

Hjalti Kristjánsson 1), Jóhann Ág. Sigurðsson 1), Guðjón Magnússon 1), Leif Berggren 2)

SKOÐANIR LÆKNA Á STARFSSVIÐUM SÉRGREINA I

ÁGRIP

Fjallað er um skoðanir lækna á skipulagningu heilbrigðisþjónustu og hugtakið huglæg vallhöslun (non-physical territorial behaviour) skilgreint í þessu samhengi. Um er að ræða samnorræna könnun þar sem sendur var út listi með 65 fullyrðingum til sérfræðinga í ýmsum sérgreinum. Hér á landi tóku 150 læknar í sjö sérgreinum þátt í könnuninni (81% heimtur). Þessi grein er sú fyrsta af fimm um íslenska hlutann og hér verður einkum gerð grein fyrir efnivið, aðferðum, spurningum og helstu niðurstöðum.

INNGANGUR

Bæði menn og skepnur hafa ávallt haft þörf fyrir að afmarka sér ákveðin svæði. Þessi tilhneiging kemur einna gleggst fram í hegðun ýmissa dýra við það að helga sér land og verja það síðan með kjafti og klóm og í landamæradeilum mannkynsögunnar. Innan samfélaga og starfsstétta skapast einnig ákveðin verkaskipting eða huglæg landamæri sem nefnd hafa verið á enskri tungu »non-physical territoriality«.

Síðustu áratugi hafa verið gerðar fjölmargar rannsóknir á hegðunarmynstri dýra í þessu sambandi (1,2). Upp úr 1980 vaknaði áhugi á því að athuga ferli manna, meðal annars innan heilbrigðisstéttanna (3). Fyrri rannsóknir á þessu sviði (1,3,4) sýna að starfsstéttir eða fagfélög hafa ýmis sérkenni, en þau eru einkum þessi:

- * Fagið byggist á sérstakri menntun.
- * Menntunin er byggð á kenningum og þekkingu innan ákveðinnar vísindagreinar.
- * Starfsstéttin reynir að stjórna menntuninni.
- * Fagfélagið setur sér ákveðnar siðareglur.

Frá 1) læknadeild Háskóla Íslands / heimilis- og félagslæknisfræði, 2) Nordiska Hälsovårdshögskolan, Gautaborg.

Ennfremur hefur komið fram að fagfélög eða starfsstéttir hafa tilhneingingu til að nota sérstakt málfrátt eða orð sem aðrir eiga erfitt með að skilja. Tilgangurinn mun í upphafi hafa verið að auðvelda samskipti stéttarinnar innbyrðis, en verður jafnframt til þess að afmarka verksvið hennar vegna þess að utanaðkomandi aðilar eiga erfitt með að skilja um hvað er rætt.

Upp úr 1970 urðu miklar umræður á Norðurlöndunum um eflingu læknisþjónustu utan sjúkrahúsa. Þessi umræða átti sér þó langan aðdraganda og fyrirmyndirnar komu einkum frá Bandaríkjunum, Kanada og Bretlandi. Heilbrigðisyfirvöld á Norðurlöndunum tóku þá ákvörðun að hefja markvissa uppbyggingu heilsugæslustöðva og efla sérnám í heimilislækningum. Jafnframt var lögð aukin áhersla á kennslu í þessari grein á háskólastigi.

Heimilislækningar höfðu dregist verulega aftur úr hinni faglegu þróun innan læknisfræðinnar fram að þessu. Þegar greininni óx aftur fiskur um hrygg og heimilislæknisfræði var orðin jafngild annarri sérfræðimenntun, varð strax ljóst, að heimilislæknar töldu sig eiga að sinna ákveðnum verkefnum, sem sérfræðingar í öðrum greinum höfðu áður annast. Skapaðist því rígur innan læknastéttarinnar um ákveðin verkefni og forgangsroðun fjármuna til heilbrigðismála. Þessar umræður hafa oft leitt til deilna í fjölmörgum bæði hérlendis og erlendis.

Hér á landi hefur sérfræðingum í heimilislækningum fjölgað verulega eða frá einum í 67 á síðastliðnum tíu árum. Það mátti því vænta þess að fram kæmu sömu vandamál og annars staðar, það er að segja skoðanaágreiningur um verksvið. Tilgangur þessarar rannsóknar var því að athuga hvort um faglegan ágreining væri að ræða milli heimilislækna og annarra

sérfræðinga með það í huga að hægt væri að taka á ágreiningsatriðunum á jákvæðan hátt og koma þannig í veg fyrir neikvæðar afleiðingar mismunandi viðhorfa, sem hugsanlega gætu bitnað á neytandanum.

AÐFERÐIR OG EFNIVIÐUR

Aðferðir. Árið 1983 var gerð könnun á vegum Norræna heilbrigðisháskólans í Gautaborg á faglegum viðhorfum heimilislækna og annarra sérfræðinga innan lækna-stéttarinnar (3). Ákveðið var að framkvæma samskonar könnun á hinum Norðurlöndunum til þess að hægt væri að athuga þessi mál í hverju landi fyrir sig og einnig að bera niðurstöður saman á milli landa. Notaðar voru sömu aðferðir og beitt var í Gautaborg, enda þótt ljóst væri að aðstæður í löndunum væru mismunandi. Þetta var gert til þess að auðvelda samanburð og einnig vegna þess að aðferðirnar höfðu verið prófaðar gaumgæfilega. Hér er því um samnorrænt verkefni að ræða. Hér verður hins vegar eingöngu fjallað um íslenska efniviðinn.

Table I. Number of invited physicians, their speciality and response rates in the study of non-physical territoriality in health care in Iceland 1988.

	Number		Response rate (%)
	Sample	Responders	
General Practitioners	58	58	(100)
Pediatricians	32	20	(63)
Geriatricians	4	4	(100)
Gynaecologists	26	21	(81)
Psychiatrists	30	20	(67)
Oto-laryngologists	18	16	(89)
Internists	17	11	(65)
Total	185	150	(81)

Einn af höfundum (LB) ræddi við lækna úr ýmsum sérgreinum um hugsanleg fagleg ágreiningsmál. Einnig voru myndaðir umræðuhópar og ritaðar heimildir af svipuðu tagi athugaðar. Að þeirri vinnu lokinni mótuðust kenningarnar. Í framhaldi af því var hannað spurningablað sem sent var til fulltrúa allra sérgreina. Blaðinu var síðan breytt í samræmi við athugasemdir þeirra.

Að lokinni forkönnun varð til spurningablað sem notað var í fyrirnefndri könnun í Svíþjóð og síðan í þessari. Aðferðum þessum er nánar lýst annars staðar (3).

Efniviður. Sendur var út spurningalisti (sjá viðauka) til allra lækna sem voru starfandi hér á landi í sex sérgreinum samkvæmt Læknaskrá 1987. Að auki voru 18 lyflæknar valdir af handahófi. Vegna nafnaruglings varð að fella einn þeirra úr könnuninni. Athugunin náði samtals til 185 lækna í sjö sérgreinum (tafla I).

Hver læknir fékk ákveðið skráningarnúmer sem jafnframt var skráð á spurningablaðið. Á þennan hátt var fylgst með heimtum og vanheimtum. Þeir sem ekki höfðu skilað á tilsettum tíma voru hvattir til þess tvisvar sinnum með símtali. Að síðustu var sent bréf til þeirra, sem ekki höfðu þá svarað, ásamt nýjum spurningalista þar sem þeir voru eindregið hvattir til þess að láta skoðanir sínar í ljósi.

Í töflum I og II má sjá heimtur, vanheimtur og aldursdreifingu. Þátttaka var mest hjá heimilislæknum og öldrunarlæknum (100%) en minnst hjá barnalæknum (63%). Mun fleiri heimilislæknar voru yngri en 50 ára (tafla II) borið saman við allar hinar sérgreinarnar

Table II. Age distribution of responders and non-responders in the study of nonphysical territoriality in health care in Iceland 1988.

Speciality	Age								Total	
	-39		40-49		50-59		60+			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
General Practitioners										
- responders all	35	(60)	22	(38)			1	(2)	58	(100)
Other physicians										
- responders	19	(21)	35	(38)	22	(24)	16	(17)	92	(100)
- nonresponders	1	(3)	13	(37)	12	(34)	9	(26)	35	(100)
Total	55	(30)	70	(38)	34	(18)	26	(14)	185	(100)

hverja fyrir sig. Munurinn er marktækur ($p < 0.01$ kí-kvaðrat próf). Í úrtakinu voru alls 13 konur, þar af voru þrjár sem svöruðu ekki. Af þeim sem tóku þátt í rannsókninni störfuðu 84% sérfræðinga í Reykjavík en aðeins 25% heimilislækna.

Úrvinnsla og tölfræðilegar aðferðir.

Á spurningalistanum voru settar fram 65 fullyrðingar merktar Q1 til Q65, sem hægt var að svara á fimm mismunandi vegu:

»Er hiklaust sammála.«

»Samþykki með nokkrum efasemdum.«

»Hef ekki skoðun á málinu.«

»Neita með nokkrum efasemdum.«

»Neita hiklaust.«

Í úrvinnslu gagna var beitt eftirfarandi aðferðum:

a) Reiknuð var út hlutfallstala þeirra sem svöruðu hverjum möguleika fyrir sig á hefðbundinn hátt. Í þeim niðurstöðum voru annars vegar dregin saman svör þeirra sem voru hiklaust sammála eða samþykktu með nokkrum efasemdum og hins vegar þeirra sem neituðu hiklaust eða með nokkrum efasemdum. Afgangurinn af hópnum eru þá þeir sem »ekki höfðu skoðun á málinu«.

b) Búinn var til mælikvarði fyrir áður nefnda fimm möguleika þannig að 100 stig voru gefin fyrir að vera hiklaust sammála, 75 stig fyrir að samþykkja með nokkrum efasemdum, 50 stig fyrir að »hafa ekki skoðun á málinu«, 25 stig fyrir að neita með nokkrum efasemdum og 0 fyrir að neita hiklaust. Var síðan fundinn meðalstigafjöldi fyrir hverja spurningu í viðkomandi hópi.

Þeir sem ekki svöruðu viðkomandi spurningu töldust ekki með. Kosturinn við seinni aðferðina er sá, að svari til dæmis heill hópur sömu spurningu »samþykki með nokkrum efasemdum« fær hann ekki nema 75 stig en hlutfallstöluna 100 (0), hvort tveggja af 100 mögulegum. Þessi 75 stig gefa til kynna, að hópurinn sé ekki hiklaust sammála, talan 100 er þá meira villandi. Gallinn við aðferðina er sá, að svari til dæmis sex af tíu á þennan hátt, en fjórir neita hiklaust, fær hópurinn ekki nema 45 stig og virðist þá vera frekar ósammála en hitt, þótt 60% hafi frekar verið sammála en ósammála. Þátttakendur hafa því ekki fengið jafnt vægi, þ.e. sterkari skoðanir hafa fengið meira vægi. Aðferðirnar ber því að skoða saman. Í stórum dráttum fór oftast

saman hlutfallstala hóps og meðalstigafjöldi. Við tölfræðilegan samanburð var stuðst við stigagjöfina. Notað var kí-kvaðratpróf ($p < 0.05$ var talið gefa marktækan mun).

NIÐURSTÖÐUR

Verulegur skoðanamunur um verksvið kom fram milli sérgreina. Einna mestur munur virðist vera á milli heimilislækna annars vegar og háls-, nef- og eyrnalækna hins vegar. Þetta átti einkum við um afstöðu til tilvísana og nauðsyn þess að stýra sjúklingaflæðinu. Einnig greindi menn mjög á um það, hvaða sérgrein ætti að sjá um skólaheilsugæslu, mæðravernd og ungbarnavernd. Geðlæknar eru oftast næst því að hafa svipaðar skoðanir og heimilislæknar. Ekki var marktækur munur á skoðunum lækna eftir kyni eða búsetu.

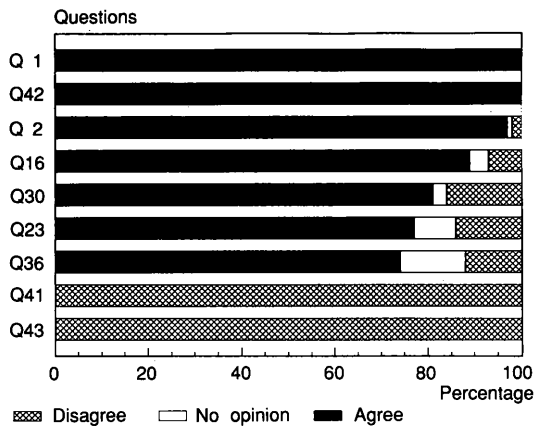
UMRÆÐUR

Grunnmenntun lækna gerir þá að samheldnum hópi og á Íslandi hefur læknastéttin mjög sterka stöðu í þjóðfélaginu sem starfsstétt. Rannsókn þessi styður fyrri tilgátur um það að menntunin hafi mikil áhrif á skoðanir og huglæga vallhöslun (1,2). Enn fremur ber þessum niðurstöðum saman við sænska rannsókn (3) um það að skoðanir lækna á heilbrigðismálum breytist eftir framhaldsmenntun og fari mjög eftir einstökum sérgreinum.

Í þessari rannsókn var ekki hægt að greina mun á svörum eftir kyni eða búsetu, eins og komið hefur fram erlendis (3). Skýringin getur verið sú að í raun sé enginn munur þar á eða að munurinn hafi ekki verið marktækur vegna þess hve fáar konur voru meðal þátttakenda og að nær allir sérfræðingar voru starfandi í þéttbýli. Heimilislæknar voru nær alltaf sammála og því enginn munur eftir búsetu þar heldur.

Þessi könnun er sú fyrsta sinnar tegundar hér á landi og þarf því að reyna að meta gildi (validity) hennar sérstaklega. Greinilegt er að hún virðist höfða meira til heimilislækna en lækna í öðrum sérgreinum, vegna þess að heimtur voru algerar hjá þeim. Að vísu var sama heimtuhlutfall hjá öldrunarlæknum, en þeir voru einungis fjórir borið saman við 58 heimilislækna. Þátttaka háls-, nef- og eyrnalækna var einnig góð, en dræmari hjá barnalæknum, geðlæknum og lyflæknum. Í

Answers by GPs



Þessari könnun var hvergi fjallað beinlínis um háls-, nef- og eyrnalækningar og því þótti forvitnilegt að taka þá sérgrein með. Það er athyglisvert að yngri lækna eru mun fúsari til þátttöku en þeir eldri og kann það að skýra góðar heimtur hjá háls-, nef- og eyrnalæknum, þar sem meðalaldur þeirra er lægri en í hinum sérgreinunum.

Nokkrir þátttakenda nefndu, að erfitt væri að svara spurningunum og sumar þeirra mætti skilja á marga vegu. Sama sinnis voru margir sem ekki sendu inn svör sín, en þetta er út af fyrir sig þekkt vandamál í rannsóknum þar sem notað er spurningaeyðublað. Ætla má að þessir erfiðleikar hafi þó komið jafnt niður á öllum. Ef heimilislæknaþróun er athugaður sérstaklega kemur í ljós að þeir virðast allir skilja spurningarnar á sama veg, þar sem þeir eru annað hvort nær allir sammála eða allir ósammála viðkomandi fullyrðingum eins og sjá má á mynd. Þegar spurningunum er beint að ákveðinni sérgrein eru svörin hjá læknum í viðkomandi sérgrein einnig yfirleitt afdráttarlaus. Það verður því ekki annað séð en að rannsóknin sé marktæk að þessu leyti.

ÞAKKIR

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

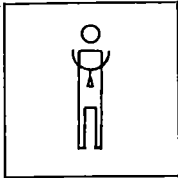
SUMMARY**Non-Physical Territoriality in Health Care Organizations in Iceland I.**

Earlier studies on territories and territorial behaviour have mainly dealt with physical territories in man and animals. Recently, research has also been focused on conceptual or non-physical territoriality, based on groups with special education, professions etc.

After 1970, there has been increased emphasis on health care services outside hospitals in the Nordic countries. GPs have received better pre- and postgraduate education and new health centers have been built. From that time holistic view, continuity, comprehensiveness and community based services have been the key words. Because of this development GPs have taken over more and more tasks which specialists in other fields of medicine had before. This has led to conflicts and debates about resources and groups of patients. A study was carried out in Gothenburg 1986 with the aim of developing and testing hypotheses on non-physical territoriality in health care organizations in Sweden. Similar studies were performed in the other Nordic countries, and this survey deals with the result from Iceland. A questionnaire with 65 statements and some background variables was mailed to 185 physicians in seven specialities. The total response rate was 81% ranging from 100% for GPs to 63% for pediatricians. Professional non-physical territories exist among different categories of Icelandic physicians. GPs and otolaryngologists are usually on the strongest opposite opinion especially regarding the need to direct the flow of patients. There is also disagreement between specialities regarding who should take care of school health care, child- and maternity health care. The results will be published in further detail in four subsequent articles.

HEIMILDIR

1. Malmberg T. Human territoriality. Survey of behavioural territories in man with preliminary analysis and discussion of meaning. Great Britain: Mouton publishers, 1980.
2. Malmberg T. Rákna með revir. Stockholm: Liber Förlag, 1983.
3. Berggren L. Non-physical territoriality in health care organizations. Doctoral Thesis. Department of Social Medicine, Department of Environmental Hygiene, University of Gothenburg 1986.
4. Blegren HM, Nylehn B. Organisationsteori. Trondheim: Tapir, 1971.
5. Freidson E. The futures of professionalization. In: Stacey M, Reid M, eds. Health and the Division of labour. London: Neale Watson, Acad. Publs., 1977: 14-40.



VIÐBÆTIR: Fullyrðingarnar sextíu og fimm úr könnuninni

Til skýringa skal tekið fram að orðið heimilislæknir er notað um heimilislækna/heilsugæslulækna, en sérfræðingur um aðra sérmenntaða lækna.

1. Við meðferð sjúklunga er engu síður mikilvægt að skoða vandamál þeirra frá sálrænu og félagslegu sjónarmiði en líffræðilegu.
2. Til að stuðla að heilbrigðara lífni sjúklunga er mikilvægt að þekkja umhverfi þeirra og lífnaðarhætti en að hafa sérþekkingu á einstökum sjúkdómum.
3. Það er útilokað fyrir heimilislækna að hafa nægilega víðtæka læknisfræðilega þekkingu til að frumgreina öll sjúkdómstilfelli, jafnvel þótt greinilega alvarleg bráðatilfelli séu undanskilin.
4. Það er æskilegt að heimilislæknir annist fyrstu greiningu á öllum sjúklingum öðrum en erfiðum bráðatilfellum.
5. Æskilegt væri að sjúklingar þyrftu tilvísun frá heimilislækni til að fá tíma hjá sérfræðingum eða á göngudeild.
6. Krafa um tilvísun frá heimilislækni þegar leitað er til sérfræðings eða göngudeildar myndi of oft kosta óþarfa snúninga (fyrirhöfn) fyrir sjúklinginn.
7. Ef leitað er fyrst til heimilislæknis er hætt við að tafir verði á réttri sjúkdómsgreiningu og meðferð, einnig í alvarlegum tilfellum.
8. Ef leitað er fyrst til sérfræðings er hætt við að alvarlegir sjúkdómar eða orsakabættir sem eru utan sviðs sérfræðingsins séu ekki athugaðir.
9. Frelsi til að velja sér lækni er þyngra á metunum en nauðsyn þess að stýra sjúklingaflæðinu.
10. Þegar ekki er lengur þörf fyrir sérfræðiþjónustu ber að vísa sjúklingunum strax aftur til heimilislæknis.
11. Heimilislæknar geta því aðeins haldið meðferð áfram á viðunandi hátt að þeir fái fullkomnar upplýsingar frá sérfræðingum sem séð hafa um sjúklinginn.
12. Til að stuðla að bættri samvinnu heimilislækna og sérfræðinga er mikilvægt að gera áætlanir um meðferð á hverjum stað (svæði) þar sem kveðið er á um verkaskiptingu (vårdprogram) við ýmsa algenga flokka sjúkdóma og aðstæður.
13. Þegar slíkar áætlanir eru gerðar er æskilegt að þær séu samdar af fulltrúum heimilislækna og annarra sérfræðinga sem í hlut eiga.
14. Heimilislæknar eiga að fara í vitjanir (í heimahús).
Næsti hluti fullyrðinga fjallar um störf heimilislækna í tengslum við störf ýmissa annarra sérfræðinga.
15. Heimilislæknar eiga sjálfir að rannsaka og meðhöndla þá sjúkdóma hjá börnum sem þeir álíta að ekki krefjist sérþekkingar eða tækjabúnaðar barnalæknis.
16. Fyrir lækni sem annast ungbarnaeftirlit er mikilvægt að þekkja heilbrigðisástand og félagslegar aðstæður hjá fjölskyldum barnanna en að hafa sérþekkingu á barnasjúkdómum frá beinu klínísku sjónarmiði.
17. Ef barnadeild er á svæðinu skal ungbarnaeftirlitið ráða til sín lækna þaðan, að því tilskildu að unnt sé að ganga frá ráðningu á viðunandi hátt.
18. Ef barnadeild er á svæðinu eiga læknar þaðan að annast heilsugæslu í skólum, að því tilskildu að unnt sé að ganga frá ráðningu á viðunandi hátt.
19. Líta ber á barnalækni sem heimilislækni fyrir börn, en ekki sem sérfræðing í hefðbundnum skilningi.
20. Barnalæknar eiga að fara í vitjanir (í heimahús).
21. Annað starfsfólk á barnadeildum/göngudeildum á að fara í vitjanir (í heimahús).

22. Heimilislæknar eiga sjálfir að rannsaka og meðhöndla þá sjúkdóma hjá öldruðum sem þeir álíta að ekki krefjist sérþekkingar eða tækjabúnaðar öldrunarsérfræðinga.
23. Fyrir lækna á hjúkrunarheimilum er mikilvægara að þekkja heilbrigðisástand og félagslegar aðstæður hjá fjölskyldum sjúklinganna en að hafa sérfræðipækkingu á öldrunarsjúkdómum frá beint klínísku sjónarmiði.
24. Ef öldunarlækningadeild er á svæðinu eiga læknar þaðan að annast þjónustu við hjúkrunarheimili, að því tilskildu að unnt sé að ganga frá ráðningu á viðunandi hátt.
25. Ef öldrunarlækningadeild er á svæðinu eiga læknar þaðan að annast þjónustu við elliheimili og fólk í þjónustuíbúðum, að því tilskildu að unnt sé að ganga frá ráðningu á viðunandi hátt.
26. Líta ber á öldrunarlækni sem heimilislækni fyrir aldraða en ekki sem sérfræðing í hefðbundnum skilningi.
27. Öldrunarlæknar eiga að fara í vitjanir.
28. Annað starfsfólk á öldrunarlækningadeildum á að fara í vitjanir.
29. Heimilislæknar eiga sjálfir að rannsaka og meðhöndla þá kvensjúkdóma sem þeir álíta að ekki krefjist sérþekkingar eða tækjabúnaðar kvensjúkdómalæknis.
30. Það er mikilvægara fyrir lækna sem annast mæðraeftirlit að þekkja heilbrigðisástand og félagslegar aðstæður hjá fjölskyldum hinna verðandi mæðra en að hafa sérfræðipækkingu á kvensjúkdómum frá beint klínísku sjónarmiði.
31. Ef kvensjúkdómadeild er á svæðinu skal mæðraeftirlitið ráða lækna þaðan, að því tilskildu að unnt sé að ganga frá ráðningu á viðunandi hátt.
32. Heimilislæknar eiga sjálfir að rannsaka og meðhöndla þá sálrænu kvilla sem þeir álíta að ekki krefjist sérþekkingar geðlæknis.
33. Sleppt.
34. Heimilislæknar eiga sjálfir að meðhöndla sjúklinga sem haldnir eru þunglyndi án umtalsverðrar sjálfsmorðshættu.
35. Heimilislæknar geta veitt áfengissjúklingum »göngudeildarþjónustu« á heilsugæslutöð/heimilislæknastöð.
36. Það er mikilvægara fyrir lækna á deildum fyrir áfengissjúka að þekkja heilbrigðisástand og félagslegar aðstæður í nánasta umhverfi sjúklinga, heldur en að hafa sérfræðipækkingu á sjúklegri ofneyslu frá beint klínísku sjónarmiði.
37. Ef geðspítali/-deild er á svæðinu eiga göngudeildir fyrir áfengissjúka að ráða til sín lækna þaðan, að því tilskildu að unnt sé að ganga frá ráðningu á viðunandi hátt.
38. Ef geðlæknisþjónusta er rekin utan sjúkrahúss á að veita hana á heilsugæslustöðvum.
39. Geðlæknar eiga að fara í vitjanir.
40. Annað starfsfólk á geðdeildum á að fara í vitjanir.
- Nú langar okkur til að víkja að nokkrum hugsanlegum breytingum á starfssviði heimilislækna.***
41. Sjúklingar haldnir margskonar og/eða óljósum einkennum, ásamt félagslegum og sálrænum vandamálum, eiga ekki að fá meðhöndlun í heilbrigðiskerfinu.
42. Sjúklingar með margskonar og/eða óljós einkenni ásamt félagslegum og sálrænum vandamálum eiga fyrst og fremst að vera í meðhöndlun hjá heimilislækni.
43. Sjúklingar haldnir margskonar og/eða óljósum einkennum, ásamt félagslegum og sálrænum vandamálum, eiga fyrst og fremst að meðhöndlast hjá sérfræðingi á því sviði sem nær til meirihluta einkennanna.
44. Núna er starfssvið heimilislækna að aukast á kostnað annarra sérgreina.
45. Starfssvið barnalækna er að aukast á kostnað heimilislækna.
46. Starfssvið öldrunarlækna er að aukast á kostnað heimilislækna.
47. Starfssvið kvensjúkdómalækna er nú að aukast á kostnað heimilislækna.
48. Starfssvið geðlækna er nú að aukast á kostnað heimilislækna.
49. Aukið starfssvið heimilislækna er (væri) sjúklingum í hag.
50. Aukið starfssvið annarra sérfræðinga er (væri) sjúklingum í hag.
51. Heilsugæslu skal aðallega reka á heilsugæslu-/heimilislæknastöðvum sem eingöngu hafa heimilislæknum á að skipa.
52. Heilsugæslu skal aðallega reka á heilsugæslustöðvum þar sem bæði heimilislæknar og sérfræðingar eru í fullu starfi.
53. Heilsugæslu skal að mestu leyti reka á göngudeildum sjúkrahúsa.

54. Heimilislæknar sinna nú ýmsum verkefnum sem ætti að flytja yfir á aðrar sérgreinar.
55. Í öðrum sérgreinum er nú sinnt ýmsum verkefnum sem ættu að fara til heimilislækna/heilsugæslustöðva.
56. Ef starfsstétt nýtur lítillar virðingar er erfiðara fyrir hana að koma málum sínum fram gagnvart öðrum starfsstéttum sem ef til vill hafa að hluta til sama starfssvið.
57. Heimilislækningar njóta minni virðingar en aðrar sérgreinar.
58. Heimilislækningar hafa lítið byggst á vísindarannsóknnum hingað til. Þess vegna njóta þær minni virðingar en skyldi.
59. Það að heimilislækningar eru nú sérgrein verður til þess að virðing fagsins eykst.
60. Ef á heilsugæslustöð starfa bæði heimilislæknar og sérfræðingar eykst styrkur stöðvaanna.
61. Ef á heilsugæslustöð starfa bæði heimilislæknar og sérfræðingar eykst virðing (status) heimilislækninga.
62. Ef á heilsugæslustöð starfa bæði heimilislæknar og sérfræðingar, taka sérfræðingarnir að sér áhugaverðustu verkefnin.
63. Ef á heilsugæslustöð starfa bæði heimilislæknar og sérfræðingar minnkar virðing heimilislækninga.
64. Úr óskilgreindum sjúklingahópi er oftast erfiðara að sía út tilfelli með alvarlega en meðferðarhæfa sjúkdóma, en að veita meðferðina.
65. Að sía út tilfelli með alvarlega og meðferðarhæfa sjúkdóma hefur minna gildi (status) en að veita meðferðina.
- Að lokum nokkrar spurningar varðandi þig sjálfan/sjálfa.**
66. Hvaða ár ertu fæddur/fædd: Árið 19...
67. Kyn: Karl. Kona.
68. Hjúskaparstaða: Kvæntur/gift. Ókvæntur/ógift. Ekkill/ekkjja. Fráskilinn/fráskilin.
69. Læknapróf frá: Háskóla Íslands. Einhverju öðru Norðurlandanna. Öðru landi en að ofan.
70. Starf: Heilsugæslulæknir, sérfræðingur í heimilislækningum. Heilsugæslulæknir, önnur sérgrein en heimilislækningar. Yfirlæknir/sérfræðingur, starfa aðallega í heilsugæslu. Yfirlæknir/sérfræðingur, starfa aðallega á sjúkrahúsi. Heimilis-/heilsugæslulæknir, engin sérmenntun.
71. Starfa aðallega: Einn á læknastofu. Á heilsugæslustöð/læknastöð þar sem eingöngu eru heimilislæknar í heilum stöðum. Á heilsugæslustöð/læknastöð þar sem einnig starfa aðrir sérfræðingar í heilum stöðum. Á læknastofu með sérfræðingum. Á héraðssjúkrahúsi. Á Landspítalanum. Á Landakoti. Á Borgarspítalanum.
72. Vinnustaður (bær).
73. Tími í starfi á staðnum. Ár.
74. Ertu sérfræðingur í: Heimilislækningum. Barnalækningum. Lyflækningum. Kvensjúkdómum. Geðlækningum. Öðru en að ofan greinir.
75. Sérfræðiréttindi að auki í annarri sérgrein (öðrum sérgreinum). Hverri (hverjum) a), b).
76. Starfsaldur: Ár í heimilislækningum. Ár í barnalækningum. Ár í lyflækningum. Ár í kvensjúkdómum. Ár í geðlækningum. Ár í öðru.
77. Athugasemdir.