

STÝRIHÓPUR UM SÉRHÆFÐA
HEIMAFJÓNUSTU VIÐ VEIKA ALDRAÐA

MAÍ 2017

SÉRHÆFÐ HEIMAFJÓNUSTA VIÐ VEIKA ALDRAÐA

SKILAMAT

Samvinnuverkefni velferðarráðuneytis, Landspítala,
velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimafjónustu og
Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.



EFNISYFIRLIT

Samantekt.....	3
1. Forsaga.....	3
2. Lýsing á verkefni.....	4
Skipurit verkefnis.....	5
Eigandi verkefnis.....	6
Bakjarl.....	6
Verkefnastjórar.....	6
Stýrihópur.....	6
Verkefnahópur.....	6
Aðrir ráðgefandi aðilar, samstarfs- og hagsmunaaðilar.....	6
Umgjörð við verkefnavinnu, starfsáætlun og samskipti.....	6
3. Forsendur.....	7
4. Innvals og útvalsskilmerki.....	7
5. Greining á umhverfi.....	9
6. Aðkoma hagsmunaaðila og aðgerðir.....	10
7. Áhættugreining og útkoma áhættuþátta.....	15
8. Uppgjör Þjónustutíma.....	18
Breytingar á þjónustu.....	18
Samskiptaforrit.....	20
Sjúkraskrá.....	20
Hlutverk fagaðila í sérhæfðri heimaþjónustu.....	20
9. Framkvæmdaáætlun.....	22
Meginverkpættir og áfangar.....	22
10. Kostnaðaráætlun og kostnaðaruppgjör.....	22
11. Áskoranir og tækifæri til framtíðar.....	24
Samstarf þjónustuaðila.....	24
Þjónusta.....	24
Fagaðilar.....	25
Skráning.....	25
Tækni.....	26
Sjúklingar.....	26
12. Horft til framtíðar.....	27

SAMANTEKT

Íslenska þjóðin er að eldast, öldruðum fjölgar hratt og fólk lifir lengur með fleiri langvinna sjúkdóma. Að sama skapi hefur innlögnum fjölveikra aldraðra á sjúkrahús fjölgað síðustu ár. Þessi sjúklingahópur er viðkvæmur og í mikilli hættu á að verða fyrir alvarlegum afleiðingum sjúkrahúslegu, svo sem þrýstingssárum, byltum, óráði og varanlegri færniskerðingu. Þetta getur leitt til lengri sjúkrahúslegu, sjúkrahúskostnaður eykst og oft verður færniskerðing það mikil að fólk kemst ekki aftur í sjálfstæða búsetu.

Það er yfirlýst stefna stjórnvalda að fólk búi heima í sjálfstæðri búsetu eins lengi og hægt er. Þetta skapar brýna þörf á að vinna markvisst að því að viðhalda sjálfsbjargargetu fólks svo hindra megi ótímabæra þörf fyrir vistun á hjúkrunarheimilum. Mikilvægt er að leita nýrra lausna í heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða til að styðja betur við aldraða í heimahúsi.

Dagana 15.-16. nóvember 2016 var haldin vinnustofa þjónustuveitenda á höfuðborgarsvæðinu þar sem fjallað var um hvernig best væri að takast á við þessa áskorun, hver væru tækifærin og ógnanir. Mikil ánægja var með vinnustofuna af hálfu þjónustuaðila og samstaða um sveigjanlega þjónustu í takt við breytilegar þarfir aldraðra.

Í framhaldinu var tilraunaverkefni sett af stað í byrjun árs 2017 þar sem umgjörð um heimaþjónustu fyrir valinn hóp aldraðra var eflað til muna. Tilgangur verkefnisins var að breyta þjónustunni á þann hátt að hægt væri að auka eða draga úr þjónustu við sjúklingana í takt við breytingar á heilsufari þeirra. Með því var mögulegt að styðja þá í heimahúsi þrátt fyrir sveiflur í sjúkdómsástandi án þess að til sjúkrahúsinnlagnar þyrfti að koma.

1. FORSAGA

Að frumkvæði Landspítala var efnt til vinnustofu í velferðarráðuneytinu með aðilum frá öldrunarþjónustu Landspítala, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, velferðarsviði Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu. Markmið vinnustofunnar var að leita nýrra lausna í þjónustu við aldraða enda ljóst að breytt samfélags- og sjúkdómsmynd kallar á nýja hugsun og nálgun í heilbrigðisþjónustu við aldraða. Í vinnustofunni var unnið með fyrirmynd frá Mount Sinai sjúkrahúsinu í Toronto og skoðað með hvaða hætti þjónustuaðilar gætu komið saman að heildstæðri heimaþjónustu fyrir valinn hóp aldraðra, sem í núverandi kerfi er ýmist langtímum á sjúkrahúsum eða leitar endurtekið á bráðamóttöku.

Það var skýr ályktun vinnustofunnar að verkefnið krefðist fyrst og fremst aukinnar teymisvinnu og viðveru umönnunaraðila, aukinnar aðkomu hjúkrunarfræðinga og lækna, skýrra verkferla og boðleiða. Með kerfisbundnu eftirliti, mati og meðferðaráætlun má koma í veg fyrir að heilsufar versni það mikið að til sjúkrahúslegu komi. Hefðbundin sjúkrahúslega er þessum hópi sérstaklega áhættusöm, talið er að einstaklingar í þessum hópi þurfi tveggja til þriggja daga endurhæfingu fyrir hvern legudag á sjúkrahúsi til þess að ná aftur fyrri fæni.

Aldraður einstaklingur með fjölþætt heilsufarsvandamál þarf einstaklingsmiðaða og sveigjanlega þjónustu. Til að koma til móts við það þarf að virkja tímabundna viðbótarþjónustu í stað þess að senda viðkomandi á bráðamóttöku með hugsanlegri innlögn á sjúkrahús.

2. LÝSING Á VERKEFNI

Verkefnið fólst í að undirbúa og framkvæma sex vikna tilraunaverkefni meðal 10 sjúklinga sem þegar nutu þjónustu heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu. Sjúklingarnir búa í póstnúmerum 105 og 108 í Reykjavík. Skilgreindir voru ákveðnir matsþættir og einkenameðferð sem hjúkrunarfræðingar veittu. Heimahjúkrun var styrkt með bakvakt heimilislækna og/eða öldrunarlækna ásamt reglulegum teymisfundum.

Undirbúningsvinna var viðamikil þar sem hlutverk, boðleiðir, gátlistar og vekferlar þjónustuaðilanna voru skilgreind. Aðaláherslan í undirbúningi verkefnisins var að skilgreina sjúklingahópinn vel. Tólf einstaklingar uppfylltu innvalsskilmærkin sem ákveðin höfðu verið. Tíu einstaklingar gáfu samþykki sitt fyrir þátttöku í tilraunaverkefninu.

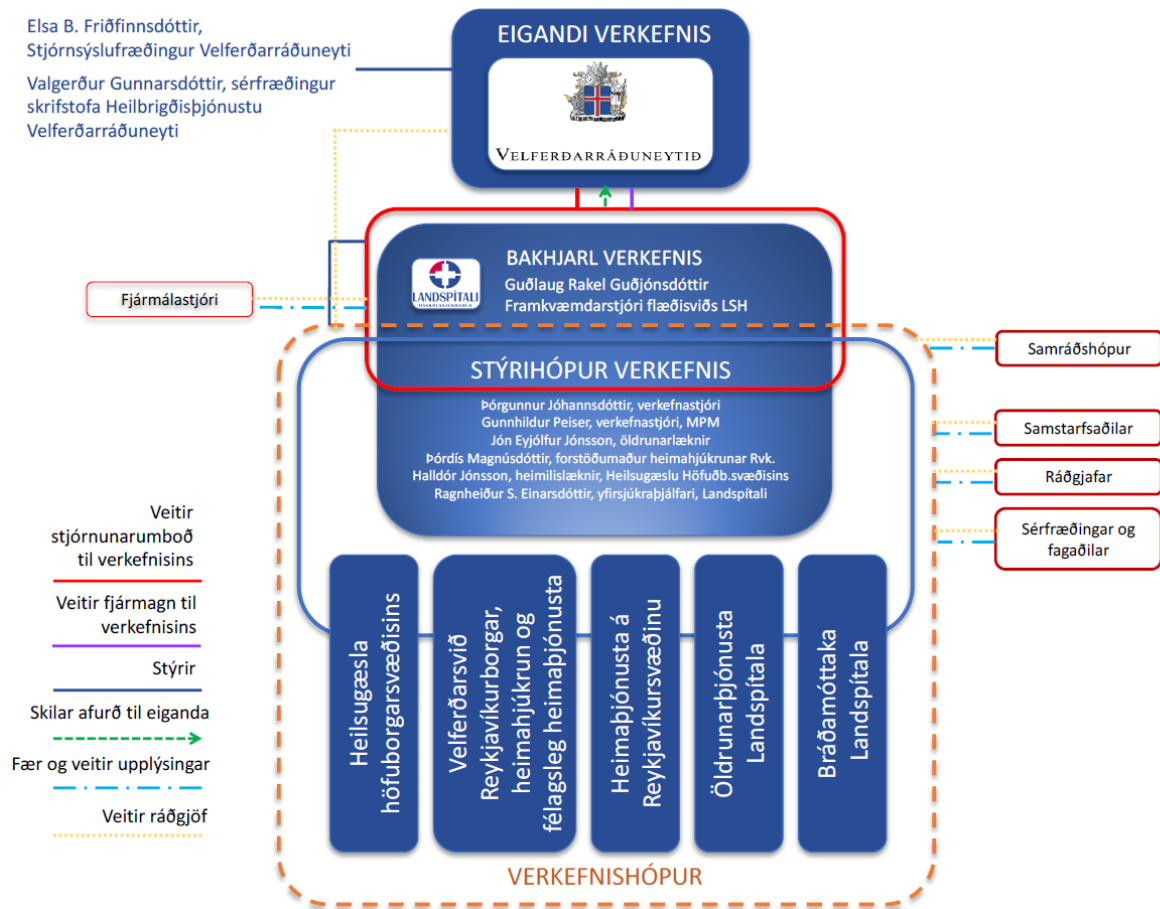
Um áramótin 2016/2017 var verkefnisáætlun tilbúin og undirbúningur teymis hófst. Markmið tilraunatímabilsins var að afla sem víðtækastra upplýsinga um leið og veitt væri örugg og vönduð þjónusta, undirbúin af kostgæfni og niðurstaðan myndi gefa raunhæfa mynd sem byggja mætti á til framtíðar. Þann 1. febrúar 2017 hófst tilraunatímabilið fyrir 10 valda sjúklinga með samvinnu LSH, velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu ásamt bakvöktum lækna og heimavítjunum. Lok tilraunatímabilsins var 14. mars 2017. Prófað var nýtt samskiptaforrit, MEMAXI, sem gerði rauntímasamskipti möguleg á milli þjónustuveitanda, sjúklings og aðstandenda. Kerfið einfaldar mjög skipulag og samþættingu þjónustu, samskipti við sjúkling og fjölskyldu hans. Einnig var skoðað hvaða áhrif sameiginlegur aðgangur allra teymisaðila að sjúkraskrá sjúklings hafði á upplýsingaflæði og ákvarðanatöku.

Vel tókst til við að veita þá viðbótarþjónustu sem sjúklingar þurftu og þannig standa vörð um heilsu og vellíðan þeirra. Sjúklingarnir áttu það sameiginlegt að vera hrumir aldraðir með fjölsjúkdómsgreiningar og fjölskyldu notkun. Ástand þeirra var nokkuð stöðugt en þó kom til sjúkráhusinnlagna tveggja sjúklinga á tilraunatímabilinu. Var það mat teymisaðila að ekki hefði verið hægt að koma í veg fyrir þær innlagnir.

Í þessari skilaskýrslu verður komið inn á hvaða tækifæri og áskoranir felast í því að veita sérhæfða heimaþjónustu, hvar ábyrgðarsvið skarast, afmörkun þjónustunnar til frambúðar og mannaflapörf. Á þeim grunni má gera áætlun um hvaða þjónustubegum þetta fyrirkomulag hentar best og þannig tryggja að rétt þjónusta sé veitt, af réttum aðila, á réttum tíma.

Skipurit verkefnis

Skipurit verkefnisins sýnir með hvaða hætti ábyrgðar- og hagsmunaaðilar tengjast og hvernig verkefnastjórnunin var skipulögð. Boðleiðir og hlutverk voru gerð sýnileg. Skipuritið auðveldaði hagsmunaaðilum að ná sameiginlegum markmiðum og skapa verkefninu brautargengi. Engar óskir komu fram um breytingar á skipuritinu á verkefnistímanum.



Mynd 1. Skipurit verkefnis

Eigandi verkefnis

Velferðarráðuneyti var eigandi verkefnisins og fjármagnaði það. Ráðuneytið veitti bakhjarli verkefnisins umboð til fullrar verkefnisstjórnunar og umsjónar með framkvæmd verkefnisins. Þá fékk ráðuneytið upplýsingar eftir þörfum í gegnum verkefnið. Fulltrúar eiganda verkefnisins tóku þátt í undirbúningsfundum, vinnustofu og loka upplýsingafundi og fylgdust með á vefsvæði stýrihóps. Niðurstöðum eða mat á árangri verkefnisins var skilað til velferðarráðuneytisins í formi upplýsingafundar og í þessari skilaskýrslu.

Bakhjarl

Framkvæmdastjóri flæðisviðs Landspítala var bakhjarl verkefnisins og veitti verkefnastjóra umboð til þess að fara fyrir stýrihóp verkefnisins. Hann veitti jafnframt fjárveitingu áfram til verkefnisþátta í umboði eiganda og veitti verkefninu brautargengi. Hann starfaði náið með stýrihópi og veitti honum ráðgjöf og upplýsingar. Bakhjarl tók þátt í undirbúningsfundum og vinnustofu, sat alla stýrihópsfundi og aukafundi tengda einstökum málefnum sem upp komu.

Verkefnastjórar

Verkefnastjórar settu upp verkefnisáætlun og báru ábyrgð á því að framfylgja verkþáttum í samráði við stýrihópinn og verkefnahópinn. Í því fólst ábyrgð, skipulagning og umsjón með:

- Fundum og fundargerðum stýrihóps og verkefnahóp sem verkefnastjóri var á.
- Teymisfundum.
- Utanumhaldi um verkþætti tengda samstarfsaðilum.

Stýrihópur

Stýrihópur verkefnisins bar faglega og fjárhagslega ábyrgð á framkvæmd verkþátta í samvinnu við bakhjarl og verkefnishóp. Hann fór yfir og framfylgdi verkefnisáætlun, stýrði framkvæmdaþáttum og endurskoðaði og aðlagði þá eftir því sem verkefninu vatt fram. Stýrihópur bar ásamt verkefnastjórum ábyrgð á upplýsingaflæði frá verkefnishópi til bakhjarls og eiganda verkefnisins ásamt verkefnastjórum. Hann fór yfir og gekk frá niðurstöðum verkefnisins og skilaði til eiganda. Stýrihópurinn kom saman á skipulögðum fundum á verkefnistímanum og áttu aukafundi tengda einstökum málefnum sem komu upp á leiðinni. Viðfangsefni hópsins var að tryggja rekstur, áætlaða mönnun og úrræði í samræmi við verkefnisáætlun.

Verkefnahópur

Verkefnahópurinn hittist í upphafi undirbúningstíma, en skiptist síðan upp í smærri hópa. Hver og einn hópur bar ábyrgð á upplýsingaflæði og stjórnun verkþátta sem þeim tilheyrðu sem og uppgjöri að verkefni loknu. Þeir sátu fundi með verkefnastjórum og stýrihóp eftir þörfum.

Aðrir ráðgefandi aðilar, samstarfs- og hagsmunaaðilar

Verkefnastjórar leituðu til og ráðfærðu sig við aðra fagaðila svo sem heimahlynningu, hjartabilunarteymi og lungnateymi Landspítala.

Umgjörð við verkefnavinnu, starfsáætlun og samskipti

Verkefnastjórar báru ábyrgð á fundarboðum, skipulagningu funda og fundargerðum. Fundarboðun fór fram í tölvupósti og var fundað samkvæmt fyrirfram ákveðinni dagskrá. Verkþáttum var úthlutað til meðlima hópsins. Fundir voru nýttir til yfirferðar verkþátta sem meðlimir höfðu unnið að á milli funda. Teymisfundir umönnunaraðila

sjúklinganna voru haldnir einu sinni í viku, þar var farið yfir líðan og meðferðaráætlun sjúklinganna. Sérstakir vinnu- eða undirbúningsfundir þar sem hópurinn vann að ákveðnum verkþáttum voru skipulagðir eftir tilefni, sér í lagi á síðustu tveimur vikunum fyrir upphaf þjónustutímans, það er í janúar 2017. Megin upplýsinga- og samvinnuvettvangur við verkefnavinnuna var á verkefnavefnum Basecamp, á fundum og í tölvupósti.

3. FORSENDUR

Unnin var viðamikil undirbúningsvinna frá 28. desember 2016 til 31. janúar 2017 þar sem hlutverk þjónustuaðilanna voru skilgreind. Skilgreindar voru boðleiðir, gátlistar og verkferlar auk þess voru gerðar starfslýsingar fyrir aðila verkefnisins. Undirbúningsstíminn var mjög stuttur og því var undirbúningur krefjandi, en tilraunaverkefnið hófst samkvæmt tímaáætlun. Allir sem komu að undirbúningi lögðu sig fram við að ná settu markmiði, að hefja verkefnið 1. febrúar 2017. Lögð var áhersla á að allir fagaðilar og starfsmenn hefðu tækifæri til að koma sjónarmiðum sínum á framfæri á undirbúnings- og tilraunátímanum til að tryggja aðkomu þeirra og samvinnu. Góð teymisvinna með sjúklinginn í öndvegi stuðlar að því að múrar á milli fagstétta og stofnana brotna niður.

Notast var við Basecamp verkefnastjórnunarsvæðið til að miðla upplýsingum milli verkefnahópa. Stofnaðir voru þrír hópar; stýrihópur, læknaþópur og hjúkrunarþópur. Inni á vefsvæðinu voru allar upplýsingar um verkefnið, en það var mjög mikilvægt sérstaklega fyrir þá sem ekki tóku þátt í vinnustofunni.

Tilraunátímabilinu var ætlað að sannreyna það þjónustustig sem samstarfsaðilarnir ályktuðu um í vinnustofunni í nóvember 2016. Þjónustan þurfti að hafa nægjanlegan sveigjanleika til þess að bregðast við sveiflum í ástandi langvinnra sjúkdóma og hrumleika sjúklinganna. Því var ætlað að tryggja örugga, markvissa fagþjónustu í heimahúsi sem mætir óskum sjúklingsins og aðstandenda hans. Lagt var upp með að bæta og tryggja úrræði til að fylgja eftir líðan og aðlaga meðferðina að veikum öldruðum sem bjuggu sjálfstætt og kusu að gera það áfram.

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu skipulagði umönnun, eftirlit og liðveislu. Breyting varð á þjónustu sex sjúklinga, þjónustan var aðlöguð að meðferðaráætlun samkvæmt niðurstöðu heildræns öldrunarmats. Í byrjun var heildrænt öldrunarmat framkvæmt á öllum sjúklingum í verkefninu þar sem farið var yfir þarfir þeirra, sjúkdómsástand og áhættuþætti og viðeigandi meðferðaráætlun lögð fram.

4. INNVALS OG ÚTVALSSKILMERKI

Áhersla var lögð á að skilgreina sjúklingahópin vel og voru innvals- og útvalsskilmerki fyrir þátttakendur í verkefninu ákvörðuð í vinnustofunni. Skilmerkin voru:

Innvalsskilmerki

- Sjúklingur sé þegar í þjónustu Heimaþjónustu Reykjavíkur.
- Sjúklingur eigi tvær eða fleiri komur á bráðamóttöku LSH með eða án innlagnar síðastliðna þrjá mánuði.
- RAI MAPLE¹ skor 3-5 og CHESS² skor 3 eða hærra.
- Sjúklingur fær þegar sjúkráþjálfun eða unnt er að útvega sjúkráþjálfun.

Viðbótarskilmerki

2 CHESS skor: Changes in Health, End-Stage Disease, Signs, and Symptoms Scale (CHESS). Einn á CHESS, lítill læknisfræðileg verkefni. Þrjú til fjórir er marks um mikla þjónustuþörf. MAPLE: Method for assigning priority levels. Gildið einn er til marks um lítinn forgangur í þjónustu. Fimm jafngildir hæsta forgangi og/eða þörf fyrir varanlega vistun.

Að auki uppfylli viðkomandi þrjú eða fleiri eftirfarandi skilmerkja:

- Margar sjúkdómsgreiningar, fleiri en fjórar virkar greiningar.
- Hrumur einstaklingur, gönguhraði minni en 0,8 m/s.
- Fjölyfjameðferð, fleiri en sex lyf.
- Byltuhætta.

Útvalsskilmerki

- Einstaklingur er ekki í þjónustu velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu.
- Byr ekki í póstnúmerum 105 og 108 í Reykjavík við upphaf verkefnis.
- Einstaklingur er ófær um að vera einn heima.

Sjúklingarnir voru einnig metnir útfrá útvalsskilmerkjum fyrir tilraunaverkefnið. Útvalsskilmerkin voru sett til viðbótar til að gera tilraunaverkefnið mögulegt í þeim stutta tímaramma sem því var sett.

Tafla 1. Innvalsskilmerki sjúklinga í tilraunaverkefni

Sjúklingur	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J ³
Er í heimaþjónustu	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já
Komur á bráðam, sl. 3 mánuði (okt-des'16)	1	3	0	2	1	1	4	0	0	3
RAI MAPLE skor	4	4	5	1	5	3	1	4	2	-
CHESS skor	-	3	4	1	3	2	2	1	-	-
Sjúkráþjálfun	Afþakkaði	Fékk heima sj.þj.	Fékk heima sj.þj.	Var með heima sj.þj.	Var með heima sj.þj.	Var með heima sj.þj.	Fékk sj. þj. á LDK	Var með heima sj.þj.	Var með heima sj.þj.	-
Sjúkdómsgreining ⁴	9 (6)	7 (5)	11 (8)	11 (5)	18 (5)	24 (7)	19 (5)	15 (6)	0 (5)	20
Hrumleiki, gönguhraði <0.8 m/s	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já
Fjölyfjameðferð ⁵	15 +5	4+8	13+9	11+4	10+8	19+3	14+2	16+9	10+8	-
Byltuhætta	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já	Já

Ekki náðist að velja sjúklinga samkvæmt innvalsskilmerkjum eingöngu þar sem í þessu verkefni þurfti einnig að gæta þess að sjúklingar byggju á þjónustusvæði Háleitis og Laugardals. Vegna þessa voru valdir í verkefnið sem voru með einhver en þó ekki öll skilmerkin.

Sjúkdómsgreiningar, hrumleiki og lyfjameðferð hafa mikil áhrif á þjónustufarirnar eru. Tryggt var aðgengi að nauðsynlegum lyfjum og búnaði í viðbragðstösku. Sjúkrahúsapótek LSH var tilbúið að afgreiða spítalamerkt lyf, eftir þörfum.

Eitt af markmiðum verkefnisins var að hindra ítrekaðar innlagnir á Landspítala með því að bæta þjónustu og gera hana einstaklingsmiðaða. Það var gert til dæmis með því að gera heildrænt öldrunarmat á sjúklingunum á fyrstu vikum verkefnisins. Matið var framkvæmt af þremur matsaðilum; öldrunarlækni, hjúkrunarfræðingi og sjúkráþjálfara. Markmið þess var að fá sem besta heildarmynd af hverjum og einum sjúklingi. Í framhaldinu var lögð fram einstaklingsmiðuð meðferðaráætlun.

Helstu sjúkdómsgreiningar sem áttu við sjúklingahópinn voru:

- Lungnagreiningar (LLT, berkjubólga, lungnabólga).
- Hjartagreiningar (hjartabilun, gáttatif, brjóstverkur).

³ Sjúklingur þj lagðist inn á fyrsta degi tilraunatímabilsins. ⁴ Sjúkdómsgreiningar í sviga eru eftir heildrænt öldrunarmat. ⁵ Fjölyfjameðferð, fyrri talan eru föst lyf og seinni talan lyf eftir þörfum.

- Þvagfærasýking/þvagteppa.
- Vandamál frá meltingarvegi, (magabólgur, ólga, niðurgangur, hægðartregða, uppköst).
- Húðsýking (cellulitis).
- Kviði.
- Svimi/nær yfirlið.
- Þurrkur (dehydration).
- Slappleiki (malaise).
- Minnistrufnanir, minnisskerðing, heilabilun.
- Verkir.
- Skert jafnvægi/máttminnkun/hreyfiskerðing.

5. GREINING Á UMHVERFI

Gerð var ítarleg greining á umhverfi, hagsmunaaðilum og áhættuþáttum. Tafla 3 sýnir þá hagsmunaaðila sem hafa mesta þýðingu fyrir framgöngu verkefnisins. Í töflu 4 eru greindir áhættuþættir og leiðir til mótvægis. Einnig var gerð PESTLE⁶ greining á ytri þáttum í umhverfi verkefnisins. Greiningin sýndi að verkefnið hafði nauðsynlegan pólitískan stuðning og að stjórnendur þjónustuveitenda voru jákvæðir gagnvart því. Ríkisstjórnarskipti höfðu ekki áhrif á verkefnið. Borgarstjórn og stjórnnum sveitarfélaga var ekki kynnt tilraunaverkefnið sérstaklega en tryggja þarf náð samráð við þá aðila ef farið verður í að útfæra verkefnið í framhaldinu. Í verkefninu kom fram hversu flókið það er að hafa ólíka þjónustuveitendur sem tilheyra mismunandi stofnunum. Jafnvel með náinni teymisvinnu getur reynst erfið að finna lausnir þegar rekstrarskorður þjónustuveitenda eru afmarkaðar.

Áhættuþættir er varða streymi upplýsinga voru leystir með því að tryggja jafnan aðgang þjónustuveitenda að sjúkraskrá sjúklings auk þess sem bætt var við rauntíma samskiptaforriti í spjaldtölvum, MEMAXI, inn á heimili sjúklings. Því til viðbótar töluðu aðilar saman í síma og hittust á teymisfundum. Þessar leiðir reyndust fullnægjandi. Fjármagn var tryggt til tilraunaverkefnisins og reyndi því ekki á áhættuþætti tengt efnahag. Kostnaðurinn lá fyrst og fremst í launakostnaði og tölvu- og netbúnaði. Sjá kostnaðaráætlun á bls. 22.

Áskoranir í samfélagsviðd voru helst skortur á aðgengi að hæfu starfsfólki í umönnunar- og heilbrigðisþjónustu. Rætt var á vinnustofunni og undirbúningstímanum að bætt yrði við mönnun í heimahjúkrun til að mæta aukinni þjónustuþörf í verkefninu en það reyndist ekki mögulegt innan þessa tímaramma. Samkvæmt stöðvarstjóra var ekki raunhæft að gera ráð fyrir að unnt væri að ráða fólk til vinnu innan tímabilsins vegna skorts á aðgengi að hæfu fólki. Því var brugðið á það ráð að draga tímabundið úr móttöku nýrra sjúklinga í heimahjúkrun á póstnúmeri 108 svo þess að unnt væri að svara væntanlegri aukinni þörf þeirra sjúklinga sem voru í tilraunaverkefninu. Aukin þjónusta var veitt með yfirvinnu starfsmanna eins og hægt var.

Áskoranir tengdar tæknilausnum, kröfðust úrlausna á fyrsta þriðjungi tilraunatímabilsins, á meðan netbúnaði var komið fyrir og aðlögunartími á hugbúnaði stóð yfir. Jafnframt þurfti að huga að aðgangsstýringum og viðeigandi aðgengi að þeim upplýsingum sem skráðar voru í MEMAXI með tilliti til gildandi laga og reglugerða um heilbrigðisþjónustu, svo sem laga um réttindi sjúklinga, persónuvernd og þagnarskyldu. MEMAXI samskiptakerfið var notað til rauntímasamskipta milli sjúklinga, aðstandenda og fagaðila.

Veðurfarslegar aðstæður og jarðfræði ásamt samgöngum hafði engin áhrif á verkefnið.

⁶ PESTLE stendur fyrir Pólitík (P), Efnahagsmál (E), Samfélagsmál (S), Tækni (T), L (lög og reglugerðir) og Náttúrulegt umhverfi (E).

6. AÐKOMA HAGSMUNAAÐILA OG AÐGERÐIR

Greining hagsmunaaðila er nauðsynleg við gerð verkefnisáætlunar til að meta hverjir það eru sem hafa áhrif á verkefnið. Einnig gefur hún ítarlegri mynd af því í hvernig umhverfi verkefnið er framkvæmt. Í töflu 2 er gerð grein fyrir innri og ytri hagsmunaaðilum. Ytri hagsmunaaðilar verða fyrir áhrifum af verkefninu, en eru ekki hluti af því beint. Innri hagsmunaaðilar eru beinir þátttakendur í verkefninu, sjúklingarnir sem taka þátt og aðstandendur þeirra.

Hagsmunaaðilar hafa mismikla þýðingu fyrir árangur verkefnisins. Vægið 5 gefur til kynna að aðili hafi afgerandi þýðingu og/eða neitunarvald. Vægið 3 þýðir að aðili geti haft umtalsverð áhrif, en vægið 1 lýsir því hins vegar að aðillinn hafi aðeins formleg afskipti af verkefninu en engin áhrif. Þeir sem hljóta gildið 5 eða 4 eru merktir með [★] til þess að undirstrika mikilvægi þess að fylgja eftir aðgerðum tengd þeim hagsmunaaðila svo að verkefnið megi ganga. Þeir sem hafa vægið 3 eru merktir með [☆], meðalgát, og grænmerktir [★] eru þeir sem hafa vægið 1-2 þar eru ekki skráðar beinar aðgerðir en þó brýnt að taka mið af mögulegum áhrifum þeirra á verkefnið.

Tafla 2. Aðkoma hagsmunaaðila

	Hagsmunaaðili	Hlutverk	Vægi (1-5)	Væntingar	Aðgerðir og framvinna	Útkomu mat
INNRI HAGSMUNAAÐILAR	Sjúklingar og aðstandendur.	Voru notendur þjónustunnar og treystu á gæði og öryggi hennar. Gáfu upplýst samþykki fyrir þátttöku í tilraunaverkefninu.	5 ★	Að sjúklingar fengju sérhæfða þjónustu í heimahúsi til að stuðla að bættri þjónustu og draga úr endurinnlögnum á spítala. Að þeir hefðu getu til þess að búa heima sem lengst og draga úr færnitapi. Að veitt væri sérhæfð þjónusta í heimahúsi til að mæta einstaklingsbundinni þörf sjúklings hverju sinni.	Tekið var mið af gagnreyndri þekkingu við mat á þjónustupörfum aldraðra. Meðferð var byggð á heildrænu öldrunarmati og teymið fylgi meðferðaráætlun eftir, endurskoðaði hana eftir þörfum og mat árangur. Þjónustustjóri og teymisstjórar kynntu sjúklingum og aðstandendum verkefnið og tryggðu samþykki, studdu við framkvæmd og upplýstu um niðurstöðu þverfaglegs mats. Endurskoðu meðferðaráætlanir.	★
	Stýrihópur	Bar faglega ábyrgð á framkvæmd verkþátta og skilum á reikningum í samvinnu við bakhjarl og verkefnastjóra.	5 ★	Að verkefnið myndi standast verkefnisáætlun. Að allir væru vel upplýstir.	Fór yfir og viðhélt verkefnisáætlun, stýrði framkvæmdaþáttum, endurskoðaði og aðlagði þá eftir því sem á verkefnið leið. Fór yfir og gekk frá afurð/ niðurstöðum verkefnisins og skilaði því til eigenda. Kom reglulega saman á tímabilinu og viðhélt framkvæmd verkþátta og leysti úr álitamálum. Skapaði farveg fyrir framkvæmd verkefnisins innan rekstareininga hvers stýrihópsaðila.	★

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagsleg heimaþjónusta	<p>Voru leiðandi fagaðilar teymisins sem hafði sérþekkingu á að veita heimahjúkrun með þa þ að markmiði að gera þeim sem nutu hennar kleift að búa heima við sem bestar aðstæður í náinni samvinnu við notandann og aðstandendur.</p>	<p>5 ★</p>	<p>Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við hönnun vinnuleiðbeininga teymisins, starfsáætlun, mönnun og þjónustu viðmiða. Að faglegur ávinningur væri af stofnun þverfaglegs sérhæfðs heimaþjónustuteymis fyrir veika aldraða. Mættu á verkefnafundi með verkefnisstjóra og stýrihóp eftir þörfum til að veita ráðgjöf og upplýsingar.</p>	<p>Vettvangur var til staðar fyrir faglegar umræður tengdar starfsemi teymisins. Skýr farvegur var til samskipta við höpstjóra til að fá ráðleggingar og upplýsingar um verklag, teymisviðmið, markmið og árangur. Var framkvæmdaraðili og faglegur umsjónaraðili meðferðaráætlana sjúklinganna. Var miðstöð verkefnisins og teymisfunda. Veitti sjúklingum þjónustu og upplýsingar.</p>	<p>★</p>
Sjúkraþjálfarar	<p>Voru fagaðilar innan teymis með sérþekkingu á hreyfingu og færni aldraða. Lögðu fram áætlun um fyrirbyggjandi meðferð til að hindra færniskerðingu.</p>	<p>5 ★</p>	<p>Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við gerð meðferðaráætlunar. Að hlutverk þeirra innan teymisins væri skilgreint og væntingar til þeirra ljósar. Að þeir hefðu greiðan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangur af meðferð skjólstæðinga teymisins.</p>	<p>Tryggt að þeir hefðu greiða samskiptaleið við verkefnastjóra og stýrihóp. Sjúkraþjálfari með reynslu og innsæi í sérhæfðar þarfir aldraða var fenginn til samstarfs við teymið. Framkvæmdu mat á hreyffærni og veittu ráðleggingar um sjúkraþjálfun á LDK og í heimahúsi. Lögðu til fagálit sem varðaði sjúkraþjálfun í meðferðaráætlun. Höfðu milligöngu um fagleg mál til viðeigandi heimasjúkraþjálfara.</p>	<p>★</p>
Klínískur lyfjafraeðingur	<p>Var fagaðili með sérþekkingu á fjölbættum áhrifum lyfjameðferðar aldraða og samspil lyfja og sjúkdómseinkenna. Var öldrunarlæknum innan handar við öflun upplýsinga um lyfjanotkun, ráðlagða lyfjaskammta og lyfjameðferð í ljósi sjúkdómsástands.</p>	<p>3 ★</p>	<p>Að faglegt mat hans væri haft að leiðarljósi við gerð meðferðaráætlunar. Að hlutverk hans innan teymis væri vandlega skilgreint og væntingar til hans skýrar. Að hann hefði greiðan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymis við mat á sjúklingum og árangur af meðferð skjólstæðinga teymisins.</p>	<p>Tryggt að hann hefði greiða samskiptaleið við verkefnastjóra og stýrihóp. Klínískur lyfjafraeðingur tók lyfjasögu, með þarfir aldraða í huga og lagði fram faglegt mat til teymis. Framvinda án hindrana og í samræmi við áætlun.</p>	<p>★</p>
Þjónustustjóri	<p>Þjónustustjóri var leiðandi innan teymis. Hann hélt utan um teymið, var í samskiptum við alla fagaðila sjúklings. Tryggði öryggi og gæði í allri þjónustu við sjúklinga og aðstandendur.</p> <p>Tryggði að farið var eftir verkferlum og endurmati í samvinnu við teymi. Upplýsti verkefnastjóra og stýrihóp ef hindranir í umhverfi eða starfi hindruðu þjónustu við sjúklinga/aðstandendur.</p>	<p>5 ★</p>	<p>Að faglegt mat hans út frá hæfni einstaklings til þátttöku í verkefninu væri haft að leiðarljósi. Að hlutverk hans innan teymisins væri vandlega skilgreint og væntingar til hans ljósar. Að hann hefði greiðan aðgang að upplýsingum frá öllum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangur af meðferð skjólstæðinga.</p>	<p>Unnið náði með þjónustustjóra til að hlutverk hans og markmið væru vel skilgreind og væntingar til hans ljósar. Nán samskipti voru milli þjónustustjóra, verkefnastjóra og teymisins sem annaðist sjúklingana. Þungi á verkefnum mikill á þjónustustjóra fyrsta helming verkefnisins á meðan að leysa þurfti bæði tæknileg mál, hugbúnað, framkvæma mat á sjúklingum og aðlaga meðferðaráætlun. Góð framvinda hjá þjónustustjóra með stuðningi stýrihópsfulltrúa þegar verkefnaþungi var sem mestur.</p>	<p>★</p>

MEMAXI	Framkvæmdastjóri MEMAXI veitti ráðgjöf og upplýsingar. Bar ábyrgð á þjónustu og kennslu á snjallforritinu MEMAXI til verkefnastjóra og sérhæfðs teymis.	3 ★	Að skuldbindingar stæðust. Að verkefnið gengi vel og að MEMAXI henti í þjónustu í heimahúsi.	Fengu ráðgjöf og upplýsingar. Skipulögð var kennsla á snjallforritinu MEMAXI í samvinnu við framkvæmdastjóra MEMAXI og sérhæfðs teymis starfsmanna annars vegar og aðstandenda hins vegar. Fylgja eftir lögum og reglum er varða lög um réttindi sjúklinga, persónuvernd og þagnarskyldu. MEMAXI vann ötullega að þróun samskiptaumhverfis og kynnti fyrir starfsfólki og aðstandendum. Hélt uppi allri þjónustu samkvæmt áætlun og hindrunarlaus. Hugbúnaður stóðst vel allar væntingar og reyndist gagnlegur.	★
Hjúkrunarfræðingar	Hjúkrunarfræðingar sinnu hjúkrun og báru ábyrgð á hjúkrunarþjónustunni. Þeir ákváðu, skipulögðu og veittu meðferð í samráði við hinn aldraða og hans lækni. Þeir skráðu og mátu árangur meðferðar. Hjúkrunarfræðingar skipulögðu og veittu fræðslu til sjúklinga og aðstandenda.	5 ★	Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við gerð meðferðaráætlunar. Að hlutverk þeirra innan teymisins væri skilgreint og væntingar til þeirra ljósar. Að þeir hefðu greiðan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangur af meðferð skjólstæðinga teymisins.	Unnið náði með hjúkrunarfræðingum til að hlutverk þeirra og markmið væru vel skilgreind og væntingar til þeirra séuljós. Góð samskipti voru við hjúkrunarfræðinga. Verkefnastjórn var í samvinnu við hóp hjúkrunarfræðinga á fyrsta þriðjungi þjónustutímans og við teymisstjóra á vikulegum teymisfundum út þjónustutímamán án hindrana og með góðri framvindu.	★
Sjúkraliðar	Voru fagaðilar innan teymis sem tóku þátt í hjúkrun, aðstoðuðu og leiðbeindu sjúklingum við athafnir daglegs lífs. Höfðu eftirlit með og fyrirbyggðu fylgikvilla rúmleru, leiðbeindu og aðstoðuðu sjúklinga við endurhæfingu. Voru umsjónaraðilar með umönnun sjúklinga.	3 ★	Að þeir hefðu greiðan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangri af meðferð skjólstæðinga teymisins. Að hlutverk þeirra innan teymisins væri skilgreint og væntingar til þeirra ljósar.	Hlutverk, markmið og væntingar til þeirra skilgreind. Góð samskipti við sjúkraliða. Þjónustustjóri og teymisstjórar voru í nánnum samskiptum við sjúkraliða yfir þjónustutímamán um framkvæmd breyttra meðferðaráætlana og skráningu verkþátta í þjónustunni samkvæmt nýju verklagi. Framvinda góð og án hindrana, þó tímabundið álag í upphafsþriðjungi í innleiðingu hugbúnaðar og tækni.	★
Læknar	Læknar sjúkdómsgreindu, lögðu upp meðferðaráætlun, veittu meðferð og eftirlit. Þeir fræddu og studdu sjúklinga og aðstandendur. Jafnframt útskýrðu læknar fyrir sjúklingum sjúkdómsframvindu, meðferð og horfur, eftir bestu getu.	5 ★	Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við gerð meðferðaráætlunar. Að hlutverk þeirra innan teymisins væri skilgreint og væntingar til þeirra ljósar. Að þeir hefðu greiðan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangur af meðferð skjólstæðinga.	Unnið með læknum til að hlutverk þeirra og markmið væru vel skilgreind og væntingar til þeirra væru þeim ljósar. Framkvæmdaþættir lækna gengu eftir án hindrana og með góðri framvindu. Framkvæmdu heildrænt öldrunarmat ásamt teymi, sátu á teymisfundum, sinnu símaráðgjöf og fóru í heimavitjanir til að endurmeta ástand sjúklinga og viðhalda meðferðaráætlun.	★

YTRI HAGSMUNAAÐILAR	Öldrunarþjónusta Landsþfala	Voru leiðandi fagaðilar teymis sem höfðu sérþekkingu á mati, greiningu og meðferðaráætlun aldraðra.	5 *	Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við hönnun vinnuleiðbeininga teymisins, starfsáætlun þess, mönnun og þjónustuviðmið. Að faglegur ávinningur væri til staðar af stofnun þverfaglegs sérhæfðs heimaþjónustuteymis fyrir veika aldraða. Þátttaka á verkefnafundi með verkefnisstjóra og stýrihóp eftir þörfum til að veita ráðgjöf og upplýsingar.	Vettvangur sé til staðar um faglegar umræður tengdar starfssemi teymisins. Skýr farvegur var til samskipta við verkefnastjóra til að fá ráðleggingar og upplýsingar um verklag, teymisviðmið, markmið, árangur og upplýsingaflæði. Verkefnastjórn var í samvinnu við forsvarsmenn og lykilaðila öldrunarþjónustu í undirbúningi. Fulltrúar öldrunarlækninga voru áfram í náinni samvinnu og starfi teymisins á þjónustutímanum án hindrana og með góðri framvindu.	*
	Heilsugæsla höfuðborgar-svæðisins	Var leiðandi fagaðili teymis sem hafði sérþekkingu á læknisfræðilegri meðferð.	3 *	Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við hönnun vinnuleiðbeininga teymisins, starfsáætlun, mönnun og þjónustuviðmið. Að faglegur ávinningur væri af stofnun sérhæfðrar heimaþjónustu fyrir veika aldraða. Fulltrúi þeirra mæti á verkefnafundi með verkefnisstjóra og stýrihóp eftir þörfum til að veita ráðgjöf og upplýsingar.	Vettvangur var til staðar um faglegar umræður tengdar starfssemi teymisins. Skýr farvegur var til samskipta við þjónustu- og teymisstjóra til að fá ráðleggingar og upplýsingar um verklag, teymisviðmið, markmið og árangur. Einnig voru veittar upplýsingar. Forsvarsmenn heilsugæslunnar voru upplýstir á undirbúningstíma og samvinna áfram við 3 heilsugæslulækna sem voru beinir þátttakendur í verkefninu.	*
	Útskriftarteymi	Voru ráðgefandi. Unnu í nánu samstarfi við þjónustustjóra í sérhæfðu teymi veikra aldraðra.	2 *	Að þeir hefðu tækifæri til þess að koma skoðunum sínum á framfæri til teymisins og gætu haft áhrif á útskriftarferil sem hafði það að markmiði að stuðla að sérhæfðri heimaþjónustu heima við hinn aldraða sem fyrst eftir útskrift af LSH.	Verkefnastjórn var í samvinnu við forsvarsmenn útskriftarteymis á tímanum með það að markmiði að upplýsa um meðferðarfarveg þátttakenda kæmi til innlagnar og útskriftar af LSH á tilraunatímanum. Framvinda góð og án hindrana.	*
	Iðjubjálfar	Voru fagaðilar innan teymis sem mátu líkamlega, andlega og félagslega getu einstaklings til þess að bjarga sér í daglegu lífi. Áttu að útvega eða útbúa hjálpartæki og þjálfva einstakling í notkun þeirra. Lögðu umhverfi að einstaklingi með því að leggja til breytingar á heimili hans. Skráðu framvindu meðferðar, höfðu samvinnu við teymi.	2 *	Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við gerð meðferðaráætlunar. Að hlutverk þeirra innan teymisins væri skilgreint og væntingar til þeirra ljósar. Að þeir hefðu greiddan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangri af meðferð teymisins.	Upplýsingum miðlað til iðjubjálfa. Hlutverk, markmið og væntingar til þeirra skilgreind. Verkefnastjórn átti góð samskipti við iðjubjálfa sjúklinganna varðandi úrlausn þess sem óskað var að loknu heildrænu öldrunarmati. Framvinda góð og án hindrana .	*

Félagsleg heimaþjónusta hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar	Voru fagaðilar innan teymis sem var ætlað að aðstoða fólk sem þurfti stuðning til að geta séð um sig sjálf, s.s. með aðstoð við almennt heimilishald, persónulega umhirðu og félaglegan stuðning.	2	Að þeir hefðu greiðan aðgang að upplýsingum frá öðrum fagaðilum teymisins við mat á sjúklingum og árangri. Hlutverk þeirra innan teymisins væri skilgreint og væntingar til þeirra ljósar.	Hlutverk, markmið og væntingar til þeirra voru skilgreind. Framvinda góð og án hindrana .	★
Bráðamóttaka Landspítala	Voru leiðandi aðili teymis sem höfðu sérþekkingu á bráðameðferð sjúklinga með því að tryggja öryggi sjúklinga og veita viðeigandi þjónustu, innan viðeigandi tíma, á viðeigandi stað miðað við einkenni sjúkdóms eða áverka.	2 ★	Að faglegt mat þeirra væri haft að leiðarljósi við hönnun vinnuleiðbeininga teymisins, starfsáætlun þess, mönnun og þjónustuviðmiða. Að faglegur ávinningur væri til staðar af stofnun þverfaglegs sérhæfðs heimaþjónustuteymis fyrir veika aldraða.	Vettvangur til staðar fyrir faglega umræður tengda starfssemi teymisins. Verkefnastjóri átti góð samskipti við fulltrúa bráðamóttöku. Tveir sjúklingar lögðust inn á tilraunatímabilinu.	★

Útkomumat sýnir hvernig framkvæmdin samræmdist væntingar- og verkefnisáætlun og umfang aðkomu verkefnastjórnar að viðkomandi hagsmunaaðila. Grænmerktir [★] eru þeir sem litla virka aðkomu þurftu og þar sem fyrirfram áætlaðar forsendur til upplýsinga og ákvarðanatöku gengu eftir samkvæmt verkefnisáætlun. Gulmerktir [★] eru þeir sem væga aðkomu þurftu til að viðhalda eða skýra framkvæmd verkþátta, upplýsingaflæði eða aðra aðkomu umfram það sem gert var ráð fyrir í verkefnisáætlun. Rauðmerktir [★] eru þeir aðilar sem mikla stýringa þurftu samanborið við forsendur verkefnisáætlunar.

Stýrihópur náði að sinna því hlutverki sem hann setti sér í verkefnisáætlun án hindrana. Einstaka mál komu upp og voru leyst á fyrsta helmingi tilraunatímans þegar samþætta þurfti úrlausnir. Voru slík mál einkum vegna þess að stuttur undirbúningstími varð til þess að ekki gafst ráðrúm til að tryggja að nauðsynlegar upplýsingar bárust öllum eða sameiginlegur skilningur tryggður. Öll voru málin minniháttar og auðleyst.

Hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegrar heimaþjónustu sneru mál einkum að verkefnastöðu þjónustustjórnans í verkefninu á fyrstu 2 vikum verkefnisins þegar mikill þungi var í þjónustunni. Þjónustustjóri þurfti að ná til allra sjúklinga, aðstandanda og umönnunaraðila, tryggja að meðferðaráætlun og leiðbeiningar um verklag væri fylgt eftir og aðilar upplýstir. Stýrihópur studdi við þjónustustjóra og honum gefið það svigrúm sem verkefnið krafðist eins og kostur var, framvinda og samvinna góð.

Stýrihópur þurfti að styðja við og leysa faglega aðkomu sjúkraþjálfunar vegna útfærslu viðbótar sjúkraþjálfunar á þjónustutímanum.

Iðjuþjálfari hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar leysti mál á verksviði iðjuþjálfara.

Klínískur lyfjafræðingur var frá sjúkrahúsapóteki Landspítala sem bæði sinnti klínísku mati í heimavítjun og lagði fram faglegt mat til teymisins, gekk greiðlega í samræmi við verkefnisáætlun.

Hjúkrunarfræðingar frá velferðarsviði Reykjavíkurborgar og þjónustustjóri tóku virkan þátt í matsferli sjúklinganna frá upphafi, og fylgdu þeim í heildrænt öldrunarmat á greiningarmóttöku Landakots, studdu við mat og ákvarðanatöku. Þá sátu klínískir sérfræðingar í hjúkrun aldraðra upphafsteymisfund hjúkrunafræðinga í verkefninu þar sem fagleg mál er vörðuðu hjúkrunarþjónustuna voru rædd. Þar var hjúkrunarfræðingum sem sinna heimahjúkrun gefinn kostur á að leita ráðgjafar til öldrunarhjúkrunafræðinga. Til þess kom ekki á tilraunatímabilinu.

Læknar heilsugæslunnar og öldrunarlæknar á Landspítala áttu teymisfundi í upphafi verkefnis og ákváðu verklag og tryggðu bakvaktarþjónustu. Misskilningur var um þörf á bakvaktarþjónustu eftir kl. 24, en ljóst var að ekki yrði unnt að manna næturþjónustu hjúkrunarfræðinga í heimahjúkrun innan tímarammans. Baktvaktir lækna voru til staðar en ekki reyndist þörf á að nýta þær. Ekki er talið að það hafi haft neikvæð áhrif á verkefnið né komu upp aðstæður þar sem

slikrar þjónustu hefði verið þörf. Einn sjúklingur fékk símanúmer umönnunaraðila til að hringja í á næturnar, en ekki kom til þess að það væri notað.

Aðrir ytri aðilar eins og félagsráðgjafar, iðjuþjálfar, útskriftarteymi og bráðamóttaka höfðu litla sem enga aðkomu á tilraunatímabilinu. Þeir sjúklingar sem lögðust inn á tímabilinu voru enn innlagðir við lok tímans og því reyndi ekki á yfirfærslu þjónustunnar tilbaka á sérhæfða heimaþjónustu.

7. ÁHÆTTUGREINING OG ÚTKOMA ÁHÆTTUÞÁTTA

Áhættugreining auðveldar greiningu á áskorunum í verkefninu. Með því að greina vægi áhættuþátta og líkur á að slíkar aðstæður kæmu upp, var hópurinn betur undir það búinn að leysa farsælega úr þeim. Tillögur að fyrirbyggjandi aðgerðum til mótvægis við áhættuþættina voru settar fram. Afleiðing hvers þáttar var metin á skalanum 1-5. Fimm gaf til kynna mesta áhættu og þar af leiðandi alvarlegustu afleiðingarnar. Vægið einn gaf til kynna litla áhættu. Líkindi fimm gáfu til kynna miklar líkur á því að atburðurinn gerðist og að sama skapi gáfu líkindi einn til kynna að það væri ólíklegt. Afleiðinga- og líkindagildin voru margfölduð saman til að fá út áhættugildi hvers þáttar. Á þann hátt var hægt að sjá hvar þörf væri á að leggja áherslu varðandi verkefnastjórnun til að forðast eða minnka áhættu. Í meðfylgjandi töflu eru taldir upp þeir þættir sem gátu haft alvarlegar afleiðingar fyrir verkefnið. Ef áhættutalan var yfir 10 þurfti að bregðast við með aðgerðum eða þeim ráðstöfunum sem tilgreindar voru með það að markmiði að draga úr áhættu.

Útkomudálgur sýnir með hvaða hætti viðkomandi áhættuþættir komu fram í verkefninu og hvort að viðeigandi aðgerðum var beitt og hvernig.

Tafla 3. Greining áhættuþátta og útkoma á tilraunatíma

Atvik	[A] fleið-ingar (1-5)	[L] líkur (1-5)	Áhættu tala [AxL]	Aðgerðir/ráðstafanir	Útkoma
Stýrihópur skili ekki niðurstöðu verkefnis á réttum tíma.	5	3	15	Helst í hendur við verkefnisáætlun, skilað eftir að tilraunatíma lauk. Upplýsingaflæði var tryggt.	Óskað var eftir seinkun á skilum skilaskýrslu vegna hátíða og óvæntrar fjarveru innan hópsins vegna orlofs og veikinda. Samþykkt án hindrana.
Múrar innan/milli fagstétta sem ekki næst að brjóta niður.	4	4	16	Fagaðilar meðvitaðir. Teymisvinna, skipulag og vikulegir vinnufundir.	Engar hindranir í samvinnu. Fundaráætlun teyma stóðst og vinna farsæl.
Verkefnishópur fagaðila ná ekki að hanna og skilgreina hlutverk, vinnuleiðbeingar, starfsáætlun og þjónustuviðmið áður en 6 vikna tilraunin hefst.	4	2	8	Verkum var skipt samkvæmt sérsviðum og óskað eftir framlagi allra við gerð starfslýsinga, starfsáætlaða og þjónustuviðmiða. Viinnuferlin endurmetin vikulega þegar þörf var á.	Engar hindranir í þessum þætti. Aðilar teymis skiluðu og unnu starfslýsingar og komu sér saman um verklag og áætlanir fyrir hvern sjúkling. Þær áætlanir gengu eftir án hindrana.
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins ná ekki að manna stöðu lækna.	4	3	12	Heimahjúkrun Reykjavíkur gætu mannað stöðu þjónustustjóra og öldrunarlæknar stöðu lækna.	Þrír læknar heilsugæslunnar voru með beina aðkomu að verkefninu. Var leyst án hindrana.

Velferðarsvið Reykjavíkur í heimahjúkrun ná ekki að manna stöðu þjónustustjóra, viðbótarþörf umönnunaraðila, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða til verkefnisins.	4	3	12	Lagt var upp með að ef það gerðist þá væri það ákveðin niðurstaða í verkefninu. Þá hefði þurft að vinna tilraunina án hlutverks þjónustustjóra og sjá hvernig það reyndist. Þá væri auka álag á aðra fagaðila og ljóst að tímabundið gæti þurft að endurraða verkefnum innan velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun félagslegri heimaþjónustu og heilsugæslunnar og mögulega ráða í viðbótar stöðugildi.	Þjónustustjóra var úthlutað í verkefnið en gera þurfti vægar aðlaganir fyrstu tvær vikurnar til að losa viðkomandi frá fyrri skyldum. Draga þurfti tímabundið úr úthlutun heimahjúkrunar til nýrra skjólstæðinga á póstnúmeri 108 á meðan á verkefninu stóð. Verkefnið leyst farsælega og án hindrana.
Læknar hafi ekki tækifæri til að fara í heimavítjanir.	4	3	12	Ef ekki hefði náðst að meta einstakling í heimahúsi þegar þörf var á þyrfti að vísa viðkomandi til bráðamóttöku sem fæli í sér auknar líkur á endurinnlögn.	Var leyst án hindrana. Læknar fóru í skipulagðar vitanir. Ekki reyndist þörf fyrir bráða heimavítjun lækis á tímanum.
Símsvörunarálag á læknum.	5	4	20	Ákveðið var að ef of mikið álag væri á læknum, yrði brugðist við með stuðningi frá öðrum læknum á heilsugæslunni / öldrunarþjónustunni.	Var leyst án hindrana. Ekkert símsvörunarálag var nefnt, aðeins stök símtöl. Flestar ákvarðanir og samskipti framkvæmd á vikulegum teymisfundum.
Starfslýsingar ekki skýrar.	3	2	6	Aðlagð og breytt eftir því sem við átti.	Var leyst án hindrana.
Umönnunaraðilar hafi ekki getu til að sinna versnandi líðan í heimahúsi.	4	3	12	Þörf á einstaklingsmiðaðri fræðslu um sjúkling frá fagaðilum til umönnunaraðila. Skýra verkferla, fyrirmæli og gátlista.	Reyndi ekki á þetta. Hjúkrunarfræðingar miðluðu upplýsingum um líðan sjúklinga til lækna í síma og á teymisfundum og tekin var ákvörðun um meðferð og hún framkvæmd.
Ekki náist að veita þá stöðþjónustu sem þarf í verkefnið.	3	3	9	Fagaðilar myndu vinna saman og gera sitt besta til að verkefnið næði fram að ganga í þessar 6 vikur.	Vægar hindranir komu upp við að tryggja viðbótar sjúkrapjálfun til þeirra sjúklinga sem samkvæmt heildrænu öldrunarmati voru í þörf fyrir og báðu þjálfun. Var leyst með heimasjúkrapjálfurum.
Hlutverk þjónustustjóra nýtt og gæti reynt erfitt í mótun.	4	5	20	Lögð var áhersla á skipulagningu og góðan undirbúning við skráningu starfslýsingar, verkefnis og þjónustuviðmiða, sem og góða samvinnu við þjónustustjóra.	Hlutverk þjónustustjóra í raun þegar mótað í teymisstjóra hlutverki hjá heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu. Engar hindranir við hlutverk þjónustustjóra.
Ekki næst að mæta þörfum sjúklinga og aðstandenda.	3	3	9	Alltaf veitt besta mögulega þjónusta.	Einn sjúklingur lagðist inn að morgni fyrsta þjónustudags í kjölfar heimsóknar til sérfræðings á stofu. Reyndist alvarlega veikur og lá inni allan þjónustutímann. Annar veiktist á tímanum þannig að þjónusta heima hefði ekki verið valkostur.
Framboð á hæfu vinnuafli ekki til staðar.	3	2	6	Forgangsraðað og veitt besta mögulega þjónusta sem völ var á á hverjum tíma á meðan verkefninu stóð.	Hægt var að leysa verkþætti með því að ráða þessu verkefni framfar öðrum en ekki var hægt að ráða nýtt starfsfólk hjá neinum aðila fyrir svo stutt verkefni. Heimahjúkrun mannaði viðbótar vitanir með yfirvinnu og dró tímabundið úr móttöku nýrra skjólstæðinga í póstnúmeri 108.
Að það dragi ekki úr endurinnlögnum.	3	2	6	Þá væri það ákveðin niðurstaða sem hægt væri að vinna með og greina hvað það var sem kom upp á, hefði verið hægt að koma í veg fyrir endurinnlögn.	Þrjár innlagnir urðu á tímanum. Allar af læknisfræðilegum ástæðum og ekki af sálfélagslegum ástæðum. Einn sjúklingur sem hafði lagst inn 17 sinnum á árinu af fjölbreyttum ástæðum átti sinn lengsta tíma heima, á tilraunartímanum.
Tækni, net og tækjalausnir ekki til staðar í upphafi.	3	3	9	Tafir á verkefni ef tækni, net og tækjalausnir væru ekki til staðar í upphafi verkefnis.	Um viku töf varð á þessum þætti, það hafði þó ekki áhrif á heildarþjónustuna en hafði áhrif á verklag við skráningu. Netbeinar sem

					keyptir voru reyndust ekki af nægum gæðum og þurfti að skipta út.
Undirbúningur og þjálfunartími fyrir beina þátttakendur í verkefninu sé ónógur.	3	3	9	Það kom í ljós fljótlega eftir að tilraunatími hófst, hægt að bregðast við með viðbótarfræðslu og símati.	Tímaskortur var greinanlegur í aðlögun að samskiptaforritinu MEMAXI, lengri tími hefði verið ákjósanlegur til þess að þjálfra starfsfólk. Þetta var í fyrsta sinn sem rafrænt viðmót var notað fyrir skráningu allra umönnunaraðila og starfsmenn höfðu afar misjafnar forsendur til þess að geta tekið á móti upplýsingum og leiðbeiningum.
Ófullnægjandi skráning.	3	3	9	Hamlaði mati á árangri og gæti hamlað öryggi sjúklings.	Fyrstu dagana voru forsendur til skráningar ekki til staðar, tækjabúnaður á sumum heimilum virkaði ekki sem skyldi og hindranir voru í því að virkja aðgang starfsfólks. Eftir fyrstu tvær vikurnar voru allar forsendur til skráningar til staðar. Skráning taldist góð og starfsmenn duglegir að stimpla komur sínar á heimilin og lýstu helstu aðgerðum og matsþáttum í texta.
Ytri aðstæður hamla aðkomu að sjúklingi.	3	1	3	Veður hefði getað haft áhrif á heimahjúkrunina. Það var sími sem hægt var að nota til að ræða við sjúkling og fá hans hlið á liðan í gegnum síma og meta síðan sjúkling um leið og fagaðili hefði komist til hans.	Engar hindranir af þessu orsökum.
Verktakar fá ekki greitt fyrir þjónustuna.	3	2	6	Hélt í hendur við fjármagn sem ráðuneytið veitti. Stýrihópur útfærði greiðslufyrirkomulag á undirbúningstíma.	Engar hindranir af þessu orsökum.

Samkvæmt greiningunni var nauðsynlegt að seinka þjónustutímanum til að ná að sinna nauðsynlegum undirbúningi og var það gert. Undirbúningstíminn var þétt skipulagður en gekk eftir samkvæmt áætlun.

Hlutverk þjónustustjóra var nýtt og í mótun sem var krefjandi einkum á fyrsta þriðjungi verkefnisins. Hann kom frá heimahjúkrun í Efstaleiti. Þjónustustjórinn var miðjan í verkefninu og tengiliðurinn á milli umönnunar í heimahúsi og annarra fagaðila.

Jafnóðum þurfti að huga að aðgangsstýringum og viðeigandi aðgengi að þeim upplýsingum sem skráðar voru í MEMAXI með tilliti til gildandi laga og reglugerða um heilbrigðisþjónustu, svo sem laga um réttindi sjúklings, persónuvernd og þagnarskyldu. MEMAXI samskiptakerfið var notað til rauntíma samskipta milli sjúklings, aðstandenda og fagaðila. Kerfið kom í staðinn fyrir samskiptabók sem notast hefur verið við í heimahúsi. Innleiðing tæknibúnaðar og notkun MEMAXI áskoranir sem höfðu verið vanmetnar þar sem stór hópur umönnunaraðila í heimahúsi var óvanur rafrænu umhverfi og hafði ekki fengið þjálfun í tæknilæsi sem í sumum tilfellum var lítið. Það leiddi til þess að styðja þurfti sértaklega innskráningarleiðir og virkjanir. Á seinni hluta þjónustutímans virtust þessir þættir vera komnir í jafnvægi og starfsfólki gekk vel að nota lágmarksskráningarþætti í forritinu. Að mati forsvarsmanns MEMAXI þarf að vinna talsverðar aðlaganir og einföldun í ljósi reynslunnar í verkefninu og miða viðmótið betur að þörfum fólks með lítið eða ekkert tæknilæsi.

Áætlað var á vinnustofunni og undirbúningstímanum að bætt yrði við mönnun heimahjúkrunar til að auka liðveislu í heimahúsi hjá sjúklingsum við versnun á heilsufari, en það reyndist ekki mögulegt innan þeirra tímamarka sem verkefninu voru settar. Viðbótarþjónusta til sjúklings var leyst með yfirvinnu á meðan á verkefninu stóð.

8. UPPGJÖR ÞJÓNUSTUTÍMA

Velferðarsvið Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu skipulagði umönnun, eftirlit og liðveislu. Læknar af heilsugæslustöðinni í Glæsibæ sinntu lækniþjónustu á skrifstofutíma fyrir sjúklinga verkefnisins. Öldrunarlæknar LSH sinntu sjúklingum verkefnisins á kvöldin og um helgar. Af tólf sjúklingum sem voru settir á forvalsskilmerki, neitaði einn þátttöku. Einn reyndist ekki uppfylla skilmerki verkefnisins. Leitað var samþykkis hjá tíu sjúklingum, þar af samþykktu níu og einn hafnaði þátttöku. Var þá leitað þátttöku hjá sjúklingi sem var að útskrifast af bráðaöldrunarlækningadeild LSH sem gaf samþykki sitt fyrir þátttöku.

Níu sjúklingar fóru í gegnum heildrænt öldrunarmat í upphafi þjónustunnar sem framkvæmt var af sérfræðingi í öldrunarlækningum, sérfræðingi í hjúkrun aldraðra og sjúkrahjálfa frá öldrunarþjónustu Landspítala. Öldrunarmatið var unnið með stöðluðum matstækjum og ástand sjúklingsins kortlagt á kerfisbundinn hátt útfrá sjúkdómsmynd, færni og innsæi. Þannig eru metnir allir þeir læknisfræðilegu og sálfélagslegu þættir sem hafa áhrif á horfur sjúklingsins, meðferð og líðan. Teymið skilaði þverfaglegu álitu ásamt tillögu að meðferðaráætlun fyrir teymið.

Fjórir sjúklingar komu í mat á greiningarmóttöku Landakots og 5 aðilar voru metnir í heimahúsi. Einn sjúklingur lagðist inn á fyrsta degi verkefnisins og fór því ekki í gegnum staðlað heildrænt öldrunarmat.

Klíniskur lyfjafræðingur fór í vitjun heim til níu af tíu sjúklingum og fór yfir lyfjanotkun og lyfjasögu og gerði faglegt mat á lyfjameðferð þeirra.

Breytingar voru gerðar á meðferðaráætlun allra sjúklinganna að loknu mati, þar sem eftirlits- og meðferðarþáttum var breytt þar á meðal lyfjameðferð, sjúkrahjálfun og eftirfylgni. Breyting á meðferðaráætlun fól í sér óskir um breytingar á þjónustuformi sex sjúklinga á tilraunatímabilinu. Ekki var dregið úr þjónustu við neinn, en þjónusta var aukin í formi vitjana, samtala og aukins tímabundins eftirlits með verkjum og lífsmörkum vegna lyfjabreytinga.

Breytingar á þjónustu

Ekki voru gerðar breytingar á fjölda vitjana hjá sjúklingi A og B en bætt var tímabundið við lífsmarkamælingum í vitjun. Sjúklingur C var með 14 vitjanir vikulega en að loknu mati var vitjunum heimahjúkrunar fjölgað um sjö í 21 á viku. Sjúklingur D var með 2 vitjanir á viku frá heimahjúkrun, en 21 vitjun á viku frá þjónustu Furugerðis. Ekki var gerð breyting á því fyrirkomulagi. Heimsóknir til sjúklings F voru 7 á viku frá heimahjúkrun og 14 frá félagslegri heimaþjónustu. Aukið var um 7 vitjanir félagslegrar heimaþjónustu og fékk sjúklingur F því 28 vitjanir í viku.

Tafla 4. Þjónusta fyrir og á meðan á tilraunaverkefni stóð.

Sjúklingur	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J ⁷
Þjónusta heimahj. við upphaf verkefnis	14x/viku	7x/viku	7x/viku	2x/viku	1x/viku	7x/viku	2x/viku	7x/viku	7x/viku	7x/viku
Þjónusta félagsþj. við upphaf verkefnis	1x/viku	-	7x/viku	-	-	14x/viku	8x/viku	-	1x/viku	-
Þjónusta frá Furugerði við upphaf verkefnis	-	-	-	21x/viku	-	-	-	28x/viku	-	-
Þjónusta heimahj. á tilraunátíma	14x/viku	7x/viku	21x/viku	2x/viku	1x/viku	7x/viku	14x/viku	7x/viku	7x/viku	7x/viku
Þjónusta félagsþj. á tilraunátíma	1x/viku	-	7x/viku	-	-	21x/viku	8x/viku	-	1x/viku	-
Þjónusta frá Furugerði á tilraunátímanum	-	-	-	21x/viku	-	-	-	28x/viku	-	-
Fjöldi vitjana alls á viku	15x/viku	7x/viku	14x/viku	23x/viku	1x/viku	21x/viku	10x/viku	35x/viku	8x/viku	7x/viku
Símtöl	-	-	-	-	-	-	7x/viku	-	-	-
Næturhringingar	-	-	-	-	-	-	Leyfðar	-	-	-
Auka vitjun/tímabundið -Eftirlit með lífsmörkum	7x/viku	7x/viku	-	-	-	-	-	-	-	-
Auka eftirlit í skipulagðri vitjun/verkjamat	7x/viku	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aukning á vitjunum	Óbreytt	Óbreytt	14x/viku	Óbreytt	Óbreytt	7x/viku	12x/viku	Óbreytt	Óbreytt	Óbreytt

Heimahjúkrun vitjaði sjúklings E einu sinni í viku fyrir tilraunátímann og hélst það einnig óbreytt. Sjúklingur F var með 21 vitjun vikulega, en vitjunum félagslegrar heimaþjónustu var fjölgað um sjö og fékk hann þá alls 28 vitjanir í viku. Sjúklingur G hafði fengið 2 vitjanir heimahjúkrunar á viku og 8 vitjanir félagslegrar heimaþjónustu. Vitjanir heimahjúkrunar voru auknar mikið, úr 2 í 14 vitjanir á viku og fékk sá sjúklingur því alls 22 vitjanir vikulega. Ekki voru gerðar breytingar á fjölda vitjana hjá sjúklingi I og voru þær áfram 7 á viku frá heimahjúkrun og 1 á viku frá félagslegri heimaþjónustu. Sjúklingur J lagðist inn á fyrsta degi tilraunátímabilsins. Fjöldi vitjana var aukin hjá þremur sjúklingum af níu á tímabilinu. Breytingar voru gerðar á sjúkrapjálfun hjá þeim sem þáðu það.

Þrír voru með heimasjúkrapjálfun fyrir, sótt var um heimasjúkrapjálfun fyrir fjóra og dagdeild á Landakoti fyrir einn. Fjögur próf voru lögð fyrir sjúklingana. EMS, FTSST, TUG og stigagöngupróf⁸. Flestir sjúklinganna mældust á mörkum þess að geta farið um á öruggan hátt og verið sjálfbjarga við athafnir daglegs lífs. Enginn mældist það hrumur að hann teldist ófær um að dvelja heima. Sjúkrapjálfun var aukin eða aðlöguð hjá öllum sjúklingunum til að styrkja þá í hreyfifærni og jafnvægi.

⁸ EMS: Mat á líkamlegri færni sjúklings. FTSST: Metur styrk í lærvöðvum. TUG: metur jafnvægi og öryggi í göngu- og stöðubreytingu. Stigaganga: Hvernig gengur að fara í stiga. Flestir sjúklinganna voru með 10–13 stig sem eru á mörkum þess að geta farið örugglega um og verið sjálfbjarga við athafnir daglegs lífs. Enginn var undir 10 stigum, en sá hópur sjúklings er algengur á 7 daga deildum á Landakoti. Margir af sjúklingunum voru óstyrkir í lærvöðvum. Tveir sjúklingar gátu framkvæmt TUG próf og voru innan viðmiðunarmarka 10–14 sek, aðrir voru talsvert lengur. Einn einstaklingur gat farið upp og niður tröppur með stuðningi - aðrir gátu það ekki eða treystu sér ekki til þess.

Samskiptaforrit

Eitt af markmiðum verkefnisins var að meta stuðningsnet sem sjúklingar hafa í kringum sig eins og fag- og umönnunaraðilar og aðstandendur. Því var notaður samskiptahugbúnaður frá MEMAXI sem heldur utan um vitjanadagskrá sjúklingsins og samskipti tengd vitjunum og er aðgengilegur sjúklingi, starfsmönnum og aðstandendum. Settur var upp aðgangur fyrir 106 starfsmenn og/eða tengiliði í MEMAXI snjallforritinu fyrir verkefnið. Áætlaður fjöldi þjónustuaðila fyrir tilraunátímabilið var 91 einstaklingur en reyndust samkvæmt notendaskrá vera 106. Skýrist munurinn á því að 15 einstaklingar skráðu sig inn í kerfið án þess að virkja aðgang sinn og eru því tvítaldir. Í þeim hópi var einn aðstandandi, 12 frá félagslegri heimaþjónustu og 2 sem voru annað hvort starfsmenn heimahjúkrunar eða félagsþjónustunnar.

Samskiptaforritið gaf möguleika í rauntímasamskiptum á milli þjónustuveitanda, þjónustuþega og aðstandenda þeirra og varð þjónustan sýnilegri bæði fyrir starfsfólk og aðstandendur. Fimmtíu og níu þjónustuaðilar virkjuðu aðganginn, 29 heilbrigðisstarfsmenn velferðarsviðs, 4 starfsmenn LSH, 24 starfsmenn félagsþjónustunnar og tveir starfsmenn sem voru annað hvort starfsmenn heimahjúkrunar eða félagsþjónustunnar.

Hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og heimaþjónusta velferðarsviðs Reykjavíkurborgar og félagsþjónustunnar skráðu í samskiptakerfið. Alls voru skráðar 264 færslur. Sjö hjúkrunarfræðingar skráðu 112 færslur, þrettán sjúkraliðar 69 færslur og 10 starfsmenn heimaþjónustunnar skráðu 83 færslur. Aðrir fagaðilar skráðu í rafræna sjúkraskrá.

Kynning á MEMAXI og spjaldtölvunum náði ekki til allra innan tímarammans og hefði verið kostur að hafa tæki og kynningar fyrir starfsmenn í lengri tíma en þarna náðist. Virkja þurfti aðgang í gegnum tölvupóst og lykilorð sem reyndist of flókið fyrir suma notendur. Netbeinarnir sem notast var við í upphafi verkefnis voru lélegir og þurfti að skipta þeim út, en gott flæði komst á samskiptaforritið á þriðju viku. Aðstandendur þriggja sjúklinga sóttu opna kynningu á MEMAXI sem haldin var á LSH. Mismunur er þarna á reynslu MEMAXI af öðrum sjúklingahópum en samkvæmt umræðum verkefnahópsins er líklegt að félagsleg einangrun sjúklinganna í tilrauninni og hár aldur þeirra og þá aðstandendanna einnig geri það að verkum að stuðningsnet er lítið og snertifletir við samfélagið fáir. Þeir ættingjar sem tengdust MEMAXI voru hrifnir af kerfinu en enginn sjúklinganna nýtti sér forritið sjálfur.

Sjúkraskrá

Í rafrænni sjúkraskrá var búinn til mappa undir nafninu „Þjónusta utan LSH“. Þar var öllum skráðum samskiptum safnað. Fagaðilar skráðu samkvæmt lögum í sjúkraskrá. Sameiginlegur aðgangur allra teymisaðila að sjúkraskrá sjúklings hafði þau áhrif á upplýsingaflæði að ákvarðanatök urðu einfaldari og yfirsýn var betri. Sameiginleg sýn á sjúkraskrá fékkst með tímabundnum aðgangi fyrir þjónustustjóra og heilsugæslulækna. Aðrir þjónustuaðilar innan LSH voru þegar með aðgang að kerfinu. Vegna kostnaðar var fjöldi leyfa haldið í lágmarki. Þjónustustjóri afritaði skráningu heimahjúkrunar í Söguútgáfu LSH til að tryggja að allir hefðu jafnan aðgang að upplýsingum. Þá gerði aðgangurinn heilsugæslulæknum kleift að panta rannsóknir og ráðgjöf sem nýttist í a.m.k. tveimur tilfellum á tímabilinu.

HLUTVERK FAGAÐILA Í SÉRHÆFÐRI HEIMAÞJÓNUSTU

Mikilvægi þverfaglegar teymisvinnu kom vel fram í verkefninu. Í teyminu voru þjónustustjóri, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, læknar og sjúkrapjálfarar auk fleiri þjónustuaðilar. Nauðsynlegt er að teymið veiti sjúklingnum einstaklingsmiðaða þjónustu og stuðli þannig að því að hann geti verið heima sem lengst og dregið úr innlögnum á sjúkrahús með tilheyrandi færniskerðingu. Unnið var náð saman til að stuðla að sem bestum árangri fyrir sjúklinginn.

Þjónustustjóri

Þjónustustjóri var leiðandi afl fyrir sjúklingahópinum og teymið, var í samskiptum við teymisstjóra heimahjúkrunar og hélt utan um verkefnið innan velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu. Hann tryggði öryggi og gæði í allri þjónustu við sjúklinga og aðstandendur eins og best var á kosið á hverjum tíma. Hann var

í forsvari fyrir daglegan rekstur þess teymis sem hann bar ábyrgð á eins og aðrir teymisstjórar og var í samskiptum við alla fagaðila sjúklings.

Hjúkrunarfræðingar

Hjúkrunarfræðingar sinntu hjúkrun sjúklinga og störfuðu sem teymistjórar í umönnun sinna sjúklinga. Þeir sinntu skipulögðum innlitum til sjúklings ásamt bráðavítjunum. Þeir báru ábyrgð á skráningu í sjúkraskrá og tóku þátt í gerð heilðræns öldrunarmats. Þeir önnuðust samskipti við fjölskyldu og aðra fag- og þjónustuaðila eftir þörfum. Þeir tóku þátt í vikulegum teymisfundum og fylgdu eftir meðferðaráætlun sjúklingsins í samvinnu við hann.

Sérfræðingar í hjúkrun aldraðra

Tóku þátt í undirbúningi verkefnisins. Þeir veittu þjónustustjóra ráðgjöf á þjónustu greiningarmóttöku Landakots. Þeir framkvæmdu hjúkrunarmat í heilðrænu öldrunarmati hjá sjúklingsum. Sérfræðingar í hjúkrun aldraðra sátu teymisfundi þar sem upplýsingar voru teknar saman og meðferðaráætlun lögð upp hjá sjúklingsunum í upphafi tilraunatímabilsins.

Læknar

Heimilislæknar og öldrunarlæknar veittu hjúkrunarfræðingum í heimahjúkrun ráðgjöf eftir þörfum og fóru í heimavítjun þegar svo bar undir. Læknar greindu sjúkdómsástand og skipulögðu meðferð. Þeir vitjuðu sjúklings, tóku sjúkrasögu, framkvæmdu ítarlegt líkamsmat og skráðu. Þeir fóru yfir niðurstöður rannsókna og matskvarða. Fóru yfir upplýsingar um lyfjanotkun frá lyfjafræðingi og brugðust við.

Klínískur lyfjafræðingur

Klínískur lyfjafræðingur fór heim til sjúklinganna og kortlagði lyfjanotkun. Flestir sjúklingar voru í lyfjaskömmtun sem einfaldaði kortlagninguna. Lyfjafræðingurinn safnaði saman upplýsingum frá sjúklingsunum varðandi lyf og lyfjanotkun. Rýndi sjúkraskrá og hafði samband við þá aðila sem þörf var á. Skráði niðurstöðu mats í sjúkraskrá og var til staðar ef veita þurfti ráðgjöf.

Sjúkraþjálfarar

Sjúkraþjálfarar voru þátttakendur í gerð heilðræns öldrunarmats, þeir hittu sjúklingana ýmist á greiningarmóttökunni á Landakoti eða heima. Hlutverk þeirra var að meta hreyfifærni sjúklinganna. Ráðlögðu um virkni- og færniþjálfun. Þeir voru í nánú sambandi við teymið og þjónustustjóra sjúklinganna. Jafnframt ræddu þeir við sjúklinga og höfðu samband við heimasjúkraþjálfara til að kynna þeim niðurstöður prófana hjá þeim sem þegar voru með heimasjúkraþjálfun og sóttu um heimasjúkraþjálfun fyrir þá sem þáðu.

9. FRAMKVÆMDAÁÆTLUN

Í verkefnaáætlun var sett upp afmörkun verkþátta og þeir staðsettir á tímaás. Umfangsmestir voru verkþættir á undirbúningstíma en reikna má með að 70-80% verkþátta í verkefnum sem þessum varði undirbúning og skipulagningu. Í lokin er framkvæmd verkefnis borin saman við verkefnisáætlun. Markmið með gerð skilaskýrslunnar er að gera góða úttekt og mat á þeim árangri sem varð á tilraunatímabilinu þannig að hægt verði að nýta niðurstöður verkefnisins og aðlaga þær til að ná enn frekari árangri og útvíkka þjónustuna. Öll framkvæmd verkþátta stóðst áætlun innan skekkjumarka. Nánari upplýsingar um undirverkþætti er að finna í viðauka.

MEGINVERKÞÆTTIR OG ÁFANGAR

- Forvinna, *lauk á tíma*
- Undirbúningur og gagnasöfnun vegna vinnustofu – *lauk á tíma*
- Mótunarferliog vinnustofa - *lauk á tíma*
- Upphafsfundur stýrihóps – *lauk á tíma*
- Verkefnisáætlun – *lauk á tíma*
- Fjármögnun – *lauk á tíma*
- Bein undirbúningsvinna fyrir tilraunatíma – *lauk innan tíma eftir aðlögun áætlunar*
- Samskipta og sjúkraskrárlausnir – *lauk á tíma*
- Undirbúningur- *lauk á tíma*
- Upphaf sérhæfðrar heimaþjónustu - *lauk á tíma*
- Lok þjónustutímabils 14. mars - *lauk á tíma*
- Verkefnalok skýrsluskil 10. maí – *lauk innan tíma eftir aðlögun áætlunar*

10. KOSTNAÐARÁÆTLUN OG KOSTNAÐARUPPGJÖR

Kostnaðaráætlun verkefnisins gerir ráð fyrir kostnaði uppá tæpar 224 mkr á ári í laun, rekstur, búnað og aðkeypta þjónustu. Fyrir 6 vikna tilraunatímabilið sem verkefnið náði yfir var gert ráð fyrir að kostnaður yrði samtals um 32 mkr í laun, rekstur og búnað, aðkeypta þjónustu og 10% varúð.

Talsverð frávik voru í launalið fjárhagsáætlunarinnar og þarf því væntanlega að endurskoða launaliði verði haldið áfram með verkefnið. Mestu munar á launakostnaði heimahjúkrunar sem var ofátlaður með tilliti til fjölda stöðugilda og vaktkostnaðar. Bakvaktir lækna voru ekki virkjaðar sérstaklega, en öldrunarlæknar á bakvakt á Landakoti voru til staðar til að veita ráðgjöf. Á það reyndi ekki á tímanum. Þegar horft til lengra tímabils og annarra sjúklinga mætti endurmeta og hafa bakvakt lækni til kl 20.00.

Frávik á launalið Landspítala voru einnig nokkur. Bakvaktakostnaður og útkallskostnaður hjúkrunarfræðinga og lækna reyndist ofátlaður fyrir 6 vikna tímabilið. Á móti var aðkoma verkefnastjóra meiri en upprunalega var áætlað.

Frávik voru lítil þegar raunkostnaður var borinn saman við áætlun vegna reksturs og búnaðar. Meginkostnaður verkefnisins var fölginn í tölvubúnaði og rekstrarkostnaði tengdum honum. Blóðþrýstingsmælar, hitamælar og mettunarmælar sem gert var ráð fyrir að yrðu keyptir til verkefnisins voru fengnir að láni frá heimahjúkrun á meðan á verkefninu stóð.

Gert var ráð fyrir kostnaði við Ljórann sem er þjónusta Landspítala til fjarðgangs að upplýsingakerfum spítalans. Þetta leyfi kostar um 100.000 kr fyrir aðra en starfsmenn spítalans. Fyrir þetta tilraunaverkefni voru leyfin skráð á starfsmenn spítalans.

Samanburður kostnaðaráætlunar fyrir 6 vikna tímabil við raunkostnað				
Velferðarsvið Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu				
	Stöðugildi	Áætlun kr	Stöðugildi	Raun kr
Þjónustustjóri, verkefnastjóri hjúkrunar	1	919.059	2 mán	1.850.815
Hjúkrunarfræðingur á morgunvakt og kvöldvakt	2,8	3.404.910	1,4	1.702.455
Hjúkrunarfræðingur á næturvakt x 7 daga - 1	1,575	3.266.494	0	0
Sjúkraliði á morgunvakt, kvöldvakt	2,8	2.939.970	1	1.049.989
Sjúkraliði á næturvakt	1,575	1.653.733	0,5	524.995
Teymisstjóri félagslegrar heimaþjónustu x 5	1	957.886	1	957.886
Almennur starfsmaður - félagsþjónusta moi	2,8	2.399.200	1	856.857
Launakostnaður:		15.541.251		6.942.997
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins				
	Stöðugildi	Áætlun kr	Stöðugildi	Raun kr
Sérfræðingur frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins	0,5	1.031.855	0,5	1.031.855
Launakostnaður		1.031.855		1.031.855
Landspítali				
	Stöðugildi	Áætlun kr	Stöðugildi	Raun kr
Sérfræðingur lækna	0,50	1.031.855	0,50	1.031.855
Útkall sérfræðings 1 x 4 klst á 6 vikum		384.735	0	0
Hjúkrunarfræðingur	0,50	628.023	0,60	750.000
Hjúkrunarfræðingur bakvakt og útköll		3.266.494	0	0
Sjúkraþjálfari	0,40	355.931	0,50	552.000
Iðjuþjálfari	0,20	177.966	0,10	88.983
Lyfjafræðingur	0,10	113.906	0,20	227.811
Verkefnastjórar (20% og 50%)	10 vikur	1.259.855	14 vikur	2.100.000
Launakostnaður		7.218.765		4.750.649
Rekstrarkostnaður og annar búnaður	Áætl. fj.	Áætlun kr	Raun fj.	Raun kr
Töskur x 2	2	12.000	2	15.695
Blóðþrýstingsmælir x 2	2	73.698	0	0
Hitamælir x 2	2	48.462	0	0
Blóðsykursmælir	2	2.902	0	0
Súrefnismettunarmælir, Masimo	2	85.392	0	0
Hjúkrunarvörur		90.000	0	0
Aksturskostnaður		60.000		35.000
Lyf og lyfjakostnaður				50.000
Símar (snjallsímar)	4	175.968	0	0
Spjaldtölvur	10	349.930	10	327.180
Fartölvur	3	409.713	2	476.527
Ljóri, hugbúnaðarleyfi		1.000.000		1.000.000
Netaðgangur 4G	15	109.350	10	51.693
4G router á heimili sjúklinga	10	150.000	0	0
MEMAXI snjallforrit	1	1.875.000	1	1.875.000
Annar kostnaður, fjöltengi, USB lyklar o.fl.				203.553
Rekstrarkostnaður og annar búnaður		4.442.415		4.034.648
Aðkeypt þjónusta	Áætl. fj.	Áætlun kr	Raun fj.	Raun kr
HUT tímar 80 klst @11.600 kr/klst	80	928.000		928.000
Heimasjúkraþjálfun				20.042
Aðkeypt þjónusta		928.000		948.042
Samtals		29.162.286		17.708.191
Annar kostnaður 10% af heildaráætlun	10%	2.916.229	10%	1.770.819
Heildarkostnaður		32.078.515		19.479.010

Mynd 3. Kostnaðaryfirlit

11. ÁSKORANIR OG TÆKIFÆRI

Nú þegar tilraunátímabilinu er lokið er unnt að leggja mat á helstu áskoranir og tækifæri sem fólust í því að veita veikum öldruðum sérhæfða heimaþjónustu. Verkefnið var prófun í raunaðstæðum með þverfaglegri nálgun, þvert á stofnanir. Hér eru helstu áskoranir sem komu fram og þau tækifæri sem felast til framtíðar.

Samstarf þjónustuaðila

Áskoranir:

Í verkefnahópnum voru einstaklingar sem ekki höfðu tekið þátt í vinnustofunni og höfðu því ekki sömu sýn á verkefnið og þeir sem sátu vinnustofuna þrátt fyrir að hafa aðgang að verkefnaáætlun verkefnisins. Þetta hafði áhrif á samskipti.

Þetta verkefni var þverfaglegt innan fleiri en einnar stofnunar og krafðist þátttöku utanaðkomandi aðila.

Haldnir voru teymisfundir vikulega á tilraunátímabilinu. Þar kom í ljós mikilvægi þess að þjónustuaðilar einbeittu sér að sameiginlegum hagsmunum sjúklingsins og leituðu lausna í sameiningu.

Skammur undirbúningstími var fyrir tilraunátímabilið. Með góðri skipulagningu, verkaskiptingu og útteilingu verka var hægt að fylgja verkáætlun. Það reyndist vel að skipuleggja fastan tíma með bakhjarli til upplýsingagjafar og ráðlegginga.

Tækifæri

Í þessu tilraunaverkefni reyndist unnt að prófa þjónustulíkanið án þess að krefjast varanlegra breytinga hjá rekstraraðilum. Mikilvæg reynsla fékkst, ásamt því að styrkja fagleg tengsl milli fagaðila og stofnana.

Efla má samstarf fagaðila heimahjúkrunar og heilsugæslu innan þjónustusvæða og annarra þjónustuaðila í heimahjúkrun, heimasjúkraþjálfun og LSH og auka þannig aðgengi að sérfræðipækkingu fagaðila og stofnana.

Mikilvægt er að innleiða reglulega teymisfundi og skilgreina boðleiðir. Teymisfundir og símasamráð á milli heimahjúkrunar og heimilislækna tryggja samfellu og virkni í meðferðaráætlun sjúklings.

Mikilvægt var að hafa þjónustustjóra í tilraunaverkefninu. Hlutverk hans skarast þó við hlutverk teymisstjóra hjá velferðarsviði og því allar líkur á að umsjón sjúklinga í slíkrri þjónustu væri vel komið fyrir hjá teymisstjórum heimahjúkrunar en væri styrkt með reglulegum teymisfundum.

Þjónusta

Áskoranir:

Teymisaðilar sem komu nýir að málum sjúklinganna fengu seint upplýsingar um þá sjúklinga sem yrðu með í tilraunaverkefninu þar sem það tók lengri tíma en til stóð að fá skriflegt samþykki frá sjúklingum.

Fyrirséð var að erfitt yrði að ráða auka starfsfólk fyrir aðeins sex vikna verkefni til að auka þjónustu til sjúklinga, því var lagt upp með að kaupa yfirvinnu hjá starfsmönnum heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu.

Áætlaður fjöldi allra þjónustuaðila sem komu að verkefninu voru tæplega 100. Áskorun fólst í því að ná til allra og hafa yfirsýn yfir hvern og einn til að hægt væri að koma skilaboðum og fræðslu áleiðis. Hafa þarf í huga þegar verið er að sinna sjúklingum bæði utan dagvinnutíma, um kvöld og helgar að margir þjónustuaðilar koma að málum vegna hlutastarfa sem oft fylgja því að manna kvöld- og helgar í heilbrigðisþjónustu.

Tækifæri

Best er að skilgreindur hópur sinnir hverjum og einum sjúklingi og minnki þannig áreiti sem sjúklingur verður fyrir vegna fjölda umönnunaraðila. Þannig myndast betri tengsl á milli sjúklinga og starfsmanna.

Fagaðilar

Áskoranir:

Margir af skjólstaðingum heimahjúkrunar eru ófærir um að fara frá heimilum sínum vegna hrumleika eða sálfélagslegra þátta. Það er ekki raunhæft fyrir þá að sækja þjónustu með eða án aðstoðar til heilsugæslu. Brýnt er að þjónusta við þennan hóp verði bætt, sem í dag hefur ekki um annað að velja en að vera vísað á bráðamóttöku með sjúkrahil. Það er ekki sjúklingnum til góða og felur í sér mikla sóun. Slíkt úrræðaleyfi veldur ómarkvissu í greiningu og meðferð þar sem nýir meðferðaraðilar koma að einstaklingnum hverju sinni.

Til stóð að sjúkrahjálfarar LSH kæmu að þeirri sjúkrahjálfun sem yrði bætt við þær 6 vikur sem tilraunatímabilið stóð yfir. Hins vegar var sú leið farin að heimasjúkrahjálfarar veittu heimasjúkrahjálfun og kom aldrei til þess að bið yrði eftir þjónustu.

Tækifæri

Starfandi er sérhæfð heimaþjónusta eins og hjartabilunarteymi, lungnateymi og heimahlýning krabbameinsveikra. Stór hópur aldraðra sjúklinga í heimahjúkrun hefur ekkert slíkt teymi á bak við sig og þar af leiðandi engan ábyrgan sérfræðing sem heimahjúkrun getur leitað til þegar á þarf að halda.

Heimasjúkrahjálfun er lykilúrræði sem þarf að efla. Að öðrum kosti er hætt við að hrumir aldraðir missi styrkinn til að geta búið sjálfstætt. Tryggja þarf að sjúkrahjálfun sé hluti af teymismatinu og meðferð enda lykilaðili í því að viðhalda færni, liðleika og styrk sjúklinga til að dvelja áfram í heimahúsi.

Skýra þarf greiðsluþátttöku sjúklinga vegna sjúkrahjálfunar í heimahúsi og tryggja að hrumir aldraðir þurfi ekki að bera kostnað vegna sjúkrahjálfunar. Einn sjúklingur hafnaði sjúkrahjálfun í verkefninu vegna greiðsluþátttöku.

Afar gagnlegt reyndist að framkvæma heildrænt öldrunarmat og ættu allir sjúklingar í umfangsmikilli umönnunarpjónustu að fá slíkt mat. Þannig má best tryggja markvissu í meðferð sjúklinganna. Einn sjúklingur náði þeim umbótum á liðan að loknu mati og endurskoðaðri meðferð að hann fór úr húsi í fyrsta sinn í langan tíma.

Fagaðilarnir voru sammála um að mikill styrkur væri að aðkomu klínisks lyfjafræðings við framkvæmd heildræns öldrunarmats. Lyfjafræðingurinn taldi sérstakan ávinning af því að skoða lyfjanotkun og lyfjaumsjón sjúklings inni á heimili hans sem gaf innsýn í meðferðarhaldni og ráðleggingar í því ljósi.

Skráning

Áskoranir:

Aðgengi að sjúkraskrá var talin áskoran sem brugðist var við í undirbúningi verkefnisins. Aðgengi fagaðila að upplýsingum var misjafn eftir rekstrareiningum og Söguútgáfu hveftrar stofnunar. Því var leitað til hugbúnaðardeildar LSH um kaup á netþjónustu fyrir öruggt aðgengi að rafrænni sjúkraskrá sjúklinganna eins og hún birtist inni á LSH með sömu aðgangstýringu. Var slíkur aðgangur veittur þjónustustjóra og heimilislæknum í verkefninu. Kannaður var möguleiki á að gera rauntímaskjábord fyrir verkefnið samhliða skjábordi bráðamóttökunnar, en það reyndist ekki raunhæfur kostur innan þessa tímaramma.

Búið var til samskiptasvæði í sjúkraskrá fyrir sjúklinga í teyminu, þar sem öll samskipti teymisins röðuðust saman. Það einfaldaði yfirsýn, þó að vissulega hafi þurft að afrita skráningar heimahjúkrunar yfir í LSH hluta sjúkraskrárinnar.

Tækifæri

Jafn aðgangur þjónustuaðila innan og milli stofnana að einni rafrænni sjúkraskrá er afar mikilvæg fyrir örugga meðferð sjúklinga og tryggt upplýsingaflæði. Aðgerðir því tengt liggja utan þessa verkefnis. Þá styrkti rauntímaskráning vitjana í MEMAXI mikið upplýsingaflæði í meðferðarteyminu og bætti upplýsingar til aðstandenda. Mikill kostur væri að tengja slíkt samskiptakerfi við sjúkraskrá sjúklings. Það hjálpar þjónustuaðilum, sjúklingi og aðstandendum að hafa yfirsýn yfir veitta þjónustu og atburði hvers dags með heilsu og velferð sjúklingsins í öndvegi. Það er ómetanlegur þáttur í öryggi sjúklingsins.

Tækni

Áskoranir:

Uppsetning á tæknibúnaði tók lengri tíma en áætlað var, en stóðst áætlun. Þjónustu- og teymisstjórar fóru með búnaðinn heim til fólks.

Áskoranir voru til staðar á meðan netbúnaði var komið fyrir og aðlögunartími á hugbúnaði stóð yfir. Jafnóðum þurfti að huga að aðgangsstýringum og viðeigandi aðgengi að þeim upplýsingum sem skráðar voru í MEMAXI með tilliti til gildandi laga og reglugerða um heilbrigðisþjónustu, svo sem laga um réttindi sjúklinga, persónuvernd og þagnarskyldu.

Ónægur tími reyndist til að tryggja að allir heimaþjónustuaðilar fengu beina þjálfun á samskiptaforritið og spjaldtölvur. Því þarf að bæta þjálfun verði notkun á MEMAXI eða sambærilegu viðmóti haldið áfram. Tryggja þarf að þeir sem ekki geta nýtt sér leiðbeiningar eingöngu fái þjálfun. Gera þarf ráð fyrir starfsmönnum sem aldrei nota tölvur eða tæki við störf sín.

Tækifæri

Af reynslunni sem fékkst í verkefninu má ætla að kostir lausna eins og MEMAXI séu stórlega vanmetnar. Prófunin reyndist afar vel og voru fagaðilar og aðstandendur ánægðir með forritið. MEMAXI getur í dag bæði annast skráningu vitjana og virkni, getur gert viðvart og ferjað myndsímtöl. Það getur hýst kennsluefni og leiðbeiningar um meðferðaráætlun sjúklingsins og stutt eftirfylgni. Að auki er nú þróuð virkni sem vinnur með margskonar skynjurum sem eru þegar til staðar á heimilum svo að forritið geri viðvart þegar að einstaklingurinn t.d. notar ekki rafmagn eða vatn eins og hann eða hún er vanur. Allar slíkar lausnir eru mikilvægar til að vega upp á móti fyrirsjáanlegum skorti á starfsfólki í umönnunarstörf og ört vaxandi fjölda sjúklinga sem munu þurfa stuðning. Mikilvægt er einnig að greina og fósra innlend sprotafyrirtæki í slíkri nýsköpun. Gott samstarf var við eigendur MEMAXI.

Sjúklingar

Tækifæri

Verkefnið er mikilvægt og krefjandi og þess þarf að gæta að hafa sjúklinginn og hans þarfir að leiðarljósi. Það krefst einstaklingsmiðaðrar nálgunar og samskiptamilli fagaðila og stofnana. Einnig væri kostur að virkja aðra aðila í samfélagsþjónustu og eru dæmi um að allir sem koma til heimilis viðkomandi séu virkjaðir í stutt innlit til þeirra. Dæmi eru um t.d. regluleg innlit sjúkraflutninga og bréfbæra með góðum árangri í þeim löndum sem við berum okkur saman við.

Ekki náðist að prófa samspil þjónustunnar við bráðamóttöku, í innlögn og aftur í sérhæfða heimaþjónustu. Skilgreina þarf því farveg um aðkomu öldrunarlækna þegar að sjúklingar í sambærilegu teymi koma á sjúkrahús til að tryggja samfellu í meðferð. Þá bæri að tryggja að allir sjúklingar í þjónustu sem þessari væri með skráðar meðferðartakmarkanir og að meðferð miði að því að fyrirbyggja innlögn með stuðningi frá heimahjúkrun og heilsugæslu.

Sérhæfð heimaþjónusta skapar tækifæri á að veita heildræna þjónustu fyrir veika aldraða sem byggir á almennu heilsufari, færni og sjálfsbjargargetu óháð sjúkdómsgreiningu, sem hefur það að markmiði að veita markvissa meðferð

sem viðheldur færni, dregur úr innlögnum, bætir líðan og eykur lífsgæði. Það fæst með því að tryggja heildrænt mat, þverfaglega meðferð og uppbyggingu trausts öryggisnets þar sem sjúklingur fær rétta þjónustu á réttum tíma af réttum aðila.

12. HORFT TIL FRAMTÍÐAR

Áhersla var lögð á umbætur í þjónustu við aldraða á vegum velferðarráðuneytisins á fjárlagaárinu 2016. Verkefni líkt og sérhæfð heimaþjónusta við veika aldraða fellur vel að slíkum umbótum og eykurmöguleika aldraða á að búa heima. Með samvinnu þjónustuaðila sem koma að umönnun og þjónustu við aldraða má byggja upp öflugt stuðnings- og öryggisnet sem fyrirbyggir þörf á varanlegri vistun á hjúkrunarheimili.

Tilraunaverkefnið sýnir að næg þekking er til staðar til þess að veita slíka þjónustu og að hún skilar árangri. Með góðri teymisvinnu þjónustuaðila hjá heilsugæslu, heimahjúkrun, félagslegri heimaþjónustu, heimasjúkraþjálfara og annarra fagaðila hjá ríki og sveitarfélögum má veita slík úrræði til þeirra sem vilja búa heima en þurfa aukinn stuðning.

Viðá erlendis hafa sambærileg verkefni verið unnin með afar góðum árangri. Þau hafa bætt líðan sjúklinga, lífsgæði og aukið hagkvæmni í heilbrigðisþjónustunni. Dæmi má finna um viðtækari samvinnu en hér var prófuð þar sem samvinna næst við fleiri svo sem sjúkraflutninga og jafnvel bréfbera um að þetta innlit til aldraða einangraðra sjúklinga. Sömu niðurstöðu ætti að nást hérlendis.

Sjúklingur sem fyrir verkefnið átti 17 innlagnir á bráðalegudeild á liðnu ári, lagðist aftur inn í lok tímabilsins. Átti hann þá lengsta tímabil sitt heima án komu á bráðamóttöku. Velta má fyrir sér hvort að lok verkefnisins hafi átt þátt í því að hann þurfti að leita á bráðamóttöku. Þar var aukið við símaráðgjöf sem viðkomandi hafði aðgengi að. Það gæti verið visbending um að í völdum tilfellum gæti verið nægjanlegt að auka nærveru með símaeftirliti eða videosamtölum líkt og hægt er að gera með MEMAXI rauntímasamskiptum.

Miðað við reynsluna í þessu stutta tilraunaverkefni má ætla að mikið myndi vinnast með því að sjúklingar sem samkvæmt innvalsskilmerkjunum skora 3-5 á MAPLE kvarða og 3 stig á CHESS kvarða fari í gegnum heildrænt öldrunarmat. Þannig mætti byggja upp heildræna meðferðaráætlun fyrir sjúklingana í ljósi fjölsjúkdómsgreininga og koma í veg fyrir ótímabært færnitap.

Til að byrja með og að lágmarki þyrfti að koma á formlegu samstarfi heimahjúkrunar og lækna heilsugæslustöðvanna þar sem að heimilislæknir viðkomandi sjúklinga væri aðili að meðferðaráætlun sjúklinga og eftirliti með reglulegum teymisfundum.

Var það álit aðila í verkefnahópnum að ekki væri hægt að ætla þessum hópi aldraða að geta sjálfir leitað til læknis á heilsugæslustöð líkt og nú er gert. Allir þeir sem voru með í tilraunaverkefninu voru með mjög skerta getu eða alls ófærir um að fara frá heimilum sínum. Því verður að vera möguleiki fyrir heimahjúkrun að fá mat læknis í heimahúsi. Úrræðaleyfi veldur því að eina ráðið er að vísa viðkomandi með sjúkrabil á bráðamóttöku.

Þjónustan sem veitt var á tilraunátímanum virtist hafa áþekkt gildi og sérhæfð þjónusta sem veitt er sjúklingum með hjartabilun og lungnateppu. Slík þjónusta er uppbyggð á sambærilegan hátt, hver sjúklingur er með meðferðaráætlun, innlit og eftirlit byggt á matsþáttum tengt meðferðaráætluninni. Þá getur ábyrgur hjúkrunarfræðingur aðlagð lyfjameðferð innan fyrirfram ákveðinna marka og til dæmis hafið sýklalyfjameðferð eða breytt þvagræsilyfjaskömmtun. Séu einkenni sjúklings utan vikmarka hefur viðkomandi hjúkrunarfræðingur möguleika á að fá ráðgjöf læknis teymisins um frekara inngrip eða viðbrögð. Sambærilega umgjörð skortir hins vegar fyrir aðra sjúklinga, sér í lagi hruma aldraða sem hafa aðrar þarfir en þeir sem eru með eina sjúkdómsgreiningu. Þessi hópur er þvert á móti með fjölgreiningar, marga sjúkdóma og beita þarf annarri nálgun við meðferð þeirra og eftirlit. Sér í lagi er það þessum hópi ekki til góða að leita oft á bráðamóttökur þar sem nýr læknis metur viðkomandi hverju sinni. Þessir einstaklingar þarfnast hins gagnstæða, að meðferðaraðilar hans þekki mál hans vel, hver grunnfærni og staða hans er, og hver frávikin eru. Með því móti má best fyrirbyggja ofgreiningar, ofmeðferð og/eda ranga meðferð.

Ef MAPLE kvarðinn er nýttur til þess að meta þá sem eru í mestri þörf fyrir sambærilega þjónustu, væru í dag 349 einstaklingar á höfuðborgarsvæðinu með 3-5 stig og í miklum forgangi og þyrftu mikinn stuðning í heimahúsi (tafla 5). Þar af eru um 60 sem eru með það mikla þörf að þeir eru á mörkum þess að þurfa varanlega vistun. Til viðbótar þyrfti þá að meta hvar þeir væru staddir skv. CHESK kvarða en ætla má að matið fari í flestum tilfellum saman, þ.e. sá sem væri með hátt MAPLE skor væri einnig með hátt CHESK skor.

Tafla 5. MAPEL skor sjúklinga með heimahjúkrun eftir byggðum

MAPEL	1	2	3	4	5	Samtals
Vesturbyggð	23	12	29	25	24	113
Miðbyggð	21	27	42	40	26	156
Efribbyggð	14	10	21	24	11	80
Samtals	58	49	92	89	61	349

Á árinu 2015 var fjöldi 80 ára og eldri á höfuðborgarsvæðinu 7.584 talsins. Komur 85 ára og eldri á bráðamóttökur Landspítala voru rúmlega 300 á mánuði á árinu 2016, flestir búsettir í pósnúmerum 105 og 108, helmingur þeirra lagðist að jafnaði inn. Staðan virðist vera sambærileg hjá sama aldurshópi á Mount Sinai í Toronto, þaðan sem módelið sem nú var prófað er fengið. Það er, að þeir sem þurfa á þjónustu sem þessari að halda, eru tiltölulega fámennur hópur hrumra aldraðra sem nær ekki nægjanlegri færni án breiðs og langvarandi stuðnings. Það má því telja líklegt að með viðeigandi stuðningi eins og hér var veittur megi koma í veg fyrir tíðar komur á bráðamóttökur og tíðar jafnvel langar sjúkrahúslegur. Almenn er talið að hrumur aldraður einstaklingur þurfi að minnsta kosti 2-3 endurhæfingardaga til þess að ná upp tapaðri færni í sjúkrahúslegu.

Fjöldi þeirra sem mesta þörf hafa á þessari þjónustu er viðráðanlegur og eru þjónustuaðilunum þekktir. Það er ekki að sjá neinar faglegar né tæknilegar hindranir fyrir því að veita þeim öflugra, sérhæfða heimaþjónustu. Semja þarf við lækna innan heilsugæslunnar, með eða án aðkomu lækna öldrunarþjónustu LSH, um aðkomu að teymisvinnu og bakvaktarþjónustu fyrir þessa sjúklinga með heimaþjónun þegar þörf er á.

Alls fóru lækna 5 sinnum í vitjun til 3 sjúklinga. Hjúkrunarfræðingur fór einu sinni í óskipulagða vitjun til sjúklings. Reynslan af þessum 6 vikum bendir ekki til þess að bráð þörf sé á því að hafa bakvaktir lækna eftir kl 20:00. Teymið þarf að hafa aðgengi að lyfjafræðingi og sjúkrapjálfurum og sérfræðingum innan öldrunarþjónustu. Með markvissri vinnu teymis á daginn má skipuleggja inngríp og meðferð án þess að komi til auka útkalla á kvöldin og um helgar.

Verkefnið sýndi að markviss ákvarðanatöku og farvegur fyrir ákvarðanir er nægjanlegur til þess að hægt sé að bregðast við breytingum á líðan og hefja nauðsynlega meðferð án þess að koma þurfi til innlagnar á sjúkrahús eða vísa á bráðamóttöku. Þannig var hafin sýklalyfjameðferð tímanlega þegar einkenni komu í ljós, verkjalyfjameðferð breytt og aðlöguð, kvíðastillandi meðferð aðlöguð og áhrif og meðferð metin vikulega.

Við teljum að halda eigi sambærilegri þjónustu áfram svo fljótt sem því er við komið. Hefjast má handa með því að úthluta öllum öldruðum sjúklingum sem skora 3 stig eða hærra á MAPLE kvarða ábyrgan heimilislækni. Gera þarf ráð fyrir að bæta í þurfi í umönnunarteymi heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu sem þó væri aðeins brot þess kostnaðar sem þarf til hvers rýmis á hjúkrunarheimili.

Með samvinnu við öldrunarþjónustu LSH mætti þjálfa umönnunarteymið í framkvæmd á heildrænu öldrunarmati. Styrkja má sjúklinga enn frekar til búsetu heima og má í því tilliti benda á áhugaverð verkefni þar sem t.d. þjónusta iðnaðarmanna hefur einnig verið tengd við heimaþjónustuteymin og þannig tryggt að útbúnaður á heimilinu sé sjúklingnum ekki öryggisógn.

Mikill kostur var í notkun MEMAXI fyrir umönnunaraðila. Gaf rauntímaskráningin þjónustu og teymistjórum gott yfirlit yfir þjónustuna sem sjúklingar fengu yfir daginn og væri mikið hagræði í áframhaldandi þróun slíks umhverfis og samþættingu þess við rafræna sjúkraskrá.

Til að tryggja að allar upplýsingar væru fagaðilum aðgengilegar færði þjónustustjóri skráningu úr Heilsugæslu útgáfu Sögu yfir í Landspítala útgáfu Sögu. Eftir því sem við best vitum hefur nú verið gerð breyting á aðgangsstýringu Heilsugáttar þannig að allir ytri aðilar sem hafa aðgang að Heilsugátt geta séð allar sjúkraskrárfærslur Landspítala og öfugt. Það var þó ekki sannreynt sérstaklega.

Engar hindranir komu upp á samstarfi mismunandi teyma frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, velferðarsviðs Reykjavíkurborgar í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu og öldrunarþjónustu Landspítala og má telja að fyrirfram trygging fjármuna til verkefnisins hafi þar skapað forsendur til árangurs. Brugðist var við aukinni umönnunarþörf með yfirvinnu, en dregið var tímabundið úr úthlutun heimahjúkrunar á pósthúmeri 108 til nýrra sjúklinga á þjónustu Háaleitis og Laugardals á meðan á verkefninu stóð.

Breyting varð á þjónustu 6 sjúklinga á tilraunátímabilinu, þar af fengu 3 auknar vitjanir og þrjár aukið virkt eftirlit í vitjunum. Sjúkraþjálfun var aukin hjá 5 sjúklingum. Viðbragðstaska var útbúin en þurfti ekki að nota. Slík taska með lágmarksbúnaði og lyfjum (sjá viðauka) þyrfti þó að vera til staðar á hverri heilsugæslustöð.

Mikil ánægja var með verkefnið meðal aðstandenda, en þeim var boðin kynning á verkefninu. Ummæli þeirra voru á þá leið að „þetta væri sú þjónusta sem þeirra nánustu hefði skort um langan tíma“. Var þar bæði vísað til aukins öryggis, bættrar yfirsýnar um hverjir hefðu komið og hvenær og bætt aðgengi að einkenameðferð. Í flestum tilfellum voru sjúklingar með skert innsæi í daglegu lífi og því var mikilvægt fyrir aðstandendur að geta séð hvaða þjónusta var veitt á hverjum tíma, jafnvel þegar að sjúklingur taldi sem enga hafa fengið. Þá lýsti aðstandandi einnig miklum létti að hafa vettvang til að skila sínum vangaveltum eða skilaboðum um líðan móður sinnar í vissu um að ábyrgur hjúkrunarfræðingur sæi skilaboðin og vissi hvenær aukalyf hefðu verið notuð og hvaða hugsanir eða líðan hefði sótt á móður hans fyrir svefninn. Það sýndi sig einnig skýrt hversu einangraður þessi elsti hópur samfélagsins er og félagsnet þeirra oft faliðað. Þess þá heldur þurfa þeir vel skipulagt þjónustunet síðustu ár lífs síns til að draga úr kvíða og óöryggi og gera þeim kleift að vera heima í sjálfstæðri búsetu.