



VELFERÐARRÁÐUNEYTIÐ

Aldraðir í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum

Lokaskýrsla

Lokaskýrsla fyrir meginmálaflokk velferðarráðuneytisins í kynjaðri hagstjórn og fjárlagagerð (KHF). Verkefnið hófst árið 2011. Áfangaskýrsla I var kynnt í fjárlagafrumvarpi ársins 2013 og áfangaskýrsla II í fjárlagafrumvarpi fyrir árið 2014. Í þessari skýrslu er gerð grein fyrir lokaáfangi verkefnisins og koma helstu niðurstöður fram í texta fyrir fjárlagafrumvarp ársins 2015.

Efnisyfirlit

Texti fyrir fjárlagafrumvarpið	5
Um verkefnið	6
Staða verkefnis	8
Samantekt og helstu niðurstöður.....	9
1. Kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð	11
1.1 Innleiðing kynjaðrar hagstjórnar	11
1.2 Aðferðir kynjaðrar hagstjórnar.....	12
2. Lýsing á verkefni	13
2.1 Afmörkun verkefnis	13
2.2 Áhættugreining verkefnis.....	17
3. Stefna í málefnum aldraðra.....	18
4. Stjórnsýsla í málaflokki aldraðra.....	21
4.1 Hjúkrunarheimili, heimilisfólk og færni- og heilsumat aldraðra	21
4.2 Hjúkrunarþjónusta í hjúkrunarrýmum	23
4.3 Fjármögnun hjúkrunarrýma á hjúkrunarheimilum.....	23
4.4 Greiðslur vegna íbúa á hjúkrunarheimilum.....	24
4.4.1 Dvöl á hjúkrunarheimili	24
4.4.2 Tekjur heimilisfólks og þátttaka í greiðslu dvalarkostnaðar.....	24
4.4.3 Innheimta dvalarkostnaðar	26
4.4.4 Daggjöld og tímabil greiðslu daggjalda.....	26
4.4.5 Flutningur heimilisfólks	26
4.4.6 Vasapeningar.....	27
4.4.7 Dagpeningar utan stofnana	27
4.5 Samantekt.....	27
5. Staða aldraðra á Íslandi í dag.....	28
5.1 Fjöldi aldraðra og ólifuð meðalævi.....	28
5.2 Ellilífeyrir og fjöldi lífeyrisþega	30
5.3 Fjöldi hjúkrunarrýma	31
5.4 Biðlistar eftir hjúkrunarrýmum og greining.....	33
5.5 Biðtími eftir hjúkrunarrými.....	36

5.6 Úthlutun hjúkrunarrýma	38
5.7 Samantekt.....	40
6. Íbúar og starfsfólk á hjúkrunarheimilum.....	41
6.1 Heimilisfólk	41
6.2 Tómsundur	46
6.3 Aðstandendur	48
6.4 Starfsfólk hjúkrunarheimila	49
6.5 Samanburður launa sjúkraliða og sjúkraflutningamanna	52
6.6 Samantekt.....	54
7. Aðgerðir og lokaorð.....	55
Heimildaskrá.....	57

Töfluyfirlit

Tafla 1. Stofnanir verkefnisins eftir heilbrigðisumdæmum og fjöldi rýma sem tilheyra þeim.....	14
Tafla 2. Meðalhjúkrunarþyngd eftir heilbrigðisumdæmum (2010–2013).	17
Tafla 3. Fjöldi heimilisfólks og greiðslupátttaka í hjúkrunarrýmum í krónum (janúar 2012–2014).....	25
Tafla 4. Meðalgreiðslur íbúa á hjúkrunarheimilum eftir kyni í þúsundum króna (janúar 2012–2014). 25	
Tafla 5. Fjöldi aldraðra 2013 og spá um fjölda aldraðra til ársins 2060.	28
Tafla 6. Fjöldi einstaklinga á biðlista eftir hjúkrunarrýmum, eftir kyni og aldurshópi.	33
Tafla 7. Meðalfjöldi karla og kvenna á biðlista, eftir heilbrigðisumdæmum (2009–2013).	36
Tafla 8. Meðalbiðtími karla og kvenna eftir hjúkrunarrýmum í heilbrigðisumdæmunum (í dögum)... 36	
Tafla 9. Fjöldi heimilisfólks á hjúkrunarheimilum eftir lengd dvalar í árum (2012).	37
Tafla 10. Meðalþörf karla og kvenna á biðlista, fyrir hjúkrunarrými (2009–2013).	37
Tafla 11. Fjöldi karla og kvenna sem fékk úthlutað hjúkrunarrými (2009–2013).	38
Tafla 12. Afdrif einstaklinga sem voru á biðlista árin 2009–2013.	39
Tafla 13. Heimilisfólk eftir kyni og íbúar á landinu 67 ára og eldri og 80 ára og eldri (2012).	41
Tafla 14. Aldur heimilisfólks við komu á hjúkrunarheimili (2012).....	42
Tafla 15. Heimilisfólk á hjúkrunarheimilum eftir lengd dvalar í árum (2012).	42
Tafla 16. Hjúskaparstaða heimilisfólks við komu inn á hjúkrunarheimili (2012).	43
Tafla 17. Heilsufar og umönnunarþörf heimilisfólks (2012).....	44
Tafla 18. Inntaka ýmissa lyfja síðastliðna sjö daga (2012).....	44
Tafla 19. Fjöldi heimilisfólks sem nýtir sér að jafnaði hverja tegund tómsundar (2012).....	46
Tafla 20. Tómsundur sem íbúar kjósa helst (2012).	47
Tafla 21. Fjöldi heimilisfólks sem nýtir sér að jafnaði hverja tilfallandi tegund tómsunda (2012).	48
Tafla 22. Tengsl nánasta aðstandanda við íbúa hjúkrunarheimilis (2012).	48
Tafla 23. Kyn aðstandanda sem aðalumönnunaraðila og tíðni umönnunar (2012).....	49
Tafla 24. Stuðningsnet heimilisfólks (2012).	49

Tafla 25. Fjöldi og hlutfall starfsfólks á hjúkrunarheimilum eftir kyni og aldri (2012).	50
Tafla 26. Hlutfall faglærðs og ófaglærðs starfsfólks eftir kyni (2012).	50
Tafla 27. Launadreifing á hjúkrunarheimilum eftir kynjum, grunllaun í júní 2012.	51
Tafla 28. Launadreifing á hjúkrunarheimilum eftir kynjum, meðalheildarlaun janúar–maí 2012.	51
Tafla 29. Stöðugildi sjúkraflutningamanna og sjúkraliða (2013).	53
Tafla 30. Meðallaun sjúkraflutningamanna og sjúkraliða (október 2012–2013).	53

Myndayfirlit

Mynd 1. Fjárframlög til hjúkrunarheimila 2014 í milljónum króna.	16
Mynd 2. Ólifufé meðalævi karla og kvenna við fæðingu 1976–2012 og spá til 2057.	28
Mynd 3. Ólifufé meðalævi karla og kvenna við 65 ára aldur og á fimm ára aldursbili (2012).	29
Mynd 4. Breytingar ólifufé karla og kvenna frá 1976–1980 til 2006–2010.	30
Mynd 5. Fjöldi ellilífeyrisþega sem þiggur ellilífeyri frá TR (janúar 2003–2014).	31
Mynd 6. Fjöldi hjúkrunarrýma og reiknuð þörf fyrir hjúkrunarrými (2014).	32
Mynd 7. Fjöldi hjúkrunarrýma á hverja 1.000 íbúa, 67 ára og eldri og 80 ára og eldri (2014).	32
Mynd 8. Hlutfallsleg skipting þeirra sem voru á biðlista árið 2013 eftir kyni og aldri.	34
Mynd 9. Meðalfjöldi karla og kvenna á biðlista eftir hjúkrunarrýmum, eftir aldursbilum (2013).	34
Mynd 10. Hlutfall kynjanna á Íslandi, á biðlistum og á hjúkrunarheimilum (2013).	35
Mynd 11. Hlutfall einstaklinga á biðlista af íbúafjölda hvers aldursbils (2013).	35
Mynd 12. Fjöldi karla og kvenna sem fékk úthlutað hjúkrunarrými og fjöldi á biðlista (2009–2013). .	38
Mynd 13. Afdrif einstaklinga með fægni- og heilsumat (2009–2013).	39
Mynd 14. RAI-gæðavísar (2012).	45
Mynd 15. RAI-gæðavísar (2012). Hlutfallstölur um mun milli kynja.	45
Mynd 16. RAI-gæðavísar (2012). Algengi lyfjanotkunar.	46
Mynd 17. Kynjaskipting starfsfólks á hjúkrunarheimilum (2012).	49
Mynd 18. Hlutfall faglærðs og ófaglærðs starfsfólks eftir kyni (2012).	51

Texti fyrir fjárlagafrumvarpið

Síðastliðin þrjú ár hefur velferðarráðuneytið unnið með málefni aldraðra í verkefni kynjaðrar hagstjórnar og fjárlagagerðar og var verkefnið afmarkað við aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum.

Samkvæmt spá Hagstofu Íslands mun öldruðum fjölga úr 11% af íbúafjölda í 23% árið 2060. Heildarfjárframlög til hjúkrunarheimila á fjárlögum ársins 2014 eru um 23 milljarðar króna, þar af fara um 18,8 milljarðar króna til þeirra hjúkrunarheimila sem falla undir verkefnið. Höfuðborgarsvæðið sker sig úr hvað varðar framboð hjúkrunarrýma miðað við þörf.

Ólífud meðalævi kvenna er lengri en karla. Karlar eru yngri þegar þeir flytja inn á hjúkrunarheimili og hjúkrunarþyngd þeirra er meiri. Konur bíða að meðaltali lengur eftir hjúkrunarrými.

Konur eru í meiri hluta þeirra sem starfa við umönnun á hjúkrunarheimilum en þar eru karlmenn hlutfallslega fleiri í stjórnunarstöðum. Í heildina eru hlutfallslega fleiri konur faglærðar en karlar eru aftur á móti hlutfallslega fleiri í tekjuhæsta hópi starfsfólks.

Munur á tekjum og áunnum lífeyrisréttindum leiðir til þess að færri karlar fá greiddan ellilífeyri frá Tryggingastofnun ríkisins og greiðsluþátttaka þeirra vegna dvalar í hjúkrunarrýmum er meiri.

Niðurskurður á hjúkrunarheimilum hefur áhrif á fleiri konur en auknar tekjutekjutengingar í greiðslum til ellilífeyrisþega hafa að jafnaði meiri áhrif á karla.

Um verkefnið

Verkefni/meginmálaflokkur	Málefni aldraðra	Dags. 19. júní 2014
Ábyrgðaraðili í umboði ráðuneytisstjóra	Bryndís Þorvaldsdóttir, sérfræðingur á skrifstofu heilbrigðisþjónustu.	
Teymi	Bryndís Þorvaldsdóttir, sérfræðingur á skrifstofu heilbrigðisþjónustu, Ágúst Þór Sigurðsson, staðgengill skrifstofustjóra á skrifstofu lífsskjara og vinnumála, Dagný Brynjólfssdóttir, staðgengill skrifstofustjóra á skrifstofu hagnála og fjárlaga, Gunnar Alexander Ólafsson, sérfræðingur á skrifstofu gæða og forvarna, ¹ Laufey Helga Guðmundsdóttir, lögfræðingur á skrifstofu gæða og forvarna, Margrét Björk Svavarsdóttir, sérfræðingur á skrifstofu hagnála og fjárlaga.	
Eigandi og stýrihópur	Eigandi verkefnisins er Anna Lilja Gunnarsdóttir, ráðuneytisstjóri velferðarráðuneytisins. Í stýrihópi verkefnisins eru: Anna Lilja Gunnarsdóttir, Sveinn Magnússon, skrifstofustjóri skrifstofu heilbrigðisþjónustu, og Hrönn Ottósdóttir, skrifstofustjóri skrifstofu hagnála og fjárlaga.	
Lýsing verkefnis	Velferðarráðuneytið valdi meginmálaflokkinn málefni aldraðra sem þriggja ára verkefni í kynjaðri hagstjórn og fjárlagagerð. Málaflokkurinn lýtur meðal annars að heilbrigðisstofnunum, hjúkrunarheimilum, heilsugæslu, þar á meðal heimahjúkrun, Heimaþjónustu Reykjavíkur, millistigsþjónustu (þjónustu- og öryggisíbúðum, hvíldarinnlögn og dagdvöl), almannatryggingum og þriðja geiranum. Ákveðið var að afmarka verkefnið við aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum á öllu landinu. Horft er á verkefnið út frá tveimur sjónarhornum, annars vegar út frá þeim sem veita þjónustuna og hins vegar út frá þeim sem þiggja hana. Í tengslum við það er meðal annars skoðuð kynjasamsetning á heimilunum og aldurssamsetning, dvalartími, tómsundur, þjónusta sem veitt er á heimilunum, gæðavísar, tekjur, RAI-mat (mælikvarði á raunverulegan aðbúnað íbúa í hjúkrunarrýmum), starfsfólk og aðkoma aðstandenda.	

¹ Verkefnið varði í þrjú ár. Gunnar Alexander Ólafsson starfaði með hópnum meginhluta tímabilsins.

<p>Markmið verkefnis</p>	<p>Ætlunin var að skoða hvernig hægt væri að vinna verkefnið með tilliti til tilfærslu málefna aldraðra til sveitarfélaga og var verkefni um kynjaða hagstjórn kynnt í þeim vinnuhópi. Tekin var ákvörðun um að hægja á tilfærslu málaflokksins og því var ekki tímabært að skoða þessi tvö verkefni samhliða. Þó má geta þess að upplýsingar sem fram koma í skýrslu þessari geta komið að gagni við tilfærslu málaflokksins til sveitarfélaga.</p> <p>Meginmarkmiðið var að gera kynjaáhrifin sýnileg á hjúkrunarheimilum í þeim tilgangi að bregðast við og endurmóta stefnur, útgjöld og tekjuöflun í samræmi við jafnréttismarkmið. Í því fólst að:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Greina <u>fjárhagsáætlanir</u> út frá kynjasjónarmiðum til að varpa ljósi á mismunandi áhrif þeirra á karla og konur. • Endurmóta stefnu og <u>skiptingu fjármagns</u> og þjónustu. • Flétta kynjasjónarmið inn í öll ferli fjárlagagerðar er varðar hjúkrunarrými á hjúkrunarheimilum. • Varpa ljósi á <u>samspil</u> dvalar aldraðra í hjúkrunarrýmum og ólaunaða umönnunarkerfisins.
<p>Jafnréttismarkmið verkefnis</p>	<p>Við ákvörðun um útteilingu fjármuna og veitingu þjónustu hins opinbera verði gætt að jafnrétti kynjanna. Einnig verði hugað að mismunandi áhrifum ákvarðana á lífsskjör og velferð aldraðra þannig að ekki halli á annað hvort kynið miðað við þær forsendur sem eru til staðar. Þá verði stuðlað að breytingu á viðhorfum í garð starfa á hjúkrunarheimilum sem svokallaðra kvennastarfa og jafnri skiptingu kynjanna við umönnun aldraðra meðal aðstandenda.</p>

Staða verkefnis

<p style="text-align: center;"><u>Heildarstaða verkefnis</u></p> <p style="text-align: center;"> Græn <input checked="" type="checkbox"/> Gul <input type="checkbox"/> Rauð <input type="checkbox"/> </p>				
	Græn	Gul	Rauð	
	Á áætlun	þarfnast aðgerða	Krítískt	Útskýring á frávikum
Tímaáætlun	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fjárhagsáætlun	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Umfang	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Staða: Græn = Á áætlun, Gul = þarfnast aðgerða, Rauð = Krítísk, þarf að láta yfirstjórn vita

Samantekt og helstu niðurstöður

Árið 2009 var ákveðið að kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð skyldi höfð að leiðarljósi við fjárlagagerð og efnahagsstjórn landsins, en það er í samræmi við alþjóðasamninga sem Ísland er aðili að. Velferðarráðuneytið kaus að fjalla um aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum.

Í stefnu ráðuneytisins í málefnum aldraðra er ekki tekið tillit til kynjasjónarmiða og því nauðsynlegt að endurskoða stefnuna með tilliti til þess. Nefna má að eitt af fjórum framtíðarverkefnum sem sett voru fram af hálfu Íslands í stöðuskýrslu til Efnahagsnefndar Sameinuðu þjóðanna er kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð.

Fram til ársins 2060 mun hlutfall aldraðra af íbúafjölda landsins vaxa úr 11% í 23% samkvæmt spá Hagstofu Íslands. Ólifufé meðalævi kvenna við fæðingu er lengri en karla og spáð er að svo verði enn um sinn. Þó tekið sé mið af ólifaðri meðalævi við 65 ára aldur eru lífslíkur kvenna einnig meiri en karla. Munur á lífslíkum kynjanna hefur þó farið minnkandi síðustu ár.

Upplýsinga um heimilisfólk, tómstundir, aðstandendur og starfsfólk hjúkrunarheimila var aflað hjá Tryggingastofnun ríkisins (TR), Embætti landlæknis, Sjúkraflutningaskólanum, úr RAI-gagnagrunni, aðalnámskrá framhaldsskóla, launakerfi ríkisins og með spurningakönnun sem framkvæmd var sumarið 2012. Helstu niðurstöður eru þessar:

- Á sama tíma og íbúum landsins 67 ára og eldri fjölgar, fækkar þeim sem fá greiðslur frá TR. Í kjölfar efnahagshrunsins 2008 voru tekjutengingar auknar í lífeyristryggingum. Sökum þessa fækkaði körlum hlutfallslega meira en konum í hópi ellilífeyrisþega. Stafar það af því að karlar hafa hærri tekjur annars staðar frá, svo sem af atvinnu og úr lífeyrissjóðum. Þegar dregið var aftur úr þessum skerðingum sumarið 2013 fjölgaði meira í hópi karla en kvenna af sömu ástæðu. Þetta er athyglisvert og sýnir hvernig ákvarðanir stjórnvalda hafa mismunandi áhrif á líf skjör karla og kvenna, sbr. jafnréttismarkmið verkefnisins.
- Karlar greiða að meðaltali hærra mánaðargjald fyrir hjúkrunarrými sem sýnir að þeir hafa yfirleitt hærri tekjur en konur. Karlar greiddu að meðaltali um 10% meira en konur árið 2012, sá munur jókst í 13% árið 2013 og í 18% árið 2014. Bendir það til þess að tekjur karla sem dvelja á hjúkrunarheimilum hækki meira en tekjur kvenna á milli ára.
- Hlutfallslega fleiri konur en karlar fá samþykka framlengingu lífeyrisgreiðslna vegna félagslegra og/eða fjárhagslegra aðstæðna við komu á hjúkrunarheimili sem bendir til að konur eigi síður möguleika á að standa undir greiðslum húsnæðiskostnaðar þegar greiðslur frá TR falla niður við flutning á hjúkrunarheimili.
- Hlutfall ellilífeyrisþega af mannfjölda 67 ára og eldri var að meðaltali 82,2% í árslok 2013. Þetta hlutfall er mun hærra hjá konum eða 85,7% en hjá körlum er hlutfallið 78,1%. Þetta skýrist af því að karlar vinna að jafnaði lengur og hafa að jafnaði hærri tekjur en konur.
- Lífslíkur kvenna eru meiri en karla og ólifufé meðalævi kvenna er lengri. Það þarf því ekki að koma á óvart að fleiri konur búa á hjúkrunarheimilum og bíða eftir hjúkrunarrýmum.
- Þörf karla fyrir dvöl á hjúkrunarheimili er metin meiri og konur bíða lengur eftir hjúkrunarrými.
- Hlutfallslega fleiri karlar með færni- og heilsumat létust áður en þeir fengu úthlutað hjúkrunarrými.
- Konur (64%) eru hlutfallslega fleiri en karlar (36%) í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum sem kemur ekki á óvart þar sem lífaldur þeirra er hærri (sjá kafla 6.1). Af þeim sem taka þátt í

kostnaði vegna dvalar á hjúkrunarheimilum er greiðsluþátttaka karla að meðaltali 18% hærrí en kvenna. Athygli vekur að konur sem ekkert greiða vegna slíkrar dvalar eru hlutfallslega fleiri en karlar, eða 52% á móti 40% karla. Þetta rennir frekari stoðum undir að tekjumunur karla og kvenna sem dvelja í hjúkrunarrýmum er nokkur.

- Hærra hlutfall karla flytur inn á hjúkrunarheimili fyrir 70 ára aldur en flest af báðum kynjum flytja inn á hjúkrunarheimili á aldursbilinu 80–89 ára.
- Við komu á hjúkrunarheimili eiga 20% kvenna maka en hlutfall karla sem eiga maka er 43%.
- Hjúkrunarþyngd karla (1,05) var að meðaltali hærrí en kvenna (1,02) árið 2012.
- Þegar dvalartími kynjanna á hjúkrunarheimilum var skoðaður kom í ljós að 37% karla og 45% kvenna hafa dvalið í þrjú ár eða lengur.
- Munur er á kynjunum í vali á tómsundum á hjúkrunarheimilum.
- Mun fleiri konur voru skráðar sem nánasti aðstandandi heimilismanns eða 1.064 á móti 729 körlum. Konur eru oftast skráðar aðalumönnunaraðilar en karlar og einnig annast þær oftast aðstandendur sína.
- Athygli vekur að þótt konur séu 90% starfsfólks á hjúkrunarheimilum þá eru faglærðir stjórnendur² í þeirra hópi einungis 4,4% á sama tíma og hlutfall karla er 7,6% af þeim körlum sem starfa á heimilunum. Þetta endurspeglast síðan þegar laun karla og kvenna á hjúkrunarheimilum eru skoðuð. Eftir því sem launin hækka fækkar konum í launaflokkunum og körlum fjölgar.

Eins og sjá má af framangreindu hallar á annað kynið þegar kemur að fjármagni og umönnun aldraðra. Konur, í hlutverki íbúa eða starfsfólks á hjúkrunarheimilum, bera minna úr bítum fjárhagslega og umönnun lendir frekar á kvenkynsaðstandendum aldraðra. Það má því kannski segja að ákveðið misvægi fylgi kynjunum alla ævi – allt frá því þegar starfsævin byrjar og þar til henni lýkur sem íbúa á hjúkrunarheimili.

Niðurskurður á hjúkrunarheimilum hefur áhrif á fleiri konur en auknar tekjutekjutengingar í greiðslum til ellilífeyrisþega hafa að jafnaði meiri áhrif á karla.

² Faglærðir stjórnendur eru þeir sem eru með fagmenntun á sviði stjórnunar.

1. Kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð

1.1 Innleiðing kynjaðrar hagstjórnar

Kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð er það ferli að beita samþættingu kynja- og jafnréttissjónarmiða á fjárlagaferlið. Það þýðir að kynjað mat er lagt á fjárlög, kynjasjónarmið eru samofin í öll stig fjárlagaferlisins og að lokum eru tekju- og útgjaldaliðir endurskipulagðir með það að markmiði að stuðla að kynjajafnrétti.³

Árið 2009 var ákveðið að kynjuð hagstjórn skyldi höfð að leiðarljósi við fjárlagagerð og efnahagsstjórn landsins. Þetta er í samræmi við alþjóðasamninga sem Ísland er aðili að, svo sem samning Sameinuðu þjóðanna um afnám allrar mismununar gagnvart konum (CEDAW), sbr. einnig 1. gr. laga um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla, nr. 10/2008, en þar segir að vinna eigi að „kynjasamþættingu í stefnumótun og ákvörðunum á öllum sviðum samfélagsins“.

Í samræmi við þessa stefnu var sett á laggirnar verkefnisstjórn um kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð í apríl 2009. Verkefnisstjórnin var skipuð af fjármálaráðherra og í henni sátu fulltrúar frá fjármála- og efnahagsráðuneytinu, velferðarráðuneytinu, Jafnréttisstofu og Rannsóknastofnun í jafnréttisfræðum við Háskóla Íslands ásamt sérfræðingi Stjórnarráðsins í jafnréttismálum. Með skipan verkefnisstjórnarinnar var í fyrsta sinn gerð tilraun til að innleiða kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð í heildstæðri mynd hér á landi.

Vorið 2010 hófst vinna við tilraunaverkefni í öllum ráðuneytum og samhliða því var ráðinn verkefnisstjóri til að halda utan um þá vinnu. Niðurstöður verkefnanna, eða áfangaskýrslur, voru kynntar í frumvarpi til fjárlaga fyrir árið 2012. Í apríl 2011 samþykkti þáverandi ríkisstjórn þriggja ára áætlun verkefnisstjórnarinnar um áframhaldandi innleiðingu. Í áætluninni er kveðið á um fjölmargar leiðir til að festa kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð í sessi á næstu misserum. Í þessum áfanga innleiðingarinnar var meðal annars lögð áhersla á að öll ráðuneyti ynnu með einn meginmálaflokk samkvæmt aðferðum kynjaðrar hagstjórnar og fjárlagagerðar og til þess að verkefnið næði markmiðinu var talið hæfilegt að ætla þrjú ár í það.

Innan velferðarráðuneytisins hefur verið unnið að yfirfærslu málefna aldraðra frá ríki til sveitarfélaga en sá málaflokkur er mjög umfangsmikill og margir þættir sem þarf að huga að. Þegar velferðarráðuneytið hóf vinnu við kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð var því ákveðið að tengja það verkefni við yfirfærslu málaflokksins en afmarka það við aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum. Þegar þetta er ritað liggur fyrir ákvörðun um að hægja á tilfærslu málaflokksins og því ekki tímabært að skoða þessi tvö verkefni samhliða.

Verkefnisteymi ráðuneytisins hefur setið námskeið á vegum fjármála- og efnahagsráðuneytisins um kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð og viðað að sér þekkingu er lýtur að verkefninu.

³ Skilgreining Evrópuráðsins. Sjá Quinn, S (2009) *Kynjuð fjárlagagerð: Handbók um framkvæmd*, bls. 5.

1.2 Aðferðir kynjaðrar hagstjórnar

Í þessu verkefni er stuðst við aðferð Elisabethar Klatzer um innleiðingu kynjaðrar hagstjórnar. Sú aðferð byggist á sex skrefum:

1. Safna upplýsingum um verkefnið (hvað eigi að greina, hver markmiðin eru o.fl.).
2. Greina kynjasjónarmiðin (hver er staðan og hagsmunir kvenna og karla).
3. Kynjagreining (stefna, útgjöld, tekjur og þjónusta greind).
4. Útbúa kynjamiðaða mælikvarða (sem mæla framvindu markmiða).
5. Finna leiðir til að draga úr misrétti (aðgerðir og innleiðing þeirra).
6. Eftirlit og mat (framkvæmd aðgerða og notkun mælikvarða til að mæla framþróun).⁴

Safnað hefur verið saman ýmsum gögnum og upplýsingum sem tengjast verkefninu. Þar ber helst að nefna gagnaöflun úr RAI-gagnagrunni og gagnaöflun með sérstakri könnun meðal stjórnenda hjúkrunarheimila í verkefninu, auk ýmissa tölfræðigagna sem snúa að öldruðum, fjárhag þeirra, aðbúnaði og fjárframlögum ríkisins til hjúkrunarheimila. Upplýsingarnar hafa verið greindar og dregnir fram helstu þættir og niðurstöður sem þær sýna út frá kynjum. Metið var hvort og til hvaða stefnubreytinga þetta gæti leitt. Tillögur að aðgerðum til að tryggja betur jafna stöðu kynjanna eru settar fram í 7. kafla.

⁴ Fjármála- og efnahagsráðuneytið og Jafnréttisstofa. *Kynjakrónur, handbók um kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð*, bls. 27–28.

2. Lýsing á verkefni

Eins og áður hefur komið fram tók velferðarráðuneytið þá ákvörðun að velja meginmálaflokkinn málefni aldraðra sem þriggja ára verkefni í kynjaðri hagstjórn og fjárlagagerð. Málaflokkurinn er mjög víðtækur og lýtur meðal annars að heilbrigðisstofnunum, hjúkrunarheimilum, heilsugæslu, heimahjúkrun, Heimaþjónustu Reykjavíkur, ýmiss konar millistigsþjónustu (þjónustu- og öryggisíbúðum, hvíldarinnlögnum og dagdvöl), almannatryggingum og þriðja geiranum.

2.1 Afmörkun verkefnis

Hjúkrunarrými er rými á hjúkrunarheimili eða sjúkrahúsi þar sem þeim er hjúkrað sem þarfnast umönnunar og meðferðar sem hægt er að veita utan sjúkrahúsa en ekki heima fyrir. Í hjúkrunarrýmum umdæmissjúkrahúsa og hjúkrunar- og dvalarheimila skal veitt hjúkrunarþjónusta fyrir sjúkratryggða einstaklinga sem metnir hafa verið í þörf fyrir þjónustu í hjúkrunarrými. Enginn getur dvalið í hjúkrunarrými nema að undangengnu mati færni- og heilsumatsnefndar á þörf fyrir dvöl samkvæmt lögum um málefni aldraðra.

Í 14. gr. laga um málefni aldraðra, nr. 125/1999, eru stofnanir fyrir aldraða skilgreindar á eftirfarandi hátt:

- a. Dvalarheimili, sambýli og íbúðir, sérhannað fyrir þarfir aldraðra sem ekki eru færir um að annast heimilishald þrátt fyrir heimaþjónustu. Á stofnunum þessum skal vera varsla allan sólarhringinn, öryggiskerfi í hverri íbúð og val á fjölbreyttri þjónustu, svo sem mat, þvotti, þrifum og félags- og tómstundastarfi. Aðstaða skal vera fyrir hjúkrun, læknishjálp og endurhæfingu. Þjónusta skal byggð á einstaklingsbundnu mati á þörfum hins aldraða og skal byggjast á hjálpi til sjálfshjálpar.
- b. Hjúkrunarheimili eða hjúkrunarrými á öldrunarstofnunum ætluð öldruðum einstaklingum sem eru of lasburða til að dveljast á dvalarheimilum, sambýlum eða í sérhönnuðum íbúðum. Þar skal veitt hjúkrunar- og lækniþjónusta og vera endurhæfing. Sérstök aðstaða skal vera fyrir aldraða með heilabilunareinkennum. Þjónusta skal byggð á einstaklingsbundnu mati á heilsufarslegum og félagslegum þörfum hins aldraða. Möguleiki skal vera á að einstaklingar geti komið þar til hvíldarinnlagnar, sé þess þörf. Við hönnun skal þess sérstaklega gætt að stofnunin sé heimilisleg og að sem flestir íbúar hafi eigið herbergi.

Af þessari skilgreiningu sést að nokkur munur er á þjónustu sem veitt er á dvalar- og hjúkrunarheimilum, enda þarfnast einstaklingar á hjúkrunarheimilum meiri umönnunar og hjúkrunar. Það endurspeglast einnig í miklum mun á fjárhæðum daggjalda til heimilanna (sjá nánar í kafla 4).

Þegar hjúkrunarrými eru rekin á vegum ríkisins og eru í samrekstri með sjúkrarýmum og heilsugæslu getur verið erfitt að greina hvar fjárhagsleg mörk liggja milli sjúkrarýma og hjúkrunarrýma. Því var ákveðið að afmarka verkefnið við aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum á öllu landinu (sjá töflu 1).

Kröfulýsing um öldrunarþjónustu hefur verið samþykkt af velferðarráðuneytinu og er hún nú í endurskoðun.⁵ Hlutverk hennar er að vera kröfuskjal með lágmarkskröfum sem velferðarráðuneytið gerir til þess aðila sem tekur að sér rekstur öldrunarþjónustu og um þá þjónustu sem hann skal veita.

Tafla 1 sýnir yfirlit yfir þær stofnanir sem falla undir þetta verkefni. Þar sést að hjúkrunarrýmum hefur fjölgað úr 2.032 í 2.093 milli árána 2012 og 2014. Önnur rými sem fram koma hægra megin í töflunni og falla ekki hér undir geta til að mynda verið dvalarrými eða dagdvalarrými. Benda má á að öll hjúkrunarrými í heilbrigðisumdæmi Vestfjarða falla utan þeirrar nálgunar sem hér er sett fram þar sem hjúkrunarrýmin heyrja öll undir Heilbrigðisstofnun Vestfjarða.

Tafla 1. Stofnanir verkefnisins eftir heilbrigðisumdæmum og fjöldi rýma sem tilheyra þeim.

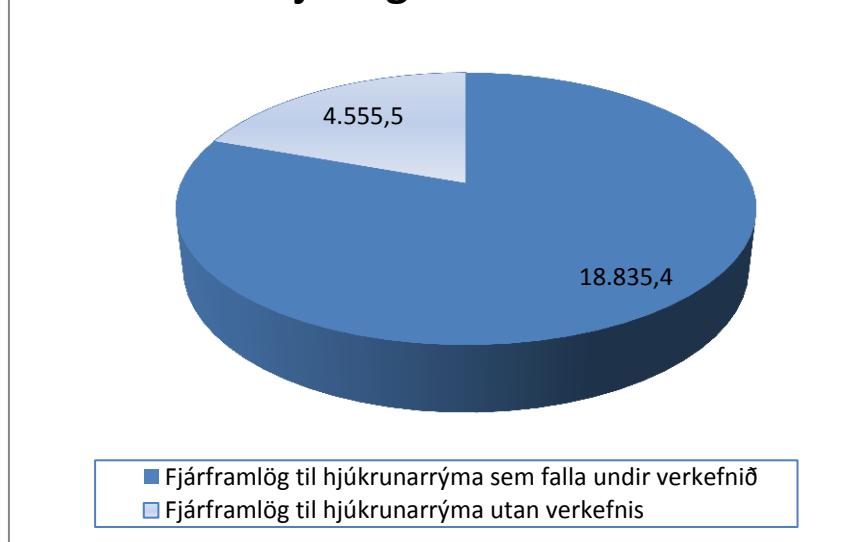
Eftirtaldar stofnanir taka þátt í verkefninu	31. janúar 2012		31. janúar 2013		31. janúar 2014	
	Fjöldi hjúkrunar-rýma	Önnur rými hjá stofnun	Fjöldi hjúkrunar-rýma	Önnur rými hjá stofnun	Fjöldi hjúkrunar-rýma	Önnur rými hjá stofnun
Heilbrigðisumdæmi Vesturlands						
Höfði, Akranesi	48	47	48	50	48	50
Brákarhlíð, Borgarnesi	32	21	32	21	32	21
Dvalarh. aldraðra, Stykkishólmi	9	12	9	12	13	7
Fellaskjól, Grundarfirði	9	5	9	5	9	5
Jaðar, Ólafsvík	10	6	10	6	10	6
Silfurtún, Búðardal	8	6	10	2	10	2
Barmahlíð, Reykhólum	14	4	14	4	14	4
Samtals	130	101	132	100	136	95
Heilbrigðisumdæmi Vestfjarða	0	0	0	0	0	0
Heilbrigðisumdæmi Norðurlands						
Sæborg, Skagaströnd	5	5	5	5	6	3
Hornbrekka, Ólafsfirði	18	17	18	17	18	17
Dalbær, Dalvík	24	31	24	31	24	31
Öldrunarstofnun Akureyrar	168	52	168	52	168	52
Grenilundur, Grenivík	4	4	4	4	4	4
Hvammur, Húsavík	22	31	22	31	22	31
Naust, Þórshöfn	11	7	11	7	11	7
Samtals	252	147	252	147	253	145
Heilbrigðisumdæmi Austurlands						
Hulduhlíð, Eskifirði	18	13	18	13	20	8
Uppsálar, Fáskrúðsfirði	14	14	14	14	14	14
Samtals	32	27	32	27	34	22
Heilbrigðisumdæmi Suðurlands						
Klausturhólar	15	5	15	5	15	5
Hjallatún, Vík	12	8	12	8	12	8
Hraunbúðir, Vestmannaeyjum	29	18	29	18	29	18
Hjúkrunarheimilið Lundur, Hellu	27	5	27	5	27	5
Kirkjuhvoll, Hvolsvelli	16	17	17	15	17	15
Blesastaðir, Skeiðum	4	8	4	8	4	8

⁵ Velferðarráðuneytið (2013). *Kröfulýsing fyrir öldrunarþjónustu*.

Sólvellir, Eyrarbakka	3	13	3	13	3	13
Kumbaravogur, Stokkseyri	38	4	38	4	38	4
Ás Ásbyrgi, Hveragerði	31	103	31	103	38	103
Samtals	175	181	176	179	183	179
Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja						
Hlévangur, Reykjanesbæ	32	0	32	0	32	0
Garðvangur, Garði	39	0	39	0	39 ⁶	0
Samtals	71	0	71	0	71	0
Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins						
Hrafnista, Hafnarfirði	158	92	158	92	158	92
Ísafold, áður Holtsbúð, Garðabæ	39	10	40	10	60	10
Roðasalir, Kópavogi	11	20	11	20	11	20
Sunnuhlíð, Kópavogi	73	18	73	18	73	18
Boðabing, Kópavogi	44	30	44	30	44	30
Hrafnista, Reykjavík	187	82	187	82	177	80
Grund, Reykjavík	181	18	181	18	181	18
Hjúkrunarheimilið Skjól	107	0	107	0	107	0
Hjúkrunarheimilið Eir	173	24	173	24	173	24
Droplaugarstaðir, Reykjavík	82	0	82	0	82	0
Sólvangur, Hafnarfirði	55	0	55	0	58	8
Sóltún, Reykjavík	92	0	92	0	92	0
Mörk, Reykjavík*	80	30	80	30	80	30
Hjúkrunarheimilið Skógarbær	70	11	70	11	70	11
Seljahlíð, Reykjavík	20	0	20	0	20	0
Hamrar, Mosfellsbæ					30	0
Samtals	1.372	335	1.373	335	1.416	341
Heildarfjöldi rýma	2.032	791	2.036	788	2.093	782
* Tíu rými fyrir heilabílaða í Mörkinni eru talin með í verkefninu.						

⁶ Hjúkrunarrými að Garðvangi voru flutt yfir á nýtt hjúkrunarheimili að Nesvöllum í Reykjanesbæ í mars 2014 og Garðvangi lokað.

Fjárframlög til hjúkrunarrýma á fjárlögum 2014



Mynd 1. Fjárframlög til hjúkrunarheimila 2014 í milljónum króna.

Heildarfjárframlög til hjúkrunarheimila á fjárlögum ársins 2014 eru um 23,4 milljarðar króna en voru 22,4 milljarðar króna árið 2013, þar af fara um 18,8 milljarðar króna til þeirra hjúkrunarheimila sem falla undir verkefnið (18,5 milljarðar króna árið 2013). Við afgreiðslu fjárlaga fyrir árið 2014 samþykkti Alþingi 200 milljóna króna tímabundið viðbótarframlag til öldrunarþjónustu á landsbyggðinni.

Samkvæmt reglugerð um daggjöld fyrir hjúkrunar-, dvalar- og dagdvalarrými sem ekki eru á föstum fjárlögum árið 2014, nr. 99/2014, kostar hvert hjúkrunarrými um það bil 8–9 milljónir króna á ári.

Dvalartími hvers einstaklings í hjúkrunarrými er að meðaltali rétt undir þremur árum. Samkvæmt útreikningum ráðuneytisins er hægt að bjóða upp á heimsóknir heimahjúkrunar allt að 24 sinnum á viku, miðað við 30 mínútna heimsóknir, áður en kostnaður verður hærri en dvöl á hjúkrunarheimili. Þess ber þó að geta að hér er undanskilinn kostnaður við félagslega heimaþjónustu, lyfjakostnaður og læknskostnaður.

Gæði hjúkrunar og umönnunar á hjúkrunarheimilum eru mæld reglubundið með sérstöku mælitæki og gæðavísum sem því tengjast. Mælitækið kallast RAI en það stendur fyrir raunverulegan aðbúnað íbúa (e. Residential Assessment Instrument). RAI-mælitæki er fjölþjóðlegt tæki sem notað er til að meta þörf fyrir hjúkrun og heilsufar íbúa á hjúkrunarheimilum á Íslandi. Því hærri sem hjúkrunarþyngdarstuðullinn er því meiri er þörf íbúa fyrir hjúkrun og því lægri sem hann er því minni er þörfin. Tafla 2 sýnir meðalhjúkrunarþyngd hjúkrunarheimila eftir heilbrigðisumdæmum en þar sést að hjúkrunarþyngd er hærri á höfuðborgarsvæðinu en annars staðar á landinu og hefur sá munur farið vaxandi.

Tafla 2. Meðalhjúkrunarþyngd eftir heilbrigðisumdæmum (2010–2013).

RAI	2010	2011	2012	2013
Heilbrigðisumdæmi Vesturlands	0,96	1,00	0,99	1,01
Heilbrigðisumdæmi Vestfjarða	1,01	1,00	0,99	1,03
Heilbrigðisumdæmi Norðurlands	0,99	0,98	0,99	1,01
Heilbrigðisumdæmi Austurlands	0,97	0,97	0,97	0,99
Heilbrigðisumdæmi Suðurlands	1,00	0,98	0,99	1,00
Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja	1,03	1,03	1,02	1,03
Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins	1,03	1,04	1,04	1,07

Horft var á verkefnið út frá tveimur sjónarhornum, annars vegar út frá þeim sem veita þjónustuna og hins vegar út frá þeim sem þiggja þjónustuna. Í tengslum við það var meðal annars skoðuð kynjasamsetning íbúa á heimilunum og aldurssamsetning, dvalartími, tómstundir, þjónusta sem veitt er á heimilinu, gæðavísar, tekjur, RAI-mat, skipting starfsfólks eftir kyni og aðkoma aðstandenda.

2.2 Áhættugreining verkefnis

Verkefnið kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð hófst í tíð ríkisstjórnar Samfylkingar og Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs. Þar sem verkefnið var til þriggja ára var það viss áhættuþáttur að á tímabilinu gátu átt sér stað breytingar á stefnu stjórnvalda í málaflokki kynjaðrar hagstjórnar og fjárlagagerðar ef til stjórnarskipta kæmi. Í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnar Framsóknarflokks og Sjálfstæðisflokks frá því í maí 2013 er ekki vikið sérstaklega að kynjaðri hagstjórn og fjárlagagerð og er ekki gert ráð fyrir breytingu á framgangi verkefnisins. Í nýju frumvarpi um opinber fjármál sem lagt var fram á Alþingi veturinn 2013–2014 er ákvæði um kynjaða hagstjórn sem miðar að því að auka jafnrétti kynjanna.

Fyrir framgang verkefnisins var mikilvægt að virða tímamörk. Meðal þess sem þurfti að gæta að, var að skrifa texta í frumvarp til fjárlaga í júnímánuði ár hvert. Einnig skilaði hópurinn áfangaskýrslum árlega til eiganda og stýrihóps verkefnisins. Vinnuhópurinn taldi mikilvægt að hafa reglubundna fundi og vinnufundi til að tryggja samfellu og forgang verkefnisins. Í verklýsingu var tímaramma stillt upp sem rýna þurfti reglulega í.

Ýmsir óvissuþættir gátu komið upp í verkefninu, meðal annars við söfnun upplýsinga hjá hjúkrunarheimilum og hagsmunaaðilum. Í upphafi verkefnisins var talið að tafir gætu orðið á framgangi verkefnisins vegna þessa og því var nauðsynlegt að ákveða tímanlega hvaða upplýsingum skyldi safnað til að reyna að minnka þá áhættu. Þrátt fyrir það urðu ákveðnar tafir af ófyrirséðum orsökum við söfnun og nálgun upplýsinga. Einnig var talið að verkefninu gæti fylgt umtalsverður kostnaður við öflun upplýsinga. Sú hefur hins vegar ekki orðið raunin.

3. Stefna í málefnum aldraðra

Velferðarráðuneytið fer með yfirstjórn öldrunarmála samkvæmt lögum um málefni aldraðra, nr. 125/1999, og annast ráðuneytið stefnumótun og áætlanagerð í málaflokknum fyrir landið í heild. Eftir ríkisstjórnarskiptin árið 2013 tilheyrir málefnasviðið félags- og húsnæðismálaráðherra en heilbrigðisráðherra fer með málefni hjúkrunarheimila, dvalarheimila, dagdvöl aldraðra og Framkvæmdasjóð aldraðra. Ráðuneytinu ber einnig að hafa eftirlit með framkvæmd laga og reglugerða um málefni aldraðra. Stefna yfirvalda birtist og grundvallast í lögum en reglugerðir skerpa og útfæra stefnuna enn frekar.

Markmið laga um málefni aldraðra er að tryggja að aldraðir eigi vöð á þeirri heilbrigðis- og félagsþjónustu sem þeir þurfa á að halda og að hún sé veitt á því þjónustustigi sem eðlilegast er miðað við þörf og ástand hvers og eins. Einnig er markmið laganna að aldraðir geti eins lengi og unnt er búið við eðlilegt heimilislíf en sé jafnframt tryggð þjónusta á stofnunum þegar hennar er þörf. Við framkvæmd laganna á að gæta þess að aldraðir njóti jafnræðis á við aðra þjóðfélagsþegna og að sjálfsákvörðunarréttur þeirra sé virtur.

Árið 2002 var sett fram af hálfu Sameinuðu þjóðanna Madridar-framkvæmdaáætlun með tíu stefnumarkmiðum, RIS/MIPAA (Regional Implementation Strategy of Madrid International Plan of Action on Ageing), og hefur þeim verið fylgt eftir á fimm ára fresti. Þriðja fimm ára tímabilið hófst því árið 2012. Ísland er þátttakandi í þessari vinnu og var ný stöðuskýrsla send til Efnahagsnefndar Sameinuðu þjóðanna í október 2011.⁷ Í þeirri áætlun er tekið á ýmsum þáttum sem ætlað er að bæta stöðu, aðbúnað, viðhorf aldraðra og fleiri þætti í þjóðfélaginu. Þess ber að geta að stefnumarkmið átta í framkvæmdaáætluninni snýr sérstaklega að kynjanálguninni og í nýjustu stöðuskýrslu Íslands til Sameinuðu þjóðanna var kynjuð hagstjórn og fjárlagagerð nefnt sem eitt af fjórum aðalframtíðarviðfangsefnum landsins. Segja má að í því felist mikilvæg yfirlýsing.

Í desember 2007 var settur á fót ráðgjafahópur sem gerði tillögur um helstu áherslur sem leggja bæri til grundvallar í mótun stefnu í málefnum aldraðra. Á grundvelli tillagna þeirra og stefnuyfirlýsingar ríkisstjórnarinnar sama ár var gefin út stefna árið 2008 um málefni aldraðra til næstu ára.⁸ Grundvallaráherslur stefnunnar eru skýr réttindi, fjölgun fjölbreyttra úrræða, valfrelsi og einstaklingsmiðuð þjónusta. Á Íslandi hefur undanfarin ár verið unnið að málefnum aldraðra samkvæmt þessari stefnu og er hún að mestu leyti í samræmi við RIS/MIPAA. Sumt hefur gengið eftir en annað er enn í vinnslu. Samt sem áður er vert að vekja á því athygli að í stefnunni er ekkert minnst á nálgun út frá kynjasjónarmiðum. Þar sem búið er að nefna kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð sem eitt af fjórum aðalframtíðarviðfangsefnum Íslands þarf að endurskoða stefnuna með það í huga, sbr. einnig meginmarkmið í lýsingu verkefnisins hér að framan.

⁷ Stöðuskýrsla Íslands til Efnahagsnefndar Sameinuðu þjóðanna.

⁸ Velferðarráðuneytið (e.d.). *Stefna í málefnum aldraðra til næstu ára.*

Í stefnunni kemur meðal annars fram að styðja á aldraða til búsetu á eigin heimili sem lengst. Svo það megi verða er mælt til að boðið sé upp á þjónustu í samræmi við einstaklingsþarfir, að fjölbreyttum stuðningsúrræðum sé fjölgað og gott aðgengi sé tryggt að upplýsingum. Mikilvægt er að skoða og fylgjast með hver áhrif þessarar stefnu eru á aðstandendur vegna hugsanlegrar umönnunarþarfar hinna öldruðu og hvort einhver munur sé á þeim áhrifum milli kynja. Í könnun sem gerð var á vegum Capacent fyrir velferðarráðuneytið um hagi aldraða í lok árs 2012 kom í ljós að 92% fólks á aldrinum 80–87 ára búa heima. Dagdvalarrýmum og hvíldarrýmum hefur fjölgað en samt sem áður þarf að efla betur þjónustu og búsetuúrræði fyrir einstaklinga sem ekki þurfa enn á hjúkrunarrými að halda, en þau úrræði má kalla millistigsúrræði.

Við stefnumörkunina 2008 voru sett ný viðmið um bættan aðbúnað aldraða á hjúkrunarheimilum.⁹ Þau viðmið hafa verið mjög gagnlegt leiðarljós til að bæta aðbúnaðinn á nýjum hjúkrunarheimilum og eins við breytingar á eldri heimilum. Þótt ekki hafi tekist að útrýma öllum fjölbýlum á hjúkrunarheimilum þá hefur mikið áunnist. Í könnun verkefnahópsins sem gerð var árið 2012 meðal hjúkrunarheimila þessa verkefnis kom fram að allt að 85% heimilisfólks þeirra býr í einbýli. Óverulegur munur var milli karla og kvenna. Í stefnumörkuninni kemur einnig fram að auka eigi og bæta eftirlit með þjónustu við aldraða.

Þann 1. júní 2012 gengu í gildi lög nr. 28/2012 um breytingu á ýmsum lögum vegna sameiningar vistunarmatsnefnda sem metið hafa þörf fólks fyrir dvöl í hjúkrunar- og dvalarrýmum. Nefndunum fækkaði úr fjórtán í sjö og er nú ein í hverju heilbrigðisumdæmi í stað tveggja áður. Markmiðið er að auðvelda fólki að sækja um slíka dvöl en jafnframt að einfalda stjórnsýsluna. Þessar nýju nefndir, sem nú kallast færni- og heilsumatsnefndir, eiga einnig að meta þörf fólks fyrir tímabundnar hvíldarinnlagnir en til þessa hefur ekki verið um formlegt og samræmt mat að ræða í þeim tilfellum.

Stefnt er að því að aldraðir og aðstandendur þeirra hafi greiðan aðgang að upplýsingum um réttindi og þjónustu. Ýmis samþætting og einföldun á upplýsingagáttum hefur átt sér stað þó nokkuð sé óunnið og er um framtíðarþróunarverkefni að ræða.

Eins og komið hefur fram hefur verið unnið að því að færa heildarábyrgð á þjónustu við aldraða til sveitarfélaga, en það skapar meiri möguleika á samþættingu þjónustunnar. Vinnan við þá yfirfærslu er farin af stað með samstarfi velferðarráðuneytisins, sveitarfélaganna og ýmissa aðila sem málið varðar. Á tilteknum stöðum á Íslandi hafa verið gerðir þjónustusamningar um samþætta heimahjúkrun (sem er á hendi ríkisins) og heimaþjónustu (sem er á hendi sveitarfélaga) og hefur yfirleitt verið mikil ánægja með það fyrirkomulag. Þó mikilvægt sé að halda áfram með samþættingu á þjónustu við aldraða hefur verið ákveðið að hægja á því ferli þar til mat á flutningi á málefnum fatlaðs fólks liggur fyrir. Þá er mögulegt að draga lærdóm af þeirri yfirfærslu og nýta við yfirfærslu á málefnum aldraða.

⁹ Félags- og tryggingamálaráðuneytið (2008). *Skipulag hjúkrunarheimila*. Viðmiðin eru í endurskoðun og vænta má að ný viðmið verði birt á næstunni.

Eins og vikið verður að í lokakafla um aðgerðir er mikilvægt að stefna í málefnum aldraðra verði endurskoðuð meðal annars með það í huga að flétta kynjasjónarmið inn í stefnuna. Það er eitt af markmiðum verkefnisins.

Þegar dregið er saman það sem hér hefur komið fram er þar helst að nefna að velferðarráðuneytið fer með yfirstjórn öldrunarmála fyrir landið í heild en tveir ráðherrar koma að þeim málum. Unnið hefur verið eftir ákveðinni stefnu undanfarin ár en hún snýr meðal annars að því að þjónusta við aldraða sé einstaklingsmiðuð, að aldraðir búi á eigin heimili sem lengst, bæta aðbúnað á hjúkrunarheimilum, þróa og koma á formlegu, faglegu og samræmdu mati fyrir dvöl á hjúkrunar- og dvalarheimili. Í stefnunni er hins vegar ekkert minnst á nálgun út frá kynjasjónarmiðum en þó er búið að nefna kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð sem eitt af framtíðarviðfangsefnum Íslands. Það þarf því að endurskoða stefnuna meðal annars með það í huga.

4. Stjórnarsýsla í málaflokki aldraðra

Í þessum kafla er farið yfir stjórnarsýslu í málaflokki aldraðra og þau lög og reglugerðir sem eru í gildi í málaflokknum.

A) Lög:

- a. Lög um málefni aldraðra, nr. 125/1999, með síðari breytingum.
- b. Lög um almannatryggingar, nr. 100/2007, með síðari breytingum.
- c. Lög um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007, með síðari breytingum.

B) Reglugerðir:

- a. Reglugerð um útreikning, endurreikning og uppgjör tekjutengdra bóta og vistunarframlags, nr. 598/2009, með síðari breytingum.
- b. Reglugerð um daggjöld fyrir hjúkrunar-, dvalar- og dagdvalarrými sem ekki eru á föstum fjárlögum árið 2014, nr. 99/2014.
- c. Reglugerð um stofnanþjónustu fyrir aldraða, nr. 1112/2006, með síðari breytingum.
- d. Reglugerð um vasapeninga og dagpeninga vegna dvalar lífeyrisþega á stofnun, nr. 460/2013.
- e. Reglugerð um heimild Tryggingastofnunar ríkisins til að framlengja bótagreiðslur þrátt fyrir dvöl á sjúkrahúsi eða stofnun fyrir aldraða, nr. 357/2005, með síðari breytingum.
- f. Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma, nr. 466/2012.
- g. Reglugerð um greiðslur öldrunarstofnana fyrir heilbrigðisþjónustu, nr. 427/2013.

4.1 Hjúkrunarheimili, heimilisfólk og færni- og heilsumat aldraðra

Í 2. gr. laga um málefni aldraðra, nr. 125/1999, með síðari breytingum, er heimilismaður skilgreindur sem sá sem dvelur lengur en sex mánuði undanfarna tólf mánuði á hjúkrunarheimili, í hjúkrunarrými á öldrunarstofnun eða í hjúkrunarrými stofnunar sem er á föstum fjárlögum. Færni- og heilsumat aldraðra er skilgreint sem faglegt, einstaklingsbundið mat á þörf fyrir dvöl á stofnun.

Í 14. gr. laganna er kveðið á um stofnanir fyrir aldraða. Er þar annars vegar átt við dvalarheimili, sambýli og íbúðir, sérhannað fyrir þarfir aldraðra sem ekki eru færir um að annast heimilishald þrátt fyrir heimaþjónustu. Hins vegar er um að ræða hjúkrunarheimili eða hjúkrunarrými á öldrunarstofnunum, ætluð öldruðum einstaklingum sem eru of lasburða til að dveljast á dvalarheimilum, sambýlum eða í sérhönnuðum íbúðum. Þar skal veitt hjúkrunar- og lækniþjónusta og vera endurhæfing. Sérstök aðstaða skal vera fyrir aldraða með heilabilunareinkenni (sjá einnig í kafla 2). Þjónusta skal byggð á einstaklingsbundnu mati á heilsufarslegum og félagslegum þörfum hins aldraða. Möguleiki skal vera á að einstaklingar geti komið þangað til hvíldarinnlagnar, sé þess þörf. Við hönnun skal þess sérstaklega gætt að stofnunin sé heimilisleg og að sem flestir íbúar hafi eigið herbergi. Sérstök heimild er í 3. mgr. 14. gr. laganna til að samþykkja dvöl einstaklinga sem eru yngri en 67 ára á hjúkrunarheimilum og í hjúkrunarrýmum öldrunarstofnana enda hafi þeir verið metnir í þörf fyrir dvöl samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu.

Ákvæði 15. gr. laga um málefni aldraðra, eins og því var breytt með lögum nr. 28/2012, fjallar um færni- og heilsumat, en það er í höndum sérstakra færni- og heilsumatsnefnda í hverju heilbrigðisumdæmi, og er svohljóðandi:

Stjórn dagdvalar, sbr. 3. tölul. 13. gr., tekur ákvörðun um dagdvöl og ásamt stjórn stofnunar fyrir aldraða, sbr. 14. gr., um dvöl fólks á viðkomandi stofnun enda hafi öðrum skilyrðum þessarar greinar verið fullnægt.

Áður en kemur að dvöl einstaklings í hjúkrunar- eða dvalarrými, samkvæmt umsókn hans, skulu öll önnur raunhæf úrræði sem miða að því að fólk geti búið í heimahúsi vera fullreynd. Enginn getur dvalið til langframa í hjúkrunarrými eða dvalarrými nema að undangengnu mati færni- og heilsumatsnefndar á þörf fyrir slíka dvöl. Ráðherra skipar þriggja manna nefnd í hverju heilbrigðisumdæmi til að annast matið. Hver nefnd skal skipuð lækni með sérmenntun í öldrunar- eða heimilislækningum eða langvinnnum sjúkdómum, hjúkrunarfræðingi með þekkingu á öldrunarþjónustu eða hjúkrun langveikra og félagsráðgjafa, sálfræðingi eða öldrunarfræðingi með þekkingu á félagsþjónustu við aldraða eða langveikt fólk. Færni- og heilsumatsnefnd í fjölmönnum heilbrigðisumdæmum má þó skipa sex mönnum, enda uppfylli nefndarmenn sömu menntunarskilyrði og í þriggja manna nefnd og jafnvægi milli sérþekkingarinnar sé það sama. Skipa skal varamenn sem uppfylla sömu menntunarskilyrði og aðalmenn. Við meðferð mála skal auk laga þessara farið að stjórnsýslulögum.

Færni- og heilsumatsnefnd skal einnig meta þörf einstaklings sem býr í heimahúsi fyrir hvíldarinnlögn, sbr. 2. tölul. 1. mgr. 14. gr., í allt að átta vikur samkvæmt umsókn hans.

Hafi aldraður einstaklingur verið lengur en sex vikur á sjúkrahúsi án sérstakrar meðferðar skal meta þörf hans fyrir dvöl á öldrunarstofnun eða fyrir önnur úrræði.

Ráðherra kveður nánar á um færni- og heilsumat í reglugerð.

Í reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma, nr. 466/2012, er framangreint lagaákvæði útfært nánar. Er þar kveðið á um í 5. gr. að færni- og heilsumatsnefndir skuli í störfum sínum hafa að leiðarljósi það markmið að fólki skuli gert kleift að búa á eigin heimili utan stofnana eins lengi og unnt er með viðeigandi heilbrigðis- og félagsþjónustu og öðrum raunhæfum úrræðum. Skila skal skriflegri umsókn um færni- og heilsumat til þeirrar nefndar í því umdæmi sem umsækjandi á lögheimili og þarf umsókn að fylgja samþykki um heimild til að afla upplýsinga frá heilbrigðis- og félagsþjónustu, sbr. 8. gr. reglugerðarinnar. Sé niðurstaða færni- og heilsumats neikvæð skal viðkomandi nefnd rökstyðja þá ákvörðun og er heimilt að kæra hana til ráðherra, sbr. 12. gr. Stjórn eða matsteymi stofnana tekur ákvörðun um dvöl einstaklinga í dvalar- eða hjúkrunarrými eftir að einstaklingur hefur verið metinn í þörf fyrir dvöl og þegar rými losnar skal val þessara aðila standa á milli tveggja einstaklinga sem óskað hafa eftir dvöl á staðnum og metnir eru í mestri þörf fyrir dvalar- eða hjúkrunarrými, sbr. 14. gr. reglugerðarinnar.

Um hvíldarinnlagnir á hjúkrunarheimili er fjallað í III. kafla reglugerðarinnar en markmið þessa úrræðis er að gera einstaklingum kleift að búa áfram á eigin heimili með tímabundinni endurhæfingu, reglubundinni hvíldarinnlögn eða tímabundinni umönnun vegna sértækra vandamála, svo sem heilabilunar, sbr. 16. gr. Færni- og heilsumatsnefndir skulu afgreiða umsóknir um hvíldarinnlagnir á innan við viku en í bráðatilvikum er heimilt að framkvæma matið eftir á, sbr. 17. og 18. gr. reglugerðarinnar. Loks er í 20. gr. gert ráð fyrir að Embætti landlæknis hafi yfirumsjón með framkvæmd færni- og heilsumats.

4.2 Hjúkrunarþjónusta í hjúkrunarrýmum

Samkvæmt 16. gr. laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007, með síðari breytingum, skal í hjúkrunarrýmum umdæmissjúkrahúsa og hjúkrunar- og dvalarheimila veitt hjúkrunarþjónusta fyrir sjúkratryggða einstaklinga sem metnir hafa verið í þörf fyrir þjónustu í hjúkrunarrými. Enginn getur dvalið til langframa í hjúkrunarrými nema að undangengnu mati færni- og heilsumatsnefndar á þörf fyrir dvöl samkvæmt lögum um málefni aldraðra. Samkvæmt reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum, nr. 544/2008, skal tryggja samræmda heilbrigðisþjónustu við aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimili með RAI-mati sem metur raunverulegan aðbúnað íbúa. RAI-matið er í höndum sérþjálfaðs hjúkrunarfræðings og eru markmið þess tiltekin í 3. gr.; að fylgjast með heilsufari og velferð hins aldraðra, að afla upplýsinga um þarfir og umönnun hins aldraðra, að afla samræmdra upplýsinga um þarfir stofnana vegna heilbrigðisþjónustu og að tryggja hámarksgeði heilbrigðisþjónustu og sem besta nýtingu fjármagns.

4.3 Fjármögnun hjúkrunarrýma á hjúkrunarheimilum

Tvenns konar aðferðir eru notaðar til að fjármagna rekstur hjúkrunarrýma á hjúkrunarheimilum fyrir utan dvalarframlag heimilismanns. Í fyrsta lagi með daggjöldum fyrir stofnanir sem ekki eru á föstum fjárlögum og er ætlað að mæta eðlilegum rekstrarkostnaði án viðhalds húsnæðis. Langflest hjúkrunarheimili eru fjármögnuð af ríkinu með þessum hætti. Í öðru lagi eru stofnanir á föstum fjárlögum, til dæmis Sólvangur í Hafnarfirði.

Í reglugerð nr. 99/2014 eru ákveðin daggjöld fyrir hjúkrunar-, dvalar- og dagdvalarrými sem ekki eru á föstum fjárlögum árið 2014. Daggjald að fjárhæð 22.085 krónur sem er miðað við RAI 1,0 liggur til grundvallar útreikningi á daggjöldum hjúkrunarrýma. Í 3. gr. er kveðið á að um að innifalið í daggjöldum er hvers konar þjónusta sem heimilismönnum er látin í té á stofnunum, sbr. meðal annars reglugerð um greiðslur öldrunarstofnana fyrir heilbrigðisþjónustu, nr. 427/2013. Ákvæði 2. gr. þeirrar reglugerðar segir að öldrunarstofnanir, þar á meðal hjúkrunarheimili, skuli tryggja að þeir sem þar dvelja eigi kost á tiltekinni heilbrigðisþjónustu sem stofnunin kostar að fullu, hvort sem þjónustan er veitt inni á stofnuninni eða utan hennar. Þjónusta sem hver einstaklingur nýtur fer eftir einstaklingsbundnu mati á þörf. Um er að ræða eftirfarandi þjónustu:

- a. Almenna læknishjálp og sérgreinalæknishjálp. Sé þjónusta veitt utan öldrunarstofnunarinnar skal stofnunin greiða samkvæmt gildandi samningi sem Sjúkratryggingar Íslands hafa gert um þjónustuna eða eftir atvikum samkvæmt sérstökum samningi sem öldrunarstofnunin hefur gert við lækna. Ef ekki hafa verið gerðir samningar um þjónustuna greiðir stofnunin þjónustuna.
- b. Lyf, þó ekki leyfisskyld lyf sem Sjúkratryggingar Íslands greiða.
- c. Rannsóknir og myndgreiningu.
- d. Endurhæfingu, til dæmis sjúkraþjálfun.
- e. Hjálpartæki, þó ekki gleraugu, heyrnartæki eða hjólastóla.
- f. Sjúkraflutninga, annan en þann sem sjúkrahúsi ber að greiða samkvæmt 28. gr. laga um sjúkratryggingar, nr. 112/2008. Sjúkraflutningur að ósk heimilismanns eða aðstandanda skal greiddur af þeim sem óskar flutningsins.

Ef einstaklingur sem býr á öldrunarstofnun er lagður inn á sjúkrahús dvelst hann þar á kostnað sjúkrahússins. Samkvæmt 3. gr. reglugerðarinnar kemur fram að hjúkrunarheimili sé ekki skylt að kosta persónulega muni og aukabjónustu, svo sem snyrtivörur, hársnyrtingu, fót snyrtingu, fatnað eða fatahreinun. Öldrunarstofnanir skulu hins vegar kosta hreinsun á fatnaði sem má þvo í þvottavél.

4.4 Greiðslur vegna íbúa á hjúkrunarheimilum

Í þessum kafla er fjallað um stöðvun lífeyrisgreiðslna ef lífeyrisþegar flytja á hjúkrunarheimili, þátttöku heimilisfólks í dvalarkostnaði á hjúkrunarrýmum, innheimtu dvalarkostnaðar og greiðslu vasapeninga og dagpeninga til heimilisfólks.

4.4.1 Dvöl á hjúkrunarheimili

Ef elli- eða örorkulífeyrisþegi fær færni- og heilsumat og flytur á hjúkrunarheimili fellur lífeyrir hans frá TR og bætur honum tengdar niður frá fyrsta degi næsta mánaðar eftir flutninginn. Hjúkrunarheimili skulu senda TR upplýsingar um nýtt heimilisfólk um leið og það flytur inn. Heimilt er þó að víkja frá þessum tímamörkum ef sérstaklega stendur á, sérstaklega ef viðkomandi þarf að standa undir greiðslum af húsnæði. Sækja þarf sérstaklega um framlengingu bóta og skal við mat á framlengingu á greiðslu lífeyris og bótum honum tengdum höfð hliðsjón af tekjum og útgjöldum umsækjanda.

Hlutfallslega fleiri konur (75%) en karlar (25%) fengu samþykka slíka framlengingu á tímabilinu nóvember 2012 til október 2013. Þetta getur bent til þess að konur eigi síður möguleika á að standa undir greiðslum húsnæðiskostnaðar þegar greiðslur frá TR falla niður við flutning á hjúkrunarheimili.

4.4.2 Tekjur heimilisfólks og þátttaka í greiðslu dvalarkostnaðar

Heimilismaður sem hefur tekjur umfram ákveðið tekjumark skal taka þátt í greiðslu dvalarkostnaðar á hjúkrunarheimilinu. Þó skal greiðsluþátttaka hans aldrei nema hærri fjárhæð en sem nemur daggjöldum á stofnun fyrir aldraða eins og þau eru ákveðin af ráðherra. Ef tekjur íbúa í hjúkrunarrými ná ekki tilteknu lágmarki á mánuði greiðir ríkissjóður dvalarkostnað hans að fullu.

Í áfangaskýrslu II voru birtar upplýsingar um kostnaðarþátttöku heimilisfólks í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum þar sem fram kom mismunur eftir kynjum. Þá þótti brýn aðgerð að afla og greina upplýsingar um tekjur heimilisfólks eftir kynjum og bera saman við kostnaðarþátttöku kynjanna á hjúkrunarheimilunum. Sú vinna fór fram og var markmiðið fyrst og fremst að kanna hvort munur væri á tekjum heimilisfólks eftir kynjum með tilliti til greiðslna til hjúkrunarheimilis og að athuga um hvers konar tekjur væri að ræða, þ.e. tekjur frá lífeyrissjóðum eða fjármagnstekjur.

Töflur 3 og 4 sýna greiðslubátttöku og meðalgreiðslur heimilisfólks í dvalarkostnaði eftir kyni í janúar 2012, 2013 og 2014.

Tafla 3. Fjöldi heimilisfólks og greiðslubátttaka í hjúkrunarrýmum í krónum (janúar 2012–2014).

	Fjöldi			Breyting	2012				2013				2014			
	2012	2013	2014		Karlar	Hlutf.	Konur	Hlutf.	Karlar	Hlutf.	Konur	Hlutf.	Karlar	Hlutf.	Konur	Hlutf.
0 kr.	876	875	903	3%	238	27%	638	73%	240	27%	635	73%	246	27%	657	73%
1–50.000	377	370	379	1%	158	42%	219	58%	162	44%	208	56%	169	45%	210	55%
50.001–100.000	239	245	237	-1%	82	34%	157	66%	81	33%	164	67%	77	32%	160	68%
100.001–200.000	245	243	251	2%	79	32%	166	68%	80	33%	163	67%	84	33%	167	67%
200.001–300.000	53	65	83	57%	13	25%	40	75%	19	29%	46	71%	30	36%	53	64%
300.001–311.740	2	33	6	200%	0	0%	2	100%	14	42%	19	58%	2	33%	4	67%
311.741 kr.	22	26	23	5%	12	55%	10	45%	12	46%	14	54%	13	57%	10	43%
Samtals	1.814	1.857	1.882	4%	582	32%	1.232	68%	608	33%	1.249	67%	621	33%	1.261	67%

Heimild: Tryggingastofnun ríkisins.

Þegar skoðaðar eru tölur yfir það heimilisfólk sem greiðir ekkert til hjúkrunarheimila kemur í ljós að konur eru í miklum meiri hluta en á það ber þó að líta að hlutfall kvenna í hjúkrunarrýmum er um 2/3 af heildinni og er því munur þar á. Í janúar 2014 greiddu 657 konur (52% kvenna) ekkert í samanburði við 246 karla (40% karla). Er það svipað hlutfall og árið áður. Örlítið fleiri karlar eru nú í hæsta greiðsluflokki en hafa ber í huga að hér er um fáa einstaklinga að ræða svo fara verður varlega í að draga ályktanir, þessu var til dæmis öfugt farið árið 2013.

Tafla 4. Meðalgreiðslur íbúa á hjúkrunarheimilum eftir kyni í þúsundum króna (janúar 2012–2014).

ÁR	Meðalgreiðslur	Karlar	Konur	Mismunur
2012	44,1	46,9	42,7	10%
2013	51,2	55,6	49,1	13%
2014	48,4	53,9	45,7	18%

Greiðslubátttaka heimilisfólks fyrir hjúkrunarrými hækkaði að meðaltali milli árána 2012 og 2013 en lækkaði aftur milli árána 2013 og 2014. Á þetta við um bæði kynin. Þannig var meðalgreiðsla hvers heimilismanns um 44.000 krónur á mánuði í janúar 2012, hækkaði í ríflega 51.000 krónur árið 2013 en lækkaði aftur árið 2014 í 48.400 krónur.

Karlar greiða að meðaltali hærra mánaðargjald fyrir hjúkrunarrými sem sýnir að þeir hafa yfirleitt hærri tekjur en konur. Karlar greiddu að meðaltali um 10% meira en konur árið 2012, sá munur jókst í 13% árið 2013 og í 18% árið 2014. Bendir það til þess að tekjur karla sem dvelja á hjúkrunarheimilum hækki meira en tekjur kvenna á milli ára.

Með því að jafna laun og atvinnuþátttöku kynjanna má ætla að greiðsluþátttaka þeirra sem dvelja á hjúkrunarheimilum jafnist frá því sem nú er. Liður í því er að eyða kynbundnum launamun en þann 24. október 2012 undirrituðu stjórnvöld og samtök aðila vinnumarkaðarins viljayfirlýsingu¹⁰ um samstarf til að eyða kynbundnum launamun. Í kjölfarið var skipaður aðgerðahópur sem í eiga sæti fulltrúar samtaka aðila vinnumarkaðarins og stjórnvalda. Verkefni hans eru meðal annars að vinna að samræmingu rannsókna á kynbundnum launamun, gerð framkvæmdaáætlunar um jafnara náms- og starfsval, gerð áætlunar um kynningu jafnlaunastaðals, upplýsingamiðlun og ráðgjöf um launajafnrétti kynjanna til stofnana og fyrirtækja.

4.4.3 Innheimta dvalarkostnaðar

Hjúkrunarheimili sem er rekið á daggjöldum og stofnun sem er á föstum fjárlögum innheimtir hjá heimilismanni í byrjun hvers mánaðar daglegan hlut hans í dvalarkostnaði nýliðins mánaðar þegar hann tekur þátt í greiðslu dvalarkostnaðar. Þess skal gætt að heimilismaður haldi eftir mánaðarlegu ráðstöfunarfé. Tryggingastofnun ríkisins greiðir full daggjöld fyrirfram síðasta virka dag mánaðar. Reiknuð þátttaka heimilismanns er dregin frá daggjöldum fjórum mánuðum síðar hafi heimili ekki endurgreitt þátttökugjaldið.

Ráðherra ákveður hámark greiðsluþátttöku í dvalarkostnaði á stofnun sem er á föstum fjárlögum. Við ákvörðun skal höfð hliðsjón af ákvörðun daggjalda.

4.4.4 Daggjöld og tímabil greiðslu daggjalda

Daggjald er greitt frá þeim degi sem lífeyrisþegi flytur inn á hjúkrunarheimili. Ráðherra ákveður daggjöld hjúkrunarheimila með reglugerð. Tryggingastofnun ríkisins greiðir hjúkrunarheimili sem ekki er á föstum fjárlögum full daggjöld og dregur frá þátttöku heimilisfólks fjórum mánuðum síðar.

Við andlát heimilismanns eða þegar heimilismaður flytur af hjúkrunarheimili falla greiðslur daggjalda niður daginn eftir andlát eða brottflutning. Heimili getur sótt um greiðslu daggjalda í allt að sjö daga til viðbótar ef nýr heimilismaður flytur ekki inn strax.

Fari heimilismaður á sjúkrahús til skammtímainnlagnar er heimilt að greiða 70% af fullu daggjaldi í allt að 45 daga. Fullt daggjald er greitt fyrir flutningsdaginn.

4.4.5 Flutningur heimilisfólks

Ef heimilismaður flyst af dvalarrými yfir á hjúkrunarrými sömu stofnunar skal dvalarframlag sem þegar hefur verið greitt til heimilis fyrir sama tíma dragast frá daggjaldi sem greitt hefur verið fyrir hjúkrunarrýmið samkvæmt reglugerð um daggjöld stofnana sem ekki eru á föstum fjárlögum.

Flytji heimilismaður af einu hjúkrunarheimili yfir á annað er greitt daggjald til og með síðasta dags til fyrra heimilis og frá innflutningsdegi til nýja heimilisins. Fyrra heimilið getur óskað eftir að fá greitt í allt að sjö daga vegna brottflutnings ef nýr heimilismaður flytur ekki inn í rýmið.

¹⁰ Velferðarráðuneytið. *Viljayfirlýsing um launajafnrétti kynjanna* frá 24. október 2012.

4.4.6 Vasapeningar

Þegar lífeyrir frá TR og bætur honum tengdar falla niður við flutning á hjúkrunarheimili er heimilt að greiða heimilismanni vasapeninga. Við útreikning á fjárhæð vasapeninga lækka tekjur heimilismannsins og þeir falla niður þegar tekjur ná tilteknu marki.

Með tekjum er átt við tekjur eins og þær eru skilgreindar í lögum um almannatryggingar og um tekjuútreikning fer samkvæmt sömu lögum. Við útreikning vasapeninga skal ekki reikna með tekjum maka, en þó skal reikna með fjármagnstekjum sem ávallt teljast sameiginlegar tekjur hjóna.

4.4.7 Dagpeningar utan stofnana

Dveljist heimilismaður á hjúkrunarheimili utan stofnunar nokkra daga í senn, til dæmis yfir hátíðar, en útskrifast samt ekki er heimilt að greiða honum dagpeninga sem nema tiltekinni fjárhæð á dag þann tíma. Greitt er að hámarki fyrir átta daga í mánuði.

4.5 Samantekt

Eins og framangreind umfjöllun um gildandi lög og reglur í málefnum aldraðra ber með sér, er ekki að sjá við fyrstu sýn að þau hafi mismunandi áhrif á kynin. Til dæmis er gert ráð fyrir faglegu einstaklingsbundnu mati á þörf fyrir þá þjónustu sem hér um ræðir. Athygli vekur þó að konur eru fjárhagslega lakar settar við komu á hjúkrunarheimili og hefur þar launamunur kynjanna og mismunandi atvinnuþátttaka þeirra mest áhrif. Greiðsluþátttaka heimilisfólks fyrir hjúkrunarrými er einnig misjöfn þar sem karlar greiða meira en konur og eykst sá munur milli ára. Ætla má að greiðsluþátttaka heimilisfólks jafnist frá því sem nú er með því að jafna laun og atvinnuþátttöku kynjanna.

Frá 1. júlí 2009 höfðu greiðslur frá lífeyrissjóðum áhrif á rétt aldraðra til grunnlífeyris almannatrygginga og við það fækkaði þeim sem áttu rétt til ellilífeyris frá TR um tæp 10%. Frá 1. júlí 2013 var þessi breyting dregin til baka og fjölgaði þeim sem fengu greiddan ellilífeyri frá TR aftur um tæp 10%.

5. Staða aldraðra á Íslandi í dag

Í þessum kafla er fjallað almennt um stöðu aldraðra, 67 ára og eldri, á Íslandi. Í kaflanum eru birtar upplýsingar sem tengjast fjölda aldraðra, lífslíkum þeirra og tekjum, lífeyrisgreiðslum og fjölda aldraðra á hjúkrunar- og dvalarrýmum.

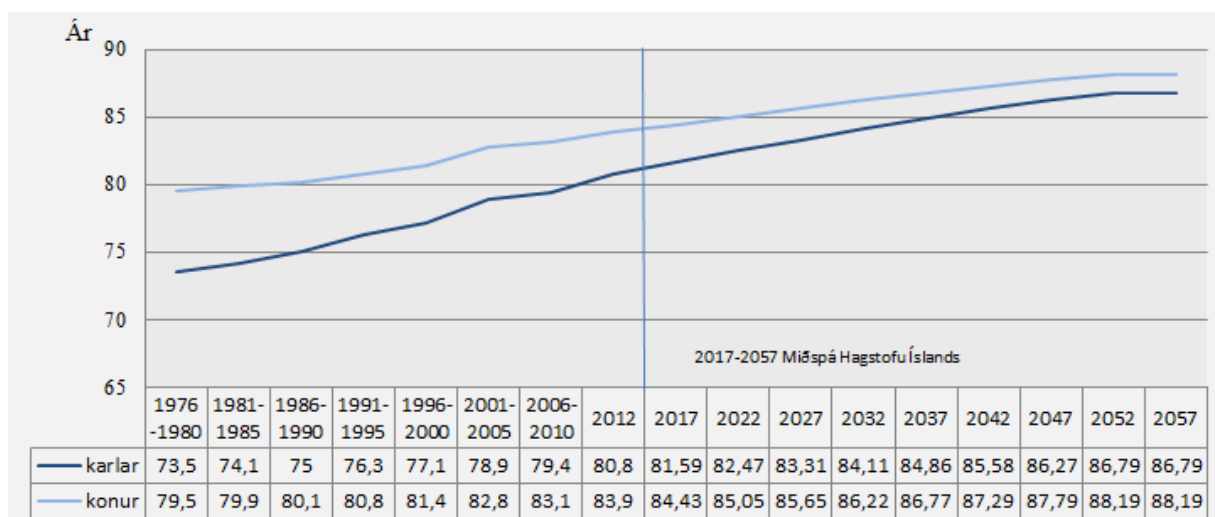
5.1 Fjöldi aldraðra og ólifuð meðalævi

Þegar rætt er um aldraða í þessum kafla er átt við þá sem eru 67 ára og eldri, sbr. 1. tölul. 2. gr. laga um málefni aldraðra, nr. 125/1999, með síðari breytingum. Þann 1. janúar 2013 var fjöldi aldraðra á Íslandi 36.002, sbr. töflu 5. Það er um 11% af íbúafjölda landsins, þar af voru 16.520 (46%) karlar og 19.482 (54%) konur. Í töflunni kemur einnig fram að samkvæmt spá Hagstofu Íslands mun hlutfall aldraðra af íbúafjölda landsins vaxa og verða um 23% árið 2060.

Tafla 5. Fjöldi aldraðra 2013 og spá um fjölda aldraðra til ársins 2060.

Ár	2013		2020		2030		2040		2050		2060	
	Fjöldi	Hltf.	Fjöldi	Hltf.	Fjöldi	Hltf.	Fjöldi	Hltf.	Fjöldi	Hltf.	Fjöldi	Hltf.
Íbúafjöldi	321.857	100%	345.066	100%	375.256	100%	399.724	100%	419.860	100%	435.106	100%
Samtals 67+	36.002	11%	45.363	13%	63.452	17%	77.561	19%	88.830	21%	98.479	23%
Karlar 67+	16.520	5%	21.549	6%	30.622	8%	37.136	9%	42.724	10%	47.288	11%
Konur 67+	19.482	6%	23.814	7%	32.830	9%	40.425	10%	46.106	11%	51.1911	12%

Ólifuð meðalævi sýnir hve mörg æviár einstaklingur á að meðaltali ólifuð miðað við að hann sé á lífi við upphaf tiltekins aldurs skeiðs.



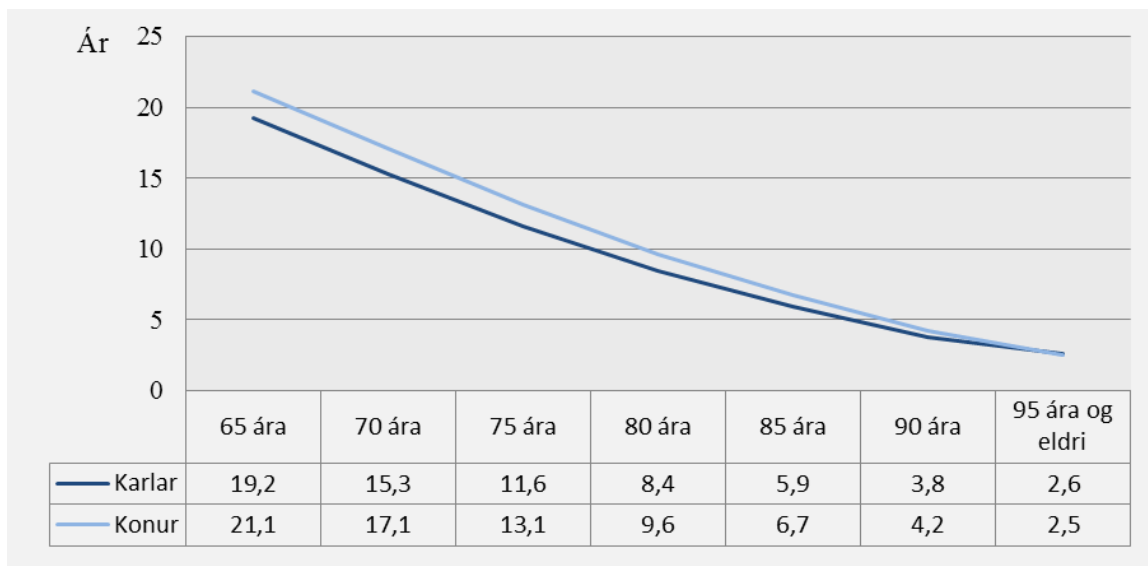
Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 2. Ólifuð meðalævi karla og kvenna við fæðingu 1976–2012 og spá til 2057.

Á mynd 2 sést að ólifuð meðalævi kvenna við fæðingu er lengri en karla og spáð er að svo verði enn um sinn þó munurinn minnki. Þegar velt er upp hugsanlegum ástæðum þessa er gjarnan nefnd sú staðreynd að slysatíðni karla er hærra en kvenna og það geti skýrt einhvern mun. Karlar eru líklegri til

að slasast fram til sjötugs en á aldrinum 70–90 ára eru slys meðal kvenna algengari. Eftir 90 ára aldur er hins vegar lítill munur á kynjunum hvað þetta varðar.¹¹ Einnig má nefna að lífsstíll hefur áhrif á heilsufar og þar með á ævilengd. Matarvenjur, áfengisneysla og reykingar eru áhrifaríkir áhrifaþættir en reykingar hafa mikil áhrif á hjarta- og æðasjúkdóma. Meðal kvenna er dánartíðni úr hjarta- og æðasjúkdómum hærrí en karla og þeim reiðir verr af eftir kransæðastíflu en körlum.¹² Hér er áhugavert að geta niðurstaðna úr tilraunaverkefni í kynjaðri hagstjórn og fjárlagagerð um biðlista í kransæðapræðingu sem sýndi að biðtími eftir slíkri aðgerð er lengri hjá konum en körlum.¹³ Í nýlegum upplýsingum í Talnabrunni á vef Embættis landlæknis þar sem fjallað er um biðtíma eftir hjarta- og/eða kransæðamyndatöku að meðtöldum kransæðavíkkunum er lengd biðtíma hins vegar ekki greind eftir kynjum.¹⁴ Er þetta bagalegt en geta má þess að samkvæmt 16. gr. laga um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla, nr. 10/2008, er skylt í opinberri hagskýrslugerð að greina á milli kynja við söfnun gagna, úrvinnslu þeirra og birtingu nema persónuverndarhagsmunir hamli því.

Mynd 3 sýnir ólífuaða meðalævi karla og kvenna við 65 ára aldur og með fimm ára aldursbili eftir það.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 3. Ólífuaða meðalævi karla og kvenna við 65 ára aldur og á fimm ára aldursbili (2012).

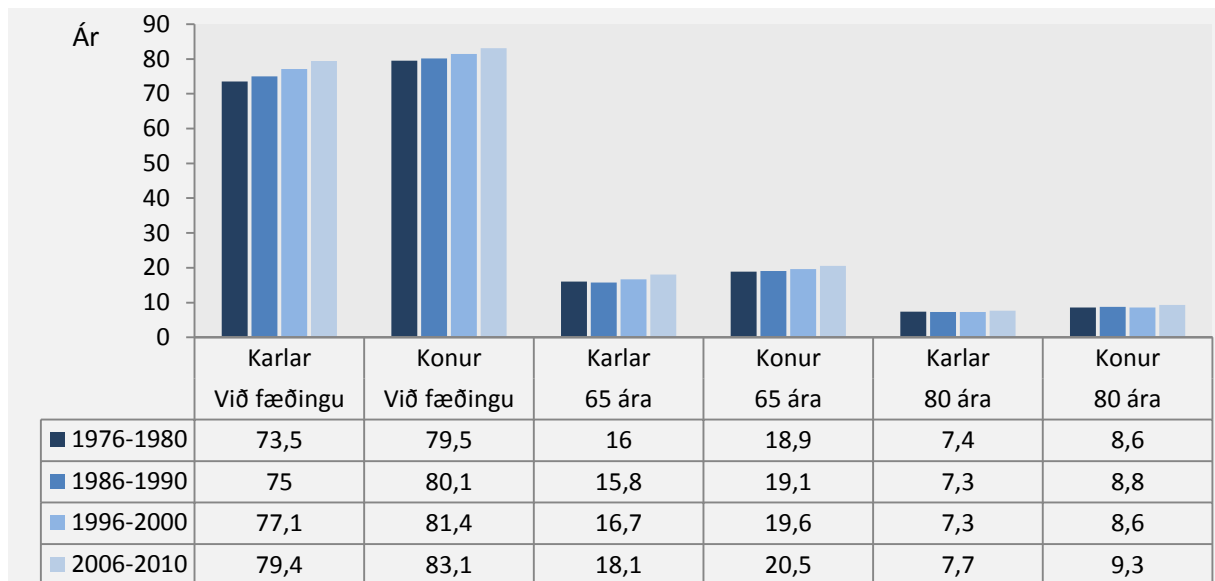
Þótt ólífuaða meðalævi taki mið af eldri aldurskeiðum er ólífuaða meðalævi kvenna lengri en karla og jafnast ekki út fyrr en um og eftir 95 ára aldur.

¹¹ Embætti landlæknis. Talnabrunnur, nóvember–desember 2012.

¹² Bellasi, 2007.

¹³ Fjármálaráðuneytið. Biðlistar í kransæðapræðingu og liðskiptaaðgerð á mjöðm og hné.

¹⁴ Embætti landlæknis. Talnabrunnur, apríl 2014.



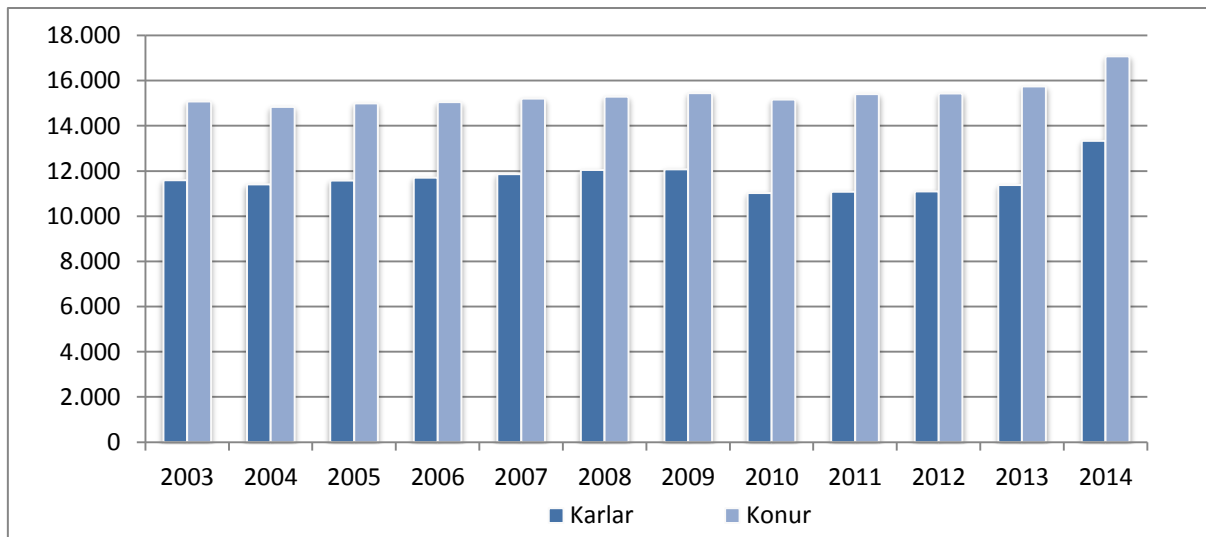
Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 4. Breytingar ólifaðrar meðalævi karla og kvenna frá 1976–1980 til 2006–2010.

Mynd 4 sýnir breytingar á ólifaðri meðalævi karla og kvenna á mismunandi tímabilum við fæðingu, við 65 ára aldur og við 80 ára aldur. Þar kemur fram að lífslíkur beggja kynja hafa aukist en lífslíkur kvenna eru þó meiri. Helstu skýringa er að leita í breytingu á lífsstíl kynjanna, reykingar kvenna jukust um miðja síðustu öld og dregið hefur úr áhættusömum störfum karla. Á myndinni sést að meðalævi karla hefur lengst um tæp sex ár síðustu 35 árin á meðan meðalævi kvenna hefur lengst um þrjú og hálf ár. Sama þróun á sér stað í löndunum í kringum okkur.

5.2 Ellilífeyrir og fjöldi lífeyrisþega

Í janúar 2014 voru ellilífeyrisþegar 30.417 talsins, 13.341 karl og 17.076 konur. Á sama tíma var mannfjöldi 67 ára og eldri 37.010, þar af 17.092 karlar og 19.918 konur. Hlutfall ellilífeyrisþega af mannfjölda 67 ára og eldri var því að meðaltali 82,2%. Þetta hlutfall er mun hærra hjá konum eða 85,7% en 78,1% hjá körlum. Stafar þessi munur af því að karlar vinna að jafnaði lengur og hafa að jafnaði hærri tekjur en konur. Þeir hafa einnig meiri möguleika á að fresta töku lífeyris hjá TR og ávinna sér þar með rétt til hærri greiðslna þegar að lífeyristöku kemur. Velta má því upp hvort munur sé á því hversu líkamlega slítandi störfín eru og ef svo sé hvort það hafi áhrif á það hvenær konur og karlar ákveða að hefja töku lífeyris. Tekjutengingar í lífeyristryggingum gera það einnig að verkum að færri karlar eiga rétt á ellilífeyri frá TR en konur, þar sem tekjur þeirra eru almennt hærri. Þessara áhrifa gætti mjög í kjölfar efnahagshrunsins en árið 2009 voru tekjutengingar auknar og körlum í hópi ellilífeyrisþega fækkaði hlutfallslega meira en konum. Aftur á móti fjölgaði körlum í hópi ellilífeyrisþega aftur frá 1. júlí 2013 þegar dregið var úr tekjutengingum í lífeyristryggingum. Þessi þróun sést betur á mynd 5.



Heimild: Tryggingastofnun ríkisins.

Mynd 5. Fjöldi ellilífeyrisþega sem þiggja ellilífeyri frá TR (janúar 2003–2014).

Ellilífeyrisþegum fjölgaði um rúm 3% frá árinu 2003 fram á mitt árið 2013, en á sama tíma fjölgaði 67 ára og eldri um 11%. Ástæðan fyrir fækkun þeirra sem þiggja ellilífeyri á þessu tímabili er breytingar á tekjum hjá þessum aldurshópi og breytingar á lögum og reglugerðum. Frá 1. júlí 2009 höfðu greiðslur frá lífeyrissjóðum áhrif á rétt aldraðra til grunnlífeyris almannatrygginga og við það fækkaði þeim sem áttu rétt til ellilífeyris frá TR um tæp 10%. Frá 1. júlí 2013 var þessi breyting dregin til baka og fjölgaði þeim sem fengu greiddan ellilífeyri frá TR aftur um tæp 10%. Greiðslur til þeirra ellilífeyrisþega sem höfðu hæstar tekjur, aðrar en frá TR, lækkuðu mest í kjölfar þeirra aðgerða sem gripið var til í kjölfar efnahagshrunsins 2009. Þegar þær skerðingar voru dregnar til baka sumarið 2013 hækkuðu lífeyrisgreiðslur aftur til þessa sama hóps. Þessar breytingar náðu til mun fleiri karla en kvenna, þar sem þeir hafa að jafnaði mun hærri tekjur frá öðrum en TR.

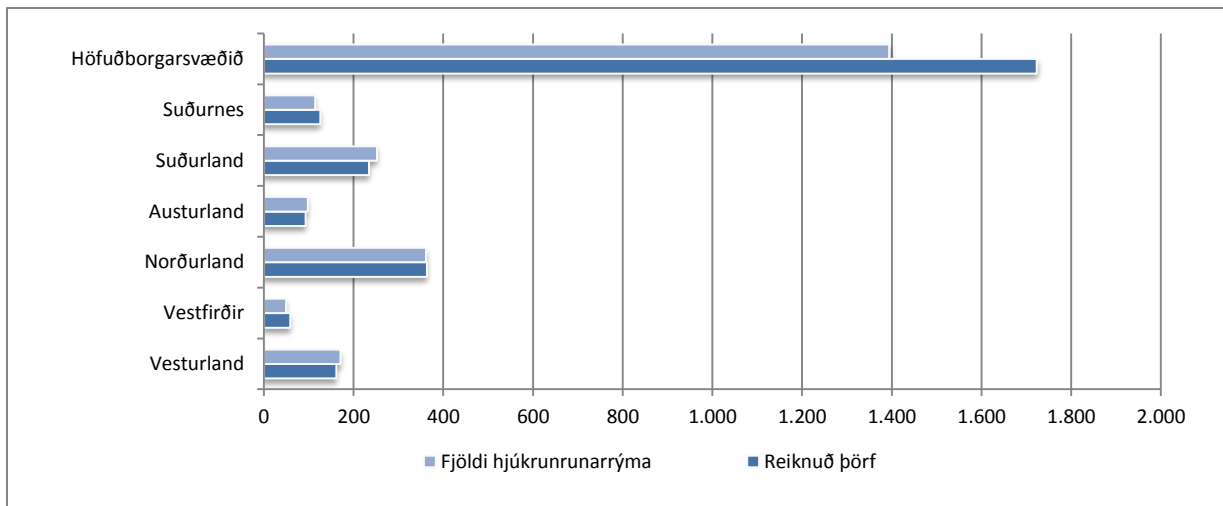
Á það ber að líta að aldraðir hafa í meira mæli en áður aukinn rétt á lífeyri hjá lífeyrissjóðum sem gerir það að verkum að greiðslur frá TR lækka í mörgum tilfellum. Þá er atvinnuþátttaka meðal eldri borgara á Íslandi mjög mikil en atvinnutekjur hafa einnig áhrif á rétt fólks til ellilífeyris frá TR. Á móti kemur að fjármagnstekjur hafa lækkað mjög frá því sem var fyrir efnahagshrunið haustið 2008, ekki síst hjá eldri borgurum.

5.3 Fjöldi hjúkrunarrýma

Heildarfjöldi hjúkrunarrýma á landinu öllu var 2.366¹⁵ í janúar 2012 þegar þetta verkefni hófst. Þeim hefur fjölgað og voru í janúar 2014 orðin 2.439. Fjöldi hjúkrunarheimila sem verkefnið nær til var í upphafi 42 og fjöldi hjúkrunarrýma 2.032 árið 2012. Heimilum sem falla undir skilgreiningu verkefnisins hefur fjölgað um eitt á tímabilinu og rýmum um 61. Eins og fram hefur komið er verkefnið afmarkað við hjúkrunarrými á hjúkrunarheimilum en hjúkrunarrými sem tilheyra heilbrigðisstofnunum eru undanskilin.

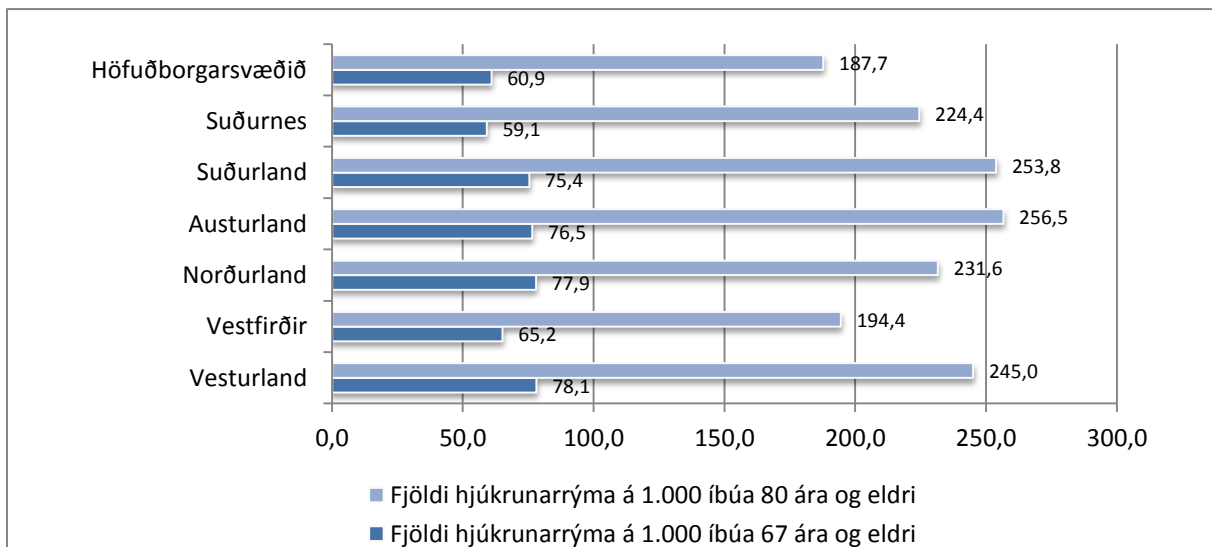
Á tímabilinu sem verkefnið nær til hefur orðið breyting á fjölda hjúkrunarrýma einkum vegna uppbyggingar en einnig endurbóta þar sem meðal annars er verið að breyta tvíbýli í einbýli.

¹⁵ Rými sem ætluð eru til endurhæfingar, fyrir yngra heimilisfólk og sérstök geðrými, 148 talsins, eru fyrir utan þessa tölu.



Mynd 6. Fjöldi hjúkrunnarrýma og reiknuð þörf fyrir hjúkrunnarrými (2014).

Á mynd 6 má sjá hver heildarfjöldi hjúkrunnarrýma er eftir heilbrigðisumdæmum í byrjun árs 2014 og er sá fjöldi borinn saman við svokallaða reiknaða þörf fyrir hjúkrunnarrými, samkvæmt útreikningum velferðarráðuneytisins. Reiknuð þörf sýnir þann fjölda rýma sem ætlað er að hvert heilbrigðisumdæmi þurfi til ráðstöfunar, miðað við fjölda aldraðra á svæðinu og biðlista. Sérstaka athygli vekur að reiknuð þörf fyrir hjúkrunnarrými á höfuðborgarsvæðinu er umtalsvert meiri en framboð rýma.



Mynd 7. Fjöldi hjúkrunnarrýma á hverja 1.000 íbúa, 67 ára og eldri og 80 ára og eldri (2014).

Mynd 7 sýnir fjölda hjúkrunnarrýma á hverja 1.000 íbúa, annars vegar fyrir 67 ára og eldri og hins vegar fyrir 80 ára og eldri. Þar sést að hjúkrunnarrými á höfuðborgarsvæðinu eru fæst miðað við hverja 1.000 íbúa 80 ára og eldri, en flestir sem dvelja í hjúkrunnarrýmum eru í þeim aldurshópi (sjá einnig kafla 6.1 um heimilisfólk). Þessar niðurstöður kallast á við þær niðurstöður sem sjá má í mynd 6 sem ber saman fjölda rýma miðað við reiknaða þörf fyrir hjúkrunnarrými. Ef þetta er dregið saman virðist reiknuð þörf í heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins meiri en fjöldi hjúkrunnarrýma þar og framboð hjúkrunnarrýma þar fæst miðað við hverja 1.000 íbúa 80 ára og eldri.

Við vinnslu áfangaskýrslu II þótti brýn aðgerð að afla og greina upplýsingar um biðlista og biðtíma eftir hjúkrunarrýmum þar sem um er að ræða mikilvægar upplýsingar sem varða þjónustu við aldraða og aðgengi þeirra að hjúkrunarrýmum. Ákveðið var að skoðunin miðaðist við þann tíma sem liðinn er frá því að formlegu færni- og heilsumati var breytt árið 2008.¹⁶ Í næstu þremur köflum er greint frá niðurstöðu þeirrar greiningar.

5.4 Biðlistar eftir hjúkrunarrýmum og greining

Embætti landlæknis heldur utan um tölur um fjölda einstaklinga á biðlista á landsvísu, biðtíma og mat á þörf fyrir hjúkrunarrými. Umfjöllunin miðast við nýjustu tiltæku tölur en það getur verið breytilegt hvort þær ná til ársins 2012 eða 2013.

Árið 2013 voru 1.161 einstaklingur á biðlista eftir hjúkrunarrýmum, 671 kona og 490 karlar. Í töflu 6 má sjá heildarfjölda¹⁷ karla og kvenna með færni- og heilsumat og á biðlista eftir hjúkrunarrýmum árin 2009–2013.

Tafla 6. Fjöldi einstaklinga á biðlista eftir hjúkrunarrýmum, eftir kyni og aldurshópi.¹⁸

KYN	2009		2010		2011		2012		2013	
	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur
67+	370	542	366	501	369	552	404	613	452	654
Hlutfall af aldurshópi	2,5%	3,0%	2,4%	2,7%	2,4%	2,9%	2,5%	3,2%	2,7%	3,3%
Yngri en 67	35	26	31	29	32	23	31	15	38	17
Hlutfall af aldurshópi	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,03%	0,01%
Samtals	405	568	397	530	401	575	435	628	490	671

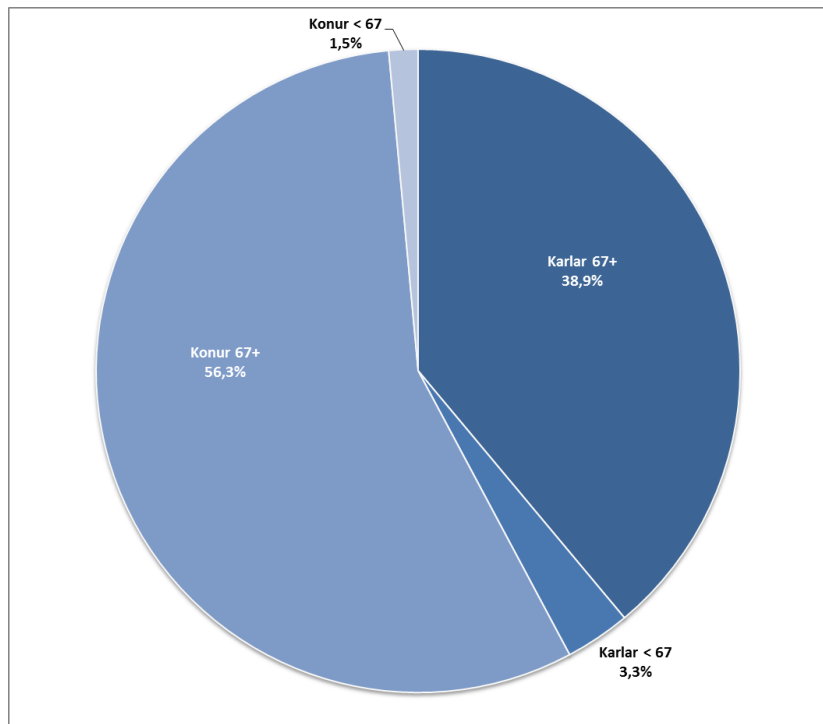
Á milli árána 2009 og 2010 fækkaði fólki á biðlistanum. Líklegt er að tilkoma færni- og heilsumatsnefnda (áður vistunarmatsnefnda) á árinu 2008 hafi hér áhrif. Með stofnun þeirra var komið á fót formlegu faglegu mati sem gerir strangari kröfur en áður þannig að einungis þeir sem veikastir eru komast á biðlista í dag. Hugsanlega hafa einhverjir sem voru á biðlistum á árinu 2009 verið komnir á biðlista fyrir tilkomu nefndanna. Einstaklingum á biðlistum af báðum kynjum fjölgaði á árunum 2010–2013. Á árinu 2013 voru 452 karlar, 67 ára og eldri, á biðlista eftir hjúkrunarheimili sem jafngildir 2,7% karla á þessu aldursbili á landinu. Þá voru 654 konur, á sama aldri, á biðlista eftir hjúkrunarrými eða 3,3%. Mjög lágt hlutfall íbúafjölda landsins, yngri en 67 ára, var á biðlista (0,02%). Konur yngri en 67 ára á biðlista voru ívið færri en karlar eða 17 talsins en karlar 38.

¹⁶ Hér eru öll hjúkrunarheimili á landinu meðtalin.

¹⁷ Heildarfjöldi karla og kvenna á biðlista eru allir þeir sem voru skráðir á biðlista eftir hjúkrunarrými innan hvers árs.

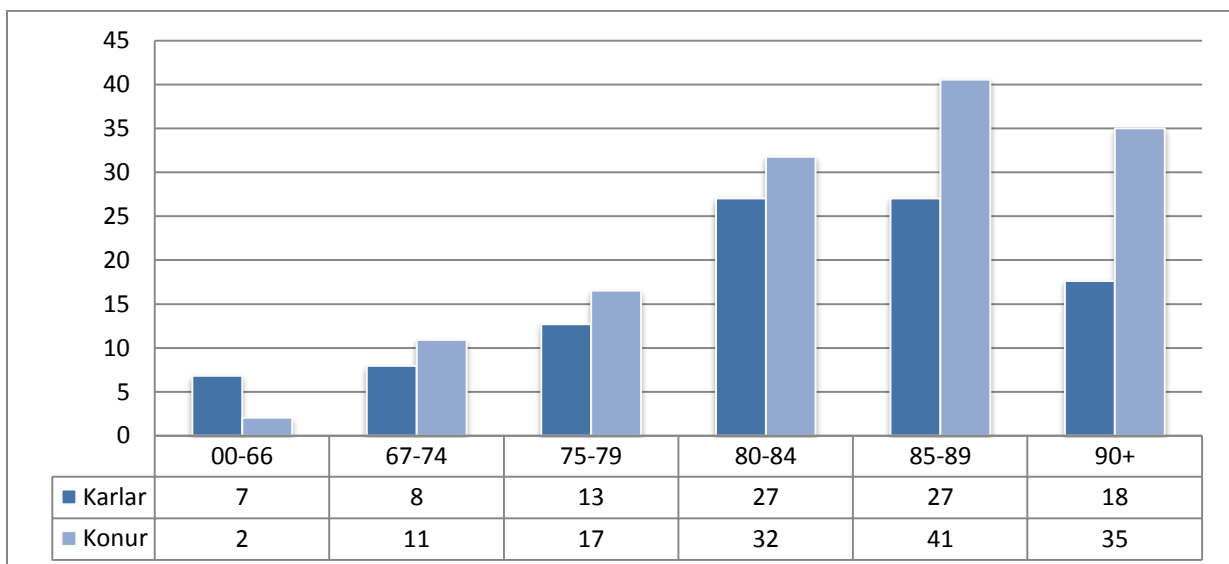
¹⁸ Hlutfall þeirra sem eru á biðlista eftir hjúkrunarrými af aldurshópi miðast við meðalmannfjölda hvers árs.

Á mynd 8 má sjá skiptingu þeirra sem voru á biðlista á árinu 2013 eftir kyni og aldri.



Mynd 8. Hlutfallsleg skipting þeirra sem voru á biðlista árið 2013 eftir kyni og aldri.

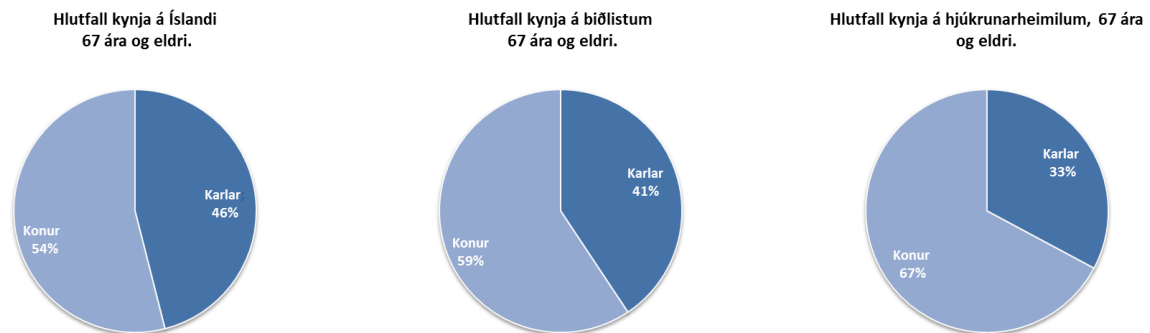
Að meðaltali voru 99 karlar (42%) og 137 konur (58%) á biðlista eftir hjúkrunarrýmum árið 2013, eða 236 einstaklingar.¹⁹ Á mynd 10 má sjá fjölda einstaklinga á biðlistanum árið 2013, eftir kyni og aldri.



Mynd 9. Meðalfjöldi karla og kvenna á biðlista eftir hjúkrunarrýmum, eftir aldursbilum (2013).

¹⁹ Meðalfjöldi einstaklinga á biðlista er reiknaður þannig: Samanlagður fjöldi einstaklinga á biðlista á hverjum degi ársins deilt með 365 í hverjum hóp.

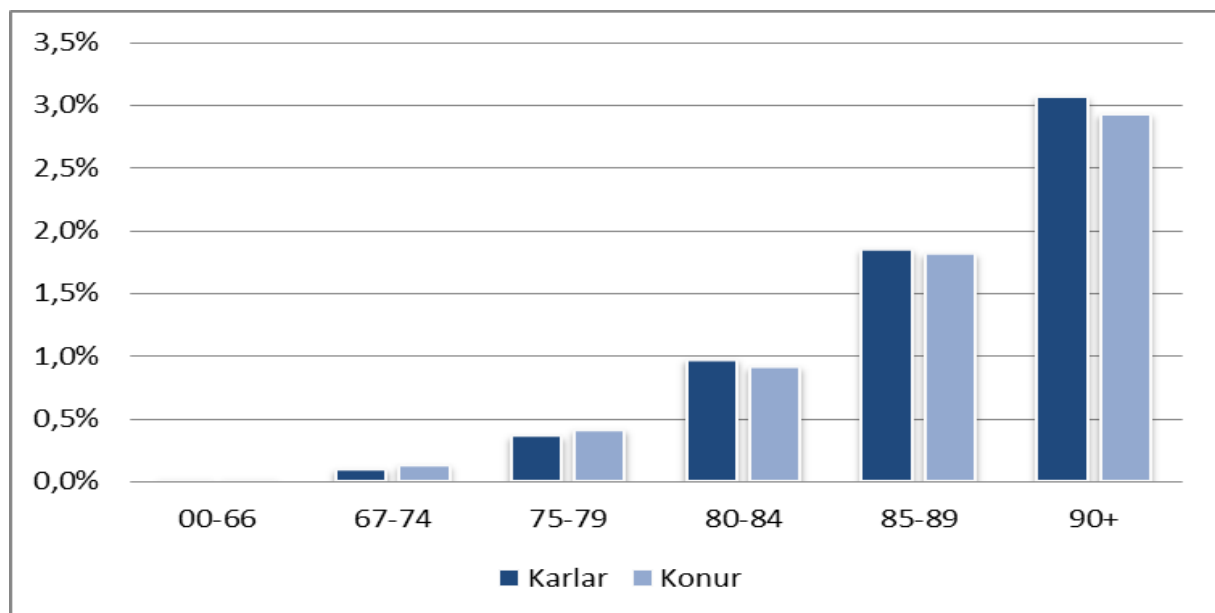
Á mynd 10 má sjá hlutfall karla og kvenna 67 ára og eldri sem hlutfall af fólksfjölda, hlutfall á biðlista eftir hjúkrunarrýmum og hlutfall á hjúkrunarheimili árið 2013.



Mynd 10. Hlutfall kynjanna á Íslandi, á biðlistum og á hjúkrunarheimilum (2013).

Ekki var mikill munur á kynjahlutfalli íbúa á Íslandi og þeirra sem voru á biðlista, þó er hlutfall kvenna aðeins hærra á biðlista. Meiri munur er á kynjahlutfallinu þegar biðlistatölur eru bornar saman við tölur yfir hlutfall kynja á hjúkrunarheimilum. Þá er hlutfall kvenna 8 prósentustigum hærra. Hugsanleg skýring á því er sú að ólífud meðalævi karla er styttri en kvenna á öllum aldursskeiðum fram til 90 ára aldurs og má því ætla að konur lifi lengur eftir að þær fá mat og einnig eftir að þær fá dvöl á hjúkrunarheimili.

Á mynd 11 má sjá hlutfall þeirra sem voru á biðlista eftir hjúkrunarrýmum árið 2013. Eins og við var að búast eýkst hlutfallið með hækkandi aldri.



Mynd 11. Hlutfall einstaklinga á biðlista af íbúafjölda hvers aldursbils (2013).

Samkvæmt reglugerð um færni- og heilsumat ber einstaklingi að sækja um mat hjá færni- og heilsumatsnefnd í því heilbrigðisumdæmi sem hann á lögheimili. Þegar mat liggur fyrir getur viðkomandi sótt um dvöl á því hjúkrunarheimili sem hann óskar. Í einstaka tilfellum er það

hjúkrunarheimili í öðru heilbrigðisumdæmi en lögheimili viðkomandi. Tafla 7 sýnir meðalfjölda einstaklinga á biðlista eftir kyni og heilbrigðisumdæmi á árunum 2009–2013.²⁰

Tafla 7. Meðalfjöldi karla og kvenna á biðlista, eftir heilbrigðisumdæmum (2009–2013).

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.
Vesturland	6,8	4,4	11,1	5,9	5,0	10,9	5,0	5,1	10,0	3,3	5,9	9,2	8,2	6,6	14,8
Vestfirðir	0,9	1,3	2,1	2,1	1,7	3,9	2,0	4,2	6,2	3,7	6,3	9,9	3,1	3,1	6,2
Norðurland	9,6	9,8	19,4	5,9	10,9	16,8	11,1	17,0	28,2	7,2	16,9	24,1	9,9	17,2	27,1
Austurland	4,1	9,4	13,4	2,5	3,4	5,9	5,6	3,6	9,2	6,0	10,0	16,0	4,2	10,6	14,8
Suðurland	10,4	11,6	22,0	10,7	13,2	23,9	11,4	9,9	21,3	7,9	9,7	17,6	9,3	11,9	21,1
Suðurnes	12,2	21,2	33,4	8,7	17,0	25,7	5,9	20,9	26,8	5,1	15,8	20,8	7,0	17,5	24,5
Höfuðborgarsvæðið	33,6	51,7	85,3	27,8	39,4	67,2	27,2	34,7	61,9	35,6	48,8	84,4	47,7	57,8	105,5
Óskráð*	7,6	9,8	17,4	9,7	11,2	20,9	5,0	7,7	12,7	9,5	9,9	19,5	9,9	12,0	21,9
Samtals	85,1	119,1	204,2	73,2	101,9	175,1	73,3	103,0	176,3	78,1	123,3	201,3	99,2	136,7	235,9

*Eiga eftir að velja hjúkrunarheimili.

Í töflu 7 tákna ljósblár litur fleiri einstaklinga. Þar kemur fram, líkt og í töflu 6 ásamt myndum 8–10, að almennt eru fleiri konur en karlar á biðlista eftir hjúkrunarrýmum. Það skýrist af því að hlutfallslega eru fleiri konur á aldrinum 67 ára og eldri. Konur voru í meiri hluta þeirra sem voru á biðlista öll árin. Almennt á það við um öll heilbrigðisumdæmin þó með nokkrum undantekningum.

5.5 Biðtími eftir hjúkrunarrými

Í eftirfarandi kafla er umfjöllunarefnið biðtími eftir hjúkrunarrýmum. Tafla 8 sýnir að í heild hefur meðalbiðtími²¹ eftir hjúkrunarrými styst jafnt og þétt á síðustu árum að undanskildum árunum 2012 og 2013. Meðalbiðtími hefur styst um 43%, þ.e. lækkað úr 206 dögum árið 2009 í 118 daga árið 2013.

Tafla 8. Meðalbiðtími karla og kvenna eftir hjúkrunarrýmum í heilbrigðisumdæmunum (í dögum).

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.
Vesturland	144,5	216,9	172,9	110,0	175,3	140,0	118,1	141,1	129,7	92,2	101,6	98,3	113,1	96,1	105,5
Vestfirðir	91,1	33,1	56,4	96,5	136,6	114,4	126,9	136,9	133,7	143,0	160,1	153,8	141,9	52,5	97,4
Norðurland	103,8	128,1	116,1	110,4	80,6	91,0	121,7	111,0	115,2	150,3	152,1	151,6	102,1	143,5	128,4
Austurland	173,7	241,7	221,1	166,7	220,1	197,8	97,5	100,7	98,7	194,9	174,7	182,3	130,8	227,2	200,1
Suðurland	332,2	307,9	319,3	334,4	196,3	258,2	175,8	222,8	197,6	133,3	155,7	145,7	149,3	137,7	142,8
Suðurnes	234,0	253,5	246,3	269,2	179,3	209,6	147,1	211,4	197,2	81,9	183,2	158,6	86,8	170,1	146,3
Höfuðborgarsvæðið	204,6	203,9	204,2	109,7	89,9	98,1	74,3	90,0	83,1	77,2	102,2	91,6	109,1	106,6	107,7
Óskráð	90,0	150,7	124,2	94,3	67,4	79,9	47,2	27,7	35,3	63,3	30,4	46,5	59,7	58,2	58,9
Samtals:	195,4	213,8	206,1	161,0	124,5	139,8	107,6	131,0	121,2	100,9	126,6	116,6	107,9	125,5	118,1

²⁰ Átt er við meðalfjölda einstaklinga á biðlista eftir heilbrigðisumdæmum samkvæmt dvalarósk viðkomandi en ekki lögheimili. Athuga þer að um meðalfjölda er að ræða og því standa tölur ekki á sléttri tölu þar sem fólk getur verið hluta úr ári á biðlista. Meðalfjöldi einstaklinga á biðlista er reiknaður þannig: Samanlagður fjöldi einstaklinga á biðlista á hverjum degi ársins deilt með 365 í hverjum hópi.

²¹ Meðalbiðtími er reiknaður þannig að meðalbiðtími hvers dags ársins er lagður saman og svo deilt með fjölda daga á ári (365).

Í töflu 8 er lengri biðtími dreginn fram með ljósbláum lit. Þar sést að almennt biðu konur lengur en karlar eftir hjúkrunarrými, að frátöldu árinu 2010. Það er þó breytilegt milli umdæma. Meðalbiðtíminn á höfuðborgarsvæðinu hefur verið styttri en biðtíminn í öðrum heilbrigðisumdæmum síðan árið 2011. Það verður að skoða í samhengi við töflu 9 en þar kemur fram að hlutfallslega fleiri einstaklingar utan höfuðborgarsvæðisins dvöldu þrjú ár eða lengur á hjúkrunarheimilum (45% samanborið við 39% á höfuðborgarsvæðinu). Dvalartími íbúa á hjúkrunarheimilum hefur áhrif á biðtíma annarra eftir hjúkrunarrými þar. Eftir því sem íbúar dvelja lengur á hjúkrunarheimili því lengri er biðtíminn. Í tengslum við þessar breytur er einnig rétt að hafa í huga meðalhjúkrunarþyngd sem birtist í töflu 2 að framan þar sem fram kemur að hjúkrunarþyngdin er mest í heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins.

Tafla 9. Fjöldi heimilisfólks á hjúkrunarheimilum eftir lengd dvalar í árum (2012).

RAI	Höfuðborgarsvæðið			Utan höfuðborgarsvæðis		
	Karlar	Konur	Hlutfall	Karlar	Konur	Hlutfall
Mínna en 1 ár	89	140	16%	88	119	17%
1–2 ár	229	399	44%	189	287	38%
3–4 ár	78	173	18%	88	153	19%
5–6 ár	37	69	7%	45	77	10%
7–8 ár	16	74	6%	25	56	7%
Meira en 9 ár	28	82	8%	37	75	9%

Færni- og heilsumatsnefndir meta þörf fyrir rými eftir ákveðnum viðmiðum og gefa stig á bilinu 0–10 en eftir því sem stigin eru fleiri því meiri er þörfin. Stigin í töflu 10 taka meðal annars tillit til þess hversu langt fólk á eftir ólifað. Þar sem lífslíkur karla eru almennt minni en kvenna getur karl fengið fleiri stig en kona á sama aldri þótt allar aðrar breytur séu eins (tölvupóstur frá Pálma Jónssyni, formanni færni- og heilsumatsnefndar höfuðborgarsvæðisins, dags. 6. febrúar 2014). Ekki er litið til þessa líftímastuðuls við mat á þörf fólks yngra en 67 ára. Í töflu 10 sést meðalþörf karla og kvenna fyrir hjúkrunarrými samkvæmt þessum stuðli.

Tafla 10. Meðalþörf karla og kvenna²² á biðlista, fyrir hjúkrunarrými (2009–2013).

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.
Vesturland	6,2	5,3	5,8	5,4	5,2	5,3	4,9	5,9	5,4	6,0	6,7	6,5	6,4	5,8	6,1
Vestfirðir	7,3	4,0	5,3	6,3	3,7	5,1	8,2	5,5	6,4	7,9	6,2	6,8	7,3	5,7	6,5
Norðurland	6,6	6,1	6,4	6,7	6,6	6,7	7,0	6,6	6,7	7,4	6,6	6,8	7,0	5,6	6,1
Austurland	6,0	4,4	4,9	5,8	5,2	5,4	5,6	5,2	5,5	6,1	4,9	5,3	6,4	4,7	5,1
Suðurland	6,8	6,1	6,4	6,8	6,4	6,6	6,8	6,4	6,6	6,4	6,6	6,5	6,5	6,6	6,6
Suðurnes	7,0	5,4	6,0	6,4	5,4	5,8	6,9	5,1	5,5	7,2	5,1	5,6	6,8	5,6	6,0
Höfuðborgarsvæðið	6,4	6,1	6,2	6,3	6,5	6,4	6,3	6,6	6,5	6,9	6,4	6,6	6,7	6,1	6,3
Óskráð*	6,1	6,8	6,5	6,0	6,4	6,2	7,2	6,5	6,8	6,9	5,9	6,4	6,6	5,8	6,1
Samtals	6,5	5,9	6,1	6,3	6,2	6,2	6,5	6,2	6,3	6,9	6,1	6,4	6,7	5,8	6,2

* Eiga eftir að velja hjúkrunarheimili.

²² Vegið meðaltal þarfar, með tilliti til fjölda einstaklinga í aldurshópum.

Eins og fram kemur í töflu 8 bíða konur að meðaltali lengur en karlar eftir hjúkrunarrými. Tafla 10 dregur fram líklega skýringu á því en hún sýnir að meðalþörf karla á biðlista er í flestum tilvikum metin meiri en kvenna.

Samandregið má leiða að því líkur að með því að telja lífslíkur karla þeim til tekna í stigakerfi færni- og heilsumatsnefnda má ætla að konur þurfi almennt að skora hærra í hinum þáttum matskerfisins. Markmiðið með færni- og heilsumatskerfinu var að koma á fót faglegu og hlutlægu kerfi til að meta einstaklingsbundna þörf fyrir dvöl á hjúkrunarheimili. Með hliðsjón af framangreindum upplýsingum má velta því upp hvort konur þurfi að sýna fram á meiri veikindi í stigakerfinu þegar tölfraðilegar staðreyndir eru notaðar til að hækka stigafjölda karlanna við matið.

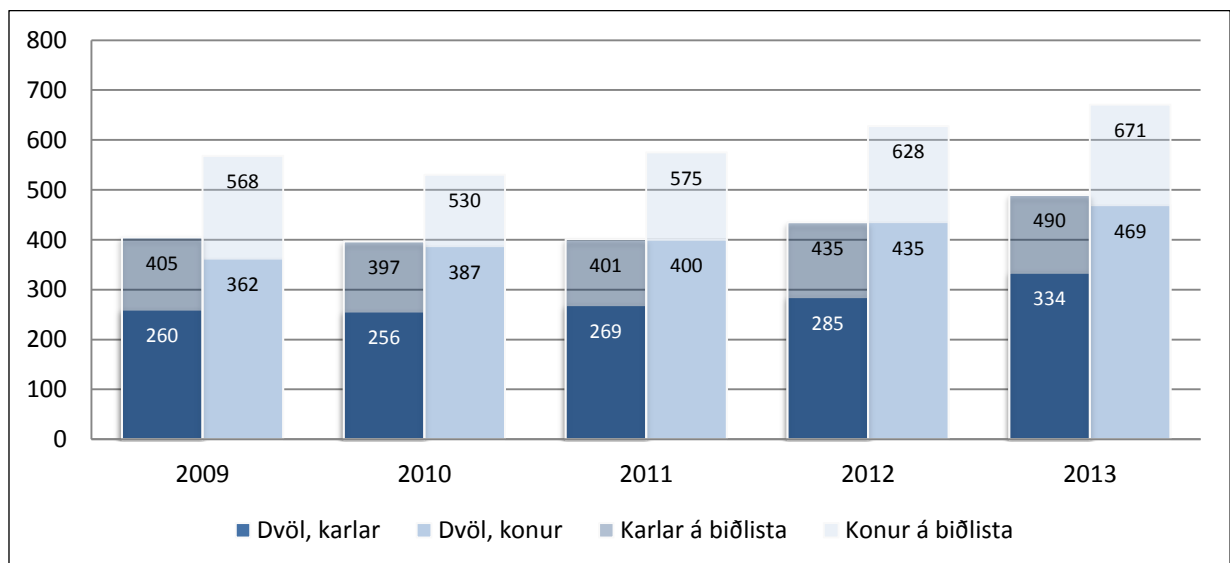
5.6 Úthlutun hjúkrunarrýma

Á árunum 2009–2013 fengu 3.457 einstaklingar úthlutaða dvöl í hjúkrunarrými, þar af voru 2.053 konur og 1.404 karlar.

Tafla 11. Fjöldi karla og kvenna sem fékk úthlutað hjúkrunarrými (2009–2013).

	2009	2010	2011	2012	2013	Samtals
Karlar	260	256	269	285	334	1.404
Hlutfall	41,8%	39,8%	40,2%	39,6%	41,6%	40,6%
Konur	362	387	400	435	469	2.053
Hlutfall	58,2%	60,2%	59,8%	60,4%	58,4%	59,4%
Samtals	622	643	669	720	803	3.457

Fjöldi einstaklinga sem fengu dvöl í hjúkrunarrými jókst á öllu tímabilinu. Mest var aukningin milli árana 2012 og 2013 en þá munaði 83 einstaklingum eða 11,5% frá árinu áður. Hlutfall karla var um 40% og hlutfall kvenna um 60% öll árin.



Mynd 12. Fjöldi karla og kvenna sem fékk úthlutað hjúkrunarrými og fjöldi á biðlista (2009–2013).

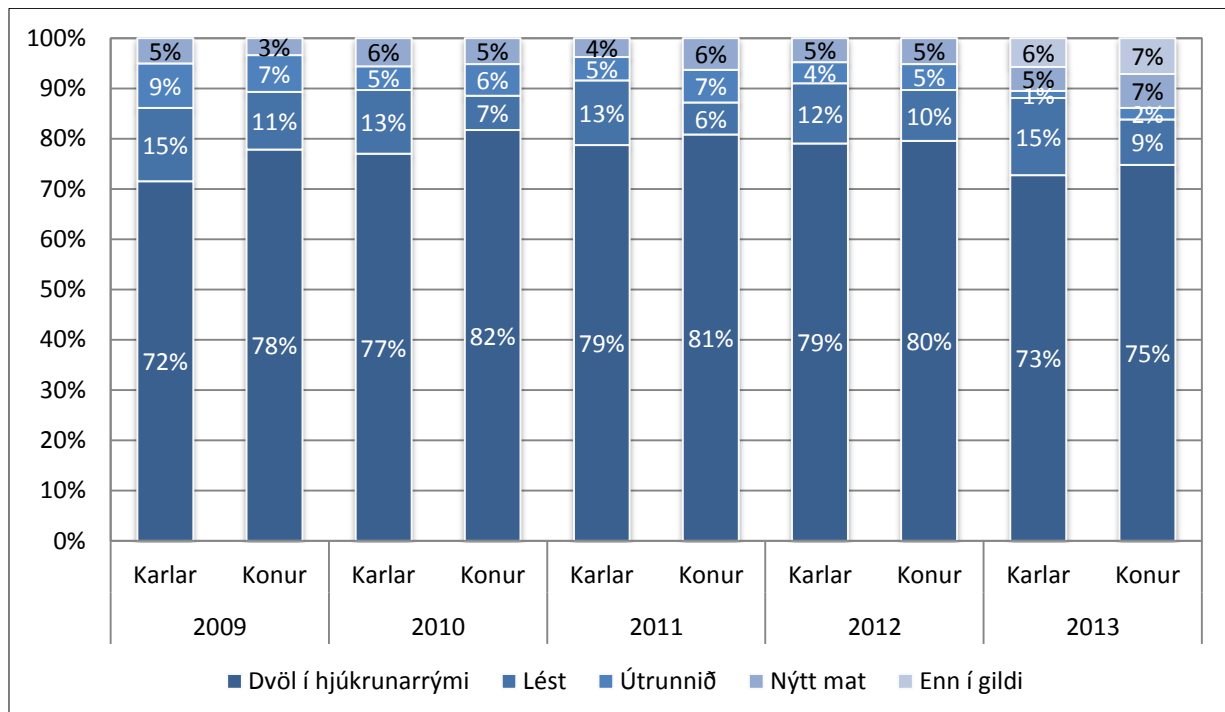
Mynd 12 sýnir fjölda kvenna og karla sem fékk dvöl í hjúkrunarrými á árunum 2009–2013. Til samanburðar má sjá fjölda þeirra sem voru á biðlista umrædd ár. Hafa ber í huga að hver einstaklingur fær einungis úthlutað hjúkrunarrými einu sinni en einstaklingar geta komið fram í fjölda á biðlista á fleiri árum en einu. Árið 2013 voru 1.161 einstaklingur á biðlista í mislangan tíma.

Langflestir eða um 78% þeirra sem voru á biðlista eftir hjúkrunarrými, á árunum 2009–2013, fengu úthlutað hjúkrunarrými en um 11% létust áður en til þess kom. Á miðju ári 2014 voru 5% einstaklinga með endurnýjað færni- og heilsumat en önnur 5% voru með útrunnið mat. Í 13. gr. reglugerðar um færni og heilsumat (466/2012) kemur fram að ef einstaklingur er metinn í þörf fyrir dvöl í dvalar- eða hjúkrunarrými gildir færni- og heilsumatið í tólf mánuði frá undirritun þess. Á miðju ári 2014 höfðu 1,5% einstaklinga upphaflegt færni- og heilsumat sem var enn í gildi.

Tafla 12. Afdrif einstaklinga sem voru á biðlista árin 2009–2013.

	Dvöl í hjúkrunarrými	Lést	Útrunnið	Nýtt mat	Enn í gildi	Samtals
Karlar	75,7%	13,5%	4,6%	4,8%	1,4%	100%
Konur	78,8%	8,7%	5,3%	5,5%	1,7%	100%
Bæði kyn	77,5%	10,7%	5,0%	5,2%	1,5%	100%

Í töflu 12 má sjá mun á afdrifum kynjanna en hlutfallslega fleiri karlmenn létust áður þeir fengu úthlutað hjúkrunarrými. Mynd 13 sýnir afdrif einstaklinga með færni- og heilsumat á árunum 2009–2013.



Mynd 13. Afdrif einstaklinga með færni- og heilsumat (2009–2013).

Hærra hlutfall karlmannna með færni- og heilsumat sem létust áður en þeir vistuðust á hjúkrunarheimili átti við um allt tímabilið en hlutfallslega fleiri konur voru vistaðar á hjúkrunarheimili.

Þessar tölur styðja við aðferðafræði færni- og heilsumatsnefnda að taka mið af lífslíkum kynjanna þegar metin er þörf fyrir hjúkrunarrými eins og fram kemur í kafla 5.4.

5.7 Samantekt

Ljóst er að lífslíkur kvenna eru meiri en karla og ólífuð meðalævi kvenna lengri en karla. Það kemur því ekki á óvart að konur eru fleiri í hópi ellilífeyrisþega en karlar, fleiri konur búa á hjúkrunarheimilum og bíða eftir hjúkrunarrýmum. Þörf karla er hins vegar metin meiri og konur bíða því lengur eftir hjúkrunarrými. Það má því segja að þegar ákvörðun er tekin um niðurskurð á hjúkrunarheimilum hafi sú ákvörðun áhrif á fleiri konur en karla. Að hluta til hafa lífslíkur áhrif á þá stigagjöf sem liggur til grundvallar færni- og heilsumati en hlutfallslega fleiri karlar með færni- og heilsumat létust áður en þeir fengu úthlutað hjúkrunarrými.

Vegna minni atvinnuþátttöku og lægri tekna hafa tækifæri kvenna til að greiða í lífeyrissjóði verið minni en karla. Þær hafa því fremur en karlar þurft að reiða sig á lífeyri almannatrygginga. Þegar ákvarðanir eru teknar um niðurskurð lífeyris, svo sem með auknum tekjutengingum, hafa þær ákvarðanir frekar áhrif á karla en konur og geta haft bein áhrif á fjölda og samsetningu ellilífeyrisþega (sjá kafla 5.2 þar sem lýst er ákvörðunum stjórnvalda í kjölfar efnahagshrunsins).

Greiðslur til þeirra ellilífeyrisþega sem höfðu hæstar tekjur, aðrar en frá TR, lækkuðu mest í kjölfar þeirra aðgerða sem gripið var til árið 2009 í kjölfar efnahagshrunsins. Þegar þær skerðingar voru dregnar til baka sumarið 2013 hækkuðu lífeyrisgreiðslur aftur til þessa sama hóps. Þessar breytingar náðu til mun fleiri karla en kvenna, þar sem þeir hafa að jafnaði mun hærri tekjur frá öðrum en TR.

6. Íbúar og starfsfólk á hjúkrunarheimilum

Í þessum kafla er leitast við að setja fram upplýsingar sem aflað var um íbúa hjúkrunarheimila, tómstundir þeirra og aðstandendur og síðan starfsfólk. Upplýsingarnar eru fengnar úr RAI-gagnagrunni og úr könnun sem framkvæmd var sumarið 2012 meðal þeirra 42 hjúkrunarheimila sem þetta verkefni náði upphaflega til (sjá töflu 1 í kafla 2.1). Þegar tölur úr RAI-mati og könnun eru settar í samhengi við tölur frá Hagstofu Íslands er því einnig miðað við tölur frá 2012 nema annað sé tekið fram. Í lok kaflans er gerður samanburður á launum hefðbundins kvennastarfs og hefðbundins karlastarfs.

Könnun var framkvæmd á hjúkrunarheimilum sumarið 2012 og var markmiðið með henni að afla viðbótarupplýsinga um þau sem þiggja þjónustu heimilanna og einnig að afla upplýsinga um þau sem veita þjónustuna. Spurningalisti var sendur til forstöðumanna heimilanna sem svöruðu spurningunum með aðstoð starfsfólks síns. Spurningarnar voru flokkaðar í fjóra hluta: Heimilisfólk, tómstundir á heimilunum, aðstandendur og starfsfólk. Alls tóku 67% heimilanna þátt í könnuninni eða 28 heimili af 42 og svarhlutfall var á bilinu 54–67% eftir spurningum/hlutum.

Upplýsingar úr RAI-gagnagrunninum snúa einungis að íbúum hjúkrunarheimilanna en í könnuninni var leitast við að afla einnig viðbótarupplýsinga eins og áður kom fram.

6.1 Heimilisfólk

Í töflum 13–18 eru upplýsingar um heimilisfólk á hjúkrunarheimilum og eiga þær að einhverju leyti við um öll hjúkrunarrými á landinu en ekki einungis þau heimili sem verkefnið nær til. Upplýsingar sem fengnar eru úr RAI-gagnagrunninum (auðkenndar í töflum með RAI) eiga við um öll hjúkrunarheimili.

Tafla 13. Heimilisfólk eftir kyni og íbúar á landinu 67 ára og eldri og 80 ára og eldri (2012).

RAI og könnun	Konur		Karlur		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Heimilisfólk (RAI)	1.704	64%	949	36%	2.653	100%
Heimilisfólk (könnun VEL)	1.003	68%	466	32%	1.469	100%
Fólk 67 ára og eldra	18.972	54%	15.840	46%	34.812	100%
<i>Þar af 80 ára og eldra</i>	<i>6.741</i>	<i>59%</i>	<i>4.594</i>	<i>41%</i>	<i>11.335</i>	<i>100%</i>

Í hópi fólks 67 ára og eldra eru konur 54% hópsins og karlar 46%. Hins vegar er hlutfall kvenna á hjúkrunarheimilum hærra eða 64% á móti 36% karla. Í þessu samhengi er vert að hafa í huga upplýsingar í kafla 5.1 en þar kemur fram að konur lifa jafnan lengur en karlar.

Tafla 14. Aldur heimilisfólks við komu á hjúkrunarheimili (2012).

Könnun	Konur		Karlar		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Yngra en 67 ára	39	4%	55	13%	94	7%
67–79 ára	213	24%	124	29%	337	25%
80–89 ára	480	53%	197	46%	677	51%
90–99 ára	164	18%	54	13%	218	16%
Eldri en 100 ára	7	1%	1	0%	8	1%
Samtals	903	100%	431	100%	1.334	100%

Hærra hlutfall karla flytur inn á hjúkrunarheimili fyrir 80 ára aldur eða 42% á móti 28% kvenna. Hugsanlegt er að þessi munur skýrist af lakara heilsufari karla en kvenna á þessum aldri en ástæður geta verið margvíslegar. Flestar konur flytja inn á hjúkrunarheimili á aldursbilinu 80–89 ára.

Tafla 15. Heimilisfólk á hjúkrunarheimilum eftir lengd dvalar í árum (2012).

RAI	Konur		Karlar	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Minna en 1 ár	259	15%	177	19%
1–2 ár	686	40%	418	44%
3–4 ár	326	19%	166	17%
5–6 ár	146	9%	82	9%
7–8 ár	130	8%	41	4%
Meira en 9 ár	157	9%	65	7%
Samtals	1.704	100%	949	100%

Tafla 15 sýnir dvalartíma íbúa í árum. Vert er að gefa því gaum að til dæmis tímabilið 1–2 ár tekur yfir dvalartíma upp í 36 mánuði eða þar til þriðja dvalarárinu er að ljúka. Í töflunni má meðal annars sjá að 37% karla og 45% kvenna hafa dvalið í þrjú ár eða lengur á hjúkrunarheimilum. Nýtt færni- og heilsumat var tekið upp árið 2008. Áhrif þess eru þau að almennt hefur dvalartími heimilisfólks á hjúkrunarheimilum verið að styttest undanfarin ár þar sem fólk er veikara en áður þegar það kemur til dvalar á hjúkrunarheimili. Telja má víst að það kerfi sem fyrir var hafi þó enn áhrif á dvalartíma fólks á hjúkrunarheimilum.

Áhugavert er að skoða hjúskaparstöðu heimilisfólks við komu á heimilið til að kanna hvort þar sé einhver munur á milli kynja, með hliðsjón af umönnunarhlutverki maka.

Tafla 16. Hjúskaparstaða heimilisfólks við komu inn á hjúkrunarheimili (2012).

Könnun	Konur		Karlar		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Einstæðir	752	80%	254	57%	1.006	73%
Ekill/Ekkja	584	62%	118	27%	702	51%
Fráskildir	59	7%	53	12%	121	9%
Einhleypir	109	12%	83	19%	192	14%
Eiga maka	188	20%	189	43%	377	27%
Í hjónabandi	170	18%	167	38%	337	24%
Í sambúð	13	1%	11	2%	24	2%
Í sambandi	5	1%	11	2%	16	1%
Samtals	940	100%	443	100%	1.383	100%

Við komu á hjúkrunarheimili eiga einungis 20% kvenna maka en hlutfall karla sem eiga maka er 43%. Athygli vekur að hlutfall einhleypa kvenna er mun hærra en hlutfall karla í sömu stöðu. Þegar gögn frá Hagstofu Íslands eru könnuð fyrir 67 ára og eldri má sjá að 54% kvenna eru einhleyp²³ og 32% karla. Í sambúð²⁴ eru 68% karla og 46% kvenna. Með samanburði á þeim tölum við töflu 16 má sjá að þær tölur eru töluvert frábrugðnar en til að mynda eru 80% kvenna á hjúkrunarheimilum einstæð.

Í könnuninni var spurt hvort heimilisfólk hefði verið í dagdvöl áður en það flutti á hjúkrunarheimili. Kom í ljós að 52 konur höfðu nýtt sér dagdvalarúrræðið en 22 karlar. Þótt ekki sé hægt að alhæfa vegna dræmrar svörunar, hafa konur á þeim heimilum sem svöruðu í meira mæli nýtt sér dagdvalarúrræði fyrir komu á hjúkrunarheimili. Að einhverju leyti er skýringin sú að konur lifa lengur en karlar, en velta má því upp hvort afþreying í dagdvöl höfði síður til karla en kvenna og þá hvort ekki sé ástæða til að gera úrbætur á því.

Samkvæmt upplýsingum úr RAI-gagnagrunni fyrir árið 2012 er hjúkrunarþyngd kvenna að meðaltali 1,02 og karla 1,05 í hjúkrunarrýmum á landinu öllu. RAI-mælitækinu er ætlað að meta þörf fólks fyrir hjúkrun, hvort sem hún fer fram á hjúkrunarheimili eða annars staðar. Eftir því sem hjúkrunarþyngdarstuðullinn er hærri því meiri er þörf fólks fyrir aðstoð.

²³ Ekkjar/ekkjur og einhleypir, giftir ekki í samvistum við maka, skilin að lögum og einhleypir og ógiftir og einhleypir.

²⁴ Ekkjar/ekkjur í sambúð, giftir í samvistum við maka, ógiftir í sambúð og skilin að lögum í sambúð.

Tafla 17. Heilsufar og umönnunarpörf heimilisfólks (2012).²⁵

RAI	Konur		Karlar		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Andleg skerðing	210	12%	90	9%	300	11%
Flókin hjúkrun	319	19%	201	21%	520	20%
Hegðunarvandamál	23	1%	13	1%	36	1%
Sérhæfð hjúkrun	163	10%	105	11%	268	10%
Séristök endurhæfing	398	23%	235	25%	633	24%
Skert líkamleg færni	547	32%	273	29%	820	31%
Umfangsmikil hjúkrun	44	3%	32	3%	76	3%
Samtals	1.704	100%	949	100%	2.653	100%

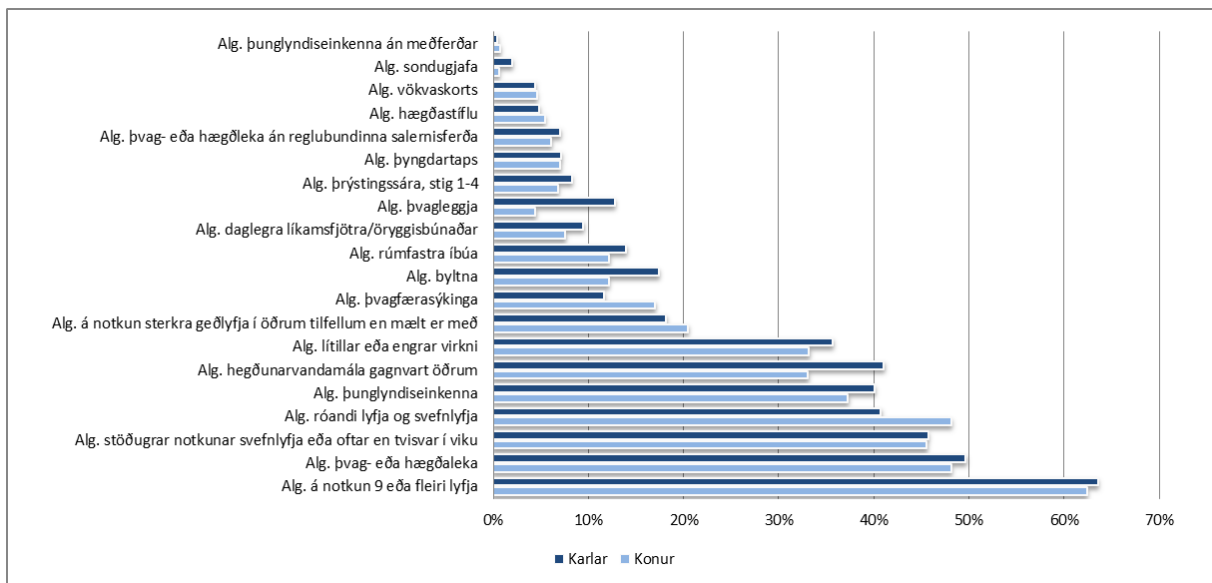
Síðustu 90 daga fyrir skráningu RAI-mats höfðu 976 einstaklingar fengið ný lyf (336 karlar og 640 konur) en einungis fimm einstaklingar (einn karl og fjórar konur) af 2.653 höfðu engin lyf fengið síðastliðna sjö daga fyrir matið. Kynjahlutfall þeirra sem fengu ný lyf er í samræmi við hlutfall karla og kvenna sem búa á hjúkrunarheimilum. Varasamt er að draga ályktanir af kynjahlutfalli þeirra sem engin lyf fengu þar sem um fáa einstaklinga var að ræða.

Tafla 18. Inntaka ýmissa lyfja síðastliðna sjö daga (2012).

RAI	Konur		Karlar		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Sterk geðlyf	497	29%	319	34%	816	31%
Kvíðastillandi lyf	608	36%	261	28%	869	33%
Geðdeyfðarlyf	930	55%	535	56%	1.465	55%
Svefnlyf	788	46%	441	46%	1.229	46%
Þvagræsilyf	643	38%	352	37%	995	38%
Ekkert af ofanskráðu	189	11%	93	10%	282	11%

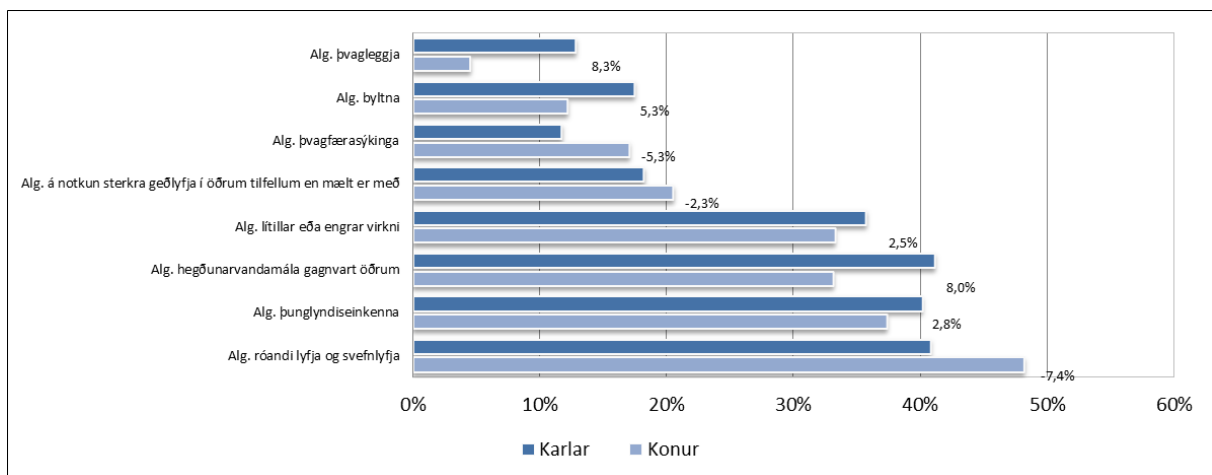
Tafla 18 sýnir að lítill munur er kynjunum hvað varðar inntöku geðdeyfðarlyfja, svefnlyfja og þvagræsilyfja síðastliðna sjö daga en hlutfallslega fleiri karlar nota sterk geðlyf á meðan hlutfallslega fleiri konur taka inn kvíðastillandi lyf.

²⁵ Hjúkrunarþyngdarflokkar - RUG III - 44 flokka kerfi.



Mynd 14. RAI-gæðavísar (2012).

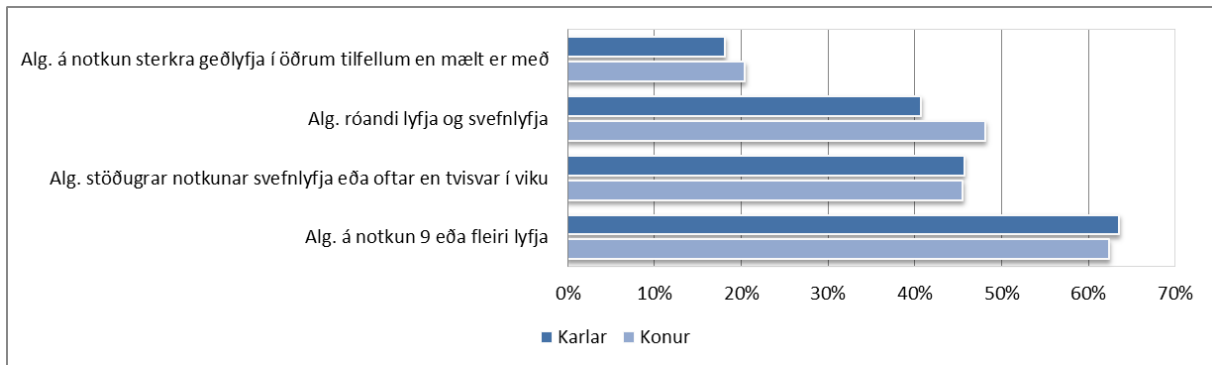
Á mynd 14 má sjá gæðavísa sem fylgst er með, með reglubundinni skráningu hjúkrunarheimila í RAI-gagnagrunninn.



Mynd 15. RAI-gæðavísar (2012). Hlutfallstölur um mun milli kynja.²⁶

Á mynd 15 er búið að taka út úr mynd 14 þá gæðavísa þar sem mestur munur er á milli kynja. Þar má sjá að algengi þvagleggja, byltna, hegðunarvandamála, lítillar eða enngar virkni og þunglyndiseinkenna er meiri meðal karla en kvenna. Aftur á móti er algengi þvagfærasýkinga, notkun sterkra geðlyfja (í öðrum tilfellum en mælt er með), róandi lyfja og svefnlyfja meiri meðal kvenna en karla.

²⁶ Í töflunni þýðir mínus algengara hjá konum.



Mynd 16. RAI-gæðavísar (2012). Algengi lyfjanotkunar.

Mynd 16 sýnir algengi lyfjanotkunar og niðurstöður eru í samræmi við mynd 15 en aðeins algengara er að karlar noti níu eða fleiri lyf (þar með talin vítamín og bætiefni).

6.2 Tómstundir

Tafla 19 sýnir fjölda heimilisfólks sem að jafnaði nýtir sér þær tómstundir eða áhugamál sem eru í boði á viðkomandi hjúkrunarheimili.

Tafla 19. Fjöldi heimilisfólks sem nýtir sér að jafnaði hverja tegund tómstundar (2012).

Könnun	Konur		Karlur		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Mætir í morgunstund	297	29,6%	99	21,2%	396	27,0%
Spilar	134	13,4%	67	14,4%	201	13,7%
Leikur skák	3	0,3%	21	4,5%	24	1,6%
Stundar handavinnu	225	22,4%	38	8,2%	263	17,9%
Stundar myndlist	55	5,5%	23	4,9%	78	5,3%
Iðkar tónlist	125	12,5%	60	12,9%	185	12,6%
Stundar leikfimi	438	43,7%	211	45,3%	649	44,2%
Stundar sundleikfimi	25	2,5%	17	3,6%	42	2,9%
Stundar boccia	133	13,3%	73	15,7%	206	14,0%
Stundar útiveru	273	27,2%	125	26,8%	398	27,1%
Stundar gönguferðir	248	24,7%	97	20,8%	345	23,5%
Stundar golf	13	1,3%	15	3,2%	28	1,9%
Stundar sjónvarpsáhorf	495	49,4%	245	52,6%	740	50,4%
Notar tölvu	23	2,3%	33	7,1%	56	3,8%
Fer í tölvuver	3	0,3%	3	0,6%	6	0,4%
Mætir í tölvukennslu	6	0,6%	4	0,9%	10	0,7%

Í töflu 19 eru hlutfallstölur reiknaðar sem hluti af heildarfjölda hvors kyns um sig. Til dæmis mæta 29,6% kvenna á hjúkrunarheimilum í morgunstund. Af töflunni má sjá að sumar tómstundir höfða betur til annars kynsins en hins. Má þar benda á að hlutfallslega fleiri karlar stunda skák, boccia, golf, sjónvarpsáhorf og tölvunotkun. Hlutfallslega fleiri konur mæta í morgunstund, stunda handavinnu og fara í gönguferðir.

Tafla 20. Tímstundir sem íbúar kjósa helst (2012).

RAI	Konur		Karlur		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Spil - aðrir leikir	347	24%	203	28%	550	26%
Handavinna/hannyrðir/smíði	479	34%	98	13%	577	27%
Leikfimi/hreyfing	576	41%	312	43%	888	41%
Tónlist	998	70%	466	63%	1.464	68%
Lestur/skriftir	688	49%	349	48%	1.037	48%
Trúarbrögð/andlegar athafnir	347	24%	97	13%	444	21%
Ferðalög, innkaupaferðir	205	14%	123	17%	328	15%
Göngutúrar/hjólástóll utandyra	585	41%	354	48%	939	44%
Horfa á sjónvarp	1.032	73%	562	77%	1.594	74%
Blóm/garðyrkja	139	10%	25	3%	164	8%
Samræður	1.155	82%	561	76%	1.716	80%
Hjálpa öðrum	299	21%	98	13%	397	18%
Útvarp	1.107	78%	587	80%	1.694	79%
Ekkert af ofanskráðu	45	3%	24	3%	69	3%

Tafla 20 er fengin úr RAI-gagnagrunni meðal 2.151 einstaklings þar sem konur voru 1.417 en karlar 734 talsins. Eins og sjá má af samanburði á töflum 19 og 20 er nokkur munur á svörum varðandi einstaka tímstundir, eins og til dæmis sjónvarpsáhorf. Þennan mun er ekki hægt að skýra með öðrum hætti en mismunandi skráningu upplýsinga í könnuninni og í RAI-gagnagrunn. Athygli vekur sá mikli munur sem er á kynjunum í ástundun handavinnu, hannyrða og smíða og svo trúarbragða en þar eru konur hlutfallslega fleiri en karlar. Einungis 3% karla og kvenna á hjúkrunarheimilum stunda ekki þær tímstundir sem getið er um í töflu 20. Ljóst er af framangreindum töflum að sumar tímstundir höfðu betur til annars kynsins en hins. Heimilin ættu að geta nýtt sér þessar upplýsingar til að auka fjölbreytileika tímstunda til að höfðu betur til beggja kynja.

Tafla 21. Fjöldi heimilisfólks sem nýtir sér að jafnaði hverja tilfallandi tegund tómtunda (2012).

Könnun	Konur		Karlur		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Mætir á upplestur	343	24%	144	20%	487	23%
Mætir á tónleika	614	43%	240	33%	854	40%
Mætir á bingó	384	27%	215	29%	599	28%
Mætir á ball	350	25%	180	25%	530	25%
Mætir í guðspjónustu	529	37%	257	35%	786	37%
Mætir í grillveislur	632	45%	352	48%	984	46%
Mætir í leikhúsferðir	116	8%	32	4%	148	7%
Mætir á bjórkvöld	124	9%	53	7%	177	8%
Mætir í árstíðabundna afþreyingu	640	45%	333	45%	973	45%
Mætir á aðventufagnað	532	38%	279	38%	811	38%
Mætir á sumarfagnað	536	38%	273	37%	809	38%
Mætir á þorrafagnað	870	61%	400	54%	1.270	59%
Mætir á alþjóðakvöld	25	2%	10	1%	35	2%

Athyglisvert er í töflu 21 að fleiri virðast taka þátt í tilfallandi viðburðum en reglubundnum tómtundum, sbr. töflur 19 og 20 hér að framan. Hlutfallslega fleiri konur sækja tónleika, leikhús og þorrafagnað heldur en karlar.

6.3 Aðstandendur

Í könnun um málefni aldraðra sem framkvæmd var sumarið 2012 var sérstaklega spurt um aðstandendur heimilisfólks á hjúkrunarheimilum. Leitast var við að komast að því hvaða fjölskyldumeðlimir væru virkastir í umönnun aldraðra sem dvelja á hjúkrunarheimilum í ljósi ólíkrar verkaskiptingar kynjanna í hinu ólaunaða umönnunarhagkerfi.²⁷

Tafla 22. Tengsl nánasta aðstandanda við íbúa hjúkrunarheimilis (2012).

Könnun	Kona		Karl		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Eiginkona/eiginmaður	119	11%	79	11%	198	11%
Afkomandi	760	71%	533	73%	1.293	72%
Systkini	87	8%	54	7%	141	8%
Ættingi	64	6%	47	6%	111	6%
Vinir/vinkonur	25	2%	15	2%	40	2%
Nánustu aðstandendur, ótengdir	9	1%	1	0%	10	1%
Samtals	1.064	100%	729	100%	1.793	100%

Þegar spurt var um fjölda skráðra nánustu aðstandanda heimilisfólks kom í ljós, eins og sjá má af töflu 22, að 1.064 konur eru skráðar sem slíkar en 729 karlar. Samkvæmt þessum niðurstöðum er ljóst að

²⁷ Sigurveig H. Sigurðardóttir o.fl. (2011). Needs and care of older people living in Iceland.

sama hver tengingin við heimilisfólk er, þá eru konur skráðar nánustu aðstandendur í fleiri tilvikum en karlar.

Tafla 23. Kyn aðstandanda sem aðalumönnunaraðila og tíðni umönnunar (2012).

Könnun	Kona		Karl		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Oft á dag	43	13%	25	18%	68	15%
Oft í viku eða daglega	118	37%	46	33%	164	36%
Oft í mánuði	159	50%	70	50%	229	50%
Samtals	320	100%	141	100%	461	100%

Samkvæmt töflu 23 eru konur í öllum tilvikum í meiri hluta þeirra sem sinna hlutverki aðalumönnunaraðila heimilisfólks á hjúkrunarheimilum.

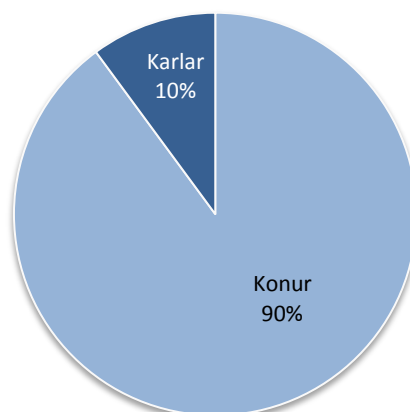
Tafla 24. Stuðningsnet heimilisfólks (2012).

Könnun	Kona		Karl		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Ekkert stuðningsnet	13	2%	7	2%	20	2%
1 í stuðningsneti	43	8%	36	11%	79	9%
2–3 í stuðningsneti	216	40%	154	45%	370	42%
4 eða fleiri í stuðningsneti	268	50%	144	42%	412	47%
Samtals	540	100%	341	100%	881	100%

Í töflu 24 má sjá að ekki er mikill munur á stuðningsneti karla og kvenna en 90% kvenna og 87% karla hafa tvo eða fleiri stuðningsaðila í sínu stuðningsneti. Athygli vekur að einungis örfá heimili skrá heimsóknir til heimilisfólks. Því reyndist ekki unnt að kanna heimsóknirnar með nákvæmari hætti.

6.4 Starfsfólk hjúkrunarheimila

Upplýsingar um starfsfólk hjúkrunarheimila eru einungis fengnar úr könnuninni. Verður hér fjallað um niðurstöðurnar sem lúta að fjölda starfsfólks, kyni, aldri, fagmenntun og launum.



Mynd 17. Kynjaskipting starfsfólks á hjúkrunarheimilum (2012).

Mynd 17 sýnir að 90% starfsfólks þeirra 26 hjúkrunarheimila sem svöruðu voru konur. Niðurstöður könnunarinnar sýndu einnig að á fjórum heimilum störfuðu einungis konur.

Tafla 25. Fjöldi og hlutfall starfsfólks á hjúkrunarheimilum eftir kyni og aldri (2012).

Könnun	16–25 ára		26–35 ára		36–45 ára		46–55 ára		56–66 ára		67 ára og eldri		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Konur	495	20,0%	329	13,3%	458	18,5%	503	20,3%	617	24,9%	72	2,9%	2.474	100%
Karlar	64	22,7%	42	14,9%	35	12,4%	45	16,0%	73	25,9%	23	8,2%	282	100%

Tala 25 sýnir fjölda og hlutfall starfsfólks á hjúkrunarheimilum eftir aldri og kyni. Þótt munur sé á fjölda starfsfólks eftir kyni þá er ekki mikill munur á hlutfallsskiptingu kynjanna eftir aldri. Munurinn kemur helst fram í hópi starfsfólks í aldursbilunum 36–45 ára og 67 ára og eldri.

Tafla 26. Hlutfall faglærðs og ófaglærðs starfsfólks eftir kyni (2012).

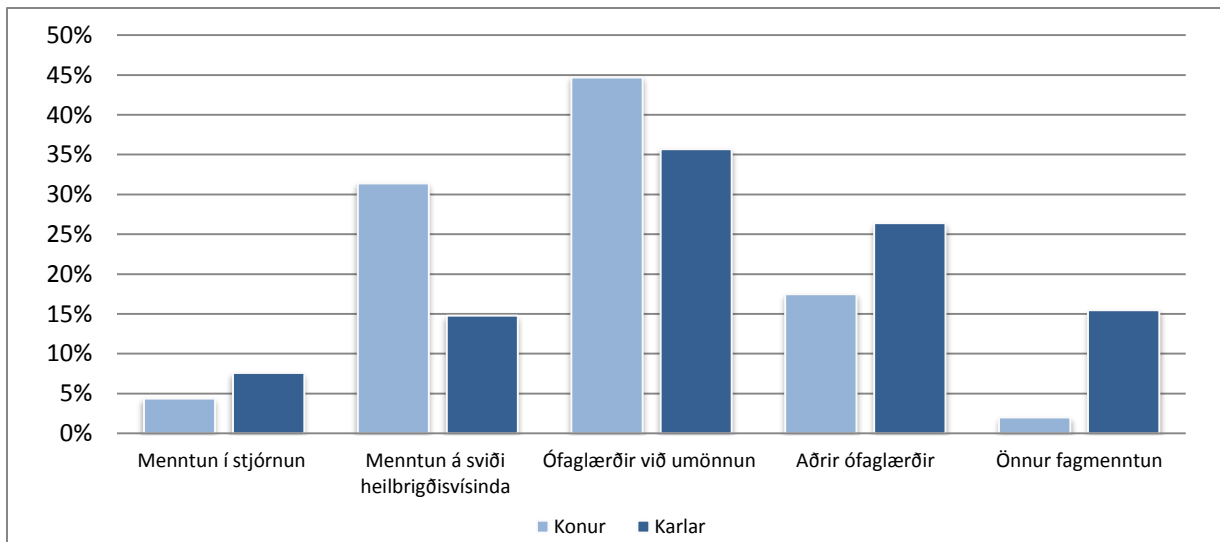
Könnun	Faglærðir stjórnendur ²⁸		Faglærðir á sviði heilbrigðisvísinda		Önnur fagmenntun ²⁹		Ófaglærðir við umönnun		Aðrir ófaglærðir ³⁰		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Konur	110	4,4%	779	31,4%	49	2,0%	1.110	44,7%	435	17,5%	2.483	100%
Karlar	21	7,6%	41	14,8%	43	15,5%	99	35,7%	73	26,4%	277	100%

Í töflu 26 og mynd 18 má sjá fjölda og kyn þeirra sem starfa á hjúkrunarheimilum, reiknað sem hlutfall af heildarfjölda karla annars vegar og heildarfjölda kvenna hins vegar. Athygli vekur að þótt konur séu 90% starfsfólks á hjúkrunarheimilum þá eru faglærðir stjórnendur í þeirra hópi einungis 4,4% á meðan hlutfall karla sem faglærðra stjórnenda er 7,6% af þeim körlum sem starfa á heimilunum.

²⁸ Faglærðir stjórnendur eru þeir sem eru með fagmenntun á sviði stjórnunar.

²⁹ Önnur fagmenntun er til dæmis prestar, kokkar, rafvirkjar og viðskiptafræðingar.

³⁰ Aðrir ófaglærðir eru til dæmis húsverðir, ræstitækna, starfsfólk í eldhúsi, bílstjórar, vaktmenn, þvottahústarfsfólk og skrifstofufólk.



Mynd 18. Hlutfall faglærðs og ófaglærðs starfsfólks eftir kyni (2012).

Af heildarfjölda starfsfólks (2.760) starfa einungis 3,6% ófaglærðra karla við umönnun en 40% kvenna. Hvað varðar þau sem búa yfir fagmenntun á sviði heilbrigðisvísinda eru 28% konur af heildarfjölda starfsfólks en 1,5% karla. Það er því ljóst að þótt starfsfólk hjúkrunarheimila sé í yfirgnæfandi meiri hluta konur þá birtist það ekki í hópi stjórnenda.

Tafla 27. Launadreifing á hjúkrunarheimilum eftir kynjum, grunnlaun í júní 2012.

Könnun	0–200 þús. kr.		201–300 þús. kr.		301–400 þús. kr.		401–500 þús. kr.		501–600 þús. kr.		601 þús. kr. eða meira		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Konur	259	11,2%	1.615	69,8%	307	13,3%	111	4,8%	14	0,6%	9	0,4%	2.315	100%
Karlur	35	13,8%	153	60,2%	31	12,2%	8	3,1%	11	4,3%	16	6,5%	254	100%

Lítill munur er á grunnlaunum kynjanna nema á tekjubílinu 201–300.000 krónur þar sem konur eru í meiri hluta. Þegar grunnlaun eru komin yfir 500.000 krónur á mánuði er hlutfall karla umtalsvert herra, en þess ber að geta að um fáa einstaklinga er að ræða. Ekki liggja fyrir upplýsingar um hvort munur sé á launum karla og kvenna í stjórnunarstöðum.

Tafla 28. Launadreifing á hjúkrunarheimilum eftir kynjum, meðalheildarlaun janúar–maí 2012.

Könnun	0–200 þús. kr.		201–300 þús. kr.		301–400 þús. kr.		401–500 þús. kr.		501–600 þús. kr.		601 þús. kr. eða meira		Samtals	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Konur	898	37,7%	694	29,2%	461	19,4%	191	8,0%	68	2,9%	67	2,8%	2.379	100%
Karlur	108	38,2%	54	19,1%	58	20,5%	34	12,0%	13	4,6%	16	5,7%	283	100%

Konur eru í meiri hluta þeirra sem fá laun á tekjubílinu 201–300.000 krónur á mánuði. Aftur á móti er hlutfall karla mun herra þegar heildarlaun eru komin yfir 400.000 krónur á mánuði. Eftir því sem launin hækka fækkar konum í launaflokkunum og körlum fjölga.

6.5 Samanburður launa sjúkraliða og sjúkraflutningamanna

Í samræmi við þær niðurstöður könnunarinnar sem snúa að starfsfólki hjúkrunarheimila var sú aðgerð ákveðin, við vinnslu áfangaskýrslu II, að afla upplýsinga og greina störf heilbrigðisstétta sem jafnan eru flokkuð sem hefðbundin karla- og kvennastörf. Í því fólst að skoða nánar gögn sem gætu varpað frekara ljósi á launamun kynjanna.

Umönnunarstörf á hjúkrunarheimilum eru talin láglaunastörf sem oftast eru unnin af konum. Samkvæmt könnuninni, sem gerð var á árinu 2012, reyndust 90% starfsfólks á hjúkrunarheimilum vera konur en faglærðir stjórnendur í þeirra hópi voru einungis 4,4%. Hlutfall faglærðra stjórnenda meðal karla var 7,6%. Það endurspeglast í launum karla og kvenna á hjúkrunarheimilum en eftir því sem launin hækka fækkar konum í launaflokkunum og körlum fjölgar.

Nokkur hluti þess starfsfólks sem starfa við umönnun á hjúkrunarheimilum eru sjúkraliðar en menntun þeirra fer fram á framhaldsskólastigi. Engin störf heilbrigðisstétta sem unnin eru á hjúkrunarheimilum teljast til svokallaðra hefðbundinna karlastarfa en meiri hluti þeirra sem starfa við sjúkraflutninga eru karlar og menntun þeirra er einnig á framhaldsskólastigi. Því er gerður samanburður á menntun og launum þessara stétta. Upplýsingar um menntun sjúkraflutningamanna voru fengnar frá Sjúkraflutningaskólanum á Sjúkrahúsinu á Akureyri (bréf frá Hrafnhildi Lilju Jónsdóttur, skólastjóra Sjúkraflutningaskólans, dags. 14. nóvember 2013) en upplýsingar um menntun sjúkraliða má finna í aðalnámskrá framhaldsskóla, sjúkraliðabraut. Launaupplýsingar voru unnar úr launakerfi ríkisins, ORRA.

Sjúkraliðanám er 120 eininga nám í framhaldsskóla sem tekur að jafnaði þrjú ár. Námið samanstendur af bóknámi, verknámi, vinnustaðanámi og 16 vikna starfsþjálfun. Nám sjúkraflutningamanna tekur fimm vikur og inniheldur einnig bóknám og verklegt nám. Í framhaldi af því tekur við 15 vikna starfsþjálfun á sjúkrahúsi og á neyðarbíl Slökkviliðs höfuðborgarsvæðisins. Inntökuskilyrði í nám í sjúkraflutningaskólann er 60 eininga nám í framhaldsskóla og skyndihjálparskírteini.³¹ Til þess að mega aka sjúkraflutningabíl þarf að hafa lokið leigubílahluta meiraprófs. Sjúkraflutningamaður getur sótt um að fara á námskeið í neyðarflutningum eftir 36 mánaða starfsreynslu. Neyðarflutninganámskeið tekur fimm vikur (317 klst). Sjúkraliðanámið er því mun lengra nám en grunnnám sjúkraflutningamanna, en eins og komið hefur fram eru gerðar kröfur um að sjúkraflutningamenn hafi lokið hluta af framhaldsskólanámi áður en nám í sjúkraflutningaskólanum hefst. Þetta þarf að hafa í huga þegar laun þessara stétta eru borin saman.

Borin voru saman laun sjúkraflutningamanna og sjúkraliða á árunum 2012 og 2013 á þeim heilbrigðisstofnunum sem reka hjúkrunarrými og sjúkraflutninga (sjá töflu 29). Þar starfa um 150 manns og eru 96% þeirra karlmenn.³² Samanburðurinn er háður þeim takmörkunum að laun sjálfstæðra rekstraraðila, svo sem Slökkviliðs höfuðborgarsvæðisins, eru ekki skráð í launakerfi ríkisins.

³¹ Skírteinið sem fæst eftir átta tíma námskeið þarf að vera yngra en tveggja ára.

³² Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins. *Mannauður og menntun*.

Að meðaltali störfuðu um 121 sjúkraflutningamaður, á heilbrigðisstofnununum tíu sem liggja til grundvallar þessa samanburðar, árið 2013, þar af voru að meðaltali 12 konur og 109 karlar. Karlkynssjúkraliðar voru mun færri en kvenkynssjúkraflutningamenn eða að meðaltali fjórir árið 2013. Meðalfjöldi stöðugilda sjúkraliða var 244,5 árið 2013 innan þeirra tíu heilbrigðisstofnana sem eru bæði með hjúkrunarrými og sjúkraflutninga.³³ Meðalfjöldi stöðugilda³⁴ sjúkraflutningamanna var þá 51. Þessi munur á fjölda getur haft áhrif á samanburð launa þar sem hlutfall stjórnenda er almennt hærra í minni hópum.

Tafla 29. Stöðugildi sjúkraflutningamanna og sjúkraliða (2013).

	Sjúkraflutningamenn	Sjúkraliðar	Samtals
Heilbrigðisstofnun Vesturlands	8,1	42,0	50,1
Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði	0,8	0,8	1,6
Heilbrigðisstofnun Vestfjarða	0,2	27,9	28,1
Heilbrigðisstofnunin Blönduósi	2,1	9,2	11,3
Heilbrigðisstofnunin Fjallabyggð	2,1	5,9	8,0
Heilbrigðisstofnun Þingeyinga	5,2	13,3	18,5
Heilbrigðisstofnun Austurlands	5,9	37,9	43,8
Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum	1,8	17,3	19,1
Heilbrigðisstofnun Suðurlands	23,1	39,4	62,5
Heilbrigðisstofnun Suðurnesja	1,8	50,7	52,5
Samtals	51,0	244,5	295,5

Almennt eru sjúkraflutningamenn á þessum stofnunum í minna starfshlutfalli³⁵ en sjúkraliðar. Meðalstarfshlutfall þeirra var um 40% en sjúkraliða um 68% á árunum 2012 og 2013. Þessi munur á starfshlutfalli getur einnig haft áhrif á samanburð á heildarlaunum þar sem hlutfall yfirvinnu er oft hærra þar sem starfshlutfall er lægra.

Tafla 30. Meðallaun sjúkraflutningamanna og sjúkraliða (október 2012–2013).

	Dagvinnulaun		Heildarlaun	
	2012	2013	2012	2013
Sjúkraflutningamenn	268.641	279.453	457.462	476.011
Sjúkraliðar	276.813	302.674	408.509	440.391
Mismunur	3,0%	8,3%	-10,7%	-7,5%

Laun sjúkraliða og sjúkraflutningamanna í októbermánuði árána 2012 og 2013 voru skoðuð.³⁶ Í október 2012 voru 110 sjúkraflutningamenn með skráð stöðugildi á heilbrigðisstofnununum og 343 sjúkraliðar. Þá voru meðaldagvinnulaun sjúkraliða 3% hærra en meðaldagvinnulaun sjúkraflutningamanna. Þó voru heildarlaun sjúkraflutningamanna hærra sem nemur 10,7%. Í októbermánuði 2013 hafði munur á dagvinnulaunum stéttanna (111 sjúkraflutningamenn og 330

³³ Laun starfsfólks í Landssambandi slökkviliðs- og sjúkraflutningamanna og Sjúkraliðafélagi Íslands með skráð stöðugildi í mánuðinum.

³⁴ Stöðugildi vísar til þess sem oft er nefnt ársverk í dagvinnu.

³⁵ Meðalstarfshlutfall er reiknað þannig: Fjöldi stöðugilda á ársgrundvelli deilt með meðalfjölda starfsfólks á mánuði.

³⁶ Dagvinnulaun deilt með stöðugildi á mánuði.

sjúkraliðar) aukist og var þá 8,3% en munur á meðalheildarlaunum stéttanna minnkað. Þá voru meðalheildarlaun sjúkraflutningamanna 7,5% hærrí en meðalheildarlaun sjúkraliða (sjá töflu 30).

Breytingin milli áráanna 2012 og 2013 getur skýrst af svokölluðu jafnlaunaátaki sem hófst í janúar mánuði 2013. Þá samþykkti þáverandi ríkisstjórn að verja tilteknu fjármagni til stofnanasamninga heilbrigðisstofnana í anda jafnlaunaátaks. Miðað var við stéttarfélag sem hafa innan sinna vébanda skilgreinda afmarkaða kvannahópa, einkum á grundvelli menntunar eða tiltekinnar sérhæfingar sem jafna má til menntunar. Heilbrigðisstofnanir í eigu ríkisins fengu tiltekna fjárveitingu til að standa straum af launahækkunum, þar á meðal heilbrigðisstofnanirnar sem hér eru til skoðunar. Hins vegar voru fjárveitingar til sjálfseignarstofnana, sem margar hverjar reka hjúkrunarheimili, ekki hækkaðar.

6.6 Samantekt

Hlutfall kvenna af íbúum hjúkrunarheimila er hærra en hlutfall kvenna af íbúafjölda landsins 67 ára og eldri. Hærra hlutfall karla (42%) en kvenna (28%) flytur inn á hjúkrunarheimili fyrir 80 ára aldur og hjúkrunarþyngd karla í hjúkrunarrýmum er meiri. Flestar konur flytja inn á hjúkrunarheimili á aldursbilinu 80–89 ára. Allt að 45% kvenna og 37% karla hafa dvalið á hjúkrunarheimilum í þrjú ár eða lengur. Við komu á hjúkrunarheimili eru fleiri karlar (43%) sem eiga maka en konur (20%). Gæðavísar úr RAI-gagnagrunni sýna ákveðinn mun milli kynjanna og þær tómsundur sem eru í boði höfða misjafnlega til þeirra (samkvæmt upplýsingum úr RAI-gagnagrunni og könnun sem gerð var 2012). Fleiri konur eru skráðar nánustu aðstandendur en 90% kvenna og 87% karla hafa tvo eða fleiri stuðningsaðila í sínu stuðningsneti.

Yfirgnæfandi meiri hluti starfsfólks hjúkrunarheimila er konur en faglærðir stjórnendur meðal karla eru hlutfallslega fleiri (7,6% á móti 4,4%). Hlutfall karla í hópi starfsfólks hækkar eftir því sem laun þess hækka. Ekki liggja þó fyrir upplýsingar um hvort munur sé á launum karla og kvenna í stjórnunarstöðum. Við samanburð á menntun og launum sjúkraliða og sjúkraflutningamanna kom í ljós að menntun sjúkraliða er mun lengri. Árið 2012 voru meðal dagvinnulaun sjúkraliða hærrí (3%) en heildarlaun sjúkraflutningamanna voru hins vegar hærrí (10,7%). Í október 2013 hafði munur á dagvinnulaunum stéttanna aukist (8,3%) en munur á heildarlaunum stéttanna minnkað (7,5%).

7. Aðgerðir og lokaorð

Hér að framan hefur verið gerð grein fyrir niðurstöðum verkefnis velferðarráðuneytisins í kynjaðri hagstjórn og fjárlagagerð á árunum 2012–2014. Eins og komið hefur fram var ákveðið að afmarka verkefnið við aldraða í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum. Dregnar voru fram og skoðaðar upplýsingar bæði út frá þeim sem þiggja þjónustu á hjúkrunarheimilum og þeim sem veita hana.

Af niðurstöðunum er ljóst að nokkur munur er á kynjunum, bæði lýðfræðilega, eftir starfsvali á hjúkrunarheimilum, atvinnuþátttöku og launum. Þessir þættir ásamt ákvörðunum stjórnvalda hafa síðan áhrif á eftirlaun og greiðsluþátttöku íbúa á hjúkrunarheimilum. Þótt þessi athugun hafi dregið fram ákveðinn munur á kynjunum gæti sá munur tekið einhverjum breytingum á næstu árum, meðal annars vegna ákvarðana stjórnvalda. Dæmi um slíka ákvörðun sem tekin var nýlega og er liður í því að vinna að jafnrétti kynjanna og eyða kynbundnum launamun er stofnun aðgerðahóps stjórnvalda og samtaka aðila vinnumarkaðarins í kjölfar viljayfirlýsingar þeirra (sjá í kafla 4.4.2).³⁷ Einnig hefur verið ákveðið að innleiða mat á öllum fjárlagaliðum með aðferðum kynjaðrar hagstjórnar og fjárlagagerðar.

Þó ekki hafi gengið eftir í þessu skrefi að endurmóta stefnuna í málaflokknum þá „holar dropinn steininn“. Niðurstöðurnar gera sýnina á þennan hluta málaflokksins skýrari. Í samræmi við skref fimm og sex samkvæmt aðferð Elisabethar Klatzer (sjá kafla 1.2) ber að finna leiðir til að draga úr misrétti og viðhafa eftirlit og mat til að mæla framþróun. Hér eru því settar fram tillögur að frekari aðgerðum:

Aðgerð 1: Endurskoða stefnu í málefnum aldraðra

Í núgildandi stefnu velferðarráðuneytisins í málefnum aldraðra frá 2008 er ekki minnst á nálgun út frá kynjasjónarmiðum. Það er því ástæða til að endurskoða stefnuna.

Markmið: Nálgun út frá kynjasjónarmiðum sé skýr í stefnunni í málefnum aldraðra.

Mælikvarði: Endurskoðun á stefnunni lokið.

Ábyrgðaraðili: Ráðuneytisstjóri velferðarráðuneytisins.

Tímarammi: 2014–2015.

Kostnaður: Innan fjárlagaheimilda velferðarráðuneytisins.

Aðgerð 2: Setja skilyrði um jafnréttisáætlun í þjónustusamninga við hjúkrunarheimili

Í 18. gr. laga um jafna stöðu og jafnan rétt karla og kvenna, nr. 10/2008, er kveðið á um jafnréttisáætlanir á almennum vinnumarkaði. Mikilvægt er að í þjónustusamningum sem velferðarráðuneytið gerir við hjúkrunarheimili verði ákvæði um skyldu heimilisins til að setja vinnustaðnum jafnréttisáætlun sem taki til starfsfólks hjúkrunarheimilisins, heimilisfólks og aðstandenda.

Markmið: Ákvæði um jafnréttisáætlun sé í öllum þjónustusamningum ráðuneytisins við hjúkrunarheimili.

Mælikvarði: Ákvæði um jafnréttisáætlun komið inn á alla þjónustusamninga við hjúkrunarheimili.

Ábyrgðaraðili: Ráðuneytisstjóri velferðarráðuneytisins.

Tímarammi: 2014–2018. Enn eru einungis fáein hjúkrunarheimili með þjónustusamning en unnið er að gerð þeirra og búast má að sú vinna taki nokkurn tíma.

Kostnaður: Innan fjárlagaheimilda velferðarráðuneytisins.

³⁷ Velferðarráðuneytið. *Viljayfirlýsing um launajafnrétti kynjanna* frá 24. október 2012.

Aðgerð 3: Setja fram kynjamiðaða mælikvarða til að mæla framvindu árangurs í málaflokknum.

Mikilvægt er að setja fram mælikvarða svo hægt sé að fylgjast reglubundið með framvindu breytinga og árangurs í málaflokknum og leggja mat á framþróun hans.

Markmið: Kynjamiðaðir mælikvarðar séu settir.

Mælikvarði: Fyrirliggjandi mælikvarðar.

Ábyrgðaraðili: Ráðuneytisstjóri velferðarráðuneytisins.

Tímarammi: 2015.

Kostnaður: Innan fjárlagaheimilda velferðarráðuneytisins.

Aðgerð 4: Samanburður á „hefðbundnum karla- og kvennastörfum“ sem nýta megi í endurmat á virði starfa.

Markmið: Mat á virði hefðbundinna karla- og kvennastarfa liggja fyrir.

Mælikvarði: Fyrir liggja samanburður á störfum sem nýta megi í endurmat á virði starfa.

Ábyrgðaraðili: Ráðuneytisstjóri velferðarráðuneytisins.

Tímarammi: 2016.

Kostnaður: Innan fjárlagaheimilda velferðarráðuneytisins.

Að lokum skal þess getið, þótt ekki sé það sett hér sem sérstök aðgerð, að verkefnahópurinn hefur tekið til umræðu að mikilvægt sé að velferðarráðuneytið beini því til fjármála- og efnahagsráðuneytisins, sem fer með samningsumboð ríkisins í kjarasamningum, að útvíkka veikindarétt í kjarasamningum svo hann nái til veikinda nánna aðstandenda. Þetta er mikilvægt með hliðsjón af verkaskiptingu kynjanna í hinu ólaunaða umönnunarhagkerfi.

Heimildaskrá

Bellasi, A. R. (2007). New insights into ischemic heart disease in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 585–594.

Embætti landlæknis. Talnabrunnur, nóvember–desember 2012:

http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19077/version5/Talnabrunnur_Nov_des_2012.pdf

Embætti landlæknis. Talnabrunnur, apríl 2014:

http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item23191/Talnabrunnur_april_2014.pdf

Félags- og tryggingamálaráðuneytið (2008). *Skipulag hjúkrunarheimila*. Sótt 18. júní 2014 af

http://www.velferdarraduneyti.is/media/08frettir/Innra_skipulag_hjukrunarheimila.pdf

Fjármála- og efnahagsráðuneytið og Jafnréttisstofa (2012). *Kynjakrónur, handbók um kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð*. Reykjavík.

Fjármálaráðuneytið. *Biðlistar í kransæðapræðingu og liðskiptaaðgerð á mjöðm og hné*. Sótt 12. júní

2014 af http://www.fjarmalaraduneyti.is/media/skjal/VEL_Bidlistar_27feb2012.pdf

Quinn, S. (2009). *Kynjuð fjárlagagerð: Handbók um framkvæmd*. Reykjavík: Fjármálaráðuneytið.

Sigurveig H. Sigurðardóttir, Gerdt Sundstrom, Bo Malmberg og Marie Ernsth Bravell. (2011). Needs and care of older people living in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 0, 1–9.

Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins. *Mannauður og menntun*. Sótt 11. júní 2014 af <http://shs.is/um-okkur/mannauður-og-menntun.html>.

Stöðuskýrsla Íslands til Efnahagsnefndar Sameinuðu þjóðanna. Október 2011. Sótt 18. júní 2014 af

http://www.unece.org/pau/age/mica2011/country_reports_2012.html

Velferðarráðuneytið (2013). *Kröfulýsing fyrir öldrunarþjónustu*, útgáfa II. Sótt 12. júní 2014 af

http://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit_2013/Krofulyising_oldrunarthjonustu_jan2013.pdf

Velferðarráðuneytið (e.d.). *Stefna í málefnum aldraðra til næstu ára*. Sótt 18. júní 2014 af

http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/malefni_aldradra/Almennt/nr/4417

Velferðarráðuneytið. *Viljayfirlýsing um launajafnrétti kynjanna frá 24. október 2012*. Sótt 18. júní

2014 af <http://www.velferdarraduneyti.is/media/frettatengt2012/Undirritud-viljayfirlyising.pdf>

Reykjavík þann 19. júní 2014

Bryndís Þorvaldsdóttir
verkefnisstýra og ábyrgðaraðili í umboði ráðuneytisstjóra

Eigandi verkefnisins staðfestir með undirskrift sinni að hafa kynnt sér áfangaskýrsluna, framvindu verkefnisins og næstu skref:

Anna Lilja Gunnarsdóttir
ráðuneytisstjóri velferðarráðuneytis