

Heilbrigðisþjónusta í dreifbýli á niðurskurðartímum!

Porvaldur Ingvarsson

forstjóri Sjúkrahúsins á Akureyri, bæklunarskurðlæknir og dósent við Háskóla Íslands.

thi@fsa.is



Sú staðreynd hefur ekki farið fram hjá nokkrum manni að heilbrigðisþjónustan í landinu virðist eiga að bera þyngsta og stærsta hlutann af niðurskurði þeim sem þjóðin stendur frammi fyrir til þess að ná jafnvægi í ríkisfjármálum. Viða um land hefur minni heilbrigðisstofnunum verið gert að skera niður um 30-40% og stærri sjúkrahúsum, Landspítala og Sjúkrahúsi Akureyrar, um og yfir 20%. Það vekur hins vegar athygli að fjárframlög til sjálfstætt starfandi sérfræðinga aukast á sama tíma.¹ Meiri niðurskurður á minni heilbrigðisstofnunum á landsbyggðinni ásamt þeirri staðreynd að sérfræðiþjónusta er þar minni en á höfuðborgarsvæðinu skerðir heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni enn meira en ella.

Læknum hefur fækkað og þeim sem eftir eru er gert enn erfiðara en ella að sinna þjónustu við sjúklinga vegna fækkunar á sjúkra- og hjúkrunarrýmum, sameiningar vaktsvæða og skerðingar á stoðþjónustu, svo sem þjónustu lífeinda- og geislafræðinga. Augljóst er að þessi niðurskurður hefur veruleg áhrif á þjónustu í heilbrigðiskerfinu, sums staðar þannig að þjónusta hefur lagst af og öryggi kann að vera ógnað, lækna á landsbyggðinni eru aftur orðnir einyrkjar. Tjónið verður seint bætt þegar fagfólk eins og lækna hefur flust burt.

Það liggur í augum uppi að það getur kostað meira að þjónusta fólk í dreifbýli

en í þéttbýli. Legutími getur verið mismunandi vegna landfræðilegra staðhátta og það getur verið ódýrara að vista aldradan einstakling á hjúkrunarheimili en aka um langan veg nokkrum sinnum á dag til að þjónusta hann. Ef svo fer sem horfir stefnir í að heilu landsfjórðungarnir verði án sérhæfðrar þjónustu, svo sem skurð- og fæðingarþjónustu, þjónustu sem íbúum Reykjavíkur þykir svo sjálfsögð að þeir leiða ekki hugann að því hvort hún er til staðar eða ekki. Þó að það liggi í augum uppi að allir landsmenn eigi að búa við sömu þjónustu og því ætti að skipuleggja heilbrigðisþjónustu út frá þeirri staðreynd, virðist skipulagning hennar almennt í landinu vera sjálfsprottin og hafa stjórnast af framboði af heilbrigðisstarfsfólki. Það verður seint hægt að fá svör við því hver á að veita heilbrigðisþjónustu, hvar og hvenær? Eða hvernig bregðast skal við því þegar ekki er hægt að halda úti þjónustu? Gjáin milli landsbyggðar og höfuðborgarsvæðis er að dýpka vegna átaka um fjármagn og starfsfólk og ekki bætir úr skák sú umræða sem á sér í sífellu stað um Reykjavíkflugvöll. Landspítalinn er og verður sjúkrahús allra landsmanna og aðgangur að honum þarf að vera öllum tryggður. Í heilbrigðisáætlun segir að ekki skuli að jafnaði vera meira en einnar klukkustundar akstur frá heimili til næstu bráðaþjónustu.²

Það er ekki hægt að leggja niður heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni og vísa til þess að það eigi að styrkja sjúkraflutninga. Ekki verður séð að þeir hafi verið eflir og ef Reykjavíkflugvöllur verður lagður niður er bráðaþjónusta allra landsmanna í voða. Við því þarf að bregðast með því að stórefla þjónustu utan höfuðborgarsvæðisins ef svo á að heita að landsmenn hafi allir jafnan rétt til þjónustu. Mótmæli vegna sameiningar bráðamóttakanna í Reykjavík á sínum tíma vegna skertrar þjónustu við kransæðasjúklinga (STEMI) virkar sérstök þegar horft er til þess að meðalflutningstími af Norðurlandi á bráðamóttöku Land-

spítalans með sjúkling (STEMI) er rúmir þrír klukkutímar.³ Við hljótum að krefjast þess að ákveðið verði hvaða þjónustu á að veita, hvar og af hverjum og hver beri ábyrgð ef ekki er hægt að halda úti sérhæfðri þjónustu í heilum landsfjórðungum. Við þá ákvarðanatöku er sjálfsagt að beita gagnreynndri læknisfræði og klíniskum leiðbeiningum með ívafi af heilsuhagfræði og landafræði. Þegar búið er að taka þessar ákvarðanir af þar til bærum aðilum verður að hafa það í huga að landfræðilegar aðstæður geta leitt til þess að það verði að veita bráðaþjónustu og fæðingarþjónustu á stöðum sem ekki reynast sjálfbærir heilsuhagfræðilega séð. Þessu verðum við að kyngja og það sem meira er, sjá til þess að þessi þjónusta sé til staðar og okkur til sóma. Það er ekki vandamál heimamanna heldur þjóðarinnar allar. Vinna Boston Global Consulting Group með ráðgjafarhópi nú í haust er spor í rétta átt, en sú nefndarvinna þarf að leiða til ákvarðana.

Niðurskurður undanfarinna ára hefur haft þau áhrif að heilbrigðisstarfsfólki á landsbyggðinni hefur fækkað svo mikið að víða er mjög erfitt að halda uppi grunnþjónustu nema með farandlæknum. Sífelldur niðurskurður ásamt umræðum um væntanlegar sameiningar eða sundranir heilbrigðisstofnana veldur óvissu og óróleika hjá íbúum og heilbrigðisstarfsfólki. Sem aldrei fyrr er þörf á stefnumótun og ábyrgri stefnu til langs tíma ef ekki á illa að fara, nú skerum við ekki meira niður!

1. Tillögur um skipulag heilbrigðisþjónustu og ráðstöfun fjármuna. www.stjr.vel.is - desember 2011.

2. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010. www.stjr.vel.is - desember 2011.

3. Sigmundsson TS, Gunnarsson B, Benediktsson S, Gunnarsson GT, Duason S, Thorgeirsson G. Flutningstími og gæði meðferðar hjá sjúklingum með ST-hækkunar hjartadrep á Norður- og Austurlandi. Læknablaðið 2010; 96: 159-65.

Health care in rural areas during budget cuts!

Thorvaldur Ingvarsson CEO Akureyri Hospital, orthopedic surgeon and associate professor University of Iceland.