

# Heimilislækningar á Íslandi og í Noregi: Reynsla lækna af ólíku fyrirkomulagi heilbrigðisþjónustu í löndunum tveimur

Héðinn Sigurðsson<sup>1,4</sup> læknir, Sunna Gestsdóttir<sup>2</sup> faraldsfræðingur, Kristján G. Guðmundsson<sup>3</sup> læknir, Sigríður Halldórsdóttir<sup>4</sup> hjúkrunarfræðingur

## ÁGRIP

**Inngangur:** Flestir heimilislækna á Íslandi vinna hjá hinu opinbera á föstum launum, en í Noregi starfa flestir heimilislækna sjálfstætt á einkareknum stofum, þar sem greitt er fyrir skráningu á lækningum og hvert viðvik. Í Noregi er stuðst við tilvísanakerfi. Markmið rannsóknarinnar var að kanna upplifun íslenskra heimilislækna sem starfað hafa bæði í Noregi og á Íslandi, nýta reynslu þeirra og stuðla þannig að umbótum í íslenski heilbrigðis- og velferðarþjónustu.

**Efniviður og aðferð:** Tekin voru hálfstöðluð viðtöl við 16 íslenska heimilislækna starfandi á Íslandi á rannsóknartímanum árin 2009-2010. Frá heimkomu lækna frá Noregi voru liðin tvö til tíu ár. Eigindlegri aðferðafræði, Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði, var beitt, þar sem leitast er við að auka skilning á mannlegum fyrirbærum og reynslu í þeim tilgangi að bæta þjónustu, meðal annars í heilbrigðiskerfinu.

**Niðurstöður:** Læknarnir ræddu kosti opinbers reksturs, einkarekings og blandaðs kerfis. Kostir norska heilbrigðiskerfisins, að mati þátttakenda, er að þar hafa allir sinn heimilislækni og þannig næst góð yfirsýn yfir

heilsuvanda fólks. Í Noregi er heimilislæknirinn hliðvörður fyrir sérhæfða lækniþjónustu og góð upplýsingagjöf er á milli þjónustustiga sem hindrar tvíverknað. Meiri skilvirkni var í læknaþjónustunni í Noregi að mati lækna. Það sem einkennir íslenska heilbrigðiskerfið utan sjúkrahúsa er mikið streymi sjúklinga til sérgreinalækna án tilvísana frá heimilislæknum. Áberandi er álag á vaktþjónustu utan dagvinnutíma. Þá er miðlægr skráningu sjúklinga í heilsugæslu á Íslandi ábótavant og sjúkrarskrárkerfið lakara.

**Ályktun:** Það er samdóma álit viðmælenda að betur sé búið að heimilislækningum í Noregi en á Íslandi og heilbrigðisþjónustan skilvirkari. Þeir telja einnig að til að auka áhuga læknaema og nýliðun í heimilislækningum á Íslandi sé brýnt að bjóða upp á gott starfsumhverfi. Þegar gerðar eru breytingar á íslenska heilbrigðiskerfinu er mikilvægt að líta til reynslu nágrannaþjóða þar sem vel hefur tekist til við skipulag þjónustunnar að mati fagaðila.

## Inngangur

Áhersla á grunnþjónustu heilbrigðiskerfisins er talinn einn af hornsteinum norrænnar velferðar. Vegna sívaxandi kostnaðar við heilbrigðiskerfin eru samfélög þjóða í stöðugri leit að leiðum til að endurskipuleggja og bæta heilbrigðisþjónustu sína.<sup>1</sup> Staða heimilislækninga sem grunnstoðar í heilbrigðiskerfinu er almennt viðurkennd í samfélögum nágrannaþjóða okkar. Samtök evrópskra heimilislækna staðhæfa að þjónusta heimilislækna sem fyrsti viðkomustaður sjúklinga geri þá í raun að gæslumönnum og hliðvörðum (*gatekeeper*) heilbrigðiskerfa.<sup>2</sup> Það eru 40 ár síðan hugtakið hliðvarsla í heilbrigðiskerfi fór að sjást opinberlega og þá í tengslum við breytingar á breska heilbrigðiskerfinu í stjórnartíð Margaretar Thatcher.<sup>3</sup> Síðan þá hefur bilið breikkað mjög milli þess sem er lækniþjónusta mögulegt að gera og þess sem

er raunhæft vegna kostnaðar. Síðustu ár hefur umræðan um stýrikerfi í heilbrigðisþjónustu verið hávær í Bandaríkjunum þar sem svo kölluð heilsugæslufélög (*Health Maintenance Organizations*) hafa í vaxandi mæli farið að setja læknum skýrari reglur um vinnulag og notkun á sérhæfðari heilbrigðisþjónustu.<sup>4</sup> Þar sem tilvísanakerfi er við lýði er fólk að öllu jöfnu skráð á lista hjá einum lækni eða á læknastöð. Hugmyndafræðin bak við þetta fyrirkomulag er því að tryggja samfellu í þjónustu lækna við sjúkling og auka skilvirkni með því að fækka dýrum og oft ómarkvissum ferðum til sérgreinalækna. Aukin áhersla á tilvísanakerfi hefur grundvallast á rannsóknnum sem hafa leitt í ljós meiri jöfnuð þjónustuþega, minni kostnað samfélagsins, ánægðari sjúklinga og betra heilsufar hjá þeim þjóðum sem nota slík kerfi.<sup>5-11</sup> Starfield<sup>12</sup> hefur flokkað heilbrigðiskerfi á Vesturlöndum eftir umfangi þjónustu heimilislækna. Tók flokkunin mið af því hversu stór hluti fólks fer til heimilislækna með vandamál sín, hversu víðtæk þjónustan er sem fólk er veitt, auk mats á samfellu og miðlægrar stöðu þjónustunnar í nærsamfélaginu. Í niðurstöðum Starfield kemur fram að heimilislækningar með virku tilvísanakerfi, eins og þær eru stundaðar í Bretlandi, Danmörku og Hollandi, leiða til mestrar skilvirkni. Í þeim löndum þar sem hliðvarsla með tilvísanakerfi er ekki til staðar eru mörk óljósari milli starfsemi heimilis- og sérgreinalækna

<sup>1</sup>Heilsugæslunni Glæsisbæ, <sup>2</sup>menntavísindasviði Háskóla Íslands, <sup>3</sup>Reykjalundi, <sup>4</sup>heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri. Fyrirspurnum svarar Héðinn Sigurðsson [hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is](mailto:hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is)

og einkennist kerfið því af valfrjálsu flæði sjúklunga. Tilvísanir til sérgreinalækna hafa ekki verið við lýði á Íslandi frá árinu 1984<sup>13</sup> og valfrjálst flæði sjúklunga til sérgreinalækna hefur einkennt íslenska heilbrigðisþjónustu alla tíð síðan.

Komið hefur í ljós í rannsóknum að greiðslufyrirkomulag til heimilislækna hefur áhrif á þjónustu og samvinnu heilbrigðisstétta.<sup>14-15</sup> Fastlaunagreiðslur hafa verið á undanhaldi en eru enn notaðar í Austur Evrópu, Grikklandi, Spáni og Svíþjóð.<sup>16</sup> Greið og félagar<sup>17</sup> telja að blöndun á höfðatölugreiðslum og greiðslu fyrir hvert viðvik í kerfi tilvísana feli í sér gott aðgengi, betri stýringu og stuðli að samfellu í þjónustu. Innbyggður neikvæður hvati í fastlaunakerfi var talinn koma niður á aðgengi og samhæfingu þjónustunnar. Í könnun<sup>18</sup> meðal heimilislækna í 15 Evrópuríkjum kom í ljós að launafyrirkomulag og krafa um tilvísun höfðu áhrif á vinnulag heimilislækna. Þar sem heimilislæknar eru sjálfstætt starfandi mælist þátttaka þeirra meiri í lækningastarfsemi og samræmd samlagsskráning allra á heilsugæslustöð eða á heimilislækni með tilvísunarskyldu er talin geta komið í veg fyrir ómarkviss ferðalög sjúklunga milli ólíkra sérgreinalækna.<sup>19</sup>

Í löndum (Bretlandi, Hollandi, Danmörku og Noregi) sem hafa langa reynslu af aðskilnaði milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu (Fyrsta stigs heilbrigðisþjónusta: forvarnarstarf og fyrsta greining á sjúkdómum, meðhöndlun á algengum heilsuvanda. Annars stigs: greining og meðferð á flóknari og erfiðari sjúkdómum) er skarpari munur milli heimilislækna og annarra sérfræðinga. Í fyrrnefndum löndum er fagleg staða heimilislækninga styrkari og ásókn er í sérfræðimenntun í faginu.<sup>20</sup> Rannsóknir sýna jafnframt að jákvætt samband er á milli góðrar heilsugæslu og almenns heilbrigðis, auk þess að auka jöfnuð og lækka kostnað við þjónustuna.<sup>79</sup>

Heimilislæknar á Norðurlöndunum sem vinna fulla vinnu hafa að jafnaði 1200-1500 sjúklunga í samlagi. Skortur á heimilislæknum á Íslandi er langvinnt vandamál og samanburðurinn við Noreg sérlega óhagstæður. Afleiðing heimilislækna skorts á Íslandi er mikil ásókn í vaktþjónustu heimilislækna og bráðamót-tökur sjúkrahúsa. Auk þess sem mikið streymi sjúklunga er beint til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Samkvæmt Solberg og félögum<sup>21</sup> eru íslenskir læknar ekki eins ánægðir í starfi og kollegar þeirra í Noregi og er ástæðan fyrst og fremst talin launamunur og of fá tækifæri til að beita sérþekkingu sinni.<sup>21</sup> Vísbendingar eru jafnframt um að læknar í einkarekstri séu ánægðari í starfi en aðrir íslenskir læknar.<sup>21</sup> Í annarri rannsókn<sup>14</sup> voru skoðaðar allar rannsóknir sem birtust á Vesturlöndum árin 1993-1998 er fjölluðu um ólík launagreiðsluferfi heimilislækna og áhrif þeirra á kostnað og gæði þjónustunnar. Þar var komist að þeirri niðurstöðu að stjórnvöld geti notað ólík rekstrarform í heimilislækningum til að ná fram ákveðnum markmiðum í heilsuefningu, meðferðarheldni og til að breyta áherslum í kaupum á heilbrigðisþjónustu í takt við þarfir á hverjum tíma. Drógu rannsakendur<sup>14</sup> þá ályktun að hagstætt væri að nota ólík greiðsluferfi í mismunandi samsetningum til að ná fram sértækum markmiðum. Þeir lögðu jafnframt áherslu á að gæta þyrfti að þeim aðstæðum þegar mikil skörin milli hagsmuna læknis og sjúklings á sér stað.

Lítill hluti íslenskra heimilislækna stundar einkarekstur en stjórnvöld hafa frekar stuðlað að því að starfsemin sé undir hatti hins opinbera. Tvær einkareknar heilsugæslustöðvar eru á höf-

Tafla I. Launakerfi heimilislækna.

Launafyrirkomulag	Lýsing
Afkastahvetjandi greiðslur	Greiðslur fyrir viðvik, símtöl og hverja komu sjúklings samkvæmt gjaldskrá
Föst laun	Tímavinna
Höfðatölugreiðsla	<ul style="list-style-type: none"> <li>Greiðslur fylgja sjúklingi</li> <li>Greiðslur fylgja lækni</li> </ul>
Árangurstengdar greiðslur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Greitt eftir mælanlegum heilsufarsþáttum sjúklunga</li> <li>Greiðslur taka mið af kostnaðarvitund og fylgni við klínískar leiðbeiningar</li> <li>Greiðslur sem taka mið af niðurstöðum þjónustukannanna</li> </ul>
Blanda tveggja eða fleiri kerfa	

uðborgarsvæðinu, auk 12 sjálfstætt starfandi heimilislækna. Þá hefur þróun síðustu ára verið í þá átt að sjúklingar eru skráðir á heilsugæslustöð í stað ákveðinna lækna sem er öndvert við norska fastlæknakerfið þar sem ábyrgð fylgir ávallt nafngreindum heimilislækni.

Eftir mikinn undirbúning var norska fastlæknakerfinu komið á í Noregi árið 2001. Skipulagið grundvallast á einkarekstri. Norsku heimilislæknum var heimilt að hafa allt að 2500 skjólstæðinga á skrá hjá sér þótt flestir séu með 1200-1500.<sup>16</sup> Sjúklingarnir geta hindrunarlaust skipt um heimilislækni tvisvar á ári gegn vægu gjaldi. Í flestum tilfellum starfa þrjú til fimm læknar saman. Skilgreint heilbrigðisumdæmi er ábyrgt fyrir þjónustunni. Einum degi vinnuvikunnar er iðulega ráðstafað til læknastarfa við hjúkrunarheimili eða ungbarnavernd, sem rekin er sem sérstök eining af sveitarfélögunum (á Íslandi er ungbarnavernd hins vegar starfrækt á heilsugæslustöðvum). Þrjátíu prósent af heildarinnkomu eru föst laun er taka mið af stærð sjúkrasamlags en 70% eru greiðslur fyrir viðvik eða veitta þjónustu.<sup>22</sup> Hlutverk heimilislækna sem hliðvarða í kerfinu er regla í Noregi og þetta skipulag hefur raunar sótt í sig veðrið í vestrænni heilbrigðisþjónustu.<sup>23</sup> Stýrikerfi í heilbrigðisþjónustu eiga sér víða langa sögu og voru sett á laggirnar til að veita viðeigandi þjónustu, minnka kostnað og auka jafnræði þjónustuþega.<sup>24</sup> Hafa ber í huga að með tímanum hefur heilbrigðisþjónusta á Vesturlöndum ekki aðeins orðið umfangsmeiri heldur einnig til muna flóknari en áður var vegna fleiri möguleika við meðhöndlun sjúkdóma. Viðhafðar hafa verið nokkrar leiðir til að greiða heimilislæknum laun (sjá töflu I) en aðrir áhrifaþættir í starfsumhverfi heimilislækna eru ólíkir víða um lönd og margir tengjast ekki launagreiðslum. Sum lönd tengja þannig launagreiðslur heimilislækna við niðurstöður þjónustukannanna, kostnaðarvitund læknisins eða breytingar á gæða- og lýðheilsuvísunum hjá sjúklingum. Þekkt er samband lítillar starfsánægju og kulnunar í starfi<sup>25</sup> og tengist gæðum þjónustunnar.<sup>26</sup> Þótt skráð afköst lækna séu meiri í afkastahvetjandi kerfi en þar sem föst laun eru við lýði eru tengslin við gæði veittrar þjónustu þó flóknari en svo að þau ráðist einvörðungu af launum.<sup>27</sup>

Eigindleg rannsókn á samanburði á starfsgrundvelli heimilislækna tveggja Norðurlandþjóða hefur ekki verið gerð áður. Skoðuð var reynsla 16 íslenskra sérfræðinga í heimilislækningum sem unnið hafa bæði í Noregi og á Íslandi og starfsumhverfi borið

Tafla II. Tólf rannsóknarþrep Vancouver-skólans og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn.

Prep í rannsóknarferlinu	Það sem gert var í þessari rannsókn
Prep 1. Val á samræðufélögum (úrtakið - <i>sampling</i> ).	Allir heimilislæknar á Íslandi sem einnig höfðu starfað í Noregi á síðustu 10 árum, samtals 16 læknar ( <i>Total sample</i> ).
Prep 2. Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast - <i>silent reflection</i> ).	Fyrirframerðar hugmyndir voru ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar.
Prep 3. Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun - <i>data collection</i> ).	Eitt viðtal við hvern þátttakanda, samtals 16 viðtöl.
Prep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök ( <i>beginning data-analysis</i> ).	Hugmyndum komið í orð. Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu.
Prep 5. Þemagreining (kóðun - <i>coding</i> ).	Leitast var stöðugt við að svara spurningunni: Hver er kjarninn í því sem þessi þátttakandi er að segja? Greind voru bæði megin- og undirþemu.
Prep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda ( <i>construction of individual analytic frameworks</i> ).	Meginþemu í sögu hvers þátttakanda voru dregin fram og þau mikilvægustu sett fram í greiningarlíkani fyrir hvern og einn.
Prep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda ( <i>individual verification</i> ).	Staðfestingar var leitað hjá fjórum þátttakendum, hjá þremur símléiðis og fundað með einum.
Prep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklingsgreiningarlíkönunum ( <i>final analytic framework constructed</i> ).	Öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru borin saman innbyrðis og smíðað heildargreiningarlíkan.
Prep 9. Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin (rituðu viðtölin) ( <i>comparison of the final analytic framework with the research data</i> ).	Til að tryggja þetta voru öll viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Prep 10. Meginþema sett fram sem lýsir fyrirbærinu (niðurstöðunum) í hnotskurn ( <i>construction of the study's main theme</i> ).	Heimilislækningar á Íslandi og í Noregi: Reynsla lækna af ólíku fyrirkomulagi heilbrigðisþjónustu í löndunum tveimur.
Prep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og meginþema með einhverjum þátttakendum ( <i>final verification</i> ).	Staðfestingar var leitað hjá einum þátttakanda sem gaf gagnlegar ábendingar.
Prep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að raddir allra heyrist ( <i>multivoiced reconstruction</i> ).	Vitnað var beint í þátttakendum til að auka trúverðuleika rannsóknarinnar og sýna að niðurstöður byggja á orðum þátttakanda.

saman. Markmið rannsóknarinnar var að skoða reynslu íslenskra heimilislækna sem starfað hafa bæði í Noregi og á Íslandi, nýta reynslu þeirra og þannig stuðla að jákvæðum umbótum í íslenskrri heilbrigðis- og velferðarþjónustu.

### Efniviður og aðferð

Tekin voru hálfstöðluð viðtöl við 16 íslenska heimilislækna sem störfuðu á Íslandi rannsóknarárin 2009-2010. Fyrsti höfundur tók öll viðtölin. Allir þátttakendur hlutu sérmenntun sína í heimilislækningum í Noregi. Læknarnir höfðu unnið í Noregi í tvö til tíu ár og starfað í norska fastlæknakerfinu. Viðtölin voru hljóðrituð og skrifuð niður og greindu rannsakerndur niðurstöðurnar í sameiningu með aðferðafræði Vancouver-skólans í fyrirbærafræði (tafla II) sem byggir á því að sérhver manneskja upplifi veröldina á sinn einstaka hátt og sýn hennar og viðhorf mótist af reynslu og hvernig hún síðan vinnur úr reynslu sinni. Þetta gerir það að verkum að aðferðafræðin er talin henta vel til að auka skilning á mannlegum fyrirbærum og bæta velferðarþjónustu.<sup>28</sup> Hvert viðtal tók um 45-65 mínútur og innihélt margvíslegar spurningar er vörðuðu persónulega reynslu, skoðanir og athuganir lækna varðandi þann mun sem er á heilbrigðiskerfum landanna tveggja. Rannsóknin var samþykkt af vísindasíðanefnd (VSNb2008080001) og tilkynnt til Persónuverndar (S3998/2008).

### Niðurstöður

Læknarnir ræddu kosti opinbers reksturs, einkarekins og blandaðs kerfis. Kostir norska heilbrigðiskerfisins, að mati þátttakenda, er fyrst og fremst að þar hafa allir landsmenn sinn heimilislækni

og þannig næst góð yfirsýn yfir heilsuvanda fólks. Í Noregi er heimilislæknirinn hliðvörður fyrir sérhæfða lækniþjónustu og það er góð upplýsingagjöf milli þjónustustiga sem hindrar tvíverknað í lækniþjónustunni. Samanburðurinn leiddi jafnframt áhugaverðan mun í ljós, bæði frá sjónarhóli samfélagsins (tafla III) og sjúklinganna (tafla IV), svo sem meiri skilvirkni læknaþjónustu í Noregi en á Íslandi. Það sem einkum einkennir íslenska heilbrigðiskerfið utan sjúkrahúsa er mikið streymi sjúklinga til sérgreinalækna án tilvísana frá heimilislæknum, ófullkomið skráningakerfi landsmanna og mikið álag á vaktþjónustur. Vilji þátttakenda til breytinga í ljósi reynslunnar af starfi í löndunum tveimur er útlistaður í töflu V.

Greining viðtalanna á áherslum þátttakenda af reynslu þeirra af störfum í löndunum tveimur leiddi jafnframt fjóra meginþætti í ljós: 1) áherslu lækna á kosti blandaðs kerfis opinbers reksturs og einkarekins; 2) samvinnu lækna og annarra heilbrigðisstétta; 3) skil á milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu og 4) mikið álag á vaktþjónustu heimilislækna og bráðamóttökur sjúkrahúsa á Íslandi.

#### 1) Blandað kerfi heimilislækninga

Allir þátttakendurnir undirstrikuðu kosti þess að byggja á mismunandi launagreiðslufyrirkomulagi til heimilislækna og blönduðu rekstrarskipulagi í heimilislækningum: „ég held að fyrir heildina væri betra að geta valið á milli ... nú eru líka læknarnir misjafnir, það getur vel verið að það henti einum lækni mjög vel að vera í, eigum við að segja, afkastahvetjandi kerfi en svo er ekki víst að það henti í Hlíðahverfi í Reykjavík þar sem allir sjúklingarnir eru gamlir og þú getur hreinlega ekki tekið jafn stuttan tíma per haus.“

Tafla III. Skipulag heilbrigðisþjónustu: samanburður á Noregi og Íslandi. Reynsla þátttakenda.

NOREGUR	ÍSLAND
Allir hafa sinn tiltekna heimilislækni. Færri skjólstæðingar um hvern heimilislækni*.	Hluti þjóðarinnar án heimilislæknis. Fleiri skjólstæðingar um hvern heimilislækni*.
Heimilislæknir er fyrsti tengiliður sjúklingsins innan heilbrigðisþjónustunnar.	Heimilislæknir ekki endilega fyrsti tengiliður sjúklingsins innan heilbrigðisþjónustunnar.
Miðstýrt skráningarkerfi sjúklinga. Sjúklingur getur ekki verið skráður nema hjá einum heimilislækni. Góð yfirsýn yfir heilsuvanda fólks.	Ekki miðstýrt skráningarkerfi. Sjúklingur getur verið óskráður eða skráður á fleiri en einn lækni. Vantar betri yfirsýn yfir heilsuvanda fólks.
Tilvísanakerfi, heimilislæknir hliðvörður varðandi lækniþjónustu.	Ekki tilvísanakerfi, heimilislæknir ekki hliðvörður.
Góð upplýsingagjöf milli þjónustustiga. Læknabréf til að tryggja samfellu.	Ekki góð upplýsingagjöf milli þjónustustiga. Læknabréf berast seint og illa nema á Akureyri.
Minni líkur á tvíverknaði í lækniþjónustunni.	Meiri líkur á tvíverknaði í lækniþjónustunni.
Lækniþjónusta unnin sem mest á dagvinnutíma.	Of stór hluti lækniþjónustu unnin utan dagvinnutíma.
Afkastahvetjandi launakerfi á dagvinnutíma.	Aðeins afkastahvetjandi launakerfi utan dagvinnutíma.
Meiri skilvirkni læknaþjónustu en á Íslandi.	Minni skilvirkni læknaþjónustu en í Noregi.
Oflækningar heimilislækna?	Oflækningar sérgreinalækna?
Læknanemar fá ekki leyfi til að starfa sem heimilislæknar.	Læknanemar fá takmarkað lækningaleyfi til að leysa af í heilsugæslunni.
Einkarekstur heimilislækna.	Ríkisrekstur ráðandi, stefnurek.

\*Þátttakendur nefndu aðeins að færri sjúklingar væru um hvern heimilislækni í Noregi heldur en á Íslandi. Tölulegar upplýsingar fengnar úr skýrslu OECD<sup>16</sup> sýna að þetta er rétt. Í Noregi er 1,1 heimilislæknir á hverja 1000 íbúa en 0,7 heimilislæknir á hverja 1000 íbúa á Íslandi.

2) Samvinna lækna og annarra heilbrigðisstétta

Þátttakendur söknuðu læknaíða (n. *legesekreter*, nánast ígildi íslenska sjúkraliðans) sem gegna lykilhlutverki á öllum heilsugæslustöðvum í Noregi og eru nánir samstarfsmenn heimilislækna þar. Samvinnan við hjúkrunarfræðinga hér á landi töldu þátttakendur vera á jafnræðisgrundvelli. Bent var á hugsanlega mönnunar-skekkju á íslenskum heilsugæslustöðvum sem kæmi niður á skilvirkni í starfsemi: „ ... samvinnan gekk mjög vel þarna úti og kannski meiri hjálp. Þetta fólk [læknaíðar] var oft viljugra til að taka af manni einhver verk sem kannski gengur ekki eins vel hérna vegna þess að þeim [hjúkrunarfræðingum] finnst það ekki vera inni á sínu verksviði út af sinni menntun eða þviumlíkt. Þetta fólk var nú kannski því síður inn á þeirra verksviði en það gerði það ... þetta fólk var náttúrulega á launum frá læknum sem slíkum ... Í starfsemi okkar [hér á landi] þá myndast annars konar andrúmsloft ...“.

3) Skil á milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu

Þrátt fyrir skort á heimilislæknum á Íslandi töldu þátttakendur sjálfstætt starfandi sérgreinalækna ekki hafa tók á að vera heimilislæknar í hjáverkum. Slíks fyrirkomulags var talið gæta í nokkrum mæli á höfuðborgarsvæðinu en gæði og skilvirkni slíkrar þjónustu voru dregin í efa: „ ... held að almennt talað þá líti norskir læknar þannig á að heimilislæknirinn og heimilislækningar séu hornsteinn heilbrigðiskerfisins algjörlega ... og ég held að minnsta kosti finnst mér það hérna eins og gerist í Reykjavík þar sé þetta ekki svona ...“

4) Mikil ásókn í vaktþjónustu heimilislækna og bráðamóttökur sjúkrahúsa á Íslandi

Sérgreinaþjónusta lækna á Norðurlandi og Sjúkrahúsinu á Akureyri fékk góða dóma en grundvöllur lækniþjónustu þar hefur

lengi verið óopinbert tilvísanakerfi. Tilvísanir virðast hins vegar ekki alltaf skila sér til ýmissa sérgreinalækna og sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu og læknabréf þaðan sögð berast seint og oftlega alls ekki til heimilislækna. Með afkastahvetjandi launagreiðslum til heimilislækna á dagvinnutíma töldu allir viðmælendur möguleika á að auka afköst heimilislækna á Íslandi, auka skilvirkni í heilbrigðiskerfinu og bæta þjónustuna: „Við erum með opna móttöku á vaktinni síðdegis og þar hafa mætt bara á þeim kannski á ekki stærra svæði en þessu 60 manns og ég held að þarna væri náttúrulega hægt að færa þetta yfir í dagvinnuna að hluta.“

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að íslenska heilsugæslu skorti þá skilvirkni sem Norðmenn búa við, þetta var samdóma álit viðmælenda. Of margir Íslendingar hafa ekki aðgang að einum tilteknum heimilislækni og verða að reiða sig á dýrari úrræði í formi vaktþjónustu og sjálfstætt starfandi sérgreinalækna.

Starfield<sup>11</sup> bendir á að almenn heilsa sé betri bæði í löndum og í þeim ríkjum Bandaríkjanna sem nota tilvísanakerfi heimilislækna sem gátt milli fyrstu og annarrar gráðu heilbrigðisþjónustu. Aðrar rannsóknir hafa sýnt að þjónusta heimilislækna helst venjulega í hendur við þau laun sem þeir fá fyrir vinnu sína.<sup>29-30</sup> Rannsóknir sýna að sjálfstætt starfandi heimilislæknar afkasta meiru og veita víðtækari þjónustu en þeir sem starfa hjá því opinbera.<sup>14</sup> Í íslenska opinbera fastlaunakerfinu er líklega minni hætta á oflækningum og starfsþroti sem er alvarlegt og vaxandi vandamál. Tæplega 90% norskra heimilislækna eru í einkarekstri og kerfið nýtur hylli hjá bæði læknum og skjólstæðingum samkvæmt ánægjuvögum.<sup>31</sup> Þetta helst í hendur við rannsóknir sem hafa sýnt að sjúklingum líkar það vel að hafa aðgang að einum tilteknum heimilislækni



**Tafla IV.** Sjúklingurinn: samanburður á Noregi og Íslandi. Reynsla þátttakenda.

NOREGUR	ÍSLAND
Allir hafa sinn heimilislækni.	Hluti þjóðarinnar án heimilislækis.
Haldið vel utan um hvern sjúkling. Samfella í þjónustunni.	Ekki haldið vel eða heildstætt utan um hvern sjúkling. Ekki samfella í þjónustunni.
Mikið traust milli sjúklings og heimilislækis. Traust meðferðarsamband.	Ekki sama meðferðarsamband milli sjúklings og heimilislækis og í Noregi.
Ekkert um ómarkvissar heimsóknir til sérgreinalækna.	Talsvert um ómarkvissar heimsóknir til sérgreinalækna.

frekar en að vera vísað á bráðamóttöku, á lækni sem þeir þekkjá ekki, í hvert sinn sem þeir þurfa á lækniþjónustu að halda.<sup>32-33</sup> Flest bendir til þess að stýrikerfi með tilvísunum bæti nýtingu fjármuna sem veitt er til lækniþjónustu sem jafnframt verður markvissari.<sup>34</sup> Efnahags- og framfarastofnunin (OECD) hefur jákvætt viðhorf til samkeppni í heilbrigðisþjónustu og vals þjónustuþega og leggur áherslu á nýtingu markaðslausna í sínum ráðleggingum<sup>16</sup> og Williams<sup>35</sup> hefur bent á að ólík greiðsluferfi í höndum stjórnenda geti reynst vel til að auka gæði þjónustunnar og takast á við ólíka áhrifaþætti heilbrigðis þar sem fjármagn er ávallt takmarkað. Bandarísk rannsókn<sup>36</sup> er varðaði skörun milli starfa heimilis- og sérgreinalækna leiddi í ljós að skörunin var mest í barna-, bæklunar- og kvensjúkdómalækningum. Rannsókn okkar staðfestir þetta en þó voru hjartalækningar mest áberandi á Íslandi. Viðmælendur luku allir lofsorði á þjónustu göngudeilda norskra sjúkrahúsa og markvissat skipulag með tilvísunum og læknaþættum milli heimilis- og sérgreinalækna. Lögð var áhersla á að efla slíka þjónustu á Íslandi. Norska fastlæknaþætti hefur reynst afar vel, þar sem það tryggir öllum Norðmönnum heimilislækni. Þar gætu Íslendingar farið að dæmi Norðmanna í viðleitni sinni til að bæta skilvirkni og þjónustu í flóknu og fjárfreku heilbrigðisþætti. Þar að auki þóttu norsku sjúkrarskrákerfin flest mun betri en það íslenska og uppbygging norska heimilislæknanámsins, þar sem meginþungi náms er ekki inni á deildum sjúkrahúsa líkt og á Íslandi, heldur á starfsstöðvum heimilislækna, til eftirbreytni.

#### Styrkur og takmörk rannsóknarinnar

Styrkur rannsóknarinnar felst einkum í því að tækifæri gafst til að kynna reynslu og viðhorfum allra (*total sample*) hérlendra lækna sem einnig hafa starfað í norska fastlæknaþættinu. Læknaþættir voru vissulega allir yngri og óreyndari þegar þeir störfuðu í Noregi og menningarlegt umhverfi þar í landi eilítið frábrugðið því íslenska. Svo fyrirvara sé gætt getur það vitanlega haft áhrif á og skekkt reynslu þeirra að einhverju marki en varla svo að úrslitum ráði. Þá getur orðið aðferðafræðileg hindrun þegar þátttakendur í rannsókn og þeir sem framkvæma rannsóknina tilheyra sömu starfsstétt. Frá sjónarhóli eigindlegar aðferðafræði þarf þetta alls ekki að vera neikvætt. Það að þátttakendur og rannsakendur eigi sameiginlegan bakgrunn og standi jafnfætis hver öðrum er kostur en ekki galli og getur dýpkað og eflt til muna þá samræðu sem á

**Tafla V.** Tillögur þátttakenda til umbóta á Íslandi í ljósi reynslunnar af starfs- hverfi bæði í Noregi og á Íslandi.

- Allir Íslendingar hafi sinn heimilislækni sem er sérmenntaður í heimilislækningum. Fjölgja þarf heimilislæknum verulega til að svo megi verða. Fastlæknaþætti fyrir alla landsmenn þarf að koma upp án tafar.
- Sérmenntun heimilislækna fari að stærstum hluta fram á heilsugæslustöðvum og á stofum heimilislækna.
- Heimilislæknaþættir sé að jafnaði fyrsti tengiliður sjúklingsins innan heilbrigðisþjónustunnar sem sjúklingurinn hittir vegna vandamáls sem þarfnast lækniþættilegrar úrlausnar og sjúklingurinn hafi greiðan aðgang að sínum heimilislækni. Ráðist verði í upptöku tilvísunarkerfis með takmörkuðu valfrlsi.
- Haldið sé betur utan um hvern sjúkling og það sé verksvið heimilislækna. Sérgreinalæknaþætti skrifi læknaþætti þar sem fram kemur allt sem heimilislæknaþætti þarf að vita til að halda þessari yfirsýn.
- Heimilislæknaþætti hafi val um rekstrarskipulag. Styðja við sjálfstæðan rekstur heimilislækna í bland við ríkisrekstur heilsugæslustöðva.
- Leitast sé við að heimilislæknaþjónusta sé að jafnaði unnin á dagvinnutíma.
- Komið verði á öflugri göngudeildarþjónustu sjúkrahúsa eins og í Noregi.
- Skilgreina verkaskiptingu milli heilbrigðisstétta upp á nýtt með skilvirkni að leiðarljósi.
- Sjúkrarskrákerfið Saga hefur ekki staðist samanburð, jafnvel leita hófanna erlendis eftir skilvirkara kerfi.

sér stað og minni hættu er á að menningarlegur og þjóðfélagslegur munur liti útkomuna en þegar rannsakandinn, vegna stöðu sinnar, verður að teljast hafa yfirburði yfir viðmælanda sinn. Alhæfingar eru ekki markmið í eigindlegum rannsóknum.

#### Ályktun

Það er samdóma álit viðmælanda að íslenska heilbrigðisþjónusta skortir þá skilvirkni sem Norðmenn búa við og staða norskra heimilislækninga sé styrkari. Til að auka áhuga læknaþætti og nýliðun í heimilislækningum á Íslandi er brýnt að bjóða upp á auknið sjálfstæði og valmöguleika líkt og er til staðar í norska fastlæknaþættinu. Möguleikinn á að starfa sjálfstætt er mikilvægur þáttur fyrir sjálfmynd og starfsánægju. Þegar ráðast þarf í skipulagsbreytingar í heilbrigðisþættinu myndast óhjákvæmilega togstreita milli heilbrigðisstétta en ekki síður milli ólíkra hópa lækna. Því er mikilvægt að íhuga gaumgæfilega reynslu annarra þjóða af skipulagsbreytingum í heilbrigðisþjónustu. Í ljósi þess að læknaþætti víða í hinum vestræna heimi og menntun heilbrigðisstarfsfólks er í flestum tilvikum löng og kostnaðarsöm, er gott að hafa í huga orð Barböru Starfield sem var kunn af rannsókn- um sínum á grunnþjónustu heilbrigðisþættir: Höfum lækna þar sem þeir nýttast best (*Put doctors where they count*).<sup>36</sup>

#### Þakkir

Við þökkum þátttakendum fyrir framlag þeirra til rannsóknarinnar, Félagi íslenskra heimilislækna fyrir veittan styrk og Háskólanum á Akureyri fyrir vinnuástöðu.

## Heimildir

- Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: McGraw-Hill 2005.
- Allen J, Gay B, Crebolder H, Herman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. Í: Evans, P. (ed.). WONCA European, Barcelona 2002.
- Toon PD. Justice for gatekeepers. *Lancet* 1994; 343: 585-7.
- Bodenheimer T. The American health care system - Physicians and the changing medical marketplace. *N Engl J Med* 1999; 340: 584-8.
- Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Brit J Gen Pract* 1997; 47: 481-6.
- De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003; 1: 144-8.
- Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health* 2001; 19: 131-44.
- Macinko J, Starfield B, Shi LY. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007; 37: 111-26.
- Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003; 1: 8-14.
- Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Po* 2000; 5: 22-6.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
- Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, New York 1998.
- Lög nr. 43/1984 um ráðstafanir í ríkisfjármálum.
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health C* 2000; 12: 133-42.
- Gosden T, Williams J, Petchey R, Leese B, Sibbald B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. *J Health Serv Res Policy* 2002; 7: 26-33.
- Docteur E, Oxley H. Health-care systems: Lessons from the Reform Experience. OECD, Paris 2003.
- Grøß S, Delnoij DM, Groenewegen PP. Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. Primary care in the driver's seat. 2006: 184-200.
- Crombie D, Van der Zee J, Backer P. The interface study. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1990; 48: 4-7.
- Boerma WG. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the task of general practitioners. Nivel, Utrecht 2003: 32-43.
- Digby A. The evolution of British general practice 1850-1948. Oxford University Press, New York 1999.
- Solberg I, Tómasson K, Aasland O, Tyssen R. Cross-national comparison of job satisfaction in doctors during economic recession. *Occup Med* 2014; 64: 595-600.
- Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study. *Scand J Prim Health* 2012; 30: 214-21.
- Scott A, Sivey P, Ouakrim DA, Willenberg L, Naccarella, L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 9: CD008451.
- Willems DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *J Med Ethics* 2001; 27: 25-9.
- Visser MR, Smets EM, Oort FJ, de Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Can Med Assoc J* 2003; 168: 271-5.
- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; 374: 1714-21.
- Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 3: CD002215.
- Halldórsdóttir S. Fyrirbærafraði sem rannsóknaraðferð. Í: Halldórsdóttir S, (ritstj.). *Handbók í aðferðafræði rannsókna. Háskólinn á Akureyri, Akureyri* 2013: 281-99.
- van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, van den Berg MJ, Groenewegen PP, Braspenning J, et al. Impact of remuneration on guideline adherence: empirical evidence in general practice. *Scand J Prim Health* 2013; 31: 56-63.
- Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegerreformen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 652-4.
- Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas JJ. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health* 2012; 30: 229-33.
- Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 601-5.
- Weiss GL, Ramsey CA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. *QRB Qual Rev Bull* 1989; 15: 180-4.
- Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37: 529-50.
- Williams SV. The impact of DRG-based prospective payment on clinical decision making. *Med Decis Making* 1985; 5: 23-9.
- Starfield B. Refocusing the system. *N Engl J Med* 2008; 359: 2087-91.

## ENGLISH SUMMARY

## General practice in Iceland and Norway: GPs' experience of different primary health care systems

Héðinn Sigurðsson<sup>1,4</sup>, Sunna Gestsdóttir<sup>2</sup>, Kristján Guðmundsson<sup>3</sup>, Sigríður Halldórsdóttir<sup>4</sup>

**Introduction:** Most GPs in Iceland are public employees on fixed salaries which is very different from their Norwegian colleagues. The aim of this study was to explore the experience of Icelandic GPs who have also worked as GPs in Norway and compare their experience of working in these two neighboring countries.

**Material and methods:** Data were collected through interviews with 16 GPs that during the study period 2009-2010 were all working in Iceland. Two to ten years had passed since their return from Norway. We used qualitative methodology, the Vancouver-School of doing phenomenology. This methodology seeks to increase understanding of human phenomena for the purpose of improving healthcare services.

**Results:** The doctors discussed the benefits of the different systems of delivering medical services. They saw the advantages of the Norwegian healthcare system mostly in that all Norwegians have their own GP, thus

achieving a good overview of the health problems of each individual. The GPs are gatekeepers for medical services which potentially reduces duplication of medical services. The participants also noted more efficient medical services in Norway than in Iceland. What characterizes Icelandic healthcare outside the hospital from their perspective is direct patient contact with specialists without referrals from GPs and incomplete registration system of patients and much use of emergency services in Iceland.

**Conclusion:** Participants agreed upon stronger primary healthcare system in Norway compared to Iceland. Moreover, a good job situation in primary care is needed in Iceland to appeal to junior doctors. When changes are made to the Icelandic healthcare system it is important to acknowledge the experience of neighboring countries in terms of advancing health care system reforms.

<sup>1</sup>Glaesibaer Health care centre, <sup>2</sup>School of Education, University of Iceland, <sup>3</sup>Reykjalundur rehabilitation centre, <sup>4</sup>School of Health Sciences, University of Akureyri.

**Key words:** general practitioner, primary care, job situation, health service research, qualitative research.

**Correspondence:** Héðinn Sigurðsson, [hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is](mailto:hedinn.sigurdsson@heilsugaeslan.is)