

Staða heimilislækninga á Íslandi í dag

Halldór Jónsson

halldor.jonsson@
heilsugaeslan.is

Höfundur er
sérfræðingur í
heimilislækningum við
Heilsugæsluna Glæsibæ.

Formaður
Félags íslenskra
heimilislækna



FYRIR NOKKRUM ÁRUM var ég spurður um hvað mér þætti mestu skipta fyrir heimilislækningar. Eftirfarandi punktar komu þá upp í hugann:

- Að heilsugæslan sé ríkisrekin, með eðlilega mönnun og búi ekki við fjársvelt. Hún starfi í tengslum við aðrar heilbrigðis- og félagslegar stofnanir.
- Lög og reglugerðir taki mið af þörfum heilsugæslunnar og styrki stöðu hennar sem miðpunkt heilbrigðisþjónustu.
- Samhliða ríkisrekstri séu markvisst reynd önnur rekstrarform til þess að finna leið sem veiti sem besta þjónustu á allra hagkvæmasta hátt, án þess að gæði þjónustunnar séu minni en opinbera kerfið veitir.
- Engar breytingar séu gerðar á starfssviði heilsugæslu og störfum heimilislækna án þess að þeirra álits sé leitað fyrst.

Eins og sjá má hér að ofan virðast stjórnvöld ekki hafa verið á sama máli. Undirmönnun og fjársvelt heilsugæslunnar er viðvarandi. Fátt hefur verið gert til að styrkja heilsugæsluna sem miðpunkt heilbrigðisþjónustu. Verkefnum hefur verið fjölgað án aukins mannafla eða fjármagns. Önnur rekstrarform fást ekki reynd, samanber samninga Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) og Sjúkratrygginga Íslands frá árinu 2008. Loks er verið að framkvæma breytingar á störfum heimilislækna án þess að þeir eða fagfélag þeirra fái að koma þar að nema sem umsagnaraðili á lokastigum. Því hefur verið haldið fram

í ræðu og riti að heimilislækna sinni ekki starfsskyldum sínum á dagvinnutíma. Þar hafa ýmsir talnaspekingar borið komufjölda á dagvinnutíma hjá heimilislækni saman við komur á vaktþjónustu. Að degi til sækja einstaklingar með fjölbætt vandamál, gjörólíkt því sem gerist á vaktinni. Atvinnurógi af þessu tagi verður að linna.

Heimilislækni móttakan er kjarni heilsugæslunnar og sá hluti sem er viðkvæmastur fyrir undirmönnun. Greiður aðgangur að heimilislækni, þekking á sjúklingi og fjölskyldu hans, ásamt trausti og samfelli í meðferð, er það mikilvægasta í þjónustu heilsugæslunnar og skiptir höfuðmáli. Slíkt verklag sparar mikla fjármuni.

Þetta er grunnur að hugmyndafræði heimilislækninga sem FÍH hefur verið að berjast fyrir síðustu áratugi.

FÍH hefur um árabíl unnið að, endurskoðað reglulega og gefið út staðla um starfsemi og starfsaðstöðu heimilislækna, síðast 2008. Staðallinn skiptist í fjóra ýtarlega þætti: um starfshætti, starf, húsnæði og búnað á heilsugæslustöð.

En hvernig er ástandið? Á síðustu árum hafa orðið miklar breytingar á umhverfi heimilislækninga. Má fyrst nefna fækkun sérmenntaðra heimilislækna á landsbyggðinni og erfiðleika við að manna stöður. Á uppgangsárunum fjölgaði íbúum á höfuðborgarsvæðinu án þess að til kæmi fjölgun heimilislækna. Skjólstæðingar voru skráðir á heilsugæslustöðvar þrátt fyrir skort á heimilislæknum og álag því aukði á stöðvarnar. Eftir hrún hefur heimilislæknum fækkað, þeir hafa horfið til annarra starfa hérlandis eða erlendis. Þeir sem eftir eru vinna við sífellt meira álag.

Heimilislækningar hafa lengi verið sagður hornsteinn heilbrigðiskerfisins. Þar eigi fólk að hefja samskipti sín og þar eigi verulegur hluti eftirlits að vera. Þrátt fyrir þetta er lítið sem ekkert gert til að gera starfið eftirsóknarvert til að örva nýliðun og enn sem fyrr er talað um að flylja aukin verkefni til heimilislækna.

Heimilislækna hafa á undanförmum árum lagt mikla vinnu í að laða til sín læknanema í sérnám. Námið tekur fjögur til fimm ár og í því eru nú á annan tug

ungra lækna. Þá munu nokkrir stunda sérnám erlendis. Boðuð hefur verið fjölgun á námsstöðum í heimilislækningum en hún hefur enn ekki litið dagsins ljós. Sérmenntuðum heimilislæknum mun fækka um helming á næstu 8-10 árum vegna aldursamsetningar hópsins. Ástand sem hefur verið alvarlegt um nokkurt skeið verður óviðráðanlegt innan fárra ára nema brugðist verði við á markvissan hátt.

Hvað er til ráða? Strax verður að hefja vinnu við að bæta starfsgrundvöll heimilislækninganna, meðal annars með því að draga til baka skerðingu á ráðningarkjörum.

Fjölga mætti lækna riturum frekar en að lækna skrifi sjúkraskrár og vottorð sjálfir, sumir hverjir með tveimur fingrum. Kanna verður meðal heimilislækna þörf á annarri aðstöð. Fjölga þarf námsstöðum strax en fyrstu lækna þeirrar aukningar skila sér inn í kerfið eftir um fimm ár. Þá er eðlilegt að FÍH komi að öllum nefndastörfum er varða heimilislækningar.

Félag íslenskra heimilislækna hefur um árabíl varað við þessari þróun. Félagið hefur ítrekað boðið stjórnvöldum samvinnu um lausn yfirstandandi vanda en því miður hefur þeim boðum ekki verið sinnt. Ljóst er af stöðu mála í dag að þessi afstaða er að leiða heilbrigðiskerfið inn í blindgötu og hvetjum við ráðuneytið til að kalla félagið til samstarfs svo leita megi lausna á aðstoðjandi vanda. Ætli menn að halda áfram þjónustu í þeim anda sem kennd hefur verið við norræna heilbrigðisþjónustu og velferðarsamfélag er það eina lausnin. Stefni hugur stjórnvalda annað er eðlilegt að slíkt sé tilkynnt þeim sem nú vinna við heimilislækningar svo þeir geti gert upp við sig hvernig og hvar þeir hyggist starfa í framtíðinni.

General practice in Iceland, the present situation

Halldór Jónsson MD, MMSc- International Health,
Specialist in Family Medicine at Glæsibær Health Centre,
Reykjavik, Iceland. Chairman of the Icelandic
College of Family physicians