



# Öldrunarþjónusta og gæðaviðmið

Selma Björk Hauksdóttir og Sirrý Sif Sigurlaugardóttir

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf  
Háskóli Íslands  
Félagsvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

# Öldrunarþjónusta og gæðaviðmið

Selma Björk Hauksdóttir og Sirrý Sif Sigurlaugardóttir

260281-3059 og 230386-2859

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf  
Umsjónarmaður: Halldór Sigurður Guðmundsson

Félagsráðgjafardeild  
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands  
júní 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.  
© Selma Björk Hauksdóttir og Sírý Sif Sigurlaugardóttir 2012

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland 2012

## Útdráttur

Viðfangsefni þessarar ritgerðar eru gæðaviðmið í öldrunarþjónustu, þörf fyrir þau og hvernig innleiðing þeirra tengist fræðilegri umfjöllun um málefni aldraðra. Markmið ritgerðarinnar er að leita svara við rannsóknarspurningum sem snúa að skilgreiningum á gæðum og gæðaviðmiðum: Hvaða reglur gilda um setningu og beitingu þeirra? Hvernig hafa kenningar áhrif á þróun og skipulag öldrunarþjónustu og tengsl þeirra við innleiðingu gæðaviðmiða? Fjallað verður um mælitæki sem notuð eru við eftirlit í öldrunarþjónustu og gerð grein fyrir fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum. Tilgangur ritgerðarinnar er auk þess að skoða hvort þörf sé á gæðaviðmiðum í öldrunarþjónustu og athuga hvernig innleiðing þeirra samræmist þróun í öldrunarfræðum og stefnumótun stjórnvalda.

Efnið er nálgast á þann hátt að farið er yfir skilgreiningar og kenningar sem varða hugmyndafræði gæðaviðmiðanna. Gagnaöflun fólst í að skoða ýmiss konar fyrirbyggjandi gögn sem skipta máli fyrir gæði í öldrunarþjónustu, svo sem lög, reglugerðir, skýrslur, stefnuyfirlýsingar, rannsóknir og aðra fræðilega umfjöllun. Áherslur þessara gagna eru bornar saman við áherslur í tillögum að gæðaviðmiðum sem unnin hafa verið fyrir velferðarráðuneytið. Niðurstaðan er að fyrirbyggjandi tillögur séu í samræmi við almenna þróun í öldrunarþjónustu og byggi á traustum grunni kenninga í öldrunarfræðum. Nánari útfærsla er þó æskileg og hugmyndir að breytingum eru settar fram. Nauðsynlegt er að innleiða gæðaviðmið í smáum skrefum og gera ráð fyrir breytingum á innihaldi, áherslum og framkvæmd sem hluta af innleiðingarferlinu.

**Efnisorð:** Gæðaviðmið, öldrunarþjónusta, félagsráðgjöf, öldrunarfélagsráðgjöf, félagsþjónusta, heilbrigðisþjónusta, velferðarþjónusta.

## **Formáli**

Þessi ritgerð er 12 eininga lokaverkefni til BA-prófs í grunnnámi við Félagsráðgjafardeild Félagsvísindasviðs Háskóla Íslands. Við viljum þakka leiðbeinanda okkar og umsjónarmanni, Halldóri Sigurði Guðmundssyni, fyrir uppbyggilega gagnrýni og faglega leiðsögn við vinnslu verkefnisins. Einnig viljum við þakka mökum okkar, Jóhannesi Högnasyni og Vilhjálmi Agnarssyni. Ásta Kristín Benediktsdóttir, doktorsnemi í íslensku, og Trostan Agnarsson, íslenskukennari, fá sérstakar þakkir fyrir prófarkalestur og góðar ábendingar.

## Efnisyfirlit

<b>1. Inngangur .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Skilgreiningar á hugtökum .....</b>	<b>8</b>
2.1. Gæði.....	8
2.1.1. Viðmið .....	9
2.1.2. Staðall.....	10
2.1.3. Vísar.....	11
2.2. Öldrunarþjónusta.....	11
2.3. Valdefling .....	12
<b>3. Kenningar um öldrun og tegundir öldrunarþjónustu .....</b>	<b>14</b>
3.1. Líffræðileg öldrun .....	14
3.2. Sálræn öldrun .....	15
3.3. Félagsleg öldrun .....	16
3.3.1. Hlutverkakenningin .....	17
3.3.2. Virknikenningin.....	18
3.3.3. Hlédrægnikenningin .....	19
3.3.4. Samfellukenningin .....	19
3.3.5. Jákvæð öldrun .....	20
3.3.6. Eden hugmyndafræðin .....	20
3.4. Öldrun samfélagsins.....	22
3.5. Tegundir öldrunarþjónustu.....	22
3.5.1. Fyrirbyggjandi öldrunarþjónusta .....	23
3.5.2. Heimaþjónusta .....	23
3.5.3. Stoðþjónusta .....	23
3.5.4. Búsetuúrræði.....	24
3.5.5. Hjúkrunarrými .....	24
<b>4. Öldrunarþjónusta: Félagsþjónusta eða heilbrigðisþjónusta? .....</b>	<b>25</b>
4.1. Félagsþjónusta .....	25
4.1.1. Gæði í félagsþjónustu .....	25
4.2. Heilbrigðisþjónusta .....	26
4.2.1. Gæði í heilbrigðisþjónustu.....	26
4.2.2. Heilbrigðisskráning .....	27

4.2.3. Vistunarmat .....	27
4.2.4. RAI-mat.....	30
4.2.5. Embætti landlæknis.....	32
4.2.6. Eftirlitshlutverk landlæknis.....	32
4.3. Velferðarþjónusta .....	33
4.4. Félagsráðgjöf í öldrunarþjónustu.....	34
4.4.2. Öldrunarfélagsráðgjöf á Íslandi .....	37
4.5. Mögulegur ávinningur notkunar gæðaviðmiða .....	38
4.5.1. Minni andleg vanlíðan aldraðra.....	38
4.5.2. Minni líkur á ofbeldi gegn öldruðum .....	39
4.5.3. Minni líkur á sjálfsvanrækslu aldraðra.....	39
4.5.4. Aukin starfsánægja umönnunaraðila .....	41
4.5.5. Hærra hlutfall faglærðra starfsmanna.....	42
<b>5. Fyrirliggjandi tillögur að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu.....</b>	<b>44</b>
5.1. Tilurð tillagna að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu.....	44
5.2. Tillögur að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu.....	45
<b>6. Umræða og lokaorð .....</b>	<b>48</b>
<b>Heimildaskrá.....</b>	<b>56</b>
<b>Viðauki: Sýnishorn af fyrirliggjandi tillögum gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu.....</b>	<b>62</b>

## **Töflu- og myndaskrá**

Tafla 1. Skilgreiningar á gæðum í heilbrigðisþjónustu .....	9
Mynd 1. Miðlægur gagnagrunnur gæðaviðmiða í öldrunarþjónustu .....	53



## 1. Inngangur

Öldrunarþjónusta hefur verið við lýði á Íslandi í einhverri mynd frá byrjun 20. aldar. Í upphafi var aðstoðin sem öldruðum stóð til boða óformleg og veitt af almennum borgurum og góðgerðarfélögum sem tóku sig saman og byggðu sérstök heimili fyrir aldraða (Guðmundur Óskar Ólafsson, 1997; Hrafnista, 1982). Þegar sýnt hafði verið fram á þörfina og starfið var farið af stað kom hið opinbera inn með fjárveitingu til að hægt væri að standa undir rekstrarkostnaði (Ásdís Skúladóttir og Gylfi Guðjónsson, 1978). Öldrunarþjónusta hefur síðan verið í stöðugri þróun en lengi þótti nokkuð vanta upp á skipulag og samræmi í þjónustunni. Gagnrýni beindist helst að stjórnvöldum sem vanræktu að setja fram heildstæðar framtíðaráætlanir um framkvæmd og þróun öldrunarþjónustu (Ingimar Einarsson, 1980).

Gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu hafa hingað til ekki verið notuð á Íslandi. Í Skýrslu stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015 sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið lét gera og gaf út árið 2003 er meðal annars fjallað um þær breytingar sem þurfi að gera á öldrunarþjónustu en ekki er minnst á gæðaviðmið. Þó er rætt um að nauðsynlegt sé að efla gæði þjónustunnar, til dæmis með auknu upplýsingaflæði, og að velja skuli „rekstraraðila á grundvelli viðurkenndra viðmiða um gæði“ (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003, bls. 78).

Í tillögum ráðgjafarhóps félags- og tryggingamálaráðherra um Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára sem voru gefnar út fimm árum síðar er kafli um gæðaviðmið um félagslega þjónustu og skilvirkt eftirlit. Umfjöllunin er ekki löng en þar kemur í fyrsta skipti fram vísir að kröfu um að gæðaviðmið verði skilgreind og þau notuð. Hvatinn að þessari kröfu er fyrirhugaður flutningur málefna aldraðra frá ríki til sveitarfélaga (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008). Í framhaldi af þessari stefnumótun skipaði ráðuneytið sérstakan hóp til að útbúa drög eða tillögu að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu. Þeirri vinnu lauk árið 2010. Síðan hafa drögin verið nýtt sem stuðningstæki við framsetningu þjónustusamninga og viðmiða um þjónustuframboð og þjónustustig (Halldór S. Guðmundsson og Kristín Sóley Sigursveinsdóttir, 2011). Í lýsingu á verkefnahugmynd um prófun og úttekt gæðaviðmiðanna er þrjúþættur tilgangur þeirra skilgreindur. Þeim er ætlað að vera til leiðsagnar fyrir skipuleggjendur og stjórnendur öldrunarþjónustu, vera upplýsandi fyrir íbúa sveitarfélaga um þá þjónustu sem er í boði og liggja til grundvallar því eftirliti sem velferðarráðuneytið mun sjá um þegar sveitarfélögin hafa tekið við málefnum aldraðra frá

ríkinu (Halldór S. Guðmundsson og Kristín Sóley Sigursveinsdóttir, 2011). Undirbúningsvinna fyrir flutning málefna aldraðra frá ríki til sveitarfélaga hófst árið 2007 og hefur síðan þá verið á stefnuskrá stjórnvalda (Bolli Þór Bollason, 2011). Upphaflega var ráðgert að flutningurinn ætti sér stað eigi síðar en árið 2012 (Velferðarráðuneytið, 2008). Eftir efnahagshrunið haustið 2008 voru önnur verkefni í forgangi svo það náðist ekki á tilskildum tíma en í nóvember 2011 var skipuð nefnd til að halda undirbúningsvinnunni áfram (Velferðarráðuneytið, 2011).

Tilgangur þessarar ritgerðar er að komast að því hvað gæðaviðmið eru og hvort þörf sé fyrir þau í öldrunarþjónustu á Íslandi. Það verður gert með eftirfarandi rannsóknarspurningar að leiðarljósi: Hvað eru gæðaviðmið? Hvaða reglur gilda um setningu og beitingu gæðaviðmiða? Hvernig hafa kenningar um öldrun haft áhrif á þróun og skipulag öldrunarþjónustu? Hvaða mælitæki eru notuð við eftirlit í öldrunarþjónustu? Hvernig má laga tillögur að gæðaviðmiðum svo þær nýtist sem best?

Í öðrum kafla eru hugtök skilgreind sem fjallað verður betur um síðar í ritgerðinni. Í þriðja kafla eru reifaðar helstu kenningar um öldrun og tengsl þeirra við öldrunarþjónustu. Fjórði kafla er um stöðu öldrunarþjónustu innan stjórnsýslunnar á Íslandi og er þar fjallað um félagsþjónustu, heilbrigðisþjónustu og velferðarþjónustu. Sérstaklega er athyglinni beint að þeim mælitækjum sem nú eru notuð á gæði og framkvæmd öldrunarþjónustu. Einnig er í fjórða kafla stutt umfjöllun um landlækni sem eftirlitsaðila, félagsráðgjöf í öldrunarþjónustu sem og mögulegan ávinning af notkun gæðaviðmiða. Í fimmta kafla er kastljósinu beint að fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu.

Ritgerðin endar á umræðu og lokaorðum þar sem efni hennar er dregið saman. Verkefninu í heild og niðurstöðum þess er fyrst og fremst ætlað að vera upplýsandi um gæðaviðmið, tengsl þeirra við fræðilega þekkingu, mögulegan ávinning af notkun og hugsanlega ókosti eða áhættuþætti. Niðurstöðurnar má vonandi hafa til hliðsjónar við frekari þróun, útfærslu og innleiðingu gæðaviðmiðanna.

Heimildir eru fengnar úr óbirtum skjölum sem innihalda fyrirbyggjandi tillögur að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu, lögum, reglugerðum og frumvörpum til laga, innlendum og erlendum fræðibókum um félagsráðgjöf og málefni aldraðra, ritrýndum greinum úr innlendum og erlendum tímaritum, skýrslum og heimasíðum opinberra stofnana og niðurstöðum íslenskra rannsókna.

## 2. Skilgreiningar á hugtökum

Í fyrsta hluta þessa kafla er fjallað um hugtökin gæði, viðmið, staðla og vísa. Þá eru hugtökin öldrunarþjónusta og valdefling einnig skilgreind.

### 2.1. Gæði

Hugtakið gæði (e. quality) er erfitt í notkun því margar ólíkar hugmyndir eru uppi um hvað teljist til gæða. Hugmyndir um góða þjónustu geta verið misjafnar milli landa, menningarheima og tímabila. Því er mikilvægt að skilgreina nákvæmlega hvað er átt við með hugtökunum gæði og viðmið áður en gæðaviðmið eru útbúin og notkun þeirra hrint í framkvæmd (Legido-Quigley, McKee, Nolte og Gilnos, 2008).

Evrópusambandið (e. European Union) gaf út skýrslu árið 2008 um hvernig tryggja megi gæði heilbrigðisþjónustu innan sambandsins undir yfirskriftinni Assuring the quality of health care in the European Union. Þar eru settar fram fimm ólíkar skilgreiningar á gæðum í heilbrigðisþjónustu (e. definitions of quality of care) (Legido-Quigley o.fl., 2008), en á næstu síðu eru þessar skilgreiningar sýndar í töflu. Vert er að nefna að hér á landi hefur Landlæknisembættið valið að styðjast við skilgreiningar Alþjóðaheilbrigðismála-stofnunarinnar (WHO) við gerð sinna gæðavísa (Anna Björg Aradóttir, Laura Scheving Thorsteinsdóttir, Matthías Halldórsson, Sigríður Halldórsdóttir, 2006).

**Tafla 1. Skilgreiningar á gæðum í heilbrigðisþjónustu**

ÚTGEFANDI	SKILGREINING
<b>Donabedian</b> (1980)	Góð heilbrigðisþjónusta er þjónusta sem ætla má að hámarki velferð sjúklings þegar búið er að reikna með öllum þeim kostum og göllum sem hún getur mögulega haft í för með sér fyrir fyrir viðkomandi.
<b>Læknavísindaráð</b> (e. <i>Institute of Medicine</i> ) (1990)	Gæði heilbrigðisþjónustu eru miðuð við að hve miklu leyti þjónusta fyrir einstaklinga og allan almenning eykur líkurnar á góðri heilsu. Góð þjónusta er alltaf uppfærð í samræmi við nýjustu faglegu þekkingu hverju sinni.
<b>Heilbrigðisstofnun Bretlands</b> (e. <i>Department of Health</i> ) (UK) (1997)	Góð þjónusta felur í sér að: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bregðast rétt við (hvað er gert)</li> <li>- þjónusta rétta fólkið (fyrir hvern)</li> <li>- veita þjónustu á réttum tíma (hvenær)</li> <li>- gera allt rétt í fyrstu tilraun</li> </ul>
<b>Evrópuráðið</b> (e. <i>Council of Europe</i> ) (1998)	Þjónusta telst góð ef sú meðferð sem veitt er eykur líkur á æskilegri niðurstöðu fyrir sjúkling og minnkar líkur á óæskilegri niðurstöðu, að teknu tilliti til þeirrar þekkingar sem er fyrir hendi.
<b>Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin</b> (e. <i>World Health Organization</i> ) (2000)	Gæði þjónustu eru metin eftir því að hve miklu leyti heilbrigðiskerfið setur sér markmið sem byggjast á heilsueflingu og hvernig brugðist er við réttmætum væntingum almennings um heilbrigðisþjónustu. <i>(Þessi skilgreining er notuð hér á landi).</i>

(Legido-Quigley o.fl., 2008, bls. 2, lausleg þýðing höfundu).

### 2.1.1. Viðmið

Viðmið (e. criterion) er hugmynd um eftirsóknarverðan árangur sem ákveðinn hópur eða hagsmunaaðilar sammælast um að stefna að. Viðmið geta verið æskileg niðurstaða á fyrirfram skilgreindum mælikvarða. Útkoma er þá borin saman við viðmiðin til að fá hugmynd um hvort tilætluðum árangri hafi verið náð. Svo viðmið virki sem skyldi er mikilvægt að gera góðar mælingar við upphaf notkunar svo finna megi útgangspunkt til að

byggja á. Viðmiðin eru leiðbeinandi um hvernig megi ná tilgreindu markmiði eða árangri (Björk Ólafsdóttir, 2010).

Gæðaviðmið (e. quality criterion) eru lýsing á góðri framkvæmd og fyrirmynd þess hvernig til dæmis heilbrigðisþjónusta gæti orðið sem best. Gæðaviðmið eiga sér grundvöll í lögum en þau skal ekki túlka sem fyrirmæli eða tilskipanir. Þau eru aðeins lýsing á æskilegri útfærslu hins almenna orðalags laganna. Gæðaviðmið geta hentað vel sem úttekt á gæðum í öldrunarþjónustu því þau ná til viðhorfa fagfólks, notenda þjónustu og aðstandenda þeirra. Tillögur að gæðaviðmiðum fela í sér ákveðinn mælikvarða sem skapar viðmiðið sjálft. Niðurstöður hvernar mælingar skapa ný viðmið því þeim er ætlað að endurspeglar hugmyndir um góða framkvæmd á hverjum tíma (Jón Björnsson, 2010).

### **2.1.2. Staðall**

Að baki hugtakinu staðall (e. standard) liggur ákveðið ferli. Í viðauka við reglugerð um gildistöku tiltekinna tilskipana Evrópubandalagsins (e. European Community) um tilhögun upplýsingaskipta vegna setningar tæknilegra staðla og reglugerða nr. 534/195 er hugtakið skilgreint sem „tækniforskrift sem viðurkenndur stöðlunaraðili hefur samþykkt og beita má með endurteknum hætti eða að staðaldri, en er ekki skylt að fara eftir [...]“. Hér á landi er notast við þrjú yfirflokka staðla: alþjóðlega staðla, evrópska staðla og innlenda staðla. Hver og einn flokkur getur innihaldið marga staðla sem allir hafa verið metnir eftir sömu reglum. Fjallað er um þessa staðla í fyrrnefndri reglugerð Evrópubandalagsins.

Í athugasemdum við frumvarp til laga um staðla og Staðlaráð Íslands, sem samþykktar voru í mars 2003, er staðall skilgreindur sem „skjal, ákvarðað með sammáli og samþykki af viðurkenndum aðila, þar sem settar eru fram, til algengrar og endurtekinnar notkunar, reglur, leiðbeiningar eða eiginleikar fyrir starfsemi eða afrakstur hennar í þeim tilgangi að ná fram sem mestri samskiptan í tilteknu samhengi“ (Þingskjal 699, 2002–2003). Stöðlun (e. standardization) er þar skilgreind sem „sú starfsemi að setja ákvæði til algengrar og endurtekinnar notkunar, varðandi raunveruleg eða hugsanleg vandamál, sem miðast að því að ná fram sem mestri samskiptan í tilteknu samhengi“ (Þingskjal 699, 2002–2003).

Gæðastöðlum (e. quality standard) er ætlað að bæta ákveðna starfsemi og draga úr eða koma í veg fyrir mistök. Gæðastaðlar snúa að innbyggðum eða eðlislægum eiginleikum „sem vara, kerfi eða ferli þarf að hafa til að uppfylla kröfur viðskiptavina eða annarra“ (Anna G. Ahlbrecht, 2008, bls. 5). Notkun staðla hentar þó ekki endilega vel sem mælikvarði á

velferðarþjónustu. Flækjustig heilbrigðis- og félagsþjónustu er nokkuð og því getur verið erfitt að finna nákvæmlega hvaða þætti er best að mæla til að meta gæði þjónustu. Hættan við of miklar mælingar er að þær verði aðalatriðið og útkoman fari að skipta minna máli. Umhyggju, virðingu og tengsl er erfitt að mæla á staðlaðan hátt (Laura Sch. Thorsteinsson, 2010).

### **2.1.3. Vísar**

Vísar (e. indicator) eru safn mælanlegra eininga sem saman gefa tölulega niðurstöðu. Niðurstöðurnar bjóða upp á samanburð milli staða eða tímapunkta. Einkenni vísa eru mælanleg atriði og tölfræðilegar upplýsingar (Mainz, 2003). Í reglugerð nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa (e. quality indicator) sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar er gæðavísir skilgreindur sem „mælikvarði sem gefur vísbendingu um gæði þeirrar þjónustu sem veitt er til að meta hvort gæði meðferðar og umönnunar séu í samræmi við viðurkennd viðmið.“ Viðurkennd viðmið eru ekki skilgreind þar frekar.

Samkvæmt reglugerð um gerð gæðavísa er markmiðið með notkun gæðavísa að gera þættina sem þeir mæla sýnilega svo notendur, stjórnvöld, stjórnendur og starfsmenn geti „metið gæði þjónustunnar á faglegum og upplýstum grundvelli“ (4. gr.). Landlæknisembættið hefur áréttað að í heilbrigðisþjónustu hafi reynst erfitt að fá áreiðanleg gögn þar sem mælitæki hafa ekki mælt nákvæmlega það sem þeim var ætlað að mæla. Nauðsynlegt er að hafa þetta í huga við þróun og framkvæmd mælinga sem ætlað er að meta gæði opinberrar þjónustu (Anna Björg Aradóttir og Laura Scheving Thorsteinsson, 2009). Dæmi um vísi í öldrunarþjónustu er RAI-mat sem nánar verður fjallað um síðar.

## **2.2. Öldrunarþjónusta**

Samkvæmt lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999 telst sá sem náð hefur 67 ára aldri vera aldraður. Sömu lög skipta öldrunarþjónustu niður í tvo flokka; opna öldrunarþjónustu annars vegar og stofnanir hins vegar. Til opinnar öldrunarþjónustu teljast heimaþjónusta, þjónustumiðstöðvar, dagvist aldraðra og þjónustuíbúðir fyrir aldraða. Til stofnana teljast dvalarheimili, sambýli og sérhannaðar íbúðir og hjúkrunarheimili eða hjúkrunarrými.

Önnur almenn lög í landinu eiga að sjálfsögðu við um aldraða eins og aðra þjóðfélagsþegna. Þó þykir ástæða til að hafa sérlög um málefni aldraðra og kveða á um þjónustu við þá. Í Stjórnarskrá Lýðveldisins Íslands nr. 33/1944, segir í 76. grein „öllum, sem þess þurfa, skal tryggður í lögum réttur til aðstoðar vegna sjúkleika, örorku, elli,

atvinnuleysis, örbirgðar og sambærilegra atvika“. Í rituðum stjórnarskrám á borð við þá íslensku er að finna grundvallarreglur stjórnkerfisins og réttindi almennings gagnvart stjórnvöldum. Tilgangur þeirra er að tryggja að rétt sé staðið að lagasetningu sem samræmist vilja almennings (Gunnar Helgi Kristinsson, 2006). Á 76. grein má sjá að samfélagslegur vilji er fyrir velferðarþjónustu í íslensku þjóðfélagi. Þau lög sem endurspeglu þessi sjónarmið, önnur en lög um málefni aldra, eru meðal annarra lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991 og lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

Stjórnvöld setja sér stefnu hvað varðar málefni aldra og þar með um skipulag og útfærslu öldrunarþjónustu. Nú er í gildi stefna sem sett var fram í Skýrslu stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldra til ársins 2015 (Heilbrigðis- og trygginga-málaráðuneytið, 2003) og endurskoðuð útgáfa þeirrar stefnu sem kom fram í Tillögum ráðgjafahóps um mótun stefnu í þjónustu við aldra til næstu ára (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008).

### **2.3. Valdefling**

Hugtakið valdefling (e. empowerment) og aðferðir við beitingu þess í starfi með öldruðum hefur ekki verið rannsakað mikið hér á landi. Valdefling er aðferð til að afmarka þátttökustig notenda í þeirri þjónustu sem þeir þurfa. Ein algild skilgreining á hugtakinu er ekki til en fræðimenn hafa aðlagð skilgreiningar að viðfangsefni sínu eins og við á. Valdefling vísar til valds sem felst í ákveðnu ferli sem einkennir samskipti fagaðila og þjónustuþega. Í ferlinu er gert ráð fyrir að hver og einn hafi hæfni, getu og kraft til að takast á við breytingar. Meginforsenda valdeflingar er að fólk hafi stjórn á eigin lífi og taki sjálfstæðar ákvarðanir um velferð sína (Hanna Björg Sigurjónsdóttir, 2006).

Samkvæmt Farley, Smith og Boyle (2009) byggist valdefling á að styrkja og efla vald einstaklingsins þar sem hann er staddur og gefa honum færi á að finna leiðir til að bæta stöðu sína. Skjólstæðingur ræðir fyrri reynslu við fagaðila með það að markmiði að koma auga á styrkleika og úrræði sem hafa gagnast áður. Tilgangurinn er að fá skjólstæðinginn til að átta sig á styrkleikum sem þegar eru til staðar og aðstoða hann við að efla þá. Aðferðir valdeflingar ganga út frá því að hver og einn sé sérfræðingur í sínu lífi og geri sér því best grein fyrir hvers hann þarfnist.

Nokkrir þættir hafa verið skilgreindir sem lykilatriði í valdeflingu. Farley, Smith og Boyle (2009) telja upp sjö atriði sem fagaðilar ættu að vinna eftir við beitingu valdeflingar og eiga

við um alla almenna félagsráðgjöf en Judi Chamberlin hjá National Empowerment Center í Bandaríkjunum skilgreinir 15 atriði sem nauðsynlegt sé að fara eftir í valdeflandi nálgun. Síðarnefndu skilgreiningarnar hefur notendahópurinn Hugarafli, undir leiðsögn Auðar Axelsdóttur iðjubjálfa, haft að leiðarljósi í sínu starfi (Hugarafli, e.d.). Má þar nefna atriði á borð við vald til ákvarðanatöku, vald til að hafa aðgang að upplýsingum, efla jákvæða sjálfsmynd og að vinna bug á fordómum (Chamberlin, e.d.).



### 3. Kenningar um öldrun og tegundir öldrunarþjónustu

Við þróun öldrunarþjónustu má ekki gleyma að aldraðir eru jafn fjölbreyttur hópur og samfélagið í heild sinni. Sumir kjósa að draga sig í hlé og eiga rólegt ævikvöld meðan aðrir vilja viðhalda virkni eins lengi og mögulegt er. Hver og einn ætti að hafa kost á að ráða hvernig ævikvöldinu er eytt (Steinunn K. Jónsdóttir, 2001). Því er mikilvægt að útfæra öldrunarþjónustu í samræmi við nýjustu þekkingu á sviði öldrunarmála hverju sinni, taka tillit til vilja aldraðra og miða að því að draga úr neikvæðum viðhorfum í garð þeirra (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006; 2008).

Þessi kafli fjallar um þær kenningar sem kunna að skýra að hluta uppbyggingu öldrunarþjónustu eins og hún er á Íslandi í dag. Í fyrri hluta kaflans er fjallað stuttlega um kenningar um líffræðilega öldrun og sálræna öldrun en í seinni hlutanum er gerð grein fyrir kenningum um félagslega öldrun. Þær kenningar félagslegrar öldrunar sem fjallað er um eru hlutverkakenningin, virknikenningin, hlédrægnikenningin, samfellukenningin, kenningin um jákvæða öldrun og Eden hugmyndafræðin. Í lok kaflans er fjallað um mannfjöldaþróun og þörfina fyrir vandaða öldrunarþjónustu.

WHO skilgreinir heilsu sem líkamlegt, andlegt og félagslegt fyrirbæri. Það að vera við góða heilsu byggir á jafnvægi þessara þriggja þátta og almennri vellíðan. Það er ekki nóg að vera laus við sjúkdóma (WHO, e.d.). Áherslur í öldrunarþjónustu breytast stöðugt og hafa þróast í átt að því að viðhalda félagslegri og líkamlegri virkni frekar en að sinna eingöngu líffræðilegum vandamálum. Þessi áherslubreyting er mikilvægur þáttur í viðhorfsbreytingu í þá átt að öldrun sé ekki sjúkdómur heldur eðlilegt ferli (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2008). Þess vegna verður megináhersla lögð á kenningar um félagslega öldrun í köflunum hér á eftir.

#### 3.1. Líffræðileg öldrun

Enn sem komið er hefur ekki verið sett fram vísindaleg kenning sem útskýrir fyllilega hvers vegna mannfólkið eldist og deyr og þess vegna er ómögulegt að koma í veg fyrir þá þróun. Öldrunarferlið er afar flókið og felur í sér verulega hrönnun á ákveðnum líffræðilegum þáttum meðan aðrir breytast lítið. Sumar kenningar telja innbyggt í erfðaefni fólks hvernig það eldist meðan aðrar telja líklegra að öldrun sé afleiðing af stöðugu álagi ólíkra umhverfisþátta (Hooyman og Kiyak, 2011).

Þótt engin ein kenning hafi náð að skýra öldrunarferlið í heild sinni hefur það talsvert verið rannsakað. Hingað til hafa rannsóknir sýnt fram á að ákveðnar líffræðilegar breytingar verða hjá meirihluta fólks þegar það eldist, óháð því hvort það greinist með sjúkdóma eða ekki. Þessar breytingar eiga sér meðal annars stað á líkamsbyggingu (vöðvamassa, beinþéttni og fituforða), húð, hári og ákveðnum líffærum (öndunarfærum, meltingarfærum, blóðrás, þvagfærum, taugakerfi og hormónaframleiðslu). Svefnmynstur og svefnþörf breytist með aldrinum sem og virkni skynfæra. Sjón, heyrn, lyktarskyn og bragðskyn geta einnig breyst eða skerast verulega (Berk, 2007; Hooyman og Kiyak, 2011; Westendorp og Kirkwood, 2007). Fram til ársins 1950 var öldrun í raun talin óumflýjanlegur sjúkdómur og þjónusta við aldraða var byggð upp samkvæmt því. Með stöðugum framförum í rannsóknum, þekkingu og forvörnum hafa þó fundist sífellt fleiri þættir í öldrunarferlinu sem mögulegt er að draga úr eða stöðva með réttum aðferðum (Hooyman og Kiyak, 2011).

Öldrunarþjónusta mun ávallt þurfa að taka mið af þeim líffræðilegu breytingum sem fylgja því að eldast en hún má þó ekki einskorðast við heilbrigðisþjónustu. Nauðsynlegt er að taka til greina alla nýja þekkingu við uppbyggingu og skipulag öldrunarþjónustu, þar með talið áhrif forvarna og félagslegra tengsla (Bond og Cabrero, 2007). Þá má enn síður gleymast að þrátt fyrir svipuð líffræðileg einkenni eru aldraðir sjálfstæðir einstaklingar sem eru jafn ólíkir innbyrðis og aðrir í samfélaginu og þjónustan við þá ætti að vera í takti við það (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2003).

### **3.2. Sálræn öldrun**

Stefnumótun sem miðar að því að auka almennt heilbrigði landsmanna alla ævi byggir meðal annars á því „að viðhalda og bæta líkamlega og andlega færni þannig að aldraðir geti dvalist sem lengst heima“ (Heilbrigðis- og tryggingamála-ráðuneytið, 2001, bls. 15). Líffræðileg öldrun er sýnilegasta hlið öldrunar en þær eru fleiri. Sálrænir og félagslegir þættir hafa einnig áhrif á hvernig fólk eldist og líffræðileg hrörnun hefur líka önnur og meiri áhrif en hin augljósu og sýnilegu. Breytingar á sálrænum þáttum eins og vitsmunalegri getu og tilfinningum stafa að hluta til af líffræðilegri hrörnun (Marcoen, Coleman og O’Hanlon, 2007). Sálræn öldrun er hugtak sem notað er yfir breytingar sem verða á skynfærum og vitsmunum, svo sem minnistap, getu til að meðtaka nýja þekkingu, greind, aðlögunarfærni og persónuleika. Einstaklingur sem samkvæmt lagalegri skilgreiningu er aldraður getur vel

talist ungur á sálræna sviðinu ef meirihluti ofangreindra þátta hefur lítið eða ekkert skerst (Hooyman og Kiyak, 2011).

Fræðimenn hafa greint þrjár gerðir sálrænnar öldrunar; eðlilega (e. normal), sjúklega (e. pathological) og ákjósanlega (e. optimal). Eðlileg sálræn öldrun er öldrunarferli sem samræmist hugmyndum samfélagsins um óhjákvæmilega hrörnun á hverjum tíma. Sjúkleg sálræn öldrun felur í sér eðlilega öldrunarhrörnun ásamt sjúkdómum eða sjúkdómseinkennum sem ekki verða tengd við aldur einstaklings. Fólk með geðsjúkdóma eða greiningar á borð við einhverfu geta fallið undir þessa skilgreiningu þegar einkenni öldrunar bætast ofan á sjúkdómseinkenni. Lífsgæði þessa fólks eru undir meðaltali og það lifir að jafnaði skemur en aldraðir sem tilheyra hinum hópunum (Berk, 2007; Marcoen, Coleman og O'Hanlon, 2007). Loks er ákjósanleg sálræn öldrun þegar líkamleg og sálræn færni er betri en gengur og gerist hjá fólki á sama aldri. Margir þættir geta haft áhrif á að sumt fólk heldur færni sinni lengur en annað. Áhrifabreyturnar geta verið persónulegar, erfðafræðilegar eða stafað af umhverfisáhrifum. Fólk í þessum hópi lifir almennt lengur við góða heilsu en jafnaldrar og líður betur andlega og líkamlega (Marcoen, Coleman og O'Hanlon, 2007). Í rannsókn Bowling og Illiffe's (2011) á forspárgildi sálrænnar heilsu og tengslum við almenna vellíðan kom í ljós að marktæk tengsl voru á milli sálrænnar heilsu og vellíðunar tíu árum síðar en líkamleg heilsa hafði ekki sama forspárgildi. Dæmi um neikvæða þætti sem auka líkurnar á vanlíðan og heilsubresti á efri árum eru álag og streita fyrr á lífsleiðinni (Siegrist, 2001).

### **3.3. Félagsleg öldrun**

Ráðandi nálgun í kenningum um félagslega öldrun má skipta í þrjá hluta eða tímabil: 1) öldrun sem einstaklingsbundið og félagslegt vandamál, árin 1940–1970; 2) áhrif öldrunar á efnahagslífið og atvinnumarkaðinn, árin 1970-ath.1990; og 3) öldrun sem hnattrænt fyrirbæri, frá 1990 til dagsins í dag (Hooyman og Kiyak, 2011; Phillipson og Baars, 2007). Um 1950, þegar kenningar um líffræðilega öldrun fóru að greina á milli eðlilegs öldrunarferlis og sjúkdóma, komu fyrst fram kenningar um félagslega þætti öldrunar. Fram að þeim tíma var lítið á öldrun sem tíma hrörnunar og sjúkdóma. Fátt þótti jákvætt við öldrunarferlið og flestir hræddust að eldast, en þarna komu fram hugmyndir um að það gæti vel verið ánægjulegt að eldast. Vísindamenn fóru að setja fram kenningar um hvað fælist í farsælli öldrun (e.

successful ageing) og gerðu ráð fyrir að fleiri þættir hefðu áhrif en bara líffræðilegar breytingar (Hooyman og Kiyak, 2011).

Á sama tíma breyttist skipulag formlegrar öldrunarþjónustu í vestrænum samfélögum. Opinber öldrunarþjónusta hafði fram að þeim tíma einskorðast við heilbrigðisþjónustu en önnur aðstoð, til að mynda sálrænn stuðningur og félagsleg aðstoð, hafði verið óformleg og yfirleitt veitt af nánustu aðstandendum (Bond og Cabrero, 2007). Aðstoð sem aldraðir fá er enn að stórum hluta óformleg og í höndum aðstandenda. Stétt, staða og menningarlegur bakgrunnur virðist ekki skipta máli hvað það varðar. Í flestum fjölskyldum virðist vera sjálfsagt að vera til staðar fyrir elstu einstaklingana. Án óformlegrar aðstoðar aðstandenda væri kostnaðurinn af þjónustu við aldraða óyfirstíganlegur fyrir samfélagið (Hooyman og Kiyak, 2011). Í íslenskri rannsókn Sigurveigar H. Sigurðardóttur (2010) kom fram að hið sama á við hér á landi og fjölskyldan er enn mikilvægasti hjálparaðilinn.

Ráðandi nálgun í kenningum um félagslega öldrun má skipta í þrjá hluta eða tímabil: 1) öldrun sem einstaklingsbundið og félagslegt vandamál, árin 1940–1970; 2) áhrif öldrunar á efnahagslífið og atvinnumarkaðinn, árin 1970-1990; og 3) öldrun sem hnattrænt fyrirbæri, frá 1990 til dagsins í dag (Hooyman og Kiyak, 2011; Phillipson og Baars, 2007). Í næstu köflum verður farið yfir inntak helstu kenninga um félagslega öldrun og tengsl þeirra við þróun öldrunarþjónustu.

### **3.3.1. Hlutverkakenningin**

Hlutverkakenningin (e. role theory) er elsta kenningin um félagslega öldrun. Hún fjallar um aðlögun einstaklingsins að öldrunarferlinu og þeim breyttu hlutverkum sem því fylgja. Samkvæmt kenningunni falla breytingar sem aldraðir þurfa að aðlagast í tvo flokka. Annars vegar þurfa þeir að sætta sig við að sinna ekki lengur hefðbundnum hlutverkum og félagslegum tengslum sem fylgja fullorðinsárunum og hins vegar þurfa þeir að aðlagast þeim breytingum sem starfslok og ný félagsleg tengsl, sem einkenna efri árin, hafa í för með sér. Þessi nýju félagslegu tengsl geta til dæmis verið að verða háður maka sínum eða börnum á einhvern hátt (Hooyman og Kiyak, 2011; Kart, 1997).

Gallinn við hlutverkakenninguna er að þótt hún fjalli ekki um líffræðilega þætti er öldrun samkvæmt henni enn tími hrörnunar og missis. Áhersla er lögð á það hlutverk sem aldraðir missa og lítið fjallað um jákvæð hlutverk sem gætu komið í staðinn. Frá því hún var sett fram um 1942 og fram að aldamótum var áhersla þeirra sem aðhylltust hana mest á

hlutverkamissi (Hooyman og Kiyak, 2011; Kart, 1997). Rannsóknir sem byggja á hlutverkakenningunni hafa til að mynda sýnt fram á að starfslok geti haft slæm áhrif á sjálfsmynd aldraðra því þeir telji sig skyndilega ekki hafa hlutverki að gegna í samfélaginu (Berk, 2007; Kart, 1997). Hlutverkakenningin hafði þau áhrif að farið var að líta á aldraða sem sérstakan hóp í samfélaginu og í raun samfélagslegt vandamál. Þau viðhorf urðu svo til dæmis til þess að ástæða þótti til að útbúa sérstaka löggjöf sem fjallar um málefni aldraðra í stað þess að flétta réttindi þeirra og skyldur inn í almenna löggjöf (Phillipson og Baars, 2007).

### **3.3.2. Virknikenningin**

Virknikenningin (e. activity theory) kom fram í beinu framhaldi af hlutverkakenningunni. Hún er byggð á niðurstöðum rannsókna sem sýna fram á að aldraðir sem viðhalda einhvers konar virkni eru að jafnaði ánægðari með lífið. Hún gengur út frá því að þrátt fyrir þær líkamlegu og vitsmunalegu hindranir sem aldraðir geta þurft að standa frammi fyrir séu andlegar og félagslegar þarfir þeirra þær sömu (Kart, 1997). Samkvæmt virknikenningunni veltur lífshamingja aldraðra á því að þeim standi ný hlutverk til boða í stað þeirra sem þeir þurfa að kveðja með aldrinum (Berk, 2007).

Gagnrýnin sem komið hefur fram á virknikenninguna er einna helst í þá veru að þegar búið sé að reikna með áhrifum heilsufars í rannsóknum á virkni og lífsánægju hverfi tengslin þar á milli. Andleg og líkamleg heilsa hefur sem sagt meira að segja um lífsánægju en hversu virkt fólk er. Mikil félagsleg þátttaka og stórt samskiptanet virðast, samkvæmt rannsóknaniðurstöðum, ekki vera ávísun á lífsánægju (Berk, 2007).

Sjónarmið virknikenningarinnar er víða merkjanlegt í öldrunarþjónustu. Mikið er lagt upp úr því að sem flestum öldruðum standi til boða að taka þátt í einhvers konar tómstundastarfi eða iðjuþjálfun (Hooyman og Kiyak, 2011). Þær aðferðir sem notaðar eru í dag og tengja má við grundvallarhugmyndir virknikenningarinnar um áframhaldandi tilgang í lífinu og hlutverk einstaklingsins byggja enn fremur á hugmyndafræði valdeflingar. Vandinn við að nota valdeflingu í öldrunarþjónustu er að valmöguleikar aldraðra eru oft verulega takmarkaðir vegna líkamlegrar eða andlegrar hrörnunar. Hingað til hafa aldraðir ekki haft mikið val þegar kemur að öldrunarþjónustu heldur er henni úthlutað af opinberum aðilum. Á meðan skipulag öldrunarþjónustu er ákveðið einhliða getur verið erfitt að ná árangri með valdeflingu því hinn aldraði upplifir sig „fastan“ í kerfinu (Lymbery, 2005).

### 3.3.3. Hlédrægnikenningin

Hlédrægnikenningin (e. disengagement theory) var fyrst sett fram árið 1961 af Cumming og Henry (Hooyman og Kiyak, 2011; Kart, 1997; Phillipson og Baars, 2007). Kenningin hefur haft veruleg áhrif á uppbyggingu öldrunarþjónustu. Megininntak hennar er gagnkvæm minnkuð afskipti (e. mutual withdrawal). Einstaklingar draga sig smám saman í hlé frá samfélaginu eftir því sem þeir verða eldri og að sama skapi gerir samfélagið ráð fyrir minnkandi hlutverki hins aldraða. Bæði samfélag og hinn aldraði stuðla þannig til jafns að ferlinu og samþykka það (Kart, 1997; Phillipson og Baars, 2007). Cumming og Henry vildu meina að ferlið væri óumflýjanlegt og í raun nauðsynlegt bæði fyrir samfélag og einstakling. Hinn aldraði fær að draga sig hægt og rólega í hlé í samræmi við minnkaða getu og á meðan nær samfélagið að aðlagast. Missir samfélagsins er ekki minni en hins aldraða. Fólk hættir á vinnumarkaði og tekur minni þátt almennt en þá verða yngri kynslóðir að vera undir það búnað að taka við hlutverki þeirra eldri (Berk, 2007; Hooyman og Kiyak, 2011).

Kenningin hefur verið gagnrýnd fyrir að einfalda og staðla öldrunarferlið. Hún gerir ráð fyrir að allir eldist á sama hátt óháð stétt, menningu, uppruna, lífsreynslu, heilsufari og persónulegum eiginleikum (Phillipson og Baars, 2007). Kjarni hlédrægnikenningarinnar endurspeglar í samfélagsviðhorfum og uppbyggingu öldrunarþjónustu nútímans. Stofnanavæðing öldrunarþjónustu á rætur sínar í þessu viðhorfi sem gerir ráð fyrir að aldraðir séu sérstakur þjóðfélagshópur sem ætti að búa saman og út af fyrir sig á þar til gerðum dvalar- og hjúkrunarheimilum (Westerhof og Tulle, 2007).

### 3.3.4. Samfellukenningin

Samfellukenningin (e. continuity theory) var sett fram á áttunda áratug síðustu aldar. Með henni var gerð tilraun til að finna jafnvægi milli virknikenningarinnar og hlédrægnikenningarinnar. Samfellukenningin gengur út frá því að fólk haldi í sín persónulegu einkenni þrátt fyrir að það eldist. Aldraðir eru ekki sérstakur þjóðflokkur heldur aðeins eldri útgáfa af því sem þeir voru þegar þeir voru yngri. Þeir sem hafa verið virkir og félagslyndir halda því áfram meðan hinir sem hafa verið rólegir og minna fyrir félagsleg samskipti eru það enn í ellinni (Hooyman og Kiyak, 2011; Kunemund og Kolland, 2007).

Samkvæmt kenningunni getur samfella lífsins verið of lítil, hæfileg eða of mikil. Of lítil samfella veldur vanlíðan. Þá hefur lífshlaup einstaklingsins einkennst af erfiðleikum og óvæntum upþákomum. Of mikil samfella getur líka valdið vanlíðan en þá hefur lífshlaup

einstaklingsins verið óþarflega fyrirsjáanlegt og óspennandi og hann hefur verið fastur í rúttínu sem honum fannst hann ekki geta losnað út úr. Hæfileg samfella er þegar breytingar á lífi einstaklingsins eiga sér stað á viðráðanlegum hraða í samræmi við væntingar hans sjálfs og samfélagsins (Kart, 1997). Samfellukenningin heldur því ekki fram að fólk sporni við breytingum eða leitist við að halda öllu óbreyttu. Aldrinum fylgja óhjákvæmilega ákveðnar breytingar. Áhersla hennar er einfaldlega á að fólk leitist við að lágmarka álag og streitu sem getur fylgt þessum breytingum með því að aðlagast þeim smám saman. Breytingarnar eru því ekki skyndilegar heldur rólegar og eðlilegar, andstætt hugmyndinni um að setjast í helgan stein þegar ákveðnum aldri er náð er um samfellt ferli að ræða (Berk, 2007).

### **3.3.5. Jákvæð öldrun**

Kenningin um jákvæða öldrun (e. positive ageing) er í hópi yngri kenninga um öldrun. Lögð er áhersla á jákvæðar hliðar öldrunar og þannig gerð tilraun til að vega upp á móti stöðluðum hugmyndum samfélagsins um að öldrun fylgi fátt annað en hrörnun, einangrun og bið eftir dauðanum. Samkvæmt henni eiga aldri að vera stoltir af framlagi sínu til samfélagsins og njóta alls sem lífið hefur upp á að bjóða óháð aldri (Gergen og Gergen, 2002). Kenningin kallast á við virknikenninguna og hugmyndafræði valdeflingar.

### **3.3.6. Eden hugmyndafræðin**

Á síðasta áratug hafa orðið ákveðnar viðhorfsbreytingar innan öldrunarfræða um skipulag og rekstur öldrunarþjónustu og þá sérstaklega varðandi vinnulag á dvalar- og hjúkrunarheimilum. Þær hugmyndir sem hér eru til umfjöllunar og samræmast best markmiðum tillagna að gæðaviðmiðum, um að taka mið af þörfum og óskum notenda, tilheyra Eden hugmyndafræðinni (e. the Eden alternative). Hugmyndin var fyrst sett fram í Bandaríkjunum af dr. William Thomas, yfirlækni á hjúkrunarheimili. Kjarni Eden hugmyndafræðinnar er að öldrunarstofnanir séu ekki sjúkrastofnanir heldur heimili þeirra sem þar búa. Áhersla er lögð á að heimilisfólk, aðstandendur og starfsfólk hafi færi á að segja skoðanir sínar og koma óskum sínum á framfæri (Hooyman og Kiyak, 2011). Eden hugmyndafræðin leggur áherslu á valdeflingu og aukna vellíðan heimilisfólks og starfsfólks. Íbúar fá aukið sjálfræði og hlutverk sem felast meðal annars í að annast plöntur og gæludýr eða sinna sjálfboðastarfi (Brownie, 2011). Hugmyndafræðin miðar einnig að því að dregið verði úr þeim valdaþrepum sem almennt einkenna heilbrigðisstofnanir. Læknar séu ekki efstir í goggunarröðinni heldur ríki jafnræði milli allra á heimilinu, hvort sem það eru

starfsmenn eða heimilismenn. Minni áhersla er lögð á stífa dagskrá og heimilisfólki boðið upp fleiri á valkosti (Hooyman og Kiyak, 2011).

Rannsóknir á innleiðingu Eden hugmyndafræðinnar hafa meðal annars sýnt fram á að gæði þjónustunnar aukast, starfsfólk er ánægðara og starfsmannavelta minni. Heimilisfólki sem býr á heimilum þar sem hugmyndafræðin er notuð virðist leiðast minna og ekki vera jafn hjálparvana og íbúar heimila sem rekin eru eins og sjúkrastofnanir (Brownie, 2011; Hooyman og Kiyak, 2011). Þrátt fyrir hugmyndir um að skipulagsbreytingar á borð við Eden hugmyndafræðina, sem miða að því að draga úr völdum lækna og hjúkrunarfræðinga, muni fæla heilbrigðisstarfsfólk frá öldrunarheimilum hefur annað komið í ljós. Niðurstöður Rosher og Robinson (2005) sýndu fram á að hjúkrunar- og læknanemar voru töluvert jákvæðari gagnvart því að starfa með öldruðum þar sem Eden hugmyndafræðin hafði verið innleidd. Þeir höfðu meiri samúð með heimilisfólkinu og skilning á nauðsyn þess að viðhalda sjálfstæði þrátt fyrir háan aldur.

Brownie (2011) fjallar um hvernig gengið hefur að innleiða Eden hugmyndafræðina á dvalar- og hjúkrunarheimilum í Ástralíu og á Nýja-Sjálandi. Alls hafa 36 öldrunarheimili formlega tekið upp hugmyndafræðina þar. Niðurstöður hennar sýna fram á að þar sem Eden hugmyndafræðin er innleidd minnkar notkun geðlyfja, sýkingum fækkar, heimilisfólk verður félagslyndara og því leiðist síður. Brownie leggur engu að síður áherslu á að frekari rannsókna sé þörf sem snúa bæði að kostum og göllum hugmyndafræðinnar (Brownie, 2011; Brownie, Neeleman, Noakes-Meyer, 2011).

Þótt rannsóknir hafi sýnt fram á að Eden hugmyndafræðin hafi vissa kosti í för með sér er ástæða til að áréttta að hún hefur ekki verið rannsökuð nema að takmörkuðu leyti og langtímarannsóknir eru fáar. Kostnaður við endurmenntun starfsfólks verður alltaf einhver því hugmyndafræðin krefst nýrra starfshátta sem sumir starfsmenn geta átt erfitt með að aðlagast. Eins getur það dregið úr vilja stjórnenda að innleiða hugmyndafræðina að rannsóknir hafa sýnt fram á að meira en eitt ár getur liðið áður en jákvæð áhrif hennar koma fram í líðan heimilisfólks og starfsmanna (Coleman, Looney, O'Brien og Ziegler, 2002).



### 3.4. Öldrun samfélagsins

Mannkynið hefur elst smám saman undanfarna áratugi. Í vestrænum ríkjum hefur verið um nokkuð hraða þróun að ræða og ef spár ganga eftir mun hún halda áfram. Ástæðurnar má rekja til aukins langlífis og færri fæddra barna (Peace, Dittman-Kohli, Westerhof og Bond, 2007).

Þrjú afbrigði af mannfjöldaspám eru gefin út á Íslandi fyrir tímabilið 2010–2060, háspá, miðspá og lágspá, sem byggjast öll á ólíkum forsendum um búferlaflutninga og frjósemi. Börn, 18 ára og yngri, voru 1. janúar 2010 25,4% Íslendinga en miðspá gerir ráð fyrir að sami hópur verði 21,2% árið 2060. Aftur á móti mun fjöldi eldri borgara nær tvöfaldast ef spáin gengur eftir. Í janúar 2010 voru aldraðir 10,4% af heildarmannfjölda en miðspá gerir ráð fyrir að aldraðir verði 21,1% landsmanna árið 2060 (Hagstofa Íslands, 2010). Meðalævi beggja kynja hefur lengst síðastliðna öld. Árið 2011 var meðalævi karla á Íslandi 79,9 ár en meðalævi kvenna var sama ár 83,6 ár. Á árabílinu 2006–2010 var meðalævilengd karla 79,4 ár en hjá konum 83,1 ár (Hagstofa Íslands, 2012).

Gangi mannfjöldaspár eftir mun verða veruleg fjölgun í hópi aldraðra um allan heim á komandi árum. Árið 2000 skipaði þáverandi ríkisstjórn stýrihóp um málefni aldraðra. Afrakstur vinnu stýrihópsins var gefinn út í Skýrslu um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015. Þar kom meðal annars fram að þjóðin eldist og aldraðir verða sífellt stærri hluti af heildarmannfjölda þjóðarinnar. Á sama tíma styttist starfsævi einstaklinga, því með aukinni kröfu um menntun fer fólk seinna út á vinnumarkaðinn en eftirlaunaaldur hækkar ekki á móti. Af þessum sökum eru færri vinnandi einstaklingar á hvern aldraðan í dag en áður fyrr. Á Íslandi er þróunin þó seinna á ferðinni en á hinum Norðurlöndunum (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Gera þarf ráð fyrir þessari mannfjöldapróun í skipulagi öldrunarþjónustu. Breytingarnar sem verða á samfélaginu næstu áratugina kalla á öflug og fjölbreytta þjónustu sem þróast í samræmi við kröfur notenda (Peace, Dittmann- Kohli, Westerhof og Bond, 2007).

### 3.5. Tegundir öldrunarþjónustu

Hér verða skilgreindar fimm tegundir öldrunarþjónustu sem fjallað er um í fyrirbyggjandi tillögum um gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu á Íslandi: fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu, heimaþjónustu, stoðþjónustu, búsetuúrræði og hjúkrunarrými.

### **3.5.1. Fyrirbyggjandi öldrunarþjónusta**

Fyrirbyggjandi öldrunarþjónusta hefur það að markmiði að draga úr líkum á að aldraður einstaklingur komi til með að þurfa á aukinni þjónustu að halda síðar meir (Aðalsteinn Guðmundsson og Ársæll Jónsson, 2007). Með upplýsingagjöf og meðferð má til dæmis koma í veg fyrir aldurstengda sjúkdóma eins og sykursýki. Slíkt getur seinkað eða komið í veg fyrir stofnanavistun (Garmon, Bibb, Padden og Ferguson, 2012).

Sem dæmi um fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu má nefna heilsueflandi heimsóknir. Slíkar heimsóknir eru víða í boði og voru til dæmis festar í lög í Danmörku árið 1995. Á Akureyri hefur verið boðið upp á heilsueflandi heimsóknir frá árinu 2000 en þar fá allir íbúar sem náð hafa 75 ára aldri, búa heima og hafa ekki heimahjúkrun, heimsókn að minnsta kosti einu sinni á ári. Tilgangur heimsóknanna er að upplýsa aldraða um þá þjónustu sem þeim stendur til boða og kanna almenna heilsu þeirra áður en þeir eru komnir í þá aðstöðu að þurfa að leita eftir aðstoð sjálfir. Heilbrigðisstarfsmenn, hjúkrunarfræðingar eða sjúkraliðar sjá um heimsóknirnar (Búsetudeild Akureyrarbæjar, 2008).

Í fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum sem unnar voru að beiðni félags- og tryggingamálaráðuneytis er fjallar eitt gæðaviðmiða að hve miklu leyti sveitarfélag sinni fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu í formi forvarnaraðgerða sem miða að því að viðhalda sjálfsbjargargetu og lífsgæðum (Jón Björnsson, 2010).

### **3.5.2. Heimþjónusta**

Í lögum um málefni aldraðra er heimþjónusta skilgreind sem öll sú aðstoð sem aldraður einstaklingur þarf á að halda til að geta búið sem lengst á eigin heimili. Undir heimþjónustu flokkast meðal annars aðstoð við þrif og innkaup, félagslegur stuðningur og heimahjúkrun (1. mgr. 13. gr.). Í fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum er lögð áhersla á að sveitarfélög veiti fjölbreytta heimþjónustu í samræmi við þarfir og óskir notenda um umfang og tímasetningar (Jón Björnsson, 2010).

### **3.5.3. Stoðþjónusta**

Í lögum um málefni aldraðra er stoðþjónusta skilgreind sem sú þjónusta sem öldruðum er veitt utan heimilis þeirra í þeim tilgangi að styðja við sjálfstæða búsetu. Undir stoðþjónustu flokkast þjónustumiðstöðvar sem öldruðum er frjálst að sækja, dagvist fyrir þá sem þurfa eftirlit, umönnun svo þeir geti búið áfram á eigin heimili og hvíldarinnlagnir á hjúkrunarheimili (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Í fyrirbyggjandi tillögum að

gæðaviðmiðum er lögð áhersla á að sveitarfélög veiti fjölbreytta stoðþjónustu með það að markmiði að styðja við sjálfstæða búsetu þjónustuþega sem lengst (Jón Björnsson, 2010).

#### **3.5.4. Búsetuúrræði**

Til sérstakra búsetuúrræða fyrir aldraða teljast, samkvæmt lögum um málefni aldraðra og lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga, þjónustuíbúðir sem hafa verið byggðar eða endurbættar með þarfir aldraðra í huga. Þar eiga aldraðir að hafa aðgang að margs konar þjónustu og öflugum öryggiskerfi. Í fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum er lögð áhersla á að sveitarfélög bjóði upp á fjölbreytt búsetuúrræði til leigu eða eignar sem tengjast þjónustumiðstöðvum eða öldrunarstofnunum þar sem nauðsynleg þjónusta er í boði (Jón Björnsson, 2010).

#### **3.5.5. Hjúkrunarrými**

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu og skilgreiningum Landlæknisembættisins (2009) er hjúkrunarrými pláss á hjúkrunarheimili eða sjúkrahúsi þar sem í boði er umönnun og meðferð sem hægt er að veita utan sjúkrahúsa. Í lögum um málefni aldraðra er enn fremur kveðið á um að á öldrunarstofnun með hjúkrunarrýmum skuli vera sérstök aðstaða fyrir heimilismenn með heilabilunarsjúkdóma. Sé þörf fyrir skammtí mavistun aldraðra einstaklinga skuli slík rými vera í boði. Leitast skuli við að hafa stofnunina heimilislega og reyna að tryggja flestum íbúum einkaherbergi. Í fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum eru meðal annars punktar um hvort hjúkrunarrými fylgi þjónusta heilbrigðisstarfsfólks allan sólarhringinn og þjónustan miði að því að efla lífsgæði, sjálfsforræði og sjálfsbjargargetu. Séu þessi atriði ekki til staðar eru í gæðaviðmiðunum leiðbeiningar um hvernig bæta megi þjónustuna (Jón Björnsson, 2010).

## **4. Öldrunarþjónusta: Félagsþjónusta eða heilbrigðisþjónusta?**

Öldrunarmál heyra undir starfssvið velferðarráðherra. Til öldrunarmála telst þjónusta sveitarfélaga við aldraða, heimahjúkrun sem rekin er af heilsugæslu, hvíldar- og endurhæfingarinnlagnir og dagvistun eða „búseta í dvalarrými eða hjúkrunarrými“ (Velferðarráðuneytið, e.d.-b). Í þessum kafla verður fyrst fjallað um félagsþjónustu og gæði hennar. Næst verður rætt um heilbrigðisþjónustu og gæði hennar sem og um mælitæki sem notuð eru í heilbrigðisþjónustu. Gerð verður grein fyrir heilbrigðisskráningu, vistunarmati og RAI-mati. Þar á eftir er fjallað um embætti landlæknis og eftirlitshlutverk hans og að endingu um velferðarþjónustu hér á landi.

### **4.1. Félagsþjónusta**

Skilgreining WHO á heilbrigði er: „líkamleg, andleg og félagsleg vellíðan en ekki aðeins að vera án sjúkdóma eða heilsubrests“ (WHO, e.d.).

Markmið laga um félagsþjónustu sveitarfélaga er að tryggja félagslegt og fjárhagslegt öryggi og að „stuðla að velferð íbúa á grundvelli samhjalpar“. Í sömu lögum er félagsþjónusta skilgreind sem aðstoð, þjónusta og ráðgjöf sem tengist tíu málaflokkum og þjónusta við aldraða er einn þeirra. Þjónusta sveitarfélaga við aldraða er umfjöllunarefni tíunda kafla laganna og þar kemur fram að eldra fólk eigi að hafa möguleika á að búa á heimilum sínum eins lengi og kostur er. Ef og þegar innlagnar er þörf skal vera til staðar aðstaða fyrir aldraða, til dæmis á dvalarheimili eða í hjúkrunarrými. Félagsleg þjónusta sem öldruðum á að standa til boða í sveitarfélagi sínu er til að mynda heimsendur matur, félagsráðgjöf og heimaþjónusta. Aldraðir eiga að hafa kost á félags- og tómstundastarfi auk fræðslu um réttindi sín.

#### **4.1.1. Gæði í félagsþjónustu**

Í lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga er aðeins á einum stað kveðið á um kröfur til menntunar starfsmanna. Í 18. gr. segir að starfsmaður sem sinni félagslegri ráðgjöf eigi að vera menntaður félagsráðgjafi eða hafa sambærilega menntun en ekki er skilgreint frekar hvað teljist til sambærilegrar menntunar félagsráðgjafa. Í 11. gr. sömu laga er fjallað um að

eitt af hlutverkum félagsmálanefnda sé að stuðla að menntun og þjálfun starfsfólks án þess að það sé skilgreint frekar.

## **4.2. Heilbrigðisþjónusta**

Í lögum um heilbrigðisþjónustu segir í 4. gr. að heilbrigðisþjónusta sé hvers kyns hjúkrun, lækningar, heilsugæsla, almenn og sérhæfð sjúkrahúsþjónusta, hjálpartækjaþjónusta, sjúkraflutningar og þjónusta heilbrigðisstarfsmanna utan og innan heilbrigðisstofnana sem „veitt er í því skyni að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga“. Sama grein fjallar einnig um almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Undir almenna heilbrigðisþjónustu fellur hjúkrun og þjónusta á hjúkrunarrýmum stofnana, heilsugæsla sem og almenn þjónusta á sjúkrahúsum. Sérhæfð heilbrigðisþjónusta felur í sér aðra þjónustu sem ekki er tilgreind sem almenn heilbrigðisþjónusta. Markmið laga um heilbrigðisþjónustu er að landsmenn allir hafi möguleika á að fá bestu heilbrigðisþjónustu sem hægt er að veita á hverjum tíma til að efla líkamlega, andlega og félagslega heilsu landsmanna.

### **4.2.1. Gæði í heilbrigðisþjónustu**

Í reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2007 eru gæði í heilbrigðisþjónustu skilgreind út frá því „að hve miklu leyti heilbrigðisþjónusta auki líkur á bættri heilsu og auknum lífsgæðum fyrir einstaklinga og samfélag og að hve miklu leyti þjónustan sé veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á“.

Sjötti kafli laga um heilbrigðisþjónustu fjallar um gæði heilbrigðisþjónustu og hvaða faglegu kröfur séu gerðar til heilbrigðisþjónustu. Þar kemur einnig fram að Landlæknisembættið fari með eftirlit en nánar verður fjallað um eftirlitsskyldu landlæknis hér síðar. Faglegar kröfur sem gerðar eru til reksturs heilbrigðisþjónustu eru samkvæmt 24. gr. laganna lágmarkskröfur um húsnæði, mönnun, aðstöðu, búnað og tæki.

Markmiðið með lögum um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 er samkvæmt 1. gr. meðal annars að „ tryggja gæði heilbrigðisþjónustu“. Landlæknisembættið gefur út klínískar leiðbeiningar (e. clinical guidelines) um verklag í heilbrigðisþjónustu sem eru leiðbeiningar um verklag ætlaðar starfsfólki í heilbrigðisþjónustu. Leiðbeiningarnar fara eftir bestu þekkingu hvers tíma og markmið þeirra er að hægt verði að „veita sem besta meðferð með sem minnstri áhættu án óhóflegs kostnaðar“ (Landlæknisembættið, 2007). Þó að ekki sé

fjallað um klínískar leiðbeiningar í lögum skulu landsmenn eiga kost á bestu heilbrigðisþjónustu hverju sinni, eins og fram kemur í lögum um heilbrigðisþjónustu. Leiðbeiningarnar eru dæmi um hvernig útfæra má þjónustu á hverjum tíma í samræmi við þá þekkingu og fjármuni sem eru til staðar. Þær eru skilaboð frá Landlæknisembættinu til starfsmanna um hvers konar verklag og aðferðir skili bestum árangri (Landlæknisembættið, 2007). Í köflunum sem fylgja hér á eftir er fjallað um mælitæki í heilbrigðisþjónustu sem snýr að öldruðum.

#### **4.2.2. Heilbrigðisskráning**

Samkvæmt lögum um landlækni og lýðheilsu er öflun, skráning og miðlun upplýsinga um heilsufar landsmanna og heilbrigðiskerfið í heild sinni hluti af verkefnum landlæknis. Lögin kveða jafnframt á um að eftirlit sé haft með heilbrigðisþjónustu. Notkun heilbrigðisskráa, eða heilbrigðisskráning, er sú aðferð sem Landlæknisembættið notar til eftirlits. Yfirlit um almennt heilsufar og árangursmat á þjónustunni eru dæmi um upplýsingar sem finna má í heilbrigðisskrám. Tilgangurinn er þó ekki eingöngu að halda utan um gögnin heldur einnig að vera til grundvallar áætlanagerð um gæðapróun og nauðsynlegar vísindarannsóknir (Landlæknisembættið, 2009).

Heilbrigðisskrár sem helst snerta aldraða eru vistunarmatsskrá og vistunarskrá heilbrigðisstofnana. Vistunarmatsskrá heldur utan um félags- og heilsufarsupplýsingar þeirra sem óskað hafa eftir dvalar- eða hjúkrunarrými (Landlæknisembættið, 2009). Upplýsingarnar má til dæmis nota til að ákvarða hve miklum fjármunum þurfi að verja til öldrunarþjónustu næstu árin eða hvort ástæða sé til að fjölga hjúkrunarrýmum (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001; 2003).

#### **4.2.3. Vistunarmat**

Samkvæmt skilgreiningu í lögum um málefni aldraðra er vistunarmat aldraðra „faglegt, einstaklingsbundið mat á þörf fyrir vistun á stofnun“. Árið 1992 var fyrsta heila árið sem vistunarmat aldraðra var framkvæmt á Íslandi. Fyrirmyndir voru sóttar til hinna Norðurlandanna, Bandaríkjanna og Kanada (Oddur Ingimarsson, Thor Aspelund og Pálmi V. Jónsson, 2004). 15. gr. laga um málefni aldraðra kveður á um að ekki sé leyfilegt að vista einstakling á stofnun án þess að fram hafi farið mat á vistunarþörf.

Á árunum 1992–2007 sáu þjónustuhópar aldraðra um að framkvæma vistunarmat. Samkvæmt reglugerð um þjónustuhóp aldraðra og vistunarmat aldraðra nr. 791/2001 sáu

sveitastjórnir í hverju heilsugæsluumdæmi um að skipa fimm fulltrúa í þjónustuhópinn. Hópinnt áttu að skipa lækntir og hjúkrunarfræðingur, tilnefnd af héraðslæknti með sérstaka þekkingu á sviði öldrunarlækninga, einn félagsráðgjafi ásamt öðrum fagaðila sem hafði sérstaka þekkingu á félagsþjónustu við aldraða og loks einn fulltrúi frá samtökum eldri borgara. Í frumvarpi til laga um breytingu á lögum um málefni aldraðra sem lagt var fram á þingi veturinn 2000–2001 var gagnrýnt að ófaglærður fulltrúi úr samtökum eldri borgara fengi að taka þátt í að framkvæma vistunarmat (þingskjal 1076, 2000–2001). Í framhaldi af því var byrjað að vinna að breytingum í átt að því fyrirkomulagi sem notað er í dag.

Lög um málefni aldraðra og reglugerðir þeim tengdar hafa verið í stöðugri endurskoðun. Samkvæmt reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007 var heilbrigðisumdæmum fækkað með lagabreytingu úr 40 í sjö. Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma nr. 1000/2008, sem nýlega var endurbætt í samræmi við nýjustu lagabreytingar, kveður á um að heilbrigðisráðherra skuli skipa vistunarmatsnefndir fyrir hvert heilbrigðisumdæmi. Í hverri vistunarmatsnefnd skulu sitja þrír fagaðilar, lækntir, hjúkrunarfræðingur og félagsráðgjafi, sem allir hafa sérþekkingu á sviði öldrunar. Nefndin er skipuð til fimm ára í senn og sér um að framkvæma vistunarmat í umdæminu. Þær breytingar sem gengu í gildi með tilkomu nógildandi reglugerðar voru nokkrar. Sem dæmi má nefna að vistunarmat er nú framkvæmt óháð aldri og byggir eingöngu á þjónustuþörf en áður gat fólk yngra en 67 ára ekki sótt um vistunarmat. Önnur breyting er að eftirlitsnefndir hafa verið aflagðar og framkvæmd og eftirlit er nú í höndum Landlæknisembættisins.

Í frumvarpi til laga um breytingu á lögum um málefni aldraðra og lögum um heilbrigðisþjónustu, sem lagt var fram á yfirstandandi löggjafarþingi, er lagt til að í stærri heilbrigðisumdæmum megi tvöfalda fjölda fagaðila og skipa sex manns í vistunarmatsnefnd. Ætlast er til að hlutföllin milli fagaðila haldist óbreytt svo aðeins er um að ræða þriggja eða sex manna vistunarmatsnefndir. Breytingarnar tóku gildi 1. mars 2012 (þingskjal 361, 2011–2012).

Í reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma eru skilgreindar reglur um framkvæmd. Svo vistunarmat geti farið fram verður að liggja fyrir skrifleg beiðni einstaklings sem er sjúkratryggður á Íslandi. Sérstök eyðublöð fyrir slíka beiðni eru gefin út af Landlæknisembættinu. Ætlast er til að beiðni sé aðeins send þegar öll önnur úrræði hafa verið fullreynd og ljóst þykir að viðkomandi sé ófær um að búa heima hjá sér. Beiðni um vistunarmat skal alltaf send til þess heilbrigðisumdæmis sem umsækjandi hefur skráð

lögheimili í. Framkvæmdin felst í því að afla skriflegra upplýsinga um hagi einstaklings. Ákvörðun um vistunarmat er byggð á upplýsingum frá heimahjúkrun, félagsþjónustu, svæðisskrifstofu um málefni fatlaðra (ef við á) og bréfum frá læknum og hjúkrunarfræðingum. Allt er þetta gert til þess að nefndin öðlist heildarsýn á einstaklinginn og þörf hans fyrir vistunarpláss.

Tilgangur vistunarmats er að hver og einn fái þá þjónustu sem hann þarf á að halda. Jafnframt á vistunarmat að tryggja bestu mögulegu nýtingu úrræða sem öldruðum standa til boða. Hvert pláss á dvalar- eða hjúkrunarheimili kostar samfélagið háar fjárhæðir á hverju ári en sem dæmi má nefna að um þriðjungur fjárveitinga til Landspítalans fer árlega í rekstur hjúkrunarheimila. Vistunarmat er tæki til að lágmarka kostnað með því að tryggja að aðeins þeir sem þurfi fái vistun (Pálmi V. Jónsson, 2005).

1. gr. laga um málefni aldraðra kveður á um að þjónusta skuli veitt í samræmi við þörf hins aldraða og á viðeigandi þjónustustigi. Vistunarmatið er notað til að reyna að tryggja það. Því er ætlað að sýna raunverulega þörf þeirra sem undir það gangast með því að mæla alla þá þætti sem máli skipta. Matið er framkvæmt hvort sem sótt er um dvalar- eða hjúkrunarrými (Oddur Ingimarsson, Thor Aspelund og Pálmi V. Jónsson, 2004). Vistunarmat er mikilvægt því of mikil þjónusta getur verið jafn slæm og of lítil þjónusta. Hress manneskja sem getur samt ekki búið alveg ein hefur ekkert inn á hjúkrunardeild að gera. Þar er hætta á að henni fari hratt aftur, bæði andlega og líkamlega. Þá ætti þjónustuíbúð betur við. Sama gildir um mjög veikan einstakling sem situr uppi með þjónustuíbúð þar sem lágmarksþjónusta er veitt. Vistunarmat er hannað til að koma í veg fyrir svona misræmi og tryggja að hver og einn fái þá þjónustu sem hann þarfnast (Landlæknisembættið, 2011-b).

Vandinn við vistunarmat var lengi vel að biðtími eftir varanlegu rými var of langur og margir létust áður en til vistunar kom (Pálmi V. Jónsson, 2005). Þróun úrræða til að mæta þessum vandamáli hefur verið í vinnslu síðan 2005. Í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 var til að mynda sett markmið um að biðtími eftir hjúkrunarrými yrði ekki lengri en 90 dagar (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Í Skýrslu stýrihóps um stefnumörkun í málefnum aldraðra til ársins 2015 frá 2003 var fjallað um að gera vistunarmatið markvissara með það að markmiði að stytta biðtíma. Þar var að finna áætlun um forvarnaraðgerðir sem ætlað var að draga úr þörf fyrir vistun á dvalar- og hjúkrunarrýmum. Tilgangurinn var tvíþættur, heilsuefling aldraðra og sparnaður í opinberum rekstri (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Þær breytingar sem gerðar hafa verið á matinu og



framkvæmd þess hafa þegar valdið því að hluta þeirra markmiða sem sett voru fram í skýrslunum tveim hefur verið náð. Síðan yfirumsjón með framkvæmd vistunarmats varð hlutverk Landlæknisembættisins árið 2008 hefur meðalbiðtími eftir hjúkrunarrýmum styst verulega, úr 248 dögum árið 2008 í 119 daga árið 2010 (Ríkisendurskoðun, 2012).

Með nýjustu breytingum var umsókn um vistunarmat breytt á þann hátt að umsækjandi þarf ekki lengur að velja á milli þess að sækja um dvalarrými eða hjúkrunarrými. Reynslan hefur sýnt að margir sem sækja um dvalarrými þurfa að bíða svo lengi að þegar þeir fá pláss eru þeir í raun í þörf fyrir hjúkrunarrými. Áður sá ein vistunarmatsnefnd um umsóknir vegna dvalarrýma og önnur um umsóknir vegna hjúkrunarrýma en nú mun sama nefnd fjalla um allar umsóknir. Breytingunum er ætlað að einfalda stjórnsýslu og auðvelda fólki að sækja um vistunarmat, þær tóku gildi í mars 2012 (Þingskjal 361, 2011–2012).

#### **4.2.4. RAI-mat**

RAI-mat (e. resident assessment instrument), eða mat á „raunverulegum aðbúnaði íbúa“, er staðlað, alþjóðlegt mælitæki sem var hannað til að safna upplýsingum fyrir gerð hjúkrunaráætlana og meta umönnunarpörf aldraðra á hjúkrunarheimilum og almennt heilsufar þeirra (Landlæknisembættið, 2010-a; Pálmi V. Jónsson, 2003; Sigríður Egilsdóttir, 2006). Í reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum nr. 544/2008 eru reglur um framkvæmd á RAI-mælingum. Markmið reglugerðarinnar er að tryggja gæði þeirrar þjónustu sem aldraðir í hjúkrunarrýmum fá og samræma hana milli stofnana. Þar segir að matið skuli framkvæmt við upphaf dvalar einstaklings í hjúkrunarrými og að minnsta kosti árlega eftir það. Á öldrunarstofnunum þar sem niðurstöður RAI-mats liggja til grundvallar fjármögnun er matið framkvæmt oftár, allt að fjórum sinnum á ári (Pálmi V. Jónsson, 2003; Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum nr. 554/2008). Samkvæmt sömu reglugerð er markmið RAI-mats að fylgjast með heilsufari og velferð, afla upplýsinga um þarfir og umönnun, samræma upplýsingar um þarfir heilbrigðisstofnana með hjúkrunarrými, tryggja hámarksgæði þjónustu og hámarka nýtingu fjármagns (Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum nr. 554/2008). Hvað átt er við með hámarksgæðum þjónustu og hámarksnýtingu fjármagns er þó ekki skilgreint frekar í reglugerðinni.

Samkvæmt reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum er RAI-matið þríþætt og byggir á: 1) gagnasafni um heilsufar og hjúkrunarpörf í hjúkrunarrýmum; 2)

matslyklum; og 3) álagsflokkunarkerfi. RAI-matsnefnd sem skipuð er af ráðherra hefur umsjón með framkvæmd matsins en í nefndinni sitja öldrunarlæknir, félagsráðgjafi, þrír hjúkrunarfræðingar og fulltrúi velferðarráðuneytis. Hlutverk hjúkrunarfræðings og fulltrúa ráðuneytis eru skilgreind í reglugerðinni en hlutverk félagsráðgjafa er ekki skilgreint þar sérstaklega.

RAI-matið er framkvæmt af starfsfólki í öldrunarþjónustu (RAI nefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins, 2006). Hjúkrunarfræðingar, sem sótt hafa sérstakt RAI-námskeið, bera ábyrgð á framkvæmd matsins. Aðrar fagstéttir koma einnig að því, svo sem sjúkraliðar, læknar, sjúkrapjálfarar og iðjupjálfar (Sigríður Egilsdóttir, 2006). Þegar hjúkrunarfræðingur framkvæmir RAI-mat á heimilismanni öldrunarstofnunar er ætlast til þess að hann geri það í samráði við annað starfsfólk sem kemur að umönnuninni, faglært sem ófaglært. Einnig er gert ráð fyrir að rætt sé við heimilismanninn sjálfan en rannsóknir hafa sýnt að það er ekki alltaf gert. Helstu ástæður þess er mikið álag á vinnustaðnum, skert tjáningargeta heimilismanns eða heilabilun hans (Hansebo, Kihlgren, Ljunggren og Winblad, 1998).

Grunnmat RAI-mælitækisins er meðal annars talin forsenda fyrir fjárveitingu til dvalar- og hjúkrunarheimila því það sýnir þörf í samanburði við veitta þjónustu. Grunnmatið byggir enn fremur á stöðluðum breytum „til þess að meta styrkleika og veikleika vistmanna og umönnunar á elli- og hjúkrunarheimilum“ (Pálmi V. Jónsson, 2003, bls. 4). Þessar stöðluðu breytur RAI-matsins eru bakgrunnsupplýsingar, samskipti/heyrn, sjón, félagsleg vellíðan, lyf, sérstök meðferð, þjálfun, hjálpartæki, sjúkdómsgreiningar/einkenni, tannástand, líkamleg færni, vitræn geta, andleg líðan og hegðun, virknimunstur, húð og fætur, heldni á þvag og hægðir, munnhol og næringarástand. Niðurstöður mælinga á þessum þáttum segja til um þyngdarstuðul heimilismanns en hann er reiknaður út frá þeim tíma sem fer í að þjónusta viðkomandi. Samanlagður þyngdarstuðull hjúkrunarheimilis liggur síðan til grundvallar fjárveitingum. Upplifun hins aldraðra og ánægja með þjónustu er ekki hluti af RAI-mælingunni og ekki er minnst á aðstandendur í RAI-matinu. RAI-mat gefur því ekki heildstæða mynd af þjónustu sem boðið er upp á innan stofnunar eða sveitarfélags heldur segir aðeins til um hjúkrunarþyngd og þörf fyrir aukningu á rýmum eða fjárveitingu. RAI-matið hefur einnig aðeins verið notað á stofnunum en ekki í opinni öldrunarþjónustu (Pálmi V. Jónsson, 2003).

#### 4.2.5. Embætti landlæknis

Embætti landlæknis hefur verið til á Íslandi frá árinu 1760. Inntak þess var lengi vel skilgreint með embættisbréfi frá konungi en árið 1932 var hlutverk landlæknis fyrst skilgreint í íslenskri löggjöf. Árið 2007 voru fyrstu sérlögin sett um embættið. Fram að þeim tíma hafði lagaákvæði sem sneru að embættinu verið að finna til dæmis í lögum um heilbrigðisþjónustu og sóttvarnarlögum (Landlæknisembættið, 2011-a).

Landlæknir starfar í dag eftir lögum um landlækni og lýðheilsu, sóttvarnarlögum nr. 19/1997 með áorðnum breytingum nr. 43/2007 og lögum um heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt lögum um landlækni og lýðheilsu er hlutverk landlæknis meðal annars að vera ráðgefandi um heilbrigðismál og hafa eftirlit með heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstarfsmönnum, lyfjanotkun og heilbrigði landsmanna. Hann sér jafnframt um að veita heilbrigðisstarfsfólki starfsleyfi, söfnun og vinnslu upplýsinga um heilsufar og heilbrigðisþjónustu, að taka á móti kvörtunum vegna heilbrigðiskerfisins og að ýta undir menntun, rannsóknir og gæðapróun á sviði heilbrigðismála. Einnig á embættið að „sinna öðrum verkefnum sem honum eru falin samkvæmt lögum, stjórnvaldsfyrirmælum eða ákvörðunum ráðherra” (Lög um landlækni og lýðheilsu, 1. mgr. 4. gr.). Þessum viðamiklu verkefnum sinna starfsmenn Landlæknisembættisins hverju sinni en árið 2009 störfuðu þar 35 starfsmenn í 30 stöðugildum. Landlæknisembættið og starfsfólk þess sér þó ekki um framkvæmd á öllum ofantöldum hlutverkum embættisins. Innlent og erlent samstarf er stór hluti starfseminnar og má þar sem dæmi nefna rannsóknir í samstarfi við Háskóla Íslands og samstarf og samráð við landlækna Norðurlandanna og Sóttvarnastofnun Evrópusambandsins (Landlæknisembættið, 2010-a).

#### 4.2.6. Eftirlitshlutverk landlæknis

Í 7. gr. laga um landlækni og lýðheilsu er fjallað um eftirlitsskyldu landlæknis. Þar segir: „Landlæknir skal hafa reglubundið eftirlit með því að heilbrigðisþjónusta sem veitt er hér á landi uppfylli faglegar kröfur og ákvæði heilbrigðislöggjafar á hverjum tíma”. Í frumvarpi til laga um embætti landlæknis frá 2006-2007 er tekið fram að eldri ákvæði um eftirlitsskyldu þurfi að skerpa og skýra vegna breytinga sem orðið hafa á heilbrigðiskerfinu síðustu áratugi. Heilbrigðisþjónusta verður sífellt flóknari og eftirlitshlutverk erfiðara í framkvæmd. Því þykir mikilvægt að hafa skýr ákvæði um framkvæmd þess. Til að auðvelda eftirlitshlutverk er í frumvarpinu ákvæði um skyldu heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsfólks til að skrá

upplýsingar um óvænt atvik og skyldu landlæknis til að gera áætlanir um gæðapróun sem heilbrigðisstofnanir geta farið eftir (Þingskjal 282, 2006–2007).

Landlæknisembættið telur gæða- og öryggispróun til forgangsverkefna og hefur þróað ýmsar aðferðir til að framfylgja kröfum laganna um þau. Má þar nefna eftirlit með heilbrigðisstarfsfólki og heilbrigðisstofnunum, eftirlit með að faglegar lágmarkskröfur séu uppfylltar og útgáfu leiðbeininga, viðmiða og tilmæla til heilbrigðisstarfsfólks og stofnana um æskileg vinnubrögð (Landlæknisembættið, 2010-a).

Við framkvæmd eftirlits með heilbrigðisstofnunum styðst Landlæknisembættið meðal annars við gæðaviðmið WHO. Í gæðaviðmiðunum er heildarsýn á þjónustupörf sjúklinga höfð að leiðarljósi. Einnig er lögð áhersla á öryggi þjónustu, ánægju sjúklinga, skynsamlega nýtingu fjármuna, mannauðs og búnaðar og góða faglega þekkingu heilbrigðisstarfsfólks. Landlæknisembættið setur fram fjórar mismunandi leiðir til að sinna eftirlitinu:

- (1) Reglubundið ytra eftirlit. Dæmi: Umsóknir um starfsleyfi.
- (2) Ytra eftirlit sem viðbragð við atviki. Dæmi: Úrvinnsla kvartana.
- (3) Innra eftirlit vegna atviks. Dæmi: Tilmæli um úrbætur eftir óvænt atvik.
- (4) Reglubundið innra eftirlit. Dæmi: Gæðavísar stofnana, til dæmis RAI-mat á öldrunarstofnunum (Anna Björg Aradóttir, Laura Scheving Thorsteinsdóttir, Matthías Halldórsson, Sigríður Halldórsdóttir, 2006).

### **4.3. Velferðarþjónusta**

Málefni aldraðra falla nú undir velferðarráðuneyti en það var stofnað í ársbyrjun 2011 og er samsett úr fyrrum félags- og tryggingamálaráðuneyti og heilbrigðisráðuneyti. Eftir sameininguna eru málefni aldraðra öll hjá einu ráðuneyti. Heimahjúkrun féll áður undir heilbrigðisráðuneyti, félags- og tryggingamálaráðuneyti sá um húsnæði, vinnumarkað og velferðar- og fjölskyldumál, og heilbrigðisráðuneyti sá um sjúkra- og slysatryggingar almannatryggingar, heilbrigðisþjónustu og sjúklingatryggingu. Með sameiningu ráðuneytanna er áformað að efla samstarf þjónustuaðila og bæta þjónustu við aldraða með markvissari og skipulagðari þjónustu. (Lára Björnsdóttir, 2006; Reglugerð um Stjórnarráð Íslands nr. 177/2007; Velferðarráðuneytið, e.d.-a; Þingskjal 1258, 2009–2010).

#### 4.4. Félagsráðgjöf í öldrunarþjónustu

Öldrunarþjónusta er í eðli sínu þverfagleg. Margar fagstéttir koma að því að rannsaka, þróa og veita öldrunarþjónustu og félagsráðgjafar gegna þar lykilhlutverki. Því miður virðist áhugi félagsráðgjafa þó ekki liggja þar sem þörfin er einna mest og of fáir velja að sérhæfa sig í öldrunarfélagsráðgjöf eða öldrunarfræðum. Könnun Landssambands félagsráðgjafa í Bandaríkjunum [NASW] sýndi að af þeim fáu félagsráðgjöfum sem skilgreindu öldrun sem sitt sérsvið hafði aðeins lítið hlutfall hlotið formlega þjálfun í öldrunarfélagsráðgjöf (Hooyman og Kiyak, 2011).

Að bjóða upp á þjónustu félagsráðgjafa á öldrunarstofnunum og í tengslum við aðra öldrunarþjónustu er leið til að bregðast við kröfum þjónustuþega og aðstandenda þeirra. Starf félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu getur verið afar fjölbreytt og þarfir aldraðra eru jafn margar og ólíkar og yngra fólks. Félagsráðgjöf í hvers konar öldrunarþjónustu hefur sannað gildi sitt. Rannsóknir og kannanir á störfum félagsráðgjafa á bandarískum dvalar- og hjúkrunarheimilum hafa meðal annars sýnt fram á að aldraðir og aðstandendur þeirra meta þjónustuna mikils. Þar aðstoða félagsráðgjafar fjölskylduna við að aðlagast breyttum aðstæðum, útskýra öldrunarferli og þá sjúkdóma sem kunna að hrjá hinn aldraða og leiða fólk í gegnum velferðarkerfið (Farley, Smith og Boyle, 2009).

Félagsráðgjafar gegna mikilvægu hlutverki við að meta þörf aldraðra fyrir þjónustu og tryggja að þeir fái þjónustu við hæfi. Aldraður einstaklingur sem leitar eftir aðstoð félagsráðgjafa stendur mjög sennilega á tímamótum í lífi sínu. Slík tímamót geta til dæmis verið útskrift af sjúkrahúsi eða flutningur inn á öldrunarstofnun (Lymbery, 2005; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Hlutverki félagsráðgjafa er þó ekki lokið þar því þeir geta þurft, eins og áður sagði, að aðstoða aldraða og aðstandendur þeirra við að takast á við breyttar aðstæður. Aðkoma félagsráðgjafa getur verið sérstaklega mikilvæg ef hinn aldraði hefur verið háður umönnun aðstandenda til lengri tíma eða ósætti ríkir í fjölskyldunni. Félagsráðgjafinn getur þá þurft að vera eins konar sáttamiðlari. Hann þarf líka að vera undir það búinn að hjálpa fólki að takast á við sorg, hvort sem um ræðir sorg hins aldraða yfir því að hafa tapað sjálfstæði sem fylgir því að búa á eigin heimili eða sorg fullorðinna barna yfir því að foreldri þekki þau ekki lengur. Sorgarráðgjöf getur einnig verið hluti af aðstoð við lífslok sem oft er hlutverk félagsráðgjafa, bæði aðstoð við að takast á við sorgarferli og hagnýt atriði eins og upplýsingamiðlun vegna útfarar og eignaskipta (Lymbery, 2005).

Þótt ekki sé ætlast til þess að félagsráðgjafar hafi sérfræðilekkingu á öðrum sviðum en sínu eigin er mikilvægt að þeir búi yfir ákveðinni undirstöðuþekkingu á sem flestum hliðum öldrunarferlisins. Þeir þurfa að gera sér grein fyrir hvenær þeir geti aðstoðað við mál sem upp koma og hvenær sé nauðsynlegt að vísa skjólstæðingi áfram til sérfræðinga. Eins þurfa þeir að vera meðvitaðir um að ávísun á slíka sérfræðiaðstoð getur haft veruleg áhrif á almenna heilsu og vellíðan skjólstæðingsins. Öll aðstoð sem miðar að því að bæta heilsu, líðan eða aðstæður einstaklingsins eykur líkurnar á því að vinna félagsráðgjafa beri árangur. Heildarsýn á aðstæður og þarfir viðkomandi fæst meðal annars með þverfaglegri vinnu af þessu tagi. Aðrar fagstéttir sem félagsráðgjafar í öldrunarþjónustu geta þurft að vísa á eru til dæmis sérfræðilæknar, næringarfræðingar, sjúkrabjálfarar og sálfræðingar (Lymbery, 2005). Þó að þverfagleg teymisvinna og samstarf við aðrar fagstéttir sé mikilvægt í félagsráðgjöf á öllum sviðum má annað form samvinnu ekki gleymast, það er samvinna við skjólstæðinginn. Rétt eins og önnur velferðarþjónusta var hlutverk félagsráðgjafa lengi vel að veita þjónustu og úrræði sem skjólstæðingarnir tóku á móti en þessi viðhorf eru smám saman að breytast í þá átt að skjólstæðingarnir skuli vera með í ráðum og velferðarþjónustan notendamiðaðri (Thompson, 2009).

Starfsaðferðir félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu byggja á kenningum sem byggðar eru á rannsóknum (Lymbery, 2005; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Kenningar eru mikilvægur grunnur fræðilegs starfs því þær skýra og setja saman ákveðin hugtök í tilraun til að skapa heildarmynd. Kenningar í félagsráðgjöf gegna mikilvægu hlutverki því þær auka skilning og bjóða upp á ákveðin sjónarhorn eða aðferðir til að vinna út frá (Thompson, 2010). Aðferðir takmarkast þó ekki af kenningum heldur er undir félagsráðgjafanum komið að velja bestu nálgunina hverju sinni. Vinna með öldruðum getur krafist annarra vinnubragða en til dæmis vinna með unglingum þótt sama kenning geti hentað í báðum tilfellum (Healy, 2005). Þó að engin takmörk séu sett um hvaða kenningar og/eða aðferðir félagsráðgjafi leggi til grundvallar nálgun sinni hafa nokkrar reynst sérstaklega vel í vinnu með öldruðum (Lymbery, 2005). Hér verður fjallað stuttlega um fjórar þeirra.

Verkefnismiðaða aðferðin (e. task-centred practice) leggur áherslu á samráð við einstaklinginn og getu hans til að taka ákvarðanir um eigið líf. Félagsráðgjafi og skjólstæðingur setja niður skýr markmið og takast á við þau í sameiningu. Hlutverk félagsráðgjafa er að veita stuðning og hjálp til sjálfshjálpar (Lymbery, 2005).

Kerfiskenningaaðferðin (e. systems-based thinking) staðsetur skjólstæðing innan þeirra kerfa sem hann tilheyrir og skipuleggur ráðgjöf út frá því. Kerfin geta til dæmis verið nánasta fjölskylda, stórfjölskylda og félagslegt tengslanet. Þau geta líka verið hin mörgu opinberu þjónustukerfi sem hinn aldraði er, eða þarf að verða, hluti af. Dæmi um slíkt kerfi getur verið almannatryggingakerfið eða heilbrigðiskerfið. Kjarni aðferðarinnar er að heildarsýn sé ávallt höfð að leiðarljósi og skjólstæðingurinn þannig fenginn til að átta sig á stöðu sinni innan ólíkra kerfa (Lymbery, 2005).

Kreppukenningar (e. crisis intervention theory) eru að mati Lymbery nauðsynleg undirstaða í störfum félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu (Lymbery, 2005). Oft valda einhvers konar kreppur eða áföll því að aldraður einstaklingur leitar til félagsráðgjafa. Aðferðir kreppukenninga eru sjaldnast hugsaðar sem langtímalausnir heldur takast þær á við afmörkuð vandamál og greiða þannig leiðina fyrir frekari vinnu. Þær snúast um að koma skjólstæðingi í gegnum yfirstandandi kreppu svo hann verði betur undirbúinn næst þegar hann þarf að takast á við erfiðleika (Lymbery, 2005; Payne, 2005).

Þjónustustjórnun (e. case management) er ein elsta starfsaðferðin í félagsráðgjöf og á rætur sínar að rekja til frumkvöðla fagsins í Bandaríkjunum í byrjun 20. aldar. Samhæfing og samþætting þjónustustofnana var meðal þess sem Mary Richmond skrifaði um árið 1917 en hún hefur verið nefnd upphafskona nálgunarinnar (Farley, Smith og Boyle, 2009; Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Þjónustustjórnun hefur í stuttu máli verið skilgreind sem aðferð við að skipuleggja, velja og hafa umsjón með þjónustu sem skjólstæðingur þarf á að halda frá mismunandi stofnunum eða fagaðilum. Á það við um alla þjónustu sem hefur áhrif á líf skjólstæðingsins, hvort sem um ræðir opinbera eða einkarekna þjónustu. Félagsráðgjafi sem notar aðferð þjónustustjórnunar þarf að þekkja til þeirra allra (Farley, Smith og Boyle, 2009).

Sigurveig H. Sigurðardóttir (2006) hefur bent á að félagsráðgjafar á Íslandi noti fjölbreyttar aðferðir en tvær séu áberandi algengastar: þjónustustjórnun og verkefnismiðaða aðferðin. Þessar aðferðir eru yfirleitt notaðar í samspili við fleiri aðferðir, allt eftir því hvað hentar í hverju tilfalli.

#### 4.4.2. Öldrunarfélagsráðgjöf á Íslandi

Félagsráðgjafar sem koma að málefnum aldraðra hér á landi starfa víða og sinna fjölbreyttum verkefnum, svo sem almennri ráðgjöf, stjórnun og stefnumótun. Formleg menntun á sviði öldrunarfélagsráðgjafar hefur verið í boði frá árinu 1980 innan heilbrigðiskerfisins. Fyrir þann tíma sinntu aðilar með aðra menntun/starfsheiti þjónustu við aldraða. Frá árinu 1965 starfaði ellimálafulltrúi á ellimáladeild Skrifstofu framfærslumála í Reykjavík. Starfsmaðurinn sem sinnti því starfi var guðfræðingur að mennt en árið 1980 tók menntaður félagsráðgjafi við stöðunni (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006). Árið 1975 var öldrunarlækningadeild Landspítalans opnuð og þá tóku fyrstu félagsráðgjafarnir sem sinntu öldrunarmálum á sjúkrahúsum til starfa. Fyrir þann tíma höfðu þeir starfað á almennum deildum án sérhæfingar í málefnum aldraðra þótt hluti skjólstæðinga þeirra hafi að sjálfsögðu verið aldraðir. Inni á sjúkrahúsunum hafa félagsráðgjafar frá upphafi gegnt lykilhlutverki í þverfaglegri teymisvinnu (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006).

Sigurveig H. Sigurðardóttir (2006) hefur ritað um starfsumhverfi íslenskra félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu. Þeir sinna sömu eða svipuðum verkefnum og rætt var um í almennu umfjölluninni hér að framan, það er veita ráðgjöf, stuðning og upplýsingar um félagsleg réttindi, þjónustu og úrræði. Yfirlýst markmið öldrunarfélagsráðgjafa á Landspítala- háskólasjúkrahúsi er að veita sérhæfða félagsráðgjöf „með það að markmiði að sem flestir aldraðir geti lifað við sem besta heilsu og búið sem lengst á heimilum sínum“ (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006, bls. 261). Oft getur það falið í sér að veita aðstandendum mikilvægan stuðning í formi ráðgjafar og upplýsingamiðlunar. Starf öldrunarfélagsráðgjafa takmarkast ekki af samskiptum við hinn aldraða. Heildarsýn skiptir öllu og nauðsynlegt er að huga að öllum þáttum sem geta haft áhrif á lífsgæði og vellíðan hins aldraða (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2003; 2006).

Félagsráðgjafar sem starfa við málefni aldraðra hér á landi hafa sýnt frumkvæði á mörgum sviðum og ber þar helst að nefna þróun nýrra úrræða fyrir aldraða og aðstandendur þeirra. Sem dæmi má nefna hópastarf fyrir aðstandendur aldraðra með minnissjúkdóma, starfslokánámskeið og námskeið og fjölskyldufræðslu með áherslu á viðhorfsbreytingu gagnvart öldruðum. Félagsráðgjafar taka líka virkan þátt í endurskoðun laga sem snerta málefni aldraðra sem og ýmiss konar stefnumótunarvinnu, verkefnisstjórnun og rannsóknnum á sviði öldrunarfræða og félagsráðgjafar (Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2006).



Innan Félagsráðgjafafélags Íslands er starfrækt Fagdeild félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu. Deildin var stofnuð 17. nóvember 2006 og hefur sínar eigin starfsreglur. Skilyrði fyrir inngöngu í deildina er að hafa starfsleyfi sem félagsráðgjafi og áhuga á öldrunarmálum (Félagsráðgjafafélag Íslands, 2006). Ekki er gerð krafa um menntun á sviði öldrunar. Árlega eru haldnir tveir til fjórir fræðslufundir fyrir félagsmenn fagdeildarinnar auk vettvangsferða. Árið 2010 var til að mynda boðið upp á fyrirlestra um upplýsingagjöf til eftirlifenda, lífsgæði aldraðra á altækum stofnunum, sameiningu heimahjúkrunar og heimaþjónustu og ofbeldi gegn öldruðum. Vettvangsferðir voru farnar á tvö ný hjúkrunarheimili (Valgerður Halldórsdóttir, 2011). Markmið Fagdeildar félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu eru að stuðla að menntun og rannsóknum í öldrunarfélagsráðgjöf, fylgjast með nýjungum á sviðinu, efla fræðslu og forvarnastarf og vera ráðgefandi um málefni aldraðra (Félagsráðgjafafélag Íslands, 2006).

#### **4.5. Mögulegur ávinningur notkunar gæðaviðmiða**

Í kaflanum er fjallað um nokkra áhættuþætti í öldrunarþjónustu og hvernig notkun gæðaviðmiða getur dregið úr þeim. Atriðin sem fjallað verður um eru aðeins örfá dæmi um þann ávinning sem notkun gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu getur haft í för með sér.

##### **4.5.1. Minni andleg vanlíðan aldraðra**

Aldraðir sem upplifa að starfsfólk hafi takmarkaðan tíma til að veita nauðsynlega umönnun eiga á hættu að verða daprir, þunglyndir og kvíðnir. Ófullnægjandi mönnun (e. *inadequate staffing*), það er, hátt hlutfall ómenntaðs starfsfólks eða of fáir starfsmenn á vakt, dregur úr gæðum þjónustunnar sem hefur bein áhrif á líðan aldraðra. Sérstaklega á þetta við um þá sem hafa ekki möguleika á að fá aðstoð frá öðrum en starfsfólki öldrunarþjónustunnar (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Kayser-Jones og Schell, 1997).

Nýleg rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum hefur leitt í ljós að þunglyndi aldraðra er yfirleitt vanmetið vegna fyrirfram skilgreindra hugmynda sem fólk hefur um líðan aldraðra. Þar kom fram að almennt þyki eðlilegt að aldraðir séu rólegir og svolítið daprir en þessi viðhorf endurspegla hlédrægnikenninguna. Slíkir fordómar gera það að verkum að meðferð verður ófullnægjandi eða engin (Ruppel, Jenkins, Griffin og Kizer, 2010). Með reglulegri notkun gæðaviðmiða fengi starfsfólk og þjónustuþegar færi á að tjá sig um þá þætti sem valda andlegri vanlíðan. Þannig fengju stjórnendur öldrunarheimila og sveitarfélög upplýsingar til að vinna með og tækifæri til að bæta þjónustuna og draga þannig úr vanlíðan.

#### 4.5.2. Minni líkur á ofbeldi gegn öldruðum

Skortur á eftirliti með mönnun í öldrunarþjónustu, utan og innan stofnana, getur í vissum tilfellum orðið til þess að aldraðir séu beittir ofbeldi. Með ofbeldi er átt við allar tegundir ofbeldis sem hafa verið skilgreindar af WHO, það er vanrækslu, andlegt ofbeldi, fjárhagslega misbeitingu, líkamlegt ofbeldi og kynferðisofbeldi (Wolf, Daichman og Bennett, 2002).

Áhættuþættir sem auka líkur á ofbeldi gegn öldruðum hafa verið rannsakaðir og skilgreindir. Persónuleg einkenni geranda og þolanda hafa mikið að segja en ákveðnar aðstæður geta einnig aukið hættuna. Þær aðstæður sem flokkast sem áhættuþættir og geta komið upp í opinberri öldrunarþjónustu eru meðal annars félagsleg einangrun, lítið félagslegt tengslanet, að þolandi sé líkamlega háður geranda, mikið álag á umönnunaraðila, stofnanavistun og skortur á virðingu fyrir öldruðum (Sev'er, 2009). Fáar rannsóknir eru til um ofbeldi innan stofnana en áætlað hefur verið að um tíu prósent ofbeldistifella eigi sér stað inni á öldrunarstofnun (Black, 2008). Alþjóðlegar tölur áætla að eitt til tíu prósent allra aldraðra upplifi ofbeldi af einhverju tagi. Áætlað er að hlutfallið sé hærra meðal aldraðra með heilabilun og þeirra sem háðir eru umönnunaraðila (Peri, Fanslow, Hand og Parsons, 2009).

Ein rannsókn hefur verið gerð á ofbeldi gegn öldruðum hér á landi en það er rannsókn Sigrúnar Ingvarsdóttur, Ofbeldi gegn öldruðum: Viðhorf, þekking og reynsla starfsfólks í heimaþjónustu. Rannsóknin var gerð árin 2007–2008 meðal starfsfólks í heimaþjónustu og eiga niðurstöðurnar því aðeins við um þjónustu utan stofnana. Markmiðið var að athuga hvort starfsmenn yrðu varir við ofbeldi gegn öldruðum við störf sín, hvað þeir skilgreindu sem ofbeldi og hver viðbrögð þeirra væru (Sigrún Ingvarsdóttir, 2009). Niðurstöður rannsóknarinnar ríma við rannsóknarniðurstöður sem fengist hafa erlendis. Aðeins þriðjungur starfsmanna hafði ekki orðið var við ofbeldi eða ummerki þess við störf sín. Flestir skilgreindu líkamlegt og andlegt ofbeldi sem ofbeldi en mun síður vanrækslu eða fjárhagslega misbeitingu. Fáir töldu ofbeldið vera einkamál fjölskyldunnar og nær allir sögðu mikilvægt að tilkynna öll atvik (Sigrún Ingvarsdóttir, 2009).

#### 4.5.3. Minni líkur á sjálfsvanrækslu aldraðra

Sjálfsvanræksla (e. self-neglect) er ekki nýtt samfélagslegt vandamál en með fjölgun aldraðra, versnandi efnahagsástandi og minnkandi stuðningi frá fjölskyldumeðlimum fer hún vaxandi (O'Brien, 2011). Efling öldrunarþjónustu og gagnvirkt eftirlit eru meðal aðferða sem nefndar

hafa verið til að draga úr sjálfsvanrækslu aldraðra (Dong, Simon, Wilson, Beck og McKinell, 2011; O'Brien, 2011).

Sjálfsvanræksla hefur ekki hlotið mikla umfjöllun og þess vegna getur verið erfitt að skilgreina hugtakið (Gibbons, Lauder og Ludwick, 2006; Johnson og Adams, 2005; Rannveig Sigríður Ragnarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2011). Í dag er ekki til nein ein skilgreining á sjálfsvanrækslu. National association of adult protective services administrators (NAAPSA) skilgreinir hugtakið sem:

*Afleiðingu af vangetu fullorðinna sem stafar af líkamlegum og/eða andlegum vandkvæðum eða skertri hæfni til að framkvæma nauðsynlega persónulega umhirðu, þar á meðal að verða sér úti um nauðsynlegt fæði, klæði, húsaskjól og læknishjálp, sem og að sækja sér nauðsynlegar vörur og þjónustu til að viðhalda líkamlegri og andlegri heilsu, almennri velferð og öryggi (og/eða auðvelda umsjón með fjármálum.) (Virginia Department of Social Services, 1991, bls. 3).*

Þeir sem starfa með öldruðum verða að gera sér grein fyrir þeim siðfræðilega vanda sem fylgir sjálfsvanrækslu aldraðra. Meðal starfsfólks vakna spurningar um hvaða inngrip, ef einhver, séu raunhæfur möguleiki. Inngripin geta verið allt frá því að gera ekkert, vegna þess að sjálfsákvörðunarréttur er svo sterkur, yfir í að vista aldraðan einstakling á stofnun. Fylgni er á milli þess að einstaklingur sé vistaður nauðugur á stofnun og ótímabærs dauða hans (Johnson og Adams, 1995).

Þeir sem eru eldri en 85 ára eru í mestri hættu á sjálfsvanrækslu. Áhættuþættir fyrir sjálfsvanrækslu geta verið fá börn sem geta hugsað um aldraða foreldra sína, að börnin búi langt frá foreldrum sínum og há skilnaðartíðni sem veldur því að ekki er skýrt hver eða hverjir munu hugsa um hinn aldraða. Rannsóknir hafa sýnt fram á að menntun eða auðæfi séu ekki verndandi þættir gagnvart sjálfsvanrækslu og því sé ekki hægt að búast við að sjálfsvanrækslu verði útrýmt á næstunni (O'Brien, 2011).

Þeir sem sýna hegðun sem fellur undir sjálfsvanrækslu eru líklegir til þess hafna þjónustu þó að þeir þurfi á henni að halda. Ef einstaklingur stofnar sjálfum sér og öðrum í hættu er hægt að leggja einstakling inn á stofnun. Þegar gripið er inn í mál hjá aðila sem vanrækir sig er mögulega verið að beita hann ofbeldi og/eða forsjárhyggju. Ef einstaklingur

hótar sjálfsvígi er möguleiki á að svipta þann hinn sama sjálfræði og vista á stofnun en ef einstaklingur velur að svelta sig í hel er fátt hægt að gera (O'Brien, 2011; Rannveig Sigríður Ragnarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2011).

Rannveig Sigríður Ragnarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir hafa rannsakað sjálfsvanrækslu aldraðra meðal félagsráðgjafa sem starfa að öldrunarmálum á Íslandi. Í ljós kom að fáir könnuðust við hugtakið en flestir töldu sig hafa orðið vitni að sjálfsvanrækslu hjá öldruðum. Dæmi um mál sem komið höfðu upp voru vannæring, lirfur í sári, áfengismisnotkun og söfnunarárátta. Flestir skjólstæðingarnir höfnuðu þjónustu (Rannveig Sigríður Ragnarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2011). Rannveig og Sigurveig settu enn fremur fram þá hugmynd að innleiða mætti matslista til að skima fyrir sjálfsvanrækslu. Matslistinn tæki þá bæði til læknisfræðilegra og félagslegra þátta (Rannveig Sigríður Ragnarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir, 2011).

#### **4.5.4. Aukin starfsánægja umönnunaraðila**

Starfsánægja umönnunaraðila er talin geta aukið gæði öldrunarþjónustu, innan stofnana sem utan (Friedman, Daub, Cresci og Keyser, 1999). Rannsóknir hafa sýnt að gæði þjónustu, skýrt verksvið, álag í starfi og stuðningur yfirmanna hefur sterk áhrif á starfsánægju starfsmanna við umönnun. Starfsmenn sem telja sig veita góða þjónustu og fá skýrar leiðbeiningar um framkvæmd hennar eru ánægðari í starfi. Of mikið álag og óskýrar leiðbeiningar auka líkurnar á því að starfsmenn segi upp. Mikil starfsmannavelta eykur líkurnar á að gæði þjónustunnar minnki því langan tíma getur tekið að finna og þjálfa nýtt starfsfólk (Castle, Engberg, Anderson og Men, 2007).

Í nýrri íslenskri rannsókn á verkefnum, vinnuumhverfi og líðan starfsfólks í umönnun aldraðra á Íslandi kom fram að um 40% starfsfólks upplifði vanlíðan yfir að hafa ekki tæk á að veita fullnægjandi þjónustu. 36% sögðust vera andlega og líkamlega uppgefin eftir venjulegan vinnudag. Þessar tölur eru svipaðar þeim sem komið hafa fram á Norðurlöndunum og þær styðja niðurstöður eldri rannsókna á líðan starfsfólks í öldrunarþjónustu (Elísabet Karlsdóttir, 2011; Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, 2004; Testad, Mikkelsen, Ballars og Aarsland, 2010). Sænsk rannsókn frá árinu 2008 á líðan starfsfólks í öldrunarþjónustu sýndi einnig fram á marktæk tengsl milli þess að upplifa vanmátt og samviskubit vegna vinnuáðstæðna og kulnunar í starfi (Juthberg, 2008).

#### 4.5.5. Hærra hlutfall faglærðra starfsmanna

Niðurstöður rannsóknar Kayser-Jones og Schell (1997) benda til þess að skortur á faglærðu starfsfólki í umönnunarstörfum dragi úr gæðum þjónustu og starfsánægju umönnunaraðila. Nýrri rannsókn Lewis, Arling og Mueller (2004) bendir aftur á móti til þess að þátttaka starfsfólks í skipulagi þjónustunnar hafi meira að segja um gæði hennar og starfsánægju en menntunarstig. Niðurstöðum ber því ekki saman um hvort hlutfall ófaglærðs starfsfólks í öldrunarþjónustu hafi áhrif á gæði hennar.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu er heilbrigðisstarfsmaður skilgreindur sem faglærður starfsmaður sem hefur hlotið löggildingu ráðherra til að nota starfsheiti heilbrigðisstéttar. Ófaglært starfsfólk í heilbrigðisþjónustu flokkast því ekki sem heilbrigðisstarfsmenn í skilningi laganna. Lög um félagsþjónustu kveða ekki sérstaklega á um menntun eða starfsleyfi starfsfólks í félagsþjónustu nema hvað varðar félagslega ráðgjöf.

Í ábendingum Landlæknisembættisins um hjúkrunarmönnun á öldrunarstofnunum er eingöngu gert ráð fyrir menntuðu heilbrigðisstarfsfólki, hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum, á hverri vakt en ekki er minnst á ófaglært starfsfólk (Gæðaráð Landlæknisembættisins í öldrunarhjúkrun, 2001). Reiknilíkan heilbrigðisráðuneytisins (nú velferðarráðuneytis) gerir ráð fyrir að ófaglærðir séu tæp 55% starfsfólks. Hafa verður í huga að reiknilíkanið er aðeins dæmi. Fjárlög ríkisins gera ekki ráð fyrir mönnun samkvæmt því. Stofnanir verða því að haga mönnun í samræmi við fjárveitingar hverju sinni (Landlæknisembættið, 2010-b). Í Skýrslu um stefnumótun í málefnum aldri til ársins 2015 er greint frá að áherslur á einn þátt öldrunarþjónustu dragi úr gæðum annarra þátta og komi í veg fyrir þróun nýrra úrræða því fjármagn sé takmarkað (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003).

Í greinargerð um mönnun á hjúkrunarheimilum sem kom út í janúar 2010 birtast tölfræðilegar upplýsingar um hlutfall faglærðs starfsfólks á hjúkrunarheimilum. Þar kemur fram að hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar fylla ekki nærri því öll stöðugildin. Í framhaldi af því er tekið fram að leyfilegt sé að ráða ófaglært starfsfólk takist ekki að ráða faglærða aðila. Fari hlutfall ófaglærðs starfsfólks yfir ótilgreind mörk skal þó reikna með að fjölga þurfi starfsfólki í samræmi við það. Engar nánari leiðbeiningar eru tilgreindar um hvenær því marki sé náð eða hve margt ófaglært starfsfólk þurfi í stað faglærðra. Á sama stað er tekið fram að „í ljósi efnahagsástandsins muni [landlæknis]embættið ekki halda til streitu viðmiðunartölum um mönnun skv. ábendingum gæðaráðs embættisins í öldrunarhjúkrun“ (Landlæknisembættið, 2010-b, bls. 5).

Í skýrslu frá Vinnueftirlitinu um könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks í öldrunarþjónustu frá árinu 2001 kemur fram að hlutfall ófaglærðra starfsmanna var þá 58%. Fjórðungur starfsfólks hafði eingöngu grunnskólapróf en 17% háskólamenntun. Hlutfall sjúkraliða var einnig 17%. Ófaglærðir upplifðu starfið álíka andlega- og líkamlega erfitt og faglærðir (Berglind Helgadóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kolbrún Ósk Hrafnadóttir, Kristinn Tómasson, Svava Jónsdóttir o.fl., 2001). Í Skýrslu um stefnumótun í málefnum aldri til ársins 2015 er greint frá að áherslur á einn þátt öldrunarþjónustu dragi úr gæðum annarra þátta og komi í veg fyrir þróun nýrra úrræða því fjármagn sé takmarkað (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003).

Í þessum kafla hefur verið farið yfir stöðu öldrunarþjónustu innan stjórnsýslunnar en hún er ýmist flokkuð sem félagsþjónusta, heilbrigðisþjónusta eða velferðarþjónusta. Gerð var grein fyrir þeim mælitækjum sem þegar eru til staðar í öldrunarþjónustu og hvernig eftirliti Landlæknisembættisins er háttað. Hlutverk félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu var skilgreint og fjallað stuttlega um mögulegan ávinning af notkun gæðaviðmiða. Í næsta kafla er fjallað um fyrirbyggjandi tillögur að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu. Fræðilega umfjöllunin hér að framan varpar ljósi á það umhverfi sem þróun gæðaviðmiðanna er sprottin úr.

## 5. Fyrirliggjandi tillögur að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu

Í fyrri hluta kaflans er fjallað um tilurð tillagna að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu en seinni hlutinn fjallar um tillögurnar eins og þær eru í dag.

### 5.1. Tilurð tillagna að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu

Árið 2001 var unnin greinargerð fyrir stýrihóp um stefnu í málefnum aldraðra til ársins 2015 þar sem fram kemur að leggja þurfi áherslu á gæði öldrunarþjónustu á öllum stigum. Hugtakið gæði er þó ekki skilgreint sérstaklega í greinargerðinni (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003).

Í árslok 2007 var stofnaður ráðgjafahópur á vegum félags- og tryggingamálaráðherra. Ráðgjafahópnum var falið að vinna að tillögum um þær áherslur sem áttu að verða grunnur að nýrri stefnu í málefnum aldraðra. Hópstarfið var leitt af þáverandi ráðuneytisstjóra en ráðgjafahópurinn skipuðu formenn Félags eldri borgara í Reykjavík og Aðstandendafélags aldraðra, bæjarfulltrúi í Hafnarfirði, framkvæmdastjóri Öldrunarheimila Akureyrar og formaður Félags stjórnenda í öldrunarþjónustu auk sálfræðings og fyrrum félagsmálastjóra Akureyrarbæjar. Ein af þeim tillögum sem ráðgjafahópurinn setti fram var að skilgreind yrðu gæðaviðmið. Einnig var rætt um að þörf væri á skilvirku eftirliti með þjónustu sem sveitarfélög veittu. Þannig væri hægt að skilgreina „þjónustusamninga sem sveitarfélög geti gert um þjónustu fyrir aldraða“ (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008, bls. 5). Aðrar tillögur sem ráðgjafahópurinn kom á framfæri voru til dæmis að sveitarfélög sjái um að veita alla þjónustu við aldraða og að félagsleg heimaþjónusta og heimahjúkrun verði sameinaðar og hafi sömu framkvæmdastjórn (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2008).

Félags- og tryggingamálaráðuneyti setti síðar á laggirnar starfshóp til að vinna að gerð gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu og þeirri vinnu lauk árið 2010. Um er að ræða tillögur að gæðaviðmiðum sem síðan hafa verið notaðar hjá velferðarráðuneytinu „sem stuðningstæki við framsetningu þjónustusamninga og viðmiða um þjónustuframboð og þjónustustig“ (Halldór S. Guðmundsson og Kristín Sóley Sigursveinsdóttir, 2011, bls. 1).

## 5.2. Tillögur að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu

Í inngangi að tillögum að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu segir að stefnt sé að því að öldrunarþjónusta færist öll til sveitarfélaga, fyrir utan heilbrigðisþjónustu við aldraðra sem áfram verður hluti af almennri heilbrigðisþjónustu. Enn er ekki komið á hreint hvort heimahjúkrun muni falla undir almenna heilbrigðisþjónustu eða félagsþjónustu. Gæðaviðmiðin eru samræmdar hugmyndir um hvað teljist góð öldrunarþjónusta. Grunnhugsun gæðaviðmiðanna er „að styðja aldraða til sjálfstæðis þegar sjálfsbjargir þeirra skerðast samfara hækkandi aldri“ (Jón Björnsson, 2010). Þá segir þar að þríþættur tilgangur gæðaviðmiða sé skilgreindur á eftirfarandi hátt:

*Í fyrsta lagi eru þau hugsuð til leiðsagnar fyrir sveitarfélög og rekstraraðila öldrunarþjónustu um áherslur og uppbyggingu þjónustunnar. Í annan stað nýtast gæðaviðmiðin notendum öldrunarþjónustu og íbúum sveitarfélaga almennt til að meta þá þjónustu sem sveitarfélag veitir. Í þriðja lagi eru þau grundvöllur þess eftirlits sem velferðarráðuneyti mun hafa með framkvæmd sveitarfélaganna á öldrunarþjónustu eftir að verkefnatilfærslan hefur átt sér stað. (Halldór S. Guðmundsson og Kristín Sóley Sigursveinsdóttir, 2011, bls. 1).*

Gæðaviðmiðin eru 23 og skiptast í fimm kafla. Fyrsti kafli fjallar um hvaða þjónusta eigi að standa öldruðum til boða og er þar átt við heimaþjónustu, stoðþjónustu, búsetu og hjúkrunarrými. Annar kafli snýst um hvernig meta skuli þjónustuþarfir aldraðra og hvernig þörfum þeirra sé mætt. Í þriðja kafla er rætt um áhersluatriði þeirrar þjónustu sem veitt er. Má þar nefna áreiðanleika, virðingu fyrir notanda og góð vinnubrögð. Fjórti kafli fjallar um stjórnun, starfsmannaval og gæðþjónustu sveitarfélaga. Í fimmta kafla er loks rætt um hvaða ytri rammi þurfi að vera til staðar svo „sveitarfélög geti staðið vel að öldrunarþjónustu“ (Jón Björnsson, 2010, bls. 2). Gæðaviðmiðunum fylgja leiðbeiningar um hvernig hægt sé að útfæra hvert og eitt viðmið nánar. Að auki eru skráð „rauð ljós“, það er lýsing á því hvers konar þjónusta fullnægir ekki gæðaviðmiði. Ráðuneyti mun að mestu nota rauðu ljósin sem undirstöðu vegna eftirlits eða athugasemda. Gæðaviðmið skilgreina hvaða þjónustu sveitarfélög skuli veita, bæði hámarksþjónustu og lágmarksþjónustu. Sem dæmi má nefna skilgreiningar á heimaþjónustu. Lágmarksþjónusta sem sveitarfélög eiga að bjóða upp á varðandi heimaþjónustu er að öllum öldruðum á að standa til boða að fá heimahjúkrun,



heimilisþjónustu og persónulega liðveislu. Hámarks heimaþjónusta er miðuð við að kostnaður vegna þjónustu sem veitt er verði ekki hærri en kostnaður vegna þjónustu í hjúkrunarrými (Jón Björnsson, 2010).

Gæðaviðmiðin nýtast sem verklagsrammi fyrir sveitarfélög. Þau henta bæði til að finna út hvaða þjónustu skuli veita og hvernig og sem grundvöllur fyrir eftirlit með þeirri þjónustu sem veitt er. Gæðaviðmiðin gera ráð fyrir að þjónusta sé veitt eftir einstaklingsbundnu mati. Með því er reynt að mæta þörfum hins aldraða en um leið er komið í veg fyrir of mikla þjónustu. Verklag starfsfólks er einnig skilgreint (Jón Björnsson, 2010). Hér er sýnt dæmi um uppsetningu á gæðaviðmiðunum:

## **2. Um fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu**

*Öldrunarþjónustan leitast með almennum forvarnaraðgerðum við að koma í veg fyrir að breytingar samfara hækkandi aldri skerði að óþörfu sjálfsbjargargetu og lífsgæði eldra fólks.*

### **Leiðbeiningar:**

*2-1. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í greinargóðri og ítarlegri kynningu á þeirri öldrunarþjónustu sem er í boði í sveitarfélaginu.*

*2-2. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í að vekja miðaldra og roskið fólk til umhugsunar um elliárin og hvernig það geti undirbúið þau hvað varðar t.d. vinnu, tómstundir, húsnæði, fjármál o.fl.*

*2-3. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í að hvetja fólk, einkum roskið fólk og aldrað, til að sporna við hrörnun með heilsu- og hugarrækt.*

*2-4. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í kerfisbundnum heimsóknnum fagfólks til aldraðra í því skyni að meta hagi þeirra og kynna þeim úrræði öldrunarþjónustunnar.*

*2-5. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í markvissri hvatningu til einstakra áhættuhópa til að nýta sér tiltekin úrræði öldrunar-, heilbrigðis- eða annarrar þjónustu.*

*2-6. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í samvinnu og stuðningi öldrunarþjónustunnar við samtök aldraðra til verkefna sem hafa forvarnargildi á sviði öldrunarmála.*

*2-7. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í samstarfi við heilbrigðisstofnanir, hagsmunasamtök, áhugafélög eða aðra aðila um forvarnarverkefni á sviði öldrunarmála.*

**Rauð ljós:**

2-1 til 2-7. Öldrunarþjónusta getur ekki sýnt fram á neitt frumkvæði né aðild að neinu forvarnarstarfi af því tagi sem getið er í leiðbeiningunum.

(Jón Björnsson, 2010).

## 6. Umræða og lokaorð

Í þessari ritgerð hefur verið fjallað um gæðaviðmið og hvort ástæða sé til að innleiða þau í öldrunarþjónustu hér á landi. Lítið hefur verið ritað um gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu og gæðamælingar í félagsþjónustu. Umfjöllunin byggir því á tveimur meginþáttum, annars vegar fræðilegri þekkingu, kenningum og rannsóknum og hins vegar stefnumótun stjórnvalda og áherslubreytingum í málefnum aldraðra. Báðir þættir hafa áhrif á þróun og skipulag öldrunarþjónustu. Loks var gerð grein fyrir fyrirbyggjandi tillögum að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu. Í þessum kafla verður fræðilega umfjöllunin sett í samhengi við tillögurnar. Niðurstöður eru kynntar ásamt tillögum að frekari útfærslu á gæðaviðmiðunum og vangaveltum um efnið.

Fyrsta rannsóknarspurningin af fimm var: Hvað eru gæðaviðmið? Hugmyndir um gæði geta verið misjafnar og því er mikilvægt að skilgreina nákvæmlega hvað átt er við með hugtökunum gæði og viðmið við þróun gæðaviðmiða. Ýmiss konar aðferðir eru til sem ætlað er að mæla gæði en þær algengustu eru staðlar, vísar og viðmið. Gæðastaðlar byggja á ströngum ferlum sem alltaf eru eins. Slíkar mælingar henta ekki fyrir öldrunarþjónustu því erfitt getur verið að draga út þá þætti sem endurspeglar nákvæmlega það sem mælingunni er ætlað að meta. Öldrunarþjónustu er ætlað að vera einstaklingsmiðuð og því er ómögulegt að gera þá kröfu að allir skuli fá nákvæmlega sömu þjónustu. Gæðavísar eru safn mælanlegra eininga sem saman gefa tölulega niðurstöðu. Þeir nægja því ekki einir og sér sem mælitæki á gæði í öldrunarþjónustu. Þeir birta aðeins tölfræðilegar niðurstöður en gera ekki ráð fyrir upplifun einstaklinga sem veita eða nota þjónustuna. Gæðaviðmið er hugmynd um árangur eða æskileg niðurstaða sem ákveðinn hópur eða hagsmunaaðilar sammælast um. Við beitingu gæðaviðmiða eru niðurstöður bornar saman við fyrirfram skilgreindan mælikvarða. Þá sést hvort þær eru í samræmi við þau markmið sem sett voru í upphafi. Gæðaviðmið henta vel sem úttekt á gæðum í öldrunarþjónustu því þau gera ráð fyrir að fagfólk, notendur, aðstandendur og stjórnendur komi viðhorfum sínum á framfæri og hafi aðgang að niðurstöðunum.

Önnur rannsóknarspurningin var: Hvaða reglur gilda um setningu og beitingu gæðaviðmiða? Einu reglurnar sem gilda um setningu og beitingu gæðaviðmiða hér á landi

eru að þau skuli endurspeglar viðhorf, árangur eða framkvæmd sem um ríkir almenn sátt. Engar formlegar reglur eða umfjöllun um gæðaviðmið í lögum fundust. Þróun þeirra og beiting virðist vera mun frjálsligri en til dæmis notkun vísa eða staðla. Höfundar telja þó að ef gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu eigi að standast samanburð við gæðamælingar í annarri heilbrigðisþjónustu sé mikilvægt að skilgreina hvernig þau eru útbúin og á hverju þau byggja. Auðvelt ætti að vera að útbúa reglur fyrir beitingu gæðaviðmiða þegar þau eru tilbúin til notkunar.

Þriðja rannsóknarspurningin var: Hvernig hafa kenningar um öldrun haft áhrif á þróun og skipulag öldrunarþjónustu? Ummerki líffræðilegra kenninga um öldrun eru enn til staðar í öldrunarþjónustu þótt þau hafi verið greinilegri fyrir á tímum. Þjónusta sem veitt er á öldrunarstofnunum og heimahjúkrun utan stofnana eru dæmi um hvernig áhrif líffræðilegra kenninga um öldrun birtast í dag. Kenningar um sálræna öldrun snúa að innra lífi einstaklings og hvernig það breytist með aldrinum. Forvarnir og fyrirbyggjandi öldrunarþjónusta sem miða að því að viðhalda sálrænni heilsu eru dæmi um hvernig áhrif þeirra kenninga birtast í öldrunarþjónustu. Þessar tegundir öldrunarþjónustu eru mikilvægir þættir í að viðhalda sjálfstæði einstaklinga og seinka þörf fyrir öldrunarþjónustu. Þær eru gott dæmi um hvernig kenningar skapa grunn að þróun þjónustu sem samræmist mjög vel stefnumótun um að aldraðir búi heima sem lengst.

Ákveðin viðhorfsbreyting í garð aldraðra hefur átt sér stað í samfélaginu síðustu áratugi. Sífellt meiri áhersla er lögð á að öldrunarþjónusta skuli viðhalda félagslegri, líkamlegri og andlegri virkni en áður var aðeins litið á öldrun sem líffræðilega hrörnun. Þessar breyttu áherslur gera það að verkum að meira er horft til kenninga um félagslega öldrun í þessari ritgerð en kenninga um líffræðilega og sálræna öldrun. Hlutverkakenningin fjallar um hvernig aldraðir takast á við breytt hlutverk sem fylgja hækkandi aldri. Inntak kenningarinnar endurspeglar meðal annars í því að ástæða þykir til að tala um aldraða sem sérstakan þjóðfélagshóp sem þarf sérhæfða þjónustu og nýtur ákveðinna réttinda. Hvort tveggja er skilgreint í löggjöf sem eingöngu fjallar um málefni aldraðra. Áhrif hlutverkakenningarinnar eru enn vel greinanleg í íslensku samfélagi þar sem iðulega er fjallað um aldraða sem afmarkaðan hóp. Höfundar setja spurningamerki við þessi viðhorf og þykir eðlilegra að réttindi og skyldur aldraðra væru fléttaðar inn í almenna löggjöf.

Virknikenningin leggur áherslu á að aldraðir skuli viðhalda félagslegri, líkamlegri og andlegri virkni. Samkvæmt henni eykur það lífsánægju og lífslíkur að hafa nóg fyrir stafni.

Áhrifa virknikenningarinnar gætir í öldrunarþjónustu á borð við dagvistun fyrir aldraða utan stofnana og iðju- og sjúkrabjálfun innan stofnana. Hugmyndafræði valdeflingar á rætur að rekja til virknikenningarinnar. Þar er líka lögð áhersla á áframhaldandi tilgang og virkni en útfærslan er önnur. Vandinn við að nota valdeflingu í öldrunarþjónustu er að valmöguleikar aldraðra eru oft takmarkaðir. Innleiðing gæðaviðmiða í öldrunarþjónustu getur átt þátt í að breyta því að þjónustuþegar upplifi sig fasta innan einhliða ákvarðana fagaðila. Upplýsingar um þjónustu verða aðgengilegri og þjónustuþegar hafa færi á að tjá sig um framkvæmd hennar.

Hlédrægnikenningin gerir ráð fyrir að aldraðir vilji og skuli draga sig í hlé frá samfélaginu. Áhrif hennar má meðal annars sjá í stofnanavæðingu öldrunarþjónustu og þeim viðteknu viðhorfum að aldraðir eigi að hætta að vinna þegar eftirlaunaaldri er náð. Samfellukenningin gengur út frá því að fólk haldi í sín persónulegu einkenni þrátt fyrir að það eldist. Áhrif kenningarinnar í öldrunarþjónustu má sjá í stefnumótun sem miðar að því að færa þjónustuna frekar inn á heimili fólks en að það þurfi að flytja inn á stofnun um leið og það fer að þurfa aðstoð. Félagsleg heimaþjónusta og heimahjúkrun eru dæmi um slíka þjónustu. Í kenningunni um jákvæða öldrun er lögð áhersla á jákvæðar hliðar öldrunar. Hugmyndir byggðar á jákvæðri öldrun má sjá í fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu og stoðþjónustu. Báðir þjónustuþættir miða að því að viðhalda sjálfstæði einstaklings eins lengi og mögulegt er. Þær áherslur eru jafnframt í samræmi við yfirlýsingar stjórnvalda sem koma fram í skýrslum um stefnumótun í heilbrigðismálum og málefnum aldraðra.

Eden hugmyndafræðin er aðferðafræði sem þróuð hefur verið til notkunar á öldrunarstofnunum. Kjarni hennar er að öldrunarstofnanir séu ekki sjúkrastofnanir heldur heimili þeirra sem þar búa. Viðhorf Eden hugmyndafræðinnar samræmast markmiðum gæðaviðmiðanna vel. Í báðum tilfellum er gert ráð fyrir að allir sem koma að öldrunarþjónustu hafi færi á að tjá sig um hana og taka þátt í úrbótum. Þó skal hafa í huga að Eden hugmyndafræðinni hefur enn sem komið er aðeins verið beitt inni á hjúkrunarheimilum. Reynsla af Eden hugmyndafræðinni hefur sýnt að innleiðing og áhrif nýrra aðferða í öldrunarþjónustu geta tekið tíma. Sama mun vafalaust gilda um gæðaviðmiðin og við þá vinnu mætti hafa rannsóknir á Eden hugmyndafræðinni til hliðsjónar.

Fjórða rannsóknarspurningin var: Hvaða mælitæki eru notuð við eftirlit í öldrunarþjónustu? Ýmis mælitæki eru til staðar til þess að mæla þjónustuþörf og gæði

þjónustu í heilbrigðisgeiranum. Haldið er utan um heilbrigðisskrár eins og kveðið er á um í lögum um landlækni og lýðheilsu. Þær liggja einnig til grundvallar áætlanargerð um gæðapróun. Heilbrigðisskrár sem snerta aldraða eru vistunarmatsskrá og vistunarskrá heilbrigðisstofnana. Vistunarmat á að sýna raunverulega þjónustupörf þeirra sem undir það gangast. Tilgangur þess er að veita þá þjónustu sem hver og einn hefur þörf fyrir. Einnig á matið að tryggja bestu mögulegu nýtingu úrræða sem öldruðum standa til boða. Þótt umsækjandi fylli út eyðublað hefur hann lítið um vistunarmatið að segja og ekki er gert ráð fyrir að aðstandendur hins aldraða tjái sig formlega um matið. Aðeins er leitað eftir upplýsingum frá fagaðilum en aðstandendur hafa þó sennilega færi á að tjá sig óski þeir eftir því. Tilgangur og markmið vistunarmats eru því önnur og mun takmarkaðri en tilgangur tillagna að gæðaviðmiðum fyrir öldrunarþjónustu. Vistunarmatið er einhliða og þjónustupegar hafa ekki færi á að tjá sig um aðbúnað eða líðan.

RAI-mat er alþjóðlegt mælitæki sem var hannað til að safna upplýsingum fyrir gerð hjúkrunaráætlana og meta umönnunarþarfir aldraðra á hjúkrunarheimilum og almennt heilsufar þeirra. Markmið RAI-mats er að fylgjast með heilsufari og velferð, afla upplýsinga um þarfir og umönnun, samræma upplýsingar um þarfir heilbrigðisstofnana með hjúkrunarrými, tryggja hámarksgæði þjónustu og hámarka nýtingu fjármagns. Athygli vekur að ekki séu komin álíka mælitæki í félagsþjónustu. Gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu munu verða kærkomin viðbót við þau matstæki sem þegar eru til staðar fyrir notendur og veitendur öldrunarþjónustu. Með gæðaviðmiðunum væri hægt að meta hvernig þjónusta henti best hinum aldraða auk þess sem gæðaviðmiðin eru hugsuð sem tæki fyrir stjórnendur sveitarfélaga og öldrunarþjónustu til að meta og skipuleggja þjónustu sem veitt er. Með tilkomu gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu gæti komið í hlut félagsráðgjafa að leiðbeina fagfólki, þjónustupegum og aðstandendum við notkun þeirra. Með því fengju allir aðilar sem koma að þjónustunni færi á að meta hana út frá eigin sjónarhorni og segja sína skoðun. Landlæknisembættið hefur yfirumsjón með þeim mælitækjum sem fjallað er um hér að ofan. Enginn einn eftirlitsaðili hefur formlegt eftirlit með velferðarþjónustu á borð við öldrunarþjónustu. Gæðaviðmið gætu nýst vel sem tæki til eftirlits vegna þess að með þeim er hægt að meta veitta þjónustu og fá leiðbeiningar um hvernig megi bæta hana gerist þess þörf.

Fimmta rannsóknarspurningin er: Hvernig má aðlaga tillögur að gæðaviðmiðum svo þau nýtist sem best? Að mati höfunda eru tillögur að gæðaviðmiðum ekki nægilega

notendavænar í núverandi mynd. Helstu breytingatillögur snúa að því að gera gæðaviðmiðin auðveldari í notkun fyrir alla sem koma til með að þurfa að nota þau. Gæðaviðmiðin gefa notendum og almennu starfsfólki kost á að hafa áhrif á þjónustuna sem veitt er. Áætlað er að mat notenda á þjónustunni hafi jafn mikið vægi og mat fagaðila en sú breyting er í takt við almenna þróun í velferðarþjónustu. Samkvæmt Thompson (2009) hefur krafa um notendasamráð aukist verulega síðustu ár og notendur vilja hafa áhrif á þá þjónustu sem þeim er veitt. Í Skýrslu um notendasamráð í þjónustu frá 2010 kemur fram að notendasamráð eigi vel við þjónustu sveitarfélaga. Stefna Reykjavíkurborgar er að notendasamráð verði „viðvarandi nálgun í starfi þjónustumiðstöðva og þjónustu allra borgarstofnana“ (Starfshópur um notendasamráð í þjónustu, 2010, bls. 4). Þjónustupegar eiga að hafa áhrif á ákvarðanir sem teknar eru um mál þeirra en þeir eiga ekki að geta stjórnað þeim einhliða. Gæðaviðmið eru gott tæki til þess að færa öldrunarþjónustu yfir í frekara notendasamráð vegna þess að þau gefa notendum þjónustu kost á að meta þjónustu sem veitt er auk þess sem hlutverk hins opinbera er skilgreint.

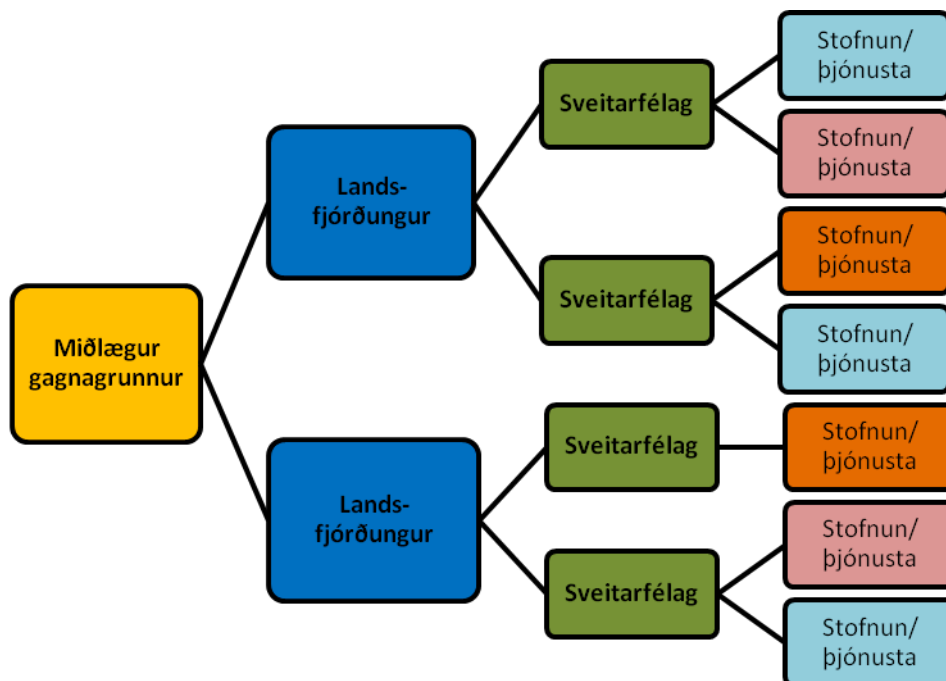
Til þess að gera gæðaviðmiðin notendavænni má til að mynda að setja þau upp sem vefforrit. Notendur þjónustu, starfsfólk og sveitarstjórnir gætu þá slegið inn þær upplýsingar sem beðið er um og fengið ákveðna niðurstöðu. Niðurstaðan væri skýr og greinileg og þar mætti sjá hvar sveitarfélagið stæði í samanburði við önnur sveitarfélög í landshlutanum eða á landinu. Leiðbeiningar um hvernig mætti bæta slaka þjónustuþætti kæmu sjálfkrafa fram með niðurstöðunum. Einnig mætti notast við spjaldtölvur svo hver og einn notandi gæti sett inn upplýsingar á einfaldan hátt. Gæðaviðmiðin mætti setja upp eins og um spurningakönnun væri að ræða þar sem svarmöguleikar væru allt frá já/nei yfir í fimm punkta Likertkvarða þar sem svarmöguleikar eru mjög ósammála, ósammála, á ekki við, sammála og mjög sammála. Á spjaldtölvunni kæmi upp eitt gæðaviðmið eða leiðbeining um gæðaviðmið og notandi væri leiddur áfram eftir svörum sínum. Forritið væri gagnvirkt og sá sem svaraði að spurning ætti ekki við sig þyrfti því ekki að svara ítarlegri spurningum um þann málaflokk.

Í framhaldinu mætti þróa miðlægan gagnagrunn þar sem allar upplýsingar væru geymdar og hægt væri að sjá gæði þjónustu hvers landsfjórðungs, sveitarfélags og stofnunar eða þjónustueiningar. Hver stofnun eða þjónustueining gæti þá séð hvort að veitt þjónusta væri viðunandi og hvernig hún kæmi út í samanburði við aðrar stofnanir eða þjónustueiningar sama sveitarfélags. Hægt væri að sjá landsviðmið og landsfjórðungsviðmið

auk viðmiðs fyrir hvert og eitt sveitarfélag. Þessi viðmið yrðu á skalanum 1–100 svo auðvelt væri að átta sig á hvernig hver þjónustueining stæði sig. Hægt væri að fá nánari útlistun á hvað þyrfti að lagfæra til að bæta niðurstöðu hvernar þjónustueiningar eða sveitarfélags. Kvarðanum mætti skipta upp í græn, gul og rauð svæði. Grænt myndi þá tákna að vel væri staðið að þjónustuþætti, gult að laga þyrfti einhver atriði og rautt að öldrunarþjónustu væri verulega ábótavant.

Með réttri notkun gæðaviðmiðanna má meta hvort þjónustustofnanir veiti þá þjónustu sem þeim er ætlað að veita og hvort sú þjónusta sé í samræmi við þarfir þjónustuþega. Einnig er eðlilegt að aldraðir einstaklingar fái svipaða grunnþjónustu hvar sem þeir búa. Aldraður einstaklingur í þéttbýli ætti þannig að fá svipaða þjónustu og aðrir aldraðir sem búa í þéttbýli. Eins væri með þá sem búa í dreifbýli; þjónusta þeirra ætti að vera sambærileg og í grundvallaratriðum sú sama og veitt er í þéttbýli.

Verði gagnagrunnurinn settur á laggirnar geta sveitarfélög séð hvernig þau standa sig í þjónustu við aldaða í samanburði við önnur sveitarfélög hvers landsfjórðungs, sem og hvernig hver og einn landsfjórðungur stendur sig. Þetta má sjá á meðfylgjandi skýringarmynd.



**Mynd 1. Miðlægur gagnagrunnur gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu**



Að öllum líkindum væri heppilegast að eitt eða tvö sveitarfélög tækju gæðaviðmiðin til reynslu um ákveðinn tíma. Vegna stærðar Reykjavíkurborgar væri heppilegt að hver þjónustumiðstöð væri skilgreind sem sérstakt stjórnsýslustig á milli sveitarfélags og stofnunar/þjónustu (sjá Mynd 1). Mögulega væri heppilegt að byrja á Akureyri ásamt öðru sveitarfélagi innan sama landsfjórðungs. Þar eru sveitarfélög af viðráðanlegri stærð sem bjóða upp á samanburð dreifbýlis og þéttbýlis. Margir fagaðilar sem unnu að gæðaviðmiðunum hafa starfað á svæðinu svo þar er fyrir hendi þekking sem æskilegt er að nýta.

Eftir fyrirfram skilgreindan reynslutíma gæfist færi á að lagfæra mögulega vankanta á kerfinu. Því næst yrði kerfið tekið upp innan landsfjórðungsins alls í ákveðinn tíma og að þeim tíma loknum yrði kerfið endurskoðað á ný. Ef kerfið verður tekið í notkun í smáum skrefum gefst færi á að kynna það fyrir öðrum sveitarfélögum svo þau geti búið sig undir innleiðingu gæðaviðmiðanna.

Æskilegt væri að einn eða fleiri frá hverju sveitarfélagi sætu námskeið eða fræðslu um notkun gæðaviðmiðanna og gagnagrunnsins. Þeir færu svo með þekkinguna heim í hérað og miðluðu henni áfram til þeirra sem þar koma að öldrunarmálum. Félagsráðgjafar sem starfa með öldruðum á einhvern hátt munu þurfa að þekkja til gæðaviðmiðanna, kunna að nota þau og skilja tilgang þeirra. Þetta á við um alla félagsráðgjafa sem í starfi sínu hitta aldraða skjólstæðinga, allt frá félagsráðgjöfum sjúkrahúsa og öldrunarstofnana til félagsráðgjafa á þjónustumiðstöðvum eða einkareknum stofum. Töluverðar líkur eru á að félagsráðgjafi þurfi bæði að fylla út spurningalista um gæðaviðmiðmiðin sem fagaðili og leiðbeina öðrum við notkun þeirra. Félagsráðgjafar sem starfa við öldrunarfélagsráðgjöf þurfa að þekkja gæðaviðmiðin sérstaklega vel og geta útskýrt markmið þeirra fyrir skjólstæðingum sínum á einfaldan og hnitmiðaðan hátt. Vegna sérþekkingar sinnar á velferðarkerfinu og þverfaglegu samstarfi væru félagsráðgjafar tilvaldir leiðbeinendur við innleiðingu gæðaviðmiða. Þeir gætu meðal annars haldið utan um kynningar og kennslu um notkun þeirra fyrir stjórnendur og fagaðila.

Mikilvægt er að tilgangur gæðaviðmiðanna sé ávallt skýr. Allir starfsmenn sem sinna öldrunarþjónustu þurfa að þekkja til gæðaviðmiðanna og vinna samkvæmt þeim svo að þau nýtist sem best. Einnig þurfa sveitarstjórnir að hafa þekkingu og skilning á þeim. Síðast en ekki síst þurfa núverandi og verðandi notendur öldrunarþjónustu að þekkja til þeirra og

þekkja möguleika sína við notkun þeirra. Ef allir aðilar þekkja gæðaviðmiðin og vinna samkvæmt þeim er auðveldara að þróa þau áfram svo þau nýtist notendum sem best.

Möguleg áhrif gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu eru bætt öldrunarþjónusta. Má þar nefna betri yfirsýn og eftirlit með öldrunarþjónustu sem getur dregið úr hættu á vanlíðan og sjálfsvanrækslu aldraðra, óánægju starfsfólks og ofbeldi gegn öldruðum. Með reglulegri notkun gæðaviðmiða fengi starfsfólk og þjónustubegar færi á að tjá sig um þá þætti sem valda andlegri vanlíðan. Með auknu eftirliti gæti dregið úr ofbeldi gegn öldruðum sem þiggja öldrunarþjónustu og í einhverjum tilfellum mætti koma í veg fyrir það. Með reglulegum verkferlum og stöðugum athugunum fengju stjórnendur öldrunarheimila og sveitarfélaga upplýsingar til að vinna með og bæta þjónustuna til að draga úr vanlíðan. Í rannsókn Rannveigar og Sigurveigar (2011) var rætt um matslista til þess að kanna hvort aldraður einstaklingur vanræki sjálfan sig. Umræddur listi gæti vel verið gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu. Væri þá hægt að kortleggja hvort og hvaða þjónustu hinn aldraði fengi og meta þjónustubörf hans. Í framhaldinu væri hægt að kynna fyrir honum hvaða þjónusta og úrræði standa til boða og hvetja hann til þess að nýta sér þau.

Ætluð áhrif gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu eru meiri hagræðing í öldrunarmálum. Þar sem aldraðir verða stærri hluti af íslensku þjóðinni á komandi árum er mikilvægt að huga að því með hvaða hætti þjónusta við þá fer fram. Nú þegar málefni aldraðra eru öll undir einu ráðuneyti ætti að vera auðveldara að skipuleggja þjónustu sem veitt er og auka með því hagræðingu. Þar sem öldrunarþjónusta á að færast frá ríki til sveitarfélaga er mikilvægt að sveitarfélög hafi verklagsramma til að vinna eftir. Með slíkum ramma er auðveldara að þjónusta aldraðan einstakling í nærumhverfi sínu í stað þess að flytja hann í hjúkrunarrými. Þannig er kostnaði við öldrunarþjónustu haldið í lágmarki.

Lokaniðurstaða er því sú að tillögur að gæðaviðmiðum byggji á sterkum grunni kenninga um öldrun, séu í takt við þróun í málefnum aldraðra og í samræmi við stefnumótun stjórnvalda.

---

Selma Björk Hauksdóttir

---

Sirry Sif Sigurlaugardóttir

## Heimildaskrá

- Aðalsteinn Guðmundsson og Ársæll Jónsson. (2007). Öldrunarlækningar á Íslandi – þróun og framtíðarsýn. *Öldrun: Tímarit um öldrunarmál*, 25(1), 12–15.
- Anna G. Ahlbrecht. (2008). Gæðastaðlar. Gæði landfræðilegra gagna. *Staðalmál. Fréttabréf Staðlaráð Íslands*, 2, 5.
- Anna Björg Aradóttir og Laura Scheving Thorsteinsson. (2009). Reglugerð um gæðavísu í heilbrigðisþjónustu. *Talnabrunnur. Fréttabréf landlæknis um heilbrigðistöfræði*, 3(1), 2–3.
- Anna Björg Aradóttir, Laura Scheving Thorsteinsdóttir, Matthías Halldórsson og Sigríður Halldórsdóttir. (2006). *Faglegt eftirlit Landlæknisembættisins – greinargerð um eftirlit Landlæknisembættisins með heilbrigðisstofnunum og starfi heilbrigðisstétta*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Ásdís Skúladóttir og Gylfi Guðjónsson. (1978). *Öldrunarþjónusta. Tillaga að öldrunarþjónustu í Skagafirði – Öldrunarþjónusta almennt*. Reykjavík: Húsnæðismálastofnun ríkisins, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Framkvæmdastofnun ríkisins, byggðadeild.
- Berglind Helgadóttir, Guðbjörg Linda Rafnsdóttir, Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kolbrún Ósk Hrafnadóttir, Kristinn Tómasson, Svava Jónsdóttir og Þórunn Sveinsdóttir. (2001). *Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks í öldrunarþjónustu*. Reykjavík: Vinnueftirlitið.
- Berk, L. E. (2007). *Development Through the Lifespan* (4. útgáfa). Boston: Allyn and Bacon.
- Björk Ólafsdóttir. (2010). *Skólastefna sveitarfélaga. Handbók*. Reykjavík: Samband íslenskra sveitarfélaga.
- Black, J. A. (2008). The not-so-golden years: Power of attorney, elder abuse, and why our laws are failing a vulnerable population. *St. John's Law Review*, 82: 289–314.
- Bolli Þór Bollason. (2011). Minnisblað um flutning málefna aldra til sveitarfélaga. Sótt 25. apríl 2012 af <http://www.velferdarraduneyti.is/raduneyti/nefndir-radstjornir/nr/33087>.
- Bond, J. og Cabrero, G. R. (2007). Health and dependency in later life. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. (ritstjórar), *Ageing in Society* (bls. 113–141). Lundúnir: Sage Publications Ltd.
- Bowling, A. og Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 13–15.
- Brownie, S. (2011). A culture change in aged care: The Eden Alternative (TM). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 63–68.
- Brownie, S., Neeleman, P. og Noakes-Meyer, C. (2011). Exemplar: Establishing the Eden alternative (TM) in Australia and New Zealand. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 37(2), 222–224.
- Búsetudeild Akureyrarbæjar. (2008). *Handbók starfsmanna heilsuefandi heimsóknna*. Akureyri: Höfundur.
- Castle, N. G., Engberg, J., Anderson, R. og Men, A. (2007). Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: Intent to leave and turnover. *The gerontologist*, 47(2), 193–204.

- Chamberlin, J. (e.d.). *A Working Definition of Empowerment*. Sótt 20. apríl 2012 af [http://www.power2u.org/articles/empower/working\\_def.html](http://www.power2u.org/articles/empower/working_def.html).
- Coleman, M. T., Looney, S., O'Brien, J. og Ziegler, C. (2002). The Eden alternative: aindings after 1 year of implementation. *The Journals of Gerontology*, 57(7), 422–427.
- Dong, X., Simon, M., Wilson, R., Beck, T. og McKinell, K. (2011). Association of personality traits with elder self-neglect in a community-dwelling population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 743–751.
- Elísabet Karlsdóttir. (2011). *Verkefni, vinnuumhverfi og líðan starfsfólk í umönnun aldraða á Íslandi. Norræn samanburðarrannsókn*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í barna- og fjölskylduvernd og þjóðmálastofnun Háskóla Íslands.
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2009). *Introduction to Social Work*. Boston: Allyn and Bacon.
- Félags- og tryggingamálaráðuneytið. (2008). *Mótun stefnu í þjónustu við aldraða til næstu ára. Tillögur ráðgjafarhóps félags- og tryggingamálaráðherra*. Reykjavík: Höfundur.
- Félagsráðgjafafélag Íslands. (2006, nóvember). *Starfsreglur Fagdeildar félagsráðgjafa í öldrunarþjónustu*. Félagráðgjafafélag Íslands. Sótt 1. apríl 2012 af <http://www.felagsradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=21&Itemid=44>.
- Friedman, S. M., Daub, C., Cresci, K. og Keyser, R. (1999). A comparison of job satisfaction among nursing assistants in nursing homes and the program of all-inclusive care for the elderly (PACE). *The gerontologist*, 39(4), 434–439.
- Garmon Bibb, S. C., Padden, D. L. og Ferguson, W. (2012). Moderators of access and utilization of clinical preventive services in older adults. *Journal of Advanced Nursing* 68(2), 335–348.
- Gergen, M. M. og Gergen, K. J. (2002). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 1(27), 3–23.
- Gibbons, S., Lauder, W. og Ludwick, R. (2006). Self-neglect: A proposed new NANDA diagnosis [rafræn útgáfa]. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17, 10–18.
- Guðmundur Óskar Ólafsson. (1997). *Ellí- og hjúkrunarheimilið Grund – Svipmyndir úr 75 ára sögu*. Reykjavík: Bókaútgáfan Grund.
- Gunnar Helgi Kristinsson. (2006). *Íslenska stjórnkerfið*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Gæðaráð Landlæknisembættisins í öldrunarhjúkrun. (2001). *Hjúkrunarmönnun á öldrunarstofnunum – Ábendingar Landlæknisembættisins*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Hagstofa Íslands. (2010). Mannfjöldi [rafræn útgáfa]. *Hagtíðindi*, 95(48), 1–24.
- Hagstofa Íslands. (2012). Mannfjöldi [rafræn útgáfa]. *Hagtíðindi*, 97(14), 1–24.
- Halldór Sig. Guðmundsson og Kristín Sóley Sigursveinsdóttir. (2011, nóvember). [Stutt lýsing á verkefnahugmynd um: Gæðaviðmið í öldrunarþjónustu – prófun og úttekt]. Óbirt gögn.
- Hanna Björg Sigurjónsdóttir. (2006). Valdefling: Glíma við margþætt hlutverk. Í Rannveig Traustadóttir (ritstjóri), *Fötlun: Hugmyndir og aðferðir á nýju fræðasviði* (bls. 66–80). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Hansebo, G., Kihlgren, M., Ljunggren, G. og Winblad, B. (1998). Staff views on the resident assessment instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the cognitive performance scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 642–653.

- Healy, K. (2005). *Social Work Theories in Context*. Lundúnir: Palgrave Macmillan.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 – Langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2003). *Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015*. Reykjavík: Höfundur.
- Hooyman, N. R. og Kiyak, H. A. (2011). *Social Gerontology. A multidisciplinary perspective* (9. útgáfa). Boston: Pearson.
- Hólmfríður K. Gunnardóttir, Kristinn Tómasson og Guðbjörg Linda Rafnsdóttir. (2004). Vinnuálag og líðan mismunandi starfshópa kvenna í öldrunarþjónustu. *Læknablaðið*, 90, 217–222.
- Hrafnista. (1982). *Dvalarheimili aldraðra sjómanna – Hrafnista 25 ára*. Reykjavík: Höfundur.
- Hugarafli. (e.d.) *Hugarafli*. Sótt 20. apríl 2012 af <http://www.hugarafli.is/hugarafli>.
- Ingimar Einarsson. (1980). *Öldrunarþjónusta á Íslandi – skýrsla til heilbrigðis- og félagsmálaráðherra*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Johnson, J. og Adams, J. (1995). Self-neglect in later life [rafræn útgáfa]. *Health and Social Care in the Community*, 4(4), 226–233.
- Jón Björnsson. (2010). [Gæðaviðmið fyrir öldrunarþjónustu]. Óbirt gögn.
- Juthberg, C. (2008). *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden* [rafræn útgáfa]. Umeå University Medical Dissertations, New Series No. 1203.
- Kart, C. S. (1997). Sociological theories of aging. Í *The Realities of Aging, an introduction to gerontology* (5. útgáfa) (bls. 200–231). Boston: Allyn and Bacon.
- Kayser-Jones, J. og Schell, E. (1997). The effect of staffing on the quality of care at mealtime. *Nursing Outlook*, 45, 64–72.
- Kunemund, H. og Kolland, F. (2007). Work and retirement. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. (ritstjórar), *Ageing in Society* (bls. 167–185). Lundúnir: Sage Publications Ltd.
- Landlæknisembættið. (2007). *Klínískar leiðbeiningar, um klínískar leiðbeiningar*. Sótt 1. apríl af <http://www.landlaeknir.is/Pages/182>.
- Landlæknisembættið. (2009). *Eftirlit Landlæknisembættisins með heilbrigðisþjónustu. Greinargerð*. Reykjavík: Höfundur.
- Landlæknisembættið. (2010-a). *Ársskýrsla Landlæknisembættisins 2009*. Reykjavík: Höfundur.
- Landlæknisembættið. (2010-b). *Mönnun á hjúkrunarheimilum haustið 2009 – Greinargerð*. Reykjavík: Höfundur.
- Landlæknisembættið. (2011-a). *Saga embættisins*. Sótt 21. febrúar 2011 af <http://www.landlaeknir.is/Pages/61>.
- Landlæknisembættið. (2011-b). *Vistunarmat*. Sótt 4. apríl 2011 af <http://www.landlaeknir.is/?PageID=1142>.
- Laura Sch. Thorsteinsson (fyrirlesari). (2010). *Mælikvarði á gæði? Gæðavísar í heilbrigðisþjónustu*. Reykjavík: Ís-Forsa. Sótt 27. mars af <http://isforsa.net/userfiles/File/malting2010/Bryndis%20og%20Lara.wma>.
- Lára Björnsdóttir. (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn – félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 4961). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknir í barna- og fjölskylduvernd.

- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. og Gilnos, I. A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union*. Kaupmannahöfn: World Health Organization.
- Lewis, T., Arling, G. og Mueller, C. (2004). Staff perceptions of involvement and self-value in nursing homes: Does position matter? *The Gerontologist*, 44, 629.
- Lymbery, M. (2005). *Social Work with Older People. Context, policy and practice*. Lundúnir: Sage Publications Ltd.
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.
- Lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007.
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.
- Marcoen, A., Coleman, P. G. og O'Hanlon, A. (2007). Psychological ageing. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. (ritstjórar), *Ageing in Society* (bls. 38-67). Lundúnir: Sage Publications.
- O'Brien, J. G. (2011). Self-neglect in old age [rafræn útgáfa]. *Aging Health*, 7(4), 573-581.
- Oddur Ingimarsson, Thor Aspelund og Pálmi V. Jónsson. (2004). Vistunarmat aldraðra á árunum 1992-2001 – Tengsl við lifun og vistun í hjúkrunarrými. *Læknablaðið*, 90, 121-129.
- Payne, M. (2005). *Modern social work theory: a critical introduction* (3. útgáfa). Basingstoke: Palgrave Mcmillan.
- Pálmi V. Jónsson. (2003). RAI fjölskyldan á Íslandi. *Öldrun*, 21(1), 48.
- Pálmi V. Jónsson. (2005). Hvað getum við lært af vistunarmati aldraðra? *Læknablaðið*, 91(2), 147-148.
- Peace, S., Dittmann-Kohli, F., Westerhof, G. J. og Bond, J. (2007). The ageing world. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. (ritstjórar), *Ageing in Society* (bls. 1--14). Lundúnir: Sage Publications Ltd.
- Peri, K., Fanslow, J., Hand, J. og Parsons, J. (2009). Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect. *Social Policy Journal of New Zealand*, 159-172.
- Phillipson, C. og Baars, J. (2007). Social theory and social ageing. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. (ritstjórar), *Ageing in Society* (bls. 68-84). Lundúnir: Sage Publications Ltd.
- RAI nefnd heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. (2006). *Upplýsingakerfi RAI-mats – Notendahandbók*. Reykjavík: Stiki.
- Rannveig Sigríður Ragnarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir (2011). Sjálfsvanræksla aldraðra. Í Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum XII, Félagráðgjafardeild. Þjóðarspegill* (bls. 52-60). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands. Sótt 1. apríl af <http://hdl.handle.net/1946/10250>.
- Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008.
- Reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007.
- Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum nr. 544/2008.
- Reglugerð um Stjórnarráð Íslands nr. 177/2007.
- Reglugerð um vistunarmat vegna hjúkrunarrýma nr. 1000/2008.
- Reglugerð um þjónustuhóp aldraðra og vistunarmat aldraðra nr. 791/2001.

- Ríkisendurskoðun. (2012, febrúar). Rekstur og starfsemi hjúkrunarheimila 2008–2020. Skýrsla til Alþingis. Sótt 22. apríl 2012 af [http://www.rikisend.is/fileadmin/media/skyrslur/rekstrarumhv\\_hjukrunarh.pdf](http://www.rikisend.is/fileadmin/media/skyrslur/rekstrarumhv_hjukrunarh.pdf).
- Rosher, R. B. og Robinson, S. (2005). The Eden alternative: Impact on student attitudes. *Educational Gerontology, 31*, 273-282.
- Ruppel, S. E., Jenkins, W. J., Griffin, J. L. og Kizer, J. B. (2010). Are they depressed or just old? A study of perceptions about the elderly suffering from depression. *North American Journal of Psychology, 1*, 31-42.
- Sev'er, A. (2009). More than wife abuse that has gone old: A conceptual model for violence against the aged in Canada and the US. *Journal of Comparative Family Studies, 40*(2), 279-292.
- Siegrist, J. (2001). Stress, ageing and quality of life. *European Review, 9*(4), 487-499.
- Sigríður Egilsdóttir. (2006). Hvað er RAI-mat í öldrunarþjónustu? Margþætt matstæki. *Tímarit hjúkrunarfræðinga, 82*(2), 20-23.
- Sigrún Ingvarsdóttir. (2009). *Ofbeldi gegn öldruðum – Viðhorf, þekking og reynsla starfsfólks í heimaþjónustu*. Óbirt MA-ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsráðgjafardeild.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2003). Vellíðan á efri árum - áhrifaþættir og stefnumörkun. Í Friðrik H. Jónsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum IV. Félagsvísindadeild. Erindi flutt á ráðstefnu í febrúar 2003* (bls. 227-233). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2006). Aldraðir, fræðin og framtíðin. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn – félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 259-269). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknir í barna- og fjölskylduvernd.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2008). Í Gunnar Þór Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstjórar), *Rannsóknir í félagsvísindum IX, Félags- og mannvísindadeild, félagsráðgjafardeild, sálfræðideild og stjórn málafræðideild. Þjóðarspeglill* (bls. 381--389). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2010). Hver veitir eldra fólki aðstoð? Eldri borgarar, aðstandendur og opinberir þjónustuaðilar. *Rannsóknir í félagsvísindum XI. Erindi flutt á Þjóðarspeglil í október 2010* (bls. 60–68). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Sóttvarnalög nr. 19/1997 með áorðnum breytingum nr. 43/2007.*
- Starfshópur um notendasamráð í þjónustu. (2010). *Notendasamráð í þjónustu* [rafræn útgáfa]. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar.
- Steinunn K. Jónsdóttir. (2001). Lýðfræðilegar breytingar – aldursamsetning og farsæl öldrun. *Öldrun, 1*, 15-18.
- Stjórnarskrá lýðveldisins Íslands nr. 33/1944*
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C. og Aarsland, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(8), 789–797.
- Thompson, N. (2009). *Understanding Social Work* (3. útgáfa). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Thompson, N. (2010). *Theorizing Social Work Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Valgerður Halldórsdóttir. (2011). Fag- og landshlutadeildir Félagsráðgjafafélags Íslands. *Tímarit félagsráðgjafa, 1*, 53–56.

- Velferðarráðuneytið. (e.d.-a). *Um velferðarráðuneytið*. Sótt 29. mars 2012 af <http://www.velferdarraduneyti.is/raduneyti/um-raduneytid/>.
- Velferðarráðuneytið. (e.d.-b). *Almennar upplýsingar um öldrunarmál*. Sótt 3. apríl af [http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/malefni\\_aldradra/Almennt/](http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/malefni_aldradra/Almennt/).
- Velferðarráðuneytið. (2008). Stefna í málefnum aldraðra til næstu ára. Sótt 25. apríl 2012 af [http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/malefni\\_aldradra/Almennt/nr/4417](http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/malefni_aldradra/Almennt/nr/4417).
- Velferðarráðuneytið. (2011). Minnisblað um flutning málefna aldraðra til sveitarfélaga. Sótt 25. apríl 2012 af <http://www.velferdarraduneyti.is/yfirfaerslan/stjornun-og-fagnefndir/nr/33257>.
- Virginia Department of Social Services. (1991). *A national study of self-neglecting adult protective services clients*. Richmond: Höfundur.
- Westendorp, R. G. J. og Kirkwood, T. B. L. (2007). The biology of ageing. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof (ritstjórar). *Ageing in Society* (bls. 15–37). Lundúnir: Sage Publications.
- Westerhof, G. J. og Tulle, E. (2007). Meanings of ageing and old age: discursive contexts, social attitudes and personal identities. Í Bond, J., Peace, S., Dittmann-Kohli, F. og Westerhof, G. (ritstjórar), *Ageing in Society* (bls. 235–254). Lundúnir: Sage Publications Ltd.
- WHO. (e.d.). *Definition of Health*. Sótt 1. apríl af <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>.
- Wolf, R., Daichman, L. og Bennett, G. (2002). Abuse of the elderly. Í E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi og R. Lozano (ritstjórar), *World report on violence and health* (bls. 123–143). Genf: World Health Organization.
- Þingskjal 1076. (2000–2001). Frumvarp til laga um breytingu á lögum um málefni aldraðra, nr. 125/1999. *Alþingistíðindi A-deild*, Sótt 28. febrúar 2012 af <http://www.althingi.is/dba-bin/unds.pl?txi=/wwwtext/html/126/s/1076.html&leito=m%E1lefni%5C0aldrad%F0ra#word1>.
- Þingskjal 1258. (2009–2010). Frumvarp um breytingu á lögum um Stjórnarráð Íslands, nr. 73/1969, með síðari breytingum. *Alþingistíðindi A-deild*, Sótt 25. mars 2012 af <http://www.althingi.is/dba-bin/unds.pl?txi=/wwwtext/html/138/s/1258.html&leito=stj%F3rnarr%E1%F0#word1>.
- Þingskjal 282. (2006–2007). Frumvarp til laga um embætti landlæknis. *Alþingistíðindi A-deild*, Sótt 10. febrúar 2012 af <http://www.althingi.is/dba-bin/unds.pl?txi=/wwwtext/html/133/s/0282.html&leito=landl%E6knis#word1>.
- Þingskjal 361. (2011–2012). Frumvarp til laga um breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu (sameining vistunarmatsnefnda), *Alþingistíðindi A-deild*, Sótt 3. apríl 2012 af <http://www.althingi.is/dba-bin/unds.pl?txi=/wwwtext/html/140/s/0361.html&leito=vistunarmatsnefnda#word1>.
- Þingskjal 699. (2002–2003). Frumvarp til laga um staðla og Staðlaráð Íslands. *Alþingistíðindi A-deild*, Sótt 20. mars 2012 af <http://www.althingi.is/dba-bin/unds.pl?txi=/wwwtext/html/128/s/0699.html&leito=sta%F0lar%E1%F0#word1>.



## Viðauki: Sýnishorn af fyrirleggjandi tillögum gæðaviðmiða fyrir öldrunarþjónustu.

Tillögur frá 2010

### Inngangur

Gæðaviðmið eru lýsing á góðri framkvæmd (good practice) öldrunarþjónustu, þau eru til fyrirmyndar um hvernig hún gæti best orðið.

Gæðaviðmið eru ekki fyrirmæli eða tilskipanir á borð við laga- eða reglugerðarákvæði. Þau eiga engu að síður grundvöll í lögum; einkum lögum um málefni aldra nr. 125 frá 1999 og lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40 frá 1991 og eru tilraun til að lýsa því hvernig æskilegt er að útfæra hið almenna orðalag lagagreina.

Fyrir liggur að þeir þættir öldrunarþjónustu sem nú eru á hendi félags- og tryggingamálaráðuneytisins (og hafa verið frá ársbyrjun 2008) verða færðir til sveitarfélaganna ásamt tilheyrandi tekjustofnum árið 2012. Þá verður öll öldrunarþjónusta á ábyrgð og í framkvæmd sveitarfélaganna. Heilbrigðisþjónusta við aldra, sem er hluti almennrar heilbrigðisþjónustu, verður eftir sem áður á hendi heilbrigðisráðuneytisins. Óljóst er þó á þessu stigi hvernig háttá mun til um heimahjúkrun.

Gæðaviðmiðin vísa engu að síður til núgildandi laga (2009). Að því leyti sem lögum um málefni aldra verður breytt áður en til verkefnatilfærslunnar kemur, þarf að gera viðhlítandi breytingar á viðmiðunum.

Grunnhugsun gæðaviðmiðanna er sú sama og í lögum um málefni aldra og lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga: að styðja aldra til sjálfstæðis þegar sjálfsbjargir þeirra skerðast samfara hækkandi aldri. Í því efni skiptir meginmáli að vanda til ákvörðunar um þjónustuna; að um hana ríki sátt milli sveitarfélagsins og notandans og að þjónustan sé í samræmi við raunverulegar þarfir notandans á hverjum tíma.

Gæðaviðmiðin eru hugsuð til leiðsagnar fyrir sveitarfélög og rekstraraðila öldrunarþjónustu um það hvernig byggja má upp fyrirmyndaröldrunarþjónustu. Í annan stað nýtast gæðaviðmiðin notendum öldrunarþjónustu og íbúum sveitarfélaga almennt við að meta þá þjónustu sem sveitarfélag veitir. Í þriðja lagi eru gæðaviðmiðin grundvöllur þess eftirlits sem félags- og tryggingamálaráðuneytið mun hafa með framkvæmd sveitarfélaganna á öldrunarþjónustu eftir að verkefnatilfærslan hefur átt sér stað.

Gæðaviðmiðin eru alls 23 í fimm köflum. Öllum utan einu fylgja fleiri eða færri leiðbeiningar um nánari útfærslu. Hverju þeirra fylgja ennfremur svonefnd „rauð ljós“, þar sem tilgreint er hvernig það lýsir sér, ef framkvæmd uppfyllir ekki kröfur gæðaviðmiðsins. Það eru einkum þessi „rauðu ljós“ sem verða grundvöllur eftirlitsins. Gæðaviðmiðin skiptast í fimm kafla.

**Fyrsti kaflinn** tekur til sex gæðaviðmiða og fjallar um inntak öldrunarþjónustu, þ.e. hvaða þjónusta öldruðum þarf að standa til boða. Þjónustunni er skipt í fernt: Fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu

Heimaþjónustu, sem veitt er á heimilum aldraðra til að styðja við sjálfstæða búsetu og aftur er skipt í heimahjúkrun, liðveislu og heimilisþjónustu.

Stoðþjónustu, stuðningur við sjálfstæða búsetu, sem veitt er utan heimilis aldraðra.

Búsetu, sem felst í að hafa tiltækt húsnæði sem að gerð eða með tengingu við heimaþjónustu mætir sérstökum þörfum aldraðra í sjálfstæðri búsetu.

Hjúkrunarrými, við þær aðstæður þegar aldraðir geta með engu móti búið að öllu leyti sjálfstætt, eða heimaþjónustan sem til þess þarf er orðin of kostnaðarsöm.

**Annar kafllinn** tekur til fimm gæðaviðmiða og fjallar um 1.hvernig þjónustuparfir aldraðra séu metnar, 2.hvernig ákvörðun er tekin um þjónustu, 3.hvernig um hana er samið og 4.hvernig hún er endurskoðuð. Hér er leitast við að lýsa hvernig þjónustupörfum aldraðra verði mætt á fullnægjandi hátt en þannig að ekki komist til ofþjónustu. Hér er einnig fjallað um skyldu sveitarfélagsins til að veita þjónustu; lágmark hennar og hámark.

**Þriðji kafllinn** tekur til sjö gæðaviðmiða og fjallar um áhersluatriði í þjónustunni; áreiðanleika, sveigjanleika, samfellu, gott viðmót, góð vinnubrögð, virðingu fyrir notanda, hvernig leitast sé við að tryggja sjálfstæði hans, trúnað við hann og öryggi hans sjálfs og eigna hans.

**Fjórði kafllinn** tekur til fjögurra gæðaviðmiða og fjallar um stjórnun, starfsmannaval, starfsmannafræðslu og gæðaeftirlit í öldrunarþjónustu sveitarfélags.

**Fimmti kafllinn** telur aðeins eitt gæðaviðmið sem lýtur að þeirri ytri umgjörð sem þarf að vera fyrir hendi svo sveitarfélög geti staðið vel að öldrunarþjónustu; lagaramma, stofnunum, upplýsingum og rannsóknum á öldruðum, menntun í öldrunarfræðum, virku eftirliti og hagsmunavörslu aldraðra sjálfra.

Í **viðauka I** er gerð grein fyrir tengingu gæðaviðmiðanna við einstakar lagagreinar.

Í **viðauka II** er orðalisti þar sem helstu hugtök sem koma fyrir í gæðaviðmiðunum (og eru þar undirstrikuð) eru skilgreind.

Jón Björnsson, sálfræðingur

## Kafli I. Inntak öldrunarþjónustu

### 1. Um öldrunarþjónustu almennt

Aldraðir eiga kost á fjölbreyttri, faglegri og vandaðri öldrunarþjónustu á vegum sveitarfélags síns, samkvæmt einstaklingsbundnu mati og samningi um öldrunarþjónustu á grundvelli þess. Þeir fá heimaþjónustu þegar þeir þarfnast, stoðþjónustu og eiga kost á búsetuúrræðum tengdum þjónustu, í því skyni að þeir geti þróað fyrir hækkandi aldur varðveitt sjálfsforræði sitt og búið sem lengst á eigin heimili. Þá býðst öldruðum hjúkrunarrými þegar ekki er kostur á sjálfstæðri búsetu.

### 2. Um fyrirbyggjandi öldrunarþjónustu

Öldrunarþjónustan leitast með almennum forvarnaraðgerðum við að koma í veg fyrir að breytingar samfara hækkandi aldri skerði að óþörfu sjálfsbjargargetu og lífsgæði eldra fólks.

#### Leiðbeiningar:

2-1. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í greinargóðri og ítarlegri kynningu á þeirri öldrunarþjónustu sem er í boði í sveitarfélaginu.

2-2. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í að vekja miðaldra og roskið fólk til umhugsunar um elliárin og hvernig það geti undirbúið þau hvað varðar t.d. vinnu, tómstundir, húsnæði, fjármál o.fl.

2-3. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í að hvetja fólk, einkum roskið fólk og aldrað, til að sporna við hrörnun með heilsu- og hugarrækt.

2-4. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í kerfisbundnum heimsóknum fagfólks til aldraðra í því skyni að meta hagi þeirra og kynna þeim úrræði öldrunarþjónustunnar.

2-5. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í markvissri hvatningu til einstakra áhættuhópa til að nýta sér tiltekin úrræði öldrunar-, heilbrigðis- eða *annarrar þjónustu*.

2-6. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í samvinnu og stuðningi öldrunarþjónustunnar við samtök aldraðra til verkefna sem hafa forvarnargildi á sviði öldrunarmála.

2-7. Almennar forvarnaraðgerðir geta falist í samstarfi við heilbrigðisstofnanir, hagsmunasamtök, áhugafélög eða aðra aðila um forvarnarverkefni á sviði öldrunarmála.

#### Rauð ljós:

2-1 til 2-7. Öldrunarþjónusta getur ekki sýnt fram á neitt frumkvæði né aðild að neinu forvarnarstarfi af því tagi sem getið er í leiðbeiningunum.

### 3. Um heimaþjónustu

Aldraðir eiga kost á fjölbreyttri heimaþjónustu; heimahjúkrun, persónulegri liðveislu og heimilisþjónustu í þeim mæli og á þeim tímum sem þeir óska og mat á þjónustubörfum sýnir þörf fyrir, í því skyni að styðja þá sem lengst til sjálfstæðrar búsetu í heimahúsum.

#### Leiðbeiningar:

3-1. Heimaþjónusta er veitt inni á heimili aldraðra og tekur a.m.k. til þriggja greina;

a) heimahjúkrunar, sem felur í sér faglega umönnun vegna sjúkdóma og forvarnir, veitt af hjúkrunarfræðingum eða undir þeirra stjórn, b) liðveislu sem er persónulegur stuðningur og nærfærin þjónusta við athafnir daglegs lífs, félagsskapur, aðstoð við útréttingar, innlit og eftirlit, og c) heimilisþjónustu sem er aðstoð við húsverk, sem hinn aldraði ræður ekki við.

3-2. Heimaþjónusta af öllum þremur greinum stendur öldruðum til boða í þeim mæli og á hverjum þeim tíma sólarhrings sem einstaklingsbundið mat á þjónustubörf sýnir að er æskilegt.

3-3. Stjórnanda öldrunarþjónustu er þó heimilt að synja – eða taka fyrir aukningu á – heimaþjónustu við aldraðan einstakling, þegar sýna má fram á að samanlagður kostnaður sveitarfélagsins við að veita honum alla öldrunarþjónustu í heimahúsi verði hærrí en tilkostnaður sveitarfélagsins við að veita honum nauðsynlega þjónustu í hjúkrunarrými. Notanda er í slíku tilfalli boðið hjúkrunarrými með vísan til 1. gr. laga nr. 125 frá 1999 um málefni aldraðra.

3-4. Stjórnandi öldrunarþjónustu heldur fjölda starfsmanna sem koma á heimili sama notanda innan þeirra marka að persónuleg kynni og traust fái myndast milli notanda og þeirra allra.

3-5. Stjórnandi öldrunarþjónustu hefur samráð við notanda, aðstandendur hans og/eða fulltrúa, ef starfsmannaskipti eru fyrirsjáanleg og notandi veit ávallt af þeim með góðum fyrirvara.

3-6. Nýir starfsmenn í heimaþjónustu eða afleysingastarfsmenn eru undantekningarlaust kynntir persónulega fyrir notanda áður en þeir hefja störf.

3-7. Starfsmaður heimaþjónustu bankar eða hringir dyrabjöllu og segir greinilega til sín áður en hann kemur inn á heimili notanda.

3-8. Starfsmaður heimaþjónustu kannar ávallt við komu á heimili hvort notandi hafi sérstakar þarfir eða óskir um þjónustuna í það sinnið og leitast eftir megni við að verða við þeim.

3-9. Starfsmaður heimaþjónustu hefur ekki lykla að húsnaði eða hirslum notanda nema með skriflegu umboði frá notanda eða fulltrúa hans.

3-10. Starfsmaður heimaþjónustu gætir lykla sem hann hefur að húsnaði eða hirslum notanda vandlega og afhendir þá aldrei óviðkomandi.

3-11. Starfsmaður heimaþjónustu gerir notanda og næsta yfirmanni sínum tafarlaust grein fyrir því glati hann lyklum að húsnaði notanda eða séu þeir teknir úr vörslu hans.

3-12. Starfsmaður heimaþjónustu gætir ýtrasta trúnaðar um lykilorð eða dyrakóða hjá notanda sem honum hefur verið trúnað fyrir vegna starfsins.

3-13. Starfsmaður heimaþjónustu gengur frá húsnaði, dyrum og gluggum notanda við brottför í samráði við hann og/eða aðstandendur hans eða fulltrúa.

3-14. Starfsmaður heimaþjónustu gerir næsta yfirmanni sínum tafarlaust grein fyrir því ef notandi er ekki viðlátinn á umsömdum tíma, svari hann ekki dyrabjöllu eða símhringingu.

3-15. Þyki tilefni til og að fengnu samþykki notanda, aðstandenda hans og/eða fulltrúa, færa starfsmenn, sem veita honum þjónustu á heimili hans, þjónustu- eða samskiptabók eða ígildi þessa, sem þar er varðveitt, í því skyni að tryggja að nauðsynlegar upplýsingar berist milli umsjáraðila. Allar færslur í þjónustubók eru læsilegar, byggðar á staðreyndum, undirritaðar og dagsettar. Þjónustubókin, sem er eign notanda, er varðveitt á öruggum stað á heimili notanda samkvæmt samkomulagi við hann, aðstandendur hans og/eða fulltrúa.

### **Rauð ljós:**

3-1. Aldraðir eiga ekki vöð á öllum þrem greinum heimaþjónustu, þó að einstaklingsbundið mat á þjónustubörf sýni að þær séu æskilegar, jafnvel nauðsynlegar.

3-2. Heimaþjónusta stendur ekki til boða í þeim mæli né á þeim tímum sem einstaklingsbundið mat á þjónustubörf sýnir að sé æskilegt, jafnvel nauðsynlegt.

3-3. Stjórnandi öldrunarþjónustu synjar beiðni um heimaþjónustu við aldraðan einstakling sem einstaklingsbundið mat hefur þó leitt í ljós að sé æskileg eða nauðsynleg, án þess að geta sýnt fram á að samanlagður kostnaður sveitarfélagsins við að veita honum þjónustu í heimahúsum verði þá hærri en kostnaður sveitarfélagsins við að veita honum fulla þjónustu í hjúkrunarrými. Synjað er beiðni um heimaþjónustu við nefndar aðstæður án þess að notanda sé boðið hjúkrunarrými.

3-4. Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að of margir starfsmenn komi að heimaþjónustunni við notandann og fleiri en svo að hann geti kynnst þeim og myndað við þá traust, persónuleg tengsl.

3-5. Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að skipt sé um starfsmenn við heimaþjónustu fyrirvaralaust og án samráðs við sig.

3-6. Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að nýir starfsmenn heimaþjónustu séu ekki kynntir fyrir notandanum áður en þeir hefja störf.

3-7. Starfsmaður heimaþjónustu kemur inn í íbúðarhúsnæði notanda án þess að banka eða segja til sín.

3-8. Starfsmaður heimaþjónustu lætur hjá líða við komu að kanna sérstakar óskir eða þarfir notanda í það sinnið.

3-9. Starfsmaður heimaþjónustu hefur undir höndum lykla að húsnæði eða hirslum notanda án þess að notandi hafi veitt honum til þess skriflegt umboð.

3-10. Starfsmaður heimaþjónustu gætir ekki að lyklum sem notandi hefur trúað honum fyrir svo þeir geta komist í hendur óviðkomandi.

3-11. Starfsmaður heimaþjónustu gerir ekki notanda og yfirmanni tafarlaust grein fyrir að hann hafi glatað lyklum að húsnæði eða hirslum notanda.

3-12. Starfsmaður heimaþjónustu gætir ekki trúnaðar um lykilorð eða kóða sem honum hefur verið trúað fyrir af notanda, aðstandendum hans og/eða fulltrúa.

3-13. Starfsmaður heimaþjónustu gengur við brottför ekki á þann hátt frá húsnæði, dyrum og gluggum, sem samkomulag er um við notanda.

3-14. Starfsmaður heimaþjónustu lætur hjá líða að gera yfirmanni sínum tafarlaust grein fyrir því ef hann með engu móti nær sambandi við notanda á umsömdum tíma.

3-15. Þjónustubók er haldin án samþykkis notanda, færslur eru gloppóttar, hún er á glámbekk eða ekki finnanleg þegar til hennar á að taka.

### **4. Um stoðþjónustu**

Aldraðir eiga kost á fjölbreyttri stoðþjónustu; a. m. k. dagvist, hvíldardvöl utan heimilis, ráðgjöf, endurhæfingu og þjálfun, heimsendum mat, félagsstarfi, akstursþjónustu og fjárhagsaðstoð, í því skyni að styðja þá sem lengst til sjálfstæðrar búsetu í heimahúsum.

### **Leiðbeiningar:**

4-1. Öldrunarþjónustan tryggir að aldraðir, sem þess þurfa samkvæmt einstaklingsbundnu mati, eigi aðgang að dagvist þar sem veitt er umsjá og persónuleg liðveisla við athafnir daglegs lífs, hjúkrunarþjónusta, félagsstarf og þjálfun til hugar og handa.

4-2. Rekstraraðilar dagvistarúrræða fyrir aldraða hafa tilskilin framkvæmda- og rekstrarleyfi skv. 16. gr. laga um málefni aldraðra nr. 125 frá 1999.

4-3. Öldrunarþjónustan tryggir að aldraðir, sem þess þurfa samkvæmt einstaklingsbundnu mati, eigi innan fárra vikna aðgang að hvíldardvöl utan heimilis síns í hjúkrunarrými eða samsvarandi búsetuúrræði, til heilsubótar, endurhæfingar eða vegna tímabundinna erfiðra kringumstæðna, með það fyrir augum að þeir geti að svo búnu snúið aftur til sjálfstæðrar búsetu á eigin heimili.

4-4. Öldrunarþjónustan tryggir að aldraðir eigi greiðan aðgang að vandaðri félagslegri ráðgjöf sérfróðra aðila um fjármál og almenna fjárhagsaðstoð, skv. VI. kafla laga um félagsþjónustu sveitarfélaga, hjálpartæki, breytingar á húsnæði og aðstöðu heima fyrir. Aldraðir eiga þess kost að fá ráðgjafa til sín í heimahús ef þeir óska þess.

4-5. Öldrunarþjónustan beitir sér fyrir að aldraðir eigi greiðan aðgang að þeirri endurhæfingu, sjúkra- og iðjubjálfun sem þeir þarfnast samkvæmt einstaklingsbundnu mati.

4-6. Öldrunarþjónustan tryggir að aldraðir sem þess þarfnast samkvæmt einstaklingsbundnu mati eigi kost á hollum og fjölbreyttum heimsendum mat á viðráðanlegu verði.

4-7. Öldrunarþjónustan tryggir að aldraðir sem það kjósa eigi kost á að sækja fjölbreytta afþreyingu, félags- og tómstundastarf, til að sporna við einangrun og til viðhalds félagslegri, andlegri og líkamlegri færni.

4-8. Öldrunarþjónustan tryggir að aldraðir eigi kost á akstri eða annarri aðstoð við flutning til að sækja þá stoðþjónustu sem þeir þarfnast samkvæmt einstaklingsbundnu mati og geta með engu móti sótt af eigin rammeik, vegna hreyfihömlunar, vegalengda eða annarra aðstæðna.

4-9. Aldraðir eiga kost á fjárhagslegri aðstoð samkvæmt almennum reglum sveitarfélagsins ef efni leyfa þeim ekki að greiða fyrir þá öldrunarþjónustu sem þeir þurfa á að halda samkvæmt einstaklingsbundnu mati.

### **Rauð ljós:**

4-1. Ekki er kostur á dagvistarrýmum fyrir þá aldraða sem samkvæmt mati þarfnast þeirra, þau eru of fá eða ófullkomin.

4-2. Rekstraraðili dagvistar fyrir aldraða hefur ekki tilskilin framkvæmda- og rekstrarleyfi.

4-3. Ekki er kostur á hvíldardvöl fyrir aldraða sem samkvæmt einstaklingsbundnu mati þarfnast hennar, biðtími eftir þannig rými telur margar vikur, rými eru ekki nægilega mörg eða ófullkomin.

4-4. Öldruðum gefst ekki kostur á sértækri ráðgjöf gagnvart aðsteðjandi vandamálum, ekki nægilega vandaðri og/eða ekki á heimili sínu.

4-5. Aldraðir eiga ekki greiðan aðgang að endurhæfingu eða þjálfun sem er æskileg eða nauðsynleg samkvæmt einstaklingsbundnu mati, heldur þurfa að leggja á sig óhæfileg ferðalög og fjarvistir að heiman til að sækja slíkt.

4-6. Ekki er kostur á heimsendum mat fyrir aldraða í sveitarfélaginu, hann er ófullkominn, einhæfur, óhollur eða mjög dýr.

4-7. Aldraðir í sveitarfélaginu eiga þess ekki kost að sækja með hægu móti afþreyingu, félags- eða tómstundastarf sem hentar öldruðum.

4-8. Aldraðir sem þarfnast stoðþjónustu skv. einstaklingsbundnu mati en geta ekki sótt hana af eigin rammleik eiga ekki kost á akstri eða annarri aðstoð við flutning.

4-9. Aldraðir geta ekki veitt sér þá stoðþjónustu sem þeir þarfnast samkvæmt einstaklingsbundnu mati vegna fjárskorts.

## 5. Um búsetuúrræði

Aldraðir eiga kost á hentugu íbúðarhúsnæði, til eignar eða leigu, sem tengist sérstaklega heimþjónustu (þjónustumiðstöð) og/eða sameiginlegri aðstöðu fyrir aldraða (sambýli eða hjúkrunarheimili) og þannig er þeim tryggð nauðsynleg þjónusta til að mæta þverrandi sjálfsbjargargetu og þeir studdir sem lengst til sjálfstæðrar búsetu í heimahúsum.

### Leiðbeiningar:

5-1. Rosknir og aldraðir íbúar í sveitarfélaginu eiga kost á hentugum, fjölbreyttum íbúðum til eignar, hlutareignar eða leigu, á stöðum þar sem auðvelt er að nálgast fjölbreytta öldrunarþjónustu, þegar og ef þeir kjósa að skipta um húsnæði eftir miðjan aldur.

5-2. Íbúðarhúsnæði sem öldrunarþjónustan útvegar eða hefur milligöngu um, húsnæði á vegum öldrunarþjónustunnar og allt húsnæði þar sem stoðþjónusta til handa öldruðum er veitt, uppfyllir kröfur gildandi byggingareglugerðar á hverjum tíma, meðal annars varðandi öryggi, gæði og aðgengi.

5-3. Staðsetning íbúðarhúsnæðis sem öldrunarþjónustan útvegar eða hefur milligöngu um og allt skipulag innanhúss sem á lóð hentar vel fyrir aldraða og mætir þörfum notendanna bæði sem einstaklinga og hóps.

5-4. Öldrunarþjónustan veitir eða útvegar öldruðum ráðgjöf og aðstoð við breytingar á eigin íbúðarhúsnæði í því skyni að það henti breyttum þeirra til sjálfstæðrar búsetu.

### Rauð ljós:

5-1. Rosknir og aldraðir íbúar í sveitarfélaginu sem vilja skipta um húsnæði eiga ekki kost á hentugum leigu-, hlutareignar- eða eignaríbúðum fyrir eldra fólk, þar sem fjölbreytt öldrunarþjónusta er aðgengileg.

5-1. Íbúðarhúsnæði, sem sniðið eru að þörfum aldraðra og öldrunarþjónustan getur útvegað eða haft milligöngu um, eru hlutfallslega fá samanborið við önnur sveitarfélög.

5-2. Íbúðarhúsnæði sem öldrunarþjónustan getur útvegað eða haft milligöngu um, húsnæði á vegum öldrunarþjónustunnar og húsnæði þar sem stoðþjónusta til handa öldruðum er veitt, uppfyllir ekki kröfur gildandi byggingareglugerðar hvað varðar öryggi, gæði og aðgengi.

5-3. Íbúðarhúsnæði sem öldrunarþjónustan útvegar eða hefur milligöngu um er óheppilega staðsett, t.d. úrleiðis, afskekkt, fjarri almenntri þjónustu, fjarri sértækri öldrunarþjónustu, umkringt þungri umferð eða í umferðarhávaða.

5-3. Íbúðarhúsnæði sem öldrunarþjónustan útvegar eða hefur milligöngu um er illa skipulagt innan eða utan og hentar ekki öldruðu fólki sem býr við þverrandi sjálfsbjargargetu.

5-4. Öldruðum býðst engin ráðgjöf og engin aðstoð við breytingar á eigin húsnæði.

## 6. Um hjúkrunarrými

Aldraðir eiga kost á öruggu og vistlegu hjúkrunarrými með fullri þjónustu og umsjá heilbrigðisstarfsfólks allan sólarhringinn, þegar fullreynt er um færni til sjálfstæðrar búsetu á eigin vegum. Skipulag og öll þjónusta á hjúkrunarheimilum miðast við að varðveita lífsgæði og efla sjálfsforræði og sjálfsbjargargetu þeirra sem þar búa.

### Leiðbeiningar:

6-1. Öll þjónusta sem veitt er á hjúkrunarheimilum er í hæsta gæðaflokki; það á við um almenna þjónustu, svo sem allan aðbúnað, daglega þjónustu og einnig faglega umönnun við notendur með sérþarfir, svo sem einstaklinga með minnstruflanir, geðraskanir, skerðingu á sjón, heyrn, tjáskiptafærni, andlegar og líkamlegar fatlanir, langvinna sjúkdóma o.s.frv.

6-2. Áhersla er lögð á að laga þjónustuna að einstaklingsbundnum óskum og þörfum.

6-3. Starfslið hjúkrunarheimila reiðir fram nægan, hollan og lystugan mat með aðlaðandi og heimilislegum hætti. Í mataræði er eftir föngum tekið tillit til einstaklingsbundinna óska og þarfa. Samsetning og matreiðsla tekur mið af ráðleggingum Lýðheilsustöðvar.

6-4. Hjúkrunarheimili er skipt í litlar íbúðareiningar með 6 til 10 íbúa.

6-5. Í hverri 6–10 manna einingu hjúkrunarheimilis er rúmgóð sameiginleg setustofa og borðstofa ásamt eldunaraðstöðu, sem rúmar alla íbúa og starfslið einingarinnar.

6-6. Öll hjúkrunarrými eru einbýli; íbúðarherbergi og innangengt í einkaðherbergi.

6-7. Að minnsta kosti í hluta hjúkrunarrýma er gert ráð fyrir að opnanlegt sé á milli tveggja rýma, þegar og ef fólk kys að búa saman.

6-8. Rekstraraðilar hjúkrunarheimila/-rýma hafa öll tilskilin framkvæmda- og rekstrarleyfi ásamt staðfestingu landlæknis, sbr. 26. gr. laga nr. 40/2007.

6-9. Hjúkrunarheimili uppfylla kröfur sem félags- og tryggingamálaráðuneytið hefur sett fram í *Skipulag hjúkrunarheimila* frá nóvember 2008 og væntanlegum uppfærslum.

### Rauð ljós:

6-1. Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að aðbúnaður, dagleg þjónusta og/eða fagleg umönnun á hjúkrunarheimilinu þar sem hann dvelur sé almennt ábótavant.

Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að sértæk þjónusta sem notandinn þarfnast sé ekki veitt á hjúkrunarheimilinu þar sem hann dvelur.

6-2. Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að þjónusta sé ekki löguð að einstaklingsbundnum óskum og þörfum.

6-3. Notandi, aðstandendur hans og/eða fulltrúi segja að matur á hjúkrunarheimilinu þar sem hann dvelur, sé ekki góður, ekki hollur, ekki nægur, ekki vel fram borinn og/eða að ekki sé brugðist við eðlilegum sérþörfum í mataræði.



6-4. Íbúðareiningar hjúkrunarheimilis telja fleiri en tíu íbúa.

6-5. Í íbúðareiningu á hjúkrunarheimili er ekki sameiginleg setustofa og ekki borðstofa sem rúmar alla íbúa og starfslið samtímis. Engin eldunaraðstaða er í einingunni.

6-6. Hjúkrunarrými er ekki einbýli, ekki fylgir því einkabaðherbergi og ekki er innangengt í baðherbergi.

6-7. Enginn kostur er á að leggja saman tvö hjúkrunarrými fyrir þá sem kjósa að búa saman.

6-8. Tilskilin framkvæmda- og rekstrarleyfi fyrir hjúkrunarheimili eða hjúkrunarrými skortir skv. 26. gr. laga nr. 40/2007.

6-9. Hjúkrunarheimili uppfyllir ekki kröfur sem félags- og tryggingamálaráðuneytið hefur sett fram í *Skipulag hjúkrunarheimila* frá nóvember 2008 og síðari uppfærslum.