

Landspítali háskóla-hátæknisjúkrahús. Ímynd eða veruleiki?

Morgunblaðið 18.nóvember 2005

Í umræðum um hið sameinaða sjúkrahús í Reykjavík er lögð áhersla á að hér sé á ferðinni “háskólasjúkrahús” og “hátæknisjúkrahús” nánast eins og að það sé algerlega nýtt fyrirbæri á Íslandi. Hin margvíslegu málefni Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH) eru oft til umfjöllunar í fjölmiðlum og þó vandamál sjúkrahússins séu ærin þá er ekki laust við að gæti ákveðinnar lotningar í hvert sinn sem nafn þess er nefnt. Þessi spítali virðist blessunarlega njóta meiri samúðar en sjúkrahúsin þrjú í Reykjavík á sl. áratug, sem höfðu fengið það orð á sig að vera botnlaus hit; illa reknar stofnanir sem söguðu til sín sífellt stærra hlutfall af fjárveitingum til heilbrigðismála á kostnað sjúkrahúsanna á landsbyggðinni. Álit og traust ráðamanna þjóðarinnar á sjúkrahúspjónustunni og starfsmönnum hennar hafði beðið alvarlegan hnekki. Við endurreisn manna og mórals eftir sameininguna hefur verið gengið rösklega fram við að breyta ímynd sjúkrahússins enda þar að verki frábært fagfólk og afburðasnjallir stjórnendur. Ímyndarvinnan hefur tekist með þvílíkum afbrigðum að jafnvel sumir fulltrúar úr stjórn sjúkrahússins virðast halda að hátæknisjúkrahús á Íslandi hafi fyrst litið dagsins ljós með tilkomu LSH.

Háskóla- og hátæknisjúkrahús í Reykjavík er ekkert nýtt. Það fór hins vegar lítið fyrir því í umræðunni á sl. áratug að sjúkrahúsin í Reykjavík voru á þeim tíma starfandi háskóla- og hátæknisjúkrahús. Árið 2002 voru t.d. 3.6 læknar á Íslandi á hverja 1000 íbúa, með því hæsta sem gerist meðal vestrænna ríkja. Þessir læknar fengu grunnmenntun sína og þjálfun að mestum hluta á sjúkrahúsunum í Reykjavík. Þá hefur Ísland lengi verið í fremstu röð hvað varðar hátækni í lækningum, þökk sé frábærum og framfarasinuðum íslenskum læknum sem hafa sótt sérfræðimenntun sína bæði vestan hafs og austan. Á Íslandi er heilbrigðisþjónustan meðal þeirra hátæknivæddustu í heiminum. Því fer fjarri að alla þá hátækni sé einungis að finna á LSH. Hún var til staðar á sjúkrahúsunum í Reykjavík á síðasta áratug og hana er að finna á einkareknum rannsókn- og lækningastofum úti í bæ og það í svo hratt vaxandi mæli að stutt er í að einkarekna (hátækni)sjúkrahúsið verði endurreist í Reykjavík.

Á LSH fer fram sú kennsla, þjálfun og rannsóknarvinna sem áður fór fram á Landspítalanum og á Sjúkrahúsi Reykjavíkur. En ef til vill hefur háskólasjúkrahúsinu í Reykjavík sjaldan verið eins mikil hætta búin og eftir sameiningu. Vegna kennslu og þjálfunar læknanema þarf spítalinn að tryggja það að nemar fái að kynnst og meðhöndla ákveðinn lágmarksfjölda sjúklinga með samskonar læknisfræðileg vandamál og úr sem flestum greinum læknisfræðinnar. Í þrengingunum sem fylgdu sameiningarferlinu streymdu sérfræðilæknar hins vegar með aðgerðir sínar út af sjúkrahúsunum og hófu í vaxandi mæli að framkvæma “sjúkrahúsaðgerðir” á stofum sínum úti í bæ. Og þetta “einkarekstrarskrið” heldur áfram með þeim afleiðingum að einstaka læknisaðgerðir eru orðnar mun fáséðari innan háskólasjúkrahúsins og þar með sem kennslufni fyrir læknanema.

Íslenskir læknar fara nánast undantekningalaust utan að loknu kandidatsprófi við Læknadeild HÍ til að afla sér sérfræðiréttinda. Sérfræðilæknar við spítalann þurfa einnig á tilteknum lágmarksfjölda tilfella að halda í sínum sérgreinum til vísindalegra rannsókna

og viðhalds þekkingar. Vegna fámennis á Íslandi er erfiðara að ná slíkum lágmarksfjölda tilfella og reyndar ómögulegt í sumum greinum. Á háskólasjúkrahúsum þar sem rannsóknarmetnaður er mikill er sú hætta fyrir hendi að sjúklingar veljist inn meira með tilliti til rannsóknaráhuga en þjónustuparfar. Sjúklingum sem *ekki* eru rannsóknarlega áhugaverðir er þá hættara við að lenda á biðlistum eða bíða þar lengur en þeir rannsóknarlega áhugaverðu, þ.e. að rannsókn- og vísindamarkmiðum sé gert hærra undir höfði en þjónustumarkmiðum. Í heilbrigðisþjónustu á þjónustan við sjúklingana hins vegar *alltaf* að vera númer eitt.

Eftir sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík er LSH í lykilaðstöðu og getur einokað bæði þjónustu og þekkingu um rekstur og þróun bráðasjúkrahúsa. Þar getur ímyndin reynst öflugt tæki. Hin nýja ímynd um háskóla/hátæknisjúkrahús er tvíbent vopn: A) hún leggur ráðamönnum línurnar um það hvernig beri að tala um málefni sjúkrahússins og hverjir eigi yfirleitt erindi þar upp á pall. Hætt er við fjárlaganefndin finni til aflsmunar frammi fyrir “háþekkingunni” og hafi ekki roð við talsmönnum hennar þegar kemur að ákvörðun fjárveitinga. B) hún gefur vísbendingu um það hvers konar sjúklingar eiga erindi á þetta sjúkrahús. Hætt er við að öldruðum og fötluðum sem alla jafna eru stærsti notendahópur heilbrigðisþjónustunnar þótt ekki séu þeir alltaf rannsóknarlega áhugaverðastir eða hátæknikrefjandi verði úthýst með enn meiri þrýstingi en til þessa.

Ímyndin getur verið áhrifaríkt stjórnæki sem í þessu tilfelli styrkir allverulega stöðu LSH í stjórnkerfi hins opinbera og stuðlar að röskun á jafnvæginu í yfirstjórn heilbrigðismála á Íslandi. Að þessu verður vikið í næstu grein.