

Notkun interRAI-upphafsmats til að meta þjónustubörf og forgangsraða þjónustu í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu

Útdráttur

Bakgrunnur: Mikil fjölgun í hópi þeirra sem vilja búa í sjálfstæðri búsetu þrátt fyrir versnandi heilsufar og óska eftir þjónustu heimahjúkrunar gefur tilefni til þess að skoða kosti þess að nota samræmt matstæki, eins og interRAI-matstækið (Resident Assessment Instrument) sem metur heilsufar, færni og þjónustubörf þjónustubega.

Tilgangur: Að skoða heilsufar, færni og þjónustubörf einstaklinga sem njóta þjónustu heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki samkvæmt upplýsingum úr interRAI-HC upphafsmati og MAPLe-reikniritinu sem forgangsraðar einstaklingum í þjónustuflokka eftir upplýsingum úr matinu. Jafnframt að bera saman niðurstöður og skoða muninn á þeim og athuga hvort gagnlegt er fyrir heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu að nota slíkt matstæki.

Aðferð: Rannsóknin var megindleg afturskyggn lýsandi samannburðarrannsókn. Úrtakið var 60 skjólstæðingar heimahjúkrunar á Akranesi og 42 skjólstæðingar á Sauðárkróki.

Niðurstöður: Meðalaldur skjólstæðinga heimahjúkrunar á Akranesi var 79,4 ár en 83,4 ár á Sauðárkróki. Aldursflokkurinn 81–90 ára var fjölmennastur, 43,3% á Akranesi og á Sauðárkróki 48,8%. Fleiri skjólstæðingar á Akranesi fundu til einmanaleika, höfðu dregið úr þátttöku í félagsstarfi og höfðu orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga en skjólstæðingar á Sauðárkróki. Einvera yfir daginn og skerðing á skammtímaminni hjá skjólstæðingum var sambærileg á Akranesi og á Sauðárkróki. Um helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum var með mæði eða öndunarerfiðleika og meirihluti skjólstæðinga á báðum stöðum fann til þreytu, eða í um 90% tilvika. Um þriðjungur skjólstæðinga á báðum stöðum hafði hlotið byltur síðustu 90 daga. Fleiri þurftu aðstoð við lyfjatöku á Sauðárkróki en á Akranesi. Ekki var marktækur munur á dreifingu í MAPLe-flokka og þjónustubörf á

Akranesi og á Sauðárkróki. Skjólstæðingar á Sauðárkróki fengu ekki kvöldþjónustu frá heimahjúkrun og hvorki kvöld- né helgarþjónustu frá félagslegri heimaþjónustu en slík þjónusta var veitt á Akranesi.

Ályktanir: Niðurstöður gefa til kynna að interRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkarnir geti nýst bæði heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu til að meta stöðu og þjónustubörf skjólstæðinga þeirra og þar með veita þjónustu við hæfi og forgangsraða þjónustu til þeirra sem mest þurfa á henni að halda.

Lykilorð: Aldraðir, félagsleg heimaþjónusta, heimahjúkrun, interRAI-HC, MAPLe, upphafsmat.

Inngangur

Áætlað er að veruleg fjölgun verði á fólki í aldurshópnum 65 ára og eldri til ársins 2065 á Íslandi eða frá því að vera 47.581 árið 2016 yfir í að vera 114.269 manns. Ef þetta gengur eftir er fjölgunin í þessum aldurshóp meira en 100% (Hagstofa Íslands 2016). Heimahjúkrun sinnir öllum aldurshópum en aldraðir eru stærsti hópurinn og m.t.t. mannfjöldaspárinnar þarf að horfa til framtíðar með umfang og gæði þjónustunnar í huga (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Einnig lifa aldraðir lengur með fjölþætta langvinna sjúkdóma en áður, margir eru með minnkaða færni og þarfnast umönnunar frekar en lækningar og mun það valda auknu álagi á heilbrigðiskerfið, félagslega þjónustu og aðstandendur (Hooyman og Kiyak, 2011). Þegar þörf fyrir þjónustu eykst er mikilvægt að hafa yfirsýn yfir þarfir skjólstæðinga og veitta þjónustu með góðri skráningu upplýsinga en vísbendingar eru um að hana þurfi að bæta í heimahjúkrun og félagslegri þjónustu (Ríkisendurskoðun, 2005). Heimaþjónustan þarf að leggja áherslu á þá sem hafa

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: interRAI-HC-upphafsmat er nýleg stytting á interRAI-HC-mati sem útbúið er fyrir heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu.

Hagnýting: Rannsóknin sýndi að interRAI-HC-upphafsmatið, sem meðal annars inniheldur MAPLe-reikniritið, gefur góða mynd af heilsufari og þjónustubörf skjólstæðinga í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu.

Þekking: Leggja þarf áherslu á samræmda skráningu upplýsinga hjá heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu svo að góð mynd fái af þjónustubörf skjólstæðinganna.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: InterRAI-HC-upphafsmat er fljótlegt og auðvelt í notkun og niðurstöður fást strax en slíkt er mikilvægt til að gera þjónustuna sem markvissasta fyrir skjólstæðinga heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu.

þörf fyrir aukna þjónustu vegna minnkaðrar getu og sjálfstæðis. Þessa þjónustu er hægt að veita fólki heima með litlum kostnaði ef heilbrigðis- og félagsþjónusta við hæfi er í boði alla daga og allan sólarhringinn (Williams o.fl., 2009).

Heimahjúkrun og félagsleg heimþjónusta gegna mikilvægu hlutverki í heilbrigðiskerfinu en ljóst er að með aukinni þörf er mikilvægt að þjónusta sé veitt í samræmi við þörf og að stuðst sé við viðmið til að úthluta takmarkaðri heimþjónustu svo hún verði sem áhrifaríkust (Hirdes o.fl., 2008). Það er því mikilvægt að hafa tæki sem metur þjónustubörf og hjálpar við að finna þá sem þurfa heilsufars síns vegna að fá mikla þjónustu. Matstæki, sem styður slíka greiningu, er interRAI-HC-matstækið (e. interRAI-Home Care) ásamt tilheyrandi MAPLe-reikniriti (e. Method for Assigning Priority Levels).

Í interRAI-HC-mati eru 36 breytur þar sem skráðar eru upplýsingar um líkamlegt og andlegt heilsufar, færni og félagslegt umhverfi einstaklingsins og nýtist það við að gera áætlanir og skipuleggja heimþjónustu, hvort sem hún er frá heimahjúkrun eða frá félagslegri heimþjónustu. MAPLe-reikniritið sem notar upplýsingar úr 36 breytum í interRAI-HC-matinu er notað til að raða einstaklingum í flokka eftir þjónustubörf og var útbúið til að styðja ákvarðanir fagfólks um þjónustu til einstaklinga (Hirdes o.fl., 2008).

Árið 2013 var byrjað að nota interRAI-HC-upphafsmat, sem er stytt útgáfa matstækisins (inniheldur 80 breytur þar af þær 36 breytur sem MAPLe-reikniritið þarfnast), ásamt MAPLe-reikniritinu í tengslum við verkefni á vegum Velferðarráðuneytisins (Ingibjörg Hjaltadóttir, 2014). Þátttakendur í verkefninu voru nokkrar heilbrigðisstofnanir á landinu, þar á meðal á Sauðárkróki, og ári síðar var byrjað að nota matstækið á Akranesi. Markmið þess verkefnis var m.a. að kanna notagildi stytt matstækis, þ.e. 80 atriða úr interRAI-HC og reikniritsins MAPLe við að ákvarða og velja hentug þjónustuúrræði fyrir einstaklinga sem þarfnast heimþjónustu. Niðurstöður verkefnisins gáfu til kynna að MAPLe-flokkarnir gæfu rök fyrir ákvörðun um þjónustu, mætu alla einstaklinga jafnt og gætu aukið á samræmi í þjónustu milli landshluta (Ingibjörg Hjaltadóttir, 2014).

Þegar byrjað er að nota nýtt matstæki, eins og interRAI-HC-upphafsmatið, er mikilvægt að skoða hvernig það reynist. Einnig er mikilvægt við skipulagningu þjónustu að þekkja heilsufar, færni og þjónustubarfir skjólstæðinganna og kanna hvort verið er að veita þjónustu í samræmi við þær þarfir. Kerfisbundið mat á þjónustubörfum einstaklinga, sem þiggja heimþjónustu, og samanburð á milli sveitarfélaga hefur skort á Íslandi.

Markmið rannsóknarinnar var að skoða heilsufar, færni og þjónustubörf einstaklinga sem njóta þjónustu heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki samkvæmt upplýsingum úr interRAI-HC-upphafsmati og MAPLe-reikniritinu sem forgangsraðar einstaklingum í þjónustuflokka eftir upplýsingum úr matinu. Jafnframt var ætlunin að bera saman niðurstöður og skoða muninn á þeim og athuga hvort gagnlegt er fyrir heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu að nota slíkt matstæki.

Aðferð

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var megindleg afturskyggn lýsandi samanburðar-rannsókn þar sem interRAI-HC-upphafsmat og MAPLe-reikniritið var notað til að meta heilsufar, færni og þjónustubarfir hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki.

Úrtak

Rannsóknarúrtakið voru allir þeir einstaklingar sem nutu heimahjúkrunar í janúar og febrúar 2014 á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi (n=60) og í maí og júní 2013 á Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki (n=42).

Matstæki

Matstækið sem notað var í rannsókninni er interRAI-HC-upphafsmat sem er stytt útgáfa matstækisins interRAI-HC (inniheldur 80 breytur, þar af þær 36 breytur sem MAPLe-reikniritið þarfnast). Einnig var notað reikniritið Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) sem forgangsraðar einstaklingum í fimm þjónustuflokka eftir upplýsingum úr interRAI-HC-mati. MAPLe-reikniritið notar 36 breytur úr interRAI-HC-mati þar sem skoðuð eru spágildi fyrir langtímavistun, umönnunarþyngd og mat á aukinni þjónustubörf (Hirdes o.fl., 2008). Höfundar MAPLe-reikniritsins hafa bent á að það er áreiðanlegt stuðningstæki til að forgangsraða einstaklingum sem hafa þörf fyrir heimþjónustu eða langtímavistun og auka þannig gæði þjónustunnar og stuðning við óformlegan umönnunaraðila (Hirdes o.fl., 2008). Í töflu 1 er gerð grein fyrir einkennum og þjónustubörfum einstaklinga sem falla í MAPLe-flokkana fimm með stuttum skilgreiningum (sjá töflu 1).

Tafla 1. Skilgreining á þjónustubörf samkvæmt MAPLe-flokkunum

MAPLe 1. Lítil þörf. Sjálfstæði í ákvörðunum og góð andleg og líkamleg færni
MAPLe 2. Væg þörf. Væg færniskerðing í heimilishaldi, þarf ekki aðstoð við matseld
MAPLe 3. Meðalþörf. Skert færni í heimilishaldi, lyfjatiltekt, væg ADL-skerðing
MAPLe 4. Mikil þörf. Skert vitræn geta eða ADL-færni, kyngingarvandi, dettni
MAPLe 5. Mjög mikil þörf. Verulega skert vitræn geta og ADL-færni, hegðunarvandi

Framkvæmd

Notuð voru gögn sem starfsfólk heimahjúkrunar hafði aflað með interRAI-HC-upphafsmati annars vegar vorið 2013 á Sauðárkróki og hins vegar í byrjun árs 2014 á Akranesi, en á mynd 1 má sjá þjónustusvæði heimahjúkrunar á báðum stöðum. Enginn var útilokaður frá rannsókninni og engin íhlutun gerð. Umrædd gögn voru hluti af sjúkraskrárgögnum einstaklinga sem þáðu heimahjúkrun á þessum stöðum. Þar sem um fyrirliggjandi gögn var að ræða var ekki fengið upplýst sam-



Mynd 1. Þjónustusvæði heimahjúkrunar Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á Akranesi og Heilbrigðisstofnunar Norðurlands á Sauðárkróki.

þykki viðkomandi einstaklinga en unnið var með gögnin ópersónugreinanleg.

Siðfræði

Leyfi fyrir notkun gagnanna voru fengin hjá lækningaforstjóra og hjúkrunarforstjóra á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi og Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki, Vísindasíðanefnd (Tilv.: VSNb2014070002/03.07; viðauki 1) og Persónuvernd (Tilv.: VSN2014071038TS; viðauki 2).

Tölfræðileg úrvinnsla

Til að lýsa niðurstöðum er notuð bæði lýsandi og ályktandi tölfræði. Lýsandi niðurstöður eru sýndar í súluriti og töflum sem sýna tíðni og dreifingu. MAPLe-reikniritið er notað til að reikna út þjónustupörf einstaklinga og þá þjónustu sem þeir þáðu þegar matið var gert. Til að skoða tengsl milli breyta eru notuð t-próf fyrir jafnbilabreytur og stikalaus próf (non parametric) fyrir raðbreytur og nafnbreytur. Samanburður á nafnbreytum og raðbreytum var gerður með kíкваðratprófi eða Fishers exact-prófi ef fjöldi í hópum var undir fimm í 2×2 töflum og Yates kíкваðratleiðrétting ef fjöldi í hópum var undir fimm í stærri töflum. Þegar um jafnbilabreytur var að ræða var munur á hópum mældur með t-prófi tveggja óháðra hópa. Marktektarmörk voru sett $p < 0,05$. SPSS-tölvuforritið, 19. útgáfa, var notað við tölfræðiútreikninga (Field, 2009).

Þegar aldur þátttakenda var skoðaður var eftirfarandi aldursskipting notuð: 20–50 ár, 51–60 ár, 61–70 ár, 71–80 ár, 81–90 ár, 91–100 ár og 101–110 ár. Notað var t-próf óháðra hópa til að skoða meðalaldur og sjá hvort marktækur munur væri á aldri skjólstæðinga.

Vegna þess hve fámenn rannsóknin var þá þurfti að sameina breytur (endurkóða) í þeim tilgangi að eyða tómum reitum.

Svör við breytunum um ADL-getu: persónulegt hreinlæti, böðun, hreyfing milli staða, að ganga, salernisferðir, salernisnotkun og að matast voru endurkóðuð og fækkað úr átta svarmöguleikum í þrjá: 1) sjálfbjarga, 2) aðstoð við undirbúning, eftirlit eða leiðbeiningar, 3) mikil aðstoð eins eða fleiri starfsmanna.

Svarmöguleikar við breytunni um lyfjatöku voru endurkóðuðir í: 1) sjálfbjarga, 2) takmörkuð aðstoð, 3) mikil aðstoð. Svarmöguleikar við breytunni um stjórn á þvaglátum voru endurkóðuðir í: 1) full stjórn, 2) lausheldni sjaldnar en daglega, 3) lausheldni daglega.

Niðurstöður

Ekki var munur á aldursdreifingu skjólstæðinga eða meðalaldri; meðalaldur skjólstæðinga á Akranesi var 79,4 ár en 83,4 ár á Sauðárkróki. Aldursflokkurinn 81–90 ára var fjölmennastur, 43,3% á Akranesi og á Sauðárkróki 48,8% (sjá töflu 2). Karlar voru 38,3% notenda þjónustunnar á Akranesi og 42,8% á Sauðárkróki.

Einmanaleiki og áföll

Fleiri skjólstæðingar greindu frá einmanaleika á Akranesi (48%) en á Sauðárkróki (10%), ($\chi^2(1)=16,311$, $p < 0,001$) og fleiri höfðu dregið úr félagslegri þátttöku á Akranesi (75%) en á Sauðárkróki (14%) ($\chi^2(2)=19,027$, $p < 0,001$). Á Akranesi höfðu 36% skjólstæðinga orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga en á Sauðárkróki voru það færri eða 14% ($\chi^2(1)=16,311$, $p < 0,001$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar einangrun og einveru (sjá töflu 3).

Heilsufar og færni

Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar minnissjúkdóma eða skerðingu á skammtíma-minni en 50% skjólstæðinga á Akranesi voru með vitræna skerðingu til ákvarðanatöku við daglegar athafnir og 52% skjólstæðinga á Sauðárkróki. Hins vegar þurftu færri skjólstæðingar, eða 42%, á Akranesi mikla aðstoð við lyfjatöku en á Sauðárkróki, 76% ($\chi^2(2)=13,537$, $p < 0,001$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar hæfni til að matast, mæði og þreytu (sjá töflu 4). Hvað varðar færni voru færri skjólstæðingar á Akranesi sjálfbjarga um að komast á salernið, eða 80% á móti 98% skjólstæðinga á Sauðárkróki ($\chi^2(2)=6,188$, $p < 0,045$). Einnig voru færri skjólstæðingar á Akranesi sjálfbjarga við að athafna sig á salerninu, þ.e. við sal-

Tafla 2. Samanburður á aldursdreifingu skjólstæðinga heimahjúkrunar á Akranesi ($n=60$) og á Sauðárkróki ($n=42$)

Aldur		20–60	61–70	71–80	81–90	91–100	101–110	p
Akranes	n (%)	3 (5,0)	8 (13,3)	18 (30,0)	26 (43,3)	5 (8,3)	0 (0,0)	0,616*
Sauðárkrókur	n (%)	2 (4,8)	1 (2,4)	9 (22,0)	20 (48,8)	8 (19,5)	1 (2,4)	

*Yates kíкваðratpróf

Tafla 3. Samanburður á einmanaleika, félagslegri þátttöku, áföllum síðustu 90 daga, einangrun og einveru yfir daginn hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki

Sveitarfélag		Akranesn=60	Sauðárkrókurn=42	p
Greinir frá einmanaleika	n (%)	28 (48)	4 (10)	<0,001*
Hefur dregið úr félagslegri þátttöku	n (%)	45 (75)	6 (14)	<0,001*
Hefur orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga	n (%)	21 (36)	6 (14)	<0,001*
Einangrun/einvera yfir daginn				
Einvera minna en ein klst.	n (%)	13 (22)	10 (24)	0,689*
Einvera ein til tvær klst.	n (%)	9 (15)	10 (7)	
Einvera þrjár til átta klst.	n (%)	9 (15)	7 (17)	
Einvera lengur en átta klst.	n (%)	29 (48)	22 (52)	

*Kíkvaðratpróf

ernisnotkun, eða 77% á móti 95% skjólstæðinga á Sauðárkróki ($\chi^2(2)=7,057$, $p<0,029$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar stjórn á þvagi (sjá töflu 4). Á Akranesi voru 38% skjólstæðingar sjálfbjarga með það á móti 48% skjólstæðinga á Sauðárkróki, ($\chi^2(2)=10,928$, $p<0,004$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki

hvað varðar sjálfsbjargargetu við persónulegt hreinlæti, það að klæða efri hluta líkamans og klæða neðri hlutann. Færri skjólstæðingar á Akranesi eða 70% voru sjálfbjarga við hreyfingu milli staða á móti 93% skjólstæðinga á Sauðárkróki ($\chi^2(2)=8,192$, $p<0,016$) en ekki var munur á hópunum hvað varðaði sjálfsbjargargetu við að ganga (sjá töflu 4).

Tafla 4. Samanburður á minnissjúkdómum, skerðingu á skammtímaminni, vitrænni getu og sjálfbjargargetu við almennar daglegar athafnir hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki.

Akranes			Sauðárkrókur	
Sveitarfélag	n=60	n=42	P	
Alzheimergreining	n(%)	2(3)	1(2)	1,000**
Aðrir minnissjúkdómar	n(%)	4(7)	2(5)	0,754**
Skerðing á skammtímaminni	n(%)	24(40)	18(43)	0,773*
Skerðing á vitrænni getu við ADL	n(%)	30(50)	20(52)	0,875*
Sjálfbjarga við lyfjatöku	n(%)	23(38)	9(21)	0,001*
Takmörkuð aðstoð við lyfjatöku	n(%)	12(20)	1(2)	
Mikil aðstoð við lyfjatöku	n(%)	25(42)	32(76)	
Sjálfbjarga við að matast	n(%)	56(93)	42(100)	0,659*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	3(5)	0(0)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	1(2)	0(0)	
Mæði ekki til staðar	n(%)	29(48)	20(48)	0,899*
Mæði við miðlungsáreynslu	n(%)	19(32)	17(41)	
Mæði við almenn dagleg verk	n(%)	10(17)	4(10)	
Mæði í hvíld	n(%)	2(3)	1(2)	
Engin einkenni þreytu	n(%)	8(13)	4(10)	0,757**
Lítilsháttar þreyta, lýkur verkum	n(%)	13(22)	28(67)	
Miðlungsþreyta, lýkur ekki verkum	n(%)	25(42)	8(19)	
Mikil þreyta og minnkað úthald	n(%)	9(15)	1(2)	
Engin geta við almenn dagleg verk	n(%)	5(8)	1(2)	
Sjálfbjarga við salernisferðir	n(%)	48(80)	41(98)	0,045**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	10(17)	0(0)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	2(3)	1(2)	
Sjálfbjarga við salernisnotkun	n(%)	46(77)	40(95)	0,029**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	11(18)	0(0)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	3(5)	2(5)	
Full stjórn á þvagi	n(%)	35(58)	23(55)	0,660*
Lausheldni sjaldnar en daglega	n(%)	15(25)	9(21)	
Lausheldni daglega	n(%)	10(17)	10(24)	
Sjálfbjarga við það	n(%)	23(38)	20(48)	0,004*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	29(48)	8(19)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	8(13)	14(33)	

Tafla 4, <i>framh.</i>		Akranes	Sauðárkrókur	
Sjálfbjarga við persónulegt hreinlæti	n(%)	39(65)	35(83)	0,245**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	16(27)	6(14)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	5(8)	1(2)	
Sjálfbjarga við að klæðast, efri hluta	n(%)	41(68)	39(91)	0,087**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	13(22)	3(7)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	6(10)	1(2)	
Sjálfbjarga við að klæðast, neðri hluta	n(%)	39(65)	33(79)	0,245**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	15(25)	5(12)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	6(10)	4(10)	
Sjálfbjarga við hreyfingu á milli staða	n(%)	42(70)	39(93)	0,016*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	15(25)	1(2)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	3(5)	2(5)	
Sjálfbjarga við að ganga	n(%)	43(72)	38(91)	0,068*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	14(23)	2(5)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	3(5)	2(5)	

*Kíkvaðratpróf **Yates kíkvaðratpróf

Þjónustupörf

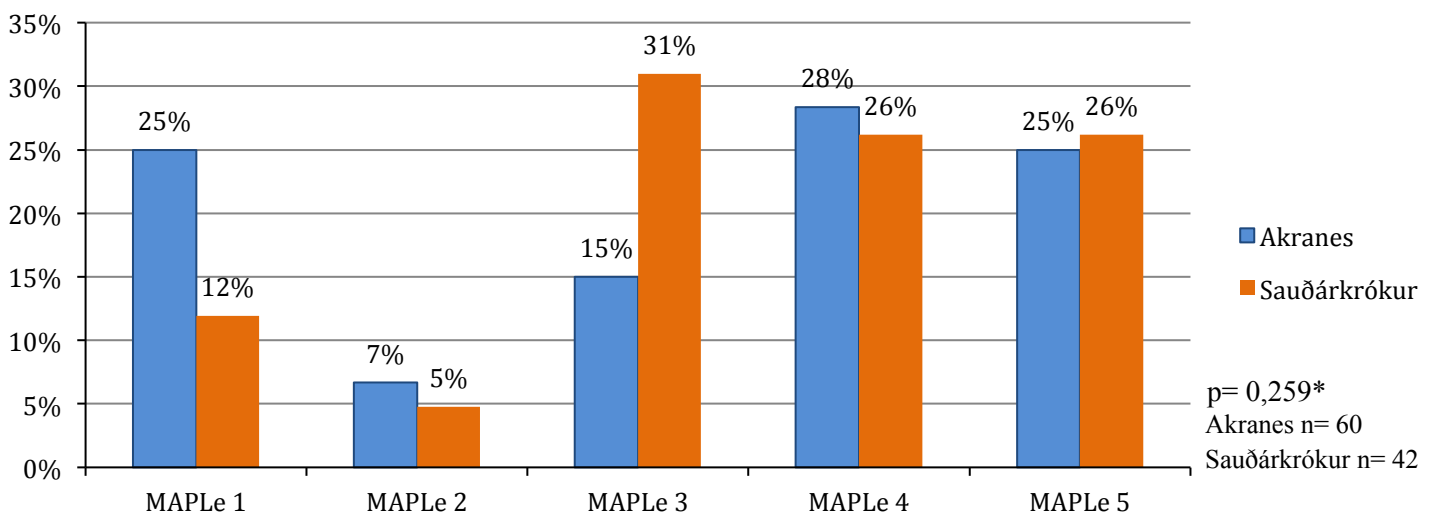
Ekki var marktækur munur á dreifingu í MAPLe-flokka og þjónustupörf einstaklinga á Akranesi og á Sauðárkróki samkvæmt MAPLe-reikniritinu. Meirihluti skjólstæðinga á báðum stöðum flokkaðist í efri flokka MAPLe (flokk 4 og 5 (A: 53%; S: 52%) (sjá mynd 2). Ekki var heldur marktækur munur á þjónustupörf eftir kyni þeirra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar.

Ekki var munur á dagþjónustu heimahjúkrunar við skjólstæðinga í MAPLe-flokkum 1 til 4 en meiri dagþjónusta var veitt skjólstæðingum á Akranesi í MAPLe-flokki 5 heldur en á

á Akranesi en á Sauðárkróki voru það 23% ($p < 0,047$). Ekki var veitt kvöldþjónusta heimahjúkrunar né kvöld- og helgarþjónusta félagsþjónustu á Sauðárkróki en þessi þjónusta var veitt á Akranesi (sjá mynd 3 og mynd 4).

Umræða

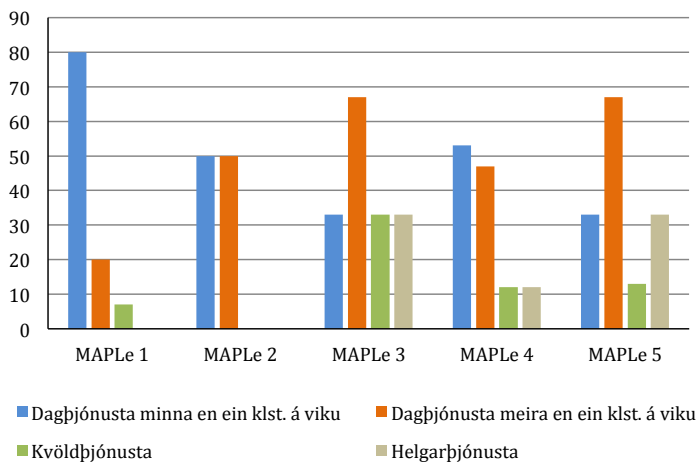
Niðurstöður sýndu að ekki var munur á dreifingu MAPLe-flokka og þjónustupörf einstaklinga á Akranesi og á Sauðárkróki. Samkvæmt MAPLe-reikniritinu flokkast meirihluti skjólstæðinga á Akranesi og á Sauðárkróki í MAPLe-flokka 3,



Mynd 2. Samanburður á dreifingu í MAPLe-flokka hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki. *Kíkvaðratpróf.

Sauðárkróki. Af þeim sem voru í MAPLe-flokki 5 voru það 33% skjólstæðinga á Akranesi sem fengu dagþjónustu minna en eina klst. á viku en á Sauðárkróki voru það 77% ($p < 0,047$). Þeir sem fengu dagþjónustu meira en eina klst. á viku voru 67%

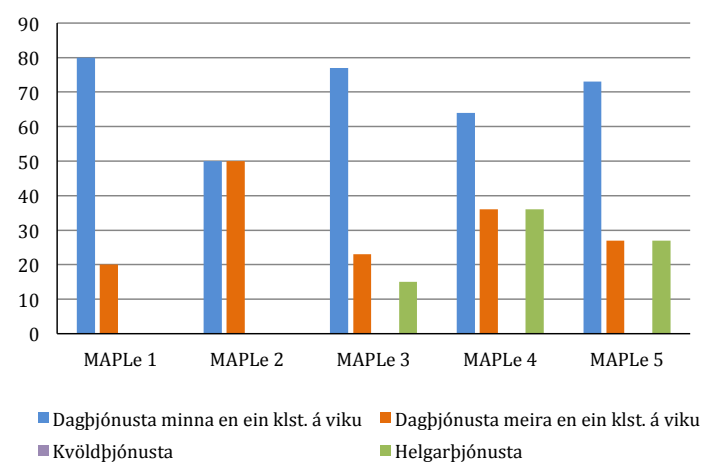
4 og 5 og meiri dagþjónusta var veitt skjólstæðingum á Akranesi í MAPLe-flokki 5 heldur en á Sauðárkróki. Helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum var kominn með minnisskerðingu, þurfti aðstoð við almennar daglegar athafnir og eftirlit



Mynd 3. Þjónusta heimahjúkrunar sem skjólstæðingum í MAPLe-flokkum er úthlutað á Akranesi. *Kíkvaðratpróf. **Fishers exact-próf.

með lyfjatöku. Fleiri skjólstæðingar heimahjúkrunar á Akranesi fundu til einmanaleika, höfðu dregið úr félagslegri þátttöku og höfðu orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga en á Sauðárkróki. Einnig voru fleiri skjólstæðingar á Akranesi með skerta sjálfbjargargetu við salernisferðir, salernisnotkun, hreyfingu á milli staða og þurftu aðstoð við bað en á Sauðárkróki.

Samkvæmt niðurstöðunum var meirihluti skjólstæðinga á Akranesi og á Sauðárkróki í MAPLe-flokkum 3, 4 og 5 sem þýðir að meirihluti skjólstæðinga þarf þó nokkra eða upp í



Mynd 4. Þjónusta heimahjúkrunar sem skjólstæðingum í MAPLe-flokkum er úthlutað á Sauðárkróki. *Kíkvaðratpróf. **Fishers exact-próf.

mjög mikla þjónustu. Þetta gefur aðra mynd af skjólstæðingum heimþjónustu en fram kemur í eldri rannsókn Hirdes og félaga (2008) en þar flokkuðust 52% skjólstæðinga á Íslandi í lítilli þörf eða vægri þörf fyrir þjónustu. Þetta bendir til að hópurinn, sem skoðaður var í þessari rannsókn, hafi haft verri færni og heilsu en í þessari eldri rannsókn Hirdes og félaga (2008) sem aftur bendir til að á Akranesi og á Sauðárkróki sé þjónustu forgangsraðað til þeirra sem veikari eru. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru aftur á móti meira í samræmi við

Tafla 5. Þjónusta heimahjúkrunar sem skjólstæðingum í MAPLe-flokkum er úthlutað á Akranesi og á Sauðárkróki

		Akranes n=60	Sauðárkrókur n=42	p
MAPLe 1				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	12 (80)	4 (80)	1,000**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	3 (20)	1 (20)	1,000**
Kvöldþjónusta	n (%)	1 (7)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	0 (0)	0 (0)	
MAPLe 2				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	2 (50)	1 (50)	1,000**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	2 (50)	1 (50)	1,000**
Kvöldþjónusta	n (%)	0 (0)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	0 (0)	0 (0)	
MAPLe 3				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	3 (33)	10 (77)	0,079**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	6 (67)	3 (23)	0,079**
Kvöldþjónusta	n (%)	3 (33)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	3 (33)	2 (15)	0,609**
MAPLe 4				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	9 (53)	7 (64)	0,705**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	8 (47)	4 (36)	0,705**
Kvöldþjónusta	n (%)	2 (12)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	5 (29)	4 (36)	1,000**
MAPLe 5				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	5 (33)	8 (73)	0,047*
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	10 (67)	3 (27)	0,047*
Kvöldþjónusta	n (%)	2 (13)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	5 (33)	3 (27)	0,741**

*Kíkvaðratpróf ** Fishers exact-próf

rannsókn Health Council of Canada (bls. 13, 2012) en þar flokkuðust skjólstæðingar að meirihluta í efri flokka MAPLe (Health Council of Canada, 2012).

Það er umhugsunarvert að í þessari rannsókn fengu þeir sem bjuggu á Akranesi og voru í MAPLe-flokki 5 meiri þjónustu frá heimahjúkrun (dag- og kvöldþjónustu) en þeir sem bjuggu á Sauðárkróki þó að matstækið gæfi til kynna að þeir hefðu svipaðar þarfir. Þetta gæti bent til þess að skjólstæðingum í mestri þörf á Sauðárkróki sé ekki veitt nægileg þjónusta en rannsóknir hafa sýnt að það er mikilvægt að veita viðeigandi heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu til að koma í veg fyrir ótímabæra stofnanavistun (Gruneir o.fl., 2013). Einnig var um helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum kominn með minnisskerðingu en rannsóknir hafa bent til að einstaklingar, sem dvelja heima og eru með heilabilun, hafa fjölþættar þarfir fyrir þjónustu, s.s. uppvinnslu og stuðning út af sínum sjúkdómi, almenna lækniaðstoð, öruggt umhverfi, aðstoð við almennar daglegar athafnir og aðgengi að uppbyggilegu félagsstarfi (Johnston o.fl., 2011). Í þessu tilliti eru hjúkrunarfræðingar í heimahjúkrun í kjöraðstæðum til að meta þarfir skjólstæðinga og sjá til þess að þjónustan sé í samræmi við þarfir (Yamagishi og Kusumi, 2016).

Niðurstöður sýndu að fleiri þjónustuúrræði voru á Akranesi þar sem heimahjúkrun veitir kvöldþjónustu og félagsleg heimaþjónusta veitir kvöld- og helgarþjónustu, þessi þjónusta var ekki veitt á Sauðárkróki. Hér hefur það hugsanlega áhrif að þjónustusvæði heimahjúkrunar á Sauðárkróki er margfalt víðfeðmara en á Akranesi og því bæði tímafrekara og dýrara að veita þjónustu þegar um langan veg er að fara. Rannsóknir hafa einmitt sýnt að einstaklingar, sem búa í dreifbýli, fá mun minni heimaþjónustu en þeir sem búa í þéttbýli og það veldur miklu álagi á aðstandendur (McAuley o.fl., 2009; Ehrlich o.fl., 2017).

Ekki er veitt kvöldþjónusta heimahjúkrunar á Sauðárkróki en hún er veitt á Akranesi að mestu leyti skjólstæðingum í MAPLe 3, 4 og 5. Skjólstæðingar á Akranesi og á Sauðárkróki, sem flokkast í MAPLe 1 og 2 hafa einungis dagþjónustu. Skjólstæðingar í MAPLe-flokkum 3, 4 og 5 hafa vaxandi þörf fyrir þjónustu og þeir sem eru í flokkum 4 og 5 hafa jafnvel þörf fyrir varanlega vistun (Sörbye o.fl., 2009). Bent hefur verið á að á Íslandi sé hlutfallslega meiri þjónusta veitt skjólstæðingum með litla skerðingu á færni miðað við skjólstæðinga með mikla skerðingu á færni (Sigurdardóttir o.fl., 2011) og að ósamræmi geti verið í veittri heimaþjónustu miðað við heilsufar og færni skjólstæðinganna (Carpenter o.fl., 2004). Vísbindingar um fjölgun aldraðra einstaklinga í heimaþjónustu með verri andlega, líkamlega og félagslega líðan (Berta o.fl., 2013) gerir það enn mikilvægara að þeir sem eru í mestri þörf gangi fyrir við þjónustu því heimahjúkrun er til þess fallin að koma í veg fyrir eða seinka stofnanavistun (Gruneir o.fl., 2013; Yang o.fl., 2016).

Athyglisvert er að mun fleiri skjólstæðingar á Akranesi fundu til einmanaleika, eða 47,5% skjólstæðinga á móti 9,5% á Sauðárkróki. Þetta háa hlutfall þeirra sem eru einmana á Akranesi er ekki í samræmi við rannsókn sem sýndi að einmanaleiki var mun minni hjá þjóðum í Norður-Evrópu eða 6,5% heldur en í Suður-Evrópu þar sem einmanaleiki mældist 25,4% (Fokkema o.fl., 2012). Þá er það einnig umhugsunarvert að á Akra-

nesi, sem er nálægt höfuðborginni þar sem gott aðgengi er að heilbrigðisþjónustu, er meira um einmanaleika en á Sauðárkróki. Þetta samrýmist því ekki rannsóknnum sem bent hafa til að meira geti verið um einmanaleika hjá öldruðum langveikum sem hafa ekki gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu vegna búsetu í dreifbýli heldur en þeirra sem búa í þéttbýli (Wedgeworth o.fl., 2016). Hins vegar þurfa fleiri skjólstæðingar á Akranesi aðstoð við almennar daglegar athafnir, eins og salernisnotkun, salernisferðir og það, ásamt því að hafa verri hreyfigetu, heldur en á Sauðárkróki. Þetta ásamt miklum einmanaleika skjólstæðinga á Akranesi er í samræmi við niðurstöður rannsókna sem sýna að aldraðir með lífshættulega langvinna sjúkdóma, færniskerðingu og skort á félagslegum stuðningi, eiga frekar á hættu að andleg og tilfinningaleg líðan þeirra versni heldur en hinir (Bölenius o.fl., 2017). Hjúkrunarfræðingar ættu að breyta hjúkrunar meðferð hjá einmana langveikum skjólstæðingum sínum og þannig reyna að bæta líðan þeirra (Shankar o.fl., 2017; Wang o.fl., 2013).

Í ljósi framagreindra niðurstæðna og þess að fleiri skjólstæðingar á Akranesi höfðu dregið úr félagslegri þátttöku og um helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum voru einir meira en átta klukkustundir á dag er mikilvægt að hafa í huga hvaða afleiðingar slíkt getur haft. Rannsóknir hafa sýnt að félagslega einangraðir einstaklingar eiga frekar á hættu en aðrir að fá hjartasjúkdóma, bólgusjúkdóma vegna streitu og minnisskerðingu. Viðleitni til þess að draga úr félagslegri einangrun og einmanaleika er því mikilvæg fyrir velferð skjólstæðinganna (Stephoe o.fl., 2012). Einnig þarf að hafa í huga að það getur verið gagnlegt að nota virka meðferð til að stjórna streitu og efla hugarstarfsemi til að auka félagslega færni og draga úr streitu (Meltzer o.fl., 2012). Þegar horft er til heilsueflingar hjá eldri borgurum verður þó að hafa í huga að sumum öldruðum finnst minni félagsleg tengsl ekki vera einangrun. Þeir finna því ekki til einmanaleika og halda sinni líkamlegu og andlegu heilsu þó að öðrum þyki minni félagsleg tengsl vera einangrun og finna til einmanaleika sem veldur verri líkamlegri og andlegri heilsu. Því þurfa stjórnendur að skipuleggja þjónustuna í samráði við skjólstæðinga til að þjónustan komi sem best til móts við persónulegar þarfir hvers og eins (Dempsey og Norman, 2016).

Styrkur rannsóknarinnar felst í því að allir skjólstæðingar heimahjúkrunar, sem þáðu þjónustu á ákveðnum tímabilum á báðum stöðum, voru metnir, þ.e.a.s. allt þýðið á hvorum stað. Þetta eykur gildi rannsóknarinnar (Field, bls. 35, 2009). Einnig er interRAI-HC-matstækið gagnreynt og áreiðanlegt matstæki (Hirdes o.fl., 2008) og hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar, sem framkvæmdu matið, höfðu fengið kennslu og þjálfun í notkun mætstækisins hjá Ingibjörgu Hjaltadóttur, sérfræðingi í öldrunarhjúkrun. Veikleikar rannsóknarinnar eru lítið þýði og þar sem verið er að bera saman MAPLe-flokka, sem eru fimm talsins, er mikil dreifing einstaklinga og þar með erfitt að fá fram marktækan mun. Á móti kemur að niðurstöður eru lýsandi fyrir heilsufar, færni og þjónustuþörf þessara skjólstæðinga. Einnig má líta á það sem veikleika rannsóknarinnar að ekki var skoðaður þáttur aðstandenda og nærumhverfis í þjónustu við skjólstæðinga þar sem stýtt matstæki hefur ekki þær breytur

sem til þarf. Á móti kemur að þessari rannsókn var einungis ætlað að skoða stytta matstæki sem gæti nýst heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu til að fá yfirsýn á heilsufar, færni og þjónustuþörf sinna skjólstæðinga.

Það er framtíðarviðfangsefni skipuleggjenda heimaþjónustu að koma til móts við þarfir þjónustuþega (Pappa o.fl., 2013) innan þess fjárhagsramma sem þeim er settur (Bernhardt o.fl., 2016). Það getur haft í för með sér öryggisleysi og versnandi heilsufar, bæði fyrir skjólstæðinga og aðstandendur, þegar ekki er komið til móts við þjónustufarir (Svanström o.fl., 2013). Því þarf að gera kröfur til stjórnenda sem útdeila þjónustunni að það sé gert samkvæmt niðurstöðum úr hlutlægu, áreiðanlegu og gagnreyndu matstæki (Dale og Hvalvik, 2013).

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að það sé gagnlegt fyrir heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu að nota interRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkana til þess að fá yfirsýn yfir heilsufar, færni og þjónustufarir skjólstæðinga. Slík samræmd og nákvæm upplýsingaöflun er lykilatriði við skipulagningu og umbætur á þjónustu við skjólstæðinga og aðstandendur þeirra. Nú þegar heilbrigðisráðherra hefur ákveðið innleiðingu interRAI-HC-matstækisins á Íslandi (Velferðaráðuneytið, 2016) er mögulegt í framtíðarrannsóknum að bera saman heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu á mismunandi landsvæðum og kanna hvernig hægt er að jafna þjónustustig á milli landshluta. Einnig er mikilvægt að skoða hvenær heimahjúkrun og félagsleg heimaþjónusta getur ekki lengur komið til móts við þjónustufarir og þörf er á stofnanavistun. Mjög erfið og krefjandi verkefni við umönnun langveikra í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu hafa reynst vera of kostnaðarsöm og reynslan af slíkri þjónustu er sú að hún komi ekki í stað stofnanavistunar til langs tíma litið (Buhler-Wilkerson, 2007).

Ályktanir og lokaorð

Niðurstöður gefa til kynna að interRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkarnir gefi greinargóða mynd af stöðu skjólstæðinga og hver þeirra þjónustuþörf er. Þegar slíkt matstæki er notað þarf tíma til þess að safna saman upplýsingum bæði frá skjólstæðingi sjálfum og aðstandendum hans en til lengri tíma litið er betra að vinna grunnvinnuna vel því þegar staðan er ljós verður eftirleikurinn auðveldari. Nauðsynlegt er að þeir sem skipuleggja og veita heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu geri sér grein fyrir þörfum skjólstæðinga og að þjónustu, sem er í boði, sé úthlutað í samræmi við þarfir hvers og eins. Það er samstarfsverkefni heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu að veita góða þjónustu og útdeila henni á réttlátan hátt. Velferðaráðuneytið og Embætti landlæknis gera kröfur um gæði þjónustunnar og að fjármunum sé vel varið innan mála-flokksins. InterRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkarnir gefa þessum aðilum mikilvægar upplýsingar um heilsufar, færni og þjónustuþörf skjólstæðinga og hvernig þjónusta þeim er veitt. Þannig liggja fyrir hlutlægar upplýsingar um það hvernig staðan er og hægt er að nýta slíkar upplýsingar til þess að styðja ákvarðanir um uppbyggingu þjónustu og réttláta skiptingu fjármagnsins.

Þakkir

Höfundar vilja þakka Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi, og Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Sauðárkróki, fyrir gott samstarf. Starfsmenntunarsjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Öldrunarráði Íslands eru færðar þakkir fyrir fjárhagslegan stuðning

Heimildir

- Bernhardt, K.A., Lynn, J., Berger, G., Lee, A.J., Reuter, K., Davanzo, J., Montgomery, A., og Dobson, A. (2016). Making it safe to grow old: A financial simulation model for launching medicaring communities for frail elderly medicare beneficiaries. *The Milbank Quarterly*, 94(3), 597–625. Sótt 26.2.2017 á <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12199/epdf>.
- Berta, W., Laporte, A., Deber, R., Baumann, A., og Gamble, B. (2013). The evolving role of health care aides in the long-term care and home and community care sectors in Canada. *Human Resources for Health*, 11(25), 1–6, doi:10.1186/1478-4491-11-25.
- Buhler-Wilkerson, K. (2007). Care of the chronically ill at home: An unresolved dilemma in health policy for the United States. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 611–639, doi:10.1111/j.1468-0009.2007.00503.x.
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, O.P., og Edvardsson, D. (2017). Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services: A study protocol of a nonrandomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 17–57, doi:10.1186/s12877-017-0445-0.
- Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Henrard, J.C., ... og Beirnaeji, R. (2004). Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clinical Experimental Research*, 16(4), 259–269. Sótt á <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15575119>.
- Dale, B., og Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: Home nursing leaders experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 379–389, doi:10.2147/JMDH.S51947.
- Dempsey, C., og Normand, C. (2016). Towards a more person-centred home care service: A study of the preferences of older adults and home care workers. *Administration*, 6(42), 109–136, doi: 10.1515/admin-2016-0018.
- Ehrlich, K., Emamia, A., og Heikkilä, K. (2017). The relationship between geographical and social space and approaches to care among rural and urban caregivers caring for a family member with dementia. *Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, doi: 10.1080/17482631.2016.1275107.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3. útgáfa. London, Kaliforníu, Nýju-Delí, Singapúr: Sage.
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., og Dykstra, P.A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 201–228. Sótt á <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22303621>.
- Gruneir, A., Forrester, J., Camacho, X., Gill, S.S., og Bronskill, S.E. (2013). Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 13(12), 1–12. Sótt á <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/48>.
- Hagstofa Íslands (2016). Mannfjöldaspa 65 ára og eldri árið 2016 til 2065. Skoðað 19. október 2016 á vefnum <http://hagstofan.is/?PageID=2593&src=https://rannsokn.hagstofa.is/paxis/Dialog/varval.asp?ma=MAN09010%26ti=Sp%E1+um+mannfj%F6lda+eftir+kyni+og+aldri+2013%2D2061%26pa th=../Database/mannfjoldi/mannfjoldaspa2010/%26lang=3%26units=Fj%F6ldi>.
- Health Council of Canada (2012). Seniors in need, caregivers in stress: What are the home care priorities for seniors in Canada? 1–64. Toronto: Health Council of Canada.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2003). Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015. Sótt á <http://www.velferðaraduneyti.is/media/Skyrslur/stefnum-aldradir.pdf>.

- Hirdes, J.P., Poss, J.W., og Telegdi, N.C. (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*, 6(9), 1-11, doi:10.1186/1741-7015-6-9.
- Hooyman, N.R., og Kiyak, A.H. (2011). *Social gerontology. A multidisciplinary perspective* (9. útgáfa). Bls 122–132. Boston: Pearson Education, Inc., Publishing.
- Ingibjörg Hjaltadóttir (2014). Þróunarverkefni um notagildi RAI HC og MAPLe reikniritins við að forgangsraða öldrunar- og heimaþjónustu: Helstu niðurstöður (óbirt rannsóknarskýrsla). Velferðarráðuneytið, Reykjavík.
- Johnston, D., Samus, Q. M., Morrison, A., Leoutsakos, J. S., Hicks, K., Handel, S., ... og Black, B. S. (2011). Identification of community-residing individuals with dementia and their unmet needs for care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 292–298, doi:10.1002/gps.2527.
- McAuley, W.J., Spector, W., og Van Nostrand, J. (2009). Formal home care utilization patterns by rural-urban community residence. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(2), 258–268, doi:10.1093/geronb/gbn003.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M.S., Jenkins, R., McManus, S., og Brugha, T.S. (2012). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 48(5), 5–13, doi:10.1007/s00127-012-0515-8.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., og Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 2017–2027, doi:10.3390/ijerph10052017.
- Ríkisendurskoðun (2005). Þjónusta við aldraða. Stjórnarsýsluúttekt. Sótt á http://www.ríkisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/aldradir_thjonusta.pdf.
- Sigurdardóttir, S.H., Sundstrom, G., Malmberg, B., og Bravell, M.E. (2011). Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–9, doi:10.1177/1403494811421976.
- Stepoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., og Wardle, J. (2012). Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15), 5797–5801, doi:10.1073/pnas.1219686110.
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., og Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36(2), 179–187, <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000437>.
- Svanström, R., Sundler, A.J., Berglund, M., og Westin, L. (2013). Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8, 1–10. Sótt á <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603>.
- Sörbye, L.W., Garms-Homolová, V., Henrard, J. C., Jónsson, P.V., Fialová, D., Topinková, E., og Gambassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the aged in home care project. *Journal of Maturitas*, 62(3), 235–242, doi:10.1016/j.maturitas.2008.12.016.
- Velferðarráðuneytið (2016). Innleiðing á samræmdu mati á þörf fólks fyrir öldrunar- og heimaþjónustu. Sótt á <https://www.velferdarraduneyti.is/frettir-vel/innleiðing-a-samraemdu-mati-a-thorf-folks-fyrir-oldrunar-og-heimathjonustu>.
- Wang, Z., Shu, D., Dong, B., Luo, L., og Hao, Q. (2013). Anxiety disorders and risk factors among the Sichuan empty-nest older adults: A cross-sectional study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 56(2), 298–302, doi:10.1016/j.archger.2012.08.016.
- Wedgeworth, M., LaRocca, A.M., William, F.C., og Scogin, F. (2016). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 1–5. Sótt 26.2 2017 á <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.001>.
- Williams, A.P., Challis, D., Deber, R., Watkins, J., Kulski, K., Lum, J.M., og Daub, S. (2009). Balancing institutional and community-based care: Why some older persons can age successfully at home while others require residential long-term care. *Healthcare Quarterly*, 12 (2), 95–105, doi:10.12927/hcq.2009.3974.
- Yang, N., Ornstein, A.K., og Reckrey, M.J. (2016). Association between symptom burden and time to hospitalization, nursing home placement, and death at the chronically ill urban homebound. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 52(1), 73–80. Sótt 24.2.2017 á <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.01.006>.
- Yamagishi, S., og Kusumi, H. (2016) The difficulties of living at home and approaches to dealing with those difficulties of the elderly who live alone and receive visiting care. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 52(6), e94. Sótt 24.2 2017 á <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.197>.

English Summary

Skuladóttir, H., Hjaltadóttir, I.

Assessment of clients needs and priority levels for home care nursing and social home services using the interRAI-HC instrument

Background: Increasing pressure from individuals to live independently for as long as possible in spite of failing health and the growing number of those requesting nursing services gives reason to consider the benefits of using a comprehensive assessment instrument that assesses health status, functioning and need for service such as the Resident Assessment Instrument-Home Care (interRAI-HC).

Objectives: To evaluate the health status, functioning and need for service of individuals receiving home care nursing in Akranes and Sauðárkrókur according to the interRAI-HC initial assessment and MAPLe algorithm, which prioritises individuals according to service categories based on data from the assessment. Furthermore

compare findings and investigate differences between the communities and to evaluate whether it would be beneficial for home nursing and social home services to utilize such an instrument.

Methods: The study is a quantitative retrospective comparative study. The participants were home care nursing clients in Akranes (n=60) and Sauðárkrókur (n=42).

Results: The average age of clients in Akranes was 79.4 years and 83.4 years in Sauðárkrókur. The prevalent age group was 81–90 years old (Akranes: 43.3%; Sauðárkrókur: 48.8%). More clients in Akranes than in Sauðárkrókur were lonely, participated less in social activities and had some form of distress in the last 90 days,

compared to clients in Sauðárkrókur. Solitude during the day and impairment of short-term memory were similar in both Akranes and Sauðárkrókur. About half of the clients in both locations suffered shortness of breath or breathing difficulty, the majority of clients felt tired (90%) and a third of the clients had a fall in the preceding 90 days. More clients in Sauðárkrókur needed assistance with medication. There was no significant difference in client allocation into MAPLe classes in Akranes and Sauðárkrókur. The clients in Sauðárkrókur did not receive services in the evening from home care nursing and services neither in the evening nor in the

weekend from the social home services. This type of services was however available in Akranes.

Conclusion: The results suggest that the interRAI-HC initial assessment and MAPLe service categories could provide home care nursing and social home services with a good overview of clients health status and need for services.

Keywords: Old people, interRAI-HC initial assessment, MAPLe, home care, social home services.

Correspondent: hallveig.skula61@gmail.com

Viltu vera partur af okkar frábæra teymi?



Við á Mörk hjúkrunarheimili erum að bæta við þann góða hóp hjúkrunarfræðinga sem er starfandi við heimilið. Við auglýsum því bæði eftir aðstoðardeildarstjóra sem og almennum hjúkrunarfræðingi til starfa.

Starfshlutfall og vinnutími er samkomulagsatriði. Greitt er eftir kjarasamningi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu.

Menntunar- og hæfnikröfur:

- Góðir samskiptahæfileikar og jákvæðni
- Íslenskt hjúkrunarleyfi
- Faglegur metnaður og frumkvæði í starfi

Nánari upplýsingar um starfið veitir Ragnhildur Hjartardóttir, hjúkrunarframkvæmdarstjóri í síma 560-1703 eða hjá ragnhildur.hjartardottir@morkin.is.

Mörk hefur hlotið alþjóðlega viðurkenningu sem Eden heimili. Á heimilinu er unnið metnaðarfullt starf þar sem heimilismenn og starfsfólk vinnur saman að því að skapa öruggt og heimilislegt umhverfi og rík áhersla er lögð á sjálfsákvörðunarrétt heimilismanna og þátttöku þeirra.

