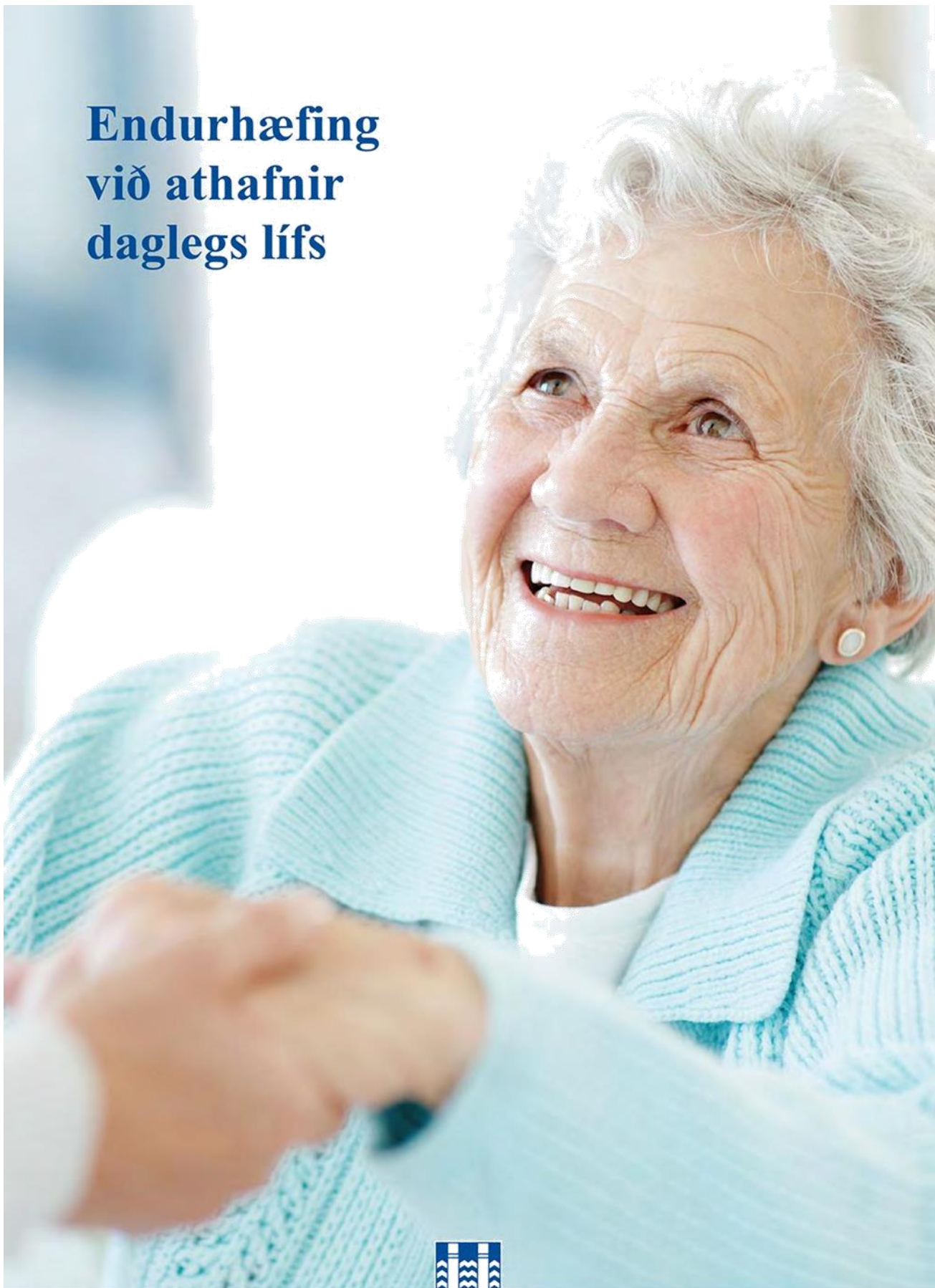


**Endurhæfing
við athafnir
daglegs lífs**



Reykjavíkurborg
Velferðarsvið

Endurhæfing við athafnir daglegs lífs

Tilraunaverkefni

Sigurlína Andrésdóttir

Verkefnastjóri Heimaþjónustu Reykjavíkurborgar

Júlí 2015

Efnisyfirlit

Inngangur	4
1. Verðlaunaverkefnið „Længst muligt i eget liv“ frá Fredericia í Danmörku.....	5
1.2 Sérstaða aðferðarinnar	6
2. Endurhæfing við athafnir daglegs lífs – stutt tilraunarverkefni.....	7
2.1 Verkefna- og Stýrihópur	7
2.2 Undirbúningur	8
2.3 Framkvæmdin	9
2.4 Unnið að viðhorfsbreytingu	11
2.5 Hindranir.....	11
2.5.1 Fjöldi beiðna	12
2.5.2 Tímarammi.....	12
2.5.3 Ráðning starfsmanna.....	13
2.5.4 Undirbúningstími.....	13
2.5.5 Tvö ólík tölvukerfi.....	13
2.5.6 Starfshlutfall fagaðila.....	13
2.5.7 Samræming kvöld- og helgarþjónustu	14
2.5.8 Ólíkar starfsstéttir.....	14
3. Niðurstöður.....	15
3.1 Samanburður á danska og íslenska módelinu	16
3.2 Meðalaldur og meðaltímalengd endurhæfingar	17
3.3 Upplifun notenda/skjólstæðinga	18
3.3.1 Reynslusögur	19
3.4 Mögulegur fjárhagslegur ávinningur	20
3.5 Upplifun starfsfólks	21
4. Lærdómur og framtíðartillögur	22
Heimildaskrá.....	23

Myndalisti

Mynd 1: Markmiðasetning	9
Mynd 2: Endurmat	10
Mynd 3: Beiðnir sem ekki voru teknar í þjónustu	10
Mynd 4: Niðurstöður endurhæfingar	15
Mynd 5: Niðurstöður endurhæfingar samanburður	17

Töflulisti

Tafla 1: Yfirlit yfir allar beiðnir sem bárust	12
Tafla 2: Yfirlit yfir beiðnir sem teknar voru í þjónustu	12
Tafla 3: Allar beiðnir sem bárust endurhæfingarteyminu	17
Tafla 4: Beiðnir sem voru teknar inn í teymið	18
Tafla 5: Aldur, fjöldi og meðaltímalengd endurhæfingar	18

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1: Bæklingur - Endurhæfing við athafnir dagslegs lífs	24
Fylgiskjal 2: Blaðagrein - Endurhæfing aldraðra við athafnir dagslegs lífs	25
Fylgiskjal 3: Blaðagrein - Virkir þátttakendur í eigin lífi	26

Inngangur

Mannfjöldaspár

Hækkandi lífaldur og aukning í hópi aldraðra hefur verið mikið í umræðunni hér á landi sem erlendis. Á undanförunum árum hefur hlutfallslega fjölgað mjög í hópi aldraðra á Íslandi og er fyrirséð að aldursamsetning samfélagsins muni breytast á næstu árum. Fjöldi þeirra, sem ná ellilífeyrisaldri mun nær tvöfaldast.

Í janúar 2013 voru 11,2% íslendinga 67 ára og eldri. Það hlutfall mun hafa tvöfaldast árið 2060, samkvæmt miðspá hagstofunnar frá 2013, en þá mun hlutfall eldri borgara vera um 22,6% af samfélaginu.¹

Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum aldraðra

Reykjavíkurborg hefur sett sér stefnu í málefnum eldri borgara til ársins 2017. Í henni kemur fram sú stefna stjórnvalda, að færa alla þjónustu við eldri borgara, frá ríki yfir til sveitarfélaga. Er því mikilvægt fyrir sveitarfélögin að móta sér skýra stefnu í málefnum aldraðra eins og Reykjavíkurborg hefur gert. Áhersla er lögð á gæði og samráð, forvarnir, stuðning til sjálfstæðrar búsetu, fjölbreytta búsetumöguleika, heilbrigðisþjónustu, aðstandendur og starfsfólk.

Aldursvæn borg

Forvarnir í málefnum eldri borgara er eitt af áhersluatriðum í stefnu Reykjavíkurborgar og er það markmið borgarinnar að verða aldursvæn borg, sem tekur mið af þörfum eldri borgara.² Umsókn Reykjavíkurborgar um að verða aldursvæn borg (Age Friendly Cities) hefur nú verið samþykkt hjá Alþjóða heilbrigðismálastofnun (WHO) en ætlunin með þátttöku í verkefninu er að gera borgina betri borg fyrir alla íbúa og aldurshópa. Samþykki umsóknarinnar markar upphafið að því takmarki að Reykjavík uppfylli þau skilyrði sem Alþjóða heilbrigðisstofnunin setur aldursvænum borgum.

Aðdragandi verkefnisins

Þann 26. janúar 2014 vann Berglind Magnúsdóttir, skrifstofustjóri þjónustunnar heim, minnisblað, að beiðni Bryndísar Þorvaldsdóttur og Heiðar Björnsdóttur, Velferðarráðuneyti. Samkvæmt því sem þar kemur fram hefur með samþættingu heimahjúkrunar og félagslegrar heimþjónustu í Reykjavík verið haft að leiðarljósi að fjölga þjónustutímum til þeirra, sem

¹ „Spá um mannfjölda 2013-2060“, bls. 4.

² „Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum eldri borgara til ársins 2017“, bls 2.

elstir eru og veikastir með það að markmiði að gera búsetu heima út allt lífið mögulega. Tölur sýni að það þokist í rétta átt.

Verkefnið og skipulag skýrslunnar

Þann 10. apríl 2014 var lagt fyrir velferðarráð minnisblað um tilraunaverkefni varðandi endurhæfingu í heimahúsi í tengslum við samþætta heimaþjónustu í Reykjavík. Kemur þar fram að ráðuneytið hafi samþykkt að leggja til 11,5 milljónir í verkefnið „Endurhæfing í heimahúsi“. Verkefnið yrði unnið að fyrirmynd danska verkefnisins „Længst muligt i eget liv“. Markmiðið væri að þróa kerfi sem tæki mið af því að sveitarfélög og ríki horfðu í frekari mæli til endurhæfingar og forvarna í heimahúsi. Lögð væri áhersla á virka þátttöku aldraðra í stað hefðbundinnar kostnaðarsamrar þjónustu þar sem hin aldraði er vanvirkur þiggjandi.

Vinna við verkefnið hófst í september 2014

Ákveðið var prófa verkefnið í efri byggðum Reykjavíkur en um var að ræða samþætta þjónustu heimahjúkrunar og þjónustumiðstöðva Árbæjar og Grafarholts, Breiðholts og Grafarvogs og Kjalarness. Ætlunin var að kanna hvort að vinna eftir þessari hugmyndafræði bæri árangur hér á landi. Um er að ræða stutt tilraunaverkefni (pilot study) sem hefur það að megin tilgangi að læra af og taka ákvarðanir út frá um næstu skref. Tilraunaverkefnið er því nokkurs konar lærdómsferli þar sem lögð er áhersla á að fylgjast vel með framgangi verkefnis og skrá hindranir og tækifæri.

Í þessari skýrslu er ætlunin að taka saman helstu niðurstöður þessarar vinnu, hvaða lærdóm má af henni draga, hvað gekk vel og hvað mætti betur fara. Einnig verða lagðar fram tillögur varðandi framhaldið. Í fyrsta kafla verður farið yfir hugmyndafræðina á bak við dönsku fyrirmyndina, fjallað verður um það matstæki sem notað var og uppbyggingu verkefnisins. Í öðrum kafla verður fjallað um framkvæmdina sjálfa þessa mánuði sem verkefnið var unnið. Í þriðja kafla verða dregnar saman niðurstöður og í fjórða kafla verða lagðar fram tillögur til framtíðar.

1. Verðlaunaverkefnið „Længst muligt i eget liv“ frá Fredericia í Danmörku

Hugmyndin að verkefninu varð til á fundi um málefni eldri borgara árið 2007 hjá stéttarfélaginu FOA í Danmörku. Sveitarfélagið Fredericia þróaði síðan verkefnið „Længst muligt i eget liv“ út frá tillögum sem komu fram á fundinum og hefur frá árinu 2008 unnið alla sína heimaþjónustu eftir þessari hugmyndafræði.

Hugmyndafræðin á bak við verkefnið snýst um að virkja eldri borgara og styrkja þá til að vera virkir þátttakendur í eigin lífi, eins lengi og mögulegt er. Með þessu er verið að bæta lífsgæði eldri borgara og á sama tíma verið að seinka þeim tímapunkti að viðkomandi einstaklingur þurfi varanlega aðstoð frá sveitarfélaginu.³ Stofnað var sérstakt endurhæfingarteymi í kringum verkefnið og var unnið þannig að allar beiðnir frá nýjum notendum/skjólstæðingum, sem sóttu um þjónustu frá sveitarfélaginu voru metnar út frá því hvort að viðkomandi notandi gæti farið í gegnum þetta endurhæfingarferli.

Matið var gert af hjúkrunarfræðingi, iðjupjálfra eða sjúkrapjálfa og stuðst var við COPM mælikvarða. Notanda/skjólstæðingi bauðst aðstoðin eins lengi og hann hafði þörf fyrir hana. Markmið endurhæfingarinnar átti þó alltaf að vera það, að gera viðkomandi það sjálfstæðan að hann þyrfti annað hvort enga, eða allavega litla formlega aðstoð frá sveitarfélaginu.⁴

1.2 Sérstaða aðferðarinnar

En hvað er það sem gerir þessa aðferð öðruvísi og aðgreinir hana frá hinni almennu heimaþjónustu, sem hefur alltaf átt að miða að því að virkja fólk og gera það sjálfstætt? Það sem helst greinir „Endurhæfingu við athafnir daglegs lífs“ frá þeirri aðferðafræði, sem hingað til hefur verið notuð er þetta helst:

Samkomulag um markmið, þ.e. hvað viðkomandi notandi/skjólstæðingur vill geta gert er metið út frá huglægu mati hans en ekki hlutlægu mati starfsmanna heimaþjónustunnar. Áætlun er gerð út frá COPM mælitækinu og með því er fundið út hverjar eru helstu hindranir notanda/skjólstæðings við vissar athafnir.⁵ COPM er kanadískt iðjupjálffamatstæki sem er notað til að meta athafnir, þátttöku og einstaklingsbundna þætti. Niðurstöður matstækisins nýtast við að koma orðum að iðjuvanda einstaklingsins, ákveða markmið og forgangsraða verkefnum eftir því sem notandi/skjólstæðingur telur brýnast hverju sinni.⁶ Kosturinn við mælitækið er hvað það er notendamiðað.⁷

Ný áhersla. Áherslan hér er að hjálpa notanda til að gera sem mest sjálfur en ekki að gera hlutina fyrir notandann.

³ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 4

⁴ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 5

⁵ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 6

⁶ Townsend og Polatajko (2007)

⁷ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 6

Fjöldi heimsóknna. Almenn heimaþjónusta gengur út á fáar en reglulegar heimsóknir til lengri tíma. „Endurhæfing við athafnir daglegs lífs“ gengur aftur á móti út á það að notandinn fær daglegar heimsóknir í upphafi sem síðan fækkar eða hætta alveg, sem er markmiðið.⁸

Styrkur Fredericia móðelsins er að það er búin til ný skipulags eining, sem hefur það eina markmið að endurhæfa eldri borgara. Unnið er að því að byggja upp gott samband við eldri borgara með þessum vel skilgreindu starfshópum sem vinna markvisst að því að endurhæfa notanda/skjólstæðing.⁹

Eftir tveggja ára vinnu og endurhæfingu 404 einstaklinga í gegnum Fredericia verkefnið var niðurstaðan sú að:

- ☐ 45 % voru útskrifaðir sjálfbjarga
- ☐ 40% fengu minni þjónustu
- ☐ 15% fengu sömu þjónustu.

Fjárhagslegur ávinningur af verkefninu voru alls 13 milljónir danska króna sem spöruðust í heimaþjónustu á ársgrundvelli.¹⁰

2. Endurhæfing við athafnir daglegs lífs – stutt tilraunarverkefni

Undirbúningur að vinnu vegna verkefnisins hófst þann 15. september 2014. Verkefnastjóri hóf þá undirbúning, sem fólst í því að kynna sér hina dönsku hugmyndafræði sem fjallað var um í kafla eitt og kanna hvernig best væri að haga framkvæmdinni hér. Áætlað var að 1,5 mánuður færi í undirbúning, 5 mánuðir færu í vinnu með notendum/skjólstæðingum og síðan 1,5 mánuður í lok verkefnisins, þ.e. skýrslugerð og niðurstöður. Lagt var af stað í þetta með það í huga að verkefnið yrði lærdómsferli og niðurstöður þess væri hægt að nýta til rökstuðnings ákvörðunartöku varðandi þróun heimaþjónustu Reykjavíkurborgar.

2.1 Verkefna- og Stýrihópur

Settur var saman verkefnahópur, sem fundaði 7 sinnum á undirbúningstímabilinu. Leitast var við að fá í þennan hóp þverfagleg sjónarmið en í honum sátu, Ásbjörg Magnúsdóttir, iðjupjálfi, Soffía Ákadóttir og Linda Sjöfn Þórisdóttir, hjúkrunarfræðingar, Eyrún Jónatansdóttir, félagsráðgjafi og Sigurlína Andrésdóttir, verkefnastjóri. Inga Margrét

⁸ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 6.

⁹ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 8.

¹⁰ „Fra pleje og omsorg til rehabilitering“, bls. 7.

Róbertsdóttir sjúkráþjálfari bættist síðan í verkefnahópinn upp úr miðjum nóvember. Helstu verkefni hópsins voru að finna út úr því hver markhópurinn væri, hversu stórt þarf úrtakið að vera, þ.e. hvaða hverfi borgarinnar ætti að taka inn í verkefnið, hvernig á að standa að skráningu í þjónustugrunna meðan á verkefninu stendur og hvernig á verklagið að vera.

Einnig var stofnaður stýrihópur en í honum sátu, Berglind Magnúsdóttir, skrifstofustjóri þjónustunnar heim, Þórdís Magnúsdóttir, forstöðumaður heimahjúkrunar og Sólveig Reynisdóttir, framkvæmdastjóri Þjónustumiðstöðvar Árbæjar og Grafarholts. Hlutverk stýrihópsins var að fylgjast með framvindu verkefnisins og samþykkja verklag og framkvæmd meðan á verkefninu stóð. Stýrihópurinn fundaði 7 sinnum, með verkefnastjóra, á tímabilinu okt 2014 til maí 2015.

2.2 Undirbúningur

Við undirbúning verkefnisins reyndist margt flókið í framkvæmd og margvíslegar hindranir komu í ljós. Vegna þess hve vinsældir þessarar hugmyndafræði eru miklar og margir hafa áhuga á að innleiða hana, reyndist einnig erfitt að fá ítarlegar upplýsingar frá tengiliðum danska verkefnisins. Eftir einhvern tíma tókst þó að semja við verkefnastjóra verkefnisins „Længst muligt i eget liv“ í Fredericia og fóru verkefnastjóri og iðjupjálfi á fund í Fredericia í lok nóvember 2014.

Mikið af upplýsingum fengust við heimsóknina og fór verklagið að skýrast. Ákveðið var að hefja vinnu með notendum/skjólstæðingum 05.01.2015.

Ráðnir voru inn félagsliðar, sjúkraliðar og sjúkráþjálfari. Iðjupjálfi og hjúkrunarfræðingur frá móttökuteymi heimaþjónustu Reykjavíkur, komu tímabundið inn í verkefnið, iðjupjálfinn í 40% starfshlutfall og hjúkrunarfræðingurinn í 20%. Ákveðið var að verkefnið næði yfir þjónustumiðstöðvar efri byggðar og yrði samþætt þjónusta Heimahjúkrunar og Þjónustumiðstöðva Árbæjar og Grafarholts, Breiðholts og Grafarvogs og Kjalarness. Markhópurinn var ákveðinn út frá tölfræðiupplýsingum um nýjar umsóknir um heimaþjónustu.

Markhópurinn skyldi vera, einstaklingar 67 ára og eldri sem voru að sækja um heimaþjónustu í fyrsta skipti, þ.e. annaðhvort aðstoð frá félagsþjónustu eða heimahjúkrun. Sú ákvörðun að taka eingöngu nýjar beiðnir studdist við reynslu frá Fredericia verkefninu, en þar hafði komið í ljós að betur gekk að endurhæfa þá einstaklinga sem voru að sækja um þjónustu í fyrsta skipti, heldur en þá sem höfðu haft þjónustu í einhvern tíma.

Stofnað var sérstakt Endurhæfingarteymi sem í voru, iðjupjálfi, sjúkrapjálfi, hjúkrunarfræðingur, sjúkraliðar, félagsliðar og verkefnastjóri. Í desember var fræðsla fyrir teymið þar sem kynnt var verkefnið sjálft og hugmyndafræðin á bak við það, fyrirlestrar voru um líkamsbeitingu, samskipti, hjálpartæki, COPM mælitækið, valdeffingu, vinnustaða-menningu og hrós og að lokum var farið í hópefli. Tilgangur fræðslunnar var að allir starfsmenn teymisins væru með aðferðafræðina á hreinu og væru að vinna að sama markmiði.

2.3 Framkvæmdin

Þann 05.01.2015 hófst vinna með nýjar beiðnir frá notendum/skjólstæðingum heimaþjónustu. Móttökuteymið valdi úr þeim beiðnum sem þangað komu og send höfðu verið fyrir mæli til allra þjónustumiðstöðva varðandi meðferð og verklag nýrra umsókna sem bærust beint til þeirra. Þeir sem taldir voru hafa möguleika á að endurhæfast voru teknir inn í Endurhæfingar-teymið, aðrar beiðnir fóru í venjulegt ferli. Viðkomandi einstaklingar voru allir skráðir inn í sérhóp í Sögu sjúkraskrákerfi og þeir sem komu í gegnum félagslega heimaþjónustu voru einnig skráðir í heimaþjónustugrunn félagslegrar heimaþjónustu. Verkefnin voru fjölbreytt en sótt var um aðstoð við þrif, aðstoð við að rjúfa félagslega einangrun, aðstoð við bað, aðstoð við lyfjagjöf og aðstoð við mælingar á blóðþrýstingi svo eitthvað sé nefnt. Iðjupjálfi fór í fyrstu vitjun og lagði fyrir COPM matstæki, en umfjöllun um það er í kafla eitt hér fyrir ofan. Einstaklingur setti sér markmið og gaf sér stig fyrir framkvæmd og ánægju. Gerð var áætlun og samningur út frá markmiðasetningunni og fékk notandinn/skjólstæðingurinn sitt eintak af samningnum. Aðstoðin miðaði að því að ná þeirri færni, sem viðkomandi fannst mikilvægast að ná aftur. Áætlunin var endurmetin reglulega og markmiðin aðlöguð eftir eftir því sem færnin jókst.

Markmið	Mikilvægi	Framkvæmd	Ánægja
Læra að mæla eigin blóðþrýsting	10	1	1
Læra að biðja um hjálp	10	1	0
Vera án súrefnis einhvern hluta dags	10	7	10

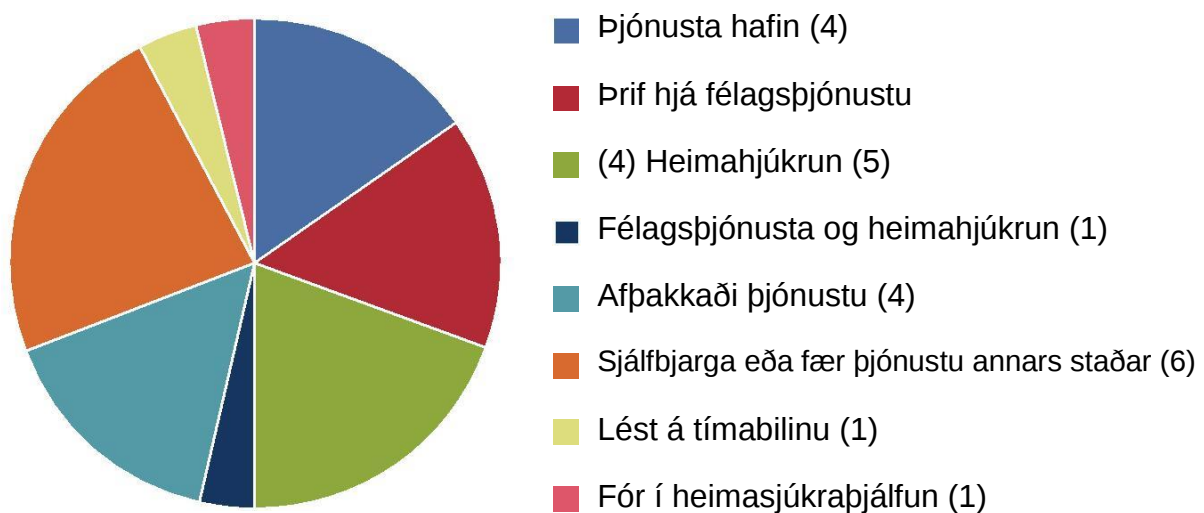
Mynd 1: Markmiðasetning

Markmið	Mikilvægi	Framkvæmd	Ánægja
Læra að mæla eigin blóðþrýsting	10	10	10
Læra að biðja um hjálp	10	5	5
Vera án súrefnis einhvern hluta dags	10	8	10

Mynd 2: Endurmat

Fundir voru á hverjum morgni og farið var yfir stöðu mála. Allt Endurhæfingarteymið fundaði tvo morgna í viku en hina dagana hófst dagurinn á fundi sjúkraliða, félagsliða og verkefnastjóra.

Endurhæfingarteymið tók 64 beiðnir til skoðunar en af þeim voru fóru 38 einstaklingar í gegnum endurhæfingarferlið. Í niðurstöðukaflanum hér fyrir neðan verða dregnar saman niðurstöður þeirrar endurhæfingar. Ástæður þess að hinar beiðnirnar voru ekki teknar inn í endurhæfingarteymið voru af ýmsum toga (sjá mynd 3).



Mynd 3: Beiðnir sem ekki voru teknar í þjónustu

Þegar vinnan með notendur/skjólstæðinga hófst var gerð tilraun með að taka einstaklinga sem væru á biðlista félagsþjónustu, eftir þrifum og bjóða þeim að fara í gegnum endurhæfingu en

Það reyndist ekki hægt þar sem þjónusta var hafin að einhverju leyti hjá þeim og viðkomandi ekki móttækilegur í að fara í endurhæfingarferli. Eftir fyrstu vitjun varð í einhverjum tilvikum ljóst að viðkomandi einstaklingar gætu ekki nýtt sér endurhæfingu við athafnir daglegs lífs, þar sem þeir væru annað hvort of miklir sjúklingar eða þeir afþökkuðu alla þjónustu af einhverjum ástæðum. Eins og myndin sýnir voru 6 einstaklingar af þessum 26 sjálfbjarga eða þurftu ekki á þjónustunni að halda þegar farið var í fyrsta mat. Sú niðurstaða er athyglisverð og má draga þá ályktun að með breyttri nálgun og breyttri aðferð við mat á þjónustupörf, reynast sumir einstaklingar ekki í þörf fyrir þjónustu. Það að þeir reynist sjálfbjarga við fyrsta mat, frestar þeim tímapunkti sem þeir þurfa opinbera þjónustu, sem skilar sér í sparnaði til lengri tíma.

2.4 Unnið að viðhorfsbreytingu

Þar sem um er að ræða algjöran viðsnúning á hefðbundinni heimaþjónustu er þörf á að vinna að viðhorfsbreytingu í samfélaginu. Sú breyting mun taka tíma en mikilvægt er að kynna hugmyndafræðina, hvað í henni felst, hvað felst í endurhæfingu við athafnir daglegs lífs og hver árangurinn er. Við undirbúning og á meðan á verkefninu stóð var lögð mikil áhersla á það að kynna verkefnið fyrir sem flestum aðilum. Meðan á undirbúningi stóð var farið í kynningar á þjónustumiðstöðvar efri byggðar og verkefnið kynnt fyrir matsfulltrúum, einnig var haldin kynning fyrir forsvarsmönnum heimaþjónustu nærliggjandi sveitarfélaga, en sá fundur var haldinn í Hafnarfirði. Eftir að vinna hófst var verkefnið kynnt víða, þ.á.m. á fundi þjónustumiðstöðvar Laugardals og Háaleitis, á fundi með öllum matsfulltrúum borgarinnar, sem haldinn var í þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts, fyrir félagsliðum í námi hjá Mími símenntun og aftur á fundi með forsvarsmönnum heimaþjónustu nærliggjandi sveitarfélaga, sem haldinn var á Selfossi. Gefinn var út bæklingur sem m.a. fór inn á heimili notenda/skjólstæðinga (fskj. 1). Fjallað var um verkefnið í Fréttablaðinu (fskj. 2), lögupjálfaðinu (fskj. 3) og fréttablaði Félags eldri borgara. Farið var í heimsókn í Rekstrarland þar sem starfsmenn fengu kynningu á tækjum sem gætu auðveldað fólki þrif en einnig fór allt Endurhæfingarteymið í heimsóknir á Múlabæ og Endurhæfingardeild Hrafnistu.

2.5 Hindranir

Við upphaf verkefnisins var ljóst eins og áður segir að yfirstíga yrði ýmsar hindranir til að koma verkefninu af stað.

2.5.1 Fjöldi beiðna

Sú ákvörðun sem taka þurfti í upphafi var hver á markhópurinn að vera þ.e., hversu stór þarf hann að vera, og hvaða hverfi borgarinnar mun Endurhæfingarteymið vinna með? Þar sem eingöngu átti að taka fyrir nýjar beiðnir um þjónustu, var gerð áætlun út frá tölfræðiupplýsingum um nýja samninga í heimaþjónustu á vissu tímabili árið 2014, fyrir 67 ára og eldri, sem búa í efri byggð borgarinnar, auk þess, sem farið var yfir fjölda nýrra beiðna, sem berast heimahjúkrun í hverjum mánuði. Ákveðið var út frá þessum upplýsingum að fjöldi nýrra beiðna yrði nægilega mikill og var markið sett á að ná 50 einstaklingum í gegnum endurhæfingarferlið. Færri nýjar beiðnir bárust þó en áætlað var. Í töflunum hér fyrir neðan má sjá yfirlit yfir, fyrst allar beiðnir, með tilliti til hvaðan þær bárust og síðan yfir þær beiðnir, sem teknar voru í gegnum endurhæfingarteymið. Áætlað var að fleiri beiðnir bærust frá þjónustumiðstöðvum tilheyrandi hverfa skv. tölfræði en þær urðu töluvert færri en áætlað var. Í niðurstöðukaflanum verður fjallað frekar um þennan þátt þar sem þetta hafði áhrif á niðurstöður og það hvernig notendur/skjólstæðingar völdust inn í verkefnið.

Tafla 1: Yfirlit yfir allar beiðnir sem bárust

Umsækjandi	Samtals
Félagsþjónusta	15
Heilsugæslan læknir	3
LSH	46
Samtals	64

Tafla 2: Yfirlit yfir beiðnir sem teknar voru í þjónustu

Umsækjandi	Samtals
Félagsþjónusta	5
Heilsugæslan læknir	2
LSH	31
Samtals	38

2.5.2 Tímarammi

Verkefninu var markaður of stuttur tími. Tímaramminn var átta mánuðir, en af þeim áttu þrír mánuðir að fara í undirbúning og skil en 5 mánuðir voru áætlaðir til þess að vinna með notendum/skjólstæðingum. Það hafði þau áhrif að ekki var hægt að klára öll mál

notenda/skjólstæðinga þar sem útskrifa þurfti þá yfir í almenna heimaþjónustu eða hjúkrun þegar tímarammanum lauk, en mögulega hefði verið hægt að útskrifa einstaklinga þar sjálfbjarga ef hægt hefði verið að klára. Einnig hafði stuttur tími þau áhrif að ekki var hægt að taka inn margar nýjar beiðnir í maí, þar sem vinnan var eingöngu út maí og ekki nægilegur tími til að vinna með nýja umsækjendur. Eingöngu voru teknir inn í þeim mánuði þeir sem fyrirsjáanlegt væri að hægt væri að vinna með í stuttan tíma og þeir voru ekki margir.

2.5.3 Ráðning starfsmanna

Þessi liður þarfnast ekki mikilla útskýringa en erfitt reyndist að ráða inn í teymið starfsmenn fyrir svo stuttan tíma sem fimm mánuðir eru og ekki var hægt að gefa þeim starfsmönnum sem höfðu áhuga neitt vilyrði um áframhaldandi vinnu.

2.5.4 Undirbúningstími

Of lítill tími var gefinn til undirbúnings verkefnisins, en eingöngu var ætlaður einn og hálfur mánuður í undirbúning fyrir verkefnið. Það kom fljótt í ljós að sá tími reyndist ekki nægilega langur m.a. vegna þeirra atriða sem nefnd eru hér í þessum kafla um hindranir. Undirbúningur verkefnisins tók þrjá og hálfan mánuð.

2.5.5 Tvö ólík tölvukerfi

Er hér átt við þá tvo grunna sem skráning upplýsinga fer fram á, þ.e. Sögu – kerfi sem er heilbrigðisgrunnur og síðan heimaþjónustugrunnur Félagslegrar heimaþjónustu. Þar sem um tilraunaverkefni var að ræða og ætlunin var að fylgjast sérstaklega vel með þróun og endurhæfingarferli notenda/skjólstæðinga var nauðsynlegt að nákvæm skráning færi fram við hverja vitjun og að upplýsingaflæði milli allra aðila innan teymisins væri gott. Ekki var hægt að fá aðgang fyrir alla starfsmenn teymisins að öðrum hvorum grunninum og þurfti því að fara fram tvöföld skráning. Stofnað var sérdrif með aðgangsstýringu sem allir starfsmenn Endurhæfingarteymisins höfðu aðgang að og fór skráning fram þar ásamt því að skráð var í báða grunna eftir því sem við átti.

2.5.6 Starfshlutfall fagaðila

Starfshlutfall iðjupjálfa, hjúkrunarfræðings og sjúkráþjálfara reyndist of lágt en iðjupjálfi var í 40% starfshlutfalli, hjúkrunarfræðingur í 20% hlutfalli og sjúkráþjálfari í 34% hlutfalli. Vegna

Þess að leggja þurfti fyrir COPM mælitæki í fyrstu vitjun og við endurmat, varð álagið á iðjupjálfa mikið. Hægt hefði verið að kenna öðrum fagaðilum að nota COPM mælitækið en vegna þess hve verkefninu var markaður stuttur tími var ákveðið að gera það ekki. Reyndist það mikil lukka fyrir verkefnið að iðjupjálfaneminn Guðrún Friðriksdóttir kom í starfsnám hluta þess tíma sem verkefnið stóð yfir.

2.5.7 Samræming kvöld- og helgarþjónustu

Erfitt reyndist að samræma kvöld- og helgarþjónustu sem varð til þess að notendur/skjólstæðingar sem þurftu kvöld og helgarþjónustu voru ekki teknir inn í verkefnið. Þar sem um nýja hugmyndafræði er að ræða og viðsnúning í heimaþjónustu þurfa allir sem að skjólstæðing/notanda koma að samræma verklag. Það missir marks ef einstaklingur sem þarf tímabundna þjónustu, bæði dagþjónustu og kvöld og helgarþjónustu fær mismunandi skilaboð frá starfsmönnum. Eins og kemur fram í fyrsta kafla er sérstaða Fredericia móðelsins m.a. sú að fókusinn er að hjálpa notanda til að gera sem mest sjálfur en ekki að gera hlutina fyrir notandann/skjólstæðinginn. Ef vel hefði átt að vera hefði starfsfólk kvöld og helgarþjónustu þurft þjálfun/ leiðsögn til að vinna eftir þessari hugmyndafræði til að samræmi væri í verklagi allra sem að þjónustu við skjólstæðing/einstakling koma. Einnig vandaðist flæði upplýsinga þegar aðrir en starfsmenn Endurhæfingarteymisins voru farnir að sinna einstaklingi þar sem aðrir starfsmenn höfðu ekki aðgang að sérdrifinu til að skrá upplýsingar. Þar sem verkefninu var markaður stuttur tími var ekki farið í að þjálfa/fræða aðra starfsmenn en starfsmenn Endurhæfingarteymisins.

2.5.8 Ólíkar starfsstéttir

Mikill tími fór í upphafi í að sannfæra ólíkar starfsstéttir um þessa nýju hugmyndafræði. Eins og komið hefur fram var stofnað þverfaglegt teymi til að fá sem flest sjónarmið fram og veita notanda/ skjólstæðingi sem besta þjónustu. Í Endurhæfingarteyminu voru félagsliðar, sjúkraliðar, iðjupjálfi, hjúkrunarfræðingur, sjúkráþjálfari og verkefnastjóri. Þetta eru margar fagstéttir og þó þær vinna að sameiginlegu markmiði þá hafa þær um margt ólíka sýn á hlutina og hvernig það hvernig verklag eigi að vera.

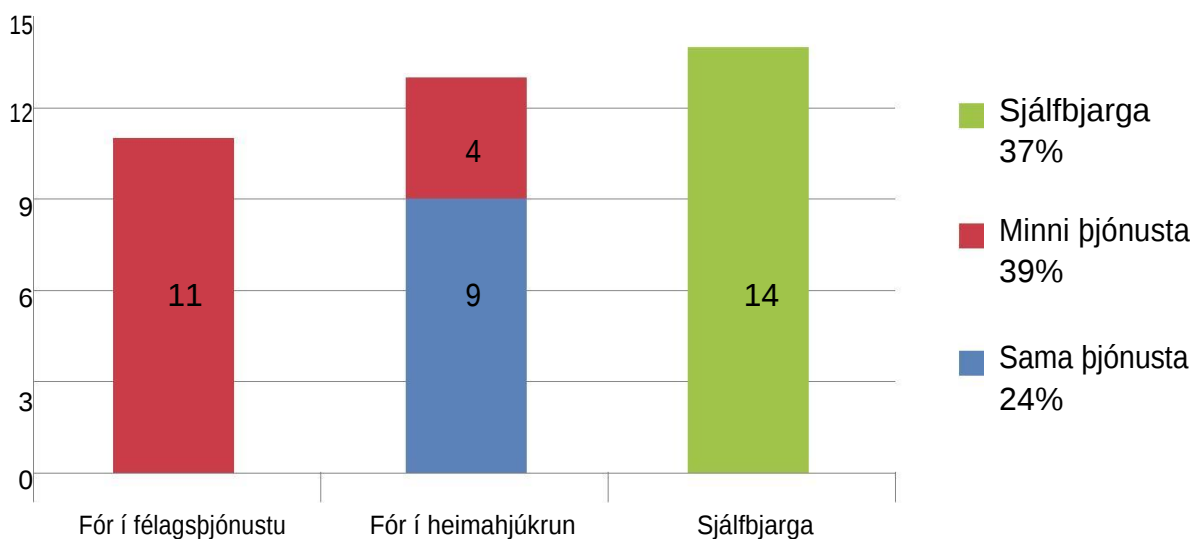
Við upphaf verkefnisins og þegar farið var að leita að starfsfólki í teymið kom fljótt í ljós ágreiningur milli fagstétta og viss ótti hjá starfsmönnum við að fara út fyrir sitt starfssvið.

Koma þurfti sér saman um að vinna frummat eftir COPM mælitækinu en það er eins og áður hefur komið fram iðjuþjálfamatstæki. Það reyndist öðrum fagstéttum viss ögrun að eingöngu átti að nota mælitæki einnar stéttar. Þessi ágreiningur leystist og gekk samstarf allra mjög vel og verður komið inn á það frekar í niðurstöðukaflanum.

3. Niðurstöður

Eins og áður segir voru teknar fyrir 64 beiðnir og af þeim voru 38 teknir í þjónustu endurhæfingarteymisins. Ætlunin var að taka fyrir beiðnir frá 67 ára og eldri en vegna þess að ekki voru nægilega margar beiðnir sem bárust á tímabilinu og Endurhæfingarteymið hafði svigrúm til að taka inn fleiri, voru teknir inn nokkrir yngri einstaklingar sem taldir voru hafa mikla möguleika til endurhæfingar.

Niðurstöðurnar voru mjög góðar (sjá mynd 4), en alls voru 37% einstaklinga útskrifaðir sjálfbjarga, 39 % voru með minni þjónustu en sótt var um og 24 % voru með sömu þjónustu. Samkvæmt niðurstöðum dönsku fyrirmyndarinnar urðu 45% sjálfbjarga, 40% fengu minni þjónustu og 15% fengu sömu.



Mynd 4: Niðurstöður endurhæfingar

Við samanburð má sjá að hlutfall þeirra sem urðu sjálfbjarga er 8% lægra en samkvæmt danska módelinu og hlutfall þeirra sem fá sömu þjónustu er 9% hærra hér en samkvæmt niðurstöðum danska módelsins.

Hér þarf þó að taka inn í myndina að eingöngu var um 5 mánaða tilraunaverkefni að ræða en tölur danska móðelsins eru teknar saman eftir tveggja ára vinnu samkvæmt danska móðelinu.

Tvennt þarf að taka til athugunar við mat á þessum niðurstöðum. Annað er það hvað bærust hlutfallslega fáar beiðnir frá Félagsþjónustu, en það hafði þau áhrif að teknir voru inn í teymið einstaklingar, sem þurftu heimahjúkrun og unnið var að því að gera þá eins sjálfbjarga með vissa hluti og hægt var. Fyrirséð var þó alltaf að þeir yrðu ekki útskrifaðir sjálfbjarga þar sem þeir væru í þörf fyrir áframhaldandi hjúkrun og er það hluti af þeim hópi sem útskrifast hér með sömu þjónustu. Hitt verður fjallað um í næsta kafla þar sem gerður er frekari samanburður á danska og íslenska móðelinu.

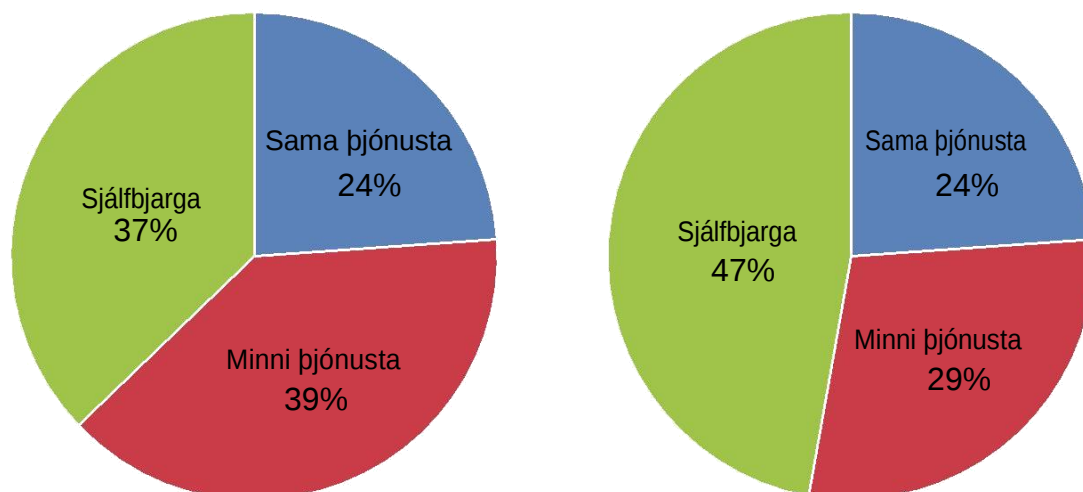
3.1 Samanburður á danska og íslenska móðelinu

Í fyrsta kafla er fjallað um danska Fredericia móðelið og niðurstöðu þess. Danska móðelið var fyrirmynd pilot verkefnisins sem hér er fjallað um. Þegar teknar eru saman niðurstöður þarf þó að taka inn í heildarmyndina að í danska móðelinu var verkþátturinn, aðstoð við þrif ekki inni í því verkefni. Í Danmörku er aðstoð við þrif útseld þjónusta og samkvæmt upplýsingum sem fengust á fundi með verkefnastjóra Fredericia verkefnisins var þessi þáttur ekki hluti af verkefninu þar, einstaklingar sem voru að fá þrif fengu þau frá einkaaðila sem ekki vann samkvæmt Fredericia móðelinu.

Stór hluti þeirra sem fóru yfir í minni þjónustu félagslegrar heimþjónustu voru með aðstoð við þrif og var það sá verkþáttur sem sat eftir í mörgum tilvikum. Í ljós kom þegar vinna við verkefnið hófst að margir þeirra sem komu inn sem nýir, voru kannski ekki nýir í þeim skilningi að hafa aldrei haft neina þjónustu.

Vegna þess að um tvö aðskilin tölvukerfi er að ræða varð að ath þá sem komu inn nýir í heimahjúkrun hvort þeir væru með þjónustu hjá félagsþjónustu. Í mörgum tilvikum kom í ljós að einstaklingar voru með aðstoð við þrif og höfðu margir haft það til lengri tíma. Í þeim tilvikum var tekin sú ákvörðun að ekki yrði endurskoðað það mat sem hafði farið fram þegar sú þjónusta var veitt og því ekki um endurhæfingu þess verkþátta að ræða.

Algengasta ástæða þess að ekki var hægt að útskrifa einstakling sem sjálfbjarga, var að þrifin sátu eftir þ.e, þörf fyrir aðstoð við þrif. Ef niðurstöður eru teknar saman samkvæmt danska móðelinu og þrifin tekin út verður niðurstaðan önnur (sjá mynd 5).



Mynd 5: Niðurstöður endurhæfingar samkvæmt íslenska módelinu má sjá vinstra megin en hægra megin ef farið væri eftir danska módelinu

Eins og sjá má hækka hlutfall þeirra sem útskrifaðir væru sjálfbjarga um 10% ef tekinn er út verkþátturinn, aðstoð við þrif, og er þá hlutfall þeirra sem útskrifaðir væru sjálfbjarga farið að nálgast 50%.

3.2. Meðalaldur og meðaltímalengd endurhæfingar

Markhópurinn var sem fyrr segir 67 ára og eldri sem sækja um þjónustu í fyrsta skipti. Þrátt fyrir það voru teknir inn nokkrir yngri einstaklingar og gekk endurhæfing hjá þeim mjög vel. Stærstur hluti þeirra sem fóru í gegnum endurhæfinguna voru á aldrinum 70-89 ára. Hér fyrir neðan má sjá yfirlit yfir aldur og kyn umsækjenda. Fyrst er yfirlit yfir allar beiðnir sem bárust (sjá töflu 3) og síðan yfir þær beiðnir sem teknar voru í gegnum endurhæfingarferlið (sjá töflu 4).

Tafla 3: Allar beiðnir sem bárust endurhæfingarteyminu

Aldur	Karl	Kona	Samtals
59 ára og yngri	1	1	2
60-69 ára	2	7	9
70-79 ára	10	15	25
80-89 ára	6	15	21
90 ára og eldri	5	2	7
Samtals	24	40	64

Tafla 4: Beiðnir sem voru teknar inn í teymið

Aldur	Karl	Kona	Samtals
59 ára og yngri	1		1
60-69 ára	2	5	7
70-79 ára	3	7	10
80-89 ára	4	12	16
90 ára og eldri	2	2	4
Samtals	12	26	38

Misjafnt var eftir þörfum hvers og eins hvað lengi viðkomandi þurfti aðstoð, en það gat verið allt frá nokkrum vikum til 4 mánaða. Meðaltímalengd endurhæfingarinnar var 72 dagar eða tæplega 2 og hálfur mánuður.

Tafla 5: Aldur, fjöldi og meðaltímalengd endurhæfingar

Aldur	Fjöldi notenda	Meðalfjöldi daga
59 ára og yngri	1	129,0
60-69 ára	7	97,3
70-79 ára	10	65,8
80-89 ára	16	67,1
90 ára og eldri	4	48,0
Samtals	38	71,9

Misjafnt var hvað hver vitjun tók langan tíma í klukkustundum en sérstaða þessarar hugmyndafræði endurspeglast einmitt í því að notendur/skjólstæðingar fá mjög rúman tíma. Vitjanir eru margar í upphafi, jafnvel daglega en síðan er dregið úr eftir því sem færni einstaklingsins eykst. Mismunandi er hvað hver vitjun er löng en að meðaltali var hver vitjun í kringum 1 -2 klukkustundir.

3.3 Upplifun notenda/skjólstæðinga

Þegar notandi/skjólstæðingur hafði náð sínum markmiðum var gert endurmat á færni einstaklingsins og lagði iðjupjálfi þá aftur fyrir COPM mælitækið, þar sem þeir gáfu sér stig fyrir mikilvægi, ánægju og framkvæmd. Með því var hægt að sjá framfarir og mælanlegan árangur endurhæfingarinnar. Almennt voru notendur/skjólstæðingar Endurhæfingarteymisins

mjög ánægðir með endurhæfinguna sem þeir höfðu fengið, markmiðin voru fjölbreytt og þjónustan eftir því margvísleg.

3.3.1 Reynslusögur

Kona eldri en 90 ára sem nýkomin var úr gangráðsaðgerð. Sótt var um aðstoð við bað, blóðþrýstingsmælingar og lyfjaeftirlit. Hún setti sér þau markmið að geta gengið sjálf í heimsóknir til vina ásamt því að nærast betur. Hún hafði verið með þrif frá félagslegri heimaþjónustu í einhvern tíma. Eftir um einn og hálfan mánuð hafði hún náð markmiðum sínum og vel það. Hún var útskrifuð sjálfbjarga með þá aðstoð sem sótt hafði verið um fyrir hana en hélt áfram þrifunum sem höfðu verið áður.

Maður á aldrinum 70 – 79 ára. Hann hafði ekki sinnt mikið heimilisstörfum og setti sér þau markmið að geta lært á uppvottavél og þvottavél. Eftir tæplega tvo mánuði var hann útskrifaður sjálfbjarga og var mjög ánægður með endurhæfinguna sem hann fékk.

Kona á aldrinum 60 – 69 ára sem þurft hafði aðstoð við lyfjagjöf og blóðþrýstingsmælingar, setti sér þau markmið að ná að ganga vissar margar ferðir á dag og að læra á samskiptaforrit til að geta verið í meiri samskiptum við fjölskyldu erlendis. Hún náði stórum hluta af markmiðum sínum á 3 mánuðum og var hún mjög ánægð með þá endurhæfingu sem hún fékk og útskrifaðist með mun minni þjónustu en áður.

Kona á aldrinum 70-79 ára fékk aðstoð frá teyminu eftir ítrekaðar spítalainnlagnir, hún var óörugg og fór ekki mikið út. Hún hafði verið með þrif frá félagslegri heimaþjónustu í einhvern tíma en ný beiðni barst um hjúkrun. Hún setti sér þau markmið að geta mælt blóðþrýsting og mettun sjálf, ásamt því að setja sér undirmarkmið sem miðuðu að því að hún yrði öruggari og gæti orðið meira sjálfbjarga með t.d. að fara út. Hún var orðin sjálfbjarga eftir 3 mánaða endurhæfingu og hún og aðstandendur ákaflega þakklátir og ánægðir með þá endurhæfingu sem hún hafði fengið. Hún var sannfærð um, að það að setja sér markmið og fá aðstoð Endurhæfingarteymisins við að ná þeim hafi forðað henni frá því að lenda á spítala. Raunar að endurhæfingin öll hafi náð að stöðva óheillavænlega niðursveiflu, andlega og líkamlega, sem hafði leitt til endurtekinna spítalavista hennar undanfarin ár.

Maður á aldrinum 60-69 ára sem nýverið hafði orðið ekill, fékk aðstoð frá teyminu. Beiðni kom um aðstoð við lyfjagjöf, næringu og félagslegan stuðning. Hann hafði áður verið með þrif. Markmið hans voru að fara út og ná tökum á heimilishaldi. Hann fékk aðstoð

teymisins í fjóra og hálfan mánuð og náði markmiðum sínum að stórum hluta, útskrifaðist með minni þjónustu en sótt var um í upphafi.

3.4 Mögulegur fjárhagslegur ávinningur

Komið hefur fram að þessi aðferð ber árángur eins og sjá má af reynslusögunum hér að framan. Ánægja notenda/skjólstæðinga kom skýrt fram og bötunuðu lífsgæði þeirra til muna. Verði farið í að innleiða þessa aðferð, í heimaþjónustu í Reykjavík, má gefa sér það að fjárhagslegur ávinningur af verkefninu kæmi fljótt í ljós eins og sjá má af dæmunum hér á eftir. Við útreikning þeirra var tekið mið af einstaklingum sem fóru í gegnum endurhæfinguna og reiknaður út sparnaðurinn sem aðferðin mundi hugsanlega skila.

Dæmi 1

70 ára maður fékk 6 tíma á viku í endurhæfingarteyminu í 18 vikur eða alls 108 tíma. Kostnaðurinn við þetta voru alls kr. 360.612.

Eftir að hafa farið í endurhæfingu útskrifast hann með minni þjónustu en hann þurfti á að halda áður. Hann endar með aðstoð við þrif í 4 tíma á mánuði og aðstoð út að ganga 4 tíma á mánuði, eða alls 8 tíma mánaðarlega í félagslegri þjónustu. Kostnaðurinn við það er samtals kr. 20.000 á mánuði eða kr. 220.000 á einu ári.

Ef hann hefði ekki farið í endurhæfingarverkefnið hefði hann fengið 4 tíma á mánuði í þrif og 8 tíma á mánuði í hjúkrun, eða alls 12 tíma mánaðarlega. Kostnaður við það hefði orðið kr. 53.000 á mánuði eða 636.000 kr. á einu ári. Á 10 ára tímabili yrðu þetta 6,3 milljónir.

Gefum okkur það að eftir endurhæfingu fái maðurinn þessa þjónustu áfram í 5 ár. Á hverju ári mundu sparast kr. 416.000 auk þess sem maðurinn er að fá miklu betur skilgreinda þjónustu. Á 5 ára tímabili mundu sparast kr. 2.080.000 sem er mikill fjárhagslegur ávinningur.

Dæmi 2

73 ára maður sem missti eiginkonu sína þurfti aðstoð við að læra á þvottavél og annað sem tengist því að halda heimili.

Hann fór í gegnum endurhæfingu hjá endurheimingarteyminu og fékk þjónustu 2 tíma í viku í 2 mánuði eða 16 tíma alls. Kostnaður við þetta voru alls kr. 53.440. Eftir tímabilið útskrifast maðurinn sjálfbjarga með enga þjónustu.

Ef hann hefði ekki farið í endurhæfingarverkefnið hefði hefðbundin þjónusta falið í sér aðstoð við þrif og þvott frá félagslegri heimaþjónustu 6 tíma á mánuði auk þess að hann hefði fengið heimsendan mat 5 sinnum í viku sem er niðurgreiddur. Kostnaður við að fyrir utan heimsendan mat hefði orðið kr. 15.125 á mánuði eða kr. 181.512 á einu ári. Á 10 ára tímabili mundu því sparast 1,8 milljón kr.

Dæmi 3

Kona er með þrif aðra hverja viku 2 tíma í senn eða alls 4 tíma á mánuði. Kostnaður við þetta voru kr. 10.084 á mánuði. Auk aðstoðar við þrif var óskað eftir aðstoð við bað, mælingar á blóðþrýstingi og almennu lyfjaeftirliti frá heimahjúkrun.

Hún fór í gegnum endurhæfingu hjá endurhæfingarteyminu og fékk 8 tíma á mánuði í 2,5 mánuði eða alls 20 tíma. Kostnaður við þetta voru kr. 66.800.

Eftir 2,5 mánuð var hún orðin sjálfbjarga með bað, mælingar á blóðþrýsting og lyfjaeftirlit en var áfram með aðstoð við þrif.

Ef konan hefði ekki farið í gegnum endurhæfingarverkefnið hefði hún fengið 4 tíma á viku í heimahjúkrun sem hefði kostað kr. 66.528 til viðbótar við þrifin, eða alls kr. 76.612 á mánuði. Í stað þess heldur hún áfram með aðstoð við þrif sem kostar kr. 10.084 á mánuði. Sparnaður við verkefnið á ársgrundvelli eru því kr. 798.336.¹¹

3.5 Upplifun starfsfólks

Starfsmenn teymisins sem flestir höfðu áður unnið við einhvers konar heimaþjónustu upplifðu einnig meiri starfsánægju, þegar þeir voru inntir eftir því, hvernig þeim líkaði að vinna eftir þessari hugmyndafræði. Það mikilvægasta að þeirra mati var að þeir fengu rúman tíma. Aðferðafræðin gengur út á það að fá notendur/skjólstæðinga til að gera sjálfa en ekki gera fyrir þá og getur það oft tekið lengri tíma en þegar viðkomandi verk er gert fyrir notanda án þátttöku hans. Með því að fá notendur/skjólstæðinga til að gera með þeim og sjá hvernig færni þeirra jókst sögðu starfsmenn upplifa meiri árangur af starfi sínu og meiri starfsánægju. Gott upplýsingaflæði milli allra aðila, reglulegir fundir og beinn aðgangur að fagaðilum í

¹¹ Samkvæmt lykiltölum 2014 þá er meðalkostnaður vinnustundar í heimahjúkrun kr. 4.158 og meðalvinnustund í dagvinnu hjá Félagslegri heimaþjónustu kr. 2.521. Meðalkostnaður í endurhæfingarverkefninu eru kr. 3.339 á vinnustund.

teyminu, svo sem iðjupjálfa, hjúkrunarfræðingi og sjúkraþjálfara var einnig mjög mikilvægt fyrir starfsmenn teymisins

4. Lærdómur og framtíðartillögur

Nú þegar dregnar hafa verið saman helstu niðurstöður þessa lærdómsferlis er óhætt að draga þá ályktun að þessi hugmyndafræði gefur góðar niðurstöður á mjög marga vegu. Þörf er á að grípa til nýrra úrræða vegna breyttrar aldurssamsetningar samfélagsins. Með því að vinna að endurhæfingu á eins markvissan hátt og hugmyndafræðin gerir ráð fyrir er óhætt að fullyrða að hægt er að auka lífsgæði eldri borgara og spara í kostnaði til lengri tíma. Styður hugmyndafræðin einnig við þá stefnu stjórnvalda að vinna að forvörnum og gera fólki kleift að búa heima eins lengi og mögulegt er.

Markhópurinn hér var 67 ára og eldri en einnig voru teknir nokkrir yngri en það. Ef horft er til dönsku fyrirmyndarinnar var markhópurinn þar einnig eldri borgarar í upphafi, þ.e. 65 ára og eldri skv. dönskum lögum. Framhaldið þar var síðan að innleiða þetta í alla sína heimaþjónustu, þ.e. fyrir allan aldur og farið markvisst í gegnum alla sem höfðu verið í þjónustu í einhvern tíma. Miðað við jákvæðar niðurstöður verkefnisins hér, í þennan stutta tíma, má ætla að það gæfi góða raun að innleiða þessa hugmyndafræði almennt í alla heimaþjónustu borgarinnar. Hvernig útfærslan á því ætti að vera er eitthvað, sem þörf er á að undirbúa vel áður en farið er af stað aftur. Spurning er hvort ætti að vera, eitt miðlægt teymi, sem þjónustar alla borgina, eða lítil teymi í hverju hverfi. Samkvæmt danska kerfinu er eitt miðlægt endurhæfingarteymi en síðan eru lítil endurhæfingarteymi í hverju hverfi, en þetta er eitthvað sem þarf að þróa áfram hér til að sjá hvað virkar best. Eins og komið hefur fram hefði hópurinn, sem úr var valið, þó mátt vera stærri og þarf að hafa það í huga, þegar horft er til framtíðarskipunar.

Viðhorfsbreytingin, sem þörf er á mun taka tíma, en mikilvægt er að leggja áherslu á þjálfun starfsfólks og að allir séu að vinna á samræmdan hátt. Sú vinna sem unnin var þessa 5 mánuði var mjög lærdómsrík og leiddi til heildrænnar yfirsýnar yfir þjónustu notanda/skjólstæðings, styttri boðleiða og betri samskipta milli allra sem að þjónustu koma.

Heimildaskrá

Dansk Sundhedsinstitut. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune (DSI projekt 3106) Sótt af

http://www.fredericia.dk/FFF_ny/LMIEL/presserum/Documents/Fra%20pleje%20og%20omsorg%20til%20rehabilitering_pub.pdf

Hagstofa Íslands. (2013). *Hagtíðindi. Spá um mannfjölda 2013-2060.*

Sótt af <https://hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=15409>

Reykjavíkurborg, Velferðarsvið. (2013). *Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum eldri borgara til ársins 2017.* Sótt af

http://reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefid_efni/malefni_eldri_borgara_juni2013_web.pdf

Townsend, E.A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation.* Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Samstarfsverkefni Reykjavíkurborgar, Velferðarráðuneytisins og Sjúkratrygginga Íslands

Brýnt er að fjölbreyttur stuðningur til sjálfstæðrar búsetu sé fyrir hendi til að styðja fólk til að búa heima sem lengst þrátt fyrir heilsubrest eða færniskerðingu.

Reykjavíkurborg leggur áherslu á forvarnir í málefnum eldri borgara. Með öflugum forvörnum er hægt að auka lífsgæði og stuðla að virkni og heilbrigði borgara.

Lögd er áhersla á að þjónustan sé áreiðanleg, örugg og styðji við sjálfstæði íbúanna.

Markmiðið er að gera eldri borgara færa um það sem allir vilja, að sjá um sig sjálfur og vera sjálfbjarga á eigin heimili.

Hvernig færð þú þjónustu endurhæfingarteymisins?

- Þegar sótt er um heimaþjónustu frá þjónustu miðstöðvunum eða heimahjúkrun Reykjavíkur þá metur endurhæfingar-teymið hvort að þú uppfyllir skilyrði þess að fara í endurhæfingu við athafnir daglegs lífs.
- Vinnan í endurhæfingarteyminu er tíma-bundin, þegar unnið hefur verið eftir settum markmiðum í vissan tíma er orðið skýrara hvað þú ert sjálfbjarga með og hvað ekki.
- Meta þarf í lok tímabils hvort þú þurfir þá áframhaldandi aðstoð og stuðning við einhverjar athafnir daglegs lífs.
- Þjónusta endurhæfingarteymisins nær til íbúa Breiðholts, Árbæjar, Grafarvogs og Grafarholts.

Hafðu samband í síma **411 9600**
eða með tölvupósti á
sigurlina.andresdottir@reykjavik.is



— Endurhæfing— við athafnir daglegs lífs

Samþætt þjónusta heimahjúkrunar og þjónustumiðstöðva Árbæjar og Grafarholts, Breiðholts og Grafarvogs og Kjalarness.



Reykjavíkurborg
Velferðarsvið

Af hverju endurhæfing við athafnir daglegs lífs?

Við vitum að það hefur mikla þýðingu fyrir aldraða að geta búið heima sem lengst og geta verið sem mest sjálfbjarga við athafnir daglegs lífs.

Það er gott fyrir heilsu okkar og vellíðan að vera virkir þátttakendur í eigin lífi eins lengi og við getum.

Á sama tíma er það okkur mikilvægt að við getum verið viss um að fá aðstoð við það sem við getum ekki sjálf.

Í endurhæfingu við athafnir daglegs lífs er lögd sérstök áhersla á stuðning til að þú sért fær um að lifa sjálfstæðu og virku lífi eins lengi og mögulegt er.

Sú aðstoð sem þér býðst hefur það að markmiðið að styðja þig og þjálfá við þær athafnir daglegs lífs, sem þér finnst mikilvægastar og þörf er fyrir.

Hvað þýðir endurhæfing við athafnir daglegs lífs?

Í endurhæfingarteyminu eru starfandi iðjupjálfi, sjúkrapjálfi, hjúkrunarfræðingur, sjúkraliðar og félagsliðar sem geta aðstoðað þig við að ná markmiðum þínum.

Í upphafi er gerð áætlun með þér og starfsmanni endurhæfingarteymis og ákveðið hvaða markmið verða sett og hvaða færni þú vilt geta náð aftur.

Í endurhæfingaráætluninni þinni kemur fram við hvað þú færð stuðning eða aðstoð við og hvað þú getur gert til að ná þínum markmiðum.

Sú aðstoð og sá stuðningur sem þú færð í daglegri endurhæfingu er skipulögð á grundvelli markmiða endurhæfingaráætlunar þinnar.

Hvaða markmiðum vilt þú ná?

Markmiðin þín geta m.a. verið:

Að geta klætt þig sjálfur Geta

farið í bað án aðstoðar Að

geta útbúið eigin mat

Að geta þvegið þvottinn sjálfur

Að geta þrifið sjálfur

Að geta séð um innkaup

Að geta tekið þátt í félagslífi o.fl.



Þátttaka þín er mikilvæg

Þú ert virkur þátttakandi í að gera endurhæfingaráætlunina þína og forgangsraða hvaða markmið eru þér mikilvægust. Þú munt einnig vera virkur þátttakandi í að endurmeta áætlunina þína eftir því sem færni þín eykst.



Endurbæfing aldraðra við athafnir daglegs lífs

—Heimafjónusta Reykjavíkur—
Ásbjörg Magnúsdóttir, Guðrún Friðriksdóttir, Sigurlína Andrésdóttir



Ásbjörg Magnúsdóttir



Guðrún Friðriksdóttir



Sigurlína Andrésdóttir

HIÐ opur eldra fólks íslensku samfélagi fer sífellt stækkannt. Árið 2013 var 11,2% þjóðin áttuð 65 ára og eldri. Áætlað er að árið 2060 verði þetta hlutfall orðið 22,6% (Hagstofan, 2013). Íslenska þjóðin er þó ung samanborið við aðrar vestranar þjóðir en nágrannarþjóðum okkar hefur lengi verið ljóst að endurskipulagningar sé þörf í mállefnum aldraðra. Árið 2007 ákvaðu stjórnendur sveitarfélagsins Fredericia í Danmörku að endurskoða skipulag þjónustu sinnar við aldraða. Framfærðarspá stýndi að sífellt meiri kostnaður fylgdi hefðbundna skipulagi sveitarfélagsins auk þess sem fjörr starfsmenn keanu til með að sinna verkefnum í framhúðinni (Hæbøll, 2014). Sveitarfélagið þróaði verkefnið „Jángerst mállegt í eget líf“, eða „Sem lengst við sjófræðslu í eigin lífi“ út frá allgöngu samstarfsfélenda og árið 2008 hóf sveitarfélagið vinnu eftir þessari nýju hugmyndadæðri. Hugmyndin var að veita eldri borgara og styrkja þá til að vera virkir þátttakendur í eigin lífi eins

Markmiðið var að auka lífsgæði eldri borgara og seinna varamlegt aðstoð frá sveitarfélaginu. Með því mót lífi þínum betur og kostnaður samfélagsins yndi minni.

lengi og mögulegt er. Markmiðið var að auka lífsgæði eldri borgara og seinna varamlegt aðstoð frá sveitarfélaginu. Með því mót lífi þínum betur og kostnaður samfélagsins yndi minni. Verkefnið hefur gefið góða raun í Danmörku og hlotið fjölda viðurkenninga og verðlauna. Þessi leið hefur nú fest sig í sessi sem markviss leið í endurbæfingu og vinnu nú til sveitarfélög Danmerkur samkvæmt hugmyndadæðri (Hæbøll, 2014). Eldri borgarar, sem taka þátt í að jafnaði sex til átta vikna endurbæfingu og unnið er að markmiðum sem efnislegu og sálfræðu skila sér í upphafi áhrunnar. Starfsmenn verkefnisins eru þjálfðir til að leiðbeina og kenna eldri borgurum að gera hlutina sem mest sjálfir og vera sjálfbærir. Hlutun er mest fyrstu dagana og vikunnar en bægt og röðlega dregur út heimsóknunum og aðstoð. Þjónusta ljúkar þegar einstaklingurinn verður annaðhvort sjálfbær eða fær áframhaldandi og

óttamundun aðstoð annarrar þjónustu eins og heimahljúkrunar. Mat á tveggja ára tímabili sýndi, að af þeim sem nýttu sér þjónustu endurbæfingarverkefnisins þurftu 45% engu hjálp, 40% þurftu minni hjálp en þeir hefðu annars þurft og 15% fengu sömu hjálp og þeir höfðu fengið áður (Kjellberg o.fl., 2013). Fredericia hefur þróað hugmyndir sínar um endurbæfingarmódel og frá 2010 hafa þeir unnið að því að innleiða þær í alla þjónustu við eldri borgara. Nýja verkefni sveitarfélagsins er byggð á „Sem lengst við sjófræðslu í eigin lífi“, og kallast „Hversdagarskiðabæfing“ eða „Endurbæfing við alhvarf daglegs lífs“. Það virkar þannig að allar núverandi notendur þjónustu sveitarfélagsins eru endurnemur af starfsmanni Endurbæfingarverkefnisins. Hvertun notanda bjóðast 32 tímar á viku frá einhverjum fagðölla teyrnisins. Gerður er nokkurs konar samningur með markmiðum skjólstæðingans, verkefnum hans og tímasetningu endurnar. Skjalaflokkur og félagsliður sjá um þjálfunina undir leiðsögn og með aðstoð Endurbæfingarverkefnisins, íþjálfa, hjúkrunarfræðinga, sjúkrarþjálfara og verkefnastjóra. Í Fredericia hefur þetta fyrirkomulag þegar sannað gildi sitt félagslega og fjárhagslega á einungis nokkurn áttum (Kjellberg o.fl., 2013).

Velteðráttar Reykjavíkur ákvað að skoða þessa hugmyndirferð og málundegina 5. janúar 2015 hófst tilraunaverkefnið „Endurbæfingarverkefnið“ hjá Heimafjónustu Reykjavíkur. Undirbúningur hafði staðið síðan haustið 2014 þegar fjármögnun fólkast til verkefnisins frá Væðingaráðgjafunni, Reykjavíkurborg og Sjúkratryggingum Íslands. Mikil vinna hefur farið í þjálfun, uppbyggisáttun og skipulagningu. Tveir starfsmenn teyrnisins, Sigurlína Andrésdóttir verkefnastjóri og Ásbjörg Magnúsdóttir íþjálfa, fóru í heimsókn til Fredericia og fengu nánni kynningu á hugmyndadæðri og starfsmannum hjá þeim. Niðurstöðin var að byrja svipað og gert var í Fredericia árið 2008 og samstarfendur Endurbæfingarverkefnisins á verkefnastjóra, íþjálfa, hjúkrunarfræðinga, sjúkrarþjálfara, tveimur félagsliðum og tveimur sjúkrarþjálfurum. Þann 5. janúar byrjaði einnig Guðrún Friðriksdóttir íþjálfaferðina, sem tók vinnan þátt í teyrninu í rúmar 7 vikur. Allar beðnin, sem beattar Heimafjónustu Reykjavíkur, eru skoðaðar með tillit til þess hvort þær henti

Endurbæfingarverkefninu eða ekki. Til að byrja með eru aðeins teknur til greina þeir, sem búa í eini byggð Reykjavíkur (Breiðholt, Áttæ, Grafarvogi og Grafarholi) og eru að fá þjónustu í fyrsta skipi, að undanskildum þrífum. Íþjálfaferð fer í fyrstu heimsókn, tekur viðtal við skjólstæðingann og í sumum tilfellum aðstandendur og metur aðstoðar á heimilinu og í félagslegu umhverfi skjólstæðingans. Ef viðkomandi er líklegur til að gera nýtt sér þjónustu Endurbæfingarverkefnisins leggur íþjálfaferðin COPM (Canadian Occupational Performance Measure) fyrir og setur eru markmið til að vinna að á næstu vikun. Endurbæfingarverkefnið settu síðan upp áhrunnarferðir, ákveður hvaða þjónusta hefi til að ná settum markmiðum skjólstæðingans og endurnemur íþjálfaferðina svo áhrunnin áttur að sex til átta vikum líðunum með því að leggja COPM fyrir að nýja.

Í Danmörku er byrjað að koma á tölvusamskiptum milli skjólstæðingna og heimafjónustunnar. Skjólstæðingun getur séð hvaða markmið eru sett upp, hvernig á að reyna að ná þeim og jafnvel sést hvaða starfsmannur er að koma til hans. Því miður eru nú við eldri komin svo langir tölvuræðingunum en við höfum víðkomandi fá sín markmið og leiðir skriflega og allar upplýsingar eru settar í sessista möppu sem skjólstæðingunum gefnir sjálfir. Frá 5. janúar hafa 19 einstaklingar sett sér markmið og notið þjónustu Endurbæfingarverkefnisins. Fljót hafa fengið heimsókn frá íþjálfa en telast ekki þátttakendur í verkefnum þar sem aðstoðar heimabú eldri skjólstæðingna nánaustverkefnisins. Þessar ástæður voru fjölþeyttar, til að mynda endurnám til sjúkrarfræðinga, til að mynda brottfarir af landinu og einungis áttugi á að fá aðstoð við þríf en ekki endurbæfingu. Endurbæfingarverkefnið hefur endurnemur nokkra skjólstæðingna sína eftir að það tók til starfa og hefur áhrunnin verið séðlega góð. Markmiðin hafa verið eins fjölþeytt og skjólstæðingarnir eru margir en öll endurspegla þau málsvæga þær í lífi þeirra. Í lok febrúar hafa tveir skjólstæðingar útskrifast að

Ef starfsemi Endurbæfingarverkefnisins gefur jafn góða raun og vonir standa til ætti elskert að vera þvi til fyrirstöðu að fara að dami Fredericia og hefja endurbæfingu daglegs lífs í heimahúsinu.

fallu út teyrninu en báðir náðu öllum sínum markmiðum. Þá voru þessir einstaklingar farnir að setja sín eigin markmið og bæta sig áð aðstoðar Endurbæfingarverkefnisins, jafnvel fyrir útskrif. Annar skjólstæðingurinn finnst hann hafi jafnað sig svo vel með því að stefna á markmiðum sínum að hann upplifir það nánni eins og hann hafi aldrei verið veikur. Hinna skjólstæðingunum telur markmiðin og hlutun Endurbæfingarverkefnisins hafa náð að stöðva óholluæðingna niðursveiflu, andlega og lílanlega, sem hafði leitt til endurteknina spjálhæfna undanfarna tvö ár. Bæðum þar samun um að vinna að markmiðum hafi skipe máli en ekki síður heimsóknir Endurbæfingarverkefnisins, stuðningur þess og hvarning við að ná markmiðum.

Heimildir

Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Næve, L. E. og Iversen, R. (2013). Trættandi Hjemmehjelp i Fredericia Kommune: Organisation og økonomisdraktning. København: KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioner) Analyse og Forskning (2014). Sem lengst við sjófræðslu í eigin lífi. Verkefnastjóri: „Fredericia“ Fyrirtekur á aðstoðun um samþættingu félags- og heilbrigðisþjónustu. Sökt af https://www.youtube.com/watch?v=ncococoe.com/embel/skSewh3p1M Hagstofan Spá um mannfróða 2008–2050. Hæðbónd. 2 (2013). Sökt af https://hagstofa.is/heslu/getfile.aspx?x=15409

Virkir þátttakendur í eigin lífi

Velferðarráðuneytið hefur lagt heimahjúkrun í Reykjavík til fjármagn til að setja af stað tilraunaverkefnið „Sem lengst við stjórnvölinn í eigin lífi“. Verkefnið er byggt á danski fyrirmynd sem hófst sem tilraunverkefni í danska sveitarfélaginu Fredericia árið 2008. Verkefnið hefur hlotið fjölda viðurkenninga og verðlauna en undirbúningur þess er hafinn hjá Reykavíkurborg.

Málefni aldraða hafa verið mikið í umræðunni að undanförmu og ber þar mikið á umræðunni um hækk-

andi lífaldur og fjölgun aldr. aðra. Þórf er á fjölbreyttri aðstoð til þessa hóps en innan hans eru ólíkir einstaklingar með mismunandi þarfir. Í stefnu Reykjavíkurborgar í málefnum eldri borgara til ársins 2017 kemur fram sýn til framtíðar sem snýst m.a. um það hvernig Reykjavíkurborg getur stutt við samfélagsþátttöku og virkni eldri borgara, að sögn Sigurlínu Andrésdóttur, verkefnastjóra hjá Reykjavíkurborg. „Því er mikilvægt að þjónustan sé þannig uppbyggð að starfsfólk í heimaþjónustu og á stofnunum leggi sig fram um að virkja frumkvæði og ná fram vilja þeirra sem þjónustunnar njóta.“

Til að tryggja samfellu í þjónustu og heildarsýn er stefnt að því að öll nærþjónusta verði á hendi Reykjavíkurborgar. Nú þegar er heimahjúkrun rekin sem hluti af heimaþjónustu borgarinnar samkvæmt þjónustusamningi milli ríkis og borgar og á næstu árum er stefnt að því að öll öldrunarþjónusta færist frá ríki til sveit-arsfélaga.“

Reykjavíkurborg leggur áherslu á forvarnir í málefnum eldri borgara en með öflugum forvörnum er hægt að auka lífs-gæði og stuðla að virkni og heil-brigði borgara. Brýnt er að fjöl-breyttur stuðningur til sjálfstæðrar búsetu sé fyrir hendi til að styðja fólk til að búa sem lengst heima, þrátt fyrir heilsuþrest eða færniskerðingu.

Í samræmi við þá stefnu stjórnvalda í málefnum aldraða um

hjálp til sjálfshjálpar hefur velferðarráðuneytið lagt heima-hjúkrun í Reykjavík til fjármagn til að setja af stað tilraunaverkefnið „Sem lengst við stjórnvöl-inn í eigin lífi“ sem er byggt á danski fyrirmynd sem er verk-efnið „Længst muligt i eget liv“ sem hófst sem tilraunaverkefni í danska sveitarfélaginu Fredericia árið 2008.

Að sögn Ásbjargar Magnúsdóttur, iðjubjálfa hjá Reykjavíkurborg, hefur verkefnið fengið fjölda viðurkenninga og verðlauna. „Hugmyndafræði Fredericia-móðelsins snýst um að virkja eldri borgara og styrkja þá til að vera virkir þátttakendur í eigin lífi eins lengi og mögulegt er. Markmiðið með verkefninu er því að bæta lífsgæði eldri borgara og á sama tíma að seinka þeim tímamarki að viðkomandi þurfi opinbera aðstoð.“

Minni hjálp

Í Fredericia fóru einstaklingar að meðaltali í gegnum 6-8 vikna endurhæfingu þar sem unnið var að því að ná þeim markmiðum sem höfðu verið sett í upphafi. „Eftir mat á tveggja ára tímabili kom í ljós að eftir að hafa farið í gegnum þessa nýju aðferðafræði þurftu 45% notenda enga hjálp, 40% þurftu minni hjálp en þeir hefðu annars þurft og 15% fengu sömu hjálp og þeir hefðu haft áður.“

Sigurlína og Ásbjörg segja sérstöðu Fredericia-móðelsins vera að hugmyndafræðin gangi út á að þjálfa starfsmenn til að leiðbeina og þjálfa eldri borgara í því að gera hlutina sem mest sjálf-ir. Unnið er að því að byggja upp gott samstarf við eldri borgara



Verkefnahópurinn: Aftari röð frá vinstri: Linda Sjöfn Þórisdóttir hjúkrunarfræðingur og Sigurlína Andrésdóttir verkefnisstjóri. Neðri röð frá vinstri: Ásbjörg Magnúsdóttir iðjubjálfi og Eyrun Jónatansdóttir félagsráðgjafi.

MYNDIGVA

með vel skilgreindum starfshópum sem vinna markvisst að settum markmiðum.

Undirbúningur fyrir verkefnið hjá Reykjavíkurborg er hafinn og

er unnið að því að fá fagaðila inn í sérstakt teymi sem stofnað verður fyrir þetta tímabundna verkefni. Tilraunaverkefnið verður í höndum heimaþjónustu Reykjavíkur

og er ætlunin að þróa kerfi sem taki mið af því að sveitarfélög og ríki horfi í meiri mæli til endurhæfingar og forvarna í heimahúsum með virkri þátttöku aldraða.

Vilja búa heima

Þau viðhorf sem áður voru ríkjandi um að eðlilegur endir á æviskeiðinu væri á dvalar- og elliheimil eru á undanhaldi. Auka þarf aðstoð við aldraða heima fyrir.

Lokaverkefni Eyrúnar Jónatansdóttur, félagsráðgjafa í norrænu MA-námi í öldrunarfræðum frá Háskóla Íslands, byggir á rannsókn meðal 67 ára og eldri í Reykjavík sem fá heimaþjónustu og eiga samþykkt færni- og heilsumat í dvalarrými. Verkefnið ber titilinn „Heima alla ævi? Helstu áhrifaþættir er kemur að því að eldast heima“ og þar leita Eyrún, sem starfar sem félagsráðgjafi hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur, við að svara spurningunum um helstu áhrifaþætti þegar kemur að möguleikum á að eldast heima og hvaða áhrif magn og gæði heimaþjónustu hafa á þá möguleika.

„Í yfirliti verkefnis kemur fram að á næstu árum og áratugum er gert ráð fyrir mikilli fjölgun aldraða og sérstaklega er gert ráð fyrir að fjöldi í elsta aldursþópnum. Á sama tíma er stefna stjórnvalda að draga úr stofnanavæðingu og gera öldruðum kleift að búa sem lengst heima með viðeigandi stuðningi og þjónustu.“ Hún segir þessar áherslur vera í samræmi við vilja aldraða en rann-

sóknir hafa sýnt að langstærsti hluti aldraða vill búa heima sem lengst. Fleiri aldraði munu því búa lengur heima á komandi árum og þurfa aðstoð, meðal annars hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur. Í verkefninu er einnig fjallað um samþættingu heimaþjónustu sem unnið hefur verið að hér á landi á síðustu árum í Reykjavík.

„Niðurstöður rannsóknar leiddu í ljós að flestir söttu um dvalar-rými af heilsufarsástæðum, oft í tengslum við bráðaveikindi eða innlög á sjúkrahús. Einnig komu til aðrir áhrifaþættir svo sem óhentugt húsnæði og óskir frá aðstandendum. Þá kom í ljós að magn og gæði heimaþjónustu geta haft mikil áhrif á hvort aldraðir telji sig geta búið áfram heima.“

Meðal þátttakenda kom fram að gera þyrfti heimaþjónustuna sveigjanlegri, meðal annars gagnvart akstursþjónustu og heimsendingu á mat. Dagdvöl reyndist mörgum einnig mikilvægur félagslegur stuðningur. „Af þeim fimm-tán sem tóku þátt í rannsókninni



„Meirihluti þátttakenda vill búa áfram heima eins lengi og mögulegt er.“ segir Eyrún Jónatansdóttir, félagsráðgjafi hjá Heimaþjónustu Reykjavíkur. MYNDIGVA

töldu þrettán að þeir gætu búið áfram heima með sömu eða meiri aðstoð heim. Þau viðhorf sem áður voru ríkjandi um að aldrað-ir ættu að draga sig í hlé og eðli-legur endir á æviskeiðinu væri á dvalar- eða elliheimil eru á undanhaldi og mikilvægt að koma til móts við aukna þörf aldraða fyrir aðstoð heima þar sem meirihluti þátttakenda vill búa áfram heima eins lengi og mögulegt er og rannsóknir sýna að er grundvallaratriði þegar kemur að lífsgæðum.“

Samkeppni um lausnir fyrir aldraða og fatlaða

Höfuðborgir Norðurlandanna, Helsinki, Kaupmannahöfn, Ósló, Stokkhólmur og Reykjavík, standa fyrir verðlaunasamkeppi á sviði velferðartæknilausna í samstarfi við Nordic Innovation, sem er stofnun á vegum norrænu ráðherranefndarinnar. Að sögn Þórhildar Egilsdóttur, deildarsjóra heimaþjónustu, er hugmyndin sú að Norðurlöndin, með öflugum tengslaneti, gagnkvæmri þekk-ingarmiðlun og tilraunastarfssemi, verði brautryðjendur nýrra lausna á sviði velferðarmála. „Markmið keppinnar er að þróa nýjar tæknilausnir sem geta nýst öldruðu og fötlðu fólk til þess að lifa sjálfstæðu lífi þannig að það sé síður háð opinberri þjónustu. Leitað verður eftir samstarfi við einkafyrirtæki, spota-fyrirtæki, rannsóknastofnanir, námsmenn, heilbrigðisstarfsmenn innan sveitarfélaga sem utan og við áhugasama einstaklinga.“

Allir geta sent inn hugmyndir en keppnin á að leiða til þess að þórhildur Egilsdóttir, deildarsjóri heimaþjónustu Reykjavíkurborgar, aðstoðar við aldrað og fatlaða fólk á heimilum sínum auk fagfólks sem veitir því þjónustu að sögn Þórhildar. „Markmiðið er einnig að skapa viðskiptatækifæri fyrir starfandi og ný fyrirtæki. Aðalverðlaunin verða ein milljón norskra króna en allir sem komast í úrslit fá stuðning við að þróa hugmyndir sínar. Verkefnið mun hefjast formlega í janúar 2015.“



MYNDUR EINKASAFNI