

**Umsögn um tillögu til þingsályktunar um þjóðarmarkmið um fastan heimilislækni og heimilisteymi. 154.löggjafarþing 2023-2024.**

**Þingskjal 19-19. Mál.**

Ofangreind þingsályktunartillaga hefur það að meginmarkmiðið að allir Íslendingar fái heimilislækni og heimilisteymi á heilsugæslustöð.

Stefnt er að því að það markmið náist á næstu tíu árum en að á næstu fjórum árum verði einstaklingar yfir 60 ára, langveikir og öryrkjar í forgangi.

*ATH! Það er mjög viðkvæmt og erfitt að forgangsraða á þennan hátt. Öryrkja er auðvelt að skilgreina en hina hópana ekki. Jafnframt er flókið að framkvæma svona forgangsröðun og auðvitað spurning hvort hún stenst skoðun.*

Almennt ber að fagna þessari tillögu. Grunnhugsun hennar er rétt og afar brýnt að hún hljóti brautargengi.

Þó eru nokkur atriði sem við viljum gera athugasemdir við.

**1. Komið verði á fót heimilisteymum á heilsugæslum og heimilislækningar styrktar.**

1.1. Heilsugæslur fái fjárhagslegan hvata til að koma upp teymum heilbrigðisstarfsfólks, svokölluðum heimilisteymum, sem sinna tilteknum hópi einstaklinga/heimila og tryggja þeim fastan tengipunkt við heilbrigðiskerfið.

*ATH: Talað er um að tryggja fastan tengipunkt við heilbrigðiskerfið. Hvað er átt við með því?*

1.2. Fjármagn til að fjölga læknanemum við HÍ verði tryggt og þar með áætlun um fjölgun úr 60 í 75 nýnema árið 2024 og upp í 90 árið 2028.

1.3. Sérnámi í heimilislækningum verði styrkt enn frekar og sérnámi í héraðslækningum komið á fót.

ATH! Liðir 1.2. og 1.3. eru mjög mikilvægir og nánast grunnurinn fyrir því að unnt sé að ná markmiðum tillögunnar. Við vísum í greinargerðina sem fylgir frumvarpinu þar sem fjallað er um sérnám í héraðslækningum. S.l. ár hefur verið unnið að því að koma á fót námi í héraðslækningum sem yrðu undirsérgrein heimilislækninga. Búið er að semja marklýsingu (umsagnaraðilar tóku þátt í því) en nú strandar á því að skipa nýja mats- og hæfnefnd til að staðfesta marklýsinguna og síðan að hrn klári málið.

Áætlað er að læknanemar á 6.ári (lokaár) verði nálægt 60 á næsta ári og að teknir verði inn 60 nýnemar (1. ár) haustið 2024. Þetta er ekki enn fjármagnað.

## Heimilisteymi.

Orðið heimilisteymi er afar óheppilegt og nokkuð misvísandi. Í tillögunni er nokkuð misræmi hvað varðar hlutverk þess. Miðað við okkar skilning er í raun verið að tala um aðra fagaðila en lækna sem vinna í teymi. Í greinargerð er jafnvel talað um að fólk verði skráð á slík teymi. Í raun vantar að skilgreina heimilisteymi svo unnt sé að fjalla um og rökræða þá hugmynd.

Markmið númer eitt hlýtur að vera að allir landsmenn hafi sinn fasta heimilislækni. Ennfremur að á hverri heilsugæslustöð sé unnið í þverfaglegum teyimum til að tryggja sem besta þjónustu og samfellu.

Ekki má gefa afslátt af því markmiði að allir landsmenn hafi sinn heimilislækni. Í greinargerð tillögunnar er nefnt að rannsóknir hafi sýnt að meðal þeirra sem ekki hafi fastan heimilislækni séu innlagnir á sjúkrahús 30% algengari. Við það má bæta að þörf fyrir vaktþjónustu utan dagvinnutíma minnkar, þörf fyrir bráðainnlagnir minnkar og dánartíðni er lægri. Það er **SAMFELLAN** (continuity of care) í þjónustunni sem er lykilatriðið.

## 2. Tryggð verði föst tenging við heilbrigðiskerfið um land allt.

2.1. Unnið verði markvisst að því að fjölga fastráðnum heimilislæknum á heilsugæslum um land allt, m.a. með niðurfellingu á námslánum hjá læknum sem ráða sig til lengri tíma á svæðum þar sem læknaskortur er viðvarandi.

*ATH! Hugmyndir um niðurfellingu námslána er mjög áhugaverð og ætti að skoða nánar. Ennfremur ætti að athuga hvort unnt sé að semja við þann stóra hóp sem er erlendis í grunnámi í læknisfræðum um "heimfarastyrk ofl" gegn því að þeir ráði sig ákveðinn tíma úti á landi. Niðurfelling lána er góð hugmynd en mætti hugsa sér ívilnun/niðurfellingu allt eftir tímallengd læknis í hérði, en þessi liður vísar væntanlega eingöngu til starfa utan þéttbýlis, þ.e. ekki höfuðborgarsvæðið og Akureyri og nauðsynlegt að skýra.*

*Frekari hugmyndir varðandi mönnunarvanda landsbyggðar (þar til framtíðarlausn er komin) eru m.a. að semja við lækna eða heilsugæslustöðvar þar sem lækna sem eiga inni mikinn frítökurétt til að taka ákveðin landsvæði í "fóstur". Fyrirmyndir að þessu eru þegar til og virka vel en eru auðvitað ekki framtíðarlausnir heldur frekar til að bjarga málum.*

*Að taka aftur upp svokallaða héraðsskyldu væri að okkar mati afarkostur.*

2.2. Skoðaðar verði leiðir til að stuðla að auknum fjölbreytileika meðal læknanema, m.a. með tilliti til búsetu og fyrri reynslu. Þannig verði einkunnir á inntökuprófi ekki eina breytan sem litið verður til við inntöku í læknanám.

*ATH! Inntaka í læknanám er viðkvæmt mál og hefur lengi verið rætt um kosti og augljósa galla við það fyrirkomulag sem nú viðgengst. Viðtöl eru nefnd í greinargerðinni en í því*

*fámenni sem við búum við er sá kostur afar erfiður í framkvæmd, en er hugmynd sem vert er að skoða.*

2.3. Á þeim stöðum þar sem ekki hefur tekist að manna stöður heimilislækna verði heilsugæslum tryggt fjármagn til að efla til muna möguleika á að nýta fjarlæknisþjónustu í meira mæli í samvinnu við heimilisteymi með hjúkrunarfræðing í forsvari.

*ATH! Hér er væntanlega átt við læknastöður utan þéttbýlis og þarf að hafa skýrt. Ein megináskorun fjarheilbrigðisþjónustu er mönnun á „fjarenda“ svo sem af heimilislæknum í þéttbýli og sérgreinalæknum. Fjarlæknisþjónusta og efling hennar er áhugaverður kostur. Gallinn er hins vegar sá að erfitt getur verið að finna lækni til að vera „hinumegin“. Flestar heilsugæslustöðvar í dag eru ekki aflögufærar með lækna.*

3. Starfsaðstæður í heilsugæslunni verði bættar.

3.1. Heilsugæslunni verði tryggt húsnæði sem uppfyllir nútímakröfur til að tryggjanotendum öryggi og bæta starfsaðstæður heilbrigðisstarfsfólks.

*ATH! Þetta er geysilega mikilvægt atriði en á umliðnum árum hefur ekki verið horft til þessa og heilsugæslustöðvar oft í gömlu og þröngu húsnæði.*

3.2. Viðmið um æskilegan fjölda skjólstæðinga á hvern heimilislækni verði skilgreind.

*ATH! Varðandi skilgreiningu á fjölda skjólstæðinga verður að sjálfsögðu að taka tillit til fjölgun á verkefnum sem heimilislæknum hefur verið falið. Að okkar mati ætti að stefna að því að fjöldi skjólstæðinga í þéttbýli verði í mesta lagi 1.200/lækni og í dreyfbýli enn færri eða nærri 900/lækni.*

3.3. Stoðþjónusta verði styrkt og dregið úr skriffinsku sérfræðinga.

*ATH! Mjög mikilvægt atriði! Nauðsynlegt er að draga verulega úr vottorðaskrifum sem mörg hver eru algerlega ónauðsynleg. Skilgreina þarf hvað er átt við með stoðþjónustu.*

Greinargerð frumvarpsins.

#### **1. Heimilisteymi á heilsugæslum og heimilislækningar styrktar.**

Í þessum hluta greinargerðarinnar er m.a. fjallað um að einungis hluti þeirra sem kemur á Heilsugæslu þurfi tíma hjá lækni. Þetta er rétt margir koma til að hitta hjúkrunarfræðing og aðra fagaðila. Aðrir koma í í ung-og smábarnavernd, meðgönguvernd osfrv. Þrátt fyrir þessa staðreynd er ekki hægt að horfa framhjá

þeirri staðreynd að heimilislæknirinn, með sína breiðu grunnmenntun, hefur lykilhlutverki að gegna.

Í þessum hluta er jafnframt fjallað um grunnnám og sérnámið. Mikilvægi þess að styrkja sérnám í heimilislækningum er ótvírætt og sennilega mikilvægasti þátturinn. Vert er að vekja athygli á því að sérnámið er á okkar vegum þ.e. Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH) og okkur hefur gengið afar erfiðlega að ráða inn heimilislækna til að sinna þeirri kennslu. Auka þarf á möguleika ÞÍH til að laða að hæfa kennara.

Í greinargerðinni er jafnframt tekið fram að lykilatriði í þeirri vegferð að fjölga nemendum í læknanámi sé að fjármagna þurfi betur helstu kennslustofnun landsins í heilbrigðisvísindum, Landspítala Íslands. Ekki þarf að fjölyrða um mikilvægi LSH sem kennslustofnun en hér gleymist að nefna mikilvægi heilsugæslunnar sem sinnir umtalsverðri kennslu í grunnnámi lækna, kennslu sérnámsgrunnlækna (áður kandidatar) og sérnámslækna auk kennslu annara heilbrigðisstétta þ.m.t. hjúkrunarfræðinga. Þar skortir líka fjármagn.

#### Samantekt:

Grunnhugsun þessarar tillögu er mjög góð og fagna ber tillögunni sem hefur það meginmarkmið að tryggja hverjum landsmanni sinn heimilislækni. Til þess að það markmið náist þarf að gera ýmsar breytingar eins og við bendum á hér að ofan. Þar til þau markmið nást bendum við líka á að við gætum þurft að sætta okkur við að landsvæði séu tekin í "fóstur" og/eða verktakþjónustu sem hvorugt má þó festa sig í sessi og kemur ekki í stað fastráðins heimilislæknis. Fjölgun fagstétta í heilsugæslunni skapar möguleika á þróun þjónustu, fjölbreyttari þekkingu og færni innan heilsugæslu og forsendum fyrir þverfaglegri þjónustu.

Skilgreina þarf hvaða verkefni heilsugæslan á að sinna þ.e. primary care vs secondary/tertiary care. Nýta þarf tæknilausnir þ.m.t. gervigreind sem getur hjálpað skjólstæðingum að meta hvort þörf sé að leita á heilsugæslustöð eða ekki.

Stærsta áskorunin er mönnun!

Dr. Emil L. Sigurðsson prófessor  
Heimilislæknir  
Forstöðumaður fræðasviðs  
Heimilislækninga HÍ  
Forstöðumaður ÞÍH

Lón Steinar Jónsson yfirmæknir á ÞÍH  
Heimilislæknir