Reykjavík, 22. ágúst 2021

Umsögn og ábendingar Margrétar Guðnadóttur varðandi skýrsluna
Virðing og Reisn: Samþætt heilbrigðis og félagsþjónusta fyrir eldra fólk
Drög að stefnu um heilbrigðisþjónustu við aldraða

Það er sannarlega fagnaðarefni að heilbrigðisyfirvöld á Íslandi vinni að heildrænni stefnumótun í heilbrigðisþjónustu við aldraða einstaklinga þjóðfélagsins. Drögin að stefnunni eru yfirgripsmikil og vönduð í marga staði. Þar er lögð áhersla á að nálgast hvern einstakling út frá hans forsendum og bakgrunni með áherslu á þverfaglega samvinnu sem hlúir að mannréttindum og mannvirðingu eldra fólks. Við lestur minn á skýrslunni sé ég tvö lykilorð standa upp úr; heimaþjónusta og samþætting. Þessi lykilorð eru að mínu mati vegvísir heilbrigðiskerfis okkar um hvað helst geti aukið við og styrkt farsæla búsetu aldraðra einstaklinga í heimahúsi. Í skýrslunni nefnir Halldór S. Guðmundsson réttilega mikilvægi þess og tækifærin sem felast í því að auka þjónustu í heimahúsi og efla samvinnu milli þjónustustiga, brjóta niður múra. En hvorugt er þó dregið upp úr hatti án fyrirhafnar. **Ég bendi því á þörf á dýpri nálgun í skýrslunni um markmið og fyrirkomulag heimaþjónustu og samþættingar á landsvísu.** Legg hér fram nokkra punkta þess efnis.

Hafandi starfað lengi hjá Reykjavíkurborg við klíníska þjónustu heimahjúkrunar sem teymisstjóri og sem verkefnastjóri við innleiðingu SELMU, samvinnu um aukna læknisþjónustu í heimahúsi, get ég fullyrt það að efling og innleiðing nýrrar nálgunar krefst mikillar yfirlegu, þolinmæði og þrautsegju. Samþætting þjónustu og aukin samvinna kallar á breytta starfshætti og menningu meðal fagfólks. Slík menningarbreyting krefst kraftmikillar leiðtogastjórnunar og rými til að skapa samvinnugrundvöll. Gera þarf ráð fyrir tíma og rými til samtals. Það er nokkuð víst að vilji til samvinnu milli kerfa og fagfólks er til staðar en svigrúm og aðstöðu til að móta og slípa samvinnuna skortir. Þar liggja áherslur SELMU meðal annars, að skapa grundvöll til samvinnu og auka flæði á milli þjónustustiga heimahjúkrunar, heilsugæslu og sjúkrahúsþjónustu, með hag hins hruma aldraða í heimahúsi að leiðarljósi. Forgangur í mat hjá öldrunarsérfræðingi og tímabundnar innlagnir beint úr heimahúsi eru þar meðal lykilatriða.

SELMA er teymi hjúkrunarfræðinga og lækna og hugsuð sem styrking á þeirri þjónustu sem fyrir er í heimahjúkrun. Þar sé hægt að fá álit og vitjun læknis til mats og meðferðar þeirra einstaklinga sem ekki komast á heilsugæslu eða göngudeild. Einnig stuðning við heimahjúkrun í flóknum heilsufarsmálum sem mögulega hafa litast af bágbornum félagslegum aðstæðum. SELMA aðstoðar þannig við að finna leiðir til að styðja starfsfólk heimahjúkrunar í að sinna skjólstæðingum þjónustunnar lengur og betur heimavið.

Að sinna hrumum einstaklingi í hans eigin umhverfi er ólíkt því að sinna einstaklingi inni á stofnun. Á heimili sínu er einstaklingur oft öruggari með sig, með sterkari sjálfsmynd, sjálfstæðari í hugsun og sýnir aukna sjálfsbjargarviðleitni í athöfnum daglegs lífs. Starfsmenn sem koma til aðstoðar á heimili veita ráðgjöf, stuðning og aðstoð við daglegar athafnir en eru alltaf háðir vilja og samvinnu þeirra sem þjónustuna þiggja.

Grunnurinn liggur í sterkri heimaþjónustu. Í Reykjavík hefur markvisst verið unnið síðustu 10 árin að samþættri heimaþjónustu hjúkrunar og félagsþjónustu sem er mikilvægt að líta til þegar hugað er að slíkri útfærslu í öðrum sveitarfélögum. Með aukinni samvinnu þessara kerfa hefur átt sér stað tilfærsla á verkefnum í þeim tilgangi að geta þjónustað fleiri einstaklinga og betur. Árangurinn hefur sýnilega verið góður. Félagsleg heimaþjónusta með heimahjúkrun sem bakland, sinnir umfangsmeiri umönnun en áður

var og hægt hefur verið að auka við þjónustu einstaklinga í heimahúsi. Það er vissulega gott að geta dreift verkefnum en starfshópurinn verður að standa undir þeim væntingum. **Hlúa þarf sérstaklega að aðlögun og stuðningi við almennt starfsfólk félagslegrar heimaþjónustu. Í dag eru nær engar kröfur gerðar um námskeið eða undirbúning í umönnun aldraðra til þess starfsfólks.**

Það er gríðarlega mikilvægt að starfsfólk heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu hafi færni og þekkingu til að lesa í aðstæður, meta í sífellu stöðu og breytingu á ástandi sinna skjólstæðinga og hafi úrræði að leita í til stuðnings við mat og meðferð þeirra. **Stuðla þarf markvisst að (gera kröfu um) og efla þátttöku starfsfólks; hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða, félagsliða og almenns starfsfólks, í símenntun og framhaldsmenntun á sviði heimaþjónustu til að byggja upp sterkan hóp starfsmanna þjónustunnar.**

Mikilvægt er að skapa rými, aðstæður og umboð heimahjúkrunar til að vinna einstaklinga betur upp í heimahúsi, sinna þeim betur og lengur heimavið. Við höfum mjög gott fordæmi um slíka valdeflingu heimahjúkrunar með þátttöku í hjartabilunarverkefni í samvinnu við göngudeild hjartabilunar á Landspítala. Þar var markvisst unnið að eflingu heimahjúkrunar til að meta og bregðast við auknum einkennum skjólstæðinga með hjartabilun. Lykil stuðningurinn felst í opinni beinni símalínu til sérfræðings á vakt göngudeildarinnar sem leiðbeinir og setur upp plan um viðbótarmeðferð en einnig að unnið er með verklag sem heimahjúkrun notar sjálfstætt í mati sínu og meðhöndlun aukinna einkenna hjartabilunar. Tilvalið væri að útfæra slíka nálgun á fleiri sjúklingahópa í samvinnu við sérfræðideildir spítalans.

Ef við ætlum heimahjúkrun að vera lykillinn að því að fólk búi lengur heima þurfum við að setjast yfir markmið og kröfur sem eðlilegt sé að gera til heimahjúkrunar. Þó gráusvæðin séu mörg og flæði þurfi að vera greitt milli þjónustukerfa heimahjúkrunar, heilsugæslu og sjúkrahúsa þá þarf að vera skýrt hvers við ætlumst til af heimaþjónustunni og hvar ábyrgðin liggi. **Ef auka á meðferðarúrræði í heimahúsi og draga markvisst úr varanlegri vistun á hjúkrunarheimili þarf að stilla betur upp kostnaði og stefnu í mönnunar- og þjónustmódeli í heimahjúkrun út frá því.** Líkt og gert er gagnvart rekstri og rúmanýtingu hjúkrunarheimila í þessari skýrslu.

Tölur um þörf á hlutfallslegri aukningu heimaþjónustu segja ekki alla söguna. Á bls. 20 er t.d. stuttlega farið yfir mögulegan ávinning af því að efla heimaþjónustu um 5% til viðbótar við núverandi þjónustustig og draga þannig úr þörf fyrir vistun á hjúkrunarheimili í takt við íbúaþróun. Þar er einnig rakið að meðalkostnaður vegna einstaklings í heimaþjónustu sé einn tíundi af því sem kosti að reka hjúkrunarrými. Sá tíundi hluti er reiknaður út frá þeirri þjónustu sem veitt er í dag.

Þegar til framtíðar er litið á aukinn fjölda aldraðra sem býr við mikinn hrumleika á sínu heimili þá sjáum við breytta þjónustumynd heimaþjónustunnar. Þjónustan snýr í grunninn að forvarnarstarfi, fyrirbyggja algeng vandamál eins og föll, vannæringu, sýkingar og einmanaleika. Með áherslu á að viðhalda og efla getu einstaklings til sjálfshjálpar og mæta honum þar sem þörfin er. En umönnun fleiri mikið hrumra í heimahúsi kallar á aukið umfang þjónustunnar og aukið fjármagn til reksturs hennar. Hún kallar einnig á aukna sérhæfingu í störfum, fleiri vitjanir, flóknari meðferðir, aukna þörf á læknisþjónustu og samvinnu við fleiri faghópa eins og sjúkraþjálfa, næringarfræðinga, iðjuþjálfa og sálfræðinga. Umönnunin krefst svo mögulega aukinnar viðveru, aukinnar næturþjónustu og aukins stuðnings við aðstandendur.

Reykjavík, 22. ágúst 2021

Ljóst er að umönnun hrumra aldraðra í heimahúsi er háð aðkomu aðstandenda. Því er afar mikilvægt að við hugsum málið til enda á þann hátt. Hver er staða fjölskyldunnar og hvað er raunhæft að leggja á aðstandendur í hverju tilviki? Hvernig ætlum við sem formlegt heilbrigðiskerfi að meta, styðja við og styrkja aðstandendur í sínu umönnunarhlutverki? Þar þarf meira en fjárhagslegan stuðning.

Bendi hér á nokkrar nýlegar heimildir úr íslensku umhverfi um stöðu og gagnsemi aukinnar styrkingar í heimaþjónustu:

Bjornsdottir, K., Ketilsdottir, A., Gudnadottir, M., Kristinsdottir, I. V., & Ingadottir, B. (2021). Integration of nursing services provided to patients with heart failure living at home: A longitudinal ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(7-8), 1120-1131.

Gudnadottir, M., Ceci, C., Kirkevold, M., & Björnsdóttir, K. (2021). Community-based dementia care re-defined: Lessons from Iceland. *Health & Social Care in the Community*, *29*(4), 1091-1099.

Gudnadottir, M., Bjornsdottir, K., & Jonsdottir, S. (2019). Perception of integrated practice in home care services. *Journal of Integrated Care*, *27*(1), 73-82.

Bjornsdottir, K. (2018). 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(1), 177-185.

Takk fyrir mikilvæga vinnu. Hlakka til frekara samtals.
Virðingarfyllst,

Margrét Guðnadóttir, hjúkrunarfræðingur.
Verkefnastjóri hjá heimahjúkrun í Reykjavík.
Doktorsnemi í hjúkrunarfræði við HÍ