

Maí 2022



Þjónusta við aldraða

Árangur fjárveitinga

Stjórnarráð Íslands

Fjármála- og efnahagsráðuneytið

Útgefandi:

Fjármála- og efnahagsráðuneytið

Þjónusta við aldraða - Árangur fjárveitinga

Maí 2022

fjr@fjr.is

fjarmalaraduneytid.is

Umbrot og textavinnsla:

Fjármála- og efnahagsráðuneytið

©2022 Fjármála- og efnahagsráðuneytið

ISBN 978-9979-820-85-7

Efnisyfirlit

Samantekt	5
1. Umgjörð verkefnis og nálgun	11
1.1 Inngangur - áskorunin.....	11
1.2 Leiðarljós	12
1.3 Stefnumótun sem liggur til grundvallar	12
1.4 Nálgun – árangur fjárveitinga	12
2. Þjónustukerfið fyrir aldraða	15
2.1 Skipulag, kostnaður og nýting þjónustu.....	15
2.1.1 Skipan þjónustukerfisins	15
2.1.2 Kostnaður vegna þjónustu við aldraða.....	17
2.1.3 Aldursdreifð notkun á þjónustu við aldraða.....	20
2.2 Erlendur samanburður.....	21
2.2.1 Áratugur heilbrigðrar öldrunar hjá WHO	21
2.2.2 Mælikvarðar til að meta heilbrigði aldraðra.....	21
2.2.3 OECD-samanburður	22
3. Greining.....	25
3.1 Fjárfestingar í dagdvöl og heimaþjónustu	25
3.2 Velferðartækni, vöktun og þjónustustjóri.....	33
4. Meginaðgerðir	36
5. Viðauki.....	38
5.1 Vinna starfshópsins	38
5.2 Heilsumælikvarðar WHO	39

Myndaskrá

Mynd 1: Mannfjöldaspá fyrir eldri aldurshópa.....	5
Mynd 2: Grunnspurningar þegar árangur fjárveitinga er metinn	13
Mynd 3: Grunnspurningar í samhengi þjónustu við aldraða.....	14

Mynd 4: Þjónustuúrræði og stuðningsþörf.....	17
Mynd 5: Hlutfall útgjalda til langtímaumönnunar af VLF 2019.....	23
Mynd 6: Rými fyrir langtímaumönnun á stofnunum og spítölum 2019.....	23
Mynd 7: Trajectories of healthy ageing – optimizing functional ability.....	40
Mynd 8: Virknigeta.....	41
Mynd 9: Virknigeta kvenna og karla.....	42
Mynd 10: Handstyrkur.....	43

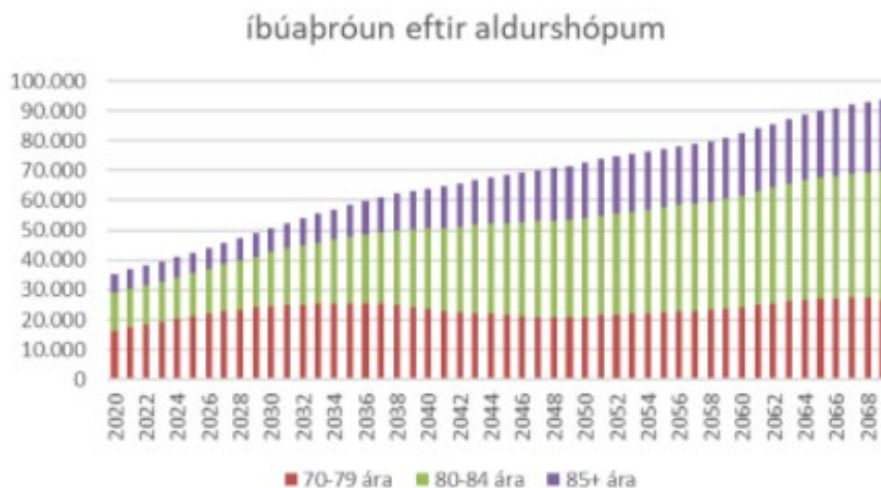
Töfluskrá

Tafla 1: Aldursdreifing notenda þjónustunnar.....	6
Tafla 2: Notkun þjónustu í hlutfalli af íbúafjölda.....	7
Tafla 3: Árskostnaður á mann 2020 (í þús. kr.).....	8
Tafla 4: Yfirlit um sparnað með aukinni virknigetu 80-89 ára einstaklinga.....	10
Tafla 5: Útgjöld ríkisins miðað við fjárlög 2022.....	18
Tafla 6: Heildarkostnaður vegna hjúkrunarryma.....	18
Tafla 7: Heildarkostnaður vegna dagdvalar sem Sjúkratryggingar Íslands greiða.....	19
Tafla 8: Stuðningsþjónusta sveitarfélaga við aldraða.....	19
Tafla 9: Kostnaður 2021 við heilsugæslu á íbúa.....	20
Tafla 10: Sjúkrahúsþjónusta aldraða.....	20
Tafla 11: Aldursdreifð þjónusta við eldra fólk.....	21
Tafla 12: Notkun þjónustu í hlutfalli af íbúafjölda 2020/2021.....	26
Tafla 13: Árskostnaður á mann 2020 í þús. kr.....	28
Tafla 14: Markmiðssetning um aukna virknigetu.....	30

Samantekt

Þjónusta hins opinbera við aldraða felst annars vegar í félagsþjónustu sem sveitarfélögin bera ábyrgð á og hins vegar heilbrigðisþjónustu sem er á ábyrgð ríkisins. Undir félagsþjónustu eru til að mynda þjónustumiðstöðvar aldraða og tómstunda- og félagsstarf. Heimaþjónusta og þjónustuíbúðir, þ.m.t. heimahjúkrun og öryggisþjónusta, eru bæði á vegum ríkis og sveitarfélaga. Rekstur hjúkrunar- og dvalarrýma, þ.m.t. dagdvöl, er svo á ábyrgð ríkisins en bygging þeirra er á ábyrgð beggja aðila og er kostnaði við uppbyggingu skipt þannig að 85% greiðist af ríki og 15% af sveitarfélögum. Þess utan ber ríkið alla ábyrgð á annari heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða einstaklinga, s.s. heilsugæslu, heimahjúkrun og sjúkrahúsþjónustu.

Öldruðum kemur til með að fjölga hratt á næstu áratugum. Samkvæmt mannfjöldaspám verða um tvöfalt fleiri einstaklingar 70 ára og eldri árið 2050 en nú og um þrefalt fleiri sé litið til 2070.



Mynd 1: Mannfjöldaspá fyrir eldri aldurshópa

Heimild: Hagstofa Íslands

Ef litið er fram til ársins 2040 og fjöldi nýrra hjúkrunarrýma áætlaður þarf að byggja 2.600 ný rými fyrir utan þau rými sem nú eru á framkvæmdaáætlun miðað við áframhaldandi nýtingu hjúkrunarrýma líkt og er í dag.

Kostnaður við byggingu þeirra rýma sem upp á vantar er um 125 ma.kr. með búnaði. Heildarfjöldi hjúkrunarrýma árið 2040 verður þá um 6.100 og kostnaður við rekstur þeirra um 90 ma.kr. á ári. Heildarrekstrarkostnaður hjúkrunarrýma árið 2020 án áhrifa af Covid-19 var ríflega 40 ma.kr.

Í þeirri vinnu sem lagt hefur verið í vegna þessarar skýrslu hefur nálgunin byggst á að benda á skynsamlegar leiðir til að vinna að heilbrigðri öldrun sem

felst í því að aldraðir haldi virknigetu (e. functional ability) sinni á háu stigi á efri árum með stuðningskerfi sem þarf að vera bæði öflugt og markvisst.

Til að mæta áskorunum vegna fjölgunar í hópi aldraðra er gengið út frá því að lausnin sé í grunninn að fjárfesta í kostnaðarminni þjónustu til þess að draga úr eða a.m.k. fresta því að aukin útgjöld falli til vegna dýrari þjónustubátta.

Tafla 1. sýnir aldursdreifða notkun á þjónustu sjúkrastofnana (fjöldi útskrifaðra einstaklinga af legudeildum sjúkrahúsa) ásamt aldursdreifðri notkun á þjónustu hjúkrunarheimila og dagdvalar sem eru á samningum við Sjúkratryggingar Íslands.

Tafla 1: Aldursdreifing notenda þjónustunnar

Aldur	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Sjúkrahús einstaklingar 2020	1.758	1.830	1.714	1.491	1.268	647	153
Sjúkrahús leguár 2020	53	60	70	73	70	44	10
Hjúkrunarheimili 2021	93	161	293	428	584	556	237
Dagdvöl 2021	63	130	207	289	341	212	46
Íbúafjöldi 2020	16.981	13.617	9.273	6.138	4.154	1.866	444

Heimild: Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands, eigin útreikningar

Mælikvarðar WHO á virknigetu

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) og Sameinuðu þjóðirnar hafa unnið greiningu og stefnumótun í málefnum aldraðra og er áratugurinn 2021-2030 helgaður heilbrigðri öldrun. Lögð er áhersla á mikilvægi þess að mæla heilbrigða öldrun, þ.e. félagslega þætti, heilsufar, atferli og áhættu, stefnur og verkefni og heilbrigðis- og félagsþjónustu. Sérstök skýrsla, „Decade of Healthy Ageing - Baseline Report“, var gefin út í desember 2020 þar sem fjallað er um gögn sem nýta má til að mæla heilbrigða öldrun.

Grundvallarhugtakið sem unnið er með er „functional ability“ eða virknigeta sem snýst um getu fólks til að uppfylla grunnþarfir sínar, getu til þroska, lærdóms og ákvarðanatöku, getu til hreyfingar, getu til að mynda og viðhalda mannlegum tengslum og getu til að leggja af mörkum til samfélagsins.

Virknigetan er mæld með því að kanna:

- hvort fólk geti klætt sig,
- hvort fólk geti tekið lyfin sín,
- hvort fólk geti haft stjórn á fjármálum sínum.

Framkvæmanlegt á að vera að þróa þá grunnmælikvarða á heilbrigða öldrun sem hér hefur verið fjallað um. Þeir eru allir innifaldir í þeim mælitækjum sem unnið er með, t.d. interRAI HC (interRAI Homecare) og verkefnið er að safna

Þessum upplýsingum skipulega þannig að hægt sé að hefja innleiðingu mælikvarðanna fyrir samfélagið í heild.

Örar breytingar eftir áttætt

Í töflu 2 kemur fram að örar breytingar eru á notkun þjónustubátta á aldursbilinu 80-89 ára. Í aldurshópnum 80-84 ára dvelja að jafnaði 1,2% á sjúkrahúsi reiknað út frá legudögum/leguárum og fyrir aldurshópinn 85-89 ára er hlutfallið 1,7% (sem fer svo yfir 2% eftir nírætt). Notkun aldurshópsins 80-84 ára á þjónustu hjúkrunarheimila meira en tvöfaldast miðað við 75-79 ára aldurinn og notkunin tvöfaldast svo aftur fyrir hópinn sem er 85-89 ára. Sama á við um notkun á dagdvöl.

Þessar tölur benda til þess að árangur við að viðhalda hárrí virknigetu 80–89 ára einstaklinga hafi lykilþýðingu til að stuðla að heilbrigðri öldrun í samfélaginu. Því er það augljóst fyrsta verkefni að stefna að slíkum árangri.

Tafla 2: Notkun þjónustu í hlutfalli af íbúafjölda

Skipting í hlutfalli af íbúafjölda	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Sjúkrahús	10,4%	13,4%	18,5%	24,3%	30,5%	34,7%	34,5%
Sjúkrahús leguár	0,3%	0,4%	0,8%	1,2%	1,7%	2,4%	2,3%
Hjúkrunarheimili	0,5%	1,2%	3,2%	7,0%	14,1%	29,8%	53,4%
Dagdvöl	0,4%	1,0%	2,2%	4,7%	8,2%	11,4%	10,4%
Hjúkrunarheimili/ sjúkrahús	0,053	0,088	0,171	0,287	0,461	0,859	1,54
Hjúkrunarheimili/ leguár á sjúk.st.	0,030	0,033	0,041	0,049	0,055	0,068	0,06
Dagdvöl/ hjúkrunarheimili	0,677	0,807	0,706	0,675	0,584	0,381	0,19
							4

Heimild: Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands, eigin útreikningar

Næsta tafla sýnir árskostnað á mann á fjórum þjónustustigum. Þar er styrkt sú meginályktun að uppbygging dagdvalarþjónustu og heimaþjónustu með sérstakri áherslu á aldurshópinn 80–89 ára hlýtur að vera forgangsmál. Fyrir hvert ár sem aldraður einstaklingur nýtir dagdvöl eða heimaþjónustu í stað flutnings á hjúkrunarheimili sparast a.m.k. 12 m.kr. á hvern einstakling.

Tafla 3: Árskostnaður á mann 2020 (í þús. kr.)

	Lægra gildi	Hærra gildi	Endurhæfing
Sjúkrahús	61.000	71.000	
Sjúkrahús - legukostnaður á deild	47.567	48.830	
Hjúkrunarheimili	13.648	15.180	17.429
Dagdvöl	2.031	4.275	5.308
Heimaþjónusta	1.000	2.000	3.000

Heimild: LSH, Sjúkrtryggingar Íslands, Reykjavíkurborg, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, eigin útreikningar

Rafræn vöktun á heilsufari

Tækniþróun síðustu ára hefur stóraukið möguleika á öflun gagna um heilsufarslega stöðu fólks og úrvinnslu þeirra til að fá upplýsingar um heilbrigði þess. Rafrænar skráningar eru víðtækar um notkun hvers kyns þjónustu. Í símtækjum og úrum er safnað gögnum, s.s. um hreyfingu og hjartslátt. Þetta skapar víðtæka möguleika á vöktun á heilsufari fólks og það gæti verið hluti af þjónustu heilsugæslunnar að taka við öllum þessum gögnum og vinna úr þeim. Enn fremur fólki að vera unnt að skrá sjálf ýmsar upplýsingar inn á sérstaka gátt um heilsufar sitt, s.s. þyngd, blóðþrýsting og líkamshita, sem þýðingu hefur að mæla eða prófa. Farvegur fyrir slíkar skráningar er þegar til staðar á heilsuvera.is.

Enn fremur er ástæða til að kanna hvort aldraðir ættu að fá sérstakan persónulegan þjónustustjóra þegar þeir byrja að nota þjónustu stofnana. Hlutverk þjónustustjóra væri að halda utan um allar upplýsingar um einstaklinginn, vakta stöðu hans, leiðbeina honum áfram í þjónustukerfinu og veita aðstoð við aðgang að mati og stofnunum eins og við getur átt.

Megintillögur

Þetta mat á árangri fjárveitinga til hjúkrunarþjónustu við aldraða byggir á því að vinna með hugtakið „heilbrigð öldrun“ (e. healthy ageing) og hvernig hægt er að stuðla að henni. Þetta er í samræmi við áherslur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO).

Árangur einstakra hluta þjónustukerfisins og einstakra stofnana og mælikvarðar á árangur byggjast fyrst og fremst á því hversu vel þeim tekst til við að létta byrðinni af þeim (viðtakanda) hluta kerfisins sem kemur á eftir þeim í öldrunarferlinu. Þetta felst í því að viðhalda virknigetu og heilbrigði einstaklingsins á eins háu stigi og kostur er hvar sem er í kerfinu.

Á sama tíma verður einnig að horfa til þeirrar byrði sem í dag hvílir ekki á hinu opinbera þjónustukerfi heldur á aðstandendum og ýmsum aðilum í nærsamfélagi eldri einstaklinga. Mikilvægt er að innleiða markvissa skráningu á þessari umönnunarbyrði þannig að ólaunað framlag í þágu eldra fólks sé dregið

fram. Er það ein af forsendum þess að framkalla megi breytta afstöðu til hefðbundinnar og kynbundinnar verkaskiptingar í samfélaginu.

Með því að horfa til aukinnar virknigetu er lögð áhersla á að fjárfesta í einstaklingnum og heilbrigði hans til að viðhalda því fremur en að áherslan sé á að bregðast við vandanum þegar hann er kominn fram. Ef vel tekst til við að auka heilbrigði, sérstaklega á því aldurskeiði sem virknigetan minnkar hvað örast, má búast við því að kostnaður við þjónustuna í heild geti lækkað umtalsvert.

Með hliðsjón af þeim áskorunum sem nefndar hafa verið setur hópurinn fram tillögur að þremur megináðgerðum til að auka hagkvæmni og bæta gæði hjúkrunarþjónustu við aldraða. Meginartilboðin felast í því að benda á ábatann af því að fjárfesta í stuðningskerfinu við aldraða í því skyni að auka virknigetu þeirra og þar með að draga úr eftirspurn eftir dýrari þjónustupáttum líkt og hjúkrunarheimilum og þá sjúkrahúsþjónustu. Fyrirliggjandi gögn og upplýsingar eru greindar í því skyni að draga fram sparnaðarmöguleika í framhaldi af slíkum fjárfestingum.

Til að ná sem hagkvæmustum rekstri í heimaþjónustu er enn fremur bent á nauðsyn þess að nýta velferðartækni í þjónustunni og hefja vinnu við þróunarverkefni til þess að vakta heilsufar aldraðra.

Í fyrsta lagi er mælt með að innleiða sömu mælikvarða og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) notar fyrir heilbrigða öldrun.

Í öðru lagi er lagt til að megináhersla verði á uppbyggingu dagdvalarrýma og aukna heimaþjónustu (þ.m.t. heimahjúkrun) fyrir aldurshópin 80–89 ára.

Í þriðja lagi þarf að nýta hvers kyns möguleika sem rafræn skráning gagna, sjálfvirk eða gerð af einstaklingnum sjálfum, gefur til að byggja upp vöktun á heilbrigði og öryggi aldraðra einstaklinga. Einnig þarf að tryggja skilvirkni milli upplýsingakerfa þannig að þeir sem veita þjónustuna hafi aðgang að nauðsynlegum upplýsingum sem þegar hafa verið skráðar. Þróun af þessum toga ætti líka að fylgja að sérstakur þjónustustjóri fylgi hverjum öldruðum einstaklingi sem bæði annast vöktunina og leiðbeinir og aðstoðar vegna viðeigandi þjónustu.

Mögulegur ávinningur

Í töflu 4 er dregið fram mat hópsins á því hvernig árangur af heilbrigðri öldrun skilar sér í lægri kostnaði á næstu 10 árum. Til að draga upp mynd af því hvernig kostnaður gæti hækkað á næsta áratug er tekið dæmi þar sem stuðst er við núverandi kostnað af almennu rými á hjúkrunarheimili og litið á hvernig heildarkostnaður eftir þeirri viðmiðun hækkar eftir því sem eftirspurn vex. Þá er litið til þess hvernig eftirspurnin getur dregist saman ef markmið um árangur heimaþjónustu/dagdvalar nást og hvað það þýðir fyrir lækkun kostnaðar.

Eftir 10 ár verður árlegur kostnaður um 9,5 ma.kr. lægri en annars yrði. Það réttlætir að leggja fé í þróunarverkefni til að bæta stuðningskerfið við aldraða sem hjálpar til við að ná þeim markmiðum sem sett eru. Hér er miðað við að sérstök framlög til uppbyggingar stuðningskerfisins verði 430–530 m.kr. árlega sem er vegna þróunar mælikvarða á öldrun, velferðartækni og þjónustustjóra. Sparnaðurinn sem lagt er upp með að náist byggir á hlutfallslega minni eftirspurn eftir hjúkrunarrýmum að teknu tilliti til aukins kostnaðar við heimþjónustu og dagdvöl.

Tafla 4: Yfirlit um sparnað með aukinni virkni getu 80-89 ára einstaklinga

Fjárhæðir í m.kr.	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Eftirspurn 80+ (óbreyttur fjöldi)	1.902	1.952	1.998	2.054	2.125	2.194	2.274	2.360	2.453	2.559
Kostnaður miðað við almenn rými	28.777	29.534	30.230	31.077	32.151	33.195	34.406	35.707	37.114	38.718
Eftirspurn 80+ með árangri (fjöldi)	1.849	1.843	1.829	1.820	1.820	1.812	1.804	1.790	1.776	1.764
Sparnaður með árangri	639	1.312	2.031	2.808	3.670	4.584	5.640	6.836	8.118	9.537
Framlög í þróun og tækni										
Mælikvarði á öldrun	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Velferðartækni	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Þjónustustjórar	200	200	200	200	200	300	300	300	300	300
Framlög í þróun og tækni samtals	430	430	430	430	430	530	530	530	530	530

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands, Hagstofa Íslands, eigin útreikningar.

1. Umgjörð verkefnis og nálgun

1.1 Inngangur – áskorunin

Framtíðarmyndin vegna eftirspurnar eftir hjúkrunar- og dvalarrýmum sýnir að kostnaður gæti vaxið mjög hratt á næstu árum og áratugum þar sem stórir árgangar fólks eru að komast á eftirlaunaaldur og meðalæviskeið hvers einstaklings lengist sífellt.

Nú eru tæplega 3.500 hjúkrunar- og dvalarrými í notkun ásamt hjúkrunarrýmum á framkvæmdaáætlun. Ef þjónustukerfið eins og við þekkjum það í dag helst óbreytt mun eftirspurn eða þörf á þjónustu hjúkrunarheimila árið 2040 kalla á 2.600 ný hjúkrunarrými, auk þeirra sem þegar eru á framkvæmdaáætlun. Hér er miðað við að árið 2040 þurfi sama hlutfall af aldurshópum, í hverju heilbrigðisumdæmi, á hjúkrunarrými að halda líkt og í dag. Kostnaður við byggingu þeirra rýma sem upp á vantar er um 126 ma.kr. með búnaði, miðað við núverandi verðlag. Heildarfjöldi hjúkrunarrýma árið 2040 verður þá um 6.100 og kostnaður við rekstur þeirra um 90 ma.kr. á ári. Heildarrekstrarkostnaður hjúkrunar- og dvalarrýma árið 2020 án áhrifa af Covid-19 var ríflega 40 ma.kr.

Að óbreyttu skipulagi þjónustu við aldraða rúmlega tvöfaldast það fjármagn að raunvirði sem ríkissjóður leggur til við rekstur hjúkrunar- og dvalarrýma. Þess má geta að á framkvæmdaáætlun vegna árána 2021-2024 er miðað við byggingu um 705 hjúkrunarrýma og þar af eru 488 ný.

Í stefnumörkun fjármálaáætlunar 2021-2025 er fjallað um helstu áskoranir málefnasviðs 25, Hjúkrunar- og endurhæfingarþjónusta, en þar undir teljast rekstur og uppbygging hjúkrunar- og dvalarheimila.

- Stærsta áskorunin tengist fjölgun aldraðra en henni fylgir fjölgun einstaklinga með aldurstengda sjúkdóma af einhverju tagi. Auk þess þarf að glíma við aukna sjúkdómabyrði og áhættuþætti vegna lífsstílstengdra sjúkdóma. Vakinn er athygli á því að þörfin fyrir dagdvalarrými er að aukast, ekki síst vegna einstaklinga með heilabilun.
- Önnur áskorunin tengist óskýrri verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga við að mæta þörfum íbúa fyrir þjónustu á réttu þjónustustigi sem getur leitt til óskilvirkni.
- Þriðja áskorunin er að samþætta þjónustu hjúkrunarheimila og þjónustu innan og utan sjúkrahúsa til að auka samfellu í þjónustunni og stuðla að því að einstaklingar geti dvalið sem lengst á eigin heimili.
- Fjórða helsta áskorunin er svo að manna þau störf sem þarf til að sinna þjónustunni.
- Fimmta áskorunin varðar uppbyggingu og eignarhald fasteigna hjúkrunar- og dvalarrýma. Í núverandi fyrirkomulagi greiðir ríkissjóður 85% og sveitarfélag 15%. Allur gangur er á því hvernig heimilin voru fjármögnuð og því ríkir óvissa með eignarhald mjög margra heimila. Þannig er mikilvægt að

eignarhaldi sé komið á hreint og samhliða skoðað með hvaða fyrirkomulagi heimilin verði reist í framtíðinni.

1.2 Leiðarljós

Í stjórnarsáttmála ríkisstjórnarinnar segir svo um málefni aldraðra:

„Ein stærsta breytingin á samsetningu samfélagsins næstu árin er fólgin í því að þjóðin er að eldast. Mikilvægt er að stuðla að heilbrigði og lífsgæðum fólks með áherslu á lýðheilsu og að fólki sé gert kleift að nýta hæfileika sína og krafta. Við ætlum að auðvelda eldra fólki að búa sem lengst heima með viðeigandi stuðningi og þjónustu. Áfram þarf að þróa fölbreyttari búsetu- og þjónustuleiðir, svo sem sveigjanlega dagþjálfun, og nýta tækni og nýsköpun í þjónustu við eldra fólk. Sérstaklega verður lögð áhersla á heilsueflandi aðgerðir til að sporna gegn félagslegri einangrun og einmanaleika. Einnig viljum við horfa til aukins sveigjanleika í starfslokum hjá hinu opinbera.“

1.3 Stefnumótun sem liggur til grundvallar

Í fjármálaáætlun fyrir árin 2021-2025 er sett fram stefnumörkun fyrir málefnasviðið. Um framtíðarsýn og meginmarkmið segir þar:

„Framtíðarsýn málefnasviðsins er sameiginleg öllum málefnasviðum heilbrigðisráðuneytisins, að íslensk heilbrigðisþjónusta sé á heimsmeðalvarða og að lýðheilsustarf með áherslu á heilsueflingu og forvarnir sé hluti af allri þjónustu, sérstaklega þjónustu heilsugæslunnar.

Árangur heilbrigðisþjónustunnar sé metinn með því að mæla gæði þjónustunnar, öryggi hennar, hversu aðgengileg hún er og hvað hún kostar.

Meginmarkmið heilbrigðisþjónustu er að veitt sé örugg, aðgengileg og hagkvæm heilbrigðisþjónusta þar sem sjúklingum er tryggð greið leið að réttri þjónustu á réttum stað.“

Á heilbrigðisþingi í ágúst 2021 voru kynnt drög að stefnu um heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða til ársins 2030 undir yfirskriftinni Virðing og reisn.

1.4 Nálgun – árangur fjárveitinga

Á vegum fjármála- og efnahagsráðuneytisins er í samvinnu við önnur ráðuneyti unnið að verkefnum sem lúta að því að meta árangur fjárveitinga með reglubundnu endurmati útgjalda ríkissjóðs (e. spending review).

Myndin hér að neðan sýnir framsetningu Alþjóðabankans á almennri nálgun í slíkri vinnu og þeim grunnsurningum sem öll verkefni á sviði endurmats útgjalda eiga sameiginlegt.



Mynd 2: Grunnsurningar þegar árangur fjárveitinga er metinn

Verkefnin byggja á markmiðssetningu og árangursmælikvörðum í einstökum málaflokkum, sbr. lög um opinber fjármál, og ganga út á að greina stjórnþæki eða aðgerðir til að ná þeim árangri sem stefnt er að með sem minnstum tilkostnaði. Vinnunni er þannig ætlað að gera stjórnvöldum kleift að hagræða og forgangsraða takmörkuðum fjármunum.

Með greiningu á viðvarandi útgjöldum er leitað leiða til að framkvæma verkefni með samfélagslega arðbærari hætti. Með framsetningu ólíkra valkosta við þróun útgjalda og mögulegra áhrifa þeirra er ákvarðanataka styrkt.

Í vinnunni er leitast við að fylgja þeim leiðbeiningum um besta mögulega verklag sem í mótun eru á vettvangi OECD.

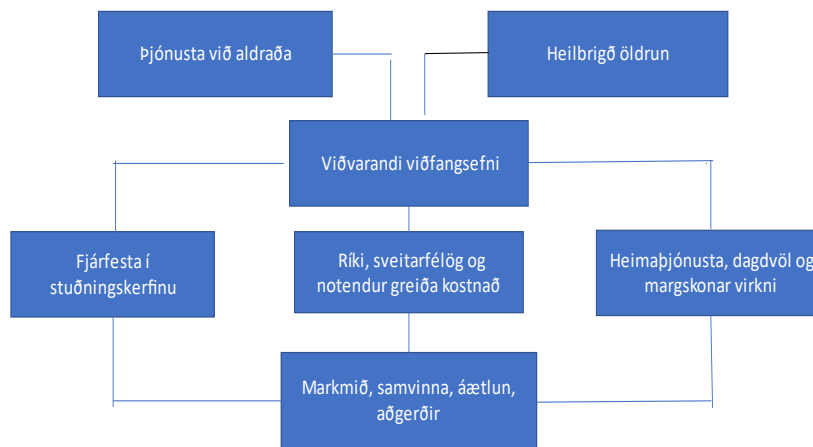
Skynsamlegar leiðir að heilbrigðri öldrun

Í þeirri vinnu sem lagt hefur verið í vegna þessarar skýrslu hefur nálgunin byggst á að benda á skynsamlegar leiðir til að vinna að heilbrigðri öldrun en það er eitt af áherslumálum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). Heilbrigð öldrun felst í því að aldraðir haldi virknigetu sinni á háu stigi á efri árum með stuðningskerfi sem þarf að vera bæði öflugt og markvisst.

Með betri árangri stuðningskerfisins til að halda uppi virknigetu aldraðra er hægt að draga úr eftirspurn eða a.m.k. fresta aukinni eftirspurn eftir dýrustu úrræðum öldrunarþjónustunnar, sem eru hjúkrunarheimili, og væntanlega að

létta álagi af sjúkrastofnunum, sem eru enn þá dýrari þjónusta, eða færa það til. Í skýrslunni er leitast við að varpa ljósi á eftirspurn og kostnað vegna þjónustu við aldraða. Sérstaka athygli fær þjónusta við aldurshópinn 80–89 ára en á þessu 10 ára aldurstímabili er mikil aukning í eftirspurn eftir þjónustuúrræðum og því eftir miklu að slægjast að ná árangri í heilbrigðri öldrun, sérstaklega fyrir þennan aldurshóp.

Í grunninn snýst málið um að komast í þá stöðu að fjárfesta í kostnaðarminni þjónustu til þess að draga úr auknum útgiöldum til dýrari þjónustubátta. Samhliða því má vænta þess að lífsgæði aldraðra aukist í leiðinni. Samhengi einstakra þátta samkvæmt nálgun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar hér að ofan er sýnt á eftirfarandi mynd.



Mynd 3: Grunnspurningar í samhengi þjónustu við aldraða

2. Þjónustukerfið fyrir aldraða

2.1 Skipulag, kostnaður og nýting þjónustu

2.1.1 Skipan þjónustukerfisins

Hið opinbera þjónustukerfi fyrir aldraða er á vegum bæði ríkis og sveitarfélaga og skilgreint í lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999. Í grunninn er þjónustan tvíþátta. Annars vegar heilbrigðisþjónusta sem ríkið ber ábyrgð á og hins vegar félagsþjónusta sem er á ábyrgð sveitarfélaga. Bæði ríki og sveitarfélög geta svo gert samninga við þriðja aðila um framkvæmd þjónustunnar og má í því sambandi vísa til reksturs hjúkrunarheimila sem að stærstum hluta er í höndum sjálfseignarstofnana, sveitarfélaga og einkafyrirtækja. Ríkið sjálft sem ber ábyrgð á að þjónustan sé veitt hefur á sínum vegum eingöngu lítinn hluta rekstursins í hendi sér.

Þjónustunni er samkvæmt lögnum skipt upp í opna þjónustu en þar undir falla: (1) heimaþjónusta sem er veitt öldruðum sem búa heima og skiptist í heilbrigðisþætti og félagsþætti. (2) þjónustumiðstöðvar aldraðra sem eru starfræktar af sveitarfélögum til að tryggja eldri borgurum félagsskap, næringu, hreyfingu, tómsundaiðju, skemmtun og heilsufarslegt eftirlit. (3) dagdvöl aldraðra sem er stuðningsúrræði við þá sem að staðaldri þurfa eftirlit og umsjá til að geta búið áfram heima. Í dagdvöl aldraðra er veitt hjúkrunarþjónusta og þar á að vera aðstaða til þjálfunar og lækniþjónustu. (4) þjónustuíbúðir aldraðra sem geta verið sjálfseignar-, leigu- og búseturéttaríbúðir. En áður en bygging þjónustuíbúða fyrir aldraða hefst ber að afla framkvæmdaleyfis hjá ráðherra sem ber ábyrgð á málaflokknum. Íbúar þjónustuíbúða eiga rétt á sömu heima- og vaktþjónustu og aðrir íbúar sveitarfélagsins en greiða sjálfir þá þjónustu sem þar er veitt, aðra en heimaþjónustu.

Þjónusta við aldraða sem ekki flokkast sem opin þjónusta er stofnanþjónusta en þar undir falla stofnanir fyrir aldraða, s.s. hjúkrunarheimili eða hjúkrunarrými á öldrunarstofnunum ætluð öldruðum einstaklingum sem eru of lasburða til að dveljast á dvalarheimilum eða í sérhönnuðum íbúðum. Þar er veitt hjúkrunar- og lækniþjónusta og endurhæfing. Einnig er um að ræða dvalarheimili, sambýli og íbúðir, sérhannað fyrir þarfir aldraðra sem ekki eru færir um að annast heimilishald þrátt fyrir heimaþjónustu og eru með vörslu allan sólarhringinn, auk þess að bjóða upp á fjölbreytta þjónustu, s.s. mat og þrif og aðstöðu fyrir félags- og tómsundastarf, og fyrir hjúkrun, læknishjálp og endurhæfingu.

Kostnaðarskipting við uppbyggingu hjúkrunar- og dvalarheimila er bundin í lög og kveður á um að hlutdeild ríkissjóðs, þ.m.t. Framkvæmdasjóðs aldraðra, sé allt að 85% af kostnaði en sveitarfélögin greiða 15%.

Í dag er uppbygging þjónustunnar með ýmsum hætti. Nokkur sveitarfélög hafa gert samning við ríkið um að sinna heimaþjónustu heilbrigðisþáttarins og hafa

að hluta eða alfarið samtvinnað félags- og heilbrigðisþjónustuna. Annars staðar sér heilsugæsla viðkomandi heilbrigðisumdæmis um heilbrigðisþjónustuna (þ.m.t. heimahjúkrun) og félagslega þjónustan er á vegum sveitarfélaga.

Einstakir hlutar þjónustukerfisins eru eðlisólíkir en þurfa að vinna saman sem ein heild. Hér að neðan er listi yfir þá þjónustu sem öldruðum stendur til boða óháð veitanda:

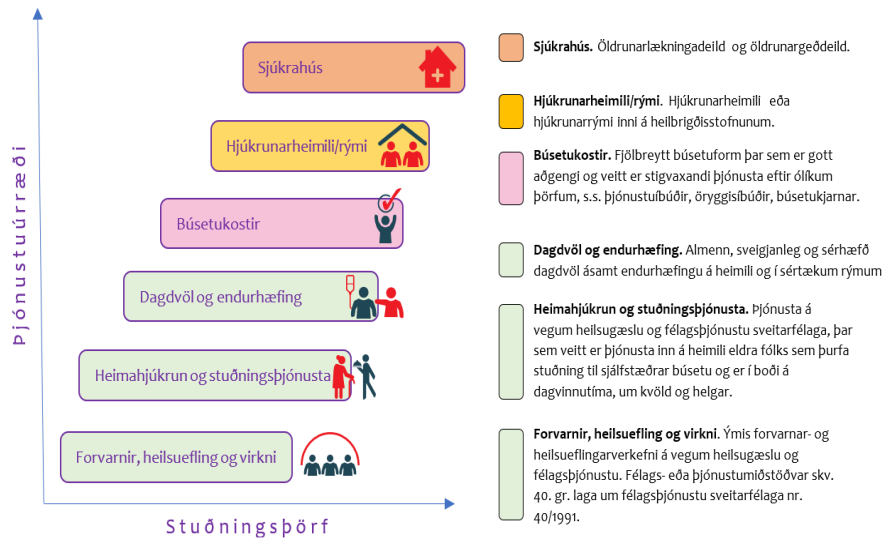
- Aldraðir leita til heilsugæslunnar vegna heilsufarslegra vandamála eins og aðrir íbúar og fá þar viðeigandi þjónustu.
- Þjónustumiðstöðvar sinna ráðgjöf og veita upplýsingar en auk þess er margvísleg aðstoð og aðstaða til félagsstarfs, hreyfingar og virkni á vegum sveitarfélaga.
- Heimþjónusta af ýmsu tagi er næsta stig þar sem aldraðir fá t.d. mat, hjúkrunarþjónustu, öryggisþjónustu og félagslega þjónustu inn á sitt heimili sem getur verið í almennu íbúðarhúsnæði eða mismunandi sérhæfðu húsnæði fyrir aldurshópinn.
- Í dagdvöl fer aldraður út af heimili sínu (með aðstoð) inn á stofnun og er þar í ýmiss konar virkni yfir daginn en dvelur á heimili sínu að öðru leyti.
- Þegar aldraður einstaklingur getur ekki dvalið á heimili sínu, samkvæmt sérstöku mati, tekur stofnunin við. Hjúkrunarrými/dvalarrými á hjúkrunarheimilum eða heilbrigðisstofnunum. Þá fær hann alla þjónustu nema sérfræðiþjónustu inni á stofnuninni.
- Aldraðir nýta svo þjónustu sjúkrahúsa eftir því sem þörf er á. Eftir því sem heilsufar og virknigeta er betri má gera ráð fyrir að þörfin fyrir innlögn á sjúkrahús komi til seinna en ella hefði verið.

Mikilvægt er að efla samstarf á milli þjónustuaðila og vinna að lagabreytingum sem styðji í framkvæmd við samþætta þjónustu, en í dag eru verkferlar ekki nægilega samhæfðir. Hver ábyrgðaraðili er með sitt eigið mat á umsækjendum og lítið er um samræmt ferli þegar ákvarðanir eru teknar um hvaða þjónustu umsækjendur þurfa á að halda. Nauðsynlegt er að ljúka því að innleiða interRAI-færnimatið en slíkt mat á að geta lagt grunninn að því að hámarka skilvirkni þjónustunnar, hvort sem hún er á ábyrgð ríkis eða sveitarfélaga.

Mismunandi er eftir aldurs skeiðum og öldrunarferlum fólks hvernig einstakir hlutar þjónustukerfisins eru nýttir. Í meginatriðum má þó segja að notkun þjónustunnar færir neðar á ofangreindum lista eftir því sem aldurinn færir yfir og jafnframt eykst þá kostnaðurinn við þjónustuna.

Í löggjöf á Norðurlöndum er öldrunarþjónusta skipt upp í þrjá þætti: félagsþjónustu, umönnun og heilbrigðisþjónustu. Þessi þrískipting hefur einkum þýðingu varðandi langtímaumönnun eldra fólks inni á heimili þess og því er full ástæða til að skoða hvort hliðstæða skiptingu ætti að innleiða í íslenska löggjöf.

Á mynd 4 er lýsing á því í hvaða samhengi stuðningsþörf eykst og þá væntanlega hækkar kostnaður eftir mismunandi þjónustuúrræðum.



Mynd 4: Þjónustuúrræði og stuðningsþörf

2.1.2 Kostnaður vegna þjónustu við aldraða

Í eftirfarandi töflum eru dregnar fram upplýsingar um kostnað vegna helstu þátta þjónustu við aldraða. Töflurnar lýsa ýmist heildarútgjöldum eða útgjöldum á mann. Allar þessar upplýsingar liggja til grundvallar vinnu nefndarinnar.

Í töflu 5 eru sýnd útgjöld ríkisins til þeirra málaflokka sem nefndir eru í erindisbréfi nefndarinnar. Auk þeirra útgjaldaliða eru opinber útgjöld vegna aldraðra á fleiri sviðum, s.s. á sjúkrahöfnum og hjá sveitarfélögum. Þá eru útgjöld í málaflokkum 25.2 Endurhæfingarþjónusta, 24.1 Heilsugæsla og 24.2 Sérfræðiþjónusta ekki eingöngu vegna þjónustu við aldraða heldur fyrir alla aldurshópa, en þjónusta við aldraða vegur þar þungt. Málaflokkur 25.1 Hjúkrunar- og dvalarrými er viðamestur í þessum hópi. Í fjárlögum fyrir árið 2020 nam rekstrarfjárheimild málaflokksins um 46,5 ma.kr. og á síðasta ári námu rekstrarfjárheimildir hans 51,7 ma.kr.

Tafla 5: Útgjöld ríkisins miðað við fjárlög 2022

Málaflokkur	Hjúkrunar- og dvalarheimili	Endurhæfing- arþjónusta	Heilsu- gæsla	Sérfræði- þjónusta
Rekstur	57.239	6.572	34.162	20.980
Fjárfesting	7.548	0	1.051	0
Heildargjöld	64.787	6.572	35.212	20.980
Br. frá fyrra ári	11%	7%	10%	13%

Heimild: fjármála- og efnahagsráðuneytið

Í töflu 6 eru upplýsingar um heildarkostnað á einstakling vegna hjúkrunarrýma á hjúkrunarheimilum sem eru með samninga við Sjúkratryggingar Íslands. Þar kemur fram að kostnaðurinn er mismunandi eftir sérhæfingu hjúkrunarrýma og árlegur kostnaður liggur á bilinu 15,1-19,4 m.kr. Kostnaður við dvalarrými er 7,7 m.kr. á ári.

Tafla 6: Heildarkostnaður vegna hjúkrunarrýma

	2018	2019	2020	2021
Hjúkrunarrými á ári	11.523.740	12.032.581	12.737.718	14.120.998
Húsnæðisgjald	838.617	867.884	910.671	1.009.567
Heildarkostnaður hjúkrunarrýmis á ári	12.362.357	12.900.465	13.648.389	15.130.565
Sérhæft hjúkrunarrými á ári	12.972.556	13.531.960	14.269.427	15.865.153
Húsnæðisgjald	838.617	867.884	910.671	1.009.567
Heildarkostnaður sérhæfðs rýmis á ári	13.811.173	14.399.844	15.180.098	16.874.720
Sérhæft hjúkrunarrými á ári (endurhæfingarrými)	15.049.519	15.681.408	16.518.681	18.365.500
Húsnæðisgjald	838.617	867.884	910.671	1.009.567
Heildarkostnaður sérhæfðs rýmis á ári	15.888.136	16.549.292	17.429.352	19.375.067
4) Kostnaður vegna dvalarrýma				
Dvalarrými á ári	5.597.032	5.792.365	6.077.929	6.737.975
Húsnæðisgjald	838.617	867.884	910.671	1.009.567
Heildarkostnaður dvalarrýmis á ári	6.435.649	6.660.249	6.988.600	7.747.542

* Miðað við meðal-RUG á hverju ári

Í töflu 7 er sýndur heildarkostnaður vegna dagdvalar sem Sjúkratryggingar Íslands greiða. Þar kemur fram að árlegur kostnaður í heild á einstakling er á bilinu 2,2-5,7 m.kr. Kostnaður ríkisins er nokkru minni.

Tafla 7: Heildarkostnaður vegna dagdvalar sem Sjúkrtryggingar Íslands greiða

Úrræði	2019	2020	2021
Almenn dagdvöl	1.941	2.031	2.174
Almenn sérhæfð dagdvöl (Múlabær)	2.708	2.837	3.037
Dagdvöl fyrir heilabilaða	4.077	4.275	4.577
Dagdvöl með sérhæfðri endurhæfingu	5.060	5.308	5.682
Almenn sérhæfð dagdvöl (MS-setrið)	3.666	3.932	4.205
Hlutur ríkissjóðs			
Almenn dagdvöl	1.636	1.719	1.854
Almenn sérhæfð dagdvöl (Múlabær)	2.404	2.525	2.717
Dagdvöl fyrir heilabilaða	3.773	3.963	4.257
Dagdvöl með sérhæfðri endurhæfingu	4.756	4.996	5.362
Almenn sérhæfð dagdvöl (MS-setrið)	3.362	3.620	3.885

Heimild: Sjúkrtryggingar Íslands

Í töflu 8 má lesa kostnað við stuðningsþjónustu sveitarfélaga. Þar kemur fram aldursdreifing og að ríflega helmingur hópsins 65 ára og eldri sem nýtur þjónustu er 80 ára og eldri (58%). Ársútgjöld á hvern notanda eru 432 þús. kr. eða um 1.200 kr. á einstakling á dag. Þessar upplýsingar eru nauðsynlegar til að draga fram kostnað sveitarfélaga og hver hlutdeild þeirra er í þjónustu við aldraða vegna þess að verkefni sveitarfélaganna og ríkisins eru nátengd og þurfa að vinnast í samstarfi. Á mælaborði velferðarsviðs Reykjavíkurborgar kemur fram að útgjöld vegna félagslegrar heimaþjónustu á árinu 2020 eru 2.343.717 þús. kr. til 3.568 einstaklinga eða um 657 þús. kr. á einstakling.

Tafla 8: Stuðningsþjónusta sveitarfélaga við aldraða

Aldur	65+	65-74	75-79	80+
Fjöldi einstaklinga	10.158	2.170	2.083	5.905
hlutfall af aldurshópi	19,5%	7,3%	22,1%	46,2%

Heimild: Samband íslenskra sveitarfélaga

Heilsugæslan þjónar öldruðum eins og öðrum íbúum landsins. Í töflu 9 má sjá áætlaða fjárveitingu árið 2021 miðað við fjölda skráðra og kostnaðarvigt þeirra í fjármögnunarlíkani heilsugæslunnar. Þegar aldurshópar 65+ eru skoðaðir kemur fram að þyngsti kostnaðurinn á mann er vegna aldurshópsins 80–84 ára en hafa ber í huga að elstu aldurshóparnir eru í mörgum tilfellum komnir inn á hjúkrunarheimili og því ekki skjólstæðingar heilsugæslunnar.

Heilbrigðisráðherra hefur veitt aukið fjármagn til einstakra þjónustupátta til viðbótar við fjármögnunarlíkan, s.s. til geðheilbrigðisþjónustu, velferðartækni og heimahjúkrunar.

Tafla 9: *Kostnaður 2021 við heilsugæslu á íbúa*

Aldur	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Í kr.	88.706	101.887	162.599	184.275	162.048	115.017	93.628

* Ýmis þjónusta er utan fjármögnunarlíkans eins og heimahjúkrun, sjúkraflutningar o.fl.

Heimild: Heilbrigðisráðuneytið, byggt á áætluðum fjárveitingum 2021 eftir fjármögnunarlíkani

2.1.3 Aldursdreifð notkun á þjónustu við aldraða

Í töflu 10 má lesa upplýsingar um notkun eldri aldurshópa á sjúkrahúspjónustu. Þar kemur fram að af þeim hluta hvers aldurshóps sem leggst inn á sjúkrahús kemur hver og einn á bilinu 1,5-1,7 sinnum á sjúkrahús að meðaltali á ári. Legudagar á hvern einstakling sem þarf að leggjast inn eru hins vegar mun fleiri í eldri aldurshópunum eða um 25 hjá þeim elstu en 11-12 dagar hjá 75 ára og yngri. Rétt er að áréttta að tölur í töflu ná yfir allar legur (útskriftir) með færri en 90 legudaga. Þessi tafla dregur fram mikilvægar upplýsingar um þátt sjúkrastofnana í þjónustukerfinu við aldraða og hvernig notkunarmynstrið á sjúkrahúspjónustu breytist eftir því sem aldurinn færast yfir.

Tafla 10: *Sjúkrahúspjónusta aldraðra*

Aldur	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Legur í aldersflokk	2.613	2.822	2.741	2.458	2.055	1.083	253
Legur á mann	1,49	1,54	1,6	1,65	1,62	1,67	1,65
Legudagar á legu	7,3	7,7	9,3	10,9	12,5	14,8	15,0

Heimild: Embætti landlæknis, eigin útreikningar

Í töflu 11 sést hver aldersdreifingin er á notkun aldraðra á þjónustu einstakra hluta kerfisins. Miðað er við fjölda íbúa í viðkomandi aldurshópi í árslok 2020, tölur um fjölda útskrifaðra einstaklinga af legudeildum sjúkrahúsa 2020, aldersdreifingu einstaklinga sem eru í dagdvöl eða dvelja í rýmum á hjúkrunarheimilum sem eru á samningum við Sjúkratryggingar Íslands árið 2021. Tölurnar um fjölda á hjúkrunarheimilum og dagdvöl miðast við punktstöðu á árinu 2021 en ekki á heildarflæði yfir árið. Þessar upplýsingar eru þó nægilegar til þess að draga ályktanir af þeim fyrir starf nefndarinnar. Tölurnar í heild draga vel fram hvernig notkunin á þjónustu sjúkrahúsa, hjúkrunarheimila og dagvalar þróast eftir aldurshópum hjá hverri tegund stofnana fyrir sig og hvað hver aldurshópur vegur þungt.

Tafla 11: Aldursdreifð þjónusta við eldra fólk

Aldur	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Íbúafjöldi 2020	16.981	13.617	9.273	6.138	4.154	1.866	444
Sjúkrahús einstaklingar	1.758	1.830	1.714	1.491	1.268	647	153
Sjúkrahús leguár 2020	52,5	59,7	70,1	73,3	70,2	43,9	10,4
Hjúkrunarheimili 2020	93	161	293	428	584	556	237
Dagdvöl 2021	63	130	207	289	341	212	46

Heimild: Hagstofa Íslands, Embætti landlæknis, Sjúkrtryggingar Íslands, eigin útreikningar

Vísbendingar um aldursdreifingu fyrir heimahjúkrun má svo fá með upplýsingum frá velferðarsviði Reykjavíkurborgar. Samkvæmt tölum fyrir 2020 nutu um 5% íbúa á aldrinum 70-74 ára heimahjúkrunar (241), en hlutfallið hækkaði í 12% fyrir 75-79 ára (367) og í 21% fyrir 80-84 ára íbúa (434). Hlutfallið fyrir 85 ára og eldri var svo komið í 41% (977).

2.2 Erlendur samanburður

2.2.1 Áratugur heilbrigðrar öldrunar hjá WHO

Stefnumörkum í málefnum aldraðra hér á landi og á alþjóðlegum vettvangi er í mikilli þróun enda fer öldruðum fjölgandi. Á Íslandi voru íbúar 65 ára og eldri 54.359 í ársbyrjun 2021 eða 14,7% íbúafjöldans. Íbúar 80 ára og eldri voru 12.795 eða 3,5% íbúa. Samkvæmt mannfjöldaspá Hagstofu Íslands verða á árinu 2040 íbúar 80 ára og eldri samtals 27.096 og 6,4% íbúa. Á heimsvísu voru 60 ára og eldri samtals 1 milljarður en sá fjöldi tvöfaldast fram til 2050. 13,5% jarðarbúa eru 60 ára og eldri en það hlutfall fer sífellt hækkanði.

2.2.2 Mælikvarðar til að meta heilbrigði aldraðra

Drög að stefnumörkun heilbrigðisráðuneytisins, „Virðing og reisn“, byggja m.a. á vinnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Þó er ekki sérstaklega fjallað þar um þá leið til að mæla árangur í málefnum aldraðra sem WHO hefur sett fram. (Nánar er fjallað um mælikvarða WHO í viðauka 5.2.)

Þegar mælikvarðar eru settir og árangur mældur í heilbrigðri öldrun þarf að hafa í huga að allt þjónustukerfið er undir. Einstakir þættir eru ekki mældir sérstaklega á slíkan mælikvarða. Það er því sameiginlegur árangur þjónustukerfisins sem skiptir máli þegar á heildina er litið.

Reyndar þarf líka að hafa í huga að einstaklingarnir skipta sjálfir máli í þeim árangri sem þjónustukerfið nær. Einstaklingarnir hafa hver og einn mikið svigrúm til þess að velja sér lífnaðarhætti og lífsstíl innan þess ramma sem þeir búa við sem hafa áhrif á heilsu þeirra. Það er svo eitt af viðfangsefnum þjónustukerfisins að fræða og hvetja einstaklingana með þeim hætti að þeir velji frekar leiðir sem hafa í för með sér heilbrigða öldrun.

Ýmsir mikilvægir stuðningsþættir við heilbrigða öldrun eru í samfélaginu, auk hins opinbera þjónustukerfis. Þar má nefna sundlaugar og líkamsræktarstöðvar,

jógastöðvar og margs konar heilsueflandi starfsemi. Margvísleg félagsstarfsemi í sjálfstæðum félögum og klúbbum hafa mikla þýðingu. Mikilvægasti þátturinn er þó væntanlega nánasta fjölskylda og það stuðningsumhverfi sem hún getur skapað.

Framkvæmanlegt á að vera að þróa þá grunnmælikvarða á heilbrigða öldrun sem hér hefur verið fjallað um. Þeir eru allir innifaldir í þeim mælitækjum sem unnið er með, t.d. interRAI HC (interRAI Homecare) og verkefnið er að safna þessum upplýsingum skipulega þannig að hægt sé að hefja innleiðingu þeirra fyrir samfélagið í heild.

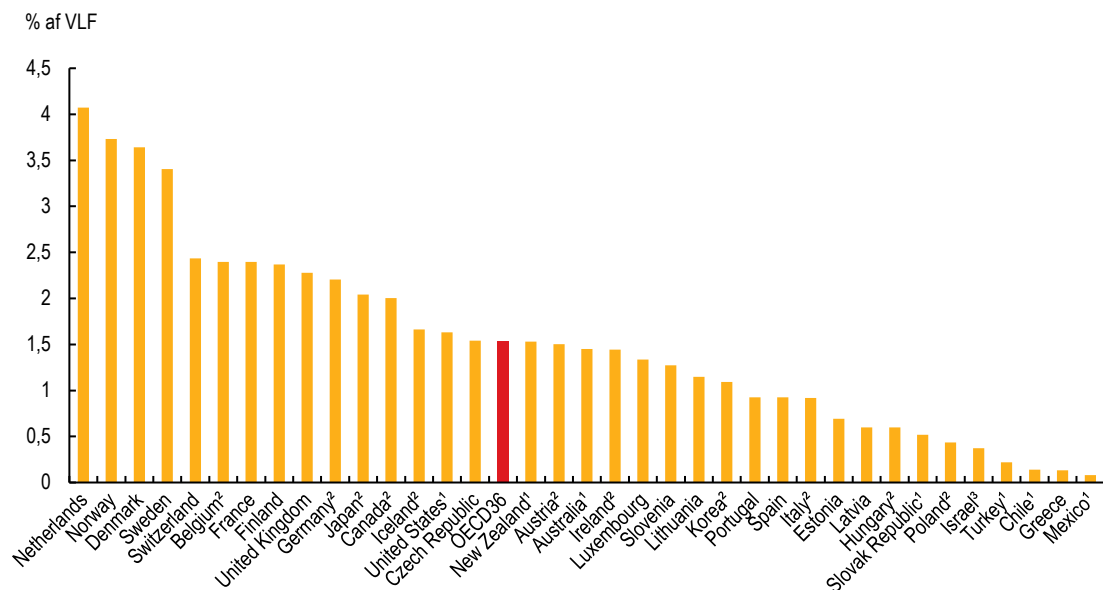
Væntanlega gæti það gefið besta mynd af stöðunni á hverjum tíma að skoða hvern árgang fyrir sig sem er vel mögulegt enda væntanlega hægt að ná upplýsingum út úr gagnagrunnum á rafrænu formi. Öll interRAI-möt eru á rafrænu formi en Klappir grænar lausnir hf. (áður Stiki) annast umsýslu um þau. Lítil kostnaður á að vera því samfara að ná upplýsingunum út úr gagnagrunninum og í þessari vinnu er gert ráð fyrir því að 30 m.kr. árlega dugi til að vinna og halda utan um þessar upplýsingar. Inni í þeirri fjárhæð á líka að vera svigrúm til að styðja við innleiðingu og kennslu á mælitækinu.

Ákveðinn hluti af hverjum árgangi er að nota þjónustu meðan aðrir gera það ekki. Væntanlega má gera ráð fyrir því að svo gott sem öll þau sem ekki koma í þjónustu séu fær um að framkvæma þrjá grunnþætti klæða sig, taka lyfin sín og stýra fjármálum sínum, mögulega þó með aðstoð maka eða ættingja. Væntanlega mun þessi hópur ekki valda skekkju þegar þróun mála er skoðuð frá ári til árs sem er stóra málið.

Mælikvarðiinn á að sýna hve stórt hlutfall af hverjum árgangi er fær um þessa þrjá grunnþætti. Þróunin yfir tíma er það sem skiptir mestu máli til að mæla árangurinn. Hún sýnir hvort hver einstakur aldurshópur stendur sig betur eða verr milli ára, hvort t.d. 80 ára árgangurinn á hverju ári er að verða heilbrigðari eða ekki.

2.2.3 OECD-samanburður

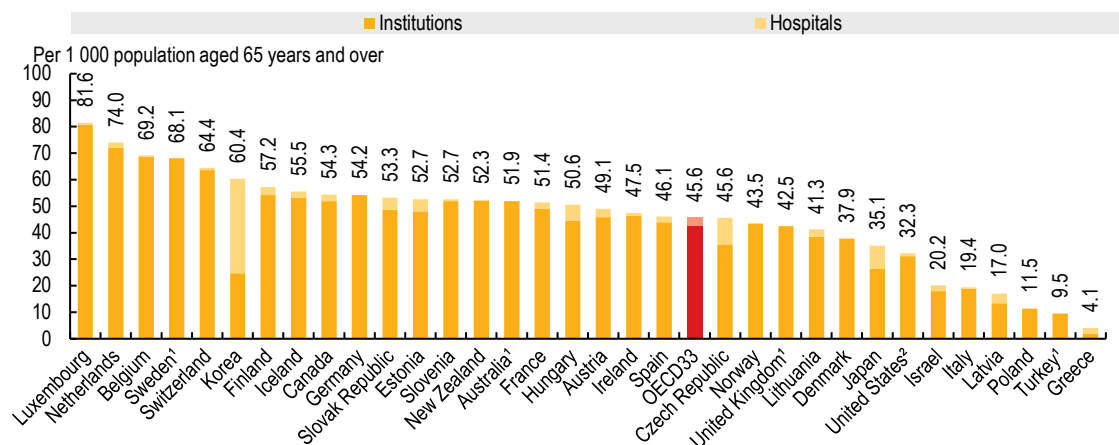
OECD gefur út margvíslegt tölfræðilegt efni á sviði heilbrigðismála. Á mynd 5 er sýnt hlutfall útgjalda til langtímaumönnunar af VLF á árinu 2019. Þar kemur fram að á Íslandi er þetta hlutfall 1,7%. Inni í þessari tölu eru útgjöld til hjúkrunar- og dvalarheimila og heimaþjónustu á vegum ríkis og sveitarfélaga. Hlutfallið á Íslandi er nokkuð yfir meðaltali OECD-ríkja sem er 1,5%. Hinar Norðurlandþjóðirnar verja hlutfallslega meiru til þessara málaflokka en hlutfallið hjá Norðmönnum er 3,7%, hjá Dönum 3,6%, hjá Svíum 3,4% og hjá Finnum 2,4%.



Mynd 5: Hlutfall útgjalda til langtímaumönnunar af VLF 2019

Heimild: OECD Health Statistics 2021; OECD (2020[14]), "Focus on spending on long-term care"

Á mynd 6 er sýndur fjöldi hjúkrunarrýma fyrir langtímaumönnun á stofnunum og sjúkrahúsum miðað við hverja þúsund íbúa 65 ára og eldri á árinu 2019. Þar sést að á Íslandi eru 55,5 rúm fyrir hverja þúsund í aldurshópnum meðan meðalfjöldinn í OECD-ríkjunum er 45,6. Á hinum Norðurlöndunum er staðan sú á þennan mælikvarða að flest rúm eru í Svíþjóð eða 68,1, í Finnlandi eru þau 57,2, í Noregi 43,5 og í Danmörku 37,9.



Mynd 6: Rými fyrir langtímaumönnun á stofnunum og spítölum 2019

Heimild: OECD Health Statistics 2021

Það sem má fyrst og fremst lesa úr þessum tölum er að þjónustumynstrið á hinum Norðurlöndunum er mjög ólíkt því sem er hér á landi. Hér á landi er afgerandi áhersla á þjónustu innan stofnana en mun minni á heimaþjónustu. Þetta má draga fram með því að deila upp í fjölda hjúkrunarrýma með prósentustuðlinum fyrir hlutfall útgjalda af landsframleiðslu.

Ísland: $55,5/1,7 = 32,6$

Finnland: $57,2/2,4 = 23,8$

Svíþjóð: $68,1/3,4 = 20,0$

Noregur: $43,5/3,7 = 11,8$

Danmörk: $37,9/3,6 = 10,5$

Ísland sker sig alveg úr að þessu leyti á þennan mælikvarða með útkomuna 32,6 meðan Danir eru með 10,5 sem sýnir að áherslan á heimaþjónustu í Danmörku er miklu meiri en hér á landi. Íslendingar eru á þennan mælikvarða með þrefalt meiri áherslu á stofnaþjónustu en Danir.

3. Greining

3.1 Fjárfestingar í dagdvöl og heimaþjónustu

Dýrasti hluti þjónustunnar er sjúkrahúsþjónusta. Landspítalinn (LSH) telur að kostnaður við sjúkrahúsþjónustu 67 ára og eldri hafi verið 29,5 ma.kr. á árinu 2020 og að kostnaðurinn við 80 ára og eldri hafi verið 12,3 ma.kr. Innifalið í kostnaði er allur meðferðarkostnaður hópanna, s.s. læknakostnaður, aðgerðakostnaður og rannsóknarkostnaður, sem og kostnaður við stoðþjónustu. Í þessum kostnaði er ekki beinn kennslukostnaður spítalans, vísindakostnaður né stofnkostnaður. Breytileiki þjónustunnar í þessum hópum er mjög mikill en hér eru sjúklingar bæði frá bráðalegudeildum jafnt sem öldrunar-, endurhæfingar- og geðdeildum. Út frá þessu má miða við að legudagar fyrir aldraða á sjúkrastofnun kosti á bilinu 61–71 m.kr. á ársgrundvelli. Þessar tölur gefa vísbendingu um sparnaðinn sem getur falist í því að bæta heilsufar aldraðra þannig að þeir þurfi minna að sækja á sjúkrahús.

Þegar eingöngu er litið til þess kostnaðar sem fylgir legu aldraðs fólks á LSH án þess að sérstök meðferð sé í gangi reiknast spítalanum svo til að árskostnaður á einstakling sé 48,8 m.kr. fyrir 67 ára og eldri en 47,6 m.kr. fyrir 80 ára og eldri. Þá er miðað við deildarkostnað og stjórnunarkostnað. Annars vegar er það kostnaður vegna hjúkrunar á deild og rekstrarkostnaður deildar (þ.m.t. lyf og rekstrarvara) og læknakostnaður á deild. Hins vegar er það svo hlutdeild deildarinnar í stjórnunarkostnaði. Þessar tölur gefa beinan samanburð við kostnað við dvöl á hjúkrunarheimili.

Á undanförunum áratugum hefur legudögum á legudeildum á sjúkrahúsum fækkað hlutfallslega og sú þróun hefur einnig að mestu leyti náð til aldraðra. Sama þróun hefur átt sér stað víðast hvar annars staðar og kemur til fyrst og fremst vegna bættrar tækni og meiri sérhæfni heilbrigðisstarfsmanna.

Árangur einstakra hluta þjónustukerfisins og einstakra stofnana og mælikvarðar á árangur byggjast fyrst og fremst á því hversu vel þeim tekst til við að létta byrðinni af þeim (viðtakandi) hluta kerfisins sem kemur á eftir þeim í öldrunarferlinu. Þetta felst bæði í því að viðhalda virknigetu einstaklingsins á eins háu stigi og kostur er á þeim hlutum kerfisins sem eru ofarlega á listanum yfir þjónustuhlutana. Þá er í raun hægt að nýta að hluta til sömu mælikvarða og fyrir kerfið í heild.

Í töflu 12 eru upplýsingarnar í töflunum í kafla 2.1 fléttaðar saman og skoðað hvernig notkun einstakra þjónustupátta þróast m.t.t. fjölda íbúa í hverjum aldurshópi. Enn fremur er áhugavert að skoða hvernig hlutföllin eru milli hjúkrunarheimila og sjúkrahúsa og milli dagdvalar og hjúkrunarheimila.

Í töflunni kemur t.d. fram að fjöldi einstaklinga á aldrinum 80–84 ára sem útskrifast af sjúkrahúsi er tæplega fjórðungur af fjölda alls hópsins. Þetta hlutfall verður svo um 35% eftir nírætt. Þegar litið er til legudaga á

sjúkrastofnunum má ætla að 1,2% þeirra sem eru á aldrinum 80-84 ára liggi að jafnaði á sjúkrahúsi en þetta hlutfall er tvöfalt hærra fyrir níræða og eldri.

Einnig er athyglisvert að skoða hlutföllin á milli dvalar á hjúkrunarheimili og sjúkrastofnun. Þar kemur í ljós að frá 90 ára aldri hækkar mjög hlutfall milli hjúkrunarheimila og sjúkrastofnana. Þá sést glögg hve þýðingarmikil dagdvölin er í yngri aldurshópunum miðað við hjúkrunarheimilin.

Tafla 12: Notkun þjónustu í hlutfalli af íbúafjölda 2020/2021

Skipting í hlutfalli af íbúafjölda	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Sjúkrahús	10,4%	13,4%	18,5%	24,3%	30,5%	34,7%	34,5%
Sjúkrahús leguár	0,3%	0,4%	0,8%	1,2%	1,7%	2,4%	2,3%
Hjúkrunarheimili	0,5%	1,2%	3,2%	7,0%	14,1%	29,8%	53,4%
Dagdvöl	0,4%	1,0%	2,2%	4,7%	8,2%	11,4%	10,4%
Hjúkrunarheimili/ sjúkrahús	0,053	0,088	0,171	0,287	0,461	0,859	1,549
Hjúkrunarheimili/ leguár á sjúk.st.	1,771	2,697	4,180	5,839	8,319	12,665	22,788
Dagdvöl/ hjúkrunarheimili	0,677	0,807	0,706	0,675	0,584	0,381	0,194

Í umfjöllun um nægjanleika hjúkrunarrýma og samskiði milli hjúkrunarheimila og sjúkrahúsa þarf að hafa í huga að veruleg bið er eftir hjúkrunarrými eftir að mat hefur verið gert á einstaklingi og umsókn hans um flutning á hjúkrunarheimili hefur verið tekin gild. Þá er líka spurning um hversu lengi þarf að bíða eftir mati frá því að óskað hefur verið eftir því. Landlæknisembættið heldur utan um upplýsingar um biðlista í hjúkrunarrými og þar kemur fram að í ársbyrjun 2021 voru 453 einstaklingar á biðlista og að meðaltali voru 390 á biðlista á árinu 2020. Á árinu 2020 fékk 991 einstaklingur úthlutað hjúkrunarrými.

Samskiði milli legutalna á sjúkrahúsum og fjölda hjúkrunarrýma getur verið nokkuð flókið. Einstaklingur leggst inn á sjúkrahús vegna margvíslegra ástæðna og ekki þarf að vera beint samhengi á milli þeirra og mælikvarðanna sem ráða því hvort einstaklingur flyst á hjúkrunarheimili. Þó má ætla að þegar einstaklingur er kominn í þörf fyrir hjúkrunarrými en það ekki til staðar valdi það auknu álagi á sjúkrahús.

Þegar upplýsingarnar í töflu 12 eru rýndar vekur athygli að hlutfall einstaklinga 90-94 ára sem búa á hjúkrunarheimilum eru tæp 30% aldurshópsins og rúmlega 53% fyrir aldurshópin 95+. Nýting þessa aldurshóps á sjúkrahúsþjónustu samsvarar því að 2,3-2,4% aldurshópsins dveljist samfelld á sjúkrahúsi. Hvað varðar einstaklinga 90 ára og eldri verður að draga þá ályktun að hjúkrunarheimilin létti verulega álagi af sjúkrastofnunum. Meiri spurning er um aldurshópin 85-89 ára þar sem legutíðnin er orðin umtalsverð og svarar til þess að 1,7% af aldurshópnum sé samfelld á sjúkrahúsi. Fyrir þennan aldurshóp

virðist ástæða til að skoða hvort hjúkrunarrýmin og/eða heimahjúkrunin sé næg til að létta af sjúkrahúsum.

Tölurnar um dagdvöl sýna að þörfin fyrir þessa þjónustu vex mjög hratt á aldursbilunum 80-84 ára og 85-89 ára. Draga má þá ályktun að þetta séu þeir aldurshópar þar sem mest von er til að uppbygging á þjónustu skili árangri til að minnka eftirspurn eftir hjúkrunarheimilunum sem eru dýrari þjónustubáttur.

Í mælaborði velferðarsviðs Reykjavíkurborgar kemur fram að 2.684 einstaklingar hafi fengið þjónustu heimahjúkrunar á árinu 2020 sem hafi kostað 1.721.806 þús. kr. eða um 642 þús. kr. á mann á ári að meðaltali. Heimahjúkrunin nær yfir fjölbreytta starfsemi, allt frá því að vera stutt innlit oftast en einu sinni á dag og yfir í að vera sérhæfð þjónusta teymis heilbrigðisstarfsmanna. Þjónustumynstrið er því afar breytilegt bæði milli einstaklinga og eins milli tímabila hjá sama einstaklingi og helst í hendur við þjónustubörf viðkomandi sem alla jafna eykst með hækkandi aldri. Því segir meðalkostnaður á einstakling takmarkaða sögu þegar horft er til framtíðar.

Miðað við upplaggið í þessari skýrslu þarf að gera ráð fyrir að vinnan með hverjum einstaklingi þéttist og þróist og verði smám saman kostnaðarsamari enda verið að fjárfesta í heilbrigðri öldrun einstaklingsins.

Í ársskýrslu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH) fyrir árið 2020 kemur fram að kostnaður við heimahjúkrun var 846 m.kr. Skjólstæðingar HH í heimahjúkrun 2020 voru 1.492 talsins, vitjanir voru tæplega 128 þúsund og símtöl tæp 19 þúsund. Hver vitjun hjá HH kostar því að meðaltali 6.609 kr. Gera má ráð fyrir afar mismunandi umfangi þjónustu eftir einstaklingum. Vitjun getur verið stutt eða löng eftir atvikum. Í sumum tilfellum þurfa tveir starfsmenn að fara í vitjun. Bent skal á að sami einstaklingur getur verið í dagdvöl og fengið heimþjónustu. Þá er einnig rétt að draga fram að Heimþjónusta Reykjavíkur sinnir næturþjónustu á öllu höfuðborgarsvæðinu sem kann að skýra hærra kostnað þar en hjá HH.

Tölur frá heilbrigðisstofnunum á landsbyggðinni segja svipaða sögu en þar er reyndar mikill munur á milli einstakra svæða sem að hluta til getur verið vegna mismunandi skilgreininga. Árskostnaður á notanda árið 2020 var á bilinu frá 279 þús. kr. til 1.249 þús. kr. Aðrar tölur um árskostnað liggja þar á milli.

Undirstrika verður að kostnaðartölur vegna heimahjúkrunar og félagsþjónustu við eldri borgara byggja á núverandi þjónustumynstri og miða má við að árlegur kostnaður nemi á aðra milljón króna á hvern einstakling sem nýtir þjónustuna. Ef auka á stórlega vægi heimahjúkrunar og félagsþjónustu og útvíkka þessa þjónustuþætti með margvíslegum aðgerðum til að viðhalda virknigetu aldraðra þarf að gera ráð fyrir að kostnaðurinn hækki verulega. Miklu skiptir að skapa nægt rými fyrir aukinn kostnað á þessu sviði til þess að tryggja að fjárfestingar í aukinni virknigetu skili sér í minni eftirspurn eftir þjónustu hjúkrunarheimila.

Af ofangreindum ástæðum má miða við að kostnaður við heimaþjónustu hlaupi í framtíðinni á bilinu 1-2 m.kr. á einstakling og að þar sem lagt er í að byggja upp endurhæfingu í heimahúsum eða sambærilegar aðgerðir verði kostnaður um 3 m.kr. á ári á einstakling.

Í töflu 13 eru dregnar saman grunnstærðir í árskostnaði á einstakling í mismunandi þáttum þjónustukerfisins við aldraða. Þar kemur fram að sjúkrahúskostnaðurinn er langhæstur en reikna má með að kostnaður af hjúkrunarheimili sé rúmur þriðjungur af sjúkrahúskostnaði (miðað við legukostnað á deild). Kostnaður við dagdvöl er svo um 15-30% af kostnaði við hjúkrunarheimili. Kostnaður við heimaþjónustu sem er bæði hjúkrunarþjónusta og félagsleg þjónusta er almennt nokkuð lægri en við dagdvöl.

Tafla 13: Árskostnaður á mann 2020 í þús. kr.

	Lægra gildi	Hærra gildi	Endurhæfing
Sjúkrahús	61.000	71.000	
Sjúkrahús - legukostnaður á deild	47.567	48.830	
Hjúkrunarheimili	13.648	15.180	17.429
Dagdvöl	2.031	4.275	5.308
Heimaþjónusta	1.000	2.000	3.000

Heimild: LSH, Sjúkrtryggingar Íslands, Reykjavíkurborg, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, eigin útreikningar

Fyrsta spurningin sem vaknar er hvort mögulegt sé að draga úr þörfinni fyrir notkun á dýrasta þjónustuþættinum sem er sjúkrahúsþjónustan með markvissri starfsemi annarra þátta þjónustukerfisins.

Það er margt sem ræður því hvort aldraðir þurfa á sjúkrahús sem hefur ekki beina tengingu við aðra þjónustuþætti en almennt séð má reikna með því að gott heilsufar fram eftir aldri eða heilbrigð öldrun dragi úr þeirri þörf. Eftir því sem hægt er að viðhalda viðunandi virknigetu aldraðra lengur með styrkingu annarra þjónustuþátta ætti þörfin fyrir þjónustu sjúkrahúsa að minnka eða a.m.k. færast nokkuð til eftir aldri.

Í töflu 8 kemur fram að örar breytingar eru á notkun þjónustuþátta á aldursbilinu 80-89 ára. Í aldurshópnum 80-84 ára dvelur að jafnaði 1,1% á sjúkrahúsi og fyrir aldurshópinn 85-89 ára er hlutfallið 1,7% (sem fer svo yfir 2% eftir nírátt). Notkun aldurshópsins 80-84 ára á þjónustu hjúkrunarheimila meira en tvöfaldast miðað við 75-79 ára aldurinn og notkunin tvöfaldast svo aftur fyrir hópinn sem er 85-89 ára. Sama á við um notkun á dagdvöl.

Þessar tölur benda til þess að árangur við að viðhalda hárrí virknigetu 80-89 ára einstaklinga hafi lykilþýðingu til að stuðla að heilbrigðri öldrun í samfélaginu. Því er það augljóst fyrsta verkefni að stefna að slíkum árangri.

Heimaþjónusta eða dagdvöl kemur ekki beint í staðinn fyrir hjúkrunarheimili. Efling þeirrar þjónustu hefur það að markmiði að veita öldruðum þann stuðning

sem hægt er til þess að a.m.k. sé ekki þörf á flutningi á hjúkrunarheimili fyrr en síðar á æviskeiðinu eða að viðhalda virkni getu aldraðra lengur en annars væri.

Meginályktunin sem hér er dregin er að uppbygging dagdvalarþjónustu og heimaþjónustu með sérstakri áherslu á aldurshópinn 80–89 ára ætti að vera forgangsmál. Fyrir hvert ár sem aldraður einstaklingur nýtir dagdvöl eða heimaþjónustu í stað flutnings á hjúkrunarheimili sparast a.m.k. 12 m.kr. á hvern einstakling.

Þessi 12 m.kr. viðmiðun er ákvörðuð með hliðsjón af tölunum í töflu 9. Séu sambærilegar tölur fyrir hjúkrunarheimili og dagdvöl skoðaðar fyrir 2021 kemur í ljós að þessi tala er síst of lág. (Sjá töflu 2 og töflu 3.) Töluvert svigrúm er innan þessarar viðmiðunar til þess að taka inn aukinn kostnað við heimaþjónustu eftir því sem meiri áhersla er lögð á hana. Einhver hluti aldraðra mun nýta sér bæði heimaþjónustu og dagdvöl og líklega verða einhverjir með verulega kostnaðarmeiri þjónustu en samsvarar 12 m.kr. viðmiðuninni.

Alltaf þarf að gera ráð fyrir því að sumir þurfi tiltölulega mikla þjónustu meðan þeir eru heima sem þá kostar meira, en á móti kemur að virk innleiðing á velferðartæknilausnum lækkar kostnað við þjónustuna. Þannig er t.d. bent á að möguleika til endurhæfingar í heimahúsum þurfi að nýta betur en árangur á því sviði er líklegur til að draga úr álagi á sjúkrastofnanir. Framfarir og aukið framboð af áhöldum og tækjum sem nýtast við endurhæfingu í heimahúsi með viðráðanlegum kostnaði skipta hér miklu máli. Alltaf hlýtur að þurfa að treysta því að almenn skynsemi ráði för og að einstaklingar flytjist á hjúkrunarheimili ef í stefnir að kostnaður við heimaþjónustu fari umfram eðlilega viðmiðun og einstaklingurinn er tilbúinn til flutnings.

Enn fremur þarf að huga að þjónustu sem er ekki hluti af hinni hefðbundnu stofnanarþjónustu en er til þess fallin að stuðla að heilbrigðri öldrun. Meirihluti aldraðra á hverjum tíma nýtir sér ekki þjónustu stofnana utan að þeir sem hafa náð 95 ára aldri eru líklegir þjónustuþegar.

Lífstíll hvers og eins skiptir máli og af mörgu er að taka sem eykur heilbrigði og viðheldur virkni getu aldraða og snýr að hreyfingu, mataræði, samskiptum og samfélagsvirkni. Fjölbreytt flóra þjónustuaðila og félagsstarfs kemur hér inn í myndina.

Inn í þessa mynd koma líka húsnæðismál aldraðra og möguleikar þeirra til að velja sér hentuga búsetu sem líka styður við að viðhalda virkni getu einstaklinganna og vinna gegn einmanaleika. Æskilegt er að þróa frekar búsetukosti utan stofnana fyrir aldraða sem eru þó í nálægð við stofnun eða þjónustuaðila.

Aldraðir hafa aðgengi að heilsugæslunni eins og aðrir íbúar. Mikilvægt er að nýta heilsugæsluna betur en nú er gert til að virkja aldraða til þátttöku í heilsueflandi starfsemi. Þar skapar velferðartæknin nýja möguleika. Þjónusta heilsugæslunnar er tiltölulega ódýr en gæti skilað miklum árangri við að auka

virknigetu aldraðra einstaklinga og heilbrigða öldrun. Þótt höfuðáherslan í þessari skýrslu sé á að ná árangri fyrir aldurshópinum 80–89 ára liggur fyrir að þjónusta við yngri aldurshópa mun líka skila sér í meiri lífsgæðum og lægri kostnaði.

Í töflu 14 má sjá nánari útfærslu á því markmiði að auka virknigetu aldurshópsins 80–89 ára og hvernig það skilar sér í minni eftirspurn eftir hjúkrunarrýmum og lægri kostnaði. Í tveimur efstu línunum töflunnar kemur fram markmiðssetningin um aukna virknigetu sem er að 80–84 ára hópurinn verði eftir 10 ár með sömu eftirspurn eftir hjúkrunarheimili og 75–79 ára hópurinn er nú og sams konar útfærsla fyrir hópinum 85–89 ára.

Miðað við núverandi eftirspurnarmynstur þyrfti að fjölga hjúkrunarrýmum fyrir 80+ úr 1.852 í 2.559 á tímabilinu. Náist markmiðið sem að er stefnt lækkar eftirspurnin eftir 10 ár í 1.764 rými eða um 795 rými og þá sparast rúmlega 9,5 ma.kr.

Tafla 14: Markmiðssetning um aukna virknigetu

	2022	2023	2024	2025	2026
Markmið um hlutfall 80–84 á h.heimili	6,6%	6,2%	5,9%	5,5%	5,1%
Markmið um hlutfall 85–89 á h.heimili	13,4%	12,7%	12,0%	11,3%	10,6%
Fjöldi 80–84 ef óbreytt hlutfall	445	467	496	527	566
Fjöldi 85–89 ef óbreytt hlutfall	578	582	585	593	604
Fjöldi 90–94 ef óbreytt hlutfall	607	618	620	620	614
Fjöldi 95+ ef óbreytt hlutfall	272	285	297	313	341
Íbúaspá 80–84	6.353	6.672	7.090	7.534	8.089
Íbúaspá 85–89	4.099	4.129	4.150	4.206	4.286
Íbúaspá 90–94	2.038	2.074	2.080	2.082	2.059
Íbúaspá 95+	510	533	556	587	639
H.heimila eftirspurn 80+ ef núv. hlutf.	1.902	1.952	1.998	2.054	2.125
Eftirspurn 80–84 með árangri	421	416	415	413	413
Eftirspurn 85–89 með árangri	549	524	497	474	452
Eftirspurn 80+ með árangri	1.849	1.843	1.829	1.820	1.820
Mismunur í eftirspurn 80+	53	109	169	234	306
Heildarsparnaður í millj.kr.	639	1.312	2.031	2.808	3.670

Heimild: Hagstofa Íslands, Sjúkratryggingar Íslands, eigin útreikningar

Þegar skoðað er hvaða fjárhæðir eru undir þegar á heildina er litið er gott að líta til þess hvaða breytingar eru líklegar til að verða á aldurshópnum 80–89 ára á næstu 10 árum. Á árinu 2021 voru 6.245 einstaklingar í aldurshópnum 80–84 ára en eftir 10 ár er því spáð að hópurinn telji 10.272 einstaklinga samkvæmt mannfjöldaspá Hagstofu Íslands. Einstaklingar á aldrinum 85–89 ára voru 4.072 á árinu 2021 en verða 5.696 eftir 10 ár samkvæmt sömu spá. (Mismunur er milli mannfjöldatalna fyrir 2021 í texta og töflu vegna þess að í mannfjöldaspá eru spáð gildi fyrir það ár.)

Nú eru um 7% íbúa í aldurshópnum 80-84 ára á hjúkrunarheimili og 14,1% íbúa í aldurshópnum 85-89 ára. Eðlilegt markmið á næstu 10 árum væri að auka virknigetu þessara aldurshópa þannig að 3,2% íbúa í aldurshópnum 80-84 ára verði á hjúkrunarheimili en það er sama hlutfall og er fyrir 75-79 ára aldurshópin nú og að 7% íbúa í aldurshópnum 85-89 ára verði á hjúkrunarheimili eða sama hlutfall og gildir fyrir 80-84 ára hópin nú.

Náist þessi markmið ætti hlutfall aldurshópsins 80-84 ára á hjúkrunarheimilum að lækka um 3,8 prósentustig og einstaklingarnir að verða 390 færri. Kostnaðarlækkun af því árið 2031 væri árlega tæpar 4.700 m.kr. miðað við sparnað upp á 12 m.kr. á hvern einstakling. Með sama hætti ætti hlutfall aldurshópsins 85-89 ára að lækka um 7,1 prósentustig og einstaklingum á þessu aldurs skeiði á hjúkrunarheimili að fækka um 404. Kostnaðarlækkun af því væri árlega rúmlega 4.850 m.kr. miðað við árið 2031. Samtals væri kostnaðarlækkunin rúmlega 9,5 ma.kr.

Hafa verður í huga að þessar tölur um lækkun kostnaðar segja ekki endilega allt um málaflokkinn í heild. Reikna má með því að hlutfall íbúa 90 ára og eldri sem dvelja á hjúkrunarheimili hækki hugsanlega á einhverjum tímapunkti sem hefur þá í för með sér hækkun á kostnaði og líka vegna þess að það fjölgar í aldurshópnum 90 ára og eldri. Á móti kemur að árangur í að auka virknigetu í aldurshópnum 80-89 ára skilar sér líka inn í aldurshópin 90+ sem lækkar hlutfallið. Rétt er að draga fram að til að auka virknigetu mun þjónusta á fyrri stigum heilbrigðisþjónustunnar þurfa að aukast sem leiðir til kostnaðaraukningar þar. Gert er ráð fyrir þessu í mati á kostnaði við heimaþjónustu og eins í afar varfærnu mati á sparnaði.

Aukin virknigeta leiðir til þess að dvalartími á hjúkrunarheimili verður almennt styttri vegna þess að aðrir þættir en hrumleiki koma sterkari inn í matið. Hugsanlega þróast hjúkrunarheimilin að einhverju leyti meira í þá átt að veita öldruðum líknandi meðferð sem þá getur haft áhrif á kostnað vegna hvers hjúkrunarrýmis.

Á árinu 2020 létust rúmlega 1.900 einstaklingar í aldurshópnum 65+. Um helmingur þeirra sem látast í aldurshópnum er íbúar á hjúkrunarheimili. Dánarorsakir eru afar fjölbreytilegar og ekki endilega beint tengdar við hrumleika. Ekki er ólíklegt að aðrir heilsufarslegir þættir en snúa að virknigetu og niðurstöðu mats sem ráða flutningi á hjúkrunarheimili muni fá meiri þýðingu fyrir dánarlíkur í aldurshópnum 90+.

Frestun á flutningi á hjúkrunarheimili hlýtur alltaf að hafa umtalsverð sparnaðaráhrif. Einnig þarf að hafa í huga að þegar árangur fer að nást í minnkandi eftirspurn eftir hjúkrunarrýmum kemur hann fyrst fram í styttri biðtíma eftir þjónustunni og færri verða á biðlista.

Í þessari vinnu er miðað við að gildandi framkvæmdaáætlun um fjölgun hjúkrunarrýma haldist óbreytt og komi til framkvæmda. Rekstur hjúkrunarheimila er fjármagnaður af ríkinu og lifandi viðskiptasamband er milli

þess og rekstraraðila þeirra. Gengið er út frá því að aukin áhersla á heimaþjónustu og dagdvöl hafi ekki áhrif á fjármögnun á rekstri þeirra hjúkrunarrýma sem eru og verða til staðar í framtíðinni.

Enn fremur verður að nefna varðandi þjónustu við aldraða og kostnað við hana að aldraðir verða í auknum mæli skattgreiðendur í framtíðinni vegna uppbyggingar lífeyrissjóðanna. Eftir 10 ár verða lífeyrisgreiðslur til ellilífeyrisþega algengar á bilinu 500–700 þús. kr. á mánuði (6–8,4 m.kr. á ári) og tekjuskattur og útsvar af slíkum tekjum á bilinu 116–192 þús. kr. á mánuði (1,4–2,3 m.kr. á ári). Til viðbótar koma svo tekjur af öðrum sköttum, s.s. neyslusköttum. Sífellt stærri hluti af öldruðum mun því standa undir kostnaði við þjónustu við sig með skattgreiðslum sínum þangað til að dvöl á hjúkrunarheimili kemur.

Inn í þessa mynd þarf líka að draga fram að fjárfestingarkostnaður vegna hvers rýmis á hjúkrunarheimili er langleiðina í 50 m.kr. Fjárfestingarkostnaður vegna hvers nýs dagdvalarrýmis og vegna uppbyggingar heimaþjónustu er aðeins brot af þeim kostnaði.

Í umfjöllun starfshópsins um hjúkrunarheimili komu fram þær ábendingar frá forsvarsmönnum hjúkrunarheimila að byggingarkostnaður hjúkrunarheimila væri óþarflega hár vegna þess að ekki væri gætt að hagkvæmni rekstursins við hönnun bygginganna. Rekstrarkostnaður væri því verulega hærrí en þyrfti að vera. Nauðsynlegt væri að hafa væntanlega rekstraraðila með í ráðum við hönnun bygginga allt frá upphafi þannig að tekið væri nægjanlegt mið af því að rekstrarkostnaður væri ekki aukinn vegna hönnunar þeirra.

Þetta hlýtur að teljast eðlilegt sjónarmið rekstraraðila.

Á vettvangi hins opinbera hefur um nokkurt skeið verið til umræðu að gera breytingar á greiðslufyrirkomulagi og skiptingu kostnaðar, annars vegar við rekstur húsnæðis og hins vegar hjúkrunarþjónustu íbúa vegna umönnunar, m.a. með það að markmiði að auka jafnræði á milli þeirra sem eru innan og utan hjúkrunarheimila og þiggja umönnunarþjónustu sem greidd er af hinu opinbera. Þá yrði gagnsæi kostnaðar aukið til muna með aðskilnaði kostnaðarþátta. Með breyttu fyrirkomulagi gætu fasteignafélög sem eru sérhæfð í rekstri fasteigna komið að byggingu og rekstri fasteigna undir hjúkrunarheimili. Slík félög yrðu rekin í almannaþágu og ekki hagnaðardrífín. Í þessu sambandi má horfa til húsnæðissjálfsagnarstofnana sem starfa samkvæmt lögum um almennar íbúðir og geta fengið stofnfjárstyrki til byggingar leiguíbúða.

Fyrirkomulag sem þetta ætti að falla vel að breyttum áherslum í öldrunarmálum þar sem stefnt er að því að aukinn þungi verði í heimahjúkrun og gert ráð fyrir að íbúar geti að hluta valið þá þjónustu sem þeim verður veitt. Þá skapist aukin tækifæri fyrir þá sem veita hjúkrunarþjónustu að bjóða slíka þjónustu í heimahúsum.

Með því að auðvelda aðkomu nýrra aðila að uppbyggingu hjúkrunarheimila mætti einnig hraða nauðsynlegri uppbyggingu. Slíkt fyrirkomulag hefur verið við lýði í Danmörku og hefur reynst vel við að leysa breyttar þarfir á þessu sviði.

Ekki hefur verið fjallað sérstaklega um dvalarrými á hjúkrunarheimilum í þessari umfjöllun. Ástæðan er sú að áherslan hefur verið og verður áfram á uppbyggingu á heimaþjónustu og dagdvöl í stað þess að einstaklingur flytji í langtímadvöl á stofnun enda sé niðurstaða mats ekki sú að hann þurfi á flutningi á hjúkrunarheimili að halda.

Tilvist dvalarrýma og flutningur einstaklinga í þau getur hins vegar í ýmsum aðstæðum verið viðeigandi úrræði þannig að gera þarf ráð fyrir því að þau verði áfram til staðar í einhverjum mæli. Hvort takmarkaður fjöldi dvalarrýma er áfram hluti af þjónustunni við aldraða skiptir litlu máli í þeirri heildarmynd sem dregin er upp í þessari umfjöllun. Stóru breytingarnar snúast um það hvort hægt er að ná meiri árangri í að viðhalda virkni getu aldraðra með heimaþjónustu og dagdvöl.

Í vinnunni við þessa skýrslu hefur nokkuð verið rætt um hlutverk fjölskyldu eða aðstandenda aldraðra einstaklinga við umönnun þeirra og að sinna margvíslegum þörfum þeirra. Samfélagið gerði löngum ráð fyrir því að fjölskylda og aðstandendur hefðu aðalhlutverk í þessum efnum sem konur sinntu fremur en karlar. Í lífskjarabyltingu undanfarinna áratuga hafa orðið þær meginbreytingar að hið opinbera hefur meira bolmagn til þess að koma að umönnun og þjónustu við aldraða og að þátttaka kvenna á vinnumarkaði er allt önnur og meiri en áður var.

Samfélagið hefur því verið á þeirri vegferð að efla stuðningskerfi hins opinbera við aldraða og létta undir með fjölskyldum og aðstandendum sem þó gegna áfram miklu hlutverki. Ekkert bendir til annars en að samfélagið muni þróast áfram í sömu átt, þ.e. að hið opinbera, ríki og sveitarfélög, haldi áfram að létta undir með fjölskyldum og aðstandendum með margvíslegum hætti. Sérstaklega þarf að skoða tilfelli þar sem aðstandendur verða ótvírætt fyrir tekjumissi vegna umönnunarþarfar einhvers í fjölskyldunni. Þessi þróun mun væntanlega gerast í mörgum skrefum eftir því sem þarfir aldraðra einstaklinga, fjölskyldna þeirra og aðstandenda gefa tilefni til og geta hins opinbera eða atvinnulífsins leyfir.

3.2 Velferðartækni, vöktun og þjónustustjóri

Mikilvægt er að horfa til lausna sem skapa virði fyrir bæði notendur og veitendur þjónustu þegar horft er til lýðfræðilegrar þróunar og breytinga á aldurssamsetningu þjóða þar sem eldra fólki fjölgar. Velferðartækni er mikilvæg lausn til að mæta þessum framtíðaráskorunum samfélagsins. Velferðartækni er hugtak sem nær yfir tækni sem á einn eða annan hátt bætir líf þeirra sem hennar þarfnast og auðveldar öldruðum að búa í sjálfstæðri búsetu. Hún getur létt undir og tengt saman starfsfólk er sinnir þjónustunni en ekki síður notendurna sjálfa eða aðstandendur þeirra. Sem dæmi um velferðartæknilausnir má nefna skjáviðtöl, lyfjaskammtara, sjálfvirkar

hurðarlæsingar, GPS-öryggishnappa og mottur eða hitamyndavélar sem byggja á gervigreind og senda skilaboð til starfsmanns ef einstaklingur t.d. dettur inni á baðherbergi. Velferðartækni bætir því ekki bara lífsgæði notenda og gerir þjónustuna skilvirkari, hún getur líka verið liður í að draga úr mönnunarþörf.

Tæknipróun síðustu ára hefur stóraukið möguleika á öflun gagna um heilsufarslega stöðu fólks og úrvinnslu þeirra til að fá upplýsingar um heilbrigði þess. Rafrænar skráningar eru víðtækar um notkun hvers kyns þjónustu, í símtækjum og úrum er safnað gögnum, s.s. um hreyfingu og hjartslátt. Þetta skapar víðtæka möguleika á vöktun á heilsufari fólks og það gæti verið hluti af þjónustu heilsugæslunnar að taka við öllum þessum gögnum og vinna úr þeim. Enn fremur ætti fólki að vera unnt að skrá sjálf tölur um upplýsingar inn á sérstaka gátt um heilsufar sitt, s.s. þyngd, blóðþrýsting og líkamshita, sem þýðingu hefur að mæla eða prófa. Farvegur fyrir slíka skráningu er þegar til staðar á heilsuvera.is.

Vöktun heilsugæslu fælist þá í því að vinna viðeigandi upplýsingar úr gögnum og gefa svörin þar sem flaggað væri grænum, gulum eða rauðum kortum eins og tilefni er til.

Enn fremur er ástæða til að kanna hvort aldraðir ættu að fá sérstakan þjónustustjóra þegar líkur aukast á því að þeir þurfi að nota þjónustu stofnana. Hlutverk þjónustustjóra væri að halda utan um allar upplýsingar um einstaklinginn, vakta stöðu hans, leiðbeina honum áfram í þjónustukerfinu og veita aðstoð við aðgang að mati og stofnunum eins og við getur átt.

Æskilegt er að þróa þessa starfsemi þannig að velja fyrst hvaða þá hópa einstaklinga sem ástæða er til að fylgjast sérstaklega með og styðja við með starfi þjónustustjóra. Vöktunin og eftirfylgnin þarf síðan helst að fylgjast að með innleiðingu á lausnum í velferðartækni. Fyrst í stað má reikna með því að 2 þúsund til 5 þúsund einstaklingar yrðu vaktaðir en að fleiri bættust svo síðar í þennan hóp eftir því sem rafrænni vöktun yxi fiskur um hrygg. Megintilgangurinn er að auka líkurnar á því að hægt sé að grípa inn í heilsufarsleg vandamál með fyrirbyggjandi hætti og beita viðeigandi úrræðum eins snemma og mögulegt er.

Hér er gert ráð fyrir að árlegur kostnaður við uppbyggingu á þessari persónulegu þjónustu gæti verið um 200 m.kr. til að byrja með en síðan hækkað í 300 m.kr. þegar betur liggur fyrir hvaða fyrirkomulag og umfang er hagkvæmt og líklegt til árangurs.

Tæknibreytingar hafa ekki aðeins skapað nýja möguleika fyrir virkari vöktun og markvissari þjónustu heldur eru stöðugar framfarir í hvers kyns tækjum, áhöldum, búnaði, innréttingum og öllu öðru í umhverfi einstaklingsins. Reiknað er með því að þjónustuaðilar við aldraða nýti þessa möguleika til þess að bæta þjónustuna og létta líf notendanna eins og aðstæður gefa tilefni til.

Á velferðarsviði Reykjavíkurborgar hefur verið unnið mikilvægt þróunarstarf á sviði velferðartækni. Áherslan hefur verið á innleiðingu skjáviðtala þar sem fagfólkið ræðir við notendur þjónustunnar í gegnum netið og notar tölvuskjái. Fram hefur komið að ekki er enn hægt að tengja saman rafrænar upplýsingar sem safnast upp í tækjum notenda og flytja þær inn í upplýsingakerfin sem velferðarsviðið notar. Slíkur flutningur er hins vegar forsenda fyrir skilvirkri vöktun.

Enn fremur kemur oft fram að of mikið sé um skráningu sömu upplýsinga inn í mismunandi upplýsingakerfi. Mikilvægt er að unnið sé að því að upplýsingar geti færst á milli kerfa þannig að sömu upplýsingar séu aðeins einu sinni skráðar inn.

Mikilvægt er að leggja í þróunarvinnu vegna samtenginga kerfa opinberra aðila og tækja í eigu notenda þannig að hægt sé að bæta þjónustuna. Byggja verður upp nýja þjónustu af þessum toga út frá þörfum og óskum notendanna þannig að þeir ráði ferðinni og geti ákveðið hvaða tengingar eru settar upp.

Hér er lagt til að á næstu árum verði veitt framlag til þróunarverkefna á þessu sviði, bæði vegna velferðartækni og starfsemi þjónustustjóra. Eðlilegt er að sníða fyrstu verkefnin að þjónustu við aldurshópinn 80–89 ára. Fjárhæðir á bilinu 200–300 m.kr. árlega til hvors verkefnisins um sig væri ágæt byrjun. Hafa verður í huga að þróun á vöktun og betri stýring á þjónustu er lærdómsferli og þess vegna er nauðsynlegt að gott mat og endurmat fari fram á því hvernig til tekst í þróunarverkefnum þannig að hægt sé að beina uppbyggingunni í þá farvegi sem skila mestum árangri fyrir þann kostnað sem í er lagt.

Að endingu er svo rétt að vekja sérstaka athygli á því að góð samvinna ríkis og sveitarfélaga er afar mikilvæg til að sá árangur náist sem rætt er um í þessari skýrslu. Þetta skiptir ekki síst máli vegna þess að sparnaður ríkisins vegna minni kostnaðar við hjúkrunarheimili getur skapast þegar sveitarfélög leggja í aukinn kostnað í þjónustu við aldraða en ekki eingöngu að ríkið sé að leggja í aukinn kostnað við heimahjúkrun sem sveitarfélögin jafnvel annast framkvæmd á. Mikilvægt er að líta á málið í heild, að þjónustan sé samhæfð og tryggt að togstreita milli ríkis og sveitarfélaga um einstök atriði dragi ekki úr framförum og árangri.

4. Meginaðgerðir

Í þessari skýrslu eru dregnar fram þrjár megináðgerðir til þess að auka hagkvæmni og bæta gæði þjónustu við aldraða.

Í fyrsta lagi þarf að innleiða sömu mælikvarða og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) notar fyrir heilbrigða öldrun. Þessu fylgir ekki mikill kostnaður, því að hægt er með einföldum hætti að nálgast rafræn gögn. Lítill kostnaður ætti líka að felast í því að taka mælikvarðana út frá ári til árs. Aðalviðfangsefnið er að tryggja almenna innleiðingu matskerfanna hjá þeim stofnunum sem þjónusta aldraða. Gerðar eru tillögur um aukið svigrúm Embættis landlæknis til að tryggja innleiðinguna.

Í öðru lagi er lagt til að megináhersla verði á uppbyggingu dagdvalarrýma og heimaþjónustu (þ.m.t. heimahjúkrun) fyrir aldurshópin 80–89 ára. Frestun á flutningi á hjúkrunarheimili hvers einstaklings um eitt ár með árangri í dagdvöl eða heimaþjónustu sparar a.m.k. um 12 m.kr. Uppbygging á þessu sviði er því fljót að borga sig upp ef árangur næst en taka verður afstöðu til þess hvernig ábatanum er skipt á milli þeirra þjónustuaðila sem bæta þurfa við framboð sitt á þjónustu inni á heimili, einkum hvað varðar langtímaumönnun. Í þessu samhengi skiptir miklu máli að gott samstarf takist á milli ríkis og sveitarfélaga um skipulagningu og veitingu þjónustunnar. Náist sá árangur sem markmið eru sett um í þessari skýrslu um aukna virknigetu aldraðra má ætla að heildarsparnaður í útgjöldum verði a.m.k. 9,5 ma.kr. á ári eftir 10 ár.

Í þriðja lagi þarf að nýta hvers kyns möguleika sem velferðartækni, s.s. rafræn skráning gagna, sjálfvirk eða gerð af einstaklingnum sjálfum, gefur til að byggja upp vöktun á heilbrigði og öryggi aldraðra einstaklinga. Þessa vöktun má byggja upp í skrefum og þróa áfram með hliðsjón af þeim möguleikum sem tækniframfarir skapa. Þróun af þessum toga ætti líka að fylgja sérstakur þjónustustjóri sem fylgir hverjum öldruðum einstaklingi sem bæði annast vöktunina og leiðbeinir og aðstoðar vegna viðeigandi þjónustu. Þessa þjónustu má byggja upp á heilsugæslustöðvum eða í nánu samstarfi við þær. Uppbygging þessarar þjónustu getur gerst í fjárhagslega viðráðanlegum áföngum og byrja á 80–89 ára aldurshópnum. Afar mikilvægt er að mismunandi gagnagrunnar geti nýst saman þannig að ekki sé verið að færa sömu upplýsingar um einstaklinga á mörgum stöðum og valdi þannig óþarfa kostnaði sem gerir líka þjónustuna ómarkvissari.

Allar framtíðarspár benda til þess að öldruðum fjölgi verulega á Íslandi á næstu árum og áratugum, bæði vegna þess að fjölmennari árgangar eru að bætast í hóp aldraðra og að meðalævin lengist. Því er mikil ástæða til þess að fjalla um hvernig skynsamlegast er fyrir opinbera aðila að bregðast við með markvissri þjónustu fyrir þennan aldurshóp.

Á vettvangi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) hefur verið sett fram stefnumörkun um áratug heilbrigðrar öldrunar sem dregur athyglina að því hvernig hægt er að stuðla að því að aldraðir haldi góðri heilsu og virkni getu eins lengi og kostur er. Sú vinna sem fram kemur í þessari skýrslu er mjög í þeim anda og árangur á þessu sviði léttir líka margvíslegan kostnað sem fellur til þegar aldraðir búa við heilsufarsleg vandamál sem hægt væri að draga úr.

5. Viðauki

5.1 Vinna starfshópsins

Fjármálaráðherra skipaði þann 22. febrúar 2021 starfshóp til að endurmeta útgjöld til hjúkrunarþjónustu við aldraða. Þetta var gert í samráði við heilbrigðisráðherra og Samband íslenskra sveitarfélaga og í framhaldi athugunar á útgjöldum til málaflokks 25.1 Hjúkrunar- og dvalarrými og viðfangsefna sem lúta að hjúkrun aldraðra innan málaflokks 24.1 Heilsugæsla og málaflokks 24.2 Sérfræðiþjónusta og hjúkrun. Snemma í ferlinu urðu aðilar sammála um að útvíkka verkefnið þannig að það tæki yfir opinbera þjónustu við aldraða eins og hún er skilgreind í lögum nr. 125/1999, um málefni aldraðra.

- Þjónustumiðstöðvar aldraðra, tómsunda- og félagsstarf.
- Heimaþjónusta og þjónustuíbúðir, þ.m.t. heimahjúkrun, félagsleg heimaþjónusta, endurhæfing, öryggisþjónusta og önnur heilbrigðisþjónusta (bæði á vegum ríkis og sveitarfélaga).
- Dagdvöl, bæði almenn og sérhæfð og sveigjanleg.
- Hjúkrunarrými, dvalarrými, skammtímainnlagnir og endurhæfingarrými.

Vinnan er grundvölluð á samkomulagi ríkis og sveitarfélaga frá 30. september 2020, fyrirbyggjandi stefnumörkun í framangreindum málaflokkum, stefnumótun sem unnið er að á vegum heilbrigðisráðuneytisins og greiningu á rekstrargrundvelli hjúkrunarheimila, sbr. tillögu til þingsályktunar um fjármálaáætlun fyrir árin 2021-2025 (þingskjal 2 – 2. mál) og umræðuskjali um framtíð öldrunarþjónustu frá 32. landsþingi Sambands íslenskra sveitarfélaga (september 2018).

Starfshópnum var samkvæmt skipunarbréfi falið að:

1. Útskýra inntak og samband árangurs og mælikvarða í framangreindum málaflokkum, svo og ef þörf krefur að leggja til nákvæmari skilgreiningar, undirmarkmið og viðbótarárangursmælikvarða.
2. Greina umfang og gæði starfseminnar sem fellur undir málaflokkana og hlutdeild afurða hennar í árangrinum sem stefnt er að.
3. Kortleggja og kostnaðarmeta mögulegar aðgerðir til að tryggja árangurinn sem stefnt er að.
4. Kortleggja mögulegar leiðir til að lækka kostnað við starfsemina sem fellur undir málaflokkana án þjónustuskerðingar og/eða án þess að það komi niður á árangrinum og styrkleika starfseminnar til framtíðar.

Starfshópin skipuðu við upphaf starfsins:

- Gunnar Birgisson, án tilnefningar, formaður,
- Valgerður Freyja Ágústsdóttir, fulltrúi Sambands íslenskra sveitarfélaga,

- Tryggvi Þórhallsson, fulltrúi Sambands Íslenskra sveitarfélaga,
- Hlynur Hreinsson, fulltrúi fjármála- og efnahagsráðuneytisins,
- Elsa B. Friðfinnsdóttir, fulltrúi heilbrigðisráðuneytisins,
- Linda Garðarsdóttir, fulltrúi heilbrigðisráðuneytisins.

Eftir að Gunnar Birgisson féll frá skipaði fjármálaráðherra Vilhjálmm Egilsson formann hópsins þann 12. ágúst 2021.

Starfshópurinn fundaði með breiðum hópi fólks sem allt á það sameiginlegt að koma að þjónustu við aldraða í störfum sínum. Markmið þeirra samtala var að fá skýra mynd af þeirri þjónustu sem hið opinbera er að veita en einnig að gefa fagfólki tækifæri á að greina frá því hvað betur mætti fara í þjónustunni.

5.2 Heilsumælikvarðar WHO

Sameinuðu þjóðirnar og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) hafa í sameiningu unnið greiningu og stefnumótun um heilbrigða öldrun og var ákveðið að helga áratuginn 2021-2030 heilbrigðri öldrun.

Lögð er áhersla á mikilvægi þess að mæla heilbrigða öldrun, félagslega þætti, heilsufar, atferli og áhættu, stefnur og verkefni og heilbrigðis- og félagsþjónustu. Skilgreind eru fjögur megináherslusvið hvað þetta varðar, en það eru 1) aldursvæn samfélög, 2) barátta gegn aldursfordómum, 3) samhæfð þjónusta og umönnun og 4) endurhæfing, virkni, virðing, tækni og þátttaka við langtímaumönnun.

Sérstök skýrsla, „Decade of Healthy Ageing - Baseline Report“, var gefin út í desember 2020 þar sem fjallað er um gögn sem nýta má til að mæla heilbrigða öldrun.

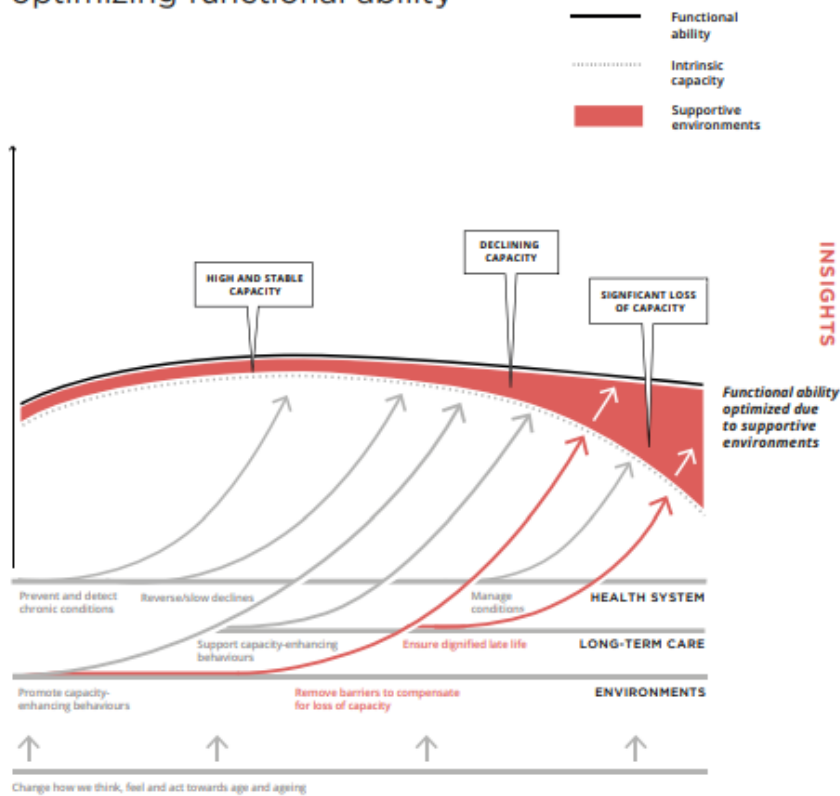
Grundvallarhugtakið sem unnið er með er „functional ability“ eða virknigeta sem snýst um getu fólks til að uppfylla grunnþarfir sínar, getu til þroska, lærdóms og ákvarðanatöku, getu til hreyfingar, getu til að mynda og viðhalda mannlegum tengslum og getu til að leggja af mörkum til samfélagsins.

Annað hugtak sem unnið er með er „intrinsic capacity“ eða fólgin geta sem snýst um alla líkamlega og andlega getu viðkomandi, s.s. hreyfigetu, skyn (sjón, heyrn), lífsorku, vitræna getu og sálarstyrk.

Þriðja hugtakið sem unnið er með er svo „environment“ eða umhverfið sem snýst um rammann sem ræður hvað einstaklingur með tiltekna fóligna getu getur leyft sér. Þá er átt við heimilið, samfélagið, tæki og tækni, stuðning, tengsl og viðhorf, þjónustukerfi og stefnumörkun.

Samspilið milli þessara þriggja hugtaka er sýnt á mynd 7 þar sem fram kemur hvernig stuðningur úr umhverfinu getur bætt við fóligna getu til að auka virknigetu.

Trajectories of healthy ageing optimizing functional ability



Mynd 7: Trajectories of healthy ageing – optimizing functional ability

Heimild: Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Genf: WHO 2020

Heilbrigð öldrun snýst í raun um það að viðhalda virknigetu fólks á eins háu stigi (e. optimisation) og eins lengi og raunhæft getur talist.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur tekið upp kerfisbundna nálgun á að mæla heilbrigða öldrun. Stofnunin hefur safnað gögnum frá yfir 30 ríkjum vegna árána 2013–2019 sem hafa mælt virknigetu og fóligna getu fólks á mismunandi aldursbili.

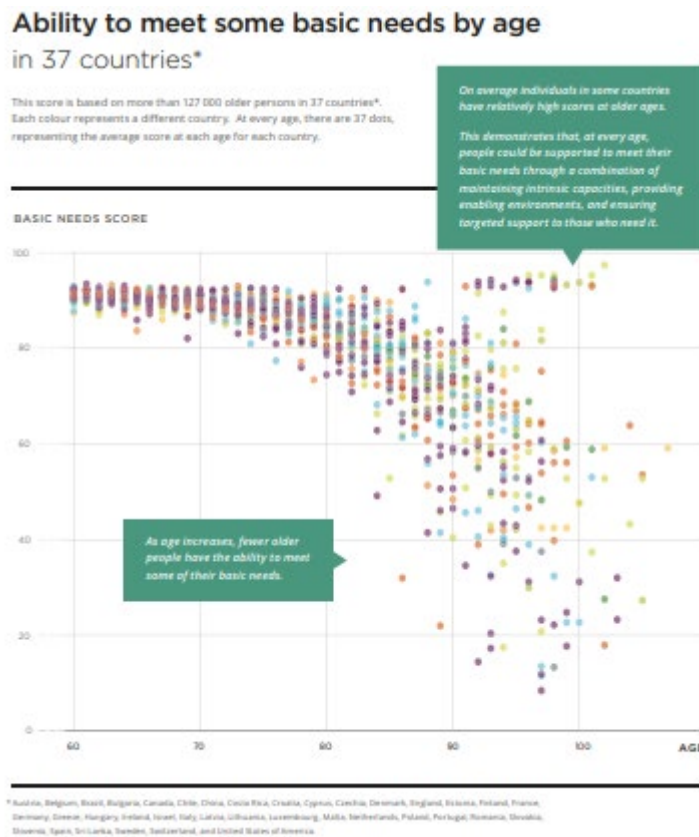
Virknigetan er mæld með því að kanna:

- hvort fólk geti klætt sig,
- hvort það geti tekið lyfin sín
- og hvort það geti haft stjórn á fjármálum sínum.

Fólgina geta hefur verið mæld með því að mæla:

- handstyrk (grip)
- og vitræna getu.

Niðurstöður mælinga af virknigetu og handstyrk eru sýndar á mynd 8, mynd 9 og mynd 10. Á mynd 4 sést hvernig virknigetan þróast eftir aldri í þeim löndum sem eru í úrtakinu og á mynd 9 sýnir bláa línan miðgildið fyrir karla og rauða miðgildið fyrir konur. Á mynd 10 eru sýndar dreifingarmælingar fyrir handstyrk eftir aldurshópum og þar kemur fram að dreifingin virðist svipuð en kúrfurnar fletjast út eftir því sem aldurinn færist niður. Almennt minnkar þannig handstyrkurinn með hækkandi aldri eins og gera má ráð fyrir.



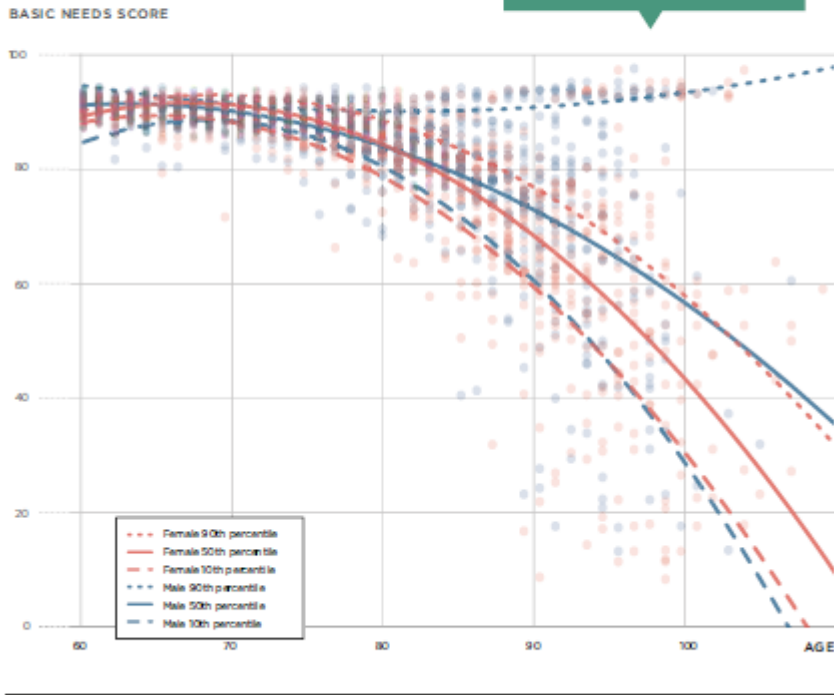
Mynd 8: Virknigeta

Heimild: Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Genf: WHO 2020

Ability to meet some basic needs by age men and women, 37 countries*

Each dot represents the average score at each age, for men (blue) and women (red) separately for each country. This represents some 57000 men and 70 000 women across the 37 countries.

After 80 years of age, more women are less able to meet some of their basic needs than men, with the gap widening with increasing age.

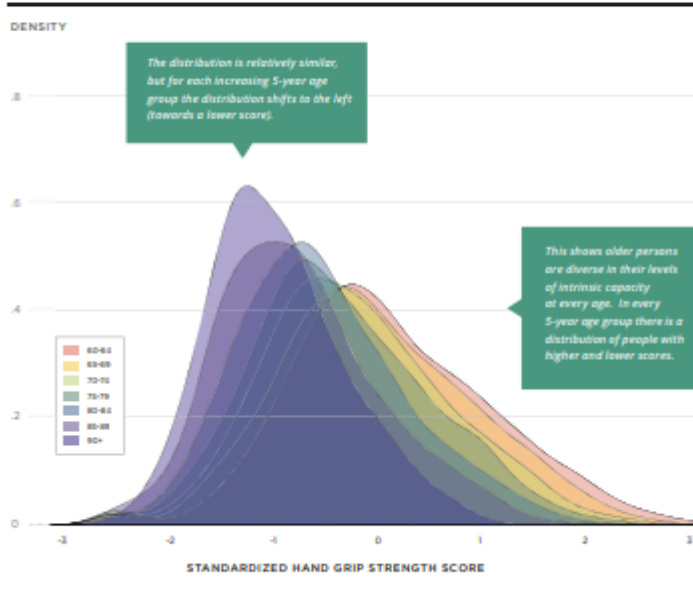


* Austria, Belgium, Brazil, Bulgaria, Canada, Chile, China, Costa Rica, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, England, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sri Lanka, Sweden, Switzerland, and United States of America.

Mynd 9: Virknigeta kvenna og karla

FIGURE 2.5
Vitality (hand grip strength), score distribution
 by 5-year age groups, in 36 countries*

Density plots visualize a distribution of people and their scores. This represents more than 121 000 older persons in 36 countries, with 7 distributions, one for each 5-year age group (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-89, 90+ years).



* Austria, Belgium, Brazil, Bulgaria, Canada, China, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Ghana, Greece, Hungary, India, Israel, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malaysia, Malta, Mexico, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, South Africa, Spain, Sweden, and Switzerland.

Mynd 10: *Handstyrkur*

Heimild: Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Genf: WHO 2020

