



InterRAI-mælitækin og færni- og heilsumat

Skýrsla vinnuhóps um áframhaldandi vinnu í kjölfar úttektar KPMG
fyrir Embætti landlæknis

Maí 2019

Skýrsla vinnuhóps um áframhaldandi vinnu í kjölfar úttektar KPMG fyrir Embætti landlæknis

Mái 2019

Útgefandi: Heilbrigðisráðuneytið
Skógarhlíð 6
105 Reykjavík
Sími: 545 8700
Netfang: hrn@hrn.is
Veffang: stjornarradid.is/raduneyti/heilbrigdisraduneytid/

Umbrot og textavinnsla: Heilbrigðisráðuneytið

© 2019 Heilbrigðisráðuneytið

ISBN 978-9935-477-61-3

Í kjölfar skýrslu KPMG, *Embætti landlæknis, mat á InterRAI-mælitækjum og færni- og heilsumati*, frá maí 2018, þar sem framkvæmt var heildarmat á *interRAI-mælitækjum* og úttekt gerð á færni- og heilsumati ákvað velferðarráðuneytið, nú heilbrigðisráðuneytið, að stofna vinnuhóp með fulltrúum ráðuneytisins, Embættis landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands. Vinnuhópurinn fékk það hlutverk að taka til skoðunar tillögur KPMG og minnisblað Embættis landlæknis, dags. 18. júní 2018, *Úttekt KPMG á InterRAI mælitækjum og færni- og heilsumati*, sem unnið var í kjölfar skýrslunnar og koma með tillögur um framhald vinnunnar með það að markmiði að vinna að úrbótum varðandi notkun á *interRAI-mælitækjum* og framkvæmd við færni- og heilsumat. Vinnuhópurinn skyldi hafa samráð við hlutaðeigandi aðila eftir þörfum.

Vinnuhópurinn er þannig skipaður:

Dagmar Huld Matthíasdóttir, án tilnefningar, formaður,
Guðlaug Einarsdóttir, án tilnefningar,
Unnar Örn Unnarsson, án tilnefningar,
Ragnheiður Arnardóttir, tiln. af Embætti landlæknis,
Sigríður Egilsdóttir, tiln. af Embætti landlæknis,
Agnes Gísladóttir, tiln. af Embætti landlæknis,
Heiðbjört Ófeigsdóttir, tiln. af Sjúkratryggingum Íslands,
Unnur Gunnarsdóttir, tiln. af Sjúkratryggingum Íslands,

Fyrsti fundur vinnuhópsins var haldinn 12. nóvember 2018. Í upphafi var Anna Björg Aradóttir skipuð einn af fulltrúum Embættis landlæknis en að ósk embættisins var Sigríður Egilsdóttir skipuð í hennar stað tæpum mánuði eftir að hópurinn hóf störf.

Vinnuhópurinn boðaði til þriggja samráðsfunda. Á þann fyrsta voru boðaðir fulltrúar Landssambands eldri borgara, Sambands íslenskra sveitarfélaga og Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu. Á annan samráðsfund voru boðaðir fulltrúar færni- og heilsumatsnefnda höfuðborgarsvæðisins, Vesturlands, Vestfjarða, Norðurlands, Austurlands, Suðurlands og Suðurnesja. Á þriðja samráðsfundinn voru boðaðir fulltrúar heimahjúkrunar Reykjavíkurborgar, Vesturlands, Vestfjarða, Norðurlands, Austurlands, Suðurlands, Suðurnesja og Kópavogsbæjar, Garðabæjar og Hafnarfjarðarbæjar auk Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Landspítala – öldrunarlækningar.

Vinnuhópurinn flokkaði niður helstu þætti tillagna KPMG og hafði til hliðsjónar minnisblað Embættis landlæknis og setti fram tillögur við hvern þátt. Viðbrögðum hagsmunaaðila, sem snúa beint að tillögum vinnuhópsins, er lýst þar sem við á.

Hér á eftir fer skýrsla hópsins.

*Mælitækin *interRAI Nursing Home (NH)* og *interRAI Home Care (HC)**

Færni- og heilsumat er faglegt, einstaklingsbundið mat á þörfum einstaklinga fyrir varanlega búsetu á hjúkrunarheimili. Um er að ræða staðlað mat ásamt skilgreindum upplýsingum frá heilbrigðis- og félagsþjónustu. Sjö færni- og heilsumatsnefndir eru starfandi, ein í hverju

heilbrigðisumdæmi, og er það hlutverk nefndanna að meta allar umsóknir um færni- og heilsumat. Niðurstöðum er skilað í heilsumatsgrunn Stika (heilsumat.is) sem inniheldur nokkur kerfi, þ.e. færni- og heilsumat og öll interRAI-mælitækin. Í þessum hluta verður fjallað um það sem í skýrslu KPMG er lagt til varðandi interRAI-mælitækin og settar fram tillögur vinnuhópsins.

Í niðurstöðum skýrslu KPMG segir að uppfæra og samþætta þurfi interRAI-mælitækin og gagnagrunna þeirra sem og samþætta þau öðrum kerfum sem notast er við í heilbrigðisþjónustu til að minnka tvískráningu í ólík kerfi og milli ólíkra kerfa.

Öll hjúkrunarheimili landsins nota interRAI NH. Sú útgáfa af interRAI NH sem notuð er hér á landi er orðin úrelt og því ekki hægt að samþætta interRAI-mælitækin. Til að samþætting sé möguleg þarf að uppfæra interRAI NH í nýja útgáfu sem kallast *interRAI Long-Term Care Facilities (LTCF)*. Sú útgáfa er sambærileg við interRAI-mælitækin sem notuð eru í heimaþjónustu og öldrunarþjónustu Landspítalans. Þannig væri hægt að nýta upplýsingar milli félagslegrar heimaþjónustu, heimahjúkrunar, Landspítala og hjúkrunarheimila og bæta þannig þjónustu við aldraða.

Til er önnur útgáfa af mælitækinu sem kölluð er *MDS 3.0*. Það mælitæki er notað á hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum en er ekki í eigu interRAI sem á þó höfundarrétt að mörgum atriðum þess utan Bandaríkjanna. MDS 3.0 er því ekki aðgengilegt fyrir íslenskan markað.

Gerð var breyting á kerfinu haustið 2018 svo nú þarf eingöngu að innrita/útskrifa skjólstæðinga hjúkrunarheimila í færnimatshluta og þá innritast/útskrifast viðkomandi einnig í eða úr interRAI NH. Áður en þessi breyting var gerð þurfti að innrita á tveimur stöðum í heilsumatsgrunninum, þ.e. í interRAI NH og færni- og heilsumat. Í framhaldi af þessari breytingu væri æskilegt að samræma einnig innritun/útskrift í heilsumatsgrunn við innritun/útskrift í sjúkraskrárkerfinu Sögu.

Tillögur

1. Embætti landlæknis verði skilgreindur eigandi interRAI NH og interRAI HC og miðlæg stjórnun kerfanna verði staðsett þar.
2. Fjárfesta þarf í nýrri útgáfu af interRAI NH, þ.e. interRAI LTCF.
3. Sett verði upp ferli til að tryggja reglulegar uppfærslur á interRAI-mælitækjunum.
4. Þróa þarf lausnir fyrir samþættingu upplýsinga úr interRAI-gagnagrunnum við Sögukerfið þannig að:
 - unnt verði að ræsa interRAI-mælitækin úr Sögu,
 - interRAI-mat nýtist beint við gerð hjúkrunargreininga í Sögu,
 - þegar aðilar innritast á hjúkrunarheimili í gegnum Sögu þá innritist þeir um leið í færnimatshluta og interRAI NH,
 - þegar aðilar innritast í heimahjúkrun í Sögu þá innritist þeir um leið í interRAI HC,
 - skoðuð verði samtenging aðgangsstýringar í interRAI-mælitækin og Sögu svo að tryggja megi örugga notkun og aðgang að interRAI.
5. Embætti landlæknis vinni að því að bæta aðgang að upplýsingum og gögnum um interRAI á vefsíðu sinni.
6. Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa á öldrunarstofnunum, nr. 544/2008, verði endurskoðuð með tilliti til þeirra ákvarðana sem verða teknar.
7. Skoða þarf vistun og aðgang að heilbrigðisupplýsingum RAI-kerfanna með tilliti til nýrrar persónuverndarlöggjafar og samninga við Stika.

Aukið gegnsæi þjónustu sem veitt er á hjúkrunarheimilum

Í skýrslu KPMG kemur fram að auka þurfi sýnileika með birtingu á niðurstöðum interRAI NH, bæði hjúkrunarþyngdarstuðla og gæðavísa til að auka gegnsæi þeirrar þjónustu sem veitt er á hjúkrunarheimilum.

Varðandi gæðavísa telur vinnuhópurinn að þessu hafi nú verið náð með áætlun um gæðaþróun í heilbrigðisþjónustunni 2019–2030 sem undirrituð var af heilbrigðisráðherra og landlækni í desember 2018. Samkvæmt henni skila veitendur heilbrigðisþjónustu árlega gæðauppgjöri til Embættis landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands, eftir atvikum. Hluti þess gæðauppgjors er birting landsgæðavísa og valgæðavísa sem lýsa heilbrigðisþjónustu. Það er í samræmi við reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar, nr. 1148/2008, með síðari breytingum, nr. 615/2017. Gæðavísar úr interRAI NH eru meginhluti þeirra landsgæðavísa sem Embætti landlæknis hefur ákveðið að hjúkrunarheimili skuli nota í gæðauppgjöri sínu.

Hjúkrunarþyngdarstuðull (RUG-stuðull) hefur áhrif á hluta af daggjaldi heimilanna. Á meðan þyngdarstuðullinn er tengdur greiðsluferfi Sjúkratrygginga Íslands er hann birtur á vefsíðu stofnunarinnar. Eingöngu eru birtir stuðlar þeirra heimila sem fá greiðslur frá Sjúkratryggingum Íslands.

Tillaga

1. Til að auka gegnsæi þeirrar þjónustu sem veitt er á hjúkrunarheimilum er lagt til að auk gæðavísa hjúkrunarheimila, sbr. áætlun um gæðaþróun í heilbrigðisþjónustu, verði tryggt að RUG-stuðull hvers heimilis verði birtur, til dæmis hjá Embætti landlæknis, óháð tengingu við greiðsluferfi.

Skilvirk þjálfunar- og kennsluáætlun fyrir interRAI-mælitækin

Í skýrslu KPMG kemur fram að skortur sé á stuðningi og fræðslu við notendur interRAI-mælitækja sem geti leitt til þess að tiltrú á mælitækjunum dali og valdi jafnvel tortryggni gagnvart niðurstöðum interRAI NH. Í takt við tillögur KPMG-skýrslunnar var á samráðsfundunum rík áhersla lögð á að fyrir hendi þyrfti að vera skilvirk þjálfunar- og kennsluáætlun fyrir interRAI-mælitækin og að fagfólk fengi grunnþjálfun við notkun þeirra.

Vinnuhópurinn leggur til að hver rekstraraðili skilgreini ábyrgðaraðila (e. *super-user*) sem hafi þá kunnáttu sem nauðsynleg er til að nýta mælitækin á skilvirkan hátt. Hlutverk ábyrgðaraðila væri að kenna á mælitækin, styðja við notendur, viðhalda þekkingu og miðla mikilvægum upplýsingum. Kennsluefni sem boðið væri upp á þyrfti að vera aðgengilegt, miðlægt og gagnvirkt svo hægt væri að senda fyrirspurnir. Þess utan þurfi að kynna kennsluefnið og hafa ítarlegar leiðbeiningar fyrirbyggjandi um hvernig best sé að nýta það. Hægt væri að setja upp þjálfunaráætlun fyrir ábyrgðaraðilana og koma á samráðsvettvangi fyrir þá. Áhersla verði meðal annars lögð á hvernig nýta megi gæðavísa í umbótarstarfi.

Minni hjúkrunarheimili og sveitarfélög eru mögulega verr í stakk búin til að hafa slíkan ábyrgðaraðila en þurfa engu að síður að tryggja að interRAI-matið sé framkvæmt á staðlaðan hátt.

Þá komu ábendingar fram á samráðsfundum um að sjúkraliðar þyrftu að hafa skrifaðgang að interRAI-mælitækjunum og er það nú þegar til skoðunar hjá Embætti landlæknis.

Tillögur

1. Fræðsluefni interRAI-mælitækjanna verði uppfært og notendum gefinn kostur á að koma með ábendingar um hvað betur megi fara.
2. Hver rekstraraðili tilnefni ábyrgðaraðila interRAI-mælitækjanna. Minni starfsstöðvum verði heimilt að vera í samstarfi við stærri stofnanir í heilbrigðisumdæminu vegna þeirra verkefna sem falla undir hlutverk ábyrgðaraðila.
3. Alla jafna bjóði Embætti landlæknis upp á fræðslu og samráðsfundi einu sinni til tvisvar á ári fyrir ábyrgðaraðila interRAI-mælitækja en tíðari samráðsfundir verði eftir þörfum, til dæmis í tengslum við innleiðingu á nýju kerfi.

Eftirlit með interRAI NH og HC

Lögð er áhersla á það í KPMG-skýrslunni að eftirlit og sýnileiki með skráningu og niðurstöðum þeirra þurfi að vera milli Embætti landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands vegna greiðslutengingar interRAI NH.

Landlækni ber skv. 4. gr. laga nr. 41/2007, um landlækni og lýðheilsu, að hafa eftirlit með heilbrigðisþjónustu og heilbrigðisstarfsmönnum (e-liður). Sjúkratryggingum Íslands ber skv. 5. gr. laga nr. 112/2008, um Sjúkratryggingar Íslands, að hafa eftirlit með gæðum og árangri starfsemi þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu samkvæmt samningum. Eins kemur fram í lögnum að Sjúkratryggingar Íslands skuli hafa samráð við Embætti landlæknis um fyrirkomulag og framkvæmd eftirlits.

Formlegt samstarf milli Embættis landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands hvað varðar eftirlit og úttektir hófst haustið 2018 og er fundað mánaðarlega. Ef í gildi eru samningar milli hjúkrunarheimila og Sjúkratrygginga Íslands hafa þær heimild á grundvelli laga um sjúkratryggingar, sbr. hér að ofan, til að hafa eftirlit með starfsemi hjúkrunarheimilanna og lækka eða stöðva greiðslur. Því er mikilvægt að til sé skilgreint samstarfsferli svo heildstæð keðja eftirlits, gæða og greiðslna sé virk.

Á öllum samráðsfundum kom fram áhersla á nauðsyn þess að traust ríki milli hjúkrunarheimila um mat á ástandi og þjónustu við íbúa hjúkrunarheimilanna og að það mat sé sem samræmdast. Til þess þurfi ekki einungis þjálfunar- og kennsluáætlun, heldur einnig skilvirkt eftirlit með því að unnið sé rétt með mælitækid og að það endurspegli stöðu á hverju hjúkrunarheimili, með tilliti til gæða og hjúkrunarþyngdar.

Tillögur

1. Lokið verði við að koma á formlegu og kerfisbundnu samstarfi hvað varðar eftirlit með þjónustu hjúkrunarheimila milli Embættis landlæknis og Sjúkratrygginga Íslands.
2. Eftirlit með þjónustunni verði á grundvelli úttekta embættisins og niðurstaðna gæðavísa.
3. Embætti landlæknis geri áreiðanleikamat á skráningu á interRAI-mati.
4. Sjúkratryggingar Íslands hafi heimild til að lækka eða stöðva greiðslur ef ekki er brugðist við með úrbótum vegna athugasemda Embættis landlæknis um að gæðum sé ábótavant, hvort sem um er að ræða samningsbundna þjónustu eða ekki.

Færni- og heilsumat

Í þessum hluta verður tekið fyrir það sem lagt er til í skýrslu KPMG varðandi færni- og heilsumat og settar fram tillögur vinnuhópsins.

Í skýrslu KPMG kemur fram að nauðsynlegt sé að tryggja hlutleysi við mat á þörf fyrir hjúkrunarrými en nú sé til staðar óskilvirkni við öflun upplýsinga um umsækjendur sem og við úthlutun rýma. Eins kemur þar fram að galli sé í ferli aldraðra einstaklinga gegnum kerfið sem getur lýst sér í langri bið eftir úrræðum og skorti á viðeigandi þjónustu sem getur leitt til þess að dýrara úrræði sé notað en þörf er fyrir.

Tryggja þarf að sú þjónusta sem einstaklingur fær sé skilvirk, samhæfð og veitt á réttu þjónustustigi í samræmi við þörf. Allt frá því að einstaklingur býr heima og fær þjónustu, til dæmis frá félagsþjónustu, heimahjúkrun, endurhæfingu eða sækir dagdvöl og þar til viðkomandi fer á hjúkrunarheimili, ef þörf krefur. Tryggja þarf að ferlið gegnum hin ýmsu stig þjónustunnar sé órofið. Auk þess er mikilvægt að bæta upplýsingagjöf til aldraðra og aðstandenda þeirra og gæta að þeir séu vel upplýstir um þau úrræði sem í boði eru til að tryggja að þeir lendi ekki milli úrræða.

Í kröfulýsingu vegna rekstrar heilsugæsluþjónustu, útgáfu 1.0, kafla 3.6.1., kemur fram að heilsugæslustöð skuli vera virkur þátttakandi í samhæfingu heilbrigðisþjónustu á landinu og að öllum sem hafa langvinna sjúkdóma, þiggja þjónustu heimahjúkrunar, eru fjölfatlaðir eða hafa lagst endurtekið inn á sjúkrahús (> þrjú skipti á 12 mánaða tímabili) skuli skipaður þjónustustjóri á heilsugæslustöð. Í kröfulýsingunni segir auk þess að þjónustustjóri skuli vera heilbrigðisstarfsmaður sem skipuleggur þjónustu og eftirfylgni í samráði við heimilislækni sjúklings og aðra meðferðaraðila innan sem utan heilsugæslustöðvarinnar.

Vinnuhópurinn telur að þjónustustjóri væri mikilvægur þáttur í bættri skipulagningu, eftirfylgni og upplýsingagjöf til þjónustuþega heilsugæslunnar og aðstandenda þeirra í gegnum keðju þjónustunnar, frá fyrstu inngripum heimahjúkrunar og aðkomu félagsþjónustunnar, að flutningi á hjúkrunarheimili. Þjónustustjóri væri líka mikilvægur hlekkur í því að þeir féllu ekki út úr keðjunni sem ekki nýta heimahjúkrun, til dæmis vegna aðstoðar maka og eða fjölskyldu, en gætu þurft á færni- og heilsumati að halda. Eins þarf sérstaklega að horfa til þeirra sem ekki hafa notið heimahjúkrunar en þurfa á hjúkrunarrými að halda eftir sjúkrahúslegu í kjölfar skyndilegra veikinda eða áfalla. Þá kæmi til greina að nota *interRAI Contact Assessment (CA)* sem stuðning við ákvörðunartöku þar sem *interRAI CA* er styttra mat sem inniheldur færri breytur en HC og því einfaldara og mun fljótlegri í notkun. Ef niðurstöður þess benda til að sjúklingur þurfi mikla heimahjúkrun eða innlögn á hjúkrunarheimili væri gert ítarlegra mat. Í því samhengi yrði að skoða samstarf milli heilsugæslu og sjúkrahúss um framkvæmd mats.

InterRAI-mælitækið hefur þann kost að unnt er að nota matið á ólíkum þjónustustigum og draga niðurstöður saman til að reikna út áhættustig sem gefa vísbendingar um þjónustuþörf hvers og eins. Því er hægt að nota það sem eina af grunnstöðum við færni- og heilsumat. Þetta hafa Kanadamenn gert.

Community Care Access Centers (CCAC) í Kanada nota heildarstigafjölda *RAI*-mats til að úthluta þjónustu, þ.e. fleiri stig þýða fleiri klukkustundir í heimaþjónustu á viku. Heildarstigafjöldi er reiknaður út frá nokkrum kvörðum í *interRAI HC* mati. Þeir eru meðal annars *MAPLe* (þjónustuþörf), *ADL* (færnikvarði athafna daglegs lífs), *IADL* (færnikvarði almennra athafna daglegs lífs), *CPS* (vitrænn kvarði) og *CHESS* (stöðugleiki heilsufars). Þessir kvarðar gefa samanlagt útkomu á bilinu 0–28 sem er samþætt við stigun álags/streitu umönnunaraðila. Þetta

gefur heildarstigafjölda eða áhættustuðul frá lágum (0–7) upp í mjög háan (16+). Þannig er takmörkuðum úrræðum úthlutað á staðlaðan hátt eftir ólíkum þörfum einstaklinga. Þegar kemur að því að meta þörf fyrir hjúkrunarrými er notað ákvörðunartré sem byggist á þessari áhættuflokkun ásamt þeirri þjónustu sem einstaklingurinn hefur fengið eða fær. Ef viðkomandi er í neyð og þarf hjúkrunarrými án tafar er notaður CRISIS-kvarði úr RAI HC til að styðja þá ákvörðun.

Kanadísk flokkun forgangsröðunar ásamt skori:

1. CRISIS (*Crisis Identification and Situation Improvement Strategies Scale*).
2. Sameining hjóna/para (e. *spouse/partner reunification*).
3. Heimili sem veita þjónustu til ákveðinna trúarhópa, þjóðfélagshópa eða vegna tungumálaörðugleika.
4. Einstaklingur sem uppfyllir sömu skilyrði og þriðji hópur en hefur ekki sértækar menningarlegar þarfir.
5. Endurinnlögn, til dæmis eftir langvarandi sjúkráúsdvöl. Þessi hópur hefur forgang fram yfir alla hina.
6. Skiptiflokkur; fólk flytur á milli hjúkrunarheimila, þangað sem það vill heldur búa.

Í skýrslu KPMG er bent á þörfina á því að ferli færni- og heilsumats verði tekið til heildrænnar skoðunar og gert eins einfalt og skilvirkt og kostur er og að bæta þurfi samþykktarferli á hjúkrunarheimilum með tilliti til einstaklingsins.

Færni- og heilsumatsnefndir eru nú starfandi í öllum heilbrigðisumdæmum landsins. Í heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðis er nefndin skipuð sex aðilum en þremur í öðrum heilbrigðisumdæmum. Nefndirnar yfirfara allar umsóknir um dvöl á hjúkrunarheimili og taka afstöðu til þeirra út frá þeim forsendum sem fyrir liggja. Upplýsingar um ástand og aðstæður hins aldraða sem fram koma í þeirri umsókn geta verið orðnar úreltar þegar viðkomandi innritast á hjúkrunarheimili vikum eða mánuðum síðar. Hjúkrunarheimilin fá því ekki endilega uppfærðar upplýsingar um ástand viðkomandi nema kalla eftir þeim sérstaklega. Mismunandi aðstæður og framboð á þjónustu eftir landsvæðum hefur á stundum valdið tortryggni um að mismunandi forsendur þurfi til að fá úthlutað hjúkrunarrýmum; það fari eftir því hvort höfuðborgarsvæði eða landsbyggð eigi í hlut.

Með einföldun færni- og heilsumats er ekki þörf á fjölda færni- og heilsumatsnefnda heldur gæti ein nefnd afgreitt álitamál á landsvísu. Samsetning nefndarinnar gæti verið þannig að einn fulltrúi kæmi úr hverju heilbrigðisumdæmi auk formanns nefndarinnar, þ.e. ein átta manna nefnd. Einungis álitamál kæmu á borð nefndarinnar og væru afgreidd af þremur nefndarmönnum, þ.á.m. fulltrúa úr heilbrigðisumdæmi umsækjanda. Þannig þyrftu nefndarmenn ekki að sitja alla fundi en tryggt að öll álitamál fengju afgreiðslu með aðkomu fulltrúa úr viðkomandi heilbrigðisumdæmi.

Til að einfalda samþykktarferli á hjúkrunarheimilum, með tilliti til hvers einstaklings, er lagt til að eiginleikar interRAI-mælitækisins séu notaðir líkt og gert er í Kanada. Mælitækið sker úr um þjónustubörf og mat á þörf fyrir dvöl á hjúkrunarheimili myndi byggjast á niðurstöðum þess án þess að hver umsókn væri tekin fyrir af færni- og heilsumatsnefnd. Ef upp kæmu álitamál færu þau til færni- og heilsumatsnefndar þar sem lokaniðurstaða fengist.

Færni- og heilsumatsnefndir halda nú utan um biðlista eftir dvöl á hjúkrunarheimili í hverju heilbrigðisumdæmi sem og óskir umsækjanda um ákveðin hjúkrunarheimili, ef þær eru fyrir hendi.

Hvert hjúkrunarheimili hefur nú aðgang að eigin biðlista og komið hefur fyrir að hjúkrunarheimili hafi úthlutað öðrum hjúkrunarrými en þeim sem fremstir voru í forgangsröð, án samráðs við færni- og heilsumatsnefnd eins og reglugerð segir fyrir um.

Til að auka skilvirkni og yfirsýn væri æskilegt að einn biðlisti væri á landvísu. Sá listi væri unninn sjálfkrafa upp úr interRAI-mælitækjunum og óskir umsækjenda um ákveðin hjúkrunarheimili væru auðkenndar. Tryggja þarf jafnframt að hægt væri að flokka þá sem eru á biðlista niður eftir sérhæfðari úrræðum, svo sem sérdeildum fyrir minnisskerta eða fyrir einstaklinga með geðræn vandamál. Umsækjendur gætu auðkennt á umsókn sinni ósk um öll hjúkrunarheimili landsins, ákveðið heilbrigðisumdæmi eða ákveðið hjúkrunarheimili. Embætti landlæknis og færni- og heilsumatsnefnd gætu skoðað biðlistann út frá mismunandi síum, meðal annars út frá sérhæfðum úrræðum, óskum um ákveðið hjúkrunarheimili, heilbrigðisumdæmi eða ef öll hjúkrunarheimili landsins koma til greina. Hvert hjúkrunarheimili sæi tvö efstu nöfn á viðeigandi biðlista sem jafngildir tilnefningu sem kemur frá færni- og heilsumatsnefnd í laust pláss og hjúkrunarheimili þurfa nú að kalla sérstaklega eftir. Með þessu fyrirkomulagi ætti að vera tryggt að þeir sem eru í mestri þörf fyrir hjúkrunarrými séu jafnframt í mestum forgangi. Þar að auki væri það alltaf aðgengilegt fyrir hjúkrunarheimili hver væri næstur á forgangslista en frídagar hafa einatt tafið þá afgreiðslu. Það þyrftu áfram að vera starfsmenn færni- og heilsumatsnefndar sem sæju um utanumhald afgreiðslu álitamála og upplýsingagjöf varðandi biðlista.

Á samráðsfundum um tillögurnar kom fram ánægja með að ferlið í kringum færni- og heilsumat yrði gert skilvirkara. Efasemdir voru hjá fulltrúum færni- og heilsumatsnefnda um afgreiðslu umsóknar án aðkomu nefnda en aðrir hagsmunaaðilar, meðal annars fulltrúar heimahjúkrunarinnar, sáu ekki meinbugi á því. Þá voru fáar athugasemdir gerðar við fækkun færni- og heilsumatsnefnda en ábending kom þó fram á fundi fulltrúa færni- og heilsumatsnefnda um að hafa mætti 2–3 nefndir í stað einnar.

Á samráðsfundum kom einnig fram að mikill kostur væri að hafa einn biðlista á landsvísu sem auðvelda myndi yfirsýn og tryggja forgang þeirra sem í mestri þörf væru. Varðandi tilnefningu í laus pláss ítrekuðu Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu ósk sína um að fjölga umsækjendum sem þau fá að velja úr, í laust pláss, í fjóra eða sex í stað tveggja. Ábendingar frá færni- og heilsumatsnefndum og fulltrúum heimahjúkrunar eru þær að fjölgun tilnefndra geti minnkað líkur þeirra veikustu á að fá úthlutað hjúkrunarrými þótt þeir eigi sannarlega að vera í mestum forgangi. Gangi úthlutun ekki upp vegna séraðstæðna, væru starfsmenn til staðar hjá færni- og heilsumatsnefnd sem úthlutað gætu fleiri nöfnum.

Tillögur

1. Nota interRAI-mælitækið í heimaþjónustu (interRAI HC) sem grunnstoð við færni- og heilsumat með svipuðum hætti og Kanadamenn gera þannig að einungis álitamál komi til umfjöllunar færni- og heilsumatsnefndar.

Skoða yrði sérstaklega mat á þörfum þeirra sem verða fyrir skyndilegum áföllum eða veikindum og þurfa þjónustu í kjölfarið án þess að hafa nýtt þjónustu heimahjúkrunar áður. Þetta mætti til dæmis gera með því að nota *interRAI Contact Assessment (CA)* sem stuðning við ákvörðunartöku. Í framhaldinu yrði unnið interRAI HC mat ef þörf krefði.

2. Hlutverk þjónustustjóra á heilsugæslustöðvum verði virkjað alls staðar, sbr. kröfulýsingu, og hann skipuleggi þjónustu, upplýsingagjöf og eftirfylgni við einstaklinga sem eru skráðir

í interRAI HC í samráði við heimilislækni viðkomandi og aðra meðferðaraðila innan sem utan heilsugæslustöðvar.

3. Skipulag færni- og heilsumatsnefnda verði óbreytt þar til kerfið í kringum interRAI HC og starf þjónustustjóra er að fullu komið á.
4. Færni- og heilsumatsnefndum verði fækkað í eina átta manna nefnd á landsvísu þegar skipulagið, sbr. tillögu 1 og 2 er komið til framkvæmda, þar sem einn fulltrúi væri frá hverju umdæmi, auk formanns nefndarinnar. Að afgreiðslu hvers álitamáls kæmu þrír nefndarmenn, þar á meðal fulltrúi úr heilbrigðisumdæmi umsækjanda.
5. Einn biðlisti fyrir dvöl á hjúkrunarheimili verði á landsvísu. Hvert hjúkrunarheimili sæi tvö efstu nöfnin á viðeigandi biðlista hverju sinni.
6. Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma, nr. 466/2012, verði endurskoðuð með tilliti til þeirra ákvarðana sem verða teknar.
7. Skoða þarf vistun og aðgang að heilbrigðisupplýsingum færni- og heilsumats með tilliti til nýrrar persónuverndarlöggjafar og samninga við Stika.

Viðbótar tillaga vinnuhópsins, óháð skýrslu KPMG

Vinnuhópurinn leggur til að skoðaðir verði möguleikar á að taka upp samsvarandi mat fyrir umsóknir um dagdvöl og hér er lagt til fyrir dvöl í hjúkrunarheimili.

Tímaás

Sjá myndrænt á næstu síðu.

Vörður á leiðinni að breyttu fyrirkomulagi

