



MA ritgerð

Félagsráðgjöf til starfsréttinda

Aðstæður aldraðra sem fengu synjun á færni- og heilsumati fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013

Guðbjörg Garðarsdóttir

Sigurveig H. Sigurðardóttir
Nóvember, 2014



HÁSKÓLI ÍSLANDS
FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

**Aðstæður aldraðra sem fengu synjun á færni- og heilsumati fyrir búsetu á
dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013**

Guðbjörg Garðarsdóttir

120556-2239

Lokaverkefni til MA-gráðu í félagsráðgjöf til starfsréttinda

Leiðbeinandi: Sigurveig H. Sigurðardóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Nóvember, 2014

Aðstæður aldraðra sem fengu synjun á færni- og heilsumati fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013

Ritgerð þessi er lokaverkefni til MA félagsráðgjöf til starfsréttinda og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Guðbjörg Garðarsdóttir, 2014

Prentun: Samskipti
Reykjavík, Ísland, 2014

Útdráttur

Markmið rannsóknarinnar var að kanna aðstæður aldraðra sem fengu synjun á færni- og heilsumati á höfuðborgarsvæðinu árið 2013. Einnig að kanna ástæður synjana, hverjir þjónustuaðilar þeirra voru og hver þjónustubörf þeirra var. Til að aldraðir fái samþykkt mat frá Færni- og heilsumatsnefnd fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum þurfa öll félagsleg og heilsufarsleg úrræði sem stuðla að því að aldraðir geti búið í heimahúsi að vera fullreynd. Notuð var meginregla aðferð og greind voru fyrirbyggjandi gögn. Kannaðar voru ástæður synjana hjá 189 einstaklingum. Úrtak var tekið úr þessum hópi 67 ára og eldri og hjá þeim var kannað nánar þjónusta og úrræði sem Færni- og heilsumatsnefnd mælti með, heimilisaðstæður, þjónustubörf og þjónustuaðilar þeirra.

Ástæður synjana voru vegna þess að félagsleg og heilsufarsleg úrræði voru ekki fullreynd. Meðal annars hafði einn þriðji hluti hópsins enga heimaþjónustu. Einnig kom fram að þung byrði var lögð á aðstandendur. Tveimur þriðja hluta hópsins leið ekki vel andlega og aðeins einn þeirra var með félagslegan stuðning frá heimaþjónustu. Þær ályktanir sem hægt er að draga af niðurstöðum eru þær að leggja þarf meiri áherslu á upplýsingar og faglega ráðgjöf til aldraðra og aðstandenda þeirra. Huga þarf meira að þjónustu sem kemur í veg fyrir einmanaleika og félagslega einangrun. Til að koma í veg fyrir álag á aðstandendur í umönnun ættingja er nauðsynlegt að þeir fái stuðning frá hinu opinbera. Sveigjanleiki og samspil þarf að vera á milli aðstandenda og heimaþjónustu.

Lykilorð: Aldraðir, að eldast heima, færni og heilsumat, þjónustubörf, heilbrigðis- og félagsþjónusta, formleg þjónusta, óformleg þjónusta.

Abstract

The aim of this thesis is to examine the situations of elderly, living in the capital region of Iceland, that were rejected the Nursing home pre-admission assessment in the year of 2013. The goal is also to examine the reasons behind the applicant's rejections, find out who their caregivers were and what degree of need the applicants would need to live normal lives. The condition for an approval, from the Nursing home pre-admission assessment committee for institutional care, is that all health and social services, regarding elderlies living by themselves at home, have to be fully exhausted and carried out. For this particular research, quantitative methods were used with the methodology of secondary analysis. A total of 189 individual rejections were studied. A sample was taken from this group and their situations and health and social services were examined which the Nursing home pre-admission assessment committee recommended, such as status at home, need for home care services and care givers.

The reasons behind these rejections were primarily those that all health and social services hadn't been fully exhausted. For example, one third of the sample hadn't even received home care services. The findings also suggested that heavy burden was placed on caring relatives of the elderly. The status of the mental health of two thirds of the samples was not good and only one individual case received the help needed from the municipality he/her lived in. The conclusions suggest that authorities need to focus more on communicating information and professional advice to the elderlies and their relatives, and as well that more attention and time is needed for home services so that they services can prevent loneliness and social isolation. To fully avoid immediate stress on caring relatives it is necessary that the relatives receive support from authorities. Flexibility and coordination has to exist between caring relatives and home care services.

Formáli

Rannsóknin er hluti af 30 ECTS lokaverkefni í meistaranámi til starfsréttinda í félagsráðgjöf við Félagssráðgjafardeild Háskóla Íslands. Ástæðan fyrir vali rannsóknar á sviði öldunarmála stafar af því að rannsakandi hefur áhuga á velferð aldraðra. Það má segja að kveikjan að vali á efni í MA ritgerð sé BA ritgerð rannsakanda sem fjallaði um umhverfi í heimahúsum aldraðra með skerta fæni. Þau skrif vöktu upp löngun til að rannsaka fleiri svið er snerta málefni aldraðra sem búa í heimahúsum og sérstaklega þeirra sem telja sig ekki geta búið heima. Mínnar bestu þakkir færi ég leiðbeinanda mínum Sigurveigu H. Sigurðardóttur fyrir góða leiðsögn og stuðning. Ég þakka Pálma V. Jónssyni formanni Færni- og heilsumatsnefndar höfuðborgarsvæðisins og Ágústu Benny Herbertsdóttur verkefnastjóra Færni- og heilsumatsnefndar fyrir góðar upplýsingar og aðstoð. Sérstakar þakkir fær Álfhildur Hallgrímsdóttir starfsmaður Færni- og heilsumatsnefndar fyrir ómetanlegan stuðning og hjálpssemi. Systur minni Önnu Birnu Garðarsdóttur þakka ég innilega fyrir hjálp við yfirlestur á ritgerðinni. Einnig þakka ég eiginmanni mínum Stefáni L. Aðalsteinssyni og fjölskyldu minni kærlega fyrir veitta aðstoð, stuðning og skilning.

Efnisyfirlit

Útdráttur	3
Abstract	4
Formáli	5
1 Inngangur	11
2 Fræðilegur bakgrunnur	13
2.1 Öldrunarfræði.....	13
2.1.1 Kenningar í öldrunarfræði	14
2.1.2 Að eldast heima	15
2.2 Virkni aldraðra og samstaða kynslóða	16
2.3 Þátttaka aldraðra	17
2.4 Gæði þjónustu	18
2.4.1 Færni- og heilsumat	19
2.5 Samantekt	24
3 Stjórn öldrunarmála og skipulag öldrunarþjónustu	25
3.1 Opin öldrunarþjónusta.....	26
3.2 Stofnanarþjónusta	27
3.3 Þróun öldrunarþjónustu í velferðarþjónustu	28
3.3.1 Tilfærsla þjónustu við aldraða frá ríki til sveitarfélaga.....	31
3.4 Samantekt	33
4 Að búa við eðlilegt heimilislíf	35
4.1 Stuðningur til sjálfstæðrar búsetu.....	35
4.1.1 Þjónustubörf aldraðra	37
4.1.2 Aðstandendur aldraðra	38
4.1.3 Starfsfólk í heimaþjónustu.....	39
4.1.4 Fagleg ráðgjöf og upplýsingar til aldraðra og aðstandenda þeirra	40
4.2 Samantekt	42
5 Aðferð og framkvæmd	43
5.1 Aðferð	43
5.2 Framkvæmd	44
5.3 Síðfræðileg álitafni	46
5.3.1 Takmarkanir rannsóknar.....	47
5.4 Samantekt	47

6 Niðurstöður	49
6.1 Bakgrunnur þátttakanda	49
6.2 Ástæður synjana	51
6.3 Úrræði og þjónusta	53
6.4 Þjónustuaðilar og þjónustupörf	53
6.4.1 Aðstoð frá aðstandendum	56
6.5 Samantekt	57
7 Umræða	59
7.1 Hagnýtt gildi rannsóknar	63
8 Lokaorð	65
Heimildaskrá	67
Viðauki 1.....	73

Töfluskra

Tafla 1. Færni- og heilsumat á höfuðborgarsvæðinu árin 2011, 2012 og 2013	23
Tafla 2. Verkaskipting í öldrunarmálum	32
Tafla 3. Hlutföll aldraðra sem búa á stofnunum á Norðurlöndunum	35
Tafla 4. Heimilisaðstæður.....	51
Tafla 5. Úræði og þjónusta	53
Tafla 6. Líkamleg færni	53
Tafla 7. Andleg líðan.....	54
Tafla 8. Þjónustuaðilar.....	55
Tafla 9. Aðstoð við IADL (innkaup, matreiðsla, þrif, þvotta)	55
Tafla 10. Aðstoð við PADL (fara í bað eða sturtu, að matast, að fara á salerni, að fara í og úr rúmi, að klæðast og eða háttá sig)	56
Tafla 11. Önnur þjónusta.....	56

Myndaskrá

Mynd 1. Aldur og kyn allra 67 ára og eldri	49
Mynd 2. Aldur og kyn úrtakshóps	50
Mynd 3. Hjúskaparstaða úrtakshóps	50
Mynd 4. Fjöldi synjana um færni- og heilsumat og tegundir bréfa á höfuðborgarsvæðinu árið 2013	52
Mynd 5. Fjöldi synjana og tegundir bréfa úrtakshóps	52

1 Inngangur

Árið 2008 urðu breytingar á lögum um fyrirkomulag vistunarmats aldraðra. Það varð til þess að erfiðara er fyrir aldraða en áður að fá gilt færni- og heilsumat fyrir búsetu á hjúkrunar- og dvalarheimilum. Til að fá gilt færni- og heilsumat þurfa öll félagsleg og heilsufarsleg úrræði að vera fullreynd (Embætti landlæknis, 2011-2012; 2013; Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma nr. 1000/2008). Stjórnvöld leggja áherslu á að gera öldruðum kleift að búa heima sem lengst og fá til þess þjónustu við hæfi (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999). Af þeirri ástæðu fannst rannsakanda áhugavert að kanna aðstæður þeirra sem fengu synjun á færni- og heilsumati á höfuðborgarsvæðinu árið 2013. Með aðstæðum aldraðra er hér átt við heimilisaðstæður þeirra, þjónustupörf og hverjir þjónustuaðilar þeirra voru. Markmið rannsóknarinnar er að kanna ástæður synjunar, hvaða þjónustu og úrræði hópnum vantaði helst, hverjir þjónustuaðilar þeirra voru og hver þjónustupörf þeirra var.

Rannsóknarspurningar eru þrjár:

- Hverjar voru ástæður synjunar á færni- og heilsumati fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013?
- Hvers konar þjónustu eða úrræði vantaði þennan hóp helst að mati Færni- og heilsumatsnefndar?
- Hvaða þjónustuaðilar aðstoðuðu þann aldraða og hver var þjónustupörf hans?

Hertar reglur á færni- og heilsumati leiða til þess að fleiri þurfa að nýta sér heimaþjónustu sveitarfélaga. Rannsóknir sýna að líklega er heimaþjónusta á Íslandi of takmörkuð og beinist ekki nógu markvisst að þeim sem þurfa mest á þjónustunni að halda. Þess vegna hefur öldruðum fundist meira öryggi í að búa á stofnunum en í heimahúsum (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013; Velferðarráðuneytið, 2012). Rannsóknir sýna einnig að mikið álag getur verið á aðstandendum aldraðra ef ekki er komið til móts við þá með þjónustu sem veitt er af ríki og sveitarfélagi (Ásta Guðmundsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012; Landlæknisembættið, 2006; Litwin og Attias-Donfut, 2009; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Þeir sem hafa náð 67 ára aldri teljast vera aldraðir samkvæmt lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999. Samkvæmt mannfjöldaspá Hagstofu Íslands (2013) mun öldruðum fjölga mikið næstu ár og lífaldur kvenna er hærri en karla. Það er talið að á árinu 2060 muni fjöldi aldraðra verða tvöfalt fleiri en þeir eru í dag. Aldursamsetning íslensku þjóðarinnar er því að breytast (Hagstofa Íslands, 2013). Þessar breytingar gera meiri kröfur til velferðarsamfélagsins því þörf verður fyrir fjölbreyttari þjónustu og úrræði sem kalla á breyttar áherslur í skipulagi og umræðu (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Rannsakandi telur að niðurstöður rannsóknarinnar geti meðal annars varpað ljósi á ýmsa þætti sem geta stuðlað að bættri heimaþjónustu til aldraðra.

Ritgerðin skiptist í 7 kafla. Annar kafli er fræðilegur bakgrunnur ritgerðarinnar og fjallar um öldrunarfræði og helstu kenningar og hugtök innan hennar. Einnig er fjallað um virkni og þátttöku aldraðra. Athugað er hvað felst í gæðum þjónustu fyrir neytendur og í framhaldinu er fjallað um færni- og heilsumat. Í þriðja kafla er sagt frá stjórn öldrunarmála og skipulagi öldrunarþjónustu. Einnig verður farið yfir þróun öldrunarmála síðustu áratugi. Fjallað verður um fyrirhugaða tilfærslu þjónustu við aldraða frá ríki til sveitarfélaga og hvaða áhrif það muni hafa á þjónustu til aldraðra.

Í fjórða kafla er fjallað um hvað þurfi til fyrir aldraða til að geta búið við eðlilegt heimilislíf og hvað komi í veg fyrir það. Fjallað er um þjónustupörf aldraðra, aðstandendur og hvað megi gera betur til að samþætta opinbera þjónustu og þjónustu aðstandenda. Sagt verður frá starfsfólki í öldrunarþjónustu á Íslandi og á Norðurlöndum. Að lokum er fjallað um faglega ráðgjöf og upplýsingar til aldraðra og hvernig félagsráðgjafar komi þar að málum. Í fimmta kafla er fjallað um aðferð og framkvæmd rannsóknarinnar og í sjötta kafla eru niðurstöður rannsóknar birtar. Í sjöunda kafla, umræðukafla eru niðurstöður rannsóknarinnar bornar saman við stöðu þekkingar og fræðilegan grunn ritgerðarinnar. Að lokum er fjallað um hagnýtt gildi rannsóknarinnar.

2 Fræðilegur bakgrunnur

Í þessum kafla er fjallað um fræðigreininna öldrunarfræði og helstu kenningar innan hennar. Fjallað er um hugtakið „að eldast heima“ og hvernig það skýrir vellíðan aldraðra sem búa á heimilum sínum. Virkni aldraðra og samstaða kynslóða eru mikilvægir þættir til að öðlast og viðhalda lífsgæðum á efri árum. Fjallað verður um gæði þjónustu og hvað þurfi til þess að þjónusta sé fjölbreytt, örugg og áreiðanleg. Í framhaldinu verður sagt frá færni- og heilsumati en það fellur undir gæðaeftirlit Embætti landlæknis.

2.1 Öldrunarfræði

Öldrunarfræði er þverfagleg fræðigrein sem fjallar um læknisfræðilega, sálræna og félagslega þætti sem hafa með síðustu æviárin að gera. Mikilvægt er að átta sig á samspili þessara þátta og hvaða áhrif þeir hafa á aldraða. Öldrunarfræði er oft skipt í tvær undirgreinar, öldrunarlækningar (e. geriatrik) og félagsöldrunarfræði (e. social gerontology). Öldrunarsérfræðingar (e. gerontological specialists) heyra til ólíkra starfsstétta sem leitast við að greina þætti sem hafa áhrif á öldrunarferlið og stuðla að því að auka lífsgæði og bæta hag aldraðra. Öldrunarfélagsfræðin lýsir því hvernig áhrif félagslegra og menningarlegra þátta hafa á öldrunarferlið en félagslegt umhverfi getur haft áhrif á hvernig hinum aldraða líður. Mikilvægt er því að skoða öldrun fólks í félagslegu samhengi. Öldrunarfræðin tengist einnig viðhorfum og þróun vinnuaðferða og hefur því áhrif á stefnumótun stjórnvalda og mótun þjónustu (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006a).

Öldrun er það ferli sem hefst við fæðingu og endar við dauða. Ellin er síðasti hluti lífhringsins. Kenningarleg fræðasvið öldrunarfræðinnar eru talin vera þrjú en fyrsta kenningarsviðið er einstaklingssviðið þar sem eru rannsakaðar sálrænar og líffræðilegar breytingar sem verða á einstaklingum. Á næsta kenningarsviði er athugað hvernig fólk hefur áhrif hvort á annað og hvernig einstaklingurinn er sem hópvera og einnig hvernig samspil fólks er við umhverfið og hvernig það mótast það. Fólk gegnir mörgum hlutverkum í lífinu og það eru ólíkar væntingar sem gerðar eru til fólks eftir því hvað á við hverju sinni. Þriðja kenningarsviðið er samfélagssvið þar sem athugað er hver staða aldraðra er í þjóðfélaginu, áhrif aðstæðna, tekna og búsetu. Mikilvægt er að þessir þrjú öldrunarferlar fylgist að því ef misræmi er á milli þeirra getur það leitt af sér erfiðleika fyrir aldraða og vanda fyrir þjónustukerfið (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006a).

2.1.1 Kenningar í öldrunarfræði

Ein fyrsta kenningin í öldrunarfræði var hlédægningin (e. disengagement theory). Hún fjallar um að aldraðir ákveði með samþykki samfélagsins að draga sig í hlé frá skyldum samfélagsins. Kenningin er nátengd uppbyggingu stofnanþjónustu og eftirlaunakerfis og tengist hugmyndinni um að setjast í helgan stein. Hugmyndin er enn til staðar í samfélaginu hvað varðar stöðu og hlutverk aldraðra (Kart, 1997).

Með hlutverkakenningunni (e. role theory) var gerð fyrsta tilraunin til að skilja aðlögun fólks að hækkandi aldri og finna sér önnur hlutverk þegar öðrum er lokið. Merki um lélega aðlögun var athafnaleysi aldraðra. Jákvæð tengsl eru á milli athafnasemi og lífsánægju og því var talið að einstaklingar þyrftu að vinna á móti tilhneigingu samfélagsins að ýta þeim til hliðar. Athafnakenningin (e. activity theory) fjallar um að þó að einstaklingur eldist hefur hann sömu andlegu og félagslegu þarfir. Aldraðir þurfa áfram á afþreyingu og félagsskap að halda og í því væri lífsfyllingin fólgin. Hlutverkakenningin og athafnakenningin þróuðust þegar félagsþjónustan og almannatryggingakerfið efdust (Kart, 1997).

Samfellukenningin (e. continuity theory) fjallar um að einstaklingurinn vill varðveita minningar og tengsl fortíðar og vera áfram það sem hann hefur verið til æviloka. Það leiðir til óánægju og erfiðleika hjá öldruðum ef miklar breytingar verða á högum þeirra. Samfellukenningin byggir á grunni hlutverka- og athafnakenninga ásamt hugtökunum um farsæla öldrun (e. successful ageing) og framlag (e. productivity) (Kart, 1997).

Kenning Townsend um innbyggt ósjálfstæði (e. structured dependency) er gagnrýni á formgerð og hugmyndir um málefni aldraðra. Þar segir meðal annars að þörf aldraðra fyrir aðstoð og umönnun annarra séu ýktar. Townsend taldi að samfélagið geri aldraða háða ríkisvaldinu vegna lágra eftirlauna, aldursbundinna starfsloka og stofnavistunar og aðgreindi þá frá öðrum í samfélaginu. Hann taldi einnig að sjálfsákvörðunarréttur aldraðra væri ekki virtur (Mein, Higgs, Ferrie og Stansfeld, 1998; Townsend, 1981). Townsend lagði áherslu á að aldraðir ættu meðal annars að hafa miklu meira um það að segja hvar þeir vildu búa og þeir ættu hafa áhrif á hvernig samfélagsþjónusta þeir vildu fá eða láta í té. Hann sagði að stofnanþjónusta væri dýrari í rekstri en heimaþjónusta. Minnka ætti stofnanþjónustu og auka og efla þjónustu til aldraðra sem byggju á heimilum sínum. Hann taldi uppbyggingu samfélagsþjónustu ekki vera góða því meðal annars væri heimaþjónusta og heimahjúkrun mjög takmarkaðar. Litið væri á aldraða sem hlutlaus og þakkláta þiggjendur þjónustu sem

væri stjórnað af vel upplýstum opinberum stjórnendum. Stjórnvöldum fyndist fjarstæðukennd hugmynd að setja í forgang skipulagða þjónustu við aldraða þar sem samvinna væri á milli þeirra og þjónustuaðila (Townsend, 1981).

Á síðustu árum hafa ráðamenn lagt áherslu á að aldraðir búi á eigin heimilum og tengist það sjálfsákvörðunarrétti þeirra. Það er mjög mikilvægt að skilja sjálfræði einstaklings út frá venjum hans, viðhorfum og óskum því þannig geta aldraðir lifað innihaldsríku lífi á eigin forsendum. Rannsóknir sýna að aldraðir sem búa á öldrunarstofnunum geti lítil áhrif haft á umhverfi sitt og búi því á margan hátt við skert sjálfræði (Ástríður Stefánsdóttir og Vilhjálmur Árnason, 2004).

2.1.2 Að eldast heima

Í öldrunarfræði vísar hugtakið að eldast heima (e. ageing in place) til þess að það sé mikilvægt að aðstoða aldraða við að búa heima sem lengst og gera þeim kleift að lifa sjálfstæðu lífi. Það felur einnig í sér að aldraðir kjósa fremur að búa heima en á stofnunum (Horner og Boldy, 2008; Sixsmith og Sixsmith, 2008). Fræðimenn hafa talið mikilvægt að aldraðir búi heima vegna minninga og tilfinningalegra tengsla sem geta myndast við heimilið á langri ævi. Einnig að sjálfstæð búseta stuðli að sjálfsvirðingu, sjálfstæði, félagslegri þátttöku, heilbrigðri öldrun og lífshamingju (Kristín Björnsdóttir, 2008; Sixsmith og Sixsmith, 2008; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve og Allen, 2011).

Þó að sterk tengsl sé við heimilið geta aðstæður breyst ef hinn aldraði verður fyrir líkamlegri skerðingu. Til að geta liðið vel á heimili sínu, ekki síst líkamlega er æskilegt að geta komist um á auðveldan hátt. Þegar heilsa og líkamleg geta minnkar getur heimilið orðið mikil byrði. Rannsóknir sýna að aldraðir vilja ekki búa heima nema breytingar á heimilinu hafi átt sér stað. Ef aldraðir finna fyrir öryggisleysi vegna versnandi heilsu, vilja þeir frekar fara á dvalar- eða hjúkrunarheimili en búa heima (Gitlin, 2003; Kristín Björnsdóttir, 2008; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006b; Sixsmith og Sixsmith, 2008).

Það getur verið erfitt að búa heima ef skortur er á félagsneti, óformlegri aðstoð og þegar umhverfi heimilis og nágrennis er ófullnægjandi og samgöngur takmarkaðar. Það getur grafið undan getu aldraða til að lifa sjálfstæðu lífi og þeir geta upplifað einangrun, einmanaleika, hræðslu og vanmáttarkennd. Aldraðir þurfa stuðning til að þeir geti haft áhrif á umhverfi sitt og haft val um athafnir daglegs lífs. Það er ekki nóg að styðjast aðeins við grunnþarfir

aldraðra sem búa heima (Horner og Boldy, 2008; Sixsmith og Sixsmith, 2008; Wiles o. fl., 2011).

Það verða miklar breytingar í lífi aldraðs fólks þegar það þarf á aðstoð annarra að halda. Til að geta búið við eðlilegt heimilislíf þurfa aldraðir að hafa aðgang að sveigjanlegri og einstaklingsmiðaðri þjónustu sem mætir þörfum þeirra. Rannsóknir sýna að öldruðum finnst ekki auðvelt að þurfa að fá aðstoð inn á heimili sín og því er ekki sama hvernig að aðstoðinni er staðið. Þeir sem veita heimaþjónustu ættu einnig að sinna andlegum þörfum aldraðra með því að hlusta á þá og sýna þeim umhyggju. Samskiptin ættu ekki eingöngu að snúast um veikindi og fötlun. Góð samskipti á milli þjónustuaðila og hins aldraða geta skipt hann miklu máli. Þrif á íbúð, böðun og heimsend máltíð eru mikilvægir þættir þjónustu en einnig vingjarnlegir og tillitssamir þjónustuaðilar. Til að aldraðir geti búið við eðlilegt heimilislíf þarf að hlúa jafnt að félagslegum, andlegum og líkamlegum þáttum þeirra (Barrett, Hale og Gauld, 2012; Horner og Boldy, 2008).

2.2 Virkni aldraðra og samstaða kynslóða

Í lok tíunda áratugarins lagði Alþjóða heilbrigðisstofnunin (WHO) áherslu á virkni aldraðra (e. active ageing). Hugtakið virkni aldraðra vísar til áframhaldandi þátttöku í samfélaginu, sama hversu aldraður einstaklingurinn verður. Það vísar ekki eingöngu til þess að hafa líkamlega getu og geta tekið þátt í atvinnulífinu heldur einnig að þó einstaklingur sé hættur störfum, sé veikur eða fatlaður getur hann verið áfram virkur, haft hlutverki að gegna og verið sjálfstæður þjóðfélagsþegn sem lætur að sér kveða innan fjölskyldunnar og í samfélaginu (World Health Organisation, 2002).

Evrópusambandið tileinkaði árið 2012 virkni aldraðra og samstöðu á milli kynslóða. Ísland var þátttakandi í verkefnum og viðburðum sem tengdust því. Það var fólgið í því að fá þá aðila sem hafa með öldrunarmál að gera að grípa til aðgerða og skapa aukin tækifæri til að efla virkni aldraðra og samstöðu kynslóða (Age Platform Europe, 2012; Velferðarráðuneytið, 2013-a). Í kjölfarið var efnt til framtíðarþings um farsæla öldrun með það að markmiði að vekja upp jákvæð viðhorf til aldraðra og hvernig aldraðir horfa til framtíðar. Niðurstöður voru meðal annars þær að aldraðir vilja njóta virðingar, sjálfstæðis og fjárhagslegs öryggis og að þeim yrði tryggður aðbúnaður, umönnun og þjónusta til sjálfshjálpar þegar kemur að því að heilsan brestur. Einnig kom fram, að það góða við að

eldast væri að rækta samskipti og njóta samvista með fjölskyldu og vinum og miðla reynslu til afkomenda og þjóðfélags (Velferðarráðuneytið, 2013-a; 2013-b).

Samskipti kynslóða eru mikilvæg til að stuðla að virkni aldraðra. Hægt er að nýta þann auð og hæfileika sem aldraðir búa yfir og að bæði ungir og aldnir veiti gagnkvæman stuðning og aðstoð þegar á þarf að halda. Því er mikilvægt að hanna styðjandi umhverfi sem allir einstaklingar geta notið (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013; Velferðarráðuneytið, 2013-a; 2013-b; World Health Organisation, 2002).

2.3 Þátttaka aldraðra

Hugtakið notendasamráð (e. service user) vísar til þess að vera í samráði við notendur sem eiga að njóta þjónustunnar. Sú þjónusta er veitt út frá þörfum notenda fremur en út frá hugmyndum fagmanna um þarfir notenda. Notendastýrð þjónusta veitt af jafningjum skilar betri árangri á þjónustu, bæði tilboð á þjónustu og hvernig hún er veitt (Warren, 2007). Notendasamráð tengist gagnreyndum vinnuaðferðum sem meðal annars er hægt að skilgreina sem áherslu á rannsóknir, þjónustu og virka þátttöku (Halldór S. Guðmundsson, Atli Hafþórsson, Hervör Alma Árnadóttir og Sólveig Ása Árnadóttir, 2012).

Áhrif aldraðra eru sýnilegri í allri umræðu um málefni þeirra. Í dag þykir sjálfsagt að fulltrúar aldraðra komi meira að ákvörðunum í málefnum aldraðra. Þeir hafa meira um málin að segja og eru mun öflugri en áður að fylgja kröfum sínum eftir (Barrett o. fl., 2012; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012). Dæmi um hvernig hægt er að nota notendasamráð í þjónustu má finna í stefnu Reykjavíkurborgar í málefnum eldri borgara til ársins 2017. Stefnan var unnin í nánú samstarfi við sérfræðinga í öldrunarþjónustu og hagsmunasamtökum aldraðra og jafnframt var horft til niðurstaðna í rannsóknum í öldrunarmálum (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013).

Í stefnunni kemur meðal annars fram hvernig hægt er að mæta þörfum aldraðra og um leið að nýta þann auð sem þeir búa yfir. Stuðla á að virkni og samfélagsþátttöku þeirra með því að bæta aðgengi að þjónustu. Í hverfum borgarinnar hafa verið starfandi nærþjónustuhópar en þeir eru í þverstofnanalegu samstarfi á milli félagssamtaka og stofnana sem vinna að málefnum aldraðra í hverfinu. Talið er mikilvægt að efla störf nærþjónustuhópa og koma fleirum á í öllum hverfum borgarinnar og að fagleg áhersla sé samstiga við óskir og þarfir aldraðra (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013).

Einnig kemur fram í stefnu borgarinnar mikilvægi þess að byggja upp þjónustu þannig að starfsfólk í heimaþjónustu og á stofnunum efla frumkvæði notenda þjónustunnar og komist að því hvað notendur vilji fá út úr þjónustunni. Þjónustan á að uppfylla fyrirfram gefin gæðaviðmið og ákvarðanatöku um þjónustu á að vera gagnsæ og jafnræðis gætt og áhersla er á öryggi og áreiðanleika. Gæðin eiga að birtast í allri þjónustu sem boðið er upp á. Stefnt er að því að gera lífshjálparmenn á meðal aldraðra reglulega og fylgjast þannig með breytingum sem verða á högum aldraðra. Einnig á að gera samanburðarhæfar rannsóknir á fjögurra ára fresti. Upplýsingar um þjónustu eiga að vera aðgengilegar og því á að efla upplýsingagjöf og ráðgjafarþjónustu. Upplýsingar um þjónustu sem öldruðum stendur til boða eiga að vera aðgengilegar á notendavænum heimasíðum (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013).

2.4 Gæði þjónustu

Það sem átt er við með gæði í heilbrigðisþjónustu er að hvað miklu leyti heilbrigðisþjónusta eykur líkur á auknum lífsgæðum og bættri heilsu fyrir einstaklinga og samfélag. Einnig að hve miklu leyti þjónustan er veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á (Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008). Færni- og heilsumat aldraðra fellur meðal annars undir gæðaeftirlit Embætti landlæknis (Embætti landlæknis, 2013).

Markmið reglugerðar um gerð gæðavísa (e. quality indicator) sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar er að ákveða val, notkun og birtingu gæðavísa í þeim tilgangi að stuðla að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar og efla öryggi og gæði. Gæðavísir er mælikvarði sem gefur vísbendingu um gæði þeirrar þjónustu sem veitt er til að meta hvort gæði umönnunar og meðferðar séu í samræmi við viðurkennd viðmið. Markmiðið með notkun gæðavísa er að fylgjast með öryggi og gæðum heilbrigðisþjónustunnar og gera þessa þætti sýnilega þannig að heilbrigðisstarfsmenn, notendur heilbrigðisþjónustu, stjórnendur heilbrigðisstofnana og stjórnvöld geti metið gæði þjónustunnar og þannig tekið ákvarðanir á upplýstum og faglegum grundvelli (Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008). Gæðavísar stofnana þurfa að falla undir meginþætti gæða heilbrigðisþjónustu en það eru skilvirk þjónusta, rétt tímasetning, öryggi, jafnræði, notendamiðuð og árangursrík þjónusta (Embætti landlæknis, 2014).

Embætti landlæknis sér um faglegt eftirlit með starfsemi heilbrigðisstétta og heilbrigðisstofnana samkvæmt lögum nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu. Eftirlitið er fólgið í margvíslegum leiðum og styðst embættið meðal annars við gæðaviðmið Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar. Notaðar eru fjölbreyttar aðferðir og margskonar gögn. Sem dæmi má nefna eru það niðurstöður kannana, notkun gagnasafna, lykiltölur og gæðavísar. Einnig er notast við ábendingar heilbrigðisstarfsfólks og almennings, leiðbeiningar og faglegar kröfur, aðgengi að þjónustu og biðtími og innra eftirlit stofnana (Embætti landlæknis, 2013).

Mikilvægt er að fagfólk velferðarþjónustunnar á Íslandi veiti þjónustu og ráðgjöf sem er byggð á nýjustu þekkingu og taki mið af gagnreyndum athugunum á árangri og áhrifum (Halldór S. Guðmundsson o. fl., 2012). Skilgreining á gagnreyndum aðferðum í félagsráðgjöf er áhersla á stöðuga leit að nýrri þekkingu sem nýtist best og setur notandann í fyrsta sæti með hagsmuni hans að leiðarljósi. Fagmaður setur fram spurningar og leitar á skilvirkan og hlutlausan hátt að bestu og nýjustu staðreyndum til að svara þeim (Halldór S. Guðmundsson o. fl., 2012; Mullen, Sholonsky, Bledsoe og Bellamy, 2005).

2.4.1 Færni- og heilsumat

Í dag kemst enginn á dvalar- og hjúkrunarheimili án þess að öll félagsleg og heilsufarsleg úrræði eins og félagsleg heimaþjónusta, heimahjúkrun og önnur úrræði og aðstoð sem stuðla að því að aldraðir geti búið í heimahúsi séu fullreynd (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999; Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Gert var ráð fyrir mati á þjónustupörf í fyrstu lögnum um málefni aldraðra. Þjónustuhópur aldraðra, þrjár til fimm aðilar og þar af einn læknir sem starfaði við hverja heilsugæslustöð átti að meta vistunarpörf aldraðra í sínu umdæmi. Einnig segir í sömu lögum að ákvörðun um vistun fólks á dvalar- og hjúkrunarheimili tæki stjórn dvalarstofnana að fengnu áliti forstöðumanns og þjónustuhóps aldraðra. Ekki voru settar nákvæmari vinnureglur eða reglugerð við þessi lög. Ekkert varð úr starfsemi þjónustuhópanna og því varð ekkert úr formlegu vistunarmati. Vistunarmat fyrir búsetu á hjúkrunarheimilum var fyrst framkvæmt árið 1991 (Pálmi V. Jónsson og Sigurbjörn Björnsson, 1991).

Stjórnvöldum var bent á í kjölfar rannsóknar á vistunarmati aldraðra á árunum 1992-2001 að stofnanir ættu að veita öldruðum vistun í samræmi við niðurstöður vistunarmats, það er, að veita þeim vist sem mest þyrftu á því að halda. Einnig að samþætta þyrfti betur heimaþjónustu og heimahjúkrun. Niðurstöður sýndu að vistunarmat var mikilvæg leið til að

finna út hvort þörf fyrir varanlega vistun væri réttmætt því það endurspegladi raunverulegar þarfir þeirra sem þyrftu á vistun að halda á stofnunum. Vistunarmatið væri staðlað og styddist við líkamlega, andlega og félagslega færni og því gæti það með tímanum gefið mikilvægar upplýsingar um aðdraganda og afdrif þeirra sem þyrftu á varanlegri vistun að halda. Einnig gæti það endurspeglad styrk heilbrigðis- og félagsþjónustunnar (Ingimarsson, Aspelund og Jónsson, 2004; Pálmi V. Jónsson, 2005).

Áhugaverð könnun var gerð á vegum Landlæknisembættisins (2006) á aðstæðum og viðhorfum aldraðra í Reykjavík sem voru á biðlista eftir hjúkrunarrými. Niðurstöður könnunarinnar voru athyglisverðar því rúmlega helmingur töldu sig geta búið heima með sömu þjónustu og þeir höfðu. Rúmlega 40% töldu sig hafa minni þörf fyrir hjúkrunarrými en þegar þeir sóttu um hjúkrunarheimili en samt sem áður voru flestir þátttakendur könnunarinnar metnir í brýnni þörf eða mjög brýnni. Skýringin var sú að heilsufar þeirra hafði batnað frá því að vistunarmatið var gert og einnig fengu þeir meiri þjónustu frá hinu opinbera og aðstandendum en þeir fengu áður. Einnig kom fram að í hópnum sem taldi sig geta búið heima var þrýstingur frá aðstandendum algeng ástæða fyrir vistunarmati. Skýringin á því gæti verið sú að aðstandendur telja sig ekki geta hugsað eins vel um hinn aldraða eins og hann þyrfti á að halda og að aðstandendur eigi erfitt með að leggja meiri umönnun á sig (Landlæknisembættið, 2006).

Í skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Ný sýn – Nýjar áherslur sem kom út árið 2006, kom meðal annars fram að lögð yrði áhersla á að breyta fyrirkomulagi vistunarmats með það að markmiði að tryggja þeim forgang að hjúkrunarheimilum sem væru í mestri þörf. Stefnt var að því að breyta fyrirkomulagi vistunarmats til að tryggja betra samræmi þannig að framkvæmd vistunarmats væri í umsjá fárra faghópa í einstökum landshlutum. Einnig að eftirlit með vistunarmati aldraðra yrði flutt til Landlæknisembættisins og innan þriggja ára yrði RAI-Home Care mælitækið notað sem grunnur að vistunarmati aldraðra (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006).

Embætti landlæknis hefur síðan í janúar 2008 haft eftirlit með störfum færni- og heilsumatsnefnda og yfirumsjón með framkvæmd færni- og heilsumats fyrir hjúkrunarrými (Embætti landlæknis, 2013). Gerð var breyting á fyrirkomulagi árið 2008 sem gerði matið bæði samræmdara og faglegra sem leiddi til verulegra breytinga á biðlista stofnana. Viðmið voru hert en gengið var eftir því að búið væri að kanna öll önnur úrræði varðandi þjónustu

áður en kæmi til hjúkrunarheimilisvistun (Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma nr. 1000/2008).

Þegar forgangsröðunin inn á dvalar- og hjúkrunarheimili breyttist voru áhrifin þau að þeir sem voru á biðlista eftir hjúkrunarrýmum fækkaði um helming á milli árána 2008 og 2009 sem leiddi til styttri biðlista. Sérstaklega varð fækkun á biðlista fyrir hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu. Þessar breytingar leiddu til þess að erfiðara var að fá gilt mat fyrir dvalar- og hjúkrunarrými (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Ríkisendurskoðun, 2012; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012). Með strangari reglum um vistunarmat fengu færri inni á hjúkrunarheimilum og veitt var þjónusta til þeirra sem voru í mestri þörf fyrir hana. Nú var vistunarmatið loksins farið að skila þeim árangri sem það átti að gera árið 1991, þegar vistunarmat var forsenda fyrir dvöl á hjúkrunarheimili, það er að tryggja þeim hjúkrunarheimilisvist sem voru í mestri þörf hverju sinni (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012).

Í júní 2012 gekk í gildi ný reglugerð nr. 466/2012 um störf færni- og heilsumatsnefnda og var vistunarmati breytt í færni- og heilsumat og vistunarmatsnefndum fækkað úr fjórtán í sjö og er þá ein færni- og heilsumatsnefnd í hverju heilbrigðisumdæmi sem metur þörf fólks fyrir þessi úrræði. Fyrirkomulagi var breytt við mat á þörf fólks fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarrýmum eða tímabundna hvíldarinnlögn. Áður var sótt um hvíldarinnlögn beint til hjúkrunarheimilanna. Markmiðið með þessum breytingum er að auðvelda fólki að sækja um á dvalar- og hjúkrunarheimilum og einnig til að auðvelda stjórnsýsluna (Embætti landlæknis, 2011-2012; 2013; Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarheimila nr. 466/2012; Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma nr. 1000/2008 felld brott með rg. nr. 466/2012).

Í hverju heilbrigðisumdæmi er þriggja manna færni- og heilsumatsnefnd sem velferðarráðherra skipar til fjögurra ára í senn. Ráðherra er heimilt að skipa sex menn í færni- og heilsumatsnefnd í fjölmönnum heilbrigðisumdæmum eins og til dæmis heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins. Í hverri nefnd skal vera læknir með sérmenntun í öldrunar- eða heimilislækningum eða langvinnnum sjúkdómum, hjúkrunarfræðingur með þekkingu á öldrunarþjónustu eða hjúkrun langveikra og félagsráðgjafi, sálfræðingur eða öldrunarfræðingur með þekkingu á félagsþjónustu við aldraða eða langveikt fólk. Verkefni nefndanna er að leggja faglegt mat á þörf aldraða fyrir dvöl í hjúkrunar- og dvalarrými. Færni- og heilsumatsnefndum er skylt að hafa að leiðarljósi það markmið að gera fólki kleift

að búa á eigin heimilum eins lengi og hægt er með viðeigandi heilbrigðis- og félagsþjónustu og öðrum raunhæfum úrræðum (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999; Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Einstaklingur sem telur að hann þurfi að dvelja í dvalar- eða hjúkrunarrými þarf að senda inn skriflega umsókn til færni- og heilsumatsnefndar í heilbrigðisumdæmi stofnunarinnar þar sem viðkomandi á lögheimili (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999; Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012). Ef einstaklingur býr í dvalarrými og óskar eftir dvöl í hjúkrunarrými þarf hann að taka fram að hann telji þjónustuna sem hann fær á dvalarheimilinu ekki nægilega vegna heilsu hans. Ef einstaklingur hefur dvalið lengur en sex vikur á sjúkrahúsi án þess að fá sérstaka meðferð á að meta þörf hans fyrir dvöl á öldrunarstofnun eða fyrir önnur úrræði (Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Þegar umsókn berst til færni- og heilsumatsnefndar þarf nefndin að rannsaka vandlega hvort öll raunhæf heilsufarsleg og félagsleg úrræði og aðstoð til búsetu í heimahúsi séu fullreynd. Nefndin á að afla skriflegra upplýsinga frá heimahjúkrun og félagsþjónustu um aðstæður umsækjanda. Einnig á hún að afla hjúkrunar- og læknabréfa frá fagfólki og sjúkrastofnunum sem koma að málum umsækjanda og að nýta upplýsingar úr RAI-Home Care matskerfinu þar sem það er í notkun (Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Í maí 2014 var nýtt samræmt mat á þjónustuþörf aldraðra sem búa í heimahúsum tilbúið til notkunar. Vegna áforma um flutning málefna aldraðra til sveitarfélaga var ákveðið að þróa slíkt tæki með það í huga að bæta og efla samvinnu á sviði heimahjúkrunar og félagslegrar þjónustu aldraðra. Matskerfið er kallað upphafsmat og er í raun ekki nýjung heldur byggist það á þekktu mælitæki, RAI-Home Care en er einfaldari og styttri útgáfa (Velferðarráðuneytið, 2014).

Til að umsækjendur fái gilt færni- og heilsumat verður viðeigandi greiningarvinna, meðferð og endurhæfing sem stuðla að sjálfsbjargargetu og bættri heilsu að hafa verið reynd til hlítar. Meta á þörf umsækjanda og skýra hana í stigum. Ef að færni- og heilsumatsnefndin telur að önnur raunhæf úrræði hafi ekki verið fullreynd og stofnanavist sé ekki tímabær ber henni að senda umsækjanda skriflega niðurstöðu með rökstuðningi. Ef umsækjandi sættir sig ekki við niðurstöðuna getur hann skotið niðurstöðunni til ráðherra samkvæmt

stjórnsýslulögum (Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Matsteymi eða stjórn stofnana tekur ákvörðun um dvöl einstaklings í dvalar- eða hjúkrunarrými og er það gert í samræmi við niðurstöður færni- og heilsumatsnefndar nema sérstakir þjónustusamningar kveði á um annað. Þegar rými losnar á dvalar- og hjúkrunarheimilum á færni- og heilsumatsnefnd að veita stofnunum aðgang að upplýsingum um tvo einstaklinga sem hafa óskað eftir dvöl og eru metnir í mestri þörf. Ákvörðunin um mestu þörf er samkvæmt niðurstöðum færni- og heilsumatsnefndar byggð á stigafjölda samkvæmt færni- og heilsumati (Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Áhugavert er að skoða afdrif mála hjá Færni- og heilsumatsnefnd höfuðborgarsvæðisins síðustu þrjú ár. Ef skoðaðar eru synjanir mála kemur í ljós að synjunum fer fækkandi á meðan málum fer fjölgandi. Árið 2011 var 239 málum synjað, árið 2012 var 219 málum synjað (Embætti landlæknis, 2011-2012) og árið 2013 var 189 málum synjað (Embætti landlæknis, 2013). Í töflu 1 má sjá fjölda og afdrif mála hjá Færni- og heilsumatsnefnd höfuðborgarsvæðisins árin 2011, 2012 og 2013.

Tafla 1. Færni- og heilsumat á höfuðborgarsvæðinu árin 2011, 2012 og 2013

	2011	2012	2013
Fjöldi mála	796	852	880
Afdrif mála			
Mál samþykkt	510	589	691
Málum synjað	239	219	189
Málum frestað (í vinnslu)	47	44	46
Samtals	796	852	926
Gild færni og heilsumöt um áramót			
Fjöldi biðlista	80	130	121
Hjúkrunarrýmum úthlutað á árinu	461	497	599
Dvalarrýmum úthlutað á árinu		16	20

(Embætti landlæknis, 2011-2012; 2013).

2.5 Samantekt

Hugtakið að eldast heima vísar til þess að mikilvægt sé að aðstoða aldraða við að búa heima sem lengst og gera þeim kleift að lifa sjálfstæðu lífi. Það felur einnig í sér að aldraðir kjósa fremur að búa heima en á stofnunum. Umönnun á ekki eingöngu að snúast um veikindi og fötlun og heimilisstörf. Sinna þarf einnig andlegum og félagslegum þörfum aldraða til að koma í veg fyrir einmanaleika og félagslega einangrun. Góð samskipti á milli þjónustuaðila og hins aldraða geta skipt hann miklu máli. Einnig er æskilegt að aldraðir geta komist um umhverfið sitt á auðveldan hátt. Þegar heilsa og líkamleg geta minnkar getur heimilið orðið byrði.

Í stefnu Reykjavíkurborgar í málefnum eldri borgara til ársins 2017, er markmiðið meðal annars að stuðla að virkni og samfélagsþátttöku aldraða með því að bæta aðgengi að þjónustu. Með gæðum í þjónustu er meðal annars átt við skilvirka þjónustu, öryggi, jafnræði og notendamiðaða og árangursríka þjónustu. Færni- og heilsumat aldraða fellur undir gæðaeftirlit Embætti landlæknis. Breytingar á fyrirkomulagi færni- og heilsumats fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum aldraða hafa leitt til þess að erfiðara er fyrir aldraða en áður að fá gilt mat. Öll félagsleg og heilsufarsleg úrræði eins og félagsleg heimaþjónusta, heimahjúkrun og önnur úrræði og aðstoð sem stuðla að því að aldraðir geti búið í heimahúsi verða að vera fullreynd. Nú er þeim öldruðum sem eru í mestri þörf hverju sinni tryggð dvöl á dvalar- og hjúkrunarheimili. Umsóknum um færni- og heilsumat hefur fjölgað síðastliðin þrjú ár en synjunum hefur fækkað.

3 Stjórn öldrunarmála og skipulag öldrunarþjónustu

Í þessum kafla er fjallað um stjórn öldrunarmála og skipulag öldrunarþjónustu á Íslandi. Sagt er frá opinni þjónustu og stofnanarþjónustu. Til að skilja betur hver staða öldrunarþjónustu er í dag, er farið yfir þróun öldrunarþjónustu síðustu áratugi. Að lokum er fjallað um hvað felst í tilfærslu þjónustu við aldraða frá ríki til sveitarfélaga.

Markmið laga um málefni aldraðra nr. 125/1999 er að aldraðir eigi vöð á þeirri heilbrigðis- og félagsþjónustu sem þeir þurfa á að halda. Hún á að vera veitt á því þjónustustigi sem þykir eðlilegust miðað við ástand og þörf aldraðra. Aldraðir eiga að geta búið eins lengi og hægt er við eðlilegt heimilislíf en jafnframt á að tryggja þeim nauðsynlega stofnanarþjónustu þegar þeir þurfa á henni að halda. Einnig skal við framkvæmd laganna gæta þess að aldraðir njóti jafnréttis á við aðra þjóðfélagsþegna og virða sjálfsákvörðunarrétt þeirra.

Öldrunarmál er undir yfirstjórn félags- og húsnæðismálaráðherra en heilbrigðisþjónusta við aldraða er undir yfirstjórn heilbrigðisráðherra. Öldrunarmál og heilbrigðismál heyra undir velferðarráðuneytið sem annast stefnumótun og áætlanagerð í öldrunarmálum fyrir landið í heild. Einnig sér ráðuneytið um almenna umræðu og kynningu á valkostum og stöðu aldraðra (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

Samstarfsnefnd um málefni aldraðra er skipuð af félags- og húsnæðismálaráðherra. Fimm manns eru í nefndinni, einn tilnefndur af Landsambandi eldri borgara, einn af Öldrunarráði Íslands, einn af Sambandi íslenskra sveitarfélaga og tveir eru skipaðir án tilnefningar og er annar þeirra formaður. Samstarfsnefndin er leiðbeinandi ráðherra og ríkisstjórnar og tengiliður á milli ráðuneyta, stofnana og samtaka sem starfa að málefnum aldraðra (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

Í hverju heilsugæsluumdæmi, sem eru sjö talsins, starfar þjónustuhópur aldraðra. Sveitastjórnir í heilsugæsluumdæmi skipa fimm fulltrúa í þjónustuhópinn, lækni með sérmenntun á sviði öldrunar- eða heimilislækninga, hjúkrunarfræðing með þekkingu á öldrunarþjónustu, tvo fulltrúa sem hafa þekkingu á félagslegri þjónustu við aldraða, annar þeirra þarf að vera félagsráðgjafi eða með hliðstæða menntun. Samtök eldri borgara í sveitarfélaginu tilnefna einn fulltrúa. Þau verkefni sem þjónustuhópur aldraðra hefur umsjón með eru að fylgjast með heilsufari og félagslegri velferð aldraðra og samhæfa þjónustu á starfssvæði sínu. Einnig að gera tillögur til sveitarstjórna um öldrunarþjónustu og kynna

öldruðum kostina sem eru í boði og tryggja að þeir fái þá þjónustu sem þeim stendur til boða (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

Öldrunarþjónusta skiptist í opna öldrunarþjónustu og stofnanarþjónustu. Þeir sem búa heima fá opna þjónustu. Með stofnanarþjónustu er átt við dvalar- og hjúkrunarheimili aldraðra (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

3.1 Opin öldrunarþjónusta

Í opinni þjónustu felst heimaþjónusta, félagsmiðstöðvar aldraðra, dagdvöl og þjónustuíbúðir aldraðra. Í heimaþjónustu er miðað við einstaklingsbundið mat á þjónustupörf og byggist á hjálp til sjálfshjálpar þar sem velferð og þarfir hins aldraða eru hafðar að leiðarljósi. Þjónustan er tvenns konar, annars vegar heilbrigðisþáttur heimaþjónustu eða heimahjúkrun og hins vegar félagslegur þáttur heimaþjónustu. Veitt er heimaþjónusta um kvöld, nætur og helgar þegar þess er þörf (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

Félagsþjónusta sveitarfélaga sem heyrir undir velferðarráðuneytið hefur eftirlit með því að sveitarfélögin veiti lögbundna þjónustu. Samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga er þeim skylt að sjá um félagslega heimaþjónustu fyrir fólk í heimahúsum sem meðal annars getur ekki hjálparlaust séð um persónulega umhirðu og heimilishald vegna skertrar getu, veikinda, fötlunar og fjölskylduaðstæðna. Með þjónustunni er stefnt að því að efla viðkomandi til sjálfsbjargar og gera honum kleift að búa við eðlilegt heimilislíf eins lengi og hægt er og verði tryggð stofnanarþjónusta þegar þörf er á. Auk heimaþjónustu eiga aldraðir rétt á félagsráðgjöf, heimsendingu matar og aðgang að félags- og tómstundastarfi. Sérstök áhersla er lögð á fræðslu og námskeið um aðlögun að breyttum aðstæðum og réttindi aldraðra. Öldrunarmálaráð eða félagsmálanefnd eiga að tryggja framboð á hentugu húsnæði fyrir aldraða og skipuleggja félagslega heimaþjónustu (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Lög um málefni aldraðra 125/1999).

Meta þarf þjónustu af þeim sem fer með heimaþjónustu áður en aðstoð er veitt og einnig þarf læknisvottorð að liggja fyrir þegar um er að ræða heilsufarsástæður. Sveitarstjórnnum er heimilt að taka gjald fyrir heimaþjónustu samkvæmt gjaldskrá (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

Dagdvöl er stuðningsúrræði við þá sem þurfa umsjá og eftirlit til að geta búið áfram heima. Veitt er hjúkrunarþjónusta og einnig er aðstaða til læknisþjónustu og þjálfunar.

Þjónustuíbúðir eru sjálfseignar-, leigu- og búseturéttaríbúðir. Í þeim skal vera vöð á fjölbreyttri þjónustu eins og máltíð, þvotti og þrifum, aðgangur að félagsstarfi og öryggiskerfi skal vera til staðar (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999). Félagsmiðstöðvar aldraðra eru starfræktar af sveitarfélögunum og sjá öldruðum fyrir hádegisverði, kaffiveitingum, hreyfingu, heilsufarslegu eftirliti, félagsskap, tómsundaiðju og skemmtun. Þær eru í tengslum við aðra þjónustu sem aldraðir fá eða starfa sjálfstætt (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

3.2 Stofnanþjónusta

Dvalarheimili, sambýli og íbúðir eru sérhannaðar fyrir aldraða sem geta ekki annast heimilishald þrátt fyrir heimaþjónustu. Á þessum stofnunum er varsla allan sólarhringinn, öryggiskerfi er í hverri íbúð og vöð er á fjölbreyttri þjónustu eins og félags- og tómsundastarfi, mat, þrifum og þvotti. Aðstaða er fyrir endurhæfingu, læknishjálp og hjúkrun. Hjúkrunarheimili eða hjúkrunarrými á öldrunarstofnunum er ætlað öldruðum sem eru of veikburða til að dveljast á dvalarheimilum, sambýlum eða í sérhönnuðum íbúðum. Þar er endurhæfing og veitt er hjúkrunar- og læknisþjónusta. Sérstök aðstaða er fyrir aldraða með heilabilunareinkenni. Hægt er fyrir einstaklinga að koma í hvíldarinnlögn (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

Hvíldarinnlögn er tímabundin dvöl í hjúkrunarrými og getur staðið yfir frá nokkrum dögum í allt að átta vikur. Markmiðið með hvíldarinnlögn er að gera fólki kleift að búa áfram á heimili sínu með tímabundinni endurhæfingu, reglubundinni hvíldarinnlögn, tímabundinni umönnun vegna sértækra vandamála eins og heilabilunar. Einnig er hægt að veita hvíldarinnlögn þegar sá sem stutt hefur viðkomandi forfallast skyndilega eða hann þarfnast hvíldar. Ef einstaklingur telur sig þurfa á hvíldarinnlögn í hjúkrunarrými að halda sendir hann sjálfur umsókn til Færni- og heilsumatsnefndar (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999; Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

3.3 Þróun öldrunarþjónustu í velferðarþjónustu

Aðstoð við heimilishald eða heimaþjónusta var áður veitt á grundvelli almennra laga um fátækraframsærslu og lögum frá árinu 1952 um heimilishjálpi í viðlögum (Guðný Björk Eydal og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2003; Guðný Björk Eydal og Halldór S. Guðmundsson, 2012). Sett voru lög árið 1952 sem heimiluðu sveitarstjórnnum/sýslunefndum að setja á stofn heimilishjálpi í viðlögum. Heimilishjálpin átti að veita hjálpi á heimilum þar sem aðstoðar var þörf tímabundið vegna barnsburðar, sjúkdóma, slysa og dauðsfalla eða vegna annarra ástæðna (Þingskjal 28, 1982). Heimaþjónusta fyrir aldraða er skilgreind fyrst í sérlögum um málefni aldraða nr. 91/1982. Fullorðin börn höfðu framsærsluskyldu við foreldra sína samkvæmt lögum allt til ársins 1991. Með sérlögnum varð heimaþjónusta að reglubundinni þjónustu (Guðný Björk Eydal og Halldór S. Guðmundsson, 2012).

Markmiðið með fyrstu heildarlögnum á Íslandi um málefni aldraða nr. 91/1982 sem tóku gildi árið 1983, var að tryggja öldruðum þá þjónustu sem þeir þörfuðust og á því þjónustustigi sem tæki mið af ástandi þeirra og þörfum og væri hagkvæmast og eðlilegast (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012). Lögð var áhersla í frumvarpi að þessum fyrstu lögum að koma á samræmdu skipulagi á þjónustu við aldraða þar sem átti að taka tillit bæði til heilsufarslegra og félagslegra þátta. Á þessum tíma voru langir biðlistar eftir dvalar- og hjúkrunarheimilum. Það töldu margir að heilbrigðis- og vistunarmál aldraða væri helsti vandinn í heilbrigðisþjónustunni (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012; Þingskjal 28, 1982).

Ákvæði var því í þessum nýju lögum um að sérstakur sjóður, Framkvæmdasjóður aldraða ætti að sjá til þess að byggðar yrði dvalarstofnanir og húsnæði fyrir aldraða (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012). Sjóðnum er ætlað að stuðla að uppbyggingu og efla öldrunarþjónustu um allt land. Fé úr sjóðnum er varið til bygginga þjónustumiðstöðva, dagdvala fyrir aldraða, dvalarheimila, sambýla og hjúkrunarheimila. Einnig á framkvæmdasjóður að mæta kostnaði við nauðsynlegar endurbætur og breytingar á því húsnæði sem talið var upp hér að framan (Lög um málefni aldraða nr. 125/1999; Reglugerð um framkvæmdasjóð aldraða nr. 468/2014).

Stofnanarþjónusta aldraða hefur verið hlutfallslega meiri hér á landi en á hinum Norðurlöndunum. Talið var að ástæðan væri meðal annars sú að áður en fyrstu lögin um málefni aldraða gengu í gildi fór ekki fram mat á þörf fyrir stofnanarþjónustu. Þess vegna fór

inn á hjúkrunarheimilin heilsubetra fólk en með erfiðar félagslegar aðstæður (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009).

Hugmyndafræðin um að leggja áherslu á að aldraðir gætu búið á heimilum sínum sem lengst og fengið þá þjónustu sem þeir þyrftu kom fram í þessum lögum. Áður töldu margir að veikburða aldraðir ætti að flytja á dvalar- og hjúkrunarheimili en með lögnum opnuðust leiðir með fjölbreyttari þjónustu. Ekki voru allir sáttir um áherslur laganna því þeir töldu þau vera of heilbrigðismiðuð og félagslega þættinum væri ekki gerð nógu góð skil (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012). Árið 1989 voru lög in endurskoðuð og í nýju lögnum sem tóku gildi árið 1990 kom fram ákvæði um að virða sjálfsákvörðunarrétt aldraðra eins og hægt væri (Lög um málefni aldraðra nr. 82/1989).

Það var skylda sveitarfélaganna samkvæmt lögnum að reka tvíþætta heimaþjónustu, annars vegar heilbrigðisþjónustu og hins vegar félagslega þjónustu. Þjónustan miðaðist við einstaklingsmat á þjónustupörf til að styðja aldraða til sjálfshjálpar. Í þessum lögum var kveðið skýrar á um verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga og fyrirkomulag þjónustunnar (Þingskjal 736, 1988-1989). Sveitarfélögin í landinu voru rúmlega 200 þegar lög in voru sett. Þau höfðu misjafna möguleika á að veita öldruðum þá þjónustu sem lög in gerðu ráð fyrir og því var hvatt til samvinnu á milli þeirra. Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga voru sett árið 1991 og í þeim er einnig fjallað um þjónustu við aldraða og að sveitarstjórnir ættu að sjá um að félagsþjónusta væri til staðar eftir þörfum (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012).

Núverandi lög um málefni aldraðra tóku gildi árið 1999. Framsetning laganna og ákvörðunartaka var einfölduð. Ein af breytingunum sem var gerð á lögnum var að við framkvæmd þeirra skyldu aldraðir njóta jafnréttis á við aðra þegna og virða skyldi þátttöku þeirra í ákvörðunum um eigin málefni. Ákvæði voru sett inn í lög in um að aldraðir ættu fulltrúa í samstarfsnefnd um málefni aldraðra sem veitti ríkisstjórn og ráðherra ráðgjöf og gerði tillögur um úthlutun úr Framkvæmdasjóði aldraðra. Með þessu ákvæði réðu aldraðir betur yfir aðstæðum sínum. Aftur var lögð áhersla á að aldraðir gætu eins lengi og hægt væri búið við eðlilegt heimilislíf og einnig tryggð stofnanþjónusta ef með þyrfti (Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012).

Ein mikilvægasta breytingin á lögnum tók gildi um áramótin 2007-2008 þegar stjórnarmálefni fluttust á milli ráðuneyta. Yfirstjórn öldrunarmála fluttist frá heilbrigðis- og

tryggingamálaráðuneytinu sem hét eftir það heilbrigðismálaráðuneytið til félagsmálaráðuneytisins sem hét eftir það félags- og tryggingamálaráðuneytið (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009; Lög um breytingar á lögum um Stjórnarráð Íslands, nr. 73/1969 með áorðnum breytingum nr. 109/2007; Sigurgveig H. Sigurðardóttir, 2012). Miklar vonir voru bundnar við þessa breytingu og vonast var til í framhaldinu að hægt væri að samþætta opinbera heimaþjónustu betur og að hún flyttist til sveitarfélaganna í stað þess að vera stjórnað bæði af ríki og sveitarfélögum (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009).

Félags- og tryggingamálaráðuneytið tók yfir áætlanagerð og stefnumótun í öldrunarmálum fyrir allt landið og flest verkefni sem höfðu með öldrunarmál að gera nema heilbrigðisþjónustu sem heilbrigðisráðuneytið sá áfram um. Lögð var á það rík áhersla með þessum flutningi verkefna að öldrunarþjónusta væri í heild sinni velferðarþjónusta en ekki heilbrigðisþjónusta. Einnig að félagslegum þáttum yrði gert hærra undir höfði. Með því að horfa frekar á heilbrigða þætti sem einkenna aldraða fremur en sjúkdóma sem hrjá þá var vonast til að það stuðlaði að jákvæðum breytingum á viðhorfum til aldraða. Lögð var áhersla á að skilgreina ekki öldrun sem sjúkdóm heldur væri öldrunarþjónusta þjónustutilboð með áherslu á sjálfsforræði og velferð hins aldraða (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006; Sigurveig H. Sigurðardóttir 2012).

Heilbrigðis-, félags- og tryggingamálaráðuneytið sameinuðust í nýtt velferðarráðuneyti um áramótin 2010-2011. Með þessari sameiningu var öll þjónusta við aldraða komin undir sama ráðuneytið og heyrði undir einn ráðherra, velferðarráðherra (Forsetaúrskurður um skiptingu Stjórnarráðs Íslands í ráðuneyti nr. 124/2011; Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012). Árið 2013 eftir ríkisstjórnarskiptin skiptust stjórnarmálaefni á milli tveggja ráðherra í Velferðarráðuneytinu því settir voru tveir ráðherrar í stað eins, félags- og húsnæðismálaráðherra og heilbrigðisráðherra (Forsetaúrskurður um skiptingu stjórnarmálaefna milli ráðuneyta í Stjórnarráði Ísland nr. 71/2013; Forsetaúrskurður um skiptingu starfa ráðherra nr. 72/2013; Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999).

3.3.1 Tilfærsla þjónustu við aldraða frá ríki til sveitarfélaga

Tvískipting ábyrgðar á framkvæmd þjónustu við aldraða er eitt af því sem hefur staðið þjónustu aldraða í heimahúsum fyrir þrifum því hún stendur í vegi fyrir þróun og nýsköpun í þjónustu (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008; 2012). Tvískiptingin veldur skorti á samhæfingu því enginn einn aðili ber ábyrgð á að nauðsynleg þjónusta sé til staðar og því er mjög flókið að tryggja samþætta og samfellda nærþjónustu við aldraða. Skipt ábyrgð getur þýtt að ýmsir fjárhagslegir hvatar eru til að veita þjónustu með dýrari og lakari hætti en væri æskilegt. Sveitarfélög eiga til að þrýsta á uppbyggingu stofnanþjónustu sem er fjármögnuð af ríkinu heldur en að auka þá þjónustu utan stofnana þar sem þau greiða sjálf stærri hluta. Dæmi eru um aldraða sem þurfa á hjúkrunarvist að halda en dvelja of lengi á sjúkrahúsum og teppa því dýr bráðarými (Velferðarráðuneytið, 2012).

Einnig veldur tvískipting ábyrgðar því að aðgengi að þjónustu er bundið við tiltekin úrræði en ekki lagað að þörfum einstaklingsins. Það leiðir til þess að þjónustan er of stofnanamiðuð og of mikill munur er á þjónustustigi utan og innan stofnana. Til dæmis eru hjúkrunarklukkustundir á íbúa sem býr á hjúkrunarheimili að meðaltali 33,6 klukkustundir á viku en meðalþjónustutími í heimahjúkrun er 1,7 klukkustundir á viku (Ríkisendurskoðun, 2005; Velferðarráðuneytið, 2012).

Hluti af breyttri verkaskiptingu stjórnsýslustiganna á sviði velferðarþjónustu er tilfærsla þjónustu við aldraða frá ríki til sveitarfélaga. Í töflu 2 má sjá hvernig verkaskiptingu er háttað í öldrunarmálum á Íslandi (Velferðarráðuneytið, 2012).

Tafla 2. Verkaskipting í öldrunarmálum

Viðfangsefni	Velferðarráðuneyti	Sveitarfélög	Sjálfstæðir aðilar
Lög um málefni aldraðra	✓		
Yfirstjórn öldrunarmála	✓		
Yfirstjórn heilbrigðisþjónustu við aldraða	✓		
Stefnumótun og áætlanagerð	✓		
Samstarfsnefnd um málefni aldraðra	✓		
Framkvæmdasjóður aldraðra	✓		
Þjónustuhópar aldraðra		✓	
Félagslegur þáttur heimaþjónustu		✓	
Þjónustumiðstöðvar aldraðra		✓	
Þjónustuíbúðir aldraðra		✓	
Dagvist aldraðra		✓	✓
Dvalarheimili		✓	✓
Hjúkrunarheimili		✓	✓
Mat á vistunarpörf	✓	(✓)	
Heilbrigðisþáttur heimaþjónustu	✓		
Hjúkrunarrými á sjúkrahúsum	✓		
Ákvörðun daggjalda á hjúkrunarheimilum	✓		
Eftirlit með hjúkrunarheimilum	✓		
Ákvörðun daggjalda á dvalarheimilum	✓		
Eftirlit með dvalarheimilum	✓		

(Velferðarráðuneytið, 2012).

Þjónusta við fatlað fólk færðist til sveitarfélaga þann 1. janúar 2011. Sveitarfélög annast nú þegar mikilvægan hluta þjónustu við aldraða. Framkvæmdin er yfirleitt í höndum sveitarfélaga, sjálfseignarstofnana eða annarra sjálfstæðra aðila þó að ríki fari með yfirstjórn og fjármögnun mikilvægra þjónustupátta. Hlutfallslega fáir starfsmenn eru ríkisstarfsmenn sem ríkið fjármagnar en þeir starfa aðallega í heimahjúkrun og á hjúkrunardeildum sjúkrahúsa. Verkaskipting í málefnum aldraðra er flókin og því er erfitt að samhæfa öldrunarmál og tryggja samþætta nærþjónustu við aldraða. Forsendur til samhæfingar af hálfu ríkisins hafa þó batnað til muna með stofnun velferðarráðuneytis (Velferðarráðuneytið, 2012).

Ólíkir aðilar bera meðal annars faglega ábyrgð á framkvæmd þjónustu annars vegar og ábyrgð á fjármögnun hins vegar. Rúmlega 80% öldrunarþjónustu sem ríkið fjármagnar er í

umsjá sveitarfélaga, sjálfseignarstofnana og einkaaðila og einkennist því tilfærsla öldrunarmála meira af tilfærslu ábyrgðar á fjármögnun frekar en rekstrar og þjónustu. Það þýðir að með tilfærslu þjónustu við aldraða koma sveitarfélögin til með að taka við fjármögnun þjónustunnar sem ríkið fjármagnar nú (Velferðarráðuneytið, 2012).

Árið 2004 hófst samþætting heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu í Reykjavík (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012), en árið 2009 sameinuðust heimahjúkrun og heimaþjónusta í Reykjavík þegar velferðarsvið Reykjavíkurborgar gerði þjónustusamning við ríkið um að taka við rekstri heimahjúkrunar. Heimaþjónusta Reykjavíkur (HPR) var stofnuð til að taka við rekstri heimahjúkrunar en hún ber ábyrgð á allri heimahjúkrun í Reykjavík og á Seltjarnarnesi. Hún sér um heimahjúkrun um kvöld og helgar í Mosfellsbæ og næturþjónustu fyrir allt höfuðborgarsvæðið og um félagslega kvöld- og helgarþjónustu í Reykjavík og sérhæft geðteymi eða Geðheilsustöð Breiðholts (Reykjavíkurborg, e.d.).

Meginmarkmið tilfærslu öldrunarmála frá ríki til sveitarfélaga er að tryggja öldruðum góða þjónustu og aðlaga hana að þörfum hvers og eins og að eitt stjórnsýslustig beri ábyrgð á þjónustu við aldraða. Einnig að stuðla að samþættingu nærþjónustu við íbúa sveitarfélaga, efla félagsþjónustu sveitarfélaga, einfalda verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga og styrkja sveitarstjórnarstigið. Í ljósi þess að þróunin í þjónustu sveitarfélaga er í átt að einstaklingsmiðaðri þjónustu er nauðsynlegt að skilgreina hvaða þjónustu eigi að veita, hvernig eftirlit verði með að veitt sé fullnægjandi þjónusta og hvernig stuðla eigi að nauðsynlegri samhæfingu (Velferðarráðuneytið, 2012).

3.4 Samantekt

Hugmyndafræðin um áherslu á að aldraðir byggju á heimilum sínum sem lengst og fengju þá þjónustu sem þeir þörfuðust kom fram í fyrstu lögum um málefni aldraðra. Núverandi lög um málefni aldraðra tóku gildi árið 1999. Lögð var mikil áhersla á að aldraðir gætu búið við eðlilegt heimilislíf sem lengst og einnig tryggð stofnanþjónusta ef þeir þyrftu á að halda. Sveitarfélög annast nú þegar mikilvægan hluta þjónustu við aldraða. Framkvæmdin er yfirleitt í höndum sveitarfélaga, sjálfseignarstofnana eða annarra sjálfstæðra aðila þó ríki fari með yfirstjórn og fjármögnun mikilvægra þjónustupátta. Tvískiptingin veldur skorti á samhæfingu því enginn einn aðili ber ábyrgð á að nauðsynleg þjónusta sé til staðar og því er mjög flókið að tryggja samþætta og samfellda nærþjónustu við aldraða. Tvískipting ábyrgðar veldur því einnig að aðgengi að þjónustu er bundið við tiltekin úrræði en ekki lagað að

þörfum einstaklingsins. Það leiðir til þess að þjónustan er of stofnanamiðuð. Meginmarkmið tilfærslu öldrunarmála frá ríki til sveitarfélaga er að tryggja öldruðum góða þjónustu og aðlaga hana að þörfum hvers og eins. Nauðsynlegt er því að skilgreina hvaða þjónustu eigi að veita, hvernig eftirlit verði með að veitt sé fullnægjandi þjónusta og hvernig stuðla eigi að nauðsynlegri samhæfingu.

4 Að búa við eðlilegt heimilislíf

Eins og komið hefur fram er vilji stjórnvalda að stuðla að því að aldraðir geti búið við eðlilegt heimilislíf eins lengi og unnt er. Stuðningur við aldraða til sjálfstæðrar búsetu er því mikilvægur. Í þessum kafla verður fjallað um hvað þurfi til, til að svo geti orðið. Í framhaldi af því verður fjallað um þjónustupörf aldraðra, aðstandendur og starfsfólk í öldrunarþjónustu. Að lokum er fjallað um faglega ráðgjöf og upplýsingar í þjónustu við aldraða og hvernig félagsráðgjafar geti komið þar að málum.

4.1 Stuðningur til sjálfstæðrar búsetu

Lengi var álitíð hér á landi að best væri fyrir aldraða að búa á stofnunum sem líklega hefur hamlað uppbyggingu heimaþjónustunnar. Vegna staðlaðrar og ófullnægjandi heimaþjónustu hefur öldruðum fundist meira öryggi í að búa á stofnunum en í heimahúsi. Þess vegna gæti verið að þróun í stofnanavæðingu og aðhaldssemi í heimaþjónustu í heimahúsum hafi haft víxlverkandi áhrif (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012). Vísbendingar eru um að þetta sé staðreynd ef dæma má af rannsókn sem gerð var árið 1995. Rannsóknin var gerð á þjónustu við aldraða í fimm norrænum sveitarfélögum. Í ljós kom að fleiri voru vistaðir á stofnunum þar sem heimaþjónusta var lítil og stöðluð en fleiri voru búsettir á heimilum sínum þar sem var einstaklingsmiðuð þjónusta (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012; Szebehely, 2005).

Eins og sjá má í töflu 4 býr tiltölulega hátt hlutfall aldraðra á stofnunum á Íslandi í samanburði við hin Norðurlöndin eða 9% aldraðra. Noregur kemur fast á eftir Íslandi með 8,6% aldraðra búsetta á stofnunum (Nososko, 2013).

Tafla 3. Hlutföll aldraðra sem búa á stofnunum á Norðurlöndunum

% af aldurshópnum	Danmörk 2012	Færeyjar 2012	Finnland 2012	Ísland 2011	Noregur 2011	Svíþjóð 2012
65-74 ára	1.0	0.9	1.4	1.8	2.0	0.9
75-79 ára	3.1	3.4	3.9	6.1	5.9	3.5
80 ára og eldri	13.3	16.1	14.4	24.5	22.6	15.6
Samtals eldri en 65/67 ára	4.3	6.2	5.3	9.0	8.6	5.4

(Nososko, 2013).

Stefna íslenskra stjórnvalda hefur verið skýr í málefnum aldraðra. Lögð hefur verið mikil áhersla á að aldraðir búi á heimilum sínum sem lengst, því með sjálfstæðri búsetu haldi aldraðir sjálfstæði sínu, virðingu og njóta jafnréttis á við aðra í þjóðfélaginu. Eins og komið hefur fram í umfjöllun hér að framan hefur þróunin í búsetumálum samt sem áður verið nokkuð stofnanamiðuð miðað við hin Norðurlöndin. Lögð hefur verið töluverð áhersla á hjúkrunarrými sem er dýrasta þjónustustigið (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Nososko, 2013; Velferðarráðuneytið, 2012).

Á Íslandi nýtur hátt hlutfall aldraðra heimaþjónustu eða 20,5% af íbúum 65 ára og eldri miðað við meðaltal 9,58% á öðrum Norðurlöndum (Nososko, 2013). Samt sem áður er líklegt að heimaþjónusta á Íslandi sé frekar takmörkuð og beinist ekki nógu markvisst að þeim sem þurfa mest á þjónustunni að halda. Sem dæmi má nefna njóta færri heimaþjónustunnar í Svíþjóð en á Íslandi, en umfang þjónustunnar þar er hlutfallslega meiri. Það skýrist væntanlega af því að meðaltímafjöldi heimaþjónustu í Svíþjóð eru 7 tímar á viku meðan það eru aðeins 2,4 tímar á viku á Íslandi (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Velferðarráðuneytið, 2012).

Gerð var símakönnun meðal Íslendinga 65 ára og eldri árið 2008. Markmið rannsóknarinnar sem kölluð er ICEOLD (Icelandic Older People) var að kanna þarfir aldraðra sem búa á heimilum sínum, fyrir þjónustu og hvernig þarfirnar eru uppfylltar. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að lítill hópur aldraðra fær verulega aðstoð frá opinberum þjónustuaðilum. Margir fá aðstoð en aðeins fáa tíma hver og einn og er það oftast aðstoð við heimilisstörf frekar en persónuleg þjónusta. Einnig sýndu niðurstöður að aldraðir vilja helst að annast sé um þá á heimilum þeirra. Aftur á móti ef að þeir þarfnast mikillar aðstoðar þá vilja þeir fara á dvalar- eða hjúkrunarheimili. Þetta gæti verið vísbending um að það sé of lítil þjónusta í boði fyrir aldraða í heimahúsum. Það hefur þær afleiðingar að þegar þörfin fyrir þjónustu eykst eru fáir kostir í boði aðrir en að sækja um dvalar- eða hjúkrunarheimili (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Aldursamsetning íslensku þjóðarinnar er að breytast. Þær breytingar gera meiri kröfur til velferðarsamfélagsins því þörf verður fyrir fjölbreyttari þjónustu og úrræði sem kalla á breyttar áherslur í skipulagi og umræðu (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Samkvæmt mannfjöldaspá Hagstofu Íslands (2013) er meðalævi að lengjast bæði hjá konum og körlum á Íslandi. Árið 2013 voru 11,2% mannfjöldans á Íslandi 67 ára og eldri.

Öldruðum mun fjölga mikið næstu ár og er talið að á árinu 2060 muni fjöldi aldraðra verða tvöfalt fleiri en þeir eru í dag. Fæðingartíðni er að lækka á Íslandi (Hagstofa Íslands, 2014) og lífaldur kvenna er hærri en karla (Hagstofa Íslands, 2013). Fleiri konur búa því einar (Kehusmaa, Autti-Rämö, Helenius og Rissanen, 2013; World Health Organisation, 2002). Í því sambandi má nefna að aldraðar konur á Íslandi eru sjaldnar með áunnin lífeyrissjóðsréttindi í starfstengdu lífeyrissjóðunum. Þær þurfa því oft að reiða sig eingöngu á almannatryggingabætur og eru því í lægsta tekjuhópnum (Stefán Ólafsson, 1999).

4.1.1 Þjónustubörf aldraðra

Meiri líkur eru á því að heilsufar einstaklinga versni þegar þeir eldast og þurfi þá aðstoð við ýmsar athafnir daglegs lífs. Þrátt fyrir að aldraðir séu heilsubetri að jafnaði en jafnaldrar þeirra voru fyrir um 30 árum er stór hópur aldraðra sem þarfnast aðstoðar frá aðstandendum og opinberum aðilum (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009).

Til að stuðla að því að aldraðir geti búið við eðlilegt heimilislíf eins lengi og hægt er, er mikilvægt að kanna hvaða þjónustu og aðstoð þeir þarfnast og hver veitir hana. Einnig er mikilvægt að afla upplýsinga um aðstandendur sem veita aðstoð til ættingja (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Aðstandendur þurfa stundum skyndilega að taka að sér hlutverk umönnunaraðila í kjölfar heilsubrests og oft hafa þeir ekki reynslu eða þjálfun af umönnunarstörfum. Mat á heimaþjónustu hefur ekki falið í sér mat á þörfum aðstandenda fyrir stuðning en það getur leitt til þess að þörfum umönnunaraðila er ekki sinnt. Um leið og metin er þörf fyrir heimaþjónustu er einnig nauðsynlegt að leggja mat á þörf aðstandenda. Upplýsingarnar gætu nýst til að til að létta undir með aðstandendum og styðja þá í umönnunarhlutverkinu (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013).

Munur er gerður á því hvort þjónusta til aldraðra er formleg þjónusta (e. formal care) eða óformleg þjónusta (e. informal care). Formleg þjónusta er veitt af launuðum starfsmönnum á vegum hins opinbera eða félagasamtaka. Óformleg þjónusta er að jafnaði ólaunuð og er sú aðstoð sem aldraðir fá frá maka, börnum, öðrum aðstandendum, vinum eða nágrönnum (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2010; 2013).

Þjónusta óformlegra og formlegra þjónustuveitenda er oft tengd og því er mikilvægt að þekkja samspilið á milli þessara aðila og hvernig þjónustan nýtist eldra fólki. Óformleg þjónusta getur verið eini stuðningurinn sem fólk fær eða aðstoð sem er veitt samhliða formlegri þjónustu ríkis og sveitarfélags eins og heimaþjónusta og dagdvöl (Kehusmaa o. fl., 2013; Kröger, 2005; Litwin og Attias-Donfut, 2009; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Aðstoð við athafnir daglegs lífs (ADL), má skipta í IADL (e. instrumental activities of daily living) og persónulegar athafnir daglegs lífs PADL (e. personal activities of daily living). Dæmi um IADL er að versla inn vörur, þvo þvott, laga mat og þrifa fyrir þann aldraða. Dæmi um PADL er aðstoð við að klæðast, aðstoð við mötun, fara í og úr rúmi, fara í bað og á salerni. Óformleg umönnun hefst oftast á aðstoð við IADL en færist síðar meir í PADL (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Þjónustu við aldraða er oft skipt í tvö tímabil. Fyrra tímabilið hefst þegar sá aldraði þarf á léttari aðstoð að halda meðal annars við heimilishald en seinna tímabilið þegar hann hefur meiri þörf fyrir persónulega umönnun. Ofangreind ICEOLD rannsókn sýndi að aðstandendur aðstoða þann aldraða á fyrra tímabilinu en oftast þegar þörf er á persónulegri þjónustu og aðstoðin verður meira krefjandi er leitað til opinberra aðila. Einnig að aðstandendur gegna lykilhlutverki í þjónustu við aldraða en oft verður ekki vart við þá þjónustu fyrr en sá aldraði þarfnast mikillar aðstoðar (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

4.1.2 Aðstandendur aldraðra

Það er mikilvægt þegar þjónustubörf hins aldraða eykst að tryggja skjótt stuðning formlegrar þjónustu til að styðja við aðstandendur ef þeir óska þess. Það getur orðið aðstandendum mikill stuðningur og hvatning og gert þeim mögulegt að sinna ættingjum sínum lengur (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Sveigjanleiki þarf að vera til staðar og samspil á milli aðstandenda og heimaþjónustu. Nauðsynlegt er að styðja við aðstandendur ef þeir eiga að geta hugsað um þann aldraða án þess að þeir verði sjálfir veikir af álagi. Mikilvægt er að aðstandendur fái hvíld af og til frá umönnun hins aldraða og sérstaklega þeir sem eru mjög bundnir við að hugsa um mjög veika einstaklinga. Til að létta á aðstandendum þarf að vera til staðar heimaþjónusta, hvíldarinnlagnir og vistun að degi, yfir nótt eða um helgar (Landlæknisembættið, 2006; Velferðasvið Reykjavíkurborgar, 2013).

Í Svíþjóð hefur aðstoð aðstandenda aukist og er það talið vera vegna minna framboðs á formlegri heimaþjónustu. Þjónustan er talin aðallega veitt þeim sem ekki geta fengið aðstoð frá ættingjum sínum og bendir margt til þess að makar fái ekki nægilegan stuðning og standi einir í umönnun maka síns (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2007). Aðstandendur sem annast aldraða eru oft á tíðum eldra fólk og þá oftast konur (Kristín Björnsdóttir, 2008; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013; World Health Organisation, 2002).

Niðurstöður úr framangreindri ICEOLD rannsókn á þeim þáttum sem hafa áhrif á formlega og óformlega þjónustu hér á landi benda til þess að meirihluti þátttakendanna hafi annaðhvort fengið formlega eða óformlega þjónustu en ekki frá báðum þessum aðilum. Það getur bent til þess að það vanti meiri samvinnu á milli þeirra sem veita óformlega og formlega þjónustu (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Niðurstöður finnskrar rannsóknar sýndu að óformleg þjónusta hefur mikil áhrif á lækkun útgjalda opinberrar þjónustu til aldraðra. Óformleg þjónusta þarf því að vera talin með við gerð stefnumótunar í öldrunarþjónustu (Kehusmaa o. fl., 2013). Í nokkrum nýlegum stefnumótunaraðgerðum eru fjölskyldur hvattar til að veita öldruðum ættingjum sínum umönnun (Kehusmaa o. fl., 2013; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013). Í mörgum Evrópulöndum geta aðstandendur fengið ólaunað leyfi frá störfum til að sinna fjölskyldumeðlimum. Margar þjóðir bjóða aðstandendum sérstaka þjónustu og nokkrar bjóða þeim upp á fjárhagsaðstoð upp í kostnað sem umönnunin leiðir af sér (Kehusmaa o. fl., 2013).

4.1.3 Starfsfólk í heimaþjónustu

Norræn samanburðarrannsókn var gerð á Íslandi á verkefnum, vinnuumhverfi og líðan starfsfólks í umönnun aldraðra í heimahúsum og á stofnunum. Niðurstöður leiddu meðal annars í ljós að 95% starfsfólksins hér á landi eru konur og er það aðeins lægra hlutfall en á hinum Norðurlöndunum. Starfsfólk í umönnun aldraðra á Íslandi er mun yngra en starfsfólk á hinum Norðurlöndunum, meðal annars voru 20,4% yngri en 25 ára, en 7,3% í Svíþjóð, 6,2% í Finnlandi, 3,8% í Noregi og 2,8% í Danmörku. Rúmlega helmingur starfsfólksins á Íslandi eða 57% hefur hlotið minna en 6 mánaða þjálfun eða menntun í umönnun aldraðra miðað við 13,8% starfsfólks í Svíþjóð, 7,4% starfsfólks í Noregi, 6,4% starfsfólks í Finnlandi og 3,8% starfsfólks í Danmörku. Verkefnin á Íslandi eru ekki jafn fjölbreytt og á hinum Norðurlöndunum og starfsfólk vinnur aðallega dagvinnustörf. Það sinnir stjórnun í minna

mæli en á hinum Norðurlöndunum og minni kröfur eru gerðar til menntunar starfsmanna á Íslandi (Elísabet Karlsdóttir, 2011).

Nauðsynlegt er að starfsfólk finni að borin sé virðing fyrir því og störfum þeirra. Það er hægt að gera með því að sýna starfsfólki stuðning í verki og sjá til þess að það hafi góða starfsaðstöðu, verkfæri og þekkingu til að leysa þau verkefni af hendi sem þeim er falin. Reynsla, þekking og ánægja starfsfólks geta tryggt gæði þjónustu (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013).

Framkoma starfsfólks sem einkennist af foræðishyggju og virðingarleysi getur haft mjög slæm áhrif á aldraða einstaklinga (Barrett o.fl., 2012). Starfsfólk þarf að fá kennslu og þjálfun í að virkja styrkleika aldraðra og hjálpa þeim til að vera sjálfstæðir þegar þeir eru veikir og veikburða. Fræðsla, upplýsingar og endurmenntun um þá þætti sem stuðla að virkni aldraðra ættu að vera felldar inn í námsefni og starfsþjálfun þeirra sem starfa í heilbrigðis- og félagsþjónustu aldraðra (Barrett o.fl., 2012; Steinunn K. Jónsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009).

4.1.4 Fagleg ráðgjöf og upplýsingar til aldraðra og aðstandenda þeirra

Talið er að ein helsta ógn við sjálfræði aldraðra sé skert færni og vöntun á upplýsingum um þjónustu sem þeir eiga rétt á (Ástríður Stefánsdóttir og Vilhjálmur Árnason, 2004). Rannsóknir benda til þess að mikil vöntun sé á heildrænni miðlun upplýsinga og fræðslu á Íslandi um valmöguleika í þjónustu og úrræðum sem standa öldruðum til boða. Því væri æskilegt að setja á stofn úrræði á Íslandi þar sem hægt er að fá heildræna upplýsingagjöf og faglega ráðgjöf á einum stað (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006; Steinunn Kristín Jónsdóttir, 2009).

Niðurstöður rannsóknar Sigurveigar H. Sigurðarsdóttur (2006b) sýndu að aldraðir vilja búa heima sem lengst fremur en að búa á dvalar- eða hjúkrunarheimili fyrir aldraða. En til að geta búið heima fannst þeim mikilvægt að geta treyst því að fá góðar upplýsingar og hafa aðgang að viðeigandi þjónustu þegar þeir þyrftu á henni að halda.

Niðstöður rannsóknar Ástu Guðmundsdóttur og Sigurveigar H. Sigurðardóttur (2012) á álagi á umönnunaraðila aldraðra og viðhorfum þeirra til þjónustu sýndu að upplýsingagjöf til aðstandenda var ábótavant. Aðstandendum fannst þeir ekki fá félagsráðgjöf frá sveitarfélaginu í nægilegum mæli. Biðtími eftir viðtali við félagsráðgjafa gat tekið nokkrar vikur. Þeir sem leituðu til félagsráðgjafa fengu litla eða enga aðstoð eða upplýsingar frá

honum. Þeim fannst auðveldara að fá aðstoð og upplýsingar frá starfsfólki heimahjúkrunar. Athyglisvert er, að það voru aðstandendur sem leituðu eftir þjónustu og úrræðum fyrir hinn aldraða. Þetta getur bent til þess að mikið álag hvíli á félagsráðgjöfum. Einnig benda niðurstöður til þess að auka og bæta þurfi ráðgjöf við aðstandendur. Félagsráðgjafar þyrftu að fá meiri fræðslu um aldraða og aðstandendur þeirra (Ásta Guðmundsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012). Megin undirstöðuatriði og aðferðir í umönnun aldraðra þyrftu að vera skylda í námi heilbrigðisstétta meðal annars félagsráðgjafa (Barrett o.fl., 2012; Steinunn K. Jónsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009).

Í fyrrnefndri stefnu Reykjavíkurborgar um málefni aldraðra er talið að aðstandendur hafi þörf fyrir ráðgjöf og stuðning og þess vegna sé mikilvægt að þeir fái góðar leiðbeiningar og upplýsingar og einnig að þeir fái að stjórna ákvörðunum (Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013). Heilsueflandi heimsóknir til aldraðra er góð leið til að miðla upplýsingum. Niðurstöður rannsóknar á heilsueflandi heimsóknum til aldraðra sem tilheyrðu þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts sýndu að heimsóknirnar hvöttu aldraða sem voru komnir með þörf fyrir heimaþjónustu að sækja um hana. Þær sýndu einnig að heimsóknirnar voru nauðsynlegar til að koma upplýsingum á framfæri við aldraða íbúa hverfisins. Allir þátttakendurnir gátu hugsað sér að fá einu sinni á ári reglubundna heimsókn. Niðurstöður sýndu einnig að mikilvægt er að kanna hvað megi betur fara í þjónustunni og hvort aldraðir séu að fá þjónustu sem þeir þurfa á að halda (Elísa Eðvarðsdóttir og Ólöf Margrét Snorrardóttir, 2011).

Samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga eiga sveitarfélög að bjóða upp á félagslega ráðgjöf. Markmiðið með félagsráðgjöf er að veita leiðbeiningar og upplýsingar um félagsleg réttindamál og stuðning vegna félagslegs og persónulegs vanda (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.; Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991). Markmið félagsráðgjafa á öldrunarsviði er meðal annars að athuga hvernig hægt er að bæta aðstæður og styrkja félagslegt net aldraðs einstaklings svo hann geti lifað við sem eðlilegastar aðstæður. Það er því mikilvægt að fá til samvinnu vini og fjölskyldu hins aldraða og einnig þá sem standa að heimaþjónustunni. Hlutverk félagsráðgjafans er að veita hinum aldraða og aðstandendum hans stuðning til að hann geti búið á heimili sínu sem lengst og einnig að samhæfa þá þjónustu sem hinn aldraði þarfnast (Farley, Smith og Boyle, 2009; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006a; Thompson, 2009). Í siðareglum félagsráðgjafa segir að félagsráðgjafi

eigi að hafa frumkvæði að því að þróa nýjar hugmyndir í félagsráðgjöf og koma þeim í framkvæmd (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

4.2 Samantekt

Lengi var álitid að best væri fyrir aldraða að búa á stofnunum sem líklega hefur hamlað uppbyggingu heimaþjónustunnar. Vegna staðlaðrar og ófullnægjandi heimaþjónustu hefur öldruðum fundist meira öryggi í að búa á stofnunum en í heimahúsi. Sennilega er heimaþjónustan of takmörkuð og beinist ekki nógu markvisst að þeim sem þurfa mest á henni að halda. Rannsóknir sýna að aðeins lítil hópur aldraðra á Íslandi fær verulega aðstoð frá opinberum þjónustuaðilum. Margir fá aðstoð en aðeins fáa tíma í senn. Oftast er það aðstoð við heimilisstörf fremur en persónuleg þjónusta. Aldraðir vilja helst að annast sé um þá á heimilum þeirra. En ef þeir þarfnast mikillar aðstoðar vilja þeir fá stofnanþjónustu. Það bendir til þess að of lítil þjónusta sé í boði sem hefur þær afleiðingar að þegar þörfin eykst er lítið í boði annað en að sækja um á dvalar- eða hjúkrunarheimili.

Til að stuðla að því að aldraðir geti búið við eðlilegt heimilislíf eins lengi og hægt er, er mikilvægt að kanna hvaða þjónustu og aðstoð þeir þarfnast og hver veitir hana. Þó að aðstandendur gegni lykilhlutverki í þjónustu við aldraða verður oft ekki vart við þá þjónustu fyrr en sá aldraði þarfnast mikillar aðstoðar. Mat á heimaþjónustu hefur ekki falið í sér mat á þörfum aðstandenda fyrir stuðning sem getur leitt til þess að þörfum umönnunaraðila er ekki sinnt. Margt bendir til að þess að upplýsingagjöf og fagleg ráðgjöf til aldraðra og aðstandenda þeirra sé mjög ábótavant. Rúmlega helmingur starfsfólksins í heimaþjónustu á Íslandi hefur hlotið minna en 6 mánaða þjálfun eða menntun í umönnun aldraðra. Æskilegt væri því að starfsfólk í heimaþjónustu fengi meiri kennslu og þjálfun í að annast aldraða. Fræðsla, upplýsingar og endurmenntun um þá þætti sem stuðla að virkni aldraðra ættu að vera felldar inn í námsefni og starfsþjálfun þeirra. Félagsráðgjafar þyrftu einnig að fá meiri fræðslu um aldraða og aðstandendur þeirra. Megin undirstöðuatriði og aðferðir í umönnun aldraðra ætti að vera skylda í námi félagsráðgjafa.

5 Aðferð og framkvæmd

Í þessum kafla er sagt frá aðferðinni sem var notuð við rannsóknina og hvernig staðið var að framkvæmd hennar. Markmið rannsóknarinnar er að kanna aðstæður aldraðra sem fengu synjun á færni- og heilsumati og nær rannsóknin til þeirra sem búsettir eru á höfuðborgarsvæðinu. Með aðstæðum aldraðra er hér átt við heimilisaðstæður þeirra, þjónustupörf og hverjir þjónustuaðilar þeirra voru.

Rannsóknarspurningar:

- Hverjar voru ástæður synjunar á færni- og heilsumati fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013?
- Hvers konar þjónustu eða úrræði vantaði þennan hóp helst að mati Færni- og heilsumatsnefndar?
- Hvaða þjónustuaðilar aðstoðuðu þann aldraða og hver var þjónustupörf hans?

5.1 Aðferð

Til að geta svarað rannsóknarspurningunum var notuð megindeleg (e. quantitative) rannsóknaraðferð. Rannsóknarsniðið sem var notað, er greining fyrirliggjandi gagna (e. secondary analysis) (Rubin og Babbie, 2011).

Greining fyrirliggjandi gagna er skilgreind sem greining á gagnagrunnum sem þegar eru til staðar. Rannsakandinn nýtir sér gögn sem aðrir hafa safnað í stað þess að afla sjálfur frumgagna. Þetta geta verið aðgengileg gögn frá stofnunum, stjórnvöldum og úr niðurstöðum rannsókna sem hafa verið gerðar meðal annars á félagslegum vandamálum. Dæmi um opinber gögn eru niðurstöður rannsókna varðandi öldrunarþjónustu, menntun, heilsufarsvandamál, geðheilsu, fíkniefnaneyslu, efnahagslegan ójöfnuð og refsivörslukerfið (Rubin og Babbie, 2011; Sales, Lichtenwalter og Fevola, 2006).

Mörg opinber gögn innihalda upplýsingar sem safnað hefur verið saman eins og lýðfræði- og lýsandi þjónustuupplýsingar sem veita upplýsingar um tegundir félagslegra vandamála meðal annars barnamisnotkun, glæpi og veikindi og algengi þeirra á tilteknum landsvæðum. Greining fyrirliggjandi gagna getur verið árangursrík aðferð í rannsóknum í félagsráðgjöf og einnig til að efla kennslu í aðferðafræði og þátttöku félagsráðgjafarnema í rannsóknum (Rubin og Babbie, 2011; Sales o.fl., 2006).

Kostir aðferðarinnar eru margir því meðal annars er hún ódýrari og fljótlegri en flestar aðrar aðferðir. Hægt er að vera með rannsókn á stærra úrtaki en í venjulegri rannsókn og einnig til að gera samanburð á hópum, yfir tíma eða á milli landa. Tölvutækni hefur gert það að verkum að auðveldara er að nálgast gögn á tölvutæku formi. Vefaðgangur að gagnasöfnun og auknir möguleikar til að greina gögn á netinu hefur gert greiningu fyrirbyggjandi gagna að tæki til að kanna mynstur í þjónustu. Þetta er því góð aðferð til að greina þjónustu og rökstyðja þörf á þjónustu fyrir einstaklinga sem fá ekki næga þjónustu. Margir skjólstæðingar félagsráðgjafa tilheyra viðkvæmum (e. vulnerable) hópum, þar á meðal fólk með andlega eða líkamlega fötlun eða fórnarlömb misnotkunar eða árása. Greining fyrirbyggjandi gagna er nefnd ómeðvituð mæling (e. nonreactive measures) því einstaklingarnir sem verið er að rannsaka hafa ekki vitneskju um að það sé verið að rannsaka þá. Með því að nota þessa mælingu er hægt að komast hjá því að skaða viðkvæma hópa (Rubin og Babbie, 2011; Sales o.fl., 2006).

Gallar þessarar aðferðar eru meðal annars vöntun upplýsinga (e. missing data), vandamál með réttmæti (e. validity), vandamál með áreiðanleika (e. reliability), ófullnægjandi heimildasöfnun og ýmsar hagkvæmni ástæður. Vandamál með réttmæti getur meðal annars skapast vegna þess að rannsakandi hefur ekki stjórn á því hvernig upplýsingum var safnað. Það gætu verið kerfisbundnar villur í söfnun upplýsinga í upphafi. Áreiðanleiki gagnanna ákvarðast af gæðum gagnanna, það er hvort þau eru að gefa rétta mynd af því sem þau eru að skýra (Rubin og Babbie, 2011; Sales o.fl., 2006).

5.2 Framkvæmd

Rannsakandi hóf vinnu við framkvæmd rannsóknar vorið 2014. Hann leitaði í fyrstu til Embættis landlæknis til að fá aðgang að fyrirbyggjandi gögnum um aldraða sem fengu synjun á færni- og heilsumati á árinu 2013 fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu. Embætti landlæknis hefur umsjón með þróun, viðhaldi og rekstri rafrænnar færni- og heilsumatskrár (Embætti landlæknis, 2013). Rafræna skráin hefur eingöngu upplýsingar um þá sem hafa fengið samþykkt mat hjá færni- og heilsumatsnefnd. Rannsakanda var því bent á að leita til Færni- og heilsumatsnefndar höfuðborgarsvæðisins því þar væri að finna upplýsingar um þennan hóp. Rannsakandi hafði samband við formann Færni- og heilsumatsnefndar höfuðborgarsvæðisins sem veitti leyfi fyrir aðgangi að gögnunum. Einnig var leyfi fengið frá Embætti landlæknis sem hefur eftirlit með störfum

færni- og heilsumatsnefnda og yfirumsjón með framkvæmd færni- og heilsumats (Embætti landlæknis, 2013). Um miðjan júní sótti rannsakandi um leyfi fyrir rannsókninni bæði hjá Vísindasiðanefnd og Persónuvernd. Þegar leyfi fengust haustið 2014 var hafist handa við að safna gögnum.

Sem áður sagði þarf færni- og heilsumatsnefnd að afla skriflegra gagna frá félagslegri heimaþjónustu og heimahjúkrun um aðstæður umsækjanda þegar umsókn um færni- og heilsumat berst. Einnig aflar nefndin hjúkrunar- og læknaþrifa frá fagfólki og stofnunum. Nefndin þarf að athuga að öll viðeigandi greiningarvinna, meðferð og endurhæfing sem stuðlar að sjálfsbjargargetu umsækjanda hafi verið reynd til hlítar (Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012).

Í þessari rannsókn voru greind fyrirliggjandi gögn frá Færni- og heilsumatsnefnd höfuðborgarsvæðisins haustið 2014. Gögnin sem voru greind voru umsóknir fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013. Mælitæki rannsóknarinnar er gagnasöfnunarblað (Viðauki 1) sem rannsakandi hannaði með það að markmiði að svara rannsóknarspurningum. Þær upplýsingar um umsækjendur sem svöruðu rannsóknarspurningum voru settar inn í Excel skjal sem síðan voru færðar á gagnasöfnunarblaðið. Unnið var úr niðurstöðum í Excel forritinu.

Hjá Færni- og heilsumatsnefnd eru synjanir flokkaðar í flokka eða skapalón og eru í raun flýttibréf eða innri vinnuskjöl fyrir Færni- og heilsumatsnefnd. Sérstök bréf eru alla jafna svarbréf vegna endurupptöku umsóknar og eru þau send til þeirra sem óska eftir endurupptöku umsóknar. Ekki er nóg að viðkomandi umsækjandi sjálfur eða aðstandendur hans mótmæli niðurstöðu og óski eftir endurupptöku heldur þarf fagfólk sem þekkir til umsækjandans að sækja um endurupptöku. Það getur verið lækni, heimahjúkrun, heimaþjónusta eða aðrir fagaðilar (Álfhildur Hallgrímsdóttir munnleg heimild, 18. nóvember 2014).

Í þessari rannsókn voru synjanir greindar í fimm flokka eftir því hver ástæða fyrir synjun var. Þegar einstaklingi er synjað um dvöl á dvalar- eða hjúkrunarheimilum fær hann sent bréf frá Færni- og heilsumatsnefnd sem greinir frá ástæðu synjunarinnar. Einnig getur verið í sama bréfi ef við á, mælt með þjónustu og/eða úrræðum sem geta auðveldað einstaklingnum áframhaldandi dvöl á heimili sínu. 189 einstaklingum var synjað um vistun á

árinu 2013, þar af voru 14 einstaklingar sem fengu sérstakt bréf, það er svör við ósk um endurupptöku matsins.

Hjá Færni- og heilsumatsnefnd var hægt að fá hjá öllum hópnum rafrænar upplýsingar um aldur, kyn og tegundir synjana, það er 189 einstaklingum. Aðrar upplýsingar voru ekki rafrænar heldur í skjölum eins og umsóknir um færni- og heilsumat, lækna- og hjúkrunarbréf, upplýsingar frá heimahjúkrun, félagsþjónustu og aðstandendum ásamt synjunarbréfum.

Kannaður var fjöldi og tegundir synjana hjá þeim 189 einstaklingum sem fengu synjun á færni og heilsumati árið 2013. Fimm af þeim voru yngri en 67 ára. Kannaður var aldur og kyn hjá 184 öldruðum einstaklingum 67 ára og eldri. Tekið var síðan tilviljunarúrtak úr þessum hópi eða 31 einstaklingar 67 ára og eldri. Í þessum hópi var enginn sem sótti um milliflutning, það er flutning frá dvalarheimili yfir á hjúkrunarheimili og enginn fékk sérstakt bréf.

Úrtak er safn einstaklinga sem valið er úr ákveðnu skilgreindu þýði og tilviljunarúrtak þýðir að það er tilviljun sem ræður því hverjir eru valdir úr þýðinu, sem er samansafn einstaklinga með tiltekna eiginleika (Yegidis og Weinbach, 2009).

Hjá úrtakshópnum var kannað kyn, aldur, hjúskaparstaða, heimilisaðstæður, tegundir synjana og hvers konar þjónustu eða úrræði þessum hópi aldraðra vantaði helst að mati færni- og heilsumatsnefndar. Einnig var könnuð líkamleg færni, andleg líðan, þjónusta sem þeir höfðu og þjónustubörf og hvaða þjónustuaðilar aðstoðuðu þá.

5.3 Siðfræðileg álitaefni

Til þess að rannsókn standi undir nafni þarf hún að uppfylla siðferðilegar kröfur ekki síður en aðferðafræðilegar (Sigurður Kristinsson, 2003). Í Vísindasiðareglum Háskóla Ísland er gengið út frá nokkrum grunngildum. Bera skal virðingu fyrir þátttakendum með því að virða sjálfræði þeirra og friðhelgi. Með velferð þátttakenda í huga skal reyna eins og hægt er að auka ávinning þeirra af rannsókninni og draga úr áhættu. Rannsakendur verða umfram allt að forðast að valda þátttakendum skaða. Rannsakendur eiga að tryggja að þeir misnoti ekki aðstöðu sína gagnvart viðkvæmum einstaklingum. Taka skal tillit til kynja- og jafnréttissjónarmiða á öllum stigum rannsóknarinnar. Rannsóknir eiga að vera unnar samkvæmt viðurkenndri vísindalegri aðferðafræði og unnar af heiðarleika. Ef rannsakanda er heimilaður aðgangur að fyrirliggjandi gögnum til dæmis frá opinberum aðilum og ekki liggur fyrir samþykki þátttakenda, þarf rannsakandi að huga að eðli upplýsinganna og að

hagsmunum þátttakenda áður en hann notar gögn sem hefur verið safnað af öðrum (Háskóli Íslands, 2014).

Áður en þessi rannsókn hófst sótti rannsakandi um leyfi fyrir rannsókninni hjá Vísindasiðanefnd (VSNb2014060018/03.7) og Persónuvernd (2014060930AT/-). Sem áður sagði voru leyfi þegar fengin frá Færni- og heilsumatsnefnd heilbrigðisumdæmis höfuðborgarsvæðisins og frá Embætti landlæknis. Þegar notuð eru fyrirliggjandi heilbrigðisgögn þarf að sækja um gagnarannsókn hjá Vísindasiðanefnd. Það þýðir að einstaklingur sem upplýsingar eða gögn eru fengin frá, tekur ekki virkan þátt í rannsókninni (Persónuvernd, e.d.; Vísindasiðanefnd, e.d.).

Leyfin fengust með því skilyrði að gögnin yrðu greind og kóðuð (rannsóknarnúmer) í húsakynnum Færni- og heilsumatsnefndar höfuðborgarsvæðisins. Gögnin eru ekki persónugreinanleg og þeim verður eytt þegar niðurstöður verða birtar.

5.3.1 Takmarkanir rannsókna

Eins og kom fram hér að framan er niðurstöður greininga fyrirliggjandi gagna byggðar á heimildum annarra. Rannsakandi hefur ekki stjórn á hvernig og hvaða upplýsingum hefur verið safnað (Rubin og Babbie, 2011; Sales o.fl., 2006). Í þessari rannsókn bar nokkuð á ófullnægjandi heimildasöfnun. Upplýsingar gátu verið mismunandi eftir því hvort upplýsingar um einstaklinga komu frá félagsþjónustu, heimahjúkrun, læknum eða aðstandendum. Ekki voru miklar upplýsingar um einstaklinga sem höfðu enga eða litla þjónustu. Rannsakandi reyndi eftir bestu getu að greina gögnin og ef um mismunandi upplýsingar voru að ræða um sama atriði valdi hann þær upplýsingar þar sem mest samskipti virtust vera við umsækjanda. Í nokkrum tilfellum voru litlar upplýsingar um umsækjanda því ekki hafði verið fyllt nógu vel út í öll þau atriði sem beðið var um af Færni- og heilsumatsnefnd, hvorki af umsækjanda, aðstandendum né af fagfólki. Taka verður mið af þessum takmörkunum í niðurstöðum rannsóknarinnar.

5.4 Samantekt

Í þessari rannsókn var notuð megindeleg rannsóknaraðferð og rannsóknarsniðið var greining fyrirliggjandi gagna. Rannsakandinn nýtir sér gögn sem aðrir hafa safnað í stað þess að afla sjálfur frumgagna. Gallar þessarar aðferðar eru meðal annars vöntun upplýsinga, og ófullnægjandi heimildasöfnun. Kannaður var fjöldi og tegundir synjana hjá þeim 189

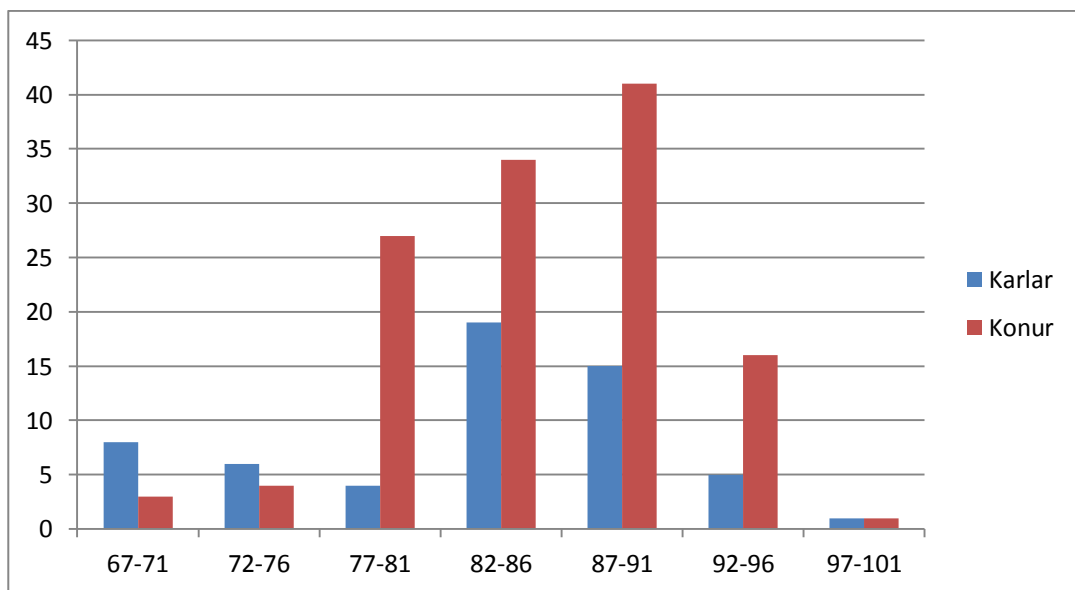
einstaklingum sem fengu synjun á færni og heilsumati árið 2013. Fimm af þeim voru yngri en 67 ára. Kannaður var aldur og kyn hjá 184 öldruðum einstaklingum 67 ára og eldri. Tekið var síðan tilviljunarúrtak úr þessum hópi eða 31 einstaklingar 67 ára og eldri. Hjá úrtakshópnum var kannaður aldur, kyn, hjúskaparstaða, heimilisaðstæður, tegundir synjana og hvers konar þjónustu eða úrræði þessum hópi aldraðra vantaði helst að mati nefndarinnar. Einnig var könnuð líkamleg færni, andleg líðan, þjónusta sem þeir höfðu og þjónustupörf og hvaða hjálparaðilar aðstoðuðu þá.

6 Niðurstöður

Hér verður greint frá niðurstöðum rannsóknarinnar og þær settar upp í töflur og myndrænt form. Fyrst verður gerð grein fyrir aldri og kyni allra sem fengu synjun, 67 ára og eldri alls 184 einstaklingar. Því næst er greint frá aldri, kyni, hjúskaparstöðu og heimilisaðstæðum úrtakshópsins (31 einstaklingur). Greint verður frá tegundum synjana og fjölda þeirra hjá öllum hópnum alls 189 einstaklingum. Sem áður sagði voru fimm einstaklingar af 189 undir 67 ára aldri. Einnig verður greint frá tegundum og synjunum úrtakshópsins. Því næst er sagt frá þeim úrræðum og þjónustu sem færni- og heilsumatsnefnd lagði til að úrtakshópurinn nýtti sér í kjölfar synjunar um dvalar- og hjúkrunarheimilivist. Að lokum verður sagt frá hvaða þjónustuaðilar aðstoðuðu úrtakshópinn og hver þjónustubörf hans var.

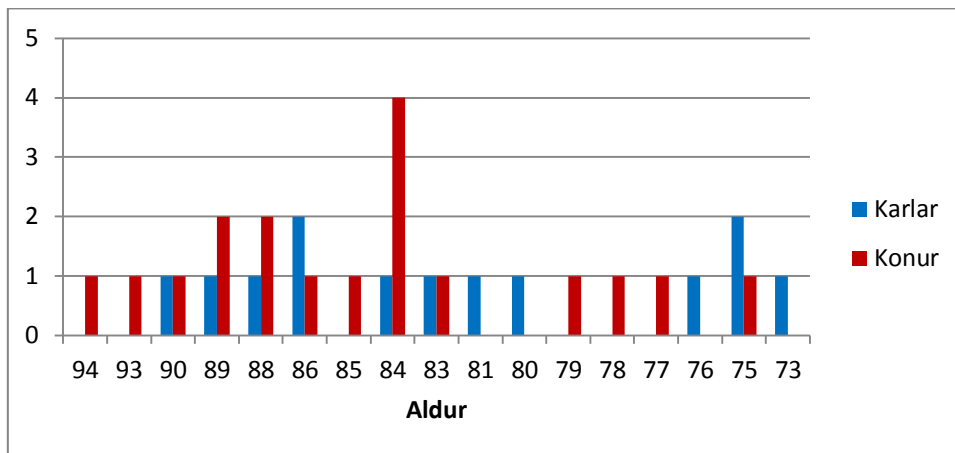
6.1 Bakgrunnur þátttakanda

Mynd 1 sýnir aldur og kyn 184 einstaklinga, 67 ára og eldri. Konur voru alls 126 og karlar alls 58.



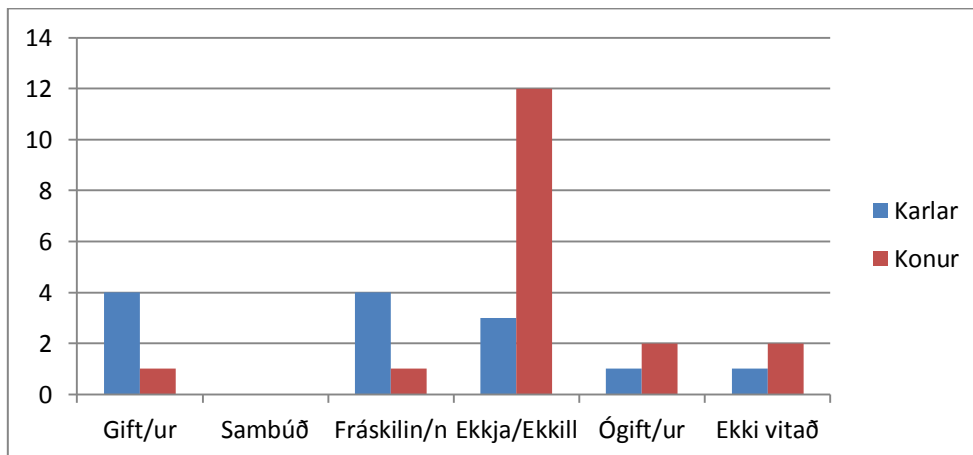
Mynd 1. Aldur og kyn allra 67 ára og eldri

Mynd 2 sýnir aldur og kyn úrtakshóps. Konur voru alls 18 og karlar alls 13.



Mynd 2. Aldur og kyn úrtakshóps

Eins og fram kemur á mynd 3 voru fimm einstaklingar giftir, ein kona og fjórir karlar, þrír voru ógiftir, tvær konur og einn karl, enginn einstaklingur var í sambúð. Það voru alls tólf ekkjur, þrír ekkjar, fimm voru fráskildir, ein kona og fjórir karlar. Hjá þremur einstaklingum var ekki tilgreint hver hjúskaparstaða var.



Mynd 3. Hjúskaparstaða úrtakshóps

Með heimilisaðstæðum er átt við hvort hinn aldraði búi einn eða með öðrum. Eins og fram kemur í töflu 4 voru niðurstöður þær að átta einstaklingar bjuggu með öðrum, það er þrír karlar bjuggu með eiginkonum sínum, ein kona bjó með eiginmanni sínum, fjórir einstaklingar bjuggu heima hjá dætrum sínum, tveir einstaklingar bjuggu í sama húsi og börn þeirra. 21 einstaklingar bjuggu einir og einn bjó erlendis.

Tafla 4. Heimilisaðstæður

Heimilisaðstæður	Karl	Kona
Býr ein/n	9	11
Býr með eiginkonu/eiginmanni	3	1
Býr hjá dóttur	0	4
Býr hjá syni	0	0
Býr í sama húsi og dóttir/sonur	1	1
Býr erlendis	0	1
Samtals	13	18

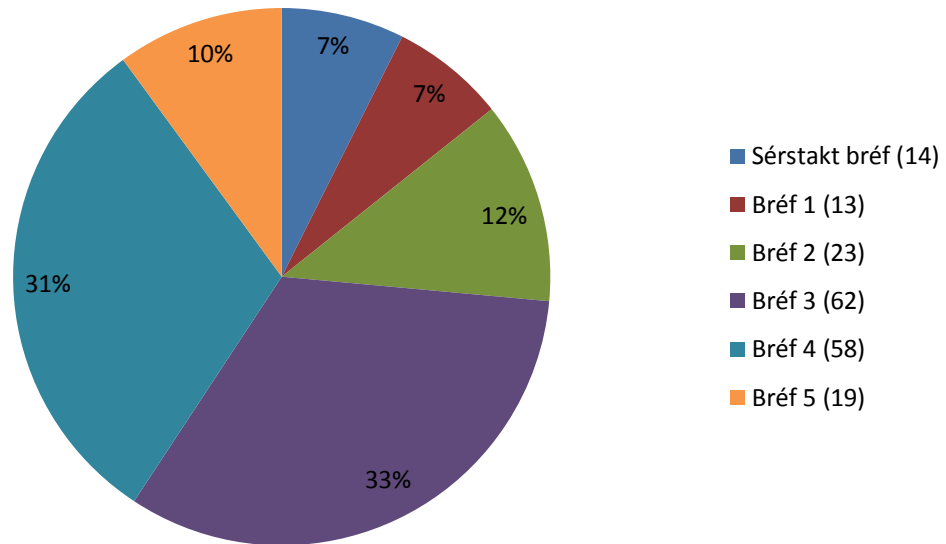
6.2 Ástæður synjana

Í þessari rannsókn verða synjanir flokkaðar sem bréf nr. 1, bréf nr. 2, bréf nr. 3, bréf nr. 4 og bréf nr. 5.

Rökstuðningur fyrir synjun í bréfi nr. 1 er sá að andleg og líkamleg færni umsækjanda sé með þeim hætti að áframhaldandi búseta utan dvalar- eða hjúkrunarrýmis ætti að vera möguleg að mati nefndarinnar við núverandi aðstæður. Í bréfi nr. 2 kemur fram að andleg og líkamleg færni einstaklingsins sé með þeim hætti að áframhaldandi búseta utan dvalar- eða hjúkrunarrýmis ættu að vera möguleg enn um sinn, ef til vill í öðru búsetuúrræði. Bent er á að í ljósi kvíða og félagslegra erfiðleika samfara langvinnum sjúkdómum eða vegna álags á aðstandendur gæti búseta í þjónustu- eða öryggisíbúð hentað og að sækja megi um slík úrræði til félagsþjónustu og heilsugæslu í sveitarfélagi viðkomandi.

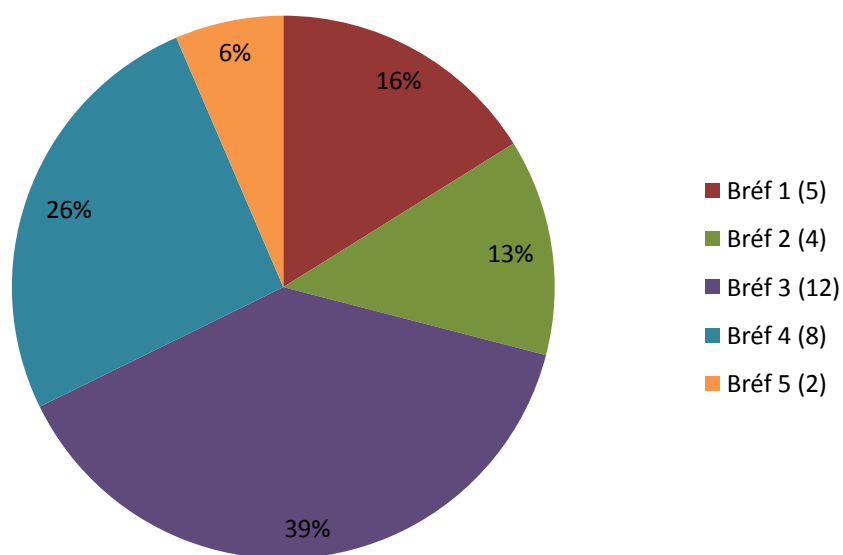
Í bréfi nr. 3 segir að andleg og líkamleg færni umsækjanda sé með þeim hætti að áframhaldandi búseta utan dvalar- eða hjúkrunarrýmis ættu að vera möguleg enn um sinn. Bent er á að úrræði sem bjóðast af hálfu heimahjúkrunar og/eða félagslegrar heimaþjónustu til stuðnings áframhaldandi búsetu á eigin heimili virðist ekki vera fullreynd. Einnig er umsækjanda bent á að fá nánari upplýsingar hjá heilsugæslu og félagsþjónustu síns sveitarfélags. Í bréfi nr. 4 segir að gögn með umsókn bendi til þess að rannsóknir, meðferð og/eða endurhæfing hafi ekki verið fullreynd hjá umsækjanda. Til álita kæmi að óska eftir nánari skoðun og ráðleggingum hjá heimilislækni vegna þessa. Í synjunarbréf nr. 5 segir að gögn með umsókn benda til þess að endurhæfingu sé ekki lokið með hliðsjón af upphafsveikindum og gangi endurhæfingar hjá umsækjanda. Æskilegt gæti verið að sú endurhæfing færi fram á öldrunarlækningadeild með heimferð að markmiði. Í nokkrum

málum tekur Færni- og heilsumatsnefnd út þau atriði sem ekki eiga við eins og til dæmis félagslegir erfiðleikar eða kvíði. Einnig er bent á önnur úrræði eða þjónustu sem fjallað verður um í kafla 6.3. Mynd 4 sýnir fjölda synjana og tegundir bréfa sem allir einstaklingar (189) fengu.



Mynd 4. Fjöldi synjana um færni- og heilsumat og tegundir bréfa á höfuðborgarsvæðinu árið 2013

Mynd 5 sýnir fjölda synjana og tegundir bréfa sem úrtakshópurinn fékk.



Mynd 5. Fjöldi synjana og tegundir bréfa úrtakshóps

6.3 Úrræði og þjónusta

Í flestum bréfunum um synjun eru ráðleggingar og athugasemdir skrifaðar sem viðbót við innihald bréfa þar sem bent er á frekari úrræði eða þjónustu. Hvaða úrræði er bent á fer eftir eðli aðstæðna og veikinda og hversu mikla þjónustu og úrræði einstaklingar hafa fyrir. Nokkrir einstaklingar fengu fleiri en eina ráðleggingu um úrræði eða þjónustu. Hér fyrir neðan eru dæmi um úrræði og þjónustu sem Færni- og heilsumatsnefnd benti umsækjendum á að nýta sér (tafla 5).

Tafla 5. Úrræði og þjónusta

Úrræði og þjónusta	Fjöldi
Félagsstarf aldraðra í félagsmiðstöðvum borgarinnar	1
Félagsleg aðstoð	2
Þjónustu- eða öryggisíbúð á vegum sveitarfélaga	6
Endurhæfing/öldrunarlækningadeild	7
Dagdvöl	8
Sérhæfð dagdvöl fyrir heilabilaða	2
Mat, greining, hjúkrunar- og lækni meðferð og endurhæfing	3
Reglubundin hvíldarinnlögn	1

6.4 Þjónustuaðilar og þjónustupörf

Eins og fram kemur í töflu 6 eru flestir þeirra sem fengu synjun nokkuð sjálfbjarga eða 19 einstaklingar, en níu þurftu mikla aðstoð. Enginn var rúmliggjandi. Þrír einstaklingar voru taldir alveg sjálfbjarga.

Tafla 6. Líkamleg færni

Líkamleg færni	Karl	Kona
Alveg sjálfbjarga	3	0
Nokkuð sjálfbjarga	7	12
Þarf mikla aðstoð	3	6
Rúmliggjandi	0	0
Samtals	13	18

Niðurstöður sýndu einnig að einn einstaklingur var með mikla heilabilun, þrír einstaklingar voru með þó nokkra heilabilun og fjórir voru með væga heilabilun.

Þegar metin var andleg líðan hjá umsækjendum notaði rannsakandi mælitæki sem notað er hjá fagfólki þegar það metur færni og heilsu hjá þeim sem sækja um færni- og heilsumat. Með andlegri líðan er átt við vanlíðan eða þjáningar vegna þunglyndis, öryggisleysis, kvíða, ranghugmynda, svefnleysis og einsemdar. Þegar andleg líðan er góð eru engin einkenni af þessu tagi til staðar, ef henni er ábótavant, hefur viðkomandi sögu um eða fær tímabundin köst en svarar þó lækni meðferð, andlegum eða félagslegum stuðningi. Þegar andleg líðan er slæm eru það vandamál sem léttir á tímabundið við stuðning og meðferð. Afar slæm þýðir að hún sé varanlegt vandamál sem lítið lagast við meðferð og stuðning. Viðvarandi neyð þýðir að einstaklingurinn svarar ekki lækni meðferð eða stuðningi og vandamál litar alla tilveru hans.

Hjá þessum einstaklingum sem leið ekki vel var meðal annars sagt frá einmanaleika, kvíða, óöryggi, leiða, félagslegri einangrun, framtaksleysi og þrá eftir öruggu umhverfi. Þrír einstaklingar voru einmana og félagslega einangraðir af því þeir áttu erfitt með að komast út úr íbúðum sínum vegna skertrar hreyfigetu og óhentugs húsnæðis.

Fram kemur í töflu 7 að eingöngu fimm einstaklingum leið vel andlega. Andlegri líðan var ábótavant hjá átta einstaklingum, ellefu voru með slæma andlega líðan og þrír með afar slæma líðan. Enginn var í viðvarandi neyð og ekki var tilgreind andleg líðan hjá fjórum einstaklingum. Það þýðir að 22 einstaklingum af 31 leið ekki vel andlega. Athyglisvert er að aðeins einn af þeim sem var með afar slæma andlega líðan var með félagslegan stuðning. Hann var með eftirlit og stuðning frá heimahjúkrun. Fjórir aðrir einstaklingar voru með félagslegan stuðning og voru þeir meðal þeirra fimm sem voru með góða andlega líðan.

Tafla 7. Andleg líðan

Andleg líðan	Karl	Kona
Góð	3	2
Ábótavant	5	3
Slæm	3	8
Afar slæm	1	2
Viðvarandi neyð	0	0
Ekki tilgreint	1	3
Samtals	13	18

Eins og fram kemur í töflu 8 voru fimm einstaklingar sem fengu enga aðstoð, þeir sem voru eingöngu með óformlega þjónustuaðila voru fjórir einstaklingar, þeir sem voru eingöngu með formlega þjónustuaðila voru þrír og þeir sem voru bæði með formlega og óformlega þjónustuaðila voru 19.

Tafla 8. Þjónustuaðilar

Þjónustuaðilar	Karl	Kona
Fá enga aðstoð	3	2
Eingöngu óformlegir aðilar	1	3
Eingöngu formlegir aðilar	3	0
Bæði formlegir og óformlegir aðilar	6	13
Samtals	13	18

Erfitt var að meta þjónustupörf einstaklinganna vegna ófullnægjandi upplýsinga úr gögnum. Ekki var fyllt út í alla þá reiti þar sem beðið var um upplýsingar um þjónustupörf eða það voru óljósar upplýsingar. Niðurstöður hér fyrir ofan sýna að 26 einstaklingar nutu aðstoðar þjónustuaðila. Fram kemur í töflu 9 og 10 sem koma hér á eftir, að 22 þarfnist aðstoðar við IADL og 22 við PADL. Taka verður mið af þessu í niðurstöðunum.

Eins og fram kemur í töflu 9 voru sjö einstaklingar sem þörfuðust aðstoðar eins þáttar af IADL (innkaup, matreiðsla, þrif, þvottar), fimm einstaklingar þörfuðust aðstoðar tveggja þátta, þrír einstaklingar þurftu aðstoð við þrjá þætti og sex einstaklingar þurftu aðstoð við fjóra þætti. Fimm einstaklingar þörfuðust enngar aðstoðar.

Tafla 9. Aðstoð við IADL (innkaup, matreiðsla, þrif, þvotta)

Aðstoð við IADL	Karl	Kona
þarfnast aðstoðar við 1 af ofangreindum þáttum	4	3
þarfnast aðstoðar við 2 af ofangreindum þáttum	3	2
þarfnast aðstoðar við 3 af ofangreindum þáttum	1	2
þarfnast aðstoðar við alla ofangreinda þætti	1	5
þarfnast enngar aðstoðar	3	2

Eins og fram kemur í töflu 10 má sjá að ellefu einstaklingar þörfuðust aðstoðar eins þáttar af PADL. Sex einstaklingar þörfuðust aðstoðar tveggja þátta, þrír einstaklingar þörfuðust aðstoðar þriggja þátta og einn einstaklingur þurfti aðstoð við fjóra þætti. Einn einstaklingur þurfti aðstoð við alla þættina, fimm einstaklingar þörfuðust enngar aðstoðar.

Tafla 10. Aðstoð við PADL (fara í bað eða sturtu, að matast, að fara á salerni, að fara í og úr rúmi, að klæðast og eða háttá sig)

Aðstoð við PADL	Karl	Kona
Þarfnast aðstoðar við 1 af ofangreindum þáttum	5	6
Þarfnast aðstoðar við 2 af ofangreindum þáttum	2	4
Þarfnast aðstoðar við 3 af ofangreindum þáttum	1	2
Þarfnast aðstoðar við 4 af ofangreindum þáttum	0	1
Þarfnast aðstoðar við alla ofangreinda þætti	0	1
Þarfnast engrar aðstoðar	3	2

Eins og fram kemur í töflu 11 voru alls 15 einstaklingar sem fengu aðstoð við lyfjagjöf. 15 einstaklingar voru með öryggishnapp eða öryggiseftirlitsþjónustu. Heimsendan mat fengu sjö einstaklingar. Þrjú einstaklingar voru í dagdvöl. Fimm einstaklingar voru með félagslegan stuðning. Algengasta formlega aðstoðin var þrif í heimahúsi og flestir fengu þrif um það bil tvisvar sinnum í mánuði. Næst algengast formlega aðstoðin var böðun sem var annaðhvort í umsjá heimaþjónustu eða heimahjúkrunar.

Tafla 11. Önnur þjónusta

Önnur þjónusta	Einstaklingar
Aðstoð við lyfjagjöf	15
Öryggishnappur	15
Heimsendur matur	7
Dagdvöl	3
Félagslegur stuðningur	5

6.4.1 Aðstoð frá aðstandendum

Tveir einstaklingar sem voru barnlausir og bjuggu einir borguðu systkinabarni sínu fyrir að sinna þrifum á íbúð, þvo þvott og skipta á rúmunum og gera innkaup. Aðstandendur sem bjuggu í sama húsi og sá aldraði aðstoðuðu við innkaup, þvotta og fleira. Þeir sem bjuggu hjá börnum sínum fengu mikla aðstoð frá þeim. Nokkuð var um að einstaklingar vildu ekki aðstoð inn á heimilin. Mikið álag var á 14 aðstandendum og þar af voru fjórir með enga heimaþjónustu. Níu dætur aðstoðuðu þá sem þurftu einna mestu aðstoðina. Fjórir einstaklingar bjuggu heima hjá dætrum sínum, tveir einstaklingar bjuggu í sama húsi og börnin þeirra. Tveir aðstandendur voru að flytja í minna húsnæði og gátu því ekki haft föður eða móður lengur hjá sér.

6.5 Samantekt

Niðurstöður um kyn umsækjenda sýndu að konur voru rúmlega helmingi fleiri en karlar. Aðalástæða synjana var vegna þess að félagsleg og heilsufarsleg úrræði eins og félagsleg heimþjónusta, heimahjúkrun og önnur úrræði og aðstoð voru ekki fullreynd. Meðal annars hafði einn þriðji hluti hópsins enga heimþjónustu. Niðurstöður um líkamlega færni sýndu að þrír einstaklingar voru sjálfbjarga og 19 einstaklingar voru nokkuð sjálfbjarga. Andleg líðan var ekki góð hjá 22 einstaklingum og einn þeirra var með félagslegan stuðning frá heimþjónustu. Mikið álag var á flestum aðstandendum, sérstaklega dætrum.

7 Umræða

Í þessum kafla verður rannsóknarspurningum svarað með niðurstöður rannsóknarinnar að leiðarljósi sem síðan verða bornar saman við stöðu þekkingar og fræðilegan grunn ritgerðarinnar. Markmið rannsóknarinnar var að kanna ástæður synjunar, hvaða þjónustu og úrræði hópnum vantaði, hverjir þjónustuaðilar þeirra voru og hver þjónustubörf þeirra var.

Rannsóknarspurningar:

- Hverjar voru ástæður synjunar á færni- og heilsumati fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu árið 2013?
- Hvers konar þjónustu eða úrræði vantaði þennan hóp helst að mati Færni- og heilsumatsnefndar?
- Hvaða þjónustuaðilar aðstoðuðu þann aldraða og hver var þjónustubörf hans?

Eins og fram hefur komið verða öll félagsleg og heilsufarsleg úrræði eins og félagsleg heimþjónusta, heimahjúkrun og önnur úrræði og aðstoð sem stuðla að því að aldraðir geti búið í heimahúsi að vera fullreynd til þess að fá samþykkt mat (Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma nr. 466/2012). Aðalástæður synjunar á færni- og heilsumati 2013, voru þær að þessi úrræði voru ekki fullreynd hjá umsækjendum.

Það er umhugsunarvert að níu af 31 umsækjanda eða rétt tæplega einn þriðji hluti hópsins voru með enga heimþjónustu. Fimm einstaklingar voru með enga aðstoð og fjórir voru eingöngu með óformlega aðstoð. Ætla má af þessum niðurstöðum að litlar upplýsingar og ráðgjöf sé veitt til aldraðra og aðstandenda þeirra um hver skilyrðin séu fyrir að fá samþykkt mat fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimilum. Einnig virðist sem aldraðir og aðstandendur þeirra viti ekki af þeim úrræðum og þeirri þjónustu sem býðst hjá viðkomandi sveitarfélagi. Eins og greint var frá hér að framan var erfitt fyrir aðstandendur að fá upplýsingar og ráðgjöf hjá félagsráðgjöfum í sveitarfélaginu. Það gæti bent til þess að mikið álag hvíli á félagsráðgjöfum (Ásta Guðmundsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012). Samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga eiga sveitarfélög að bjóða upp á félagslega ráðgjöf (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

Færni- og heilsumatsnefnd höfuðborgarsvæðisins vinnur vandað og þýðingarmikið starf. Meðal annars vísar hún þeim einstaklingum sem fá synjun á þjónustu og úrræði. Þessi úrræði og þjónusta voru meðal annars dagdvöl, reglubundin hvíldarinnlögn, félagsmiðstöðvar aldraðra, þjónustu og öryggisíbúðir og endurhæfing á öldrunardeildum.

Rannsakandi telur að fagleg ráðgjöf og upplýsingagjöf til aldraðra ætti að vera að mestu leyti í umsjá félagsráðgjafa á þjónustumiðstöð viðkomandi umsækjanda. Einnig væri æskilegt, að á einum stað á höfuðborgarsvæðinu væri heildræn þjónusta og fagleg ráðgjöf fyrir aldraða og aðstandendur þeirra, þar sem þeir geta fengið upplýsingar um úrræði og þjónustu sem hentar þeim.

Niðurstöður rannsókna á Íslandi benda til þess að mikil vöntun sé á heildrænni miðlun upplýsinga og fræðslu um valmöguleika í þjónustu og úrræðum sem standa öldruðum til boða. Nauðsynlegt hefur verið talið að setja á stofn úrræði þar sem hægt er að fá heildræna upplýsingagjöf og faglega ráðgjöf (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2006; Steinunn Kristín Jónsdóttir, 2009). Æskilegt væri að félagsráðgjafar kæmu að því verkefni. Í siðareglum félagsráðgjafa segir að félagsráðgjafar eigi að hafa frumkvæði að því að þróa nýjar hugmyndir í félagsráðgjöf og að koma þeim í framkvæmd (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Eins og áður sagði eru heilsueflandi heimsóknir góð leið til að kynna þjónustu og úrræði. Þær hvetja aldraða sem hafa orðið þörf fyrir heimaþjónustu að sækja um hana. Það er öryggi falið í því að vita af þjónustu þegar heilsu tekur að hraka (Elísa Eðvarðsdóttir og Ólög Margrét Snorradóttir, 2011). Einnig er talið mikilvægt að félagsráðgjafar og starfsfólk heimaþjónustu fái meiri fræðslu um aldraða og aðstandendur þeirra (Ásta Guðmundsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012; Barrett o.fl., 2012). Fræðsla, upplýsingar og endurmenntun um þá þætti sem stuðla að virkni aldraðra ættu að vera felldar inn í námsefni og starfsþjálfun þeirra sem starfa í heilbrigðis- og félagsþjónustu aldraðra. Megin undirstöðuatriði og aðferðir í umönnun aldraðra, meðal annars greining á aðstæðum aldraðra, ætti að vera skylda í námi heilbrigðisstétta, meðal annars félagsráðgjafa (Barrett o.fl., 2012; Steinunn K. Jónsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009).

Í gögnunum sem rannsakandi greindi voru í nokkrum tilfellum, litlar upplýsingar um umsækjanda því ekki hafði verið fyllt nógu vel út í þau atriði sem beðið var um af Færni- og heilsumatsnefnd, hvorki af umsækjanda, aðstandendum né af fagfólki. Leiðbeina þyrfti

fagfólki um gerð umsókna og samræma betur þær upplýsingar um umsækjendur sem þurfa að vera til staðar fyrir færni- og heilsumat.

Miðað við fjölda synjana virðist vera, að fagfólk sem fyllir út upplýsingar um umsækjendur sé ekki búið að átta sig á að reglur um færni- og heilsumat séu orðnar strangari en verið hefur. Þó má ætla að þetta sé aðeins að breytast því synjunum á árunum 2011-2013 á höfuðborgarsvæðinu hefur fækkað, þrátt fyrir að málum hafi fjölgað (Embætti landlæknis, 2011-2012; 2013). Strangari reglur um færni- og heilsumat gætu verið að skila árangri og ef til vill hefur viðhorf til stofnanþjónustu breyst. Einnig getur verið að þjónustan í heimahúsum hafi batnað og hún sé orðin samþættari og einstaklingsmiðaðri en áður og meiri og betri nýting sé orðin á þeim úrræðum og þjónustu sem sveitarfélagið veitir. Sameining heimaþjónustu og heimahjúkrunar árið 2009 í Reykjavík gæti einnig verið að skila árangri (Reykjavíkurborg, e.d.). Fyrrgreind rannsókn Landlæknisembættisins (2006) á öldruðum sem voru á biðlista eftir dvalar- og hjúkrunarheimilum sýndi að frá því að vistunarmatið var gert fengu þeir meiri þjónustu frá hinu opinbera og aðstandendum en þeir fengu áður.

Tvískipting ábyrgðar á framkvæmd þjónustu við aldraða hindrar meðal annars nýsköpun í þjónustu og veldur skorti á samhæfingu. Sveitarfélögin annast nú þegar mikilvægan hluta þjónustu við aldraða. Ríkið fer með yfirstjórn og fjármögnun mikilvægra þjónustupátta en framkvæmdin er yfirleitt í höndum sveitarfélaga, sjálfseignarstofnana eða annarra sjálfstæðra aðila. Sveitarfélögin eiga til að þrýsta á uppbyggingu stofnanþjónustu sem er fjármögnuð af ríkinu í staðinn fyrir að auka þá þjónustu utan stofnana sem þau greiða sjálf stærri hluta. Þetta veldur því að aðgengi að þjónustu verður bundið við tiltekin úrræði en ekki lagað að þörfum einstaklinga. Það leiðir til þess að þjónustan er of stofnanamiðuð og of mikill munur er á þjónustustigi utan og innan stofnana (Velferðarráðuneytið, 2012).

Vegna staðlaðar og ófullnægjandi heimaþjónustu hefur öldruðum fundist meira öryggi í að búa á stofnunum en í heimahúsum. Þróun í stofnavæðingu og aðhaldssemi í heimaþjónustu í heimahúsum getur haft víxlverkandi áhrif. Þetta getur verið ástæðan fyrir því að aldraðir sækja um stofnanþjónustu áður en að úrræði og þjónusta sem sveitarfélög bjóða upp á eru fullreynd (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2012).

Niðurstöður sýndu einnig að tveir þriðji hlutar hópsins voru flestir nokkuð sjálfbjarga miðað við líkamlega færni og þjónustupörf. Andleg líðan var ekki góð hjá tveimur þriðja hluta

hópsins. Athyglisvert er að niðurstöður sýndu að aðeins einn af þeim sem var með afar slæma andlega líðan var með félagslegan stuðning, það er eftirlit og stuðning frá heimahjúkrun. Fjórir aðrir einstaklingar voru með félagslegan stuðning og þeir voru meðal þeirra fimm sem voru með góða andlega líðan.

Tvískipting ábyrgðar veldur því einnig að aðgengi að þjónustu er bundið við tiltekin úrræði en ekki lagað að þörfum einstaklingsins. Það leiðir einnig til þess að þjónustan verður of stofnanamiðuð (Velferðarráðuneytið, 2012). Margir fá aðstoð en aðeins fáa tíma hver og einn og er það oftast aðstoð við heimilisstörf frekar en persónuleg þjónusta (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2013).

Leggja þyrfti meiri áherslu á félagslegan stuðning í opinberri þjónustu til aldraðra til rjúfa félagslega einangrun og einmanaleika aldraðra sem búa heima. Þeir sem veita heimþjónustu ættu einnig að sinna félagslegum og andlegum þörfum aldraðra. Samskiptin ættu ekki eingöngu að snúast um veikindi og fötlun (Barrett o. fl., 2012; Horner og Boldy, 2008).

Þrír einstaklingar voru einmana og félagslega einangraðir af því þeir áttu erfitt með að komast út úr íbúðum sínum vegna skertrar hreyfigetu og óhentugs húsnæðis. Því þyrfti að aðstoða aldraða við að bæta aðstöðu innanhúss sem utan til að auðvelda þeim að komist um þegar umhverfið er ófullnægjandi til að koma í veg fyrir félagslega einangrun og einmanaleika. Ef aldraðir finna fyrir öryggisleysi vegna versnandi heilsu vilja þeir fremur fara á hjúkrunarheimili en búa heima (Gitlin, 2003; Kristín Björnsdóttir, 2008; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006b; Sixsmith og Sixsmith, 2008).

Niðurstöður benda til þess að þung byrði hafi verið lögð á aðstandendur umsækjenda. Níu dætur aðstoðuðu þá sem þurftu einna mestu aðstoðina. Fjórir einstaklingar bjuggu heima hjá dætrum sínum og tveir einstaklingar bjuggu í sama húsi og börnin þeirra. Niðurstöðurnar koma heim og saman við niðurstöður rannsóknar (ICEOLD) Sigurveigar H. Sigurðardóttur (2013) að aðstandendur sem annast aldraða eru oftast konur.

Framangreind rannsókn Landlæknisembættisins (2006) á öldruðum sem voru á biðlista sýndi einnig að mikill þrýstingur frá aðstandendum var algeng ástæða fyrir umsókn um dvalar- og hjúkrunarheimili. Til að létta álagi af aðstandendum þarf sveigjanleiki að vera til staðar og samspil á milli aðstandenda og heimþjónustu. Nauðsynlegt er að styðja við

aðstandendur ef þeir eiga að geta hugsað um þann aldraða án þess að verða sjálfir veikir af álagi.

Því er mikilvægt að aðstandendur fái hvíld af og til frá umönnun hins aldraða og sérstaklega þeir sem eru mjög bundnir við að hugsa um mjög veika einstaklinga. Til að létta á aðstandendum þarf að vera til staðar heimaþjónusta, hvíldarinnlagnir og vistun að degi, yfir nótt eða um helgar (Landlæknisembættið, 2006; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013). Einnig er mikilvægt að leggja mat á þörf aðstandenda um leið og metin er þörf fyrir heimaþjónustu. Upplýsingarnar gætu nýst til að létta undir með aðstandendum (Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2009; Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, 2013).

Öldruðum fjölgar og lífslíkur kvenna eru betri en karla og sjást þess merki í elsta aldurshópnum (Hagstofa Íslands, 2013). Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að konur sem fengu synjun á færni- og heilsumati voru rúmlega helmingi fleiri en karlar. Í úrtakshópnum voru ekkjur áberandi eða 12 einstaklingar. Í því sambandi má benda á að aldraðar konur á Íslandi sem búa einar eru sjaldnar með áunnin lífeyrissjóðsréttindi og eru þær því oft í lægsta tekjuhópnum (Stefán Ólafsson, 1999). Þörf er á að rannsaka nánar félagslegar aðstæður einstaklinga í heimahúsum. Einnig þarf að kanna hvort tengsl séu á milli fjárhags umsækjanda og þess að sækja um færni- og heilsumat.

Þó rúm 30 ár séu síðan kenning Townsend (1981) um innbyggt ósjálfstæði kom fram á sjónarsviðið má segja að hún eigi við á Íslandi í dag. Hann gagnrýndi stjórnvöld meðal annars fyrir uppbyggingu samfélagsþjónustu. Honum fannst heimaþjónusta og heimahjúkrun vera mjög takmarkaðar og lítil samvinna væri á milli þjónustuaðila og aldraðra. Lítið væri á aldraða sem hlutlausar og þakkláta þiggjendur þjónustu sem væri stjórnað af vel upplýstum opinberum stjórnendum.

7.1 Hagnýtt gildi rannsóknar

Þær upplýsingar sem hægt væri að nýta úr niðurstöðum þessarar rannsóknar fyrir fagfólk og ráðamenn er meðal annars sú niðurstaða að leggja þarf meiri áherslu á upplýsingar og faglega ráðgjöf til aldraðra og aðstandenda þeirra. Það ætti að vera hlutverk félagsráðgjafa á þjónustumiðstöð viðkomandi umsækjanda. Einnig er æskilegt að setja á stofn úrræði þar sem á einum stað væri hægt að fá heildræna upplýsingagjöf og faglega ráðgjöf um úrræði og þjónustu fyrir aldraða. Úrræði þyrftu að vera fleiri og fjölbreyttari og sérstaklega úrræði og þjónusta þar sem lögð er áhersla á félagslega og andlega þætti til að rjúfa félagslega

einangrun og einmanaleika aldraðra sem búa í heimahúsum. Einnig þarf að aðstoða aldraða við að bæta aðstöðu innanhúss sem utan til að auðvelda þeim að komast um þegar umhverfi heimilis og nágrennis reynist ófullnægjandi. Mikilvægt er að leggja mat á þörf aðstandenda um leið og metin er þörf fyrir heimaþjónustu. Upplýsingarnar gætu nýst til að létta undir með aðstandendum og styðja þá í umönnunarhlutverkinu. Einnig þarf að kanna hvort tengsl séu á milli umsóknar um færni- og heilsumat og fjárhags umsækjanda. Félagsráðgjafar eiga að gegna lykilhlutverki í þjónustu við aldraða og aðstandendur þeirra. Hlutverk þeirra er að veita öldruðum stuðning til að þeir geti búið á heimili sínu sem lengst og einnig að samhæfa þá þjónustu sem þeir þarfnast. Félagsráðgjafar eiga að hafa frumkvæði að því að þróa nýjar hugmyndir í félagsráðgjöf og koma þeim í framkvæmd. Stjórnvöld þurfa einnig að hafa í huga að þörf er fyrir nýja nálgun og breyttar áherslur í skipulagi og umræðu.

8 Lokaorð

Í þessari rannsókn voru kannaðar aðstæður aldraðra sem dvelja á heimilum sínum en fá synjun á færni- og heilsumati fyrir búsetu á dvalar- og hjúkrunarheimili. Niðurstöður voru þær að ástæður synjana voru vegna þess að félagsleg og heilsufarsleg úrræði voru ekki fullreynd. Það sem kom rannsakanda mest á óvart var hversu lítið er hugað og hlúð að félagslegum og andlegum þáttum aldraðra í heimahúsum. Einnig hversu fagleg ráðgjöf og miðlun upplýsinga virðist vera lítil til aldraðra og aðstandenda þeirra. Sveigjanleiki og samspil þarf að vera til staðar á milli aðstandenda og heimaþjónustu. Til að koma í veg fyrir álag á aðstandendur er nauðsynlegt að þeir fái stuðning frá hinu opinbera. Samskipti kynslóðanna eru mikilvæg til að stuðla að virkni aldraðra. Hægt er að nýta þá hæfileika sem aldraðir búa yfir og að bæði ungir og aldnir veiti gagnkvæman stuðning og aðstoð þegar á þarf að halda.

Guðbjörg Garðarsdóttir

Heimildaskrá

- Age Platform Europe. (2012). *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. (2012)*. Sótt af http://www.age-platform.eu/images/stories/EY2012_Campaign.pdf
- Ásta Guðmundsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2012). Álag á umönnunaraðila aldraða og viðhorf þeirra til þjónustu. Í Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum XIII: Félagráðgjafardeild* (bls. 1-8). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Ástríður Stefánsdóttir og Vilhjálmur Árnason. (2004). *Sjálfræði og aldraðir: í ljósi íslenskra aðstæðna*. Reykjavík: Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan.
- Barrett, P., Hale, B. og Gauld, R. (2012). Social inclusion through ageing-in-place with care? [rafræn útgáfa]. *Ageing & Society* 32, 361-378.
- Elísa Eðvarðsdóttir og Ólöf Margrét Snorradóttir. (2011). *Staða íbúa Árbæjar og Grafarholts 80 ára og eldri sem eru án félagslegrar heimaþjónustu. Heilsueflandi heimsóknir*. Sótt af http://reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefid_efni/heilsueflandi_heims_knir_arb_r_og_grafarholt_2011.pdf
- Elísabet Karlsdóttir. (2011). *Verkefni, vinnuumhverfi og líðan starfsfólks í umönnun aldraðra á Íslandi. Norræn samanburðarrannsókn. Ritroð V*. Reykjavík: Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd (RBF) og Þjóðmálastofnun Háskóla Íslands.
- Embætti landlæknis. (2011-2012). *Ársskýrsla Embætti landlæknis 2011-2012*. Sótt af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item21976/Arsskyrsla_2011-2012_f.vefinn.pdf
- Embætti landlæknis. (2013). *Ársskýrsla Embætti landlæknis 2013*. Sótt af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23361/2013_Arsskyrsla.EL_lokaskjal_4.7.2014_vefur.pdf
- Embætti landlæknis. (2014). *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Markmið – framkvæmd – eftirfylgd. Leiðbeiningar Fagráðs Embættis landlæknis um sjúklingaöryggi 2012* (2. útgáfa). Sótt af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19084/Eflum%20g%C3%A6%C3%B0i%20og%20%C3%B6ryggi%20210113.pdf>
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2009). *Introduction to Social Work* (11. útgáfa). Boston: Allyn og Bacon.
- Félags- og tryggingamálaráðuneytið. (2008, mars). *Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára*. Sótt af http://www.velferdarraduneyti.is/media/aldradir/Tillogur_radgjafarhops_um_stefnu_i_tj_onustu_vid_aldrada2.pdf

- Félagssráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Síðareglur félagsráðgjafa*. Sótt af http://www.felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur_islenskra_felagsradgjafa/
- Forsetaúrskurður um skiptingu Stjórnarráðs Íslands í ráðuneyti nr. 124/2011*
- Forsetaúrskurður um skiptingu stjórnarmálefna milli ráðuneyta í Stjórnarráði Ísland nr. 71/2013.*
- Forsetaúrskurður um skiptingu starfa ráðherra nr. 72/2013.*
- Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions [rafræn útgáfa]. *The Gerontologist*, 43(5), 628-637.
- Guðný Björk Eydal og Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2003). Äldreomsorgen i Island – utveckling och framtidstendencer [rafræn útgáfa]. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 3, 162-171.
- Guðný Björk Eydal og Halldór S. Guðmundsson. (2012). Félags- og velferðarþjónusta sveitarfélaga. Í Guðný Björk Eydal og Stefán Ólafsson (ritstjórar), *Þróun velferðarinnar 1988-2008* (bls. 165-183). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Hagstofa Íslands. (2013). Spá um mannfjölda 2013–2060. *Hagtíðindi* 98(26).
- Hagstofa Íslands. (2014). *Frjósemi lækkaði árið 2013*. Sótt af <http://www.hagstofa.is/Pages/95?NewsID=10929>
- Halldór S. Guðmundsson, Atli Hafþórsson, Hervör Alma Árnadóttir og Sólveig Ása Árnadóttir. (2012). Viðhorf til gagnreyndra aðferða. Forprófun íslenskrar útgáfu af Erps. Í Sveinn Eggertsson (ritstjóri), *Rannsóknir í Félagsvísindum XIII: Félagsráðgjafardeild*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Halldór Sig. Guðmundsson og Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2009). Mat á þjónustupörf aldraðra. Þátttaka þeirra og aðstandenda þeirra. Í Halldór Sig. Guðmundsson og Silja Bára Ómarsdóttir (ritstjórar), *Rannsóknir í Félagsvísindum X: Félagsráðgjafardeild og stjórnmálafræðideild* (bls. 67-80). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Háskóli Íslands. (2014). *Vísindasíðareglur Háskóla Íslands*. Sótt af http://www.hi.is/sites/default/files/vshi_sidareglur_16_1_2014.pdf
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2006, júní). *Ný sýn – Nýjar áherslur*. Sótt af http://www.velferdarraduneyti.is/media/frettir/Ny_syn_-_nyjar_aherslur.pdf
- Horner, B. og Boldy, D. P. (2008). The benefit and burden of "ageing-in-place" in an aged care community [rafræn útgáfa]. *Australian Health Review*, 32(2), 356-364.
- Ingimarsson, O., Aspelund, T., Jónsson, P. V. (2004). Vistunarmat aldraðra á árunum 1992-2001. Tengsl við lifun og vistun [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 90(2), 121-129.
- Kart, G. S. (1997). *The realities of aging: An introduction to Gerontology* (5. útgáfa). The United States of America: A Viacom Company.

- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H. og Rissanen, P. (2013). Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. *BMC Health Services Research* 13. Sótt af <http://search.proquest.com/docview/1428844074/BF6ADC821293450CPQ/4?accountid=135943>
- Kristín Björnsdóttir. (2008). Hvenær er heimilið besti kosturinn? Áherslur í uppbyggingu heimahjúkrunar [rafræn útgáfa]. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(3), 50-56.
- Kröger, T. (2005). Interplay between Formal and Informal Care for Older People: The State of the Nordic Research. Í Szebehely, M. (ritstjóri), *Áldreomsorgsforsking i Norden. En kunstskaðversigt* (bls. 243-280). Kaupmannahöfn: Nordiska ministerádet.
- Landlæknisembættið. (2006, nóvember). *Könnun á aðstæðum og viðhorfum meðal aldraðra á biðlista í Reykjavík*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2753/2762.pdf>
- Litwin, H. og Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel [rafræn útgáfa]. *Ageing & Society*, 29, 71-91.
- Lög um breytingar á lögum um Stjórnarráð Íslands, nr. 73/1969 með áorðnum breytingum nr. 109/2007
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.
- Lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007.
- Lög um málefni aldraðra nr. 91/1982.
- Lög um málefni aldraðra nr. 82/1989
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Mullen, E. J., Sholonsky, A., Bledsoe, S. E. og Bellamy, J. L. (2005). From concept to implementation: Challenges facing evidence-based social work [rafræn útgáfa]. *Evidence & Policy*, 1(1), 61-84.
- Mein, G., Higgs, P., Ferrie, J. og Stansfeld, S. A. (1998). Paradigms of retirement: the importance of health and ageing in the whitehall ii study [rafræn útgáfa]. *Social Science and Medicine*, 47(4), 535-545.
- Nososko. (2013). *Social Protection In the Nordic Countries 2011/2012. Scope, Expenditure and Financing*. Sótt af <http://nowbase.org/~media/Projekt%20sites/Nowbase/Publikationer/Trygtext/Social%20protection/Social%20Protection%202013.ashx>
- Pálmi V. Jónsson og Sigurbjörn Björnsson. (1991). Mat á vistunarþörf aldraða [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 77, 313-317.

- Pálmi V. Jónsson. (2005). Hvað getum við lært af vistunarmati aldraðra? [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 91(2), 1-3.
- Persónuvernd. (e.d.). *Almennt leyfi til vinnslu persónuupplýsinga*. Sótt af <http://www.personuvernd.is/umsoknir-og-eydublod/um-almenn-leyfissumsokn/>
- Reglugerð um framkvæmdasjóð aldraðra* nr. 468/2014.
- Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma* nr. 466/2012.
- Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar* nr. 1148/2008.
- Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum* nr. 544/2008.
- Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma* nr. 1000/2008.
- Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma nr. 1000/2008 felld brott með rg. nr. 466/2012.*
- Reykjavíkurborg. (e.d.). *Heimaþjónusta Reykjavíkur – heimahjúkrun*. Sótt af <http://reykjavik.is/thjonusta/heimathjonusta-reykjavikur-heimahjukrun>
- Ríkisendurskoðun. (2005, október). *Þjónusta við aldraða. Stjórnarsýsluúttekt*. Sótt af http://www.ríkisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/aldradir_thjonusta.pdf
- Ríkisendurskoðun. (2012, nóvember). *Dvalarheimili aldraðra. Rekstur og starfsemi 2006-2011*. Sótt 29. apríl 2014 af http://www.ríkisend.is/fileadmin/media/skyrslur/dvalarheimili_lokaskjal.pdf
- Rubin, A. og Babbie, E. (2011). *Research Methods for Social Work* (7. útgáfa). USA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Sales, E., Lichtenwalter, S. og Fevola, A. (2006). Secondary Analysis in Social Work Research Education: Past, Present, and Future Promise [rafræn útgáfa]. *Journal of Social Work Education*, 42(3), 543-558.
- Sigurður Kristinsson. (2003). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (1. útgáfa) (bls. 161-179). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2006a). Aldraðir – Fræðin og framtíðin. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn. Félagráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 259-269). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2006b). *Viðhorf eldra fólks: Rannsókn á viðhorfi og vilja aldraðra sem búa í heimahúsum*. Reykjavík: Háskóli Íslands, Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd (RBF) og Ís-FORSA.

- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2007). Umönnun og þjónusta aðstandenda við eldri borgara. Í Gunnar Þór Jóhannesson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum VII: Félagsvísindadeild* (bls. 263-273). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2008). Öldrunarþjónusta á tímamótum. Hvert stefnir? Í Gunnar Þór Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstjórar), *Rannsóknir í félagsvísindum IX: Félagsgog mannvísindadeild, félagsráðgjafardeild, sálfræðideild og stjórnmálafræðideild* (bls. 381-389). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2010). Hver veitir eldra fólki aðstoð? Eldri borgarar, aðstandendur og opinberir þjónustuaðilar. Í Halldór S. Guðmundsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum XI: Félagsgoggjafardeild* (bls 60-68). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2012). Þróun velferðar í þágu aldraðra. Í Guðný Björk Eydal og Stefán Ólafsson (ritstjórar), *Þróun velferðarinnar 1988-2008* (bls. 147-164). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2013). *Patterns of care and support in old age*. Óbirt doktorsritgerð: Jönköping University, Jönköping. Sótt af <http://hj.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:605385>
- Sixsmith, A. og Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom [rafræn útgáfa]. *Ageing International*, 32, 219-235.
- Stefán Ólafsson. (1999). *Íslenska leiðin. Almennatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði*. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins og Háskólaútgáfan.
- Steinunn Kristín Jónsdóttir. (2009). *Sérhannað húsnæði aldraðra: Stefnumótun og löggjöf á Íslandi 1983-2008*. Óbirt meistara-ritgerð: Háskóli Íslands. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/4080>
- Steinunn K. Jónsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2009). Stefnumótun og löggjöf í búsetumálum eldri borgara. Í Halldór Sig. Guðmundsson og Silja Bára Ómarsdóttir (ritstjórar), *Rannsóknir í félagsvísindum X: Félagsgoggjafardeild og stjórnmálafræðideild* (bls. 145-158).
- Szebehely, M. (2005). Äldreomsorger i Norden – verksamhet, forskning och statistik. Í Szebehely, M. (ritstjóri), *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunstskaövversigt* (bls. 21-51). Kaupmannahöfn: Nordiska ministerrådet.
- Thompson, N. (2009). *Understanding Social Work. Preparing for practice* (3. útgáfa). New York: Palgrave Macmillan.
- Townsend, P. (1981). The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century [rafræn útgáfa]. *Ageing and Society*, 1(1), 5-28.

- Velferðarráðuneytið. (2012, mars). *Tilfærsla þjónustu við aldraða frá ríki til sveitarfélaga. Forsendur, verkefni, aðferðir*. Sótt af <http://www.samband.is/media/landsting-2012/Tilfaersla-thjonustu-vid-aldrada-til-sveitarfelaga.pdf>
- Velferðarráðuneytið. (2013-a). *Evrópuár um virkni aldraðra og samstöðu kynslóða*. Sótt af <http://www.velferdarraduneyti.is/evropuar2012/almennt-um-verkefnid/>
- Velferðarráðuneytið. (2013-b). *Framtíðarþing um farsæla öldrun. Niðurstöður og tillögur að aðgerðum*. Sótt af http://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit_2013/Framtidarthing-um-farsaela-oldrun_Lokaskyrsla_2013.pdf
- Velferðarráðuneytið. (2014). *Nýtt samræmt mat á þjónustubörf aldraðra*. Sótt af <http://www.velferdarraduneyti.is/frettir-vel/nr/34638>
- Velferðarsvið Reykjavíkurborgar. (2013). *Stefna Reykjavíkurborgar í málefnum eldri borgara til ársins 2017*. Sótt af http://reykjavik.is/sites/default/files/yomis_skjol/skjol_utgefid_efni/malefni_eldri_borgara_juni2013_web.pdf
- Vísindasiðanefnd. (e.d.). *Tegundir umsókna*. Sótt af <http://www.vsn.is/is/content/tegundir-ums%C3%B3kna>
- Warren, J. (2007). *Service User and Carer Participation in Social Work*. London: Learning Matters.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. og Allen, R. E. S. (2011). The Meaning of "Ageing in Place" to Older People [rafræn útgáfa]. *The Gerontologist* 52(3), 357-366.
- World Health Organisation. (2002, apríl). *Active Ageing. A policy framework*. Sótt af http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1
- Yegidis, B. L. og Weinbach, R. W. (2009). *Research Methods for Social Workers* (6. útgáfa). Boston: Allyn and Bacon.
- Þingskjal 28. (1982). Frumvarp til laga um málefni aldraðra. *Alþingistíðindi A-deild, 105*. Sótt af <http://www.althingi.is/altext/105/s/pdf/0028.pdf>
- Þingskjal 736. (1988-1989). Frumvarp til laga um málefni aldraðra. *Alþingistíðindi A-deild, 111*. Sótt af <http://www.althingi.is/altext/111/s/0736.html>

Viðauki 1

Greiningarblað

Umsókn nr. _____ (kóðað)

Fæðingarár umsækjanda

Kyn

Kvk.

Kk.

Hjúskaparstaða

Ógift/ur

Gift/ur

Ekill/Ekkja /

Fráskilin/n

Sambúð

Ekki tilgreint

Heimilisaðstæður

Býr ein/n

Býr með öðrum

Hverjum?

Líkamleg færni

Alveg sjálfbjarga _____ Nokkuð sjálfbjarga _____ Þarf mikla aðstoð _____

Rúmliggjandi _____

þarfnast aðstoðar við IADL (innkaup, matreiðslu, þrif, þvotta)

þarfnast aðstoðar við 1 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við 2 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við 3 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við alla ofangreinda þætti

þarfnast aðstoðar við PADL (fara í bað eða sturtu, að matast, að fara á salerni, að fara í og úr rúmi, að klæðast og eða háttá sig)

þarfnast aðstoðar við 1 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við 2 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við 3 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við 4 af ofangreindum þáttum

þarfnast aðstoðar við alla ofangreinda þætti

Annað? Hvað?

Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu?

Já ___ Nei ___ Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft?

Já ___ Nei ___ Aðstoð frá heimaþjónustu, hve oft?

Já ___ Nei ___ Dagdvöl, hvar og hve oft?

Já ___ Nei ___ Öryggistæki/neyðarhnappur?

Já ___ Nei ___ Liðveisla: hvaðan og hversu oft?

Já ___ Nei ___ Aðstoð frá kvöld- og helgarþjónustu, hve oft?

Já ___ Nei ___ Heimsendur matur?

Já ___ Nei ___ þarf aðstoð við lyfjagjöf?

Já. ___ Nei ___ Önnur aðstoð, hver?

Andleg líðan:

Góð _____ Ábótavant _____ Slæm _____ Afar slæm _____ Viðvarandi neyð

Aðstæður/aðstoð aðstandanda

Úrræði eða þjónusta sem umsækjanda er bent á að nýta sér

Ástæða synjunar

Nr. 1.

Nr. 2

Nr. 3

Nr. 4

Nr. 5