

„Umræðan um sérfræði- þjónustuna hefur einkennst af vanþekkingu“

■ ■ ■ Hávar Sigurjónsson

Læknafélag Reykjavíkur stendur frammi fyrir miklum breytingum bæði á innra skipulagi og hlutverki sínu út á við. Breytingarnar stafa að miklu leyti af skipulagsbreytingum á Læknafélagi Íslands sem samþykktar voru á síðasta aðalfundi þess og hafa verið kynntar og ræddar rækilega. *Læknablaðinu* lék hugur á að vita hvernig Þórarinn Guðnason, sérfræðingur í hjartalækningum og nýkjörinn formaður LR, hygðist stýra félaginu í gegnum breytingarnar og móta nýtt hlutverk þess.

Ég vil fá að byrja á að þakka fráfarandi formanni Læknafélags Reykjavíkur, Örn Guðmundsdóttur, fyrir hennar góða starf undanfarin fjögur ár, hún hefur leitt félagið gegnum miklar breytingar sem sér ekki fyrir endann á, en lætur nú af formennsku. Við sem tökum við keflinu tökum við góðu búi. Eins vil ég bjóða nýja stjórn LR velkomna til starfa, segir Þórarinn í upphafi og setur sig svo í stellingar fyrir spurningar blaðamanns.

Breytingarnar á LÍ í fyrra voru gerðar til að færa félagið til nútímans. Gamalt skipulag með svæðafélögum var barn síns tíma og sum þeirra með fáa félagsmenn. Það var rætt að vera ekki með aðildarfélög að LÍ heldur að allir væru með beina félagsaðild. Niðurstaðan varð að hafa fjögur álíka stór aðildarfélög, heimilislækna, almennra lækna, spítalalækna og sjálfstætt starfandi lækna. En það var líka hafist handa við lýðræðisbreytingar. Áður ríkti fulltrúalýðræði á aðalfundi LÍ en nú er formaður kosinn í beinni kosningu rafrænt.

Aðildarfélögin eru nú í óða önn að finna sér hlutverk og stað. Fyrir heimil-

segir Þórarinn Guðnason nýkjörinn formaður LR

islækna og almenna lækna breytist lítið en Félag sjúkrahúslækna er nýtt og þarf að byggja allt sitt upp frá grunni undir forystu nýrrar stjórnar. LR er andhverfan með meira en aldargamla sögu og allskyns skuldbindingar en þarf engu að síður að móta sér nýtt hlutverk og áherslur rétt eins og hin félögin. LÍ þarf svo að hafa hátt til lofts og vítt til veggja og vera vettvangurinn fyrir sameiginlegu málin. Í framtíðinni sé ég svo sérgreinafélögin koma meira inn í starf LÍ, einkum varðandi fagleg mál og fræðin.

Í ljósi þessara breytinga, hvernig sérðu hlutverk LR í framtíðinni?

Verkefnin eru fjölmörg og skemmtileg og með fullri virðingu fyrir sögunni mun ég horfa meira til framtíðar við úrlausn þeirra en í baksýnispegilinn. Við í stjórn LR og stór hópur sérfræðilækna með okkur viljum koma að því að móta heilbrigðis- stefnu landsins til framtíðar. Það brennur á þjóðinni að gera það núna. Of oft hefur sérþekking lækna ekki verið nýtt nægjanlega í slíkri stefnumótun, en LR ætlar að leggja sitt af mörkum í þessu. Við sjáum

að það þarf að bæta fjármunum í sérfræði-þjónustuna, heilsugæsluna og spítalana, alla þessa þætti. En það þarf líka að nýta þetta fé vel. Í því samhengi er mikilvægt að minna á að þjónusta sérfræðilækna á stofu er mjög hagkvæmur og ódýr kostur.

Það er alþjóðleg þróun að aðgerðir og lækni meðferðir eru að flytjast á göngudeildir, dagdeildir eða á stofur úti í bæ. Tækni framfarir og þekking gera þetta kleift og þetta er alls ekki séríslensk þróun þó stundum mætti halda það af umræðunni hér heima. Við eigum að fagna þessum framförum sem fela í sér umtalsverðan sparnað og gera fleirum kleift að gangast undir nauðsynlegar aðgerðir. Einmitt það er besta leiðin fyrir okkur til að takast á við öldrun þjóðarinnar sem við stöndum frammi fyrir. Heilbrigðiskerfið þarf að gera fólk frískara bæði með forvörnum og lækningum aðgerðum svo það geti verið áfram heima og hugsað um sig sjálft. Skiptum um mjöðm eða hjartaloku áður en fólk koðnar niður á biðlista. Aukum svo aðstoðina við fólk heima, gætum að félagslegu og andlegu þáttunum hjá öldruðum og sinnum þeim vel heima. Við munum nefnilega ekki geta byggt burt öldrun þjóðarinnar með steinsteypu í nýjum hjúkrunarheimilum eingöngu.

Vegna þessarar þróunar gætu spítalar eins og við þekkjum þá í dag jafnvel orðið að mestu óþarfir í framtíðinni og flestu hægt að sinna á dagdeild, göngudeild eða á stofu. Við eigum að vinna með þeirri þróun og fagna henni en tryggja jafnframt aðhald, eftirlit og gæði í öllum þáttum heilbrigðiskerfisins. Þegar þetta gerist þurfa aðrir hlutar kerfisins að bregðast við. Til dæmis þarf menntun læknanema



„Þeim fimm hundruð þúsund heim-
sóknnum sem sérfræðilæknar taka á móti
á hverju ári verður ekki beint annað án
mikils undirbúnings,” segir Þórarinn
Guðnason nýkjörinn formaður LR.

eða rekstri og einnig þeirra sem eru að hluta til á stofu til viðbótar við hlutastarf á spítala.

Heiti félagsins, Læknafélag Reykjavíkur, verður nokkuð misvísandi með breyttu hlutverki. Sérðu nafnbreytingu fyrir þér?

Nafn Læknafélags Reykjavíkur á sér að mínu viti alltof langa sögu til þess að það verði lagt til hliðar í einu vetfangi vegna skipulagsbreytinga. Engum dettur í hug að Eimskip sigli um á gufuskipum eða að í Verslunarmannafélagi Reykjavíkur sé eingöngu starfsfólk í verslunum. En ef til vill verður LR skammstöfunin notuð í vaxandi mæli í framtíðinni.

Þá kemur skýrt fram í lögum LR hvaða læknum er helst ætluð félagsaðild og kom fram hér aðan. Læknafélag Reykjavíkur var stofnað af 9 læknum þann 18. október 1909 til þess að semja við Sjúkrasamlag Reykjavíkur. Allt fram á þennan dag, eða í 109 ár, hafa samningar sjálfstætt starfandi sérfræðilækna verið gerðir í þess nafni á einn eða annan hátt. Það yrði því sjónarsviptir að nafni Læknafélags Reykjavíkur ef það hyrfi úr þessu aldagamla samhengi.

Er læknastréttin að skiptast í hagsmunahópa sem eiga minna sameiginlegt en meira?

Nei það held ég ekki, en breytingarnar í LÍ skýra ólík verksvið nýju aðildarfélaganna, sem er til bóta og skapar ný tækifæri til að vinna að hagsmunum innan félaganna. Þá er eðlilegt að uppi séu mismunandi sjónarmið og að tekist sé á um þau, sem er bara heilbrigt og hvetjandi. LÍ þarf svo að skapa rými fyrir öll þessi sjónarmið innan sinna vebanda, en jafnframt að vera það sameiningarafl sem þéttir raðirnar þegar það á við.

og sérnámslækna að taka mið af þessu og flytjast meira út á stofurnar og í heilsugæsluna.

Ég vil ekki gera eins mikinn greinarmun á sérfræðingum í heimilislækningum og öðrum sérfræðilæknum og oft er gert. Heimilislæknar eru einfaldlega sérfræðilæknar eins og við hin, sérhæfðir í breiddinni og heildrænni nálgun rétt eins og aðrar sérgreinar hafa sín svið. Svo ef við lítum aftur til skipulagsbreytinganna á læknafélögunum mætti spyrja hvort heimilislæknar í sjálfstæðum rekstri gætu

ekki allt eins átt meiri samleið með LR læknum varðandi rekstur sinna stöðva þó faglegi og félagslegi hlutinn liggi nær Félagi heimilislækna og heimilislæknum sem vinna hjá ríkinu.

Fyrsta og fremsta hlutverk LR er að vera málsvari félagsmanna sinna og standa vörð um hagsmuni þeirra. Skipulagsbreytingarnar í LÍ einfalda verksvið og ábyrgð aðildarfélaganna og hlutverk LR er að mínu viti skýrt. Við erum bæði vettvangur þeirra sem starfa sjálfstætt á stofu eða í öðrum fyrirtækjum

Hvaða kröfur muntu setja á oddinn fyrir hönd sjálfstætt starfandi lækna?

Í fyrsta lagi vil ég stórauka nýliðun í læknaþéttinni. Hún er úrslitaatriði fyrir framþróun í heilbrigðiskerfinu. Sú fáheyrða aðgerð yfirvalda að stöðva nýliðun sérfræðilækna með lokun á ramma-samningi Sjúkratrygginga Íslands undanfarin tvö ár og brjóta þannig saminginn er óþolandi og hættuleg. Læknisfræðin er þekkingariðnaður og þar er lífsnauðsynlegt að fá heim unga lækna með ferska þekkingu erlendis frá.

Í öðru lagi geri ég skýlausa kröfu á heilbrigðisfyrirvöld að þau standi við gerða samninga og vandi stjórnsýsluna. Á því hefur verið mikill misbrestur undanfarin misseri. Það rýrir traust á ríkisvaldinu og stjórnsýslunni og er ekki til þess fallið að stuðla að framþróun.

Í þriðja lagi snýst vinnan auðvitað um kjör stofulækna og ekki síst núna þegar samningar við SÍ verða lausir um næstu áramót. Stofureksturinn hefur ekki farið varhluta af kostnaðarhækkunum á húsnæði, launum og aðföngum. Þá hafa kröfur aukist um skráningu, persónuvernd og upplýsingaöryggi svo rekstrarkostnaðurinn hefur hækkað. Það er langt í frá að þeirri útgjaldaaukningu sé sýndur skilningur í greiðslum ríkisins fyrir þjónustuna og við það verður auðvitað ekki unað til langframa.

Ég vil í fjórða lagi ítreka að LR vill gæta hagsmuna þess hóps lækna sem starfar bæði í sjálfstæðum rekstri og að hluta á spítala eða heilbrigðisstofnun. Þessi hópur á ekki einsamall að þurfa að vera með hagsmunum í tveimur félögum. Ég ætla að beita mér fyrir því að LR verði málsvári hlutavinnulækna, sem það vilja, í góðri samvinnu við hin aðildarfélögin og LÍ.

LR mun áfram berjast fyrir því að í heilbrigðiskerfinu okkar verði fjölbreytt rekstarform sem gefur nauðsynlegan sveigjanleika til að ná hagkvæmni og bæta þjónustu. Sveigjanleikinn mun einnig tryggja gott aðgengi, hagstætt verð og mikil gæði sem við ætlum að sýna fram á með almennri skráningu gæðavisa í starfseminni. Vinnan við þetta er hafin á vegum LR og þeirra 24 sérgreina sem eru á samningi við SÍ. LR skilgreinir almenna gæðavisa en sérgreinar og undirsérgreinar velja gæðavisa varðandi klíníska hlutann í hverri grein.

Ég tel að það sé mikilvægt að tryggja símenntun sérfræðilækna í sjálfstæðum rekstri enn frekar og skráningu hennar. LR vill sækja aukin réttindi á símenntun fyrir LR-félaga og jafna aðstöðumun í þessu gagnvart ríkisreknum stofnunum. Símenntun og skráning hennar verður hluti af þeim gæðavísu sem við vinnum nú að og verður í framtíðinni eðlilegur hluti af rekstri sjálfstætt starfandi lækna.

Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er óumdeildur hluti hins opinbera heilbrigðiskerfis enda fjármagnað að 70-80% með fjárframlögum ríkisins. Við teljum jafnvel að kalla megi Sjúkratryggingar Íslands „Tiundu heilbrigðisstofnunina“, og hún er reyndar þá sú næststærsta hér á landi, með allan þann fjölda lækna sem veita þjónustu á hennar vegum. Við teljum líka að þessi þjónusta sérfræðilækna hafi bjargað íslensku heilbrigðiskerfi í kreppunni þegar SÍ og lækna þeirra höfðu sem betur fer tök á að taka við auknu álagi sem kom til með sparnaði á spítölum og heilsugæslu sem leiddi til samdráttar í þjónustunni þar.

Þeim 500.000 heimsóknum sem sérfræðilækna taka á móti á hverju ári verður ekki beint annað án mikils undirbúnings. Ef slíkt stæði til þarf fyrst að byggja upp kerfi sem á að taka við. Það lýsir alvarlegum skorti á þekkingu á heilbrigðiskerfinu að telja að heilsugæslan og spítalarnir geti sinnt þessari þjónustu með einfaldri pólitískri ákvörðun eða einu pennastriki.

Ég ætla að tryggja sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum þann sess í umræðunni sem þeir eiga skilið og að störf þeirra verði metin að verðleikum. Við erum að veita afar vandaða þjónustu, gott aðgengi sjúklinga, lágt verð og mikil gæði. Þjónustan er mun ódýrari en á ríkisreknu heilsugæslunni og á sjúkrahúsum. Þannig er fullt verð til ósjúkratryggðra (til dæmis ferðamanna) á stofu hjá lyflækni, 8600 kr., en koma til læknis á heilsugæslu kostar 9600 kr og til lyflæknis á göngudeild spítala 13.200 kr.

Í stofurekstrinum er alveg ljóst hvað hlutirnir kosta, reikninga verður að borga og tekjur að duga fyrir útgjöldum. Reksturinn þarf því að vera góður og allar tölulegar upplýsingar um kostnað liggja nákvæmlega fyrir, sem er nokkuð sem virðist erfiðara í ríkisrekstrinum. Með al-

mennri gæðaskráningu verða stofulækna þar að auki í fararbroddi með skráningu bæði árangurs og kostnaðar sem gerir okkur kleift að bera saman kostnað og gæði þjónustunnar. Þann samanburð hræðumst við ekki.

Umræðan um sérfræðiþjónustuna hefur einkenst af vanþekkingu, og á köflum verið ósanngjörn. Staðreyndin er sú að við erum mikilvægur og vinsæll hluti hinnar opinberu heilbrigðisþjónustu.

Sem dæmi um rangfærslur heyrir oft að það sé engin teymisvinna eða þverfagleg samvinna á stofum, þar sitji lækna einangraðir frá öðrum heilbrigðisstéttum. Það er einfaldlega rangt. Gott dæmi er starfsemi bæklunarlækna þar sem þeir, röntgenlækna, geislafræðingar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, sjúkrapjálfar og fleiri vinna saman undir einu þaki. Svipaða samvinnu má sjá víðar. Hins vegar hafa samningar okkar vegna tregðu SÍ við að taka upp nýjungar ekki auðveldað svona samstarf en þar eru mikil og augljós tækifæri fólgin.

Það eru líka tækifæri í því að taka upp ný læknisverk, þjónustu við landsbyggðina, átaki í fjarlækningum og menntun heilbrigðisstétta á stofnunum okkar.

Margir lækna eru í hlutastarfi á stofnun og að hluta á einkastofum. Finnst þér það fyrirkomulag eðlilegt?

Ef horft er á þetta út frá því sem er mikilvægast, frá sjónarhóli sjúklingsins, er þetta gott fyrirkomulag. Hann getur hitt sama sérfræðing fyrir, í og eftir aðgerð, samfella sem flestum sjúklingum þykir eftirsóknarverð. Þetta fyrirkomulag hefur líka mótast af þörfum spítalanna. Það hentar vel að hafa fleiri hausa til að manna vaktir en að ráða fleiri í fullt starf, enda ekki endilega þörf fyrir alla þá lækna á dagvinnutíma. Íslenska kerfið hefur vaxið svona fram vegna smæðar kerfisins, mannfæðar og fleiri þátta og ekki að ástæðulausu.

Í dag er hægt að gera meira af flóknum verkum utan spítalanna vegna tækni-framfara og stofustarfsemin krefst meiri þekkingar og sérhæfingar. Þess vegna er eftirsóknarvert að hafa lækna á stofnunum sem vinna líka á spítölunum, taka þar vaktir og halda sér í fullri þjálfun við að gera stórar og flóknar aðgerðir. Það tryggir að þekking og vinnulag berst á milli

spítalans og stofanna sem eykur gæðin á báðum stöðum.

Lykilatriði er að bæta samvinnu spítala og stofureksturs, skýra boðleiðir og nýta kosti beggja kerfa, sem eru bæði greidd af opinberu fé þó rekstrarformin séu ólík. Ef það fæst meiri heilbrigðisþjónusta fyrir hverja krónu með því móti, sé ég ekkert því til fyrirstöðu að menn vinni á báðum stöðum. Leikreglurnar eru líka skýrar og þurfa að vera það. Til dæmis eru áratugir síðan lækmar sem eru einn dag í viku á stofu minnkuðu starfshlutfall á spítalanum í 80%. Það er einfaldlega ekki hægt að vera á báðum stöðum í einu. Eftirlitið með gæðum er lykilatriði og ber að efla. Þar get ég ekki nóg samlega bent á mikilvægi öflugr landlæknisembættis.

Hvort ættu þessir lækmar að velja hið nýja Félag sjúkráhlúslækna eða LR?

Hlutavinnulækmar sem líka vinna á stofu ættu að mínu viti að velja LR. Sömuleiðis lækmar sem eru á stofu eingöngu og lækmar sem á ýmsan hátt vinna sjálfstætt eða hjá fyrirtækjum og öðrum en ríkisreknu heilbrigðisstofnunum. LR vill sinna af alúð ólíkum þörfum allra sem starfa utan hinna ríkisreknu stofnana og við bjóðum í raun alla velkomna sem telja hag sínum best borgið innan raða LR. Við viljum líka vera valkostur þeirra sem hafa ekki fundið sér stað innan skipulags LÍ og hafa yfirgefið læknafélögin.

Læknablaðið hefur um áratugaskeið verið gefið út sameiginlega af LR og LÍ. Sérðu

fyrir þér breytingar á útgáfustjórn og jafnvel eignarhaldi blaðsins?

Ég tel eðlilegt að aðkoma aðildarfélaganna verði breikkuð og að þau hafi öll aðkomu að útgáfustjórn *Læknablaðsins*. Það er í sjálfu sér ekkert að því að blaðið sé í eigu LÍ en það væri heldur ekki óeðlilegt að öll aðildarfélögin ættu ákveðinn hlut í því. LR mun tala fyrir þróun í þá átt en aðkoma aðildarfélaganna að útgáfustjórninni er aðalatriðið.

Bent hefur verið á að hérlandis séu gerðar fleiri aðgerðir af ákveðnum tegundum á einkastofum en á Norðurlöndunum. Er greiðslukerfið hvetjandi að þessu leyti?

Á sama hátt og Mark Twain vissi það forðum að fréttir af andláti hans væru stórlega ýktar er ég sannfærður um að fréttir af oflækningum hérlandis eru það líka.

Mér fannst ómaklegt þegar landlæknir fór í fjölmiðla með dylgjur um oflækningar í fjórum tilteknum aðgerðum án þess að kanna betur hvað lægi þar að baki. Viðkomandi sérgreinar hafa svarað þessu en óneitanlega hefði mátt byrja á biðja þær um skýringar áður en farið var í fjölmiðla með sleggjudóma. Enda þótt Ísland geri meira af einni aðgerð en eitthvert annað land er það ekki sjálfkrafa slæmt heldur getur það verið dæmi um betri þjónustu en í samanburðarlandinu. Ég spyr líka hvort sumar aðgerðir séu mögulega gerðar sjaldnar hér á landi en annars staðar. Af hverju erum við ekki að tala um það? Það

er nefnilega meiri hætt á að við gerumst sek um vanlækningar í fjárseltu heilbrigðiskerfi en hitt.

Það að tengja oflækningar við greiðslukerfi er líka einföldun, þó það sé sjálfsagt að skoða það sem einn þátt. Á Landspítala, sem hefur verið á föstum fjárlögum, eru mörg dæmi um að gert sé meira eða minna af ýmsum aðgerðum en annars staðar. Sem dæmi má nefna að við gerum fleiri brjóslosaðgerðir, gallaðgerðir og kransæðapræðingar en samanburðarlönd. Engum dettur í hug að kenna rekstrarformi eða greiðslukerfi um það.

Eitthvað að lokum?

Stóra myndin er að við verjum minna en 8% af vergri landsframleiðslu í heilbrigðiskerfið en þjóðirnar í kringum okkur margar hverjar 10-11%. Í þessu ástandi eru vanlækningar meiri ógn en oflækningar. Það er meðal annars þess vegna sem við þurfum að auka fjárhagslega innspýtingu í heilbrigðiskerfið. Bestu leiðirnar til að hindra of- eða vanlækningar felast í vel menntuðum læknum, góðum klínískum leiðbeiningum, öflugri gæðaskráningu og notkun vísindalegrar aðferðar til að meta gagnsemi meðferðar. Í því felst að allir viti hvað er rétt að gera, geri það rétt og á réttum tíma. LR ætlar að vinna ötullega að því að styðja félagsmenn til að halda áfram að vinna á þann hátt og gera það sýnilegra, segir Þórarinn Guðnason formaður LR að lokum.