

Laða þarf unglækna að heimilislækningum

STEINUNN JÓNSDÓTTIR YFIRLÆKNIR Á HEILSUGÆSLUSTÖÐ Hlíðasvæðis í Reykjavík hefur undanfarin tvö ár verið aðalfulltrúi Læknafélags Íslands í starfi Evrópusamtaka heimilislækna (UEMO). Auk hennar hefur Katrín Fjeldsted setið fundi samtakanna sem aukafulltrúi (frá 1995) en hún er aðalfulltrúi LÍ hjá fastanefnd lækna í Evrópu (CP).

Evrópusamtök heimilislækna eru mikilvægur hluti af því fjölbjóðlega samstarfi sem íslenskir heimilislæknar taka þátt í. Megináhersla samtakanna er að fylgjast með og tryggja gæði þjálfunar og símenntunar heimilislækna í Evrópu, verja stöðu heimilislækna í heilbrigðisþjónustunni, gæta siðlegra, vísindalegra, stéttarlegra, félagslegra og fjárhagslegra hagsmuna evrópskra heimilislækna og frelsis þeirra við störf. Ennfremur að koma skoðunum aðildarfélaganna og samþykktum félagsins á framfæri við rétt yfirvöld og stofnanir og vinna með öðrum hagsmunafélögum lækna. Helsta baráttumál samtakanna um þessar mundir er aukið samræmi í framhaldsnámi fagsins í aðildarlöndunum, en það er mikilvægt á sameiginlegum vinnumarkaði. Meðal annarra atriða sem samtökin hafa lagt áherslu á er að tekið verði tillit til símenntunar í kjarasamningum. Aðilar að samtökunum eru læknafélög í 20 löndum Evrópu auk eins áheyrnaraðila.

Tvisvar á ári eru haldnir fundir á vegum samtakanna og þá fundi hafa Íslendingar sótt frá árinu 1993, fyrst sem áheyrnaraðilar en frá 1996 með fullri aðild. Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands var aðalfulltrúi Íslands hjá samtökunum til ársins 1999 er Steinunn tók við. Samtökin gefa út Árbók (Reference book) þar sem fram fer umræða um stöðu heimilislækninga í aðildarlöndunum og önnur heilbrigðisþáttfærni. Þar eru einnig birtar allar samþykktir og stefnuyfirlýsingar samtakanna. Í fyrra fengu allir íslenskir heimilislæknar þessa bók (um 300 síður í stærðinni A4) í hendur en áætlað er að hún komi út tvisvar á ári eftirleiðis. Vefsíða félagsins er einnig ætluð til fróðleiks og skoðanaskipta en hún er á eftirfarandi slóð: www.uemo.org.

Steinunn skrifaði fróðlega grein um framtíð heimilislækninga í nýjasta hefti árbókarinnar (2000/2001) þar sem hún tekur upp ýmis atriði sem varða sérgreinina, framtíð heimilislækninga á sameiginlegum vinnumarkaði sem nær yfir stóran hluta Evrópu og samspil heimilislækninga og þeirra ólíku



Steinunn Jónsdóttir.

hefða sem eru við lýði í heilbrigðiskerfum hinna ýmsu landa álfunnar. Hún fjallar meðal annars um nauðsyn þess að hafa góðan skilning á tilgangi heimilislækninga, þróun starfsgreinarinnar í sfbreytilegu samfélagi og með aukinni þekkingu í læknavísindum, þörfina fyrir mannafla og hver sé forsenda þess að greinin dafni í framtíðinni. Þá fjallar hún um þörf fyrir hvatningu í starfi og hvernig gera megi það sem mest aðlaðandi bæði fyrir starfandi lækna og unga lækna sem eru að velja sér sérgrein.

samtakanna berist líka til annarra heimilislækna. Ég vona að þeir gefi sér tíma til að glugga í árbók samtakanna og vefsíðu og fylgist með umræðunni þar sem hún fer fram. Í því tímaleysi sem flestir búa við getur hins vegar verið kostur að fá styttra yfirlit og getur Læknablaðið ef til vill verið góður vettvangur til þess“.

Þörf fyrir almenna lækna með góða yfirsýn

„Í samtökum sem þessum er margt sem hægt er að læra af öðrum og þótt við séum lítil þjóð höfum við ýmsu að miðla og þannig njóta allir góðs af. Ef betur er að gáð hefur hröð þróun í læknavísindum, aukin sérhæfing og vaxandi kröfur um heilbrigðisþjónustu í sífellt breytilegum samfélögum, aukið mikilvægi frumþjónustunnar og heimilislækninga. Vaxandi kostnaður í heilbrigðisþjónustu verður í framtíðinni til þess að auka kröfur á skynsemi í skipulagi heilbrigðiskerfisins.

Heimilislæknirinn er oft nefndur „generalisti“ vegna þess að hann á að hafa heildarsýn og þekkingu á skipulagi heilbrigðiskerfisins, og á þannig að vera ráðgjafi skjólstæðinga sinna. Auk þess á hann að hafa heildarupplýsingar um heilsufar sjúklings og fjölskyldu hans í samhengi við fyrri sögu hans og í tímans rás. Hann ætti þannig að vera best til þess fallinn að greina hvers kyns heilsufarsvandamál sem upp kunna að koma. Margir sjúklingar hafa lent á villigötum í völdundarhúsi heilbrigðiskerfisins vegna þess að heildarsýn og upplýsingar hefur skort. Það er ekki við einstaklinga að sakast heldur óskynsamlegt skipulag. Þáttur æðstu stjórnenda skiptir þar verulegu máli því ekki hafa verið forsendur til þess að fylgja eftir settum lögum og reglum“.

Ef þú gætir gefið þeim góð ráð, hver væru þau?

„Mikilvægt er að átta sig á raunhæfum þörfum á heilbrigðisþjónustu og að fólk nýti það þjónustustig sem við á hverju sinni. Eftirspurnin eftir þjónustu er endalaus og kemur til með að aukast og því brýnt að skilgreina hvaða hlutverki hver og einn á að gegna. Í Bretlandi er hlutverk heimilislækna til dæmis að sjá til þess að hver og einn fái þá þjónustu sem honum ber og að hann lendi á réttum stað í kerfinu. Það tryggir meðal annars að nauðsynlegar upplýsingar um sjúklinginn fylgi honum til heilbrigðisstofnunar eða sérfræðings og að upplýsingar berist síðan til baka til heimilislæknisins. Sumir sjúklingar kaupa sér að auki sértryggingu til að bæta aðgengi að þjónustu en tryggingafélög gera mjög strangar kröfur um að upplýsingar berist á milli réttra aðila. Hagsmunir kaupanda og seljanda þjónustunnar eru gagnkvæmir en í reynd er lítið svo á að frumþjónustan kaupi efri stig þjónustunnar fyrir hönd skjólstæðingsins og tryggi um leið hagsmuni hans. Vandamálið þar er reyndar að skortur er bæði á heimilislæknum og sérfræðingum þannig að mikið álag er á öllum stigum þjónustunnar og oft löng bið eftir sérfræðiþjónustu

Læknablaðið spjallaði nýverið við Steinunni um gildi þátttöku Íslands í starfi Evrópusamtaka lækna og um sýn hennar á stöðu heimilislækninga á Íslandi, ekki síst í ljósi þeirrar umræðu sem verið hefur um læknaskort í greininni.

Fyrst var Steinunn spurð um hvort mikill munur væri á milli hinna einstöku aðildarlanda hvað varðaði menntun og aðstæður heimilislækna:

„Það er eitt af baráttumálum samtakanna að bæta menntun í heimilislækningum þannig að nám í þessari sérgrein taki að minnsta kosti þrjú ár, en það er talið æskilegt lágmark. Í flestum aðildarlandanna er námið þrjú ár eða meira, en það er ekki síður innihald og skipulag þess sem máli skiptir og að það sé aðlagð breyttum tímum og áherslum. Þrátt fyrir að ekki hafi enn tekist að samræma kröfurnar um menntun heimilislækna er frjálst flæði vinnuafis innan Evrópska efnahagssvæðisins virkt í reynd. Það sem helst hefur hamlað eru atriði eins og ólík tungumál og menning en það er einnig mikilvægt fyrir heimilislækna að þekkja vel heilbrigðiskerfi í því landi sem ætla að starfa í.

Á Íslandi höfum við komið ár okkar vel fyrir borð varðandi aðbúnað og stöndum þar framarlega. Kannski er það dálítið séríslenskt fyrirbæri, hvað við leggjum mikið upp úr umgjörðinni, húsnæði, tækjum og tólum. Hér eru heilsugæslustöðvar fyrst og fremst á vegum opinberra aðila og hið opinbera hefur ákveðnar skyldur samkvæmt laganna hljóðan, sem það verður að uppfylla. En það gleymist stundum að meta mannauðinn og hlutverk hans sem er kjarninn í heilbrigðiskerfinu. Við getum séð hið gagnstæða í Englandi til dæmis. Þar sem ég vann bjuggu margir heimilislæknar við mjög slæmar vinnuáðstæður í óheppilegu húsnæði með þröngum stigum þar sem aðgengi var mjög slæmt til dæmis fyrir fatlaða. Hins vegar eru áhrif heimilislækna þar í heilbrigðisþjónustunni mjög mikil því þeir eru nokkurs konar „dyraverðir“ að heilbrigðiskerfinu og hafa því mjög vel skilgreint hlutverk og góða yfirsýn yfir heilsufar sjúklunga sinna“.

Nú er fremur stutt síðan Ísland hóf þátttöku í þessu samstarfi, finnst þér skipta máli að vera með?

„Já, alveg tvímælaust. Aðrar þjóðir senda allt að sex fulltrúa og hafa læknarnir jafnvel aðstoðarfólk til að fylgjast með og afla upplýsinga um það sem er að gerast í heilbrigðismálum á vegum Evrópusambandsins. Fulltrúar þjóðanna eiga að vera talsmenn sinna læknasamtaka um málefni er snerta hagsmuni heimilislækna í aðildarlöndunum. Hjá samtökunum skapast grundvöllur fyrir breiðri samstöðu um sameiginleg baráttumál sem komið er á framfæri á pólitískum vettvangi. En málin þokast oft hægt. Við erum aðeins tveir fulltrúar frá Íslandi sem tökum þátt í samstarfinu enda fámenn þjóð og það er að ýmsu að hyggja. Ef þátttaka á að skila árangri er samt mikilvægt að boðskapur og upplýsingar um starf

sem getur verið bæði kostnaðarsamt og ófullnægjandi.

Það er skoðun mín að þrátt fyrir miklar framfarir í upplýsingatækni og almenna tölvuvæðingu í heilbrigðiskerfinu hérlendis þá stöndum við nágrannahjúðum okkar mun aftur í að upplýsa hvert annað um afdrif sjúklinga okkar. Þetta er grundvallaratriði varðandi öryggi þeirra, en einnig forsenda þess að lækna geti unnið starf sitt af fagmennsku.“

Byrja þarf á rótinni

Sérðu leiðir til að auka hlut heimilislækninga?

„Já, ég held það eigi að byrja á rótinni, það er að segja í grunnnámi í læknisfræði. Þar þarf að opna augu unglækna fyrir gildi fagsins þannig að þeir fái mjög fljótt á tilfinninguna að þetta sé jákvæður kostur og fari gegnum grunnnámið með það í huga. Unglækna eru aldrei meira og minna upp á sjúkahússtofnunum og þar af leiðandi fá þeir ekki þá innsýn í heimilislækninga sem skyldi, þótt þær séu vissulega hluti af náminu. Ef þeir kynntust heimilislækningum betur á námstímanum og sæju þær sem áhugaverðan kost meðal starfsfélaga sinna, þá býst ég við að það breytti miklu. Við höfum skipst á skoðunum um hvernig best sé að hvetja lækna til að nema heimilislækninga. Þetta er mjög gefandi starf og býður upp á mörg tækifæri. Heildraen og samfelld samskipti við einstaklinga og fjölskyldur er botnlaus brunnur tækifæra til að þroskast faglega en víkkar einnig sjóndeildarhringinn og dýpkar skilninginn á tilverunni í meira mæli en nokkur önnur sérgrein læknisfræðinnar. Til þess að heimilislækninga verði eftirsóknarverður kostur fyrir lækna þurfa starfsaðstæður að vera góðar, fjölbreytileiki í starfi, góðir möguleikar til símenntunar, launakjör samþæfing við það sem gerist í öðrum sérgreinum og starfið þarf að njóta almennrar virðingar. Við slíkar aðstæður gætu jafnvel lækna í öðrum sérgreinum verið tilbúnir að endurmennta sig til þessa starfs til að flýta fyrir endurnýjun í stéttinni. Tækifæri og efniviður til rannsókna eru einnig óþrjótandi ef mannkapur og fjármagn væri nægilega fyrir hendi. Hér er lítil hefð fyrir því að menn stundi heimilislækninga sem hlutastarf á móti starfi við rannsóknir, eins og víða gerist hjá nágrannahjúðum okkar. Af kostnaðarástæðum hafa lengst af verið litlir möguleikar hérlendis til rannsókna en með auknu samstarfi á alþjóðavettvangi til að mynda í tengslum við Evrópusambandið hafa komið til ný tækifæri. Hins vegar finnst mér mikill hugur í þeim sem ég hef rætt þetta við og flestir ákveðnir í að reyna að auka hlut rannsókna og finna til þess einhver tiltæk ráð. Helsti Þrándur í Götu hér er tímaleysi og skortur á afleysingalæknum fyrir þá sem vilja taka sér rannsóknarleyfi. Heimilislækna sem fara út í rannsóknir nú lækka yfirleitt í tekjum ef þeir fá ekki styrk, eða

verða að stunda rannsóknir utan vinnutíma. En starfið er krefjandi og vinnudagur langur og það hefur sýnt sig að það eru ekki nema einstaka ofurhugar sem treysta sér til þess. Ef við hlúum vel að öllum þessum atriðum eru líkur á að jákvæðari straumar fari að leika um okkur. En mikilvægast af öllu er þó trú okkar sjálfra á tilgang greinarinnar því annars tekst okkur ekki að hrífa aðra með okkur.“

Breyting á einum stað hefur áhrif á allt kerfið

„Kröfurnar sem gerðar eru til heimilislækna eru að breytast. Allar breytingar sem gerðar eru annars staðar í heilbrigðiskerfinu hafa einnig áhrif á starf okkar. Styttur legutími á sjúkrahúsum, fleiri aðgerðir á dagdeildum og einkastofum eru meðal þess sem eykur þörfina á þjónustu við fólk utan sjúkrahúsanna. Þetta eykur til dæmis álagið á heima-hjúkrunina sem rekin er af heilsugæslunni því fólk er lengur að jafna sig eftir heimkomu og þarf meiri aðhlyningu. Aukið langlífi gerir einnig nýjar kröfur til heilbrigðiskerfisins. En ef mannaflí er til staðar er það á margan hátt gefandi að takast á við ný verkefni.“

Þú nefndir áðan að við gætum miðlað ýmsu til annarra þjóða, hverju helst?

„Smæð þjóðarinnar ætti að gera okkur auðveldar um vik að skipuleggja heilbrigðisþjónustuna og að sumu leyti stöndum við okkur vel. Almennt er betra aðgengi hér á landi að þjónustu en gerist annars staðar. Íslenskt samfélag er fremur einsleitt í samanburði við önnur lönd Evrópu þar sem íbúar eru af ólíku bergi brotnir og stéttaskipting meiri. Fjölbreyttur bakgrunnur lækna hérlendis sem sótt hafa framhaldsnám í ýmsum löndum og möguleiki lækna hér á að sækja símenntun til margara staða hefur komið íslensku heilbrigðiskerfi til góða og ætti það að vera öðrum þjóðum hvatning til að nýta sameiginlegan vinnuþætti og taka okkur þar til fyrirmyndar. Ég hef áður nefnt að hér er yfirleitt búið vel að okkur með húsnæði og vinnuáðstöðu sem ætti að vera öðrum til eftirbreytni. Heimilislækninga eru þannig fag að það er kostur ef sérnámið fer að hluta til fram í heimalandi viðkomandi læknis, því það skiptir mjög miklu máli að þekkja vel það heilbrigðiskerfi sem maður starfar í, innviði þess og innbyrðis tengsl. Það er töluvert um að lækna hefji sérnámið hér heima en bæti síðan við það erlendis til að víkka sjóndeildarhringinn og öðlast meiri reynslu. Við höfum ágæt sambönd í gegnum eldri starfsfélaga og því er tiltölulega auðvelt fyrir okkur að komast í framhaldsnám.“

En lærum við ekki ýmislegt fleira af öðrum Evrópuþjóðum, er það en það sem þú hefur þegar nefnt?

„Jú, það er ótalmargt. Við skiptumst mikið á skoðunum um hvernig staðið er að símenntun, fyrirkomulagi starfsins og hvernig hægt er að reyna

að styrkja fagið inn á við. Á einu af þeim þingum sem ég hef sótt kynntu Danir og Spánverjar til dæmis sérstakt kerfi sem þeir nota til að styðja við starfsfélaga sína þegar þeir eru komnir út í öngstræti og finnst álagið of mikið. Það er ákveðin hættu á kulnun vegna eðlis starfsins. Flestir eru mjög bundnir starfinu, kynnast skjólstaðingum sínum persónulega og finna mjög vel fyrir ábyrgðinni. Síðan er mikið áreiti í starfinu og allt gerir þetta að verkum að mönnum finnst stundum eins og þeir hafi ekki stjórn á stöðunni. Sennilega er meira um þetta meðal einyrkja því þeir eiga á hættu að einangrast með vandamál sín. Ég tel að sú þróun sem orðið hefur á síðustu árum, að heimilislæknar hópa sig saman, hafi orðið til að styrkja okkur á margan hátt, bæði faglega og félagslega. Þar fyrir utan eykur þetta möguleika á að bæta aðstöðu og tækjabúnað verulega og stunda innra eftirlit og gæðapróun.“

Andvaraleysi Íslendinga

Gagnagrunnsmálið var tekið til umræðu á einum af fundum Evrópusamtaka lækna, hvernig var sú umræða?

„Umræðan um gagnagrunninn snertir okkur heimilislækna mjög mikið, við erum oft með persónulegustu upplýsingarnar um sjúklinga. Við Katrín Fjeldsted vorum beðnar um að kynna málið á síðasta fundi samtakanna í Sviss í kjölfar umræðu þeirrar sem verið hefur í Alþjóðafélagi lækna (WMA). Við kynntum málið eins og staðan var þá, sögðum aðeins frá forsögu þess, umræðum af hálfu Læknafélagsins, viðræðunum við Íslenska erfðagreiningu og stjórnvöld. Það sem olli mestri umræðu var hugmyndin um „ætlað samþykki“ í stað „upplýst samþykkis“ og einnig að talað er um að allar upplýsingar séu ópersónugreinanlegar. Menn úti í salnum voru með efasemdir um að hægt væri að tryggja það. Einkaleyfishugmyndin var líka talsvert umrædd, það er að ákveðið einkafyrirtæki fái sérleyfi á gagnagrunni heillar þjóðar! Þetta eru atriði sem menn setja spurningarmerki við. Einnig vekur það undrun hversu jákvæð afstaða almennings er til gagnagrunnsmálsins. En hins vegar gera menn sér grein fyrir gildi gagnagrunna og að þeir geti átt rétt á sér, bæði fyrir heilbrigðisþjónustuna og heilbrigðisstarfsmenn sjálfa eða sem hjálpartæki við skipulag heilbrigðisþjónustu og rannsóknir. Menn voru í sjálfu sér ekki á móti gagnagrunni sem slíkum en umræðan snerist um hvernig að þessu var staðið. Á fundinum var meðal annars samþykkt ályktun þar sem íslensk stjórnvöld voru hvött til þess að að breyta lögum í þá veru að tryggja upplýst samþykki sjúklinga um notkun gagna.“

Hliðrun í heilbrigðiskerfi æskileg

Hvernig sérðu framtíð heimilislækninga á Íslandi?

„Það er grundvallaratriði fyrir framtíð heimilis-

lækninga að ráðamenn átti sig á hlutverki okkar. Ef það er ekki vel skilgreint og opinberri stefnu ekki fylgt eftir í verki er hættu á að menn fái ekki þá faglegu fullnægju úr starfinu sem skiptir máli. Ég held að það sé farsælt fyrir almenning og heilbrigðisstarfsmenn að einhvers konar handleiðsla sé í kerfinu, en þá verða að vera forsendur fyrir því að handleiðslan virki. Menn óttast ef til vill að það feli í sér meiri miðstýringu og skerðingu á frelsi en þegar um þjónustu er að ræða sem með einum eða öðrum hætti er greidd af almannafé verður að gera kröfur um skynsamlega nýtingu. Í lögum stendur að heimilislæknar og heilsugæslan eigi að vera sá aðili sem fólk leitar fyrst til. Til að það sé hægt verður að búa svo um hnútana að nægt framboð sé á heimilislæknum. Það þarf í rauninni að eiga sér stað ákveðin hliðrun í heilbrigðisþjónustunni. Eins og sakir standa held ég að margir sérfræðingar séu í stökustu vandræðum vegna þess hve mikil ásókn er til þeirra og þeir sitja uppi með það að sinna ýmsum málum sem heyrna kannski ekki endilega undir þeirra sérgrein og væru betur komin hjá heimilislæknum. Það mætti líka hugsa sér að létta aðeins álagi af heimilislæknum með því að virkja aðra faghópa á heilsugæslustöðvum til fjölbreyttari starfa en nú er gert. Erlendis eru ýmis dæmi um að hjúkrunarfræðingar sérhæfi sig til dæmis í forvarnastarfi og eftirliti með ýmsum langvinnum sjúkdómum og vinni í nánu samstarfi við lækna. Það hefur líka viljað brenna við að fólk leiti beint til sjúkrahúsanna vegna þess að það fær ekki aðgang að þjónustu annars staðar og það er auðvitað mjög dýrt fyrir kerfið. Ábyrgðin hlýtur að liggja hjá yfirvöldum og þau þurfa að hafa kjark til að takast á við þessi mál. Þegar ákveðin hefð hefur verið við lýði í langan tíma þá ógnar það oft einhverjum ef á að fara að breyta henni og það er mjög slæmt. Læknar eiga að geta staðið saman og unnið sem heild að góðu heilbrigði landsmanna.“

aób