



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Hjúkrunarfræðideild

Sambætt heilbrigðis- og félagsþjónusta fyrir aldraða

Fræðileg samantekt

Hildur Elísabet Pétursdóttir

Leiðbeinandi
Kristín Björnsdóttir

Samþætt heilbrigðis- og félagsþjónusta fyrir aldraða

Lokaverkefni til Meistaraprófs í hjúkrunarfræði (30 einingar) við
hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Útgáfuréttur © 2011 Hildur Elísabet Pétursdóttir

Prentað á Íslandi af Pixel ehf.
Ísafjörður, 2011

Útdráttur

Á Íslandi sem og í hinum vestræna heimi mun öldruðum fjölga hlutfallslega á komandi áratugum. Með hækkandi aldri aukast líkur á langvinnum sjúkdómum sem kalla á margháttða aðstoð frá hinu opinbera. Á liðnum áratugum hefur verið þróuð fjölbreytt heimaþjónusta, bæði heilbrigðis- og félagsþjónusta sem miðar að því að uppfylla líkamlegar, andlegar og félagslegar þarfir eldri borgara. Flest sveitarfélög hafa slíka þjónustu og er markmið hennar að gera öldruðum kleift að eyða ævikvöldinu eins lengi og hægt er á heimili sínu. Hér á landi er ábyrgð á þjónustu fyrir aldraðra í heimahúsum á hendi tveggja aðila, sveitarfélögin bera ábyrgð á félagsþjónustu en ríkið á heimahjúkrun. Yfirlýst stefna stjórnvalda er að færa málaflokk aldraðra yfir til sveitarfélaganna og samtvinna þessa þjónustu undir sameiginlega stjórn þar sem sveitarfélögin verða ábyrg fyrir framkvæmd og fjárhag.

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar var tvíþættur, í fyrsta lagi að skoða hver væri ávinningur samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraðra í heimahúsum og í öðru lagi að kanna hvað einkennir árangursrík samþættingarverkefni á því sviði. Fræðilega samantektin byggir á rannsókn- og yfirlitsgreinum frá árunum 2000-2011 auk tímamótagreina sem birtust fyrir þann tíma.

Samkvæmt niðurstöðum samantektarinnar er megin tilgangur samþættingarinnar annars vegar að auka hagkvæmni og skilvirkni og hins vegar að auka gæði þjónustunnar og ánægju skjólstaðinganna. Árangursríkustu samþættingarverkefnin fela meðal annars í sér þjónustustjóra/þjónustustjórnun, eina þjónustugátt, einstaklingshæfða áætlun og mat, árangursríka teymisvinnu og góða eftirfylgni. Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu hefur sýnt að aldraðir geta lengur notið lífsins á eigin heimili sé vel staðið að hverjum þjónustubætti og samþættingu þeirra.

Abstract

In Iceland, just as in every western country, the number of older people will grow in the next decades. Higher age calls for more government support given the fact that the number of complex health problems will grow as well. In past decades a broad variety of home-services, both health and socially oriented, has been developed, aiming to fulfill the physical, psychological and social needs of the elderly. This kind of service can be found in most communities, it's aim is to make it possible for older people to stay for as long as they can at their home. In Iceland the responsibility for the home-service for the elderly rests on two shoulders: the communities are responsible for the social service but the state for health care. The government has, however, decided to shift the responsibility for health services to the communities and integrate these two kinds of service where the communities would be responsible for both its execution and finances.

The purpose of this literature review was twofold: to analyse the gains from integrating health- and social services and to identify characteristics of a successful integration on the field. The review is based on articles from 2000-2011 and breakthrough articles that were published before that.

According to the conclusion of the review the main purpose of integration is to improve continuity and increase the efficiency and efficacy of services and, on the other hand, to increase the quality of service and customer satisfaction. The most successful integration projects include a case manager/management, a single entry point, an individualized service plans and evaluation, successful teamwork and good follow-up. The integration of health- and social services has shown that the elderly can enjoy a longer stay at their own home if every aspect of the service and integration is taken into account and meticulously planned.

Þakkir

Leiðbeinanda mínum Kristínu Björnsdóttur vil ég þakka fyrir góðar ábendingar, skilning og þolinmæði við gerð þessa verkefnis. Sólrúnu Geirsdóttur þakka ég yfirlestur. Deildarstjóranum mínum, Rannveigu Björnsdóttur þakka ég innilega liðlegheit, hvatningu og stuðning sem og samstarfsfólki mínu öllu. Stjórn Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða fær þakkir fyrir veittan stuðning meðan á námi mínu hefur staðið.

Fjölskyldu minni og vinum þakka ég fyrir umburðarlyndi og hvatningu, eiginmanni mínum Svavari þór og strákunum mínum Tómasi Helga, Pétri Erni og Guðmundi Arnari þakka ég mest og best.

Efnisyfirlit

Útdráttur	iii
Abstract	iv
Þakkir	v
Efnisyfirlit	vi
Myndayfirlit	ix
Töfluyfirlit.....	ix
Inngangur	1
Rannsóknarspurningar.....	3
Fræðilegur bakgrunnur.....	4
Þjónusta við aldraða.....	4
Frá ríki til sveitarfélaga.....	4
Samþætt þjónusta	5
Þörfin fyrir samþætta þjónustu.....	7
Fjölgun aldraða	8
Langvinnir sjúkdómar	8
Samfélagslegar breytingar.....	9
Hugmyndafræði Samþættrar þjónustu	9
Hugmyndarammi Walter Leutz um samþætta þjónustu.....	10
Stig samþættrar heilbrigðis- og félagsþjónustu.....	11
Margar hliðar samþættingarinnar	13
Aðferðafræði	15
Leitaraðferð	15
Leitarskilyrði	15
Tímabil	15
Enska	16
Heilbrigðis- og félagsþjónusta	16

Skjólstaðingahópur.....	16
Staðsetning.....	16
Markmið, árangur og ávinningur samþættingar.....	16
Gagnasöfnun.....	17
Úrvinnsla gagna.....	17
Niðurstöður.....	18
Samþættingarverkefni í heilbrigðis- og félagsþjónustu.....	18
Sameiginlegir þættir verkefnanna.....	18
PACE.....	19
WPP.....	21
SHMO.....	22
SIPA.....	22
PRISMA.....	23
Evrópsk samvinnuverkefni um samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu.....	24
Procare.....	26
Carmen.....	27
Tengsl samþættingar og stjórnsýslunnar.....	28
Samþætt þjónusta í Danmörku.....	29
Samþætt þjónusta í Svíþjóð.....	34
Einkenni árangursríkra samþættingarverkefna.....	35
Þjónustustjórnun/þjónustustjóri.....	36
Ein þjónustugátt.....	37
Þjónustuáætlun.....	37
Matstæki.....	38
Sameiginlegt upplýsingaforrit- skráning.....	39
Teymisvinna.....	40
Sameiginlegt húsnæði.....	40
Markmið og ávinningur samþættingar.....	40

Hagkvæmni og skilvirkni.....	43
Innlagnir á sjúkrahús, legudagar, komur á bráðamóttöku.....	44
Hjúkrunarheimili.....	46
Ánægja skjólstæðinga.....	47
Ánægja og álag á aðstandendur.....	48
Umræða.....	49
Samþættingarverkefni í heilbrigðis- og félagsþjónustu.....	49
Einkenni árangursríkra samþættingarverkefna.....	51
Markmið og ávinningur samþættingar.....	52
Samþætting á Íslandi.....	53
Takmörkun verkefnis.....	53
Frekari rannsóknir.....	54
Heimildaskrá.....	56

Myndayfirlit

Mynd 1. Aðlöguð mynd af kvarða Ahgren og Axelsson	14
---	----

Töfluyfirlit

Tafla 1. Séreinkenni verkefna.....	21
Tafla 2. Niðurstöður rannsókna á árangri samþættingarverkefna.....	43

Inngangur

Um allan hinn vestræna heim fer lífaldur hækkandi og hlutfall aldraðra eykst mikið. Þetta skýrist af minni fæðingartíðni, heilbrigðari lífstíl, betri aðbúnaði fólks og miklum framförum í læknis og lyfjafræði ásamt fleiru (Williams o.fl., 2009). Gangi spá Hagstofu Íslands eftir mun fjöldi aldraðra, 67 ára og eldri aukast úr 10,4% 2010 og í 21,1% árið 2060 yfir landið allt. Í mínum heimahögum, Í Ísafjarðarbæ eins og víðar á landsbyggðinni hafa samfélögin verið að eldast mikið undanfarin ár. Árið 2010 voru 25,6% íbúanna eldri en 67 ára í Ísafjarðarbæ og mun hlutfall aldraðra halda áfram að hækka ef byggðaðróunin heldur áfram eins og verið hefur (Hagstofa Íslands, 2010).

Undanfarin ár hefur það verið stefna stjórnvalda að stuðla að sem minnstri röskun á högum aldraðra þegar heilsunni fer að hraka og tekið sé mið af þörfum þeirra á öllum sviðum þjónustunnar. Stefnan er að aldraðir geti með öflugri heilbrigðis- og félagsþjónustu búið heima sem lengst og haldið þannig sjálfstæði sínu og reisin (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Opinberir aðilar, bæði ríki og sveitarfélög hafa lagt áherslu á að bæta þjónustu sína og fjölga úrræðum til að gera öldruðum þetta fært og víðast á landinu eiga aldraðir kost á heimahjúkrun, heimaþjónustu og félagslegri þjónustu af ýmsum toga (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2010). Í meistararannsókn Sólborgar Sumarliðadóttur (2008) kom fram að greiður aðgangur að opinberri þjónustu svo sem heimahjúkrun, heimaþjónustu og félagslegri þjónustu voru þeir þættir sem aldraðir töldu grundvallaratriði fyrir áframhaldandi búsetu heima.

Í raun má segja að umönnun aldraðra með langvinna sjúkdóma sé að hluta til heilbrigðisþjónusta og að hluta til félagsleg þjónusta, þar sem þarfir þeirra eru margbreytilegar og að ýmsu þarf að hyggja til að gera þeim kleift að búa heima sem lengst (Kodner, 2006). Eftir því sem þjónustan verður víðfeðmari og flóknari og skiptist á fleiri aðila verður samfellan í þjónustunni minni, upplýsingaflæði

verður tregara og líkur á tvíverknaði eykst en einnig hættan á að gat verði í þjónustunni (Hébert, Durand, Dubuc og Tourigny, 2003a; Hébert, Dubois, Raiche og Dubuc, 2008). Til að reyna að samræma þjónustuna við þessa einstaklinga hefur verið lögð meiri áhersla á heildræna þjónustu þar sem horft er á manneskjuna og þarfir hennar í heild sinni. Til þess þarf að samþætta alla þætti, stofnanir, fagfólk, stefnumótunaraðila, stjórnendur og fleiri sem standa að þjónustunni við þessa skjólstæðinga (Kodner, 2006). Viða um heim hafa verið sett á laggirnar verkefni sem hafa það að markmiði að samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða.

Hjúkrunarfræðingar skipa stóran sess í umönnun aldraðra. Stjórn og skipulagning heimahjúkrunar er yfirleitt í þeirra höndum, útskriftaáætlanir af sjúkrahúsum eru yfirleitt settar upp af hjúkrunarfræðingum og þjónustustjórar í samþættingarverkefnum um allan heim eru yfirleitt hjúkrunarfræðingar eða félagsráðgjafar (Leichsenring, 2004a; Somme, Hébert, Bravo, Blanchard og Saint-Jean, 2007; Weiner, Hughes, Challis og Pedersen, 2003). Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu er því spennandi verkefni fyrir hjúkrunarfræðinga sem hafa mikla reynslu og þekkingu í þessum málaflokki.

Í dag er staðan sú á Íslandi að sveitarfélögin eru með heimaþjónustuna og félagslegu þjónustuna á sínum snærum en ríkið sér um heimahjúkrunina. Yfirlýst stefna stjórnvalda er að flytja málaflokk aldraðra alfarið yfir til sveitarfélaganna innan fárra ára. Þann 1. janúar 2011 fluttist málaflokkur fatlaðra yfir til sveitarfélaganna og mikil vinna hefur farið fram bæði hjá ríki og sveitarfélögum til undirbúnings þeim flutningi. Hvernig til tekst með þær breytingar mun að sjálfsögðu hafa áhrif á flutning málaflokks aldraðra og sú reynsla sem þar hefur safnast nýtast. Í þessu verkefni langar mig til að ryðja aðeins veginn í þeirri vinnu sem koma skal og skoða hver árangur af samþættingarverkefnum fyrir aldraða hefur verið og hvað einkennir þau helst. Rannsóknarspurningarnar voru því eftirfarandi:

Rannsóknarspurningar

Í samantektinni var leitast við að svara eftirfarandi spurningum:

1. Hver eru markmið og árangur samþættrar heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða?
2. Hvað einkennir árangursrík verkefni á sviði samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða?

Fræðilegur bakgrunnur

Þjónusta við aldraða

Miklar breytingar hafa orðið á þjónustu við aldraða undanfarna áratugi. Um miðja öldina og fram á áttunda áratuginn var mikil áhersla lögð á uppbyggingu stofnana fyrir aldraða. Upp úr því fór athyglin að beinast að heimaþjónustu og á Íslandi hefur ríkt sú stefna undanfarin ár að stuðla að því að aldraðir einstaklingar geti búið heima eins lengi og hægt er með viðeigandi stuðningi. Þetta kemur skýrt fram í fyrstu grein laga um málefni aldraðra (nr. 25/1999) en þar stendur „að aldraðir geti, eins lengi og unnt er, búið við eðlilegt heimilislíf en að jafnframt sé tryggð nauðsynleg stofnanþjónusta þegar hennar er þörf“. Á liðnum áratugum hefur verið þróuð fjölbreytt heimaþjónusta, bæði heilbrigðis- og félagsþjónusta sem miðar að því að uppfylla líkamlegar, andlegar og félagslegar þarfir eldri borgara (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2010).

Frá ríki til sveitarfélaga.

Á Íslandi er uppbygging og skipulag þjónustu við aldraða í heimahúsum tvíþætt. Annars vegar er heilbrigðisþáttur heimaþjónustunnar sem starfar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu. Hins vegar er félagslegur þáttur heimaþjónustu viðkomandi sveitarfélaga sem starfar eftir lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga (Lög um málefni aldraðra nr. 25/1999). Samkvæmt þessum lögum er heimahjúkrun fyrir aldraða á vegum ríkisins en félagsþjónusta við aldraða á vegum sveitarfélaganna. Allt til 1. janúar 2011 heyrðu þessir málaflokkar hvor undir sitt ráðuneytið en þá sameinuðust Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Félagsmálaráðuneytið í eitt Velferðaráðuneyti. Þessi skipting milli ráðuneyta sem á sér fyrst og fremst sögulegar og menningarlegar skýringar hefur orðið til þess að öll skipulagning og stjórnun heimahjúkrunar annars vegar og

félagsþjónustu hins vegar hefur verið í tveimur ráðuneytum oft með litlu samráði á milli (Lára Björnsdóttir, 2006).

Þrátt fyrir að þessir málaflokkar hafi tilheyrt sitt hvoru ráðuneytinu kemur fram í lögum um málefni aldraða að með hag aldrara að leiðarljósi skuli reyna að skipuleggja heilbrigðis- og félagslega þætti heimaþjónustunnar þannig að samhæfing og samfella verði í þjónustunni (Lög um málefni aldraðra nr. 25/1999). Á þessu má sjá að hugmyndin um að reyna að tvinnna saman þessa þjónustu er ekki alveg ný á nálinni og ýmislegt hefur verið gert á Íslandi á síðustu árum í átt að samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu. Hinn 19. nóvember 2002 var gert samkomulag milli ríkisstjórnarinnar og félags eldri borgara um að samþætta þessa þjónustu undir eina sameiginlega stjórn sem yrði svo ábyrg fyrir framkvæmd og fjárhag (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Átti þetta ákvæði þegar í stað að koma til framkvæmda. Ekki hefur það gengið algjörlega eftir en ýmislegt hefur áunnist. Um nokkurra ára skeið hafa Akureyri og Höfn verið reynslusveitarfélög á sviði öldrunarmála, þar sem heimahjúkrun aldraða hefur verið á ábyrgð sveitarfélaganna og í janúar 2009 var gerður þjónustusamningur til þriggja ára við Velferðasvið Reykjavíkurborgar um að starfsemi heimahjúkrunar í Reykjavík flyttist til borgarinnar (Velferðasvið Reykjavíkurborgar, 2009). Stefna ríkisstjórnarinnar er að ganga alla leið í þessu máli og flytja málefni aldraðra til sveitarfélaganna (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008).

Samþætt þjónusta

Orðið samþætting er þýðing á enska orðinu integration, komið af latneska orðinu integer sem þýðir að gera heilt/ fullkomið (Kodner og Spreeuwenberg, 2002). Hugtakið samþætt þjónusta (e. integrated care) hefur verið sannkallað tískuorð í Evrópu, N-Ameríku og víðar undanfarna áratugi og mörg samþættingarverkefni á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu hafa farið af stað víða um heim sem leið til

hagræðingar og aukinna gæða (Kodner, 2009). Hugmyndin um samþætta þjónustu hefur ekki bara náð til heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða, mikið hefur verið rætt um samþætta þjónustu fyrir fatlaða, fyrir langveik börn og fólk með ýmsa langvinna sjúkdóma eða eftir áföll t.d. eftir heilablóðfall.

Heilbrigðiskerfið sem slíkt hefur einnig leitað leiða til að samþætta sína þjónustu með það að markmiði að reyna að auka flæði og samhæfingu milli mismunandi þjónustustiga (Gröne og Garcia-Barbero, 2001; Vondeling, 2004). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (World Health Organisation) skilgreindi samþætta þjónustu innan heilbrigðiskerfisins á eftirfarandi hátt: „Samþætt þjónusta er hugtak sem tengir aðföng, framkvæmd, stjórnun og skipulagningu á þjónustu tengdri greiningu, meðferð, umönnun, endurhæfingu og heilsueflingu. Samþætting er leið til að auðvelda aðgengi að þjónustu, auka gæði hennar og ánægju skjólstæðinga sem og að efla skilvirkni“ (Gröne og Garcia-Barbero, 2001, bls.7).

Hugtakið samþætt þjónusta vísar til þess að ýmsir aðskildir þjónustupættir eru tengdir á þann hátt að þeir vinni saman sem ein heild. Þessi skilningur á hugtakinu endurspeglast m.a í skilgreiningu Kodner og Spreeuvenberg (2002) sem oft er vísað til.

Samþætting er sería aðferða og leiða á sviði fjármögnunar, stjórnunar, skipulagningar, veitingu þjónustunnar og á því stigi þar sem þjónustan er framkvæmt með það að takmarki að tengja lækningu og umönnun og koma um leið reglu á samskipti þeirra og samstarf. Takmarkið er að auka gæði þjónustunnar sem og að efla lífsgæði og ánægju skjólstæðinga með flókin langvinn heilsufarsvandamál sem þarfnast þjónustu margra og mismunandi aðila(Kodner og Spreeuvenberg, 2002, bls. 3).

Margar og mismunandi skilgreingar hafa verið settar fram varðandi hugtakið samþætt þjónusta sem á við samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu en hingað til hefur engin ein skilgreinig náð fötfestu (Bravo, Raiche, Dubois og Hébert, 2008; Kodner, 2009; Kodner og Spreeuvenberg, 2002; Vondeling,

2004). Skýringuna er mögulega að finna í því að margar fræðigreinar eins og hjúkrunarfræði, félagsfræði, læknisfræði, hagfræði, sjórn málafræði og stjórnmunarfræði koma að samþættri heilbrigðis- og félagsþjónustu sem allar hafa komið með sínar skilgreiningar, hugtök og hugmyndafræði inn í þróunina. (Billings og Malin, 2005; Stein og Rieder, 2009). Skortur á sameiginlegri skilgreiningu og sameiginlegri hugtakanotkun gerir allar rannsóknir og þróun á samþættri þjónustu erfiðari og samanburður og mat geta orðið óraunhæf (Kodner, 2009; Stein og Rieder, 2009).

Þörfin fyrir samþætta þjónustu

Hugmyndin um samþætta þjónustu hefur fengið aukið vægi innan stjórnmálanna í Evrópu, Bandaríkjunum og Kanada undanfarinn áratug. Stjórnmálamenn sem og fagaðilar eru farnir að horfa til þess að samvinna og samþætting þjónustu geti aukið hagkvæmni og mætt betur breyttum kröfum frá ört stækkandi hópi eldra fólks, fólki með langvinna sjúkdóma og fötluðum (Kodner, 2009; Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen, og Wistow, 2003). Umönnun þessa fólks getur verið margslungin, þarfir þeirra eru mjög mismunandi og meðferðir við sjúkdómum þeirra geta verið mjög flóknar. Læknar, hjúkrunarfræðingar, félagslegir þjónustuaðilar og fleiri koma að málinu í mismunandi mæli en þurfa í öllum tilvikum að vinna saman að andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði skjólstaðingsins (Mur-Veeman o.fl., 2003).

Í þessum kafla ætla ég skoða þörfina fyrir samþætta þjónustu út frá þremur þáttum. Í fyrsta lagi vegna fjölgunar aldraðra í heiminum sem verður til þess að öldrunarþjónustan verður æ fyrirferðarmeiri og dýrari í velferðarkerfinu. Í öðru lagi vegna aukningar á langvinnnum sjúkdómum sem fylgir hækkandi aldri og gerir alla þjónustu flóknari og í þriðja lagi vegna breyttra aðstæðna í samfélaginu.

Fjölgun aldraðra

Þjóðir heimsins og þá sérstaklega í hinum vestræna heimi hafa verið að eldast, bæði vegna lækkandi fæðingartíðni sem og lengri meðalævilengdar. Á Íslandi mun meðalaldur fólks hækka um 4-5 ár til ársins 2060 samkvæmt spá Hagstofu Íslands. Fjöldi aldraða, 67 ára og eldri eykst úr 10,4% árið 2010 og í 21,1% árið 2060 og hlutfall þeirra sem verða háaldraðir eða 85 ára og eldri verður 4,4% árið 2060 en var 1,5% árið 2010 gangi spá Hagstofunnar eftir (Hagstofa Íslands, 2010). Stór hluti aldraðra þarf litla sem enga þjónustu en með hækkandi aldri hrakar heilsunni og þörfin fyrir þjónustu eykst. Eins og sjá má af skýrslu Hagstofunnar fjölgar hlutfallslega mest í aldurshópnum 85 ára og eldri, en það er sá hópur sem þarfnast mestrar aðstoðar (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2010). Þessar breytingar á aldurskiptingu þjóðarinnar leiða til þess að hlutfallslega færri verða til að borga velferðarþjónustuna og hver aldraður einstaklingur nýtir þjónustuna í lengri tíma, þ.e það tímabil ævinnar sem einstaklingurinn er aldraður er orðið lengra en áður (Glendinning, 2003).

Langvinnir sjúkdómar

Við hækkandi aldur verða vandamál tengd líkamlegri, andlegri og félagslegri heilsu tíðari og flóknari. Langvinnir sjúkdómar svo sem hjartasjúkdómar, lungnasjúkdómar, gigt, kviði, depurð, sykursýki, afleiðingar heilablóðfalla og fleira verður algengara en einnig minnkar hugræn og líkamleg geta. Aldraðir verða í kjölfarið viðkvæmari fyrir öðrum áföllum eða veikindum svo sem föllum og influensu, meðferðin verður yfirleitt flóknari og þeir eru lengur að ná sér. Þrátt fyrir að sjúkrahúsdvöl hafi stytst mikið liggja aldraðir að meðaltali þrisvar sinnum lengur inni á sjúkrahúsum en aðrir. Hluti af þeirri skýringu er að ekki eru nægilega örugg úrræði í boði þegar heim er komið. Afleiðingin verður sú að aldraðir liggja í mjög dýrum leguplássum á bráðasjúkrahúsum og því er mikill þrýstingur frá bráðaþjónustunni að efla og samþætta heimaþjónustuna fyrir aldraða svo hægt sé að sinna þeim heima þegar bráðafasinn er liðinn hjá (Alaszewski, Billings og Coxon, 2004; Billings, Alaszewski og Coxon, 2004).

Umönnun aldraðra krefst því oft samvinnu margra aðila og samþættingar ýmissa úrræða. Ef þessu er ekki skipulega stjórnað getur farið svo að þörfum einstaklingsins sé ekki sinnt, þeir falli á milli þjónustukerfa eða að tvíverknaður eigi sér stað (Alaszewski o.fl., 2004). Þegar fjármagn og auðlindir eru takmarkaðar er nauðsynlegt að sú þjónusta sem veitt er uppfylli sem best þarfir skjólstæðinganna á eins hagkvæman hátt og mögulegt er (Hébert, Durand, Dubuc og Tourigny, 2003b).

Samfélagslegar breytingar

Óformleg þjónusta fjölskyldunnar er að breytast mikið og telst ekki eins sjálfsögð og áður. Fyrir ekki svo löngu sáu fjölskyldurnar sjálfar um sína öldruðu einstaklinga, kynslóðir bjuggu saman, konurnar voru heimavinnandi og sinntu börnum og öldruðum. En í dag er öldin önnur, breytt fjölskyldumynstur þar sem fjölskyldurnar eru mun smærri en áður, skilnaðir eru tíðir, fjölskyldur klofnar og flutningur barna út um allan heim í atvinnu- og menntunarleit eru algengari en áður. Konur vinna úti til jafns við karla, nágrannasamfélagið ekki eins virkt og fleira sem gerir það að verkum að aldraðir upplifa félagslega einangrun í meira mæli og fá minni félagslegan stuðning frá ættingjum og vinum. Þörfin fyrir þá heildstæðu þjónustu sem hinir öldruðu fengu áður frá sínum nánustu fer því vaxandi (Alaszewski o.fl., 2004; Hébert o.fl., 2003a, 2003b).

Hugmyndafræði Samþættrar þjónustu

Walter Leutz er höfundur eins þekktasta hugmyndaramma sem settur hefur verið fram um samþætta þjónustu (Kodner, 2009). Byggt á reynslu sinni bæði frá Bretlandi og Bandaríkjunum setti hann fram fimm lögmál um samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu. Þau miðast fyrst og fremst við þær ákvarðanir sem þarf að taka við mótun aðferða til samþættingar þjónustu (Leutz, 1999;

MacAdam, 2008). Hér á eftir verða lögmálin talin upp og útskýringum Leutz á hverju þeirra verður lýst stuttlega:

Hugmyndarammi Walter Leutz um samþætta þjónustu

- 1. Mögulegt er að samþætta alla þjónustu fyrir hluta fólksins, hluta þjónustunnar fyrir alla, en ekki er hægt að samþætta alla þjónustu fyrir alla.*

Leutz leggur áherslu á að skjólstæðingur og aðstæður hans séu metnar. Með því móti megi sjá út hvaða og hversu mikla þjónustu hann þarf að fá. Þeir sem búi við lélegar aðstæður, hafi marga áhættuþætti og eru heilsufarslega í óstöðugu ástandi hafi meiri þörf fyrir samþætta þjónustu. Út frá þessu lögmáli setti Leutz fram hugmyndina um þrjú stig samþættingar; tengd þjónusta (linkage), samhæfð þjónusta (coordination) og fullsamþætt þjónusta (full integration) sem ég geri betur grein fyrir síðar.

- 2. Samþætting kallar á útgjöld áður en hún fer að borga sig.*

Leutz telur að þegar ný þjónusta sé sett á laggirnar verði að vanda vel til verksins og í byrjun sé alltaf aukaútgjöld. Taka verði það strax með í reikninginn að svona breytingar skili ekki fjárhagslegum ávinningi í byrjun.

- 3. Samþætting getur leitt til sundrungar.*

Leutz talar um að tillögur um samþættingu komi yfirleitt alltaf frá stjórnvöldum, stjórnendum eða öðrum stefnumótandi aðilum. Þegar fagfólkið þarf svo að framkvæma samþættinguna upplifi það oft sundrung í sinni vinnu þar sem það þarf að deila þekkingu sinni, skoðunum og ábyrgð með öðrum. Oft getur þetta valdið þeim óöryggi sérstaklega til að byrja með.

4. Ekki er hægt að sameina þætti sem eiga engan veginn saman.

Leutz talar um þetta í tvennum skilningi, í fyrsta lagi út frá tryggingum sem ekki á við hér á landi og í öðru lagi út frá aðgangi að heilbrigðisþjónustu annars vegar og félagsþjónustu hins vegar. Dæmi um það eru árekstrar milli þjónustugeira, þar sem mismunandi áherslur eða vinnumenning heilbrigðisstarfsfólks og starfsfólks í félagsþjónustu valda því að sniðin tvö geta ekki komið sér saman um leiðir til samþættingar.

5. Sá sem stjórnar samþættingunni, gefur tóninn.

Þeir fagaðilar sem stjórna samþættingunni hafa mest um það að segja hvernig henni er háttað og því getur skapast sú hætta að þeir horfi mest á sitt svið og það sem snýr að þeirra fagi og hitt verði frekar útundan (Leutz, 1999, bls. 83-100).

Stig samþættrar heilbrigðis- og félagsþjónustu

Eins og kom fram setti Leutz (1999) fram hugmynd um þrjú stig samþættrar þjónustu þ.e tengd þjónusta (e. linkage), samhæfð þjónusta (e. coordination) og fullsamþætt þjónusta (e. full integration).

1. Tengd þjónusta. Samvinna er á milli stofnana sem veita þjónustuna en hver stofnun starfar sjálfstætt, hefur sína starfsmenn og engin sameiginleg fjárhagsábyrgð er á milli stofnana. Í tengdri þjónustu eru oft notaðir ákveðnir vinnuferlar og leiðbeiningar um hvað skal gera og hver skal gera hvað. Leutz telur að þetta stig henti þeim sem þurfa minnsta þjónustu og eftirlit. Ef skjólstæðingurinn þarfnast meiri þjónustu vita starfsmennirnir í öllum geirum hvar aukna þjónustu er að finna og hvernig skjólstæðingurinn á að snúa sér til að fá hana (Kodner, 2009; Leutz, 1999; MacAdam, 2008).
2. Samhæfð þjónusta. Í samhæfðri þjónustu starfa þjónustuaðilar í aðskildum stofnunum eða deildum en samvinna er mikil. Reynt er að þróa sameiginlegar verklagsreglur til að samhæfa mismunandi

þjónustuaðila og fjarlægja hindranir í kerfinu. Sameiginleg upplýsingaöflun, gott upplýsingastreymi á milli starfsmanna og teymisvinna eru mikilvæg í samhæfðri þjónustu. Markmiðið er að allir aðilar starfi að sama markmiði til hagsbóta fyrir einstaklinginn (Kodner, 2002; Kodner, 2009; Leutz, 1999; MacAdam, 2008).

3. Fullsambætt þjónustu. Ný úrræði, nýjar einingar og ný stofnun hefur myndast þar sem allt starfsfólk og öll þjónusta sem nauðsynleg er fyrir umönnun aldraðra eru sameinuð. Þessi stofnun sér um stjórnun mannafla og fjármálastjórnun og markmiðið er að þróa heildræna þjónustu fyrir ákveðinn hóp (Kodner, 2009; Leutz, 1999; MacAdam, 2008).

Ahgren og Axelsson (2005) útvíkkuðu þessa hugmynd Leutz og settu inn tvö stig í viðbót. Í aðskildri þjónustu (e. full segregation) er engin samvinna til staðar á milli stofnana/deilda en í samráði (e. coopertion) sem er á milli samhæfðar þjónustu og fullsambættrar þjónustu er mikil samvinna og stjórnendur hafa mikið samráð varðandi ákvarðanatökur. Stofnanirnar halda samt sem áður sjálfstæði sínu. Í framhaldi af þessu þróuðu þeir mælitæki þar sem hægt er að meta hve mikil sambættingin er (e. Functional clinical integration). Töluna sem fengin er út úr mælitækinu er svo hægt að setja inn á kvarða þar sem 0 þýðir full aðgreining þjónustu og 100 fullsambætt þjónusta (sjá mynd 1). Höfundar mælitækisins telja að með notkun á því sé hægt að tala um styrkleika sambættingar (e. degree of integration), auðveldara væri þá að bera saman mismunandi sambættingarverkefni, stofnanir og fleira þar sem ýmsir þættir þeirra eru metnir og niðurstaðan yrði tala á kvarðanum 0-100. Höfundarnir taka sérstaklega fram að réttmæti og áreiðanleiki mælitækisins hafi verið prófað og sé gott.

<i>Aðskilin þjónusta</i>	<i>Tengd þjónusta</i>	<i>Samhæfð þjónusta</i>	<i>Samráð</i>	<i>Fullsamþætt þjónusta</i>
------------------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------	---------------------------------

Ýmsir þættir eru metnir sem ákvarða stig samþættingarinnar

0	25	50	75	100
%				

Mynd 1. Aðlöguð mynd af kvarða Ahgren og Axelsson (2005).

Í matstækinu eru ýmsir þættir varðandi þjónustuna kannaðir og stig gefin fyrir það hvernig henni er háttað. Því meiri samþætting, því hærri tala. Þetta getur svo samræmst hugmynd Leutz sem Ahgren og Axelsson útvíkkuðu, þ.e full aðskilin þjónusta jafngildir 0 á kvarðanum en fullsamþætt þjónusta 100.

Margar hliðar samþættingarinnar

Þegar samþætta á heilbrigðis- og félagsþjónustu er mikilvægt að gera sér grein fyrir því að þeir sem að henni koma hafa mismunandi verkefni og mismunandi sýn á samþættinguna. Samkvæmt Kodner (2009) má skipta þeim sem koma að samþættingunni í fjóra hópa, skjólstæðingar, starfsfólk, stjórnendur og stjórnvöld/stefnumótunaraðilar. Sú sýn samþættingarinnar sem snýr að skjólstæðingunum er betra aðgengi og eftirlit og meiri samfella í þjónustunni. Fyrir starfsfólkið þýðir samþættingin aukna teymisvinnu milli allra starfshópa þar sem skipst er á upplýsingum og áætlanir gerðar í sameiningu. Vinna verður að sameiginlegum markmiðum og sameiginlegri sýn sem allir faghópar koma að. Að stjórnendum snýr sameiginlegur fjárhagur og skipulagning samvinnu mismunandi faghópa og starfsfólks. Þeir stjórna oft mjög flókinni uppbyggingu á starfsemi og samvinnu á milli eininga og reyna að byggja upp sameiginlega sýn á samþættinguna. Verefni Sjórvalda og stefnumótunaraðila er að stuðla að því að opinber stefna og lög séu hliðholl samþættingu sem og að fjármögnun og önnur bjargráð séu til staðar til að samþættingin geti orðið að veruleika. Þeirra hlutverk

er líka að meta samþættinguna á heildstæðan hátt (Kodner, 2009). Til að samþættingin gangi verða allir sem að henni koma að standa vörð um sín verkefni og sinna þeim sem skyldi, því skortur á samþættingu og samvinnu á einu stigi getur torveldað samþættinguna á öðru (Kodner, 2009; Kodner og Kyriacou, 2000). Margar tilraunir og mörg verkefni til samþættingar heilbrigðis – og félagsþjónustu fyrir aldraða hafa verið sett fram þar sem allir þessir hópar hafa lagt sitt af mörkum. Í þessu verkefni ætla ég að skoða og meta frekar þær aðferðir.

Aðferðafræði

Til að svara rannsóknarspurningunum var framkvæmd ítarleg leit að fræðilegu efni um skilgreiningu, markmið og útfærslu samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu. Leitað var að verkefnum á sviði samþættrar þjónustu og rannsóknum á því sviði. Sett voru leitarskilyrði sem lýst verður hér á eftir og það efni sem fannst var greint.

Leitaraðferð

Við heimildaleit voru notaðar leitarvélarnar PubMed, Scopus, Chinal og Gegnir. Efnisyfirlit tímaritanna International journal of Integrated Care og Journal of Integrated Care voru skönnuð og koma margar heimildir þaðan. Snjóboltaaðferðin var líka notuð þar sem heimildir úr greinum sem ég hafði þegar undir höndum eru notaðar. Við leit að útgefnum skýrslum um samþættingu var Google leitarvefurinn notaður. Helstu leitarorðin voru: integrated care, integration, elderly, health care og social care, models of care og voru þau notuð í ýmsum samsetningum. Í Gegni voru notuð bæði íslensk og ensk leitarorð.

Leitarskilyrði

Ákveðin skilyrði voru sett við leitina með rannsóknarspurningarnar og tilgang verkefnisins að leiðarljósi. Skilyrði fyrir notkun heimildanna voru eftirfarandi:

Tímabil

Leitartakmörkun var sett við árið 2000. Eldri greinar sem teljast tímamótagreinar varðandi samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu voru þó notaðar.

Enska

Leitartakmörkun var sett á ensku. Það hefði verið fróðlegt að sjá hvað skrifað hefur verið á Norðurlöndunum um þetta efni en því miður treysti ég mér ekki í lestur á þeim tungumálum.

Heilbrigðis- og félagsþjónusta

Einungis voru notaðar heimildir sem fjölluðu um samþættingu á heilbrigðis- og félagsþjónustu. Eins og komið hefur fram er mikil umræða um samþættingu innan heilbrigðiskerfisins sem slíks en sú umræða er ekki tekin í þessu verkefni.

Skjólstæðingahópur

Leitað var að heimildum þar sem samþættingin snéri að öldruðum. Hugmyndin um samþætta þjónustu hefur verið vinsæl fyrir mismunandi sjúklingahópa, barna með langvinna sjúkdóma og fleiri. Í þessu yfirliti er einungis horft á samþættinguna út frá öldruðum.

Staðsetning

Notaðar voru greinar sem sögðu frá samþættinginu í Evrópu og N-Ameríku. Fáar greinar fundust um samþættingu í öðrum löndum, en nokkrar þó og voru þær útilokaðar til að minnka umfang verkefnisins.

Markmið, árangur og ávinningur samþættingar

Sérstaklega var leitað að greinum sem tóku fyrir skilgreiningu, markmið, árangur og ávinning samþættingar, annars vegar fyrir skjólstæðingana og hins vegar fyrir þá sem kostuðu þjónustuna. Greinum sem fjallaði um samstarf fagstétta og það sem snéri að starfsfólki var sleppt, um það hefur mikið verið skrifað, of mikið til að taka á í þessu verkefni

Gagnasöfnun

Leitin var að mörgu leyti flókin þar sem samþætt þjónusta (integrated care) er mjög víðtækt hugtak. Mikið hefur verið skrifað um stefnumörkun og útfærslu á samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu. Valdar voru um 150 greinar sem ég las og í þessu fræðilega yfirliti notaði ég um helming þeirra. Fáar rannsóknir hafa hins vegar verið gerðar á þessu sviði, heimildaleitin gaf mér 14 rannsóknir, þar af einungis 2 slembaðar íhlutunarrannsóknir (e.randomized controlled trials) þegar leitarskilyrðin höfðu verið notuð. Allar rannsóknirnar nema tvær voru gerðar á stóru samþættingarverkefnum í Bandaríkjunum og í Kanada. Tvær voru frá Ítalíu, þar af önnur RCT rannsóknin sem er frá 1998 en höfð með þar sem hún var tímamótarannsókn og mikið í hana vitnað. Tvær rannsóknir voru frá Englandi en samþættingin sem skoðuð var í þeim rannsóknum var á stigi 1 samkvæmt Leutz og því varla sambærilegar og ákvað ég því að sleppa þeim rannsóknum.

Úrvinnsla gagna

Við úrvinnslu gagna var leitast við að ná fram svörum við rannsóknarspurningunum með kerfisbundnum hætti. Greinar sem fjölluðu um tilgang og markmið samþættingar voru teknar saman og greindar. Stór verkefni sem fengið hafa mikla umfjöllun á sviði samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu voru greind sérstaklega og árangur þeirra skoðaður. Greinar um samþættingu á Norðurlöndunum voru nokkrar og ákveðið var að skoða árangur í Danmörku og Svíþjóð sérstaklega þar sem samþættingin er komin vel á veg þar.

Við greiningu á gögnunum var byggt á flokkum Leuts á samþættingu sem kynnt var í kaflanum um fræðilegan bakgrunn, þar sem fyrsta stig samþættingar er tengd þjónusta (e. linkage), annað stig er samhæfð þjónusta (e.coordination) og þriðja stig fullsamþætt þjónusta (e.full integration). Rannsóknir á samþættingarverkefnum voru flokkaðar samkvæmt Leutz og eftir styrkleika og niðurstöður þeirra flokkaðar og greindar.

Niðurstöður

Sambættingarverkefni í heilbrigðis- og félagsþjónustu

Víða um heim hafa verið sett á laggirnar sambættingarverkefni á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu. Þessi verkefni eru af öllum toga og á mismunandi sambættingarstigi, sum á fyrsta stigi sem skv. Leutz (1999) eru yfirleitt ekki flókin en auka samvinnu þeirra stofnana sem fyrir eru. Önnur eru mun flóknari, á öðru eða þriðja sambættingarstigi (MacAdam, 2009; Leutz, 1999).

Þau sambættingarverkefni sem ég ætla að kynna eru á öðru og þriðja stigi þar sem sambættingin er komin lengra. Mest hefur verið skrifað um sambættingarverkefnin í Bandaríkjunum og Kanada og mun ég fjalla um fjögur fullsambætt þjónustuverkefni. Það eru PACE (Program of All-inclusive Care for Elderly People), WIP (Winconsin Partnership Program) og SHMO (Social Health Maintenance Organisations) sem koma frá Bandaríkjunum og SIPA (Services Intégrés pour les Personnes Âgées fragils) sem var kanadískt rannsóknarverkefni. Einnig mun ég fjalla um PRISMA (Programme of Research to Integrate Service for the maintenance of Autonomy) sem einnig er kanadískt rannsóknarverkefni en það verkefni er á stigi tvö. Í byrjun verða dregnir saman sameiginlegir þættir þessara móðela, markmið þeirra og hugmyndafræði. Síðan verður farið yfir séreinkenni þeirra og þau sett upp í töflu til glöggvunar, sjá töflu 1.

Sameiginlegir þættir verkefnanna

Flest verkefnin hafa sameiginlega þætti sem snúa að því hvernig þjónustan er uppbyggð. Þessir þættir eru lykilatriði hvað varðar árangur þeirra og fer ég betur í þá síðar. Þessir þættir eru: Ein þjónustugátt, þjónustustjórnun, einstaklingsmiðuð þjónustuáætlun, matstæki, teymisvinna og sameiginlegt upplýsingakerfi (Béland

ofl., 2006; Hébert o.fl., 2003a, 2003b; Kane, Homyak, Bershadsky og Lum, 2002; Kodner og Kyriacou, 2000).

Sameiginleg hugmyndafræði liggur að baki allra verkefnanna en hún byggir á því að aldraðir séu betur komnir heima en á stofnunum eins lengi og mögulegt er. Þeir séu misleitur hópur með fjölbættar þjónusturþarfir tengdar krónískum sjúkdómum og heilsufarsvanda. Þessum þörfum verði að sinna af fjölmörgum faghópum sem samstilla þurfi sína þjónustu svo ekki verði tvíverknaður eða göt í þjónustunni (Hébert, Dubois o.fl. 2008; Kane, Homyak, Bershadsky og Lum, 2002; Kodner og Kyriacou, 2000; Gross, Temkin-Greener, Kunitz og Mukamel, 2004).

Helstu markmið samþættingaverkefnanna taka til sömu þátta. Þau eru að auka hagkvæmni og skilvirkni þjónustunnar með því meðal annars að draga úr notkun á dýrari þjónustu. Markmiðið er að efla gæði þjónustunnar og samfellu. Betri og samfelldari þjónusta verði til þess að auka lífsgæði og ánægju skjólstæðinganna og aðstandenda þeirra. Aukin hagkvæmni og skilvirkni á ekki að koma niður á gæðum þjónustunnar (Hébert, Dubois o.fl., 2008; Kane, Homyak og Bershadsky, 2002; Kodner, 2006; Kodner og Kyriacou, 2000).

PACE

PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly) er bandarískt módel, ætlað fyrir einstaklinga 55 ára og eldri sem hafa verið metnir í þörf fyrir innlögn á hjúkrunarheimili og eru þar af leiðandi fólk sem þarf mikla umönnun. Þjónustan er skipulögð út frá dagdeild (e. adult day health centre), þar sem flestir þeir þjónustuaðilar sem starfa undir PACE eru staðsettir (Kodner og Kyriacou, 2000). Dagdeildin skipar stóran sess í uppbyggingu PACE og þjónustar hver stöð einungis um það bil 300 manns og því auðvelt fyrir starfsfólk að hafa góða yfirsýn og tengsl við skjólstæðingana og fjölskyldu þeirra sem og stuðla að náinni samvinnu milli starfsfélaga. Hver skjólstæðingur mætir að meðaltali 10

Tafla 1. - Séreinkenni verkefna

Samþættingarverkefni byggjast að mestu á sömu markmiðum, hugmyndatræði og lyktilþáttum. Í þessari töflu eru séreinkenni þessara verkefna tekin fyrir.

	PRISMA	PACE	SHMO	SIPA	WPP
Samþættingarstig	Stig 2	Stig 3	Stig 3	Stig 3	Stig 3
Staðsetning	Kanada	Bandaríkin	Bandaríkin	Kanada	Bandaríkin
Fjármögnun	Ríkisrekið	Langflætt skjalstöðingur eiga rétt á bæði Medicare og Medicaid	Aðallega Medicare auk ígjaldala frá skjalstöðingum. 5% eiga líka rétt á Medicaid	Ríkisrekið	Flestir eiga rétt bæði í Medicare og Medicaid eins og í PACE
Aðkoma læknis	Skjalstöðingur heildur heimilislækni sínum - samvinnu við hann	Fær heimilislækni í sem starfar innan mæðelsins	Skjalstöðingur heildur heimilislækni sínum - samstarf	Skjalstöðingur heildur heimilislækni sínum - samstarf	Skjalstöðingur heildur heimilislækni sínum - samstarf
Hverjir eiga rétt á þjónustunni?	- 65 ára og eldri - Mæðal til mjög veikburða - Þurfa a.m.k. Tvær tegundir þjónustu	- 55 ára og eldri - Hafa fengið samþykkt vísunarnáttinn á hjúkunarheimili	- Allir aldraðir (aldur ekki tilgreindur) sem þurfa þjónustu í skamman tíma eftir veikindi/áfall - Ef um langtíma þjónustu er að ræða verður viðk. að hafa samþykkt vísunarnáttinn á hjúkunarheimili	- 64 ára og eldri - Allir sem þurfa á þjónustu að halda - Mætnir með SMAF	- Aldraðir (aldur ekki tilgreindur) - Sækja um og þá mætnir fyrir þörf með ákv. matstæki
Ýmslegt	- Sett upp sem rannsóknaverkefni - Er reghlífarsamtök. Að samþætta allar stofnanir og þjónustuaðila sem koma að þjónustu við aldrada	Starfsemin byggist mikið út frá dagdeild. Allir starfsmenn í teymi.		- Sett upp sem rannsóknaverkefni - Verð rannsakad með slæmbinni - Íhlutunarrannsókn (RCT)	- Útvíkun á PACE

Heimildir: Béland o.fl., 2006; Bravo, Raiche, Dubois og Hébert, 2008; Hébert, Durand, Dubuc og Tourigny, 2003 a; Hébert og Veil, 2004; Kane, Hornyak, Bershadsky og Lum, 2002; Kodner, 2002; Kodner, 2006; Kodner og Kyriakou, 2000; Leutz, 2005; Leutz o.fl., 2003; MacAdam, 2009

daga í mánuði á dagdeildina, sumir alla virka daga en aðrir sjaldnar. (Kodner og Kyriacou, 2000). PACE módelið þróaðist út frá On Lok módelinu sem sett var á laggirnar 1971 í Kínahverfinu í San Francisco en þar samræmdest flutningur af heimili og inn á hjúkrunarheimili ekki menningarlegum gildum íbúanna og því þurfti að hanna önnur úrræði fyrir aldraða. On Lok módelið varð fljótt vinsælt vegna þess hve það var sveigjanlegt og uppfyllti þarfir aldraðra en það sýndi einnig að það var fjárhagslega hagkvæmara en sú þjónusta sem var fyrir (Hirth, Baskins og Dever-Bumba, 2009).

PACE módelið varð það árangursríkt að 1997 var sett fram löggjöf þar sem PACE var viðurkennt sem heildrænn þjónustuveitandi sem fær fé bæði frá Medicare (the federal health insurance programme for elderly people and people with disabilities), almannatryggingar fyrir aldraða og fatlaða og Medicaid (joint federal-state, means-tested healthcare programme for low-income and medically indigent individuals), heilbrigðistryggingakerfi fyrir lágtekjufólk/ fátæka í Bandaríkjunum. Allir geta sótt um þjónustu á vegum PACE, en flestir skjólstæðingar PACE eru þeir sem falla undir Medicare og Medicaid kerfin og kemur þá borgun fyrir þjónustuna þaðan (Kodner, 2006).

WPP

WPP (Winconsin Partnership Program) er einnig bandarískt og var þróað út frá PACE módelinu í kringum 1990. Það byggir á sömu hugmyndafræði. Stærsti munurinn á þessum tveimur módelum er sá að í WPP heldur skjólstæðingurinn áfram með heimilislækninn sinn meðan skjólstæðingar PACE fá heimilislækni sem starfar innan PACE teymisins og ekki er lögð eins mikil áhersla á að skjólstæðingar noti dagvistunina eins og gert er í PACE (Kane, Homyak, Bershadsky og Lum, 2002). Kane, Homyak og Bershadsky (2002) gerðu rannsókn og báru saman skjólstæðinga úr WPP módelinu annars vegar og PACE módelinu hins vegar varðandi ánægju með þjónustuna sem þeir fengu. Þátttakendur voru meðlimir í öðru hvoru módelinu í Wisconsin, alls 626 einstaklingar. Viðtöl voru tekin við alla skjólstæðinga sem og lagður fyrir þá

spurningalisti. Einnig var hringt í einn aðstandanda hvers skjólstæðings og viðtal tekið í gegnum síma þar sem einnig var athuguð ánægja með þjónustuna. Tekið skal fram að skjólstæðingar úr PACE hópnum voru að meðaltali tveimur árum eldri, voru líklegri til að þjást af heilabilun og þurftu meiri aðstoð við ADL og IADL heldur en skjólstæðingar úr WPP hópnum. Enginn munur varðandi ánægju kom fram á milli hópa, hvorki þegar horft var út frá skjólstæðingunum sjálfum eða aðstandendum þeirra.

SHMO

SHMO (Social Health Maintenance Organisation) er samþættingarmódel sem var komið á í Bandaríkjunum um miðjan níunda áratuginn og er fjármagnað af Medicare kerfinu, með iðgjöldum frá skjólstæðingum og í gegnum Medicaid fyrir þá sem rétt eiga á því, sem eru einungis 5% skjólstæðinganna. Þetta er ólíkt PACE þar sem stærsti hluti skjólstæðinganna þar eiga rétt á framlögum frá bæði Medicare og Medicaid (Kodner, 2002; Leutz o.fl., 2003). Í grein þeirra Kodner og Kyriacou (2000) þar sem þeir vitna í kafla eftir Newcomer, Harrington og Kane kemur fram gagnrýni á að læknar sem sinna skjólstæðingum í SHMO módelinu séu ekki í nægilegu sambandi við þjónustustjórana og ekki vel inn í þeim langtíma þjónustuáætlunum sem unnið er eftir.

SIPA

SIPA (Services Intégrés pour les Personnes Âgées fragils) samþættingarmódelið er tilraunaverkefni sem var komið á fót í Québec í Kanada 1999. Að nokkru leyti er PACE fyrirmynd að uppbyggingu SIPA. Þrátt fyrir að módelin sjálf séu byggð upp á svipaðan hátt er meginmunur á fjármögnun þeirra þar sem heilbrigðis- og félagslega kerfið í Québec er ríkisrekið. (Bravo o.fl., 2008). Sömu höfundar vilja meina að samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu sé komin betur á veg í Kanada en annars staðar í heiminum og það sé m.a. vegna þess að ríkið sé eini fjármögnunaraðili þjónustunnar, sjái um stefnumótunina, sé aðalþjónustuveitandinn og málaflökkurinn sé allur undir einu ráðuneyti.

SIPA byggist upp á þessum lykilþáttum sem ég mun fara í síðar en skjólstæðingarnir halda sínum heimilislækni og reynt er að hafa hann með í ráðum eftir bestu getu. Þegar rannsóknarverkefnið stóð yfir fengu 606 skjólstæðingar þjónustu frá SIPA og á vegum þeirra voru 245 læknar sem hver og einn sá um frá einum og upp í 10 skjólstæðinga SIPA og eins og gefur að skilja var samvinnan mismikil (Béland o.fl., 2006).

Samkvæmt Kodner (2006) er SIPA eina samþættingarverkefnið í Norður-Ameríku sem hefur verið prófað með slembinni íhlutunarrannsókn (e. Randomized controlled trial) en hún var sett af stað um leið og SIPA verkefnið var sett á laggirnar. Annar hópurinn fékk þjónustu frá SIPA en hinn hefðbundna þjónustu frá mörgum mismunandi aðilum. Fylgst var með hópunum í 22 mánuði, eða þann tíma sem SIPA tilraunaverkefnið var í gangi. Þátttakendur þurftu m.a. að vera orðnir 64 ára og vera metnir með -10 eða minna á SMAF (Functional Autonomy Measurement System) sem inniheldur m.a. ADL og IADL mat, tjáskipti og hugræna getu. Þrátt fyrir að rannsóknir á verkefninu lofuðu góðu var ekki hægt að halda tilraunaverkefninu áfram lengur þar sem ekki náðist pólitísk samstaða um það en ákveðnum þáttum var haldið áfram (Kodner, 2006).

PRISMA

PRISMA (The Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy) var þróað í Québec í Kanada, með kanadískt velferðakerfi í huga. Það var sett upp sem rannsóknarverkefni líkt og SIPA og margþættar rannsóknir voru gerðar á verkefninu og árangri þess um leið og það var unnið (Leutz, 2005). PRISMA er samþættingarmódel á 2. stigi skv. Leutz sem á að samþætta allar stofnanir og þjónustuaðila sem koma að þjónustu við aldraða á ákveðnu svæði, hvort sem það eru opinberar stofnanir, einkarekin fyrirtæki, sjálfboðaliðar eða annað (Hébert o.fl., 2003a; Hébert og Veil, 2004). Allar stofnanir og þjónustuaðilar sem að verkefninu koma halda sjálfstæði sínu og uppbyggingu en samþykkja að standa að þessum regnhlífarsamtökum og aðlaga starfsemi sína

eins og þörf þykir að þessari samþættingu. Samvinna á öllum stigum er mikilvæg, í stefnumótunarvinnunni (e.governance level) þar sem pólitískar ákvarðanir eru teknar, á stjórnunarstiginu (e.management level) þar sem ákveðið er hvernig samvinnunni skal háttáð og á framkvæmdarstiginu (clinical level), þar sem mismunandi fagaðilar meta þarfir skjólstæðingsins og veita þjónustu undir stjórn þjónustustjóra (Hébert ofl., 2003a; Hébert og Veil, 2004).

Höfundar PRISMA rannsóknarverkefnisins eru á því að þetta samþættingarform henti kanadísku velferðasamfélagi best eins og það er uppbyggt í dag (Hébert, Dubois o.fl., 2008; Hébert o.fl., 2003a).

Eftir að hafa forprófað PRISMA-verkefnið í Bois-Francis hverfinu í Québec þar sem niðurstöðurnar lofuðu góðu, var það innleitt í júlí 2001 á þremur stöðum í Québec þar sem aðstæður voru mismunandi: í þéttbýli (Sherbrooke) með 144 þús íbúa og mikla heilbrigðisþjónustu til staðar, dreifbýli (Granit, með 22 þús. íbúa) með bráðasjúkrahúsi og í dreifbýli (Coaticook, með 16,500 íbúa) án bráðasjúkrahúss (Hébert, Veil o.fl., 2008; Hébert ofl., 2010; Kodner, 2006; Tournigny, Durand, Bonin, Hébert og Rochette, 2004).

PRISMA rannsóknarverkefnið er enn í gangi á þessum þremur stöðum ásamt fleiri stöðum þar sem verkefnið hefur verið sett á laggirnar (Hébert, Veil o.fl., 2008). Byggt á jákvæðum niðurstöðum af PRISMA rannsóknarverkefninu ákvað Heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytið í Québec að innleiða PRISMA um allt fylkið (e.province). Önnur fylki í Kanada horfa til þess að innleiða PRISMA. Einnig er verið að reyna að innleiða PRISMA rannsóknarverkefnið í 20. hverfið í París (Etheridge, Coututier, Trouvé, Saint-Jean og Somme, 2009; Hébert, Dubois o.fl., 2008; Hébert, Veil o.fl., 2008).

Evrópsk samvinnuverkefni um samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu

Samanburður á velferðarþjónustunni í mismunandi Evrópulöndum er eins og að bera saman epli og appelsínur. Það sem er sameiginlegt í flestum Evrópulöndum

er að heilbrigðisþjónustunni er stjórnað á landsvísu annaðhvort beint í gegnum ráðuneyti eða almannatryggingar. Félagslegu þjónustunni er hins vegar frekar stjórnað innan fylkja, bæja, borga eða hvernig því háttar innan hvers lands, stjórnun hennar er yfirleitt nær skjólstaðingunum þrátt fyrir að stefnumótunin komi frá ráðuneyti. Misjafnt er svo eftir löndum hvaða ráðuneyti fer með félagsþjónustuna, hvort það er sameiginlegt með heilbrigðisþjónustunni eða ekki. Fjármögnun þjónustunnar er einnig mismunandi og ætla ég ekki að fara nánar út í það hér (Alaszewski o.fl., 2004; Leichsenring, 2004a; Leichsenring, Roth, Wolf og Sissouras, 2005).

Það eru því ýmsar stjórnskipulegar hindranir í veginum fyrir samþættingu milli þessara þjónustukerfa og hægt er að tala bæði um lóðréttar og láréttar hindranir. Láréttu hindranirnar koma fram á milli stofnana, kerfa eða ráðuneyta og sem dæmi má nefna að í mörgum löndum eru heilbrigðisþjónusta og félagsþjónusta hvor undir sínu ráðuneytinu sem gerir alla samþættingu erfiðari. Þannig var þetta hér á Íslandi þar til 1. janúar 2011 þegar Velferðarráðuneytið varð til sem er núna yfir bæði heilbrigðis- og félagmálum. Lóðréttu hindranirnar má frekar hugsa sér á milli ráðuneyta og sveitarfélaga þ.e. þeirra sem móta stefnuna og þeirra sem framfylgja henni eða ráðuneytis og heilbrigðisstofnunnar. Má t.d. nefna að í Danmörku sjá fylkin sem eru 16 talsins um heilbrigðisþjónustuna en sveitarfélögin sem eru 275 um félagslegu þjónustuna og þetta leiðir því óneitanlega til mismunandi útfærslna á þjónustunni milli sveitarfélaga. Þetta á við um fleiri Evrópulönd og þegar við horfum lengra verður fjölbreytileikinn enn meiri. En það er ekki bara breytileikinn milli landa sem getur verið erfitt að eiga við í sambandi við samanburð, fjölbreytileikinn innan hvers lands getur líka verið heilmikill og flækt allan samanburð (Kodner, 2009; Leichenring, 2004b).

Þrátt fyrir þennan mismun milli landa, innan landa, milli kerfa, í viðhorfum fólks og svo framvegis kemur fram hjá Leichsenring (2004a) að í Evrópu sem og víðar eru stjórnvöld og stefnuráðendur farnir að gera sér grein fyrir að mörg göt

eru í þjónustunni, tvíverknaður er fyrir hendi og samþætting þjónustunnar muni að öllum líkindum skila sér í betri þjónustu, ánægðari skjólstaðingum með aukin lífsgæði og mögulega í ódýrari þjónustu þegar upp er staðið.

Þekkt er að hlutfallslega minna fjármagni er eytt í velferðarkerfi eftir því sem sunnar dregur í álfunni. Í öllum löndum á félagslega þjónustan sér einnig mun styttri sögu en heilbrigðisþjónustan og þróun hennar milli landa er mjög mismunandi. Á Norðurlöndunum var farið að byggja upp félagslegt kerfi upp úr seinna stríði en það hefur auðvitað breyst og þróast mikið síðan þá. Aftur á móti er félagslega kerfið sunnar í álfunni enn mjög vanþróað og fjármagn og fagfólk í kerfinu mjög takmarkað. Á hinn bóginn er heilbrigðiskerfið svipað og í norðlægari löndum (Leichsenring, 2004a). Í öllum löndum Evrópu er fjölskyldan mikilvæg í umönnun aldraðra en samt sem áður hefur samfélagsgerðin enn mikið að segja. Í löndunum við Miðjarðarhaf, til dæmis á Ítalíu og í Grikklandi er enn meiri áhersla lögð á fjölskyldutengslin og kemur það fyrir í lögum að fjölskyldurnar séu grundvallarstoðin og eigi að sjá um sína öldruðu einstaklinga (Chartreau o.fl., 2005). Þetta samræmist vel því sem fram kemur hjá Leichsenring (2004b) að hjúkrunarheimili fyrir aldraða gegna mismiklu hlutverki í Evrópulöndunum. Á Norðurlöndunum er allt upp í 12% aldraðra á hjúkrunarheimilum, meðan einungis 3% aldraðra Ítala og 1% aldraðra Grikkja búa á hjúkrunarheimilum eða sambærilegum stofnunum. En um alla Evrópu eru samfélögin að breytast, fólk eignast færri börn, meiri flutningur fólks á milli svæða og landa, skilnuðum fjölgar og því er vaxandi þörf fyrir samfélagslega þjónustu þar sem grunnstoðir fjölskyldunnar eru ekki eins traustar og áður.

Tvö samvinnuverkefni, PROCARE og CARMEN, hafa verið sett á laggirnar innan Evrópu til að skoða hvernig samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu er háttað og ætla ég að kynna þau stuttlega.

Procare

Procare (Providing integrated health and social care for older persons) var alþjóðlegt verkefni sem fjármagnað var af fimmtu rammaáætlun

Evrópusambandsins (European Commission's Fifth Framework). Í þessu verkefni tóku þátt 10 stofnanir í níu löndum; Austurríki, Danmörku, Finnlandi, Frakklandi, Þýskalandi, Grikklandi, Ítalíu, Hollandi og Bretlandi og stóð verkefnið frá apríl 2004 til febrúar 2005. Markmið þess var að skoða og bera saman mismunandi hugmyndir, módel og leiðir í aðildarlöndunum varðandi samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða sem þurfa á umönnun að halda. Þá átti að skoða hvaða þættir í stjórnkerfinu hafa áhrif á samþættinguna og hvernig efnahagslegir, menningarlegir og félagslegir þættir efla hana eða hindra. Markmið PROCARE var einnig að reyna að skilgreina hugtakið um samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða sem þurfa á umönnun á halda. Í ljós kom að löndin í Norður-Evrópu voru með ákveðnari og skýrari meiningu á hugtakinu samþætt þjónusta en löndin sem sunnar eru, enda er saga samþættrar þjónustu lengri þegar norðar dregur í álfuna (Alaszewski o.fl., 2004; Billings og Malin, 2005; Leichsenring, 2004a, 2004b; Leichsenring o.fl., 2005).

Ríkisstjórnir allra PROCARE landa hafa gefið út yfirlýsingu þess efnis að þær styðji PROCARE verkefnið á einhvern hátt og hafa þannig þá trú að samþætting muni skila einhverjum ávinningi. En það kemur líka í ljós að meiningarmunur er á hugtakinu samþætt þjónusta milli aðildarlanda og leiðir þeirra til heildrænnar heilbrigðis- og félagsþjónustu því nokkuð misjafnar (Alaszewski o.fl., 2004; Billings o.fl., 2004). Í rauninni má segja að með PROCARE verkefninu hafi sú niðurstaða fengist að engin ein leið sé rétt til samþættingar, það sé útkoman sem skiptir máli. Er hinn aldraði einstaklingur að fá þá þjónustu sem hann þarf, þegar hann þarfnast hennar? (Billings o.fl., 2004; Leichsenring, 2004a).

Carmen

Carmen (Care and management of services for older people in Europe network) er verkefni sem stjórnað var af EHMA (European Health Management Association) og fjármagnað af Evrópusambandinu frá árinu 2001 til ársins 2004. Að verkefninu stóðu 40 stofnanir í 11 löndum, Belgíu, Danmörku, Finnlandi, Þýskalandi, Grikklandi, Írlandi, Ítalíu, Hollandi, Spáni, Svíþjóð og Bretlandi.

Verkefnið einbeitti sér aðallega að stjórnun og framkvæmd samþættrar þjónustu fyrir aldraða. Það miðaði að því að þróa þekkingu á þessu sviði, skoða útbreiðslu þess og framkvæmd. Þátttakendur í verkefninu koma af mismunandi sviðum, hagsmunasamtök skjólstæðinga, hagsmunasamtök fagaðila, forsvarsmenn allra stiga stjórnsýslunnar, forsvarsmenn tryggingafélaga, rannsóknaraðilar, ráðgjafafyrirtæki og fleiri. Með því var reynt að fá sem víðasta sýn á samþættinguna (Nies, 2004; Nies, 2006).

Tengsl samþættingar og stjórnsýslunnar

Eitt af því sem getur hindrað innleiðingu samþættrar þjónustu eru lög, reglur og stefnumótun viðkomandi lands þar sem lagaleg og fjárhagsleg uppbygging heilbrigðis- og félagslega kerfisins er þannig að samþætting er erfð. Í mörgum Evrópulöndum reynist erfitt að breyta rótgrónu heilbrigðis- og félagslegu kerfi, bæði vegna þess að löggin eru ósveigjanleg en líka vegna þess að margir aðilar eru tregir til breytinga þar sem þeir eru hræddir við að missa stöður, völd og áhrif. (Banks, 2004; Glendinning 2003; Mur-Veeman o.fl., 2003). Í því sambandi má nefna niðurstöðu Williams ofl. (2009) sem gerðu úttekt á samþættingarverkefnum og komust að þeirri niðurstöðu að vel skipulögð og útfærð samþættingarverkefni hefðu oft fallið um sjálf sig vegna þess að þau féllu ekki að uppbyggingu stjórnkerfisins.

Í samfélögum þar sem uppbygging heilbrigðis- og félagslegu kerfanna er mjög flókin og rekin af ýmsum aðilum getur innleiðing samþættrar þjónustu orðið flóknari og erfðari en ella. Innleiðing samþættrar þjónustu krefst sveigjanlegrar löggjafar, nýrra viðhorfa og hugmynda (Banks, 2004; Mur-Veeman o.fl., 2003). Mur-Veeman og félagar (2003) telja að þetta sé orsökinn fyrir því að þróun og innleiðing á samþættri heilbrigðis- og félagsþjónustu í Bretlandi og Hollandi hafi gengið svona hægt fyrir sig. En það er ekki bara uppbyggingin á velferðarþjónustunni sjálfri sem getur skipt máli þegar skoða á

sambætta þjónustu fyrir aldraða. Almenn uppbygging stjórnsýslunnar, fjármagn, fagstéttir og menning þeirra, almenn viðhorf í samfélaginu og innan fjölskyldunnar, pólitískar aðstæður og margt fleira getur spilað inn í (Leichsenring, 2004b).

Í Danmörku og Svíþjóð stuðluðu lagabreytingar aftur á móti að samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustunnar. Ekki gekk þetta þrautalaust fyrir sig en í dag virðist vera sem fólk geti ekki hugsað sér að fara til baka í það kerfi sem var (Anderson og Karlberg, 2000). Þróun samþættrar heilbrigðis- og félagsþjónustu í Danmörku er gott dæmi um hve langtíma stefnumörkun stjórnvalda getur haft gríðarleg áhrif þegar innleiða á breytingar á skipulagi, viðhalda því og láta það vaxa og þróast (Reed, Cook, Childs og McCormack, 2005).

Samþætt þjónusta í Danmörku

Danmörk hefur lengi verið álitin í fararbroddi við mótun þjónustu fyrir aldraða. Sérfræðingar víða í Evrópu horfa þangað í leit að fyrirmynd (Stuart og Weinrich, 2001). Árið 2001 fékk fjórðungur Dana 67 ára og eldri heimaþjónustu af einhverju tagi og er það hæsta hlutfall í Skandinavíu en þar borga aldraðir ekki fyrir heilbrigðis- né félagsþjónustu. Fjölskyldan er á engan hátt lagalega skyldug til að sjá um aldraðan fjölskyldumeðlim eins og tíðkast sunnar í Evrópu, aðkoma fjölskyldunnar er algjör viðbót við þá þjónustu sem hinn aldraði fær frá hinu opinbera (Colmorten, Clausen og Bengtsson, 2004).

Öldrunarstefna Dana byggist á þeim grundvallaratriðum að tryggja samfellu í lífi einstaklingsins og nýta styrkleika og bjargræði hins aldraða. Einnig að virða sjálfræði hans og styðja hann til þess að hafa áhrif á aðstæður sínar. Þessi grundvallaratriði byggjast öll á því að aldraðir eru misjafn hópur með margvíslegar þarfir og engar pakkalausnir séu til (Colmorten o.fl., 2004).

Í Danmörku eins og í fleiri Evrópulöndum er ábyrgðin á heilbrigðisþjónustunni á þremur stjórnunarstigum. Á landsvísu fer fram stefnumörkun og er hún leiðandi fyrir allt heilbrigðiskerfið í landinu. Heilbrigðisráðherra er ábyrgur fyrir lögum og lagasetningum og að þeim sé

framfylgt. Danmörk skiptist í 16 sýslur og er stjórn hverrar ábyrg fyrir sjúkrahúsum, endurhæfingu innan sjúkrahúsa, heilsugæslu og þar með heimilislæknum (en ekki heimahjúkruninni) og forvörnum innan sinnar sýslu. Sýslurnar sjá að öllu jöfnu ekki um langtíma umönnun en ef aldraðir með einhvers konar geðsjúkdóma eða heilabilun þurfa vistun á sérstökum deildum er það á þeirra vegum. Sveitarsjórnarstigið sem telur 275 (árið 2004) sveitarfélög eru ábyrg fyrir hjúkrunarheimilum, þjónustuíbúðum sem eru sérsniðnar fyrir aldraða (e. adapted dwellings), heimahjúkrun, heimaþjónustu, félagslegri þjónustu, dagþjónustu, endurhæfingu og fleiru en það er mismunandi á milli sveitarfélaga hvernig það er sett upp. (Colmorton o.fl., 2004; Stuart og Weinrich, 2001). Heilbrigðis- og félagsþjónustan er sólarhringsþjónusta, í bráðatilvikum getur skjólstæðingurinn alltaf náð í hjálp. Sólarhringsþjónustan hefur aukist mikið þar sem æ fleiri aldraðir kjósa að vera heima þrátt fyrir mikil veikindi og þörf fyrir langtíma umönnun. Í sérstökum tilfellum og í stuttan tíma getur það verið svo að umönnunaraðili er til staðar allan sólarhringinn (Colmorton o.fl., 2004).

Upp úr 1970 fóru lýðfræðilegar breytingar að eiga sér stað í Danmörku, öldruðum fjölgaði til muna en yngra fólki á vinnumarkaði fór fækkandi, þjóðin sem slík tók að eldast eins og hefur gerst í hinum vestræna heimi. Á þessum tíma var mikil áhersla lögð á stofnanþjónustu við aldraða. Árið 1976 urðu heilmiklar umbætur í heilbrigðis- og félagslega kerfinu í Danmörku, innan hvers sveitarfélags hafði heilbrigðis- og félagslegu þjónustunni verið skipt milli margra deilda og stofnana, ekki ólíkt því sem við sjáum hér á Íslandi í dag. Hver eining var með sína stjórnun, sín fjármál og sína starfsmenn. Við umbæturnar var heilbrigðis- og félagslega þjónustan sameinuð innan hvers sveitarfélags og skjólstæðingurinn þurfti einungis að fara á einn stað til að fá alla þá þjónustu sem hann þarfnadist (ein þjónustugátt) (Colmorton o.fl., 2004).

Í lok sjöunda áratugarins komu stjórnvöld á fót nefnd sem fór með málefni aldraðra. Þessi nefnd var stefnumótandi og lagði hún mikla áherslu á að auka

möguleika aldraðra til að vera heima sem lengst, auka lífsgæði þeirra og samþætta þjónustuna. Í kjölfarið fóru sveitarfélögin af stað með sólarhringsþjónustu fyrir aldraða og var það hugsað sem valkostur á móti hjúkrunarheimilum (Colmorten, o.fl., 2004; Hansen, 2009; Stuart og Weinrich, 2001). Á níunda áratugnum var mikil efnahagsleg stöðnun í Danmörku sem og annars staðar í Evrópu og varð þá enn meiri krafa um sparnað og niðurskurð í þjónustu við aldraða. Talið var nauðsynlegt að endurskipuleggja alla heilbrigðis- og félagsþjónustu, frekari samþætting á þjónustunni var sú niðurstaða sem álitlegust var talin til hagræðingar (Colmorten o.fl., 2004). Árið 1988 setti ríkisstjórnin lög um takmörkun á frekari byggingu hjúkrunarheimila og fyrirskipaði að öll hjúkrunarheimili sem fyrir voru yrðu einungis með einstaklingsherbergjum (Stuart og Weinrich, 2001).

Síðustu áratugi hefur verið lögð æ meiri áhersla á samþættingu þjónustunnar innan hvers sveitarfélags. Það sem einkennir flest sveitarfélög er ein þjónustugátt fyrir alla þá þjónustu sem skjólstaðingar geta fengið á vegum sveitarfélagsins. Umsókn um þjónustu kemur yfirleitt frá lækni viðkomandi einstaklings, frá sjúkrahúsi þar sem einstaklingurinn hefur legið inni, frá hinum aldraða sjálfum eða ættingjum. Þegar aldraður einstaklingur sækir um þjónustu er honum úthlutaður þjónustustjóri sem sér um hans mál og skipuleggur þjónustuna eftir ítarlegt mat, í samráði við hann og/eða aðstandendur hans (Colmorten o.fl., 2004).

Þrátt fyrir að þjónustan sé vel samþætt innan sveitarfélagsins koma oft upp vandamál sem tengjast útskriftum aldraðra af sjúkrahúsum. Skortur á úrræðum getur tafið fyrir útskrift þegar meðferð þar er lokið. Hinn aldraði dvelur þá í plássi á bráðasjúkrahúsi sem er mun dýrara úrræði í öllum tilvikum og er þá talað um “bed blockers” í fræðunum. Eins og komið hefur fram sjá sveitarfélögin um hjúkrunarheimilin, þjónustuíbúðirnar og heimahjúkrunina en sjúkrahúsin eru á vegum sýslanna, þetta getur því verið spurning um þónokkrar fjárhæðir þegar töf verður á útskrift. Árið 1993 voru sett lög í Danmörku sem heimila

sjúkrahúsunum að krefjast greiðslna frá sveitarfélögunum þegar tafir verða á útskriftum vegna úrræðaleyfis sveitarfélaganna. Eftir að þetta gekk í gildi hafa mun minni tafir orðið á útskriftum aldraðra og úrræði sveitarfélaganna fyrir aldraða aukist. Ein leið til að auka samþættinguna þarna á milli hefur verið að auka þátt starfsfólks sveitarfélagsins í útskriftarteymum sjúkrahúsanna (Colmorton o.fl., 2004; Hansen; 2009).

Mikilvægur þáttur í að auðvelda gömlu fólki aðgengi að þjónustu í Danmörku eru heilsueflandi heimsóknir sem öllum Dönnum 75 ára og eldri er boðið upp á. Heilbrigðisstarfsmaður kemur og heimsækir hinn aldraða tvisvar á ári sama hversu hress hann er. Þar kynnir heilbrigðisstarfsmaðurinn allt sem í boði er og einnig hvar og hvernig hinn aldraði sækir þessa þjónustu þegar að því kemur. Þetta er stór þáttur í forvarnarstefnu í Danmörku þannig að hinn aldraði fái hjálp þegar á þarf að halda (Stuart og Weinrich, 2001). Það nýjasta sem er í þróun í Danmörku í dag er það að starfsfólkið róterar á milli þjónustueininga, þ.e. hjúkrunarheimilis, þjónustuíbúða og heimaþjónustu innan hvers þjónustusvæðis í sveitarfélaginu.

Samanburðargreining á kostnaði á þjónustu við aldraða í Danmörku og hefðbundinni Medicare og Medicaid þjónustu í Bandaríkjunum leiddi í ljós að á 12 árum hafði kostnaður við veitta þjónustu fyrir aldraða 65 ára og eldri hækkað um 8% í Danmörku en 67% í Bandaríkjunum (Stuart og Weinrich, 2001). Þá hafði samþætt þjónusta verið veitt í Danmörku í 12 ár, frá árinu 1985 til ársins 1997. Fyrir aldraða 80 ára og eldri hafði kostnaður við veitta þjónustu minnkað um 12% í Danmörku en aukist um 68% í Bandaríkjunum. Hér er átt við heildarkostnað fyrir þennan aldursþóp, hvort sem þeir eru heima eða á stofnunum. Á sama tíma hafði hjúkrunarrýmum fækkað um 30% í Danmörku en fjölgað um 12% í Bandaríkjunum en á móti kemur að þjónustuíbúðum í Danmörku hafði fjölgað úr 9.622 upp í 31.854 eða um 331%. Tekið skal fram að árið 1985 var hlutfallslegur kostnaður við hvern aldraðan einstakling helmingi meiri í Danmörku en í Bandaríkjunum. Aftur á móti hafði þetta jafnast árið 1997

og þá var hlutfallslegur kostnaður við hvern aldraðan einstakling örlítið hærri í Bandaríkjunum en í Danmörku. Samkvæmt þessu hefur kostnaðurinn í Bandaríkjunum aukist mjög mikið en haldist svipaður í Danmörku. Höfundarnir taka það reyndar skýrt fram að samanburður milli landa geti verið erfiður og jafnvel innan sama lands, uppbyggingin á kerfunum er ólík og fleira sem kemur þar inn í (Stuart og Weinrich, 2001).

Lis Wagner hjúkrunarfræðingur er höfundur eins fyrsta og þekktasta samþættingarmóðels í Danmörku “The integrated care system” en það var þróað í Skaevinge sem er dreifbýlissamfélag norður af Kaupmannahöfn. Það byrjaði árið 1984 en hefur breiðst út um alla Danmörku og árið 2001 var það notað sem fyrirmynd í 75% af öllum sveitarfélögum í Danmörku (Stuart og Weinrich, 2001). Markmið sveitarstjórnarinnar í Skaevinge með þessu verkefni var að efla þjónustu við aldraða og gera hana sveigjanlegri. Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu var grunnurinn að því að ná þessu markmiði.

Þjónustan sem hafði til þessa verið á mörgum stöðum, í mismunandi stofnunum og deildum sem hver hafði sín fjármál, stjórnun og starfsfólk var sameinað á einn stað, undir eina stjórn, í einn þjónustukjarna, eina þjónustugátt. Hver einstaklingur fékk sinn þjónustustjóra og þjónustuáætlun var gerð fyrir hvern og einn. Mikið var lagt upp úr sameiginlegum skilningi og markmiðum mismunandi fagstétta og að allir stefndu í sömu átt og var hjálp til sjálfshálpar yfirskriftin. Ýmsar breytingar fylgdu samþættingunni, hjúkrunarheimilinu var breytt þannig að einungis var boðið upp á einstaklingsherbergi en áður höfðu skjólstæðingarnir þurft að deila herbergi með fleirum, þjónustuíbúðir voru byggðar upp þar sem allt skipulag var sérstaklega hannað með þarfir aldraðra í huga, dagdeildin sem var til húsa í þjónustukjarnanum eins og öll önnur þjónusta var efld til muna og sólarhrings heilbrigðis- og félagsþjónusta var sett á laggirnar. Sveitarfélaginu var skipt upp í þrjár þjónustueiningar og starfsfólkinu skipt upp í þrjú teymi sem fylgdu einingunum. Næturþjónustan var sameiginleg fyrir allar

þrjár þjónustueiningarnar. Allir aldraðir, hvar sem þeir bjuggu gátu nú fengið þjónustu allan sólarhringinn (Colmorten o.fl., 2004; Stuart og Weinrich, 2001).

Wagner gerði ítarlegt mat á Skaevings verkefni á árið 1997 en þá hafði það verið við lýði í 13 ár (Colmorten o.fl., 2004). Matið leiddi í ljós að eldra fólkið mat heilsu sína betri 1997 en 1985 og þrátt fyrir að fólki eldra en 75 ára hefði fjölgað um 30% hafði kostnaðurinn við þjónustuna lækkað og fjöldi starfsmanna var sá sami. Legudögum á sjúkrahúsum hafði fækkað og tafir á útskriftum heyrðu að mestu sögunni til. Enginn biðlisti var fyrir heimahjúkrun né þjónustuíbúðir og notkun og kostnaður við almannatryggingar var minni í Skaevinge en annars staðar í sýslunni. Verkefnið í Skeavinge hefur verið útfært í mörgum sveitarfélögum í Danmörku eins og fyrir hefur komið fram.

Samþætt þjónusta í Svíþjóð

Í Svíþjóð eru þrjú stjórnunarstig líkt og í Danmörku, ríkisstjórn (central government), sýslustjórnir (county councils) í 20 sýslum og sveitastjórnir (municipalities) í 290 sveitarfélögum. Innan hversrar sýslu eru frá 5 og upp í 49 sveitarfélög (Hedman, Johansson og Rosenqvist, 2007) og er það í höndum hversrar sýslu hvernig heilbrigðis- og lækniþjónusta er háttað innan þeirra. Að sjálfsgöðu þurfa þau að starfa innan ákveðinna heilbrigðislaganna sem sett eru af ríkinu (Anderson og Karlberg, 2000). Árið 1992 urðu breytingar á stjórnskipun um málefni aldraðra í Svíþjóð. Þar eins og í mörgum öðrum löndum hefur verið reynt að draga úr miðstýringu í heilbrigðiskerfinu og valdinu dreift til landsvæðanna. Markmið stjórnvalda með þessum breytingum var að flytja ábyrgðina á heilbrigðisþjónustu aldraðra út til sýslustjórna og sveitarfélaga, og var það í þeirra höndum hvernig þessi tvö stjórnunarstig skipulögðu þjónustuna. Sveitarfélögin höfðu þá þegar félagslega þjónustu við aldraða og fatlaða á sínum snærum (Hedman o.fl., 2007). Í framhaldi af þessum lagabreytingum var sett á stofn Adel-reform eða The Elderly reform. Markmið með þessu umbótarverkefni var að samþætta heilbrigðis- og félagslegu þjónustuna og í þeim sveitarfélögum þar sem þetta var tekið upp fór öll ábyrgð á málefnum aldraðra utan sjúkrahúsa

yfir til sveitarfélaganna. Eins og í Danmörku þurftu sveitarfélögin þá að taka ábyrgð á því að geta ekki veitt öldruðum vistun, umönnun og þjónustu eftir að meðferð lauk á sjúkrahúsi. Þetta kerfi varð til þess að úrræðum fjölgaði til muna og legutími aldraðra á sjúkrahúsum styttist (Anderson og Karlberg, 2000). Ädel-reform er gott dæmi um hvernig breyting á stjórnskipulagi ýtir af stað verkefni til að samþætta heimahjúkrun, heimaþjónustu, hjúkrunarheimili og heilsugæslu fyrir aldraða (Anderson og Karlberg, 2000; Hedman o.fl., 2007).

Eins og áður sagði var það í höndum sýslustjórna og sveitarstjórna að semja um það sín á milli hvernig tilhögun var á þjónustu við aldraða eftir umbreytingarnar. Hedman o.fl. (2007) sendu öllum sveitarfélögum í Svíþjóð spurningalista þar sem heimaþjónustu fyrir aldraða í Svíþjóð var könnuð. Með 73% svarhlutfalli kom í ljós að þrenns konar fyrirkomulag er við lýði í Svíþjóð. Í fyrsta lagi þar sem sýslustjórnir sjá algjörlega um heimahjúkrun en sveitarsjórnir um félagslegu þjónustuna, kerfið hafði þar af leiðandi ekkert breyst þrátt fyrir umbreytingarnar og því var samþætt þjónusta af mjög skornum skammti. Þetta fyrirkomulag var í 48 (23%) sveitarfélaganna. Í öðru lagi var fyrirkomulag þar sem sýslurnar og sveitarfélögin sáu sameiginlega um heimahjúkrunina en sveitarfélagið um félagslegu þjónustuna. Þetta var í 56 (26%) sveitarfélaganna og samþættingin var heldur meiri en með fyrirkomulagi eitt. Í þriðja lagi, í 107 (51%) sveitarfélaganna var öll þjónusta utan sjúkrahúsa á vegum sveitarfélaganna og samþættingin þar lengst á veg komin.

Einkenni árangursríkra samþættingarverkefna

Þrátt fyrir að aðstæður séu afar mismunandi eftir löndum og innan hvers land þá virðist vera að nokkrir sameiginlegir þættir einkenni árangursríka samþættingarvinnu á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu hvar sem hún hefur farið fram. Í þessum kafla mun ég fara í þessa helstu þætti. Eins og gefur að skilja

er útfærslan á þessum þáttum mismunandi eftir verkefnum og ég mun fara yfir þetta eins og algengast er að þetta komi fram.

Þjónustustjórnun/þjónustustjóri

Að baki þessum hugtökum er sama hugsun, þjónustustjórnun gefur skírskotun í þær aðstæður sem hinn aldraði er í, að þjónustunni sé stjórnað á einhvern hátt. Þjónustustjóri vísar á hinn bóginn til þess aðila sem sér um að stjórna og samþætta þá þjónustu sem hinn aldraði fær í samvinnu við hann. Þjónustustjórinn vinnur því að þjónustustjórnun fyrir hinn aldraða einstakling. Samkvæmt Leutz (1999) er þjónustustjóri alltaf til staðar í samþættingarmódelum á 3. stigi, aldrei á 1. stigi og oftast í samþættingarverkefnum á 2. stigi. Starf þjónustustjóra er útfært á mismunandi hátt á milli verkefna, milli landa og svo framvegis (Kodner, 2009).

Þegar aldraður einstaklingur sækir um þjónustu er honum úthlutaður þjónustustjóri sem fylgir honum eftir og er tengiliður hans. Þjónustustjórinn kynnir sér hinn aldraða vel, aðstæður hans og aðstandendur. Ítarlegt mat fer fram á þörfum hans, yfirleitt í samvinnu við fleiri fagaðila og þjónustustjórinn athugar hvaða bjargráð eru fyrir hendi. Í samvinnu við hinn aldraða og/eða aðstandendur hans og aðra fagaðila setur hann svo upp þjónustuáætlun. Þjónustustjórinn leiðir teymið og heldur reglulega teymisfundum. Það er verk þjónustustjórans að sjá til þess að hvergi sé rof í þjónustunni né að tvíverknaður eigi sér stað og í sumum módelum starfar þjónustustjórinn einnig í útskriftarteymum sjúkrahúsa. Í þeim verkefnum þar sem lækningar eru ekki í teyminum sjálfum er það yfirleitt á könnu þjónustustjórans að halda honum í góðum tengslum við það sem er að gerast hjá skjólstaðingum (Kodner, 2006; Kodner, 2009; Leichsenring, 2004b; Nesti, Alba og Bengtsson, 2005; Somme o.fl., 2007; Strümpel, Anderson og Teperoglou, 2005). Mismunandi er hvað hver þjónustustjóri sér um marga einstaklinga og oft er þess ekki getið, í PRISMA módelinu er gert ráð fyrir að hver þjónustustjóri haldi utan um 45 einstaklinga og í því módeli er gert ráð fyrir að allir þjónustustjórar fari á ákveðið námskeið (Somme o.fl., 2007). Algengast er að

þjónustustjórar séu annaðhvort hjúkrunarfræðingar eða félagsráðgjafar (Leichsenring, 2004; Somme o.fl., 2007; Weiner o.fl., 2003)

Það virðist vera sameiginlegt mat að þjónustustjóri sé einn mikilvægasti þátturinn þegar að samþættingu heilrigðis- og félagsþjónustu kemur (Hébert, Veil o.fl., 2008; Johri, Beland og Bergman, 2003; Kodner, 2002; Kodner, 2006; Kodner og Kyriacou, 2000; Leichsenring, 2004b; Somme o.fl., 2007).

Ein þjónustugátt

Með einni þjónustugátt er átt við að hinn aldraði sækir um alla þá hjálp sem hann þarf og fær allar upplýsingar um hvaða þjónusta er í boði á einum og sama staðnum (Leichsenring o.fl., 2005). Þar er hinum aldraða úthlutaður þjónustustjóri sem tekur hans mál í sínar hendur. Í þeim skipulagsbreytingum sem orðið hafa t.d. í Svíþjóð og Danmörku síðastliðna þrjá til fjóra áratugi hefur þetta verið eitt það fyrsta sem komið hefur verið á. Þetta þykir auðvelt að framkvæma en skilar mjög miklum árangri og ánægju meðal skjólstæðinganna (Anderson og Karlberg, 2000; Colmorton o.fl., 2004; Hedman o.fl., 2007; Stuart og Weinrich, 2001).

Í grein sem Leutz birti 2005 þar sem hann endurskoðar hugmyndaramma sinn um lögmálin fimm varðandi samþættingu, leggur hann mikla áherslu á eina þjónustugátt, þ.e. að skjólstæðingurinn þurfi einungis að leita á einn stað og þaðan sé honum útveguð sú þjónusta sem hann þarf. Ein þjónustugátt er líka eitt aðaleinkenni samþættingarverkefnanna vestan hafs (Hébert, Veil o.fl., 2008; Kodner og Kyriacou, 2000; Kodner, 2006). Samkvæmt Hébert, Veil o.fl. (2008) var ein þjónustugátt einn af mikilvægari þáttunum í samþættingunni í PRISMA módelinu og það ásamt þjónustustjóranum var talinn stór þáttur í hversu vel tókst til að samþætta þjónustuna.

Þjónustuáætlun

Eftir að skjólstæðingi hefur verið úthlutaður þjónustustjóri, er útbúin þjónustuáætlun. Þjónustustjórinn metur í samvinnu við aðra þörf hins aldraða,

aðstæður hans og hvaða úrræði eru í boði. Eftir það gerir hann einstaklingsmiðaða þjónustuáætlun í samvinnu við hinn aldraða og/eða aðstandendur. Þjónustuáætlunin inniheldur alla þá þjónustu sem skjólstæðingurinn þarf, svo sem akstur, matarsendingar, hjálp við ADL, lyfjaendurnýjanir, læknisefirlit og fleira. Þjónustustjórinn fylgist með hvort áætluninni sé framfylgt og þörfina fyrir endurmat, áætluninni er svo breytt í samræmi við það ef þörf krefur. Mikilvægt er að allir, bæði skjólstæðingur, aðstandendur sem og allt starfsfólk hafi greiðan aðgang að þjónustuáætluninni, hvort sem hún er á tölvutæku formi eða ekki því annars er hætta á að þjónustuáætlunin sé einungis eitthvert plagg hjá þjónustustjóranum sem enginn fer eftir (Hébert o.fl., 2003b; Nesti o.fl., 2005; Somme o.fl., 2007).

Matstæki

Þegar meta á þörf einstaklinga fyrir þjónustu er nauðsynlegt að hafa til þess áreiðanlegt og réttmætt mælitæki. Mörg og mismunandi matstæki hafa verið í gangi og jafnvel hefur sami einstaklingur verið metinn af mismunandi fagaðilum með mismunandi aðferðum. Það virðist vera samhljóma álit að mikilvægt sé að þróa og nota matstæki sem tekur á öllum þeim þáttum sem snúa að þörfum einstaklingsins og þannig verði auðveldara að setja upp árangursríka og samfellda þjónustuáætlun (Alaszewski o.fl., 2004; Leichsenring, 2004b; Somme o.fl., 2007). Dæmi um matstæki sem þróuð hafa verið eru:

- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) sem WHO setti fram árið 2001 og tengist ICD-10 greiningunum (Stineman, Ross og Maislin, 2005)
- SMAF (Functional Autonomy Measures System) sem mikið hefur verið notað í Kanada, er m.a. notað í PRISMA módelinu. SMAF er matstæki sem tekur á 29 atriðum er varða einstaklinginn og skiptast þau þannig: ADL (7), hreyfifærni (6), tjáskipti (3), hugræn geta (5) og

Almennar Athafnir Daglegs Lífs, svo sem þrif, innkaup og fleira (8). (Hébert o.fl., 2003a; Somme o.fl., 2007).

- RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home Care) er matstæki í RAI fjölskyldunni eins og Pálmi V. Jónsson (2003) kallaði hana sem á íslensku hefur verið þýtt sem Raunverulegur Aðbúnaður Íbúa. Þróun á RAI mælitækinu fyrir hjúkrunarheimili hófst í Bandaríkjunum 1986 og samkvæmt reglugerð er skylda að meta alla íbúa á hjúkrunarheimilum á Íslandi með þessu mælitæki. RAI-HC mælitækið var svo þróað 1996 og hefur verið prófað víða. Það er sérstaklega hannað fyrir heimaþjónustu og metur bæði þörf fyrir heilbrigðis- og félagsþjónustu einstaklinganna. RAI-HC mælitækið gefur að auki vísbendingar um umfang, áherslur og gæði veittrar þjónustu. Innleiðing á RAI-Home Care hefur verið í gangi hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur og samkvæmt áherslum heilbrigðis- og tryggingarmálaráðherra frá 2006 verður unnið að því að innleiða það um allt land (Pálmi Jónsson, 2003; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006; Somme ofl., 2007). Íslendingar hafa undanfarin ár tekið þátt í stórrí rannsókn sem nefnist ADHOC og er stýrt frá Ítalíu. Þar var verið að skoða gildi RAI mælitækjanna og þar á meðal RAI-HC (Pálmi V. Jónsson, 2003).

Sameiginlegt upplýsingaforrit- skráning

Til að tryggja samfellu í umönnun skjólstaðingsins og auðvelda öll samskipti milli aðila innan teymisins er nauðsynlegt að koma á einhvers konar upplýsingaforriti á tölvutæku formi þar sem allir umönnunaraðilar geta séð nýjustu upplýsingar um skjólstaðinginn, sett inn sínar athugasemdir, breytingar á meðferð og áætlun. Þetta getur sparað tíma og komið í veg fyrir tvíverknað. (Alaszewski o.fl., 2004; Hébert o.fl., 2003b). Nokkur slík forrit hafa verið þróuð

fyrir samþætta þjónustu víða um lönd svo sem SIGG (System d'information géronto-gériatrique) í PRISMA samþættingarmódelinu (Hébert o.fl., 2003b) og eSAP (Electronic Single Assessment Process, an integrated health and social care information system for older people) sem yfirvöld í Bretlandi stóðu að þróuninni að (Mouratidis, Manson og Philp, 2003; Wilson, Baines, Cornford og Martin, 2007). Við þróun á svona upplýsinga- og skráningaforritum er auðvitað nauðsynlegt að tryggja persónuvernd og trúnað við sjúklinginn.

Teymisvinna

Teymisvinna er grunnurinn að öllum samþættingarmódelum. Misjafnt er á milli verkefna hverjir mynda teymið. Í PACE verkefninu var mikið lagt upp úr því að hafa alla starfsmenn sem að skjólstaðingnum komu með í teyminu, hvort sem það var hjúkrunarfræðingur eða bílstjóri (Mukamel o.fl., 2006). Algengast er að í teymunum sé hjúkrunarfræðingur, félagsfræðingur, læknir og það sem við köllum á Íslandi sjúkraliði og félagsliði.

Sameiginlegt húsnæði

Það gefur auga leið að ef öll þjónustan er staðsett í sameiginlegu húsnæði eru meiri líkur á að teymið sem vinnur saman þekkist og samskiptin milli þeirra verði auðveldari. Í PACE verkefninu var mikið lagt upp úr því að öll þjónustan væri skipulögð út frá þjónustukjarnanum þar sem dagdeildin var (Kodner, 2006) en í hinum verkefnum er ekki eins mikið lagt upp úr því. Gott upplýsingakerfi ætti auðvitað að minnka þörfina á þessu.

Markmið og ávinningur samþættingar

Sameining hefur verið mikið í umræðunni síðustu áratugi, við horfum á sameiningu sveitarfélaga, heilbrigðisstofnana, skóla og svona mætti lengi telja. En hver eru markmiðin? Þegar hafist er handa við jafn viðamiklar breytingar og að breyta lögum, sameina stofnanir og deildir, breyta stjórnskipulagi og fleira

sem þarf til að samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu er mikilvægt að byrja á því að gera sér grein fyrir tilganginum. Hvað ætlum við að fá út úr þessum breytingum? Hvað er raunhæft? Er einhver hagræðing af þessu? Kemur þetta sér vel/illa fyrir einhverja?

Megintilgangur samþættingarinnar virðist vera sá sami í samþættingarverkefnum. Samkvæmt Kodner (2009) sem hefur skrifað mikið um samþætta þjónustu er samþættingin þróuð til að auka samloðun og samvirkni milli mismunandi kerfa. Markmið hennar er að auka hagkvæmni og skilvirkni, auka gæði þjónustunnar og lífsgæði skjólstæðingsins og þar með ánægju hans, sérstaklega fyrir skjólstæðinga sem þurfa margþætta og flókna þjónustu. Til að efla hagkvæmni er einkum horft til minni notkunar á dýrari úrræðum, eins og bráðasjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum. Lára Björnsdóttir (2006) vitnar í skýrslu frá Evrópuráðinu sem gefin var út 2006 þar sem kemur fram að meginrökin fyrir því að samþætta félagsþjónustu og einn annan eða fleiri opinbera þjónustubætti svo sem heilbrigðis- eða menntakerfið sé betri þjónusta við notendur og eru fatlaðir og aldraðir sérstaklega nefndir í því samhengi. Fleiri rök eru nefnd í skýrslu Evrópuráðsins t.d. sérstakur ávinningur mismunandi leiða í samþættingu svo sem hraðari málsmeðferð og ákvarðanatöku, hagkvæmari notkun úrræða og fjármuna og aukin ánægja með þjónustuna.

Í þessum kafla ætla ég að fara yfir helstu markmið og ávinning með samþættri heilbrigðis- og félagsþjónustu, og skoða niðurstöður rannsókna því til staðfestingar. Í töflu 2 má sjá helstu niðurstöður rannsókna á samþættingarverkefnum.

Tafla 2. - Niðurstöður rannsókna á árangri samþættingarverkefna

	PRISMA/Bois France föveri PRISMA	SIPA (Béland o.fl., 2006)	PACE	WPP	SHMO	ROVERETO (Bernabei o.fl., 1998)	The Silver Network Project (Landy o.fl., 2001)
Innlagnir á sjúkrahús/legudagar	- Enginn munur í Bois France (Tourigny o.fl., 2004) -Innlögnum fylgandi hjá viðm- hóp en stóð í stað hjá PRISMA- hóp (Hébert o.fl., 2010)	-50% fækkun legudaga -enginn munur á komufjölda	Færri innlagnir (Wieland o.fl., 2000), Átturvík tilfella rannsókn sýndi að 14,9% skjólstæðingur PACE þurftu að liggja inni á hi- heim, lengur en 30 daga á 3 árum (Friedman o.fl., 2005)	Enginn munur (Kane o.fl., 2006)		Innlögnum fækkaði	Innlögnum og legudögum fækkaði
Komur á bráða mótöku	-Enginn munur hjá Bois France -Jókest hjá viðm. hópi en stóð í stað í PRISMA	Enginn munur		Enginn munur (Kane o.fl., 2006)			
Innlagnir á hjúkrunahemilli	Fækkun á innlögnum (Tourigny o.fl., 2004)	Enginn munur Yfir- heildina, Seinkaði innlögnum heilsuina ustara fólks		Enginn munur (Kane o.fl., 2006)	-40% færri innlagnir hjá viðmáðunarrhóp (Fisher o.fl., 2003) -26% líklegri til að útskrifa heim (Thomas o.fl., 2010)	Seinkaði innlögnum	
Kostnaður/hagkvæm- ni		Enginn munur	PACE-skjólstæðingur voru dyrrari en viðmáðunarrhópur, kostnaður svipað og þeir væru á hjúk- rúshemilli (WSD-skýrsla, 2005)			Minni kostnaður	Minni kostnaður
Anægja skjólstæðinga	Aukin ánægja (Hébert o.fl., 2010)	Aukin ánægja		Enginn munur á milli hópa (Kane o.fl., 2002)			
Álag á aðstandendur/ánægja á aðstandendur	-Enginn munur hjá Bois France -Jókest hjá viðm. hópi en stóð í stað í PRISMA (Hébert, o.fl., 2010)	-Aukin ánægja -Minnkað álag		-Aukin ánægja Minnkað álag			
Lífun	Engin áhrif Bois France	Enginn munur	- Líffölu lengur (Wieland o.fl. 2010; WSD-skýrsla, 2005))	Enginn munur (Kane o.fl., 2002)	Enginn munur (Fisher o.fl., 2003)		
Uppfyllta r þarfir	Betur uppfylltar (Hébert o.fl., 2010)			Enginn munur á milli hópa (Kane o.fl., 2002)			
Hellibrot/ starfsgeita	Virkni helst betur hjá PRISMA og aukin heilsuþving (Hébert o.fl., 2010)	Enginn munur	PACE-skjólstæðingum hrakkaði síður (WSD-skýrsla, 2005)			Aukin líkamleg virkni	

Hagkvæmni og skilvirkni

Eins og fram hefur komið eru vestræn samfélög að eldast, gamla fólkið okkar verður eldra og hlutfallslega fleira en áður. Af þessu leiðir að hlutfall vinnuafli minnkar en útgjöldin hækka. Samþætting hefur verið sú niðurstaða sem margar þjóðir hafa lagt áherslu á þegar kemur að því að draga saman í heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða og hafa stjórnvöld bundið miklar vonir við að samþættingarverkefni af ýmsu tagi minnki kostnað eða allavega nýti bjargráðin betur (Lára Björnsdóttir, 2006; Kodner, 2002; Kodner og Spreuwenberg, 2002).

Í Danmörku og Svíþjóð hafa verið miklar breytingar á þjónustu við aldraða síðustu 30 árin, eins og áður hefur komið fram. Markmiðið með þessum breytingum var meðal annars að hagræða í þjónustunni. Stefnan var að horfa frá stofnanavæðingunni og gera öldruðum kleift að búa lengur heima með aukinni aðstoð. Þetta hefur tekist vel og samþætt þjónusta er orðin að veruleika í þessum löndum að mestu leyti. Árið 2001 gerðu Stuart og Weinrich úttekt á þessari þjónustu í Danmörku miðað við Bandaríkin og þar kom í ljós að á 12 ára tímabili hafði kostnaður við þjónustu fyrir einstaklinga 67 ára og eldri aukist um 8% (miðað við 67% í Bandaríkjunum). Kostnaður við þjónustu fyrir 80 ára og eldri hafði lækkað um 12% í Danmörku (miðað við hækkun um 68% í Bandaríkjunum). Anderson og Karlberg (2001) sem skoðuðu áhrif Ädel-reform breytinganna í Svíþjóð komust að þeirri niðurstöðu að fjárhagsleg hagræðing hefði átt sér stað við innleiðingu á samþættri þjónustu við aldraða.

Eins og sjá má á töflu 2 ber rannsóknnum ekki saman um hvort samþættingin skili hagnaði eða ekki. Rannsóknir á ítölsku samþættingarverkefnum sýndu að svo var. Önnur rannsóknin er rannsókn Bernabei ofl., (1998) sem mikið hefur verið fjallað um varðandi samþætta þjónustu. Í þeirri rannsókn sem gerð var í Rovereto á Ítalíu var 200 öldruðum einstaklingum fylgt eftir í eitt ár. Annar hópurinn fékk samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu þar sem þjónustustjóri var fyrir hendi en hinn fékk hefðbundna þjónustu. Niðurstöður sýndu að rannsóknarhópurinn var sjaldnar lagður inn á sjúkrahús og beiðnir fyrir

hjúkrunarheimili voru færri og komu mun síðar en hjá viðmiðunarhópnum. Önnur heilbrigðisþjónusta var notuð í svipuðum mæli en viðmiðunarhópurinn fór oftast til heimilislæknis. Rannsóknarhópnum fór fram varðandi líkamlega heilsu meðan viðmiðunarhópnum hrakaði, hugrænni getu hrakaði meira hjá viðmiðunarhópnum en rannsóknarhópnum. Einnig var metinn kostnaður og í þessari rannsókn kom fram að kostnaður fyrir hvern einstakling var meiri í viðmiðunarhópnum en í rannsóknarhópnum og var því hægt að álykta að samþættingin í Rovereto borgaði sig. Önnur rannsókn var gerð á Ítalíu. Þar kom einnig fram fækkun á innlögnum og legudögum á sjúkrahúsum sem og 27% kostnaðarlækkun fyrir hvern einstakling (Landi o.fl., 2001).

Annað var upp á tengingnum við mat á árangur af PACE samþættingarverkefninu. Áhrifin voru mjög jákvæð nema þegar kom að fjárhagslegum ávinningi, þá kom í ljós að kostnaður við hvern einstakling í PACE var svipaður og fyrir einstakling á hjúkrunarheimili og þó nokkuð hærrí en fyrir einstakling sem fékk hefðbundna þjónustu frá Medicare og Medicaid (Mancuso, Yamashiro og Felver, 2005). Svipaða sögu má segja af SIPA, rannsóknarverkefni í Kanada. Varðandi kostnað kom í ljós að heildarkostnaður við skjólstæðing í SIPA var svipaður og kostnaður við skjólstæðing sem fékk hefðbundna þjónustu. (Béland o.fl., 2006). Eins og sjá má af þessum dæmum eru niðurstöðurnar varðandi kostnað við samþættinguna mismunandi, eflaust má ímynda sér að aðstæður á hverjum stað skipti miklu máli í þessu eins og öðru varðandi innleiðingu á samþættri þjónustu.

Innlagnir á sjúkrahús, legudagar, komur á bráðamóttöku.

Flest samþættingarverkefnin hafa það að markmiði sínu að fækka innlögnum á sjúkrahús, stytta legutíma og fækka komum á bráðamóttöku. Með virku eftirliti með alls kyns krónískum sjúkdómum sem hrjá eldra fólk svo sem sykursýki, hjartabilun, háþrýsting, ýmsum lungnasjúkdómum og fleira er oft hægt að koma í veg fyrir skyndilegar versnanir sem leiða til innlagna á sjúkrahús. Aldraðir einstaklingar eru mun lengur að ná sér eftir bráðaveikindi en yngra fólk, eftir

bráðafasann tekur oft við langur tími þar sem fólk er að jafna sig og ná fyrri þrótti og getu. Á þessum tíma er yfirleitt óþarfi að einstaklingurinn sé á bráðasjúkrahúsi en hann er of slappur til að vera heima. Markmiðið með samþættri þjónustu er að þessir einstaklingar komist heim fyrr með aukinni þjónustu sem hægt er að veita í heimahúsum (Warner og Gould, 2003).

Í Danmörku og Svíþjóð þar sem samþætt þjónusta er komin vel á veg hefur legudögum inni á sjúkrahúsum fækkað mikið hjá öldruðum. Á tíunda áratugnum voru sett lög í báðum löndunum sem heimiluðu sjúrahúsunum að taka gjald af sveitarfélögunum fyrir aldraða sem höfðu lokið meðferð á sjúkrahúsunum en útskrift tafðist vegna úrræðaleysis. Þetta á bæði við þegar einstaklingurinn getur farið heim með aukna þjónustu og þegar hann þarf að komast á hjúkrunarheimili. Þessi lög ýttu mikið á kröfuna um að samþætta betur þjónustuna og auka úrræði fyrir aldraða (Anderson og Karlberg, 2000; Colmorton o.fl., 2004; Hansen, 2009).

Í töflu 2 kemur fram að þetta er það sem einna mest hefur verið rannsakað en niðurstöður eru ekki allar í sömu átt. Í WPP prógramminu var enginn munur á rannsóknarhópi og viðmiðunarhópi en í skýrslu um PACE kom í ljós að skjólstæðingar PACE þurftu á færri innlögnum að halda. Í SIPA var slembuð samanburðarrannsókn sett af stað um leið og verkefnið þar sem 1254 einstaklingum var slembiraðað í tvo hópa. Annar hópurinn fékk þjónustu frá SIPA en hinn hefðbundna þjónustu frá mörgum mismunandi aðilum. Fylgst var með hópunum í 22 mánuði, eða þann tíma sem SIPA tilraunaverkefnið var í gangi. Þeirra tilgáta var sú að SIPA módelið myndi fækka legudögum á sjúkrahúsum en markmiðið með verkefninu sem slíku var ekki að minnka kostnað heldur að hann yrði sambærilegur. Niðurstöðurnar sýndu það sem þeir héldu, með verkefninu var meiri og betri aðgangur að heilbrigðis- og félagsþjónustu og 50% fækkun varð á legudögum á bráðasjúkrahúsum þar sem hægt var að útskrifa skjólstæðingana heim fyrr vegna góðrar þjónustu heima. Ekki var neinn munur á kostnaði milli hópa og komur á bráðamóttöku og

bráðainnlagnir voru svipaðar. Rannsakendur skýra komur SIPA skjólstæðinga á bráðamóttöku og bráðainnlagnir þeirra með því að heilsugæslulæknar SIPA skjólstæðinganna höfðu ekki mikið frumkvæði til að tengjast teyminu og lítið samband var við þá. Heilsa beggja hópa var svipuð á tímabilinu. Þegar upp var staðið og allur kostnaður tekinn saman var enginn munur á kostnaði fyrir ríkið hvort sem skjólstæðingurinn var í SIPA eða ekki. Viðmiðunarhópurinn var dýrari varðandi sjúkrahúskostnað en SIPA skjólstæðingar voru með meiri kostnað fyrir þjónustu veitta úti í samfélaginu. Skjólstæðingar í SIPA sem og aðstandendur voru ánægðari en hinir, engin auka umönnunarbyrði lenti á aðstandendum né aukakostnaður (Béland ofl., 2006). Þrátt fyrir þessar jákvæðu niðurstöður var ákveðið að hætta með prógrammið að svo stöddu en ákveðið var að reyna að taka ákveðna hluta úr því og nota (Kodner, 2006).

Engin rannsókn sýndi að skjólstæðingar samþættrar þjónustu þyrftu meiri bráða- og sjúkrahúsþjónustu en viðmiðunarhópurinn.

Hjúkrunarheimili

Eins og sjá má í töflu 2 er árangur samþættingarverkefna varðandi innlagnir á hjúkrunarheimili góður. Allar rannsóknir nema á WPP sýndu að samþætt heilbrigðis- og félagsþjónusta fækkaði og/eða seinkaði innlögnum á hjúkrunarheimili. Þrátt fyrir að niðurstöður Bélends og félaga (2006) hafi ekki sýnt mun á heildarinnlögnum þegar upp var staðið vilja höfundar meina að þátttaka í SIPA hafi seinkað varanlegri vistun á hjúkrunarheimilum hjá þeim sem voru í meðallagi heilsuskertir.

Fischer og félagar (2003) gerðu stóra rannsókn (18.143 þátttakendur) þar sem notað var aðlagð tilraunasnið. Social HMO módelinu var hætt í Minnesota og skjólstæðingarnir fengu aftur hefðbunda þjónustu og voru þeir hafðir sem viðmiðunarhópur. Hins vegar voru skjólstæðingar Social HMO í Oregon þar sem módelið hélt áfram. Til að fyrirbyggja mismun vegna búsetu voru aðrir viðmiðunarhópar hafðir með í báðum fylkjum. Niðurstöðurnar voru mjög afgerandi. Skjólstæðingarnir sem hættu í Social HMO í Minnesota sýndu 40%

aukningu á varanlegum innlögnum á hjúkrunarheimili miðað við skjólstæðinga Social HMO í Oregon. Ekki var munur á dauðsföllum milli hópa (Fischer o.fl., 2003). Thomas, Gassoumis og Wilber (2010) gerðu rannsókn á skjólstæðingum SHMO í Suður-Kaliforníu og viðmiðunarhópurinn var þeir sem fengu hefðbundna þjónustu frá Medicare. Rannsóknin snéri að útskriftum af öldrunardeild /hjúkrunarheimili áður en innlögnin yrði varanleg. Skjólstæðingar höfðu verið lagðir inn tímabundið og rannsóknarniðurstöður sýndu að skjólstæðingar SHMO voru 26% líklegri til að útskrifast heim heldur en viðmiðunarhópurinn. Hins vegar vilja þau sömu meina að það skorti rannsóknir á SHMO og samþættingarverkefnum yfir höfuð til að skoða hvort þessi verkefni nái tilætluðum árangri í að fækka innlögnum á hjúkrunarheimili (Thomas o.fl., 2010)

Ánægja skjólstæðinga

Eins og fram kom áðan eru markmið samþættingarinnar ekki einungis á sviðum hagkvæmni og kostnaðar, ánægja skjólstæðinganna skiptir einnig máli. Þegar samþætta á þjónustuna, gera hana samfelldari með starfi þjónustustjóra og gerð þjónustuáætlunar í samráði við skjólstæðinginn, auðvelda aðganginn með einni þjónustugátt er verið að hugsa um hag skjólstæðingsins. Að hann fái þá þjónustu sem hann þarf þegar hann þarfnast hennar. Samkvæmt Kodner (2009) er tengingin milli samþættrar þjónustu, aukinna gæða og ánægju skjólstæðinga mjög vel þekkt. Meiri óvissa hefur verið tengd við hagræðinguna og sparnaðinn sem af henni á að hljóttast. Fáar rannsóknir hafa samt verið gerðar á ánægju skjólstæðinga varðandi samþætta þjónustu (sjá töflu 2). Í stórrri rannsókn sem gerð var á PRISMA samþættingarverkefninu þar sem þátttakendur voru um 1500 kom fram að fjórum árum eftir innleiðinguna var ánægja skjólstæðinga PRISMA mun meiri en hinna sem fengu hefðbundna þjónustu (Hébert o.fl., 2010).

Ánægja og álag á aðstandendur

Eitt markmiðið með samþættri þjónustu er að auka gæði þjónustunnar, gera hana samfelldari, koma í veg fyrir rof og tvíverknað. Við það að gera þjónustuna samfelldari minnkar ábyrgð aðstandenda, þeir treysta betur að öldruðum ástvinum þeirra sé sinnt og þörfum hans sé fullnægt. Í því samfélagi sem við búum í er þetta vaxandi krafa vegna breyttra aðstæðna svo sem atvinnuþátttöku kvenna, skilnaða, flutninga og fleira eins og áður hefur komið fram. Stefnan í flestum samþættingarverkefnum er sú að hafa bráðaþjónustu allan sólarhringinn og er mikið öryggi fólgið í því bæði fyrir skjólstæðinga og ekki síður aðstandendur.

Ekki hafa verið gerðar margar rannsóknir varðandi álag á aðstandendur í samþættri þjónustu (Tourigny o.fl., 2004) en í tveimur samþættingarverkefnum WPP í Bandaríkjunum og PRISMA í Kanada fóru fram rannsóknir þar sem m.a. var könnuð ánægja aðstandenda og álag á þá (sjá töflu 2). Niðurstöður beggja rannsókna gáfu til kynna að aðstandendur voru ánægðari með samþætta þjónustu og álag á þá hafði minnkað eftir að fólkið þeirra hafði innritast í þessi samþættingarmódel (Hébert ofl., 2010; Kane, Homyak, Bershadsky og Lum, 2002). Þetta var eina jákvæða niðurstaðan sem Kane Homyak, Bershadsky og Lum (2002) fengu með rannsókn sinni á skjólstæðingum WPP og tveimur viðmiðunarhópum sem fengu hefðbundna þjónustu frá mismunandi aðilum. Þar skoðuðu þeir hversu vel þörfum skjólstæðinganna var mætt, bæði varðandi persónulegar ADL (t.d. böðun, WC ferðir ofl.) og almennar ADL (t.d. innkaup, matreiðsla ofl.) þarfir. Niðurstöður sýndu að ekki var munur á milli hópa, skjólstæðingum úr öllum þremur hópunum virtist vera sinnt jafn vel og ekki var munur á milli hópa með ánægju varðandi þjónustuna. Eini munurinn sem kom fram í þessari rannsókn var að fjölskylda skjólstæðinga WPP var heldur ánægðari með þjónustuna en aðstandendur úr hinum hópunum.

Umræða

Það er ýmislegt sem hafa þarf í huga þegar sameina á þjónustu úr mismunandi kerfum eins og þegar sameina á heilbrigðis- og félagsþjónustu. Saga heilbrigðisþjónustunnar er mun lengri og á sér sterkari hefðir en félagsþjónustan. Þessi mismunur á sögu kerfanna, útbreiðslu og styrkleika þeirra, meiri og almennari menntunar innan heilbrigðiskerfisins sem og mun sterkari alþjóðleg rannsóknarhefð bæði innan hjúkrunar- og læknisfræði ýtir undir mikilvægi þess að bæði kerfin fái að njóta sín við samþættinguna en ekki að annað kerfið gleypi hitt (Lára Björnsdóttir, 2006; Leichsenring, 2004a).

Samþættingarverkefni í heilbrigðis- og félagsþjónustu

Þegar setja á af stað vinnu með samþætta þjónustu í huga er nauðsynlegt að átta sig á að aðstæður á hverjum stað eru mjög mismunandi og skipta miklu máli þegar kemur að því ákveða hvernig best sé að útfæra þjónustuna (Kodner, 2009; Stewart, Petch og Curtice, 2003). Þetta kom skýrt fram í nýlegri fræðilegri samantekt á samþættingarverkefnum á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða (Williams ofl., 2009). Þar kom fram að það var margt sem skipti máli svo sem fjármagn, stjórnskipulag, bjargráð í sveitarfélaginu, skipulag þjónustunnar, hlutverk og hugmyndir fagfólks en ekki síður hugmyndir og gildi í samfélaginu, uppbygging fjölskyldna, aðbúnaður aldraðra og margt fleira. Þar kom einnig fram að tíminn skipti miklu máli. Umfangsmiklar breytingar á þjónustu við aldraða þar sem samþætt þjónusta var markmiðið var nokkurn tíma að festast í sessi og skila tilætluðum árangri (Williams ofl., 2009). Þetta kom líka skýrt í ljós á innleiðingunni á PRISMA tilraunaverkefninu en samhliða því var unnin marghliða rannsókn á ýmsum þáttum verkefnisins. Einn þáttur rannsóknarinnar var að athuga hversu vel samþættingin hefði tekist miðað við það sem áætlað var

í upphafi. Þessi rannsókn var gerð á öllum þremur svæðunum þar sem PRISMA módelið var innleitt. Við rannsóknina voru notaðar fjölþættar aðferðir, bæði eiginlegar og meginlegar. Skoðaðir voru sex þættir sem módelið byggir á, á sex mánaða fresti í fjögur ár með ákveðnu mælitæki sem metur samþættingu. Alls var hægt að fá 100% þar sem samþættingin tókst eins og áætlað var og allir þættir PRISMA móðelsins að fullu samhæfðir eins og til var ætlast. Í upphafi var samhæfingin á öllum stöðunum frá 21,1% og til 24,7%, eftir eitt ár var meðaltal samhæfingarinnar 48,5%, eftir tvö ár 76,4%, eftir þrjú ár 76,4% og eftir fjögur ár komst hún í 69% í Coaticook, 78% í Granit og 85% í Sherbrooke, þar sem samhæfingin gekk best (Hébert og Veil, 2004; Hébert, Veil o.fl., 2008; Hébert o.fl., 2010).

Eins og kemur fram í töflu 2 voru niðurstöður jákvæðar á einhverjum þætti í öllum samþættingarverkefnum. Niðurstöður frá WPP verkefninu voru sístar, rannsókn sem Kane, Homyak, Bershadsky og Flood (2006) gerðu sýndi engan mun á WPP skjólstæðingum og viðmiðunarhóp varðandi innlagnir á sjúkrahús og fleira. Sama var með rannsókn Kane, Homyak, Bershadsky og Lum (2002), eini munurinn sem kom fram í þessari rannsókn var að fjölskylda skjólstæðinga WPP var heldur ánægðari með þjónustuna en aðstandendur úr hinum hópnum eins og komið hefur fram.

Þrátt fyrir að PACE módelið hafi sýnt árangur á margan hátt hefur útbreiðsla þess verið minni en áætlanir gerðu ráð fyrir (Gross o.fl., 2004). Tvær ástæður eru taldar fyrir þessu. Hin fyrri er sú að þegar einstaklingur fer inn í PACE módelið hættir hann hjá heimilislækni sínum og á heilsugæslustöð sinni og fær lækni innan PACE og ekki eru allir sáttir við þá tilhögun. Hitt atriðið er varðandi kostnað skjólstæðinganna. Þeir sem fá bæði framlög frá Medicare og Medicaid fá þjónustuna fría en aðrir þurfa að borga hluta af henni sjálfir og telst hún frekar dýr fyrir almenning (Kodner, 2006).

Einkenni árangursríkra samþættingarverkefna

Mikill samhljómur var í hugmyndafræði samþættingarverkefnanna, að gefa öldruðum kost á að eyða ævikvöldinu á eigin heimili þar sem samfella og gæði einkenndu þjónustuna við þá. Sameiginlegu einkennin voru líka mörg eins og kom í ljós í niðurstöðukaflanum. Ein þjónustugátt var eitt þeirra og skiptir miklu máli í samþættingunni. Þörfin fyrir þjónustu kemur oft skyndilega í kjölfar veikinda eða við útskrift af sjúkrahúsi eftir einhvers konar áfall eða veikindi. Hinn aldraði eða aðstandendur hans vita ekki hvert á að leita og þörfin fyrir vel skipulagða þjónustu sem mætir þörfum hans er úrslitaatriðið um hvort einstaklingurinn geti útskrifast heim og hvort hann geti dvalið heima. Sækja þarf um heimahjúkrun á einum stað, heimþjónustu á öðrum og margir gera sér engan veginn grein fyrir mismuninum þarna á milli. Ef skjólstæðingurinn vill fá heimsendan mat þarf að sækja um það á þriðja staðnum og svo framvegis. Því er mikilvægt að kerfið sé einfalt, sýnilegt og geti brugðist fljótt við og veitt skjólstæðingnum þá þjónustu sem hann þarf (Leichsenring, 2004b; Leichsenring o.fl., 2005). Það gefur því auga leið hvað ein þjónustugátt auðveldar aðgang hins aldraða að allri þjónustu og er eitt af þeim atriðum sem auðveldast er að koma í framkvæmd.

Teymisvinna er annað mikilvægt atriði í samþættingarverkefnum en mismunandi er á milli verkefna hvernig teymin eru uppbyggð. Í PACE módelinu er lögð áhersla á að bæði fagfólk og ófaglærðir sem sinna sjúklingnum vinni saman í teymi, þrátt fyrir að það geti verið flóknara að starfa og halda utan um þess konar teymi vilja stjórnendur meina að það skili sér í betri þjónustu (Mukamel o.fl., 2006).

Markmið og ávinningur samþættingar

Tilgangur samþættingarinnar virðist fyrst og fremst vera fjárhagslegur ávinningur sem og til að auka gæði þjónustunnar. Með fjárhagslegum ávinningi er bæði átt við beinan kostnað og kostnað vegna minni notkunar á bráðaþjónustu sem er dýrasta form heilbrigðisþjónustunnar. Þessir þættir eru líka þeir þættir sem mest hafa verið rannsakaðir varðandi samþætta þjónustu, þrátt fyrir aðferðafræðilega erfiðleika. Eins og sjá má í töflu 2 kom í ljós misræmi í rannóknum hvað varðaði frjárhagslegan ávinning. Í slembuðu íhlutunarrannsókninni sem Béland og félagar (2006) gerðu á SIPA verkefninu kom í ljós að þegar upp var staðið var enginn fjárhagslegur ávinningur af verkefninu. Sá sparnaður sem hlaut af færri legudögum á sjúkrahúsum fór í heilbrigðis- og félagsþjónustuna í heimahúsum.

Samkvæmt öðru lögmáli Leutz (1999) þá krefst samþættingin aukinna fjárútláta áður en hún fer að borga sig (e.Integration costs before it pays). Þessu þurfi allir að gera sér grein fyrir þegar selja á samþættinguna sem leið til sparnaðar. Leutz (1999) bendir á að kostnaði við samþættingu megi í raun skipta í þrennt. Í fyrsta lagi að byrjunarkostnaður varðandi starfsfólk sé í raun á öllum stigum, í stefnumótunarvinnunni, hjá stjórnendum og í klíníkinni. Hann felist m.a. í þeim tíma sem fer í að skipuleggja samþættinguna, í miklum samskiptum og rökræðum við aðra sem að samþættingunni koma og ekki síst í að kynnast og læra á það starfsfólk og skipulag sem sett er á laggirnar. Í öðru lagi sé stefnan við samþættingu yfirleitt sú að breyta valdsviðum fólks og sameina yfirstjórn. Þetta ætti að spara fjármuni en reynslan er sú að fólk er tregt að gefa „sitt“ eftir og færa stjórnina í hendur annarra og sparnaður hér sé oft takmarkaður. Í þriðja lagi sé alltaf einhver ótiltekinn stofnkostnaður þegar nýjungar eru settar fram og yfirleitt sé nauðsynlegt að veita einhverjum fjármunum í það í byrjun (Leutz, 1999).

Sambætting á Íslandi

Eins og kom fram í fræðilegu umfjölluninni hefur sambætting á heilbrigðis- og félagsþjónustu verið að ryðja sér til rúms á Íslandi síðastliðin ár. Hér á Ísafirði hefur lítil samvinna verið á milli þjónustukerfa en um þessar mundir er verið að flytja stjórn heimaþjónustunnar í sama húsnæði og heimahjúkrunin er í. Spennandi verður að vita hvort það muni auka samvinnuna á milli. Ef áætlanir ríkisstjórnarinnar ganga eftir og málaflokkurinn verður fluttur yfir til sveitarfélaganna innan fárra ára held ég að aldraðir í Ísafjarðarbæ geti verið bjartsýnir með niðurstöðuna. Ég tel að þær aðstæður sem við höfum hér í þessu litla samfélagi séu mjög góðar til að samþætta þessa þjónustu og ég vona að þetta verkefni geti eitthvað hjálpað til við undirbúning þeirrar vinnu. Í lítilli rýnihóparannsókn sem ég gerði síðastliðið vor þar sem ég talaði við það fólk sem stendur fremst í þessum málaflokkum hér á Ísafirði kom bersýnilega í ljós mikill vilji til að samþætta þessa þjónustu. Mikill hugur var í fólki til að vinna vel saman að aukinni sambættingu þannig að aldraðir í Ísafjarðarbæ fengju góða heilbrigðis- og félagsþjónustu (Hildur Elísabet Pétursdóttir, 2010).

Takmörkun verkefnis

Í þessu verkefni er lítið rætt um faghópana sem að sambættingunni kemur. Fyrir starfsfólkið þýðir sambættingin aukna teymisvinnu milli allra starfshópa þar sem unnið er að sameiginlegum markmiðum og áætlanir gerðar í sameiningu. Þetta orsakar oft breytingu á valdsviði og vinnu hefðum fagstéttanna sem að þessu koma og getur valdið átökum milli viðtekinnna gilda og hugmyndafræði mismunandi stétta (Mur-Veeman o.fl., 2003). Mikið hefur verið skrifað um samvinnu mismunandi fagaðila og margar rannsóknir verið gerðar sem áhugavert væri að skoða en látið liggja milli hluta hér.

Þau verkefni sem ég rýndi einna mest í eru sambættingarverkefni á stigi 2 og 3. Mikið af litlum samvinnuverkefnum á stigi eitt hafa verið sett fram, þar sem

aukinni samvinnu milli ákveðinna þátta í kerfunum er komið á. Þetta skoðaði ég lítið enda markmiðið frekar að undirbúa jarðveginn fyrir flutning málaflokksins yfir til sveitarfélaganna og þá eru samþættingarverkefni á stigi 2 og 3 líkari því sem koma skal. Sú samþætting sem þegar hefur átt sér stað á Íslandi hjá reynslusveitarfélögum er áhugaverð en því miður ekki pláss fyrir þá umræðu hér í þessu verkefni.

Frekari rannsóknir

Skortur er á rannsóknnum og fjármagni til rannsókna á þessum grunni (MacAdam, 2009; Nies, 2004). Flestir eru sammála um það að erfitt sé að rannsaka hvort samþættingin sé hagkvæm. Rannsóknarefnið sé mjög krefjandi aðferðalega séð, og oft ekki ljóst hvernig best sé að meta það. Eflaust er það ein skýring á fáum rannsóknnum á þessu sviði. En efnið er ekki bara flókið aðferðafræðilega séð, mikill munur er á uppbyggingu velferðakerfanna milli landa og jafnvel innan hvers lands, samþættingarmódelin eru byggð upp á mismunandi hátt og samanburðurinn getur því verið flókinn en víst er að þetta krefst frekari rannsókna (Kodner, 2009; Nies, 2004; Stewart o.fl., 2003; Vondeling, 2004). Samþættingarverkefni hafa verið sett á stofn um allan heim sem hafa hvorki verið metin né rannsökuð með tilliti til árangurs. Í rannsóknarverkefnum eins og SIPA og PRISMA eru rannsóknir og mat framkvæmd samhliða og virðist það vera afar árangursríkt. Hægt er þá að bregðast fljótt við og taka á því sem betur má fara (Kodner, 2006; Leichsenring, 2004b).

Innan fárra mánuða birtist stór slembuð íhlutunarrannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum og stóð yfir í þrjú ár. Rannsóknin nefnist AD-LIFE (The After Discharge care management of Low-Income Frail Elderly) og eru þátttakendur í rannsókninni aldraðir skjólstaðingar sem eiga rétt á bótum bæði frá Medicare og Medicaid og eru því mjög tekjulágir. Þessi rannsókn er mjög ítarleg og tekur m.a. á innlögnum á sjúkrahús og hjúkrunarheimili, ánægju og fleira. Spennandi verður

að sjá niðurstöður þessarar rannsóknar (Wright, Hazelett, Jaroura og Allen, 2007).

Í Óðinsvéum í Danmörku fór fram ráðstefna um mánaðamótin mars-apríl 2011 þar sem aðalmálefnið var rannsóknaraðferðir í samþættri þjónustu. Fróðlegt verður að fylgjast með hvað kemur frá þeirri ráðstefnu og vonandi verður hún til þess að efla rannsóknir á þessu sviði.

Heimildaskrá

- Ahgren, B. og Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5. Sótt 5. september 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/134/268>
- 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.
- Anderson, G. og Karlberg, I. (2000). Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 1. Sótt 11. september 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/7/14>
- Banks, P. (2004). *Policy framework for integrated care for older people*. London: King's Fund
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor., V ofl. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *British Medical Journal*, 316. 1348-1351.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A-P. og Dallaire, L. (2006). A System of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology*, 61A(4), 367-373.
- Billings, J.R., Alaszewski, A.M. og Coxon, K. (2004). Towards integrated health and social care for older people. A European review. *Journal of Integrated Care*, 12(1), 3-8.

- Billings, J. og Malin, M. (2005). Definitions of integrated care from the stakeholder perspective. Í Billings, J. og Leichsenring, K. (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls. 51-78). Vín: Ashgate.
- Bravo, G., Raiche, M., Dubois, M-F. og Hébert, R. (2008). Assessing the impact of integrated delivery systems: Practical advice from three experiments conducted in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16(4), 9-18.
- Chartreau, C., Guisset, M-J., Kuhlmann, A., Reichert, M., Teperoglou, A., Teperoglou, E. og Villez, A. (2005). The role of the family in integrated care. Í Billings, J. og Leichsenring, K. (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls. 165-191). Vín: Ashgate.
- Colmorten, E., Clausen, T. og Bengtsson, S. (2004). Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. Í Leichsenring, K. og Alaszewski, A.M. (ritstj.), *Providing integrated health and social care for older persons* (bls. 139-179). Vín: Ashgate.
- Etheridge, F., Couturier, Y., Trouvé, H., Saint-Jean, O. og Somme, D. (2009). 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 5. september 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/510/1019>
- Félags- og tryggingamálaráðuneytið (2008). *Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára. Tillögur ráðgjafahóps félags- og tryggingamálaráðherra*. Reykjavík: Félags- og tryggingamálaráðuneytið.
- Fischer, L.R., Green, C.A., Goodman, M.J., Brody, K.K., Aickin, M., Wei, F. ofl. (2003). Community-based care and risk of nursing home placement. *Medical Care*, 41(12), 1407-1416.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65, 139-151.

- Gross, D.L., Temkin-Greener, H., Kunitz, S. og Mukamel, D.B. (2004). The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *The Milbank Quarterly*, 82,(2), 257-282.
- Hagstofa Íslands (2010). *Hagtiðindi*. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Hansen, E.B. (2009). Integrated care for vulnerable older people in Denmark. *Healthcarepapers*, 10(1), 29-33.
- Gröne, O. og Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated Care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1. Sótt 24. september 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/28/56>.
- Hedman, N.O., Johansson, R. og Rosenqvist, U. (2007). Clustering and inertia. Structural integration of home care in Swedish elderly care. *International Journal of Integrated Care*, 7. Sótt 6. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/199/397>
- Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið (2003). *Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið.
- Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið (2006). *Ný sýn – nýjar áherslur. Áherslur heilbrigðis- og tryggingarmálaráðherra í öldrunarmálum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið.
- Hébert, R., Dubois, M-F, Raiche, M. og Dubuc, N. (2008). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care*, 8. Sótt 13. nóvember 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/229/457>
- Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N. og Tourigny, A. (2003a). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3. Sótt 28. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/73/146>

- Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N. og Tourigny, A. (2003b). Frail elderly patients. *New Model for iIntegrated Service Delivery*, 49, 992-997.
- Hébert, R. og Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *Intenational Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 12.október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/106/212>
- Hébert, R., Raiche, M., Dubois, M-F., Gueye, N.R., Dubuc, N. og Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Québec (Canada): A quasi-experimental study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(1), 107-118.
- Hébert, R., Veil, A., Raiche, M., Dubois, M-F., Dubuc, N. og Tousignant, M. (2008). Evaluation of the implementation of PRISMA, a coordiantion-type integrated service delivery system for frail older people in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16(6), 4-14.
- Hildur Elísabet Pétursdóttir (2010). *Samþætting á þjónustu við aldraða í Ísafjarðarbæ*. Óbirt verkefni í Eigindlegri aðferðafræði í hjúkrun. Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Hirth, V., Baskins, J. og Dever-Bumba, M. (2009). Program of all-inclusive care (PACE): Past, present, and future. *Journal of American Medical Directors Association*, 10.155-160.
- Johri, M., Beland, F. og Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18. 222-235.
- Kane, R.L., Homyak, P., Bershadsky, B. (2002). Consumer reactions to the Wisconsin Partnership Program and its parent, the Program for All-inclusive Care of the Elderly (PACE). *The Gerontologist*, 42(3), 314-320.

- Kane, R.L., Homyak, P., Bershadsky, B. og Flood, S. (2006). The effects of a variant of the Program for All-inclusive Care of the Elderly on hospital utilization and outcomes. *Journal of the American Geriatric Society*, 54(2), 276-283.
- Kane, R.L., Homyak, P., Bershadsky, B. og Lum, Y-S. (2002). Consumer responses to the Winconsin Partnership Program for elderly persons: A variation on the PACE model. *The Journals of Gerontology*, 57A(4), M250-258.
- Kodner, D.L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), 307-313.
- Kodner, D.L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnership for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Kodner, D. (2009). All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, 6-15.
- Kodner, D.L. og Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1. Sótt 28. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/11/22>.
- Kodner, D.L. og Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. Sótt 28. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/67/134>
- Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S. o.fl. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 968-970.
- 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. (2004a). 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* (bls. 9-52). Vin: Ashgate.
- Leichsenring, K. (2004b). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 12. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/107/214>
- Leichsenring, K., Roth, G., Wolf, M. og Sissouras, A. (2005). Moments of truth. An overview of pathways to integration and better quality in long-term care. Í Billings, J. og Leichsenring, K. (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls 13-38). Vin: Ashgate.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Leutz, W. (2005). Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- Leutz, W., Ford, T., Leung, M., Mueller, M., Nonnenkamp, L. og Newcomer, R. (2003). Medicare managed care and frail elders: Lessons from Social HMOs. *Care Management Journal*, 4(3), 161-169.
- Lög um málefni aldraðra nr.125/1999
- MacAdam M. (2008). *Framework og integrated care for the elderly. A systematic review*. Ontario: CPRN Canadian Policy Research Network.
- MacAdam M. (2009). *Moving toward health service integration: Provincial progress in system change for seniors*. Ontario: CPRN Canadian Policy Research Network.
- Mancuso, D., Yamashiro, G. og Felver, B. (2005). *PACE an Evaluation*. Washington: Washington State Department of Social and Health Services Research & Data Analysis Division.

- Mouratidis, H., Manson, G. og Philp, I. (2003). Analysis and design of the eSAP. An integrated health and social care information system. *Health Informatics Journal*, 9(2), 89-92.
- Mukamel, D.B., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Peterson, D.R., Gross, D., Kunitz, S. og Williams, F. (2006). Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Gerontologist*, 46(2), 227-237.
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. og Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands Managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65, 227-241.
- Nesti, G., Alba, N. og Bengtsson, S. (2005). Key innovations in integrated health and social care models – instrument and methods. Í Billings, J. og Leichsenring, K. (ritstj.), *Integrating health and social care services for Older Persons* (bls. 143-164). Vín: Ashgate.
- Nies, H. (2004). *A European research agenda on integrated care for older people*. Dublin: European Health Management Association.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 391-399.
- Pálmi V. Jónsson. (2003). RAI fjölskyldan á Íslandi. *Öldrun*, 21(1), 4-8.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. og McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International journal of integrated care*, 5. Sótt 13. nóvember 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/119/238>.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir (2010). Hver veitir eldra fólki aðstoð? Eldri borgarar, aðstandendur og opinberir þjónustuaðilar. Í Halldór S. Guðmundsson (ritstj.), *Þjóðarspejillinn 2010* (bls 60-68). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F. og Saint-Jean, O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative

analysis in the Québec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7. Sótt 12. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/215/429>.

Sólborg Sumarliðadóttir (2008). *Að eldast heima. Hvaða aðstoð og aðstæður þurfa að vera til staðar?* Óbirt meistararitgerð. Reykjavík: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Sótt 13. janúar 2011 af <http://skemman.is/search/simple?q=S%C3%B3lborg+Sumarli%C3%B0ad%C3%B3ttir>.

Stein, K.V. og Rieder, A. (2009). Integrated care at the crossroads- defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9. Sótt 28. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/315/629>

Stewart, A., Petch, A. og Curtice, L. (2003). Moving towards integrated working in health and social care in Scotland. From maze to matrix. *Journal of interprofessional care*, 17(4), 335-350.

Stineman, M.G., Ross R.N. og Maislin, G. (2005). Functional status measures for integrating medical and social care. *International Journal of Integrated Care*, 5. Sótt 28. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/141/281>

Strümpel, C., Anderson, S. og Teperoglou, E. (2005). Workings towards integrated care – Working conditions. Í Billings, J. og Leichsenring, K. (ritstj.), *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons* (bls. 215-243). Vín: Ashgate.

Stuart, M. og Wienrich, M. (2001). Home- and community-based long-term care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist*, 41(4), 474-480.

Thomas, K.E., Gassoumis, Z.D. og Wilber, K.H. (2010). Conversion Diversion: Participation in a Social HMO reduces the likelihood of converting from short-stay to long-stay nursing facility placement. *J Am Med Dir Assoc*, 11 333-337.

- Tourigny, A., Durand, P.J., Bonin, L., Hébert, R. og Rochette, L. (2004). Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3), 231-246.
- Velferðasvið Reykjavíkurborgar (2009). *Ársskýrsla Velferðasviðs Reykjavíkurborgar*. Reykjavík: Reykjavíkurborg.
- Vondeling, H. (2004). Economic evaluation of integrated care: an introduction. *International Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 12. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/95/190>
- Warner, M. og Gould, N. (2003). Integrated care networks and quality of life: linking research and practice. *International journal of integrated care*, 3. Sótt 6. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/90/180>
- Weiner, K., Hughes, J., Challis, D. og Pedersen, I. (2003). Integrating health and social care at the Micro level: Health care professionals as care managers for older people. *Social Policy & Administration*, 37(5), 498-515.
- Williams, A.P., Deber, R., Lum, J., Montgomery, R., Kuluski, K., Morton-Chang, F. og fleiri. (2009). *Mapping the state of the art: Integrating care for vulnerable older populations*. Kanada: Canadian Research Network for Care in the Community report (CRNCC).
- Wilson, R., Baines, S., Cornford, J. og Martin, M. (2007). 'Trying to do a jigsaw without the picture on the box': understanding the challenges of care integration in the context of single assessment for the older people in England. *International Journal of Integrated care*, 7. Sótt 12. október 2010 af <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/186/371>
- Wright, K., Hazelett, S., Jaroura, D. og Allen, K. (2007). The AD-LIFE trial. Working to integrate Medical and psychosocial care management models. *Home Healthcare Nurse*, 25(5), 308-314.