

Jóhann Ág. Sigurðsson¹⁾, Hjalti Kristjánsson¹⁾, Guðjón Magnússon¹⁾, Leif Berggren²⁾

SKOÐANIR LÆKNA Á STARFSSVIÐUM SÉRGREINA V.

Aukið starfssvið, virðing heimilislækninga og áætlanir um verkaskiptingu

ÁGRIP

Í þessari rannsókn eru athugaðar skoðanir lækna á útpenslu og stöðu (status) heimilislækninga og áætlanagerða um verkaskiptingu sérgreina. Fram kemur að aðrir en heimilislæknar telja að aukin umsvif heimilislækninga séu á kostnað annarra sérgreina. Heimilislækningar virðast njóta sömu virðingar og aðrar sérgreinar innan stéttarinnar eða þjóðfélagsins, en heimilislæknarnir sjálfir eru efins um að svo sé. Ágreiningur er á milli heimilislækna og sérfræðinga um nánari samvinnu á heilsugæslustöðvum. Flestir eru sammála um gagnsemi áætlanagerða um verkaskiptingu.

Þessi grein er sú síðasta af fimm í ritröðinni um skoðanir lækna á starfssviðum sérgreina (1-4). Í fyrri greinum kom fram að faghópar hafa almennt tilhneigingu til þess að hasla sér eins stóran völl á sínu sviði og mögulegt er (conceptual eða non-physical territorial behaviour). Þessi hneigð skiptir miklu máli varðandi ágreining sem skapast getur þegar nýjar sérgreinar fara yfir á svið þeirra sem fyrir eru.

INNGANGUR

Staða fagfélags og virðing sú er það nýtur í þjóðfélaginu skiptir miklu máli varðandi vald og verksvið þess (5). Á næstu áratugunum eftir heimsstyrjöldina síðari varð mikil sérhæfing í læknisfræðinni og uppbygging sjúkrahúsa hröð. Á sama tíma fækkaði heimilislæknum. Nefnd sem skipuð var á vegum Reykjavíkurborgar árið 1963, taldi að skýringin á þessari fækkun væri sú að heimilislæknisstarfið nyti ekki þeirrar

virðingar meðal lækna og almennings sem því bæri (6). Í áliti nefndarinnar segir ennfremur að til þess að tryggja stöðu heimilislækninga verði að gera fagið að sérgrein og koma á fót kennarastólum við læknadeild Háskóla Íslands. Heilbrigðisyfirvöld, Læknafélag Íslands og læknadeild studdu síðan tillögur um að efla greinina aftur. Heimilislækningar voru gerðar að sérgrein árið 1970 (7) og fyrsti sérmenntaði heimilislæknirinn lauk því námi 1972.

Ný lög um uppbyggingu heilsugæslunnar voru sett árið 1973 og skipaðir voru tveir lektorar í heimilislækningum við læknadeild á árunum 1976 og 1977 (8). Þróunin síðustu tvo áratugina hefur því frá upphafi verið samkvæmt ákveðinni áætlun, enda þótt hún hafi verið hægari en ætlað var í fyrstu. Á síðustu 10 árum hefur læknum einnig fjölgað umtalsvert (um 200%) í öðrum sérgreinum hér á landi (9), enda þótt ekki hafi verið til sambærilegar áætlanir um þá fjölgun. Engu að síður benda fyrri rannsóknir til þess að mörgum hafi fundist efling heimilislækninga vera of hröð og oft á kostnað annarra sérgreina (2-5). Tilgangurinn með þessari grein var því að athuga skoðanir lækna á umsvifum heimilislækna og þá virðingu eða stöðu sem þeir njóta innan stéttarinnar eða þjóðfélagsins.

Víða eru gerðar faglegar ráðleggingar um það, hvernig staðið skuli að ákveðnum verkum t.d. ungbarna- og mæðravernd (10) eða eftirliti með háum blóðþrýstingi (11). Í sumum tilvikum er einnig tekið fram, hvaða sérgreinar eigi að sinna ákveðnum verkþáttum og hvenær ástæða sé til að vísa til annarra sérfræðinga (11). Tilgangurinn er fyrst og fremst að bæta þjónustuna og einnig að skilgreina verksvið vissra sérgreina. Lítið hefur verið um slíkar tillögur hér á landi og því hefur ekki verið athugað hvort læknar telji ákveðnari verkaskiptingu geta komið í veg

Frá ¹⁾læknadeild Háskóla Íslands/heimilis- og félagslæknisfræði, ²⁾Nordiska Hälsovårdshögskolan, Gautaborg. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Jóhann Ág. Sigurðsson.

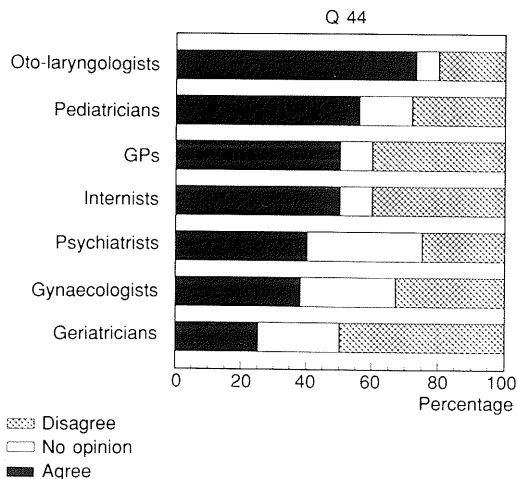


Fig. 1. Percentage of answers to the following statement (Q44): »The area of responsibility of the GP's is at present expanding at the expense of other specialists.«

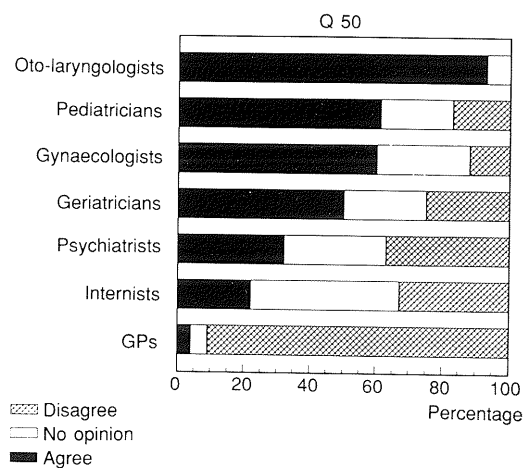


Fig. 3. Percentage of answers to the following statement (Q50): »An expansion of the area of responsibility of other specialities is (would be) advantageous to the patients.«

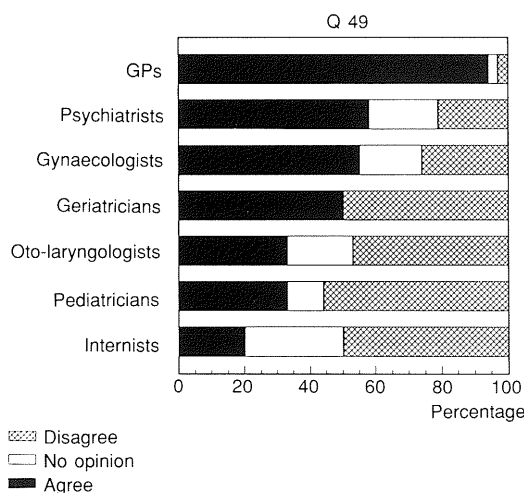


Fig. 2. Percentage of answers to the following statement (Q49): »An expansion of the area of general practice is (would be) advantageous to the patients.«

fyrir ágreiningsatriði milli lækna. Í þessari rannsókn athugum við því einnig skoðanir íslenskra lækna á gildi faglegra ráðlegginga um framkvæmd einstakra verkþátta t.d. í heilsuvernd.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Þetta er hluti af samnorrænni könnun og hefur efniviði og aðferðum verið nánar lýst áður (1). Árið 1988 var sendur út spurningalisti til 185 lækna í sjö sérgreinum. Heimtur voru í heild 81% (heimilislæknar 100%,

Table I. Total agreement scores for different specialties and statistical comparison in fig. 1 (Q44), fig. 2 (Q49), fig. 3 (Q50), fig. 4 (Q56), fig. 5 (Q57) and fig. 6 (Q59).

	Agreement scores					
	Q44	Q49	Q50	Q56	Q57	Q59
General Practitioner .	55	91	16	94	69	86
Pediatricians	60	36***	68***	85	37*	59*
Geriatricians	50	56*	63*	81	19***	44*
Gynaecologists	54	55***	67***	80*	20***	69
Psychiatrists	58	61**	49**	88	25***	88
Oto-laryngologists ..	70	42***	80***	80	20***	63*
Internists	53	43***	44*	80	33*	68

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ compared to General Practitioners.

barnalæknar 63%, öldrunarlæknar 100%, kvensjúkdómalæknar 81%, geðlæknar 67%, háls-, nef- og eyrnalæknar 89% og lyflæknar 65%). Settar voru fram 65 fullyrðingar, sem læknum gafst kostur á að svara á fimm mismunandi vegu; þ.e.: a) »hiklaust sammála«, b) »samþykki með nokkrum efasemdum«, c) »hef ekki skoðun á málinu«, d) »neita með nokkrum efasemdum« eða e) »neita hiklaust«. Úr þessum möguleikum voru síðan reiknuð »áherslustig« og tölfræðilegur samanburður reiknaður út frá því sem sjá má í töflum hér á eftir. Í myndum í þessari grein voru lagðar saman skoðanir þeirra, sem voru hiklaust sammála eða samþykktu með nokkrum efasemdum annars vegar og hins vegar þeirra sem voru algerlega andvígir eða neituðu með nokkrum efasemdum.

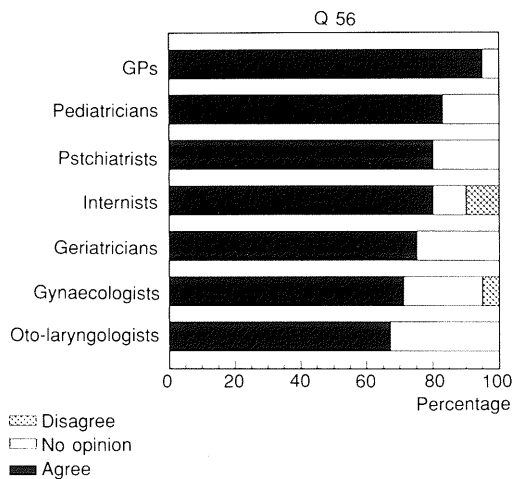


Fig. 4. Percentage of answers to the following statement (Q56): »If a professional group has low status it is more difficult for that group to claim its interests compared to other professional groups, which share an area of responsibility.«

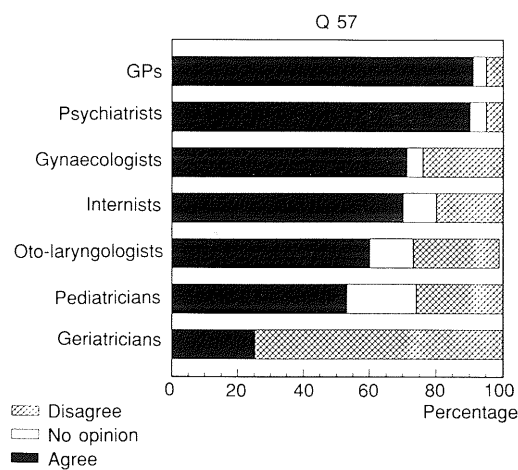


Fig. 6. Percentage of answers to the following statement (Q59): »The fact that general practice has now become a speciality will increase its status.«

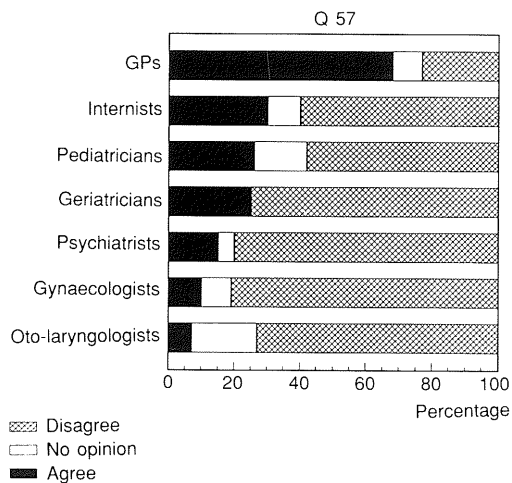


Fig. 5. Percentage of answers to the following statement (Q57): »General practice has a lower status than other specialities.«

NIÐURSTÖÐUR

Á myndum 1-3 og í töflu I má sjá skoðanir lækna á úþenslu sérsviða. Skoðanir lækna voru skiptar hvað varðar fullyrðinguna um það að starfssvið heimilislækna sé að aukast á kostnað annarra sérgreina (mynd 1, og Q44 í töflu I). Eins og sjá má voru aðeins 25% öldrunarlækna sammála þessu en 73% háls- nef- og eyrnalækna töldu svo vera. Munurinn milli heimilislækna annars vegar og annarra sérgreina hins vegar var ekki

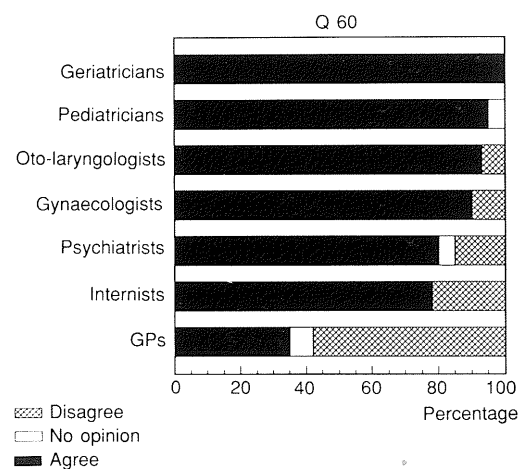


Fig. 7. Percentage of answers to the following statement (Q60): »If other specialists than GPs are represented at a health service centre, the percussive force of the centre will increase.«

marktækur. Þegar spurt var, hvort aukin umsvif ákveðinnar sérgreinar séu eða gætu verið sjúklingnum sjálfum í hag var almennt meiri ágreiningur milli sérgreina (mynd 2 og 3 og tafla I). Munurinn á milli heimilislækna og annarra sérgreina er marktækur í öllum tilvikum.

Myndir 4-6 og tafla I sýna álit lækna á mikilvægi virðingar starfsstétta og heimilislækninga sérstaklega. Heimilislæknar töldu að þeirra fag nyti minni virðingar en aðrar sérgreinar. Aðrir læknar voru almennt ekki á þessari skoðun (mynd 5 og Q57 í

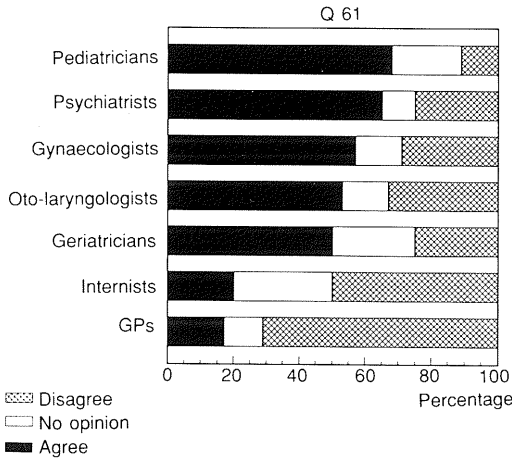


Fig. 8. Percentage of answers to the following statement (Q61): »If other specialists than GPs are represented at a health service centre the status of general practice will be increased.«

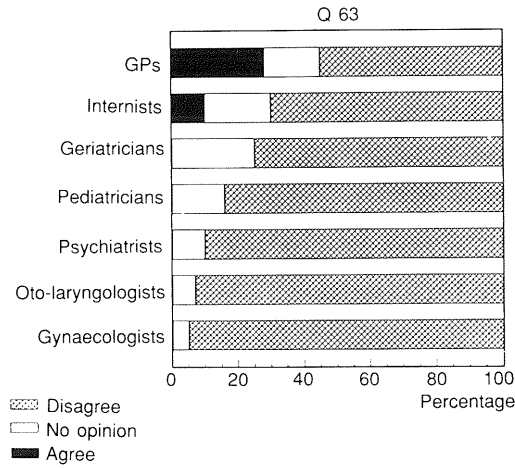


Fig. 10. Percentage of answers to the following statement (Q63): »If other specialists than GPs are represented at a health service centre, the status of the GPs will be lowered.«

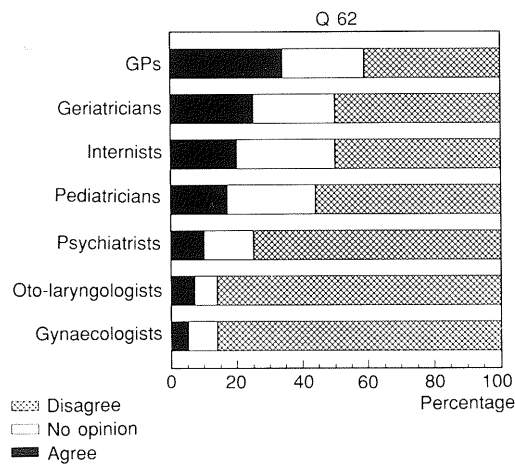


Fig. 9. Percentage of answers to the following statement (Q62): »If other specialists than GPs are represented at a health service centre, the former will take over the most interesting tasks.«

Table II. Total agreement scores for different specialties and statistical comparison in fig. 7 (Q60), fig. 8 (Q61), fig. 9 (Q62), fig. 10 (Q63) and fig. 11 (Q12).

	Agreement scores						
	Q60	Q61	Q62	Q63	Q64	Q65	Q12
General Pract. ...	41	27	47	40	71	42	62
Pediatricians	95***	76***	35	13*	58	18	74
Geriatricians	88	56	38	19	75	25	56
Gynaecologists	92***	64**	19*	6**	74	18	67
Psychiatrists	81**	68**	21*	12*	56	26	54
Oto-laryngologists	93***	52	20	5*	65	43	77
Internists	69	40	33	25	64	25	48

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 compared to General Practitioners.

töflu I). Flestir voru á þeirri skoðun, að sérfræðimenntun í heimilislækningum yki á virðingu stéttarinnar (mynd 6 og Q59 í töflu I).

Á myndum 7-10 má sjá skoðanir lækna á því hvort samstarf heimilislækna og annarra sérgreina muni hafa áhrif á virðingu eða stöðu heilsugæslustöðvarinnar eða heimilislæknanna sjálfra. Sérfræðingar töldu að það yki styrk (mynd 7) og virðingu (mynd 8) heilsugæslustöðva ef þeir ynnu þar einnig. Heimilislæknar voru flestir á annarri skoðun.

Munurinn er marktækur í mörgum tilvikum (Q60 og Q61 í töflu II). Læknar virðast ekki uggandi um það að samstarf þessara stétta á heilsugæslustöðvum leiði til þess að virðing heimilislækna minnki (mynd 10).

Í töflu II (Q64) má sjá að flestir eru sammála fullyrðingunni »Úr óskilgreindum sjúklingahópi er oftast erfðara að sía út tilfelli með alvarlega, en meðferðarhæfa sjúkdóma, en að veita meðferðina«. Ennfremur eru flestir ósammála fullyrðingunni (Q65, tafla II) »Að sía út tilfelli með alvarlega og meðferðarhæfa sjúkdóma hefur minna gildi (status) en að veita meðferðina«.

Mynd 11 sýnir skoðanir lækna á áætlanagerðum um verkaskiptingu. Af þeim

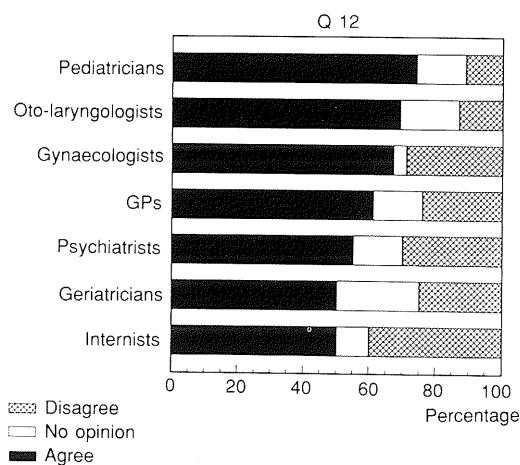


Fig. 11. Percentage of answers to the following statement (Q12): «Regarding the cooperation between general practice and other specialities it is important that local health care programs clarify the division of tasks for certain important groups of diseases and situations.»

sem tóku afstöðu voru 73% jákvæðir á þessa lausn. Háls- nef- og eyrnalæknar voru þessu hlynntastir, en lyflæknar síst. Enginn marktækur munur var á milli sérgreina.

UMRÆÐA

Enda þótt læknasamtökin hafi á sínum tíma verið samþykkt uppbyggingu heimilislækninga (6), telja margir læknar greinilega að aukin umsvif heimilislækninga séu á kostnað annarra sérgreina. Svipaðar niðurstöður fengust einnig í sænskri rannsókn (5). Háls- nef- og eyrnalæknar eru einkum á þessari skoðun. Áður hefur komið fram (3) að þeir eru einnig í mestri andstöðu við þær hugmyndir að heimilislæknar stýri »sjúklingaflæðinu« með tilvísunum. Starfandi heimilislæknum hefur ekki fjölgað í hlutfalli við aðra sérfræðinga. Sem dæmi má nefna að sérfræðingum á samningi við Tryggingastofnun ríkisins fjölgaði úr 120 á árinu 1976 í 355 árið 1988 (195%), en starfandi heimilislæknum í Reykjavík fjölgaði hins vegar um 34% á síðustu fimm árum (9). Þessi þróun hlýtur að leiða til samkeppni innan læknastréttarinnar og tilhneigingar til vallhöslunar eins og komið hefur fram í fyrri rannsóknum (1-5).

Heimilislækningar eru elsta grein læknastréttarinnar, en með þeim yngri sem fræðigreinin. Fagið er því byggt á gömlum grunni. Háls- nef- og eyrnalækningar er

fremur ung sérgrein og til komin vegna tækniþróunar síðari tíma (12). Fjölgun háls- nef- og eyrnalækna á síðustu tíu árum var yfir 100% (Læknaskrár 1976 og 1989) og kann það að skýra að hluta ágreining milli þessara sérgreina, sem kemur fram í þessum niðurstöðum og fyrri rannsókn (3).

Flestir eru á þeirri skoðun að sérfræðiviðurkenning í heimilislækningum bæti stöðu og auki virðingu greinarinnar. Þetta er í samræmi við fyrri ályktanir (6) og erlenda rannsókn (5). Athyglisvert er að heimilislækarnir sjálfir telja að þeirra fag njóti minni virðingar en aðrar sérgreinar. Sérfræðingar eru ekki sama sinnis. Svipaðar niðurstöður fengust einnig erlendis (5). Ekki er hægt að sjá af þessari rannsókn hvort hér er um raunsætt mat eða minnimáttarkennd heimilislækna að ræða, en því hefur verið haldið fram (13), að heimilislækningar njóti minni virðingar en aðrar sérgreinar þar sem greinin er ekki talin búa yfir vísindalegri þekkingu, sem grundvallast á eigin rannsóknum. Eins og fram kemur í þessum niðurstöðum telja læknar að það sé yfirleitt erfðara og ekki síður mikilvægt að sía út ákveðna sjúkdóma úr óskilgreindum sjúklingahópi, en að veita meðferðina. Þar eð sjúkdómseinkenni sjúklinga heimilislækna eru oft óljósari en hjá öðrum sérfræðingum mætti draga þá ályktun, að starf heimilislækna væri erfðara en önnur störf og óbein sönnun á því að þeir ættu að njóta sömu virðingar og aðrar sérgreinar.

Aðrir sérfræðingar en heimilislæknar telja, að styrkur heilsugæslustöðvar aukist ef þar starfa bæði heimilislæknar og aðrir sérfræðingar. Heimilislæknar virðast því frekar ófúsir að hleypta þangað inn öðrum sérfræðingum (3). Þó eru þeir á því, að virðing heimilislækninga minnki að minnsta kosti ekki, þótt þar starfi einnig aðrir sérfræðingar. Óljóst er, hvað heimilislæknar álíta um meðalveginn, sem væri að sérfræðingar kæmu inn á stöðvarnar sem ráðgjafar, eins og sumstaðar er þegar fengin reynsla af.

Svo virðist sem rökstuddar ákvarðanir um verkaskiptingu á milli sérgreina geti verið fýsilegur kostur fyrir íslenska lækna eins og reynslan hefur sýnt víða erlendis (5).

Segja má að margar af þeim niðurstöðum sem birtar hafa verið í þessari grein og hinum fyrri í þessari rannsókn (1-4) hafi ekki komið á óvart miðað við umræður og blaðaskrif síðustu ára. Margar nýjar upplýsingar hafa þó einnig komið upp á yfirborðið. Þetta eru fyrstu tölulegu upplýsingarnar um skoðanaágreining lækna innan sérgreina og við teljum að þær geti verið gagnlegar við mótun heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi á næstu árum.

ÞAKKIR

Rannsókn þessi var gerð með styrk frá Rannsóknasjóði Háskóla Íslands. Höfundar vilja færa þátttakendum í könnuninni bestu þakkir.

SUMMARY

Non-Physical Territoriality in Health Care Organizations in Iceland V.

During 1960 there was an expansion of specialization and doctors working in hospitals in Iceland. At the same time there was an increasing lack of general practitioners (GP). In a report from 1968 by a committee of the city council of Reykjavik it was claimed that this evolution was because of lack of status by GPs. After 1970, health authorities, The Icelandic Medical Association and The Faculty of Medicine decided to change this process by new legislation on general practice, by building new health centers, by establishing a chair at The Faculty of Medicine and that vocational training in general practice could be accepted as a speciality.

As planned and hopefully expected there was an increase of young doctors who became specialists in general practice. During the last decade there was however much greater (and probably unexpected) relative increase in the number of specialists in other fields compared to that in general practice. This background has led to conflicts and debates between GPs and other specialists on non-physical territoriality.

In 1986 a study was published by one of the authors (LB) about non-physical territoriality in the health care in Sweden. Similar studies were later carried out in the other Nordic countries in 1988. This paper is the last of five subsequent articles with the results from Iceland, dealing with the questions of expansion of specialities, status of general practice and health care programs.

A self-administrated questionnaire was mailed to 185 physicians in seven specialities. Total

response rate was 81%. Many doctors, especially oto-laryngologists were of the opinion that the area of responsibility of general practice was expanding at the expense of other specialities, and this expansion would not be advantageous for the patients. GPs disagreed on that opinion ($p < 0.001$). GPs themselves thought that their speciality had a lower status than other specialities. General agreement was on the statement that general practice as a speciality would increase the status of this discipline. Specialists in other disciplines thought that it would increase the status of the health centers if they were working there together with GPs. The GPs were of the opposite opinion ($p < 0.001$) but agreed that such a cooperation would not lower the status of the health centers! 73% of those who expressed their opinion agreed that local health care programs, clarifying the division of tasks between general practice and other specialities were favourable regarding the cooperation of these specialities.

We hope that this research on territoriality in health care may lead to better understanding of the behaviour and reactions of health care personnel and advantage should be taken of these results in the organization of health care in the future.

HEIMILDIR

1. Kristjánsson H, Sigurðsson JÁ, Magnússon G, Berggren L. Skoðanir lækna á starfssviðum sérgreina I. Læknablaðið 1990; 76: 295-8.
2. Kristjánsson H, Sigurðsson JÁ, Magnússon G, Berggren L. Skoðanir lækna á starfssviðum sérgreina II. Heildræn yfirsýn og óvinsæl viðfangsefni. Læknablaðið 1990; 76: 329-33.
3. Kristjánsson H, Sigurðsson JÁ, Magnússon G, Berggren L. Skoðanir lækna á starfssviðum sérgreina III. Afstaða til tilvísana, heilsugæslu, sérfræðiþjónustu og vitjana. Læknablaðið 1990; 76: 441-7.
4. Kristjánsson H, Sigurðsson JÁ, Magnússon G, Berggren L. Skoðanir lækna á starfssviðum sérgreina IV. Hverjir eiga að sjá um ákveðna sjúklíngahópa og heilsuvernd? Læknablaðið 1991; 77: 72-6.
5. Berggren L. Non-physical territoriality in health care organizations. Doctoral Thesis. Department of Social Medicine, Department of Environmental Hygiene, University of Gothenburg 1986.
6. Læknisþjónustunefnd Reykjavíkur. Læknisþjónusta utan sjúkrahúsa. Tillögur og greinargerð Læknisþjónustunefndar Reykjavíkur. Apríl 1968.
7. Ólafsson Ó, Haraldsson EP, Stefánsson JG, Jónsson TÁ. Kennsla í heimilislækningum við læknadeild Háskóla Íslands. Læknablaðið 1977; 63: 167-74.
8. Bjarnason Ó. Kennsla í heilsugæslugreinum. Læknablaðið 1977; 63: 110-25.
9. Tómasson J. Plágan mikla. Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1990; 8 (6.tbl.): 4.
10. Handbók heilsugæslustöðva. Reykjavík: Landlæknisebættið, 1984.

11. Råstam L. Vårdprogram för högt blodtryck. Ett försök med strukturerad hypertoni-vård i Skaraborgs län. Doktorsavhandling. Hälsosvårdsenheten, Kärnsjukhuset, Skövde och Göteborgs universitet 1983.
12. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
13. Fry J. Content and process problem in primary care: A British viewpoint. In: Burrell CD, Sheps GG, eds. Primary Health Care in Industrialized Nations. New York: The New York Academy of Sciences, 1978: 150-7.