

# Aðgengi að heilbrigðisþjónustu: Hver er framtíðin?

**Ingunn  
Hansdóttir**

doktor í sálfræði, lektor í  
klínískri sálfræði við sál-  
fræðideild Háskóla Íslands



[ingunn@hi.is](mailto:ingunn@hi.is)

Aðgengi að heilbrigðisþjónustu hefur verið mikið til umfjöllunar í kjölfar langvarandi niðurskurðar til heilbrigðismála. Ekki hafa komið fram nýjar hugmyndir um hvernig megi bæta þann kerfislæga vanda sem við búum við sem birtist okkur meðal annars í takmörkuðu aðgengi að heilsugæsluþjónustu og takmörkuðu aðgengi að grunnþjónustu út á landi svo eitthvað sé nefnt. Að ekki sé nú talað um aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu, þar sem við búum við langa biðlista og skort á sérhæfðum úrræðum oft á tíðum. Nauðsynlegt er að beita nýjustu þekkingu til að fást við þennan vanda og því er fagnaðarefni að sjá rannsókn hér í blaðinu á árangri hugrænnar atferlismeðferðar við svefnleysi þar sem meðferð er veitt á netinu.

Svefnleysi er bæði algengt heilsufarsvandamál og kostnaðarsamt,<sup>1</sup> eins og svo mörg heilsufarsvandamál nútímans sem tengjast lífsstíl og okkar háttum og venjum. Sálfræðin hefur verið með ómetanlegt framlag til meðferðar á slíkum kvillum í heilbrigðiskerfinu, þar sem sérhæfð þekking nýttist til að hafa áhrif á og breyta hegðun sem er oft forsenda þess að ná heilsu og bættri líðan.

Sálfræðileg meðferð við svefnleysi er gott dæmi um hvernig nýta megi sálfræði

til að leysa heilsufarsvanda en hugræn atferlismeðferð er sálfræðimeðferð sem beinist að því að breyta hegðun og hugsun sem viðheldur svefnvanda og er ein árangursríkasta meðferð við svefnleysi sem völ er á.<sup>2</sup> Þessi gagnreynda meðferð hefur verið stöðluð og krefst einungis 6 tíma meðferða. Meðferðin hefur reynst jafn árangursrík og lyfjameðferð við langvarandi svefnleysi auk þess sem þessi árangur er mun langvinnari en sá árangur sem næst af lyfjameðferð. Því er í klínískum leiðbeiningum erlendis mælt til þess að HAM-svefnleysismeðferð sé fyrsta úrræði við þessum vanda.<sup>3</sup> Einnig hafa rannsóknir sýnt að fólk sem fær HAM-svefnleysismeðferð metur hana sem betri valkost en lyfjameðferð.<sup>4</sup>

Það ætti ekki að vefjast fyrir neinum að hér er góður meðferðarkostur á ferðinni. Meðferðin tekur skamman tíma, hefur langvinn áhrif og engar aukaverkanir og því má spyrja hvers vegna þetta úrræði sé ekki hluta af hinu almenna heilbrigðiskerfi? Þá komum við aftur að aðgengi sjúklunga að viðeigandi meðferð og uppbyggingu heilbrigðiskerfisins.

Hér er stórt hagsmunamál allra á ferðinni. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu fyrir alla ætti að vera okkar leiðarljós í uppbyggingu heilbrigðiskerfisins. En hvaða ljón eru í veginum? Það fyrsta sem blasir við er að hér, eins og víða annars staðar í heiminum, er aðgengi ekki gott vegna þess að ekki eru nógu margir sérhæfðir heilbrigðisstarfsmenn til að sinna þeim sem þurfa á hjálp að halda. Tvær leiðir hafa verið farnar og rannsakaðar til að bæta úr þessu: Önnur er að veita hópmeðferð, þar sem einn meðferðaraðili getur sinnt mörgum skjólstaðingum í einu og hin leiðin er að auka aðgengi að meðferð með því að veita hana í gegnum miðil eins og tölvu (*e-medicine*).<sup>4</sup> Hugræn atferlismeðferð í hópum er í boði hér á landi auk netmeðferðar með

aðkomu sálfræðings sem hentar vel fyrir HAM-svefnleysismeðferð eins og lýst er hér í þessu tölublaði *Læknablaðsins*. Hér er spennandi þróun á ferð þar sem aðgengi að meðferð er aukið verulega.

Þróun framtíðar heilbrigðisþjónustu hvílir á því að við notum tæknina í okkar þágu og leysum vandamál sem tengjast aðgengi. Það er ekki gott til þess að vita að við höfum gagnreyndar meðferðir sem ekki nýtast fólki. Við það er ekki hægt að una. Ekki er heldur hægt að una við það að heilbrigðisþjónusta sem innt er af hendi sálfræðinga sé utanveltu í kerfinu en eins og staðan er í dag þurfa landsmenn að greiða sálfræðiþjónustu að fullu sjálfir. Er ekki sama hvaðan gott kemur þegar öllu er á botninn hvolft? Við þurfum á öllu okkar heilbrigðisstarfsfólki að halda til að stuðla að velferð þjóðarinnar allrar með aðgengi fyrir alla.

## Heimildir

1. Ozminkowski RJ, Wang S, Walsh JK. The direct and indirect costs of untreated insomnia in adults in the United States. *Sleep* 2007; 30: 263-73.
2. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence 1998-2004. *Sleep* 2006; 29: 1398-414.
3. National Institutes of Health State-of-the-Science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens Sci Statements* 2005; 22: 1-30.
4. Morin CM, Gaulier B, Barry T, Kowatch RA. Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep* 1992; 15: 302-5.
5. Ritterband LM, Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Clifton AD, West RW, Borowitz SM. Internet interventions: in review, in use, and into the future. *Prof Psychol Res Pr* 2003; 34: 527-34.

## Accessible health care: What is the future?

Ingunn Hansdóttir, PhD, Assistant Professor in Clinical Psychology Department of Psychology, University of Iceland.