

RÍKISENDURSKOÐUN

Landspítali

Mönnun og flæði sjúklinga

Stjórnsýsluúttekt



Skýrsla til Alþingis
Júlí 2025

Efnisyfirlit

Inngangur	4
Lykilupplýsingar	5
Niðurstöður	9
Ábendingar	13
Ábendingar til Landspítala og heilbrigðisráðuneytis	13
Ábendingar til Landspítala	14
Ábendingar til heilbrigðisráðuneytis	15
Ábending til félags- og húsnæðismálaráðuneytis	16
Umsagnir og viðbrögð	17
Viðbrögð Landspítala	17
Viðbrögð heilbrigðisráðuneytis	21
Viðbrögð félagsmála- og húsnæðisráðuneytis	23
1 Mönnun	25
1.1 Alvarlegt ástand mönnunar	25
1.2 Ómönnuð stöðugildi	26
1.3 Áhrif manneklu á starfsemi Landspítala	32
1.3.1 Áhrif á skurðaðgerðir	32
1.3.2 Lokun rúma	35
1.4 Samkeppni um vinnuafli og aukastörf utan spítala	36
1.5 Nýir kjarasamningar	39
2 Þróun mönnunar 2019–2024	42
2.1 Mannaflagreiningar og mannaflaspár	42
2.2 Áætlanagerð og mönnunarlíkön Landspítala	43
2.3 Læknar	45
2.4 Hjúkrunarfræðingar	50
2.4.1 Mönnun ljósmæðra	54
2.5 Sjúkraliðar	55
2.6 Nýting mannauðs	58
2.6.1 Hlutastörf og breytileg yfirvinna	59
2.6.2 Vaktaskipulag og hvíldartímabrot	61
2.6.3 Heilbrigðistækni	61

3	Mönnunarviðmið, eftirlit og gæðastjórnun.....	66
3.1	Faglegar kröfur um mönnun heilbrigðisstétta.....	66
3.1.1	Kröfur um stjórnskipulag og gæðastjórn	67
3.1.2	Gæðavísar	68
3.2	Nýmæli um innra eftirlit og skipulag heilbrigðisstofnana.....	69
3.3	Fyrirkomulag gæða- og áhættustjórnunar á Landspítala	69
3.4	Samspil innra og ytra eftirlits.....	70
3.5	Próun mönnunarviðmiða í hjúkrun og lækniþjónustu	72
4	Flæði sjúklinga.....	75
4.1	Aðflæði og innlagnir	75
4.2	Komur á bráðamóttökur.....	76
4.3	Innlagnarstig og hjúkrunarálag	79
4.4	Legusjúklingar með færni- og heilsumat.....	81
4.5	Viðbrögð vegna álags á bráðamóttöku 2020	81
4.6	Þjónusta dag- og göngudeilda.....	82
4.7	Yfirlagnir á bráðalegudeildum	83
4.8	Dreifing á álagi innan heilbrigðisþjónustunnar.....	85
4.9	Þjónusta til framtíðar	86
4.9.1	Mannfjöldaspá	87
5	Fráflæði	89
5.1	Rétt þjónusta á réttum stað	89
5.2	Stöðnun og vannýttar fjárheimildir til uppbyggingar hjúkrunarrýma	90
5.2.1	Áætlanir um fjölgun hjúkrunarrýma til 2028 ekki í samræmi við þörf.....	92
5.3	Breytt fyrirkomulag og útboð	94
5.4	Vægi heimaþjónustu og dvalarrýma	95
6	Stefna, skipulag og yfirstjórn	97
6.1	Heilbrigðisstefna.....	97
6.2	Fjármálaáætlanir og fjárlagagerð.....	100
6.3	Stefnumiðuð áætlangeð	101
6.4	Hópar, teymi, ráð og aðkeypt ráðgjöf.....	103
6.5	Starfsáætlanir Landspítala.....	104
6.5.1	Starfs- og rekstraráætlun 2025.....	105

Inngangur

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar [Landspítali - Fjármögnun og áætlanagerð](#) (júní 2024) boðaði embættið að áskoranir tengdar mönnun heilbrigðisstétta og flæði sjúklinga eins og þær birtast í starfsemi spítalans yrðu teknar til sérstakrar skoðunar. Markmið slíkrar úttektar yrði m.a. að safna saman áreiðanlegum upplýsingum um stöðu þessara þátta, árangur þeirra aðgerða sem stjórnvöld hafa gripið til, framtíðarhorfur og mögulegar leiðir til úrbóta. Ríkisendurskoðun hóf stjórnsýsluúttekt í samræmi við þessar forsendur í september 2024 og tilkynnti bæði heilbrigðisráðuneyti og Landspítala um afmörkun, viðmið, úttektarspurningar og endurskoðunaráætlun í nóvember 2024.

Úttekt Ríkisendurskoðunar beindist að tímabilinu 2019–2024. Bein og óbein áhrif af heimsfaraldri kórónaveiru (Covid-19) á starfsemi Landspítala á tímabilinu voru mikil og óumdeild. Ekki er gerð tilraun til að gera sérstaka grein fyrir þeim í úttektinni en þau verður að hafa í huga, einkum þegar starfsemisupplýsingar árána 2020–2022 eru skoðaðar og mat lagt á frammistöðu bæði spítalans og heilbrigðisráðuneytis varðandi flæði sjúklinga og mönnun heilbrigðisstétta.

Eftirfarandi úttektarspurningar voru lagðar til grundvallar:

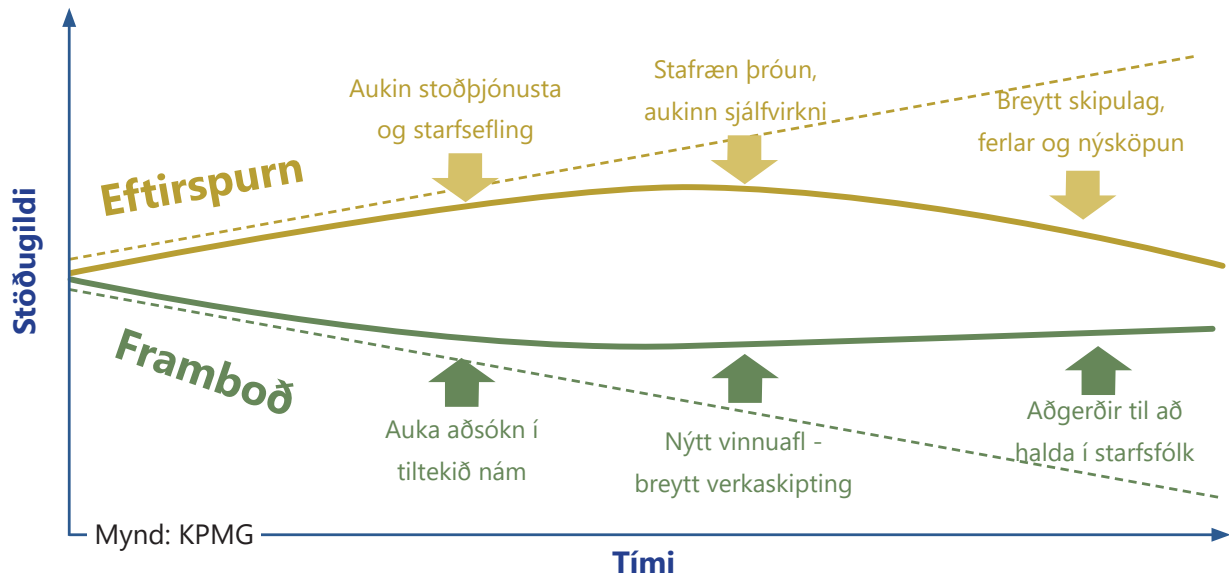
1. Hefur mönnunarstig heilbrigðisstétta innan Landspítala verið í samræmi við áætlanir og viðmið þar um?
2. Hefur að- og fráflæði sjúklinga Landspítala verið í samræmi við áætlanir og viðmið þar um?
3. Hafa Landspítali og heilbrigðisráðuneyti unnið markvisst að framgangi þeirra markmiða sem skilgreind voru í Heilbrigðisstefnu til 2030 um mönnun heilbrigðisstétta og veitingu þjónustu á viðeigandi þjónustustigi (flæði sjúklinga)?
4. Hafa reynst vera annmarkar á yfirstjórn, eftirliti og kröfum til þeirrar heilbrigðisþjónustu sem Landspítalinn veitir varðandi mönnun?

Ríkisendurskoðandi sækir heimild sína til stjórnsýsluendurskoðunar í 6. gr. laga nr. 46/2016, um ríkisendurskoðanda og endurskoðun ríkisreikninga. Þessi skýrsla er unnin á grundvelli laganna og í samræmi við viðurkennda endurskoðunarstaðla fyrir opinbera aðila. Við gerð úttektarinnar aflaði Ríkisendurskoðun upplýsinga og gagna frá Landspítala, heilbrigðisráðuneyti, Sjúkratryggingum, embætti landlæknis, Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga, Sjúkraliðafélagi Íslands og sérfræðingum á sviði mönnunar og flæði sjúklinga innan heilbrigðisþjónustunnar. Ríkisendurskoðun þakkar öllum þeim aðilum sem veittu upplýsingar og aðstoð við undirbúning og gerð úttektarinnar.

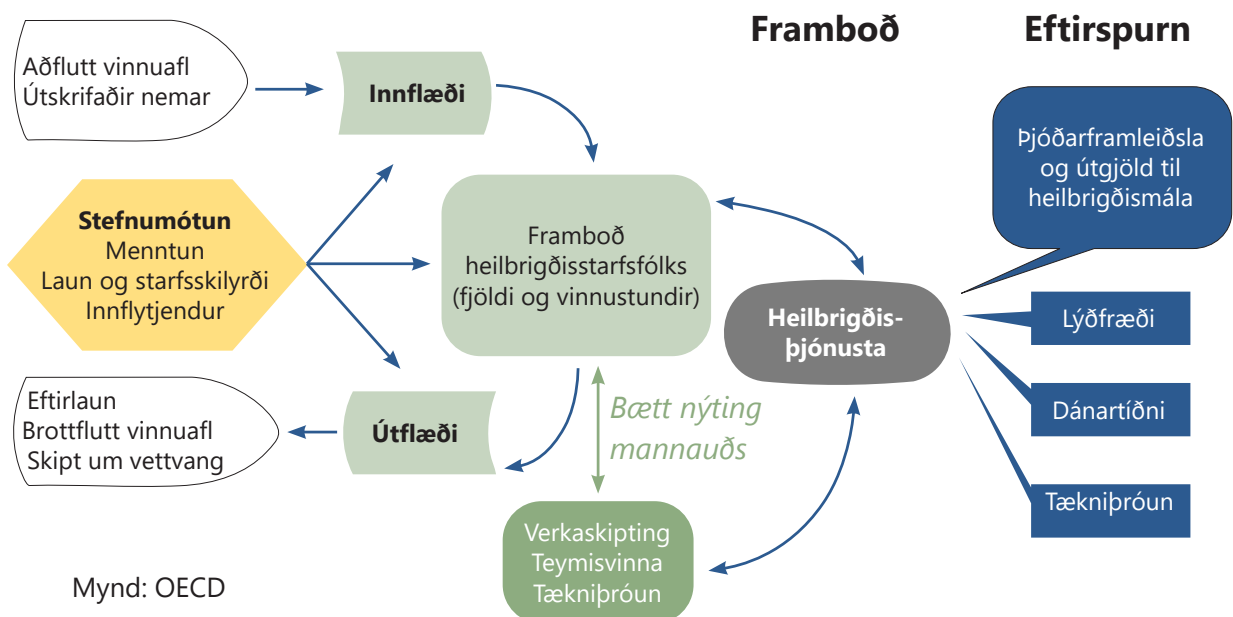
Skýrslan var send Landspítala, heilbrigðisráðuneyti og félags- og húsnæðismálaráðuneyti til umsagnar. Viðbrögð þeirra við ábendingum Ríkisendurskoðunar má finna í kaflanum „Umsagnir og viðbrögð“.

Lykilupplýsingar

Í skýrslu OECD, [Health at a Glance: Europe 2024](#), er skorti á heilbrigðisstarfsfólki innan álfunnar lýst sem neyðarástandi. Án inngripa eykst eftirspurn eftir heilbrigðisstarfsfólki hraðar en geta vinnumarkaðsins til að fylla í skörðin. **Stjórnvöld þurfa að grípa til markvissra aðgerða bæði í því skyni að draga úr eftirspurn og auka framboð.**

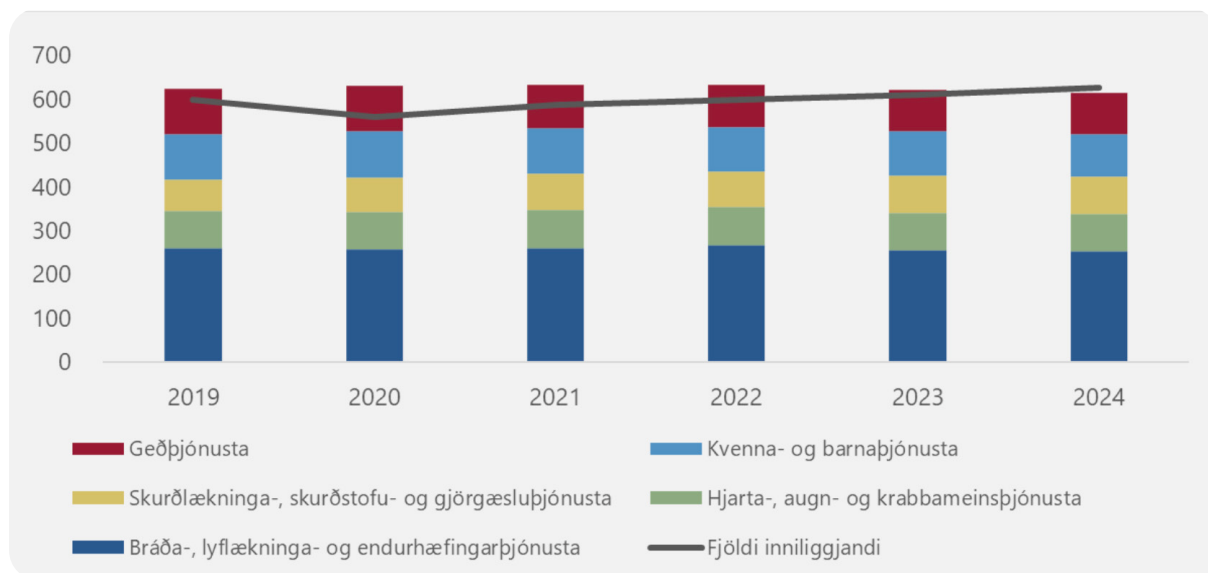


Margir þættir hafa áhrif á bæði framboð heilbrigðisstarfsfólks og eftirspurn eftir þjónustu þess. **Bætt nýting mannauðs og stefnumótun stjórnvalda skipta lykilmáli.**



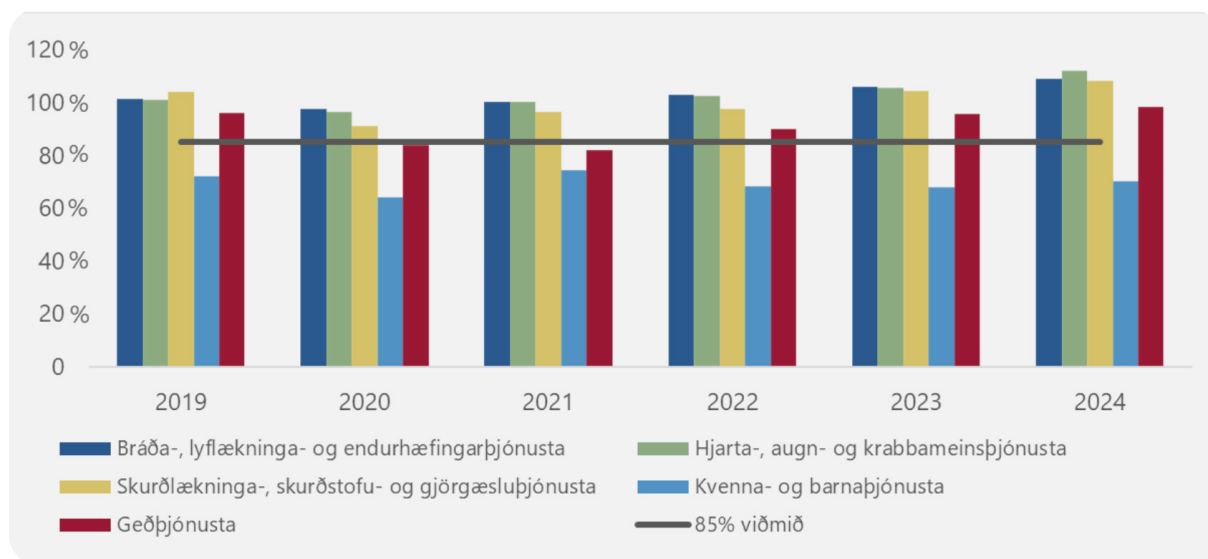
Frá því að Alþingi samþykkti Heilbrigðisstefnu til 2030 árið 2019 hefur **sjúklingum sem leita til Landspítala fjölgað um 20%** en starfsfólki um 13%. **Rúmum á legudeildum hefur að meðaltali fækkað.** Þau voru 625 að meðaltali árið 2019 en voru að meðaltali 615 fyrstu tíu mánuði ársins 2024. Á sama tímabili voru 626 sjúklingar inniliggjandi að meðaltali.

Rúmnýtingarhlutfall eftir þjónustusviðum Landspítala 2019–2024



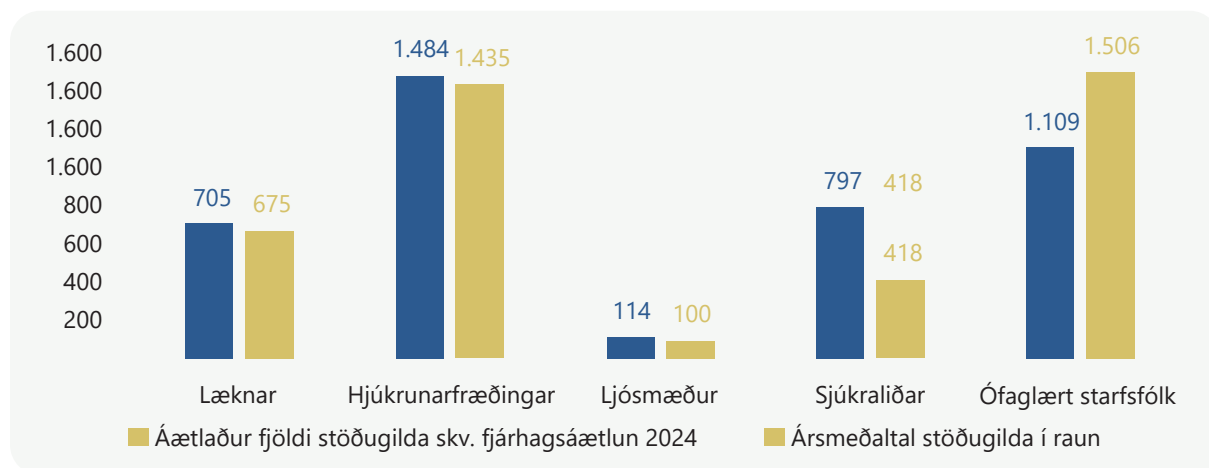
Rúmnýtingarhlutfall hefur farið hækkað og er yfir 100% á þremur þjónustusviðum.

Rúmnýtingarhlutfall í eftir þjónustusviðum Landspítala 2019–2024



Árið 2024 voru helstu heilbrigðisstéttir Landspítala undirmannaðar miðað við áætlanir. Stærsta frávikið sneri að stöðugildum sjúkraliða. Þessari manneklu er mætt með breytilegri yfirvinnu heilbrigðisstarfsfólks og umframfjölda ófaglærðs starfsfólks.

Áætlaður fjöldi stöðugilda og raunfjöldi að meðaltali árið 2024 hjá Landspítala



Hlutfall hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum árin 2019–24 var að meðaltali

48%

Hlutfallið sem Landspítali og heilbrigðisráðuneyti hafa stefnt að er

60%



Árið 2024 voru dvalir á bráðamóttöku sem voru lengri en 24 klst.

8.787

Markmið Landspítala og heilbrigðisráðuneytis var að þær yrðu færri en

5.000



Frá 2021 hafa að meðaltali

77%

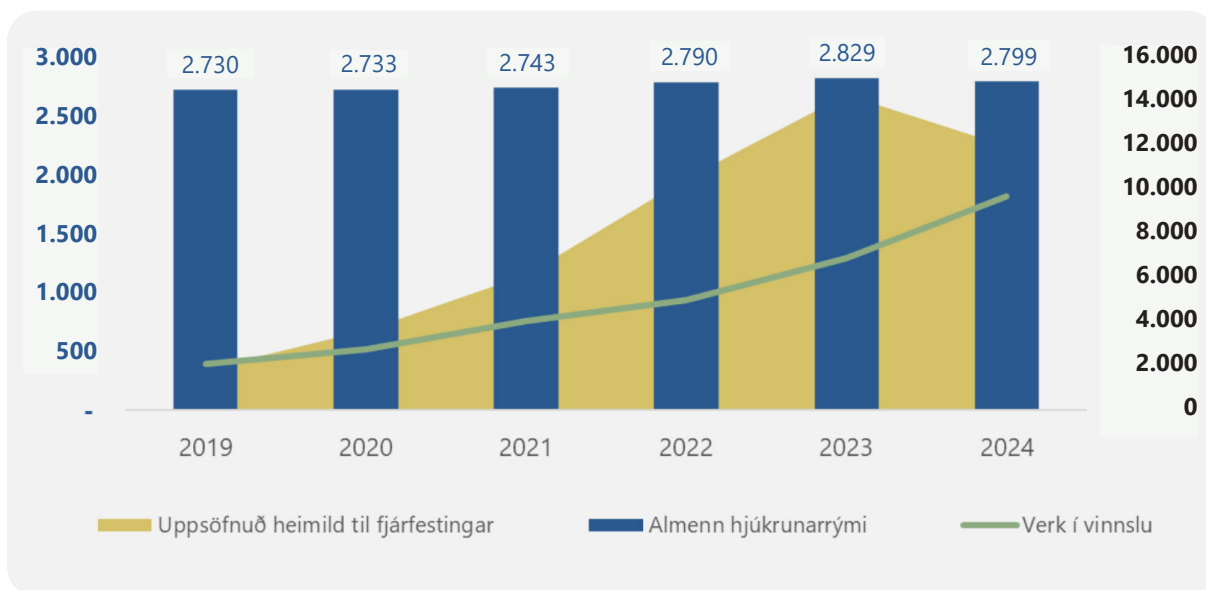
sjúklingar með færni og heilsumat legið inni á Landspítala á hverjum tíma eða um

19%

allra sjúklinga

Þrátt fyrir að Alþingi hafi veitt auknar heimildir til fjármögnunar á uppbyggingu hjúkrunarrýma frá árinu 2019 hefur þeim ekki fjölgað að ráði.

Fjöldi almennra hjúkrunnarrýma (vinstri ás) borið saman við uppsafnaða heimild til fjárfestingar í árslok og fjármuni bundna í verkum í vinnslu í m.kr. (hægri ás)



Heimild: [Embætti landlæknis](#),

Ársreikningar 08-401 Öldrunarstofnanir, almennt, og Fjárhags- og mannauðskerfi ríkisins

Niðurstöður

Áskoranir tengdar mönnun heilbrigðisstétta og flæði sjúklinga á Landspítala hafa verið viðvarandi um árabíl. Í Heilbrigðisstefnu til ársins 2030 sem Alþingi samþykkti árið 2019 er lögð áhersla á úrbætur á þeim vanda, bæði fyrir heilbrigðisþjónustuna almennt og Landspítala sérstaklega. Þær aðgerðir sem heilbrigðisráðuneyti og spítalinn hafa ráðist í til að takast á við mönnunarvanda heilbrigðisstétta hafa sumar haft jákvæð áhrif en heildaráhrifin hafa verið takmörkuð og því ljóst að frekari aðgerða er þörf.

Heildarfjöldi stöðugilda fjölmennustu heilbrigðisstétta innan Landspítala, þ.e. lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, hefur vaxið og merki eru um að afköst spítalans hafi aukist. Engu að síður hefur ekki reynst mögulegt að fullmanna þau stöðugildi sem fjárhagsáætlanir spítalans gera ráð fyrir. Þannig voru 50 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 14 stöðugildi ljósmæðra og 30 stöðugildi lækna ómönnuð árið 2024. Þá voru 379 stöðugildi sjúkraliða ómönnuð. Úrbætur á flæði sjúklinga hafa sömuleiðis ekki orðið þar sem spítalinn hefur enn sem fyrr reynst nauðbeygður til að veita hópi sjúklinga þjónustu sem betur væri fyrir komið í úrræðum utan hans, bæði með tilliti til hagkvæmni og eðli þjónustunnar.

Úrbætur á mönnunar- og flæðisvanda Landspítala kalla á að horft verði í auknum mæli til atriða sem varða stjórnun. Efla þarf miðlæga ferla og stjórnunarkerfi spítalans, ekki síst með áherslu á áætlanagerð um mönnun, útfærslu á vinnuskipulagi og samræmda stjórn og eftirlit með mannauðsmálum. Með frekari þróun miðlægra ferla skapast tækifæri til að endurskoða forsendur eftirlits landlæknis þannig að það beinist í auknum mæli að þeim og tilheyrandi stjórnunarkerfum spítalans.

Landspítala eru settar ýmsar skorður sem tengjast skipulagi heilbrigðisþjónustunnar í landinu og eru ekki á hans verksviði að stýra. Að mati Ríkisendurskoðunar hefur úrræðaleysi og kerfisleg lausatök einkennt viðbrögð yfirstjórnar heilbrigðismála við áskorunum tengdum mönnun og afkastagetu Landspítala og heilbrigðisþjónustunnar í heild. Eftirlit embættis landlæknis hefur ítrekað staðfest að staðan sé bágborin og að það bitni á gæðum þjónustunnar og öryggi sjúklinga. Heilbrigðisráðuneyti þarf að styrkja yfirstjórn sína, bæði í stefnumótun og virkri yfirsýn um heilbrigðiskerfið. Brýnt er að ráðast í heildræna skipulagningu á mönnun heilbrigðisþjónustunnar með markvissri samhæfingu milli stofnana til að tryggja betri nýtingu sérfræðipækkingar, innviða og opinberra fjármuna.

Ýmis átaksverkefni hafa skilað árangri, s.s. efling sérnáms að frumkvæði Landspítala. Þá hefur áhersla á vinnu átaks-, og verkefnahópa skipuðum af heilbrigðisráðuneyti einnig stuðlað að vissum umbótum, en verkefni af þeim toga koma þó ekki í stað virkrar stýringar á heilbrigðisþjónustunni í heild sinni.

Mönnun

Þó svo að grunnmönnunaráætlanir spítalans taki mið af faglegum forsendum, þar sem gjarnan er miðað við fjölda sjúklinga á hvern hjúkrunarfræðing og sjúkraliða, hafa mönnunarlíkönin lítið þróast undanfarin ár. Er svo komið að mönnunarpátturinn ræðst af forsendum fjárhagsáætlunar hvers árs frekar en að fjárhags- og rekstraráætlanir séu lagðar fram á grundvelli mönnunarviðmiða fyrir þá þjónustu sem spítalinn ætti að veita. Fjárhagsáætlanir spítalans varðandi stöðugildi heilbrigðisstarfsfólks taka orðið mið af þeim mönnunarvanda sem spítalinn hefur staðið frammi fyrir síðustu ár frekar en æskilegum fjölda. Þær lagalegu kröfur sem gerðar

eru til spítalans um mönnun eru að hún sé í samræmi við umfang og eðli þjónustunnar og aðstæður hverju sinni. Útfærðar kröfur eða leiðbeiningar um greiningar á mannaflapörf og mönnunarátætlanir eru ekki til staðar en spítalinn og heilbrigðisráðuneyti hafa hafið slíka vinnu fyrir tiltekna greinar. Í stefnumótunarskjölum fyrir spítalann hafa verið sett viðmið um að hlutfall hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum skuli ekki vera lægra en 60%, enda eru bein tengsl milli hjúkrunarmönnunar og gæða þjónustunnar með tilliti til afdrifa sjúklinga. Frá 2019 hefur það hlutfall aldrei farið yfir 50% og engin leitni verið í átt til hækkunar.

Breytileg yfirvinna heilbrigðisstarfsfólks og vinnuframlag sérhæfðs en ófaglærðs starfsfólks á sviði hjúkrunar og umönnunar heldur klínískri starfsemi Landspítala gangandi. Skortur á hjúkrunarfræðingum og læknum hefur haft neikvæð áhrif á afköst og gæði þjónustunnar en fjöldi stöðugilda sjúkraliða sem eru ómönnuð eru jafnframt áhyggjuefni. Nýliðun sjúkraliða hefur undanfarið verið mun hægari en hjá bæði læknum og hjúkrunarfræðingum. Sú þróun birtist m.a. í því að meðalaldur starfandi sjúkraliða er mun hærri en meðal lækna og hjúkrunarfræðinga. Þegar fjölmennir árgangar sjúkraliða komast á eftirlaunaaldur á næstu árum mun vandinn að óbreyttu aukast enn frekar samhliða öldrun þjóðarinnar og aukinni eftirspurn eftir þjónustu sjúkraliða utan spítalans.

Ríkisendurskoðun leggur áherslu á að heilbrigðisráðuneyti leitist við að bæta yfirstjórn sína á mannauði heilbrigðisþjónustunnar þvert á þjónustustig og stofnanir og vinni að því markmiði að heilbrigðisþjónustan sé sem hagkvæmust og skilvirkust í heild sinni óháð því hvort hún er fjármögnuð með beinum framlögum eða samningum. Afar mikilvægt er að starfsumhverfið verði með þeim hætti að Landspítali og aðrar heilbrigðisstofnanir sem veita lykilþjónustu verði ekki halloka í samkeppni um starfsfólk. Fylgja verður eftir nýgerðum kjarasamningum við hjúkrunarfræðinga og lækna og meta áhrif þeirra á starfsemi spítalans. Í þessu sambandi þarf m.a. að tryggja viðunandi yfirsýn um vaktaskipulag alls starfsfólks og auka bæði yfirsýn og stjórn spítalans á aukastörfum heilbrigðisstarfsfólks. Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar höfðu 168 af þeim 405 læknum sem fengu greitt samkvæmt samningi Sjúkratrygginga um þjónustu sérgreinalækna árið 2024 einnig verið starfandi hjá Landspítala á sama tímabili. Það þýðir að um 37% sérgreinalækna Landspítala höfðu jafnframt tekjur af samningi Sjúkratrygginga.

Landspítali og heilbrigðisráðuneyti þurfa að leita leiða til að styrkja mönnun spítalans til framtíðar. Í því samhengi telur Ríkisendurskoðun að styðja þurfi í auknum mæli við uppbyggingu sérnáms, sérstaklega þeirra greina sem mest mun mæða á samhliða öldrun þjóðarinnar. Þá er tækifæri til að skilgreina stefnubundin árangursmarkmið um starfsþróun meðal annarra heilbrigðisstétta. Um 30% starfandi sjúkraliða við spítalann hafa áður unnið þar sem ófaglærðir sérfræðingar og um 5% hjúkrunarfræðinga á klínískum deildum hafa áður unnið þar sem sjúkraliðar. Með því að hækka hlutfall þess starfsfólks sem öðlast réttindi sem sjúkraliði eða sækir sér menntun á sviði heilbrigðisvísinda, s.s. hjúkrunar, yrði rennt sterkari stoðum undir mannauð spítalans og mögulega heilbrigðisþjónustunnar í heild. Tilefni er fyrir spítalann og heilbrigðisráðuneyti að skoða sérstaklega hvernig stöðugildi innan skurðlækninga eru mönnuð en spítalinn hefur þurft að kaupa utanaðkomandi þjónustu hjartaskurðlækna á undanförunum árum.

Með hliðsjón af reynslu síðustu ára, spám um þróun þess fjölda sem ljúka mun námi meðal heilbrigðisstétta og lýðfræðilegri þróun, er ljóst að auknu álagi á heilbrigðisþjónustu Landspítala verður ekki eingöngu mætt með fjölgun starfsfólks. Mestu skiptir að nýta sem best starfskrafta þeirra sem veita þjónustuna, m.a. með innleiðingu nýrrar heilbrigðistækni, endurskoðun á verkaskiptingu stétta og með því að draga úr eftirspurn eftir þjónustu spítalans eins og kostur er, bæði með markvissum lýðheilsuáðgerðum og eflum úrræðum utan hans.

Flæði sjúklinga

Vandi Landspítala hvað snýr að flæði sjúklinga birtist með hve skýrustum hætti á bráðamóttökunni í Fossvogi og háu innlagnarstigi á bráðalegudeildum og legudeildum. Árið 2024 var meðallengd komu á bráðamóttöku sem þarfnast innlagnar meira en sólarhringur. Þau gæðaviðmið sem m.a. embætti landlæknis styðst við eru að ekki megi líða lengri tími en 6 klst. frá komu til innlagnar sé hennar þörf. Árið 2024 náðist það markmið í 23% tilfella. Við núverandi aðstæður eru dæmi þess að sjúklingar hefji og ljúki legudeildarmeðferð á móttökunni.

Frá miðju ári 2023 hefur Landspítali skilgreint innlagnarstig spítalans eftir þremur stigum sem taka bæði tillit til fjölda sjúklinga og hjúkrunarþyngdar. Samkvæmt skilgreiningunni er eðlilegt ástand á fyrsta stigi, aukið álag á öðru en þriðja stigið er viðbragðsstig. Framkvæmdastjóri hjúkrunar Landspítala hefur lýst þriðja stigi sem „ofurálagi“ sem ekki var gert ráð fyrir að myndi skapast nema í undantekningartilfellum. Raunin hefur hins vegar verið sú að spítalinn var að jafnaði á stigi þrjú allan síðari hluta ársins 2024.

Niðurstaða viðbragðsteymis á vegum heilbrigðisráðherra árið 2022 um þunga stöðu á bráðamóttökunni var að stærsti orsakavaldurinn væri ekki fjöldi þeirra sem leita þangað eða að bráðamóttakan sinnti of mörgum vægum tilfellum. Álagið væri einkum tilkomið vegna fjölda þeirra sem hefðu lokið þjónustu þar en ekki væri hægt að innrita á legudeildir spítalans. Rúmstæði á bráðamóttökunni í Fossvogi eru 42 með göngudeildarhluta. Árið 2024 var meðalfjöldi sjúklinga á deildinni um 65 og rúmanýtingin því 154%. Stór hluti þarf því að jafnaði að bíða í stólum, biðstofum, á göngum eða í öðrum rýmum. Árið 2024 lágu að meðaltali 29 sjúklingar á bráðamóttökunni sem voru tilbúnir til innlagnar á legudeild en komust ekki að.

Einn af stærstu áhrifapáttum á flæði sjúklinga innan Landspítala er sá fjöldi sem dvelur þar og er með færni- og heilsumat en bíður þess að fá vist á hjúkrunarheimili. Þessi vandi hefur verið viðvarandi allt frá sameiningu Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala í Landspítala árið 2000. Frá 2020 hafa að meðaltali 80 sjúklingar legið inni með færni- og heilsumat eða um 12% inniliggjandi sjúklinga. Stefna stjórnvalda um að veita þessum einstaklingum þjónustu á viðeigandi þjónustustigi hefur ekki náð fram að ganga, fyrst og fremst vegna skorts á hjúkrunarrýmum. Samkvæmt svörum heilbrigðisráðuneytis vegna þessarar úttektar vonast það til að á næstu þremur árum muni verulegur fjöldi hjúkrunarrýma opna sem yrði lykilpáttur í að létta á útskriftarvanda Landspítala og draga úr álagi bráðamóttökunnar.

Þau markmið sem heilbrigðisráðuneyti lagði upp með árið 2019 um að hjúkrunarrými yrðu orðin 3.433 í lok árs 2024 og bið ekki lengri en að meðaltali 90 dagar hafa engan veginn náðst. Rými eru tæplega 470 færri en gert var ráð fyrir, meðalbiðtími um 176 dagar og um 500 einstaklingar eru á biðlista. Í lok árs 2024 var uppsöfnuð heimild til fjárfestingar í hjúkrunarrýmum 12 ma. kr. og rýmum frá 2019 hafði einungis fjölgað um 69 á landsvísu. Ríkisendurskoðun bendir á að þrátt fyrir að fyrirhuguð fjölgun hjúkrunarrýma hafi ekki gengið eftir og skilgreindir árangursmælikvarðar skv. fjármálaáætlunum og fjárlögum verið neikvæðir ár eftir ár, þá verður ekki séð að ársskýrslur ráðherra síðustu ára (2019–2023) hafi með glöggum og greinargóðum hætti greint frá þeirri alvarlegu stöðu sem komin er upp og hefur víðtæk áhrif á allt heilbrigðiskerfið. Að mati Ríkisendurskoðunar er töluverð óvissa um hvort fyrirhuguð fjölgun nýrra hjúkrunarrýma samkvæmt fyrirliggjandi framkvæmdaáætlun nái að svara væntri þörf.

Yfirstjórn

Samkvæmt ályktun Alþingis skal heilbrigðisráðherra leggja árlega fram aðgerðaáætlun til fimm ára á gildistíma heilbrigðisstefnunnar. Hún skal tengd við fjárlagavinnu hvers tíma og lögð fram til umræðu á Alþingi. Heilbrigðisráðherra hefur fimm sinnum lagt slíkar áætlanir fram sem skýrslur til Alþingis en þær hafa aldrei verið teknar til umræðu á vettvangi þingsins. Líkt og heilbrigðisstefnan sjálf nær hver aðgerðaáætlun yfir mörg málefnasvið og skilgreinir aðgerðir og forgangs röðun þeirra fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild sinni og hvenær gert sé ráð fyrir að tilteknum markmiðum verði náð. Slík heildarsýn á heilbrigðisþjónustu ríkisins er ekki í forgrunni við gerð fjármálaáætlana og fjárlaga hverju sinni þar sem fjallað er um hvert málefnasvið og málaflökk fyrir sig. Hvorki heilbrigðisstefnan sjálf né þær aðgerðaáætlanir sem eru settar fram á grundvelli hennar fela í sér kostnaðarmat eða áætlun um kostnaðardreifingu yfir ákveðið tímabil. Aðgerðaáætlanirnar fela m.ö.o. ekki í sér tillögur eða drög að ráðstöfun fjárheimilda til reksturs eða fjárfestinga á ábyrgð tiltekinna aðila. Einar og sér eru þær því veikburða sem stefnumótunarskjöl og eftirfylgni með árangri takmörkuð.

Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að aðgerðaáætlanirnar hafi skýrari tengingu við gerð fjármálaáætlana og fjárlaga hvers tíma og þá stefnumiðuðu áætlanagerð ríkisaðila sem fer fram innan ramma laga um opinber fjármál. Enda hafa aðgerðir og ráðstöfun fjármuna innan eins málaflökks heilbrigðisþjónustunnar oftast en ekki áhrif á þjónustu innan annars. Að sama skapi getur aðgerðaleyfi eða ómarkviss nýting fjármuna á einu sviði haft afleiðingar fyrir þjónustuna í heild. Þannig geta breytingar á forsendum og framkvæmd samninga við sérgreinalækna haft áhrif á bæði mannauð og innflæði sjúklinga til Landspítala. Sama má segja um stöðu heilsugæslunnar og framboð hjúkrunarrýma hvað snýr að flæði sjúklinga til og frá spítalanum.

Ábendingar

Ábendingar til Landspítala og heilbrigðisráðuneytis

1

Mönnunarpörf – líkön og viðmið

Landspítali þarf að halda áfram innleiðingu mönnunarlíkana og styrkja faglegar forsendur mönnunarviðmiða fyrir starfsemi sína. Brýnt er að heilbrigðisráðuneyti styðji við þá vinnu, taki þátt í að skýra forsendur slíkra líkana og viðmiða og tryggi að gerð þeirra sé í samræmi við eðlilegar lágmarkskröfur á sviði heilbrigðisþjónustu. Samhliða þarf að endurskoða árangursmarkmið og árangursmælikvarða er lúta að mönnun heilbrigðisstétta og eftir atvikum þróa ítarlegri og fjölbreyttari gæðavísu í samvinnu við embætti landlæknis.

2

Innleiðing gæðastjórnunarkerfis, endurskoðun á lágmarkskröfum og tilhögun eftirlits

Landspítali þarf að fylgja eftir fyrirætlunum sínum um innleiðingu heildstæðs gæðastjórnunarkerfis, eftir atvikum í samræmi við kröfur ISO 7101 staðalsins. Samhliða þarf heilbrigðisráðuneyti að endurskoða reglugerð nr. 786/2007 um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur, setja boðaða reglugerð um tilhögun innra eftirlits og leggja mat á hvort breyta þurfi framkvæmd og forsendum ytra eftirlits embættis landlæknis.

3

Efla þarf sérnám

Mikilvægt er að uppbyggingu sérnámsgreina við Landspítala verði haldið áfram á markvissan og stefnumiðaðan hátt. Landspítali og heilbrigðisráðuneyti þurfa að vinna náið saman að þessu marki og nýta í því skyni þau stjórnþæki sem fólgin eru í ákvæðum laga nr. 123/2015 um opinber fjármál og fylgjast með árangri þeirra fjárveitinga sem helgaðar eru sérnámi í starfsemi spítalans.

4

Bæta þarf áætlanagerð, stefnu og aðgerðir vegna heilbrigðistækni

Landspítali þarf, í samvinnu við heilbrigðisráðuneyti, að taka stefnumótun og áætlanagerð um heilbrigðistækni, ekki síst fjármögnun, enn fastari tökum í því skyni að tryggja framgang verkefna og bæta nýtingu mannauðs. Skoða þarf hvort auka þurfi vægi fjárfestinga og reksturs vegna heilbrigðistækni í áætlunum spítalans og leggja áherslu á innleiðingu lausna sem eru til þess fallnar að auka skilvirkni og nýta betur starfskrafta heilbrigðisstarfsfólks. Skýra þarf hlutverk Landspítala í þessu samhengi, þar sem hann bæði þróar og rekur stóran hluta stafrænna innviða heilbrigðisþjónustunnar.

5

Aðgerðir vegna álagstoppa

Ríkisendurskoðun telur brýnt að Landspítali og heilbrigðisráðuneyti leiti frekari leiða til að létta álagi af spítalanum tímabundið þegar innlagnarstig og aðsókn ógna öryggi og gæðum þjónustunnar, s.s. með nánara samstarfi þvert á heilbrigðisstofnanir. Tryggja verður bætta úrvinnslu og viðbragð við athugasemdum og neikvæðum niðurstöðum úr eftirliti embættis landlæknis.

Ábendingar til Landspítala

6

Starfsþróun mannauðs

Ríkisendurskoðun telur brýnt að Landspítali leggi enn frekar rækt við að styðja starfsfólk til náms. Spítalinn þarf að setja sér stefnubundin markmið um að hækka hlutfall sjúkraliða sem hafa áður verið í starfi innan spítalans og innleiða frekari hvata fyrir starfsfólk til að hefja og ljúka námi í hjúkrunarfræðum.

7

Skýr árangursviðmið um afföll hjúkrunarfræðinga

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að Landspítali fylgist náið með afföllum úr hópi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga og vinni gegn þeim með markvissum aðgerðum. Skilgreina þarf árangursviðmið til framtíðar um tiltekið hlutfall í því sambandi.

8

Samræmt vaktaskipulag og miðlægt eftirlit

Landspítali verður að tryggja viðunandi yfirsýn um vaktaskipulag alls starfsfólks og vinna markvisst að því að draga úr umfangi hvíldartímabrota. Tryggja þarf samræmda gerð vaktaskipulags þvert á spítalann og innleiða markvisst eftirlit af hálfu kjaradeildar líkt og boðað hefur verið með hlutlægum árangursmælikvörðum.

9

Bætt yfirsýn og stjórn á auka- og hlutastörfum

Ríkisendurskoðun hvetur Landspítala til að vinna áfram að aukinni yfirsýn og stjórn á aukastörfum starfsfólks og leitast við að auka hlutfall starfsfólks í fullu starfi, draga úr yfirvinnugreiðslum til starfsfólks sem ekki er í fullu starfi eins og kostur er og vinna að því að lækka hlutfall breytilegrar yfirvinnu. Skilgreina verður raunhæf markmið í þessu sambandi og vinna kerfisbundið að því að ná þeim án þess að þjónusta við sjúklinga líði fyrir.

10

Mönnun skurðlækna – aðkeypt þjónusta

Landspítali þarf að leggja sérstaka áherslu á að styrkja mönnun skurðlækna, með áherslu á hjarta- og lungnaskurðlækna, draga úr biðtíma eftir aðgerðum og draga úr þeim fjölda aðgerða sem þarf að fresta vegna manneklu. Taka þarf til skoðunar hvort auka þurfi vægi aðkeyptrar þjónustu skurðlækna í þessu skyni eða hvort leita verði annarra leiða til að stytta biðtíma og draga úr tíðni frestana.

Ábendingar til heilbrigðisráðuneytis

11

Heilbrigðisráðuneyti þarf að efla stjórn heilbrigðismála þvert á málefnasvið

Heilbrigðisráðuneyti þarf að taka yfirstjórn heilbrigðisþjónustunnar fastari tókum, skipuleggja hana sem eina heild og gæta þess að skilgreind árangursmarkmið og mælikvarðar sem tengd eru fjárveitingum Landspítala endurspegli betur stefnumið til lengri og skemmri tíma. Samhengi og tengsl aðgerðaáætlunar heilbrigðisstefnu við ákvarðanir um ráðstöfun fjármuna samkvæmt fjármálaáætlun og fjárlögum þurfa að vera skýrari. Heilbrigðisráðuneyti þarf að styrkja heildarsýn og áætlanagerð þvert á þau málefnasvið sem snerta þróun heilbrigðisþjónustunnar með því að leggja fram ítarlegri aðgerðaáætlunir heilbrigðisstefnu, þar sem meginverkefni eru tímasett og kostnaðargreind.

12

Gögn um mannafla og samræming mönnunaráætla

Brýnt er að heilbrigðisráðuneyti ljúki heildstæðri greiningu á mannafla, mannaflapörf og gerð mannaflaspár fyrir heilbrigðisþjónustuna og að sú vinna verði uppfærð á reglubundinn hátt og sjálfvirknivædd eftir því sem mögulegt er. Miðlæg gagnagátt með samræmdum starfsemissupplýsingum fyrir heilbrigðisþjónustu ríkisins í heild sinni þarf að komast á sem fyrst. Stuðla þarf að því að allar heilbrigðisstofnanir vinni mönnunaráætlanir á samræmdan máta.

Ábending til félags- og húsnæðismálaráðuneytis

13

Endurskoðun uppbyggingaráætlunar hjúkrunarrýma og markvissara eftirlit og eftirfylgni með framgangi

Mikilvægt er að félags- og húsnæðismálaráðuneyti endurskoði uppbyggingaráætlun hjúkrunarrýma og grípi til markvissra aðgerða til að bæta árangur við fjölgun rýma frá því sem verið hefur. Þá er brýnt að ráðuneytið bæti eftirlit með framgangi uppbyggingarinnar og tryggi að hlutlægt árangursmat eigi sér stað í samræmi við ákvæði laga nr. 123/2015 um opinber fjármál.

Umsagnir og viðbrögð

Viðbrögð Landspítala

1 Mönnunarpörf – líkön og viðmið

„Spítalinn tekur undir mikilvægi þess að áfram verði unnið að þróun mönnunarlíkana sem byggja á faglegum og raunhæfum forsendum þannig að mögulegt sé að manna starfseminu með fullnægjandi hætti. Einnig telur spítalinn brýnt að þróuð verði mönnunarviðmið líkt og fram kemur í ábendingunni.

Landspítali getur ekki tekið undir það sjónarmið að fjárhagslegar forsendur hafi verið ráðandi þáttur við gerð og þróun mönnunarlíkana þótt vissulega hafi fjárhagsleg sjónarmið haft umtalsverð áhrif. Heilt yfir hefur mönnun klínískra eininga byggst á faglegum forsendum sem miða að því að tryggja gæði og öryggi þjónustunnar. Ófullnægjandi mönnun hefur yfirleitt stafað af skorti á fagfólki en einnig verður að hafa í huga stöðuga aukningu í eftirspurn eftir þjónustu sem bregðast hefur þurft við. Mannekla hefur verið vaxandi vandamál á Landspítala og hafa miðlægir kjarasamningar sem innifalið hafa styttingu vinnuvikunnar aukið á vandann.

Á síðustu árum hefur verið ráðist í umfangsmikil verkefni innan Landspítala sem miða að endurskoðun mönnunar allra eininga, nýtingu gagna við mat á þörf fyrir stöðugildi og þróun nýrra mönnunarlíkana. Þessi vinna hefur þegar leitt til fjölgunar fjármagnaðra stöðugilda á bráðalegudeildum spítalans í takt við verkefni, meðal annars með hliðsjón af stigun legudeilda og mati á hjúkrunarþyngd. Vinna við skilgreiningu mönnunarviðmiða á Landspítala stendur nú yfir og hefur spítalinn notið ráðgjafar sérfræðinga KPMG í Bretlandi sem hafa getið sér gott orð á þessu sviði. Enn fremur munum við nýta okkur aðild spítalans að Samtökum norrænna háskólasjúkrahúsa þar sem eitt af lykilverkefnum er að skapa sameiginleg viðmið, meðal annars varðandi mönnun. Auk klínískrar þjónustu er brýnt að horfa til mönnunarþarfa vegna háskólahlutverks spítalans.

Ljóst er að leita þarf nýrra lausna til að tryggja fullnægjandi mönnun á komandi árum. Landspítali samanstendur af fjölda fagstétta með ólíka hæfni og færni og verður æ þýðingarmeira að nýta þennan dýrmæta mannauð á sem skilvirkastan hátt, til dæmis með markvissari teymisvinnu en þekkt hefur og tilfærslu verkefna frá einni stétt til annarrar.

Brýnt er að hafa í huga að læknar og hjúkrunarfræðingar, sem og aðrar heilbrigðisstéttir, eru takmörkuð auðlind. Alþjóðleg gögn (Health at a Glance: Europe 2024) benda til að læknar séu ekki færri hér miðað við íbúafjölda en meðal margra annarra þjóða ef undan eru skildir heimilislæknar. Sama er að segja um hjúkrun. Það þarf því að hyggja að nýtingu fagfólks innan heilbrigðisþjónustunnar miðað við eðlilega forgangsöröðun verkefna. Það kallar á markvisst skipulag og miðlæga stjórnun á nýtingu mannauðs innan heilbrigðisþjónustunnar.“

2 Innleiðing gæðastjórnunarkerfis, endurskoðun á lágmarkskröfum og tilhögun eftirlits

„Spítalinn tekur undir mikilvægi innleiðingar gæðastjórnunarkerfis. Mikið hefur áunnist síðustu ár við endurskipulagningu gæðastjórnunar á spítalanum með tilkomu nýrrar gæðadeildar og nýs gæðastjórnunarkerfis. Sá gæðastaðall (ISO 7101) sem vísað er til í skýrslu Ríkisendurskoðunar er nýr af nálinni og má ætla að innleiðing hans geti orðið umfangsmikið verkefni. Landspítali mun halda áfram vinnu við að styrkja gæðastjórnun innan stofnunarinnar.“

3 Efla þarf sérnám

„Landspítali telur þessa ábendingu afar mikilvæga, enda uppbygging sérnáms forsenda þess að unnt verði að tryggja mönnun læknisþjónustu á Íslandi til framtíðar. Markverður árangur hefur náðst á þessu sviði en frekari þróun líður fyrir skort á fjármögnun verkefnisins. Allt sérnám í læknisfræði á Íslandi, að sérnámi í heimilislækningum undanskildu, er í höndum Landspítala. Þess ber að geta að áður en formlegu sérnámi var komið á fót á Landspítala stunduðu allflestir íslenskir læknar sérnám erlendis og því naut íslensk heilbrigðisþjónusta ekki krafta þeirra á meðan á náminu stóð, iðulega um 5–10 ára skeið, auk þess sem læknarnir ílengdust oft ytra eða settust þar að eftir að sérnáminu lauk. Smám saman varð ljóst að þetta fyrirkomulag sérnáms gæti ekki lengur mætt þörf fyrir nýliðun sérfræðilækna auk þess sem við þurfum á starfskröftum námslækna að halda. Í kjölfar árangursríkrar uppbyggingar sérnáms á undanförunum áratug veitir Landspítali nú fullt sérnám í sjö stærstu sérgreinum lækninga, undirsérgreinanám í þremur greinum og hlutasérnám í átta minni sérgreinum. Á hverjum tíma eru fleiri en 200 sérnámslæknar við nám og störf á stofnuninni. Landspítali mun halda áfram uppbyggingu sérnáms að því marki sem unnt er í okkar smáa samfélagi. Við munum ekki geta staðið undir námi í mjög sérhæfðum greinum og því munu íslenskir læknar áfram þurfa að sækja slíka sérmenntun erlendis.

Í þessa ábendingu telur Landspítali að vanti athugasemd um fjármögnun sérnáms sem hingað til verið fjármagnað af rekstrarfé stofnunarinnar. Samhliða vexti og framþróun málaflokksins er sérstök fjármögnun umsýslu og stjórnunar orðin aðkallandi, enda er kostnaður metinn um 500 m.kr. á ári.“

4 Bæta þarf áætlanagerð, stefnu og aðgerðir vegna heilbrigðistækni

„Ör framþróun í heilbrigðistækni á undanförunum árum felur í sér margvísleg tækifæri til að bæta gæði þjónustu og léttu álagi af starfsfólki. Því tekur spítalinn heilshugar undir mikilvægi þessarar ábendingar. Aukin áhersla hefur verið lögð á þennan þátt í rekstri spítalans en taka þarf mun stærri skref í innleiðingu stafrænna lausna svo mögulegt verði að nýta slík úrræði til að mæta aukinni eftirspurn eftir þjónustu og skorti á fagfólki innan heilbrigðisþjónustu sem fyrirsjáanleg er á næstu árum. Innleiðing heilbrigðistæknilausna er kostnaðarsöm og ljóst að árangur mun ekki nást fyrr en að mörgum árum liðnum nema til komi umtalsverð fjárfesting. Sé horft til nágrannapjóða okkar þá hafa yfirvöld nær undantekningarlaust ráðist í fjárfestingar á þessu sviði.“

5 Aðgerðir vegna álagstoppa

„Þetta er mikilvæg ábending í ljósi alvarlegs skorts á legurýmum sem nær stöðugt veldur miklu álagi innan bráðapjónustu Landspítala. Þessi vandi er að stórum hluta tilkominn vegna skorts á hjúkrunarrýmum sem því miður hefur ekki tekist að vinna bug á.

Á undanförunum árum hefur verið gripið til fjölda aðgerða innan Landspítala til að milda áhrif þessa alvarlega vanda en þær hafa dugað skammt þar sem eftirspurn eftir þjónustu spítalans eykst stöðugt í takt við öra fólksfjölgun og breytta aldurssamsetningu þjóðarinnar. Svigrúm spítalans til að bregðast við alvarlegum atburðum sem krefjast umfangsmikillar bráðþjónustu er mjög takmarkað af þessum sökum. Landspítali vinnur nú að undirbúningi rýmingaráætlunar sem hægt verður að grípa til ef fjöldi bráðveikra og/eða slasaðra einstaklinga á bráðamóttöku spítalans verður meiri en hægt er að ráða við. Í áætluninni felst meðal annars útfærsla á tillögu Landspítala til yfirvalda um að hjúkrunarheimilum verði gert að tvímenna í þau rými sem þau starfrækja komi til þess að rýmingaráætlun spítalans verði virkjuð.

6 Starfsþróun mannauðs

„Landspítali tekur undir þær athugasemdir sem fram koma um skort á sjúkraliðum sem eru mikilvæg stétt innan hjúkrunar. Skortur á sjúkraliðum, sem verið hefur viðvarandi á Landspítala líkt og fleiri stofnunum undanfarin ár. Á legudeildum spítalans hefur verið gripið til þess að ráða fólk í umönnunarstörf til að sinna verkefnum sem ekki eru sérhæfð og gera ekki kröfu um faglega menntun. Ástæða er til að endurmeta mönnunarpörf sjúkraliða á Landspítala með hliðsjón af þessari þróun. Engu að síður er brýnt að Landspítali og aðrar heilbrigðisstofnanir leggi áherslu á svigrúm fyrir ófaglært starfsfólk til að sækja sjúkraliðanám. Ákjósanlegt væri ef heilbrigðisyfirvöld mörkuðu stefnu um fjölgun sjúkraliða þar sem gert væri ráð fyrir fjármögnun verkefna sem því tengjast.

Á Landspítala hefur jafnframt verið lögð áhersla á verkefni sem stuðla að fjölgun þeirra sem leggja fyrir sig hjúkrunarfræði- eða sjúkraliðanám. Er það meðal annars gert með heimsóknum í framhaldsskóla þar sem menntun og störf hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða eru kynnt. Jafnframt hefur verið farið í heimsóknir í 10. bekki grunnskóla í sama tilgangi.”

7 Skýr árangursviðmið um afföll hjúkrunarfræðinga

„Landspítali hefur undanfarin ár lagt aukna áherslu á að laða hjúkrunarfræðinga til starfa sem og að halda þeim í starfi og auka starfsánægju. Markverður árangur hefur náðst á því sviði því nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum sem kosið hafa að hefja störf á Landspítala hefur fjölgað verulega. Alls hófu 74 nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar störf á spítalanum árið 2022, 94 árið 2023 og 110 árið 2024. Markmið Landspítala er að 65% nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga ráði sig til starfa á spítalanum eftir að námi lýkur. Veigamikill þáttur í að laða nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga til starfa á Landspítala er starfsþróunarkerfi sem innifelur fræðslu og þjálfun auk faglegrar handleiðslu sem er ígildi um 10% starfshlutfalls yfir árið. Sambærilegt fyrirkomulag hefur verið sett á stofn fyrir erlenda hjúkrunarfræðinga. Enn fremur hefur öflug uppbygging hermiseturs Landspítala aukið áhuga hjúkrunarfræðinga á því að starfa á spítalanum. Þá hefur spítalinn ráðist í ímyndaráttak á sviði hjúkrunar.

Niðurstöður könnunar á líðan og starfsánægju hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra sem gerð var á Landspítala í desember 2024 sýndu að 80% þátttakenda voru ánægð í starfi og aðeins lítill hluti upplifði einkenni kulnunar. Starfsánægja hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra var marktækt hærri en árið 2015 og 83% þátttakenda kváðust ekki hafa hug á að hætta í núverandi starfi sem telst afar ánægjulegt.

Loks er þess að geta að á Landspítala er unnið að þróun mælaborðs til að unnt verði að fylgjast náið með brotthvarfi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og sjúkraliða á fyrstu fimm árum í starfi.”

8 Samræmt vaktaskipulag og miðlægt eftirlit

„Landspítali hefur aukið miðlæga þjónustu vegna þessara mikilvægu verkefna með stofnun sérstaks vinnustundarteymis innan kjaradeildar. Hlutverk þess er einkum að leiðbeina stjórnendum og vaktasmiðum varðandi vinnutíma, vinnutímaskipulag, vaktaumsjón, hvíldartímabrot og notkun á Vinnustund. Í tengslum við stjórnskipulagsbreytingar á Landspítala sem komu til framkvæmda 1. janúar 2023 voru skrifstofur sviða styrktar með nýjum störfum sem meðal annars beinast að því að samræma gerð vaktaskipulags innan hjúkrunar. Fyrirhugað er að styrkja jafnframt miðlæga vaktasmiði fyrir lækna og eftirlit þar að lútandi. Nýgerður kjarasamningur Læknafélags Íslands við ríkið felur í sér verulegar breytingar á vinnutíma og skilgreiningu vakta og því hefur á undanförunum mánuðum farið fram ítarleg greining og endurskoðun á vaktalínunum lækna sjúkrahússins. Stýrihópur og verkefnahópar, bæði miðlægir og innan hvers sviðs, munu starfa áfram út samningstímabilið og sinna eftirliti sem mun byggja á gögnum og leiðbeiningum um gerð vinnuskipulags og vaktafyrirkomulags lækna.“

9 Bætt yfirsýn og stjórn á auka- og hlutastörfum

„Landspítali tekur undir mikilvægi þessarar ábendingar og telur brýnt að tryggja bætta yfirsýn yfir aukastörf starfsfólks. Líkt og fram kemur í skýrslunni þá hefur það íþyngjandi áhrif á skipulag starfsemi spítalans ef mikill fjöldi starfsfólks sinnir aukastörfum, auk þess sem hætta er á að samfella í þjónustu verði ófullnægjandi. Því er lögð áhersla á að fjölga starfsfólki sem er í fullu starfi á spítalanum.

Um nokkra hríð hefur verið unnið að því að skapa umgjörð um auka- og hlutastörf starfsfólks Landspítala sem auðvelda mun yfirsýn yfir þessi störf. Ljóst er að um yfirgripsmikið verkefni að ræða sem getur reynst umdeilt ef að taka þarf íþyngjandi ákvarðanir í tilvikum starfsmanna er starfa í samhliða starfi utan spítalans sem talið er að valdi hagsmunaárekstri. Hafa ber í huga að auka- og hlutastörf sérhæfðs starfsfólks hafa tíðkast á Landspítala og víðar í íslensku heilbrigðiskerfi um áratugaskeið án þess að gerðar hafi verið við það teljandi athugasemdir. Það firrir þó ekki stjórnendur ábyrgð á þeirri skyldu að hafa eftirlit með þessum störfum og taka afstöðu til mögulegs hagsmunaáreksturs. Þegar verulegur skortur á sérhæfðu starfsfólki ríkir er þó óhjákvæmilegt að taka tillit til hagsmuna stofnunarinnar annars vegar og notenda þjónustunnar hins vegar við mat á aukastörfum.“

10 Mönnun skurðlækna – aðkeypt þjónusta

„Landspítali telur ekki tilefni til að gera athugasemd við umrædda ábendingu. Rétt er að taka fram að mikil vinna hefur verið lögð í að bæta mönnun hjarta- og lungnaskurðlækninga með áherslu á skipulag starfseminnar og gæði og öryggi þjónustu við sjúklinga sem vonir standa til að muni laða skurðlækna til starfa. Sumar sérgreinar skurðlækninga eru viðkvæmar hvað mönnun snertir því ákjósanlegur fjöldi skurðlækna með hliðsjón af vaktabyrði getur leitt til of lítills fjölda aðgerða sem hver skurðlæknir framkvæmir. Mönnun sérgreina innan skurðlækninga er háð framboði lækna sem eru reiðubúnir að koma heim til starfa að loknu sérnámi erlendis og má því segja að við séum í samkeppni við erlend sjúkrahús þar sem starfsumhverfi er í mörgum tilvikum betra en á Landspítala. Einnig hafa miklir starfsmöguleikar á vettvangi einkarekinnar þjónustu í för með sér samkeppni um starfskrafta skurðlækna í ákveðnum sérgreinum. Mikilvægt er að styrkja stöðu spítalans í því samkeppnisumhverfi. Engin stýring er á skipan sérfræðilæknisstarfa milli opinberra stofnana og einkarekinnar þjónustu. Æskilegt er að skapað verði viðeigandi jafnvægi

milli opinberrar og einkarekinnar þjónustu svo unnt sé að tryggja fullnægjandi mönnun læknisstarfa á aðalsjúkrahúsi landsins.

Loks er brýnt að leita lausna sem tryggja aðgengi fólks að nauðsynlegum skurðaðgerðum innan ásættanlegs tímaramma og í því tilliti getur verið óhjákvæmilegt að kaupa þjónustu skurðlækna erlendis frá.“

Viðbrögð heilbrigðisráðuneytis

1 Mönnunarpörf – líkön og viðmið

„Ráðuneytið mun áfram styðja Landspítala við að styrkja faglegar forsendur fyrir mikilvægi mönnunarviðmiða fyrir Landspítala. Ráðuneytið hefur undanfarin ár lagt mikla áherslu á mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu. Meðal annars hefur verið tekin saman áætlun um Mannafla í lækniþjónustu til framtíðar þar sem mönnun lækna er skoðuð niður á sérgreinar og starfandi er starfshópur á vegum ráðuneytisins um innleiðingu mönnunarviðmiða í hjúkrun. Þá er gert ráð fyrir að heildarstefna um mönnun í heilbrigðisþjónustu verið birt fyrir lok júní.“

2 Innleiðing gæðastjórnunarkerfis, endurskoðun á lágmarkskröfum og tilhögun eftirlits

„Ráðuneytið telur mikilvægt að slíkt gæðastjórnunarkerfi verði innleitt og að farið verði í endurskoðun á umræddri reglugerð.“

3 Efla þarf sérnám

„Ráðuneytið tekur undir athugasemdina og mun áfram leggja áherslu á uppbyggingu sérnáms fyrir lækna á Landspítala. Með setningu reglugerðar nr. 856/2023 um menntun, réttindi og skyldur lækna og skilyrði til að hljóta lækningaleyfi og sérfræðileyfi var öll umgjörð með sérnámi styrkt og ábyrgð hvers og eins skýrð. Þrátt fyrir að þetta hafi verið mikið framfaraskref þá hyggst ráðuneytið gera frekari breytingar á umsjón með sérnámi og fjármögnun sérnáms. Þá mun ráðuneytið einnig gera ráðstafanir til að tryggja betri yfirsýn og auka möguleika á stýringu á fjölda sérnámsstaða í sérgreinum eftir þörf heilbrigðiskerfisins. Markmið ráðuneytisins með uppbyggingu sérnáms lækna er að Ísland veðri sjálfbærara í sérfræðimönnun lækna og að læknamönnun verði betri og hnitmiðaðri, þ.e. að áhersla verði lögð á framboð á sérnámi sem þörf er fyrir sérfræðilækna í.

Þá telur ráðuneytið einnig brýnt að huga að uppbyggingu sérnáms annarra heilbrigðisstétta, í takt við þarfir þjónustunnar, sbr. meistaranám í klínískri geðhjúkrun, kandidatsár í sálfræði og starfsnám í klínískri lyfjafræði sem hluta af meistaranámi.“

4 Bæta þarf áætlanagerð, stefnu og aðgerðir vegna heilbrigðistækni

„Undanfarna mánuði hefur verið unnið að kortlagningu á stafrænum innviðum og þjónustu á landinu. Niðurstöður verða afhentar ráðherra í byrjun júlí. Í kjölfarið verður farið í að vinna úr tillögum til úrbóta sem væntanlega munu eiga við um þjónustu Landspítala.“

5 Aðgerðir vegna álagstoppa

„Ráðuneytið tekur undir mikilvægi þess að unnið sé betur úr athugasemdum úr eftirliti embætti landlækis. Mikið álag á bráðamóttöku Landspítala hefur verið viðvarandi um allnokkurt skeið og ljóst er að staðan er ógn öryggi sjúklinga sem þangað leita og dvelja.

Liður í því að bæta aðstöðu deildarinnar þar til nýr meðferðarkjarni verður tekinn í notkun er stækkun á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi með 700 fermetra viðbótarhúsnæði sem á að vera tilbúið í fyrir lok þessa árs. Í húsnæðinu sem bætist við bráðamóttökuna verða 20 bráðarými, vaktherbergi, aðstaða fyrir lín og lager og fundaherbergi. Um er að ræða einingahús með færanlegum einingum sem gerir kleift að nýta þær á annan hátt þegar meðferðarkjarninn við Hringbraut verður tekinn í notkun.

Þá eru fyrirhugaðar breytingar á móttöku BMT til að auðvelda skoðun sjúklinga við innskrift.

11 Heilbrigðisráðuneyti þarf að efla stjórn heilbrigðismála þvert á málefnasvið

„Heilbrigðisráðuneytið tekur undir ábendingu Ríkisendurskoðunar um mikilvægi þess að efla yfirstjórn heilbrigðisþjónustunnar, samræma hana sem eina heild og tengja stefnumörkun við fjárveitingar með skýrum markmiðum og mælikvörðum.

Frá samþykkt heilbrigðisstefnu til ársins 2030 hefur ráðuneytið lagt fram fimm aðgerðaáætlanir til Alþingis: fyrir tímabilin 2019–2023, 2021–2025, 2022–2026, 2024–2028 og 2025–2029. Þessar áætlanir sýna stigvaxandi þróun í átt að markvissari framkvæmd stefnu og samþættingu við fjárhagslega forgangsöðun stjórnvalda.

Framkvæmd aðgerðaáætlana er svo í höndum stofnana undir heilbrigðisráðuneyti. Um leið og ráðuneytið óskar eftir rekstraráætlunum stofnana fyrir komandi ár þá er óskað eftir stefnumótandi áætlun til næstu þriggja ára. Í þeirri áætlun eru verkefni tímasett og kostnaðargreind þegar við á.

Auk þess hefur ráðuneytið eflt stefnumótun þvert á málefnasvið, m.a. í geðheilbrigðismálum og öldrunarþjónustu, og unnið með Sjúkratryggingum Íslands að þróun nýrra samningsforma og fjármögnunarlíkana sem betur endurspeglar stefnumið og raunkostnað þjónustu.

Framangreind vinna sýnir að heilbrigðisráðuneytið hefur tekið fastari tókum á heildarstjórnun heilbrigðisþjónustunnar og mun áfram vinna að skýrari tengingu milli stefnumörkunar, fjármögnunar og mælanlegs árangurs.

12 Gögn um mannafla og samræming mönnunaráætlana

„Heilbrigðisráðuneytið tekur undir mikilvægi þess að vinna heildstæða greiningu á mannafla, mannaflapörf og mannaflaspám fyrir heilbrigðisþjónustuna, sem og að þróa miðlæga gagnagátt fyrir samræmdar starfsemissupplýsingar.

Í því skyni að koma á fót heildstæðri greiningu á mannafla, mannaflapörf og mannaflaspá hefur ráðuneytið sett af stað umfangsmikið verkefni sem miðar að því að tryggja ráðuneytinu heildstæða mynd af mönnun í heilbrigðiskerfinu ásamt sýn inn í framtíðina byggt á þeim gögnum og upplýsingum sem til eru hverju sinni.

Í upphafi fékk ráðuneytið til liðs við sig ráðgjafa sem, í samstarfi við sérfræðinga ráðuneytisins, skilgreindi umfang og aðferðir verkefnisins. Í þessari vinnu var verkefnið skilgreint með það að markmiði að byggja upp sjálfbæra ferla til greiningar á mannafla og mannaflapörf. Í kjölfarið var sýnidæmi sett upp með því að gera tilraun með mælaborði mönnunar fyrir afmarkað tímabil. Með mælaborðinu var hægt að prófa og sýna fram á notagildi lausnarinnar. Deloitte var fengið til verksins og hefur þessi áfangi verið kláraður

með góðum árangri. Núna er svo unnið að innleiðingu lifandi líkans, þar sem markmiðið er að keyra lifandi mælaborð sem felur í sér upplýsingar um heilbrigðisstarfsstéttir, þörf fyrir þjónustu og aðra viðeigandi þætti. Einnig er unnið að mati á persónuvernd (MÁP) til að tryggja að öll vinnsla gagna sé í samræmi við lög og reglur um persónuvernd.

Ráðuneytið leggur ríka áherslu á að þessi vinna verði sjálfvirknivædd eftir því sem mögulegt er og að stofnanir heilbrigðiskerfisins vinni mönnunaráætlanir á samræmdan hátt. Sú samhæfing og gagnasöfnun sem hér um ræðir mun mynda mikilvægan grunn fyrir framtíðaráætlanir og stefnumótun í heilbrigðisþjónustu landsins.“

Viðbrögð félagsmála- og húsnæðisráðuneytis

1 Endurskoðun uppbyggingaráætlunar hjúkrunarrýma og markvissara eftirlit og eftirfylgni með framgangi

„Málefni aldraðra, þar á meðal uppbygging hjúkrunarheimila, færðust yfir til félags húsnæðismálaráðuneytisins þann 15. mars 2025 þegar forsetaúrskurður um skiptingu stjórnarmálefna milli ráðuneyta í Stjórnarráði Íslands nr. 5/2025 tók gildi.

Með þingsályktunartillögu um breytta skipan ráðuneyta í Stjórnarráði Íslands (þingskjal nr. 128/2025) samþykkti ríkisstjórnin að setja á laggirnar ráðherranefnd um öldrunarþjónustu. Hlutverk nefndarinnar er að efla samhæfingu félags- og heilbrigðisþjónustu við eldra fólk. Jafnframt hefur verið settur á fót stýrihópur um uppbyggingu hjúkrunarheimilavundirvforystu félags- og húsnæðismálaráðuneytisins. Hlutverk hópsins er að tryggja eftirfylgni með áherslum stjórnvalda í uppbyggingu hjúkrunarheimila og upplýsa ráðherranefndina og viðkomandi ráðuneyti um framgang verkefna ársfjórðungslega, með framlagningu stöðuskýrsla og tölulegs árangursmats.

Í fyrirbyggjandi framkvæmdaáætlun um byggingu hjúkrunarrýma og framhald til ársins 2028 sem heilbrigðisráðuneytið gaf út í nóvember 2024 fyrir árin 2024–2028 er gert ráð fyrir uppbyggingu 934 hjúkrunarrýma á landsvísi, en þar af eru 724 ný rými og bætt aðstaða í 210 rýmum. Um 500 einstaklingar biða nú eftir dvöl á hjúkrunarheimilum, auk 200 einstaklinga sem dvelja í biðrýmum eftir varanlegu hjúkrunarrými. Hröð öldrun þjóðarinnar leiðir til þess að á hverju ári bætist í þörfina sem þýðir að núverandi áætlun er ekki að fullu sjálfbær.

Til að liðka fyrir uppbyggingu hjúkrunarheimila gerðu ríki og sveitarfélög samkomulag um breytta ábyrgðarskiptingu í uppbyggingu hjúkrunarheimila. Í samkomulaginu felst að ríkið muni hér eftir alfarið bera ábyrgð á fjármögnun hjúkrunarheimila. Efni samkomulagsins var lögfest 16. júní 2025 með lögum um breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um málefni aldraðra (ábyrgðarskipting á uppbyggingu hjúkrunarheimila). Markmið þessara breytinga er að rjúfa kyrrstöðu í uppbyggingu hjúkrunarheimila og einfalda samskipti milli ríkis og sveitarfélaga í málaflokknum.

Þetta markmið er þegar farið að skila árangri. Félags- og húsnæðismálaráðherra hefur nú þegar tekið fyrstu skóflustunguna að nýju hjúkrunarheimili í Ási í Hveragerði með 26 nýjum hjúkrunarrýmum, auk þess að hafa undirritað leigusamning fyrir nýtt hjúkrunarheimili með 87 rýmum við Nauthólsveg í Reykjavík. Þá hefur ráðherra einnig undirritað samninga um uppbyggingu hjúkrunarheimila á Akureyri (80 rými) og Húsavík (60 rými, þar af 6 ný

rými) en stefnt er að því að undirrita fleiri slíka samninga á næstunni. Að lokum má nefna að framkvæmdir við hjúkrunarheimili í Boðapingi í Kópavogi (64 rými) sem og við Nesvelli í Reykjanesbæ (80 rými) en gert er ráð fyrir að framkvæmdum þar ljúki í nóvember á þessu ári.

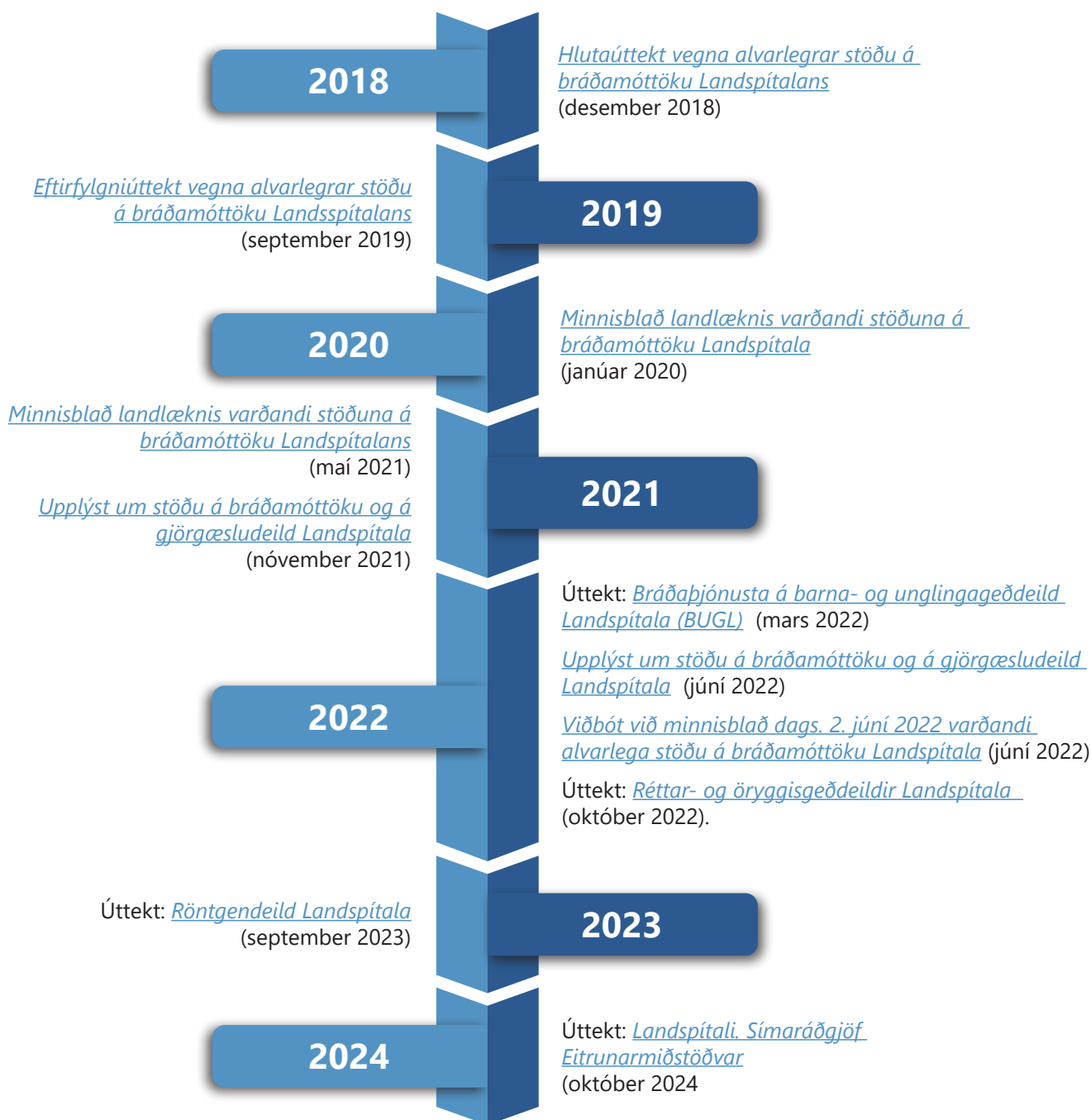
Markmiðið með vinnunni í félags- og húsnæðismálaráðuneytinu er að biðlistar styttest verulega næstu misseri og þó sérstaklega árin 2027 og 2028 þegar fjöldi nýrra rýma ætti að líta dagsins ljós miðað við þau fjölmörgu verkefni sem nú eru í pípunum. Framkvæmdaáætlun um uppbyggingu hjúkrunarheimila verður formlega uppfærð samhliða vinnu við næstu fjármálaáætlun.“

1 Mönnun

1.1 Alvarlegt ástand mönnunar

Á tímabilinu 2018–2024 hefur embætti landlæknis gert athugasemdir við mönnun heilbrigðisstétta í öllum úttektum sínum á starfsemi Landspítala. Úttektir og eftirlit embættisins hafa þó ekki beinst að Landspítala í heild sinni heldur að tilteknum starfseiningum, sbr. yfirlit hér fyrir neðan. Nánar er fjallað um tilhögun eftirlitsins og kröfur til starfsemi spítalans, þ.m.t. mönnunarviðmið í kafla 3. Taka verður fram að ekki er um tæmandi yfirlit að ræða hvað snýr að minnisblöðum embættisins til ráðherra.

Úttektir og minnisblöð embættis landlæknis vegna Landspítala



Embætti landlæknis hefur sérstaklega beint sjónum sínum að starfsemi bráðamóttöku spítalans þar sem áskoranir vegna bæði mönnunar og flæði sjúklinga birtast með hvað skýrustum og alvarlegustum hætti. Sú niðurstaða að fjöldi heilbrigðisstarfsmanna sé ekki í samræmi við umfang og eðli þjónustunnar hvílir í tilviki bráðamóttökunnar á þremur þáttum. Í fyrsta lagi að fjöldinn sé ekki í samræmi við áætlaðan fjölda stöðugilda samkvæmt fjárhagsáætlun spítalans sjálfs. Í öðru lagi að kerfisbundnar mælingar á hjúkrunarþyngd sýni að hjúkrunarálag sé iðulega yfir viðmiðunarmörkum og að hlutfallslegur fjöldi hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku miðað við fjölda sjúklinga standist ekki alþjóðlegan samanburð.¹ Í þriðja lagi að lykilgæðavísar um þjónustuna hafi verið neikvæðir, s.s. viðmið um dvalar- og biðtíma eftir þjónustu.

Til að fylgja eftir niðurstöðum sínum hefur embætti landlæknis fylgst náið með þróun helstu gæðavísa á bráðamóttökunni í Fossvogi og kallað eftir gögnum um þróun þeirra með reglubundnum hætti.

Stöðugildi hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítalans í Fossvogi voru að meðaltali 88,6 síðustu sex mánuði ársins 2024. Til samanburðar var meðalfjöldi stöðugilda árin 2022 og 2023 70,2. Áætluð þörf eru 90 stöðugildi.

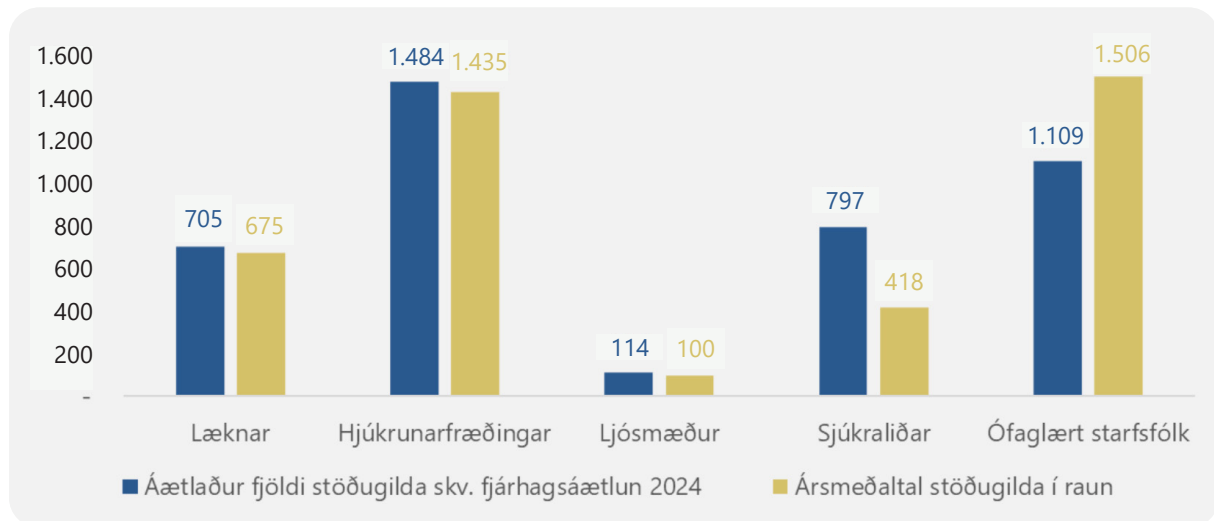
Stöðugildi sérfræðilækna á bráðamóttökunni voru að meðaltali 16,1 síðustu sex mánuði ársins 2024 en voru 14,8 að meðaltali árin 2022 og 2023. Áætluð þörf er 19,5, en sá fjöldi sætir nú endurskoðun af hálfu Landspítala.

1.2 Ómönnuð stöðugildi

Samkvæmt gögnum Landspítala voru að meðaltali um 72,5 stöðugildi á spítalanum ómönnuð árið 2024, miðað við samþykktu fjárhagsáætlun. Af þeim 5.187,6 stöðugildum sem gert var ráð fyrir að meðaltali á mánuði voru 5.115,1 skipuð. Staðan er misjöfn milli starfsstétta en um greinilega undirmönnun er að ræða sé tekið mið af áætluðum fjölda stöðugilda heilbrigðisstétta, sbr. mynd 1.1. Þar sést að tæplega 50 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 14 stöðugildi ljósmæðra og 30 stöðugildi lækna voru ómönnuð árið 2024. Í hópi sjúkraliða voru ómönnuð stöðugildi 379 talsins.

¹ Í [Hlutaúttekt vegna alvarlegrar stöðu á bráðamóttöku Landspítalans](#) kom fram að á þeim tíma væri algengt að hver hjúkrunarfræðingur á bráðamóttöku bæri ábyrgð á allt að 6–7 sjúklingum á vakt en í samanburðarlöndum væri algengara að fjöldinn væri 3–4. Taka verður fram að engar fast mótaðar kröfur um tiltekið lágmarks hlutfall hjúkrunarfræðinga miðað við sjúklinga eru í gildi. Nánar er fjallað um mönnunarviðmið í kafla 3.

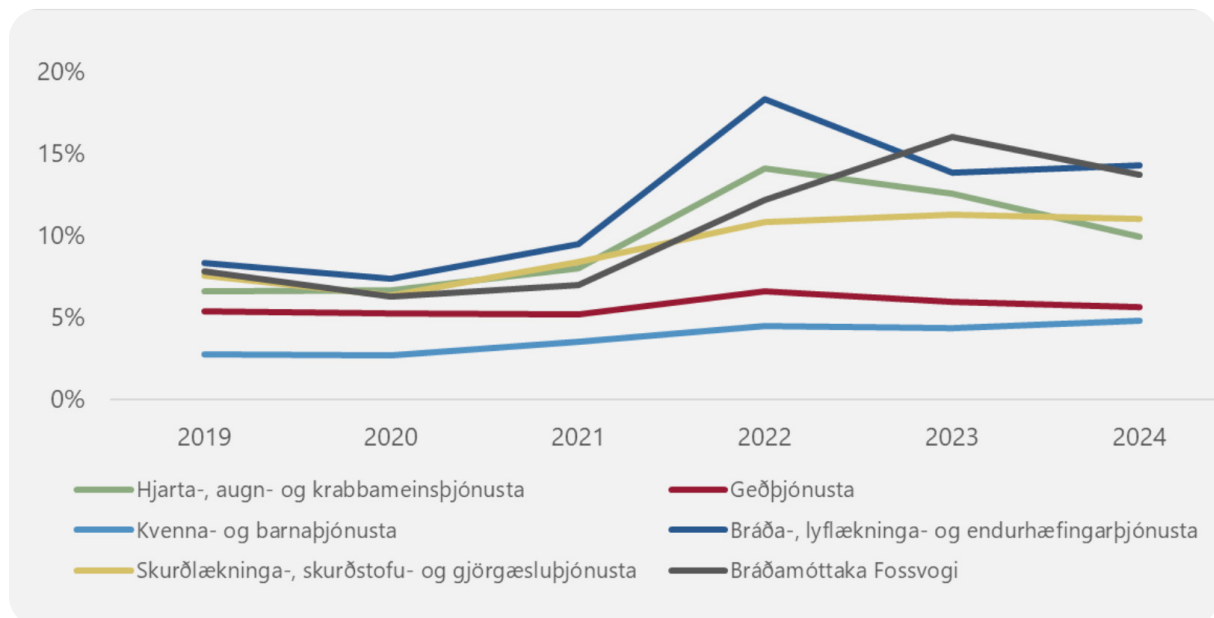
Mynd 1.1 Áætlaður fjöldi stöðugilda og raunfjöldi að meðaltali árið 2024



Heimild: Landspítali

Til að bregðast við þessum skorti hefur Landspítali annars vegar þurft að reiða sig á aukna yfirvinnu í tilfellum hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og lækna, sbr. mynd 1.2. Hins vegar hefur spítalinn þurft að manna stöður sjúkraliða með ófaglærðu starfsfólki. Þá verður að hafa í huga að áætluð stöðugildi samkvæmt fjárhagsáætlun miða við „eðlilegt“ innlagnarstig á spítalanum en þegar álagið er mikið (innlagnarstig 2 og 3) kallar það á aukna yfirvinnu. Árið 2024 var spítalinn oftar en ekki á innlagnarstigi 2 eða 3 (sjá nánar kafla 4.3).

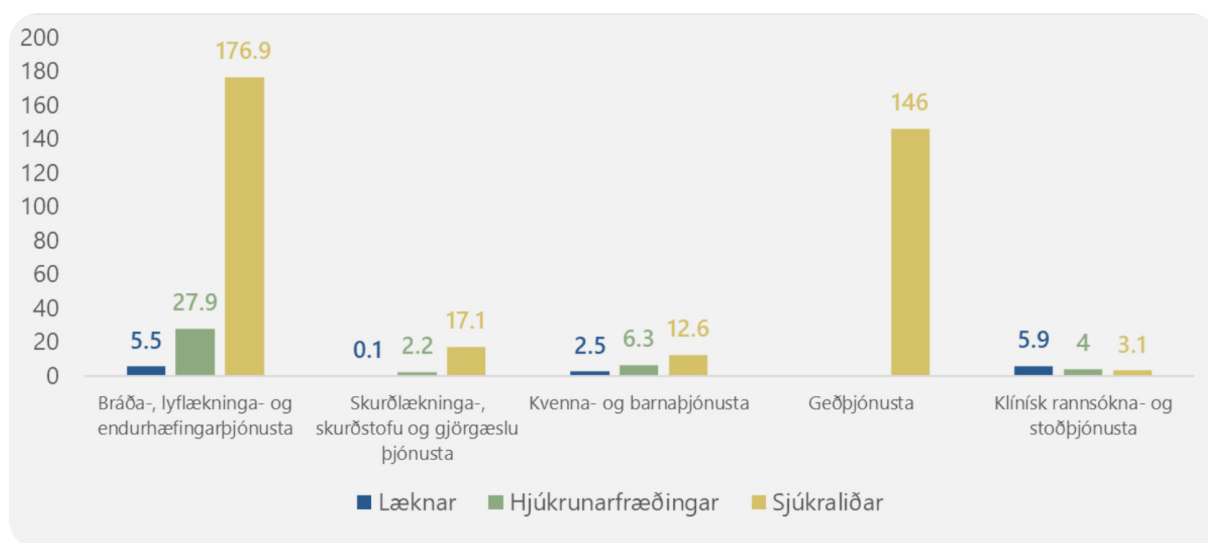
Mynd 1.2 Yfirvinnuhlutfall að meðaltali innan klínískra þjónustusviða og bráðamóttöku Fossvogi 2019–2024 (jan–sep).



Heimild: Landspítali

Mikilvægt er að skoða upplýsingar um mönnunarvanda Landspítala eftir klínískum einingum, enda er staðan misjöfn milli þeirra sbr. mynd 1.3. Bráða-, lyflækninga og endurhæfingarþjónusta er langstærst klínískra þjónustusviða spítalans. Þar er vöntun á læknum, hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum áberandi, þó sérstaklega á sjúkraliðum. Hafa verður hugfast að sviðið annast að nær öllu leyti þann hóp sjúklinga sem hefur fengið færni- og heilsumat og bíður þess að fá hjúkrunarrými utan spítalans (sjá kafla 4 og 5). Tæplega 177 stöðugildi sjúkraliða voru ómönnuð innan bráða-, lyflækninga og endurhæfingarþjónustu árið 2024 en á móti voru stöðugildi ófaglærðra starfsmanna 174 umfram áætlun.

Mynd 1.3 Fjöldi ómannaðra stöðugilda innan klínískra þjónustusviða Landspítala að meðaltali árið 2024

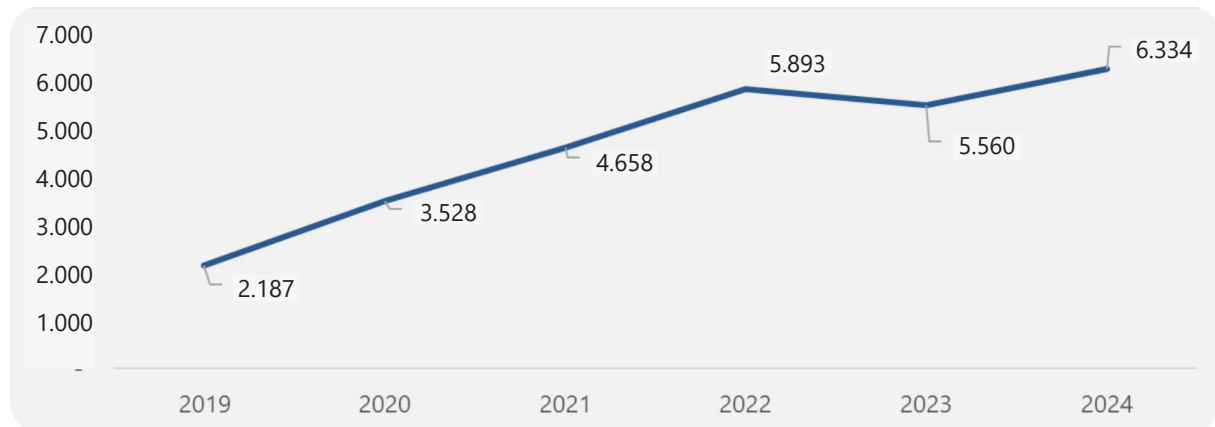


Heimild: Landspítali

Á mynd 1.3 vekur einnig athygli mönnun heilbrigðisstarfsfólks innan geðþjónustu spítalans og skurðlækninga-, skurðstofu- og gjörgæsluþjónustu. Í síðara tilvikinu er vöntun á læknum og hjúkrunarfræðingum hverfandi miðað við fjárhagsáætlun, enda er ekki hægt að halda úti skurðstofustarfsemi án þess að fullnægjandi mönnun sé fyrir hendi. Til að svo megi vera hefur spítalinn þó þurft að grípa til þess ráðs að kaupa afleysingu af erlendum skurðlæknum sem koma hingað til lands til að framkvæma hjarta- og lungnaskurðaðgerðir.

Í þessu samhengi vekur þróun biðtíma eftir skurðaðgerðum nokkra athygli, sbr. mynd 1.4. Í lok árs 2024 höfðu 6.334 einstaklingar beðið eftir skurðaðgerð í meira en þrjá mánuði, sem var fjölgun um 14% frá árslokum 2023. Í þessu tilviki segir því hverfandi skortur á læknum og hjúkrunarfræðingum innan skurðstofuþjónustu miðað við fjárhagsáætlun ekki alla söguna.

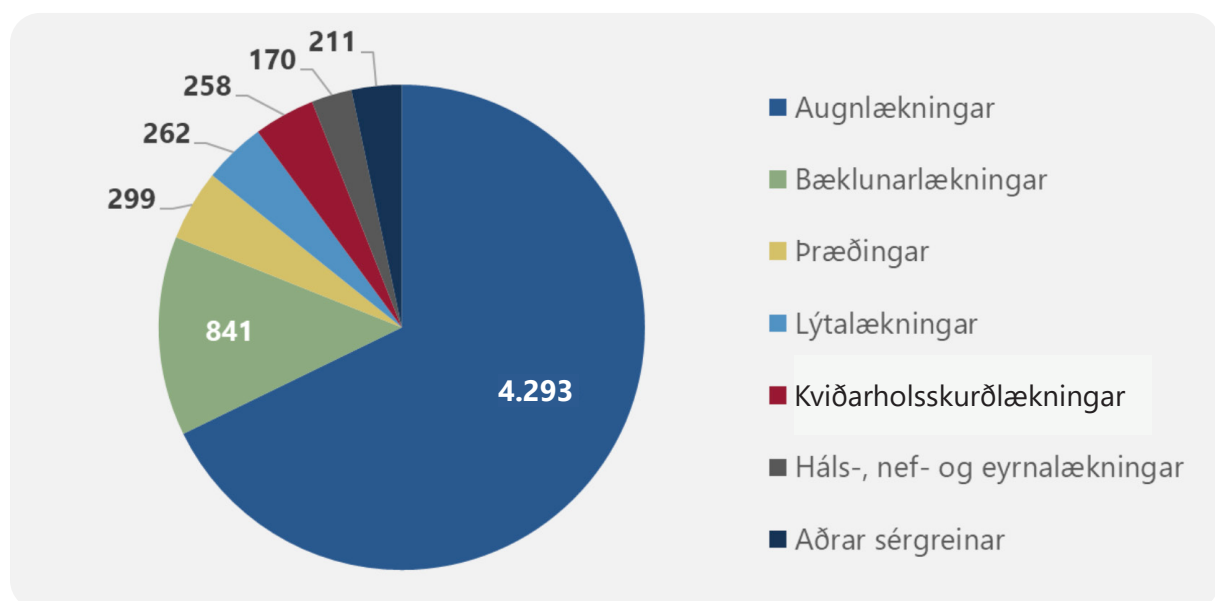
Mynd 1.4 Fjöldi sjúklinga sem beðið hefur í meira en 3 mánuði eftir að komast í aðgerð í árslok 2019–2024



Heimild: Landspítali

Mikilvægt er að hafa í huga að biðtími eftir aðgerðum er mjög misjafn milli sérgreina. Langsamlega flestir sjúklingar sem beðið hafa lengur en þrjá mánuði eru á sviði augnlækninga, þ.e. 4.293 af 6.334 miðað við lok árs 2024, sbr. mynd 1.5.

Mynd 1.5 Skipting sjúklinga sem beðið hafa lengur en 3 mánuði eftir aðgerð eftir sérgreinum í árslok 2024



Heimild: Landspítali

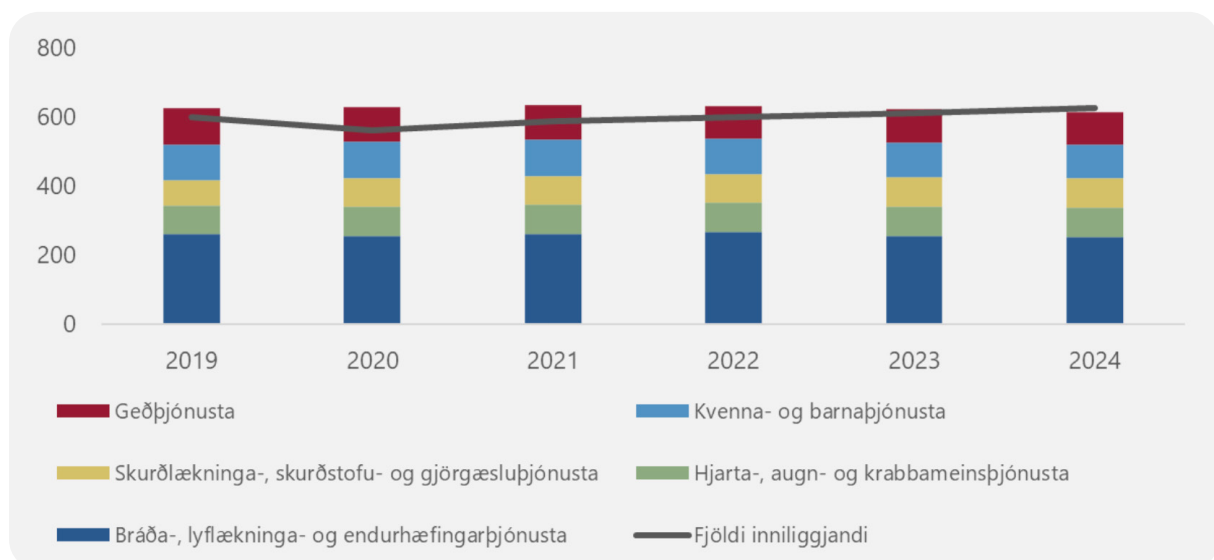
Samkvæmt gögnum Landspítala fækkaði raunar þeim sjúklingum sem beðið hafa aðgerðar lengur en þrjá mánuði á árinu 2024 innan allra sérgreina að undanskildum augnlækningum, heila- og taugaskurðlækningum, kviðarholsskurðlækningum, brjóstaskurðlækningum og barnaskurðlækningum.

Aðkeypt þjónusta hjarta- og lungnaskurðlækna

Á Landspítala hefur fastráðnum skurðlæknum sem sinna hjarta- og lungnaskurðlækningum farið fækkandi undanfarin ár og í dag eru þrír skurðlæknar í 1,95 stöðugildum við störf á spítalanum. Til að geta veitt nauðsynlega þjónustu hefur spítalinn þurft að kaupa afleysingu af erlendum sérfræðingum sem koma hingað til lands í 5–7 daga í senn og styrkja þá mönnun sem fyrir er. Þessi ráðstöfun er kostnaðarsöm en hefur tryggt að sérgreinin hefur haldið uppi nauðsynlegri framleiðni og bráðþjónustu. Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala er unnið að endurskipulagningu starfsemi sérgreinarinnar í von um að unnt verði að laða til starfa skurðlækna á þessu sviði. Benda má á að í heildina voru u.þ.b. níu stöðugildi skurðlækna (óháð sérhæfingu) ómönnuð árið 2024 miðað við áætlanir spítalans.

Staða geðþjónustunnar út frá mönnun er að sama skapi mun veikari en mönnunarstig m.t.t. fjárhagsáætlunar gefur til kynna. Þannig voru stöðugildi lækna og hjúkrunarfræðinga raunar fullmönnuð og gott betur miðað við fjárhagsáætlun 2024 (tæpt eitt stöðugildi umfram áætlun í hvoru tilfalli). Þá verður að horfa til þess að sérhæfð endurhæfingargeðdeild með tíu rúmum var lokað um áramótin 2021/2022 vegna skorts á geðhjúkrunarfræðingum. Á móti varð mögulegt að opna þrjú legurými. Á einni af þremur bráðalegudeildum geðþjónustunnar voru opnuð sex endurhæfingarrými fyrir einstaklinga með geðrofssjúkdóma á kostnað bráðalegurýma sem þá fækkaði um fjögur í heildina. Fækkun rúma innan legudeilda geðþjónustu spítalans á undanförnum árum, úr 105 í 95, má því rekja til manneklu bæði meðal lækna og hjúkrunarfræðinga. Mynd 1.6 sýnir meðalfjölda rúma á legudeildum eftir þjónustusviðum og fjölda inniliggjandi sjúklunga. Þróun undanfarinna ára einkennist af stöðnun.

Mynd 1.6 Meðalfjöldi rúma á legudeildum eftir þjónustusviðum og fjöldi inniliggjandi 2019–2024



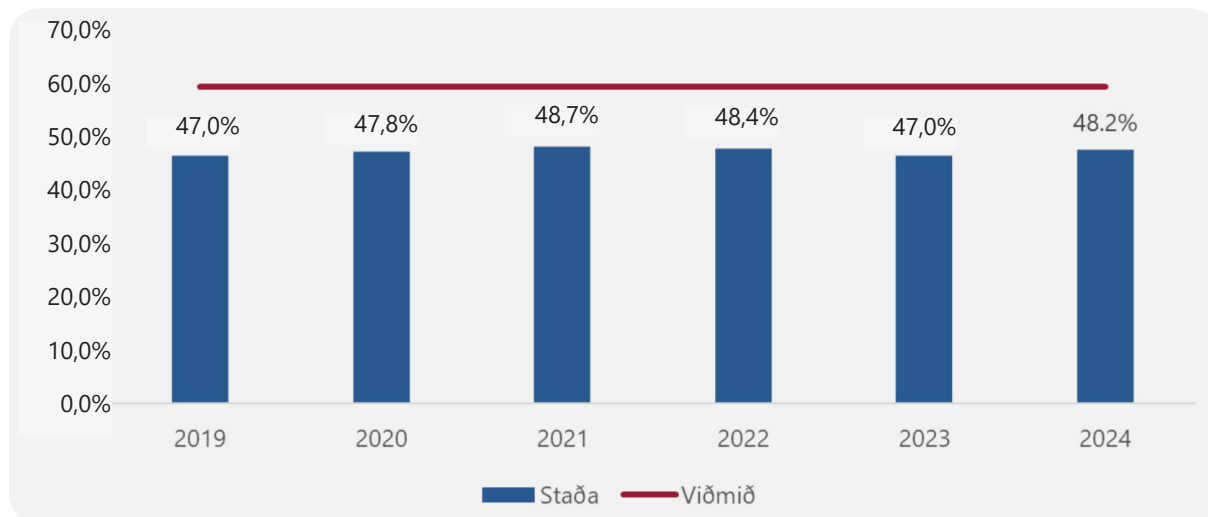
Heimild: Landspítali

Þótt gert sé ráð fyrir meiri fjölda heilbrigðisstarfsfólks í fjárhagsáætlunum spítalans en raun ber vitni og að hann njóti fjárveitinga í samræmi við það, þá er það mat stjórnenda að ef hann væri mannaður í samræmi við áætlanir yrði neikvæð afkoma af rekstri. Í svari til Ríkisendurskoðunar bentu stjórnendur spítalans á eftirfarandi:

„Á sama tíma og spítalinn hefur þurft að hagræða í rekstri vegna aðhaldskrafna eða skertra fjárveitinga hefur verið skortur á heilbrigðisstarfsfólki. Þannig hefur vanmönnun mögulega komið í veg fyrir halla í rekstri sem ella hefði geta myndast“

Þá verður að taka tillit til þess að fjárhagsáætlanir varðandi launakostnað eru ekki í samræmi við þau markmið sem Landspítali og heilbrigðisráðherra hafa markað um að hlutfall hjúkrunarfræðinga á vefrænum bráðalegudeildum eigi að vera 60%.² Síðustu ár hefur hlutfallið aldrei farið yfir 50%, sbr. yfirlit á mynd 1.7 og í raun er ekki um neina breytingu að ræða sem hefur raunverulegt vægi.

Mynd 1.7 Hlutfall hjúkrunarfræðinga á vefrænum bráðalegudeildum 2019–2024



Heimild: Landspítali

Sýnt hefur verið fram á ótvíræð tengsl milli mönnunar hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum sjúkrahúsa og útkomu sjúklinga, þ.e. hærra hlutfall hjúkrunarfræðinga styður við gæði þjónustunnar og hefur jákvæð áhrif á skilvirkni með skemmri legutíma. Samkvæmt svörum Landspítala er ekki hægt að útiloka að ófullnægjandi mönnun hjúkrunarfræðinga á vefrænum bráðalegudeildum hafi haft neikvæð áhrif á útkomu/afdrif sjúklinga og skilvirkni starfseminnar. Að mati spítalans liggja þó ekki fyrir fullnægjandi gögn þar að lútandi svo að hægt sé að fullyrða um það. Í þessu sambandi bentu stjórnendur spítalans á stöðuna á bráðalegudeildum geðþjónustunnar sem telst ekki til vefrænna bráðalegudeilda. Þar er samsetning þess mannauðs sem telst til hjúkrunarpáttar starfseminnar hvergi nærri því sem hann þyrfti að vera, en hjúkrunarfræðingar eru þar undir 30% mannauðs. Svo lágt hlutfall hefur að líkindum áhrif á veitingu faglegrar hjúkrunar með margvíslegum afleiðingum fyrir þjónustuna, m.a. lengri legutíma.

² Vefrænar bráðalegudeildir taka ekki til deilda innan geð-, fæðingar- og öldrunarþjónustu.

Þótt heilbrigðisráðuneyti og Landspítali hafi um langt skeið haft það markmið að hlutfall hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum sé ekki lægra en 60% eru engin merki um að það sé innan seilingar eða að þróunin sé í þá átt. Þrátt fyrir það verður ekki séð af stefnumótunarskjöllum eða árangursmati heilbrigðisráðuneytis að því markmiði hafi verið fylgt eftir af aukinni ákefð eða að það hafi hlotið aukna athygli. Við svo búið verður vart litið svo á að um raunhæft stefnumið sé að ræða. Ríkisendurskoðun leggur áherslu á að gripið verði til markvissra aðgerða til að ná þessu markmiði eða það tekið til endurskoðunar samhliða innleiðingu mönnunarviðmiða.

1.3 Áhrif manneklu á starfsemi Landspítala

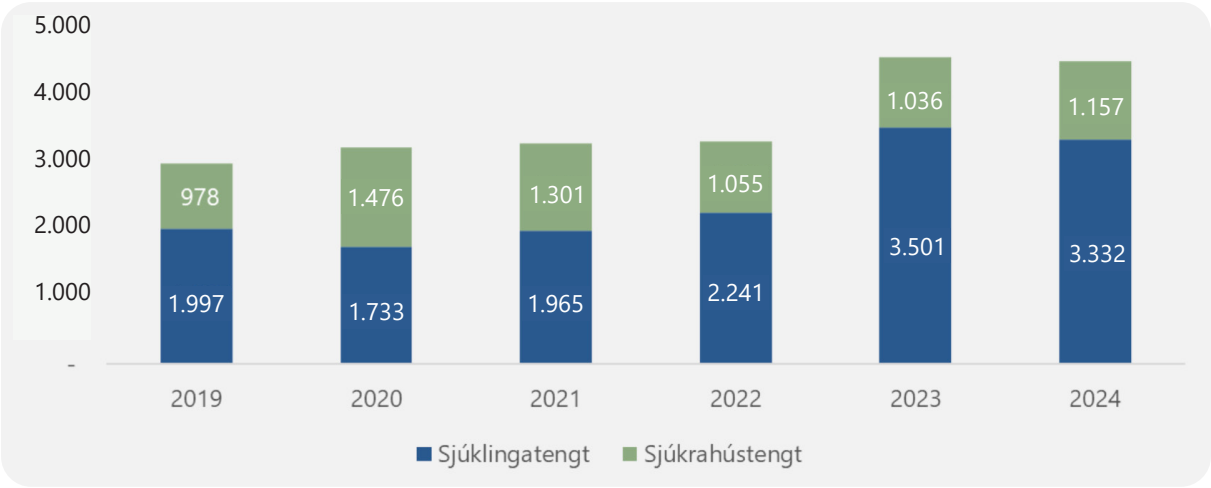
Samkvæmt svörum Landspítala við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar hefur mönnunarvandi haft neikvæð áhrif á framleiðni og afköst spítalans. Skortur á hjúkrunarfræðingum hefur t.d. takmarkað pláss á legudeildum sem dregur úr fjölda sjúklinga sem geta gengist undir aðgerð. Þá eru dæmi þess að skurðstofum hafi verið lokað vegna tímabundinnar manneklu. Viðvarandi skortur á læknum innan ákveðinna sérgreina hefur jafnframt haft hamlandi áhrif á þann fjölda aðgerða sem framkvæmdar hafa verið á spítalanum. Á það m.a. við um augnskurðlækningar og lýtalækningar. Telja stjórnendur spítalans að ein meginorsök þeirrar stöðu séu auknir möguleikar lækna til að veita þjónustu utan spítalans samkvæmt þjónustusamningi Sjúkratrygginga Íslands.

Ríkisendurskoðun óskaði eftir yfirliti um aðgerðir, innlagnir og útskriftir á Landspítala sem þurfti að fresta á tímabilinu 2019–2024, greindum eftir deildum og ástæðum, s.s. manneklu, plássleysis eða háu innlagnarstigi. Samkvæmt svörum spítalans er ekki haldið sérstaklega utan um frestun innlagna eða útskrifta en það er gert vegna skurðaðgerða. Ríkisendurskoðun hvetur Landspítala til að bæta skráningar um frestun innlagna og útskrifta.

1.3.1 Áhrif á skurðaðgerðir

Frestanir eru ýmist skilgreindar sem sjúklingatengdar eða sjúkrahústengdar. Til þeirra sjúklingatengdu teljast t.d. frestanir vegna breytinga á ástandi sjúklings eða þegar viðkomandi hefur af einhverjum ástæðum forfallast. Þær sjúkrahústengdu snúa að aðstæðum í starfsemi spítalans, s.s. vegna manneklu, forgangi bráðaaðgerða eða skorti á legurými. Mynd 1.8 sýnir þróun frestana og tafla 1.1 sýnir ástæður sjúkrahústengdra frestana. Þess má geta að spítalinn vinnur að úrbótum við gagnaskráningu frestana á útskriftum og aðgerðum.

Mynd 1.8 Frávik/frestanir skurðaðgerða árin 2019–2024



Heimild: Landspítali

Óvenju mörgum skurðaðgerðum var frestað á því tímabili sem áhrifa COVID-19 faraldursins gætti hvað mest, þ.e. árin 2020 og 2021. Árið 2020 var 823 aðgerðum frestað vegna þessa. Þá vekur athygli að síðustu tvö ár hefur fjöldi skurðaðgerða sem var frestað vegna sjúklingatengdra ástæðna vaxið nokkuð frá fyrri árum. Tafla 1.1 veitir yfirlit um ástæður sjúkrahústengdra frestana árin 2019–2024.

Tafla 1.1 Ástæður sjúkrahústengdra frestana á skurðaðgerðum árin 2019–2024

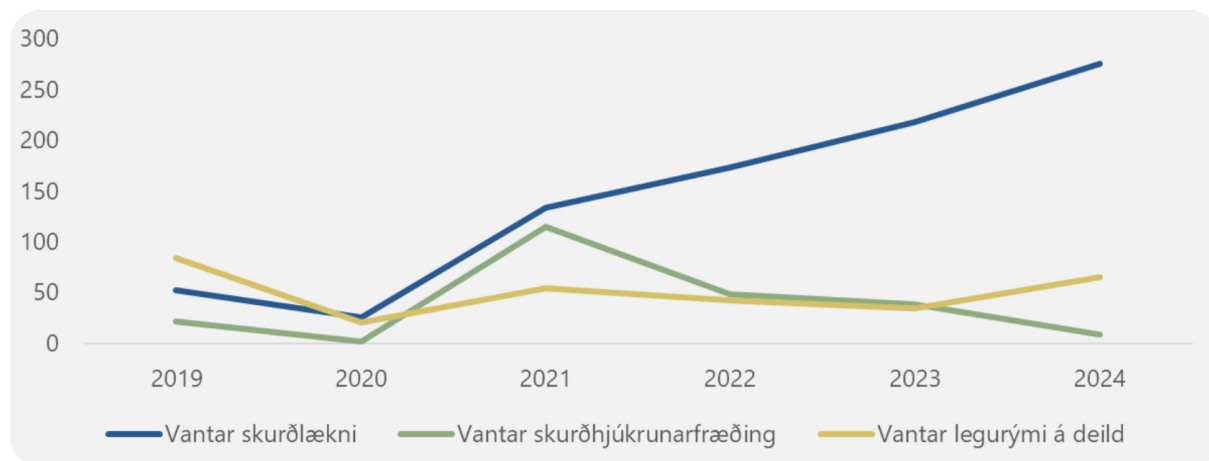
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Farsótt		823	212	154	1	1
Aflýst/frestað vegna bráðaaðgerðar	194	91	236	188	232	226
Aflýst/frestað vegna forgangsroðunar	94	109	209	176	214	203
Of langt aðgerðarprógramm	35	29	71	67	86	69
Ákvörðun skurðlæknis	155	157	35			
Bilun í tækjabúnaði / tæknivandamál	16	17	23	44	35	41
Vantar skurðlækni	52	26	134	173	218	276
Vantar skurðhjúkrunarfræðing	22	2	115	48	38	9
Vantar legurymi á deild	84	21	54	42	34	65
Annað	326	201	212	163	178	268
Samtals:	978	1.476	1.301	1.055	1.036	1.157

Heimild: Landspítali

Síðustu ár hefur algengasta ástæða sjúkrahústengdrar frestunar verið sú að aðrar aðgerðir hafa notið forgangs. Samkvæmt upplýsingum Landspítala er í flestum tilvikum mögulegt að nýta skurðstofurými til annarra aðgerða þegar kemur til frestunar. Ef brugðið er nánara ljósi á þær þrjár breytur sem tengjast hvað nánast efni þessarar úttektar, þ.e. frestun vegna manneklu og skorts á legurýmum, má sjá ólíka þróun á árunum 2019–2024. Eftir að fjölda frestaðra aðgerða vegna þess að enginn skurðhjúkrunarfræðingur var tiltækur náði hámarki árið 2021 (119) hefur þeim tilfellum fækkað jafnt og þétt. Fjöldi tilfella þar sem skortur á legurými frestaði aðgerð var að meðaltali 50 á ársgrundvelli á umræddu tímabili. Árið 2024 þurfti að fresta 65 aðgerðum vegna þessa. Samkvæmt gögnum Landspítala er algengasta ástæða sjúkrahústengdra frestanna sú að það vanti skurðlækni (sjá mynd 1.9). Samkvæmt skýringum spítalans endurspeglar sú skráning ekki raunveruleikann að fullu.

Í umsagnarferli þessarar skýrslu bentu stjórnendur Landspítala á að skráning upplýsinga vegna frestunar á aðgerðum væri ýmsum annmörkum háð. Valkvæðar aðgerðir væru oft skipulagðar langt fram í tímann af innköllunarstjórum skurðeilda og væru sjúklingar þá merktir „Skipulagðir“ í upplýsingakerfinu Orbit sem heldur utan um biðlista og skurðstofuskipulag. Viðkomandi sjúklingum væri þó ekki tilkynnt strax um væntanlegan aðgerðartíma enda væri á þessu stigi gjarnan gerðar breytingar á skurðstofuskipulagi af margvíslegum ástæðum, t.d. vegna orlofstöku. Ef aðgerð er færð á annan dag verður innköllunarstjóri að skrá ástæðu og skráir þá „vantar skurðlækni“ til að geta haldið áfram skipulagsvinnu. Sjúklingur væri þá upplýstur um væntanlegan aðgerðartíma og fær stöðuna „Innkallaður“. Í einstaka tilfellum þarf að endurskipuleggja aðgerð eftir að sjúklingur hefur verið merktur „Innkallaður“ og er þá skýringin yfirleitt veikindi.

Mynd 1.9 Fjöldi frestaðra skurðaðgerða vegna manneklu og skorts á legurými árin 2019–2024 samkvæmt skráningu Landspítala*



*Fjöldi tilfella þar sem vantar skurðlækni hefur verið ofmetinn við skráningu upplýsinga frá árinu 2021.

Heimild: Landspítali

Eins og sést á mynd 1.9 þá verður mikil aukning á skýringunni „Vantar skurðlækni“ árið 2021 sem skýrist af uppfærslu á Orbit þar sem ekki var lengur hægt að skrá veikindi skurðlæknis sem ástæðu. Til dæmis kemur fram í gögnum Landspítala að árið 2024 þegar einungis eru skoðaðar frestanir á aðgerðum eftir innköllun sjúklinga að 138 aðgerðum var frestað vegna „Vantar skurðlækni“. Af þeim voru 18 á augnskurðeild og langflestar vegna veikinda skurðlæknis með stuttum fyrirvara. Stundum eru gerðar 10–12 aðgerðir á einni skurðstofu á augndeild og því er um að ræða margar

frestanir fyrir hvern dag þegar lækni er fjarverandi vegna veikinda. Þegar heildarfjöldi frestana árið 2019 er borinn saman við 2024 kemur í ljós að hann er sambærilegur. Fjöldi skurðlækna og stöðugilda er nánast óbreyttur frá 2019. Það er hins vegar skortur á skurðlæknum í einstökum skurðsérgreinum t.d. lýtalækningum, hjarta- og lungnaskurðlækningum, æðaskurðlækningum og handarskurðlækningum. Hingað til hefur það verið leyst eins og hægt er með afleysingum bæði íslenskra og erlendra lækna sem starfa erlendis.

Samkvæmt upplýsingum frá spítalanum má auk þess ætla að nokkur fjöldi þeirra tilfella þar sem skráð ástæða frestunar er vöntun á skurðlækni sé í raun tilvik þar sem bráðaaðgerð hefur þurft að njóta forgangs. Spítalinn vinnur að bættri skráningu upplýsinga að þessu leyti. Þá hefur spítalinn lagt áherslu á að bæta mönnun skurðlækna, með áherslu á hjarta- og lungnaskurðlækna. Ríkisendurskoðun tekur undir með Landspítala um að sá fjöldi sem bíður augnskurðaðgerða er tilefni til þess að staða augnlækningaþjónustu innan heilbrigðisþjónustunnar verði skoðuð á heildstæðan hátt af heilbrigðisráðuneyti.

Opnum skurðstofum hefur fækkað um fjórar frá árinu 2019 en með því að bæta nýtingu þeirra hefur fjöldi aðgerða haldist jafn. Gögn benda til þess að aðgerðatími hafi lengst og að sjúklingar sem gangast undir aðgerðir séu að jafnaði með fleiri fylgisjúkdóma sem eykur líkur á fylgikvillum og lengri legutíma. Það er í samræmi við starfsemisupplýsingar spítalans sem benda til aukinnar hjúkrunarþyngdar þeirra sem þangað leita.

Samspil mönnunar og tækjabúnaðar

Miðað við fyrirliggjandi gögn um tíðni krabbameinsgreininga hér á landi og alþjóðlegra staðla um krabbameinsþjónustu eru læknisfræðilegar forsendur fyrir því að reka fleiri línuhraðla en þá tvo sem Landspítali hefur til umráða.³ Nýtingarhlutfall þeirra er hátt, eða um 92%, og til að auka afköst deildarinnar í samræmi við fyrirséð aukið álag yrði annað hvort að hafa línuhraðlana í notkun lengur, þ.e. utan dagvinnutíma, eða fjölga þeim. Hvoru tveggja krefst aukins mannafla, s.s. sérfræðilækna, geislafræðinga og hjúkrunarfræðinga. Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala hefur „ekki tekist að ráða inn á deildina“ en það er helst mönnun geislafræðinga sem kemur í veg fyrir aukin afköst að mati spítalans. Benda má á að flestir geislafræðingar innan spítalans starfa á röntgendeild í um 60 stöðugildum en samkvæmt mönnunarviðmiði deildarinnar, þyrftu þau að vera um 109, sbr. [úttekt landlæknis](#). Miðað við óbreyttar forsendur varðandi mönnun og nýtingu mannauðs er því ekki grundvöllur fyrir því að bæta tækjakostinn þó svo að fjármagn til tækjakaupa væri fyrir hendi.

1.3.2 Lokun rúma

Þegar hefur verið minnst á stöðu geðþjónustu spítalans, en þar hefur þurft að loka sjö legurýmum frá 2019 vegna skorts á geðhjúkrunarfræðingum. Innan annarra þjónustusviða spítalans hafa

³ Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala greindust um 1.900 einstaklingar með krabbamein árið 2023 og gera má ráð fyrir 57% aukningu til ársins 2040. Samkvæmt [evrópskum stöðlum um krabba-meinsþjónustu](#) er gert ráð fyrir þremur línuhröðlum fyrir hverja 350 einstaklinga sem greinast með krabba-mein á ársgrundvelli. Til að uppfylla þær kröfur þyrfti í dag að reka fimm línuhraðla og gera ráð fyrir átta til níu árið 2040. Þetta undirstrikar mikilvægi þeirra lýðheilsuáðgerða sem eru til þess fallnar að draga úr krabbameinsgreiningum en um [30–40% tilfella eru lífstílstengd. Annar tveggja hraðla LSH var endurnýjaður í september 2024 og var kostnaður þess um 600 m.kr.](#)

tilteknað deildir þurft að loka rúmum vegna manneklu en á sama tíma eru nær allar deildir spítalans með meira en 100% nýtingarhlutfall á þeim rúmum sem eru til staðar. Með öðrum orðum þá jafngildir lokun rúma ekki endilega að inniliggjandi sjúklingum fækki. Frekar verður að gera ráð fyrir að aðbúnaður þeirra versni og álag á starfsfólk aukist. Í þessu sambandi má líta til stöðunnar á smitsjúkdómadeild spítalans þar sem á bilinu þrjú til sex rúm hafa verið lokað árið 2024 og rúmlega sjö stöðugildi hjúkrunarfræðinga og tíu stöðugildi sjúkraliða hafa verið ómönnuð. Yfirvinnuhlutfall deildarinnar var 23% að meðaltali fyrstu níu mánuði ársins. Meðalfjöldi inniliggjandi sjúklinga á sama tímabili var 19 sem var fjölgun um tvo frá árinu 2019.

Þegar litið er til annarra deilda innan bráða- lyflækninga og endurhæfingarþjónustu spítalans kom fram í svari Landspítala við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar að starfsemi heila-, tauga- og öldrunarbæklunarskurðeildar hafi verið takmörkuð allt frá árinu 2013 vegna manneklu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Legurými voru einungis tíu þegar verst lét en eru í dag fjórtán. Til að fullopna deildina vantar að manna sjö stöðugildi hjúkrunarfræðinga og sex stöðugildi sjúkraliða. Þrátt fyrir að opin rúm séu einungis fjórtán hefur fjöldi inniliggjandi sjúklinga verið á bilinu 16–20 eftir að innlagnarstigunarkerfi spítalans var innleitt (sjá kafla 4).

Opin rúm á kviðarhols- og þvagfæraskurðeild voru á bilinu 18–24 á árunum 2019–2024. Núverandi mönnunarstig hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða gerir ráð fyrir að sjúklingar séu 24 á hverjum tíma þrátt fyrir að opin rúm séu einungis 22 og fjöldi sjúklinga geti farið í 28 þegar spítalinn þarf að fara á hæsta innlagnarstig. Á sviði hjarta- augn-, og krabbameinsþjónustu hefur þremur rúmum verið lokað á líknardeild spítalans vegna skorts á hjúkrunarfræðingum síðan haustið 2023. Á hjarta-, augn- og lungnaskurðeild hafa lokað rúm vegna manneklu bæði hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða verið tvö til þrjú á hverju ári fyrir utan skerta starfsemi yfir sumartímann vegna lokunar á skurðstofum.

Meðal helstu áskorana innan kvenna- og barnaþjónustu hefur verið að halda legurýmum á barna- og unglíngageðdeildum opnum yfir sumarleyfistíma starfsmanna þar sem ekki hefur reynst mögulegt að tryggja afleysingu. Að sama skapi hefur reynst erfitt að vera með fulla mönnun ljósmæðra innan fæðingarþjónustu spítalans. Þar einkennast sumarleyfistímabilin af mikilli yfirvinna sem er ekki æskilegt með tilliti til starfsumhverfis og öryggis sjúklinga. Á þriggja mánaða tímabili snemma árs 2024 tók kvenlækningadeild ekki við yfirlögnum sem deildin á að sinna í samvinnu við aðrar bráðadeildir Landspítala.⁴

1.4 Samkeppni um vinnuafli og aukastörf utan spítala

Mikil samkeppni er um starfskrafta heilbrigðisstarfsfólks og hafa atvinnumöguleikar utan Landspítala aukist, þ.m.t. þess sérhæfða starfsfólks sem heldur skurðstofum spítalans gangandi á borð við t.d. skurðhjúkrunarfræðinga og svæfingalækna. Í [Heilbrigðisstefnu til ársins 2030](#) sem Alþingi samþykkti í júní 2019 var bent á að hlutfall klíníks starfsfólks á Landspítala væri lágt. Læknar væru hlutfallslega fáir í þeim hópi og að eldri og reyndari læknar væru að miklu leyti í hlutastarfi. Þessi staða var talin hafa leitt til skorts á ákvarðanahæfni sem hefði m.a. haft neikvæð áhrif á legutíma á Landspítala. Áhrifin eru margvísleg og ekki bundin eingöngu við ákvarðanahæfni:

⁴ Yfirlögn vísar til þess þegar sjúklingar eru lagðir inn á deild þrátt fyrir að öll venjuleg legurými séu upptekin, þ.e. innlagnir umfram getu eða viðmið viðkomandi deildar

Fjöldi lækna í hlutastörfum getur gert skipulag þjónustunnar flókið þar sem skipuleggja þarf starfsemi í kringum önnur störf ákveðinna lækna. Þetta hefur áhrif á samfellu í þjónustu við sjúklinga og þar með öryggi þeirra. Breytileg viðvera og aukid einnig áhrif á kennslu og handleiðslu námslækna og læknanema. Horfa verður til þess á hreinskilinn hátt að ástæða þessa er samkeppni við einkarekna læknisþjónustu sem ræðst aðallega af betri launakjörum utan opinberrar þjónustu en hvorki mældum gæðum þjónustunnar né heildstæðum hag þjóðfélagsins og sjúklinga, þó svo að greiðandinn sé sá sami, þ.e. íslenska ríkið.

Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala hefur nokkur fjöldi starfsfólks hætt eða minnkað starfshlutfall til að starfa utan spítalans á undanförunum árum, m.a. við að veita heilbrigðisþjónustu samkvæmt samningi Sjúkratrygginga Íslands. Spítalinn hefur þó ekki fylgst kerfisbundið með aukastörfum og heldur ekki skrá yfir heilbrigðisstarfsfólk sem starfar bæði hjá spítalanum og hefur tekjur af þjónustusamningum við Sjúkratryggingar. Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar höfðu 168 lækna af þeim 405 sem fengu greitt samkvæmt samningi Sjúkratrygginga um þjónustu sérgreinalækna árið 2024 einnig verið starfandi hjá Landspítala á sama tímabili. Það þýðir að um 14% allra lækna Landspítala höfðu jafnframt tekjur af samningi Sjúkratrygginga, eða um 37% af sérgreinalæknum spítalans. Nýr samningur Sjúkratrygginga Íslands við Læknafélag Reykjavíkur um þjónustu sérgreinalækna tók gildi árið 2023. Aðspurt um hvort samningsmarkmið hefðu verið skilgreind með hliðsjón af áhrifum á framkvæmd og veitingu heilbrigðisþjónustu á 1. og 2. þjónustustigi (sbr. lög um heilbrigðisþjónustu) tiltók heilbrigðisráðuneyti að eitt af markmiðum samningsgerðarinnar hefði verið að sjúklingar myndu njóta þjónustu á sem lægstu þjónustustigi. Þá væri á vettvangi samstarfsnefndar Sjúkratrygginga og Læknafélags Íslands unnið að endurskoðun verkaskiptingar milli starfsstofa sérfræðinga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Landspítala og heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni, samhliða því sem nefndin fjallar um þarfagreiningu og almenna forgangsroðun í samhengi markmiða heilbrigðisstefnu um veitingu heilbrigðisþjónustu.

Samkvæmt svari heilbrigðisráðuneytis við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar hefur það ekki unnið neina greiningu á áhrifum samningsins á starfsemi Landspítala, m.a. hvað snýr að mannauði og afkastagetu. Ráðuneytið taldi að ákvæði nýs samnings um áætlun þjónustumagns gerði Sjúkratryggingum mögulegt að hafa yfirsýn um umfang hvernar sérgreinar og að þar með væri tryggt að þjónustumagn færi „ekki úr böndunum“. Þó væri ekki hægt að útiloka áhrif á mönnun Landspítala í einstaka sérgreinum enda væri íslenskt heilbrigðiskerfi mjög fljótandi og tæki sífelldum breytingum. Því væri erfitt að benda á einn áhrifaþátt sem orsök tiltekinna breytinga hjá öðrum tengdum eða ótengdum aðila innan kerfisins. Sjá nánar í skýrslu Ríkisendurskoðunar [Sjúkratryggingar sem samnings og eftirlitsaðili](#) (júní 2025).

Ríkisendurskoðun telur að bæta verði greiningar og undirbúning samningagerðar Sjúkratrygginga Íslands um þjónustu sérgreinalækna með hliðsjón af áhrifum á starfsemi Landspítala.

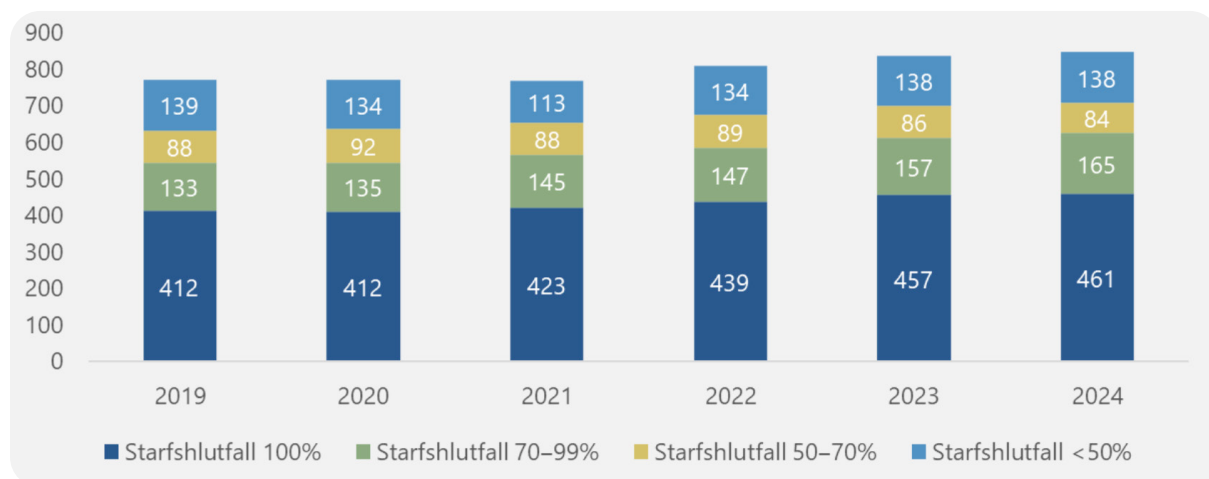


37%

sérgreinalækna
á Landspítala
hafa jafnframt
tekjur af samningi
Sjúkratrygginga
Íslands um þjónustu
sérgreinalækna

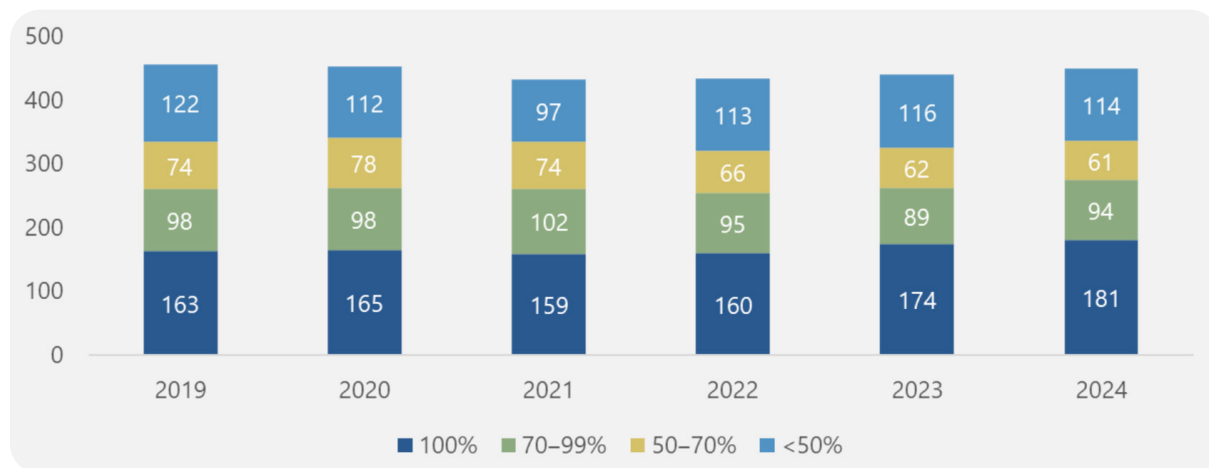
Landspítali vinnur að bættri yfirsýn og stjórn á aukastörfum starfsfólks, sbr. 20. gr. laga nr. 70/1996 um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins. Í því felst m.a. þróun og innleiðing á samræmdum tilkynningum fyrir starfsfólk sem hyggst taka að sér aukastarf utan spítalans. Þótt spítalinn hafi unnið að því markmiði að hækka hlutfall lækna í fullu starfi hefur orðið afar lítil breyting þar á frá árinu 2019, sbr. myndir 1.10 og 1.11.

Mynd 1.10 Fjöldi lækna eftir starfshlutfalli (án grunnnámslækna) 2019–2024



Heimild: Landspítali

Mynd 1.11 Fjöldi sérfræðilækna eftir starfshlutfalli 2019–2024



Heimild: Landspítali

Ríkisendurskoðun hvetur Landspítala til að vinna áfram að aukinni yfirsýn og stjórn á aukastörfum starfsfólks og auka hlut starfsfólks í fullu starfi. Mikilvægt er að unnið sé að þessu markmiði í samvinnu við heilbrigðisráðuneyti og tryggt eins og kostur er að starfskraftar heilbrigðisstarfsfólks nýtist sem best.

1.5 Nýir kjarasamningar

Í nóvember 2024 samþykkti Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga [breytingar og framlengingu á kjarasamningum](#) félagsins við íslenska ríkið. Í sama mánuði undirritaði Læknafélag Íslands nýjan [grunnkjarasamning við íslenska ríkið](#) sem var samþykktur mánuði síðar.

Með samningi hjúkrunarfræðinga var 36 stunda vinnuvika fest í sessi og var að mati formanns félags íslenskra hjúkrunarfræðinga til þess fallinn að laða hjúkrunarfræðinga aftur til starfa við heilbrigðisþjónustu á vegum ríkisins og draga úr atgervisflóttu. Í bókunum við samninginn voru boðaðar fjölmargar aðgerðir til að bæta mönnun stéttarinnar og auka skilvirkni hjúkrunarmannauðs. Þar á meðal eru tillögur að endurskoðun á fyrirkomulagi bakvakta og útkalla vegna þeirra. Þá voru gerðar sérstakar bókanir um mönnunar- og nýliðunarvanda, þar sem fest voru í sessi viðmið um lægstu mánaðarlaun sem ganga frammar stofnanasamningum, og bókun um faglegan stuðning við hjúkrunarfræðinga af hálfu vinnuveitenda. Þá voru settar inn bókanir um bæði innleiðingu mönnunarviðmiða í hjúkrun (sjá nánar kafla 3.5) og skipan vinnuhóps af hálfu heilbrigðisráðherra um vikkað starfssvið og bættu nýtingu á menntun og þekkingu sérfræðinga í hjúkrun. Þeirri vinnu átti að ljúka með tillögum til ráðherra eigi síðar en 1. maí 2025. Samkvæmt svörum heilbrigðisráðuneytis tafðist skipan vinnuhópsins sem er enn að störfum.

Benda verður á að bókun nágildandi kjarasamnings um stuðning í starfi kallast á við bókun fyrri kjarasamnings (apríl 2023) um stofnun starfshóps sem átti að gera heildarmat á verklagi og faglegum stuðningi sem hjúkrunarfræðingum stæði til boða hjá heilbrigðisstofnunum ríkisins. Hópurinn skilaði niðurstöðum í febrúar 2024 en tillögur hans eru, að sögn Félags hjúkrunarfræðinga, að nær öllu leyti óleystar af hálfu heilbrigðisráðuneytis og heilbrigðisstofnana. Samkvæmt svari félagsins við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar telur það mikilvægt í ljósi þeirrar reynslu að bókuninni verði fylgt vel eftir enda brýnt að lágmarka eins og kostur er afföll úr stéttinni.

Með nýjum kjarasamningi lækna voru gerðar grundvallarbreytingar á vinnutíma og launamyndunarkerfi þeirra með 36 stunda vinnuviku í stað 40, sem tók gildi 1. apríl 2025. Meðal markmiða samningsins er að auka stöðugleika í mönnun hjá stofnunum ríkisins, draga úr yfirvinnu, bæta öryggi og þjónustu notenda, gera störf lækna hjá ríkinu eftirsóknarverð og laða að lækna sem hafa valið að starfa erlendis. Jafnframt því að skapa hvata fyrir lækna í hlutastörfum að auka starfshlutfall var ráðgert að læknum yrði kerfisbundið boðið að hækka starfshlutfall. Forsendur, markmið og innleiðing breyttrar tilhögunar á vinnutíma lækna eru tíunduð í sérstöku fylgiskjali með samningnum. Þar er lögð áhersla á að breytingin þurfi að fela í sér bætt skipulag vinnutíma og aukna skilvirkni innan heilbrigðisþjónustunnar. Því verði að hefja heildarendurskoðun og umbótavinnu hjá heilbrigðisstofnunum ríkisins og gera nauðsynlegar breytingar á vinnufyrirkomulagi og starfsumhverfi. Í því skyni yrði horft til verkefnisins *Vinnuskipulag lækna*, en því var hleypt af stokkunum með sameiginlegri viljayfirlýsingu Læknafélags Íslands, Félags sjúkrahúslækna og Landspítala í nóvember 2022.

Til að fylgja samningnum eftir skipaði heilbrigðisráðherra stýrihóp sem í sitja fulltrúar heilbrigðisráðuneytis, Læknafélags Íslands og fjármála- og efnahagsráðuneytis. Stýrihópnum er ætlað að tryggja, á landsvísu, innleiðingu og eftirfylgni þeirra umbóta og kerfisbreytinga sem samningurinn kallar á. Í því felst samvinna með yfirstjórnnum einstakra stofnana að sértækum ákvörðunum, gerð leiðbeininga um breytingarnar og eftirliti með framvindu verkefnisins. Auk þessa er innleiðingarhópum á hverri heilbrigðisstofnun gert að vinna að nauðsynlegum breytingum, þ. á m. hvaða leiðir séu færar til að létta verkefnum af læknum.

Þegar samningurinn var samþykktur í desember 2024 voru rétt rúmir þrír mánuðir þar til allar þær breytingar sem hann fól í sér áttu að vera komnar til framkvæmda, þ.e. 1. apríl 2025. Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar var sá tímarammi mikil áskorun, enda þurfti að endurskipuleggja vinnufyrirkomulag allra lækna á Landspítala, breyta starfshlutföllum, endurskoða vaktafyrirkomulag og skilgreina mælikvarða til fylgjast með áhrifum og framgangi breytinganna. Stjórnendur spítalans bentu m.a. á þau upplýsingakerfi sem fyrir eru, þ.e. Vinnustund og Fjárhags- og upplýsingakerfi ríkisins (Orri) henta illa til þess að vinna slíkar breytingar og tryggja yfirsýn um mannauð stofnunarinnar og nýtingu hans. Þá gagnrýndu stjórnendur spítalans hversu takmarkaðan stuðning og leiðsögn heilbrigðisráðuneyti og fjármála- og efnahagsráðuneyti gátu veitt við innleiðingu breytinganna.

Að mati Ríkisendurskoðunar bera nýir kjarasamningar lækna og hjúkrunarfræðinga vott um vilja viðsemda til að beita þeim til að takast á við mönnunarvanda heilbrigðisþjónustunnar. Ríkisendurskoðun leggur áherslu á að heilbrigðisráðuneyti og Landspítali fylgist með áhrifum þeirra með kerfisbundinni vöktun á hlutlægum mælikvörðum sem ná til þjónustu og afkasta bæði lækna og hjúkrunarfræðinga.

Nýr Landspítali – Meðferðarkjarni og rannsóknarhús

Áætlanir um framgang byggingaframkvæmda við nýjan meðferðarkjarna og rannsóknarhús Landspítala hafa ekki staðist. Fyrir sex árum, þegar framkvæmdir voru að hefjast var gert ráð fyrir að meðferðarkjarninn yrði tekinn í notkun árið 2023. Samkvæmt upplýsingum sem Ríkisendurskoðun aflaði í desember 2024 var gert ráð fyrir að framkvæmdum lyki fyrir lok árs 2028 og að reikna mætti með að líða myndu 1,5–2 ár þar til starfsemin yrði komin í fulla virkni, þ.e. 2029–2030. Í meðferðarkjarna munu sameinast allar bráðamóttökur spítalans á einum stað í nálægð við þá þjónustu sem helst þarf til að styðja við meðferð bráðveikra og slasaðra. Þorri skurðsofa spítalans verður á 3. hæð meðferðarkjarna ásamt stórri sameinaðri gjörgæslu hjarta- og æðapræðinga auk inngripsröntgenþjónustu.

Í meðferðarkjarna verða m.a. 212 legurými, 23 gjörgæslustæði, 16 skurðstofur, sex þræðingastofur, bráðamóttaka og myndgreining. Rannsóknarhús sameinar alla rannsóknarþjónustu spítalans á einn stað, en núna er hún dreifð í mörgum húsum. Engar formlegar mönnunaráætlanir hafa verið gerðar vegna breytinganna og gerir Landspítali ekki ráð fyrir aukinni mönnunarpörf þegar nýtt húsnæði verður tekið í notkun. Mönnunarpörfin mun haldast í hendur við fyrirsjáanlega aukna eftirspurn eftir þjónustu og eðli þeirrar þjónustu sem verður veitt í meðferðarkjarna, s.s. fjölgun gjörgæslurýma. Hönnun meðferðarkjarna gerir ráð fyrir að stoðþjónusta styrkist þannig að klínískir starfsmenn hafi svigrúm til að verja meiri tíma við rúm sjúklinga. Gera áætlanir spítalans jafnframt ráð fyrir að auka megi framleiðni rannsóknarhúss með aukinni sjálfvirkni.

Fjöldi legurýma í meðferðarkjarna annar aðeins hluta af rúmapörf fullorðinna sjúklinga með vefræna sjúkdóma. Í 1. áfanga meðferðarkjarna er ekki gert ráð fyrir umtalsverðri dag- og göngudeildarstarfsemi og hann annar aðeins hluta af þeim bráðarúmum fyrir fullorðna sem þörf er fyrir. Að mati spítalans verður því auk þess að taka í notkun bráðabirgðahúsnæði við bráðamóttöku spítalans til að fjölga legurýmum og búa betur að dag- og göngudeildum. Stefnumörkun varðandi framtíðarhúsnæði dag- og göngudeildarþjónustu liggur ekki fyrir.

NLSH hefur fengið ráðgjafafyrirtækið Health Care Relocations (HCR) sem sérhæfir sig í flutningi heilbrigðisþjónustu til aðstoðar við flutning þjónustunnar. Undirbúningur þarf að hefjast 2–3 árum fyrir flutningsdag og gera má ráð fyrir að beinn og óbeinn kostnaður vegna flutninganna geti numið 2–4% af árlegum rekstrarkostnaði starfseminnar.

2 Þróun mönnunar 2019–2024

2.1 Mannaflagreiningar og mannaflaspár

Mönnun heilbrigðisþjónustunnar til framtíðar og í alþjóðlegu samhengi er ein af þeim grundvallaráskorunum sem [Heilbrigðisstefnu til ársins 2030](#) var ætlað að mæta. Þar er bent á að samkeppni um heilbrigðisstarfsfólk, sérstaklega lækna og hjúkrunarfræðinga, fari vaxandi og að stjórnvöld þurfi að bregðast við til að tryggja viðeigandi mönnun. Fyrsta skrefið í þá átt fælist í heildstæðri greiningu á mannaflapörf heilbrigðisþjónustunnar og gerð mannaflaspár til framtíðar. Slík afurð ætti að liggja fyrir árið 2030 og þá þegar ættu að vera fyrir hendi viðeigandi ráðstafanir af hálfu stjórnvalda til að tryggja mönnun.



Þegar stefnan var samþykkt var [Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu](#) (2006) eina mannaflaspáin sem heilbrigðisyfirvöld höfðu staðið fyrir en ljóst þótti að slíkar spár yrði að gera með reglubundnum hætti í framtíðinni. Mannaflaspár og mannaflagreiningar fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild sinni liggja ekki fyrir en heilbrigðisráðuneyti hefur á undanförunum árum unnið að gerð mannaflagreininga, mönnunarstefnu og mönnunarlíkans fyrir heilbrigðisstofnanir ríkisins, m.a. á vettvangi landsráðs um mönnun og menntun og með aðkomu utanaðkomandi ráðgjafa. Þá hefur heilbrigðisráðuneyti látið vinna mat á þörf fyrir lækniþjónustu sérstaklega.

Landsráð um mönnun og menntun

Í maí 2021 skipaði heilbrigðisráðherra [Landsráð um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustunni](#) til næstu fjögurra ára. Ráðinu er ætlað að skila ráðherra árlegri tillögu að aðgerðaáætlun í þágu mönnunar og menntunar í heilbrigðisþjónustu og vera honum til ráðgjafar um ákvarðanir á því sviði. Átta aðilar skipa ráðið og er einungis formaður þess skipaður án tilnefningar. Embætti landlæknis, Samband Íslenskra sveitarfélaga, mennta- og barnamálaráðuneyti, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneyti, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, heilbrigðisvísindasvið háskólasamfélagsins, og heilbrigðisstofnanir tilnefna fulltrúa og varafulltrúa.

Ráðið fundar að jafnaði 1–2 í mánuði. Frá árinu 2021 hefur heilbrigðisráðuneyti beint 13 formlegum erindum til ráðsins sem hefur skilað 20 minnisblöðum til ráðherra. Tillögur þess hafa bæði tekið á áskorunum þvert á heilbrigðisþjónustuna, t.d. um verkaskiptingu heilbrigðistétta og á áskorunum tiltekinna starfseininga, t.d. um að bæta mönnun á gjörgæsludeildum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri.

Í svari heilbrigðisráðuneytis við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar vegna þessarar úttektar kom fram það mat ráðuneytisins að skortur á hjúkrunarfræðingum hafi verið einn meginvandinn Landspítala og hefði hann haft áhrif á getu spítalans til að takast á við aukið álag. Heilbrigðisráðherra skipaði þrjá starfshópa árið 2019 sem sneru að menntun heilbrigðisstétta, þ.e. lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Þeir áttu m.a. að leggja fram tillögur sem væru til þess fallnar að fjölga í hópi þessara stétta. Auk þess var skipaður sérstakur starfshópur sem var falið að leggja fram tillögur varðandi betri mönnun hjúkrunarfræðinga. Hver hópur skilaði skýrslu til ráðherra sem voru m.a. til umræðu á heilbrigðisþingi í nóvember 2020 sem var helgað mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu. Í heildina var um 50 tillögur til aðgerða að ræða. Auk framangreindra tillagna kom fram fjöldi annarra tillagna úr vinnu ýmissa starfshópa ráðuneytis á tímabilinu 2019-2024 sem fjölluðu með ýmsum hætti um mönnun og skipulag heilbrigðisþjónustunnar.

Samkvæmt svari heilbrigðisráðuneytis við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar hefur stór hluti þessara tillagna komist til framkvæmda eða voru í vinnslu innan ráðuneytisins þegar úttekt Ríkisendurskoðunar fór fram. Tillögur starfshópa um fjölgun og bætt kjör hjúkrunarfræðinga, lækna og sjúkraliða hefðu skilað nokkrum árangri, t.a.m. í fjölgun útskrifaðra lækna og hjúkrunarfræðinga. Aðrar tillögur muni taka lengri tíma og séu enn í vinnslu bæði í ráðuneytinu og hjá landsráði um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustu, s.s. verkefni tengd verkaskiptingu heilbrigðisstétta. Ekki lá fyrir tæmandi yfirlit um stöðu allra tillagna, þó svo að haldið væri utan um úrvinnslu þeirra með hefðbundnum verkefnastjórnunarhugbúnaði og í málaskrá ráðuneytisins.

Ríkisendurskoðun telur vert að benda á veik tengsl milli úrvinnslu umræddra tillagna við aðgerðaáætlanir heilbrigðisstefnu og þeirra aðgerða og árangursmælikvarða sem hafa verið skilgreindar innan ramma laga um opinber fjármál. Eftirfylgni og árangursmat með tillögunum hefur því verið dreift og hvorki verið nægilega formfast né reglubundið.

Ríkisendurskoðun telur brýnt að heilbrigðisráðuneyti ljúki heildstæðri mannaflagreiningu og mannaflaspá fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild, og að sú vinnaverðir reglubundin og sjálfvirknivædd eftir því sem mögulegt er. Miðlæg gagnagátt með samræmdum starfsemiupplýsingum fyrir heilbrigðisþjónustu ríkisins í heild sinni þarf að komast á sem fyrst.

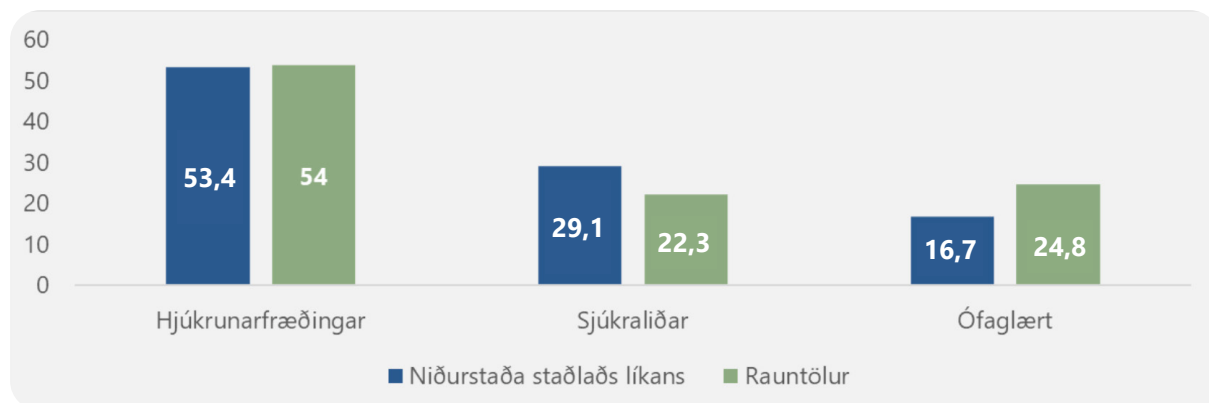
2.2 Áætlanagerð og mönnunarlíkön Landspítala

Áætlanagerð Landspítala vegna dagvinnustöðugilda er uppfærð árlega og tekur einungis breytingum að því gefnu að fyrir liggi formleg ákvörðun. Forsendur um mönnun og vinnuskipulag byggja fyrst og fremst á mati stjórnenda á mönnunarþörf en þó að teknu tilliti til fjárhagslegs svigrúms. Launalíkön voru fyrst unnin fyrir árið 2023 og gera spítalanum m.a. kleift að viðhafa betri yfirsýn um mönnun tiltekinna starfstétta m.t.t. fjármögnunar.

Mönnunarráð sem starfar á vegum framkvæmdastjórnar spítalans tók til starfa árið 2023. Eitt af fyrstu verkefnum þess var að leggja drög að stöðluðum mönnunarviðmiðum á bráðalegudeildum í lyflækninga-, hjarta- og krabbameinsþjónustu og skurðlækningaþjónustu. Vinna ráðsins skilaði af sér faglegu mönnunarlíkani fyrir hjartadeild spítalans sem leiðir m.a. fram stöðluð mönnunarviðmið um stöðugildi út frá þeim verkefnum sem hjúkrunarfræðingar,

sjúkraliðar og ófaglært starfsfólk þarf að sinna, að teknu tilliti til hjúkrunarþyngdar og álags (sjá mynd 2.1). Eftirtektarvert er að líkanið sýnir að raunfjöldi stöðugilda hjúkrunarfræðinga er í samræmi við faglegar forsendur og að sjúkraliðar eru færri en vera ætti. Sá skortur er bættur upp með sérhæfðu (ófaglærðu) starfsfólki en fjöldi stöðugilda í raun er umfram það sem ætti vera samkvæmt faglegum forsendum.

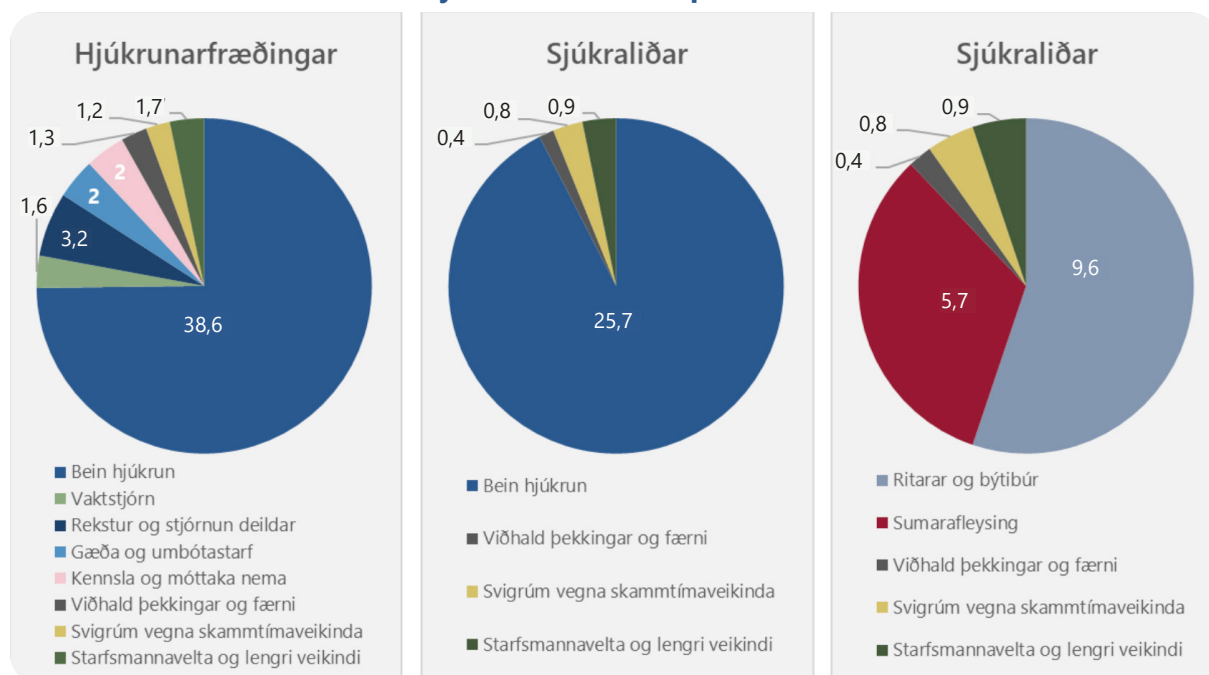
Mynd 2.1 Samanburður á niðurstöðum mönnunarlíkans og rauntölum fyrir stöðugildi (vinstri ás) á hjartadeild



Heimild: Landspítali

Samkvæmt forsendum líkansins má gera ráð fyrir að 75% þeirra tæplega 51,7 stöðugilda hjúkrunarfræðinga sem starfsemin krefst sé varið til beinnar hjúkrunar. Rekstur og stjórnun deildarinnar kallar á 6% stöðugilda. Í heild verði að gera ráð fyrir að 5% stöðugilda þurfi til að koma til móts við starfsmannaveltu og veikindi starfsfólks til bæði lengri og skemmri tíma (sjá mynd 2.2).

Mynd 2.2 Hlutfallsleg skipting stöðugilda eftir verkefnum samkvæmt mönnunarlíkani hjartadeildar Landspítala



Heimild: Landspítali

Hvað snýr að mönnunarlíkani fyrir lækningahluta starfseminnar hefur Landspítali unnið að því að innleiða nýtt vinnuskipulag sérfræðilækna á Landspítala. Verkefnið byggir á tiltölulega einfaldri aðferðarfræði þar sem þjónustupörf er skilgreind út frá gögnum um framleiðni innan hversrar sérgreinar og yfirlæknar sérgreinanna ákveða svo í samræmi við viðkomandi leiðbeiningar hvernig verkefnum er skipt. Markmiðið er að auka skilvirkni, jafnræði og gagnsæi vinnufyrirkomulags byggt á gögnum í samræmi við stefnu stofnunarinnar og heilbrigðiskerfisins. Þegar fyrstu innleiðingu verður lokið 1. apríl 2025 munu skýrar forsendur mönnunarlíkana lækninga á Landspítala liggja fyrir í fyrsta sinn.

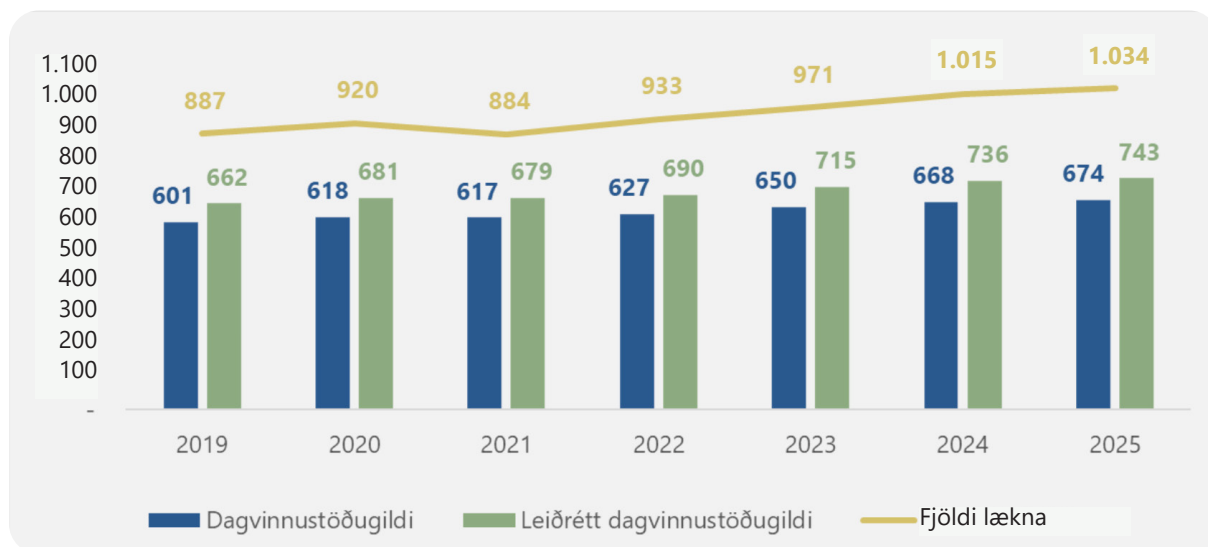
Ríkisendurskoðun bendir á að vinna Landspítala við gerð og innleiðingu mönnunarlíkana byggist eingöngu á forsendum spítalans sjálfs. Þau lögbundnu skilyrði um stjórnun og faglegar lágmarkskröfur sem eru í gildi hvað varðar mönnun eru takmörkuð. Því er t.a.m. ekki um það að ræða að umrædd líkön séu unnin samkvæmt verklagi, forskrift eða stöðlum sem sæta eftirliti. Nánar er fjallað um mönnunarviðmið, faglegar lágmarkskröfur um rekstur heilbrigðisþjónustu og eftirlit með stjórnun spítalans í kafla 3.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að Landspítali haldi áfram innleiðingu mönnunarlíkana fyrir þá heilbrigðisþjónustu sem spítalinn veitir og styrki með því faglegar forsendur mönnunarviðmiða starfseminnar. Brýnt er að heilbrigðisráðuneyti styðji við þessa viðleitni, taki þátt í að skýra forsendur slíkra líkana og tryggi að gerð þeirra sé í samræmi við lágmarkskröfur sem um þær gildi.

2.3 Læknar

Þegar litið er til heildarfjölda lækna og dagvinnustöðugilda lækna á Landspítala hefur þeim fjölgað lítillega á tímabilinu 2019–2024. Mynd 2.3 sýnir stöðuna í upphafi hvers árs.

Mynd 2.3 Fjöldi lækna og dagvinnustöðugildi á Landspítala í upphafi árs

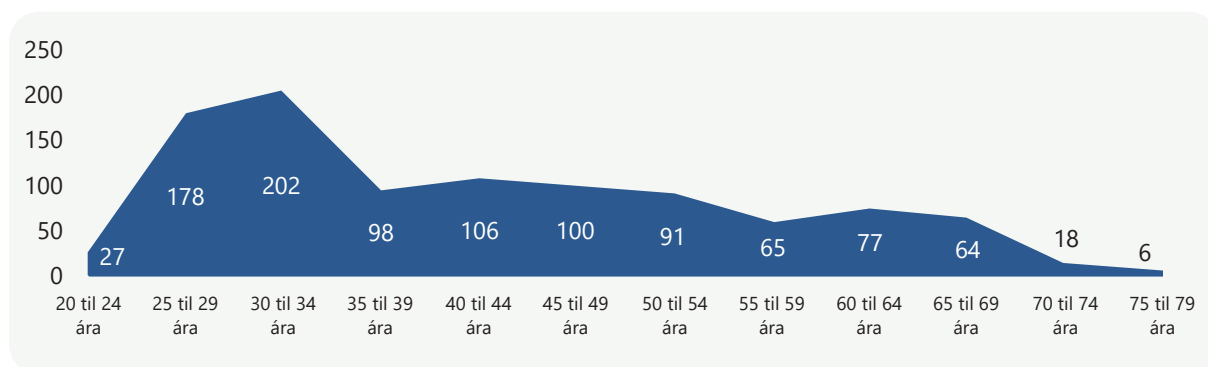


*Gefin eru upp leiðrétt stöðugildi (11,1% hækkun) til að draga fram áhrif styttingu vinnuvikunnar í 36 stundir sem tók gildi í apríl 2025. Með styttingunni þarf fleira starfsfólk til að manna hvert stöðugildi enda vinnutíminn að baki hverju þeirra 10% styttri.

Heimild: Landspítali

Þegar litið er á aldursdreifingu læknaþópsins, sbr. mynd 2.4, sést hversu stór hluti hans er á aldrinum 25–34 ára. Í þeim hópi eru bæði grunnnámslæknar og sérnámslæknar fjölmennir.

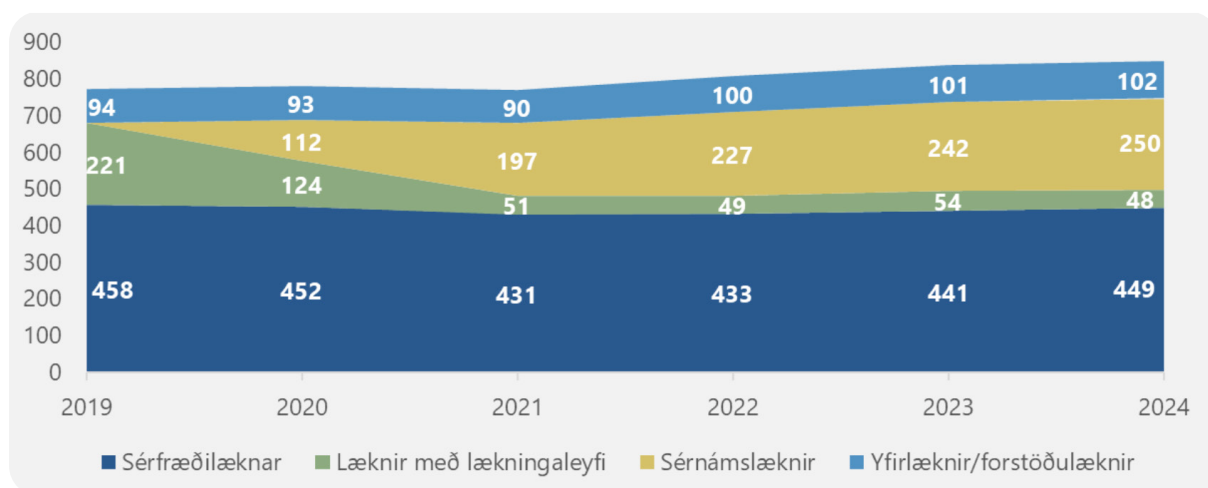
Mynd 2.4 Dreifing lækna Landspítala eftir aldursbilum í október 2024



Heimild: Landspítali

Ein stærsta breytingin sem hefur orðið á læknamannauð Landspítalans á undanförunum árum liggur í fjölgun sérnámslækna, sbr. mynd 2.5. Efling sérnáms var á meðal áhersluatriða Heilbrigðisstefnu til 2030 enda ljóst að heilbrigðisþjónustan verður af vinnuframlagi þess hóps sem heldur utan til náms auk þess sem einungis hluti þeirra snýr aftur. Á móti kemur að ekki er raunhæft að allar sérgreinar geti staðið undir þeim faglegu kröfum sem gerðar eru til náms í ljósi þess hversu fámenn þjóðin er.

Mynd 2.5 Meðaltalsfjöldi lækna Landspítala 2019–2024 eftir starfsheiti (án grunnnámslækna)



Heimild: Landspítali

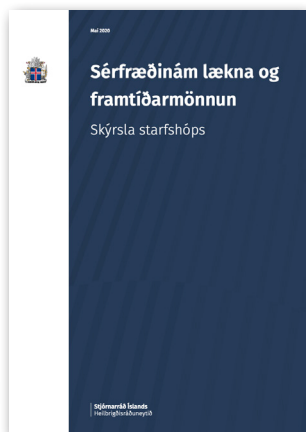
Árið 2024 voru sérnámslæknar að meðaltali um 29% starfandi lækna á Landspítala. Með því telur spítalinn m.a. að skapist tækifæri til að stýra betur þróun og faglegu skipulagi þeirrar lækniþjónustu sem spítalinn veitir og styðja við fullnægjandi mönnun ólíkra sérgreina til framtíðar. Þá er það mat spítalans að aukið vægi sérnáms og sérnámslækna hafi jákvæð áhrif á faglegt starfsumhverfi spítalans í heild og auðveldi honum að laða að heilbrigðisstarfsfólk til lengri og skemmri tíma.



29%

allra starfandi lækna
á Landspítala eru
sérnámslæknar

Í skýrslunni [Sérfræðinám lækna og framtíðarmönnun](#) (maí 2020) voru



lagðar fram sjö tillögur sem einkum miðuðu að því að styrkja sérnám í lækniþjálfun hér á landi, en jafnframt að gerð yrði vönduð mannaflagreining og mannaflaspá fyrir lækna. Landspítali hefur haft forystu um að styrkja sérnám og ný reglugerð um menntun, réttindi og skyldur lækna var sett árið 2023, sbr. reglugerð 856/2023, þar sem fagleg umgjörð sérnámsins var eflað með hliðsjón af þróun á sérnámi í lækniþjálfun hér á landi. Hins vegar hafa ýmsir veigamiklir þættir tillagnanna ekki náð fram að ganga, aðallega varðandi tilhögun fjármögnunar og stjórnsýslu sérgreinanáms. Þannig hefur hvorki verið skilgreint lögbært yfirvald framhaldsmenntunar heilbrigðisvísinda eða miðstöð framhaldsmenntunar heilbrigðisstétta.

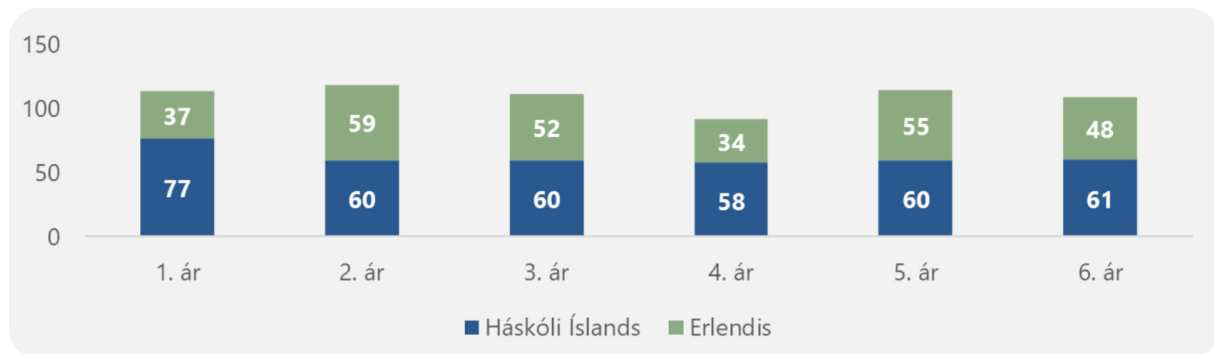
Undanfarin áratug hefur fjöldi útskrifaðra lækna frá Háskóla Íslands verið sveiflukenndur og er hann að meðaltali um 48 á ári, sbr. mynd 2.6. Miðað við fjölda læknanema árið 2024 og hvernig sá hópur skiptist milli námsára, sbr. mynd 2.7, er ekki að búast við því að mikilla breytinga sé að vænta hvað það varðar.

Mynd 2.6 Fjöldi útskrifaðra lækna frá Háskóla Íslands 2014–2024



Heimild: Landlæknir

Mynd 2.7 Skipting læknanema 2024 eftir námsárum



Heimild: Mannaflí í læknisþjónustu til framtíðar

Í svörum til Ríkisendurskoðunar lagði Landspítali áherslu á að þróun sérnámsgreina við spítalann hafi verið fjármögnuð af rekstrarfé og unnin án umtalsverðs stuðnings eða leiðsagnar heilbrigðisyfirvalda. Í áðurnefndri reglugerð nr. 856/2023 er kveðið á um skipun og hlutverk mats- og hæfisnefndar um sérnám lækna sem er skipuð af heilbrigðisráðherra. Nefndin skal m.a. gera tillögur til ráðherra um hvaða sérnámsgreinar séu í boði hér á landi og sjá um númerakerfi fyrir sérnámslækna (e. *Icelandic Medical Trainee Number*). Með þessari tilhögun er mats- og hæfisnefnd um sérnám lækna í raun gert kleift að ákvarða stöðufjölda sérnámslækna eftir sérnámsgreinum í samræmi við þarfagreiningu og heilbrigðisstefnu á landsvísu. Fulltrúar Landspítala hafa talið nauðsynlegt að koma á miðlægri fjármögnun samhliða þessari stýringu.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að uppbyggingu sérnámsgreina verði haldið áfram. Heilbrigðisráðherra þarf að tengja með skýrari hætti ákvarðanir mats- og hæfisnefndar um framboð sérnáms og fjölda sérnámstaða við markmið heilbrigðisstefnunnar og fjárveitingar í samræmi við forsendur og ákvarðanir fjármálaáætlana og fjárlaga.

Í september 2023 skipaði heilbrigðisráðherra starfshóp um framtíð læknisþjónustu á Íslandi. Honum var ætlað að meta þjónustupörfina, kanna mönnun og afköst í einstökum greinum, meta hvort núverandi mönnun og afköst uppfylltu núverandi þörf, skoða gerð viðmiða fyrir mönnun til framtíðar og leggja mat á möguleg áhrif tækniframfara og sjálfvirknivæðingar á þjónustu- og mönnunarþörf. Hópurinn skilaði niðurstöðu í nóvember 2024, sbr. [Mannaflí í læknisþjónustu til framtíðar](#).



Fyrir 2030 þarf mögulega að fjölga stöðugildum sérgreinalækna á landsvísu um

37%

Í skýrslu starfshópsins eru ekki gefin afdráttarlaus svör um núverandi þjónustupörf og hvort henni sé mætt á viðunandi hátt. Raunar bendir hópurinn á að skortur á samræmdum miðlægum gögnum um starfsemi heilbrigðisþjónustunnar í heild hafi lengi verið vandamál. Í því sambandi væri mikilvægt að heilbrigðisráðuneyti héldi áfram að þróa heildstætt gagnasafn sem sýndi bæði mönnun og starfsemisupplýsingar í rauntíma. Auk þessarar gagnapurrdar taldi starfshópurinn að það væri hlutverk stjórnvalda að gera þjónustulýsingu fyrir störf lækna og að forsendur sem liggja þurfi fyrir til að leggja mat á þjónustu- og mannaflaþörf væru því ekki fyrir hendi.

Til að varpa ljósi á bæði núverandi mönnun og þörf fyrir lækniþjónustu til framtíðar gerði hópurinn könnun meðal forsvarsfólks ýmissa starfseininga innan heilbrigðis-þjónustunnar, þ. á m. hjá yfirlæknum sérgreina innan Land-spítala. Niðurstöður fólu í sér að framtíðarhorfur væru mjög misjafnar milli sérgreina. Í heildina yrði að fjölga stöðugildum sérgreinalækna um 240 eða 72% fyrir árið 2030 sem jafngildir um 330 sérfræðilæknum ef gert er ráð fyrir að hver læknir starfi í 60–70% stöðugildi sem algengt er í dag. Mest yrði að fjölga stöðugildum í heimilislækningum og þeim sérgreinum sem tengja megir sérstaklega við breytta aldurssamsetningu þjóðarinnar.

Fyrirnefnd könnun var ekki sértæk fyrir Landspítala en hún er þó lýsandi fyrir stöðu tiltekinna sérgreina innan spítalans. Til dæmis dregur könnunin fram hversu höllum fæti sérgreinar á sviði geðlækninga standa til framtíðar. Geðlækningar á Landspítala skera sig frá öðrum sérgreinum varðandi fjölda stöðugilda sem talið er að bæta þurfi við núverandi mönnunarstig, þ.e. um 14 stöðugildi (fjölgun úr 21 í 35). Samkvæmt stjórnendum Landspítala var ein af afleiðingum þess að geðheilsuteymi á vegum heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins voru styrktar sú að erfiðlegar hefur reynst að manna geðþjónustu spítalans og ekki hefur verið ráðist í að skilgreina verkaskiptingu milli Landspítala og geðheilsuteymanna. Þessi staða undirstrikar hversu brýnt það er að heilbrigðisþjónustan sé skipulögð heildrænt og þvert á þjónustustig.

Fjöldi starfandi lækna

Síðustu ár hefur verið merkjanleg leitni til fjölgunar útgefinna starfsleyfa lækna frá embætti landlæknis. Árin 2008–2017 voru þau að meðaltali 79, en árin 2018–2024 hafa þau að meðaltali verið 142. Flest voru þau 189 árið 2024 en í lok þess árs var fjöldi leyfishafa 3.532.

Fjöldi starfandi lækna hefur jafnframt vaxið. Í lok ársins 2019 voru þeir 1.404 og hafði þá fjölgað um 397 miðað við árslok 2024 þegar þeir voru 1.801. Jafngildir það um 4,6 læknum á hverja 1.000 íbúa sem er nokkuð yfir meðaltali aðildarríkja OECD. Þar var hlutfallið 4,2 á hverja 1.000 íbúa árið 2022, sbr. [Health at a Glance: Europe 2024](#).

Við þessa úttekt bentu fulltrúar Landspítala á að í smærri sérgreinum, einkum undirsérgreinum, geti tekið mörg ár að brúa mönnunargat og þjónusta verið skert á meðan. Á þetta sérstaklega við um sérgreinar sem fáir læknanemar sækja í, t.d. barna- og unglingageðlækningar. Þá eru dæmi um sérgreinar sem standa betur, t.d. fæðingalækningar. Í fyrirnefndri skýrslu um mannafla í lækniþjónustu var bent á að breytileiki í mannafla og framleiðslu, líkt og sjá má milli sérgreina innan heilbrigðisþjónustunnar, sé algengur í kerfum sem ekki eru samræmd, nýta ekki formlega ferla og lúta ekki formlegri sameiginlegri stjórn. Samantekið væri brýnt að koma á heildarskipulagi fyrir sérgreinar lækninga á landsvísu. Til að tryggja mönnun lækniþjónustu til framtíðar yrði að vinna kerfisbundið að sex lykilþáttum:

Stjórnun, yfirlýsing og þarfagreining	Mönnun og mönnunarviðmið	Samvinna og samræming mannafla milli þjónustustiga og stofnana
Vinnuskipulag og verkaskipting	Endurnýjun mannaflans, nám og sérnám	Fjárfesting í innviðum

Þessir lykilþættir voru útfærðir nánar með áætlun um 12 aðgerðir sem ráðast ætti í og ljúka á tímabilinu 2025–2027. Að mati Ríkisendurskoðunar eru umræddir lykilþættir og aðgerðir í meginatriðum í samræmi við niðurstöður embættisins í þessari úttekt.

Ríkisendurskoðun leggur áherslu á mikilvægi þess að heilbrigðisráðuneyti efli yfirstjórn sína varðandi samræmingu og heildarskipulag gagnvart þeirri heilbrigðisþjónustu sem veitt er fyrir ríkisfé. Gildir það um ýmis atriði sem varða heildarsýn og samræmingu milli stofnana í þeim tilgangi að nýta sérfræðiþekkingu, innviði og fjármuni betur. Tryggja verður samræmda skráningu, miðlun og greiningu upplýsinga um starfsemi og rekstur, samhæfa áætlanagerð þvert á þjónustustig og stofnanir, og stuðla að samhæfingu og samstarfi um heildarskipulagningu mannafla heilbrigðisþjónustunnar.

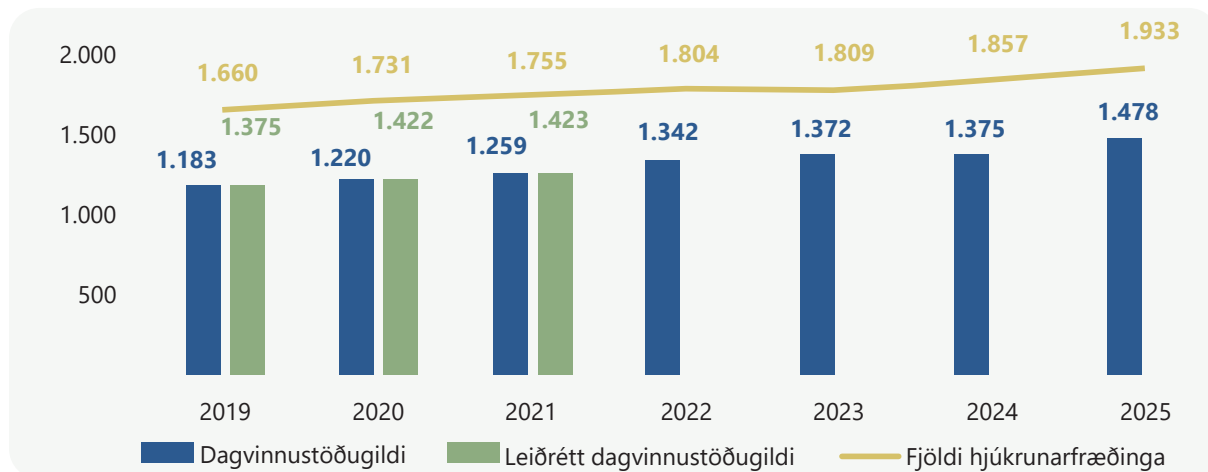
Hvað snýr að Landspítala sérstaklega má segja að umbætur á sviði vinnuskipulags og verkaskiptingar (e. task shifting) hafi þegar verið í farvatninu. Talið er að sú vinna skýri forsendur mönnunaráætlana. Í framangreindir skýrslu er undirstrikað að mönnunarviðmið séu viðfangsefni hvernar stofnunar en að heilbrigðisráðuneyti þurfi að hafa forystu og veita leiðsögn um gerð þeirra.

Að mati Ríkisendurskoðunar er mikilvægt að áætlanir um mönnun læknisþjónustu byggist á heildstæðri greiningu á þeim þjónustupörfum sem ætlað er að mæta og í samhengi við þátt annarra heilbrigðisstétta í veitingu þeirrar þjónustu. Í þessu skyni er mikilvægt að heilbrigðisráðuneyti tryggi að allar heilbrigðisstofnanir vinni mönnunaráætlanir á samræmdan máta.

2.4 Hjúkrunarfræðingar

Við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar í upphafi þessarar úttektar tiltók heilbrigðisráðuneyti að vöntun á hjúkrunarfræðingum væri ein stærsta áskorun Landspítala, og þá sérstaklega á bráðamóttökunni. Þessi vöntun væri orsök langs biðtíma eftir innlögn og of mikils álags á starfsfólk. Heildarfjöldi hjúkrunarfræðinga og dagvinnustöðugildi þeirra á Landspítala hefur fjölgað jafnt og þétt síðustu ár, sbr. mynd 2.8 sem sýnir stöðuna í upphafi hvers árs.

Mynd 2.8 Fjöldi hjúkrunarfræðinga og dagvinnustöðugildi á Landspítala í upphafi árs



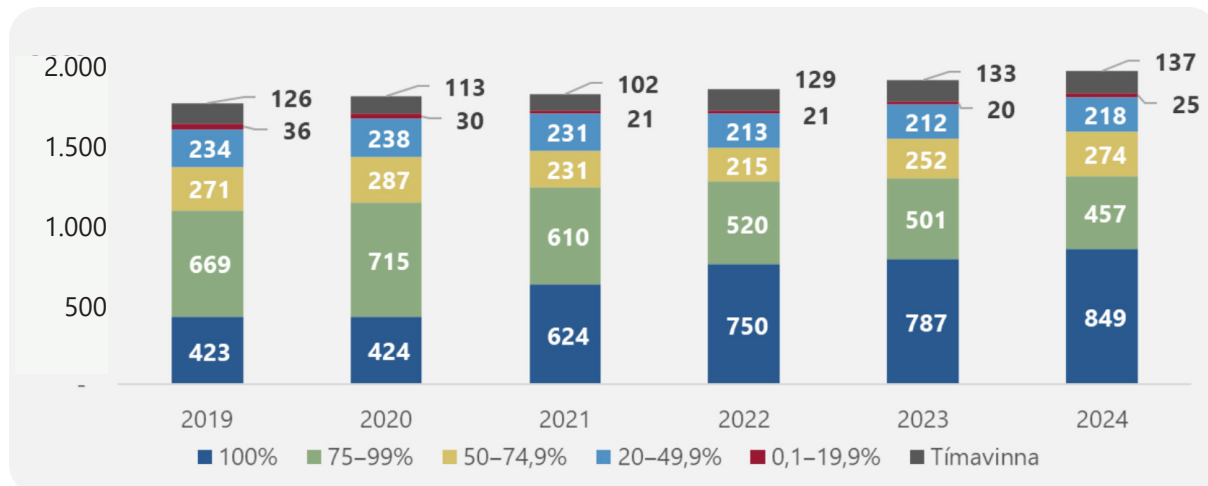
*Gefin eru upp leiðrétt stöðugildi (11,1% hækkun) fyrir árin 2019–2021 vegna styttingu vinnuvikunnar í 36 stundir sem tók gildi 2022.

Heimild: Landspítali

Undanfarin ár hafa sífellt fleiri hjúkrunarfræðingar verið í fullu starfi, sbr. mynd 2.9. Árið 2024 voru 44% hjúkrunarfræðinga í 100% starfi en um 23% voru í starfshlutfalli á bilinu 75–99%. Árið 2019 voru 24% í 100% starfshlutfalli en 38% í starfshlutfalli á bilinu 75–99%. Ein af ástæðum þessarar breytingar má rekja til styttingu vinnuvikunnar og þeirra breytinga á vinnutíma sem það fól í sér fyrir dagvinnu- og vaktavinnustarfsfólk.

Nokkur sveigjanleiki var á útfærslu styttingarinnar á Landspítala en nánast allar starfseiningar fóru þá leið að stytta vinnuvikuna niður í 36 klst. á viku. Styttingin jafngildir um 375 vinnustundum á ári eða um 18%. Spítalinn bauð starfsfólki í vaktavinnu að hækka starfshlutfall í því skyni að koma í veg fyrir manneklu og þegar litið er til fjölmennustu starfsstétta spítalans í vaktavinnu sést að starfshlutfallið hefur að jafnaði hækkað. Ef borin er saman staðan í apríl 2021 og október 2024 má sjá að meðalstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga hafði hækkað úr liðlega 75% í um 82%. Á sama tímabili fjölgaði stöðugildum um 12%.

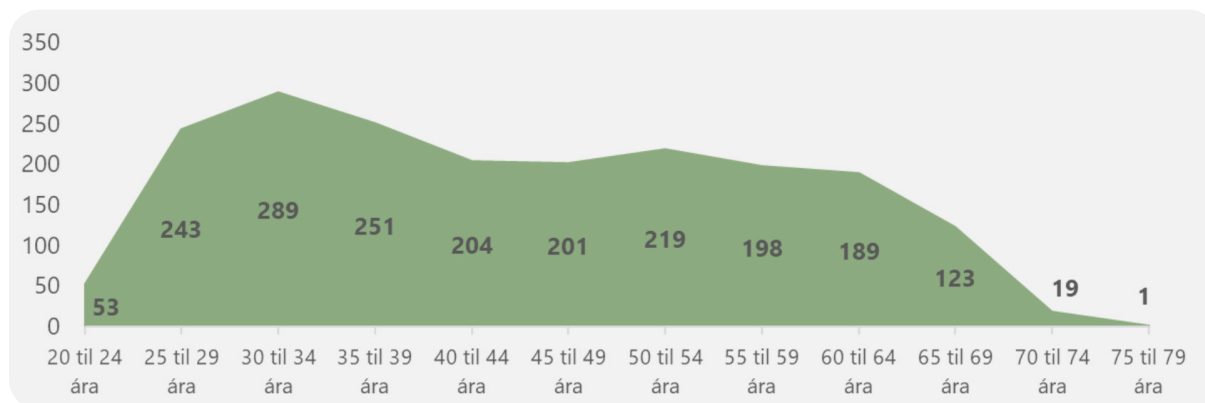
Mynd 2.9 Meðaltalsfjöldi hjúkrunarfræðinga á Landspítala eftir starfshlutfalli 2019–2024



Heimild: Landspítali

Flestir hjúkrunarfræðingar sem starfa á Landspítala eru á aldursbilinu 25–39 ára, sbr. mynd 2.10.

Mynd 2.10 Dreifing hjúkrunarfræðinga á Landspítala eftir aldursbilum í október 2024



Heimild: Landspítali

Ein af stærstu áskorunum tengdum mönnun hjúkrunarfræðinga hefur verið að stemma stigu við brottfarvi á fyrstu árum í starfi. Ríkisendurskoðun óskaði eftir gögnum frá Landspítala um hversu hátt hlutfall hjúkrunarfræðinga sem ljúka starfsnámi á spítalanum eru enn starfandi eftir fimm ár en þau reyndust ekki vera fyrir hendi. Aftur á móti mátti greina að 70% af þeim hjúkrunarfræðingum sem töldust nýútskrifaðir (hjúkrunarfræðingur A) árið 2019 voru enn í starfi á klínísku sviði árið 2024, þ.e.a.s. 131 af 192. Spítalinn hefur innleitt aðgerðir í því skyni að veita hjúkrunarfræðingum handleiðslu til að takast á við álag í starfi og draga úr brottfalli.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að Landspítali fylgist náið með afföllum úr hópi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga og haldi áfram að vinna gegn þeim með markvissum aðgerðum. Skilgreina þarf árangursviðmið til framtíðar um tiltekið hlutfall í því sambandi í samvinnu með heilbrigðisráðuneyti og fylgja því eftir innan ramma árangursmiðaðar áætlunar- og fjárlagagerðar hvers árs í samræmi við ákvæði laga um opinber fjármál.



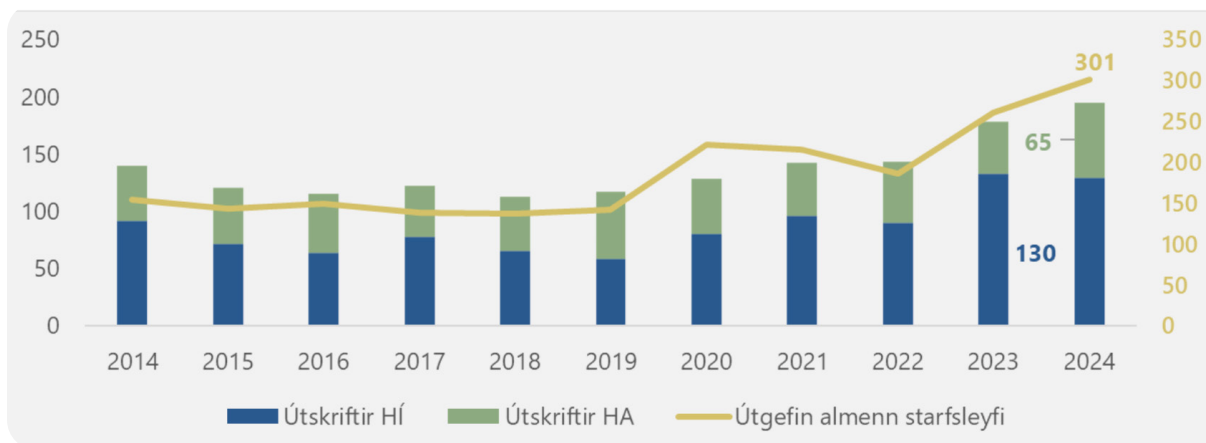
Aðgerðir til að stemma stigu við brottfalli hjúkrunarfræðinga úr námi og starfi hafa verið í deiglu um langt skeið. Árið 2020 skiluðu tveir starfshópar skýrslum um annars vegar [Tillögur til fjölgunar útskrifaðra hjúkrunarfræðinga](#) (apríl 2020) og hins vegar um [Mönnun hjúkrunarfræðinga](#) (ágúst 2020). Í þeirri fyrri voru lagðar fram tillögur sem áttu að auka ásókn í námið, draga úr brottfalli (bæði úr námi og starfi á fyrstu árum) og auka þátttöku hjúkrunarfræðinga við ákvarðanatöku um tilhögun heilbrigðisþjónustunnar. Í þeirri seinni var bent á raunhæfar leiðir til að bæta mönnun stéttarinnar, koma í veg fyrir atgervisflotta úr greininni og laða hjúkrunarfræðinga aftur til starfa í faginu.

Tillögur starfshópsins beindust að fjórum meginþáttum. Í fyrsta lagi að bæta sjálft starfsumhverfið, þ.m.t. að tryggja betur möguleika til starfsþróunar. Í öðru lagi yrði að skilgreina betur þjónustuparfir með hliðsjón af stigskiptingu heilbrigðisþjónustunnar og endurskoða

verkaskiptingu milli heilbrigðisstétta. Í þriðja lagi yrði að bæta gagnaöflun um mönnun heilbrigðisþjónustunnar og vinna mannaflaspár á þeim grunni. Í fjórða lagi yrði að leggja aukna áherslu á nýsköpun og tækni, t.d. með auknu vægi fjarheilbrigðisþjónustu.

Ef lítið er til þróunar síðustu ára sést að útskrifuðum hjúkrunarfræðingum hefur fjölgað og útgefnum starfsleyfum hjúkrunarfræðinga sömuleiðis, sbr. mynd 2.11.

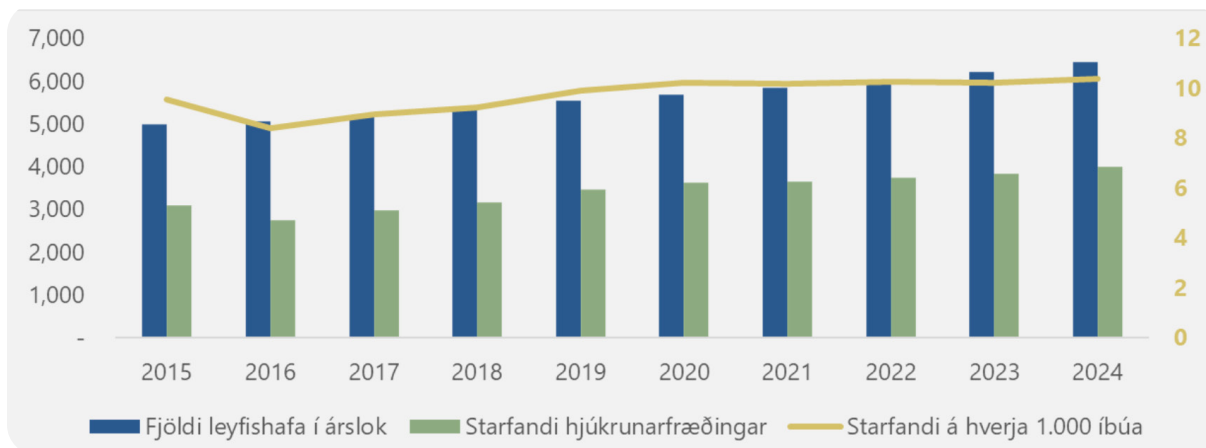
Mynd 2.11 Útskrifaðir hjúkrunarfræðingar (vinstri ás) og útgefin almenn starfsleyfi (hægri ás) 2014–2024



Heimild: Landlæknir

Þrátt fyrir fjölgun útskrifaðra hjúkrunarfræðinga síðustu ár verður hennar varla vart þegar lítið er til heildarfjölda starfandi hjúkrunarfræðinga á hverja þúsund íbúa, en hlutfallið var að meðaltali um 10,4 árið 2024, sbr. mynd 2.12.

Mynd 2.12 Fjöldi hjúkrunarfræðinga með starfsleyfi og starfandi 2015–2024



Heimild: Landlæknir og Hagstofa

Samkvæmt gögnum OECD um fjölda hjúkrunarfræðinga var fjöldi þeirra hér á landi yfir meðaltali í Evrópu árið 2022, sbr. [Health at a Glance: Europe 2024](#). Þá var hlutfallið hér 9,8 hjúkrunarfræðingar á hverja 1.000 íbúa en það var að meðaltali 7,5 í Evrópu. Hlutfallið var þó lægst hér af hinum Norðurlöndunum þar sem meðaltalið var 12,8 hjúkrunarfræðingar á hverja 1.000 íbúa.

Við úttekt Ríkisendurskoðunar kom fram gagnrýni af hálfu Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga um að fjölgun akademískra kennara hefði ekki náð fram að ganga í samræmi við tillögur í skýrslunni frá 2020. Enn yrði að gera betur hvað varðar fjölda útskrifaðra nema, m.a. með fjölgun námsplássna og bættrar aðstöðu. Einnig þyrfti markvissari aðgerðir til að koma í veg fyrir brottfall. Telur félagið að um 20–25% af nýútskrifuðum hætti í faginu innan 5 ára frá útskrift. Þá sé enn mikið verk óunnið varðandi verkaskiptingu heilbrigðisstétta og háþróaðar nýtingu mannauðs heilbrigðisþjónustunnar. Áætlað er að vinnuhópur um þetta atriði mun skila tillögum í maí 2025. Benti félagið einnig á að þótt unnið hafi verið að því að koma á skýrari mönnunarviðmiðum hafi það enn ekki skilað fullnægjandi niðurstöðu. Einnig undirstrikaði félagið mikilvægi þess að bæta þyrfti aðgengi að samræmdum gögnum um mönnun þvert á heilbrigðisþjónustuna.

Að mati Ríkisendurskoðunar má ætla að aðgerðir stjórnvalda í því skyni að fjölga hjúkrunarfræðingum hafi borið nokkurn árangur miðað við fjölda útskrifaðra nema. Aftur á móti er ljóst að fjölgun starfandi hjúkrunarfræðinga hefur ekki haldið í við fólksfjölgun og öldrun þjóðarinnar. Aðgerðir stjórnvalda verða í auknum mæli að snúa að því að draga úr eftirspurn með markvissum lýðheilsuáðgerðum, leita úrræða til að styðja við störf hjúkrunarfræðinga, m.a. með nýrri tækni, og stuðla að þróun í verkaskiptingu milli starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar og hámarka nýtingu starfskrafta þeirra.

2.4.1 Mönnun ljósmæðra



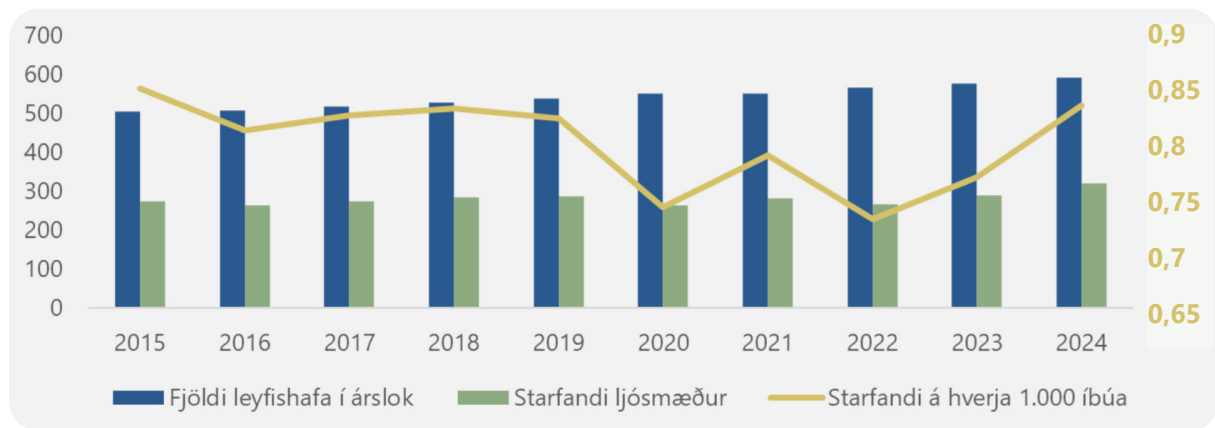
Heilbrigðisráðherra skipaði starfshóp árið 2023 sem var falið að kanna hvernig styrkja mætti mönnun ljósmæðra, nýta fagþekkingu þeirra betur og hvort koma mætti til móts við þann hóp ljósmæðra sem starfa bæði á vöktum á sjúkrastofnunum og við heimaþjónustu. Starfshópurinn skilaði skýrslu þar sem lagðar voru fram 10 tillögur til úrbóta, sbr. [Mönnun ljósmæðra nú og til framtíðar með áherslu á sem besta nýtingu fagþekkingar ljósmæðra innan heilbrigðisþjónustunnar](#) (nóvember 2024). Úrbótatillögurnar snúa m.a. að því að endurskilgreina verkefni ljósmæðra innan heilbrigðisstofnana (e. *task shifting*) í því skyni að starfskraftar þeirra nýtist sem best án þess að gæðum þjónustunnar sé teft í tvísýnu.

Starfshlutfall ljósmæðra við heilbrigðisstofnanir ríkisins er að jafnaði lágt (um 70%). Hluti þeirra sem vinna á vöktum á meðgöngu-, fæðingar- og sængurlegudeildum starfa gjarnan einnig við heimaþjónustu samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands. Heimaþjónusta ljósmæðra hefur haft jákvæð áhrif á öryggi og heilsu bæði nýbura og sængurkvenna en jafnframt gert mögulegt að stytta sjúkrahúslegu eftir fæðingu og með því ýtt undir hagkvæmni. Með svo lágu starfshlutfalli eiga viðkomandi ljósmæður aftur á móti erfitt með að ná vaktahvata sem er hugsaður sem umbun fyrir fjölbreytileika og fjölda vakta fyrir utan dagvinnu. Í vinnu starfshópsins kom fram sú hugmynd að líta mætti á ríkissjóð sem einn launagreiðanda hvað sneri að vaktahvata heilbrigðisstarfsmanna hjá öllum ríkisreknum heilbrigðisstofnunum. Þessari nálgun var vísað til samninganefndar ríkisins en þeim kjaraviðræðum sem þá stóðu yfir var lokið með gerð kjarasamnings í júlí 2024 án þess að hún væri rædd frekar.

Ríkisendurskoðun telur ríkt tilefni til að heilbrigðisráðuneyti beiti sér fyrir því að unnið verði áfram með tillögur starfshóps um mönnun ljósmæðra um hvort og hvernig megi koma til móts við þann hóp ljósmæðra sem vinna hjá fleiri en einum veitanda heilbrigðisþjónustu m.t.t. vaktahvata.

Þegar litið er til þróunar síðustu ára sést að útgefnum starfsleyfum ljósmæðra fjölgað að jafnaði frá því sem þekktist fyrir 2020. Á árunum 2008–2019 voru að meðaltali gefin út 12 leyfi en árin 2020–2024 voru þau 15 að meðaltali, flest árið 2024 eða 19. Fjölgun starfandi ljósmæðra nær aftur á móti ekki að halda í við fólksfjölgun, sbr. mynd 2.13. Í lok árs 2024 voru starfandi ljósmæður 321 samkvæmt gögnum Embættis Landlæknis eða u.þ.b. 0,8 á hverja 1.000 íbúa. Hlutfallið hefur ekki verið svo hátt síðan 2015 en lægst varð það 0,7 á hverja 1.000 íbúa árið 2022.

Mynd 2.13 Fjöldi ljósmæðra með starfsleyfi og starfandi



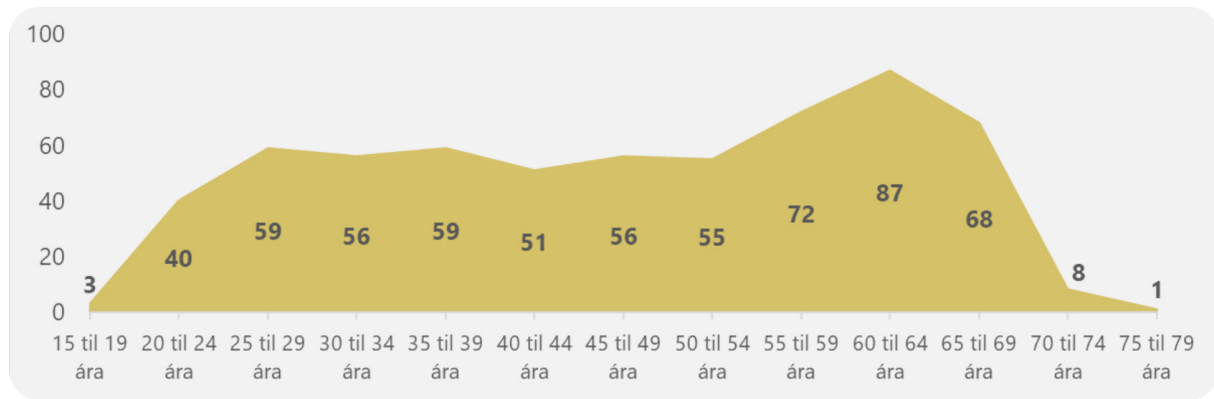
Heimild: Landlæknir

2.5 Sjúkraliðar

Líkt og bent var á í kafla 1 eru sjúkraliðar hlutfallslega séð undirmannaðri stétt en bæði læknar og hjúkrunarfræðingar, miðað við áætluð stöðugildi samkvæmt fjárhagsáætlun Landspítala. Fyrir árið 2024 var gert ráð fyrir að stöðugildin yrðu að vera 797 að meðaltali en raunin varð að einungis 418 voru mönnuð að meðaltali, þ.e.a.s. 379 stöðugildi voru „ómönnuð“.

Meðalaldurstarfandi sjúkraliða á Landspítala er hærri en bæði hjálæknum og hjúkrunarfræðingum, sbr. dreifingu sjúkraliða eftir aldursbilum sem mynd 2.14 sýnir. Því eru líkur til þess að ef ekki kemur til verulegrar nýliðunar í hópi sjúkraliða á næstu árum muni staðan versna enn frekar þegar fjölmennir árgangar hætta störfum.

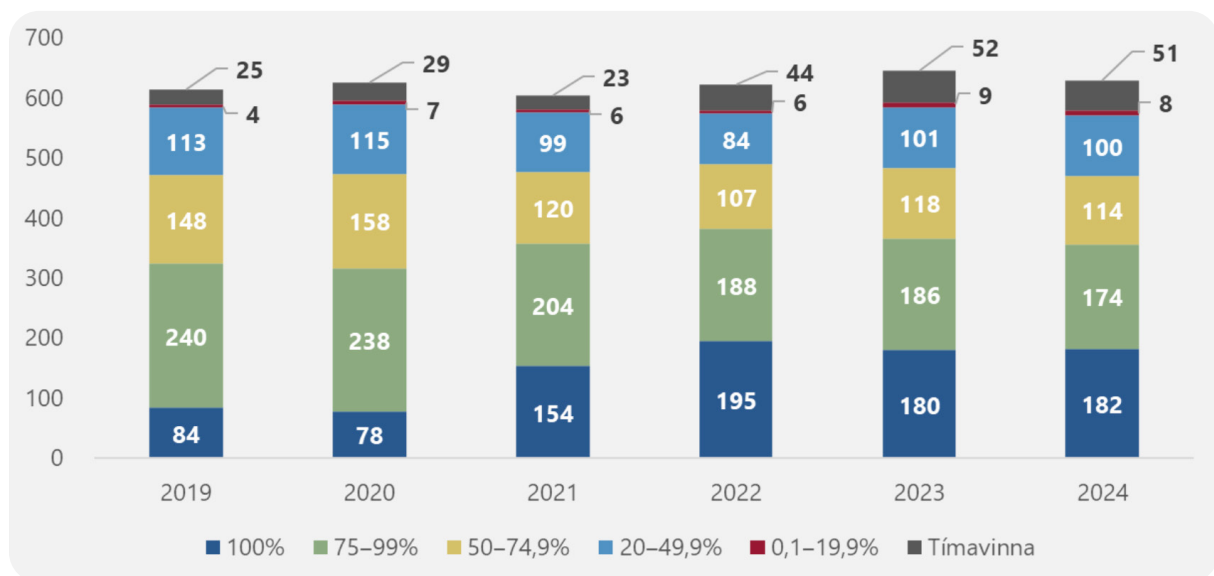
Mynd 2.14 Dreifing sjúkraliða á Landspítala eftir aldursbilum í október 2024



Heimild: Landspítali

Algengara er að sjúkraliðar séu í hlutastarfi á Landspítala en tíðkast meðal lækna og hjúkrunarfræðinga. Árið 2024 voru um 29% í fullu starfi og 28% á bilinu 75–99% starfi. Líkt og í tilfelli hjúkrunarfræðinga hefur þeim fjölgað hlutfallslega sem eru í fullu starfi á síðustu árum, sbr. mynd 2.15 en ólíkt bæði læknum og hjúkrunarfræðingum hefur sjúkraliðum varla fjölgað að ráði. Þá hefur dagvinnustöðugildum stöðugt fækkað frá 2022.

2.15 Meðaltalsfjöldi sjúkraliða á Landspítala eftir starfshlutfalli 2019–2024



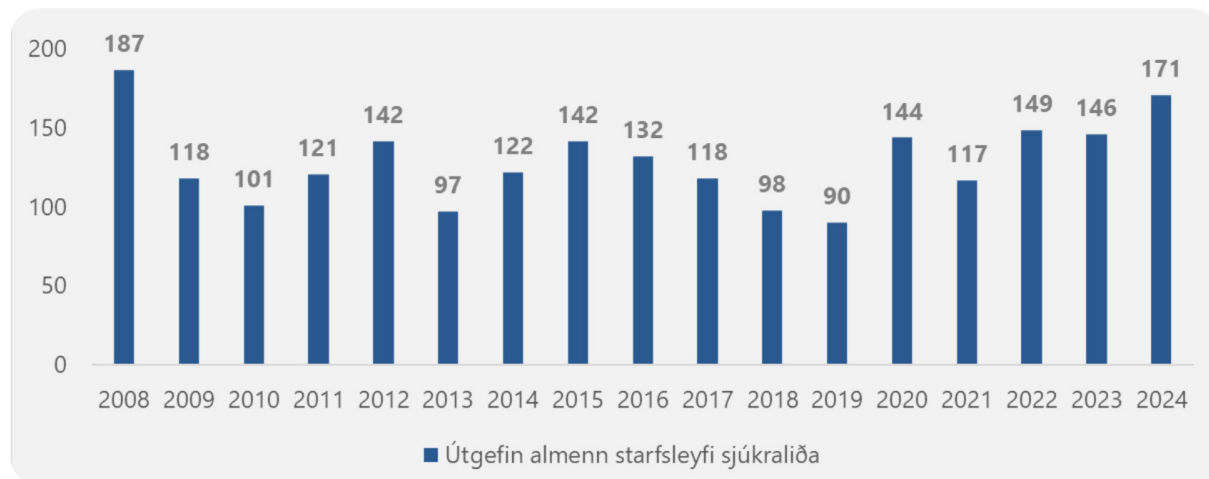
Heimild: Landspítali

Sá mönnunarvandi sem hefur safnast upp síðustu ár m.t.t. sjúkraliða er vel þekktur. Að mati Sjúkraliðafélags Íslands er skortur á sjúkraliðum á mörgum heilbrigðisstofnunum landsins, sérstaklega á Landspítala og á hjúkrunarheimilum, meðalaldur sjúkraliða sé hár og nýliðun standi ekki undir brottfalli nema gripið verði til markvissra aðgerða. Árið 2020 skilaði starfshópur á vegum heilbrigðisráðherra skýrslunni [Tillögur um menntun og viðbótarmenntun sem leitt geta til fjölgunar útskrifaðra sjúkraliða](#) (mars 2020). Í skýrslunni voru settar fram tíu tillögur um aðgerðir, m.a. um átaksverkefni í menntun sjúkraliða, innleiðingu námsstyrkja fyrir ófaglært starfsfólk í umönnun og ráðstafanir til að unnt sé að taka við nemum á vinnustöðum. Samkvæmt upplýsingum Ríkisendurskoðunar hefur verið unnið að framgangi flestra tillagnanna eða þær

náð fram að ganga. Nemum hefur fjölgað síðustu ár en erfiðlega hefur reynst að koma þeim öllum í verknám. Komið var á fót diplómanámi fyrir sjúkraliða en ekki er komin reynsla á hvernig það nám nýtist á vettvangi. Þá var gerð breyting á reglugerð um menntun, réttindi og skyldur sjúkraliða vorið 2024 en samkvæmt upplýsingum frá Sjúkraliðafélagi Íslands hefur reynst áskorun að leiða breytingar í starfslýsingar innan heilbrigðisstofnana.

Þegar litið er yfir þróun útgefinna almennra starfsleyfa sjúkraliða yfir langt tímabil sést að ekki hafa verið gefin út fleiri starfsleyfi en árið 2024 síðan 2008. Á því tímabili kemur ekki fram skýr leitni í átt til fjölgunar, sbr. mynd 2.16

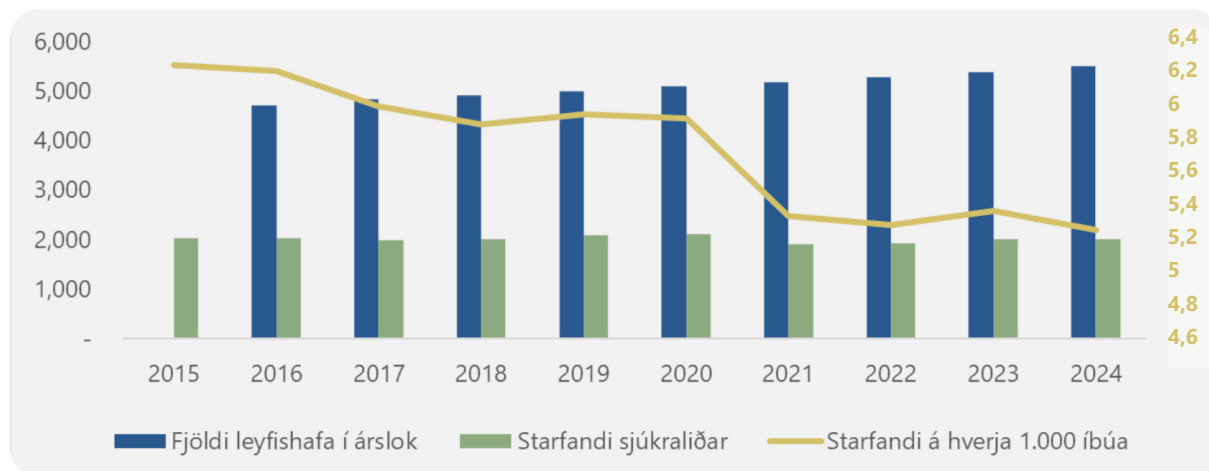
Mynd 2.16 Útgefin almenn starfsleyfi sjúkraliða



Heimild: Landlæknir

Þó svo að fjöldi sjúkraliða með starfsleyfi hafi aukist síðustu ár hefur stöðnun ríkt í hópi þeirra sem eru starfandi innan heilbrigðisþjónustunnar. Af því leiðir að hlutfall sjúkraliða á hverja 1.000 íbúa hefur fallið umtalsvert, sbr. mynd 2.17. Árið 2015 voru 6,2 sjúkraliðar starfandi á hverja 1.000 íbúa en voru 5,3 árið 2024.

Mynd 2.17 Fjöldi sjúkraliða með starfsleyfi og starfandi



Heimild: Landlæknir og Hagstofa

Landspítali hefur m.a. gripið til þess ráðs að bæta upp skort á sjúkraliðum með því að ráða og þjálfra ófaglært starfsfólk. Hluti þess hóps hefur síðar aflað sér starfsréttinda sem sjúkraliðar með stuðningi Landspítala. Árið 2019 var hrint úr vör tveggja ára tilraunaverkefni þar sem starfsfólki í aðhlyningu var boðið að taka námsleyfi til að leggja stund á sjúkraliðabráurnám. Verkefnið var skipulagt eftir samtal við Sjúkraliðafélag Íslands og fjölbrautaskólana í Breiðholti og Ármúla. Sjúkraliðabráurnám var skipulagt hjá Fjölbrautaskólanum við Ármúla, þar sem nemendur sóttu tíma einn dag í viku. Tólf starfsmenn í umönnunarstörfum á Landspítala hófu námið haustið 2019 og fengu 15 daga í námsleyfi í fimm annir. Tíu af þeim tólf sem hófu námið luku því og samkvæmt greiningu Landspítala var heildarkostnaður á hvern nema um 2,2 m.kr. Árið 2021 var ákveðið að halda verkefninu áfram en því lauk 2023. Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala er áhugi fyrir því að halda því áfram og er það nú til skoðunar.

Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala haustið 2024 hafa um 30% af starfandi sjúkraliðum (181), áður verið í starfi sem sérhæfður starfsmaður hjá spítalanum. Þá hafa um 5% þeirra sem hafa starfsheitið hjúkrunarfræðingur eða ljósmóðir og starfa á klínískum deildum áður unnið á spítalanum sem sjúkraliðar. Bendir þetta til að spítalinn hafi möguleika til að vinna markvisst að bættri stöðu beggja stétta með því að halda áfram að styðja starfsfólk til náms.

Mikilvægt er að hafa í huga að eftirspurn eftir þjónustu sjúkraliða er mikil og fer vaxandi. Með því að leggja kapp á að fjölga menntuðum sjúkraliðum bregst spítalinn bæði við veikleika í eigin mönnun en eykur jafnframt heildarframboð á starfskröftum stéttarinnar fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild. Því gætu skapast tækifæri fyrir þjónustuaðila utan spítalans, t.d. hjúkrunarheimili, að auka og bæta þjónustu sína og þar með stuðla að bættu flæði sjúklinga á milli þjónustustiga og draga úr álagi á Landspítala vegna þjónustu sem betur væri mætt utan hans.

Ríkisendurskoðun telur brýnt að Landspítali leggi áframhaldandi rækt við að styðja starfsfólk til náms. Spítalinn þarf að setja sér stefnubundin markmið í samvinnu við heilbrigðisráðuneyti um að hækka hlutfall sjúkraliða sem hafa áður verið í starfi innan spítalans og innleiða frekari hvata fyrir starfsfólk til að hefja og ljúka námi í hjúkrunarfræðum.

2.6 Nýting mannauðs

Við úttekt Ríkisendurskoðunar benti Landspítali á að raunviðvera ásamt framleiðni væri meðal þeirrar þátta sem stjórnendur klínískrar þjónustu fylgdust með og nýttu til daglegrar stjórnunar. Unnið væri að því að tryggja viðunandi framleiðni og afköst með minna sérhæfðum mannafla en áður án þess þó að það bitnaði á gæðum þjónustunnar, enda fyrirsjáanlegt að skortur á sérhæfðu starfsfólki yrði viðvarandi áskorun heilbrigðisþjónustunnar til næstu ára. Tækifæri væru til að draga úr vinnuálagi vegna einfaldari stjórnunarverkefna, t.d. vaktaskýrslugerð, þjónustu tengdri birgðahaldi, aðfangastýringu og eignaumsjón. Með því að efla stoðþjónustu hefur tekist að auka framleiðni hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða við umönnun sjúklinga. Sérstaklega hefur verið unnið að því að draga úr álagi á stjórnendur í hjúkrun, m.a. hvað snýr að umsýslu tæknibúnaðar, viðhaldi húsnæðis og innkaupum á húsbúnaði.

Innan hjúkrunar er gert ráð fyrir einum deildarstjóra hjúkrunar á hverri klínískri deild sjúkrahússins. Gert er ráð fyrir að sú staða snúist að fullu um stjórnun enda umfang mannauðs, rekstrar og

fagleggar ábyrgðar mikið. Þeim til aðstoðar eru aðstoðardeildarstjórar hjúkrunar sem hver sinnir stjórnun sem 60% af starfshlutfalli og klínískum störfum sem nema 40%.

Tafla 2.1 Yfirlit um skiptingu hjúkrunarfræðinga eftir starfsheitum (október 2024)

Starfsheiti	Fjöldi	Hlutfall
Framkvæmdastjóri	2	0,10%
Forstöðuhjúkrunarfræðingar	11	0,60%
Deildarstjórar hjúkrunar	64	3,2%
Deildarstjórar stoðdeilda	5	0,30%
Forstöðumenn fræðasviðs*	11	0,6%
Gæðastjóri	5	0,3%
Hjúkrunarfræðingar	1.650	82,8%
Mannauðsstjóri	4	0,20%
Sérfræðingur í hjúkrun	74	3,7%
Skrifstofustjóri	1	0,1%
Verkefnisstjóri	45	2,3%
Talsmaður sjúklinga	1	0,1%
Samtals:	1.991	100%

Heimild: Landspítali

Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala má áætla að 80–100% tíma lækna sem eru framkvæmdastjórar og forstöðulæknar teljist til stjórnunar en 20–50% tíma þeirra sem starfa sem yfirlæknar. Stjórnunarspönn- og ábyrgð yfirlækna er mjög breytileg eftir umfangi sérgreina. Gögn Landspítala sýna að hlutfall lækna sem gegna stjórnunarstöðum (forstöðumenn, framkvæmdastjórar og yfirlæknar) hefur haldist nokkuð stöðugt árin 2019–2024, eða um 14%.

2.6.1 Hlutastörf og breytileg yfirvinna

Árið 2021 var ráðist í styttingu vinnutíma hjá dagvinnu- og vaktavinnustarfsfólki á Landspítala eftir gerð nýrra kjarasamninga ríkisins. Eins og áður hefur komið fram var nokkur sveigjanleiki gefinn varðandi útfærslu styttingarinnar en nánast allar starfseiningar fóru þá leið að stytta vinnuvikuna niður í 36 klukkustundir. Eftir styttingu vinnuvinnunnar eru færri vinnustundir á bak við hvert stöðugildi. Vinnutími á viku var 40 klst. fyrir 100% starfshlutfall í dagvinnu en sá tími styttist í 36 klst. Í vaktavinnu er hann þó að meðaltali 33 klst. Því auk almennrar styttingar vinnuvinnunnar bætist við vægi vinnustunda og jöfnun vinnuskila eða allt að 17% stytting. Spítalinn bauð starfsfólki í vaktavinnu að hækka starfshlutfall sitt á móti fækkun vinnustunda í því skyni að koma í veg fyrir manneklu og hefur hlutfallið að jafnaði hækkað nokkuð þegar litið er til fjölmennustu starfsstétta spítalans.

Breytileg yfirvinna er stór hluti af launakostnaði Landspítala. Einsýnt er að mati spítalans að samdráttur í breytilegri yfirvinnu við núverandi aðstæður, þ.e. mönnunarstig og álag, myndi hafa neikvæð áhrif á afköst. Bendir það til þess að mannauður spítalans sé undir of miklu álagi.

Tafla 2.2 Dagvinnu-, yfirvinnu- og fjarvistastöðugildi (án lækna) 2019–2024*

	Dagvinnustöðugildi	Yfirvinnustöðugildi	Fjarvistastöðugildi
2019	3.743,7	169,3	787,6
2020	3.828,3	158,5	773,3
2021	4.067,2	213,6	918,4
2022	4.241,9	306,6	991,5
2023	4.317,8	286,3	955,7
2024	4.472,3	299,3	1.026,8

**Yfirvinnustöðugildi eru reiknuð út frá unninni og greiddri yfirvinnu. Fjarvistastöðugildi eru reiknuð út frá öllum greiddum fjarvistum s.s. veikindum, orlofi og annarri launaðri fjarveru. Hvoru tveggja er leiðrétt fyrir styttingu vinnuvikunnar árið 2021.*

Heimild: Landspítali

Samkvæmt svörum spítalans er ljóst að hópur starfsfólks í hlutastarfi hafi auk þess talsverða yfirvinnu og að hætt sé við að í einhverjum tilvikum sé það gert með kerfisbundnum hætti þótt erfitt sé að fullyrða um það. Til að bregðast við þessu fylgist spítalinn annars vegar sérstaklega með slíkum tilvikum og er viðkomandi stjórnendum þá falið að hefja samtal um hækkað starfshlutfall. Hins vegar hefur spítalinn tekið upp í miðlæga kjarasamninga sérstök ákvæði um yfirvinnu 1 og yfirvinnu 2., þar sem yfirvinna 1 er greidd upp að fullu starfshlutfalli á tilteknum tíma sólahrings með lægra tímagjaldi en yfirvinna 2.

Landspítali lagði áherslu á í svörum sínum til Ríkisendurskoðunar að ekki væru dæmi þess að deildir væru undirmannaðar í þeim tilgangi að hækka yfirvinnuhlutfall. Benda verður á að þær aðstæður geta og hafa komið upp, að það sé gott fyrir Landspítala að geta kvatt starfsfólk í hlutastarfi til starfa á yfirvinnukaupi með stuttum fyrirvara. Það bíður upp á sveigjanleika til að takast á við óvæntar aðstæður. Þrátt fyrir það er ljóst að mati stjórnenda Landspítala að almennt leiði þetta fyrirkomulag til skerts fyrirsjáanleika varðandi mönnun, aukins álags og umstangs við að manna vaktir og gera vaktaáætlanir, auk þess sem flækjustig eykst varðandi reglur um hvíldartíma og frítöku.

Ríkisendurskoðun telur brýnt að Landspítali fylgist markvisst með yfirvinnu-greiðslum til starfsfólks í hlutastörfum og grípi til aðgerða til að lækka hlutfall breytilegrar yfirvinnu. Skilgreina verður raunhæf markmið í því sambandi og vinna kerfisbundið að því að ná þeim án þess að þjónusta við sjúklinga líði fyrir.

2.6.2 Vaktaskipulag og hvíldartímabrot

Landspítali gerði tilraun til innleiðingar miðlægrar vaktagerðar árin 2016–2022. Hún tókst ekki. Ný framkvæmdastjórn hefur endurnýjað áherslu á þetta frá árinu 2023 enda talið að tíma fagfólks í slík verkefni sé ekki vel varið. Unnið er að því að koma á miðlægri vaktagerð þvert á starfsemina með því að ráða til starfa vaktasmiði á hverri sviðsskrifstofu. Það á að tryggja nálægð við stjórnendur sviðanna og aukinn skilning á starfsemi hvers sviðs. Markmiðið er að vaktaskýrslur séu lagðar fram með þeim hætti að skipting vakta milli starfsfólks sé með eðlilegum hætti og að hvíldartímabrot séu lágmörkuð. Á þeim deildum þar sem þessu fyrirkomulagi hefur enn ekki verið komið á eru hjúkrunarfræðingar og/eða læknar að sjá um vaktaskýrslugerð og er talið að um 10–20% starfshlutfall fari í það.

Unnið er að endurskoðun á vaktafyrirkomulagi allra lækna á Landspítala en í þeirri vinnu hefur m.a. verið litið til raunviðveru, útkallstíðni og fjölda símtala á vöktum. Með breyttri mönnun og færni lækna í húsi á hverjum tíma, m.a. með tilkomu sérnáms og breiðari hóps lækna hafa skapast forsendur til að minnka áherslu á vaktþjónustu lækna utan hefðbundins vinnutíma sem lítið eru nýtt samhliða því að tryggja viðeigandi viðveru lækna með rétta ákvarðanahæfni á öllum stigum þjónustunnar. Hér mun því koma til aukin viðvera sérfræðilækna og reyndari sérnámslækna í húsi á viðeigandi álagstímum. Miðað er að því að þessari endurskoðun ljúki 30. mars 2025. Benda verður á að þau upplýsingakerfi sem notuð hafa verið til vaktaskýrslugerðar lækna, Vinna og Vinnustund, hafa reynst ónothæf. Vaktaskemu lækna hafa því verið vistuð á ýmsa vegu sem hefur komið í veg fyrir viðunandi yfirsýn og samhfingu. Vonir standa til þess að nýtt vaktavinnukerfi ríkisins muni leysa þetta en innleiðing þess er í undirbúningi hjá Fjársýslu ríkisins.

Ríkisendurskoðun óskaði eftir upplýsingum um hvíldartímabrot á Landspítala á árunum 2019–2024. Á því tímabili voru samþykkt að meðaltali 9.289 brot á ári sem stofnuðu til hvíldartökuréttis af hálfu starfsfólks. Athygli vekur að í heildina voru samþykktar 182.726 hvíldartímastundir vegna brotanna. Ef miðað er við verðlag og launaforsendur hvers árs er uppsafnaður kostnaður meira en milljarður. Þar af eru 159,7 m.kr. vegna ársins 2024 sem tekur þó ekki tillit til brota í nóvember og desember auk þess sem ekki hefur verið leiðrétt vegna nýgerðra kjarasamninga.

Landspítali verður að tryggja viðunandi yfirsýn yfir vaktaskipulag alls starfsfólks og vinna markvisst að því að draga úr umfangi hvíldartímabrota. Samræmd gerð vaktaskipulags þvert á spítalann þarf að vera tryggð og innleiða markvisst eftirlit af hálfu kjaradeildar líkt og boðað hefur verið með hlutlægum árangursmælikvörðum.

2.6.3 Heilbrigðistækni

Hagnýting á heilbrigðistækni mun gegna lykilhlutverki í heilbrigðisþjónustu til framtíðar og er lykillinn að því að auka skilvirkni og bæta nýtingu mannauðs. Með hugtakinu heilbrigðistækni er í dag átt við t.d. stafrænar lausnir, fjarlækningar, hagnýtingu gervigreindar auk sjálfvirkni- og tæknilausna sem styðja við störf heilbrigðisstarfsfólks og bæta þjónustu við sjúklinga. Vísað er til markmiða tengdum heilbrigðistækni í þremur af sjö lykilviðfangsefnum núgildandi heilbrigðisstefnu sem endurspeglast með almennum hætti í 3–5 ára stefnuáherslum Landspítala:

Nýting gagna

Stafrænar lausnir eru þróaðar og nýttar á öllum starfssviðum spítalans. Ýtt er undir sjálfvirkni sem styður við starfsfólk og bætir upplifun og öryggi sjúklinga.

Tækjakostur

Landspítali er ávallt búinn öflugum tækjabúnaði sem nauðsynlegur er til að gegna hlutverki háskólasjúkrahúss í fremstu röð

Nýsköpun

Gróskumilil nýsköpun á sér stað innan Landspítala og í samstarfi við fyrirtæki og stofnanir með það að markmiði að auka gæði þjónustunnar og bæta vinnuastöðu starfsfólks

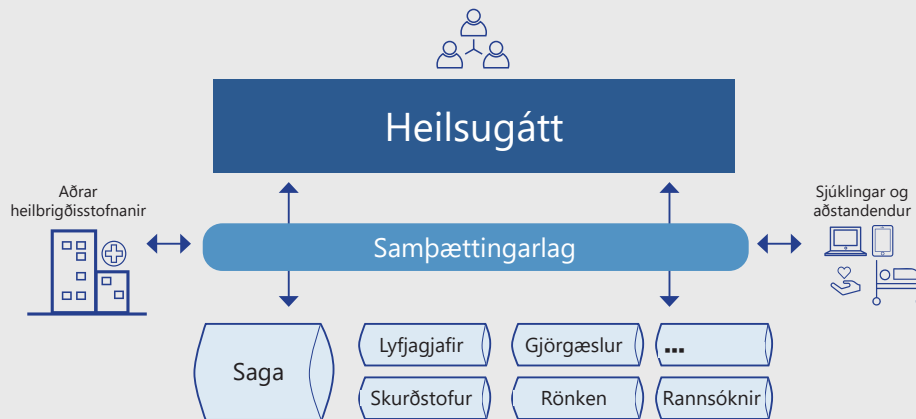
Þróun og innleiðing nýrra tæknilausna við meðferð sjúklinga, í upplýsingatækni og við þróun klínískra kerfa hefur orðið sífellt stærri og mikilvægari þáttur í starfsemi Landspítala líkt og á háskólasjúkrahúsum nágrannalanda Íslands. Því er mikilvægt að stefnumótun sé skýr að þessu leyti og sér þess víða stað í stefnu, áherslum og starfsáætlunum spítalans.

Með nýlegum breytingum á stjórnskipulagi Landspítala var stofnað þróunarsvið sem fékk það hlutverk að stuðla að stöðugum umbótum og nýsköpun með því að þróa nýjar lausnir og bæta þjónustu almennt. Einnig var komið á fót nýrri stöðu yfirlæknis stefnu og þróunar lækninga sem er ætlað að styrkja faglegar ákvarðanir um upplýsingatækni og aðrar tæknilausnir. Á sviðinu starfa um 100 manns og er því ætlað að vera miðlægt í ferlavæðingu spítalans.

Mikil tækifæri felast í stafvæðingu og aukinni hagnýtingu upplýsinga, t.d. til að styrkja stefnumótun og ákvarðanatöku en ekki síst til að styðja við markvissari meðferðir í þágu sjúklinga. Í þessu samhengi er gagnadrifinn spítali og þar með stafræn þróun ein af áherslum Landspítala. Til grundvallar stafrænni vegferð liggja raungögn um starfsemina í vöruhúsi gagna en áherslan verður ekki síður á að horfa til framtíðar, t.a.m. með spálíkönun.

Heilsugátt

Heilsugátt (e. *Clinical portal*) er kjarnaverkefni í stafrænni þróun Landspítala. Gáttinni er ætlað að auðvelda heilbrigðisstarfsmönnum að halda utan um upplýsingar og verkefni og bæta upplýsingaflæði milli heilbrigðisstarfsmanna. Þannig er unnið að því að aðgengi að öllum gögnum sjúklings séu á einum stað. Þetta gildir t.a.m. um tímaröð atburða og aðgerða sem tengjast sjúklingum og heilsugáttin þjónar þannig sem miðlæg upplýsingaveita í sjúkraskrárkerfum Landspítala.



Heilsugátt þjónar einnig mikilvægu hlutverki í miðlun upplýsinga við aðrar heilbrigðisstofnanir og er spítalinn tengdur um 90 stofnunum í gegnum gáttina. Þá birtist Heilsugátt gagnvart notendum þjónustunnar og aðstandendum í LSH smáforritinu og stefnt er að því að það renni saman við island.is eftir 1-2 ár, ásamt upplýsingakerfinu Heilsuveru (sem er á ábyrgð ráðuneytis og embættis landlæknis).

Frekari þróun á Heilsugátt felur í sér ýmsa möguleika. Til sérstakrar skoðunar eru m.a. verkefni um flýtimóttöku og útskriftir sjúklinga í því skyni að bæta upplýsingar og flæði sjúklinga. Tækifæri felast í aukinni hagnýtingu og enn eru ekki allar einingar spítalans að nýta til fulls þá möguleika sem í Heilsugátt felast. Unnið er að því að bæta þar úr.

Heilsugátt er ekki einangrað upplýsingakerfi heldur má líta á hana sem framenda á þá gagnagrunna sem til staðar eru. Líkt og gildir um önnur upplýsingakerfi þarf að tryggja rekstraröryggi og hraða með auknu gagnamagni og álagi. Í þeim efnum eru ýmis verkefni fram undan, s.s. endurbætur á bakenda og öryggisúttekt.

Í nýlegu erindi ráðherra var bent á að áætlaðar umbætur á sviði stafvæðingar geti leitt til um 9% lækkunar á heildarkostnaði á Landspítala árið 2040. Í þessu samhengi þarf að horfa til þess að þrátt fyrir þann árangur sem þegar hefur náðst hefur ófullnægjandi fjármögnun hamlað framþróun. Þau tækifæri sem felast í aukinni innleiðingu stafrænna lausna eru umtalsverð, ekki síst með tilkomu gervigreindarlausna, og möguleikar skapast til að létta verkefnum af heilbrigðisstarfsfólki. Horfa þarf til þess að árangur mun ekki nást tímanlega nema að stutt sé við verkefnin og eru nágrannabjóðir þegar á þeirri vegferð.

Fyrirkomulag fjármögnunar tæknilegrar þróunar og viðhalds tækjabúnaðar er þannig háttað að fjármunum er ráðstafað í tilteknar nefndir sem eru fimm talsins og hafa hver sín þróunarverkefni. Þessar ráðstafanir hafa ekki reynst nægilega markvissar og ekki verið nægjanlega vel skilgreindur þáttur í fjármögnun spítalans.



Sem dæmi má nefna að verkefni fjárfestingarnefndar hafa verið undirfjármögnuð undanfarin ár, en tæplega verður horft til þróunar í heilbrigðistækni á markvissan hátt nema að grunntækjabúnaður spítalans sé í ásættanlegu horfi. Ef svo er ekki er hætt við að slík staða geti leitt til flöskuhálsa sem hafa áhrif á skilvirkni og heildarkostnað, t.d. þannig að húsnæði nýtist illa ef nægjanlegur tækjabúnaður er ekki til staðar. Fjallað var um þessi fjárfestingarframlög í [skýrslu](#) Ríkisendurskoðunar um fjármögnun og áætlanagerð Landspítala sem kom út árið 2024.

Einnig vekur athygli að fjármagn sem ráðstafað hefur verið í stafræna framþróun og aðra nýsköpun hefur verið fast undanfarin ár óháð framþróun í tækni og möguleikum á aukinni hagkvæmni með nýjum lausnum. Þótt þróunarnefnd hafi verið eyrnamerktað um 400 m.kr. á ári hefur kostnaður í ýmsum tilvikum verið bókaður á rekstur þegar um eiginlega fjárfestingu er að ræða en vinna við stafræna þróun hefur að mestu leyti verið á höndum spítalans sjálfs. Fyrir liggur að fjárfestingar í tækjakosti og hugbúnaði sem gert er ráð fyrir í tengslum við uppbyggingu á Hringbraut hafi leitt til samdráttar í fjármögnun framangreindra þátta undanfarin ár.

Verkefnahópur Landspítala sem vann að því að skilgreina stjórnhætti klínískra kerfa á spítalanum skilaði niðurstöðum sínum í lok árs 2024. Tillögur starfshópsins fela í sér ýmis atriði sem geta stutt við áætlanir um innleiðingu heilbrigðistækni. Þannig er bent á mikilvægi þess að innleiða klíníska áhættustjórnun með formlegum hætti en skort hefur á að skilgreina slíka ferla innan spítalans. Bent er á að skýr krafa er þar um í stjórnunarstaðlinum ISO 7101:2023 og í skýrslu starfshópsins kemur fram að veruleg áhersla er á slíka nálgun í sjúkrahúsum erlendis. Þegar notast er við niðurstöður slíkrar áhættustýringar á starfseminni ættu þær að hafa skýra tilvísun í ákvarðanir um forgangs röðun í heilbrigðistækni. Aðrar tillögur starfshópsins fela m.a. í sér að sett verði á laggirnar stefnuráð klínískra kerfa sem ætlað er að horfa til ákvarðana varðandi stafrænar lausnir og heilbrigðistækni, þ.m.t. samþættingu við stýrihóp ráðherra sem fjallar um þau málefni í heilbrigðisþjónustunni.

Ríkisendurskoðun telur að Landspítali þurfi að taka áætlanagerð og stefnumótun um heilbrigðistækni enn fastari tökum í samvinnu við heilbrigðisráðuneyti í því skyni að tryggja framgang verkefna. Grunnur að því starfi hefur verið mótaður innan Landspítala með nýjum áherslum í skipulagi spítalans, t.d. með nýju þróunarsviði, en tryggja þarf að starfsáætlanir þar um endurspeglar í áætlunum um kostnað, sbr. fjárfestingaráætlun Landspítala í tækjum og búnaði.

Mikilvægt er að samræmingarhlutverk heilbrigðisyfirvalda sé tryggt. Í því samhengi má nefna að ekki er augljóst að gerð/þróun stafrænna lausna sé einkum unnin innan Landspítala og að það verkefni sé fjármagnað með rekstrarfé Landspítala enda sé þeim lausnum einnig ætlað að gagnast öðrum heilbrigðisstofnunum. Sérstakur [stýrihópur](#) um þróun og stefnumótun um stafrænar lausnir og heilbrigðistæknilausnir var skipaður af ráðherra í árslok 2022. Í [áfangaskýrslum](#) sínum hefur starfshópurinn m.a. lagt áherslu á frekari innleiðingu og eflingu fjarheilbrigðisþjónustu, samþættingu heilsugáttar og annarra sjúkraskrárkerfa eftir þörfum hvernar stofnunar, ásamt aukinni beitingu gervigreindar svo að dæmi séu nefnd.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að heilbrigðisráðuneyti móti skýra stefnu, sem taki mið af tillögum stýrihópsins, um samræmingu heilbrigðistækni milli heilbrigðisstofnana, ekki síst um hlutverk hvers og eins, þ.m.t. Landspítala sem leiðandi þjóðarsjúkrahúss. Það liggur t.a.m. ekki fyrir að það sé hlutverk Landspítala að samræma uppbyggingu stafrænna innviða í heilbrigðiskerfinu, en engu að síður þarf hlutverk hans að vera skýrt þar sem hann bæði þróar og rekur stóran hluta þeirra innviða.

3 Mönnunarviðmið, eftirlit og gæðastjórnun

3.1 Faglegar kröfur um mönnun heilbrigðisstétta

Í 24. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu er kveðið á um skyldu heilbrigðisráðherra til að setja reglugerð um faglegar lágmarkskröfur til reksturs heilbrigðisþjónustu á einstökum sviðum. Fram kemur að reglugerðin eigi að byggjast á þekkingu og aðstæðum á hverjum tíma og skuli endurskoðuð reglulega. Að fengnum tillögum landlæknis og að höfðu samráði við viðkomandi fagstéttir skal kveða á um lágmarkskröfur um mönnun, húsnæði, aðstöðu, tæki og búnað til reksturs heilbrigðisþjónustu.

Samsvarandi ákvæði er í 6. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu. Þar er embætti landlæknis falið að hafa reglubundið eftirlit með að tilgreind skilyrði séu uppfyllt. Reynist misbrestur þar á hefur embættið heimildir til að beina tilmælum um úrbætur til viðkomandi aðila. Samhliða gildistöku beggja fyrrgreindra lagabálka setti heilbrigðisráðherra reglugerð nr. 786/2007 um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur. Þar segir í 11. gr. um mönnun:

Fjöldi heilbrigðisstarfsmanna skal taka mið af umfangi og eðli þjónustunnar og aðstæðum hverju sinni.

Framangreindar kröfur um mönnun lýsa markmiðum og hafa staðið óbreyttar í fjölda ára. Í þeim felast ekki hlutlæg viðmið um mönnun og ákvörðun slíkra viðmiða hefur ekki verið fest í sessi með afdráttarlausum kröfum í garð heilbrigðisstofnana um gerð mönnunaráætlana. Undanfarin ár hafa þó verið gerðar vissar ráðstafanir sem hafa m.a. miðað að því að beina sjónum að útfærslu á framangreindum kröfum, s.s. í áætlun landlæknis um gæðapróun sem og í tengslum við nýlegar breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu hvað varðar innra eftirlit.

Í 11. gr. laga um landlækni og lýðheilsu segir að landlæknir skuli gera áætlun um gæðapróun innan heilbrigðisþjónustunnar. Núgildandi áætlun var staðfest af ráðherra árið 2018, sbr. [Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019–2030](#). Henni er ætlað að veita leiðsögn til aðila sem veita heilbrigðisþjónustu um hvaða kröfur eru gerðar til þeirra og hvernig megi uppfylla þær kröfur. Í áætluninni eru skilgreindir fjórir lykilþættir sem veitendur heilbrigðisþjónustu þurfa að haga starfsemi sinni í samræmi við.

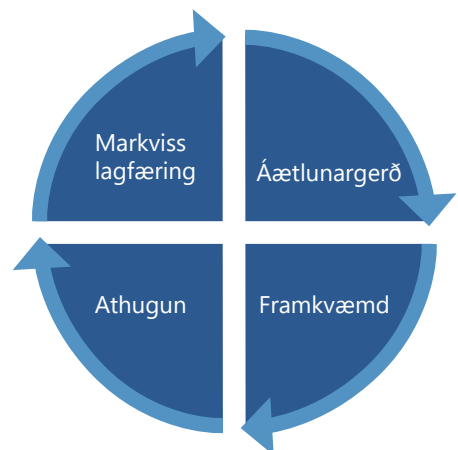
Umbótarferli og stjórnskipulag	• Kerfisbundið og markvisst umbótastarf • Stjórnskipulag í samræmi við stærð, umfang og áhættu • Skráðar verklagsreglur, vinnu- og starfslýsingar m.m.m. ábyrgðar
Gæðavísar	• Landsgæðavísir ákvarðaðir af embætti landlæknis • Valgæðavísir ákvarðaðir af viðkomandi sem lýsa gæðum frá sjónarhóli notenda, stjórnenda og starfsfólks
Skráning og úrvinnsla atvika	• Uppfylla ákvæði 9. gr. laga 41/2007 um landlækni og lýðheilsu um skráningu og úrvinnslu alvarlegra atvika • Innleiðing og notkun á Datix atvikaskráningarkerfi
Þjónustukannanir	• Reglubundnar kannanir um reynslu notenda af þjónustu viðkomandi • Niðurstöður nýttar við umbætur á skipulagi þjónustu

Í samhengi mönnunar Landspítala er tilefni til að líta sérstaklega til fyrstu tveggja þáttanna, þ.e. viðmið um umbótaferli og stjórnskipulag annars vegar og gæðavísar hins vegar.

3.1.1 Kröfur um stjórnskipulag og gæðastjórn

Hvað snýr að umbótaferlum og stjórnskipulagi heilbrigðisþjónustunnar er áætlunin almenns eðlis, enda er henni ætlað að ná til allra aðila sem heyra undir eftirlit embættisins sem veitendur heilbrigðisþjónustu. Kjarninn í þeim leiðbeiningum sem áætlunin felur í sér er að skipulag og gæðastarf veitenda sé í samræmi við gæðahring Demings (sjá mynd) en margar leiðir eru mögulegar til að ná því markmiði. Að sama skapi eru kröfur um að skipulag viðkomandi sé í samræmi við umfang starfseminnar og þá áhættu sem henni er samfara mjög matskenndar. Í stuttu máli má segja að gæðaaætlunin feli ekki í sér neinar afdráttarlausar kröfur eða viðmið um stjórnunarkerfi (e.

Management System) Landspítalans. Engin skýr krafa er t.d. um hvaða skilyrði áætlanagerð heilbrigðisstofnana á borð við Landspítala þarf að uppfylla, m.a. hvað snýr að mönnun. Kröfurnar eru settar út frá markmiðum um frammistöðu (e. *performance based*) frekar en sem forskrift (e. *prescriptive*) og veita embætti landlæknis svigrúm til að beita faglegu mati.



Stjórnunarkerfi (e. *Management system*)

Stjórnunarkerfi er sú aðferðarfræði sem skipulagsheild beitir til að stýra innbyrðis tengdum þáttum í starfsemi sinni til að ná settum markmiðum. Þessi markmið geta tengst þáttum eins og gæðum vöru eða þjónustu, skilvirkni, öryggi o.fl. Flækjustig kerfisins fer eftir eðli og umfangi starfseminnar. Fyrir flóknari starfsemi eykst að jafnaði krafa um skjölun ferla og skráningu gagna í því skyni að sýna fram á að markmiðum sé náð og kröfur uppfylltar (þ.m.t. lagalegar). Kerfisbundin nálgun af þessum toga tryggir betur en ella að áhætta sem fylgir starfseminni sé ígrunduð.

Dæmigert er að stjórnvöld setji fram lágmarkskröfur um stjórnunarkerfi fyrir flókna starfsemi þar sem öryggi skiptir miklu máli. Slíkar kröfur geta byggt á stöðlum og/eða regluverki. Nýlega kom út alþjóðlegur staðall um gæðastjórnun í heilbrigðisþjónustu hjá skipulagsheild (ISO 7101:2023). Staðallinn er dæmi um kröfur til stjórnunarkerfis sem fjalla um gæðastjórnun á víðum grunni í heilbrigðisþjónustu. Kröfur um áhættumat í starfseminni (þ.m.t. í klínískri starfsemi) og ráðstafanir um öryggi sjúklinga eru hluti af þeim kröfum.

Í samhengi krafna um áætlanagerð má benda á að í 7. gr. reglugerðar nr. 1111/2020 um heilbrigðisumdæmi og hlutverk, starfsemi og þjónustu heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa er heilbrigðisstofnunum allra heilbrigðisumdæma gert að leggja fram þarfagreiningar og áætlanir um starfsemi sína, sem taka m.a. til mönnunar og mönnunarþarfar. Engin slík krafa er sett fram með afdráttarlausum hætti gagnvart Landspítala. Stjórnendur spítalans fylgjast með þeim forsendum sem helst ráða þeirri þjónustuþörf sem spítalinn þarf að mæta, s.s. lýðfræði þjóðarinnar, álagi vegna ferðamanna o.s.frv. en lögbundnar kröfur þess efnis og nákvæmari útlistun á tilhögun og framkvæmd slíkra greininga eru ekki ótvíræðar.

3.1.2 Gæðavísar

Í 11. gr. laga um landlækni og lýðheilsu kemur fram að landlæknir skuli meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar samkvæmt mælikvörðum sem settir eru af ráðherra með reglugerð. Sú hefur strangt til tekið ekki verið raunin því í 6. gr. reglugerðar nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar er veitendum þjónustunnar gert skylt að velja lýsandi gæðavísa eftir tilteknum viðmiðum. Í sömu grein er landlækni falið að hafa eftirlit með að þeir gæðavísar standist kröfur og skilgreini landsgæðavísa til að tryggja samanburðarhæfni á árangursmælingum milli aðila. Landsgæðavísar sjúkrahúsa eru skilgreindir í fyrrnefndri áætlun landlæknis um gæðapróun en enginn þeirra tekur með beinum hætti á mönnun.

Gæðavísar eru mælikvarði á útkomu tiltekinna ferla en fela ekki í sér eiginlegar kröfur um forsendur, gerð og stýringu á ferlum, og eiga lítið skylt við kerfisbundna nálgun á gæðastjórnun. Á grundvelli gæðavísa er mögulegt að setja markmið um árangur, t.d. hvað snýr að mönnun eða mönnunarstigi. Hlutfall hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum er einn þeirra valgæðavísa sem Landspítali hefur þróað og heilbrigðisráðherra tekið upp sem árangursmælikvarða við gerð fjármálaáætlana og fjárlaga.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að heilbrigðisráðuneyti og Landspítali þrói ítarlegri og fjölbreyttari gæðavísu í samvinnu við embætti landlæknis sem lýsa mönnun og mönnunarstigi heilbrigðisþjónustunnar.

3.2 Nýmæli um innra eftirlit og skipulag heilbrigðisstofnana

Með breytingalögum nr. 103/2023 var tekin upp ný grein í lög um heilbrigðisþjónustu sem kveður á um skyldu heilbrigðisstofnana til að skipuleggja starfsemi sína þannig að starfsfólk geti staðið við lögbundnar skyldur og að viðhaft verði virkt innra eftirlit með starfsemi og þjónustu. Þessi breyting tók gildi 1. september 2024 og var heilbrigðisráðherra fengin heimild til að setja nánari ákvæði í reglugerð um innra eftirlit heilbrigðisstofnana. Í greinargerð lagafrumvarpsins kom eftirfarandi fram:

Ákvæðið hefur í för með sér að veitendum heilbrigðisþjónustu verður skylt að sjá til þess að starfsemi þeirra sé mönnuð á fullnægjandi hátt með starfsfólki sem hefur nauðsynlega fagþekkingu, tækjabúnaður sé viðunandi miðað við starfsemi og skýr skipting á ábyrgð, verkefnum, verkferlum o.s.frv.

Krafan um innra eftirlit á sér fyrirmynd í norskum lögum um sama efni en þar eru þó að finna skýrari kröfur um stjórnunarkerfi en í gildandi lagabálkum hér á landi. Að mati Ríkisendurskoðunar er óvenjulegt að gera ráð fyrir virku innra eftirliti heilbrigðisstofnana sem styðja eigi við fullnægjandi mönnun án skýrari kröfu um stjórnunarkerfi sem eftirlitið mun bæði vera hluti af og beinast að.

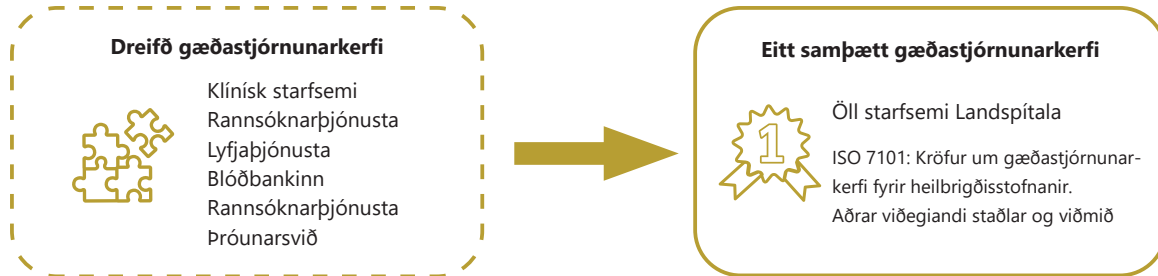
Samkvæmt svörum heilbrigðisráðuneytis við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar er fyrirhugað að setja reglugerð um innra eftirlit aðila sem veita heilbrigðisþjónustu. Litið verði til þess hvernig slíkt eftirlit er útfært á öðrum Norðurlöndum. Ríkisendurskoðun óskaði jafnframt eftir upplýsingum frá ráðuneytinu um áform varðandi frekari reglusetningu um stjórnunarkerfi veitenda heilbrigðisþjónustu. Í svari ráðuneytisins var vísað til þess að ýmis kerfi séu nú þegar hagnýtt af heilbrigðisstofnunum og Landspítala sérstaklega til að stjórna kostnaði og bæta gæði umönnunar (DRG, ACG og RAI) sem og notkun á leiðbeinandi efni frá Bretlandi þar um (NICE). Jafnframt að einstaka heilbrigðisstofnanir hefðu tekið upp stjórnunarstaðla og að nýlegur staðall frá Alþjóða staðlasamtökunum (ISO 7101) gæti nýst við reglusetningu.

3.3 Fyrirkomulag gæða- og áhættustjórnunar á Landspítala

Við undirbúning þeirra skipulagsbreytinga sem voru gerðar hjá Landspítala árin 2023 og 2024 kom fram að einn af skipulagslegum veikleikum spítalans væri hversu takmörkuð áhersla hefði verið lögð á að samhæfa, stýra og þróa miðlæga ferla. Í kynningu forstjóra fyrir stjórn spítalans í ágúst 2023 var bent á að þetta hefði m.a. unnið gegn miðlun góðra starfshátta milli eininga og hækkað rekstrarkostnað. Vinnuskipulag, starfslýsingar og áætlanir um þróun mannauðs (e. *competence planning*) væru brotkenndar og ólíkar milli sviða. Ekki væri horft til þróunar þjónustu spítalans til framtíðar með samræmdum hætti við ákvarðanir. Gagnasöfnun væri áfátt og ekki nægilega vel hugað að langtímaáætlunum um framleiðslu spítalans.

Eftir umfjöllun stjórnar og framkvæmdastjórnar ákváðu stjórnendur spítalans að koma á einu samþættu gæðastjórnunarkerfi og var ný gæðadeild var sett á laggirnar í ársbyrjun 2024. Verkefnið er umfangsmikið og ljóst að byggja þarf upp bætta menningu gæðastjórnunar innan spítalans. Sú vinna er í gangi. Við innleiðingu á einu samþættu gæðastjórnunarkerfi verða

kröfur í nýlegum staðli um gæðastjórnunarkerfi á heilbrigðisstofnunum, ISO 7101 hafðar til hliðsjónar og verður tekin afstaða til áætlana um innleiðingu staðalsins á síðari stigum. Sértekir staðlar munu áfram eiga við á tilteknum einingum t.a.m. vegna kröfu um faggildingu á rannsóknarstofum o.fl. Eignarhald og ábyrgð á útfærslu ferla verður innan viðeigandi einingar spítalans en gæðadeildin verður til stuðnings og mun tryggja samhæfingu. Skjölun verður í sérhæfðu upplýsingakerfi.

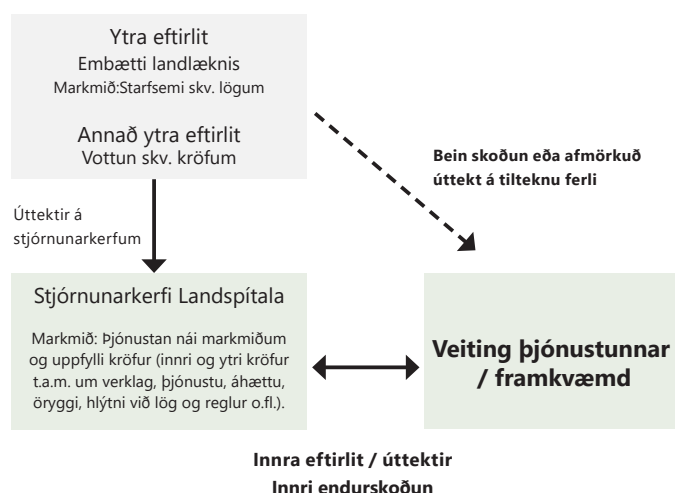


Með samþættu gæðastjórnunarkerfi ætlar spítalinn sér að styrkja gerð mönnunaráætlana og þróa miðlægar verklagsreglur um greiningu á þörf og afköstum (e. *capacity planning*). Við ákvörðun og innleiðingu slíkra reglna meggi gera ráð fyrir að skoðuð verði samræmd viðmið um samsetningu heilbrigðisstarfsfólks, þróun næmnigreininga og skilgreiningu viðbragða vegna flöskuhálsa eða frávika í afkastagetu. Meðal þess sem ISO 7101 gerir kröfu um er kerfi fyrir áhættustjórnun í allri starfsemi spítalans. Áhættumat hefur verið unnið með ólíkum hætti milli klínískra eininga spítalans en hefur ekki verið formgert með samræmdum hætti hingað til. Einn þeirra þátta sem áhættumat og áhættustjórnun mun taka til er áhætta vegna manneklu.

Ríkisendurskoðun leggur áherslu á að Landspítali fylgi eftir fyrirætlunum sínum um innleiðingu ISO 7101 staðalsins um kröfur um gæðastjórnunarkerfi fyrir heilbrigðisstofnanir og að heilbrigðisráðuneyti styðji við þá vinnu. Samhliða þarf heilbrigðisráðuneyti að endurskoða reglugerð nr. 786/2007 um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur, setja boðaða reglugerð um tilhögun innra eftirlits og leggja mat á hvort breyta þurfi framkvæmd og forsendum eftirlits með faglegum lágmarkskröfum. Við reglusetningu innra eftirlits í samræmi við ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu þarf m.a. að huga að skörun við ákvæði 65. gr. laga nr. 123/2015 um opinber fjármál sem kveður m.a. á um framkvæmd innra eftirlits.

3.4 Samspil innra og ytra eftirlits

Flókin og umfangsmikil starfsemi, á borð við þá heilbrigðisþjónustu sem Landspítala er falið að veita kallar á bæði virkt ytra og innra eftirlit. Almennu hefur ytra eftirlit af hálfu opinberra eftirlitsaðila í auknum mæli lagt áherslu á eftirlit með stjórnunarkerfum þó svo að jafnframt þurfi að gera ráð fyrir afmörkuðum skoðunum eða úttektum á tilteknum einingum eða ferlum. Helsta ástæðan er sú að eftirlitsstofnanir hafa í nær engum



tilvikum nægan mannskap né nógu sérhæfða þekkingu á öllum viðkomandi sviðum til að viðhafa náð eftirlit með öllum þáttum starfseminnar á reglubundinn og kvikan hátt. Eðli málsins samkvæmt er skýr krafa um vel skilgreint stjórnunarkerfi forsenda slíkrar tilhögunar. Sem fyrr segir er því ekki til að dreifa í tilfelli Landspítala og hefur ytra eftirlit landlæknis því beinst að afmörkuðum einingum og vöktun á gæðavisum. Einn af ábötum innleiðingar á heildstæðu og vel skilgreindu stjórnunarkerfi sem uppfyllir viðurkennda staðla er að það styður við skilvirkt og árangursríkt innra og ytra eftirlit.

Embætti landlæknis hefur ekki sett fram sértækar kröfur um mönnun heilbrigðisstétta hjá Landspítala eða öðrum sjúkrahúsum sem veita þriðja stigs heilbrigðisþjónustu. Landlæknir hefur þó birt sérstök [viðmið um skurðstofustarfsemi](#). Aftur á móti hefur embættið gert ítrekaðar athugasemdir við bæði húsnæði og mönnun Landspítala í úttektum sínum, skýrslum og minnisblöðum, sbr. yfirlit í kafla 1, og beint því bæði til Landspítala og heilbrigðisráðuneytis að gera verði úrbætur á stöðunni.

Minnisblöð embættis landlæknis

Á tímabilinu 2020–2024 bárust ráðherra sjö minnisblöð frá landlækni sem varða mönnun og afkastagetu Landspítala (flæði sjúklinga). Aðdragandi minnisblaðanna er einkum stöðumat í kjölfar úttekta en einnig er vísað til þess að upplýsingar úr fjölmiðlum og frá stjórnendum um ófremdarástand hafi leitt til nánari athugunar, sér í lagi á stöðu bráðamóttökunnar. Í minnisblaði til heilbrigðisráðherra í maí 2021 lýsti landlæknir því yfir að móttakan uppfyllti ekki ákvæði laga og reglugerða um faglegar lágmarkskröfur til reksturs heilbrigðisþjónustu, hvorki hvað varðar mönnun né húsnæði. Á tímabilinu nóvember 2021 til júní 2022 sendi embættið ráðherra þrjú minnisblöð þar sem svipuðum vanda er lýst sem fari versnandi, fjöldi einstaklinga á bráðamóttöku sé of hár, hlutfall þeirra sem legggist inn á legudeild innan viðmiðs um 6 klst. bið sé alltof lágt, raunmönnun miðað við vaktaskipulag væri undir viðmiðum og að álag væri farið hafa verulega neikvæð áhrif á starfsfólk sem lýsti uppgjöf og vonleysi. Síðasta minnisblað tímabilsins er frá janúar 2024 sem lýsir eftirlitsferð embættisins á bráðamóttöku spítalans í janúar 2024 og að umbætur hafi ekki dugað til að bæta úr því ástandi sem hafi verið viðvarandi síðustu ár.

Meðal tillagna sem komið hafa fram frá landlækni til ráðherra er að fjölga þurfi gjörgæsluplássum, leita leiða til að bæta mönnun í hjúkrun, huga að starfskjörum heilbrigðisstarfsfólks, gera úttekt á áhrifum vaxandi fjölda ferðamanna, fjölga úrræðum fyrir aldraða, mennta fleira heilbrigðisstarfsfólk og efla og auðvelda samstarf Landspítala við aðrar heilbrigðisstofnanir. Ein tillaga embættisins var að jafnvel þyrfti að skipa innlagnarstjóra sem starfaði í umboði ráðherra og gæti samræmt innlagnir þvert á stofnanir opinberrar heilbrigðisþjónustu.

Að mati Ríkisendurskoðunar hefur úrræðaleyfi einkennt úrvinnslu og viðbrögð við þeim athugasemdum sem embætti landlæknis hefur lagt fram varðandi stöðu Landspítala. Úttektir þess og eftirlit staðfesta ítrekað að ástandið sé svo bágborið að það grefur undan gæðum þjónustunnar og að öryggi sjúklinga sé ógnað. Ýmis átaksverkefni hafa komið til móts við ábendingar embættisins en eftir sem áður hafa ekki orðið varanlegar úrbætur á stöðu mála. Landspítali, heilbrigðisráðuneyti og embætti landlæknis þurfa að leita leiða til að tryggja markvissari úrvinnslu og úrbætur á grundvelli úttekta embættisins.

3.5 Þróun mönnunarviðmiða í hjúkrun og læknisþjónustu

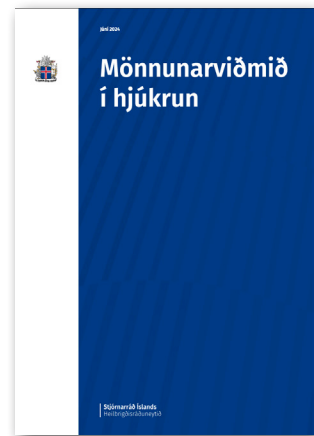
Sem fyrr segir eru engin hlutlæg viðmið um mönnun heilbrigðisstarfsfólks á Landspítala bundin í lög eða reglur eða þau viðmið sem eftirlit landlæknis byggir á. Mat á hvort hún sé viðunandi er háð faglegu mati. Í þessu sambandi má vekja athygli á með hvaða hætti embætti landlæknis nálgast mönnunarvanda röntgendeildar spítalans, sbr. [Úttekt: Röntgendeild Landspítala](#) (september 2023). Þar kom fram að:

„[...] allt bendi til að sá fjöldi sérfræðilækna sem nú starfar við röntgendeildina sé í engu samræmi við þær kröfur sem gera verður til stofnunar sem er sú eina sinnar tegundar á landinu og veita á þriðja stigs heilbrigðisþjónustu.“

Þau viðmið sem lögð eru til grundvallar þessu mati eru annars vegar „mönnunarviðmið sem fjárheimild er fyrir“ (þ.e.a.s. sá fjöldi stöðugilda sem staðfest fjárhagsáætlun gerir ráð fyrir) og hins vegar þau mönnunarviðmið sem deildin sjálf hefur skilgreint. Embætti landlæknis hvorki skilgreindi viðmið á sjálfstæðan hátt né rýndi sérstaklega þau viðmið sem stjórnendur röntgendeildarinnar settu fram. Ein þeirra ábendinga sem embættið beindi til spítalans var að það væri æskilegt að röntgendeildin og stjórnendur spítalans myndu sammælast um mönnunarviðmið, líkt og um samningsatriði væri að ræða.

Að mati Ríkisendurskoðunar varpa niðurstöður og ábendingar embættis landlæknis um mönnun röntgendeildar Landspítala ljósi á veikleika þeirrar tilhögunar að hvorki séu fyrir hendi skýr mönnunarviðmið né skýrar kröfur um hvernig eigi að meta og greina mönnunarpörf klínískareininga spítalans. Við svo búið er aukin hætta á að grafið sé undan samhæfingu spítalans sem skipulagsheildar vegna innri ágreinings um mönnunarviðmið og fjármögnun.

Heilbrigðisráðherra skipaði verkefnahóp um mönnunarviðmið í hjúkrun í maí 2023 og var honum falið að leggja fram tillögu um mönnunarviðmið hjúkrunar fyrir bráðalegudeildir Sjúkrahússins á Akureyri og Landspítala. Í skýrslu hópsins [Mönnunarviðmið í hjúkrun](#) (júní 2024) var bent á að tvær leiðir væru færar: Sú fyrri væri að setja fram bindandi kröfur um mönnunarviðmið og áætlanagerð viðkomandi legudeilda sem tækju mið af þörf, aðstæðum og áherslum starfseminnar. Þannig væri skýrt hvaða forsendur væru fyrir mönnunarviðmiðum en ekki væru sett fram föst töluleg viðmið sem tækju ekki tillit til ólíkra aðstæðna. Þá yrðigerð krafa um að ábyrgðaraðili yrði tilgreindur sem bæri ábyrgð á gerð mönnunarviðmiða og mönnunaráætlana innan viðkomandi heilbrigðisstofnunar. Slík leið hefði t.d. verið farin í Wales, þar sem sett voru lög um mönnunarviðmið í hjúkrun árið 2016.



Hin leiðin væri að heilbrigðisyfirvöld myndu skilgreina hámarksfjölda sjúklinga sem hjúkrunarfræðingur gæti haft í umsjón sinni (e. *nurse to patient ratio*). Slíkar aðferðir eru einfaldar og hefur verið beitt með óbeinum hætti í úttektum embættis landlæknis. Gallinn er sá að ef einungis er litið til fjölda sjúklinga en ekki raunverulegrar hjúkrunarþyngdar getur hjúkrunarálag verið mjög misjafnt þó svo að hlutfallið sé það sama. Mönnunarviðmið þurfa raunar að taka tilliti til fleiri þátta en bara fjölda sjúklinga og hjúkrunarþyngdar, s.s. samsetningu mannauðs að öðru leyti, aðgengi að stoðþjónustu o.fl.

Niðurstaða hópsins var að leggja til að mönnunarviðmið á bráðalegudeildum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri yrðu ákvörðuð með fyrri aðferðinni og myndu byggja á gagnreyndri þekkingu og skýru kerfisbundnu verklagi sem væri samræmt milli stofnananna. Jafnframt yrði komið á fót embætti yfirhjúkrunarfræðings innan stjórnsýslunnar, sem hefði m.a. það hlutverk að móta stefnu um mönnunarviðmið, hafa yfirsýn um mönnun á landsvísu, samræma verklag, stýra innleiðingu og skilgreina gæðaviðmið fyrir hjúkrun. Stofnaður hefur verið nýr vinnuhópur til að innleiða mönnunarviðmið í tengslum við kjarasamning Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga við íslenska ríkið sem var samþykktur í nóvember 2024. Gert er ráð fyrir að tillögur þess hóps liggi fyrir eigi síðar en 1. apríl 2026.



Þá hefur verið hafinn undirbúningur að innleiðingu mönnunarviðmiða í lækniþjónustu en í skýrslu starfshóps heilbrigðisráðherra [Mannaflí í lækniþjónustu til framtíðar](#) (nóvember 2024) segir m.a.:

Það að mönnunarviðmið vanti, skapar margvíslegar hindranir og ýtir undir menningu sem einkennist af óvissu og skipulagsleysi auk þess að vera möguleg öryggisógn. Slíkt kemur illa niður á rekstraáætlunum og hugmyndum um bætt framtíðarskipulag. Skortur á mönnunarviðmiðum hefur einnig valdið ójafnvægi í álagi milli einstakra lækna og sérgreina sem aftur leiðir til óþarfa togstreitu og spennu í daglegum samskiptum. Dæmi eru um að lækna hafi orðið fyrir barðinu á of miklu vinnuálagi í of langan tíma að hluta til vegna þess að hæfileg mönnunarviðmið hefur vantað í þeirra starfsumhverfi.

Hópurinn setti fram þá tillögu að settar yrðu verklagsreglur af hálfu heilbrigðisráðuneytis sem myndu tilgreina með hvaða hætti hver og ein heilbrigðisstofnun ætti að gera mönnunarviðmið fyrir þá lækniþjónustu sem hún bæri ábyrgð á og verði innleiddar á tímabilinu 2025–2026, sem hluti af víðtækara verkefni um samræmingu mannafla í lækniþjónustu á landsvísu. Ólíkt því sem lagt hafði verið til vegna hjúkrunar tók tillaga hópsins til allra heilbrigðisstofnana ríkisins og allrar starfsemi sjúkrahúsa. Þessum aðilum yrði gert að gefa út árleg viðmið fyrir mönnun í lækniþjónustu fyrir sitt starfsvæði og/eða sína starfsemi. Í viðauka við skýrsluna setti hópurinn fram tillögu að verklagsreglum um gerð mönnunarviðmiða og vinnuskiplag í lækniþjónustu. Sú tillaga fól m.a. í sér að komið yrði á kröfu um skráningu gagna um hlutfallstölur um fjölda sjúklinga á hvern lækni, um raunveruleg og vænt afköst hvers læknis o.fl.

Ríkisendurskoðun leggur á áherslu á að þróun og innleiðing mönnunarviðmiða eigi sér stað samhliða endurskoðun á kröfum til heilbrigðisstofnana, þ.m.t. reglugerðum nr. 786/2007 um eftirlit landlæknis, reglugerð nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa og reglugerð nr. 1111/2020 um heilbrigðisumdæmi og hlutverk, starfsemi og þjónustu heilsugæslustöðva, heilbrigðisstofnana og sjúkrahúsa. Jafnframt þarf að taka tillit til mönnunarviðmiða við gerð og birtingu nýrrar reglugerðar um tilhögun innra eftirlits heilbrigðisstofnana, sbr. staflið a 24. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu.

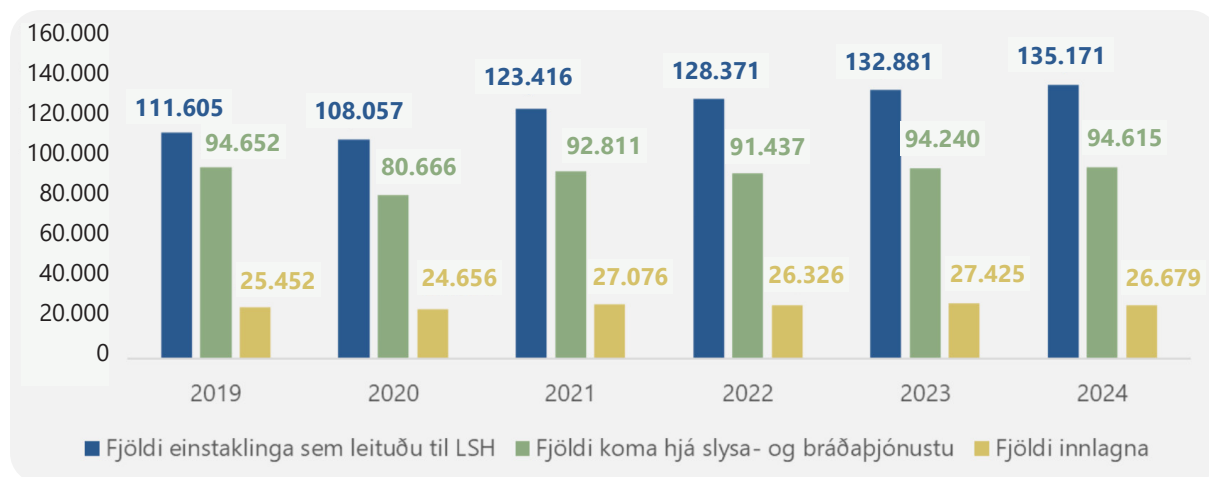
4 Flæði sjúklinga

4.1 Aðflæði og innlagnir

Landspítali hefur sinnt skilvirku flæði sjúklinga sem sérstöku verkefni og sem hluta af reglulegum rekstri spítalans frá árinu 2006. Þrír innlagnarstjórar starfa á flæðisdeild sem sér um að samhæfa flæði sjúklinga frá innlögn til útskriftar. Innlagnarstjórar stýra daglegu flæði sjúklinga á spítalanum og hafa miðlæga heildarsýn á stöðu spítalans hverju sinni m.t.t. innlagna og útskrifta. Sérstakt útskriftarteymi innan deildarinnar hefur sérþekkingu á útskriftarúrræðum innan og utan spítalans og getur veitt fagfólki, sjúklingum og aðstandendum þjónustu við flóknar útskriftir, m.a. við greiningu og meðferð aldraðra. Teymið hefur yfirsýn um alla sjúklinga með færni- og heilsumat og er í daglegum samskiptum við færni- og heilsufarsnefnd og hjúkrunarheimili. Innan hvernar deildar spítalans er haldinn stöðufundur á hverri vakt með áherslu á sjúklingaflæði. Stjórnendur á hverri deildi hafa yfirsýn um innlagnir og flæði sjúklinga með skjáborðum sem sýna stöðuna á hverjum tíma og dagleg flæðiskýrsla er tekin saman fyrir æðstu stjórnendur spítalans.

Um 75% innlagna á Landspítala teljast til bráðainnlagna en fjórðungur eru skipulagðar. Heildarfjöldi einstaklinga sem leita til Landspítala eftir þjónustu hefur fjölgað hlutfallslega meira en þeim sem leita á slysa- og bráðamóttökur og þeim sem þarfnast innlagnar, sbr. mynd 4.1. Helgast það m.a. af aukinni áherslu á dag- og göngudeildarþjónustu innan spítalans.

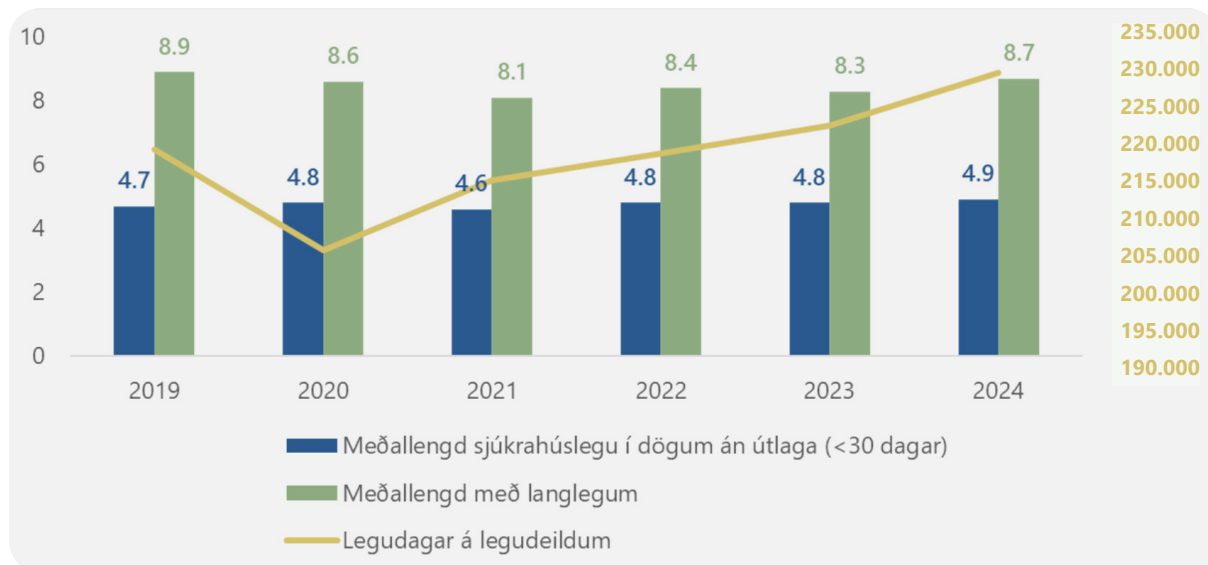
Mynd 4.1 Aðflæði og innlagnir á Landspítala 2019–2024



Heimild: Landspítali

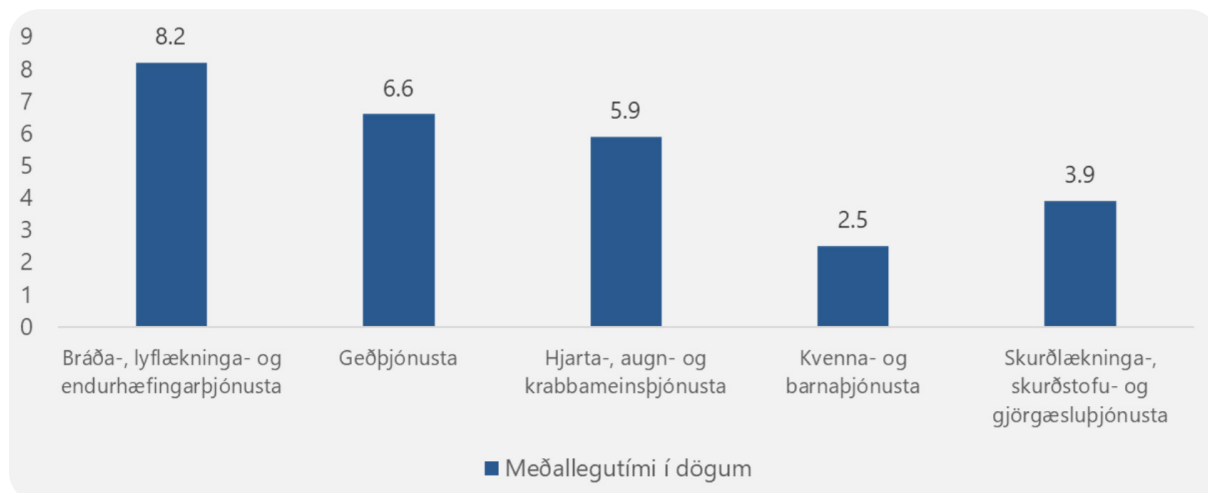
Meðallegutími á legudeildum spítalans hefur ekki tekið miklum breytingum á liðnum árum, sbr. mynd 4.2. Legudögum í heild hefur fjölgað umtalsvert, sérstaklega eftir þann samdrátt sem átti sér stað þegar áhrifa af Covid-19 faraldinum gætti hvað mest í starfsemi spítalans, þ.e. árin 2020 og 2021. Meðallegutími í dögum er þó afar misjafn eftir þjónustusviðum, sbr. mynd 4.3. Hann er stystur á deildum kvenna- og barnaþjónustu en lengstur á sviði bráða-, lyflækninga- og endurhæfingarþjónustu sem tekur m.a. til öldrunarlækningadeilda spítalans.

Mynd 4.2 Meðallengd legu í dögum (vinstri ás) og legudagar á legudeild (hægri ás)



Heimild: Landspítali

Mynd 4.3 Meðallegutími í dögum greint eftir þjónustusviðum árið 2024

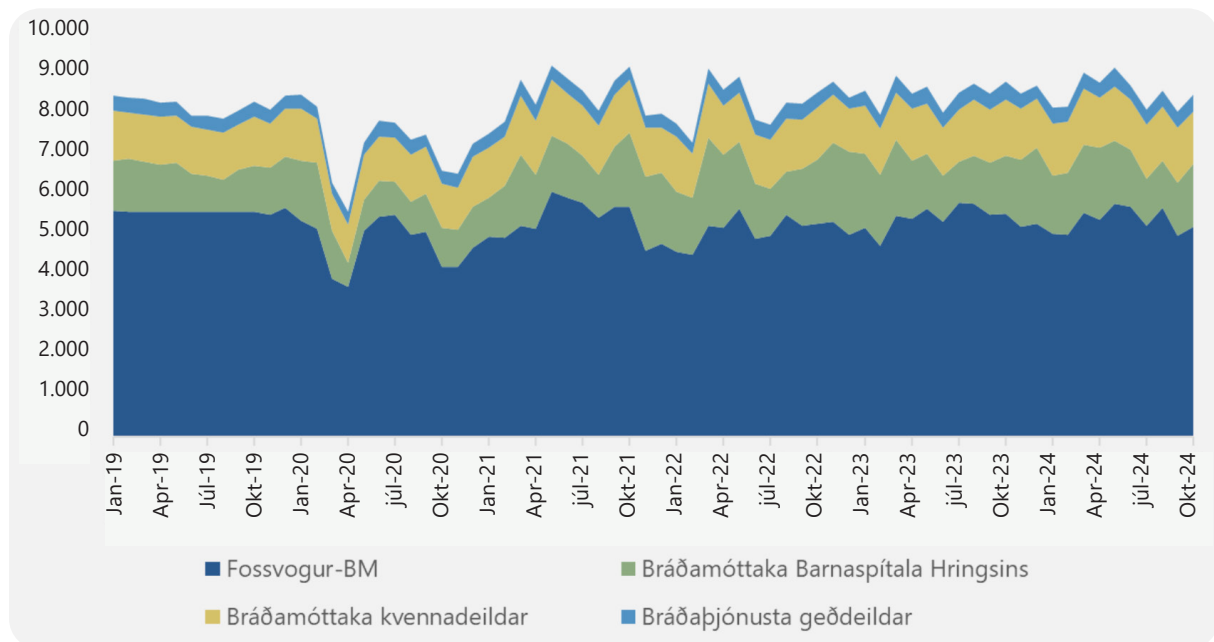


Heimild: Landspítali

4.2 Komur á bráðamóttökur

Komur á bráðamóttökur spítalans (BMT) hafa haldist nokkuð stöðugar síðustu ár. Frá janúar 2019 til október 2024 hefur fjöldinn að meðaltali verið 8.273 á mánuði, þar af flestar á bráðamóttökuna í Fossvogi eða 5.318 (sjá mynd 4.4). Merkja má greinileg áhrif af COVID-19 farsóttinni og sóttvarnaraðgerðum stjórnvalda á árunum 2020–2022. Það á raunar við um alla starfsemi og rekstur spítalans.

Mynd 4.4 Komur á bráðamóttökur Landspítala 2019–2024 (október)



Heimild: Landspítali



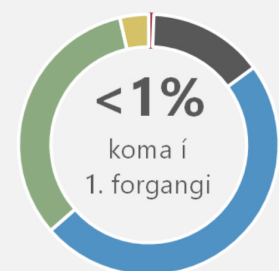
5%

sem leita til BMT í
Fossvogi eru ekki
sjúkratryggðir

Eðli málsins samkvæmt eru komur á bráðamóttökur sveiflukenndar en þegar litið er yfir lengra tímabil má spá fyrir um álagið með nokkurri vissu. Álagstoppur innan mánaða, þar sem heildarfjöldi sjúklinga fer yfir 9.000 og fjöldi sjúklinga á bráðamóttökunni í Fossvogi nálgast 5.900, eru þekktir og gera verður ráð fyrir að slíku álagi í áætlunum spítalans. Geta spítalans til að bregðast við slíkum toppum er m.a. takmörkuð af innlagnarstigi spítalans í heild.

Þau sem leita til bráðamóttökunnar í Fossvogi er forgangsraðað í fimm flokka. Landspítali hefur sjálfur skilgreint viðmið um ásættanlegan biðtíma fyrir hvern forgangsflokk sem embætti landlæknis hefur litið til í eftirliti sínu. Dreifing sjúklinga milli forgangsflokka hefur haldist nokkuð jöfn milli ára þegar litið er til koma sem eru flokkaðar.⁵ Ef litið er til ársins 2024 voru tæplega 1% í 1. forgangi sem miðað er við að þurfi nær tafarlausa aðhlynningu lækna (<2 mínútur). Í 2. flokk voru um 14% koma sem þurfa að komast undir læknishendur innan 10 mínútna. Flestir sjúklingar eru í 3. flokk, 49%, sem spítalinn miðar við að komist til læknis innan hálf tíma. Næst flestir eru í fjórða flokk sem miðað er við að geti beðið læknisaðstoðar í eina til tvær klukkustundir. Sama þjónustuviðmið er sett fyrir 5. flokk sem árið 2024 var um 3,5%.

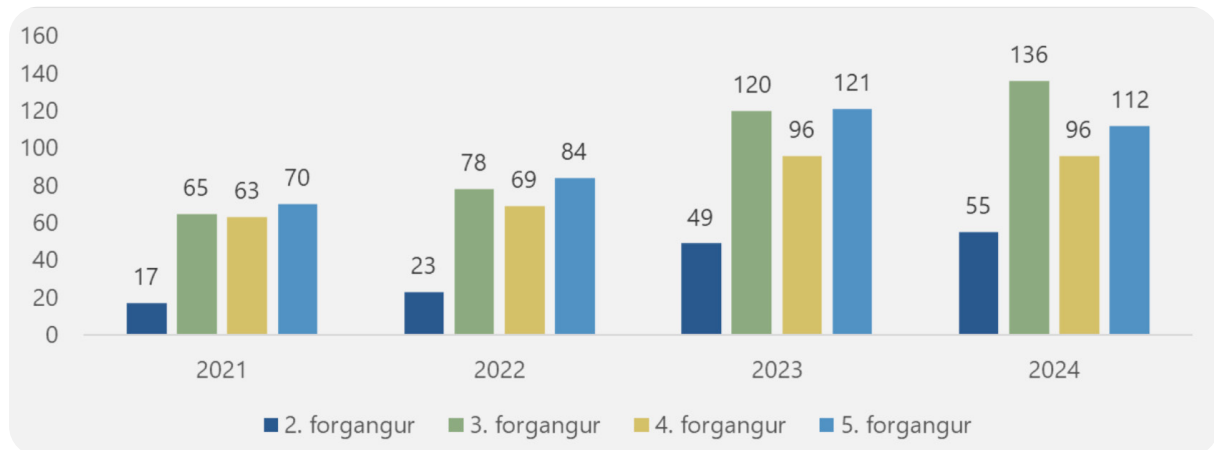
Forgangsflokkun koma á
BMT 2024



Ef litið er til árána 2021–2024 sést að sigið hefur á ógæfuhliðina hvað snýr að biðtíma sjúklinga í 2. og 3. forgangsflokki, sbr. mynd 4.5. Sjúklingum í öðrum flokkum hefur verið unnt að veita læknisþjónustu í samræmi við núgildandi viðmið spítalans. Leggja verður áherslu á að meðferð sjúklinga á bráðamóttöku hefst oft áður en læknir hittir sjúkling. Biðtími eftir lækni gefur því einungis takmarkaðar upplýsingar.

⁵ Um 4% koma eru ekki settar í forgangsflokkun 1–5.

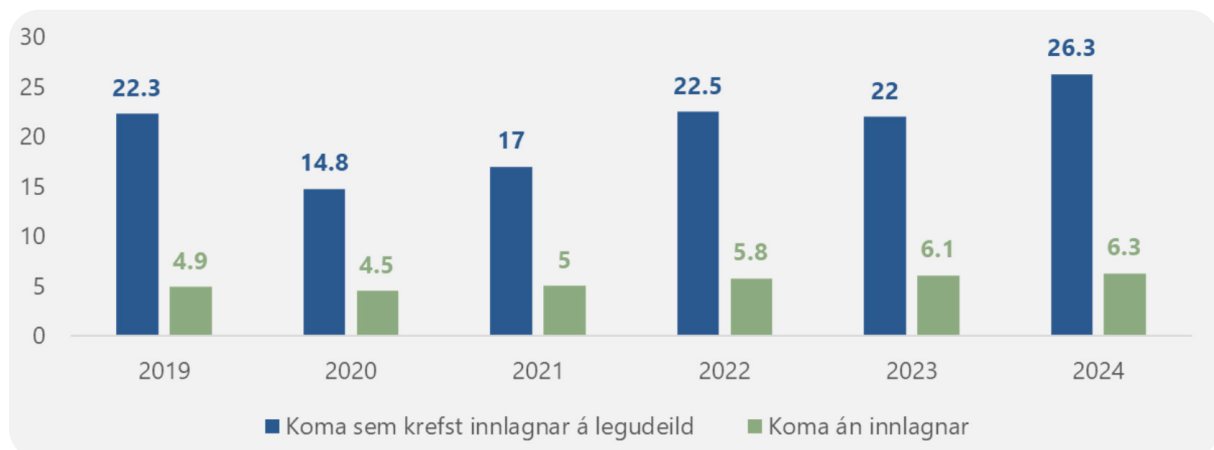
Mynd 4.5 Miðgildi biðtíma í mínútum (frá komu til læknis) á bráðamóttöku í Fossvogi 2021–2024



Heimild: Landspítali

Annað sem vekur athygli er að hlutfall þess hóps sem leitar til bráðamóttökunnar og þarfnast innlagnar hefur vaxið undanfarin ár. Hlutfallið var um 13% árið 2019 en var orðið 18% árið 2024. Meðallengd komu á bráðamóttöku hefur lengst hvort heldur sem henni lýkur með innlögn eða ekki, sbr. mynd 4.6. Árið 2024 var meðallengd komu á bráðamóttöku þar sem innlagnar var þörf meiri en sólarhringur eða rúmlega 26 klst. Þau gæðaviðmið sem m.a. embætti landlæknis styðst við eru að ekki megi líða lengri tími en 6 klst. frá komu til innlagnar sé hennar þörf. Árið 2024 náðist það markmið í einungis 23% tilfella. Við núverandi aðstæður eru dæmi þess að sjúklingar hefji og ljúki legudeildarmeðferð á bráðamóttökunni.

Mynd 4.6 Meðallengd komu á bráðamóttöku í Fossvogi 2019–2024 í klst.



Heimild: Landspítali

Rúmstæði á bráðamóttökunni í Fossvogi eru 42 með göngudeildarhluta. Árið 2024 var meðalfjöldi sjúklinga á deildinni um 65 sjúklingar og rúmanýtingin því 154%. Stór hluti þarf því að jafnaði að bíða í stólum, biðstofum, á göngum eða öðrum rýmum. Árið 2024 lágu að meðaltali 29 sjúklingar á bráðamóttökunni sem voru tilbúnir til innlagnar á legudeild en komust ekki að.

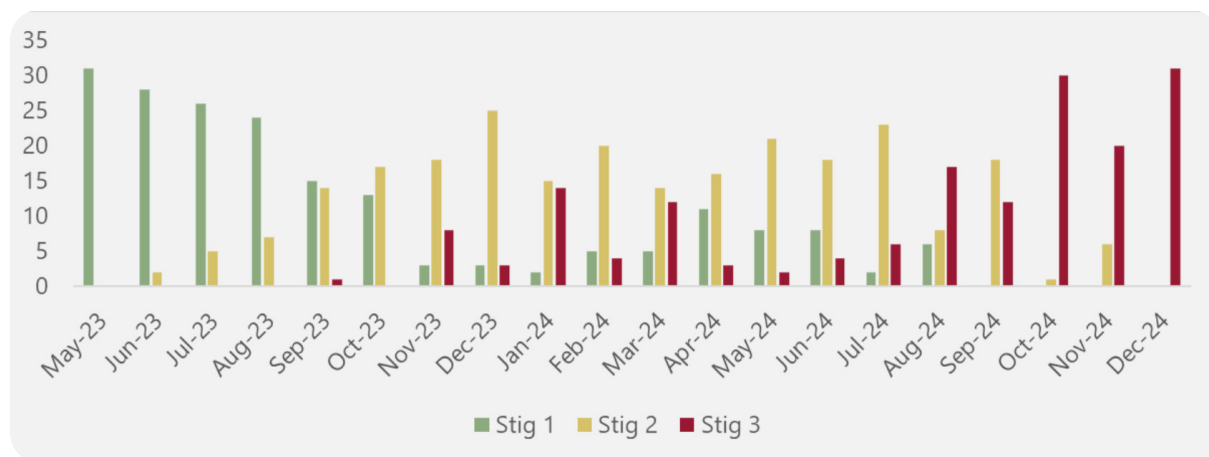
Stjórnendur spítalans og embætti landlæknis hafa ítrekað lýst yfir áhyggjum af gæðum þeirrar þjónustu sem mögulegt er að veita á bráðamóttökunni við núverandi aðstæður. Í minnisblöðum til ráðherra hefur landlæknir jafnvel tekið fram að út frá sjónarmiðum um gæði og öryggi mætti færa rök fyrir því að stöðva bæri starfsemina ef það væri raunhæfur kostur. Heilbrigðisráðherra hefur veitt Landspítala fé til að koma upp 660 m² færanlegri einingu við bráðamóttökuna með 20 legurýmum sem eiga að komast í notkun fyrir árslok 2025. Þá verða gerðar endurbætur á húsnæði bráðþjónustu bæklunarskurðlækninga í Fossvogi. Samkvæmt [yfirlýsingu á vef Landspítala](#) var þessi aðgerð nauðsynlegt viðbragð vegna langvarandi plássleysis og viðvarandi yfirlagnar á móttökunni.

Við úttekt Ríkisendurskoðunar var bent á að ekki væri sjálfgefið að aðgengi að bráðamóttökunni væri jafn opið og raun ber vitni. Gera mætti ráðstafanir til að taka upp virkari aðgangsstýringu og leita leiða til að stýra komu þeirra m.t.t. álags gæfi líðan þeirra og alvarleiki tækifæri til þess. Gæta yrði þess að sjúklingum væri ekki beint í of miklum mæli inn á bráðamóttökuna heldur yrði að opna fleiri leiðir fyrir sjúklinga að þjónustu spítalans á öðrum deildum, t.d. frá öðrum heilbrigðisstofnunum. Þá væri mikilvægt að sjúklingar í virkri meðferð innan spítalans, t.d. krabbameinsmeðferð, gætu leitað beint til viðeigandi deilda eftir þjónustu ef nauðsyn krefði.

4.3 Innlagnarstig og hjúkrunarálag

Frá miðju ári 2023 hefur Landspítali skilgreint innlagnarstig spítalans eftir þremur stigum sem tekur bæði tillit til fjölda sjúklinga og hjúkrunarþyngdar. Samkvæmt skilgreiningu spítalans er eðlilegt ástand á fyrsta stigi, aukið álag á öðru stigi en þriðja stigið er viðbragðsstig. Framkvæmdastjóri hjúkrunar Landspítala hefur lýst þriðja stigi sem „ofurálagi“ sem ekki var gert ráð fyrir að myndi skapast nema í undantekningartilfellum. Raunin hefur verið sú að spítalinn hefur að jafnaði verið á stigi þrjú allan síðari hluta ársins 2024, sbr. mynd 4.7.

Mynd 4.7 Yfirlit um daglegt innlagnarstig eftir mánuðum frá 1. maí 2023 til 31. desember 2024



Heimild: Landspítali

Landspítali var á hæsta innlagnarstigi nær allan október 2024. Mynd 4.8 sýnir hvernig álagið birtist með misjöfnum hætti milli legudeilda spítalans, m.t.t. hjúkrunarálags á hvern starfsmann. Ein af áskorunum Landspítala er að leita leiða til að jafna hjúkrunarálag milli deilda spítalans eftir því sem mögulegt er. Sérhæfing milli deilda setur því takmörk en mikilvægt er að mannauði spítalans sé stýrt með heilðrænum hætti.

Mynd 4.8 Hjúkrunarálag legudeilda í október 2024

Bráða- lyflækninga og endurhæfingar-þjónusta	Bráðalyfjalækna-deild	77%		23%
	Bráðaöldrunar-deild	26%	61%	13%
	Endurhæfingar-deild	35%	55%	10%
	Lungnadeild	90%		10%
	Lyflækninga-deild	68%	32%	
	Meltingar- og nýrnadeild	100%		
	Smitsjúkdóma-deild	30%	63%	7%
	Taugalækninga-deild	87%		13%
	Öldrunarlækninga-deild	10%	87%	3%
	Öldrunarlækninga-deild II	10%	84%	6%
Geðþjónusta	Geðendurhæfingar-deild	13%	71%	16%
Hjarta-, augn- og krabbameinsþjónusta	Blóð- og krabbameinsdeild	61%	39%	
	Hjartadeild	61%	39%	
	Hjarta-, lungna- og augnadeild	65%	35%	
Kvenna- og barnaþjónusta	Barnadeild	55%	42%	3%
Skurðlækninga-, skurðstofu- og gjörgæsluþjónusta	Bæklunarskurð-deild	68%	32%	
	Gjörgæsla F	53%	33%	13%
	Gjörgæsla H	55%	45%	
	Heila-, tauga- og öldrunardeild	30%	65%	3%
	HNE-, lýta- og æða-skurðlækningadeild	87%		13%
	Kviðarhols og þvagfæradeild	93%		7%

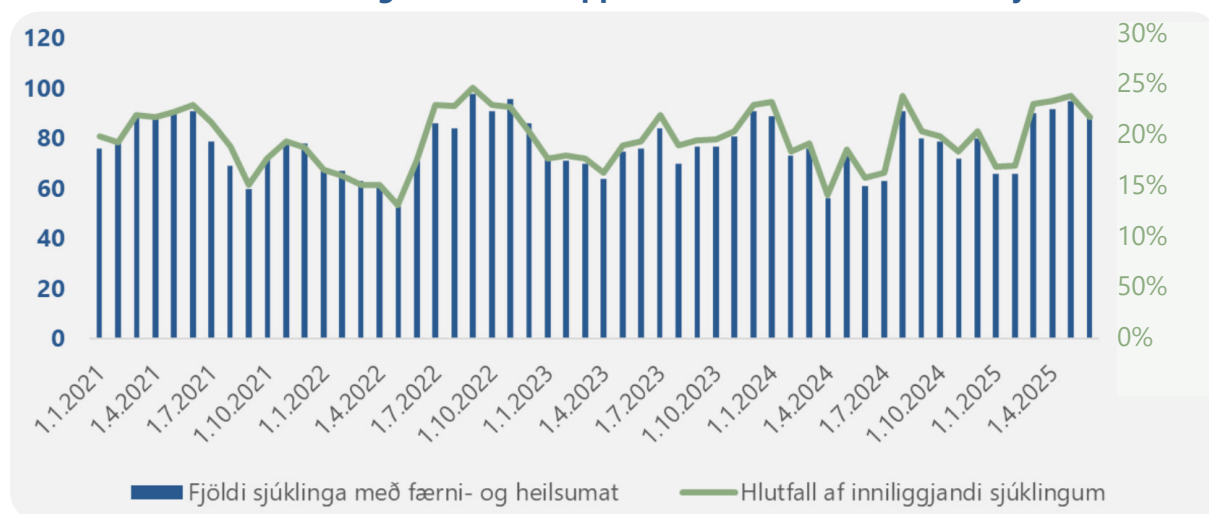
Heimild: Landspítali

4.4 Legusjúklingar með færni- og heilsumat

Einn af stærstu áhrifapáttum á flæði sjúklinga innan Landspítala er sá fjöldi sem dvelur á spítalanum með færni- og heilsumat og bíður þess að fá vist á hjúkrunarheimili. Þessi vandi hefur verið viðvarandi allt frá því að spítalinn varð til með sameiningu Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala árið 2000. Sérstök hjúkrunar- og biðdeild var sett upp á Vífilstöðum árið 2013 með 42 plássum fyrir sjúklinga sem biðu eftir hjúkrunarrými. Með því hóf Landspítali í raun að reka hjúkrunarrými innan spítalans.⁶

Í lok árs 2018 benti forstjóri spítalans á að útskriftarvandi aldraðra væri „í áður óþekktum hæðum“ og að á hverjum tíma væru um 130 einstaklingar á spítalanum sem biðu eftir rými á hjúkrunarheimili. Frá 2021 hafa að meðaltali 77 sjúklingar legið inni á spítalanum með færni- og heilsumat eða um 19% inniliggjandi sjúklinga, sbr. mynd 4.9. Í árslok 2024 voru þeir 80 og í byrjun júní árið 2025 voru þeir 89. Stefna stjórnvalda um að veita þessum einstaklingum þjónustu á viðeigandi þjónustustigi hefur ekki náð fram að ganga, fyrst og fremst vegna skorts á hjúkrunarrýmum.

Mynd 4.9 Fjöldi og hlutfall sjúklinga á vefrænum bráðalegudeildum og Landakoti með færni- og heilsumat í upphafi hvers mánaðar 2021– 1. júní 2025



Heimild: Landspítali

Þegar náðst hefur að fækka inniliggjandi sjúklingum með færni- og heilsumat hefur það jafnan verið skammgóður vermir og á sér skýringu í tilkomu nýrra úrræða eða átaksverkefna. Þannig fækkaði umræddum sjúklingum í upphafi árs 2020 þegar hjúkrunarheimili fyrir 99 íbúa opnaði á Sléttuvegi. Í upphafi árs 2022 var starfsemi Vífilsstaða breytt úr öldrunardeild innan spítalans í einkarekið hjúkrunarheimili. Með aukinni áherslu á að bjóða þessum hópi sjúklinga biðrými innan annarra heilbrigðisstofnana í nágrenni höfuðborgarsvæðisins í upphafi ársins 2023 og þeirri ákvörðun heilbrigðisráðherra um að veita sjúklingum Landspítala sérstakan forgang að hjúkrunarrýmum í upphafi árs 2024 dróst fjöldinn einnig saman með merkjanlegum hætti.

4.5 Viðbrögð vegna álags á bráðamóttöku 2020

Eftir að neyðarástand skapaðist á bráðamóttökunni í Fossvogi í janúar 2020, sbr. [minnisblað embættis landlæknis dags. 15. janúar 2020](#), skipaði heilbrigðisráðherra, í samráði við embætti landlæknis og Landspítala, [áttakshóp um lausnir á vandanum](#). Hópnun var ætlað að leggja fram tillögur til tafarlausrar aðgerða til að koma í veg fyrir legu sjúklinga á bráðamóttöku og sjá til þess að ábendingum embættis landlæknis varðandi öryggi sjúklinga og gæði þjónustu á bráðamóttökunni yrði fylgt. Hópurinn skilaði niðurstöðum í febrúar þar sem settar voru fram 11 tillögur til úrbóta sem var forgangsraðað, sbr. [Tillögur áttakshóps um lausnir á þeim vanda sem birtist á bráðamóttöku Landspítala](#) (febrúar 2020).



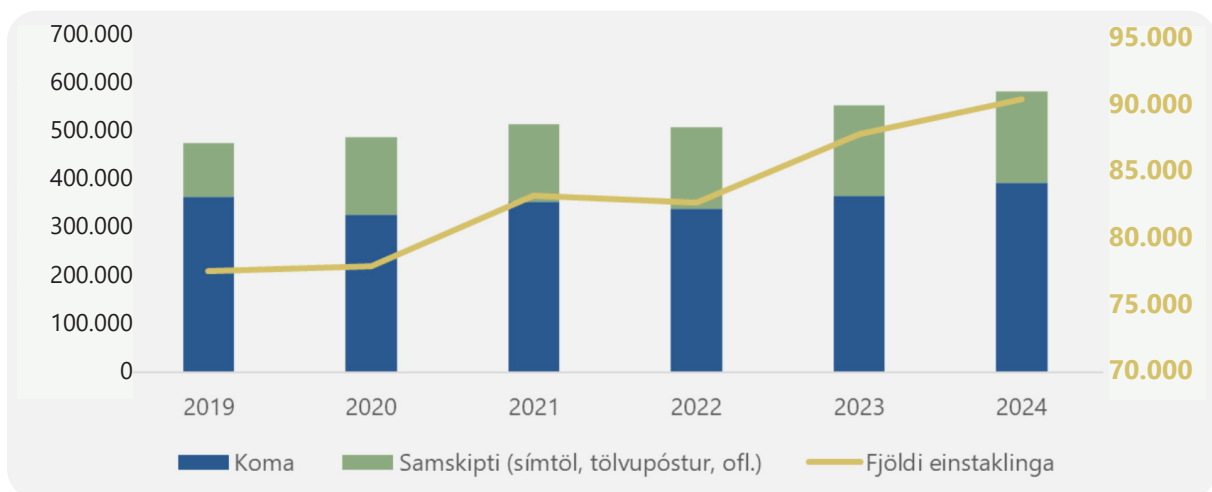
Af ellefu tillögum sneru fjórar brýnustu að aðgerðum á forræði stjórnenda Landspítala, þ. á m. að gera yrði ráðstafanir til að sjúklingar færu fyrr af bráðamóttöku inn á viðeigandi legudeildir og að miðað yrði við að bið eftir innlögn yrði ekki lengri en 6 klst. Þá yrði forstjóri Landspítala og framkvæmdastjórn að setja langtíma áætlun í því skyni að koma í veg fyrir að viðlíka ástand myndi skapast á ný. Þótt aðgerðir Landspítala hafi í kjölfarið skilað nokkrum árangri var það opnun hjúkrunarheimilisins á Sléttuvegi í mars 2020 sem réði mestu um að staðan náði aftur jafnvægi. Viðbrögð og aðgerðir vegna Covid-19 faraldursins urðu svo meginviðfangsefni spítalans næstu tvö árin. Engu að síður kom fram í [ársskýrslu heilbrigðisráðherra](#) fyrir árið 2021 að allar tillögurnar væru komnar til framkvæmda og „sumum þeirra lokið“.

Mat Ríkisendurskoðunar er að vandinn sé enn til staðar og er ástæða til að endurmeta þær tillögur sem gerðar voru í ljósi reynslunnar

4.6 Þjónusta dag- og göngudeilda

Frá 2019 hefur verið lögð aukin áhersla á að Landspítali sinni dag- og göngudeildarþjónustu og hefur fjöldi þeirra sjúklinga sem annað hvort koma á spítalann eða eru í samskiptum við dag- og göngudeildir hefur vaxið jafnt og þétt, sbr. mynd 4.10.

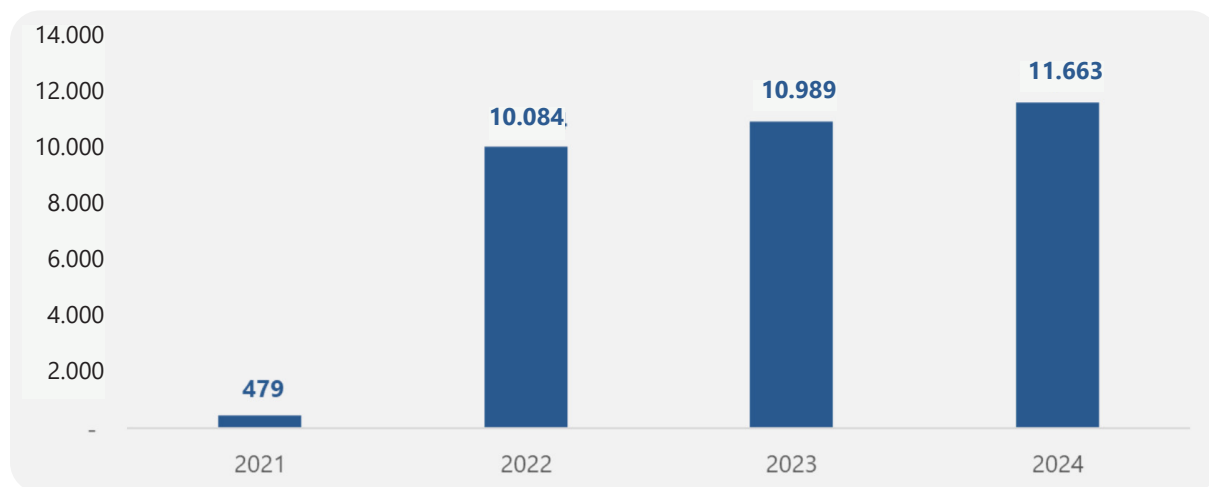
Mynd 4.10 Yfirlit um þjónustu dag- og göngudeilda 2019–2024



Heimild: Landspítali

Vorið 2022 setti Landspítali fram viðbragðsáætlun um bætt flæði sjúklinga sem gekk undir heitinu ALFA (Aðflæði, Landspítali, Fráflæði, Allir). Í grófum dráttum má segja að með henni hafi átt að ná betri tökum á aðflæði sjúklinga með því að styrkja bráðadagdeild lyflækninga, þá sérstaklega fjarþjónustu deildarinnar. Þannig yrði mögulegt að beina sjúklingum í viðeigandi þjónustu utan bráðamóttöku, s.s. beint á bráðadagdeild lyflækninga, göngudeildir sérgreina eða til úrræða utan Landspítala á borð við heilsugæslu eða heimaþjónustu. Bráðadagdeild lyflækninga var stækkuð og mönnun lyflækninga- og bráðþjónustu styrkt. Komur og erindi hjá bráðadagdeildinni jukust í samræmi við breyttar áherslur og hefur haldið áfram að fjölga, sbr. mynd 4.11. Með þjónustunni er mögulegt að draga úr ónauðsynlegum heimsóknum á bráðamóttöku og innlögnum á sjúkrahúsið.

Mynd 4.11 Komur og erindi hjá bráðadagdeild lyflækninga (Fv-C2 DD) 2021–2024



Heimild: Landspítali

4.7 Yfirlagnir á bráðalegudeildum



Undir lok árs 2022 var þung staða bráðamóttöku spítalans aftur til umfjöllunar af hálfu viðbragðsteymis heilbrigðisráðherra, sbr. [Bráðþjónusta á Íslandi. Núverandi staða og framtíðarsýn](#) (desember 2022). Niðurstaða hópsins var að stærsti orsakavaldurinn væri ekki fjöldi þeirra sem leita til bráðamóttökunnar eða að bráðamóttakan sinni of mörgum vægum tilfellum heldur væri álagið einkum tilkomið vegna fjölda þeirra sem hefðu lokið þjónustu á móttökunni en ekki væri hægt að innrita á legudeildir spítalans. Teymið lagði því ekki til beinar breytingar á skipulagi bráðamóttökunnar sem slíkrar heldur þyrfti fyrst og fremst að standa vörð um kjarnahlutverk hennar og stemma stigu við þeirri þróun að hún yrði að biðstofu fyrir sjúklinga sem þurfa að komast að á legudeildum. Rétt er að taka fram að við úttekt Ríkisendurskoðunar tóku stjórnendur Landspítalans undir að fjöldi sjúklinga sem biðu innlagnar væri einn mesti vandi bráðamóttökunnar. Engu að síður væru enn merki þess að einstaklingar leituðu til bráðamóttöku spítalans þar sem betur færi að veita þjónustu annars staðar.

Í apríl 2023 innleiddi framkvæmdastjórn Landspítala nýtt fyrirkomulag innlagna á bráðalegudeildir af bráðamóttökunni. Í því fólst að framkvæmdastjórn spítalans veitti innlagnarstjórum óskorað umboð til að stýra innlögnum þegar fleiri en 15 sjúklingar biðu þess á bráðamót-

tökunni. Með þessu átti að jafna álag milli bráðamóttöku og bráðalegudeilda, með markvissum og kerfisbundnum hætti þegar á þurfti að halda. Fyrirkomulagið var skjalfest í gæðahandbók spítalans og felur í sér að legudeildir taka við skilgreindum fjölda sjúklinga umfram þau opnu rúm sem þær hafa að spila úr. Í stað þess að fjöldi sjúklinga á bráðamóttökunni fari úr böndunum með tilheyrandi áhættu er vandanum ýtt út á bráðalegudeildirnar. Verklagið gerir ráð fyrir að fjöldi yfirlagna á hverri bráðalegudeild sé stigskipt í samræmi við aukið álag á bráðamóttöku, sbr. tafla 4.1.

Tafla 4.1 Stigskipting yfirlagna á bráðalegudeildum miðað við rúmafjölda 2023*

Bráðalegudeildir lyflækninga	Opin rúm	Yfirlagnir Stig 1	Yfirlagnir Stig 2	Yfirlagnir Stig 3
Blóð- og krabbameinslækningadeild	28	+2 (30)	+4 (32)	+6 (34)
Bráðalyflækningadeild	20	+2 (22)	+3 (23)	+4 (24)
Bráðaðlrunarlækningadeild	22	+2 (24)	+2 (24)	+2 (24)
Lyflækningadeild	16	+2 (18)	+4 (20)	+4 (20)
Hjartadeild	34	+2 (36)	+4 (38)	+6 (40)
Lungnadeild	18	+2 (20)	+3 (21)	+4 (22)
Meltingar- og nýrnadeild	18	+2 (20)	+3 (21)	+4 (22)
Smitsjúkdómadeild	20	+2 (22)	+3 (23)	+4 (24)
Taugalækningadeild	20	+2 (22)	+3 (23)	+4 (24)
Samtals lyflækningar	196	+18 (214)	+29 (225)	+38 (234)

Bráðalegudeildir skurðþjónustu	Opin rúm	Yfirlagnir Stig 1	Yfirlagnir Stig 2	Yfirlagnir Stig 3
Bæklunarskurðeild	14	+4 (18)	+6 (20)	+8 (22)
Heila-, tauga- og bæklunarskurðeild	14	+4 (18)	+6 (20)	+6 (20)
Hjarta-, lungna- og augnskurðeild	14	+2 (16)	+3 (17)	+4 (18)
HNE-, lýta- og æðaskurðeild	18	+0 (18)	+2 (20)	+3 (21)
Kvenlækningadeild	11	+1 (12)	+2 (13)	+3 (14)
Kviðarhols- og þvagfæraskurðeild	22	+2 (24)	+4 (26)	+6 (28)
Samtals skurðþjónusta	93	+13 (106)	+23 (116)	+30 (123)

Samtals allar bráðalegudeildir	289	+31 (320)	+52 (341)	+68 (357)
---------------------------------------	------------	------------------	------------------	------------------

*Opnum rúmunum fjölgaði árið 2024.

Heimild: Landspítali

Fyrsta stigs viðbragð virkjast þegar innlagnasjúklingar á bráðamóttökunni eru fleiri en 15. Strax á fyrsta stigi er byrjað að vinna að útskriftum í samvinnu við sjúkrahúsin á Akranesi, Reykjanesi og Selfossi, sem og hjúkrunarheimili. Á öðru stigi, þegar sjúklingar sem bíða innlagnar frá bráðamóttöku eru fleiri en 30, er mönnun lækna og hjúkrunarfræðinga í forflokkun styrkt og

markvisst reynt að draga úr aðstreymi á bráðamóttökuna með vísun í önnur úrræði. Yfirlæknar allra eininga tryggja að legubörf sjúklinga sé endurmetin og hvort veita megi viðeigandi þjónustu á bráðadagdeild lyflækninga eða sérgreinagöngudeild. Ef nauðsyn krefur getur framkvæmdastjórn spítalans tekið ákvörðun um að færa viðbragð spítalans á þriðja stig yfirlagna. Þá taka bráðalegudeildir við fleiri en 52 sjúklingum og allt að 68 umfram það sem eðlileg starfsemi gerir ráð fyrir. Er það talin hámarksgeta spítalans, m.t.t. til hjúkrunarálags, sýkingarvarna, persónuverndar og aðbúnaðar starfsfólks. Á því stigi er samstarf við aðrar heilbrigðisstofnanir aukið enn frekar, opnunartími dagdeilda lengdur og lagt mat á hvort tilefni sé til að virkja viðbragðsáætlun spítalans m.t.t. Almanna- og heilbrigðisráðgjöf.

Samkvæmt þeim gögnum og upplýsingum sem Ríkisendurskoðun aflaði við úttekt sína skilaði breytt verklag árangri gagnvart bráðamóttökunni en breytingin mætti mótstöðu á legudeildum. Að mati stjórnenda var til bóta að setja skýr töluleg viðmið um yfirlagnir og viðbragð spítalans til að takast á við tímabundnar áskoranir varð betra. Aftur á móti kom í upphafi fram tregða við að taka við sjúklingum umfram rúmafjölda á legudeildum ef álagið var ekki nógu mikið til að 1. stig væri formlega virkjað.

Við úttekt Ríkisendurskoðunar í október 2024 lýstu stjórnendur Landspítala tveimur lykilverkefnum til að bæta flæði innan spítalans, annars vegar á Hringbraut og hins vegar í Fossvogi. Í Fossvogi var unnið að því að endurskipuleggja deildir með það í huga að gera veitingu lækniþjónustu skilvirkari, þ.e. að tryggja sjúklingum legurými með það fyrir augum að takmarka þann tíma sem læknar þyrftu að nýta til að fara milli sjúklinga í sinni umsjá. Á Hringbraut var að sama skapi unnið að því að fjölga rúmum, auka hjúkrunarmönnun og bæta skilvirkni lækniþjónustunnar.

Þrátt fyrir að aðgerðir Landspítala til að bæta flæði sjúklinga hafi skilað árangri þegar kemur að álagstoppum þá hefur staðan haldist þung í reglulegri starfsemi spítalans. Við úttekt Ríkisendurskoðunar lýsti embætti landlæknis yfir vonbrigðum með hversu takmörkuðum árangri spítalinn hefur náð að undanförunni við að bæta sjúklingaflæði og bæta úr þeim annmörkum á gæðum og öryggi sjúklinga sem úttektir þess á starfseminni hafa leitt í ljós. Ríkisendurskoðun telur brýnt að spítalinn og heilbrigðisráðuneyti vinni áfram að leiðum til að létta álagi af spítalanum þegar þörf krefur, m.a. með samstarfi milli stofnana.

4.8 Dreifing á álagi innan heilbrigðisþjónustunnar



Ríkisendurskoðun óskaði eftir að heilbrigðisráðuneyti legði fram gögn sem sýndu hvort því markmiði hefði verið náð að „dreifa álagi“ innan heilbrigðisþjónustunnar, sbr. skilgreint markmið í skýrslu starfshóps heilbrigðisráðherra [Vegvísun og fjarráðgjöf í heilbrigðiskerfinu](#) (apríl 2023). Í svari sínu benti heilbrigðisráðuneyti á að aðsókn á bráðamóttöku Landspítala hefði ekki aukist frá 2019 en á sama tíma hefði hlutfall þeirra sem þangað leita og þarfnast innlagnar vaxið. Af því mætti draga þá ályktun að aðgerðir til að dreifa álagi, m.a. með forflokkingu og símaráðgjöf, hefðu haft sitt að segja og að almennari erindi sem má leysa annarstaðar, fari síður á bráðamóttöku. Þá hefði Landspítali hafið innleiðingu á flýtimóttökum í þeim tilgangi að bæta

og einfalda aðgengi að bráðatímum og annarri þjónustu. Eins hefði nýtt beiðna- og tilvísanakerfi verið innleitt. Hvoru tveggja kæmi til móts við tillögur hópsins.

Engu að síður tók heilbrigðisráðuneyti undir niðurstöður úttekta embættis landlæknis frá 2018 til 2024 sem sýna stöðugt versnandi ástand á bráðamóttöku Landspítala. Vandinn birtist í lengri biðtímum, mönnunarvanda og þrengslum. Ráðuneytið tekur jafnframt undir að þrátt fyrir ýmsar umbótaáðgerðir hafi álag ekki minnkað og öryggi sjúklinga sé enn ógnað. Heilbrigðisráðuneyti vonast til að á næstu þremur árum muni verulegur fjöldi hjúkrunnarrýma opna sem yrði lykilþáttur í að létta á útskriftarvanda Landspítala og draga úr álagi bráðamóttökunnar. Þá hefði bætt vegvísun og aukin fjarráðgjöf í síma 1700 og netspjalli Heilsuveru.is hjá Upplýsingamiðstöð heilsugæslunnar skilað árangri með því að draga úr álagi hjá öðrum þjónustuveitendum, þ.m.t. Landspítala. Árið 2022 bárust rúmlega 180.000 erindi í síma og netspjallið en árið 2024 voru þau tæp 340.000. Rúmlega 60% erinda eru leyst hjá Upplýsingamiðstöðinni, tæplega 30% mála er vísað á heilsugæslu eða vaktlækni og 7% mála er vísað á bráðamóttöku.

SELMA hreyfanlegt öldrunarteymi

Öldrunarteymið SELMA hóf starfsemi í nóvember 2020 með samningi Sjúkratrygginga og Reykjavíkurborgar. Innan þess starfa hjúkrunarfræðingar af velferðarsviði Reykjavíkurborgar og læknar af Læknavaktinni sem veita sérhæfða þjónustu við aldraða í heimahúsum og eru ráðgefandi bakland fyrir þjónustu heimahjúkrunar. Eitt af lykilmarkmiðum verkefnisins var að fækka komum á bráðamóttöku Landspítala og draga úr innlögnum á spítalann. Verkefnið var bundið við Reykjavík fyrstu árin en nær nú til höfuðborgarsvæðisins alls.

Árið 2023 kom teymið að 368 málum sem var í flestum tilfellum unnt að afgreiða á vettvangi í heimahúsi (69%). Um 13% mála var vísað í áframhaldandi meðferð hjá heilsugæslu, 40% vísað í aðra sérfræðiþjónustu en 23% var vísað til bráðamóttöku. Af þeim hópi sem var vísað til bráðamóttöku var unnt að seinka flutningi í 82% tilvika og af heildinni reyndist 73% þurfa innlögn á legudeild. Draga má þá ályktun að störf teymisins hafi dregið úr álagi á bráðamóttökuna án þess að einstaklingar fari á mis við nauðsynlega bráðþjónustu.

4.9 Þjónusta til framtíðar

Eftir að Alþingi samþykkti heilbrigðisstefnu til ársins 2030 árið 2019 fékk heilbrigðisráðuneyti



ráðgjafafyrirtækið McKinsey til að greina þáverandi stöðu heilbrigðisþjónustunnar með áherslu á Landspítala, og spá fyrir um þjónustupörfina til framtíðar. Sú vinna, sbr. [Framtíðarþróun þjónustu Landspítala](#) (desember 2021), leiddi í ljós að ef Landspítali myndi halda áfram að veita þjónustu í óbreyttri mynd yrði að fjölga legurýmum um 79% fyrir árið 2040 og yrðu þau þá um 1.120. Þjónustupörfin myndi aukast mismikið milli deilda, mest yrði hún á sviði öldrunar- og endurhæfingarþjónustu, eða um 3,1% á ársgrundvelli. Að samaskapi yrði að gera ráð fyrir aukinni vinnuafþörf, eða um 36%, og kostnaður myndi aukast um 90%, eða úr 78 ma. kr. í um 148 ma. kr. (án tillits til verðbólgu).

Skýrsla McKinsey dregur fram hversu óraunhæft það er að ætla að mæta auknu lýðfræðilegu álagi á heilbrigðisþjónustuna með því að viðhalda óbreyttri þjónustu Landspítala. Framtíðarverkefni heilbrigðisyfirvalda yrði í raun að takmarka starfsemi spítalans við kjarnahlutverk hans. Nærtækast væri að líta til fráflæðisvanda spítalans og mikilvægi þess að fækka þeim sjúklingum sem dvelja á legudeildum en væri betur borgið í viðeigandi úrræðum utan spítalans. Auk þess væru tækifæri til að beina fleiri sjúklingum til heilbrigðisstofnana á fyrsta þjónustustigi, draga úr komum á göngudeildir og útvista verkefnum. Þá mætti auka skilvirkni þjónustunnar með innleiðingu nýrra lausna á sviði heilbrigðistækni. Ef unnið væri að þessum þáttum gæti Landspítali staðið undir hlutverki sínu með u.þ.b. 760 legudeildarrýmum árið 2040.

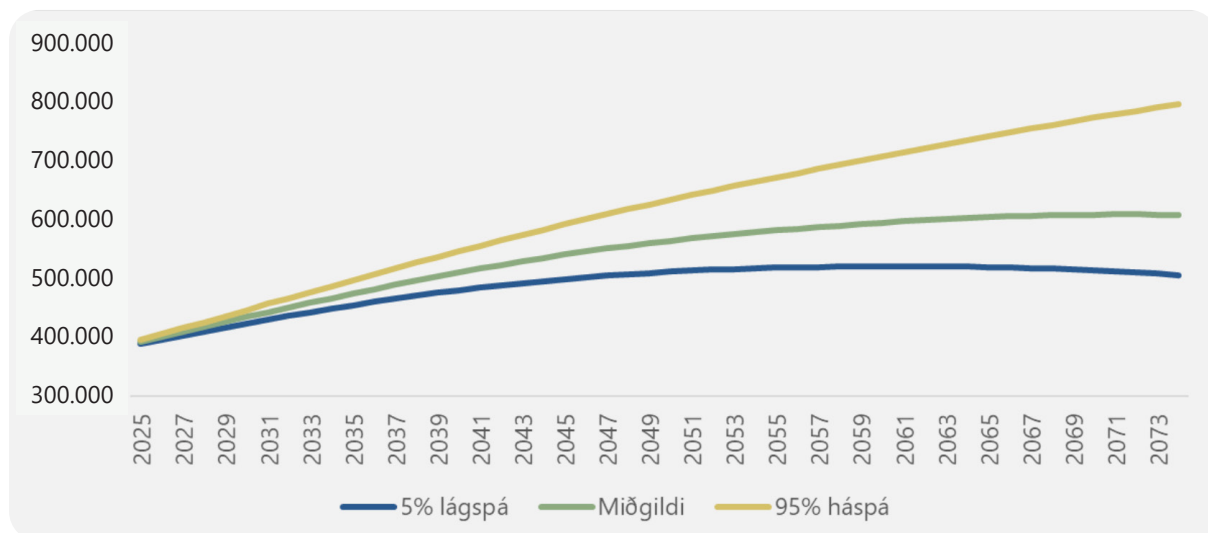
4.9.1 Mannfjöldaspá

Ein af grundvallar forsendum niðurstaðna McKinsey var mannfjöldaspá Hagstofnunnar frá 2019. Það aukna álag sem gera yrði ráð fyrir að kæmi fram á næstu áratugum var að mestu leyti lýðfræðilegt. Samkvæmt nýrri mannfjöldaspá eru þessar forsendur gjörbreyttar. Fólksfjölgunin hefur reynst hraðari og er þess nú vænst að mannfjöldinn verði um 498 þúsund árið 2040 í stað 405 þúsund (miðspá). Samkvæmt nýju spánni eru líkur til þess að fólksfjöldinn verði orðinn meiri árið 2026 en gert var ráð fyrir að hann yrði árið 2024 í skýrslu McKinsey.

Frá 2019 hefur starfandi læknum og hjúkrunarfræðingum á hverja 1.000 íbúa fjölgað lítillega en starfandi ljósmæðrum og sjúkraliðum fækkað. Líkt og bent var á í kafla 2 hefur fjölgun lækna og hjúkrunarfræðinga ekki haldið í við fólksfjölgun og hafa verður í huga að með hækkandi meðalaldri eykst þörfin fyrir heilbrigðisþjónustu. Þeirri þörf verður að mæta til lengri tíma með markvissum lýðheilsuáðgerðum, bættum úrræðum fyrir eldri aldurshópa utan heilbrigðisstofnana, innleiðingu nýrra aðferða, tækni og vinnuskipulags innan heilbrigðisstofnana til að auka afköst og skilvirkni mannaflans en óhjákvæmilega með fjölgun heilbrigðisstarfsfólks. Í þessu samhengi má benda sérstaklega á stöðu sjúkraliða en fjöldi starfandi sjúkraliða hefur svo að segja staðið í stað síðustu tíu árin á sama tíma og æ ríkari þörf verður fyrir þjónustu þeirra innan og utan heilbrigðisstofnana og þá sérstaklega við umönnun og hjúkrun eldra fólks.

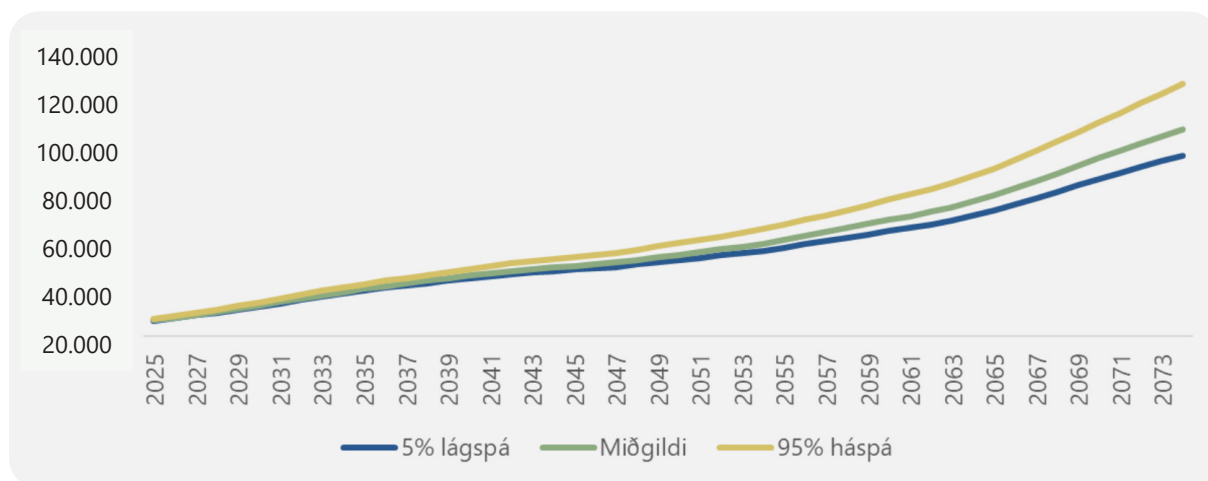
Ef horft er til næstu tíu ára, eða til 1. janúar 2035 er miðgildi mannfjöldaspár Hagstofnunnar um 472.500, þ.e. áætluð aukning um 83.000 manns eða rúmlega 20%, sbr. mynd 4.12. Af þeim fjölda má gera ráð fyrir að þeim sem eru 75 ára og eldri fjölgi um 13.500, þ.e. um 50%, sbr. mynd 4.13.

Mynd 4.12 Mannfjöldaspá til 2074



Heimild: Hagstofan

Mynd 4.13 Mannfjöldaspá til 2074 – 75 ára og eldri



Heimild: Hagstofan

Áætlanir heilbrigðisyfirvalda og þeirra aðila sem falið er að veita heilbrigðisþjónustu verða að byggja á raunhæfum spám og taka tillit til þess er þær breytast. Sú mannfjöldaspá sem var til grundvallar núverandi heilbrigðisstefnu og greining McKinsey um framtíðarþróun þjónustu Landspítala gerði ráð fyrir mun hægari fjölgun en raunin hefur orðið. Ef litið er til ársins 2035 gerir núverandi spá ráð fyrir að landsmenn verði 472 þúsund en spáin frá 2019 gerði ráð fyrir 400 þúsund. Þetta felur í sér grundvallarbreytingu á þeim forsendum sem áætlanagerð heilbrigðisþjónustunnar þarf að byggja á. Samkvæmt svörum og gögnum frá Landspítala eru stjórnendur hans vakandi yfir þessari þróun og er um hana fjallað m.a. í stjórn spítalans.

5 Fráflæði

5.1 Rétt þjónusta á réttum stað

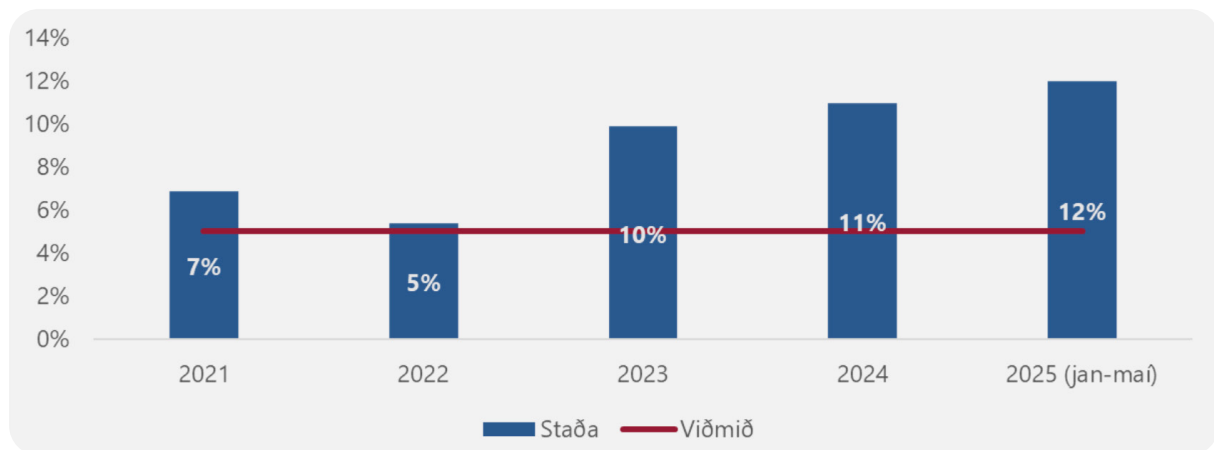
Eitt af meginviðfangsefnum [þingsályktunar nr. 29/149 um heilbrigðisstefnu til ársins 2030](#) var að rétt þjónusta yrði veitt á réttum stað og með því stuðlað að hagkvæmni í heilbrigðiskerfinu í heild. Óhagræði þess að einstaklingar sem ættu að nýta úrræði utan Landspítala dvelji á legudeildum spítalans er vel þekkt. Ekki er einungis um það að tefla að þjónustan sé dýr, t.d. miðað við einstaklinga sem hafa færni- og heilsufarsmat og gætu dvalið á hjúkrunarheimili, heldur er hún ekki viðeigandi fyrir flesta þessa einstaklinga sem þarfnast m.a. markvissrar meðferðar til að auka virkni sem er ekki í boði á spítala. Um verulega og óviðunandi lífsgæðaskerðingu er að ræða fyrir einstaklinga sem væri betur borgið utan spítalans. Því er krafan um að rétt þjónusta sé veitt á réttum stað og öruggt flæði sjúklinga frá Landspítala í önnur úrræði í senn krafa um hagkvæmni og gæði heilbrigðisþjónustu. Eitt þeirra stefnumiða sem ályktun Alþingis um heilbrigðisstefnu kvað á um var að:

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.

Í fyrstu fimm ára aðgerðaáætlun stefnunnar, sem heilbrigðisráðherra lagði fram á Alþingi í júní 2019, var litið til þess að innan fimm ára, þ.e. árið 2024, hefði stefnumiðið náðst. Samkvæmt þeirri aðgerðaáætlun sem var lögð fram af heilbrigðisráðherra á Alþingi í júní 2024 var gert ráð fyrir að því verði náð fyrir árið 2027.

Við gerð fjármálaáætlana síðustu ára hefur heilbrigðisráðherra sett fram hliðstætt markmið fyrir málaflokkinn *23.1 Sérhæfð sjúkrahúsþjónusta* um að „sjúklingar fái heilbrigðisþjónustu á réttu þjónustustigi.“ Sá árangursmælikvarði sem hefur verið notaður til að fylgjast með framgangi þessa markmiðs hefur tekið nokkrum breytingum í gegnum tíðina. Allt fram til fjármálaáætlunar 2021–2025 var einfaldlega litið til hlutfalls sjúklinga á legudeildum sem höfðu lokið meðferð. Síðan þá hefur mælikvarðinn verið þrengdur og miðar nú við hlutfall rúma á bráðalegudeildum fullorðinna sem eru upptekinn vegna sjúklinga sem hafa færni- og heilsumat eða bíða eftir að komast í endurhæfingu utan spítalans. Samkvæmt fjármálaáætlun 2025–2029 er langtímamarkmiðið að ná hlutfallinu niður í 2%. Þrátt fyrir að umrætt hlutfall hafi verið 5% árið 2021 hefur það hækkað síðustu tvö ár og það sem af er ári 2025. Miðað við árangur hingað til og horfur til skemmri tíma varðandi fjölgun hjúkrunarrýma verður ekki annað séð en að langtímamarkmiðið sé óraunhæft og þarfnist endurskoðunar við. Mynd 5.1 sýnir þróunina.

Mynd 5.1 Hlutfall rúma á vefrænum bráðalegudeildum fullorðinna sem eru upptekin vegna sjúklunga með færni og heilsumat að meðaltali



Heimild: Landspítali og Fjármálaáætlunir 2023–2029

Mikilvægt er að hafa í huga að þessi mælikvarði snýr einungis að litlu leyti að árangri Landspítala enda getur hann ekki borið ábyrgð á úrræðum utan spítalans. Þetta hefur endurspeglast við fjárlagagerð árána 2020–2025 í því að „efling fjölþættra úrræða fyrir sjúklunga utan sérgreinasjúkrahúsa“ hefur verið skilgreint sem eitt af helstu verkefnum eða aðgerðum málaflöksins 23.10 Sérhæfð sjúkrahúspjónusta en ábyrgðin á framkvæmdinni sett á herðar heilbrigðisráðuneytis og heilbrigðisstofnana.

Í raun gefur þessi mælikvarði frekar til kynna ástand tiltekins hluta heilbrigðiskerfisins og þá sérstaklega hvernig stjórnvöldum hefur tekist til við að byggja um viðeigandi úrræði utan sjúkrahúsa. Því er nauðsynlegt að horfa til stefnumarkandi ákvarðana og aðgerða á öðrum málefna sviðum og í samhengi við fráflæðisvanda Landspítalans sérstaklega á málefna sviði 25 Hjúkrunar- og endurhæfingarpjónusta.

5.2 Stöðnun og vannýttar fjárheimildir til uppbyggingar hjúkrunarrýma

Árið 2018 hófst undirbúningur heilbrigðisráðherra [að stórfelldri fjölgun hjúkrunarrýma](#) og gerði [fjármálaáætlun 2019–2023](#) ráð fyrir auknum fjárveitingum til uppbyggingar og reksturs þeirra. Áætlað var að útgjaldarammi málefna sviðsins myndi vaxa úr 48,4 m.a. kr. árið 2019 í 53,4 árið 2023. Með því yrði mögulegt að taka í notkun 550 ný rými og bæta aðbúnað og aðstöðu 240 rýma. Miðað var við að í lok árs 2023 yrði heildarfjöldi hjúkrunarrýma orðinn 3.260 og að meðalbiðtími yrði undir 90 dögum.

Í [fjármálaáætlun 2020–2024](#) var áfram gert ráð fyrir útgjaldaaukningu en að draga myndi úr útgjaldavexti árið 2024. Í lok þess árs var gert ráð fyrir að hjúkrunarrými yrðu orðin 3.433. Við gerð [fjármálaáætlunar 2021–2025](#) var ljóst að fyrirhuguð fjölgun hjúkrunarrýma myndi ekki ganga að fullu eftir og var gert ráð fyrir að rýmin yrðu 3.344 í lok tímabilsins. [Fjármálaáætlun 2022–2026](#) var ekki lögð fram með hefðbundnu sniði, m.a. vegna áhrifa af aðgerðum stjórnvalda vegna kórónuveirufaraldursins, og tók ekki til umfjöllunar stefnumörkun, markmiðasetningu og aðgerðaáætlunir einstakra málefna sviða. Hvorki í [fjármálaáætlun 2023–2027](#) né [fjármálaáætlun 2024–2028](#) var fjölgun hjúkrunarrýma skilgreint sem sjálfstætt markmið. Ekki var heldur gerð grein fyrir fjölda þeirra sem mælikvarði á árangur heldur var einvörðungu horft til biðtíma. Var enda þá þegar ljóst að fyrirætlanir um uppbyggingu hjúkrunarrýma höfðu alls ekki náð fram að ganga.

Í [fjárlagafrumvarpi 2024](#) var eitt helsta verkefni málaflokksins 25.10 Hjúkrunar-, dvalar- og dagdvalarrými að halda áfram byggingu hjúkrunarrýma í samræmi við framkvæmdaáætlun án þess þó að tilgreindur væri ákveðinn fjöldi rýma og mun minna fé veitt til þess en áður, eða 5,2 ma. kr. lægri fjárveiting. Aftur á móti var vísað til þess að nýta ætti uppsafnaða fjárheimild til áframhaldandi fjárfestingar.

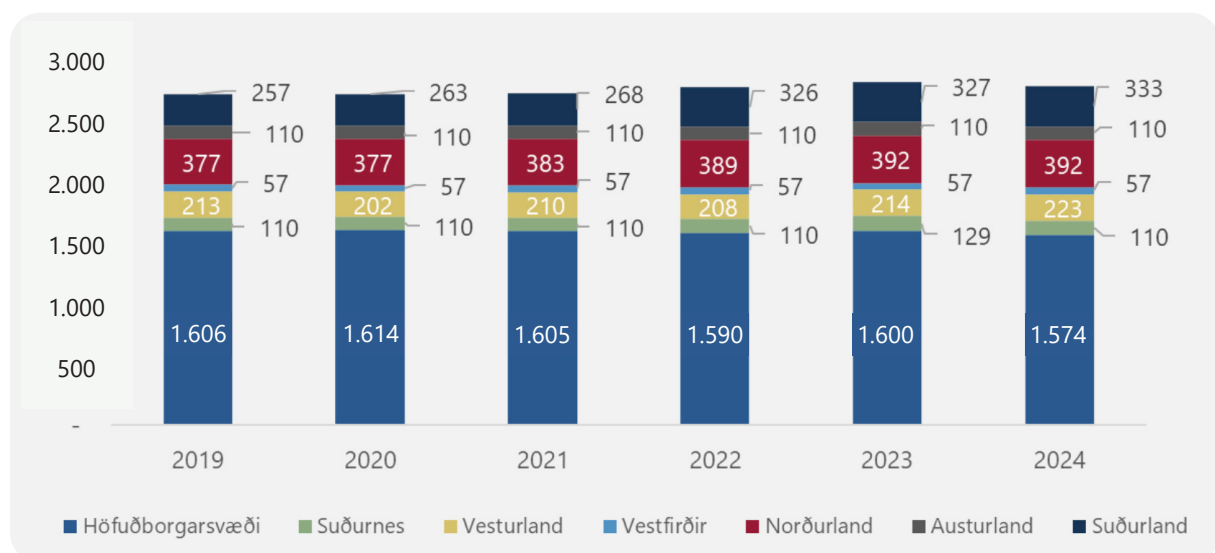
Í [fjármálaáætlun 2025–29](#) sem fjármála- og efnahagsráðherra lagði fram í apríl 2024 segir í rammagrein 6 um hjúkrunarheimili:

Miklar tafir hafa orðið á byggingu nýrra heimila á undanförunum árum og áætlun um stórfellda uppbyggingu hjúkrunarheimila sem kynnt var árið 2018 hefur engan veginn gengið eftir. Ætlunin var að fjölga hjúkrunarrýmum á árunum 2019–2023 um 550, auk þess sem bæta átti aðbúnað á 240 eldri rýmum. Af ýmsum ástæðum gekk þessi áætlun ekki eftir og fjárheimildir sem samþykktar hafa verið í fjárlögum undanfarin ár hafa safnast upp og verið fluttar á milli ára. Er nú svo komið að fjárheimild að fjárhæð 14,3 ma. kr. var ónýtt í lok síðasta árs.

Það sama var uppi á teningnum í [fjárlagafrumvarpi ársins 2025](#), þ.e. vísað almennt til framkvæmdaáætlunar og enn dregið úr fjárveitingu frá fyrr ári, eða sem nam 500 m.kr. Árin 2024 og 2025 drógust beinar fjárheimildir til málaflokksins því saman en gert ráð fyrir að gengið yrði á uppsafnaðar fjárheimildir til að fjármagna endurbætur og uppbyggingu hjúkrunarrýma.

Þessi uppsöfnun fjárheimilda hefur komið fram í ríkisreikningi síðustu ára. Nánar til tekið hefur heilbrigðisráðherra ráðstafað umræddum heimildum til sérstaks fjárlagaliðar í umsjá heilbrigðisráðuneytis, þ.e. 08-401 Öldrunarstofnanir, almennt, sem fjármagnar framkvæmdaáætlun um byggingu hjúkrunarrýma. Mynd 5.2 sýnir fjölda hjúkrunarrýma greint eftir heilbrigðisumdæmum og sést þar að um nær engar breytingar er að ræða á tímabilinu 2019–2024.

Mynd 5.2 Fjöldi almennra hjúkrunarrýma greint eftir heilbrigðisumdæmum

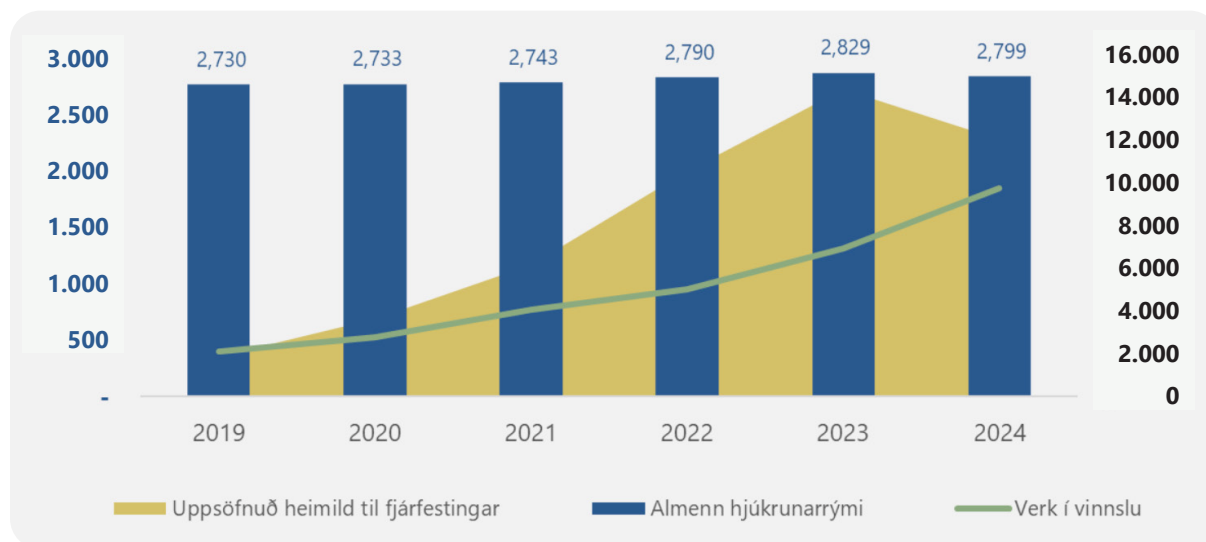


Heimild: [Embætti landlæknis](#)

Sem fyrr segir er stöðnun síðustu ára einkar athyglisverð þegar hún er borin saman við uppsafnaða fjárfestingarheimild og þá fjármuni sem bundnir eru í verkum í vinnslu, sbr. mynd 5.3. Í árslok 2024 var heimildin 12 ma.kr. en 9,7 ma.kr. voru bundnir í verkum í vinnslu. Benda

verður á að í mars 2025 voru málefni aldraðra flutt frá heilbrigðisráðuneyti til félags- og húsnæðismálaráðuneytis með forsetaúrskurði nr. 5/2025, að undanskilinni heilbrigðisþjónustu. Þar á meðal ábyrgð á uppbyggingu hjúkrunarrýma og þjónustuíbúða fyrir eldra fólk.

Mynd 5.3 Fjöldi almennra hjúkrunarrýma (vinstri ás) borið saman við uppsafnaða heimild til fjárfestingar í árslok og fjármuni bundna í verkum í vinnslu í m.kr. (hægri ás)



Heimild: [Embætti landlæknis](#), Ársreikningar 08-401 Öldrunarstofnanir, almennt, og Fjárhags- og mannauðskerfi ríkisins

Þau markmið sem lagt var upp með árið 2019 um að hjúkrunarrými yrðu orðin 3.433 í lok árs 2024 og bið ekki að meðaltali lengri en 90 dagar hafa engan veginn staðist. **Það eru tæplega 470 færri rými en gert var ráð fyrir, meðalbiðtími er um 176 dagar og um 500 einstaklingar eru á biðlista.** Ríkisendurskoðun bendir á að þrátt fyrir að fyrirhuguð fjölgun hjúkrunarrýma hafi ekki gengið eftir og skilgreindir árangursmælikvarðar skv. fjármálaáætlunum og fjárlögum verið neikvæðir ár eftir ár verður ekki séð að ársskýrslur ráðherra síðustu ára (2019–2023) hafi með glöggum og greinargóðum hætti greint frá þeirri alvarlegu stöðu sem komin er upp og hefur viðtæk áhrif á allt heilbrigðiskerfið. Mikilvægt er að viðkomandi ráðuneyti, þ.e. fjármála- og efnahagsráðuneyti, félags- og húsnæðismálaráðuneyti og heilbrigðisráðuneyti, bæti bæði árangur sem og eftirfylgni og eftirlit með árangri í samræmi við ákvæði laga nr. 123/2015 um opinber fjármál.

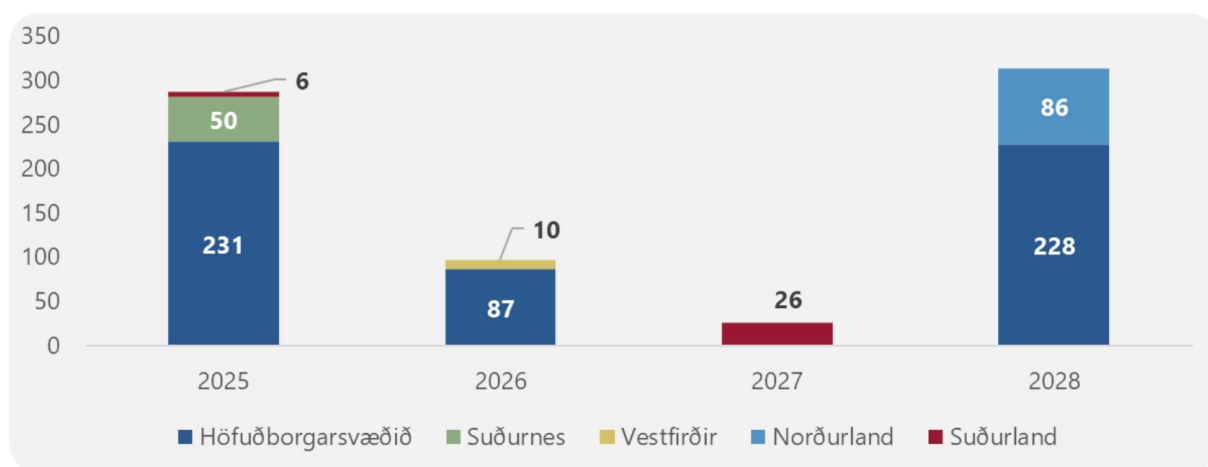
5.2.1 Áætlanir um fjölgun hjúkrunarrýma til 2028 ekki í samræmi við þörf

Þegar fjármálaáætlun 2026–2030 var lögð fram á Alþingi af fjármála- og efnahagsráðherra í mars 2025 hafði félags- og húsnæðismálaráðherra tekið við ábyrgð á uppbyggingu hjúkrunar- og dvalarrýma. Í umfjöllun áætlunarinnar um stefnumótun málefna sviðs 25 *Hjúkrunar- og endurhæfingarþjónusta* er vísað til fyrirbyggjandi framkvæmdaáætlunar um byggingu hjúkrunarrýma 2024–2028 sem gerir ráð fyrir að nýjum rýmum fjölgi um 724. Samkvæmt fjármálaáætlun er

gert ráð fyrir að gangi það eftir verði þörfinni mætt. Að mati Ríkisendurskoðunar er töluverð óvissa um að sú sé raunin.

KPMG hefur tekið saman [gagnvirk mælaborð](#) sem nýtir gögn frá opinberum aðilum til að leggja mat á þörfina fyrir hjúkrunarrými að gefnum ólíkum sviðsmyndum. Ef lítið er til ársins 2028 (þess tíma sem framkvæmdaáætlun um byggingu hjúkrunarrýma nær til) og gert ráð fyrir að hlutfallsleg þörf fyrir hjúkrunarrými verði óbreytt, biðtími verði orðinn 90 dagar og meðalbúsetutími 2 ár þarf að fjölga rýmum um 1.613 fyrir árslok 2028. Það þýðir að fyrirséð fjölgun rýma samkvæmt framkvæmdaáætlun, 724, er fjarri því að svara þörfinni. Mynd 5.3 sýnir fyrirhugaða fjölgun nýrra hjúkrunarrýma til ársins 2028 greint eftir heilbrigðisumdæmum.

Mynd 5.4 Yfirlit um fyrirhugaða árlega fjölgun hjúkrunarrýma 2025–2028 greint eftir heilbrigðisumdæmum



Heimild: [Staða framkvæmdaáætlunar um byggingu hjúkrunarrýma og framhald til ársins 2028.](#)

Benda verður á að verklok tæplega helmingis (43%) þeirra rýma sem áætlunin gerir ráð fyrir eru á árinu 2028. Jafnframt vekur athygli að áætlunin gerir hvorki ráð fyrir nýjum rýmum innan heilbrigðisumdæmis Vesturlands né Austurlands.

Ef mælaborð KPMG er notað til að líta fram til ársins 2040 verður að gera ráð fyrir að taka þurfi í notkun rúmlega 5.000 ný hjúkrunarrými á því tímabili. Til að koma til móts við þessa þróun er bæði nauðsynlegt að tryggja aukið framboð en ekki síður að draga eins og kostur er úr þörfinni, þ.e. að draga úr eða koma í veg fyrir flutning á hjúkrunarheimili, t.d. með aukinni heimaþjónustu, forvörnum og lýðheilsuverkefnum, þróun og innleiðingu velferðartækni o.s.frv. Jafnvel þótt dregið verði verulega úr þörfinni og gert ráð fyrir að enginn á aldrinum 67–69 ára dvelji í hjúkrunarrými, 2% þeirra sem eru á áttæðisaldri, 10% þeirra sem eru á nírtæðisaldri og 20% þeirra sem hafa náð 90 ára aldri yrði engu að síður nauðsynlegt að fjölga rýmum um rúmlega 3.400 fyrir árið 2040. Benda verður á að í skýrslu sameiginlegs starfshóps heilbrigðis- og fjármála- og efnahagsráðuneytis, [Breytt fyrirkomulag fasteigna vegna hjúkrunarheimila](#) (janúar 2024) var gert ráð fyrir að fjölga þurfi hjúkrunarrýmum um 1.591 fram til ársins 2040.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að áætlanir félags- og húsnæðismálaráðuneytis um uppbyggingu hjúkrunarrýma taki mið af bestu mögulegu upplýsingum á hverjum tíma og sæti stöðugri endurskoðun. Margar breytur hafa áhrif á þörfina sem er brýnt að verði ekki vanmetin.

5.3 Breytt fyrirkomulag og útboð

Ríkisendurskoðun óskaði eftir því að heilbrigðisráðuneyti skýrði nánar hvers vegna hjúkrunarrýmum hefði ekki fjölgað í samræmi við áætlanir og þær fjárheimildir sem Alþingi hefði veitt. Í svari sínu vísaði ráðuneytið m.a. til kærumála í tengslum við útboð, tafir vegna deiluskipulagsgerðar, að í sumum tilvikum hafi enginn tilboð borist vegna útboða eða tilboð verið yfir kostnaðaráætlun. Þá hafi verkefni tafist eftir að ákveðið var að stækka þau frá upphaflegum áætlunum. Það var t.d. tilfellið varðandi hjúkrunarheimili í Reykjanesbæ og Akureyri. Auk þess benti ráðuneytið á að sveitarfélög hefðu ekki í öllum tilfellum sætt sig við kostnaðarskiptingu verkefna.



Nýtt hjúkrunarrými
ásamt búnaði árið 2024
kostaði tæplega

70 m.kr

Ágreiningur um fjármögnun og rekstur hjúkrunarheimila milli ríkis, sveitarfélaga og rekstraraðila hefur raunar verið viðvarandi undanfarin ár og hafa mörg sveitarfélög sagt sig frá rekstri þeirra. Slík ágreiningsmál hafa m.a. ratað til dómstóla, sbr. dóm hæstaréttar í [máli 18/2020](#). Þessi ágreiningur varð tilefni til endurskoðunar á tilhögun uppbyggingar og reksturs hjúkrunarheimila. Starfshópur á vegum heilbrigðisráðherra fékk það hlutverk að greina eignarhald og fjármögnun á húsnæði hjúkrunarheimila í júní 2022 og skilaði skýrslu í lok þess árs ásamt heildstæðu yfirliti um öll hjúkrunarheimili í rekstri. Í framhaldinu mynduðu heilbrigðisráðuneyti og fjármála og efnahagsráðuneyti vinnuhóp sem skilaði niðurstöðu í janúar 2024, sbr. [Breytt fyrirkomulag](#)



Rekstur meðal-
hjúkrunarrýmis
án húsnæðisgjalds
árið 2024 var um

18,3 m.kr

[fasteigna vegna hjúkrunarheimila](#). Tillögur hópsins miðuðu m.a. að því að auka hagkvæmni og framkvæmdahraða vegna fjárfestinga í hjúkrunarheimilum. Samkvæmt tillögum hópsins þyrfti til framtíðar að greina rekstur húsnæðis með skýrum hætti frá hjúkrunarþjónustunni og bjóða hvoru tveggja út af hálfu ríkisins án beinnar aðkomu sveitarfélaga. Þannig yrði samstarfi ríkis og sveitarfélaga við uppbyggingu hjúkrunarheimila hætt og ábyrgðin alfarið á herðum ríkissjóðs. Áætlaðar fjárfestingarheimildir vegna byggingar nýrra hjúkrunarheimila yrðu færðar í leiguheimildir á málefna sviði heilbrigðisráðuneytis í umsjá Sjúkratrygginga Íslands. Eldri hjúkrunarheimili yrðu færð yfir í nýtt fyrirkomulag og lokið við þau verkefni sem þegar voru í framkvæmd samkvæmt eldra fyrirkomulagi.

[Samkomulag milli ríkis og sveitarfélaga](#) var undirritað 19. mars 2025. Í því fólst að ábyrgð á fjármögnun vegna uppbyggingar hjúkrunarheimila verður alfarið á ábyrgð ríkisins frá og með 1. júlí 2025 eða frá og með gildistöku á breytingum á núgildandi 32. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og 5. mgr. 9. gr. laga nr. 125/1999 um málefni aldraðra. Frá 1. júlí 2025, ef fyrirhugaðar lagabreytingar ganga eftir, bera sveitarfélög framvegis ekki lengur ábyrgð á

fjármögnun vegna uppbyggingar og leigu hjúkrunarheimila, auk þess sem sveitarfélögum verður ekki lengur skylt að úthluta lóðum án greiðslu gatnagerðargjalda. Þegar sveitarfélög úthluta lóðum undir hjúkrunarheimili verður það hins vegar áfram gert án lóðarleigu og án byggingarréttargjalda. Þá mun eignarhlutur sveitarfélaga í eldri hjúkrunarheimilum færast til ríkisins sem tekur þá alfarið yfir umsjón þeirra.

Samkvæmt svari heilbrigðisráðuneytis við fyrirspurn Ríkisendurskoðunar í október 2024 voru þá í undirbúningi útboðsgögn fyrir leigu á nýjum hjúkrunarheimilum og rekstur þeirra hjá fjármála- og efnahagsráðuneyti, heilbrigðisráðuneyti, Framkvæmdasýslu - Ríkiseignum og Sjúkratryggingum Íslands. Þá ynni ráðuneytið að tillögum til lagabreytinga þess efnis að uppbyggingu hjúkrunarheimila í samstarfi ríkis og sveitarfélaga yrði hætt. Áður en til þess kæmi þyrfti fjármála- og efnahagsráðuneytið að komast að samkomulagi við sveitarfélögin. Jafnframt væri ljóst að ekki yrðu gerðar breytingar á Framkvæmdasjóði aldraðra fyrr en farið yrði að greiða leigu til þeirra hjúkrunarheimila sem hefðu verið byggð og rekin samkvæmt eldra fyrirkomulagi.

Í [október 2024 auglýstu Sjúkratryggingar Íslands](#) eftir rekstraraðilum sem hefðu áhuga á að taka að sér rekstur á 80 til 150 rýma hjúkrunarheimilum. Um a.m.k. þrjú ný hjúkrunarheimili á höfuðborgarsvæðinu og Suðurnesjum væri að ræða sem myndu taka til starfa á næstu árum. Æskilegt var að tilvonandi rekstraraðilar myndu starfa sem sjálfseignastofnanir eða þar sem hagnaður yrði endurfjárfestur eða nýttur í þágu starfseminnar. Þeim aðilum sem lýstu yfir áhuga á að taka þátt í uppbyggingu nýrra hjúkrunarheimila yrði boðið að taka þátt í valferli Sjúkratrygginga á rekstraraðila hvers hjúkrunarheimilis. Skila átti inn tilkynningu fyrir 15. nóvember 2024. Samkvæmt upplýsingum frá Sjúkratryggingum Íslands bárust sex tilkynningar um áhuga, allar frá aðilum sem reka nú þegar hjúkrunarheimili.

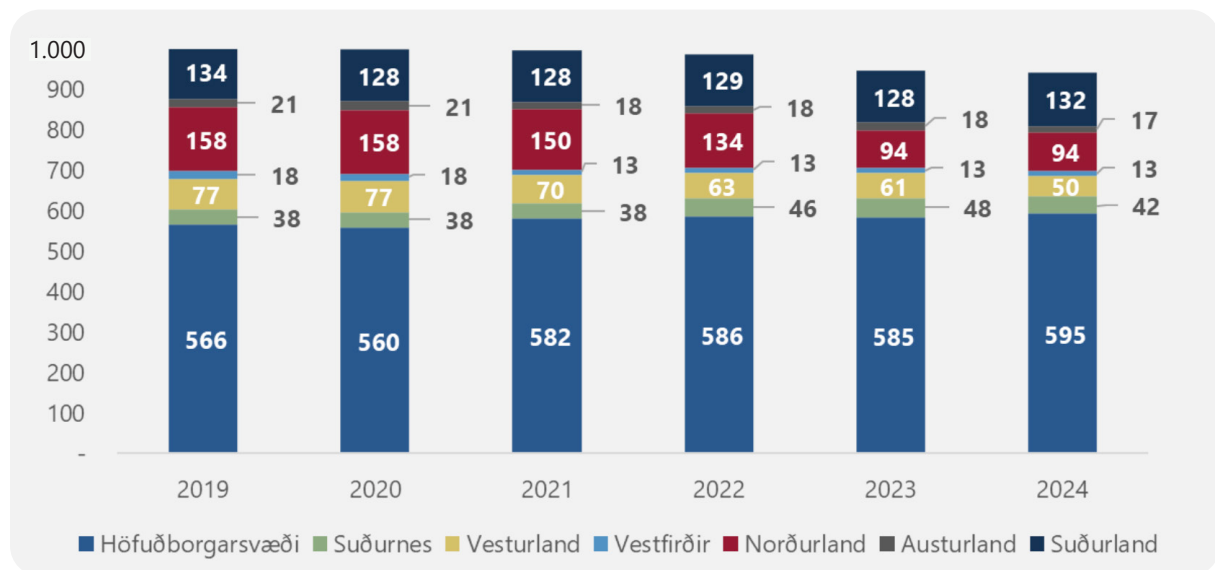
5.4 Vægi heimaþjónustu og dvalarrýma

Þótt fráflæðisvandi Landspítala undirstriki hversu brýnt það er að fjölga hjúkrunarrýmum er mikilvægt að ráðstöfun fjármagns til þjónustu aldraðra taki tillit til heildarmyndarinnar. Samkvæmt greiningu fjármála- og efnahagsráðuneytis, [þjónusta við aldraða: Árangur fjárveitinga](#) (maí 2022) varði Ísland 1,7% af landsframleiðslu til langtímaumönnunar árið 2019. Það var mun lægra hlutfall en á öðrum Norðurlöndum, þar sem meðaltalið lá nærri 3,2%. Samkvæmt yfirliti OECD, [Health at a Glance 2023](#), hafði hlutfallið hér á landi hækkað í 2% árið 2021 en meðaltal hinna Norðurlandanna lækkað í 3%. Hér á landi hefur verið lögð mun meiri áhersla á langtímaumönnunarúrræði inni á stofnunum og sjúkrahúsum en á hinum Norðurlöndunum hefur verið lögð mun meiri áhersla á heimaþjónustu. Meðal þess sem fyrrnefnd greining fjármála- og heilbrigðisráðuneytis benti til var að leggja ætti megináherslu á uppbyggingu dagdvalarrýma og heimaþjónustu fyrir aldurshópinn 80–89 ára í því skyni að fresta flutningi á hjúkrunarheimili.

Samhliða áherslu á uppbyggingu hjúkrunarrýma hefur heilbrigðisráðuneyti á undanförunum árum unnið að bættri þjónustu við eldra fólk í samstarfi við félags- og vinnumarkaðsráðuneyti í samræmi við [þingsályktun nr. 13/153 um aðgerðaáætlun um þjónustu við eldra fólk fyrir árin 2023–2027](#). Áætluninni er fylgt eftir undir heitinu [Gott að eldast](#) og hefur heilbrigðisráðherra m.a. skipað starfshóp sem er ætlað að fylgja eftir markmiðum áætlunarinnar um úrbætur á sviði dagdvalar. Mynd 5.5 veitir yfirlit um þróun dvalar- og dagdvalarrýma á tímabilinu 2019–2024 greint eftir heilbrigðisumdæmum og mynd 5.6 sýnir þróun heimahjúkrunar á sama tímabili

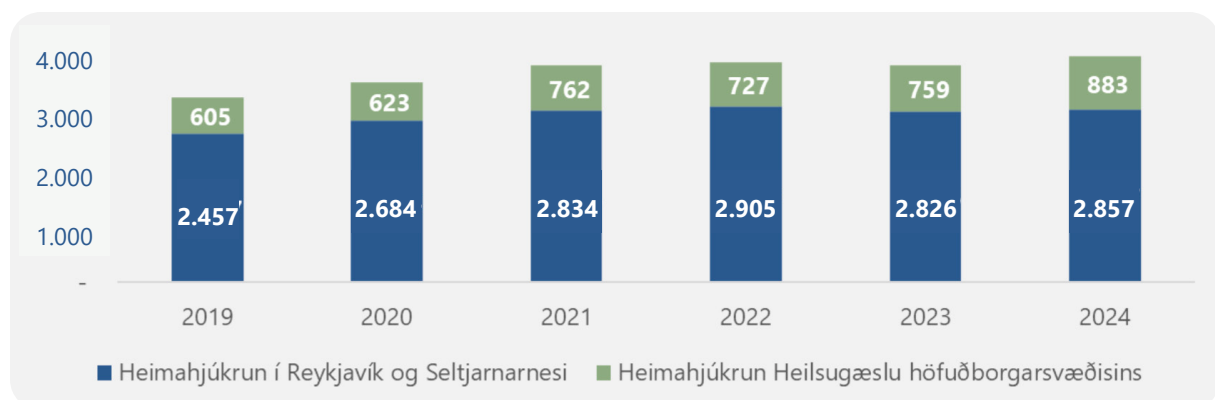
á höfuðborgarsvæðinu. Eins og sést þá einkennist þróun hvorutveggja á tímabilinu af sömu stöðnun og hefur einkennt uppbyggingu hjúkrunnarrýma.

Mynd 5.5 Fjöldi dvalar- og dagdvalarrýma 2019–2024



Heimild: Heilbrigðisráðuneyti

Mynd 5.6 Fjöldi notenda heimahjúkrunar á höfuðborgarsvæðinu 2019–2024



Heimild: [Ársskýrsla HH 2024](#) og [Tölfræði velferðarsviðs Reykjavíkurborgar](#)

Dvalar-, dagdvalarými og heimahjúkrun eru í mörgum tilvikum hagkvæmari og betri umönnunarúrræði frá faglegu sjónarmiði en dvöl á legudeild. Uppbygging þeirra úrræða getur bæði verið til þess fallinn að bæta flæði sjúklinga frá Landspítala, með því að létta af álagi á hjúkrunarþjónustuna, og draga úr aðflæði sjúklinga á spítalann.

Ein af ástæðum fráflæðisvandans er það traust sem þjónusta Landspítala nýtur. Þeir einstaklingar sem eru með heilsu- og færnimat njóta öryggis á spítalanum og aðstandendur þeirra vilja í mörgum tilfellum helst að viðkomandi dvelji á spítalanum ef langtíma úrræði á hjúkrunarheimili í nærumhverfi eða heimaþjónusta er ekki í boði. Dæmi eru um einstaklinga sem koma ítrekað aftur á bráðamóttöku eftir útskrift. Til að taka á þessum vanda er lykilatriði að koma upp bættum úrræðum utan spítalans.

6 Stefna, skipulag og yfirstjórn

6.1 Heilbrigðisstefna

Alþingi samþykkti [ályktun um heilbrigðisstefnu til ársins 2030](#) í júní 2019 á grundvelli 3. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu. Þar segir að auk þess að marka slíka stefnu sé heilbrigðisráðherra heimilt að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja henni, m.a. hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsörðun verkefna, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar. Sjó lykilviðfangsefni voru skilgreind í heilbrigðisstefnunni:



Stefnan fjallar ekki á sértækan hátt um einstakar greinar heilbrigðisþjónustunnar eða veitendur hennar, t.a.m. Landspítala. Hún tekur þó til þeirra áskorana heilbrigðiskerfisins sem hafa birst með skýrum hætti í starfsemi Landspítala og eru til umfjöllunar í þessari úttekt, þ.e. flæði sjúklinga (að rétt þjónusta sé veitt á réttum stað) og mikilvægi þess að tryggja mönnun heilbrigðisþjónustunnar. Í skýrslu heilbrigðisráðherra um heilbrigðisstefnuna, [Heilbrigðisstefna: Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2023](#) (2019), sagði m.a. um þessa þætti:

Það er því aðkallandi verkefni að leita leiða til að fjölga starfsfólki í mörgum heilbrigðisstéttum, auka starfshlutfall þeirra og snúa við atgervisflótta.

Samkvæmt ályktun Alþingis skal heilbrigðisráðherra leggja árlega fram aðgerðaáætlun til fimm ára á gildistíma heilbrigðisstefnunnar. Hún skal tengd við fjárlagavinnu hvers tíma og lögð fram til umræðu á Alþingi. Heilbrigðisráðherra hefur fimm sinnum lagt slíkar áætlanir fram sem skýrslur til Alþingis, síðast í júní 2024. Þær hafa aftur á móti aldrei verið teknar til umræðu á vettvangi Alþingis, hvorki á þingfundum né á nefndarfundum, enda eru skýrslur ráðherra aðeins teknar til umræðu óski viðkomandi ráðherra eftir því.

Líkt og heilbrigðisstefnan sjálf nær hver aðgerðaáætlun yfir mörg málefnasvið og skilgreinir aðgerðir og forgangsörðun þeirra fyrir heilbrigðisþjónustu landsins í heild sinni og hvenær gert sé ráð fyrir að tilteknum markmiðum verði náð. Slík heildarsýn á heilbrigðisþjónustu ríkisins er ekki í forgrunni við gerð fjármálaáætlana og fjárlaga hverju sinni þar sem fjallað er um hvert málefnasvið og málaflokk fyrir sig. Aftur á móti fela hvorki heilbrigðisstefnan sjálf né þær

aðgerðaáætlanir sem eru settar fram á grundvelli hennar í sér kostnaðarmat eða áætlun um kostnaðardreifingu yfir ákveðið tímabil. Aðgerðaáætlanirnar fela m.ö.o. ekki í sér tillögur eða drög að ráðstöfun fjárheimilda til reksturs eða fjárfestinga á ábyrgð tiltekinna aðila og einar og sér eru þær því veikburða sem stefnumótunarskjöl.

Í ljósi framangreinds er mikilvægt að aðgerðaáætlanirnar hafi skýra tengingu við gerð bæði fjármálaáætlana og fjárlaga hvers tíma og þá stefnumiðuðu áætlanagerð ríkisaðila sem fer fram innan ramma laga um opinber fjármál. Þetta er brýnt vegna þess að aðgerðir og ráðstöfun fjármuna innan tiltekins málaflokks heilbrigðisþjónustunnar hefur oftast en ekki áhrif á þjónustu innan annars málaflokks og að sama skapi getur aðgerðaleyfi eða ómarkviss nýting fjármuna á einu sviði haft afleiðingar fyrir heilbrigðisþjónustuna í heild sinni. Þannig geta t.d. breytingar á forsendum og framkvæmd samninga Sjúkratrygginga Íslands við sérgreinalækna haft áhrif á bæði mannauð og innflæði sjúklinga til Landspítala. Sama má segja um stöðu heilsugæslunnar og framboð hjúkrunnaryma (sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu) hvað snýr að flæði sjúklinga til og frá spítalanum. Í aðgerðaáætlun tímabilsins 2025–2029 kemur fram að hún hafi verið uppfærð m.t.t. fjármálaáætlunar og fjárlagavinnu. Það gefur til kynna að áætlunin sé að einhverju leyti háð þeirri stefnumiðuðu áætlanagerð sem er unnin innan ramma laga um opinber fjármál.

Eftirfylgni og árangursmat á framgangi verkefna og markmiða aðgerðaáætlana hefur að mati Ríkisendurskoðunar verið takmarkað. Í hverri áætlun sem lögð hefur verið fram frá 2020 hefur verið fjallað um árangur fyrri áætlunar út frá skilgreindum markmiðum en sú umfjöllun hefur verið almenn og oft óljóst hvernig skilgreindum verkefnum hefur reitt af. Á síðustu árum hefur verið vísað til þess að sum þeirra stefnumarkmiða sem hafa náðst verði áfram viðvarandi verkefni heilbrigðisráðuneytis og viðkomandi heilbrigðisstofnana. Má þar nefna markmiðið um að: „Mönnun heilbrigðisstofnana verði sambærileg við það sem best gerist erlendis, samræmist umfangi starfseminnar og tryggi gæði og öryggi hennar.“ Í síðustu aðgerðaáætlun er stefnt á að ná þessu markmiði árið 2028 en í þeirri aðgerðaáætlun sem var lögð fram árið 2020 átti þetta að vera orðin raunin árið 2023.

Samhengi og tengsl heilbrigðisstefnu við ákvarðanir um ráðstöfun fjármuna til lengri og skemmri þarf að mati Ríkisendurskoðunar að vera skýrari. Tækifæri er til að bæta heildarsýn og áætlanagerð þvert á þau málefnasvið sem snerta þróun heilbrigðisþjónustunnar með því að leggja fram ítarlegri aðgerðaáætlun, þar sem meginverkefni eru tímasett og kostnaðargreind. Mikilvægt er að aðgerðaáætlanir heilbrigðisstefnunnar séu teknar til umfjöllunar á Alþingi, fylgst sé kerfisbundið með árangri þeirra, og þær nýttar sem grundvöllur að stefnumiðaðri áætlanagerð einstakra aðila innan heilbrigðisþjónustunnar og ráðstöfun fjármuna.

Í töflu 6.1 er yfirlit um þau markmið og meginverkefni aðgerðaáætlunar heilbrigðisstefnu 2025–2029 sem taka til mönnunar heilbrigðisþjónustunnar og flæði sjúklinga. Ekki er um tæmandi samantekt á áætluninni að ræða og tengsl verkefna við umfjöllunarefni þessarar úttektar eru túlkuð vítt.

Tafla 6.1 Markmið og meginverkefni vegna mönnunar heilbrigðisþjónustunnar og flæði sjúklinga skv. aðgerðaáætlun heilbrigðisstefnu 2025–2029

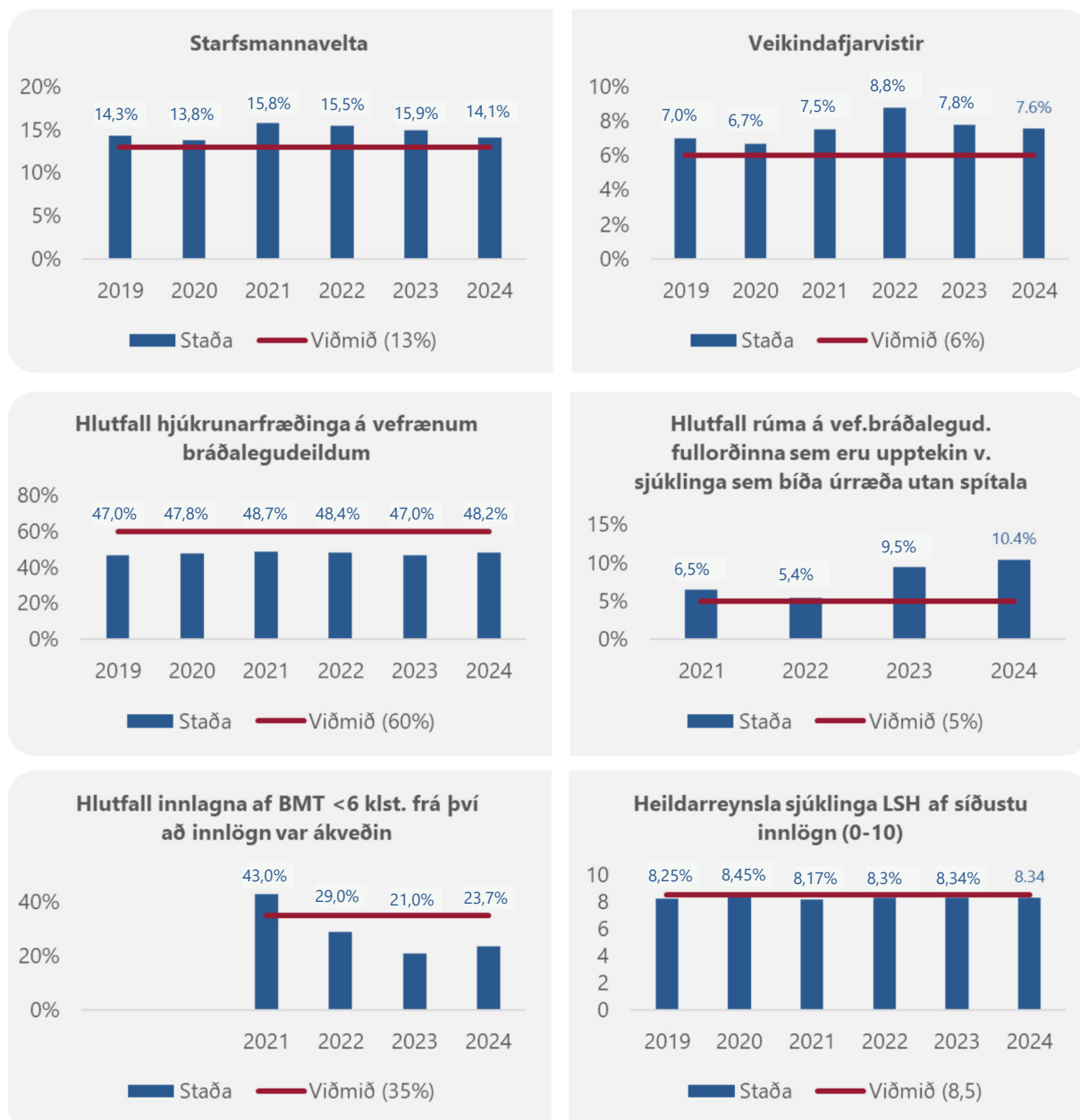
	Markmið	Meginverkefni
Forysta til árangurs	<u>Markmið til þriggja ára (2027):</u> Hlutverk og fjárhagsleg ábyrgð ríkis og sveitarfélaga um veitingu heilbrigðisþjónustu verði vel skilgreind.	Breytt fyrirkomulag við fjármögnun hjúkrunarrýma
Rétt þjónusta á réttum stað	<u>Markmið til tveggja ára (2026):</u> Sjúkrarúm á sjúkrahúsum nýtist þeim sjúklingum sem þurfa á meðferð á þessu þjónustustigi að halda og unnt er að útskrifa þá án tafar að meðferð lokinni. <u>Markmið til fjögurra ára (2028):</u> Byggingaframkvæmdum í fyrsta áfanga Landspítala við Hringbraut (Nýr Landspítali) og við legudeild Sjúkrahússins á Akureyri verði lokið með stórbættri aðstöðu	- Bráðþjónusta verður styrkt um allt land í samræmi við skýrslu viðbragðsteymis um bráðþjónustu í landinu „Bráðþjónusta á Íslandi. Núverandi staða og framtíðarsýn“. - Ítarleg þarfagreining um þjónustu í nýju húsnæði Landspítala (NLSH) liggur fyrir sem og áfangaskýrslur.
Fólkið í forgrunnini	<u>Markmið til fjögurra ára (2028):</u> Mönnun heilbrigðisstofnana verði sambærileg við það sem best gerist erlendis, samræmist umfangi starfseminnar og tryggi gæði og öryggi hennar	- Fjölgun nemenda í heilbrigðistengdum greinum á framhalds- og háskólastigi - Uppbygging sérnáms lækna - Ljúka uppbyggingu færni- og hermisetra í samstarfi við HVIN
Skilvirk þjónsutukaup	<u>Markmið til eins árs (2025):</u> Fjármögnunarkerfi heilbrigðisþjónustu hvetji til aukinna gæða, betri heilsu notenda, góðs aðgengis að þjónustu og hagkvæmustu nýtingu fjármagns <u>Markmið til fjögurra ára (2028):</u> Sjúkratryggingar Íslands annast alla samningagerð um kaup á heilbrigðisþjónustu fyrir hönd ríkisins, hvort sem um er að ræða þjónustu opinberra eða einkaaðila.	- Áframhaldandi þróun fjármögnunarlíkana heilsugæslu og sameining þeirra. - Áframhaldandi innleiðing á þjónustutengdri fjármögnun. - Innleiðing mönnunarlíkans fyrir heilbrigðisþjónustu. - Efling Sjúkratrygginga Íslands sem þjónustukaupanda. - Stefnumótandi áætlanagerð í samræmi við lög um opinber fjármál
Gæði í fyrirrúmi	<u>Markmið til fjögurra ára (2028):</u> Gæðaáætlun Embættis landlæknis verði að fullu komin til framkvæmda.	Áætlun Embættis landlæknis um gæðaþróun í heilbrigðisþjónustu innleidd í skrefum. Gæðavísar skilgreindir, birtir og gerðar kröfur til veitenda heilbrigðisþjónustu um gæðauppgjör.
Hugsað til framtíðar	<u>Markmið til tveggja ára (2026):</u> Formlegt mat á gagnreyndu notagildi verði forsenda fyrir innleiðingu nýrrar tækni.	Grunnmenntun heilbrigðisstarfsfólks hafi verið aðlöguð íslenskum aðstæðum með það fyrir augum að tryggja mönnun heilbrigðisþjónustunnar

Heimild: Skýrsla heilbrigðisráðherra um fimm ára aðgerðaáætlun heilbrigðisstefnu 2025–2029

6.2 Fjármálaáætlanir og fjárlagagerð

Á því tímabili sem þessi úttekt tekur til hafa markmið um efla mönnun og veitingu þjónustu á réttu þjónustustigi verið skilgreind í fjármálaáætlunum, m.a. með sértækum árangursviðmiðum fyrir Landspítala. Starfsmannavelta, veikindafjarvistir og hlutfall hjúkrunarfræðinga af starfsfólki sem sinnir umönnun á vefrænum bráðalegudeildum hafa verið lykilmælikvarðar fyrir mönnunarþáttin. Bið eftir innlögn á bráðamóttöku og hlutfall rúma á bráðalegudeildum sem eru upptekinn vegna sjúklinga með heilsu- og færnimat og bíða úrræða utan spítalans hafa verið þeir mælikvarðar sem hafa verið nýttir til að leggja mat á að rétt þjónusta sé veitt á réttum stað. Að auki hefur verið litið til niðurstaðna kannana meðal sjúklinga af reynslu þeirra af innlögn á Landspítala. Í grófum dráttum hefur Landspítali ekki náð þeim árangri sem stefnt hefur verið að, sbr. mynd 6.1.

Mynd 6.1 Árangursmælikvarðar Landspítala skv. fjármálaáætlunum 2019–2024



Heimild: Fjármálaáætlanir 2021–2025, 2023–2027, 2024–2028, 2025–2029; og Landspítali

Frumvörp til fjárlaga á tímabilinu 2020–2025 hafa gert grein fyrir helstu verkefnum hvers árs sem er veitt fé af fjárheimild málaflokksins 23.10 Sérhæfð sjúkrahúspjónusta, sem Landspítali heyrir undir. Þau verkefni hafa verið tengd við markmið heilbrigðisstefnunnar og fjármálaáætlana um eflað mönnun og rétta þjónustu á réttum stað. Athygli vekur að hve miklu leyti umrædd verkefni hafa haldist óbreytt frá ári til árs. Til dæmis hefur úrvinnsla úr niðurstöðum fjögurra vinnuhópa sem skiluðu tillögum að aðgerðum til fjölgunar nýrra lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða árið 2020 síðan verið viðvarandi verkefni heilbrigðisráðuneytisins. Það sama má segja um eflingu úrræða fyrir sjúklinga utan sérgreinasjúkrahúsa. Í fjárlagafrumvarpi ársins 2025 voru skilgreind þrjú ný verkefni sem tengjast með beinum hætti mönnun heilbrigðisstétta og flæði sjúklinga sem höfðu ekki áður komið fram við fjárlagagerð fyrri ára:

- *Vinna áfram að greiningu á mönnun heilbrigðiskerfisins og huga að breytingum tengdum verkaskiptingu heilbrigðisstarfsfólks*
- *Vinna að mannauðsstefnu í heilbrigðisþjónustu*
- *Vinna úr tillögum starfshóps um stöðu markmiðs í heilbrigðisstefnu um rétta þjónustu á réttum stað*

6.3 Stefnumiðuð áætlangerð

Í samræmi við ákvæði 31. gr. laga nr. 123/2015 um opinber fjármál mótar Landspítali þriggja ára stefnu sem gerir grein fyrir markmiðum og almennum áherslum starfseminnar, hvernig þeim verður náð með tilliti til áætlaðra fjárveitinga og þeim mælikvörðum og viðmiðum sem lögð eru til grundvallar á mati á árangri starfseminnar. Þessi stefnumótun skal einnig fela í sér mat á árangri síðustu ára og skal staðfest af heilbrigðisráðherra.

Bæði markmið og mælikvarðar stefnunnar kallast á við áherslur fjármálaáætlunar og fjárlaga. Raunar eru sumir árangursmælikvarðarnir þeir sömu, t.a.m. varðandi starfsmannaveltu, hlutfall hjúkrunarfræðinga af mannafla í umönnun á bráðalegudeildum o.fl. Í þeim tilfellum má segja að tilteknir þættir í starfsemi Landspítalans séu svo veigamiklir að ástand þeirra gefi til kynna stöðu málefnasviðsins í heild.

Meðal markmiða síðustu stefnumiðaðra áætlana hefur verið að spítalinn starfi samkvæmt framsækinni mannauðs- og jafnréttisstefnu sem leggur grunn að góðri vinnustaðamenningu með hæfu starfsfólki. Auk fyrrnefndra mælikvarða um starfsmannaveltu og hlutfall hjúkrunarfræðinga er litið til niðurstaðna starfsánægjukannanna sem spítalinn sjálfur hefur látið framkvæma á liðnum árum. Langtímamarkmiðið er að ánægjan sé um 7,7 af 10 en fyrir árið 2024 var miðað við að hún væri meiri en 7,5. Meðal tilgreinda aðgerða og/eða verkefna sem tengjast þessu markmiði eru leiðtogaþjálfun stjórnenda, breytingar á ferli starfsmannasamtala og styrking hermiseturs. Spítalanum auðnaðist ekki að uppfylla öll þau árangursviðmið sem stefnt var að fyrir árið 2024.



Dvalir á bráðamóttöku
>24 klst.

8.787

viðmið

<5.000



Starfsánægja 2024

7,6

viðmið

>7,5



Rúmanýting að
meðaltali 2024

110%

viðmið

<95%



Hlutfall bráðaendur-
innlagna innan 30 daga
frá útskrift

11%

viðmið

<10%



Hlutfall sjúklinga í
þjónustu dag- og
göngudeilda

84%

viðmið

86%



Fjöldi dag- og
göngudeilda sem hefur
innleitt Heilsuveru 2024

31

viðmið

40

Bæði fjárhagsáætlunum og stefnumiðuðum áætlunum Landspítalans er fylgt eftir með fjárveitingabréfum heilbrigðisráðuneytis eftir að samþykkt fjárlög liggja fyrir, sbr. reglugerð 218/2020 um skyldur og ábyrgð forstöðumanna ríkisaðila í A-hluta ríkissjóðs. Í fjárveitingabréfi vegna ársins 2024 staðfesti ráðuneytið áætlun Landspítala en lagði áherslu á: [...] að til framtíðar myndi stefnumótun Landspítalans endurspeglar með skýrum hætti öll markmið málefnasviðsins og þær áskoranir sem spítalinn stendur frammi fyrir og vinni með markvissum hætti að verkefnum til að leysa þær áskoranir. **Sem dæmi má nefna að óljóst er með hvaða hætti spítalinn ætlar sér að bregðast við áskorunum tengdum mönnun í ákveðnum starfsgreinum og hvernig spítalinn ætlar að vinna niður biðlista.**

Auk þess að samþætta árlegar starfs- og fjárhagsáætlanir spítalans, færa gerð þeirra niður á vettvang einstakra sviða og gera þær verkefnaþættir hafa stjórnendur spítalans í hyggju að styrkja gerð þriggja ára stefnumiðaðra áætlana með sambærilegum hætti. Fyrir gerð fjárhags- og starfsáætlana ársins 2026 verður lögð áhersla á að tengja upphaf áætlanagerðarinnar með skýrari hætti við markmið, áherslur og útgjaldaramma fimm ára fjármálaáætlunar fjármála- og efnahagsráðherra sem á að liggja fyrir eigi síðar en 1. apríl ár hvert.

Að mati Ríkisendurskoðunar er brýnt að bæði stjórn Landspítala og heilbrigðisráðuneyti fylgi eftir og taki þátt í að breyttar áherslur Landspítala nái fótfestu hvað snýr að áætlanagerð til lengri og skemmri tíma.

6.4 Hópar, teymi, ráð og aðkeypt ráðgjöf

Skipan vinnu, -átaks, verkefna- og starfshópa sem er ætlað að taka á afmörkuðum veikleikum heilbrigðisþjónustunnar og kaup á utanaðkomandi sérfræðiráðgjöf hefur verið einkennandi fyrir yfirstjórn heilbrigðisráðuneytis á liðnum árum. Frá árinu 2020 hafa 11 skýrslur sem taka til mönnunar heilbrigðisþjónustunnar og flæði sjúklinga verið unnar á vegum ráðuneytisins. Þá eru ótaldar þær skýrslur, minnisblöð og tillögur sem Landsráð um mönnun og menntun í heilbrigðisþjónustunni hefur skilað til ráðherra, en þær eru um 20 talsins. Til að mynda

Úttektir og minnisblöð embættis landlæknis vegna Landspítala



hefur starfshópur á vegum ráðuneytisins sem var falið að vinna stöðugreiningu á þeim þætti heilbrigðisstefnunnar sem snýr að rétttri þjónustu á réttum stað nýlega skilað tillögum sínum. Þá vinnur ráðuneytið með utanaðkomandi ráðgjöfum varðandi mótun mannauðsstefnu og mönnunarviðmiða.

Í viðtölum Ríkisendurskoðunar við aðila sem vinna og hafa unnið innan heilbrigðisþjónustunnar komu fram áhyggjur um að heilbrigðisráðuneyti væri ekki nægilega sterkt faglega og hefði ekki staðið nægilega vel undir því hlutverki að stýra heilbrigðisþjónustunni sem einni heild. Þrátt fyrir það væri á sama tíma sterk tilhneiging til miðstýringar innan heilbrigðisþjónustunnar þar sem úrlausn og ákvarðanir viðvíkjandi stór og smá álitamál í starfsemi heilbrigðisstofnanna rata á borð ráðherra í stað þess að vera leyst í framlínu.

Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að yfirstjórn heilbrigðisþjónustunnar verði tekin fastari tökum, hún skipulögð sem ein heild og þess gætt af heilbrigðisráðuneyti að skilgreind árangursmarkið og mælikvarðar sem tengd eru fjárveitingum Landspítala endurspegli betur þær aðgerðir sem unnið er að á vettvangi þjónustunnar.

6.5 Starfsáætlanir Landspítala

Tímabilið 2019–2024 einkenndist m.a. af breytingum á yfirstjórn Landspítala, stjórnendaveltu og grundvallarbreytingum á stjórnskipulagi spítalans fyrst árið 2019 og aftur árið 2023, eftir að nýr forstjóri tók til starfa í mars 2022. Þannig hefur orðið alger endurnýjun á skipan framkvæmdastjórnar spítalans og á meirihluta forstöðumanna klínískra sviða síðan 2019.

Meðal meginmarkmiða síðustu skipulagsbreytinga var að styrkja mönnun, bæta gæði og skilvirkni þjónustunnar og efla framlínustjórnun. Forstöðufólki klínískra sviða og framlínustjórnenda (deildarstjóra og yfirlækna) voru falin lykilhlutverk við að tryggja flæði sjúklinga og ábyrgð á þáttum varðandi mönnun og mannauðsstjórn. Samhliða aukinni áherslu á framlínustjórnun var

Starfsfólk	Umgjörð	Þekking	Þjónusta
13 markmið	18 markmið	11 markmið	13 markmið
107 verkefni	161 verkefni	38 verkefni	140 verkefni

þeirri breytingu komið á að á hverju sviði spítalans störfuðu mannauðsstjóri og fjármálastjóri í nánu samstarfi við stjórnendur viðkomandi sviðs en heyrðu undir rekstrar- og mannauðssvið. Með því átti að knýja fram og tryggja aukna samhæfingu milli ólíkra sviða spítalans hvað sneri að m.a. áætlanagerð vegna mönnunar og mannauðsstjórn.

Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala komst stefnubundin, verkefnaþíðuð áætlanagerð fyrir spítalann í heild og innan ramma núverandi stjórnskipulags ekki í fastar skorður fyrir en á árinu 2024 vegna starfsársins 2025. Verklagið er enn í þróun og hefur ekki verið innleitt hjá öllum einingum spítalans. Markmið stjórnaenda er að samþætta betur starfs- og fjárhagsáætlanir spítalans og tryggja að rekstraráætlun hvers árs endurspegli sem best raunverulegar og fyrirséðar þarfir starfseminnar, þ. á m. vegna mönnunar, frekar en að vera framreiknuð útgjaldaspá á grundvelli fyrra árs. Þannig er unnið jafnt og þétt yfir árið við að skilgreina markmið, árangursvísa og árangursviðmið og tilteknar aðgerðir og verkefni á sviðum spítalans.

Á grundvelli framangreindrar vinnu er lögð fram verkefnaþíðuð starfsáætlun fyrir spítalann í heild og liggur hún til grundvallar þeirri fjárhagsáætlun sem lögð er fram til heilbrigðisráðuneytis í október á hverju ári. Fyrir árið 2024 voru á [starfsáætlun](#) skilgreind 446 verkefni sem heyrðu undir markmið fjögurra ólíkra áherslusvið sem Landspítali setur í forgrunn við stefnumótun sína.

Tiltekin markmið sneru með beinum hætti að áskorunum tengdum flæði sjúklinga og mönnun heilbrigðisstétta. Þannig voru skilgreind 32 verkefni undir markmiðinu „Mönnun og starfsánægja“ og var meirihluta þeirra (21 verkefni) annað hvort ekki lokið eða í vinnslu í lok ársins. Undir áherslusviðinu „Þjónusta“ voru markmið á borð við „Þjónusta á réttu þjónustustigi“ (4 verkefni), „Skilvirkari útskriftir“ (7 verkefni).

6.5.1 Starfs- og rekstraráætlun 2025

Frá árinu 2024 hefur Landspítali haldið utan um starfsáætlun sína í miðlægri verkefnagátt sem tryggir yfirsýn stjórnaenda og styður við eftirfylgni og árangursmat. Þau verkefni sem þangað rata eru fullfjármögnuð í upphafi hvers rekstrarárs.

Fyrir árið 2025 er gert ráð fyrir að nokkur verkefni fari af stað sem tengjast með beinum hætti mönnun og flæði sjúklinga og verði hluti af rekstrarforsendum spítalans til framtíðar. Þeirra stærst er styrking legudeilda spítalans sem gerir ráð fyrir að fjölga opnum rúmunum um 31 frá því sem miðað var við vegna ársins 2024. Markmiðið er að mæta raunverulegri þörf eftir innlagnarrýmum, samræma forsendur um mönnun og vinnuskipulag, gera raunhæfari mönnunaráætlanir, bæta starfsumhverfi og veita faglegri þjónustu. Í heild er kostnaður verkefnisins um 1 ma. kr., sjá nánar töflu 6.2. Athygli vekur að þrátt fyrir fjölgun opinna rúma verði að gera ráð fyrir að nýtingarhlutfall verði almennt töluvert umfram 100% miðað við þann fjölda sjúklinga sem var að meðaltali inniliggjandi árið 2024.

Tafla 6.2 Fyrirhuguð styrking legudeilda árið 2025 samkvæmt starfsáætlun 2025

Deild	Áætluð opin rúm 2024	Inniliggjandi að meðaltali 2024	Áætlun 2025	Breyting
Bráðalyflækningadeild	19	21,8	21,5	+2,5
Meltingar- og nýrnadeild	18	20,1	20	+2
Smitsjúkdómadeild	19	19,0	19	0
Lyflækningadeild	18	21,2	21	+3
Lungnadeild	19	21,8	21,5	+2,5
Taugalækningadeild	19	21,4	21	+2
Hjarta-, lungna- og augnskurðeild	14	16,3	16	+2
Hjartadeild	34	37,6	36	+2
Blóð- og krabbameinslækningadeild	28	31,9	331	+3
Heila-, tauga- og bæklunarskurðeild	14	16,0	16	+2
Bæklunarskurðeild	18	21,1	22	+4
HNE-, lýta-, bruna og æðaskurðeild	18	18,3	18	0
Kviðarhols- og þvagfæraskurðeild	22	25,7	26	+4
Bráðaöldrunarlækningadeild	20	22,0	22	+2
Samtals	280	314,2	311	+31

Heimild: Landspítali

Auk þess að fjölga rúmum á legudeildum gerir starfsáætlun spítalans árið 2025 ráð fyrir að um 617 m.kr. verði nýttar til að styrkja klínísk þjónustusvið að öðru leyti, þ. á m. með bættri mönnun hjúkrunarfræðinga, lækna, sjúkraliða, félagsráðgjafa, sálfræðinga, næringarráðgjafa og annarra sérfræðinga og verkefnastjóra, sbr. yfirlit í töflu 6.3.

Tafla 6.3 Fyrirhuguð styrking klínískra þjónustusviða samkvæmt starfsáætlun 2025

Þjónustusvið	Verkefni	Fjárhæð í m.kr.
Bráða-, lyf- og endurhæfingarþjónusta	Sjúkraþjálfarar á bráðamóttöku, útskriftarhjúkrunarfræðingur	70
Hjarta-, augn- og krabbameinsþjónusta	Lenging opunar á 11BC, <i>Hospital at home</i>	178,5
Skurðlækninga-, skurðstofu- og gjörgæsluþjónusta	Deildarstjóri Vöknunar, styrking mönnunar á heila og tauga	70
Kvenna- og barnaþjónusta	Styrking barnalækna, heilsuskóli	87,4
Geðþjónusta	Styrking mönnunar	131,1
Klínísk rannsókn- og stoðþjónusta	Faggilding og styrking mönnunar	80
Samtals		617
Fjölgun stöðugilda		>30

Heimild: Landspítali

Þá hafa verið skilgreind verkefni á stoðsviðum Landspítala árið 2025 sem eru til þess fallin að styrkja mönnun, bæta mannauðsstjórn og styðja við skilvirka starfsemi spítalans til framtíðar, sbr. töflu 6.4.

Tafla 6.4 Fyrirhuguð styrking stoðsviða samkvæmt starfsáætlun 2025

Svið	Verkefni	Fjárhæð í m.kr.
Skrifstofa forstjóra	Styrkja klínískt rannsóknarsetur, skjalastjórnunarkerfi	70
Skrifstofa hjúkrunar	Efla úrvinnslu gagna varðandi mönnun og afdrif sjúklinga (RAFAELA)	40,3
Skrifstofa lækninga	Innleiðing breytts vinnuskipulags lækna, ráðning gæðastjóra, styrkja sérnám	63
Þróunarsvið	Útboð/nýsköpun á nýjum lausnum, starfræn framþróun, upplýsingaöryggi	209
Rekstrar- og mannauðssvið	Velferðartorg, styrkja miðlægt eftirlit og framkvæmd vaktaskipulags, styrkja rekstrar- og fjármálastjórn, auka íslenskukennslu	170
Samtals		552,3

Heimild: Landspítali

RÍKISENDURSKOÐUN

Bríetartúni 7, 105 Reykjavík | Glerárgata 34, 600 Akureyri

Sími 448-8800 | postur@rikisendurskodun.is | www.rikisendurskodun.is