



# Samfélagshjúkrun

Próunarverkefni í tímabundinni dvöl við Öldrunarheimili Akureyrar  
unnið með stuðningi Framkvæmdasjóðs aldraðra

## Verkefnalýsing



Unnið á Akureyri í janúar og maí 2017.

Birna Sigurveig Björnsdóttir  
hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri



## Efnisyfirlit

Undirbúningur verkefnis.....	5
Tilgangur og framkvæmd .....	5
Samantektir og skýrslur.....	6
Um Buurtzorg .....	7
Skipulag Buurtzorg .....	8
Einstakingsmiðuð þjónusta .....	8
Ávinningur .....	9
Samfélagshjúkrun í tímabundinni dvöl við Öldrunarheimili Akureyrar.....	10
Framkvæmd.....	10
Tímalína verkefnis .....	11
Þátttakendur.....	12
Matstæki og próf.....	13
<b>RAI-HC</b> .....	13
<b>ASEBA</b> .....	13
<b>DJGLS</b> .....	14
Vinnuframlag og verkefnastjórn.....	15
Heimildaskrá.....	16



## Undirbúningur verkefnis

Í júní 2016 var sótt um framlag úr Framkvæmdarsjóði aldraðra til að setja af stað nýtt samfélagslegt þróunarverkefni sem byggt væri á hugmyndafræði Buurtzorg (þýtt sem samfélagshjúkrun). Markmið verkefnisins væri að þróa og efla þjónustu við eldra fólk sem leitar eftir og er metið í þörf fyrir dagþjálfun og/eða tímabundna dvöl (hvíldarinnlagnir). Þátttakendur í verkefninu verði einstaklingar sem ættu kost á að koma í tímabundna dvöl á Öldrunarheimili Akureyrar (ÖA). Megináhersla er á að veita þjónustuna út frá áframhaldandi búsetu í heimahúsi og að meginþungi þjónustunnar/aðstoðar verði veittur í heimahúsi eða til að efla einstakling til búsetu heima. Meðan að á dvöl þeirra stendur verði lagt mat á þörf þeirra fyrir áframhaldandi stuðning og þjónustu í heimahúsi og skipulag hennar endurmetið. Jafnframt verði notast við gagnreynd matstæki í þessu skyni og þarfir metar á grundvelli RAI-HC mælitækis (Rai-home-care), ASEBA (Achenbach System of Empiricalli Based Assessment) og DJGLS - stutt einmanaleikapróf (De Jong Gierveld Loneliness Scale – short).

## Tilgangur og framkvæmd

Tilgangur þessa verkefnis er að leggja áherslu á heildræna þjónustu fyrir hvern og einn einstakling, samþætta þjónustu fyrir notandann með það að markmiði að hann geti með stuðningi búið lengur heima og verið sjálfstæður við einhverjar aðstæður. Lagt er upp með að hver þátttakandi verði í 6-8 vikur í verkefninu. Fyrstu dagana verði heimaathuganir og undirbúningur, síðan tvær til þrjár vikurnar í tímabundinni dvöl á ÖA en síðan fer það eftir stöðu hvers og eins hvernig skipulag næstu vikna verði, hvort áherslan sé að vera alveg heima eða að hluta til í tímabundinni dvöl og heima. Sú þjónusta sem lögð er áhersla á að samþætta felst í að starfsfólk tímabundinnar dvalar, starfsfólk í dagþjálfun, fjölskyldan og nærsamfélagið verði virkir þátttakendur í framkvæmd og endurmati á þörfum einstaklingsins fyrir stuðning. Að verkefni loknu taki við þjónusta sem skipulögð var í verkefninu með náinni samvinnu við heimahjúkrun, heimaþjónustu, félagsþjónustu og nærsamfélagið.

Við skráningu, skipulag og samskipti verði lögð áhersla á velferðartækni og meðal annars notast við Memaxi - kerfið sem auðveldar allt utanumhald um einstaklinginn fyrir starfsfólk, fjölskylduna og fyrir einstaklinginn sjálfan. Ráðgert er að einstaklingar sem taka þátt í verkefninu fá spjaldtölvu til eigin nota og þeim einnig er boðið upp á tölvukennslu. Gert er ráð fyrir að við útskrift verði haldið áfram að nota Memaxi og þeim sem það vilja, veitt aðstoð við það.

## Samantektir og skýrslur

Skipulagning og samantektir vegna verkefnisins er skipt í þrjá hluta með vísan til umsóknar og samþykktar um styrk til verkefnisins.

1. Undirbúningur og skipulagning – áfangaskýrsla. Verkefnalýsing.
2. Framkvæmd – áfangaskýrsla. Framkvæmd.
3. Endurmat – árangurs og framvindumat. Lokaskýrsla.

## Um Buurtzorg

Buurtzorg hugmyndafræðin er upprunnin í Hollandi frá árinu 2006 af Jos de Blok hjúkrunarfræðingi. Hugmyndafræði hans og áherslur, hafa fengið mikla athygli víðs vegar um heim vegna góðrar hjúkrunarþjónustu á heimilum fólks og fyrir minni kostnað en áður. Til ársins 1990 var Holland þekkt fyrir heilbrigðiskerfi sitt þar sem hjúkrunarfræðingar, félagsfræðingar og læknar skipulögðu og héldu utan um þá þjónustu sem einstaklingurinn fékk heim. Upp úr 1990 breyttist þetta og fleiri aðilar komu inn í skipulag þjónustu við aldraðra, meðal annars heimahjúkrun og hjúkrunarheimilin. Á meðan þessar breytingar urðu voru einnig breytingar í samfélaginu á þann hátt að öldruðum fjölgaði og meira álag varð á heimahjúkrun. Aldraðir sem fengu þjónustu heim fundu fyrir lakari þjónustu – ekki eins persónulegri og hver einstaklingur fékk fjölda starfsmanna í heimsókn heim til sín. Mikil starfsmannavelta var meðal hjúkrunarfræðinga vegna álags. Meiri áhersla var á kostnað en gæði hjúkrunar og sparnaðurinn kom niður á starfsfólki og gæði þjónustunnar fyrir notandann (Nandram, 2015).

Jos de Blok hafði sjálfur unnið í heimahjúkrun og fann hvaða áhrif breytingar sem urðu á heilbrigðiskerfinu höfðu á skjólstæðingana og starfsfólkið. Með stofnun Buurtzorg vildi hann endurbyggja og endurnýja skipulag heilbrigðis- og félagsþjónustu í Hollandi og miða kjarna þjónustunnar að umhyggju og tíma fyrir einstaklinginn. Skipulag Buurtzorg einblínir því á góð samskipti og starfsfólkið skipuleggur þjónustu fyrir hvern og einn eftir þörfum og baklandi, sem getur verið mismunandi. Með uppbyggingu þessarar hugmyndafræði sá höfundurinn fyrir sér heildræna nálgun við einstaklinginn og samfélagsmiðaða aðstoð. Einnig vildi hann einfalda fjárhagslega uppbyggingu þjónustunnar (Nandram, 2015).

Úrræðum sem byggja á hugmyndafræði Buurtzorg hafa vaxið gífurlega frá stofnun samtakanna. Frá því að árið 2007 að vera fjórir hjúkrunarfræðingar í Almelo Hollandi í að vera 8000 hjúkrunarfræðingar árið 2015 í 700 teyllum víðs vegar um heiminn, m.a. í Japan,

Svíðþjóð, Bretlandi og Bandaríkjunum. Árið 2014 voru 65 þúsund skjólstæðingar sem nutu þjónustu á grunni Buurtzorg móðelsins (Gray, Sarnak og Burgers, 2015).

### Skipulag Buurtzorg

Hvert teymi samanstendur af 12 hjúkrunarfræðingum sem sinna 50-60 skjólstæðingum. Hvert teymi stjórnar sér sjálft þ.e. það er enginn yfirmaður. Fjárhagslega er hvert teymi sjálfstæð eining og ef hagnaður er á starfsemi, fer það í innra starf þess. Einu sinni í viku hittast hjúkrunarfræðingar í hverju teymi á fundi, fara yfir málin og leysa þau vandamál sem koma upp. Sérstakir teymisráðgjafar eru á aðalskrifstofu samtakanna (miðlægt) og sjá um þjálfun starfsfólks og sinna málum sem ekki tekst að leysa innan hópanna. Stjórnun og skipurit Buurtzorg er flatt, þ.e. enginn einn yfirmaður heldur faglegt samstarf og hópastarf (Kaloudis, 2016a).

### Einstakingsmiðuð þjónusta

Hugmyndafræði og aðferðir Buurtzorg er á ýmsan hátt frábrugðin annarri þjónustu.

Markmiðið er að einstaklingurinn verði sjálfstæður við einhverjar aðstæður og til að það náist fram þarf þjónustan að vera heildræn. Hjúkrunarfræðingar vinna með skjólstæðingnum, fjölskyldu hans og öðru heilbrigðisstarfsfólki sem kemur að þjónustunni við einstaklinginn. Þetta er til að byggja upp stuðningsnet með þátttöku vina og nærsamfélagsins og byggja á eftirfarandi áherslum (Gray, Sarnak og Burgers, 2015).

1. Skjólstæðingurinn er miðja verkefnisins.
2. Starfsfólk verður að taka eftir þeim breytingum sem verða hjá honum og vera tilbúin að endurmeta þjónustuna eftir því sem þarf.
3. Samskipti starfsfólks og skjólstæðings byggja á gagnkvæmu traustu.
4. Starfsfólk lítur heildrænt á einstaklinginn og sem hluta af stærri heild.
5. Gagnkvæmd virðing.



Buurtzorg gerir ráð fyrir að starfsfólk sé tilbúið að veita þjónustu hvenær sem er að deginum, frekar en að nýr/annar starfsmaður fari í hans stað. Með því verði meiri samfella og um leið er opið samband og hægt að ná í starfsfólk hvenær sem er (Nandram, 2015).

Öll skráning er rafræn svo þeir sem koma að skipulagi og umönnun einstaklingsins geta fylgst með framvindu og breytingum. Einnig fara samskipti milli starfsmanna teyma fram í gegnum tölvu og „bloggsíðu“ þar sem reglulega eru settar inn upplýsingar til starfsfólks (Gray, Sarnak og Burgers, 2015; Nandram, 2015).

### Ávinningur

Ávinningur af því að vinna eftir Buurtzorg módelinu hefur dregið að sér athygli frá öðrum löndum sem sum hver hafa tekið upp hugmyndafræði Jos de Blok. Samkvæmt skýrslu Erns og Young árið 2009, kom fram að hjúkrunarfræðingar gátu betur sinnt þörfum skjólstæðinga en notuðu minni umönnunartíma til þeirra verka. Þessi ávinningur skýrist með betri nýttingu tímans vegna betra skipulags í starfi og að sami starfsmaður koma að verkefninu. Einnig kom fram að það fór minni tími í að sinna sömu verkefnum og annars staðar, færri innlagnir voru á sjúkrahús og helmingi færri veikindartímar hjá starfsfólkinu. Í rannsókn KPMG árið 2015 kom einnig fram að kostnaður á hvern einstakling var lægri en hjá sambærilegum þjónustuaðilum þrátt fyrir meiri gæði þjónustunnar að mati skjólstæðinga (Gray, Sarnak og Burgers, 2015; Kaloudis, 2016).

## Samfélagshjúkrun í tímabundinni dvöl við Öldrunarheimili Akureyrar

### Framkvæmd

Á Öldrunarheimilum Akureyrar eru 17 pláss í tímabundinni dvöl. Í hverri viku koma (innritast) að jafnaði tveir til þrír einstaklingar til dvalar. Fjöldi innlagna í tímabundna dvöl árið 2016 voru 233 eða alls 147 einstaklinga. Af þessum hópi voru 64 sem voru eða stóttu jafnframt þjónustu í dagþjálfun, fyrir og eftir tímabundna dvöl.

Mikilvægur þáttur við undirbúning verkefnisins mun felast í að efla samvinnu og samskipti starfsfólks í tímabundum dvölum og dagþjálfun vegna þeirra einstaklinga sem koma í tímabundna dvöl og eru líka notendur dagþjálfunnar. Það verður gert með því að starfsfólki beggja heimila verði sérstaklega upplýst um verkefnið, markmið þess og framkvæmd.

Þeir einstaklingar sem koma í tímabundna dvöl eru flestir frá einni til fjórum vikum í hvert sinn. Nokkur umræða hefur verði um svokallaða stofnanavæðingu einstaklinganna í tímabundinni dvöl og hvað þurfi til að koma í veg fyrir slíkt. Reynsla og ábendingar starfsfólks benda til að svo virðist sem þrjár vikur séu hámarkstími, því eftir það sé meiri hættu á að einstaklingurinn verði „stofnanavæddur“, þ.e. óski meiri þjónustu, bera fer á meiri kvíða fyrir heimferð og óöryggi um framhaldið.

Af þessum ástæðum er lagt upp með að ætlaður dvalartími verði ekki lengri en þrjár vikur. Eftir þann tíma verði það mismunandi milli einstaklinga hvernig þjónustu þeir fá. Taka verði tillit til hvers einstaklingsins og taka mið af því stuðningsneti sem hann hefur í kring um sig. Lögð verði áhersla á að þeir einstaklingar sem verða í verkefninu haldi áfram í dagþjálfun og að sem minnst rof verði á daglegri rúttínu. Þannig hefur málum ekki verið háttað og því tækifæri til að sjá hvort slík samfella kæmi fram í betri líðan og virkni einstaklingsins.

## Tímalína verkefnis

<u>janúar – febrúar – mars</u>	<u>mars - apríl</u>	<u>mars – apríl</u>	<u>apríl – maí</u>	<u>júní</u>
Undirbúningur innskriftar í tímabundna dvöl	Innskrift í tímabundna dvöl	Tímabundin dvöl	Útskrift úr tímabundinni dvöl	Útskrift úr samfélagshjúkrun
<p>Kynna verkefni fyrir starfsfólki.</p> <p>Samþætta starfsemi dagþjálfunar og tímabundinnar dvala.</p> <p>Rýnifundur með starfsfólki.</p> <p>Fjölskyldufundur fyrir innskrift.</p>	<p>Leggja fyrir upphafsmat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RAI-HC.</li> <li>• ASEBA – ættingja.</li> <li>• DJGLS-þátttakendur.</li> </ul>	<p>Meta þörf fyrir þjónustu heim.</p>	<p>Skipuleggja og samhæfa, heildræna þjónustu fyrir einstaklinginn.</p>	<p>Leggja fyrir útskriftarmat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RAI-HC.</li> <li>• ASEBA – ættingja.</li> <li>• DJGLS – þátttakendur.</li> </ul> <p>Rýnifundur með starfsfólki.</p> <p>Fjölskyldufundur eftir útskrift.</p>

Haldnir verða a.m.k. tveir fjölskyldufundir þar sem farið verður yfir verkefnið, tilgangur og framkvæmd þess útskýrt fyrir einstaklingum og fjölskyldu hans. Farið verði yfir hvernig gengið hefur heima með það skipulag sem þar er og hvaða þjónustu einstaklingnum finnst að þurfi að bæta inn í og breyta svo hann geti verið lengur heima.

Rýnifundir verða haldnir með starfsfólki tímabundinnar dvalar og dagþjálfunnar áður en verkefnið hefst og við lok þess. Tilgangur þeirrar rýni er að starfsfólk verði vel upplýst um markmið og framkvæmd verkefnisins og geti komið sínum sjónarmiðum og ábendingum á framfæri.

## Pátttakendur

Til pátttöku í verkefningu er áformað að velja einstaklinga með ólíkar þarfir. Með því verði leitast við að kanna hvort þessi nálgun og íhlutun skili öðrum og betri árangri fyrir einstaklinga með ákveðnar þarfir eða hvort munur sé milli þeirra. Horft verði til að þátttakendur hafi skilgreint mat og stuðnings- eða þjónustuþarfir eða glími við krankleika aldraðra einstaklinga svo sem;

**Heilabilun:** Heilabilun er einkenni sjúkdóma sem leggjast á heila og einkennist af skerðingu á vitrænni starfsemi, sem getur haft áhrif á daglega virkni og félagsleg tengsl einstaklingsins. Heilabilun er stigvaxandi sjúkdómur þar sem einkennin verða meiri með tímanum. Einkenni heilabilunar er fyrst og fremst minnistap, að athafnir dagslegs lífs verða erfiðar og einnig geta komið fram breytingar á persónuleika.

**Langvinnir sjúkdómar:** Einstaklingar með langvinna sjúkdóma verða oft félagslega einangraðir, eiga erfiðara með að fara út meðal fólks vegna skertrar hreyfigetu eða eru með hjálpartæki sem þeir geta ekki farið með utandyra o.þ.h.

**Einmanaleiki:** Einmanaleiki kemur til vegna skorts á tilfinningalegum og/eða félagslegum tengslum. Það er ýmislegt sem getur haft áhrif á einmanaleika, eins og léleg heilsa, takmarkað stuðningsnet, að búa einn, hjúskaparstaða, fáir vinir eru til staðar og hversu langvarandi tengsl hafa verið við nánar persónur í lífi einstaklingsins. Ekki fer þó alltaf saman að vera mikið einn og finna fyrir einmanaleika, því einstaklingur sem hefur marga í kringum sig getur fundið fyrir einamanleika. Með hækkandi aldri verða breytingar á högum fólks, nán tengsl glatast og erfitt getur verið að fylla upp í þau skörð. Með aukinni vitneskju og einstaklingsbundinni þjónustu er hægt að finna viðeigandi úrræði og bjargir fyrir einstaklinginn.

**Lítið félagslegt stuðningsnet:** Sumir aldraðir hafa lítið félagslegt stuðningsnet í kringum sig, hafa misst maka og börnin flutt í burtu.

## Matstæki og próf

**RAI-HC** matstækið er notað til að meta heilsufar og hjúkrunarþarfir íbúa sem eru með þjónustu heim. Við upphaf dvalar verði lagt fyrir upphafsmat og útskriftarmat við lok dvalar. Í matinu koma fram „maple“ stig sem sýna á skalanum 1-5 fram á þjónustupörf einstaklings. Einnig kemur fram ADL kvarði, vitrænn kvarði og viðfang. Með viðfangi er vísað til hættu á þörf fyrir langtímadvöl á hjúkrunarheimili. Með upphafs og lokamati ætti að sjást hvort og hvaða hjúkrunarþarfir hafi breyst með þátttöku í verkefninu. Einnig auðveldar mælingin undirbúning fyrir úrskrift, hvaða þjónustu þurfi að sækja um.

Árið 2016 var unnið að Þróunarverkefni í tímabundinni dvöl hjá ÖA, þar sem tilgangurinn var að auka ábyrgð og sjálfstæði einstaklingsins meðan að á dvöl stóð. Minnka áhersluna á að tímabundin dvöl sé „hvíld“ í stað þess að einstaklingurinn byggi sig upp andlega og líkamlega og geti því búið lengur heima með stuðningi. Notast var við RAI-HC mælitæki í því verkefni og upphafsmat var gert við komu í tímabundna dvöl og svo útskriftarmat við lok dvalar. Í ljós kom að notkun RAI-HC greinir þjónustupörf einstaklingsins við komu og útskrift og nemur breytur hjá þeim sem eru í mestri þjónustupörf og því var auðveldara að skipuleggja þjónustu heim.

**ASEBA** (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) er matskerfi sem byggir á stöðluðum matslistum sem ætlaðir eru til að leggja mat á styrk- og veikleika fólks og aðlögunarhæfni þess. Með matstækinu er einnig lagt mat á andlega líðan og stöðu einstaklingsins. Matskerfið samanstendur af tveimur hliðstæðum listum, sjálfsmatslista (OASR) og sambærilegum lista (OBACL) sem svarað er af þeim sem þekkir einstaklinginn vel, ættingi eða heilbrigðisstarfsmanni. ASEBA er ætlað til að meta stöðu einstaklings og hefur verið notað hjá ÖA m.a. í dagþjálfun og í sálfélagslegri þjónustu ÖA við að meta þjónustupörf í einstaklingsmiðaðri meðferð eins og við þunglyndi og kvíða. ASEBA var þýtt og staðfært á Íslandi árið 2004 með stuðningi Framkvæmdasjóðs aldraðra, og hefur verið

forprófað og rannsakað og notað í rannsóknarverkefnum nemenda samhliða notkun hjá dagþjálfun ÖA.

**DJGLS** (De Jong Gierveld Loneliness Scale – short) einmanaleikapróf er mælitæki (sjálfsmat) sem mælir einmanaleika einstaklinga og félagslega einangrun. Prófið er mjög auðveldt í framkvæmd, þar einstaklingurinn merkir viðeigandi svarkost við sex fullyrðingum varðandi upplifun sína og tilfinningu um einmanaleika. Matstækið hefur verið þýtt og staðfært á Íslandi en óvíst er um hve mikið það hefur verið notað.

## Vinnuframlag og verkefnastjórn

Í janúar 2017 var Birna Sigurveig Björnsdóttir hjúkrunarfræðingur hjá ÖA/Austurhlíðum sett sem verkefnastjóri verkefnisins í 50 % stöðu. Auk hennar var skipuð verkefnastjórn sem í eru Ingunn Eir Eyjólfsdóttir félagsráðgjafi, Ingi Þór Ágústsson hjúkrunarfræðingur og forstöðumaður á Austurhlíðum og tímabundinni dvöl og Björg Jónína Gunnarsdóttir iðjuþjálfari og deildastjóri í dagþjálfun. Í mars 2017 var Stefanía Sif Traustadóttir með BA í sálfræði fengin í verkefnahópinn, hennar hlutverk var að vinna úr þeim listum og prófum sem lögð voru fyrir í verkefninu.

Haustið 2016 og í upphafi verkefnisins voru haldnir kynningafundir með félagslegri heimaþjónustu (búsetudeild Akureyrar) og heimahjúkrun (Heilbrigðisstofnun Norðurlands eystra).samstarfsaðilum. Í framhaldi af því var lagt upp með reglulega samráðsfundi á 4-6 vikna fresti með þessum aðilum og sérstaklega fyrir útskrift einstaklinga úr verkefninu.

Verkefnastjórnin fundaði einnig reglulega með framkvæmdaráði ÖA til að ræða framvindu og framgang verkefnisins þ.e. þeim Halldóri S. Guðmundsyni framkvæmdastjóri, Helgu Erlingsdóttur hjúkrunarforstjóra ÖA og Friðný Björg Sigurðardóttur forstöðumanni stoðþjónustu ÖA.

## Heimildaskrá

- Gray, B., Sarnak, D. O. og Burgers, J. (2015). Home care by self-governing nursing teams: The netherlands' buurtzorg model. Sótt af [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818\\_gray\\_home\\_care\\_nursing\\_teams\\_buurtzorg\\_model\\_case\\_study.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818_gray_home_care_nursing_teams_buurtzorg_model_case_study.pdf).
- Kaloudis, H. (2016). A systematic overview of the literature in english on buurtzorg nederland: Part B — the buurtzorg. Sótt af [https://medium.com/@Harri\\_Kaloudis/a-systematic-overview-of-the-literature-in-english-on-buurtzorg-nederland-part-b-the-buurtzorg-189a7e4704b0](https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-systematic-overview-of-the-literature-in-english-on-buurtzorg-nederland-part-b-the-buurtzorg-189a7e4704b0).
- Nandram, Sharda S. (2015). Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland. New York: Springer.