

Áfangar í eflingu heilsugæslunnar



Skýrsla nefndar heilbrigðisráðherra



HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ
REYKJAVÍK 2010

Áfangar í
eflingu heilsugæslunnar

Skýrsla nefndar heilbrigðisráðherra

Heilbrigðisráðuneytið

Reykjavík 2010

Efnisyfirlit

| | |
|--|----|
| 1. Inngangur | 3 |
| 2. Verkefni nefndarinnar | 4 |
| 3. Heilsugæsla í forgrunni | 6 |
| 4. Heilsugæsla á Íslandi..... | 7 |
| 4.1 Forsaga | 7 |
| 4.2 Tilvísanaskylda..... | 8 |
| 4.3 Skipulag heilsugæslu..... | 9 |
| 4.4 Rafræn sjúkraskrá..... | 11 |
| 5. Alþjóðleg þróun..... | 12 |
| 5.1 Heilbrigðisþjónusta í Evrópu | 12 |
| 5.2 Heilsugæsla í fjórum Evrópulöndum | 14 |
| 5.2.1 Bretland | 14 |
| 5.2.2 Danmörk..... | 15 |
| 5.2.3 Noregur..... | 16 |
| 5.2.4 Svíþjóð | 17 |
| 6. Aðrir þættir | 18 |
| 6.1 Sjúkrahúsþjónusta | 18 |
| 6.2 Sérgreinalækningar..... | 19 |
| 6.3 Sjálfstætt starfandi heimilislæknar | 21 |
| 6.4 Læknavakt – heilsugæsluvakt – forvakt..... | 22 |
| 7. Verkefni innan eða utan heilsugæslustöðva | 24 |
| 7.1 Heilsuvernd og forvarnir | 24 |
| 7.2 Barnalækningar | 25 |
| 7.3 Tannvernd og skólatannlækningar | 26 |
| 7.4 Heimaþjónusta ljósmæðra | 27 |
| 8. Skilyrði breytinga | 29 |
| 8.1 Samfella í þjónustu..... | 29 |
| 8.2 Mönnun grunnþjónustu | 30 |
| 8.3 Afköst og skilvirkni..... | 32 |
| 8.4 Flutningur verkefna til sveitarfélaga | 34 |
| 9. Meginskil..... | 36 |
| 10. Tillögur..... | 42 |
| Framkvæmdaáætlun | 46 |
| Heimildir | 47 |
| Fylgiskjöl..... | 50 |

1. Inngangur

Framfarir í læknávisindum, ný tækni, bætt meðferðarúrræði, aukin sérhæfing og breytt aldurssamsetning þjóðarinnar kallar á samþættingu og breytingar í starfsemi heilbrigðisstofnana. Þetta er þróun sem felur í sér samþjöppun og sérhæfingu í heilbrigðisþjónustu og um leið þörf til þess að efla til mótvægis heilsugæslu og öldrunarþjónustu í nærumhverfinu, hvort sem um er að ræða grunnþjónustu í þéttbýli eða dreifbýli.

Á Íslandi er við sömu vandamál að glíma og svipuðum lausnum er beitt við skipulag heilbrigðisþjónustu og á öðrum Norðurlöndum enda grunnurinn sá sami, að tryggja jöfnuð þannig að allir eigi kost á góðri og öruggri heilbrigðisþjónustu, óháð efnahag og búsetu.

En á Íslandi taka lausnirnar auðvitað mið af fámenni þjóðarinnar annars vegar og hins vegar því að landið er dreifbýlt og stórt og vegalengdir miklar. Aukin samþjöppun og sérhæfing knýr á um auknar fjárveitingar til sjúkraflutninga og öflugri heilsugæslu heima í héraði.

Ný framtíðarsýn krefst þess að leitað sé nýrra leiða til að tryggja réttláta dreifingu á gögnum og gæðum heilbrigðisþjónustu svo koma megi í veg fyrir að fólk búi við ójafna lífskosti í heilsufarslegum eignum.

Heilsugæslan verður að tryggja íbúum gott aðgengi, jöfnuð í úrræðum og samfellu í heilbrigðisþjónustu. Til þess að svo megi verða þarf heilbrigðiskerfið að vera skilvirkt, geta veitt þjónustu á viðeigandi þjónustustigi og tryggja góð samskipti milli allra meginþátta heilbrigðisþjónustunnar.

Við núverandi aðstæður verður ekki komist hjá því að forgangsraða í heilbrigðisþjónustu líkt og í öðrum opinberum rekstri og sameina stofnanir í stærri einingar til að nýta betur mannafla og búnað.

Efnahagsástand síðustu missera, ásamt nánast óheftum möguleikum nýrra sérgreinalækna að koma á laggirnar og starfrækja sérfræðiþjónustu, hefur endurvakið umræður um að taka í notkun tilvísanakerfi.

Sú skoðun nýtur vaxandi fylgis að með tilvísanakerfi megi betur tryggja öllum þjóðfélagshópum góða heilbrigðisþjónustu og stuðla um leið að hagkvæmari rekstri. Það er aftur á móti ekki víst að öll skilyrði séu fyrir hendi til þess að ráðast í slíka breytingu með skjótum hætti.

2. Verkefni nefndarinnar

Þann 2. mars 2010 skipaði þáverandi heilbrigðisráðherra, Álfheiður Ingadóttir, nefnd til þess að leggja fram tillögur um hvernig unnt verði að efla stöðu heilsugæslunnar og tryggja að landsmenn geti búið við sem jafnasta kosti í heilsufarslegum efnum.

Í skipunarbréfi nefndarinnar óskar heilbrigðisráðherra eftir tillögum um á hvern hátt unnt sé að innleiða tilvísunarskyldu í heilbrigðisþjónustu. Einnig er þess farið á leit við nefndina að hún geri tillögur um önnur atriði sem tengjast heilsugæslu, svo sem forvarnir, fræðslu, kennslu, heilsugæslu í skólum, barnalækningar, tannvernd, tannlæknisþjónustu og læknavaktina.

Nefndinni var með öðrum orðum falið að fjalla um innihald og umfang þeirrar heilsugæslu sem ríkisstjórnin hefur ákveðið að setja í öndvegi sem fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðisþjónustunni. Í því felst um leið skoðun á tengslum og samskiptum heilsugæslu við aðra meginþætti og einingar heilbrigðiskerfisins. Sömuleiðis var talið brýnt að fara yfir hvar verkefnum er sinnt og hvar þau eigi best heima í skilvirkum heilbrigðiskerfi.

Í nefndinni eiga sæti:

Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri, formaður.
Guðrún Gunnarsdóttir, yfirlæknir (til 24. ágúst).
Gunnar Ragnar Þórhallsson, formaður Sjálfsbjargar og fulltrúi ÖBÍ (til 9. júní).
Halla B. Þorkelsson, fulltrúi ÖBÍ (frá 9. júní).
Hildur Svavarsdóttir, heilsugæslulæknir.
Ingólfur V. Gíslason, dósent.
Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson, læknir.
Pétur Pétursson, heilsugæslulæknir.
Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri.

Starfsmaður nefndarinnar er:

Leifur Benediktsson, deildarstjóri í heilbrigðisráðuneytinu.

Ragnar Gunnar Þórhallsson, formaður Sjálfsbjargar, var til að byrja með fulltrúi ÖBÍ en dró sig úr nefndinni vegna anna í byrjun júní og Halla B. Þorkelsson tók sæti hans í nefndinni. Varamaður hennar er Emil Thoroddsen. Guðrún Gunnarsdóttir, yfirlæknir, sagði sig úr nefndinni 24. ágúst sl.

Nefnd heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar var gert að skila fyrstu tillögum sínum 1. júní 2010. Verkið reyndist hins vegar töluvert umfangsmeira en ráð var fyrir gert í upphafi og þegar að verkskilum dró þótti sýnt að nefndin þyrfti mun lengri tíma til þess að ljúka starfi sínu. Var þá um það rætt að nefndin skyldi skila fyrstu áfangaskýrslu svo fljótt sem því yrði við komið.

Þann 20. ágúst 2010 fór Álfheiður Ingadóttir þess á leit við formann nefndarinnar að skýrslan yrði birt á heimasíðu heilbrigðisráðuneytisins þegar í stað. Þáverandi heilbrigðisráðherra taldi slíkt vera í anda gagnsæis og opinna skoðanaskipta svo unnt væri að fá fram frekari athugasemdir og hugmyndir um eflingu heilsugæslunnar áður en lengra yrði haldið. Skýrsludrögin voru síðan birt

á heimasíðu ráðuneytisins 23. ágúst og voru vandlega merkt sem drög og vinnuskjal og var öllum gefinn kostur á að gera athugasemdir við skýrsludrögin. Frestur til að skila inn athugasemdum rann út 23. september 2010.

Formaður nefndarinnar taldi ekki á öðru stætt en að verða við óskum ráðherra. Skömmu áður hafði hann á fundi nefndarinnar 18. ágúst 2010 gert henni grein fyrir óskum ráðherra um að skýrslan yrði birt sem fyrst á heimasíðu ráðuneytisins. Þegar svo skýrslan var birt á vef heilbrigðisráðuneytisins 23. ágúst sagði Guðrún Gunnarsdóttir, yfirlæknir, sig úr nefndinni með bréfi, dagsettu 24. ágúst 2010, þar sem hún taldi þetta vinnulag óásættanlegt. Þess ber að geta að Guðrún sat ekki fund nefndarinnar 18. ágúst.

Þann 2. september 2010 tók Guðbjartur Hannesson við starfi heilbrigðisráðherra og fljótlega eftir að hann tók við embætti var honum kynnt staða nefndarstarfsins. Hann taldi eðlilegt að nefndin lyki verkefni sínu en setti að öðru leyti ekki tímamörk fyrir því hvenær hún skilaði af sér.

Um miðjan nóvember var orðið ljóst að ákveðnum tímamótum væri náð í starfi nefndarinnar og komið væri að því að hrinda tillögum hennar í framkvæmd. Tillögurnar voru því þann 17. nóvember sendar nefndarmönnum í tölvupósti til samþykktar. Svarfrestur var gefinn til kl. 12:00 föstudaginn 19. nóvember og jafnframt tekið fram að litið yrði svo á að tillögurnar skoðuðust samþykktar bærust ekki athugasemdir fyrir þann tíma.

Tillögur nefndarinnar er að finna í 10. kafla nefndarálitsins og er full samstaða um þær meðal nefndarmanna að því undanteknu að Halla B. Þorkelsson, fulltrúi Öryrkjabandalags Íslands, gerir athugasemdir við einstaka tillögur. Er gerð grein fyrir þeim í niðurlagi 10. kafla skýrslunnar. Texti nefndarálitsins er að öðru leyti á ábyrgð formanns nefndarinnar, Ingimars Einarssonar, skrifstofustjóra áætlana- og þróunarskrifstofu í heilbrigðisráðuneytinu.

Vinna nefndarinnar hefur óhjákvæmilega mótast af því hvernig verkefnið er skilgreint í erindisbréfi hennar og hvernig hún er samansett. Áherslan hefur fyrst og fremst verið heimilislækningar og hlutverk þeirra innan heilsugæslunnar og samskipti við aðra þætti heilbrigðisþjónustunnar. Umfjöllun um tilvísanaskyldu er sömuleiðis fyrirferðarmikil í nefndarálitinu. Það býður hins vegar betri tíma að gera hjúkrun, iðjuþjálfun, sálfræðiþjónustu og fleiri sérgreinum og starfsstéttum innan heilsugæslunnar betri skil. Heiti skýrslunnar hefur verið breytt frá því sem var í bráðabirgðaútgáfu hennar. Í stað yfirskriftarinnar *Efling heilugæslunnar* var ákveðið að titill nefndarálitsins yrði *Áfangar í eflingu heilsugæslunnar*.

3. Heilsugæsla í forgrunni

Í stofnskrá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) árið 1948 var hugtakið heilbrigði skilgreint á eftirfarandi hátt:

„Heilbrigði er fullkomið líkamlegt, andlegt og félagslegt velferli, ekki einungis firð sjúkdóma og vanheilinda.“¹

Árið 1977 samþykkti Alþjóðaheilbrigðisþingið eftirfarandi ályktun:

„Mikilvægasta þjóðfélagslega markmið ríkisstjórna aðildarríkjanna og WHO á næstu áratugum, er að vinna að því að allir íbúar heimsins búi fyrir árið 2000 við heilsufar sem gerir þeim mögulegt að geta lifað lífi sem er fullnægjandi í félagslegu og efnahagslegu tilliti.“²

Þessi ályktun, sem nefnd hefur verið *Heilbrigði allra árið 2000* (HFA 2000), lá til grundvallar þeirri áherslu sem lögð var á heilsugæslu í *Alma Ata yfirlýsingunni* árið 1978.³ Í yfirlýsingunni er undirstrikað að til þess að bæta heilsu allra þurfi óhjákvæmilega að verða grundvallarbreyting á forgangi verkefna í heilbrigðismálum á næstu áratugum. Ályktunin Heilbrigði allra árið 2000 og Alma Ata yfirlýsingin fólu með öðrum orðum í sér nánari útfærslu hinnar hugsjónalegu heilbrigðisskilgreiningar WHO frá 1948 og þar með var lagður grunnur að heilbrigðisstefnu á heimsvísu.

Í Alma Ata yfirlýsingunni er lögð megináhersla á uppbyggingu heilsugæslu og þýðingu hennar í að tryggja jöfnuð í þjóðfélaginu. Sérhvert ríki verði sjálft að þróa sínar eigin leiðir í heilbrigðisþjónustu með tilliti til aðstæðna og þekkingar á heilsuþörfum íbúanna. Nauðsynlegt sé að hafa sjónarmið grunnheilsugæslu að leiðarljósi og tryggja samvinnu og samstarf fjölmargra aðila í þjóðfélaginu. Samvinna heilbrigðisstétta og samfella í þjónustu geti ráðið úrslitum um framkvæmd heilbrigðisstefnunnar.

Frá því Alma Ata yfirlýsingin leit dagsins ljós hafa margir reynt að skilgreina eða útfæra heilsugæsluhugtakið nánar. Ekki hefur þó enn tekist að ná samstöðu um eina almennt viðurkennda skilgreiningu á hugtakinu. Þekktust eru líklega drög WHO að *Sáttmála um heimilislækningar í Evrópu* frá 1995 en þar eru tilgreind tólf meginæinkenni heilsugæslu.⁴

Hefðbundin flokkun heilbrigðisþjónustu í þrjú mismunandi stig í ferli greiningar og meðferðar heilsufarsvanda virðist eftir sem áður hafa haldið velli. Samkvæmt henni er heilsugæsla fyrsta stigs þjónusta því þar hefst jafnan heilsuvernd, greining og meðferð heilsufarsvanda og þjónustan er almenn. Sú sérhæfða þjónusta, sem klínískir sérgreinalæknar veita án þess að leggja fólk inn á sjúkrahús, er annars stigs. Sérhæfð meðferð og aðhlyning á sjúkrahúsum er síðan talin þriðja stigs þjónusta. Samkvæmt þessari skilgreiningu er augljóst að hluti lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks starfar jafnhliða á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

¹ Skilgreining WHO á heilbrigði. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Íslenska þýðingin var gerð af Vilmundi Jónssyni, landlækni.

² Ályktun Alþjóðaheilbrigðisþingsins 1977. <http://un.by/en/who/healthforall/>

³ Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, sjá http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

⁴ WHO Charter. „The Charter for general practice/family medicine in Europe.“ WHO, Regional Office for Europe 1995.

4. Heilsugæsla á Íslandi

Um langt skeið hefur eitt helsta markmið allra ríkisstjórna verið að efla heilsugæsluna og tryggja aðgengi fólks að góðri heilbrigðisþjónustu. Þrátt fyrir það hefur þjónustan ekki gengið sem skyldi á öllum stöðum á landinu, sérstaklega ekki á höfuðborgarsvæðinu þar sem stundum er löng bið eftir því að komast til heilsugæslulæknis á reglulegum opnunartíma. Krafa um valfrelsi sjúklinga til þess að leita beint til sérgreinalækna hefur á sama tíma átt sterkan stuðning í þjóðfélaginu. Saga lækninga á Íslandi og átök um tilvísanaskylduna bregða ljósi á þá togstreitu sem lengi hefur ríkt á milli heimilislækninga og sérgreinalækninga. Heilsuverndina, sem að miklu leyti hefur verið á hendi hjúkrunarfræðinga, hefur aftur á móti verið aðgengileg alla tíð og ríkt góð sátt um, hvort sem um er að ræða mæðravernd, ung- og smábarnavernd eða forvarnir í skólum.

4.1 Forsaga

Framan af síðustu öld og fram yfir miðja öldina voru héraðslæknar í dreifbýli og heimilislæknar í þéttbýli burðarásar heilbrigðisþjónustunnar. Heimilislæknar störfuðu yfirleitt sjálfstætt og voru með samning við sjúkrasamlög á viðkomandi stöðum. Sjúkrahús og sérgreinaþjónusta urðu síðan fyrirferðarmeiri í þjóðfélaginu og tóku smám saman yfir mörg af verkefnum heimilis- og héraðslækna. Ungir læknar tóku í auknum mæli að leita inn á önnur svið læknisfræðinnar en heimilislækningar.

Á fyrri hluta síðustu aldar var heilsuvernd fyrst og fremst sinnt af hjúkrunarfræðingum og barnalæknum. Ungbarnavernd var helsta verkefnið til að byrja með en þegar leið á þriðja áratug aldarinnar knúði heilsuverndin dyra í skólunum. Frá þeim tíma og allt til ársins 2002 var tannvernd hluti af almennri heilsuvernd skólabarna. Mæðravernd þróaðist innan sjúkrahúsanna en fluttist síðar til heilsugæslustöðvanna. Heimahjúkrun þróaðist aftur á móti innan Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur og færðist síðan sömuleiðis yfir til heilsugæslustöðvanna.

Árið 1970 var brotið blað í sögu heimilislækninga hér á landi. Með nýrri reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa, nr. 39/1970, voru heimilislækningar viðurkenndar sem sérgrein innan læknisfræðinnar og þar með gert jafnhátt undir höfði og öðrum greinum læknávisindanna.⁵

Á þessum árum hefst nýtt tímabil í sögu heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi. Í kjölfar gildistöku nýrra laga um heilbrigðisþjónustu í ársbyrjun 1974 var hafist handa við uppbyggingu heilsugæslustöðva um allt land, fyrst á landsbyggðinni og síðar á öllu höfuðborgarsvæðinu.⁶ Markmiðið var að hefja heilsugæsluna til vegs og virðingar í þjóðfélaginu. Með hinni nýju löggjöf var lagður grunnur að samþættingu heilsuverndar og heimilislækninga í starfi heilsugæslustöðva.

Í upphafi var heilsugæsla skilgreind í íslenskri heilbrigðislöggjöf sem heilsuverndarstarf og allt lækningastarf sem unnið er vegna heilbrigðra og sjúkra sem ekki dveljast á sjúkrahúsum. Í

⁵ Reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa, nr. 39/1970.

⁶ Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu.

nýlegum heilbrigðislögum nr. 40/2007 er heilsugæsla aftur á móti takmörkuð við almennar lækningar, hjúkrun, heilsuvernd og forvarnir, bráða- og slysamóttöku og aðra heilbrigðisþjónustu sem veitt er á vegum heilsugæslustöðva. Núverandi skilgreining á heilsugæslu er því þrengri en fyrri afmörkun hennar í íslenskri löggjöf.

Í dag er víðast gert ráð fyrir að fjöldi íbúa á hvern starfandi heilsugæslulækni sé á bilinu 1.200 til 1.500. Miðað við lægri mörkin má gera ráð fyrir að á höfuðborgarsvæðinu vanti í dag allt að 40 heilsugæslulækna til þess að unnt sé að sinna eðlilegri grunnþjónustu á viðeigandi hátt.⁷ Ekki er þó einhlítt að gera ráð fyrir að þjónustuþörf verði alls staðar fullnægt með fjölgun lækna. Með breytingum á vinnuskipulagi, launakerfum og hagnýtingu upplýsingatækni má ná fram aukinni hagræðingu í heilsugæslunni.

4.2 Tilvísanaskylda

Tilvísanaskylda til sérgreinalækna gildi á Íslandi frá því á fjórða áratug síðustu aldar fram til ársins 1984 en þá var hún felld niður í kjölfar sammings Læknafélags Reykjavíkur og Tryggingastofnunar ríkisins þann 27. mars það ár. Var það gert með tímabundinni undantekningu frá kröfunni um tilvísanir vegna greiðslu sérfræðilæknishjálpar. Ákvæði um tilvísanaskyldu var síðan felld úr lögum um almannatryggingar á árinu 1989.

Það tilvísanakerfi, sem var við lýði fram á níunda áratuginn, var orðið býsna útþynnt þar sem undanþágur voru allmargar. Til að mynda þurftu sjúklingar, sem voru búsettir utan höfuðborgarsvæðisins, ekki tilvísun og sömuleiðis þurftu þeir, sem ekki höfðu heimilislækni eða áttu ekki aðgang að heilsugæslustöð, að framvísa tilvísun heimilislæknis. Sérfræðingar gátu einnig vísað hver á annan án tilvísunar. Í reynd var því tilvísanaskyldan mjög takmörkuð.⁸

Frá því að krafan um tilvísanir var numin úr lögum hafa verið gerðar nokkrar tilraunir til þess að innleiða ákvæði þess efnis í heilbrigðislöggjöfina. Í ráðherratíð Guðmundar Bjarnasonar var þegar hafist handa við að undirbúa innleiðingu tilvísana. Verkinu var fram haldið í tíð Sighvats Björgvinssonar og þann 22. desember 1992 samþykkti Alþingi breytingu á lögum um almannatryggingar (nr. 104/1992) sem heimilaði upptöku tilvísanakerfis í heilbrigðisþjónustunni.

Í kjölfarið voru skipaðar nefndir og vinnuhópar til að vinna áfram að málinu og lágu fyrir niðurstöður í ársbyrjun 1995.⁹ Heilbrigðisráðherra gaf út reglugerð nr. 82/1995 um tilvísanir 19. febrúar 1995; þar var gert ráð fyrir að útgáfa tilvísana vegna sérfræðilæknisþjónustu skyldi hefjast 20. febrúar 1995 og áttu nýjar reglur um greiðsluþátttöku að taka gildi 1. maí sama ár. Reglugerð nr. 82/1995, með síðari breytingu, sbr. reglugerð nr. 229/1995, er enn í gildi. Framkvæmd reglugerðarinnar var hins vegar frestað með auglýsingu nr. 253/1995 þar til annað yrði ákveðið.

⁷ Sbr. yfirlit Lúðvíks Ólafssonar, lækningaforstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 8. apríl 2010, voru 125 fastráðnir heilsugæslulæknar starfandi á höfuðborgarsvæðinu. Þar við bætast 7 heilsugæslulæknar á Heilsugæslustöðinni í Salahverfi, 4. á Lágmúlastöðinni og utan heilsugæslustöðva eru starfandi 12 heimilislæknar. Auk þess eru ekki inni í þessum tölum upplýsingar um fjölda einstaklinga í sérnámi í heimilislækningum.

⁸ Skýrsla nefndar um tilvísanir. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1993.

⁹ Spurningar og svör um tilvísanakerfið. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Tryggingastofnun ríkisins. Mars 1995.

Fljótlega voru teknar upp viðræður við Félag íslenskra heimilislækna (FÍH) og þann 8. júlí 1996 kynnti heilbrigðisráðuneytið samkomulag sem ráðuneytið hafði gert við FÍH um aðgerðir til þess að efla heilsugæslu og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu, m.a. með „valfrjálsu stýrikerfi“. Um var að ræða stefnuyfirlýsingu ráðuneytisins í tuttu og einum lið sem kynnt var sem skuldbinding gagnvart fyrrnefndum hópi lækna í komandi viðræðum og samstarfi.¹⁰ Gert var ráð fyrir fimm ára tilraun með valfrjáls stýrikerfi í samvinnu við heildarsamtök lækna en hún komst aldrei í framkvæmd og réð þar mestu andstaða sérgreinalækna.

Í byrjun þessarar aldar réðst Félag íslenskra heimilislækna í málarekstur gegn Tryggingastofnun ríkisins varðandi rétt sérfræðinga í heimilislækningum til samningsgerðar á sambærilegum grundvelli og sérfræðingar í öðrum tegundum sérgreina. FÍH tapaði málinu í Héraðsdómi Reykjavíkur og Hæstiréttur vísaði því síðan frá dómi.¹¹ Áður hafði málið líka tapast hjá Samkeppnisstofnun og áfrýjunarnefnd samkeppnismála.

Það er svo ekki fyrr en á árinu 2009 að hugmyndir um innleiðingu tilvísanaskyldu skjóta aftur upp kollinum í tengslum við umræður um aðgerðir í efnahagsmálum. Að vísu var tímabundin tilvísanaskylda til hjartalækna tekin upp á árunum 2006-2007 en það var afmarkað mál sem e.t.v. verða ekki dregnar of víðtækar ályktanir af. Nýleg rannsókn bendir engu að síður til þess að gagnkvæm miðlun þekkingar lækna um sjúklinga sína hafi haft í för með sér verulegan ávinning fyrir fagaðila jafnt sem sjúklinga þeirra.¹²

4.3 Skipulag heilsugæslu

Eins og fyrr er getið hófst uppbygging heilsugæslustöðva á landsbyggðinni í kjölfar gildistöku nýju heilbrigðisþjónustulaganna í ársbyrjun 1974. Í öllum landshlutum spruttu á nokkrum árum upp glæsilegar heilsugæslustöðvar. Þessar stöðvar voru vel búnar tækjum og þar var sköpuð aðstaða til þess að samþætta almennar lækningar og heilsuvernd. Sveitarstjórnarmenn, þingmenn og aðrir málsvarar dreifbýlisins lögðust allir á eitt við uppbyggingu þessa nýja kerfis.¹³ Þessar breytingar urðu til þess að ungir lækna sóttu í vaxandi mæli í sérfræðinám í heimilislækningum.

Öfugt við þann stuðning og bjartsýni, sem einkenndi uppbygginguna í hinum dreifðu byggðum, átti heilsugæslan lengi vel undir högg að sækja á höfuðborgarsvæðinu. Í Reykjavík var pólitískt bakland heilsugæslunnar afar veikt og gekk því seinlega að koma nýjum heilsugæslustöðvum á laggirnar. Réð þar að einhverju leyti sterk andstaða sérgreinalækna og annarra sem deildu þeirra sjónarmiðum. Það var ekki fyrr en árið 1977 sem fyrsta heilsugæslustöðin, Árbæjarstöðin, var tekin í notkun í Reykjavík. Reyndar var það ekki fyrr en ríkið tók alfarið yfir rekstur heilsugæslunnar árið 1990 sem ráðist var í að ljúka uppbyggingu heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu. Stór áfangi í því verkefni var opnun heilsugæslustöðvarinnar í Glæsibæ árið 2005 og þar með var komin heilsugæslustöð í síðasta hverfið í eldri borgarhluta Reykjavíkur.

¹⁰ Aðgerðir til að efla heilsugæsluna og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Reykjavík júlí 1996.

¹¹ Dómur Hæstaréttar. Nr. 134/2002.

¹² Steinar Björnsson o.fl.: Tilvísanir til hjartalækna. Viðhorf hjartasjúklinga og samskipti lækna. Læknablaðið 2010/96, bls. 335.

¹³ Gunnar Ingi Gunnarsson: Af starfskjörum heimilislækna á Íslandi – sögulegar stiklur. Læknablaðið 2008/94, bls. 227.

Í nóvember 1980 var Reykjavík skipt í 14 heilsugæslusvæði og síðar eftir flutning verkefna til ríkisins 1990 komu til sérstakar stjórnir yfir heilsugæslustöðvarnar og náðu þær flestar yfir fleiri en eina stöð samkvæmt sérstakri umdæmaskiptingu líkt því sem tíðkaðist annars staðar á landinu. Fljótlega var komið á fót „Samstarfsráði heilsugæslunnar í Reykjavík“ og var það skipað formönnum allra stjórnanna í Reykjavík en þær voru 5 (4 stjórnir heilsugæslustöðva og stjórn Heilsuverndarstöðvarinnar), auk þess sem formaður stjórnar heilsugæslustöðvarinnar á Seltjarnarnesi var áheyrnarfulltrúi enda náði þjónustusvæði þeirrar stöðvar til hluta Reykjavíkur. Samstarfsráðið var einungis samræmingaraðili og tók því ekki bindandi ákvarðanir um mál einstakra stöðva.¹⁴

Árið 1997 voru stjórnir heilsugæslustöðvanna í Reykjavík sameinaðar í eina stjórn og árið 1999 færðust Heilsugæslustöð Mosfellsumdæmis og Heilsugæslustöð Seltjarnarness undir framkvæmdastjórn Heilsugæslunnar í Reykjavík. Heilsugæslan í Kópavogi fylgdi svo á eftir árið 2000. Áfram störfuðu þó stjórnir heilsugæslunnar í hverju sveitarfélagi fyrir sig til ársins 2003. Þann 1. janúar 2006 voru heilsugæslustöðvar í Reykjavík, Kópavogi, Seltjarnarnesi, Mosfellsbæ, Garðabæ og Hafnarfirði loks sameinaðar í eina stofnun, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH).

Í heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins bjuggu um síðustu áramót rúmlega 200 þúsund manns. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins er langstærsti rekstaráðilinn innan heilsugæslunnar og þjónar um 160 þúsund íbúum og starfrækir nú 15 heilsugæslustöðvar.¹⁵ Starfsmenn voru alls 558 þann 1. október 2010, þar af 143 lækna (128,3 stöðugildi), 152 hjúkrunarfræðingar (116,7 stöðugildi), 36 ljósmæður (23,8 stöðugildi), 35 sjúkraliðar (26,3 stöðugildi) og 14 sálfræðingar (13,9 stöðugildi).¹⁶ Innan vébanda stofnunarinnar eru einnig Þróunarstofa heilsugæslunnar, Þroska- og hegðunarstöð, Göngudeild sóttvarna, Hugarafli-efitryggni og iðjuþjálfun og stjórnsýsla HH.¹⁷

Á höfuðborgarsvæðinu eru þess utan starfandi tvær einkareknar heilsugæslustöðvar, Heilsugæslan í Lágmúla og Heilsugæslan í Salahverfi í Kópavogi, auk tólf sjálfstætt starfandi heimilislækna sem vinna eftir númerakerfi eins og tíðkaðist á árum áður. Lágmúlastöðin þjónar um 7.000 íbúum, Salastöðin 12.770 og heilsugæslulækna utan heilsugæslustöðva 22.000. Enn fremur starfrækir Læknavaktin ehf. vaktþjónustu á höfuðborgarsvæðinu utan venjulegs opnunartíma.

Þrátt fyrir uppbyggingu heilsugæslustöðva er fjöldi fólks á höfuðborgarsvæðinu ekki skráður á heimilislækni, eða tæplega 21 þúsund manns á árinu 2009.¹⁸ Allir fá þjónustu á heilsugæslustöðvunum þó þeir séu ekki skráðir á lækni. Ýmislegt bendir til þess að þeir sem ekki eru fastskráðir á lækni séu aðallega yngra fólk á aldrinum 20-40 ára sem snýr sér frekar Læknavaktarinnar, sjúkrahúsa og sérfræðinga en heilsugæslustöðva. Þessir einstaklingar virðast einfaldlega ekki kunna á heilsugæslukerfið. Sérstaklega á það við fólk sem á ekki börn og hefur því ekki komist í kynni við starfsemi heilsugæslustöðva. Grunnþjónustan þarf greinilega á öflugri kynningu að halda.

¹⁴ Athugasemdir við nefndarálit um Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins ásamt tillögum til úrbóta. GE, janúar 2009, bls. 5.

¹⁵ Íbúar á höfuðborgarsvæðinu var um síðustu áramót 201.272. Þar af voru 161.309 íbúar á upptökusvæðum heilsugæslustöðva HH.

¹⁶ Samkvæmt upplýsingum frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 28. október 2010.

¹⁷ Sjá Heimasíðu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins: www.heilsugaeslan.is

¹⁸ Samkvæmt upplýsingum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 29. október 2010.

Frá árinu 1974 og fram yfir síðustu aldamót var landinu skipt í 8 læknishéruð í samræmi við þágildandi kjördæmaskipun, 31 umdæmi og 85 heilsugæslusvæði. Með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu (lög nr. 40/2007), sem tóku gildi 1. september árið 2007, var grunnskipulagi heilbrigðisþjónustunnar breytt. Samkvæmt nýja skipulaginu er landinu skipt í 7 heilbrigðisumdæmi og er að því stefnt að í hverju heilbrigðisumdæmi skuli starfrækt heilbrigðisstofnun eða heilbrigðisstofnanir. Þessar stofnanir hafa með höndum starfrækslu heilsugæslustöðva og umdæmissjúkrahúsa sem veita almenna heilbrigðisþjónustu í umdæminu. Skref í þessa átt var tekið í ársbyrjun 1999 þegar 14 sjúkrahús og 14 heilsugæslustöðvar á landsbyggðinni voru sameinaðar.¹⁹

4.4 Rafræn sjúkraskrá

Undanfarin ár hefur verið unnið markvisst að uppbyggingu rafrænnar sjúkraskrár og heilbrigðisnets í heilbrigðisþjónustunni. Sjúkraskrár innan heilsugæslunnar hafa verið tengdar saman í Vesturlandsumdæmi, Norðurlandsumdæmi, Austurlandsumdæmi, Suðurlandsumdæmi og innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Stefnt er að áframhaldandi sameiningu sjúkraskráa innan hvers heilbrigðisumdæmis fyrir sig og í framhaldinu á landsvísu. Sameiginlegt aðgengi að niðurstöðum blóðrannsóknna er þegar til staðar á milli Landspítala og flestra heilsugæslustöðva landsins.

Helstu nýjungar tengdar rafrænni sjúkraskrá innan heilsugæslunnar eru innleiðing á nýrri einingu innan sjúkraskrárkerfisins Sögu fyrir skráningu í ung- og smábarnavernd og rafræn skráning og úrvinnsla á þroskaprófum barna. Nýja einingin gerir betur kleift að fylgja eftir reglubundnum gjaldfrjálsum tannlæknaskoðunum 3, 6 og 12 ára barna og fara upplýsingar rafrænt á milli Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Sjúkratrygginga Íslands. Vonir eru bundnar við að þetta fyrirkomulag leiði til þess að aukinn fjöldi barna nýti sér þessar gjaldfrjálsu heimsóknir.

Rafrænar sendingar lyfseðla á Akureyri og Húsavík hófust árið 2002 og rafrænar sendingar læknabréfa, röntgenbeiðna og tilvísana milli Sjúkrahússins á Akureyri og nærliggjandi heilsugæslustöðva komust í gangið tveimur árum síðar. Á árinu 2009 hófust rafrænar sendingar á lyfseðlum á milli lækna og lyfjaverslana á höfuðborgarsvæðinu og rafrænar sendingar á inflúensubólusetningum til sóttvarnalæknis. Fyrsta rafræna umsóknin um lyfjaskírteini til Sjúkratrygginga Íslands var send frá Heilsugæslustöðinni í Efra-Breiðholti 11. mars 2010. Innleiðing á nýrri skýrslugerðarlausn, sem mun bæta verulega alla upplýsingaúttekt úr sjúkraskránni, og innleiðing á rafrænum lækna- og hjúkrunarbréfum er fyrirhuguð í lok þessa árs eða byrjun næsta árs.

Þegar er hafinn undirbúningur að rafrænum sendingum á greiðsluupplýsingum til Sjúkratrygginga Íslands og upplýsingum um tryggingalega stöðu einstaklinga. Í framhaldinu er gert ráð fyrir rafrænum sendingum á vottorðum og ýmsum beiðnum, eins og beiðni um sjúkraþjálfun. Einnig er hafinn undirbúningur að skráningu atvika beint í rafræna sjúkraskrá. Unnið er að endurbótum á skráningu í mæðravernd og er ætlunin að koma á vefbókunum.

¹⁹ Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana, nr. 875/1999.

5. Alþjóðleg þróun

Flest ríki Evrópu eru sammála um hver meginmarkmið góðs heilbrigðiskerfis skuli vera, svo sem jafnt aðgengi, öryggi sjúklinga, öflugar forvarnir, gagnreynd og árangursrík meðferð, hátækniþjónusta og skjót viðbrögð við erindum fólks. Heilbrigðisþjónusta, hvernar tegundar sem hún er, skuli jafnframt leitast við að mæta þörfum hvers sjúklings fyrir sig. Á síðustu áratugum hefur heilsugæslan ekki aðeins vaxið sem mótvægi við sjúkrahúsþjónustu heldur hafa samtímis verið lagðar á hana vaxandi skyldur og ábyrgð varðandi úrlausnir og aðgengi að þjónustu innan heilbrigðiskerfisins.

5.1 Heilbrigðisþjónusta í Evrópu

Heilbrigðisþjónusta í Evrópu er að mestu fjármögnuð af hinu opinbera, ýmist af ríkinu, fylkjum eða sveitarfélögum. Fjármögnunin tekur á sig margvíslegar myndir en í stórum dráttum má segja að um sé að ræða tvenns konar kerfi. Annars vegar eru heilbrigðiskerfi fjármögnuð gegnum almannatryggingar og sjúkrasamlög af ýmsum toga og hins vegar heilbrigðisþjónusta sem fjármögnuð er gegnum skattheimtu. Fyrirnefnda kerfið hefur löngum verið kennt við Bismarck, fyrrum Þýskalandskanslara, og hið síðara við Englendinginn Lord Beveridge.²⁰

Meðal þeirra ríkja, þar sem fjármögnunin er aðallega gegnum almannatryggingakerfið, eru Frakkland, Þýskaland, Belgía, Holland og Austurríki. Þar er heilsugæslunni sinnt af sjálfstætt starfandi heimilislæknum og byggjast greiðslur til þeirra að mestu leyti á greiðslum fyrir hvert læknisverk. Í ríkjum, þar sem heilbrigðisþjónustan er fjármögnuð að mestu leyti með skatttekjum, eru rekstrarform margbreytilegri. Þetta eru Norðurlöndin, Bretlandseyjar, Grikkland, Ítalía, Spánn og Portúgal.²¹

Í mörgum löndum Evrópu, hvort sem heilbrigðiskerfið var fjármagnað gegnum almannatryggingar eða með skatttekjum, voru sjálfstætt starfandi heimilislæknar lengst af þungamiðja starfseminnar og stýrðu um leið aðgengi fólks að öðrum þáttum heilbrigðisþjónustunnar. Þetta fyrirkomulag hefur víða vikið fyrir heilsugæslustöðvum, sérfræðilæknasetrum og sjúkrahúsum. Það er einungis í Danmörku, Noregi, Hollandi og á Bretlandseyjum sem segja má að heimilislæknirinn hafi haldið velli, a.m.k. fram undir þetta. Heilbrigðisyfirvöld víðast hvar í Evrópu eru samt sem áður sammála um að heilsugæslan skuli í flestum tilvikum vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu.

Í löndum, þar sem heimilislæknar hafa enn sterka stöðu, er tilvísanaskyldu iðulega beitt til þess að stýra og takmarka aðgang að sérfræðingum á flestum sviðum lækninga. Lönd, sem sagt hafa skilið við gamla heimilislæknaakerfið, beita sömuleiðis margvíslegum takmörkunum og stýringu til þess að tryggja að fólk fái þjónustu á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu. Fyrirkomulag þessara takmarkana er þó mismunandi frá einu landi til annars. Þar koma til ólíkar aðstæður og sögulegar forsendur. Engu að síður er ljóst að nánast óheftir möguleikar á því að koma á fót og starfrækja sérfræðiþjónustu, líkt og tíðkast hefur hér á landi síðan um miðjan áttunda áratug síðustu aldar, heyrir til undantekninga meðal Evrópulanda.

²⁰ Wienke G.W. Boerma and Carl-Ardy Buboiss: Mapping primary care across Europe, bls. 22.

²¹ Sama, bls. 42.

Því er iðulega haldið fram að í ríkjum, sem búa við tilvísanakerfi og takmarkanir á aðgengi að sérfræðisþjónustu, hafi gengið betur að hemja heilbrigðisútgjöld en í þeim ríkjum þar sem aðgengi að slíkri þjónustu er opnara. Sem dæmi má nefna að árið 2008 voru heildarútgjöld Breta til heilbrigðisþjónustu 8,7% af vergri landsframleiðslu meðan sambærileg hlutföll fyrir Frakkland og Holland voru 11,2% og 9,9%.²² Læknafélag Íslands bendir hins vegar á að mörg tilvísanalönd eyði hlutfallslega meiru til heilbrigðismála en Ísland.²³ Aðrir eru þeirrar skoðunar að skýringar á mun milli landa innan OECD megi frekar rekja til þess hvort þau búi við frjáls tryggingakerfi, sem eru fjármögnuð með iðgjöldum, eða tryggingakerfi sem eru aðallega fjármögnuð með sköttum og skylt er að tryggja alla íbúa.²⁴

Samanburður á skipulagi, kostnaði og rekstri heilbrigðisþjónustu er því greinilega ýmsum annmörkum háður og leita verður víðtækari skýringa en venjulega er gert þegar tvö eða fleiri lönd eru borin saman. Til að mynda sýna ýmsar athuganir á gæðum og árangri heilbrigðiskerfa að tilteknir þættir heilbrigðisþjónustu í Bretlandi standast ekki fyllilega samanburð við sambærilega þjónustu á Norðurlöndum, Þýskalandi, Hollandi og Frakklandi.²⁵ Munurinn á Danmörku og mörgum OECD-löndum, sem ekki hafa tilvísunarkerfi, er aftur á móti minni þannig að útgjöld til heilbrigðismála eru ekki einhlítur mælikvarði á stöðu heilbrigðisþjónustu í viðkomandi löndum.

Undanfarið hefur efnahagssamdrátturinn í Evrópu orðið til þess að ríkisstjórnir leita nýrra leiða til þess hemja heilbrigðisútgjöld og auka skilvirkni innan heilbrigðiskerfisins. Á sama tíma liggur fyrir Ráðherraráði Evrópusambandsins og Evrópuþinginu tillaga að tilskipun um heilbrigðisþjónustu yfir landamæri.²⁶ Er henni ætlað að ryðja úr vegi óþarfa hindrunum fyrir því að sjúklingar geti leitað sér lækninga í öðrum löndum og tryggja um leið öryggi þeirra. Margir sjá tillöguna sem valkost fyrir sjúklinga þegar biðlistar eru langir eða kunnátta og tækni er ekki til staðar í heimalandinu. Aðrir líta á réttinn til að sækja sér lækniþjónustu yfir landamæri sem hluta af markaðsvæðingu heilbrigðisþjónustunnar.

Fyrstu umræðu um tillöguna lauk á Evrópuþinginu í apríl 2009 og var hún send til Ráðherraráðsins töluvert breytt. Erfiðlega gekk að ná samstöðu um hana í Ráðherraráðinu og það var ekki fyrr en á fundi ráðherranna 8. júní 2010 sem samkomulag náðist um málamiðlunartillögu spænsku formennskunnar.²⁷ Á haustdögum 2010 var tilskipanatillagan svo send Evrópuþinginu þar sem hún verður væntanlega tekin til annarrar umræðu á starfsárinu 2010-2011.

²² Health at a Glance. OECD, Paris 2009.

²³ Athugasemdir og spurningar Læknafélags Íslands, dags. 2. september 2010.

²⁴ Ólafur Ólafson og Ottó J. Björnsson: Könnun á kostnaði og árangri heilbrigðisþjónustu 16 vestrænna ríkja. Reykjavík apríl 2010.

²⁵ OECD: Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD). Dæmi: „The UK screens more women for breast and cervical cancer than do most other developed countries. Although survival rates for different types of cancer are improving in the UK, most other OECD countries achieve higher rates. The UK does well in avoiding hospital admissions for people with high blood pressure and certain heart problems, but could improve the treatment of people with asthma and diabetes.“

²⁶ Commission of the European Communities: Proposal for a Directive of the European Parliament and the Council on the application of patients' right in cross-border healthcare. Brussels, 2.7.2008, COM(2008) 414 final.

²⁷ Council of the European Union: Council agrees on new rules for patients' right in cross border healthcare. Luxembourg, 8 June 2010.

Í umfjöllun Evrópuþingsins og Ráðherraráðsins hefur komið fram að ekki þyki óeðlilegt að einstök ríki geti, við tiltekna aðstæður, krafist samþykkis áður en sjúklingur leitar eftir heilbrigðisþjónustu erlendis, sérstaklega ef um kostnaðarsama meðferð eða aðgerð er að ræða. Í spænsku málamiðuninni var sömuleiðis lagt til að móttökuríkið geti sett aðgangstakmarkanir væru fyrir því málefnalegar ástæður.

5.2 Heilsugæsla í fjórum Evrópulöndum

5.2.1 Bretland

Frá því um miðjan tíunda áratug síðustu aldar hafa heilbrigðisyfirvöld í Bretlandi lagt áherslu á að heilsugæslan væri leiðandi afl breskrar heilbrigðisþjónustu (National Health Service, NHS). Þetta hefur verið gert í þeim tilgangi að flytja fjármuni frá 2. stigs þjónustu til heilsugæslunnar svo unnt sé að flytja áætlanagerð og meðferðarúrræði nær notendum heilbrigðisþjónustunnar. Heilsugæsluhópar (Primary Care Groups, PCGs), síðar Heilsugæslusamsteypur (Primary Care Trusts, PCTs), og tilraunir með innleiðingu fastlaunakerfa eru aðgerðir sem á þessum tíma hafa miðað að því efla vægi grunnþjónustunnar.²⁸

Bretar eru meðal þeirra þjóða sem haldið hafa fast í grunnþætti síns heilbrigðiskerfis um langt skeið. Í Bretlandi greiða sjúklingar ekkert fyrir komu til heimilislækna og það sama á við ef þeir geta framvísað tilvísun þegar þeir heimsækja sérgreinalækna. Heimilislæknar eru í reynd hliðverðir heilbrigðiskerfisins og stýra sjúklingaflæðinu inn í það. Tölulegar upplýsingar sýna að yfir 99% Breta eru skráð hjá heimilislækni og um 90% af læknisheimsóknum utan sjúkrahúsa eru til heimilislækna.

Langflestir heimilislæknar og tannlæknar tilheyra eða eru hluti af fyrrnefndum Heilsugæslusamsteypum heilbrigðiskerfisins (PCTs) sem ber ábyrgð á áætlanagerð og framkvæmd heilsugæslu ásamt samhæfingu sjúkrahúsþjónustu, heilsugæslu og félagslegrar þjónustu fyrir borgarana. Markmið þessara skipulagseininga á hverju svæði fyrir sig er að tryggja sérhverjum einstaklingi eins góða heilbrigðisþjónustu og unnt er og á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu.

Ríkisstjórn Íhaldsflokksins og Frjálslynda flokksins í Bretlandi, sem mynduð var í byrjun sumars 2010, gaf út hvítbók 12. júlí sl. um heilbrigðisþjónustuna (NHS-National Health Service) undir yfirskriftinni Jafnrétti og yfirburðir: Frelsun heilbrigðisþjónustunnar (Equity and excellence: Liberating the NHS). Umrædd hvítbók er blanda af hugmyndum íhaldsmanna og frjálslyndra í heilbrigðismálum. Í henni er lögð áhersla á að sjúklingar skuli vera miðpunktur þjónustunnar, kastljósinu verði beint að því sem skiptir máli fyrir sjúklinga og frumkvæðið til umbóta verði lagt í hendur fagfólks.²⁹ Hvítbókin hefur verið send fjölmörgum aðilum til umsagnar og víða á Bretlandseyjum hefur verið efnt til málþinga um hana.

²⁸ Primary care in the driver's seat, bls. 97.

²⁹ Equity and excellence: Liberating the NHS. Department of Health, London 2010.

5.2.2 Danmörk

Í Danmörku er fyrirkomulag tilvísanaskyldu nokkuð frábrugðið því sem þekkist meðal annarra þjóða. Munurinn felst aðallega í því að þegnunum er boðið upp á að tilheyra annaðhvort tryggingahópi 1 eða tryggingahópi 2. Íbúar í Hópi 1 skrá sig hjá tilteknum heimilislækni og þurfi þeir að leita til sérgreinalæknis eða sjúkrahúss er þeim gert að framvísa tilvísun frá sínum heimilislækni. Til mótvægis fá þeir greiddan nær allan heilbrigðiskostnað nema lyf en um þau gilda sérstakar reglur. Íbúar í Hópi 2 hafa frjálst val um að leita til heimilislækna og sérgreinalækna en þeir þurfa tilvísun til sjúkrahúss eins og aðrir. Þeim er gert að greiða að mestu sjálfir fyrir þá þjónustu sem þeir njóta hjá þessum læknum. Sjúkratryggingarnar greiða þó vissan kostnað fyrir Hóp 2 eftir sama taxta og fyrir Hóp 1. Aðeins 1-2% íbúanna hafa valið að tilheyra Hópi 2 á meðan 98-99% eru bundin tilteknum heimilislækni með aðild sinni að Hópi 1.³⁰

Nýlega voru gerðar umfangsmiklar skipulagsbreytingar á stjórnsýslu í Danmörku. Þann 1. janúar 2007 leystu fimm stjórnsýslusvæði (Regioner) ömtin sextán af hólmi. Rekstur heilbrigðisþjónustunnar er að langmestu leyti á hendi þessara nýju stjórnsýslusvæða, t.d. eru samningar um heilbrigðisþjónustu á hendi nefndar sem svonefnt Svæðisráð (Regionsråd) skipar. Nú standa yfir umfangsmiklar breytingar á sjúkrahúsakerfinu. Ætlunin er að fækka sjúkrahúsum þannig að nokkur stór sérgreinasjúkrahús á stjórnsýslusvæðunum komi í stað fjölmargra minni sjúkrahúsa sem eru komin til ára sinna og þarfnast hvort eð er mikilla endurbóta eigi þau að uppfylla þær kröfur sem gera verður til þessara stofnana. Markmið skipulagsbreytinganna er bætt aðgengi og aukid framboð á sérfræðiþjónustu á nýju sjúkrahúsunum.

Dönsku heilbrigðisþjónustunni hefur um langt skeið verið skipt í fjögur þrep.³¹ Fyrsta þrepið er heimsókn til heimilislæknis. Annað þrepið er sjúkrahús í heimabyggð. Þriðja þrepið er næsta sérgreinasjúkrahús. Fjórða þrepið er loks mjög sérhæft háskólasjúkrahús. Verkefni heimilislæknisins er að greina heilsufarsvandamálið og síðan meta hvort það sé á hans færi að leysa það eða hvort senda þarf sjúklinginn áfram til næsta heimabyggðarsjúkrahúss. Á sama hátt er tekin ákvörðun um að flytja sjúklinginn áfram á næsta þrep o.s.frv.

Þetta skipulag hefur að margra dómi tryggt að unnt hefur verið að leysa flest mál á lægri þrepunum, oft með samskiptum við sérfræðinga í mismunandi greinum. Langflest dagleg heilsufarsvandamál eru einfaldlega talin þess eðlis að ekki sé þörf á að kalla til sérgreinalækna hverju sinni. Í þeim umræðum, sem eiga sér stað í Danmörku um þessar mundir, er því haldið fram að lengra verði frá lægsta þrepi kerfisins til sérfræðinganna á nýju hátækisjúkrahúsunum en verið hefur í því fyrirkomulagi sem ríkt hefur um langan tíma.

Meðal kosta danska heilbrigðiskerfisins og þar með heilsugæslunnar telst gott aðgengi og að heimilislæknar eru í góðum tengslum við sérfræðinga á sjúkrahúsum hvað varðar meðhöndlun þeirra á sjúklingum sem þeir bera ábyrgð á. Tilvísanaskyldan er talin stuðla að því að sjúklingar séu meðhöndlaðir á viðeigandi stöðum innan heilbrigðiskerfisins með tilliti til heilsufarslegra og fjárhagslegra sjónarmiða. Gallar þessa fyrirkomulags eru að margir telja að þeir hafi of lítið um það að segja hvert þeir geti leitað eftir heilbrigðisþjónustu. En þá er opinn sá möguleiki, eins og fyrr er nefnt, að fólk geti farið beint til sérfræðinga en greiði þjónustu þeirra í flestum tilvikum fullu verði.

³⁰ Upplýsingar frá Sundhedsstyreslen í Danmörku, dags. 14. júní 2010.

³¹ Sundhedsdebatten 20/11/2009.

Á síðustu árum hafa komið til sögunnar möguleikar á að sækja sér lækniþjónustu á einkasjúkrahúsum í Danmörku eða sjúkrahúsum utan Danmerkur þegar biðtími eftir aðgerð er orðinn lengri en tveir mánuðir. Um það bil einn af hverjum fimm Dönum hefur nú aflað sér einkasjúkratryggingar til viðbótar almennri sjúkratryggingu sem opnar þeim aðgang að tiltekinni einkarekinni heilbrigðisþjónustu fram yfir það sem fólki stendur almennt til boða.³²

5.2.3 Noregur

Í Noregi var komið á fót nýju heilsugæslukerfi árið 2001 og nefnist það fastlæknakerfi (Fastlegeordningen).³³ Fastlæknakerfinu var ætlað að treysta í sessi samband lækni og sjúklings og auka samfellu í heilsugæslunni. Allir sem þess óska hafa rétt til þess að velja sér fastan lækni af listum eftir tilteknum reglum. Markmið þessa fyrirkomulags er ekki aðeins að efla grunnheilsugæsluna heldur jafnframt að setja læknavakt og sérgreinaþjónustu ákveðnar leikreglur þannig að tryggja megi fullnægjandi skilvirkni í heilbrigðisþjónustunni. Meginreglan í hinni nýju skipan er sú að fastlæknirinn starfar sjálfstætt á samningi við viðkomandi sveitarfélag. Þetta er fyrst og fremst gert til þess að sveitarfélögin geti komið að pólitískri forgangsroðun í heilbrigðisþjónustunni.

Fastlæknir gegnir í reynd þríþættu hlutverki. Í fyrsta lagi er hann ábyrgur fyrir þeirri lækniþjónustu sem veitt er þeim einstaklingum sem eru á hans lista. Í öðru lagi getur sveitarfélagið, sem læknirinn hefur samning við, falið honum að sinna almennri lækniþjónustu í 7½ klukkustund á viku, svo sem á hjúkrunarheimilum, skólaheilsugæslu, fangelsum og víðar. Og loks er ætlast til þess að fastlæknirinn taki þátt í læknavakt sveitarfélagsins eftir þeim reglum sem þar um gilda.

Um 90% fastlækna eru sjálfstætt starfandi og hin tíu prósentin eru starfsmenn sveitarfélaga. Á árinu 2008 voru skráðir fastlæknar um 4.000 og hafði þeim fjölgað um tæplega 400 frá því fastlæknakerfið var innleitt árið 2001. Að meðaltali eru fastlæknar með 1.200 einstaklinga á sínum listum.

Í Noregi er sögð almenn ánægja með fastlæknakerfið, bæði meðal læknanna sjálfra og íbúa landsins. Skortur á læknum, sem áður var tilfinnanlegur, ekki síst í dreifbýlinu, heyrir nú sögunni til. Þótt tekist hafi að stytta biðlista er samt sem áður víða langur biðtími eftir læknum. Þoli erindi sjúklinga ekki bið er þeim vísað til læknavaktar eða sjúkrahúsa.

Engu að síður þótti ríkisstjórn Noregs ástæða til þess að ráðast í gerð áætlunar um umbætur og samráð í heilbrigðisþjónustunni (Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid) sem norska Stórþingið samþykkti í lok apríl 2010. Í áætluninni er einkum reynt að bregðast við þrem áskorunum og skilgreina leiðir til úrbóta.

- Áskorun 1: Þörf sjúklinga fyrir samfellu í þjónustunni er ekki fullnægt og verkefni eru of dreifð.

³² Sundhedsdebatten 04/06/2010.

³³ Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, Oslo 2009, bls. 89-90.

- Áskorun 2: Þjónustan beinist of lítið að því að takmarka og fyrirbyggja sjúkdóma.
- Áskorun 3: Lýðfræðileg þróun og sjúkdómsmyndin í þjóðfélaginu getur leitt til fjárhagslegra skuldbindinga sem erfitt getur orðið að standa undir.³⁴

Heilbrigðisráðherra Noregs hafði forystu um gerð áætlunarinnar og fékk sér til fulltingis starfsmenn ráðuneytisins og hóp sérfræðinga úr ýmsum áttum. Haldnir voru fundir með fag- og hagsmunaaðilum og a.m.k. tveir stórfundir með almenningi, auk þess sem fólki gafst tækifæri til þess að tjá sig um málefnið á netinu.

5.2.4 Svíþjóð

Árið 2007 ákvað sænska ríkisstjórnin að fela sérfróðum aðila að leggja fram tillögur um hvernig styrkja megi stöðu sjúklinga og efla áhrif þeirra á heilbrigðisþjónustuna. Árið 2008 lagði umræddur sérfræðingur, Toivo Heinsoo, til að sérhver sjúklingur fengi þann rétt að velja sjálfur sinn eigin lækni eða annan veitanda heilbrigðisþjónustu og samtímis væru þær skyldur lagðar á viðkomandi lénsstjórn að innleiða þjónustuvalkerfi í heilsugæslunni (vårdvalsystem i primärvården).³⁵ Öll fjárframlög og greiðslur til starfseminnar frá hinu opinbera myndu síðan grundvallast á vali sjúklings á lækni.

Þann 25. febrúar 2009 samþykkti sænska þingið tillögu ríkisstjórnarinnar um val á þjónustu í heilsugæslunni (prop. 2008/09:74). Ákvörðunin þýðir að öll lén landsins eru skylduð til þess að innleiða valkerfi þar sem öllum íbúum er boðið að velja sér annaðhvort einkarekna heilsugæslustöð eða stöð þar sem reksturinn er á vegum viðkomandi léns. Allir þjónustuaðilar, sem uppfylla tilteknar kröfur, hafa rétt til þess að setja upp starfsemi og fá greiðslur frá hinu opinbera eftir ákveðnum reglum.³⁶ Athygli vekur að hér er ekki um algjört fastlæknakerfi að ræða heldur getur yfirmaður viðkomandi heilsugæslustöðvar falið öðru heilbrigðisfagfólki en læknum ábyrgð á málefnum sjúklinga. Lög um nýja valkerfið gengu í gildi að hluta 1. janúar 2009 og að fullu 1. janúar 2010. Í langflestum lénum Svíþjóðar er samt sem áður gert ráð fyrir að heilsugæslan verði áfram að stærstum hluta á vegum hins opinbera.

Í skýrslu Svía, sem lögð var fram á fundi norrænu heilbrigðisráðherranna í Álaborg 21.-22. júní 2010, er því lýst að heilsugæslan í Svíþjóð sé í vaxandi mæli fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðisþjónustunni.³⁷ Er aukið umfang heilsugæslunnar m.a. rakið til tilkomu þjónustuválkerfisins en það hefur auðveldað læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki að koma á fót eigin starfsemi sem að mestu leyti er fjármögnuð af viðkomandi lénsyfirvöldum. Samkvæmt umræddri skýrslu hefur innleiðing valkerfisins leitt til þess að heilsugæslustöðvum í Svíþjóð hefur fjölgað um 19% frá árinu 2007. Enn fremur kemur þar fram að heilsugæslustöðvar sinna meiri bráðaþjónustu í sínu nánasta umhverfi en áður tíðkaðist.

³⁴ Samhandlingsreformen, bls. 21-24.

³⁵ Vårdval i Sverige. SOU 2008:37.

³⁶ Regler för etablering av vårdgivare SOU 2009:84 .

³⁷ Bidrag fra Sverige. Bilag 5 til dagsordenspunkt 4/10 Temadrøftelse MR-S møte. Sundhedsvæsenets organisation.

6. Aðrir þættir

Heilsugæslan stendur í margháttuðum samskiptum við sjúkrahúsin, sérgreinalækna og aðra hluta heilbrigðiskerfisins, svo sem á sviði lækninga, endurhæfingar, hjúkrunar og forvarna. Á fund nefndarinnar komu fulltrúar Landspítala og gerðu grein fyrir áformum um byggingu nýs Landspítala og hvernig staðið yrði að þróun og uppbyggingu dag- og göngudeilda. Fulltrúar Læknafélags Reykjavíkur lýstu starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna og mikilvægi þess að aðgengi að þeim væri frjálst. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar lögðu áherslu á að þeir veittu góða þjónustu og fólk væri almennt ánægt með þeirra störf. Hlutverk og starfsemi læknavaktar, heilsugæsluvaktar í Vesturlandsumdæmi og hugmyndir um forvakt þarfnast einnig skoðunar í þessu samhengi.

6.1 Sjúkrahúspjónusta

Á Íslandi líkt og í nágrannalöndum okkar hafa orðið talsverðar breytingar á þjónustu sjúkrahúsa. Aukin sérhæfing kallar á stærri einingar og samþættingu starfsemi á stórum landsvæðum. Innan fárra ára má væntanlega gera ráð fyrir að aðeins tvö sjúkrahús geti staðið undir nafni sem sérgreina- og hátæknisjúkrahús á Íslandi, þ.e. Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri (FSA). Á landsbyggðinni getum við gert ráð fyrir að stofnanir, sem veita tilgreinda grunnþjónustu á sviði heilsugæslu og öldrunarþjónustu, verði mest áberandi. Þessar breytingar bjóða sömuleiðis upp á möguleika á flutningi verkefna frá einu stjórnsýslustigi til annars og ekki er óhugsandi að sveitarfélögin vilji taka til sín þá heilbrigðis- og félagsþjónustu sem flokka má sem nærþjónustu.

Núverandi byggingar Landspítalans voru hannaðar og byggðar fyrir allt aðra starfsemi en þá sem þar er í dag. Aukin sérhæfing deilda sjúkrahússins kallar á stærri einingar og þar með sameiningu allrar starfsemi á hverju sérsviði sem fram fer á vegum þess á einum stað. Árið 2006 hófst undirbúningur að byggingu nýs háskólasjúkrahúss við Hringbraut í Reykjavík og með nýju sjúkrahúsi er ætlunin að ljúka sameiningu stóru spítalanna á höfuðborgarsvæðinu. Standa vonir til þess að háskólasjúkrahúsið verði tekið í notkun á árið 2016.

Í byrjun júlí 2010 voru kynnt úrslit í samkeppni um útfærslu á 66 þúsund fermetra nýbyggingu Landspítalans. Er þar um að ræða verulega minni byggingu en í fyrstu var áformað að reisa á Hringbrautarlóðinni. Í frumathugunum var ráð fyrir því gert að heildarumfang bygginga yrði 119 þúsund fermetrar, þar með talin sérstök dag- og göngudeildarbygging en í núverandi áætlunum er gert ráð fyrir að aðstaða fyrir þessar deildir verði a.m.k. til að byrja með í þeim byggingum sem fyrir eru á Landspítalalóð við Hringbraut.

Fram kom á fundum nefndarinnar að heilsugæslulæknar væru uggandi yfir því að Landspítalinn muni ekki hafa nægjanlegan viðbúnað til þess að mæta þörfinni fyrir dag- og göngudeildarþjónustu. Í dag væri sú þjónusta alls ekki fullnægjandi og mikið ósamræmi í því hvernig brugðist er við erindum sem þangað berast. Dæmi eru um að beiðnir séu endursendar og sjúklingum bent á að snúa sér til sérgreinalækna á einkareknum stofum og í öðrum tilvikum hafa verið settar takmarkanir á tilvísanir frá heilsugæslu í almenna meðferð. Í viðtali í Læknablaðinu haustið 2010 segist Runólfur Pálsson, formaður Félags íslenskra lyflækna, ekki kannast við að

málum sé svo háttað að því er varðar samskipti heilsugæslunnar og sjálfstætt starfandi sérfræðilækna.³⁸

Af hálfu Landspítala er áformað að mæta vaxandi eftirspurn eftir þjónustu fyrst og fremst með eflingu dag- og göngudeildarþjónustu. Þau 180 legurúm, sem byggð verða í fyrsta áfanga nýs spítala, eru aðallega til þess að koma í staðinn fyrir þau rúm sem lokað verður í Fossvogi. Eldra húsnæði við Hringbraut verður áfram nýtt eins og hægt er til margvíslegrar starfsemi, þ.m.t. dag- og göngudeildarstarfsemi.³⁹ Í áætlunum spítalans er gert ráð fyrir að árið 2025 verði Landspítali 500 rúma háskóla- og bráðaspítali, með þar að auki 65 rúma geðdeild, 80 rúma sjúkrahótel o.fl. einingar. Enn fremur er reiknað með því að unnt verði að fjölga almennum rúmunum úr 500 í 600 og geðdeildarrúmunum úr 65 í 105. Þannig verður stærstur hluti af núverandi rými spítalans við Hringbraut notaður áfram.⁴⁰

6.2 Sérgreinalækningar

Einn af grunnþáttum heilbrigðisþjónustunnar hér á landi er starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Þessi þáttur, sem nefndur er annað stig heilbrigðisþjónustunnar, hefur vaxið mikið á síðustu áratugum. Hefur þar ráðið miklu að rýmkaðar hafa verið heimildir sérgreinalækna til þess að sinna flóknum og dýrum læknisverkum á eigin stofum. Þetta hefur m.a. komið til vegna framfara á sviði tækni og meðferðar, auk þess að oft á tíðum eru langir biðlistar á sjúkrahúsunum. Einnig hefur frjálst aðgengi að sérgreinalæknum gert það að verkum að stór hluti sjúklinga leitar beint til þeirra án viðkomu hjá heimilis- eða heilsugæslulæknum þrátt fyrir að meginreglan skuli vera sú að samskipti sjúklings og læknis hefjist hjá heilsugæslu eða heimilislækni.

Á fundum nefndarinnar var fullyrt að ýmsir hnökrar væru á samskiptum heimilislækna og sérgreinalækna, sérstaklega var á það bent að sérgreinalækni sé í sjálfsvald sett hvort hann sinnir erindum frá heimilislæknum eða vísar þeim frá sér. Þetta hafi m.a. í för með sér að erfitt sé, og stundum nánast útilokað, fyrir heimilislækni að koma sjúklingi í sérfræðimat, hvort sem um er að ræða að senda fólk á göngudeildir spítala eða til sérgreinalækna á stofu. Runólfur Pálsson, formaður Félags íslenskra lyflækna, telur þörf á því að skýra þessi atriði nánar því sé þetta rétt er um grafalvarlegt mál að ræða. Hann er samt sem áður ekki í vafa um að bæta þurfi farveg fyrir tilvísanir sjúklinga til sérgreinalækna, hvort heldur er hjá sjálfstætt starfandi sérgreinalæknum eða á göngudeildum Landspítala og annarra sjúkrahúsa.⁴¹

Þannig virði sérgreinalæknar oft alls ekki 6. gr. reglugerðar nr. 227/1991 um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál, þ.e.a.s. um skil á læknaþréfum. Mörgum heimilislæknum þykir jafnframt sérkennileg sú sérstæða vinnuvenja sérgreinalækna að treysta ekki heimilislæknum til að sjá um eftirlit og eftirmeðferð sjúklinga sem þegar er búið að greina og leggja drög að meðferð. Ætla megi að sú afstaða mótist meira af fjárhagslegum en faglegum sjónarmiðum. Runólfur Pálsson segir í fyrrnefndu viðtali að þýðingarmeira sé að koma hér í gagn við heildstæðri og samtengdri sjúkraskrá en að hengja sig í gamlar reglugerðir þar sem kveðið er á um bréfaskriftir.⁴²

³⁸ „Hvernig væri að koma sér inn í 21. öldina!“ Viðtal við Runólf Pálsson, Læknablaðið 10/2010, bls. 638.

³⁹ Kynning Jóhannesar Gunnarssonar, læknisfræðilegs verkefnisstjóra nýs háskólasjúkrahúss, á fundi nefndarinnar 7. apríl 2010.

⁴⁰ Sjá heimasíðu nýs háskólasjúkrahúss: <http://www.haskolasjukrahus.is/nyrlandspitali/islenska/forsida/>

⁴¹ Viðtal við Runólf Pálsson, Læknablaðið 10/2010, bls. 638.

⁴² Viðtal við Runólf Pálsson, Læknablaðið 10/2010, bls. 639.

Í yfirlitstöflunni hér á eftir er að finna upplýsingar um þróun kostnaðar vegna sjálfstætt starfandi sérgreinalækna á föstu verðlagi (launavísitala, neysluvísitala án húsnæðis 70/30) og komur til þeirra á tímabilinu 2000-2009. Af töflunni má lesa að komum til sérgreinalækna á einkastofum fjölgaði um fjórðung á tímabilinu og að kostnaður á komu hækkaði um 19% að raunvirði. Samanlagt hefur raunkostnaður vegna allra sérgreinalækna hækkað um 46% á tímabilinu. Margir samverkandi þættir hafa valdið þessari hækkun, svo sem eins og að síðustu samningar við sérfræðinga fólu í sér fleiri samskipti og hækkun einingaverðs. Á sama tíma hefur þjónusta færst frá sjúkrahúsunum til sérgreinalækna.⁴³

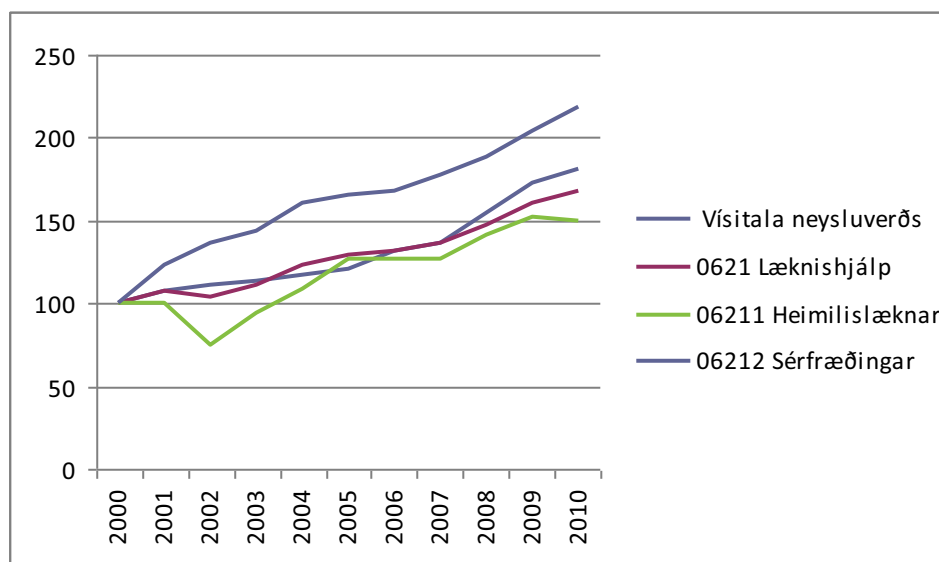
Tafla 1. Þróun læknskostnaðar o.fl. þátta ásamt komum til sérgreinalækna á tímabilinu 2000-2009.

| Kostnaður sjúkratrygginga v. sérgreinalækna á föstu verðlagi í m.kr. | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2009 | Breyting |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Klínískir sérfræðingar | 2.341 | 2.593 | 2.548 | 2.667 | 3.442 | 3.583 | 53% |
| Efniskaup v. aðgerða klínískra sérfræðinga | 208 | 263 | 188 | 205 | 320 | 413 | 99% |
| Blóðrannsóknir | 537 | 495 | 540 | 563 | 583 | 593 | 10% |
| Myndgreining | 563 | 470 | 562 | 560 | 626 | 598 | 6% |
| Endurgr. v/ofgr. sjúklinga fyrir lækniþjónustu | 111 | 175 | 232 | 227 | 327 | 309 | 178% |
| Samtals | 3.761 | 3.996 | 4.070 | 4.222 | 5.297 | 5.497 | 46% |
| Fjöldi koma til klínískra sérfræðinga | 344.073 | 376.917 | 381.221 | 375.721 | 414.093 | 443.147 | 29% |
| Kostnaður SÍ á komu í kr./m. efnisgjöldum | 6.805 | 6.879 | 6.685 | 7.098 | 8.312 | 8.085 | 19% |

Heimild: Sjúkratryggingar Íslands.

Fyrirgreindum upplýsingum um þróun kostnaðar ber saman við tölur Hagstofu Íslands um læknskostnað á tímabilinu 2000-2010. Á meðan vísitala neysliverðs hækkaði á umræddu tímabili úr 100 í 180,8 hækkaði vísitala heimilislækna-kostnaðar úr 100 í 150,0 og vísitala sérgreinalækna-kostnaðar úr 100 í 218,0.

Mynd 1. Þróun vísitölu neysliverðs samanborið við læknskostnað á tímabilinu 2000-2010.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Læknafélag Reykjavíkur (LR) er helsta fag- og stéttarfélag sjálfstætt starfandi sérgreinalækna á Íslandi. Formaður og varformaður félagsins komu á fund nefndarinnar þann 23. apríl 2010.

⁴³ Þróun útgjalda til læknskostnaðar sjúkratrygginga 2000-2009. Minnisblað, dags. 28. nóvember 2009.

Samkvæmt upplýsingum þeirra eru nú um 700 félagar í Læknafélagi Reykjavíkur, þar af eru 70 sérgreinalæknar eingöngu sjálfstætt starfandi og um 230 starfa á sjúkrahúsum og eru jafnframt með eigin rekstur.

Forsvarsmenn LR sögðu að innleiðing tilvísanakerfis væri eitt af því sem yrði að skoða í því þrönga efnahagsumhverfi sem nú ríkir. Í því samhengi þyrfti þó að líta til þess hve mikið er greitt fyrir þjónustu sérgreinalækna samanborið við þjónustu annarra innan heilbrigðiskerfisins. Á heimasíðu Sjúkratrygginga Íslands kemur fram kostnaður af hverri komu til sérgreinalækna.⁴⁴ Þar kemur fram að meðalkostnaður á komu til klínískra sérfræðinga var 10.434 krónur árið 2009, af því greiða sjúkratryggingar 70,5%, eða 7.359 krónur. Tekið skal fram að meðalkostnaðurinn er mjög mismunandi milli sérgreina, er allt frá því að vera rúmar 6 þúsund krónur hjá nokkrum undirgreinum í lyflækningum til 17 þúsund króna hjá meltingarlæknum og 35 þúsund króna hjá svæfingalæknum.

Inni í ofangreindum tölum er ekki reiknaður umsýslukostnaður SÍ vegna greiðslna til læknanna. Kostnaður á hverja komu til Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins árið 2009 er 6.300 krónur samkvæmt útreikningum sem gerðir hafa verið í heilbrigðisráðuneytinu. Er þar um að ræða meðalkostnað vegna þjónustu á dagvinnutíma og síðdegisvöktum. Af kostnaði á hverja komu er kostnaður ríkisins 90%, eða 5.570 krónur, og hlutur sjúklings 10%.

Aðspurðir töldu fulltrúar LR að flæðistýring sjúklinga væri óheppileg leið sem kæmi fyrst og fremst niður á skjólstæðingum. Jafnframt kom fram í máli þeirra að það væri gömul skoðun meðal lækna að ekki svaraði kostnaði að setja fjármagn í byggingu göngudeilda. Betra væri að vísa fólki beint til sérgreinalækna eftir því sem við ætti hverju sinni. Í dag væru heldur ekki til fjármunir til þess að reisa göngudeildir. Í staðinn væri æskilegt að leita leiða til þess að bæta samskipti heilsugæslustöðva og sérgreinalækna. Víst væri að menn töluðu ekki nægjanlega saman og ýmislegt mætti gera til þess að tryggja betri samfellu í heilbrigðisþjónustunni með bættum samskiptaháttum. Loks var nefnt að lækka mætti kostnað með því að draga úr tvíverknaði og bæta eftirlit innan heilbrigðisstofnana.

6.3 Sjálfstætt starfandi heimilislæknar

Frá því að uppbygging heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu hófst á áttunda áratug síðustu aldar hafa jafnhliða starfað á bilinu 10-20 sjálfstætt starfandi heimilislæknar, oft kallaðir númeralæknar. Þessir læknar hafa, líkt og áður tíðkaðist, rekið sínar einkastofur á grundvelli samnings við Tryggingastofnun ríkisins, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og nú síðast Sjúkratryggingar Íslands (SÍ). Samningur þessa hóps sjálfstætt starfandi heimilislækna rann út um síðustu áramót.

Þann 30. mars 2010 sögðu Sjúkratryggingar Íslands upp gildandi rammasamningi frá 19. janúar 2009 um þjónustu heimilislækna utan heilsugæslustöðva (HUH-lækna). SÍ lýstu því jafnframt yfir að þær samþykktu fyrir sitt leyti að núverandi heimilislæknar, sem eiga aðild að samningnum, starfi áfram eftir honum, þó án breytinga á núverandi greiðslum skv. 7. gr., til 31. desember 2010 en falli þá úr gildi.⁴⁵

⁴⁴ Sjá töflu 2-5. <http://www.sjukra.is/um-okkur/fraedsla/stadtolor/toflur-fyrir-arid-2009/>

⁴⁵ Tilkygning um uppsögn rammasamnings. Bréf Sjúkratrygginga Íslands, dags. 30. mars 2010.

Fulltrúar HUH-lækna komu á fund nefndarinnar 12. maí 2010. Alls eru nú 12 læknar á ofangreindum samningi við SÍ og hjá þeim eru skráðir 1.800-2.000 einstaklingar á lækni, eða um 22.000 skjólstæðingar. Stærstur hluti læknanna hefur yfir 25 ára starfsreynslu. Starfssvið þeirra er hið sama og hjá heilsugæslulæknum á heilsugæslustöðvum, að því undanskildu að þeir sinna ekki mæðravernd og ungbarnavernd. Ekkert væri þó því til fyrirstöðu að taka upp samstarf við aðra aðila innan heilbrigðiskerfisins um þau verkefni.

Samkvæmt upplýsingum þeirra er aðgengi að sjálfstætt starfandi heimilislæknum mjög gott hér og í flestum tilvikum komast sjúklingar að samdægurs. Fólk sækist eftir því að hafa fastan heimilislækni og telja sér akk í því að tiltekinn læknir hafi þekkingu og yfirsýn yfir þeirra mál. Aþjóðlegar kannanir sýna að fólk í löndum, sem býr við sjúklingamiðað kerfi sjálfstæðra heimilislækna, er ánægðast og Danmörk talin þar í sérflokki.

HUH-læknar telja að kostnaður við starfsemi þeirra standist vel samanburð við aðra sambærilega starfsemi innan heilbrigðiskerfisins, jafnvel megi ætla að þeir séu langóðyrustu læknarnir í öllu heilbrigðiskerfinu. Sjálfstætt starfandi heimilislæknar hafi tileinkað sér nýjustu tækni í sjúklingabókhalddi og rekstri og standi skil á þeim upplýsingum og skýrslum sem lög og reglur kveði á um. Frá þeirra bæjardryrum væri því vandséð hvaða ávinningur felist í að segja upp fyrrnefndum rammisamningi.

Heilbrigðisráðuneytið hefur upplýst að uppsögn fyrrnefnds samnings sé liður í því að bregðast við kröfum um niðurskurð í rekstri ríkisins. Ætlunin er að spara a.m.k. jafnmikið á samningi við HUH-lækna og þegar hefur verið sparað í annarri sambærilegri þjónustu. Markmið nýs samnings verður jafnframt að tryggja sem best hagkvæmni þjónustunnar. Greiðslur til HUH-lækna með fulla starfsemi árið 2009 voru að meðaltali um 1,5 milljón króna á mánuði og eru þá allar greiðslur meðtaldar. Af þessum greiðslum eru 38% vegna rekstrarkostnaðar.

Launakostnaður á hvern lækni hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins var að meðaltali um 1 milljón króna á árinu 2009 (m. lt. gjöldum) og er launabáttur greiðslna til HUH-lækna þannig álíka og hjá læknum HH. Kostnaður vegna viðtals virðist nokkru hærri hjá HUH-læknum en á stofu hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins árið 2009, eða 7.200 krónur á móti 6.500 krónum.⁴⁶ Ljóst er að ein ástæða þess að einingaverðið er hærri hjá HUH-læknum er að rekstrarkostnaður er hærri en hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, eða um 30%.

6.4 Læknavakt – heilsugæsluvakt – forvakt

Læknavaktin (LV) er fyrirtæki í eigu lækna sem sinnir heilsugæslu á starfssvæði Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins utan dagvinnutíma, samkvæmt samningi við heilbrigðisráðuneytið. Í húsakynnum Læknavaktarinnar við Smáratorg í Kópavogi er móttaka fyrir sjúklinga með almenn veikindi frá kl. 17:00 á virkum dögum til kl. 23:30 og frá kl. 08:00-23:30 um helgar. Frá kl. 17:00 á föstudagskvöldi til kl. 08:00 á mánudagsmorgni er samfelld þjónusta. Í móttöku Læknavaktarinnar starfa 2-5 sérfræðingar í heimilislækningum hverju sinni og öll símsvörun og fagleg ráðgjöf er á hendi sérþjálfaðra hjúkrunarfræðinga.

⁴⁶ Samkvæmt útreikningum heilbrigðisráðuneytisins sem byggðir eru á gögnum frá Sjúkratryggingum Íslands og úr bókhaldskerfi ríkisins. Símtöl innifalin hjá báðum aðilum. An símtala nemur kostnaður við komu á heilsugæslu um 5.800 krónum samkvæmt útreikningum.

Í tengslum við undirbúning fjárlagatillagna fyrir árið 2011 var gerð lausleg athugun á því hvort hagkvæmara gæti verið að fela HH rekstur LV og hugsanlega nýta eina af heilsugæslustöðvunum á höfuðborgarsvæðinu sem miðstöð fyrir starfsemina. Sérfræðingar ráðuneytisins hafa gróflega áætlað að draga megi úr árlegu fjárframlagi ríkisins til LV, sem nú er um 250 milljónir króna, um allt að 40 milljónir króna.⁴⁷ Umræddir útreikningar byggja á því að starfsemin yrði rekin áfram á svipuðum forsendum og núverandi starfsemi að öðru leyti en því að HH legði henni til húsnæði og tækjabúnað og starfsmenn væru áfram starfsmenn HH. Í þessu mati virðist þó ekki hafa verið tekið tillit til hugsanlegs frítökuréttar lækna við áframhaldandi störf innan sömu stofnunar. Fjárhagslegur ávinningur er því í þessu tilviki sennilega ofmetinn.

Í heilbrigðisumdæmi Vesturlands stendur nú yfir tilraun með svonefnda heilsugæsluvakt eða þjónustusíma í samstarfi við Neyðarlínuna í síma 112. Fólk, sem þarf að ná sambandi við lækni eða heilbrigðisstofnun, getur á öllum tímum sólarhringsins hringt í síma 112. Neyðarlínan svarar þessum símtölum, greinir erindin og sendir áfram beiðnir um samband við vakthafandi lækni á hverjum stað.

Á vordögum 2010 var skipaður verkefnahópur til þess að koma með tillögur um starfrækslu svonefndrar forvaktar á höfuðborgarsvæðinu. Í skýrslu, sem verkefnahópurinn skilaði um miðjan október, er lagt til að heilbrigðisþjónusta utan dagvinnutíma á höfuðborgarsvæðinu, að undanskilinni sjúkrahúsþjónustu, verði á forræði heilsugæslu frá 1. janúar 2011.⁴⁸

Sýnt þykir að starfsemi læknavaktar, heilsugæsluvaktar og forvaktar verður að flétta saman á einhvern hátt, hvort sem um er að ræða heilbrigðisþjónustu á höfuðborgarsvæðinu eða á landsvísu.

⁴⁷ Minnisblað um Læknavaktina (LV) og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 18. febrúar 2010.

⁴⁸ HEILSUVAKT Á HÖFUÐBORGARSVÆÐINU: Greining á heilbrigðisþjónustu utan dagvinnutíma, kostnaðarmat og tillögur. Reykjavík, október 2010.

7. Verkefni innan eða utan heilsugæslustöðva

Almenn samstaða er um að hlutverk heilsugæslu sé að veita almenna og alhliða heilbrigðisþjónustu, annast greiningu og frummeðferð heilsufarsvandamála, vinna að forvörnum og heilsuvernd, tryggja samfellu í meðhöndlun og hafa yfirsýn til langs tíma um velferð einstaklinga, fjölskyldna og samfélags. Verkefni heilsugæslustöðva á þessu sviði hafa verið skilgreind í nýlegri löggjöf (lög nr. 40/2007), sbr. kafli 4.1. Á nokkrum sviðum eru samt sem áður skiptar skoðanir um hvar tiltekin verkefni eigi heima. Er þá einkum tekist á um hvort þeim skuli sinnt alfarið innan heilsugæslustöðva eða hvort þau eigi að vera á hendi sjálfstætt starfandi fagaðila að hluta eða að öllu leyti.

7.1 Heilsuvernd og forvarnir

Áherslur í heilbrigðisþjónustu hafa tekið miklum breytingum síðustu áratugi. Í stað þess að líta fyrst og fremst til sérhæfðrar meðhöndlunar og lækningar sjúkdóma er nú lögð æ ríkari áhersla á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu, auk endurhæfingar vegna afleiðinga sjúkdóma og annarra áfalla. Hugtakið heilsugæsla fól reyndar í sér samruna almennrar lækniþjónustu og heilsuverndar. Heilsugæslunni var frá upphafi ætlað að vera í forystuhlutverki við að fyrirbyggja sjúkdóma og stuðla að heilbrigðum lífsháttum.

Heilsugæslustöðvar hafa sinnt ýmsum þáttum forvarna vel undanfarna áratugi. Má þar nefna mæðravernd, ungbarnavernd, heilsuvernd skólabarna, tannvernd, heimahjúkrun og sóttvarnir. Aðrir þættir, eins og tannlækningar og skipulegar heilsufarsskoðanir fullorðinna, hafa hins vegar af ýmsum ástæðum víða verið hornreka í starfi heilsugæslunnar. Svo virðist sem heilsugæslan hafi ekki náð að spanna eins víðtækt svið og vonir stóðu til á upphafsárum heilsugæslustöðvanna.

Því er við að bæta að rannsóknir hafa margsinnis sýnt fram á að skipulegar heilsufarsskoðanir fullorðinna hafa ekki reynst svara kostnaði að undanskildum mæðraskoðunum og leghálskrabbameinsleit. Um skimun áhættueinstaklinga og áhættuhópa gegnir öðru máli. Forvarnir, sem heilsugæslan hefur sums staðar vanrækt, eru fjölskylduvernd, atvinnusjúkdómavarnir og áfengis- og vímuefnavarnir. Þetta eru allt verkefni sem kalla mjög á samvinnu við félagsþjónustu sveitarfélaga og fleiri aðila utan heilsugæslunnar.

Viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar eru síbreytileg, ný heilsufarsvandamál koma til sögunnar og ný þekking tekur við af gömlum vísdomi. Fyrir rúmum áratug fór orðið lýðheilsa að heyrast í íslensku máli fyrir alvöru en það hefur nú á stuttum tíma náð að festa rætur í málinu. Bætt lýðheilsa hefur verið sett í öndvegi með aukinni áherslu á að viðhalda og bæta heilsu og líðan fólks alla ævi. Í því skyni hafa heilbrigðisyfirvöld, heilbrigðisstofnanir, fagfólk, frjáls félagasamtök og einstaklingar tekið höndum saman um aðgerðir til þess að bæta heilsufar þjóðarinnar.

Á öldufaldi nýrra tíma var Lýðheilsustöð síðan komið á laggirnar árið 2003 til þess að efla allt lýðheilsustarf í landinu. Þar hefur ekki aðeins verið byggt upp þekkingarsetur á þessu sviði heldur hefur verið ráðist í mörg viðamikil verkefni á sviði lýðheilsu og leitast við að fylgjast með og taka þátt í samstarfi á erlendum vettvangi þar sem því verður við komið. Nokkuð skortir samt sem áður á að heilsugæslan og Lýðheilsustöð hafi verið nægjanlega samstíga í því verkefni að bæta heilsufar þjóðarinnar.

Sameiginlegt verkefni Lýðheilsustöðvar, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Landspítala og Landlækniseimbættis, svonefnd 6H heilsan, vekur vonir um góðan árangur. Þetta samstarf hefur eflt forvarnir í heilsuvernd skólabarna og opnað möguleika fyrir því að ávallt sé stuðst við bestu þekkingu sem liggur fyrir á hverjum tíma. Verkefnið nýtir m.a. þá möguleika sem upplýsingatæknin hefur upp á að bjóða á heimasíðunni eða heilsuvefnum www.6h.is.

Frjáls félagasamtök, eða þriðji geirinn, vinna markvisst að því að láta rödd sína heyrast meira á vettvangi heilbrigðismála. Þau hafa iðulega verið í fylkingarbrjósti þegar ráðist hefur verið í mörg af stærstu verkefnum heilbrigðisþjónustunnar og má þar m.a. nefna byggingu Landspítalans og Barnaspítala Hringins. Heilsugæslan hefur jafnan átt gott samstarf við margvísleg félagasamtök og reyndar hefur það oft verið forsendan fyrir því að hægt væri að ráðast í ýmis forvarnaverkefni. Sú ákvörðun heilbrigðisráðuneytisins að efna árlega til fundar með þriðja geiranum gæti því, þegar fram líða stundir, orðið grundvöllur að víðtækum lausnum á þeim viðfangsefnum sem þessi samtök fást við.

7.2 Barnalækningar

Heill og velferð barna eru meðal helstu viðfangsefna heilbrigðisþjónustu hvers lands. Hefðbundin ung- og smábarnavernd fer fram á heilsugæslustöðvum og hefur það markmið að styðja við heilsu og þroska barna frá fæðingu til 6 ára aldurs. Þróunarstofa heilsugæslunnar hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins gegnir því hlutverki að þróa, leiða og samræma heilsuvernd ung- og smábarna í samvinnu við heilbrigðisyfirvöld og heilsugæsluna á landsvísu.

Barnalækningar eru víðtæk sérgrein með margar undirgreinar og nær ekki aðeins til ungbarna og smábarna. Heilsugæslan og Barnaspítali Hringins sinna margvíslegum verkefnum á þessu sérsviði læknisfræðinnar. Jafnframt hafa sérfræðingar í barnalækningum, sem eru fjölmenn stétt á Íslandi, haslað sér völl í sjálfstæðum stofurekstri utan heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa. Frá því á haustdögum 1995 hafa barnalæknar rekið sameiginlega kvöld- og helgarþjónustu barnalækna í Domus Medica í Reykjavík.⁴⁹ Göngudeild Barnaspítala Hringins sér síðan um eftirlit með börnum sem legið hafa á spítalanum eða komið á bráðamóttöku hans. Ekki er starfrækt almenn göngudeildarþjónusta við barnadeild Landspítala sem heilsugæslulæknar geta vísað skjólstæðingum sínum til.

Víst er að barnalæknar á einkastofum sinna mörgum þeim verkum sem að öðru jöfnu væri unnt að framkvæma á heilsugæslustöðvum. Fólk kys engu að síður oft frekar að leita beint til sérfræðinga á stofum en til heilsugæslunnar og engar girðingar hindra heldur aðgengi að þessum læknum.

Enginn vafi leikur á því að mikilvægt er að gerð verði úttekt á hvernig best væri að þessir grunnþættir heilbrigðisþjónustunnar skiptu með sér verkum. Til að mynda með því að afmarka hvað telst til fyrsta, annars og þriðja stigs barnalækninga og síðan meta frá fjárhagslegum og faglegum forsendum hvernig heilbrigðisþjónustu við börn væri best fyrir komið á Íslandi.

⁴⁹ Ólafur Gísli Jónsson: Barnalæknaþjónusta í Domus Medica. Morgunblaðið 28. nóvember 2002.

7.3 Tannvernd og skólatannlækningar

Á áttunda áratugi síðustu aldar var tannvernd skilgreind í heilbrigðislöggjöfni sem eitt af meginverkefnum heilsugæslunnar. Í nýjum heilsugæslustöðvum, sem risu á þessum árum á landsbyggðinni, var gert ráð fyrir að þar störfuðu líka tannlæknar og voru þær því flestar búnar tækjum til tannlækninga. Tannlæknar kusu hins vegar að starfa sjálfstæðir á eigin stofum. Dæmi voru þó um að tannlæknar leigðu aðstöðu á heilsugæslustöðvunum.

Skólatannlækningar voru starfræktar í Reykjavík óslitið frá árinu 1922 til ársins 2000.⁵⁰ Reyndar voru þær ekki með öllu aflagðar fyrr en á árinu 2002. Athygli vekur að skólatannlækningar voru ekki stundaðar annars staðar á landinu til lengri tíma. Tannlækningar skólabarna í Reykjavík voru greiddar úr borgarsjóði og ríkissjóði til ársins 1990 en þann 1. janúar það ár tóku gildi lög um breytta verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga.

Með gildistöku nefndra laga yfirtók ríkissjóður greiðslu tannlækningakostnaðar skólabarna og skömmu síðar var farið að innheimta greiðslu hluta kostnaðarins hjá forráðamönnum skólabarna. Þar með brast grundvöllur skólatannlækninganna því þá var ekki lengur hægt að kalla börn til eftirlits án skriflegs samþykkis forráðamanns. Kæra Tannlæknafélags Íslands til Samkeppnisráðs á hendur heilbrigðisráðuneyti árið 1993 varðandi framkvæmd skólatannlækninga átti sömuleiðis sinn þátt í að skólatannlækningar lögðust af.⁵¹ Árið 1999 var svo komið að aðeins fjórðungur grunnskólanema skilaði sér til skólatannlæknis.

Í dag hefur Þróunarstofa heilsugæslunnar m.a. það hlutverk að upplýsa um forvarnarskoðun á tönnum 3, 6 og 12 ára barna. Umræddar skoðanir eru án kostnaðar en foreldrar eða aðrir forráðamenn verða að greiða fyrir allar tannviðgerðir. Samkvæmt upplýsingum Þróunarstofunnar skila um 75% skólabarna sér í þessar skoðanir og er brottfallið hæst í yngstu og elstu aldurshópunum.

Mál hafa því þróast þannig að tannverndarsvið Þróunarstofunnar er fyrst og fremst faglegur bakhjarl heilsugæslunnar á sviði tannverndar og sinnir upplýsingaöflun, rannsóknum og ráðgjöf. Lýðheilsustöð vinnur aftur á móti fræðslufni um tannvernd fyrir alla aldurshópa og tekur þátt í faraldsfræðilegum rannsóknum á munnheilsu, auk fleiri verkefna. Dæmi eru þó um náðið samstarf þessara stofnana á einstaka sviðum, svo sem við vinnslu fræðslufnis um tannvernd fyrir grunnskólabörn.

Það er umhugsunarefni að á sama tíma og ábyrgð á tannheilsu barna hefur að mestu leyti verið lögð á herðar foreldra og forráðamanna þeirra hefur tannheilsa ungu kynslóðarinnar farið versnandi. Rannsóknir á þróun tannátustuðulsins DMFT hjá 12 ára börnum sýna að tannskemmdir hafa aukist á ný.⁵² Hjá 12 ára börnum mældist tannátustuðull (D3-6MF) fullorðistanna 2,12 árið 2005 en það þýðir að rúmlega tvær fullorðinstennur að meðaltali eru skemmdar, þarfnast viðgerðar, hafa þegar verið fylltar eða hafa tapast vegna tannskemmda. Til viðbótar sáust að meðaltali tvær til þrjár tennur með byrjandi skemmdir (D1-6MFT=5,17). Hér getur jafnt komið til skortur á tannhirðu og breyttar neysluvenjur, auk þess sem aðgerðir til þess

⁵⁰ Stefán Yngvi Finnbogason, fyrrv. yfirskólatannlæknir: Um skólatannlækningar. Fréttir – Tannlæknafélag Íslands, 28.2.2007.

⁵¹ Álit Samkeppnisráðs nr. 1/1996. Samkeppnishömlur í skólatannlækningum í Reykjavík.

⁵² Munnis-rannsóknin 2005. Tannheilsa íslenskra barna og unglunga verst á öllum Norðurlöndunum.

að stemma stigu við vaxandi tannskemmdum hafa hvorki verið nægilega markvissar né skipulegar.⁵³ Tannheilsumál aldraðra eru heldur ekki í nógu góðu lagi.

Þetta ástand kallar ekki aðeins á skoðun á því hvort taka beri upp hefðbundnar skólatannlækningar að nýju. Fara verður gaumgæfilega yfir hvort tannlækningum verði best fyrir komið á einkareknum tannlæknastofum eða þær verði alfarið eða að hluta stundaðar innan ramma heilsugæslunnar. Slík breyting myndi að sjálfsgöðu krefjast mikilla útgjalda hins opinbera til að byrja með en til lengri tíma litið gæti hún skilað betri tannheilsu allra aldurshópa.

7.4 Heimþjónusta ljósmæðra

Á fyrri hluta ársins 2010 komu fram hugmyndir um að fela Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins að hafa umsjón með heimþjónustu ljósmæðra við konur í sængurlegu. Helstu ástæður þess voru að ekki hafði náðst niðurstaða varðandi endurnýjun samnings og tilteknir þættir í skipulagi þessarar þjónustu höfðu sætt gagnrýni. Um var að ræða athugasemdir sem rétt þótti að bregðast við hið fyrsta.

Heimþjónusta ljósmæðra nær til um 80% þeirra kvenna sem á ári hverju fæða börn, eða um 3.800 mæðra. Skipulag heimþjónustunnar er nú með þeim hætti að Landspítalinn hefur lista með nöfnum ljósmæðra sem hægt er að hringja í til að veita heimþjónustu. Þjónustan felur í sér alls 8 vitjanir til hverrar sængurkonu sem dvalið hefur skemur en 36 klukkustundir á fæðingardeild eftir fæðingu. Er hún óháð því hvort um frumbyrju er að ræða eða ekki og hvort einhver vandamál hafi komið upp í sambandi við meðgöngu og fæðingu svo fremi að þau vandamál hafi ekki kallað á lengri legu á fæðingardeild.

Guðlaug Einarsdóttir, formaður Ljósmæðrafélags Íslands (LMFÍ), og þrír aðrir fulltrúar félagsins komu á fund nefndarinnar 12. maí 2010 til þess að ræða þessi mál. Fulltrúar LMFÍ lýstu því yfir að sú heimþjónusta, sem ljósmæður veita, væri hagkvæm og árangursrík sem sjáist best á því að mæðra- og ungbarnadaudi á Íslandi sé með því lægsta sem þekkist í víðri veröld. Sá árangur hefði ekki náðst fyrir tilviljun heldur megi meðal annars þakka hann ötulu starfi ljósmæðra við meðgönguvernd, fæðingar og umönnun í sængurlegu.

Fjárveitingar til heimþjónustunnar á árinu 2010 nema alls 144 milljónum króna. Ljósmæður álíta þetta ódýra öryggisþjónustu sem sparað hafi heilbrigðiskerfinu hundruð milljóna í styttri legutíma. Þar að auki hafa þær lagt fram tillögur um hagræðingu innan heimþjónustunnar sem miði að því að stærri skjólstæðingahópur njóti þjónustunnar fyrir sömu fjármuni. Ljósmæður halda því fram að hver heimþjónusta spari heilbrigðisfirvöldum að lágmarki 55 þúsund krónur og sé tekið mið af fjölda kvenna í heimþjónustu árið 2009, en þá voru þær 3151, er sparnaðurinn rúmlega 173 þúsund krónur á ársgrundvelli.⁵⁴

Í dag er fæðingarþjónusta á Íslandi á hendi þriggja aðila. Fæðingar eru á sjúkrahúsum, heimþjónusta eftir skammtímalegu er veitt af sjálfstætt starfandi ljósmæðrum og heilsugæslan sinnir mæðravernd og ung- og smábarnaeftirliti. Þar sem samningar um heimþjónustuna eru við einstaklinga sem ekki eru skuldbundnir til að tryggja að þjónusta sé í boði á öllum tímum ársins

⁵³ Stefán Yngvi Finnbogason: Um skólatannlækningar.

⁵⁴ Athugasemdir Ljósmæðrafélags Íslands við Áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar. September 2010.

hafa komið upp erfiðleikar við að manna heimaþjónustuna á sumrin og um hátíðar. Heimaþjónustan stendur auk þess einungis til boða þeim konum sem legið hafa skemur en 36 klukkutíma á fæðingardeild eftir fæðingu. Konur, sem þurfa að liggja lengur á fæðingardeild, eiga ekki rétt á þessari þjónustu þrátt fyrir að þær hafi mikla þörf fyrir hana.

Af þessum ástæðum er ljóst að skipulag heimaþjónustunnar býður hvorki upp á fullnægjandi þjónustu né nægjanlegan sveigjanleika til þess að mæta þörfum skjólstæðinga hennar. Huga verður að breytingum sem tryggi samfelldara þjónustuferli og skýri betur hver ber ábyrgð á þjónustunni og framkvæmd hennar. Nauðsynlegt er því að ráðast í faglegt sem og fjárhagslegt mat á heimaþjónustunni. Engu að síður er ljóst að sem fyrst verður að bregðast við þeim veikleikum sem eru á núverandi fyrirkomulagi og setja tryggari umgjörð um heimaþjónustuna þannig að öryggi sængurkvenna sé tryggt. Ljósmaður telja að með þessum orðum sé alvarlega vegið að starfsheiðri og fagmennsku ljósmæðra og látið í það skína að öryggi sængurkvenna hafi hingað til ekki verið tryggt í umsjón heimaþjónustuljósmæðra.⁵⁵ Nefndin er engu að síður þeirrar skoðunar að fara þurfi yfir alla verkferla og meta hvort heimaþjónustan sé ekki betur komin í umsjón heilsugæslunnar líkt og annað ung- og smábarnaeftirlit.

⁵⁵ Athugasemdir Ljósmæðrafélags Íslands við Áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar. September 2010.

8. Skilyrði breytinga

Í erindisbréfi nefndarinnar er lögð rík áhersla á að setja skuli heilsugæsluna í öndvegi og að hún eigi að jafnaði að vera fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu. Hlutirnir reka sig þó svolítið hver á annars horn því um leið hefur frjáls aðgangur að sérgreinalæknum leitt til þess að fólk fer beint til þeirra með mál sem enginn vafi er á að meðhöndla skuli í grunnþjónustunni. Innleiðing tilvísanaskyldu eða einhvers konar stýring á sjúklingaflæðinu er því af mörgum talin ein helsta forsenda þess að unnt sé að halda uppi markvissri og skilvirkri heilbrigðisþjónustu. Það verður þó ekki gert nema tiltekin skilyrði séu fyrir hendi.

8.1 Samfella í þjónustu

Heimilislæknum og heilsugæslulæknum ásamt öðru faglegu starfslíði heilsugæslunnar er ætlað að vera hliðverðir heilbrigðisþjónustunnar. Til þeirra eiga notendur fyrst að leita svo nýta megi menntun og þjálfun starfslíðs heilsugæslunnar sem best. Heimilislæknir tileinkar sér ákveðna heildarsýn, getur greint flest almenn heilsufarsvandamál sem upp koma hverju sinni og þekkir til aðstæðna skjólstæðinga sinna. Á þeim grunni getur hann lagt á ráðin um viðeigandi úrlausnir eða vísað fólki áfram á þann stað í heilbrigðiskerfinu sem við á hverju sinni.

Mikilvægt er að öllum lykilupplýsingum um heilsufar fólks sé haldið saman á einum stað, hvort sem um er að ræða heilsugæslustöð eða læknastofu. Er þá átt við sjúkraskrárupplýsingar, tilvísanir til sérfræðinga og svör sérfræðinga til heimilislækna. Öllum þessum upplýsingum er ætlað að leggja grunn að samfelli í meðhöndlun sjúklinga og draga úr tvíverknaði og endurtekningu á ónauðsynlegum rannsóknum. Vaxandi notkun rafrænnar sjúkraskrár og þróun upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustunni hefur auðveldað heilbrigðisstarfsmönnum að rækja skyldur sínar á þessu sviði.

Rannsóknir sýna að samfella í meðhöndlun fólks innan heilsugæslu leiðir til lægri kostnaðar og tryggir skilvirkari þjónustu.⁵⁶ Heimilislæknir grípi síður til kostnaðarsamra aðgerða en sá sérgreinalæknir sem fær sjúkling til sín í fyrsta sinn milliliðalaust. Heilsugæslulæknar veiti þannig í eðli sínu ódýrari þjónustu en aðrir sérfræðingar gera almennt í sínu lækningastarfi. Þar vegur þungt aðgangur að persónulegum heilsufarsgögnum og sú þekking sem heimilislæknar búa almennt yfir um heilsufar skjólstæðinga sinna. Þetta skipulag stuðlar með öðrum orðum að markvissum vinnuvenjum í heilbrigðisþjónustunni.

Ein forsenda þess að taka upp tilvísanakerfi er að skráning á lækni, eða svonefnt fastlæknakerfi, verði tryggt í sessi þannig að sérhver íbúi verði skráður á tiltekinn heilsugæslulækni. Það er vissulega réttur hvers og eins að velja sér lækni en sé sá réttur ekki nýttur verður að teljast eðlilegt að fólki sé úthlutað heimilislækni við 15 ára aldur líkt og gert er í Danmörku.

⁵⁶ Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005, 83:457-502.

8.2 Mönnun grunnþjónustu

Samkvæmt upplýsingum Efnahags- og framfarastofnunarinnar í París (OECD) voru 3,7 lækna á 1.000 íbúa á Íslandi árið 2008 en meðaltal OECD var 3,2.⁵⁷ Sambærilegt hlutfall var 4,0 í Noregi, 3,6 í Svíþjóð, 3,4 í Danmörku og 3,1 í Finnlandi. Konum í læknaþétt hefur fjölgað hér á landi sem víðar. Voru konur á Íslandi 29% lækna árið 2007 á sama tíma sem meðaltal í ríkjum OECD var 40%. Hæst var hlutfallið 57% í Slóvakíu og 56% í Finnlandi en lægst í Japan, 17%. Til samanburðar skal þess getið að samanlagður fjöldi hjúkrunarfræðinga var 14,8 á 1.000 íbúa á Íslandi árið 2008. Meðaltali í ríkjum OECD var sama ár 9,0 á 1.000 íbúa.

Af þessum tölulega samanburði verður því ekki dregin sú ályktun að skortur sé á læknum, hjúkrunarfræðingum eða öðrum faglærðum heilbrigðisstarfsmönnum á Íslandi. Viðfangsefnið snýst fremur um breytingar á skipulagi heilbrigðisþjónustunnar og á hvern hátt viðkomandi starfsmenn nýtist best í þágu samfélagsins.

Samkvæmt skýrslu Læknafélags Íslands í maí 2009 var fjöldi starfandi lækna á Íslandi alls 1.089 og hafði þeim fækkað um 85 frá árinu áður.⁵⁸ Er talið að efnahagsástandið og sú staðreynd að fjöldi unglækna hafi flýtt för sinni í framhaldsnám hafi mestu ráðið þar um. Landlæknir taldi samt sem áður á fyrstu mánuðum ársins 2010 að ekki væri að vænta erfiðleika við mönnun sjúkrahúsa næstu þrjú árin og öryggi sjúklinga verði tryggt.⁵⁹ Þess ber að geta tölum frá Landlæknisembættinu ber ekki saman við upplýsingar Læknafélags Íslands. Samkvæmt upplýsingum embættisins voru starfandi lækna í landinu 1.190 um áramótin 2009/2010.⁶⁰

Í þessum samanburði við önnur lönd um læknafjölda ber að hafa í huga að yfir 500 íslenskir lækna eru nú við framhaldsnám og störf erlendis. Hér er um ákveðinn varaforða að ræða sem hugsanlega mætti virkja betur til starfa á Íslandi með því að gera breytingar á heilbrigðisþjónustunni og skapa ný og spennandi atvinnutækifæri.⁶¹

⁵⁷ OECD Health Data 2010.

⁵⁸ Vinnuafl lækna. Skýrsla Læknafélags Íslands. Maí 2009 og yfirlitstöflur um fjölda lækna.

⁵⁹ Sbr. skriflegt svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Vigdísar Hauksdóttur um starfandi lækna á Íslandi, dags. 13. apríl 2010.

⁶⁰ <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4542>

⁶¹ Læknafélag Íslands og Samtök heilbrigðisfyrirtækja álíta að sá hópur lækna, sem unnt væri „að virkja betur til starfa á Íslandi“, telji ekki meira en rúmlega 120 manns.

Tafla 2. Tilvísanakerfi í heilbrigðisþjónustu.

| Land | Tilvísanakerfi | Hlutfall heimilislækna af öllum læknum (nálgun) | Hlutfall heilbrigðisþjónustu af vergri landsframleiðslu, VLF (2006) |
|------------|----------------------------|---|---|
| Ísland | Nei | 20% | 9,1% |
| Svíþjóð | Nei | 17% | 9,2% |
| Finnland | Já | 24% | 8,2% |
| Noregur | Já | 29% | 8,7% |
| Danmörk | Já | 25% | 9,5% |
| Þýskaland | Nei | 18% | 10,6% |
| Frakkland | Já (valfrjálst) | 33% | 11,1% |
| Holland | Já | 18% | 9,3% |
| Bretland | Já | 42% | 8,4% |
| Bandaríkin | Breytilegt (eftir fylkjum) | 13% | 15,3% |

Heimild: Björn Blöndal: *Tilvísanakerfi í heilbrigðisþjónustu*. Þættir í heilsuhagfræði – Hag 210F. Hagfræðideild, Félagsvísindasvið Háskóla Íslands, apríl 2010.

Tölur um fjölda lækna í hinum ýmsu löndum segja þó ekki alla söguna. Þegar horft er til heilsugæslu er fróðlegt að bera saman hlutfall heimilislækna af öllum læknum. Í ritgerð Björns Blöndal frá apríl 2010 eru fróðlegar upplýsingar um það efni. Nýrri tölur frá árinu 2007 um þróun heilbrigðisútgjalda eru mjög sambærilegar við árið á undan. Hlutfall Bandaríkjanna er þó komið upp í 16% af VLF.

Á töflunni sést að fjöldi heimilislækna af heildarlækna fjölda á Íslandi og í Svíþjóð er töluvert lægri en í þeim löndum sem búa við tilvísanakerfi. Tölur um fjölda heimilislækna hafa þar að auki verið misvísandi og má ætla af nýlegum athugunum að hlutfallið 20% sé í hærri kantinum.⁶² Í vinnutöflu frá Sjúkratryggingum Íslands frá mars 2010 er talið að starfandi læknar á Íslandi séu á þessu ári 1.067 og þar af séu 173 sérfræðingar í heimilislækningum, eða rúm 16%. Gera verður ráð fyrir að hluti lækna með almennt lækningaleyfi og sérfræðingsviðurkenningu í öðrum greinum starfi við heimilislækningar. Hver svo sem hin rétta tala er má ljóst vera að fjölgun heimilislækna er ein meginforsenda þess að unnt verði að innleiða skilvirkt tilvísanakerfi hér á landi. Breytingar á vinnuskipulagi og aukið samstarf heilbrigðisstétta á heilsugæslustöðvum gæti vissulega vegið þar eitthvað á móti.

Námsstöðum í heimilislækningum var komið á fót á árið 1995 í því augnamiði að styrkja heilsugæsluna til framtíðar.⁶³ Í upphafi voru stöðurnar þrjár en undanfarin ár hafa þær verið um tíu. Stöðurnar eru til þriggja ára en sjálft sérfræðinámið í heimilislækningum tekur alls fjögur og hálf ár. Rætt hefur verið um að sérnámið verði fimm ár og námsstöðurnar nái til jafnlangs tíma.

⁶² Vinnutafla frá Sjúkratryggingum Íslands frá mars 2010.

⁶³ Vandað sérnám í heimilislækningum. Læknablaðið 2007/93, bls. 222-225.

Hugmyndir hafa sömuleiðis verið uppi um að lengja starf á heilsugæslustöð á kandidateitarsári úr þremur mánuðum í sex.

Félag íslenskra heimilislækna hefur hins vegar margoft lagt til að heilsugæsluhluti kandidateitarsárs verði lengdur úr þremur mánuðum í fjóra og sérnámið stytt í fjögur ár. Þetta er talið mögulegt vegna þess að námsprógrammið býður upp á mun markvissara og virkara nám en áður var. Námslok verði miðuð við að marklýsingu sé fullnægt fremur en að miða við tiltekna tímalengd á mismunandi starfsstöðvum. Svo virðist sem aðgerðir sem þessar myndu gera námið skilvirkara og hraða um leið fjölgun lækna í grunnþjónustunni.

Með hliðsjón af tilflutningi verkefna innan heilbrigðisþjónustunnar og vaxandi endurliðunarþörf í stétt heilsugæslulækna má ætla að verulega þurfi að fjölga námsstöðum í heimilislækningum. Samtímis er mikilsvert að kannaðar verði leiðir fyrir sérfræðinga í öðrum greinum læknisfræðinnar að skipta yfir í heimilislækningar. Í þeim tilvikum yrði námstími og þjálfun að sjálfsögðu mun styttri.

Í tengslum við þessa umræðu hefur verið talið mikilvægt að koma á fót tveimur stöðum í fjölskylduhjúkrun (community nursing) innan heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu í því skyni að halda utan um klínískt framhaldsnám í heilsugæsluhjúkrun.

8.3 Afköst og skilvirkni

Til þess að leysa kjaradeilu heilsugæslulækna og ríkisins árið 1996 komu deiluaðilar sér saman um að Kjaranefnd skyldi falið að ákveða laun og starfskjör lækna. Fyrsti úrskurður Kjaranefndar, sem tók gildi í byrjun mars 1998, fól í sér grundvallarbreytingu á launafyrirkomulagi heilsugæslulækna.⁶⁴ Áður höfðu laun heilsugæslulækna verið ákveðin í kjarasamningi milli fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands, auk þess sem læknar fengu greiðslur fyrir unnin verk samkvæmt sérstökum gjaldskrársamningi við Tryggingastofnun ríkisins. Nýja launakerfið fól hins vegar í sér blöndu af greiðslum sem miðuðust við fjölda skráðra sjúklinga og unnin verk.

Fljótlega kom í ljós óánægja vegna meints ósamræmis milli yfirvinnugreiðslna og vinnuframlags einstakra lækna. Var þá ákveðið að breyta framkvæmd úrskurðar Kjaranefndar þannig að allir læknar viðkomandi heilsugæslustöðvar fengju jafnháar yfirvinnugreiðslur. Það þýddi í raun að höfðatölukerfinu, sem úrskurður Kjaranefndar fól í sér, var umbreytt í eiginlegt fastlaunakerfi. Sú afkastatenging og sá afkastahvati, sem byggður var inn í úrskurð Kjaranefndar, var fjarlægður. Þetta var mikil breyting því fyrir úrskurð Kjaranefndar voru verkgreiðslur að jafnaði um 65% af heildarlaunum heilsugæslulækna en þremur árum seinna var hlutdeild þeirra komin niður í 10%.

Stjórnsýsluúttekt Ríkisendurskoðunar á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík árið 2002 sýndi svo ekki varð um villst að læknar á heilsugæslustöðvum í Reykjavík sinntu að meðaltali 18% færri komum sjúklinga árið 2001 en árið 1997.⁶⁵ Minni hluti vinnutímans fór í almenna móttöku sjúklinga en áður var og hverjum sjúklingi var að jafnaði ætlaður lengri viðtalstími. Enn fremur nýttu læknar frítökurétt sinn almennt betur en áður tíðkaðist. Í umræðum um skýrslu Ríkisendurskoðunar var því haldið fram að afköst heilsugæslulækna í Reykjavík væru minni en

⁶⁴ Úrskurður Kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna, dags. 3. mars 1998.

⁶⁵ „Fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu“. Stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík. Ríkisendurskoðun, Reykjavík 2002, bls. 6.

afköst heilsugæslulækna í nágrannalöndunum og hefðu farið minnkandi síðustu fjögur árin þar á undan.⁶⁶

Hafa ber þó í huga að talning á komum á stofu og fjölda vitjana er aðeins yfirborðslegt mat á vinnuafköstum lækna. Vinni læknir hratt og afgreiði þannig marga sjúklinga getur það komið niður á vinnuvöndun, umþenkingu, upplýsingaöflun og frágangi skráningar og hæglega leitt til oflækninga með tilheyrandi skaða fyrir sjúklinginn og almennasjóði. Því er einnig nauðsynlegt að leggja gæðamat á vinnuna.

Þann 17. desember 2003 undirritaði samninganefnd ríkisins samkomulag við Læknafélag Íslands fyrir hönd heilsugæslulækna sem gildi frá 1. janúar 2004. Var það gert á grundvelli laga nr. 71/2003 sem fólu í sér að heilsugæslulæknar fengu samningsrétt á ný frá og með næsta samningstímabili. Skömmu áður, eða 15. október 2002, hafði Kjaranefnd úrskurðað að heilsugæslulæknar gætu fengið greidd laun fyrir 20% af dagvinnuskyldu sinni samkvæmt gjaldskrá.⁶⁷ Með úrskurðinum var opnað fyrir að heilsugæslulæknar gætu unnið hluta vinnuvikunnar samkvæmt gjaldskrá í afkastahvetjandi launakerfi.

Í heilsugæslunni er mismunandi hvernig staðið hefur verið að greiðslum fyrir unnin læknisverk utan dagvinnutíma undanfarin ár. Á sumum stöðum hefur samist um fastar greiðslur fyrir vaktir en annars staðar er unnið eftir gjaldskrá. Samkvæmt tölulegum gögnum frá Sjúkratryggingum Íslands og fjárlagaskrifstofu fjármálaráðuneytisins hafa laun til heilsugæslulækna samkvæmt gjaldskrá verið algengust í Reykjavík, á Suðurlandi, Austurlandi og Reykjanesi.⁶⁸

Á flestum heilsugæslustöðvum eru nú reknar síðdegisvaktir eftir kl. 16:00 fyrir sjúklinga sem annars yrðu að bíða lengi eftir því að komast að á venjulegri dagvakt eða leita til læknavaktar eða bráðamóttöku sjúkrahúsanna. Á einstaka stöðum hafa menn sett sér reglur um hvenær starfsmenn vinna á föstum launum og á hvaða tímum unnið er eftir gjaldskrá. Á Suðurnesjum er til dæmis almennt gert ráð fyrir að hver heilsugæslulæknir taki 13 viðtöl og 10 símtöl við sjúklinga á degi hverjum en eftir það er borgað með „grænum seðlum“.⁶⁹

Þetta skipulag gerir það að verkum að flestir sjúklingar fá einhverja úrlausn erinda sinna samdægurs. Sá galli er þó á gjöf Njarðar að mikil vinna á síðdegisvöktum skapar frítökurétt hjá læknum og getur haft í för með sér skort á læknum til starfa á dagvakt. Þannig er hluta sjúklinga beint á síðdegisvakt í stað þess að leitað sé leiða til þess að heilsugæsla sinni sem flestum á reglulegum opnunartíma. Tilvik sem þessi benda eindregið til þess að nauðsynlegt sé að taka upp afkastatengingu launa á dagtíma, a.m.k. að vissu marki, þó svo ekki yrði snúið til fyrra fyrirkomulags sem byggist á greiðslum fyrir hvert viðvik.

⁶⁶ Ekki hafa verið gerðar sambærilegar athuganir við þær sem Ríkisendurskoðun gerði 2002. Nýlegar mælingar á fjölda viðtala á hvert ársverk lækna og hjúkrunarfræðinga gefa þó vísbendingu um aukin afköst í Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins á allra síðustu árum.

⁶⁷ Úrskurður Kjaranefndar um laun og önnur starfskjör heilsugæslulækna, dags. 15. október 2002. Samtal við Guðrúnu Zoëga, formann Kjararáðs, þriðjudaginn 29. júní 2010.

⁶⁸ Tölur frá fjárlagaskrifstofu fjármálaráðuneytisins. Grænir seðlar-Gjaldskrá, dags. 26.11.2009, og upplýsingar frá Sjúkratryggingum Íslands um gjaldskrárverk í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu á tímabilinu 2006-2010. Þar kemur m.a. fram að greiðslur á höfuðborgarsvæðinu fyrir gjaldskrárverk í heilsugæslu námu 154.035.578 krónum á árinu 2009 og 151.804.866 krónum árið 2008.

⁶⁹ Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Úttekt á heilsugæsluþjónustu. Landlæknisembættið, apríl 2010, bls. 30.

8.4 Flutningur verkefna til sveitarfélaga

Ísland sker sig úr hópi Norðurlanda með tilliti til þess að hér er heilbrigðisþjónusta, þ.m.t. grunnheilsugæsla, verkefni ríkisins en á hinum Norðurlöndunum er sú þjónusta að mestu á hendi landshlutasamtaka og sveitarfélaga. Í öllum samanburði verður samt að taka mið af því að millistjórnsýsluumdæmi í norrænu ríkjunum eru í mörgum tilvikum mun fjölmennari en allt Ísland. Ekki er því víst að öll sveitarfélög hafi burði til þess að standa ein og sér undir rekstri heilsugæslu með tilliti til þeirra krafna sem gerðar eru til hennar í dag.

Í ársbyrjun 1990 voru heilbrigðismál flutt formlega frá sveitarfélögunum til ríkisins í kjölfar samþykktar laga nr. 87/1989 um breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga. Gildistaka umræddra laga fól m.a. í sér að sjúkrasamlög voru lögð niður og starfsemi þeirra falin sjúkratryggingum Tryggingastofnunar ríkisins og heilsugæslustöðvar, sem ekki voru í starfstengslum við sjúkrahús, voru fluttar yfir til ríkisins. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hafði þá um skeið greitt föst laun lækna, hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra og staðið undir 85% af kostnaði við uppbyggingu og kostnað heilsugæslustöðvanna.⁷⁰

Í reynd hafði verið um að ræða blandaðan rekstur ríkis og sveitarfélaga fram til ársins 1990. Þannig var aðeins hluti af verkefnum heilbrigðisþjónustunnar fluttur frá einu stjórnsýslustigi til annars. Aðkallandi verkefni og bág fjárhagsstaða sveitarfélaga kröfðust þess einfaldlega að ríkið tæki ábyrgð á og hefði forystu um frekari uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar. Heilbrigðisyfirvöld urðu að bregðast við vandanum með margvíslegum aðgerðum og móta sér framtíðarsýn um skipan heilbrigðismála til lengri tíma.

Í framhaldi af samþykkt laga nr. 82/1994 um reynslusveitarfélög var samið við tvö sveitarfélög, Hornafjarðarbæ og Akureyri, um að taka að sér rekstur heilsugæslu og öldrunarmála og samþætta þessa málaflokka félagslegri þjónustu sveitarfélaganna.

Hugmyndin var sú að afla reynslu af þessu fyrirkomulagi og leggja hana til grundvallar ákvörðunum um flutning verkefna til sveitarfélaganna. Umræddar tilraunir þóttu takast vel og þegar gildistími reynslusveitarfélagslaganna rann út um síðustu aldamót voru gerðir þjónustusamningar við Hornafjarðarbæ og Akureyri um framhaldið. Tími almennrar yfirfærslu þessara verkefna virtist hins vegar ekki kominn þrátt fyrir að nokkur sveitarfélög hafi sýnt áhuga á að taka yfir þessa málaflokka.

Á fyrsta áratugi 21. aldarinnar hafa málefni sveitarfélaga verið af og til á dagskrá stjórnmalanna og þá einkum með skírskotun til þess að heilbrigðismál, og þá sérstaklega heilsugæsla, hljóti að teljast til nærþjónustu sem eðlilegt sé að verði á hendi sveitarfélaga. Árið 2004 var að störfum nefnd um eflingu sveitarstjórnarstigsins sem ræddi hugmyndir um að flytja nokkur verkefni á sviði heilbrigðismála frá ríki til sveitarfélaga.⁷¹ Var þar um að ræða minni sjúkrahús, heilsugæslu, heimahjúkrun og öldrunarþjónustu, auk eftirlits með geisla- og lækningatækjum.

Samband íslenskra sveitarfélaga er því fylgjandi að heilsugæsla fylgi með flutningi málefna fatlaðra og aldraðra til sveitarfélaga.⁷² Í byrjun árs 2009 kom fram á fundi fulltrúa sambandsins með þáverandi heilbrigðisráðherra að hann væri hlynntur því að færa nærþjónustu til sveitarfélaga, þ.m.t. heilsugæsla og jafnvel minni sjúkrahús. Nú liggur sömuleiðis fyrir að

⁷⁰ Páll Sigurðsson: Heilsa og velferð. Mál og mynd. Reykjavík 1998, bls. 352-353.

⁷¹ Tillögur og greinargerð verkefnisstjórnar um eflingu sveitarstjórnarstigsins varðandi breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga. Reykjavík 16. apríl 2004.

⁷² Yfirfærsla öldrunarmála frá ríki til sveitarfélaga, dags. 21. nóvember 2007.

sveitarfélög á Suðurnesjum og víðar hafa mikinn áhuga á að ræða yfirtöku rekstrar heilsugæslunnar á viðkomandi stöðum. Helstu rök þeirra eru að heilsugæslan sé nærþjónusta sem best eigi heima í höndum heimamanna. Núverandi heilbrigðisráðherra hefur opnað fyrir að þessi mál verði skoðuð og þar með eru þau komin á dagskrá á nýjan leik.

Aðalrökin, sem sett hafa verið fram fyrir yfirtöku sveitarfélaganna á heilsugæslunni, eru í fyrsta lagi þau að heimamenn og notendur þjónustunnar fái meiru ráðið um þróun starfseminnar og nýjungar í þjónustunni. Í öðru lagi hefur í reynslusveitarfélögum eins og Akureyri tekist að reka öldrunarþjónustuna með ódýrari hætti en annars staðar og fækka vistunarplássum á stofnunum. Og í þriðja lagi er mikilvægt að taka heildstætt á málefnum einstakra öryrkja, atvinnuleysingja og fólks með félagsleg vandamál. Þetta reyndist Akureyringum auðveldara eftir að heilsugæslan var orðin hluti af þjónustu og stjórnkerfi bæjarfélagsins.

9. Meginskil

Stefna heilbrigðisyfirvalda síðustu áratugi hefur verið sú að heilsugæslan skuli annast frumheilsugæslu og vera að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Þessi stefnumið eru undirstrikuð í lögum nr. 40/2007 um heilbrigðisþjónustu og reglugerð nr. 787/2007 um heilsugæslustöðvar. Frjáls aðgangur að þjónustu sérgreinalækna á höfuðborgarsvæðinu hefur hins vegar orðið til þess að fyrsta viðkoma fólks í heilbrigðiskerfinu er oft hjá þeim. Í reynd hefur krafan um valfrelsi sjúklinga gengið jafnvel framár markmiðinu um að heilsugæslan sé sá staður innan heilbrigðisþjónustunnar sem fólk skuli snúa sér fyrst til.

Þetta sést greinilega í tölulegum upplýsingum um að komum til sérgreinalækna hefur fjölgað síðasta áratuginn og sérstaklega hin allra síðustu ár. Kostnaðurinn hefur sömuleiðis vaxið í samræmi við það. Ástæður þessarar sóknar í sérlægningaþjónustu eru raktar til þess að fólk kjósi einfaldlega að fara beint til sérgreinalækna, miklar framfarir hafi orðið í lækningum sem kalli á sérhæfðari úrlausnir og skortur sé á þjónustu annarra aðila innan heilbrigðiskerfisins. Margt bendir því til þess að heilsugæslan sé ekki nægjanlega burðug til þess að geta rækt þær skyldur sem fylgja því að vera fyrsti viðkomustaðurinn í heilbrigðiskerfinu.

Um langt skeið hefur hvorki verið brugðist við vanda heilsugæslunnar á nógu skipulegan hátt né leitað heildstæðra úrlausna fyrir hana og aðra meginþætti heilbrigðiskerfisins. Í stað þess að setja skýr markmið, skilgreina hlutverk, ákveða verkaskiptingu, samhæfa vinnubrögð og gera þjónustu við sjúklinga skilvirkari hefur heilbrigðisstarfsmönnum verið meira og minna í sjálfsvald sett hvernig þeir haga málum. Krafan um rétta meðhöndlun á réttum stað og á réttum tíma hefur heldur ekki sama hljómgrunn meðal almennings hér á landi og annars staðar á Norðurlöndum. Íslensk heilbrigðisþjónusta er að fást við sín vandamál á mismunandi stigum og sjúklingar bíða oft lengur eftir úrlausn en góðu hófi gegnir.

Hugtakið heilsugæsla á sér víðtæka skírskotun og breytilega merkingu innan heilbrigðisgeirans. Orðið er notað til þess að tákna skipulagseiningu innan heilbrigðiskerfis, tiltekið stig heilbrigðisþjónustu, ákveðna hugmyndafræði fyrir heilbrigðisþjónustu, sérgreinar innan læknis- og hjúkrunarfræði, svo nokkur dæmi séu nefnd.

Heilsugæsla nær ekki aðeins yfir almennar lækningar, hjúkrun, heilsuvernd og forvarnir, bráða- og slysamóttöku og aðra heilbrigðisþjónustu sem veitt er á vegum heilsugæslustöðva. Eitt mikilvægasta verkefni heilsugæslu er að samþætta læknisþjónustu, hjúkrun og forvarnir og leggja þar með grunn að samfelli í meðferð sjúklinga. Heilsugæsla spannar því í reynd nær allt lækninga-, hjúkrunar- og heilsuverndarstarf sem unnið er án innlagnar á heilbrigðisstofnun.

Á árinu 2009 voru skráð alls 668.744 viðtöl við heilsugæslulækna sem samsvarar 2,1 samskiptum á íbúa og voru símtöl ekki talin með.⁷³ Á árinu 2009 fengu klínískir sérgreinalæknar og rannsóknarlæknar 428.739 erindi til úrlausnar utan sjúkrahúsa.⁷⁴ Heildarfjöldi samskipta við heilsugæslulækna og klínískra sérgreinalækna utan sjúkrahúsa hefur því verið 1.097.483 á árinu 2009. Hluttur heilsugæslulækna var þannig 60,9% en sérgreinalækna 39,1%. Hugsanlegur flutningur verkefna frá sérgreinalæknum til heilsugæslulækna, þannig að hlutföllin verði 90% á

⁷³ Samskipti við heilsugæslustöðvar 2009. Upplýsingar á heimasíðu Landlæknisembættis.

⁷⁴ Sjúkratryggingar Íslands.

móti 10% heimilislæknum í hag, myndi að sjálfsögðu krefjast umfangsmikilla breytinga á allri heilsugæslu utan sjúkrahúsa.

Á meðan ekki verður gert átak í fjölgun heimilislækna og ráðist í breytingar á heilsugæslunni má fastlega ætla að stór hluti hennar verði áfram í höndum sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Í flestum tilvikum starfa þessir læknar líka á sjúkrahúsum. Þótt það sé vissulega mikið álitamál hvar draga eigi mörkin á milli fyrsta og annars stigs heilbrigðisþjónustu, þ.e. grunnheilsugæslu og þjónustu sem klínískir sérgreinalæknar veita, hefur sýnt sig að grunnheilsugæsla sinnir víða allt að 90% þeirra erinda sem leyst eru utan sjúkrahúsa. Sérfróðir aðilar vísa jafnvel í upplýsingar um rannsóknir sem sýna að heilsugæslan geti sinnt um 95% allra heilbrigðisvandamála fólks utan sjúkrahúsa.⁷⁵

Heimilislæknar hafa oft á undanförunum árum bent á að fjölga þyrfti í stéttinni og fyrirsjáanlegur væri enn meiri skortur á sérmenntuðum heimilislæknum að nokkrum árum liðnum. Á heimilislæknaþingi 18. október 2008 taldi kennslunefnd Félags íslenskra heimilislækna að árlega þyrftu næstu árin að bætast við 10-12 einstaklingar í hóp heimilislækna. Til þess að svo megi verða væri þörf á að fjölga stöðum unglækna í sérfræðinámi í heimilislækningum úr 10 í 25.⁷⁶ Var þá miðað við að þessar stöður yrðu áfram þriggja ára stöður. Svipaðar tölur um árlega mönnunarþörf á landsvísu miðað við 1.200 íbúa á lækni voru kynntar á fundi yfirlækna Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins 8. apríl 2010.⁷⁷

Víst er að fjölgun námsstaðna í heimilislækningum er ein áhrifaríkasta leiðin til þess að styrkja heilsugæsluna. Með því að taka inn 20-25 lækna árlega í starfsnám í heimilislækningum væri sennilega unnt að bregðast að ákveðnu marki við endurlíðunarþörf í stétt heimilislækna. Námið verður sömuleiðis að vera aðlaðandi og bjóða upp á tækifæri til eftirsóknarverðra starfa að því loknu. Mikilvægt er því að lagðar verði línur til framtíðar um verkaskiptingu og viðfangsefni allra meginþátta heilbrigðisþjónustunnar, þ.e. sjúkrahúsþjónustu, heilsugæslu, sérgreinalækninga og annarra starfseininga heilbrigðiskerfisins. Hver gerir hvað í heilbrigðisþjónustunni?⁷⁸, var spurt fyrir nokkrum árum.

Í Reykjavík og nágrennasveitarfélögunum starfa að jafnaði 5-7 læknar á hverri heilsugæslustöð og hefur sá fjöldi að mestu ráðist af hverfaskiptingu á svæðinu. Á Seltjarnarnesi og í Grafarvogi fylla þó heilsugæslulæknar tuginn. Þetta eru í samanburði við það sem þekkist annars staðar tiltölulega litlar heilsugæslustöðvar og viðkvæmar fyrir allri röskun á daglegri starfsemi, svo sem vegna fría, námsleyfa og veikinda starfsfólks. Í ljósi þjóðfélagsbreytinga og þeirra krafna, sem nú eru gerðar til heilbrigðisþjónustu, gæti þurft að endurskoða þessa stefnu. Heilsugæslustöðvar með allt að 12-15 læknum og öðru starfsliði í sambærilegum hlutföllum gætu e.t.v. uppfyllt betur þau faglegu og fjárhagslegu viðmið sem starfsemin verður að lúta. Um þetta eru skiptar skoðanir og heilsugæslulæknar eru margir hverjir mjög mótfallnir „risastöðvum“.

Hluti nefndarmanna telur engu að síður sennilegt að með stærrri og burðugri heilsugæslustöðvum geti opnast ný tækifæri og möguleikar sé þeim vel stjórnað og markmið starfseminnar skýr. Þar ætti að vera auðveldara að aðlaga reksturinn betur að þörfum fjölskyldna jafnt starfsfólks sem sjúklinga. Heilbrigðisstofnanir eru fjölmennustu kvennavinnustaðir landsins.

⁷⁵ Alma Eir Svavarsdóttir, Ólafur H. Oddsson og Jóhann Ágúst Sigurðsson: Starfsnám unglækna í heilsugæslu og skipulag. Læknablaðið 2004, 90:306.

⁷⁶ Greinargerð með tillögu kennslunefndar á heimilislæknaþingi 18. október 2008.

⁷⁷ Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson: Mönnun í heilsugæslu 2010. Fundur með yfirlæknum 8. apríl 2010.

⁷⁸ Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Skýrsla og tillögur nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar. Reykjavík, mars 2006.

Tilvísanaskyldan er ein þeirra aðferða sem víða hefur verið beitt til að efla heilsugæsluna og stuðla að skilvirkri verkaskiptingu í heilbrigðiskerfinu. Hún felur í sér að hið opinbera eða sjúkratryggingar greiða að jafnaði ekki fyrir meðferð sjúklings hjá sérfræðilækni eða á sjúkrahúsi nema honum hafi verið vísað þangað af heimilislækni eða heilsugæslulækni. Útfærsla tilvísanaskyldu er, eins og fyrr er lýst, breytileg frá einu landi til annars. Þar ráða ferðinni jafnt fjárhagsleg markmið og aðgerðir sem hafa þann tilgang að tryggja sem mesta samfellu í þjónustu við sjúklinga. Víða eru dæmi um að ákveðnar sérgreinar séu undanþegnar tilvísanaskyldu og einnig kemur fyrir að boðnir séu tilteknir valkostir í sjúkratryggingum.

Í stað tilvísanaskyldu eða jafnhliða henni væri mögulegt að taka upp eða gera tilraun til þess að stýra flæði sjúklinga með markvissari hætti frá einu þjónustustigi til annars. Slík stýring eða stjórnun myndi þá grundvallast á ákveðnum verklagsreglum eða tilmælum. Verklagsreglurnar gætu verið af ýmsum toga, svo sem varðandi innra starf, teymisvinnu og samskipti við aðrar stofnanir og þætti heilbrigðiskerfisins. Sé þörf á sérhæfðri eftir meðferð eftir útskrift af sjúkrahúsum eða öðrum heilbrigðisstofnunum væri sjúklingum gert að sækja göngudeildir viðkomandi stofnana en ekki einkarekna stofu spítalalæknis. Einnig gæti markvissari verðstýring með misháum komugjöldum komið að notum við að stýra sjúklingaflæðinu og gera þjónustuna skilvirkari.

Önnur aðferð, sem bent hefur verið á, er að taka upp það verklag að einstaklingur, sem leitar fyrst til heimilislæknis, komist fyrr að hjá sérgreinalækni en sá sem fer beint til hans. Þetta byggist á því að þegar umræddur sjúklingur kemur til sérgreinalæknis sé búið að vinna ákveðna forvinnu og meta heilsufarsvanda hans. Sumir sérgreinalæknar krefjast þess beinlínis að sjúklingar, sem leita til þeirra, framvísi tilvísun. Samkvæmt þessu fyrirkomulagi skuli búið svo um hnútana að samanlagður kostnaður fólks, hvort sem það fer fyrst til heimilislæknis eða beint til sérgreinalæknis, verði hinn sami.⁷⁹

Verði ákveðið að koma á tilvísanakerfi og auka þar með vægi heilsugæslunnar í meðhöndlun sjúklinga utan stofnana er í aðalatriðum um þrjár leiðir að ræða. Í fyrsta lagi innleiðing tilvísanaskyldu, með engum eða fáum undantekningum, þar sem heimilislæknir greinir og skipuleggur meðferð sjúklings eða vísar honum áfram á viðeigandi stað í heilbrigðiskerfinu. Í öðru lagi mætti hugsa sér sveigjanlegt tilvísanakerfi sem næði til mismunandi fjölda sérgreina frá einum tíma til annars. Og í þriðja lagi mætti hugsa sér að taka upp „valfrjálst stýrikerfi“ að danskri fyrirmynd. Uppbygging nýs skipulagskerfis, hverja leiðina sem menn velja, er ekki einfalt mál og þarfnast ítarlegrar útfærslu. Þetta er verkefni þar sem kalla þyrfti hóp sérfræðinga og fagaðila til aðstoðar.

Innleiðing tilvísanaskyldu mun að sjálfsögðu taka ákveðinn tíma, hvort sem um er að ræða almenna eða sveigjanlega tilvísanaskyldu. Einfaldast virðist að ráðast í að taka upp tilvísanir til lungnalækna, hjartalækna, gigtarlækna, efnaskiptalækna, blóðmeinafræðinga og ofnæmis- og ónæmislækna. Ekkert sýnist heldur mæla gegn því að barnalæknar og háls-, nef- og eyrnalæknar skuli falla tiltölulega snemma undir tilvísanaskylduna. Allar þessar breytingar ráðast samt sem áður af því hversu langan tíma tekur að vinna bug á heimilislæknaskortinum og breyta grunnskipulagi heilbrigðisþjónustunnar. Þetta er verkefni sem ætti að vera unnt að koma á góðan rekspól innan þriggja ára.

Efling dag- og göngudeilda er einn liður í að efla heilsugæsluna og skapa heimilislæknum tækifæri til þess að veita skjólstaðingum sínum góða þjónustu. Með tilliti til núverandi ástands

⁷⁹ Valfrjáls flæðistýring í heilbrigðisþjónustu – valfrjálst tilvísunarkerfi. Minnisblað Hildar Svavarsdóttur, heilsugæslulæknis. Lagt fram á fundi 9. júní 2010.

og framtíðaráætlana Landspítalans er nauðsynlegt að mörkuð verði skýr stefna um fyrirkomulag göngudeildarþjónustu á Landspítala. Ekki síst með hliðsjón af því að tilteknum læknisverkum er greinilega ekki sinnt á göngudeildum og svo virðist sem þau hafi alfarið flust til sérgreinalækna á einkastofum. Sú þróun vekur jafnframt upp spurningar um hvort unnt sé að efla göngudeildarþjónustu sjúkrahúsa á eðlilegan hátt án þess að settar verði reglur um að sérgreinalæknum skuli gert að starfa annaðhvort á eigin stofum eða sjúkrahúsum.

Uppbyggingu göngudeildarþjónustu þarf sömuleiðis að tengja viðræðum Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins um starfrækslu forvaktar sem ætlunin er að beini sjúklingum til viðeigandi staða á sjúkrahúsinu eða í heilsugæslunni. Þess háttar fyrirkomulag við fyrstu greiningu á heilsuvanda fólks kallar auk þess augljóslega á að hlutverk allra þriggja stiga heilbrigðisþjónustunnar sé skoðað. Mikilvægt er að um þetta verkefni náist góð sátt og samvinna á jafnréttisgrundvelli og það geti orðið til þess að nýta betur þann mannafla, tækjabúnað og þekkingu sem þessar stofnanir búa yfir. Að öðrum kosti verða heilbrigðisyfirvöld að grípa til þeirra ráðstafana sem duga til þess að tryggja skilvirka göngudeildarþjónustu til framtíðar.

Við innleiðingu upplýsingatækninnar í heilsugæslunni er brýnt að lögð verði áhersla á að öll sjúkraskrárkerfi og önnur upplýsingakerfi í heilbrigðisþjónustunni taki fyrst og fremst mið af þörfum sjúklinganna. Í því skyni er mikilvægt að læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn, sem annast sjúklinga innan heilbrigðisþjónustunnar, hafi aðgang að tilteknum upplýsingum um viðkomandi einstaklinga óháð skráningarstað.

Afar brýnt er að tryggja öryggi þeirra upplýsinga um fólk sem eru vistaðar í skrá og gagnsöfnum heilbrigðisþjónustunnar. Aðgangur að umræddum upplýsingum verður að takmarkast við þá einstaklinga sem til þess hafa heimild. Enn fremur þarf að leita leiða til þess að opna í auknum mæli fyrir beinan aðgang sjúklinga að eigin heilsufarsupplýsingum í upplýsingakerfum heilbrigðisþjónustunnar.

Fyrir alla heilbrigðisþjónustu í landinu var það mikið framfaraspör að Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins skyldi koma á fót sérstakri þróunarstofu fyrir heilsugæsluna á árinu 2009. Þróunarstofunni er ætlað að hafa heildarumsjón með kennslu, rannsóknum og gæðapróun í heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu. Jafnframt er henni ætlað forystuhlutverk á sviði kennslu, vísinda og þróunar á landsvísu. Það verður ekki gert án náinnar samvinnu við háskólana í landinu, Lýðheilsustöð og fleiri aðila í þjóðfélaginu. Hugsanlegt væri að Þróunarstofan ætti e.t.v. betur heima sem hluti af nýrri sameinaðri stofnum Landlæknisembættis og Lýðheilsustöðvar sem þá yrði rekin á landsvísu.

Til þess að fylgjast með málefnum á sínu starfssviði verður heilsugæslan að taka þátt í margþættri samvinnu og þverfaglegu samstarfi við fjölda aðila í þjóðfélaginu til þess að halda við og efla lýðheilsu þjóðarinnar. Sömuleiðis verður að setja öllu heilsuverndarstarfi ákveðin markmið og tryggja að starfsemin sé í samræmi við gildandi gæðakröfur og öryggisviðmið. Annars er hætt við að heilsugæslan festist í hjólfari almennra lækninga og horfi fram hjá því að mörg heilbrigðisvandamál er hægt að fyrirbyggja.

Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu þarf áreiðanlega á öllum sínum heilsugæslulæknum að halda, hvort sem þeir starfa innan HH, hjá einkareknum heilsugæslustöðvum eða á einkastofum (HUH-læknar). Ekki síður þarf hún að draga til sín nýja kynslóð heimilislækna sé ætlunin að efla heilsugæsluna á suðvesturhorninu sem og annars staðar á landinu. Það væri því bagalegt ef HUH-læknarnir heltust úr lestinni. Uppsögn gildandi rammansamnings þann 30. mars 2010 var fyrst og fremst liður í að bregðast við kröfum um niðurskurð í rekstri ríkisins. Sjálfstætt starfandi

heimilislæknar standa þannig frammi fyrir því að þurfa taka á sig svipaðar byrðar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn.

Eðlilegt verður að teljast að þess sé krafist að heimilislæknar á einkastofum uppfylli tilteknar kröfur og sæti sömuleiðis reglubundnu faglegu eftirliti umfram það sem gerist í dag. Í drögum að kröfulýsingu fyrir heilsugæslu í sveitarfélögum er t.d. fjallað um rekstur þjónustunnar og settar fram almennar kröfur sem lúta að honum, svo sem um skipulag, ábyrgð, gæða- og árangursstjórnun, sjúkraskrár, upplýsingaskyldu og eftirlit. Ekki er óeðlilegt að HUH-læknar sæti svipuðum skilyrðum.

Miðað við það sem gerist meðal norrænna þjóða er ekki óviðeigandi að skoða hvort ekki ætti að gera kröfu til þess að sjálfstætt starfandi heimilislæknar sinntu forvörnum og skyldum verkefnum í ríkara mæli en verið hefur. Einn kostur væri að þeim skuli gert að gera samninga við heilsugæslustöðvar um að veita samlagsfólki þeirra ungbarnavernd og mæðravernd. Annar kostur og jafnvel fýsilegri væri að læknarnir störfuðu tiltekinn tíma í viku hverri á heilsugæslustöðvum HH og sinntu þar verkefnum á sviði heilsuverndar. Með því væri e.t.v. straumum forvarna og heilsuverndar veitt reglulega inn á gróinn akur almennra lækninga.

Ljósmaður halda því fram að þjónusta þeirra við konur í sængurlegu hafi sparað umtalsverða fjármuni fyrir heilbrigðiskerfi með styttri legutíma. Athygli vekur að heimaþjónustan sinnir nær eingöngu sængurkonum sem virðast ekki hafa haft nein sérstök vandamál í sambandi við meðgöngu eða fæðingu. Þessar konur hafa allar verið sendar heim innan 36 klukkustunda frá fæðingu barns. Sú spurning vaknar því hvort þörf sé á því að heimsækja allar sængurkonur átta sinnum, eins og gert er, eftir að þær eru komnar til síns heima.

Verði ákveðið að flytja utanumhald á heimaþjónustu ljósmaðra til Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er brýnt að gera sér grein fyrir á hvaða grundvelli skuli skipuleggja þjónustuna í framtíðinni. Eitt brýnt viðfangsefni væri að skoða hvort samlegðaráhrif heimaþjónustu ljósmaðra og ungbarnaverndar heilsugæslunnar geti skilað sér í færri vitjunum ljósmaðra. Niðurstaða slíkrar athugunar gæti um leið lagt grunninn að því að ákveða hvort umsjón heimaþjónustunnar væri betur komin hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins eða hjá fyrirtæki sem ljósmaður standa að og Ljósmaðrafélag Íslands hefur mælt með.

Núverandi heimaþjónusta við sængurkonur þarfnast endurskoðunar með tilliti til margra fleiri atriða. Skipulag fæðingarþjónustu er þverfaglegs eðlis og ljósmaður eiga að sjálfsögðu að fá tækifæri til þess að taka þátt í og tjá sig um allar grundvallarbreytingar líkt og aðrar hlutaðeigandi fagstéttir.

Allt frá því að ríkið tók yfir heilbrigðismálin árið 1990 hafa verið uppi raddir um að öll nærþjónusta eigi að vera á hendi sveitarfélaga. Nauðsynlegt væri því að gera breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga í því augnamiði að treysta sveitarstjórnarstigið og efla sjálfsforræði byggðarlaganna. Heilsugæsla, öldrunarþjónusta og málefni fatlaðra væru dæmigerð verkefni nærsamfélagsins sem sveitarfélögin eða samlög þeirra ættu að sinna. Samningar ríkisins við Akureyrarbæ og Hornafjörð um rekstur heilsugæslu og öldrunarþjónustu á grundvelli laga um reynslusveitarfélög eru jafnan teknir sem dæmi um vel heppnaðar aðgerðir sem hægt væri að taka mið af.

Krafan um flutning heilsugæslu og annarra þátta heilbrigðisþjónustunnar frá ríki til sveitarfélaga mun áreiðanlega fara vaxandi á næstu árum. Nokkur sveitarfélög hafa þegar óskað eftir viðræðum um yfirtöku á rekstri heilsugæslu. Verði af því er mikilvægt að þær kröfur, sem gerðar verða til

starfseminnar, verði vel skilgreindar og allt eftirlit uppfylli sett skilyrði fyrir rekstri. Drög að kröfufylsingu heilbrigðisráðuneytisins fyrir heilsugæslu í sveitarfélögum er mikilsvert skref í þá átt að koma á fastri skipan fyrir meðferð þessara mála.

Á Norðurlöndum verður æ algengara að lækna og aðrir heilbrigðisstarfsmenn myndi félagsskap um rekstur heilsugæslustöðva og læknastofa. Danskir heimilislækna hafa um langt skeið starfað sem sjálfstæðir einyrkjar en sameinast nú í auknum mæli um að starfa saman á læknastofum. Í Noregi hefur fastlæknaerfið fest rætur og einkastofur, þar sem nokkrir lækna starfa saman, eru orðnar burðarásinn í heilsugæslunni. Hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum, sem reka eigin stofur, fjölga. Í Svíþjóð hefur þjónustuválskerfi opnað möguleika fyrir heilbrigðisstarfsfólk að mynda félög utan um eigin rekstur. Forsendan fyrir rekstri starfseminnar er að sjúklingar séu tilbúnir að nýta sér þá þjónustu sem í boði er.

Þessi þróun er áreiðanlega fyrirboði þess að í framtíðinni verði að huga að því að opna enn frekar fyrir möguleika heilbrigðisstarfsfólks til þess að standa fyrir eigin rekstri. Ekki er útilokað að byggja megi upp net þjónustu þar sem sveitarfélög, heilbrigðisstarfsmenn eða aðrir tækju að sér rekstur heilsugæslustöðva eða aðra starfsemi innan ákveðins skipulags og svæðaskiptingar. Slíkur rekstur yrði að öllu jöfnu kostaður af almannafé þannig að gæta verður samræmis í því að greiðslur fyrir þjónustu einkaaðila og opinberra aðila yrðu byggðar á sama grunni. Innleiðing mismunandi rekstrarforma krefst markvissara eftirlits og að gæða- og öryggiskröfum verði fylgt eftir.

Skipulag og málefni heilbrigðisþjónustu eru mikið til umræðu á norrænum vettvangi. Á árlegum fundi sínum 21.-22. júní 2010 ræddu til að mynda norrænu heilbrigðis- og félagsmálaráðherrarnir samþjöppun og sérhæfingu í heilbrigðisþjónustunni. Svæðið milli nýju hátækni- og sérgreinasjúkrahúsanna og grunnheilsugæslunnar er víðar en hér á landi orðið að hálfgerðu einskismannslandi sem engin ein fylking innan heilbrigðisþjónustunnar getur gert tilkall til. Stjórnvöld leita því í vaxandi mæli lausna á vandamálum heilbrigðiskerfisins gegnum breitt samráð og lýðræðislega umræðu í þjóðfélaginu.

Dæmi um slíkt er áætlun norsku ríkisstjórnarinnar um umbætur og samráð í heilbrigðisþjónustunni. Í framhaldi af umfangsmikilli vinnu sérfræðinga voru haldnir fundir með fag- og hagsmunaaðilum og a.m.k. tveir stórfundir með almenningi, auk þess sem fólki gafst tækifæri til þess að tjá sig um málefnið á netinu.

Um miðjan þennan áratug vann danska velferðarnefndin (Velfærðskommissionen) að svipaðri úttekt á stöðu og horfum í velferðarmálum Dana.⁸⁰

Ekki er ólíklegt að á næstu árum megi búast við því að kröfur verði gerðar um breiðara samráð í þjóðfélaginu þegar ráðist verður í mikilvægar breytingar á heilbrigðiskerfinu. Þjóðfundurinn, sem haldinn var 14. nóvember 2009, og minni „þjóðfundir“, sem haldnir voru í öllum landshlutum á fyrri hluta ársins 2010, eru e.t.v. fyrirboðar þess er vænta má í framtíðinni.

⁸⁰ Analyserapport „Fremtidens velfærd – vores valg“. København, januari 2006.

10. Tillögur

Nefnd ráðherra um eflingu heilsugæslunnar hefur á undanförunum mánuðum fjallað um þjónustu heilsugæslunnar og tengsl hennar við aðra meginþætti og einingar heilbrigðiskerfisins. Á þessu stigi í starfi nefndarinnar eru lagðar fram tíu tillögur sem hún telur að hrinda megi í framkvæmd á næstu misserum.

1. Árlega næstu fimm árin verði 20 læknar teknir inn í sérnám í heimilislækningum.

Fjölgun námsstaðna í heimilislækningum er talin ein áhrifaríkasta leiðin til þess að draga úr læknskorti og styrkja heilsugæsluna. Næstu árin er talið að árlega þurfi að bætast við 10-12 heimilislæknar til þess að halda í horfinu. Til þess að styrkja heilsugæsluna enn frekar þyrfti að opna möguleika til viðbótar fyrir 8-10 lækna á ári að hasla sér völl á þeim vettvangi. Stöður þessar verði veittar til allt að fjögurra ára eða þar til námslæknir hefur lokið sérnáminu. Tryggð verði aðstaða og mannskapur til að halda utan um sérnámið sem þar með taki einnig til umskólunar sérfræðinga úr öðrum greinum sem kjósa að koma til liðs við heilsugæsluna.

2. Fjárhagslegt bolmagn og sjálfstæði sérnáms í heimilislækningum verði aukið.

Mikilvægt er að treysta fjárhagslegt bolmagn og sjálfstæði sérnáms í heimilislækningum og færa umsjúsluna alfarið frá yfirstjórn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Til greina gæti komið að færa hana undir hatt Þróunarstofu heilsugæslunnar sem þá starfaði á landsvísu en að sjálfssögðu áfram í nánnum tengslum við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Jafnframt er brýnt að stytta sérnámið og miða það frekar við marklýsingu en árafjölda þar sem núverandi námsfyrirkomulag leyfir slíkt.

3. Verklagsreglur verði settar um stýringu á flæði sjúklinga frá einu þjónustustigi til annars til þess að tryggja samfellu í meðferð sjúklinga.

Mikilvægt er að tryggja að fólk leiti að jafnaði fyrst til heilsugæslunnar með heilsufarsvandamál sín. Liggja þurfa fyrir verklagsreglur á grundvelli tiltekinna skilmerkja um hvert skuli vísa sjúklingum ef heilsugæsla getur ekki leyst erindi þeirra. Verklagsreglurnar gætu annars verið af ýmsum toga, svo sem varðandi innra starf, teymisvinnu og samskipti við aðrar stofnanir og þætti heilbrigðiskerfisins. Eftir útskrift af sjúkrahúsi skuli sjúklingum gert að leita fyrst á göngudeildir sjúkrahúsanna líkt og þegar er gert á Landspítalanum.

4. Undirbúin verði innleiðing sveigjanlegrar tilvísanaskyldu á næstu þrem árum.

Tilvísanaskylda er ein þeirra aðferða sem beitt er til þess að stuðla að skilvirkri verkaskiptingu í heilbrigðiskerfinu. Sýnt hefur verið fram á að heimilislæknir grípi síður til kostnaðarsamra aðgerða en sá sérgreinalæknir sem fær sjúkling til sín í fyrsta sinn milliliðalaust. Ráðist verði í að undirbúa innleiðingu sveigjanlegrar tilvísanaskyldu á næstu þrem árum. Skipaður verði vinnuhópur til þess að vinna með heilbrigðisyfirvöldum að því að koma tilvísanakerfinu á og þróa það.

5. Heilsuverndarstarf verði eftt á landsvísu.

Heilbrigðisþjónustan hefur lagt vaxandi áherslu á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu í því skyni að fyrirbyggja sjúkdóma og stuðla að heilbrigðum lífsháttum. Til þess að heilsugæslan geti sinnt hlutverki sínu verður hún að taka þátt í margþættri samvinnu og þverfaglegu samstarfi við fjölda aðila utan lands sem innan. Nýlega hefur verið komið á fót Þróunarstofu heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu. Mikilvægt er að þessi starfsemi nýtist allri heilsugæsluþjónustu í landinu. Annaðhvort að hún verði í nánun samstarfi við fjölmargar stofnanir og aðila í þjóðfélaginu eða að Þróunarstofa heilsugæslu verði hluti af sameinaðri stofnun Landlæknisembættis og Lýðheilsustöðvar.

6. Skoðaðar verði forsendur fyrir flutningi verkefna heilsugæslu til sveitarfélaganna innan næstu fimm ára.

Áhugi á flutningi heilsugæslu og jafnvel annarra þátta heilbrigðisþjónustu frá ríki til sveitarfélaga hefur vaxið í kjölfar sameiningar sveitarfélaga og vilja til þess að treysta sveitarstjórnarstigið. Góð reynsla af þjónustusamningum ríkisins við Akureyrarbæ og Hornafjörð hefur sýnt að heppilegt er að flétta saman skipulag heilsugæslu og félagslegra þjónustu. Samband íslenskra sveitarfélaga er því fylgjandi að heilsugæsla fylgi með flutningi málefna fatlaðra og aldraðra til sveitarfélaga. Ganga verður úr skugga um hvort forsendur séu fyrir því að hrinda þessum flutningi í framkvæmd innan næstu fimm ára.

7. Samið verði við sjálfstætt starfandi heimilislækna á nýjum forsendum.

Heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu þarf á öllum sínum heimilislæknum að halda. Frá því að uppbygging heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu hófst á áttunda áratug síðustu aldar hafa á bilinu 10-20 sjálfstætt starfandi heimilislæknar rekið sínar stofur í Reykjavík á grundvelli samnings við heilbrigðisyfirvöld. Í dag eru þeir 12. Núverandi samningur fellur úr gildi um næstu áramót. Eðlilegt verður að teljast í ljósi ríkjandi efnahagsástands að kjör þessara lækna verði færð til samræmist við það sem gerist innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Einnig getur ekki talist óviðeigandi að gera þá kröfu til þessara lækna að þeir sinni forvörnum og heilsuvernd í ríkara mæli en verið hefur, t.d. með því að starfa að heilsuvernd í einhverri af heilsugæslustöðvum HH tiltekinn tíma í viku hverri. Samkvæmt fastlæknaskipulaginu í Noregi starfa heimilislæknar 7½ klukkustund utan eigin stofu að forvörnum og fleiri slíkum verkefnum í viku hverri.

8. Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins verði falin umsjón með heimaþjónustu ljósmæðra.

Sterk rök eru fyrir því að fela Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins að halda utan um heimaþjónustu ljósmæðra við konur í sængurlegu. Núverandi fyrirkomulag er með þeim hætti að fæðingardeild Landspítala hefur lista með nöfnum og símanúmerum ljósmæðra sem hægt er að hringja í. Mönnun er alls ekki örugg á öllum tímum árs. Skráning upplýsinga og eftirlit með framkvæmd heimsókna er ábótavant. Það verður því að skapa ákveðinn ramma utan um þjónustuna svo öryggi sængurkvenna sé tryggt.

9. Komið verði á fót miðlægri skráningu sjúklinga á heimilislækna með það fyrir augum að allir íbúar landsins hafi ákveðinn heimilislækni að snúa sér til.

Meginreglan verði sú að einstaklingar eigi rétt á að vera skráðir sem skjólstæðingar tiltekins heilsugæslulæknis á heilsugæslustöð í heimabyggð. Sérhver heilsugæslulæknir verði ábyrgur fyrir þeirri lækniþjónustu sem þeim einstaklingum er veitt sem eru á hans lista. Þessu fyrirkomulagi skuli komið á í áföngum sakir þess skorts sem enn er á heilsugæslulæknum.

10. Rafræn sjúkraskrá verði komin í fulla notkun á landsvísu innan þriggja ára.

Heilbrigðisstofnunum og starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna, tveimur eða fleirum, er nú þegar heimilt að færa og varðveita sjúkraskrár sjúklinga í sameiginlegu sjúkraskrárkerfi. Tengdar hafa verið saman sjúkraskrár í Vesturlandsumdæmi, Norðurlandsumdæmi, Austurlandsumdæmi, Suðurlandsumdæmi og innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Mikilvægt er að ráðist verði í að ljúka því að tengja saman öll sjúkraskrár- og upplýsingakerfi innan heilbrigðiskerfisins, að uppfylltum þeim skilyrðum sem sett hafa verið varðandi færslu rafrænna sjúkraskráa, varðveislu þeirra, aðgengi að þeim, aðgangsstýringu og takmörkunum á aðgengi. Með slíkum ráðstöfunum væri unnt að tryggja meiri samfellu í meðhöndlun sjúklinga og draga úr tvíverknaði og endurtekningu á ónauðsynlegum rannsóknum. Markmiðið er að innan þriggja ára verði rafræn sjúkraskrá og víðtækt heilbrigðisnet komið í fulla notkun á landsvísu.

Halla B. Þorkelsson, fulltrúi ÖSÍ, gerir eftirfarandi athugasemdir við tillögur nefndarinnar.

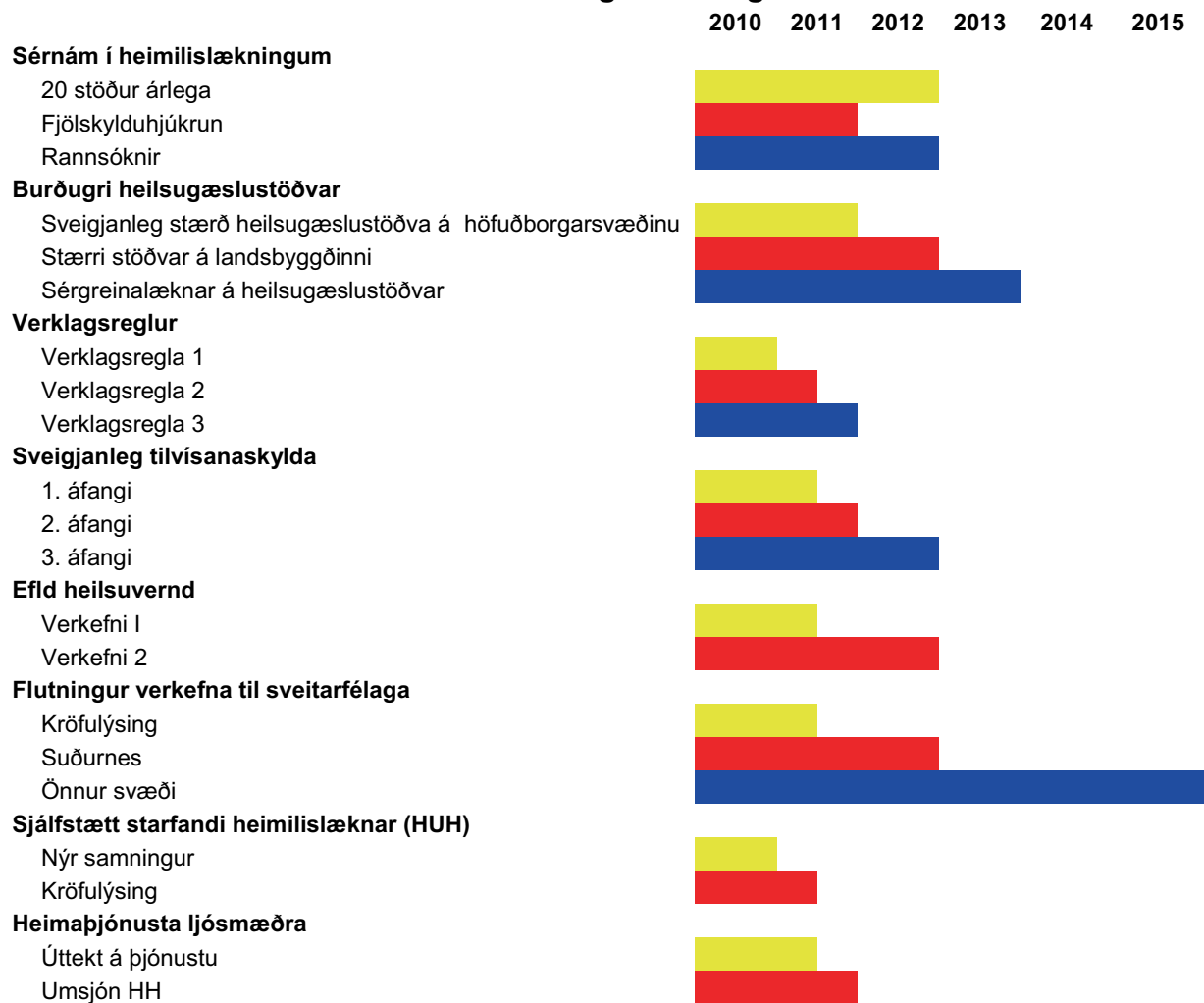
Varðandi tillögu 4 telur Halla að heilsugæslan hafi ekki þann læknaþjölda sem til þarf til þess að koma á tilvísanakerfi. Í dag eru 21.000 manns án heimilislæknis og miðað við hversu illa lækna skila sé til baka úr sérnámi telur hún að lengri aðlögunartíma þurfi. Það taki fjögur ár þar til ákvörðun um fjölgun á námsstöðum fer að skila sér.

Tillaga 6. Setur fyrirvara við flutning heilsugæslu til sveitafélaganna. Bendir á úttekt Ríkisendurskoðunar á málefnum fatlaðra en stefnuleysi í málefnum fatlaðra og skortur á skýrri stefnumörkun veldur því að tilviljun ræður hvernig fjármunir nýtast og hvaða þjónustu fatlaðir fá.

Tillaga 9. Vill breyta orðalagi. Meginreglan verði sú að einstaklingur eigi rétt á að vera skráður sem skjólstæðingur tiltekins heilsugæslulæknis á heilsugæslustöð í heimabyggð. Bætt verði við eftirfarandi setningu: „Á heilsugæslustöðum í hinum dreifðu byggðum getur annar heilbrigðisstarfsmaður gegnt því hlutverki.“, sbr. sænsku leiðina.

Framkvæmdaáætlun

Framkvæmdaáætlun til eflingar heilsugæslu



Heimildir

1. Analyserapport „Fremtidens velfærd – vores valg“. København, januari 2006.
2. Aðgerðir til að efla heilbrigðisþjónustuna og hafa áhrif á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík, júlí 1996.
3. Alma Eir Svavarsdóttir, Ólafur H. Oddsson og Jóhann Ágúst Sigurðsson: Starfsnám unglækna í heilsugæslu og skipulag. Læknablaðið 2004, 90:305-9.
4. Áherslur til heilsueflingar. Landlæknisembættið, Reykjavík 2003.
5. Álit nefndar um málefni Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Heilbrigðisráðuneytið, desember 2008.
6. Álit Samkeppnisráðs nr. 1/1996. Samkeppnishömlur í skólatannlækningum í Reykjavík.
7. Ályktun Alþjóðaheilbrigðisþingsins 1977. Heilbrigði allra (Healtfor All).
8. Bidrag fra Sverige. Bilag 5 til dagordenspunkt 4/10 Temadrøftelse MR-s møte 2010. Sundhedsvæsenets organisation.
9. Björn Blöndal: Tilvísanakerfi í heilbrigðisþjónustu. Þættir í heilsuhagfræði – Hag 210F. Hagfræðideild, Félagsvísindasvið Háskóla Íslands, apríl 2010.
10. Charter For General Practice/Family Medicine in Europe. Working Draft. Discussion Document. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1994.
11. Commission of the European Communities: Proposal for a Directive of the European Parliament and the Council on the application of patients' right in cross-border healthcare. Brussels, 2.7.2008, COM(2008) 414 final.
12. Council of the European Union: Council agrees on new rules for patients' right in cross border healthcare. Luxembourg, 8 June 2010.
13. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
14. Dómur Hæstaréttar nr. 134/2002.
15. Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna. SNAPS Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialutbildningsfrågor.
16. Eeva Widström o.fl. Developments in Oral Health Policy in the Nordic Countries Since 1990. Oral Health & Preventive Dentistry. Vol 3, No 4, 2005, p. 225-235.
17. Equity and excellence: Liberating the NHS. Department of Health, London 2010.
18. „Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu“. Stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík. Ríkisendurskoðun, Reykjavík, september 2002.
19. Guðmundur Einarsson: Athugasemdir við nefndarálit um Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins ásamt tillögum til úrbóta. Janúar 2009.
20. Gunnar Ingi Gunnarsson: Af starfskjörum heimilislækna – sögulegar stiklur. Læknablað 2008/94, bls. 227-230.
21. Health at a Glance. OECD, Paris 2009.
22. Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Úttekt á heilsugæsluþjónustu. Landlæknisembættið, apríl 2010.
23. HEILSUVAKT Á HÖFUÐBORGARSVÆÐIU: Greining á heilbrigðisþjónustu utan dagvinnutíma, kostnaðarmat og tillögur. Reykjavík, október 2010.
24. Heimilislækningar, mönnun í nánustu framtíð. Minnisblað frá Félagi íslenskra heimilislækna. Október 2009.
25. Héðinn Sigurðsson: Starfsumhverfi og starfsánægja í heimilislækningum. Háskólinn á Akureyri, heilbrigðisvísindadeild, maí 2010.

26. Hver geri hvað í heilbrigðisþjónustunni. Skýrsla og tillögur nefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskilgreiningu verksviða innan heilbrigðisþjónustunnar. Reykjavík, mars 2006.
27. Kynning Jóhannesar Gunnarssonar, læknisfræðilegs verkefnisstjóra nýs háskólasjúkrahúss, á fundi nefndarinnar 7. apríl 2010.
28. Kringos et al.: The breath of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010, 10:65.
29. Kröfulýsing fyrir heilsugæslu í sveitarfélaginu xxx. Drög 5. Heilbrigðisráðuneytið 16.2.2010.
30. Lúðvík Ólafsson: Mönnun í heilsugæslu 2010. Slæður frá fundi með yfirlæknum 8. apríl 2009.
31. Lög nr. 56/1973 um heilbrigðisþjónustu.
32. Lög nr.55/2009 um sjúkraskrár. Minnisblað um Læknavaktina og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, dags. 18. febrúar 2010.
33. Munnis-rannsóknin 2005. Tannheilsa íslenskra barna og unglunga verst á Norðurlöndunum. Lýðheilsustöð 31. janúar 2007.
34. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2009.
35. OECD: Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD).
36. OECD Health Data 2010.
37. Ólafur Gísli Jónsson: Barnalæknaþjónusta í Domus Medica. Morgunblaðið 28. nóvember 2002.
38. Ólafur Ólafsson og Ottó J. Björnsson: Könnun á kostnaði og árangri heilbrigðisþjónustu 16 vestrænna ríkja. Reykjavík, apríl 2010.
39. Páll Sigurðsson: Heilsa og velferð. Mál og mynd. Reykjavík 1998, bls. 352-353.
40. Pétur Pétursson: Greinargerð heimilislæknis um tilvísanir. Læknablaðið 1995:81.
41. Pétur Pétursson: Heimilislæknar, út úr öngstrætinu. Læknablaðið 2001:87
42. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2006.
43. Regler för etablering av vårdgivare SOU 2009:84
44. Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana, nr. 875/1999.
45. Reglugerð um veitingu lækningaleyfis og sérfræðileyfa, nr. 39/1970.
46. Samantekt á læknskostnaði á Íslandi. Skýrsla Læknafélags Íslands. Reykjavík, maí 2009.
47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, Oslo 2009.
48. Samningar Tryggingastofnunar vegna sérfræðilækna 1998-2001. Stjórnsýsluendurskoðun sjúkratryggingasviðs TR. Ríkisendurskoðun, Reykjavík, september 2002.
49. Samskipti við heilsugæslustöðvar 2007. Upplýsingar á heimasíðu landlæknis: www.landlaeknir.is
50. Í samstarfsyfirlýsingu ríkisstjórnar Samfylkingar og Vinstrihreyfingarinnar – græns framboðs. Dags. 10. maí 2009.
51. Speciallægepraksis i forandring. Danske Regioner 2009.
52. Skýrsla nefndar um tilvísanir. Reykjavík, apríl 1993.
53. Staðtölur Almannatrygginga.
54. Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly , Vol., 83 No. 3, 2005, pp. 457-502.
55. Stefán Yngvi Finnbogason, fyrrv. yfirskólatannlæknir. Fréttir – Tannlæknafélag Íslands, 28.2.2007.

56. Steinar Björnsson o.fl.: Tilvísanir til hjartalækna. Viðhorf hjartasjúklinga og samskipti lækna. Læknablaðið.
57. Sundhedsdebatten 20/11/2009.
58. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Vigdísar Hauksdóttur um starfandi lækna á Íslandi, dags. 13. apríl 2010.
59. Supersygehusene medfører ny rolle for de praktiserende læger. Sundhedsdebatten 20/11/2009.
60. Tannlækningar – Skipulag og stjórnsýsla. Hagsýsla ríkisins, Reykjavík, júlí 1997.
61. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. World Health Organization, Geneva 2008.
62. Thomas C. Rosenthal: The Medical Home: Growing Evidence to Support a New Approach to Primary Care. JABFM, September – October 2008; Vol. 21 No.5.
63. Tilkynning um uppsögn rammisamnings. Bréf Sjúkratrygginga Íslands, dags. 30. mars 2010.
64. Tillögur og greinargerð verkefnisstjórnar um eflingu sveitarstjórnarstigsins varðandi breytingar á verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga. Reykjavík, 16. apríl 2004.
65. Úrskurður Kjaranefndar um launakjör heilsugæslulækna, dags. 3. mars 1998.
66. Úrskurður Kjaranefndar um laun og önnur starfskjör heilsugæslulækna, dags. 29. júní 2002.
67. Valfrjáls flæðistýring í heilbrigðisþjónustu – valfrjálst tilvísanakerfi. Minnisblað Hildar Svavarsdóttur, heilsugæslulæknis. Lagt fram á fundi 9. júní 2010.
68. Vandað sérnám í heimilislækningum. Læknablaðið 2007/93. bls. 222-225.
69. Vinnuafli lækna. Skýrsla Læknafélags Íslands. Maí 2009.
70. Vinnuskjal vegna flutnings heimþjónustu ljósmæðra til heilsugæslunnar. Heilbrigðisráðuneytið, 2. júlí 2010.
71. Vårdval i Sverige. SOU 2008:37.
72. Yfirfærsla öldrunarmála frá ríki til sveitarfélaga. Minnisblað Sambands íslenskra sveitarfélaga, dags. 21. nóvember 2007.
73. Þróun útgjalda til læknskostnaðar sjúkratrygginga 200-2009. Minnisblað 28. nóvember 2009.
74. Wienke G.W. Boerma and Carl-Ardy Buboiss: Mapping primary care across Europe. In *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2006.

Fylgiskjöl

Afrit fyrir skjalasafn



Ingimar Einarsson
Miðbraut 21
170 Seltjarnarnesi

HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ

Vegmúla 3 150 Reykjavík
sími: 545 8700 bréfasími: 551 9165
postur@hbr.stjr.is
heilbrigdisraduneyti.is

Reykjavík 2. mars 2010
Tilv.: HBR10020133/02.03.01

Efni: Skipunarbréf.

Í samstarfsyfirlýsingu núverandi ríkisstjórnar er ákvæði um að heilbrigðisþjónustan verði tekin til endurskoðunar með heildstæðri stefnumörkun í þeim tilgangi að draga úr kostnaði og nýta fjármuni skynsamlega. Í því skyni hefur verið leitað eftir samstarfi við fjölmargra aðila til þess að tryggja og ná sátt um örugga heilbrigðisþjónustu um allt land. Meginmarkmið þessara umbóta í heilbrigðisþjónustunni er jöfnuður, gott aðgengi, góð þjónusta, öryggi og hagkvæmni. Til þess að tryggja framgang þessa verkefnis hefur verið ákveðið að setja heilsugæsluna í öndvegi sem fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu.

Heilbrigðisráðherra hefur því ákveðið að koma á fót nefnd til þess að leggja fram tillögur um hvernig unnt verði að efla stöðu heilsugæslunnar og tryggja að landsmenn búi við sem jafnasta kosti í heilsufarslegum efnum. Óskað er eftir tillögum um á hvern hátt sé unnt að innleiða tilvísanaskyldu í heilbrigðisþjónustu. Einnig verði gerðar tillögur um önnur atriði er tengjast heilsugæslu, svo sem forvarnir, fræðslu, kennslu, heilsugæslu í skólum, barnalækningar, tannvernd, tannlækniþjónustu og læknavaktina. Nefndinni er ætlað að skila tillögum sínum til ráðherra í síðasta lagi þriðjudaginn 1. júní 2010.

Nefndin er þannig skipuð:

Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri, formaður.

Pétur Pétursson, heilsugæslulæknir

Hildur Svavarsdóttir, heilsugæslulæknir

Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson, læknir

Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri

Guðrún Gunnarsdóttir, yfirlæknir

Ingólfur V. Gíslason, prófessor

Leifur Benediktsson, deildarstjóri í heilbrigðisráðuneytinu, er starfsmaður nefndarinnar.

Samkvæmt framansögðu ert þú hér með skipaður formaður nefndarinnar. Í samræmi við reglur um nefndarstörf á vegum ríkisins er ekki greitt sérstaklega fyrir setu í nefndinni af hálfu ráðuneytisins. Varðandi lok nefndarstarfs og skil á gögnum, sjá meðfylgjandi fylgiskjal.


Álfheiður Ingadóttir

- B-01 Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
Innlegg Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í skýrslu um eflingu heilsugæslunnar.
- B-02 Læknavaktin.
Athugasemdir og ábendingar vegna birtingar á drögum að áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar dagsett 20. 08. 2010.
- B-03 Geir Gunnar Markússon M.Sc. Næringarfræðingur og einkaþjálfari.
Hvernig hefur það sem við gerum og borðum ekki áhrif á heilsu okkar. - Slæðukynning.
- B-04 Gísli Niels Einarsson, hjúkrunarfræðingur. Executive-MPH.
Tölvubréf, fylgibréf með tveimur næstu fylgiskjöllum, B-05 og B-06.
- B-06 Gísli Niels Einarsson.
Introduction of Nurse Practitioners in the Icelandic primary care services.
- B-07 Gísli Niels Einarsson.
Nurse Practitioners in the Icelandic Primary health care services. Policy proposals. – Slæðukynning.
- B-08 Læknafélag Íslands.
Athugasemdir og spurningar úr áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar.
- B-09 Verkefnisstjórar í ung- og smábarnavernd HH og Fræðslu- og útgáfuhópur ung- og smábarnaverndar (Fús) HH.
Athugasemdir vegna áfangaskýrslu um eflingu heilsugæslunnar.
- B-10 Félag íslenskra sjúkraþjálfara.
Efling heilsugæslunnar – áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra. Umsögn Félags íslenskra sjúkraþjálfara.
- B-11 Samtök heilbrigðisfyrirtækja, Samtök verslunar og þjónustu.
Greinargerð vegna áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar.
- B-12 Vilhelmína Haraldsdóttir læknir, framkvæmdastjóri lyflækningasviðs Landspítala.
Ábendingar og tillögur.
- B-13 Stjórn félags íslenskra heimilislækna.
Áfangaskýrsla um eflingu heilsugæslunnar. – Tillögur og ábendingar.
- B-14 Stefán Hjörleifsson læknir, lektor við háskólann í Bergen og Aðjúntkt við Háskóla Íslands.
Athugasemdir við: „Efling heilsugæslunnar. Áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra, drög 20. 08. 10“.
- B-15 Gyða Haraldsdóttir, sálfræðingur Ph.D.
Örfáar athugasemdir við skýrsludrögin, eins og þau birtust á heimasíðu ráðuneytisins þann 23. 8. Sl.
- B-16 Ljósmeðrafélag Íslands.
Áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar. Athugasemdir Ljósmeðrafélags Íslands.
- B-17 Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
Ályktun stjórnar Félags Íslenskra hjúkrunarfræðinga, - 2. September 2101
- B-18 Sigríður Heimisdóttir.
Tölvupóstur
- B-19 Guðrún Bjarnadóttir, sálfræðingur Ph.D
Tölvupóstur.

Fylgiskjal B-01

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Innlegg Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í skýrslu um eflingu heilsugæslunnar.

Reykjavík 15. nóvember 2010

Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri
Heilbrigðisráðuneytið
Vegmúla 3
150 Reykjavík

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ | |
| Skj. ft. | 02.03.01 |
| 16. Nóv. 2010 | |
| Ábmr. | JE + DB + GS + GAÓ + LB + SM + MS |
| Málsnr. | HBR 10020133 |

Efni: Innlegg Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í skýrslu um eflingu heilsugæslunnar.


Þann 23. ágúst síðast liðinn birti heilbrigðisráðuneytið á vefsvæði sínu drög að skýrslu um eflingu heilsugæslunnar. Þau drög munu vera afrakstur vinnu nefndar sem Álfheiður Ingadóttir, þáverandi heilbrigðisráðherra, skipaði 2. mars 2010. Verkefni nefndarinnar átti að vera að leggja fram tillögur um hvernig unnt sé að efla stöðu heilsugæslunnar og tryggja að landsmenn geti búið við sem jafnasta kosti í heilsufarslegum efnum.

Í umræddum drögum er hvorki fjallað um framlag hjúkrunarfræðinga til heilsugæsluþjónustu nú né hvernig má auka hlutverk hjúkrunarfræðinga til að efla heilsugæsluna, til hagsbóta fyrir landsmenn. Í ljósi þess og að fulltrúar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) hafa ekki enn verið kallaðir fyrir nefndina til upplýsinga og ráðgjafar, leggur Fíh hér með fram viðbætur við umrædda skýrslu. Í innleggi Fíh er fjallað um hlutverk hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu á Íslandi (4. kafli), verkefni hjúkrunarfræðinga innan og utan heilsugæslunnar (7. kafli) og lagðar fram tillögur um þátt hjúkrunarfræðinga í eflingu heilsugæslunnar (10. kafli). Við vinnslu þessa innleggs var leitað til fagdeildar heilsugæsluhjúkrunarfræðinga í Fíh og fjölda hjúkrunarfræðinga með sérþekkingu og reynslu af heilsugæslu.

Hér með er farið fram á að meðfylgjandi umfjöllun um störf hjúkrunarfræðinga og eflingu hjúkrunarþjónustu í heilsugæslu verði bætt við þau drög sem fyrir liggja um eflingu heilsugæslunnar.

Virðingarfyllst,

Fyrir hönd Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga



Elsa B. Friðfinnsdóttir, formaður

Samrit: Guðbjartur Hannesson, heilbrigðisráðherra
Þórunn Ólafsdóttir, framkvæmdastjóri hjúkrunar hjá HH og fulltrúi í nefnd um eflingu heilsugæslunnar

Innlegg við 4. kafla skýrslunnar - Heilsugæsla á Íslandi

Hjúkrunarfræðingar hafa verið í fararbroddi við innleiðingu heilsuverndar á Íslandi. Hjúkrunarfélagið Líkn var stofnað árið 1915 en markmið þess var að efla almenna heilsuvernd og annast hjúkrun í heimahúsum, sérstaklega efnalítils fólks, sem ekki hafði ráð á sjúkrahúsvist. Árið 1919 gekkst Líkn fyrir stofnun berklavarnarstöðvar sem varð vísir að skipulögðum berklavörnum meðal almennings, 1927 var Ungbarnavernd Líknar stofnuð og síðar tók félagið að sér eftirlit með barnshafandi konum. Allt var þetta frumkvöðlastarf á sviði heilsuverndar en Hjúkrunarfélagið Líkn var lagt niður þegar Heilsuverndarstöð Reykjavíkur var komið á fót 1953. Með uppbyggingu heilsugæslustöðva um allt land fluttist síðan heilsuverndin til heilsugæslustöðvanna. Þó fleiri faghópar sinni nú heilsuvernd á heilsugæslustöðvum bera hjúkrunarfræðingar hitann og þungann af öllu skipulagi heilsuverndarinnar.

Samkvæmt reglugerð um heilsugæslustöðvar frá 2007 er markmið með rekstri heilsugæslustöðva að tryggja öllum landsmönnum fullnægjandi heilsugæslu í heimabyggð og skal skipulag hennar miða að því að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Hlutverk þeirra er að sinna heilsugæslu en með því er átt við almennar lækningar, hjúkrun, heilsuvernd, forvarnir og bráða- og slysamóttöku. Í því felast almennar lækningar, hjúkrun, mæðravernd, ungbarna- og smábarnavernd, heilsugæsla í skólum og heilsuvernd, forvarnir og önnur heilbrigðisþjónusta sem tekur til kynsjúkdómavarna, geðverndar, áfengis- og fíkniefnavarna, tóbaksvarna, sjón- og heyrnarverndar, hópskoðana og skipulagðra sjúkdómsleita, sóttvarna, heilsuverndar unglunga og aldraðra og slysavarna. Þá er heimilt að veita aðra heilbrigðisþjónustu á heilsugæslustöðvum svo sem þjónustu sérgreinalækna, sálfræðiþjónustu, félagsráðgjöf, iðju- og sjúkraþjálfun, næringarráðgjöf o.fl. í samræmi við ákvörðun ráðherra.

Af framantöldu er ljóst að viðfangsefni heilsugæslunnar eru fjölmörg og mikilvægt að þeir sem þangað leita geti fengið þjónustu frá þeim fagmönnum sem besta þekkingu hafa á hverju viðfangsefni. Heilsugæslan þarf að vera skipulögð þannig, bæði í áherslum og mannafla, að hún standi undir nafni sem heilsugæsla í stað þess að vera fyrst og fremst læknamóttaka. Í febrúar árið 2007 sendi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti frá sér megináherslur ráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar. Í formála bæklingisins *Heilbrigði og forvarnir í sókn – með samtakamætti landsmanna* leggur þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra Siv Friðleifsdóttir áherslu á að lykillinn að árangri á sviði forvarna sé samstarf og víðtæk, þverfagleg nálgun sem byggir á faglegri þekkingu. Forvörnum þurfi að beita víða í samfélaginu og nauðsynlegt sé að við alla stefnumótun og ákvarðanatöku verði sjónarmiða lýðheilsu gætt í ríkara mæli en verið hefur.

Viðfangsefni heilsugæslunnar til framtíðar

Framtíðarspár um samsetningu íslensku þjóðarinnar gera ráð fyrir hlutfallslegri fjölgun aldraðra á næstu árum. Aldraðir eru sá þjóðfélagshópur sem þarfnast hvað mestrar aðstoðar og stuðnings frá heilbrigðiskerfinu. Heilsufarsvandamál þeirra eru oft og tíðum fjölpætt og langvinnir sjúkdómar eru megin ástæða þess að aldraðir sækja sér heilbrigðisþjónustu. Fjölgun aldraðra hefur bæði áhrif á þörf fyrir heimaþjónustu og hjúkrunarheimili sem og þjónustu heilsugæslustöðva og bráðasjúkrahúsa.

Í framtíðinni mun íslensk heilbrigðisþjónusta einkennast af vaxandi möguleikum í tækni og meiri afköstum á styttri tíma. Sjúkrarúmum hefur fækkað mjög á undanförunum árum og í dag eru

skurðaðgerðir sem áður kröfðust nokkurra daga sjúkrahúslegu gerðar á dagdeildum eða á skurðstofum utan sjúkrahúsa. Þessi þróun mun halda áfram. Gera má ráð fyrir að innan fárra ára verði heilbrigðisþjónusta veitt í vaxandi mæli inni á heimilum fólks og í nærsamfélaginu s.s. á heilsugæslustöðvum fjarri bráðasjúkrahúsum. Heimþjónusta mun ná til fleiri þátta s.s. eftirlits og eftirmeðferðar eftir sjúkrahúsdvöl, þjónustu við langveika, aldraða og deyjandi. Heilsugæslan mun í auknum mæli sinna markvissri forvarnarþjónustu gegn lífsstílsjúkdómum. Fólk mun áfram þarfnast aðstoðar og margháttaðs stuðnings þó það dvelji ekki á stofnunum. Skipulag heilbrigðisþjónustu þarf að vera sveigjanlegt og samhæft annarri samfélagslegri þjónustu og taka mið af þörfum einstaklingsins.

Líklegt er að breytt fyrirkomulag krefjist aukinnar þátttöku fjölskyldunnar í umönnun og meðferð aðstandenda sinna. Þannig verða fjölskyldumeðlimir þátttakendur í umönnun og meðferð sem fram að þessu hefur verið á höndum heilbrigðisstarfsmanna. Veitendur heilbrigðisþjónustu þurfa að gæta þess að álag á fjölskylduna verði ekki of mikið heldur líta á hana sem þátttakanda í teymi þeirra sem þjónustuna veita.

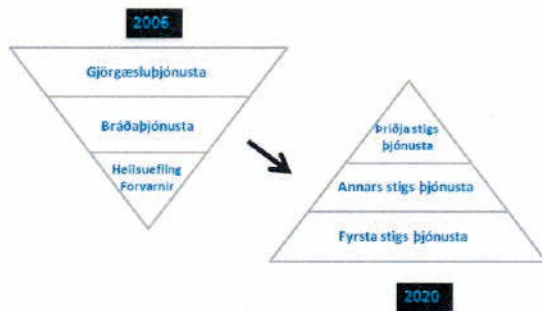
Heilsuþýlgja síðustu ára mun vaxa. Gott aðgengi að upplýsingum m.a. á veraldarvefnum gerir það að verkum að Íslendingar eru vel upplýstir um heilsu og sjúkdóma og gera vaxandi kröfur um að vera virkir þátttakendur í eigin meðferð. Því þarf heilbrigðisstarfsfólk að vera tilbúið til að veita upplýsingar, fræðslu, ráðgjöf og stuðning þannig að einstaklingar geti tekið upplýstar ákvarðanir og verið sjálfstæðir í gegnum þau vandamál sem við er að glíma. Til þess þarf að virkja áhugahvöt einstaklinga til að gera breytingar á eigin lífstíl.

Fjármálakreppa, lýðfræðilegar breytingar og lífsstílsjúkdómar eru þau stóru verkefni sem Norðurlöndin þurfa að takast á við næstunni.

Alþjóðasamtök hjúkrunarféлага, ICN, benda á hversu hátt hlutfall dauðsfalla í heiminum eru afleiðingar lífstílstengdra sjúkdóma. Árið 2004 dóu 17 milljónir manna úr hjarta- og æðasjúkdómum, um 180 milljónir manna eru nú taldar hafa sykursýki, og áætlað er að 12 milljónir muni látast úr krabbameinum árið 2030. Mikinn hluta þessara sjúkdóma má fyrirbyggja með breyttu og bættu lífni, með heilsusamlegra mataræði, aukinni hreyfingu, og minni notkun á áfengi og tóbaki.

Til er næg gagnreynd þekking á því hvernig einstaklingur getur viðhaldið og eflt eigin heilsu og fyrirbyggt helstu sjúkdóma sem hrjá íbúa vesturlanda þ.e. hjarta- og æðsjúkdóma, sykursýki og krabbamein. Langtíma rannsóknir sýna að meðalþyngd fólks fer vaxandi. Offita og aðrir lífstílstengdir sjúkdómar eru að sliga samfélagið og heilbrigðiskerfi þjóða heims.

Á síðustu árum hefur aukin áhersla verið lögð á forvarnir og heilsueflingu víða um heim. Á árinu 2007 vörðu Íslendingar 9,3% af vergri þjóðarframleiðslu til heilbrigðismála sem er sambærilegt við aðrar vestrænar þjóðir. Fjármagni í íslenskri heilbrigðisþjónustu hefur um áratugaskeið verið forgangsraðað með áherslu á að meðhöndla sjúkdóma í stað þess að fyrirbyggja þá og stuðla að bættri heilsu. Á mynd 1 má sjá hvernig forgangsraða þarf fjármagni í vaxandi mæli í fyrsta og annars stigs þjónustu. Þannig getur heilsugæslan orðið mættarstólpi heilsuverndar, forvarnarstarfs, heilsueflingar og samfélagsþjónustu.



Mynd 1.

Aukin hjúkrunarþjónusta til eflingar heilsugæslunnar

Grundvallarmarkmið hvernar heilsugæslustöðvar ætti að vera að reyna að koma til móts við þarfir og væntingar þjónustubeiga sinna, með því að hlusta á þá í stað þess að hugsa fyrir þá. Því þarf að draga úr forræðishyggjustefnu heilbrigðisþjónustu og hvetja einstaklingana til aukinnar þátttöku og ábyrgðar á eigin heilsu. Heilsufræðsla og heilsuefling ætti að vera það sem börn læra frá unga aldri með tilheyrandi vaxandi ábyrgð þar til þau ná sjálfstæði. Fólk þarf að læra af hverju það þarf að huga betur að eigin heilsu og skilja afleiðingarnar til að vilja breyta um lífsstíl og draga þannig úr líkum á lífsstílstengdum sjúkdómum. Með því að efla forvarnarþjónustu gegn lífsstílssjúkdómum meðal almennings má fækka ótímabærum sjúkdómum, minnka lyfjanotkun, fækka innlögnum á sjúkrahús og stofnanir og koma í veg fyrir ótímabær dauðsföll. Til þess að svo megi verða þarf skilning stjórnvalda og vilja þeirra til að leggja fjármagn í fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu, skapa rými fyrir nýsköpun og stórefla samstarf heilbrigðistétta og almennings um leiðir til úrbóta.

Hjúkrunarfræðingar geti tekið að sér fleiri og fjölbreyttari þjónustu við þá er leita til heilsugæslunnar. Kynna þarf almenningsi betur þjónustu hjúkrunarfræðinga og auka hlutdeild þeirra í almennri móttöku á heilsugæslustöðvum. Hlutverk og þróun hjúkrunarþjónustu skiptir miklu máli til að hægt verði að uppfylla lögboðnar skyldur heilsugæslunnar.

Innlegg Fih við 7. kafla skýrslunnar - Verkefni innan eða utan heilsugæslustöðva

Hjúkrunarfræðingar hafa sinnt heilsuvernd innan heilsugæslunnar allt frá upphafi. Auk þess að sinna ung- og smábarnavernd, heilsuvernd skólabarna og eldri borgara sinna hjúkrunarfræðingar almennri móttöku og hafa umsjón með daglegri ráðgjafa- og skyndiþjónustu heilsugæslunnar auk símaráðgjafar. Á sumum heilsugæslustöðvum sinna þeir einnig sykursýkismóttöku og lífsstíls móttöku svo eitthvað sé nefnt.

Ung- og smábarnavernd

Markmið ung- og smábarnaverndar er að fylgjast með heilsu barna svo þau megi dafna og þroskast á besta hugsanlegan hátt. Ung- og smábarnavernd er þjónusta sem foreldrum og börnum stendur til boða en er ekki skylt að þiggja. Í ung- og smábarnavernd er boðið upp á heimavítjanir við fæðingu barns og langflestar fjölskyldur koma í kjölfarið í reglulegar skoðanir á heilsugæslustöð. Sveigjanleiki þjónustunnar er mikill og foreldrar geta haft samband við hjúkrunarfræðing sinn að vild og komið í heimsókn eins oft og þurfa þykir. Þjónustan er án kostnaðar fyrir foreldra, aðgengileg öllum börnum á landinu og vel metin ef dæma má af mikilli og almennri þátttöku foreldra. Kjölfestan í öllu starfi heilsuverndar barna er starf hjúkrunarfræðinga

Aðstæður í nútímasamfélagi kalla á aukna fræðslu um uppeldisaðferðir sem eru líklegar til að hafa fyrirbyggjandi gildi og fer slík fræðsla í auknum mæli fram í ung- og smábarnavernd. Heilsuvernd barna vinnur auk þess í auknum mæli með nýja hópa barna með sérstaka sögu, t.d. litla fyrirbura og börn sem hafa fengið erfiða og lífshættulega sjúkdóma eins og krabbamein. Ungir foreldrar sækja upplýsingar og fræðslu í auknum mæli í handbækur og á veraldarvefinn. Allir sem vinna með börnum og fjölskyldum standa því frammi fyrir nýjum áskorunum þegar kemur að því að styrkja forvarnarstarf ung- og smábarnaverndar.

Ný verkefni kalla á þverfagleg vinnubrögð innan heilsugæslunnar á sviði ung- og smábarnaverndar, meiri fagþekkingu og aukna sérhæfingu.

Heilsuvernd grunnskólabarna

Markmið heilsuverndar skólabarna er að efla heilbrigði nemenda og stuðla að vellíðan þeirra. Megin þungi þessarar þjónustu er í höndum hjúkrunarfræðinga. Skólahjúkrunarfræðingar eru starfandi í flestum skólum landsins og vinna þeir í náinni samvinnu við heimilislækna, foreldra/forráðamenn, skólastjórnendur, kennara og aðra sem koma að málefnum nemenda með velferð þeirra að leiðarljósi. Heilsuvernd skólabarna samanstendur af fyrsta, annars og þriðja stigs forvörnum. Í fyrsta stigs forvörnum er megin áherslan lögð á bólusetningar og fræðslu. Þekjun bólusetninga í skólaheilsugæslunni er um 95% í þeim árgöngum sem hún fer fram í og síðan reyna skólahjúkrunarfræðingar að ná til þeirra sem eftir voru ári síðar. Fræðsla fer fram með skipulögðum hætti og eru um 25 fræðslueiningar um heilsutengda þætti sem skólahjúkrunarfræðingar bjóða upp á í mismunandi árgöngum. Þessari fræðslu er mjög vel sinnt og í flestum tilfellum fá yfir 80% nemenda þessa fræðslu. Annars stigs forvarnir í heilsuvernd skólabarna fela í sér skimanir og meðhöndlun áhættuhópa. Skimað er fyrir vaxtarfrávikum, sjónfrávikum þegar börnin eru 6, 9, 12 og 14 ára og heyrnarfrávikum þegar börnin eru 6 ára. Þessum skimunum er vel sinnt og eru að jafnaði yfir 97% barna skimuð fyrir þessum frávikum. Helstu áhættuhópar meðal skólabarna eru börn með geð- og hegðunarvanda ásamt of þungum og

of feitum börnum. Til að geta sinnt þessum áhættuhópum betur þarf heilsuverndin að búa yfir ákjósanlegum úrræðum bæði í grunnþjónustu og í sérhæfðri þjónustu. Mikil framför hefur orðið innan heilsugæslunnar í greiningu og úrræðum fyrir börn með geð- og hegðunarraskanir og er það vel. Hins vegar hefur þjónusta við of þung og of feit börn ekki náð ákjósanlegum árangri og er brýnt að huga að þeim málaflokki. Sérfræðingar í hjúkrun á vegum heilsugæslunnar gætu náð þar góðum árangri. Í þriðja stigs forvörnum í heilsuvernd skólabarna er áherslan á börn með langvinnan heilsuvanda. Mjög mismunandi er eftir skólum og heilsugæslustöðvum hvernig þetta vinnst. Sérfræðingar í hjúkrun myndu geta styrkt þessa þjónustu verulega og stuðlað að betri líðan barna með langvinnan heilsuvanda.

Heilsuvernd ungmenna í framhaldsskólum

Hjúkrunarfræðingar hafa lengi talað fyrir því að fá skólahjúkrunarfræðinga í framhaldsskóla en eins og kunnugt er hafa skólahjúkrunarfræðingar sýnt fram á gildi heilsuverndar, heilsueflingar og forvarna í grunnskólum. Ungmenni þurfa ekki síður á þessari heilbrigðisþjónusta að halda ekki sist á tímum þrenginga og óvissu. Rannsóknir sýna að ýmis áhættuhegðun margfaldast á því ári sem ungmenni útskrifast úr grunnskóla. Má þar nefnda áfengisneyslu sem tvöfaldast á þessu eina ári, óábyrgt kynlíf, streitu, umferðaröryggi, ólöglega vímuefnanotkun og fleira tengt lífstíl ungs fólks sem skólaheilsugæsla gæti haft áhrif á með fræðslu, forvörnum og innngripi eftir því sem við á. Boðið hefur verið upp á þjónustu skólahjúkrunarfræðinga í nokkrum framhaldsskólum landsins og hefur sú þjónusta verið vel nýtt.

Skólahjúkrunarfræðingar í framhaldsskólum sinna forvörnum, heilsuvernd, heilsueflingu og lífsstílsráðgjöf. Má þar nefna heilsueflingu þ.m.t. fræðslu og ráðgjöf varðandi mataræði, þyngd, hreyfingu, svefn og hvíld, sjálfsmynd, áhættuhegðun, kynsjúkdóma og getnaðarvarnir, ráðgjöf varðandi heilbrigðisvandamál, heilsuskoðun, fræðslu um kynlíf, kynheilsu og barneignir, ávísun getnaðarvarna, vímuefnavarnir, áfengis- og tóbaksvarnir, geðheilbrigði, tilfinningaleg og geðræn vandamálum, kvíða og streitu, líkamlega vanlíðan, verki, meiðsli, sjúkdóma, langvinn veikindi og félagslegan stuðning og tengingu við heilsugæslustöðvarnar.

Hjúkrunarfræðingar eru sérlega vel fallnir til að sinna þessari heilbrigðisþjónustu þar sem menntun þeirra snýr að andlegri, líkamlegri og félagslegri heilsu. Þeir hafa víðtæka þekkingu á þeim þáttum er lúta að heilsuvernd og heilsueflingu ungmenna í framhaldsskólum líkt og í grunnskólum. Hjúkrunarfræðingar eru tengiliðir milli ungmennanna og heilsugæslunnar og þeirrar sérfræðiþjónustu sem hægt er að sækja þangað. Rannsóknir hafa sýnt að unglingar eiga erfitt með að nýta sér hefðbundna heilbrigðisþjónustu, þeir óttast trúnaðarbrest og vita oft og tíðum ekki hvert þeir eiga að leita.

Skólaheilsugæsla er kjörin til að ná til unglinga sem eiga við ýmis geðræn vandamál að stríða þar sem námsörðugleikar og léleg mætin er oft fyrsta merki um slík vandamál s.s. þunglyndi sem hefst oft á unglingsaldri. Er þá hægt að greina og meðhöndla þessa einstaklinga fyrir en ella.

Heilsuvernd ungmenna á atvinnumarkaði

Á nokkrum heilsugæslustöðum var boðið upp á unglíngamóttökur þar sem hjúkrunarfræðingar sinntu fræðslu- og lífsstílsráðgjöf í samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir. Þessi þjónusta var aflögð og er það miður. Skoða þarf hvort hægt sé að breyta forminu til að ná til ungmennanna.

Þjónustuna mætti flytja út fyrir vegg heilsugæslustöðvanna á þá staði sem ungmennin halda sig t.d. í félagsmiðstöðvar þar sem þessi ungmenni eiga rétt á sömu þjónustu og framhaldsskólanemar og þurfa ekki síður á henni að halda. Byggja mætti upp þjónustuna á svipaðan hátt og í framhaldsskólunum.

Heilsuvernd aldraðra

Aukinn fjöldi aldraðra í samfélaginu kallar á aukna heilsuverndar- og heilsueflingar þjónustu fyrir þennan hóp þjónustubeiga. Á sumum heilsugæslustöðvum er boðið upp á heilsuvernd aldraðra sem er í höndum hjúkrunarfræðinga. Meginmarkmið forvarna þessa aldurshóps er að viðhalda lífsgæðum, færni og vitrænni getu ásamt því að koma í veg fyrir ótímabæran dauða og draga úr þörf fyrir innlagnir á sjúkrahús og hjúkrunarheimili.

Hjúkrunarfræðingar hitta aldraða víða bæði innan og utan heilsugæslustöðva þar sem þeir sinna almennu heilsufarseftirlit, veita ráðgjöf og stuðning og eru tengiliðir við heimahjúkrun og félagsþjónustuna. Sum staðar er boðið upp á heilsueflandi heimsóknir hjúkrunarfræðinga heim til aldraðra sem ekki fá heimahjúkrun. Þær miða að því að hvetja og styrkja viðkomandi til að viðhalda heilbrigði, færni og sjálfstæði sem lengst, stuðla að öryggiskennd og vellíðan á eigin heimili eins lengi og mögulegt er, veita upplýsingar um félagsstarf og þjónustu sem í boði er og veita ráðgjöf og meta í samráði við viðkomandi hvernig gengur að takast á við daglegt líf á sem bestan mögulegan hátt miðað við aðstæður hvers og eins.

Aukin samvinna milli heimahjúkrunar, félagsþjónustu og heilsugæslu er mikilvæg fyrir þennan hóp einstaklinga. Hjúkrunarfræðingar geta auðveldlega haldið utanum þessi mál og þannig fengið betri yfirsýn yfir hver er að fá hvaða þjónustu, hverjar eru breytingarnar og hvað vantar upp á.

Hjúkrunarmóttaka og símaráðgjöf

Hjúkrunarfræðingar sinna erindum sem flokkast undir heilsuvernd og heilsueflingu s.s. ráðgjöf, upplýsingagjöf og forvörnum. Þeir greina einnig og meðhöndla ýmis heilbrigðisvandamál af líkamlegum og sálrænum toga. Hjúkrunarfræðingar hafa góða yfirsýn yfir úrræði í heilbrigðiskerfinu og geta því auðveldlega leiðbeint skjólstæðingum sínum eða vísað erindum þeirra áfram innan kerfisins. Þeir vinna í nánú samstarfi við aðrar heilbrigðisstéttir bæði innan og utan heilsugæslunnar sem þeir geta nýtt fyrir skjólstæðingana. Helstu verkefni hjúkrunarfræðinga í móttöku eru auk fræðslu og ráðgjafar, bólusetningar og lyfjagjafir, móttaka vegna bráðra veikinda eða slysa, meðferð vegna sára og húðvandamála, eftirlit með heilsufari s.s. blóðþrýstingi, blóðsykri og þyngd og ýmsar mælingar t.d. blóðprufur eins og hemoglobín og glucosa, þvagrannsóknir, CRP, EKG og spirometria.

Símaráðgjöf er einnig hluti þjónustu hjúkrunarfræðinga. Þar veita þeir upplýsingar og ráðgjöf eða almennar ráðleggingar um úrræði um flest er snertir veikindi, vanlíðan, slys og ýmis einkenni. Einnig veita upplýsingar um þjónustu sem í boði er og hvert hægt er að sækja hana t.d. vegna samskiptavandamála, vandamála í uppeldi og annarra sálrænna og félagslegra vandamála auk ýmissa annarra þátta.

Tillögur Fih í 10. kafla - Tillögur

Tillögur:

- 1. Ímynd heilsugæslunnar þarf að snúast um heilbrigði, heilsueflingu og forvarnir auk annarrar almennrar heilbrigðisþjónustu, í stað læknamóttöku eingöngu.**
 Fjölga þarf þeim fagstéttum sem taka virkan þátt í störfum innan heilsugæslunnar. Efla þarf hlutverk hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga, félagsráðgjafa, sjúkráþjálfara, iðjuþjálfara o.fl. fagstétta.
 Það er þekkt erlendis frá, sérstaklega í Bandaríkjunum og Bretlandi, að efling heilsugæslunnar verður eingöngu gerð með þverfaglegu samstarfi heilbrigðisstétta og því er mikilvægt að horft verði til þess hér á landi við eflingu heilsugæslunnar.
- 2. Vinna þarf að viðamikilli kynningu og markaðssetningu heilsugæslunnar.**
 Kynna þarf vel og á jákvæðan hátt fyrir almenningi þjónustu heilsugæslunnar þannig að fólk sjái sér hag í því að sækja þjónustu þangað en ekki eitthvert annað.
 Til að gera heilsugæsluna aðlaðandi fyrir almenning þarf hann að hafa hag að því að sækja þangað þjónustu. Það að geta fengið alla almenna heilbrigðisþjónustu þar með talið heilsuvernd, heilsueflingu, lífstílsráðgjöf og stuðning, geðheilbrigðisþjónustu, hjúkrunar- og lækniþjónustu og þjónustu annarra heilbrigðisstétta sparar þjónustuþeganum bæði tíma og fyrirhöfn auk sparnaðar í útgjöldum.
 Samhæfa þarf þjónustu heilsugæslustöðvanna þannig að sama grunnþjónusta sé veitt á öllum heilsugæslustöðvum.
- 3. Kanna þarf viðhorf almennings til þjónustu heilsugæslunnar og hvaða hópar sækja þangað þjónustu.**
 Til að vinna markvissar, raunhæfar og áhrifaríkar breytingar á skipulagi heilsugæslunnar þarf að vinna viðamikla viðhorfskönnun meðal þjónustuþega heilsugæslunnar til að fá hugmynd um hvers konar þjónustu þeir eru að leita eftir og hvers þeir vænta. Einnig þarf að skoða sérstaklega hverjir nýta og hverjir ekki þjónustu heilsugæslunnar til að geta metið hvort og þá hvernig hægt er að gera heilsugæsluna að aðlaðandi og eftirsóttum fyrsta viðkomustað heilbrigðisþjónustunnar.
- 4. Efla þarf slysa- og bráðamóttöku heilsugæslunnar**
 Þróa og efla þarf sérstaklega slysa- og bráðamóttöku heilsugæslunnar til að létta á verkefnum slysamóttöku á sjúkrahúsum. Á hverri heilsugæslustöð á almenningur að geta fengið fullnaðar þjónustu vegna minni slysa þar sem þarf t.d. að sauma og/eða gífsa. Þau verkefni geta hjúkrunarfræðingar annast.
- 5. Auka þarf nýtingu nýrra samskiptaleiða**
 Nýjungar á sviði samskipta þarf að nýta betur og má í því sambandi benda á að notkun internets er mjög almenn hér á landi. Yfir 92% heimila hérlendis eru tengd veraldarvefnum og því má nota hann mun meira til að auka ráðgjöf og hvatningu til fólks til lífsstílsbreytinga og samskipta við fólk í heimahúsum þar sem t.d. þarf að fylgja eftir og styðja við meðferð í heimahúsum. Einnig má veita heilbrigðisfræðslu í gegnum fjölmiðlun eins og telehealth og videohealth.

6. Auka þarf sérfræðimenntun heilsugæsluhjúkrunarfræðinga

Uppbygging/innleiðing sérfræðisþjónustu í hjúkrun er grundvöllur þess að hægt verði að efla enn frekar lögbundna hjúkrunarþjónustu heilsugæslunnar. Mikilvægt er að koma á fót stöðugildum fyrir sérfræðinga í hjúkrun og námsstöðum því tilheyrandi.

7. Auka þarf sérfræðipekkingu í heilsugæsluhjúkrun

Þróun þekkingar í heilsugæsluhjúkrun er mikilvæg til að efla heilsugæsluna. Því er þörf fyrir auknar rannsóknir tengdar heilsugæsluhjúkrun. Heilsugæslan þarf að vera aðili að Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði og fá þaðan aðstoð og aðstöðu varðandi rannsóknir í heilsugæsluhjúkrun.

8. Aukin þáttur heilsugæsluhjúkrunarfræðinga í móttöku

Hjúkrunarfræðingar geta tekið að sér sérhæfða móttöku fyrir langveika sjúklinga, aldraða og unglinga. Þeir geta haft eftirlit með heilsu og líðan einstaklinga og sinnt heilsuvernd, heilsuefningu og forvörnum, unnið vistunarmat og umsóknir um ýmsa aðstoð s.s. hjálpartæki, stoðþjónustu og hvíldarpláss. Hjúkrunarfræðingar eiga að sinna slysamóttöku og gætu tekið að sér aukna þjónustu þar s.s. að sauma minni sár, leggja gífs, sjá um endurkomur o.fl. Með teymisvinnu heilbrigðisstétta innan heilsugæslunnar má færa til verkefni milli faghópa þannig að þeir sem til heilsugæslunnar leita fái ætíð þjónustu þeirra sem mesta þekkingu hafa á hverju sviði. Í slíkri teymisvinnu felst þá jafnframt að hver og einn fagmaður leitar ráðgjafar og eftir atvikum vísar verkefnum til annarra í teyminu eftir því sem við á. Þannig nýtist fagþekking og fjármunir heilsugæslunnar best.

9. Forysta í heilsugæsluhjúkrun

Grunnforsenda þess að efla megi hjúkrunarþjónustu í heilsugæslunni er að hjúkrunarfræðingar sé leiðtogi og yfirmaður á hverri heilsugæslustöð.

Lokaorð

Sú stefna heilbrigðisyfirvalda sem birtist í frumvarpi til fjárlaga fyrir árið 2011, að efla heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og breyta sjúkrahúsum á landsbyggðinni í heilsugæslusjúkrahús, kallar á nýja hugsun varðandi skipulagningu og þann mannafla sem nauðsynlegur er til að halda uppi nauðsynlegri heilbrigðisþjónustu. Hægt er að bæta þjónustu, gæði og afköst heilsugæslunnar með því að efla hlutverk, starfssvið og sérhæfingu hjúkrunarfræðinga. Víða erlendis hafa hjúkrunarfræðingar með klínískt sérfræðináam t.d. Nurse practitioners (NP), tekið að sér aukin verkefni og ábyrgð ekki hvað síst í heilbrigðisþjónustu í dreifbýli. Bandaríkjamenn hafa t.d. langa og góða reynslu af störfum NP. Þar vinna þeir í samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir s.s. hjúkrunarfræðinga, lækna, sjúkráþjálfara og fleiri. Þeir veita almenna þjónustu eins og taka heilsufarssögu, framkvæma ítarlega líkamsskoðun, greina heilsufarsvandamál og hefja meðferð í samráði við lækna.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fagnar sérstaklega þeim tilmælum sem felast í fjárlagafrumvarpinu um að hefja skuli skólahjúkrun í öllum framhaldsskólum landsins.

Fylgiskjal B-02

Læknavaktin.

Athugasemdir og ábendingar vegna birtingar á drögum að áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar dagsett 20. 08. 2010.

Heilbrigðisráðuneytið

Bt. Nefnd um eflingu heilsugæslunnar

Vegmúla 3

150 Reykjavík

Athugasemdir og ábendingar vegna birtingar á drögum að áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar, dagsett 20.08.2010.

Kæru nefndarmeðlimir,

Eftir að hafa farið vandlega yfir drög að skýrslu ykkar um eflingu heilsugæslunnar, sérstaklega þann hluta sem snýr að Læknavaktinni, fann framkvæmdastjórn Læknavaktarinnar sig knúna til að senda ykkur ábendingar og í einhverjum tilfellum leiðréttingar.

1. Hlutverk nefndarinnar var m.a. að fjalla um Læknavaktina sem hún gerir að takmörkuðu leyti og alveg án þess að kynna sér hlutlægt og af fagmennsku starfsemi vaktarinnar. Þrátt fyrir ítrekuð boð um heimsókn á Læknavaktina og samræður við stjórnendur vaktarinnar voru boðin ekki þegin.
2. Í skýrsludrögum nefndarinnar ber því miður á vanþekkingu á daglegri starfsemi Læknavaktarinnar og er það bágt hjá nefnd Heilbrigðisráðuneytis (HBR). Má þar nefna að ekki er óbreyttur starfsmaður sem starfar við símsvörun á Læknavaktinni. Það eru reynslumiklir og sérþjálfaðir hjúkrunarfræðingar með beinan og óheftan aðgang að lækni ef á þarf að halda. Þeir veita faglega símaráðgjöf, taka niður vitjanabeiðnir ásamt því að sinna ýmsum verkefnum á móttöku Læknavaktarinnar. Allur samanburður við almenna símsvörun Neyðarlínunnar er ófaglegur enda himinn og haf á milli símsvörunar og símaráðgjafar. Á móttökunni starfa 2-5 sérfræðingar í heimilislækningum hverju sinni og almennt einn vitjanalæknir, sem einnig er sérfræðingur í heimilislækningum, en fjöldi vaktlækna við vinnu er breytilegur eftir álagi hverju sinni. Atvinnubílstjórar sjá um akstur til þess að auka afköst og tryggja öryggi vaktlækna. Bílstjórar fara á námskeið í fyrstu hjálp og aðstoða vitjanalækni ef á þarf að halda. Auk þess mun lögreglan sjá um þjálfun þeirra í forgangsakstri. Bókun skjólstæðinga fer eingöngu fram við komu á Læknavaktina og er framkvæmd af reynslumiklum læknamóttökuriturum sem fara reglulega á námskeið í fyrstu hjálp eins og bílstjórnarnir. Húsnæði, sjúkraskrárkerfi, sölukerfi, samskiptakerfi, vaktakerfi, tölvubúnaður og fleira er sérsniðið að vaktþjónustu og er afrakstur áratuga þróunarstarfs Læknavaktarinnar á því sviði. Læknavaktin veitir þjónustu 17 til 08 alla virka daga en **allan sólarhringinn allar helgar, helgi- og frídaga ársins.** Læknavaktin sendir undantekningarlaust læknaþréf á heimilislækna skjólstæðinga, ekki bara til Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH) heldur á allar heilbrigðisstofnanir landsins. Það eru ekki eingöngu læknar HH sem sinna vaktþjónustu á höfuðborgarsvæðinu heldur einnig læknar Salastöðvar, Heilsugæslu Lág múla og heimilislækna utan heilsugæslustöðva (HUH).

3. Í kafla 4.3 „Skipulag heilsugæslu“ er því haldið fram að fólk á aldrinum 20-40 ára kunni ekki á heilsugæslukerfið og leiti því á Læknavaktina og því þurfi að efla kynningu á grunnþjónustunni. Læknavaktin er og hefur verið um áratuga skeið hluti af heilsugæslukerfinu, framlengdur armur heilsugæslunnar utan dagvinnutíma, forvakt á þeim tíma fyrir annars og þriðja stigs þjónustu og veitir grunnþjónustu. Að halda því fram að þeir sem þangað leita kunni ekki á kerfið kemur stjórn Læknavaktarinnar spáskt fyrir sjónir. Eins mætti halda því fram að þeir sem sækja síðdegisvaktir HH kunni ekki á kerfið. Benda má á að samkvæmt opinberri heimasíðu HBR er Læknavaktin flokkuð með heilsugæslum.
Er það álit nefndarmeðlima að Læknavaktin sé ekki hluti af grunnþjónustu og heilsugæslukerfinu?

4. Í kafla 6.4 er fjallað sérstaklega um Læknavaktina. Fyrir utan leiðréttar rangfærslur og ábendingar í lið 2 eru í þessum kafla nokkur atriði sem eru röng, illa unnin eða þarfnast athugasemda:
 - a. Stuðst er við minnisblað sérfræðings HBR og því haldið fram að spara megi um 40 milljónir með því að flytja Læknavaktina undir rekstur og húsnæði HH. Þessu dregur nefndin þó töluvert úr og bendir á að ekki sé tekið tillit til kostnaðar vegna frítökuréttar vaktlækna og annarra starfsmanna. Stjórn Læknavaktarinnar hefur fengið umrætt minnisblað sérfræðings HBR í hendurnar og er í burðarliðnum formlegt erindi til viðeigandi aðila vegna innihalds þess sem best verður lýst sem dæmalaust ófaglega illa unnu minnisblaði sem á ekkert skylt við sérfræðingsvinnu. Að okkar mati er óhæft að faglega unnin skýrsla taki mið af minnisblaði sem þessu enda gæti trúverðugleiki skýrslunnar beðið hnekki.
 - b. Í kafla 6.4 segir einnig: Bein tilvitnun: „...starfsmenn væru áfram starfsmenn HH“. Erfitt er að átta sig á því hvort nefndarmeðlimir geri sér grein fyrir því að starfsmenn HH eru aðeins 80% vaktlækna og að Læknavaktin er það eina sem sameinar þau ólíku rekstrarform sem eru virk á höfuðborgarsvæðinu. Á Læknavaktinni starfa læknar frá HH, HUH (heimilislæknar utan heilsugæslustöðva), Salastöð (útboð) og Heilsugæslunni Lág múla (þjónustusamningur). Ef lesið er í þessa beinu tilvitnun úr minnisblaðinu mætti álykta að ekki sé gert ráð fyrir aðkomu annarra aðila en HH lækna að vaktþjónustu á höfuðborgarsvæðinu.
 - c. Eins og fyrr segir er samanburður á faglegri símaráðgjöf Læknavaktarinnar og símsvörun Neyðarlínunnar ótækur. Læknavaktin hefur um árabíl sinnt símaráðgjöf fyrir hluta landsbyggðarinnar og þar hefur um 50% símtala verið afgreidd hjá fagfólki Læknavaktarinnar án þess að til truflunar vaktlækni á landsbyggðinni hafi komið. Stjórn Læknavaktarinnar hefur endurtekið sýnt áhuga á að taka að sér faglega símaráðgjöf fyrir allt landið og sent bréf þar að lútandi til HBR.
 - d. Að lokum er talin þörf á að flétta saman forvakt, læknavakt og heilsugæsluvakt. Títt rædd forvakt er merkileg umræða þar sem Læknavakin ER og hefur verið um áratuga skeið vel staðsett forvakt á höfuðborgarsvæðinu. Þrátt fyrir það á hún ekki fulltrúa í umræddum starfshópi sem dregur verulega úr trúverðugleika og þekkingu þess hóps.

Starfsemi Læknavaktarinnar fer vel saman með starfsemi HH. Síðdegisvaktir HH eru meira svæðisbundnar og styrkja starfsemi hverrar stöðvar fyrir sig í lok vinnudags en gæta verður þess vel að vaktbyrði hvers heimilislæknis verði ekki of mikil.

Vaktþjónusta lækna á höfuðborgarsvæðinu hefur verið í höndum lækna sjálfra allt frá upphafi sem nær sögulega a.m.k. aftur til ársins 1928. Læknavaktin sem slík hefur séð um vaktþjónustuna frá 1986 og er mjög sérhæft fyrirtæki á því sviði sem veitir grunnþjónustu á heilsugæslusviði utan dagvinnutíma á hagkvæman og skilvirkan hátt. Læknavaktin er forvakt í heilbrigðiskerfinu, þar sem aðeins um 3% skjólstæðinga í móttöku eru sendir áfram á bráða- og neyðarmóttökur. Staðsetning Læknavaktarinnar er miðlæg á höfuðborgarsvæðinu og hefur gott aðgengi. Læknavaktin hefur alla burði til að takast á við fjölbreytt og erfið verkefni samanber svínaflensufárið 2009. Starfsmannakönnun hefur sýnt mikla starfsánægju hjá fyrirtækinu.

Öll starfsemi og allur búnaður Læknavaktarinnar miðast við öfluga, sveigjanlega, hraða og skilvirka þjónustu. Til dæmis eru bæði bókunarkerfi og sjúkraskrárkerfi vaktarinnar sérhönnuð í þessu skyni. Húsnæði Læknavaktarinnar er sérhannað fyrir þessa afkastamiklu starfsemi. Er það mat stjórnar Læknavaktarinnar að engin heilsugæslustöð innan HH geti með góðu móti rúmað slíka starfsemi og verið svo með venjulega móttöku að degi til. Herbergi sem 80 lækna ganga um þurfa aðra umhirðu og viðhald heldur en herbergi fastráðinna lækna HH sem þurfa að ganga að sínum gögnum á vísun stað frá degi til dags. Engin hvíldarherbergi eru til staðar hjá HH fyrir bílstjóra og vitjanalækni. Enn fremur er ólíklegt að nokkur heilsugæslustöð sé með nægilega öfluga símstöð eða annan tækjabúnað sem þarf fyrir þjónustuna.

Við óskum eftir því að þau atriði sem við bendum á verði tekin til alvarlegrar skoðunar enda óþarfi að láta þann kafla sem fjallar um Læknavaktina gera skýrsluna ótrúverðuga. Að lokum bendum við enn og aftur á nauðsyn samræðna og funda nefndarmeðlima með stjórn Læknavaktarinnar. Okkar boð um heimsókn og samræður stendur opið fram til þess að lokaútgáfa skýrslu liggur fyrir.

Fylgiskjal B-03

Geir Gunnar Markússon M.Sc. Næringarfræðingur og einkapjálfari.

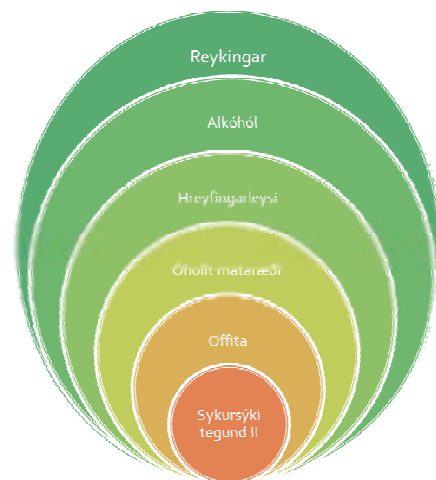
Hvernig hefur það sem við gerum og borðum ekki áhrif á heilsu okkar. - Slæðukynning.

Hvernig hefur það sem við gerum og borðum/borðum ekki áhrif á heilsu okkar ?

Lífsstílsbreytingar og sykursýki tegund II

Geir Gunnar Markússon
M.Sc. Næringarfræðingur og einkaþjálfari
gunnar@artasan.is

Ástæður sykursýki tegund II – Lífsstíll



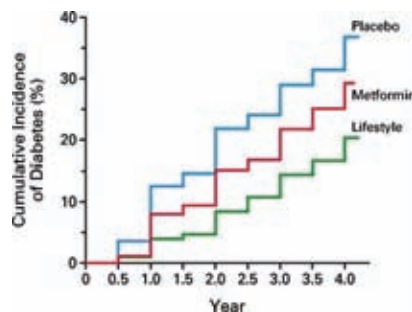
Ástæður sykursýki tegund II hjá 84.941 hjúkrunarkonum í U.S.A

- BMI > 25 skýrir 61% tilfella
- BMI > 25, lítil hreyfing og óhollt mataræði skýrir 87% tilfella
- BMI > 25, lítil hreyfing, óhollt mataræði, reykingar og áfengisneysla skýra 91% tilfella
- Óheilbrigður lífsstíll getur skýrt nánast öll tilfelli af sykursýki tegund II

Heimildir: Hu et al. NEJM 2001;345, 790-7

Lífsstílbreytingar og sykursýki tegund II

- 3 hópar í áhættu fyrir sykursýki (II):
 - Lífsstílbreytingar
 - Lyfjagjöf (metformin)
 - Lyfleysa (placebo)
- Lífsstílbreytingar:
 - $\geq 7\%$ þyngdartap
 - $\leq 25\%$ orkunnar frá fitu
 - 1200 – 1800 kkal á dag
 - > 150 mín. af röskri göngu/vikulega
- Meðferðarhópar (meðaltal):
 - Aldur: 51 ár
 - BMI: 34
 - "follow-up": 2.8 ár
- Lífsstílbreytingar eru áhrifaríkari í að minnka tíðni sykursýki tegund II í áhættuhópi – samanborið við lyfjagjöf



Heimildir: Knowler et al. NEJM 2002. 346(6): 393-403

Hreyfing og sykursýki típa II

- Jákvæðar breytingar við hreyfingu:
 - Blóðþrýstingur lækkar
 - Þríglýseríð lækkar
 - HDL hækkar
 - Insúlínæmni eykst
 - Minni hætta á sykursýki tegund II og offitu
 - Auðveldara að hætta að reykja
 - Sálfræðilegir þættir: Aukið sjálfstraust, betri sjálfsmynd og aukin félagsvirkni



Hreyfing – Hversu mikið?

- Hvern dag
- Ákefð – a.m.k 30 mínútur með góðri ákefð
- Dreift yfir allan daginn (5-10 mínútur hver túr) – Allt skiptir máli s.s göngutúrar, stigi, þrifa, hjóla, o.fl. – GET MOVING
- Hver og einn á að finna hreyfingu sem honum/henni finnst skemmtileg – annars enginn árangur
- Þeir sem hafa hreyft sig lítið eiga að auka hreyfinguna smátt og smátt í 30 mínútur á dag
- Með því að auka ákefð eða lengd hreyfingarinnar þá er hægt að ná enn betri árangri í meðferð
- **Sjúklingar ná oft ekki að viðhalda aukinni hreyfingu nógu lengi til að upplifa aukin lífsgæði**

Mataræði – Sykursýki tegund II

- Skyndibitafæði og skammtastærðir hafa aukist gríðarlega undanfarna áratugi
- + aukið hreyfingarleysi = Sprenging í lífsstílssjúkdómum s.s. offitu, **sykursýki**, hjarta- og æðasjúkdómum

| Food/drink | Energy intake (kcal) | | | Portion size* | | |
|---------------|----------------------|---------|------------|---------------|---------|------------|
| | 1977-78 | 1994-96 | increase % | 1977-78 | 1994-96 | increase % |
| Salty snacks | 160 | 249 | +56 | 34 | 54 | +58 |
| Desserts | 277 | 302 | +9 | 111 | 149 | +33 |
| Soft drinks | 131 | 191 | +46 | 322 | 523 | +62 |
| Fruit drinks | 147 | 210 | +43 | 308 | 455 | +48 |
| French fries | 171 | 284 | +66 | 60 | 94 | +57 |
| Hamburgers | 419 | 497 | +19 | 174 | 206 | +18 |
| Cheeseburgers | 406 | 537 | +32 | 169 | 209 | +24 |
| Pizza | 538 | 503 | -6 | 194 | 186 | -4 |
| Mexican food | 410 | 594 | +45 | 171 | 234 | +37 |

*Foods in g, drinks in mL. Modified from Nielsen SJ, Popkin BM. Patterns and trends in food portion sizes 1977-1998. JAMA 2003; 289: 450-53.

Table: Increase in portion sizes at US fast-food restaurants 1977-78 to 1994-96²

Heimild: Astrup. The Lancet. 2005;365; 4-5

Það er líka það sem við borðum ekki sem gerir okkur feit

- Of lítil grænmetis og ávaxtaneysla
- Minnkandi neysla fisks (30% minni en árið 1990)
- Minnkandi mjólkurneysla (sérstaklega hjá unglingsstúlkum)
- Minnkandi trefjaneysla



Heimildir: Lýðheilsustöð – Landskönnun á mataræði Íslendinga 2002

Mataræði – áhrif á heilbrigði

- Hvað eigum við að ráðleggja í frumskógi matarins:
 - Kúra s.s Atkins, Danski kúrin, Laxa- kúrin, Zone-kúrin?
 - Fituríkt/snautt mataræði?
 - Próteinríkt/snautt mataræði?
 - Kolvetnaríkt/snautt mataræði?
 - Hvítur sykur vs. gervi sykur s.s aspartam
 - Hinn íslenski fæðuhringur eða kannski Willet's Healthy Pyramid?
 - Fæðubótarefni?
- Höfum við nóga þekkingu til þess að ráðleggja á þessu sviði?
- Vitum við nógu mikið um mataræði einstaklingsins eða innihald hinna ýmsu kúra til þess að ráðleggja honum?

Ráðleggingar í samband við mataræði

- Minnka fituneyslu (mataræði Íslendinga innihélt 35% fitu árið 2002) og velja hollari fitu (jurtaolíur, feitan fisk) í stað óhollrar fitu (dýrafita, tólq, smjör)
- Minnka neyslu gosdrykkja – Velja sykurlausa gosdrykki í stað sykraðra – annars er vatn besti svaladrykkurinn
- Fiskur 2x í viku
- Skyndibiti, kökur, snakk og sætindi til hátíðarbrigða
- Auka neyslu ávaxta og grænmetis (5-6 skammta á dag)
- Veljum grófkornavörur
- Taka lýsi eða lýsispillur daglega
- ALLTAF að neyta morgunmatar
- Borða reglulega og hóflega (1x á diskinn)
- Lítil hreyfing á kvöldin -> Minna af mat!
- Hafið þið heyrð þetta áður – við höfum öll heyrð þetta áður en eigum bara svo erfitt með að fara eftir þessu!?? Hví? Umhverfið er búið að móta okkur neyslumynstur!

Þyngdartap - Megrun

- **EKKI ráðleggja sjúklingum að fara í megrun (nema í alvarlegri offitu):**
 - Oft skorið of mikið niður í hitaeiningum >1000 kkal – þurfum orku til að lifa og starfa!!!
 - Geta misst mörg kg á stuttum tíma en stór hluti er: vöðvamassi, kolvetni og vatn
 - Úthald↓, styrkur↓, snerpa↓ og þróttur↓
 - Geta til hreyfingar minnkar
 - Vökvajafnvægi fer úr skorðum
 - Þegar upp er staðið er fólk oft í verra formi en fyrir megrun – “jó jó” þegar farið að borða eðlilega aftur.
 - Hins vegar má hiklaust mæla með skynsamlegu þyngdartapi við flest alla sykursýkissjúklinga!



Töfralausnir og megrun ?– SKILABOÐ TIL SJÚKLINGS -> EKKI TIL

- Mikill frumskógur af megrunarkúrum, fæðubótarefnum, náttúruvörum, grenningarefnum, plástrum, innleggjum, jurtum, seiðum, tei, o.fl.
- Samkvæmt seljendum oftast undravörur, oft ófullnægjandi rannsóknir á bakvið áhrif vörunnar
- En margir seljendur eru mjög sniðugir t.d með grenningarinnlegg – þú þarft að ganga á innlegginu til þess að það virki ☺
- Það eru því miður ekki til neinar löglegar töfralausnir – ef þær væru til þá væri offita og aðrir lífsstíllsjúkdómar ekki vandamál!!
- Bara spurning um að hreyfa á sér rassgatið og borða skynsamlega!!! Auðvelt ☺?
- Erum við sjálf góðar fyrirmyndir í holdafari eða mataræði? Við þurfum að vera það!!

Léleg meðferðarheldni

- Stór hluti þeirra sem breyta lífsstíl sínum til hins betra með aukinni hreyfingu, þyngdartapi og hollara mataræði falla aftur í sama farið að lokinni meðferð!
- Skv. rannsóknum hafa allflestir náð "base line" þyngd að 5 árum liðnum
- Spurning um vana, þægindi, léleg sjálfmynd ("comfort eating"), offramboð á skyndibita og sjónvarpsefni
- Fólk gerir sér ALLTOF of miklar væntingar um árangur meðferðar – **Vera með í hjálpa sjúklingi að setja raunhæf markmið (s.s þyngdartap uppá 0.5 kg á viku) og að viðhalda 10% þyngdartapi**

Aukin meðferðarheldni

- Skráning á þyngd, hreyfingu og mataræði
 - Setja raunhæf markmið í þyngdartapi
 - Markmið: Min: 30 mín hreyfing á dag og max: 1600 kkal á dag
 - Starfsmaður heilsugæslu fer reglulega yfir
- Skýra út fyrir sjúklingi ávinning þyngdartaps þó það sé ekki mikið (hvert aukakíló getur aukið áhættu sykursýki um 9%) - Það er hægt að vera heilbrigður og hamingjusamur þó maður sé í yfirþyngd (BMI > 25)!
- Stöðug eftirfylgni ("follow up") með persónulegum heimsóknnum, tölvupósti eða sms – allt eftir þörfum sjúklingsins
- Meðferðin er sniðin að þörfum hvers og eins - með ákveðnum sveigjanleika
- Hópatímar fyrir þá sem óska – aukinn stuðningur
- Vera hvetjandi og áhugasamur! Ekkert leiðinlegra en áhugalaus og upptekinn læknir!

Aukin meðferðarhaldni

- Heilsugæslustöðvar ættu að ráða til sín menntaðan næringarfræðing
 - Sem gæti boðið uppá einstaklingsmiðaða ráðgjöf varðandi þyngdartap, minnkandi hitaeiningar, aukin trefja, ávaxta – og grænmetisneysla og aukningu í hreyfingu
- Vera í samstarfi við líkamsræktarstöð/þjálfara sem hægt er að benda á
 - Þjóða uppá sérstakt átaksnámskeið fyrir sykursýkissjúklinga
 - Vera með sér líkamsræktarsal fyrir of feita?

Tillögur að úrlausnum á aukinni tíðni sykursýki tegund II

- Virk teymisvinna sérfræðinga s.s lækna, hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga, næringarfræðinga og þjálfara
- Aukinn þrýstingur á stjórnvöld í að:
 - Móta heildarstefnu í heilsuefningu þjóðarinnar
 - Minnka álögur og gjöld á holl matvæli
 - Auka álögur á óholl matvæli
 - Auka aðgengi að útivistarsvæðum og hjólreiðastígum
 - Banna auglýsingar á óhollum mat gagnvart börnum/unglingum
 - Auka fjármagn í forvarnir í heilbrigðiskerfinu
- Einstaklingsmiðuð lífsstílsmeðferð dýr í byrjun en þegar teymið virkar vel ætti kostnaður að minnka – FORVARNIR

Til umhugsunar – umræður

- Hvers vegna eru ekki starfandi menntaðir næringarfræðingar á hverri heilsugæslustöð?
 - Hugsunarleysi?
 - Peningaskortur?
 - Telja lækna/hjúkrunarfræðingar sig nógu vel upplýsta í næringarfræði til að ráðleggja sjúklingum?
- Eru heilsugæslustöðvar í samstarfi við líkamsræktarstöðvar varðandi hreyfingu sjúklinga?
- Er virk teymisvinna sérfræðinga?
- Hvað geta starfsmenn heilsugæslustöðva gert til þess að bæta úrræði/meðferðarhaldni sykursýkissjúklinga – miðað við núverandi “budget”?
- Hvernig getum við fengið sjúklinga til að viðhalda lífsstílsbreytingum?

Spurningar?



Fylgiskjal B-04

Gísli Níels Einarsson, hjúkrunarfræðingur. Executive-MPH.

Tölvubréf, fylgibréf með tveimur næstu fylgiskjöllum, B-05 og B-06.

FYI

Ingimar Einarsson Ph.D., skrifstofustjóri / Director of Department
Heilbrigðisráðuneytið / Ministry of Health
Skrifstofa áætlana- og þróunarmála / Department of Planning and Development
Vegmúla 3, 150 Reykjavík / Vegmúla 3, IS-150 Reykjavik, Iceland
Sími 545 8700, fax 551 9165 / Tel. +354 545 8700, fax +354 551 9165
www.heilbrigdisraduneyti.is / www.ministryofhealth.is

----- Forwarded by Ingimar Einarsson/HBR/NotesSTJR on 04.10.2010 13:15 -----

From: Gísli Níls Einarsson <gislinils@gmail.com>
To: ingimar.einarsson@hbr.stjr.is, thorunn.olafsdottir@heilsugaeslan.is, elsa@hjukrun.is, elinborg.bardardottir@heilsu.is
Date: 03.10.2010 22:53
Subject: Drög nefndar um eflingu heilsugæslunnar

Góðan daginn,

Gísli Níls Einarsson heiti ég og er hjúkrunarfræðingur með meistaraþráðu í stjórnun heilbrigðisþjónustu og lýðheilsu (Executive Master of Public Health) frá Háskóla Reykjavíkur.

Ástæðan fyrir þessum tölvupósti mínu til ykkar er skýrsludrög nefndar á vegum heilbrigðisráðuneytisins um eflingu heilsugæslunnar á Íslandi frá í lok ágúst 2010.

Eftir að hafa kynnt mér innihald hennar var mér ljóst að ekki var mikið rætt um eða skoðað hvernig hægt að væri að efla og bæta heilsugæsluþjónustuna á Íslandi með því að virkja og auka þátttöku annarra heilbrigðisstétta í heilsugæslunni eins og gert hefur verið í nágrannaríkjum okkar með góðum árangri, þá sérstaklega í Bandaríkjunum og Bretlandi.

Í meistaranámi mínu sem lauk nú í vor skrifaði ég stórt verkefni um hvernig hægt sé að bæta þjónustu, gæði og afköst í heilsugæslunni með því að efla hlutverk og starfssvið hjúkrunarfræðinga í henni. Í verkefninu er vitnað er í áratuga reynslu annarra landa og hvernig þeim tókst til, ásamt niðurstöðum rannsókna úr virtum erlendum lækni- og heilbrigðisfræðilegum tímaritum.

Í verkefninu er komið inn á eftirfarandi þætti:

- Hve vel íslenskt heilbrigðiskerfi býr að háu hlutfalli af háskólamenntuð hjúkrunarfræðingum miðað við önnur lönd sem hafa fyrir áratugum aukið hlutverk og starfssvið hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni
- Sögu "Nurse Practitioner in Primary care" eða hjúkrunarsérfræðings sem þessi titill hefur verið þýddur á.
- Hvaða hvatar í löndunum stuðluðu að þessum breytingum þ.e. samfélagsbreytingar, skert aðgengi að heilsugæslu, aukin kostnaður í heilbrigðisþjónustu, efnahagslegar hremmingar og heimilislæknaskortur.
- Hvert viðhorf annarra heilbrigðisstétta t.d. lækna og hjúkrunarfræðinga er til slíkra nýsköpunar í heilsugæslunni
- Hvað niðurstöður erlendra fræðilega rannsókna segja um hvernig til hafi tekist með að auka hlutverk og starfssvið [hj.fr.](#) í heilsugæslunni
- Hvaða innleiðingarferli þarf að eiga sér stað í slíkum breytingum, samvinna við menntastofnanir, þrýstihópa og pólitík

- Tillögur að lagabreytingum til að efla þáttöku og starfssvið hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni
- Pólítíska aðferðafræði til að koma slíkri nýsköpun í heilsugæslunni á laggirnar
- Hugsanlegar hindranir við slíkar breytingar í heilsugæsluþjónustunni á Íslandi

Hvet nefndina til að kynna sér þetta verkefni (ásamt stuttri kynningu um það) til að staldra við og athuga hvort hægt sé að hugsa uppbyggingu og skipulag heilsugæsluþjónustunar upp á nýtt með nýjum áherslum, líkt og aðrar nágrannþjóðir hafa gert með góðum árangri. Tel að talsvert svigrúm sé til þess út frá góðum fyrstu drögum nefndarinnar.

Ef nefndin eða aðrar aðilar vilja ræða frekar um þessa breyttu sýn um hvernig hægt sé að efla og bæta heilsugæslunna þá er ég tilbúinn til að spjalla frekar við ykkur um hana.

Að lokum vil ég vitna í orð Prófessor Guðjón Magnússonar heitins og kennara míns: "Orðið kreppa á kínversku þýðir það sama og tækifæri".

Á þessum miklum umrótstímum í íslenska heilbrigðiskerfinu leynast fjölmörg tækifæri til að endurskipuleggja og betrumbæta kerfið.

Með von um að þetta innlegg geti verið ykkur til góðs við að skila tímamóta tillögum að breytri og öflugari heilsugæslu á Íslandi.

Kveðja,

Gísli Níls Einarsson
Hjúkrunarfræðingur
Executive-MPH
gsm: 660-5173



Fylgiskjal B-06

Gísli Níels Einarsson.

Introduction of Nurse Practitioners in the Icelandic primary care services.

University of Reykjavik
Health Policy and Health Care Services
Professor Michael Sparer

Introduction of Nurse Practitioners in the Icelandic primary care services

Policy proposal

Gísli Níls Einarsson



09

Contents

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 3 |
| Icelandic health care system | 3 |
| Primary care services | 3 |
| Icelandic Nurses education and regulation | 4 |
| Nurse practitioner in Iceland..... | 4 |
| Nurse practitioners in primary care..... | 5 |
| Equivalent care and outcome | 6 |
| Cost effective | 6 |
| Productivity..... | 7 |
| Reduce physician’s workload | 7 |
| Education and qualification | 7 |
| Medical profession and nurses view of NP’s..... | 8 |
| Implementation of NP roles | 8 |
| Policy proposal..... | 9 |
| Political strategy..... | 9 |
| Potential implementation issues..... | 11 |
| Conclusion | 12 |
| Bibliography | 13 |

Introduction

In the current economic crisis the Icelandic government is faced with many hard choices in reducing cost in the health care system which accounts for the biggest governmental expenditure. Reforms in the health care system are avoidable and all available alternatives have to be looked at. One of them is to introduce new policy about Nurse Practitioners role in the primary care services with the aim to improve people's access and efficiency of these services but at the same time preserve quality in care and reduce cost.

Icelandic health care system

In OCED 2008 report about the Icelandic economy it was pointed out that the governmental financial status was rather good and debts low on international level. It was also mentioned that the governmental health care expenditure has been increasing a lot compared to other OECD- members and revaluation of the health care system is needed to lower the cost (OECD, 2009). Now in the global financial crisis the Icelandic nation is going through the biggest economic crisis's it has experienced but still the biggest governmental expenditure is the health care system and the nation faces big reforms in it to lower cost.

Primary care services

One of the governmental ideas is to improve the access to primary care services with focus on their preventive measures to decrease the utilization of the more expensive hospital services. Primary care services on the other hand face other problems and challenges. General Practitioners (GP's) increasing shortage in whole of Iceland is foreseeable because many of them are retiring and recruitment of new GP has been low for many years even though new GP program for residents was developed in the country few years ago. Therefore it has been hard for the rural and remote health organizations to hire GP's and have them enrolled for 12 months or longer time. This decreases rural people's access for primary care services and threatens their safety. In the capital area has the patient waiting time for GP appointment become unacceptable and GP workload increased according to the capital primary care manager (Vísir.is, 2009). In regards to

these facts questions can be raised about the access, efficiency and structure of the primary care services. Is the path forward to keep on trying to get more GP in the current primary care model or maybe should the government should look at other alternatives to reorganize, increase access and improve efficiency in the primary care services but at the same time lower the health care expenditure.

Icelandic Nurses education and regulation

Almost 40 years ago the nursing education in Iceland was moved to university level and turned into a 4 year full time program. In 2005 70 % of the Icelandic nurses have BS-degree in nursing which is very high compared to other neighborhood nations like the UK which only 10% of all nurses had BS-degree (Gunnlaugsdottir, 2006). Masters degree education in nursing in Iceland was first established in 1998, but more emphasis is placed on theoretical knowledge and research than on clinical experience in this MA-degree.

The title specialist in nursing has been bound by law since 1974. It was given to nurses who had specialized in different fields of nursing like anesthesia, health promotion and surgery, but the length of their education did vary from one till two years. Since then have couple of regulations been made. In 2003 new regulation was passed and can nurse only get the title specialist in nursing acknowledged by the government, if they have finished masters, licentiate, doctorate exam or comparable education with additional two year full working experience in their specialty after graduation. In 2006 had 16 nurses gotten this title acknowledged according to the new regulation and all of them worked at the only university hospital in Iceland in the capital area and none in the primary health care. Still the nurses in Iceland have not clearly defined the role and scope of practice of being "specialist in nursing" and what other rights to practice they have compared to the common nurses with BS-degree therefore lack of clarity in the role and the scope of practice remains (Gunnlaugsdottir, 2006; Sigurdsson, 2004)

Nurse practitioner in Iceland

Couple of Icelandic nurses holds the masters degree Nurse Practitioner which they got educated in abroad, for example in the USA. Even so, these nurses have not been able to get their field of work acknowledged here in Iceland.

Numbers of suggestions have been made by nurses regarding the development of specialist education in Iceland. Two different views seems to be among them, there are those who want to expand nurses specialist education to more clinical education, so roles like Nurse Practitioners can be adopted in the health care services. The other feel that nurses should still educate themselves on the basis of nursing ideology instead of medical ideology which they view that the Nurse Practitioners practices by (Jonsdottir, 2004; Sveinbjornsdottir, 2004). In 2006 the directors of nursing education in university of Iceland stated, since the public health care officials or the Icelandic Nursing Association officials had no plans to acknowledge nurse practitioners in Iceland, they were not going to change the focus in the MA-degree curriculum. But they also stated that they were willing to reconsider their views and decision if officials had different plans in the future (Bjornsdottir & Thome, 2006).

Nurse practitioners in primary care

In response to primary care physician shortages in underserved and rural areas in the US in the 1960's a new nursing role "Nurse Practitioners" (NP) was developed. The original programs were post-basic RN level and were continuing education programs. In the 1970's specific guidelines were developed by the American Nurses Association delineating the necessary components of the continuing education programs. Many years later as a result of policy and regulatory changes the minimum education became MS-degree.

The NP role been evolving over the past 40 years and continues to expand throughout the nation in many clinical settings. Also has the role of NP spread to several continents, for instance, Australia, Europe and Asia (Hooker, 2006). Today in the USA NP's can obtain a clinical history, perform physical exams, diagnose disease, order, perform and interpret laboratory, radiographic and other diagnostic test, and they can prescribe and dispense medications. It depends after each state licenses regulation if the NP's are required to work in collaboration with a physician or may practice independently and if they have full prescriptions right (De Geest, Moons, Callents, Gut, Lindapainter, & Spiring, 2008; Savrin, 2008; Stout & Elton, 2009).

In the 1990's the governments of UK and Netherlands decided to invest in NP education partly influenced by physician's shortage. Now in the UK are NP increasingly employed in variety of primary care settings like general practice surgeries, NHS walk in centers, out of hour's primary care centers. The main factor leading to these developments is the need to meet the rising public demand and initiatives to improve access and providing wider range of primary care services (Hollinghurst, Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2006).

Other factors that have lead to significant change in role of nurses for example in USA, UK and Australia are, initiatives to limit labor cost, technological changes in health care, governmental policy shift from hospital-based health care to more integrated approach involving primary and community care and increased focus on preventative medicine (Mclaren, 2005).

Equivalent care and outcome

Systematic reviews of whether nurses (practice nurses, nurse practitioners, clinical nurse specialists or advance practice nurses) working in primary care can provide equivalent care and outcome to doctors shows that nurses seem to provide a quality of care that is at least as good, and in some ways better than doctors. Nurses tend to provide longer consultations, give more health advice, recall patients more frequently than doctors did and achieve higher patient satisfaction. Patient high satisfaction with nurses didn't however mean that they inevitably preferred nurses to doctors. Preference was mixed in most studies with some patients preferring to see nurse while other preferred to see doctors. This might be related to the presenting problem. Some patients might see the nurses for minor or routine but doctors when the problem is thought to be serious or difficult. Findings also suggest that appropriately trained nurses can achieve as good health outcomes for patients as doctors (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol, & Sibbald, 2004).

Cost effective

Some research results state that there is a potential to reduce cost health care cost in primary care by using NP's while others conclude that employing them in primary care is likely to cost much the same as employing a salaried physician. Hollinghurst et al (2006)

review conclusion in comparing cost of nurse practitioners and GP's in primary care, found that cost savings are highly dependent on salary differentials between doctor and NP's. In addition savings on NP's salaries may be offset by their longer consultation length and increased rate of patient recall relative to doctors, leading to no overall savings on cost. Roblin et al (2004) research on two million visits provided by 206 practitioners, found out that primary care practices that use more midlevel practitioners like NP's in care delivery realized lower practitioner labor cost per visit than practices that used less.

Productivity

Laurant, Reeves et al (2004) systematic review found out the nurse's productivity was lower as opposed to doctors provided first contact care for people wanting urgent attention. This might be related to nurse's longer consultation lengths, higher rate of recalls while achieving same health outcomes as doctors. They also suggested that this might be a learning effect where by nurse productivity would improve once nurse gain more experience in role.

Reduce physician's workload

Using NP's in primary care has the potential to reduce doctor's workload. However this gain can only be achieved if the physicians give up providing the types of care they have delegated to nurses and instead focus their time in activities that only doctors can perform. Therefore it can be viewed that nurses are often used as supplements but not substitutes for physicians care (Laurant, Rosella, Braspenning, Sibbald, & Grol, 2004).

Education and qualification

If nurses are suppose to be substitutes for doctors in primary care it is self-evident that they must be adequately trained to act as such. However, at there is no international agreement about the level of training required for nurses to undertake the specific roles, like NP's, covered in the reviews that were read. Also there is no consistency in the qualifications nurses must have, to hold job advanced nursing titles such as nurse practitioners. Although specific training for nurse practitioners is available, like in the USA, UK and Holland, the curriculum content of this varies. Regulations about NP's definition, education, roles and responsibility they now take are also inconsistent between countries. Therefore additional research is needed to examine the relationship between

NP's training and outcomes (Fagerström, 2009; Hollinghurst, Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2006; Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol, & Sibbald, 2004; Keleher, Joyce, Pareker, & Piterman, 2007).

Medical profession and nurses view of NP's

While the NP practice is now well established in Canada and the United States, NP positions are much less developed in countries such as Australia. Strong opposition has been voiced by the medical profession, in particular, on the basis that NP's do not have the educational preparation of clinical expertise to provide a standard of care and treatment equivalent to that provided by their medical colleagues. Therefore they oppose to the expansion of practice roles that are not the traditional role of the nurse, like formulating medical diagnoses, referring to specialist, ordering diagnostic test, prescribing medications and admitting and discharging patients (Furlong & Smith, 2005). Elsom, Happell and Manias (2009) point out that review of literature suggest there is not one homogeneous view addressing this controversial issue and some evidence suggest that expanding nurses roles are not welcomed by the medical profession and are sometimes met with active resistance. This has included political lobbying and bias reporting of research findings. They also feel that it is entirely appropriate that medical practitioners question the capacity and ability of NP's roles to provide an optimal standard of medical care for the consumers of medical services and it should be their responsibility to challenge the educational preparation of NP's to ensure it meets the necessary standards to provide this level of care.

The role of NP has also been questioned by the nurses themselves. Debate has been about if nurses should take on traditionally medical roles to expand their roles at the cost of moving away from the essence and principle of the nursing profession. Equally are many nurse embracing the changes and seeing them as an opportunity to advance their practice (Mclaren, 2005).

Implementation of NP roles

Savrin (2009) suggest that the growth and development of the NP role in new countries mirrors in many ways Erikson's developmental stages in children. Erikson proposes that a child must go through each of the stages prior to moving on to the next stage in

development. The NP role begins as a response to a specific need in the health care of the particular society. Nurses have to learn the new role and continuing educational program has to be set up with curriculum standards. Regulations have to define the new profession, determine the scope of practice and set standards of education. Also they have to set standards for ethical, competent practice and establish some system of accountability. Concerns by others interest groups, like doctors, politicians and patients, about the new NP role has to be addressed and guidelines created so it can continue to progress through adulthood stages to become accepted role in the health care services.

Policy proposal

The policy proposal is to introduce new role, nurse practitioners, in the health care workforce in the primary care settings with the aim of making its care and services more efficient. To do this a new curriculum for NP has to be developed at university and masters degree level based on current literature, research, experience and guidelines from other countries in Europe and the USA. Since Iceland goes under the European Union laws about open work force market, a special emphasizes should be on coordinating the curriculum content to the European Masters' programme for APN'S so the Icelandic NP's education will be acknowledged elsewhere in the European union . The NP's role in the Icelandic primary care services has to be clearly defined and also their responsibility so no confusion is among health care professions or people in the country. Current Icelandic legislation about specialist in nursing has to be modified and changed in relation to the new NP curriculum, their rights to practice and conduct more demanding care decision and prescribe medicines. These changes in legislation have to be done in a way that the NP roles are tailored to the current and future needs of patients in the Icelandic health care system.

Political strategy

At the moment Health care system reforms are high on political agenda in Icelandic because of the economic and financial crisis the nation is facing. Politicians are more open than ever before to look at all alternatives in making the primary care services more efficient and to reduce expenditure in health care service in general. Also it is now the

governmental policy to shift from hospital-based health care to more integrated approach involving primary and community care and to increased focus on preventative medicine. Therefore is a big window opportunity to introduce a new policy regarding reorganizing the mix of the health care work force. It is important to approach all political leader and members of parliament with this proposal and present them the evidence based facts about NP's role and experience in other countries.

It is essential in this political strategy to get all key pressure group which could oppose and resist against this proposal involved. If not the proposal might never be put on the political agenda. The NP's role has to be presented to the Icelandic Nursing Associations as a mean of normal development of the nursing profession which is constantly evolving in relation to the patient's needs and demands. Full support about the policy has to be gained by them. The Icelandic Medical Association is the strongest and most influential health professional pressure group in Iceland. By presenting empirical literature and evidence based facts about the NP's role, scope of practice and education levels, it will be easier to have professional discussion with them about the proposal. Also it is extremely important to ask for their collaboration to establish education standards and curriculum for a new clinical MS program and in defining of NP's role, scope of practice, competent and ethical standards and accountability for the care they provide. By that they are giving ownership in developing this new nursing role with the aim of making primary care and services more efficient.

Directors of the nursing and medical departments in the universities and the directors of health organizations also have to be aboard in this matter. All of them play an important role in the education and clinical training of the future NP's in Iceland.

It is important that the public and the media are being well informed about the reasons for this policy and what literature and evidence is behind it. Providing this information to the public would be best through the media with radio, TV coverage, interviews and articles in the papers.

Potential implementation issues

There is a great risk that the Icelandic Medical Association might show resistance to this policy proposal and oppose to this expansion of nurses role. They might argue that the nurses don't have the educational preparation of clinical skills and knowledge to provide standard care and treatment to the patients, which is equivalent to that, is provided by their medical colleagues. Their view could also be that this new role goes against the traditional roles of nurses in Iceland. Political lobbying by the doctors is also a threat here.

Pressure groups inside the Icelandic Nursing Association might agree with the medical profession that NP's role goes against the essence and principle of the nursing role and the profession. This view has been expressed before in the media by one the influential professors in the nursing department of University in Iceland. In light of that there is a chance that the directors of the nursing department at the university might not be willing to move away for academic emphasis on theoretical knowledge and research on the MA-degree level, to more clinical MA-degree.

If there is not a good consensus between the medical and nursing profession about NP's role than there could be a very "big tribal conflict" between those two professions. This could disturb and have bad effect on current cooperation and coordination among them and on the health care services they provide.

Since the general public has very little information and knowledge about the NP's definition, role, competence and quality in their health care, it very likely that they will express some concern about the implementation of this role. Therefore they will relay on other health professional advice which they have good experience and knowledge with, that is the doctors. So if the doctors are against this reform it will not be accepted by the public. The same situation is in the political arena as with the general public, that is the politicians will listen to the medical profession concern in this matter. It is most unlikely that the politicians will not propose a new policy or change legislation regarding the role of nurses in the health care system since the doctors and the public opposes it.

Conclusion

Rapidly evolving political, social, professional and patient-led demands require health care personnel to review and develop their scope of practice and start an exploration of their organizational efficiencies.

Today an evolving body of international evidence supports the effectiveness of the NP'S role in primary health care and other hospital settings but still a systematic evaluation of the role is necessary in each country. The introduction of NP's role requires a collaborative, systematic and evidenced-based process developed to provide data to support the need and goals for a clearly defined NP's role, scope and practice.

Bibliography

Bjornsdottir, K., & Thome, M. (2006). Sérfræðingar í hjúkrun: skilgreining, viðurkenning og nám. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga - ritrýndar fræðigreinar*, 1 (1), 28-36.

De Geest, S., Moons, P., Callents, B., Gut, C., Lindapainter, L., & Spiring, R. (2008). Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *The European Journal of Medical Sciences*, 138 (43-44), 621-628.

Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009). Nurse practitioners and medical practice: Opposing forces or complementary contributions. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (1), 9-16.

Fagerström, L. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*, 56 (2), 269-272.

Furlong, E., & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice: Policy education and role development. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (9), 1059-1066.

Gunnlaugsdottir, A. (2006). *Sérfræðingar í hjúkrun - lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga*. Reykjavík: Unpublished presentation at University Landspítali.

Hollinghurst, S., Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2006). Comparing the cost of nurse practitioners and GP's in primary care: modelling economic data from randomised trials. *British Journal of General Practice*, 56 (528), 530-535.

Hooker, R. (2006). Physician assistance and nurse practitioners: the United States experience. *Medical Journal of Australia*, 185 (1), 4-7.

Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823.

Jonsdottir, H. (2004). "Nurse practitioners og hjúkrunarstarfið (NP's and the nursing role). *Journal of the Icelandic Nursing Association*, 37-38.

Keleher, H., Joyce, C., Pareker, R., & Piterman, L. (2007). Practice nurses in Australia: current issues and future directions. *Medical Journal of Australia*, 187 (2), 108-110.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2004). Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004* (4).

Laurant, M., Rosella, H., Braspenning, J., Sibbald, B., & Grol, R. (2004). Impact of nurse practitioners on workload of general: randomised controlled trial. *British Medical Journal* , 328, 927-932.

McLaren, P. (2005). The evolution of the nurse practitioner. *Evidence-Based Healthcare and Public Health* , 9, 265-266.

OECD. (2009). *Economic survey of Iceland 2008: Improving cost-effectiveness in the health-care sector*. Retrieved June 2, 2009, from OECD - Organisation for economic co-operation and development:

http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_2649_34569_40158318_1_1_1_1,00.html

Roblin, D., Howard, D., Becker, E., Adams, E., & Roberts, M. (2004). Use of Midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *HSR: Health services research* , 39 (3), 607-625.

Savrin, C. (2008). Growth and development of the nurse practitioner role around the globe. *Journal of Pediatric Health Care* , 10 (5), 1-5.

Sigurdsson, H. (2004). Sérfræðingur í hjúkrun - Specialist in nursing. *Journal of the Icelandic Nursing Association* , 80 (3), 30-35.

Stout, M. K., & Elton, J. (2009). *Comparing state regulation of Nurse Practitioners*. Retrieved 5/30/2009, from Texaspolicy.com: <http://www.texaspolicy.com/pdf/2007-11-PB34-nursepractitioner-mks.pdf>

Sveinbjornsdottir, H. (2004). Nurse practitioners: Starfssvið og möguleikar hér á landi (Role and possibilities in Iceland). *Journal of Icelandic Nursing Association* , 80 (2), 36-37.

Vísir.is. (2009). *Rúmlega 1.700 sjúklingarum hvern heimilislækni*. Retrieved 6/2/2009, from Vísir.is: <http://www.visir.is/article/20090504/FRETTIR01/871776731>

Fylgiskjal B-07

Gísli Níels Einarsson.

*Nurse Practitioners in the Icelandic Primary health care services. Policy proposals. –
Slæðukynning.*

Nurse Practitioners in the Icelandic primary health care services.

Policy proposal

Gísli Níls Einarsson
Executive-Master of public Health
June 2009

Welcome to Iceland

- **OCED 2008** – increased cost, revaluation HCS
- 2009 – economic crises
- **Big reforms** expected in HCS

- **Governmental ideas:**
 - Decrease hospital utilization
 - Focus on preventive measures
 - Improve access to primary care
 - Cut done cost in Primary care



Primary care services - 2009

- **Primary care services**
 - Current and foreseeable shortage (170; 60 retire)
 - Capital: long waiting time, GP too much workload (visir, 2009)
 - 20 needed
 - Rural: GP's shortage
- **Is the PMC-services prepared for the new role?**
 - ? Access
 - ? Efficiency
 - ? Work force



Icelandic nurses education and legislation.

- University level (BSc) almost **40 years ago** (1973)
- **70% BS-degree** versus **10 % in UK** (2005)
- **MS program** in 1998 – **theoretical knowledge**
- Title “**specialist in nursing**” (1974-2003)
 - MS + 2 years full time working experience i
- 16 in 2006 – all at university hospital
- Still **not clearly defined** role or scope of practice
 - ? what other **rights to practice** compare to BS-nurse

NP role in Iceland

- **Couple** – educated abroad **not acknowledged**
- **Nurses view:**
 - Expand to more clinical education/specialization
 - Stick to nursing ideology not medical
- **Univeristy view:**
 - no governmental/nursing association pressure
 - stick to academic
- **Doctor's view?**

NP role - history

- **USA 1967** – respond GP shortage – rural area
- Post-basic RN, continuing education programs
- 1970's – MS level (clinical)
- **Evolving 40 years**
- Assesment, diagnose, treatment
- Practice: **collaboration/independent**
- UK/Holland 1990
- Spread: Europe, Australia, Asia

• (Geest, 2008, Elton, 2007, Savrin, 2009)



Factor change role of nurses

- GP shortage
- Improve access
- Initiative to limit health care labor cost
- Technological changes in health care
- Governmental policy shift – hospital to primary care
- Increased focus on preventative measures
- Rising public demand
- Meet the needs of aging population
- Provide wider range of services

NP in primary care - research

- **Equivalent care and outcome as doctors**
 - Somewhat better: more health advice, pt. Recalls and higher pt. satisfaction (Laurant, 2004)
- **Cost effective – mixed findings**
 - Salary, Collaboration, GP give up certain tasks (Douglas, 2004)
- **Productivity - lower**
 - Learning effect, longer consultation, recalls
- **Reduce GP's workload**
 - Potential – GP give up tasks

Education and legislation

- No **international agreement** – level of training
- No **consistency in qualifications** – title
- Curriculum **content varies** between nations
- **Regulations inconsistent** between countries
 - Definition
 - Education
 - Roles
 - Responsibility (Fagerström, 2009)

Medical and nurse views - NP

- **Medical rationale**
 - No educated enough
 - Don't provide standard care, treatment, outcome
 - Tribal effect: you are on my turf (diagnose, prescription)
 - Resistance: political lobbying, bias research findings
- **Nurses rationale:**
 - Moving away from essence and principles
 - Opportunity to advance in practice

Implementation of NP roles

- **New countries – Eriksson developmental** (Savrin, 2009)
 - Begins in **response** to specific need
 - Learn new role
 - Education program + curriculum
 - **Regulations** : scope of practice, education, ethics, competent, accountability
 - **Meet concerns of others**: doctors, politicians, patients
 - Create guidelines – progress to adulthood
 - Get accepted as an **adult**

Policy proposal

- **New role “NP” in primary care health work force**
 - Make care and service more **efficient**
 - **Clinical MS-degree**
 - **Curriculum** based on current literature, research, guidelines and experience in Europe + USA
 - European masters program – EU work force market
 - **Define** role and responsibility
 - **Modify current legislation** – conduct more demanding care
 - **Professional committee**: curriculum, standard, scope

Political strategy

- Health care system reforms **high on political agenda**
- Politician more open for **looking at all options** making the PMC more efficient and reduce cost in health care
- **Politicians leaders involved**– present facts + options
 - Directory of health, Nurses and Medical Associations, GP-association, University and Health organisations.
 - Inform the medica, public
 - Meet current/future needs, quality, access, efficiency
- **Collaboration with doctors** –
 - Challenge educational preparation
 - Ensure it meets necessary standards of care

Potential implementation issues

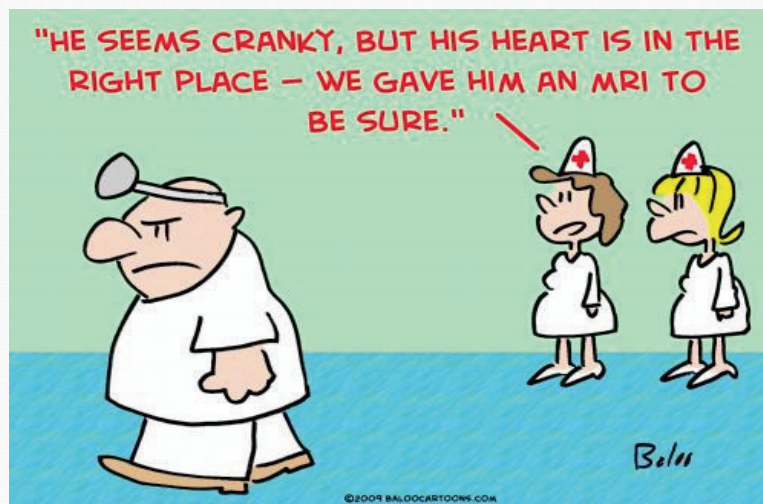
- Medical Association: resistance, political lobbying
- Nurses Association: different opinion among nurses
- Tribal culture conflict
- University: Academic policy
- Public concern:
 - Little information about quality of care
 - Follow doctors opinion
- Political: to radical health care reforms
 - Listen to/will not go against pressure groups, doctors

Conclusion

- Evolving political, social, professional and pt. demand
- Health care professionals: review and develop scope of practice in changing environment.
- Exploration of organisational efficiencies.

- Evidence supports effectiveness of NP in PMC
- Introduction of NP
 - Collaborative, systematic and evidence-based process
 - Clearly defined:
 - Needs, goals, role, scope and practice

Doctor Nurse



Fylgiskjal B-08

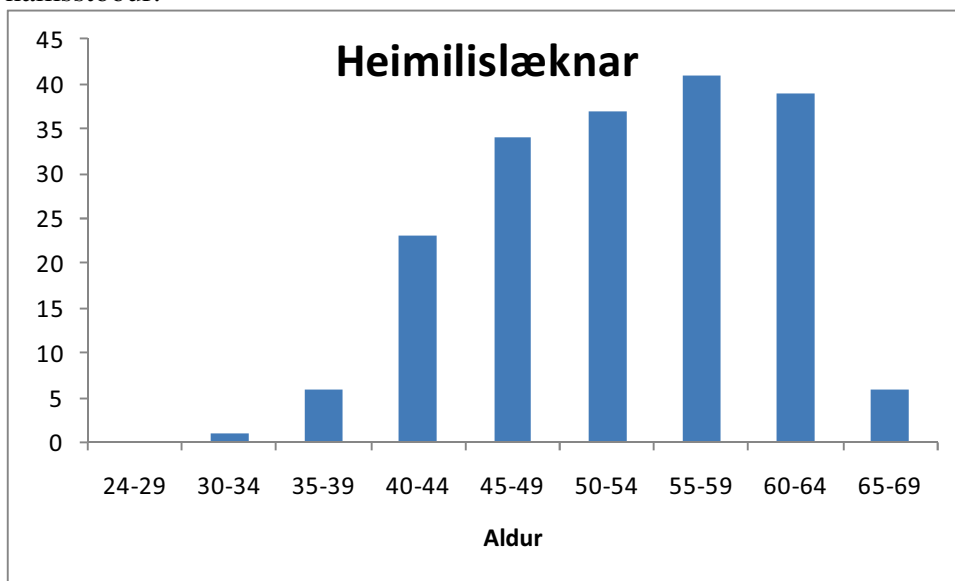
Læknafélag Íslands.

*Athugasemdir og spurningar úr áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu
heilsugæslunnar.*

2. september 2010

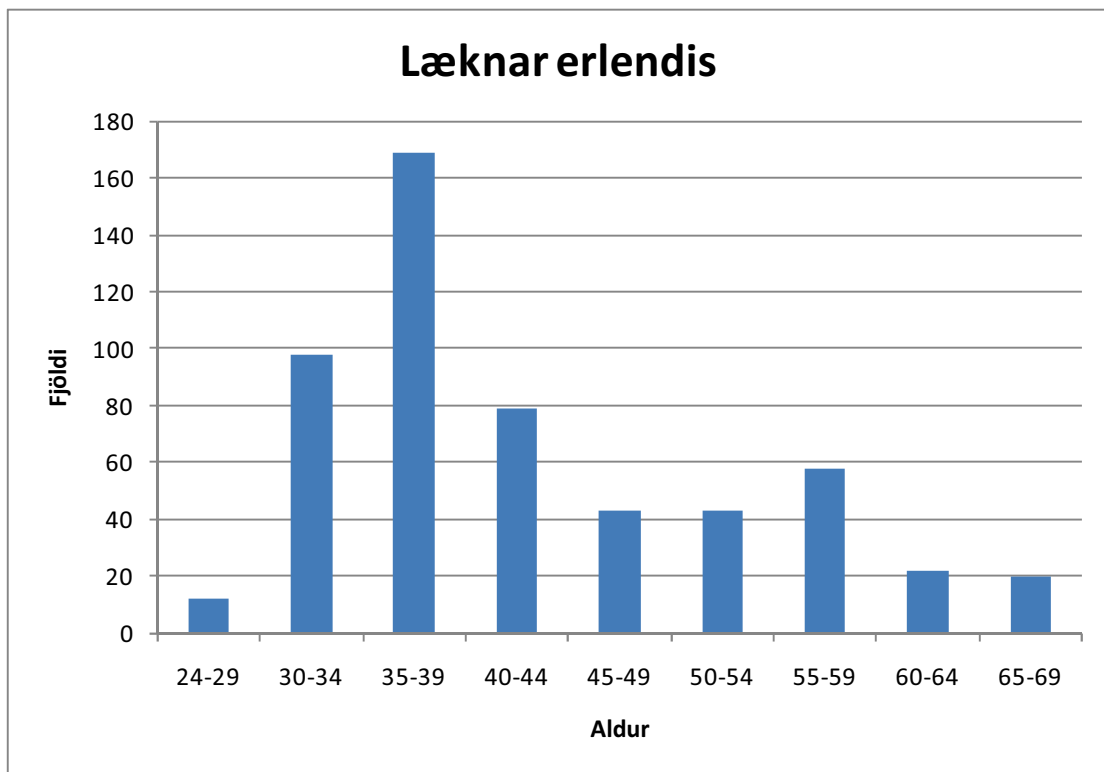
Efni: Athugasemdir og spurningar úr áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um *Eflingu heilsugæslunnar*

1. Myndin hér að neðan sýnir aldursdreifingu starfandi heimilislækna á Íslandi í byrjun árs 2010. Sjá má á myndinni að á næstu 10 árum munu 45 læknar komast á eftirlaunaaldur. Boðið er upp á nám í heimilislækningum hér á landi og tekur það nám 5 ár (skv. reglugerð 305/1997). Góð aðsókn var í námið þetta árið, þ.e. 19 umsóknir bárust og 7 voru teknir inn í námið (hingað til hafa verið 5 námsstöður pr. ár). Í heildina eru nú 20 læknar í sérnámi í heimilislækningum hér á landi. Þessar upplýsingar sýna að án frekari breytinga á inntöku í námið mun heimilislæknastéttin minnka nema að til sé stór hópur erlendis. Er vitað hversu margir eru í sérnámi erlendis? Erfitt er að sjá út frá þessum upplýsingum hvernig hægt verður að bæta frekari verkefnum á heilsugæsluna/heimilislækna. Staða heilsugæslunnar í dag er ekki nógu góð. Of margir íbúar höfuðborgarsvæðisins eru ekki með heimilislækni og oft á tíðum er bið eftir að komast að hjá heimilislækni sökum álags. Fyrsta tillaga nefndarinnar er að halda úti 20 námsstöðum pr. ár næstu fimm árin. Það er mikilvægt að efla þessa stétt og því styðjum við fullkomlega þá tillögu. Stóra spurningin er hins vegar hvort hægt verður að fylla þær námsstöður.



2. Það er ekki rétt að HH þjóni um 200 þúsund íbúum (3.málgr. bls. 9). Þetta stemmir alls ekki við neðanmálgrein nr. 15 bls. 9. Íbúar höfuðborgarsvæðisins voru rétt rúmlega 200 þúsund um síðustu áramót. HUH læknar hafa um 22 þúsund skjólstæðinga, Salastöðin tæplega 13 þúsund og Lág múlinn um 7 þúsund. Það þýðir að tæplega 160 þúsund einstaklingar ættu að vera á skrá HH.
3. Það er ótrúlegt ef satt er að þrjátíu þúsund manns á höfuðborgarsvæðinu skuli vera án heimilislæknis, meirihlutinn ungt fólk á aldrinum 20-40 ára (sbr. bls. 9). Nefndarmenn telja ástæðuna vera þá að ungt fólk „*kunni einfaldlega ekki á heilsugæslukerfið*“ (4.málgr. bls. 9). Þetta er mjög athyglisverð fullyrðing. Hvernig stendur á því að heilsugæslan nær ekki til þessa fólks sem er fætt og uppalið eftir 1970?

4. Í fyrstu málsgrein bls. 11 er fullyrt að heilbrigðisútgjöld í löndum með tilvísanakerfi og takmarkanir á aðgengi að sérfræðisþjónustu séu lægri en í löndum með opið aðgengi. Hvaðan kemur sú heimild? Er til einhver pappír/rannsókn sem fullyrðir að þetta sé svona? Athygli skal vakin á því að mörg lönd sem hafa tilvísanakerfi verja stærri hluta af landsframléiðslunni til heilbrigðismála en Ísland. Árið 2008 voru heildar heilbrigðisútgjöld í Danmörku 9,7%, Hollandi 9,9%, Portúgal 9,9%, Ítalía 9,1% og Spánn 9% . Á Íslandi voru útgjöldin 9,1%
(sjá:<http://www.oecd.org/dataoecd/43/21/40905007.pdf>).
5. Í fimmtu málsgrein á bls. 13 segir að 1/5 hluti Dana hafi aflað sér einkasjúkratryggingar til viðbótar almennri sjúkratryggingu. Ráðuneytið hefur mikið horft til Danmerkur hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustunnar. Því spyrjum við hvort það sé pólitískur vilji fyrir svona tryggingakerfi hér á landi? Athygli skal einnig vakin á því að Danir fara oftast til lækni að meðaltali en Íslendingar
sjá : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111ec037.pdf?expires=1283441145&id=0000&accname=guest&checksum=EF9E8472B44816D49B15FB49C21FA406>
6. Á bls. 18 er mjög illa útskýrð mynd. Hvaða kostnaðar er verið að vísa til? Er það kostnaður heimilanna, ríkis eða er það heildarkostnaður sem þessi mynd á að sýna okkur?
7. Ánægjulegt er að sjá að nefndin notar skýrslu LÍ um samanburð á læknskostnaði. Vakinn skal athygli á því að kostnaður ríkisins á hverja komu til HH er ekki rétt. Æskilegt er að ráðuneytið taki þennan kostnað saman.
8. Í annari málsgrein bls. 20 kemur fram samanburður á kostnaði HUH og HH. Hvernig er talan 6.500 kr./viðtal á HH reiknuð út? Hverjar eru forsendurnar?
9. Á bls. 27 er fjallað um mönnun grunnþjónustunnar. Tölurnar eru frá árinu 2007. Mikið hefur breyst hér á landi frá árinu 2007! Meðfylgjandi er ljósrit af blöðungi sem Norræna lækna ráðið gefur út annað hvert ár um fjölda lækna á Norðurlöndum. Eins og sjá má hefur íbúa á hvern lækni fækkað á öllum Norðurlöndunum nema á Íslandi árin 2006 - 2010. Nú er staðan sú að á Íslandi eru flestir íbúar á hvern lækni.
10. Á bls. 28 er talað um varaforða íslenskra lækna erlendis. Samkvæmt félagatali LÍ voru ísl. lækna erlendis um 544 í byrjun árs 2010. Um 145 lækna eru 50 ára og eldri. Það eru ekki miklar líkur á því að þessi hópur geti verið „varaforði“ fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu þar sem þeir hafa búið erlendis lengi og hafa fest rætur þar. Stærsti hópurinn erlendis er yngri en 40 ára (rúmlega 50% af öllum íslenskum læknum erlendis) og flestir í sérnámi. Hópurinn sem hægt væri „að virkja betur til starfa á Íslandi“ er því ekki nema rúmlega 120.
11. Í fyrstu málsgrein á bls. 34 segir að „sérfróðir aðilar vísa jafnvel í upplýsingar um rannsóknir sem sýna að heilsugæslan geti sinnt um 95% allra heilbrigðisvandamála fólks utan sjúkrahúsa“. Heimildirnar sem hér er vísað til eru allt of gamlar, þ.e. frá áttunda og níunda áratugnum. Á þetta við í dag? Sjá t.d. grein úr Læknablaðinu 2010/96 bls.335-340. <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2010/05.-tbl.-96.arg.-2010/nr/3833>
12. Í fimmtu málsgrein á bls. 35 segir: „Einfaldast virðist að ráðast í að taka upp tilvísanir til lungnalækna, hjartalækna,“ Hver er rökstuðningurinn?



13. Síðasta málsgreinin á bls. 33 er athyglisverð. Hvernig er hægt að draga þá ályktun að heilsugæslan geti tekið til sín og sinnt 420 þúsund erindum/viðtölum af 535 þúsund viðtölum sérgreinalækna í dag (þ.e. ef heilsugæslan mun sinna 90% og sérgreinalæknar 10%).
14. Útskýra þarf mun betur síðustu setninguna í fjórðu málsgrein bls. 35 um sameiginlegan kostnað. Er skipulagið hugsað þannig að heilsugæslan fái ávallt fulla greiðslu en sérgreinalæknar minni greiðslu.
15. Í tillögu nr. 3 á bls. 39 vantar heimild þar sem sagt er að verðstýring sé áhrifaríkt tæki til að stýra sjúklingaflæði.
16. Bls. 36 Við fögnum því að það eigi að gilda sömu reglur um eftirlitsskyldu og skipulag hjá öllum læknum.
17. Tillaga 2: Hver er faglegi rökstuðningur við þetta? Hvers vegna 15-20 lækna stöðvar?
18. Tillaga 6: Í ljósi efnahagsaðstæðna og bágrar stöðu margra sveitarfélaga hér á landi vörum við við því að flytja verkefni heilsgæslunnar yfir til sveitarfélaga.
19. Tillaga 10: Tökum eindregið undir þessa tillögu nefndarinnar

Fylgiskjal B-09

Verkefnisstjórar í ung- og smábarnavernd HH og Fræðslu- og útgáfuhópur ung- og smábarnaverndar (Fús) HH.

Athugasemdir vegna áfangaskýrslu um eflingu heilsugæslunnar.

Reykjavík, 22. september 2010

Efni: Athugasemdir vegna áfangaskýrslu um eflingu heilsugæslunnar

1. Verkefnisstjórar og Fræðslu- og útgáfuhópur í ung- og smábarnavernd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH) gera athugasemdir við skipan nefndarinnar sem vann skýrsluna. Í nefndinni sitja fjórir læknar en aðeins einn hjúkrunarfræðingur. Meira jafnvægi hefði átt að ríkja milli þessara stétta í nefndinni, þar sem hjúkrunarfræðingar eru fjölmennari en læknar innan heilsugæslunnar.
2. Lítið sem ekkert er fjallað um störf hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd og gildi forvarna innan heilsugæslunnar. Verkefni þeirra eru mjög fjölbreytileg. Hjúkrunarfræðingar eru í nánum tengslum við fjölskyldur og veita stuðning, fræðslu og ráðgjöf.
 - Tilgangur og markmið ung- og smábarnaverndar er að fylgjast reglulega með heilsu og framvindu á þroska barna. Þannig er fylgst með vitsmuna- og tilfinningaþroska, ásamt félagslegum og líkamlegum þroska frá fæðingu til skólaaldurs. Áhersla er lögð á stuðning við fjölskylduna og þannig stuðlað að því, að börnum séu búin bestu möguleg uppvaxtarskilyrði á hverjum tíma. Mikilvægt er að uppgötva sem fyrst frávik hvað heilsufar og þroska varðar og gera viðeigandi ráðstafanir (*Ung- og smábarnavernd. Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára, 2009*).
3. Í kafla 8.2 *Mönnun grunnþjónustu* er fjallað um fjölskylduhjúkrun í beinu framhaldi af umræðu um fjölda og menntun heimilislækna. Rætt er um að koma á fót tveimur stöðum í fjölskylduhjúkrun innan heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu í því skyni að halda utan um klínískt nám hjúkrunarfræðinga. Nánari skýring hefði þurft að fylgja þessari hugmynd.
4. Það er fróðlegt að lesa um þróun heilsugæslunnar á Íslandi í skýrslunni. Ekkert er hins vegar minnst á Miðstöð heilsuverndar barna, Miðstöð mæðraverndar og Miðstöð tannverndar. Miðstöð heilsuverndar barna (MHB) átti t.d. rætur í starfsemi Barnadeildar Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur frá 1953. Allt frá upphafi var meginþungi

starfseminnar almenn ung- og smábarnavernd fyrir börn í Reykjavík. Með uppbyggingu heilsugæslustöðva á Reykjavíkursvæðinu frá 1974 fór þjónustan í vaxandi mæli út á heilsugæslustöðvarnar og var alfarið á þeirra vegum frá febrúar 2006. Auk hefðbundinnar þjónustu í ung- og smábarnavernd var Barnadeildin og síðar MHB bakhjarl heilsugæslunnar hvað varðar stefnumótun, þróun og samhæfingu í ung- og smábarnavernd. Samhliða þessari þróun varð aukning á sérhæfðu miðlægu starfi MHB. Þróunarstofa heilsugæslunnar var síðan stofnuð árið 2009 og tók við verkefnum miðstöðvanna.

5. Skýrslan er mjög læknamiðuð. Innan heilsugæslunnar eru fleiri fagstéttir sem lítið sem ekkert er minnst á.

Virðingarfyllst,

Verkefnisstjórar í ung- og smábarnavernd HH
Fræðslu- og útgáfuhópur ung- og smábarnaverndar (Fús) HH

Anna Eyjólfsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Dagný Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Fjóla Grímsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Guðrún Ólafsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Guðrún Þorláksdóttir, hjúkrunarfræðingur
Heiða Davíðsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Helga Steing. Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur
Helga Sævarsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Hulda Gestsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Jóna Margrét Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Jónína Erlendsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Kristín Árnadóttir, hjúkrunarfræðingur
Kristín Jóna Vigfúsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Sesselja Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Sigríður Haraldsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Sigrún Gerður Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur
Steinunn Kristinsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Svava Gústafsdóttir, hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir
Theodóra Reynisdóttir, hjúkrunarfræðingur

Fylgiskjal B-10

Félag íslenskra sjúkrahjálfa.

Efning heilsugæslunnar – áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra. Umsögn Félags íslenskra sjúkrahjálfa.



[Type text]

[Type text]

[Type text]

Reykjavík, 20. september 2010.

Efning heilsugæslunnar – áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra

Umsögn Félags íslenskra sjúkraþjálfara

Stjórn Félags íslenskra sjúkraþjálfara (FÍSP) fagnar því að skipuð hafi verið nefnd um eflingu heilsugæslunnar.

Stjórn FÍSP vill gera eftirfarandi athugasemdir við áfangaskýrslu um eflingu heilsugæslunnar.

Í fyrsta lagi vill FÍSP gera athugasemd við samsetningu nefndarinnar sem fjallar um málið en í henni situr einsleitur hópur heilbrigðisstarfsfólks sem endurspeglar ekki þá sýn sem kemur fram í Heilsustefnu¹ um þverfaglegt samstarf.

Fram kemur að verkefni nefndarinnar hafi verið að fjalla um hvernig unnt sé að innleiða tilvísunarskyldu í heilbrigðisþjónustu en jafnframt að koma með tillögur um önnur atriði sem tengjast heilsugæslu, m.a. forvarnir, fræðslu og kennslu. Skoða átti tengsl og samskipti heilsugæslu við aðra meginþætti og einingar heilbrigðiskerfisins.

Athugasemdir við einstaka kafla:

Í upphafi 4. kafla skýrslunnar segir:

„Mikilvægt er að benda á að um langt skeið hefur eitt helsta markmið allra ríkisstjórna verið að efla heilsugæsluna og tryggja aðgengi fólks að góðri heilbrigðisþjónustu. Þrátt fyrir það hefur lækningastarfið ekki gengið sem skyldi á öllum stöðum á landinu, sérstaklega ekki á höfuðborgarsvæðinu, þar sem víða er löng bið eftir því að komast til heilsugæslulæknis“.

FÍSP vill benda á að yfirskrift skýrslunnar er Efning heilsugæslu og því er mikilvægt að leita nýrra leiða til þess að draga úr álagi á heimilislækna þannig að þeir geti sinnt því hlutverki að hafa heildaryfirsýn yfir heilsufarslega stöðu sína skjólstæðinga. Með því að kalla fleiri heilbrigðisstéttir inn í heilsugæsluna og

¹ Heilsustefnan. Áherslur úr aðgerðaráætlun heilbrigðisráðherra til kynningar í nóvember 2008 – fyrsti hluti.
<http://www.heilbrigdisraduneyti.is/utgefing-efni/utgefing-efni/2008>



[Type text]

[Type text]

[Type text]

nýta þverfaglega teymisvinnu við úrlausn heilsufarslegra vandamála þeirra sem þangað sækja má létta á vinnuálagi heimilislækna og stytta bið einstaklinga eftir þjónustu.

Í kafla 4.3. er fjallað um skipulag heilsugæslu:

"Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins þjónar um 200 þúsund íbúum og starfrækir nú 15 heilsugæslustöðvar. Starfsmenn eru um 600, þar af um 120 læknar (2009:102,9 stöðugildi) og um 160 hjúkrunarfræðingar (2009:143,1 stöðugildi). Innan vébanda stofnunarinnar eru einnig Þróunarstofa heilsugæslunnar, Þroska- og hegðunarstöð, Göngudeild sóttvarna, Hugarafli- eftirfylgni og iðjuþjálfun og stjórnsýsla HH. Á höfuðborgarsvæðinu eru þess utan starfandi tvær einkareknar heilsugæslustöðvar, Heilsugæslan í Lágmúla og Heilsugæslan í Salahverfi í Kópavogi, auk tólf sjálfstætt starfandi heimilislækna sem vinna eftir númerakerfi eins og tíðkaðist á árum áður. Ennfremur starfrækir Læknavaktin ehf. vaktþjónustu á höfuðborgarsvæðinu utan venjulegs opnunartíma".

Hér er ekkert minnst á önnur stöðugildi innan heilsugæslunnar en í 16. grein reglugerðar um heilsugæslu² segir m.a.: "Heimilt er veita aðra heilbrigðisþjónustu á heilsugæslustöðvum, svo sem þjónustu sérgreinalækna, sálfræðiþjónustu, félagsráðgjöf, iðju- og sjúkraþjálfun, næringarráðgjöf o.fl., í samræmi við ákvörðun ráðherra eða á grundvelli samninga sem gerðir eru samkvæmt ákvæðum VII. kafla laga um heilbrigðisþjónustu".

6. kafli.

Í upphafi 6. kafla er fjallað um aðra þætti og þar er komið inn á margháttuð samskipti heilsugæslunnar við aðra hluta heilbrigðiskerfisins, s.s. á sviði lækninga, endurhæfingar, hjúkrunar og forvarna. Á fund nefndarinnar komu fulltrúar Landspítala og lýstu m.a. hvernig staðið yrði að þróun og uppbyggingu dag- og göngudeilda á nýjum spítala. Einnig fékk nefndin fulltrúa frá Læknafélagi Reykjavíkur sem lýstu starfsemi sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Hér vantar mikilvægar upplýsingar frá sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfurum og hvaða hlutverki þeir gegna varðandi forvarnir og endurhæfingu.

Nefndin lýsir vandlega í 6. kafla starfsemi sérgreinalækna, sjálfstætt starfsemi heimilislækna og Læknavaktarinnar en aðrar sjálfstætt starfandi heilbrigðisstéttir fá ekkert rými s.s. sálfræðingar og sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfarar.

² Reglugerð um heilsugæslu nr. 787/2007



[Type text]

[Type text]

[Type text]

7. kafli.

Sjöundi kafli fjallar um verkefni innan eða utan heilsugæslustöðva. Samkvæmt 10 gr. reglugerðar um heilsugæslu eiga heilsugæslustöðvar að sinna heilsugæslu. Með heilsugæslu er m.a. átt við almennar lækningar, hjúkrun, heilsuvernd og forvarnir og bráða- og slysamóttöku. Ráðherra er þó heimilt að semja við aðra aðila um rekstur tiltekinna þátta heilsugæsluþjónustu. Fram kemur í kafla 7.1 að æ ríkari áhersla sé nú lögð á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu auk endurhæfingar. FÍSP vill benda á að mikilvægt er að sjúkraþjálfarar séu hluti af teymi heilsugæslunnar þegar kemur að forvörnum, heilsuvernd, fræðslu og endurhæfingu. Ennfremur vill félagið benda á að í Heilsustefnunni, aðgerðaráætlun þáverandi heilbrigðisráðherra frá nóvember 2008 er yfirlit yfir aðgerðir þar sem allir landsmenn eru markhópurinn. Eitt markmiðið er að efla forvarnir og heilsueflingu í heilsugæslu og sveitarfélögum landsins og annað að innleiða ávísun á hreyfingu hjá heilsugæslustöðvum. Sjúkraþjálfarar búa yfir viðamikilli þekkingu í þessum málaflokki og fagna því að slík markmið séu komin fram.

8. kafli

Nefndin fjallar um mönnun grunnþjónustu í kafla 8.2. Gefnar eru upp tölulegar upplýsingar um fjölda lækna per íbúa á Íslandi og stuttlega sagt frá fjölda hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Síðan er dregin ályktun af þessum tölulega samanburði og talið að ekki sé skortur á læknum, hjúkrunarfræðingum eða öðrum faglærðum heilbrigðisstarfsmönnum. Ekki er skýrt hvernig nefndin getur ályktað um aðra faglærða heilbrigðisstarfsmenn út frá tölum um fjölda lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða.

Í tillögum nefndarinnar er lagt til að heilsuverndarstarf verði eftt á landsvísu þar sem áhersla er á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu í því skyni að fyrirbyggja sjúkdóma og stuðla að heilbrigðum lífsháttum. Þar bendir nefndin á að heilsugæslan verði að taka þátt í margþættri samvinnu og þverfaglegu samstarfi við fjölda aðila utan lands sem innan. FÍSP fagnar þessu og vill benda á að slík samvinna felst m.a. í þverfaglegu teymisstarfi þar sem fleiri heilbrigðisstarfsmenn en læknar og hjúkrunarfræðingar koma að málum.

Félag íslenskra sjúkraþjálfara telur mikilvægt að efla heilsugæsluna. Horfa verður til nýrra leiða og jafnframt nýta það sem vel er gert í dag. Þau heilsufarsvandamál sem almenningur glímir við í dag s.s. lífstíllssjúkdómar krefjast breyttrar nálgunar og þar mun þverfagleg teymisvinna spila stórt hlutverk.



Félag íslenskra sjúkráþjálfara

[Type text]

[Type text]

[Type text]

Mikilvægt er að uppbygging og framtíðarsýn heilsugæslunnar taki mið af þessum breytingum. Eins er mikilvægt að fara vel með þá fjármuni sem veittir eru til heilsugæslunnar og nýta þá sem hagkvæmast. Huga verður að því hvort færa megi verkefni milli starfsstétta án þess að gæði þjónustunnar rýrni. Stjórn FÍSP óskar hér með eftir því að fá að koma fyrir nefndina til þess að ræða við nefndarmenn og útlista hugmyndir sínar varðandi framtíð heilsugæslunnar.

Fyrir hönd stjórnar FÍSP

Héðinn Jónsson, formaður
Arna Elísabet Karlsdóttir
Unnur Árnadóttir
Ása Dagný Gunnarsdóttir
Anna Sólveig Smáradóttir

Engjavegi 6
104 Reykjavík

physio@physio.is
www.physio.is

sími 568 7661
fax 514 4001

Engjavegi 6
104 Reykjavík

physio@physio.is
www.physio.is

sími 568 7661
fax 514 4001

[Type text]

[Type text]

[Type text]

Fylgiskjal B-11

Samtök heilbrigðisfyrirtækja, Samtök verslunar og þjónustu.

Greinargerð vegna áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar.

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTIÐ | |
| Skj. n. | 02-03.01 |
| 17. SEP. 2010 | |
| Ábmr. | IE + EBS + GAÖ + LB + MS |
| Málsnr. | HBR10020133 + sm. |



Heilbrigðisráðuneytið
Vegmúli 3
150 Reykjavík

Reykjavík 14. september 2010

Efni: Greinargerð vegna áfangaskýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um *Eflingu heilsugæslunnar*. .
http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Skyrsla-um-eflingu-heilsugaeslunnar_drog.pdf

Eftirfarandi eru athugasemdir Samtaka heilbrigðisfyrirtækja við nefnd drög (SH). Óskað er eftir svörum/úrbótum þar sem við á og nefnt er hér síðar.

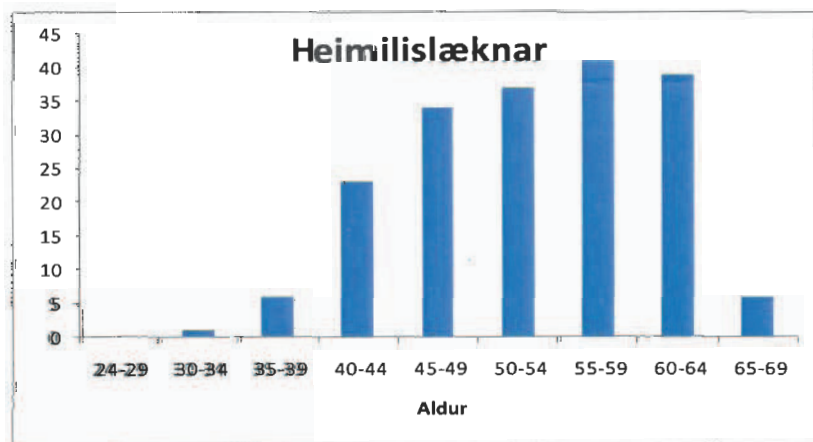
Samtökin harma að enginn fullrúi hafi verið í nefndinni frá SH eða sérfræðilæknum sem hefði gert skýrsluna vandaðri og ábyggilegri til notkunar við stefnumótun. Það er skoðun SH að áður nefnd drög séu vanreifun á málinu og verulega þurfi að bæta vinnu við loka innihald skýrslunnar þannig að hún verði það vinnuplagg sem til er ætlast. SH eru tilbúin að koma að slíkri vinnu.

Það er skoðun SH að verulega skorti á tölulegar staðreyndir í skýrslunni. Sér í lagi um kostnað við einstaka þætti heilsugæslunnar og framleiðni.

Af lestri skýrslunnar má ljóst vera að ekki er tekið á megin vandamálum heilsugæslunnar en því meir gerða atлага að annarri vel kostnaðargreindri þjónustu ss. sérfræðilækna án þess þó að sýnt sé að það muni efla eða bæta heilsugæluna til lengri tíma litið eða spara fjármuni hins opinbera.

SH gera eftirfarandi athugasemdir og vill koma á framfæri ábendingum sem tíunduð er hér:

1. Myndin hér að neðan sýnir aldersdreifingu starfandi heimilislækna á Íslandi í byrjun árs 2010.



Sjá má á myndinni að á næstu 10 árum munu 45 læknar komast á eftirlaunaaldur. Boðið er upp á nám í heimilislækningum hér á landi og tekur það nám 5 ár (skv. reglugerð 305/1997). Góð aðsókn var í námið þetta árið, þ.e. 19 umsóknir bárust og 7 voru teknir inn í námið (hingað til hafa verið 5 námsstöður pr. ár). Í heildina eru nú 20 læknar í sérnámi í heimilislækningum hér á landi. Þessar upplýsingar sýna að án frekari breytinga á inntöku í námið mun heimilislæknastéttin minnka nema að til sé stór hópur erlendis. Er vitað hversu margir eru í sérnámi erlendis? Erfitt er að sjá út frá þessum upplýsingum hvernig hægt verður að bæta frekari verkefnum á heilsugæsluna/heimilislækna.

Staða heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu í það minnsta, er í dag er óviðunandi. Of margir íbúar höfuðborgarsvæðisins eru ekki með fastan heimilislækni.

- Bið eftir að komast að hjá heimilislækni er iðulega óviðunandi.
- Alltof margir kvarta undan því að þótt þeir hafi heimilislækni þá lendi þeir sem sjúklingar hjá öðrum læknum á heilsugæslunni en ekki „sínun“ lækni. Þetta á þó almennt ekki við um sjálfstætt starfandi heimilislækna (HUH).
- Framleiðni í heilsugæslunni er óviðunandi. Það þarf að skoða þann hluta á gagnrýnin og faglegan hátt og ástæður þess.
- Stjórnunarkostnaður heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu er himinhár og þarfnast skoðunar.

Tillaga nefndarinnar er að halda úti 20 námsstöðum pr. ár næstu fimm árin. Það er góðra gjalda vert. Stóra spurningin er hins vegar hvort hægt verður að fylla þær námsstöður.

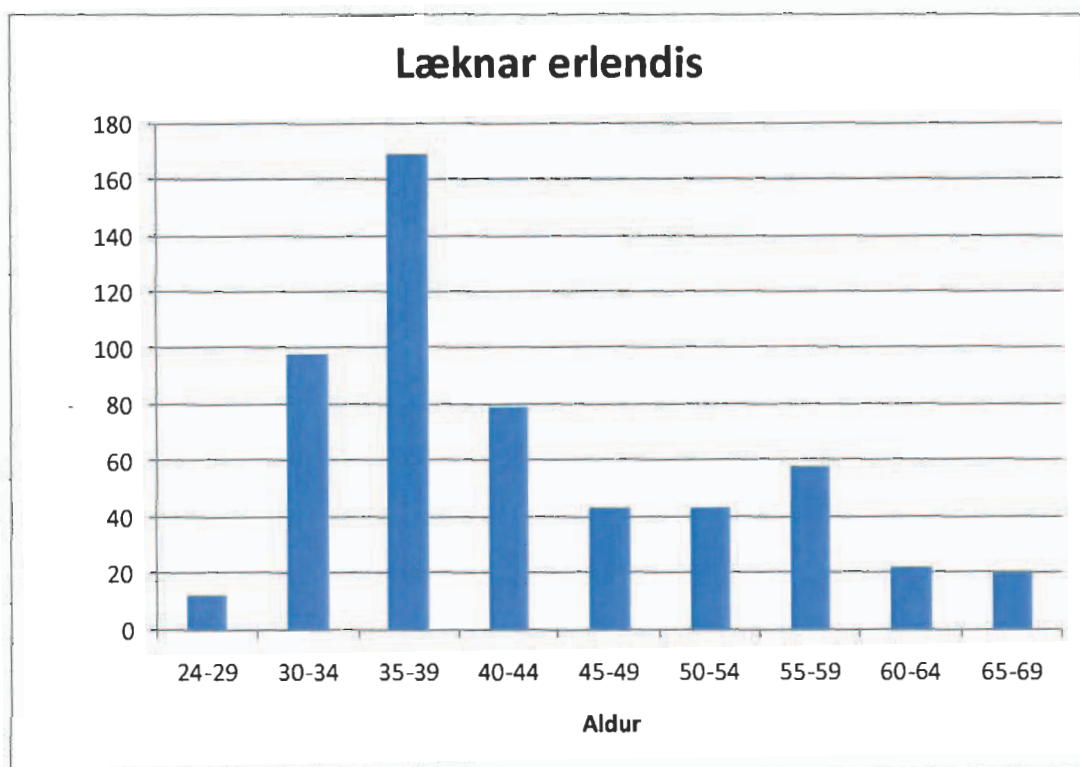
2. Það er ekki rétt að HH þjóni um 200 þúsund íbúum (3.málgr. bls. 9). Þetta stemmir alls ekki við neðanmálgrein nr. 15 bls. 9. Sú tala stemmir að vísu ekki heldur. Íbúar höfuðborgarsvæðisins voru rétt rúmlega 200 þúsund um síðustu áramót. HUH læknar hafa um 22 þúsund skjólstæðinga, Salastöðin tæplega 13 þúsund og Lág múlinn um 7 þúsund. Það þýðir að af þessum rúmlega 200 þúsund hefur um 42 þúsund einstaklingar ekki átt að vera skráðir hjá HH heldur eingöngu tæplega 160 þúsund.
3. Það er athyglisvert að þrjátíu þúsund manns á höfuðborgarsvæðinu skuli vera án heimilislæknis og meirihlutinn ungt fólk á aldrinum 20-40 ára (sbr. bls. 9). Nefndarmenn telja ástæðuna vera þá að ungt fólk „*kunni einfaldlega ekki á heilsugæslukerfið*“ (4.málgr. bls. 9). Þetta er mjög athyglisverð fullyrðing en langsótt og órökstudd. Hvernig stendur á því að heilsugæslan nær ekki til þessa fólks sem er fætt og uppalið eftir 1970? Þetta þarfnast skýringa og í þeim skýringum kann vandi heilsugæslunnar að kristallast fram að hluta.
4. Í fyrstu málsgrein bls. 11 er fullyrt að heilbrigðisútgjöld í löndum með tilvisanakerfi og takmarkanir á aðgengi að sérfræðiþjónustu séu lægri en í löndum með opið aðgengi. **Hvaðan kemur sú heimild?** Er til einhver pappír/rannsókn sem fullyrðir að þetta sé si svona? Athygli skal vakin á því að mörg lönd sem hafa tilvisanakerfi verja stærri hluta af landsframleiðslunni til heilbrigðismála en Ísland. Árið 2008 voru heildar heilbrigðisútgjöld í Danmörku 9,7%, Hollandi 9,9%, Portúgal 9,9%, Ítalía 9,1% og Spánn 9% . Á Íslandi voru útgjöldin 9,1% (sjá: <http://www.oecd.org/dataoecd/43/21/40905007.pdf>).

Þar til grunn staðreynda er getið verða fullyrðingar sem ofan er getið léttvægar taldar og ekki innlegg í uppbyggilega umræðu.

5. Í fimmtu málsgrein á bls. 13 segir að 1/5 hluti Dana hafi aflað sér einkasjúkratryggingar til viðbótar almennri sjúkratryggingu. Ráðuneytið hefur mikið horft til Danmerkur hvað varðar skipulag heilbrigðisþjónustunnar. Því spyrjum við hvort það sé pólitískur vilji fyrir svona tryggingakerfi hér á landi? Athygli skal einnig vakin á því að Danir fara oftar til læknis að meðaltali en Íslendingar
sjá : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109111ec037.pdf?expires=1283441145&id=0000&acname=guest&checksum=EF9E8472B44816D49B15FB49C21FA406>
6. Á bls. 18 er mjög illa útskýrð mynd. Hvaða kostnaðar er verið að vísa til? Er það kostnaður heimilanna, ríkis eða heildarkostnaður sem þessi mynd á að sýna okkur? SH telja að þetta graf sé villandi og um bein útgjöld heimila sé helst að ræða en ekki ríkis. Er það svo?
7. Ánægjulegt er að sjá að nefndin notar skýrslu LÍ um samanburð á lækniskostnaði. Vakinn skal athygli á því að kostnaður ríkisins á hverja komu til HH er ekki réttur. Mikilvægt er að ráðuneytið taki þennan kostnað saman.
8. Í annarri málsgrein bls. 20 kemur fram samanburður á kostnaði HUH og HH. Hvernig er talan 6.500 kr./viðtal á HH reiknuð út? Hverjar eru forsendurnar? Þetta er nauðsynlegt að skýra.
9. Á bls. 27 er fjallað um mönnun grunnþjónustunnar. Tölurnar eru frá árinu 2007. Mikið hefur breyst hér á landi frá árinu 2007! Svo mikið að þessar tölur eru vart gjaldgengar. Skv. upplýsingum frá Læknafélagi Íslands er staðan sú að á Íslandi eru flestir íbúar á hvern lækni í dag.
10. Á bls. 28 er talað um varaforða íslenskra lækna erlendis. Samkvæmt félagatali LÍ voru ísl. lækna erlendis um 544 í byrjun árs 2010. Um 145 lækna eru 50 ára og eldri. Það eru ekki miklar líkur á því að þessi hópur geti verið „varaforði“ fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu þar sem þeir hafa búið erlendis lengi og hafa fest rætur þar. Stærsti hópurinn er yngri en 40 ára (rúmlega 50% af öllum íslenskum læknum erlendis) og flestir í sérnámi. Hópurinn sem hægt væri „að virkja betur til starfa á Íslandi“ er því ekki nema rúmlega 120. Sá varaforði byggist á þeim viðtökum sem Íland býður í samkeppni við önnur lönd. Kjör, störf ofl.
11. Í fyrstu málsgrein á bls. 34 segir að „sérfróðir aðilar vísa jafnvel í upplýsingar um rannsóknir sem sýna að heilsugæslan geti sinnt um 95% allra heilbrigðisvandamála fólks utan sjúkrahúsa“. Heimildirnar sem hér er vísað til eru frá áttunda og níunda áratugnum. Nokkuð ljóst má vera með eðlilegri skoðun á þróun sérhæfingar í læknisfræði að slíkar fullyrðingar geta ekki staðist. Sjá t.d. grein úr Læknablaðinu 2010/96 bls.335-340.
<http://www.laeknabladid.is/tolublod/2010/05.-tbl.-96.arg.-2010/nr/3833>
SH lýsa furðu sinni á þessari framsetningu. Heildar komur til heilsugæslunnar á Íslandi árið 2009 var 688 þúsund viðtöl við lækna. Á sama tíma komu um 569 þúsund til sérfræðilækna

(þar af 118 þúsund til myndgreiningar+blóðrannsókn+meinafræði). Þar inni eru um 15-20 þúsund aðgerðir ýmiskonar, nokkur þúsund speglanir og önnur inngríp sem aldrei verða gerð nema af öðrum sérfræðingum en heilsugæslulæknum. Auk þess verður aldrei sinnt þeirri sérfræðiþjónustu í heilsugæslunni sem sérfræðilæknar sinna í dag. Þar er álit SH að viss skörun eigi sér stað í komu sjúklinga í heilsugæslu og sérfræðilækna. Þessi skörun geti þó að vel athuguðu máli ekki verið meiri en 5-12% eftir sérgreinum. Þetta þarf hins vegar að skoða nánar.

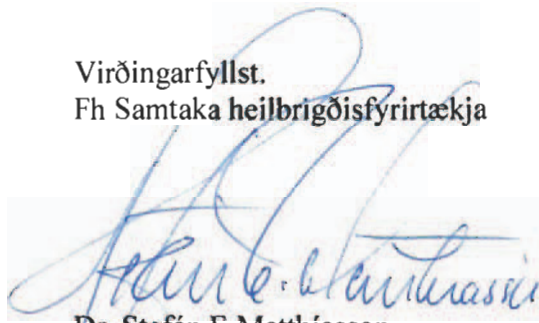
12. Í fimmtu málsgrein á bls. 35 segir: „Einfaldast virðist að ráðast í að taka upp tilvísanir til lungnalækna, hjartalækna,“ Hver er rökstuðningurinn með þessu? Það er álit SH að fara þurfi varlega í tilvísanir enda ávinningur af þeim stórlega ýktur í þeim drögum sem fyrir liggja. Tilvísanir kunni einnig að verða þungur baggi á heilsugæslunni sem þegar er í vanda.



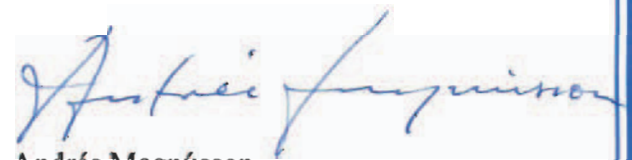
13. Síðasta málsgreinin á bls. 33 er athyglisverð. Hvernig er hægt að draga þá ályktun að heilsugæslan geti tekið til sín og sinnt 420 þúsund erindum/viðtölum af 535 þúsund viðtölum sérgreinalækna í dag (þ.e. ef heilsugæslan mun sinna 90% og sérgreinalæknar 10%). Þessi fullyrðing er nánast skot út í loftið.
14. Útskýra þarf mun betur síðustu setninguna í fjórðu málsgrein bls. 35 um sameiginlegan kostnað. Er skipulagið hugsað þannig að heilsugæslan fái ávallt fulla greiðslu en sérgreinalæknar minni greiðslu. Hver er lógíkin þarna.

15. Í tillögu nr. 3 á bls. 39 vantar heimild (ef til er) þar sem sagt er að verðstýring sé áhrifaríkt tæki til að stýra sjúklingaflæði.
16. Bls. 36 Við fögnum því að það eigi að gilda sömu reglur um eftirlitsskyldu og skipulag hjá öllum læknum. Þetta skipulag þarf hins vegar að vera straumlínulagað og innan „velsæmismarka“ kostnaðarlega séð.
17. Tillaga 2: Hver er faglegi rökstuðningur við þetta? Hvers vegna 15-20 lækna stöðvar? SH setja sig ekki á móti þessari breytingu en hana þarf að rökstyðja á gleggri hátt. Það er hins vegar skoðun SH að með sjálfstæðum rekstri heimilislækna eða rekstri þeirra sjálfra á heilsugæslunni megi stemma stigu við kostnaði sem ein sameiginleg HH berst við í dag. Líkur má einnig leiða að því að þjónustu kunni að batna við slíkar breytingar.
18. Tillaga 6: SH benda á að veikum sveitafélögum kann að vera þetta ofviða nema ríkulegt fjármagn fylgi með.
19. Tillaga 10: SH hvetja til þessa. Þ.e. að leitað verði leiða um að mismunandi sjúkraskrárkerfi geti skipt á upplýsingum um sjúklinga á lögmætan og öruggan hátt með leyfi sjúklings. SH hvetja hins vegar ekki til þess að eitt heildstætt sjúkfaskrárkerfi verði innleitt fyrir allt landið. Eðlilegra sé að hvatt sé til samkeppni á þessum markaði en kröfulýsing til slíkra kerfa sé á þann hátt að auðvelda samskipti milli þeirra.

Virðingarfyllst,
Fh Samtaka heilbrigðisfyrirtækja



Dr. Stefán E. Matthíasson
formaður SH



Andrés Magnússon
framkvæmdastjóri SVP

Fylgiskjal B-12

Vilhelmína Haraldsdóttir læknir, framkvæmdastjóri lyflækningasviðs Landspítala.

Ábendingar og tillögur.

Reykjavík 10. september 2010

Nefnd um eflingu heilsugæslunnar
Heilbrigðisráðuneytinu

Góðan daginn

Ég hef lesið drögin að skýrslu um eflingu heilsugæslunnar á vef ráðuneytisins. Þar kemur margt fram sem snertir starf mitt sem framkvæmdastjóri lyflækningasviðs Landspítala. Mig langar því til að leggja orð í belg á þessu stigi.

Fyrst nokkur orð um lyflækningasvið Landspítala. Þetta er stærsta svið spítalans og á því starfa um 1500 starfsmenn í tæplega 1000 stöðugildum. Mikill hluti verkefnanna er bráðastarfsemi sem fer fram á legudeildum, dag- og göngudeildum og sérstökum rannsóknardeildum. Öldrunarþjónusta og endurhæfing eru mikilvægur hluti af sviðinu. Sjúkraþjálfarar, iðjuþjálfar og talmeinafræðingar Landspítala starfa á sviðinu og veita þjónustu eftir þörfum á öllum deildum spítalans. Á sviðinu eru líka tvær líknardeildir, önnur fyrir aldraða á Landakoti en hin í Kópavogi. Heimahlynning veitir sjúklingum á líknandi meðferð sérhæfða þjónustu heim og gerir þeim þannig kleift að vera sem lengst heima. Á síðustu árum hefur innlögnum fækkað, legutími styst mjög og mun fleiri vandamál eru leyst á dag- og göngudeildum. Þarna eru sóknarfæri í auknu samstarfi spítalans og heilsugæslunnar. Mörg vandamál, sem þannig eru leyst, eru almenn eðlis og varða langveika sjúklinga.

Fyrst vil ég taka fram að ég er mjög hlynnt eflingu heilsugæslunnar og tel að sterk heilsugæsla efli Landspítalann og geri honum mögulegt að einbeita sér betur að sínum verkefnum. Það er ábyggilega mjög skynsamlegt, eins og reyndar kemur fram í skýrslunni, að fyrst verði hugað að því að efla heilsugæsluna og þá aðeins þegar það hefur tekist verði unnið að svo nefndu tilvísunarkerfi. Þetta verður að gerast í réttri röð.

Hvað starfsemi lyflækningasviðs varðar, þá tengist heilsugæslan mjög göngudeildum sviðsins. Í skýrslunni kemur fram gagnrýni á að heilsugæslulæknar hafi oft ekki nægileg úrræði með erfið vandamál og gangi illa að fá skjóta úrlausn fyrir sína sjúklinga bæði á göngudeildum Landspítala og líka hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum. Lausnin hefur því oft verið sú að senda sjúkling á bráðamóttöku þó að hann þurfi strangt til tekið ekki að fara þangað. Á lyflækningasviði höfum við brugðist við þessu með að biðja allar sérgreinar sviðsins að leggja fram skýrar leiðir fyrir heilsugæsluna til að senda sjúklinga á viðkomandi göngudeildir og hafa fjórar sérgreinar (gigtlækningar, nýrnalækningar, smitsjúkdómalækningar og öldrunarlækningar) nú þegar sent öllum yfirlæknum í heilsugæslunni leiðbeiningar þar að lútandi og fleiri bréf eru á leiðinni. Markmiðið er að þessi þjónusta spítalans verði heildstæð. Fyrirhugað er að það verði greið leið fyrir heilsugæslulækna að senda sjúklinga á göngudeildir spítalans og áhersla lögð á hálf – bráða sjúklinga sem er þá tekið við innan örfárra daga. Þá má nefna að sérfræðingar spítalans í hinum ýmsu greinum lyflækninga hafa alltaf verið boðnir og búnir að ráðleggja heilsugæslulæknum símleiðis og leggja metnað sinn í að svara þeim fljótt og vel

Hvað varðar menntun sérfræðilækna í heimislækningum þá hefur lyflækningasvið Landspítala í tæpan áratug staðið fyrir sérfræðinámi í almennum lyflækningum. Um er að ræða 3 ára skipulagt ferli, sem er fyrsti hluti sérnámsins í lyflækningum, en nær allir ungir

læknar, sem hafa lokið þessum hluta námsins á Íslandi, hafa síðan farið utan og lokið sínu sérnámi þá oftast einnig í einhverri undirgrein lyflækninga. Áhersla hefur verið lögð á gott skipulag námsins, vaxandi ábyrgð í starfi, stöðupróf sem eru sömu próf og bandarískir læknar í sama sérnámi taka og loks þurfa allir að hafa sitt eigið rannsóknarverkefni.

Síðustu ár hafa allmargir læknar í námsstöðum í heimilislækningum komið í ársstöðu lyflæknisnáminu og hefur það gefist mjög vel. Það hefur verið fastur liður í námi þeirra, þó að dvölin sé mun styttri en hjá þeim sem leggja stund á lyflækningar. Lyflækningasvið Landspítala gæti tekið við fleiri einstaklingum er leggja stund á heimilislækningar, fari þeim fjölgandi og vilji er fyrir hendi er mögulegt að búa til sérstaka eins árs braut fyrir þá og leggja þannig sérstaka áherslu á þær starfsstöðvar sem verðandi heimilislæknum eru verðmætastar. Ég lýsi mig fúsa til viðræðna um þetta mál og ég veit að fleiri aðilar sem koma að þessu sérnámi svo sem Guðmundur Þorgeirsson prófessor í lyflækningum eru á sama máli.

Læt þetta duga í bili en er alltaf reiðubúin til skrafs og ráðagerða

Með bestu kveðjum

Vilhelmína Haraldsdóttir læknir

Framkvæmdastjóri lyflækningasviðs Landspítala

vilhehar@landspitali.is

Fylgiskjal B-13

Stjórn félags íslenskra heimilislækna.

Áfangaskýrsla um eflingu heilsugæslunnar. – Tillögur og ábendingar.

Áfangaskýrsla nefndar um eflingu heilsugæslunnar - Tillögur og ábendingar

Eins og fram hefur komið skipaði heilbrigðisráðherra hinn 2. mars 2010 nefnd um eflingu heilsugæslunnar. Nú liggja fyrir drög að nefndaráliti sem birt hafa verið á vef heilbrigðisráðuneytisins. Þar er óskað eftir tillögum og ábendingum almennings og annarra þeirra aðila sem málið varðar.

Stjórn félags íslenskra heimilislækna fagnar því að heilbrigðisráðherra vilji efla heilsugæsluna í landinu og að almenningur og fagaðilar fái að taka þátt í þeirri vinnu.

Við fögnum því sérstaklega að viðurkenndur sé réttur fólks til að fá sinn heimilislækni eins og kemur fram í 9. tillögu nefndarinnar. Persónuleg, heildstæð, samfelld og auðvitað fagleg þjónusta heimilislæknis sem þekkir skjólstæðing sinn og aðstæður hans eru einmitt hornsteinar í hugmyndafræði heimilislækninga og heimilislæknar hafa einmitt þetta að leiðarljósi í sínu daglega starfi.

Í framangreindum drögum kemur fram að nú þegar er skortur á heimilislæknum á Íslandi og fyrirsjánlegur er enn frekari skortur á heimilislæknum í allra nánustu framtíð vegna aldursþæfingar hópsins og lítillar nýliðunar. Félag íslenskra heimilislækna hefur einmitt lengi bent ráðuneytinu á þetta og óskað eftir fleiri námsstöðum í faginu. Það er því mikið fagnaðarefni að fjölga eigi námsstöðum í heimilislækningum eins og kemur fram í 1. tillögu nefndarinnar.

Fjölgun heimilislækna mun þó ekki verða yfir nótt. Það tekur nær 5 ár að sérmennta heimilislækni eftir að almennu læknanámi lýkur. Mikilvægt er að tekið sé tillit til þessa þegar auka á verkefni heilsugæslunnar. Það er því einnig mikið fagnaðarefni að ráðuneytið geri sér grein fyrir að heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu megi ekki missa einn einasta heimilislækni eins og kemur fram í greinargerð við 7. tillögu nefndarinnar. Félagið ítrekar og styður heils hugar að samið verði hið allra fyrsta við sjálfstætt starfandi heimilislækna en skjólstæðingar þeirra eru vel yfir 20 þúsund hér á höfuðborgarsvæðinu og alveg ljóst að mál þess fólks verða í miklu uppnámi ef ekki verður samið við sjálfstætt starfandi heimilislækna.

Hvað varðar tillögu nr. 2 um fækkun og stækkun heilsugæslustöðva þá saknar stjórnin betri raka því til stuðnings og samráðs við starfsfólk heilsugæslustöðvanna. Eins og fram hefur komið er stefnt að því að fjölga heimilislæknum og námslæknum. Til að svo megi verða þurfa að vera valmöguleikar á rekstrarformum í heilsugæslu eins og FÍH hefur ítrekað bent á. Það þarf að efla starfsemi þeirra stöðva sem þegar eru starfandi og fjölga stöðvum í fjölmönnum hverfum sem standa höllum fæti varðandi nærþjónustu. Það þarf að viðhalda og helst auka starfsánægju þeirra sem vinna við fagið. Aukin miðstýring sem og stækkun og lokun heilsugæslustöðva samrýmist illa því markmiði. Grunnur heilbrigðisþjónustunnar, heilsugæslan, byggir á persónulegri þjónustu frekar en annars-, þriðja- og fjórðastigs þjónusta hennar. Markvisst starf grunnþjónustunnar byggir á þekkingu á félagslegum og efnalegum aðbúnaði fjölskyldnanna. Eftir því sem þjónustueiningarnar verða stærri og sérhæfing starfsmanna meiri þá dregur úr getu kerfisins til að mæta þörfum skjólstæðinganna, þekking starfsfólks á einstaklingunum þynnist og hugmyndafræði heimilislækninganna um samfellu í þjónustu og skilgreindum hópum fyrir hvern heimilislækni mun líða undir lok. Margvíslegar rannsóknir hafa sýnt fram á mikilvægi samfellu í þjónustu á fyrsta stigi heilbrigðiskerfisins og að erfiðara er að viðhalda henni í stofnunum, sem komnar eru yfir ákveðna stærð. Það kemur fram í skýrslu nefndarinnar að fagfélög á

Norðurlöndum hafi talað um 12-15 lækna stöðvar en skv. okkar upplýsingum er ekkert fagfélag heimilislækna á Norðurlöndum sem styður slíkt, þvert á móti vara þau við slíkri þróun. Rekstur „ofurstöðva“ með miklum fjölda lækna hefur þegar verið reyndur á Norðurlöndum en olli vonbrigðum. Þar hefur því verið fallið frá slíkum risavöxnum heilsugæslustofnunum. Slíkar ofurstöðvar líkjast of mikið litlum sjúkrahúsum og stofnunum og tapa þannig sérstöðu sinni sem persónuleg og samfelld nærþjónusta skapar. Samband sjúklings og læknis skaðast og öryggið sem felst í því að hafa heimilislækni sem þú treystir og er aðgengilegur þegar á þarf að halda bíður hnekki. Aukið samstarf heilsugæslustöðva gæti hæglega leyst mönnunarvanda og afleysingavanda ef þörf er á.

Vilji heilbrigðisyfirvalda til að sameina heilsugæslustöðvar hafði komið fram áður en áfangaskýrslan var birt. Þetta kemur meðal annars fram í fundargerðum yfirstjórnar HH. Stjórn FÍH er einnig kunnugt um ágreining innan nefndarinnar varðandi verklag þar sem einn nefndarmanna hefur sagt sig úr nefndinni til að mótmæla vinnubrögðum þeirra sem eru þar í forsvari. Það má auðvitað ekki vera þannig að nefnd sem fjallar um svo mikilvægt málefni sé fyrirfram búin að ákveða niðurstöðuna.

Heilsuvernd hefur alla tíð verið eitt af mikilvægustu verkefnum heilsugæslunnar. Þverfaglegt samstarf heimilislækna, ljósmæðra, hjúkrunarfræðinga og sérgreinalækna hefur verið með miklum ágætum í mæðra- og ungbarnavernd og skilað þeim frábæra árangri að ungbarna- og mæðradauði á Íslandi hefur verið einna lægstur ef ekki lægstur í heimi. Heilsuverndarstarf heilsugæslunnar hefur einnig birst í skólaheilsugæslu og í málefnum aldraðra. Heimilislæknar hafa alla tíð litið á heilsuvernd sem eitt af sínum mikilvægustu verkefnum. Þetta birtist ekki eingöngu í framansögðu. Í hverju viðtali við skjólstæðing þegar því verður við komið nýtir heimilislæknirinn tækifærið til að hvetja til heilbrigðara lífennis og bæta heilsu viðkomandi eins og að ráðleggja og bjóða aðstoð við að hætta reykingum o.s.frv. Hafa verður í huga að eins og fram kemur í skýrslunni hafa rannsóknir margsinnis sýnt fram á að skipulegar heilsufarsskoðanir fullorðinna hafa ekki reynst svara kostnaði nema í ákveðnum tilfellum þar sem um einhvers konar áhættu er að ræða. Heimilislæknar sem þekkja sína skjólstæðinga eru einmitt í bestu aðstöðu til að finna þá einstaklinga sem eru í aukinni áhættu og beita markvissri heilsuvernd og þar með tryggja að almannafé sé vel varið.

Öllum er ljóst að ábyrg meðferð á almannafé er nauðsynleg. Skiftar skoðanir eru hins vegar um hvaða leið er best til þess og á það ekki síst við þegar kemur að svokölluðu tilvísanakerfi. Stjórn félags íslenskra heimilislækna telur mikilvægt að fagleg sjónarmið séu þar höfð að leiðarljósi auk fjárhagslegra markmiða. Mikilvægt er að bæta boðskifti og þar skiftir einnig rafræn sjúkraskrá miklu máli eins og fram kemur í tillögum nefndarinnar. Framantaldur skortur á heimilislæknum gerir það að verkum að innleiðing tilvísunarskyldu er ekki raunhæf eins og staðan er í dag. Hvað varðar einhvers konar tilvísanakerfi með innbyggðum sveigjanleika er hins vegar annað mál. Stjórnin telur afar mikilvægt að ekki sé flanað að neinu og vel sé staðið að slíku kerfi með hagsmuni almennings og skjólstæðinga í huga og fagleg sjónarmið að leiðarljósi. Einnig er mikilvægt að ná almennri sátt milli þeirra sem málið varðar. Stjórnin styður því tillögu nefndarinnar um að skipaður verði vinnuhópur til þess að vinna með heilbrigðisyfirvöldum að því að koma á einhvers konar slíku sveigjanlegu kerfi og þróa það á næstu árum. Þar teljum við að sú framkvæmdáætlun sem lýst er í skýrslunni geti verið full hröð þar sem um flókið mál er að ræða. Félagið lýsir einnig yfir fullum vilja til að taka þátt í slíkum vinnuhópi.

Stjórn félags íslenskra heimilislækna lýsir sig reiðubúna og fúsa hér eftir sem hingað til að taka virkan þátt í öllum þeim aðgerðum sem eru heilsugæslunni í landinu til framdráttar. Við bendum nefndinni á

Staðal FÍH um starfsemi og starfsaðstöðu heimilislækna sem ítarefni. Það er ekki hægt að ætlast til þess að heimilislæknar gefi afslátt af faglegum forsendum starfs síns.

Stjórn félags íslenskra heimilislækna

Fylgiskjal B-14

Stefán Hjörleifsson læknir, lektor við háskólann í Bergen og Aðjúnkt við Háskóla Íslands.

*Athugasemdir við: „Efling heilsugæslunnar. Áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra, drög
20. 08. 10“.*

Björgvin, 7. september 2010

Eftirfarandi athugasemdir eiga við um “Efling heilsugæslunnar, Áfangskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra, drög 20.08.10”. Í skýrslunni koma fram margvíslegar upplýsingar sem skýra hvers vegna brýnt er að efla heilsugæsluna og skynsamlegar tillögur um aðgerðir til að ná því markmiði. Hér mun ég hins vegar fjalla einungis um það sem mér sýnist ábótavant í skýrslunni og þau atriði sem ég er ósammála.

1. “Varaforði erlendis”, flutningur íslenskra lækna úr landi og markmið um fjölgun heimilislækna

Tilgreint er í skýrslunni að ríflega 500 íslenskir læknar séu við störf eða sérnám erlendis. Bent er á að þessir læknar séu varaforði “sem hugsanlega mætti virkja betur til starfa á Íslandi með því að gera breytingar á heilbrigðisþjónustunni og skapa ný og spennandi atvinnutækifæri”. Hins vegar er ekki að finna neinar tillögur um það í skýrslunni hvernig ný og spennandi atvinnutækifæri skuli sköpuð til að freista þess að virkja þennan varaforða.

Líkt og fram kemur í skýrslunni er auglýnt að markmiðum um eflingu heilsugæslunnar og tilvísanaskyldu verði ekki náð án þess að sérfræðingum í heimilislækningum fjölgi á Íslandi og sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu. En þótt í skýrslunni sé lagt til að námsstöðum í heimilislækningum verði fjölgað nægilega mikið til að viðhalda óbreyttum fjölda heimilislækna á Íslandi, er ekki að finna í 10. kafla hennar tillögu um að fjölga föstum stöðum sérfræðinga í heimilislækningum.

Sérfræðingar í heimilislækningum hafa í einhverjum mæli flutt frá Íslandi á síðastliðnum tveimur árum og síðast þegar auglýstar voru stöður heilsugæslulækna utan höfuðborgarsvæðisins fengust engir umsækjendur. Þetta bendir til þess að ástæða kunní að vera til að draga í efa að bjartsýnisspá landlæknis og heilbrigðisráðherra um að nægilega margir læknar verði við störf á Íslandi á næstu árum eigi við um heilsugæsluna.

2. Sameining stöðva

Tillagan um að á höfuðborgarsvæðinu taki við 15-20 lækna stöðvar í stað 5-7 lækna stöðvar er afar illa rökstudd. Ekki er tilgreint í hverju “ný tækifæri fyrir starfslið og starfsemi stöðvanna” eru fólgin og því er ekki unnt að fella mat á hvort slíkra “nýrra tækifæra” sé raunverulega þörf. Í öðru lagi er ekki tilgreint í hvaða skilningi núverandi heilsugæslustöðvar séu ekki nægilega “burðugar” til að mæta ”faglegum og fjárhagslegum kröfum sem starfsemin verður að lúta”. Í þriðja lagi kemur sá rökstuðningur að á stærri stöðvum “verði auðveldara að ráða sérgreinalækna í ýmsum öðrum greinum læknisfræðinnar en heimilislækningum” eins og skráttinn úr sauðarlegnum. Afsakið, en átti ekki þvert á móti að reyna að koma í veg fyrir að sérgreinalæknar sinni verkefnum heilsugæslunnar? Í fjórða og síðasta lagi er ekki vikið einu orði að hugsanlegum ókostum við að stækka stöðvarnar né kostnaði við slíkar tilfæringar.

Í huga mínum vaknar sterkur grunur um að helsta ástæða þess að í skýrslunni skuli lagt til að fækka verulega heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu sé raunverulega sú að ráðherra heilbrigðismála vilji draga úr kostnaði við heilsugæsluna. Í skýrslunni sjálfri er hins vegar að finna ágæt rök fyrir því að með því að efla heilsugæsluna megi draga úr heildarútgjöldum til

heilbrigðismála þar eð heilsugæslan geti sinnt á ódýrari hátt verkefnum sem nú eru að verulegu leyti á höndum sérgreinalækna.

Í skýrslunni er þess getið að fagfélög heimilislækna á Norðurlöndum hafi “almennt talið að 12-15 lækna stöðvar væru heppilegastar”. Ég hef ekki í fljótu bragði fundið í skýrslunni tilvísun til heimilda varðandi þetta og veit ekki til þess að fagfélag heimilislækna í Noregi hafi slíka stækkun á stefnuskrá sinni. Svo mikið er víst að á flestum stofum heimilislækna í Noregi starfa nú á bilinu 2-6 læknar án þess að fyrir liggi vísbendingar um að þessar rekstrareiningar þyki ekki nægilega “burðugar”. Í langflestum tilvikum tryggir greitt samstarf milli heimilislækna á tveimur eða fleiri stofum að unnt sé að veita sjúklingum eðlilega þjónustu (þar á meðal bráðþjónustu) þrátt fyrir fjarvistir vegna vakta, námsleyfa og annars. Auk þess er nokkuð algengt að norskir heimilislæknar starfi í innan við 100% starfshlutfalli (gera má því skóna að ástæðurnar séu þess meðal annars að konur eru margar innan stéttarinnar og að heimilislæknar vilji sinna fjölskyldum sínum), og það virðist ganga ágætlega þrátt fyrir að yfirleitt séu ekki nema 2-6 læknar á hverri stofu.

3. Afköst og launafyrirkomulag

Á 31. blaðsíðu skýrslunnar segir að binda þurfi enda á þann óskapnað að heimilislæknar á höfuðborgarsvæðinu þiggi föst laun á venjulegum dagvinnutíma en vinni yfirleitt samkvæmt afkastahvetjandi taxta á síðdegisvöktum. Ábendingin er brýn, því ef afkastahvetjandi launagreiðslur eiga á annað borð rétt á sér verður vitaskuld að beita þeim á dagvinnutíma líka til þess að koma í veg fyrir að afköst minnki á þeim tíma dags þegar heilsugæslan er best mönnuð og forsendur bestar til að afkasta góðri heilbrigðisþjónustu. Það vekur því sérstaka athygli mína að meðal tillagna í 10. kafla skýrslunnar skuli ekki minnst einu orði á þessa brýnu breytingu.

Virðingarfyllst,

Stefán Hjörleifsson
Sletten allmennpraksis
Aðjúnt við læknadeild HÍ
Associate professor University of Bergen

Fylgiskjal B-15

Gyða Haraldsdóttir, sálfræðingur Ph.D.

Örfáar athugasemdir við skýrsludrögin, eins og þau birtust á heimasíðu ráðuneytisins þann

23. 8. Sl.

Texti:

Frá: Gyða Sigurlaug Haraldsdóttir <gyda.haraldsdottir@heilsugaeslan.is>

Dags: 07.09.2010 09:35:23

Til: <postur@htr.stjr.is>

Efni: Áfangaskýrsla um eflingu heilsugæslunnar

Ingimar Einarsson, formaður nefndar um Eflingu heilsugæslunnar

Eftirfarandi eru örfáar athugasemdir við skýrsludrögin eins og þau birtust á heimasíðu ráðuneytisins þann 23.8. sl.:

Í kafla 2 um verkefni nefndarinnar kemur fram að í skipunarbréfi ráðherra hafi nefndinni m.a. verið falið að gera tillögur um atriði sem snúa að forvörnum, fræðslu, kennslu, heilsugæslu í skólum, barnalækningar o.fl. Í kafla 7.1 um Heilsuvernd og forvarnir segir m.a. „Áherslur í heilsuvernd hafa tekið miklum breytingum síðustu áratugi. Í stað þess að líta fyrst og fremst til sérhæfðrar meðhöndlunar og lækningar sjúkdóma, er nú lögð æ ríkari áhersla á forvarnir, heilsuvernd og fræðslu ...“

Ekki verður séð að skýrslan taki mið af ofangreindum áherslum og almennt er umfjöllunin öll mjög lækna- og lækningamiðuð og lítið fjallað um hlutverk annarra starfsstétta. Orðuð er „þverfagleg vinna í heilsugæslu“, en ekkert nefnt hvaða ólíku starfstéttir skuli koma þar að. Af samhengi má helst ráða að einungis sé verið að vísa til samstarfs heimilislækna og hjúkrunarfræðinga en ekki víðtækari þverfaglegri nálgun.

Hvað hjúkrunarfræðingar varðar, þá er þrátt fyrir að þeir séu alloft nefndir, er takmarkað farið í hvert inntak starfa hjúkrunarfræðina er, t.d. hvert megin inntak og markmið ungbarnaverndar er og hvaða gildi fræðsla og annað forvarnastarf hjúkrunarfræðinga þar hefur.

Aðrar fagstéttir innan heilsugæslunnar eru varla nefndar, hvað þá að þeirra hlutverk innan heilsugæslunnar sé skilgreint. Miðað við nýjar áherslur um fræðslu og forvarnir hlýtur hlutverk annarra fagstétta svo sem sálfræðinga, félagsráðgjafa, iðjuþjálfra o.fl. að þurfa að stóraukast og mikilvægt að í skýrslunni sé sett fram framtíðarsýn um hlutverk og fyrirkomulag fræðslu og forvarna, svo og ráðgjafar- og meðferðarvinnu annarra en heimilislækna. Sem dæmi má benda á að nú er orðið vel þekkt og viðurkennt að áhrifaríkasta forvörn gegn hegðunar- og geðheilbrigðisvanda barna og unglunga er almenn, skipulögð og markviss uppeldisfræðsla fyrir foreldra ungra barna. Heppilegast er að slík fræðsla sé í formi námskeiða tengslum við almenna ungbarnavernd og er eðli málsins samkvæmt er slíkt starf ekki á hendi heimilislækna.

Þá vantar umfjöllun um nauðsynlega miðlæga og sérhæfða þjónustu innan heilsugæslunnar. T.d. er þroska- og hegðunarstöð (PHS) nefnd aðeins einu sinni, en ekkert kemur fram um innihald starfs þar, tilgang eða markmið. Samt er hlutverk þessarar 2. stigs starfsstöðvar er geysilega umfangsmikið og

vaxandi innan heilsugæslunnar á landsvísu hvað varðar þjónustu við börn og fjölskyldur þar sem barn glímir við einhvers konar frávik í þroska, hegðun eða líðan. Starf ÞHS er einn viðamesti þátturinn í forvörnum Heilsugæslunnar á sviði geðheilbrigðis barna og ungmenna.

Til að tryggja að ofangreind og álíka sjónarmið fá umfjöllun í skýrslunni teljum við æskilegt að skipa í nefndina fulltrúa frá fleiri fagstéttum en nú er.

Fyrir hönd Þroska- og hegðunarstöðvar

Kær kveðja

Gyða

Gyða Haraldsdóttir, sálfræðingur Ph.D.

Sérfræðingur á sviði fatlana barna

Sviðsstjóri á Þroska- og hegðunarstöð

Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Þönglabakka 1, 109 Reykjavík

Sími 585 1350, Fax 585 1370

gyda.haraldsdottir@heilsugaeslan.is

Fylgiskjal B-16

Ljósmeðrafélag Íslands.

*Áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar. Athugasemdir
Ljósmeðrafélags Íslands.*

Áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar

Athugasemdir Ljósmaðrafélags Íslands

Nýverið var birt á vefsvæði heilbrigðisráðuneytisins, áfangaskýrsla nefndar heilbrigðisráðherra um eflingu heilsugæslunnar og almenningi gefinn kostur á að gera athugasemdir við hana.

Ljósmaðrafélag Íslands gerir eftirfarandi athugasemdir.

Fyrir það fyrsta ítrekar félagið fyrri athugasemdir sínar við skipan nefndarmanna, en sú skipan var ekki í neinu samhengi við hlutverk nefndarinnar né endurspeglaði faglega uppbyggingu heilsugæslunnar, þar sem t.d. starfa fleiri ljósmaður og hjúkrunarfræðingar en læknar, sbr. bls. 9. Þess ber að geta að innan heilsugæslunnar eru ljósmaður ekki sýnilegar í mönnun og taldar með hjúkrunarfræðingum. Nefndin sem ber nafnið *Nefnd til þess að leggja fram tillögur um hvernig unnt verði að efla stöðu heilsugæslunnar og tryggja að landsmenn búi við sem jafnasta kosti í heilsufarslegum efnum*, var skipuð fjórum læknum, hjúkrunarforstjóra HH, formanni Sjálfsbjargar og jafnréttisfulltrúa auk fulltrúa ráðuneytisins. Óhætt er að segja að skýrslan dregur mjög dóm af þessari samsetningu nefndarinnar.

Á blaðsíðu 25 er fjallað um heimaþjónustu ljósmaðra. Þar er greint frá að fyrr á þessu ári hafi komið upp hugmyndir um að flytja heimaþjónustu ljósmaðra inn í Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Reyndar er talað um „*heimaþjónustu ljósmaðra við konur eftir sængurlegu*“, en það má öllum ljóst vera að átt er við heimaþjónustu ljósmaðra við konur og fjölskyldur þeirra í sængurlegu, enda hefur sængurlega ekki styst, heldur einungis færst af stofnunum í heimahús. Hvaðan þessar hugmyndir komu er ekki greint frá og enginn kannast við.

Í umfjölluninni eru tilgreindir þættir sem heimildarmönnum nefndarinnar hefur þótt ábótavant við þjónustuna, en það mönnun þjónustunnar um jól og í sumarfríum. Langflestir skólstæðingar heimaþjónustunnar koma úr Hreiðrinu á LSH og samkvæmt heimildum frá Rósu Bragadóttur, yfirljósmóður Hreiðursins, var ekki leitað eftir upplýsingum hjá henni, hvorki frá nefndinni né SÍ. Aftur á móti segir hún mönnun

LJÓSMÆÐRAFÉLAG ÍSLANDS

(The Icelandic Midwives' Association)

Stofnað árið 1919

Heimaþjónustunnar ganga mjög vel og sömu sögu má heyra frá yfirljósmæðrum Meðgöngu- og sængurkvennadeildar LSH og Fæðingadeildar LSH. Það má hins vegar velta því fyrir sér hvort auðveldara reynist að manna þessa þjónustu innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis á þessum álagstímum, þar sem HH býr við manneklu yfir sumarleyfistímann og er lokuð yfir stórhátíðir, enda hefur Ljósmæðrafélag Íslands áreiðanlegar heimildir fyrir því að á sumum heilsugæslustöðvum á Höfuðborgarsvæðinu, hafi vitjunum í ungbarnavernd verið fækkað úr fjórum í eina yfir sumarleyfistímann vegna þess að ekki tókst að manna þá þjónustu. Heimaþjónusta ljósmæðra er hins vegar veitt allan sólarhringinn, allan ársins hring, stórhátíðir sem aðra daga, án aukins tilkostnaðar og óháð álagi á stofnunum. Í þessu fyrirkomulagi þjónustunnar felst gífurlegur sparnaður, þar sem enginn fær greiddar bakvaktargreiðslur fyrir að vera til taks en þrátt fyrir það hefur heimaþjónustan gengið mjög vel. Ljósmæðrafélagið undrast því fullyrðingar nefndarinnar.

Í skýrslunni er einnig gagnrýnt að að einungis konur sem legið hafa skemur en 36 klst á fæðingadeild eigi rétt á þjónustunni en ekki aðrar, þrátt fyrir að þær hafi mikla þörf fyrir hana (bls 25). Þá gagnrýni tekur Ljósmæðrafélag Íslands heilshugar undir, enda lagði félagið til við SÍ í febrúar 2009, að boðið yrði upp á heimaþjónustu í sængurlegu fyrir allar konur og börn þeirra sem ekki þyrftu sjúkrahúslegu við, og var þar stuðst við *Faglegar leiðbeiningar um heimaþjónustu* sem félagið vann með Landlæknisembættinu og gefnar voru út árið 2009 (<http://landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3850>). Samkvæmt samningi SÍ, er heimaþjónusta ætluð heilbrigðum konum með heilbrigða nýbura, en raunin er sú að þessa þjónustu fá einnig konur sem útskrifast snemma frá fæðingarstofnun með frávík í heilsufari og eftir erfiða meðgöngu og/eða fæðingu, þar með talið konur sem farið hafa í keisaraskurð (sjá nánar í fyrirnefndum Faglegum leiðbeiningum um heimaþjónustu ljósmæðra).

Í skýrslunni eru einnig settar spurningar við hvort heilbrigðar konur þurfi heimaþjónustu við. Fyrir utan þann stuðning sem nauðsynlegur er á viðkvæmu tímabili nýrrar fjölskyldu, geta komið upp vandamál hjá hraustum konum og börnum s.s. alvarleg gula, þurrkur og sýkingar sem geta orðið hættuleg ef fagmaður er ekki til staðar til að greina einkenni og bregðast við þeim.

Fram til þessa hefur ekki verið vilji fyrir því í Heilbrigðisráðuneytinu, né hjá samningsaðilum innan SÍ, að veita heimaþjónustu í sængurlegu fyrir veikari konur og börn sem þurfa að dvelja á sjúkrahúsi fram yfir 36 klst, þrátt fyrir tilboð ljósmæðra um að gera slíkt án aukins tilkostnaðar. Ef skýrslan endurspeglar skyndilega stefnubreytingu ráðuneytisins varðandi heimaþjónustu þessa skjólstaðingahóps, fagna ljósmæður því og ítreka fyrra boð sitt.

LJÓSMÆÐRAFÉLAG ÍSLANDS

(The Icelandic Midwives' Association)

Stofnað árið 1919

Á bls. 26 er tiltekið að huga verði „*að breytingum sem tryggja samfelldara þjónustuferli og skýri betur hver ber ábyrgð á þjónustunni og framkvæmd hennar.*“ Það er alveg ljóst að hér er verið að ræða annarskonar samfellu en þá sem að skjólstæðingi snýr. Stofnanasamfella, þar sem sama eða sem fæstar stofnanir veita þjónustu er ekki það sama og samfella þar sem sami heilbrigðisstarfsmaður eða sem fæstir heilbrigðisstarfsmenn veita þjónustuna. Heimþjónusta ljósmæðra gefur kost á mestu mögulegu samfellu fyrir skólstæðinga þar sem sama ljósmóðir veitir heimþjónustu og mæðravernd eða fæðingarhjálp þegar því verður við komið. Sængurkonan og fjölskylda hennar hefur því kost á að fá þjónustu frá sömu ljósmóðurinni og byggt upp meðferðarsamband við hana, þrátt fyrir að hún vinni bæði hjá stofnun og í gegnum samning við SÍ um heimþjónustu. Stofnanasamfella lýtur einungis að stjórnun og skipulagi þjónustunnar en ekki að þjónustunni sjálfri sem að skjólstæðingum snýr.

Ábyrgð þjónustunnar er þegar skýr. Þær ljósmæður sem veita þjónustuna, bera ábyrgð á henni og hafa til þess bæði lögbundnar tryggingar og starfsleyfi frá heilbrigðisyfirvöldum.

Enn segir í skýrslunni:

„*Engu að síður er ljóst að sem fyrst verður að bregðast við þeim veikleikum sem eru á núverandi fyrirkomulagi og setja tryggari umgjörð um heimþjónustuna, þannig að öryggi sængurkvenna sé tryggt.*“ (bls 26) Hér er alvarlega vegið að starfsheiðri og fagmennsku ljósmæðra og látið í það skína að öryggi sængurkvenna hafi hingað til ekki verið tryggt í umsjá heimþjónustuljósmæðra.

Á bls. 37 kemur fram að ljósmæður haldi því fram að þjónusta þeirra við konur eftir sængurlegu (aftur misskilningur með að sængurlegu ljúki á stofnun) hafi sparað umtalsverða fjármuni fyrir heilbrigðiskerfi með styttri legutíma. Þetta er auðvelt reikningsdæmi sem felst í því að bera saman kostnað af sængurlegu á stofnun og sængurlegu í heimahúsi. Einn sólarhringur á stofnun kostar um 50.000 kr skv. upplýsingum frá LSH. Heimþjónusta við sængurkonu miðað við 8 vitjanir sem er hámark vitjanafjölda, kostar 43.680-48.360 kr. Við eina heimþjónustu fækkar legudögum á stofnun um 2-3. Hver heimþjónusta sparar því heilbrigðisyfirvöldum að lágmarki um 55.000 kr og á ársgrundvelli (miðað við að fjölda kvenna í heimþjónustu árið 2009 voru 3151 kona) 173.305.000 kr.

Á blaðsíðu 37 kemur eftirfarandi fram:

„*Ein starfsstétt getur ekki einokað fæðingarferlið eða stýrt því hvernig fyrirkomulag barneignaðþjónustu verði til framtíðar. Skipulag fæðingarþjónustu er þverfaglegs eðlis og*

LJÓSMÆÐRAFÉLAG ÍSLANDS
(The Icelandic Midwives' Association)
Stofnað árið 1919

Ljósmæður eiga að sjálfsgöðu að fá tækifæri til þess að tjá sig um allar grundvallarbreytingar líkt og aðrar hlutaðeigandi fagstéttir.“

Þessi málsgrein er á mörkum þess að vera svaraverð. Þetta þýðir þá væntanlega að tannlæknar geti ekki einokað tannlækningar eða skurðlæknar einokað skurðaðgerðir. Það felst lítil fagmennska í því að sú stétt sem er helsti sérfræðingurinn í því að veita ákveðna þjónustu eigi ekki að hafa áhrif á og vera virkir þátttakendur í þróun þjónustunnar. Vissulega er skipulag fæðingarþjónustu þverfaglegt, sem og annarrar heilbrigðisþjónustu. Það þýðir samt ekki að ljósmæður, sem stöðu sinnar vegna eiga að vera leiðandi við skipulagið, eigi einungis að tjá sig um breytingar sem aðrir skipuleggja og framkvæma.

Í mótsögn við alla umræðu um heimaþjónustu í skýrslunni, kemur fram á bls. 38 sú þróun á Norðurlöndum að þeim heilbrigðisstarfsmönnum fjölgi sem reka eigin stofur, þ.á.m. ljósmæður og hjúkrunarfræðingar. Nefndin telur þessa þróun *”fyrirboða þess að í framtíðinni verði að huga að því að opna enn frekar fyrir möguleika heilbrigðisstarfsfólks til þess að standa fyrir eigin rekstri. Ekki er útilokað að byggja megi upp net þjónsutu þar sem sveitarfélög, heilbrigðisstarsmenn eða aðrir tækju að sér rekstur heilsugæslustöðva eða aðra starfsemi innan ákveðins skipulags og svæðaskiptingar.”* (bls. 38)

Fyrirkomulag heimaþjónustu ljósmæðra nú, er vísir að þjónustu á borð við þá sem þarna er nefnd sem líkleg framtíðarþróun, byggt á reynslu nágrannaþjóða okkar. Það er því mótsagnakennt að afnema vísi af þess konar framtíðarsýn.

Skýrslan í heild sinni er afar einsleit og virðist frekar miða að uppbyggingu læknastofa en þverfaglegra heilsugæslustöðva.

F.h. Ljósmæðrafélags Íslands

Guðlaug Einaradóttir formaður

Fylgiskjal B-17

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Ályktun stjórnar Félags Íslenskra hjúkrunarfræðinga, - 2. September 2101

Þegar mest á reynir

Reykjavík 2. september 2010

Ályktun stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga:

Stjórn Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) mótmælir harðlega þeim áherslum sem fram koma í áfangaskýrslu um eflingu heilsugæslunnar. Í áfangaskýrslunni er eingöngu fjallað um þann þátt í starfsemi heilsugæslustöðva er lýtur að lækniþjónustu. Hjúkrunarfræðingar og fleiri fagstéttir gegna mikilvægu hlutverki innan heilsugæslunnar. Þetta hlutverk ætti að efla bæði með tilliti til hagsmuna þeirra sem leita til heilsugæslunnar og fjárhagslegra hagsmuna. Nefnd þeirri sem vinnur að skýrslunni er meðal annars ætlað að leggja fram tillögur er varða forvarnir, fræðslu, kennslu og heilsugæslu í skólum. Hjúkrunarfræðingar eru leiðandi á þessum sviðum heilsugæslunnar. Víða í nágrennalöndum okkar hafa hjúkrunarfræðingar tekið að sér viðameiri verkefni í heilsugæslunni og aukið þannig aðgengi almennings að grunn heilbrigðisþjónustu. Stjórn Fíh leggur áherslu á að sú leið verði einnig farin hér á landi og mun senda nefndinni tillögur þar að lútandi.

Stjórn Fíh mótmælir einnig skipan nefndarinnar harðlega. Í nefndinni sitja fjórir læknar en aðeins einn hjúkrunarfræðingur. Í ljósi þess að mun fleiri hjúkrunarfræðingar en læknar starfa í heilsugæslunni hefði meira jafnvægi átt að ríkja milli þessara stétta í nefndinni. Slíkt hefði leitt til raunhæfari og árangursikari tillagna um eflingu heilsugæslunnar.

F.h. stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga,



Elsa B. Friðfinnsdóttir, formaður
s. 540-6400 og 861-2892

Fylgiskjal B-18

Sigríður Heimisdóttir.

Tölvupóstur

Texti:

Frá: Sigridur Heimisdottir <sigga@siggaheimis.com>
Dags: 24.08.2010 14:30:01
Til: postur@hbr.stjr.is
Efni: EKKI HAMLÁ FÓLKI AÐGANG AÐ SÉRFRÆÐINGUM!!!

Góðan og blessaðan daginn!

Ég las í fréttum í dag að það eigi að beina fólki meir til heimilislækna á Íslandi sem eigi að vísa síðan sjúklingum til sérfræðinga.

Núna er ég íslendingur sem hef verið búsett í Svíþjóð í 10 ár og hér er þetta kerfi í fullum gangi.

Það einfaldlega gengur alls ekki upp!!!

Og við erum þess vegna - það er í raun aðalorsökin - að flytja heim til Íslands.

Maðurinn minn er sænskur og börnin okkar 3 sem sagt íslensk/sænsk.

Við eigum einhverfan dreng og við erum búin að slást í næstum 2 ár að komast upp úr heimilislækna-pyttnum og til réttra sérfræðinga.

Við erum send hingað og þangað í kerfinu og enginn veit hver á að sjá um hvað og allt er svo óljóst.

Þessi læknir á að sjá um þetta og hinn um hitt og allt er þetta endalausar tilvísanir, biðlistar, ruglingur og misskilningur og ég vona svo INNILEGA að þetta rugl verði ekki tekið upp á Íslandi.

Ef maður er slæmur í baki þá fer maður til baksérfræðings!!

Ef maður brýtur eitthvað þá fer maður til rétts læknis!!

Gott dæmi er litli kúturinn okkar sem var með króníska eyrnabólgu. Ég á föðurbróður sem er háls, nef og eyrnalæknir á Íslandi og hann kíkti í eyrun á litla drengnum ein jólin sem við vorum heima.

Hann sagði strax að við þyrftum að fá rör í drenginn, ekki gengi að dæla endalaust í hann fúkkalyfjum.

Við fórum 5 sinnum til heimilislæknis hér þar sem við vorum alltaf send heim með enn meiri fúkkalyf þar sem heimilislækninum fannst hann eigi að afgreiða þennan sjúkling og ekki senda hann áfram til eyrnalæknis, þeir eru jú svo uppteknir og dýrir.

Það var ekki fyrr en ég bókstaflega trúð mér inn á eyrnadeildina á sjúkrahúsinu, fékk samtal við eyrnalækni og hann sagði að barnið, sem var ekki orðið 2ja ára, þyrfti að komast í rör strax.

Barnið var tekið inn í sömu viku og rörin sett í.

Þá hafði ég setið á skrifstofunni og sagts fljúga heim til Íslands og borga úr eigin vasa aðgerðina ef ég fengi ekki sérfræðing til þess að líta á barnið.

Er þetta rétta leiðin til þess að taka á móti foreldrum sem eru að reyna að hugsa vel um börnin sín...??

Nú erum við búin að standa í ströngu í 2 ár vegna þessa sama barns, sem er greindur einhverfur eftir mikið múður og vesen og þrýsting frá okkur foreldrunum. Ef við hefðum ekki unnið svona hart að komast að hjá réttum aðilum þá væri þetta litla barn sem er bráðum 5 ára enn í sömu förum - án greiningar eða nokkurs stuðnings, enda samkvæmt heimilishjúkku (ekki einu sinni hægt að fá tal við heimilislækni hér á barnaheilsugæslunni...það er jú ekki tilefni til nema mikið liggi við.....!!!) "jättefin" eða "voða finn". Þegar við vorum orðin gjörsamlega úrkula vonar að fá

samtal við réttan lækni þá flugum við heim til Íslands, pöntuðum tíma hjá barnalækni sem sérhæfir sig í þessu og við vorum komin með upplýsingar og hjálp á innan við viku.
SVOLEIÐIS Á ÍSLAND AÐ VERA EN EKKI KERFISBUNDIÐ KAOS SEM VIRKAR VEL Í ORÐI EN EKKI Á BORDI!!!

Ég vona virkilega að svona rugl verði tekið af borðinu, hér eru allir komnir með upp í kok af þessu bulli og allir leita leiða til þess að komast fram hjá þessu. Niðurstaðan er að einka klíníkar ganga betur en nokkru sinni, fólk einfaldlega borgar til þess að fara beint á réttann lækni svo þetta verður gott fyrir þá sem eiga pening og verra fyrir þá sem minna hafa. Ekki held ég að núverandi stjórn vilji hafa kerfið þannig.

En, ég legg til að þið búið til rýnihóp sem fer yfir þessi mál og þá með aðilum sem hafa búið við mismunandi kerfi og ég tek gjarna þátt í þeim hóp ef þið viljið!

með von um gáfulega niðurstöðu varðandi þessi mál,

Sigríður Heimisdóttir
kt.2102703109

tel: +46 704401469
Labland / Studio Sigga Heimis
Saltimporten / Hullkajen
Grimsbygatan 24
211 20
Malmö
Sweden

www.siggaheimis.com
sigga@siggaheimis.com

Fylgiskjal B-19

Guðrún Bjarnadóttir, sálfræðingur Ph.D

Tölvupóstur.

Texti:

Frá: Guðrún Bjarnadóttir <gudrun.bjarnadottir@heilsugaeslan.is>
Dags: 24.08.2010 11:57:14
Til: <postur@hbr.stjr.is>
Afrit: Sæmundur Davíð Vikarsson <david.vikarsson@heilsugaeslan.is>, Elín Elísabet Halldórsdóttir <elin.halldorsdottir@heilsugaeslan.is>, Ingibjörg Sveinsdóttir <ingibjorg.sveinsdottir@heilsugaeslan.is>, Leif Davíð Halvorson <leif.halvorson@heilsugaeslan.is>, Már V Magnússon <mar.v.magnusson@heilsugaeslan.is>, Gyða Sigurlaug Haraldsdóttir <gyda.haraldsdottir@heilsugaeslan.is>
Efni: v. skýrslu um eflingu heilsugæslu

Sæll, Leifur.

Ég tek mér það bessaleyfi að ávarpa þig í þessum pósti þar sem þú ert starfsmaður nefndar ráðuneytisins um eflingu heilsugæslunnar og asnalegt að segja: Sæll póstur! Á netinu sá ég drögin að skýrslu um málið, dags. 20. ág. 2010. Athygli mína vakti að hvergi í skýrslunni er minnst á sálfræðipjónustu og fannst mér því ástæða til að minna á þá þjónustu í von um að fjallað verði um hana í lokaskýrslunni.

Frá árinu 1998 hefur verið mikið notuð greiningarþjónusta við börn í vanda hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Hún hefur verið hluti af þeirri miðlægu þjónustu sem áður hét Miðstöð heilsuverndar barna og er nú inntakið í þjónustu Proska- og hegðunarstöðvar. Þar hafa starfað og starfa enn og áfram sálfræðingar.

Árið 2007 var sett á laggirnar meðferðarþjónusta sálfræðinga við börn á 7 heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Fyrir var meðferðarteymi í Grafarvogi þar sem var sálfræðingur, iðjupjálfi og félagsráðgjafi. Fjórar heilsugæslustöðvar hafa nú sálfræðing í fullu starfi og aðrar fjórar skipta tveim sálfræðingum á sig. Miðað er við þjónustu við börn frá getnaði að 18 ára afmælisdegi, þannig að mæður á meðgöngu hafa yfirleitt aðgang að þjónustu sálfræðingsins líka. Svo dæmi sé tekið geta þunglyndar mæður fengið hjálp við að efla tengsl við nýfæddbörn sín. Þessi þjónusta heilsugæslunnar hefur unnið sér sess í hugum foreldra, heimilislæknar vísa talsvert í hana og þjónustan eflir tengingu heilsugæslu og annarra stofnana í samfélaginu. Fyrstu niðurstöður úr þjónustukönnun í Hg. Glæsibæ á þjónustu Fjölskylduteymis þar sem sálfræðingur er í virkri þjónustu við börn, benda til að aðkoma sálfræðingsins eigi fullan rétt á sér.

Sálfræðingar eru líka ráðnir hjá heilsugæslu annarsstaðar á landinu, en ég þekki það ekki nægilega til að segja frá. Ýmislegt bendir til að sálfræðinga sé þörf í eðlilegri þjónustu heilsugæslustöðva. Læknar hafa nefnt að þörf sé hjá fleiri aldursflokkum en börnum. Ekki veit ég hvort það er almennt viðhorf, en sé svo þarf þann þátt inn í stefnumótun heilsugæslunnar.

Hér með lýkur minni ósk um viðbótarkafli á áfangaskýrsluna um eflingu heilsugæslunnar.

Með bestu kveðjum og ósk til hópsins um árangursríkt starf.

Guðrún Bjarnad.

ES: Ég sendi afrit af þessum pósti á starfandi sálfræðinga í meðferðarþjónustu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Gyðu sem stýrir Proska- og hegðunarstöð. Þið í nefndinni getið þá, ef vill, haft samband við hvert okkar sem er

Sendandi: Guðrún Bjarnadóttir, sálfræðingur, Ph.D.

Hg. Árbæ og Hg. Glæsibæ,

gudrun.bjarnadottir@heilsugaeslan.is