



Sundhedsstrategi

Strategi for det islandske sundhedsvæsen frem til 2030

| **Islands regering**
Sundhedsministeriet



Sundhedsstrategi

Strategi for det islandske sundhedsvæsen frem til 2030

Strategi for det islandske sundhedsvæsen frem til 2030

Udgivet af: Heilbrigðisráðuneytið (Sundhedsministeriet) 2019

Trykkeri: Pixel

Design: Hvíta húsið

Indholdsfortegnelse

Hilsen fra sundhedsminister Svandís Svavarsdóttir	4
Indledning	5
Hvorfor en strategi?	6
Sundhed i en bred sammenhæng.....	7
Sund befolkning, muligheder og udfordringer	8
Vi står overfor udfordringer.....	9
Der er også mange muligheder.....	11
Sundhedsvæsenet i en bredere sammenhæng.....	13
Udvikling af de nordiske sundhedsvæsener	14
Fremtidsvision og strategi frem til 2030.....	15
1. Resultatorienteret ledelse	16
2. Ret ydelse på det rette sted	19
3. Borgerne i fokus	24
4. Brugerinddragelse	26
5. Effektive køb af ydelser	28
6. Kvalitet i højsædet	31
7. Med blikket mod fremtiden	33
Implementering af strategien	35
Eksempler på strategiske mål og resultater i henhold til sundhedsstrategiens handlingsplan.....	36
Hovedkilder.....	37

Hilsen fra sundhedsminister Svandís Svavarsdóttir



Sundhedsvæsenet er en af samfundets hjørnesten og en del af den sociale kontrakt. Vi får allesammen brug for sundhedsydelser på et tidspunkt i vores liv, og borgernes adgang til et godt sundhedsvæsen er en af samfundets grundpiller.

Det islandske sundhedsvæsen har længe været langt fremme i sammenligning med andre lande, og præstationerne på mange områder har været blandt det bedste, der kendes.

Det islandske sundhedsvæsen er baseret på bestemte værdier, som er bredt forankret i samfundet. Den grundlæggende idé er den, at det offentlige skal sikre alle borgere de nødvendige sundhedsydelser uafhængigt af deres økonomi eller andre forhold. Det bygger på et socialt fundament, hvor samtlige borgere har lige ret til ydelser fra et sundhedssystem, der hovedsageligt er finansieret af fælles midler.

Sundhedsvæsenet er i sin natur både kompliceret og mangesidigt. Den er præget af en høj grad af specialisering og mange udbydere. Det er sundhedsmyndighedernes opgave i en nær dialog og et samarbejde med sundhedsvæsenets institutioner at skabe et holistisk system, der sikrer patienterne en samlet indsats på det rette niveau i systemet, hvor kvalitet, sikkerhed, effektivitet og økonomisk rationalitet går hånd i hånd. Dette kræver en klar vision og en langsigtet strategi for sundhedsvæsenet.

Strategien for det islandske sundhedsvæsen frem til 2030, som præsenteres her, viser, hvordan man kan opnå ovennævnte mål. Den handler om øget fleksibilitet i forhold til organisering, arbejdsdeling og ansvar, der skaber bedre ydelser til gavn for

patienterne. Den handler om implementering og brug af kriterier for kvalitet og præstationer i sundhedsvæsenet, som afspejler, hvordan ydelserne møder brugernes og hele samfundets behov. Den handler om vigtige incitamenter i finansierings- og betalingssystemer, der skal sikre patienterne, at deres sundhedsproblemer bliver behandlet ud fra en holistisk tilgang i stedet for at fokusere på enkeltstående konsultationer hos speciallæger eller hospitalsindlæggelser. Den handler om indføring af nye behandlingsmetoder, medicin og teknologi og krav, der stilles om evidensbaseret viden. Den handler om vejledning og information til patienter og borgere, der gør det nemmere for dem at deltage aktivt i deres egen behandling samt træffe beslutninger om deres eget helbred på et oplyst grundlag. Endelig handler strategien om sundhedsvæsenets bemanning, ledelse og administration, arbejdsmiljø, videnskab, uddannelse og meget andet.

Udgifter til sundhedssektoren i Island udgør lidt over en fjerdedel af statens samlede udgifter. Når der deles ud af fællesmidler, skal staten være den ledende part og tage ansvaret som en oplyst og kritisk køber af tjenester til almennyttige formål. Sundhedsministerens opgave er klar. Det er ministerens lovbundne opgave at fastlægge strategien på sundhedsområdet, prioritere opgaverne og sikre deres finansiering.

Den sundhedsstrategi, jeg nu fremlægger, er vores alles fælles eje. Udarbejdelsen af strategien har en lang forhistorie, og den er bygget på mange menneskers erfaringer og viden. Meget af det, der fremgår af strategien, har man allerede behandlet og fremlagt i rapporter og udredninger fra de pågældende institutioner og specialister i de senere år.

Det sidste punkt i udformningen af strategien er nu fastsat i Altingets parlamentariske beslutning om en sundhedsstrategi frem til 2030. Samtidigt markerer vi et vendepunkt, hvor implementeringen af strategien nu begynder. En strategi, som bliver vores pejlemærke i opbygningen af et holistisk, robust og endnu bedre sundhedsvæsen i fremtiden for os allesammen.

Sundhedsminister Svandís Svavarsdóttir
Reykjavík, juni 2019

Indledning

Udarbejdelsen af en sundhedsstrategi frem til 2030 blev iværksat af Velfærdsministeriet i april 2018. Arbejdet har været baseret på forskellige analyser, der er udført i forskellige dele af det islandske sundhedsvæsen i de senere år med udgangspunkt i forskellige data og oplysninger fra Verdenssundhedsorganisationen WHO, herunder Europastrategien Sundhed 2020. Endvidere har man taget udgangspunkt i FN's verdensmål om bæredygtig udvikling.

I oktober 2018 arrangerede Velfærdsministeriet en todages workshop for repræsentanter fra sundhedsinstitutioner i hele landet, hvor man efterlyste deres visioner og prioriteringer som et indspil til udform-

ger, kommuner og privatpersoner. I nogle tilfælde var meningene delte, hvilket ikke kan overraske når der er tale om et så vigtigt og kompliceret område. Nogle høringssvar gav anledning til omformuleringer i strategien for bedre at kunne beskrive den ønskede status på mål i 2030. Endvidere forsøgte man at konkretisere strategiens tekst for at koordinere de forskellige interessenters synspunkter.

Sundhedsministeren fremlagde sundhedsstrategien for Altingets 149. forsamling med et forslag til parlamentarisk beslutning om en sundhedsstrategi frem til 2030 (parlamentarisk dokument 835 – sag 509). Efter den første debat i Altinget blev beslutningsfor-

For at implementere sundhedsstrategien frem til 2030 udarbejdes femårs handlingsplaner. Handlingsplanerne bliver opdateret hvert år i strategiens gyldighedsperiode. Sundhedsministeren skal fremlægge en årlig handlingsplan for sundhedsstrategien til debat i Altinget.

ningen af strategien. Flere møder blev arrangeret, hvor man interviewede det sundhedsfaglige personales faglige foreninger og lønmodtagerorganisationer samt andre leverandører af sundhedsydelser.

Sundhedsministeren indkaldte til Sundhedsforum den 2. november 2018, hvor der blev fremlagt et forslag til en sundhedsstrategi med efterfølgende diskussion med deltagerne om sundhedsvæsenets vision og vigtigste udfordringer i de kommende år.

Forslaget til en sundhedsstrategi blev offentliggjort til høring på regeringens samrådsplatform i perioden 28. november – 19. december 2018. Der indkom 27 høringssvar fra sundhedsinstitutioner, uddannelsesinstitutioner, faglige foreninger, patientforenin-

slaget sendt til behandling i Velfærdsudvalget, som sendte det til høring hos mange parter og mødtes med specialister på området. I alt modtog udvalget 38 henvendelser og høringssvar. Velfærdsudvalget færdigbehandlede sagen i maj 2019 og en parlamentarisk beslutning om sundhedsstrategien frem til 2030 blev vedtaget af Altinget den 3. juni 2019 med 45 stemmer og ingen nejstemmer.

For at implementere sundhedsstrategien frem til 2030 udarbejdes femårs handlingsplaner. Handlingsplanerne bliver opdateret hvert år i strategiens gyldighedsperiode. Sundhedsministeren skal fremlægge en årlig handlingsplan for sundhedsstrategien til debat i Altinget.

Hvorfor en strategi?

Alle borgere får brug for sundhedsydelser på et tidspunkt i deres liv. Borgernes behov for sundhedsydelser er individuelle, varierer fra tid til anden og spænder over alt lige fra almen sundhedsfremme, hjælp til øget trivsel og forebyggelse af sygdomme til mere komplekse og mangesidige sundhedsydelser på grund af ulykker og vedvarende eller akutte sygdomme.

Det islandske sundhedsvæsen er i mange henseender velfungerende og præsterer godt i international sammenligning. Sundhedsvæsenet er bemanded med veluddannet og kompetent personale inden for alle områder. Dog er der plads til forbedring. Borgernes adgang til sundhedsydelser kan variere afhængigt af deres bopæl, der er for lange ventetider på bestemte indgreb, og borgernes behov for en samlet indsats er ikke tilstrækkeligt tilgodeset. Sidst men ikke mindst har vi manglet en klar strategi for organiseringen af det islandske sundhedsvæsen. Nogle gange har udbuddet af ydelser været mere afgørende for udviklingen end borgernes egentlige behov, og i nogle tilfælde er der heller ikke truffet strategiske beslutninger, hvorfor prioriteringen ikke altid har været tydelig.

Hovedformålet med den islandske sundhedslov er, at alle borgere har adgang til de bedst mulige sundhedsydelser, der til enhver tid er tilgængelige for at beskytte borgernes psykiske, fysiske og sociale sundhed. Al diskriminering er ulovlig, men i de tilfælde, hvor det er nødvendigt at lave en prioritering af patienter til en behandling, skal dette ske på en lægefaglig baggrund samt andre faglige præmisser. Myndighederne bør derfor tage fat på den udfordring, der ligger i at forbedre sundhedsvæsenets præstationer inden for de til enhver tid gældende budgetrammer.

Et veluddannet og kompetent personale er afgørende for sundhedsvæsenets præstationer, men personalet bør også have en fælles vision om sundhedsvæsenets formål, målsætning og fremtidige organisering. Det samme gælder et fokus på, hvordan man bedst tilrettelægger arbejdet for at optimere effektiviteten på samtlige områder.

Ifølge loven er det sundhedsministeren, der fastsætter strategien for sundhedsvæsenet og sikrer, at den bliver implementeret. Sundhedsministeren har således både ret og pligt til at holde øje med

sundhedsvæsenets præstationer på både kortere og længere sigt og agere i forhold til at forbedre præstationerne, når det er nødvendigt.

Foruden sundhedsministerens vidtrækkende pligter som landets øverste chef på sundhedsområdet har landets sundhedsinstitutioner og andre institutioner i Sundhedsministeriets regi en vigtig opgave i forhold til at gennemføre nødvendige ændringer. Det er nødvendigt, at andre ministerier som Finans- og Økonomiministeriet, Uddannelses- og Kulturministeriet, Miljø- og Ressourceministeriet samt kommuner, sundhedspersonalets fagforeninger og



patientforeninger involveres i implementeringen af den vedtagne sundhedsstrategi.

Verdenssundhedsorganisationens (WHO) sundhedsstrategi for Europa 2020, som WHO's Regionalkontor i Europa offentliggjorde i 2012, bygger på definerede kerneværdier som retfærdighed, bæredygtighed, kvalitet, gennemsigtighed, ansvarlighed, ligestilling mellem kønnene, værdighed og retten til medbestemmelse. Disse kerneværdier lægger op til individualiserede sundhedsydelser på et socialt grundlag, at understøtte sundhedsfremme i alle livets stadier og bidrage til lighed og sundhed for alle. I udarbejdelsen af denne sundhedsstrategi, der gælder frem

til 2030, er der blandt andet taget udgangspunkt i førnævnte strategi fra WHO. Den centrerer sig blandt andet om sundhed og sundhedsvæsenet i en bredere sammenhæng, udviklingen af de nordiske sundhedsvæsen, sundhedsvæsenets største udfordringer og muligheder i fremtiden samt en vision om det islandske sundhedsvæsenes grundpiller. Til uddybning af visionen nævner strategien følgende syv nøgleudfordringer:

- **Resultatorienteret ledelse**

- **Ret ydelse på det rette niveau**

- **Borgerne i fokus**

- **Borgerinddragelse**

- **Effektive køb af ydelser**

- **Kvalitet i højsædet**

- **Fremtidsorientering**

I forbindelse med implementeringen af Sundhedsstrategi 2030 udarbejdes femårs handlingsplaner, der opdateres årligt i løbet af strategiens gyldighedsperiode.

Sundhed i en bred sammenhæng

Foruden et velfungerende sundhedsvæsen er også andre faktorer afgørende for borgernes forventede levealder, sundhed og trivsel. Miljøet er en stor påvirkningsfaktor, herunder adgangen til sunde fødevarer, rent vand og luft. Økonomiske og sociale faktorer samt et godt velfærdssystem spiller også en vigtig rolle. Borgeren selv har også et stort ansvar for egen sundhed og trivsel. Alt dette fremgår af Agenda 2030, handlingsplanen for FN's verdensmål om bæredygtig udvikling, hvor Island bidrager til implementeringen i et samarbejde med andre lande.



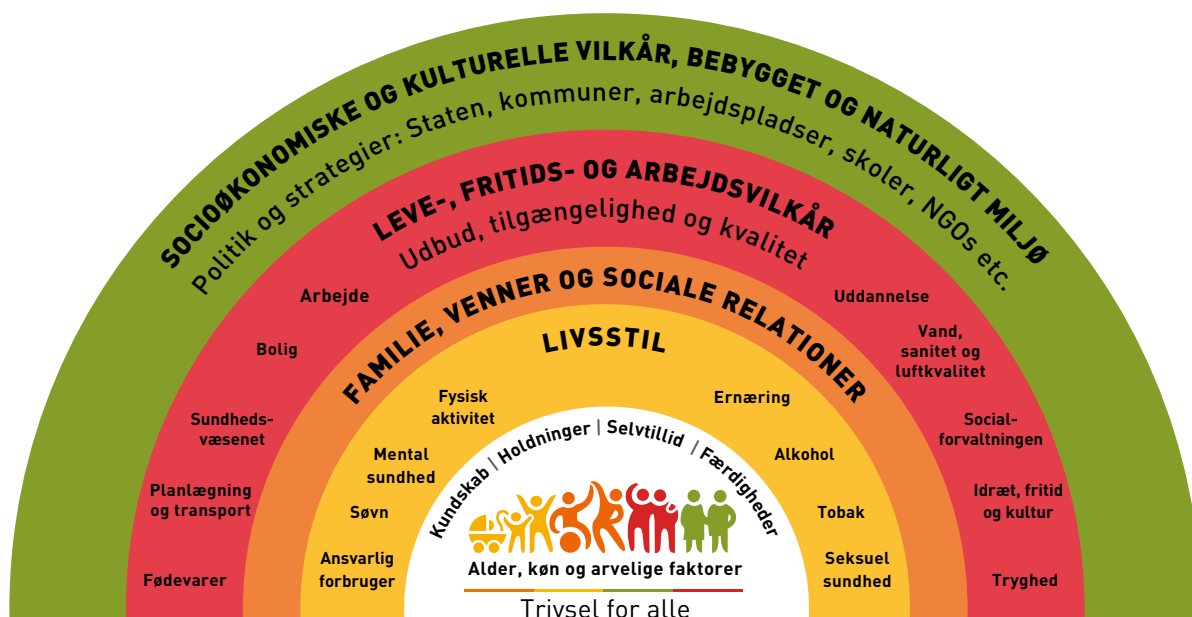
De 17 verdensmål skal bidrage til fred og frihed i verden. Afskaffelse af fattigdom er en af de største opgaver i verden og en ufravigelig forudsætning for en bæredygtig udvikling. Verdensmål 3 om sundhed og trivsel skal sikre et sundt liv og trivsel for alle i alle aldersgrupper. Målet ledsages af nærmere definerede kriterier.

Verdenssundhedsorganisationen WHO, definerer sundhed som en fuldstændig tilstand af fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse. I alle livets stadier har mange faktorer indflydelse på individets kapacitet til at passe på sit helbred og have et indholdsrigt liv.

Som allerede nævnt spiller adskillige ydre faktorer en stor rolle, men borgerne selv kan også påvirke med den livsstil, de vælger. Her kan kost, motion og samvær med familie og venner nævnes, mens de skadelige virkninger af tobaksbrug, overdrevet alkoholforbrug og brug af narkotika heller ikke må glemmes.

Sundhedsfremme er en proces, der gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. Her er en holistisk tilgang nøglen til succes. Islands strategi for folkesundhed blev fremlagt i 2016. Strategien indeholder en vision om, at undervisningssystemet, erhvervslivet og offentlige institutioner skal være sundhedsfremmende og dermed arbejde for øget motion og friluftsliv, bedre kost og fremme af borgernes mentale sundhed. Endvidere skal sundhedsaspektet være et nøglebegreb i alt strategisk arbejde og integreres i alle strategier. Forskning om borgernes sundhed og trivsel indikerer, at både børn og voksne sover for lidt. Dette har vi til fælles med mange andre vestlige lande. For lidt søvn fører uundgåeligt til utallige psykiske og fysiske lidelser blandt både børn og voksne og bliver desværre ofte undervurderet som årsag bag disse symptomer.

Direktoratet for Sundhed (Embætti landlæknis) har i det seneste årti fokuseret på det sundhedsfremmende arbejde i skoler og på arbejdspladser, hvor der er indgået samarbejdskontrakter med mange



af landets kommuner om at indføre et *sundhedsfremmende samfund*. Dermed fokuseres der på at forbedre både det menneskeskabte og det sociale miljø for borgerne, mindske uligheden samt frekvensen og konsekvenserne af vedvarende sygdomme med forskellige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Direktoratet for Sundhed har også ansvar for folkesundhedsindikatorer, som de offentliggøres opdelt efter sundhedsdistrikterne i Island. Folkesundhedsindikatorer er tænkt som et led i at danne et overblik over folkesundheden i de enkelte distrikter og for at kunne sammenligne dem med landsgennemsnittet. De skal gøre det lettere for kommuner og sundhedsvæsenet at analysere status

i deres respektive distrikter, identificere styrker og svagheder samt forstå borgernes behov i forhold til at kunne samarbejde om bedre sundhed og trivsel.

Udover den nyligt vedtagne sundhedsstrategi gælder også:

- Folkesundhedsstrategi
- Strategi for medicin
- Strategi for psykisk sundhed
- Kræftprogram
- Direktoratet for Sundheds kvalitetsprogram

Sund befolkning, muligheder og udfordringer

Som allerede nævnt er det islandske sundhedsvæsen i mange henseender velfungerende og præsterer godt i international sammenligning, som det blandt andet fremgår af OECD's regelmæssige sundhedsundersøgelse, Health at a Glance. Sundhedsvæsenet er bemanded med et veluddannet og kompetent personale på alle områder. Der er bred enighed om, at sundhedsydelse skal finansieres af offentlige midler, og der er stor tilslutning til, at sundhedsområdet prioriteres, når der deles ud af fælles midler. Sundhedsvæsenets grundstruktur

med en stærk sundhedsinstitution i hvert sundhedsdistrikt skaber en fleksibilitet, der giver mulighed for at tilrettelægge sundhedsydelserne ud fra borgernes behov og i deres nærmiljø. Direktoratet for Sundhed udfører et vigtigt arbejde på folkesundhedsområdet og støtter sundhedsfremmende initiativer i kommuner og skoler i hele landet. Landets miljø gavner også borgerne og giver dem nem adgang til ren luft og vand.

Ovennævnte faktorer er klare styrkepositioner for det islandske sundhedsvæsen. Det samme gælder en forholdsvis ung befolknings alderssammensætning. Databaser for sygdomme og borgernes arveegenskaber udgør et stort potentiale for videnskabelig forskning til gavn for landets befolkning, for uddannelsen af sundhedsfagligt personale og for udviklingen af sundhedsvæsenet generelt.

Resultater fra en spørgeskemaundersøgelse

Direktoratet for Sundhed 2017

- 21 procent af borgerne synes, at deres psykiske helbred er mindre god eller dårlig
- 26 procent af borgerne synes, at deres fysiske helbred er mindre god eller dårlig
- 27 procent af borgerne har et BMI på 30
- Antal udskiftninger af hoftelæddet var 240 operationer per 100.000 indbyggere
- 67 patienter i gennemsnit venter på en hospitalsseng
- Antal konsultationer hos speciallæger er i gennemsnit 1,4 per indbygger
- Antal besøg i centre for primære sundhedsydelser er i gennemsnit 2,6 per indbygger
- Antal hospitalsindlæggelser var 42.139
- Antal besøg på ambulante afsnit var 315.802

Ifølge Islands Statistik er islandske kvinders forventede levealder i gennemsnit 84 år og 81 år for mænd, hvilket er blandt det højeste i verden.

- Ifølge Islands Statistiks befolkningsfremskrivning vil antallet af 80-årige stige med 5.700 frem til 2030 svarende til 46 procent.
- Ifølge OECD 2018 kan 65-årige islændinge forvente at leve i gennemsnit 20 år mere. Ud af disse 20 år kan mænd regne med fire år med dårligt helbred og kvinder med seks år.

Islands geografiske beliggenhed er ingen afgørende hindring i moderne tider, hvor fremskridtene inden for transport og teknologi baner vejen for international indflydelse på alle samfundsområder. Sundhedsvæsenet er ingen undtagelse, og det står klart, at denne udvikling vil fortsætte i takt med voksende kommunikation med udlandet og internationaliseringen.

Vi står overfor udfordringer

Borgernes forventede levealder er steget støt i de seneste årtier, og befolkningen bliver ældre, til trods for at den stadigvæk er ung i forhold til andre vestlige lande. Denne udvikling skaber mange udfordringer, blandt andet for velfærdssystemet, hvor behovet for sundhedsydelser vokser, i takt med at andelen af ældre borgere vokser. Udfordringer på sundhedsområdet på grund af livsstilsrelaterede og vedvarende sygdomme vokser også støt og har medført et øget pres på sundhedsvæsenet i de seneste årtier. Dette gælder blandt andet fedme og fedmes

alvorlige bivirkninger, afhængighedssygdomme samt flere psykiske sygdomme. Disse og andre udfordringer bliver omtalt i det følgende afsnit:

Demens er et eksempel på en vedvarende sygdom, som især ældre bliver udsat for. Ifølge OECD's rapporter er demens mest udbredt i de lande, hvor forventet levealder er højst. Derfor kan den islandske befolkning forvente en væsentlig stigning i frekvensen af demens frem til 2030.

Vedvarende sygdomme er ikke kun en udfordring for den ældste generation. Ifølge WHO er vedvarende sygdomme som hjertekarsygdomme, kræft, lunge- sygdomme, diabetes og psykiske sygdomme blandt de største trusler mod menneskets sundhed. Man anser, at disse sygdomme er årsag til 70 procent af alle dødsfald i verden hvert år, og at disse former for sygdomme i høj grad kan spores til den livsstil, som Vestens befolkning har tilegnet sig i de seneste årtier.

Fedme er et stigende problem i Island såvel som i mange andre lande, både blandt børn og voksne. Fedme kan have alvorlige sundhedsmæssige og sociale konsekvenser. Direktoratet for Sundheds indikatorer for folkesundheden viser, at en fjerdedel af befolkningen har et BMI-tal over 30, hvilket defineres som fedme. Situationen varierer efter landsdele.

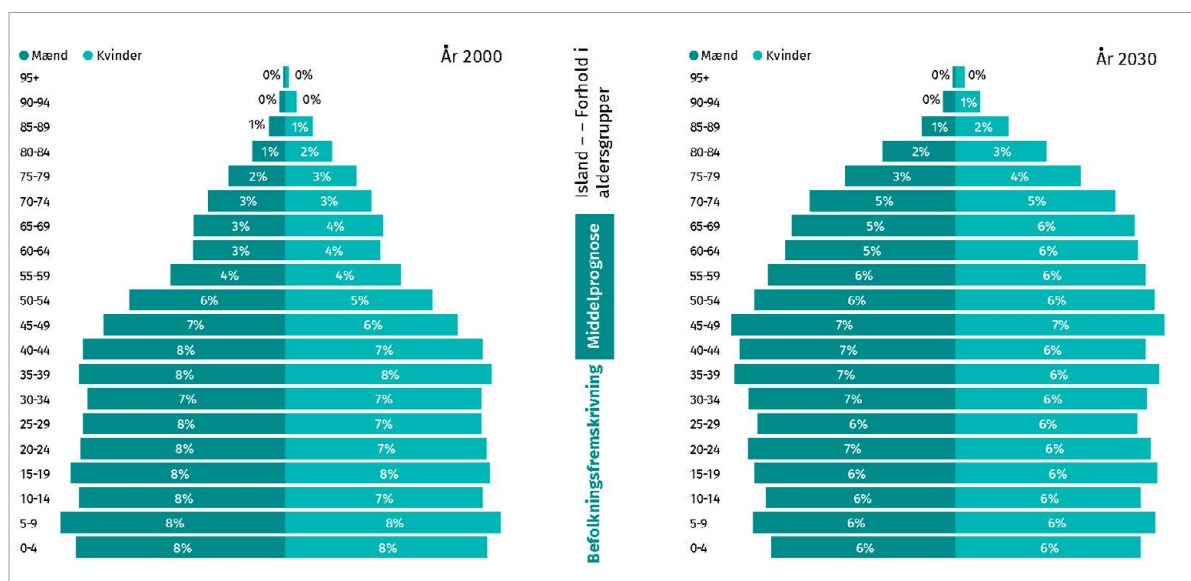
Ændringer i befolkningens sammensætning, hvor andelen af indbyggere af udenlandsk herkomst vokser, påvirker også borgernes behov og forventninger til sundhedsvæsenet. Det tager tid for nye borgere at vænne sig til den islandske kultur og beherske sproget. De krav, som et flerkulturelt samfund stiller til sundhedsvæsenet, er vigtige at have in mente, når man tilrettelægger sundhedsydelser i fremtiden. Øget behov for tolkning og information på flere sprog er et eksempel på dette.

Adgangen til sundhedsydelser er i nogle henseender ulige, men generelt er den forholdsvis god. Adgangen til speciallægeydelser er bedst i hovedstadsområdet, men bliver ringere, jo længere man kommer ud i landdistrikterne. Det kræver handling. Det samme gælder ventetider på bestemte indgreb, som i nogle tilfælde er for lange. Endvidere bør man have in mente, at borgere med psykisk eller fysisk handicap, alvorlige psykiske lidelser, afhængigheds-

sygdomme eller andre former for funktionshindringer kan have svært ved at benytte sig af de ydelser, der er tilgængelige, hvis der ikke ydes en særlig indsats for disse grupper.

Bemanding af sundhedsvæsenet er en global udfordring, ikke mindst når det gælder rekruttering af sygeplejersker og læger. Der er stigende konkurrence om personale i disse professioner, og ændrede forhold på grund af nemmere transport, gør det muligt for sundhedsprofessionelle i Island at arbejde helt eller delvis i nabolandene, hvor der er stor efterspørgsel på deres arbejdskraft. Da de fleste islandske læger er nødsaget til at specialuddanne sig i udlandet, går sundhedsvæsenet glip af deres arbejdskraft under studietiden. Desuden vælger nogle at blive boende i udlandet. Derfor er det nødvendigt at investere løbende i uddannelse og træning af alle sundhedsfaglige medarbejdere og sørge for, at arbejdsforholdene og vilkårene i Island kan måle sig med det bedste i nabolandene. Det er også vigtigt at arbejde for en styrkelse af et tværfagligt teamwork på tværs af alle sundhedsprofessioner samt at arbejde løbende med reformer og udvikling af jobs i sundhedssektoren.

Ny medicin og medicinbrug. En af sundhedssektorens største udfordringer er at garantere borgerne et tilstrækkeligt udbud af nødvendig medicin, at sikre medicinens kvalitet, og at den bliver anvendt på en sikker måde. Overforbrug af antibiotika er årsag til antimikrobiel resistens mod denne medicin og udgør en af de største trusler, menneskeheden står overfor. Indtil videre er forholdene gode i Island, hvad dette angår, men der er klare tegn på, at vi bruger for meget bredspektret antibiotika. Et voksende udbud af ny og meget dyr medicin skaber ikke blot et økonomisk pres, men stiller også mange svære etiske spørgsmål om prioriteringer i sundhedsvæsenet.



Køb af sundhedsydelser er en af de udfordringer, vi står overfor. Hensigten med Loven om sygesikring nr. 112/2008 var at oprette et system for statens køb af sundhedsydelser i lighed med dem, som findes i nabolandene. Islands Sygesikring (Sjúkratryggingar Íslands) fik tildelt denne opgave. Ifølge Rigsrevisionens (Ríkisendurskoðun) evalueringsrapport fra 2016 om implementeringen af sygesikringsloven er der meget, der tyder på, at det ikke er lykkedes at leve op til lovens intentioner om køb af sundhedsydelser. Rigsrevisionen påpeger, at aftaler om køb af sundhedsydelser ikke bygger på grundige omkostningsanalyser, og at der heller ikke prioriteres i tilstrækkelig grad ud fra patienters behov, hvilket kan gå ud over den økonomiske rationalitet. Rigsrevisionens rapport anbefaler også, at der stilles større krav til ydelsernes kvalitet, og at køb af sundhedsydelser altid bør ske på statens initiativ. Ifølge rapporten er det magtpåliggende at indføre en aktivitetsbestemt finansiering af Landspítali, det nationale universitetshospital, for derved at maksimere effektiviteten og rationaliteten i hospitalets drift.

Udgifter til sundhedssektoren i Island udgør lidt over 200 mia. ISK om året. Dette svarer til ca. 8,7 procent af bruttonationalproduktet. Udgifterne er faldet forholdsmæssigt siden årtusindskiftet, hvor de lå på næsten 10 procent. Dertil kommer, at bruttonationalproduktet faldt forholdsvis meget i køl-

vandet på finanskrisen i 2008, hvilket sundhedsvæsenet ikke undlod at blive mærket af. Siden er der foretaget flere ændringer af sundhedsvæsenet, hvis gavnlige virkninger på længere sigt man dog kan sætte spørgsmålstegn ved. Blandt andet har man overflyttet en stor del af opgaverne på hospitalernes dagafsnit og ambulante afsnit til speciallægerne private praksisser, hvor det kan være svært at yde en sammensat indsats, der imødekommer langtidssyge patienters behov og målrettes de ældres sammensatte sundhedsproblemer. Udviklingen har blandt andet ført til, at Landspítali i højere grad end tidligere har måttet ansætte speciallæger på deltid, hvorved man hæmmer det normale patientflow og gør det vanskeligere for hospitalsledelsen at tilrettelægge virksomheden. Se bl.a. McKinsey-rapporten *Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans* (Nøglen til fuld udnyttelse af Landspítalis potentialer) fra 2016. Udgifter til sundhedssektoren vokser støt i de fleste lande, hvor Island ikke er nogen undtagelse fremadrettet. Ligeledes bør der stilles krav om, at de midler, der allerede nu anvendes til sundhedssektoren, bliver udnyttet optimalt, for eksempel gennem ændrede arbejdsgange, ved køb af sundhedsydelser og generel planlægning af sundhedsvæsenet.

Der er også mange muligheder

Sundhedsvæsenets udfordringer indebærer også forskellige muligheder, der er vigtige at udnytte, herunder initiativer til at forbedre folkesundheden og påvirke borgernes livsstil. Sundhedsfremme blandt ældre bør have en særlig prioritet i lyset af den store gevinst, det fører med sig. Nye teknologier indebærer adskillige potentialer, såvel ændret finansiering af sundhedsvæsenet og brugernes egenbetaling, styrkelse af den primære sundhedssektor og udbygningen af Landspítali. Disse og andre muligheder omtales i følgende afsnit:

Sundhedsfremme og bedre folkesundhed. Ved at fokusere på forebyggelse af sygdomme og hjælpe borgerne med at vælge en sund livsstil kan man mindske risikoen for, at deres helbred bliver dårligt senere i livet eller udskyde det tidspunkt, hvor helbredet begynder at svigte. Derfor er det særdeles vigtigt at lægge vægt på initiativer, der fremmer folkesundheden og når bredt ud til befolkningen.

Den islandske befolkning er i stigende grad bevidst om, hvilken livsstil der bidrager til et godt helbred. Indsatser for at mindske tobaksrygning og skadeligt alkoholforbrug har givet gode resultater. Det samme gælder øget bevidsthed om betydningen af god kost og passende motion. Der er dog stadig plads til forbedringer, særligt blandt børn og ældre. Direktoratet for Sundhed har satset stort på sundhedsfremme i hele landet med effektiv rådgivning og støtte til skoler og kommuner. Det er vigtigt, at dette arbejde bliver støttet af regeringen, og hvor sundhedsvæsenet og sundhedsplejen i særdeleshed deltager aktivt i arbejdet.

God psykisk sundhed og mentalt helbred bidrager til, at borgerne kan deltage aktivt i samfundet, udfolde sine evner og yde en indsats. Dette fremgår af en strategi og handlingsplan på psykiatriområdet frem til 2020, som Altinget godkendte i april 2016. Ifølge handlingsplanen skal hovedvægten lægges

på en samlet indsats for psykisk syge og deres pårørende, fremme af mental sundhed og et forebyggende arbejde med særlig fokus på børn og unge. Endvidere skal der fokuseres på forskellige marginaliserede samfundsgrupper og udsatte aldersgrupper samt konkrete tiltag for at mindske fordomme og diskriminering. Sundhedsplejen tiltænkes en vigtig rolle i forhold til at styrke de psykiatriske ydelser, herunder driften af særlige psykiatriske teams i hele landet og psykologiydelser inden for den primære sundhedssektor.

Adgang til sikker medicin og forsvarligt medicinbrug er vigtigt, hvis sundhedsvæsenet skal opnå gode resultater og have indflydelse på borgernes sundhed og trivsel. Altinget godkendte i maj 2017 et beslutningsforslag om en medicinstrategi frem til 2022. Der lægges vægt på at garantere adgang til den fornødne medicin, medicinens kvalitet og sikkerhed samt et fornuftigt og økonomisk brug af disse.

Ny teknologi i sundhedsvæsenet. Nye teknologier har mange potentialer, som sundhedsvæsenet kan udnytte. Island er allerede nået længere end mange andre lande i forhold til opbygningen af et koordineret patientdatasystem for hele landet. Datasystemet gør det muligt for det sundhedsfaglige personale at finde de nødvendige data om patienter, uanset hvor de søger hjælp. En videreudvikling af systemet kan bestå i en nemmere registrering og forenklet brug af data. Der er mange muligheder forbundet med at udvikle løsninger og tage dem i brug inden for telemedicin, for eksempel med henblik på at udligne befolkningens adgang til sundhedsydelserne. Det står klart, at informationsteknologi og digitale løsninger vil spille en nøglerolle i udviklingen af sundhedsvæsenet i de kommende år. Det islandske sundhedsvæsens beskedne størrelse, en udbredt teknologikompetence blandt befolkningen og opbygningen af it-infrastrukturen indebærer utallige muligheder for at højne sundhedsydelse-nes kvalitet og effektivitet.

Dertil bør nævnes en teknologisk innovation, der endnu ikke er indført i Island, men som er på vej. Udvikling af kunstig intelligens til diagnosticering af sygdomme er allerede på trapperne og vil uden tvivl have stor indflydelse på sundhedspersonalets arbejde i fremtiden. Derudover er udviklingen af robotteknologi og monitorering med kameraer og GPS-sendere godt på vej. Det gælder især sundhedsydelser for ældre. En gruppe, der som før nævnt er støt voksende i Island såvel som i nabolandene. Denne udvikling skaber mange muligheder, men rejser samtidigt mange etiske spørgsmål, der skal besvares, inden teknologien bliver taget i brug i sundhedssektoren.

Det samme gælder ny teknologi, der allerede findes i sundhedsvæsenet, for eksempel genforskning, som kortlægger individernes arvemasse, stamcelleforskning og muligheden for at identificere sygdomme længe inden, de bryder ud. Til trods for teknologiens mange muligheder opstår der altid svære etiske dilemmaer, der bør afklares, inden teknologien bliver indført i sundhedsvæsenet.

Større lighed i sundhedssystemet er et led i at forbedre borgernes adgang til sundhedsydelser. Der er allerede taget bestemte skridt i denne retning med ændringer i betalingsystemerne for medicin og sundhedsydelser og med aftaler om et større tilskud fra sygesikringen til tandlægehjælp til børn, ældre og førtidspensionister. Der er sat et loft over patienternes egenbetaling, og ved at mindske deres andel kan man opnå endnu større lighed.

Styrkelse af sundhedsplejen som brugerens primære kontaktpunkt med sundhedsvæsenet har længe været den offentlige strategi, som er baseret på loven og bredt forankret i den sociale kontrakt. Flere tiltag er iværksat med henblik på at øge antallet af professioner i sundhedsplejen og øge det tværfaglige samarbejde for bedre at kunne imødekomme brugernes varierede behov og bidrage til en løbende indsats. Konsultationsgebyr i den primære sundhedssektor er blevet sænket bevidst, og i stedet har man indført et henvisningssystem for børn, der sikrer dem gratis ydelser. Et nyt finansierings-system, der er indført i hovedstadsområdet, ser ud til at have styrket den primære sundhedssektor, øget præstationerne og forbedret adgangen til ydelserne. Sundhedsplejen er vigtig i forhold til fortsat at værne om de gode resultater, som Island har opnået i flere årtier, for eksempel inden for sundhedspleje af spædbørn og gravide samt forebyggende indsatser mod hjertesygdomme, kræft og forskellige infektionssygdomme.

Landspítali, det nationale universitetshospital, er hjørnesteinen i det islandske sundhedsvæsen. En status, der bliver yderligere styrket, efterhånden som hospitalets opbygning skrider frem blandt andet med en ny behandlingskerne, et forskningshus og et patienthotel. Samtidigt arbejder man på at styrke Landspítalis dagafsnit og ambulantaftsnit. Udbygningen indebærer forskellige muligheder, der vil bidrage til den fortsatte udvikling af hospitalet i takt med fremtidens forventninger.

Det islandske sundhedsvæsen er i mange henseender med i forreste række og har været det i årevis. Dog er det vigtigt at være bevidst om at beholde denne position og være opmærksom på indikationer om, at vi ikke i tilstrækkelig grad gør brug af frem-

skridt og innovation inden for sundhedsvæsenet. Hvis ikke, risikerer vi at tabe terræn i forhold til vores nabolande.

Den efterfølgende strategi handler om de hovedpunkter, der er nødvendige, hvis sundhedsvæsenet

skal kunne imødekomme de udfordringer, vi står overfor. Målet er, at sundhedsvæsenet skal være endnu bedre rustet til at fremme borgernes sundhed og trivsel i alle livets stadier.

Sundhedsvæsenet i en bredere sammenhæng

Sundhedsvæsenet er ikke et isoleret ydelsessystem og bør derfor være integreret i alle samfundsområder. Den indlysende rolle består i at levere sundhedsydelser til borgerne i forbindelse med diagnose og behandling af sygdomme, forebyggelse og forskellige former for rådgivning om sundhed og sund livsstil. Til hver en tid er det blot en lille del af den samlede befolkning, der har brug for sundhedsydelser, da de fleste mennesker generelt har et godt helbred. Det er vigtigt, at borgerne har tillid til sundhedsvæsenet og det sundhedsfaglige personale og tror på, at de får de nødvendige sundhedsydelser, når de behøver dem. Det er vigtigt med en nem adgang til enkel og letforståelig information, vejledning om sundhedsydelser samt viden om, hvor man skal henvende sig, når det er aktuelt.

69 procent af borgerne har tillid til sundhedsvæsenet

– Gallup, februar 2019

Sundhedsvæsenet udgør også en del af infrastrukturen i en bredere sammenhæng og indebærer således både et arbejdslivs- og et regionalt aspekt. En forudsætning for, at hele landet er bebygget, er, at borgerne har adgang til et godt sundhedsvæsen, som dermed er en af samfundets grundpiller. Derfor er det indlysende, at en tydelig og grundig sundhedsstrategi spiller en vigtig rolle. En vellykket implementering af sundhedsstrategien forudsætter

en bred enighed samt en forankring i den sociale kontrakt, der afspejler borgernes holdninger og forventninger til velfærdssystemet.

Sundhedsvæsenet er i sin natur både kompliceret og mangesidigt. Der er en høj grad af specialisering, og der er mange tjenesteudbydere. En af de største udfordringer består i at skabe et holistisk system, der til hver en tid sikrer en samlet indsats for patienten, og at dette sker på det rette niveau i systemet. Hvis dette lykkes, mindskes risikoen for et velkendt problem i sundhedsvæsenet; at dele af systemet forsøger at maksimere egen profit, uden at dette betyder bedre præstationer for sundhedsvæsenet generelt. Et eksempel på dette er, når en tjenesteudbyder foretrækker en »nem« patient frem for en patient, der døjer med komplekse og udgiftstunge sundhedsproblemer. Denne risiko er tilstede, når de økonomiske incitament er ikke tjener sundhedsvæsenets overordnede mål.

Følgende grundlæggende faktorer er nødvendige pejlemærker, når vi udbygger et velfungerende sundhedsvæsen, der tilstræber at give brugerne en god og samlet indsats på den mest økonomiske måde.

- Når sundhedsydelser leveres, bør man sikre patienten en nem vej gennem sundhedsvæsenets forskellige enheder, således at indsatsen bliver samlet og tilgodeser patienternes behov på den optimale måde.
- Sundhedsvæsenets personalepolitik bør give plads til en større fleksibilitet, der gør det nemmere at omfordele opgaver og ansvar mellem det sundhedsfaglige personale, når dette kræves, for at kunne forbedre ydelserne til brugerne.

- Kriterier for sundhedsvæsenets kvalitet og præstationer bør afspejle den måde, ydelserne tilgodeser brugernes og hele samfundets behov.
- Sundhedsvæsenets finansiering og betalingssystem bør indeholde incitamenter, der fremmer en holistisk løsning på patientens sundhedsproblemer frem for at fokusere på de enkeltstående konsultationer hos sundhedsfagligt personale eller hospitalsindlæggelser.
- Administration og lovrammer på sundhedsområdet bør give tilstrækkelig fleksibilitet til udvikling og innovation.
- Det bør garanteres, at ny teknologi og ny medicin først indføres i sundhedsvæsenet, når alle krav om evidensbaseret viden er opfyldt.

Udvikling af de nordiske sundhedsvæsen

Nabolandenes sundhedsvæsen har gennemgået store forandringer gennem de seneste 30 år. En af årsagerne er de støt stigende omkostninger, som ikke nødvendigvis har ført til en tilsvarende stigning i kvaliteten. De største ændringer er som følger:

- **Finansiering.** I stedet for faste budgetter har man indført aktivitetsbestemt finansiering. Der er tale om en fundamental ændring, der har skabt incitamenter til at forkorte indlæggelsestiden, øge produktiviteten og holde omkostninger nede.
- **Færre senge.** Antallet af sengepladser er faldet væsentligt. Dels på grund af den ændrede finansiering af sundhedssektoren og dels på grund af det faktum, at aktiviteterne på dagafsnit og ambulante afsnit er vokset kraftigt. Øget mådehold forklarer ikke hele denne udvikling. Det primære for-

mål har været at omprioritere og rykke ydelserne tættere på brugerne og deres dagligdag samt at mindske risikoen for sygdomme, der kan opstå efter et længere hospitalsophold.

- **Større kvalitetskrav.** Købere af sundhedsydelser har i årevis stillet krav om dokumentation fra leverandørernes side om præstationer, der er målt med bestemte kvalitetsindikatorer. I nogle tilfælde afhænger betalingen af, at kvalitetsafregningen er fremlagt, og at de definerede mål er opnået.
- **Større sundhedsdistrikter.** Der er iværksat organisationsmæssige reformer, der indebærer, at sundhedsdistrikterne er blevet større, og sundhedssektoren deles op i henholdsvis primære, sekundære



og tertiære sundhedsydelser, hvor sundhedsplejen er den primære sektor, og højteknologiske hospitaler er den tertiære sektor.

Man har arbejdet med de førnævnte prioriteringer for, at sundhedsvæsenet skal kunne løse nye opgaver, uden at omkostningerne vokser uhæmmet.

Udviklingen af det islandske sundhedsvæsen har i store træk været identisk med denne beskrivelse med undtagelse af enkelte vigtige punkter, hvor man ikke har valgt at gå så langt. I 2016 udarbejdede konsulentfirmaet McKinsey & Co. rapporten *Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans – íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum* (Nøglen til fuld udnyttelse af Landspítalis potentialer – det islandske

sundhedsvæsen ved en korsvej), bestilt af Altingets finansudvalg og Velfærdsministeriet (velferðaráðuneytið). Rapporten skulle identificere, hvilke ændringer der er nødvendige i det islandske sundhedsvæsen for at kunne styre udviklingen mod mere holistiske sundhedsydelser for borgerne. Det vigtigste ifølge rapporten er at indføre det internationale DRG-klassificeringssystem (*Diagnose Relaterede Grupper*) og derefter en aktivitetsbestemt finansiering af sundhedssektoren, hvor betalingerne knyttes til definerede kvalitetskrav, og ydelsernes resultater er synliggjort. Derudover fastslår rapporten, at der er behov for, at patienter med komplekse sundhedsproblemer får bedre adgang til hospitalernes dagafsnit og ambulante afsnit.

Fremtidsvision og strategi frem til 2030

Med henblik på at garantere hele Islands befolkning adgang til sikre og økonomiske sundhedsydelser fremlægges følgende vision for det islandske sundhedsvæsen:

- Det islandske sundhedsvæsen er blandt de bedste i verden, hvor et folkesundhedsarbejde med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse indgår i alle sundhedsydelser, herunder i den primære sundhedssektor i særdeleshed.
- Sundhedsvæsenets præstationer vurderes ved at måle sundhedsydelsernes kvalitet, sikkerhed, tilgængelighed og økonomiske omkostninger.

Som tidligere nævnt omfatter strategien syv nøgleudfordringer, der markerer den fornødne vej til forstærkning af sundhedsvæsenet. Alle syv nøgleudfordringer er indbyrdes tæt forbundet med hinanden og kan ikke skilles ad, såfremt sundhedsvæsenet skal kunne arbejde som en helhed mod fælles mål og tilbyde en samlet indsats, hvor brugernes interesser er i højsædet. Følgende afsnit omhandler de enkelte nøgleudfordringer.

1. Resultatorienteret ledelse

Dette kapitel omhandler

- ledelse og koordinering,
- lovgivning om sundhedsvæsenet,
- ledelse og lederevner,
- etiske normer og vurderinger.

Hvorfor er det vigtigt?

Uanset hvor velorganiseret et sundhedsvæsen er, kan det ikke fungere tilfredsstillende uden en effektiv administration og en ledelse, der besidder gode lederevner. Den lovgivende magt og den offentlige forvaltning er involveret i organiseringen af sundhedsvæsenet, definitionen af sundhedsinstitutionernes rolle, tilsyn med hvorvidt sundhedsvæsenet tilgodeser borgernes forventninger og sørger derudover for, at de økonomiske midler anvendes til køb af de mest akutte ydelser. Endvidere skal den lovgivende magt og forvaltningen sørge for, at nødvendige krav stilles til det sundhedsfaglige personales uddannelse og kompetencer, at der stilles de fornødne kvalitetskrav til institutioner, der leverer sundhedsydelser, og at behovet for ny teknologi og ny medicin vurderes (sundhedsteknologivurdering/eng. HTA – Health Technology Assessment). Der er behov for en udgiftsanalyse og prissætning af ydelserne, at sikre, at salg og prissætning af medicin sker ifølge reglerne og at føre tilsyn med, at videnskabelige aktiviteter følger nationale og internationale regler. Hvis nogle af disse faktorer er mangelfulde, kan det få alvorlige konsekvenser for brugerne og staten, der betaler for ydelserne.

Loven om sundhedsvæsenet, loven om patientrettigheder, loven om sygesikringer og loven om Direktoratet for Sundhed og folkesundheden udgør grundpillerne af sundhedsområdet, danner rammen om sundhedssektoren og definerer, hvordan den skal administreres. Sundhedsministeren fastlægger en politik for sundhedsvæsenet. Ministeren kan træffe de nødvendige foranstaltninger til gennem-

førelse af denne politik, herunder organiseringen af sundhedsvæsenet, prioritering af opgaver, effektivitet, kvalitet og sikkerhed samt adgang til ydelserne.

Loven om sundhedsvæsenet indeholder bestemmelser om organiseringen af sundhedsydelser i landet. Sundhedsydelser omfatter alle former for sundhedspleje, lægehjælp, sygepleje, generelle og specialiserede hospitalsydelser, sygetransport, hjælpemiddelservice og sundhedsprofessionelles ydelser internt på sundhedsinstitutionerne og udenfor med henblik på at fremme sundheden, forebygge, diagnosticere eller behandle sygdomme og genoptræne patienter. Det islandske sundhedsvæsen er hovedsageligt finansieret af borgernes skatte kroner, hvor bevillingerne fastsættes i det årlige finansbudget. De fleste sundhedsydelser leveres af offentlige institutioner ifølge den organisering, som lov om sundhedsvæsenet foreskriver, men en væsentlig del af ydelserne leveres af private. Det er som regel staten, der køber sundhedsydelserne, tager initiativet hertil og bestemmer, hvilke ydelser der skal købes, i hvilket omfang og hvilke krav, der stilles til præstationer og kvalitet.

Det er vigtigt, at ydelserne altid leveres på det rette niveau i systemet. Kommunerne er en vigtig leverandør af sundhedsydelser i henhold til loven om social service i kommunerne, loven om ældres anliggender og loven om ydelser til personer med handicap og behov for langsigtet støtte. Det bør garanteres, at alle forstår, hvor grænsen ligger mellem statens og kommunernes opgaver. Ellers risikerer man, at brugerne ikke får de relevante ydelser på det rette niveau i systemet og derfor må lide på grund af en tvist mellem to parter om fordelingen af udgifterne. Det mest hensigtsmæssige er, at beslutninger om ydelser træffes så tæt på borgeren som muligt, og at der er et nært samarbejde mellem rette sundhedsinstitution og borgerens bopælskommune.

Sammenlægningen af sundhedsinstitutioner i landets sundhedsdistrikter, der blev gennemført i 2014, gav mulighed for at forenkle og tydeliggøre sundhedssektorens administration. Sundhedsinstitutionernes ledere og bestyrelser har ansvar og beføjelser, der fastsættes i loven om sundhedsvæsenet og i ledernes stillingsbeskrivelser. Institutionernes direktører står overfor lignende opgaver og udfordringer i driften samt levering af sundhedsydelser til sundhedsdistriktets indbyggere. Derfor er det nød-

vendigt, at de har et regelmæssigt samråd under ledelse af sundhedsministeren og Sundhedsministeriet.

Gode lederevner er nødvendige på alle områder i sundhedsvæsenet for at kunne imødekomme fremtidens udfordringer, der kræver innovation, både hvad gælder den teknologiske udvikling og arbejdsmetoder. Dette kræver et større handlerum for lederne, hvor deres beføjelsesområde ledsages af både økonomisk og fagligt ansvar. Præstationsstyring og øget decentralisering kræver, at bestemte værdier respekteres af både ledelse og personale.

Kultur og værdier

Både ledere og personale i sundhedsvæsenet står dagligt overfor mange svære beslutninger, der vedrører borgeres liv og helbred. Prioriteringer er et led i det sundhedsfaglige personales daglige arbejde. Bedre muligheder for diagnose og behandling af sygdomme medfører støt stigende omkostninger og stiller større krav til, at staten, der betaler sundhedsydelse, prioriterer de økonomiske ressourcer, der er til rådighed. Myndighedernes prioriteringer bør baseres på tydelige kriterier og etiske værdier, som alle kender og forstår, når der skal træffes vanskelige beslutninger, hvad enten de vedrører det sundhedsfaglige personale eller patienterne. Der bør være en generel enighed i samfundet om disse værdier.

I 1980'erne og 1990'erne opstod en omfattende debat i Norden og andre steder i verden om behovet for at prioritere i sundhedsvæsenet. Norge var det første land, der udgav en rapport om prioriteringer i 1987 (no. *Lønning*), hvor man præsenterede fire kategorier af prioriteringer med definerede standarder. I de efterfølgende år tiltog diskussionen i vore nabolande, og i 1997 vedtog den svenske Riksdagen, hvilke værdier og etiske principper der skulle ligge til grund for prioriteringer i det svenske sundhedsvæsen.

I begyndelsen af 1996 nedsatte sundheds- og socialsikringsministeren en arbejdsgruppe, der skulle udarbejde et forslag om, hvordan man kunne foretage prioriteringer på sundhedsområdet i Island. Arbejdsgruppen fremlagde sine anbefalinger for ministeren i en omfattende rapport, *Forgangsröðun í heilbrigðismálum – niðurstöður nefndar um forgangsröðun* (Prioriteringer på sundhedsområdet – prioriteringsgruppens anbefalinger) (1998). Mens arbejdsgruppens rapport var under udarbejdelse, udgav Islands Lægeforening (Læknafélag Íslands) en rapport udarbejdet af en arbejdsgruppe, som foreningen havde nedsat; *Um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu* (Om prioriteringer i sundheds-

væsenet) (1997). Lægeforeningen sendte samtidigt et hørings svar om den rapport, som sundheds- og socialsikringsministerens arbejdsgruppe havde udarbejdet. Uden at gennemgå konklusionerne fra dette arbejde, hverken i Island eller nabolandene, kan man konstatere, at de indholdsmæssigt ligner hinanden. Det er værd at have i tankerne, at diskussionen om prioriteringer i sundhedsvæsenet aldrig slutter, da der er tale om en løbende udfordring. I diskussionen både i Island og nabolandene er der enighed om følgende grundlæggende kriterier

Menneskets værdighed; respekt for et menneskes værdighed

- *Alle mennesker er lige og har lige ret til beskyttelse af deres liv og vedligeholdelse af deres sundhed.*

Behov og sammenhold

- *Dem, der har det mest akutte behov for sundhedsydelser, skal altid prioriteres.*
- *Udsattes rettigheder skal tilgodeses, herunder årsagerne til deres udsathed og at de ikke selv kan varetage eller forsvare deres egne rettigheder.*

Økonomisk rationalitet og effektivitet

- *Sundhedsvæsenets ydelser skal være målrettede, effektive og så økonomisk rationelle som muligt.*

De kriterier, der skal værne om de vigtigste etiske værdier, skal prioriteres. Derfor er kriteriet for *menneskets værdighed* prioriteret højere end kriteriet for *behov og sammenhold*, mens kriteriet om *rationalitet og effektivitet* kommer til sidst.

Siden sundheds- og socialsikringsministerens arbejdsgruppe fremlagde sin rapport om prioriteringer på sundhedsområdet i 1998, har emnet ikke været genstand for megen diskussion blandt politikere i Island. Det blev for eksempel aldrig behandlet formelt af Altinget, som det var tilfældet i både Norge og Sverige. Det er værd at nævne, at Stortinget i Norge diskuterer prioriteringer i sundhedssektoren i forbindelse med den årlige behandling af finansloven. Som nævnt tidligere har Riksdagen i

Sverige vedtaget, hvilke værdier og etiske principper der skal ligge til grund for prioriteringer i det svenske sundhedsvæsen.

Islandsk lovgivning på sundhedsområdet afspejler bestemte etiske holdninger til borgernes ret til sundhedsydelser, der stemmer overens med de nordiske velfærdssystemer. Loven om sundhedsvæsenet fastsætter alle borgeres lige rettigheder til de mest avancerede sundhedsydelser, der til hver en

tid er til rådighed. Loven om patientrettigheder fastsætter, at det er ulovligt at diskriminere patienter på grund af deres personlige egenskaber eller status i samfundet. Der står endvidere, at såfremt det bliver nødvendigt at prioritere patienter til behandling, bør det primært ske ud fra medicinske overvejelser. Ved udformningen af en strategi for sundhedsvæsenet er det vigtigt, at den hviler på et solidt etisk grundlag, og at der er enighed om de værdier, der skal være vejledende for at nå målene.

Status på mål i 2030?

1. Loven om sundhedsvæsenet er utvetydig i forhold til den rolle, som sundhedsinstitutioner og tjenesteudbydere spiller, og hvordan deres relationer skal tilrettelægges.
2. Statens og kommunernes rolle og økonomiske ansvar for levering af sundhedsydelser er veldefineret.
3. Sundhedsvæsenet har et godt samarbejde med de sociale myndigheder, hvor parternes roller og ansvar er veldefineret.
4. Der er en generel enighed om de etiske hovedprincipper, der ligger til grund for sundhedsvæsenets prioriteringer og beslutninger, og der foregår løbende drøftelser om etiske pejlemærker i denne henseende.
5. Sundhedsministeriets institutioner udarbejder årlige arbejdsplaner, der tager udgangspunkt i sundhedsministerens sundhedsstrategi og tilhørende handlingsplaner.
6. Sundhedsvæsenet mål er klare for alle, og oplysninger om sundhedssektorens præstationer i henhold til definerede kvalitetskriterier er offentligt tilgængelige.
7. Lederes ansvar og beføjelser hos institutioner, der enten hører under Sundhedsministeriet eller udfører opgaver på ministeriets vegne, er tilsvarende og klart defineret.
8. Ledere på alle områder i sundhedsvæsenet udvælges ud fra deres faglige kompetence, herunder krav til lederevner og erfaring med strategisk styring. De får regelmæssig supervision og træning på disse områder.
9. Direktører for landets sundhedsinstitutioner er samtidig ledere af sundhedsområdet i pågældende distrikt, hvor de fører en regelmæssig dialog om sundhedsydelser under ledelse af Sundhedsministeriet.
10. Landspítalis og Akureyri Sygehus' rolle og ansvar over for andre tjenesteudbydere er veldefineret og giver et solidt grundlag for en koordinering af ydelserne.

2. Ret ydelse på det rette sted

Dette kapitel omhandler

- levering af sundhedsydelser,
- sundhedspleje som primære sundhedsydelser,
- speciallægeydelser uden for hospitalerne som sekundære sundhedsydelser,
- hospitalsydelser som tertiære sundhedsydelser,
- ydelsesstyring og brugerflow mellem sundhedsvæsenets niveauer, og hvordan man administrerer ydelserne for at garantere sikkerhed, økonomisk rationalitet og lighed,
- telemedicin og dens indvirkning på udviklingen af sundhedsvæsenets organisering og struktur.

Hvorfor er dette vigtigt?

Organiseringen af et moderne sundhedsvæsen afspejler altid gårsdagens behov og teknologiske løsninger. Den nyeste viden inden for epidemiologi samt teknologiske fremskridt har ført til, at de lande, som Island sammenligner sig med, har flyttet fokus og nu søger nye måder at organisere sundhedssektoren på. Ændringerne har blandt andet bestået i at samle de forskellige ydelser under ét, etablering af såkaldte centers of excellence og lukning af enheder, der ikke lever op til krav om kvalitet, sikkerhed og effektivitet. Bag dette er en erkendelse af, at det menneskelige kapital og andre ressourcer, som sundhedsvæsenet er afhængige af, er begrænsede, og derfor bør man koncentrere kompetencer, viden og kundskaber frem for at sprede kræfterne for meget. Eksempler på denne udvikling er omorganiseringen af modtagelse og behandling af patienter efter hjerneblødning i Storbritannien og

andre lande samt etableringen af behandlingscentre i Sverige for patienter med arthritis, diabetes og neurologiske lidelser.

Man bør overveje, hvordan man kan forbedre sundhedsvæsenets præstationer og effektivitet med en målrettet adgangskontrol.

- Rigsrevisionen, Sundhedsplejen i hovedstadsområdet (april 2017)

De enkelte tjenesteudbyderes rolle inden for sundhedsvæsenet bør defineres bedre, såvel som afgrænsningen mellem primære, sekundære og tertiære sundhedsydelser.

- Rigsrevisionen, Sundhedsplejen i hovedstadsområdet (april 2017)

I Island er der taget flere skridt i denne retning, for eksempel med sammenlægningen af sundhedsinstitutioner og forskellige ydelser. Det er værd at overveje, om det er nødvendigt at gå videre i samme retning som nabolandene for at garantere en tilstrækkelig og faglig bemanding af medicinske faciliteter og skabe tilfredsstillende arbejdsfaciliteter uden at gå på kompromis med ydelseskapaciteten. Med en systematisk udbygning af det telemedicinske område og et øget fokus på effektiv sygetransport skabes muligheder for at levere gode sundhedsydelser i hele landet og garantere patientsikkerheden i landdistrikterne. Man bør være opmærksom på, at udviklingen af en effektiv sygetransport ikke kun vedrører de ydelser, hvor patienter overføres fra sted til sted, men også nødvendigheden af at kunne yde en akut hjælp til patienter så hurtigt som muligt.

»Det virker som om, der er rejst mure, som forhindrer et samarbejde.«

- En patient

»Der mangler en kontaktperson, som vejleder en patient og sikrer et flow af informationer.«

- En patient

I mange tilfælde er andre faggrupper end læger, f.eks. fysioterapeuter, bedre egnede til at løse de opgaver, som centrene for primære sundhedsydelser modtager.

- Rigsrevisionen, Sundhedsplejen i landdistrikterne (april 2018)

Det islandske sundhedsvæsen er velfungerende i international sammenligning, og i Island er der højteknologiske ydelser på niveau med større lande. Ikke desto mindre sætter det beskedne indbyggertal visse begrænsninger og gør det i nogle tilfælde nødvendigt at sende patienter til behandling i udlandet eller hente ekspertise udefra. Dette sker på en række områder, for eksempel organtransplantationer, kirurgiske indgreb på grund af medfødte hjertefejl og behandling af alvorlige blodsygdomme. Det er vigtigt at formalisere rammerne for ydelser af denne karakter, så det ikke bliver overladt til tilfældigheder, hvilke patienter der får tilbudt disse ydelser.

En del af de fornødne reformer er en bedre definition af tjenesteudbydernes rolle, implementering af det internationale DRG-klassificeringssystem (*Diagnose Relaterede Grupper*) og efterfølgende en aktivitetsbestemt finansiering af sundhedssystemet, hvor betalinger knyttes til definerede kvalitetskrav, hvorved ydelsernes resultater synliggøres.

Den primære sundhedssektor

Sundhedsplejen skal spille en væsentlig rolle som leverandør af sundhedsydelser til borgerne i henhold til loven. Den skal være borgernes primære kontaktpunkt med sundhedsvæsenet, hvor de tilbydes almenmedicinske ydelser, sygepleje, genoptræning, sundhedsfremme og forebyggelse. Der skal også være et traumecenter, akutmodtagelse og andre sundhedsydelser, der er nærmere defineret i en bekendtgørelse.

De primære sundhedsydelser tilbydes i alle sundhedsdistrikter og tilrettelægges af sundhedsinstitutionen i det pågældende sundhedsdistrikt. Sundhedsplejens faciliteter findes flere steder og er som regel let tilgængelige i landdistrikterne. Dette gæl-

der dog ikke de mest spredte bebyggelser, hvor det har vist sig at være svært at bemande sundhedsplejecentrene, særligt i de senere år. Man har taget fat på problemet ved at indgå kontrakter med læger, der har arbejdet i faciliteterne i kortere tidsperioder, men der er hverken tale om en optimal eller varig løsning. Sammenlægning af sundhedsinstitutioner i landdistrikterne har dog gjort det muligt for direktørerne at finde løsninger på dette problem, der gavner beboerne mest muligt og garanterer dem adgang til sundhedsydelser. Udbygningen af telemedicinske ydelser og en mere effektiv sygetransport gør det også lettere at garantere sundhedsydelser for befolkningen i landdistrikterne. Man behøver ikke at søge langt efter eksempler på praktiske løsninger inden for telemedicin og sygetransport hos vores naboer i Arktis.

Det har været vanskeligt at bemande den primære sundhedssektor i hovedstadsområdet i de senere år, og adgangen til sundhedsplejens ydelser har ikke være tilfredsstillende. Der skete væsentlige forbedringer, da et nyt og fundamentalt forandret finansieringssystem blev indført i hovedstadsområdet den 1. januar 2017. Det nye system, det såkaldte *Need for Care Index – NCI*, er baseret på, at finansieringen af driften af et center for primære sundhedsydelser afspejler den brugergruppe, der betjenes af pågældende center. Målet er, at driften af sundhedsplejen tilføres faglige og økonomiske incitamenter, der øger ydelsernes kvalitet, gør driften mere økonomisk og ruste sundhedsplejen til opgaven som borgernes primære kontaktpunkt med sundhedsvæsenet. Det vigtige ved den ændrede finansiering af sundhedsplejen i hovedstadsområdet er, at nu er alle centre for primære sundhedsydelser ligestillet, hvad enten de er offentlige eller private.

En vigtig del i den fremtidige bemanning af sundhedsplejen er, at flere læger bliver uddannet i almen medicin, og at der sikres den fornødne rekruttering af praktiserende læger. Derudover er det nødvendigt at styrke teamwork og et tværfagligt samarbejde inden for sundhedsplejen og øge graden af andre sundhedsfaglige gruppers involvering inden for sundhedsplejen. Adskillige opgaver, som hidtil primært er udført af læger, kan uden tvivl udføres af mange andre sundhedsfaglige grupper. Tværfaglig viden og erfaringer er også velegnede til at øge kommunikationen med kommunernes sociale myndigheder og varetage hjemmepleje, forebyggelse og sundhedsfremme. Kontakt til de sociale myndigheder er af særlig betydning for at kunne imødegå det øgede behov for pleje af ældre og personer med vedvarende sygdomme og sammensatte sundhedsproblemer.

Det sekundære sundhedsvæsen

Det sekundære sundhedsvæsen tager over, når sundhedsplejens muligheder inden for de primære sundhedsydelser er udtømt. Sekundære sundhedsydelser leveres på stort set alle sundhedsinstitutioner i landet, men udviklingen i de seneste årtier har medført, at de i væsentlig grad leveres af speciallæger i deres private praksisser i hovedstadsområdet. Alle borgere skal sikres den fornødne adgang til sekundære sundhedsydelser, hvor Islands Sygesikring (Sjúkratryggingar Íslands) har spillet en stor rolle som køber af ydelserne på vegne af staten. Lov om sygesikringer fastslår, at når der forhandles om kontrakter, skal de sygesikredes adgang til de sundhedsydelser, der forhandles om, garanteres uanset deres økonomiske stilling. Endvidere bør der gøres en indsats for at garantere sundhedsydelser for de sygesikrede, uanset hvor de bor i landet, samt at tjenesteudbyderne garanterer en ligebehandling af de sygesikrede. Kontrakterne skal også fastsætte ydelsernes omfang, art og kvalitet, samt hvor de skal leveres og af hvem.

»Jeg havde brug for ydelser fra flere speciallæger på grund af min sygdom. Jeg fik tilbudt en tid hos en gastroenterolog i en privat praksis – om tre måneder.«

- En patient

Denne teknologi (telemedicin) indebærer store muligheder for at effektivisere og forbedre ydelserne.

Rigsrevisionen (april 2018)

Som eksemplerne viser, har implementeringen af lov om borgernes adgang til specialiserede sundhedsydelser ikke altid levet op til loven om sygesikring. Rigsrevisionens rapport om Islands Sygesikring som køber af sundhedsydelser (februar 2018) nævner eksempler på køb af ydelser, der ikke var baseret på en tilstrækkelig analyse af den sygesikredes behov, omkostninger og gevinst. Derudover er der indgået aftaler om køb af sundhedsydelser, der ikke fuldt ud lever op til sygesikringslovens bestemmelser om defineret omfang, tydelig kvalitet og lige adgang for borgerne. Rigsrevisionen hæfter sig ved et eksempel om de rammekontrakter, som Island Sygesikring har lavet om fysioterapi og lægebehandling uden for hospitalerne, hvor udgifterne er steget støt af ovennævnte årsager.

Rigsrevisionen påpegede også i rapporten *Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins* (Sundhedsplejen i hovedstadsområdet) (april 2017), at patienters ubegrænsede adgang til speciallægeydelser skaber risiko for overdrevet brug af sekundære sundhedsydelser. Der gøres opmærksom på, at speciallægers honorarer er baseret på præstationer, og at kontrakterne indebærer økonomiske incitamenter til at levere hyppige sundhedsydelser. Den samme kritik fremgår af McKinsey-rapporten, *Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans – Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum* (Nøglen til fuld udnyttelse af Landspítalis potentiale – Det islandske sundhedsvæsen ved en korsvej) (2016), der nævner manglende mængdekontrol fra køberens side, manglende tilsyn og patienters nemme adgang til speciallæger uden kontrol fra sundhedsplejens side som problematiske. Samme risiko nævnes i en rapport, som konsulentfirmaet *Boston Consulting Group* udarbejdede for Velfærdsministeriet i 2011. I 2017 indførte man henvisninger fra sundhedsplejen og praktiserende læger til speciallægeydelser for børn, for at ydelserne blev leveret på det rette niveau i sundhedsvæsenet, og understregede, at sundhedsplejen altid skal være borgernes primære kontaktpunkt. Rigsrevisionen har opfordret til, at man fortsat arbejder med at definere, hvilke speciallægeydelser der skal være henvisningspligtige.

Der er behov for at definere, hvilke ydelser staten agter at købe hos speciallæger, og hvilke ydelser der udelukkende bør leveres i det primære sundhedsvæsen. Endvidere er der behov for at definere, hvilke speciallægeydelser der skal leveres på et universitetshospital. I forhold til sidstnævnte henvises til McKinsey-rapporten fra 2016, hvor man henleder opmærksomheden på, at speciallægeydelser er



blevet overført fra Landspítali uden hensyntagen til, hvorvidt de er bedst placeret internt på hospitalet eller udenfor.

Hvert sundhedsdistrikt bør tilrettelægge speciallægeydelse ud fra borgernes behov. I den forbindelse er der behov for at definere, hvilke speciallægeydelser der stadigvæk kan leveres på hospitaler, som i dag er under pres på grund af vanskeligheder ved at rekruttere speciallæger og andet sundhedsfagligt personale. En måde at garantere adgang til speciallægeydelser i landdistrikterne på er at definere Landspítalis og Akureyri Sygehus' rolle, hvor de forpligtes til at forsyne landets sundhedsinstitutioner med speciallægeydelser gennem et samarbejde og på baggrund af en kontrakt med de enkelte sundhedsinstitutioner. En forudsætning for, at dette kan lade sig gøre, er, at hospitalernes bemanning af læger tager højde for denne opgave. De kontraherende parter forhandler om, i hvor høj grad sundhedsydelserne leveres under speciallægers regelmæssige besøg, som telemedicinske ydelser eller på anden vis.

Det tertiære sundhedsvæsen

Tertiære sundhedsydelser leveres nu på Landspítali og til en vis grad på Akureyri Sygehus. Et universitetshospital er en institution, der besidder spidskompetence, viden og teknologi til behandling af alvorlige sygdomme og modtager patienter fra andre sundhedsinstitutioner, når deres egne muligheder er udtømt. Der leveres sundhedsydelser i næsten alle godkendte lægevidenskabelige specialer og sygepleje med vægt på forskning, udvikling og undervisning. Uddannelse af sundhedsfagligt personale og videnskabelige aktiviteter og innovation på det sundhedsvidenskabelige område foregår i et tæt samarbejde med universiteter. Behandling af patienter, undervisning og forskning er en integreret del af det daglige arbejde på et universitetshospital, og en del af stillingerne er knyttet til pågældende universitet. Universitetshospitalets aktiviteter er ikke begrænset til huse eller bygninger, da de kan foregå mange steder, også på flere institutioner på ovennævnte betingelser.

Landspítali er landets førende hospital og universitetshospital. Det leverer både sekundære og tertiære sygehusydelser. På grund af Islands beskedne befolkningstal varetager Landspítali en mere vidtrækkende funktion end tilsvarende hospitaler i større lande, hvor driftsgrundlaget for et universitetshospital som regel er en til to millioner indbyggere.

Landspítali, det nationale universitetshospital, er det islandske sundhedsvæsens fundament. Det indebærer, at hospitalet skal forsyne medarbejderne

med arbejdsfaciliteter, der er konkurrencedygtige sammenlignet med tilsvarende hospitaler i nabolandene. Hvis dette ikke kan lade sig gøre, risikerer hospitalet at tabe terræn i forhold til nabolandene i en stigende konkurrence om kvalificerede medarbejdere.

McKinsey-rapporten (2016) påpegede, at det kliniske personale udgjorde en lille andel af Landspítalis samlede medarbejderstab, hvoraf lægerne var forholdsvis få. Lægernes gennemsnitsalder var lav, hvor mange ældre og mere erfarne læger kun arbejdede på deltid. Dette ansås for at være årsagen til en manglende beslutningskompetence, der blandt andet medførte længere indlæggelsestid på hospitalet. Derfor burde hovedreglen være den, at læger og andet personale var fuldtidsansatte på Landspítali og ikke beskæftiget andre steder. McKinsey-rapporten anbefaler, at man ændrer personalets sammensætning på Landspítali, hvor den daglige tilstedeværelse af erfarne speciallæger øges. Det ville være med til at forkorte indlæggelsestiden, men også ventetiden på behandling.

Det har længe været et problem for Landspítali, at patienter, på grund af utilstrækkelig adgang til sundhedsplejens ydelser i hovedstadsområdet, henvender sig til hospitalets akutmodtagelse med problemer, der burde kunne løses i det primære sundhedsvæsen. Dette er i modstrid med lovens mål om, at sundhedsydelser altid skal leveres på det rette niveau i sundhedsvæsenet. Det medfører øgede udgifter for sundhedsvæsenet, en dårlig udnyttelse af specialiserede fagpersoner, der i forvejen er mangel på, samt en begrænsning af adgangen til deres ydelser. Dette påpeges blandt andet i Rigsrevisionsens rapport om Sundhedsplejen i hovedstadsområdet (april 2017).

Landspítali leverer i mange henseender sundhedsydelser, der kan stå mål med større lande. Ikke desto mindre indebærer det beskedne indbyggertal i Island visse begrænsninger, der i nogle tilfælde gør det nødvendigt at sende patienter til behandling i udlandet eller hente ekspertise udefra. Landspítali bør derfor samarbejde med universitetshospitaler i nabolandene om højteknologiske ydelser, der ikke kan leveres i Island. Dette gælder især nye og dyre behandlinger for små patientgrupper, der forudsætter en højspecialiseret viden, som ville kræve betydelige investeringer, hvis behandlingen skulle gives i Island. Landspítali har også behov for at samarbejde med universitetshospitaler i det øvrige Norden og andre lande om videreuddannelse og efteruddannelse af sundhedsfagligt personale samt inden for videnskab og innovation.

Akureyri Sygehus er et undervisningssygehus, der ligesom Landspítali har forpligtelser overfor hele landet og både leverer sekundære og tertiære sundhedsydelser. Akureyri Sygehus' status bør konsolideres for at styrke dets rolle og øge samarbejdet med Akureyri Universitet. Særlige forhold i Island gør det nødvendigt at finde nye måder at uddanne og træne det sundhedsfaglige personale på for at sikre en bemanning af sundhedsvæsenet i hele landet. Det kan blandt andet betyde, at uddannelse og træning af det sundhedsfaglige personale overføres til lokale uddannelsesinstitutioner i landdistrikterne.

Det er sandsynligt, at vægten af sundhedsydelser i fremtiden i stigende grad bliver overført til Landspítali og Akureyri Sygehus. Ikke desto mindre må man antage, at der fortsat vil være grundlag for hospitalsydelser andre steder i form af akut modtagelse og visse valgfrie ydelser, der ikke behøver at være placeret på et højteknologisk hospital som Landspítali. Dette forudsætter, at det bliver muligt at sikre bemanningen, så det ikke går ud over ydelsernes kvalitet og sikkerhed. I den henseende kunne det være en fordel, at ydelser af denne art blev leveret i et samarbejde med Landspítali og Akureyri Sygehus, som kunne fungere som et fagligt bagland og støtte i forhold til bemanningen af ydelserne, når der var behov for det.

Status på mål i 2030?

1. Alle borgere har adgang til forståelige oplysninger om, hvordan og hvor de finder sundhedsydelser, når de behøver dem.
2. Sundhedsvæsenet defineres som det primære sundhedsvæsen (sundhedspleje), det sekundære sundhedsvæsen (speciallægeydelser uden for et universitetshospital) og det tertiære sundhedsvæsen (universitetshospitaler).
3. Sundhedsudbydernes rolle er defineret, og ydelsesstyring garanterer patienterne ydelser på det rette niveau i sundhedsvæsenet.
4. Sundhedsplejen er brugernes primære kontaktpunkt, når de får brug for sundhedsydelser. Sundhedsplejen er bemannet af et sundhedsfaglige personale med vidtrækkende kompetencer. Sundhedsplejens aktiviteter kendetegnes af et tværfagligt teamwork, hvor man arbejder løbende med reformer i et nært samarbejde med de sociale myndigheder, og hvor brugernes interesser er i fokus.
5. Sundhedsplejen er aktivt involveret i sundhedsfremme, og sundhedsfremmende faciliteter tilbyder rådgivning om sund livsstil til enkeltpersoner og grupper.
6. Omfanget af sekundære sundhedsydelser uden for hospitalerne fastsættes altid i kontrakter, som Islands Sygesikring indgår med udgangspunkt i de berørte borgeres behov.
7. Adgangen til sundhedspleje og speciallægeydelser i landdistrikterne udlignes med telemedicinske ydelser og velorganiserede sygetransporter.
8. Ventetiden på sundhedsydelser skal bygge på en faglig vurdering og ligge inden for de grænser, der er fastsat i kontrakter med sundhedsudbydere.
9. Udbygningen af Landspítali, det nationale universitetshospital, ved Hringbraut og Akureyri Sygehus er gennemført, og hospitalerne er godt rustet til at levere akutte og valgfrie sundhedsydelser samt robuste ydelser på dagafsnit og ambulante afsnit.
10. Landspítali spiller en stærkere rolle som universitetshospital, da det leverer højteknologiske tertiære ydelser, der ikke kan leveres andre steder i landet.
11. Akureyri Sygehus' rolle som uddannelsessygehus og leverandør af sekundære og tertiære sundhedsydelser til visse sundhedsinstitutioner er blevet defineret og styrket.
12. Landspítali har tilrettelagt et samarbejde med universitetshospitaler andre steder i Norden om højteknologiske ydelser, der ikke kan leveres i Island.
13. Hospitalernes sengepladser kommer de patienter til gode, der har brug for behandling på dette niveau i sundhedsvæsenet, og som kan udskrives umiddelbart efter behandlingen.

3. Borgerne i fokus

Dette kapitel omhandler

- menneskelige ressourcer og et godt og trygt arbejdsmiljø i sundhedssektoren,
- vigtigheden af at garantere, at sundhedsvæsenet bemannes med veluddannede, kompetente og engagerede medarbejdere.

Hvorfor er dette vigtigt?

Til trods for at en stærk infrastruktur og en god organisering af sundhedsvæsenet er af stor betydning, kræver det også kompetente og engagerede medarbejdere, der kan dele viden og erfaringer, stå mål med ydelsernes kvalitetskrav og arbejde ud fra sundhedssektorens vision. Reformarbejdet i det islandske sundhedsvæsen kræver, at man nøje tager hånd om de menneskelige ressourcer, som sundhedssektoren er afhængig af. Moderne sundhedsydelser er komplekse og kræver en stor bemanning og ekspertise på flere områder. Som eksempel kan det nævnes, at på sundhedsområdet er der ikke færre end 34 professioner med en beskyttet titel, der kræver en autorisation og er underlagt tilsyn fra Direktoratet for Sundhed.

»Vi har mange rigtig dygtige personer, det er systemet, der ikke virker.«

- En patient

Der bør sikres et tilstrækkeligt antal kvalificerede medarbejdere og gode arbejdsforhold i sundhedsvæsenet, hvor organisation og design er tilpasset forholdene. Antallet af medarbejdere skal til hver en tid svare til ydelsernes omfang og art samt de aktuelle forhold, således at man kan garantere ydelsernes kvalitet, patienternes sikkerhed og en rationel anvendelse af de økonomiske ressourcer. Meget tyder på, at presset på sundhedsvæsenet vil vokse

yderligere i de kommende år på grund af befolkningens stigende levealder og den højere frekvens af livsstilsrelaterede sygdomme.

I de senere år har det været vanskeligt at bemande fuldtidsækvivalente enheder i visse sundhedsfaglige professioner. Derfor er det en presserende opgave at undersøge, hvordan man kan øge antallet af medarbejdere i flere sundhedsprofessioner, motivere dem til at gå op i tid og vende braindrain. Gentagne arbejdspladsundersøgelser viser tydeligt, hvilke faktorer der er vigtigst for at tiltrække medarbejdere i relevante professioner og mindske personaleomsætningen. Ledelse og ledernes rolle kommer på førstepladsen efterfulgt af arbejdsmiljø, avancementsmuligheder på jobbet og karriereudvikling, lønpolitik, arbejdstid og muligheder for fritid, ligestillingsaspekter osv. Love, regler og strategier påvirker også arbejdsforhold og arbejdsmiljø. Der er behov for en vis grad af fleksibilitet, der gør det nemmere for ledere at træffe beslutninger om bemanning, organisering og arbejdsvilkår i overensstemmelse med virksomhedens art og behov. Man kan ikke se bort fra, at det er enhver institutions leders rolle og ansvar at sikre en bemanning på både kortere og længere sigt. Statens opgave er at sikre, at der uddannes et tilstrækkeligt antal sundhedsfaglige medarbejdere i alle professioner, og at der er incitamenter, der bidrager til en tilstrækkelig bemanning og udvikling af landets sundhedsinstitutioner.

Uddannelse af sundhedsfagligt personale er en grundlæggende forudsætning for en tilstrækkelig bemanning af sundhedsvæsenet for at sikre patienterne gode ydelser. Den nødvendige rekruttering inden for de enkelte sundhedsprofessioner skal sikres, blandt andet med udgangspunkt i de enkelte gruppers alderssammensætning. Uddannelsessystemet bør opfylde sundhedsvæsenets behov for et veluddannet sundhedsfagligt personale i alle professioner.

I 2006 udarbejdede Institut for økonomiske studier ved Islands Universitet en prognose for sundhedsvæsenets arbejdskraftbehov på opdrag af Sundheds- og Socialsikringsministeriet. Der er tale om den første og eneste arbejdskraftprognose, der er udgivet på opdrag af de islandske sundhedsmyndigheder. Prognoser af denne art bør udarbejdes regelmæssigt i fremtiden. Det er også nødvendigt at undersøge, hvordan man kan bringe antallet af

elever op på uddannelser, hvor der er mangel på sundhedspersonale. I februar 2018 underskrev statsministeren, sundhedsministeren og finans- og økonomiministeren en erklæring i forbindelse med en overenskomst, som staten indgik med 17 medlemsforbund af Akademikerne (BHM), hvori det fastslås, at der skal gøres en særlig indsats for at udarbejde en arbejdskraftprognose for sundhedsvæsenet for de næste 5–10 år. Endvidere skal der formuleres mål for og måder hvorpå, sundhedsområdet i et samarbejde med professionsgrupper kan fremme folkesundheden og skabe attraktive arbejdspladser for det sundhedsfaglige personale.

Ifølge loven om Direktoratet for Sundhed og folkesundhed skal ministeren i en bekendtgørelse fastsætte et minimumskrav til det faglige niveau i

driften af sundhedsvæsenet på enkelte områder, herunder minimumskrav om bemanningen. Den generelle regel i Island har været, at sundhedsinstitutionerne fastsætter deres egne bemandingsstandarder, men hidtil har de ikke haft mange officielle normeringsstandarder at forholde sig til. Rigsrevisionens rapport, *Hjúkrunarfræðingar – Mönnun, menntun og starfsumhverfi* (Sygeplejersker – Bemanning, uddannelse og arbejdsmiljø) (2017), kritiserer det forhold, at der ikke fastsættes detaljerede standarder for minimumsnormering eller kriterier, der angiver, hvad der anses for ønskeligt i denne henseende. Endvidere at det må anses for at være vigtigt, da forskningen viser, at tilstrækkelig normering er afgørende for at garantere patientsikkerheden og sundhedsydelsernes kvalitet.

Status på mål i 2030?

1. Sundhedsvæsenets arbejdskraftbehov er blevet identificeret, og relevante foranstaltninger er truffet fra statens side for at sikre bemanningen af sundhedsvæsenet.
2. Sundhedsinstitutionernes bemanning kan måle sig fuldt ud med det bedste i andre lande. Den svarer til omfanget af aktiviteter og garanterer ydelsernes kvalitet og sikkerhed.
3. Ledere af sundhedsinstitutioner har et tydeligt ansvar, forudsætninger og kompetence til at træffe de fornødne foranstaltninger for at bemane deres faciliteter.
4. Sundhedsinstitutionerne er eftertragtede arbejdspladser og har ry for at have et godt arbejdsmiljø og gode arbejdsrelationer.
5. Sundhedsvæsenets personale har et arbejdsmiljø, hvor der løbende arbejdes på reformer og vidensudvikling.
6. Sundhedspersonalets arbejdstid og skifteholdsbelastning er i overensstemmelse med den bedste evidensbaserede viden, loven og kollektive overenskomster.
7. Der gælder klare regler for sundhedspersonalets bibeskæftigelse.
8. Der foregår et tværgående samarbejde mellem institutioner, hvor teamwork og en tværfaglig

holistisk tilgang præger sundhedspersonalets arbejde med henblik på at garantere ydelsernes kvalitet og kontinuitet.

9. Der er indgået langtidskontrakter med udenlandske universitetshospitaler, som indeholder muligheder for et videnskabeligt samarbejde, uddannelse og fælles udvikling af sundhedsydelser.



4. Brugerinddragelse

Dette kapitel omhandler

- brugerinddragelse og hvordan man øger borgernes sundhedskompetence og sikrer, at de har adgang til og forstår oplysninger, der hjælper dem til at tage et større ansvar for deres egen sundhed,
- hvordan man kan gøre det lettere for borgerne at vælge ydelser og støtte efter behov,
- vigtigheden af, at sundhedsudbydere forstår borgernes behov og forventninger, og samarbejder med dem om løsninger på deres sundhedsproblemer,
- hvordan man ved hjælp af informationsteknologi og digitale løsninger kan give borgerne information, ydelser og vejledning om sundhedsvæsenet.

Hvorfor er dette vigtigt?

En vigtig del af sundhedsydelserne er at oplyse borgerne og hjælpe dem til at forstå, hvilke faktorer der påvirker deres sundhed og trivsel, og hvordan de også selv kan være med til at øge mulighederne for at bevare et godt helbred. *Sundhedskompetence* er et udtryk, der beskriver personers evne til at tilegne sig og forstå basale oplysninger om sundhed og sundhedsvæsenet, for at de selv kan træffe beslutninger om deres eget helbred på et oplyst grundlag.

»Det har været enormt svært at få oplysninger, og patienten må faktisk skaffe det hele selv.«

- En patient

Borgernes *sundhedskompetence* og deres evne til at tage ansvar for eget helbred kan forbedres gennem et målrettet arbejde fra sundhedsudbydernes side. Dette bør ske i tæt samarbejde med sundhedsvæsenets brugere, og det er vigtigt at tage hensyn til de forskellige gruppers behov. Faktorer som alder, bopæl, psykisk eller fysisk handicap, kulturel baggrund, forventninger og forskellige andre forhold kan i denne sammenhæng være vigtige.

I lyset af, at kommunerne yder omfattende sociale ydelser i henhold til loven, og at grænsen mellem sociale ydelser og sundhedsvæsenets ydelser ikke altid er tydelig, er det vigtigt, at udbydere af disse ydelser har et tæt samarbejde, og at der er et godt samarbejde mellem stat og kommuner.

For at sikre, at sundhedsydelserne svarer til brugerne behov og forventninger, bør deres erfaringer og holdninger gennemgås regelmæssigt ved serviceundersøgelser. Konklusionerne fra sådanne undersøgelser skal være synlige og anvendes i et systematisk reformarbejde, der er fastsat i Direktoratet for Sundheds kvalitetsplan.

Brugen af informationsteknologi og digitale løsninger inden for sundhedsvæsenet stiger og vil fortsætte med at stige i de kommende år. Dette gælder både udbydere og brugere. Anvendelse af telemedicinsk teknologi og forskellige applikationer skaber konstant nye muligheder uanset geografisk beliggenhed. Der er et generelt krav om, at informationsteknologiens muligheder udnyttes i sundhedsvæsenet såvel som på andre områder. Det er et anerkendt faktum, at brugen af informationsteknologi i sundhedsvæsenet kan forbedre patientsikkerheden og øge sundhedsydelsernes effektivitet og kvalitet. De seneste års udvikling har ført os i denne retning, da brugere af sundhedsydelser i højere grad bliver informeret og inddraget som aktive deltagere i deres egen behandling. Loven om patientjournaler fastsætter blandt andet patienters ret til adgang til data i deres egne patientjournaler. Derfor skal der fortsat arbejdes på at give patienterne en nem og sikker elektronisk adgang til deres egne sundhedsoplysninger.

Direktoratet for Sundhed er ansvarlig for udvikling, gennemførelse og implementering af digitale patientjournaler og elektronisk kommunikation med sundhedsoplysninger på nationalt plan. Det omfatter blandt andet udvikling og implementering af

informationsteknologi inden for sundhedsvæsenet på en sikker, økonomisk og effektiv måde, hvilket bidrager til gode og sikre ydelser og forbedring af folkesundheden i alle livets stadier. Derudover skal Direktoratet for Sundhed udvikle og indføre elektroniske patientjournaler ud fra patienternes, sundhedspersonalets, ledernes og myndighedernes behov.

Blandt de projekter, som Direktoratet for Sundhed har udviklet og implementeret til dette formål, er sundhedsportalen Heilsuvera. Portalen forsyner borgerne med en sikker, digital adgang til deres egne sundhedsoplysninger, hvor og når det er nødvendigt, uanset på hvilken sundhedsinstitution, center for primære sundhedsydelser eller speciallægeklinik oplysningerne er registreret. De vigtigste mål for Heilsuvera er at:

- Forbedre patienternes sikkerhed ved at give dem adgang til deres egne data, såsom medicininformation, allergioplysninger og vaccinationer.
- Gøre det muligt for borgerne at føre en sikker, elektronisk korrespondance med læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale.
- Føre elektronisk tilsyn med risikogrupper, hvor borgerne selv kan registrere deres egne sundhedsmålinger og modtage information og rådgivning i den forbindelse.

En videreudvikling af Heilsuvera-portalen giver borgerne flere muligheder for at overvåge deres egen sundhed, at blive inddraget aktivt i deres egen behandling og få et overblik over deres korrespondance med sundhedsvæsenet.

The screenshot shows the Heilsuvera portal interface. At the top, there is a navigation bar with the logo 'HEILSUVERA.IS' and links for 'MÍNAR SÍÐUR' and 'LEITA'. The main content area features two prominent cards: 'Þjónustuvefsjá' (Service Portal) with the text 'Þjónusta í boði um allt land - Vaktisími 1700' and a button 'Opna þjónustuvefsjá'; and 'Mínar síður' (My Pages) with the text 'Skráðu þig inn með rafrænum skilríkjum' and a button 'Innskráning'. Below these cards, there is a section for 'NYJAST Á VEFNUM' (Latest on the website) with links to 'Lungnabólga', 'Náttúruúlyf - náttúruvörur', 'Afengi og þrjústaggið', and 'Efnisorð A-O'. The main content area is divided into several sections: a row of category buttons (Sjúkdómar, frávik, einkenni; Meðganga og fæðing; Börn og uppeldi; Ungmenn; Fullorðnir; Eldra fólk; Ferðafólk; Þjónustuvefsjá), a grid of 'Efnisflokkar' (Content Categories) including 'Proskafertíð', 'Svefn og hvíld', 'Næring', 'Hreyfing', 'Tannheilsa', 'Kynheilbrigði', 'Liðan', 'Bólusetningar og lyf', 'Fyrirbyggjandi', 'Áfengi', 'Tóbak', and 'Orfældi og vanræksla', and a footer with contact options: 'Netspjall' (Live chat), 'Ráðgjöf í reykbíndindi - 800 6030' (Counseling in smoking cessation), and 'Sendu okkur tölvupóst' (Email us).

Brugerfladen på portalen Heilsuvera, hvor borgerne har elektronisk adgang til deres sundhedsdata.

Status på mål i 2030?

1. Borgerne har god adgang til information og viden i forhold til at kunne træffe et valg af sundhedsydelser på et oplyst grundlag, for eksempel via en elektronisk brugerportal som Heilsuvera.
2. Hver bruger af sundhedsvæsenet har én samlet patientjournal, der er tilgængelig for det relevante sundhedsfaglige personale i overensstemmelse med brugerens ønsker.
3. Alle borgere har ubegrænset adgang til deres egne patientjournaler via Heilsuvera.
4. Alle brugere af sundhedsvæsenet kan til hver en tid se deres egen saldo i betalingssystemet.
5. Alle har adgang til praktisk og evidensbaseret sundhedsinformation, der hjælper dem til at
 - forfølge en sund livsstil og bevare et godt helbred.
6. Alle borgere har tekniske muligheder i deres eget hjem i forhold til at komme i kontakt med sundhedsvæsenet uanset bopæl.
7. Regelmæssige serviceundersøgelser foretages, hvor brugernes meninger anvendes til at forbedre ydelserne.
8. Sundhedsudbydere har forståelse for de behov og mål, som borgerne måtte have når de opsøger dem, og de fokuserer på at levere ydelser, der netop tilgodeser disse behov og mål.

5. Effektive køb af ydelser

Dette kapitel omhandler

- sundhedsvæsenets finansiering,
- køb af sundhedsydelser,
- betalinger til sundhedsudbydere.

Hvorfor er dette vigtigt?

Det islandske sundhedsvæsen finansieres hovedsageligt af offentlige midler, det vil sige skatteborgernes penge. Derudover betaler brugerne gebyr for ydelserne, hvor beløbets størrelse afhænger af de ydelser eller grupper, der er tale om. Hertil kommer forskellige bidrag, som sundhedsinstitutioner i hele landet modtager fra enkeltpersoner og ikke-statslige organisationer til køb af maskiner og andet udstyr.

Målrettede kontrakter om sundhedsydelser kræver en tydelig strategi.

- Rigsrevisionen, *Islands Sygesikring som køber af sundhedsydelser (februar 2018)*

Det anslås, at patienters egenbetaling i Island udgør cirka 17 procent af de samlede sundhedsudgifter. En væsentligt højere andel end for patienter i de øvrige nordiske lande.

Sundhedsvæsenets finansiering og fordelingen af ressourcer har stor indflydelse på udbuddet af sundhedsydelser, og den måde udbyderne disponerer midlerne på til gavn for patienterne. Betalings-systemerne er derfor et meget vigtigt redskab til styring af de økonomiske midler, som staten ønsker at disponere til sundhedsvæsenet og sikre, at de kommer patienterne til gode. Det afgørende er, at den offentlige finansiering af sundhedsvæsenet bygger på en klar vision, der sikrer, at midlerne bruges til de ydelser, der er mest behov for på et givet tidspunkt og i overensstemmelse med en fornuftig

prioritering. Der er i de seneste år foretaget en række ændringer i sundhedsvæsenets finansierings-systemer, herunder også hvad angår patienternes egenbetaling. Men det står klart, at der skal flere ændringer til for at sikre en bedre udnyttelse af midlerne, og at sundhedsydelse stemmer overens med behovet hos dem, der har brug for dem. De fleste sundhedsinstitutioner, der drives af staten, finansieres i henhold til faste bevillinger via finansloven fra Altinget, hvor budgettet ligger fast i begyndelsen af hvert år. Islands Sygesikring har derimod opgaven med at indgå aftaler om speciallægeydelser, der som regel er baseret på, at der betales for hver ydelse (eng. fee for service).

Kritikken går på, at finansiering over statsbudgettet er en demotiverende ordning, der ikke fører til flere eller bedre ydelser, medmindre der ydes ekstra bidrag. Krav om besparelser imødekommes ved at skære ned på aktiviteter frem for en strømlining, og ventetider er ofte kendetegnende for de funktioner, der er finansieret på denne måde. En anden kritik af samme finansieringsmodel går på, at den kan indebære incitamenter til at udføre et overflødigt arbejde og dermed føre til overanvendelse af sundhedsydelser og indgreb, der ikke er nødvendige. I den forbindelse henvises til Direktoratet for Sundheds undersøgelse fra 2017, der understøtter påstanden om en overanvendelse af sådanne ydelser.

I de senere år har de fleste europæiske lande implementeret en aktivitetsbestemt finansiering af hospitaler baseret på det internationale DRG-klassificeringssystem (*Diagnosis Related Group*), der er udviklet i USA. Landspítali aktiviteter er blevet klassificeret ved hjælp af en lokaliseret islandsk udgave af Nord-DRG-systemet siden 2003. Denne version er baseret på det internationale system og tilpasset nordiske forhold. Der er tale om et resultat af et nordisk samarbejde om udviklingen af et instrument til måling af produktivitet i hospitalsydelser i Norden. Nord-DRG-systemet klassificerer alle patienter, der enten er indlagt på hospitaler eller modtager ydelser på dagafsnit. Klassificeringen er baseret på patienternes diagnoser, behandlinger, alder og køn samt udskrivelse. I 2017 blev finansieringen af Landspítali delvis ændret på baggrund af DRG-systemet og detaljerede omkostningsberetninger i henhold til aftalen mellem Landspítali og Islands Sygesikring. Aftalen indebærer, at blot en lille del af hospitalets ydelser finansieres i henhold til DRG-systemet, men målet bør være at tage skridtet fuldt ud.

DRG-grupperingssystemet er ikke mere fejlfrit end andre betalingsystemer, men det tilskynder til besparelser og medfører ofte en kortere indlæggelsestid. En af ulemperne ved systemet er, at

det er dårligt egnet til patienter med vedvarende sygdomme, der kræver gentagne sundhedsydelser. Disse mangler har man forsøgt at imødekomme med et system, der tager højde for de patienter, der må opsøge sundhedsvæsenet gentagne gange på grund af de samme sundhedsproblemer.

Islands Sygesikrings rolle bør styrkes som køber af sundhedsydelser.

- Rigsrevisionen (februar 2018)

Målrettet køb af sundhedsydelser bør sikres.

Rigsrevisionen (februar 2018)

Det er vigtigt, at myndighederne definerer de sygesikredes behov for sundhedsydelser bedst muligt.

Rigsrevisionen (februar 2018)

Det er vigtigt, at faglige argumenter og økonomisk rationalitet er den afgørende faktor og ikke enkelte sundhedsmedarbejderes eller grupperes beslutninger.

- Rigsrevisionen (februar 2018)

Foruden de ovennævnte finansieringsformer har en anden tilgang vundet frem i de senere år. Den består i at koble finansieringen af sundhedsydelser sammen med befolkningssammensætningen og indbyggertallet i det enkelte sundhedsdistrikt samt andre definerede indikatorer, der måler ydelserne kvalitet. Et finansieringsystem baseret på denne ideologi blev indført i sundhedsplejen i hovedstadsområdet i 2017.

I mange lande har man indført systemer, hvor betalinger afhænger af visse kvalitetsindikatorer, hvorved betalingerne øges, når kvalitetsindikatorerne er opfyldt. Fælles for alle systemer, der er baseret på kvalitetsindikatorer, er, at de kræver en tilstrækkelig registrering af kvalitet og præstationer for at kunne garantere sundhedsudbydernes ansvar over for patienterne og statens ansvar som køber af ydelserne.

Som køber af sundhedsydelser skal staten have en klar strategi for, hvad der skal købes, og samtidig være den, der er styrende i hele processen. I den forbindelse er det vigtigt, at de institutioner, der er involveret i køb af ydelser, har en klar og veldefi-

ret rolle. Sundhedsministeren fastlægger sundhedsstrategien, prioriterer handlingsplanerne og sikrer, at finansieringen er i tråd med denne prioritering og Altingets beslutninger i finansloven. Islands Sygesikrings rolle er defineret i loven om sygesikring fra 2008. Rigsrevisionen har påpeget, at hensigten med loven om køb af sundhedsydelser ikke er opfyldt, at købet af ydelser ikke er baseret på detaljerede omkostnings- og behovsanalyser, og at der er behov for at stille øgede krav til kvalitet. Dette kræver en styrkelse af Islands Sygesikrings kompetence til at definere behov og udforme en kravspecifikation for de ydelser, staten har valgt at prioritere. På den måde sikrer man bedst, at købet af sundhedsydelser stemmer overens med regeringens politik og bru-

gernes behov. I den forbindelse bør Direktoratet for Sundheds opgave nævnes, der i henhold til loven består i at føre tilsyn med ydelsernes kvalitet. Det er vigtigt, at alle disse institutioner samarbejder om fælles mål, men det er også nødvendigt at garantere, at den tilsynsførende bevarer sin uafhængighed og ikke er ansvarlig for de beslutninger, den skal føre tilsyn med.

I vores nabolande har man lagt mange kræfter i udviklingen af et finansieringssystem for sundhedsvæsenet i løbet de seneste tre årtier. Der er tale om en løbende opgave i landene, og de islandske sundhedsmyndigheder bør følge med i og bidrage aktivt til denne udvikling.

Status på mål i 2030?

1. Islands Sygesikring tager hånd om alle kontraktforhandlinger vedrørende køb af sundhedsydelser på vegne af staten, uanset om der er tale om offentlige eller private sundhedsudbydere.
2. Køb af sundhedsydelser er baseret på behovsanalyse og tager udgangspunkt i borgernes behov.
3. Såfremt en prioritering er nødvendig, går patienter med størst behov forrest.
4. Ved køb af sundhedsydelser stilles altid de fornødne krav om tilgængelighed, ydelsernes kvalitet og patientsikkerhed.
5. Et ydelsesrelateret finansieringssystem baseret på det internationale klassificeringssystem DRG er blevet implementeret til køb af alle hospital-ydelser og lignende ydelser, der leveres af private sundhedsudbydere uden for hospitalerne.
6. Finansieringssystemet for sundhedsplejen i hovedstadsområdet er blevet udviklet og implementeret til finansiering af sundhedsplejen i hele landet.
7. Sundhedsvæsenets finansieringssystem opfordrer til øget kvalitet, bedre sundhed for brugerne, god adgang til ydelser samt at udgifterne holdes under kontrol.
8. Omkostningerne ved screening og søgning efter resistente bakterier og virussygdomme i risikogrupper betales af fælles puljer.
9. Patienters egenbetaling for medicin og lægehjælp er på niveau med det laveste i nabolandene, og udsatte grupper modtager gratis sundhedsydelser.



6. Kvalitet i højsædet

Dette kapitel omhandler

- sundhedsvæsenets kvalitet og sikkerhed,
- udvikling af kvalitetsindikatorer, der viser ydelsernes resultater,
- Direktoratet for Sundheds kvalitetsplan,
- hvordan der kan stilles højere krav om kvalitet og sikkerhed i sundhedsvæsenet.

Hvorfor er dette vigtigt?

Den anerkendte britiske speciallæge sir Cyril Chantler sagde i 1999: »Lægevidenskaben plejede at være enkel, ineffektiv og relativt sikker. Nu er den kompleks, effektiv og potentielt farlig.« Siden disse ord blev sagt, er lægevidenskaben i hvert fald ikke blevet mere enkel. Ny teknologi, effektiv medicin og øget viden har skabt en række fremskridt inden for sundhedsvæsenet, men samtidigt gjort det mere kompleks. Antallet af behandlingsmuligheder er steget, og ofte er det blevet vanskeligere at træffe de rette beslutninger for at garantere patient-sikkerheden.

Forskningen viser, at der er grund til at tage sir Cyril Chantlers ord alvorligt. Det anslås, at cirka 10 procent af hospitalspatienter i den vestlige verden kommer ud for ulykker eller fejl, der kategoriseres som uventede hændelser. Kvalitet og sikkerhed i sundhedsvæsenet er i fokus over hele verden, ikke mindst i Norden. De to begreber er nært beslægtede og integrerede, da ydelsernes sikkerhed i høj grad påvirker deres kvalitet.

Sundhedsydelsernes kvalitet defineres ud fra, i hvor høj grad de øger sandsynligheden for et bedre helbred og livskvalitet, og i hvilket omfang ydelserne leveres i overensstemmelse med den bedste tilgængelige viden. De vigtigste kvalitetsfaktorer i

sundhedsvæsenet er sikkerhed, ret planlægning, målrettet og effektiv ydelse, ligebehandling og brugercentrerede ydelser.

Sikkerhed i sundhedsvæsenet indebærer, at brugere ikke risikerer at tage skade af en behandling og andre ydelser, der skal forbedre deres helbred eller livskvalitet.

»Reformerne på hospitalet når ikke ud til de menige medarbejdere.«

- En medarbejder

Evidensbaseret viden samt brug af faglige instrukser og vejledninger er forudsætningen for ydelsernes kvalitet og faglig kontrol.

- Rigsrevisionen (februar 2018)

Kvalitet og sikkerhed i sundhedsvæsenet beror på flere faktorer, men fundamentet er den kultur, der hersker på den enkelte institution, og som er under indflydelse af holdninger, værdier, regler, ideologier og idealer blandt medarbejderne.

Det er muligt at pege på flere kriterier, der viser, at det islandske sundhedssystem står godt i international sammenligning. Spædbørnsdødelighed og mødredødelighed i Island er blandt de laveste i verden. Resultaterne af generelle vaccinationer har været særdeles gode, og vaccinationer har næsten udryddet de sygdomme, der vaccineres imod og forhindret flere dødsfald og andre alvorlige konsekvenser. Endvidere har screening og behandling af forskellige kræftformer skabt gode resultater.

Brugen af kvalitetsindikatorer i landets sundhedsvæsen omtales grundigt i McKinsey-rapporten fra 2016. Ifølge rapporten bør Landspítali og sundhedsvæsenet i sin helhed øge antallet af kvalitetsindikatorer, gøre mere brug af internationale kvalitetsindikatorer og rapportere resultaterne af kvalitetsmålinger på en gennemsnitlig måde. Det fastslås også, at Landspítali måler og overvåger forholdsvis få kvalitetsindikatorer, hvilket begrænser gennemsnitligheden i udviklingen af sundhedsydelsernes kvalitet. Det ville være nyttigt at definere præstationsindikatorer, der dækker alle ydelseska-

tegorier på hospitalet, og sikre, at de er sammenlignelige med tilsvarende internationale indikatorer, for eksempel OECD's definitioner. Der peges på, at andre universitetshospitaler i Norden regelmæssigt måler deres lægevidenskabelige præstationer, patientsikkerhed, adgang til ydelser og tilfredshed blandt patienter og personale. For at understrege betydningen af kvalitetsindikatorer vil det være nyttigt for Direktoratet for Sundhed at sætte klare regler for visse minimumskrav til Landspítali og andre sundhedsinstitutioner om kvalitetsindikatorer, der bør følges.

Loven om Direktoratet for Sundhed og folkesundhed fastslår, at Direktoratet for Sundhed skal udarbejde en plan for kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet, som skal forelægges sundhedsministeren til godkendelse. Målet er at forbedre ydelsernes

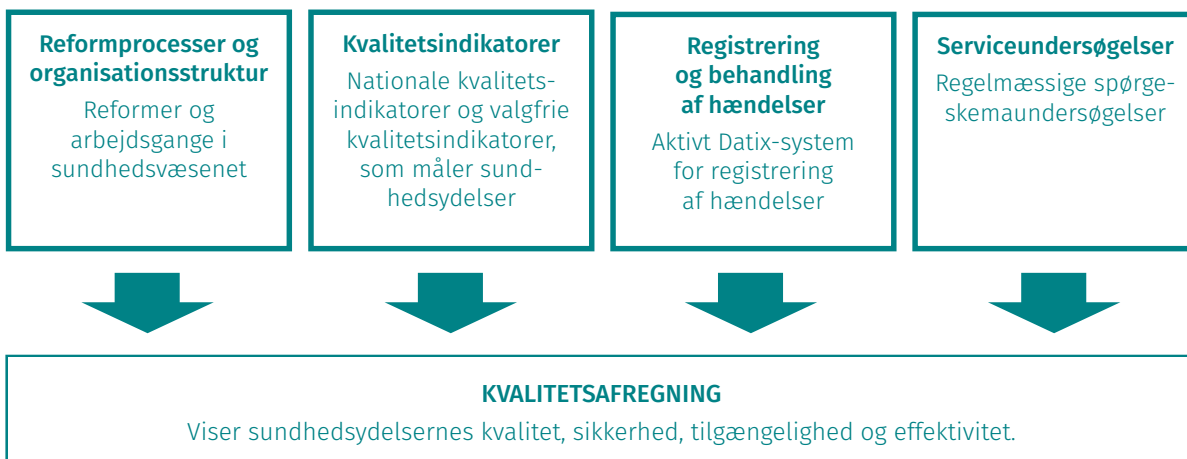
kvalitet og sikkerhed samt bidrage til deres udvikling. Sundhedsinstitutioner og sundhedsfagligt personale forventes at udarbejde kvalitetsplaner, der tager højde for Direktoratet for Sundheds plan for kvalitetsudvikling og aflevere en årlig opgørelse over de opnåede resultater.

Oplysninger om sundhedsvæsenets kvalitet og resultater er vigtige på alle niveauer i systemet, uanset sundhedsudbyder. Disse oplysninger er vigtige, uanset om det handler om sundhedsvæsenets brugere, det sundhedsfaglige personale eller staten, der køber ydelserne og fører tilsyn med, at ydelserne opfylder krav om sikkerhed og kvalitet. Oplysninger om kvalitet og præstationer er også en meget vigtig del af reformarbejdet blandt sundhedsudbyderne, blandt andet for at de kan sammenligne sig med andre, der leverer lignende ydelser.

Status på mål i 2030?

1. Island er blandt de førende lande til at samle information og offentliggøre sundhedsvæsenets præstationer.
2. Data om præstationer inden for de enkelte dele af sundhedsvæsenet kan sammenlignes på tværs af landsdele og med andre landes resultater. En sammenligning på dette grundlag foretages med jævne mellemrum.
3. Kontrakter med sundhedsudbydere stiller klare krav om kvalitetsindikatorer og de resultater, der skal opnås.
4. Betalinger til sundhedsudbydere tager højde for resultaterne fra kvalitetsindikatorerne.
5. Årlige kvalitetsafregninger fra sundhedsudbydere, der viser resultaterne fra de aftalte kvalitetsindikatorer, er en forudsætning for en fuld udbetaling af de ydelser, der er leveret.
6. Serviceundersøgelser udføres regelmæssigt, og deres resultater anvendes i det daglige reformarbejde.
7. Direktoratet for Sundheds kvalitetsplan er fuldt operationel.

Plan for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 2019–2030



7. Med blikket mod fremtiden

Dette kapitel omhandler

- videnskab, uddannelse og innovation i sundhedsvæsenet,
- Islands potentiale inden for sundhedsvidenskab,
- betydningen af, at uddannelsen af sundhedsfagligt personale tager udgangspunkt i islandske forhold,
- at nye teknologier, ny medicin og innovation i sundhedsvæsenet evalueres (HTA) og implementeres systematisk.

Hvorfor er dette vigtigt?

I flere årtier har islændinge udviklet databaser og biobanker, der indeholder data om borgernes sygdomme og helbred. I mange tilfælde rækker disse data tilbage til midten af det 20. århundrede. I de seneste årtier er der tilføjet data om befolkningens genetiske sammensætning, der har kastet nyt lys over islændingenes oprindelse, årsager til mange sygdomme og risikofaktorer, der kan føre til sygdom senere i livet. Island er allerede førende inden for genetisk forskning i sundhedsvidenskabens tjeneste. I den forbindelse kan den omfattende forskning på vegne af deCODE genetics (Íslensk erfðagreining) og Hjerteforeningen (Hjartavernd) nævnes, samt forskning og andre aktiviteter hos forskellige vidensbaserede virksomheder, der har etableret sig inden for sundhedsvidenskab i de senere år.

Det Sundhedsvidenskabelig Fakultet ved Islands Universitet har til opgave at være førende inden for undervisning og forskning på det sundhedsvidenskabelige område i Island. Fakultetet arbejder tæt sammen med Landspítali og flere institutioner i både indland og udland. I henhold til loven om sundhedsvæsenet skal Landspítali og Akureyri Sygehus drive videnskabelig forskning på sundhedsområdet. Derudover skal Sundhedsplejen i hovedstadsområdet drive videnskabelig forskning

inden for sundhedspleje. Videnskabelig forskning på sundhedsområdet er underlagt en særlig lovgivning fra 2014 med det formål at fremme videnskabelig forskning af høj kvalitet og sikre de medvirkendes interesser.

Ved århundredeskiftet ansås Landspítalis forskningsmæssige stilling for at være ganske stærk. Ifølge en rapport fra NordForsk (2017), der er en nordisk institution, som koordinerer forsknings-samarbejde og forskeruddannelse i Norden, gjaldt det såvel i forhold til Norden som internationalt. Ved århundredeskiftet blev Landspítalis forskning citeret af mange universitetshospitaler i Norden. Tre år senere var antallet af citater faldet, og i 2014 var Landspítali det hospital, der blev mindst citeret af alle universitetshospitaler i Norden, og det eneste hospital der lå under verdensgennemsnittet.

Landspítali har formuleret en vision om organisering og styrkelse af det videnskabelige arbejde. Her fokuseres der blandt andet på en øget dialog mellem hospitalet og Islands Universitet, at kvaliteten af det videnskabelige arbejde kan stå på mål med andre nordiske universitetshospitaler, at arbejdet er synligt både internt på hospitalet og udenfor, og at det bliver finansieret på en lignende måde som universitetshospitaler i de lande, vi helst sammenligner os med. En af forudsætningerne for et styrket videnskabeligt arbejde er, at læger på universitetshospitalet får den fornødne tid og faciliteter til at kunne udføre et videnskabeligt arbejde ved siden af det kliniske arbejde og undervisning. Det samme gælder andet sundhedspersonale, når det er relevant.

Videnskabelig forskning på sundhedsområdet i Island bør være en stærk grundpille i sundhedsvæsenet og tåle en international sammenligning, hvad angår kvalitet og omfang. Videnskabelig forskning spiller en vigtig rolle i udviklingen af sundhedsvæsenet som en del af uddannelsen af det sundhedsfaglige personale og en forudsætning for at skabe et attraktivt arbejdsmiljø for kompetente medarbejdere inden for alle sundhedsprofessioner.

For at det islandske sundhedsvæsen skal kunne leve op til de højeste kvalitetsstandarder og måle sig med andre OECD-lande, bør man værne om vækstlaget for videnskabelig forskning.

Sundhedsydelseernes kvalitet afhænger i vid udstrækning af et veluddannet sundhedspersonale. De, der ønsker at uddanne sig på sundhedsområ-

det, kan studere de fleste fag i Island og opnå den fornødne autorisation. Mange vælger dog at videreudanne sig i udlandet, og for nogle professioners vedkommende er det nødvendigt. Det gælder især læger, men også andre professioner. Det er i mange henseender ønskeligt, når det gælder professioner med et højt specialiseringsniveau, og hvor udviklingen går stærkt, at folk vælger at uddanne sig og indhente erfaringer i udlandet. På den anden side er der risiko for, at de efterfølgende også bosætter sig i udlandet, og at det islandske sundhedsvæsen går glip af deres arbejdsindsats under studietiden.

Et øget samarbejde med udenlandske universiteter skaber forskellige muligheder for videreuddannelse af sundhedspersonale i Island. Som et eksempel kan nævnes specialuddannelse i intern medicin og klinisk farmakologi, der er udviklet i samarbejde mellem Islands Universitet, Landspítali, *University College i London*, *Royal College of Physicians*, samt de relevante faglige foreninger. Samarbejde af denne karakter kan gøre det muligt at tilbyde videreuddannelse helt eller delvis inden for fag, hvor det tidligere ikke var muligt.

Meget tyder på, at uddannelsen af sundhedsfagligt personale i Island ikke tager hensyn til sundhedsvæsenets behov som helhed. For eksempel er det blevet påpeget, at den medicinske uddannelse, ikke mindst praktikken, i for høj grad er skræddersyet til hospitalernes behov og i for lav grad til den primære sundhedssektors behov. Det er værd at overveje, om der kan foretages ændringer i grunduddannelsen af det sundhedsfaglige personale for bedre at kunne imødekomme det islandske sundhedsvæsenets behov og organisering i hele landet, herunder de spredt bebyggede landdistrikter i særdeleshed. I den forbindelse kan man tage Universitetet i Tromsø i Norge som eksempel, der blev oprettet ud fra regionalpolitiske perspektiver. Der blev blandt andet opbygget en stærk uddannelse inden for sundhedsvidenskab i tilknytning til det

regionale sygehus, som efterfølgende fik status som universitetssygehus. Det har haft en stor og positiv indvirkning på bemanningen af sundhedsvæsenet i Nordnorge. Det samme var tilfældet med etableringen af et sundhedsvidenskabeligt fakultet ved Akureyri Universitet.

Der er sket store fremskridt inden for sundhedsvidenskab i løbet af de seneste år, som har ført til en række innovationer inden for behandling af sygdomme. Nye teknologier og nye lægemidler er blevet udviklet, som kan være afgørende for patienterne, men i mange tilfælde indebærer nye behandlinger en massiv stigning i udgifterne i sundhedsvæsenet. Det er afgørende for indførelsen af nye løsninger, hvad enten det er nye teknologier eller nye lægemidler, at der foreligger en klar strategi, prioritering og evaluering af resultater for både patienter og samfundet som helhed.

I de senere år har mange europæiske lande indført en såkaldt sundhedsteknologivurdering, forkortet HTA (eng. *Health Technology Assessment*). Denne metode skal sikre, at nye teknologier og metoder finansieret af det offentlige giver de bedst mulige resultater for patienter og samfundet (måles som regel i forbedret helbred). Et element i den vurdering, som denne metode indebærer, er at sikre, at indførelsen af ny teknologi tager udgangspunkt i forsigtighedsprincippet, og at virkningen af den nye behandling er bevist ved hjælp af anerkendte videnskabelige metoder.

Mange spørgsmål forbliver ubesvarede med hensyn til HTA-metoden, og den er stadig under udvikling. Blandt andet skal man finde ud af, hvor i sundhedsvæsenet den skal anvendes, og definere dens funktion i forhold til sundhedsinstitutionerne og andre sundhedsudbydere. Hvis HTA-metoden bliver implementeret i det islandske sundhedsvæsen, er det med tanke på det lave indbyggertal klogt at indlede et samarbejde med de øvrige nordiske lande.

Status på mål i 2030?

1. Sundhedsvæsenets rolle er at levere sundhedsydelser, uddanne sundhedspersonale og drive videnskabelig virksomhed. Hvert aspekt af sundhedsvæsenet omkostningsanalyseres og finansieres på en gennemsigtig måde.
2. Medarbejdere i offentlige sundhedsinstitutioner har mulighed for at drive videnskabelig forskning og kvalitetsprojekter i en vis periode hvert år.

3. Det forventes, at sundhedsfagligt personale, der arbejder på universitetshospitaler, tager sig af undervisning og videnskabeligt arbejde ved siden af det kliniske arbejde.
4. Sundhedsvidenskabelig Fond (Heilbrigðis-vísindasjóður) er blevet stiftet for at yde stipendier til videnskabelig forskning inden for sundhedsvidenskab.
5. Databaser og biobanker inden for sundhedsvæsenet er åbne og tilgængelige for forskere, der har opnået de nødvendige licenser til videnskabelig forskning.
6. Sundhedspersonalets grunduddannelse er blevet tilpasset islandske forhold med henblik på at sikre bemanning af sundhedsvæsenet.
7. Der er indgået aftaler med andre lande om videreuddannelse af læger.
8. Videreuddannelse af det sundhedsfaglige personale opfylder de højeste internationale standarder.
9. Der foregår et formelt samarbejde med de øvrige nordiske lande om evaluering af nye teknologier og nye metoder.
10. En formel vurdering af evidensbaseret nytte er en forudsætning for indførelsen af ny teknologi, nye lægemidler og nye metoder inden for sundhedsvæsenet.

Implementering af strategien

En implementering af denne strategi inden udgangen af 2030 kræver en struktureret tilgang og fælles indsats fra alle interessenter. Alle syv nøgleemner, der behandles i strategien, kræver deres egne specifikke handlingsplaner med 5-årige mål og benchmarks, der skal revideres årligt og knyttes til budgetarbejdet. Det er ministerens hensigt, at der årligt indkaldes til Sundhedsforum for diskussion og dialog om prioriteringer på sundhedsområdet, samt at den til hver en tid gældende handlingsplan drøftes i Altinget hvert år.

Sundhedsministeriet har hovedansvaret for implementeringen af strategien, og for at det er klart for alle parter, hvad der skal gøres, hvornår, og hvem, der er ansvarlig. Lederne af de institutioner, der hører under ministeriet, har et stort ansvar for at udforme en strategi og en arbejdsplan for hver institution, der tager udgangspunkt i Sundhedsstrategien frem til 2030. Det er ministeriets opgave at følge op på, at dette sker.

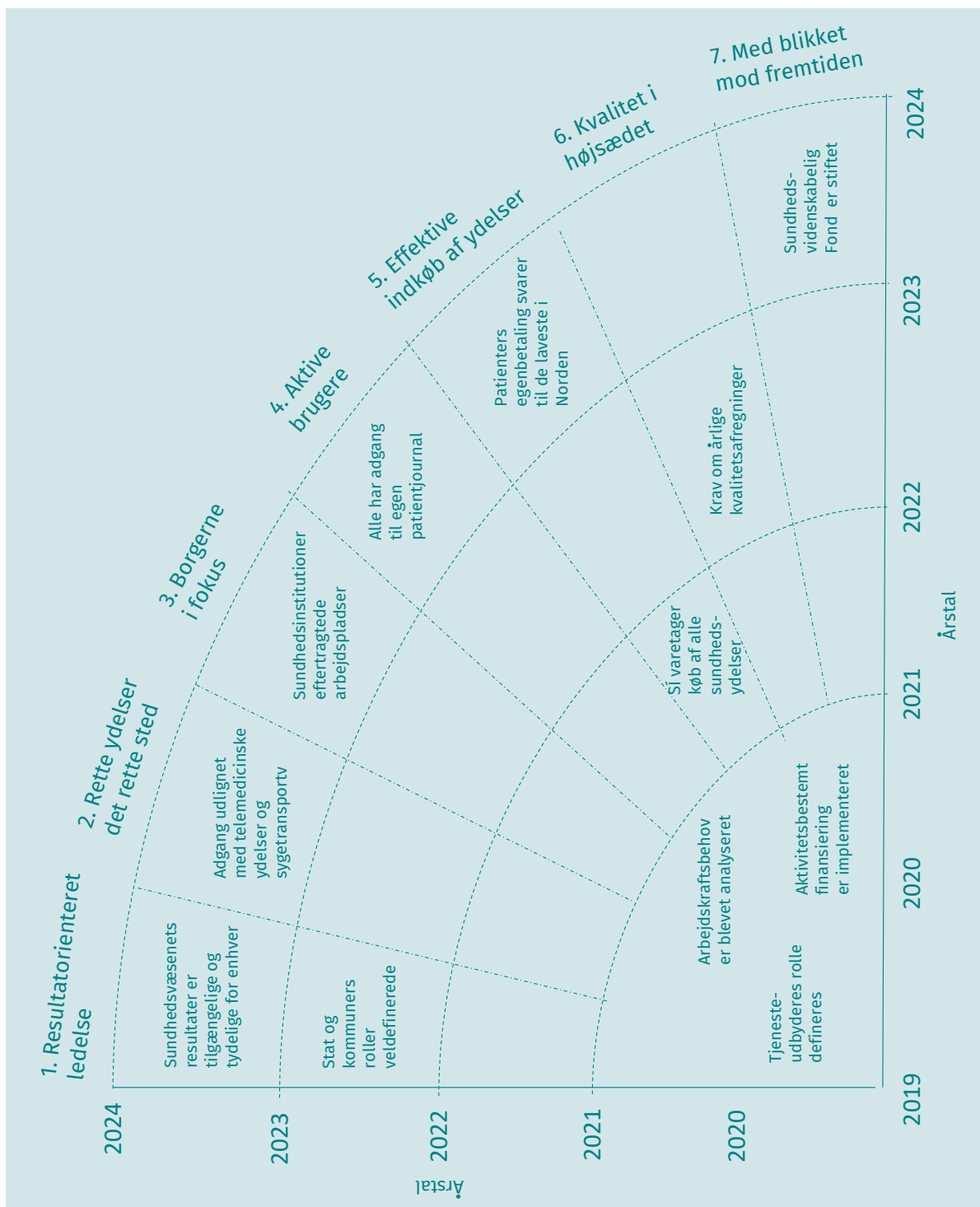
Som det fremgår af dette dokument, handler det blandt andet om det primære, sekundære og tertiære sundhedsvæsen, men ikke om enkelte sundhedsydelse eller tjenesteudbydere. Ikke desto mindre er det nødvendigt at arbejde med de enkelte specialer og patientgrupper ud fra de prioriteringer, der bestemmes til hver en tid. I den forbindelse er det nødvendigt, at tage Sundhedsstrategiens syv

nøgleemner i betragtning for at sikre en ensartet tilgang uanset hvilket speciale, patientgruppe eller driftsform, det gælder.

I dette arbejde er vi nødt til at skabe en kultur, der er fast forankret i vores fælles værdier, og som leder os i processen, når vi udvikler sundhedsydelse, der tilgodeser brugernes behov og sikrer dem en løbende og sikker indsats. Hvis værdierne skal leve og indgå i en social kontrakt, kræver det en generel debat blandt borgerne, og Altinget bør godkende dem, ligesom det er sket i nabolandene. Det er vigtigt at gå i gang så hurtigt som muligt med en gennemgang af sundhedsvæsenets finansierings- og betalingsystemer og implementeringen af en kvalitetsplan. Begge faktorer spiller en stor rolle, når en kultur skal udformes. Derfor er det vigtigt, at de altid indeholder incitament, der fører os i den rigtige retning.

Eksempler på strategiske mål og resultater i henhold til sundhedsstrategiens handlingsplan

Se sundhedsstrategiens fem års handlingsplan 2019



Hovedkilder

Verdenssundhedsorganisationen (WHO). (2013). Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Downloadet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

Verdenssundhedsorganisationen (WHO). (2015). Some reflections on priorities for health systems strengthening in the WHO European Region. Downloadet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/287363/Some-reflections-on-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-WHO-European-Region.pdf

Boston Consulting Group. (2011). Health Care System reform and short term savings opportunities Iceland Health Care System project. Downloadet fra https://www.government.is/media/velferdarraduneyti-media/media/ritogskyrslur2011/Iceland_HCS-Final_report-Long_version.pdf

Organisationen for økonomisk samarbejde og udvikling (OECD). (2018). OECD Health Statistics 2018. Downloadet fra <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Embætti landlæknis (Direktoratet for Sundhed). (2017). Tíðni aðgerða í einkarekinni þjónustu 2007–2016. (Frekvens af indgreb i privat praksis 2007–2016) Downloadet fra https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item32756/Tidni_adgerda_Embaetti%20landlaeknis_vefur_sept_2017_LOK.pdf

Forgangsröðun í heilbrigðismálum. (Prioriteringer på sundhedsområdet) Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. (Prioriteringsgruppens konklusioner) Rit 2 – 1998. (Publikation 2 – 1998) Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (Sundheds- og Socialsikringsministeriet)

Hagfræðistofnun. (Institut for økonomiske studier) (2018). Skýrsla nr. C18:02. (Rapport nr. C18:02) Greining á menntun, starfstéttum og atvinnugreinum á vinnumarkaði – stöðumat. (Analyse af uddannelse, professioner og erhverv på arbejdsmarkedet – statusvurdering) Downloadet fra <https://www.vinnu-malastofnun.is/media/2080/skyrsla-hagfraedistofnunar-juni-2018.pdf>

Hagstofa Íslands (Islands Statistik). (2017). Mannfjöldaspá 2017–2066. (Befolkningsfremskrivning 2017–2066) Downloadet fra https://hagstofa.is/media/50752/hag_171030.pdf

McKinsey & Company. (2016). Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans – Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum. (Nøglen til fuld udnyttelse af Landspítalis potentialer – Det islandske sundhedsvæsen ved en korsvej) Downloadet fra <https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/skyrslur2016/Lykill-ad-fullnytingu-taekifaera-Landspitalansb.pdf>

Nordforsk. (2017). Comparing research at Nordic higher education institutions using bibliometric indicators. Covering the years 1999–2014. Downloadet fra https://www.nordforsk.org/en/publications/publications_container/comparing-research-at-nordic-higher-education-institutions-using-bibliometric-indicators-covering-the-years-1999-2014

Ríkisendurskoðun. (Rigsrevisionen) (2018). Sjúkratryggingar Íslands sem kaupandi heilbrigðisþjónustu. (Islands Sygesikring som køber af sundhedsydelser) Downloadet fra <https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2018/02/Sjukratryggingar-Islands-sem-kaupandi-heilbrigdisthjonustu.pdf>

Ríkisendurskoðun. (Rigsrevisionen) (2017). Hjúkrunarfræðingar – Mönnun, menntun og starfsumhverfi. (Sygeplejersker – bemanding, uddannelse og arbejdsmiljø) Downloadet fra https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2017/10/SU-Hjukrunarfraedingar_Monnun_menntun_og_starfsumhverfi.pdf

Ríkisendurskoðun (Rigsrevisionen). (2017). Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins. (Sundhedsplejen i hovedstadsområdet) Downloadet fra https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2017/04/SU-Heilsugaesla_Hofuborgarsvaedisins.pdf

Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter. Rapport av Statens medicinsk-etiska råd. Stockholm 2014. Downloadet fra

<http://www.smer.se/rapporter/robotar-och-overvakning-i-varden-av-aldre-etiska-aspekter/>

