

Heilbrigðismál Fjallabyggðar

Sonja Stelly Gústafsdóttir

Kristjana Fenger

Sigríður Halldórsdóttir

Inngangur

Í íslenskum lögum um heilbrigðisþjónustu segir að „allir landsmenn skulu eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði“ (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007). Eins og heilbrigðisþjónusta er skilgreind í lögnum tekur hún til hvers kyns heilsugæslu, heilbrigðiseftirlits, lækningarannsókna, lækninga og hjúkrunar í sjúkrahúsum, læknisfræðilegs endurhæfingarstarfs, tannlækninga og sjúkraflutninga.

Markmið Fjallabyggðar enduróma þetta vel. Í kynningarbæklingi fyrir Fjallabyggð segir að „heilbrigði og öryggi íbúa og gesta komandi í Fjallabyggð verði tryggt eftir mætti með vandaðri heilbrigðisþjónustu, löggæslu, þjónustu við aldrada, sjúkraflutningum og brunavörnum.“ Þá segir einnig að Fjallabyggð skuli „stuðla að almennri vitund íbúa um heilbrigt mataræði og hreyfingu, sem og mikilvægi góðrar andlegrar heilsu,“ og að „Trygg áframhaldandi heilsugæsla og hjúkrunarþjónusta sé byggðarlaginu mikilvæg og grunnur að bættum búsetuskilyrðum“ (*Aðalskipulag Fjallabyggðar 2008-2028. Fjallabyggð fyrir frumkvöðla*). Í Fjallabyggð er m.a. sjúkrahús og tvær heilsugæslustöðvar, en innan Heilbrigðis- og félagsþjónustu svæðisins eru um 114 störf þar sem um 13% vinnuafls byggðarlagsins starfa (Sigríður K. Þorgrímsdóttir og Halldór V. Kristjánsson, 2008).

Bætt heilbrigðisþjónusta og tryggara aðgengi að viðhlítandi þjónustu allan ársins hring eru meðal mikilvægustu áhrifa samgöngubóta á landsbyggðinni. Með Héðinsfjarðargöngum skapast möguleikar á hagræðingu, eflingu og sérhæfingu þeirrar þjónustu sem þegar er í boði í Ólafsfirði og á Siglufirði, jafnframt því sem auðveldara verður að sækja fjölbreyttari heilbrigðisþjónustu til Akureyrar og tryggja að allir íbúar Fjallabyggðar fái þá heilbrigðisþjónustu sem stefnt er að í íslenskri heilbrigðisáætlun (sbr. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Aðgengi og fjölbreytileiki heilbrigðisþjónustu

Samkvæmt reglugerð um heilbrigðisumdæmi er landinu skipt í sjö heilbrigðisumdæmi, þ.e. höfuðborgarsvæðið, Vesturland, Vestfirði, Norðurland, Austurland, Suðurland og Suðurnes. Skipulag almennrar heilbrigðisþjónustu tekur mið af þessum umdæmum með það að markmiði að tryggja landsmönnum jafnan aðgang að þjónustunni (Reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007). Í hverju umdæmi á að vera starfrækt heilbrigðisstofnun eða -stofnanir sem veita almenna heilbrigðisþjónustu, þ.e. heilsugæsla, almenn sjúkrahúsþjónusta og hjúkrunarþjónusta, eftir því sem við á og að því marki sem sveitarfélögum eða öðrum aðilum hefur ekki verið falið að veita þjónustuna samkvæmt lögum eða með samningum við ríkið (Reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007). Þrátt fyrir þessa skiptingu landsins í heilbrigðisumdæmi eiga sjúklingar jafnan rétt á að leita til þeirrar heilsugæslustöðvar eða heilbrigðisstofnunar sem þeir eiga auðveldast með að ná til hverju sinni (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007).

Heilbrigðisþjónusta í Fjallabyggð tilheyrir heilbrigðisumdæmi Norðurlands, en umdæmið nær yfir 22 sveitarfélög. Breytingar hafa orðið innan umdæmisins með sameiningu stofnana þar sem 1. janúar 2009 voru átta stofnanir í umdæminu sameinaðar í fimm. Þar á meðal voru heilbrigðisstofnunin á Siglufirði, heilsugæslustöðin á Dalvík og heilsugæslustöðin í Ólafsfirði

SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

sameinaðar í Heilbrigðisstofnun Dalvíkur og Fjallabyggðar (Reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007). Þann 1. janúar 2010 sameinuðust Heilbrigðisstofnunin á Siglufirði og Heilsugæslustöðin í Ólafsfirði undir nafninu Heilbrigðisstofnun Fjallabyggðar (Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 764/2008).

Heilbrigðisþjónusta sem veitt var á Siglufirði og Ólafsfirði fyrir opnun Héðinsfjarðarganga náði á hvorum stað um sig yfir heilsugæslu og stofnun fyrir aldraða, auk þess sem sjúkrahús er staðsett á Siglufirði. Í töflu 1 má sjá þá þjónustu sem var í boði á stöðunum.

Tafla 1. Heilbrigðisþjónusta í Fjallabyggð 2009.

Sigluþfjörður	Heilbrigðisstarfsmenn (stöðugildi)	Legupláss
Heilsugæslusvið <ul style="list-style-type: none"> • Ungbarnavernd • Mæðravernd • Heimahjúkrun • Skólahjúkrun 	Læknir (1,8) Hjúkrunarfræðingur (1,5) Ljósmodir (0,5) Sjúkraliði (0,5) Síma- og móttökuritun (2,0) Rannsókn (1,5)	
Hjúkrunarsvið	Á báðum sviðum starfa um 35-40 manns: hjúkrunarfræðingar (6,3), læknar (0,2), sjúkraliðar (2,5), sjúkraþjálfari (0,4) og annað starfsfólk (15,7)	28 Hjúkrunarrými
Sjúkra- og bráðasvið		7 Sjúkra- og bráðasvið
Ólafsfjörður	Heilbrigðisstarfsmenn (stöðugildi)	Legupláss
Heilsugæslustöðin Hornbrekka <ul style="list-style-type: none"> • Ungbarnavernd • Mæðravernd • Heimahjúkrun • Skólahjúkrun 	Læknir (1,0) Hjúkrunarfræðingur (0,8) Ljósmodir (0,25) Sjúkraliði (0,7) Læknaritari (0,7) Móttökuritari (1,0)	
Dvalar- og hjúkrunarheimilið Hornbrekka <ul style="list-style-type: none"> • Öldrunarheimili • Sjúkradeild • Dagvist 	Heilsugæslan sinnir lækniþjónustu: hjúkrunarfræðingar (2,3), sjúkraliðar (4,0) og annað starfsfólk (14,7). Sjúkraþjálfari er með aðstöðu í húsnæðinu	20 hjúkrunarrými 11 dvalarrými 6 dagvistarrými

Á heilbrigðisstofnun Siglufjarðar eru starfrækt þrjú svið: heilsugæslusvið, hjúkrunarsvið og sjúkra- og bráðasvið. Undir heilsugæslusvið fellur öll almenn ungbarnavernd, mæðravernd, heimahjúkrun og skólahjúkrun, en fæðingarhjálp var hætt þar árið 2006 (Konráð Baldvinsson, 2010).

Í Ólafsfirði var heilsugæslustöðin Hornbrekka tekin í notkun 1982. Þar er öll grunnþjónusta í boði, s.s. ungbarnavernd, mæðravernd, heimahjúkrun, skólahjúkrun, móttaka lækna, öldrunarheimili og sjúkradeild. Sjúkrabíll er á staðnum og eru sjúkraflutningamenn á bakvakt allan sólarhringinn. Fæðing barna fer yfirleitt fram á Akureyri nema bæði læknir og ljósmodir séu búnin að ganga úr skugga um að fæðing sé örugg í Ólafsfirði (Rúnar Guðlaugsson, 2010).

Fjöldi rannsókna hérlendis og erlendis hafa beinst að notkun almennings á heilbrigðisþjónustu. Þessar rannsóknir sýna að auk veikinda hafa ýmsir sálfræðilegir, félagslegir og efnahagslegir þættir áhrif á hvort og í hvaða mæli almenningur notar heilsugæslu- og lækniþjónustu (Rúnar Vilhjálmsson, 2001; Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 2001). Rannsóknir benda til þess að aukin vegalengd á milli búsetu og heilbrigðisþjónustu dragi almennt úr notkun

heilbrigðisþjónustu þar sem íbúar dreifbýlisstaða nota þjónustuna minna en íbúar þéttbýlisstaða (Chan, Hart og Goodman, 2006; Graves, 2009; Nemet og Bailey, 2000).

Ferðatími að heilbrigðisþjónustu virðist einna helst skipta máli (Graves, 2009; Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 2001) og þannig má segja að heilsa sé landfræðilega aðgreind eftir búsetu (Graves, 2009). Ísland er strjálbýlasta land Evrópu og óblíð náttúra og erfið ferðaskilyrði geta oft gert langar vegalengdir torfærar. Íbúar í dreifðari byggðum landsins sitja því ekki við sama borð og íbúar höfuðborgarsvæðisins hvað varðar aðgengi að heilbrigðisþjónustu og fjölbreytni hennar (Björn Gunnarsson o.fl., 2007). Aðgengi að heilsugæslu hefur þó aukist til muna vegna þess að almenningur hefur gert kröfur um slíkt og má m.a. rekja þær breytingar til byltingar í samgöngum, fjarskiptum, tækni og þekkingu í læknisfræði (Gísli Ólafssonar og Jóhann Ágúst Sigurðsson, 2000).

Gæði heilbrigðisþjónustu

Heilbrigðisþjónusta er um margt afar ólík annarri þjónustu því þjónustuþegar hennar eru oft viðkvæmir hópar, svo sem barnshafandi konur, fjölskyldur veikra eða fatlaðra barna, veikt fólk eða slasað og aldraðir. Grundvallaratriði er að gera kröfur um gæði í heilbrigðisþjónustu því lítil gæði bitna á þjónustuþegum og samfélaginu auk þess sem heilbrigðisstofnanir eru fyrst og fremst metnar út frá gæðum (Lawrence, 1997). Erfitt er að skilgreina *gæði* því hugtakið er að hluta til félagslegt fyrirbæri og tengist gildismati einstaklinga að einhverju marki, svo sem hvaða væntingar þeir hafa til heilbrigðisþjónustunnar og hlutverks hennar (Koch, 1992). Gæði heilbrigðisþjónustu geta því haft mismunandi merkingu fyrir þjónustuþega, heilbrigðisstarfsmenn og t.d. sveitarfélög.

Nú á tímum niðurskurðar í allri opinberri þjónustu á Íslandi hlýtur áherslan á gæði að verða enn mikilvægari. Landlæknisembættinu er ætlað að tryggja gæði en samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 og lögum um landlækni nr. 41/2007 hefur embættið faglegt eftirlit með heilbrigðisstofnunum og heilbrigðisstéttum. Landlæknisembættið safnar margvíslegum gögnum úr heilbrigðisþjónustu í þeim tilgangi að afla þekkingar um heilsufar og heilbrigðisþjónustu, sinna eftirliti, meta árangur og gera áætlanir um gæðaþróun í heilbrigðisþjónustu og það sinnir einnig athugunum að beiðni stjórnvalda. Embættið notar margvíslegar leiðir til að uppfylla þessi lagaákvæði og styðst meðal annars við gæðaviðmið Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar.

Með eftirlitsstarfi sínu hefur embættið það að leiðarljósi að árangursríkasta leiðin til að bæta gæði og öryggi heilbrigðisþjónustu er að efla samstarf og samráð við stjórnendur og starfsfólk heilbrigðisstofnana. Undir eftirlit landlæknis heyra mörg hundruð rekstrareiningar. Anna Björg Aradóttir (2008) hjá landlæknisembættinu hefur bent á að þeir sem starfa í heilbrigðisþjónustunni eða tengjast henni með einum eða öðrum hætti telji að efla þurfi gæði þjónustunnar. Hún bendir á að markvisst gæðastarf endurspeglar meðal annars í heilsufari, árangri meðferðar, kostnaði, aðgengi að þjónustu og ánægju sjúklinga.

Mat á gæðum heilbrigðisþjónustu

Það er vandasamt verk að meta gæði í heilbrigðisþjónustu en Brook, McGlynn og Shekelle (2000) telja að það sé hægt með því hafa skýra gæðavísu, að tryggja sé að heilbrigðisstarfsmenn fari eftir þeim og að þjónustuþegar staðfesti að heilbrigðisstarfsmenn hafi í öllu farið eftir gæðavísunum. Kavanagh, Adams og Wang (2009) taka undir þetta en telja að meiri áherslu verði að leggja á gæðavísu á hinum mismunandi sérsviðum heilbrigðisþjónustunnar.

SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

Á Íslandi var sett reglugerð um gerð gæðavísa (nr. 1148/2008) sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar. Markmið reglugerðarinnar er „að kveða á um val, notkun og birtingu gæðavísa í þeim tilgangi að stuðla að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar og efla gæði og öryggi” (gr. 2).

Markmið með notkun gæðavísa er „að fylgjast með gæðum og öryggi heilbrigðisþjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýnilegir þannig að notendur heilbrigðisþjónustu, stjórnvöld, stjórnendur heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmenn geti metið gæði þjónustunnar og tekið ákvarðanir á faglegum grundvelli” (gr. 4). Enn fremur er þeim ætlað að veita heilbrigðisstarfsmönnum og heilbrigðisstofnunum aðhald við veitingu heilbrigðisþjónustu, auka gæðavitund og skapa samkeppni um árangur og gæði, og stuðla þannig að umbótum innan heilbrigðisþjónustunnar (gr. 4). Gæðavísar vísa til öryggis notenda, rétttrar tímasetningar, skilvirkni þjónustu, jafnræðis, notendamíðaðrar þjónustu og árangurs (gr. 5).

Samkvæmt skýrslu norrænu ráðherranefndarinnar um gæðamælingar í heilbrigðisþjónustu á Norðurlöndunum (*Kvalitetsmæling i sundhedsvesenet i Norden*) árið 2007 er árangur og gæði íslensku heilbrigðisþjónustunnar á sumum sviðum með því besta sem gerist á Norðurlöndunum. Þannig er dánartíðni sjúklinga sem liggja á sjúkrahúsi og deyja innan 30 daga eftir kransæðastíflu lægri hér á landi en annars staðar á Norðurlöndunum. Konur sem lifa fimm árum eftir greiningu brjóstakrabbameins eru hlutfallslega flestar hér á landi og dánartíðni sjúklinga sem liggja á sjúkrahúsi og deyja innan 30 daga eftir kransæðablástur (PTCA) er lægst hér á landi. Þá er nýburadaudi á Norðurlöndum lægstur á Íslandi (Heilbrigðisráðuneytið, 2007).

Tafla 2. Bakgrunnsupplýsingar.

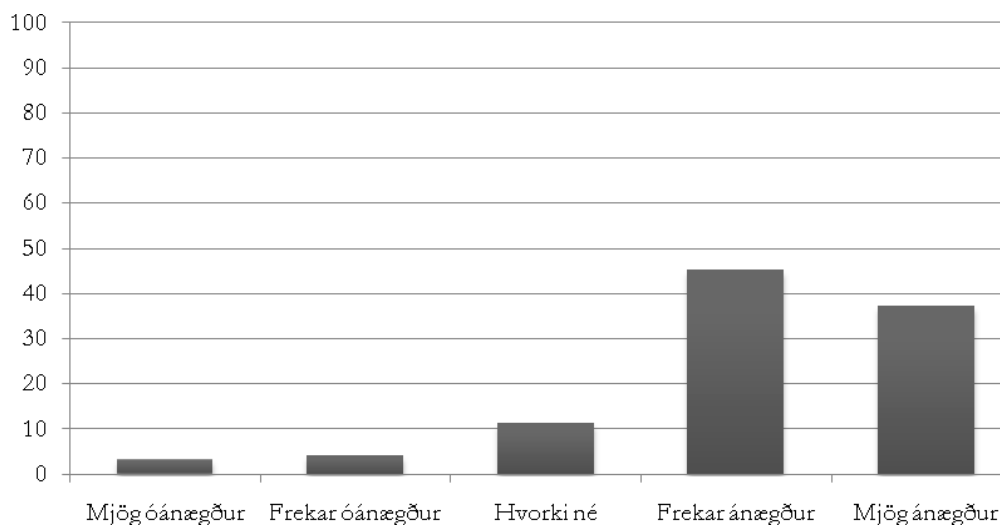
	Siglufjörður	Ólafsfjörður
Staður	60%	40%
Kyn		
- karlar	50%	50%
- konur	46%	54%
Aldur		
18–25	10%	8%
25–40	14%	21%
41–66	56%	51%
67 ára og eldri	20%	21%
Menntun		
- grunnskólapróf	68%	62%
- iðnréttindi	26%	25%
- framhaldsskólastig	19%	23%
- stúdentspróf	10%	10%
- háskólapróf	9%	16%
- annað	9%	9%

Eins og áður hefur komið fram geta gæði heilbrigðisþjónustu haft mismunandi merkingu eftir því hver það er sem metur hana. Laura Scheving Thorsteinsson (2002) bendir á mikilvægi þess að þjónustuþegar séu hafðir með í ráðum við mat á gæðum heilbrigðisþjónustunnar. Athyglisvert er að niðurstöður bandarískrar rannsóknar benda til þess að þjónustuþegar meti gæði á svipaðan hátt í þéttbýliskjörnum og á landsbyggðinni þótt aðstæður utan þéttbýliskjarna geti verið mjög mismunandi (Peterson, 2009).

Í þessum hluta verður greint frá niðurstöðum úr íbúakönnun þar sem skoðuð var ánægja íbúanna í Ólafsfirði og á Siglufirði með heilbrigðisþjónustu almennt og einnig ánægja þeirra með aðgengi, fjölbreytileika og gæði þjónustunnar. Alls tóku 732 þátt í könnuninni og voru 60% þeirra frá Siglufirði (n=439) og 40% frá Ólafsfirði (n=293). Í töflu 2 má sjá hlutfallslega skiptingu þátttakenda eftir kyni, aldri og menntun innan og milli staðanna tveggja.

Ánægja með heilbrigðisþjónustu

Svarhlutfall við spurningu um ánægju með heilbrigðisþjónustuna var tæplega 97%, þar sem 708 manns svöruðu. Niðurstöður könnunarinnar benda sterklega til þess að íbúar á Siglufirði og í Ólafsfirði séu almennt ánægðir með heilbrigðisþjónustuna á sínu svæði. Mikill meirihluti þátttakenda (mynd 1) var frekar ánægður eða mjög ánægður með heilbrigðisþjónustuna eða 82% og 11% voru hvorki ánægð né óánægð.



Mynd 1. Ánægja með heilbrigðisþjónustu

Í töflu 3 er ánægja með heilbrigðisþjónustu skoðuð eftir aldri, kyni og búsetu. Þegar horft er til ánægju með heilbrigðisþjónustu eftir aldri má sjá að hlutfall þeirra sem voru mjög og frekar ánægðir með heilbrigðisþjónustuna eykst með hækkandi aldri. Í elsta aldurshópnum voru 93% mjög eða frekar ánægð með þjónustuna á móti 68% í þeim yngsta. Þeir einstaklingar sem tilheyrðu elsta aldurshópnum, 67 ára og eldri voru flestir mjög ánægðir með þjónustuna (55%), þar á eftir þátttakendur 41–66 ára (38%), svo 26–40 ára (26%) og að lokum 18–25 ára (21%). Þeir sem voru hvorki ánægðir né óánægðir voru hlutfallslega flestir í tveimur yngstu aldurshópnum, þ.e. 26–40 ára (20%) og 18–25 ára (21%). Í yngsta aldurshópi voru líka hlutfallslega flestir sem voru frekar óánægðir (11%).

Skýringa á hlutleysi og óánægju yngsta aldurshópsins má ef til vill finna í rannsókn Rúnars Vilhjálmssonar o.fl. frá 1999 en þar kom fram að fólk á aldrinum 18–24 ára nýtir sér lækniþjónustu minna en aðrir aldurshópar. Hátt hlutfall hlutleysis í svörun væri því hægt að skýra með því að sá hópur treysti sér ekki eða getur ekki tekið afstöðu til heilbrigðisþjónustunnar vegna lítillar reynslu af henni. Það sem vekur ef til vill undrun eru viðbrögð þeirra sem eru á aldrinum 26–40 ára, þar sem þeir eru á virkasta barneignaraldri og því mætti ætla að þeir leituðu til heilbrigðisþjónustunnar vegna meðgöngu, ungbarnaeftirlits og veikinda barna.

SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

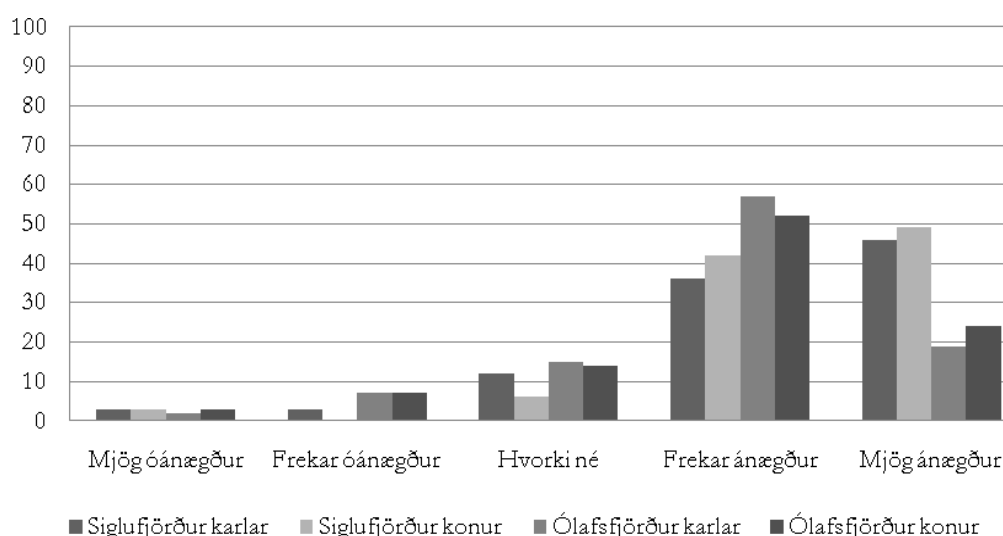
Ánægja með heilbrigðisþjónustuna eftir kyni sýnir að konur voru almennt ánægðari með heilbrigðisþjónustuna þar sem 85% þeirra voru mjög eða frekar ánægðar á móti 79% karla. Fleiri karlar (13%) en konur (9%) voru hvorki ánægðir né óánægðir með þjónustuna.

Könnun á ánægju með heilbrigðisþjónustuna eftir búsetu leiddi í ljós að fleiri Siglufirðingar (86%) en Ólafsfirðingar (76%) voru mjög og frekar ánægðir með heilbrigðisþjónustuna, þar sem 47% íbúa Siglufjarðar voru mjög ánægðir með þjónustuna á móti 22% íbúa Ólafsfjarðar. Hægt er að leiða líkum að því að skýringu á þessum mun sé að finna í þeirri þjónustu sem í boði er á stöðunum. Eins og áður hefur komið fram er á Siglufirði staðsett m.a. sjúkrahús sem er ekki til staðar í Ólafsfirði.

Tafla 3. Ánægja með heilbrigðisþjónustu eftir aldri, kyni og búsetu.

	Mjög óánægður	Frekar óánægður	Hvorki né	Frekar ánægður	Mjög ánægður
Aldur					
18-25	0%	11%	21%	47%	21%
26-40	3%	5%	20%	46%	26%
41-66	3%	3%	9%	47%	38%
67 ára og eldri	2%	1%	4%	38%	55%
Kyn					
Karl	3%	5%	13%	43%	36%
Kona	3%	3%	9%	46%	39%
Búseta					
Ólafsfjörður	3%	7%	14%	54%	22%
Siglufjörður	3%	2%	9%	39%	47%

Ánægja með heilbrigðisþjónustuna eftir menntun dreifðist nokkuð jafnt, en ánægðastir voru þeir sem eru með grunnskólamenntun (40%). Þegar ánægja með heilbrigðisþjónustuna var skoðuð eftir aldri og byggðakjarna fengust sömu niðurstöður og í heildarhópnum, þ.e.a.s. ánægjan jókst með hækkandi aldri þátttakenda og að sama skapi varð óánægjan minni.



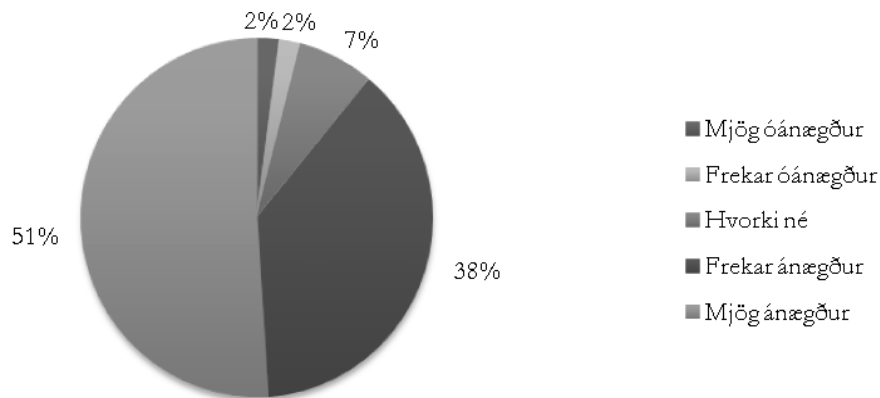
Mynd 2. Ánægja með heilbrigðisþjónustu eftir kyni og stað.

Á mynd 2 er ánægja með heilbrigðisþjónustuna skoðuð eftir kyni og byggðakjarna. Þar kemur ákveðin samsvörun í ljós. Karlar og konur á Siglufirði voru ánægðari með heilbrigðisþjónustuna en konur og karlar í Ólafsfirði. Nær helmingur karla á Siglufirði var mjög ánægður með heilbrigðisþjónustuna (46%) á meðan meirihluti karla í Ólafsfirði var frekar ánægður (57%). Á Siglufirði var tæpur helmingur kvenna mjög ánægður með heilbrigðisþjónustuna (49%) á meðan rúmur helmingur kvenna í Ólafsfirði var frekar ánægður (52%).

Konur á Siglufirði voru ánægðastar með heilbrigðisþjónustuna. Hugsanlega er hægt að skýra ánægju siglfirskra kvenna með þjónustuna með því að rannsóknir hafa bent til þess að konur noti heilbrigðisþjónustuna meira en karlar vegna sjálfra sín, barna sinna eða aldraðra foreldra (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000). Einnig er sjúkrahús staðsett á Siglufirði, eins og fram hefur komið hér að framan, og þar er aðgengi að heilbrigðisþjónustunni því betra og fjölbreytileiki hennar nokkru meiri en í Ólafsfirði.

Aðgengi að heilbrigðisþjónustu

Svarhlutfall spurningar um ánægju með aðgengi að heilbrigðisþjónustu var 96% þar sem 706 svöruðu. Mikill meirihluti þátttakenda er mjög ánægður eða frekar ánægður með aðgengi að heilbrigðisþjónustunni (mynd 3) eða 89% og einungis 4% þeirra eru frekar óánægð eða mjög óánægð.



Mynd 3. Ánægja með aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

Ánægju með aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir aldri, kyni og búsetu má sjá í töflu 4. Þar kemur fram að ánægja með aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir aldurshópum var á sama veg og ánægja með þjónustuna, þ.e. í elsta hópnum voru flestir mjög eða frekar ánægðir með aðgengið (94%) og síðan minnkar hún lítillega (91%) hjá 41–66 ára og er 80% hjá tveimur yngstu aldurshópnum. Í yngri hópnum tveimur voru mun fleiri hvorki ánægðir né óánægðir samanborið við eldri hópana. Fáir voru mjög eða frekar óánægðir með aðgengi að heilbrigðisþjónustunni eða frá 3–5%.

Dvalarheimili fyrir aldraða og sjúkratými er fyrir hendi bæði í Ólafsfirði og á Siglufirði þannig að aldraðir íbúar þurfa ekki að flytja úr heimahögunum ef þeir ráða ekki við að hugsa um sig sjálfir. Ungir fullorðnir, fólk á aldrinum 18–40 ára, eru hvað hlutlausastir með þá þætti sem kannaðir voru. Þetta vekur nokkra undrun þar sem þetta er fólk á barneignaraldri og mætti ætla að það noti þjónustuna talsvert fyrir sig og sína nánustu. Einnig er þetta áhugavert í ljósi þess að ákveðið skarð hefur myndast í íbúahóp byggðarlagsins þar sem þennan aldurshóp

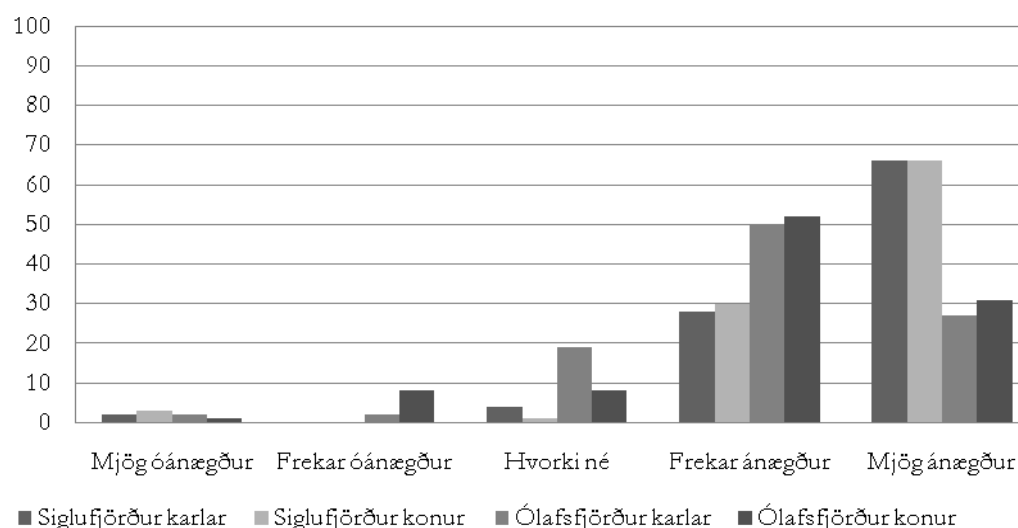
SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

vantar að miklu leyti í Fjallabyggð (sjá Þóroddur Bjarnason o.fl., 2010). Jafn hlutfall kvenna og karla (51%) var mjög ánægt með aðgengið. Fleiri karlmenn (10%) en konur (4%) voru hvorki ánægðir né óánægðir.

Tafla 4. Ánægja með aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir aldri, kyni og búsetu.

	Mjög óánægður	Frekar óánægður	Hvorki né	Frekar ánægður	Mjög ánægður
Aldur					
18-25	0%	3%	17%	44%	36%
26-40	3%	2%	15%	43%	37%
41-66	2%	2%	5%	38%	53%
67 ára og eldri	2%	3%	1%	32%	62%
Kyn					
Karl	2%	1%	10%	36%	51%
Kona	2%	3%	4%	40%	51%
Búseta					
Ólafsfjörður	1%	5%	13%	51%	30%
Siglufjörður	3%	0%	2%	29%	66%

Þegar aðgengi að heilbrigðisþjónustunni var skoðað út frá búsetu mátti sjá að fleiri Siglfirðingar voru mjög eða frekar ánægðir með aðgengið (95%) samanborið við Ólafsfirðinga (81%), en rúmlega tvöfalt fleiri Siglfirðingar voru mjög ánægðir með aðgengið miðað við Ólafsfirðinga. Fáir voru óánægðir, aðeins 3% Siglfirðinga og 6% Ólafsfirðinga. Hægt er að leiða líkum að því að skýringin á þessum niðurstöðum sé sú sama og hvað varðar ánægju með heilbrigðisþjónustuna, þ.e. að á Siglufirði er sjúkrahús en ekki í Ólafsfirði.



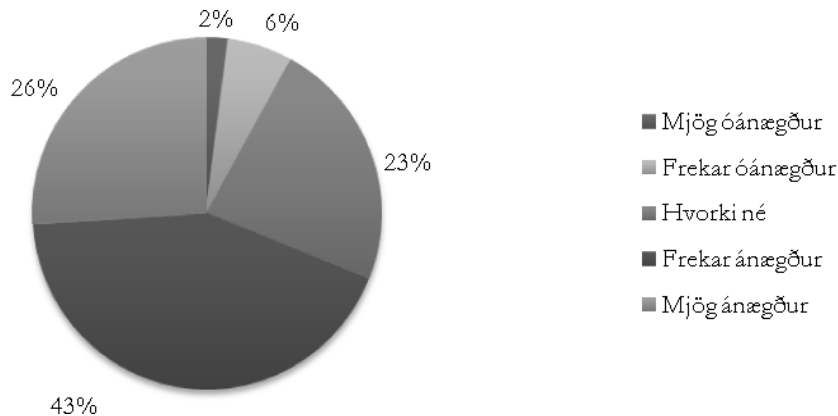
Mynd 4. Ánægja með aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir kyni og stað.

Ánægja með aðgengi að heilbrigðisþjónustunni eftir menntun sýndi að stærsti hópurinn sem var mjög ánægður voru íbúar með iðnmenntun (53%), en þeir sem voru hvorki ánægðir né óánægðir með aðgengi komu flestir úr hópi þeirra sem voru í námi á framhaldsskólastigi (11%).

Þegar horft er til ánægju með aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir kyni og stað (mynd 4) voru flestir Siglfirðingar mjög ánægðir eða tveir þriðju kvenna (66%) og karla (66%), en flestir Ólafsfirðingar voru frekar ánægðir eða um helmingur kvenna (52%) og karla (50%).

Fjölbreytileiki heilbrigðisþjónustu

Svarhlutfall spurningar um ánægju með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu var tæplega 94% þar sem 687 svöruðu. Meirihluti svarenda (69%) var frekar eða mjög ánægður með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu (mynd 5). Hlutfallslega flestir voru frekar ánægðir (43%) og mjög ánægðir (26%). Hins vegar voru 23% hvorki ánægðir né óánægðir með fjölbreytileika þjónustunnar.



Mynd 5. Ánægja með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu.

Ánægju með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustunnar eftir aldri, kyni og búsetu má sjá í töflu 5. Þar kom fram að íbúar 67 ára eða eldri voru hlutfallslega ánægðastir með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustunnar þar sem 82% voru mjög eða frekar ánægð með hana á móti 54% í yngsta aldurshópnum, þ.e. 18–25 ára. Milli 30–31% þeirra sem tilheyra tveimur yngstu aldurshópnum voru hvorki ánægðir né óánægðir með fjölbreytileikann en óánægðastir voru þeir sem tilheyrðu yngsta aldurshópnum, en þar voru 15% mjög eða frekar óánægðir. Ánægja með fjölbreytileika jókst með hækkandi aldri íbúa í báðum byggðakjörnum.

Kynin virðast fylgjast nokkuð að varðandi ánægju með aðgengi. Hlutfall þeirra sem voru mjög ánægðir var þó aðeins hærra meðal karla (27%) en kvenna (25%). Fleiri karlar (25%) en konur (21%) voru hvorki ánægðir né óánægðir með fjölbreytileika þjónustunnar.

Þegar ánægja með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu var borin saman milli staða kom í ljós að fleiri Siglfirðingar (77%) en Ólafsfirðingar (56%) voru mjög eða frekar ánægðir með fjölbreytileikann. Hærra hlutfall Siglfirðinga (36%) var einnig mjög ánæggt með fjölbreytileika þjónustunnar. Fjölbreytileiki heilbrigðisþjónustu var það atriði innan þessa hluta könnunarinnar sem íbúar í báðum byggðakjörnum tóku síst afstöðu til, þ.e. voru hvorki ánægðir né óánægðir með, eða um þriðjungur Ólafsfirðinga og hlutfallslega helmingi færri Siglfirðingar, eða sjötti hluti þeirra. Einnig var fjölbreytileikinn sá liður sem íbúar voru óánægðastir með, eða

SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

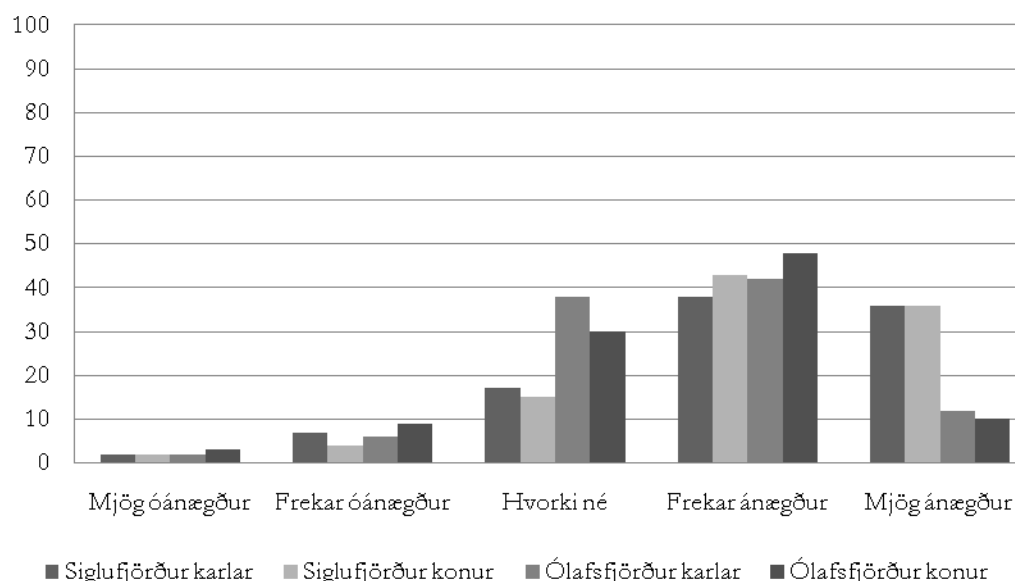
10% Ólafsfirðinga en 7% Siglufirðinga. Þessar niðurstöður ættu ekki að koma á óvart þar sem íbúar beggja byggðarlaga þurfa að leita út fyrir heimabyggð til að fá sérhæfða heilbrigðisþjónustu.

Tafla 5. Ánægja með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu eftir aldri, kyni og búsetu

	Mjög óánægður	Frekar óánægður	Hvorki né	Frekar ánægður	Mjög ánægður
Aldur					
18-25	2%	13%	31%	38%	16%
26-40	2%	6%	30%	42%	20%
41-66	2%	7%	22%	43%	26%
67 ára og eldri	2%	2%	14%	44%	38%
Kyn					
karl	2%	7%	25%	39%	27%
kona	2%	6%	21%	46%	25%
Búseta					
Ólafsfjörður	2%	8%	34%	45%	11%
Siglufjörður	2%	5%	16%	41%	36%

Ánægja með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustunnar var skoðuð eftir menntun. Íbúar með grunnskólapróf (28%) voru líklegastir til að vera mjög ánægðir ásamt þeim sem voru með iðnréttindi (27%). Íbúar með háskólapróf (31%) tóku síst afstöðu, þ.e. voru líklegastir til að vera hvorki ánægðir né óánægðir. Hlutfallslega óánægðastir voru þeir sem lokið höfðu stúdentsprófi.

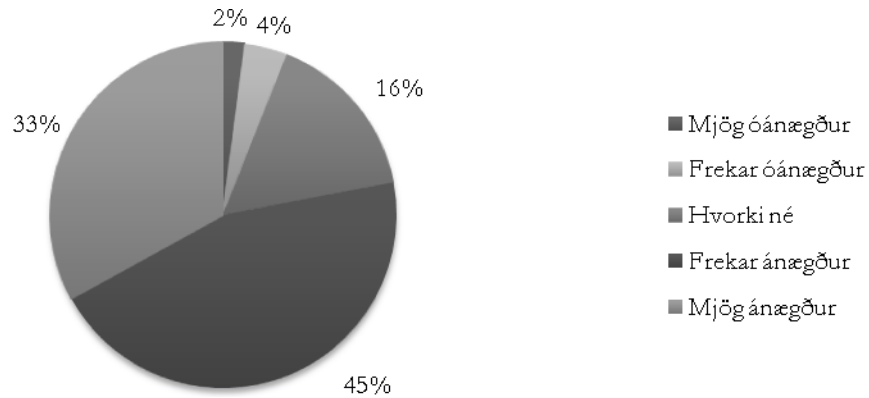
Þegar horft var til ánægju með fjölbreytileika eftir kyni og búsetu (mynd 6) kom í ljós að konur og karlar á Siglufirði voru líklegri til að vera mjög ánægð með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustunnar, 36% hvort kynið, samanborið við 12% karla og 10% kvenna í Ólafsfirði. Um þriðjungur karla (38%) og kvenna (30%) í Ólafsfirði var hvorki ánægður né óánægður með fjölbreytileikann á móti um sjötta hluta karla (17%) og kvenna (15%) á Siglufirði. Mesta óánægja eftir kyni og búsetu er á meðal kvenna í Ólafsfirði, 12%.



Mynd 6. Ánægja með fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu eftir kyni og stað.

Gæði heilbrigðisþjónustu

Svarhlutfall við spurningu um ánægju með gæði heilbrigðisþjónustu var tæplega 95% þar sem 694 svöruðu spurningunni. Meirihluti þátttakenda var frekar ánægður eða mjög ánægður með gæði heilbrigðisþjónustunnar eða 78% (mynd 7). Hlutfall þeirra sem voru hvorki ánægðir né óánægðir með gæðin var 16%.



Mynd 7. Ánægja með gæði heilbrigðisþjónustu.

Í töflu 6 má sjá ánægju með gæði heilbrigðisþjónustunnar eftir aldri, kyni og búsetu. Elsti hópurinn, 67 ára eða eldri, var líklegastur til að vera mjög ánægður með gæði heilbrigðisþjónustunnar (46%). Rúmur fjórðungur þeirra sem tilheyra tveimur yngri aldurshópunum, þ.e. 26–40 ára og 18–25 ára, tók ekki afstöðu, þ.e.a.s. var hvorki ánægður né óánægður með gæði þjónustunnar.

Tafla 6. Ánægja með gæði heilbrigðisþjónustu eftir aldri, kyni og búsetu.

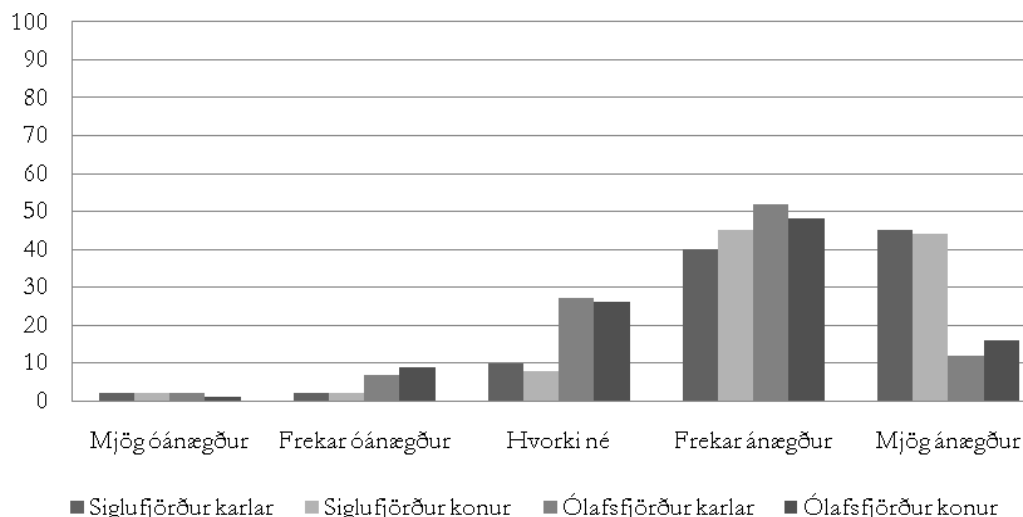
	Mjög óánægður	Frekar óánægður	Hvorki né	Frekar ánægður	Mjög ánægður
Aldur					
18-25	0%	7%	28%	42%	23%
26-40	1%	6%	27%	44%	22%
41-66	2%	4%	14%	47%	33%
67 ára og eldri	2%	2%	7%	43%	46%
Kyn					
karl	2%	4%	16%	44%	34%
kona	1%	5%	15%	46%	33%
Búseta					
Ólafsfjörður	2%	8%	26%	50%	14%
Siglufjörður	2%	2%	9%	42%	45%

Ánægja með gæði þjónustunnar eftir kyni var nokkuð jöfn þar sem 78% karla og 79% kvenna voru mjög og frekar ánægð. Tæplega sjötti hluti karla (16%) og kvenna (15%) var

SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

hvorki ánægður né óánægður með gæði þjónustunnar. Hlutfallslega fleiri Siglfirðingar (87%) en Ólafsfirðingar (64%) voru mjög eða frekar ánægðir með gæðin, þar af voru 45% Siglfirðinga mjög ánægð. Rúmlega fjórðungur Ólafsfirðinga (26%) var hvorki ánægður né óánægður með gæði þjónustunnar en aftur á móti voru 10% þeirra frekar og mjög óánægð.

Rúmlega þriðjungur íbúa með grunnskólapróf (34%), stúdentspróf (34%) og iðnréttindi (34%) var mjög ánægður með gæði heilbrigðisþjónustunnar. Um 20% þeirra sem voru í námi á framhaldsskólastigi, 22% þeirra sem höfðu lokið stúdentsprófi og 19% þeirra sem höfðu háskólapróf voru hvorki ánægð né óánægð með heilbrigðisþjónustuna. Sami hópur var hlutfallslega óánægðastur með gæðin, frá 5 til 8%.



Mynd 8. Ánægja með gæði heilbrigðisþjónustu eftir kyni og stað.

Þegar horft var til ánægju með gæði heilbrigðisþjónustunnar eftir kyni og búsetu (mynd 8) mátti sjá að kynin fylgdust nokkuð vel að innan hvors byggðakjarna, en ekki að sama skapi á milli þeirra. Hlutfall þeirra sem voru mjög ánægðir var hæst á Siglufirði, 45% karla og 45% kvenna. Hins vegar var aðeins um sjötti hluti kvenna (16%) og karla (12%) á Ólafsfirði mjög ánægður með gæðin. Um helmingur karla (52%) og kvenna (48%) í Ólafsfirði var þó frekar ánægður með þjónustuna á móti 45% kvenna og 40% karla á Siglufirði. Hins vegar var rúmlega fjórðungur karla (26%) og kvenna (27%) í hópi Ólafsfirðinga hvorki ánægður né óánægður með gæðin, en það var mun hærra hlutfall en á Siglufirði, bæði hjá konum (10%) og körlum (8%). Óánægja með gæði heilbrigðisþjónustunnar var mest í Ólafsfirði en þar voru 10% kvenna og 9% karla frekar eða mjög óánægð meðan aðeins 4% siglfirskra kvenna og karla voru í þeim hópi.

Framtíðarsýn

Að mörgu er að hyggja þegar fjallað er um heilbrigðisþjónustu og mat á henni. Þótt viðhorf almennings til heilbrigðisþjónustunnar sé mikilvægt er það einungis eitt sjónarhorn. Mikilvægt er að skoða fleiri þætti þjónustunnar til að fá heildarmynd. Þegar heilbrigðisþjónusta er metin þurfa markmið hennar að vera skýr, þ.e. að hvaða marki er stefnt, í hverju árangurinn felst og hvernig hægt er að meta hann. Mikilvægt er að heilbrigðisþjónustan sé samstíga yfirlýstri stefnu stjórnvalda og að markmiðin séu tengd því að efla lífsgæði og hvetji heilbrigðisstarfsfólk til að ná þeim markmiðum.

Alþingi Íslendinga samþykkti *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010* á fundi sínum 20. maí 2001 með 46 samhljóða atkvæðum. Áætlunin naut viðtæks stuðnings í öllum stjórn mála flokkunum. Um svipað leyti og áætlunin var í smíðum, eða í september 1998, samþykkti Evrópuþing WHO nýja Evrópuáætlun með 21 meginmarkmiði sem ná í flestum tilvikum til ársins 2020. Eðlilegt þótti því að tekið yrði mið af Evrópuáætlun WHO við endurskoðun á íslenskri heilbrigðisáætlun. Í Evrópuáætluninni var lögð áhersla á jafnrétti og samábyrgð í verki, bætt heilsufar, forvarnir, þverfaglegar aðgerðir, árangursríka heilbrigðisþjónustu og breytta stjórnunarhætti. Íslenska heilbrigðisáætlunin tók mjög mið af þessari Evrópuáætlun (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Kostur íslensku heilbrigðisáætlunarinnar er að sett voru fram mælanleg markmið sem hægt er að vinna að hvar sem er á landinu. Markmiðin eru á eftirtöldum sviðum: 1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir. 2. Heilsa barna og ungmenna. 3. Heilsa eldri borgara. 4. Geðheilbrigði. 5. Hjarta- og heilavernd. 6. Krabbameinsvarnir og 7. Slysavarnir.

Þegar niðurstöður úr könnun sem þessari eru kynntar vakna oft fleiri spurningar en svör fást við. Stefnt er að því að taka viðtöl við íbúa Fjallabyggðar til að kafa dýpra í efnið og safna frekari upplýsingum um viðhorf þeirra til gæða, aðgengis og fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu Fjallabyggðar eða annað varðandi þjónustuna. Einnig væri fýsilegt að safna samskonar upplýsingum og hér eru settar fram nú eftir tilkomu Héðinsfjarðarganganna til að kanna hvort einhverjar breytingar hafa orðið á sýn fólks á heilbrigðisþjónustu byggðarlagsins.

Þegar gæði heilbrigðisþjónustu eru metin er rétt að taka mið af mælanlegum markmiðum og æskilegt væri að lagt yrði mat á það hversu vel gengi að ná markmiðum íslenskrar heilbrigðisáætlunar innan heilbrigðisþjónustu Fjallabyggðar.

Heimildir

- Aðalskipulag Fjallabyggðar 2008-2028. Fjallabyggð fyrir frumkvöðla*: Markmiðssetning – tillaga. Kynningarbæklingur um Fjallabyggð gefinn út í september 2007. Sótt 10.2.2010: http://www.fjallabyggd.is/skrar/.pdf/markmi_fjallabygg_151208.pdf
- Anna Björg Aradóttir 2008. Rannsóknir í hjúkrun og gæði heilbrigðisþjónustu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(2), 6-7.
- Björn Gunnarsson, Hildigunnur Svavarsdóttir, Sveinbjörn Dúason og Helga K. Magnúsdóttir 2007. Sjúkraflutningar í dreifbýli. *Læknablaðið*, 93, 359-363.
- Brook, R.H., McGlynn, E.A. og Shekelle, P.G. 2000. Defining and measuring quality of care: A perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 281-295.
- Chan, L., Hart, L.G. og Goodman, D.C. 2006. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. *Journal of Rural Health*, 22(2), 140-146.
- Gísli Ólafsson og Jóhann Ágúst Sigurðsson 2000. Out-of-hours service in rural areas. An observational study of accessibility, attitudes and quality standards among general practitioners in Iceland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 75-79.
- Graves, A. 2009. A model for assessment of potential geographical accessibility: A case for GIS. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(1), 46-55.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2000. *Heilsufar kvenna. Álit og tillögur nefndar um heilsufar kvenna*. Sótt 5.3.2010 á http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Heilsa_kvenna.pdf
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2001. *Heilbrigðisáætlun: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Sótt 10.2.2010 á slóðina: <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>

SONJA STELLY GÚSTAFSDÓTTIR O.FL.

- Heilbrigðisráðuneytið 2007. *Ný norræn skýrsla um gæði heilbrigðisþjónustunnar*. Sótt 10.2.2010 á <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr/2500>
- Kavanagh, P.L., Adams, W.G. og Wang, C.J. 2009. Quality indicators and quality assessment in child health. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 458-463. doi:10.1136/adc.2008.137893.
- Koch, T. 1992. A review of nursing quality assurance. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 785-794.
- Konráð Baldvinsson, munnleg heimild, 22. mars 2010.
- Laura Scheving Thorsteinsson 2002. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: The magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.
- Lawrence, D.M. 1997. Quality lessons for public policy: A health plan's view. Insight from Kaiser Permanente on improving quality. *Health Affairs*, 16(3), 72-76.
- Lögum um heilbrigðisþjónustu*, nr. 40/2007.
- Lög um landlækni* nr. 41/2007.
- Nemet, G.F. og Bailey, A.J. 2000. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science and Medicine*, 50, 1197-1208
- Norræna ráðherranefndin 2007. *Kvalitetsmaling i sundbedsvasenet i Norden: Nordiske Ministerråds arbejdsgruppe vedrorende kvalitetsmaling*. TemaNord 2007:519 Kaupmannahöfn: Norræna ráðherranefndin. Sótt 10.2.2010 á slóðina:
http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/frettir_fylgiskjol/Kvalitetsmaling_i_sundbedsvasenet_i_Norden.pdf
- Peterson, L.E. 2009. Associations between self-reported quality of care and county characteristics are largely similar in rural and urban settings. *Quality Management in Healthcare*, 18(4), 256-267. Sótt í gegnum Pubmed 2.2.2010.
- Reglugerð um gerð gæðavísa* nr. 1148/2008
- Reglugerð um heilbrigðisumdæmi* nr. 785/2007 með áunnum breytingum nr. 1084/2008
- Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana* nr. 764/2008 með áunnum breytingum nr. 562/2009.
- Rúnar Guðlaugsson, munnleg heimild, 4. mars 2010.
- Rúnar Vilhjálmsson 2001. Hverjir leita til hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni? Niðurstöður úr nýlegri heilbrigðiskönnun meðal Íslendinga. Í Herdís Sveinsdóttir og Ari Nyysti (ritstjórar), *Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan.
- Rúnar Vilhjálmsson, Edda Jörundsdóttir, Hrönn Sigurðardóttir og Þórunn Björg Jóhannsdóttir 2001. Þættir tengdir aðgengi að lækniþjónustu á Íslandi. Í Herdís Sveinsdóttir og Ari Nyysti (ritstjórar), *Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólaútgáfan.
- Rúnar Vilhjálmsson, Ólafur Ólafsson, Jóhann Ág. Sigurðsson og Tryggvi Þór Herbertsson 1999. *Aðgangur að heilbrigðisþjónustu á Íslandi*. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Sigríður K. Þórgrímsdóttir og Halldór V. Kristjánsson 2008. *Byggðalög með viðvarandi fólksfækkun - Fjallabyggð*. Reykjavík: Bygðastofnun.