

SAMÞÆTTING HEILBRIGÐIS- OG FÉLAGSPJÓNUSTU: FRÆÐILEG SAMANTEKT

ÚTDRÁTTUR

Á Íslandi sem og í hinum vestræna heimi mun öldruðum fjölga hlutfallslega á komandi áratugum. Stefna stjórnvalda er að aldraðir geti búið sem lengst á heimilum sínum með viðeigandi aðstoð. Hér hefur ábyrgðin á opinberri þjónustu við þá skipst milli félagsþjónustu, sem er starfrækt af sveitarfélögunum, og heilbrigðisþjónustu, meðal annars heimahjúkrunar, sem er á vegum ríkisins. Það er yfirlýst stefna stjórnvalda að samþætta þessa þjónustu undir sameiginlegri stjórn sveitarfélaganna. Tilgangur þessarar greinar er að varpa ljósi á það hvernig samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða er best fyrir komið. Gerð var ítarleg leit að umfjöllun um skilgreiningar á samþættingu, markmiðum hennar og rannsóknum á árangri samþættingarverkefna í gagnasöfnunum PubMed, Scopus, Cinahl og Gegni. Leitin afmarkaðist við greinar frá löndum Evrópu og Norður-Ameríku skrifaðar á ensku frá árunum 2000 til 2010. Lýsingar á samþættingu þjónustueininga innan heilbrigðiskerfisins voru útilokaðar. Stuðst var við aðgreiningu Leutz á stigum samþættingar við flokkun greina. Tekið var mið af 49 ritverkum við greiningu á skilgreiningum og markmiðum samþættingar. Umfjöllun um árangur samþættingar byggðist á greiningu á 7 stórum verkefnum sem höfðu öll verið metin í rannsóknum. Fram kom að skilningur á samþættingu er breytilegur eftir löndum en lýsingar á markmiðum þessara verkefna voru samhljóða, þ.e. að aldraðir séu betur komnir heima en á stofnunum. Þeir séu misleitur hópur með fjölpættar þjónustufarir sem sinnt er af mörgum faghópum sem nauðsynlegt er að samhæfa svo ekki verði tvíverknaður eða gót í þjónustunni. Það sem einkennir árangursrík samþættingarverkefni er þjónustustjórnun og þjónustustjóri, ein þjónustugátt, gerð er áætlun um þjónustu sem allir sameinast um, matstæki og upplýsingaforrit eða skráning eru sameiginleg, teymisvinna er ástunduð og húsnæði er sameiginlegt. Hér á landi er vinna við samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu komin einna lengst í Reykjavík þar sem hluti hennar er á þriðja stigi samkvæmt skilgreiningu Leutz. Niðurstöður samantektarinnar eru hjálplegar við mat á styrk og veikleikum samþættingarverkefna.

Lykilorð: Heimþjónusta, heilbrigðisþjónusta, félagsþjónusta, samþætt þjónusta, aldraðir, heimahjúkrun.

INNGANGUR

Um allan hinn vestræna heim fer meðalaldur hækkandi og hlutfall aldraðra meðal þjóða hækkar. Þetta skýrist meðal annars af lægri fæðingartíðni, heilbrigðari lífsstíl, betri aðbúnaði fólks og framförum á sviði heilbrigðisvísinda (Williams o.fl., 2009). Gangi spá Hagstofu Íslands eftir mun hlutfall aldraðra, 67 ára og eldri, hækka hér á landi úr 10,4% árið 2010 í 21,1% árið 2060. Hlutfall háaldraðra, 85 ára og eldri, mun fara úr 1,5% árið 2010 í 4,4% árið 2060 (Hagstofa Íslands, 2010). Á ýmsum landsvæðum á Íslandi, til dæmis í Ísafjarðarbæ sem er heimabær fyrsta höfundar greinarinnar, hefur þessi þróun þegar átt sér stað. Árið 2010 voru 25,6% íbúa þar eldri en 67 ára (Hagstofa Íslands, 2010). Þessar breytingar á

ENGLISH SUMMARY

Pétursdóttir, H.E., Björnsdóttir, K.B.

The Icelandic Journal of Nursing (2014), 90 (2), 52-60

INTEGRATION OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES: AN INTEGRATIVE REVIEW

It is forecasted that the number of elderly in Iceland, as in other western societies, will increase proportionally in the coming years. Icelandic policy reflects the authorities' commitment to help older people remain living in their own homes for as long as possible, with the appropriate services. Responsibility for providing such services has been divided between the municipalities, providing social services, and the state taking care of health services, but current policy reflects the aim to integrate these services at the municipal level. The purpose of this paper was to explore how such integration has been developed. A literature search was undertaken in PubMed, Scopus, Cinahl and Gegni, focusing on the way in which integration is defined, its aims and studies of results of integration projects. The search was limited to studies written in English, focusing on the situation in Europe and North America from 2000 to 2010. Studies addressing integration between services within the health care system were excluded. Categorization of studies was based on Leutz's levels of integration. Analysis of definitions and aims of integration was based on 49 documents, but analysis of successful integration was based on 7 projects that have been evaluated through research. Considerable variation was observed in how integration was defined between countries, but the aims were universally identified as supporting the elderly to live at home rather than moving to an institution. They are described as a heterogeneous group with diverse needs which demands services from different professional groups which calls for coordination to prevent duplication and gaps in services. Successful integration projects use service management and case management, single entry point, individualized service plans, collective assessment instruments, teamwork and united documentation system and all services are located in the same place. In Iceland integration has been initiated in a number of municipalities and in Reykjavik part of the services are already at Leutz's third level. This study provides helpful guidance in evaluating the barriers and facilitators of integration.

Keywords: Home care services, health care, social services, integrated care, elderly, homecare nursing.

Correspondance: hep1@hi.is

aldursskiptingu þjóða leiða til þess að hlutfallslega færri verða til að afla tekna fyrir velferðarþjónustuna og hver aldraður einstaklingur nýtir þjónustuna í lengri tíma (Glendinning, 2003). Jafnframt eru fjölskyldur eldri borgara vanbúnari til að veita þeim þá aðstoð sem venja hefur verið. Fjölskyldur eru minni í kjölfar færri barneigna, konur stunda launavinnu utan heimilis og búferlaflutningar hafa aukist. Því eru líkur á að aldraðir fái minni aðstoð frá ættingjum og vinum og finni jafnvel fyrir félagslegri einangrun. Þörfin fyrir opinbera aðstoð mun því aukast (Alaszewski o.fl., 2004; Hébert o.fl., 2003a, 2003b).

Þrátt fyrir þær þjóðfélagsbreytingar er það stefna stjórnvalda víðast hvar í heiminum að styðja beri aldraða til að búa sem lengst á heimilum sínum. Hér á landi kom þessi stefna þegar fram í lögum um málefni aldraðra frá árinu 1999 og hefur verið leitast við að útfæra hana síðan (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999). Á liðnum árum hafa ríki og sveitarfélög lagt áherslu á að auka heimaþjónustu, bæði heimahjúkrun og félagsþjónustu, til að gera öldruðum fært að búa áfram heima (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003, 2006; Hlíf Guðmundsdóttir, 2008; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2010). Til að styrkja þá stefnu var tekin ákvörðun um að flytja ábyrgð á málefnum aldraðra til sveitarfélaganna fyrir lok árs 2012, líkt og gert var með málefni fatlaðra (Velferðarráðuneytið, 2008), en nokkur tóf hefur þó orðið á þeirri framkvæmd.

Þrátt fyrir að stór hluti aldraðra þurfi litla sem enga opinbera aðstoð vegna heilsuþessis er það staðreynd að heilsufarserfiðleikar, eins og hjartasjúkdómar, lungnasjúkdómar, gigt, slag, heilabilun og sykursýki, gera í auknum mæli vart við sig samfara hækkandi aldri (Kodner, 2009; Mur-Veeman o.fl., 2003). Aldraðir eru einnig viðkvæmari fyrir áföllum og veikindum, svo sem föllum og influensu, og þeir eru lengur að ná sér. Undir lok tuttugustu aldar varð það sjónarmið ríkjandi að dvöl á bráðasjúkrahúsum væri einungis réttlæt看leg þegar um alvarleg veikindi væri að ræða sem krefðust tafarlausra úrlausna. Þetta sjónarmið hefur ýtt undir þá stefnu að heimaþjónusta fyrir aldraða verði eflid og jafnframt samþætt annarri þjónustu. Með því móti má sinna eldri borgurum heima þegar bráðaástand er liðið hjá (Alaszewski o.fl., 2004; Billings o.fl., 2004).

Umönnun aldraðra heima fellur að hluta til undir skilgreind verkefni heilbrigðisþjónustu og að hluta til undir félagslega þjónustu (Kodner, 2006). Þarfir þeirra eru fjölbreyttar og meðferð við sjúkdómum getur verið mjög flókin. Margar starfsstéttir, eins og læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, sjúkralþjálfarar, iðjuþjálfar, sálfræðingar, félagsráðgjafar og félagsliðar, taka þátt í þjónustunni í mismunandi mæli en þurfa í öllum tilvikum að vinna saman til að stuðla að vellíðan skjólstæðingsins (Hébert o.fl., 2003b; Mur-Veeman o.fl., 2003). Eftir því sem þjónustan verður umfangsmeiri og flóknari og skiptist á fleiri aðila er hætt við að samfellan í þjónustunni verði minni, upplýsingaflæði tregara, þörfum einstaklingsins sé ekki sinnt, þeir falli á milli þjónustukerfa eða að tvíverknaður eigi sér stað (Alaszewski o.fl., 2004; Hébert o.fl., 2003a; Hébert o.fl., 2008b). Því hefur á liðnum árum verið hvatt til þess að

samræma þjónustuna við þessa einstaklinga þar sem horft er á þarfir þeirra í heild sinni. Til þess þarf að samþætta alla þætti þjónustunnar (Kodner, 2006).

Í þessari grein verður athyglinni beint að rannsóknum sem fjalla um samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða sem búa á heimilum sínum. Þetta er mikilvæg þekking fyrir hjúkrun. Stjórn og skipulagning heimahjúkrunar er yfirleitt í höndum hjúkrunarfræðinga, útskriftaráætlanir af sjúkrahúsum eru settar upp af hjúkrunarfræðingum og þjónustustjórar í samþættingarverkefnum um allan heim eru yfirleitt hjúkrunarfræðingar eða félagsráðgjafar (Leichsenring, 2004a; Somme o.fl., 2007; Weiner o.fl., 2003).

Orðið samþætting er þýðing á enska orðinu integration, komið af latneska orðinu integrare sem þýðir að gera heilt eða fullkomna, fella saman í eina heild (Örn og Örylgur, 1984). Margar og mismunandi skilgreiningar hafa verið settar fram varðandi hugtakið samþætt heilbrigðis- og félagsþjónusta en hingað til hefur engin ein skilgreining náð fótfestu (Bravo o.fl., 2008; Kodner, 2009; Kodner og Spreeuwenberg, 2002; Vondeling, 2004). Skortur á sameiginlegri skilgreiningu og sameiginlegri hugtakanotkun gerir hins vegar allar rannsóknir og þróun á samþættri þjónustu erfiðari og mat getur orðið snúið og samanburður óraunhæfur (Kodner, 2009; Stein og Rieder, 2009). Í þessari grein tökum við mið af lýsingu Leutz (1999) en nánar verður sagt frá henni er aðferð verður lýst.

Tilgangur og rannsóknarspurningar

Tilgangur okkar í þessari grein er að varpa ljósi á það hvernig samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir eldri borgara er best fyrir komið. Við munum leita svara við eftirfarandi rannsóknarspurningum:

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

AÐFERÐ

Til að svara rannsóknarspurningunum var framkvæmd ítarleg leit að fræðilegu efni um skilgreiningu, markmið og útfærslu samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu og rannsóknum á árangri samþættingarverkefna. Gagnasöfnunin var að mörgu leyti flókin þar sem samþætt þjónusta er mjög víðtækt hugtak. Leitarorð voru: Integrated care, integration, elderly, health care, social care og models of care og voru þau notuð í ýmsum samsetningum. Leitað var í gagnasöfnunum PubMed, Scopus, Chinal og Gegni og miðað var við árin 2000-2010. Jafnframt takmarkaðist leitin við alþjóðlegar greinar á ensku og við verkefni sem beindust að samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu. Hins vegar voru rannsóknir sem beindust að samþættingu ólíkra þjónustueininga innan heilbrigðiskerfisins, svo sem milli bráðasjúkrahúsa og heilsugæslu, útilokaðar. Rannsóknirnar, sem til greina komu voru einnig takmarkaðar við eldri fólk og Evrópu, og Norður-Ameríku þar sem heilbrigðiskerfi og hefðir eru svipaðar því sem við þekkjum hér á landi. Lögð var áhersla á greinar

Tafla 1. Niðurstöður rannsókna á árangri samþættingarverkefna.

	PRISMA	SIPA	PACE	WPP	SHMO	ROVERETO	The Silver Network Project
Innlagnir á sjúkrahús – legudagar	Fjölgaði í viðmiðunarhópi en stóð í stað í PRISMA	50% fækkun legudaga. Enginn munur á komufjölda	Færri innlagnir	Enginn munur		Innlögnum fækkaði	Innlögnum og legudögum fækkaði
Komur á bráðamóttöku	Fjölgaði í viðmiðunarhópi en stóð í stað í PRISMA	Enginn munur		Enginn munur			
Innlagnir á hjúkrunarheimili		Seinkaði innlögnum		Enginn munur	40% færri innlagnir	Seinkaði innlögnum	
Kostnaður og hagkvæmni		Enginn munur	PACE dýrara – svipaður kostnaður og fyrir hjúkrunarheimili			Minni kostnaður	Minni kostnaður
Ánægja skjólstæðinga	Aukin ánægja	Aukin ánægja		Enginn munur			
Álag á aðstandendur/ ánægja aðstandenda	Álag jókst í viðmiðunarhópi en stóð í stað í PRISMA	Aukin ánægja/ minnkað álag		Aukin ánægja/ minnkað álag			
Lifun		Enginn munur	Lifðu lengur	Enginn munur	Enginn munur		
Uppfylltar þarfir	Betur uppfylltar			Enginn munur			
Heilbrigði og starfsgeta	Virkni hélst betur hjá PRISMA og aukin heilsuefling	Enginn munur	PACE-skjólstæðingum hrakaði síður			Aukin líkamleg virkni	

sem beindust að skilgreiningum, markmiðum og ávinningi af samþættingu. Hins vegar var greinum um samstarf fagstétta sleppt þar sem sú umfjöllun er umfangsmikil og á vissan hátt annað viðfangsefni (Hildur Elísabet Pétursdóttir, 2011).

Við greiningu gagna var stuðst við aðgreiningu Leutz (1999) á þremur stigum samþættrar þjónustu. Fyrsta stig samþættrar þjónustu nefndi hann tengda þjónustu (e. linkage) sem felur í sér samvinnu milli stofnana sem veita þjónustuna þar sem hver stofnun starfar sjálfstætt, hefur sína starfsmenn og engin sameiginleg fjárhagsábyrgð er á milli stofnana. Í tengdri þjónustu eru oft notaðir ákveðnir vinnuferlar og leiðbeiningar um hvað skuli gera og hver skuli gera hvað (Kodner, 2009; Leutz, 1999; MacAdam, 2008). Annað stig samþættrar þjónustu nefndi hann samhæfða þjónustu (e. coordination). Þá starfa þjónustuaðilar í aðskildum stofnunum eða deildum en samvinna er mikil. Reynt er að búa til sameiginlegar verklagsreglur til að

samhæfa mismunandi þjónustuaðila og fjarlægja hindranir í kerfinu. Sameiginleg upplýsingaöflun, gott upplýsingastreymi milli starfsmanna og teymisvinna eru mikilvæg í samhæfðri þjónustu. Markmiðið er að allir aðilar starfi að sama markmiði til hagsbóta fyrir einstaklinginn (Kodner, 2002; Kodner, 2009; Leutz, 1999; MacAdam, 2008). Fullsamþætt þjónusta (e. full integration) er þriðja stig samþættrar þjónustu. Á þessu stigi er nýjum úrræðum beitt, ný stofnun með nýjum einingum hefur myndast. Þar er allt starfsfólk og öll þjónusta, sem nauðsynleg er fyrir umönnun aldraðra, sameinuð. Þessi stofnun sér um stjórnun mannafla og fjármálastjórnun og markmiðið er að skapa heildræna þjónustu fyrir ákveðinn hóp (Kodner, 2009; Leutz, 1999; MacAdam, 2008).

Umfjöllun okkar um skilgreiningar á stefnumörkun og helstu markmiðum samþættingar byggðist á þeim 49 ritverkum, þar sem fjallað var um samþættingu, frá löndum Evrópu,

Bandaríkjunum og Kanada. Tekin var ákvörðun um að takmarka umfjöllunina við verkefni á stigi tvö og þrjú samkvæmt skilgreiningu Leutz hér að ofan. Tiltölulega fáar rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum og árangri samþættingar. Heimildaleitin skilaði 7 rannsóknum, þar af 2 slembuðum íhlutunarrannsóknum (e. randomized controlled trials) þegar leitaraskilyrðin höfðu verið afmörkuð. Í töflu 1 er yfirlit yfir mat á árangri þeirra verkefna sem lögð voru til grundvallar.

NIÐURSTÖÐUR

Þróun aðferða við samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu var nokkuð mislangt á veg komin á því tímabili sem rannsóknin tók til. Í Norður-Ameríku hefur hún staðið lengi og þar eru þegar til fyrirmyndir um fullsamþætta þjónustu. Fjármögnun þessara verkefna er einnig mismunandi eftir löndum, en þau eiga það öll sameiginlegt að vera ætluð öldruðum (Béland o.fl., 2006; Bravo o.fl., 2008; Hébert o.fl., 2003a; Hébert og Veil, 2004; Kane o.fl., 2002b; Kodner, 2002; Kodner, 2006; Kodner og Kyriacou, 2000; Leutz o.fl., 2003; MacAdam, 2009). Ýmis Evrópulönd hafa staðið að rannsóknarverkefnum þar sem staða samþættingar heilbrigðis- og félagsþjónustu hefur verið könnuð og borin saman. Almenn séð voru samþættingarverkefni í Evrópu ekki komin eins langt og í Norður-Ameríku. Þær greinar, sem höfðu verið birtar, leiddu í ljós að víða í Evrópu er leitast við að samþætta þjónustu. Hins vegar hefur reynst erfitt að bera árangur þeirra saman þar sem skipulag, áherslur og hefðir eru ólíkar ef lítið er til fjármögnunar, stjórnnunar og útfærslu (Alaszewski o.fl., 2004; Leichsenring, 2004a, 2004b; Leichsenring o.fl., 2005; Nies, 2004, 2006).

Af mikilvægum evrópskum verkefnum, sem beinast að samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu, má nefna Procure en það var styrkt af fimmtu rammaáætlun Evrópusambandsins (2004-2005). Í þessu verkefni tóku þátt 10 stofnanir í 9 löndum: Austurríki, Danmörku, Finnlandi, Frakklandi, Þýskalandi, Grikklandi, Ítalíu, Hollandi og Bretlandi. Markmið þess var að skoða og bera saman mismunandi hugmyndir, módel og leiðir í aðildarlöndunum varðandi samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða sem þurfa á umönnun að halda (Alaszewski o.fl., 2004; Billings og Malin, 2005; Leichsenring, 2004a og b; Leichsenring o.fl., 2005). Carmen (Care and Management of Services for Older People in Europe Network) var einnig evrópskt þróunarverkefni, fjármagnað af Evrópusambandinu frá árinu 2001 til 2004. Að verkefninu stóðu 40 stofnanir í 11 löndum: Belgíu, Danmörku, Finnlandi, Þýskalandi, Grikklandi, Írlandi, Ítalíu, Hollandi, Spáni, Svíþjóð og Bretlandi. Það beindist aðallega að stjórnun og framkvæmd samþættrar þjónustu fyrir aldraða og að bæta við þekkingu á þessu sviði, skoða útbreiðslu samþættingar og framkvæmd hennar. Með því var reynt að fá sem víðasta sýn á samþættinguna (Nies, 2004, 2006).

Af Norðurlöndunum hafa Svíþjóð og Danmörk lengsta hefð fyrir samþættingu (Anderson og Karlberg, 2000; Colmorton o.fl., 2004) en þar hefur stefnumörkun stjórnvalda vísað veginn. Árið 1984 kynnti danski hjúkrunarfræðingurinn Lisa

Wagner aðferð við samþættingu þjónustu sem var upphaflega skipulögð í bænum Skagevingen og leiddi til stóruvinnar samþættingar. Þetta verkefni varð síðan fyrirmynd fjölmargra verkefna í Danmörku og Svíþjóð (Wagner 2006; Stuart og Weinrich, 2001). Árið 1992 urðu breytingar á stjórnskipun um málefni aldraða í Svíþjóð. Reynt var að draga úr miðstýringu í heilbrigðiskerfinu og auka valddreifingu til landsvæðanna þar sem lögð var áhersla á samþættingu líkt og í Danmörku (Anderson og Karlberg, 2000; Hedman o.fl., 2007).

Markmið samþættingar

Öll samþættingarverkefni, sem skoðuð voru, byggðust á þeirri hugmyndafræði að aldraðir séu betur komnir á sínum eigin heimilum en á stofnunum. Þeir séu misleitur hópur með fjölbættar þjónustuparfir tengdar langvinnum sjúkdómum og heilsufarsvanda. Þessum þörfum verði að sinna af fjölmörgum faghópum sem þurfa að samhæfa sína þjónustu svo ekki verði tvíverknaður eða að göt myndist í þjónustunni (Hébert o.fl., 2008b; Kane o.fl., 2002b; Kodner og Kyriacou, 2000; Gross o.fl., 2004). Samþættingu er jafnframt ætlað að auka samloðun og samvirkni milli mismunandi kerfa auk þess að auka hagkvæmni og skilvirkni og bæta gæði þjónustunnar og lífsgæði skjólstæðingsins og þar með ánægju hans. Til að efla hagkvæmni er einkum horft til minni notkunar á dýrari úrræðum eins og bráðasjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum (Bernabei o.fl., 1998; Hébert o.fl., 2008a; Hildur Elísabet Pétursdóttir, 2011; Landi o.fl., 2001; Kane o.fl., 2002a; Kane o.fl., 2002b; Kodner, 2006; Kodner og Kyriacou, 2000). Aukin hagkvæmni og skilvirkni á ekki að koma niður á gæðum þjónustunnar.

Einkenni árangursríkra samþættingarverkefna

Einkenni árangursríkra samþættingarverkefna byggjast að mestu á lýsingu á fimm verkefnum frá Norður-Ameríku og tveimur frá Ítalíu. Þetta voru verkefnið PACE (Program of All-inclusive Care for Elderly People) (Kodner og Kyriacou, 2000; Kodner, 2006), WPP (Winconsin Partnership Program) (Kane o.fl., 2002a/b) og SHMO (Social Health Maintenance Organisations) (Kodner, 2002; Leutz o.fl., 2003; Kodner og Kyriacou, 2000) sem komu frá Bandaríkjunum og voru á þriðja stigi samþættingar. Frá Kanada kom SIPA (Services Intégrés pour les Personnes Âgées fragiles) (Bravo o.fl., 2008; Béland o.fl., 2006; Kodner, 2006) sem er rannsóknarverkefni, einnig á þriðja stigi, og PRISMA (Programme of Research to Integrate Service for the Maintenance of Autonomy) (Leutz, 2005; Hébert o.fl., 2003a; Hébert og Veil, 2004; Hébert o.fl., 2008a) sem er rannsóknarverkefni á öðru stigi. Frá Ítalíu kom Rovereto-verkefnið en Bernabei o.fl. (1998) gerðu stóra rannsókn á þessu verkefni árið 1998. Þaðan kom einnig The Silver Network Project (Landi o.fl., 2001). Þessi tvö ítölsku verkefni eru bæði á stigi tvö. Í töflu 1 má sjá helstu niðurstöður sem rannsóknir á þessum samþættingarverkefnum hafa sýnt fram á varðandi árangur þeirra. Þau atriði, sem borin voru saman, voru innlagnir á sjúkrahús, komur á bráðamóttöku, innlagnir á hjúkrunarheimili, kostnaður, ánægja skjólstæðinga, álag á aðstandendur, lifun, uppfylltar þarfir og heilsa/starfsgeta (sjá töflu 1) (Bernabei o.fl., 1998; Béland o.fl., 2006; Fisher o.fl., 2003; Hébert o.fl., 2010; Kane o.fl., 2002b; Kane o.fl., 2006;

Landi o.fl., 2001; Mancuso o.fl., 2005; Thomas o.fl., 2010; Tourigny o.fl., 2004; Wieland o.fl., 2000).

Þrátt fyrir að aðstæður séu afar mismunandi eftir löndum og innan hvers lands má greina eftirfarandi þætti sem einkenna árangursríka samþættingu á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu óháð því hvar hún fer fram.

Þjónustustjórnun og þjónustustjóri

Fram kom viðtæk samstaða um að góð stýring, sem vísað er til sem þjónustustjórnunar og ráðningar þjónustustjóra, væri lykilatriði í samþættingu. Að baki þessum hugtökum er sama hugsun, þjónustustjórnun felur í sér að þjónustunni við hinn aldraða sé stjórnað á einhvern hátt. Þjónustustjóri (e. case manager) er sá aðili sem sér um að stjórna og samþætta þá þjónustu sem hinn aldraði fær og hafa þeir samráð um hana. Þjónustustjórinn vinnur því að þjónustustjórnun fyrir hinn aldraða einstakling. Samkvæmt kenningu Leutz (1999) er þjónustustjóri alltaf til staðar í samþættingarmódelum á 3. stigi, aldrei á 1. stigi og oftast í samþættingarverkefnum á 2. stigi. Starf þjónustustjóra er útfært á mismunandi hátt eftir verkefnum og eftir löndum (Kodner, 2009).

Pegar aldraður einstaklingur sækir um þjónustu er honum úthlutaður þjónustustjóri sem fylgir honum eftir og er tengiliður hans. Þjónustustjórinn kynnir sér vel hinn aldraða, aðstæður hans og aðstandendur. Ítarlegt mat fer fram á þörfum hans, yfirleitt í samvinnu við fleiri fagaðila, og þjónustustjórinn athugar hvaða úrræði eru fyrir hendi. Í samvinnu við hinn aldraða eða aðstandendur hans og aðra fagaðila setur hann svo upp þjónustuáætlun. Þjónustustjórinn er í forystu fyrir teymið og heldur reglulega teymisfundum. Það er verk þjónustustjórans að sjá til þess að hvergi sé rof í þjónustunni eða að tvíverknaður eigi sér stað og í sumum módelum starfar þjónustustjórinn einnig í útskriftarteymum sjúkrahúsa. Í þeim verkefnum, þar sem lækningar eru ekki í teyminum sjálfum, er það yfirleitt á könnu þjónustustjórans að gæta þess að þeim sé kunnugt um það sem er að gerast hjá skjólstæðingnum (Kodner, 2006; Kodner, 2009; Leichsenring, 2004b; Nesti o.fl., 2005; Somme o.fl., 2007; Strümpel o.fl., 2005). Mismunandi er hvað hver þjónustustjóri sér um marga einstaklinga og oft er þess ekki getið. Í PRISMA-módelinu er gert ráð fyrir að hver þjónustustjóri haldi utan um 45 einstaklinga og í því módeli er gert ráð fyrir að allir þjónustustjórar fari á ákveðið námskeið (Somme o.fl., 2007). Algengast er að þjónustustjórar séu annaðhvort hjúkrunarfræðingar eða félagsráðgjafar (Leichsenring, 2004b; Somme o.fl., 2007; Weiner o.fl., 2003).

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

Ein þjónustugátt

Með einni þjónustugátt er átt við að hinn aldraði sækir um alla þá hjálp sem hann þarf, og fær allar upplýsingar um, hvaða

þjónusta er í boði, á einum og sama staðnum (Leichsenring o.fl., 2005). Þar er hinum aldraða skipaður þjónustustjóri sem tekur hans mál í sínar hendur. Í þeim skipulagsbreytingum, sem orðið hafa til dæmis í Svíþjóð og Danmörku síðastliðna þrjá til fjóra áratugi, hefur þetta verið eitt það fyrsta sem komið hefur verið á. Þetta þykir auðvelt að framkvæma en skilar mjög miklum árangri og ánægju meðal skjólstæðinganna (Anderson og Karlberg, 2000; Colmorton o.fl., 2004; Hedman o.fl., 2007; Stuart og Weinrich, 2001). Í grein, sem Leutz birti 2005, leggur hann mikla áherslu á eina þjónustugátt, þ.e. að skjólstæðingurinn þurfi einungis að leita á einn stað og þar sé honum útveguð sú þjónusta sem hann þarf.

Ein þjónustugátt er líka eitt aðaleinkenni samþættingarverkefnanna vestanhafs (Hébert o.fl., 2008b; Kodner og Kyriacou, 2000; Kodner, 2006). Samkvæmt rannsókn Hébert o.fl. (2008a) var ein þjónustugátt einn af mikilvægari þáttunum í samþættingunni í PRISMA-módelinu og það ásamt þjónustustjóranum var talinn stór þáttur í hversu vel tókst til við að samþætta þjónustuna.

Þjónustuáætlun

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

Matstæki

Pegar meta á þörf einstaklinga fyrir þjónustu er nauðsynlegt að hafa til þess áreiðanlegt og réttmætt matstæki. Mörg og mismunandi mælitæki hafa verið notuð og jafnvel hefur sami einstaklingur verið metinn af mismunandi fagaðilum með ólíkum matsaðferðum. Það virðist vera samdóma álit þeirra sem fjalla um samþætta þjónustu að það sé mikilvægt að útbúa og nota mælitæki sem tekur á öllum þeim þáttum sem snúa að þörfum einstaklingsins og þannig verði auðveldara að setja upp árangursríka og samfellda þjónustuáætlun (Alaszewski o.fl., 2004; Leichsenring, 2004b; Somme o.fl., 2007). Dæmi um slík tæki eru ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin setti fram árið 2001 og tengist ICD-10 greiningum (Stineman o.fl., 2005). Í Kanada er notkun SMAF-matstækisins (Functional Autonomy Measures System) útbreidd, m.a. er kerfið notað í PRISMA-módelinu, en nú virðist áhuginn þar hafa beinst að RAI-Home Care-matstækinu sem Íslendingar þekkja vel. RAI hefur verið

þýtt á íslensku sem raunverulegur aðbúnaður íbúa og eru mörg matstæki í RAI-fjölskyldunni eins og Pálmi V. Jónsson (2003) kallaði hana. Þróun á RAI-matstækinu fyrir hjúkrunarheimili hófst í Bandaríkjunum 1986 en síðan þá hafa verið settar fram útgáfur fyrir ólík svið velferðarþjónustu. Samkvæmt reglugerð er skylda að meta alla íbúa á hjúkrunarheimilum á Íslandi með þessu mælitæki. Árið 1996 kom útgáfa af RAI sem ætluð var til notkunar í heimaþjónustu RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home Care) og metur það bæði þörf fyrir heilbrigðis- og félagsþjónustu einstaklinga. RAI-HC-mælitækið gefur að auki vísbendingar um umfang, áherslur og gæði veittrar þjónustu. Innleiðing á RAI-Home Care hefur verið í gangi hjá heimaþjónustu Reykjavíkur og samkvæmt áherslum heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra frá 2006 verður unnið að því að innleiða það um allt land (Pálmi Jónsson, 2003; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006; Somme o.fl., 2007).

Sameiginlegt upplýsingaforrit – skráning

Til að tryggja samfellu í umönnun skjólstæðingsins og auðvelda öll samskipti milli aðila innan teymisins er nauðsynlegt að koma á einhvers konar upplýsingaforriti á tölvutæku formi þar sem allir umönnunaraðilar geta séð nýjustu upplýsingar um skjólstæðinginn og sett inn sínar athugasemdir, breytingar á meðferð og áætlun. Þetta getur sparað tíma og komið í veg fyrir tvíverknað (Alaszewski o.fl., 2004; Hébert o.fl., 2003b). Nokkur slík forrit hafa verið búin til fyrir samþætta þjónustu víða um lönd, svo sem SIGG (System d'information géronto-gériatrique) í PRISMA-samþættingarmódelinu (Hébert o.fl., 2003b) og ESAP (Electronic Single Assessment Process, an integrated health and social care information system for older people) sem yfirvöld í Bretlandi stóðu að (Mouratidis o.fl., 2003; Wilson o.fl., 2007). Við samningu á svona upplýsinga- og skráningarforritum er auðvitað nauðsynlegt að tryggja persónuvernd og trúnað við sjúklinginn.

Teymisvinna

Teymisvinna er grunnurinn að öllum samþættingarmódelum. Misjafnt er eftir verkefnum hverjir mynda teymið. Í PACE-verkefninu var mikið lagt upp úr því að hafa alla starfsmenn með í teyminu sem að skjólstæðingnum komu, hvort sem það var hjúkrunarfræðingur eða bílstjóri (Mukamel o.fl., 2006). Algengast er að í teymunum sé hjúkrunarfræðingur, félagsráðgjafi, læknir og sjúkraliði eða félagsliði.

Sameiginlegt húsnæði

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

UMRÆÐA

Rætt verður um niðurstöður þessarar samantektar aðallega með hliðsjón af stöðu samþættingar á Íslandi. Í þeim ritverkum,

sem tekin voru til greiningar, kom fram mikill samhljómur um markmið samþættingar. Helstu markmið voru að gefa öldruðum kost á að eyða ævikvöldinu á eigin heimili með þjónustu sem er samfelld og vönduð. Þörfin fyrir þjónustu kemur oft skyndilega í kjölfar veikinda eða við útskrift af sjúkrahúsi eftir einhvers konar áfall eða veikindi. Algengt er að hinn aldraði eða aðstandendur hans vita ekki hvert á að leita. Við þessar aðstæður er vel skipulögð og aðgengileg þjónusta, sem sinnir þörfum fjölskyldunnar, oft úrslitaatriðið um hvort einstaklingurinn getur útskrifast heim og hvort hann getur dvalist heima.

Af sameiginlegum einkennum árangursríkra samþættingarverkefna var talið mikilvægast að til staðar væri ein þjónustugátt sem lyti þjónustustjórn, stýrðri af þjónustustjóra. Þar sem samþætting hefur ekki átt sér stað er hins vegar venjan að sótt sé um heimahjúkrun á einum stað, félagslega heimaþjónustu á öðrum og að leitað sé til læknis á þeim þriðja. Ef skjólstæðingurinn óskar eftir heimsendum mat þarf jafnvel að sækja um það á fjórða staðnum og svo framvegis. Með samþættingu er leitast við að einfalda kerfið, gera alla þjónustu sýnilega og bregðast fljótt við svo skjólstæðingurinn fái þá þjónustu sem hann þarf (Leichsenring, 2004b; Leichsenring o.fl., 2005). Það gefur því auga leið að ein þjónustugátt og góð stýring þjónustunnar auðveldar aðgang hins aldraða að allri þjónustu og er eitt af þeim atriðum sem auðveldast er að hrinda í framkvæmd. Teymisvinna er annað mikilvægt atriði í samþættingarverkefnum en mismunandi var eftir verkefnum hvernig teymin voru uppbyggð. Í PACE-módelinu var lögð áhersla á að bæði fagfólk og ófaglærðir störfuðu saman í teymi. Þrátt fyrir að það geti verið flóknara að starfa og halda utan um þess konar teymi telja stjórnendur að það skili sér í betri þjónustu (Mukamel o.fl., 2006).

Ofangreindar niðurstöður eru mikilvægar og geta verið hjálplegar til að meta árangur samþættingar á Íslandi. Hérland stjórnvöld hafa unnið að samþættingu heilbrigðis- og félagsþjónustu frá því á síðari hluta tuttugustu aldar, þó það hafi verið vissum erfiðleikum bundið þar sem heimahjúkrun fellur lagalega undir ríkið en félagsleg heimaþjónusta er á ábyrgð sveitarfélaganna (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999). Þessir málaflókkar heyrðu lengst af undir sitt ráðuneytið hvor. Með sameiningu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og félagsmálaráðuneytis í velferðarráðuneyti sköpuðust betri forsendur til að auka samstarf og samþættingu í öldrunarþjónustu (Lára Björnsdóttir, 2006). Um tíma voru Akureyri og Höfn reynslusveitarfélög á sviði öldrunarmála þar sem ábyrgð á heimahjúkrun aldraða fluttist til sveitarfélaganna. Þó að árangur þeirra verkefna sé ekki talinn ótvíræður voru ýmsar vísbendingar um jákvæð áhrif þessa (Guðrún Björk Reykdal, 2010).

Í janúar árið 2009 var gerður þjónustusamningur til þriggja ára milli heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og velferðarsviðs Reykjavíkurborgar um að starfsemi heimahjúkrunar í Reykjavík flyttist til borgarinnar (Berglind Magnúsdóttir, 2006; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2009). Samningurinn var endurnýjaður árið 2012. Þá var kvöld- og helgarþjónusta heimahjúkrunar og

félagsþjónustunnar fullsambætt sem og þjónustan á einni þjónustumiðstöð og áform voru um að ljúka samþættingu að fullu innan tíðar (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2012). Það verkefni hefur leitt til þess að hjá heimaþjónustu Reykjavíkur er nú ein þjónustugátt fyrir fjölbreytta þjónustu sem stendur einstaklingum, sem búa á heimilum sínum, til boða. Þjónustustjórnun á sér stað í gegnum móttökuteymi (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2009). Teymisstjórar heimahjúkrunar sjá um að framkvæma fyrsta mat á sjúklingi sem síðan er sinnt af sjúkraliðum og hjúkrunarfræðingum sem starfa saman í teymi. Á margan hátt starfa teymisstjórnir eins og þjónustustjórar þó að starfssvið teymisstjórnanna sé umfangsmeira (Kristín Björnsdóttir, 2011). Í rannsókn á starfsháttum í heimahjúkrun hjá heimaþjónustu Reykjavíkur kom fram að innra starf einkenndist af ríki samvinnu og upplýsingastreymi bæði innan hjúkrunarteyma og milli heilbrigðis- og félagsþjónustu. Hins vegar var samstarf við lækna í sumum tilvikum flókið þar sem erfitt var að ná sambandi við þá og margir aðilar tóku þátt í læknisfræðilegri meðferð sjúklinga (Kristín Björnsdóttir, 2011). Því gat verið erfitt að tryggja heildstæða þjónustu og bregðast við breytingum á liðan við þessar aðstæður.

Í verkefni heimaþjónustu Reykjavíkur hafa komið fram ýmsar hindranir fyrir fullri samþættingu. Má þar nefna takmarkanir á rafrænum samskiptum milli heimaþjónustunnar og Landspítala og ósamræmd tölvukerfi, annars vegar Sögukerfið og hins vegar upplýsingakerfi velferðarsviðs Reykjavíkur (Heimaþjónusta Reykjavíkur, 2010, 2011). Hér á landi hefur átt sér stað heilmikil þróunarvinna við útfærslu á rafrænni skráningu í heilbrigðisþjónustunni en sameiginlegur hugbúnaður og aðgangur er mikilvæg forsenda samþættingar. Sú vinna hefur ekki verið tengd öðrum sviðum velferðarþjónustu, eins og félagsþjónustunni, og því er hætt við að fram komi erfiðleikar vegna ólíkra rafrænna upplýsingakerfa í framtíðinni. Annað mikilvægt atriði, sem hefur háð samþættingu, eru ólíkar aðferðir við gjalddöku þar sem greitt er fyrir félagsþjónustu en ekki fyrir heimahjúkrun. Tekist hefur verið á við það vandamál með því að fella niður gjald fyrir félagsþjónustu hjá sjúklingum sem þarfnast heilbrigðisþjónustu heima.

Aðstæður á hverjum stað eru ólíkar og áriðandi er að taka mið af þeim er ákvarðanir eru teknar um útfærslu samþættrar þjónustu (Kodner, 2009; Stewart o.fl., 2003). Þetta kom skýrt fram í nýlegri fræðilegri samantekt á samþættingarverkefnum á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu fyrir aldraða (Williams o.fl., 2009). Þar kom fram að margt hefur áhrif á möguleika til árangurs, svo sem fjármagn, stjórnskipulag, úrræði í sveitarfélaginu, skipulag þjónustunnar, hlutverk og hugmyndir fagfólks en ekki síður hugmyndir og gildi í samfélaginu, uppbygging fjölskyldna, aðbúnaður aldraðra og margt fleira. Þar kom einnig fram að tíminn skiptir miklu máli. Umfangsmiklar breytingar á þjónustu við aldraða, þar sem samþætt þjónusta var markmiðið, var nokkurn tíma að festast í sessi og skila tilætluðum árangri (Williams o.fl., 2009).

Það er ýmislegt sem hafa þarf í huga þegar sameina á þjónustu úr mismunandi kerfum eins og heilbrigðis- og félagsþjónustu.

Í því sambandi hefur meðal annars oft verið bent á að saga heilbrigðisþjónustunnar er mun lengri og á sér sterkari hefðir en saga félagsþjónustunnar. Innan heilbrigðiskerfisins er menntun starfsfólks meiri og almennari og þar er mun sterkari alþjóðleg rannsóknarhefð. Því er áriðandi að taka mið af þessum ólíku hefðum við samþættingu til að bæði kerfin fái að njóta sín og að annað kerfið gleypi ekki hitt (Lára Björnsdóttir, 2006; Leichsenring, 2004a).

En hvað getur þessi samantekt kennt okkur? Eins og fram kom í fræðilegu umfjölluninni hefur samþætting á heilbrigðis- og félagsþjónustu rutt sér til rúms á Íslandi síðastliðin ár og er sú vinna langt komin á höfuðborgarsvæðinu. Á Ísafirði, sem var tilefni þess að vinna við þessa grein hófst, hafði lítil samvinna verið á milli þjónustukerfa. Þó skal þess getið að stjórn heimaþjónustunnar fluttist í sama húsnaði og heimahjúkrunin árið 2011. Áhugavert verður að vita hvort það mun auka samvinnu á milli kerfanna. Leiða má að því líkum að aðstæður í litlum samfélögum eins og á Ísafirði séu góðar til að samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í lítilli rýnihóparannsókn, gerðri vorið 2010, þar sem viðmælendur voru það fólk sem stendur fremst í þessum málaflokkum á Ísafirði, kom bersýnilega í ljós mikill vilji til að samþætta þessa þjónustu. Mikill hugur var hjá viðmælendum til að vinna vel saman að aukinni samþættingu þannig að aldraðir í Ísafjarðarbæ fengju góða heilbrigðis- og félagsþjónustu (Hildur Elisabet Pétursdóttir, 2010).

Takmörkun verkefnis

Í þessu verkefni var byggt á hugmyndafræði Leutz (1999) um stig samþættingar og mótaði það niðurstöðurnar á tiltekinn hátt. Valið var að taka aðallega mið af samþættingarverkefnum á stigi 2 og 3 í umfjöllun um árangursrík verkefni. Mörgum litlum samvinnuverkefnum á stigi 1 hefur verið lýst þar sem aukinni samvinnu milli ákveðinna þátta í kerfunum er komið á. Þessum verkefnum var hins vegar lítil gaumur gefinn hér enda var áherslan á þætti sem tengjast flutningi málaflokksins yfir til sveitarfélaganna og þá eru samþættingarverkefni á stigi 2 og 3 líkari því sem koma skal. Annað atriði, sem ekki var gert að umræðuefni, er sú staðreynd að í mörgum löndum hefur orðið algengara að einkafyrirtæki reki ákveðna þætti þessarar þjónustu. Slíkt fyrirkomulag getur aukið á erfiðleika við samþættingu þar sem kerfin verða sundurlausari og samvinna milli þeirra er oft erfið af fjárhagsástæðum. Þessi þróun hefur einnig átt sér stað hér á landi og því er nauðsynlegt að skoða áhrif hennar í frekari rannsóknunum.

Ályktun

Áherslu heilbrigðisyrirvalda á samþættingu ólíkra þjónustueininga á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu má rekja til fjölgunar einstaklinga sem búa við flókin og langvinn heilsufarsvandamál í samfélaginu. Samþættingu er ætlað að samhæfa hina fjölbreyttu starfsemi sem miðar að því að hjálpa þessum einstaklingum til að búa á heimilum sínum við sem best lífsskilyrði. Af þessari samantekt má ráða að árangursrík samþætting miði að því að einfalda aðgang einstaklinga að þjónustu og efla samvinnu starfshópa, meðal annars með teymisvinnu. Greið samskipti og miðlun upplýsinga

eru lykilatriði. Íslensk stjórnvöld hafa leitað leiða til að efla samþættingu hér á landi og þrátt fyrir að enn sé mikið verk óunnið hefur þegar náðst verulegur árangur.

Heimildir

- Alaszewski, A., Billings, J., og Coxon, K. (2004). Integrated health and social care for older persons: Theoretical and conceptual issues. Í K. Leichsenring og A. M. Alaszewski (ritstj.), *Providing integrated health and social care for older persons* (bls. 53-94). Vínarborg: Ashgate.
- Anderson, G., og Karlberg, I. (2000). Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 1. Sótt 11. september 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/7/14>.
- Berglind Magnúsdóttir (2006). *Samþætting heimaþjónustu í Reykjavík – febrúar 2004 til febrúar 2006*. Reykjavík: Reykjavíkurborg og Heilsgæslan – Miðstöð heimahjúkrunar.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., o.fl. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *British Medical Journal*, 316, 1348-1351.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A-P., og Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology*, 61A (4), 367-373.
- Billings, J.R., Alaszewski, A.M., og Coxon, K. (2004). Towards integrated health and social care for older people. A European review. *Journal of Integrated Care*, 12 (1), 3-8.
- Billings, J., og Malin, M. (2005). Definitions of integrated care from the stakeholder perspective. Í J. Billings og K. Leichsenring (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls. 51-78). Vínarborg: Ashgate.
- Bravo, G., Raiche, M., Dubois, M-F., og Hébert, R. (2008). Assessing the impact of integrated delivery systems: Practical advice from three experiments conducted in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16 (4), 9-18.
- Colmorton, E., Clausen, T., og Bengtsson, S. (2004). Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. Í K. Leichsenring og A.M. Alaszewski (ritstj.), *Providing integrated health and social care for older persons* (bls. 139-179). Vínarborg: Ashgate.
- Fischer, L.R., Green, C.A., Goodman, M.J., Brody, K.K., Aickin, M., Wei, F., o.fl. (2003). Community-based care and risk of nursing home placement. *Medical Care*, 41 (12), 1407-1416.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65, 139-151.
- Gross, D.L., Temkin-Greener, H., Kunitz, S., og Mukamel, D.B. (2004). The growing pains of integrated health care for the elderly: Lessons from the expansion of PACE. *The Milbank Quarterly*, 82 (2), 257-282.
- Guðrún Björk Reykdal (2010). *Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu. Heimaþjónusta við aldraða*. Óbirt MA-ritgerð. Reykjavík: Félagsráðgjöf, Félagsvísindasvið Háskóla Íslands.
- Hagstofa Íslands (2010). *Hagtdíni*. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Hedman, N.O., Johansson, R., og Rosenqvist, U. (2007). Clustering and inertia. Structural integration of home care in Swedish elderly care. *International Journal of Integrated Care*, 7. Sótt 6. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/199/397>.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2003). *Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2006). *Ný sýn – nýjar áherslur. Áherslur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra í öldrunarmálum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Heimaþjónusta Reykjavíkur (2009). Ársskýrsla. Reykjavík: Heimaþjónusta Reykjavíkur.
- Heimaþjónusta Reykjavíkur (2010). Ársskýrsla. Reykjavík: Heimaþjónusta Reykjavíkur.
- Heimaþjónusta Reykjavíkur (2011). Ársskýrsla. Reykjavík: Heimaþjónusta Reykjavíkur.
- Hébert, R., Dubois, M-F., Raiche, M., og Dubuc, N. (2008a). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: Preliminary report on methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care*, 8. Sótt 13. nóvember 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/229/457>.
- Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., og Tourigny, A. (2003a). PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3. Sótt 28. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/73/146>.
- Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., og Tourigny, A. (2003b). Frail elderly patients. *New Model for Integrated Service Delivery*, 49, 992-997.
- Hébert, R., og Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 12. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/106/212>.
- Hébert, R., Raiche, M., Dubois, M-F., Gueye, N.R., Dubuc, N., og Tousignant, M. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Québec (Canada): A quasi-experimental study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (1), 107-118.
- Hébert, R., Veil, A., Raiche, M., Dubois, M-F., Dubuc, N., og Tousignant, M. (2008b). Evaluation of the implementation of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16 (6), 4-14.
- Hildur Elísabet Pétursdóttir (2010). *Samþætting á þjónustu við aldraða í Ísafjarðarbæ*. Óbirt námsverkefni. Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Hildur Elísabet Pétursdóttir (2011). *Samþætt heilbrigðis- og félagsþjónusta fyrir aldraða. Fræðileg samantekt*. Óbirt MS-ritgerð. Reykjavík: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Hlíf Guðmundsdóttir (2008). Þjónusta við aldraða sem búa á eigin heimilum. Í Margrét Gústafsdóttir (ritstj.), *Hjúkrunarheimili: Leiðbeiningar og fróðleikur fyrir fjölskyldur á tímamótum*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Johri, M., Beland, F., og Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 222-235.
- Kane, R.L., Homyak, P., og Bershadsky, B. (2002a). Consumer reactions to the Wisconsin Partnership Program and its parent, the Program for All-inclusive Care of the Elderly (PACE). *The Gerontologist*, 42 (3), 314-320.
- Kane, R.L., Homyak, P., Bershadsky, B., og Flood, S. (2006). The effects of a variant of the Program for All-inclusive Care of the Elderly on hospital utilization and outcomes. *Journal of the American Geriatric Society*, 54 (2), 276-283.
- Kane, R.L., Homyak, P., Bershadsky, B., og Lum, Y-S. (2002b). Consumer responses to the Wisconsin Partnership Program for elderly persons: A variation on the PACE model. *The Journals of Gerontology*, 57A (4), M250-258.
- Kodner, D.L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14 (4), 307-313.
- Kodner, D.L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnership for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14 (5), 384-390.
- Kodner, D. (2009). All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, 6-15.
- Kodner, D.L., og Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1. Sótt 28. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/11/22>.
- Kodner, D.L., og Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2. Sótt 28. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/67/134>.
- Kristín Björnsdóttir (2011). Samvinna í heimaþjónustu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87 (4), 23-27.
- Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S., o.fl. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 968-970.
- Lára Björnsdóttir (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstj.), *Heilbrigði og heildarsýn. Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 49-61). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Leichsenring, K. (2004a). Providing integrated health and social care for older persons: A European overview. Í K. Leichsenring og A. M. Alaszewski (ritstj.), *Providing integrated health and social care for older persons* (bls. 9-52). Vínarborg: Ashgate.
- Leichsenring, K. (2004b). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 12. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/107/214>.

- Leichsenring, K., Roth, G., Wolf, M., og Sissouras, A. (2005). Moments of truth: An overview of pathways to integration and better quality in long-term care. Í J. Billings og K. Leichsenring (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls. 13-38). Vínarborg: Ashgate.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77 (1), 77-110.
- Leutz, W. (2005). Reflections on integrating medical and social care: Five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13 (5), 3-12.
- Leutz, W., Ford, T., Leung, M., Mueller, M., Nonnenkamp, L., og Newcomer, R. (2003). Medicare managed care and frail elders: Lessons from Social HMOs. *Care Management Journal*, 4 (3), 161-169.
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- MacAdam, M. (2008). *Framework og integrated care for the elderly. A systematic review*. Ontario: CPRN Canadian Policy Research Network.
- MacAdam, M. (2009). *Moving toward health service integration: Provincial progress in system change for seniors*. Ontario: CPRN Canadian Policy Research Network.
- Mancuso, D., Yamashiro, G., og Felver, B. (2005). *PACE an Evaluation*. Washington: Washington State Department of Social and Health Services Research & Data Analysis Division.
- Mouratidis, H., Manson, G., og Philp, I. (2003). Analysis and design of the ESAP. An integrated health and social care information system. *Health Informatics Journal*, 9 (2), 89-92.
- Mukamel, D.B., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Peterson, D.R., Gross, D., Kunitz, S., og Williams, F. (2006). Team performance and risk-adjusted health outcomes in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Gerontologist*, 46 (2), 227-237.
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., og Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: Managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65, 227-241.
- Nesti, G., Alba, N., og Bengtsson, S. (2005). Key innovations in integrated health and social care models: Instrument and methods. Í J. Billings og K. Leichsenring (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls. 143-164). Vínarborg: Ashgate.
- Nies, H. (2004). *A European research agenda on integrated care for older people*. Dublin: European Health Management Association.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnership in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14 (5), 391-399.
- Pálmi V. Jónsson (2003). RAI fjölskyldan á Íslandi. *Öldrun*, 21 (1), 4-8.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir (2010). Hver veitir eldra fólki aðstoð? Eldri borgarar, aðstandendur og opinberir þjónustuaðilar. Í Halldór S. Guðmundsson (ritstj.), *Þjóðarspejillinn 2010* (bls. 60-68). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F., og Saint-Jean, O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: Qualitative analysis in the Québec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7. Sótt 12. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/215/429>.
- Stein, K.V., og Rieder, A. (2009). Integrated care at the crossroads – defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9. Sótt 28. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/315/629>.
- Stewart, A., Petch, A., og Curtice, L. (2003). Moving towards integrated working in health and social care in Scotland. From maze to matrix. *Journal of Interprofessional Care*, 17 (4), 335-350.
- Stineman, M.G., Ross, R.N., og Maislin, G. (2005). Functional status measures for integrating medical and social care. *International Journal of Integrated Care*, 5. Sótt 28. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/141/281>.
- Strümpel, C., Anderson, S., og Teperoglou, E. (2005). Workings towards integrated care: Working conditions. Í J. Billings og K. Leichsenring (ritstj.), *Integrating health and social care services for older persons* (bls. 215-243). Vínarborg: Ashgate.
- Stuart, M., og Weinrich, M. (2001). Home- and community-based long-term care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist*, 41 (4), 474-480.
- Thomas, K.E., Gassoumis, Z.D., og Wilber, K.H. (2010). Conversion diversion: Participation in a Social HMO reduces the likelihood of converting from short-stay to long-stay nursing facility placement. *Journal of American Medical Directors Association*, 11, 333-337.
- Tourigny, A., Durand, P.J., Bonin, L., Hébert, R., og Rochette, L. (2004). Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23 (3), 231-246.
- Velferðarráðuneytið (2008). *Stefna í málefnum aldraðra til næstu ára*. Sótt á http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/malefni_aldradra/Almennt/nr/4417.
- Velferðarsvið Reykjavíkurborgar (2009). *Ársskýrsla Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar*. Reykjavík: Reykjavíkurborg.
- Velferðarsvið Reykjavíkurborgar (2012). *Ársskýrsla Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar*. Reykjavík: Reykjavíkurborg.
- Vondeling, H. (2004). Economic evaluation of integrated care: An introduction. *International Journal of Integrated Care*, 4. Sótt 12. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/95/190>.
- Wagner, L. (2006). Two decades of integrated health care in Denmark. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 22, 13-20.
- Weiner, K., Hughes, J., Challis, D., og Pedersen, I. (2003). Integrating health and social care at the micro level: Health care professionals as care managers for older people. *Social Policy & Administration*, 37 (5), 498-515.
- Wieland, D., Lamb, V.L., Sutton, S.R., Boland, R., Clark, M., Friedman, S., Brummel-Smith, K., og Eleazer, P. (2000). Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Rates, concomitants and predictors. *Journal of the American Geriatric Society*, 48, 1373-1380.
- Williams, A.P., Deber, R., Lum, J., Montgomery, R., Kulski, K., Morton-Chang, F., o. fl.. (2009). *Mapping the state of the art: Integrating care for vulnerable older populations*. Kanada: Canadian Research Network for Care in the Community report (CRNCC).
- Wilson, R., Baines, S., Cornford, J., og Martin, M. (2007). 'Trying to do a jigsaw without the picture on the box': Understanding the challenges of care integration in the context of single assessment for the older people in England. *International Journal of Integrated Care*, 7. Sótt 12. október 2010 á <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/186/371>.
- Örn og Örlýgur (1984). *Ensk-íslensk orðabók með alfræðilegu ívafi*. Reykjavík: Örn og Örlýgur.