

Heimilislækna, út úr öngstrætinu!



Pétur
Pétursson

Á LIÐNUM ÁRUM HÖFUM VIÐ HEIMILISLÆKNAR VERIÐ ólatir við að gera hverjum sem heyra vill grein fyrir þeim ögöngum sem heilsugæzlan í landinu er að sigla inni. Á ég þar við fyrirsjáanlega vöntun á heilsugæzlulæknum vegna nær fullkomins áhugaleysis unglækna fyrir þessum starfsvettvangi og vegna flóttu úr stéttinni sem nemur tugum lækna. Svo virðist sem að minnsta kosti 20 stöður heilsugæzlulækna séu ómannaðar á landsbyggðinni og á höfuðborgarsvæðinu vantar heimildir fyrir að minnsta kosti 30 stöðum heilsugæzlulækna, til að heilsugæzlan geti sinnt því hlutverki sem henni er ætlað. Þar sem nýliðun er hverfandi lítil er ljóst, að með áframhaldandi aðgerðaleysi og óbreyttum aðferðum og hugsunarhætti munu lækningar á heilsugæzlustöðvum smám saman færast yfir á herðar hjúkrunarfræðinga ellegar þá að þjóðin leitar á náðir bútasérfræðinga (sérfræðinga í takmörkuðum aldurskeiðum eða líffærum) og hjálækna (skottulækna) í enn ríkara mæli en verið hefur. Að sjálfsögðu verður þá ekki um neinar heimilislækningar að ræða í hugmyndafræðilegum skilningi þess orðs.

Mér er til efs, að aðferðir okkar heimilislækna til að hafa áhrif á þessa þróun hafi verið sem heppilegastar. Að minnsta kosti sjást þess engin merki, að þróunin sé neitt að taka farsælli stefnu en verið hefur. Aðferðir okkar hafa í stuttu máli verið kröfugerð á hendur heilbrigðisyfirvöldum um fjárveitingar í anda þess skipulags, sem innleitt var hér á landi fyrir rúmum aldarfjórðungi. Til stuðnings þessari kröfugerð höfum við iðkað kórgrát og sungið píslarsöngva fullir sjálfsvorkunnar, hvenær sem tveir eða fleiri úr okkar röðum hittast. Árangur þessa hljómléikahalds hefur einkum orðið sá, að áheyrendur hætta að taka okkur alvarlega og skilja ekki þetta sútarhópefli okkar í ljósi þeirrar vitneskju, að launakjör flestra okkar hafa stórbatnað við komast í faðm Kjaranefndar. Konsertar okkar sýnast mér lítið hafa bætt stöðu heilsugæzlunnar í landinu.

Ástæður fækkunar heimilislækna

Orsakir lítillar eftirsóknar unglækna í heimilislækningar og ástæður flóttu úr stéttinni eru vafalítið mjög fjölþættar og margvíslegar. Vil ég nú víkja að þeim helztu:

1. Launakjör: Þau hafa gjarnan verið nefnd sem gild ástæða. Þótt þau hafi hjá okkur flestum aldrei verið betri en núna, þá felst þessi röksemdafærsla í því að miða við tekjumöguleika í öðrum sérgreinum. Það skal fúslega viðurkennt, að núverandi samningar sérfræðinga við Tryggingastofnun ríkisins opna

greiðlega fyrir sjálfstöku þrekmikilla fjáraflamanna úr almannasjóðum. Mér er þó til efs, að metnaður unglækna sé með þeim hætti, að þessi staðreynd hafi afgerandi áhrif á starfsval.

2. Gulrótarskortur: Því er haldið fram, að fastlaunakjör þau sem kjaranefndarfyrirkomulagið býr okkur, hafi bundið hendur okkar, skaðað samkeppnisaðstöðu gagnvart fyrrgreindum aflaköngum úr öðrum sérgreinum og dregið úr vinnugleði okkar. Þetta kann rétt að vera, en þessi skipan mála var gerð að okkar ósk og henni er unnt að breyta, þegar samstaða verður um það í okkar röðum.

3. Vanmat og sjálfsmyndarkreppa: Meint vanmat kollega, sjúklinga og samstarfsfólks á hlutverki okkar, þekkingu, færni og framlagi til heilbrigðisþjónustunnar er mörgum góðum heimilislæknum drjúgt og endingargott harmsefni. Að sönnu verðum við öll dæmd af verkum okkar, en sé um vanmat að ræða, þá verður ekki kynt undir því með öflugri hætti en væluganginum í sjálfum okkur. Sjálfur verð ég ekki var við vanmat nema hjá einstöku sérfræðingi úr öðrum sérgreinum, sem auðvitað miðla öðrum með sér af reynslu sinni af verkum okkar. Við eigum hins vegar að minnast þess, að reynsluheimur þessara ágætu kollega getur verið takmarkaður, því eðli málsins samkvæmt sjá þeir ekki þá sjúklinga, sem okkur tekst vel upp með.

4. Opnar flóðgáttir og margverknaður: Skortur á flæðistýringu og tilvísanakerfum og óheft aðgengi að velflestum sérfræðingum með sjálfkrafa greiðsluþátttöku TR hefur að sjálfsögðu grafið undan möguleikum heimilislækna til að nýta þau tækifæri til skynsamlegra og markvissra fjölskyldulækninga, sem hin heildræna yfirsýn getur boðið upp á. Afleiðing þessa hefur orðið megn læknisfræðileg súrsun (medicalization) samfélagsins og oflækningar, bjargarleysi og tortryggni neytendanna, sóun almannaþjárfjár í gagnslitlar og ómarkvissar rannsóknir og svo lyfjauastur, en ekkert af þessu er vænlegt til að leysa þau vandamál sem helzt brenna á fólki. Vegna pólitísks þrekleysis ákveðinna stjórnámálanna hefur ómælt tjón af þessu hlotizt og trúlega verður afar erfitt að koma nokkru skikki á þessi mál úr því sem komið er. Það er þó deginum ljósara, að einhvern tíma neyðast heilbrigðisyfirvöld til að gera það af kostnaðarástæðum. Og það er jafnljóst, að þjóðin hefur hvorki efni á né heilsu til að leggja heimilislækningar niður.

5. Breytt þjóðarsál: Að mínu viti er höfuðástæða tilvistarkreppu heimilislækninganna á Íslandi fólgin í breyttu þjóðfélagi og breyttum kröfum og vænt-

Höfundur er sérfræðingur í heimilislækningum. Millifyrirsagnir eru Læknablaðsins.

ingum neytendanna. Almenn streita og óþolinmæði hefur áhrif á kvartanir fólks og viðmót, minna fer fyrir þakklæti og verkefni eru orðin ógeðfældari. Felast þau oft í vottorðakvabbi og afskiptum af lífsstílsvandamálum, sem krafist er læknisfræðilegra lausna á. Heimilislæknar súpa seyðið af því að hafa ekki snúizt gegn sjúkdómsvæðingu (medicalization) þjóðfélagsins með markvissum hætti. Heimilislæknar eiga það sameiginlegt með samvinnuhreyfingunni að verða að horfast í augu við þá staðreynd, að breyttum aðstæðum hæfa nýjar aðferðir. Því miður hafa fæstir heimilislæknar kjark til að reyna nýjar leiðir eða breyta neinu, ef það kostar einhverja áhættu eða felur í sér afsal einhvers sem við þegar höfum. Við þetta bætist einkennileg tortryggni gagnvart þverfaglegri samvinnu. Ekki er að vænta mikilla landvinnunga með þeim hugsunarhætti.

6. Álag og kröfur: Vaxandi vinnuálag er algeng kvörtun, sem þó er misjafnlega áberandi eftir stöðvum og skipulagi verkefna. Víða dró þó úr álagi með tilkomu kjaranefndarúrskurðarins. Að sönnu virðist aðsókn að heilbrigðiskerfinu fara vaxandi vegna sjúkdómsvæðingar þjóðarinnar sem fyrr er að vikið. Mér hefur þó stundum fundizt, að skýra mætti erfiðskvartanir einstaklinga úr heimilislæknastétt á líffræðilegan hátt með hækkandi aldri okkar. Jafnframt hefur ýmsum skítverkum verið troðið upp á heimilislækna og er vottorðafarganið trúlega sá þáttur, sem minnsta starfsfullnægju veitir.

7. Íhaldssemi, stéttarhroki og kjarkleysi: Vangeta til að þróa fræðigreini okkar og verklag í ljósi breyttra aðstæðna er mikilvæg orsök vansældar margra okkar í starfi og fælir nýja liðsmenn frá þessum vettvangi. Almenn neikvæðni og viljaleysi til teymisvinnu, skortur á samningahæfni og skilningi á taflmennsku stjórnunar og félagsstarfs er og verður okkar Akkilesarhæll. Ef við ætlum að brjótast út úr ógöngunum er mikilvægt fyrir heimilislækna að láta af hópefli í harmagrati og vinna bug á óttanum við breytingar, sem meðal annars birtist í margvíslegri tilfinningalegri röksemdafærslu og slagorðum um prinsippafstöðu. Við verðum að ná samstöðu um fleira en kröfur um hærri laun, því þessi mál verða ekki leyst nema með okkar forgöngu og leiðsögn.

Leiðir til úrlausna

Ög hvað er þá til ráða og hvernig verður hugarfarsbreytingu af stað hrundið?

Við laus þessa vandamáls hljótum við að þurfa að byrja á því að skilgreina vandann, eðli hans og orsakir, líkt og ég hef reynt að gera hér að framan. Á þeim grunni reynum við svo að grípa til íhlutandi aðgerða og breyta því, sem breytanlegt er. Tvennt er mikilvægast í því sambandi. Í fyrsta lagi er gagnslaust að reyna að ná árangri með því að ráðast aðeins gegn einum áhrifaþætti. Við verðum að ráðast á alla þá, sem skilgreindir hafa verið og eru breytanlegir. Í

annan stað verður hér að koma til samvinna allra, sem málið varðar og ábyrgð bera, og þeir eru fleiri en þeir sjálfir gera sér grein fyrir. Það gerist ekki með kröfugerð einni saman heldur með gagnkvæmum skilningi og trausti, þannig að tekið sé tillit til sanngjarnra raka, sem ekki mega vera tilfinningalegs eðlis eða byggð á óskhyggju. Heimilislæknum ber hins vegar skylda til að reyna að finna þessa aðila, koma á tjáskiptum á vitsmunalegu plani, uppfræða þá og og virkja. Hér hef ég ekki aðeins í huga heilbrigðisyrfræðingum, alþingismenn og fjárveitinga-valdið heldur einnig og ekki síður sveitarstjórnarmenn og starfsmenn sveitarfélaga, verkalýðshreyfinguna, atvinnurekendur, fjölmiðlafólk, mennta-kerfið og ýmis áhugamannasamtök, sem hafa forsendur til að skilja mikilvægi heilsugæzlu, forvarna og heilsueflingar fyrir framtíð og efnahagslíf þessarar þjóðar. Tíni ég nú til nokkur viðfangsefni.

1. Lýðheilsufræðileg sóknarfari og þverfagleg samvinna: Heimilislæknar þurfa að breyta áherzlum í starfi sínu og setja sér raunhæf lýðheilsufræðileg markmið og nýta sér til samvinnu það ágæta samstarfsfólk sem við höfum í heilsugæzlunni. Þarna þurfum við að sjálfsögðu að njóta fræðilegrar leiðsagnar þeirra, sem til slíkrar leiðsagnar eru bærir. Þar horfi ég annars vegar til þeirra sem finna má innan veggja háskólans við kennslu og rannsóknir í heimilislæknisfræði og faraldsfræði og hins vegar til Lýðheilsustofnunar Íslands, sem bráðnauðsynlegt er að koma á fót hið fyrsta og hlúa vel að með myndarlegum fjárveitingum og metnaðarfullum mannaáðningum. Ekki má heldur gleyma erlendum fræðistofnunum á sviði lýðheilsufræði (public health) og öllum þeim Íslendingum, sem þangað hafa þekkingu sótt og geta miðlað áfram. Í kjölfarið myndu viðfangsefni okkar verða fjölbreyttari og áhugaverðari, en jafnframt fela í sér kröfu um jákvæðara viðhorf gagnvart samstarfi, en stéttin hefur hingað til tileinkað sér. Þetta ásamt bættum vinnubrögðum við hin hefðbundnu viðfangsefni heimilislækninga myndu ljá stéttinni þekkilegri ásýnd og slagkraft út á við og sanna það áþreifanlega fyrir öðrum, hvers virði við erum þjóðfélaginu. Þá mun fjölmargt annað verða auðleystara, bæði kjaramál og skipulagsvandamál.

2. Bætt vinnubrögð: Gæðaþróun og stóraukið gæðamat og fagrýni verður að taka upp með skipulegum hætti í heilsugæzlunni hið snarasta, því okkur er brýn þörf á að samræma vinnubrögð okkar betur sannreyndri læknisfræði. Aðstaða okkar til heimildaleitar hefur gjörbreytt með aðgangi að netinu. Á flestum heilsugæzlustöðvum eru til digur gagnasöfn um okkar eigin vinnubrögð, sem okkur hafa ekki verið sköfðu nothæf forrit til að nýta okkur til lærdóms. Á hverjum einasta vinnustað verða heimilislæknar að axla þá ábyrgð að skoða vinnu-venjur sínar sameiginlega og breyta þeim eftir

þörfum þjóðfélagsins ekki síður en sjúklinganna. Umfram allt verðum við að andæfa gegn brotsjóum hinnar læknisfræðilegu súrsunar. Verklagsreglur er nauðsynlegt að taka upp í ríkum mæli, en til að þeim sé fylgt, verða þær helzt að vera samdar af sömu læknum og eiga að fara eftir þeim. Að sjálfsögðu er mikið gagn að miðstýrðri aðstoð í þeirri vinnu, en sú leiðsögn ætti þó fyrst og fremst að vera aðferðafræðilegs eðlis. Fagna ber frumkvæði landlæknisembættisins í þessari viðleitni, sem ber að þakka og stórefla. Því miður hafa undirtektir okkar og nýting þessarar leiðsagnar borið svipuðum eldmóði vott og finna má hjá uppgefnum gangnahesti á réttardegi. Til að finna tóm til þessara starfa á heilsugæzlustöðvunum verðum við að breyta forgagnsröðun daglegra verkefna og nýta samstarfsfólk með öðrum hætti en verið hefur, ef fjölgun í stéttinni lætur á sér standa.

3. Aukið fjármagn og uppbygging: Að tveimur framangreindum liðum afgreiddum hygg ég, að róðurinn muni léttast og meiri líkur séu á því, að stjórnvöld telji eflingu heilsugæzlu og heimilislækninga arðbæra fjárfestingu. Að sjálfsögðu verða Íslendingar að fara að dæmi nágretta sinna á Norðurlöndum og launa heimilislækna betur en aðra sérfræðinga, sérstaklega í dreifbýli. Hins vegar verðum við að standa undir þeim launamun með fagmennsku í starfi. Þetta hafa sænsk stjórnvöld skilið og mun þar stórum fjárhæðum verða varið til að efla heilsugæzluna á næstu árum með fjölgun heilsugæzlustöðva og tilheyrandi fjölgun heimilislækna og annars starfslíðs. Einnig verða heimilislæknisfræðistofnanir á háskólastigi stórefldar þar til að veita hina faglegu leiðsögn. Með sama hætti geta íslensk stjórnvöld ekki búizt við að geta stöðvað uppdráttarsýki heilsugæzlunnar nema með mjög myndarlegum fjárveitingum og viðtækum aðgerðum til uppbyggingar hennar, sem einkum miði að því að gera störf innan hennar áhugaverð og eftirsóknarverð.

4. Áherzlubreyting í læknanámi. Trúlega má breyta innihaldi læknanáms þannig, að meiri áherzla sé lögð á sjúklingsviðmiðaða læknisfræði í stað sjúkdómsviðmiðaðrar. Einnig á lýðheilsufræði og vandamiðaða kennslu. Með því að kenna nemendum snemma í læknanámi að leysa raunveruleg vandamál (problem oriented learning) ganga þeir að námi sínu og síðar starfi með allt öðru hugarfari en því, að miða nám sitt við að ná prófum eða leysa skammtíma-vanda. Læknisefnum verða með þessu móti ljósari þarfir þjóðfélagsins og væntanlegra skjólstaðinga og mætti þannig hugsanlega glæða áhuga þeirra á því að verða þjóð sinni til gagns. Með bættri fræðilegri, faglegri og kjaralegri stöðu heilsugæzlunnar gætu þeir jafnvel séð möguleika innan hennar á að svala framaþrá sinni og og jafnvel einnig að sinna hinu göfuga tómsfundagarni unglækna, hlutabréfa-viðskiptum.

5. Raunhæf þjálfun unglækna: Lengja þarf þjálfunartíma kandiðata í heilsugæzlu í hálf t ári, því á skemmri tíma ná þeir ekki að skilja innihald fagsins eða setja sig í þær stellingar, að þeir taki eftir því, sem fram fer í kringum þá. Þetta gildir einkum um starf í dreifbýli, þar sem ákveðinn lífsstíll er hluti af starfinu. Gera þarf heilsugæzlustöðvunum fjárhagslega kleift að taka vel á móti þessum kandiðötum og veita þeim þá handleiðslu og verklegu kennslu sem nauðsynleg er, til að þeir fái áhuga á heimilis- eða dreifbýlislækningum. Mikilvægt er að góð samvinna náist milli heilsugæzlunnar, háskóladeilda og kennsluspítala varðandi kennslu og þjálfun.

6. Skipulegt framhaldsnám: Unnin voru fyrir nokkrum árum drög að skipulagi námsbrautar í dreifbýlis- (landsbyggðar-) lækningum sem og miðstöð símenntunar dreifbýlislækna og -hjúkrunarfræðinga, sem vera skyldi í tengslum við Háskólann á Akureyri. Engin alvara virðist hafa legið að baki þessum áformum af hálfu heilbrigðisyrvalda, því ekkert bólar á fjárveitingum til þess arna. Með því að standa myndarlega að því máli myndi vafalítið verða að nýju hægt að koma af stað því flæði milli framhaldsnáms, heimilislæknisstarfa í dreifbýli og síðar í þéttbýli, sem vel gafst fyrir tveimur áratugum og hleypti grósku í heilsugæzluna jafnt í dreifbýli sem þéttbýli. Að sjálfsögðu þarf að styðja áfram við framhaldsmenntun í heimilislækningum í þéttbýli með þeim áherzlum, sem að ofan greinir.

7. Rannsóknastarfsemi og þróunarverkefni: Sjálfstæða þekkingaröflun, vísindastarfsemi og grúsk þarf að stórauka í heilsugæzlunni og gera það að sjálf-sögðum þætti starfsins og yrði að því hin bezta geðbót. Þróun síðari ára hefur verið með þeim hætti, að þeim heimilislæknum sem fást við slíkt hefur heldur fækkað, en rannsóknavinnan orðið faglegri og akademískari. Viðfangsefni hafa þó verið æði hefðbundin. Rannsóknastarfsemi heimilislækna háir skortur á tómi, fjarlægð frá akademísku samfélagi í dagsins önn með tilheyrandi skorti á hvatningu, skortur á handleiðslu og ónóg kunnátta í aðferðafræði. Úr seinni tveimur atriðunum hefur prófessorinn í heimilislækningum árum saman reynt að bæta með mikilli eljusemi. Sjálf sagt er að hefja samvinnu við rannsóknafyrirtæki eins og Íslenska erfðagreiningu og Urði, Verðandi, Skuld, svo framarlega sem það sé gert með siðlegum hætti og án allra blekkinga.

8. Fjölbreyttari rekstrarform: Reyna þarf nýjar leiðir og rekstrarform í heilsugæzlunni. Það að stokka upp spilin og virkja lækna og annað starfsfólk í hugmyndafræðilegri umræðu og skipulags-umræðum gæti komið blóðinu á hreyfingu að nýju. Ein leið er að vinna nánar með sveitarfélögum og fela þeim rekstur heilsugæzlustöðva og önnur að fela starfsmönnum reksturinn. Þar sem einstaklingshyggja virðist atvinnusjúkdómur hjá flestum læknum,

þá er líklegt að einkarekstur gæti höfðað til sumra okkar, virkjað dulda krafta og blásið í glæður kulnaðrar lífsgleði. Þótt einkarekstur sé eðli málsins samkvæmt lítt til þess fallinn að þroska hina þjóðfélagslegu ábyrgðartilfinningu eða félagsþroska sem er grundvöllur farsællar heilsueflingar í samfélaginu, þá ber okkur að reyna þessa leið að því tilskyldu, að skýrt sé tekið fram í þjónustusamningi, til hvers sé ætlast af starfsemi. Vafalaust myndi það hleypa nýju lífi í heimilislæknastéttina að leyfa heimilislæknum að hefja sjálfstæðan rekstur að nýju, þótt fyrst í stað yrði það á kostnað þeirra heilsugæzlustöðva sem fyrir eru. Við sameiningu sjúkrastofnana og heilsugæzlustöðva bind ég takmarkaðar vonir, því sameiningarbrótt þjónar oftast þeim tilgangi að fela bruðl stjórnenda og ná fram sparnaði með því að leggja niður þjónustu minnstu eininganna. Myndarlegt veganesti fjárveitingavaldsins hefur þó stundum gert hveitibrauðsdaga þessara nýju stofnana bærilegri.

9. Bæta liðsandan: Nýta þarf viðurkenndar aðferðir til að efla og bæta starfsanda á heilsugæzlustöðvum. Affarasælast yrði að fá utanaðkomandi sálfræðinga eða sérfræðinga í atferlisvandamálum til að greina veika hlekki og veita handleiðslu við að styrkja þá. Nauðsynlegt er fyrir alla að gera sér grein fyrir því, að árangursríkt starf í heilsugæzlu næst einungis með teymisvinnu og þverfaglegu samstarfi, þar sem gagnkvæmur skilningur ríkir milli meðlima teymisins á mikilvægi þátttöku hvers annars og gagnkvæm virðing ríkir með tilheyrandi uppörvun og hvatningu. Með því að ganga af heilum hug til samstarfs og skoðanaskipta geta heimilislæknar vænt þess að verða áhrifameiri en nú er, til dæmis við stjórnun, þar sem forystan ætti að liggja sem mest á okkar herðum. Framtíðarmöguleikar heimilislækna liggja að mínu viti miklu fremur í teymisvinnu en gamaldags einangrunarstefnu, því með sameiginlegu átaki verða hinar nýju brautir ruddar inn á mikilvæg svið forvarna og heilsueflingar. Að því er mikill fengur fyrir heimilislækna og aðrar starfsstéttir heilsugæzlunnar, notendur þjónustunnar og raunar þjóðfélagið í heild, að fleiri fagstéttir bætist í liðsheildina svo sem sálfræðingar, félagsráðgjafar, sjúkraþjálfarar og iðjupjálfar.

10. Sóknarfæri á sviði vinnuverndar: Eitt þeirra sviða sem heilsugæzlan þarf lögum samkvæmt að sinna betur, er vinnuvernd. Vegna þeirrar vanrækslu hefur einkafyrirtæki nokkurt náð að hasla sér völl á sviði trúnaðarlækninga og forvarna með ýmsum nýstárlegum aðferðum, sem mörgum heimilislæknum er þyrnir í augum. Við getum margt af þeirra vinnubrögðum lært; meðal annars eru aðferðir til að vinna gegn innri stöðnun fyrirtækisins lærdómsríkar. Þarna gætu og leynzt tekjumöguleikar fyrir heilsugæzluna. Með nánú samstarfi við lækni geta hjúkrunarfræðingar unnið mikið af þeim forvarna-

störfum, sem til úrlausnar eru. Enn sem komið er virðist vera meira framboð af hjúkrunarfræðingum til starfa í heilsugæzlunni en af læknum. Það er því afar mikilvægt að ná sem beztu samstarfi við þá stétt og styðja hjúkrunarfræðinga í viðleitni þeirra til að koma á „nurse practitioner-“ námi hérlendis.

11. Flæðistýring og skipulegt samráð: Mikilvægt er að koma á flæðistýringu í heilbrigðiskerfinu, þannig að í því sé fólgin efnahagslegur ávinningur fyrir sjúklinga að leita fyrst til heilsugæzlunnar með heilsufarsvandamál sín. Með bættri mönnun gæti heilsugæzlan unnið með faglegum hætti gegn þeim oflækningum, sjúkdómsvæðingu og óhóflegu sóun almannaþjár sem viðgengist hefur.

12. Liðsauki úr öðrum sérgreinum: Gera þarf sérfræðingum úr öðrum greinum læknisfræðinnar kleift með öllum tiltækum ráðum að umskóla sig til starfa í heimilislækningum. Til þess duga sömu ráð og að ofan greinir varðandi nýliðun. Efnahagslegur hvati verður að vera fyrir hendi og tækifæri til áhugaverðra viðfangsefna, svo sem vísindavinnu, kennslu og annars þess, er metnaði svalar og stuðlar að frama.

13. Heimilislækni í liðsheild sjúkráhuslækna: Á Norðurlöndunum og trúlega víðar hefur það gefizt afar vel til skilningsauka og bættrar samvinnu að heimilislæknir komi reglulega á ákveðnar deildir, til dæmis einn dag í viku hverri, og fundi með sjúkráhuslæknum og öðru starfslíði um þá sjúklinga sem inni liggja eða bíða útskriftar. Með þessu móti nýtast sambönd og þekking heimilislæknisins sjúklingnum og starfsemi sjúkráhússins til hagsbóta og gagnkvæmur skilningur skapast milli geira heilbrigðiskerfisins og virðist ekki vanþörf á. Um árabíl hafa heimilislæknar á Akureyri fundað með lyflæknum FSA með góðum árangri. Jafnframt fer vel á því, að heimilislæknar á vöktum hafi móttöku sína á bráðamóttökum sjúkráhusa og gerir það vinnuna sýnu skilvirkari en ella.

Lokaorð

Hér að framan hef ég leitt að því nokkur rök, að mönnunarvandi heilsugæzlunnar í landinu og dökkar horfur í þeim efnunum eigi sér að verulegu leyti huglægur rætur, því við höfum tekið þátt í sjúkdómsvæðingardansinum og tamið okkur meðferðarhugsunarhátt í stað þess að efla heilbrigði. Af tryggð við fornar kennisetningar og helgisiði hefur okkur dagað uppi í gjörbreyttu þjóðfélagi, þar sem við finnum að við höfum misst slagkraftinn. Það er mikilvægt fyrir heimilislæknastéttina að gera sér grein fyrir því, að við sem einstaklingar og hópur sýnum ýmis uggvænleg merki stéttarpunglyndis, sem við verðum að finna ráð til að ráðast gegn. Þessar hugleiðingar mínar eru viðleitni til þess arna.