



Heilbrigðisþing 2003

Háskólasjúkrahús á Íslandi

Framtíðarsýn, hlutverk og samfélagsleg ábyrgð



HEILBRIGÐIS- OG
TRYGGINGAMÁLARÁÐUNEYTIÐ

Heilbrigðisþing 2003
Háskólasjúkrahús á Íslandi
- Framtíðarsýn, hlutverk og samfélagsleg ábyrgð -

Erindi og ágríp úr þeim flutt á heilbrigðisþingi 2003 7. nóvember 2003

© Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2004
Heilbrigðisþing 2003 – Háskólasjúkrahús á Íslandi
Framtíðarsýn, hlutverk og samfélagsleg ábyrgð
Erindi flutt á heilbrigðisþingi 7. nóvember 2003

Umsjón: Áætlana- og þróunarskrifstofa
Umbrot: Athygli
Prentun: Gutenberg
Upplag: 500
ISBN 9979-872-22-5

Efnisyfirlit

Formáli.	4
Ávarp Jóns Kristjánssonar, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra.	6
Dagskrá heilbrigðisþingsins.	8

I. Hvernig verður háskólasjúkrahús framtíðarinnar?

Háskólasjúkrahús í alþjóðlegu samhengi <i>Runólfur Pálsson, lektor og læknir á LSH</i>	13
Reynsla af faglegri stjórnun á háskólasjúkrahúsi í Noregi <i>Hulda Gunnlaugsdóttir, sviðsstjóri við Ullevålssjúkrahúsið í Osló.</i>	15
Markmið og stjórnun háskólasjúkrahúss á Íslandi <i>Magnús Pétursson, forstjóri LSH.</i>	17
Stefna og stjórnun háskólasjúkrahúss - Nýjar áskoranir á nýrri öld <i>Sigrún Gunnarsdóttir, verkefnisstjóri á LSH.</i>	22

II. Hvaða kröfur gerum við til háskólasjúkrahúss?

Háskólasjúkrahús sem miðstöð upplýsinga- og hátækni <i>Margrét Oddsdóttir, skurðlæknir og prófessor við HÍ.</i>	27
Heilsugæsla og háskólasjúkrahús <i>Alma Eir Svavarsdóttir, aðjúntk og heilsugæslulæknir.</i>	30
Sjúkrastofnanir landsins og háskólasjúkrahús <i>Guðjón Brjánnson, framkvæmdastjóri</i>	34
Sjálfstætt starfandi sérfræðingar og háskólasjúkrahús <i>Gizur Gottskálksson, sérfræðingur í lyflækningum:</i>	35
Sjálfstætt starfandi aðilar og háskólasjúkrahús <i>Ásta Möller, hjúkrunarfræðingur</i>	37

III. Hvernig verða kennsla, rannsóknir og þjónusta á háskólasjúkrahúsi í framtíðinni?

Kennsla heilbrigðisstétta <i>Kristján Erlendsson, varadeildarforseti, kennslustjóri og dósent.</i>	43
Rannsóknir og þróun þekkingar <i>Guðmundur Þorgeirsson, sviðsstjóri og prófessor við HÍ.</i>	44
Kennsla, rannsóknir og þróunarstarf á sviði hjúkrunar <i>Hrund Scheving Thorsteinsson, sviðsstjóri á LSH og lektor við HÍ.</i>	45
Þjónusta við sjúklinga og starfsumhverfi <i>Guðrún Sigurjónsdóttir, sviðsstjóri endurhæfingar á LSH</i>	47

IV. Hver eru sjónarmið fagaðila, samtaka sjúklinga, aðstandenda og nemenda?

Kennsla, rannsóknir og þróunarstarf á landsbyggðinni <i>Þorvaldur Ingvarsson, lækningaforstjóri FSA.</i>	51
Miljlvægi og hlutverk rannsóknarstarfsemi <i>Hans Guðmundsson, forstöðumaður hjá Rannís.</i>	54
Rödd samtaka sjúklinga <i>Vilhjálmur Vilhjálmsson, formaður Landssamtaka hjartasjúklinga.</i>	56
Sjónarmið aðstandenda sjúklings <i>María Gísladóttir, aðstandandi sjúklings.</i>	58
Viðhorf nemenda til náms og rannsókna <i>Kolbrún Pálsdóttir, læknanemi.</i>	59
Ávarp heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra við afhendingu viðurkenningar til Þorvarðar Örnólfssonar fyrir baráttu gegn reykingum.	60
Þátttakendur á Heilbrigðisþingi 2003	62

Formáli

Í þessu riti eru erindi sem haldin voru á Heilbrigðisþingi 2003 sem haldið var 7. nóvember sl. Viðfangsefni heilbrigðisþingsins að þessu sinni var **Háskólasjúkrahús á Íslandi - Framtíðarsýn, hlutverk og samfélagsleg ábyrgð**. Ástæða þess að þetta efni var valið er sú að þörf var talin á að ræða stöðu háskólasjúkrahúss á Íslandi og hvert stefndi og bæri að stefna á næstu árum.

Í byrjun októbermánaðar 2003 skipaði Jón Kristjánsson, heilbrigðisráðherra, tvær nefndir sem báðar skyldu fjalla um grundvallarþætti heilbrigðisþjónustunnar og báðum var ætlað að varða veginn inn í framtíðina. Önnur fékk það verkefni að gera tillögur til ráðherra um hvernig endurskilgreina megi verksvið Landspítala - háskólasjúkrahúss (LSH) og Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA). Hinni var falið að endurskoða lög um heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisþingið þjónaði því öðrum þræði þeim tilgangi að draga fram þá þætti sem hafa mótað þróunina undanfarin ár og auðvelda með því nefndunum að takast á við verkefni sín.

Í erindi sínu á heilbrigðisþingi lagði Jón Kristjánsson, heilbrigðisráðherra, áherslu á að uppbygging háskólasjúkrahússins snerist ekki um tafarlausan peningalegan sparnað eins og oft hefur verið haldið á lofti. Sameiningin hefði í fyrsta lagi beinst að því að nýta ráðstöfunarfé hins opinbera betur í bráð og í öðru lagi að búa í haginn fyrir öflugan háskóla- og kennsluspítala á Íslandi í lengd. Enn fremur lagði heilbrigðisráðherra áherslu á að menn nálguðust umræðuna um háskólasjúkrahúsið út frá þeim sem þjóna á.

Runólfur Pálsson, lektor og læknir á LSH, taldi að þó tækifæri til framfara hefðu skapast með sameiningunni og stofnun LSH vantaði mikið upp á að sjúkrahúsið stæðist samanburð við erlend háskólasjúkrahús í þeim skilningi

að grunnrannsóknir væru veikburða á Íslandi og þá sérstaklega innan klínískra greina. Árangur íslenskra vísindamanna á sviði læknisfræði og lífvísinda væri hins vegar eftirtektarverður með tilliti til birtra greina í fagtimaritum. Til þess að koma háskólasjúkrahúsinu í fremstu röð væri að hans dómi mikilvægt að auka akademísk áhrif í æðstu stjórn sjúkrahússins og efla faglegt og rekstrarlegt sjálfstæði sérgreina í læknisfræði.

Eini fyrirlesarinn á heilbrigðisþinginu sem starfar á erlendri grundu var Hulda Gunnlaugsdóttir, hjúkrunarfræðingur og sviðsframkvæmdastjóri á Ullevålháskólasjúkrahúsinu í Osló. Hún greindi m.a. frá þeim breytingum sem gerðar hafa verið í stjórnun og rekstri sjúkrahúsa í Noregi. Sérstaka athygli vakti sú einföldun í faglegru stjórnun sem gerð hefur verið á sjúkrahúsunum þar í landi en hún felur í sér að aðeins er um einn sviðsstjóra að ræða á hverju sviði lækningar og hjúkrunar. Hulda er til að mynda sviðsframkvæmdastjóri á skurðlækningasviðinu á Ullevål og þar með bæði yfirmaður hjúkrunarfræðinga og lækna á skurðlækningasviðinu.

Magnús Pétursson, forstjóri LSH, vakti athygli á því að í frelsi háskólasamfélagsins, hinu akademíska frelsi, fælist ekki frelsi frá skyldum heldur frelsi til frjálsrar hugsunar. Háskólamaðurinn yrði, þrátt fyrir frelsið, að skila dagsverki sínu til vinnuveitandans og skilja milli einkahagsmuna og hlutverks síns sem starfsmaður háskóla. Magnús sagði einnig að þegar við svörum spurningunni um hvort LSH gæti talist háskólasjúkrahús yrðum við að tengja svarið við þá umgjörð sem sjúkrahúsinu væri búin. Í þessu sambandi yrðu menn að hafa hugfast að við byggjum við ófullnægjandi lagasetningu, úreltar skilgreiningar á sjúkrahúsum og vanmat á kostnaði við starfseminu.

Of langt mál er að gera grein fyrir efni allra fyrirlestranna í formála sem þessum og er lesendum því vísað á framlag hvers fyrirlesara fyrir sig. Sérstök athygli skal þó vakin á rödd samtaka sjúklinga og sjónarmiðum aðstandenda sjúklinga. Þátttaka þeirra undirstrikar það sjónarmið sem heilbrigðisráðherra nefndi í sínu ávarpi að mikilvægt væri að við nálgðumst umræðuna um framtíðina út frá þeim sem heilbrigðisþjónustan á að þjóna.

Sú nýbreytni var tekin upp í lok þessa heilbrigðisþings að veita sérstaka viðurkenningu fyrir vel unnin störf. Hlaut hana að þessu sinni Þorvarður Örnólfsson, fyrrverandi framkvæmdastjóri Krabbameinsfélags Íslands, fyrir baráttu sína gegn reykingum um áratugaskeið. Þetta starf hans var unnið í senn af einstæðum eldmóði, hógværð og samvisskusemi sem einkennt hefur Þorvarð alla tíð.

Til heilbrigðisþings er boðað í samræmi við ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990. Þar segir m.a.: „Heilbrigðisþing skal haldið eigi sjaldnar en fjórða hvert ár. Verkefni heilbrigðisþings skulu vera ráðgjafar- og umsagnarstörf á sviði heilbrigðismála. Til heilbrigðisþings skal boða fulltrúa hinna einstöku þátta heilbrigðisþjónustunnar og heilbrigðisstétta.“

Áætlana- og þróunarskrifstofa heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins sá um Heilbrigðisþingið 2003 en skrifstofan naut jafnframt fulltingis Sigurðar Guðmundssonar, landlæknis, og Ragnheiðar Haraldsdóttur, skrifstofustjóra, við undirbúning þinghaldsins.

Ingridur Einarsson,
skrifstofustjóri áætlana-
og þróunarskrifstofu.

Jóns Kristjánssonar, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra

Ágætu þingfulltrúar.

Síðast þegar við komum saman undir merkjum heilbrigðisþingsins var rétt búið að taka ákvörðun um að byggja upp Landspítala - háskólasjúkrahús undir einni stjórn og sameina sérgreinar spítalans. Núna er því bæði hollt fyrir heilbrigðisfyrivöld og gagnlegt fyrir fagfólk að staldra við og reyna að skyggast inn í framtíð heilbrigðisþjónustunnar á grundvelli þess sem gert hefur verið.

Framtíðarsýn, hlutverk og samfélagsleg ábyrgð háskólasjúkrahúss á Íslandi er þema þingsins og ef ég þekki frummælendur rétt þá hafa þeir flestir svör á reiðum höndum og vonandi vakna hér í dag líka nýjar, krefjandi spurningar.

Þegar við ákváðum að byggja upp Landspítala - háskólasjúkrahús var búið að kortleggja og kanna slíka sameiningu margsinis, andstætt því sem stundum hefur verið haldið fram.

Það var búið að gera úttektir, skrifa skýrslur og álit og veða kosti og ókosti fram og aftur. Það var í raun aðeins eftir að taka ákvörðunina sem forveri minn gerði og ríkisstjórnin sem þá var við völd.

Fyrirfram var vitað að sameining sérgreina yrði erfitt verk tæknilega, fyrirfram var vitað að ekki yrðu allir fullkomlega sáttir og fyrirfram var vitað að sameining myndi hafa í för með sér óþægindi fyrir starfsfólk og sjúklinga.

Uppbygging háskólasjúkrahússins hér snerist ekki um tafarlausan peningalegan sparnað eins og haldið hefur verið fram. Bæði forveri minn í embætti og ég sjálfur höfum ávallt lagt áherslu á að með sameiningunni værum við í fyrsta lagi að nýta ráðstöfunarfé



okkar betur í bráð og í öðru lagi að búa í haginn fyrir öflugan háskóla- og kennsluspítala á Íslandi í lengd.

Það er almennt viðurkennt að æskilegast væri, vegna lækninganna, rannsóknanna og kennslunnar, að upptökusvæði spítala, eins og við erum að byggja hér upp, þyrfti að vera 700 til 1200 þúsund manns. Þessu mega menn ekki gleyma, hvorki þegar menn eru að tala um kostnað né

faglega stöðu og metnað á Landspítala - háskólasjúkrahúsi.

Fámennis vegna verðum við stundum að fara aðrar leiðir en fjölmennari þjóðir fara en það er ekkert sem segir að við getum ekki gert eins vel og betur á þeim sviðum þar sem við getum með raunhæfum hætti borið okkur saman við aðra.

Og af því ég er farinn að tala um samannburð þá finnst mér það nokkur tíðindi að nú er í fyrsta sinn hægt að bera tiltekna þætti starfseminnar saman við erlenda spítala með áreiðanlegum hætti. Þegar sá samannburður er skoðaður geta starfsmenn Landspítala - háskólasjúkrahúss verið stoltir.

Ágætu þingfulltrúar.

Ég hef nýlega sett niður nefnd sem á að gera tillögur til mín um hvernig endurskilgreina megi verksvið Landspítala - háskólasjúkrahúss og Fjórðungs-sjúkrahússins á Akureyri með tilliti til breyttra þjóðfélagsaðstæðna í landinu.

Nefndin á að skilgreina verksvið spítalanna sem hátækni-sjúkrahúsa, sem kennslustofnana, sem miðstöðva faglegrar þróunar, sem stofnana, sem veita öllum landsmönnum þjónustu, og sem svæðisbundinna sjúkrahúsa. Þessi

nefnd á líka að kanna verkaskipti milli sjúkrahúsanna og annarra, svo sem einkarekinna læknastofa og, ég undirstrika, hún á að skila af sér í vor.

Ég bind vonir við að niðurstöður nefndarstarfsins geti orðið náma fyrir heilbrigðisyfirlög og Alþingi að sækja í þegar ákvarðanir verða teknar um frekari uppbyggingu háskólasjúkrahússins og þá er ég bæði að tala um Landspítalann sem hús og þjónustuna sem þar er veitt.

Ég sé fyrir mér öflugan háskólaspítala sem sinnir kennslu og getur líka sinnt sérhæfðustu þáttum heilbrigðisþjónustunnar. Þarna færi auðvitað fram grunn- og framhaldsnám lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta. Þarna þarf líka að verða til þekkingarmiðstöð heilbrigðisþjónustunnar í landinu sem byggist á rannsóknum og hagnýtingu þeirra niðurstæðna sem verða til á vettvangi háskólasjúkrahússins og annarra aðila, innlendra sem erlendra.

Góðir þingfulltrúar.

Ég útiloka ekkert í sambandi við þá uppbyggingu sem við þurfum nú að takast á við á næstu misserum. Eitt stykki sjúkrahús undir sama þaki kemur til greina og eins mætti hugsa sér að háskólasjúkrahús væri sameiginlegur vettvangur margra tiltölulega sjálfstæðra eininga sem störfuðu undir sameiginlegri stjórn svo dæmi sé tekið.

Ég útiloka ekkert í þessum efnun en ég

legg þunga áherslu á að sú vinna, sem nú er hafin og standa mun í vetur, snúist ekki bara um fjárveitingar og að hún snúist ekki bara um hagsmuni þeirra fagstétta í víðasta skilningi orðsins sem vinna verkin, kenna eða kanna.

Ég geri kröfu til þess að nefndarmenn og allir, sem koma að þessari umræðu, ræði heilbrigðisþjónustuna út frá þeim sem þjóna á. Ég ætlast líka til þess að menn ræði heilbrigðisþjónustuna opið og heiðarlega á pólitískum grundvelli og ekki síður siðfræðilegum. Heilbrigðisþjónusta er ekki bara hagfræði.

Umfram allt geri ég kröfu til þess að við höfum öll spilin uppi á borðinu. Það þurfa öll sjónarmið að heyrast. Það þarf að velta við öllum steinum. Mennt eiga til dæmis ekki að komast upp með hálfannleik þegar verið er að bera saman rekstrarform heilbrigðisþjónustu milli landa eða útgjaldatölur. Við eigum að hafa allar staðreyndir, heildarmyndina, fyrir augunum og taka ákvarðanir í ljósi þeirra. Heiðarleg og fordómalaus umræða á þessum grundvelli skilar okkur vandaðri niðurstöðu.

Markmiðið er einfalt: Heilbrigðisþjónustan á almennt að stuðla að fullkomnu líkamlegu, andlegu og félagslegu velferli og ekki einungis firð sjúkdóma. Og háskólasjúkrahús á Íslandi á að tryggja að þekking og þjálfun sé þannig að við getum staðið við þessi markmið.

Ég segi Heilbrigðisþing 2003 sett.

Heilbrigðisþing 2003 - Háskólasjúkrahús á Íslandi

– Framtíðarsýn, hlutverk og samfélagsleg ábyrgð –

Dagsetning: 7. nóvember 2003
Tími: Kl. 08:00 - 17:00
Þingstaður: Salurinn Tónlistarhúsi Kópavogs, Hamraborg 6
Ráðstefnustjóri: Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri
Fundarstjórar: Vilborg Ingólfssdóttir, yfirhjúkrunarfræðingur
Helgi Már Arthúrssen, upplýsingafulltrúi

Dagskrá:

08:00 - 08:40 Skráning
08:40 - 08:50 Ávarp Jóns Kristjánssonar, heilbrigðisráðherra

I. Hvernig verður háskólasjúkrahús framtíðarinnar?

08:50 - 09:10 Háskólasjúkrahús í alþjóðlegu samhengi
Runólfur Pálsson, lektor og sérfræðingur á LSH
09:10 - 09:30 Reynsla af faglegri stjórnun á háskólasjúkrahúsi í Noregi
Hulda Gunnlaugsdóttir, sviðsstjóri við Ullevålsjúkrahúsið í Osló
09:30 - 09:50 Markmið og stjórnun háskólasjúkrahúss á Íslandi
Magnús Pétursson, forstjóri LSH
09:50 - 10:10 Stefna og stjórnun háskólasjúkrahúss - Nýjar áskoranir á nýrri öld
Sigrún Gunnarsdóttir, verkefnastjóri á LSH
10:10 - 10:40 Kaffihlé

II. Hvaða kröfur gerum við til háskólasjúkrahúss?

10:40 - 10:50 Háskólasjúkrahús sem miðstöð upplýsinga- og hátækni
Margrét Oddsdóttir, skurðlæknir og prófessor við HÍ
10:50 - 11:00 Heilsugæslan og háskólasjúkrahús
Alma Eir Svavarsdóttir, aðjúnt og heilsugæslulæknir
11:00 - 11:10 Sjúkrastofnanir landsins og háskólasjúkrahús
Guðjón Brjánsson, framkvæmdastjóri
11:10 - 11:20 Sjálfstætt starfandi sérfræðingar og háskólasjúkrahús
Gizur Gottskálfsson, sérfræðingur í lyflækningum
11:20 - 11:30 Sjálfstætt starfandi aðilar og háskólasjúkrahús
Ásta Möller, hjúkrunarfræðingur

- 11:30 - 12:00 Pallborðsumræður undir stjórn Sigurðar Guðmundssonar, landlæknis
- 12:00 - 13:00 Hádegisverður í Salnum

III. Hvernig verða kennsla, rannsóknir og þjónusta á háskólasjúkrahúsi í framtíðinni?

- 13:00 - 13:20 Kennsla heilbrigðisstétta
Kristján Erlendsson, varadeildarforseti, kennslustjóri og dósent
- 13:20 - 13:40 Rannsóknir og þróun þekkingar
Guðmundur Þorgeirsson, sviðsstjóri og prófessor við HÍ
- 13:40 - 14:00 Kennsla, rannsóknir og þróunarstarf á sviði hjúkrunar
Hrund Scheving Thorsteinsson, sviðsstjóri á LSH og lektor við HÍ
- 14:00 - 14:20 Þjónusta við sjúklinga og starfsumhverfi
Guðrún Sigurjónsdóttir, sviðsstjóri endurhæfingar á LSH

IV. Hver eru sjónarmið fagaðila, samtaka sjúklinga, aðstandenda og nemenda?

- 14:20 - 14:30 Kennsla, rannsóknir og þróunarstarf á landsbyggðinni
Þorvaldur Ingvarsson, lækningaforstjóri FSA
- 14:30 - 14:40 Mikilvægi og hlutverk rannsóknarstarfsemi
Hans Guðmundsson, forstöðumaður hjá Rannís
- 14:40 - 14:50 Rödd samtaka sjúklinga
Vilhjálmur Vilhjálmsson, formaður Landssamtaka hjartasjúklinga
- 14:50 - 15:00 Sjónarmið aðstandenda sjúklinga
María Gísladóttir, aðstandandi sjúklings
- 15:00 - 15:10 Viðhorf nemenda til náms og rannsókna
Kolbrún Pálsdóttir, læknanemi

V. Þinglok

- 15:10 - 15:30 Kaffihlé
- 15:30 - 16:00 Pallborðsumræður undir stjórn Elsu Friðfinnsdóttur, formanns Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- 16:00 Þingslit og verðlaunaafhending
- 16:00 - 17:00 Heilbrigðisráðherra býður þingfulltrúum til móttöku í Salnum

I. Hvernig verður háskólasjúkrahús framtíðarinnar?

Háskólasjúkrahús í alþjóðlegu samhengi

Háskólasjúkrahús er miðstöð kennslu og rannsóknna í heilbrigðisvísindum. Vísindastarf og þekkingarsköpun eru aðalmerki háskólasjúkrahúss en þjónusta við sjúklinga er þó ávallt í öndvegi. Starfslið er ráðið með tilliti til kennslu og vísindastarfa ekki síður en þjónustustarfa og er leitast við að ráða þá bestu úr röðum lækna og vísindamanna.

Augljós tækifæri til framfara sköpuðust við stofnun Landspítala - háskólasjúkrahúss (LSH), s.s. aðstaða til að efla klíniska þjónustu og möguleikar á aukinni framþróun í kennslu og rannsóknum. Engin formleg stefnumótun átti sér stað og væntingar um fjárhagslegan



sparnað voru ráðandi. Ýmislegt hefur þó áunnist, t.d. hafa sérgreinar í læknisfræði verið skilgreindar betur sem starfrænar einingar, samstarfssamningur milli LSH og Háskóla Íslands (HÍ) hefur verið formfestur, framhaldsmenntun hefur verið eflað og vísindastefna mótuð. Mikið vantar þó upp á að LSH geti staðist samanburð við erlend háskólasjúkra-

hús. Grunnrannsóknir eru veikburða, einkum innan klínískra sérgreina. Mikill skortur er á aðstöðu til akademískrar starfsemi og í fjárveitingum sjúkrahússins er ekkert eynamerkt fé til kennslu og rannsókna. Ráðningar lækna hafa nær eingöngu miðast við klínísk störf og eru þeir flestir í hlutastarfi. Loks hamlar það akademískri uppbyggingu að meginstarfsemi sjúkrahússins er skipt milli tveggja staða.

Er raunhæft að LSH geti staðist samanburð við hliðstæðar stofnanir erlendis? Við höfum á að skipa stórum hópi af vel menntuðum einstaklingum sem ætti að geta tekist á við þetta verkefni. Íslenskir vísindamenn á sviði læknisfræði og lífvísinda hafa unnið stórvirki þrátt fyrir bágbornar aðstæður og er fjöldi birtra greina í fagtímaritum til marks um það. Þá sýnir árangur Íslenskrar erfðagreiningar hversu langt er hægt að ná á sviði grunnvísinda í okkar litla samfélagi ef aðstaða og fjármagn eru fyrir hendi.

Ég tel að stefna skuli að því að LSH verði samanburðarhæft við háskólasjúkrahús á Vesturlöndum. Í því tilliti er mikilvægt að auka akademísk áhrif í æðstu stjórn sjúkrahússins og efla faglegt og rekstrarlegt sjálfstæði sérgreina í læknisfræði. Sameina þarf meginstarfsemi sjúkrahússins sem fyrst á einum stað og er nauðsynlegt að vísindastarfsemi hafi þar aðsetur í nánum tengslum við klíniska starfsemi. Þjóða þarf upp á sérfræðinám eða hluta sérfræðináms í stærstu sérgreinum læknisfræði og öðrum heilbrigðisvísindagreinum. Koma verður á fót öflugum grunnrannsóknum með sterkum tengslum við klínískar greinar læknisfræði. Ráða þarf hæfa vísindamenn til starfa og stefna að uppbyggingu öflugs vísindasamfélags. Fyrirkomulagi fjármögnunar á rekstri sjúkrahússins verður að breyta og er nauðsynlegt að skilgreindri fjárhæð sé ráðstaf-

að til akademískrar starfsemi. Enn fremur þarf að auka styrkfé til vísindarannsókna. Loks er mikilvægt að efla samstarf við vísindastofnanir og líftæknifyrirtæki hér heima og erlendis.

Ljóst er að talsvert skortir til að LSH standi

undir nafni sem háskólasjúkrahús. Ráða má bót á því með markvissu skipulagi, fjármögnun í samræmi við hlutverk og ráðningu hæfustu fagaðila sem völ er á.



Hulda Gunnlaugsdóttir, sviðsstjóri við Ulleválsjúkrahúsið í Osló:

Reynsla af faglegri stjórnun á háskólasjúkrahúsi í Noregi

Háskólasjúkrahúsið Ullevål í Osló, þar sem ég starfa sem sviðsframkvæmdastjóri á skurðlækningasviði, er eitt af stærstu sjúkrahúsum í Norður-Evrópu. Árlegt fjárframlag til sjúkrahússins er um 650 milljónir norskra króna, starfsmenn eru u.þ.b. 1200, árlegar göngudeildarkomur eru 62.000, dagaðgerðir 10.000 og innlagnir 29.000. Sem stjórnandi verð ég ávallt að huga að fimm meginþáttum: starfsfólki, gæðum starfseminnar, rekstri, þekkingu og þjónustu. Þessi fyrirlestur fjallar hins vegar að mestu um rekstur. En til þess að geta sagt eitthvað um næstu 10-15 árin er mikilvægt að líta aðeins um öxl og athuga hvað hefur gerst innan norska heilbrigðiskerfisins á síðastliðnum sjö árum.

Kröfur þjóðfélagsins um styttri biðtíma og þægindi

Deildir sjúkrahúsa hafa verið sameinaðar á undanförunum árum. Má þar nefna kvennadeild og barnadeild, þvagfæradeild og æðaskurðeild, háls-, nef- og eyrnadeildir og á árinu 2004 er áformað að sameina taugasjúkdómadeild og tauga- og heilaskurðeild auk hjartaskurðeildar og hjartadeildar. Tekið hefur verið upp nýtt fjármögnunarkerfi sem byggist 40% á grunnfjárveitingu og 60% á DRG. Upplýsingar um biðlista er nú að finna á Internetinu og tekið hefur verið upp frjálst val á sjúkrahúsum. Gerðar hafa verið umfangsmiklar breytingar á rekstri sjúkrahúsa og rekstur stærstu sjúkrahúsanna er nú á hendi ríkisins. Landinu hefur jafnframt verið skipt í fimm heilbrigðisumdæmi. Þess er krafist að rekstur heilbrigðisstofnana sé ávallt innan ramma fjárlaga. Einstaklingar eiga nú rétt til meðhöndlunar innan árs og frá og með 2004 innan sex mánaða. Teknir hafa verið upp samhæfir gæðastaðlar, læknabréfum skal skila



innan sjö daga, takmarkað hefur verið hversu margir mega liggja á göngum sjúkrahúsa, reglur hafa verið settar um styttingu hámarksbiðtíma vegna t.d. lærbrotta og gerðar eru kannanir reglulega á ánægju sjúklinga með þjónustuna.

Samhæfð stjórnun

Það er einn aðalstjórnandi á hverju sviði sjúkrahúsa. Stjórnun tekur ekki mið af starfsgrein heldur afkastagetu, nýju fjármögnunarlíkani, sjúklingaflæði, birgðahaldi, skipulagningu skurðaðgerða, svo nokkur dæmi séu tekin. Afkastaaukningin á skurðlækningasviði var 10% árið 2002 og 20% árið 2003. Mikil þróun og fjölgun hefur orðið í dagaðgerðum í takt



við nútíma tækjabúnað, svæfingaraðgerðir, skurðaðgerðir og LEON-prinsippið. En það felur í sér að ávallt skuli leitast við að leysa vandamál á lágsta og áhrifaríkasta stigi eða „-laveste effektive omsorgsnivå“. Frjáls samkeppni gildir milli sjúkrahúsanna og þau skulu vera samkeppnisfær varðandi biðtíma og þjónustu. Algengt er að sérfræðingar vinni bæði á ríkisreknum sjúkrahúsum og einkastofum. Þetta er líkast því að Coca Cola myndi lána sína bestu framleiðslustjóra til Pepsi Cola hluta úr degi. Úr þessu þarf að bæta. Mikið er rætt um skyldur starfsmanna gagnvart sínum vinnuveitanda, hver sé staða hins opinbera í rekstri heilbrigðisþjónustunnar og hvað það feli í sér að vera stjórnandi á sjúkrahúsi. Ákveðnar kúlturbreytingar ganga nú yfir.

Árangur hingað til

Afköst hafa aukist og biðlistar styst. Hægt er að gera fleiri aðgerðir á sviði bæklunarað-

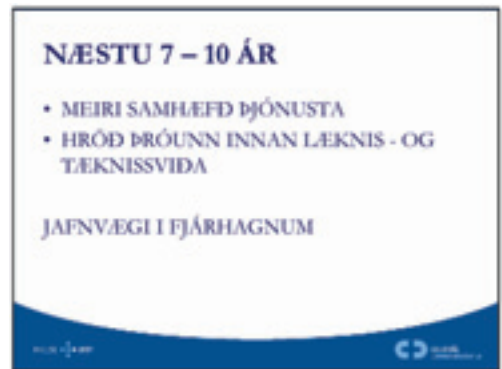


gerða, kvensjúkdómaaðgerða og hjartaaðgerða. Ávinningurinn felst í að kostnaður við starfsmannahald hefur minnkað. Öllum er boðið upp á sambærilega meðferð, læknaþréfum er skilað innan sjö daga, engir sjúklingar liggja lengur á göngum og ánægja sjúklinga hefur aukist. Hvar kreppir þá skórinn? Við

höfum ekki stjórn á forgangsöröðuninni. Hver á rétt á heilbrigðisþjónustu? Eigum við að sinna öllum fyrirburum? Eigum við að framkvæma hjartaaðgerðir á níræðu fólki? Tæknilega getum við gert ótrúlegustu hluti. Stjórnsmálamenn og heilbrigðisyfirvöld verða að taka meira þátt í þessari umræðu. Enn fremur er mikilvægt að lækna svari betur ýmsum siðfræðilegum spurningum og álítaefnum.

Næstu 7-10 ár

Svo lengi sem við búum við hagvöxt er auðveldara að leysa vandamál og sinna helstu verkefnum heilbrigðisþjónustunnar. Verkefni eru samt jafnknýjandi í dag og fyrir sjö árum og þau krefjast aukinnar samhæfingar. Miklar breytingar eiga sér stað innan læknis- og tæknisviða. Við þurfum að skyggjast inn í framtíðina og reyna að sjá heildarmyndina. Jafnframt því sem við tileikum okkur ýmsar nýjungar og tækni verðum við að sjá til þess að



fjármál heilbrigðisþjónustunnar séu í jafnvægi.

Að lokum vil ég þakka fyrir þetta einstaka tækifæri að fá að taka þátt í Heilbrigðisþinginu 2003.

Takk.

Markmið og stjórnun háskólasjúkrahúss á Íslandi

Heilbrigðisráðherra, ráðstefnustjóri, góðir ráðstefnugestir.

Yfirskrift fyrsta hluta þessa þings er: Hvernig verður háskólasjúkrahús framtíðarinnar? Það, efni sem ég tek til umfjöllunar, er: Markmið og stjórnun háskólasjúkrahúss á Íslandi.

Rökræða um markmið og stjórnun háskólasjúkrahúss á Íslandi leiðir fram nokkrar grundvallarspurningar sem eru óhjákvæmilegar í upphafi máls.

- Fyrst þarf að spyrja, hvað er háskóli og hvað háskólasjúkrahús? Hvað er sameiginlegt með þessum stofnunum og er til viðurkennd skilgreining á hugtakinu háskólasjúkrahús? Er háskólasjúkrahús á Íslandi í eðli sínu frábrugðið háskólasjúkrahúsum í öðrum löndum.
- Í annan stað má spyrja hvort LSH standist skilgreiningu þess að vera háskólasjúkrahús og samanburð við sambærilegar stofnanir í öðrum löndum?
- Loks má spyrja hvort stjórnun háskólasjúkrahúss sé frábrugðin stjórnun annarra sjúkrahúsa eða fyrirtækja og hvaða viðfangsefni blasa við okkur í því efni á LSH.

Skoðum nú hvert þessara mála um sig.

Fyrsta spurningin hljóðar svo: Hvað er háskóli og hvað háskólasjúkrahús?

Við getum verið sammála um að háskóli sé setur æðri menntunar og rannsókna. Háskólanám felst m.a. í því að rannsaka og kryfja mál til mergjar og skapa nýja þekkingu svo tryggt sé að þekking nemans sé í fremstu röð. Eitt af meginhlutverkum háskóla er því ný þekkingarsköpun sem stuðlar að jákvæðri þróun samfélagsins í víðum skilningi.

Erfitt er að segja hvaða þekking kemur okk-

ar samfélagi mest til góða þegar fram í sækir. Ný þekking, sem talin er léttvæg nú, getur, er tímar líða, orðið upphafið að mikilvægri þróun. Til nýsköpunar þarf frelsi sem er eitt af grundvallaratriðum háskólasamfélagsins auk víðsýni og vitundar um samfélagið sem við hrærumst í. En hvað felur frelsið í sér?

Frelsi háskólasamfélagsins, hið akademíska frelsi, er ekki frelsi frá skyldum heldur frelsi til hugsunar. Háskólamaðurinn er t.d. ekki undanþeginn því að miðla þekkingu til nemenda eða axla stjórnunarábyrgð sé þess óskað. Frelsið er e.t.v. einkum fólgið í því að velja sjálfur rannsóknarviðfang sem getur verið huglægt og jafnvel abstrakt. En því fylgir rík krafa um sjálfsaga og mikla sjálfsgagnrýni. Háskólamanninum ber, þrátt fyrir frelsið, að skila tilskyldu eða umsömdu starfi til þess vinnuveitanda sem hann starfar hjá og að skilja milli einkahagsmuna og hlutverks síns sem starfsmanns háskóla.

Lítum á stöðu hins aðila þessa máls, sjúkrahússins. Grundvallarhlutverk sjúkrahúss er að veita sjúkum þjónustu. Í því felst ekki frelsi heldur skylda til að nota viðurkennda þekkingu í þágu sjúkra eins og best má vera. Allt starfið er háð ströngum fyrirmælum og sjúklingar eiga rétt á þeirri meðferð sem best þekkest, tilfinninga- eða fordómalaust. Starfsemi sjúkrahúss lýtur því miklu fremur lögmálum fyrirtækjarekstrar en hins akademíska frjálsræðis háskóla.

Háskólasjúkrahús sprettur úr umhverfi akademíunnar, þ.e. hinnar óheftu en öguðu hugsunar og ríkra skyldna og krafna sem til sjúkrahúss eru gerðar. Innan þessara marka starfar háskólasjúkrahús og þó rannsóknarfrelsið beri að virða eru því óhjákvæmilega takmörk sett.

Er til hin fullkomna uppskrift að háskólasjúkrahúsi? Nei, ekki mér vitandi. Ég freistast

til að líta svo á að í háskólasjúkrahúsi mætist tveir menningarheimar; hinn svokallaði frjálsi, akademíski og heimur mannúðar og líknar sem krefst agaðrar vinnu. Engan þarf að undra að setning markmiða og stjórnun samfélags sem háskólasjúkrahús er, eins og hann er hér skilgreindur, er langt í frá einfalt viðfangsefni og á sannarlega við um Landspítala - háskólasjúkrahús.

Þá kem ég að spurningu númer 2: Stenst LSH skilgreiningu þess að vera háskólasjúkrahús og samiburð við hliðstæð sjúkrahús í öðrum löndum?

Það er verðugt verkefni að velja fyrir sér hvort LSH geti talist til háskólasjúkrahúsa með áþekkingu hætti og gerist í hinum stærri samfélögum. Við hneigjumst til að gera þetta e.t.v. án þess að hafa markað okkur skýra stöðu í alþjóðlegu ljósi. Metnaður okkar til þess að uppfylla þau grundvallarskilyrði, sem til þarf, er vissulega einlægur og varð m.a. til þess að starfsmenn sjúkrahúsanna í Reykjavík sameinuðust undir þessu merki við samruna þeirra. En háskólasjúkrahús verður ekki til fyrir ákvörðunina eina sér og það er ekki heldur bygging í hefðbundnum skilingi þess orðs. Í mínum huga er háskólasjúkrahús fremur viðurkenning eða samkomulag fólks um tiltekið viðhorf - jafnvel lífsviðhorf - og ákveðið gildismat. Áður en ég kem að því hver þessi gildi gætu verið er nauðsynlegt að hugleiða aðstæður okkar nú, einkum m.t.t. þriggja þátta sem setja okkur umgjörð:

- ófullnægjandi lagasetning um háskólasjúkrahús,
- úreltar skilgreiningar á sjúkrahúsum á Íslandi og
- vanmetinn kostnaður við starfsemi.

Skýrum þetta frekar.

Í fyrsta lagi tel ég að samskipti Háskóla Íslands og LSH hafi ekki þróast í takt við tímann. Við stofnun Landspítalans fyrir rúmum 70 árum voru böndin milli skóla og spítala nánin og viðurkennd. Það eflði heilbrigðisþjón-

ustuna og þau vísindi sem í kringum hana spruttu. Samhliða því að samfélag okkar hefur breyst tel ég að margt í samskiptum þessara stofnana hafi setið eftir. Hér get ég nefnt völd og ábyrgð manna, málefni sameiginlegra starfsmanna og fjármál. Ný lög um HÍ bera með sér aukið sjálfræði og jafnframt ábyrgð stjórnenda sem skólinn er að vinna úr. Af nánun samstarfi HÍ og LSH og sameiginlegri stjórnun í veigamiklum atriðum leiðir að full þörf er á að endurskoða einnig grundvallarlöggjöfina um háskólasjúkrahúsið.

Í öðru lagi tel ég að heilbrigðisstofnanir í landinu þurfi að skilgreina og flokka að nýju og ég held að við eigum að sammælast um að LSH sem háskólasjúkrahús og Fjórðungs-sjúkrahúsið á Akureyri að vissu marki njóti nokkurrar sérstöðu í þeirri umfjöllun. Þetta eru hvorki merkilegri né ómerkilegri stofnanir en aðrar, hvort heldur í opinberri eigu eða einka en hlutverk þeirra skapar þeim sérstöðu.

Í þriðja lagi held ég að samstaða sé um að heilbrigðisyfirvöld, menntamálayfirvöld og Alþingi hafi á vissan hátt brugðist í að fjalla um hvað þurfi til að halda úti háskólasjúkrahúsi. Menntamálayfirvöld vinna eftir einfaldri reiknireglu um kostnað við nemendur í heilbrigðisvísindadeildum HÍ. Meðan svo er eru upplýsingar um kostnað við menntun 500 nema í starfsnámi á LSH grófllega vantaldar og villandi.

Eins og fundarmenn þekkja er mjög mismunandi hver þessi kostnaður er talinn vera en allir fallast á að hann er verulegur. Í skýrslu, sem unnin er af samtökum háskólasjúkrahúsa í Bandaríkjunum, er talið að 28% útgjalda fari til kennslu og rannsókna og að á kennsluspítölum, sem ekki fást við rannsóknir, nemi þessi kostnaður 11%. Í Svíþjóð hins vegar er gert ráð fyrir að kennsla og rannsóknir á háskólasjúkrahúsum nemi að lágmarki 3% af veltu sem jafngildir 800 m.kr. á ári í rekstri LSH.

En kjarni málsins er að svara spurningunni um það hver hin dýru gildi eru sem þarf að heiðra til þess að standa undir því að teljast háskólasjúkrahús. Ég ætla að setja fram fjögur atriði

í þessu samhengi sem ég tel vera aðalsmerki góðs háskólasjúkrahúss:

1. Hið fyrsta er að grundvallarmarkmið háskólasjúkrahús hlýtur að vera sýnilegar umbætur í lækningum, hjúkrun og allri umönnun sjúkra. Kennsla, rannsóknir og meðhöndlun sjaldgæfra sjúkdóma og hátækni-meðferð eru leiðir að því marki.
2. Í annan stað hefur háskólasjúkrahús einnig félagslegar skyldur. Það á að standa fyrir og hvetja til umfjöllunar og aðgerða um lýðheilsu. Þetta verður best gert með öflugri þekkingarleit og þekkingarmiðlun.
3. Í þriðja lagi og í ljósi sérstöðu sinnar ber LSH sem háskólasjúkrahúsi að taka þeirri áskorun að samræma og tengja akademísk gildi og góðan rekstur. Það þarf að vera leiðandi í notkun viðurkenndra mælikvarða á sem flestum sviðum og nýta fyrir opnum tjöldum til samanburðar við aðra háskólasjúkrahús og þannig standa reikningskil gjörða sinna.
4. Loks ber háskólasjúkrahúsi að hafa frumkvæði og leiða nýjungar í tilhögun þjónustu, rannsókna og kennslu. Rúm verður að vera fyrir frumkvæði til breytinga.

Um sérhvert þessara fjögurra atriða má flytja langt mál. Hér er ekki staður né stund til þess og verum minnug sérstöðu okkar þar sem er fámennið og skyldan að gera fjölmargt sem háskólasjúkrahús í öðrum löndum ýta frá sér.

Vel má vera að við getum með hýrri há sagt að Landspítali uppfylli ýmsar þær kröfur sem gerðar eru til háskólasjúkrahús. Á öðrum sviðum er ég alls ekki viss um að við höfum lagt okkur nægjanlega fram. Okkur er gjarnt að trúna að hér sé veitt heimsins besta heilbrigðisþjónusta og að akademískt frelsi leiki um starfið. Það þarf að ganga úr skugga um réttmæti þessara staðhæfinga.

Ég tel að við getum bærulega við unað og talið okkur í flokki háskólasjúkrahúsa og eigum að bera okkur saman við jafningja í nálægum löndum. Það eigum við eftir að gera með

sannfærandi hætti. Við getum gert betur, um það er engum blöðum að fletta en þeir, sem mesta ábyrgð bera á hinu akademíska starfi, og þar með að spítalinn standi undir nafni, verða að sýna ábyrgð í kröfum sínum og gagnrýni og hvert henni er beint.

Það er viðfangsefni allra starfsmanna LSH að móta spítalann sem akademíska stofnun og setja Landspítala - háskólasjúkrahúsi leiðarljósi til framtíðar.

Þá kem ég að síðasta atriðinu, stjórnun háskólasjúkrahúss sem er að vissu leyti flóknari en stjórnun annarra fyrirtækja eða stofnana. Á hefðbundin stjórnun yfirleitt við í stofnun sem fæst við líf og dauða? Er þetta ef til vill hjáróma viðhorf þegar hlutirnir eru settir í þetta samhengi?

Af hverju sprettur fram þessi þunga krafa um stjórnun, hagkvæmni og rekstur sem við nú þekkjum? Ég hallast að tveim skýringum. Hin fyrri er sú að þekkingunni til að lækna og líkna fleygir hraðar fram en samfélagið er reiðubúið að standa undir fjárhagslega. Síðari skýringin er sú að einstaklingurinn er meðvitadri en áður um rétt sinn og möguleika til að fá bót meina sinna og hann metur eigin hag betur borgið á eigin forsendum fremur en sameiginlega. Samábyrgðin í samfélaginu er því á undanhaldi.

Núna er talið að um 10% af heilbrigðisþjónustunni í Evrópu séu veitt af einkaaðilum. Sá hópur fólks, sem hér á í hlut, hefur kosið að draga sig út úr sameiginlegri forsjá með fullum rétti enda eru einkatryggingar taldar vaxa um 5-7% árlega. Því er gróska hjá heilbrigðisfyrirtækjum sem hafa að leiðarljósi að hámarka hagnað enda liggur það í eðli einkarekstrar.

Þetta gefur mér tilefni til að staldra við og spyrja: Hversu sterkt eiga hagræn gildi að ráða í heilbrigðisþjónustunni? Ég hneigist til að vara við því að heilbrigði og heilbrigðisþjónustu eigi alfarið að skilja sem hagfræðilegt viðfangsefni. Í mínum huga eru heilbrigðismál jafnframt siðfræðilegt, trúarlegt og heimspekilegt viðfangsefni og eiga að vera það. Gleyms-

ist þetta er mannlegt samfélag og grundvallargildi þess á vissan hátt í uppnámi. Ég get líkt þessu við umfangsmiklar verklegar framkvæmdir sem hafa marktæk umhverfisáhrif. Í hugum margra verða umhverfisspjöllin aldrei bætt með fjármunum, það er einfaldlega ekki hægt vegna þess að fjárhagsleg umbun á ekki við. Framkvæmdin snertir allt önnur gildi í vitund okkar.

Mín skoðun er sú að þó hag- og viðskiptafræðileg rökhyggja eigi að vera sterk í heilbrigðisþjónustunni þá megi þau ekki ryðja öðrum gildum úr rúmi. Þegar virkilega sverfur að einstaklingnum og nærri honum heggur víkja hin fjárhagslegu gildi og önnur taka við. Þetta kemur skýrast fram í alvarlegum veikindum. Í ljósi þessara hugleiðinga er skiljanlegt að auðug ríki telji það blett á samfélaginu að hópar manna njóta lítills eða einskis réttar til heilbrigðisþjónustu. Okkar viðfangsefni er að leita að jafnvægi milli hinna efnahagslegu og siðfræðilegu gilda. Annað má ekki yfirgnæfa hitt.

Það virðist almennt álit manna, jafnt vestan hafs sem austan, að eigi háskólaspítalar að halda stöðu sinni þurfi þeir að tileinka sér stjórnunaraðferðir sem eru viðurkenndar og hafa reynst fallnar til þess að auka hagkvæmni, framleiðni og draga úr mistökum. Hér af leiðir að við, eins og aðrir, þurfum að auka samstarf milli fræðigreina á sviði heilbrigðisvísinda, hugvísinda og raunvísinda, auka sveigjanleika í rekstri og reyna nýjungar, taka upp nútíma stjórnunartækni, hafa svigrúm til þess að meta að verðleikum framúrskarandi árangur í störfum og reka opna framækna stefnu um okkar ágæti.

Kröfur um stjórnun og skipulag heilbrigðisþjónustunnar hafa farið vaxandi hér á landi eins og annars staðar. Ég held að stjórnun háskólasjúkrahúss eins og LSH muni á næstu árum einkum felast í eftirfarandi áskorunum:

1. Sérhæfing mun aukast og á að leiða af sér meiri fagleg gæði. Hér á landi er þetta nauðsynlegt ef við eigum að standast kröf-

ur og samanburð við nágrannalöndin. Mistakist okkur munu sjúklingar í auknum mæli leita annað eftir þjónustu. Sú vegsemd að vera háskólasjúkrahús felur í sér ríka skyldu til að þjóna öllu landinu með margvíslegum hætti, eiga samstarf við aðrar heilbrigðisstofnanir, miðla þekkingu til almenning og fjölmiðla og sýna auðmýkt gagnvart viðfangsefnum.

2. Verðlagning og greiðslur fyrir heilbrigðisþjónustu er annað aðkallandi viðfangsefni. Í mörgum löndum er skilgreining verka forsenda greiðslna til heilbrigðisstofnana, hvort heldur opinberra eða í einkaeigu. Skylda stjórnenda er að hemja kostnað með aðhaldi, samanburðarrannsóknnum og notkun markaðsaðferða þar við á. Við erum að ná árangri í þessu efni, t.d. með kostnaðargreiningu á allri starfsemi LSH. En jafnhliða verður að fara fram á að stjórnvöld komi til móts við spítalann með efnismeiri umfjöllun um starfsemina og framtíð hennar.
3. Sjúkrahús þurfa að aðlaga starfsemi sína eftirspurn sjúklinga og kröfu eigenda um hagkvæmni. LSH mun þurfa að ganga lengra í því að stytta legutíma og efla dag- og göngudeildir svo hægt sé að sinna sjúklingum án innlagnar og auka jafnframt skilvirkni í starfi.
4. Skilin milli fjárframlaga til menntunar nemenda og þjónustu við sjúklinga þarf að skerpa. Margt bendir til þess að nemendur muni fyrir í námi sínu fá þjálfun á háskólaspítalanum. Það má því vera að núverandi tilhögun sé ófullnægjandi og að heilbrigðisvísindadeildirnar þurfi að færast enn nær LSH. Annar kostur gæti verið að koma á fót sameiginlegri stofnun LSH og HÍ sem stýrði menntun heilbrigðisstétta.
5. Loks nefni ég að einkarekstur í heilbrigðisþjónustunni eflist hröðum skrefum og markvisst þarf að vinna að því hvernig samstarf og samskipti háskólaspítalans og einkarekinna læknastofa skuli háttáð. Þetta tekur til gagnkvæmni í notkun á aðstöðu, mannafla, kennslu og fleira.

Allt eru þetta áleitin viðfangsefni í stjórnun háskólaspítala, hvort heldur við lítum til LSH eða hliðstæðra spítala í öðrum löndum. Þegar grannt er skoðað eru aðferðir okkar alls ekki svo frábrugðnar mörgu því sem þar gerist en margir eru komnir mun lengra í því að mæta kröfum stjórnvalda til gegnsæis og skilvirks rekstrar.

Góðir fundarmenn.

Markmið okkar er ljóst, þ.e. að móta spítala þar sem hagsmunir sjúklinga sitja í fyrirrúmi og samtímis er unnið í anda fræða og vísinda við kennslu og nýsköpun þekkingar. Þetta myndar háskólasjúkrahús. Við viljum vera samanburðarhæf og í fremstu röð meðal jafningja. Við viljum starfa fyrir opnum tjöldum, bæði þegar vel gengur og þegar á móti blæs. Það er hlutverk okkar allra að stefna Landspítala - háskólasjúkrahúsi í þessa átt enda almenningseign.

Takk fyrir.

Heimildir:

1. **Envisioning the Future of Academic Health Centres.** Final report of The Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers. February 2003.
2. **Where is the Hospital Going?** Nigel Edwards & James Orlikoff. World Hospitals and Health Services 2003, Vol. 39 No. 2.
3. **Hospitals in a changing Europe.** Martin McKee and Judith Healy. Open University Press. 2003.
4. **Rebirth of The University Hospital: The Finnish Strategy.** Lauri A. Laitinen, Anja Seppälä, Martti Kekomäki. World Hospitals and Health Services. Vol. 37 No. 3.
5. **Roles of Managers in Academic Health Centres: Strategies for the Managed Care**

Environment. Kristina L. Guo. The Health Care Manager. March 2002; 20, 3.

6. **Trends and Tactics for the International Healthcare Market.** Paul Monahan. Accountancy Ireland. February 2003.
7. **Health Care Systems in Western Europe: An Analytical Approach.** Winfried J. de Gooijer. World Hospitals and Health Services. Vol. 38 No. 1.
8. **Medicine and Money: Academic health centres: a future of struggles and new identities.** Sunita Mutha. Janis P. Bellack. Edward H. O'Neill. Western Journal of Medicine. Oct. 1999; 171,4.
9. **Health Care Strategic Management.** Statistical Notes. March 2003; 21,3.
10. **Academic Health Centres: Exploring a financial paradox.** Gerald F. Anderson. Gerorge Greenberg. Craig K. Lisk. Health Affairs. Chewy Chaes: Mar/Apr 1999. Vol. 18, Iss 2.
11. **Darwin Goes To Med School.** The Survival of the Academic Health Center. Stephen Joel Trachtenberg. Vital Speeches of the Day. Sep 1, 2002.
12. **Meeting Health Needs in the 21st Century.** Elaine R. Rubin. Stacey L. Schappert. Association of Academic Health Centers. 2003.
13. **University Challenge.** Alun Roberts. Health Service Journal. March 1999.
14. **The Disconnect of Twin Pillars: The Growing Rift in Educational Goals and Methods between Medical Schools and the Academic Teaching Hospitals.** Joshua D. Tepper. HealthcarePapers.
15. **Lög um Háskóla Íslands, 1999 nr. 41.**

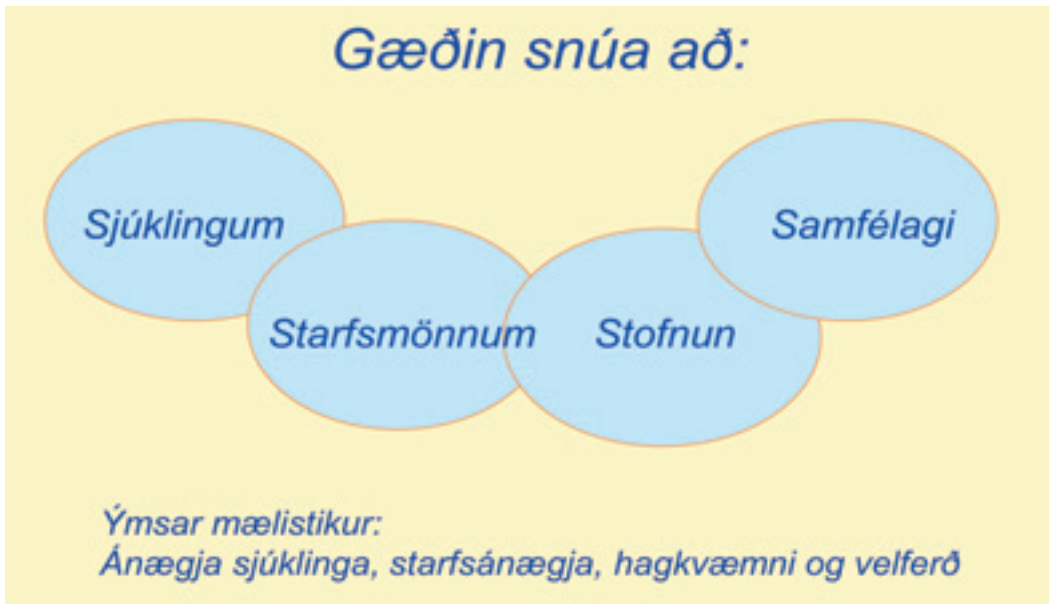
Áhugaverðir vefir:

ks.se; Karolinska sjukhuset, Stokkhómi.
rigshospitalet@rh.dk
healthcarecommission.ca

Stefna og stjórnun háskólasjúkrahúss - Nýjar áskoranir á nýrri öld

Hið almenna markmið háskólasjúkrahúss er að stuðla að auknu heilbrigði og lífsgæðum þjóðarinnar. Gæðin í þessu samhengi snúa að sjúklingum, starfsmönnum, stofnuninni og samfélaginu í heild.

Þjónustu og íþróttum. Samkvæmt kenningum Rosabeth Moss Kanter einkennir traust og styðjandi forysta sigurlíð á meðan áhugaleysi, gagnrýni og vörn eigin hagsmuna einkenna lið í fallbaráttu. Til að snúa liði til sigurs þarf opin



Framundan eru þjóðfélagslegar breytingar sem fela í sér fjölbreytileika og framfarir sem kalla á endurskoðun á hlutverkum starfshópa og stofnana og aukna þörf fyrir samvinnu og skilgreiningu á sjálfræði. Samvinna og liðs- heild eru einkennandi fyrir velgengni í rekstri,

samskipti, traust og trú á eigin getu. Rannsóknir á sjúkrahúsum í Bretlandi og Bandaríkjunum hafa sýnt að gott samstarf stétta tengist starfsánægju, sjálfræði, stöðugleika í starfi, minni kulnun og betra mati á árangri þjónustunnar.

Ávinningur liðsheilidar

Kenning Rosabeth Moss Kanter um stjórnun og árangur

Traust, samvinna og styðjandi forysta tengist góðum árangri stofnana

Nokkrar niðurstöður rannsóknarinnar um sigurlíð ýmissa stofnana:

Traust einkennir sigurgöngu:

- Meiri áhuga á að verja tíma saman
- Traust, virðing og öryggi vex
- Meiri vilji til að bera ábyrgð
- Fúsleiki til að viðurkenna mistök
- Vaxandi vilji til að leita lausna

Langlíf forysta & Sterk trú á velgengni

(Kanter, 2003)

Lið í fallbaráttu:

- Áhugaleysi og framtaksleysi
- Samskipti minnka og fólk dregur sig í hlé
- Ásakanir og gagnrýni vex
- Virðing minnkar og búist er við hinu versta
- Áhuginn snýr inn á við og eigin hægsmunir verðir

Verkefni forystu er að byggja traust

(Kanter, 2003)

Snúið til sigurs:

- Opín samskipti
- Hlustað á rödd fólksins
- Greiðar upplýsingar um árangur
- Umbun fyrir árangur
- Skipulagt samstarf þvert á einingar
- Traust og trú á eigin getu endurvakin
- Seigla og geta endurreist

Sköpuð líðsheild

(Kanter, 2003)

Ef liðið er á háskólasjúkrahús sem lifandi stofnun má segja að sjúklingurinn, starfsmaðurinn og stofnunin hafi sambærilegar þarfir til stuðla að gæðum. Í kenningum um lífsgæði eru þau talin snúast um að vera einhver, tilheyra einhverju og að verða eitthvað.

Rannsókn á LSH 2002

Dæmi um mat hjúkrunarfræðinga

á samvinnu

Byggt á spurningalista um Magnet sjúkrahús

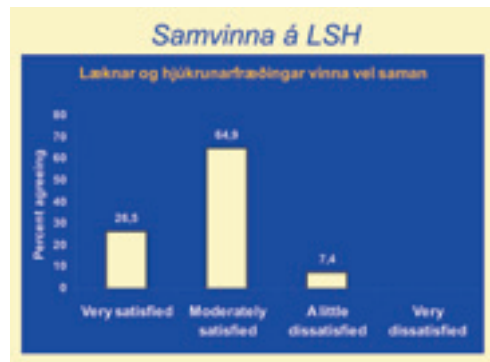
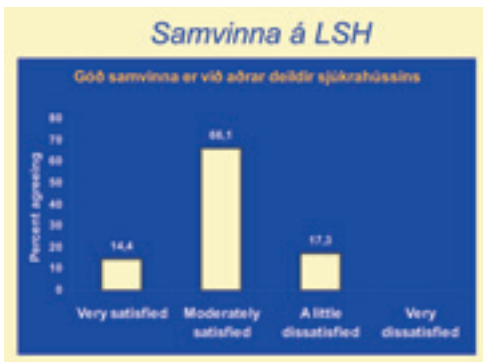
Rannsóknir um samstarf stétta

Gott samstarf tengist:

- Starfsánægju
- Sjálfræði stétta
- Stöðugleika í starfi
- Minni kulnun í starfi
- Betra mati á gæðum þjónustunnar

Einkenni Magnet sjúkrahúsa

(Aiken et al, 2001; Rafferty et al, 2001)



	Að vera Being	Að tilheyra Belonging	Að verða Becoming
Sjúklingur	Persónan sjálf Þekking - Geta Viðhorf - Gildi - Trú	Fjölskylda Samfélagi Meðferðarteymi	Helmsætri Þroskast Deyja með reisn
Starfsmaður	Sérfræðingur Þekking - Geta Viðhorf - Gildi	Sérfræðihóp Starfsmannahóp Teymi - Vinnustað	Ánægður í starfi Þroskast Ná árangri
Stofnun	Háskólasjúkrahúsi Stofna - Skipulag Stjórnun	Háskólan Stofnunum - innan og utan lands Þjóðfélagi	Árangursrík Virf og viðurkernd Fyrirmyndar- háskólasjúkrahúsi

Markmið háskólasjúkrahúss

- Stuðla að gæðum sjúklinga, starfsmanna
- Virkja möguleika

Möguleikar og auð stefna og stjórnun háskólasjúkrahúss bætir lífsgæði sjúklinga, starfsmanna og stofnunarinnar sjálfrar, virkjar möguleikana og leggur rækt við lærdóm og þekkingarsköpun. Páll Skúlason, rektor Háskóla Íslands, talar um lærdóm sem virðisauka lífsins. Háskólasjúkrahús ætti að vera virðisauki þjóðfélagsins með því að virkja enn frekar auðlindir stofnunarinnar og mynda forystu sem skapar lið sem sér tækifæri til sigurs.

Möguleikar og auðlindir

„Háskólavor í íslensku menntalífi“

„Lærdómur er virðisauki lífsins“

(Páll Skúlason, 2003)

*Háskólasjúkrahús ætti að vera
virðisauki þjóðfélagsins*

Leiðir til árangurs

- Virkja enn frekar auðlindirnar; möguleika og getu stofnunar, starfsmanna og sjúklinga.
- Móta stefnu, skipulag og stjórnun til að gera enn betur.
- Mynda forystu sem ræktar samskipti og traust á öllum sviðum.
- Skapa lið sem sér tækifæri til sigurs og trúir á velgengni.



This useful exercise for the housewife can be performed while making the bed (1935)

II. Hvaða kröfur gerum við til háskólasjúkrahúss?

Margrét Oddsdóttir, skurðlæknir og prófessor við HÍ:

Háskólasjúkrahús sem miðstöð upplýsinga- og hátækni

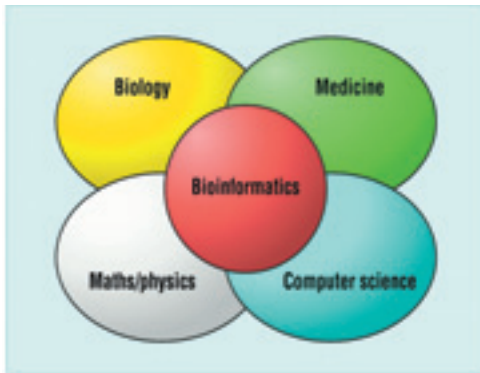
Fyrir 5 árum



“Tele - presence surgery”



“Tele - presence surgery”



Definition:

The application of tools of computation and analysis to the capture and interpretation of biological data.

Hraði í þróun hátækni, upplýsingatækni, rafrænna gagnasafna og aðgengis að upplýsingum hefur verið með ólíkindum síðastliðinn áratug. Nú orðið getur heilbrigðisstarfmaður aðeins fylgst með broti af því sem er að gerast á hans sviði.

Öflugur, rafrænn aðgangur að vísindatímaritum og gagnagrunnum er forsenda þess að hægt sé að fylgjast með nýjungum, stunda rann-sóknir og kennslu. Á bókasafni

LSH er hægt að nálgast flest rafræn tímarit og gagnasöfn í heilbrigðisvísindum. Bókasafnið er að stórum hluta aðgengilegt fyrir flesta heilbrigðisstarfs-menn á Íslandi og samið hefur verið um lands-aðgang að hluta af gögnunum.

Í rafrænni samtímaskráningu klínískra upplýsinga þurfum við að gera stóratök. Það er ekki einatt öryggisatriði fyrir sjúklinginn heldur forsenda þess að hægt sé að nýta þær upplýsingar til m.a. vísindarannsókna, gæða-

eftirlits og árangursmats á meðferð og inn-gripum. Sérhæfð meðferð, aðgerðir og inn-grip, sem kalla á flókna tækni og sérhæfð teymi, eru og þurfa að vera til staðar á LSH. Viðhald á mannauði, færni teyma, auk nýting-ar á dýrum, flóknum tæknibúnaði og aðstöðu er stór biti fyrir litla þjóð. Það þarf markvissa framtíðaruppbyggingu ef við ætlum að bjóða áfram það besta sem völ er í greiningu og með-ferð fyrir íslenska sjúklinga.

Hlutverk Landspítala - háskólasjúkrahús sem miðstöðvar hátækni og upplýsinga er því fjölþætt. Það er ljóst að þróun á sviði hátækni mun halda áfram, verða flóknari og dýrari. Það kallar ekki bara á ný tækni, meiri mannauð, stærri upplýsingamiðla og gagnasöfnun held-ur á forystu í þeirri þverfaglegu umræðu sem þarf að verða um hagnýtt og vísindalegt gildi nýjunga, siðfræðilegt mat, samfélagsleg áhrif og kostnað.

"Web of Science"

Tegund greina	Fjöldi greina		
	á ári	á dag	Staðill
Krabbamein almenn árið 2000	36464	100	8,2
Krabbamein almenn árið 1980	4439	12	1,0
Lyfjameðferð krabbameina árið 2000	8012	22	7,7
Lyfjameðferð krabbameina árið 1980	1039	3	1,0
Geislameðferð árið 2000	3575	10	8,7
Geislameðferð árið 1980	411	1	1,0
Brjóstakrabbamein árið 2000	7955	21	9,7
Brjóstakrabbamein árið 1980	820	2	1,0

Til þess að háskólasjúkrahúsið geti sinnt þessu ört vaxandi hlutverki sínu þarf það bæði sterk tengsl við innendar og erlendar háskóla-stofnanir og öflugan stuðning og skilning yfir-valda á því mikilvæga hlutverki sem háskóla-sjúkrahús allra landsmanna þarf að sinna í framtíðinni.



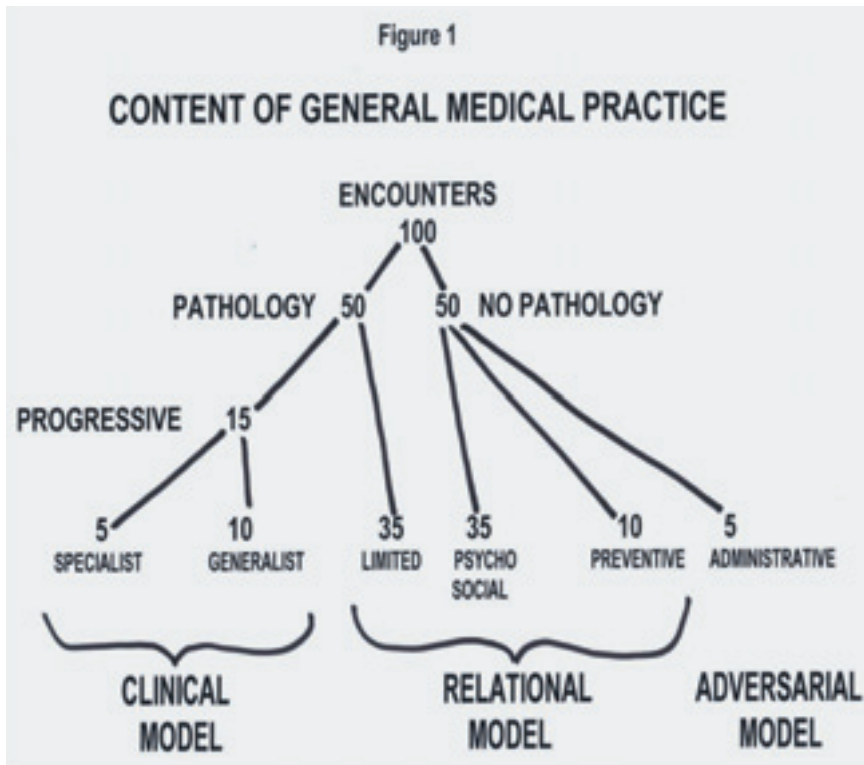
Heilsugæsla og háskólasjúkrahús

Heimilislæknar eru fyrst og fremst sérfræðingar í einstaklingnum sjálfum og aðstæðum hans, fást við óskilgreind vandamál, nota tímann sem tæki til greininga, hafa heildarsýn yfir sjúklinga sína. Stundum þarf heimilislæknir að vísa sínum sjúklingum á háskólaspítalann vegna bráðra eða langvinnra sjúkdóma, til nánari mats og meðferðar eða rannsókna og stundum þjálfunar. Heimilislæknar fylgja síðan eftir innlögnum sjúklinga sinna á spítala og reyna þar með að hafa heildarsýn yfir einstaklinginn áfram og vera honum og aðstandendum hans innan handar.

Samstarf og samvinna heilsugæslunnar við háskólasjúkrahúsið byggir á gömulum hefðum og má flokka annars vegar í þjónustuhlutverk við sjúklinga og hins vegar við starfsfólk. Um er að ræða sömu sjúklinga en á misjöfnum

stigum í veikindaferli. Ef við lítum á mynd sem er vel þekkt og sýnir samspil heilsugæslu og sjúkrahúss sjáum við að fyrir hverja 100 einstaklinga, sem leita á heilsugæslustöð, eru 50 af þeim ekki með líffræðilega meinsemd. Þessir sjúklingar leita til heimilislækna vegna þess að þá vantar einhvers konar vottorð, vegna heilsuverndar eða vegna félagslegra/geðrænna vandamála. Þá eru eftir 50 einstaklingar og af þeim eru 35 með sjúkdóm sem myndi ganga yfir af sjálfu sér án inngrípa lækna, eins og t.d. kvef. Af þessum 100 sjúklingum eru 15 með meinsemd/sjúkdóm og þar af sjá heimilislæknar um að meðhöndla 10. Lokatalan er sú að af hverjum 100, sem leita á heilsugæslustöð, þurfa 5 á sérfræðingameðferð eða spítalabjónustu að halda.

Figure 1



Á Íslandi eru að meðaltali 3 komur til heimilislæknis (per íbúa landsins per ár), eða 3 x 280.000 komur á ári. Í þessari tölu eru ekki taldar komur eða símtöl til hjúkrunarfræðinga sem eru gífurlega mikilvægar og margar.

Þjónustuhlutverk/samstarf heilsugæslunnar og háskólasjúkrahúss snýr einnig að starfsfólkinu og þar má helst til telja kennslu, rannsóknarvinnu og endurmenntun fyrir starfsfólkið

Hvað er vel gert?

Margt er vel gert og má meðal annars benda á göngudeildarþjónustu fyrir áfengis- og geðsjúklinga. Bráða- og slysaþjónusta spítalans hefur verið eflað og neyðarbilinn og þýrlan eru nauðsynlegur og mikið notaður bakhjarl heilsugæslunnar. Bókasafnsþjónusta hefur aukist mikið með veraldarvefnum og ekki síst með síðunni hvar.is. Hvað varðar vísindi og rannsóknir þá tengjumst við frekar persónulega heldur en formlega og hefur Landspítalinn lagt til peninga í vísindavinnu sem í sumum tilfellum hefur nýst í rannsóknum í heilsugæslunni. Öflug kennsla er markmið

beggja stofnana og hefur grettistaki verið lyft í því sambandi. Saman sjáum við um kennslu læknanema, hjúkrunarfræðinema, kandidata og námslækna í heimilislækningum.

Samvinnuverkefni með kandidatsárið hefur tekist vel og óánægjuröddum verið útrýmt og nú er gott samstarf milli aðila í framhaldsmenntunarráði varðandi eflingu og uppbyggingu framhaldsnáms á Íslandi. Námslæknar í heimilislækningum taka hluta af sínu námi á Landspítalanum og hefur það samstarf gengið mjög vel.

Hvað má gera betur?

Þjónustuna og samskiptin út á við mætti stundum bæta. Hvert á að senda 17 ára stúlku með kviðverki? Er það barnadeildin eða skurðeildin eða kvennadeildin?

Hvað á að gera við barnlausu gömlu konuna með Alzheimer? Maður hennar lést og hún með sinn sjúkdóm gat ekki einu sinni hringt eftir hjálp. Heimahjúkrun kom að þeim næsta dag og héraðslæknir hringir í mig þar sem ég er heimilislæknir viðkomandi sjúklings. Ég fer í vitjunina. Hvert á ég að sendi ég



hana? Eftir tveggja klukkustunda hringingar út um allt gafst ég upp. Ég var fullbókuð á stofu og kom henni hvergi að. Hún endaði á bráðamóttöku háskólasjúkrahússins í Fossvogi en það var eina leiðin til að koma henni í samband við öldrunarteymið. Háskólasjúkrahúsið þarf að auðvelda þetta ferli og kannski skilgreina betur þjónustuhlutverk sitt. Ef til vill væri rétt að nýta þá dýrmætu aðstöðu og mannauð á hjúkrunarheimilum, sem er nú þegar til staðar, til þess að sinna félagslegum bráðamállum eins og þessum sem eiga ekki heima á hátækisjúkrahúsi.

Skráning upplýsinga er annað vandamál. Við þekkjum öll Sögukerfið sem er notað á flestum heilsugæslustöðvum og spítölum. Vandamálið við þetta annars ágæta kerfi er að skráning upplýsinga er ekki samtengd. Ég vandist því í mínu námi í Bandaríkjunum að þegar ég opnaði sjúkraskrá míns sjúklings gat ég séð mínar nótur, öll símtöl, hvort sem það var við hjúkrunarfræðinginn sem starfaði með mér eða við slysadeildina. Ég gat séð nótur sérfræðinga. Allar blóðrannsóknir og meira að segja niðurstöður hjartalínurits og lungnamynda gat ég séð jafnvel 2 klukkustundum eftir að þessar rannsóknir voru framkvæmdar. Því miður er þessu ekki svo farið hér á landi enn sem komið er. Ég hef ekki hugmynd um hvað sérfræðingur úti í bæ pantaði af blóðprufum fyrir en eftir nokkrar vikur þegar (og ef) ég fæ læknaþreifið. Við fáum ekki læknaþref innan 7 daga eins og var kynnt fyrir okkur í erindi hér á undan. Menn settu sér markmið í þessum málum og náðu þeim eins og bent var á hér fyrir í dag. Þetta er markmið sem við ættum líka að setja okkur. Það er gífurlegur kostnaður sem myndast vegna endurtekinna rannsókna. Þetta þarf að laga og við þurfum ekki að finna upp hjólið, það er búið að því. Við getum nýtt okkur þekkingu annarra landa og lagað hana að okkar þjóðfélagi.

En það er ekki bara vegna rannsóknarniðurstæðna sem ég vil sjá samtengt sjúkraskrárkerfi. Þetta er gífurlega mikilvægt, ekki síst í öryggisskyni. Ef ég fengi símtal um veikt barn

og sæi í sjúkraskránni að það væri verið að hringja í annað skiptið út af sama barninu þá er þumalputtareglan að skoða barnið, ekki endilega af því að ég telji barnið vera svo veikt heldur vegna þess að ef til vill er foreldrið orðið svo hrætt. Ef ég hins vegar veit ekki af fyrri samskiptum get ég ekki dregið réttar ályktanir af símtalinu. Sjúklingar eiga oft erfitt með að tjá sig, sérstaklega í veikindum þegar þeir eru hræddir og líður illa. Ef ég hefði skoðað barn og hefði áhyggjur af barninu set ég í nótuna að ef ástand versni vilji ég að barnið sé endurmetið, það sér enginn þessa athugasemd frá mér nema ég og starfsfólkið á heilsugæslustöðinni minni og hjálpar því lítið til ef hringt er til dæmis á slysadeildina.

Ég tel að samtengt sjúkraskrárkerfi geti aukið öryggi í lyfjamálum. Lyfjamál eru ekki í lagi vegna þess að ég sem heimilislæknir veit oft ekki um lyfjabreytingar fyrir en mér berst annaðhvort fax úr apóteki um að Jónínu Jónsdóttur vanti þetta eða hitt lyfið eða sjúklingur eða aðstandandi hringir og bíður um lyfið. Ég hef hins vegar kannski aldrei séð Jónínu eða þá að síðast, þegar ég sá hana, var hún ekki á þessu lyfi. Um leið og ég undirrita þennan lyfseðil er ég orðin ábyrg fyrir þessari lyfjaávísun. Ég var hins vegar ekki með í ráðum þegar Jónína var sett á lyfið, hef engar faglegar forsendur að baki til þess að skrifa upp á þetta lyf og hef ekkert í höndunum nema þennan innkaupalista úr apótekinu. Það sjá allir í hendi sér að hér eru of margir milliliðir og hver og einn bíður upp á mistök en ábyrgðin er endanlega mín því það er mitt nafn sem fer á seðilinn. Samtengt sjúkraskrárkerfi gæti komið í veg fyrir svona vandamál.

Framtíðarsýn mín er varðandi samstarf þessara stofnana

Auka virðingu og samvinnu milli þverfaglegara teyma stofnanna. Efla samstarfið þannig að það sé innbyggt í strúktúrinn. Ekki bara ræða um aukna samvinnu og samskipti heldur drífa í að ráða heimilislækni inn á spítalann. Hlutverk hans yrði að fylgjast með og

skipuleggja hvernig hægt væri að standa betur að innlögnum og undirbúa sjúklinga fyrir útskrift.

Eftir sameiningu Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítala er viss hættu á fákeppni. Þjónustan gæti minnkað þegar samkeppni, sem áður var til staðar, er horfin. Sameining, sem leiðir af sér stærri einingar, er að vissu leyti einnig framþróun en við verðum að hafa eitt-hvert ytra eftirlitskerfi eða viðmið sem heldur við gæðum meðferðar.

Heilsugæslan létti undir með störfum LHS. Það þarf að vera gert á forsendum beggja aðila. Hingað til hafa þessar hugmyndir verið á forsendum spítalans en ég tel að hægt sé að móta þessa stefnu einnig á forsendum heilsugæslunnar ef við fáum að efla heilsugæsluna til þess að geta sinnt þessu en það kostar auðvitað fjármagn.

Vinna skipulega að því að efla ímynd okkar góða heilbrigðiskerfis og þar með heilsugæslunnar og LHS út á við. Ég vil sjá öflugt og markvisst kynningarstarf á þessum stofnunum. Ég er orðin þreytt á því að lesa bara um það sem er neikvætt hjá okkur. Það jákvæða verður líka að koma fram.

Skoða með gagnrýnum huga hvaða upplýsingar fara til sjúklinga. Það verða að vera réttar upplýsingar, á réttan hátt, á réttum tíma.

Hér er mynd af fólki sem safnaðist saman á stuttum tíma fyrir utan heilsugæslustöðina mína eftir að hafa hlustað á eða lesið um að flensan væri komin. Um 300 manns á innan við klukkutíma. Hrætt fólk sem vildi sprautuna núna og var ekki ánægt með það að þurfa að bíða. Einhverjir nefndu að það hefði verið minnst á að flensan væri eins og HABL og það hræddi fólk. Við verðum að passa okkur á hvað við segjum og hvernig við orðum hlutina til fjölmiðla.

Það má efla vefsíður beggja stofnana. Auka samskipti, kennslu og ráðgjöf með fjarlækn-ingum sem má stunda þótt það sé innan Reykjavíkur og auðvitað eigum við að auka fjarfundi og kennslu við landsbyggðina. Þar er dýrmætur mannauður sem nýtist allt of illa.

Við eigum að auka og rækta erlend samskipti. Við erum að vinna í þeim málum og þessi samvinna er ekki bara í aðra áttina heldur líka þannig að við leggjum okkar lóð á vogarskálina og flytjum út okkar þekkingu til annarra landa.

Síðast en ekki síst. Það þarf að hlúa að starfsfólki beggja stofnana. Það er starfsfólkið sem gerir heilbrigðiskerfið okkar að því öfluga kerfi sem við höfum hér á landi í dag. Hugsum um það.

Sjúkrastofnanir landsins og háskólasjúkrahús

Um miðja síðustu öld bjuggu tveir þriðju Íslendinga úti á landi. Samfélagsgerðin er nú allt önnur og gjörbreytt. Dæmið hefur snúist við, aðeins þriðjungurinn býr á landsbyggðinni þar sem íbúarnir gera eftir sem áður kröfu um góða heilbrigðisþjónustu, gott aðgengi og fjölþætta sérfræðiþjónustu. Þessi atriði kallast á við hagkvæmni eininga, nýtingu stofnana, sem fyrir hendi eru, samgöngur og byggðasjónarmið. Vísbandingar eru um að á brattann sé að sækja í heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni.

Stofnanir í heilbrigðisþjónustu verða að bregðast við breyttum staðháttum og lífsviðhorfum. Ströng vinnutímaákvæði knýja auk þess smærri stofnanir til áherslubreytinga. Nauðsynlegt er að hlutverk þeirra sé endurskilgreint, hvað eiga þær að gera og hvað ekki? Stækkun stofnana og aukin samvinna eru mikilvægt forgangsattriði.

Eiga landsbyggðarstofnanir að líta til háskólasjúkrahússins um forgöngu og frumkvæði? Er það hlutverk LSH að taka að sér móðurhlutverk í þessum efnum?

Tengsl sjúkrahúsanna á landsbyggðinni og Landspítala hafa alla tíð verið umtalsverð og vissulega hafa sjúkrastofnanir væntingar til háskólasjúkrahússins. Minni sjúkrahúsin þurfa einnig að líta í eigin barm og efla samstarf sín á milli.

Háskólasjúkrahúsið verður að horfa með næmara auga til þessarar þjónustu og skilgreina það sem eitt af sínum veigamiklu hlutverkum að vera bakhjarl fyrir landsbyggðina. Væntingar eru um að kerfisbundin þjónusta verði sett upp að þessu leyti. Slík þjónusta getur m.a. falist í að tryggja skipulega aðkomu sérfræðinga að þjónustunni á landsbyggðinni,

veita þar reglubundna og fjölþætta þjónustu, koma á þjálfunar- og símenntunarkerfi fyrir fagfólk og að vera í fararbroddi um þróun fjarlækninga og stoðþjónustu.

Hvernig hafa sjúkrastofnanir í grennd við höfuðborgarsvæðið þróað starfsemi sína í ljósi samfélagsbreytinga? Í aðalatriðum virðist hending hafa ráðið ferðinni.

Aðkallandi er að hlutverk kragasjúkrahúsanna svokölluðu séu skilgreind. Eðlilegt er að það sé gert í samstarfi við háskólasjúkrahúsið. Styrkur minni sjúkrahúsanna er sveigjanleiki og hæfni til skjótrar aðlögunar í breyttu rekstrarumhverfi

Kragasjúkrahúsin hafa skapað sér hefð eða stöðu á nokkrum sérsviðum. Þá þætti er nauðsynlegt að styrkja. Skoða ber möguleika á sérhæfingu á tilteknum sviðum í samvinnu við háskólasjúkrahúsið. Stefna ber að auknu kennslu- og þjálfunarhlutverki minni sjúkrahúsanna í þessu sambandi. Fyrir því er reynsla og það hefur gefist vel. Auka þarf samráð um nýtingu legurýmis á öllu svæðinu, sameiginlega sé tekið á árstíðabundnum sveiflum, nýta þar með laust rými og mannauð betur. Gera þarf úttekt á samræmdri vaktþjónustu á svæðinu

Samvinna um ýmislega stoðþjónustu, s.s. rannsókn og röntgen, tæknilega ráðgjöf og þjónustu því tengda. Krafan er ekki einungis góð þjónusta heldur einnig hraði og skilvirkni.

Svarar háskólasjúkrahúsið slíkum kröfum - stenst háskólasjúkrahúsið samkeppni?

Enginn efi er á að virðingin fyrir starfi háskólasjúkrahússins er umtalsverð og væntingar miklar. Það er margvísleg verk að vinna. Til þess að góður árangur náist þarf vilja og trú, samstöðu og klára hugmyndafræði.

Sjálfstætt starfandi sérfræðingar og háskólasjúkrahús

Ég, sem hér stend, hef nú um tæplega tuttugu ára skeið starfað sem sérfræðingur í lyflækningum og hjartasjúkdómum við íslenskar aðstæður. Íslenskar aðstæður fela í sér að vinna að stærstum hluta á stóru sjúkrahúsi en einnig að hluta á einkastofu. Þetta fyrirkomulag á sér nokkra forsögu.

Eftir að deildaskipt sjúkrahús tóku að þróast á fyrri hluta síðustu aldar komst sú skipan á að sjúkrahúslæknar tækju að sér almennar lækningar úti í bæ jafnhliða sjúkrahústarfinu. Þetta þróaðist síðan þannig að sérfræðingarnir opnuðu einkastofur þar sem þeir tóku á móti sjúklingum, venjulega 1-2 eftirmiðdaga í viku. Þetta hélst þannig áratugum saman og varð hinn íslenski veruleiki. Á síðustu árum hafa svo orðið miklar breytingar á læknisfræði og í allri tækni sem hafa gert sérfræðingum kleift að framkvæma sífellt flóknari læknisáðgerðir á stofum sínum. Nú eru starfandi vel útbúnar skurðstofur og rannsóknarstofur og talsverður fjöldi sérfræðilækna starfar nú eingöngu á þessum einkastofum. Þetta hefur skapað fjölbreytni og aukna valmöguleika fyrir sjúklinga en einnig fyrir læknana þótt ýmsir hafi talið þetta óæskilega þróun. Er þetta gott eða slæmt fyrirkomulag og eigum við að breyta því? Af minni reynslu tel ég þetta að mörgu leyti vera gott fyrirkomulag en að uppfylltum nokkrum skilyrðum:

Í fyrsta lagi tel ég að það verði að skilgreina verkefni, þ.e.a.s. hvaða sjúklingum eigi að þjóna á háskólasjúkrahúsinu og hvaða sjúklingum á einkastofunni og það verður að skapast um það sátt.

Í öðru lagi þarf að koma á vissu samstarfi milli háskólasjúkrahúsins og einkastofanna, einkum hvað varðar menntun og þjálfun heilbrigðisstétta.

Í þriðja lagi eiga að vera skörp skil á milli vinnutíma og sérfræðilækna á sjúkrahúsinu og

einkastofunni þegar unnið er á báðum stöðum.

Í fjórða lagi verður að vera unnt að sýna fram á að þetta sé hagkvæmt fyrirkomulag fyrir þjóðfélagið.

Í fimmta lagi verður að vera gagnkvæmur gagnaflutningur milli stofa og háskólasjúkrahúsa.

Víkjum stuttlega að þessum atriðum.

Eitt af meginhlutverkum háskólasjúkrahúss er að mennta og þjálfa heilbrigðisstéttirnar. Til þess að sjúkrahúsið geti sinnt því hlutverki þarf að skapa aðgang að sjúklingum á öllum stigum greininga, meðferðar og eftirlits. Þetta þýðir að ná verður til þeirra sjúklinga sem þjónað er á einkastofum. Þetta má auðveldlega gera með samningum við einkastofurnar enda í flestum tilfellum um sömu kennara að ræða og á háskólasjúkrahúsinu. Á stofunum þyrftu menn að gefa þessu tíma og sjúkrahúsið að leggja fram fjármagn.

Á síðustu árum hafa margar myndarlegar og vel búnar læknastöðvar risið. Þessar stöðvar veita í dag umfangsmikla þjónustu og eru orðnar mjög þýðingarmiklar í heilbrigðisþjónustunni. Yfirbygging þeirra er mjög lítil og ýtrasta aðhalds er gætt. En hvað um kostnað og framleiðni? Samkvæmt tölum frá Tryggingastofnun ríkisins hafa komur til sérfræðilækna á einkastofum verið á bilinu 370.000-470.000 á ári síðustu 10 árin og er þá allt meðtalið. Kostnaður samfélagsins á síðasta ári nam tæpum 2,5 milljörðum sem er nálægt 4% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála á því ári. Kostnaðaraðhald hefur ávallt verið mikið í gegnum erfiða samningagerð við Tryggingastofnun þar sem vel hefur verið farið ofan í saumana. Fyrir þetta fjármagn hafa stofurnar verið byggðar upp og reknar.

Ef nú einhverjum dytti í hug að færa þessa starfsemi yfir til háskólasjúkrahússins þyrfti að koma til mikil uppbygging og ég fæ ekki séð að reksturinn yrði ódýrari.

En hvaða göngudeildarstarfsemi á þá að vera á háskólasjúkrahúsinu?

Háskólasjúkrahúsið á að mínu mati að einbeita sér að tvenns konar göngudeildarstarfsemi.

Í fyrsta lagi að göngudeildir til að fylgja eftir sjúklingum sem legið hafa inni á deildum sjúkrahússins eða sótt á bráðamóttöku og þá í takmarkaðan ríma. Legutími inni á sjúkrahúsinu hefur sífellt verið að stytast og útskrifaðir sjúklingar eru í vaxandi þörf fyrir að legunni sé fylgt eftir með eftirmeðferð, ráðgjöf og stuðningi. Þetta kallar á þverfaglega vinnu lækna, hjúkrunarfræðinga, félagsráðgjafa og ef til vill fleiri aðila.

Í öðru lagi má segja það sama um ýmsar sérhæfðar göngudeildir, svo sem göngudeild sykursjúkra, göngudeild hjartabílaðra og göngudeild fyrir sjúklinga með hjartagangráða svo dæmi séu tekin. Þessa þjónustu er háskólasjúkrahúsið best fallið til að veita.

Það hafði verið gagnrýnt lengi, og að mínum dómi með réttu, að óskörp skil væru á milli vinnutíma á sjúkrahúsinu og einkastofunni. Það mál leystist á farsælan hátt við síð-

ustu kjarasamninga sjúkrahúslækna þar sem læknar, sem störfuðu á einkastofu, fóru niður í hlutavinnu. Nú vinna flestir 80% á sjúkrahúsinu en 20% á einkastofunni þó þar séu undantekningar á. Almenn ánægja hefur skapast um þessa lausn og gagnrýnisráddirnar væntanlega þagnaðar. Þetta fyrirkomulag hefur einnig styrkt læknastöðvarnar.

Og hver er svo niðurstaðan?

Á einkastofum sjálfstætt starfandi sérfræðilækna fer í dag fram mjög viðamikil starfsemi sem oft hefur verið vanmetin en er orðin mikilvægur þáttur í heilbrigðisþjónustunni. Aðgengis að þessari þjónustu er gætt fyrir hinn almenna borgara og samningar við Tryggingastofnun tryggir aðgang án tillits til efnahags sjúklingsins. Þessi þjónusta er ódýr og kostnaðaraðhald er mikið. Umsvif einkastofa þurfa ekki að veikja háskólasjúkrahúsið hvað varðar menntun heilbrigðisstétta þar sem hægt er að veita þjálfun á stofnunum. Góð sátt hefur nú náðst varðandi skiptingu vinnuframlags sérfræðilækna milli háskólasjúkrahússins og einkastofunnar.

Gott samstarf milli einkastofu og háskólasjúkrahússins er ekki bara mögulegt heldur nauðsynlegt.

Sjálfstætt starfandi aðilar og háskólasjúkrahús

Mitt innlegg í umræðu um háskólasjúkrahús hér í dag fjallar um sjálfstætt starfandi aðila og LSH.

Á undanförunum árum hef ég velt fyrir mér hugmyndum um breytt skipulag í heilbrigðisþjónustu og ekki síst um aukið samstarf stjórnvalda og einkaaðila um rekstur einstakra þátta í heilbrigðisþjónustu. Oft hefur mér fundist ég tala fyrir daufum eyrum og því gleður mig sérstaklega aukin umræða um þessi mál síðustu daga.

Þá er ég einn stofnanda fyrirtækis á heilbrigðissviði sem selur þjónustu til heilbrigðisstofnana og annarra aðila sem sækjast eftir þekkingu og reynslu hjúkrunarfræðinga. Fyrirtækið heitir Liðsinni og var stofnað fyrir rúmum tveimur árum. Slík mönnunarfyrirtæki eru vel þekkt erlendis og hefur Liðsinni nú þegar um 40 hjúkrunarfræðinga á launaskrá og viðskiptavinir fyrirtækisins eru á annan tug talsins.

Samkvæmt upplýsingum frá stjórnendum LSH eru kaup sjúkrahússins á þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna aðeins örlítið brot af starfseminni. Hjúkrunarsvið LSH kaupir hjúkrunarþjónustu af mönnunarfyrirtækjum á borð við Liðsinni og hefur gert samninga við hjúkrunarfyrirtæki um tímabundinn rekstur öldrunardeilda, m.a. með því að leita tilboða. Á lækningasviði eru örfáir verktakasamningar við sérfræðinga. Um árabíl voru samningar við sérfræðinga í lækningum um aðstöðu vegna ferliverka en þeir samningar runnu sitt skeið í febrúar sl. Leiða má líkum að því að þessi kaup séu langt innan við 1% af veltu spítalans.

Í ljósi þessa mun ég í þessu erindi fyrst og fremst fjalla um hugmyndir mínar um á hvaða sviðum og hvaða forsendum samstarf LSH við sjálfstætt starfandi aðila gæti verið háttað í framtíðinni.

Það var umdeild ákvörðun að sameina stóru sjúkrahúsin í Reykjavík í eitt stórt sjúkrahús, Landspítala - háskólasjúkrahús fyrir um 3 árum. Þá varð stærsta fyrirtæki landsins til.

Það var mín skoðun að það mikla bákni, sem þá varð til, væri tímabundið fyrirbæri. Verkefnið, sem lægi fyrir stjórnvöldum og nýjum stjórnendum spítalans, væri að skilgreina kjarnastarfsemi háskólasjúkrahússins. Ég leit svo á að samhliða sameiningu sérgreina og deilda yrði markvisst unnið að því að flytja verkefni sem féllu utan kjarnastarfseminnar til einkaaðila, sjálfseignastofnana, félagasamtaka eða annarra aðila, ýmist alfarið eða með samningi við LSH um tiltekið samstarf. Ég hef litið svo á að sameiningin væri fyrsta skrefið í löngu ferli.

Það hefur hins vegar gengið afar hægt að afmarka starfsemi sjúkrahússins. Til marks um það eru innliggjandi á LSH um 210 sjúklingar sem lokið hafa meðferð og eru á biðlista eftir úrræðum á öðrum stigum heilbrigðis- eða félagsþjónustu þar sem þörfum þeirra væri jafnvel betur mætt. Þetta er tæpur fjórðungur sjúkrarýma á LSH. Jafnframt er ýmsum verkefnum sinnt á sjúkrahúsinu sem aðrir aðilar gætu haft með höndum.

Hér er ekki við yfirstjórn spítalans að sakast. Öðru nær. Hún hefur ítrekað kallað eftir leiðbeiningum stjórnvalda um afmörkun verkefna spítalans. Reyndar hefur þetta útkall stjórnenda LSH stundum verið hreint neyðarkall og láir þeim það enginn.

LSH hefur stundum verið kallaður endastöð í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Augljóslega vegna þess að þar er sérhæfðasta þjónustan veitt og veikustu sjúklingunum sinnt en einnig í þeim skilningi að þangað leita þeir sem ekki fá þjónustu annars staðar í kerfinu. Ég hef lýst þessu í umræðu á Alþingi á eftirfarandi hátt:

„Það er ákveðin tilhneiging hér á landi að vísa fólki í sérhæfðustu þjónustuna. Heilbrigðisþjónustan er eins og á sem rennur í nokkrum kvíslum. Þegar rennsli í einni kvísl er hindrað rennur vatnið annað. Í heilbrigðisþjónustunni rennur straumurinn til sérhæfðustu þjónustunnar. Þegar vöntun er á hjúkrunarrýmum, eins og er á Reykjavíkursvæðinu, þegar heimahjúkrun er ekki nægilega öflug og sjúkrahús á landsbyggðinni loka vegna sumarleyfa eða mannekle, þegar biðtími eftir viðtali hjá heimilislækni er allt að vika eða 10 dagar og þegar fólk hefur ekki aðgang að einfaldri ráðgjöf og leiðbeiningum, t.d. gegnum símatorg, fær það inni í dýrustu og sérhæfðustu þjónustunni sem er alltaf opin og getur ekki vísað frá sér. Afleiðingin lætur ekki á sér standa: Rekstur dýrustu og sérhæfðustu þjónustunnar vindur jafnt og þétt upp á sig. Þessu þarf að breyta.“

Ég mun hér á eftir fara yfir fjóra flokka verkefna sem eru nú á höndum LSH en gætu verið grundvöllur samstarfs milli LSH og sjálfstætt starfandi aðila við núverandi aðstæður.

Í fyrsta lagi eru verkefni sem LSH hefur með höndum en mælt er fyrir í lögum að eru á ábyrgð t.d. félagslega kerfisins. Í síðustu viku ritaði ég grein í Morgunblaðið þar sem ég ræddi um þá 90 geðfötlöðu einstaklinga á geðdeildum LSH sem eru á biðlista eftir þjónustu utan spítala, t.d. á sambýlum eða hjúkrunarheimilum. Árlegur kostnaður við þjónustu við þessa einstaklinga á LSH er um 960 milljónir króna. Væru þeir rétt staðsettir innan kerfisins væri árlegur kostnaður um 220-245 milljónir króna, eða 710-735 milljónir króna lægri en nú er.

Í öðru lagi eru verkefni sem LSH hefur með höndum en skv. lögum, hefð, almennum skilningi á verkaskiptingu í heilbrigðisþjónustu og af hagkvæmnisástæðum ættu að vera á höndum annarra aðila innan heilbrigðisþjónustunnar, s.s. heilsugæslu, öldrunarþjónustu og þjónustu heilbrigðisstarfsmanna í ýmsum greinum utan sjúkrahússins. Hér má nefna t.d. þjónustu við aldraða.

Yfirstjórn spítalans hefur viljað færa þessi verkefni til annarra aðila en illa gengið. Auðvitað gæti LSH haldið áfram að knýja á stjórnvöld um flutning þessara verkefna í þeirri von að eitthvað hreyfðist. Hinn valkosturinn væri hins vegar sá að semja við aðila utan spítalans um að taka að sér þessi verkefni sem þátt í flutningi þeirra til annarra geira samfélagsþjónustu. LSH gæti þannig t.d. samið við einkaaðila um rekstur sambýla fyrir geðfatlaða eða rekstur hjúkrunardeildar fyrir mun minna fé en kostar í dag að veita þeim þjónustu innan sjúkrahússins. Spítalinn hefur forsjá yfir þessum verkefnum meðan þau eru skilgreind á verksviði hans.

Í þriðja lagi eru verkefni sem falla utan kjarnaþjónusta háskólasjúkrahússins. Kjarnastarfsemi LSH leyfi ég mér að skilgreina sem sérhæfð verkefni sem krefjast svo flókinnar meðferðar að innlagnar er þörf á sjúkrahús og aðrar heilbrigðisstofnanir eru þess ekki umkomnar að meðhöndla.

Það er ákveðin tregða að láta af hendi verkefni sem falla utan kjarnastarfsemi spítalans til aðila utan spítala. Nefni ég þar t.d. tæknifrjógungardeildina. Rökum um hlutverk LSH sem kennslustofnunar hefur sérstaklega verið beitt í því sambandi.

Ég er þeirrar skoðunar að mörg verkefni megi gera að sjálfstæðum einingum utan eða innan spítala, ýmist með skilgreindum starfstengslum við sjúkrahúsið eða algerlega sjálfstætt. LSH gæti gert þjónustusamninga við viðkomandi aðila þar sem þjónustan yrði veitt í umboði spítalans eða á formi samstarfssamnings þar sem rekstraraðilar væru alfarið sjálfstæðir en í gildi væri samkomulag um samstarft.d. á sviði kennslu heilbrigðisstétta og rannsóknaraðstöðu.

Dæmi um slík verkefni væri t.d. rekstur Landakots um öldrunarþjónustu, augnspítali, endurhæfingarstarfsemi, svefnrannsóknir, vímuefna meðferð, tæknifrjógungun svo fátt eitt sé nefnt.

Á sama hátt gæti LSH gert samstarfssamninga við sérhæfða aðila utan spítalans og fyrir-

tæki, sem nú eru starfandi, um kaup á þjónustu og þjálfun nemenda. Það yrði ávinningur fyrir báða aðila og eftirsóknarverður gæðastimpill fyrir hina sjálfstæðu starfsemi að vera í starfstengslum við háskólasjúkrahúsið. , Hér á ég t.d. við starfsemi sem hefur þróast á undanförunum árum, svo sem innan bæklunar-skurðlækninga. , Eins og fram kom í byrjun erindis míns kaupir sjúkrahúsið í litlum mæli þjónustu af heilbrigðisfyrirtækjum og þá helst innan hjúkrunarsviðs. Þetta fyrirkomulag getur t.d. verið heppilegt þegar kaupa þarf sérfræðiþekkingu sem ekki er til staðar á sjúkrahúsinu en háskólaspítali þarf yfir að ráða án þess þó að grundvöllur sé fyrir ráðningu í starf á sjúkrahúsinu.

Í fjórða lagi eru verkefni eins og rekstur eldhúss, þvottahúss, tölvuþjónustu, rekstur og viðhald húseigna, hreingerningar, innkaup en um þá þætti mun ég ekki fjalla í þessu erindi.

Nú mun ég fjalla um kröfur sem sjálfstætt starfandi aðilar gera eða ættu að gera til stjórnvalda og LSH, hvort sem þeir eru í samvinnu við spítalann eða ekki. Þegar ég tala um sjálfstætt starfandi aðila á ég við heilbrigðisstarfsmenn sem starfa við sína faggrein sem einyrkjar eða í fyrirtækjum, með eða án samnings við Tryggingastofnun ríkisins. Þetta eru t.d. aðgerða- og meðferðarstofur, rannsókn- og myndgreiningarstofur lækna og stofur sjúkraþjálfara svo og fyrirtæki sem veita hjúkrunarþjónustu. Í ýmsum tilvikum eru þessir aðilar að veita sams konar þjónustu og veitt er á LSH og geta því verið í samkeppni við spítalann.

Hvort sem þessir aðilar selja þjónustu sína til LSH, eru í samstarfi við spítalann eða í samkeppni við hann þurfa stjórnvöld að sjá til þess að þeir lúti sams konar reglum um kröfur og eftirlit og búi við samkeppnislegar aðstæður, t.d. við skil á opinberum gjöldum og álíka starfsemi á vegum opinberrar heilbrigðisstofnunar. Deilur sjúkraþjálfara við Tryggingastofnun ríkisins fyrir nokkrum misserum snerust m.a. um þetta efni þar sem samkeppnisstaða sjúkraþjálfara á stofum utan sjúkrahúsa var skekkt gagnvart sjúkraþjálfurum sem notuðu

aðstöðu sem sjúkrastofnanir lögðu þeim til en nutu sams konar greiðslna frá TR.

Í nýlegri breytingu á lögum um heilbrigðisþjónustu var hnykkð á því að heilbrigðisþjónusta fellur undir samkeppnislög. Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis sagði þá m.a. í nefndarálitinu sínu að þess verði gætt að „í samningum annars vegar við sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn og hins vegar við stofnanir ríkisins að jafnræðis og óhlutdrægni sé gætt þannig að rekstrar- og samkeppnisstaða aðila sé tryggð.“

Þótt ég hafi ekki rætt sérstaklega um kaup á vörum í þessu erindi finnst mér rétt að benda á að við sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík varð til einn stór kaupandi að vörum, s.s. hjúkrunar- og lækningavörum og lyfjum. Hann hefur yfirburðastöðu kaupanda og sölu aðilar geta orðið mjög háðir spítalanum. Í öllum tilvikum er um ójafnan leik að ræða. Hinn stóri kaupandi getur ráðið hvort viðkomandi fyrirtæki lifir eða deyr í viðskiptum. Í þessu sambandi má t.d. nefna að markaðshlutdeild LSH í kaupum á hjúkrunarvörum hér á landi hefur verið metin 60%.

Ef breytingar, sem ég hef lagt til, verða gerðar á starfsemi spítalans mun sjúkrahúsið starfa í nýju umhverfi. Umfang starfsemi spítalans minnkar verulega og að sama skapi eykst samstarf við aðila utan spítalans um tiltekna þjónustu. Spítalinn verður í auknum mæli kaupandi þjónustu fyrir skjólstaðinga sína. Hann hefur meira í hendi sér að stjórna kostnaði um leið hann gerir kröfur um gæði frá hendi þess sem selur þjónustuna. Ef sjúkrahúsið ákveður að velja þann farveg að kaupa þjónustu í meira mæli af aðilum utan sjúkrahússins er eðlilegt að gera það með svipuðum hætti og það kaupir vörur. Í dag eru í gildi rammasamningar um ýmis vörukaup, s.s. hjúkrunarvörur og lyf. Ekki er flóknara að gera slíka rammasamninga um kaup á þjónustu, t.d. á ákveðnum fjölda aðgerða eða tiltekinn rannsókn. Ef um fleiri en einn aðila er að ræða er hægt að fara sömu leið og í vörukaupum sem er að sá, sem er með hagstæðasta

tilboðið, fær stærstan hluta samningsins en til að gæta öryggis er jafnframt gert samkomulag við aðra aðila til að geta gripið til ef eitthvað bregst.

Að lokum. Þær breytingar, sem ég hef í er-

indi mínu lagt til að verði gerðar á starfsemi LSH, breyta því ekki að spítalinn verður áfram flaggskip íslenskrar heilbrigðisþjónustu, þvert á móti, þær myndu styrkja hann.

III. Hvernig verða kennsla, rannsóknir og þjónusta á háskólasjúkrahúsi í framtíðinni?

Kennsla heilbrigðisstétta

Samspil háskóla og heilbrigðisstofnana, sjúkrahúsa og heilsugæslu er nauðsynlegt við menntun heilbrigðisstétta. Þar er hlutverk LSH kjölfesta sem nú hefur verið formfest með sérstökum samningi milli LSH og HÍ. Sá samningur er grunnur þess að LSH geti með réttu kallast háskólaspítali. Samningur við FSA hefur sömuleiðis verið undirritaður og samningur við Heilsugæsluna í Reykjavík er í burðarliðum. Stærstu heilbrigðisstéttirnar, sem hljóta starfþjálfun á LSH, eru lækna- og hjúkrunarfræðingar.

Samningarnir leggja línur fyrir verkaskiptingu og ábyrgð samningsaðila og hlutverk í menntun heilbrigðisstétta. Gert er ráð fyrir stígvaxandi ábyrgð og sjálfstæði nemenda undir eftirliti kennara þannig að nemendur öðlist hæfni til sjálfstæða verka. Jafnframt verða aðilar að tryggja svo fræðilegan bakgrunn að nemendur geti valið og stundað frekara nám og aflað sér sérþekkingar á fjölbreyttum sérsviðum heilbrigðisvísindanna.

Mannleg samskipti og fagleg vinnubrögð eru grunnþættir í starfi heilbrigðisstétta. Sérstök áhersla á fagmennsku er því mikilvæg en ekki er síðra að fyrirmyndir séu traustar og starfsemi sjúkrahússins sífellt í endurskoðun svo nemendur læri hverju sinni þau vinnu-

brögð er best gerast hverju sinni. Starfsfólk sjúkrahúsa er því í sjálfu sér stöðugt í hlutverki uppfræðenda. Framtíðin mun gera enn frekari kröfur til þessa starfsþátta sjúkrahúsa, ekki bara háskólasjúkrahúsa. Hún mun jafnframt gera auknar kröfur til notkunar bestu aðferða við upplýsingaöflun, úrvinnslu þeirra og árangursmælinga. Við höfum þegar dregist alvarlega aftur úr hvað varðar kennsluhúsnæði og kennsluaðbúnað og þótt starfsmenn heilbrigðiskerfisins geri allt sem í þeirra valdi stendur verður samanburður á þessu sviði sérlega alvarlegur eftir því sem fleiri nemar í heilbrigðisgreinum velja að stunda nám og rannsóknir í nágrannalöndunum. Þegar heim er komið veldur þessi aðstöðuskortur oft óánægju, kerfið stendur ekki undir væntingum og ekki fæst því hámarksnýting á starfskröftum hinna nýmenntuðu starfskrafta.

Það er eitt mest aðkallandi verkefni yfirvalda heilbrigðis- og menntamála að vinna að úrbótum á þessu sviði. Þar sem kennsla, rannsóknir og þjónusta haldast þéttingsfast í hendur munu úrbætur á einum hlekk þessarar keðju skila sér jafnframt til hinna þáttanna af sjálfu sér.

Rannsóknir og þekkingarþróun

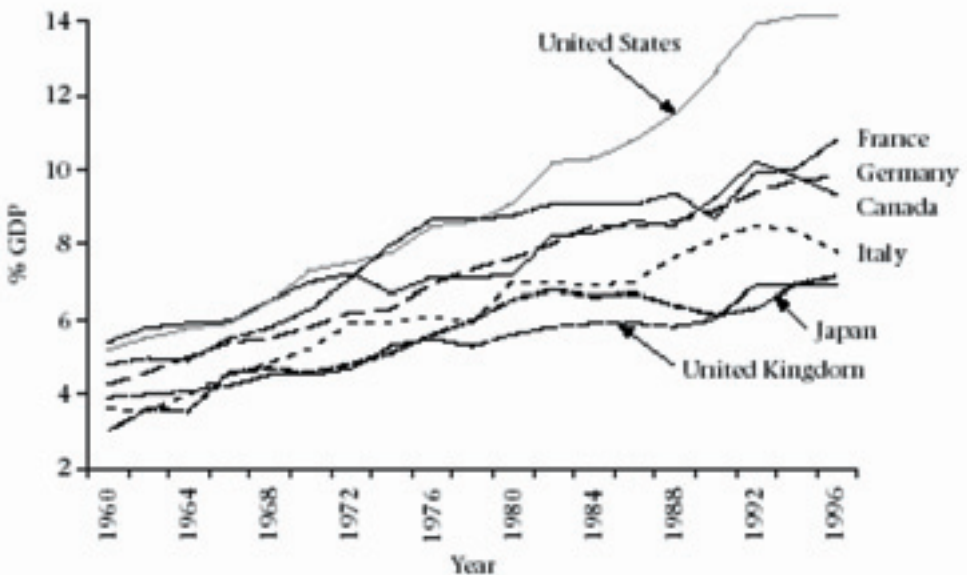
Hvernig verður rannsóknarstarfi og þekkingarþróun háttáð á háskólasjúkrahúsi framtíðarinnar? Er líklegt að hlutverk háskólasjúkrahússins breytist og rannsóknir og þekkingarþróun fari annað, t.d. á spítala sem ekki eru akademískir, á stofnanir ótengdar háskólum eða í fyrirtæki?

Háskólasjúkrahús er samofið úr þremur meginstarfsþáttum, þjónustu, kennslu og rannsóknum. Uppbygging, skipulag stjórnun og starfshættir stefna að samþættingu allra þessara þátta sem er grundvallaratriði. Háskólaspítalinn er því gríðarlega flókin stofnun. Þjónustan snýr að öllum hugsanlegum sjúkdómum og öllu lítrófi sjúklinga. Kennslan nær til allra heilbrigðisstétta og rannsóknirnar eiga að spanna víðtækt svið: grunnrannsóknir, klínískar rannsóknir, þar á meðal árangursrannsóknir og rannsóknir á öryggi sjúklinga og almennum gæðamálum, kennslurannsóknir og rannsóknir á heilbrigðisþjónustu.

Lykilorðið er þekking, öflun, miðlun og hagnýting þekkingar. Þegar vel tekst til ríkja frjó og gagnvirk starfstengsl milli hinna

þriggja meginþátta í starfi háskólaspítalans. Ný grunnþekking mótar þjónustuna. Klínísk vandamál verða kveikja rannsókna og kennslan fer að sjálfsögðu fram á vettvangi þjónustunnar. Þótt öflugar rannsóknarstofnanir og fyrirtæki, sem ekki hafa akademísk tengsl né kennsluskyldu, taki eflaust að sér mikilvæg verkefni í heilbrigðis- og lífvísindum er hlutverk þeirra afmarkaðra en hlutverk háskólastofnana og reynslan hefur víða sýnt að þau, sem dafna best, hafa sterk háskólatengsl eða þróast yfir í háskólastofnanir. Háskólar hafa frá aldaöldi verið samfélög helguð þekkingunni og þekkingarleitinni.

Hvað er brýnast að gera á Íslandi svo göfugum málstað til framdráttar? Í sem allra stystu máli: Efla grunnrannsóknir á Landspítala - háskólasjúkrahúsi með því að fjárfesta í aðstöðu, starfsmönnum og þekkingu. Bæta umgjörð klínískra rannsókna og efla árangursrannsóknir og rannsóknir sem lúta að öryggi sjúklinga og gæðum þjónustunnar. Gagnreynd þjónusta og þar með árangursrík meðferð fjármuna byggir á rannsóknum.



Kennsla, rannsóknir og þróunarstarf á sviði hjúkrunar

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010

- „Árið 2010 eiga aðildarríkin að vera búin að tryggja að stjórnun heilbrigðisgeirans beinist að því að ná árangri, hvort sem um er að ræða aðgerðir sem ná til fjöldans eða einstaklingsbundna klíniska meðferð.“
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, 2001.

Áhersla á árangur

- Hvernig?
 - Skilgreina árangursvísa.
 - ábyrgð einstaklinga/starfsmanna á árangri.
 - Auka sérfræðipækkingu.
 - Taka upp gagnreynda starfshætti.
 - Bæta samvinnu.
 - Breyta áherslum í rannsóknum.

Vitað er:

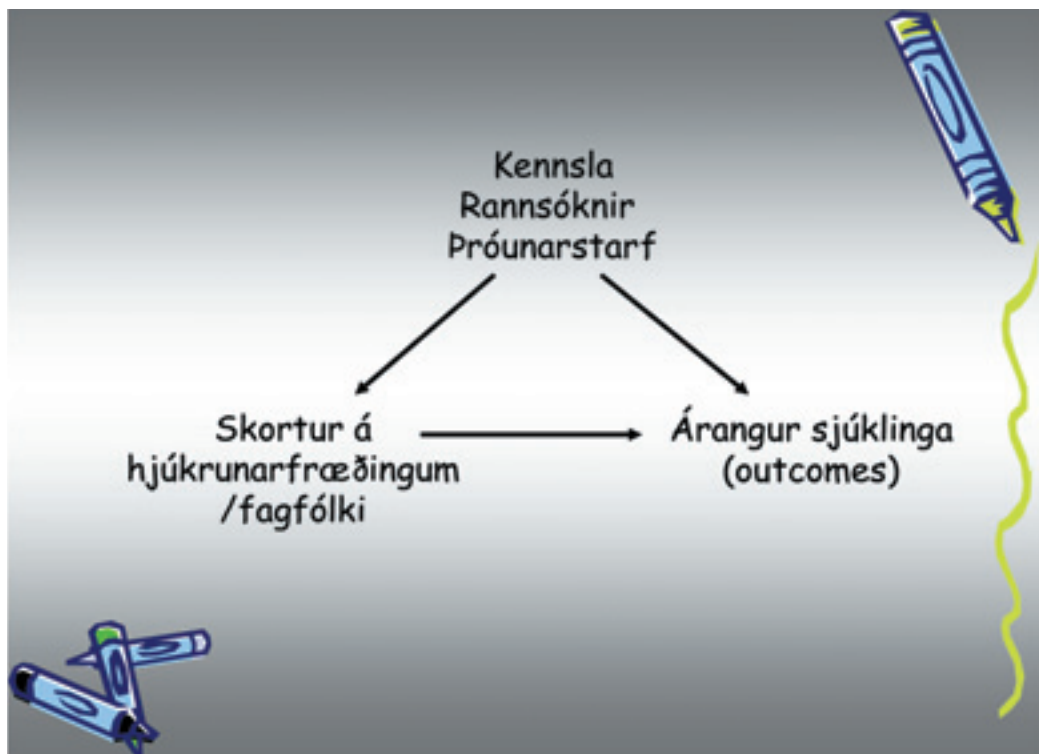
- Að til eru fjölmargar læknis-, hjúkrunar- og endurhæfingaríhlutanir sem sýnt hafa staðfestan árangur í klínískum rannsóknum.
- Þessar íhlutanir eru hins vegar ekki notaðar að jafnaði.

„Research - practice gap“

- Það er engin trygging fyrir því að vísindalegar niðurstöður úr rannsóknum séu notaðar í starfi til þess að bæta gæði þjónustu við sjúklinga.
- Niðurstöður rannsókna gefa til kynna að það líða 10–20 ár áður en niðurstöður klínískra rannsókna fara að nýtast í starfi.

Aukin sérfræðipækking

- Flókin vandamál kalla á flóknar, sérhæfðar lausnir.



- Sérfræðiþekking er nauðsynleg til að veita sífellt sérhæfðari þjónustu.
- Sérfræðingar búa yfir nýjustu þekkingunni og geta miðlað henni til annarra.
- Sérfræðiþekking getur verið nauðsynleg til að unnt sé að nýta niðurstöður rannsókna og koma á gagnreyndum starfsháttum.

Gagnreyndir starfshættir

Evidence Based Practice

- Integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. (- Sackett et al, 2000.)
- „The process by which clinical decisions are made using the best available research evidence, clinical expertise and patient preferences, in the context of available resources.“ (DeCenso A, Cullum N, Ciliska D, 1998.)

Samvinna

- Samvinna innan fagstétta
 - í meðferð sjúklinga
 - í rannsóknum

- Samvinna spítala og kennslustofnana
- Samvinna við sjúklinga
- Þverfagleg samvinna
 - í kennslu heilbrigðisstétta
 - í (klínískum) rannsóknum
 - í meðferð sjúklinga

Niðurstöður rannsókna yfirleitt samhljóma:
Samvinna bætir árangur sjúklinga.


Breyttar áherslur í rannsóknum

- Klínískar rannsóknir
 - með áherslu á árangur
- „Translational research“
- Sbr. sendinefnd frá NIH

Framtíð heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi hlýtur að miklu leyti að ráðast af því hvernig okkur tekst að laða hæfileikaríkt fólk til mismunandi starfa innan heilbrigðisþjónustunnar og halda því.

Þjónusta við sjúklinga og starfsumhverfi

Til að reyna að fá hugmynd um hvernig þjónusta við sjúklinga á að vera í framtíðinni þarf fyrst að huga að því hvernig hún er í dag og hverju þarf að breyta í þjónustunni. Á árinu 1998 var gefin út skýrsla um forgangsöröðun í heilbrigðiskerfinu. Þar voru m.a. sett fram þjónustumarkmið. Í þessu erindi er farið yfir þau þjónustumarkmið sem þar voru sett fram og snerta Landspítala - háskólasjúkrahús og reynt að meta hvort þeim hafi verið náð. Nokkuð hefur miðað en enn er langt í land hvað varðar suma þætti. Þessi markmið hafa í engu tapað gildi sínu og full ástæða er til að stefna að því að ná þeim sem enn hafa ekki náðst.

 **Forgangsöröðun**

- Heilbrigðisþjónustan á að vera réttlát
- Tryggja skal rétt sjúklinga
- Virðing skal borin fyrir velferð, einkalífi, mannhelgi og sjálfsákvörðunarrétti sjúklinga
- Sjúklingar bráðadeilda ... liggja ekki á göngum eða öðrum stöðum sem ekki eru ætlaðir sjúklingum

Eitt þjónustumarkmið var ekki sett fram í forgangsöröðunarskýrslunni en það var að heilbrigðisþjónustan væri örugg, þ.e. að þeir, sem til hennar leita, gætu verið fullvissir um að þeir hefðu gagn af þjónustunni en yrðu ekki fyrir skaða. Rannsóknir, sem gerðar hafa verið í Bandaríkjunum, benda til að þetta markmið náist ekki í öllum tilfellum. Ekki eru til áreið-

anlegar upplýsingar um stöðu Landspítala - háskólasjúkrahúss hvað þetta varðar.

Sjúklingar framtíðarinnar eiga eftir að gera mun meiri kröfur til heilbrigðisþjónustunnar en sjúklingar fortíðar og nútíðar. Starfsmenn og stofnanir þurfa að búa sig undir það með því að vera óhræddir við að horfast í augu við að alltaf má gera betur og að mistök geta átt sér stað. Mistök eru alltaf slæm en þau verða



enn sárari ef ekki er reynt að nota þau til að læra af þeim til að koma í veg fyrir að þau endurtaki sig.

Starfsumhverfi LSH og starfsmanna hans er að ýmsu leyti slæmt. Hin endurtekná tapaða barátta við að halda sig innan fjárhagsramma spítalans hefur slæm áhrif á starfsmenn og stofnunina í heild sinni. Misræmi er milli starfsemi og fjárveitinga og það verður að laga svo hægt verði að einbeita kröftunum að höfuðverkefni spítalans sem er að þjónusta sjúklinga.

Húsnæði spítalans er algerlega ófullnægjandi og kemur niður á þjónustu við sjúklinga og eykur álag á starfsmenn. Því er brýnt að hefja byggingu nýs spítala sem allra fyrst.

**IV. Hver eru sjónarmið fagaðila, samtaka sjúklinga
aðstandenda og nemenda?**

Kennsla, rannsóknir og þróunarstarf á landsbyggðinni

Ráðherra, fundarstjóri, góðir áheyrendur.

Erindi mitt á að fjalla um rannsóknir, þróun og kennslu á landsbyggðinni. Stór orð enda mikið í húfi fyrir fólk sem býr utan höfuðborgarsvæðisins.

Hvað telst landsbyggðin í skilningi heilbrigðiskerfisins? Er það öll þjónusta utan LSH eða allt heilbrigðiskerfið utan höfuðborgarsvæðisins? Ég nefni þetta því að með bættem samgöngum og upplýsingatækni hefur hugtakið landsbyggð breyst að mínu áliti. Staðsetning fagfólks á að skipta minna og minna máli með tilliti til kennslu, rannsókna og þróunar.

Þar sem ég starfa á FSA mun stór hluti af tölu minni fjalla um það sem við höfum verið að gera og viljum gera.

Kennsla

Á undanförunum árum hefur verið lyft grettistaki í styrkingu háskólanáms á landsbyggðinni og ber þar hæst stofnun HA sem hefur fengið að þróast og dafna. Verður að segjast að þróun skólans hefur verið framar vonum og hefur hann verið í fararbroddi hvað varðar fjarkennslu í ýmsum greinum, þar með talið hjúkrunarfræði. Rannsóknir á því hvar nemar skólans setjast að hafa sýnt að herra hlutfall nema HA sest að á landsbyggðinni. Ég fullyrði að stofnun hjúkrunarbrautar við HA hefur átt mestan þátt í því að mæta eftirspurn eftir hjúkrunarfræðingum á landsbyggðinni og þáttur fjarkennslunnar vegur þar þyngst. Þessi þróun hefur gerst hratt og er nú svo komið að ekki vantar hjúkrunarfræðinga á Akureyri. Þegar okkur var þessi þróun ljós hófum við að berjast fyrir því að læknar gætu lært heimilislækningar á Norður- og Austurlandi. Þetta var nefnt dreifbýlislækningar og vakti talsverða umræðu, nefnd, sem undirritaður sat í, skilaði frá sér tillögum en ekkert hefur heyrst meira af þeim.

Ég er þeirrar skoðunar að læknar, sem ætla að vinna við heimilislækningar úti á landi, eigi að hafa þann möguleika að taka stóran hluta af náminu þar. Reynt hefur verið að fá til þess fé en það hefur lítið gengið.

Með sameiningu heilbrigðisstofnana hafa þær orðið öflugri og hafa meira svigrúm en áður til þess að stunda kennslu og hafa nema bæði í læknisfræði og hjúkrun.

En fleiri háskólagreinar eru kenndar á landsbyggðinni, svo sem iðjuþjálfun að öllu leyti, verklegt nám í sjúkraþjálfun og í geislafræði sem áður hét röntgentækni.

Síðastliðið vor kom menntamálaráðuneytið að samningi á milli HÍ og FSA um kennslu læknanema við FSA og lagði fram fé til tveggja starfa við kennslu. Mun vera á döfinni að auglýsa þær stöður. Með þessum samningi telst FSA háskólasjúkrahús. Hér á árum áður var kennslustaða við HÍ í læknisfræði við FSA en hún lagðist af og skýringar þess liggja ekki á lausu. Hvað um það, við höfum gert samning við HÍ um kennslu læknanema og er það vel.

Fyrir réttu ári tók FSA að sér rekstur Sjúkraflutningaskólans eftir talsverðar viðræður við heilbrigðisráðuneytið. Er hægt að fullyrða að rekstur skólans gangi vel og hefur vel miðað í kennslu og þróun skólans. Kennslan er með þeim hætti að námskeið eru haldin á Akureyri og í Reykjavík og fyrirlestrum síðan miðlað í fjarkennslu um allt land. Við flutning skólans hefur kennsla aukist og sjúkraflutningamönnum án réttinda á landsbyggðinni hefur fækkað mikið. Þessa dagana er verið að vinna að stefnumótun skólans og verið er að kanna hvort hægt sé að flytja hluta af skólanum á háskólastig, þá við HA. Flutningur skólans er dæmi um viðsýni sem gaman væri að sjá á fleiri sviðum en forsenda flutninganna er að sjálfsgöðu fagleg þekking og reynsla í fjarkennslu við HA og FSA.

Fyrir þremur árum hóf FSA að senda alla fræðslu fyrir lækna og hjúkrunarfræðinga út á byggðabruinni og lætur nærri að einir 20 staðir séu tengdir á hverjum fimmtudags- og föstudagsmorgnum. Það hefur komið í ljós að um 200 einstaklingar hlýða á þessa fræðslu hverju sinni utan FSA. Lengi hefur staðið til að vista fyrirlestrana á heimasiðu FSA þannig að heilbrigðisstarfsfólk geti hlýtt á þá þegar færi gefst. Verður það vonandi raunin á næsta ári.

Læknaritarar eru víða í námi á landsbyggðinni og stunda verklegt nám þar svo og taka þátt í fjarkennslu. Hefur það fyrirkomulag gefist vel.

Fyrir um tveimur árum gerðu FSA og HÍ með sér samning um fjarkennslu ljósmæðranema og hefur það gefist vel. Stunda nú þrír nemar nám á FSA með hjálp fjarkennslubúnaðar. Einnig eru hjúkrunarfræðingar í diplómanámi við HÍ með hjálp fjarkennslu.

Fjarkennsla, eins oft og ég hef nefnt hana hér á nafn, er grundvöllur náms á sumum stöðum á landsbyggðinni. Fjarkennsla hefur gefið fólki kost á að mennta sig t.d. sem hjúkrunarfræðinga á mörgum stöðum, svo sem á Ísafirði, Neskaupstað, Egilsstöðum, Selfossi og jafnvel í Reykjanesbæ. Tilkoma þessa kennsluforms gefur því fólki, sem á erfitt með að flytja til þess að fara til náms, möguleika á að stunda námið að mestu leyti í sinni heimabyggð og er það vel. Einnig má benda á að þeir, sem útskrifast á þessum stöðum, munu líklega búa þar áfram og eru því góð fjárfesting fyrir hinar dreifðari byggðir.

Margar úrtöluraddir hef ég heyrt um háskólanám á landsbyggðinni og ætla ég ekki að hafa þær eftir hér en spyrja þeirrar spurningar hver staða hjúkrunarfræðinga væri í dag hefði HA ekki komið til. Nú eru aðgangstakmarkanir í Reykjavík væntalega vegna skorts á námstækifærum. Tilkoma háskólakennslu á landsbyggðinni er forsenda byggðar í dag.

Síðastliðið vor kom upp umræða um læknadeild á Akureyri. Ég verð að játa að ég átti þátt í að koma þeirri umræðu af stað á fundi Læknafélags Íslands þar sem ég spurði

hvort samkeppni um nemendur og kennara væri þörf. Hvernig er kennsla í skóla þar sem aðgangstakmarkanir hafa verið á þriðja áratug? Hvert er aðhald að kennurum? Er þetta gott til langframa? Svárið við því hlýtur að vera nei. Það er einfaldlega á móti öllum markaðslögmálum. Ég ætla ekki að hafa fleiri orð um þetta hérna en umræðan er fyrst og fremst skemmtileg og hvetjandi. Hver veit hvað framtíðin ber í skauti sér?

Þróunarstarf

Ég ætla að fíkra mig frá umræðunni um kennslu yfir í þróun en í raun er þetta svo samofið að það verður vart skilið frá hvort öðru.

Ég fullyrði að umhverfi til þróunar t.d. á hugbúnaði er síst verri á landsbyggðinni en hér í Reykjavík. Ég man ekki betur en undanfari Sögukerfisins, sem er rafræn sjúkraskrá, hafi orðið til á Egilsstöðum vegna framsýni og einurðar Guðmundar Sigurðssonar, heimilislæknis. Margt má um það ágæta kerfi segja en þróunin hefur haldið áfram. Fyrir fáeinum árum komu Heilbrigðisstofnun Þingeyinga og FSA að því ásamt heilbrigðisráðuneytinu að taka þátt í að þróa rafrænan lyfseðil. Á Húsvík var hafin notkun á honum og gekk prófun hans vel. Biðum við á FSA eftir að fá hann til prufu en þá kom í ljós að mönnum þótti eðlilegt að þetta yrði tekið upp í Reykjavík, það finnst mér líka enda markaðurinn augljóslega stærstur þar. Hins vegar kom í ljós að ekki var hægt að leysa ákveðin tæknileg vandamál og því kom verkefnið aftur norður og er lyfseðillinn nú í prófun á Akureyri og gengur vel. Þessi krókur seinkaði málinu um eittár.

Við höfum verið duglegir að sækja um verkefni hjá hinu Íslenska heilbrigðisneti sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur á sinni könnu. Nokkur verkefni höfum við fengið og sum þeirra nokkuð spennandi.

Það nýjasta er um rafræn læknabréf. FSA sendir a.m.k. 25.000 læknabréf á eina heilsugæslustöð, HAK. Því er augljós hagræðing í því að geta sent bréfin rafrænt, ekki þarf að prenta þau út á FSA og póstleggja og ekki þarf

að skanna þau inn í kerfið á HAK. Hvert er þá vandamálið?

Þróun fjarlækninga var talsvert áberandi fyrir fáeinum árum. Tæknilegi hlutinn hefur verið allsráðandi en við höfum ekki gert næga þarfagreiningu á því hvað kemur okkur vel og hvað þarf. Forsenda þess að fjarlækningar séu notaðar er sú að einhver finni hjá sér þörf til þess að nota hana. Ætli besta dæmið um það sé ekki fyrrum landsbyggðarlæknir á Ísafirði sem flutti á mölina en getur notað fjarlækningar til að sinna starfi sínu að hluta áfram á Ísafirði. Þarfagreining og upplýsingar eru forsenda áframhaldandi þróunar.

Rannsóknir

Rannsóknir og hagnýting þeirra er undirstaða framfara. Á undanförunum árum hafa komið fram fyrirtæki í líftækni og tölvunarfræði sem hafa komið með mikið fjármagn inn í íslenskt rannsóknarumhverfi. Rannsóknir í læknisfræði og hjúkrun eru stundaðar á landsbyggðinni og á síðustu árum hafa tveir læknar skrifað doktorsritgerðir samhliða starfi sínu á

landsbyggðinni. Tilkoma háskóla á Akureyri bætir umhverfi fyrir rannsóknir þrátt fyrir að kennslustöður séu enn sem komið er engar t.d. í heimilislækningum á landsbyggðinni. Að sjálfsögðu gegna háskólarnir lykilhlutverki í að örva rannsóknarstarfsemi á landsbyggðinni.

Framtíðin

Ég hef stiklað á stóru um kennslu, þróun og rannsóknir á landsbyggðinni. Margt jákvætt hefur gerst á undanförunum árum sem hefur bætt aðstöðu okkar en ég bendi á að flestallt hefur gerst að frumkvæði landsbyggðarmanna sem hafa verið studdir af stjórnmalámönnum. Ég biðla til HÍ og LSH að sýna meiri vísýni í framtíðinni og að vera ekki svo bundnir staðsetningu sinni. Ég lít svo á að ef heilbrigðisþjónusta á að vera til staðar á landsbyggðinni til framtíðar verður háskólastarfsemi að samtvinnast henni meira en orðið er. Heilbrigðiskerfið á landsbyggðinni þarf að taka þátt og vera órjúfanlegur hluti af kennslu, rannsókn-um og þróun í framtíðinni.

Mikilvægi og hlutverk rannsóknarstarfsemi

Rannsóknir og þróunarstarf er undirstaða velmegunar og samkeppnishæfni í þekkingarþjóðfélagi framtíðar. Ísland er í fremstu röð þjóða bæði hvað varðar fjármagn til, árangur og afrakstur rannsókna og hvað varðar einstakan mannauð og þekkingu sem hér hefur verið byggð upp á skömmum tíma. Þetta gefur okkur tvímælaust góðan stökkpall til nýrra tækifæra og nýrra landvinninga. Í erindinu verður þessari stöðu lýst í grófum dráttum með áherslu á heilbrigðisrannsóknir og lífvísindi en hlutur þeirra í íslenskum rannsóknum, þróun og nýsköpun er verulegur og fer sífellt vaxandi.

Vísindi eru undirstaða velmegunar

Öflugt vísindasamfélag

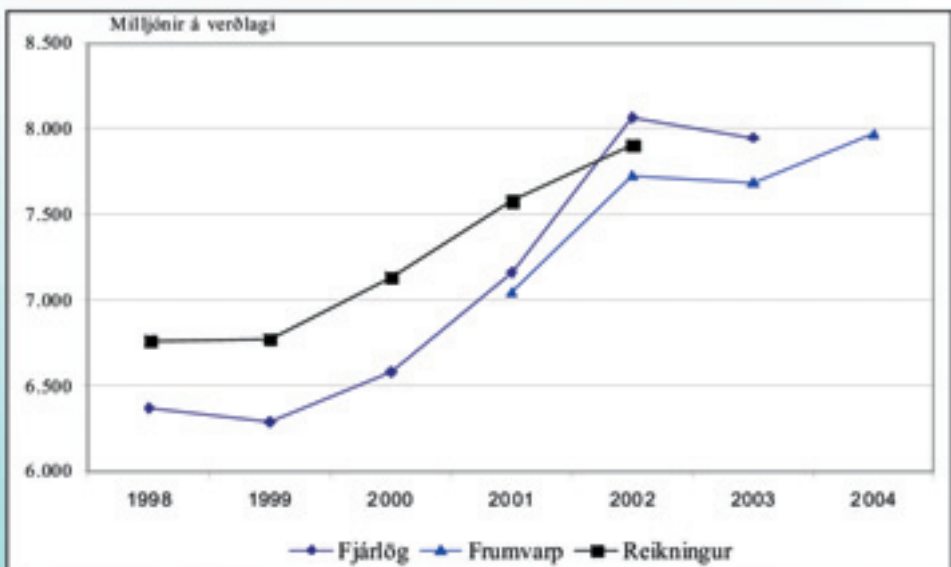
- Styrkir stöðir menningar og atvinnulífs.

- Skapar öflugt þekkingarþjóðfélag og eykur lífsgæði.
- Lætur smáþjóð blómstra í alþjóðlegri samkeppni.

Staða Íslands

- Íslenskt vísindasamfélag er einstakt þar sem mannauðurinn er byggður upp við bestu mennta- og vísindastofnanir heims.
- Ísland er nú þegar í fremstu röð þjóða á alþjóðavettvangi um rannsóknir og þróun.
- Fjármagn til rannsókna og þróunar er 3,06% af vergi þjóðarframleiðslu – 1,02% eru opinber fjármögnun.
- Útgjöld til rannsókna eru um 23 milljarðar á ári en voru um 7-8 milljarðar fyrir rúmum 10 árum.

Framlög ríkisins til rannsókna



- Fjöldi birtra vísindagreina hefur þrefaldast á 10 árum

Heilbrigðis- og lífvísindi

- Rannsóknir í heilbrigðis- og lífvísindum hafa aukist hratt.
- Um 40% af heildarframlögum til rannsókna.
- Um 40% af birtum vísindagreinum.
- Langstærstur þáttur fyrirtækja í rannsóknum.
- Góður árangur í sókn á alþjóðamið.
- Heilbrigðisstofnanir hafa aukið hlut sinn verulega.

Er þá ekki allt með sóma?

- Stærstum hluta opinberrar fjármögnunar til rannsókna er veitt til stofnana beint af fjárlögum.
- Hluttur samkeppnissjóða af framlagi ríkisins til rannsókna hefur verið nokkuð stöðugt um árabíl í ca. 8-9% en hækkar í um 11% skv. fjárlagafrumvarpi 2004.
- Hluttur samkeppnissjóða af heildarútgjöldum til rannsókna hefur fallið á síðustu tíu árum úr um 7% niður í um það bil 3-4%.
- Fjöldi mannára, sem sjóðirnir geta styrkt, hefur farið minnkandi.
- Úthlutunarhlutfall fer lækkandi - verður nálægt 20% árið 2004.
- Áhættufjármagn er af skornum skammti - aðgangur hefur minnkað.

Hvernig má bæta

- Samkeppni um fjármagn og jafningjamat með háum gæðakröfum veitir aðhald og leiðir til fjárfestinga í vandaðri verkefnum.
- Efla ber samkeppnissjóði til styrktar fram-sækinna og áræðinna verkefna þannig að bragð sé að.
- Bæta þarf aðgang að fé til fjárfestingar í aðstöðu.
- Auka þarf svigrúm til átaksverkefna og alþjóðasóknar.
- Tryggja þarf aðgang að áhættufjármagni.

Til þjartrar framtíðar

- Vísindasamfélagið er þjóðarauður sem skapa þarf skilyrði til vaxtar og viðhalds með öflugum stuðningi, fjármögnun og hvatningu.
- Til að skapa og viðhalda öflugu vísindasamfélagi þarf að
 - * tryggja breidd og fjölbreytni í rannsóknum.
 - standa vörð um sjálfstæði og trúverðugleika vísindanna.
 - * tryggja aðstöðu og fjármagn.
 - * tryggja endurnýjun og eflingu mannauðsins.
- Vísindaleg þekking er orðin sjálfstæð og öflug uppspretta verðmætasköpunar og hagvaxtar.
- Fjárfesting í rannsóknum skilar árangri.

Rödd samtaka sjúklinga

Ráðstefnustjóri, fundarstjóri

Ágætu þingfulltrúar

Ég þakka þann heiður að fá að taka þátt í Heilbrigðisþingi 2003.

Eðlilegt er að rödd samtaka sjúklinga fái tækifæri og í mínu tilfelli byggist hún einkum á eigin reynslu.

Það er mikið rætt um kostnað í heilbrigðiskerfinu og það er áreiðanlega rétt að gott heilbrigðiskerfi hjá fámennri þjóð hlýtur að kosta mikið.

Ég heyri ekki mikið rætt um þann ávinning sem fylgir því að fá lækningu sem auðvitað kostar peninga.

Ef einstaklingur í fullu starfi þarf á lækni- hjálp að halda hlýtur það að skipta máli að þurfa sem minnst að bíða og að sú þjónusta, sem veitt er, gagnist sjúklingnum.

Ef viðkomandi getur stundað vinnu sína með sem minnstum frávikum því þá koma peningar í formi skatta til baka.

Hver dagur á sjúkrahúsi kostar nú kr. 73.100. Gott skipulag og vinnutilhögun getur væntanlega fækkað legudögum. Það skiptir því verulegu máli að allur aðbúnaður, húsnæði, tækjakostur og allt vinnuumhverfi sé í góðu lagi.

Það er aftur á móti erfitt að gera sér grein fyrir því að þjónusta háskólasjúkrahúss geti verið hagkvæm með aðalbækistöðvar í Fossvogi og við Hringbraut.

Miðað við þær miklu framfarir, sem orðið hafa á öllum sviðum og miðað við þá kunnáttu og hæfni sem starfsfólk sjúkrahússins býr yfir, hlýtur það að vera tímabært og jafnframt fjárhagslega hagkvæmt að byggja nýtt fullkomið sjúkrahús í samræmi við nútímakröfur.

Ég er ekki í nokkrum vafa um að meðal annarra þjóða finnist fyrirmynd að sjúkrahúsi sem hentar fyrir þjóð af okkar stærðargráðu.

Úr heilbrigðisáætlun til ársins 2010.

Langtímamarkmið í heilbrigðismálum, sem gefið er út af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu árið 2001 og samþykkt var á Alþingi 20. maí 2001, er fjallað um forgangsvirkfni til ársins 2010. Þau eru:

Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

Börn og ungmenni

Eldri borgarar

Geðheilbrigði

Hjarta- og heilavernd

Krabbameinsvarnir

Slysavarnir

Kostnaðarþættir

Það er ekki hægt annað en að fagna þeim ásetningi sem fram kemur í áætluninni. Þar er einkum lögð áhersla á að draga úr tíðni sjúkdóma, slysa og dauðsfalla. Jafnframt eru forvarnir í hávegum hafðar og er það í samræmi við þann tíðaranda sem nú er mjög ríkjandi.

Landssamtök hjartasjúklinga fagna heilbrigðisáætluninni og er hún mjög í takt við starf okkar í seinni tíð en það er að einstaklingar leggi sitt af mörkun m.a. með aukinni úti- vist og hreyfingu. Liður í því er stofnun HL gönguhópa um land allt. Þá eru einnig HL stöðvar þar sem hjarta- og lungnasjúklingar geta lagt sitt af mörkum til að viðhalda heilbrigðu lífi.

Landssamtökin hafa einnig farið í æ ríkari mæli inn á þá braut að bjóða blóðfitu- og blóðþrýstingsmælingar til að vekja athygli á þessum áhættuþáttum. Um 4000 manns hafa farið í slíkar mælingar og hefur þó nokkur hluti þeirra þurft að leita læknis.

Teljum við árangurinn vera hvetjandi til frekari aðgerða á þessu sviði sem lið í forvarnarstarfi og ekki síst er hér um samfélagsþjón-

ustu að ræða sem leitt getur til verulegs sparnaðar fyrir skattborgara þessa lands.

Landssamtök hjartasjúklinga hafa í gegnum tíðina oft kvartað undan biðlistum eftir hjartaaðgerðum og stundum hafa sjúklingar þurft að bíða í marga mánuði eftir aðgerð. Nú bíða yfir 50 manns eftir hjartaskurðaðgerð og er það ástand óviðunandi að okkar mati. Nýverið var ákveðið að taka pláss af hjarta- og lungnaskurðeild fyrir raflækningar á sjúklingum geðdeildar. Þar er um að ræða 2 legurými og þrátt fyrir plássleysið á hjartaskurðeildinni er legudeild augndeildar einnig höfð þar, þ.e. á hjartaskurðeildinni, og teljum við hjá Landssamtökunum það óskiljanlegt hvernig þeirri deild var komið þar fyrir.

Við teljum að slíkar ráðstafanir gangi ekki upp og þurfi endurskoðunar við. Í heilbrigðisáætluninni er það eitt af markmiðum að biðtími eftir aðgerðum verði ekki lengri en 3-6 mánuðir. Það yrði mikill léttir fyrir sjúklinga að biðtími verði sem stystur og örugglega sparnaður fyrir samfélagið.

Frjáls félagasamtök hér á landi hafa lagt mikið af mörkum til samfélagsins. Ég tel að svo muni verða áfram um ókomin ár. Það er á hinn bóginn okkar reynsla að æ erfiðara er að nálgast fjármuni úti í samfélaginu og hætt er við að erfitt verði að safna fyrir stórgjöfum. Það er því afar áriðandi að hvatning um bætta lífshætti og forvarna verði aukin en ljóst er að það verður vandi að reikna það dæmi í krónum talið.

Í hugum hjartasjúklinga ríkir mikið þakklæti fyrir þá þjónustu sem háskólasjúkrahússið veitir og erum við sannfærð um að starfslíð-

ið er í háum gæðaflokki og fagleg kunnátta sé yfirleitt í góðu lagi. Sjálfur hef ég notið afar góðrar þjónustu.

En eitt er fagleg kunnátta og annað er hvort henni fylgi alltaf góð mannleg samskipti. Nýlegt dæmi veit ég um þar sem sjúklingur með höfuðverk sem ágerðist fór á bráðamóttökuna til aðhlyningar. Þar var ekki lengi verið að greina sjúkdóminn „mígreni“ og gefið var mígrenilyf á staðnum sem sjúklingur þoldi engan veginn. Spurt var hvort viðkomandi hefði smakkað áfengi. Ég get fullyrt að ekkert tilefni var til slíkrar athugasemdar nema að viðkomandi gat ekki gengið beina línu vegna langvarandi kvala. Í lokin var boðið upp á morfínsprautu til að draga úr höfuðverknunum ásamt lyfjaskammti fyrir eina viku af mígrenilyfi sem viðkomandi þoldi alls ekki. Sjúklingi fannst sér misboðið og framkoman vera niðurlægjandi. Fram kom síðar að þetta var röng greining og hefur sjúklingurinn nú fengið viðeigandi meðferð og fylgist ég vel með framvindu mála frá degi til dags.

Góðir þingfulltrúar. Minn tími leyfir ekki lengra mál. Ég vil undirstrika og tel þjónustu Landspítala - háskólasjúkrahúss vera mjög góða.

Agnúar munu ávallt koma fram og gæðadeild þarf að vera vel á verði til að fyrirbyggja alvarleg mistök.

Ég óska þess að aðbúnaður allur verði stofnuninni til sóma þannig að eðlilegar og sjálfsagðar framfarir eigi sér stað.

Rödd samtaka sjúklinga hefur lokið máli sínu á þessu þingi.

Sjónarmið aðstandanda sjúklings

Sjónarmið aðstandanda geðfatlaðra

Að vera aðstandandi sjúklings fylgja mismunandi tilfinningar, allt eftir eðli sjúkdómsins. Strákurinn, sem fótbrotnar í fótboltaleik, er fluttur á sjúkrahús, brotið er sett saman og gipsað og aðstandendur geta sýnt væntumþykju og ástúð. Verkir geta verið fyrstu dagana og ýmis óþægindi geta fylgt í kjölfarið en eftir einhvern tíma er stráksi kominn út á völl á ný og lífið gengur sinn vanagang og fjölskyldan getur tekið gleði sína að nýju. Enginn spyr móðurina um samskipti þeirra áður en fótboltaleikurinn hófst eða hvort samskiptin gætu hafa haft áhrif á að stráksi datt eða hvort hann var í réttum skóm. Það er bara sagt: „-Þetta kemur fyrir þróttmikla stráka.“

Aðstandandi langveikra þarf að glíma við allt aðrar tilfinningar og þá ekki síst ef um geðsjúkdóma er að ræða. Vísindaleg þekking á geðsjúkdómum er komin skammt á veg þó að starfsfólk geðdeilda hafi tileinkað sér mikla þekkingu á meðferð einkenna. Einnig ríkja miklir fordómar enn þó að umræðan hafi verið opnari undanfarið. Þeir, sem næst standa hinum geðsjúka, upplifa oft sorg, reiði, skömm, sektarkennd, tap og brostnar vonir.

Að fá psykosu er alvarlegur hlutur fyrir einstaklinginn og fjölskyldu hans, það er erfitt fyrir heilbrigðisstéttir að meðhöndla þær og dýrt fyrir samfélagið. Því veltur á að sjúkleiki einstaklingsins sé greindur á byrjunarstigi og meðferð hafin tafarlaust, það dregur úr fötlun vegna sjúkdómsins og meiri líkur eru á að viðkomandi geti spjarað sig úti í lífinu að meðferð lokinni.

Háskólasjúkrahús gegnir mikilvægu hlutverki sem kennslustofnun fyrir heilbrigðisstéttir sem starfa að námi loknu utan stofnana eins og í skólum, á heilsugæslustöðvum, við félagsþjónustu hjá sveitarfélögum, starfsmannastjórn hjá einkafyrirtækjum svo eitt-

hvað sé nefnt. Ef þessir aðilar þekkja byrjunar-einkenni geðsjúkdóma geta þeir stutt einstaklinginn til að leita sér hjálpar. Þeir, sem veikjast af geðklofa, fá sjúkdóminn oft öðru hvoru megin við tvítugt og því eru það oft kennarar sem fyrst merkja breytinguna hjá nemendum sínum og því er nauðsynlegt að þeir fái fræðslu um einkenni og hvert þeir geta leitað til að fá hjálp fyrir nemandann.

Síðustu áratugi hefur orðið mikil breyting á meðferðarstofnunum fyrir geðsjúka, ný lyf hafa komið til sögunnar og sjúklingar dvelja aðeins inni á geðdeildum meðan á bráðaveikindum stendur en ekki áratugum saman eins og fyrr á árum. Of langur tími inni á geðdeild getur veikt eðlilegt stuðningsnet sjúklingsins og einnig haft áhrif á hvernig honum gengur að fóta sig í samfélaginu utan stofnunar.

Stuðningur við hinn langveika geðfatlaða lendir þá oftast með fullum þunga á aðstandendum hans sem veldur oft aukinni streitu og upplausn í fjölskyldum því það vantar fræðslu og stuðning frá meðferðaraðilum.

Rannsóknir sýna að meðferðarform fyrir psykotiska sjúklinga, þar sem fjölskyldan er hluti af meðferðartilboðinu, gefur góða raun hvað varðar endurtekin bráðaeinkenni eða endurinnlögn. Þá er fjölskyldan tekin inn sem mikilvægir aðilar við meðferð sinna nánustu. Þeir fá hjálp og kennslu um hvernig á að höndla daglegt líf með sjúklingnum á betri hátt.

Háskólasjúkrahús hefur því mikilvægu hlutverki að gegna í að miðla fræðslu til samstarfsaðila úti í þjóðfélaginu og einnig að benda á og vera með í að skipuleggja aðstoð fyrir sjúklinga og fjölskyldur þeirra við útskrift.

Nauðsynlegt er að sjúkrahúsið skoði verkferla við inn- og útskriftir sjúklinga. Skoði hvers vegna sumir sjúklingar eru út og inn af sjúkrahúsi sem er mjög dýrt fyrir þjóðfélagið og erfitt fyrir einstaklinga og aðstandendur.

Viðhorf nemenda til náms og rannsókna

Nám er vinna og vinna er nám

Landspítali - háskólasjúkrahús gegnir lykilhlutverki við menntun heilbrigðisstétta á Íslandi. Þar fer fram nánast öll verkleg þjálfun og klínísk kennsla á seinni hluta námsins í læknisfræði, auk þess fer þar fram stór hluti þeirrar rannsóknarvinnu sem læknanemar eru þátttakendur í.

Skiptar skoðanir eru meðal læknanema á gæðum verklegrar kennslu á LSH. Eindregin ánægja ríkir þó með þau tækifæri sem gefast til rannsóknarstarfs á stofnuninni. Breytingar standa nú yfir á skipulagi læknánámsins, klásus hefur vikið fyrir inntökuprófum, stefnt er að samþjöppun og bættu klínísku námi. Það er nokkuð óljóst hverju breytingarnar muni skila í heild sinni, læknanemar vonast helst eftir betra verknámi.

Stefnt er að markvissari kennslu og þjálfun við samfelldara verknám. Einnig er vonast til að læknaneminn muni með því móti falla betur inn í teymi þess fagfólks sem er starfandi hverju sinni á spítalanum. Læknanemar vilja sjá aukið vægi vandamálmíðaðrar nálgunar

(problem based learning), bæði í grunnnáminu sem og í klíníska hluta námsins.

Ein útfærsla á slíkri nálgun er að tryggja læknanemum sumarstörf í auknum mæli á stofnuninni í framtíðinni sem þeir síðan fá metin sem hluta af verklegu námi við lækna-deild HÍ. Þannig fá nemar tækifæri til að axla ábyrgð og þjálfa sjálfstæðari vinnubrögð undir öruggri handleiðslu. Það er sérstaklega mikilvægt að bjóða upp á slíka möguleika þegar nemum, sem stunda nám við deildina, fjölgar stöðugt og samkeppni þar af leiðandi eykst.

Það, sem einna helst stendur náminu á LSH fyrir þrífum, er of lítil vitund við rekstur spítalans um að sá hluti starfsins á LSH, sem snýr að tengslum við Háskólann, snýst að miklu leyti um að sinna verðandi heilbrigðisstarfsmönnum meðan á námi þeirra stendur. Það á þó eflaust eftir að breytast eftir því sem Landspítali - háskólasjúkrahús vex og dafnar. Við stofnunina nema nú framtíðarstarfskraftarnir sem munu leggja sitt af mörkum við að gera ágætan vinnustað enn betri.

Ávarp heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra við afhendingu viðurkenningar til Þorvarðar Örnólfssonar fyrir baráttu gegn reykingum.

Ágætu þingfulltrúar.

Um og eftir miðja öldina, sem leið, urðu mönnum endanlega ljós tengslin milli alvarlegs heilsubrests og reykinga. Þetta sáu menn fyrst í lungnakrabbameini, síðar í hjartasjúkdómum, öndunarfærasisjúkdómum og enn síðar öðrum sjúkdómum.

Vorið 1974 var gerð könnun á reykingum grunnskólanema í Reykjavík. Niðurstöðumar voru ískyggilegar: Meira en 30% nemenda á aldrinum frá 12 til 16 ára reyktu, þar af meira en 20% daglega. Í elstu aldurshópnum fór hlutfallið yfir 50%.

Fljótlega eftir að niðurstöðumar voru birtar, árið 1975, hafði Þorvarður Örnólfsson, lögfræðingur og þáverandi framkvæmdastjóri Félagssstofnunar stúdenta, samband við stjórn Krabbameinsfélags Reykjavíkur og kynnti hugmyndir sínar um herferð gegn reykingum ungs fólks. Stjórnin féllst á hugmyndirnar og var Þorvarður síðan ráðinn framkvæmdastjóri félagsins. Í samvinnu við Krabbameinsfélag Íslands var herferðinni ýtt úr vör.

Haft var náið samstarf við skóla, bæði á höfuðborgarsvæðinu og landsbyggðinni, nemendur og starfsfólk skóla fengu víðtæka fræðslu um skaðsemi reykinga og nemendurnir tóku virkan þátt í baráttunni.

Herferðin vakti mikla athygli og árangurinn lét ekki á sér standa. Í næstu könnun, árið 1978, kom í ljós að hlutfall nemenda, sem reyktu, hafði lækkað úr 30,6% í 20,6%. Þessi þróun hefur síðan haldið áfram og nú reykja um 6,8% nemenda á aldrinum 12-16 ára (þar af 4,6% daglega).

Þorvarður var framkvæmdastjóri Krabba-

meinsfélags Reykjavíkur til haustsins 1997. Allan sinn starfstíma var hann ötull baráttumaður fyrir tóbaksvörnum, bæði í skólum landsins og á öðrum vettvangi. Hann hafði mikil áhrif á tóbaksvarnalöggjöfina og á sinn þátt í þeim merku áföngum sem þar hafa náðst, í góðri samvinnu við Alþingi og heilbrigðisráðherra á hverjum tíma. Þorvarður er enn í dag ráðgjafi Tóbaksvarnaráðs og heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins að því er löggjöfina varðar.

Óhætt er að segja að með skipulegu tóbaksvarnastarfi meðal grunnskólanema hafi tekist að forða þúsundum ungmenna frá því að byrja að reykja. Samdráttur í reykingum í þjóðfélaginu í heild er einnig mjög athyglisverður. Árið 1985 reyktu 40% fullorðinna Íslendinga. Nú er hlutfallið 24% miðað við 18-69 ára. Að sjálf-sögðu er þessi mikli árangur verk margra manna. Á engan verður þó hallað þó fullyrt sé að hlutur Þorvarðar Örnólfssonar er mjög mikill. Eldmóður hans og áhugi fyrir velferð landsmanna, ungra sem eldri, er einstakur. Fyrir það ber að þakka honum. Mig langar að biðja Þorvarð að koma hér upp og taka við viðurkenningunni. Þetta er líparítsteinn, sem gæti verið úr Kerlingafjöllum en þar rak Þorvarður skíðaskála um áratuga skeið með bróður sínum. Áletrunin hljóðar svo: Viðurkenning og þakkir fyrir ómetanlegt framlag til tóbaksvarna og bættrar heilsu landsmanna.

Hér á eftir verður boðið upp á hressingu en ég bið ykkur rísa úr sætum og hylla Þorvarð fyrir framlag hans og segi Heilbrigðisþingi 2003 slitlið.

Pátttakendur á heilbrigðisþingi 2003

A - Á

Aðalheiður Guðmundsdóttir, Heilbrigðisstofnunin Selfossi

Aðalsteinn Pálsson, Landspítali - háskólasjúkrahús

Alma Eir Svavarsdóttir

Anna Atladóttir, BSRB

Anna Björg Aradóttir, Landlæknisembættið

Anna Elísabet Ólafsdóttir, Lýðheilsustöð

Anna S. Gilsdóttir, Heilbrigðisstofnunin Siglufirði

Anna Sívertsen, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti

Anna Stefánsdóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Ari Sigurðsson, Hjartavernd

Arnar Hauksson, Heilsugæslan í Reykjavík

Arnar Jónsson, IBM

Aron Björnsson, Landspítali - háskólasjúkrahús

Atli Árnason, Heilsugæslustöðin Grafarvogi

Auður Dúadóttir, Félag ísl. Læknaritara

Auður Ragnarsdóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Ágústa Dúa Jónsdóttir, Heilsugæslustöðin Sel-tjarnarnesi

Álfheiður Árnadóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Árni Sverrisson, St. Jósefsspítali

Ása St. Atladóttir, Landlæknisembættið

Ásbjörn Jónsson, Landspítali - háskólasjúkrahús

Ásgeir Ásgeirsson, Heilbrigðisstofnun Akranesi

Ásgeir Böðvarsson, Heilbrigðisstofnun Þingeyinga

Ásgeir Haraldsson, Háskóli Íslands

Ásgeir Theodórs, St. Jósefsspítali

Áslaug Björnsdóttir, Sunnuhlíð Kópavogi

Áslaug Halldórsdóttir, Heilbrigðisstofnun Þingeyinga

Ásta Harðardóttir, Sjúkraliðafélag Íslands

Ásta Möller

Ásta Thoroddsen, Háskóli Íslands

B

Baldur Johnsen, Landspítali - háskólasjúkrahús

Benedikt Benediktsson, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti

Birgir Gunnarsson, Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki

Birna Bjarnadóttir, Mígrenissamtökin

Birna Flygering, Háskóli Íslands

Bjarni Arthursson, Landspítali - háskólasjúkrahús

Bjarni Jónasson, Heilsugæslustöðin Garðabæ

Björg Guðmundsdóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Björg Jónsdóttir, Droplaugastaðir

Björn Gunnlaugsson, Heilbrigðisstofnunin Hólmavík

Bryndís Erlingsdóttir, Droplaugastaðir

Brynjar Karlsson, Tækniháskóli Íslands

D

Daði Einarsson, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti

Dagbjört Þyrí Þorvarðardóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Davíð Á. Gunnarsson, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti

Davíð Davíðsson

E

Edda Þorvarðardóttir, Félag ísl. Læknaritara

Eggert Sigfússon, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti

Einar Guðmundsson

Einar Magnússon, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti

Einar Ragnarsson, Háskóli Íslands

Elín Soffía Ólafsdóttir, Háskóli Íslands

Elín María Sigurðardóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Elsa B. Friðfinnsdóttir, Félag ísl. Hjúkrunarfræðinga

Einar Stefánsson, Landspítali - háskólasjúkrahús

Engilbert Sigurðsson, Háskóli Íslands

Erlin Óskarsdóttir, Félag ísl. Kírópraktora

Erna Einarsdóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús

Esther Óskarsdóttir, Heilbrigðisstofnunin Selfossi

Eva Thorsteinsen

F

Finnbogi Karlsson, Heilbrigðisstofnun Bolungarvíkur

Friðbjörn Sigurðsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Friðrik Alexandersson, Styrktarfélag vangefinna

G

Garðar Garðarsson, Tryggingastofnun ríkisins
Gerður Helgadóttir, Landlæknisembættið
Gísli Einarsson, Landspítali - háskólasjúkrahús
Gísli H. Sigurðsson, Háskóli Íslands
Guðbjörg Pálsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Guðjón Brjánsson
Guðlaug Helga Ásgeirsdóttir, Landspítali - há-
skólasjúkrahús
Guðlaug Björnsdóttir, Tryggingastofnun ríkisins
Guðlaug B. Guðjónsdóttir, Krabbameinsfélagið
Guðmundur I. Bergþórsson, Landspítali - há-
skólasjúkrahús
Guðmundur Bjarnason, fyrrv. ráðherra
Guðmundur Einarsson, Heilsugæslan í Reykja-
vík
Guðmundur Gunnarsson, Samtök aldraðra
Guðmundur Árni Stefánsson, fyrrv. ráðherra
Guðmundur Þorgeirsson
Guðný Sverrisdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Guðrún Agnarsdóttir, Krabbameinsfélag Ísl.
Guðrún Eggertsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Guðrún Kristín Guðfinnsdóttir, Landlæknis-
embættinu
Guðrún Björg Guðmundsdóttir, Sóltún
Guðrún Erla Gunnarsdóttir, Sjálfsbjörg
Guðrún Gunnarsdóttir, Heilbrigðis- og trygg-
ingamálaráðuneyti
Guðrún W. Jensdóttir, Heilbrigðis- og trygginga-
málaráðuneyti
Guðrún Kristjánsdóttir, Háskóli Íslands
Guðrún María Óskarsdóttir, Lífsvog
Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir, Landspítali -
háskólasjúkrahús
Guðrún Sigurjónsdóttir
Guðrún Stefánsdóttir, Félag ísl. Tannfræðinga
Guðrún Ögmundsdóttir, Alþingi
Gunnar Ármannsson, Læknafélag Íslands
Gunnar Gunnarsson, Sjúkrliðafélag Íslands
Gunnar Haraldsson, Forsætisráðuneyti
Gunnar Helgi Guðmundsson, Heilsugæslan
Efstaleiti
Gunnar Ingi Gunnarsson, Heilsugæslustöðin
Árbæ

Gunnhildur Sigurðardóttir, St. Jósefsspítali
Gyða Baldursdóttir, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Gyða Þorgeirsdóttir, Droplaugastaðir

H

Halldór Jónsson, Fjórðungssjúkrahúsið á Akur-
eyri
Halldór Jónsson, Heilsugæslan Lágmúla
Hannes Petersen, Háskóli Íslands
Hannes Pétursson, Háskóli Íslands
Hans Guðmundsson
Haukur Eggertsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Haukur Vilhjálmsson, Félag heyrnarlausa
Helga Aðalsteinsdóttir, Seljahlíð
Helga Kristín Einarsdóttir, Landspítali - há-
skólasjúkrahús
Helgi Guðbergsson, Heilsugæslan í Reykjavík
Helgi Hróðmarsson, SÍBS
Helgi Sigurðsson, Landspítali - háskólasjúkrahús
Herdís Herbertsdóttir, Félag ísl. Hjúkrunarfræð-
inga
Herdís Jónasdóttir,
Herdís Klausen, Heilbrigðisstofnunin Sauðár-
króki
Hildur Helgadóttir, Heilbrigðisstofnun Suður-
nesja
Hjördís Jónsdóttir, Reykjalundur
Hlíf Hjálmarsdóttir, Seljahlíð
Hrafnhildur Pétursdóttir, Heilsugæslan í
Reykjavík
Hrefna Sigurðardóttir, Skógarbær
Hrund Sch. Thorsteinson
Hulda Gunnlaugsdóttir

I

Inga Þórsdóttir, Landspítali - háskólasjúkrahús
Ingibjörg Benediktsdóttir, Tannlæknafélag Ís-
lands
Ingibjörg Bernhöfn, Droplaugastaðir
Ingibjörg Hinriksdóttir, Heyrnar- og talmeina-
stöð Íslands
Ingibjörg Hjaltadóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Ingibjörg Nilson, Landspítali - háskólasjúkrahús
Ingibjörg Pálmadóttir, fyrrverandi ráðherra
Ingibjörg K. Stefánsdóttir, St. Franciskuspítali
Stykkishólmi
Ingileif Jónsdóttir, Landspítali - háskólasjúkra-
hús

Ingimar Einarsson, Heilbrigðis- og trygginga-
málaráðuneyti
Ingimar Helgason, Fréttastofa útvarps
Ingólfur Þórisson, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Ingunn Björnsdóttir, Lyfjafræðingafélag Íslands

J

Jóhann Björn Arngrímsson, Heilbrigðisstofnun-
in Hólmavík
Jóhann Ólafsson, Heilbrigðisstofnun Suðaustur-
lands
Jóhanna ÁH. Jóhannsdóttir, Samhjálp kvenna
Jóhanna Kristjánsdóttir, Heilbrigðisstofnun
Austurlands
Jóhannes Bergsveinsson, AA samtökin á Íslandi
Jóhannes Björnsson, Háskóli Íslands
Jóhannes Pálmason, Lýðheilsustöð
Jón Viðar Arnórsson, Háskóli Íslands
Jón M. Benediktsson, Reykjalundur
Jón Baldvin Halldórsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Jón Jóhannes Jónsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Jón Kristjánsson, Heilbrigðis- og trygginga-
málaráðherra
Jón Friðrik Sigurðsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Jón Snædal, Læknafélag Íslands
Jónas Guðmundsson, Heilsugæslan í Reykjavík
Jónína Birgisdóttir, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Jónína Bjartmarz, Alþingi
Jónína Guðnadóttir, Landlæknisembættinu
Jórunn Anna Sigurðardóttir, Lífvog

K

Karl M. Karlsson, Parkinsonsamtökin á Íslandi
Klara Hilmarsdóttir, Blindrafélagið
Kolbrún Pálsdóttir
Konráð Lúðvíksson, Heilbrigðisstofnun Suður-
nesja
Kristín Hafsteinsdóttir, Meinatæknafélag Ís-
lands
Kristín Pálsdóttir, Heilsugæslustöðin Hafnar-
firði
Kristín Sóphusdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Kristjana Kjartansdóttir, Heilsugæslustöð Kópa-
vogs
Kristján Erlendsson

Kristján Pétursson, Félag nýrnasjúkra
Kristrún Benediktsdóttir, Háskóli Íslands

L

Lára M. Sigurðardóttir, Reykjalundur
Lilja Sigrún Jónsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Lilja Stefánsdóttir, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Lúðvík Ólafsson, heilsugæslan í Reykjavík

M - N

Magnús Pálsson, Stéttarfélag Ísl. félagsráðgjafa
Magnús Pétursson
Margrét Arnórsdóttir, Ríkisendurskoðun
Margrét Björnsdóttir, Heilbrigðis- og trygginga-
málaráðuneyti
Margrét Erlendsdóttir, Heilbrigðis- og trygg-
ingamálaráðuneyti
Margrét Frímansdóttir, Alþingi
Margrét Georgsdóttir, Heilsugæslustöð Miðbæj-
ar
Margrét Hallgrímsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Margrét Oddsdóttir
María Gísladóttir, Seljahlíð
María Th. Jónsdóttir, Félag aðst. Alzheimer-
sjúklunga
María Sverrisdóttir, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Martha Guðjónsdóttir, Reykjalundur
Martha Á. Hjálmarsdóttir, Tækniháskóli Ís-
lands, röntgendeild
Matthías Halldórsson, Landlæknisembættinu
Málfríður Gunnarsdóttir, Félagið Heyrnarhjálp
Niels Chr. Nielsen, Landspítali - háskólasjúkra-
hús

O - Ó

Oddný S. Gunnarsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Oddur Fjalldal, Landspítali - háskólasjúkrahús
Ólafía Margrét Guðmundsdóttir, Ljósmeðrafé-
lag Íslands
Ólafur Guðmundsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Ólína Torfadóttir, Fjórðungssjúkrahúsið á Akur-
eyri
Ólóf Högnadóttir, Félag ísl. fótaaðgerðafreð-
inga

P

Páll Sigurðsson, fyrrv. Ráðuneytisstjóri
Peter Holbrook, Háskóli Íslands
Pétur Gunnarsson, Lyfjastofnun

R

Ragnheiður Tómasdóttir, Droplaugastaðir
Ragnhildur Helgadóttir, fyrrv. ráðherra
Ragnhildur Hjartarsdóttir, Ás/Ásbyrgi Hvera-
gerði
Ragnhildur Steinbach, Háskóli Íslands
Róbert Jørgensen, St. Franciskuspítali Stykkis-
hólmi
Runólfur Pálsson

S

Salbjörg Bjarnadóttir, Landlæknisembættinu
Sigfinnur Þorleifsson, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Sigríður Pálína Arnardóttir, Lyfjafræðingafélag
Ísl.
Sigríður Haraldsdóttir, Landlæknisembætti
Sigríður Dóra Magnúsdóttir, Heilsugæslustöðin
Seltjarnarnesi
Sigríður A. Pálmadóttir, Heilsugæslustöðin
Kópavogi
Sigríður Rögnvaldsdóttir, Stómasamtökin
Sigríður Stefánsdóttir, Umhverfisaráðuneyti
Sigríður Þormóðsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Sigrún Ásmundsdóttir, Iðjuþjálfarafélag Íslands
Sigrún Gunnarsdóttir
Sigurbjörn Björnsson, Skjól
Sigurbjörn Sveinsson, Læknafélag Íslands
Sigurður Gils Björgvinsson, Heilbrigðis- og
tryggingamálaráðuneyti
Sigurður V. Guðjónsson, Heilsugæslustöðin
Hvammur
Sigurjón Arnlaugsson, Háskóli Íslands
Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir, Landspítali - há-
skólasjúkrahús
Sólveig Guðmundsdóttir, Heilbrigðis- og trygg-
ingamálaráðuneyti
Sólveig Þorsteinsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Stefán Sigurðsson, Háskóli Íslands
Stefán Stefánsson, Menntamálaráðuneyti
Steinunn Friðriksdóttir, Styrkur
Svanhildur Sveinbjörnsdóttir, Ttryggingastofn-
un ríkisins

Svanhvít Björgvinsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Sveinfríður Sigurpálsdóttir, Heilbrigðisstofnun-
in Blönduósi
Sveinn Magnússon, Geðhjálp
Sveinn Magnússon, Heilbrigðis- og trygginga-
málaráðuneyti
Sæunn Stefánsdóttir aðstoðarm. Ráðherra, Heil-
brigðis- og tryggingamálaráðuneyti

T - U - V

Torfi Magnússon, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Una Sigrún Jónsdóttir, Ný rödd
Valbjörn Steingrímsson, Heilbrigðisstofnunin
Blönduósi
Valgerður Bjarnadóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Valþór Stefánsson, Heilbrigðisstofnunin Siglu-
firði
Vigdís I. Jónsdóttir, Landspítali - háskólasjúkra-
hús
Vilborg Þ. Hauksdóttir, Heilbrigðis- og trygg-
ingamálaráðuneyti
Vilhjálmur Vilhjálmsson
Vilmundur Guðnason, Hjartavernd

Þ

Þorbjörg Guðnadóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Þorbjörg Kjartansdóttir, Lyfjastofnun
Þorgeir Pálsson, Landspítali - háskólasjúkrahús
Þorvaldur Ingvarsson
Þorvarður Örnólfsson
Þóra Ákadóttir, Fjórðungssjúkrahúsið á Akur-
eyri
Þórarinn J. Sigurðsson, Háskólinn Akureyri
Þórarinn Tyrfinngsson, SÁÁ
Þórdís Kristmundsdóttir, Landspítali - háskóla-
sjúkrahús
Þórður Harðarsson, Háskóli Íslands
Þórir Bergmundsson, Heilbrigðisstofnunin
Akranesi
Þórunn Ólafsdóttir, Heilsugæslan í Reykjavík
Próstur Haraldsson, Læknablaðið
Próstur Óskarsson, Heilbrigðisstofnunin Ísa-
fjarðarbæ
Puríður Backman, Alþingi