

Breytt verkaskipting heilbrigðisstétta

Heilbrigðisráðherra vill nýta menntun og sérþekkingu heilbrigðisstétta betur og segir það eina af mörgum leiðum til að takast á við áskoranir heilbrigðiskerfisins. Í því felist að verkefni lendi ekki sjálfkrafa hjá læknum þegar önnur heilbrigðisstétt hafi þekkingu til að sinna þeim.¹

Formaður Læknafélags Íslands gerir athugasemd við að að læknar séu ekki hafðir með í ráðum þegar aðrar heilbrigðisstéttir vilja taka yfir verkefni þeirra. Allar breytingar á verkaskiptingu þurfi að byggja á gögnum og meta þurfi áhrif þeirra svo tryggt sé að öryggi sjúklinga og gæði þjónustunnar haldist. Hún bendir einnig á að horfa þurfi á verkefnið heildstætt, ekki eingöngu verkaskiptingu lækna og annarra heilbrigðisstétta.²

Alþjóðasamtök lækna (World Medical Association – WMA) samþykktu árið 2009 yfirlýsingu um breytta verkaskiptingu heilbrigðisstétta. Yfirlýsingin var endurskoðuð árið 2025.³ WMA mælir með þverfaglegum teymum sem læknar leiða og verkstýra. Samtökin leggja áherslu á að læknar og félög þeirra séu höfð með í ráðum þegar færa á verkefni frá læknum til annarra heilbrigðisstétta. Þá þurfi klínísk og lagaleg ábyrgð að vera skilgreind áður en slíkar breytingar taki gildi.

Læknar eru almennt jákvæðir fyrir því að endurskoða verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins. Öflug þverfagleg teymisvinna, undir stjórn lækna, getur létt álagi af læknum og aukið afköst. Á þetta hafa læknar lengi bent en fengið litlar undirtektir. Umræðan hér á landi virðist að verulegu leyti hafa snúist um hvaða verkefni aðrar heilbrigðisstéttir vilja taka af læknum, fremur en hvaða verkaskipting sé heppilegust fyrir heilbrigðiskerfið í heild. Breytingar á verkaskiptingu ættu að byggjast á sameiginlegu mati lækna og annarra heilbrigðisstétta á því hvaða verkefni megí færa til annarra án þess að draga úr gæðum eða öryggi.

Læknisverk byggjast á heildstæðu mati á sjúklingnum, greiningu, mismunagreiningu, mati á áhættu, ákvörðun um rannsóknir og meðferð og getu til að bregðast

við óvæntum niðurstöðum og fylgikvillum. Það er því ekki nóg að hægt sé að kenna öðrum ákveðna aðgerð eða verklag. Skoða þarf hvort viðkomandi heilbrigðisstétt hafi þá heildstæðu klínísku þekkingu og reynslu sem þarf til að taka ábyrgð á nýju verkefni.

Þetta sjónarmið fær stuðning í samantekt Bandaríska læknafélagsins (American Medical Association – AMA) á rannsóknunum á árangri af breyttri verkaskiptingu lækna og annarra heilbrigðisstétta.⁴ Þar eru meðal annars teknar saman rannsóknir á kostnaði, gæðum, klínískum niðurstöðum og menntun. Rétt er að árétta að þar í landi hefur verið gengið lengra í breyttri verkaskiptingu en verið er að ræða hér á landi, en niðurstöðurnar eru engu að síður áhugaverðar. Í rannsókn á bráðamóttökum Veterans Health Administration voru sérhæfðir hjúkrunarfræðingar (*nurse practitioners*) sem störfuðu án aðkomu læknis tengdir 7% hærri kostnaði, 11% lengri legutíma og 20% fleiri fyrirbyggjanlegum innlögnum innan 30 daga. Rannsóknin mat jafnframt að núverandi mönnun sérhæfðra hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum leiddi til um 74 milljóna dala aukins árlegs kostnaðar miðað við mönnun með læknum einum.

AMA vísar einnig til rannsókna þar sem sjálfstæð þjónusta heilbrigðisstarfsfólks (*non-physician practitioners*) hefur tengst fleiri myndgreiningum, fleiri tilvísunum og meiri kostnaði. Ein rannsókn á meira en 16 milljón heimsókna fann 5,3% meiri notkun myndgreininga á bráðamóttöku þar sem slíkir sérfræðingar komu að þjónustunni.

Samantekt AMA vekur einnig mikilvægar spurningar um menntun og þjálfun. Rannsókn á 3.946 nemendum í fjölskylduhjúkrun (*family nurse practitioner*) sýndi að margir höfðu takmarkaða klíníska reynslu af ýmsum verkefnum sem þeim var ætlað að sinna síðar. Höfundar töldu að klínískt nám margra starfsmanna hefði ekki veitt þá menntun, sem talin var nauðsynleg fyrir hlutverk þeirra. Önnur úttekt fann ekki fullnægjandi vísbendingar um að



Dögg Pálsdóttir

framkvæmdastjóri LÍ og lögfræðingur

menntun og þjálfun sérhæfðra hjúkrunarfræðinga samræmdist því viðtæka starfs sviði sem þeir sinntu á bráðamóttökum.

Ábyrgð verður ætíð að fylgja verkefninu. Ef önnur heilbrigðisstétt tekur yfir verkefni sem áður var á ábyrgð læknis verður hún jafnframt að bera faglega og lagalega ábyrgð á því verkefni. Ekki er hægt að færa verkefni til annarrar stéttar en skilja ábyrgðina eftir hjá læknum. Þetta er einnig ein af áherslum WMA-yfirlýsingarinnar.

Markmið þessarar vinnu þarf að vera að nýta færni hverrar heilbrigðisstéttar sem best. Læknar eiga að leiða þá vinnu í nánú samstarfi við aðrar heilbrigðisstéttir. Verkefni sem aðrir hafa menntun og færni til að sinna eiga að færast til þeirra, svo læknar geti einbeitt sér að greiningu og meðferð sjúklinga og verkefnum sem krefjast læknisfræðilegrar þekkingar og klínískrar reynslu.

Breytt verkaskipting þarf að hvíla á faglegu mati og gögnum, ekki á óskum einstakra heilbrigðisstétta. Spyrrja þarf: Hvaða færni krefst verkefnið? Hvaða stéttir hafa hana? Hver ber ábyrgðina? Og síðast en ekki síst: Er breytingin öruggari og betri fyrir sjúklinginn?

Heimildir

1. Ekki einfalt að gefa eftir verk en við verðum að gera það, viðtal við heilbrigðisráðherra, mbl.is 14. september 2026: https://www.mbl.is/frettir/innlent/2026/09/14/ekki_einfalt_ad_gefa_effir_verk_en_vid_verdum_ad_ge/ – september 2026.
2. Ekki ótti heldur varkarni, viðtal við Steinunni Þórðardóttur formann Læknafélags Íslands, mbl.is 19. september 2026: https://www.mbl.is/frettir/innlent/2026/09/19/ekki_otti_heldur_varkarni/ – september 2026.
3. World Medical Association. Statement on Scope of Practice, Task Sharing and Task Shifting, endurskoðuð 2025: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-task-shifting-from-the-medical-profession/> – september 2026.
4. American Medical Association. AMA Issue Brief: Summary of Studies on Scope of Practice, 2023: https://www.akleg.gov/basis/get_documents.asp?session=33&docid=32908 – september 2026.