíu sem sögðu starfsmanninn leggja nokkra áherslu á þennan þátt voru ánægðir með þjónustuna en aðeins 37,5% þeirra sem sögðu að starfsmaðurinn legði litla áherslu á þennan þátt voru ánægðir. Þátttaka í könnuninni var tæplega 73% og lét einn svarenda fylgja með ljóð þar sem hann lýsti mikilvægi heimsóknar heimþjónustustarfsmannsins fyrir sig. Eða eins og hann orðaði það:

„Henni fylgir ferskur blær
finnst mér það með sanni.
Húsið mitt hún hreinsar, þvær
og hristir upp í manni.
Við mig ræðir vítt og breitt
um veðrið og tilveruna.
Áður mundi ekki neitt
allt fer nú að muna.“

Það er e.t.v. ekki hægt að koma með einhverja endanlega skilgreiningu á því hvað felst í gæðum þjónustu en hugtökin sjálfstjórn (e. autonomy) og sjálfákvörðunarréttur einstaklinga koma mjög við sögu í þessari umræðu. Í PRISMA rannsókninni í Kanada var þróað mælitæki til að mæla valdgjöf til einstaklinga (e. user empowerment) og meta áhrif samþættrar þjónustu á þessa breytu. Sterkt samband var á milli ánægju og valdgjafar og hér var það þátttaka í ákvarðanatöku, þátttaka í samskiptum við hinar mismunandi starfsstéttir og í hve miklum mæli einstaklingurinn hafði tækifæri til að hafa áhrif á þá þjónustu sem hann var að fá sem hafði fylgni við ánægju notenda. Ánægðustu notendurnir upplifðu heilsu sína mjög góða í samanburði við jafnaldra, fengu heimþjónustu frá þjónustumiðstöð í hverfinu (e. Local Community Service Centre), höfðu færri heilbrigðisvandamál og bjuggu með einum eða fleiri fjölskyldumeðlimum. Þeir sem töldu sig hafa mesta

sjálfstjórn höfðu lengsta skólagöngu, höfðu ekki misst maka, upplifðu heilsu sýna mjög góða í samanburði við jafnaldra, höfðu ekki verið innlagðir á sjúkrahús á síðustu 12 mánuðum, tóku færri en fjögur lyf á dag og höfðu færri íþyngjandi heilsufarsleg vandamál (Gagnon, Hébert, Dubé og Dubois, 2005).

SHARE (e. the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) er langtímarannsókn sem gerð var á árunum 2004 til 2007 og náði til 16 landa. Fram kom í rannsókninni að fylgni er á milli góðrar efnahagslegrar stöðu og heilbrigðis og vellíðanar aldraðra (Kok, Avendano og Mackenbach, 2008). Upplifun einstaklings á öldrun sinni skýrist að miklu leyti af því hvernig lífi hann hefur lifað. Þessi upplifun getur því átt sér langan aðdraganda og skýrst af atburðum eða aðstæðum fyrr á ævinni. Sigurveig H. Sigurðardóttir (2003) tók þátt í norrænni rannsókn um lífshlaup aldaðra og áhrif þess á vellíðan á efri árum. Rannsóknin var unnin á sama tíma í höfuðborgum Norðurlandanna fimm. Meðal niðurstaðna rannsóknarinnar var að góð bernska, góð félagsleg tengsl og stuðningur frá fjölskyldu og vinum hefði áhrif á vellíðan á efri árum.

Í PRISMA verkefninu var notaður einfaldur spurningalisti með sjö spurningum til að finna þá einstaklinga sem samþætt þjónusta gæti nýst. Þennan spurningalista var hægt að leggja fyrir í gegnum síma eða í einni heimsókn, t.d. á bráðamóttöku. Notkun á þessum stutta spurningalista byggði á rannsókn sem var gerð en í henni var notaður spurningalisti með 23 spurningum sem tengdust missi sjálfstjórnar hjá öldruðum. Rannsóknin náði til 594 einstaklinga sem voru valdir með tilviljunaraðferð. Þessir sömu einstaklingar voru síðan metnir á heimilum þeirra með SMAF greiningartækinu (e. Functional Autonomy Measurement System) til að meta þarfir þeirra en þetta greiningartæki mælir bilið milli þarfa notenda og veittrar þjónustu. Með margbreytu aðhvarfsgreiningu var síðan hægt að greina þær spurningar sem höfðu fylgni við hátt skor úr SMAF. Ýmsir aðilar geta notað PRISMA-7 spurningalistann, t.d. sjálfboðaliðar sem fá þjálfun og heimaþjónustustarfsmenn. PRISMA-7 inniheldur eftirfarandi spurningar:

1. Ert þú eldri en 85 ára?
2. Karlmaður?
3. Glímir þú við einhver heilbrigðisvandamál sem leiða til þess að þú þarft að takmarka athafnir þínar?

4. Þarftu reglulega á aðstoð að halda?
5. Glímir þú við einhver heilbrigðisvandamál sem leiða til þess að þú ert bundinn heimili?
6. Ef þörf krefur er einhver þér nákominn tilbúinn að aðstoða þig?
7. Notar þú staf, göngugrind eða hjólastól til að komast um?

(Raïche, Hébert og Dubois, 2005).

Rannsóknir innan öldrunarfræða þar sem kynsjónarhorni er beitt hafa verið fátíðar. Konur og karlar fá ekki sömu þjónustu þó um sambærileg heilsufarsvandamál sé að ræða. Rannsóknir í Bandaríkjunum sýna að konur fá síður hátækniþjónustu og kvartanir karla eru teknar alvarlegar en kvenna, heilsufarsvandamál kvenna eru frekar skrifuð á andlega þætti. Aldraðar konur eru tekjulægri en karlar og sem eiginkonur annast þær eiginmenn sína en fá síðan e.t.v. ekki sömu aðstoð sjálfar þegar þær þurfa á henni að halda (Alaszewski, Billings og Coxon, 2004). Í rannsókn Odds Ingimarssonar á vistunarmati aldraðra (2003) kom í ljós að meðalaldur karla sem voru vistaðir á hjúkrunarheimili í Reykjavík var 82,7 ár en hjá konum var hann 84,4 ár og hér var um tölfræðilega marktækan mun að ræða. Í PRISMA rannsókninni kom í ljós samband milli kynferðis og missis sjálfstjórnar, fylgni var á milli þess að vera karlmaður og þess að hafa meðal til alvarlega skerðingu á sjálfstjórn og þetta skýrir það hvers vegna ein af hinum sjö lykilspurningum í PRISMA-7 er hvort viðkomandi sé karlmaður (Raïche o.fl., 2005).

3.4 Þáttur starfsfólks í velgengni samþættingarverkefna

Árangursrík samvinna hinna mismunandi starfsstétta er nauðsynleg til að samþættingarverkefni beri árangur. Reed, Cook, Childs og McCormack (2005) vitna í niðurstöður rannsókna sem sýna að sameiginleg sýn og traust milli starfsstétta, staðsetning starfsfólks á sama stað, óformleg tengsl milli starfsmannanna, sameiginleg þjálfun, skýr markmið, vinnuöryggi og aukinn sveigjanleiki varðandi vinnufyrirkomulag sé meðal þeirra þátta sem hafa áhrif á árangursríka samvinnu. Stein og Rieder (2009) taka undir það að traust sé í lykilhlutverki í árangursríkum samþættingarverkefnum sem snúast um það að deila ábyrgð. Sveigjanleiki, myndun sterkar liðsheildar og samskiptahæfni skipti einnig miklu varðandi árangur.

Samir Sinha (2005) telur að athyglinni hafi verið beint um of að samvinnu stofnana þegar samþætt heilbrigðis- og félagsþjónusta hefur verið rannsökuð en minni athygli beinst að samvinnu starfsstétta. Í framhaldi af ítarlegri heimildaleit varðandi þætti sem hafa áhrif á samvinnu mismunandi sérfræðihópa þá setti hann fram ákveðinn ramma til að meta samvinnu þessara aðila og bar saman við fimmtíu rannsóknir (e. case studies). Greindir voru sextán þættir sem virðast hafa áhrif eða vera nauðsynlegir í þróun samvinnu milli mismunandi sérfræðihópa. Sinha hefur staðfest mikilvægi þessara þátta í rannsóknum á samþættri heilbrigðis- og félagsþjónustu (e. Care Trusts) í Bretlandi þar sem hann hefur beint athyglinni að samvinnu lækna, hjúkrunarfræðinga og félagsráðgjafa í samþættri þjónustu fyrir aldraða. Í þeirri rannsókn tók hann rúmlega fimmtíu djúpvíðtöl við sérfræðinga sem störfuðu saman innan stofnana. Meðal þessara sextán þátta er skilningur á hlutverkum og ábyrgð; sveigjanleiki; sameiginleg þjálfun og nám; nægilegur tími, starfsfólk, fjármagn og stuðningur stjórnenda; þróun skýrra og raunsærra markmiða; sameiginlegt eignarhald og ábyrgð; þjálfaðir stjórnendur og lykilstarfsmenn; reglubundið mat og eftirlit; brennandi áhugi og skuldbinding; gagnkvæmt traust, virðing og hæfileiki til að gera málamiðlanir; reynsla og öryggi og miðlun upplýsinga.

Það er samband á milli þess hvaða þjálfun þeir hafa sem starfa í umönnunarþjónustu og gæða þjónustunnar (Stone, 2004). Samkomulagið sem gert var milli ríkisstjórnarinnar og Landssambands eldri borgara í júlí 2006 byggði á tillögum nefndar sem forsætisráðherra hafði skipað. Samkomulagið fól m.a. í sér að heimþjónusta yrði stóraukin og áhersla færð frá stofnanarþjónustu. Varðandi þennan þátt var m.a. lagt til að yfirvöld menntamála ynnu markvisst að því að mennta ófaglærða starfsmenn til aðstoðar við aðhlynningu, auk þess sem áhersla var lögð á að fjölga hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum og öðrum faghópum til að mæta aukinni þörf (Heilbrigðisráðuneytið, 2006.). Heilbrigðisþjónusta á í öllum löndum lengri sögu en félagsleg þjónusta og þessi tvö þjónustukerfi hafa þróast óháð hvort öðru í flestum löndum Evrópu. Starfshópar hafa notið meiri virðingar innan heilbrigðisþjónustu en félagsþjónustu sem endurspeglast í launamun og minni fjárframlögum til rannsókna í félagsgeiranum. Fjárveitingar til félagsþjónustu eru jafnframt lægri en til heilbrigðisþjónustu. Þetta er nokkuð sem þarf að hafa í huga

varðandi samþættingu innan heilbrigðis- og félagsþjónustu (Bond og Cabrero, 2007; Leichsenring, 2004).

3.5 Tilraunaverkefni á sviði heimaþjónustu hér á landi

Hér verður greint frá tilraunum á sviði samþættingar heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem gerðar hafa verið hér á landi. Í stuttu máli verður fjallað um verkefni reynslusveitarfélaga sem snúa að samþættingu heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu en einkum er horft til Reykjavíkurborgar sem er vettvangur ADHOC rannsóknarinnar sem fjallað er um í kafla 4.

3.5.1 Verkefni reynslusveitarfélaga

Akureyrarbær og sveitarfélagið Hornafjörður voru meðal þátttakenda í verkefni reynslusveitarfélaga á grundvelli laga um reynslusveitarfélög nr. 82/1994 sem lauk formlega um áramótin 2001/2002. Markmið laganna var „*að gera sveitarfélögum kleift að gera tilraunir í þeim tilgangi að undirbúa breytingar á löggjöf um stjórnslu sveitarfélaga, framkvæmd verkefna þeirra, tekjustofna sveitarfélaga og verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga. Með tilraununum skal að því stefnt að auka sjálfstjórn sveitarfélaga, að laga stjórnslu þeirra betur að staðbundnum aðstæðum, að bæta þjónustu við íbúana og nýta betur fjármagn hins opinbera.*“ Tekið var fram að tilraunirnar skyldu ekki hafa í för með sér skerðingu á réttindum íbúa né leiða til aukinna fjárhagslegra byrða fyrir þá.

Reynslusveitarfélagaverkefnin voru stærsta tilraunaverkefnið sem hafði verið framkvæmt á sviði stjórnslu á Íslandi. Hornafjörður var fyrsta sveitarfélagið til að taka við heilbrigðis- og öldrunarþjónustu frá ríkinu sem reynslusveitarfélag (Morgunblaðið, 25. desember 1995). Akureyri varð þátttakandi í verkefni reynslusveitarfélaga á árinu 1997. Það voru aðeins þessi tvö sveitarfélög sem gerðu tilraunir á sviði öldrunarmála og heilsugæslu.

Markmiðið með samningnum við Akureyrarbæ og Hornafjörð var að draga úr stofnanadvöl aldraðra með eflingu og samhæfingu allrar heimaþjónustu (PricewaterhouseCoopers, 2000). Á Akureyri fækkaði dvalarheimilisrymum milli árána 1997 og 1998 eins og gert hafði verið ráð fyrir í samningi en á sama tíma varð frekar lítil aukning í hefðbundinni heimilisþjónustu. Stofnanarymum fækkaði

um tæplega 12% frá 1996 til 1998; þjónusturýmum fækkaði um 19% en fjöldi hjúkrunarrýma var óbreyttur (Ríkisendurskoðun, 2000). Milli árunna 1996 og 1999 fjölgaði þeim sem nutu heimahjúkrunar um 29,1% á Akureyri og um 40% á Hornafirði. (PricewaterhouseCoopers, 2000). Í mati PricewaterhouseCoopers á framkvæmd verkefna reynslusveitarfélaga á árinu 2001 kemur fram að fjölgun einstaklinga sem njóta heimahjúkrunar á Hornafirði hafi verið 133% á reynslutímabilinu og að meðalkostnaður á einstakling hafi lækkað um tæplega 72%. Hornafjörður lagði áherslu á að nýta hvíldarinnlagnir til að draga úr stofnanavistun allt reynslutímabilið og frá árinu 2000 hóf Akureyrarbær að nýta þetta úrræði í auknum mæli (PricewaterhouseCoopers, 2003).

Meginniðurstaða úttektar PricewaterhouseCoopers (2000) var að mestur árangur hefði náðst í verkefnum reynslusveitarfélaga þar sem málaflokkar voru færðir í heild sinni frá ríki til sveitarfélags með tilflutningi fjármuna eins og gert var varðandi málefni fatlaðra, öldrunarmálin og heilsugæsluna. Að vísu er nefnt að „Á sviði öldrunarmála og heilsugæslu leikur nokkur vafi á því hvort samlegðaráhrifin af því að samþætta þá málaflokka félagsþjónustu reynslusveitarfélaganna hafi að fullu náð fram að ganga á reynslutímabilinu.“ (Félagsmálaráðuneyti, 2000) Akureyrarbær og Hornafjörður héldu áfram að sinna öldrunar- og heilbrigðismálum eftir lok reynslusveitarfélagaverkefnanna með þjónustusamningum við ríkið (Félagsmálaráðuneyti, 2003).

Samningur Akureyrarbæjar við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti á árinu 1997 kvað á um flutning yfirstjórnar heimahjúkrunar til búsetu- og öldrunarþjónustudeildar til að samhæfa betur heimilisþjónustuna. Samningurinn kvað ennfremur á um minni stofnanþjónustu fyrir aldraða og átti að eiga sér stað tilfærsla fjármagns frá stofnanþjónustu til heimilisþjónustu. Kvöldvaktir heimahjúkrunar sem voru teknar upp 1997 voru fjármagnaðar með þessum hætti (Ríkisendurskoðun, 2000). Heimahjúkrunin fluttist aftur til heilsugæslunnar 2004.

Í ársskýrslu Akureyrarbæjar fyrir árið 2004 kemur fram að aldrei hafi verið um „raunverulega samþættingu eða sameiningu þessara þjónustubátta að ræða eins og hugmyndin var í upphafi. Vel skipulagt og gott samstarf heimahjúkrunar og heimþjónustu er talið ótengt staðsetningu heimahjúkrunar hjá búsetudeild. Stefnt er að því að samvinna milli búsetudeildar og heimahjúkrunar verði áfram öflug“

(Akureyrarbær, 2005, bls. 13). Á heimasíðu bæjarins kemur fram að mikið samstarf sé milli félagslegrar heimþjónustu og heimahjúkrunar, fjallað sé um erindi á vikulegum fundum og þjónustan veitt í sameiningu (Akureyrarbær, e.d.). Hér er verið að lýsa samþættingu þjónustu á fyrsta stigi samþættingar, samanber skilgreiningu Leutz hér að framan.

3.5.2 Samþætting heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu í Reykjavík

3.5.2.1 Tilraunaverkefni á sviði samþættingar heimþjónustu í Reykjavík 2004 - 2007

Þann 6. maí 2003 skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra starfshóp sem fékk það hlutverk að vinna að samtvinnun heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu við aldraða en þessi þjónusta er einu nafni nefnd heimþjónusta. Tekið var fram að einn aðili skyldi vera ábyrgur fyrir rekstri og skipulagi þjónustunnar. Í starfshópnum sátu fulltrúar úr heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, félagsmálaráðuneyti, sviðsstjóri þróunar- og fjölskyldusviðs Reykjavíkurborgar og sviðsstjóri félagssviðs Akureyrarbæjar. Starfshópurinn aflaði upplýsinga um félagslega heimþjónustu og heimahjúkrun í fjórum ólíkum sveitarfélögum, Reykjavík, Akureyri, Hafnarfirði og Borgarbyggð. Í skýrslu starfshópsins (2003) eru kynntar sjö mismunandi leiðir til samtvinnunar heimþjónustu og lagt til hvaða leið skuli fara annars vegar í Reykjavík og hins vegar utan Reykjavíkur.

Í skýrslu starfshópsins er komið inn á ýmis atriði sem mikilvægt er að hafa í huga varðandi samtvinnun þjónustunnar s.s. að félagslega heimþjónustan er á ábyrgð sveitarfélaganna en heimahjúkrunin á ábyrgð ríkisins. Einnig er minnt á að heimahjúkrun sé gjaldfrí þjónusta en að sveitarfélögin hafi heimild til að taka gjald fyrir félagslegu heimþjónustuna. Fram kemur að heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra hafi skipað nefnd til að kanna möguleika þess að flytja þjónustu heilsugæslunnar og öldrunarþjónustuna til sveitarfélaganna og að félagsmálaráðuneytið og Samband íslenskra sveitarfélaga hafi ákveðið að hefja átak í sameingarmálum sveitarfélaga. Tvær nefndir verði skipaðar vegna þessa auk verkefnisstjórnar sem verði falið að leggja fram tillögur til félagsmálaráðherra um hvaða verkefni verði hugsanlega færð frá ríki til sveitarfélaga til að treysta

sveitarstjórnarstigið (Starfshópur um samtvinnun félagslegrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar, 2003).

Starfshópurinn lagði til að sett yrði af stað tveggja ára tilraunaverkefni um sameiginlega stýringu heimaþjónustu í Reykjavík. Ennfremur var lagt til að þjónustumat í heimaþjónustu byggði alls staðar á notkun RAI-HC mælitækisins og að komið yrði upp landsgrunni mæligagna um þjónustubörf í heimaþjónustu.

Þess má geta að frá árinu 2000 höfðu átt sér stað óformlegar þreifingar á samstarfi heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu í Reykjavík með það að markmiði að bæta og samræma þjónustuna (Ellý A. Þorsteinsdóttir, Þórdís Lóa Þórhallsdóttir og Berglind Magnúsdóttir, 2004). Á árunum 2001 til 2003 stóðu Félagsþjónustan í Reykjavík, Heilsugæslan í Reykjavík og Landspítali háskólasjúkrahús sameiginlega að rannsókn á öldruðum einstaklingum sem nutu félagslegrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar. Þessi rannsókn var hluti af stærri rannsókn, ADHOC sem var samvinnuverkefni 11 Evrópulanda en nánar verður sagt frá rannsókninni í kafla 4.1 hér á eftir.

Í nóvember 2003 undirrituðu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og borgarstjórinn í Reykjavík samkomulag um hið tveggja ára tilraunaverkefni um sameiginlega stýringu heimaþjónustu í Reykjavík. Í sameiginlegri stýringu heimaþjónustu fólst að Félagsþjónustan í Reykjavík og Miðgarður, Grafarvogi annars vegar og Miðstöð heimahjúkrunar í Reykjavík hins vegar myndu veita einstaklingum þjónustu samkvæmt sameiginlegri þjónustuáætlun. Einstaklingur gat hvort heldur sem var leitað eftir heimaþjónustu hjá heilsugæslustöð, Félagsþjónustunni í Reykjavík eða Miðgarði þar sem þjónustubeiðnum var komið til matsmanna sem settu upp sameiginlega þjónustuáætlun sem gat falið í sér félagslega heimaþjónustu, heimahjúkrun eða hvort tveggja (Berglind Magnúsdóttir, 2004; Heilsugæslan/Miðstöð heimahjúkrunar og Félagsþjónustan í Reykjavík, 2004).

Í fréttabréfi samþættingarverkefnisins (2004) kom fram að tilgangurinn með verkefninu væri að bæta nærþjónustu við íbúa Reykjavíkur með því að auka samskipti og samráð milli Miðstöðvar heimahjúkrunar og Félagsþjónustunnar í Reykjavík og draga með því úr stofnanavistun. Hér var einnig nefnt að markmiðið væri að koma á sameiginlegu matstæki, RAI-HC til að meta þjónustubörf fólks í heimahúsum. Innleiðing RAI-HC var eitt af stærstu verkefnum samþættingarinnar og

fól m.a. í sér þjálfun matsmanna og uppsetningu tölvukerfis til skráningar á mælingum og úrvinnslu þeirra. Í stýrihópi verkefnisins sátu framkvæmdastjóri ráðgjafarsviðs Félagsþjónustunnar í Reykjavík, framkvæmdastjóri þjónustusviðs Félagsþjónustunnar í Reykjavík, hjúkrunarforstjóri Heilsugæslunnar í Reykjavík og forstöðumaður Miðstöðvar heimahjúkrunar í Reykjavík.

Markmið rannsóknarverkefnis sem unnið var sumarið 2004 og styrkt af Nýsköpunarsjóði námsmanna var að kanna verkaskiptingu milli félagslegrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar, þar með talda skörun milli þjónustuaðila svo og að taka saman tíðnitölur um fjölda þeirra sem fá þjónustu frá báðum þessum aðilum. Einnig var í vettvangsathugun skoðað hvað var gert fyrir notanda til viðbótar við það sem kemur fram í þjónustusamningi við hann.

Í júní 2004 voru 459 einstaklingar með þjónustu frá Miðstöð heimahjúkrunar og félagslega heimaþjónustu. Hlutfall 67 ára eða eldri var 83%. Konur voru 336 eða 73% hópsins og karlar 123 eða 27%. Hlutfall þeirra sem voru bæði að fá heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu og áttu maka var 16% (Þóra Hrönn Þorgeirsdóttir, 2004).

Ekki kom í ljós teljandi skörun á milli verkefna heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu. Helst var skörunin á milli „aðstoðar við daglegar þarfir“ hjá félagslegu heimaþjónustunni við „aðhlyningu“ heimahjúkrunar. Skörun kom hins vegar fram í „ósýnilega“ hlutanum; andlega eða félagslega hlutanum. Rúmlega helmingur starfsmanna heimahjúkrunar leit að einhverju leyti á þennan ósýnilega þátt sem hluta af starfinu en tæplega 96% starfsmanna félagslegrar heimaþjónustu. Í ljós kom að starfsmenn félagslegu heimaþjónustunnar fóru í meira mæli inn á verksvið heimahjúkrunar en öfugt sem gaf vísbendingar um möguleika á hagræðingu í rekstri þar sem vitjun félagslegrar heimaþjónustu var talsvert ódýrari en vitjun heimahjúkrunar.

Heimaþjónustuhópar voru stofnaðir í sjö hverfum borgarinnar í mars 2004 og voru haldnir vikulegir fundir í þessum hópum. Heimaþjónustuhóparnir fjölluðu um umsóknir þar sem sótt var bæði um félagslega heimaþjónustu og heimahjúkrun og báru ábyrgð á sameiginlegri heimaþjónustu hver í sínu hverfi. Í ársbyrjun 2005 var fjölgað í hópunum, bæði aðilum frá heimahjúkrun og einnig matsfulltrúum og deildarstjórum í þeim hverfum þar sem um fleiri en einn hóp var að ræða.

Heimaþjónustuhóparnir voru eitt af lykilverkfærum samþættingarinnar (Heilsugæslan/Miðstöð heimahjúkrunar og Félagsþjónustan í Reykjavík, 2004; Berglind Magnúsdóttir, 2004 og 2006).

Þegar heimaþjónustuhópar tóku til starfa hafði stýrihópur unnið að verkefnalista „þar sem fram kom öll störf sem unnin eru af báðum þjónustuaðilum. Tilgreind var hvort tiltekinn verkþáttur væri unninn af heimahjúkrun eða félagslegri heimaþjónustu, hvort báðir gætu sinnt því, hvort heimahjúkrun gæti verið ráðgefandi fyrir félagslega heimaþjónustu um verkið eða hvort samkomulag gæti verið um það hver sinnti verkinu. Skjalið var notað mikið í byrjun af þátttakendum heimaþjónustuhópa til að gefa þeim hugmyndir um verk sem þeir gætu gert samkomulag um sín á milli hvor aðili tæki að sér” (Berglind Magnúsdóttir, 2004, bls. 7) Gert var samkomulag milli þjónustuaðila hver myndi sinna hverju. Verkefnalistinn var uppfærður tvisvar á því tveggja ára tímabili sem tilraunaverkefnið stóð (Berglind Magnúsdóttir, 2006).

Sameiginleg þjónustuáætlun var gerð fyrir hvern einstakling sem naut þjónustu beggja þjónustuaðila og var hún sett inn í svokallaða samskiptabók á heimili viðkomandi þjónustuþega. Fyrirmyndin að samskiptabókinni var sótt til Svíþjóðar og Danmerkur. Bókin fylgdi einstaklingnum ef hann lagðist inn á sjúkrahús eða fór í hvíldarinnlögn, til heimilislæknis eða annarra sérfræðinga (Berglind Magnúsdóttir, 2004 og 2006).

Samráðsfundir höfðu verið haldnir frá 2002 að frumkvæði öldrunarsviðs Landspítalans (LSH) þar sem aðilar frá heimahjúkrun, heilsugæslu, borgarhlutaskrifstofum Félagsþjónustunnar og öldrunarsviðs funduðu, allt að tólf manns. Þessum fundum var breytt og þeir samráðsfundir sem tóku við voru fámennari en voru hugsaðir sem viðbót við starf heimaþjónustuhópanna og ætlað að tengja þá sem starfa við heimaþjónustu við heilbrigðisstofnanir s.s. heilsugæslu og LSH. Hér var vettvangurinn til að ræða mál þeirra einstaklinga sem talið var að gætu ekki lengur búið heima og útskriftir úr heimahjúkrun og hlutverk heilsugæslu í framhaldi af því (Berglind Magnúsdóttir, 2004).

Í áfangaskýrslu verkefnisstjóra í september 2004 þegar tilraunaverkefnið hafði staðið yfir í hálf tveggja ára kemur fram greining á helstu hindrunum varðandi samþættingarvinnuna. Það að greitt er fyrir félagslegu heimaþjónustuna en heimahjúkrun er notendum að kostnaðarlausu er einn af þeim þáttum sem eru

tilgreindir hér og flækir hlutina t.d. þegar fyrirhugað er að félagslega heimaþjónustan taki við þjónustu af heimahjúkrun, sem þá skyndilega þarf að greiða fyrir. Ekkert fjármagn fylgdi verkefninu til að efla félagslegu heimaþjónustuna og því erfitt að færa verkþætti frá heimahjúkrun til félagslegrar heimaþjónustu sem samstaða var um að ættu að heyra undir síðarnefndu þjónustuna. Ólík hverfaskipting hjá þjónustuaðilum er einnig nefnd og einnig það að hverfi eru misþjónustupung. Innri vinna hjá Miðstöð heimahjúkrunar varðandi skráningarmál er skýring á frestun innleiðingar RAI-HC og kvöld- og helgarþjónusta félagslegu heimaþjónustunnar er veitt af einu hverfi borgarinnar sem hefur áhrif á yfirsýn hjá þjónustuhópi hvers hverfis (Berglind Magnúsdóttir, 2004 og 2006).

Ekki fékkst leyfi hjá Persónuvernd fyrir notkun sameiginlegrar umsóknar. Setja þurfti því inn ákvæði í umsókn um félagslega heimaþjónustu að ef um samvinnu við heimahjúkrun væri að ræða þá veitti viðkomandi leyfi fyrir því að fjallað yrði um mál hans á sameiginlegum fundi (Berglind Magnúsdóttir, 2006).

Rannsóknarverkefnið var endurtekið 2006. Niðurstöður sýndu að starfsmenn félagslegrar heimaþjónustu höfðu aukið aðstoð við athafnir daglegs lífs s.s. innkaup, hjálp á matartíma, gönguferðir/aðrar ferðir, hjálp við að klæðast og böðun svo og innlit og viðveru og kvöld- og helgarþjónustu. Vitjunum starfsmanna heimahjúkrunar þar sem eingöngu var veitt aðstoð við athafnir daglegs lífs, böðun, lyfjagjöf og eftirlit hafði fækkað en vitjunum þar sem fyrrgreind þjónusta var veitt samhliða annarri þjónustu hafði fjölgað. Niðurstöður gáfu vísbendingar um aukinn sveigjanleika og minni skörun milli starfsmanna félagslegrar heimaþjónustu og starfsmanna heimahjúkrunar (Sara Sigurbjörns- og Öldudóttir, 2006).

Upphaflega tilraunaverkefnið stóð í tvö ár eða frá febrúar 2004 til febrúar 2006 en ákvörðun var tekin um að framlengja því um eitt ár. Á fundi velferðarráðs Reykjavíkurborgar þann 8. febrúar 2006 var eftirfarandi bókun gerð og var svar við bréfi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, dags. 23. janúar 2006:

„Velferðarráð Reykjavíkurborgar samþykkir að unnið skuli að varanlegri samþættingu heimaþjónustu og heimahjúkrunar í Reykjavík, sem staðið hefur yfir sl. tvö ár sem tilraunaverkefni. Það sýnir sig að þessi þjónusta skiptir sköpum um hvort fólk sem er aldrað, fatlað eða langveikt treysti sér til

að búa á sínum heimilum. Því er lagt til að starf stýrihóps og verkefnisstjóra verði óbreytt í eitt ár til að undirbúa þetta. Velferðarráð telur mikilvægt að þessi starfsemi sé á einni hendi og ítrekar fyrri viljayfirlýsingar um að taka yfir nærþjónustu sem nú er á hendi ríkisins við þá sem þurfa margþætta þjónustu inn á heimili sín.” (Reykjavíkurborg, e.d.).

3.5.2.2 Sameining heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu í Reykjavík

Þann 30. desember 2008 skrifuðu borgarstjóri Reykjavíkurborgar og heilbrigðisráðherra undir þjónustusamning þar sem Reykjavíkurborg tók að sér frá og með 1. janúar 2009 það tilraunaverkefni í þrjú ár að reka heimahjúkrun í Reykjavík og sameina hana rekstri félagslegrar heimaþjónustu. Samkvæmt samningnum á þetta þjónustukerfi að mynda samhæfða heild gagnvart notendum og gera fleiri íbúum kleift að búa heima þrátt fyrir veikindi og færniskerðingu. Með því er hægt að ná betri nýtingu fjármuna og mannafla auk þess sem þjónusta við íbúa er bæði meiri og betri. Meginmarkmið samningsins er að hlutfall 80 ára og eldri sem búa heima hækki á hverju ári samningstímans. Þetta markmið náðist á árinu 2009 á sama tíma og fjölgaði í aldurshópnum um 111 einstaklinga. Í árslok 2008 bjuggu 81,5% í þessum aldurshópi heima en ári síðar var þetta hlutfall 82,8% (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010).

Mikil vinna lá að baki þessum samningi. Stýrihópur á vegum Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar og heilbrigðisráðuneytisins vann að undirbúningi fyrir sameininguna ásamt verkefnisstjóra og fjölmörgum starfshópum. Höfundur þessarar ritgerðar leiddi vinnu eins starfshóps sem hafði m.a. það verkefni að leggja mat á kosti og galla RAI-mælitækjanna í sameinaðri þjónustu.

Ný þjónustueining var stofnuð innan Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar og Heimaþjónusta Reykjavíkur tók til starfa 1. janúar 2009. Heimaþjónusta Reykjavíkur veitir þjónustu allan sólarhringinn, alla daga ársins og annast heimahjúkrun í Reykjavík og á Seltjarnarnesi, kvöld-, helgar- og næturþjónustu í Mosfellsbæ og næturþjónustu í Hafnarfirði, Kópavogi og Garðabæ.

Fyrstu þrjú mánuðirnir fóru í að færa ríkisrekstur yfir til borgar. Hér var um að ræða flutning á launakerfi, bókhaldskerfi, símakerfi, tölvukerfi og innleiðingu á nýju starfsmannakerfi og regluverki. Lögð var mikil áhersla á að engin breyting yrði á

þjónustunni til notenda. Í marsmánuði var gerð könnun meðal notenda heimahjúkrunar sem staðfesti að þetta markmið hefði náðst. Einnig var lögð áhersla á að starfsmenn fyndu sem minnst fyrir breytingunni og þess gætt að laun skiluðu sér til starfsmanna á réttum tíma og að launaútreikningar væru réttir (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010; Guðrún Reykdal, 2009).

Kvöld- og helgarþjónusta félagslegrar heimaþjónustu var flutt til Heimaþjónustu Reykjavíkur 1. mars 2009. Þessi þjónusta er veitt í formi innlita eða stuttrar viðveru og ætluð þeim sem geta ekki annast persónulega umhirðu og heimilishald hjálparlaust. Dagþjónusta félagslegrar heimaþjónustu var áfram veitt hverfabundið frá þjónustumiðstöðvum borgarinnar en Heimaþjónusta Reykjavíkur leiddi samvinnu þeirrar þjónustu og heimahjúkrunar. Sameining félagslegrar kvöld- og helgarþjónustu var umfangsmikið verkefni en hér gafst tækifæri til að færa þjónustu á milli þjónustustigs faglærðra og ófaglærðra eftir eðli verkefna og sinna fleiri þjónustubáttum (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010).

Í kröfulýsingu fyrir heimahjúkrun sem var hluti af þjónustusamningnum var gert ráð fyrir einni þjónustugátt. Í ársbyrjun 2010 var komið á fót móttökuteymi hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur og nú fara allar umsóknir um félagslega heimaþjónustu, heimahjúkrun og heimsendan mat frá Landspítala og heilsugæslu í gegnum þetta teymi sem sendir umsóknir á rétta staði. Móttökuteyminu er ætlað að byggja upp sérfræðipækkingu í að meta þarfir einstaklinga fyrir heimaþjónustu og halda utan um þróun og innleiðingu á RAI-HC mælitækinu (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010).

Í kröfulýsingu er gert ráð fyrir lækni í starfsliði Heimaþjónustu Reykjavíkur sem á að hafa yfirsýn yfir þá lækniþjónustu sem notendur heimahjúkrunar þurfa á að halda og sinna vitjunum. Öldrunarlæknir starfaði í þrjá mánuði vorið 2009 en hafði ekki aðgang að sjúkraupplýsingum lækna, t.d. frá heilsugæslu og taldi sig því ekki geta uppfyllt ákvæði í kröfulýsingu. Heimaþjónusta Reykjavíkur hefur nú gert samning við Landspítalann um aðgang að sjúkraskráupplýsingum þeirra í Sögu og hefur forstöðumaður hjúkrunar lesaðgang. Vegna efnahagsástandsins var gerð krafa um niðurskurð hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur eins og öðrum heilbrigðisstofnunum. Krafa um innleiðingu á RAI-HC mælitækinu var því tekin út á árinu 2010 og sömuleiðis krafa um að læknir væri í starfsliði Heimaþjónustu Reykjavíkur (Berglind Magnúsdóttir, 2010; Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010).

Í endurmenntunaráætlun er áhersla á leiðtogaþjálfun og vinnu starfsmannahópa og að efla sérþekkingu varðandi mat á þörf einstaklinga fyrir heimaþjónustu. Á haustmánuðum 2009 hófust námskeið og kennsla fyrir ófaglært starfsfólk og endurmenntun hjúkrunarfræðinga í klínískri hjúkrun hófst í byrjun árs 2010 (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010).

Í *Áætlun Heimaþjónustu Reykjavíkur – bætt og betri heimaþjónusta* sem skilað var inn til heilbrigðisráðuneytisins í ágúst 2009 eru sett fram markmið fyrir hið þriggja ára tilraunatímabil:

1. að hlutfall íbúa 80 ára og eldri sem búa á eigin heimili hækki ár hvert
2. að fækka bráðainnlögnum og legudögum 80 ára og eldri á LSH
3. að hægt sé að auka þjónustu hjá þeim sem þegar fá heimaþjónustu en hafa þörf fyrir meiri þjónustu
4. að finna þá sem ekki fá þjónustu en hafa þörf fyrir hana

Fjöldi innlagna hjá aldurshópnum 80 ára jókst milli árána 2008 og 2009. Hins vegar styttist meðallegutími úr 19,1 degi í 15,8 daga sem gefur vísbendingar um að aldraðir séu að útskrifast fyrr heim af spítala og því væntanlega veikari þegar þeir koma inn í þjónustu Heimaþjónustu Reykjavíkur (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010).

Að mati forstöðumanns Heimaþjónustu Reykjavíkur skapar það ákveðinn vanda að notendur greiða fyrir félagslegu heimaþjónustuna en heimahjúkrun er gjaldfrjál. Í þessu tilraunaverkefni er ennfremur fjármagn til heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu aðskilið. Lausnin hér gæti verið aðskilnaður þrifa og félagslega þáttarins í félagslegu heimaþjónustunni þar sem síðarnefndi þátturinn væri gjaldfrjál. Lagt verður til að í næsta áfanga verði dagþjónustan sameinuð þeirri starfsemi sem nú er hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur. Þjónustusvæðinu hefur þegar verið skipt upp í þrjú svæði, vesturbyggð, miðbyggð og efri byggð sem er undirbúningur fyrir þennan áfanga sameiningarinnar (Berglind Magnúsdóttir, 2010).

4 Rannsókn á heimaþjónustu

4.1 ADHOC rannsóknin

Hér verður gerð grein fyrir ADHOC rannsókninni (e. Aged in Home Care) sem var samvinnuverkefni 11 landa en gögn úr þeirri rannsókn eru nýtt í þessari ritgerð til að lýsa þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu í Reykjavík. Niðurstöður varðandi íslensku þátttakendurna eru bornar saman við niðurstöður fyrir rannsóknina í heild eftir því sem hægt er.

Rannsóknin var styrkt af Evrópusambandinu. Hún hófst síðla árs 2001 og náði fram til 2004. Megin áherslan í ADHOC rannsókninni var að lýsa notendum heimaþjónustu, heilsufari þeirra, færni og formlegu og óformlegu stuðningskerfi (Sørbye o.fl., 2009).

Í rannsókninni voru u.þ.b. 400 notendur heimaþjónustu 65 ára og eldri, sem höfðu verið valdir með tilviljunaraðferð heimsóttir og metnir með RAI-HC mælitækinu í hverju landi. Hér er um meginlega rannsóknaraðferð að ræða þar sem í viðtali er safnað hlutlægum mælingum frá völdum hópi (Hedges, 2004; Oppenheim, 2004). Hver þátttakandi var metinn í þrígang með mælitækinu og um það bil hálf t.ár leið á milli þess að mat var framkvæmt. RAI-HC mælitækið fyrir heimaþjónustu nær til rúmlega 300 breyta og er nánar fjallað um þetta mælitæki í kafla 4.2 hér á eftir.

Þátttakendur voru íbúar í ákveðnum borgum í þeim löndum sem tóku þátt í rannsókninni: Amsterdam í Hollandi, Kaupmannahöfn í Danmörku, Helsinki í Finnlandi, Osló/Bærum í Noregi, Prague í Tékklandi, Reykjavík, Stokkhólmi í Svíþjóð, Nurnberg/Bayreuth í Þýskalandi, Ashford/Maidstone í Englandi, Amiens og nágrenni í Frakklandi og Monza á Ítalíu. Hér á landi var um samvinnuverkefni að ræða milli Landspítala háskólasjúkrahúss, Heilsugæslunnar í Reykjavík og Félagsþjónustunnar í Reykjavík. Upplýsingum var einnig safnað um uppbyggingu heimaþjónustunnar svo sem stjórnun, starfsmenn, fjármögnun og hvort notandi greiddi fyrir þjónustuna.

Persónuvernd heimilaði vinnslu persónuupplýsinga með bréfi dagsettu 15. ágúst 2001 og Vísindasiðanefnd samþykkti rannsóknina með bréfi dagsettu 17. ágúst 2001.

Höfundur þessarar ritgerðar var annar tveggja verkefnisstjóra í rannsókninni hér á landi og mat 22 þátttakendur með RAI-HC mælitækinu í þrígang. Höfundur tók að sér tölfræðiúrvinnslu úr fyrsta hluta rannsóknarinnar og kynnti niðurstöður m.a. á opnu málþingi um sameiginlegt matstæki á þjónustuþörf aldraðra í heimahúsum í Ráðhúsi Reykjavíkur þann 17. mars 2005 og á námsstefnu Öldrunarfræðafélags Íslands í samvinnu við Endurmenntun Háskóla Íslands 3. nóvember 2005 og sagði frá þátttöku Félagsþjónustunnar í Reykjavík í rannsókninni við ýmis tækifæri.

Í fyrrnefndri tölfræðiúrvinnslu var þátttakendum skipt í tvo hópa, annars vegar þá sem fengu heimahjúkrun og hins vegar þá sem fengu eingöngu félagslega heimaþjónustu. Hluti þess hóps sem fékk heimahjúkrun fékk einnig félagslega heimaþjónustu. Þessi skipting bauð upp á samanburð við niðurstöður rannsóknar sem gerð var á árunum 1997 til 1998. Sú rannsókn náði eingöngu til einstaklinga með heimahjúkrun og var framkvæmd af RAI-stýrihópi með þátttöku fjögurra heilsugæslustöðva á Stór-Reykjavíkursvæðinu, þ.e. Fossvogs, Hlíðasvæðis, Miðbæjar og Seltjarnarness (Pálmi V. Jónsson o.fl., 2003b).

Í mörgum tilvikum fengust sambærilegar niðurstöður í samanburði milli þátttakenda úr rannsóknni frá 1997/1998 og heimahjúkrunarhópsins í ADHOC rannsókninni. Sama hlutfall var t.d. með skerðingu á skammtímaminni og vitrænni getu. Lægra hlutfall þátttakenda í fyrri rannsókninni bjó eitt eða 62,5% á móti 67% heimahjúkrunarhópsins í ADHOC rannsókninni sem gefur e.t.v. vísbendingar um aukningu þjónustu til þeirra sem búa heima á þessu tímabili (Guðrún Reykdal, 2005).

Samanburður á íslensku þátttakendum og þeim ítölsku var athyglisverður. Á Íslandi bjuggu rúmlega 68% þátttakenda í rannsókninni einir en á Ítalíu var hlutfallið tæplega 13%. Hærra hlutfall aldraðra á Íslandi var metið í þörf fyrir varanlega vistun en á Ítalíu þrátt fyrir að ítölsku þátttakendurnir hefðu bæði meiri vitræna skerðingu og færnitap. Algengi á einmanakennd var ennfremur lægra á Ítalíu en á Íslandi. (Pálmi V. Jónsson o.fl., 2003a).

Liv Wergeland Sørbye o.fl. (2009) drógu saman niðurstöður ýmissa rannsókna sem hafa verið unnar út frá gögnum í ADHOC rannsókninni. Hér var um að ræða 23 greinar sem höfðu verið birtar á tímabilinu ágúst 2004 til október 2008 og fjóra

bókarkafli. Meðalaldur þátttakenda í ADHOC rannsókninni var 82,3 ár og voru konur að meðaltali tveimur árum eldri en karlarnir og bjuggu oftast einar eða 68% þeirra samanbúið við 40% karlanna. Konur voru 74% þátttakenda.

Meðal þess sem kom í ljós var að samband var á milli þess að þjónustustjórnun væri beitt í umönnun hins aldraða einstaklings og minni líkum á vistun á hjúkrunarheimili. Líkur á vistun á hjúkrunarheimili jukust hins vegar stig af stigi með auknu þunglyndi einstaklingsins. Hreyfing var liður í því að koma í veg fyrir færniskerðingu, þ.e. færniskerðing var líklegri hjá einstaklingi sem hreyfði sig lítið en hjá einstaklingi sem stundaði hreyfingu þegar horft var á 12 mánaða tímabil. Konur voru í meiri hættu varðandi stofnanavistun m.a. vegna færniskerðingar, þunglyndis, verkja og skerðingar á vitrænni getu.

Í ADHOC rannsókninni voru gæði þjónustunnar metin með því að nota svokallaða gæðavísu (sjá nánar í kafla 4.2). Í ljós kom að einstaklingar sem höfðu möguleika á að bæta færni sína fengu ekki nauðsynlega þjálfun. Þetta átti við um rúmlega 66% alls hópsins. Um ófullnægjandi verkjaeftirlit var að ræða hjá rúmlega 42% hópsins og 41% þátttakenda í rannsókninni fékk ekki bólusetningu gegn influensu (Sørbye o.fl., 2009).

4.2 RAI mælitækið

Í ADHOC rannsókninni var RAI mælitækið fyrir heimaþjónustu, RAI-HC notað. RAI er skammstöfun á Resident Assessment Instrument og hefur verið þýtt á íslensku sem „raunverulegur aðbúnaður íbúa“. Þróun RAI-mælitækjanna hófst í Bandaríkjunum 1986 vegna krafna um aukin gæði þeirrar þjónustu sem veitt var á hjúkrunarheimilum. Frá 1991 hefur verið skylda að meta alla íbúa á hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum með RAI mælitækinu. Notkun þess innan heimaþjónustu nær til fimmtán fylkja í Bandaríkjunum (Pálmi V. Jónsson, 2003; Fries, 2008).

RAI mælitækið fyrir hjúkrunardeildir hefur verið þýtt í yfir 20 löndum. Rannsókn var gerð á áreiðanleika matsins, þ.e. hvort niðurstaðan væri sú sama væri mat með mælitækinu endurtekið. Í ljós kom að áreiðanleiki matsatriðanna hélt sér í þeim átta löndum sem rannsóknin náði til. Í reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa á öldrunarstofnunum á Íslandi er kveðið á um að þetta mat byggist á RAI-mælingum. Út

frá RAI-mælitækinu er hægt að sjá þyngdarstuðul fyrir hvern einstakling, hverja deild á stofnun eða fyrir stofnunina í heild. Skráning mats með RAI mælitæki er á rafrænu formi og því er hægt að sjá niðurstöður mats um leið og það hefur verið staðfest og nýta þær í daglegu starfi. Ákvörðun daggjalda til öldrunarstofnana byggir á þessum mælingum á hjúkrunarþyngd (Pálmi V. Jónsson, 2003; Sigríður Egilsdóttir, 2006).

Alþjóðlegur hópur fag- og vísindamanna, Inter-RAI þróaði RAI mælitækið fyrir heimaþjónustu árið 1996. Hér erum við með mælitæki til að lýsa öldruðum einstaklingum í heimaþjónustu m.t.t. líkamlegs og andlegs heilsufars, færni og félagslegs umhverfis. Um það bil 200 breytur eru þær sömu og í mælitækinu fyrir hjúkrunarheimili. Mælitækið fyrir heimaþjónustu er víðtækara en mælitækið fyrir hjúkrunarheimili þar sem það nær til þátta svo sem mats á óformlegu stuðningskerfi einstaklingsins og almennra athafna daglegs lífs (IADL). Í heimaþjónustumælitækinu eru skráðar rúmlega 300 breytur fyrir hvern einstakling.

RAI mælitækið hefur einnig verið þróað fyrir öldrunarlækningadeildir, líknardeildir, bráðadeildir, þjónustuíbúðir og geðdeildir og mynda eina samhæfða heild. Hin mismunandi mælitæki „tala saman“ þ.e.a.s. þau innihalda að hluta til sömu atriði sem hefur gríðarlega mikið að segja fyrir samfellu í meðferð þegar einstaklingur færir milli þjónustustiga, t.d. úr heimaþjónustu yfir á hjúkrunarheimili. Áreiðanleiki matstækisins fyrir heimaþjónustu var staðfestur með rannsókn sem náði til fimm landa (Sigríður Egilsdóttir, 2006; Pálmi V. Jónsson, 2003).

1993 var stofnaður stýrihópur hér á landi á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins um rannsókn á gagnsemi RAI-mælitækisins en að baki lá tæplega tveggja ára undirbúningur (Hrafn Pálsson, 2003). 1994 var gerð forkönnun á notagildi RAI mælitækisins fyrir hjúkrunarheimili og var hún framkvæmd í Reykjavík, á Akureyri og á Kirkjubæjarklaustri (Pálmi V. Jónsson, 2003). Könnun á notagildi RAI mælitækisins fyrir heimaþjónustu á Íslandi var gerð á árunum 1997 til 1998 á fjórum heilsugæslustöðvum í Reykjavík og á Seltjarnaresi. Rannsókninni var stjórnað af RAI-stýrihópi. Í rannsókninni var einnig lagt mat á áreiðanleika þess. Áreiðanleiki mælitækis kemur í ljós t.d. þegar sami einstaklingur er metinn í tvígang af tveimur matsaðilum. Í rannsókninni var þessi aðferð notuð og tólf einstaklingar metnir með þessum hætti, sama dag eða seinna matið var framkvæmt innan viku frá fyrra mati. Kappa-stuðlar voru reiknaðir út en þeir taka gildi á bilinu 0 til 1. Fullkomin

samsvörun gefur gildið 1 en algjört ósamræmi milli mata myndi gefa gildið 0. Nánast öll atriði mælitækisins sem hægt var að reikna áreiðanleika fyrir höfðu áreiðanleikastuðul yfir 0,5 sem er talið vel viðunandi, þar af voru 47% alveg samhljóða. Fullkomið samræmi var milli matanna í 71% tilvika þegar þau atriði sem ekki var hægt að reikna Kappa-stuðul fyrir voru skoðuð (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, 1999).

Upprunaleg útgáfa mælitækisins er á ensku og því þurfti að að þýða mælitækið yfir á íslensku. Næsta skref var síðan að þýða íslensku útgáfuna aftur yfir á ensku til að kanna hvort þýðingin hefði skilað sér rétt. Þegar til stóð að prufukeyra og áreiðanleikamæla nýja endurbætta útgáfu af RAI mælitækinu fyrir heimaþjónustu á árinu 2004 tók höfundur þessarar ritgerðar þátt í vinnu við að yfirfara þýðingu á mælitækinu.

Samanburður milli landa hefur verið erfiður þar sem um ólíkt skipulag á heilbrigðis og félagsþjónustu er að ræða og hafa niðurstöður verið skýrðar út frá þessum mun. RAI mælitækið gerir samanburð milli landa mögulegan. Samanburður á íbúum á hjúkrunarheimilum á Íslandi, í Danmörku og Bandaríkjunum, byggður á gögnum frá árunum 1992-1994 leiddi t.d. í ljós að íbúar á íslenskum hjúkrunarheimilum voru betur á sig komnir og þurftu á léttari umönnun að halda en íbúar á hjúkrunarheimilum í Danmörku og Bandaríkjunum (Pálmi V. Jónsson og Hrafn Pálsson, 2003). Með RAI mælitækinu er einnig hægt að bera gæði þjónustu hér á landi saman við gæði þjónustu í öðrum löndum og staðfesta breytingar á gæðum þjónustu. Gæðavísar sem hægt er að draga út úr mælitækinu gefa starfsfólki og stjórnendum vísbendingar um gæði þjónustunnar, hvað sé vel gert og hvað megi bæta. Í heimaþjónustu eru þessir gæðavísar t.d. þyngdartap, tíðni eftirlits með lyfjameðferð, líkamleg færni, félagsleg einangrun, verkir, byltur og notkun forvarna. Verkefnisstjóri RAI-mats starfar hjá Landlæknisembættinu og ber faglega ábyrgð á eftirliti með RAI-mati (Pálmi V. Jónsson, 2003; Sigríður Egilsdóttir, 2006).

4.3 Þátttakendur

Þátttakendur í íslenska hluta ADHOC rannsóknarinnar voru búsettir vestan Kringlumýrarbrautar í Reykjavík og á Seltjarnarnesi. Hér var um að ræða alla einstaklinga sem fengu heimahjúkrun frá heilsugæslustöðvunum á þessu svæði og

síðan tók höfundur þessarar ritgerðar kerfisbundið tilviljunarúrtak (e. systematic random sampling) úr hópi þeirra einstaklinga sem fengu eingöngu félagslega heimaþjónustu frá Félagsþjónustunni í Reykjavík (Hedges, 2004). U.þ.b. 800 einstaklingar voru með félagslega heimaþjónustu á þessu svæði og u.þ.b. 600 sem voru eingöngu með heimaþjónustu en ekki heimahjúkrun.

Heildarfjöldi þátttakenda í íslenska hluta ADHOC rannsóknarinnar var 405 einstaklingar. 123 einstaklingar fengu eingöngu félagslega heimaþjónustu. Til að svara einni af rannsóknarspurningunum í þessari ritgerð er horft til samanburðar á þeim hópum sem fá annars vegar bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu og hins vegar eingöngu heimahjúkrun. Heildarfjöldi í þessum tveimur hópum er 282 einstaklingar. Þessir einstaklingar eru 65 ára eða eldri og búsettir vestan Kringlumýrarbrautar í Reykjavík við upphaf rannsóknarinnar síðla árs 2001. Talsvert fleiri einstaklingar fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu eða 201 á móti 81 sem fær eingöngu heimahjúkrun.

Rannsakendur höfðu samband símleiðis við þátttakendur og þá var fengið leyfi til að koma í heimsókn og kynna rannsóknina. Það voru mjög fáir sem neituðu þátttöku í rannsókninni og það var þá yfirleitt strax þegar hringt var. Upplýst samþykki til þátttakenda var á tveimur blaðsíðum og var í heimsókninni farið yfir það. Í upplýsta samþykkinu kom fram að fengist hefði samþykki fyrir rannsókninni frá Persónuvernd og Vísindasiðanefnd og ýmsar upplýsingar um rannsóknina. Eftir að þátttakendur höfðu skrifað undir samþykkisyfirlýsinguna hófst fyrsti hluti rannsóknarinnar. Þátttakendur fengu afrit af hinu upplýsta samþykki til varðveislu en þar kom fram símanúmer hjá aðilum sem hægt var að hafa samband við ef frekari spurningar vöknuðu.

4.4 Þátttaka félagsráðgjafa í gagnasöfnun í ADHOC rannsókninni

Á Íslandi voru rannsakendur þ.e.a.s. þeir sem beittu RAI mælitækinu annars vegar hjúkrunarfræðingar frá heilsugæslunni og hins vegar sjö félagsráðgjafar frá Félagsþjónustunni í Reykjavík. Hjúkrunarfræðingarnir og félagsráðgjafarnir sóttu saman undirbúningsnámskeið vegna notkunar mælitækisins sem var haldið af verkefnisstjórum rannsóknarinnar. Undirbúningsnámskeiðið var tveir hálfir dagar. Þjálfun rannsakenda er lykilatriði til að koma í veg fyrir skekkjur í gagnasöfnun

(Hyman, Cobb, Feldman, Hart og Stember, 2004). Þess má geta að íslensku félagsráðgjafarnir voru einu félagsráðgjafarnir í hlutverki rannsakenda í ADHOC rannsókninni og báru þeir ábyrgð á mati þeirra þátttakenda í rannsókninni sem eingöngu fengu félagslega heimaþjónustu.

RAI mælitækið fyrir heimaþjónustu felur í sér söfnun læknisfræðilegra upplýsinga. Söfnun upplýsinga af þessu tagi, eins og t.d. upplýsinga um lyfjanotkun og nákvæmra sjúkdómsgreininga var eitthvað sem félagsráðgjafarnir höfðu ekki gert áður. Reynsla félagsráðgjafa af viðtalstækni nýttist vel hér. Þeir báðu gjarnan þátttakendur í rannsókninni um að sýna sér lyfjaglös og lyfjakort frá lækni. Þegar upplýsingar um lyfin voru skráð lá beint við að spyrja hvers vegna viðkomandi væri að taka þetta tiltekna lyf. Í flestum tilvikum vissi hinn aldraði einstaklingur hver ástæðan væri. Í nokkrum tilvikum var maki eða ættingi viðstaddur en einnig var möguleiki að hafa samband við heimilislækni viðkomandi ef þörf var á.

Félagsráðgjafi nýtir í viðtali bæði spurningar og aflar upplýsinga með því að fylgjast með. Það sem einkennir vinnu félagsráðgjafa er heildarsýnin, þ.e. að safna upplýsingum um hin ýmsu samskiptakerfi sem einstaklingurinn tengist og þetta er einmitt það sem einkennir RAI mælitækið. Hér er ekki um hefðbundna spurningalistakönnun að ræða. Rannsakendur notuðu ekki þá aðferð að byrja á fyrstu síðu matsblaðsins og síðan koll af kolli heldur fór útfylling matsblaðsins eftir því hvernig viðtalið þróaðist. Menntun félagsráðgjafanna sem gegndu stöðu rannsakenda í þessari rannsókn nýttist því vel.

4.5 Tölfræðiúrvinnsla

Verkefnisstjórar í ADHOC rannsókninni yfirfóru matsblöð frá öllum rannsakendum áður en gögnin úr íslenska hluta rannsóknarinnar voru sett inn í SPSS forritið. Það var gert hér á landi og síðan voru þau send dulkóðuð til Rómar á Ítalíu þar sem hinn miðlægi gagnagrunnur var staðsettur. Þar voru þau yfirfarin og sameinuð gögnum frá öðrum þáttökulöndum. Við tölfræðiúrvinnslu vegna rannsóknarinnar í þessari ritgerð var notast við nemaútgáfu af forritinu, SPSS 15.0 en sú útgáfa leyfir ekki fleiri en 50 breytur. Þar sem mælitækið í rannsókninni innheldur rúmlega 300 breytur var nauðsynlegt að skipta gagnasafninu upp og var það vistað í SPSS 15.0 sem níu gagnaskrár og þess gætt að helstu bakgrunnsbreytur væru í öllum skránum.

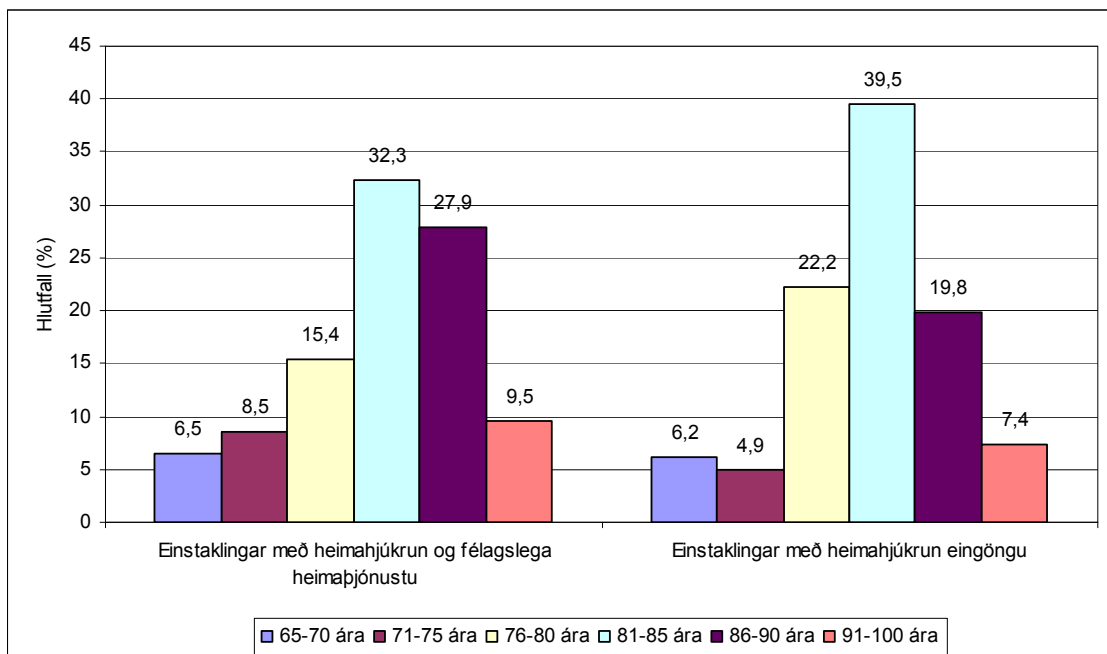
Við samanburð milli hópa voru notaðar krosstöflur (e. Crosstab) og til að kanna hvort tengsl milli breyta væru tölfræðilega marktæk var notað kí-kvaðrat próf (e. Pearson Chi-Square) (Agresti og Finlay, 1986). Niðurstöðum er lýst í texta og með stöplaritum og súluritum sem voru unnin í Microsoft Excel.

5 Niðurstöður: Notendur

Hér á eftir verður notendum heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu í Reykjavík lýst. Tölfræðiúrvinnsla byggir á gögnum úr íslenska hluta ADHOC rannsóknarinnar. Í þeim tilgangi að draga skýrar fram einkenni hópsins er hann borinn saman við þann hóp þátttakenda í rannsókninni sem eingöngu fékk heimahjúkrun.

5.1 Aldur, kyn, hjúskaparstaða og búseta

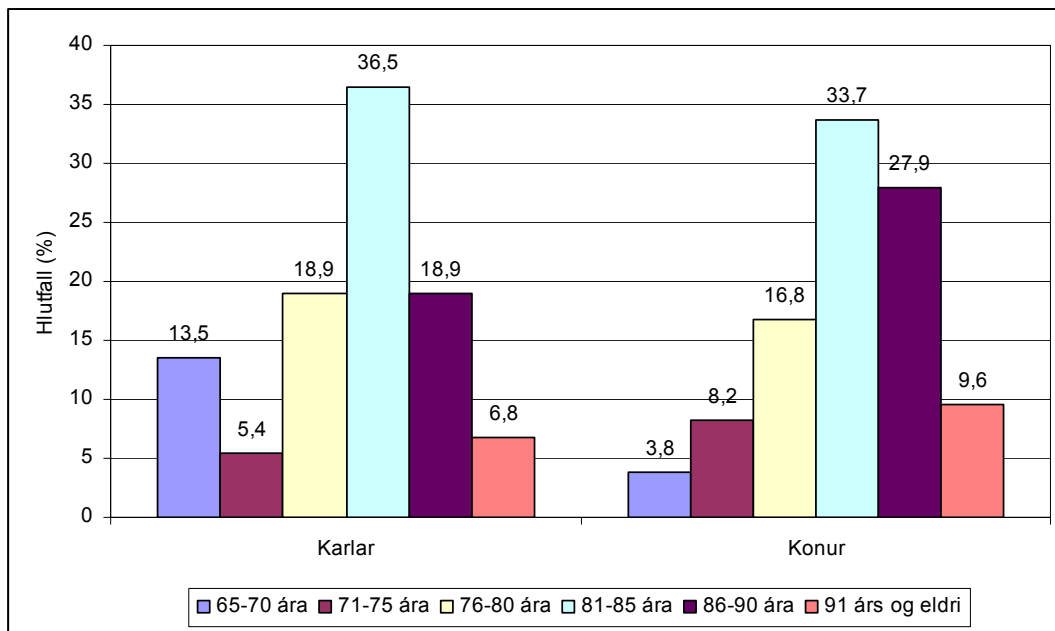
Aldursdreifingin í hópnum tveimur er mismunandi eins og kemur fram á mynd 1. Einstaklingar í fyrri hópnum, þeim sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu eru ívið eldri. Um 37% þátttakenda í þessum hópi er 86 ára eða eldri en þetta hlutfall er um 27% fyrir þann hóp sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Aldurshópurinn 81-85 ára er fjölmennastur í báðum tilvikum.



Mynd 1 Aldur þátttakenda

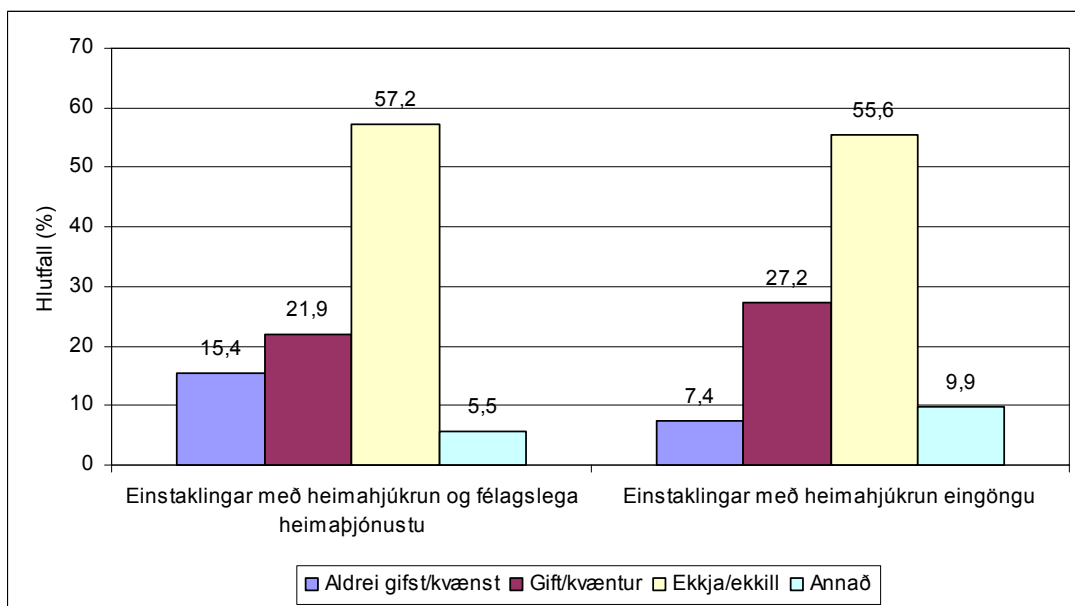
Karlar eru 74 og konur 208. Karlar eru því 26% þátttakenda. Konurnar eru eldri en karlarnir eins og sést á mynd 2, 38% kvennanna eru 86 ára eða eldri en 26%

karlanna. Aðeins 4% kvennanna eru á aldrinum 65 til 70 ára en það á við um 14% karlanna.



Mynd 2 Aldur og kyn

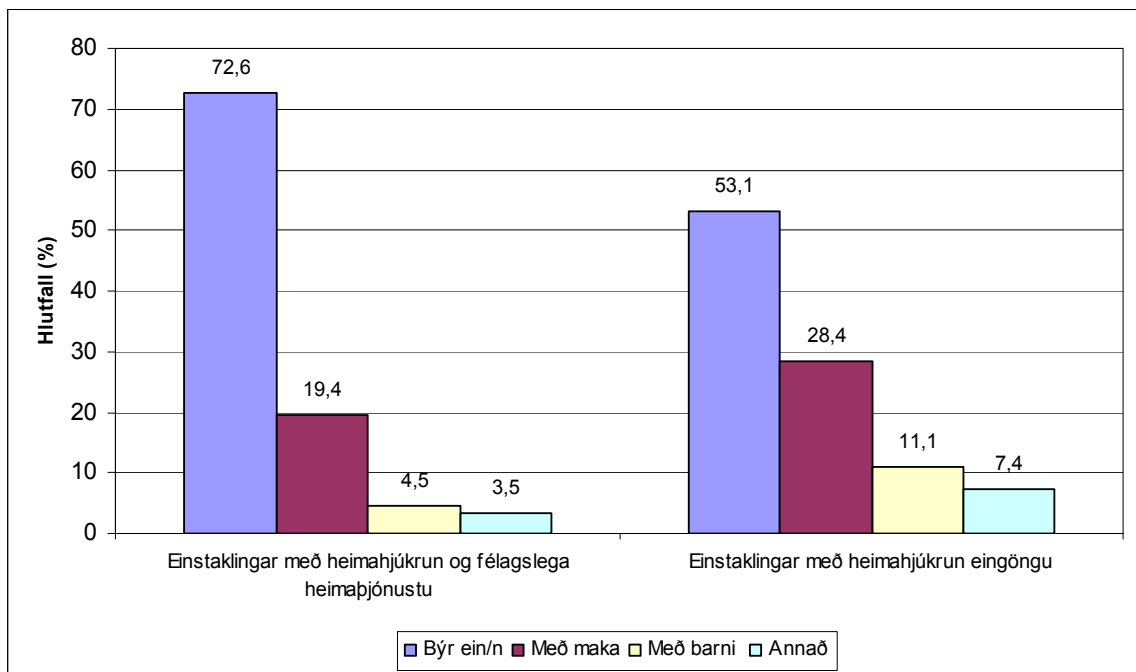
Hjúskaparstaða þátttakenda kemur fram á mynd 3. Það eru fleiri sem hafa aldrei gifst/kvænst í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu eða 15% á móti 7% í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun. Í síðarnefnda hópnum eru 27% þátttakenda gift í dag en 22% í fyrrnefnda hópnum. Undir flokkinn „annað“ falla m.a. fráskildir.



Mynd 3 Hjúskaparstaða

Rúmlega helmingur karlanna er giftur eða 51% en hlutfall kvenna er aðeins 14%. Hlutfall kvenna sem hafa misst maka sinn er 66% en aðeins 30% karlanna eru ekklar. Tæplega 15% kvennanna hafa aldrei gifst en það á við um 8% karlanna.

Eins og sést á mynd 4 þá eru það talsvert fleiri sem búa einir í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu. Hlutfallið er 73% á móti 53% hjá þeim sem fá eingöngu heimahjúkrun. Í fyrri hópnum eru það 19% þátttakenda sem búa með maka en hlutfallið er 28% í þeim hópi sem nýtur eingöngu heimahjúkrunar. Aðeins 5% í fyrri hópnum búa með barni sínu en þetta hlutfall er 11% í seinni hópnum. Hér er um vel marktækan mun að ræða á hópnum ($p < 0,01$). Í könnun Brynhildar Barðadóttur og Sigríðar Jónsdóttur (2008) á viðhorfum notenda félagslegrar heimaþjónustu kom í ljós að þeir sem bjuggu einir fengu fjölbreyttustu þjónustuna en um 35% þessa hóps fékk þjónustu til viðbótar við þrif.



Mynd 4 Búseta

Hlutfall kvenna sem búa einar er 75% en 45% karlanna búa einir. Hér er um mjög vel marktækan mun að ræða ($p < 0,001$). Hærra hlutfall kvenna fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu eða 75% hópsins á móti 62% karlanna. Hér er um marktækan mun að ræða ($p < 0,05$). Eins og komið hefur fram þá eru karlarnir í þessari rannsókn yngri og líklegri til að búa ennþá með maka og njóta

aðstoðar hans. Einnig er hlutfall kvenna sem aldrei hafa gifst hærra en karla og því líklegt að hærra hlutfall kvenna njóti ekki stuðnings frá uppkomnum börnum.

5.2 Vitræn geta

Mat var lagt á skammtímaminni hjá þátttakendum í rannsókninni með mjög einföldum hætti. Rannsakandi nefndi þrjá hluti í íbúð þátttakanda og kannaði síðan eftir fimm mínútur hvort þátttakandi gæti nefnt þá. Hlutfall þátttakenda sem var með skert skammtímaminni í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og heimaþjónustu er 38%. Hlutfallið er 35% í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun. Einnig var lagt mat á hvort framkvæmdaminni virtist vera í lagi, þ.e. hvort þátttakandi gæti framkvæmt flestar athafnir án vísbendingar. Það eru 5% þeirra sem eru með bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem eru með skert framkvæmdaminni en 16% þeirra sem fá eingöngu heimahjúkrun.

Lagt var mat á hversu vel þátttakendum gengi að ákvarða athafnir dagsins, s.s. að fara á fætur, fá sér máltíð, klæðast eða gera aðra hluti. 73% í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu eru sjálfstæð hvað þetta varðar en hjá 1% í þessum hópi er um mikla skerðingu að ræða. Í hópnum sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar eru 72% sjálfstæð en mikil skerðing hjá 4% hópsins.

5.3 Heyrn og tjáskipti

Heyrn er í lagi hjá 68% þeirra sem njóta bæði heimahjúkrunar og heimaþjónustu og hjá 61% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Í fyrrnefnda hópnum eru það 94% sem skiljast eða tjá sig án vandkvæða en þetta hlutfall er 86% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Mat á hæfni til að skilja aðra leiddi í ljós að 84% í fyrri hópnum hafa fullan skilning og 86% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Um er að ræða afturför í tjáskiptum í samanburði við getu fyrir 90 dögum hjá 3% í fyrri hópnum og hjá 6% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

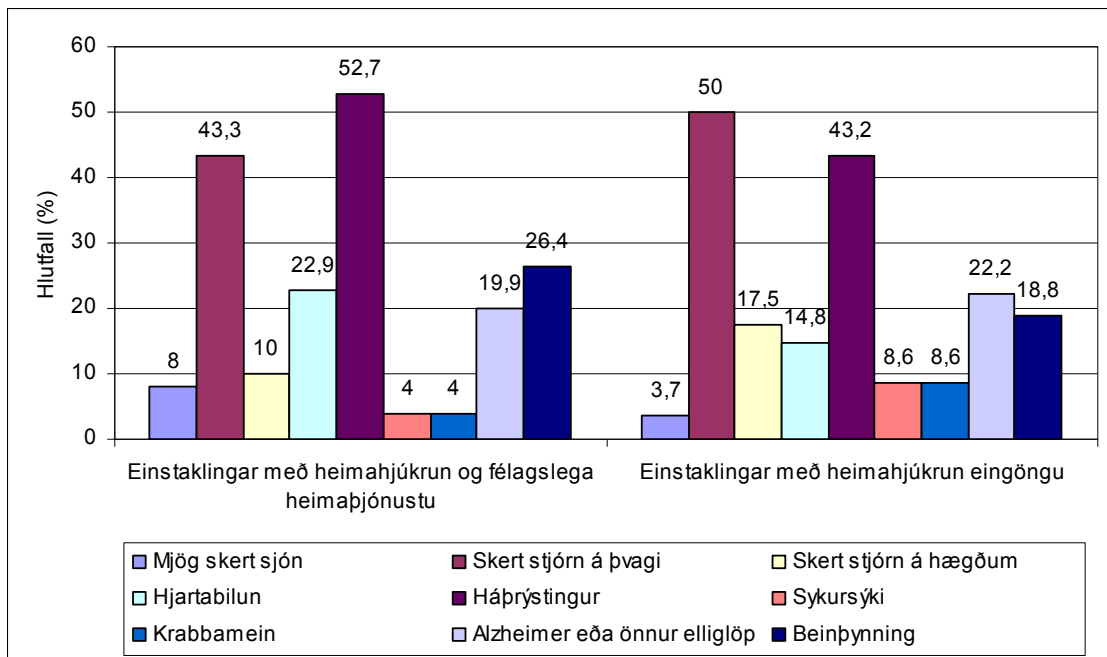
5.4 Sjúkdómar, verkir og lyfjanotkun

Það eru 6% þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem hafa lagst inn á spítala á síðustu 14 dögum en 11% þátttakenda

í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun. Hjá rúmlega 60% þátttakenda í hvorum hópi um sig hefur ekki komið til sjúkrahúsinnlagnar síðustu 180 daga.

Mynd 5 birtir ýmsar upplýsingar um sjúkdóma og heilsufar. Hlutfall þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem er með mjög skerta sjón er 8%, rúmlega 43% eru með skerta stjórn á þvagi, 10% eru með skerta stjórn á hægðum, tæplega 23% eru með hjartabilun, tæplega 53% eru með háþrýsting, 4% með sykursýki og krabbamein, tæplega 20% með Alzheimer eða önnur elliglöp og rúmlega 26% með beinþynningu.

Tæplega 4% þátttakenda í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun er með mjög skerta sjón, 50% eru með skerta stjórn á þvagi, 18% með skerta stjórn á hægðum, 15% með hjartabilun, rúmlega 43% með háþrýsting, 9% með sykursýki og krabbamein, 22% með Alzheimer eða önnur elliglöp og 19% með beinþynningu.



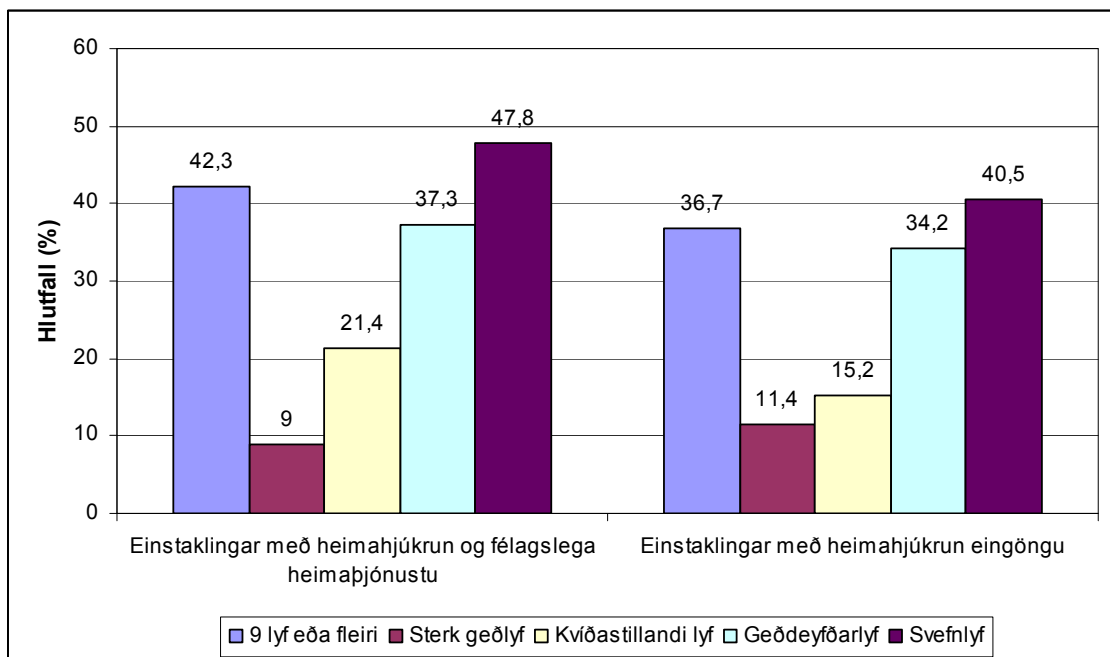
Mynd 5 Sjúkdómar

Í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu eru 36% þátttakenda með enga verki en 47% með verki daglega, í eitt skipti eða mörgum sinnum yfir daginn, t.d. bæði að morgni og að kveldi. Í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun eru 40% með enga verki en 41% með verki daglega. Hjá 10% þátttakenda í báðum hópunum er um það að ræða að verkir séu mjög slæmir eða óbærilegir.

Í fyrri hópnum segja 76% þátttakenda að verkirnir hafi ekki áhrif á þátttöku viðkomandi í athöfnum og félagslífi en hlutfallið er 71% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Það á við um u.þ.b. 14% í báðum hópum að verkur er til staðar en engin lyfjameðferð. Hjá 14% í fyrri hópnum dugar lyfjameðferð ekki til verkjastillingar en það á við 23% þeirra sem eingöngu njóta heimahjúkrunar.

Um 60% þátttakenda í ADHOC rannsókninni þjáðust af verkjum þ.a. íslensku þátttakendunum svipar til annarra þátttakenda í rannsókninni hvað þetta varðar. Samband var milli verkja og þunglyndis. Konur þjáðust mun oftár en karlar af verkjum, þunglyndi og offitu (Sørbye o.fl., 2009).



Mynd 6 Lyfjanotkun

Í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu eru 42% þátttakenda með níu lyf eða fleiri en 37% í seinni hópnum eru með þennan fjölda lyfja eins og kemur fram á mynd 6. Aðeins einn einstaklingur (úr seinni hópnum) tekur engin lyf. Notkun sterkra geðlyfja er ívið meiri í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar, 9% í fyrri hópnum taka sterk geðlyf og 11% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Í fyrri hópnum taka 21% þátttakenda kvíðastillandi lyf og 15% í seinni hópnum. Í fyrri hópnum taka 37% þátttakenda geðdeyfðarlyf og

34% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Hátt í helmingur í fyrri hópnum eða 48% tekur svefnlyf og 41% í seinni hópnum.

Niðurstöður ADHOC rannsóknarinnar sýndu að þunglyndir einstaklingar voru líklegri til að vera með færniskerðingu, skerðingu á vitrænni getu, hegðunareinkenni og verki, auk þess sem þunglyndi hafði fylgni við ýmis sjúkdómseinkenni s.s. hjartabilun, háþrýsting, heilablóðfall, sykursýki og liðagigt (Sørbye o.fl., 2009).

5.5 Hugarástand og félagsleg virkni

Það eru 15% þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu sem upplifir leiða eða þunglyndi en 16% í þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun. Hjá fyrri hópnum eru merki um dapurt, raunalegt, áhyggjufullt yfirbragð hjá 8% hópsins en hjá 12% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Það eru einnig fleiri í síðarnefnda hópnum sem draga sig í hlé frá daglegum samskiptum eða 16% hópsins en merki um þetta eru hjá 10% þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu.

Versnandi hugarástand er hjá 8% í fyrri hópnum en 10% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Það gildir um 88% í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu að viðkomandi líkar vel að vera með öðrum s.s. að vera innan um fólk almennt en 11,9% líkar það illa. Hlutfallið í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar sem líkar vel að vera með öðrum er 82% en 19% líkar það illa. Hlutfall þátttakenda í fyrri hópnum sem tjáir sig opinskátt um ósætti/reiði gagnvart ættingjum eða vinum er 14% en 10% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Minnkuð félagsleg virkni er hjá 25% þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu en hjá 37% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Hjá 40% þátttakenda í báðum hópum er um að ræða breytingu sem hefur orðið á síðustu 90 dögum.

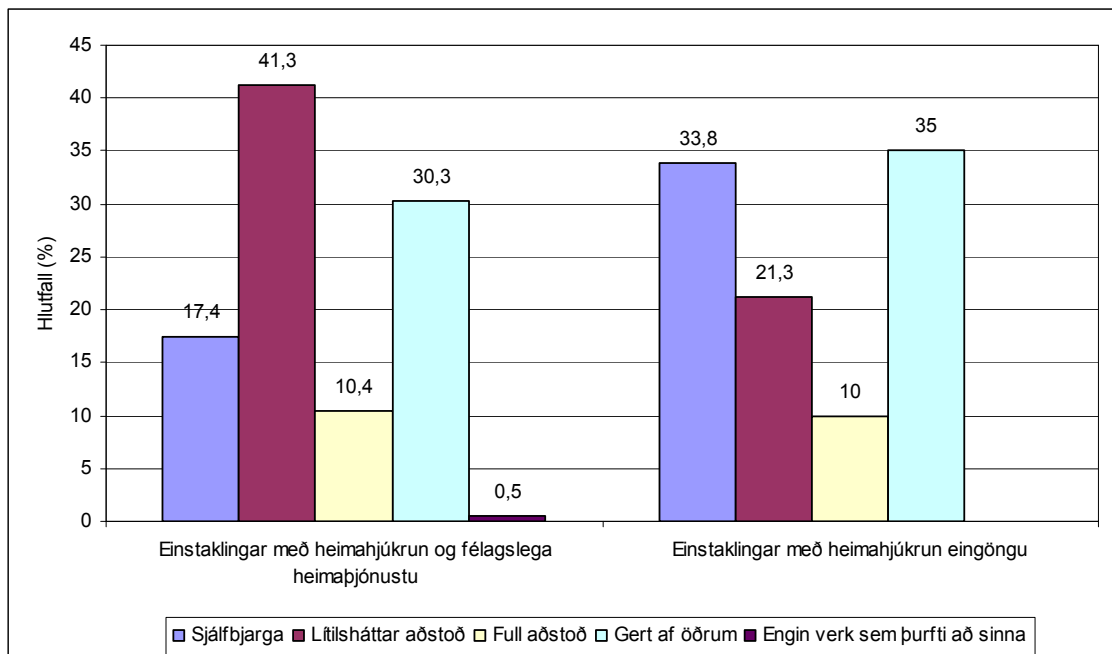
Það eru 19% þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu sem eru aldrei eða nærri aldrei einir yfir daginn en 27% í þessum hópi búa með maka eða barni. Talsvert fleiri í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar eru aldrei eða nærri aldrei einir yfir daginn eða 27% hópsins en eins

og kom fram hér á undan þá eru það 47% í þessum hópi sem búa með öðrum. Það eru hins vegar fleiri í síðarnefnda hópnum sem gefa til kynna einmanaleika eða 22% hópsins á móti 17% í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu.

5.6 Líkamleg færni og sjálfbjargargeta

5.6.1 Sjálfbjargargeta við almenn dagleg verk

Þegar sjálfbjargargeta við almenn dagleg verk (IADL) er skoðuð kemur í ljós að svo til allir þátttakendur eru með skerðingu á einu eða fleiri sviðum eða 98% þeirra sem njóta bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu og 99% þeirra sem eingöngu fá heimahjúkrun. Svipað hlutfall þátttakenda í hópnum tveimur er sjálfbjarga varðandi undirbúning máltíða en hér er verið að vísa til skipulagningar, eldamennsku, þess að setja saman það sem á að fara í rétti, bera fram mat og leggja á borð en 43% þátttakenda í þeim hópi sem nýtur heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu er sjálfbjarga varðandi þennan þátt og 43% þeirra sem eingöngu njóta heimahjúkrunar.

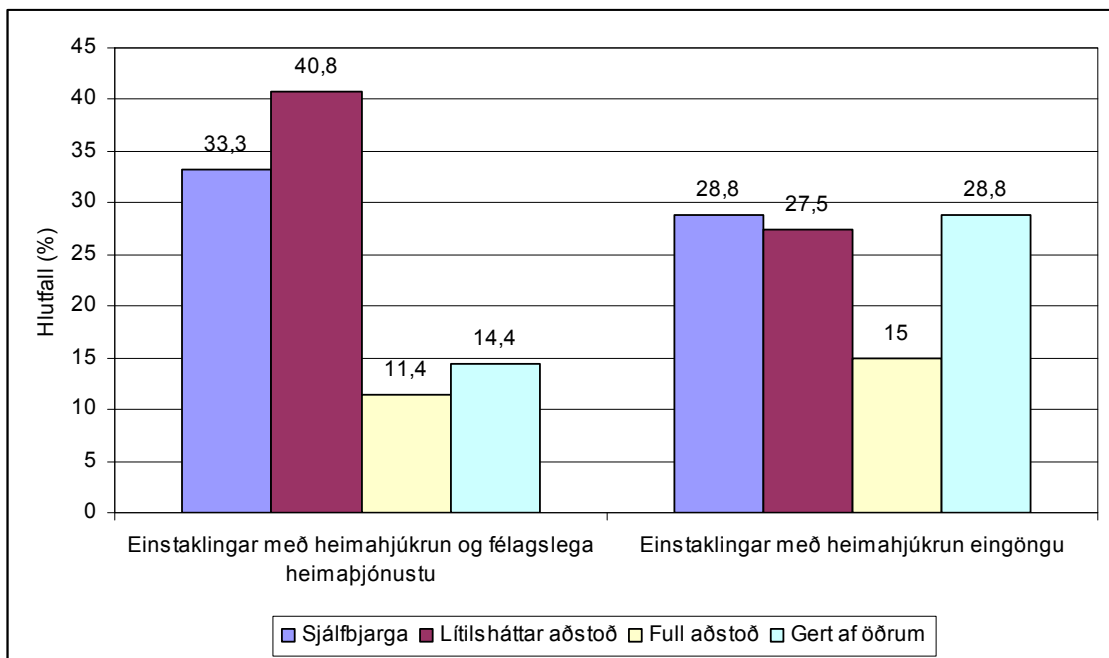


Mynd 7 Sjálfbjargargeta við venjuleg heimilisstörf

Þegar kemur að venjulegum heimilisstörfum þá er hins vegar um mun á hópnum að ræða. Með venjulegum heimilisstörfum er átt við t.d. uppvask,

afþurrkun, búa um rúm, taka til og þvo þvott. Það eru 17% þeirra sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem eru sjálfbjarga við venjuleg heimilisstörf en 34% þeirra sem fá eingöngu heimahjúkrun eins og kemur fram á mynd 7. Í tölfræðiúrvinnslu voru svarmöguleikar sameinaðir (sjálfbjarga annars vegar og hins vegar einhver aðstoð eða átti sér ekki stað) og er um vel marktækan mun að ræða á hópunum ($p < 0,01$).

Lítill munur er á hópunum þegar kemur að fjármálaumsýslu sem nær m.a. til greiðslu reikninga og rekstrar heimilisins þar sem 23% þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu er sjálfbjarga varðandi þennan þátt og 25% þeirra sem eingöngu njóta heimahjúkrunar.



Mynd 8 Sjálfbjargargeta við lyfjanotkun

Lyfjanotkun vísar til þess hvernig lyfjatöku er stýrt t.d. að muna eftir að taka lyfin, opna lyfjaglös, taka réttar skammtastærðir, sprauta sig eða setja í sig augndropa. Hér er talsverður munur á hópunum. Hjá þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu er í 14% tilvika haldið utan um lyfjanotkun af öðrum en hjá þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun er þetta í 29% tilvika framkvæmt af öðrum eins og kemur fram á mynd 8. Hér er um marktækan mun á hópunum að ræða ($p < 0,05$). Rétt er að hafa í huga þann mun

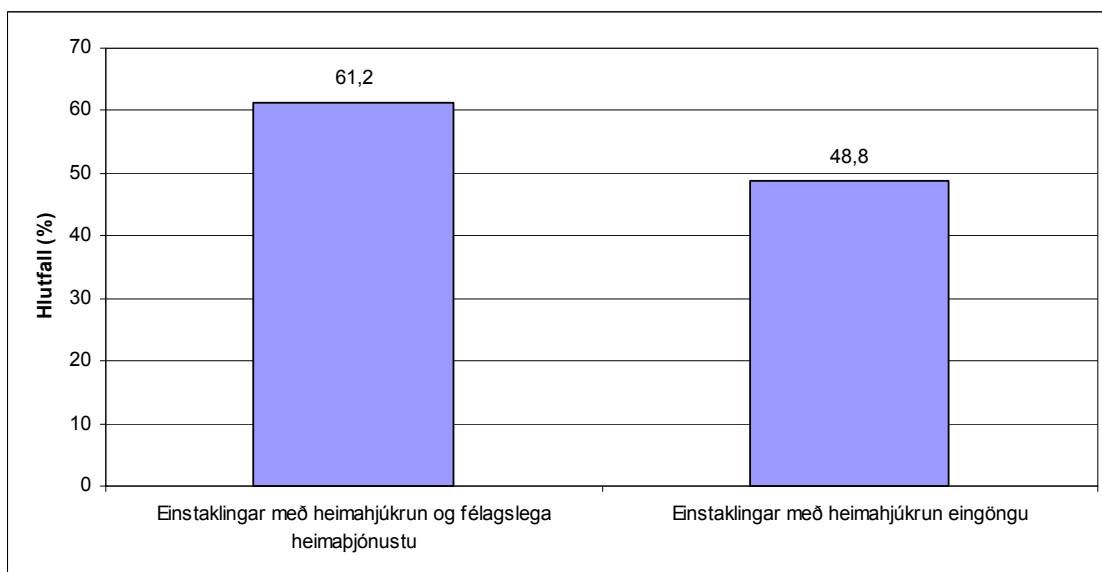
sem er á hópnum varðandi búsetu en talsvert fleiri í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu búa einir.

Ekki er um marktækan mun á hópnum að ræða þegar kemur að notkun síma. Hér er verið að tala um hvernig svarað er í síma og hringt, e.t.v. með hjálpartæki s.s. stækkuðum tölustöfum á skífu, skammvali eða hátalara. Það eru 93% þátttakenda í þeim hópi sem bæði fær heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem eru sjálfbjarga með notkun síma en 88% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Einnig var lagt mat á hversu erfitt verkið væri og hér er um marktækan mun á hópnum að ræða ($p < 0,05$). Hjá 93% í fyrri hópnum er verkið ekki erfitt en hlutfallið er 83% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Hjá þeim hópi er þetta verk mjög erfitt hjá 10% hópsins en mjög erfitt hjá 6% þeirra sem bæði njóta heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu.

Ekki er munur á hópnum þegar kemur að innkaupum, þ.e. því hvernig innkaupum er háttað s.s. á nýlenduvörum og fjárumsýslu samfara því þar sem 20% í báðum hópum eru sjálfbjarga varðandi þetta. Hjá 46% í báðum hópum er þetta verk framkvæmt af öðrum. Það er hærra hlutfall í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar sem fær fulla aðstoð, 19% á móti 13% í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu.

5.6.2 Sjálfbjargargeta við persónulegar athafnir daglegs lífs

Mat var lagt á sjálfbjargargetu einstaklings við allar persónulegar athafnir daglegs lífs (ADL). Hér var lagt mat á hreyfifærni í rúmi, hæfni til að flytja sig frá einni staðsetningu í aðra, ferðagetu milli staða á heimili og utan heimilis, að klæðast, matast, hæfni til að nota salerni, persónulega snyrtingu og böðun. Hlutfallið í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem er með skerðingu á einu eða fleiri sviðum er 61% eins og kemur fram á mynd 9. Sambærilegt hlutfall fyrir þann hóp sem fær eingöngu heimahjúkrun er 49%. Hlutfallslega fleiri í fyrri hópnum eru verr á sig komnir líkamlega og í þörf fyrir meiri aðstoð við hinar persónulegu athafnir daglegs lífs.



Mynd 9 Skerðing á sjálfbjargargetu (ADL)

Allar breytur sem lutu að sjálfbjargargetu varðandi persónulegar athafnir daglegs lífs voru umskrifaðar yfir í breytur með tvö gildi. Flokkunin fól í sér að sameina þá sem voru sjálfbjarga eða fengu aðstoð við að taka til það sem þurfti eða hvatningu, eftirlit og vísbendingar og teljast því svo til sjálfbjarga. Seinni flokkurinn náði til takmarkaðrar aðstoðar, mikillar aðstoðar, verulegs stuðnings og þess að öll hjálp væri veitt af umönnunaraðila svo og þess að athöfnin hefði ekki farið fram.

Það eru 97% þeirra sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu sem eru sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga varðandi hreyfifærni í rúmi og 98% þeirra sem eingöngu njóta heimahjúkrunar. Hlutfall þeirra sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu og eru sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga varðandi það að flytja sig frá einni staðsetningu í aðra, t.d. að/frá rúmi, stól, hjólastól eða standandi stöðu er 97%. Þetta hlutfall er 91% fyrir þann hóp sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Það eru 98% þeirra sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu sem eru sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga varðandi það að ferðast milli staða á heimilinu en þetta hlutfall er 95% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Hér er miðað við ferðagetu í hjólastól ef um slíkt er að ræða. Það eru 63% þeirra þátttakenda sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu sem eru sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga varðandi ferðagetu utan heimilis, þar af teljast 47%

alveg sjálfbjarga. Til samanburðar þá eru það 71% í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun sem er sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga varðandi ferðagetu utan heimilis og þar af teljast 53% alveg sjálfbjarga.

Hóparnir eru mjög sambærilegir varðandi getuna til að klæðast og afklæðast. Þegar um efri hluta líkamans er að ræða þá eru 92% þeirra sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga og 94% þeirra sem fá eingöngu heimahjúkrun. Þegar kemur að neðri hluta líkamans eru 90% þátttakenda í báðum hópum sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga.

Það eru 99% þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem eru sjálfbjarga eða svo til sjálfbjarga varðandi það að matast en allir þátttakendur sem eingöngu fá heimahjúkrun eru sjálfbjarga varðandi þennan þátt. Hlutfall þátttakenda í báðum hópum sem er alveg sjálfbjarga varðandi salernisferðir er 93%. Hlutfall þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu sem er sjálfbjarga varðandi persónulega snyrtingu, s.s. að greiða hár, burstu tennur, raka sig og þvo andlit og hendur er 89% en 84% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Hlutfall þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem er sjálfbjarga varðandi böðun er 38%. Hlutfallið er talsvert hærra í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar en þar eru 46% sjálfbjarga varðandi þennan þátt.

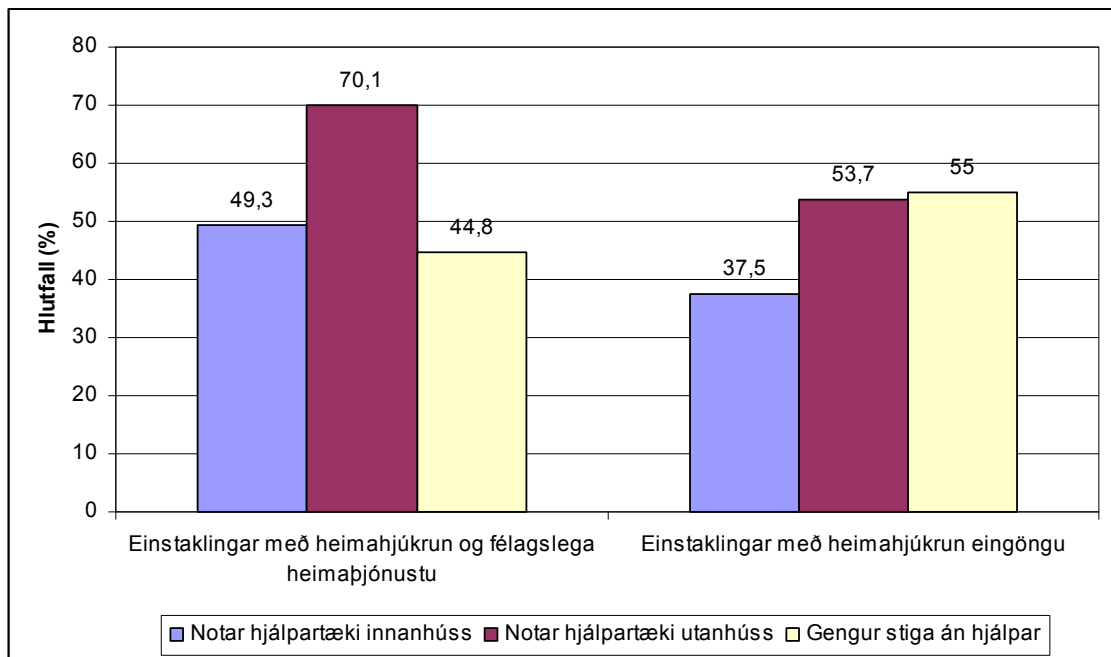
Mat var lagt á hvort um versnandi sjálfbjargargetu væri að ræða hjá þátttakendum miðað við fyrir 90 dögum. Í 16% tilvika er um slíkt að ræða hjá þeim þátttakendum sem fá bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu en hjá einum af hverjum fjórum (25,0%) í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

5.7 Notkun hjálpartækja og hreyfing

5.7.1 Notkun hjálpartækja

Hlutfall þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem notar hjálpartæki innanhúss er 49% en hlutfallið er talsvert lægra í þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun eða 38% eins og kemur fram á mynd 10. Svipaður fjöldi í hópnum tveimur notar staf innanhúss eða um 17% þátttakenda í rannsókninni en fleiri í fyrri hópnum nota hækjur eða göngugrind eða

29% á móti 18% í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun. Átta einstaklingar nota hjólastól og eru sex þeirra í fyrri hópnum.



Mynd 10 Notkun hjálpartækja og geta til að ganga stiga

Sömu sögu er að segja varðandi notkun hjálpartækja utanhúss þar sem 70% í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu nota hjálpartæki utanhúss en 54% þeirra einstaklinga sem eru eingöngu með heimahjúkrun. Í fyrri hópnum geta 45% þátttakenda gengið stiga án hjálpar en 55% þeirra sem fá eingöngu heimahjúkrun hafa þessa færni.

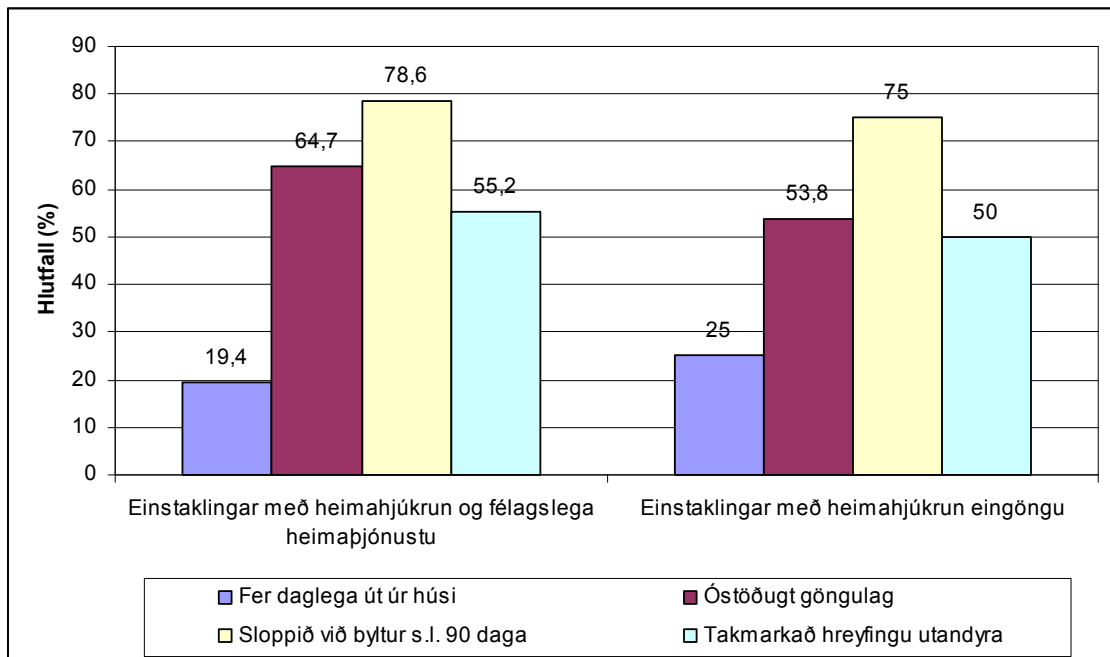
Hjá 41 einstaklingi er aðgangur að heimilinu ekki í lagi, t.d. erfitt að komast að/frá heimilinu, þröngar dyr eða erfiðir stigar. Þetta á við um 30 einstaklinga í fyrri hópnum (15% hópsins) og 11 í þeim seinni (14% hópsins).

5.7.2 Hreyfing

Eins og kemur fram á mynd 11 eru það 19% í þeim hópi sem njóta bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem fara daglega út úr húsi í lengri eða skemmri tíma. Hlutfallið er ívið hærra í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar eða 25%. Úr fyrri hópnum fara 18% aldrei út úr húsi en hlutfallið er 14% í heimahjúkrunarhópnum.

Það virðist hins vegar vera að þátttakendur sem tilheyra þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu hreyfi sig ívið meira. Hér var reynt að áætla fjölda klukkustunda í líkamlegri hreyfingu síðustu þrjá daga, t.d. í göngu, við húsþrif og/eða æfingar. Niðurstaðan er að 61% í fyrri hópnum er með tvær eða fleiri klukkustundir í líkamlegri hreyfingu síðustu þrjá daga á móti 55% í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun.

Hlutfall þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem hefur óstöðugt göngulag er 65%. Hlutfallið er hærra en hjá þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar þar sem það er 54%. Aðeins fleiri í fyrri hópnum hafa hins vegar sloppið við byltur síðustu 90 daga eða 79% á móti 75% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Í fyrri hópnum hafa 55% þátttakenda takmarkað hreyfingu sína utandyra vegna kvíða fyrir byltum. Þetta á við 50% þátttakenda í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.



Mynd 11 Hreyfing, göngulag og byltur

5.8 Formlegt stuðningskerfi

Hjá báðum hópnum kemur til þjónustu í rúmlega helmingi tilvika í framhaldi af sjúkrahúsdvöl. Hjá þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu er um slíkt að ræða í 56% tilvika og hjá þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar í 57% tilvika. Í tengslum við vistunarmat kemur til þjónustu

hjá 30% þátttakenda í fyrrnefnda hópnum og hjá 27% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Meðallengd þjónustu hjá þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu er tæplega 29 mánuðir en rúmlega 30 mánuðir hjá þeim sem eru eingöngu með heimahjúkrun. Þegar horft er til allra þátttakenda í ADHOC rannsókninni á Íslandi eða 405 einstaklinga þá er meðallengd þjónustu sem karlar hafa fengið 38 mánuðir en kvenna rúmlega 37 mánuðir. Aldurshópurinn 86-90 ára hefur lengstan þjónustutíma eða rúmlega 41 mánuð.

Skráð var umönnun síðustu sjö daga þegar mat fór fram. Í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu höfðu 7% fengið þjónustu daglega frá hjúkrunarfræðingi eða heimaþjónustustarfsmanni og 9% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Hlutfall þeirra þátttakenda sem ekki hafði fengið neina þjónustu síðustu sjö daga var 57% í fyrri hópnum og 66% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu hafa 32% þátttakenda fengið heimsendan mat einu sinni til sjö sinnum síðustu sjö daga og 14% í þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun. Algengast er að fá heimsendan mat daglega og gildir það um 12% í fyrri hópnum og 5% í seinni hópnum. Tveir einstaklingar, einn úr hvorum hópi fengu heimsókn sjálfboðaliða síðustu sjö daga. Það voru 12% þátttakenda í fyrri hópnum sem nutu þjónustu sjúkrapjálfa síðustu sjö daga og 9% í hópnum sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar. Einn einstaklingur úr seinni hópnum naut þjónustu iðjuþjálfara. Í fyrri hópnum eru það 13% þátttakenda sem nýta dagvist eða dagspítala einu sinni til fimm sinnum í viku og 16% úr þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun nýta þjónustu af þessu tagi.

Í ADHOC rannsókninni kom í ljós að þeir notendur sem fengu heimaþjónustu á Norðurlöndunum voru tiltölulega sjálfstæðir og flokkuðust ekki sem umönnunarpungir. Þetta átti sérstaklega við um konurnar. Á Ítalíu, í Frakklandi og Þýskalandi var þjónusta fyrrest og fremst veitt einstaklingum sem þurftu á mikilli umönnun að halda (Sørbye o.fl., 2009).

5.9 Óformlegt stuðningskerfi

Matsaðilar í rannsókninni báðu þátttakendur um að nefna nöfn tveggja aðalumönnunaraðila, ef um slíka aðila væri að ræða. Þátttakendum reyndist oft erfitt að þurfa að tilnefna einhverja tvo aðalumönnunaraðila þar sem það er hópur ættingja sem skiptist á að aðstoða við innkaup o.fl. Einn af hverjum fimm býr með þeim umönnunaraðila sem er nefndur fyrst til sögunnar í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu (21%) og 5% búa með þeim umönnunaraðila sem er því næst tilgreindur. Tveir af hverjum fimm búa með þeim umönnunaraðila sem er fyrst tilgreindur í þeim hópi sem eingöngu þiggur heimahjúkrun (41%) og 16% búa með þeim umönnunaraðila sem er tilgreindur í kjölfarið. Hér getum við ekki ályktað sem svo að hátt í 60% í þessum hópi búi með umönnunaraðila þar sem aðeins tæplega 47% í þessum hópi búa með öðrum, samanber mynd 4 hér að framan. Mestar líkur eru á því að í þeim tilvikum þar sem merkt hefur verið við svarmöguleikann „býr með maka“ þá sé um fleiri aðila sem búa á heimilinu að ræða svo sem barn eða barnabarn. Aðeins var merkt við svarmöguleikann „býr með maka og öðrum“ í tveimur tilvikum og var hér um að ræða einstaklinga sem njóta bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu. Hjá 14% í fyrri hópnum er ekki um umönnunaraðila að ræða en það gildir um 6% í þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun. Hér er um mjög vel marktækan mun að ræða á hópnum ($p < 0,001$).

Þegar kemur að tengslum þátttakanda við umönnunaraðila er ákveðið ósamræmi í skráningu sem er þess valdandi að ekki er hægt að gefa upp nákvæmar hlutfallstölur. Svarmöguleikar voru: Barn eða tengdabarn, maki, aðrir ættingjar og vinur/nágranni. Fyrir báða aðalumönnunaraðila er barn/tengdabarn oftast nefnt í báðum hópnum. Þegar maki er tilgreindur í þessu hlutverki þá er hann nefndur á undan í öllum tilvikum nema tveimur. Ekki kemur á óvart að algengara er í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu að aðrir ættingjar séu nefndir til sögunnar. Talsvert lægra hlutfall þátttakenda í þessum hópi bjó með maka eða hafði verið í hjúskap.

Ráðgjöf og tilfinningalegur stuðningur er neðst á lista yfir þá aðstoð sem þátttakendur í rannsókninni fá frá þeim aðalumönnunaraðilum sem eru tilgreindir. Það eru 16% þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og

félagslegrar heimaþjónustu sem segjast fá ráðgjöf eða tilfinningalegan stuðning og 11% úr þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun fá aðstoð af þessu tagi frá fjölskyldu eða vinum. Þegar tveir umönnunaraðilar eru tilgreindir þá eru það 5% í fyrrnefnda hópnum sem segjast fá ráðgjöf eða tilfinningalegan stuðning frá seinni aðilanum og 7% úr þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

Það eru 34% þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem fá aðstoð við dagleg verk (IADL) frá fyrri umönnunaraðila og 25% úr þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar fá aðstoð af þessu tagi frá fjölskyldu eða vinum. Hlutfall þátttakenda í fyrrnefnda hópnum sem fær aðstoð við dagleg verk frá seinni umönnunaraðila sem er tilgreindur er 40% og 30% úr þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar.

74% þátttakenda í þeim hópi sem nýtur bæði heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu fá aðstoð við athafnir daglegs lífs (ADL) frá fyrri umönnunaraðila og 65% þátttakenda í þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun.

Varðandi hagi stuðningsaðila kom fram að í nokkrum tilvikum gat hann ekki lengur annast skjólstæðing t.d. vegna eigin heilsuleysis. Þetta átti við í fjórum tilvikum í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu (2%) en í sex tilvikum í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun (7%). Umönnunaraðili lætur í ljós áhyggjur, reiði eða kvíða vegna umönnunar skjólstæðings í einu tilviki hjá þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu (1%) en í sjö tilvikum í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun (9%).

Mat var lagt á umfang aðstoðar og umönnunar sem þátttakandi fékk frá fjölskyldu, vinum eða nágrönnum síðustu sjö daga, annars vegar aðstoð virka daga og hins vegar aðstoð samtals yfir helgi. Algengast er hjá báðum hópum að fá 1-5 klst. aðstoð á virkum dögum og sömuleiðis um helgar frá fjölskyldu og vinum. Það gildir um u.þ.b. 50% þátttakenda í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu. Það er einnig um helmingur þátttakenda í þeim hópi sem fær eingöngu heimahjúkrun sem fær þetta magn aðstoðar um helgar og rúmlega 46% hópsins á virkum dögum. Það eru talsvert fleiri í fyrrnefnda hópnum sem ekki hafa fengið neina aðstoð síðustu sjö daga frá fjölskyldu og vinum eða tæplega 22% þegar um virka daga er að ræða og tæplega 29% þegar um laugardag og sunnudag er að ræða. Samsvarandi tölur fyrir þann hóp sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar

eru 13% fyrir virku dagana og 23% fyrir aðstoð yfir síðustu helgi. Í þeim hópi sem fær bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu hafa 5% þátttakenda fengið alls 120 klst. aðstoð frá mánudegi til föstudags og 15% í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar hefur fengið þetta mikla aðstoð frá fjölskyldu og vinum. Í fyrrnefnda hópnum hafa 8% þátttakenda fengið aðstoð yfir helgi sem er á bilinu frá 21-48 klst. og það eru 18% í síðarnefnda hópnum sem hafa fengið þetta mikla aðstoð.

Það er algengara í þeim hópi sem eingöngu fær heimahjúkrun að umönnunaraðili telji að skjólstæðingur væri betur kominn í öðru umhverfi eða í 21% tilvika á móti 17% í þeim hópi sem bæði nýtur heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu. Í helmingi tilvika hjá hvorum hópi um sig er þetta einnig mat þátttakenda í rannsókninni. Algengara er að hegðun hafi versnað og sé síður þoluð af fjölskyldu/umönnunaraðilum samanborið við fyrir 90 dögum hjá þátttakendum í þeim hópi sem eingöngu nýtur heimahjúkrunar en það gildir um 9% hópsins á móti 2% þess hóps sem bæði fær heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu. Hér er um vel marktækan mun á hópnum að ræða ($p < 0,01$).

6 Niðurstöður og umræða

Samþætting þjónustu felur í sér samhæfingu og skilvirkni milli ólíkra þjónustubátta. Ítarleg leit var gerð að efni til að svara þeirri spurningu hvað einkenndi árangursrík samþættingarverkefni. Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar draga fram ákveðna þætti sem eru sameiginlegir þeim verkefnum sem hafa gengið vel. Ein þjónustugátt, þ.e. að einstaklingurinn þurfi ekki að leita til margra stofnana eftir þjónustu er einn þeirra. Mat á þjónustubörf fer þá fram á einum stað en ekki hjá tveimur eða jafnvel fleiri stofnunum. Markviss notkun upplýsingatækni er talin gegna lykilhlutverki í samþættingarverkefnum. Sérfræðingar á sviði upplýsingatækni þurfa að vera þátttakendur í þróun slíkra verkefna frá upphafi. Allir fagaðilar hafa þá aðgang að sömu upplýsingum um einstaklinginn sem nýtur þjónustunnar. Þjónustustjórnun er beitt í árangursríkum samþættingarverkefnum þar sem þjónustustjóri er tengiliður milli notandans og hins þverfaglega hóps sem kemur að þjónustunni. Félagsráðgjafar hafa gjarnan verið í þessu hlutverki innan öldrunarþjónustu. Mikilvægt er að lækna séu virkir þátttakendur í hinu þverfaglega samstarfi þar sem þeir eru m.a. í lykilhlutverki varðandi það að draga úr innlögnum á spítala og vistun á hjúkrunarheimilum. Samþætting fjármögnunar einkennir árangursrík samþættingarverkefni og fjárhagslegur hvati sem ýtir undir forvarnir og endurhæfingu.

Einnig var leitað svara við því hver væri þáttur starfsfólks í velgengi samþættingarverkefna. Niðurstöður rannsókna varðandi þátt starfsfólks eru að samvinna hinna mismunandi sérfræðihópa sé nauðsynleg í samþættingarverkefnum og hafi þess vegna mikil áhrif á velgengi þeirra. Staðsetning starfsfólks á sama stað og sameiginleg þjálfun er ennfremur nauðsynleg. Mikilvægt er að starfsfólk hafi sameiginlega sýn og upplifi sameiginlegt eignarhald á verkefninu. Stjórnendur eru í lykilhlutverki með því að skilgreina skýr markmið, hlutverk hvers og eins starfsmanns og veita stuðning. Myndun sterkrar liðsheildar þar sem gagnkvæmt traust ríkir hefur mikil áhrif á árangur.

Þriðja rannsóknarspurningin laut að því hverjir væru notendur samþættrar heimaþjónustu við aldraða. Gögn úr íslenska hluta ADHOC rannsóknarinnar voru nýtt til að nálgast svar við þeirri spurningu. Upplýsingar um þann hóp sem fékk bæði heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu voru bornar saman við þann hóp þátttakenda í rannsókninni sem eingöngu naut heimahjúkrunar til að draga skýrar fram einkenni hópsins. Einstaklingar 81 árs eða eldri voru 70% hópsins. Það voru hlutfallslega fleiri sem höfðu aldrei gifst/kvænst í þessum hópi og þjuggu einir en í hópnum sem eingöngu fékk heimahjúkrun.

Það er talsvert hátt hlutfall þátttakenda sem er að upplifa verki daglega eða 47% og hjá tíunda hverjum voru verkir mjög slæmir eða óbærilegir. Verkirnir hafa áhrif á þátttöku í athöfnum og félagslífi hjá fjórða hverjum þátttakanda. Lyfjanotkun er talsvert mikil þar sem hlutfall þátttakenda sem er með níu lyf eða fleiri er 42%, hlutfall þátttakenda sem taka geðdeyfðarlyf er 37% og 21% taka kvíðastillandi lyf.

Þegar sjálfbjargargeta við almenn dagleg verk var skoðuð kom í ljós að 98% hópsins var með skerðingu á einu eða fleiri sviðum og aðeins 17% hópsins voru sjálfbjarga við venjuleg heimilisstörf, s.s. uppvask, afpurrkun, búa um rúm, taka til og þvo þvott. Þegar mat var lagt á sjálfbjargargetu einstaklingsins við allar persónulegar athafnir daglegs lífs kom í ljós að hlutfall hópsins sem var með skerðingu á einu eða fleiri sviðum var 61%. Hlutfall þátttakenda sem notar hjálpartæki innanhúss er 49%, 70% hópsins nota hjálpartæki utanhúss, 55% þátttakenda geta ekki gengið stiga án hjálpar og 65% hafa óstöðugt göngulag. Þátttakendur voru að fá talsverðan stuðningu frá ættingjum og vinum á þeim tíma sem rannsóknin fór fram og 5% hópsins fengu aðstoð allan sólarhringinn.

Af framansögðu má vera ljóst að hér er um talsvert veika einstaklinga að ræða. Ákveðnar vísbendingar eru um að einstaklingar sem njóta samþættrar þjónustu hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur séu þjónustubyngrir í kjölfar þess að meðallegutími á Landspítalanum hefur styst. Með notkun RAI mælitækisins geta niðurstöður úr þessari rannsókn e.t.v. nýst til samanburður við þann hóp sem nýtur samþættrar þjónustu hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur í dag.

Samanburður á samþættingarverkefnum er erfiður þar sem sameiginleg skilgreining á hugtakinu samþætting er ekki fyrir hendi. Frekari rannsóknir sem

byggja á sameiginlegri skilgreiningu og hugtakanotkun eru nauðsynlegar á þessum vettvangi.

Sambætting þjónustu er ekkert allsherjar lausnarorð og má því ekki verða markmið í sjálfu sér heldur er sambættingin tæki til að ná ákveðnum markmiðum. Sambætt þjónusta hentar ákveðnum hópum og mikilvægt er að greina þá. Heimþjónusta Reykjavíkur hefur sett sér það markmið að finna þá sem ekki fá þjónustu en hafa þörf fyrir hana og er móttökuteymi Heimþjónustu Reykjavíkur ætlað að byggja upp sérfræðipækkingu í að meta þarfir einstaklinga fyrir heimþjónustu. Einfalt greiningartæki getur nýst við að meta þörf einstaklings fyrir sambætta þjónustu. PRISMA-7 spurningalistinn er dæmi um slíkt greiningartæki.

Sambætting þjónustu er flókið viðfangsefni. Reynsla af sambættingarverkefnum er enn sem komið er takmörkuð en rannsóknir gefa vísbendingar um að með sambættingunni sé hægt að bæta gæði þjónustunnar til notenda á sama tíma og dregið er úr þörf fyrir dýrari þjónustu og þjónustan almennt veitt með hagkvæmari hætti. Á næstu árum er fyrirsjáanleg mikil fjölgun í hópi aldraðra og má búast við aukinni eftirspurn eftir þjónustu. Í ADHOC rannsókninni kom í ljós að einstaklingar sem höfðu möguleika á að bæta færni sína fengu ekki nauðsynlega þjálfun og þetta átti við um 66% einstaklinganna frá hinum ellefu þátttökulöndum. Brýnt er að hinn aldraði einstaklingur fái þá þjónustu sem hann hefur þörf fyrir nægilega snemma því það kemur í veg fyrir skerðingu á færni, skilar sér í auknum lífsgæðum og ánægju notandans og dregur úr álagi á umönnunaraðila.

7 Heimildalisti

Agresti, A. og Finlay, B. (1986). *Statistical Methods for the Social Sciences*. San Francisco: Dellen Publishing Company.

Akureyrarbær (2005). *Ársskýrsla 2004*. Akureyri: Höfundur.

Akureyrarbær (e.d.). *Heimþjónusta*. Sótt 2. maí 2010 af <http://www.akureyri.is/thjonusta/eldri-borgarar/Heimathjonusta/>

Alaszewski, A., Billings, J. og Coxon, K. (2004). Integrated Health and Social Care for Older Persons: Theoretical and Conceptual Issues. Í Leichsenring, K. og Alaszewski, A. M. (ritstj.), *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons* (bls. 53-94). Vín: Ashgate Publishing Limited.

Ástríður Stefánsdóttir og Vilhjálmur Árnason (2004). *Sjálfræði og aldraðir í ljósi íslenskra aðstæðna*. Reykjavík: Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan.

Bengtson, V.L., Carolyn Rosenthal og Linda Burton (1990). Families and Aging: Diversity and Heterogeneity. Í Binstock, R.H. og George, L.K. (ritstj.) *Handbook of Aging and the Social Sciences* (263- 287). London: Academic Press, Inc.

Beresford, P., Croft, S., Evans, C. og Harding, T. (1999). Quality in Personal Social Services: The Developing Role of User Involvement in the UK. Í Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. og Wistow, G. (ritstj.), *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments* (bls. 63-80). Vín: Ashgate Publishing Limited.

Berglind Magnúsdóttir (2004). *Tilraunaverkefni á „Samþættingu félagslegrar heimþjónustu og heimahjúkrunar í Reykjavík” Framvinduskýrsla fyrir Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Próunar- og fjölskyldusvið Reykjavíkurborgar*. Reykjavík: Heilsugæslan/Miðstöð heimahjúkrunar og Félagsþjónustan í Reykjavík.

- Berglind Magnúsdóttir (2006). *Sambætting heimaþjónusta í Reykjavík, -febrúar 2004 til febrúar 2006-*. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar og Heilsugæslan/Miðstöð heimahjúkrunar.
- Berglind Magnúsdóttir (2010). Fyrirlestur hjá Fagdeild félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu 20. apríl 2010.
- Bond, J. og Cabrero, G. R. (2007). Health and dependency in later life. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. J. (ritstj.), *Ageing in Society* (3. útgáfa) (bls. 113-141). London: Sage Publications.
- Borgarhagfræðingur Reykjavíkurborgar (2009, janúar). Tölulegar upplýsingar um mannfjöldaspá fyrir Reykjavík. Eigin útreikningar.
- Brynhildur Barðadóttir og Sigríður Jónsdóttir (2008). *Félagsleg heimaþjónusta – Viðhorf notenda*. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar.
- Börsch-Supan, A. (2008). Introduction. Í Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J. og Weber, G. (ritstj.), *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007) (bls. 125-130). Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Edvardsson, B. (1996). *Kvalitet och tjänsteutveckling*. Lundur, Svíþjóð: Höfundur og Studentlitteratur.
- Ellý A. Þorsteinsdóttir, Þórdís Lóa Þórhallsdóttir og Berglind Magnúsdóttir (2004). *Sambætting heimaþjónustu og heimahjúkrunar í Reykjavík*. Fyrirlestur á opnu málþingi Félagsþjónustunnar í Reykjavík 4. nóvember 2004.
- Etheridge, F., Couturier, Y., Trouvé, H. Saint-Jean, O. og Somme, D. (2009, 16. desember). Is the PRISMA-France glass half-full or half-empty? The emergence and management of polarized views regarding an integrative change process. *International Journal of Integrated Care*, 9. Sótt 1. apríl 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/510/1018>.

Félagsmálaráðuneyti (2000, 13. september). *Mat á árangri*. Fréttatilkynning vegna útkomu skýrslu PricewaterhouseCoopers á reynslusveitarfélagaverkefnum. Sótt 13. maí 2010 af <http://www.felagsmalaraduneyti.is/media/word-skjol/Reynslusveitarfelog-frettatilkynning.doc>.

Félagsmálaráðuneyti (2003, 17. mars). *Skýrsla félagsmálaráðherra um framkvæmd verkefnis um reynslusveitarfélög*. Sótt 13. maí 2010 af <http://www.felagsmalaraduneyti.is/frettir/frettatilkynningar/nr/580>.

Félags- og tryggingamálaráðuneyti (2008, 27. júní). *Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára. Tillögur ráðgjafarhóps félags- og tryggingamálaráðherra*. Reykjavík: Höfundur. Sótt 20. ágúst 2008 af http://www.felagsmalaraduneyti.is/media/aldradir/Tillogur_radgjafarhops_um_stefnu_i_tjonustu_vid_aldrada2.pdf.

Félags- og tryggingamálaráðuneyti (e.d.). *Verkefnisstjórn um verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga*. Sótt 30. mars 2010 af <http://www.felagsmalaraduneyti.is/raduneyti/nefndir-rad-stjornir/nr/3141>.

Finne-Soveri, H., Noro, A., Jonsson, P.V., Ljunggren, G., Vengnes Grue, E., Jensdottir, A.B., Björkgren, M., Lindman, K., Schroll, M. og Wergeland Sørbye, L. (2008). *Nord RAI Network and Research in the Care for Older Persons. Final Report 1998-2008*. Sótt 22. apríl 2010 af <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R27-2008-VERKKO.pdf>.

Forsætisráðuneyti, (2008, 12. ágúst). *Yfirlýsing ríkisstjórnarinnar um uppbyggingu hjúkrunarheimila*. Sótt 20. október 2008 af <http://www.forsaetisraduneyti.is/frettir/nr/2983>.

Fries, B. (2008). Fyrirlestur í heilbrigðisráðuneytinu 11. september 2008.

Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. og Dubois, M.-F. (2005). Determinants of Satisfaction and Empowerment in the Very Old. Í Hébert, R., Tourigny, A. og Gagnon, M. (ritstj.), *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy* (bls. 257-272). Québec, Kanada: Edisem.

- Guðrún Reykdal og Sigríður Jónsdóttir (2000). „*Hún er gersemi hún Guðrún mín.*“
Viðhorf notenda félagslegrar heimaþjónustu – 68 ára og eldri. Reykjavík:
Félagsþjónustan í Reykjavík.
- Guðrún Reykdal (2005). Erindi á Opnu málþingi um sameiginlegt matstæki á
þjónustupörf aldraðra í heimahúsum í Ráðhúsi Reykjavíkur 17. mars 2005.
- Guðrún Reykdal (2009). Könnun á viðhorfum notenda til heimahjúkrunar. Óútgefin gögn.
- Hagstofa Íslands (2008, 17. desember). *Spá um mannfjölda 2008-2050.* Hagstofa
Íslands. Sótt 19. ágúst 2009 af <http://hagstofan.is/Pages/95?NewsID=4164>.
- Hagstofa Íslands (e.d.). *Mannfjöldaspá.* Sótt 19. ágúst 2009 af http://hagstofan.is/vorulyningar/v_transporter.asp?filename=V00141.htm.
- Ham, C. (2005). “*Primary care reform: a framework for integrated services*”.
Fyrirlestur á The Sixth International Conference on Integrated Care 14.-15.
febrúar 2005 í Dublin, Írlandi.
- Hedges, B. (2004). Sampling. Í Seale, C. (ritstj.), *Social Research Methods. A reader*
(bls. 63-72). London: Routledge.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1999). *Heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra
sem njóta þjónustu heimahjúkrunar. Rannsókn framkvæmd af RAI-stýrihóp 1997-
1998 með þátttöku fjögurra heilsugæslustöðva á Stór-Reykjavíkursvæðinu.*
Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010.
Langtímamarkmið í heilbrigðismálum.* Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2002). *Áætlun um uppbyggingu
öldrunarþjónustu 2002-2007.* Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2003). *Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í
málefnum aldraðra til ársins 2015.* Reykjavík: Höfundur.

- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2006, 19. júlí). *Víðtækt samkomulag um bættan hag aldraðra*. Sótt 25. júlí af <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr./2238>.
- Heilsugæslan/Miðstöð heimahjúkrunar og Félagsþjónustan í Reykjavík (2004, ágúst). *Sambætting á heimaþjónustu í Reykjavík*. Fréttablað um sambættingu heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu í Reykjavík. Reykjavík: Höfundur.
- Heimaþjónusta Reykjavíkur (2010). *Ársskýrsla Heimaþjónustu Reykjavíkur 2009*. Reykjavík: Heimaþjónusta Reykjavíkur.
- Henrard, J.-C. (2004). *Integrated care: differences in definitions and contents*. Erindi á ráðstefnunni Providing integrated health and social care for older persons – Facing the challenges in Europe sem haldin var í Feneyjum á Ítalíu 21.-23. október 2004.
- Hébert, R. (2005). *Integrated Services Delivery to Ensure Personal Autonomy*. Í Hébert, R., Tourigny, A. og Gagnon, M. (ritstj.), *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy* (bls. 1-6). Québec, Kanada: Edisem.
- Hébert, R. and the members of the PRISMA Group (2005). *PRISMA. A New Model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada*. Í Hébert, R., Tourigny, A. og Gagnon, M. (ritstj.), *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy* (bls. 7-22). Québec, Kanada: Edisem.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., Dubuc, N. and the PRISMA-Estrie Group (2008, 14. febrúar). *The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data*. *International Journal of Integrated Care*, 8. Sótt 6. apríl 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/229/456>.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H. og Rusticelli, E. (2007). *Improved Health System Performance through Better Care Coordination*. OECD Health Working Paper no. 30. París: OECD. Sótt 10. apríl 2010 af <http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf>

- Hrafn Pálsson (2003, október). RAI-mat 10 ára. *RAI fréttabréf. Raunverulegur aðbúnaður íbúa* (bls. 1). Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Hyman, H.H., Cobb, W.J., Feldman, J.J., Hart, C.W. og Stember, C.H. (2004). Interviewing in Social Research. Í Seale, C. (ritstj.), *Social Research Methods. A reader* (bls. 88-95). London: Routledge.
- Höfn tekur við heilbrigðis- og öldrunarmálum (1995, 24. desember). Morgunblaðið. Sótt 2. maí 2010 af http://www.mbl.is/mm/gagnasafn/grein.html?grein_id=241171.
- Ingibjörg Broddadóttir, Guðný Eydal, Steinunn Hrafnadóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir (1997). The development of local authority social services in Iceland. Í Sipilä, J. (ritstj.) *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model* (bls. 51-76). Aldershot í Englandi: Avebury.
- Kodner, D.L. og Spreeuwenberg, C. (2002, október - desember). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated care*, 2. Sótt 4. janúar 2009 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/67/133>.
- Kodner, D.L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14 (5) (bls. 384-390).
- Kok, R., Avendano, M. og Mackenbach, J. (2008). The Association Between Socioeconomic Status and Changes in Health in Europe. Í Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J. og Weber, G. (ritstj.), *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension* (bls. 125-130). Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Kristín Björnsdóttir og Sigríður Þorgeirsdóttir (2004). Velferðarþjónusta á tímamótum. Siðfræðilegar hugleiðingar um mörkin á milli ábyrgðar einstaklinga og hins opinbera í umönnun sjúkra á heimilum. Í Irma Erlingsdóttir (ritstj.),

- Fléttur II. Kynjafræði – Kortlagningar* (bls. 273-291). Reykjavík: Rannsóknastofa í kvenna- og kynjafræðum.
- Kröger, T. (2005). Interplay between Formal and Informal Care for Older People: The State of the Nordic Research. Í Marta Szebehely (ritstj.), *Áldreomsorgsforskning í Norden. En kunskapsöversikt* (bls. 243-280). Kaupmannahöfn: Norræna ráðherranefndin.
- Landlæknisembættið (2006). *Könnun á aðstæðum og viðhorfum meðal aldraðra á biðlista í Reykjavík*. Reykjavík: Höfundur.
- Lára Björnsdóttir (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstj.), *Heilbrigði og heildarsýn. Félagráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 49-61). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Leichsenring, K. (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview. Í Leichsenring, K. og Alaszewski, A. M. (ritstj.), *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake* (bls. 9-52). Vín: Ashgate Publishing Limited.
- Lloyd, J. og Wait, S (2006). *Integrated Care. A Guide for Policymakers*. London, England: Alliance for Health and the Future. Sótt 26. júlí 2009 af http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_7.pdf.
- Lowenstein, A. (2004). *The family carer's perspective*. Erindi á ráðstefnunni Providing integrated health and social care for older persons – Facing the challenges in Europe sem haldin var í Feneyjum á Ítalíu 21.-23. október 2004.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.
- Lög um málefni aldraðra nr. 91/1982.
- Lög um málefni aldraðra nr. 82/1989.
- Lög um reynslusveitarfélög nr. 82/1994.

- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. CPRN Research Report. Ontario: Canadian Policy Research Networks.
- Margrét Reynisdóttir (2006). *Þjónustugæði. Samkeppnisforskot og velgengi*. Reykjavík: Impra nýsköpunarmiðstöð – Iðntæknistofnun og Samtök verslunar og þjónustu.
- Myrdal, A., and Klein, V. (1956). *Women's Two Roles: Home and Work*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Mäntysaari, M. (1997). Quality Management in Finland – Problems and Possibilities. Í Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. og Wistow, G. (ritstj.), *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments* (bls. 49-62). Vín: Ashgate Publishing Limited.
- Nordic Council of Ministers (2007). *Nordic Statistical Yearbook 2007*. Kaupmannahöfn: Höfundur.
- Nordic Social-Statistical Committee [NOSOSCO] (2009). *Social Protection in the Nordic Countries, 2007/2008. Scope, Expenditure and Financing*. Kaupmannahöfn: Höfundur.
- Oddur Ingimarsson (2003). *Vistunarmat aldraðra í 10 ár*. Óbirt lokahandrit 4. árs verkefnis í læknisfræði.
- Oppenheim, A.N. (2004). The Quantification of Questionnaire Data. Í Seale, C. (ritstj.), *Social Research Methods. A reader* (bls. 141-148). London: Routledge.
- Ómar Friðriksson (2006, 20. júlí). Hærri bætur, minni skerðingar og aukin uppbygging. *Morgunblaðið*, bls. 6.
- Pálmi V. Jónsson (2003). RAI fjölskyldan á Íslandi. *Öldrun*, 21, 1. tbl. (bls. 4-8).
- Pálmi V. Jónsson, Anna Birna Jensdóttir, Rakel Þórisdóttir, Guðrún Reykdal, Fanney Friðbjörnsdóttir, Lúðvík Ólafsson, Þórunn Ólafsdóttir, Þórdís Lóa Þórhallsdóttir og ADHOC rannsóknarhópurinn (2003a). *ADHOC. Samevrópskt rannsókn á*

- heimþjónustu í 9 löndum*. Veggspjaldakynning á XI ráðstefnunni um rannsóknir í læknadeild, tannlæknadeild og lyfjafræðideild Háskóla Íslands 3. og 4. janúar 2003.
- Pálmi V. Jónsson, Hlíf Guðmundsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Marianna Haraldsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Ómar Harðarson og Hrafn Pálsson (2003b). Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimþjónustu heilsugæslunnar 1997. *Læknablaðið*, 89 (bls. 313-318). Reykjavík: Læknafélag Íslands og Læknafélag Reykjavíkur.
- Pálmi V. Jónsson og Hrafn Pálsson (2003, maí). Toward Informed and Evidence-based Elderly Care: The RAI Experience in Iceland. Í *Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries* (bls. 49-61). Milbank Memorial Fund. Sótt 12. maí 2003 af <http://www.milbank.org/reports/interRAI/030222interRai.html>.
- Peace, S., Dittmann-Kohli, F., Westerhof, G.J. og Bond, J. (2007). The ageing world. Í John Bond, Sheila Peace, Freya Dittmann-Kohli og Gerben J. Westerhof (ritstj.), *Ageing in Society*, 3. útg., (bls. 1-14). London: Sage Publications.
- PricewaterhouseCoopers (2000). *Reynslusveitarfélög. Heildarmat á árangri*. Matskýrsla unnin fyrir félagsmálaráðuneyti.
- PricewaterhouseCoopers (2003). *Reynslusveitarfélög. Mat á árangri. Yfirlit yfir nokkra þætti verkefna reynslusveitarfélaga árið 2001*. Matskýrsla unnin fyrir félagsmálaráðuneyti.
- Raîche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F. and the PRISMA partners (2005). User Guide for the PRISMA-7 Questionnaire to Identify Elderly People with Severe Loss of Autonomy. Í Hébert, R., Tourigny, A. og Gagnon, M. (ritstj.), *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy* (bls. 147-165). Québec, Kanada: Edisem.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. og McCormack, B. (2005, janúar - mars). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 5. Sótt 24. janúar 2005 af http://www.ijic.org/egi-in/pw.egi/articles/000208/article_content.htm.

- Reykjavíkurborg (e.d.). *Fundargerð 30. fundar velferðarráðs Reykjavíkurborgar 8. febrúar 2006.*
- Reykjavíkurborg (2008). *Hagir og viðhorf eldri borgara. Viðhorfsrannsókn.* Reykjavík: Höfundur.
- Reykjavíkurborg, Landssamband eldri borgara, félagsmálaráðuneytið og Öldrunarráð Íslands (2007). *Hagir og viðhorf eldri borgara. Sérvinnsla fyrir Reykjavíkurborg. Viðhorfsrannsókn.* Reykjavík: Höfundur.
- Ríkisendurskoðun (2000). *Reynslusveitarfélög. –Samningar við Akureyrarbæ.* Reykjavík: Höfundur.
- Sara Sigurbjörns- og Öldudóttir (2006). *Sambætting félagslegrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar í Reykjavík. Framhaldsverkefni styrkt af Nýsköpunarsjóði námsmanna.* Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar.
- Sigríður Egilsdóttir (2006). Hvað er RAI-mat í öldrunarþjónustu? *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 2 tbl. 82. árg. (bls. 20-23). Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Sipilä, J. (1997). Introduction. Í Sipilä, J. (ritstj.) *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model* (bls. 1-8). Aldershot í Englandi: Avebury.
- Sipilä, J., Anderson, M., Hammarqvist, S.-E., Nordlander, L., Rauhala, P.-L., Thomsen, K. og Warming Nielsen, H. (1997). A multitude of universal public services – how and why did four Scandinavian countries get their social care model. Í Sipilä, J. (ritstj.) *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model* (bls. 27-50). Aldershot í Englandi: Avebury.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir (2003). Velliðan á efri árum – áhrifaþættir og stefnumörkun. Í Friðrik H. Jónsson (ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum IV. Félagsvísindadeild* (bls. 227-233). Reykjavík: Háskólaútgáfan.

- Sigurveig H. Sigurðardóttir (2006). Aldraðir – fræðin og framtíðin. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstj.), *Heilbrigði og heildarsýn Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 259-269). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Sinha, S. (2005). Developin a Framework for Interprofessional Working Amongst Health and Social Care Professionals. Fyrirlestur á The Sixth International Conference on Integrated Care 14.-15. febrúar 2005 í Dublin, Írlandi.
- Skýrsla um hlutdeild notenda í einstaklingsmiðaðri félagslegri þjónustu* (2004). Council of Europe: Þýðing unnin í september 2005 á vegum félagsmálaráðuneytis, heilbrigðis- og tryggingamála-ráðuneytis og Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar.
- Starfshópur um samtvinnun heimaþjónustu við aldraða (2003). Greinargerð um samtvinnun félagslegrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar. Reykjavík: Höfundur.
- Stefán Ólafsson (1993). Þróun velferðarríkisins. Í Guðmundur Hálfðanarson og Svanur Kristjánsson (ritstj.), *Íslensk þjóðfélagsþróun 1880-1990. Ritgerðir* (bls. 399-430). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands og Sagnfræðistofnun Háskóla Íslands.
- Stefán Ólafsson (1999). *Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Stefán Ólafsson (2003). Framþróun velferðarríkisins. Frá ölmusu til borgararéttinda – og aftur til baka? Í Friðrik H. Jónsson (ritstj.), *Rannsóknir í félagsvísindum IV. Félagsvísindadeild* (bls. 93-104). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Stein, K. V. og Rieder, A. (2009, 8. apríl). Integrated care at the crossroads – defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9. Sótt 6. apríl 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/315/628>.
- Stone, R. (2004). *The quality of service/quality of work perspective*. Erindi á ráðstefnunni Providing integrated health and social care for older persons – Facing the challenges in Europe sem haldin var í Feneyjum á Ítalíu 21.-23. október 2004.

- Sørbye, L. W., Garms-Homolová, V., Henrard, J. C., Jónsson, P. V., Fialova, D., Topinkova, E. og Gambassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project (bls. 235-242). *Maturitas*, 62, 3.
- Tourigny, A., Durand, P. J., Bonin, L., Hébert, R. og Rochette, L. (2005). Evaluation of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery (ISD) Network for Frail Elderly. Í Hébert, R., Tourigny, A. og Gagnon, M. (ritstj.), *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy* (bls. 51-71). Québec, Kanada: Edisem.
- Vondeling, H. (2004, 1. mars). Economic evaluation of integrated care: an introduction. *International Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 31. mars 2005 af http://www.ijic.org/publish/articles/000157/article_print.html.
- Þóra Hrönn Þorgeirsdóttir (2004). *Sambætting félagslegrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar í Reykjavík. Verkefni styrkt af Nýsköpunarsjóði námsmanna*. Reykjavík: Félagsþjónustan í Reykjavík.