

Stjórnun í stofnun á tímamótum

GÍSLI HEIMIR SIGURÐSSON ER NÝLEGA KOMINN heim til Íslands eftir um 23 ára fjarveru og reynslu af háskóla- og sjúkrahúsvinnu víðs vegar um heim síðast í Sviss. Síðastliðin níu ár var hann prófessor og yfirlæknir við háskólasjúkrahúsið Inselspital í Bern í Sviss. Hann tók nýlega við starfi prófessors og forstöðulæknis svæfinga- og gjörgæsludeildar Landspítalans. Hann kemur til starfa þegar spítalinn er á tímamótum, sameining Landspítala við Hringbraut og í Fossvogi stendur yfir. Gísli er þulvanur stjórnandi og því leitaði Læknablaðið til hans eftir hollráðum um lækna og stjórnun, en því er stundum haldið fram að lækna hafi takmarkaðan áhuga á stjórnun og undir það tekur Gísli:

„Það eru væntanlegar margar ástæður fyrir því að lækna hafa sýnt lítinn áhuga á stjórnunarmálum. Flestir fara í læknisfræði af því þeir hafa áhuga á lækningum en ekki stjórnun. Síðan held ég að það spili inn í að flestir íslenskir lækna fara í sérnám erlendis og staldra ekki lengi við. Flestir eru þar meðan á klínísku sérnámi stendur og fáeinir örlítið lengur, til dæmis ef þeir fara í doktorsnám. Tiltölulega fáir fá tækifæri til taka að sér stjórnunarstörf meðan á sérnámi stendur og starfa því að vissu leyti í „vernduðu umhverfi“ á erlendum sjúkrahúsum þar sem eldri og reyndari lækna hugsa um stjórnunarþætti starfsins. En það er að sjálfsögðu nauðsynlegt að lækna sinni stjórnun, því annars tekur einhver annar að sér að stjórna þeim. Það er ekki alltaf góður valkostur, í hvaða fagi sem maður er. Það er kostur að lækna stjórni læknum því þeir hafa ef til vill dálítið betri skilning á starfi þeirra en ef stjórnunarfræðingur til dæmis tekur að sér að stjórna þeim.“

Best að læra stjórnun samhliða sérnámi

Var vikið að stjórnun þegar þú varst hér í læknadeildinni?

„Nei, nánast ekki neitt.“

Finnst þér að það ætti að breyta því?

„Ekki endilega í grunnnáminu. Menn eiga frekar að vaxa inn í stjórnunarstörf samhliða sérgreinarnámi. Heppilegast er að það gerist á einum stað og menn séu leiddir inn í stjórnunarþætti starfsins smátt og smátt. Sums staðar er tekið markvisst á slíku, ég hef séð deildir þar sem virkilega er lagt upp úr að auka ábyrgð aðstoðarlækna í sérnámi, hluti af því var að þeir tóku að sér ákveðna starfsemi og stjórnðu henni eftir að þeir luku náminu, oft samhliða doktorsnámi. Eftir átta til tíu ára veru á sama stað

voru þessir lækna komnir með góða klínísku menntun, góða stjórnunarmenntun og auk þess stjórnunarreynslu og voru þá taldir hæfir til að verða yfirmenn á stærri sjúkrahúsum.“

Ætti að taka þessi vinnubrögð upp hér á landi?

„Já, og víðar. Þetta er ekki aðeins íslenskt vandamál, það er almennur vandi, bæði á Norðurlöndunum, annars staðar í Evrópu og í Bandaríkjunum, og fyrir því eru margar ástæður. Í Bandaríkjunum og víða í Evrópu er víðast hvar illa borgað fyrir stjórnunarstörf og klínískir lækna fá oft mun hærri laun. Undantekningin er Sviss og Pýskaland og þar er slegist um ædstu stjórnunarstörf. Á síðari árum hefur stjórnunarþátturinn orðið æ mikilvægari í klínísku sérnámi í Bern. Þar hefur verið reynt að auka þátttöku lækna sem eru í sérnámi í ákvarðanatökum sem varða almenna starfsemi deildarinnar og auka hlutdeild þeirra í ábyrgðarstöðum undir eftirliti reyndari lækna. Á síðustu tveimur eða þremur árum hefur mikilvægi formlegrar menntunar í stjórnun (master of management) og stjórnunarreynsla aukist mikið við mat á læknum í toppstöðum bæði á stærri einkasjúkrahúsum og á háskólasjúkrahúsum víða um heim.“

Getur þetta fjárhagslega mat átt þátt í því að störfín eru minna metin en ella?

„Mjög líklega. Það er greinilegt að ekki er litíð sérstaklega upp til stjórnenda meðal lækna. Að vísu njóta góðir stjórnendur virðingar hvar sem er, einnig á Íslandi. En góður klínískur lækna hefur allt aðra og betri stöðu í hugum manna og það er ekkert séríslenskt.“

Er þetta ef til vill rótgróin hugsun sem ekki er hægt að breyta?

„Þessu er að sjálfsögðu hægt að breyta og verður að breyta, en það verður ekki auðvelt. Til skamms tíma höfum við komist upp með hálfgerð anarkí í stjórnun margra sjúkradeilda hér á landi vegna þess að stofnanirnar hér hafa ekki verið ýkja stórar, starfsemin ekki ýkja flókin og starfsmennirnir hafa lært að starfa saman án mikilla formlegra samskipta. Það hefur þá verið hægt að verja eitthvað lakari nýtni á aðstöðu með því að benda á að stjórnunarkostnaður hefur verið í lágmarki. Þetta hefur því sjaldnast komið mikið niður á gæðum eða magni starfseminnar. Annað sem hefur einkennt starfsemi á íslenskum sjúkrahúsum - og svipað má raunar segja um marga aðra starfsemi í íslensku þjóðfélagi - hefur verið riðlun á samskiptum milli stjórnunarstiga. Bæði í einkafyrirtækjum og opinberum stofnunum er



Gísli H. Sigurðsson.

ekki ætlast til að hlaupið sé yfir nema í mesta lagi eitt stig í ferli ákvarðana. Ef starfsmaður nær ekki árangri með því að tala við næsta yfirmann er stundum leyfilegt að tala við þann næsta fyrir ofan hann en lengra á ekki að fara. Það á heldur ekki að hunsast næsta yfirmann að óreyndu. Það er hiklaust gert hér. Menn fara bara í KRON sjálfan, eins og einu sinni var sagt. Mörgum finnst það sjálfsgagt að tala beint við æðsta yfirmann stofnunarinnar. Starfsemi sjúkrastofnana nútímans er í mörgum tilfellum orðin svo margvísleg og flókin að það er ekki mögulegt og því síður æskilegt að stjórna þeim eða einstökum deildum þeirra í hjáverkum. Núna, þegar verið er að sameina tvö stærstu sjúkrahús landsins í eitt stórt háskólasjúkrahús, er kjörið tækifæri til breytinga og bóta í þessu efni. Það verður að koma á stjórnunarskipulagi sem hægt er að vinna með. Þetta er eitt stærsta fyrirtæki landsins með veltu upp á 20 milljarða. Á slíku fyrirtæki verður að hafa stjórn og þessi stjórn verður að vera í ákveðnum farvegi.“

Skynsamleg sviðsskipting

Þú nefnir sameiningu sjúkrahúsanna og þær stjórnunarbreytingar sem henni fylgir. Er nægilegt svigrúm til að vinna að því máli samhliða öðru sem þarf að leysa, svo sem að samræma launataxta?

„Mér finnst margt hafa tekist vel og nefni sviðsskiptinguna sem dæmi þar sem mér finnst hafa verið haldið mjög skynsamlega á málum. Það var nokkur áhugi á því að stofna svokölluð líffærakerfasvið, til dæmis að setja hjarta- og æðaskurðlækningar ásamt hjartalyflækningum saman undir eitt svið, en frá því var horfið og það tel ég að hafi verið skynsamleg ákvörðun. Á háskólasjúkrahúsini sem ég vann á í Bern var líffærakerfasviðum komið á fyrir tæpum þremur árum þrátt fyrir mótmæli margra yfirlækna spítalans. Á þessum tíma voru þegar komnir í ljós margir vankantar á slíku kerfi einkum frá Skandinavíu. Einn af vanköntunum var að starf-

semi sem átti fátt sameiginlegt með öðrum greinum var troðið einhvers staðar af handahófi. Það mynduðust það sem ég vil kalla ruslatunnur, svið sem innihéldu starfsemi sem ekki passaði neins staðar inn með öðrum deildum á sviðinu, var annað hvort of eðlisóflk hinum, eða var of stór til að bæta við á svið þar sem starfsemin átti eitthvað sameiginlegt eða of lítil til að vera ein sem sérstakt svið. Menn komust að því að allar skurðlækningar áttu fleira sameiginlegt innbyrðis en lyf- og skurðlækningar þótt á sama líffæri væri. Eftir hálf tveimur árum var kerfið að nokkru leyti lagt niður í raun og byggir nú á deildunum að mestu leyti. Þessi æfing kostaði spítalann nærri 20 milljónir dollara aukalega, því stöðugildum fjölgaði að miklum mun. Ég er mjög ánægður með niðurstöðuna hér á Landspítalanum og að þar hafi verið lært af mistökum annarra. Hins vegar er við ýmislegt að glíma í þessu sameiningarferli. Enn er Landspítalinn á tveimur stöðum í borginni og því óhægt um vik að ná nauðsynlegri hagkvæmni í rekstri. Meðan starfsemin er enn á tveimur stöðum er sennilega hægt að ná einhverjum árangri með sameiningu vissra deilda þannig að til dæmis þvægfæraskurðlækningar verði aðeins á öðrum staðnum, en ýmis önnur mikilvæg áform um hagkvæmni og umbætur verða að bíða þess að að minnsta kosti öll bráðastarfsemi Landspítala verði komin á einn stað. Sem dæmi má nefna að það mætti sennilega fækka læknavöktum á svæfingar- og gjörgæsludeild ef öll starfsemin væri á einum stað. Á hinn bóginn mætti auka gæði á annarri þjónustu, til dæmis hafa sérfræðing í almennum lyflækningum og annan í skurðlækningum á bundinni vakt á spítalanum allan sólarhringinn eins og víða tíðkast erlendis, ef starfsemin væri öll á einum stað. Við núverandi ástand er starfsemin heldur lítil til að réttlæta þann auka kostnað sem þessi tilhögun hefði í för með sér. Mér finnst erfitt að horfa upp á háskólasjúkrahús vaxa upp á tveimur stöðum, með slysamóttöku á einum

Frír aðgangur að gagnasöfnum um heilbrigðismál

Samið hefur verið um aðgang Íslendinga að ýmsum gagnasöfnum á netinu, meðal annars um heilbrigðismál. Meðal þeirra safna sem gerð hafa verið aðgengileg öllum þeim er hafa tengingu sem uppfyllir öryggiskröfur eru: ProQuest Medical Library með aðgengi að 230 tímaritum um læknisfræði, hjúkrun og lyfjafræði. Þessi grunnur var valinn besti gagnagrunnur ársins í Information Today. Ennfremur má nefna ProQuest Health með greinum úr 170 tímaritum um læknisfræði, hjúkrun, tannlækningar og stjórnun sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva. Nánari upplýsingar er að finna á vef Menntamálaráðuneytisins: www.stjr.is/mrn

Af vef Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis

Sjúklingar nota netið

Kannanir sýna að um 60 milljónir Bandaríkjamanna (af 265 milljónum) leituðu sér upplýsinga um heilsufarsmálefni á veraldarvefnum árið 1998. Hins vegar hefur fram til þessa skort upplýsingar um á hvern hátt netið er notað í þessu skyni. Könnun var gerð meðal rúmlega 1000 göngudeildarsjúklinga á meltingarsjúkdómadeildum í Durham í Norður-Karólínu og Rockford í Illinois í ágústmánuði 1999 og þykir hún varpa nokkru ljósi á notkun sjúklinganna á veraldarvefnum. Svörun í könnuninni var mjög há, eða 92%. Meðalaldur svarenda var 53 ár, 59% svarenda voru konur og meðalsvarandi hafði eitthvert háskólanám að baki. Um helmingur svarenda hafði aðgang að netinu og af þeim fjölda notaði rétt rúmlega helmingur netið til að leita sér upplýsinga um heilbrigðismál og sjúkdóma en þar af aðeins 4% vegna þess að lækningar þeirra hafði bent þeim á það. Þegar litið var fram á við sögðust um 60% allra sjúklinganna ætla að nota netið til að afla sér upplýsinga um heilsufarsmálefni í framtíðinni.

JAMA Vol. 284 No. 15. 18. október, 2000.

stað og vissa bráðamóttöku hjartasjúklinga á öðrum, svo dæmi sé tekið. Kerfið er allt of flókið og reksturinn verður óhjákvæmilega dýrari en hann þyrfti að vera. Þetta þýðir í reynd að það þarf að leggja út í umtalsverðar fjárfestingar í byggingamálum spítalans á næstu 10 árum. Stór hluti núverandi bygginga bæði á Landspítalalóðinni við Hringbraut og í Fossvogi var hannaður fyrir sjúkrahússtarfsemi eins og hún var fyrir 30-50 árum og uppfylla því ekki kröfur um nútíma háskólasjúkrahús. Ef litið er á rekstur sjúkrahúss þá eru um 70% af kostnaðinum vegna launa starfsmanna á meðan húsnæðiskostnaður er innan við 10%. Með því að ná hagkvæmni í mannhaldi er hægt að ná hagkvæmni í heildarrekstri sem gæti réttlætt að farið væri út í stórar fjárfestingar eins og að koma starfsemi í eitt hús.“

Telur þú að þessar hugmyndir fái brautargengi?

„Já ég er bjartsýnn á það. Ég veit að Íslendingar gera miklar kröfur um gæði heilbrigðisþjónustu og munu ekki setta sig við lakari þjónustu en í nágrannalöndunum. Þrátt fyrir að við höfum að miklu leyti náð að halda í við þær þjóðir sem lengst hafa náð á heilbrigðissviði á undanföllum árum, er hætt við að við drögumst aftur úr á sviði hátækni sjúkrahúsa ef við förum ekki að vakna. En það eru ýmis góð teikn á lofti í þeim efnunum. Ingólfur Þórisson, framkvæmdastjóri tækni- og eignasviðs, og hans samstarfsmenn á Landspítalanum hafa þegar unnið mjög gott starf á þessu sviði. Þeir hafa meðal annars kallað erlenda, sérhæfða sjúkrahúsarkitekta til liðs við sig og hafa þegar skýrt frá frumdrögum að lausn málsins. Þessi frumdrög benda til þess, að hægt væri að koma fyrir einum háskóla-spítala á hvorri lóðinni sem er, það er í Fossvogi eða við Hringbraut. Það þyrfti að byggja talsvert og losna við úrelt húsnæði, annað hvort undir aðra starfsemi eða að selja það.“

Sérðu fyrir þér ákjósanlega stjórnun, lækna eingöngu eða atvinnustjórnendur til dæmis?

„Hæfileg blanda held ég að reynist best. Ég held að það sé öllum orðið ljóst sem hafa kynnt sér stjórnun sjúkrahúsa í öðrum vestrænum löndum, að við verðum að hafa lækna í stjórnunarstöðum, en ekki eina. Þeir þurfa á stuðningi að halda frá atvinnustjórnendum. Mér finnst sú samsetning sem verið er að reyna hér á Landspítalanum eiga

fullan rétt á sér, með einn forstjóra og fimm framkvæmdastjóra þar af fulltrúa frá stærstu starfsmannahópnum sem starfa á spítalanum, læknum og hjúkrunarfræðingum. Við hlið þeirra eru sérfræðingar í fjármálum og tæknimálum svo og kennslu og rannsóknnum.“

Dýrar sumarlokanir

Á meðan þessi stóru áform móta starfsemi ykkar er ýmislegt smærra sem einnig hefur áhrif á starfsemi sjúkrahúsa, svo sem sumarlokanir. Hvernig horfa slíkar aðgerðir við þér?

„Mér finnst að sjálfsögðu mikil synd að það skuli þurfa að loka einhverjum deildum yfir sumartímann. Ég hef séð það bæði hér á landi og erlendis að það líður tiltölulega langur tími frá því farið er að draga úr starfsemi þar til að lokun kemur en á meðan er verið að greiða fullan kostnað. Síðan tekur alllangan tíma að koma starfsemi af stað á nýjan leik. Þetta er tiltölulega dýr tími, auk þess sem verið er að draga úr þjónustu á þessum tíma. Á Íslandi eru umtalsverðir biðlistar í flestum greinum lækninga og auðvitað lengjast þeir meðan á sumarlokunum stendur. Á hinn bóginn eru í gildi lög um sumarfrí starfsmanna og réttur til að taka það á ákveðnum tíma svo eitthvert samkomulag verður að vera um þessi mál. Á yfirstandandi ári var farið að draga úr starfsemi deilda strax í apríl eða tveimur mánuðum fyrir en sumarfrístíminn byrjar. Að þessu sinni var ekki dregið úr starfsemi vegna sumarleyfa heldur vegna skorts á rekstrarfé. Ég sé ekki almennilega hvernig á að vera hægt að spara með því til að mynda að fækka skurðaðgerðum þegar launakostnaðurinn er megnið af útgjöldunum, eins og ég gat um áðan. Starfsfólkið er til staðar og aðstaðan bíður.“

Hverjir eru möguleikar lækna, til dæmis yfirlækna, til að koma athugasemdum á framfæri í svona tilvikum?

„Það er helst með því að hafa samband við lækningaforstjórnann, en hann getur stundum lítið að gert þar sem vandinn að þessu sinni var að rekstur spítalans fór fram úr fjárhagsáætlun. Það er rétt, eins og fram hefur komið í fjölmiðlum, að rekstur ríkisspítala á árinu mun fara að minnsta kosti 400 milljónir fram úr áætlun og er það að sjálfsögðu gífurlega há upphæð. En þegar litið er á heildarveltu stofnunarinnar sem er nærri 20 milljarðar kemur í ljós að í prósentum reiknað er um að ræða 2-3%

fram yfir fjárlög. Þetta hlutfall er mun lægra en verðbólga, sem er um 5%, lægra en almennar launahækkningar í landinu, sem eru 6-7%, og um það bil helmingi lægra en hækkun á lyfjum og rekstrarvörum sjúkrahúsa. Mér finnst aðalvandamálið vera það að ekki hafa verið lagðar nógu skýrar línur um hvers konar starfsemi þurfi að tryggja, hvers konar þjónusta eigi að vera í boði og hvað hún eigi að kosta. Það væri kannski ekki óeðlilegt að gerð yrði einhvers konar úttekt á þeirri starfsemi sem fer fram á Landspítalanum. Það verður að meta þörfina, ekki aðeins fyrir kaup á tækjum og húsnæði heldur einnig fyrir starfsfólk. Það er auðvitað vandkvæðum bundið á meðan starfsemin er á mörgum stöðum en einnig er nauðsynlegt að nota þessi tímamót, þegar verið er að slá saman tveimur stofnunum með svipaða starfsemi, til að endurskipuleggja það sem þarf. Fjárveitingar til rekstrar byggjast á gömlum merg og án þess að við vitum nákvæmlega hvort þær endurspeglar þörfina sem er fyrir hendi. Vissar deildir hafa ákveðin stöðugildi, en það er í raun gamalt hugtak og stjórnendur sjúkrahúsanna hafa í raun ekki getað notað það árum saman annars staðar en í fjárlagatillögum. Margar deildir eru með fleiri starfsmenn í vinnu en þær hafa stöðugildi fyrir en það eru ekki deildirnar sjálfar sem hafa tekið ákvörðun um það heldur stjórnir sjúkrahúsanna. Grundvellingur hefur hins vegar ekki verið breytt til samræmis við breytta þörf.

Endurmats er þörf

„Endurmat eins og ég tel að sé nauðsynlegt væri án efa framkvæmt í hvaða einkafyrirtæki sem er við aðra eins uppstokkun og nú á sér stað. Með því að fara yfir alla þætti starfseminnar er hægt að gera sér grein fyrir hvernig þjónusta er hægt að veita sjúklingum og hvað hún kostar en forgangsörðun verkefna og þjónustu er hins vegar pólitísk ákvörðun. Mögulega kæmi það út úr vandaðri könnun að sumar deildir hefðu of margt starfsfólk fyrir þá þjónustu sem verið er að veita, en aðrar of fátt starfsfólk.“

Er ekki alltaf hættu á að enginn þori að sleppa því sem einu sinni hefur fengist í ljósi reynslunnar? Treysti því ekki að fá framlög til baka ef umsvifin aukast á ný?

„Það er auðvitað vandamál í allri starfsemi hvort sem er í framleiðslu eða þjónustu, allir eru hræddir við að skerða sitt og sína köku. Það er mjög erfitt að skapa nauðsynlegt traust til að koma á breytingum. Til dæmis var á háskólasjúkrahúsinu í Bern ákveðinn pottur af lækningastöðum, 50 talsins, sem áttu að vera hreyfanlegar á móti þeim sem voru bundnar við einstakar deildir.“

Urðu þær hreyfanlegar?

„Það var erfitt að tryggja það. Einu skiptin sem losnaði um þær var þegar skipt var um yfirmenn á deildunum. Þá var sett á laggirnar nefnd sem fór í gegnum starfsemi deildarinnar í smáatriðum, hvort

hún hefði uppfyllt þau kröfur sem ætlast var til og hvort hún hefði haft það sem til þurfti af fé, mannafla og tækjum. Þá kom kannski fram að þremur stöðum var ofaukið eða fimm vantaði. Þannig var hægt að færa til stöður á milli deilda.“

Reynsla annarra

Þegar þú vitnar í reynslu erlendis frá fer ekki hjá því að sú spurning vakni hvort unnt sé að læra meira af reynslu annarra þjóða?

„Ég hef kynnst ýmsu á allmörgum stöðum í heiminum og því miður er ekki til neitt ákjósanlegt líkan til að fara eftir. Í Bandaríkjunum eru nánast öll rekstrarform fyrir hendi, allt frá því að eitthvert fyrirtæki eða stofnun taki að sér alla heilbrigðisþjónustu á ákveðnu svæði (managed care) þar með talið heilsugæslu og sjúkrahúsþjónustu, yfir í sérhæfða litla spítala. Í Sviss er blanda af opinberu kerfi og einkareknu. Í þessum tveimur löndum einkarekstrarins er dýrasta heilbrigðisþjónusta í heimi. Biðlistarnir eru að vísu styttri en annars staðar en kostnaðurinn er mikill, í Sviss um 10-11% af heildarþjóðarframleiðslunni og í Bandaríkjunum allt að 15%. Í báðum löndunum er að finna bestu heilbrigðisþjónustu í heimi og einnig þá lélegustu í vestrænum löndum. Mér finnst hvorki rekstrar- né stjórnunarlíkan þeirra til fyrirmyndar. Norðurlöndin eru lang líkust okkur, heilbrigðiskerfið þar og kröfurnar sem gerðar eru til þess líkastar þeim sem við þekkjum. Danir hafa þó farið illa að ráði sínu á síðastliðnum árum og skorið niður útgjöld til heilbrigðisþjónustu til að spara. Fyrir nokkrum árum tók ég á móti danskri þingmannanefnd sem heimsótti háskólaspítalanum í Bern. Þeir voru frá flestum stjórnarmálflokkum sem áttu mann á þingi og voru að kynna sér öðruvísi rekstrarform spítala en tíðkast í Danmörku. Það sem kom mér mest á óvart í samtölum við þetta fólk var að allir sem einn, sama úr hvaða stjórnarmálflokki þeir voru, voru fullvissir um að heilbrigðisþjónustan í Danmörku væri bæði slök og allt of dýr. Þeir voru yfir sig hrifnir af því sem þeir sáu á háskólaspítalanum í Bern. Þegar ég sagði þeim að þessi starfsemi kostaði 50% meira en sams konar þjónusta í Danmörku áttu þeir erfitt með að trúa því. Í Svíþjóð hafa verið reynd ýmis stjórnunarlíkön en ég þekki ekki neitt kerfi sem sát er um að sé gott, því miður. Eitt af því sem Svíar hafa reynt er að láta allar deildir kaupa og selja sína þjónustu, þannig að röntgendeildin til dæmis selur röntgenmyndatökur, en aðrar deildir, svo sem lyfja- og skurðeild fá peninga til að kaupa sér þjónustuna, svo og aðra þjónustu eins og til dæmis á gjörgæslu- og svæfingu. Þetta stjórnunarform hefur mér vitanlega hvergi leitt til hagræðingar en alls staðar til gífurlega aukins kostnaðar vegna skriffinnsku. Víða hefur því verið horfið aftur frá slíku kerfi.“

Kynferðisofbeldi vaxandi vandamál

Samkvæmt tölum frá Sameinuðu þjóðunum lendir ein af hverjum fimm konum í heiminum í því á lífsleiðinni að vera nauðgað eða að reynt sé að nauðga henni. Þessar tölur koma fram í skýrslu SP um ástand íbúa heimsins árið 2000. Tölurnar benda einnig til þess að vandamálið sé vaxandi, þrátt fyrir yfirlýst markmið SP að berjast gegn hvers konar kynferðisofbeldi. Opinberar tölur sýna ekki nema hálfan sannleikann og afstaða yfirvalda er víða talin ámælisverð. Í sumum fylkjum Bandaríkjanna telst kynferðisáreiði fangavarda við kvenfanga ekki glæpsamlegt. Í Perú er fórnarlömbum nauðgunar í sumum tilvikum sjálfum gert að birta árásmanninum kærana. Í Pakistan neitar lögreglan oft að skrá nauðganir og dómari þar í landi vísaði kærur frá þar sem hann taldi að fórnarlambið hefði ekki sýnt nógu mikinn móttþróa. Í sumum löndum snýst rannsókn nauðgunarmála fyrst og fremst um það hvort fórnarlambið hafi verið hrein mey fyrir árásina.

Í umfjöllun British Medical Journal er sjónun meðal annars beint að læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki og möguleikum þess til að bæta ástandið. Aukin umræða og upplýsingaflæði er meðal þess sem talið er hjálpa til að svipta hulunni af ástandinu eins og það er og leiða í ljós að um alþjóðlegt vandamál er að ræða. Einnig er fjallað um þá kröfu ýmissa samtaka að fólk í heilbrigðisþjónustu geti veitt fórnarlömbum kynferðisofbeldis ráðgjöf og stuðning. Það getur skipt sköpum um meðferð slíkra mála og þar með líðan fórnarlamba hvort þau fá fullnægjandi lækniþjónustu, hvort kostur er á sálfræðiþjónustu í kjölfarið og hvort heilsugæslan fylgir því eftir að fórnarlömb ofbeldis komi í eftirskoðun og fái viðeigandi aðstoð í kjölfar fyrstu hjálpar.

BMJ 2000;321:1034-1035. (28. október)

Einkavæðing engin lausn

„Ég er undrandi á allri þeirri umræðu hér á landi sem er í gangi um einkavæðingu. Stór hluti Íslendinga virðist vera sannfærður um að allt einkarekið sé betra en það sem er ríkisrekið. Einkavæðing á sjálfsagt fullan rétt á sér í mörgum greinum en ég hef vissan fyrirvara á varðandi heilbrigðisþjónustu. Ef við berum saman einkavæðingu í Sviss og Bandaríkjunum annars vegar og almenna kerfið á Norðurlöndum hins vegar þá held ég að norræna heilbrigðiskerfið sé miklu betra. Það býður upp á tiltölulega góða þjónustu fyrir lágmarkskostnað. Auðvitað er hægt að taka einhverja hluti úr þjónustunni og einkavæða þá en hún verður ekki einkarekin nema hún sé boðin út. Rekstur bráðasjúkrahúss er til dæmis ekki hægt að bjóða út á Íslandi því það er enginn aðili hér nógu stór til þess að geta hugsanlega tekið að sér slíka þjónustu. Ef erlendir aðilar myndu bjóða í slíka þjónustu yrðu þeir fljótlega í jafnstærri einokunaraðstöðu og ríkisreknu heilbrigðisstofnanirnar eru nú. Það er lítið vit í að bjóða út þjónustu sem ríkið verður að bjóða upp á hvort sem er. Í fámennu landi eins og Íslandi er einungis hægt að bjóða út tiltölulega lítinn hluta af lækniþjónustunni til einkaaðila, til dæmis minni skurðaðgerðir á tiltölulega frískum sjúklingum. Þær einkareknu stofnanir sem stunda slíka starfsemi geta oft sérhæft sig í mjög afmarkaðri þjónustu sem getur boðið upp á (en tryggir ekki) góðan faglegan árangur og hagkvæmni. En þessi starfsemi er oft aðeins fyrir hendi á dagvinnutíma, en er lokuð á kvöldin, á nóttunni og um helgar. Ennfremur mennta eða þjálfar þessar stofnanir sjaldnast það starfsfólk sem þær þurfa á að halda heldur geta boðið starfsfólki sem hefur hlotið menntun og starfsþjálfun á hinum opinberu spítulum betri kjör en það á kost á á ríkisreknum sjúkrastofnunum, það

er oft dagvinnu án nætur- og helgidagavaktaskyldu og hærri grunnlaun. Því er samburður á einkarekstri og rekstri opinberra sjúkrahúsa, sem bjóða upp á lækniþjónustu allan sólarhringinn, allan ársins hring, bæði fyrir tiltölulega fríska og eldri, oft óréttlátur. Í Sviss fleyta einkarekin dagssjúkrahús til dæmis rjómann ofan af með því að meðhöndla nær eingöngu sjúklinga sem lítill áhætta fylgir og þeim fylgir einnig lítill kostnaður í opinberum rekstri. Einkareknar stofnanir hafa víðast hvar lítinn áhuga á sjúklingum sem mikil áhætta fylgir og senda þá því gjarnan frá sér til meðferðar á opinberum stofnunum sem eiga og verða að sinna öllum sjúklingum sem þurfa hjálp. Auðvitað má leggja þeim einhverjar skyldur á herðar varðandi móttöku bráðveikra eða varðandi þjálfun starfsfólks en reynslan hefur víðast hvar sýnt að einkarekstur sjúkrahúsa er afskaplega dýr þjónusta hvernig sem á hana er litið.“

Nokkuð góð heilbrigðisþjónusta á Íslandi

„Mér finnst umræðan í þjóðfélaginu gagnvart heilbrigðisþjónustunni vera ótrúlega neikvæð. Ég er að vísu bara búinn að vera hér á Íslandi í nokkra mánuði eftir tveggja áratuga fjarveru en ég hef samt haft tækifæri til að kynna mér margt af því sem íslensk heilbrigðisþjónusta hefur upp á að bjóða. Íslensk heilbrigðisþjónusta er ekki fullkomin, en ég álit að hún sé góð miðað við hverju er eytt í hana. Það er að sjálfsögðu hægt að bæta hana en ég held að það verði ekki gert nema að litlu leyti með hagræðingu. Það er tiltölulega vel farið með fé, starfsfólk vinnur almennt vel, aðstaðan er ódýr og lítill yfirbygging. Mér finnst það talsvert áhyggjuefni hversu neikvæð umræðan í þjóðfélaginu er.“

-aób

Af samningaviðræðum LR og TR

RÉTT ÁÐUR EN BLAÐIÐ FÓR í prentun hafði Læknablaðið samband við Þórð Sverrisson formann samninganefndar Læknafélags Reykjavíkur sem á í samningaviðræðum við Tryggingastofnun ríkisins. Hann sagði að enn væru ýmis vandamál óleyst varðandi greiðslur og umsamar einingar fyrir árið 2000. Algerlega væri ósamið fyrir árið 2001.

Ekki er víst hvernig nýja sjúklingatryggingin verður meðhöndluð í samningunum. LR hefur sett fram hugmyndir en ekki fengið viðbrögð við þeim enn. Ekki náðist í Ingunni Vilhjálmssdóttur vegna samninga sérfræðinga á sjúkrahúsum en vonandi verður hægt að flytja jákvæðar fréttir af þeim samningum í næsta blaði.