

Eðlilegt að ferliverkin flytjist út á stofurnar

– Rætt við Guðmund Inga Eyjólfsson á Læknasetrinu í Mjódd



Guðmundur Ingi
Eyjólfsson læknir.

Í UN DANFÖRNUM TÖLUBLÖÐUM HEFUR VERIÐ FJALLað nokkuð um þær breytingar sem eru að verða á heilbrigðisþjónustunni á höfuðborgarsvæðinu. Þær eru á þá lund að komum til heilsugæslunnar og ferliverkum sjúkrahúsa fækkar en veruleg aukning er á komum á Læknavaktina og ferliverkum sem unnin eru á stofum sjálfstætt starfandi sérfræðinga úti í bæ. Í síðasta tölublaði var rætt við Svein Magnússon í heilbrigðisráðuneytinu og Samúel J. Samúelsson heilsugæslulækni um þessar breytingar en nú er röðin komin að því að heyra hver viðhorf sérfræðinga eru.

Blaðið leitaði til *Guðmundar Inga Eyjólfssonar* sérfræðings í blóðsjúkdómum og eins af stofnendum og eigendum Læknasetursins í Mjódd. Fyrsta spurningin var sú hver hann teldi að væri ástæða þessara breytinga.

Ferliverkum ytt út af spítölunum

„Fyrir þessu eru ýmsar ástæður. Heilsugæslulæknar fóru af afkastahvetjandi launakerfi og það er augljóslega dragbítur á þjónustu heilsugæslunnar. Þess vegna eykst aðsóknin að Læknavaktinni svo gríðarlega sem raun ber vitni. Komur á Læknavaktina eru um 50 þúsund á ári og vitjanir um 8.000. Fyrir 15 árum voru vitjanir 18-19 þúsund á ári en þá var engin móttaka opin. Jafnframt þessu kemur fjöldi manns á kvöldvakt Barnaþjónustunnar. Báðar þessar móttökur eru opnar eftir venjulegan vinnutíma fólks og nú þegar allir eru útvinnandi verður aðsókn á slíkar móttökudeildir mikil. Þetta stafar af þjóðfélagslegum breytingum sem orðið hafa.

Áhrifin af þessu hafa ekki verið eins mikil á sérfræðiþjónustuna, hún heldur áfram að vaxa. Reyndar varð stökk upp á við eftir samningana 1998 þegar gerð var kostnaðargreining á þeim verkum sem við vinnum samkvæmt samningum við Tryggingastofnun ríkisins. Þá var gjaldskráin mikið endurskoðuð, einkum sú sem skurðlæknar studdust við. Það var tekið tillit til alls kostnaðar við aðgerðir, ekki bara launakostnaðar heldur voru öll tilföng sem þarf tekin með. Þá komu inn nýir liðir sem gerðu það mögulegt að stunda skurðlækningar í miklu meira mæli á einkastofum en verið hafði.

Ferliverk skurðlækna fluttust út af sjúkrahúsunum en þar gengu bráðaaðgerðir fyrir. Ferliverkin mættu afgangi. Þess vegna spruttu upp skurðstofur í Álftamýri og Lágmúla og eldri stofur í Glæsibæ og Domus Medica voru endurreistar. Við þetta bætist að það er illa séð af öðrum starfsmönnum sjúkrahúsa að læknur sé greitt fyrir hvert viðvik inni á sjúkrahúsunum,

jafnvel þótt samningar um það séu skýrir og opnir og geri ráð fyrir að læknar greiði til baka fyrir þann tíma sem fer í þessar aðgerðir. Þess vegna er verið að þrýsta aðgerðum út af sjúkrahúsunum. Þar er stjórn spítalans ekki að verki heldur annað starfsfólk hans.“

Tækniþróunin gerbreytir aðstöðunni

„Svo má ekki gleyma því að nú er hægt að gera miklu meira á stofunum en áður var. Tækniþróunin hefur auðveldað stofunum að tækjavæðast. Ég get nefnt nokkra sjúkdómaflokka sem áður kröfðust langra innlagna, svo sem skjaldkirtilsjúkdóma, sykursýki og gigt. Nú sjást þeir sem þjást af þessum sjúkdómum varla inni á sjúkrahúsunum, læknar á stofum geta alveg sinnt þeim. Á móti kemur svo aukning á eldra fólki, fárveiku fólki, fólki með krabbamein og aðra alvarlega sjúkdóma sem sjúkrahúsin sinna.

Margir þessara sjúklinga, svo sem þeir sem þurfa á lyfjameðferð að halda, eru meðhöndlaðir á dagdeildum án innlagnar. Það má kalla slíkt ferliverk og raunar gætu sérfræðingar sinnt hluta þeirra á sínum stofum. Við gætum til dæmis tekið krabbameinssjúklinga í lyfjameðferð á Læknasetrinu og erum reyndar að skoða þann möguleika. Skilin á milli spítalanna og einkastofa sérfræðinga eru ekki ljós. Um þau þyrfti að semja og ákveða hvaða verk eiga að vera inni á sjúkrahúsunum og hver eru betur komin á stofum úti í bæ.

Sjúkrahúsin hafa aðallega misst út smærri skurðaðgerðir á borð við þær sem bæklunarlæknarnir eru að sinna í Álftamýri. Ég sé ekki fyrir mér að þær fari til baka úr því menn eru búnir að koma sér upp aðstöðu til þess að gera þessar aðgerðir utan sjúkrahúsanna. Það er mikil þörf fyrir þessar aðgerðir og fólk leiðist að bíða eftir þeim. Það er biðlisti eftir stærri aðgerðum, svo sem liðskiptaaðgerðum, en við höfum lagt mikið upp úr því í stofurekstrinum að fólk þurfi ekki að bíða.“

Eðlileg þróun

Eins og heyra má á Guðmundi Inga er þessi þróun í fullum gangi. Hann sýnir blaðamanni húsnæði Læknasetursins þar sem nú eru um 70 læknar að störfum og stefnt að því að fjölga þeim upp í 100. En er þetta eðlileg þróun?

„Já, hún er það. Þetta snýr að ýmsu öðru, svo sem sjálfstæði lækna. Við höfum starfsleyfi og viljum starfa og reka eigin fyrirtæki. Þetta er vissulega auka vinna en hún er gefandi eins og margt sem maður gerir sjálfur.

Ég gæti séð fyrir mér að það væri viturlegt fyrir

sjúkrahúsin að einbeita sér að inniliggjandi sjúklingum og ýta hinu frá sér. Það gæti jafnvel orðið til þess að draga úr hallarekstri. Sjúkrahússtjórnin lætur annað veifið í það skína að þeir vilji snúa þessari þróun við. Það er gjarnan rökstutt með því að þeir eigi húsnæði og alla aðstöðu til að vinna ferliverk sem bendir þá til þess að þetta húsnæði standi ónotað. Mér skilst líka að framleiðnin sé gífurlega góð á einkareknum stofum, þar er heldur ekkert verið að bíða eftir því að menn klári kaffið sitt. Einkastofur geta líka umbunað fólk fyrir að leggja hart að sér en það eiga ríkisspítalar erfitt með að gera.“

Tveggja þrepa kerfi?

– Heilbrigðisráðherra segist ekki vilja að hér verði til tvöfalt kerfi þar sem sumir geti keypt sig framfyrir biðlistana. Vilt þú koma á slíku kerfi?

„Nei. Jón vill að almannatryggingakerfið greiði fyrir alla og það er líka mín skoðun. Í Svíþjóð er eitt kerfi en þar er staðhæft að hátt skrifaðir menn í samfélaginu séu teknir fram fyrir röðina ef fyrirtækin þeirra borga fyrir það. Ég veit ekki hvort það gerist hér.“

Auðvitað getur fólk keypt sér tryggingu en biðlistakerfið er bara á sjúkrahúsunum svo ég þarf ekki að hafa áhyggjur af því. Kannski erum við að taka fólk fram fyrir biðröðina en við reynum að veita þá þjónustu sem óskað er eftir sem allra allra fyrst. Það er mikilvægt fyrir stöðvarnar að haga rekstrinum þannig. Samkeppnin í heilbrigðiskerfinu byggist ekki á því að fólk borgi fyrir aðgerðir, hún felst í því að veita góða þjónustu. Reynt hefur verið að minnka aðstreymi sjúklinga til sérfræðinga með því að auka greiðsluþátttöku sjúklinganna en reynsla okkar og annarra þjóða sýnir að upphæðin sem sjúklingum er gert að greiða skiptir ekki meginmáli heldur gæði þeirrar þjónustu sem veitt er.

Samvinna TR við LÍ hefur verið mjög góð síðustu áratuginna eða frá miðjum níunda áratugnum þegar samráðsnefnd var stofnuð. Hún hittir fulltrúa TR tvisvar í mánuði árið um kring og fylgist með framkvæmd samningsins og tekur á því sem miður fer. Eftirlitið er því í lagi. Fyrir vikið veit TR núna hvað hlutirnir kosta og stofnunin hefur komið til móts við lækna með því að vera mjög skilvís með greiðslur.“

Vantar ríkisvaldið stefnu?

– Finnst þér stefna ríkisvaldsins í þessum málum nægilega skýr?

„Nei, hlutirnir hafa þróast í samningum TR og sérgreinalækna og ég veit raunar ekki hvað hefði gerst ef þeir hefðu ekki komið til. Þá væri heilbrigðiskerfið hrundið. TR hefur haldið uppi þeim hluta kerfisins sem hún greiðir fyrir en heilsugæslan hefur ekki staðið undir væntingum.“

Í nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu er bryddað á ýmsu sem ég held að gæti reynst hættulegt. Til dæmis getur heilbrigðisráðherra markað stefnu í heilbrigðismálum og ákveðið hvar heilbrigðisþjónusta er veitt, í hversu miklum mæli og hvað er greitt fyrir hana. Þetta er ekkert annað en einræðisbrólt og það hef ég sagt ráðherra. Hann segist ekki ætla að beita þessu ákvæði, en það koma aðrir ráðherrar og sumir eru vígdjarfari en hann.

Auk þess er ráðherra ekki einn í ráðum. Ráðuneytisfólk hefur sín áhrif á gerðir ráðherrans eins og þekkt er úr þáttunum *Já, ráðherra*. Þar var einmitt talað um spítala sem gekk afar vel að reka en skýringin á því var sú að þar var enginn sjúklingur. Kannski er það lausnin á rekstrarvanda Landspítalans,“ segir Guðmundur Ingi og glottir út í annað.

–DH