

BRÁÐAÞJÓNUSTA VIÐ

HEIMILISLAUSA EINSTAKLINGA

Komur á bráðamóttökur Landspítala á tímabilinu 2020-2024

Ábyrgðarmaður rannsóknar:

Drífa Jónasdóttir, B.Sc. sálfræði og sænska, M.Sc. Hagnýt félagsleg sálfræði, Post Graduate diploma, afbrotafræði. Afbrotafræðingur og sjálfstætt starfandi sérfræðingur í rannsóknum.

Meðrannsakendur:

Kristín I. Pálsdóttir, MA hagnýt ritstjórn og útgáfufræði, Prof. Cert. Konur og vímuefni. Framkvæmdastjóri Rótarinnar, félagasamtaka.

Elísabet Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur M.S. Verkefnastjóri á hagdeild LSH.

Styrkir:

Rannsóknasjóður Rótarinnar, félagasamtaka

Reykjavík, 2026

Efnisyfirlit

1. Samantekt.....	4
Markmið rannsókna.....	4
Úrtak og aðferðafræði.....	4
Niðurstöður.....	4
2. Hagnýtt gildi rannsókna.....	6
Vísindalegur ávinningur.....	6
Hagnýtur ávinningur.....	6
3. Aðferðafræði.....	7
4. Tölulegar niðurstöður.....	8
1. Komur á Bráðamóttökur.....	8
1.1. Heildarfjöldi koma á bráðamóttökur LSH á ári.....	8
1.2. Meðallengd komu á bráðamóttökur og staðalfrávik, eftir aldursflokkum.....	9
1.3. Heildarfjöldi koma á bráðamóttökur LSH eftir tíma sólarhrings, samtals 2020-2024.....	9
1.4. Fjöldi koma eftir árum og bráðamóttökum.....	10
1.5. Tegund komu á bráðamóttökur, eftir árum.....	10
1.6. Yfirlit yfir 15 algengustu ástæður komu, eftir kyni.....	10
1.7. Konur, 10 algengustu sjúkdómsgreiningar eftir yfirflokkum sjúkdómsgreininga.....	11
1.8. Karlar, 10 algengustu sjúkdómsgreiningar eftir yfirflokkum sjúkdómsgreininga.....	11
1.9. Fimm algengustu sjúkdómsgreiningar – kynjaskipting innan ICD-10 greiningar.....	12
2. Innlagnir í kjölfar komu á bráðamóttöku.....	12
2.1. Hlutfall innlagna af öllum komum á bráðamóttökur eftir árum.....	12
2.2. Legudagar, heildarfjöldi innlagna, eftir árum.....	12
2.3. Tíðnitafla fyrir samanlagðan heildarfjölda legudaga.....	13
2.4. Meðallegtími á legudeild og staðalfrávik eftir aldursflokkum.....	13
2.5. Meðalfjöldi legudaga og staðalfrávik (þegar þeir eru fleiri en 0), eftir kyni.....	14
3. Kostnaður.....	14
3.1. Heildarkostnaður vegna koma (án innlagna) á bráðamóttökur, skipt eftir árum.....	14
3.2. Innlagnir á LSH. Legur, legudagar og kostnaður eftir aldursflokki (samtals árin 2020–2024).....	15
3.3. Meðalkostnaður við komu á bráðamóttökur eftir fjölda greininga og kyni.....	15
3.4. Líkan fyrir kostnað vegna komu á bráðamóttökur eftir sjúkdómsgreiningum.....	15
3.5. Meðalkostnaður vegna legu, eftir aldri, við fyrstu komu.....	17
3.6. Meðalkostnaður við legu eftir fjölda greininga og kyni.....	17
3.7. Líkan fyrir kostnaði við legu eftir sjúkdómsgreiningum.....	18

3.8. Heildarkostnaður – Legukostnaður + bráðamóttökukostnaður með og án innlagna	18
4. Kennsla, þjálfun og verklag	19
4.1. Háskólarnir	19
4.2. Landspítali	19
5. Umræður	20
Næstu skref	21
a) Tillögur að aðgerðum (2026–2030)	21
b) Eftirfylgd og árangursmælikvarðar	22
c) Samantekt:	22
6. Leyfi, ábyrgðarmenn og samstarfsaðilar	23
Heimildaskrá	24
Viðaukar	25

1. Samantekt

Heimilisleysi er margslungið félags- og heilbrigðismál sem þarfnast samþættrar stefnumótunar og gagnadrifinnar nálgunar. Á Íslandi hefur ekki verið gerð rannsókn á umfangi og eðli koma heimilislausra einstaklinga á bráðamóttökur Landspítala (LSH).

Markmið rannsókna

Þessi rannsókn varpar ljósi á stöðuna eins og birtist í gögnum LSH á tímabilinu 2020-2024.

Vonast er til að niðurstöður rannsóknarinnar muni undirbyggja þarfagreiningu sem gæti gagnast við stefnumótun innan heilbrigðiskerfisins fyrir sjúklinga í jaðarsettri stöðu.

Leitast var við að svara eftirfarandi spurningum:

1. Hverjar voru algengustu komuástæður heimilislausra einstaklinga á bráðamóttökur LSH? Konur verða skoðaðar sérstaklega.
2. Hversu oft þarf innlögn í kjölfar komu á bráðamóttökur LSH, skipt eftir kyni.
3. Hver er heildarkostnaður LSH vegna veittrar heilbrigðisþjónustu við þennan sjúklingahóp á rannsóknartímabilinu og hvernig skiptist hann milli kynja?

Úrtak og aðferðafræði

Við komu á LSH er almennt ekki skráð kerfisbundið ef einstaklingur er heimilislaus. Flestir þeirra eiga lögheimili þótt þeir búi ekki þar. Til þess að afmarkað úrtakið var miðað við þá fullorðnu einstaklinga sem nýttu þjónustu neyðarskýla Reykjavíkurborgar á fimm ára tímabili (01.01.2020-31.12.2024) og leituðu á LSH á sama tímabili. Alls voru þetta 1.049 einstaklingar af öllum kynjum. Um einstaklinga í þessum hópi verður hér notað hugtakið „heimilislaus einstaklingur“. Sjónum verður sérstaklega beint að heimilislausum konum og þeirra vanda.

Niðurstöður

Á þeim fimm árum sem skoðuð voru átti tæplega 60% heimilislausra einstaklinga sem nýttu sér neyðarskýli Reykjavíkurborgar, eina eða fleiri komur á bráðamóttökur LSH eða 621 einstaklingur, þau áttu samtals 9.491 komur. Flestar komur voru á bráðamóttöku í Fossvogi (72% eða 6.850 komur) og í geðþjónustu við Hringbraut (27% eða 2.525 komur) en einnig voru komur á bráðamóttöku kvenna og fæðingarvakt. Meðalfjöldi koma á einstakling var 15 komur; mest 292 komur. Konurnar, sem voru 169 talsins áttu samtals 3.027 komur á bráðamóttökur spítalans og var meðallengd komu um 7,1 klst., sem var um 40 mínútum lengri en hjá körlum í sama hópi. Á rannsóknartímabilinu leitaði svipaður fjöldi kvenna til bráðþjónustu spítalans á ári en komunum fjölgaði jafnt og þétt. Hlutfall innlagna í kjölfar komu var lítið breytilegt milli ára, eða um 18-20%, jafnt hjá konum og körlum. Það þýðir að um 80% koma voru án innlangar.

Flestar komur eiga sér stað á þeim tíma dags þegar neyðarskýli eru lokuð. Skýlin eru opin frá kl. 17:00 til kl. 10.00 daginn eftir.

Algengasta ástæða komu kvenna á bráðamóttökur LSH var andleg vanlíðan, verkir og kviðverkir, sýkingar, slappleiki, líkamsárás, lyfjæitrun og áfengis- eða fíkniefnavandi. Alls voru 94 tilvik sem voru skráð sem líkamsárás hjá 52 konum og í 3 tilvikum (6%) var um innlögn að ræða. Karlar komu oftast vegna verkja, andlegrar vanlíðanar, sýkingar, áfengis-eða fíkniefnavanda. Algengasti yfirflokkur sjúkdómsgreininga bæði kvenna og karla sem komu á bráðamóttökur féllu undir geð- og atferlisraskanir, einkum greiningar tengdar áfengis- og vímuefnavanda. Um 10% koma voru án skráðrar sjúkdómsgreiningar.

Komur heimilisláusra einstaklinga á bráðamóttökur Landspítala

Kostnaður skv. Framtaki, kostnaðarkerfi LSH: Á rannsóknartímabilinu var heildarkostnaður við komur á bráðamóttökur LSH án innlagnar alls um 645 m.kr. (samanlagt á verðlagi hvers árs). Samkvæmt niðurstöðu aðhvarfsgreiningar tengist kostnaður sérstaklega geðröskunum. Árið 2024 var meðalheildarkostnaður hvernar komu heimilisláusra (án innlagnar) um 106 þ.kr. (á verðlagi þess árs). Komur heimilisláusra kvenna voru alls 532 árið 2024 sem gefur heildarkostnað 56,4 m.kr. á ári (á verðlagi þess árs). Um er að ræða allan kostnað, deildar- meðferðar- og rannsóknakostnaður og sameiginlegan kostnað stoðþjónustu og stjórnunar. Samkvæmt gögnum Framtaks nam kostnaður vegna innlagna þessa hóps, að meðtöldum tíma á bráðamóttöku, um 4,6 ma.kr.

2. Hagnýtt gildi rannsóknar

Vonast er til að gagnasöfnun og úrvinnsla upplýsinga sem safnast við rannsóknina leiði til öflugra vísindalegs umhverfis á sviði rannsókna á heilbrigðisþörfum heimilislausra einstaklinga, heilsuhegðun og kostnaði. Auk þess að skapa betri grundvöll til markvissari og upplýstari ákvarðanatöku í tengslum við málaflokkinn.

Vísindalegur ávinningur

- Rannsóknin varpar ljósi á umfang og eðli koma heimilislausra á bráðamóttökur LSH og þann vanda sem að baki liggur. Takmörkuð þekking var fyrir á þessu sviði hérlandis.
- Niðurstöðurnar gefa innsýn í mun milli kynja, ástæður koma, kostnað í heilbrigðisþjónustu, hlutfall endurtekinnar og innlagnir — sem eru mikilvægir mælikvarðar í lýðheilsutengdum rannsóknum.
- Rannsóknin getur lagt grunn að langtímarannsóknum á áhrifum félagslegra þátta á heilbrigðisþjónustu.
- Niðurstöður geta stuðlað að alþjóðlegum samanburði á kostnaði og notkun heimilislausra einstaklinga á heilbrigðisþjónustu.

Hagnýtur ávinningur

1. **Stefnumótun og forgangsröðun:**
 - Niðurstöður geta nýst stjórnvöldum og sveitarfélögum við að móta markvissari úrræði við heimilisleysi, s.s. húsnæðisúrræði eða sérhæfða heilsugæslu.
2. **Samþætt þjónusta og aðgengi:**
 - Rannsóknin getur sýnt fram á þörf fyrir betri samvinnu milli félags- og heilbrigðiskerfis og leitt til stofnunar nýrra þverfaglegra teyma sem miða að bestun heilbrigðisþjónustu við sjúklingahópinn.
3. **Réttlæti og jöfn tækifæri:**
 - Niðurstöðurnar geta stutt við þróun úrræða sem bæta aðgengi jaðarsettra einstaklinga að heilbrigðisþjónustu og draga úr kerfisbundnum hindrunum, svo sem skorti á samfelli í þjónustu og neikvæðum viðhorfum.
4. **Menntun fagfólks:**
 - Niðurstöðurnar geta nýst í fræðslu og þjálfun heilbrigðisstarfsfólks í að mæta þörfum heimilislausra á árangursríkan hátt.
5. **Samfella í þjónustu og sparnaður í heilbrigðiskerfinu:**
 - Með því að greina hvað veldur endurteknum heimsóknum og löngum innlögnum er hægt að þróa inngríp sem draga úr kostnaði og auka skilvirkni í heilbrigðiskerfinu.
 - Rannsóknin fellur að markmiðum heilbrigðisstefnu um að notendum heilbrigðisþjónustu sé tryggð rétt þjónusta á réttum stað. Þ.e. kerfi sem tryggir samfellda þjónustu við notendur á réttu þjónustustigi þar sem jafnframt er gætt að hagkvæmni og jafnræði við veitingu þjónustunnar.

3. Aðferðafræði

Að fengum leyfum frá Vísindasiðanefnd (leyfi nr. VSN2506007 - sjá viðauka II) og Vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisránsókna á LSH (sjá viðauka III) var leitað til velferðarsviðs Reykjavíkurborgar eftir aðstoð við að finna úrtak heimilisláusra. Velferðarsvið heldur utan um skráningar þeirra einstaklinga sem fá þjónustu í neyðarskýlum borgarinnar og lagði fram skjal til undirritunar til að tryggja persónuvernd (sjá viðauka IV) þessa hóps sem er í mjög jaðarsettri stöðu.

Neyðarskýli á vegum Reykjavíkurborgar eru þrjú; Konukot, neyðarskýlið Lindargötu og neyðarskýlið Granda. Þeir einstaklingar hvers kennitölur voru skráðar í grunninn Skýli á vegum borgarinnar sem nýttu sér þjónustu neyðarskýlanna á tímabilinu 01.01.2020–31.12.2024, voru heildarúrtak rannsóknarinnar. Reykjavíkurborg sendi vinnsluaðila á LSH gögnin eftir öruggri rafrænni afhendingarleið í samræmi við leyfi vísindasiðanefndar. Verkefnastjóri starfsemissupplýsinga á hagdeild/rekstrar-og mannauðssviði LSH tók á móti gögnunum. Kennitölum var breytt í rannsóknarnúmer og ekki var gerður dulkóðunarlykill. Því er ekki möguleiki að breyta rannsóknarnúmerum í kennitölur.

Vinnsluaðili á LSH kom gagnasafni (án persónuauðkenna) til rannsakenda en rannsakendur fengu aldrei að sjá kennitölur einstaklinganna, né aðrar persónugreinanlegar upplýsingar. Gagnasafninu var læst með lykilorði sem einungis rannsakandi þekkir og öllum gögnum verður eytt í síðasta lagi 31.12.2026.

Um er að ræða afturskyggna gagnarannsókn. Þær breytur sem rannsakendur fengu upplýsingar um voru eftirfarandi:

- Rannsóknarnúmer einstaklings
- Ár innskriftar
- Heiti bráðamóttöku
- Dagsetning og tími inn- og útskriftar
- Lengd komu í klst.
- Aldursflokkur – 5 ár/10 ár og kyn
- Tegund komu – lýsing
- Ástæða komu – kóði og heiti (ICPC flokkunarkerfi)
- 15 fyrstu sjúkdómsgreiningar skv. ICD-10 flokkunarkerfinu*¹
- Kóði sjúkdómsgreininga nr. 1 og 2 skv. ICD-10 flokkunarkerfinu
- Heiti sjúkdómsgreininga nr. 1 og 2 skv. ICD-10 flokkunarkerfinu
- Tími innlagnar
- Heiti sviðs legudeildar og heiti legudeildar ef innlögn
- Dagsetning innskriftar legu (innlögn)
- Dagsetning útskriftar legu (innlögn)
- Fjöldi legudaga

Til viðbótar við rannsóknargagnasafnið var að leitast við að fá innsýn í áherslu á málaflokk heimilisleysis í kennslu í heilbrigðisvísindum í háskólum á Íslandi og að fá innsýn í núverandi verklag við móttöku heimilisláusra á LSH. Sendar voru fyrirspurnir til Háskólans á Akureyri, Háskólans í Reykjavík og til Háskóla Íslands. Í viðauka I er textinn sem sendur var til háskólanna þriggja og til LSH. Beiðnirnar voru ítrekaðar einu sinni.

¹ *ICD-10 flokkunarkerfið er alþjóðleg tölfraðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála. Vegna þess að rannsóknartímabilið spannar fimm ár geta einstaklingar hafa nýtt sér bæði þjónustu neyðarskýlanna og bráðamóttöku Landspítala, annaðhvort samtímis eða á ólíkum tímum innan tímabilsins.

4. Tölulegar niðurstöður

Skoðaðar voru allar komur á bráðamóttökur LSH á rannsóknartímabilinu. Deildirnar sem gögnum var safnað frá voru sex talsins:

1. Bráðamóttaka Fossvogi, G2/G3
2. Bráðabjónusta geðdeildar, Hringbraut
3. Bráðamóttaka kvenna, Hringbraut 21A/B
4. Bráðamóttaka meðgöngu- og sængurlegudeild, Hringbraut 22A
5. Bráðamóttaka meðgönguverndar, Hringbraut 21B,
6. Fæðingarvakt, Hringbraut 23B

Niðurstöðurnar eru settar fram í fimm köflum: (1) Komur á bráðamóttökur, (2) innlagnir, (3) kostnaður og (4) kennsla, þjálfun og verklag.

1. Komur á Bráðamóttökur

Alls voru 9.491 komur á tímabilinu, þar af 6.464 komur karla (68%) og 3.027 komur kvenna (32%).

Fjöldi einstaklinga var 621; 452 karlar (73%) og 169 konur (27%). Komur kvenna voru nokkuð stöðugar 2020-2023 (561-595), en jukust árið 2024 (683). Komum karla fjölgaði einnig frá 1.072 árið 2020 í 1.246 árið 2024.

Einungis ein koma kynsegin einstaklings var í gögnunum og því er ekki gerð sérstök greining á þeim hópi. Meðalfjöldi koma á einstakling var 15 komur á tímabilinu, miðgildi = 9, tíðasta gildi = 2, lægsta gildi komu = 1, hæsta gildi komu = 292.

1.1. Heildarfjöldi koma á bráðamóttökur LSH á ári

Ár	Fjöldi
2020	1.633 komur
2021	1.859 komur
2022	1.897 komur
2023	2.073 komur
2024	2.029 komur

1.2. Meðallengd komu í klukkustundum og staðalfrávik komulengdar, eftir kyni

Kyn	Meðallengd komu í klst.	Staðalfrávik komulengdar
Karl	6,4	11,6
Kona	7,1	12,9

Konur voru að meðaltali um 40 mínútum lengur á bráðamóttöku miðað við karla. Munurinn er tölfræðilega marktækur en áhrifastærðin var lítil sem bendir til þess að kyn hafi hverfandi áhrif á lengd komu, þrátt fyrir að konur dvelji að jafnaði örlítið lengur.

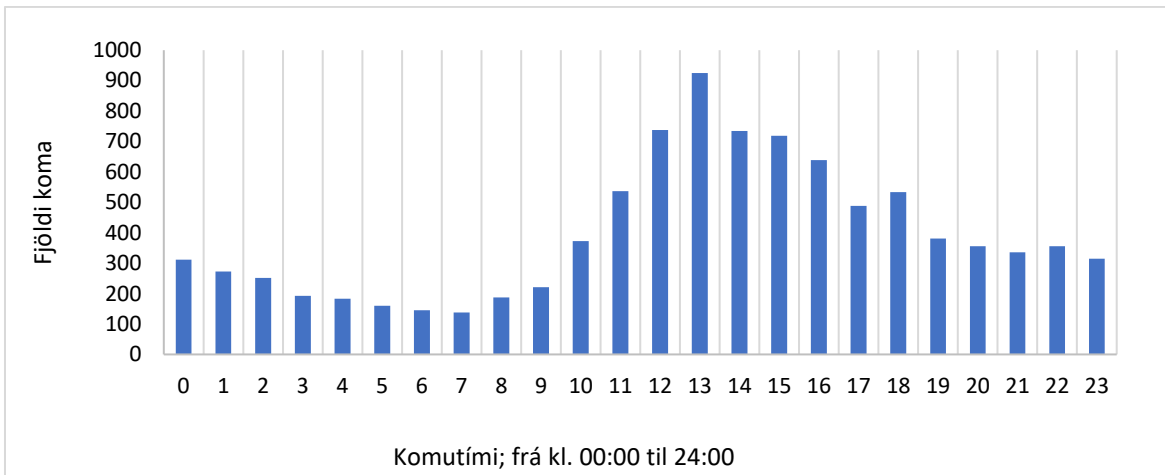
Mikill breytileiki var í komulengd hjá báðum kynjum. Staðalfrávik er hátt ($\approx 11-13$ klst.), sem þýðir að sumir sjúklingar voru á bráðamóttöku í 1–2 klst. en aðrir voru jafnvel í 10–20 klst. eða lengur.

1.2. Meðallengd komu á bráðamóttökur og staðalfrávik, eftir aldursflokkum

Aldurshópur	Meðallengd komu í klst.	Staðalfrávik í klst.
18-19 ára	4,09	6,41
20-24 ára	4,67	7,40
25-29 ára	4,31	7,55
30-34 ára	5,00	8,22
35-39 ára	6,58	11,47
40-44 ára	7,45	11,63
45-49 ára	8,80	15,31
50-54 ára	7,36	13,88
55-59 ára	8,72	15,48
60-64 ára	11,38	19,81
65-69 ára	12,61	16,87
70-74 ára	16,25	22,68
75-79 ára	17,23	20,20

Meðallengd komu á bráðamóttökur eykst jafnt og þétt með hækkandi aldri, úr um fjórum klukkustundum hjá yngstu hópnum í rúmlega 17 klst. hjá elstu hópnum (75–79 ára). Sama á við um staðalfrávik sem eykst einnig með aldri — úr um 6–8 klst. hjá yngstu hópnum í yfir 20 klst. hjá þeim elstu. Þetta bendir til þess að eldri einstaklingar hafi ekki aðeins lengri komur, heldur gæti tímalengdin endurspeglað fjölbreyttari heilsufarslegar þarfir og mismunandi flækjustig tilfella.

1.3. Heildarfjöldi koma á bráðamóttökur LSH eftir tíma sólarhrings, samtals 2020-2024



Fæstar komur eru að næturlagi (milli kl. 02:00 og 07:00) en fjöldi eykst hratt eftir kl. 09:00 og nær hámarki um kl. 13:00. Eftir hádegi dregur smám saman úr komum, þó með smá toppi síðdegis, og fækkar síðan aftur fram á kvöld og nótt. Hér vekur athygli að flestar komurnar eru á þeim tíma sem neyðarskýlin eru lokuð (milli kl. 10:00-17:00).

1.4. Fjöldi koma eftir árum og bráðamóttökum

Bráðamóttökur LSH	2020	2021	2022	2023	2024
Bráðamóttaka Fossvogi, G2/G3	1.168	1.280	1.367	1.536	1.499
Bráðapjónusta geðdeildar, Hringbraut	439	560	507	526	493
Bráðamóttaka kvenna, Hringbraut 21A/B	1	1	1	1	1
Bráðamóttaka meðgöngu- og sængurlegudeild, Hringbraut, 22A	2	1	3	0	3
Bráðamóttaka meðgönguverndar, Hringbraut 22B	20	15	16	8	27
Fæðingarvakt, Hringbraut 23B	3	2	3	2	6
Samtals	1.633	1.859	1.897	2.073	2.029

Á árunum 2020–2024 fóru langflestar komur á bráðamóttökur LSH um Bráðamóttöku Fossvogi, sem tók á móti 68,9–74,1% allra koma á tímabilinu, en Bráðapjónusta geðsviðs var með 24,3–30,1% koma. Aðrar einingar, þar á meðal kvenna- og fæðingartengdar bráðamóttökur, voru samanlagt með innan við 2% allra koma á hverju ári.

1.5. Tegund komu á bráðamóttökur, eftir árum

Tegund komu	2020	2021	2022	2023	2024
Kom frá legudeild	23	17	20	12	15
Innlögn á legudeild í kjölfar komu á BMT	291	376	382	383	380
Fluttur af annarri bráðamóttöku	18	25	40	27	29
Koma án innlagnar	1.301	1.441	1.455	1.651	1.605
Samtals	1.633	1.859	1.897	2.073	2.029

Á árunum 2020–2024 voru flestar komur á bráðamóttökur Landspítala komur án innlagnar, eða á bilinu 77,5–79,7% allra koma á hverju ári. Innlagnir á legudeild í kjölfar komu á bráðamóttökur voru næstalgengastar og námu 17,8–20,3% allra koma (291–383 innlagnir), en komur frá legudeild (0,6–1,4%) og flutningar frá annarri bráðamóttöku (1,1–2,1%) voru mun sjaldgæfari. Heildarfjöldi koma jókst úr 1.633 árið 2020 í 2.073 árið 2023 en lækkaði lítillega í 2.029 komur árið 2024.

1.6. Yfirlit yfir 15 algengustu ástæður komu, eftir kyni

Ástæða komu (ICPC flokkunarkerfi)	Karlar; n (%)	Konur; n (%)
Ekki skráð	2.097 (39%)	936 (35%)
Andleg vanlíðan	524 (10%)	260 (10%)
Annað erindi	310 (6%)	130 (5%)
Kviðverkir	175 (3%)	125 (5%)
Sýking	230 (4%)	70 (3%)
Líkamsárás	151 (3%)	86 (3%)
Slappleiki	110 (2%)	90 (3%)
Skurður	124 (2%)	39 (2%)
Verkir	107 (2%)	43 (2%)
Brjóstverkur	117 (2%)	27 (1%)
Meðvitundarskerðing	82 (2%)	30 (1%)
Krampar	82 (2%)	28 (1%)
Bakverkir	79 (2%)	29 (1%)
Lyfjæitrun	48 (1%)	50 (2%)
Lyfjamisnotkun	57 (1%)	32 (1%)

Hlutföll eru reiknuð af heildarfjölda skráðra komuástæðna hjá hvoru kyni fyrir sig. Algengasta ástæða komu var ekki tilgreind í um 3.000 tilvikum.

1.7. Konur, 10 algengustu sjúkdómsgreiningar eftir yfirflokkum sjúkdómsgreininga

Yfirflokkar ICD -10 sjúkdómsgreininga	2020	2021	2022	2023	2024	Samtals
Geð- og atferlisraskanir	378	363	343	314	374	1.772
Áverki, eitrun og aðrar tiltekna afleiðingar ytri orsaka	90	112	88	98	81	469
Þættir er hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu	61	96	70	85	102	414
Einkenni, teikn og afbrigðilegar klínískar og rannsóknarniðurstöður, ekki flokkuð annars staðar	67	51	78	75	72	343
Sjúkdómar í húð og húðbeð	28	18	25	22	24	117
Sjúkdómar í vöðva- og beinakerfi og í bandvef	27	23	17	19	16	102
Ytri orsakir áverka og dauða	12	16	10	26	19	83
Sjúkdómar í öndunarfærum	5	12	13	12	25	67
Sjúkdómar í þvág- og kynfærum	11	14	10	13	13	61
Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	4	2	6	12	25	49

Greiningar kvenna samkvæmt ICD-10 flokkuðust að mestu undir geð- og atferlisraskanir, sem voru langalgengasti yfirflokkur sjúkdómsgreininga á tímabilinu 2020–2024, samtals 1.772 greiningar, eða um 51% allra greininga í töflunni.

1.8. Karlar, 10 algengustu sjúkdómsgreiningar eftir yfirflokkum sjúkdómsgreininga

Yfirflokkar ICD -10 sjúkdómsgreininga	2020	2021	2022	2023	2024	Samtals fjöldi greininga
Geð- og atferlisraskanir	631	891	771	840	780	3.913
Áverki, eitrun og aðrar tiltekna afleiðingar ytri orsaka	192	227	240	260	212	1.131
Þættir er hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu	129	118	140	159	122	668
Einkenni, teikn og afbrigðilegar klínískar og rannsóknarniðurstöður, ekki flokkuð annars staðar	148	122	106	132	104	612
Sjúkdómar í húð og húðbeð	45	50	83	72	55	305
Sjúkdómar í vöðva- og beinakerfi og í bandvef	58	50	56	58	47	269
Ytri orsakir áverka og dauða	21	24	28	26	41	140
Sjúkdómar í meltingarfærum	22	25	19	42	28	136
Sjúkdómar í öndunarfærum	15	23	31	26	24	119
Sjúkdómar í taugakerfi	14	10	19	21	5	69

Greiningar karla samkvæmt yfirflokkum ICD-10 sýna að geð- og atferlisraskanir voru langalgengasti greiningaflokkurinn á árunum 2020–2024, samtals 3.913 greiningar, sem samsvarar um 53% allra greininga í töflunni.

1.9. Fimm algengustu sjúkdómsgreiningar – kynjaskipting innan ICD-10 greiningar

Yfirflokkar ICD -10 sjúkdómsgreininga	Karlar	Konur	Heild (bæði kyn)	Hlutfall karla	Hlutfall kvenna
Geð- og atferlisraskanir	3.913	1.772	5.685	68,8%	31,2%
Áverkar, eitranir o.fl. ytri orsaka	1.131	469	1.600	70,7%	29,3%
Þættir sem hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu	668	414	1.082	61,8%	38,2%
Einkenni og teikn, ekki flokkuð annars staðar	612	343	955	64,1%	35,9%
Sjúkdómar í húð og húðbeð	305	117	422	72,3%	27,7%

Greiningarmynstur var í meginatriðum sambærilegt meðal kvenna og karla á tímabilinu 2020–2024. Hjá báðum kynjum voru geð- og atferlisraskanir langalgengasti greiningaflokkurinn, sem undirstrikar mikilvægi geð- og vímuefnatengds vanda í þessum sjúklingahópi. Áverkar, eitranir og aðrar afleiðingar ytri orsaka voru næstalgengasti flokkurinn hjá báðum kynjum, sem bendir til þess að bæði heilsufarslegur og félagslegur vandi hafi veruleg áhrif á þjónustunotkun hópsins.

2. Innlagnir í kjölfar komu á bráðamóttöku

Þeir sem lögðust inn eftir komu á bráðamóttöku fóru að verulegu leyti til geðþjónustu, sem líklega endurspeglar þunga geð- og vímuefnatengdra vandamála í þessum sjúklingahópi.

2.1. Hlutfall innlagna af öllum komum á bráðamóttökur eftir árum

Ár	Innlagnir á legudeild	Heildarfjöldi koma	Hlutfall (%)
2020	291	1.633	$(291 / 1.633) \times 100 = 17,8\%$
2021	376	1.859	$(376 / 1.859) \times 100 = 20,2\%$
2022	382	1.897	$(382 / 1.897) \times 100 = 20,1\%$
2023	383	2.073	$(383 / 2.073) \times 100 = 18,5\%$
2024	380	2.029	$(380 / 2.029) \times 100 = 18,7\%$
Samtals	1.812	9.491	

Hlutfall innlagna af öllum komum á bráðamóttökur sveiflast á milli 17,8% og 20,2% yfir tímabilið 2020–2024. Þetta þýðir að um það bil 1 af hverjum 5 komum á bráðamóttökur leiddi til innlagnar á legudeild.

2.2. Legudagar, heildarfjöldi innlagna, eftir árum

Ár	Legudagar	Heildarfjöldi innlagna	Einstaklingar (kt.) ²
2020	2.581	308	156
2021	2.726	376	166
2022	3.396	397	186
2023	3.485	394	199
2024	3.214	382	179
Samtals	15.402	1.857	886

² Sami einstaklingur getur lagst inn oftár en einu sinni á rannsóknartímabilinu og því er samtalan ekki fjöldi einstakra einstaklinga.

Á tímabilinu 2020–2024 voru samtals 1.857 innlagnir skráðar, sem leiddu til alls 15.402 legudaga. Fjöldi einstaklinga sem lögðust inn á hverju ári var á bilinu 156–199, en sami einstaklingur getur komið fyrir oftast en einu sinni á ári og á fleiri en einu ári. Heildarfjöldi innlagna jókst frá 308 árið 2020 í 397 árið 2022, en var síðan svípaður árin 2023 og 2024. Þrátt fyrir nokkrar sveiflur milli ára benda niðurstöðurnar til stöðugar nýtingar á leguþjónustu á tímabilinu.

2.3. Tíðnitafla fyrir samanlagðan heildarfjölda legudaga

Fjöldi legudaga	Einstaklingar
Engin innlögn	213 (34%)
Minna en dagur	13 (2%)
1-5 dagar	82 (13%)
6-10 dagar	54 (9%)
11-25 dagar	86 (14%)
26-50 dagar	68 (11%)
51-100 dagar	57 (9%)
101-250 dagar	36 (6%)
251 eða fleiri dagar	12 (2%)
Samtals	621

Alls áttu 213 einstaklingar enga innlögn á legudeild á fimm ára tímabili (34%), 82 voru með 1–5 legudaga sem þýðir að flestir sem leggjast inn dvelja aðeins í nokkra daga. Lítil hópur hefur mjög marga legudaga í heildina þ.e. 12 manns sem liggja inni á LSH meira en 250 daga og 36 voru innlagðir í 101–250 daga. Þetta eru útlagagildi sem hafa mikil áhrif á meðaltalið og útskýra hátt staðalfrávik. Enginn kynjamunur var á lengd legu. Meðalfjöldi og breytileiki eru nánast þeir sömu hjá körlum og konum, sem bendir til þess að kyn skipti litlu máli í legutíma.

2.4. Meðallegutími á legudeild og staðalfrávik eftir aldursflokkum

Aldurshópur	Meðallegutími (dagar)	Staðalfrávik (dagar)
18-19 ára	8,2	16,6
20-24 ára	7,5	11,5
25-29 ára	11,2	24,9
30-34 ára	10,7	18,0
35-39 ára	9,7	22,1
40-44 ára	10,4	17,1
45-49 ára	9,8	13,9
50-54 ára	9,7	14,0
55-59 ára	6,3	11,0
60-64 ára	8,0	10,6
65-69 ára	11,5	11,2
70-74 ára	8,7	10,6
75-79 ára	41,4	42,5

Meðallegutími innlagna var breytilegur eftir aldri og var að jafnaði á bilinu 6,3 til 11,5 dagar hjá flestum aldurshópum. Stystur var meðallegutíminn hjá einstaklingum á aldrinum 55–59 ára (6,3 dagar) og 20–24 ára (7,5 dagar), en lengstur hjá einstaklingum á aldrinum 65–69 ára (11,5 dagar) og 25–29 ára (11,2 dagar). Hjá flestum aldurshópum var meðallegutími á bilinu 8–11 dagar.

Einstaklingar á aldrinum 75–79 ára skáru sig hins vegar úr með mun lengri meðallegutíma en aðrir hópar, eða 41,4 daga að meðaltali. Einnig var staðalfrávik í þeim hópi mjög hátt (42,5 dagar), sem bendir til mikils breytileika í legulengd. Staðalfrávik var almennt hátt í flestum aldurshópum, sérstaklega hjá einstaklingum á aldrinum 25–29 ára (24,9 dagar) og 35–39 ára (22,1 dagar), sem bendir til þess að legulengd hafi verið mjög mismunandi milli einstaklinga. Í heild sinni sýna niðurstöðurnar að legutími var fremur sambærilegur milli flestra aldurshópa, en að elstu einstaklingarnir höfðu að jafnaði mun lengri legur en aðrir.

2.5. Meðalfjöldi legudaga og staðalfrávik (þegar þeir eru fleiri en 0), eftir kyni

Kyn	Meðalfjöldi	Staðalfrávik
Karl	6,4 dagar	11,7 dagar
Kona	7,1 dagar	12,9 dagar

Karlar og konur eru nánast með sama meðalfjölda legudaga. Staðalfrávikin er mjög hátt miðað við meðaltalið, sem þýðir: Flestir dvelja mjög stutt, en nokkrir einstaklingar dvelja mjög lengi — og þeir hækka meðaltalið verulega. Munur milli kynjanna er þó ekki tölfræðilega marktækur.

3. Kostnaður

Upplýsingar um kostnað voru fengnar úr Framtaki, kostnaðarkerfi LSH en kerfið byggir á klínískri skráningu í sjúkraskrá. Allar tölur eru í íslenskum krónum og á verðlagi hvers árs nema að annað sé tekið fram.

3.1. Heildarkostnaður vegna koma (án innlagna) á bráðamóttökur, skipt eftir árum

Ár	Heildarkostnaður
2020	94.686.234 kr.
2021	100.784.130 kr.
2022	130.786.222 kr.
2023	151.308.267 kr.
2024	167.374.623 kr.
Samtals	644.939.476 kr.

Það athugast að tölur hér hafa ekki verið uppfærðar á verðlag júlí 2025.

Kostnaður vegna koma á bráðamóttökur sem ekki leiddu til innlagnar jókst jafnt og þétt á tímabilinu 2020–2024. Heildarkostnaður hækkaði úr 94,7 m.kr. árið 2020 í 167,4 m.kr. árið 2024, sem samsvarar um 77% aukningu á tímabilinu. Mest var hækkunin á milli árána 2021 og 2022, þegar kostnaður jókst úr 100,8 m.kr. í 130,8 m.kr.

Samtals nam kostnaður vegna koma á bráðamóttökur án innlagnar 644,9 m.kr. á rannsóknartímabilinu.

3.2. Innlagdir á LSH. Legur, legudagar og kostnaður eftir aldursflokki (samþals árin 2020–2024)

Aldursflokkur	Fjöldi lega	Lengd legu (dagar)	Kostnaður í heild (kr.)
10–19 ára	47	349	94.643.593
20–29 ára	554	4.390	1.036.066.369
30–39 ára	570	4.646	1.173.268.758
40–49 ára	299	2.947	795.114.787
50–59 ára	214	1.641	460.412.138
60–69 ára	149	1.163	351.750.757
70–79 ára	24	266	78.059.080
Samþals	1.857	15.402	3.989.315.482

Á tímabilinu 2020–2024 voru samþals 1.857 legur skráðar á Landspítala, alls 15.402 legudagar. Heildarkostnaður innlagna á tímabilinu var tæpir 4,0 ma.kr. Meginþungi innlagna var meðal einstaklinga á aldrinum 20–39 ára, en þeir stóðu samantlagt að baki 1.124 legum (60,5%), 9.036 legudögum (58,7%) og um 2,2 ma.kr. í kostnaði, sem samsvarar rúmlega 55,4% af heildarkostnaði tímabilsins.

3.3. Meðalkostnaður við komu á bráðamóttökur eftir fjölda greininga og kyni.

Fjöldi greininga	Meðalkostnaður Karlar	Meðalkostnaður Konur	Fjöldi Karlar	Fjöldi Konur
1-5	321.547 kr.	409.175 kr.	219	56
6-10	1.054.741 kr.	956.325 kr.	116	53
11-15	1.708.430 kr.	1.861.645 kr.	61	29
16-20	2.701.163 kr.	2.990.535 kr.	27	13
21-25	3.845.522 kr.	3.763.373 kr.	17	6
26+	9.750.865 kr.	6.702.194 kr.	13	11

Kostnaður eykst með fjölda greininga. Hjá bæði körlum og konum hækkar meðalkostnaður mjög reglulega eftir því sem fjöldi greininga eykst. Hann fer frá ~320 þús. kr. (1–5 greiningar) upp í 9,7 m.kr. (26+ greiningar) hjá körlum.

Konur hafa almennt aðeins hærri meðalkostnað í flestum flokkum, nema í hæsta (26+) flokki þar sem karlar hafa miklu hærri kostnað. Þetta gæti bent til þess að þeir karlar sem eru með mjög marga sjúkdóma eru sérlega kostnaðarsamir.

3.4. Líkan fyrir kostnað vegna komu á bráðamóttökur eftir sjúkdómsgreiningum.

Líkanið skoðar hvaða þættir tengjast hærri kostnaði þegar einstaklingur kemur á bráðamóttöku og tekur mið af eftirfarandi breytum:

- kyni,
- aldursflokkur við fyrstu komu,
- og eftir því hvort einstaklingurinn hafi tiltekna tegundir sjúkdóma eða áverka.

Þetta er gert með aðhvarfsgreiningu þar sem háða breytan er kostnaður. Aðhvarfsgreining er tölfræðileg aðferð sem metur hvaða þættir tengjast niðurstöðu, svo sem kostnaði eða legulengd, þegar tekið er tillit til annarra þátta samtímis.

Breytur sem hafa tölfræðilega marktæk áhrif ($p < 0.05$)

Heiti sjúkdómsgreiningar	Áhrif (β) ³	Túlkun
Áverki, eitrun og aðrar tiltekna afleiðingar ytri orsaka	0.48***	Kostnaður er hærri hjá þeim sem koma vegna áverka eða eitrunar.
Geð- og atferlissraskanir	0.97***	Þessir einstaklingar hafa verulega hærri kostnað (sterkustu áhrifin í líkaninu).
Þættir sem hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu	0.65***	Hærri kostnaður.
Sjúkdómar í húð og húðbeði	0.41***	Hærri kostnaður.
Sjúkdómar í meltingarfærum	0.30***	Hærri kostnaður.
Sjúkdómar í öndunarfærum	0.34***	Hærri kostnaður.
Sjúkdómar í þvag- og kynfærum	0.24*	Hærri kostnaður.
Sjúkdómar í vöðva- og beinakerfi og bandvef	0.36***	Hærri kostnaður.
Ytri orsakir áverka og dauða	0.30***	Hærri kostnaður.
Aldursflokkur 20–24 ára	0.30*	Þessi aldersflokkur hefur aðeins hærri kostnað miðað við viðmiðunarhóp

Breytur sem ekki eru marktækar

- Kyn ($p = 0.798$) → enginn munur milli kynja.
- Eftir að tekið hafði verið tillit til annarra þátta í líkaninu reyndist aldur almennt ekki tengjast kostnaði með marktækum hætti, að undanskildum aldurshópnum 20–24 ára.

Kostnaður vegna koma einstaklinga á bráðamóttökur með eftirfarandi greiningar er hærri:

- Geð- og atferlissraskanir → $e^{0.97} \approx 160\%$ hærri kostnaður (en hjá þeim sem ekki eru með geð- og atferlissraskanir)
- Þættir sem hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu → $e^{0.65} \approx 92\%$ hærri kostnaður
- Áverkar, eitrunir og aðrar tiltekna afleiðingar ytri orsaka → $e^{0.48} \approx 62\%$ hærri kostnaður
- Sjúkdómar í húð og húðbeði, meltingarfærum, öndunarfærum, í vöðva- beina kerfi og í bandvef og ytri orsakir áverka og dauða eru einnig greinilega tengdir meiri kostnaði.

Í heild benda niðurstöðurnar til þess að kostnaður vegna koma á bráðamóttökur tengist fyrst og fremst eðli og alvarleika undirliggjandi heilsufarsvanda fremur en kyni eða aldri einstaklinga. Geð- og atferlissraskanir höfðu sterkustu tengslin við aukinn kostnað.

³ Marktækni: 0 '***'; 0.001 '**'; 0.01 '*'

3.5. Meðalkostnaður vegna legu, eftir aldri, við fyrstu komu.

Aldursflokkur	Meðalkostnaður
15 - 19 ára	6.567.838 kr.
20 - 24 ára	9.856.830 kr.
25 - 29 ára	9.579.454 kr.
30 - 34 ára	7.736.068 kr.
35 - 39 ára	7.018.812 kr.
40 - 44 ára	7.581.424 kr.
45 - 49 ára	7.642.904 kr.
50 - 54 ára	4.588.923 kr.
55 - 59 ára	6.547.916 kr.
60 - 64 ára	5.019.533 kr.
65 - 69 ára	8.688.077 kr.
70 - 74 ára	13.551.968 kr.
75 - 79 ára	489.761 kr. ⁴

- Yngri hópar (15–29 ára)

Kostnaðurinn er nokkuð hár, 6–9,5 m.kr.

Þetta gæti endurspeglað sérstök eða flókin tilfelli meðal yngra fólks, t.d. slys, fæðingar, alvarleg veikindi eða aðgerðir.

- Miðaldra hópar (30–59 ára)

Kostnaðurinn sveiflast milli 4,5–7,6 m.kr.

Þetta bendir til meðalhófs í kostnaði, líklega vegna minni alvarleika eða styttri legu.

- Eldri hópar (65–74 ára)

Kostnaðurinn hækkar aftur, sérstaklega í hópnum 70–74 ára þar sem hann fer upp í 13,5 m.kr.

Eldri sjúklingar þurfa oft flóknari eða lengri meðferð.

Í einföldu máli:

Meðalkostnaður við innlögn er almennt hár hjá ungu fólki, lækkar um miðjan aldur, en hækkar aftur þegar fólk eldist og þarf mögulega flóknari meðferð.

3.6. Meðalkostnaður við legu eftir fjölda greininga og kyni

Fjöldi greininga	Meðalkostnaður (karl)	Fjöldi karla	Meðalkostnaður (kona)	Fjöldi kvenna
1-5	1.775.892 kr.	219	4.877.973 kr.	56
6-10	6.124.850 kr.	116	6.341.494 kr.	53
11-15	17.740.305 kr.	61	12.252.630 kr.	29
16-20	15.857.851 kr.	27	19.229.903 kr.	13
21-25	20.249.628 kr.	17	12.638.206 kr.	6
26+	20.111.273 kr.	13	19.310.452 kr.	11

Túlkun á mýnstri:

Kostnaður eykst með fjölda greininga. Fólk með 1–5 greiningar kostar tiltölulega lítið (1,7–4,8 m. kr.), en með 11+ greiningar kostar að meðaltali 12–20 m. kr.

Munur milli kynja:

⁴ Fáir einstaklingar voru í elsta aldurshópnum og því bera að túlka niðurstöður varlega.

Í hópnum sem er með 1–5 greiningar hafa konur miklu hærri meðalkostnað (um 4,9 m.kr. á móti 1,8 m.kr. hjá körlum). Í hópnum sem er með 6–15 greiningar er kostnaður svipaður milli kynja eða aðeins hærri hjá körlum. Í hópnum með 26+ greiningar er kostnaðurinn mjög hár fyrir bæði kyn (15–20 m.kr.), en ekki mikill kynjamunur.

Það eru margir með 1–10 greiningar, en mjög fáir með 26+ greiningar. Því fleiri sjúkdómsgreiningar sem einstaklingur hefur, því hærri verður meðalkostnaður við innlögn. Munurinn á kynjum er mestur hjá þeim sem eru með fáar greiningar (konur kosta meira þar), en minnkar þegar fjöldi greininga eykst.

3.7. Líkan fyrir kostnaði við legu eftir sjúkdómsgreiningum

Líkanið spáir fyrir um kostnað við legu út frá eftirfarandi breytum:

- kyni,
- aldri við fyrstu komu,
- og ýmsum sjúkdómaflokkum (t.d. geðraskanir, blóðrásarsjúkdómar, áverkar o.s.frv.).

Marktækar breytur ($p < 0.05$):

Breyta	Áhrif (β) ⁵	Túlkun
Geð- og atferlisraskanir	0.89	Um 145% hærri legukostnaður að meðaltali miðað við þau sem ekki hafa slíka greiningu.
Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	0.57	Um 77% hærri legukostnaður.
Áverki, eitrun o.fl.	0.48	Um 62% hærri legukostnaður.
Þættir sem hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu	0.35	Um 42% hærri legukostnaður.

Athugið að áhrifastuðlar í köflum 3.4 og 3.7 byggja á tveimur ólíkum líkönum; annars vegar kostnaði vegna koma á bráðamóttöku og hins vegar kostnaði vegna innlagna.

Kyn og flestir aldursflokkar hafa ekki marktæk áhrif. Líkanið sýnir að geð- og atferlisraskanir, áverkar, blóðrásarsjúkdómar og þættir tengdir samskiptum við heilbrigðisþjónustu tengjast marktækt hærri legukostnaði. Þetta bendir til þess að einstaklingar með geð- og atferlisraskanir, sjúkdóma í blóðrásarkerfi, áverka og eitranir, auk greininga sem tengjast samskiptum við heilbrigðisþjónustu, hafi að jafnaði hærri legukostnað en aðrir sjúklingar þegar tekið hefur verið tillit til annarra þátta í líkaninu.

3.8. Heildarkostnaður – Legukostnaður + bráðamóttökukostnaður með og án innlagna

Ár	Legudagar	Heildarkostnaður	Uppreiknað áverðlag í júlí 2025
2020	2.581	702.680.425 kr.	985.053.703 kr.
2021	2.726	778.383.338 kr.	1.046.199.945 kr.
2022	3.396	988.765.501 kr.	1.257.490.016 kr.
2023	3.485	1.089.757.246 kr.	1.260.591.597 kr.
2024	3.214	1.060.306.156 kr.	1.149.955.036 kr.
Samtals	15.402	4.619.892.666 kr.	5.699.290.297 kr.

Heildarkostnaðartölur hvers árs hafa verið uppfærðar miðað við verðlag í júlí 2025. Miðað var við verðlag í janúar hvers árs og notast var við verðlagsreiknivél Hagstofu Íslands:

<https://www.hagstofa.is/verdlagsreiknivél>.

⁵ Hægt er að líta á β -stuðulinn sem mælikvarða á hversu mikið viðkomandi greining „ýtir undir“ kostnað. Því stærri sem stuðullinn er, því meiri er kostnaðaraukningin að öðru óbreyttu.

Heildarkostnaður vegna koma á bráðamóttökur og innlagna jókst verulega á tímabilinu 2020–2023, úr 702,7 m.kr. árið 2020 í 1.089,8 m.kr. árið 2023. Að teknu tilliti til verðlagsþróunar jafngildir þetta hækkun úr 985,1 m.kr. í 1.260,6 m.kr. á verðlagi í júlí 2025. Árið 2024 lækkaði heildarkostnaður lítillega frá fyrra ári, en var engu að síður yfir einum milljarði króna. Samanlagður heildarkostnaður tímabilsins nam 5,7 ma.kr. á verðlagi í júlí 2025, eða 1,1 ma.kr. á ári að meðaltali þau fimm ár sem skoðuð voru.

4. Kennsla, þjálfun og verklag

Svör við fyrirspurnum til háskólanna og til LSH.

4.1. Háskólarnir

Frá Háskóla Íslands barst svar frá kennslustjóra Læknadeildar þess efnis að ekkert eitt námskeið sé tileinkað þessu efni. Það er hins vegar komið inn á málefni heimilisláusra einstaklinga í ýmsu samhengi í mismunandi klínískum námskeiðum. Ekki bárust svör frá Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild né Sálfræðideild.

Í Háskólanum á Akureyri er ekki um að ræða heilt námskeið sem fjallar um málaflokkinn en fjallað er um heimilisleysi í grunnnámskeiðum í hjúkrunarfræði þar sem fjallað um „economic inequalities and its effect on health“, í samfélagshjúkrun er fyrirlestur um viðfangsefnið og nemendur hafa kost á að vinna verkefni í tengslum við það. Í nýju námskeiði um heilsugæsluhjúkrun og samfélagið verður sérstaklega fjallað um þetta efni í fyrirlesturum, umræðufundum og verkefni um jaðarhópa og eru heimilisláusir þar á meðal.

Í þverfaglega námskeiðinu í meistaranámi um geðheilbrigði er lítillega fjallað um þjónustu við notendur vímuefna.

Ekki bárust svör frá Háskólanum í Reykjavík.

4.2. Landspítali

Svör frá LSH voru á þá leið að spítalinn leitast við að tryggja að gæðaskjöl stofnunarinnar eigi við alla hópa samfélagsins, einkum hvað varðar ferli í gegnum heilbrigðisþjónustuna, í samræmi við 1. gr. laga um réttindi sjúklinga. Ekki liggja fyrir sérstök gæðaskjöl sem beinlínis taka til heimilisláusra, en þjónusta við þennan hóp kemur þó að einhverju leyti fram í ákveðnum skjölum. Má þar nefna gæðaskjalið *Félagsráðgjafi á bráðamóttöku í Fossvogi*, þar sem fjallað er um hlutverk félagsráðgjafa í starfi, og einnig skjal sem fjallar um undirbúning fyrir útskrift sjúklings af legudeild. Þar kemur fram að félagsráðgjafi eða útskriftarteymi beri ábyrgð á að sækja um félagsþjónustu þegar þess er þörf, þó án þess að heimilisláusir séu sérstaklega nefndir.

Til er listi yfir úrræði fyrir heimilisláusa en hann er ekki formlega útgefinn sem gæðaskjal í gæðahandbók spítalans. Um er að ræða lifandi skjal sem er reglulega uppfært og aðgengilegt fagfólki stofnunarinnar.

Þá eru einnig í vinnslu nokkur skjöl sem ekki hafa enn verið gefin út sem formleg gæðaskjöl, en ljóst er að einhverju marki er þegar hafin notkun á verklagsreglum sem í þeim felast. Þar má nefna vinnu við verklag fyrir sérhæfða lágþröskuldamóttöku á göngudeild smitsjúkdóma, sem og þjónustu á vettvangi, til dæmis í gistiskýlum.

5. Umræður

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að heimilislausir einstaklingar nýta bráðþjónustu LSH ítrekað, hátt hlutfall koma er án innlagnar, heildarkostnaður er verulegur og byrði vegna geð- og vímuefnatengds vanda mikil. Þetta mynstur bendir til þess að bráðamóttakan gegni í mörgum tilfellum hlutverki sem viðkomustaður fyrir einstaklinga með flókinn og langvinnan vanda, þar sem skortur er á samfellu í þjónustu og viðeigandi úrræðum utan spítala (1–3). Líkönin tvö meta ólíka þætti, fyrra líkanið (3.4) skoðar kostnað vegna komu á bráðamóttöku en seinna líkanið (3.7) kostnað vegna innlagna á legudeild. Þrátt fyrir þennan mun sýna bæði líkönin að geð- og atferlisraskanir, áverkar og aðrir flóknir heilbrigðis- og félagslegir þættir tengjast marktækt hærri kostnaði. Þetta bendir til þess að undirliggjandi heilsufarsvandi hafi áhrif á kostnað bæði á bráðamóttöku og síðar á legudeild.

Athygli vekur að um 80% koma heimilislausra einstaklinga á bráðamóttökur leiddu ekki til innlagnar og að hlutfall innlagna var stöðugt yfir rannsóknartímabilið. Þessi niðurstaða gæti bent til þess að stór hluti koma endurspegli ekki bráð læknisfræðileg veikindi, heldur aðstæður sem tengjast félags- og kerfislægum þáttum, svo sem húsnæðisóðryggi, skorti á dagþjónustu og takmörkuðu aðgengi að samþættri geð- og félagsþjónustu. Svipuðu mynstri hefur verið lýst í evrópskum rannsóknum á notkun heilbrigðisþjónustu meðal fólks sem býr við heimilisleysi í löndum með almennt aðgengi að heilbrigðiskerfinu, þar sem bráðþjónusta verður oft fyrsta eða eina aðgengilega heilbrigðisþjónustan (3-4). Þessa túlkun styðja einnig upplýsingar úr ársskýrslum Konukots (viðauki V), þar sem árið 2024 var hringt 107 sinnum á sjúkrabíl. Í flestum tilvikum var hringt á sjúkrabíl vegna líkamlegrar heilsu gesta, en einnig vegna ofskömmtnar. Þetta bendir til þess að heilbrigðisþarfir þessa hóps komi oft fram utan hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu og leiði ítrekað til notkunar bráðþjónustu og viðbragðskerfa.

Kostnaðargreining rannsóknarinnar bendir til þess að lítill hópur einstaklinga virðist standa að baki stórum hluta heildarkostnaðar. Niðurstöðurnar sýna jafnframt að stór hluti kostnaðar tengist geð- og atferlisskökkunum, áverkum og greiningum sem flokkast undir „þætti er hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu“. Slík kostnaðardreifing er talin tengjast endurteknum komum, langvinnnum heilsufarsvanda og erfiðleikum við útskrift og eftirfylgni þegar einstaklingar búa við ótryggt húsnæði (1,3). Í því ljósi má túlka niðurstöður rannsóknarinnar sem vísbendingu um að skortur á stöðugleika í húsnæði og þjónustu geti haft veruleg áhrif á nýtingu bráða- og leguþjónustu.

Þótt gagnasafn rannsóknarinnar byggi á skráningum einstaklinga sem nýttu neyðarskýli, er ljóst að slíkar skrár ná ekki utan um allar birtingarmyndir heimilisleysis. Samkvæmt evrópskum skilgreiningum á heimilisleysi, svo sem ETHOS-flokkunarkerfinu, sem nær einnig til falins heimilisleysis og ótryggra búsetuforma er heimilisleysi fjölpætt (5). Þetta á sérstaklega við um konur, sem rannsóknir sýna að eru líklegri til að búa við falið heimilisleysi og leita síðar til heilbrigðisþjónustu þegar vandi er orðinn alvarlegur (6-7, 13-14 þetta kann að skýra að hluta hvers vegna konur eru færri í gagnasafninu. Þrátt fyrir það sýna niðurstöðurnar að heilbrigðisþjónustunotkun og kostnaður meðal þeirra sem komu fram í gagnasafninu var verulegur.

Í þessu ljósi er eðlilegt að túlka niðurstöður rannsóknarinnar í samhengi við húsnæðismiðaðar nálganir (e. *Housing First* og *housing-led*) sem hluta af heildstæðri túlkun á þjónustunotkun heimilislausra. Rannsóknir hafa sýnt að þegar stöðugt húsnæði, samhliða viðeigandi stuðningi er í boði, dregur úr endurkomum á bráðamóttökur og notkun kostnaðarsamrar heilbrigðisþjónustu (4,8-9). Þótt slík íhlutun sé ekki metin beint í þessari rannsókn, samræmast niðurstöður hennar þeirri ályktun að skortur á húsnæðisöryggi sé lykilmáttur í þeirri notkun þjónustu sem hér er lýst.

Þjónustunotkun kvenna jókst á rannsóknartímabilinu, eins og sést af aukningu koma þeirra á bráðamóttöku. Í því samhengi hafa húsnæðismiðaðar nálganir reynst sérstaklega mikilvægar fyrir konur, meðal annars vegna þess að þær auka öryggi þeirra og þannig eru þær síður útsettar fyrir ofbeldi (15).

Að lokum benda niðurstöður til þess að skortur sé á skipulegri kennslu innan heilbrigðisvísinda og að skerpa megi á verklagi innan heilbrigðiskerfisins. Leiðbeiningar um bestu starfsvenjur leggja áherslu á áfallamiðaða nálgun, skaðaminnkun og kerfisþekkingu (e. *Structural competence*) sem lykilþætti í árangursríkri þjónustu við þennan hóp (16,17). Slík nálgun er jafnframt talin nauðsynleg til að hámarka árangur húsnæðismiðaðra íhlutana.

Samandregið styðja niðurstöður rannsóknarinnar þá ályktun að heimilisleysi sé ekki einungis félagslegt vandamál heldur einnig mikilvægt heilbrigðismál. Endurteknar bráðakomur endurspeglar kerfislægan skort á samfellu og aðgengi, ekki eingöngu heilbrigðisvanda.

Næstu skref

a) Tillögur að aðgerðum (2026–2030)

1. Samhæfing og skýr ábyrgð

Styrkja þarf samhæfingu milli LSH, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Reykjavíkurborgar og eftir atvikum annarra sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu með skýrt skilgreindum hlutverkum, ábyrgð og samstarfsleiðum. Áherslan ætti að vera á samræmdar þjónustuleiðir, einfalda ferla og betri samfellu á milli bráðþjónustu, heilsugæslu, geðþjónustu, félagsþjónustu og húsnæðisúrræða.

2. Lágþröskulda- og vettvangsþjónusta

Auka þarf lágþröskuldaþjónustu í nánu samstarf heilbrigðis- og félagsþjónustu og veita reglubundnari vettvangsþjónustu með aðkomu þverfaglegs teymis. Markmiðið er að veita þjónustu án tilvísana eða greiðslu, fyrr og á réttum stað á réttum tíma til að draga úr endurteknum komum á bráðþjónustu.

3. Kynjasambætting í þjónustu

Þjónusta við fólk í heimilisleysi þarf að vera áfallamiðuð og skaðaminnkandi og byggjast á kynjasambættingu í samræmi við jafnréttislög. Kynja- og jafnréttissjónarmið skulu sambætt í stefnumótun, skipulag, framkvæmd og mat þjónustunnar. Með þeim hætti verður betur unnt að greina og mæta ólíkri stöðu og þjónustupörfum kvenna, karla og kvára, með tilliti til falins heimilisleysis, ofbeldis, óöryggis og fjölþættrar mismununar.

4. Samfella við útskrift

Setja þarf skýrari viðmið um útskrift heimilislausra einstaklinga af LSH. Markmiðið þarf að vera að enginn sé útskrifaður án mats á húsnæðisstöðu, tengingar við viðeigandi þjónustu og skráðrar ábyrgðar á eftirfylgd. Með slíku verklagi, þar sem félagsráðgjafar vinna með sveitarfélögum að útskriftaráætlunum, má styrkja samfellu í þjónustu og draga úr líkum á að einstaklingar falli á ný milli kerfa að lokinni komu á bráðamóttöku eða innlögn.

5. Húsnæðismiðaðar lausnir

Niðurstöðurnar styðja jafnframt við mikilvægi húsnæðismiðaðra lausna samhliða heilbrigðis- og félagslegum stuðningi. Æskilegt er að þróa afmarkað tilraunaverkefni fyrir þann hóp sem nýtir bráðþjónustu mest, með tengingu á milli varanlegs húsnæðis, stuðningsþjónustu og heilbrigðisþjónustu. Slík nálgun gæti skapað mikilvægan lærdóm um áhrif húsnæðisöryggis á heilsu, þjónustunotkun og kostnað.

6. Betri gögn og samræmd greining

Forsenda markvissra úrbóta er að gögn endurspegli raunverulega stöðu. Þróa þarf skráningu og greiningu í samræmi við ETHOS Light þannig að falið heimilisleysi, ótrygg búseta og kynjamunur verði sýnilegri í heilbrigðis- og félagskerfinu. Slík greining er lykilforsenda fyrir betri yfirsýn, markvissari úrræðum og raunhæfu mati á árangri. Áhersla jafnréttislaga á kyngreinda tölfræði styður vel við þessa nálgun.

7. Fræðsla og þjálfun

Efla þarf fræðslu og endurmenntun starfsfólks um heimilisleysi, áhrif þess á heilsufar, skaðaminnkun, áfallamiðaða nálgun og kynjasambættingu í þjónustu. Einnig að Innleiða námsefni um heimilisleysi og heilbrigðisþjónustu í félagsráðgjafanámi læknis-, hjúkrunar- og sálfræði. Þá þarf að tryggja að lærdómur af framkvæmd, þróunarverkefnum og samstarfi milli stofnana nýtist beint í áframhaldandi stefnumótun og skipulag þjónustu. Með þeim hætti verður unnt að þróa þjónustuna stig af stigi á grundvelli reynslu, gagna og mats á árangri.

b) Eftirfylgd og árangursmælikvarðar

- Fjöldi koma og innlagna heimilislausra einstaklinga á bráðamóttöku LSH.
- Fjöldi einstaklinga sem fá útskriftaráætlun við útskrift af LSH, í samræmi við Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu 2019–2030.
- Ánægja þjónustunotenda (sjálfsmat).
- Ánægja starfsfólks og samvinna milli stofnana.

c) Samantekt:

1. Lagt er til við heilbrigðisráðuneytið að stofna stýrihóp með fulltrúum LSH, Heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu, Reykjavíkurborgar og haghöfum.
2. Hefja vinnu við verk- og kostnaðaráætlun fyrir lágþröskuldabjónustu og vettvangsteymi (2026).
3. Setja á laggirnar tilraunaverkefni 2027–2028 með mælanlegum árangursvísimum.
4. Meta árangur og festa í sessi sem varanlega þjónustu 2029–2030.

6. Leyfi, ábyrgðarmenn og samstarfsaðilar

Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir framkvæmd rannsóknar þann 25. júní 2025 (VSN2506007). Sjá viðauka II.

Vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á LSH veitti leyfi fyrir framkvæmd rannsóknar þann 1. júlí 2025. (Tilv. 16). Sjá viðauka III.

Reykjavíkurborg sendi yfirlýsingu skráarhaldara til ábyrgðarmanns rannsóknar þann 21. júlí 2025 (VEL25070053). Sjá viðauka IV.

Aðilar sem komu að gerð skýrslunnar: Drífa Jónasdóttir, sjálfstætt starfandi sérfræðingur (ábyrgðarmaður rannsóknar). Elísabet Guðmundsdóttir verkefnastjóri á hagdeild LSH er ábyrgðarmaður gagna á LSH. Meðrannsakandi er Kristín I. Pálsdóttir, framkvæmdastjóri og talskona Rótarinnar, félagasamtaka. Rannsóknasjóður Rótarinnar greiddi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar.

Heimildaskrá

1. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Lewer D, Katikireddi SV, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, and disparities in healthcare utilization and outcomes: a population-based cohort study. *Lancet*. 2018;391(10117):241–250.
2. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet*. 2014;384(9953):1541–1547.
3. Lewer D, Menezes D, Cornes M, Blackburn R, Byng R, Clark M, et al. Hospital readmission and emergency department use among homeless adults in England: a cohort study. *BMJ Open*. 2019;9:e024900.
4. Pleace N, Culhane DP. Better than cure? Testing the case for Housing First in the European context. *Eur J Homelessness*. 2016;10(2):15–39.
5. FEANTSA. *ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*. Brussels: FEANTSA; 2017.
6. Bretherton J. Reconsidering gender in homelessness. *Eur J Homelessness*. 2017;11(1):1–22.
7. Mayock P, Bretherton J. Women’s homelessness and domestic violence: (Re)building lives through housing? *Housing Studies*. 2016;31(3):1–21.
8. Tsemberis S. *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minneapolis: Hazelden; 2010.
9. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, et al. A multiple-city RCT of Housing First with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2016;67(3):275–281.
10. Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, Nisenbaum R, Latimer E, Rabouin D, et al. Effect of scattered-site Housing First on housing stability and health service use among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA*. 2015;313(9):905–915.
11. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*. 2001;285(2):200–206.
12. Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *J Gen Intern Med*. 2010;25(5):445–450.
13. Watson J, Crawley J, Kane D. Social exclusion, health and homelessness. *Soc Sci Med*. 2016;148:1–9.
14. Raven MC, Tieu L, Lee CT, Ponath C, Guzman D, Kushel MB. Emergency department use in a cohort of older homeless adults: results from the HOPE HOME study. *Acad Emerg Med*. 2017;24(7):843–854.
15. Doran KM, Ragins KT, Gross CP, Zerger S. Medical respite programs for homeless patients: a systematic review. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(2):499–524.
16. Hwang SW, Weaver J, Aubry T, Hoch JS. Hospital costs and length of stay among homeless patients admitted to medical, surgical, and psychiatric services. *Med Care*. 2011;49(4):350–354.
17. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126–133.

Viðaukar

Viðauki I - Beiðni um upplýsingar til háskólanna (HR, HÍ og HA) og til LSH.

Góðan dag

Rannsóknarsjóður Rótarinnar, félagasamtaka lætur nú vinna samantekt og greiningu á gögnum frá bráðamóttökum LSH þegar kemur að heilbrigðisþjónustu við heimilislausu einstaklinga. Verkefnið hefur fengið leyfi frá Vísindasiðanefnd (VSN2506007) og frá Vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á LSH (Tilv. 16). Öllum gögnum frá LSH hefur þegar verið safnað.

Til að henda reiður á fyrirkomulag í kennslu og þjálfun heilbrigðisstarfsmanna við Háskólann á Akureyri er óskað eftir upplýsingum um heiti kúrsa þar sem áhersla er á heilbrigðisþjónustu til handa heimilislausum einstaklingum og einingafjölda (ECTS). Sambærileg fyrirspurn verður send til heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands og til sálfræðideildar Háskólans í Reykjavík.

Greining og úrvinnsla gagna er á lokametrinum og til stendur að birta skýrslu með helstu niðurstöðum þann 10. september nk. Þess er því vinsamlega óskað að svar berist fyrir þann tíma, sé þess nokkur kostur.

Einnig var send fyrirspurn til LSH-Háskólasjúkrahúss um núverandi verklag í heilbrigðisþjónustu til handa heimilislausum einstaklingum. Hér er fyrirspurnin sem fór til LSH:

Góðan dag

Rannsóknarsjóður Rótarinnar, félagasamtaka lætur nú vinna samantekt og greiningu á gögnum frá bráðamóttökum LSH þegar kemur að heilbrigðisþjónustu við heimilislausu einstaklinga.

Verkefnið hefur fengið leyfi frá Vísindasiðanefnd (VSN2506007) og frá Vísindarannsóknanefnd heilbrigðisrannsókna á LSH (Tilv. 16). Öllum gögnum frá LSH hefur þegar verið safnað.

Til að henda reiður á núverandi verklag í heilbrigðisþjónustu á LSH til handa heimilislausum einstaklingum er óskað eftir upplýsingum frá stofnuninni um það hvort verklag sé í gæðaskjöllum LSH þegar kemur að heilbrigðisþjónustu við sjúklingahópinn.

Greining og úrvinnsla gagna er á lokametrinum og til stendur að birta skýrslu með helstu niðurstöðum þann 10. september nk. Þess er því vinsamlega óskað að svar berist fyrir þann tíma, sé þess nokkur kostur.



Drífa Jónasdóttir
drifa.jonas@gmail.com

Dagsetning 25. júní 2025
Málsnúmer VSN2506007

Kortlagning á komum heimilislausra á bráðamóttöku Landspítala og innlögnum í kjölfarið, á tímabilinu 2020-2024.

Umsókn þinni til vísindasiðanefndar hefur verið gefið númerið VSN2506007. Við förum vinsamlegast fram á að það númer verði notað í samskiptum vegna þessarar umsóknar.

Á fundi sínum 25. júní 2025 fjallaði vísindasiðanefnd um umsókn þína og svarbréf vegna ofangreindrar rannsóknaráætlunar. Meðrannsakandi þinn er Kristín Ingibjörg Pálsdóttir.

Um rannsóknarúrtakið segir í kafla B-1 í umsókn til nefndarinnar:

„ a) Úrtakið verður fengið hjá Reykjavíkurborg sem sendir vinnsluaðila á Landspítala það eftir öruggri rafrænni afhendingarleið. Nánar: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar heldur utan um skráningar þeirra einstaklinga sem fá þjónustu í neyðarskýlum borgarinnar. Skýlin eru þrjú; Konukot, Neyðarskýlið Lindargötu og Neyðarskýlið Grandá. Þeir einstaklingar hvers kennitölur voru skráðar í grunninn Skýli á vegum borgarinnar, og nýttu sér þjónustu neyðarskýlanna á tímabilinu 01.01.2020-31.12.2024 verða í úrtaki rannsóknarinnar.

b) Samþykkis hinna skráðu verður ekki aflað og þeim verður ekki gert viðvart um vinnslu. Rannsóknin er afturskyggn og byggir á gögnum úr sjúkraskráum heimilislausra einstaklinga. Um er að ræða viðkvæmar heilsufarsupplýsingar sem nauðsynlegar eru til að greina tíðni og eðli komutílvika og heilsufarsstöðu þessa jaðarsetta hóps. Þar sem þátttakendur eru ekki beinir þátttakendur og erfitt eða ómögulegt er að hafa upp á þeim, myndi tilraun til upplýsingaöflunar krefjast ósanngjarnrar fyrirhafnar og mögulega afbaka niðurstöður vegna brottfalls. Samkvæmt 5. mgr. 14. gr. GDPR og 2. mgr. 17. gr. laga nr. 90/2018 má í slíkum tilvikum víkja frá upplýsingaskyldu. Rannsóknin er framkvæmd í vísindalegum tilgangi með viðeigandi öryggisráðstöfunum og lágmarks íhlutun. Að hafa samband við skráða gæti jafnframt vakið upp sársaukafullar minningar, t.d. ef heimsókn tengdist ofbeldi eða öðrum viðkvæmum aðstæðum og lífsreynslu.”

Um gagnaöflun í þágu rannsóknarinnar segir í kafla B-2: „ Fyrst verður kennitölum safnað hjá Skýli (grunnur hjá Reykjavíkurborg). Í annan stað verður upplýsingum safnað úr sjúkraskrá sjúklings. Ekki verður aflað upplýsinga eða gagna frá lífsýnasöfnum eða söfnum heilbrigðisupplýsinga.

Frá Reykjavíkurborg verður óskað eftir upplýsingum um kennitölur þeirra einstaklinga sem nýttu sér þjónustu neyðarskýla Reykjavíkurborgar á tímabilinu 01.01.2020-12.31.2024. Fullorðnir við komu í neyðarskýli (18 eða eldri), af öllum kynjum. Þegar Reykjavíkurborg hefur fundið úrtakið mun tengiliður þar senda gagnavinnsluaðila kennitölulista úrtaks á öruggan hátt. Landspítali býr til gagnasafn rannsóknarinnar og afhendir á rannsóknarnúmerum – ekki kennitölum.

Frá Landspítala verður óskað eftir upplýsingum um komur á bráðamóttöku og/eða innlagnir fyrir hina skráðu fyrir sama tímabil. Eftirfarandi gögn verða sótt í vöruhús gagna á Landspítala en þau eiga uppruna sinn í rafrænni sjúkraskrá:

- Komuásthæða
- Greiningarkóðar (ICD-10)
- Aldur sjúklings (á 5 ára aldursbili)
- Kyn sjúklings (kk/kvk)
- Komutími (00:00)
- Komudagur (dd.mm.yyyy)
- Ef innlögn á LSH, þá
- Á hvaða deild
- Lengd innlagnar (LOS)
- Ef komuásthæða = líkamsárás, þá
- Tengsl við geranda
- Aldur geranda (á 5 ára aldursbili)

- Kyn geranda (kk/kvk)

Einungis komur og innlagnir fullorðinna einstaklinga (18 ára eða eldri við komu á LSH) af öllum kynjum. Óskað verður eftir að Hagdeild spítalans taki saman upplýsingar um heildarkostnað vegna koma og innlagna heimilisláusra einstaklinga á tímabilinu.

Rannsakandi fær ekki persónugreinanleg gögn í hendur. Gögn frá Reykjavíkurborg fara aldrei í hendur rannsakanda, þau fara beint til hagdeildar LSH. Kennitölum breytt í einkvætt einkennisnúmer á LSH áður en upplýsingar um umbeðnar breytur verða sendar rannsakanda. Þar sem markmiðið er að kortleggja umfang og eðli koma og innlagna heimilisláusra einstaklinga á bráðamóttökuna eftir komuástæðu, m.t.t. (1) innlagnarhlutfalls, (2) kostnaðar og (3) ítrekaðra koma vegna líkamsárása á bráðamóttöku er nauðsynlegt að taka upplýsingarnar út frá persónugreinanlegum gögnum. Þær upplýsingar sem óskað verður eftir frá Reykjavíkurborg og LSH eru nægilegar, viðeigandi og ekki umfram það

sem nauðsynlegt er miðað við tilgang vinnslunnar. Þá er rannsóknin unnin í þágu almannahagsmuna, þar sem markmið hennar er að bæta skilning á heilbrigðisstöðu og þjónustupörf jaðarsetts hóps í samfélaginu.”

Rannsakendur fá gögn án persónuauðkenna. Hagdeild Landspítala setur inn rannsóknarnúmer í stað kennitölu. Enginn greiningar- eða dulkóðunarlykill verður notaður.

Vísindasiðanefnd sér því ekkert til fyrirstöðu að umsækjandi fái aðgang að þeim upplýsingum sem upp eru taldar í kafla B-2 í umsókn. Með vísan til 1. mgr. 12. gr. laga nr. 44/2014, um vísindarannsóknir á heilbrigðisviði, er rannsóknaráætlunin endanlega samþykkt með þeim almenna fyrirvara að lögbundið samþykki skráarhaldara skv. 2. mgr. 27. gr. laga nr. 44/2014 verður að liggja fyrir áður en vinna með heilbrigðisgögn viðkomandi stofnunar/skráarhaldara hefst.

Vakin er athygli á að innan gildistíma leyfis nefndarinnar er gert ráð fyrir gagnaöflun, úrvinnslu gagna og birtingu niðurstaðna. Einnig er vakin athygli á að leyfi nefndarinnar miðast við rannsóknarlok sem tilgreind eru í umsókn, nema sótt verði um framlengingu á gildistíma leyfis innan þess tíma. Rannsóknarlok skv. umsókn eru 31.12.2026.

Vísindasiðanefnd áréttar að ábyrgðarmaður rannsóknarinnar ber ábyrgð á að sótt sé um viðeigandi leyfi fyrir rannsókninni hjá þeim stofnunum sem við á. Óheimilt er að hefja framkvæmd rannsóknarinnar fyrr en þau liggja fyrir. Áréttað er að allar fyrirhugaðar breytingar á þegar samþykktari rannsóknaráætlun þurfa að koma inn til nefndarinnar til umfjöllunar. Jafnframt ber ábyrgðarmanni að sækja um breytingar til þeirra stofnanna, sem veitt hafa leyfi vegna framkvæmdar rannsóknarinnar eða öflunar gagna, um framangreint, ef við á. Vísindasiðanefnd bendir rannsakendum vinsamlegast á að birta VSN tilvísunarnúmer rannsóknarinnar þar sem vitnað er í leyfi nefndarinnar í birtum greinum um rannsóknina. Minnt er á að tilkynna rannsóknarlok til nefndarinnar.

Með kveðju, f.h. vísindasiðanefndar

Þorvarður Jón Leve, formaður

Afrit: kristin@rotin.is

Viðauki III – leyfi Vísindarannsóknarnefndar heilbrigðisrannsókna á LSH



Drífa Jónasdóttir, sjálfstætt starfandi sérfræðingur
Hvammngerði 13, 108 Reykjavík

Reykjavík, 1. júlí, 2025
Tilv. 16

Efni: Kortlagning á komum heimilislausra á bráðamóttöku Landspítala og innlögnum í kjölfarið, á tímabilinu 2020-2024

Ágæta Drífa

Vísað er til erindis þíns til vísindarannsóknarnefndar heilbrigðisrannsókna dags. 30. júní sl., hvar óskað er heimildar til að framkvæma ofangreinda rannsókn á Landspítala. Fram kemur að þú ert ábyrgðarmaður rannsóknarinnar og að Elísabet Guðmundsdóttir verkefnastjóri á hagdeild sé ábyrgðarmaður rannsóknar á Landspítala. Meðrannsakandi rannsóknarinnar er Kristín Ingibjörg Pálsdóttir, framkvæmdastjóri og talskona Rótarinnar (félagasamtök), 270 Mosfellsbæ.

Leyfi Vísindasiðanefndar nr. 2506007 frá 25. júní síðastliðnum liggur fyrir.

Vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisrannsókna samþykkir einnig rannsóknina. Beiðni um gögn skal senda til vísindarannsóknarnefndar heilbrigðisrannsókna á Landspítala á netfangið vm@landspitali.is.

Verða sjúkraskrár skoðaðar í rannsókninni, þá er sú vinna á ábyrgð þess aðila úr hópi rannsakenda, sem telst ábyrgðarmaður rannsóknarinnar innan Landspítala. Sú vinna skal fara fram á Landspítala og skal þess gætt að öllum reglum um vísindarannsóknir á Landspítala og persónuvernd sé fylgt. Ef meðal rannsakenda eru heilbrigðisstarfsmenn, sem ekki hafa þegar aðgang að rafrænni sjúkraskrá, þarf að sækja sérstaklega um aðgang fyrir hvern þeirra (nafn og kennitala) hjá vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisrannsókna sem síðan sendir beiðnina á aðgangsstjórn. Aðgengi að ytri gögnum (sjúkraskrárgögnum annarra stofnana) í Sögukerfinu fellur ekki undir þetta leyfi (hnappur: ytri gögn).

Skylt er að skrá þátttöku sjúklinga í vísindarannsóknnum í sjúkraskrá og er sú skráning á ábyrgð ábyrgðarmanns rannsóknar. Þess er óskað að vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisrannsókna verði fyrir lok hvers árs sendur listi yfir kennitölur þeirra sjúklinga spítalans sem bæst hafa við rannsóknina á því ári og mun nefndin þá sjá til þess að þátttakan verði skráð í sjúkraskrá viðkomandi sjúklings. Við skilin þarf að tilgreina heiti rannsóknar, ábyrgðarmann og rannsóknarnúmer Vísindasiðanefndar og er viðkomandi bent á að hafa samband við vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisrannsókna á netfang nefndarinnar: vm@landspitali.is.

Með kveðju og ósk um gott rannsóknargengi,

Tómas Þór Ágústsson, framkvæmdastjóri lækninga
Vísindarannsóknarnefnd heilbrigðisrannsókna

Viðauki IV – yfirlýsing skráarhaldara – Reykjavíkurborg



Drífa Jónasdóttir
Róttin, félag um velferð og lífsgæði kvenna

Reykjavík, 21.júlí 2025
VEL25070053

Yfirlýsing skráarhaldara

Umsókn þín dags. 10.07.2025 um aðgang að gögnum úr málaskrá velferðarsviðs Reykjavíkur um þá einstaklinga sem nýttu sér þjónustu neyðarskýla Reykjavíkurborgar á tímabilinu 1. janúar 2020 til 31. desember 2024 í þágu vísindarannsóknar þinnar sem ber heitið: „Kortlagning á komum heimilislausra á bráðamóttöku Landspítala og innlögnum í kjölfarið, á tímabilinu 2020-2024“, var tekin fyrir hjá rannsóknarteymi velferðarsviðs Reykjavíkurborgar þann 18.07.2025.

Umsóknin var samþykkt með eftirfarandi skilyrðum:

- 1) Aðgangur verður veittur að eftirfarandi gögnum:
 - Ópersónugreinanlegum gögnum um þá einstaklinga sem nýttu sér þjónustu neyðarskýla Reykjavíkurborgar tímabilið 1. janúar 2020 til 31. desember 2024.
 - Úrvinnsla gagna fer þannig fram:
 - Velferðarsvið Reykjavíkurborgar mun senda skrá með kennitölum viðkomandi einstaklinga með öruggum hætti með Signet Transfer til Elísabetar Guðmundsdóttur, ábyrgðaraðila rannsóknar hjá hagdeild Landspítala.
 - Elísabet Guðmundsdóttir hjá hagdeild Landspítala býr til gagnasafn rannsóknar og dulkóðar kennitölur í skránni.
 - Að dulkóðun lokinni sendir Elísabet Guðmundsdóttir ópersónugreinanlega skrá til Drífu Jónasdóttur, ábyrgðarmanns rannsóknarinnar.
 - Elísabet Guðmundsdóttir mun eyða skrá frá velferðarsviði Reykjavíkurborgar eftir dulkóðun hennar og senda velferðarsviði Reykjavíkurborgar staðfestingu á að skránni hafi verið eytt.
 - Dulkóðunarlykill verður ekki geymdur þannig að unnt sé að gera skrána persónugreinanlega síðar.
- 2) Elísabet Guðmundsdóttir undirritar þagnarskylduyfirlýsingu frá velferðarsviði Reykjavíkurborgar, áður en veittur er aðgangur að gögnum hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar.
- 3) Velferðarsvið Reykjavíkurborgar er skráarhaldari gagna og ábyrgðaraðili afhendingar þeirra. Heiðrún Una Unnsteinsdóttir, teymisstjóri í teymi árangurs- og gæðamats er í fyrirsvari fyrir skráarhaldara.
- 4) Fylgiskjöl með umsókn Drífu Jónasdóttur:
 - Leyfi Vísindasiðanefndar nr. VSN2506007, dags. 25. júní 2025.
 - Staðfesting Vísindasiðanefndar í tölvupósti dags. 17. júlí 2025, um að umsókn vegna rannsóknarinnar hafi farið til umsagnar Persónuverndar, sem ekki hyggðist gera athugasemdir við rannsóknina, áður en leyfi nr. VSN 2506007 var gefið út.
 - Samþykki Vísindarannsóknarnefndar heilbrigðisrannsókna á Landspítala, dags. 1. júlí 2025.



Reykjavíkurborg telur gögn sem rannsakandi óskar eftir vera í samræmi við tilgang rannsóknarinnar, sem er að varpa ljósi á stöðu heimilislausra þegar kemur að bráðþjónustu í heilbrigðiskerfinu á Íslandi. Vonast er til að niðurstöður þessarar rannsóknar leiði til skilvirkari þjónustu innan heilbrigðiskerfis fyrir þennan hóp. Heimilisleysi er ekki skráð með kerfisbundnum og/eða áreiðanlegum hætti í sjúkraskrá einstaklinga á Landspítala og því óskaði rannsakandi eftir upplýsingum frá Reykjavíkurborg um einstaklinga sem hafa nýtt sér neyðarskýli fyrir heimilislaust fólk í Reykjavík.

Leyfið er gefið með þeim fyrirvara að farið sé að lögum um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 90/2018 sem og reglum og leiðbeiningum Persónuverndar um rannsóknir.

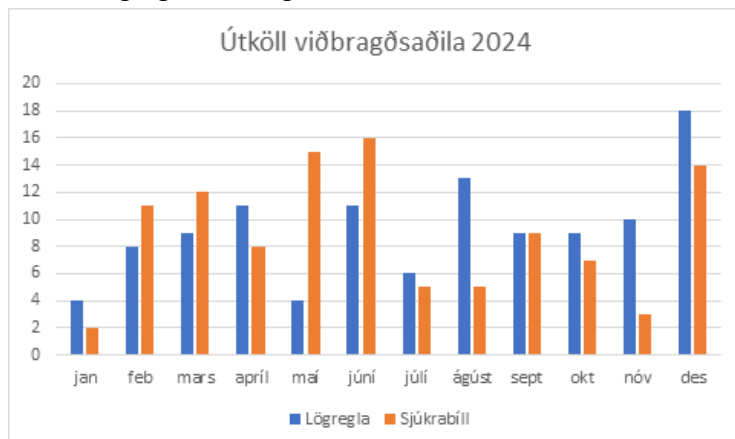
Virðingarfyllt,

Heiðrún Una Unnsteinsdóttir
teymisstjóri í teymi árangurs- og gæðamats
Skrifstofu velferðarsviðs Reykjavíkurborgar
heidrun.una.unnsteinsdottir@reykjavik.is

Viðauki V - Útköll viðbragðsaðila í Konukot frá 2021 til 2024

Upplýsingar úr ársskýrslum Konukots.

Útköll viðbragðsaðila 2024 - Upplýsingar um hvort, hversu oft og hvers vegna kallað hafi verið eftir aðstoð lögreglu, heilbrigðisstarfsfólks eða annarra.

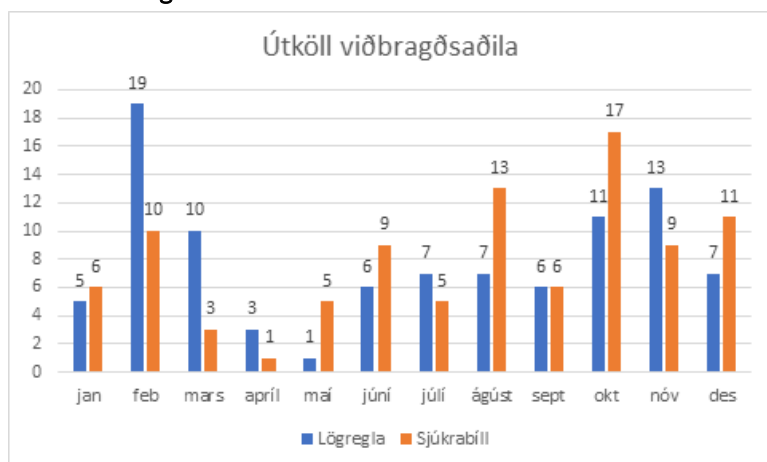


Árið 2024 var kallað eftir aðstoð viðbragðsaðila í 219 skipti. Kallað var eftir aðstoð lögreglu í 112 skipti og hringt á sjúkrabíl í 107 skipti. Flest útköll áttu sér stað í desember og júní, fæst útköll voru í janúar og júlí. Mikil sveifla er á milli mánaða.

Þetta er aukning frá árinu 2023 þegar það var hringt 95 sinnum á lögregluna og 95 sinnum í sjúkrabíl. Hluti af þessari aukningu má rekja til átaks í skráningum. Af þessum 219 skiptum hringdu gestir sjálfir 24 sinnum og starfsfólk 184 sinnum, í hin 11 skiptin hafa viðbragðsaðilar kallað eftir frekari aðstoð. Lögreglan var oftast kölluð til vegna atvika milli gesta, ógnandi hegðunar og þegar þurfti aðstoð við að koma gestum út eftir lokun. Gestir hringdu oftast á lögreglu vegna þjófnaðar í húsi. Sjúkrabílar voru í flestum tilfellum kallaðir út vegna líkamlegrar heilsu gesta og í 11 skipti var óskað eftir aðstoð vegna ofskömmtnar eða gruns um ofskömmtnun. Einu sinni þurfti starfsfólk að beita endurlífgun, vegna köfnunar og mögulegrar ofskömmtnar. 10 sinnum þurfti að kalla eftir aðstoð lögreglu vegna karlkyns gesta í garðinum sem sýndu gestum og starfsfólki ógnandi hegðun og einu sinni vegna ofskömmtnar karlmanns í garðinum. Tvisvar var hringt á lögreglu vegna innbrots í austurhluta hússins.

Héraðslæknir var kallaður til í 3 skipti sökum andlegs ástands notanda.

Útköll viðbragðsaðila 2023



Flest útköll áttu sér stað í febrúar og október og fæst útköll voru í apríl og maí. Mikil sveifla er á milli mánaða.

Útköll viðbragðsaðila 2022 - Upplýsingar um hvort, hversu oft og hvers vegna kallað hafi verið eftir aðstoð lögreglu, heilbrigðisstarfsfólks eða annarra.

Árið 2022 var kallað eftir aðstoð lögreglu í 65 skipti. Þetta er mikil lækkun frá árinu 2021 þegar hringt var 103 sinnum á lögregluna. Af þessum 65 skiptum hringdu notendur sjálfir 14 sinnum á lögreglu vegna stuldar og ágreinings. Þrisvar var erfitt að ná notanda út úr húsi eftir lokun og þurfti því að kalla til lögreglu. Sex sinnum þurfti að kalla eftir aðstoð lögreglu vegna karlkyns gesta í garðinum sem ýmist neituðu að fara eða voru ógnandi. Einu sinni var hringt á lögreglu vegna innbrots í austurhluta hússins.

Önnur útköll má rekja til ógnandi hegðunar eða árása milli notenda.

Héraðslæknir var kallaður til í eitt skipti sökum andlegs ástands notanda.

Kallað var eftir sjúkrabíl í 65 skipti árið 2022 samanborið við 83 skipti árið 2021. Ástæðan var í flestum tilvikum líkamleg veikindi notanda, þrisvar var hringt á sjúkrabíl vegna gruns um ofskömmtn.

Útköll viðbragðsaðila 2021 - Upplýsingar um hvort, hversu oft og hvers vegna kallað hafi verið eftir aðstoð lögreglu, heilbrigðisstarfsfólks eða annarra.

Árið 2021 var kallað eftir aðstoð lögreglu í 103 skipti. Mikil aukning frá árinu áður þegar lögregla var kölluð til 26 sinnum. Að hluta var aukning í lögregluútköllum vegna ónæðis ákveðins karlkyns einstaklings í nærumhverfi Konukots. Ósk lögreglu var að tilkynnt yrði í hvert skipti sem hann sæist nálægt húsin. Einnig var aukning á atvikum sökum andlegra veikinda, sem sést í aðkomu héraðslæknis sem jókst úr 2 útköllum í 8 milli ára. Kallað var á lögreglu vegna ágreinings í húsi, skemmdarverka, aðstoð við að vísa notanda úr húsi. Einnig var aukning á því að notendur sjálfir kölluðu eftir lögreglu vegna ágreinings.

Kallað var eftir sjúkrabíl í 83 skipti árið 2021. Ástæður eru í flestum tilvikum vegna veikinda gesta í húsi. Einnig var óskað eftir sjúkrabíl fyrir einstaklinga sem nýta ekki Konukot en komu hingað til að leita eftir aðstoð.