

Mönnunarstefna í heimilislækningum

Stjórnvöld hafa boðað opinbert mælaborð um mönnun í ríkisrekinni heilbrigðisþjónustu. Enn vantar þó yfirlýst viðmið fyrir heimilislækningar, tíma-setta ákveðna áætlun um að ná þeim og mat á því hve margir þurfa að ljúka sérnámi árlega.

Heilbrigðiskerfið verður ekki mannað með almennum fyrirheitum einum saman. Stjórnvöld þurfa að setja sér opinber viðmið um fjölda íbúa á hvern heimilislækni á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni og gera áætlun um hvenær ákveðnum markmiðum skuli náð. Án skýrra viðmiða og markmiða er ekki hægt með góðu móti að meta fjárförf, umfang sérnáms eða árangur aðgerða.

Óljós opinber viðmið og engin skýr markmið

Skýrsla starfshóps heilbrigðisráðuneytisins frá 2024 telur raunhæft að miða við 1.200–1.500 íbúa á hvern heimilislækni. Í svari heilbrigðisráðherra á Alþingi árið 2025 er almennt miðað við um 1.500 íbúa í þéttbýli og 1.200 í dreifbýli á hvert stöðugildi heimilislæknis, með meiri lágmarksmönnun á minnstu stöðvum

vegna fjarlægðar- og öryggissjónarmiða.^{1,2} Svárið segir lítið um núverandi stefnu og markmið stjórnvalda og efri mörkin, 1.500 íbúar á stöðugildi, eru hærri en viðmið Félags íslenskra heimilislækna um 1.200 íbúa hámark á heimilislækni í fullu starfi. Mönnunarstefna í heilbrigðisþjónustu til ársins 2030, birt í júní 2025, lýsir mönnun almennt sem einni stærstu áskorun kerfisins. Hún boðar greiningu mannaflaparfar, reglulega vinnslu gagna, aukna þverfaglega teymisvinnu, tilfærslu verkefna og opinbert mælaborð, svo fátt eitt sé nefnt.³ Heimilislæknar eru þó ekki nefndir sérstaklega, ekkert mat er gert á læknskortinum og engin markmið sett um fjölda íbúa á heimilislækni, fjölda stöðugilda eða árlegan fjölda þeirra sem ljúka þurfa sérnámi.

Fyrsta aðgerðaáætlunin, fyrir 2026–2027, var birt í júlí 2026. Þar er stefnt að virku mælaborði fyrir ríkisrekna heilbrigðisþjónustu í lok árs 2026, árlegri birtingu gagna um samningsbundna einkarekna þjónustu og því að opinberar stofnanir meti mönnunarþörf fimm ár fram í tímann eftir sérfræðigreinum.⁴ Þetta er mikilvægt skref. Áætlunin setur þó enn engin sérstök markmið um heimilislækna né fjölda þeirra sem þurfa að ljúka sérnámi.

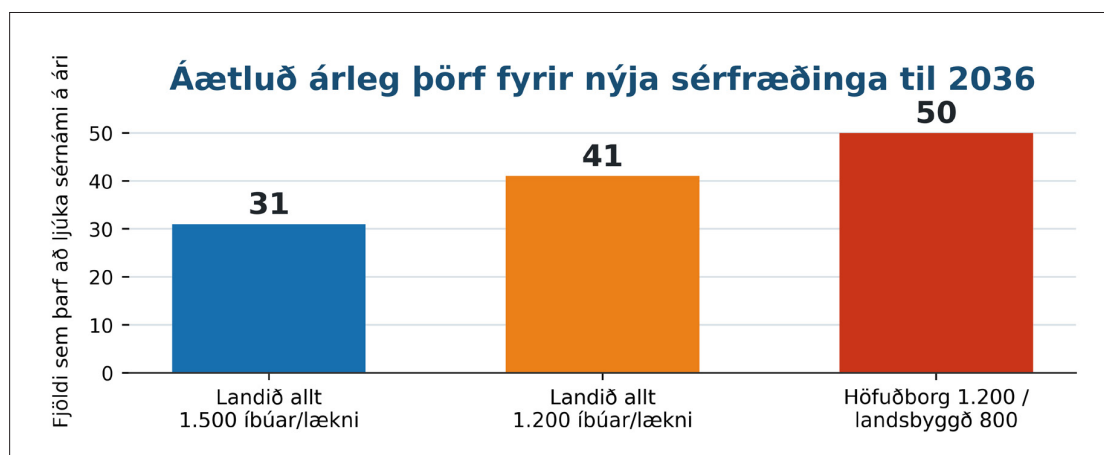


Þórður Gísli Ólafsson
heimilislæknir

Hvað sýna tölurnar?

Samkvæmt gagnaöflun höfundar, sem birt var í *Læknablaðinu* í júní 2026, voru 216 starfandi heimilislæknar í um 181 stöðugildi hér á landi.⁵ Grunnskorturinn var 86 stöðugildi miðað við 1.500 íbúa á lækni og 153 miðað við 1.200. Ef miðað er við 1.200 á höfuðborgarsvæðinu og 800 á landsbyggð reiknast skorturinn 212 stöðugildi. Viðmiðinu 800 íbúar á stöðugildi er ætlað að endurspegla að dreifð þjónusta, fámennar starfsstöðvar og vaktaskylda krefjist meiri mönnunar en íbúafjöldi einn gefur til kynna.

Sviðsmyndagreining höfundar til ársins 2036 var byggð á átta starfslokum á ári. Við gagnaöflun kom fram að 40 heimilislæknar næðu 70 ára aldri á næstu fimm árum. Gert var ráð fyrir fjórum viðbótar-



Mynd 1. Áætluð árleg þörf fyrir nýja sérfræðinga í heimilislækningum til ársins 2036. Forsendur: átta starfslok á ári; árleg fjölgun um 6.500 íbúa; 2,7 viðbótarstöðugildi á ári vegna samanlagðra áhrifa öldrunar, aukins flækjustígs og verkefnaaukninga; 85% meðalstarfshlutfall; 10% fara í önnur störf. Uppsafnaður skortur er jafnaður á tíu árum. Sjá nánar í texta.

stöðugildum á ári vegna áætlaðrar fólksfjölgunar. Í sviðsmyndinni var auk þess gert ráð fyrir 2,7 viðbótarstöðugildum á ári vegna samanlagðra áhrifa öldrunar, aukins flækjustígs þjónustu og verkefna- aukningar í heilsugæslu. Reiknað var með 85% meðalstarfshlutfalli og því að 10% útskrifaðra lækna færu í önnur störf. Með þessum forsendum þarf um 31 læknir að ljúka sérnámi árlega ef miðað er við 1.500 íbúa á lækni, um 41 læknir við 1.200 og um 50 lækna ef viðmiðið er 1.200 á höfuðborgarsvæðinu og 800 á landsbyggð. Spáin reiknar ekki sérstaklega með stjórnunarstörfum, kennslu og handleiðslu, fæðingarorlofum, styttri vinnuviku, orlofum, veikindum, vaktatíðum eða brott- hvarfi fyrir 70 ára aldur. Hafa ber í huga að þessir þættir sem ekki var tekið tillit til geta leitt til þess að sviðsmyndirnar van- meti raunverulega þörf.

Sænsk samanburðargögn

Svenska Distriktsläkarföreningen birti vor- ið 2026 áhugaverða skýrslu um mönnun og mannaflaspá ásamt tillögum að úrbót- um.⁶ Þar er gert ráð fyrir 80% meðalstarfs- hlutfalli heimilislækna, að sérfræðingur starfi að meðaltali í 25 ár eftir sérnám og að sérnámið taki að meðaltali átta ár. Til viðbótar eru 10% dregin frá vegna stjórn- unar, rannsókna, námsstjórnar og annarra verkefna utan klínískrar þjónustu. Fram- lag sérnámslækna til klínískrar þjónustu er einnig metið sérstaklega. Slíka þætti þarf einnig að hafa í huga hér á landi. Socialstyrelsen setti árið 2022 landsviðmið

um 1.100 íbúa á sérfræðing í heimilislæk- ningum og 550 á sérnámslækni. Viðmiðið er hvorki gólf né þak heldur á að aðlag- það að sjúkdómsbyrði, staðhættum og samsetningu starfsfólks á hverjum stað. Það er engu að síður opinbert skipulags- og eftirfylgnitæki og er notað til saman- burðar og eftirfylgni milli héraða.⁶⁻⁸

Aukin teymisvinna kemur ekki í stað mönnunarmarkmiða

Þverfagleg teymisvinna er mikilvæg og hefur verið stunduð á íslenskum heilsugæslustöðvum lengi og í vaxandi mæli. Hjúkrunarfræðingar, ljósmæð- ur, sálfræðingar, sjúkraþjálfarar, lyfja- fræðingar og aðrar stoðstéttir geta bætt þjónustu, tekið að sér vel skilgreind ver- kefni og styrkt þjónustu við vaxandi hóp langveikra og hrumra einstaklinga. Í mönnunarstefnunni er ekki vísað til ís- lenskra gagna sem sýna að aukin teym- isvinna geti komið í stað skilgreindrar þarfar fyrir heimilislækna eða réttlætt órökstuddan frádrátt frá mönnunarspá. Sama á við um fjarheilbrigðisþjónustu og aðra tækniþróun. Næg læknamönnun styður einnig samfellu sem tengist stöð- ugra og betra heilsufari og skilvirkari þjónustu.^{9,10}

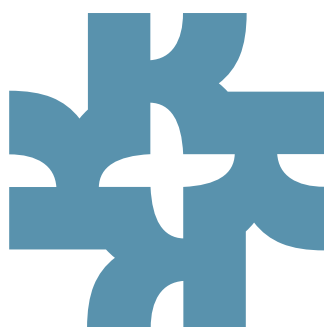
Góð læknamönnun er einnig forsenda bættis starfsumhverfis með hóflegu vinnu- álagi, meiri samfellu í þjónustu og skýrari ramma um umfang verkefna hvers læknis. Þetta eru lykilatriði til að halda í og laða að sérnámslækna og heimilislækna.

Það dugar ekki að hafa metnað fyr-

ir öflugri heilsugæslu. Stjórnvöld þurfa að tryggja að fjármagn sé lagt til í sam- ræmi við samþykkt markmið, eink- um til sérnáms, ráðningar heimilis- lækna og rekstrar heilsugæslustöðva. Áhyggjuefni er því að Oddur Steinarsson, læknir og framkvæmdastjóri Heilsugæsl- unnar Kirkjusandi, skuli í grein í *Lækna- blaðinu* í júlí 2026 áætla að 1.434 milljónir króna vanti í fjármögnun heilsugæslumód- elsins á höfuðborgarsvæðinu og segja að stöðin hafi hvorki getað ráðið tvo nýút- skrifaða lækna né tekið nokkra lækna í sérnám.¹¹

Heimildir

1. Heilbrigðisráðuneytið. Mannaflí í lækniþjónustu til framtíðar. Nóvember 2024. Vefslóð – júlí 2026.
2. Alþingi. Svar heilbrigðisráðherra um starfsstöðvar heilsugæslu og stöðugildi lækna. Þskj. 885, 156. löggjaf- arþing, 2025. Vefslóð – júlí 2026.
3. Heilbrigðisráðuneytið. Mönnunarstefna í heilbrigðis- þjónustu til ársins 2030. Júní 2025. Vefslóð – júlí 2026.
4. Heilbrigðisráðuneytið. Aðgerðaáætlun 2026–2027 með mönnunarstefnu í heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Júlí 2026. Vefslóð. – Júlí 2026.
5. Ólafsson ÞG. Mönnunarvandi heimilislækna. Læknablaðið. 2026;112:261.
6. Svenska Distriktsläkarföreningen. Mål utan styrning – fast läkarkontakt i svensk primärvård. Stockholm: Svenska Läkarförbundet; 2026. Vefslóð. – júlí 2026.
7. Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkar- kontakt ska bidra till ökad kontinuitet och trygghet i primärvården. 2022. Vefslóð.
8. Socialstyrelsen. Ny uppföljning: Fler behöver få en fast läkarkontakt. 2025. Vefslóð. Júlí 2026.
9. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care. Br J Gen Pract. 2022;72:e84–e90.
10. Marshall T, Scholtes S, Wyatt S, o.fl. What makes general practice work: the role of continuity in effi- cient and sustainable primary care. Br J Gen Pract. 2025;75:373–376.
11. Steinarsson O. Af skýrslum, markmiðum og núverandi stöðu læknamönnunar. Læknablaðið. 2026;112:313.



KLÍNÍKIN
ÁRMÚLA