



## **Eftirlitshlutverk landlæknis með tillit til mönnunar**

Unnur Berglind Friðriksdóttir

14. maí 2012

ML í lögfræði

Höfundur: Unnur Berglind Friðriksdóttir

Kennitala: 040468-4479

Leiðbeinandi: Dögg Pálsdóttir

Lagadeild

School of Law

## Formáli

Mig langar að þakka leiðbeinanda mínum Dögg Pálsdóttur, aðjúnkt við lagadeild Háskólans í Reykjavík fyrir góða aðstoð og ánægjulegt samstarf. Eins vil ég færa þeim sem veittu mér viðtöl við heimildasöfnun sérstakar þakkir fyrir móttökuna og alúðlegt viðmót. Síðast en ekki síst vil ég þakka fjölskyldu minni fyrir veitta aðstoð, stuðning og þolinmæði við gerð þessarar ritgerðar.

## Útdráttur

### Eftirlitshlutverk landlæknis með tilliti til mönnunar

Tilgangurinn með ritgerðinni er að auka þekkingu á því hvernig mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar er háttað og hvernig eftirlit landlæknis með mönnun er fylgt eftir samkvæmt e. lið 4. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu. Í ritgerðinni er fjallað um það hvernig heilbrigðisþjónustan á Íslandi hefur þróast frá því að fyrsti landlæknirinn var skipaður árið 1760, en hann var jafnframt fyrsti menntaði læknirinn á Íslandi.

Farið var yfir það hvernig löggjöfinni er háttað með tilliti til hlutverks landlæknis sem eftirlitsaðila mönnunar innan heilbrigðisþjónustunnar og hvernig sú löggjöf hefur breyst í gegnum tíðina. Fyrstu árin var stefna stjórnvalda að auka mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar og var hlutverk landlæknis að fá lækna til starfa, meðal annars með því að stuðla að því að löggjöfin væri slík að læknar fengjust til starfa. Stefna stjórnvalda hefur hins vegar undanfarna tvo áratugi einkennst af auknu aðhaldi og sparnaði, sem hefur haft áhrif á mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar og hefur stöðugildum heilbrigðisstarfsmanna fækkað á meðan ársverkum fjölga. Niðurstaðan er sú að landlæknir þarf að hafa framkvæmdavald og pólitískt sjálfstæði frá ráðherra til að taka faglegar ákvarðanir. Fjöldi heilbrigðisstarfsmanna verður að taka mið af umfangi þjónustunnar og aðstæðum hverju sinni og það verður að tryggja með lögum að landlæknir geti haft virkt eftirlit með mönnun á stofnunum. Heilbrigðisstofnanir þurfa að geta skipulagt starfsemi sína til lengri tíma en eins árs í senn og móta þarf stefnu í heilbrigðismálum til lengri tíma í einu sem unnin væri á faglegum forsendum með tilliti til þarfa sjúklinga og ekki síður þarfa heilbrigðisstarfsfólk. Slíkt myndi auka bæði gæði og öryggi innan heilbrigðisþjónustunnar.

## **Abstract**

### **The Director of health monitoring with regards to health care workers**

The aim of the essay is to increase the knowledge on how the workers within the health care system are organized and how the monitoring by the Director of health is followed in accordance with Act 41/2007. It explores how the health system in Iceland has developed since the first Director of Health was appointed in the year 1760, and how his role as supervisor of health care workers has changed over time with various alterations in the legislation. To begin with his responsibility was to hire as many qualified people as possible and build a stable infrastructure. During the last two decades however the numbers of positions have been reduced due to tighter budgets while at the same time the workload has increased.

The conclusion is that it is imperative the Medical Director of Health Has executive powers and political independency to make professional decisions. The number of health care workers must be in accordance with the scope of the services provided and the legislation must ensure that the Directorate of Health can play an active role in monitoring health care workers. The health care system as a whole must be able to organize their operations for a longer period than one fiscal year at a time and the government must have a coherent long term policy with regards to health care formulated by professionals to meet the needs of both clients and employees. This would increase quality and safety within the health care services.

# Efnisyfirlit

Lagaskrá

Skrá yfir þingskjöl úr Alþingistíðindum

Reglugerðaskrá

1. Inngangur	1
1.1 Tilgangur	1
1.2 Rök fyrir efnisvali	1
2. Saga landlæknis og þróun heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi	3
2.1 Inngangur	3
2.2 Bjarni Pálsson, landlæknir 1760-1779	3
2.3 Jón Sveinsson, landlæknir 1780-1803	4
2.4 Tómas Klog og Oddur Hjaltalíns, landlæknar 1804-1820	4
2.5 Jón Thorsteinsen og Jón Hjaltalín, landlæknar 1820-1881	5
2.6 Hans J.G. Schierbeck, landlæknir 1882-1895	6
2.7 Jónas Jónassen, landlæknir 1895-1906	6
2.8 Guðmundur Björnsson, landlæknir 1906-1931	7
2.9 Vilmundur Jónsson, landlæknir 19301-1959	8
3. Breytingar á heilbrigðisþjónustunni eftir 1960	9
3.1 Inngangur	9
3.2 Stofnun ráðuneytis heilbrigðismála	9
3.3 Lög um heilbrigðisþjónustu	10
4. Lög um landlækni	12
4.1 Inngangur	12
4.2 Starfsvið landlæknis skilgreint samkvæmt íslenskum lögum	12
5. Ný lög nr. 41/2007 um landlækni og 40/2007 um heilbrigðisþjónustu	17
5.1 Inngangur	17
5.2 Lög nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu	17
5.2.1 Úrræði landlæknis	18
6. Ábyrgð á rekstri og starfsemi heilbrigðisstofnanna	20
6.1 Inngangur	20
6.2 Ábyrgð samkvæmt lögum nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu	20
6.3 Ábyrgð samkvæmt lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu	20
6.4 Ábyrgð samkvæmt sérlögum heilbrigðisstétta	22
6.4.1 Læknalög nr. 53/1988	22
6.4.2 Hjúkrunarlög nr. 81/1974	22
6.4.3 Ljósmeðralög nr.67/1984	22
6.4.4 Lög um sjúkraliða nr. 58/1984	22
6.4.5 Frumvarp til laga um heilbrigðisstarfsmenn	23
6.5 Lög nr. 74/1994 um réttindi sjúklinga	23
7. Bótaskylda	24
7.1 Inngangur	24
7.2 Bótaskylda í heilbrigðisþjónustunni	24
8. Stefnumótun í heilbrigðisþjónustunni	26
8.1 Inngangur	26

8.2	Stefnumótun stjórnvalda í heilbrigðisþjónustu	26
8.2.1	Úttekt Ríkisendurskoðunar á stefnumótun í heilbrigðisþjónustu	27
8.3	Stefnumótun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum	29
8.3.1	Gagnrýni Ríkisendurskoðunar á stefnumótun í gæðamálum	30
8.4	Stefnumótun heilbrigðisyfirvalda í mannauðsmálum	31
8.4.1	Gagnrýni Ríkisendurskoðunar á stefnumótun í mannauðsmálum	32
8.5	Mannauðsstefna Landspítalans og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins	33
9.	Mönnun í heilbrigðisþjónustunni	34
9.1	Inngangur	34
9.2	Heilbrigðisstéttir á Íslandi	34
9.3	Heilbrigðisstéttir og afköst á Landspítalanum	35
9.4	Heilbrigðisstéttir og afköst á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis	36
10.	Áhrif vanmönnunar í heilbrigðisþjónustunni	38
10.1	Mistök	38
10.1.1	Skýrslan það er mannlegt að gera mistök; byggjum öruggara heilbrigðiskerfi	38
10.1.2	Áhrif skýrslunnar á Íslandi	39
10.2	Kulnun í starfi	41
11.	Viðtöl við starfsfólk í heilbrigðiskerfinu og innan stjórnsýslunnar	43
11.1	Inngangur	43
11.2	Velferðarráðuneytið	43
11.3	Landlæknisembættið	47
11.4	Skrifstofa mannauðsmála Landspítalans	49
11.5	Skrifstofa mannauðsmála Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins	51
11.6	Hjúkrunarfræðingur	54
11.7	Læknir	56
11.8	Fjármálaráðuneytið	58
12.	Umræða	61
12.1	Inngangur	61
12.2	Samantekt úr viðtölum	61
12.3	Hver er vilji löggjafans ?	64
13.	Niðurstöður	65
13.1	Þörf fyrir breytingu á lögum	65
13.2	Tillögur	66

## Lagaskrá

(Læknaskipunarlög nr. 16/1955)

(Læknaskipunarlög nr. 43/1965)

(Lög um almannatryggingar nr. 67/1971)

(Lög um dvalarheimili aldraðar nr. 28/1973)

(Lög um eftirlit með sölu lyfja nr. 70/1971)

(Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/1983)

(Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 56/1973)

(Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 57/1978)

(Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990)

(Lög um lyfsölu nr. 69/1971)

(Lög um skipun læknishéraða, verksvið landlæknis og störf héraðslækna nr. 36/1932)

(Lög um skipun læknishjéraða o.fl. nr. 24/1907)

(Lög um stjórnarráð Íslands nr. 73/1969)

Hjúkrunarlög nr. 8/1974

Ljósmeðralög nr. 67/1984

Læknalög nr. 53/1988

Lög um breytingu á lögum nr. 41/2007 um landlækni og um brottfall laga nr.18/2003 um Lýðheilsustöð nr. 28/2011

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007

Lög um landlækni og lýðsheilsu nr. 41/2007

Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997

Lög um ríkisendurskoðun nr. 86/1997

Lög um sjúklingatryggingu nr. 111/2000

Lög um sjúkraliða nr. 58/1984

Lög um stjórnarráð Íslands nr. 115/2011

Lög um stjórnarskrá lýðveldisins Íslands nr. 33/1944



## **Skrá yfir þingskjöl úr Alþingistíðindum**

Alþt. 2010-2011, A-deild, þskj. 1191 - 674. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 2006-2007, A – deild, þskj. 282 – 273. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 2006-2007, A – deild, þskj. 281 – 272. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1999-2000, A-deild, þskj. 836 – 535. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1996, A-deild, þskj. 492 – 260. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1987, A-deild, þskj. 120 – 116. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1973, A-deild, þskj. 557 – 169. mál, nefndarálit frá Heilbrigðis- og tryggingarmálanefnd.

Alþt. 1973, A-deild, þskj. 594 – 169. mál, breytingartillaga frá heilbrigðis- og tryggingarnefnd.

Alþt. 1972-1973, A-deild, þskj. 310 – 169. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1972-1973, A-deild, þskj. 25 – 25. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1970-1971, A-deild, þskj. 566 – 281. mál, greinargerð með lagafrumvarpi.

Alþt. 1971, A-deild, þskj. 519 – 242. mál, frumvarp til laga um heilbrigðisþjónustu

Alþt. 1958, A-deild, þskj. 79 – 48. mál, greinargerð með frumvarpi.

Alþt. 1932, A-deild, 197.

Alþt. 1931, A-deild, 634.

Alþt. 1907, A-deild,

Alþt. 1875, A- deild, 298.

Alþt. 2011-2012, B-deild, þskj. 147 – 147. mál, frumvarp til laga um heilbrigðisstarfsmenn

Alþt. 2010- 2011, B-deild, þskj. 1817 – 893. mál, svar velferðarráðherra við fyrirspurn Guðlaugs Þórs Þórðarsonar um fjölda stöðugilda lækna og hjúkrunarfræðinga árin 2007-2010.

Alþt. 2004-2005. B-deild. Þskj.1134 – 517. mál. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Ástu Möller um hjúkrun á Landspítala – Háskólasjúkrahúsi.

## **Reglugerðir:**

(Reglugerð um heilsugæslu nr. 160/1982)

(Reglugerð um landlækni og Landlæknisembættið nr. 411/1973)

Reglugerð um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur nr. 786/2007

Reglugerð um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar nr. 1148/2008

Reglugerð um heilsugæslustöðvar nr. 787/2007

Reglugerð um váttryggingu nr. 763/2000

# 1. Inngangur

## 1.1 Tilgangur

Tilgangurinn með ritgerðinni er að auka þekkingu á því hvernig mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar er háttað og hvernig eftirlit landlæknis með mönnun er fylgt eftir samkvæmt e. lið 4. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu.

## 1.2 Rök fyrir efnisvali

Gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustunni eru mikilvæg og nátengd hugtök. Gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustunni eru ekki skilgreind í lögum, en í reglugerð nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar, segir í 3. gr. að gæði í heilbrigðisþjónustu séu skilgreind á eftirfarandi hátt: „að hve miklu leyti heilbrigðisþjónustan eykur líkur á bættri heilsu og auknum lífsgæðum fyrir einstaklinga og samfélag og að hve miklu leyti þjónustan er veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á“. Í lögum nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga, segir í 3. gr. að gæði heilbrigðisþjónustu feli í sér að sjúklingur eigi rétt á sem fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem hægt er að veita á hverjum tíma miðað við ástand hans og horfur á hverjum tíma, að sjúklingur eigi rétt á traustu sambandi við heilbrigðisstarfsfólk og samfelldri þjónustu og góðu samstarfi milli allra heilbrigðisstarfsmanna og þeirra stofnanna sem veita heilbrigðisþjónustu.

Samkvæmt 1. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu er markmið laganna að stuðla að heilbrigði landsmanna, meðal annars með því að tryggja gæði heilbrigðisþjónustu og stuðla að því að heilbrigðisþjónusta byggist á bestu þekkingu og reynslu á hverjum tíma og 11. gr. sömu laga segir að landlæknir eigi að gera áætlun um gæðaþróun innan heilbrigðisþjónustunnar, sem skuli miða að því að efla gæði og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að framþróun hennar.

Í 1. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu segir að markmið laganna er að landsmenn skuli eiga rétta á sem fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er völ á að veita og í lögum nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga segir í 3. gr. að sjúklingar eigi rétt á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem völ er að veita á hverjum tíma.

Á vef landlæknisembættisins segir að heilbrigðisstéttir hafa lagalega, faglega og siðferðislega skyldu til að veita framúrskarandi heilbrigðisþjónustu og þar kemur jafnfram fram að eftirlitið með gæðum og öryggi þjónustunnar sé viðamikilið verkefni, sem krefjist

fjármuna og mannafla.<sup>1</sup> Í stefnumótun stjórnvalda í gæðamálum segir að „góð heilbrigðisþjónusta byggji fyrst og fremst á vel menntuðu og hæfu starfsfólki“.<sup>2</sup>

En hvernig fara þessi markmið um gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustunni og lagalega skylda til að uppfylla þessi markmið saman við þá heilbrigðisþjónustu sem veitt er í dag þegar stöðug krafa er uppi um aukið aðhald og hagræðingu innan heilbrigðisþjónustunnar?

Launakostnaður er 75-80 % af rekstrarútgjöldum þeirra stofnanna sem veita heilbrigðisþjónustu<sup>3</sup> og því hugsanlega sá kostnaðarliður sem fyrst er horft til í sparnaði.

Í gegnum tíðina hefur verið skortur á heilbrigðisstarfsfólki og árið 2006 var gefin út skýrsla fyrir Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, tekin saman af Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, sem taldi að þörfin fyrir heilbrigðisstarfsfólk myndi aukast næstu árin.<sup>4</sup> Raunin hefur hins vegar verið sú að stöðugildum lækna og hjúkrunarfræðinga hefur hlutfallslega fækkað frá árunum 2007 til 2010,<sup>5</sup> miðað við íbúafjölda<sup>6</sup> og því líklegt að erfitt sé um vik að draga þar saman og meta hversu langt hægt er að ganga í niðurskurði og sparnaði, án þess að öryggi sjúklinga og heilbrigðisstarfsmanna verði ógnað.

---

<sup>1</sup> Landlæknisembættið <<http://www.landlaeknir.is/Gaediogoryggi> > skoðað 5. apríl 2012.

<sup>2</sup> Ríkisendurskoðun, „Sameingin í ríkisrekstri – 6 embætti landlæknis“ (2011) .

<sup>3</sup> Ögmundur Jónasson <<http://www.velferðarraduneyti.is/hbr/frettir/nr/32015> > skoðað 11.apríl 2012.

<sup>4</sup> Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ (2006) Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03.

<sup>5</sup> Alþt. 2010- 2011, B-deild, þskj. 1817 – 893. mál, svar velferðarráðherra við fyrirspurn Guðlaugs Þórs Þórðarsonar um fjölda stöðugilda lækna og hjúkrunarfræðinga árin 2007-2010.

<sup>6</sup> Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtalur/Mannfjoldi/Yfirlit>> skoðað 11. apríl 2012.

## 2. Saga landlæknis og þróun heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi

### 2.1 Inngangur

Ísland var læknalaust árið 1760 þegar konungur skipar Bjarna Pálsson sem landlækni á Íslandi.<sup>7</sup> Fram að því voru ekki nein fyrirmæli í lögum sem heimiluðu læknum að starfa hér á landi.<sup>8</sup> Þá var Ísland hluti af danska konungsríkinu og undir stjórn Danakonungs. Þegar leið á 18. öldina urðu meðal annars þær þjóðfélagslegu breytingar að einvaldar töldu sig eiga að þjóna lýðnum og bera ábyrgð á velferð þeirra. Ný hugsun var að ryðja sér til rúms, kennd við upplýsingaöldina, þar sem velferð og hamingju þegnanna átti að tryggja.<sup>9</sup> Konungar litu ekki lengur á sig sem harðstjóra, heldur fulltrúa guðs, stjórnðu samkvæmt vilja hans og báru ábyrgð gagnvart honum.<sup>10</sup> Íslendingar nutu góðs af þessum breytingum í hugarfari yfirvalda meðal annars með skipun landlæknis hér á landi, en í erindisbréfi konungs var landlækni falið að byggja upp heilbrigðiskerfið á Íslandi.<sup>11</sup> Til að svo mætti vera átti landlæknir að sjá um að mennta lækna og yfirseturkonur, sinna sóttvarnarmálum, veita sjúkum læknishjálp og ásamt því að vera lyfsali. Önnur verkefni landlæknis voru að hafa eftirlit með þeim stöðum þar sem holdveikir voru geymdir og líta eftir tukthúslimum.<sup>12</sup>

### 2.2 Bjarni Pálsson, landlæknir 1760-1779

Bjarni Pálsson var talinn hæfastur í embætti landlæknis, ekki bara vegna þess hversu vel hann stóð sig í prófum, heldur einnig vegna þess að hann var Íslendingur, þekkti loftslagið hér, líkamsbyggingu og eðlisfar Íslendinga, hvaða sjúkdómar herjuðu á þá, auk þess sem hann var fyrstur Íslendinga til að taka próf í læknisfræði.<sup>13</sup> Eitt af fyrstu embættisverkum Bjarna Pálssonar var að ráða hingað til lands lærða danska ljósmóður Margrethe Katarine J.B. Magnussen, til að mennta konur til ljósmæðrastarfa og kom hann því til leiðar að ljósmóðir var starfandi í hverri sýslu.<sup>14</sup> Áður hafði ljósmæðrakennsla verið í höndum presta, en fyrsta kennslubók ljósmæðra var gefin út á Íslandi árið 1749 og kvartaði landlæknir undan því að fáar ljósmæður ættu bókina eða höfðu lesið hana.<sup>15</sup> Þegar Bjarni Pálsson tók við embættinu voru Íslendingar rétt rúmlega 43 þúsund,<sup>16</sup> ungbarnadauði mikill og var þar fáfræði, sóðaskap

<sup>7</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 178-179.

<sup>8</sup> Lárus H. Blöndal og Vilmundur Jónsson, „Læknar á Íslandi I“ ( Sögufélagið 1970) 68.

<sup>9</sup> Sigurður Línadal, „Hluti dómstóla í þróun réttarins“ (1995) 45 Tímarit lögfræðinga, 4, 293.

<sup>10</sup> Sama heimild 292.

<sup>11</sup> Jón Gunnlaugsson, „Bjarni Pálsson Landlæknir“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 11. Nóvember 1979) 50.

<sup>12</sup> Sama heimild 50.

<sup>13</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 178-179.

<sup>14</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 19-21.

<sup>15</sup> Sama heimild 182-183.

<sup>16</sup> Hagstofa Íslands < <http://hagstofan.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Yfirlit> > skoðað 20. nóvember 2011.

og ýmis konar ómenningu kennt um.<sup>17</sup> Ekki hefur Bjarni Pálsson verið öfundverður að taka við embættinu, þar sem að almenn þekking í læknisfræði og smitleiðum var ekki mikil, en Bjarni Pálsson hafði allt landið í sinni umsjá og fór að beita sér fyrir því að fá fleiri lækna til starfa hér á landi, auk þess sem hann stóð fyrir því að skipuð yrði lærð yfirsetukona í hverjum landsfjórðungi.<sup>18</sup> Með konungsúrskurði árið 1766, voru síðan skipaðir tveir fjórðungslæknar, einn í Norðlendingafjórðungi og annar í Vestfirðingafjórðungi. Árið 1772 var þriðji læknirinn skipaður í Austfirðingafjórðungi. Fjórði læknirinn var skipaður 1781 á Vesturlandi.<sup>19</sup>

### 2.3 Jón Sveinsson, landlæknir 1780-1803

Þegar Jón Sveinsson tók við embætti landlæknis árið 1780 af Bjarna Pálssyni, var svo komið að alþýða manna, sem hafði ekki áður vanist læknishjálpi var farin að meta það hversu mikilvægt væri að hafa góðan lækni og að gera kröfu um aðgengi að lækni í þeim héruðum sem enn voru læknislaus.<sup>20</sup> Jón Sveinsson sendi því tilmæli til Landsstjórnar að stofna annað læknisembætti á Suðausturlandi, sem var gert með konungsúrskurði 1799. Um aldamótin 1800 voru því fimm lækna starfandi á Íslandi, auk landlæknis<sup>21</sup> og Íslendingar orðnir rúmlega 46 þúsund.<sup>22</sup> Jón Sveinsson setti einnig fram vel mótaða hugmyndina um almennt sjúkrahús rekið af hinu opinbera sem væri í tengslum við innlenda læknakennslu, sem varð ekki að veruleika fyrr en 1930 með stofnun Landsspítalans.<sup>23</sup>

### 2.4 Tómas Klog og Oddur Hjaltalíns, landlæknar 1804-1820

Kjör lækna voru ekki góð og þurftu þeir að vinna almenn störf meðfram lækningum svo sem í heyskap og sjómennsku þannig að þeir urðu oft að vanrækja embætti sín og sjúklinga og þar sem að illa gekk að manna læknisstöðurnar beitti Tómas Klog sem var landlæknir á árunum 1804-1815<sup>24</sup> fyrir því að laun lækna hækkuðu, enda læknaskortur á landinu.<sup>25</sup> Um aldamótin 1800 voru starfandi fimm lækna hér á landi, auk landlæknis.<sup>26</sup> Á meðan Tómas Klog var hér

<sup>17</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmeðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmeðrafélag Íslands 1984) 255.

<sup>18</sup> Bjarni Jónsson, „Fyrir landið og þjóðina“ (1923) 3 Ljósberinn, 60-61.

<sup>19</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 183-184.

<sup>20</sup> Sama heimild 184.

<sup>21</sup> Sama heimild 185.

<sup>22</sup> Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtolar/Mannfjoldi/Yfirlit>> skoðað 20. nóvember 2011.

<sup>23</sup> Lárus H. Blöndal og Vílmundur Jónsson, „*Læknar á Íslandi II*“ (Sögufélagið 1970) 411.

<sup>24</sup> Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/Umembattid/Sagaembattisins>> skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>25</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 185-186.

<sup>26</sup> Sama heimild 185.

landlæknir, var læknaskipunin hér á landi hins vegar ekki bætt af hálfu stjórnvalda, þrátt fyrir tilmæli hans þar um.<sup>27</sup>

## 2.5 Jón Thorstensen og Jón Hjaltalín, landlæknar 1820-1881

Árið 1874 varð sú breyting á stjórnskipun Íslands að Íslendingar fengu stjórnarskrá, sem fól í sér að Alþingi ásamt konungi fór með löggjafarvald í íslenskum sérmálum, ásamt því að fá fjárveitingar- og skattlagningarvald.<sup>28</sup> Jón Thorstensen var landlæknir 1820-1855, en þá tók Jón Hjaltalín við til ársins 1881.<sup>29</sup> Þeir voru báðir miklir áhugamenn um að bæta menntun og kjör ljósmæðra<sup>30</sup> og lækna.<sup>31</sup> Árið 1850 voru átta læknaumdæmi á Íslandi, sex læknar auk landlæknis.<sup>32</sup>

Jón Hjaltalín hafði betri aðstöðu til þess að hafa áhrif þar sem að hann var lengst af þingmaður líka<sup>33</sup> á árunum 1859-1881, auk þess að halda uppi læknakennslu í Reykjavík 1860-1876.<sup>34</sup> Hann barðist einnig ötullega fyrir stofnun Landspítala, eftir hugmyndum fyrirrenna síns Jóns Sveinssonar, en án árangurs.<sup>35</sup> Jón Thorstensen var skemur þingmaður,<sup>36</sup> konungskjörinn þingmaður 1847-1849 og kjörin 1852-1855, auk þess að sinna læknakennslu árin 1823-1835.<sup>37</sup>

Með lögum 15. október 1875 var landinu síðan skipt í 20 læknishéruð,<sup>38</sup> yfirsetukvennalögin voru sett árið 1875 og reglugerð með þeim sem voru að miklu leyti verk Jóns Hjaltalíns,<sup>39</sup> sem var formaður nefndarinnar á Alþingi.<sup>40</sup> Á þessum árum voru um 4500 íbúar á hvern lækni.<sup>41</sup>

<sup>27</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 186.

<sup>28</sup> Alþingi, „Margmiðlunarefni um sögu og störf Alþingis“ < <http://www.althingi.is/kynningarefni/> > skoðað 1. desember 2011.

<sup>29</sup> Landlæknisembættið < <http://landlaeknir.is/Umembættid/Sagaembættisins> > skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>30</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 185-186.

<sup>31</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 201.

<sup>32</sup> Sama heimild 190.

<sup>33</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 186.

<sup>34</sup> Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=304>> skoðað 2. desember 2011.

<sup>35</sup> Lárus H. Blöndal og Vilmundur Jónsson, „*Læknar á Íslandi II*“ ( Sögufélagið 1970) 411.

<sup>36</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 186.

<sup>37</sup> Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/thingm/0706940007.html?knt=0706940007>> skoðað 3. desember 2011.

<sup>38</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 187-189.

<sup>39</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 186.

<sup>40</sup> Alþt. 1875, A- deild, 298.

<sup>41</sup> Páll Sigurðsson, *Heilsa og Velferð, þættir úr sögu heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytisins 1970-1995* (Mál og mynd 1998) 37.



## 2.6 Hans J.G. Schierbeck, landlæknir 1882-1895.

Hans J. G. Schierbeck var landlæknir 1882–1895.<sup>42</sup> Hann beitti sér einnig fyrir bættri læknaskipun á Íslandi, endurbótum á sjúkrahúsum, kenndi læknum betri „rot- og drepverjandi sárameðferðir“, en því til viðbótar bætti hann verklega kennslu í handlækningum og vann að rannsóknum á smitleiðum holdsveikinnar.<sup>43</sup> Íslendingar höfðu ekki mikla trú á honum í fyrstu og þótti það „eindæmi væri gjört í sögu landsins að skipa landlæknisembættið dönskum manni og fela yfirstjórn allra heilbrigðismálefna landsins manni, sem eigi aðeins aldrei hefði haft hjer á landi nein læknisstörf á hendi, heldur og manni, sem ekkert þekkti hinar 'sjerstaklegu ástæður lands og þjóðar eða hver kjör almenningur hjer á landi býr við og verður að búa við“.<sup>44</sup> Árið 1890 voru 26 læknar starfandi á Íslandi.<sup>45</sup>

## 2.7 Jónas Jónassen, landlæknir 1895-1906.

Dr. Jónas Jónassen varð landlæknir árið 1895-1906.<sup>46</sup> Hann var mikil fræðimaður, skrifaði og þýddi margar bækur.<sup>47</sup> Dr. Jónas sat á Alþingi á árunum 1886-1892 og aftur 1899-1905.<sup>48</sup> Hann var áhrifaríkur talsmaður hreinlætis og taldi að rangt mataræði, klæðaleyfi, kuldi og óþrifnaður ætti sök á dauða margra barna.<sup>49</sup>

Fyrsta hjúkrunarkonan sem kom til starfa hér á landi var dönsk, Christophine Bjarnhéðinsdóttir árið 1898.<sup>50</sup> Um aldamótin voru Íslendingar tæplega 80 þúsund,<sup>51</sup> ungabarnadauði var ennþá hár, eitt af hverjum níu börnum á fyrsta æviári og meðalævi Íslendinga að nálgast 50 ár.<sup>52</sup> Læknar og ljósmæður voru einu heilbrigðisstéttirnar, en stétt hjúkrunarfræðinga var að koma fram.<sup>53</sup>

---

<sup>42</sup> Landlæknisembættið < <http://landlaeknir.is/Umembaettid/Sagaembaettisins> > skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>43</sup> Guðmundur Guðmundsson, „H. J. G. Schierbeck landlæknir“ (1915) 11 Óðinn 1, 2.

<sup>44</sup> --, „Landlæknisembættið“ (1882) *Ísafold* (Reykjavík 25.mars 1882) 19.

<sup>45</sup> J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags, 190.

<sup>46</sup> Landlæknisembættið < <http://landlaeknir.is/Umembaettid/Sagaembaettisins> > skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>47</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 186.

<sup>48</sup> Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=350>> skoðað 2. desember 2011.

<sup>49</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984) 256.

<sup>50</sup> --, „Frú Christophine Bjarnhéðinsson“ (1923) 12 19. júní 6, 89.

<sup>51</sup> Hagstofa Íslands < <http://hagstofan.is/Hagtolor/Mannfjoldi/Yfirlit> > skoðað 3. desember 2011.

<sup>52</sup> Helgi Skúli Kjartansson, *Ísland á 20. öld* (Sögufélag 2002) 34-35.

<sup>53</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmæðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmæðrafélag Íslands 1984); J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags; Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010).

## 2.8 Guðmundur Björnsson, landlæknir 1906-1931

Um aldamótin 1900 var áhrifa iðnbyltingarinnar farin að gæta á Íslandi, meðal annars með greiðari samgöngum og voru landsmenn tilbúnir að nýta ný tækifæri.<sup>54</sup> Guðmundur Björnsson var landlæknir árið 1906-1931<sup>55</sup> og alþingismaður árin 1905-1908 og 1913-1922.<sup>56</sup>

Árið 1907 var lagt fyrir Alþingi frumvarp til laga um skipun læknishéraða á Íslandi, lög nr. 24/1907, þar sem læknaskipun á Íslandi var almennt endurskoðuð að tillögu landlæknis. Guðmundur Björnsson, eins og fyrri landlæknar, beitti sér hart fyrir fjölgun lækna hér á landi, meðal annars að héraðslæknar fengju með sér aðstoðarlækna þar sem að sum héruð voru þannig að þau mættu bara alls ekki vera skilin eftir læknislaus.<sup>57</sup> Landlæknir barðist einnig fyrir því að hækka launin til þess lífvænlegt væri fyrir lækna að starfa í þeim héruðum sem erfiðlega gengi að manna og lagði til að allir héraðslæknar fengju eftirlaun, ekki bara þeir sem sætu í tekjuhæstu héruðunum, en „landlæknir álítur að þetta sje samt eigi nóg til þess að fá nýta menn í öll eða flest læknishjeruð“.<sup>58</sup>

Samkvæmt manntali árið 1920 sinntu 322 Íslendingar heilbrigðisstörfum. Fjölmennastar voru ljósmæður eða 192, starfandi læknar voru 81, fimm tannlækna og 34 sem störfuðu við umönnun sjúklinga, en ekki var gerður greinarmunur í manntalinu á menntuðum og ómenntuðum hjúkrunarkonum.<sup>59</sup> Heilsufar var almennt slæmt á Íslandi, taugaveikisfaraldur kom upp í desember 1918 og í ársbyrjun 1919 mældust enn afleiðingar spænsku veikinnar á Reykvíkingum þar sem að þeir voru þreklitlir, liðu fyrir margs konar óþægindi frá taugakerfinu og syrgðu nákomna ástvini.<sup>60</sup>

Árið 1918 skrifar Guðmundur Bjarnason, landlæknir og þingmaður, stjórnarráði bréf þar sem hann berst fyrir breytingu á heilbrigðisstjórninni og vill að stofnað verði heilbrigðisráð til að hafa yfirumsjón með heilbrigðismálum landsins, þar sem að „það virðist hverjum manni um megn, hversu mikla reynslu og sjerþekkingu sem hann kann að hafa til brunns að bera, að fara einn síns liðs með ýms mestu vandamál þjóðarinnar, og reisa rönd við sívaxandi öfgum og hleypidómum fákunnand'i manna“.<sup>61</sup>

<sup>54</sup> Helgi Skúli Kjartansson, *Ísland á 20. öld* (Sögufélag 2002) 174.

<sup>55</sup> Landlæknisembættið < <http://landlaeknir.is/Umembættid/Sagaembættisins> > skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>56</sup> Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=182>> skoðað 5. desember 2011.

<sup>57</sup> Alþt. A-deild, 1907 úr greinargerð með frumvarp til laga um skipun læknishjéraða o.fl.

<sup>58</sup> Sama heimild.

<sup>59</sup> Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010) 65.

<sup>60</sup> Sama heimild 9.

<sup>61</sup> Guðmundur Bjarnason „Heilbrigðisráð, landlæknir vill breyta stjórn heilbrigðismála Íslands“ (1919) 14 Lögrétta 1, 1.

Þekking var komin á smitleiðum, en sýklalyf ekki komin til sögunar og umönnun smitandi sjúklinga var tímafrek, erfið og hættuleg.<sup>62</sup>

Læknafélag Íslands var stofnað í janúar 1918, þegar öll læknafélög landsins voru sameinuð sem þótti nauðsynlegt meðal annars vegna kjaramála lækna.<sup>63</sup> Ljósmeðrafélag Íslands var stofnað í maí 1919 með þeim tilgangi að vernda hagsmuni stéttarinnar<sup>64</sup> og í nóvember sama ár var Félag íslenskra hjúkrunarkvenna stofnað.<sup>65</sup>

## 2.9 Vilmundur Jónsson, landlæknir 1931-1959

Vilmundur Jónsson var landlæknir á árunum 1931-1959,<sup>66</sup> og þingmaður 1931-1941.<sup>67</sup> Auk þess skrifaði hann bækur um heilbrigðismál, lækningar og sögur lækninga, ásamt því að þýða fræðirit og skáldsögur.<sup>68</sup>

Árið 1940 voru Íslendingar orðnir rétt rúmlega 120 þúsund,<sup>69</sup> meðalævin var komin í 65 ár, ungbarnadauði hafði lækkað mikið þar sem að eitt af hverjum 27 börnum dó á fyrsta ári.<sup>70</sup> Bættur efnahagur með betra mataræði og húsakynnum, meiri þekking á hollustu og heilbrigði sem og heilbrigðisþjónustan sjálf með fleiri læknum og ljósmeðrum sem höfðu á valdi sínu nýja kunnáttu skiptu þar mestu.<sup>71</sup> Um miðja öldina komu svo sýklalyf til sögunnar, en með þeim var hægt að lækna mannskæða sjúkdóma eins og berkla og lungnabólgu, en síðar varð hægt að bólusetja gegn hættulegum sjúkdómum eins og kíghósta og lömunarveiki.<sup>72</sup>

Um 1950 voru ljósmeður enn fjölmennasta heilbrigðisstéttin eða 186, flestar starfandi utan Reykjavíkur, lækna voru 181, hjúkrunarkonur voru 52, tannlækna 28, lyfsalar 18 talsins og nuddkonur voru 13.<sup>73</sup>

---

<sup>62</sup> Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. Öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010) 9.

<sup>63</sup> Sigurður Böðvarsson „Læknafélag Reykjavíkur 100 ára“ (2009) 95 Læknablaðið 2, 131.

<sup>64</sup> Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmeðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmeðrafélag Íslands 1984) 7.

<sup>65</sup> Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. Öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010) 2.

<sup>66</sup> Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/Umembættid/Sagaembættisins>> skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>67</sup> Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=591>> skoðað 23. nóvember 2011.

<sup>68</sup> Sama heimild.

<sup>69</sup> Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtolar/Mannfjoldi/Yfirlit>> skoðað 23. nóvember 2011.

<sup>70</sup> Helgi Skúli Kjartansson, *Ísland á 20. öld* (Sögufélag 2002) 174.

<sup>71</sup> Sama heimild 174.

<sup>72</sup> Sama heimild 408.

<sup>73</sup> Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010) 278.

### 3. Breytingar á heilbrigðisþjónustunni eftir 1960

#### 3.1 Inngangur

Í kjölfar seinni heimstyrjaldarinnar breyttist Ísland í velferðarríki sem tók viðtækari ábyrgð á afkomu íbúa sinna, sem ekki hafði verið mögulegt í þeirri fátækt sem áður var hér á landi.<sup>74</sup> Framfarir í lækningum og heilsuvernd voru að mörgu leiti arðsamar, en verkefnum fjölgaði sem þekking og tækni gerðu mögulegt að sinna og hin nýju rannsóknartæki, lyf og lækniáðgerðir urðu mjög kostnaðarsamar, heilbrigðiskerfið kallaði á sífellt meira fé, þannig að einn mesti vandi hvefrrar ríkisstjórnar var að reyna að halda þessum kostnaði niðri án þess að hefta framfarir í lækningum.<sup>75</sup> Langvinir sjúkdómar meðal eldra fólks komu í staðin fyrir bráða sjúkdóma hjá ungu fólki og oftast var spurt hvort lífsgæði sjúklings verði meiri við meðferðina í stað þess að spyrja hvort sjúklingurinn fái lengra líf.<sup>76</sup>

Sigurður Sigurðsson var landlæknir frá 1960- 1972<sup>77</sup> og sat í bæjarstjórn Reykjavíkur 1946-1960.<sup>78</sup> Í tíð Sigurðar sem landlæknis voru miklar umræður um þörf fyrir breytingar á skipulagi heilbrigðismála hér á landi. Árið 1967 hélt Læknafélag Ísland ráðstefnu um heilbrigðismál og stjórn heilbrigðismála hér á landi. Þar kom fram gagnrýni á fyrirkomulag mála hér á landi, að heilbrigðisþjónustan hafi staðnað, viðfangsefnin vaxið henni yfir höfuð og gerð var krafa um breytingar á skipulagi heilbrigðismála. Á það var meðal annars bent að stjórnsýsla heilbrigðismála hefði ekki tekið neinum breytingum í 200 ár, eða frá því að Landlæknisembættið var stofnað árið 1760. Á þessum fundi var lagt til að stofnað yrði heilbrigðisráð, framkvæmdastjóra ráðsins mætti kalla landlækni, en þessi framkvæmdastjóri þyrfti að hafa mun meira framkvæmdarvald og sjálfstæði gagnvart pólitískum aðilum en landlæknir hefði.<sup>79</sup>

#### 3.2. Stofnun ráðuneytis heilbrigðismála

Árið 1969 voru lög nr. 73/1969 um stjórnarráð Íslands samþykkt, en með gildistöku þeirra var ráðuneytum fjölgað og nýtt ráðuneyti heilbrigðis- og tryggingarmála varð til. Áður voru heilbrigðismál undir dóms- og kirkjumálaráðuneytinu.

<sup>74</sup> Helgi Skúli Kjartansson, *Ísland á 20. öld* (Sögufélag 2002) 402.

<sup>75</sup> Sama heimild 409.

<sup>76</sup> Ólafur Ólafsson, *Úr handraða Ólafs landlæknis* (Bókaútgáfan Hólar 2003) 22.

<sup>77</sup> Landlæknisembættið < <http://landlaeknir.is/Umembattid/Sagaembattisins> > skoðað 21. nóvember 2011.

<sup>78</sup> Frjálsa alfræðiritið

<[http://is.wikipedia.org/wiki/B%C3%A6jarstj%C3%B3rnarkosningar\\_%C3%AD\\_Reykjav%C3%ADk](http://is.wikipedia.org/wiki/B%C3%A6jarstj%C3%B3rnarkosningar_%C3%AD_Reykjav%C3%ADk)>.

<sup>79</sup> --, „Ráðstefna Læknafélags Íslands um heilbrigðismál“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 21. nóvember 1967) 12.

Eggert G. Þorsteinsson var fyrsti heilbrigðis- og tryggingarmálaráðherra, en fyrstu átta mánuðina var ekki annað starfslið í ráðuneytinu.<sup>80</sup> Samkvæmt 1.mgr. 10.gr. laga nr. 73/1969 áttu ráðuneytisstjórar að stýra ráðuneytunum undir yfirstjórn ráðherra. Fyrsti ráðuneytisstjórinn í heilbrigðisráðuneytinu var Páll Sigurðsson, læknir frá 1970-1995.<sup>81</sup> Um þessi ár sín í ráðuneytinu segir Páll að skipta megi þeim upp í tvö tímabil. Fyrstu tuttugu árin hafi einkennst af mikilli uppbyggingu heilbrigðisstofnanna þar sem um allt land hafi risið glæsilegar og vel útbúnar heilsugæslustöðvar og sjúkrahús sem hafi gjörbreytt aðstöðu fyrir starfsfólk. Síðara tímabilið, síðustu fimm ár hans í ráðuneytinu, hafi hins vegar einkennst af niðurskurði og samdrætti í fjárveitingum, sem hafi bitnað á framkvæmdum og fjárveitingum til rekstursins.<sup>82</sup>

Fyrstu lögín sem sett voru eftir stofnun heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytisins voru ný og endurskoðuð lög um almannatryggingar nr. 67/1971 þar sem bætur voru almennt hækkaðar frá því sem var og heimild örorkustyrks rýmkaðar,<sup>83</sup> en lyfsölulög nr. 69/1971 um skráningu sérlyfja og lyfsölulög nr. 70/1971 um eftirlit með sölu lyfja fylgdu í kjölfarið. Lög nr. 28/1973 um dvalarheimili aldraðra komu næst, þar sem vaxandi fjöldi aldraðra hafði haft í för með sér aukna þörf fyrir ýmsar stofnanir og þjónustu í þágu þeirra.<sup>84</sup>

### 3.3 Lög um heilbrigðisþjónustu

Árið 1973 lagði heilbrigðisráðherra fram lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu. Þetta voru fyrstu heildarlögín um skipulagningu heilbrigðisþjónustu í landinu og í þeim voru lagðar til miklar breytingar á því skiplagi sem áður var.

Í 1.mgr. 1.gr. laga nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu var í fyrsta skipti lögfest að: „Allir landsmenn skulu eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði“ og er þessi skilgreining í samræmi við skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og felur í sér þá stefnuyfirlýsingu stjórnvalda að allir landsmenn skuli eiga jafnan kost á eins fullkominni heilbrigðisþjónustu og hægt er að veita á hverjum tíma.<sup>85</sup>

Önnur nýmæli í lögum nr. 56/1973 var breyting á skipulagi læknishéraða og að innan hvers læknishéraðs skyldi rísa heilsugæslustöð, í tengslum við sjúkrahús eða

<sup>80</sup> Páll Sigurðsson, „*Heilsa og velferð þættir úr sögu heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytisins 1970-1995*“ (Mál og mynd, 1998) 17.

<sup>81</sup> Sama heimild 11.

<sup>82</sup> Sama heimild 12.

<sup>83</sup> Alþt. 1970-1971, A-deild, þskj.566 – 281. mál, athugasemdir við lagafrumvarp.

<sup>84</sup> Alþt. 1972-1973, A-deild, þskj. 25 – 25. mál, athugasemd við lagafrumvarp.

<sup>85</sup> Alþt. 1972-1973, A-deild, þskj. 310 – 169. mál, athugasemdir við 1. mgr. 1.gr.

hjúkrunarheimili, til þess að aðstaðan myndi nýtast báðum stofnunum. Í greinargerðinni með frumvarpinu var gerð grein fyrir aðdraganda laganna, en Alþingi hafði árið 1970 falið heilbrigðismálaráðherra að skipa stjórnarnefnd til að endurskoða ýmsa þætti heilbrigðis- löggjafarinnar, meðal annars í þeim tilgangi til að fá lækna til starfa í þeim héruðum sem voru læknislaus. Landinu var skipt upp í fimm læknishéruð, þar sem í hverju héraði skyldi starfa embættislæknir, sem væri héraðslæknir. Áttu héraðslæknar ekki að stunda almenn læknastörf heldur stjórna og skipuleggja læknastarf í héraðinu og bera ábyrg á því gagnvart heilbrigðisstjórn. Þannig var flutt út í héruðin hluti af ráðleggingar og framkvæmdarvaldi, sem landlæknir hafði þar til þá sinnt.<sup>86</sup> Í þessari stjórnarnefnd átti landlæknir, Sigurður Sigurðsson ekki sæti, en honum, ásamt fleirum voru send heildardrögin til umsagnar.<sup>87</sup>

Tilgangurinn með þessum breytingum var að koma á betri heilbrigðisþjónustu í landinu og að fá lækna til starfa í þeim héruðum, sem voru læknislaus, en samkvæmt skoðanakönnunar sem gerð var meðal yngri lækna, var talið að auðveldara yrði að fá lækna til starfa ef um hópstarf væri að ræða, en ekki einmenningshéruð.<sup>88</sup> Eins og Páll Sigurðsson sagði í viðtali við Vísi um breytingarnar: „vona ég bara að hægt verði að fá nægilega marga til að starfa í sjúkrahúsum og heilsugæzlustöðvum úti um land það er auðvitað fyrsta skilyrðið til að þessi endurbót geti átt sér stað“.<sup>89</sup>

Með tímanum hefur orðið meiri krafa um að sjúklingar njóti þeirra heilbrigðisþjónustu sem þekking og tækni leyfir, en fram á miðja 20. öldina voru væntingar takmarkaðri.<sup>90</sup> Kröfur til heilbrigðisþjónustu urðu meiri og var jafnvel sagt að um neyðarástand væri að ræða vegna skorts á heilbrigðisstarfsfólki,<sup>91</sup> þrátt fyrir að landlæknir taldi svo ekki vera, þar sem alltaf væri verið að vinna að þessum málum.<sup>92</sup>

---

<sup>86</sup> Alþt. 1972-1973, A-deild, þskj. 310 – 169. mál, greinargerð með frumvarpi.

<sup>87</sup> Sama heimild.

<sup>88</sup> Sama heimild.

<sup>89</sup> Páll Sigurðsson, „Heilbrigðisþjónustu gjörbreytt“ *Vísir* (Reykjavík 20. apríl 1971) 9.

<sup>90</sup> Helgi Skúli Kjartansson, *Ísland á 20. öld* (Sögufélag 2002) 407.

<sup>91</sup> Árni Björnsson, Ásmundur Brekkan, Tómas Á. Jónsson, „Skipulag og þróun sjúkrahúsþjónustu“ (1969) 1 Samvinna 63, 19; --, „Neyðarástand í heilbrigðismálum Eystra“ *Alþýðublaðið* (Reykjavík 16. september 1969) 6; --, „Koma starfandi læknar í Reykjavík í veg fyrir neyðarástand í strjálbýlinu?“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 27. október 1971) 12.

<sup>92</sup> --, „Ekki neyðarástand“ *Vísir* (Reykjavík 18. nóvember 1969) 1; --, „Neyðarástand“ *Austri* (Neskaupstaður 13. október 1971) 2.

## 4. Lög um landlækni

### 4.1 Inngangur

Eins og áður hefur komið fram var fyrsti landlæknir Íslands skipaður af konungi árið 1760 og starfaði hann samkvæmt erindisbréfi konungs.<sup>93</sup> Næstu 200 árin urðu ekki miklar breytingar á störfum hans eins og áður er getið. Þegar nýjar tillögur komu fram um breytingar á skipan heilbrigðismála vorið 1971, var ekki gert ráð fyrir sérstöku embætti landlæknis, heldur að embætti landlæknis og ráðuneytisstjóra yrðu sameinuð, en Læknasamtök Íslands lögðust hart gegn því.<sup>94</sup> Í viðtali við dagblaðið *Vísir* vorið 1971 sagði Páll Sigurðsson, ráðuneytisstjóri og formaður stjórnarnefndarinnar um upphaflegu tillögur nefndarinnar að þegar heilbrigðisráðuneytið hafi verið stofnað hafi ekki verið ljóst hvernig samband þess við Landlæknisembættið yrði háttað. Ekki stæði til að leggja niður Landlæknisembættið heldur ætti að gera landlækni að ráðuneytisstjóra. Stjórnunarstörf sem áður voru hjá landlækni og í heilbrigðisráðuneytinu yrðu flutt út á land til héraðslækna þannig að heilbrigðisráðuneytið yrði meiri framkvæmdarstofnun, en ekki þjónustustofnun eins og önnur ráðuneyti.<sup>95</sup> Upphaflegu tillögurnar voru ekki lagðar fram á Alþingi.

Þegar frumvarpið var síðan lagt fyrir Alþingi vorið 1971, höfðu þær breytingar verið gerðar frá upphaflegu tillögum að gert var ráð fyrir áframhaldandi embætti landlæknis.<sup>96</sup> Nýr læknir Ólafur Ólafsson tók við embætti landlæknis árið 1972 - 1998.<sup>97</sup> Hins vegar hafði landlæknir ekkert framkvæmdarvald, samkvæmt lögum nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu.

### 4.2 Starfssvið landlæknis skilgreint samkvæmt íslenskum lögum

Ekki er að finna nein íslensk lög eða frumvörp til laga þar sem hlutverk og verksvið landlæknis voru skilgreind, fyrr en árið 1931 þegar á Alþingi var lagt fram frumvarp um stofnun heilbrigðisráðs. Heilbrigðisráðið skyldi skipað þremur mönnum, sem sinna skyldu öllum þeim störfum sem landlæknir hafði áður sinnt, bæði samkvæmt lögum og landsvenju, nema að veita Ljósmæðraskólanum forstöðu. Í greinagerðinni með frumvarpinu var bent á að skipulag heilbrigðismála hefðu marga og mikla galla, þá helsta að landlæknir hafi ekki fengið nein eftirlaun og því hafi þeir setið í embætti til dánardags, jafnvel ófærir um að sinna skyldum sínum. Þar sem landlæknir sjái einn um heilbrigðismál landsins verði hann að vera

<sup>93</sup> Jón Gunnlaugsson, „Bjarni Pálsson Landlæknir“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 11. Nóvember 1979) 50.

<sup>94</sup> Páll Sigurðsson, „*Heilsa og velferð þættir úr sögu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins 1970-1995*“ (Mál og mynd, 1998).

<sup>95</sup> Páll Sigurðsson, „Heilbrigðisþjónustu gjörbreytt“ *Vísir* (Reykjavík 20. Apríl 1971) 9.

<sup>96</sup> Alþt. 1971, A-deild, þskj. 519 – 242. mál, frumvarp til laga um heilbrigðisþjónustu.

<sup>97</sup> Landlæknisembættið < <http://landlaeknir.is/Umembraettid/Sagaembraettisins> > skoðað 21. nóvember 2011.

vel starfhæfur. Löggjöfin sé orðin úrelt og landlæknir hafi meðal annars ekki komist yfir að endurskoða hana, né að skrifa heilbrigðisskýrslur í 18 ár. Í greinargerðinni var einnig bent að ýmis varanleg mál þurfi að endurskoða svo sem eftirlit landlæknis með læknum, ljósmæðrum, lyfjabúðum, smitsjúkdómum og fleira. Útgjöld til heilbrigðismála voru á aðra milljón króna og óheppilegt að verja svo miklu fé í málaflokkinn án þess að hafa góða stjórn og eftirlit á meðferð fjármunanna.<sup>98</sup> Landlækir hafði þá legið veikur um tíma af slagi<sup>99</sup> og væntanlega lítt starfhæfur sem líklega var tilefni þessa frumvarps, sem ekki var samþykkt.

Árið 1932 lagði Vilmundur Jónsson, þá nýr landlæknir og þingmaður fram frumvarp til laga um skipun læknishéraða, verksvið landlæknis og störf héraðslækna. Í lögum nr. 36/1932 var verksvið landlæknis í fyrsta sinn skilgreint í íslenskum lögum, en í 3.gr. sagði að landlæknir var ráðunautur ráðherra í öllu, sem viðkom heilbrigðismálum. Hann hafði eftirlit með öllum læknum og heilbrigðisstarfsmönnum í landinu, einkum héraðslæknum og öðrum opinberum heilbrigðisstarfsmönnum. Í 2.mgr. 3.gr. sagði að ráðherra ætti að setja landlækni erindisbréf og felli þá jafnframt úr gildi erindisbréf landlæknis á Íslandi, sem sett var samkvæmt konunglegri tilskipun árið 1824.<sup>100</sup> Í konunglegu tilskipuninni frá árinu 1824 voru hins vegar skyldum landlæknis gerð mun ítarlegri skil og öll hans verkefni tiltekin nákvæmlega í 34. greinum.<sup>101</sup> Í athugasemdum við 3. og 4. gr. í frumvarpi til laga nr. 36/1932 sagði að erindisbréfin séu orðin yfir 100 ára gömul og því löngu tímabært að endurnýja þau. Í 4. gr. þessara laga nr. 36/1932 voru síðan skyldur og ábyrgð héraðslækna útlistaðar og var það landlæknis að senda héraðslæknum erindisbréf með staðfestingu ráðherra og að hafa eftirlit með störfum þeirra samkvæmt 2. gr. eins og áður var sagt.<sup>102</sup> Með þessari lagabreytingu breyttust störf landlæknis í að vera ráðgefandi fyrir ráðherra og sem eftirlitsaðili með heilbrigðisstarfsfólki, auk þess sem landlæknir varð undanskilin almennum læknisstörfum.

Ekki var nein breyting á hlutverki landlæknis samkvæmt lögum næstu áratugi. Í lögum nr. 16/1955 um læknaskipun var í 7. gr. verksvið landlæknis skilgreint og aftur í 10. gr. laga nr. 43/1965 um læknaskipun og voru samhljóma 3. gr. laga nr. 36/1932. Árið 1955 var lagt fram frumvarp til laga um breytingu á læknaskipunarlögum, þar sem breyta átti starfsviði landlæknis. Það frumvarp var ekki samþykkt. Lagt var til að stofnað yrði fimm manna heilbrigðisráð, sem ráðherra skipaði til fimm ára í senn sem átti að hafa yfirumsjón með allri heilbrigðisstarfsemi í landinu og vera æðsti ráðunautur ríkisstjórnarinnar um allt er varðaði

---

<sup>98</sup> Alþt. 1931, A-deild, 634.

<sup>99</sup> --, „Brotið land“ (1931) 26 Lögrétta 3, 4.

<sup>100</sup> Alþt. 1932, A-deild, 197.

<sup>101</sup> Alþt. 1875, A- deild, 298.

<sup>102</sup> Alþt. 1932, A-deild, 197.



heilbrigðismál.<sup>103</sup> Í greinargerð með frumvarpinu sagði að „er nú jafnfráleitt að fela einum manni lögákveðið hlutverk landlæknis sem það var sjálfsagt fyrr á tímum“ því samfara bættum lífsskjörum á Íslandi hafi kröfurnar um aukna heilbrigðisþjónustu aukist jafnt og þétt. Að fela landlækni einum að vera æðsta ráðunautur hins opinbera í öllum heilbrigðismálum væri fráleitt, þar sem enginn einn maður hafi næga yfirsýn og þrátt fyrir að hann gæti leitað álits sérfróðra aðila, þá var það háð skapgerð landlæknis að hve miklu leiti önnur sjónarmið en hans persónulegu fengu að njóta sín.<sup>104</sup> Í umsögn landlæknis um frumvarpið sagði hann að miklar breytingar hefðu orðið síðustu 50 árin á aðstöðu heilbrigðisstjórnarinnar til að leita sér ráða hjá sérfróðum læknum þegar ástæða væri til, hins vegar væru það „óskráð lög og yfirleitt algerlega óþarft, að skráð séu, að sérhver slíkur embættismaður er ríkisvaldinu á hverjum tíma tiltækur til ráðuneytis“.<sup>105</sup> Ekki var gert ráð fyrir öðru heilbrigðisstéttum en læknum í heilbrigðisráðið.

Eins og áður kom fram var ekki gert ráð fyrir embætti landlæknis í upphaflegum tillögum um skipan heilbrigðisþjónustu árið 1971, en ákvæðin um embætti landlæknis var í frumvarpinu sem lagt var fram og varð að lögum nr. 56/1973. Er 1. mgr. 3. gr. lag nr. 56/1973 um hlutverk landlæknis samhljóða fyrri lögum um læknaskipan og samhljóða lögum nr. 36/1932, nema hvað tekið var út úr lögnum að landlæknir ætti að skipuleggja skýrslugerð, innheimta þær og annast útgáfu heilbrigðisskýrsla.

Í 2. mgr. 3. gr. lagana nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu var tiltekið hvaða menntun landlæknir skuli hafa, sem ekki hafði áður verið lögfest. Í meðför Alþingis tók 3. gr. laganna sem skilgreindi verksvið landlækni þeim breytingum að tvær nýjar málsgreinar bættust við, það er 3. mgr. 3. gr. þar sem tiltekið var að ráðherra skyldi setja reglugerð um störf og stöðu landlæknis og embætti hans<sup>106</sup> og 4. mgr. 3. gr. þar sem í fyrsta skipti var sett í lög að landlækni væri skylt að sinna kvörtunum og kærurum sem varða almenning og samskipti þeirra við heilbrigðisstéttir.<sup>107</sup> Í greinargerðinni með frumvarpinu sem varð að lögum nr. 56/1973 kom fram að landlæknir og embætti hans mundu eftir sem áður heyra undir heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið og hafa ásamt ráðuneytinu eftirlit með öllum læknum og heilbrigðisstarfsmönnum.

Í 5. gr. laga nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu var lagt til að ráðherra stofnaði svokallaða ráðgjafarnefnd, Heilbrigðisráð Íslands, skipað fulltrúum sem flestra

<sup>103</sup> Alpt. 1958, A-deild, þskj. 79 – 48.mál, frumvarp til laga um breytingu á læknaskipunarlögum.

<sup>104</sup> Alpt. 1958, A-deild, þskj. 79 – 48.mál, greinargerð með frumvarpi.

<sup>105</sup> Vilmundur Jónsson, „Yfirstjórn íslenskra heilbrigðismála, umsögn landlæknis um lagafrumvarp, flutt af Alfreð Gíslasyni lækni á alþingi 1958“ Heilbrigðisskýrslur (Reykjavík 1960) 192 .

<sup>106</sup> Alpt. 1973, A-deild, þskj. 557 – 169. mál, nefndarálit frá Heilbrigðis- og tryggingarmálanefnd.

<sup>107</sup> Alpt. 1973, A-deild, þskj. 594 – 169. mál, breytingartillaga frá heilbrigðis- og tryggingarnefnd.

heilbrigðisstétta sem átti að vera ráðgjafar- og umsagnaraðili um heilbrigðis- og tryggingarmál, en ekki eingöngu skipað læknum eins og fyrri tillögur höfðu gerð ráð fyrir.

Í reglugerð nr. 411/1973 um landlækni og Landlæknisembættið, sem var byggð á 3. mgr. 3. gr. laga nr. 56/1973 voru störf landlæknis aftur skilgreind, en í 2. mgr. 4. gr. reglugerðar nr. 411/1973 sagði að landlæknir ætti að hafa faglegt eftirlit með starfi og starfsaðstöðu heilbrigðisstétta og í 9. mgr. 4. gr. að landlæknir ætti að fá lækna til að gegna störfum á þeim stöðum sem erfitt hafði reynst að halda upp lækniþjónustu á. Ekkert var minnst á aðrar heilbrigðisstéttir í þessu samhengi, en í 6. gr. laga nr. 16/1955 og 9. gr. laga nr. 43/1965 sagði að heimilt væri að greiða úr ríkissjóði  $\frac{2}{3}$  launa handa allt að sex hjúkrunarkonum til starfa í læknishéruðum, en sveitastjórnir ráði þær í samráði við héraðslækni og landlækni .

Eftirlit með heilbrigðisstofnunum og heilbrigðisstéttum voru gerð skil í 5. gr. reglugerðarinnar nr. 411/1973, þar sem fjallað var um veitingu starfsleyfa til heilbrigðisstétta, rekstrarleyfi heilbrigðisstofanna og sviptingu starfsleyfa. Í 4. mgr. 5. gr. reglugerðar nr. 411/1973 sagði að landlæknir ætti að halda uppi eftirliti með lækningastarfsemi allri, meðal annars í því skyni að sporna við skottulækningum og annarri ólögmati starfsemi. Hvorki í lögnum nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu, né í reglugerð nr. 441/1973 um landlækni og Landlæknisembættið var minnst á eftirlit með mönnun á stofnunum.

Í 19. gr. laga nr. 56/1973 var tiltekið að ráða skyldi héraðshjúkrunarkonur til starfa með héraðslæknum, ásamt hjúkrunarkonum og ljósmæðrum við heilsugæslu, en ekki var tiltekin neinn fjöldi. Í 15. gr. laga nr. 56/1973 var tiltekið að heilsugæslustöðvar gætu verið með tvennu móti, það er heilsugæslustöð 1 (H 1) þar sem einn læknir hið minnsta starfar ásamt öðru starfsliði og heilsugæslustöð 2 (H 2) þar sem tveir læknar hið minnsta starfi ásamt öðru starfsliði, samkvæmt reglugerð. Í 4. mgr. 31. gr. laganna nr. 56/1973 sagði að ráðherra gæti sett með reglugerð ákvæði um starfslið sjúkrahúsa í samræmi við starfssvið þeirra. Sú reglugerð var ekki birt.

Í lögum nr. 57/1978 um heilbrigðisþjónustu sem tók við af lögum nr. 56/1973 var gerð sú breyting á 3. gr. sem fjallaði um landlækni að ákveðið var að aðstoðarlandlæknir skyldi vera staðgengill og aðstoðarmaður landlæknis, en staða aðstoðarlandlæknis var þá þegar tilkomin með reglugerð nr. 411/1973. Í 13. gr. laga nr. 57/1978 um heilbrigðisþjónustuna var gert ráð fyrir að til viðbótar H1 og H2 heilsugæslustöðvum kæmi H stöð þar sem hjúkrunarfræðingur eða ljósmóðir starfaði og læknir hefði þar reglulega móttöku sjúklinga. Í 2. mgr. 19. gr. og 4. mgr. 29. gr. laga nr. 57/1978 sagði að ráðherra setti með reglugerð nánari ákvæði um starfslið heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa.

Í reglugerð 160/1982 um heilsugæslu, var kveðið á um mönnun að því marki að í 7. gr. reglugerðarinnar sagði að ráðherra skipaði heilsugæslulækna, en heilbrigðisráðuneytið tannlækna, ljósmæður og hjúkrunarfræðinga og í 8. gr. reglugerðarinnar um heilsugæslu var það tiltekið að stjórn heilsugæslunnar réði allt annað starfslið hennar. Í 22. gr. reglugerðar nr. 160/1982 um heilsugæslu sagði að á heilsugæslustöðvum H2 ætti að fastráða lækna, hjúkrunarfræðinga og ljósmæður eftir því sem þörf væri á og heilbrigðisráðuneytið kveddi, en 35. gr. og 36. gr. reglugerðarinnar nr. 160/1982 um heilsugæslu voru samhljóða 7. og 8. gr. varðandi skipun starfsfólks á H1 stöðvar, og 42. gr. og 43. gr. reglugerðarinnar voru samhljóða 2. mgr. 13. gr. laga nr. 57/1978 um heilbrigðisþjónustu, varðandi heilsugæslustöð H, um að þar skyldi ráða hjúkrunarfræðing eða ljósmóður og læknir skyldi hafa þar reglulega móttöku. Ekki var hins vegar tiltekin neinn fjöldi starfsmanna miðað við umfang heilsugæslustöðva og því ekki hægt að segja að reglugerðin kveði nánar á fjölda lækna og annars sérmenntaðs starfslið heilsugæslustöðva eins og 19. gr. laga nr. 57/1978 um heilbrigðisþjónustu sagði til um.

Árið 1982 var lagt fram nýtt frumvarp til laga nr. 40/1983 um heilbrigðisþjónustu en í þeim var gerð breyting á 3. gr. laga nr. 57/1978 um heilbrigðisþjónustu, sem fjallaði um landlækni og lagt til að stofnuð yrði sérstök nefnd til að sinna kvörtunum og kærum sem varða samskipti almennings og heilbrigðisþjónustunnar, sem landlækni hafði verið falið með lögum nr. 56/1973. Ekki voru gerðar aðrar breytingar á starfsháttum landlæknis, en hins vegar var ákvæðið um að ráðherra gæti ákveðið nánar með reglugerð um starfslið heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa fellt út. Í lögun nr. 40/1983 í fyrsta sinn tiltekið að sjúkraþjálfarar skuli ráðnir á heilsugæslustöðvar. Ekki voru gerðar neinar breytingar varðandi starfshætti landlæknis, né mönnun á heilbrigðisstofnunum með lögun um heilbrigðisþjónustur nr. 97/1990.

## 5. Ný lög nr. 41/2007 um landlækni og 40/2007 um heilbrigðisþjónustu

### 5.1 Inngangur

Árið 2007 varð aftur töluverð breyting á löggjöf um heilbrigðismál með lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og lögum nr. 41/2007 um landlækni (frá og með lögum nr. 28/2011 heita lög nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu). Frumvörpin voru samin af nefnd sem skipuð var árið 2003 af Jóni Kristjánssyni þáverandi heilbrigðis- og tryggingarmálaráðherra til að endurskoða lög nr. 97/1990 um heilbrigðisþjónustu, með það að markmiði að skýra grunnskipulag heilbrigðiskerfisins, setja skýran ramma fyrir heilbrigðisstofnanir til að starfa eftir, tryggja virkt eftirlit með heilbrigðisþjónustunni og gæðum hennar, auk þess að skilgreina nánar stefnumótunarhlutverk ráðherra innan laganna.<sup>108</sup>

### 5.2. Lög nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu

Samkvæmt lögum nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu er eitt af hlutverkum landlæknis að hafa eftirlit með heilbrigðisþjónustunni og heilbrigðisstarfsmönnum. Hvorki í lögnum, né í frumvarpi til laga um landlækni er að finna skýr fyrirmæli um það hvernig landlæknir skuli fylgjast með lágmarkskröfum um mönnun, aðeins að ráðherra skuli að fengnum tillögum frá landlækni setja reglugerð þar sem meðal annars skuli kveða á um lágmarkskröfur um mönnun í heilbrigðisþjónustunni, með tillit til fjölda starfsmanna og menntunnar þeirra.<sup>109</sup>

Í athugasemdum með frumvarpinu til laga um landlækni nr. 41/2007 segir að frumvarpið miði fyrst og fremst að því að kveða skýrt á um að styrkja og skerpa á hlutverki landlæknisembættisins sem eftirlits- og stjórnsýslustofnun á sviði heilbrigðismála undir stjórn heilbrigðis- og tryggingarmálaráðherra.<sup>110</sup>

Í 1. mgr. 6. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu segir að ráðherra skuli að fengnum tillögum frá landlækni og að höfðu samráði við viðkomandi heilbrigðisstéttir, setja reglugerð um faglegar lágmarkskröfur til reksturs í heilbrigðisþjónustu þar sem meðal annars skuli kveða á um lágmarkskröfur varðandi mönnun. Í athugasemdum með lögnum segir að reglugerðin skuli kveða á um lágmarkskröfur varðandi mönnun, það er fjölda starfsmanna og menntun þeirra og tiltekið að sama ákvæði megi finna í frumvarpi til laga um heilbrigðisþjónustur.<sup>111</sup> Greinargerðin með frumvarpi til laga heilbrigðisþjónustu er samhljóða greinargerðinni með frumvarpi til laga um landlækni varðandi það að reglugerðin skuli kveða á

<sup>108</sup> Alþt. 2006-2007, A – deild, þskj. 281 – 272. mál, greinargerð með frumvarpi; Alþt. 2006-2007, A – deild, þskj. 282 – 273. mál, greinargerð með frumvarpi.

<sup>109</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 282 – 273.mál, athugasemdir í greinargerð við 1. mgr. 6.gr.

<sup>110</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 282 – 273.mál, athugasemdir í megintilgangi frumvarpsins.

<sup>111</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 282 – 273.mál, athugasemdir í greinargerð við 1.mgr. 6.gr.

um lágmarkskröfur varðandi mönnun, það er fjölda starfsmanna og menntun þeirra, en bætt er við að reglugerðina skuli endurskoða reglulega.<sup>112</sup>

Í reglugerð nr. 786/2007 um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur, segir í 2. gr. að markmið reglugerðarinnar sé að tryggja að heilbrigðisþjónustan sem veit er hér á landi uppfylli á hverjum tíma lágmarkskröfur um gæði og öryggi þjónustunnar og í 3. gr. reglugerðarinnar segir að landlæknir skuli hafa reglubundið eftirlit með því að heilbrigðisþjónustan sem veitt er uppfylli faglegar lágmarkskröfur og ákvæði heilbrigðislöggjafar hverju sinni. Í 11. gr. reglugerðarinnar nr. 786/2007 segir að fjöldi heilbrigðisstarfsmanna skuli taka mið af umfangi þjónustunnar og aðstæðum hverju sinni.

Í reglugerð nr. 787/2007 um heilsugæslustöðvar er ekki minnst á mönnun heilbrigðisstarfsfólks á heilsugæslustöðvum, en í 18. gr. reglugerðarinnar segir að heilsugæslan skuli fullnægja faglegum lágmarkskröfum sem gerðar eru til þjónustunnar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu, lögum um landlækni og lýðsheilsu, ásamt þeim reglugerðum sem settar eru á grundvelli þessara laga. Hvað telst vera faglegar lágmarkskröfur er ekki tiltekið, hvorki í lögnum nr. 41/2007 um landlækni og lýðsheilsu, né lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu.

### *5.2.1 Úrræði landlæknis*

Í 2. mgr. 7. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu segir að ef landlæknir telur að heilbrigðisþjónustan uppfylli ekki faglegar kröfur samkvæmt 6. gr. laganna eða önnur skilyrði í heilbrigðislöggjöf skuli hann beina tilmælum um úrbætur til rekstaraðila. Ef rekstaraðili verður ekki við þeim tilmælum eigi landlæknir skýra ráðherra frá málinu og koma með tillögur að því hvað gera skuli.

Með 1. mgr. 7. gr. laga nr. 41/2007 fær landlæknir heimild til að krefja heilbrigðisstarfsmenn, heilbrigðisstofnanir og aðra sem veita heilbrigðisþjónustu um upplýsingar og gögn sem hann telur nauðsynleg til að sinna eftirlitshlutverki sínu og er þeim skylt að verða við því. Í athugasemdum með frumvarpinu segir að þessu ákvæðinu sé ætlað að styrkja stöðu landlæknis sem eftirlitsaðila með rekstri heilbrigðisþjónustu og tryggja honum og ráðherra virk úrræði í því sambandi.<sup>113</sup> Sambærilegt ákvæði er jafnframt í 25. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu. Í frumvarpi til laga um landlækni segir að eftirlitshlutverk

<sup>112</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 281 – 272. mál, athugasemdir við 24. gr. 1. mgr.

<sup>113</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 282 – 273. mál, athugasemdir við 7. gr.

landlæknis hafi fengið aukið vægi á undanförunum árum eftir því sem heilbrigðisþjónustan hefur orðið flóknari og stéttum heilbrigðisstarfsmanna hefur fjölgað.<sup>114</sup>

---

<sup>114</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 282 – 273. mál, greinargerð með frumvarpi.

## 6. Ábyrgð á rekstri og starfsemi heilbrigðisstofnanna

### 6.1 Inngangur

Samkvæmt 1. mgr. 13.gr. laga nr. 33/1944 um stjórnarskrá Íslands segir að forseti láti ráðherra framkvæma vald sitt, en í 14. gr. stjórnarskrár Íslands segir að ráðherrar bera ábyrgð á öllum stjórnarframkvæmdum. Ráðherrar fara með æðsta vald og bera ábyrgð á starfsemi síns ráðuneytis og þeirra stjórnvalda sem undir þeim eru, nema annað leiði af lögum samkvæmt 1. mgr. 12. gr. laga nr. 115/2011 um stjórnarráð Íslands. Í greinargerð með frumvarpi til laga um stjórnarráð segir að í „1. mgr. felst árétting þess að ráðherra hefur yfirstjórn þeirra stjórnvalda er undir ráðuneyti hans heyra. Þær yfirstjórnunarheimildir sem hér er vísað til leiða af stigskiptingu stjórnsýslukerfisins og taka því aðeins til lægra settra stjórnvalda en ekki til sjálfstæðra stjórnvalda.“<sup>115</sup>

### 6.2 Ábyrgð samkvæmt lögum nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu

Samkvæmt 2. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu, skal starfrækja embætti landlæknis undir yfirstjórn Velferðarráðherra og ber landlæknir ábyrgð á að embættið sem hann stýrir starfi í samræmi við lög, stjórnvaldsfyrirmæli og erindisbréf. Landlæknir ræður starfsfólk til embættisins og er aðstoðarlandlæknir ráðinn af landlækni með sama hætti og aðrir starfsmenn embættisins en ekki af ráðherra. Er þetta í samræmi við þá stefnu sem mörkuð hefur verið í rekstri og stjórnun ríkisstofnana, sbr. lög nr. 70/1996, um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins, og hefur það að markmiði að skerpa og skýra stöðu forstöðumanna sem æðstu stjórnenda hvers stofnunar fyrir sig með óskipta ábyrgð gagnvart ráðherra. Með breytingunni er undirstrikað að aðstoðarlandlæknir starfar í umboði landlæknis og á ábyrgð hans eins og aðrir starfsmenn embættisins.<sup>116</sup>

### 6.3 Ábyrgð samkvæmt lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu

Í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 segir í 2. gr. að velferðarráðherra fari með yfirstjórn heilbrigðismála og í 3. gr. laga nr. 40/2007 segir : „Ráðherra markar stefnu um heilbrigðisþjónustu innan ramma laga þessara. Ráðherra er heimilt að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja þeirri stefnu, m.a. hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að henni“. Því ber ráðherra, samkvæmt þessu, að grípa til nauðsynlegra ráðstafana ef öryggi sjúklinga og gæði þjónustunnar er ábótavant, því samkvæmt 1. gr. laganna um heilbrigðis-

<sup>115</sup> Alþt. 2010-2011, A-deild, þskj. 1191 - 674. mál, athugasemd við 12.gr.

<sup>116</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 282 – 273. mál, athugasemd við 2.gr.

þjónustu er markmið laganna að allir landsmenn eigi kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á að veita á hverjum tíma til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegu heilbrigði. Í frumvarpi til laga um heilbrigðisþjónustu segir í athugasemdum við 1. gr. að hafa beri í huga að möguleikar heilbrigðisyfirvalda til að vinna að því markmiði að allir landsmenn skuli eiga rétt á sem fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á að veita á hverjum tíma sé ávallt að stórum hluta háðar fjárveitingum til heilbrigðismála, samkvæmt ákvörðun löggjafans í fjárlögum hverju sinni og að heilbrigðisyfirvöld hafa þær skyldur að gæta þess að kostnaður við þjónustuna sé innan fjárlagaramma.<sup>117</sup> Í athugasemdum með 3. gr. frumvarpsins um heilbrigðisþjónustu segir hins vegar að tilgangur ákvæðisins sé að „veita ráðherra nauðsynlega valdheimildir svo honum sé unnt að stýra heilbrigðiskerfinu og skipuleggja það innan ramma laganna“.<sup>118</sup>

Í 4. mgr. 9. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu segir að : „Forstjóri ber ábyrgð á að stofnun sem hann stýrir starfi í samræmi við lög, stjórnvaldsfyrirmæli og erindisbréf skv. 3. mgr. Forstjóri ber ábyrgð á þeirri þjónustu sem stofnunin veitir og að rekstrarútgjöld og rekstrarafkoma stofnunar sé í samræmi við fjárlög og að fjármunir séu nýttir á árangursríkan hátt“. Í erindisbréfi því sem ráðherra setur forstjóra stofnunarinnar samkvæmt 3. mgr. 9.gr. á að tilgreina helstu markmið í þjónustu og rekstri, og verkefni stofnunarinnar til lengri og skemmri tíma. Í eldri lögum um heilbrigðisþjónustur er ekki kveðið á um ábyrgð forstjóra á rekstri heilbrigðisstofnanna, hvorki faglega né fjárhagslega. Hins vegar segir í 38. gr. í lögum nr. 70/1996 um réttindi og skyldur opinberra starfsmanna að forstöðumaður beri ábyrgð á því að stofnunin sem hann stýri, starfi í samræmi við lög, stjórnvaldsfyrirmæli og erindisbréf, ásamt því að rekstrarútgjöld og rekstrarafkoma stofnunarinnar séu í samræmi við fjárlög og að fjármunir séu nýttir á árangursríkan hátt. Í frumvarpi til laga um heilbrigðisþjónustu segir í athugasemdum við 9. gr. að forstjóri heilbrigðisstofnunar gæti því þurft að sæta ábyrgð samkvæmt starfsmannalögum nr. 70/1996 ef þjónustan og reksturinn eru ekki í samræmi við ákvæði laga, stjórnvaldsákvæða og erindisbréf.<sup>119</sup>

Í 10. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu segir að undir forstjóra skuli starfa fagstjórnendur, sem bera faglega ábyrgð á þjónustunni gagnvart forstjóra. Yfirlæknar sérgreina innan heilbrigðisstofnuninni bera síðan faglega ábyrgð á þeirri lækniþjónsþjónustu sem undir þeim er og deildarstjórar hjúkrunar bera faglega ábyrgð á þeirri hjúkrunarþjónustu sem undir þá heyrir gangvart næsta yfirmanni samkvæmt 2. og 3. mgr. 10. gr. laga um

<sup>117</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 281 – 272. mál, athugasemd við 1. gr.

<sup>118</sup> Sama heimild, athugasemd við 3. gr.

<sup>119</sup> Sama heimild, athugasemd við 9. gr.



heilbrigðisþjónustu. Í athugasemdum með frumvarpi til laga um heilbrigðisþjónustu segir að um „ábyrgð fyrrgreindra yfirmanna á öðrum þáttum, svo sem starfsmannamálum og rekstri, fer samkvæmt skipuriti og starfslýsingu“.

#### *6.4 Ábyrgð samkvæmt sérlögum heilbrigðisstétta*

##### *6.4.1 Læknalög nr. 53/1988*

Samkvæmt 2. mgr. 9. gr. Læknalaga nr. 53/1988, þá segir: „Læknir ber ábyrgð á greiningu og meðferð þeirra sjúklunga sem til hans leita eða hann hefur til umsjónar“. Í frumvarpi til laga um læknalög segir að það sé viðurkennd regla að læknar séu ábyrgir fyrir þeim mistökum sem þeir kunna að gera í starfi vegna vankunnáttu eða óreiðu, en að það sé grundvallar atriði að læknir beri eingöngu ábyrgð á þeim aðferðum sem hann hefur beitt og því sé það sjúklingsins að sanna mistök á lækninn.<sup>120</sup>

##### *6.4.2 Hjúkrunarlög nr. 8/1974*

Í hjúkrunarlögum nr. 8/1974 kemur ekki fram að hjúkrunarfræðingar beri ábyrgð á störfum sínum, en í 4. gr. segir að ekki megi ráða aðra en hjúkrunarfræðinga til sjálfstæðra hjúkrunarstarfa og í 5. gr. segir að hjúkrunarfræðingi beri að þekkja skyldur sínar, viðhalda þekkingu sinni og tileinka sér nýjungar, er varða hjúkrun.

##### *6.4.3 Ljósmeðralög nr. 67/1984*

Í lögum nr. 67/1984 um ljósmeður er ekki tilgreint sérstaklega að þær beri ábyrgð á störfum sínum, en 2. mgr. 8. gr. segir að ákvæði læknalaga gildi að öðru leyti eftir því sem við getur átt um ljósmeður. Í ljósmeðralögum er sambærileg ákvæði og í hjúkrunarlögum, en í 6. gr. laga nr. 67/1984 segir að: „Ljósmeður er skylt að þekkja skyldur sínar, viðhalda þekkingu sinni og tileinka sér nýjungar er varða starfið“ og í 4. gr. laganna er verksvið ljósmeðra skilgreint.

##### *6.4.4. Lög um sjúkraliða nr. 58/1984*

Í lögum nr. 58/1984 um sjúkraliða segir í 1. mgr. 5. gr. : „Sjúkraliði starfar á hjúkrunarsviði og vinnur undir stjórn þess hjúkrunarfræðings sem fer með stjórn viðkomandi stofnunar, deildar eða hjúkrunareiningar og ber ábyrgð á störfum sínum“, en í 2. mgr. 5. gr. segir að ef ekki hafi tekist að ráða hjúkrunarfræðing til starfa geti sjúkraliðið borið ábyrgð á störfum

---

<sup>120</sup> Alþt. 1987, A-deild, þskj. 120 – 116. mál, greinargerð með frumvarpi.

sínum gagnvart þeim sérfræðingi sem hlotið hefur viðurkenningu landlæknis, en slík skipun er háð samþykki landlæknis. Í 2. mgr. 7. gr. laga nr. 58/1984 um sjúkraliða er tiltekið að ákvæði læknalaga gildi að öðru leyti eftir því sem við getur átt og er 4. gr. laganna nr. 58/1984 samhljóma 6. gr. ljósmæðralaga og 5. gr. hjúkrunarlaga um að sjúkraliðum beri að þekkja skyldur sínar, viðhalda þekkingu sinni og tileinka sér nýjungar er varða starfið.

#### *6.4.5 Frumvarp til laga um heilbrigðisstarfsmenn*

Í frumvarpi til laga um heilbrigðisstarfsmenn sem nú liggur fyrir Alþingi og mun leysa sérlög heilbrigðisstétta af hólmi segir í 13. gr. um réttindi og skyldur heilbrigðisstarfsmanna: „Læknir ber ábyrgð á læknisfræðilegri meðferð og greiningu sjúklinga sem til hans leita eða hann hefur umsjón með. Aðrir heilbrigðisstarfsmenn bera, eftir því sem við á, ábyrgð á greiningu og meðferð sjúklinga sem til þeirra leita. Um upplýsingaskyldu heilbrigðisstarfsmanns gagnvart sjúklingi fer samkvæmt ákvæðum laga um réttindi sjúklinga“.<sup>121</sup>

#### *6.5 Lög nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga*

Í 3. gr. laga um réttindi sjúklinga er fjallað um gæði þjónustunnar. Samkvæmt 1. mgr. 3. gr. laganna segir að sjúklingar eigi rétt á fullkonnustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á að veita á hverjum tíma og í 3. mgr. 3. gr. laga nr. 74/1997 segir að sjúklingur eigi rétt á samfelldri þjónustu og að samstarf ríki á milli allra heilbrigðisstarfsmanna og stofnanna sem veita þjónustuna. Ekki er tekið mið af þeim fjárveitingum sem veitt er til heilbrigðismála eins og gert er ráð fyrir í lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og í greinargerð með frumvarði til laga um réttindi sjúklinga segir að tilvísunin til fjárhagsramma hafi verið felld á brott og talið óþarfi að taka fram að heilbrigðisþjónusta eins og önnur þjónusta sem sé veitt af hinu opinbara skuli ávalt miðast við þann fjárhagsramma sem er í fjárlögum. Tilgangur frumvarpsins sé að veita sjúklingum réttindi í samræmi við almenn mannréttindi og mannhelgi.<sup>122</sup> Í 3. mgr. 28. gr. segir jafnframt að stjórn heilbrigðisstofnunar sé skylt að taka til athugunar ábendingar starfsmanna sem telja að réttur sjúklinga sé brotinn.

<sup>121</sup> Alþt. 2011-2012, B-deild, þskj. 147 – 147. mál, frumvarp til laga.

<sup>122</sup> Alþt. 1996, A-deild, þskj. 492 – 260. mál, greinargerð með frumvarpi.

## 7. Bótaskylda

### 7.1 Inngangur

Almenna skaðabótareglan, er víðtækasta reglan um skaðabætur utan samninga og felur í sér að sá aðili sem bakað hefur öðrum manni tjón með saknæmri og ólögumætri athöfn eða athafnaleysi, skuli bæta hinum það tjón sem telst sennileg afleiðing af þessari athöfn hans eða athafnaleysi.<sup>123</sup> Hið opinbera getur borið skaðabótaábyrgð á tjóni sem opinberar stofnanir eða starfsmenn þeirra valda með saknæmum hætti.<sup>124</sup> Almenn er meginreglan sú í skaðabótarétti að sönnunarskyldan hvíli á þeim er krefst bóta, en í grein sinni „Um sönnunarbyrði í málum er varða skaðabótaábyrgð lækna og sjúkrastofnana“ frá 1994 kemst Jóns Steinar Gunnlaugsson, þá hæstaréttarlögmaður, að þeirri niðurstöðu að í íslenskum rétti sé sönnunarbyrðinni snúið við, þannig að læknirinn eða sjúkrastofnunin beri fulla skaðabótaábyrgð, nema þeim takist að sanna að skaðinn hefði orðið þó að fullrar aðgæslu hefði verið gætt.<sup>125</sup>

### 7.2 Bótaskylda í heilbrigðisþjónustunni

Í lögum nr. 111/2000 um sjúklingatryggingu er fjallað um bótaskyldu til sjúklinga sem verða fyrir heilsutjóni af völdum læknismeðferðar eða í tengslum við hana, en sjúklingar geta orðið fyrir heilsutjóni í tengslum við læknismeðferð, hjúkrunarmeðferð eða vegna rannsókna.

Tilgangur með setningu laganna var að auka bótarétt sjúklinga og tryggja sjúklingum víðtækari rétt á bótum en þeir eiga samkvæmt almennu skaðabótareglunni og auðvelda þeim að ná fram rétti sínum.<sup>126</sup> Samkvæmt 1. mgr. 1. gr. laga nr. 111/2000 um sjúklingatryggingu segir meðal annars að rétt til bóta eigi þeir sjúklingar sem verða fyrir líkamlegu eða geðrænu tjóni í tengslum við sjúkdómsmeðferð á sjúkrahúsi, heilsugæslustöð eða annarri heilbrigðisstofnun og í 1. mgr. 2. gr. segir meðal annars að bætur skuli greiða án tillits til þess hvort einhver beri skaðabótaábyrgð samkvæmt reglum skaðabótaréttarins og eru tjónsatvikin sem lögin taka til listuð í fjórum tölulíðum. Í fyrsta tölulíði er segir : „ætla má að komast hefði mátt hjá tjóni ef rannsókn eða meðferð við þær aðstæður sem um ræðir hefði verið hagað eins vel og unnt hefði verið og í samræmi við þekkingu og reynslu á viðkomandi sviði“.

Í athugasemdum með frumvarpinu segir að skilyrði fyrir greiðsluskyldu er að tjón tengist rannsókn eða sjúkdómsmeðferð og að nægjanlegt sé að einn liðurinn eigi við: „Bótaskilyrði 2. gr. eru byggð á því að bætur skuli aðeins greiða fyrir tjón sem komast hefði

<sup>123</sup> Ólafur Lárusson, *Kaflar úr kröfurétti* (Háskólaútgáfan 2003) 8.

<sup>124</sup> Páll Sigurðsson, „*Lögfræðiorðabók með skýringum*“ (Lagastofnun Háskóla Íslands 2008) 389.

<sup>125</sup> Jón Steinar Gunnlaugsson, „Um sönnunarbyrði í málum er varða skaðabótaábyrgð lækna og sjúkrastofnanna“ (1995) *Tímarit lögfræðinga* 216.

<sup>126</sup> Alpt. 1999-2000, A-deild, þskj. 836 – 535. mál, greinargerð með frumvarpi.

mátt hjá með því að haga rannsókn eða meðferð á annan hátt en gert var“. Hafi sjúkdómur dregist á langinn vegna þess að sjúklingur fékk ekki viðeigandi meðferð eins og til dæmis ef sjúkdómsgreining var röng geti sjúklingurinn átt rétt á bótum.<sup>127</sup> Því má draga þá ályktun að bótaréttur skapist einnig ef bið er á meðferð sjúklings vegna biðlista og sjúklingur sé þar af leiðandi ekki að fá rétta meðhöndlun.

Í fjórða tölulið 2.gr. laga nr. 111/2000 segir að ef tjónið „hlýst af meðferð eða rannsókn, þ.m.t. aðgerð, sem ætluð er að greina sjúkdóm og tjónið er af sýkingu eða öðrum fylgikvilla sem er meiri en svo að sanngjarnt sé að sjúklingur þoli það bótaalaust“. Skuli þó líta til þess hversu mikið tjónið er, heilsufari sjúklingsins, hvort tjónið sé algengt við meðferðina og hvort og að hve miklu leyti gera mátti ráð fyrir að hætta væri á slíku tjóni. Í athugasemdum frumvarpsins segir að fjórði töluliðurinn taki til ýmissa tjónstilvika sem ekki var hægt að komast hjá og markmiðið sé að ná til heilsutjóns sem ekki er unnt að fá bætur fyrir samkvæmt fyrsta til þriðja töluliðum og tekur fjórði töluliður „til hvers konar fylgivilla sjúkdóms, þar með talið sýkinga sem að öllum líkindum stafa af rannsókn eða meðferð“ og takmarkast gildissviðið við fylgikvilla sem eru meiri en sanngjarnt sé að sjúklingur þoli bótaalaust og taki mið af eðli veikinda, hversu mikil þau séu og almennu heilbrigðisástandi sjúklings. „Því meiri sem hættan er á fylgikvilla eftir eðlilega meðferð þeim mun meira tjón verður hann að bera bótaalaust“. Þegar metið er hvort fylgikvilli í kjölfar tiltekinnar læknisfræðilegrar meðferðar er, þarf að líta til tíðni fylgikvilla við sambærilegar aðstæður.<sup>128</sup> Hins vegar takmarkar 3. gr. laganna nr. 111/2000 bótaskyldu samkvæmt 2. gr. laganna, en í athugasemdum við greinina segir hins vegar að tjón sem sjúklingur verður fyrir vegna þess að læknir gefur röng eða ófullnægjandi fyrirmæli um töku lyfja eða starfsfólki verða á mistök við lyfjagjöf, veiti sjúklingum rétt á bótum. Samkvæmt 9. gr. laga nr. 111/2000 um sjúklingatryggingu bera allir sem veita heilbrigðisþjónustu bótaábyrgð, það er heilsugæslustöðvar, sjúkrahús, aðrar heilbrigðisstofnanir og heilbrigðisstarfsmenn sem starfa sjálfstætt, ásamt þeim sem annast sjúkraflutninga. Í 21. gr. laga um sjúklingatryggingu er ráðherra heimilt með reglugerð að kveða nánar um framkvæmd laganna. Í reglugerð nr. 763/2000 um vátryggingu þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu samkvæmt lögum nr. 111/2000 um sjúklingatryggingu, er hins vegar ekki kveðið nánar um tjónsatvik sem leiða til bóta.

---

<sup>127</sup> Alþt. 1999-2000, A-deild, þskj. 836 – 535. mál, athugasemd við 2.gr. 1. töluliður.

<sup>128</sup> Alþt. 1999-2000, A-deild, þskj. 836 – 535. mál, athugasemd við 2.gr. 4. töluliður.

## 8. Stefnumótun í heilbrigðisþjónustunni

### 8.1 Inngangur

Hlutur laganna er ekki að svara því hvaða stefnu eigi að taka heldur að búa í haginn fyrir að tiltekið siðferðislegt eða pólitískt markmið náist og er það gert með því að skilgreina þau gildi sem á að gera að veruleika.<sup>129</sup> Eins og áður hefur komið fram hefur lagasetning í heilbrigðismálum frá upphafi falið í sér það markmið að bæta heilbrigðisþjónustuna um allt land, allt frá því að frumvarp til laga um læknaþjónu á Íslandi sem sett var fram árið 1875, með það markmið að fjölga læknum á Íslandi. Fyrstu heildstæðu lögin um heilbrigðisþjónustu voru samþykkt árið 1973, en í 1. mgr. 1. gr. laga nr. 56/1973 kemur sú stefnulýsing fram í fyrsta skipti að allir landsmenn skulu eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði. Þessi stefna yfirvalda hefur haldist og er nú að finna 1. mgr. 3. gr. í laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga og 1. mgr. 1. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu.

### 8.2 Stefnumótun stjórnvalda í heilbrigðisþjónustu

Árið 2007 voru sem fyrr segir sett lög nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu, sem samin voru af nefnd sem í sat landlæknir, ásamt 14 öðrum hagsmunaraðilum.<sup>130</sup> Með lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu er í fyrsta sinn lögfest stefnumótunarhlutverk ráðherra, en það er skilgreint ítarlega í 1. mgr. 3. gr. laganna nr. 40/2007 þar sem segir: „Ráðherra markar stefnu um heilbrigðisþjónustu innan ramma laga þessara. Ráðherra er heimilt að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja þeirri stefnu, m. a. hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustu, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmi, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að henni“. Í greinargerðinni með frumvarpinu segir að ákvæðið sé víðtækara en í fyrri lögum, þar sem að nú sé ekki einungis tekið fram að ráðherra marki stefnu um forgangsröðun verkefna innan heilbrigðisþjónustunnar, heldur skuli hann einnig marka stefnu um heilbrigðisþjónustuna almennt og að hann hafi heimild til að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja þeirri stefnu. Þessar breytingar eiga að miða að því að styrkja stefnumótunarhlutverk ráðherra og heimildir hans til að hrinda þeirri stefnu í framkvæmd og eru nauðsynleg valdheimild svo honum sé unnt að stýra heilbrigðiskerfinu og skipuleggja innan ramma laganna þannig að hann geti ákveðið hvort og þá í hvaða mæli tiltekin heilbrigðisþjónusta sé veitt með greiðsluþátttöku ríkisins, hvar hún sé veitt og af hverjum.<sup>131</sup>

<sup>129</sup> Sigurður Lindal, *Um lög og lögfræði*, (Hið íslenska bókmenntafélag 2007) 21.

<sup>130</sup> Alþt. 2006 – 2007, A -deild, þskj. 281 – 272. mál, athugasemdir við frumvarp.

<sup>131</sup> Sama heimild, athugasemd við 3. gr., 1. mgr.

Í 2. mgr. 3. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu segir að við skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar skuli stefnt að því að hún sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustu stigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Í athugasemdum við frumvarpið segir að ákvæðið leggi þær skyldur á ráðherra að haga stefnumörkun sinni með tilliti til þessara sjónarmiða sem hljóta ávallt að vera hagkvæmust bæði með tilliti til kostnaðar og gæða og í samræmi við það hefur stefna heilbrigðisyfirvalda til margra ára verið að byggja upp heilsugæsluþjónustuna í landinu. Mikið starf hafi verið unnið í uppbyggingu hennar á undanförunum árum og með áframhaldandi uppbyggingu sé ekki óraunhæft að auka hlutverk heilsugæslunnar.<sup>132</sup>

Með lögum nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu, segir að frumvarpið miði fyrst og fremst að því að kveða skýrt á um hlutverk landlæknis og að efla Landlæknisembættið sem eftirlits- og stjórnsýslustofnun á sviði heilbrigðismála.<sup>133</sup>

#### *8.2.1 Úttekt Ríkisendurskoðunar á stefnumótun í heilbrigðisþjónustu*

Ríkisendurskoðun starfar samkvæmt lögum nr. 86/1997 um ríkisendurskoðun. Í 1. mgr. 9. gr. laganna segir að Ríkisendurskoðun geti framkvæmt stjórnsýsluendurskoðun hjá þeim stofnunum, sjóðum, félögum og fyrirtækjum sem talin eru upp í 6. gr. laga nr. 86/1997 og að Ríkisendurskoðun geti framkvæmt stjórnsýsluendurskoðun á starfsemi eða þjónustu sem ríkinu ber að greiða fyrir. Stjórnsýsluendurskoðun felst í því að kanna meðferð og nýtingu ríkisfjár, hvort hagkvæmni og skilvirkni sé gætt í rekstri stofnana og fyrirtækja í eigu ríkisins og hvort gildandi lagafyrirmælum sé framfylgt í þessu sambandi. Í 3. mgr. 9. gr. laga nr. 86/1997 um Ríkisendurskoðun segir að Ríkisendurskoðun skuli gera hlutaðeigandi stjórnvöldum grein fyrir niðurstöðum sínum og vekja athygli þeirra á því sem hún telur að úrskaiðis hafi farið í rekstri og benda þeim á þau atriði sem hún telur að athuga þurfi með tilliti til úrbóta. Ríkisendurskoðun gerir grein fyrir niðurstöðum endurskoðunar og úttekta í skýrslum sem sendar eru Alþingi og birtar opinberlega, en með því stuðlar hún að því að stjórnvöld á hverjum tíma svari fyrir athafnir sínar, eða eftir atvikum athafnaleysi, gagnvart þinginu og almenningi.<sup>134</sup>

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík<sup>135</sup> kemur fram að ekki hafi farið fram kostnaðargreining né heildarstefna mörkuð varðandi ávinning af

<sup>132</sup> Alþt. 2006 – 2007, A – deild, þskj. 281 – 272. mál, athugasemd við 3. gr., 2. mgr.

<sup>133</sup> Alþt. 2006 – 2007, A – deild, þskj. 282 – 273. mál, athugasemd við frumvarp.

<sup>134</sup> Ríkisendurskoðun <<http://www.ríkisendurskodun.is/hlutverk.html>> skoðað 26. nóvember 2011.

<sup>135</sup> Ríkisendurskoðun, „Landspítali-háskólasjúkrahús Árangur 1999-2004“ (2005).

sameiningunni, þó nokkuð ljóst hafi verið að sparnaður til lengri tíma hafi verið markmiðið með sameiningunni,<sup>136</sup> en flestar ábendingarnar tengjast skorti á stefnumótun í heilbrigðismálum og að eitt af brýnustu verkefnum ráðamanna sé að marka heildstæða og skýra framtíðarstefnu fyrir hið sameinaða sjúkrahús, LSH, þar sem taka þurfi afstöðu til verkaskiptingar í heilbrigðiskerfinu, hver kjarnastarfsemi LSH eigi að vera og hvaða verkefnum aðrir eigi að sinna.<sup>137</sup> Markmið með sameiningu sjúkrahúsanna var að „að skila öflugri stofnun sem veitti markvissa og hagkvæma þjónustu til hagsbóta fyrir skjólstæðinga sína“, en ljóst sé að áætlanir um rekstarkostnað hafi engan veginn staðist frá sameiningunni og mikilvægt sé að rekstur stofnana haldist innan fjárhagsramma á hverjum tíma. Vegna aukins kostnaðar í heilbrigðiskerfinu verði að forgangsraða verkefnum þannig að kostnaður haldist innan fjárlaga, en í því felst pólitísk stefnumótun sem þurfi að vinna í samvinnu við heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið.<sup>138</sup> Í seinni úttekt Ríkisendurskoðunar árið 2005 segir að flestar ábendingarnar frá í skýrslunni 2003 beinast að því að stefnumótun stjórnvalda um heilbrigðiskerfið hafi skort og að hún liggja ekki enn fyrir árið 2005. Nefnd hafi verið að störfum á vegum heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytisins, en hún hafi enn ekki skilað neinum niðurstöðum þrátt fyrir viðamiklar breytingar á sjúkrahússtarfsemi í landinu.<sup>139</sup>

Með lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu er leitast við að skilgreina á heildstæðan hátt skipulag heilbrigðisþjónustunnar og stjórn heilbrigðisstofnana. Grunnskipulag hins opinbera heilbrigðiskerfis er skilgreint, þar sem þjónustan er flokkuð í grunnþjónustu og sérhæfða þjónustu og landinu er skipt upp í heilbrigðisumdæmi.<sup>140</sup> Í 15. gr. laganna um heilbrigðisþjónustu er kveðið á um starfsemi heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, í 20. gr. er kveðið á um starfsemi Landspítala sem er skilgreindur sem aðalsjúkrahús landsins og háskólasjúkrahús og tilgreint hvaða lágmarkskröfur eru gerðar með tilliti til starfsemi hans. Í 21. gr. laganna nr. 40/2007 er síðan kveðið á um starfsemi sjúkrahúss Akureyrar. Hins vegar kemur fram gagnrýni í úttekt Ríkisendurskoðunar á sjúkrahúsinu á Akureyri árið 2001, þar sem segir að ákveða þurfi hvert framtíðarskipulagið í heilbrigðismálum á Norðurlandi eigi að vera í framtíðinni.<sup>141</sup>

Í úttekt Ríkisendurskoðunar á sameiningu Landlæknisembættisins og Lýðheilsustöðvar árið 2011, er enn gagnrýnt að ákvarðanir séu teknar af heilbrigðisyfirvöldum, án þess að vinna heildrænt mat á því hverju breytingarnar skili og

<sup>136</sup> Ríkisendurskoðun, „Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík, Mat á árangri“ (2003) 29.

<sup>137</sup> Sama heimild, 81.

<sup>138</sup> Sama heimild, 53.

<sup>139</sup> Ríkisendurskoðun, „Landspítali-háskólasjúkrahús Árangur 1999-2004“ (2005) 7.

<sup>140</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 281 – 272. mál, athugasemdir við frumvarpið.

<sup>141</sup> Ríkisendurskoðun, „Sjúkrahúsið á Akureyri“ (2011)

ríkisendurskoðandi gagnrýnir einnig að ekki hafi verið gerð sérstök úttekt á fjárhagslegum áhrifum af sameiningunni og því sé erfitt að meta fjárhagslegan ávinning sem þó var eitt af markmiðum sameiningar.<sup>142</sup> Eins gagnrýnir Ríkisendurskoðun þær breytingar sem urðu á frumvarpinu við lokaafgreiðslu hjá Alþingi, þar sem öll störfin á Lýðheilsustöð voru lögð niður og starfsfólki boðin störf hjá Landlæknisembættinu, en allir starfsmenn Landlæknisembættisins héldu sínum störfum. Tekið er fram að sameining hafi áhrif á starfsfólk og mikilvægt sé að það upplifi sig ekki sem fórnarlömb og því sé mikilvægt að vinna faglega.<sup>143</sup> Ríkisendurskoðun hefur að öðru leyti ekki gert úttekt á starfsemi Landlæknisembættisins.

### 8.3 Stefnumótun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum

Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010 kom út árið 2006, en þar segir að nauðsynlegt sé að á hverjum tíma liggi fyrir skýr stefna heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum.<sup>144</sup> Í henni kemur fram að íslensk stjórnvöld telji mikilvægt að öryggi sjúklinga fái ríkan forgang á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar. Þar er meðal annars tekið fram að því skuli náð með markvissri skráningu og úrvinnslu gagna og að hver stofnun eigi að efla gæðaþróunarstarf hjá sér.<sup>145</sup> Heilbrigðisyfirvöld telji mikilvægt að hafa skýra stefnu í gæðamálum og að ákveðin vakning hafi átt sér stað á því sviði meðal heilbrigðisstarfsfólks sem hafi stuðlað að margvíslegu umbótarstarfi. Í gæðaáætlun frá 1999 hafi verið lögð áhersla á að styðja stofnanir í að tileinka sér aðferðir gæðastjórnunar og er tekið fram að gæði í heilbrigðisþjónustunni feli meðal annars í sér skynsamlega notkun á fjármunum, mannauðs og búnaðar.<sup>146</sup> Hvað átt er við með skynsamlegri nýtingu mannauðs er hins vegar ekki skilgreint frekar.

Í reglugerð nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar, segir í 3. gr. að gæði í heilbrigðisþjónustu séu skilgreind eftirfarandi: „að hve miklu leyti heilbrigðisþjónustan eykur líkur á bættri heilsu og auknum lífsgæðum fyrir einstaklinga og samfélag og að hve miklu leyti þjónustan er veitt í samræmi við bestu þekkingu sem völ er á“. Í sömu reglugerð eru síðan gæðavísar skilgreindir sem: „mælikvarði sem gefur vísbendingu um gæði þeirrar þjónustu sem veitt er til að meta hvort gæði meðferðar og umönnunar séu í samræmi við viðurkennd viðmið“ og meginþættir

<sup>142</sup> Ríkisendurskoðun, „Sameingin í ríkisrekstri – 6 embætti landlæknis“ (2011).

<sup>143</sup> Sama heimild.

<sup>144</sup> Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið, „Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010“ (2007) 5.

<sup>145</sup> Sama heimild, 8.

<sup>146</sup> Sama heimild, 6.



gæða í heilbrigðisþjónustu séu: „öryggi, rétt tímasetning, skilvirk þjónusta, jafnræði, notendamiðuð þjónusta og árangursrík þjónusta“. Í greinargerð Landlæknisembættisins um eftirlit með heilbrigðisþjónustu eru sömu skilgreiningar notaðar.<sup>147</sup> Í 4. gr. reglugerðarinnar nr. 1148/2008 segir meðal annars að markmiðið með notkun gæðavísa sé að fylgjast með gæðum og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýnilegir þannig að hægt sé að taka ákvarðanir á faglegum og upplýstum grundvelli, ásamt því að veita heilbrigðisstarfsmönnum og heilbrigðisstofnunum aðhald í veitingu heilbrigðisþjónustu og stuðla þannig að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar. Í 5. gr. reglugerðarinnar nr. 1148/2008 eru meginþættir gæða taldir upp og er þar fyrst nefnt öryggi, það er að sjúklingar hljóti ekki skaða af þeirri þjónustu sem ætlað er að bæta heilsu þeirra og lífsgæði. Ekki er minnst á viðeigandi mönnun, hvorki með tilliti til fjölda né viðeigandi menntunar í reglugerð nr. 1148/2008 um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar.

### *8.3.1 Gagnrýni Ríkisendurskoðunar á stefnumótun í gæðamálum*

Ríkisendurskoðun hefur gagnrýnt það að ekki hafi verið fylgst með gæðum innan heilbrigðisþjónustunnar. Í úttekt sinni á sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík segir að eitt af markmiðum sameiningar var að auka afköst og faglegan styrk sjúkrahúsþjónustu á Íslandi, sem ætti að koma fram í auknum gæðum. Hins vegar hafi lítið verið gert af því að fylgjast með gæðum með reglubundnum mælingum. Ekki sé að sjá að afköstin hjá sameinuðum sjúkrahúsum hafi aukist, né að aukin verkaskipting og sérhæfing starfsfólks hafi skilað sér til dæmis í minni aukaverkunum og skjótari bata eftir aðgerðir, að engar tölur séu til sem sýni fram á þessa þróun.<sup>148</sup> Í úttekt Ríkisendurskoðunar á árangri Landspítalans árið 2005 segir að gæðastjórnun sé mikilvægur þáttur í allri heilbrigðiþjónustu en forsendur hennar eru meðal annars nákvæm og góð skráning á sjúkdómsástandi, meðferð og árangri þjónustunnar. Telur ríkisendurskoðun að enn vanti þar uppá og þurfi sjúkrahúsið að leggja meiri áherslu á slíka skráningu í framtíðinni.<sup>149</sup>

Slík gagnrýni kom einnig fram í úttekt Boston Consulting Group á íslenska heilbrigðiskerfinu,<sup>150</sup> en gæði þjónustunnar er oft mæld út frá aðgengi og afdrifum sjúklinga,<sup>151</sup> því er nákvæm skráning á þeim þáttum mikilvæg.

<sup>147</sup> Landlæknisembættið, „Eftirlit landlæknis með heilbrigðisþjónustu, greinargerð“ (2009) 13.

<sup>148</sup> Ríkisendurskoðun, „Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík Mat á árangri“ (2003) 56-58.

<sup>149</sup> Ríkisendurskoðun, „Landspítali-háskólasjúkrahús Árangur 1999-2004“ (2005) 8.

<sup>150</sup> The Boston Consulting Group, „Health Care System reform and short term savings opportunities, Iceland Health Care System project“ (2011), 41.

#### 8.4 Stefnúmótun heilbrigðisyfirvalda í mannauðsmálum

Í stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010, kemur fram að ekki sé neinn vafi á því að „góð heilbrigðisþjónusta byggir fyrst og fremst á vel menntuðu og hæfu starfsfólki“. Þar kemur einnig fram að nauðsynlegur fjöldi hæfs heilbrigðisstarfsfólks þurfi að vera fyrir hendi til þess að heilbrigðisþjónustan uppfylli sem best þarfir sjúklinga<sup>152</sup> og að „skortur á heilbrigðisstarfsfólki hefur verið viðvarandi og nú skortir hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Verði ekkert að gert mun sá vandi fara vaxandi á næstu árum“.<sup>153</sup>

Í 24. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og í 6. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu er lögfest að ráðherra skuli að fengnum tillögum landlæknis og að höfðu samráði við viðkomandi heilbrigðisstétt kveða í reglugerð á um faglegar lágmarkskröfur til reksturs í heilbrigðisþjónustu og skal reglugerðin meðal annars kveða á um lágmarkskröfur í mönnun. Í 7. gr. laga nr. 41/2007 segir að landlæknir skuli hafa reglubundið eftirlit með því að heilbrigðisþjónustan sem veitt er hér á landi uppfylli faglegar kröfur og ákvæði heilbrigðislöggjafar á hverjum tíma. Faglegar lágmarkskröfur með tilliti til mönnunar hafa hins vegar ekki verið skilgreindar.

Í reglugerð nr. 786/2007 um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur segir í 11. gr. að við veitingu heilbrigðisþjónustu skuli þess gætt að einungis þeir heilbrigðisstarfsmenn sem hafi starfsleyfi veiti þjónustuna og að fjöldi heilbrigðisstarfsmanna skuli taka mið af umfangi og eðli þjónustunnar og aðstæðum hverju sinni. Í frumvarpi til laga um heilbrigðisstarfsmenn sem lagt hefur verið fram á Alþingi er hins vegar ekki fjallað um mönnun í heilbrigðisþjónustunni.<sup>154</sup>

Í stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010 er sett það markmið að gerð verði mönnunarlíkön fyrir allar helstu stofnanirnar innan heilbrigðisþjónustunnar.<sup>155</sup> Slíkt mönnunarlíkan hefur aðeins verið gert hjá Landlæknisembættinu varðandi mönnun á hjúkrunarheimilum, en það var árið 2001.<sup>156</sup>

Annað markmið sem sett var fram í þessari stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010 var að á að minnsta kosti þriggja til fimm ára fresti yrði gerð spá

---

<sup>151</sup> Ríkisendurskoðun, „Landspítali-háskólasjúkrahús Árangur 1999-2004“ (2005) 33.

<sup>152</sup> Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið, „Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010“ (2007) Reykjavík, 17.

<sup>153</sup> Sama heimild 17.

<sup>154</sup> Alþt. 2011- 2012, B-deild, þskj. 147- 147. mál.

<sup>155</sup> Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið, „Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010“ (2007) 17.

<sup>156</sup> Gæðaráð Landlæknisembættisins, „Hjúkrunarmönnun á öldrunarstofnunum“ (2001) .

um mannaflapörf innan heilbrigðisþjónustunnar.<sup>157</sup> Slík mannaflaspá var gerð árið 2006<sup>158</sup> og er verið að vinna aðra slíka spá nú.

Í mannaflaspánni frá árinu 2006 var farið yfir þá þætti sem hafa áhrif á eftirspurn eftir vinnuafli í heilbrigðisþjónustunni og voru þar fyrst nefndir lýðfræðilegir þættir eins og fæðingar- og dánartíðni, fólksfjölgun og breytingar á aldurssamsetningu þjóðarinnar.<sup>159</sup> Aldurs-samsetning þjóðarinnar hefur breyst undanfarin ár, en árið 2010 er meðalævilengd íslenskra karlanna 79,5 ára og kvenna 83,5 ára,<sup>160</sup> en til samanburðar við 2003 þegar meðalævi karla var 78,7 ára en kvenna 82,5 ára.<sup>161</sup> Samkvæmt spá Hagstofu Íslands mun þjóðin halda áfram að eldast og þessi þróun mun ýta undir eftirspurn eftir heilbrigðisstarfsfólki.<sup>162</sup>

Í stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til 2010 segir að mikilvægt sé að skapa heilbrigðisstarfsfólki gott vinnuumhverfi þar sem hver og einn fær notið sín og að nauðsynlegur fjöldi af hæfu heilbrigðisstarfsfólki þarf að vera fyrir hendi til að uppfylla þarfir hinna mismunandi sjúklingahópa og stuðla þannig að sem bestri heilsu og vellíðan hvers og eins.<sup>163</sup>

#### *8.4.1 Gagnrýni Ríkisendurskoðunar á stefnumótun í mannauðsmálum*

Árið 2011 gerði Ríkisendurskoðun úttekt á mannauðsmálum ríkisins. Markmið úttektarinnar var að kanna hvort ríkið hefði gert heildstæða mannauðsstefnu, hverjir væru helstu veikleikar mannauðsmála ríkisins, hvort þeir hefðu verið skilgreindir, hvort ráðstafanir hafi verið gerðar til að fyrirbyggja að veikleikarnir í mannauðsmálum yrðu að vandamáli og að lokum hvort ástæða væri til að auka upplýsingaöflun um ríkisstarfsmenn og miðla þeim opinberlega.<sup>164</sup> Niðurstöður úttektarinnar voru þær að stjórnvöld hafa ekki mótað formlega heildarstefnu um mannauðsmál fyrir öll ráðuneytin eða stofnanir ríkisins. En vegna lélegrar stöðu mannauðsmála hjá ríkinu er nauðsynlegt að setja formlega heildarstefnu um mannauðsmál,

---

<sup>157</sup> Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið, „Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda á gæðamálum til ársins 2010“ (2007) 17.

<sup>158</sup> Hagfræðistofnun Háksóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ (2006) Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03, <sup>159</sup> Sama heimild 20.

<sup>160</sup> Hagstofa Íslands < <https://hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=12311> > skoðað 3. nóvember 2011.

<sup>161</sup> Hagstofa Íslands < <http://www.hagstofa.is/Pages/95?NewsID=168> > skoðað 3. nóvember 2011.

<sup>162</sup> Hagfræðistofnun Háksóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ (2006) Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03, 22.

<sup>163</sup> Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið, „Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda á gæðamálum til ársins 2010“ (2007) 17.

<sup>164</sup> Ríkisendurskoðun, „Mannauðsmál ríkisins -2. Stefna stjórnvalda og staða mannauðsmála ríkisins“ (2011) 9.

með tímasettum markmiðum, að aðgerðum verði forgangsraðað og árangursmælikvarðar settir.

Í nýlegum könnunum í kjölfar kreppunnar hefur komið í ljós að vinnuálag hafi aukist talsvert hjá starfsmönnum heilbrigðisstofnana, en vinnuálag er einn þeirra þátta sem hefur hvað mest áhrif á starfsánægju, afköst og gæði þjónustunnar sem veitt er.<sup>165</sup> Óeðlilega mikið vinnuálag leiðir líka til þess að veikindadögum fjölgar, starfsmannaveltan verður meiri, kostnaður ríkisins eykst og afköst minnka.<sup>166</sup>

### *8.5 Mannauðsstofna Landspítalans og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins*

Stefna Landspítalans í mannauðsmálum er að stuðla að öryggi, jafnrétti og vellíðan allra starfsmanna á spítalanum og meðal annars styrkja þá með sí- og endurmenntun til þess að veita bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á hverju sinni. Starfsmenn mannauðssviðsins hafa sem stefnu að miðla nútímaviðhorfum og þekkingu varðandi heilsuvernd á vinnustaðnum, sinna starfsmannaheilsuvernd, ásamt því meðal annars að veita aðstoð og ráðgjöf í tengslum við áhættumat á störfum.<sup>167</sup> Árlega eru gerðar kannanir á líðan og starfsánægju starfsmanna spítalans.<sup>168</sup>

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins hefur ekki myndað sér stefnu í mannauðsmálum, né gert kannanir á líðan og starfsumhverfi starfsmanna sinna.

---

<sup>165</sup> Ríkisendurskoðun, „Mannauðsmál ríkisins -2. Stefna stjórnvalda og staða mannauðsmála ríkisins“(2011) 4.

<sup>166</sup> Sama heimild 4.

<sup>167</sup> Landspítalinn, „mannauðssvið“ < <http://lsh.is/pages/181>> skoðað 5. nóvember 2011.

<sup>168</sup> Landspítalinn, mannauðssvið, „Könnun á starfsumhverfi starfsmanna Landspítala 2010“ (2010) 3.

## 9. Mönnun í heilbrigðisþjónustunni

### 9.1 Inngangur

Árið 1960 voru Íslendingar tæplega 174 þúsund, en árið 2000 rétt tæplega 280 þúsund og nú árið 2012 eru Íslendingar orðnir 319.575.<sup>169</sup> Meðalævilengd var komin í 80,8 ár árið 2000.<sup>170</sup>

Útgjöld hins opinbera til heilbrigðismála af vergri landsframleiðslu hafa aukist undanfarna áratugi, voru 1,71% árið 1945, árið 1960 voru útgjöldin 2,06% og árið 1980 voru þau 5,53% af vergri landsframleiðslu. Árið 2000 voru þau 8,01% en komin niður í 7,87% af vergri landsframleiðslu árið 2010.<sup>171</sup> Stærsti kostnaðarliðurinn er launakostnaður.<sup>172</sup>

### 9.2 Heilbrigðisstéttir á Íslandi

Fyrstu heilbrigðisstéttirnar á Íslandi voru sem fyrr segir ljósmæður, lækningar og síðar hjúkrunarfræðingar. Árið 1965 hófst kennsla sjúkraliða, fyrstu meinatæknarnir (nú lífeindatæknar) útskrifuðust árið 1968 og 1972 hófst kennsla röntgentækna (nú geislafræðinga)<sup>173</sup> og hefur starfsstéttum innan heilbrigðisþjónustunnar fjölgað jafnt og þétt síðan. Löggiltar heilbrigðisstéttir voru orðnar 16 árið 2000, heilbrigðisstarfsfólk 6788, þar af lækningar 1154, hjúkrunarfræðingar 2237, ljósmæður 206 og sjúkraliðar 1491.<sup>174</sup>

Árið 2011 eru löggiltar heilbrigðisstéttir á Íslandi 33, sem eru mun fleiri en í öðrum löndum og gilda sérlög um 14 þeirra.<sup>175</sup>

Samkvæmt spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu frá árinu 2006 var gert ráð fyrir að árið 2010 væri fjöldi lækna 1.090 til 1.152, hjúkrunarfræðingar á bilinu 3.017 til 3.056 og sjúkraliðar 1.950 til 2.281<sup>176</sup> og miðað við óbreyttar aðstæður varðandi nám þá tækist ekki að manna í hjúkrunar- og sjúkraliðastöðurnar, miðað við að eftirlaunaaldur yrði áfram 67 ár.<sup>177</sup>

<sup>169</sup> Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtolar/Mannfjoldi/Yfirlit>> skoðað 24. nóvember 2011.

<sup>170</sup> Hagstofa Íslands <<http://www.hagstofa.is/Pages/627>> skoðað 24. nóvember 2011.

<sup>171</sup> Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtolar/Thjodhagsreikningar/Fjarmal-hins-opinbera>> skoðað 25. nóvember 2011.

<sup>172</sup> Ögmundur Jónasson (2009) <<http://www.velferdarraduneyti.is/hbr/frettir/nr/32015>> skoðað 5. apríl 2012.

<sup>173</sup> Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010) 281-284.

<sup>174</sup> Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/pages/961>> skoðað 26. nóvember 2011.

<sup>175</sup> Alþt. 2011-2012, B-deild, þskj. 147 – 147. mál.

<sup>176</sup> Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ (2006) Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03, 59.

<sup>177</sup> Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ (2006) Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03, 62.

Fjöldi stöðugilda hjá læknum var árið 2010 ekki nema 780,4, en voru 815,2 árið 2007. Læknum hefur því farið fækkandi undanfarin ár. Hjúkrunarfræðingar voru árið 2010 í 1579,6 stöðugildum, en voru 1558,7 árið 2007.<sup>178</sup>

Í úttekt Ríkisendurskoðunar á mannaúðsmálum ríkisins, var meðal veikleikanna hjá ríkisstofnunum talinn hækkaði meðalaldur ríkisstarfsmanna og aukið vinnuálag. Meðalaldur starfsmanna stofnanna sem heyra undir heilbrigðisráðuneytið var um og yfir meðaltalinu,<sup>179</sup> en hlutfall ríkisstarfsmanna sem fer á eftirlaun næstu fimm árin á Íslandi er með því hæsta sem gerist innan Efnahagssamvinnu- og framfarastofnunarinnar (OECD).<sup>180</sup> Þegar hlutfall kvenna eftir ráðuneytum er borið saman, þá eru konur 82% starfsmanna undir heilbrigðisráðuneytinu<sup>181</sup> og telur Ríkisendurskoðun að stjórnvöld verði að huga að því að mun fleiri konur hætti störfum fyrir 60 ára aldur.<sup>182</sup>

### 9.3 Heilbrigðisstéttir og afköst á Landspítalanum

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar frá 2003 er starfsemi Landspítalans borin saman við sambærileg háskólasjúkrahús í Bretlandi. Í heild voru færri starfsmenn á hver 100 rúm á Landspítala en á sambærilegum háskólasjúkrahúsum í Bretlandi. Læknar voru álíka margir eða færri á Landspítalanum, hjúkrunarfræðingar voru færri á Landspítalanum, en starfsmenn í rekstri og umsýslu hér á landi voru umtalsvert fleiri en hjá öllum samanburðar sjúkrahúsum. Færra starfsfólk þurfti til að sinna sama fjölda rúma hjá Landspítalanum en á samanburðarsjúkrahúsum, en samsetning sjúklingahópsins var frábrugðin því sem var í Bretlandi, þar sem að fleiri rúm hér á landi voru upptekin af langlegusjúklingum og kröfðust því minni mannafla. Ríkisendurskoðandi taldi augljóst að afköst á Landspítalanum væru mun minni en hjá samanburðarsjúkrahúsum, rúmin of mörg og meðferðir of fáar.<sup>183</sup>

Ef ársskýrsla Landspítalans frá árinu 2003 er borin saman við ársskýrslu árið 2010, þá má sjá að árið 2003 eru starfsmenn Landspítala 4.925 í 3.754 stöðugildum, en árið 2010 eru þeir 4.509 í 3.648 stöðugildum, eða 8,5% fækkun á starfsmönnum, þar af var fækkun starfsmanna frá 2009 7,3%. Legudagar árið 2003 voru 282.423, komur á dag- og göngudeildir voru 297.082, en árið 2010 voru legudagar á Landspítalanum 202.605, komur á dag- og göngudeildir ásamt sjúkrahús tengdum vitjunum til þeirra sem fara í snemmútskriftir

<sup>178</sup> Alpt. 2010- 2011, B-deild, þskj. 1817 – 893. mál, svar velferðarráðherra, við fyrirspurn Guðlaugs Þórs Þórðarsonar um fjölda stöðugilda lækna og hjúkrunarfræðinga árin 2007-2010.

<sup>179</sup> Ríkisendurskoðun, „Mannauðsmál ríkisins -2. Stefna stjórnvalda og staða mannaúðsmála ríkisins“ (2011), 13.

<sup>180</sup> Sama heimild, 3.

<sup>181</sup> Sama heimild, 16.

<sup>182</sup> Sama heimild, 31.

<sup>183</sup> Ríkisendurskoðun, „Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík Mat á árangri“ (2003), 70.

352.842.<sup>184</sup> Til samanburðar voru starfsmenn Landspítala 5.071 árið 2006 í 3.868 stöðugildum, legudagar voru 255.497 og komur á dag- og göngudeild ásamt sjúkrahús tengdum vitjunum 367.865. Í ársskýrslunni er tekið fram að tíðni sjúkdóma aukist jafnt og þétt, ekki síst vegna vaxandi fjölda aldraðra, sem hafi áhrif á starfsemi spítalans og muni hafa áhrif næstu árin.<sup>185</sup> Í ársskýrslu Landspítalans árið 2010 kemur hins vegar fram að erfitt sé að setja föst viðmið um fjölda stöðugilda í svona flókinni starfsemi og að fjöldi stöðugilda endurspegli raunmönnum, en ekki endilega þörf. Með breyttu skipulagi og starfsháttum hafi tekist að auka nýtingu mannafla og þar með framleiðni. Atvikaskráning Landspítalans bendi hins vegar ekki til þess að öryggi sjúklinga sé í hættu vegna álags og að mat landlæknisembættisins frá árslokum 2009, bendi ekki til þess að öryggi sjúklinga væri ógnað vegna aukins álags á starfsfólki spítalans.<sup>186</sup>

Eins og áður hefur komið fram leggur mannauðssvið Landspítala reglulega fyrir kannanir á starfsumhverfi starfsmanna Landspítalans. Vorið 2009 var bæði spurt um álag og streitu í starfi. Varðandi fyrri spurninguna um álag í starfi kom í ljós að staðan á LSH var óbreytt frá 2006, en álag í starfi mældist hátt, fjórir á kvarða frá einum til fimm. Rannsóknin sem gerð var 2006 greindi ekki einstakar stéttir, en í könnuninni frá 2009 mátti sjá að 72% sjúkraliða töldu sig vera undir mjög miklu eða miklu vinnuálagi og 79% hjúkrunarfræðinga. Sú stétt sem var með hæstu töluna eða nær 92% voru iðjuþjálfar, en lægsta talan var hjá þeim sem voru í stéttarfélaginu Eflingu eða 44%.<sup>187</sup> Við mælingu á streitu í starfi kom í ljós að þar var staðan líka óbreytt frá 2006, en streita mældist þó nokkuð mikil eða rúmlega þrír á mælikvarðanum einn til fimm. Tæplega helmingur sjúkraliða, eða 43% tald streitu í starfi sínu vera mjög mikla eða mikla, 58% hjúkrunarfræðinga töldu streitu í starfi sínu vera mikla eða mjög mikla, 68% hjá félagsráðgjöfum, en lægst var streita hjá Eflingu eða 30%.<sup>188</sup>

#### *9.4 Heilbrigðisstéttir og afköst á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins*

Árið 2006 var fyrsta árið sem allar heilsugæslur á höfuðborgarsvæðinu störfuðu sameinaðar og fyrsta ársskýrsla Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins kom út. Í ársskýrslunni árið 2006 segir að mannfjöldi og aldurskipting hans ráði að mestu um þjónustuþörfina í heilsugæslunni, þá að önnur atriði hafi þar líka áhrif svo sem félagsleg staða, heilsufar og fleira og mannfjöldin óx

<sup>184</sup> Landspítali, „Starfsemisupplýsingar fyrir LSH Uppgjör 2010“ (2011) 3; Landspítali Háskólasjúkrahús, „Landspítali 2003“ (2004).

<sup>185</sup> Landspítali-Háskólasjúkrahús, „Starfsemisupplýsingar LSH uppgjör 2006“ (2007) 6-7.

<sup>186</sup> Landspítali, fjármálasvið, „Starfsemisupplýsingar fyrir LSH Uppgjör 2010“ (2011) 4.

<sup>187</sup> Landlæknisembættið, „Mat á stöðu öryggismála varðandi mönnum á LSH, desember 2009“ (2010) 2.

<sup>188</sup> Landspítali, „Könnun á starfsumhverfi starfsmanna Landspítala 2010“ (2010) .

um 2,4% á árinu 2006 og var 191.725 í lok ársins.<sup>189</sup> Árið 2006 voru starfsmenn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins rúmlega 718 í 564 stöðugildum. Læknar voru 143 í 124,67 stöðugildum árið 2006, en 124,88 árið 2010. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður voru 244 í 178,74 stöðugildum og sjúkraliðar 98 í 70,43 stöðugildum. Árið 2010 eru starfsmenn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins 583 í 460,95 stöðugildum.<sup>190</sup>

Meðalaldur allra starfsmanna Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins árið 2006 var 47,5 ár, læknar voru að meðaltali 47,23 ára, hjúkrunarfræðingar og ljósmæður 46,8 ára og sjúkraliðar 48,98 ára.<sup>191</sup> Árið 2010 var meðalaldur starfsmanna komin í 49,6 ár og var hæstur hjá læknum og hjúkrunarfræðingum.<sup>192</sup> Meðalaldur var ekki sundurliðaður í ársskýrslu ársins 2006.

Skráð samskipti voru samtals 834.685 árið 2010, en voru 878.905 árið 2009. Samskipti lækna voru samtals 522.687 árið 2010, en 528.190 árið 2009. Samskipti hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra voru samtals 237.513 árið 2010, en 274.339 árið 2009. Komur á síðdegisvakt heilsugæslustöðvanna fóru úr 51.695 árið 2009 í 50.154 árið 2010.<sup>193</sup> Fjöldi íbúa á þjónustusvæði Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins árið 2009 var 200.800, en árið 2010 var íbúafjöldi 202.370.<sup>194</sup>

Ekki hafa verið gerðar kannanir á starfsánægju eða líðan starfsfólks Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

---

<sup>189</sup> Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, „Ársskýrsla Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins fyrir árið 2006“ (2007) 5.

<sup>190</sup> Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, „Ársskýrsla 2010 heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins“ (2011) 12.

<sup>191</sup> Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, „Ársskýrsla Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins fyrir árið 2006“ (2007) 57.

<sup>192</sup> Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, „Ársskýrsla 2010 heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins“ (2011) 12.

<sup>193</sup> Sama heimild, 10.

<sup>194</sup> Hagstofa Íslands, <<http://hagstofan.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Yfirlit>> skoðað 3. desember 2011.



## 10. Áhrif vanmönnunar í heilbrigðisþjónustunni

### 10.1 Mistök

Skráning heilbrigðisstarfsfólks á óvæntum atvikum, mistökum, vanrækslu og öðrum atvikum sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið honum tjóni er mjög mikilvægt fyrir umbætur, því rannsóknir hafa sýnt að orsökina er í flestum tilfellum vegna ágalla í skipulaginu, en ekki vegna sakar einstaklingsins sem vann verkið,<sup>195</sup> en léleg mönnun er ógn við gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga.<sup>196</sup>

*10.1.1 Skýrslan „Það er mannlegt að gera mistök: byggjum öruggara heilbrigðiskerfi“* Árið 1999 gaf Institute of Medicine í Bandaríkjunum út skýrslu sem hét *To Err is Human: Building a safer health system* í íslenskri þýðingu *Það er mannlegt að gera mistök: byggjum öruggara heilbrigðiskerfi*. Skýrslan er byggð á samantekt fjölmargra rannsókna sem gerðar voru á sjúkrahúsum víðs vegar um Bandaríkin. Í skýrslunni kom fram að fleiri Bandaríkjamenn létust á ári vegna mistaka í umönnun á sjúkrahúsum landsins, en létust samanlagt vegna þeirra sjúkdóma sem urðu þess valdandi að þeir lögðust inn á sjúkrahús og var niðurstaða skýrsluhöfunda sú að heilbrigðisþjónustan væri ekki eins örugg og hún ætti að vera. Höfundar skýrslunnar töldu þó að erfitt væri að kortleggja og fá nákvæma mynd af faraldsfræði mistaka innan heilbrigðisþjónustunnar, en þó væri meira vitað um mistök sem verða á sjúkrahúsum, en á öðrum stöðum innan heilbrigðiskerfisins. Sá þáttur sem hefur mest að segja varðandi mistök í hinum ýmsu atvinnugreinum, þar á meðal heilbrigðisþjónustunni, er mannlegi þátturinn.<sup>197</sup>

Mistök vegna rangra lyfjagjafa hafa hvað mest verið rannsökuð, þar sem þau eru algengust, en erfitt er að fá upplýsingar um önnur mistök þar sem skráning á þeim er mismunandi svo sem fyrir skaðlega atburði, mistök og aðra áhættuþætti. Skaðlegir atburðir voru skilgreindir sem skaði sem hefur orðið af meðferð en ekki vegna undirliggjandi sjúkdóma eða ástands sjúklingsins og má rekja hluta þeirra til mistaka.<sup>198</sup>

Töldu skýrsluhöfundar öryggi sjúklinga á margan hátt ógnað við veitingu heilbrigðisþjónustu, meðal annars með mistökum í blóð- eða lyfjagjöf, vegna aðgerðar á röngum stað, skaða við skurðaðgerðina, sjálfsmorð sem hefði mátt koma í veg fyrir, spítalasykingar eða vegna meðhöndlunar á sýkingum, aðhald sem veldur skaða eða dauða,

<sup>195</sup> Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/?PageID=1151>> skoðað 7. apríl 2012.

<sup>196</sup> Landlæknisembættið, „Ársskýrsla 2007“ (2008) 6 .

<sup>197</sup> Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan og Molla S. Donaldson, „To Err is Human: building a Safer Health System“ ( Institute of Medicine 1999) 65.

<sup>198</sup> Sama heimild.

föll, bruni, legusár eða mistök vegna þess að um rangan sjúkling er að ræða og þrátt fyrir að áhætta á að látast vegna hættu á rangri lyfjagjöf, sé mun meira en að látast í flugslysi, hefur farið mun meiri fé og athygli í það að bæta öryggi í flugiðnaðnum, en umbætur innan heilbrigðisþjónustunnar.<sup>199</sup> Skýrsluhöfundar telja að almenningur í Bandaríkjunum gerir sér grein fyrir því að þeir séu ekki eins öruggir í heilbrigðiskerfinu í samanburði við aðra staði, en þrátt fyrir það koma ekki fram kröfur til heilbrigðisþjónustunnar að hún bæti sig, en höfundar vilja einnig meina að flest mistök og mál er varða öryggi sjúklinga séu ekki skilgreind eða frá þeim greint, hvorki utan né innan heilbrigðiskerfisins.<sup>200</sup>

Þegar mistök eiga sér stað innan heilbrigðisþjónustunnar þá er það algengast að þriðji aðili verði fyrir skaðanum, það er sjúklingurinn, en mun sjaldnar heilbrigðisstarfsmaðurinn eða heilbrigðisstofnunin og þar sem skaðinn verður bara hjá einum aðila í einu en ekki stórum hóp sjúklinga, verða mistökinn ekki eins sjáanleg. Í öðrum iðnaðargreinum er algengast að mistök verði af mannavöldum eða að meðaltali 60 -80%.<sup>201</sup> Það að auka öryggi innan heilbrigðisþjónustunnar felur ekki bara í sér að koma í veg fyrir mistök heldur einnig að tileinka sér það viðhorf að heilbrigðiskerfið sé flókið og áhættusamt og að það þurfi að tileinka sér ferli sem ber kennsl á áhættur, metur þær og reynir stöðugt að bæta sig.<sup>202</sup>

Skýrslan fjallar einnig um það að skipulag heilbrigðisþjónustunnar, er á margan hátt ólíkt öðrum atvinnugreinum, því ákvarðanatökur innan heilbrigðisþjónustunnar skapi sértakar ábyrgðarkröfur og því er það sérstök áskorun að byggja upp þannig umhverfi þar sem sé hvetjandi að greina og læra af mistökum, þar sem hættan á dómsmálum geti komið í veg fyrir að heilbrigðisstarfsfólk veiti upplýsingar sem síðar geti verið notaðar gegn þeim.<sup>203</sup>

### 10.1.2 Áhrif skýrslunnar á Íslandi

Á 131. löggjafarþingi svarar heilbrigðisráðherra fyrirspurn Ástu Möller varðandi það hver þróun mönnunar innana hjúkrunar hafi verið síðustu fjögur árin, það er frá því í janúar 2001 og hvort gerðar hafi verið athuganir á tengslum mönnunar innan hjúkrunar og fjölda óhappatilvika, dánartíðni, endurkoma sjúklinga og/eða lengdrar sjúkrahúsdvalar vegna fylgikvilla meðferðar. Í svari ráðherra kemur fram að ekki hafi verið gerðar athuganir á tengslum mönnunar í hjúkrun og fjölda óhappatilvika, dánartíðni, endurkoma sjúklinga og/eða lengdrar sjúkrahúsdvalar vegna fylgikvilla meðferðar, en með bættri skráningu óhappatilvika

<sup>199</sup> Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan og Molla S. Donaldson, „*To Err is Human: building a Safer Health System*“ (Institute of Medicine 1999) 40.

<sup>200</sup> Sama heimild, 26-44.

<sup>201</sup> Sama heimild 53.

<sup>202</sup> Sama heimild 58.

<sup>203</sup> Sama heimild 109.

ætti þó að vera unnt að taka þessar upplýsingar saman. Upplýsingar um fjölda sjúklinga á hvern hjúkrunarfræðing höfðu ekki verið teknar saman áður á Landspítalanum og var eingöngu hægt að nálgast þessar upplýsingar frá legudeildum spítalans. Í svarinu kemur einnig fram að engin viðurkennd viðmið væru til fyrir útreikninga á fjölda sjúklinga á hvern hjúkrunarfræðing. Í svari ráðherra kom einnig fram að ekki væri hægt að bera saman tengsl mönnunar innan hjúkrunar við atvikaskráningu á Landspítala, þar sem gera megi ráð fyrir að aðeins lítið brot af atvikum sé skráð eða um 10 % og þá sé miðað við erlendar rannsóknir.<sup>204</sup>

Í viðtali við Læknablaðið árið 2003, segir Sigurður Guðmundsson þáverandi landlæknir að ekki hafi verið gerðar neinar framsýnar rannsóknir á því hversu algeng óhöpp eru í heilbrigðiskerfinu, „en við vitum að talsverður hluti þeirra hlýtur að vera dulinn“. Landlæknir telur hins vegar erfitt að segja til um það hversu stór hluti óhappanna sé dulinn, Ísland sé ekkert öðruvísi en allir aðrir þannig að eflaust fari margt framhjá okkur. Þetta megi ráða af því sem gerist í löndunum í kringum okkur og í öðrum flóknum atvinnugreinum. Landlæknir tók einnig fram að Landspítalinn sé stærsta stofnunin sem Landlæknisembættið hefur eftirlit með, þar séu flestu sjúklingarnir og alvarlegustu sjúkdómarnir, þannig að mestu líkurnar á óhöppum og mistökum ættu að vera þar. Landlæknir hrósar þó Landspítalanum fyrir það hvað þeir séu duglegir við að koma upplýsingum á framfæri til Landlæknisembættisins og það að tilfellum fjölgi þar, sem segi til um að eitthvað fari leynt.<sup>205</sup>

Árið 2006 birtist grein í Morgunblaðinu frá Landlæknisembættinu sem hét „Láttu í þér heyra sem notandi heilbrigðisþjónustunnar“. Í greininni segir að aukin umræða sé um öryggi sjúklinga og hvernig megi efla það og er vísað í skýrsluna *Það er mannlegt að gera mistök: byggjum öruggara heilbrigðiskerfi*. Sú skýrsla hafi haft mikil áhrif um allan heim og hafi gjörbreytt afstöðu manna til óvæntra skaða og mistaka innan heilbrigðisþjónustunnar og að þessi skýrsla sé í hópi þeirra sem mest áhrif hafa haft á heilbrigðisþjónustuna undanfarna tvo áratugi. Höfundar greinarinnar hvetja sjúklinga til að taka virkan þátt í sinni meðferð og benda á að rannsóknir sýni að fólki farnast betur sem taki virkan þátt í sinni meðferð. Síðan eru talin upp níu atriði sem sjúklingar eigi að fylgjast með þegar þeir nota heilbrigðisþjónustuna og að lokum er tekið fram að sjúklingar beri ábyrgð á eigin heilsu eftir því sem færni og ástand þeirra leyfir.<sup>206</sup> Í leiðara blaðsins daginn eftir er fjallað um þessa grein og sagt að nú kveði við

<sup>204</sup> Alpt. 2004-2005. B-deild. Þskj.1134 – 517. mál. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Ástu Möller um hjúkrun á Landspítala – Háskólasjúkrahúsi.

<sup>205</sup> Sigurður Guðmundsson, „Við vitum að ýmislegt fer framhjá okkur“ (2003) 89 Læknablaðið 11, 869.

<sup>206</sup> Anna Björg Aradóttir og Laura Sch. Thorsteinsson, „Láttu í þér heyra sem notandi heilbrigðisþjónustu“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 29. nóvember 2006) 25.

nútímalegan tón þar sem í áratugi hafi afstaðan verið sú að notendur heilbrigðisþjónustu tækju möglunarlaust við því sem að þeim væri rétt.<sup>207</sup>

Í ársskýrslu landlæknis fyrir árið 2009 kemur fram að mikilvægt sé að mönnun á heilbrigðisstofnunum sé alltaf yfir öryggismörkum, bæði með tilliti til gæða og öryggis sjúklinga og með tilliti til kostnaðar, „en margar rannsóknir hafi sýnt að fjöldi hjúkrunarfræðinga á vakt hverju sinni hefur áhrif á afdrif sjúklinga og fækkar fylgikvillum af sjúkrahúslegum“.<sup>208</sup>

## 10.2 Kulnun í starfi

Kulnun í starfi (job burnout) er hugtak sem kom fram á sjötta áratugnum og tekur til líðan sem einstaklingar upplifa í tengslum við vinnuna. Síðan þá hefur hugtakið verið mikið rannsakað til að fá meiri skilning á því hvað kulnun í starfi sé, hvers vegna kulnun eigi sér stað, hvernig megi meðhöndla og hvernig sé hægt að koma í veg fyrir kulnun í starfi. Eins og nafnið felur í sér þá vísar kulnunin í að það vantar hita/orku í starfsmanninn og með tímanum hættir hann að geta gefið eins mikið af sér, hann missir getuna til að viðhalda þátttöku í starfi, verður uppgefinn og vantar alla orku sem hefur áhrif á vinnuafköstin. Kulnun í starfi var fyrst lýst hjá þeim starfsstéttum sem vinna við það að hugsa um annað fólk, það er hjá starfsfólki heilbrigðiskerfisins, í félagslega kerfinu, sálgæslu, lögfræðingum og hjá lögreglumönnum.<sup>209</sup>

Á sjötta áratugnum urðu miklar þjóðfélagslegar breytingar, sem urðu meðal annars til þess að vald fagstéttanna minnkaði, en á sama tíma voru gerðar mun meiri kröfur til þeirra, þannig að viðtakendur þjónustu frá fagaðilum fóru að gera auknar kröfur til þeirra meðal annars varðandi umönnun, meðaumkun og samúð, um leið og tæknilegar og tilfinningalegar kröfur til fagaðila jukust og misræmið óx milli þess sem þær lögðu á sig í starfi og þeirrar umbunar og þakklætis sem þær fengu til baka fyrir störf sín, sem elur á kulnun í starfi.<sup>210</sup> Aðrar félagslegar og menningarlegar breytingar sem áttu sér stað á sjötta áratugnum var að samfélagslegur stuðningur fór minnkandi, einstaklingshyggja fór vaxandi sem eru einnig þættir sem talið er að geti alið á kulnun í starfi.<sup>211</sup> Tækniframfarir hafa breytt tengslunum milli lækna og sjúklinga, auk þess sem sjúkrahús og stofnanir hafa stækkað og orðið ópersónulegri. Vaxandi umræða hefur verið um að horfa á sjúklinginn sem persónu og meðhöndla eigi alla

<sup>207</sup> --, „Hollráð um heilsuna“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 30. nóvember 2006) 26.

<sup>208</sup> Landlæknisembættið, „Ársskýrsla landlæknis 2009“ (2010), 18.

<sup>209</sup> Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, og Christina Maslach, „Burnout: 35 years of research and practice“ (2009) *Career Development International* Vol. 14 No. 3, 204-220.

<sup>210</sup> Wilmar B. Schaufeli, „The balance of give and take: towards a social exchange model of burnout“ (2006) *The International Review of Social Psychology* Vol. 19, 87-131.

<sup>211</sup> Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, og Christina Maslach, „Burnout: 35 years of research and practice“ (2009) *Career Development International* Vol. 14 No. 3, 204-220.

manneskjuna, ekki bara líkamleg einkenni með virkri hlustun, samúðarfullri viðveru og samvinnu í ákvarðanatökum.<sup>212</sup> Það virðist hins vegar gleymast að það eru ekki bara sjúklingarnir sem finna fyrir ópersónulegri heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstarfsfólkið upplifir það einnig.<sup>213</sup> Starfsfólk getur haft önnur gildi en stofnunin sem það vinnur hjá og geta þessi innri átök um gildi starfseminnar einnig valdið kulnun í starfi.<sup>214</sup>

Í dag er ein helsta ástæða fyrir kulnun í starfi talin vera sú hvernig mönnunar uppbyggingin er hjá stofnunum, til dæmis langar næturvaktir, stutt vaktafrí, aukið vinnuálag og andrúmsloftið á vinnustaðnum.<sup>215</sup>

Það eru ekki í öllum löndum þar sem kulnun í starfi er viðurkennd sjúkdómsgreining. Í Svíþjóð og Hollandi hefur kulnun verið skilgreind sem læknisfræðileg greining með ICD flokkunarnúmerið: *Z73.0 Burn out: state of vital exhaustion*, þar sem viðmiðin eru : lífeðlisfræðileg eða andleg einkenni ofþreytu í að minnsta kosti tvær vikur, skortur á sálfræðilegri orku, ásamt einkennum eins og einbeitingarskort, minnkaðri getu til að höndla streitu, þirringur eða tilfinningalegt ójafnvægi, svefntruflanir, vöðvaverkir, svimi eða hjartsláttarónot og verða þessi einkenni að koma fram daglega í að minnsta kosti tvær vikur, valda þjáningu með skertri starfsgetu.<sup>216</sup> Í þeim löndum þar sem kulnun er viðurkennd sjúkdómsgreining gefur það viðkomandi einstaklingum möguleika á meðferð og endurhæfingu innan kerfisins.<sup>217</sup>

Sem fyrr segir eru heilbrigðisstéttir taldar viðkvæmar fyrir kulnun í starfi og margt sem bendir til þess að það að vera læknir í dag sé ekki gott fyrir heilsuna, þar sem kvíði, þunglyndi og sjálfsmorð eru algengari meðal lækna en almennt í þjóðfélaginu og í Bandaríkjunum er talið að um það bil 15% lækna muni á einhverjum tímapunkti á starfsferlinum vera óstarfhæfir og hefur kulnun í starfi fengið aukna athygli sem orsök óstarfshæfni þeirra.<sup>218</sup>

---

<sup>212</sup> Thomas R. Cole og Nathan Carlin, „The art of medicine, the suffering of physicians“ (2009) *Lancet* Vol. 374, 1414-1415.

<sup>213</sup> Sama heimild 1414-1415.

<sup>214</sup> Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, og Christina Maslach, „Burnout: 35 years of research and practice“ (2009) *Career Development International* Vol. 14 No. 3, 204-220.

<sup>215</sup> Shirely F. Jones, Alejandro C. Arroliga, Laurent Papazian og Alie Azoulan, Thank God It's Friday! Achieving Balance between Continuity of Care and Intensives Burnout (2011) *Am J of Respir Crit Care Med*. Vol. 184, 749-750.

<sup>216</sup> Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, og Christina Maslach, „Burnout: 35 years of research and practice“ (2009) *Career Development International* Vol. 14 No. 3, 204-220.

<sup>217</sup> Sama heimild 204-220.

<sup>218</sup> Thomas R. Cole og Nathan Carlin, „The art of medicine, the suffering of physicians“ (2009) *Lancet* Vol. 374, 1414-1415.

## 11. Viðtöl við starfsfólk í heilbrigðiskerfinu og innan stjórnsýslunnar

### 11.1 Inngangur

Til að fá upplýsingar um hvernig starfsfólk innan heilbrigðiskerfisins upplifir eftirlit með mönnun innan heilbrigðiskerfisins og eftirlit Landlæknisembættisins voru tekin viðtöl við starfsmenn Velferðarráðuneytisins, Fjármálaráðuneytisins, Landlæknisembættisins, starfsmenn á mannauðsskrifstofum Landspítalans og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, auk læknis og hjúkrunarfræðings.

Allt fólkið sem ég hitti var með áratuga langa starfsreynslu innan heilbrigðisþjónustunnar og stjórnsýslunnar.

Spurt var um álit á spá um mannaflapörf heilbrigðisstarfsmanna til 2020,<sup>219</sup> hvernig eftirliti með mönnun væri háttað, hvernig mönnun væri ákveðin, hver stefna stjórnvalda væri í mönnunarmálum og hvort fólk fyndi fyrir miklum breytingum eftir að ný lög um landlækni tóku gildi árið 2007. Einnig var spurt hvort fólk fyndi fyrir mikilli stefnubreytingu í heilbrigðismálum eftir því hvaða ráðherra væri yfir heilbrigðismálum og hvort það teldi að það myndi breyta einhverju ef fjárlög til heilbrigðismála yrðu ákvörðuð til lengri tíma en eins árs í senn. Að lokum var spurt hver bæri ábyrgð ef mistök ættu sér stað sem mætti rekja til manneklu. Viðtalið í fjármálaráðuneytinu sker sig úr að því leytir að þar var einnig spurt um reglugerð nr. 90/2011 um skrá yfir störf sem undanþegin eru verkfallsheimild sbr. 2. mgr. 19. gr. laga nr. 94/1986, um kjarasamninga opinberra starfsmanna og hvernig mönnun er ákvörðuð í henni.

Leitast var við að nota opnar spurningar, viðmælendur gátu tjáð sig frjállega, svörin skrifuð niður jafnóðum og leyft að þróast eftir áherslum viðmælanda.

### 11.2 Velferðarráðuneytið

Varðandi spá um mannaflapörf heilbrigðisstarfsmanna til 2020 segir starfsmaðurinn að verið sé að vinna að annarri spá núna. Hins vegar hvort hún samræmist því sem er að gerast í dag innan heilbrigðisstofnana segir starfsmaðurinn að það fari eftir því hvernig þetta sé skilgreint. Spáin sem er verið að gera núna taki tillit til þeirra breytinga sem eru að verða á samsetningu þjóðarinnar og útskriftarspá en ekki fjölda lækna, hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða eða sjúkrapjálfa eins og í fyrri spá. Það eru fleiri stéttir sem liggja undir og nú er Velferðarráðuneytið samtengt Félagsmálaráðuneytinu. Það er að koma í ljós að við erum með

---

<sup>219</sup> Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu“ (2006) Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni unnin af Hagfræðistofnun Háskóla Íslands fyrir heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03.

annars konar heilbrigðismunstur en áður. Við erum frískari, betur upplýst og tökum betri ábyrgð á eigin heilsu. Fólk er líka að átta sig á því að það eru ekki til ráð við öllu og til dæmis í lögum um réttindi sjúklinga þá er lagalega sett niður að það megi fá álit annars heilbrigðisstarfsmanns. Áður var fólki jafnvel ekki sagt hvaða sjúkdóma það var með og til dæmis kona sem var með hvítblæði var bara gefið placebo (innsk. lyfleysa) og fjölskyldan hennar var fyrir austan og ekkert inni í hennar málum. Vandinn var bara að hluta til hennar mál, henni var ekkert sagt hvað væri að. Við erum í allt öðru umhverfi núna. Einstaklingar bera meiri ábyrgð sjálfir. Áður var ekkert val um meðferð, fólki var bara sagt hvað ætti að gera. Starfmaðurinn þekkir konu þar sem annað nýrað var tekið úr henni og henni ekki sagt frá því, því það var talið að hún myndi ekki þola að vita það. Það er allt annað umhverfi sem við erum í núna þar sem einstaklingurinn sjálfur og aðstandendur hans eru hluti af meðferðarteyminu, mun einstaklingshæfðari nálgun í dag. Fólk er meðvitaðra og gerir kröfur og við náum ekki auknum gæðum með því að hlusta ekki á sjúklinginn. Í dag deyr 80% af fólki úr langvinnnum sjúkdómum en um 1950-1960 dó fólk aðallega útaf smitsjúkdómum. Við þurfum að auka þátt einstaklingsins í meðferðinni, þar sem hann lifir jafnvel í 40 ár með langvinnan sjúkdóm. Við þurfum aðra nálgun varðandi fjölda til dæmis lækna. Einstaklingar þurfa stuðning til að lifa með langtíma sjúkdóma og líta jafnvel ekki á sig sem sjúklinga og læra bara að lifa með þessu. Þetta hefur áhrif á mönnun. Hvað erum við að lækna mikið og hversu mikið erum við að ráðleggja og styðja við fólk? Læknar kunna ekki öll svör og það er fullt af öðrum stéttum sem koma að meðferðinni, dæmis sálfræðingar. Það má ekki vera oftrú á ákveðna þekkingu, en ef við erum með alvarlega veika einstaklinga þarf að lækna þá. Við þurfum að hugsa þetta upp á nýtt, þar sem að margir starfshópar eru ekki nýttir sem skyldi. Heilsugæslan þarf að koma meira inn í með forvarnir og heilsuefingu. Nú er til dæmis búið að flytja heimahjúkrunina til Reykjavíkurborgar til að hafa þetta samtengt og samstillt viðhorf. Það er eitt að gera mannaflaspá, annað að meta mannaflapörf. Erum þá föst í gömlu munstri.

Í tengslum við eftirlit með mönnun þá er Velferðarráðuneytinu umhugað að fara ekki niður fyrir ákveðin öryggismörk í mönnun. En hver á að setja þau og að hversu miklu leyti hefur einstaklingurinn áhrif? Það á ekki nein stofnun að hafa starfsleyfi án þess að innra eftirlit sé í lagi. Þeir sem stýra stofnuninni verða að vita hvað er í gangi og verða þá að kalla inn aðra, til dæmis aðstandendur til að taka þátt í meðferðinni. Það hefur ekki verið kvartað undan því, til dæmis ef við tökum bara það að vera til staðar fyrir fólk. Þetta á auðvitað ekki við um til dæmis gjörgæsluna. Stofnunin verður að forgangsraða verkefnum og sumum verkefnum er til dæmis betur komið hjá aðstandendum. Sum verk vill viðkomandi bara að

sínir nánustu sjái um eins og til dæmis rakstur, þar sem það er mikil snering. RAImat er til dæmis alltaf háð álagi, ekki stöðugu álagi og vel hægt að nota það kerfi í heimahjúkrun og á geðdeildum.

Það kemur bara eitt fjármagn og það er á ábyrgð stjórnenda að meta hvað megi undan láta og hverju megi fresta til annars tíma. Það er alltaf hægt að fresta ákveðnu til annars tíma.

Um stefnu í mönnunarmálum þá þarf að nýta þekkingu sem best við að endurskoða mannaflapörf, ekki gera mannaflaspá og stefnan ræðst ekki af einum ráðherra. Í heilsueflingu felst meðal annars læsi, sorphreinsun, umferðaröryggi og margt fleira. Við þurfum að skoða heilsu mjög vítt, líka í samstarfi við háskólann og setja inn aukið fjármagn þar sem er ákveðin þörf, til dæmis í hjúkrun. En það eru margir sem koma að því, ekki aðeins landlæknir og háskólinn. Ef hægt væri að hafa einhver viðmið eins og eru til dæmis í hjúkrunarmönnun í öldrunarþjónustu og hversu mikill fjöldi er á bak við hvern lækni í heilsugæslunni, þá þarf samt að endurskoða það á hverjum tíma og nýta þekkingu á mati á þörfinni.

Varðandi eftirlit með mönnuninni þá á Velferðarráðuneytið auðvitað samskipti við stofnanir og við verðum að geta treyst okkar samstarfsaðilum. Við getum ekki verið úti um allt og það er alltaf matsatriði hvað er ásættanlegt til dæmis á landsbyggðinni. Það er skilgreint hvað hver starfsstöð eigi að gera og nú er til dæmis verið að gera stærri heilbrigðisumdæmi til að nýta betur þá sérþekkingu sem einstaklingar hafa, sem vinna á þessu svæði. Til dæmis ef iðjuþjálfari er í 80% vinnu á öllu svæðinu þá gefur það aukna möguleika og sveigjanleika á nýtingu mannafla.

Hvort breyting hafi orðið eftir að ný lög um landlækni voru sett þá er viðmælandi ekki viss um að það hafi verið mikil breyting á eftirlitinu, en eftirlit landlæknis er aukið og til dæmis hefur útgáfa starfsleyfa verið flutt til landlæknis en það er fyrst og fremst hvort þeir sem koma hingað til starfa séu hæfir starfsmenn. Samfélagið gerir auknar kröfur líka, til dæmis hvort það séu tveir eða þrír á vakt, en það getur komið eins út og á ekki að niðurnjörva það, en það þarf að setja eitthvert lágmark og læknar bera ábyrgð á lækningum og hjúkrunarfræðingar á hjúkrun. Það er mikil hefð fyrir eftirliti í heilbrigðisþjónustunni, er ekki með sama hætti í félagsþjónustunni til dæmis hjá fötluðum. Það er allt með fastari skorðum í heilbrigðisþættinum, erum vön viðmiðum og að fylgst sé með. Hins vegar finnst sumum ekki nóg en Velferðarráðuneytið vill samþætta þetta og hvernig þetta er best almennt. Til dæmis er geislavernd með mjög niðurnjörvað eftirlit þar sem að það á að skoða ákveðin tæki x oft en er að leggja til að minnka það eftirlit og auka eftirlit með sneiðmyndataekjum sem senda frá sér mun meiri geislun. Eftirlit verður að vera sveigjanlegt, það má ekki verða svona kerfisbundið eftirlit. En eftirlit er alls konar og það er verið að skera niður alls staðar, til dæmis eru tæki



stundum ekki nógu góð og þarf að gera rannsóknina aftur sem hefur svo áhrif á mönnun og vinnuumhverfi.

Um breytingar í áherslum eftir því hver væri ráðherra yfir heilbrigðismálum þá segir hann að það fylgir alltaf einhver breyting með hverjum ráðherra, en ekki bara með ráðherranum heldur líka ríkisstjórnunum sem setja ákveðnar stefnur og þessi málaflokkur tekur helming af ríkisútgjöldunum. Stefnan ræðst ekki bara af pólitík heldur einnig niðurskurði og það er bara ákveðið sem gengur sinn gang. Nú er þrengri fjárhagur, þetta er lítið land. Það eru gerðar miklar kröfur frá íbúum sem vilja halda byggð í landinu, heilbrigðisþjónusta er grunnþjónustuforsenda, en hún má ekki vera falskt öryggi. Það þarf að vera búið að skilgreina hvaða þjónusta eigi að vera til staðar hvar og hvert eigi að snúa sér með vandamál.

Varðandi það hvort það myndi breyta einhverju að ákvörðun um fjárlög til heilbrigðismála yrði tekin til lengri tíma í einu segir starfsmaður ráðuneytisins það tvímælalaust vera svo. Það er mjög vont fyrir alla starfsemi að vita ekki fyrr en nokkrum dögum fyrir áramót hvað eigi að gera næsta ár. Það eiga ekki að vera fjárlögin sem stýra, þar sem er borgað fyrst og svo vitað fyrir hvað. Þetta á að vera öfugt þannig að fyrst sé ákveðið fyrir hvaða þjónustu er verið að borga. Það þyrfti að setja ramma til þriggja ára, en ekki eins og er núna að fá að vita í desember hvort á næsta ári verði þjónusta á staðnum. Óvissan er svo slítandi og það er ákveðið „dialog“ sem þarf að eiga sér stað, því það er endalaust hægt að halda úti þjónustu og heilbrigðismál gætu auðveldlega tekið stærri sneið. Við viljum ekki aukna skatta, en við viljum fá þjónustuna. Okkar stefna er að skapa jöfnun, til dæmis í greiðsluþátttöku í lyfjakostnaði. Hvers vegna ætti einn að fá að fullu niðurgreidd lyf en ekki sá næsti? Það er líka falskt öryggi í heilbrigðisþjónustu að hafa bara einhvern á staðnum.

Ef mistök verða sem klárlega má rekja til manneklu þá er kerfið þannig núna að það er viðkomandi stofnun sem hefur lagt í þetta með þeim hætti sem ber ábyrgð. Mannekla er ekki neitt nýtt núna, en það eru fullt af vinnuverndarákvæðum til núna, betri samgöngur og samnýting og ávinningur af því ætti að vera aukið öryggi. Fólk er ekki veikara í dag. Áður voru hjúkrunarfræðingar einir á vakt á deildum og lækningar voru hér áður fyrr einir á vakt vikum saman úti á landi. Skortur á starfsfólki er ekki nýtilkominn, heldur hefur alltaf verið til staðar. Fólk flýði úr vinnunni án þess að setja orð á það. Hvar er línan með hvað sé eðlilegt? Þeir sem eru á staðnum eru best hæfir í að meta það. Það þarf að tryggja ákveðið lágmark í fjölda og þekkingu starfsfólks.

### 11.3 Landlæknisembættið

Varðandi spá um mannaaflapörf og hvernig hún samræmist stöðunni í dag sögðu starfsmennirnir að Velferðarráðuneytið væri að vinna í nýrri skýrslu núna til ársins 2030. Núna eru breyttir tímar og breyttar forsendur frá því fyrri skýrslan hafi verið gefin út og hafa þeir vissar áhyggjur af því að verið sé að endurskoða þörfina núna, því að það sé dulinn skortur á starfsfólki í heilbrigðiskerfinu. Í dag sé fækkun á starfsfólki og mönnun er miðuð við kreppuástand, sem er ekki æskileg mönnun. Því gefi ástandið núna ekki rétta mynd af þörfinni. Varðandi það hvort búið sé að skilgreina hver öryggismörkin eru varðandi mönnun, þá er ekki búið að því, en starfsemi hjúkrunarheimila er til dæmis skilgreind út frá sem bestu gæðum í starfseminni, ekki út frá fjármagni eða fjölda starfsmanna. Það sé ekki hægt að setja neinar fastar tölur varðandi mönnun, því þá sé líka alltaf hætt á að viðmiðin festist og erfitt verði að gera breytingar seinna. Fjöldi starfsmanna er alltaf með lágmarkstölur og ekki er hægt að leggja meira fjármagn í starfsemina. Reyndir stjórnendur hafa þó alltaf ákveðna tilfinningu fyrir því hvað þarf mikinn mannskap fyrir starfsemina og það er alltaf rautt ljós þegar það fólk verður hrætt. Viðmælendur mínir benda mér á að Landspítalinn sé að taka í gagnið nýtt kerfi sem kemur til með að reikna út mönnunarpörfina á deildum og eru bundnar miklar vonir við þetta nýja kerfi sem heitir Rafaela.

Kreppan veldur því líka að getan til að skrá það sem kemur upp í starfseminni minnkar, sem kemur verulega niður á gæðum skráningarinnar. Það er alltaf hættulegt ef skráning mætir stöðugt afgangi. Það kom líka fram í úttekt Boston Consulting Group að þeir hafa áhyggjur af gæðum skráningar hér á landi.

Starfsmenn Landlæknisembættisins hafa áhyggjur af stefnu stjórnvalda í mönnunarmálum. Í fyrstu var stoðstéttum fækkað til sparnaðar, síðan voru næturvaktir lengdar þannig að lágmarksmönnun var lengd á hverjum sólarhring. Álag sé að aukast mikið á starfsfólk í heilbrigðisþjónustunni. Þeim finnst líklegt að fljótlega verði staðan þannig að þetta verði eitthvað sem landlæknir þurfi að skipta sér meira af. Kreppan bitur alltaf fastar og fastar og afleiðingarnar eru alltaf að koma meira í ljós. Mönnun hefur mikið að segja um gæði og öryggi. Það er ekki bara fjöldi starfsmanna sem skiptir máli heldur einnig samsetning starfsfólksins. Tækifæri til sí- og endurmenntunar hafa minnkað, en mikilvægt er að þekking innan heilbrigðiskerfisins haldist í horfinu.

Landlæknisembættið hefur ekki gert rannsókn á líðan starfsfólks, en það hefur fengið ábendingar sem embættið hefur fylgt eftir og kannað, meðal annars með því að taka viðtöl við starfsfólk. Líðan starfsfólks er hlutur sem þeir hafa áhyggjur af og að fólk sé orðið þreytt. Það að starfsfólk skuli fara á milli starfa í sumar- og vaktatrúnum sínum, er til dæmis að vinna

erlendis, sé ekki góð þróun. Fríin eigi fólk að nota til að hlaða batteríin. Margar af þeim kvörtunum sem berast símleiðis eru meðal annars vegna heilsugæslulækna, það er að heimilislæknir þeirra sé mikið erlendis og að erfitt sé að fá tíma hjá þeim. Hvort flestar kvartanir sem berast séu vegna heimilislækna telja þeir það ekki vegna manneklu eða of mikils álags hjá þeim heldur sé það frekar vegna eðli starfsins hjá þeim. Fólk er að koma til þeirra með óljós einkenni, samskiptin séu stutt og kvartanirnar séu oft vegna samskiptaörðugleika. Flestar kvartanir þar sem fólk hringir inn eru vegna skorts á aðgengi hjá læknum, fólk fær ekki tíma og það sé vaxandi pirringur vegna þess. Þetta sé hins vegar að gerast í nágrennalöndum okkar líka. Kvennadeildin og kvenlækningar eru líka viðkvæmt svið og þar eru viðkvæmu málin. Læknum sem leiti í það sérnám fer líka fækkandi. Hins vegar er verið að fjölga heimilislæknum, það eru fleiri námsstöður í boði og hvatning til einstaklinga að velja það sérnám, þannig að framtíðin lofar góðu.

Um þær breytingar sem hafa orðið á starfsemi embættisins með tilkomu nýrra laga um landlækni, þá hafi verkefnum verið fjölgað og auknar kröfur verið gerðar til embættisins. Nú sé mun skýrara hvað embættið eigi að gera og með sameiningu við Lýðheilsustöð hafi embættið stækkað. Í því felst ákveðin hagræðing og mannskapurinn nýtist betur, en því miður hafi samt ekki fylgt með meira fjármagn.

Varðandi áhrif ráðherra á starfsemi Landlæknisembættisins, segja þeir að það hafi kannski verið mest síðustu 5 árin sem þeir hafa fundið fyrir því, en það hafa verið mjög ör ráðherraskipti í Velferðarráðuneytinu og það fylgja breytingar í áherslum með hverjum ráðherra. Fagfólkið í ráðuneytinu og hjá Landlæknisembættinu hafi oft verið búið að vinna vandaðar skýrslur og stefnumótanir sem síðan hefur ekkert verið fylgt eftir og nýr ráðherra setur jafnvel af stað vinnu við að gera nýja áætlun með breyttri áherslu. Þetta sé algjör sóun á vinnu fagfólks. Hjá Landlæknisembættinu sé öll vinna faglega unnin, ekki út frá pólitík heldur með þjóðarheill að leiðarljósi.

Um að fjárlögin væru til lengri tíma í einu þá væri skynsamlegt ef hægt væri að horfa lengra fram á við. Til dæmis hafi fjárlagafrumvarpið sem sett var fram haustið 2009 átt að breyta miklu varðandi áherslur í heilbrigðisþjónustunni út á landi. Síðan hafi verið bakkað með það allt saman og nú er komið nýtt fjárlagafrumvarp sem ekki var búið að vinna í samráði við heilbrigðisstofnanirnar á landinu. Það þarf að leggja fram langtímaáætlun og móta stefnuna til lengri tíma. Hins vegar kemur pólitíkin mikið inn í ákvarðanatökur. Fólk vill hafa alla þjónustu til staðar, en það getur líka verið falskt öryggi. Síðan hefur það líka áhrif á ákvarðanir að oft eru þessar heilbrigðisstofnanir stærstu vinnustaðirnir á svæðinu og því hafi verið bakkað með ákvarðanirnar. En þetta er viðkvæmt og stórt mál og oft erfitt þegar

ráðleggingar embættisins eru hundsáðar vegna pólitíkur. Ef fjárlögin eru til eins árs þarf samt að móta stefnu um hvaða þjónusta eigi að vera hvar og vinna eftir því. Það eru starfandi samráðsstjórnir í hverju heilbrigðisumdæmi, en það er misjafnt hversu virkar þær eru.

Um hver beri ábyrgð ef eitthvað fari úrskeiðis vegna ónógrar mönnunar þá er ekki hægt að afsaka sig með litlum tíma. Tímafaktorinn hefur ekki áhrif, þar sem eru til dæmis tveir hjúkrunarfræðingar á vakt í stað fjögurra. Hins vegar ef ekki er mönnuð læknavakt og eitthvað kemur fyrir þá ber sá ábyrgð sem átti að sjá til þess að vaktin væri mönnuð.

#### *11.4 Skrifstofa mannauðsmála Landspítalans*

Varðandi það hvort spá um mannaflapörf heilbrigðisstarfsmanna til 2020 samræmist þörfinni í dag segir viðmælandinn að mikill skortur hafi verið á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum þar til núna í kreppunni. Við komum hins vegar til með að finna fyrir því seinna hversu mikill skorturinn er. Með kreppunni hefur fólk í umönnunarstéttunum komið til baka á Landspítalann og auðveldara er að fá starfsfólk núna, þar sem fyrirtækin sem hafa verið að ráða til dæmis hjúkrunarfræðinga hafa dregið saman sína starfsemi. Landspítalinn upplifir velmegun í mönnunarmálum á krepputímum. Hins vegar er vaktavinnan „töff“ og vinnan á stofnuninni erfið. Niðurskurður síðustu ára hefur gengið of nærri umhyggjunni fyrir starfsmönnum. Öll áherslan hefur verið á sjúklingana og umönnun þeirra en alúð við starfsmenn er mikilvæg fyrir sjúklinginn og hans öryggi. Þetta er „töff“ vinna, en líklega skipta launakjör líka einhverju máli varðandi mönnun.

Um eftirlit með mönnun þá hefur Landspítalinn ýmis kerfi til að meta mönnunina. Í hjúkrun var til skamms tíma notað hjúkrunarflokkunarkerfi, en nú er verið að innleiða nýtt kerfi sem fjórar deildir eru nú þegar búnar að innleiða. Það eru yfirlæknar og hjúkrunardeildarstjórnar sem bera ábyrgð á mönnun á sinni einingu. Það er líka eftirlit með atvikaskráningarkerfinu og áhættumat starfa framkvæmt reglulega en þá á vinnuálag að koma fram. Einnig er fylgst með sýkingum, stunguóhöppum og yfirvinnu. Reglulega eru gerðar kannanir á starfsumhverfi en það eru mjög mikilvægar mælingar.

Hvernig mönnun er ákvörðuð þá segir hann að þeim sé þröngt skorinn stakkurinn. Mönnunin er í áætlunargerð fyrir hverja einingu fyrir sig og deildarstjórnarnir, yfirlæknarnir og framkvæmdastjórnarnir eru með í þeim ákvörðunum. Síðan er eins og fyrr segir stíft eftirlit með yfirvinnu. Það er ekki auðvelt að auka við mönnun, en þetta er alltaf vegið og metið og reynt að dreifa álagi.

Varðandi stefnu stjórnvalda í mönnunarmálum þá segir hann að það séu náttúrulega stjórnvöld sem ákvarði fjármagnið fyrir starfsemina. Hvernig honum hafi fundist skýrsla

Ríkisendurskoðunar um stefnu stjórnvalda í mannauðsmálum fannst honum hún vond. Skýrslan hafi verið skrifuð af mikilli vanþekkingu um mannauðsmál og lagt til að farið yrði aftur til miðstýringar, þar sem allt var miðstýrt og allt var sótt í ráðuneytið. Það yrði mikil afturför fyrir Landspítalann, sem hefur verið að styrkja starfsemina og fylgist mjög vel með mannauðsmálum til dæmis með tilliti til veikinda og fleira. Skýrslan sýnir vanþekkingu á mannauðsmálum Landspítalans, sem er mun stærri stofnun en almenn ríkisfyrirtæki. Landspítalinn stjórnar mannauðsmálum sjálfur og dreifir starfseminni eins og hann vill og þarf. Landspítalinn getur leitað ráða miðlægt ef hann þarf en spítalinn hefur mikið sjálfstæði og traust. Ráðuneytin leita líka til Landspítalans, en spítalinn er líka svo stór stofnun og ráðuneytið hefur sýnt skilning á þörfum spítalans.

Það hefur ekki orðið nein breyting á eftirliti með mönnun eftir að lögin um landlækni og heilbrigðisþjónustuna voru sett. Það er kallað eftir upplýsingum frá spítalanum af og til, en það hefur alltaf verið gert, líka áður.

Hvort hann finni fyrir breytingum í áherslum eftir því hvaða ráðherra er yfir heilbrigðismálum, segir hann að frá árinu 2008 hafi fimm ráðherrar verið og alltaf sé verið að upplýsa nýjan og nýjan ráðherra. Sumir hafi farið að skipta sér af hinum smæstu málum innan spítalans, en aðrir hafi treyst stofnunum til að sinna sínu. Sá sem er ráðherra núna er líklega sá besti sem hefur verið, en hann sé að reyna að fá yfirsýn og sér að það þarf að forgangsraða. Heilbrigðismálin eru erfiður málaflokkur og ráðherrann þarf að hafa traust ríkisstjórnarinnar, sem virðist vera núna. Ögmundur átti erfitt með að taka erfiðar ákvarðanir, enda erfitt þar sem hann var búinn að vera formaður BSRB lengi, en líklega hefur sá tími sem Álfheiður var ráðherra verið erfiðastur fyrir heilbrigðiskerfið í heild sinni.

Varðandi það hvort það myndi breyta einhverju ef fjárlög til heilbrigðismála yrðu ákvörðuð til lengri tíma í einu segir hann það algjörlega skipta máli. Það er lykillinn að geta gert langtímaplön. Landspítalinn hefur lagt út í mikla vinnu við að kostnaðargreina og nú er vitað hvað hlutirnir kosta. Þannig virkar þetta í þeim löndum sem við berum okkur saman við.

Hver beri ábyrg ef mistök eiga sér stað sem klárlega megri rekja til manneklu segir hann að forstjórinn beri endanlega ábyrgð á starfseminni, en það sé spurning hvort hann geti svo dregið ráðuneytið til ábyrgðar eða ríkisstjórnina.

### 11.5 Skrifstofa mannauðsmála Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Varðandi skýrslu Velferðarráðuneytisins um spá um mannaflapörf segist hann ekki hafa neinar athugasemdir við hana, vegna þess að það sem snýr að heilsugæslunni er læknamönnunin. Það er ekki skortur á neinum öðrum heilbrigðisstarfsmönnum innan heilsugæslunnar. Læknar eru hjarta starfseminnar, hjúkrunarfræðingar eru fjölmennir, ritara og sjúkraliðar eru um 30 og 15 sálfræðingar, en Reykjavíkurborg tók við rekstri Miðstöðvar heimahjúkrunar í þrjú ár og þá fóru flestir sjúkraliðarnir til Reykjavíkurborgar. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins (hér eftir nefnt HH) rekur einungis heimahjúkrun á Kraganum, en ekki í Reykjavík. Í Miðstöð heimahjúkrunar voru 110 starfsmenn sem sameinuðust 30 ófaglærðum starfsmönnum af félagssviði Reykjavíkurborgar. Það hefði verið betra að fá þessa 30 til HH með tilliti til endurmenntunar og fleira. Í Kópavogi samdi HH við sveitarfélagið og fékk fjóra félagsliða frá Kópavogsbæ til HH. Heimahjúkrunin var miklu öflugra kerfi, en með flutningnum í Reykjavík voru tengslin við læknaþjónustuna rofin.

HH er ekki gömul skipulagsheild og er mun öflugri úti á landi en í Reykjavík og eins og Boston Consulting Group gerir athugasemdir við þá er þar ekki frjálst aðgengi að sérfræðingslæknum eins og er í Reykjavík.

Varðandi það hvernig mönnun er ákvörðuð, þá ræðst það af stærð hverfanna, það er ákveðinn íbúafjöldi á lækni. Hjá hjúkrunarfræðingum eru fjölbreyttari viðmið og fer eftir eðli starfsins, eins og fjölda skóla og stöðuleika í hverfinu, hvort hverfin eru ný eða að eldast og fleira. Fjöldi ljósmæðra fer eftir aldurssamsetningu hverfisins. Mönnunin fer líka eftir fjölda barna og þetta er alltaf í endurskoðun. Læknaviðmiðið er alltaf svipað eftir hverfum og oft er starfsfólk flutt á milli stöðva ef þörf er á því. Svo eru náttúrulega afföll á starfsfólki og þarf að ráða í staðinn. Heimahjúkrunin á Kraganum er byggð á hjúkrunarþyngd, en breytist núna þegar búið er að leggja sjúkrahústengda heimahjúkrun af hjá Landspítalanum. Þetta er alltaf háð ákveðnu mati og reikningslíkani, til dæmis með ritara og á tímabili ákvað kjararáð fjölda lækna. Þetta þarf að vera einfalt kerfi, annars er fullt af fólki sem þarf til þess að halda utan um flókin reiknilíkön.

Hvað varðar gæði þá er erfitt að bera saman og mismunandi hvað þarf. Það má ekki aðeins hugsa um það hversu margir fara í gegnum kerfið, það þarf líka að hugsa um gæðin í kerfinu. Kerfið er ekki drifið af forvörnum, heldur er alltaf verið að laga eftir að tjónið á sér stað og alltaf verið að keyra hlutina áfram. Það þurfa að vera skýrari markmið og stefna, gæðastefna og mannauðsstefna, launastefna og hver er drifkrafturinn í kerfinu?

Tilfinning viðmælanda er að veikindadögum hafi ekki fjölgað dagsdaglega og ekki árið 2010 í samanburði við 2009. Hins vegar sé erfitt að meta það þar sem að það er fyrst

núna verið að innleiða vinnustundarkerfið, en það var látið sitja á hakanum í öllum sparnaðinum.

Stefnan hjá HH í mannauðsmálum er almennt að reyna að draga úr óvissu og skapa stöðugleika, þannig að starfsfólkið upplifi öryggi á óvissutímum. Stefna ríkisins í mannauðsmálum er hins vegar 17. júní-stefna, dregin upp á hátíðisdögum og þannig á nálgunin ekki að vera, hún á að vera mannauðsmiðuð.

Honum finnst ekki hafa orðið mikil breyting á eftirliti eftir að ný lög um landlækni og heilbrigðisþjónustu voru sett árið 2007. Varðandi það hvernig eftirlitinu er háttað fannst honum að það hefði verið virkara fyrir nokkrum árum síðan, svona um 2000. Þá var verið að gera almennar kannanir, meðal annars tengdar mönnun og aðbúnaði, og verið að spekulera í stöðunni varðandi mannauðsmál, stjórnun og stjórnunarhætti og hvernig stofnanirnar voru að spjara sig. Landlæknir og Ríkisendurskoðun spáðu mikið í skipulagningunni fyrir 2006. Landlæknir kallaði eftir upplýsingum frá HH varðandi mönnunarmál meðal annars fjölda starfsmanna.

Hvort hann fyndi fyrir miklum breytingum í áherslum eftir því hver væri ráðherra yfir heilbrigðismálum í hvert sinn segir hann að það sé aðeins tvennt sem einkenni málflutning pólitíkusa en það er rekstrarformið, það er hvort það eigi að vera einkarekið eða ríkisrekið og síðan á hvaða stjórnsýslustigi reksturinn eigi að vera. Núna er þetta á stjórnsýslustigi en þegar Guðlaugur Þór var ráðherra var umræðan á rekstrarstiginu. Það sé eins og ráðherrarnir treysti sér ekki til að ræða um kerfið sjálft og hafa minnst rætt um það hvort kerfið sé að virka. Það hafa verið gefnar út stefnur, en þar er ekki verið að taka á „fúnksjóninni“ í kerfinu og hvernig það á að virka. Með þessari nýju stofnun hefði hlutverk landlæknis átt að vera eftirlitsaðili og að vera einungis í því. Stofnun þessa embættis sem nú er, er mjög sérstök. Annars vegar á stofnunin að vera framkvæmdastofnun og svo eftirlitsstofnun sem hefur eftirlit með framkvæmdarhlutanum. Þetta gerðist annars staðar, svo sem í flugumferðastjórn, þar sem framkvæmdastjórar sátu bæði sem eftirlitsaðilar og sá sem framkvæmdi og voru kannski vinir í skrifstofum hlið við hlið. Hann setur spurningarmerki við það að sameina lýðheilsuforvarnir og eftirlitið. Hvernig er hægt að leggja mat á það hvernig forvarnirnar takast til þegar sami aðili er eftirlitsaðili? Það er ekki hægt að vera eftirlitsaðili um leið. Tökum sem dæmi Póst- og fjarskiptastöðina, hún er núna einungis eftirlitsaðili. Rekstrarformið er aukaatriði, það er hvort kerfið er einkarekið eða ríkisrekið, kerfið þarf bara að virka. Það eru ekki opinberir aðilar sem reka Póst- og fjarskiptastöðina, en ríkið rekur heilbrigðisþjónustuna og það þarf að vera einhver samræming. Til dæmis er núna í umræðunni hjá stjórnvöldum að færa þjónustuna til sveitarfélaganna og að nærþjónusta sé betri þjónusta. En hvernig eiga þá heimilislæknar sem

vinna á öðrum stjórnarsýslustigum að vera „gate-keepers“? Heilsugæslan er í nánun samstarfi við Landspítalann og sérfræðingana þar og eiga meiri samvinnu þangað en við sveitarfélögin. Rekstrarkostnaðurinn er alltaf dýr og alltaf möguleiki á að vísa á annan aðila sem borgar þá brúsann. Það er aldrei verið að hugsa um kerfið og hvernig það „fúnkerar“.

Ráðherrar hafa mikil persónuleg áhrif og fundum við á HH mest fyrir Guðlaugi Þór sem ætlaði að umbreyta öllu kerfinu, en það gekk mest út á rekstarformið sem er aukaatriði. Besti mögulegi ráðherrann var Ögmundur þar sem hann var áður formaður BSRB og það var almenn ánægja með hann hjá starfsmönnum. Sýn hans á kerfið og nálgun var flott enda áður í forsvari fyrir fullt af heilbrigðisstéttum. Guðlaugur Þór ætlaði að brjóta allt upp, sem breyttist með Ögmundi sem talaði um kerfið í heild. Álfheiður var skýr, ætlaði til dæmis að leggja niður „partalækningar“, það er sjálfstætt starfandi lækna úti í bæ sem eru að mestum hluta lækna Landspítalans. Hún var skýr en gerði heilsugæslunni mikinn óleik, því um leið og þú ferð svona bratt í breytingarnar, þá færðu fólk á móti eins og gerðist með „partalækna“ sem voru að spyrja hver ætti þá að vinna þeirra störf og var sagt að heilsugæslan ætti að sjá um það. Þannig fékk hún fólk á móti heilsugæslunni. Það var sama stefna hjá Ögmundi og Álfheiði, að vilja efla heilsugæsluna og voru með „gate-keeping“. Ögmundur sá þetta í langhlaupi en Álfheiður ætlaði að kúvenda öllu strax. Það var gott og náið samstarf við Ingibjörgu og Jón, en spurning hvort það hafi verið vegna pólitískra tengsla þar sem að fyrrverandi forstjóri heilsugæslunnar var líka framsóknarmaður. Viðmælandinn veit hinsvegar lítið af nýja ráðherranum. Við erum svo lítið land að við gætum alveg verið einungis með eitt stjórnarsýslustig. Annars staðar hefur pólitík ekki eins mikil áhrif á reksturinn. Í Svíþjóð eru til dæmis sjúkrahúsin með göngudeildir fyrir sjúklinga, þjónusta sem hér á landi er úti í bæ. En það mega samt ekki vera aðeins embættismenn sem ráða öllu, það verður að vera hægt að beygja. Til dæmis voru hugmyndir Guðlaugs Þórs um sjúkratryggingar stoppaðar af Ögmundi og Álfheiði, en núna er komin meiri „fúnksjón“ í sjúkratryggingakerfið þar sem Samfylkingin er hlyntari því. Ágúst Ólafsson hjá Samfylkingunni var búinn að vinna ítarlegar ályktanir um heilbrigðiskerfið og hvernig við gætum breytt kerfinu, þar sem spítalinn er líka göngudeild og með „partalækningarnar“. Í tillögum Ágúst átti ekki að breyta rekstrarforminu, en Landspítalinn átti að sjá um reksturinn og að skilgreina þá vinnu sem er unnin út í bæ sem göngudeildarþjónusta. En þetta er ekki gert á einni nóttu. Sjúkratryggingastofnun átti að semja um allar fjárveitingar og til dæmis að semja við allar heilbrigðisstofnanir um þá þjónustu sem átti að veita.

Varðandi það hvort það myndi breyta einhverju ef fjárlög til heilbrigðismála yrðu ákvörðuð til lengri tíma í einu, þá segir hann að þetta sé mjög erfitt ástand núna gagnvart



stofnunum úti á landi. Í raun sé þetta „unik“ ástand núna miðað við „normalt“ ástand, en það þarf að setja mælikvarða á þjónustuna sem fjárlögin tækju síðan viðmið af. Það væri ekki vafamál að ef HH fengi fjárlög til fimm ára þá væri hægt að setja fram fimm ára stefnu. Það þarf líka að efla einingarnar í heimabyggð, en þar er verið að grafa undan þjónustunni og fjármunum síðan dælt í byggðarstefnu. Það þarf að skoða raunverulegar aðstæður í öllum fjórðungum, hvað er á staðnum og hvað ætti að vera. Það eru til dæmis umfram öldrunarpláss víða á landsbyggðinni, en skortu á höfuðborgarsvæðinu. Nálgun stjórnvalda út frá „budget“ fjárveitinga er aðalviðmið í allri stjórnun og skipulagningu. Til dæmis er sett af stað eitthvað forvarnarverkefni og það er síðan skipulagt út frá fullkominni þjónustu. Síðan fer það í kostnaðargreiningu og kostar of mikið og það er skorið niður. Verkefni eru ekki metin út frá gæðum, heldur alltaf kostnaði sem er ekki nógu gott.

Ef mistök verða sem má rekja beint til manneklu er það á ábyrgð forstjóra stofnunarinnar og það þarf að tilkynna það til landlæknis. Það hefur ekki orðið aukning á mistökum innan HH, en verið er að vinna í því að auka skráninguna. Í dag er allt sent til landlæknis, en HH er að vinna í því að taka upp miðlægt kerfi eins og er á Landspítalanum.

### *11.6 Hjúkrunarfræðingur*

Varðandi spá um mannaflaþörf til 2020 segir hjúkrunarfræðingurinn að kreppan hafi breytt miklu og eftir hana vanti ekki hjúkrunarfræðinga. Það er mun minni hreyfing á hjúkrunarfræðingum og ástandið hafi aldrei verið eins gott á legudeildum spítalans, en það þarf samt að auka grunnmönnum og það er þörf á aukningu á stöðugildum. Núna eru alltaf tveir hjúkrunarfræðingar á næturvakt á stóru deildunum, en það var ekki áður, þá var bara einn á næturvakt. Ef ekki væri fyrir kreppuna þá væri staðan öðruvísi, það er aukinn flutningur á fólki og fólk að vinna við annað en hjúkrunarstörf. Stofnunin hefur grætt á kreppunni hvað þetta varðar, en það er aukin festa á starfsfólki.

Um eftirlit með mönnuninni, þá verður hann ekki var við neitt eftirlit. Það er helst að deildarstjórnarnir beri ábyrgð og láti vita ef mönnun fer undir öryggismörk, sem ennþá er ekki búið að skilgreina en flestir hafa í kollinum. Það er ekki auðvelt að bæta í mönnunina í öllum sparnaðnum og erfitt að kalla inn aukavaktir og það þarf að rökstyðja það vel. En fólk vill fá aukavaktir núna og það gengur betur að manna, hjúkrunarfræðingar vilja vinna meira, taka aukavaktir og auka við starfshlutfallið. Þetta er náttúrulega kvennastétt og sumar með maka sem hafa misst vinnu og svoleiðis.

Mönnunin er ákvörðuð út frá mönnunarlíkönum fyrir deildir á nokkurra ára fresti og byggð á hjúkrunarþyngd. Líkönin koma erlendis frá og mæla hjúkrunarklukkustundir hvern

sólarhring sem sjúklingur þarf sem er síðan mismunandi eftir deildum og mönnunarþörf hvern sólarhring er síðan reiknuð út frá þessu. Ef þarf að auka stöðugildi þá var erfitt að ráða þar sem að á tímabili gildi algjört ráðningabann á Landspítalanum jafnvel ef einhver var að hætta, þá var ekki bætt við hausum. Landspítalinn er búinn að fækka starfsmönnum um nokkur hundruð í heildina. Það hafa orðið miklar breytingar í kjölfar kreppunnar og heilbrigðara umhverfi. Áður var það þannig að ef fólk var ekki ánægt til dæmis með vaktaskemað þá var það bara farið annað, til dæmis í einkafyrirtækin. En þannig er það ekki núna, nú eru minni breytingar á starfsfólki, helst að það sé að flytja til útlanda. Það eru líka bundnar miklar vonir við Rafaela-kerfið og að það gefi einhverjar hugmyndir um hvernig álagið er.

Varðandi stefnu stjórnvalda í mönnunarmálum þá finnst hjúkrunarfræðingnum að það hafi verið mikið bruðl fyrir hrúnið. Það góða við hrúnið var að farið var í saumana á öllum verkferlum. Starfið er nú mun markvissara og öruggara, en það er ekki hægt að gera meira. Ef það verður aukinn niðurskurður þá er farið að ógna öryggi sjúklinga og það er bara ekki hægt að gera meir. Ákvarðanir hjá stjórnvöldum eru teknar af fólki sem er ekki með heilbrigðismenntun hefur jafnvel aldrei komið inn á spítala og byggja því á upplýsingum frá okkur og því eru ákvarðanir að mörgu leyti háðar því hvernig Landspítalanum tekst að kynna sig. Það er mjög öfugsnúið að spara í heilbrigðis- og menntakerfinu sem á að bera okkur upp til framtíðar. Hann hefur hins vegar miklar áhyggjur af því hvað er lagt mikið á almenning í landinu sem getur ekki leyst út lyfin sín og er rukkað fyrir hverja einustu komu á spítalann. Það fólk getur ekki borið hönd yfir höfuð sér, það er frekar að spítalinn geti gert það.

Það hvort að breyting hafi átt sér stað eftir að lögin um landlækni voru sett árið 2007 segir hann að Landlæknisembættið sé mjög veikt embætti. Það geti ekki verið málssvari neytandans, starfað undir ráðuneytinu og verið mjög háð ráðuneytinu. Staðsetning þess í kerfinu er út í hött. Það dregur taum stofnanna og ráðuneytisins og það þýðir oft ekki fyrir neytandann að tala við það. Það þyrfti að vera umboðsmaður sjúklinga eins og umboðsmaður Alþingis eða aðili sem rstarfa undir umboðsmanni neytenda.

Varðandi það hvort hann finni fyrir breytingum á starfinu eftir því hver er ráðherra yfir heilbrigðismálum þá segir hann að það sé ekki mikil breyting. Þeir eru allir að glíma við niðurskurð, verkefnin eru öll þau sömu. Síðan fer eftir því hvar við erum stödd í pólitík hvernig matið er lagt á hvernig störfín eru unnin. Þessi krafa um sparnað og aðhald er búin að vera lengi og ekki tengt því hver er ráðherra. Aðferðafræðin er mismunandi og mismunandi framkoma. Það stóð alltaf til að loka St. Jósefsspítala og stefnan hefur alltaf verið að byggja nýjan spítala. Fagleg áhersla er að þjónustu geðdeildar sé betur borgið úti í bæ og sú áhersla

hefur verið til staðar í mörg ár. Það er miklu meiri munur í félagslega batteríinu en í daglegum rekstri á stórum spítala.

Um að fjárlög verði ákvörðuð til lengri tíma í einu segir hann að það væri mun betra fyrir allar stofnanir að gera fjárhagsáætlanir í lengri tíma og að geta gert áætlanir til dæmis með kaupum á tækjum eins og í heimilisbókhaldi. Þetta er mikið óöryggi eins og þetta er í dag.

Ef mistök verða sem mætti rekja beint til manneklu þá eru það yfirmenn deilda, yfirlæknir og deildarstjóri sem bera ábyrgð á daglegum rekstri, mönnun og vinnuskipulagi.

### *11.7 Læknir*

Varðandi spá um mannaflapörf, þá segir hann að heilbrigðisþjónustan sé byggð upp á gömlum merg og það var aukin krafa um þjónustu í uppganginum, eins og um nýjan rekstur og rekstrarform. Viðhorfið var bara í þeim hillungum að heilbrigðiskerfið myndi bara stækka og stækka eins og gerist í öðrum ríkjum. Þörfin er ekki eins brennandi í dag fyrir fleira starfsfólk, en það er mikið misvægi í þjónustunni og mismunandi þörf eftir því hvar þú ert að vinna. Heilsugæslan hefur orðið mjög mikið útundan í allri uppbyggingu. Það er brýn vöntun á læknum, það þarf að fjölga heilsugæslustöðvum og læknum. Það var stór galli á skýrslunni um mannaflaspána að kerfin voru ekki sundurliðuð. Kerfin voru byggð mismunandi upp, ekki eins og maður vildi sjá þau byggjast upp og núna eru gallarnir að koma í ljós.

Læknirinn telur að ekkert eftirlit sé með mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar, heldur hefur mönnunin náð að þróast algjörlega á eigin forsendum. Í 20 ár hefur verið bent á að það vanti upp á mönnun í heilsugæslunni og í sumum hverfum var ekki einu sinni byggð heilsugæslustöð. Þegar hann hafi útskrifast sem heimilislæknir hafi hann ekki getað fengið vinnu á höfuðborgarsvæðinu, bara á landsbyggðinni, það voru um 10-15 umsækjendur um hverja stöðu, bullandi atvinnuleysi á höfuðborgarsvæðinu og margir sem hrökkluðust úr starfinu og völdu sér aðra starfsgrein. Samt var þá augljóst að það væri skortur og myndi verða enn meiri skortur á heimilislæknum. Menn voru líka að hætta vegna álags sem var mikið á sumum stöðum, en það voru óvenjumargir sem völdu það að hætta í þessari sérgrein á þessum tíma og það dró mjög úr áhuga að fara í þetta nám og það er ennþá stöðnun. Stéttin hefur elst mjög hratt og það eru margir að hætta núna um sextugt vegna gömlu reglunnar. Það vantar enn um 50 heimilislækna hér á höfuðborgarsvæðinu til að halda norrænum stöðlum um heilsugæslu, sem eru um 1100–1400 sjúklingar á lækni, en í dag eru margir með yfir 2000 sjúklinga og mjög margir hér á höfuðborgarsvæðinu eru ekki einu sinni með skráðan heimilislækni. Aftur á móti eru námslæknar á heilsugæslustöðvunum sem eru ekki búnir að

læra og eru í stöðugildum sem eru ætlaðar sérfræðingum, sem gefur ekki rétta mynd af skortinum. Ráðherra er nýbúinn að segja að skorturinn sé ekki svo slæmur, en þá er hann að tala um landið allt, því ef heildarfjöldi yfir landið er tekinn sem viðmið þá er skorturinn ekki eins mikill. Kerfið er líka algjörlega valfrjálst, það vantar alveg „gate-control“ og er alveg opið til að bæta fyrir hnökruna, það er skortinn á heimilislæknum. Yfirvöld hafa ekki horfst í augu við mistökin í uppbyggingunni og heilsugæslan ræður ekki við að sinna öllum þeim verkefnum sem sérfræðingar eru að sinna í dag. Þetta séríslenska kerfi sem hefur þróast hér á landi er alveg afleitt. Það er ekki sama hvar þjónustan er veitt og á hvaða tímum. Að veita þjónustu allan sólarhringinn brýtur það sem heilsugæslan stendur fyrir og er mjög dýrt. Hér á landi er ávísað mun meira af lyfjum til dæmis, því það eru aðrar aðferðir við úrlausn mála í vaktþjónustu. Rannsóknar- og lyfjakostnaður er mun meiri og núna eru þessi úrræði farin að skemma fyrir þjónustunni. Vinnulagið er allt annað og úrlausnir að ávísa alltaf lyfjum hafa áhrif á til dæmis sýkingar, en það hefur verið sýnt fram á sterkt samband milli aukinnar lyfjanotkunar og ónæmi baktería. Það verður alvarlegt vandamál í framtíðinni þegar sýklalyf virka ekki lengur. Á Íslandi er mikil aukning á því að börn þurfi að leggjast inn á barnadeildir til að fá sterk sýklalyf í æð sem meðferð við eyrnabólgu þar sem bakterían er orðin ónæm fyrir sýklalyfjum. Þetta er ekki svona annars staðar. Það verður eins og ástandið var fyrir stríð þegar við getum ekki meðhöndlað sýkingar lengur með sýklalyfjum. Það er mikil afturför hjá okkur í meðhöndlun sýkinga og afleiddur kostnaður vegna vinnulagsins er mjög hár. Við umgöngumst lyf og rannsóknir af mikilli óvirðingu og þetta er í óefnum, sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu. Það vantar skipulagningu, aga og aðgengi. Fjöldi þeirra sem leitar á læknavaktir hér er stjarnfræðilega hár miðað við nágrannalöndin okkar og „public health“ er að stórum hluta sinnt í vaktgæslu. Við höfum vaðið áfram í ákveðnum lúxus og nú er þessi spilaborg að hrynja.

Þegar mönnun er ákvörðuð er venjulega miðað við erlenda staðla og oftast er miðað við 1100-1400 sjúklinga á hvern lækni, en það er ekki farið eftir þessu hér og margir læknar sem eru með yfir 2000 sjúklinga. En það gefur þá auga leið að hann er ekki að sinna öllu því sem hann ætti að vera að sinna.

Varðandi stefnu stjórnvalda í mönnunarmálum þá er hún afleit hvað heilsugæsluna varðar. Það er búið að eyðileggja tækifæri til góðrar mönnunar. Þess vegna er þetta gat núna og þetta fyrst að koma til umræðu. Heilsugæslulæknar er gömul starfsstétt og meðalaldurinn er hár og það er algjör „utopia“ að ætla að fá níu heilsugæslulækna til starfa á ári næstu árin. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins stendur verst á öllu landinu. Ef þú ætlar að fá góða heilsugæslu þá þarftu að flytja út á land. Í Reykjavík þarftu að fara á vaktirnar til að fá úrlausn

mála, sem er ekki samkvæmt þeim gæðastöðlum sem gerðir eru í dag. Við ættum að vera komin mun lengra til dæmis í að fara eftir NICE-leiðbeiningum á meðhöndlun eyrnabólgu hjá börnum og varðandi tengsl sýklalyfjanotkunar við ónæmar eyrnabólguþakkeríur hjá börnum. Við tókum þátt í rannsókninni og birtum greinar í erlendum fræðatímaritum. Allir í heiminum vita af þessum tengslum, en við förum ekki eftir þessu hér heima og þetta er okkar rannsókn.

Það hefur ekki orðið nein breyting með nýju lögunum um landlækni og mönnunarvandinn hér í Reykjavík hefur ekki verið tekinn sérstaklega út. Það er ekkert eftirlit og það er með semingi sem ráðherra segir að það þurfi að fjölga námsstöðum, en það þarf líka einhvern til að kenna sérgreinina. Það er ekki nóg að búa bara til einhverjar stöður, hver á til dæmis að kenna? En það er þó að minnsta kosti búið að viðurkenna að það sé skortur og fjölga stöðum.

Ráðuneytið er velviljaðra heilsugæslunni í dag en fyrri ráðuneyti og nú á að verja heilsugæsluna. Það er mjög mikil breyting, alveg svart og hvítt hverjar áherslurnar eru eftir því hver er ráðherra. Sumir ráðherrar hafa talað um að leggja hana bara alveg niður. Það á ekki að vera þannig að lækni hugsi aðeins um sinn hag og fái laun eftir því hvernig hann vinnur. Vinnubrögð eiga ekki að tengjast afkomu.

Varðandi fjárlög til lengri tíma en eins árs í einu segir hann það ansi tæpt að hafa einungis eitt ár í senn. Ráðuneytið er búið að gera fullt af slæmum samningum um til dæmis húsnæðismál í gegnum árin og það er það sem er fyrst skorið niður. Sumar heilsugæslustöðvar hafa ekki einu sinni tryggt húsnæði. Svo kemur ný ríkisstjórn og allt önnur fjárlög, en þetta skapar mikið óöryggi og þú veist ekkert hvað gerist næst.

Ef mistök verða vegna manneklu, þá ber að tilkynna landlækni sem ber ábyrgð á tilkynningarskyldu og að upplýsa um gang mála, en ábyrgðin liggur hjá ráðherra. Í heilsugæslunni er pressan á forstjóranum að deila fjármagni rétt, þetta kemur öðruvísi út hjá Landspítalanum. Mönnunarvandi heilsugæslunnar er leystur með því að menn vinna aukavaktir á vaktinni, en það eru engan veginn sömu gæði í þjónustunni.

### *11.8 Fjármálaráðuneytið*

Sem fyrr segir voru ekki lagðar alveg sömu spurningar fyrir aðilann sem tók á móti mér á starfsmannasviði Fjármálaráðuneytisins, þar sem markmiðið var að fá nánari upplýsingar um það hvernig mönnun væri ákvörðuð í reglugerð nr. 90/2011 um skrá yfir þau störf sem undanþegin eru verkfallsheimild sbr. 2. mgr.19. gr. laga nr. 94/1986, um kjarasamninga opinberra starfsmanna og var byrjað að spyrja um hana.

Tilurð reglugerðarinnar er flókin samkvæmt viðmælanda mínum, því að í lögum nr. 94/1986 um kjarasamning opinberra starfsmanna er að finna undanþágu frá algjöru banni viðverkfalli opinberra starfsmanna samkvæmt lögum nr. 33/1915 um verkfall opinberra starfsmanna. Við samningu laganna var tekist á um útfærsluna á þessu ákvæði og ríkið sem launagreiðandi hafi gefið eftir réttinn um algjört verkban á aðra hópa gegn því að heimila í lögum hvaða störf væru undanþegin verkbanni. Fjármálaráðuneytinu væri skylt að gefa út lista árlega og með frumvarpinu hafi fylgt listi yfir þau störf sem væru undanþegin og þann lista er búið að löggilda með dómi. Því er í byrjun nóvember á hverju ári sent bréf til allra stofnana ríkisins, þar sem farið er fram á að stofnanirnar upplýsi hvaða störf séu þess eðlis að þau eigi að vera undanþegin verkfallsheimild og rökstyðja hvers vegna. Þegar listarnir komi til baka hefst samráðsferli með stéttarfélögum, en þeim eru sendir listarnir og beðið er um athugasemdir. Í fyrstu hafi verið ítrekuð dómsmál, vegna þess að ríkinu var ekki skylt að taka tillit til athugasemda og sjónarmiða stéttarfélaganna við gerð listanna. Fjármálaráðuneytið undirbýr svo endanlega lista og ákveður hvaða störf eru á honum. Fjármálaráðuneytið hefur algjörlega hafnað því að allir starfsmenn viðkomandi félags séu á verkfallslista eins og til dæmis hjá flugumferðarstjórum. Öryggis-, heilbrigðis- og að vissu leyti fjárhagsleg sjónarmið eru höfð að leiðarljósi þegar listinn er ákveðinn. Til dæmis er passað upp á að það sé einhver inni sem vinni við launagreiðslur þannig að þeir sem þurfi að vinna fái greidd laun fyrir störf sín. Í gömlu lögum um réttindi og skyldur opinberra starfsmanna er líka upptalning á þeim störfum sem eru undanþegin og þar eru til dæmis allir forstöðumenn stofnana undanskyldir.

Fjármálaráðuneytið var í vanda í nokkur ár með að gera lista vegna þess að tveir félagsdómar féllu sem voru sitt á hvað, sá fyrri um að nægjanlegt væri að tiltaka hvaða störf eða starfshlutfall væru inni, en sá seinni að tiltaka þurfti hvaða einstaklingar væru inni, sem var alveg ómögulegt því ef viðkomandi aðili sagði upp þá var starfið ekki inni. Gömlu listarnir giltu þar til búið var að gefa út nýja lista. Það eru svo til eingöngu stofnanirnar sem ákveða sjálfar hvaða störf eru á listanum, en Fjármálaráðuneytið reynir að horfa heildstætt á listann því að tilhneiging er hjá stofnunum að vilja halda öllum störfum inni. Til dæmis er athugað með ljósmæður að ef þær eru á vakt á Landspítalanum, þá geti þær sinnt bráðatilfellum og því þurfi þær ekki að vera á vakt á heilsugæslunni.

Þessir listar eru ekki unnir í samráði við Velferðarráðuneytið því þar er lítil þekking á þessum málum, til dæmis vanti alveg mannaflaspá samkvæmt viðmælanda mínum. Ég bendi honum á að það sé til spá til 2020, gefin út 2006 og segir hann þá að hún sé kolröng og unnin út frá stéttarfélögum. Við höfum til dæmis allt of mikið af hjúkrunarfræðingum og það

sárvanti sjúkraliða til dæmis á öldrunarstofnunum. Miðað við önnur lönd þá höfum við allt of mikið af læknum líka. Það vanti líka sérhæfða aðstoðarmenn, frekar en lækna og þessi mál þurfi að fara betur ofan í. Það séu mörg verk sem lækna gera í dag, sem sérhæfðir aðstoðarmenn eða hjúkrunarfræðingar gætu auðveldlega gert, eða sjúkraliðar.

Þegar spurður hvort ekki séu gerðar kröfur um aukin gæði og öryggi í þjónustunni spyr hann á móti frá hverjum þessar kröfur séu komnar og segir að þessar kröfur um öryggi og gæði séu komnar frá faghópunum sjálfum.

Ekki er tekið tillit til stefnu Velferðarráðuneytisins um heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað við heilbrigðisþjónustuna við gerð listanna. Alltaf sé um að ræða lágmarksmönnun án tillits til stefnu og stefnumótunar. Listinn segir bara hverjir eru við störf og að þetta eigi að vera lágmarkskröfur miðað við þá starfsemi sem er í dag og því misjafnt hversu vel verkföll bíta.

Fjármálaráðuneytið hefur ekki mótað stefnu í mannauðsmálum vegna þess að það hefur ekkert forræði, en hefur mælt til þess að hver stofnun geri það fyrir sig. Fjármálaráðuneytið hefur heldur ekkert boðvald. Ekki er hægt að setja fínar stefnur sem ekki er hægt að fylgja eftir. Annars ræðst stefnan mikið af ríkisstjórn hvers tíma. Ráðherra fór til dæmis nýlega með minnismiða á ríkisstjórnarfund og lagði það til að fjármálaráðherra fengi leyfi til að setja ákveðin lágmarksskilyrði sem hver stofnun þyrfti að uppfylla með tilliti til mannauðsmála. Annars breytast stefnurnar mikið með ráðherrum og geti verið gjörólík stefna sem fylgi þeim persónulega. Til dæmis voru þrír ráðherrar úr sama flokknum í röð í fjármálaráðuneytinu og höfðu þeir hver um sig mjög ólíkar stefnur. Þetta sé ekki svona erlendis. Þegar ríkisstjórnir koma inn erlendis þá er þetta ekki eins persónubundið. Ríkisstjórnin kemur inn með skilgreinda stefnu til þriggja ára sem ráðherrar fylgja svo eftir. Flokkarnir eru búnir að vinna stefnurnar fyrirfram, en þetta er ekki til á Íslandi. Það er miklu meiri stöðugleiki í stefnum á til dæmis Norðurlöndunum og þar fá starfsmenn í ráðuneytunum að hafa mun meiri áhrif á það hver stefnumörkunin er. Það er búið að setja niður tímaspannið og svo er það starfsmannanna að finna út hvernig sé best að framkvæma. Finnar eru komnir lengst í stjórnsýslunni í ráðuneytunum. Þegar kjörtímabilið er að enda setja þeir af stað vinnuhóp sem setur niður hverju búið sé að koma í verk, hvað sé eftir og hvað embættismenn ráðleggja að gera skuli næst. Þar séu allt önnur vinnubrögð og betri nýting á fagfólki.

## 12. Umræða

### 12.1 Inngangur

Hér hefur verið fjallað um það hvernig mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar hefur þróast samfara uppbyggingu heilbrigðiskerfisins og tengt við eftirlit landlæknis með mönnun.

Farið var yfir þá þróun sem verið hefur á lagasetningu, hver vilji og stefna löggjafans hefur verið.

Ekki fundust neinir dómur í dómasafni sem tengjast þessu efni, sem er í samræmi við þær upplýsingar sem ég fékk hjá Landlæknisembættinu, það er að Landlæknisembættið hefur ekki fjallað um nein mál sem tengjast afleiðingum ónógrar mönnunar. Ekki fundust nein álit frá umboðsmanni Alþingis sem tengjast efni ritgerðarinnar.

Upphaflega stóð til að finna út við hvað væri miðað við smíði reglugerðar nr. 90/2011 um skrá yfir þau störf sem undanþegin eru verkfallsheimild sbr. 2. mgr. 19. gr. laga nr. 94/1986, um kjarasamning opinberra starfsmanna og bera þann lista saman við þá mönnun sem er í dag á sjúkrastofnunum, þar sem mönnun samkvæmt þeirri reglugerð er í sumum tilfellum betri en raunmönnun á sumum deildum sjúkrastofnana. Hins vegar treystu deildarstjórar spítalanna sem ég leitaði til sér ekki til þess að láta af hendi skriflegar upplýsingar um raunmönnun, né vildu leyfa að ég hefði eftir þeim hvernig mönnunin er háttáð á þeirra deild. Starfsmaður Fjármálaráðuneytisins sem gefur út reglugerðina nr. 90/2011 segir að öryggis-, heilbrigðis- og að einhverju leyti fjárhagsleg sjónarmið séu höfð að leiðarljósi þegar listinn er ákveðinn. Því er nokkuð sérstakt að mínu mati að Landlæknisembættið, sem ber samkvæmt lögum nr. 41/2007 að hafa eftirlit með heilbrigðisþjónustunni skuli ekki vera með í ráðum. Eftirlit landlæknis fellur ekki niður þó komi til verkfalls hjá opinberum stofnunum.

### 12.2 Samantekt úr viðtölum

Varðandi skýrsluna um „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu, skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ sem gerð var árið 2006 voru skiptar skoðanir hjá viðmælendum mínum um ágæti hennar. Hjá Landlæknisembættinu voru áhyggjur af því að nú væri verið að gera aðra slíka skýrslu og að hún tæki mið af mönnuninni eins og hún væri í dag, sem væri kreppumönnun en ekki æskilegt ástand til lengdar. Læknirinn sem ég ræddi við og starfsmaður starfsmannaskrifstofu HH töldu að skýrslan hefði þurft að sundurgreina heilbrigðiskerfið til að gefa betri mynd af því hvernig mönnun væri raunverulega háttáð. Það



væri ekki hægt að horfa á heilbrigðisþjónustuna heildstætt, því til dæmis væri mun meira framboð af heimilislæknum á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu og að ekki væri skortur á læknum á Landspítalanum eins og á HH. Sem fyrr segir er verið að gera aðra skýrslu núna og samkvæmt viðmælanda mínum í Velferðarráðuneytinu verður sú skýrsla með aðrar forsendur, það er út frá þörfinni fyrir þjónustu, en ekki fjölda starfsmanna, sem að mínu viti gæti gert samanburð við fyrri úttekt erfiða.

Landlæknisembættið telur að í dag sé um dulinn skort á heilbrigðisstarfsfólki í heilbrigðisþjónustunni að ræða, það er að mönnun sé ekki í samræmi við þörfina. Hins vegar telja hjúkrunarfræðingurinn og starfsmaður mannauðsskrifstofu Landspítalans að Landspítalinn sé að upplifa velmegun í starfsmannamálum. Það gangi mun betur að manna vaktir á spítalanum og meiri stöðugleiki sé á starfsfólki, en að það þurfi samt sem áður að fjölga grunnstöðugildum við spítalann. Vinnan á spítalanum sé erfið og það hafi dregið úr umönnun við starfsfólkið í kjölfar kreppunnar, en það gangi ekki til lengdar. Ef Landspítalinn þarf að draga meira saman í starfseminni, þá komi það til með að ógna öryggi sjúklinga, spítalinn hafi gengið eins langt í sparnaði og hægt sé.

Hjá HH skortir fyrst og fremst heimilislækna, en skorturinn er bundinn við höfuðborgarsvæðið, ástandið er betra á landsbyggðinni.

Viðmælandi minn frá Velferðarráðuneytinu talaði um aukna þörf fyrir stoðstéttir innan heilbrigðisþjónustunnar, á meðan viðmælendur mínir hjá Landlæknisembættinu höfðu áhyggjur af stefnu stjórnvalda varðandi stoðstéttirnar, þar sem að þeim hefði verið fækkað í sparnaðarskyni. Auk þess sé það áhyggjuefni að mati starfsmanna Landlæknisembættisins að næturvaktir hafi verið lengdar og því sé lágmarksmönnun núna í lengri tíma á hverjum sólarhring á heilbrigðisstofnunum.

Allir viðmælendur mínir, fyrir utan hjúkrunarfræðinginn voru sammála um það að persónuleg áhrif ráðherra heilbrigðismála væru mikil og að það væri slæmt, þar sem fagfólkið í ráðuneytinu og hjá Landlæknisembættinu hafi oft verið búið að vinna vandaðar skýrslur og stefnumótanir sem síðan hafi ekki verið fylgt eftir. Nýr ráðherra hafi jafnvel farið af stað með vinnu við að gera nýjar áætlanir með breyttum áherslum. Þetta sé algjör sóun á vinnu fagfólks sem hefur ekki pólitík að leiðarljósi. Þau benda á að þetta er ekki svona erlendis, þar er stefnumótun í heilbrigðismálum mótuð til lengri tíma í einu og ekki eins háð ráðherrum persónulega. Hjúkrunarfræðingurinn taldi að allir ráðherrarnir hefðu haft sömu stefnuna að spara, munurinn fælist bara í vali á leiðum til þess.

Varðandi stefnumótun í heilbrigðiskerfinu, þá er stefnan sú samkvæmt Velferðarráðuneytinu að HH eigi að sjá meira um forvarnir og heilsueflingu. Starfsmaður

mannauðsmála HH taldi það vera vandamál að HH væri alltaf í „eftir á reddingum“ en ekki í forvörnum eins og HH ætti að vera. Það var hins vegar sláandi fannst mér hvað heilsugæslulæknirinn sagði um áhrif þess að heilsugæslu sé sinnt í svona „eftir á reddingum“ og í vaktþjónustu utan dagvinnutíma. Það er ekki eingöngu mjög kostnaðarsamt fyrir heilbrigðiskerfið, heldur virðist þetta fyrirkomulag hreint og beint skaðlegt fyrir skjólstaðinga þjónustunnar. Það hversu mikil sýklalyfjanotkun er orðin og ónæmi fyrir sýklalyfjum að þurfi spítalainnlögn vegna eyrnabólgu sýkinga, er vandamál sem á eftir að aukast í framtíðinni.

Allir viðmælendur mínir voru sammála um að það væri mikill kostur í því að fá fjárlög til lengri tíma en eins árs í einu og að fyrirkomulagið eins og nú er henti illa. Að vita ekki fyrir en nokkrum dögum fyrir áramót hvaða fjármagn verði til að vinna úr sé ekki gott og eins og viðmælandi minn úr Velferðarráðuneytinu sagði þá er staðan þannig í dag að fyrst greiðir ríkið fyrir heilbrigðisþjónustuna og síðan komi eftir á upplýsingar um það fyrir hvað ríkið er að greiða. Læknirinn og hjúkrunarfræðingurinn telja mikið óöryggi felast í þessu fyrirkomulagi og allir viðmælendur mínir telja að það væri æskilegra að geta gert áætlanir og stefnumótun til lengri tíma en eins árs.

Varðandi mönnun og eftirlit með mönnun er lítið eftirlit með henni, en Landlæknisembættið telur að það verði fljótlega að fara að skipta sér meira af mönnuninni, þar sem hún hafi mikið að segja varðandi gæði og öryggi heilbrigðisþjónustunnar. Reyndir stjórnendur viti þó alltaf hvað þurfi og því sé slæmt ef þeir eru farnir að hafa áhyggjur af mönnuninni. Varðandi eftirlit með mönnun töldu allir viðmælendur mínir því vera ábótavant og að ekki hafi orðið neinar breytingar á því með tilkomu laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu.

Landspítalinn hefur tæki til að meta starfsemina hjá sér og gerir reglulegar starfsmatskannanir. Hins vegar hefur það setið á hakanum hjá HH vegna fjárskorts og fyrst núna sem verið er að setja upp tímaskráningarkerfi innan HH.

Það var athyglisvert að ræða við starfsmann Fjármálaráðuneytisins þar sem að hans viðhorf voru þau að starfsfólk heilbrigðisþjónustunnar væri að mörgu leyti of menntað til að sinna ýmsum störfum sem það væri að sinna í dag og benti meðal annars á að hjúkrunarfræðingar eða jafnvel sjúkraliðar gætu unnið mörg af þeim störfum sem læknar sinntu í dag. Eins fannst mér umhugsunarvert að reglugerð nr. 90/2011 væri ekki unnin í samráði við Velferðarráðuneytið þar sem ekki væri næg þekking á þessum málum þar. Eins gaf starfsmaður lítið fyrir skýrsluna um spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu, hún væri „kolröng“ þar sem hún væri unnin út frá hugmyndum stéttarfélaganna, en ekki raunverulegri þörf.

### 12.3 Hver er vilji löggjafans?

Eins og hér hefur verið rakið verður ekki annað séð en að vilji löggjafans hafi alltaf verið sá að mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar væri góð og í samræmi við þörf hvers tíma. Kröfurnar hafa hins vegar aukist með tímanum, frá því að vera þær að allir landsmenn hefðu aðgang að fagfólki, yfir í þá stefnuyfirlýsingu sem fyrst var sett fram í 1. mgr. 1. gr. laga nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma er tók á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði og er samhljóða í lögum nr. 74/1997 um réttindi sjúklunga og lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu.

Í 2. mgr. 3. gr. segir að stefnt skuli að því að heilbrigðisþjónustan sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklunga. Í athugasemdum við frumvarpið segir jafnframt að þessi sjónarmið hljóti ávallt að vera hagkvæmust bæði með tilliti til kostnaðar og gæða og í samræmi við stefnu heilbrigðisyfirvalda til margra ára að byggja upp heilsugæsluna. Þessi stefna virðist hins vegar ekki hafa gengið eftir, því verulegur skortur er á læknum innan heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu og ekki í samræmi við stöðu heilsugæslunnar í dag. Er viðtalið við lækinn á HH sláandi að mínu viti og þær afleiðingar sem skortur á uppbyggingu heilsugæslunnar hefur valdið með tilliti til sýklalyfjanotkunar barna og með tilliti til hins mikla kostnaðar sem fylgir því að heilsugæslunni sé sinnt í vaktþjónustu utan dagvinnutíma. Því er ekki hægt að segja að sá vilji löggjafans, að efla grunnþjónustuna hafi gengið eftir.

Samkvæmt 3. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu er stefnumótunarhlutverk ráðherra lögfest í fyrsta sinn, þar sem í 1. mgr. 3. gr. segir að ráðherra marki stefnu um heilbrigðisþjónustu innan ramma þessara laga. Í greinargerð með frumvarpinu segir að tilgangurinn með þessu ákvæði sé að veita ráðherra heimild til að marka stefnu um heilbrigðisþjónustuna og til að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja þeirri stefnu, meðal annars með skipulagi heilbrigðisþjónustunnar, forgangsröðun verkefna innan hennar, hagkvæmni, gæði og öryggi þjónustunnar og aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og er ákvæðinu ætlað að auka stefnumótunarhlutverk ráðherra og heimild til að hrinda henni í framkvæmd.<sup>220</sup>

---

<sup>220</sup> Alþt. 2006-2007, A-deild, þskj. 281-272 mál, athugasemd við 3. gr. frumvarpsins.

## 13. Niðurstöður

### 13.1 Þörf fyrir breytingu á lögum

Stjórnvaldsákvörðun er einhliða ákvörðun stjórnvalds þar sem kveðið er á um rétt og skyldu tiltekins aðila, en álitserðir og leiðbeiningar stjórnvalda hafa ekki sama lagalega gildi og er ráðherra almennt óbundinn af slíkum álitum eða umsögnum.<sup>221</sup> Landlæknir hefur ekki heimild til að taka stjórnvaldsákvörðanir, heldur er hann ráðgefandi við velferðarráðherra um allt er lýtur að heilbrigðismálum, samkvæmt a.lið 1. mgr. 4. gr. laga nr. 41/2007 um landlækni og lýðheilsu segir að meginhlutverk landlæknis sé að veita ráðherra og öðrum stjórnvöldum, fagfólki og almenningi ráðgjöf og fræðslu um málefni á verksviði embættisins. Meginreglan í íslenskri löggjöf er hins vegar sú að ráðherra er ekki bundinn af slíkum álitum eða umsögnum og hafa slíkar leiðbeiningar ekki mikið gildi sem fordæmi á sviði stjórnisýsluréttar.<sup>222</sup>

Auka þyrfti framkvæmdavald landlæknis, þannig að hann hafi meira sjálfræði. Landlæknisembættið er fagleg stofnun, sem á að geta tekið faglegar ákvarðanir og haft meira framkvæmdavald og sjálfstæði frá pólitískt kjörnum ráðherrum.

Samkvæmt 1. mgr. 12. gr. laga nr. 115/2011 um stjórnarráð Íslands segir að ráðherra fari með yfirstjórn stjórnvalda sem hafa á hendi framkvæmd stjórnarmálefna er undir ráðuneyti hans heyra, enda leiði ekki af lögum að stjórnvald skuli vera sjálfstætt gagnvart ráðherra. Í yfirstjórn samkvæmt 1. mgr. felst meðal annars að ráðherra getur gefið stjórnvaldi almenn og sérstök fyrirmæli um starfrækslu á verkefnum þess, fjárreiður og meðferð eigna, sbr. þó 3. mgr. 13. gr., enda mæli lög eða eðli máls því ekki í mót. Stefnumótunarhlutverk ráðherra sem fer með heilbrigðismál er einnig lögfest í 3. gr. laga nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu.

Miklar breytingar hafa hins vegar átt sér stað undanfarinn áratug hjá því ráðuneyti sem heilbrigðismál heyra undir. Árið 2010 var Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið sameinað Félagsmálaráðuneytinu og úr varð Velferðarráðuneytið samkvæmt lögum nr. 125/2011, forsetaúrskurður um skiptingu stjórnarmálefna milli ráðuneyta í Stjórnarráði Íslands. Tíð ráðherraskipti hafa verið í því ráðuneyti sem sér um heilbrigðismál. Frá því að Ingibjörg Pálmadóttir, sem var ráðherra frá 1995, lét af embætti í apríl 2001 hafa sex mismunandi ráðherrar verið yfir heilbrigðismálum á tíu árum, lengst af Jón Kristjánsson frá Framsóknarflokki í fimm ár, en styst Ögmundur Jónasson frá Vinstri grænum í átta mánuði og hefur hver ráðherra fyrir sig komið inn með sína stefnu í heilbrigðismálum. Þetta hefur valdið tíðum breytingum á störfum þeirra stofnana sem heyra undir það ráðuneyti sem

<sup>221</sup> Sigurður Línal, *Um lög og lögfræði* (Hið íslenza bókmenntafélag, 2007) 314.

<sup>222</sup> Sigurður Línal, *Um lög og lögfræði* (Hið íslenza bókmenntafélag, 2007) 314-315.

fer með heilbrigðismál á hverjum tíma, sem skapar óryggi og óstöðugleika í rekstri stofnana að þurfa að breyta rekstraráætlunum sínum við hver ráðherraskipti.

### *13.2 Tillögur*

Aukið eftirlit landlæknis með mönnun innan heilbrigðisþjónustunnar skilar sér í ávinningi fyrir samfélagið allt. Góð heilbrigðisþjónusta byggir fyrst og fremst á vel menntuðu og hæfu starfsfólki og þarf að skapa heilbrigðisstarfsfólki gott vinnuumhverfi til þess að starfsfólkið geti uppfyllt þarfir sjúklinga sem best og stuðla þannig að sem bestri heilsu hvers og eins, sjúklinga og ekki síður heilbrigðisstarfsmannanna sjálfra. Óeðlilega mikið vinnuálag leiðir til þess að veikindadögum starfsfólks fjölgar og starfsmannaveltan verður meiri, sem bitnar á gæðum og öryggi þjónustunnar. Hætta á kulnun í starfi er staðreynd innan heilbrigðisþjónustunnar og er sums staðar viðurkennd sjúkdómsgreining. Starfsmaðurinn hættir að geta gefið af sér í starfi, verður uppgefinn, vantar alla orku sem hefur áhrif á vinnuafköstin. Starfsfólk heilbrigðisþjónustunnar er í áhættuhópi vegna eðli starfs síns, en aukið vinnuálag og langar næturvaktir geta aukið áhættuna á því að kulna í starfi, sem er kostnaðarsamt fyrir heilbrigðiskerfið. Skráning heilbrigðisstarfsfólks er mikilvæg til að stuðla að umbótum, það er að greina og koma í veg fyrir mistök og bæta ágalla sem eru í skipulagningu heilbrigðisþjónustunnar. Tryggja þarf með lögum virkt úrræði landlæknis til að fylgjast betur með mönnun og afleiðingum vanmönnunar. Að vanmönnun hafi ekki leitt til mistaka innan heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi er ólíklegt og má telja að líklegra sé að um ófullkomna skráningu sé að ræða.

Fjöldi heilbrigðisstarfsmanna verður að taka mið af umfangi þjónustunnar og aðstæðum hverju sinni og verður að tryggja með lögum að landlæknir geti haft virkt eftirlit með mönnun á stofnunum. Launakostnaður er stærsti kostnaðarliðurinn innan heilbrigðisþjónustunnar og því ætti að vera ábótasamt að fara vel með, styðja og styrkja þann auð sem felst í starfsfólkinu. Í því felast ekki síst gæði og öryggi heilbrigðisþjónustunnar.

Því þyrfti að móta stefnu í heilbrigðismálum til lengri tíma í senn, sem væri unnin á faglegum forsendum og óháð pólitík. Heilbrigðisstofnanir þurfa að geta skipulagt starfsemi sína til lengri tíma en eins árs í senn og móta þarf stefnu í heilbrigðismálum til lengri tíma í með tilliti til þarfa sjúklinga og ekki síður þarfa heilbrigðisstarfsfólk. Slíkt mun auka gæði og öryggi innan heilbrigðisþjónustunnar.

## Heimildaskrá

Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=182>>.

Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=304>>.

Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=350>>.

Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/cv.php4?nfaerslunr=591>>.

Alþingi <<http://www.althingi.is/altext/thingm/0706940007.html?knt=0706940007>>.

Alþingi, „Margmiðlunarefni um sögu og störf Alþingis“ <  
<http://www.althingi.is/kynningarefni/>>.

Anna Björg Aradóttir og Laura Sch. Thorsteinsson, „Láttu í þér heyra sem notandi heilbrigðisþjónustu“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 29. nóvember 2006).

Árni Björnsson, Ásmundur Brekkan, Tómas Á. Jónasson, „Skipulag og þróun sjúkrahúsþjónustu“ (1969) 1 Samvinna 63.

Bjarni Jónsson, „Fyrir landið og þjóðina“ (1923) 3 Ljósberinn.

Cole, T.R. og Carlin, N., „The art of medicine, the suffering of physicians“ (2009) *Lancet* Vol. 374.

Frjálsa alfræðiritið

<[http://is.wikipedia.org/wiki/B%C3%A6jarstj%C3%B3rnarkosningar\\_%C3%AD\\_Reykjav%C3%ADk](http://is.wikipedia.org/wiki/B%C3%A6jarstj%C3%B3rnarkosningar_%C3%AD_Reykjav%C3%ADk)>.

Guðmundur Bjarnason „Heilbrigðisráð, landlæknir vill breyta stjórn heilbrigðismála Íslands“ (1919) 14 Lögrétta 1.

Guðmundur Guðmundsson, „H. J. G. Schierbeck landlæknir“ (1915) 11 Óðinn 1.  
Gæðaráð Landlæknisembættisins, „Hjúkrunarmönnun á öldrunarstofnunum“ (2001).

Hagfræðistofnun Háksóla Íslands, „Spá um þörf fyrir vinnuafli í heilbrigðiskerfinu. Skýrsla um þróun mannafla í heilbrigðisþjónustunni“ (2006) Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið. Skýrsla nr. C06:03,

Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtolar/Mannfjoldi/Yfirlit>>.

Hagstofa Íslands <<http://www.hagstofa.is/Pages/627>>.

Hagstofa Íslands < <http://www.hagstofa.is/Pages/95?NewsID=168> >.

Hagstofa Íslands < <https://hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=12311> >.

Hagstofa Íslands <<http://hagstofan.is/Hagtolar/Thjodhagsreikningar/Fjarmal-hins-opinbera>>.

Heilbrigðis-og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið, „Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda á gæðamálum til ársins 2010“ (2007).

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, „Ársskýrsla 2010 heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins“ (2011).

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, „Ársskýrsla Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins fyrir árið 2006“ (2007).

Helga Þórarinsdóttir, *Saga Ljósmeðrafélags Íslands 1919-1979* (Ljósmeðrafélag Íslands 1984).

Helgi Skúli Kjartansson, *Ísland á 20. öld* (Sögufélag 2002).

J. Jónassen, „Um læknaskipun á Íslandi“ (1890) 11 Tímarit Hins íslenska bókmenntafélags.

Jones, S.F., Arroliga, A.C., Papazian, L. og Azoulan, A. Thank God It's Friday! Achieving Balance between Continuity of Care and Intensives Burnout (2011) Am J of Respir Crit Care Med. Vol. 184.

Jón Gunnlaugsson, „Bjarni Pálsson Landlæknir“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 11. Nóvember 1979).

Jón Steinar Gunnlaugsson, „Um sönnunarbyrði í málum er varða skaðabótaábyrgð lækna og sjúkrastofnanna“ (1995) *Tímarit lögfræðinga* 216.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., og Donaldson, M.S., „To Err is Human: building a Safer Health System“ (Institute of Medicine 1999).

Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/pages/961>>

Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/Umembattid/Sagaembattisins>>.

Landlæknisembættið <<http://www.landlaeknir.is/Gaediogoryggi>>.

Landlæknisembættið <<http://landlaeknir.is/?PageID=1151>>.

Landlæknisembættið, „Árskýrsla landlæknis 2009“ (2010).

Landlæknisembættið, „Ársskýrsla 2007“ (2008).

Landlæknisembættið, „Eftirlit landlæknis með heilbrigðisþjónustu, greinargerð“ (2009).

Ríkisendurskoðun, „Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík Mat á árangri“ (2003).

Landlæknisembættið, „Mat á stöðu öryggismála varðandi mönnun á LSH, desember 2009“ (2010).

Landspítali, „Könnun á starfsumhverfi starfsmanna Landspítala 2010“ (2010).



Landspítali, „Starfsemisupplýsingar fyrir LSH Uppgjör 2010“ (2011) 3; Landspítali Háskólasjúkrahús, „Landspítali 2003“ (2004).

Landspítali, fjármálasvið, „Starfsemisupplýsingar fyrir LSH Uppgjör 2010“ (2011).

Landspítali-Háskólasjúkrahús, „Starfsemisupplýsingar LSH uppgjör 2006“ (2007).

Landspítalinn, „mannauðssvið“ <<http://lsh.is/pages/181>>.

Landspítalinn, mannauðssvið, „Könnun á starfsumhverfi starfsmanna Landspítala 2010“ (2010).

Lárus H. Blöndal og Vilmundur Jónsson, „*Læknar á Íslandi I*“ ( Sögufélagið 1970).

Lárus H. Blöndal og Vilmundur Jónsson, „*Læknar á Íslandi II*“ (Sögufélagið 1970).

Margrét Guðmundsdóttir, *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld* (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, 2010).

Ólafur Lárusson, *Kaflar úr kröfurétti* (Háskólaútgáfan 2003).

Ólafur Ólafsson, *Úr handraða Ólafs landlæknis* (Bókaútgáfan Hólar 2003).

Páll Sigurðsson, „Heilbrigðisþjónustu gjörbreytt“ *Vísir* ( Reykjavík 20. apríl 1971).

Páll Sigurðsson, „*Lögfræðiorðabók með skýringum*“ (Lagastofnun Háskóla Íslands 2008).

Páll Sigurðsson, *Heilsa og Velferð, þættir úr sögu heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytisins 1970-1995* (Mál og mynd 1998).

Ríkisendurskoðun <<http://www.rikisendurskodun.is/hlutverk.html>>.

Ríkisendurskoðun, „Mannauðsmál ríkisins -2. Stefna stjórnvalda og staða mannauðsmála ríkisins“ (2011).

Ríkisendurskoðun, „Landspítali-háskólasjúkrahús Árangur 1999-2004“ (2005).

Ríkisendurskoðun, „Mannauðsmál ríkisins -2. Stefna stjórnvalda og staða mannaúðsmála ríkisins“ (2011).

Ríkisendurskoðun, „Sameingin í ríkisrekstri – 6 embætti landlæknis“ (2011).

Ríkisendurskoðun, „Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík, Mat á árangri“ (2003).

Ríkisendurskoðun, „Sjúkrahúsið á Akureyri“ (2011).

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. og Maslach, C. „Burnout: 35 years of research and practice“ (2009) Career Development International Vol. 14 No. 3.

Schaufeli, W.B., „The balance of give and take: towards a social exchange model of burnout“ (2006) The International Review of Social Psychology Vol. 19.

Sigurður Böðvarsson „Læknafélag Reykjavíkur 100 ára“ (2009) 95 Læknablaðið 2.

Sigurður Guðmundsson, „Við vitum að ýmislegt fer framhjá okkur“ (2003) 89 Læknablaðið 1.

Sigurður Líndal, „Hluti dómstóla í þróun réttarins“ (1995) 45 Tímarit lögfræðinga 4.

The Boston Consulting Group, „Health Care System reform and short term savings opportunities, Iceland Health Care System project“ (2011).

Viðtal höfundar við hjúkrunarfræðing tekið í nóvember 2011

Viðtal höfundar við lækni tekið 2011 tekið í nóvember 2011

Viðtal höfundar við starfsmann Fjármálaráðuneytisins tekið í nóvember 2011

Viðtal höfundar við starfsmann mannauðsmála Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins tekið í nóvember 2011

Viðtal höfundar við starfsmann mannauðsmála Landspítalans tekið í nóvember 2011

Viðtal höfundar við starfsmann Velferðarráðuneytisins tekið í nóvember 2011

Viðtal höfundar við starfsmenn landlæknisembættisins tekið í nóvember 2011

Vilmundur Jónsson, „*Yfirstjórn íslenskra heilbrigðismála, umsögn landlæknis um lagafrumvarp, flutt af Alfreð Gíslasyni lækni á alþingi 1958*“ Heilbrigðisskýrslur (Reykjavík 1960).

Ögmundur Jónasson <<http://www.velferdarraduneyti.is/hbr/frettir/nr/3201>.

--, „Landlæknisembættið“ (1882) *Ísafold* (Reykjavík 25.mars 1882).

--, „Ráðstefna Læknafélags Íslands um heilbrigðismál“ *Morgunblaðið* Reykjavík 21. nóvember 1967).

--, „Brotið land“ (1931) 26 *Lögrétta* 3.

--, „Ekki neyðarástand“ *Vísir* (Reykjavík 18. nóvember 1969).

--, „Frú Christophine Bjarnhéðinsson“ (1923) 12 *19. júní* 6.

--, „Hollráð um heilsuna“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 30. nóvember 2006).

--, „Koma starf andi læknar í Reykjavík í veg fyrir neyðarástand í strjálbýlinu?“ *Morgunblaðið* (Reykjavík 27. október 1971).

--, „Neyðarástand í heilbrigðismálum Eystra“ *Alþýðublaðið* (Reykjavík 16. september 1969).

--, „Neyðarástand“ *Austri* (Neskaupstaður 13. október 1971).

