

## Átakshópur vegna bráðamóttöku Landspítala Skýrsla vinnuhóps 3, Orsakir biðtíma eftir innlög

Meðlimir vinnuhóps: Herdís Herbertsdóttir frá Bráðaþjónustu, Flæðisdeild sem leiðir hópinn, Gerður Beta Jóhannsdóttir og Runólfur Pálsson frá Lyf- og endurhæfingarþjónustu og Helga Atladóttir og Steinunn Þórðardóttir frá Öldrunarþjónustu. Helga var aðeins fyrri vikuna en Arnór Víkingsson kom í hennar stað í seinni vikunni. Gunnhildur Peiser var vinnuhópnum til aðstoðar.

Verkefni vinnuhópsins voru:

1. Greina fækkun legurýma á Landspítala.
2. Skoða og greina þróun á legutíma á bráðamóttökunni, legudeildum og öldrunardeildum Landspítala
3. Skoða og greina þjónustu heimahjúkrunar/meðferð í heimahúsi
4. Skoða hver yrði ávinningur af opnun "hospital at home", hjúkrunarrýma, endurhæfingardeilda á Landakoti eða öðrum endurhæfingarrýmum s.s. á Reykjalundi og bráðainnlagnardeildar Landspítala.

### 1. Greina fækkun legurýma á Landspítala.

Undanfarin ár hafa að jafnaði verið lokað 30-40 sólarhringsrúm fullorðinna vegna mannekle þá aðallega hjúkrunarfræðinga en einnig sjúkraliða. Þann 4. febrúar 2020 eru 29 sólarhringsrúm fyrir fullorðna lokað (6%) sem eru öll mikilvæg í flæði sjúklinga og að auki 20 rúma 5-daga deild á Landakoti<sup>1</sup>. Til samanburðar voru um miðjan sept s.l. lokað 34 rúm (8%) og þar af 32 vegna mannekle. Þessi 5 rúm innan lyflækningakjarna (A7: 4 rúm og A6: 1 rúm) hafa verið opnuð í skrefum og síðustu tvö á A7 í lok janúar. Vegna sýkinga þarf af og til að loka rúmum í einhverja daga sem ekki eru meðtalin að ofan. Þann 6. feb eru lokað 5 rúm á B7 vegna MÓSA og yfirlofandi lokun á a.m.k. einu rúmi á smitsjúkdómadeild A7 vegna breytinga t. viðbúnaði vegna Kóróna veiru.

Á tímabilinu 2015 til 2019 var fækkað um 59 rúm (9%) þegar öll rúm eru meðtalin utan biðryma<sup>2</sup>; úr 642 í 589 rúm. Sumum rúmum var lokað varanlega en öðrum tímabundið vegna mannekle. Þá er ekki tekið tillit til lokana um sumar og hátíðir, en utanumhald í kerfunum um opin rúm á hverjum tíma hefur vantað. Í sumum tilfellum var um að ræða tilfærslu á starfsemi til dagdeilda í samræmi við stefnu Landspítala. Rétt er að nefna að lengi hefur verið mannekle meðal fleiri fagaðila en hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða s.s. sjúkráþjálfara (vantar í um 40% af öllum st.g. sjúkráþjálfara á Landakoti), iðjuþjálfara og lækna í sumum sérgreinum sem vissulega hefur neikvæð áhrif á starfseminu og ekki síst lengd legu.

### 2. Skoða og greina þróun á legutíma á bráðamóttökunni, legudeildum og öldrunardeildum Landspítala.

#### a. legutími á BMT

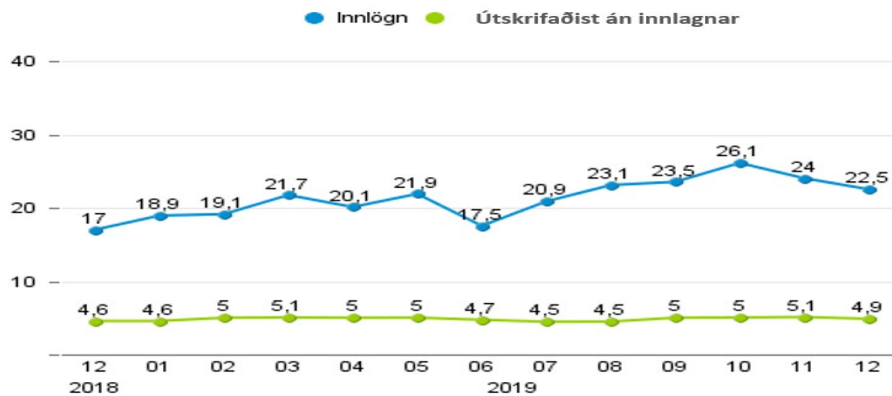
Meðalbiðtíminn eftir innlög á bráðadeild í Fossvogi (BMT) hefur lengst jafnt og þétt. Á árinu 2019 fór meðalvalartíminn frá 17 klst í des 2018 í 22,5 klst í des 2019, en viðmiðið er 6 klst.

---

<sup>1</sup> fylgiskjal 1.

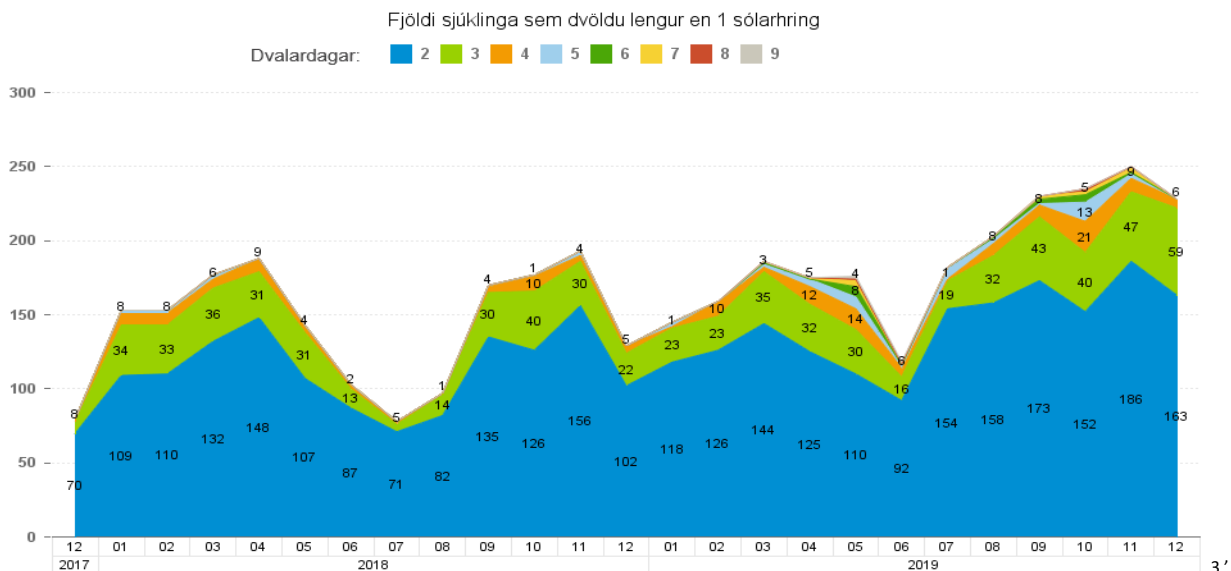
<sup>2</sup> fylgiskjal 2.

### Meðaldvalartími á BMT Fossvogi



Hæstur mældist meðallegutíminn árið 2019 í október eða 26,1 klst. Sömuleiðis hefur fjöldi þeirra sem bíður lengur en einn sólarhring eftir innlögn aukist verulega þegar skoðað er tímabilið frá des 2017 til des 2019. 78 manns biðu lengur en einn shr. í des 2017 en 228 í des 2019. Þar af höfðu 65 manns beðið í 3 slhr eða lengur í des 2019 samanborið við 8 í des. 2017. Þetta eru fyrst og fremst aldraðir einstaklingar og sjúklingar í einangrun.

### Bráðadeild Fossvogi - fjöldi sjúklinga eftir dvalardögum



Þótt komum á BMT hafi heldur fækkað á milli árunna 2018 til 2019 hefur innlagnahlutfall hækkað eða frá 11% árið 2018 í 13% árið 2019 (sjá töflu að neðan). Það er árangur átaks og samvinnu heilsugæslunnar, Læknavaktarinnar og Landspítala við að beina minna veikum sjúklingum í viðeigandi þjónustuúrræði.

### Bráðamóttökur

	Komur		Fjöldi koma janúar-des.			Breyting milli ára	Meðalfjöldi á dag		Innlagnir í kjölfar komu			Hlutfall innlagna	
	Des. 2019	Des. 2018	2019	2018	Mismunur		2019	2018	2019	2018	Mismunur	2019	2018
<b>Meðferðarsvið alls, þar af</b>	6.061	5.923	74.126	74.972	-846	-1,1%	203	205	9.918	9.102	816	13%	12%
<b>Bráðadeild Fossvogi</b>	5.731	5.634	69.887	70.491	-604	-0,9%	191	193	8.908	8.093	815	13%	11%
þar af bráðavakt (G2)	3.104	2.731	34.639	31.080	3.559	11,5%	95	85	8.112	7.390	722	23%	24%
gönguvalt (G2)	244	351	3.593	4.494	-901	-20,0%	10	12	165	157	8	5%	3%
gönguvalt (G3)	2.383	2.552	31.655	34.917	-3.262	-9,3%	87	96	631	546	85	2%	2%
Geðdeildir, bráðakomur	330	289	4.239	4.481	-242	-5,4%	12	12	1.010	1.009	1	24%	23%

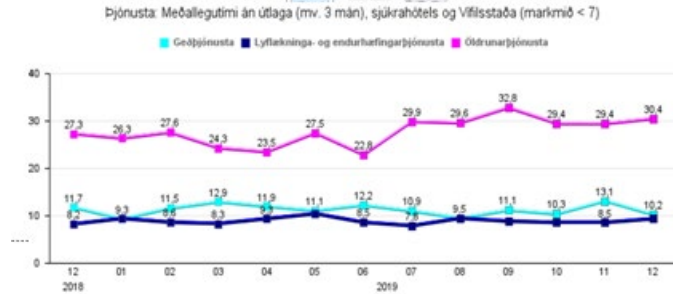
Meðalbiðtími á BMT eftir innlagnardeildum hefur lengst jafnt og þétt á undanfögnu ári. Bið eftir flutningi á bráðalyflækningadeild A2 hefur lengst um frá 13,6 klst árið 2015 í 30 klst árið 2019.

Innlangardeild frá BMT Fv.	2015		2016		2017		2018		2019		
	Innlangir	Meðaltími á BMT (kst. frá komu að innlögn)	Innlangir	Meðaltími á BMT (kst. frá komu að innlögn)	Innlangir	Meðaltími á BMT (kst. frá komu að innlögn)	Innlangir	Meðaltími á BMT (kst. frá komu að innlögn)	Innlangir	Meðaltími á BMT (kst. frá komu að innlögn)	
Bráðageðdeild 32C (Hb-32C)	57	2.9	45	4.5	88	3.9	99	5.8	69	7.4	
Geðendurhæfingardeild, 5 daga (KJ-3+4h)							1	5.7			
Laugarásinn meðferðargeðdeild (LV71)					1	1.0					
Móttökugeðdeild 33C (Hb-33C)	62	5.8	58	6.4	150	5.2	1	3.3			
Móttökugeðdeild, bráða (Hb-33AB)	124	4.0	77	2.9	40	4.0	8	5.9			
Móttökugeðdeild flíximeferðar (Hb-32A)	96	6.2	133	7.8	157	7.1	146	8.0	191	9.2	
Móttökugeðdeild (Hb-33A)	103	5.2	129	5.3	92	4.3	347	5.2	311	4.5	
Sérhæfð endurhæfingageðdeild (KJ-10C)							2	5.8			
Öryggisgeðdeild (KJ-11C)			1	2.2	4	1.7	1	5.6			
<b>Geðþjónusta</b>	<b>Alls</b>	<b>442</b>	<b>4.8</b>	<b>443</b>	<b>4.9</b>	<b>532</b>	<b>3.9</b>	<b>605</b>	<b>5.7</b>	<b>571</b>	<b>7.0</b>
Bráðalyflækningadeild (Fv-A2)	1.188	13.6	1.224	14.2	2.150	15.7	2.237	27.9	2.332	30.1	
Endurhæfingardeild (Gr-R2)	1	25.2	4	20.4	5	17.8			2	5.2	
Gítar-og almenn lyflækningadeild (Fv-B7)	304	20.3	269	23.6	151	20.7	74	23.3	92	22.7	
Lungnadeild (Fv-A6)	531	22.0	482	17.5	376	18.7	259	26.8	290	20.2	
Meltingar- og nymadeild (Hb-12E)	529	17.8	421	15.2	300	18.7	274	16.6	262	16.4	
Smítsjúkdómadeild (Fv-A7)	433	22.2	356	17.5	254	18.5	149	24.9	105	25.2	
Taugalækningadeild (Fv-B2)	540	11.2	498	17.0	433	23.8	477	15.6	395	27.2	
<b>Lyflækninga- og endurhæfingarpjónusta</b>	<b>Alls</b>	<b>3.526</b>	<b>18.9</b>	<b>3.254</b>	<b>17.9</b>	<b>3.669</b>	<b>19.1</b>	<b>3.470</b>	<b>22.5</b>	<b>3.478</b>	<b>21.0</b>
Bráðaldrunarlækningadeild (Fv-B4)	359	22.5	328	26.1	186	26.9	65	27.8	88	29.6	
Útskriftardeild aldraðra (Lk-L2)			1	27.5	1	31.2	4	31.2	1	27.7	
Öldrunardeild H (Víf)	1	46.6					1	39.8	2	43.0	
Öldrunarlækningadeild A (Lk-K1)	1	9.1	1	43.5	1	61.0	1	27.9			
Öldrunarlækningadeild B (Lk-K2)	1	6.9			1	69.7					
Öldrunarlækningadeild C (Lk-L4)	6	22.1	7	21.6	6	15.5	10	20.6	8	23.1	
Öldrunarlækningadeild F (Lk-L3)	7	24.8	3	13.4	1	27.8	7	18.4	3	4.1	
<b>Öldrunarpjónusta</b>	<b>Alls</b>	<b>375</b>	<b>22.0</b>	<b>340</b>	<b>26.4</b>	<b>196</b>	<b>38.7</b>	<b>88</b>	<b>27.6</b>	<b>102</b>	<b>25.5</b>

Árið 2015 tók A2 á móti 34% innlagna frá BMT á lyflækninga og endurhæfingarpjónustu (1.188 af 3.526 innlögnum) en þá var deildin reyndar 15 rúma deild en hefur nú 20 rúm. Árið 2019 tók deildin við 67% innlagna (2.332 af 3.478). Þessi langi biðtími eftir plássi á A2 endurspeglar helst tregðu á flæði á aðrar lyflækningadeildir þar sem deild A2 getur ekki útskrifað frá sér á aðrar deildir og tekur einnig til sín þá sjúklinga sem beðið hafa hvað lengst og ættu sumir þeirra með réttu frekar að fara á aðrar deildir þar sem lengri lega þeirra en 3 slhr. er sennileg.

## b. legutími á legudeildum

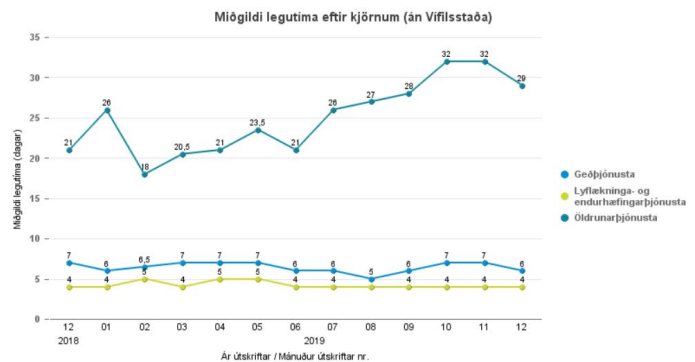
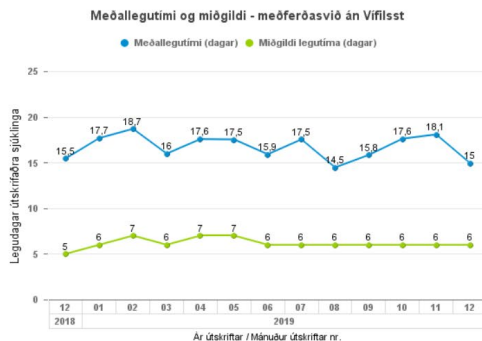
Fram kom á fundi stjórnenda á meðferðarsviði 15.jan. 2020 að meðallegutími útskrifaðra af lyflækningum og endurhæfingu lengdist um 2,9% á milli árána 2018 og 2019 (frá 9,5 d. í 9,8 d. 2019). Legutíminn á taugalækningum lengdist mest einstakra sérgreina eða um 20,2% (11,4 í 13,7 d.). Meðallegutíminn á endurhæfingarlækningum stýttist mest eða um 4,2% (49,3 í 47,3 d.). Legudögum fækkaði um 3,6% á milli ára. Rúmanýting í desember 2019 mældist 100% að meðaltali á þessum deildum enda eru yfirlagnir tíðar.



Legutölur eftir sérgreinum gefa ekki ætíð rétta mynd því flutningur fólks á milli deilda og sérgreina getur skekkt myndina. Dæmi: Sjúklingur liggur á deild á A2 á sérgreininni almennar lyflækningar um tíma og þegar hann flyst þaðan á aðra sérgrein er legunni breytt frá innlögn í þá sérgrein sem hann fer á.

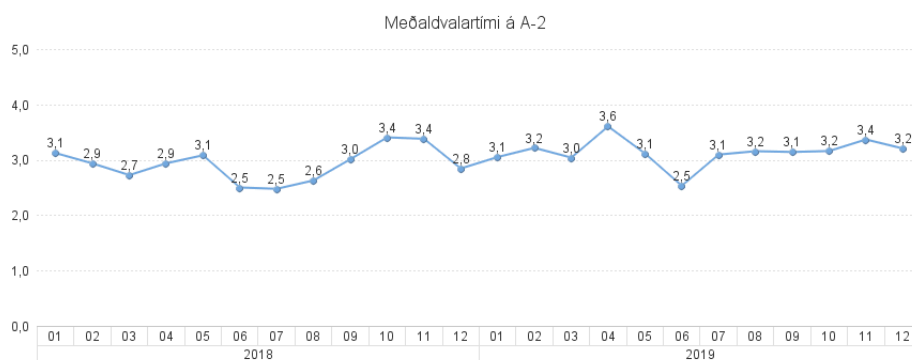
Miðgildi legutíma á lyflækninga- og endurhæfingaráþjónustu var rúmir 4 dagar árið 2019, en meðallegutíminn var 9 dagar án útlaga (lega yfir 3 mán).

Þegar starfsemitölur í lyflækningum eru metnar þarf að hafa í huga að þeir sem eiga að leggjast inn af BMT en fá aldrei legurými heldur dvelja á hreyfiteyminu og útskrifast af BMT teljast ekki með sem legur og vantar því þennan hóp inn í þessar tölur. Það hefur þau áhrif að meðallegutíminn telst vera lengri en ella og legur og legudagar sömuleiðis færri en ella. Jafnframt ber á það að líta að legutími sjúklinga sem hafa dvalið á hreyfiteyminu í 1-2 daga áður en þeir leggjast inn á legudeild telst ekki með legutíma heldur dvöl á BMT.



Samkvæmt gagnagátt Landspítala var meðallegutími á A2 stytur árið 2017 eða 2,6 dagar (3,0 dagar 2018 og 3,2 dagar 2019). Eins og áður hefur komið fram endurspeglar það útskriftarvanda deildarinnar á aðrar deildir og til þeirra veljast ekki þeir sem eiga skammar legur framundar, heldur þeir sem ekki komast á aðrar deildir.

Meðallegutími á deildum lyflækninga- og endurhæfingarþjónustu				
	2017	2018	2019	% 2018-2019
Bráðalyflækningadeild (Fv-A2)	2,6	3,0	3,2	7%
Gigta- og almenn lyflækningadeild (Fv-B)	14,4	17,2	14,9	-13%
Lungnadeild (Fv-A6)	10,1	11,4	9,6	-16%
Meltingar- og nýrnadeild (Hb-12E)	9,3	9,3	9,7	4%
Smitsjúkdómadeild (Fv-A7)	12,8	16,4	15,9	-3%
Taugalækningadeild (Fv-B2)	11,5	11,4	13,2	16%
Meðaltal	8,1	10	8,5	-15%
Endurhæfingardeild (Gr-R2)	38,3	49,3	48,7	-1%



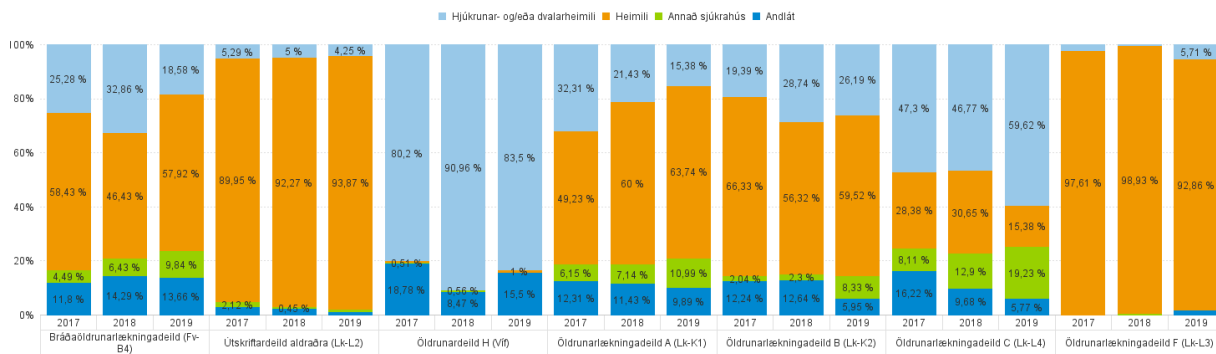
### c. legutími á öldrunardeildum

Meðallegutími útskrifaðra af öldrunarlækningum (án Vífilsstaða) lengdist um 16,3% á milli árána 2018 og 2019 (frá 33,6 d. í 36 d.). Á Vífilsstöðum styttist meðallegutíminn um 11,6% eða frá 87,7 d. 2018 í 77,5 daga árið 2019.

Ætla má að opnun hjúkunarheimilisins Seltjarnar seinni hluta mars eigi einhvern hlut í þeirri breytingu en 27 sjúklingar með FHM fluttust frá Landspítala á tímabilinu 20.mars til 27.júní er heimilið var fullopnað (40 rými). Hlutfallslega flestir eða tæpur þriðjungur fór frá Vífilsstöðum (samtals 8 af 42 manna deild), sex frá öðrum biðdeildum en hinir þrettán fóru frá ýmsum deildum. Flestir fóru frá öldrunarlækningadeildum (hafa samtals 94 rúm). Miðgildi legutíma í öldrunarþjónustu án Vífilsstaða árið 2019 var 25 dagar.

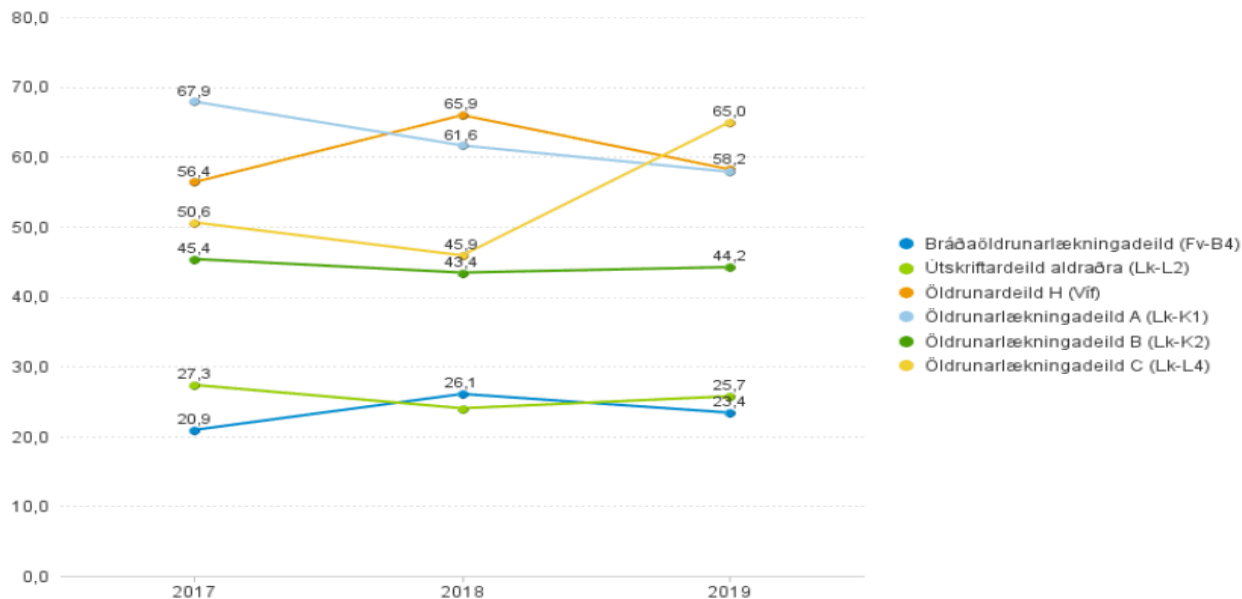
Eins og sjá má í töflunni fyrir neðan (hagdeild LSH) þá útskrifast flestir af öldrunarlækningadeildum heim og yfirleitt heldur hærra hlutfall en árið 2018.

Útskriftir af öldrunardeildum sl. 3 ár



Árið 2019 útskrifuðust 94% af útskriftardeildinn á L2 heim, 64% af K1, 60% af K2 og 58% af B4. Undantekningin er heilabilunardeild, L4 en oft á tíðum eru þar mikill meirihluti sjúklinga með FHM og geta ekki útskrifast heim í millitíðinni. Eðlilega útskrifast fáir af Vífilsstöðum heim. L3 var 5-daga endurhæfingaradeild sem lokaði um miðjan júní 2019. Ætla má að einhverjir af þeim sem þar hefðu endurhæfst hafa komið á BMT og í legu á Landspítala. Deildin tók yfir vetrarmánuðina 1-2 sjúklinga að jafnaði á viku beint af bæklunarlækningadeild eftir liðskiptaaðgerðir og bráðveika beint af dagdeildinni á Landakoti og fara þessir sjúklingar nú á L2 sem lengir bið annarra. Fyrirhugað er að opna þarna 7 daga endurhæfingaradeild fyrir sjúklinga sem koma af nýrri bæklunaröldrunardeild í Fossvogi eftir liðskiptaraðgerðir og þá einkum mjaðmarbrot. Það mun án efa hafa jákvæð áhrif á starfsemina

Meðaldvalartími eftir legudeildum



### 3. Skoða og greina þjónustu heimahjúkrunar/meðferð í heimahúsi

Við blasir að flækjustig innan heilbrigðiskerfisins er hátt og rekstraraðilar margir og ólíkir. Mun skýrari línu er þörf varðandi hlutverk og ábyrgð hvers þjónustustigs fyrir sig og einnig vantar í mörgum tilvikum hvata til að veita þá þjónustu sem til er ætlast auk meiri teymisvinu s.s. aðgengi að læknum og öðrum

fagstéttum. Framangreint veldur sívaxandi álagi á BMT og legudeildir spítalans þar sem BMT er eini staðurinn í kerfinu sem ekki getur vísað frá sér verkefnum.

*Dæmi: Hjúkrunarfræðingur í heimahjúkrun hefur horft upp á ástand hrums aldraðs einstaklings í heimahúsi fara versnandi á einhverjum dögum og nauðsynlegt er að læknir komi að málinu. Eina leiðin sem hjúkrunarfræðingurinn hefur er að senda viðkomandi á BMT þar sem enginn læknir er á bak við hjúkrunarfræðinginn og engin leið að fá heimavitjun læknis.*

*Dæmi: Einstaklingur með FHM hefur beðið mánuðum saman í heimahúsi eftir að pláss losni á hjúkrunarheimili og á þeim tíma er staðan á heimilinu komin í algjört óefni. Eina lausnin er að senda viðkomandi á bráðamóttöku Landspítalans til innlagnar á spítalann í bið. Sama gildir um fólk með FHM í hvíldarinnlögn sem ekki getur útskrifast heim.*

*Dæmi: Rekstaraðilar hjúkrunarheimilis sjá sér ekki fært að mæta þörfum einstaklinga með erfið hegðunar- og geðræn einkenni tengd heilabilunarsjúkdómi, en meðferð slíkra einstaklinga krefst bæði sérþekkingar og góðrar mönnunar. Núverandi lausn er að útskrifa viðkomandi af heimilinu og senda hann á Landspítalann.*

Dæmin eru mun fleiri og fjölbreyttari, en ljóst er að gefa þarf verulega í varðandi þjónustu aldraðra og fjölveikra einstaklinga í samfélaginu.

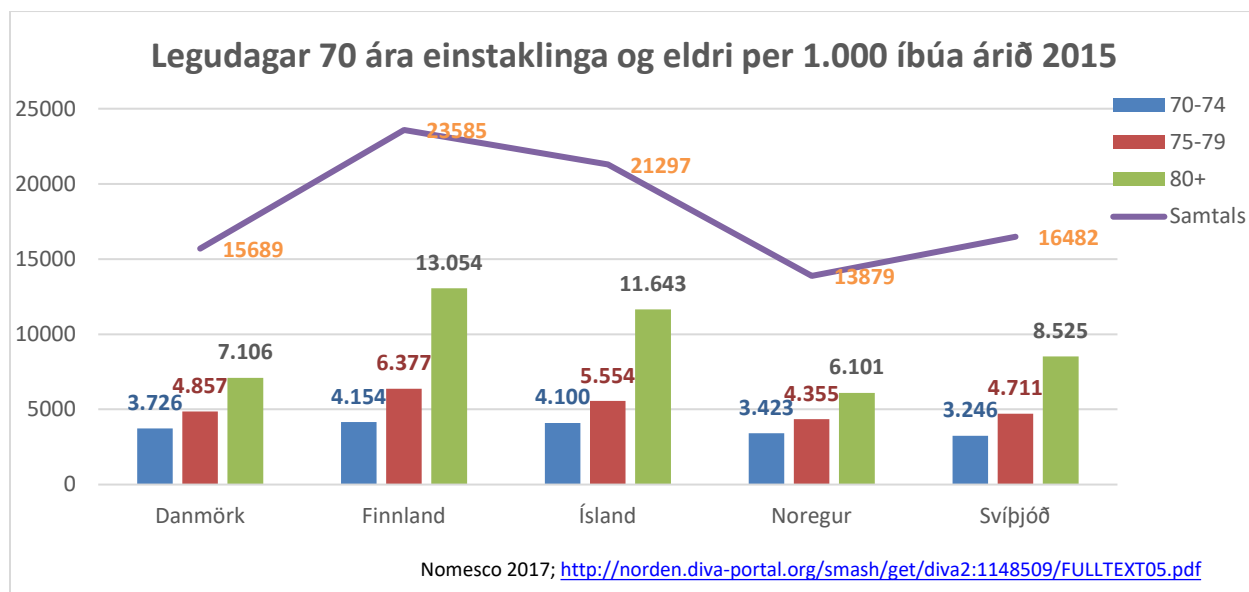
Samkvæmt mannfjöldaspám fjölgar öldruðum hratt og fólk lifir lengur með langvinna sjúkdóma. Innlögnum fjölveikra aldraða einstaklinga hefur fjölgað síðustu ár, en þessir einstaklingar eru í mikilli áhættu að verða fyrir alvarlegum afleiðingum sjúkráhúslegu (t.d. óráði, bylту, spítalasýkingum) þannig að sjúkráhúslegan verður lengri og færniskerðing getur orðið það mikil að fólk kemst ekki aftur heim. Það er yfirlýst stefna stjórnvalda að fólk búi heima eins lengi og við verður komið. Útskriftarvandi Landspítalans felur í sér þá hættu að sjúkráhúsþjónusta þeirra sjúklinga sem þurfa á sérhæfðri heilbrigðisþjónustu á Landspítala að halda skerðist. Hlutfall þeirra sem lokið hafa meðferð og bíða eftir vistun á hjúkrunarheimili eða öðrum úrræðum er um 18% af virkum legurýmum Landspítalans.

Auk þess að gæði þjónustu við aldraða og þá sem hafa lokið virkri meðferð á Landspítala skerðist er ljóst að það felst í því mikil sóun fjármuna þegar ekki er hægt að útskrifa sjúklinga frá Landspítala vegna skorts á úrræðum utan hans. Í skýrslu frá OECD, *Health at a Glance: Europe 2018*<sup>3</sup> er fjallað um sóun í heilbrigðiskerfinu. Samkvæmt henni er metið að hægt er að fara betur með allt að 20% fjármuna. Bent er á í skýrslunni mikilvægi þess að forða innlögnum með aukinni göngudeildarþjónustu og mikilvægi þess að hægt sé að útskrifa sjúklinga sem lokið hafa meðferð. Einnig er fjallað um mikilvægi þess að efla heimahjúkrun, heimaþjónustu og dagdvalarrými sem getur minnkað þörf aldraðra fyrir sjúkráhúsvist og seinkað þörf einstaklingsins fyrir hjúkrunarrrými. Í ábendingum frá skýrslu Landlæknis um vanda bráðamóttöku til heilbrigðisráðuneytisins kemur meðal annars fram að efla þurfi heimahjúkrun, heimaþjónustu auk dvalarúrræða og leggja áherslu á samhæfingu öldrunarþjónustu, fylgja eftir tillögum sem koma fram í skýrslunni *Sérhæfð heimaþjónusta við veika aldraða* og að ráðast í greiningu á þörf fyrir heimahjúkrun og heimaþjónustu til skemmri og lengri tíma.

<sup>3</sup> [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en)

Eins er ekki sjálfsagt að Landspítali sé biðstöð fyrir hver þau vandamál sem ekki verða leyst með núverandi þjónustuáráttum annars staðar. Vel er þekkt héraendis að nágrannabjóðir okkar beita ýmsum kerfisbundnum inngripum til að forðast þá stöðu sem Landspítalinn er í nú. Í Svíþjóð eru sveitarfélög beitt dagsektum ef einstaklingar sem tilbúnir eru til útskriftar af sjúkrahúsi komast ekki þaðan innan örfárra daga af þeirri ástæðu að sveitarfélagið nær ekki að virkja þá þjónustu sem til þarf til útskriftar í tæka tíð. Það heyrir til undantekninga að beita þurfi dagsektum þar í landi og því er fráflæðisvandi hverfandi. Skv. “Socialstyrelsens föreskrifter avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m., HSLF-FS 2019:24”<sup>4</sup> skal sveitarfélag greiða 8.200 SEK daglega fyrir einstakling sem ekki kemst af spítala þrátt fyrir að vera tilbúinn til útskriftar. Ef ábyrgð á einstaklingum sem þurfa áframhaldandi stuðning eftir útskrift af sjúkrahúsi væri með formlegri hætti lyft af Landspítalanum mundi sjúkrahúsið eiga mun hægara um vik að uppfylla hlutverk sitt sem bráðasjúkrahús. Dæmi um hópa sem hægt væri að koma til móts við á annan hátt eru mörg.

Nordic Social Statistical Committee (Nomesco) heldur skrá yfir fjölda legudaga aldraðra á sjúkrahúsi. Í samanburði við önnur Norðurlönd eru legudagarnir næst flestir á Íslandi eða samtals 21.297 dagar fyrir 70 ára og eldri á hverja 1000 íbúa. Aðeins í Finnlandi eru þeir fleiri. Hlutfallslega eru 249% fleiri legudagar á Íslandi en í Svíþjóð, 300% fleiri en í Danmörku og 349% fleiri en í Noregi.



Úr fyrirlestri frá Samtökum atvinnulífsins á læknadögum 2020<sup>5</sup>. *Heilbrigð samkeppni áskoranir og tækifæri í íslenskri heilbrigðisþjónustu* kemur meðal annars fram að Ísland eyðir mest af OECD ríkjum í innlögn sem hlutfall af heildarútgjöldum heilbrigðismála og áherslan hefur þróast á þá leið að við erum

<sup>4</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2019-11-6456.pdf>

<sup>5</sup> <https://sa.is/media/2231/heilbrigd-samkeppni-greining-efnahagssviss-sa.pdf?fbclid=IwAR3lv0AtZtavKB6AE1hmuhHRuZyHUVtZBJ-XP89PfgxA1vyJnEdRnYyuSIQ>

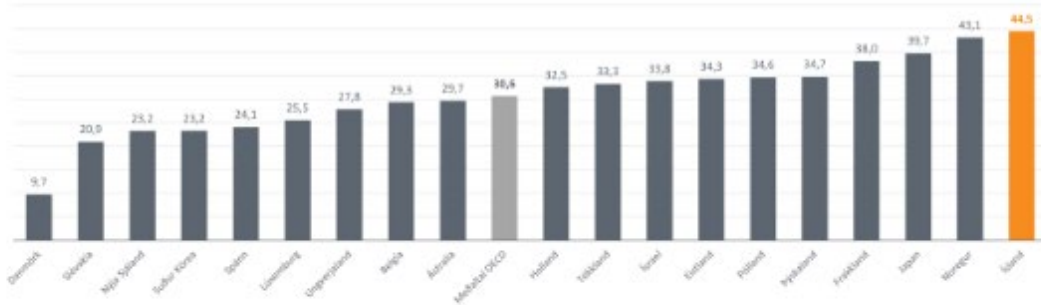


með öldrunarþjónustu sem krefst innlagna. Nýtum sem sagt dýrasta úrræðið mest eins og sjá má á næstu tveimur glærum.

**Kostnaður er mikill: Ísland eyðir mest OECD ríkjanna í innlagn sem hlutfall af heildarútgjöldum til heilbrigðismála**

- Sjúkranúm og hjúkrunarrými eru færri á Íslandi en að meðaltali meðal OECD ríkja.
- Íslendingar eyða langsamlega lengstum tíma í innlagn á sjúkrahúsi af Norðurlandþjóðum.
- Íslendingar eyða hlutfallslega mest í þjónustu innlagðra sjúklinga af öllum ríkjum OECD.

Hlutfall útgjalda til heilbrigðismála sem fór í innlagnir sjúklinga árið 2014 (%)



Heimild: Þjóða heilbrigðismálastofnun



**Nágrannalöndin hafa lagt áherslu á hagkvæmari úrræði**

Norðurlöndin hafa síðustu ár lagt aukna áherslu að færa öldrunarþjónustu og aðra langtíma umönnun yfir í minna fjármagnsfrök úrræði eins og heimahjúkrun. Ísland hefur setið eftir.

Framlag hins opinbera til heimahjúkrunar sem hlutfall af vegrí landsframleiðslu

Framlag hins opinbera til innlagna sem hlutfall af vegrí landsframleiðslu



Heimild: NOMESCO

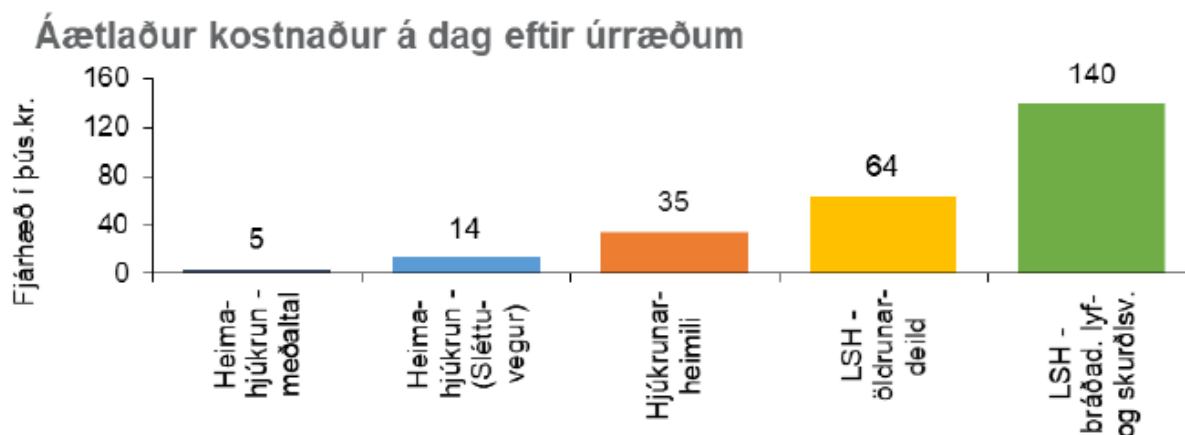


Í skýrslu Velferðasviðs Reykjavíkurborgar, heimahjúkrun í Reykjavík, nýjar áherslur - nýr samningur kemur meðal annars fram að meðallegutími 80 ára og eldri í Reykjavík á bráðadeild Landspítalans voru

12.6 dagar árið 2017. Ef gert er ráð fyrir að hver dagur kosti um 140.000 kr. má áætla að kostnaður sé um 1,8 m.kr. fyrir 13 daga innlögn. Sjá töflu frá Velferðasviði um samanburð á hversu lengi hægt væri að veita aðra þjónustu fyrir sama áætlaðan kostnað.

Áætlaður meðalkostnaður eftir þjónustuúrræðum			
Þjónusta	Áætlaður kostnaður á dag á skjólstæðing	Fjöldi daga í þjónustu	Áætlaður kostnaður m.v. fjölda daga í þjónustu
Bráðadeild LSH (meðaltal) **	140.000 kr.	13	1.764.000 kr.
Öldrunardeild LSH (meðaltal) **	64.000 kr.	28	1.764.000 kr.
Hjúkrunarheimili (meðaltal) **	35.000 kr.	50	1.764.000 kr.
Heimahjúkrun (Sléttuvegur)***	14.000 kr.	126	1.764.000 kr.
Heimahjúkrun (meðaltal)***	5.000 kr.	353	1.764.000 kr.

Hver skjólstæðingur fær um 200 vitjanir á ári og er áætlaður kostnaður við meðalvitjun um 8.400kr. (munnleg heimild frá Berglindi Magnúsdóttur). Áætlaður kostnaður á hvern skjólstæðing í heimahjúkrun á hverjum degi nemur tæplega 5.000kr. að jafnaði.



Í skýrslunni er bent á tækifæri í heimahjúkrun ef kostur er að byggja þjónustuna frekar upp með viðeigandi stuðningi. Meðal annars að einstaklingum bjóðist endurhæfing og/eða önnur heilbrigðisþjónusta við hæfi til að endurheimta og viðhalda færni til að stuðla að búsetu heima sem lengst. Önnur mikilvæg áskorun felist í því að geta dvalið heima þrátt fyrir mikil veikindi.

Dæmi um umfang þjónustu byggt á svörum frá Alþingi um kostnað á dag á öldrunardeild Landspítala og meðalkostnað í heimahjúkrun í Reykjavík.

<b>100</b> Fækkun innlagna á Landspítala	<b>85 m.kr.</b> Áætl. kostnaður vegna innlagna á öldrunardeild Landspítala	<b>12,6 dagar</b> Legudagar að jafnaði á hvern skjólstæðing	<b>1.260</b> Fækkun áætlaðra heildarlegudaga á Landspítala
<b>100</b> Fjölgun skjólstæðinga í heimahjúkrun	<b>85 m.kr.</b> Framlag færast yfir til heimahjúkrunar í Reykjavík	<b>100vitjanir</b> Sem jafngildir um að aðili sé í þjónustu í um 170 daga*	<b>10.000</b> Áætlaður heildarfjöldi vitjana m.v. 170 daga í þjónustu*

\* Byggir á að hver skjólstæðingur fái að jafnaði um 200 vitjanir á ári.

Byggt á tölum frá svari Alþingis um daglegan kostnað ríkissjóðs við að hýsa og annast eldri borgara sem dveljast á Landspítalanum og á hjúkrunarheimili. Ekki er lagt mat á þjónustustig eða þá þjónustu sem veitt er eftir ólíkum úrræðum

Til þess að greiða fyrir flæði af bráðalegudeildum Landspítalans og koma í veg fyrir innlagnir þarf að taka niður múra innan heilbrigðis- og félagslega kerfisins og bjóða raunhæfar þjónustulínur þar sem fagaðilar sama hvar þeir eru í kerfinu vinna saman að heildsteyptri og þverfaglegri þjónustu fyrir skjólstæðinga. Þjónustuúrræðin þurfa að vera sveigjanleg eftir ástandi skjólstæðinganna og geta brugðist samdægurs við aukinni þjónustuþörf. Samþætta þarf skráningu mun betur en nú er og auka gegnsæi þjónustunnar. Æskilegt er að meðferðaraðilar sjái í sjúkraskrá einstaklings hvaða heimaþjónusta er virk hvort sem það er þjónusta heimahjúkrunar, innlit félagslegrar heimaþjónustu, heimilisþrif eða heimsendur matur. Þessi upplýsingaöflun getur tekið mörg símtöl sem er mikil tímasóun og stuðlar ekki að öruggum útskriftum. Opna þarf fyrir skilaboðagáttir í gegnum Heilsugátt á milli heimahjúkrunar og Landspítala.

Mikilvægt er að mæta þjónustuþörf skjólstæðinga á réttum stað, á réttum tíma, með viðeigandi þjónustustigi sem tryggir ávinning bæði fyrir skjólstæðinga og heilbrigðisþjónustuna.

Til þess að svo megi verða þarf að efla þjónustu heimahjúkrunar með stuðning frá sérhæfðum teyllum s.s. öldrunarteymi og líknarteymi. Dæmi um slík teymi sem hafa sannað sig eru *sérhæfð heimaþjónusta eins og hjartabilunarteymi, lungnateymi og heimahlyning krabbameinsveikra*. Slík teymi eru stuðningur við langveika og koma oft í veg fyrir innlagnir á bráðadeildir spítala með markvissu eftirliti, stuðningi og ráðgjöf og tímanlegum inngripum í versnun á ástandi. Stór hluti aldraðra hefur ekkert slíkt teymi að baki sér og þar af leiðandi engan ábyrgan lækni sem heimahjúkrun getur leitað til þegar ástæða þykir til.

Eftirfarandi dæmi lýsa hvernig þjónusta öldrunarteymis í heimaþjónustu myndi virka:

#### Dæmi 1

*Aldraður einstaklingur dettur heima og hringir á heimahjúkrun eða 112. Í staðinn fyrir að sjúkrabíll komi og sendi einstakling á BMT kemur öldrunarteymi heimaþjónustu (læknir og hjfr.) og metur sjúkling í sínu umhverfi. Ef þarf að sauma eða búa um sár væri það gert á staðnum og mögulegra orsaka fyrir byltu leitað. Teymið gerir einfalda heimilisathugun og ráðleggur breytingar ef þarf (s.s. taka burt mottur og*

*aðra hluti sem kunna að vera slysaástandur). Farið yfir lyf, ísskáp ofl. Mögulega væri aðstandandi kallaður til og hann fræddur um hættur á heimili osfrv. (útfærsla atriði). Þessu má svo fylgja eftir með tíma á heilsugæslustöð eða göngudeild á Landakoti. Mögulega væri hægt að setja inn fleiri innlit frá heimahjúkrun fyrst á eftir (mögulega endurhæfingateymi).*

## *Dæmi 2*

*Aldraður einstaklingur er allt í einu svo ruglaður heima og þegar heimahjúkrun (eða ættingi) kemur að morgni dags og lýst illa á ástandið. Í staðinn fyrir að hringja á sjúkrahúsi og senda viðkomandi á BMT yrði hringt á viðbragðsteymi/öldrunarteymi hgs. Sem kæmi og gerði heilðrænt mat á aðstæðum og leitaði að orök fyrir óráði. Líklegar skýringar eru þurrkur, sýkingar, hægðatregða, rugl á lyfjum og áfengisnotkun. Með því að koma á staðinn og sjá aðstæðurnar hjá viðkomandi er skilvirkara að greina vandann og spara viðkomandi mikið rask og þjáningar við að fara á BMT. Því fyrr sem hægt er að bregðast við óráði þeim mun betri horfur eru fyrir sjúkling.*

Stýrihópur um sérhæfða heimaþjónustu við veika aldraða skilaði niðurstöðum um tilraunaverkefni í maí 2017. Verkefnið sýndi meðal annars fram á að hægt var að veita nauðsynlega meðferð í heimahúsi án þess að þurfti að koma til innlagnar á sjúkrahúsi eða vísa á bráðamóttöku. Niðurstaða stýrihópsins var að verkefnið hafi tekist vel til. Til dæmis var sjúklingur sem átti 17 innlagnir á bráðalegudeild áður en verkefnið var sett af stað, en þurfti ekki að leita á Landspítalann á meðan verkefninu stóð. Margir af skjólstaðingum heimahjúkrunar eru ófærir um að fara frá heimilum sínum og óraunhæft er fyrir þá að sækja þjónustu til heilsugæslu. Skv. stýrihópnum er brýnt að þjónusta við hópinn verði bætt þegar eitthvað kemur upp á. Samkvæmt viðtölum við forstöðumenn heimahjúkrunar lendir heimahjúkrun oft í vandræðum þegar læknaaðstoðar er þörf í heimahúsum. Eina úrræðið sem þau hafa er að senda viðkomandi skjólstaðing í sjúkrahúsi á BMT. Samkvæmt þeim vantar meiri stuðning í heimahúsi, hrumir aldraðir hafa oft flókna sjúkdómsmynd og þurfa aðkomu ýmissa sérgreina ásamt öðrum stuðningsúrræðum. Fram kemur í skýrslu stýrihópsins að það megi telja líklega að með viðeigandi stuðningi megi koma í veg fyrir tíðar komur á bráðamóttökum og jafnvel tíðar sjúkrahúslegur. Skv. þeim er hópinn sem hefur mest þörf á þessari þjónustu viðráðanlegur og er þjónustuaðilum þekktir. Það séu engar faglegar né tæknilegar hindranir fyrir að veita slíka þjónustu.

Stórauka þarf samstarf heimahjúkrunar, heilsugæslu og Landspítala þegar kemur að þjónustu við einstaklinga í heimahúsi. Hér er bæði átt við hruma aldraða einstaklinga, einstaklinga með langvinna sjúkdóma og einstaklinga með bráð veikindi sem geta verið heima ef til kemur aukinn stuðningur tímabundið. Til eru mjög góðar fyrirmyndir að slíkri þjónustu, m.a. eins og tilraunaverkefnið um sérhæfða heimaþjónustu við veika aldraða (sjá fylgiskjal) sem gafst mjög vel og reyndist hagkvæmt. Þvergfagleg heimateymi fyrir veika aldraða eru rekin víðs vegar á Norðurlöndunum, en teymið í Skaraborg í Svíþjóð er fyrirmynd margra þeirra og hefur “Skaraborgsmodellen” sýnt sig að vera mun hagkvæmara þjónustuform fyrir þennan hóp en innlagnir á bráðasjúkrahúsi. Eydís Ósk Hafþórsdóttir öldrunarlæknir í Ängelholm í Svíþjóð hefur unnið við sambærilega þjónustu um árabíl og hélt erindi á Læknadögum 2020 þar sem hún kynnti verkefnið. Ljóst er að mikið hagræði er að slíkum teyimum, á

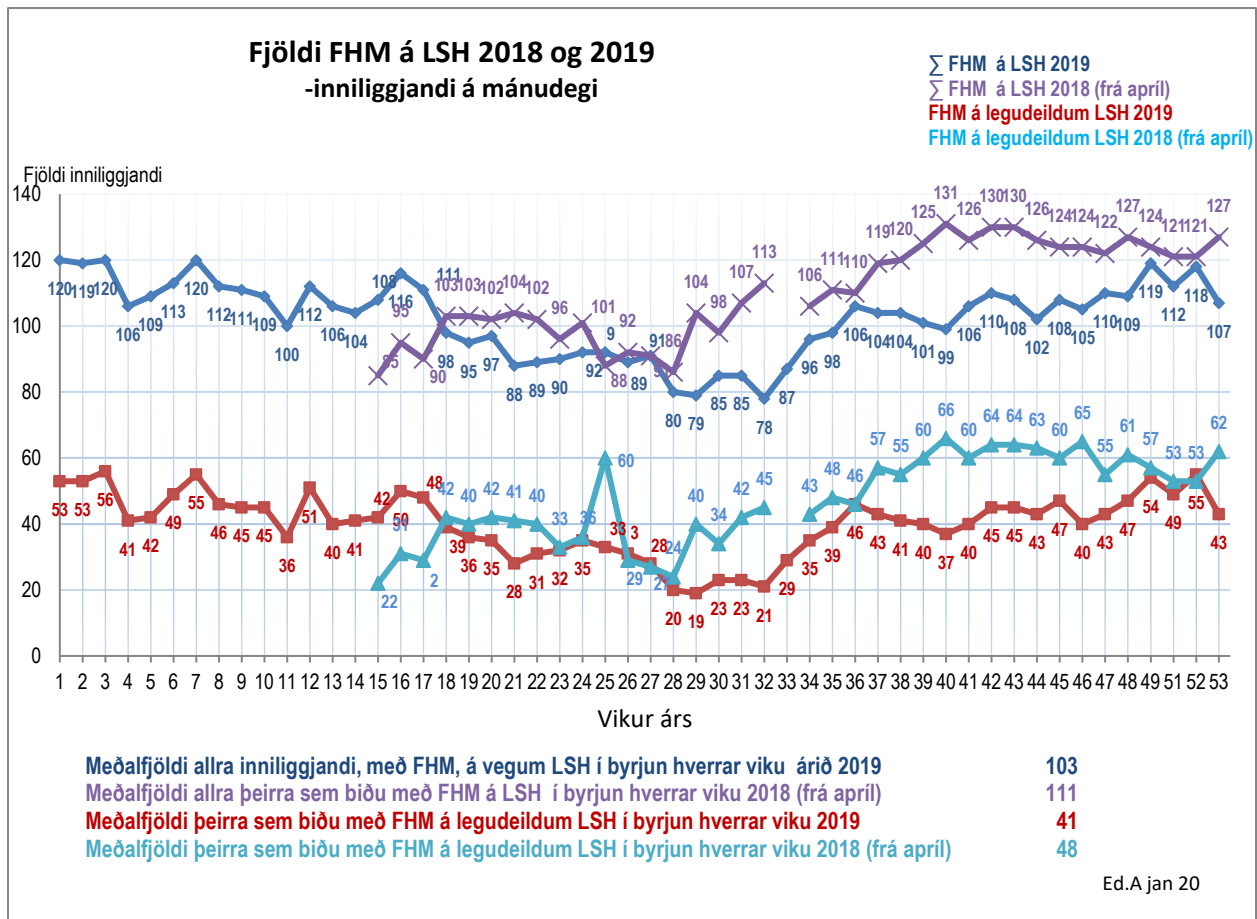
sama tíma og þjónusta við skjólstæðingana eykst að gæðum. Skv. tölum frá Samtökum atvinnulífsins eyðir Ísland mun lægra hlutfalli vergrar landsframleiðslu í heimahjúkrun en hin Norðurlöndin (sjá fylgiskjal) og hér er því á ferðinni mikið sóknarfæri sem myndi spara fjármuni annars staðar í kerfinu.

Rétt er að taka fram að margt er vel gert í heimaþjónustunni og virðist sem Endurhæfingarteymin sem innleidd hafa verið í öll hverfi Reykjavíkur gefi afar góða raun. Þau sinna hins vegar eðlilega ekki hrumasta hópnum. Sömuleiðis er samþætting heimahjúkrunar og félagslegu heimaþjónustunnar í Reykjavík til mikilla bóta og þyrfti slík samþætting að vera í öðrum sveitarfélögum einnig.

#### 4. Skoða hver yrði ávinningur af opnun "hospital at home", hjúkrunarrýma, endurhæfingardeilda á Landakoti eða öðrum endurhæfingarrýmum s.s. á Reykjalandi og bráðainnlagnardeildar Landspítala.

##### a. Fólk með FHM á bið eftir flutningi á hjúkrunarheimili.

Þegar metið er hvers konar rýmum er helst þörf á til að leysa innlagnavandann er nauðsynlegt að fjalla fyrst um fólk á bið eftir flutningi í varanlega búsetu á hjúkrunarheimili (með færni- og heilsumat eða FHM). Á undanförunum árum hafa að jafnaði verið yfir 100 manns á vegum Landspítala með FHM, eða 111 að meðaltali 2018 og 103 árið 2019



Opnun hjúkrunarheimilisins á Seltjörn (40 rými) hefur án efa haft hér áhrif til lækkunar, en þeir tóku samtals 27 sjkl. í hollum í vikum 12 til 27. Hér um að ræða sjúklinga í bið, ekki þá sem eru t.d. búsettir á hjúkrunarheimilum og munu fara þangað aftur að bráðveikindum loknum eða þá sem munu örugglega útskrifast heim í einnhvern tíma.

Nú hafa um skeið verið rekin 63 biðrými eða 42 rými á Vífilstöðum og að auki samtals 19 rými á Akranesi (15+4) og 2 í Borgarnesi síðan vorið 2018. Samfara væntanlegri opnun Hjúkrunarheimilis Hrafnistu að Sléttuvegi (99 rými), verður biðrymum utan höfuðborgarinnar lokað í áföngum og hefur biðdeildin á Sjúkrahúsi Akraness nú þegar lokað fyrir innlagnir frá áramótum og dvelja þar nú í byrjun febrúar 9 manns í biðrymi í stað 15. Sex þeirra velja Sléttuveg og munu flytjast þangað um mánaðarmótin feb/mars en Landspítali verður að taka hina þrjá til sín hafi þeir ekki í millitíðinni fengið varanlega búsetu annars staðar.

Það að hýsa biðsjúklinga í bráða- eða endurhæfingarrýmum er ekki hlutverk Landspítala og er mjög óhagkvæmt að hýsa þetta fólk í dýrustu rýmum. Að auki er umhverfi bráðadeilda þessu fólk mjög óhagstætt og eru þeir útsettir fyrir sýkingum og alls kyns öðrum fylgikvillum sjúkrahúsvistar s.s. færniskerðingu og óráði. Þótt vissulega sé umhverfið á Landakoti eða B4 þeim hagstæðara (matsalir, minni hávaði og meiri virkni) þá veldur bið þeirra þar því að bið annarra eftir endurhæfingu eða uppvinnslu á bráðaöldrunarlækningadeild er allt of löng, og bíða sumir kannski svo vikum skiptir og þeir sem þurfa bráðarúmin sitja fastir á BMT eða bráðalyflækningadeild A2. Þetta er ekki nýtt vandamál svona hefur þetta verið árum saman.

Nánar um þessi keðjuverkandi áhrif. Að meðaltali beið 41 sjúklingur hvern mánudag á árinu 2019 utan biðdeilda, flestir á Landakoti. Það er þó fækkun frá árinu 2018 en þá voru þeir 48.<sup>7</sup> Það sem af er ári 2020 hafa þeir verið færri eða oftast undir 40 utan biðdeilda.

Þann 3. febrúar s.l. voru 35 manns með FHM utan biðdeilda. Flestir (14) voru á deildum Landakots og átta þeirra á þeim deildum (K1, K2 og L2) sem beiðið var eftir þennan sama dag. Samtals 28 aldraðir voru þann 3. feb. í bið eftir endurhæfingu; 24 eftir Landakoti (5 þeirra biðu einnig eftir Eir) og 4 á biðeftir Eir eingöngu

FHM - staðsetning á deildum og biðlisti í endurhæfingu þann 3. feb. 2020							
Staða 3. febrúar 2020	FHM	<b>Biða endurhæfingar á deild 3. feb 2020:</b>					
Kvinnadeild 21A	0	aðeins endurhæfing fyrir aldraðra á Eir og Lkt tiltekin					
KL-12/13B	0	Þann 6. feb biðu 9 eftir endurhæfingu á Grensási					
32A	0						
33A	2	<b>Biða eftir að komast hvert:</b>					
Líknardeild kv-h10-1h	1		K1 eða K2	L2	Eir	Eir eða Lkt	Samtals
Bráðalyflækningadeild A2	0	A2		1			1
Lungnadeild A6	2	A6	3	1			4
Smitsjúkdómadeild A7	2	A7			1		1
Taugalækningadeild B2	1	B2	2				2
Gigtar-og almenn lyf B7	1	B7	2		2	2	6
Blóð- og krabb.lækningadeild 11EG	0	11EG					0
Meltingar- og nýrnadeild 12E	0	12E					0
Hjartadeild 14EG	3	14EG	1				1
HNE-lýta- og æðaskurðeild A4	0	A4	1				1
Bæklunarskurðeild B5	0	B5	4			2	6
Heila-tauga- og bæklunardeild B6	0	B6	2				2
Skurðeild 12G	0	12G				1	1
Skurð-og þvagfæraskurð13EG	0	12E	1				1
Endurhæfing Grensás R2	2	R2					0
Bráðaöldrunarld. B4	7	B4	1		1		2
Útskriftardeild L2	1	Samtals	17	2	4	5	28
Öldrunarlæk. K1	2						
Öldrunarlæk. K2	5	<b>Samantekt</b>					
Öldrunarlækningadeild L4	6	<b>15 eru á deildum lyflækninga</b>					
Öldrunardeild Vífilstaðir - 42 pláss	43	<b>11 á skurðlækningadeildum</b>					
Bið á Akranesi og Borgarnesi	15	<b>2 á B4, bráðaöldrunarlækningadeild</b>					
Samtals	93						

Á deildum lyflækninga biðu flestir eða 15 eftir endurhæfingu, 11 á skurðlækningadeildum og 2 voru á B4. Á þessu sama tíma biðu 35 manns á BMT eftir innlögn, nær allir eftir deildum lyflækninga eða B4. Það er nákvæmlega sami fjöldi og fólk með FHM.

#### b. Líknarþjónusta

Undanfarin ár deyr fjöldi sjúklinga með FHM á bið eftir hjúkrunarrými. Árið 2017 létust 23% þeirra sem útskrifuðust af Landspítala með FHM (119 af 514), 2018 17% (88 af 506) og árið 2019 19% (101 af 528).

Andlátíð var gjarnan stuttu eftir að FHM er veitt og algengara meðal karla en kvenna.

FHM Útskriftir 2019	kk	kvk	samtals	%	FHM Útskriftir 2019	kk	kvk
Hjúkrunarheimili	141	240	381	72%	Hjúkrunarheimili	64%	78%
Heim/hvöld	21	22	43	8%	Heim/hvöld	10%	7%
<b>Andlát</b>	<b>55</b>	<b>46</b>	<b>101</b>	<b>19%</b>	<b>Andlát</b>	<b>25%</b>	<b>15%</b>
Annað	3	0	3	1%	Annað	1%	0%
Samtals	220	308	528	100%	Samtals	100%	100%
	42%	58%					

Skoðað var í gögnum Flæðisdeildar algengi andláts meðal þeirra sem fengu FHM á Landspítala og dóu í beinu framhaldi. Af þeim 101 sem létust með FHM 2019, fengu 82 FHM á Landspítala. 34 þeirra dóu innan 30 daga (41%) og 58 (71%) dóu innan 60 daga. Þegar gögnin eru skoðuð eftir kynjum kom í ljós að 25% karla sem útskrifuðust með FHM létust á árinu 2019 en 15% kvenna. Andlát 42% karlanna var innan 30 daga.

#### Andlát þeirra sem fengu FHM á Landspítala, skipt eftir fj. daga frá FHM

Fj. daga frá FHM	1-7 d	8-14 d	15-21	22-30	31-60	61-90	>90	Samtals
Fjöldi	12	7	9	6	24	9	15	82
Hlutfall	15%	9%	11%	7%	29%	11%	18%	100%

Það má telja útilokað að andlát svona skömmu eftir að FHM var veitt hafi komið á óvart í flestum tilfellum. Augljóslega er verið að gera FHM hjá hópi mikið veikra sjúklinga sem lokið hafa meðferð, geta ekki útskrifast, hafa ekki endurhæfingamöguleika eða nógu mikil einkenni til að líknardeildin taki þá í sín fáu pláss (12). Þegar haft er í huga að meðalbiðtími eftir hjúkrunarheimili er 3 mánuðir er þessi farvegur svo augljóslega rangur, ekki síst út frá hinum mannlega þætti en einnig fjárhagslegum. Vandinn er sá að það skortir annan farveg skortir fyrir þetta veika fólk við líflok þ.e. líknarþjónusta aldraðra, innan og utan Landspítala. Á Landakoti var líknardeild fyrir aldraða sem lokað var árið 2012. Til stóð að líknardeildin í Kópavogi tæki einnig við þessum hópi aldraðra, en af því varð ekki.

Í skýrslu um framtíðarskipan líknarþjónustu á Íslandi koma fram tillögur um skipulagningu líknar- og líflokameðferðar á höfuðborgarsvæðinu <sup>6</sup>. Þar er bæði fjallað um að bæta þurfi sérhæfða líknarþjónustu á Landspítala þannig að hún standi fleiri sjúklingahópum en krabbameinssjúklingum til boða og bæta þurfi almenna líknarþjónustu á hjúkrunarheimilum s.s. útbúa líknarrými innan allra hjúkrunarheimila fyrir sjúklinga sem eru í heimahjúkrun. Vinnhópurinn tekur heils hugar undir þessar tillögur því af þeim 101 sem létust með FHM á Landspítala komu 19 inn með FHM, sennilega langflestir í gegnum BMT. Meðaltími þeirra fram að andláti var 37 dagar en miðgildi 28 dagar. Hluta þeirra hefði án efa verið hægt

#### c. Hjúkrunarrými

Kunnugt er að biðlisti eftir hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðingu er langur, þótt heldur hafi hann styst á liðnu ári samanborið við árslok 2018 er hann var í hámarki. Það munar um þau 40 rými sem opnað var á Seltjörn frá marslokum til loka júní er heimilið var fulllopað.

<sup>6</sup> <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=69dab784-151c-11ea-944f-005056bc530c>



Um 1.500 hjúkrunarrými eru nú á höfuðborgarsvæðinu og verða þau um 1.600 talsins þegar Hrafnista Sléttuvegi hefur opnað sín 99 rými (11 9 manna deildir), en fyrirhugað er að taka inn fyrstu íbúana í byrjun mars og fullopna heimilið á 8 vikum eða í mars og apríl. Þeir sem fyrstir flytjast eru 20 manns úr biðrymum á gamla Sólvangi og væntanlega þeir 8 sem eru í biðrymum á vegum Landspítala á Akranesi (6 á Sjúkrahúsi Akraness og 2 á Höfða) og hafa Sléttuveg í vali. Áhrifa opunarinnar gætir tæplega á Landspítala fyrr en seint í mars eða í apríl, allt eftir því hversu hratt tekst að opna deildirnar, en þessi mun hafa heilmikil áhrif á flæði á Landspítala a.m.k. um sinn enda eru nú um 70 ný rými að ræða (99-28). Samtímis verður 21 biðrymum á vegum Landspítala lokað á Akranesi og Borgarnesi.

Á vegum Landspítala eru nú 42 sem velja Sléttuveg m.a. sem er hátt í helmingur allra með FHM á Landspítala (8 í biðrymum á Akranesi og 34 á deildum Landspítala). Meirihluti þeirra sem hafa nýverið fengið FHM og hafa ekki hafa mjög ákveðna skoðun á sveitarfélagi (Hf) eða stað s.s. vegna búsetu maka hafa Sléttuveg í vali. Reikna má með að amk 70 manns fá samþykkt FHM á næstu 8 vikum og þá má ætla að 40 til 50 þeirra muni velja Sléttuveg. Samkvæmt áætlun verða þá nokkrar vikur í að heimilið verði fullopnað. Að auki er brýnt að hrumir einstaklingar í heimahúsi eða hvíldarinlögnum fari beint á Sléttuveg í stað þess að leggjast inn á Landspítala.

Þann 1. janúar s.l. voru á höfuðborgarsvæðinu samtals 7.842 einstaklingar 80 ára og eldri. Samkvæmt því geta rúmlega 20% þeirra verið á hjúkrunarheimili (1.600/7.842), en fólki í þessum aldurshópi fjölgar hratt á komandi árum. Stefna Heilbrigðisráðuneytis frá 2016 er að árið 2035 geti 85% af 80 ára og eldri búið heima.

Þörf fyrir fleiri hjúkrunarrými í bráð fer eftir því hvort nauðsynlegar ráðstafanir verða gerðar til að fleiri geti búið heima. Stórauka þarf heimaþjónustu bæði almenna og sérhæfða (sjá kafla 3), og fjölga svokölluðum studdum búsetuúrræðum, auk líknarþjónustu.

Dæmi um studda búsetu á höfuðborgarsvæðinu eru einkum þjónustuíbúðir Reykjavíkurborgar, um 350. og eru þær gott dæmi um hversu vel þjónustan þar nýtist, því afar lágt hlutfall íbúa þarf að fara í biðpláss á vegum Landspítala. Önnur dæmi eru öryggisíbúðir hjá Eir og Foldabær. Ýmsir búsetukjarnar hjá Reykjavíkurborg, fyrir yngra fólk, eru líka meðtaldir.

Að þessu samanlögðu eru herbergi/íbúðir fyrir 2.000 manns á höfuðborgarsvæðinu. Það sýnir að virkilega þarf að efla þjónustu og nýbreytni til búsetu heima, svo sem dagdvalir sbr. góðar reynslu frá Akureyri, Gera þarf áttak til að stórauka notkun velferðartækni. Endurhæfingateymi hafa skilað góðum árangri í Reykjavík og mun vonandi gera það líka annars staðar á höfuðborgarsvæðinu.

#### **d. Hreyfiteymið og bráðalegudeildarþjónusta lyflækninga**

Eins og kunnugt er var svokallað hreyfiteymi almennra lyflækninga stofnað til að veita miklum og vaxandi fjölda sjúklinga sem vistast dögum saman á bráðamóttöku Landspítala þjónustu. Þetta var hugsað sem tímabundið úrræði sem hefur raunar verið beitt á bráðamóttökum sambærilegra sjúkrahúsa víða heim. Fjöldi sjúklinga sem slík teymi annast fyrstu 12-24 klst. innlagnar er jafnan fremur lítill en hér hefur umfangið gjörsamlega farið úr böndum, bæði hvað varðar fjölda sjúklinga og tímalengd dvalar. Því er afar brýnt að finna leið út úr þessu fyrirkomulagi. Tvær leiðir virðast færar, annað hvort að setja á

laggirnar nýja bráðalegudeild til að taka við þessum sjúklingum eða að auka til muna flæði sjúklinga í gegnum bráðalegudeild A2 og aðrar bráðalegudeildir spítalans svo unnt sér að taka við þeim sjúklingum sem nú vistast á bráðamóttökunni. Seinni leiðin hefur endurtekið verið farin á undanförunum árum en ætíð syrt í álinn á ný. Því er ljóst að varanlegri inngripa í þetta ferli er þörf.

Komið hefur fram sú hugmynd að setja á fót aðra bráðalegudeild með svipuðu sniði og bráðalyflækningadeild A2, en á A2 hefur tekist að halda góðri skilvirkni án þess að það komi niður á gæðum og öryggi þjónustunnar. Áður en lengra er haldið er þó rétt að skoða áhrif þess að losna alfarið við sjúklinga sem dvelja langdvölum á spítalanum, þrátt fyrir að hafa fengið samþykkt færni- og heilsumat.

Alls vistast nú um 35 einstaklingar með samþykkt færni- og heilsumat á bráðalegudeildum Landspítala og á Landakoti. Auk þess bíða 28 aldraðir einstaklingar á legudeildum spítalans eftir endurhæfingarúrræði. Ef hægt væri í einu vetfangi að flytja alla 35 sem bíða viðeigandi vistunarúrræða, þá yrði unnt að flytja þá 28 sem bíða eftir endurhæfingu yfir á Landakot. Vaknar þá sú spurning hvort þetta mundi nægja til að koma í veg fyrir óhóflega langa vistun bráðveikra sjúklinga á bráðamóttökunni sem þarfnast innlagnar.

Ekki eru til aðgengilegar eða áreiðanlegar upplýsingar um fjölda sjúklinga sem hafa verið inniliggjandi á bráðamóttökunni á vegum hreyfiteymisins, né heldur um tímalengd dvalar. Óskar Einarsson, staðgengill yfirlæknis almennra lyflækninga, framkvæmdi óformlega skoðun á sjúklingum teymisins í síðustu viku janúarmánaðar 2019 (8 daga tímabil). Alls voru 211 sjúklingar á vegum hreyfiteymis á þessu tímabili. Að mati Óskars þóttu eftirfarandi legudeildir vera ákjósanlegar fyrir þennan hóp:

- Gjörgæsla – 2 einstaklingar
- A2 – 99 einstaklingar
- B4 – 35 einstaklingar (skyndileg færniskerðing, vitglöp, óráð, fjöllyfjavandi o.s.frv.)
- A6 – 19 einstaklingar (m.a. vegna meðferðar með BiPAP-vél)
- A7 – 3 einstaklingar
- B7 – 2 einstaklingar
- 14E/G (hjartadeild) – 6 einstaklingar
- 12E (melting) – 31 einstaklingar (21 með blæðingu frá meltingarvegi)
- 11E – 3 einstaklingar
- 11G – 3 einstaklingar

Þá voru 8 einstaklingar frá hjúkrunarheimilum sem í raun ættu ekki að hafa þurft innlögn á Landspítala til sértækra inngripa eða úrræða.

Meta þarf hvort ofangreindar legudeildir muni búa yfir nægum fjölda legurýma til að geta tekið við öllum þessum fjölda sjúklinga. Sérstaklega á það við um A2, A6, B4 og 12E.

Mikilvægt er að A2 geti gegnt því hlutverki sem deildinni var upphaflega ætlað þannig að eingöngu veljist þangað sjúklingar sem hafa stuttan áætlaðan legutíma (<72 klst.). Þegar deildin var tekin í notkun var gert ráð fyrir að 10 af 21 rúmi yrðu opin daglega, 5 vegna útskriftar sjúklinga og 5 vegna flutnings á aðrar legudeildir. Framan af tókst að halda þessari áætlun. Til að viðhalda góðu flæði þarf hraðvirka starfsemi 24/7. Því er miðað við að mönnun deildarinnar sé mjög góð og að lækna séu ekki að sinna öðrum verkefnum samhliða legudeildarvinnunni (100% starf). Takist það á ný ætti deildin samkvæmt þessari

áætlun að geta tekið við 70 sjúklingum á viku. Þó ber að hafa í huga að á ársgrundvelli hefur ofangreindum markmiðum aldrei verið náð. Samkvæmt gagnagátt Landspítala var meðallegutími á A2 stytur árið 2017 eða 2,6 dagar (3,0 dagar 2018 og 3,2 dagar 2019). Sé miðað við 2,6 daga meðallegutíma, útskrifast 56,7 sjúklingar á viku af deildinni ef 21 rúm eru í notkun.

Þegar búið er að fullnýta innlagnargetu A2 á enn eftir að finna legurými fyrir á annað hundrað sjúklinga til viðbótar ef gengið er út frá þeim fjölda sem vistaðist á vegum hreyfiteymis síðustu viku janúarmánaðar. Árið 2019 tók B4 við 5 sjúklingum að meðaltali á viku. Ef gert er ráð fyrir að þeir sjúklingar sem eru með samþykkt FHM flyttust af deildinni (um 30% sjúklinga á B4 2019 hefði það í för með sér opnun 6-7 rúma) má ætla að B4 gæti tekið við allt að 3-5 sjúklingum til viðbótar á viku. Áfram munu aðrar bráðalegudeildir því þurfa að veita fjölmörgum hrumum öldruðum sjúklingum þjónustu. Því er mikilvægt að efla þjónustu við aldraða sjúklinga á öðrum bráðalegudeildum spítalans, enda mynda þeir þorra sjúklinga í umsjá lyflækninga. Það verður best gert með aukinni aðkomu sérfræðinga í öldrunarlækningum ásamt öðrum starfsmönnum öldrunarþjónustunnar, ýmist með beinu framlagi eða ráðgjöf.

Í fljótu bragði virðist þó sem fjöldi legurýma á bráðadeildum sé ekki nægur til að uppræta þörf fyrir vistun sjúklinga á bráðamóttökunni á vegum hreyfiteymis, enda hefur fjöldinn verið upp undir 40 þegar mest lætur. Því er brýnt að leita leiða til að hámarka flæði á legudeildum. Ákveðin sóknarfæri virðast vera fyrir hendi, s.s. samræming verklags legudeildarteyma sem byggir á sömu hugmyndafræði og beitt hefur verið með góðum árangri á A2. Stefna þarf að sjö daga spítala, m.a. með því að styrkja vaktteymi lækna og skilgreina vel hlutverk teymanna við að halda góðu innlagnar- og útskriftarflæði gangandi. Íhuga þarf að setja á laggirnar hágæsludeild með t.d. 4 rúmum til að bæta öryggi og gæði þjónustu við alvarlega veika sjúklinga. Í því sambandi má geta að gjörgæslurúm á Landspítala eru hlutfallslega fá í samanburði við aðrar þjóðir. Jafnframt er þýðingarmikið að sjúklingar í bataferli á legudeildum fái viðeigandi endurhæfingarmeðferð en á því hefur oft verið misbrestur.

Á hinn bóginn gæti verið ástæða til að opna aðra bráðalegudeild sem í samstarfi við A2 myndi sinna þorra bráðveikra sjúklinga í upphafi sjúkralegu í þeim tilgangi að auka skilvirkni og þar með flæðishraða miðað við það sem gerist á öðrum legudeildum. Slík ráðstöfun væri líkleg til að efla þjónustu við sístækkandi hóp bráðveikra sjúklinga með algeng ósértæk vandamál, s.s. lungnabólgu, þvagfærasýkingar og almennan slappleika. Samvinna við A2 myndi gefa aukinn sveigjanleika í starfsemi, t.d. gæti A2 sinnt sjúklingum með áætlaðan legutíma 1-3 dagar en viðbótar bráðadeildin tekið við sjúklingum sem líklegra er að þurfi meira en 3ja daga innlögn. Saman myndu þessar tvær legudeildir sinna velflestum bráðveikum sjúklingum á vegum lyflækninga fyrstu sólarhringa innlagnar. Reynsla undanfarinna ára hefur sýnt að margir heilbrigðisstarfsmenn sýna því áhuga að starfa í bráðþjónustu sem ætti að auðvelda mönnun bráðalegudeilda af þessu tagi.

Loks er mikilvægt að koma á laggirnar dagdeild til að veita þjónustu vegna aðkallandi vandamála (eins og fjallað hefur verið um áður) og til að bjóða upp á framhaldsmeðferð og eftirlit fyrir sjúklinga sem eru útskrifaðir af bráðamóttöku eða bráðadeildum. Greitt aðgengi einstaklinga með alvarlega langvinna sjúkdóma að slíkri deild þegar vandamál koma upp gæti í sumum tilvikum afstýrt þörf fyrir heimsókn á bráðamóttöku og mögulega innlögn nokkrum dögum síðar. Æskilegt að almennar lyflækningar séu í

forsvari fyrir aðkallandi þjónustu með stuðningi annarra sérgreina. Sambærileg aðkallandi þjónusta á dagdeild á vegum öldrunarlækninga gæti að sama skapi reynst heilladrjúgt skref.

#### **d. Endurhæfingarrými**

Margsannað er að markviss endurhæfing skilar miklum árangri, ekki síður fyrir aldraða en aðra. Endurhæfing þarf að hefjast strax og unnt er óháð staðsetningu, en þröngar órólegar bráðadeildir, sumar án matsala eru óheppilegir staðir auk þess sem skortur er á fagaðilum á Landspítala.

Eins fram hefur komið eru mörg endurhæfingarrými á Landakoti (14 þann 3. feb) og Grensási (2 þann 3. feb) jafnan teppt af fólki með FHM á bið eftir hjúkrunarheimili. Biðlisti þangað er jafnan langur og bíður fólk stundum svo vikum skiptir og þá aðallega þeir sem eru í þörf fyrir einbýli.

Um áralangt skeið hefur Landspítali einnig verið í samvinnu við Eir sem tekur í viku hverri við um 4 öldruðum sjúklingum í endurhæfingu flestum eftir beinbrot, en valdir eru þeir sem líklegt er að hægt sé að endurhæfa til heimferðar. Þessi samvinna hefur gefist afar vel. Á hjúkrunarheimilinu Sunnuhlíð eru 4 endurhæfingarrými en þangað fer fólk úr heimahúsi og er þeim rýmum oftast úthlutað langt fram í tímann.

Í undirbúningi er að opna 6-8 rúma bæklunaröldrunarlækningadeild í Fossvogi og opna bæklunarendurhæfingardeild á Landakoti sem tæki beint við sjúklingunum. Slík þjónusta mun án efa verða skilvirk.

Á Grensási fer fram öflug endurhæfing. Árið 2015 var fjöldi rýma 24 en þeim hefur smám saman verið fækkað og hefur undanfarin ár aðeins haft 18 sjúklinga. Ástæða þessa er fyrst og fremst húsnæðisleg, því það hefur þurft að fjölga einbýlum mikið á kostnað tvíbýla vegna mikillar sjúklingaþyngdar og þarfar fyrir plássfrek hjálpartæki. Að auki er augin þörf fyrir einbýli vegna fjölonæmra baktería. Full þörf er að fjölga rúmum á Grensási því þangað er jafnan biðlisti og mörgum strax hafnað vegna plássleysis.

#### **5. Tillögur**

- Opna lokuð rúm.
- Skoða betur kosti þess og galla að breyta einni af núverandi legudeildum Lyflækninga- og endurhæfingarþjónustu í Fossvogi í bráðalyflækningadeild.
- Koma á fót öflugri dagdeild fyrir aðkallandi þjónustu við langveika og aldraða
- Stefna að starfrækslu sérhæfðar sjúkrahústengdrar heimaþjónusta (Hospital at home)
- Koma á fót sérhæfðri heimaþjónusta veikra aldraðra, svokallað „hreyfanlegt öldrunarteymi“.
- Efla líknarþjónustu innan og utan Landspítala. Bæta þarf líknarþjónustu við aldraða einstaklinga með sérhæfðri líknardeild og eins þarf sá möguleiki að vera til staðar að einstaklingar geti dáið heima með aðkomu sérhæfðs heimateymis óski þeir þess. Til er vel unnin skýrsla um framtíðarskipan líknarþjónustu á Íslandi þar sem þetta er reifað frekar (sjá fylgiskjal). Tölur frá Landspítala sýna að 25% karlmannna með FHM deyja á spítalanum áður en þeir komast á hjúkrunarheimili, en þetta undirstrikar enn frekar þörfina fyrir úrræði á þessu sviði.

- Stórauka samstarf heimahjúkrunar, heilsugæslu og Landspítala þegar kemur að þjónustu við einstaklinga í heimahúsi með meiri teymisvinnu og sveigjanleika. Hér er bæði átt við hruma aldraða einstaklinga, einstaklinga með langvinna sjúkdóma og einstaklinga með bráð veikindi sem geta verið heima ef til kemur aukinn stuðningur tímabundið. Til eru mjög góðar fyrirmyndir að slíkri þjónustu, m.a. var gert tilraunaverkefni varðandi heimaþjónustu við veika aldraða á höfuðborgarsvæðinu sem gafst mjög vel og reyndist hagkvæmt. Þvergfagleg heimateymi fyrir veika aldraða eru rekin víðs vegar á Norðurlöndunum, en teymið í Skaraborg í Svíþjóð er fyrirmynd margra þeirra og hefur “Skaraborgsmodellen” sýnt sig að vera mun hagkvæmara þjónustuform fyrir þennan hóp en innlagnir á bráðasjúkrahús. Ljóst er að mikið hagræði er að slíkum teymum, á sama tíma og þjónusta við skjólstæðingana eykst að gæðum. Skv. tölum frá Samtökum atvinnulífsins eyðir Ísland mun lægra hlutfalli vergrar landsframleiðslu í heimahjúkrun en hin Norðurlöndin (sjá fylgiskjal) og hér er því á ferðinni mikið sóknarfæri sem myndi spara fjármuni annars staðar í kerfinu. Samræma þarf skráningu og gera boðleiðir skilvirkari.
- Mælt er með að gerð verði úttekt á því hvort rétt sé að Landspítalinn reki biðpláss fyrir fólk með FHM og jafnvel endurhæfingarpláss í þeim mæli sem nú er. Kanna þyrfti fýsileika og hagkvæmni þess að þessir þættir verði á höndum annarra þjónustuaðila innan kerfisins. Mikilvægt er þó að aðgengi af Landspítala í endurhæfingarþjónustu verði greið.
- Gera þarf mjög skýrar kröfur til þeirrar þjónustu sem veitt er á hjúkrunarheimilum og fjármagna heimilin í samræmi við það. Tryggja þarf viðeigandi menntun starfsfólks og mönnun og eins samfellu í lækniþjónustu. Koma þyrfti á kerfi þar sem læknar hjúkrunarheimila, og læknar heilsugæslunnar almennt, hefðu aðgang að vel skilgreindri ráðgjafarþjónustu annarra sérfræðilækna. Eins þarf að tryggja hjúkrunarheimilum aðgang að sameiginlegu sjúkraskrárkerfi.
- Huga þarf að úrræðum fyrir heimilislauða og einstaklinga með fíknivanda, en þessi hópur er oft á tíðum innlykka á spítalanum vegna skorts á öðrum og ódýrari úrræðum.
- Aðkallandi dagdeildarþjónustueining á Meðferðarsviði myndi tryggja mun betur en nú er flæði sjúklinga milli kjarna meðferðarsviðs, styðja við útskriftir af Bráðamóttöku og verða mikilvægur hlekkur í heimaþjónustu fyrir langveika sjúklinga og aldraða með flókin vandamál.

Aðgerðir til að leysa mönnunarvanda er forsenda flestra ofangreindra tillagna.