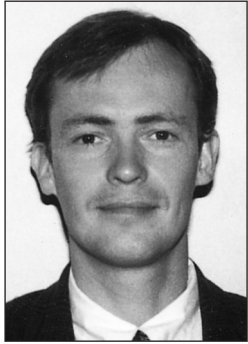


Af faglegum málefnum lækna



Ófeigur T.
Þorgeirsson

MÖRG ÁHUGAVERÐ og mikilvæg mál hafa verið til umræðu í stjórn Læknafélags Íslands (LÍ) í vetur. Jón Snædal hefur farið fyrir nefnd um öryggismál sjúklinga og kynnti hann vinnu þeirrar nefndar á síðum Læknablaðsins fyrir skömmu. Öryggismálin með tilliti til stöðu lækna gagnvart óhöppum hefur einnig borið á góma eftir umræðuna í fjölmiðlum undanfarið. Rætt hefur verið um fagmennsku og endurspegladist það í grein formanns LÍ í Læknablaðinu um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Tekinn var snúningur á þessu á málþingi sem haldið var á vegum LR í apríl síðastliðnum. Fagmennska innan læknastéttarinnar verður síðan meginefni á fyrirhuguðu málþingi LÍ í haust. Aðalfundur LÍ á Hólum í Hjaltadal síðastliðið sumar ályktaði um rafræn samskipti lækna og sjúklinga og var nefnd skipuð til að fjalla um málið.

Tímamótavinna í framtíðarmótun

Þessi mál bera nokkurn keim af umræðu læknasamtaka vestur í Ameríku og endurspeglar nýjar áherslur innan greinarinnar. Eftir reynsluna af „managed care byltingunni“ hafa kollegar vestanhafs látið í vaxandi mæli til sín taka við skipulagningu og útfærslu heilbrigðisþjónustu. Undanfarin misseri hef ég fylgst með þeirri fjörugu og mjög svo áhuga-verðu umræðu sem hefur átt sér stað þar. Töluverð óvissa hefur ríkt gagnvart stöðu og hlutverki lækna í frumþjónustunni vestanhafs, sérstaklega heimilislækna og lyflækna. Einnig hafa samtök þeirra lýst yfir mikilli óánægju með hin mikla breytileika í gæðum bandarískrar heilbrigðisþjónustu. Hin virta stofnun Institute of Medicine birti skýrslu í mars 2001, „Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century“ (1), um gæðamál í bandarísku heilbrigðiskerfi og var að miklu leyti rótin að umræðunni. Útgangspunktur þessarar skýrslu er annars vegar hin mikla mismunun innan heilbrigðisþjónustunnar og hins vegar faraldur langvinnra sjúkdóma. Í stuttu máli eru sett fram í henni sex markmið varðandi nútímaheilbrigðisþjónustu:

1. Örugg – að forðast að skaða sjúklinga þegar markmiðið er að hjálpa þeim. (Sjá rit sömu stofnunar „To err is human. Building a safer health system“ (2).)
2. Geri gagn („effective“) – heilbrigðisþjónustan byggi á bestu þekkingu hverju sinni og bjóði hana þeim sem gætu haft gagn af en ekki þeim sem hún gagnast ekki (að forðast vannotkun og ofnotkun þjónustunnar. („Providing services based on scientific knowledge to all who could benefit and refraining from providing services to those not

likely to benefit (avoiding underuse and overuse, respectively).“)

3. Sjúklingamiðuð – heilbrigðisþjónustan byggi á virðingu fyrir fólki og taki tillit til óska, þarfa og gildismats þess við alla klíniska ákvörðunartöku. („Providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions.“)
4. Dregur úr töfum – minnkar óæskilega bið þeirra sem þiggja þjónustu og þeirra sem veita hana og leitt getur til verri útkomu fyrir sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólk. („Reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.“)
5. Skilvirk („efficient“) – forðist sóun, þar með talið sóun búnaðar og tækja, hugmynda og orku. („Avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas, and energy.“)
6. Mismuni ekki – láti gæði þjónustu haldast þau sömu, áháð kyni, uppruna, búsetu eða félagslegri stöðu sjúklings. („Providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socioeconomic status.“)

Í kjölfarið hafa samtök bandarískra heimilislækna (3) og sérfræðinga í almennum lyflækningum (4) birt stefnumarkandi skýrslur um framtíð þessara greina vestanhafs. Hvoru tveggja er holl lesning fyrir þá sem láta sig varða skipulag heilbrigðisþjónustu, læknánám og sérfræðingsþjálfun lækna. Í riti heimilislækna sem var birt fyrir á þessu ári er boðað hvorki meira né minna en „nýtt módel“ í heimilislækningum. Eru settar fram nýjar reglur fyrir klíniska læknisfræði 21. aldarinnar eins og það er orðað og byggja á „Chasm-skýrslu“ Institute of Medicine sem vitnað er í að ofan. Áherslan er á samfellu í þjónustunni; gegnsæi; að öryggi sé innbyggt í kerfið; að áhrif sjúklinga og þeirra sem nota þjónustuna aukist; að upplýsingaflæði sé greiðara; að ákvarðanir séu byggðar á sannreyndum gögnum; að þverfaglegum vinnubrögðum sé beitt og áhersla lögð á samvinnu við aðrar heilbrigðisgreinar; að lögð sé áhersla á „minni sóun“ fremur en „flatan sparnað“ og að innbyggð sé sívirk gæðakerfi til eftirlits með klínískum útkomum og starfsemistölum. Einnig er mikil áhersla lögð á skipulagða meðferð langvinnra sjúkdóma og tekið er á samskiptamálum við sjúklinga. Skýrsla lyflækna tekur öðruvísi á fagmennskunni og í takt við samvinnuverkefni bandarísku og evrópsku lyflæknasamtakanna á því sviði.

Höfundur er meðstjórnandi í stjórn LÍ.

Í pistlum Af sjónarhóli stjórnar birta stjórnarmenn LÍ sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Að læknar taki frumkvæði

Íslenskir læknar geta lært margt af þeirri vinnu bandarískra starfsfélaga sem farið hefur fram á undanföllum árum. Í þeim skýrslum sem ég vitnaði í er tekið á þungavigtarþáttum í útfærslu nútímaheilbrigðisþjónustu með áherslu á því sem gerist í samskiptum lækna og sjúklinga („point of care“). Þessi nálgun er að mínu mati mun praktískari en opinber stefnumörkun sem hefur tilhneigingu til að líta fremur á stofnanir og stærri einingar en það sem raunverulega skiptir máli og fer fram þegar fólk leitar læknis. Læknar og samstarfsfólk þeirra er í lykilaðstöðu til að hafa áhrif á stefnumótun og skipulagningu innan heilbrigðiskerfisins öllum til heilla. Krafa nútímans er að við tökum á þessum málum af myndugleik, og er það trú mín að slíkt gerist ekki nema með frumkvæði lækna, ekki síst þeirra sem sinna sjúklingum utan sjúkrahúsa. Einar Oddur Kristjánsson, þingmaður Vestfirðinga, sagði

í ræðu á þingi í vetur að „tími væri kominn til að læknar taki faglega og fjárhagslega ábyrgð á því sem þeir gera“. Ég gæti ekki verið meira sammála Einari Oddi og finnst að við eigum að taka þessari áskorun að vestan.

Heimildir

1. Institute of Medicine of the National Academy of Sciences. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. The National Academies Press. Washington DC 2001.
2. Institute of Medicine of The National Academy of Sciences. To err is human. Building a safer health system. The National Academies Press. Washington DC 2000.
3. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Buchholtz JR, Dickenson JR, Evans KL, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004; 2 (Suppl. 1) (S3-S32); www.annfammed.org/cgi/content/full/2/suppl_1/s3#T1
4. Larson E, Kirk L, Levinson W, Loge R, Reynolds E, Schroeder S, et al. The future of general internal medicine. Final report and recommendations. Sept 20, 2003. www.sgim.org/futureofGIM.pdf

Fara læknar í víking til Bretlands?

– Lí lætur kanna möguleika á innflutningi breskra sjúklinga til meðferðar hér á landi

Í VETUR hefur starfshópur á vegum Læknafélags Íslands setið á rökstólum og kannað möguleika á útflutningi heilbrigðisþjónustu frá Íslandi. Þar kemur margt til álita. Til dæmis má hugsa sér að íslenskir læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn taki að sér störf í útlöndum, hlutastörf eða tímabundin verkefni. Einnig að sjúklingar verði fluttir inn frá útlöndum til meðferðar hér á landi en af því myndu fleiri njóta góðs en heilbrigðisþjónustan, ekki síst ferðaþjónustan.

Hópurinn sem er undir forystu Þórðar Sverrissonar er enn að störfum en hyggst skila í það minnsta áfangaskýrslu nú snemma sumars. Hann er raunar tvískiptur, sex manns funda í höfuðborginni en norður á Akureyri hafa þrjú læknar einnig fundað.

Hluti af störfum hópsins var fólgin því að fá til samstarfs hóp nema við Háskólann í Reykjavík sem fengu það verkefni að skoða möguleika á innflutningi sjúklinga til meðferðar hér á landi. Í fyrstu höfðu menn allan heiminn undir en eftir nokkrar umræður var ákveðið að þrengja sjónsviðið nokkuð og einbeita sér að því að kanna möguleika íslenskra fyrirtækja á heilbrigðisviði til að afla sér verkefna í Bretlandi. Rætt var við forsvarsmenn Orkuhússins um að þjónusta þess yrði notuð sem viðmiðun í könnuninni.

NHS glímir við biðlista

Bretland er að mörgu leyti ákjósanlegur vettvangur til útrásar fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu. Þangað

er stutt að fara, samgöngur greiðar og margir íslenskir læknar þekkja vel til þar í landi. Breska heilbrigðiskerfið hefur átt í allnokkrum erfiðleikum á undanföllum árum. Ríkisrekinn hluti þess, National Health Service – NHS, mátti þola mikinn niðurskurð um árábil og þótt heldur hafi rofað til er kerfið fjarri því að hafa jafnað sig eftir það áfall. Biðlistar eru langir og bresk stjórnvöld hafa orðið að leita út fyrir landsteinana eftir aðstoð við að mæta þörfum almennings fyrir heilbrigðisþjónustu.

Skýrsluhöfundar benda á að þarna gæti verið feitan gölt að flá fyrir fyrirtæki á borð við Orkuhúsið. Eins og menn vita eru bæklunarskurðlækningar og meðferð við ýmsum stoðkerfisvanda sterkasta hlið þessa fyrirtækis en það er ekki síst á því sviði sem biðlistarnir eru hvað lengstir í Bretlandi. Gallinn við þetta er hins vegar sá að NHS er gríðarstórt og umfangsmikið kerfi sem erfitt getur verið að nálgast, hvað þá að vekja á sér athygli forystumanna þess. Hópnum gekk illa að komast í samband við þann sem skipaður hefur verið til að annast samningagerð fyrir sjúklinga NHS í útlöndum. Það er hins vegar mat nemanna að þarna sé eftir heilmiklu að slægjast fyrir Orkuhúsið enda mun forsvarsmönnum þess hafa tekist að ná sambandi við NHS eftir að skýrslan kom út.

En það er fleiri möguleikar í Bretlandi. Einkarekin heilbrigðisþjónusta hefur vaxið ört á undanföllum árum og er hún nú með tæpan fjórðung af breskum heilbrigðismarkaði. Tryggingafélög sem bjóða upp

Próstur
Haraldsson