

Febrúar 2025



Rétt þjónusta á réttum stað

Skýrsla starfshóps

Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Rétt þjónusta á réttum stað. Skýrsla starfshóps.

Febrúar 2025

hrn@hrn.is

www.hrn.is

Umbrot og textavinnsla:

Heilbrigðisráðuneytið

©2025 Heilbrigðisráðuneytið

ISBN 978-9935-515-64-3

Efnisyfirlit

Efnisyfirlit	3
0. Inngangur	4
1. Almennigur ratar	9
2. Skilgreining í þrjú stig	13
3. Skýr hlutverk og þjónustustýring.....	18
4. Heilsugæsla; teymi, umbætur og samstarf.....	22
5. Heilsueflandi móttökur.....	25
6. Umfang annars stigs er skilgreint	27
7. Fjarheilbrigðisþjónusta og sjúkraflutningar	30
8. Biðtími byggir á faglegu mati	35
9. Nýr Landspítali	40
10. Hlutverk Landspítala styrkt í háskólastarfi og hátækni	42
11. Hlutverk SAK skilgreint	44
12. Samstarf við grannríki.....	47
13. Útskriftir eru án tafar	48

0. Inngangur

0.1 Ráðherra skipar starfshóp

Í júní 2024 skipaði ráðherra starfshóp til stöðugreiningar á þessum þætti heilbrigðisstefnu og gera jafnframt tillögur að aðgerðum til að ná þeim markmiðum sem ekki hefur þegar verið náð. Í skipunarbréfinu bendir ráðherra á að margt hafi breyst frá því heilbrigðisstefnan var sett. „Við þjóðinni blasa margvíslegar áskoranir sem kalla á skýra sýn og nýja nálgun við úrlausn verkefna og veitingu heilbrigðisþjónustu“ segir enn fremur.

Verkefnum starfshópsins var skipt í tvo meginhluta, sem báðir skyldu vinnast innan skipunartíma. Hópnum var í fyrsta lagi falið að stöðugreina markmið heilbrigðisstefnu og þær áætlanir og áskoranir sem síðar hafa bæst við.

Í öðru lagi skyldi hópurinn leggja fram tillögur að þeim aðgerðum sem nauðsynlegar eru til að ná framangreindum markmiðum. Til hliðsjónar við vinnuna skyldi starfshópurinn meðal annars líta til skýrslu McKinsey frá 2021 um framþróun þjónustu Landspítala ásamt fyrirliggjandi stefnum og áherslum stjórnvalda.

Þá var hópnum falið að skoða hvernig „stigunin í fyrsta stigs, annars stigs og þriðja stigs þjónustu birtist þar sem mörk milli þjónustustiga eru ekki skýr og hvernig sú flokkun nýtist í að leiða notendur þjónustunnar í gegnum kerfið þar sem fyrsta stigs þjónusta á að vera fyrsti viðkomustaður.“ Um þetta atriði er fjallað í kafla 2 þar sem gerðar eru tillögur að breytingum.

Starfshópurinn var skipaður eftirfarandi fólki:

Gylfi Ólafsson, án tilnefningar, formaður,

Arnór Víkingsson, tilnefndur af Landspítala,

Baldvina Ýr Hafsteinsdóttir, tilnefnd af Heilbrigðisstofnun Suðurlands,

Helgi Þór Leifsson, tilnefndur af Sjúkrahúsinu á Akureyri,

Hrefna Þengilsdóttir, tilnefnd af embætti landlæknis,

María Fjóra Harðardóttir, tilnefnd af Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu,

Nanna Sigríður Kristinsdóttir, tilnefnd af Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, tilnefnd af Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins,

Sigurður Helgi Helgason, tilnefndur af Sjúkratryggingum Íslands,

Þórarinn Guðnason, tilnefndur af Samtökum heilbrigðisfyrirtækja.

Þá var Hrafnhildur Ýr Erlendsdóttir sérfræðingur í heilbrigðisráðuneytinu starfsmaður hópsins.

0.2 Störf starfshóps

Meðal einstaklinga sem kallaðir voru til funda voru:

Gunnar Svavarsson, forstjóri Nýs Landspítala (NLSH);

Ásgeir Margeirsson, formaður stýrihóps um verkefni nýs Landspítala;
 Finnur Árnason, stjórnarformaður NLSH;
 Berglind Magnúsdóttir, verkefnastjóri Gott að eldast;
 Helga Harðardóttir, sérfræðingur í heilbrigðisráðuneyti;
 Sigríður Jónsdóttir stefnumótunarsérfræðingur í heilbrigðisráðuneyti;
 Agnes Gísladóttir, Ingi Steinar Ingason og Ragnheiður Arnardóttir hjá embætti
 landlæknis;
 Tómas Þór Ágústsson og Rafn Benediktsson hjá Landspítala.
 Starfshópurinn fundaði 16 sinnum, þar af einu sinni á vinnufundi í húsnæði
 heilbrigðisráðuneytisins.

Kosningar og ríkisstjórnarskipti fóru fram á starfstíma nefndarinnar. Meðal
 þeirra breytinga sem ákveðið hefur verið að gera er að málefni aldraðra flytjast
 um ráðuneyti. Ákveðið var að nefndin kláraði sín störf miðað við upprunalegt
 embættisbréf.

Erindisbréfið og heilbrigðisstefnan fjalla um heilbrigðiskerfið í heild sinni þó frá
 ákveðnum sjónarhóli sé. Nefndin náði því ekki að ræða sig til botns í öllum
 málum. Lokaútgáfa skýrslunnar endurspeglar breiða drætti í sjónarmiðum
 nefndarinnar og sá formaður um að búa skýrsluna í lokaútgáfu.

0.3 Almennt um heilbrigðisstefnu

Þingsályktun um heilbrigðisstefnu 2019–2030 var samþykkt í júní 2019. Um
 þessar mundir eru því helmingur stefnutímans liðinn og gott tilefni til að líta
 um farinn veg, taka stöðuna og stilla miðið af til að þeim markmiðum sem sett
 voru fram náiast þegar tímabilinu lýkur.

Heilbrigðisstefnu er efnislega skipt í sjö kafla. Kafli 2 heitir *Rétt þjónusta á
 réttum stað* og inniheldur 13 stefnumið.

Heilbrigðisstefna var grunnur að margvíslegum úrbótaverkefnum. Stefnunni var
 þannig fylgt úr hlaði með heilbrigðisþingum sem haldin hafa verið í nóvember
 ár hvert. Fimm ára aðgerðaáætlanir hafa verið settar fram, [2019–23](#), [2020–24](#),
[2021–25](#), [2022–26](#), [2023–27](#), [2024–28](#) og [síðast 2025–29](#).

Þó heilbrigðisstefna sem birt var í drögum í bæklingi heilbrigðisráðuneytisins sé
 að stofni til sama skjal og hin samþykta þingsályktun, eru undir nokkrum liðum
 veigamiklar orðalagsbreytingar. Hér verður því textinn eins og hann birtist í
[samþykktri þingsályktun](#) látinn ráða.

Umræða um mikilvægi þess að setja heilbrigðisstefnu hafði verið hávær lengi
 og er skemmst að minnast bókar Ingimars Einarssonar, *Heilbrigðisstefna til
 framtíðar*, sem kom út árið 2017.

Heilbrigðisráðherra árið 2019 var Svandís Svavarsdóttir. Markmið hennar með
 setningu stefnunnar var að leggja grunn sem sátt væri um og hægt væri að
 byggja ofan á. Eftirfarandi sagði ráðherra í framhaldi af gagnrýni, til dæmis

lækna, um að ekki væri rætt um öryggi sjúklinga, umboðsmann þeirra eða samtök sjúklinga og aðstandenda þeirra. Þá væri ekki rætt um faraldra og smitsjúkdóma.

„Hún er í raun grundvöllur allrar sértækrar stefnumótunar. Þarna er ekki fjallað um einstaka sjúkdóma, sjúklinga- eða aldurshópa, heldur hvaða meginreglur gildi um kaup á þjónustu, mönnun, vísindi og tækni, stjórnun og verkaskiptingu innan kerfisins og svo framvegis. Mér hefur fundist skýrast að hugsa um þessa stefnu eins og kjallarann á húsi, hann verður að vera tryggur svo hægt sé að byggja ofan á hann,“ eins og hún orðaði það í [viðtali við Læknablaðið](#).

Ráðherra lagði þannig mikla áherslu á að stefnan yrði samþykkt mótaskvæðalaust [sem varð raunin](#).

Það vekur engu að síður athygli að öldrun eða eldra fólk er hvergi nefnt, hjúkrunarheimili og endurhæfing ekki heldur, né tannlækningar og sjúkraflutningar einungis í samhengi við aðgengi landsbyggðarfólks að sérgreinalæknaþjónustu en ekki sem mikilvægur hluti bráðaviðbragðs um land allt. Þá var [ekki tekið tillit](#) til fyrri heilbrigðisáætlana, til dæmis [Heilbrigðisáætlunar til 2000](#) og [Heilbrigðisáætlunar til 2010](#) við undirbúning stefnunnar. Þvert á móti var rætt um að stefna í heilbrigðismálum [hefði aldrei áður verið skrifuð](#).

0.4 Samantekt og helstu tillögur

Almennt má segja að íslenskt heilbrigðiskerfi sé [gott](#), að heilbrigðisstefnan sé góð og það þróist í rétta átt. Að langmestu leyti er rétt þjónusta veitt á réttum stað. Stærsta einstaka undantekningin frá þessu er öldrunarþjónusta. Þar er stór hópur sjúklinga sem fær ranga þjónustu á röngum stað. Þar hafa sjúklingar sem liggja á Landspítala verið mest áberandi, en heimaþjónusta hefur einnig orðið talsvert umfangsmeiri en áður var. Af þess hljótast minni gæði og hærri kostnaður en þyrfti að vera.

Í þessu samhengi getur færsla málaflokksins milli ráðuneyta eins og stjórnarsáttmáli kveður á um, þar sem heilbrigðismál og öldrunarmál eru klippt í tvennt, haft neikvæð áhrif á kerfi sem reynt hefur verið að samþætta enn frekar.

Heilbrigðiskerfið er flókið enda þau verkefni sem því er ætlað að sinna flókin. Það er því stöðugt viðfangsefni að lagfæra og breyta, og er heilbrigðisstefna prýðilegur leiðarvísir um þau grunnsjónarmið sem hafa þarf í huga. Við slíka stjórnun togast á mörg sjónarmið og ómögulegt getur verið að finna jafnvægi. Þannig er til dæmis oft togstreita milli sjónarmiða um skýra verkaskiptingu annarsvegar, og hins vegar sveigjanleika með þarfir sjúklingsins í huga.

Vinna við heilbrigðisstefnu til 2040 eða 2045 þarf að hefjast fljótlega. Þar þurfa nýjar áherslur að taka við og byggja á víðtækara samráði en var við gerð núgildandi stefnu. Verður til dæmis að teljast líklegt að *aldraðir*, *öldrun* eða

hjúkrunarheimili verði nefnd á nafn í þeirri stefnu, en þau orð er ekki að finna í núgildandi aldurshlutlausu stefnu.

Þjónustustýring og flæði sjúklinga getur batnað frá því sem nú er en enn er hægt að gera betur. Slíka vinnu þarf að vinna niður á sérgreinar eða sjúklingahópa, á svipuðum grunni og gert var í tengslum við geðheilbrigði.

Hópurinn gerir á þriðja tug tillagna sem nánar eru útskýrðar í hverjum kafla:

- 1.1 Áfram verði unnið að bættri upplýsingagjöf til almennings
- 1.2 Mat almennings verði mælt með reglubundnum hætti
- 2.1 Skilgreint verði núllta stig heilbrigðisþjónustu
- 2.2. Heilbrigðisstefna verði samræmd lögum í orðalagi á stigun
- 2.3. Þjónusta hjúkrunarheimila falli undir annars stigs þjónustu
- 3.1. Hlutverk þjónustuveitenda verði nánar skilgreind
- 3.2. Öldrunarþjónusta verði ríkara áherslumál
- 4.1 Þverfagleg samvinna verði eflað með fjarheilbrigðisþjónustu
- 4.2. Nefnd kortleggi og geri tillögur að bættri sérfræðiþjónustu á landsbyggðinni
- 5.1 Rafræn kerfi heilsueflandi móttaka verði bætt
- 6.1 Heilbrigðisráðuneytið klári innleiðingu laga um sjúkratryggingar ella breyti lögum
- 6.2. Heilbrigðisráðuneytið skýri betur hvaða annars stigs þjónusta þarf að vera í nánú sambandi við sérhæfð sjúkrahús
- 6.3. Hlutur annars stigs þjónustu í kenngslu verði aukinn
- 7.1. Stjórnvöld standi ekki í vegi fyrir fjarheilbrigðisþjónustu
- 7.2. Ferðakostnaður verði enn jafnaður
- 8.1. Markmiði verði breytt þannig að ábyrgð á biðtíma falli á heilbrigðisráðuneytið frekar en Sjúkratryggingar eða einstaka þjónustuveitendur
- 8.2. Þar sem biðtími er langur verði þjónustuaðilum gert skylt að tilgreina verklag við forgangsröðun á biðlista
- 8.3. Innleiðingu miðlægra lausna fyrir biðlista og tilvísanir verði flýtt
- 9.1. Þarfagreiningu annars áfanga uppbyggingar Landspítalans verði hraðað
- 9.2. Uppbygging á Akureyri tefjist ekki
- 10.1 Fjármögnun heilbrigðisvísinda verði tryggð
- 10.2. Hlutverk annarra aðila í vísinda- og kennslustarfi verði breikkað
- 11.1. Þróun Sjúkrahússins á Akureyri haldi áfram á sömu braut
- 12.1 Sjúkratryggingar og Landspítali ákveði í sameiningu hvaða þjónustu skuli flytja heim
- 13.1. Hjúkrunarrýmum verði fjölgað

13.2. Innleiðing væntanlegra tillagna starfshóps um færni- og heilsumatnefndir
hefjist tafarlaust

13.3 Heimþjónusta og stuðningsúrræði verði áfram eflð

13.4 Stofnuð verði úrræði fyrir unga íbúa hjúkrunarheimila

1. Almennitur ratar

1.1 Bakgrunnur

Markmiðið er orðað svo í heilbrigðisstefnu: „Allir landsmenn hafa aðgang að skýrum upplýsingum um hvernig og hvert skuli leitað eftir heilbrigðisþjónustu þegar þörf krefur.“

1.2 Staða

Þetta markmið tengist heilsulæsi, sem snýr að því hversu vel einstaklingar geta fundið, skilið og notað upplýsingar tengdar heilsu og heilbrigðisþjónustu en nefnt hefur verið að [10–50% Íslendinga hafi takmarkað eða ófullnægjandi heilsulæsi](#).

Hægt er að nálgast mat á markmiðinu með að minnsta kosti þrennum hætti:

Könnun og mat á þeim upplýsingum sem aðgengilegar eru nú.

Könnun á upplifun almennings.

Tölulegar vísendingar um ranga notkun heilbrigðisþjónustu.

1.2.1 Könnun á aðgengilegum upplýsingum

Unnið hefur verið að því að bæta áreiðanlega upplýsingagjöf á netinu, efla símsvörun og bæta sjálfsþjónustu.

1. Faglegar upplýsingar á netinu

Island.is, þekkingavefur Heilsuveru (samstarfsverkefni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, embætti landlæknis og Landspítala), vefir óhagnaðardrifinna félagastofnana eins og Krabbameinsfélagsins, Geðverndar, Reykjalundar og fleiri.

2. Upplýsingar um heilbrigðisþjónustu á netinu

Heimasíður allra heilbrigðisstofnana, mínar síður á heilsuvera.is, þjónustuvefsjá, heimasíður eininga eins og Læknaseturs, Orkuhúss, Læknastöðin og fleiri.

3. Símaþjónusta/netspjall

1700 síminn og netspjall heilsuveru, 112 síminn, símar allra heilbrigðisstofnana.

Allar þessar upplýsingar eru til bóta og tryggja þarf að almenningur þekki þessar leiðir með góðri kynningu. Enn vantar upp á að þessar upplýsingar séu nógu yfirgripsmiklar þar sem ekki er hægt að finna með góðu móti upplýsingar um þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna á einum stað.

Þjónustuvefsjá Heilsuveru upplýsir um þjónustu heilsugæslustöðva á öllu landinu og ætti ef til vill að útvíkka hana yfir aðra heilbrigðisstarfsemi svo sem sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsemi til að auðvelda fólki að hafa yfirsýn yfir þá þjónustu sem er í boði á hverju svæði.

1.2.2 Könnun á upplifun

Þar sem markmiðið snýr að almenningi og álitum þeirra á því hvort þeir viti hvert á að leita, skoðaði starfshópurinn ýmis þau gögn sem safnað er með reglubundnum hætti. Þar má til dæmis nefna [þjónustukannanir heilsugæslu](#) og kannanir fjármála- og efnahagsráðuneytisins. Þar er engin spurning sem heimfæra má yfir á markmið heilbrigðisstefnu.

Þá er ágætt að benda á að upplifun almennings á því hversu vel hann ratar í kerfinu þarf ekki að vera það sama og kerfið vill að fólk geri. Ef einstaklingur fær spurningu um það hvort hann viti hvert hann eigi að fara við einhverjar aðstæður, kann að vera að hann svari því játandi, en þau viðbrögð eru í mörgum tilvikum ekki það sem heilbrigðiskerfið vill helst. Sem dæmi að einstaklingur fer bara á síðdegis- eða kvöldvakt Læknavaktarinnar, til sérfræðings eða beint á bráðamóttöku með erindi sem bíða má símtals daginn eftir hjá hjúkrunarfræðingi heilsugæslunnar.

Upplifað heilsulæsi er því ekki ávísun á rétt rekið heilbrigðiskerfi. En það breytir samt ekki því að jákvæð upplifun fólks hefur virði í sjálfu sér. Það að vera ringlaður er óþægileg tilfinning, og það að vita ekki hvert maður á að leita getur einnig haft í för með sér óhagkvæma sókn í of dýr og óhentug úrræði. Á sama tíma er líka virði í því að fólk hafi valfrelsi og geti náð beint í heilbrigðisstarfsmann ef það telur sig þurfa þess, og það má ekki girða alveg fyrir það.

1.2.3 Tölur um ranga notkun

Hægt er að kanna hversu vel fólk ratar í heilbrigðiskerfinu með því að skoða tölur um það þegar fólk fer á ranga staði. Þetta er eðli máls samkvæmt erfitt að mæla í ýmsum tilvikum.

Í [skýrslu um bráðabjónustu](#) var reynt að nálgast viðfangsefnið með þessum hætti og eftirfarandi tölum: „Að jafnaði leita tæplega 200 einstaklingar á dag á bráðamóttöku Landspítala, rúmlega 200 einstaklingar á Læknavaktina virka daga (yfir 400 á dag um helgar og helgidaga) og um 400 einstaklingar í opna tíma heilsugæslustöðva. Læknar Læknavaktar ná að þjónusta um 97% erinda í móttöku en vísa 3% áfram á bráðamóttöku Landspítala að jafnaði. Af þeim sem leita á bráðamóttöku Landspítala þurfa um 15% á innlögn á spítalann að halda. [...] Ekki liggur fyrir hversu stórum hluta þeirra sem leita á opnar móttökur heilsugæslunnar sé vísað áfram í bráðabjónustu annars staðar.“

Þá segir að gerðar hafi verið úttektir á því hversu stór hluti þeirra sem leiti á bráðamóttöku Landspítala hefðu getað fengið jafngóða eða betri þjónustu annarsstaðar. „Að jafnaði hefur verið talið að um 10% koma (15–20 einstaklingar á dag) á bráðamóttöku Landspítala hefðu getað fengið jafngóða eða betri þjónustu annarsstaðar í heilbrigðiskerfinu og skiptast þær nokkuð jafnt milli einstaklinga sem hefðu getað fengið þjónustu á dag- og göngudeildum Landspítala og þeirra sem hefðu getað fengið þjónustu á heilsugæslustöð eða Læknavakt. Það er því mikilvægt til að tryggja sem besta þjónustu á

bráðamóttöku Landspítala fyrir þá sem hana þurfa að aðgengi að dag- og göngudeildum sé gott og að almenningur sé sem best upplýstur um þá þjónustu sem hann getur fengið á heilsugæslustöðvum og Læknavakt.“

Í heilbrigðisstefnu til 2030 kemur eftirfarandi fram: „Fjármögnun og greiðslukerfi heilbrigðisþjónustunnar þarf að fela í sér hvata sem stuðla að því að tekið sé á heilbrigðisvanda sjúklinga með heildstæðum hætti fremur en að horft sé til einstakra heimsókna til heilbrigðisstarfsfólks eða sjúkrahússinnlagna“ og í raun má segja að lítið hafi breyst í þessa átt

Af ofangreindu má ráða að fremur fágætt er, miðað við matskennt eðli heilsufarsvandamála og það hversu flókið heilbrigðiskerfið er, að fólk leiti á rangan stað. Þessu má þakka allt það sem á undan hefur gengið áður en fólk leitar til ofangreindra aðila; upplýsinga á vef, upplýsinga í síma, upplýsinga frá fjölskyldu og alls annars.

Erindi af þessu tagi eru þó ekki einu erindin, og má raunar færa fyrir því rök að fólk sem er þegar með heilsufarsvanda, til dæmis eldra fólk sem enn býr sjálfstætt, sé ringlaðra en heilbriggt fólk sem leitar óreglulega til heilsugæslunnar. Eldra fólk sem getur verið komið með elliþöpp, og aðstandendur þeirra, þurfa að eiga í samskiptum við heilbrigðiskerfið, tryggingakerfi ríkisins, sveitarfélagið sitt vegna félagslegra úrræða, lífeyrissjóði og marga fleiri aðila.

Heilbrigðisráðherra skipaði starfshóp um vegvísun í heilbrigðiskerfinu sem skilaði af sér [skýrslu](#) í apríl 2023. Tillögur starfshópsins í hnotskurn koma fram hér fyrir neðan, sem samhljómur var um. Þrjú sérálit voru einnig birt í skýrslunni sem sýna að ekki hefur verið samhljómur um rekstrarform upplýsingamiðstöðvar.

Tillögur starfshóps um Vegvísun og fjarráðgjöf í heilbrigðiskerfinu

Lagt er til að þjónusta fjarráðgjafar og vegvísunar verði sameinuð í eina miðstöð sem sér um alla vegvísun, allt frá upplýsingum á netinu til símasvörunar og netspjalls. Lögð er áhersla á að slík miðstöð starfi í þéttu samstarfi við Neyðarlínuna frá upphafi.

Þjónustan á að byggjast á tveimur stöðum; neyð (112) og ekki neyð (1700) með möguleika á netspjalli, sms-skilaboðum og öðrum viðeigandi samskiptaleiðum.

Fella ætti fyrstu svörun Eitrunarmiðstöðvar Landspítala inn í fjarráðgjafar- og vegvísunarþjónustu en tryggja áfram aðgang að lyfjafræðingum og öðrum nauðsynlegum sérfræðingum spítalans.

Tryggja þarf áfram góðar tengingar við símaþjónustu annarra þjónustuveitenda, einkum Rauða krossins á Íslandi og Píeta-samtakanna.

1.3 Tillögur

1.3.1 Áfram verði unnið að bættri upplýsingagjöf til almennings

Áfram verði unnið að bættri upplýsingagjöf og leiðsögn í gegnum kerfið. Sjálfsafgreiðsla, réttar og tímanlegar upplýsingar á vefnum, netspjall (með stuðningi gervigreindar) og öflug símsvörun eru þar lykilþættir fyrir allan meginþorra almennings. Virk leiðsögn fyrir fólk í mikilli og eða vaxandi þörf fyrir þjónustu verði veitt víða í heilbrigðis- og félagskerfinu.

Í mars 2024 tók Upplýsingamiðstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins alfarið við 1700 símanum. Áður hafði 1700 síminn nær eingöngu verið vegvísun um heilbrigðiskerfið utan dagvinnutíma og lítið um símtöl á dagvinnutíma. Með yfirfærslu á Upplýsingamiðstöð var forflokun erinda eflað, auðkenning og skráning erinda í sjúkraskrá auk þess sem þróað var vefbókunarkerfi við afgreiðslukerfi Sögu, þar sem möguleiki skapaðist á því að bóka erindi beint inn á heilsugæslustöðvar hvar sem er á landinu ef heilsugæslustöðvar tengdust viðkomandi vefbókunarkerfi. Jafnframt hófst samstarf við forflokun við margar heilsugæslustöðvar og í nóvember 2024 voru HSN/Akureyri, HSU/Selfoss, HH/12 stöðvar af 15 HVE/allar stöðvar komnar í samstarf við forflokun bráðra erinda inn á heilsugæslustöðvar.

Mikil markaðssetning hefur átt sér stað í fjölmiðlum og samfélagsmiðlum á 1700 númerinu. Erindum hefur því fjölgað gífurlega allt árið 2024 og eru að jafnaði 1500-2000 á dag.

1.3.2 Mat almennings verði mælt með reglubundnum hætti

Svo hægt sé að meta árangur af markmiðinu leggur starfshópurinn til að bætt verði við spurningum er varða upplifun á heilsulæsi, en við samningu spurninga skal kannað sérstaklega hvort fólk hafi ratað á réttan stað.

„Síðast þegar ég eða aðstandandi minn þurfti á heilbrigðisþjónustu að halda vissi ég hvert ég átti að leita“.

„Síðast þegar ég sótti heilbrigðisþjónustu (fyrir mig eða aðstandanda) fór ég strax á réttan stað.“

2. Skilgreining í þrjú stig

2.1 Bakgrunnur

Markmiðið er svo orðað í heilbrigðisstefnu: „Heilbrigðisþjónustan verði skilgreind sem fyrsta stigs þjónusta (heilsugæslan), annars stigs þjónusta (sérfræðiþjónusta utan háskólasjúkrahúss) og þriðja stigs þjónusta (þjónusta veitt á háskólasjúkrahúsi eða í nánu samstarfi við það).“

2.2 Staða

Í kjölfar samþykktar heilbrigðisstefnu var ráðist í lagabreytingar. Lagafrumvarp til breytingar laga 40/2007 um heilbrigðisþjónustu [var lagt fram í lok árs 2019](#) og samþykkt í júní 2020. Þar var heilbrigðiskerfinu skipt upp í þrjú stig. Orðalagið var ítarlegra en í heilbrigðisstefnu, orðað svo:

Fyrsta stigs heilbrigðisþjónusta: Heilsugæsla, heilsuvernd og forvarnir, bráða- og slysamóttaka og önnur heilbrigðisþjónusta á vegum heilsugæslustöðva. Þjónusta og hjúkrun á hjúkrunarheimilum, í hjúkrunar- og dvalarrýmum stofnana og í dagdvöl.

Annars stigs heilbrigðisþjónusta: Heilbrigðisþjónusta sem veitt er á sjúkrahúsum, heilbrigðisstofnunum og starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna samkvæmt ákvörðun ráðherra eða samningum sem gerðir eru í samræmi við ákvæði VII. kafla og lög um sjúkratryggingar og önnur þjónusta sem að jafnaði er ekki veitt á heilsugæslustöðvum og fellur ekki undir þriðja stigið.

Þriðja stigs heilbrigðisþjónusta: Heilbrigðisþjónusta sem veitt er á sjúkrahúsi og krefst sérstakrar kunnáttu, háþróaðrar tækni, dýrra og vandmeðfarinna lyfja og aðgengis að gjörgæslu.

Nokkrar tilvísanir í stigskiptinguna voru einnig í lagabreytingunum, þar sem vísað var til fyrsta stigs í umfjöllun um hlutverk heilsugæslunnar, og bæði annað og þriðja stig í umfjöllun um Landspítala og Sjúkrahúsið á Akureyri.

Í nóvember 2020 undirritaði svo ráðherra reglugerð á grundvelli þessara laga, [1111/2020](#), þar sem stigskiptingin er endurtekin orðrétt. Þar er enn fjölgað vísunum í stigskiptinguna í útlekkingum á hlutverkum ýmissa stofnana heilbrigðiskerfisins.

Það er því býsna augljóst að þessu markmiði var náð strax á fyrstu misserum heilbrigðisstefnunnar.

Það breytir ekki því að stigskiptingin hefur nokkra ókosti, einkum út frá sjónarhóli sjúklingsanna eða þörfum og ferli sjúklings gegn um kerfið:

1. Mörk milli þjónustustiga er oft óljós, bæði milli fyrsta og annars stigs, og milli annars og þriðja stigs.
2. Þó fyrsta stig heilbrigðisþjónustu innihaldi forvarnir, tekur stigskiptingin ekki beinlínis á ýmskonar þjónustu og bjargráðum sem reynt er að

koma fram fyrir fyrsta stigið í stig sem kalla mætti núllta stigið. Þá eru forvarnir, til dæmis annars stigs forvarnir veittar á öðru og þriðja stigi.

3. Hjúkrunarheimilisþjónusta er á fyrsta stigi þrátt fyrir að vera dýr og í mörgum tilvikum síðasta þjónustustig.

Um seinni atriðin tvö verður nú fjallað nánar.

2.3 Nýtt núllta stig

Langi hefur verið unnið að því að bæta áreiðanlega upplýsingagjöf á netinu, efla símsvörun og bæta sjálfsþjónustu til dæmis með upplýsingavefnum Heilsuveru. Á faraldursárunum tók þetta kipp og var þá bæði nauðsyn til mikilla breytinga og almennur stuðningur hjá skjólstæðingum til að taka þessum breytingum vel. Það má því færa fyrir því rök að auka ætti enn frekar áhersluna á þetta stig með því að gera það að sérstöku stigi (núllta stigið) og gera það að fyrsta úrræði sjúklunga.

Til núllta stigs heilbrigðiskerfsins má þá tiltaka:

- **Netið:** Eigin þekkingarleit og rafræn sjálfsþjónusta. Vandað upplýsingaefni, þar með talið á heilsuvera.is, er þar mikilvægt. Aðgengi að eigin sjúkraskrá, að minnsta kosti hlutum hennar, er mjög gagnlegt. Rafrænar tímabókanir spara tíma fyrir heilbrigðiskerfið og sjúklinginn sjálfan.
- **Vegvísun:** Vegvísun í síma 1700 og netspjalli. Hvort tveggja mun þurfa að vera mannað kerfi sem forflokkar og svarar algengum spurningum.
- **Lausasölulyf og lyfjaávisanir:** Rétt notkun lyfja sem ekki þurfa lyfseðil og hæfilegt aðgengi að þeim. Jafnvel mætti skoða breska verkefnið [Pharmacy First](#), sem er í sjö liðum, meðal annars að lyfjafræðingar geti afhent lyfi við vægri þvagfærasýkingu hjá konum.
- **Forvarnir og heilsulæsi:** Hvatning til heilbrigðra lífshátta, til dæmis hreyfing, hollt mataræði og geðrækt. Forvarnir gegn skaðlegum venjum, t.d. tóbaksvarnir og draga úr áfengisneyslu. Snemmtæk inngríp til að draga úr áhættuþáttum fyrir langvinna sjúkdóma og aðgerðir sem beinast að samfélaginu í heild.

Núllta stig er hér notað til að ná utan um forvarnir og sjálfshjálp sem miðar að því að koma í veg fyrir sjúkdóma áður en þeir koma fram, í flestum tilvikum án þess að heilbrigðisstarfsmaður komi þar nærri. Það leggur áherslu á að stuðla að heilsu og vellíðan með markvissum aðgerðum sem bæta lífsgæði, draga úr þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og beina fólki á réttan stað sé þörf á þjónustu.

Heilsuvera er íslensk rafræn þjónustugátt fyrir almenning sem veitir aðgang að fjölbreyttri heilbrigðisþjónustu og upplýsingum á netinu. Hún er hönnuð til að auka aðgengi að heilbrigðisþjónustu, einfalda samskipti við heilsugæslu og bæta upplýsingaflæði til notenda.

Heilbrigðisráðuneytið hefur staðið fyrir heilbrigðisþingum frá því að heilbrigðisstefna var sett og var heilsulæsi [meðal umræðuefna á þinginu 2022](#).

Í mars 2024 tók Upplýsingamiðstöð Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins alfarið við 1700 símanum. Áður hafði 1700 síminn nær eingöngu verið vegvísun um heilbrigðiskerfið utan dagvinnutíma og lítið um símtöl á dagvinnutíma. Með yfirfærslu á Upplýsingamiðstöð var forflokun erinda eflað, auðkenning og skráning erinda í sjúkraskrá auk þess sem þróað var vefbókunarkerfi við afgreiðslukerfi Sögu, þar sem möguleiki skapaðist á því að bóka erindi beint inn á heilsugæslustöðvar hvar sem er á landinu ef heilsugæslustöðvar tengdust viðkomandi vefbókunarkerfi. Jafnframt hófst samstarf við forflokun við margar heilsugæslustöðvar. Forflokunin felst í því að í símsvara heilsugæslustöðvar eru bráð erindi tengd beint við 1700 og þau flokkuð í eftirfarandi flokka:

- a) Erindi sem brýnt er að skoða á heilsugæslustöð og eru bókuð beint.
- b) Erindi sem viðkomandi heilsugæslustöð getur afgreitt með símtali.
- c) Erindi sem þarf nast skoðunar næstu daga.
- d) Erindi sem vísa þarf beint á bráðamóttöku.

Erindum hefur jafnt og þétt fjölgað og í nóvember 2024 bárust um 1500 erindi á dag gegnum síma og netspjall. Af þeim dugar ráðgjöf í 60% tilvika, 30% erinda eru send á heilsugæslustöð og um 10% erinda þurfa að fara á bráðamóttöku.

2.4 Hjúkrunarheimilisþjónusta á fyrsta stigi

Í lögum um [heilbrigðisþjónustu](#) voru sett árið 2007 var heilbrigðisþjónusta skipt í almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Til almennrar heilbrigðisþjónustu taldist heilsugæsla, þjónusta á hjúkrunarheimilum og hjúkrunarrýmum stofnana og almenn sjúkrahúsþjónusta. Til sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu taldist síðan heilbrigðisþjónusta sem ekki féll undir almenna heilbrigðisþjónustu og sérhæfð sjúkrahúsþjónusta.

Árið 2016 kom út [skýrsla McKinsey & Company](#) um íslenska heilbrigðiskerfið og þar kom fram að tryggja þyrfti að sjúklingar væru meðhöndlaðir á besta mögulega hátt á viðeigandi þjónustustigi innan heilbrigðiskerfisins. Sami tónn var í skýrslu [Ríkisendurskoðunar](#) sem kom út 2017 um heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Þar kom fram að beina ætti fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu í ríkari mæli til heilsugæslustöðva og skilja hana frá þjónustu sérgreinalækna á öðru stiginu og sjúkrahúsþjónustu á þriðja stiginu. Einnig að skilgreina þyrfti betur hlutverk einstakra þjónustuaðila innan heilbrigðiskerfisins og í raun að greina betur milli fyrsta, annars og þriðja stigs þjónustu. Árið 2019 var [þingsályktun um heilbrigðisstefnu til ársins 2030](#) samþykkt á Alþingi og í henni var fjallað um skiptingu heilbrigðisþjónustu í þessi þrjú stig.

Lögum um heilbrigðisþjónustu var breytt 2020 og heilbrigðisþjónustu var einnig í þeim skipt upp í þrjú stig. Stigin eru þó illa skilgreind og hvergi fjallað ítarlega

um hvaða þjónusta er á hverju stigi. Samkvæmt heilbrigðisstefnu til ársins 2030 nær fyrsta stigs heilbrigðisþjónustan til þjónustu heilsugæslunnar, sem á að vera fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu. Þar eiga notendur að eiga kost á almennum lækningum, hjúkrun, endurhæfingu, heilsuvernd, forvörnum, bráða- og slysamóttöku og annarri heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt lögnum telst þjónusta á hjúkrunarheimilum, í dagdvölum og í hjúkrunar- og dvalarrýmum stofnana einnig til fyrsta stigs heilbrigðisþjónustu. Hins vegar er því ekki þannig farið í heilbrigðisstefnunni, þar er ekkert fjallað um þjónustu hjúkrunarheimila en leiða má líkum að því af lestri hennar að þessi þjónusta falli undir annars stigs heilbrigðisþjónustu.

Annars stigs heilbrigðisþjónusta er samkvæmt ofangreindum lögum veitt á sjúkrahúsum, heilbrigðisstofnunum og starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna. Í heilbrigðisstefnunni er gert ráð fyrir að annars stigs heilbrigðisþjónusta taki við þegar möguleikar heilsugæslunnar eru tæmdir. Hún sé veitt á flestum heilbrigðisstofnunum landsins og að verulegu leyti af sérfræðingum á einkareknum starfsstofum. Kaupandi þjónustunnar sé Sjúkratryggingar Íslands fyrir hönd ríkisins. Þarna má leiða að því líkum að þjónusta og hjúkrun á hjúkrunarheimilum og í hjúkrunarrýmum heilbrigðisstofnanna falli undir annars stigs heilbrigðisþjónustu.

Þriðja stigs heilbrigðisþjónusta er samkvæmt ofangreindum lögum veitt á sjúkrahúsum og krefst háþróaðrar tækni, vandmeðfarinna lyfja og aðgengi að gjörgæslu. Engin breyting er áætluð í heilbrigðisstefnunni á því hvaða heilbrigðisþjónusta falli þarna undir.

Það er því ósamræmi um það hvort þjónustu og hjúkrun á hjúkrunarheimilum, í hjúkrunarrýmum heilbrigðisstofnanna og í dagdvöl eigi að vera á fyrsta eða öðru stigi. Bagalegt er að ósamræmi sé milli stefnu og laga. Ef ætlunin var að gera breytingar að viðeigandi lögum hafi þá ekki verið breytt til samræmis.

Í lögnum kemur fram að sjúkrahúsþjónusta sé á öðru stigi en sérhæfð sjúkrahúsþjónusta á þriðja stigi. Í heilbrigðisstefnunni er þessu breytt þannig að öll sjúkrahúsþjónusta á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri er á þriðja stigi ólíkt því sem er í raun. Hópurinn leggur til að önnur sjúkrahúsþjónusta en sérhæfð sjúkrahúsþjónusta sé á öðru stigi eins og göngudeildir, eins og löggin gera ráð fyrir.

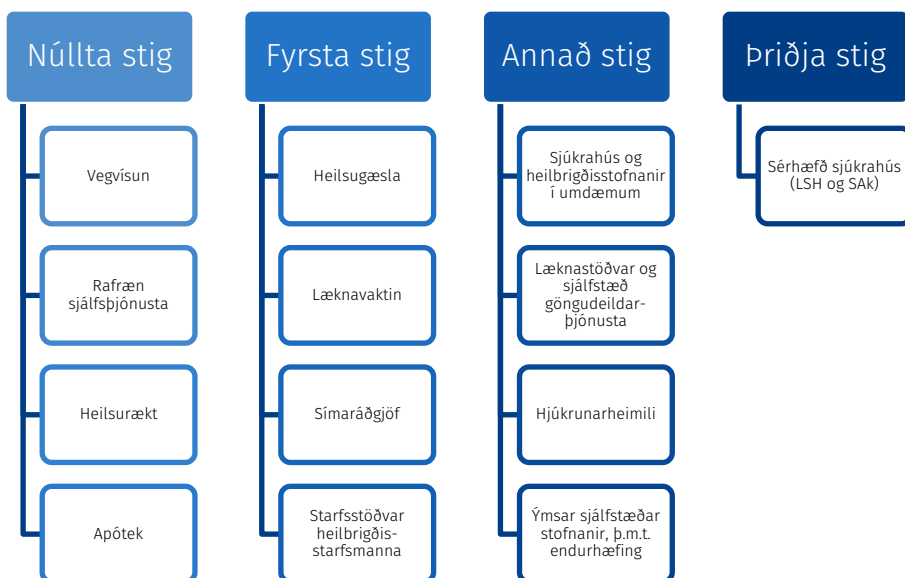
2.5 Tillögur

2.5.1 Skilgreint verði núllta stig heilbrigðisþjónustu

Líkt og áður hefur komið fram leggur hópurinn til að búið verði til svokallað núllta stig þar sem lögð er áhersla á sjálfsafgreiðslu og þjónustu sem ekki krefst mikillar aðkomu heilbrigðisstarfsfólks.

Þá leggur hópurinn til að önnur þjónusta hjúkrunarheimila falli undir annars stigs heilbrigðisþjónustu eins og mikið af þjónustu annarra heilbrigðisstofnana.

Hjúkrunarþyngd á hjúkrunarheimilum hefur aukist jafnt og þétt og sífellt viðameiri og sérhæðari þjónusta veitt þar.



Mynd 1: Tillaga að stígun heilbrigðisþjónustu. Núllta stigi er bætt við og hjúkrunarheimili eru færð á annað stig.

2.5.2 Heilbrigðisstefna verði samræmd lögum í orðalagi á stígun

Í lögnum kemur fram að sjúkrahúsþjónusta sé á öðru stigi en sérhæfð sjúkrahúsþjónusta á þriðja stigi. Í heilbrigðisstefnunni til 2030 er þessu breytt þannig að öll sjúkrahúsþjónusta háskólasjúkrahúsa er á þriðja stigi ólíkt því sem er í raun. Hópurinn leggur til að orðalag í heilbrigðisstefnu verði samræmt orðalagi í heilbrigðislögum að þessu leyti.

2.5.3 Þjónusta hjúkrunarheimila falli undir annars stígs þjónustu

Þjónusta hjúkrunarheimila falli undir annars stígs heilbrigðisþjónustu eins og mikið af þjónustu annarra heilbrigðisstofnana. Hjúkrunarþyngd á hjúkrunarheimilum hefur aukist jafnt og þétt og sífellt viðameiri og sérhæðari þjónusta veitt þar.

3. Skýr hlutverk og þjónustustýring

3.1 Bakgrunnur

Markmiðið er orðað svo í heilbrigðisstefnu: „Hlutverk þjónustuveitenda verði skilgreint og þjónustustýring tryggð að sjúklingar fái þjónustu á réttu þjónustustigi.“

3.2 Staða

Síðustu ár hefur ýmislegt verið gert til að skilgreina hlutverk þjónustuveitenda og auka þjónustustýringu. Þá hefur ýmsum úrræðum verið komið á fót til að brúa bil milli þjónustustiga eða sameina kosti ólíkra úrræða í einu. Dæmi um þetta eru bráðadagdeild Landspítala og hugmyndir um skyndimóttöku á höfuðborgarsvæðinu.

Ekki er hægt í eitt skipti fyrir öll að skilgreina hlutverk þjónustuveitenda. Bæði er heilbrigðisþjónusta svo flókin og kvik, og í mörgum tilvikum eru markmið með þjónustu fleiri en eitt.

Í alþjóðlegum samanburði er Ísland með eina heilbrigðiskerfið þar sem saman fara opinber fjármögnun, mikið valfrelsi, takmörkuð hliðvarsla og lágar greiðslur sjúkratryggðra. Greiðslur sjúkratryggðra voru hærrí áður fyrr, sem vann á móti miklu valfrelsi og takmarkaðri hliðvörslu, en hlutur heimila í heildarútgjöldum til heilbrigðismála hefur farið lækkandi, með breyttu greiðsluþáttökukerfi sjúkratrygginga og fleiri aðgerðum. Stýring á þjónustu og flæði fjármuna er því mun veikari hér á landi en í samanburðarlöndum. Ýmis sjónarmið hafa verið á lofti sem ýtt hafa hlutum í þessa átt, til dæmis áhersla á jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag og óhagræði sem fylgt getur hliðvörslu og kröfum um tilvísanir.

Þó þjónustustýring geti verið mikilvæg út frá sjónarhóli kerfisins þarf sjúklingurinn að vera í öndvegi. Takist það er það frá sjónarhóli sjúklings oftast á „réttu“ staðnum og á réttum tíma. Valfrelsi sjúklinga til að velja sér meðferðaraðila er líka afar mikilvægur eins og hóflegur biðtími. Til dæmis ber að forðast að fjölga sporum sjúklinga með því að aðilar innan heilbrigðiskerfisins eyði mikilli vinnu og tíma í að vísa sjúklingum frá sér og á milli sín að óþörfu.

Í skýrslu McKinsey og Company frá 2016 um íslenska heilbrigðiskerfið var fjallað um að sjúklingar væru meðhöndlaðir á besta mögulega hátt á viðeigandi þjónustustigi innan heilbrigðiskerfisins og var sami tónn sleginn í [skýrslu Ríkisendurskoðunar](#) frá 2017. Þar kom jafnframt fram að skilgreina þyrfti betur hlutverk einstakra þjónustuaðila innan heilbrigðiskerfisins og í raun að greina betur milli fyrsta, annars og þriðja stigs þjónustu. Árið 2019 var [þingsályktun um heilbrigðisstefnu til ársins 2030](#) samþykkt á Alþingi og í henni var fjallað um

skiptingu heilbrigðisþjónustu í þessi þrjú stig. [Lögum um heilbrigðisþjónustu](#) var svo breytt árið 2020 og heilbrigðisþjónustu var í þeim skipt upp í þrjú stig og fallið frá fyrri skiptingu sem var almenn og sérhæfð heilbrigðisþjónusta. Í [reglugerð nr. 1111/2020](#) sem fylgdi í kjölfarið var hlutverk heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa nánar skilgreint. Stofnanirnar hafa jafnframt á þeim grunni sjálfar skilgreint hlutverk sitt.

Með breyttum lögum um heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstefnu og síðari reglugerðum voru hlutverk flestra veitenda heilbrigðisþjónustu þannig að mestu leyti skilgreind enda mikilvægur grunnur að samfellu og samþættingu þjónustunnar við notendur. Heilsugæslunni er ætlað stórt hlutverk í heilbrigðisþjónustu við landsmenn samkvæmt lögum sem fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu.

Annars stigs heilbrigðisþjónusta á að taka við þegar möguleikar heilsugæslunnar sem fyrsta stigs þjónustu eru tæmdir og ekki er þörf á þriðja stigs þjónustu. Hér er um að ræða ákveðna þjónustubætti á heilbrigðisstofnunum og sjúkrahúsum eins og dag- og göngudeildarþjónustu en jafnframt þjónustu á starfsstofum sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna (m.a. lækna, tannlækna, sjúkraþjálfara, sálfræðingar og talmeinafræðingar). Lítið er fjallað um þetta stig þjónustu í heilbrigðisstefnunni og hver þróun þess á að vera og í lögum um heilbrigðisþjónustu er ekki tilgreint sérstaklega hvert hlutverk og ábyrgð annars stigsins er. Raunar kemur ekki annað fram en að annars stigs heilbrigðisþjónusta er það sem ekki fer fram á hinum stigunum tveimur og vísað til samninga Sjúkratrygginga við þjónustuveitendur og ákvörðunar ráðherra. Hlutverk sjálfstætt starfandi þjónustuveitenda á öðru stigi er hins vegar lítt skilgreint.

Aðgengi að annars stigs þjónustu er einnig misskipt milli landshluta og er það mikið til að frumkvæði sérgreinalækna og heilbrigðisstofnana að þjónusta er veitt þar og hvaða þörfum íbúa er mætt. Sjá má í þjónustusamningum Sjúkratrygginga að hin síðari ár hefur aukin áhersla verið lögð á eðli og gæði þjónustu og skýrari rammi settur um þá sem samið er við. Í nýlegum samningum Sjúkratrygginga við sjúkraþjálfara og sérgreinalækna var til dæmis sett inn ákvæði um stofnun svokallaðra starfsheilda sem lækna og sjúkraþjálfara starfa innan og eiga m.a. að hafa það hlutverk að stuðla að því að starfsemi uppfylli þær kröfur sem gerðar eru til heilbrigðisþjónustu og mæti jafnframt öðrum opinberum kröfum, stuðla að aðgengi að þjónustu, þ.m.t. nýrra notenda og samfellu í þjónustu þegar lækni/sjúkraþjálfari lætur af störfum eða vegna fjarveru læknis og stuðla að aðgengi að stoðþjónustu og teymisvinnu þegar við á. Jafnframt er markmiðið með starfsheildum að efla gæðastarf innan þeirra í samræmi við [Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019 – 2030](#) sem embætti landlæknis hefur lagt fram og [heilbrigðisráðherra staðfest](#). Það gefur tækifæri til aukins eftirlits með gæðum þjónustunnar. Almennt vantar þó slík þjónustuviðmið og árangursmælikvarða fyrir stóran hluta heilbrigðisþjónustu og geta kerfisins til að fylgja slíkum viðmiðum og mælingum

eftir og gera viðeigandi breytingar (í samræmi við stefnumörkun, þarfagreiningu og aðgerðaáætlun) er enn takmörkuð.

Gera þarf sambærilega samninga við aðra sjálfstætt starfandi þjónustuveitendur sem og samninga um heilbrigðisþjónustu sem veitt er á vegum félagasamtaka eins og áfengis meðferð á SÁÁ og endurhæfing á Reykjalundi, Heilsustofnun NFLÍ og Gigtarfélagi Íslands. Skýra þarf betur hlutverk og ábyrgð þessara stofnana í þjónustuferli notenda og tengingu við opinbera kerfið.

Markvisst hefur verið unnið að eflingu dag- og göngudeildarþjónustu Landspítala síðustu ár. Skilgreina þarf þó betur hvaða þjónustu á að veita á og utan Landspítala og að hún sé í samræmi við þarfir samfélagsins.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu kemur fram að við skipulag heilbrigðisþjónustu skuli stefnt að því að hún sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og í heilbrigðisstefnu kemur fram að þjónustunni skuli stýrt inn á rétt þjónustustig. Markviss þjónustustýring er hins vegar lítil í íslensku heilbrigðiskerfi eins og þegar var bent á í skýrslum McKinsey og Ríkisendurskoðunar og þjónusta fer ekki alltaf fram á réttu þjónustustigi eins og bent var á í úttektarskýrslum embættis landlæknis um bráðamóttöku Landspítala 2018/2019, bráðþjónustu barna- og unglingsgeðdeildar Landspítala (BUGL) 2022 og geðheilsuteymi fangelsa 2024, með tilheyrandi kostnaði og óhagræði. Fram kom í [bráðþjónustuskýrslunni frá 2022](#) að jafnaði hefur verið talið að um 10% koma (15–20 einstaklingar á dag) á bráðamóttöku Landspítala hefðu getað fengið jafngóða eða betri þjónustu annarstaðar í heilbrigðiskerfinu og skiptast þær nokkuð jafnt milli einstaklinga sem hefðu getað fengið þjónustu á dag- og göngudeildum Landspítala og þeirra sem hefðu getað fengið þjónustu á heilsugæslustöð eða Læknavakt.

Staðan hefur síst batnað hin síðari ár. Þrátt fyrir að tímaframboð heilsugæslunnar á bráðum erindum hafi verið stóraukið, leita sjúklingar þó enn á bráðamóttöku Landspítala með erindi sem ætti að leysa innan heilsugæslunnar eða á dag- og göngudeildum. Einnig er skortur á aðgengi bæði notenda og heimilislækna að ýmis konar sérfræðiþjónustu og sérfræðiráðgjöf og ljóst að ná þarf betra jafnvægi í þjónustunni milli bráðra erinda og eftirlits með langvinnnum sjúkdómum en er til staðar í dag. Enn er fjöldi aldraðra sem lokið hefur meðferð fastur í legurýmum á Landspítala í bið eftir þjónustuúrræðum utan spítalans, og stór hluti barna og fullorðinna með geðrænan vanda og talmein í þörf fyrir sérhæfðari þjónustu, er ekki þjónustaður á réttu þjónustustigi þar sem heilsugæslan er ábyrg fyrir þjónustunni á meðan beðið er.

3.3 Tillögur

3.3.1 Hlutverk þjónustuveitenda verði nánar skilgreind

Skilgreina þarf betur hlutverk þjónustuveitenda á öðru stigi heilbrigðisþjónustu. Skilgreina þarf hvaða einingar á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri tilheyra annars og þriðja stigs þjónustu. Skilgreina þarf hlutverk nýs Landspítala þ.e. sérstaklega magn dag- og göngudeildarþjónustu spítalans í samhengi við þjónustu heilsugæslu og sérgreinalækna.

Skilgreina þarf betur hlutverk og verkaskiptingu þjónustuveitenda í helstu sjúklínga- og sjúkdómaflokkum sem og samvinnu þeirra á milli til að tryggja notendum samfellda og skilvirka þjónustu líkt og [gert hefur verið fyrir geðheilbrigðisþjónustu](#). Eðlilegt er að heilbrigðisráðuneytið hafi forgöngu um þetta.

3.3.2 Öldrunarþjónusta verði ríkara áherslumál

Ráðast þarf í heildstæða skoðun á öldrunarþjónustu. Auka þarf framboð á úrræðum fyrir aldraða sem ekki geta útskrifast heim t.d. á hjúkrunarrýmum, heimþjónustu og endurhæfingu.

4. Heilsugæsla; teymi, umbætur og samstarf

4.1 Bakgrunnur

Í heild er texti markmiðsins svo: „Heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður notenda þegar þeir þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda. Heilsugæslan hafi yfir að ráða starfsfólki sem hefur víðtæka þekkingu. Starf heilsugæslunnar einkennist af þverfaglegri teymisvinnu þar sem unnið verði að stöðugum umbótum í nánu samstarfi við félagsþjónustuna með hagsmuni notenda í forgrunni.“

4.2 Staða

Mönnun í heilsugæslu er áskorun. Flestar fagstéttir eru af skornum skammti og ástandið heldur verra á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu.

Þverfagleg samvinna er heldur meiri á höfuðborgarsvæðinu en á landsbyggðinni og verður að telja það eðlilegan mun vegna aðgengis að fleiri starfsstéttum á höfuðborgarsvæðinu á meðan landsbyggðin nýtir þá starfsþekkingu sem til staðar er í sínu nágrenni.

4.2.1 Heimilislæknar

Yfirlýst markmið með nýju greiðslulíkani voru að betur myndi ganga að manna heilsugæsluna þar sem læknar starfandi erlendis myndu sjá sér hag í að flytja heim. Nú eru fjórar einkareknar stöðvar starfandi á höfuðborgarsvæðinu auk þeirra 15 sem eru undir hatti Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH). Flutningur lækna frá HH yfir til einkarekinna stöðva hefur verið umtalsverður frá opnun þeirra. Stórt mönnunargat hefur þó ekki minnkað samhliða þessum breytingum og ljóst er að því verður ekki lokað á næstu árum að óbreyttu. Þrátt fyrir öflugt sérnám í heimilislækningum á Íslandi kemur margt til þess að stuðla að áframhaldandi mönnunargati. Íslendingum mun áfram fjölga, þeir lifa lengur og hafa fleiri heilsufarsvandamál. Heimilislæknum mun fara fjölgandi en búast má við að sú þróun á hlutavinnu sérfræðinga sem þegar er orðin algeng haldi áfram. Því þarf að mennta fleiri sérfræðinga en áður fyrir hverja fullsetna stöðu sérfræðings í heimilislækningum. Óhóflegt vinnuálag hefur verið mikið til umræðu á síðastliðnum árum og veldur háu veikindahlutfalli hjá læknum sem og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum í heilsugæslu. Þá er fyrirhuguð stytting vinnuviku hjá læknum (betri vinnutími) eins og öðrum heilbrigðisstéttum og samhliða slíku myndast væntanlega stærra mönnunargat auk þess sem þjónusta minnkar nema verulegt umbótastarf verði unnið samhliða breyttum vinnutíma lækna.

Samhliða þarf að fækka tímafrekum verkum sem hljótast af skrifræði, útgáfu vottorða og úrelt sjúkraskrárkerfi.

4.2.2 Hjúkrunarfræðingar

Aukin verkefni á heilsugæslu hafa kallað á fjölgun hjúkrunarfræðinga. Með auknum verkefnum hefur sérhæfing hjúkrunarfræðinga orðið algengari því erfiðara er að halda utan um öll verkefni á heilsugæslu. Í dag vantar hjúkrunarfræðinga á flestar stöðvar landsins og verkefnum er forgangsraðað en þörf er á að vinna þau öll. Oft á tíðum bitnar þetta á heilsueflandi- og lífsstílmóttökum og skólahjúkrun. Mönnunarstefna þyrfti að vera skýrari þar sem mönnun er mismunandi milli stöðva

Á landsbyggðinni getur þó verið um einn hjúkrunarfræðing að ræða sem þarf að hafa þekkingu á öllu. Undirbúningur undir vinnu á landsbyggðinni vantar oft á tíðum inn í menntun heilbrigðisstétta og þörf á að bæta þar úr. Héraðshjúkrun og héraðslækningar ættu að vera sér námsefni í námsskrá skólanna.

4.2.3 Aðrar stéttir

Mikil þörf er að auka verulega í öðrum stéttum á heilsugæslum, sérstaklega á landsbyggðinni. Þverfagleg samvinna eykur vinnuánægju, tryggir réttari þjónustu og því breiðari sem þekkingin er því líklegra er að hægt sé að koma til móts við skjólstæðinginn.

Starfsstéttum á heilsugæslustöðvum hefur farið fjölgandi á síðastliðnum árum og samhliða því þverfaglegu samstarfi. Auk heimilislækna og hjúkrunarfræðinga eru ljósmæður, sálfræðingar, sjúkrapjálfarar, sjúkraliðar, klínískir lyfjafræðingar og félagsráðgjafar við störf á heilsugæslustöðum. Í einstaka tilvikum eru iðjupjálfar hluti af þverfaglegum starfshópi og sérhæfðir hjúkrunarfræðingar s.s. geðhjúkrunarfræðingar. Þá verður að geta þess að margar sérgreinar hjúkrunarfræðinga eru við störf á heilsugæslu svo sem í ung- og smábarnavernd, lífstílmóttöku og öldrunarhjúkrun.

4.2.4 Þarf alltaf teymi?

Ekki krefjast allir sjúkdómar eða sjúklingar teyma. Teymi eru frábær þegar það þarf en allt of dýrt þjónustuform þegar viðtal við lækni eða annan heilbrigðisstarfsmann nægir meira en vel til að leysa vandamálið. Það þarf líka að auka afköst og verðlauna það að sinna sjúklingum, og lækna, líkna og hjúkra þeim. Það er kjarnastarfsemi heilbrigðiskerfisins.

4.2.5 Mönnun grunnstétta í heilsugæslu 2024-2030

Fjöldi Íslendinga árið 2024 er 388 þúsund og heimilislækna 193, sem gerir um 2000 skjólstæðingar að meðaltali á hvern heimilislækni. Spáð er að Íslendingar verði 434 þúsund árið 2030. Heimilislækna verða orðnir 263 ef útskriftir úr heimilislæknasérnámi verða með svipuðum hætti og verið hefur upp á síðkastið. Það horfir því til betri tíðar, en á sama tíma mun þjóðin eldast og mögulegt er að vinnutími lækna styttest til samræmist við það sem almennt gerist.

4.2.6 Sérfræðiþjónusta á landsbyggðinni

Á landsbyggðinni þarf sérfræðiþjónusta að fara fram á heilbrigðisstofnunum landsins og sjúkrahúsins á Akureyri. Í dag er það svo að það fer eftir því hvaða samningum stofnanirnar ná við sérfræðinga hvort hægt sé að veita þessa þjónustu í heimabyggð. Kortleggja þarf hvaða sérfræðiþjónustu vantar á landsbyggðina og tryggja í kjölfarið að öll landssvæði njóti þessarar þjónustu með reglulegu millibili, hvort sem um er að ræða fjarþjónustu eða reglulegar heimsóknir.

4.3 Tillögur

4.3.1 Þverfagleg samvinna verði eflað með fjarheilbrigðisþjónustu

Fjarfundalausnir eru mjög vannýttar sem grundvöllur þverfaglegrar teymisvinnu. Stór þáttur í því eru strangar kröfur sem settar eru á fjarheilbrigðisþjónustu umfram aðra heilbrigðisþjónustu sem gerir ferla þunga og daglegt starf stírt. Með sanngjarnari kröfum og frumkvæði þeirra stofnana sem sett hafa kröfur til fjarheilbrigðisþjónustu ætti að vera hægt að liðka fyrir því að teymi þurfi ekki öll að vera á sama stað á sama tíma. Aukin notkun fyrirbyggjandi Microsoft-lausna er augljóst fyrsta skref.

4.3.2 Nefnd kortleggi og geri tillögur að bættri sérfræðiþjónustu á landsbyggðinni

Enn hefur engin varanleg lausn fundist á veitingu sérfræðiþjónustu lækna á landsbyggðinni. Aðgengi er minna á landsbyggðinni en höfuðborgarsvæðinu og hlutverkaskipting óljós milli Sjúkratrygginga og heilbrigðisstofnana. Mikilvægt er að kortleggja þörf fyrir sérfræðiþjónustu, bæði eftir sérgreinum og staðsetningum. Þetta þarf að setja í samhengi við gæðakröfur, uppbyggingu og eignarhald tækjakosts, ferðakostnað starfsfólks og sjúklinga og fleira. Heilbrigðisráðuneytið setji nefnd af stað sem taki þetta verkefni að sér.

5. Heilsueflandi móttökur

5.1 Bakgrunnur

Í heilbrigðisstefnu er markmiðið svo: „Heilsugæslan taki virkan þátt í heilsueflingu og bjóði upp á ráðgjöf um heilbrigðan lífsstíl fyrir einstaklinga og hópa.“

5.2 Staða

Strax árið 2019 ákvað þáverandi heilbrigðisráðherra að ráðstafa 200 milljónum af fjárlögum ársins 2020 til að koma á fót heilsueflandi móttökum um allt land. Móttökurnar voru ætlaðar eldra fólki og einstaklingum með fjölþætt eða langvinn heilsufarsvandamál. Markmið var að tryggja þessum hópi þverfaglega og heildstæða heilbrigðisþjónustu og innleiða skipulagða heilsuvernd fyrir aldraða. Innleiðingin var sett í hendur heilsugæslunnar.

Könnun var gerð meðal ábyrgðaraðila heilsueflandi móttaka hjá heilsugæslustöðvum. Þetta starf var farið af stað hjá öllum heilsugæslustöðvum en í mismiklum mæli. Hjúkrunarfræðingar (málastjórar) eru í mismiklu stöðuhlutfalli á heilsugæslustöðvum um allt land og sinna þessari þjónustu.

Settar hafa verið fram leiðbeiningar til að samræma þjónustu í heilsugæslu með áherslu á heilsueflingu og heilðræna nálgun. Rætt er við skjólstæðing um áhrifaþætti (svefn, andleg líðan, áfengi, tóbak, munnheilsa, næring, hreyfing, meðferðarheldni lyfja) og hvað hægt sé að gera til að hafa áhrif á framvindu heilsuvandans og viðhalda lífsgæðum.

Þar sem starf við heilsueflandi móttökur er ekki tímaháð eins og margt í starfi heilsugæslustöðva vill brenna við að það mæti afgangi í dagsins önnum. Það er því stöðugt viðfangsefni, bæði hjá starfsfólki og stjórnendum, að stuðla að því að verkefninu sé fundið fyrirkomulag sem tryggir ákveðinn sveigjanleika gagnvart brýnni málum en þó þannig að það mæti ekki sífelld afgangi og missi þannig marks.

Country	Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)					Patient-Reported Experience Measures (PREMs)				
	Physical health	Mental health	Social functioning	Well-being	General health	Confidence to self-manage	Experienced coordination	Person-centred care	Experienced quality	Trust in health system
OECD PaRIS	45 (70%)	47 (83%)	84%	60 (71%)	67%	60%	8.2 (59%)	16.3 (88%)	90%	63%
Australia	47 (74%)	48 (81%)	80%	59 (70%)	74%	61%	9.6 (74%)	18.1 (94%)	94%	64%
Belgium	45 (68%)	46 (83%)	85%	60 (71%)	72%	63%	8.8 (67%)	17.9 (93%)	95%	70%
Canada	47 (77%)	49 (87%)	87%	62 (74%)	83%	59%	9.3 (71%)	12.1 (63%)	94%	61%
Czechia	46 (72%)	48 (87%)	88%	60 (72%)	63%	68%	9.2 (70%)	17.1 (90%)	96%	54%
France	45 (68%)	46 (87%)	91%	58 (67%)	76%	92%	8.4 (61%)	17.1 (92%)	91%	61%
Greece	45 (69%)	45 (78%)	87%	58 (66%)	69%	37%	7.1 (47%)	14.6 (79%)	74%	36%
Iceland	44 (65%)	47 (82%)	78%	63 (74%)	62%	35%	6.2 (34%)	14.9 (77%)	74%	54%
Luxembourg	45 (72%)	47 (86%)	86%	60 (71%)	71%	56%	8.5 (63%)	17.0 (91%)	93%	66%
Netherlands	47 (74%)	47 (85%)	82%	65 (79%)	64%	78%	7.3 (49%)	16.8 (90%)	92%	71%
Norway	47 (75%)	47 (83%)	80%	63 (76%)	63%	47%	7.6 (51%)	16.3 (87%)	92%	73%
Portugal	43 (57%)	43 (67%)	73%	56 (61%)	42%	61%	7.3 (49%)	14.9 (77%)	69%	54%
Romania	41 (52%)	44 (75%)	75%	59 (65%)	43%	42%	10.3 (78%)	17.4 (93%)	80%	52%
Saudi Arabia	46 (68%)	52 (93%)	93%	59 (65%)	93%	73%	6.5 (37%)	15.9 (87%)	89%	74%
Slovenia	46 (74%)	47 (85%)	88%	61 (72%)	62%	61%	8.2 (57%)	16.4 (85%)	89%	63%
Spain	43 (60%)	46 (81%)	79%	60 (69%)	55%	67%	8.5 (65%)	16.4 (85%)	85%	89%
Switzerland	47 (82%)	49 (91%)	90%	65 (80%)	79%	67%	10.3 (81%)	19.1 (97%)	97%	71%
Wales (UK)	44 (60%)	46 (75%)	73%	53 (59%)	62%	51%	5.0 (22%)	13.7 (66%)	72%	46%
Italy*	44 (66%)	45 (76%)	78%	56 (62%)	39%	24%	9.5 (72%)	16.3 (88%)	78%	62%
United States**	48 (75%)	51 (89%)	90%	64 (76%)	81%	74%	9.3 (72%)	18.4 (95%)	94%	65%

Green better than the OECD average (statistically higher, at 1+ comparative interval above).
 Blue close to the OECD average (not statistically different, within one comparative interval).
 Orange worse than the OECD average (statistically lower, 1+ comparative interval below).

Mynd 2: Niðurstöður úr enn óbirtri PaRIS-könnun OECD. Tölurnar sýna hlutfall fólks 45 ára og eldri með a.m.k. einn langvinnan sjúkdóm og upplifun þeirra af þjónustunni. Athygli vekur að allir upplifunarbættir (PREM) fyrir Ísland eru lægri en meðaltal allra hinna 18 landanna sem tóku þátt.

5.3 Tillögur

5.3.1 Rafræn kerfi heilsueflandi móttaka verði bætt

Ýmsir þættir sem tengjast tölvukerfum heilsueflandi móttaka eru hamlandi og krefjast úrbóta. Gerð þessara kerfa er komin á veg. Bæta þarf sýn almenningi á eigin sjúkraskrá, fjölga samskiptaformum, bæta yfirsýn heilbrigðisstarfsmanna, auka möguleika á fjarþjónustu og einfalda ferla.

6. Umfang annars stigs er skilgreint

6.1 Bakgrunnur

Markmiðið er skilgreint svo í heilbrigðisstefnu: „Umfang annars stigs þjónustu utan sjúkrahúsa verði á hverjum tíma ákveðið í samningum við Sjúkratryggingar Íslands í samræmi við þarfir þeirra sem þurfa á þjónustu að halda.“

Samningar Sjúkratrygginga við sérgreinalækna voru útrunnir þegar heilbrigðisstefna var sett, en þeir fyrri runnu út í [janúar 2019](#). Sérgreinalæknar voru samningslausir í rúm fjögur ár, þar til [nýir samningar voru undirritaðir](#) í júní 2023 með gildistöku í september sama ár.

6.2 Staða

Umfang annars stigs þjónustu innan sjúkrahúsa er ekki vel skilgreint. Héraðssjúkrahús eru á föstum fjárveitingum sem ekki eru gegnsæ. Þannig ræðst það hvaða þjónusta er veitt og hver ekki af handahófskenndum, eða í öllu falli matskenndum, viðmiðunum. Þetta á bæði við um göngudeildarþjónustu og sjúkrahússþjónustu.

Lengi hefur verið stefnt að því að innleiða DRG-reiknilíkan fyrir Landspítala og Sjúkrahúsið á Akureyri, en það hefur ekki verið að fullu innleitt enn.

Ef markmiðið á að nást, þ.e. að umfang þjónustu utan sjúkrahúsa verði ákveðið í samningum, hlýtur að þurfa að skilgreina bæði hver heildarþörfin fyrir þjónustu er og hvaða þjónustu skynsamlegt er að veita innan sjúkrahúsa. Hvort tveggja er snúið. Í einfaldaðri mynd snýst spurningin um það hver eigi að „sjá um rest“.

Fyrst um umfangið. Umfangið á sér ýmsar víddir:

- Tegund þjónustu, það er hvaða aðgerðir eru framkvæmdar eða þjónusta er veitt á opinberum sjúkrahúsum og hvað á sér stað hjá einkaaðilum samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar.
- Sveigjanleiki, það er hvernig tekið er á óvissu og sveiflum í þörf og framboði.
- Magn þjónustu (fjöldi aðgerða, viðtala og svo framvegis) sem er á rófi, það er að hvatar, traust og sameiginleg sýn á gagnreynda læknisfræði hefur áhrif á umfang. Þá geta verið mismunandi skoðanir á læknisfræðilegar forsendur og túlkanir á rannsóknum þegar þá liggja yfirleitt fyrir.

Samningur Sjúkratrygginga við Læknafélag Reykjavíkur er tvískiptur:

- Samningur til 5 ára um þjónustu sérgreinalækna.
- Samstarfssamningur um ýmis samstarfsverkefni sem unnið verður að á samningstímanum.

Í samningnum fjalla einkum 9. og 10. grein um magnstýringu. Í þeirri fyrri segir meðal annars: „Árlegur áætlaður heildareiningafjöldi eru 27 milljónir eininga, miðað við 2023. Almennt skal miða við að árlegur vöxtur þjónustu verði 1,5%. Þennan áætlaða vöxt skal bera saman við breytingu á aldurssamsetningu og fjölgun þjódarinnar. Einnig skal tillit tekið til flutnings verkefna, tækniframfara, nýjunga og annarra viðlíka þátta, ef um er að ræða. Sé mikill munur á þessum þáttum og viðmiðinu 1,5%, skal fjalla um það í samstarfsnefnd og bregðast við.“

Um viðbrögð segir: „Rúmist samanlagðar áætlanir lækna eða raunverulegt umfang ekki innan áætlaðs heildarmagns eininga skal samstarfsnefnd leita skýringa á aukningunni og bregðast við.“

Í 10. grein er kveðið á um að viðbrögð ef áætlanir um vinnumagn standast ekki, og þarf lækni þá að rökstyðja frávikin.

Rangir hvatar í greiðslukerfum, bæði þeim sem notuð eru gagnvart opinberum aðilum og einkaaðilum, geta valdið vanþjónustu, ofþjónustu, lágum gæðum, biðlistum og því að ákveðnir sjúklingahópar verði út undan. Eðlilegt er að einfaldari aðgerðir séu gerðar á læknastofum úti í bæ á meðan flóknari aðgerðir eru framkvæmdar á sjúkrahúsum með meiri viðbúnað svo sem gjörgæsludeild eða hágæslueiningar. Myndin getur svo flækst þegar kennsluhlutverk spítalanna blandast inn, en þá þurfa unglæknar einnig að fá reynslu í einfaldari aðgerðum. Þá getur mönnun vaktalína vegna bráðra útkalla valdið því að skynsamlegt getur verið að halda inni ákveðnum fjölda aðgerða á stóru spítölunum.¹ Á læknastofum er fjöldi tilvika bæði viðtala og aðgerða sinnt eða um 500.000 aðgerðum og viðtölum á ári. Þar liggja menntunartækifæri bæði fyrir læknanema, sérnámslækna og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Ætla má að ef auðnast á að auka fjölda útskrifaðra heilbrigðisstarfsmanna á næstu árum liggi beinast við að nýta þessi tækifæri enda hafa námspláss á sjúkrahúsum löngum verið talinn upp sem megin ástæða fjöldatakmarkana í heilbrigðisgreinum í háskólum.

Stórar ákvarðanir bíða heilbrigðisyfirvalda í þessum málum. Í öðrum áfanga byggingar NLSH er gert ráð fyrir dag-, göngu- og legudeildum auk geðheilbrigðishúsnæðis. Ekki liggur skýrt fyrir hvaða þjónustu eigi að veita þar og hvaða þjónustu NLSH mun ekki sinna, en ákvörðunin hefur veruleg áhrif á umfang og eðli þeirra bygginga sem reisa þarf.

Ýmsar útfærslur má hugsa sér á fyrirkomulagi þeirrar ákvarðanatöku, en í grunninn þarf að meta hvaða dag- og göngudeildarþjónusta er svo nátengd sjúkrahússþjónustu þeirra að sterk fagleg og hagkvæmnisrök hnígi til þess að

¹ Segjum að manna þurfi sólarhringsvaktalínur sem býr til þörf fyrir ákveðinn fjölda heilbrigðisstarfsmanna, einkum lækna og hjúkrunarfræðinga sem geta þá sinnt öllu sem kemur upp. Þau tilvik eru hins vegar ekki alltaf nógu mörg til að mannaflinn nýtist vel og eða haldist í faglegri þjálfun. Því þurfa teymin að fá ákveðinn fjölda aðgerða sem í sjálfu sér mættu vera hjá einkaaðilum.

veita hana af spítölunum. Heilbrigðisráðuneytið myndar svo heildarsýn á þeim grundvelli og felur Sjúkratryggingum að semja um kaup á annarri nauðsynlegri þjónustu.

Samkvæmt lögum um sjúkratryggingar frá árinu 2008 er sjúkratryggingastofnun falið að semja um alla heilbrigðisþjónustu, þar með talda þá þjónustu sem veitt er á opinberum heilbrigðisstofnunum. Sá hluti laganna hefur ekki verið innleiddur, heldur eru heilbrigðisstofnanir beint á fjárlögum. Af því hlýst að það hlutleysi gagnvart rekstraraðila sem stefnt var að því að næðist fram með lögnum hefur ekki gengið eftir, og ekki heldur það upplegg að Sjúkratryggingum væri falið að meta þjónustupörf og semja við þjónustuveitendur um að veita þá þjónustu. Reiknilíkön fyrir heilsugæslu eru þannig ný kerfi sem mótuð eru beint í heilbrigðisráðuneytinu en ættu samkvæmt laganna hljóðan að fara fram hjá Sjúkratryggingum.

6.3 Tillögur

6.3.1 Heilbrigðisráðuneytið klári innleiðingu laga um sjúkratryggingar ella breyti lögum

Lög um sjúkratryggingar gera ráð fyrir að Sjúkratryggingar Íslands semji um og greiði fyrir alla heilbrigðisþjónustu. Þetta er ekki gert í dag. Sú hugsun um aðgreiningu heilbrigðisráðuneytis og innkaupa hefur því ekki náð fram að ganga. Starfshópurinn leggur til að lokið verði við innleiðingu laganna, ella breyta lögnum þannig að þau endurspegli heildstæða hugsun um verkaskiptingu milli ráðuneytis og Sjúkratrygginga.

6.3.2 Heilbrigðisráðuneytið skýri betur hvaða annars stigs þjónusta þarf að vera í nánu sambandi við sérhæfð sjúkrahús

Það er samhljómur um það, að þrátt fyrir að NLSH, stýrihópur um NLSH, Landspítali, einkaaðilar og Sjúkratryggingar hafi ýmislegt til þess samtals að leggja, hljóti það að vera heilbrigðisráðuneytisins að leggja línur frekar fyrr en síðar, svo umfang húsakosts geti tekið mið af því, en einnig svo undirbúningur geti hafist fyrir aðrar breytingar. Slíkri vinnu er þannig hægt að áfangaskipta, þannig að í fyrsta áfanga séu helstu línur dregnar en í seinni áföngum séu sérgreinar teknar fyrir. Útkoma vinnunnar er auglýsing eða reglugerð frá ráðherra.

Á grundvelli slíkrar vinnu geta Sjúkratryggingar betur náð markmiði heilbrigðisstefnu um að skilgreina umfang keyptrar þjónustu.

6.3.3. Hlutur annars stigs þjónustu í kennslu verði aukinn

Skoðað verði af alvöru að nýta námstækifæri í annars stigs þjónustunni til að fjölga nemum í heilbrigðisvísindum, ekki síst í læknisfræði, enda ljóst að sá geiri heilbrigðiskerfisins sem mest mun vaxa á komandi árum er sá hlutur vegna þarfar á hagræðingu og tækniframfara.

7. Fjarheilbrigðisþjónusta og sjúkraflutningar

7.1 Bakgrunnur

Í heild er markmiðið svohljóðandi: „Aðgengi að heilsugæslu og þjónustu sérfræðinga á landsbyggðinni verði bætt með fjarheilbrigðisþjónustu og vel skipulögðum sjúkraflutningum.“

Athygli vekur að í upprentaðri heilbrigðisstefnu ráðuneytisins kemur orðið „jafnað“ í stað orðsins „bætt“.

Almennt má segja að þetta markmið sé að ýmsu leyti ruglingslegt. Þetta er eini staðurinn þar sem sjúkraflutningar eru nefndir, og hér eru þeir settir í samhengi við þjónustu sérfræðinga. Vissulega má segja að sérfræðingar starfi í annars og þriðja stigs þjónustu Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri, en annars myndi almennur málskilningur segja að „þjónusta sérfræðinga“ vísi til þjónustu stofulækna á öðru stigi. Sjúkraflutningar eru því hvorki settir í samhengi bráðaþjónustu á fyrsta stigi né sjúkrahússdvöl á þriðja stigi þegar þjónusta á öðrum stigum, til dæmis sjúkrahúsi á öðru stigi eða hjúkrunarheimili á fyrsta stigi.

Ólíkt því sem markmiðstextinn virðist benda til, er hugtakið „sjúkraflutningar“ almennt ekki notað í tengslum við ferðir fólks á landsbyggðinni til Reykjavíkur til að sækja þjónustu sérfræðinga, né ferðir lækna af höfuðborgarsvæðinu til landsbyggðarinnar til að veita þar sína sérfræðiþjónustu.

Um fjöllum í þessum kafla er því þríþætt; fjarheilbrigðisþjónusta, sjúkraflutningar og aðgengi að þjónustu sérfræðinga.

7.2 Staða

7.2.1 Fjarheilbrigðisþjónusta

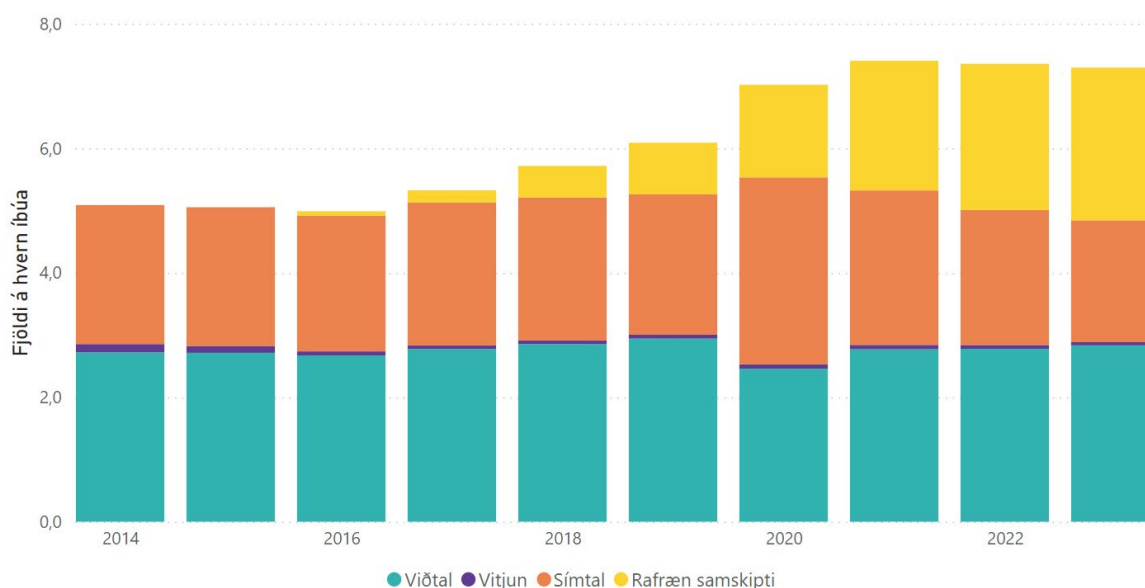
Í maí 2024 var lögum um heilbrigðisþjónustu breytt til að taka skýrar á fjarheilbrigðisþjónustu. Eftirfarandi grein [var þannig bætt í lög](#):

Fjarheilbrigðisþjónusta: Nýting stafrænnar samskipta- og upplýsingatækni til að veita heilbrigðisþjónustu þar sem aðilar eru ekki á sama stað á sama tíma. Undir fjarheilbrigðisþjónustu fellur:

- Fjarsamráð:* Samráð heilbrigðisstarfsfólks og miðlun heilbrigðisupplýsinga með viðeigandi og öruggum tæknibúnaði.
- Fjarvöktun:* Notkun á stafrænum lausnum og tæknibúnaði í fjarvöktun á heilbrigðisástandi.
- Myndsamtal:* Rauntímasamskipti heilbrigðisstarfsmanns og sjúklings með öruggum tæknibúnaði.
- Netspjall og hjálparsími:* Samskipti heilbrigðisstarfsfólks við sjúklinga í hjálparsíma eða á netspjalli sem kalla á leit upplýsinga eða skráningu upplýsinga í sjúkraskrá sjúklings.

Velferðartækni: Notkun á stafrænum tæknilausnum heilbrigðisþjónustu sem treystir búsetu einstaklinga í heimahúsi.

Fjarheilbrigðisþjónusta hefur aukist síðustu ár eins og næsta mynd sýnir. Fyrst var aukningin viðbót við fyrri þjónustu, í faraldrinum fækkaði viðtölum lítillega, en frá 2021 hefur fjöldi samskipta staðið að mestu í stað.



Mynd 3: Samskipti í heilsugæslu 2014–23. Niðurbrot eftir tegund samskipta sýnir hraðan vöxt rafrænna samskipta, sem er ekki endilega það sama og fjarheilbrigðisþjónusta. Heimild: Mælaborð [embættis landlæknis](#).

7.2.2 Sjúkraflutningar

Talsverð vinna hefur farið fram í stefnumótun og samþættingu á sviði sjúkraflutninga frá því að heilbrigðisstefnan var sett.

- Starfshópur ráðherra skilaði af sér tillögum í janúar 2020, skjali sem heitir [Stefna í bráðabiðnustu og sjúkraflutningum til ársins 2030](#).

- Þá kom út skýrsla starfshóps, [Miðstöð um bráðabjónustu og sjúkraflutninga OG Drög að bjónustuviðmiðum](#) í janúar 2020.
- Í ágúst 2021 kom [Aðgerðaáætlun fyrir sjúkraflutninga og bráðabjónustu til ársins 2025](#). Drögin höfðu áður komið inn í [Samráðsgátt og fengið þar 13 umsagnir](#).
- Þá kom stöðuskýrsla út í desember 2022, [Bráðabjónusta á Íslandi: Núverandi staða og framtíðarsýn](#) sem fjallaði meðal annars um sjúkraflutninga og fjarheilbrigðisþjónustu frá ýmsum sjónarhólum.

Ekki verður fjallað ítarlegar um þá þætti hér og vísað í nýlegar skýrslur þess efnis.

7.2.3 Sjúkraflug

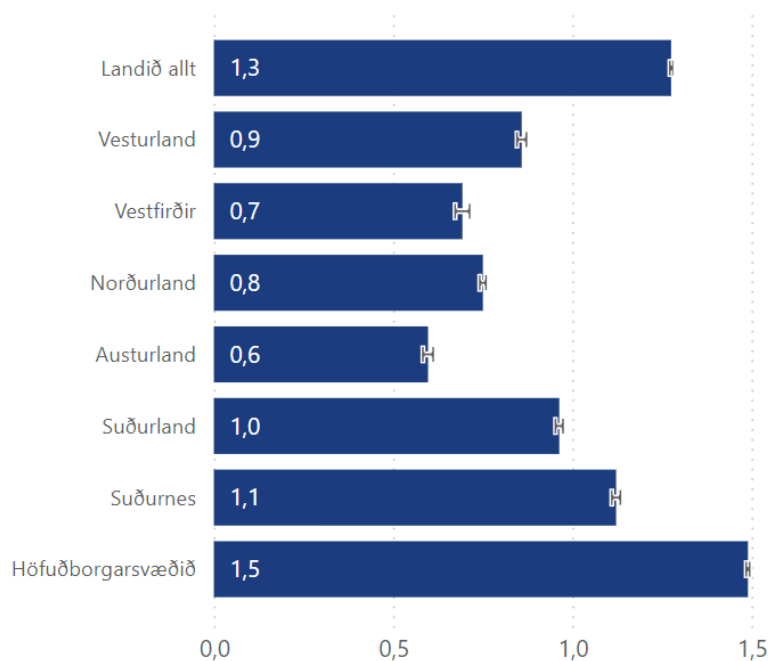
Sjúkraflutningar innifela einnig sjúkraflug sem sinnt er bæði af einkafyrirtækjum (Norlandair) samkvæmt samningi við sjúkratryggingar og Landhelgisgæslunni.

Um 500 sjúkraflug eru greidd af Sjúkratryggingum á ári, og eru þau mest frá Austurlandi og Norðurlandi eystra, en með öðrum sjúkraflugum á flugvélum voru þau um 900 árið 2023. Önnur flug en þau sem greidd eru af Sjúkratryggingum eru greidd af stofnunum sem þá eru að senda einstaklinga í rannsóknir eða sérhæfðari þjónustu annars vegar eða heimferð eftir dvöl í sérhæfðari úrræðum þar sem einstaklingar flytjast á sjúkrahús eða heilbrigðisstofnun í heimabyggð.

7.2.4 Aðgengi að þjónustu sérfræðinga og ferðakostnaður

Aðgengi að þjónustu sérfræðinga hefur lengi verið verulega minna á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu og áhrifasvæðum þess. Eftirfarandi mynd sýnir gögn frá 2022 og þar sést að íbúar höfuðborgarsvæðisins fara rúmlega tvisvar sinnum oftar en íbúar Austurlands og Vestfjarða til sérfræðings.





Mynd 4: Fjöldi heimsóknna til sérfræðings á samningi við Sjúkratryggingar Íslands árið 2022. Gögnin eru flokkuð eftir lögheimili sjúklings en ekki hvar þjónustan er veitt, sem er þó að stofni til á höfuðborgarsvæðinu. Heimild: [Lýðheilsuvísar embættis landlæknis sem byggja á gögnum Sjúkratrygginga Íslands](#).

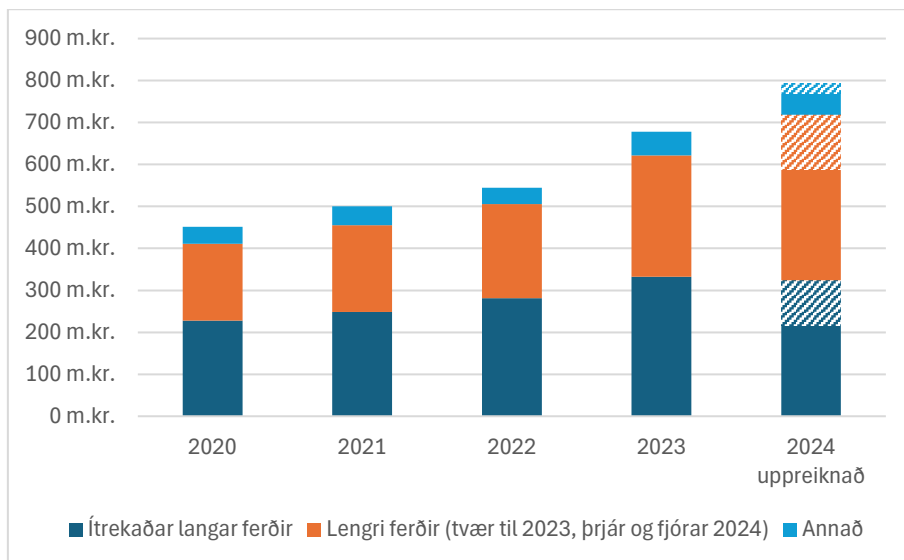
Myndin sýnir ekki alla söguna, og má þar einkum benda á að ekki er fyllilega ljóst hvaða fjöldi heimsóknna er bestur. Vera kann að einhverjar heimsóknir íbúa höfuðborgarsvæðisins hafi lágt virði, og í mörgum tilvikum sambærilegum heimsóknum sinnt í héraði af heimilislæknum sem geta verið jafnvel til þess fallnir.

Stór áhrifapáttur í aðgengi að sérfræðiþjónustu er ferðakostnaður, bæði lækna til að koma út á land en einnig sjúklinga til Reykjavíkur.

[Nýjar reglur tóku gildi 1. janúar 2024](#). Með þeim voru þrjár ferðir á ári niðurgreiddar af Sjúkratryggingum í stað tveggja áður. Sú fjórða bættist við 1. júlí. Þessa er strax farið að sjást merki í tölum Sjúkratrygginga, þó innleiðing sé ekki að fullu komin fram. Myndin hér á eftir sýnir þó að milli 2020 og 2023 hafði kostnaður vegna þessa liðar hækkað verulega án þess að reglubreyting hefði komið til.

Með nýju reglunum er greiðslutímabilið almanaksár í stað áður 12 mánaða tímabils, en það sem meira máli skiptir var að frá 1. júlí voru einnig feld brott skilyrði um að læknir í heimabyggð þyrfti að staðfesta að sú heilbrigðisþjónusta sem sjúklingurinn sækist eftir sé ekki í boði í heimabyggð viðkomandi. Eftir breytinguna þarf einungis staðfesting læknis eða ljósmóður að liggja fyrir um að sjúkdómsmeðferðin sem um ræðir sé ekki veitt í heimabyggðinni.

„Með þessari breytingu er stutt við það mikilvæga markmið að auka og jafna aðgengi landsmanna að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag og búsetu,“ sagði Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra við þetta tilefni.



Mynd 5: Niðurgreiðsla Sjúkratrygginga á ferðakostnaði eftir flokkum. Raungögn 2024 ná til ágúst og eru uppreiknuð til ársins miðað við meðaltal mánaðarlegs kostnaðar. Sá uppreikningur vanmetur heildakostnað ársins vegna þess að sumarið er ódýrara, og vegna þess að fjölgun ferða á ári er ekki komið til fullrar framkvæmdar.

7.3 Tillögur

7.3.1 Stjórnvöld standi ekki í vegi fyrir fjarheilbrigðisþjónustu

Gera þarf fleiri kerfi aðgengileg sem eru örugg og má nota löglega til að veita fjarheilbrigðisþjónustu. Skortur á öruggum og nothæfum kerfum hefur verið einn stærsti Akkílesarhæll þessarar tegundar þjónustu. Þar þarf sérstaklega að líta til þess að gæða- og kostnaðareftirlit stjórnvalda takmarki ekki aðgengi og skilvirkni kerfisins í heild um of. Sjá einnig 4.3.1 sem snýr að teymisvinnu.

7.3.2 Ferðakostnaður verði enn jafnaður

Fagna ber áföngum sem náðst hafa í auknum ferðafjölda sem sjúklingum á landsbyggðinni stendur til boða að fá greiðsluþátttöku í og lagt til að haldið verði áfram á þeirri braut eins og þarf.

8. Biðtími byggir á faglegu mati

8.1 Bakgrunnur

Í heild hljómar markmiðið: „Biðtími eftir heilbrigðisþjónustu byggist á faglegu mati og verði innan þeirra marka sem kveðið verði á um í samningum við þjónustuveitendur.“

Umfjöllun um biðtíma er talsvert flókin og verður hér einungis stiklað á stóru. Fyrst um markmiðið sjálft. Af texta markmiðsins má ráða að ekki er sérstakt markmið að biðtími sé enginn eftir öllum aðgerðum. Ýmis rök geta verið fyrir því að hóflegur biðtími sé skynsamlegur í sumum tilfellum, að minnsta kosti af hálfu heilbrigðiskerfisins, til að hægt sé að halda stöðugri starfsemi og þjónustu og skipuleggja fram í tímann. Um brýnni aðgerðir gildir að sjálfsögðu að best er að biðtími sé sem stystur, sem og aðgerðir þar sem lífsgæði eru lítil eða kostnaður hár við biðina, svo sem í sjúkrahússinnlögnum eða fjarveru frá vinnu. Markmiðið er því skrifað með þeim hætti að faglegt mat þurfi að liggja á bakvið þann biðtíma sem er í kerfinu að teknu tilliti til eðlis aðgerða og annarra þátta.

Þá bendir texti markmiðsins til þess að það sé einstakra þjónustuveitenda að tryggja að biðtími sé stuttur. Þetta er frekar óheppilegt orðaval, því í raun er það heilbrigðiskerfisins í heild að sjá til þess að biðtími sé stuttur. Sérstaklega á þetta við í kerfi sem er rekið að stórum hluta af opinberum heilbrigðisstofnunum sem enn sem komið er heyra ekki undir beint samningssamband við Sjúkratryggingar. Ef margir hrúgast inn á biðlista hjá einstökum aðilum vegna þess að það vantar heildarafköst í kerfið, getur það varla verið sök einstaks þjónustuveitanda, heldur kerfisins. Þetta getur þó átt við í einhverjum tilfellum, einkum þegar samið er um umdæmisgreiðslur (e. *capitation*) eins og tilfellið er með heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu, en þá tekst heilsugæslustöð á hendur að sinna öllum skráðum skjólstaðingum gegn fastri greiðslu.

Efnislega um markmiðið má skipta umfjölluninni í tvennt:

- Umsýsla með biðlista, einföldun ferla, miðlæg og áreiðanleg gagnasöfnun, réttlæti við innköllun í aðgerðir og annað utanumhald.
- Framboð aðgerða/rýma/viðtala í samhengi við þarfir.

8.2 Staða

8.2.1 Umsýsla biðlista, einföldun ferla, gagnasöfnun, innköllun og fleira

Biðtími í heilbrigðisþjónustu er einn af mælikvörðum á gæði þjónustunnar. Með biðtíma er átt við þann tíma sem líður frá því að sjúklingur hefur samband við heilbrigðisþjónustu út af einkennum eða frá því að þörf fyrir viðkomandi þjónustu er greind. Þessi tímamörk eiga að sjálfsögðu ekki við þegar um bráðaþjónustu er að ræða eða um greiningu og meðferð illkynja sjúkdóma.

Embætti landlæknis hefur sett fram almenn viðmið um ásættanlega bið eftir heilbrigðisþjónustu. Að auki kveða viðmið embættis landlæknis á um að 80% sjúklinga komist í aðgerð innan 90 daga. Þetta viðmið á þó ekki við þegar um er að ræða skurðaðgerðir sem metnar eru í brýnum forgangi t.d. vegna lífsógnandi sjúkdóma.

Samband við heilsugæslustöð samdægurs.

Viðtal við heilsugæslulækni innan 5 daga.

Skoðun hjá sérfræðingi innan 30 daga.

Aðgerð/meðferð hjá sérfræðingi innan 90 daga frá greiningu.

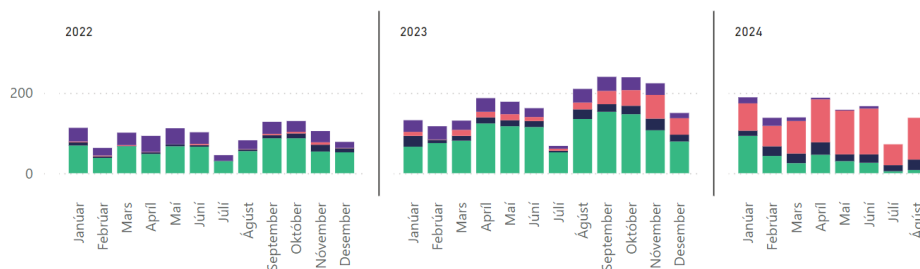
Færa má rök fyrir því að framangreind viðmið henti þó ekki allri þjónustu.

Í heilbrigðisþjónustu gefa biðlistar upplýsingar um fjölda einstaklinga sem bíða eftir tiltekinni þjónustu. Biðlistar eru mikilvægir fyrir skipulag heilbrigðisþjónustunnar og gefa vísbendingar um eftirspurn eftir þjónustu og hvernig tekst að mæta henni á hverri heilbrigðisstofnun. Bið er á ýmsum stöðum í ferli sjúklings um heilbrigðiskerfið; eftir tíma hjá heimilislækni, eftir sérfræðiþjónustu, eftir ýmsum aðgerðum, eftir hjúkrunarrými og endurhæfingu.

Eftirliti embættis landlæknis með stöðu á biðlistum er eins og staðan er í dag takmörk sett vegna erfiðs aðgengis að upplýsingum um fjölda á biðlista og biðtíma. Upplýsingarnar eru yfirleitt vistaðar hjá hverjum og einum þjónustuveitanda og skráningin er ekki alltaf samræmd og í rafrænt skráningarkerfi sem gerir alla yfirsýn, samanburð og eftirlit erfiðara. Almennt leggja fagaðilar mat á viðkomandi heilbrigðisvandamál og skrá einstaklinga á biðlista eftir þjónustu en dæmi eru um biðlista í heilbrigðiskerfinu sem ekki byggja á faglegu mati og þjónusta veitt einungis eftir því hvenær viðkomandi skráði sig sjálfur á biðlista hjá viðkomandi þjónustuveitanda. Má sem dæmi nefna biðlista eftir ýmis konar sérfræðiþjónustu. Annað vandamál við mat og eftirlit á biðlistum er að sami einstaklingur getur verið skráður á fleiri en einn biðlista, þ.e. hjá mismunandi þjónustuveitendum, eftir sömu þjónustu. Slíkt gefur ranga mynd af stöðu biðlista.

Embættið hefur þróað miðlægt biðlistakerfi (gagnagrunnur/miðlægt upplýsingasöfnun í rauntíma) fyrir aðgerðir og meðferðir/aðra þjónustu og er það þegar í notkun fyrir liðskiptaaðgerðir og er biðtími eftir liðskiptaaðgerðum vaktaður á sérstöku mælaborði. Á myndinni hér fyrir neðan má sjá að aðgerðarbeiðnum fjölgaði talsvert árið 2023, en þá gerðu Sjúkratryggingar samning við einkaaðila um framkvæmd ákveðins fjölda aðgerða með það að markmiði að létta á biðlistum á Landspítala, Heilbrigðisstofnunar Vesturlands og Sjúkrahússinu á Akureyri. Einstaklingar sem þáðu boð um aðgerð utan sjúkrahúsanna þriggja eiga því fleiri en eina aðgerðarbeiðni á myndinni hér fyrir neðan, bæði upphaflegu beiðnina (stundum fleiri en eina þar sem einhverjir voru á biðlista á fleiri en einu sjúkrahúsi) og svo beiðni hjá samningsaðila. Þá sést að slæðingur af sjúklíngum sem fengu aðgerðarbeiðni árið 2023 er enn að bíða. Það bendir til þess að beiðnir eru ekki alltaf skráðar óvirkar þegar

einstaklingur hefur af einhverjum ástæðum, heilsufarslegum eða persónulegum, ekki þegið boð um aðgerð. Þá hefur borið á misbresti á að upphaflegu aðgerðarbeiðnunum sé lokað þegar einstaklingur hefur gengist undir aðgerð utan sjúkrahúss. Fjöldi sem bíður eftir aðgerð er því ónákvæmur að einhverju leyti.



Mynd 6: Fjöldi aðgerðarbeiðna sem bárust í tilgreindum mánuði og staða sjúklings í október. Skjáskot úr mælaborði embætti landlæknis.

[Aðgerð lokið](#) [Beiðni eytt eða gerð óvirk](#)

[Bíður eftir aðgerð](#) [Hætt við aðgerð](#)

Upplýsingar í gagnvirkum [mælaborð um biðtíma](#) eftir öðrum völdum skurðaðgerðum og hjúkrunarrýmum byggja í flestum tilfellum á gögnum sem kallað er eftir reglulega frá opinberum og einkareknum þjónustuveitendum, og þarf jafnan talsverða vinnslu á þeim gögnum. Unnið er að því að koma fleiri aðgerðaflokkum en liðskiptaaðgerðum í miðlæga biðlista en til þess að það gangi eftir þurfa þjónustuveitendur að hafa aðgang að skráningarkerfum og að skrá í kerfin á samræmdan hátt. Embætti landlæknis hefur nú þegar gefið út fyrirmæli um skráningu á biðlista og ber þar m.a. að skrá hvenær virk bið hefst og hver forgangsflokkur sjúklings er en hann skal taka mið af sjúkdómsástandi hans. Þannig er tryggt við skráningu á biðlista að átt hafi sér stað faglegt mat á þörf sjúklings fyrir þjónustu/aðgerð og innan hvaða tímamarka eigi að veita þjónustuna. Fyrirmælin eru hluti af skyldu til lágmarksskráningar í heilbrigðisþjónustu en auka þarf hvata til skráningar t.d. með ákvæði eða gæðaviðmiði í þjónustusamningum. Mun slík samræmd skráning á miðlæga biðlista auðvelda alla vinnslu, yfirsýn og samanburð á biðtíma og fjölda sem bíður eftir þjónustu sem og eftirlit með bið eftir skurðaðgerðum. Ekki hafa verið gefin út fyrirmæli um verklag við faglegt mat í hinum ýmsu þjónustuflokkum og hvað leggja eigi til grundvallar við röðun í forgangsflokk.

Embættið hefur einnig þróað miðlæga tilvísanagátt. Þar er hægt að senda tilvísanir á sérgrein, á stofu eða beint á ákveðinn lækni. Tilvísanagátt getur stutt við jöfnun á biðtíma eftir ákveðinni sérfræðiþjónustu með því að birta tölur um fjölda tilvísana sem bíða hjá hverjum lækni. Einnig væri hægt að halda þar utan um biðtíma, þ.e. bið eftir tíma og mati hjá sérfræðilækni og þannig ná utan um heildarbiðtíma einstaklinga, frá því þeir fá tilvísun til sérfræðings allt þar til þeir komast að í aðgerð eða meðferð.

8.2.2 Framboð í samhengi við þarfir

Í gegnum árin hafa verið gerðir tímabundnir samningar um átaksverkefni á einstökum stofnunum og í ákveðnum sjúkdóma- og aðgerðaflokkum. Þannig hefur staðan á sumum stöðum batnað en versnað á öðrum og vandinn mögulega einungis fluttur á milli. Með framangreindri vinnu við skráningu og birtingu biðlistaupplýsinga fæst meiri þekking/yfirsýn á raunverulegt umfang vandans/þjónustunnar. Út frá þeim upplýsingum þarf að skipuleggja þjónustuna, veita hana í réttu/viðeigandi magni miðað við þörf og setja langtíma markmið um biðlista. Birting áreiðanlegra upplýsinga um bið eftir þjónustu hjá öðrum þjónustuveitendum gefur þjónustuveitendum einnig tækifæri til að uppfylla skyldur sínar samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga þ.e. að veita upplýsingar um áætlaðan biðtíma og þá möguleika sem eru á að fá aðgerðina/meðferðina framkvæmda fyrr annars staðar.

8.3 Tillögur

Til viðbótar við tillögur hér er sérstaklega bent á tillögur undir kafla 13, sem fjalla um útskriftir án tafar og þar með biðtíma eftir hjúkrunarrýmum.

8.3.1 Markmiði verði breytt þannig að ábyrgð á biðtíma falli á heilbrigðisráðuneytið frekar en Sjúkratryggingar eða einstaka þjónustuveitendur

Orðalag markmiðsins í heilbrigðisstefnu vísar til þess að biðtími sé í samræmi við samninga sem gerðir eru við þjónustuveitendur. Þar sem einstakir þjónustuveitendur eða Sjúkratryggingar hafa ekki heildaryfirlit eða heildarábyrgð á heilbrigðiskerfinu eða einstökum meðferðarflokkum, og hafa auk þess takmarkaða heimild til flutnings fjármagns á milli fjárlagaliða, hlýtur það að eiga að vera heilbrigðisráðuneytið sem ber á endanum ábyrgð á að biðtími sé innan þeirra viðmiða sem sett eru. Skýr ábyrgð er forsenda þess að markmið náist.

8.3.2 Þar sem biðtími er langur verði þjónustuaðilum gert skylt að tilgreina verklag við forgangsröðun á biðlista

Fjöldi sjúklinga á biðlistum hefur verið að aukast og biðtími að lengjast. Því er enn mikilvægara að rétt sé staðið að skráningu á biðlista þ.e. að þörf fyrir þjónustu og forgangsflokkunin byggji á faglegu mati. Með innleiðingu og almennri notkun matslista til að meta stöðu viðkomandi og þörf fyrir viðameiri heilbrigðisþjónustu væri stigið stórt skref í þá átt að ná miðlægt höndum utan um þjónustubörf fyrir hvern meðferðarflokk. Þessi stefna kemur fram í [skýrslu heilbrigðisráðuneytisins frá 2020 um endurhæfingu](#).

8.3.3 Innleiðingu miðlægra lausna fyrir biðlista og tilvísanir verði flýtt

Þótt miðlægur biðlisti og miðlæg tilvísanagátt séu ekki töfralausnir á þeim vanda sem hér er fjallað um þá auka þær yfirsýn og hjálpa til við að stýra flæði þar sem þeim er beitt. Lagt er til að tilteknum þjónustuveitendum verði gert skylt (t.d. með tilmælum og/eða í þjónustusamningum) að nota þessar lausnir

fyrir tiltekna þjónustu/aðgerðaflokka. Tryggja þarf þá jafnframt að viðeigandi skráningarkerfi fyrir biðlista séu til staðar hjá þeim þjónustuveitendum t.d. með ákvæði í samningum Sjúkratrygginga við þá, þannig að heilbrigðisstarfsfólki sé fært að skrá nauðsynlegar upplýsingar með stöðluðum hætti og í samræmi við fyrirmæli embættis landlæknis um lágmarksskráningu. Nauðsynlegt er að slík skráningarkerfi geti skilað gögnum í gagnagrunna embættisins. Nauðsynlegt getur verið að veita þjónustuveitendum stuðning í ferlinu.

9. Nýr Landspítali

9.1 Bakgrunnur

Markmiðið er orðað svo í heilbrigðisstefnu: „Byggingarframkvæmdum Landspítalans við Hringbraut og við Sjúkrahúsið á Akureyri verði lokið með góðri aðstöðu til að veita bráða og valkvæða heilbrigðisþjónustu og öfluga þjónustu á dag- og göngudeildum.“

9.2 Staða

Unnið hefur verið að uppbyggingu nýs Landspítala í sérstöku félagi, NLSH, síðan fljótlega eftir hrun. Hringbrautarverkefnið, og þá einkum meðferðarkjarni, er veigamesta framkvæmdin. NLSH hefur tekið yfir hlutverk Framkvæmdasýslunnar og sinnir sinni verkstjórn og útboðsmálum sjálf. Árið 2020 var verkefnið endurskipulagt og tók félagið þá yfir vinnu við að kaupa búnað og tæki, eldhús, vörumóttöku, upplýsingatæknikerfi og margt fleira. Á sama tíma var stofnaður stýrihópur um verkefni Nýja Landspítalans ohf., sem starfar við hlið stjórnar NLSH. Stýrihópnum er falið víðtækara samhæfingarhlutverk gagnvart stjórnvöldum.

Á árunum 2022 og 2023 var NLSH falið að taka að sér tvö verkefni til viðbótar. Þessi verkefni eru nýbygging fyrir endurhæfingarþjónustu við Grensás og nýbygging til að hýsa legu-, dag- og göngudeildir við Sjúkrahúsið á Akureyri.

9.2.1 Meðferðarkjarni

Hvað varðar byggingu meðferðarkjarna gera áætlanir ráð fyrir að hann verði kominn í fulla starfsemi árið 2029 auk ýmissa stoðhúsa.

9.2.2 Akureyri

Á Akureyri voru síðast fluttar fréttir í júní þessa árs þegar heilbrigðisráðherra undirritaði samning NLSH við hönnunarhóp. Í tengslum við þá fréttatilkynningu voru kynntar áætlanir um að nýtt húsnæði verði tekið í notkun árið 2028. Í [fjármálaáætlun 2025–29](#) segir þó: „og hafin verði bygging nýrrar legudeildar við Sjúkrahúsið á Akureyri á tímabilinu. Gert er ráð fyrir að framkvæmdir verði langt komnar við lok þess en undirbúningur verkefnisins er kominn af stað.“ Hér er ekki tekið fram að byggingu verði lokuð og ef fjármálaáætlun gildir til 2029, má gera ráð fyrir að nýtt hús verði ekki tilbúið til notkunar fyrr en í fyrsta lagi 2030.

9.2.3 Dag-, göngu- og legudeildir Landspítala

Þá hóf NLSH vinnu árið 2022 við svokallaðan annan áfanga uppbyggingar Landspítala, en það eru einkum dag-, göngu- og legudeildir annarsvegar og húsnæði fyrir geðþjónustu hins vegar auk annarra verkefna. Undirbúningur annars áfanga byrjaði á ástands-, eiginleika- og hentugleikaskoðun eldra húsnæðis, sem stýrihópnum hefur verið birt ásamt tillögum. Vinna er hafin við að undirbúa þessi verkefni. Þau gætu komist fyrir á Hringbrautarreitnum að hluta í nýbyggingum, en eftir því hvernig eldra húsnæði verður nýtt getur orðið

tímafrek keðjuverkun sem lengir í framkvæmdatíma. Það á við þar sem starfsemi í eldra húsnæði þarf fyrst að losna inn í hús sem nú er verið að byggja áður en hægt er að breyta húsum eða rífa.

Mat NLSH er að ef ákvörðun yrði tekin í ár um annan áfanga, væri hægt að klára verklok fyrir 2030. Þar á þó eftir að fara í dýpri greiningu á því hvaða dag-, göngu- og legudeildir eigi að sinna inni á Landspítala.

Ekki er gert ráð fyrir að framkvæmdin hefjist í tíma. Í fjármálaáætlun 2025–29 segir: „Þá er gert ráð fyrir að hafist verði handa við annan áfanga verkefnisins árið 2028“. Þetta orðalag vísar væntanlega til verklegra framkvæmda, enda er forundirbúningur kominn nokkuð á veg. Það breytir þó ekki því að miðað við að stórir verklegir þættir hefjist 2028 er útilokað að framkvæmdunum verði lokið árið 2030.

9.3 Tillögur

9.3.1 Þarfagreiningu annars áfanga uppbyggingar Landspítalans verði hraðað.

Ekki liggur nægilega vel fyrir í dag hvert verði umfang göngu- og dagdeildarþjónustu Landspítalans en það ræðst ekki síst af því hvernig annars stígs dag- og göngudeildarþjónustu verður skipt á milli Landspítalans annars vegar og annarra opinberra aðila og einkaaðila hins vegar, eins og rætt er um í 6. kafla.

9.3.2 Uppbygging á Akureyri tefjist ekki

Miðað við orðalag í fjármálaáætlun er hæpið að nýbygging Sjúkrahússins á Akureyri verði komin í gagnið við lok tímabilsins. Undirbúningur er langt á veg kominn og því er því beint til fjármála- og efnahagsráðherra að setja næstu fjármálaáætlun upp með þeim hætti að framkvæmdir geti klárast innan tímabilsins.

10. Hlutverk Landspítala styrkt í háskólastarfi og hátækni

10.1 Bakgrunnur

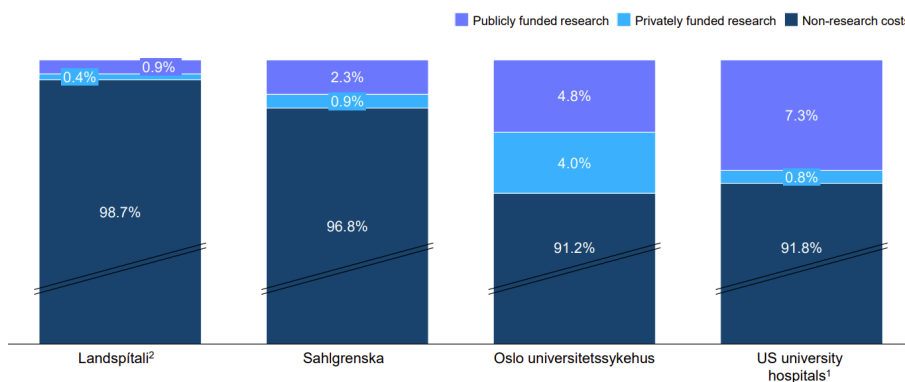
Í fullri lengd hljómar markmiðið: „Hlutverk Landspítala sem háskólasjúkrahúss hafi verið styrkt og þar verði veitt hátækniþjónusta og einnig þriðja stigs þjónusta sem ekki sé hægt að veita annars staðar á landinu.“

10.2 Staða

Í þessu markmiði felst ítrekun á þeirri stefnu að á Landspítala sé þyngsta og flóknasta þjónustan veitt og annars og þriðja stigs þjónusta sem ekki er unnt að veita annarsstaðar. Á endanum verður sérhæfingin svo mikil að kaupa þarf þjónustu utan landsteinanna, sjá kafla 12.

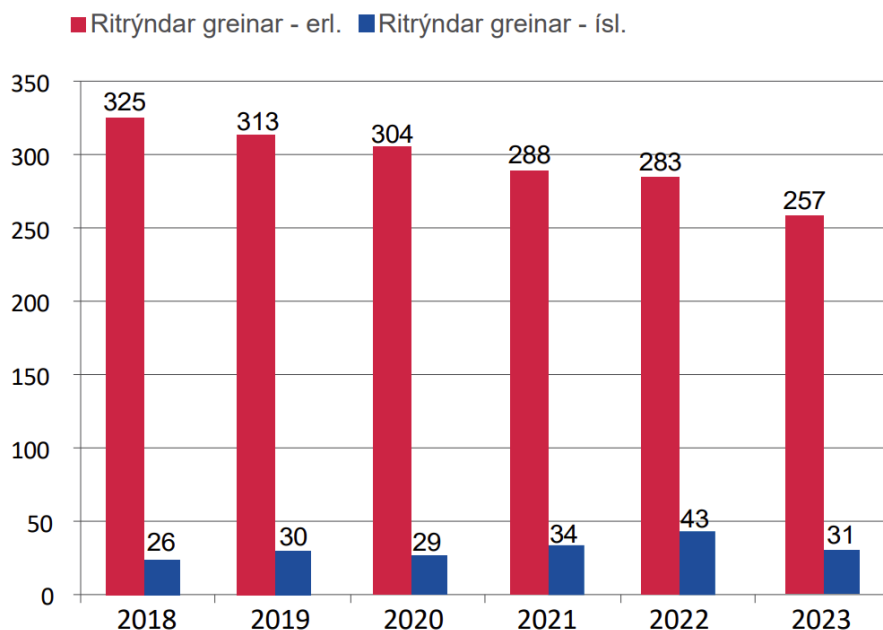
Landspítalinn hefur starfað eftir vísindastefnu sem gildi frá árunum 2019–24. Unnið er að gerð nýrrar stefnu.

Meðal atriða í stefnunni er að sérgreind framlög til vísindarannsókna verði 3% af veltu spítalans, en það er nú í kringum 0,9%. Það er lægra en sambærilegra stofnana á Norðurlöndunum, eins og kom fram í skýrslu McKinsey um framtíðarþróun þjónustu Landspítala.



Mynd 7: *Fjárframlög til vísindarannsókna í nokkrum háskólasjúkrahúsum á Norðurlöndum. Tölurnar fyrir Landspítala hafa ekki breyst að mun síðan þessi mynd var gerð.*

Þá eru til ýmsar tölur um hnignandi árangur í vísindarannsóknum. Skýrasta dæmið er sennilega fjöldi ritrýndra greina starfsmanna spítalans, sem hefur farið fækkandi.



Mynd 8: Ritryndar greinar starfsmanna Landspítala árin 2018–23 samkvæmt skýrslunni „Vísindastarf á Landspítala 2023“.

Í heilbrigðisstefnu, undir yfirkaflanum *Hugsað til framtíðar*, er fjallað um stofnun heilbrigðisvísindasjóðs. Það hefur ekki verið gert þrátt fyrir að vera tímasett og fremur skýrt markmið.

Vísindastarf er þannig verr fjármagnað en á öðrum Norðurlöndum. Með auknu vægi DRG-fjármögnunar þarf að taka tillit til þessa, þar sem DRG er afkastahvetjandi en vísindarannsóknir lúta öðrum lögmálum.

10.3 Tillögur

10.3.1 Fjármögnun heilbrigðisvísinda verði tryggð

Settur verði á fót sá heilbrigðisvísindasjóður sem heilbrigðisstefnan kveður á um að verði stofnsettur. Verði það ekki gert er lagt til að vísindi á Landspítala fjármögnuð með öðrum hætti til að ná settum markmiðum.

10.3.2 Hlutverk annarra aðila í vísinda- og kennslustarfi verði breikkað

Breikkuð verði aðkoma einkaaðila, hjúkrunarheimila, sjálfstætt starfandi og Sjúkrahússins á Akureyri við vísinda- og kennslustarf. Vaxandi þörf er á mannafla, en nokkur lausatök eru á reglum um ábyrgð og greiðslur vegna kennsluhlutverks einkaaðila.

11. Hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri

11.1 Bakgrunnur

Markmiðið er orðað svo: „Hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri sem kennslusjúkrahúss og veitanda annars og þriðja stigs þjónustu fyrir tilgreindar heilbrigðisstofnanir verði skilgreint og styrkt.“

11.2 Staða

Í lögum um heilbrigðisþjónustu frá árinu 2007 var hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri útlistað nokkuð ítarlega í [21. grein](#) og var sú grein enn í lögnum þegar heilbrigðisstefna var sett.

Í kjölfar setningar heilbrigðisstefnu var [greinin sem fjallaði um Sjúkrahúsið á Akureyri endurskrifuð](#):

Á Sjúkrahúsinu á Akureyri skal veitt annars stigs heilbrigðisþjónusta en að auki þriðja stigs heilbrigðisþjónusta, m.a. á göngu- og dagdeildum. Sjúkrahúsið á Akureyri og Landspítali skulu hafa með sér samráð um veitingu þriðja stigs heilbrigðisþjónustu. Hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri er m.a. að vera kennslusjúkrahús, varasjúkrahús Landspítala, annast kennslu nema í grunn- og framhaldsnámi, taka þátt í að veita háskólamenntuðum starfsmönnum sérmenntun í heilbrigðisgreinum í samstarfi við menntastofnanir og aðrar heilbrigðisstofnanir og gera fagfólki kleift að sinna fræðastörfum við háskóla auk þess að stunda og veita aðstöðu til vísindarannsókna.

Ráðherra skal í reglugerð kveða nánar á um hlutverk og starfsemi Sjúkrahússins á Akureyri og þá heilbrigðisþjónustu sem þar skal veitt.

Á þessum grundvelli var sett [reglugerð](#), sem fjallaði um sjúkrahúsið svo:

26. gr. Hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri.

Hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri er að:

- a) Vera kennslusjúkrahús og varasjúkrahús Landspítala.*
- b) Veita heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma samræmist skyldu kennslusjúkrahúss, meðal annars sérfræðiþjónustu í nær öllum viðurkenndum greinum læknisfræði, hjúkrunarfræði og eftir atvikum öðrum greinum heilbrigðisvísinda sem stundaðar eru hér á landi, með aðgengi að stoðdeildum og rannsóknadeildum.*
- c) Annast starfsnám háskólanema og framhaldsskólanema í heilbrigðisgreinum í grunn- og framhaldsnámi í samvinnu við menntastofnanir og aðrar heilbrigðisstofnanir.*
- d) Veita háskólamenntuðum starfsmönnum sérmenntun í heilbrigðisgreinum.*

- e) *Gera fagfólki kleift að sinna fræðastörfum við háskóla og veita þeim aðstöðu til þess að sinna rannsóknum og öðrum störfum við sjúkrahúsið.*

27. gr. Þjónusta Sjúkrahússins á Akureyri.

Sjúkrahúsið á Akureyri skal veita annars stigs heilbrigðisþjónustu og að einhverju leyti þriðja stigs heilbrigðisþjónustu. Sjúkrahúsið á Akureyri og Landspítali skulu hafa með sér samráð um veitingu á þriðja stigs heilbrigðisþjónustu.

Sjúkrahúsið á Akureyri skal veita nauðsynlega sérfræðiþjónustu, meðal annars samkvæmt samningum við heilbrigðisstofnanir heilbrigðisumdæma og í nánu samstarfi við heilbrigðisstofnanir.

Sjúkrahúsið á Akureyri skal þróa öfluga dag- og göngudeildarþjónustu þar sem notendur heilbrigðisþjónustu sem þurfa álit sérfræðings geta komið samkvæmt beiðni heilsugæslulæknis eða annarra sérfræðinga, óháð því hvort þeir hafi legið inni á sjúkrahúsinu eða ekki.

Sjúkrahúsið á Akureyri skal þróa samvinnu við aðrar heilbrigðisstofnanir til að tryggja að notendur fái heilbrigðisþjónustu á réttu þjónustustigi. Sjúkrahúsið á Akureyri ber ábyrgð á því að skilvirk verkferli séu þróuð í samvinnu við aðra þjónustuaðila.

Það er áskorun að halda úti fjölbreyttri sérhæfðri þjónustu á landsbyggðinni. Ungum sérfræðingum sem flytjast til landsins vex í augum að takast á við fjölbreytni vandamála sem eru á sjúkrahúsi af stærðargráðu sjúkrahússins þar sem undirsérgreinasérfræðingar eru fáir og vaktalínur eru ekki í mismunandi undirgreinum. Það er faglega erfitt að standa einn undir sinni sérþekkingu á landsbyggðinni og mikilvægt að byggja upp samvinnu milli stofnanna eins og Sjúkrahússins á Akureyri og Landspítala og fjölga tækifærum til að viðhalda þekkingu og eiga faglegan stuðning vísan. Einnig eru fámennar vaktalínur viðkvæmar fyrir breytingum. Því er stöðug áskorun að manna sjúkrahúsið sérfræðingum.

Á meðan Landspítali telst háskólasjúkrahús er Sjúkrahúsið á Akureyri kennslusjúkrahús og uppfyllir vel það hlutverk. Talsverð tengsl eru á milli stofnunarinnar og Háskólans á Akureyri þar sem í boði eru meðal annars námsbrautir fyrir hjúkrunarfræðinga og iðjubjálfa auk þess sem nám sjúkraliða er kennt í Verkmenntaskólanum á Akureyri. Mikill fjöldi nema fer í gegn um Sjúkrahúsið á Akureyri árlega og til viðbótar við nema úr skólum á svæðinu koma einnig læknanemar, sjúkraþjálfunarnemar og fleiri frá HÍ og háskólum erlendis í námslotur.

Umræða hefur verið milli sjúkrahússins og heilbrigðisráðuneytisins um það hvað felist í hlutverki sjúkrahússins sem „varasjúkrahús“. Það hlutverk er ekki nánar tilgreint í reglugerðinni. [Nýverið skipaði ráðherra starfshóp sem fjalla á um hlutverk Sjúkrahússins á Akureyri sem varasjúkrahús.](#)

Um það markmið að hlutverk sjúkrahússins verði „styrkt“, er mikilvægt að nefna vinnu við nýbyggingu sem eitt af stærstu atriðunum á næstunni ásamt, því að auka þjónustu við skjólstæðinga á landsbyggðinni. Samningur um hönnun nýbyggingar var undirritaður af ráðherra 28. júní 2024 og er í gangi vinna með hönnuðum og notendahópum sem skipaðir eru fulltrúum úr starfslíði sjúkrahússins. Sjá [undirritun samninga um hönnun byggingarinnar í júní síðastliðnum](#). Áætlanir gera ráð fyrir að byggingin, sem verð um 9.200 fm. verði tilbúin sumarið 2028.

11.3 Tillögur

11.3.1 Þróun Sjúkrahússins á Akureyri haldi áfram á sömu braut

Sjúkrahúsið á Akureyri er í sífelldri þróun. Þar er nú unnið að því að skilgreina og efla hlutverk þess sem varasjúkrahúss, bæta húsakost verulega og efla samstarf við aðrar heilbrigðisstofnanir á landinu. Þó áfram séu áskoranir, til dæmis við mönnun, er rétt að halda áfram á þessari braut.

12. Samstarf við grannríki

12.1 Bakgrunnur

Markmiðið orðast svo í heilbrigðisstefnu: „Sjúkratryggingar Íslands og Landspítali hafi skipulagt samstarf við háskólasjúkrahús annars staðar á Norðurlöndunum um hátækniþjónustu sem ekki er unnt að veita hér á landi.“

Þessi grein hefur þrjú þætti merkingu. Í fyrsta lagi kveður þessi grein á um hvaða aðilar það eru innanlands sem skuli sinna samstarfi við grannríki, nefnilega Landspítali og Sjúkratryggingar. Í öðru lagi kveður hún úr um það að Landspítali skuli, þrátt fyrir önnur markmið stefnunnar um hátækniþjónustu á ýmsum sviðum, ekki veita alla hugsanlega þjónustu, heldur geti á einhverju stigi sérhæfing meðferða orðið svo mikið að ómögulegt sé að bjóða upp á þá þjónustu hér á landi. Í þriðja lagi kveður hún á um að Íslendingar skuli njóta fullkornustu þjónustu sem völ er á í heiminum, þrátt fyrir að ekki sé hægt að bjóða upp á hana hér á landi.

12.2 Staða

Þörf fyrir samstarf við erlendar stofnanir um heilbrigðisþjónustu eru einkum sprottnar af tvennum ástæðum:

- a) Mjög sérhæfð heilbrigðisþjónusta sem ekki er raunhæft að flytja til Íslands. Dæmi um slíkt eru líffæraígræðslur aðrar en nýrnaígræðslur.
- b) Heilbrigðisþjónusta sem Landspítalinn gæti starfrækt við núverandi aðstæður en skortur á starfsfólki með viðeigandi sérhæfða þekkingu, einkum læknum, kemur í veg fyrir að hægt sé að bjóða upp á þjónustuna. Dæmi um það eru transaðgerðir á kynfærum sem allar fara fram erlendis.

Sjúkratryggingar hafa virka samninga við nokkra spítala, einkum norræna.

Nokkur fjöldi sjúklinga sem fer á hverju ári og er það samstarf í nokkuð góðri rúttíu. Svonefnd Siglinganefnd, sem skipuð er sérfræðingum, veitir ráðgjöf um afgreiðslu beiðna. Aðkoma Landspítala er nokkur, en færa má rök fyrir því að spítalinn megi taka frekari ábyrgð á því starfi sem þar fer fram, enda ætti Landspítalinn að vera sú stofnun sem kveður úr um það að ekki sé hægt að veita nauðsynlega þjónustu innanlands.

12.3 Tillögur

12.3.1 Sjúkratryggingar og Landspítali ákveði í sameiningu hvaða þjónustu skuli flytja heim

Orðalagi verði breytt þannig að það taki til þess að Sjúkratryggingar er í samstarfi við Landspítala um þetta, og um undirbúning og ákvarðanatöku um að flytja þjónustu heim til Íslands þegar aðstæður leyfa.

13. Útskriftir eru án tafar

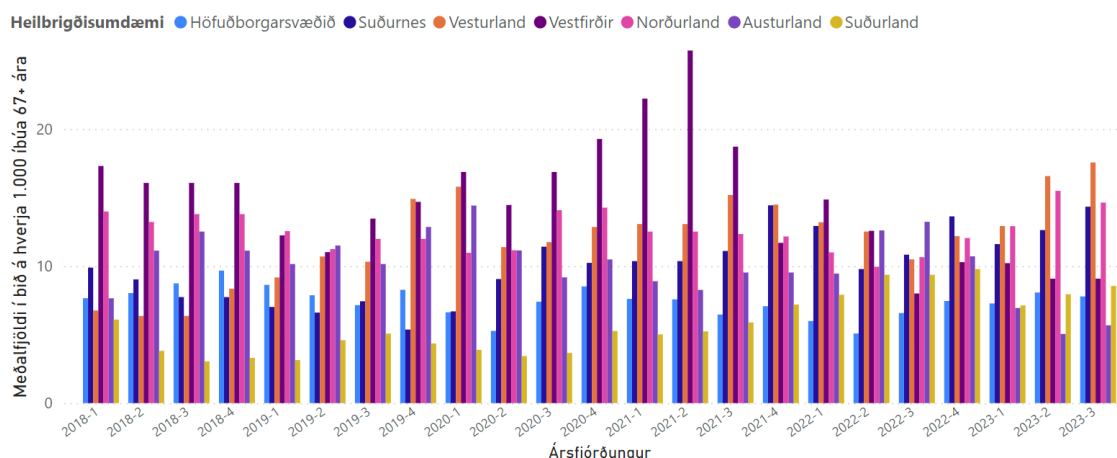
13.1 Bakgrunnur

Í fullri lengd er markmiðið orðað svo: „Sjúkrarúm á sjúkrahúsum nýtist þeim sjúklingum sem þurfa á meðferð á því þjónustustigi að halda og unnt er að útskrifa án tafa að meðferð lokinni.“

Markmiðið er orðað almennt og nær því jafnmikið til flutnings fólks milli sjúkrahúsa á öðru og þriðja stigi, úr sjúkrahúsum í endurhæfingu, af sjúkrahúsum og heim, eftir atvikum með þjónustu svo sem heimaþjónustu eða heimasjúkrahús (e. *hospital at home*). Þá er síðasti flokkurinn, sem fengið hefur mesta athygli, en það er útskrift af sjúkrahúsi inn á hjúkrunarheimili.

13.2 Staða

Árið 2021 voru gerðar breytingar á reglugerð [466/2012 um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma](#), og fyrir umfjöllunarefnið hér voru það tvær greinar sem breyttust. Báðar miðuðu við svokallaða sex vikna reglu, en í 9. grein var kveðið á um að einstaklingur skyldi undirgangast færni- og heilsumat hefði hann legið á sjúkrahúsi í sex vikur eða lengur án þess að þurfa meðferð. Í þeirri 14. var kveðið á um að hafa skyldi hliðsjón af því við forgangsröðun inn á hjúkrunarheimili hvort viðkomandi hefði legið lengur en sex vikur á sjúkrahúsi án möguleika á útskrift nema í dvalar- eða hjúkrunarrými. Þessi ákvæði voru víða túlkuð sem svo að sex vikna bið á sjúkrahúsi trompaði stigafjölda samkvæmt mati færni- og heilsumatsnefndar. Báðum ákvæðum var breytt þannig að ekki er lengur kveðið á um ákveðinn vikufjölda og er þá væntanlega ekki lengur þörf á að bíða í sex vikur áður en sjúklingar eru metnir af færni- og heilsumatsnefnd.



Mynd 9: Meðalfjöldi á biðlista eftir hjúkrunarrými, eftir heilbrigðisumdæmum, reiknað á hverja þúsund íbúa, óháð því hvort fólk er á sjúkrahúsi eða ekki. Á myndinni sést nokkur breytileiki milli umdæma og ársfjórðunga, en hæst fóru tölurnar síðla á covid-tímanum á Vestfirðum. Heimild: [mælaborð embættiandlæknis](#).

13.2.1 Eru hvatarnir rangir?

Nefndin ræddi talsvert samanburð við nágrannalönd okkar, einkum Norðurlönd. Í Svíþjóð er það þannig að sveitarfélög bera ábyrgð á þjónustu við aldraða en lén um sjúkrahjónustu. Ábyrgð á réttum úrræðum er þá á sveitarfélögum. Þegar aldraðir sjúklingar sem ekki geta búið sjálfstætt eru orðnir útskriftarhæfir eftir dvöl á sjúkrahúsi, þurfa sveitarfélög að taka við sjúklingunum fljótt, ella greiða fremur háar upphæðir². Sveitarfélög hafa þannig fjárhagslega hvata til að kosta talsvert miklu til við að losa sjúkrahús við sjúklinga sem lokið hafa meðferð.

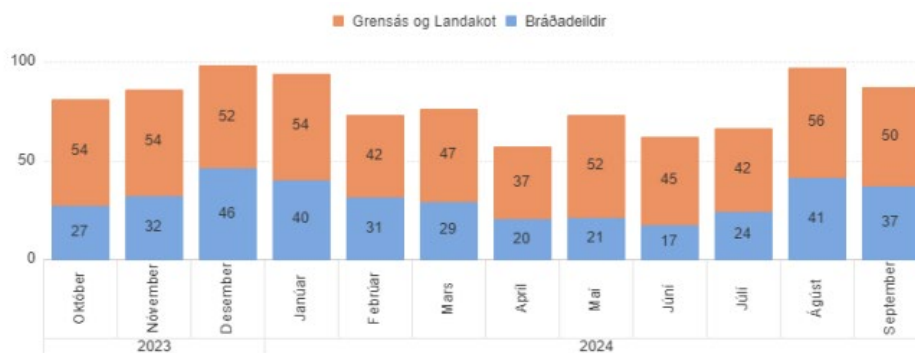
Þessar háu greiðslur eru mikilvægt stjórnþæki þegar ábyrgðin er á tvennum öxlum, því annars myndu sveitarfélög hafa fjárhagslegan hag af því að vanfjármagna hjúkrunarheimili enda væru sjúklingar þá áfram á sjúkrahúsum eða öðrum óheppilegum úrræðum sem aðrar opinberar stofnanir greiða fyrir. Með öðrum orðum: sá sem getur reddað máluðnum hefur hvata til að gera það.

Á Íslandi eru sjúkrahús og hjúkrunarheimili hvor tveggja á herðum ríkisins. Utan frá séð, og til samanburðar við sænska fyrirkomulagið, virðist því kerfið rétt upp sett; sá sem græðir á því að útskrifa sjúklinga (ríkið sem rekstraraðili sjúkrahúsa) er sá sem getur sparað með því að lagfæra málið (ríkið sem rekstraraðili eða kaupandi þjónustu hjúkrunarheimila). En þetta virðist ekki duga til. Sennilegasta skýringin er að þrátt fyrir að ríkið sé einn og sami aðilinn á pappír, hagar það sér eins og aðskildar einingar með sjálfstæðan fjárhag og eigin hagsmunum. Hér gæti lærdómur almannavalskenninga verið verðmætur.

13.2.2 Þarf fleiri hjúkrunarrými?

Í skýrslu, sem var undanfari [setningar á stefnu um heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða sem unnið fyrir heilbrigðisráðuneytið í júní 2021](#), kom fram nokkur gagnrýni á þau greiðslukerfi sem notuð eru. Var þar bent á þann ágalla sem innbyggður er í kerfið núna og því haldið fram að greiðslufyrirkomulag í heimaþjónustu myndaði hvata til að senda sjúklinga á næsta stig: „[D]aggjöld hvetja til að halda 100% eða sem mestri nýtingu rýma til að tryggja rekstrarforsendur. Þetta er á annan hátt í hinum hluta heilbrigðisþjónustunnar fyrir eldra fólk, þar sem færri notendur sem dvelja í rúmi eða fá þjónustu styður við betri rekstrarafkomu. Þannig má líta á að fjárhagslegir hvatar í heimahjúkrun og heimaþjónustu ýti undir að færa þá notendur sem þurfa meiri þjónustu út úr þjónustunni og yfir á næsta og mögulega dýrara þjónustustig. Fjármögnun í þjónustunni í heild getur því haft innbyggða hvata til að færa notandann í áttina til dýrara þjónustustigs, frekar en að ýta undir að gera meira til að halda notandanum í þjónustu á lægra eða ódýrara þjónustustigi.“

² Sjá til dæmis [Fakta om utskrivningsklara patienter - från betalningsansvar till sammanhållen vård](#).



Mynd 10: Fjöldi sjúklinga með færni- og heilsumat á stofnunum Landspítala.

Í minnisblaði sem Landspítalinn skrifaði fyrir starfshópinn í september 2024 segir að bið eftir öðrum úrræðum en varanlegri vistun á hjúkrunarheimilum sé að öllu jöfnu ekki mikil enda endurhæfingarúrræði mörg og fjölbreytt. Fyrir langtímaendurhæfinguna á Landakoti er raunverulegur og afar óhagfelldur biðlisti. Á hann fara þeir sem tvísýnt er um að komist heim þrátt fyrir langa endurhæfingu og mjög margir enda í færni- og heilsumati og bíða þá lengi eftir öðru úrræði. Þessar deildir eru nánast alveg stíflaðar og mjög margir komast aldrei í önnur úrræði.

13.2.3 Samfella í þjónustu

Aldraðir er fjölbreyttur hópur einstaklinga sem fer stækkandi í íslensku samfélagi. Að vera aldraður getur verið viðkvæm staða, vel hraustur einstaklingur getur á skömmum tíma tapað færni tímabundið eða til langframa og orðið uppá aðra kominn með daglegan stuðning og þjónustu. Verulega skortir á að þjónustupörfum þeirra einstaklinga sem þurfa sólarhringsaðstoð sé sinnt. Af þeim sökum reynist ekki hægt að útskrifa stóran hóp sjúklinga sem lokið hefur bráðameðferð á sjúkrahúsi. Um er að ræða einstaklinga sem eru með gilt færni- og heilsumat og bíða eftir flutningi á hjúkrunarheimili eða langveika einstaklinga sem bíða eftir NPA þjónustu heim. Á tímabilinu frá september 2023 til ágúst 2024, voru að meðaltali 20% rúma á legudeildum Landspítala teppt á hverjum tíma meðan sjúklingar biðu eftir plássi á hjúkrunarheimili og voru með gilt færni- og heilsumat. Að sama skapi voru á sama tímabili að meðaltali 14% rúma teppt vegna sjúklinga sem biðu eftir endurhæfingu á Landakoti. Þessar tölur hafa lítið breyst frá sama tímabili 2019. Þetta hefur ekki einungis áhrif á hinn aldraða sem fær ekki þjónustu á réttu þjónustustigi, heldur hefur þetta einnig alvarleg áhrif á þjónustu við aðra bráðveika einstaklinga og þá sem þurfa valkvæða þjónustu.

Hér á eftir verður fjallað um samfellu í þjónustu aldraðra einstaklinga:

Aldraðir í sjálfstæðri búsetu með góða færni og ekki í þörf fyrir heimastuðning:

Segja má að ferlar sem snerta samfellda þjónustu við aldraða sem búa enn í sjálfstæðri búsetu með góða færni og hafa ekki þörf fyrir heimastuðning virki

ágætlega í dag. Þessir einstaklingar fá ferliþjónustu á fyrsta og öðru stigi heilbrigðisþjónustunnar, aðallega frá heilsugæslunni, sjúkráþjálfurum og sérfræðilæknum.

Aldraðir einstaklingar í sjálfstæðri búsetu en með minnkaða færni og í þörf fyrir heimastuðning:

Þegar þeir þurfa á tímabundinni aukinni þjónustuþörf að halda vegna færniskerðingar, er henni mætt með aðkomu heimaþjónustu. Bráðaveikindum er síðan sinnt af heilsugæslunni eða Læknavaktinni en við alvarlegri veikindi veita bráðamóttaka Landspítalans og/eða bráðlyflækningadagdeild viðeigandi aðstoð. Miðað er við að bráðalyflækningadagdeildin fylgi bráðavanda tilvísaðra sjúklinga eftir í allt að viku frá útskrift með símtölum og/eða komum einstaklinganna á hana. Þegar aldraður einstaklingur sem býr í sjálfstæðri búsetu en er með minnkaða færni og í þörf fyrir heimastuðning, þá annast heilsugæslan grunnþjónustu við þá í samstarfi við heimaþjónustu þegar það á við. Sumir þessara einstaklinga búa í þjónustuíbúðum þar sem framboð er á ýmis konar þjónustu svo sem máltíðum, þrifum og félagsstarfi. Í flestum tilvikum býðst ekki hjúkrunar- eða félagsþjónusta í þjónustuíbúðunum umfram það sem almennt gildir. Tímabundinni aukinni þjónustuþörf vegna færniskerðingar er mætt með auknu framlagi heimaþjónustunnar (heimahjúkrun, heimasjúkráþjálfun, félagsþjónusta) en miðað er við að heimahjúkrun geti sinnt skjólstæðingi allt að þrisvar sinnum á sólarhring. Í þeim tilvikum þar sem viðkomandi dvelur í hjúkrunarheimilistengdri þjónustuíbúð er gert ráð fyrir að hægt sé að veita aukna þjónustu að skilgreindu hámarki. Minniháttar bráðaveikindum í hópi aldraðra með skerta færni er sinnt af heilsugæslunni í samráði við heimaþjónustuna og með aðkomu Læknavaktarinnar. Umfangsmeiri/alvarlegri bráðaveikindum er í dag sinnt af bráðamóttöku Landspítali í samstarfi við bráðalyflækningadagdeild. Frá seinni hluta árs 2020 hefur verið boðið upp á heimaþjónustu læknameymis, svokallað Selmuteymi, sem er rekið frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Heimaþjónustan er ekki skilgreind sem sólarhringsþjónusta, heldur er hún skilgreind sem innlit. Ef tíðni innlita til færniskertra aldraðra fjölgar upp í fjögur skipti á sólarhring að staðaldri er ekki lengur kostnaðarleg forsenda fyrir því að einstaklingurinn búi heima. Kostnaður við það er þá sá sami og við hjúkrunarrými og þá þarf að veita og meta þörf einstaklingsins fyrir hjúkrunarrými. Þjónusta Selmu hefur þó aukið möguleika á að veita bráðþjónustu í heimahúsi frekar en að viðkomandi sé sendur á bráðamóttökuna. Þessi þjónusta er hins vegar rekstrarlega kostnaðarsöm og afköst takmörkuð. Bráðalyflækningadagdeild Landspítala hefur frá 2021 veitt læknis- og hjúkrunarfræðingþjónustu fyrir bráðaveikindi í gegnum viðtöl á Landspítalanum og fjarþjónustu.

Aldraðir sem þurfa sólarhringsheimþjónustu:

Þegar aldraðir einstaklingar sem búa heima þurfa sólarhringsþjónustu er aðstoð við tímabundna aukna þjónustupörf veitt af þeirri heilbrigðisstofnun sem einstaklingurinn dvelur á. Þá er um að ræða:

- a) Skammtímainnlögn eða endurhæfingarinnlögn á hjúkrunarheimili eða á heilbrigðisstofnun í um 2-8 vikur á þar sem markmiðið er að einstaklingurinn útskrifist heim.
- b) Skammtíma- eða endurhæfingarinnlögn á hjúkrunarheimili eða á heilbrigðisstofnun lengur en í 8 vikur þar sem markmiðið er að einstaklingurinn útskrifist heim að lokinni dvöl. Reynslan sýnir hins vegar að stór hluti þeirra útskrifast á hjúkrunarheimili eða andast á meðan á skammtímadvölinni stendur.
- c) Þeir sem hafa gilt færni- og heilsumat annað hvort flytja á hjúkrunarheimili eða bíða eftir plássi á hjúkrunarheimili.

Í dag er verulegur skortur á hjúkrunarrýmum eins og fjallað verður um hér á eftir. Það gerir það að verkum að ekki verður eðlileg tilfærsla á milli þjónustustiga hjá þessum hópi. Það er flestum ljóst að það er hvorki hagur einstaklingsins né samfélagsins að einstaklingar fái ekki þjónustu á réttu þjónustustigi.

13.2.4 Hvað hefur valdið þessu?

Opinber stefna stjórnvalda kom fram í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 sem samþykkt var á Alþingi árið 2001. Þar voru sett markmið um að yfir 75% fólks 80 ára og eldri gætu búið heima með viðeigandi stuðningi. Að sama skapi átti að vinna að því að jafna framboð og eftirspurn eftir hjúkrunarrýmum þar sem biðtími eftir hjúkrunarrými færi ekki yfir 90 daga. Frá árinu 2017 til dagsins í dag hafa um 40-50% þeirra sem bíða eftir hjúkrunarrými, beðið lengur en í 90 daga og frá árinu 2012 hefur þetta hlutfall aukist jafnt og þétt úr 28%.

Hjúkrunarrýmum hefur ekki fjölgað í takt við mannfjöldaþróun. Á árunum 2016-2022 fjölgaði þeim um 7% á meðan fjölgun í aldurshópnum 85 ára og eldri var 11%. Sé litið á mannfjöldaþróun næstu sex árin (2024-2030) mun fjöldi 85 ára og eldri Íslendinga aukast um 21%. Ef litið er enn lengra, næstu 30 ár, þá verður gríðarleg fjölgun á Íslendingum 80 ára og eldri, eða 187%. Það gerir fjölgun í þessum aldurshópi um tæplega 13.000 einstaklinga. Það er því ljóst að þörf er á grettistaki í fjölgun hjúkrunarrýma ef markmið stjórnvalda um að einstaklingar þurfi ekki að bíða lengur en í 90 daga eftir hjúkrunarrými eigi fram að ganga. Meðalbiðtími eftir hjúkrunarrými [árið 2024 hefur verið 192 dagar](#).

Sú breyting var gerð á skilyrðum um umsókn vegna dvalar á hjúkrunarheimili að í fyrri reglugerð frá 2008 kom fram að aldraður einstaklingur sem ekki geti áfram búið á heimili sínu þrátt fyrir þá þjónustu og stuðning sem honum stæði til boða, gæti lagt fram beiðni um mat á þörf fyrir hjúkrunarrými. Í núgildandi [reglugerð 466/2012 um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma](#) kemur hins vegar fram að telji einstaklingur að hann þurfi að dvelja til

langframa í hjúkrunarrými, skuli hann senda umsókn til færni- og heilsumatsnefndar. Það þýðir að í dag býr hópur einstaklinga á hjúkrunarheimilum, sem er yngri en 67 ára, og munu þeir einstaklingar að öllum líkindum dvelja hver um sig mun lengur inni á hjúkrunarheimili heldur en eldri einstaklingur. Meðal dvalartími á hjúkrunarheimilum er í dag 19,8 mánuðir og hefur sá tími verið að styttest síðastliðin ár, úr 21,7 mánuðum að meðaltali árið 2021. Það gefur augaleið að þeir sem flytjast ungir á hjúkrunarheimili koma til með að lifa þar mun lengur, jafnvel upp í 30 ár. Þar af leiðandi verður um meiri fækkun hjúkrunarrýma að ræða miðað við það sem spáð er um þar sem rými endurnýjast ekki á sama hraða og áður.

13.2.5 Hvað hefur verið gert til að sporna við þessari þróun?

Ýmislegt hefur verið gert til að sporna við þessari þróun. Gerðar hafa verið breytingar til að útskrifa sjúklinga úr bráðarýmum sjúkrahúsa. Bráðadeild var sett á fót á Landspítala með það í huga að geta útskrifað sjúklinga heim en þeir komi svo áfram í framhaldsmeðferð eða eftirlit á sjúkrahúsi.

Eins og kom fram hér á undan, þá var Selmu teymið stofnað til að geta veitt lækni- og hjúkrunarþjónustu í heimahúsi fyrir aldraða í heimahúsum sem þurftu aukna þjónustu vegna skertrar færni og versnandi heilsufars.

Gerðar hafa verið ýmsar breytingar á þjónustuúrræðum sem ekki eru tengd sjúkrahúsum. Þessi úrræði taka á móti einstaklingum sem lokið hafa sinni bráðameðferð á sjúkrahúsi. Þá ber fyrst að nefna að við lýði er forgangsroðun inná hjúkrunarheimili af sjúkrahúsi. Það hefur gengið samkvæmt áætlun með tilkomu Færni- og heilsumatsnefnda. Margt má þó til betri vegs færa tengt störfum nefndanna og er sú vinna komin í gang innan heilbrigðisráðuneytisins.

Á hjúkrunarheimilum hefur dvalarrýmum verið breytt í hjúkrunarrými að miklu leyti og þá sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu. Við það hefur orðið einhver aukning á hjúkrunarrýmum.

Sett hafa verið á fót biðrými á hjúkrunarheimilum sem áður voru flest nýtt fyrir skammtímainnlagnir. Sjúkrahús hafa beinan aðgang að biðrymunum og einstaklingur sem fer í biðrými hefur forgang með flutning í varanlegt hjúkrunarrými eins og sjúklingur sem dvelur á sjúkrahúsi með gilt færni- og heilsumat.

Dagdvalarúrræðum hefur verið fjölgað og heimahjúkrun verið eflað en það styrkir einstaklinginn til að búa í sjálfstæðri búsetu.

Nýtt fyrirkomulag á leigu og uppbyggingu fasteigna hjúkrunarheimila var kynnt í [skýrslu árið 2023](#) og fékk stuðning í [fjármálaáætlun 2025–29](#). Full innleiðing á því verklagi mun taka talsverðan tíma. Það felst meðal annars í skýrari aðgreiningu á húsnæðishluta og rekstrarhluta hjúkrunarheimila, minni aðkomu sveitarfélaga að húsnæðishlutanum og aukinni aðkomu fasteignafélaga að honum.

13.3 Tillögur

13.3.1 Hjúkrunarrýmum verði fjölgað

Byrja þarf strax á að fjölga hjúkrunarrýmum hratt. Svo það megi gerast, þarf að klára mótun á breyttu verklagi stjórnvalda þegar kemur að byggingu nýrra hjúkrunarheimila. Það felur í sér heimild til annarra aðila en ríkisins til að byggja hjúkrunarheimili þar sem ríkið myndi semja við húseiganda og rekstraraðila í gegnum Sjúkratryggingar Íslands. Áfram verði byggt á þeim grunni sem boðað var með áðurnefndri skýrslu frá 2023 sem stuðning hefur í fjármálaáætlun.

13.3.2 Innleiðing væntanlegra tillagna starfshóps um færni- og heilsumatnefndir hefjist tafarlaust

Starfshópur um breytt verklag færni- og heilsumatsnefnda er kominn vel á veg með vinnu sína. Þar er lögð áhersla á betri yfirsýn og kvikari tengsl milli aðila og að forgangsröðun í hjúkrunarrými sé réttari. Á grundvelli þeirrar vinnu skal hefja innleiðingu tafarlaust.

13.3.3 Heimapjónusta og stuðningsúrræði verði áfram efl

Áfram þarf að styrkja heimapjónustu fyrir aldraða, bæði heimahjúkrun og félagspjónustu.

Styrkja þarf starfsemi bráðadagdeildar lyflækninga á Landspítala sem fengi aukið vægi í að halda tímabundið utan um brád og alvarleg veikindi skjólstæðinga heimapjónustunnar sem krefjast bráðaflutnings og mats á Landspítala. Samhliða þyrfti að taka til endurskoðunar hvort halda eigi áfram rekstri Selmuteymisins. Mikilvægt samtal er hafið um þjónustusamninga við rekstraraðila dagdvala þar sem heilbrigðisþjónusta yrði efl.

Hefja þarf rekstur langtímaendurhæfingarrýma (>8 vikur) fyrir aldraða sem búa í sjálfstæðri búsetu, þurfa sólarhringsþjónustu og eru ekki með gilt færni- og heilsumat. Heimahjúkrun gæti þá óskað eftir þessum rýmum án þess að fara þurfi í gegnum færni- og heilsumatsnefnd. Einnig þarf að auka framboð af þjónustuíbúðum fyrir aldraða þar sem þjónusta er veitt allan sólarhringinn.

Rétt er að geta þess að þau þjónustuúrræði sem nefnd hafa verið hér að framan eiga að mestu við íbúa höfuðborgarsvæðisins. Önnur lögmál geta gilt fyrir aldraða á landsbyggðinni sem þarfnast heimastuðnings. Langar vegalengdir geta haft þau áhrif að erfiðara og kostnaðarsamara er að koma við heimastuðningi og færri þjónustuúrræði í boði. Litlar samþættar og sveigjanlegar einingar og fleiri laus pláss eru þó í mörgum tilvikum mikill styrkur.

13.3.4 Stofnuð verði úrræði fyrir unga íbúa hjúkrunarheimila

Setja þarf á fót úrræði fyrir unga einstaklinga sem þurfa á sólarhringsþjónustu að halda. Þessi úrræði geta verið innan hjúkrunarheimila en þá myndi hjúkrunarrýmum fækka. Einnig væri hægt að bjóða upp á húsæði sem býður

upp á einstaklingsíbúðir, þjónustukjarna og aðstöðu fyrir til dæmis heimasjúkraþjálfun í húsnæðinu. Í þeim kjarna væri starfsfólk sem myndi sinna fleirum en einum einstaklingi. Slíkum kjarna gætu fylgt annars konar gæði eins og félagsskapur frá öðrum einstaklingum í sambærilegri stöðu.

