

Skýrsla

félags- og jafnréttismálaráðherra um hagi og viðhorf aldraðra, samkvæmt beiðni.

(Lögd fyrir Alþingi á 146. löggjafarþingi 2016–2017.)

Með beiðni (á þskj. nr. 151 — 93. mál) frá Svandísi Svavarsdóttur og fleiri alþingismönnum er þess óskað að félags- og jafnréttismálaráðherra flytji Alþingi skýrslu um hagi og viðhorf aldraðra þar sem meðal annars verði fjallað um ráðstöfunartekjur, húsnæðisstöðu, læknis- og lyfjakostnað, aðgengi að heilbrigðisþjónustu, viðhorf eldri borgara til félagsþjónustu og félagsstarfs í viðkomandi sveitarfélagi, viðhorf eldri borgara til hækkaðs eftirlaunaaldurs og starfa á eftirlaunaaldri, framboð á hjúkrunarrými, kostnað við dvöl á hjúkrunarheimili og mat á þörf fyrir hjúkrunarrými til ársins 2040. Staða kvenna með tilliti til eftirlauna og ráðstöfunartekna verði sérstaklega til umfjöllunar sem og staða innflytjenda sem náð hafa eftirlaunaaldri en kunna að hafa takmarkaðan eftirlaunarétt hér á landi og annarra sem ekki ná fullum eftirlaunarétti. Sérstaklega verði fjallað um áhrif aldurstengdrar réttindaávinnslu í þessu samhengi.

Með öldruðum er átt við einstaklinga sem náð hafa 67 ára aldri, sbr. 1. tölul. 2. gr. laga um málefni aldraðra, nr. 125/1999.

Formáli.

Ljóst var að skýrsla af þessu tagi yrði afar umfangsmikil og myndi kalla bæði á mikið vinnuframlag og verulegan kostnað þar sem hún myndi byggjast að miklu leyti á sérstakri könnun á högum og afkomu aldraðra sem óhjákvæmilega þyrfti að fela utanaðkomandi aðila.

Velferðarráðuneytið í samstarfi við velferðarsvið Reykjavíkurborgar og Landssamband eldri borgara fékk Félagsvísindastofnun til að gera könnun á högum og líðan aldraðra árið 2016¹. Tekið var 1.800 manna tilviljunarúrtak 67 ára og eldri úr Þjóðskrá. Alls svöruðu 1.028 einstaklingar könnuninni og var nettósvarhlutfall 59%. Alls voru 7% þátttakenda í könnuninni 88 ára eða eldri, 34% bjuggu ein, 2% þátttakenda höfðu búsetu á dvalar- eða hjúkrunarheimili og 1% átti foreldra sem báðir voru fæddir erlendis.

Þetta er í fjórða sinn sem könnun á högum og líðan aldraðra er lögd fyrir, en hún var fyrst gerð árið 1999, síðan árið 2006 og í þriðja sinn árið 2012. Fyrri kannanir náðu til aldurshópsins 67–87 ára.

Hér á eftir er fjallað um þá þætti sem skýrslubeiðnin nær til og varða hag og viðhorf aldraðra og var byggt á niðurstöðum úr nýjustu könnuninni á högum og líðan aldraðra. Þess

¹ <https://www.stjornarradid.is/media/velferðarraduneyti-media/media/skyrslur2016/Hagir-eldri-borgara-2016.html>.

ber að geta að framundan er kortlagning á þjónustu við aldraða á vegum félags- og jafnréttismálaráðherra sem mun ná til þjónustu við mismunandi hópa, svo sem aldraða innflytjendur. Á grundvelli þeirrar greiningarvinnu verður starfshópi falið að skila tillögum að stefnu og aðgerðaáætlun til ráðherra varðandi þjónustu við aldraða.

Ráðstöfunartekjur.

Gagnaöflun í könnuninni á högum og líðan aldraðra fór fram í nóvember og desember 2016 og nær því ekki að fanga þá hækkun sem varð á ellilífeyri 1. janúar 2017.

Með lögum nr. 116/2016² sem tóku gildi 1. janúar 2017 voru bætt verulega kjör þeirra ellilífeyrisþega sem hafa áunnið sér lítinn eða engan rétt í lögbundna lífeyrissjóðakerfinu vegna lítillar atvinnuþátttöku á vinnualdri og þurfa því í ríkum mæli að reiða sig á almannatryggingakerfið hvað varðar framfærslu á efri árum.

Meðaltekjur ellilífeyrisþega 1. febrúar 2017 voru tæplega 354 þús. kr. á mánuði og miðgildi tekna rúmlega 342 þús. kr. á mánuði. Hér er eingöngu miðað við tekjur lífeyrisþega, þ.e. þeirra sem fengu greiðslur frá Tryggingastofnun ríkisins á þessum tíma, en ekki tekjur þeirra sem ekki fengu greiðslur, til dæmis vegna of hárra tekna eða vegna dvalar á hjúkrunarheimili.

Í svari félags- og jafnréttismálaráðherra við fyrirspurn um ráðstöfunartekjur aldraðra og öryrkja frá apríl 2017 kemur fram samanburður á tekjum ellilífeyrisþega 1. febrúar 2016 og 1. febrúar 2017.³ Upplýsingarnar eru sundurgreindar eftir tíundum. Hækkunin er mest hjá þeim tekjulægstu og nemur um 25% hjá þeim sem eru í fyrstu tíund. Þá er hækkunin yfir 20% milli ára hjá þeim ellilífeyrisþegum sem tilheyra fimm lægstu tíundunum.

Í nóvember og desember 2016 sögðu 43% svarenda að ráðstöfunartekjur sínar á mánuði eftir skatt væru 200 þús. kr. eða lægri og 36% að þær væru á bilinu 201–300 þús. kr. Þá sögðu 4% svarenda að ráðstöfunartekjur sínar væru yfir 500 þús. kr. á mánuði. Meðalráðstöfunartekjur einstaklinga voru 258 þús. kr. á mánuði og voru tekjur kvenna 24% lægri en ráðstöfunartekjur karla. Alls svöruðu 65% þátttakenda í könnuninni þessari spurningu um ráðstöfunartekjur eftir skatt.

Rannsókn á nægjanleika lífeyrissparnaðar, sem Landssamtök lífeyrissjóða unnu árið 2014 undir eftirliti Fjármálaeftirlitsins, sýndi greinilegan mun á lífeyri eftir kyni þar sem karlar fengu 24% hærri lífeyri að meðaltali en konur.⁴

Sögðu 17% svarenda að ráðstöfunartekjur heimilisins væru 200 þús. kr. eða lægri, 24% að ráðstöfunartekjur væru á bilinu 201–300 þús. kr., 23% að ráðstöfunartekjur væru á bilinu 301–400 þús. kr., 18% að ráðstöfunartekjur væru á bilinu 401–500 þús. kr. og 19% að ráðstöfunartekjur heimilisins væru yfir 500 þús. kr. Alls svöruðu 57% þátttakenda í könnuninni þessari spurningu um ráðstöfunartekjur heimilisins.

Meðalráðstöfunartekjur heimila voru 404 þús. kr. á mánuði og voru ráðstöfunartekjur heimila kvenna töluvert lægri. Ráðstöfunartekjur heimila voru að jafnaði lægri eftir því sem fólk var eldra, sem skýrist væntanlega meðal annars af því að með hækkandi aldri búa einstaklingar í meira mæli einir.

Spurt var hversu háar tekjur þætti hæfilegt að hafa til ráðstöfunar á mánuði. Tæpur helmingur eða 49% svarenda töldu 201–300 þús. kr. hæfilega fjárhæð og 28% töldu 301–400 þús. kr. á mánuði hæfilega fjárhæð.

² Lög um breytingu á lögum um almannatryggingar, lögum um félagslega aðstoð og lögum um málefni aldraðra, með síðari breytingum (einföldun bótakerfis, breyttur lífeyristökualdur o.fl.).

³ <http://www.althingi.is/altext/146/s/0612.html>.

⁴ <http://www.fme.is/media/frettir/Naegjanleiki-lifeyrissparnadar-04febr15.pdf>.

Það fjölgar í þeim hópi sem hefur áhyggjur af fjárhag, en um þriðjungur svarenda (31%) taldi sig stundum eða oft hafa fjárhagsáhyggjur. Árið 2012 höfðu 26% aldraðra sömu áhyggjur og 22% árið 2006. Fjárhagsáhyggjur voru í beinu sambandi við aldur, því eldri því færri höfðu áhyggjur. Einnig höfðu þeir heilsuþinn mun oftari áhyggjur en þeir sem voru við góða heilsu, en 44% þeirra sem mátu heilsufar sitt mjög eða frekar slæmt höfðu stundum eða oft fjárhagsáhyggjur samanborið við 21% þeirra sem töldu heilsufar sitt mjög gott.

Erlendar rannsóknir benda til þess að aldraðir innflytjendur búi við bágari efnahagskjör og verra andlegt og líkamlegt heilbrigði en hinir innfæddu. Rannsóknir benda einnig til þess að töluverður menningarmunur sé á nýtingu velferðarþjónustu eftir upprunalandi hins aldraða. Aldursdreifing erlendra ríkisborgara á Íslandi ber með sér að flutningur fólks til landsins er tiltölulega nýr af nálinni en gera má ráð fyrir að hlutfall innflytjenda í elsta aldurshópnum verði mun hærra í framtíðinni.

Flestir lífeyrissjóðir veita nú aldurstengd réttindi⁵ þar sem iðgjöld sem greidd eru fyrri hluta starfsævinnar skapa meiri réttindi en þau sem greidd eru á síðari hlutanum, þ.e. verðmæti iðgjaldanna er meira eftir því sem þau ávaxtast lengur hjá lífeyrissjóðnum.

Leita þarf leiða til að auka stuðning við þann hóp aldraðra sem ekki hefur áunnið sér full réttindi hér á landi þar sem búseta þeirra er of stutt til að veita þeim fullan rétt, svo sem innflytjendur, og tryggja þannig framfærslu þeirra á efri árum. Þetta á bæði við um réttindi í almannatryggingakerfinu og lögbundna lífeyrissjóðakerfinu. Líklegt er til dæmis að innflytjendur af fyrstu kynslóð muni skorta iðgjaldaár í samtryggingarsjóðum lífeyrissjóðakerfisins, sem mun draga úr réttindum þeirra í samanburði við aðra.⁶

Með lögum nr. 116/2016 var sveigjanleiki við starfslok og upphaf lífeyristöku aukinn og gefast fólki nú auknir möguleikar á að sníða starfslok að persónulegum högum og óskum hvers og eins. Þannig er nú unnt að flýta lífeyristöku frá 65 ára aldri gegn varanlegri lækkun lífeyris og jafnframt verður unnt að fresta lífeyristöku lengur en áður gegn hækkun lífeyris til frambúðar.

Frá 1. janúar 2018 verður heimilt að taka lífeyri að hálfu hjá lífeyrissjóðakerfinu frá 65 ára aldri, mögulega samhliða minnkuðu starfshlutfalli, og að taka hálfan lífeyri hjá almannatryggingum á móti. Er það í samræmi við stefnu stjórnvalda um að fólki hafi meira frelsi um starfslok en áður hefur verið, enda sýna rannsóknir að aldraðir sem stunda vinnu séu almennt heilsuþraustari og njóti meiri lífsgæða en þeir sem ekki eiga kost á því að stunda vinnu.

Húsnæðisstaða.

Flestir þátttakendur í könnuninni á högum og líðan aldraðra árið 2016 (89%) bjuggu í eigin húsnæði, 6% í leiguhúsnæði, 2% í þjónustuíbúð á vegum sveitarfélags og 1% þátttakenda kvaðst búa hjá börnum sínum. Í manntali Hagstofunnar frá árinu 2011 eru eldri borgarar skilgreindir 65 ára og eldri og bjuggu 85,6% þessa aldurshóps á þeim tíma í eigin húsnæði.

Árið 1999 bjuggu 44% þeirra sem leigðu húsnæði í leiguíbúð á almennum markaði. Þetta hlutfall hefur farið lækkandi, árið 2006 var það 34% og 2012 og 2016 er það 28%.

Hlutfall þeirra sem búa í leiguíbúð á vegum sveitarfélags hefur einnig lækkað. Árið 1999 bjuggu 41% í leiguíbúð á vegum sveitarfélaga en 25% í könnuninni árið 2016. Fleiri búa í leiguhúsnæði í eigu félagsamtaka eða 31% en þetta hlutfall var 15% árið 1999.

Á síðastliðnum fimm árum höfðu 18% svarenda skipt um húsnæði og 10% höfðu í hyggju að skipta um húsnæði á næstu fimm árum. Helstu ástæður þess voru að húsnæði væri

⁵ <http://www.fme.is/media/frettir/Naegjanleiki-lifeyrissparnadar-04febr15.pdf>.

⁶ <http://www.fme.is/media/frettir/Naegjanleiki-lifeyrissparnadar-04febr15.pdf>.

of stórt eða óhentugt. Fleiri höfðu skipt eða hugðust skipta um húsnæði vegna fjárhagsaðstæðna í könnuninni 2016 (16%) en í könnuninum frá 2012 (13%) og 2006 (5%). Fram kom í könnuninni árið 2016 að þátttakendur teldu mikilvægt að stutt væri í þjónustu fyrir aldraða nálægt því húsnæði sem viðkomandi byggir í.

Læknis- og lyfjakostnaður.

Upplifun aldraðra af verðlagningu heilbrigðisþjónustu hefur verið mjög svipuð í þeim fjórum könnunum sem hafa verið gerðar frá 1999. Í könnuninni 2016 telja 38% hana mjög eða frekar dýra og 36% mjög eða frekar ódýra.

Á síðustu fimm árum hafa 5-6% svarenda frestað því að fara til læknis og/eða kaupa lyf af fjárhagsástæðum. Stærsti hópurinn sem hefur frestað því að kaupa lyf eða fara til læknis er ógiftur og sá sem vill stunda launaða vinnu. Þetta er í samræmi við niðurstöður um fjárhagsáhyggjur, en þessir hópar hafa í meira mæli áhyggjur af fjárhag en aðrir hópar aldraðra.

Tæplega helmingur svarenda sagðist ekki þurfa að greiða neinn lækniskostnað í dæmigerðum mánuði en meðalkostnaður þeirra sem þurfa að standa kostnað af læknisheimsóknum var um 25 þús. kr. á mánuði. Lyfjakostnaður var að jafnaði lægri en lækniskostnaður eða rúmar 11 þús. kr. á mánuði. Fjórðungur þeirra sem svöruðu könnuninni þurfti ekki að greiða fyrir lyf í dæmigerðum mánuði.

Mat á heilsufari og aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

Alls mátu 73% aldraðra sem tóku þátt í könnuninni heilsufar sitt frekar eða mjög gott og er hlutfallið mjög sambærilegt við niðurstöður fyrri kannana. Alls stunduðu 76% aldraðra einhverja líkamsrækt 1–2 sinnum í viku eða oftar og hefur nær engin breyting orðið þar á frá fyrri könnunum. Tengslin milli líkamsræktar og heilsufars eru sterk. Yfir 80% þeirra sem töldu heilsufar sitt mjög eða frekar gott stunduðu líkamsrækt a.m.k. vikulega, en um helmingur þeirra sem mat heilsufar sitt slæmt.

Fleiri aldraðir nú en áður, eða 45%, telja heilbrigðisþjónustu hafa versnað sé miðað við sambærilegar mælingar árin 2006 og 1999. Hlutfallið er sambærilegt og árið 2012. Árið 2012 töldu 17% svarenda þjónustuna hafa batnað og 16% í könnuninni 2016, samanborið við 43% árið 2006.

Aldraðir voru almennt nokkuð sáttir við aðgengi að þeirri heilbrigðisþjónustu sem þeir þurfa á að halda, en um þrjú af hverjum fjórum töldu aðgengið mjög eða frekar gott. Því verri heilsu sem fólk taldi sig hafa því lægra hlutfall taldi aðgengi að heilbrigðisþjónustu gott.

Viðhorf aldraðra til félagsþjónustu, heimahjúkrunar og félagsstarfs.

Með hækkandi aldri má gera ráð fyrir fjölgun þeirra sem glíma við aldurstengda sjúkdóma af einhverju tagi. Mikilvægt er að þjónusta hverju sinni taki mið af því markmiði að fólk sé stutt til sjálfsbjargar og sjálfstæðrar búsetu heima sem lengst og að þjónustan sé veitt á réttum tíma og réttum stað.

Meiri hluti þeirra sem tók þátt í könnuninni, eða 59%, þarfnadist aldrei aðstoðar við ýmis verkefni í daglega lífinu sem spurt var um, svo sem innkaup, matreiðslu og þríf.

Flestir sem voru í þörf fyrir aðstoð þurftu aðstoð við þríf eða 32% svarenda. Á meðal þeirra sem eru 88 ára og eldri sögðust 66% þurfa aðstoð við þríf en 18% þeirra sem tilheyra aldurshópnum 67–69 ára. Af þeim sem þáðu einhverja aðstoð sögðust flestir fá aðstoð frá heimaþjónustu á vegum sveitarfélagsins, eða 36%, en 7% nefndu heimahjúkrun. Þegar spurt var hver hjálpaði viðkomandi mest á heildina litið nefndu flestir svarendur, eða 31%, maka/sambýlismann/sambýliskonu, 19% heimaþjónustu á vegum sveitarfélags, 20% nefndu dóttur sem bjó ekki á heimilinu og 10% nefndu son sem bjó ekki á heimilinu.

Þrír af hverjum fjórum sem fengu heimaþjónustu frá sveitarfélaginu fengu þessa þjónustu aðra hverja viku en 21% fékk þjónustu vikulega, aðrir sjaldnar. Rúmlega helmingur svarenda eða 57% kváðust fá þjónustu í tvær klukkustundir á viku og aðeins 3% fengu aðstoð í fimm eða fleiri klukkustundir á viku. Rúmur helmingur svarenda sem sögðust fá heimaþjónustu aðra hverja viku fékk þjónustu í tvær klukkustundir. Alls 80% þeirra sem fá heimaþjónustu töldu hana nægilega og 84% svarenda voru frekar eða mjög ánægð með heimaþjónustu sveitarfélagsins, 4% nýttu akstursþjónustu á vegum sveitarfélagsins og 2% fengu heimsendan mat frá sveitarfélaginu.

Tæplega tveir af hverjum þremur svarendum sem fengu heimahjúkrun fengu þjónustu í eina klukkustund á viku og 11% fengu heimahjúkrun í fimm eða fleiri klukkustundir á viku. Af þeim sem fá heimahjúkrun töldu 7% þá heimahjúkrun sem þeir fengu ekki vera fullnægjandi, en 9% þeirra sem fengu heimaþjónustu, heimahjúkrun eða aðra þjónustu fyrir aldraða höfðu þurft að bíða eftir að fá viðkomandi þjónustu.

Um tveir af hverjum þremur (65%) eru aldrei einmana. Hópurinn sem upplifir einmanaleika hefur hins vegar farið stækkandi frá 2006 og 2012 þegar 13% kváðust upplifa oft eða stundum einmanaleika. Í árslok 2016 var hlutfallið 17%. Mun fleiri upplifa einmanaleika stundum eða oft í hópi þeirra sem eru ógiftir eða ekkjur/ekklar, búa einir, eru tekjulitlir eða hafa slæma heilsu.

Tæplega tveir af hverjum þremur eða 63% svarenda eru félagsmenn í félagi eldri borgara í sinni heimabyggð og 28% taka þátt í félagsstarfi fyrir aldraða á vegum sveitarfélagsins. Konur eru duglegri að sækja félagsstarfið, en 35% kvenna svöruðu spurningu um þátttöku játandi og 20% karla. Alls 80% eru mjög eða frekar ánægð með það félagsstarf sem boðið er upp á. Tæpur helmingur eða 47% svarenda taka þátt í öðru félagsstarfi en félagsstarfi fyrir aldraða og hefur þetta hlutfall farið hækkandi frá 1999 þegar það var 32%.

Viðhorf aldraðra til starfa á eftirlaunaaldri og hækkaðs eftirlaunaaldurs.

Í könnuninni á högum og líðan aldraðra 2016 stunduðu 16% þátttakenda launaða vinnu. Í könnunum frá 2012 og 2006 var þetta hlutfall 14% en 26% í könnuninni 1999. Hér er greinilegur munur milli kynja; 25% karla stunduðu launaða vinnu og 9% kvenna. Aldur hefur einnig sterk tengsl við atvinnuþátttöku; 40% þátttakenda á aldrinum 67–69 ára stunduðu launaða vinnu en aðeins 1% þeirra sem voru 88 ára eða eldri.

Þeir sem ekki sögðust vera í launaðri vinnu voru spurðir hvort þeir myndu vilja vera í launaðri vinnu. Þessari spurningu svöruðu 19% játandi sem er lægra hlutfall en í könnunum frá 2012 og 2006 þar sem þetta hlutfall var 25–26%. Karlar voru líklegri til að vilja vera í launaðri vinnu en konur; 24% karla svöruðu þessari spurningu játandi og 17% kvenna.

Rúmur helmingur eða 54% þátttakenda sem voru utan vinnumarkaðar höfðu upplifað sveigjanleg starfslok, þ.e. höfðu getað valið hvenær þau hættu að vinna. Þá kváðust 27% hafa þurft að hætta á vissum aldri og 19% höfðu þurft að hætta vegna veikinda. Meðalaldur við starfslok var 66,9 ár og var meðalaldur karla 68,3 ár og kvenna 65,8 ár.

Það er stefna stjórnvalda að hækka lífeyristökualdur almannatrygginga í áföngum úr 67 árum í 70 ár. Gerð hefur verið áætlun um framkvæmd aldurshækkunarinnar og er gert ráð fyrir að hún komi til framkvæmda í áföngum, nánar tiltekið á 24 árum. Mun lífeyristökualdur þannig hækka um tvo mánuði á ári fyrstu tólf árin og síðan um einn mánuð á ári næstu tólf árin þar á eftir. Mikilvægt er að samsvarandi breytingar verði gerðar á lífeyrissjóðakerfinu.

Einnig hefur verið mótuð stefna um áframhaldandi störf eldri starfsmanna eftir vilja og getu hvers og eins og tengist það stefnu stjórnvalda um seinkun lífeyristökualdurs. Markmiðið er að eldri starfsmönnum verði til dæmis gert kleift að færa sig til í starfi eða fá minni ábyrgð og þannig auðveldað að vinna lengur, meðal annars til að ekki komi til

snemmtöku lífeyris. Gert er ráð fyrir að frítekjumark vegna atvinnutekna ellilífeyrisþega verði hækkað í áföngum í því skyni að hvetja fólk til að vinna lengur og að eldri starfsmenn geti bætt stöðu sína með atvinnu eftir að lífeyristökualdri er náð.

Þátttakendur í könnuninni 2016 voru spurðir hvað þeim fyndist um að lífeyrisaldur yrði hækkaður með litlum skrefum úr 67 árum í 70 ár. Alls leist 38% svarenda frekar eða mjög vel á þessa hugmynd en 33% svarenda leist frekar eða mjög illa á þetta. Langflestir (97%) voru hins vegar á því að það ætti að auðvelda þeim sem eru komnir á lífeyrisaldur að vera áfram virkir á vinnumarkaði.

Vanræksla, ofbeldi og viðhorf til aldraðra.

Þetta er í fyrsta skipti í könnun á högum og líðan aldraðra sem spurt er beint hvort svarandi sjálfur hafi orðið fyrir vanrækslu eða ofbeldi. Í fyrri könnunum var spurt hvort svarandi hefði orðið var við að aldraðir einstaklingar hefðu verið vanræktir eða beittir ofbeldi af skyldmönnum eða samfélaginu.

Fámennur hópur þátttakenda í könnuninni á högum og líðan aldraðra kvaðst hafa upplifað vanrækslu eftir að hafa komist á eftirlaunaaldur en 11 einstaklingar höfðu orðið fyrir vanrækslu af hálfu skyldmenna, annarra umsjónaraðila, samfélagsins eða annarra.

Fjórir einstaklingar höfðu verið beittir líkamlegu ofbeldi, 31 hafði upplifað andlegt ofbeldi og 24 höfðu verið beittir fjárhagslegu ofbeldi.

Það getur reynst fólki erfitt að svara spurningum af þessu tagi og því ber að taka þessum niðurstöðum með fyrirvara.

Félags- og jafnréttismálaráðherra, heilbrigðisráðherra, dómsmálaráðherra og mennta- og menningarmálaráðherra undirrituðu samstarfsyfirlýsingu um aðgerðir gegn ofbeldi og afleiðingum þess vorið 2017. Stýrihópur með fulltrúum allra ráðuneytanna vinnur nú að aðgerðaáætlun á þessu sviði og er rík áhersla lögð á þverfaglegt samstarf og samhæfingu við forvarnir gegn ofbeldi, rannsókn mála og aðstoð í kjölfar ofbeldis. Sérstaklega er horft til berskjaldaðra hópa, svo sem aldraðra, við mótun áætlunarinnar.

Alls töldu 90% þátttakenda í könnuninni að það væri frekar eða mjög mikil þörf fyrir umboðsmann aldraðra. Rúmur helmingur (53%) þátttakenda taldi að viðhorf til aldraðra væru frekar eða mjög jákvæð en 31% að þau væru frekar eða mjög neikvæð. Árið 2012 töldu hins vegar 62% þátttakenda að viðhorf til aldraðra væru mjög eða frekar jákvæð en hlutfallið var 55% árið 2006.

Framboð á hjúkrunarrýmum.

Talsverð fjölgun á hjúkrunarrýmum hefur orðið meðan dvalarrýmum hefur fækkað frá árinu 2004. Það ár voru dvalarrými 896 en árið 2015 hafði þeim fækkað um 542 rými.⁷

Velferðarráðuneytið birtir upplýsingar um fjölda hjúkrunar-, dvalar- og dagdvalarrýma á vef velferðarráðuneytisins.⁸

Almenn hjúkrunarrými	Önnur rými	Dvalarrými	Dagdvalarrými	Samtals
---------------------------------	-------------------	-------------------	----------------------	----------------

2.526,5

139

281

728,5

3.675

⁷ Talnabrunnur. Fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar. 10. árgangur, 6. tbl., júní 2016.

⁸ <https://www.stjornarradid.is/default.aspx?PageID=29f6b755-83ff-11e6-80c8-005056bc217f>.

Önnur rými eru meðal annars endurhæfingarrými og rými fyrir íbúa sem eru yngri en 67 ára.

Kostnaður við dvöl á hjúkrunarheimili.

Kostnaður vegna eins hjúkrunarrýmis á ári er að meðaltali 11,4 millj. kr. Kostnaður á hvert rými er háður hjúkrunarþyngd og fleiri þáttum. Kostnaður við eitt hjúkrunarrými getur þannig verið á bilinu 10,3–12,3 millj. kr. á ári.

Mat á þörf fyrir hjúkrunarrými.

Heildarumfangið á hverjum tíma er sá fjöldi einstaklinga sem metinn hefur verið með færni- og heilsumat í þörf fyrir dvöl í hjúkrunarrými og birtist í samanlögðum fjölda hjúkrunarrýma og þeim fjölda fólks sem er á biðlista eftir hjúkrunarrými. Ýmsar breytur geta haft áhrif á þörfina og misjafnt er hversu auðvelt er að taka þær með í útreikninga. Má þar nefna að heilsufar íbúa við komu á hjúkrunarheimili hefur áhrif á lengd dvalartíma en ætla má að þeir veikustu dvelji þar stuttan tíma. Dvalartími hefur því áhrif á umsetningu hvers hjúkrunarrýmis og þar með þann heildarfjölda rýma sem þörf er fyrir. Langur dvalartími eins einstaklings hefur bein áhrif á biðtíma annars og þar með lengd biðlista. Öflug stuðningsþjónusta er grundvallaratriði því hún getur dregið úr þörf fyrir dvöl í hjúkrunarrými og lengt þann tíma sem fólki er mögulegt að búa heima. Full nýting hjúkrunarrýma kallar á einhvern biðtíma en því veikara sem fólk er þegar það er metið í þörf fyrir dvöl í hjúkrunarrými því erfiðari verður hins vegar biðin.

Þegar metin er þörf fyrir fjölda hjúkrunarrýma bæði í nútíð og framtíð þarf bæði að hafa í huga fjölda þeirra einstaklinga ár hvert sem metnir eru í þörf fyrir þjónustu og þann fjölda rýma sem þarf til að mæta þörfum einstaklinganna. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir að fjöldi einstaklinga á ársgrundvelli er meiri en fjöldi þeirra rýma sem þarf til að mæta þörfinni. Ástæðan er sú að einstaklingarnir eru metnir og skráðir nýir inn á listann allt árið. Mismunandi er hversu lengi þeir eru á biðlistanum áður en þeir fara í hjúkrunarrými.

Þegar reynt er leggja mat á þörf fyrir þjónustuúrræði eins og hjúkrunarrými þarf að hafa í huga að því lengra inn í framtíðina sem horft er því meiri verður óvissan í útreikningunum. Ýmsar breytur sem ekki sjást fyrir geta haft þar áhrif, t.a.m. breytt tækni og breytt heilbrigðisþjónusta.

Í vinnugögnum vinnuhóps sem heilbrigðisráðherra skipaði árið 2015 til að greina heilbrigðishluta öldrunarþjónustu kom fram að ef 19% 80 ára og eldri og 2,1% 67–79 ára voru metin í þörf fyrir hjúkrunarrými árið 2015 þá hefði þurft 2.843 hjúkrunarrými til að mæta þeirri þörf. Með sömu reikningsaðferð og engum breytingum á aðstæðum, þjónustu eða öðru þá þyrfti 5.472 hjúkrunarrými árið 2035 til að mæta þörfum þessa hóps. Rétt er að vekja athygli á því að í þessum útreikningum eru teknir saman allir sem eru í hjúkrunarrýmum og allir sem eru á biðlista eftir hjúkrunarrýmum, en eins og nefnt var áður þarf væntanlega einnig að hafa í huga hvernig nýting þessa þjónustuúrræðis eigi að vera. Ef enginn biðlisti á að vera og enginn biðtími þá verður ekki full nýting á hjúkrunarrýmum og fram til þessa hefur verið talið ásættanlegt að einhver biðtími sé eftir þessari þjónustu eins og annarri.

Þáverandi heilbrigðisráðherra, Kristján Þór Júlíusson, svaraði fyrirspurn frá Svandísi Svavarsdóttur alþingismanni 16. ágúst 2016 um heimilismenn á hjúkrunarheimilum. Í svari ráðherra komu meðal annars fram upplýsingar um hver væru áform hans um að fullnægja þörf fyrir hjúkrunarrými á Íslandi.⁹

⁹ <http://www.althingi.is/alttext/145/s/1534.html>.

