

ÁHRIF EFNAHAGSKREPPUNNAR Á HEILBRIGÐIS-ÞJÓNUSTU OG HEILBRIGÐISSTARFSMENN Á ÍSLANDI



Valetta, höfuðborg Möltu.

Elsa B. Friðfinnsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, var einn af aðalfyrirlesurum á ráðstefnu Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga á Möltu í byrjun maí sl. Hún flutti tvö erindi um áhrif efnahagskreppunnar hér á landi á heilbrigðiskerfið og heilbrigðisstarfsmenn. Erindin nefndi Elsa „A health care system in triage: When resources are scarce“ og „The impact of the economic crisis on nurses and the nursing profession in Iceland“. Í greininni hér á eftir hefur Elsa tvinnað saman helstu þætti úr erindunum tveimur. Þó erindin hafi verið samin fyrir erlenda áheyrendur ættu þau einnig að koma íslenskum lesendum að gagni.

Íslendingar hafa löngum státað sig af góðri heilbrigðisþjónustu um allt land. Árangur af þjónustunni hefur verið góður á alþjóðlega mælikvarða. Menntunarstig heilbrigðisstéttanna er hátt. Árið 1973 hófst háskólanám í hjúkrun á Íslandi og frá 1986 hefur grunnnám hjúkrunarfræðinga eingöngu verið kennt í háskólum sem fjögurra ára nám sem lýkur með B.Sc.-prófi. Yfir helmingur hjúkrunarfræðinga

hefur lokið formlegu framhaldsnámi og um 2% hafa doktorspróf. Nánast allir læknar ljúka framhaldsnámi og fá sérfræðiviðurkenningu.

Heilbrigðiskerfið á Íslandi

Hið íslenska heilbrigðiskerfi hefur verið skilgreint sem félagslegt kerfi og í 1. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 segir að „allir landsmenn eigi kost á

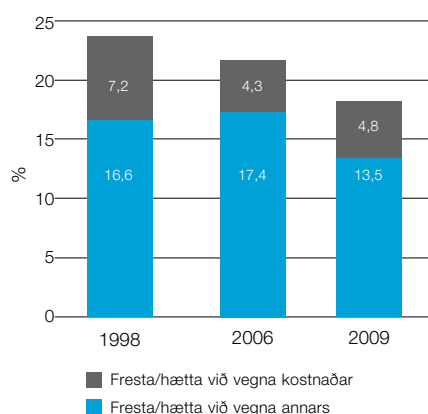
fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði“. Samkvæmt skilgreiningum er þjónustan í félagslegum heilbrigðiskerfum fyrst og fremst fjármögnuð af hinu opinbera sem skipuleggur þjónustuna og greiðir fyrir hana þeim sem hana veita. Þjónustugjöld eiga að vera lág eða jafnvel engin og kerfinu er ætlað að tryggja öllum

þegnum samfélagsins jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustunni.

Á Íslandi eins og víða annars staðar hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist á undanförunum árum og jafnvel áratugum, hvort sem lítið er til heildarútgjalda, hlutfalls af landsframleiðslu (GDP) eða meðaltalsútgjalda vegna heilbrigðisþjónustu á hvern landsmann. Árið 1998 voru heildarútgjöld til heilbrigðismála á Íslandi 8,91% af GDP, fóru hæst í 10,38% árið 2003 og lækkuðu síðan verulega á milli árána 2009 og 2010 og eru nú 9,32% af GDP (Hagtiðindi, 2011).

Hlutdeild almennings í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu hefur aukist verulega á undanförunum 10 árum. Árið 1999 var kostnaðarhlutdeild einstaklinganna um 17,8% en árið 2010 var hún komin í 19,5% (Hagtiðindi, 2011).

Gagnstætt því sem hefði mátt ætla hefur aukinn kostnaður einstaklinga við heilbrigðisþjónustu og almennt minni kaupmáttur haft fremur lítil áhrif á það hvort leitað er eftir lækniþjónustu eða því frestað. Þetta sýna samanburðarannsóknir sem gerðar voru árin 1998, 2006 og 2009. Þátttakendur í rannsóknunum voru meðal annars spurðir hvort þeir hefðu einhvern tíma á síðastliðnum 12 mánuðum frestað lækniheimsóknunum vegna kostnaðar eða annarra ástæðna.



Mynd 1. Hlutfall Íslendinga 20-75 ára sem hafa hætt við eða frestað að fara til lækni vegna kostnaðar eða annarra ástæðna.

Ólíkt því sem búast mátti við er frestun lækniþjónustunnar nokkru minni árið 2009 en 2006. Þó virðist frestun

Alþjóðaráð hjúkunarfræðinga
Alþjóðaráð hjúkunarfræðinga (International Council of Nurses) eru samtök rúmlega 130 félaga hjúkunarfræðinga um allan heim. Samtökin efna til alþjóðlegra hjúkunarfræðinganna annað hvert ár en í ár var hún haldin á Möltu í byrjun maí. Um 3.000 hjúkunarfræðingar frá 105 löndum sóttu ráðstefnuna. Næst verður ráðstefnan haldin í Melbourne í Ástralíu 2013.

vegna kostnaðar við þjónustuna heldur hafa aukist árið 2009 samanborið við 2006. Draga mætti þá ályktun af þessu að efnahagskreppan hafi lítið sem ekkert aukid aðgangshindranir í heilbrigðiskerfinu hvað lækniþjónustuna varðar. Áfram eru þó hópar fyrir hendi sem fresta lækniþjónustunni umfram það sem almennt gerist, einkum yngra fólk, lágtekjufólk, fólk sem þarf að fara langa vegalengd að þjónustustað, þeir sem hafa haft mikil fjölskylduútgjöld vegna heilbrigðismála, langveikir og öryrkjar. Rétt er að ítreka að síðasta könnunin, sem hér er vitnað til, var gerð árið 2009 og ætla má að ástandið kunnist að hafa versnað síðan þá þegar kreppan hefur varað lengur.

Áætlað er að útgjöld til heilbrigðismála muni dragast saman um 4,7% á milli árána 2010 og 2011. Samdrátturinn verður mestur í rekstri heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni eða allt að 12%. Stefna stjórnvalda virðist vera að flytja sem mest af sjúkrahúsþjónustu til Landspítalans og Sjúkrahússins á Akureyri. Áherslan í þjónustunni á landsbyggðinni er frekar á heilsugæslunni og á þjónustu við aldraða, bæði á stofnunum og í heimahúsum.

Félag íslenskra hjúkunarfræðinga (FÍH) hefur opinberlega ítrekað nauðsyn þess að unnin sé heildstæð framtíðarstefna í heilbrigðisþjónustu á landinu. Félagið hefur lagt hugmyndir sínar um framtíðarskipulag og forgangsröðun verkefna

fyrir heilbrigðisráðherra en því miður virðast ákvarðanir of oft teknar með skammtímaávinning í huga og án heildarmats á hinum samfélagslegu áhrifum breytinganna. Þá hefur pólitískur óstöðugleiki og tíð skipti á heilbrigðisráðherrum frá efnahagshruninu einnig haft neikvæð áhrif á þróun mála. Um síðastliðin áramót voru heilbrigðisráðuneytið og félags- og tryggingamálaráðuneytið sameinuð í eitt stórt velferðaráðuneyti. Einn ráðherra er nú yfir þessum málaflokki sem tekur til sín um helming ríkisútgjalda.

Þessi tíðu ráðherraskipti og breytingar þeim samfara hafa leitt til ómarkvisrar áætlanagerðar og ákvarðanatöku. Það hefur einnig skapað óvissu og óöryggi meðal heilbrigðisstarfsmanna. Rétt er að benda á að á Landspítala starfa vel flestir sérfræðingar í hjúkunarfræði og lækniþjónustu á Íslandi. Breytingar á þjónustu eða skipulagi spítalans geta því leitt til þess að þessir sérfræðingar eigi ekki annarra kosta völu en að flytja af landi brott í leit að starfi í sinni sérgrein.

Samdráttur í heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni leiðir til þess að störfum háskólamenntaðra íbúa fækkar þar, tekjur sveitarfélaganna minnka og fólk flyst búferlum til höfuðborgarsvæðisins. Áhrifin á þróun byggðar eru því mikil og einnig á lífsgæði þeirra fjölskyldna sem neyðast til að flytjast búferlum vegna samdráttar í heilbrigðisþjónustu.

Áhrif efnahagskreppunnar á heilbrigðisþjónustuna á Íslandi

Segja má að margar þær breytingar, sem orðið hafa í kjölfar kreppunnar, hafi í raun verið tímabærar og að margra mati hafi þjóðin leyft sér óþarfa munað í heilbrigðisþjónustunni, líkt og á flestum öðrum sviðum, á meðan á uppsveiflunni í efnahagslífinu stóð.

Miklar breytingar hafa verið gerðar á hinu íslenska heilbrigðiskerfi undanfarin misseri. Sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir hafa verið sameinaðar, legurýmum á sjúkrahúsum hefur verið fækkað en dag- og göngudeildarþjónusta verið aukin. Færri legurými og styttri legutími á sjúkrahúsum leiðir til þess að innliggjandi sjúklingar þurfa sérhæfðari og flóknari

hjúkrun en áður. Breytingar hafa orðið í samsetningu mannaflans og verkefni að einhverju leyti verið færð á milli starfsstétta. Hlutfall hjúkrunarfræðinga af mannafla á bráðadeildum hefur hækkað. Meiri stöðugleiki er í mannafla en fyrr og starfsmannavelta hefur víðast hvar lækkað umtalsvert. Það eitt og sér ætti að leiða til betri þjónustu og meiri gæða en áður.

Á hjúkrunarheimilum, þar sem laun eru allt að 80% af rekstrarkostnaði, hafa stjórnendur aftur á móti freistast til þess að minnka hlutfall hjúkrunarfræðinga af mannaflanum en auka hlutfall minna menntaðra og lægra launaðra starfsmanna. Slíkar breytingar eru eingöngu gerðar á fjárhagslegum forsendum og ég er hrædd um að í fæstum tilfellum hafi áhrif þessa á gæði þjónustunnar og öryggi hinna öldruðu verið metið.

Miklar breytingar hafa átt sér stað á Landspítalanum. Skipulagi og skipuriti hefur verið breytt. Í nýju skipuriti eru þrjú stjórnunarstig í stað fjögurra áður. Markmiðið er að stytta boðleiðir og stuðla að dreifstýringu þannig að ákvarðanatöku verði sem næst þeim sem spítalinn þjónar.

Stjórnendum í hjúkrun hefur fækkað meira en hjá öðrum fagstéttum við þessarar skipulagsbreytingar. Það skýrist af fækkun hjúkrunardeildarstjóra við sameiningu deilda. Engu að síður geta hjúkrunardeildarstjórar haft mikil áhrif enda um öflugt stjórnunarstarf að ræða, mitt í starfsemi þar sem hjúkrun er veitt. Hjúkrunardeildarstjórar hafa mikil áhrif á þróun hjúkrunar og starfsþróun hjúkrunarfræðinga. Þeir ákveða samsetningu mönnunar með tilliti til þarfa skjólstæðinganna á hverjum tíma og áherslna í faginu. Þeir þurfa að forgangsræða í samræmi við umfang starfseminnar en einnig í samræmi við fjárlög. Hjúkrunardeildarstjórar geta því haft mikil völd.

Í þessu sambandi er rétt að benda á að lagalegur grundvöllur hjúkrunar á Íslandi er sterkur. Sjálfræði (autonomy) hjúkrunarfræðinga hefur verið lögbundið frá 1978 og með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu frá 2007 var það styrkt enn frekar. Í nýju lögum er heilbrigðiskerfið skilgreint þannig að það



Elsa Þórunn eftir að flytja erindi sitt.

hvíli á tveimur meginstöðum, hjúkrun og lækningum. Á öllum heilbrigðisstofnunum skulu vera starfandi framkvæmdastjórar hjúkrunar og framkvæmdastjórar lækninga, auk forstjóra. Auk þess kveða löggin á um að á sjúkradeildum beri hjúkrunardeildarstjórar faglega ábyrgð á þeirri þjónustu sem þar er veitt. Samkvæmt lögum bera því hjúkrunarfræðingar á Íslandi fulla faglega ábyrgð á hjúkrun.

Áhrif efnahagskreppunnar á heilbrigðisstarfsmenn á Íslandi

Á Íslandi voru 855 hjúkrunarfræðingar starfandi á hverja 100.000 íbúa árið 2008, samkvæmt Health Statistics in the Nordic Countries. Það eru færri hjúkrunarfræðingar en á hinum Norðurlöndunum. Læknar á Íslandi voru aftur á móti næstflestir á Norðurlöndunum eða 372 á hverja 100.000 íbúa. Miklar breytingar hafa hins vegar orðið á fjölda lækna á Íslandi frá efnahagshruninu 2008. Læknum starfandi á Íslandi hefur fækkað um 7,5% frá árinu 2008 og nú starfar þriðjungur íslenskra lækna erlendis samkvæmt upplýsingum frá Læknafélagi Íslands. Undanfarin misseri hefur gengið erfiðlega að fá unga sérfræðinga aftur til landsins að námi loknu. Stafar það fyrst og fremst af lægri launum lækna á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum og í Bandaríkjunum, þar sem flestir læknar ljúka sérfræðinámi, en einnig fælar óvissa

og sífelldar breytingar á heilbrigðiskerfinu þá frá því að koma heim. Sérgreinar læknisfræðingar eru yfir 40 og því augljóst að fáir sérfræðingar eru í hverri sérgrein í jafnlitlu heilbrigðiskerfi og á Íslandi. Fækkun lækna er því farin að ógna þjónustu í ákveðnum sérgreinum. Verulegur vandi er að skapast í heilsugæslunni þar sem læknar fást ekki til starfa. Læknar hafa áhyggjur af, og stjórnvöld ættu að gera það líka, að ný þekking berist ekki lengur til landsins og að álagið vaxi sífellt á þá lækna sem eru í starfi.

Hvað hjúkrunarfræðinga varðar eru tölur um landflóttu ekki jafnskýrar. Vikulegar fyrirspurnir til FÍH gefa þó til kynna að fjöldi hjúkrunarfræðinga sé að búa sig undir að fara til starfa erlendis, til lengri eða skemmi tíma.

Um mitt ár 2008 mat FÍH það svo að um 20% skortur væri á hjúkrunarfræðingum á Íslandi. Nú er hins vegar atvinnuleysi meðal hjúkrunarfræðinga, þó aðeins um 1%, en almennt atvinnuleysi á Íslandi er um 7-8%. Segja má að á Íslandi eins og víða annars staðar hafi efnahagskreppan sett nokkurs konar plástur á áratuga manneklei í hjúkrun. Engu að síður verður að halda því til haga að nærri fjórðungur starfandi hjúkrunarfræðinga á Íslandi er á aldursbilinu 55-64 ára og nálgast því eftirlaunaaldur. Meðalaldur hjúkrunarfræðinga við töku lífeyris hefur allengi

verið 64 ár en út af efnahagskreppunni má reikna með að margir seinki töku lífeyris um eitt til tvö ár. Það er því full ástæða til að halda vöku sinni. FÍH leggur áherslu á nauðsyn þess að tryggt sé að nægur fjöldi hjúkrunarfræðinga ljúki námi á ári hverju til að tryggja þarfir samfélagsins fyrir hjúkrunarþjónustu, ekki hvað síst þegar efnahagur þjóðarinnar fer að rétta úr kútnum. Þá má búast við aukinni eftirspurn eftir hjúkrunarfræðingum og þá kann skorturinn að verða meiri en nokkru sinni.

Þegar kjarasamningar félagsins voru gerðir sumarið 2008 var meðalstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga komið niður undir 70% og hjúkrunarfræðingar treystu á yfirvinnu til að auka tekjur sínar. Hlutfall yfirvinnu af heildarvinnutíma hjúkrunarfræðinga var 32%. Slíku vinnuskipulagi einu og sér fylgir mikið álag. Stjórnendur áttu erfitt með að skipuleggja vaktir, óvissa um mönnum og álag var mikil, hjúkrunarfræðingar fengu ekki frið í frítíma vegna beiðna um að mæta á aukavaktir, þjónustan var ekki eins góð og hún hefði getað verið vegna óvissu um mannafllann og svona mætti áfram telja.

Til að vinna gegn þessari óæskilegu þróun var ákveðið í fyrrnefndum kjarasamningum að auka mjög vægi dagvinnulauna á kostnað yfirvinnugreiðslna. Á þann hátt vildi félagið auka tekjur allra hjúkrunarfræðinga, líka þeirra sem ekki áttu kost á yfirvinnu, og auka gæði þjónustunnar með betra starfsumhverfi. Þó aðeins fjórir mánuðir hafi liðið frá undirritun samninganna fram að hruni bankanna mátti sjá breytingar á starfshlutfalli hjúkrunarfræðinga. Það fyrsta sem stjórnendur heilbrigðisstofnana gripu síðan til, þegar þeim var gert að lækka rekstrarkostnað, var að banna alla yfirvinnu. Breytingin á vægi dagvinnu og yfirvinnu í launum hjúkrunarfræðinga hefði því ekki getað komið á betri tíma.

Kjarakannanir félagsins sl. tvö ár sýna að sú aukning, sem fljótt sást á meðalstarfshlutfalli, hefur haldist og er nú 84%. Meðalgrunnlaun hafa hækkad lítillega og eru nú um 342.000 krónur á mánuði fyrir fulla vinnu eða rúmlega 2.100 evrur á núverandi gengi íslensku krónunnar, sem er vel að merkja ekki hagstætt okkur um þessar mundir. Í mars 2008, áður en gengi

íslensku krónunnar féll, samsvöruðu þessi meðallaun um 3.000 evrum. Yfir 90% hjúkrunarfræðinga segja að dagvinnulaun þeirra séu óbreytt frá því fyrir bankahrun.

Miklar breytingar hafa verið gerðar á starfsumhverfi og vinnutíma hjúkrunarfræðinga. Margar litlar stofnanir á landsbyggðinni hafa verið sameinaðar þannig að heilbrigðisstofnanir þar ná nú yfir stór svæði. Verkefni hafa verið færð til þannig að á minni stöðum, þar sem fyrir nokkrum árum voru sjúkrahús með lyflækni-meðferð og jafnvel skurðstofum, er nú nánast einungis heilsugæsluþjónusta og öldrunarþjónusta. Hjúkrunarfræðingum hefur fækkað því ekki er ráðið í stöður sem losna. Á Landspítala hafa deildir verið breytt í fimm daga deildir eða dagdeildir. Þessar breytingar hafa meðal annars leitt til þess að nú starfar rúmlega helmingur hjúkrunarfræðinga á Íslandi í dagvinnu.

Slík breyting á vinnutíma hefur ekki aðeins haft áhrif á laun hjúkrunarfræðinga heldur einnig á hjúkrunina sjálfa. Umfang hjúkrunar á legudeildum hefur aukist þar sem allir sjúklingar, sem geta, koma nú á dag- og göngudeildir. Hjúkrunarfræðingar hafa þurft að breyta sínu starfi til að aðlagast hjúkrun á dagdeildum þar sem fræðsla og stuðningur við sjúklingana og fjölskyldur þeirra er stærri hluti starfsins. Einnig hafa hjúkrunarfræðingar á legudeildum þurft að breyta sínu starfi, forgangsraða störfum sínum enn frekar en áður og meta hvað er mikilvægast til að sjúklingarnir fái örugga hjúkrun.

Stjórnendur reyna eftir fremsta megni að komast hjá því að kalla út aukavaktir vegna veikinda til að minnka kostnað. Álag á þá sem eru í starfi verður því meira. Slíkt getur skapað vítahring enda sýna upplýsingar Landspítala nú að veikindi hafa heldur aukist á milli ára.

Á Landspítala hafa á undanförunum árum reglulega verið gerðar kannanir á starfsánægju hjúkrunarfræðinga og annarra starfsstétta þar. Slík könnun var síðast gerð í nóvember 2010 og leiðir hún ýmislegt áhugavert í ljós hvað varðar starfsumhverfi og starfsánægju hjúkrunarfræðinga. Ég ætla að nefna hér nokkur atriði sem ég tel sérstaklega athygliverð:

- Rúm 70% hjúkrunarfræðinganna töldu að á þeirra starfseiningu/deild væru skapaðar aðstæður til að veita góða þjónustu.
- Um 50% töldu sig hafa góða möguleika á að afla sér sí- og endurmenntunar í núverandi starfi.
- Yfir 70% höfðu sótt einhvers konar sí- og endurmenntunarnámskeið á sl. 12 mánuðum.
- Um 95% hjúkrunarfræðinganna töldu að menntun þeirra og þjálfun nýttist vel í núverandi starfi.
- 85% eru ánægðir í starfi þegar á heildina er litið.
- Þó eru aðeins 55% ánægðir með núverandi vinnuaðstöðu sína.
- Um 25% töldu sig ekki hafa tíma til að ljúka verkefnum sínum þannig að þeir væru ánægðir með þau.
- Rúm 75% segja að vinnuálag í starfi sé mikið eða mjög mikið.
- 55% segja streitu í starfi mikla eða mjög mikla.
- Þegar spurt var um hvaða áhrif ýmsir ótilgreindir þættir í starfi eða starfsumhverfi hjúkrunarfræðinganna hefðu haft á líðan þeirra á síðasta ári, töldu 50% hjúkrunarfræðinganna þessa þætti hafa leitt til aukinnar þreytu og 35% til líkamlegra álagseinkenna.

Ef niðurstöður þessarar könnunar eru bornar saman við niðurstöður sambærilegrar könnunar frá 2006, þegar allt lék í lyndi í efnahagsmálum þjóðarinnar, kemur í ljós að:

- starfsánægja hefur aukist
- möguleikar á sí- og endurmenntun hafa hins vegar minnkað
- vinnuálag er mjög sambærilegt
- en streita hefur aukist.

Rétt er að ítreka að rúmur helmingur starfandi hjúkrunarfræðinga á Íslandi starfar á Landspítalanum. Fyrir utan Sjúkrahúsið á Akureyri er Landspítali eina sérgreinasjúkrahúsið á landinu og takmarkar það mjög starfsmöguleika hjúkrunarfræðinga. Þeir þurfa í raun að flytja af landi brott ef þeir una sér ekki á Landspítalanum.

Á landsbyggðinni er víðast sambærilega sögu að segja. Reynt er að hagræða eins og kostur er, ekki er ráðið í störf sem losna, útköll vegna veikinda eru í lágmarki og álag

hefur aukist. Vegna smæðar samfélagsins eru atvinnumöguleikar hjúkrunarfræðinga á hverjum stað bundnir við eina stofnun. Ef hjúkrunarfræðingar sætta sig ekki við starfsaðstæður eða kjör þýðir það flutning á milli svæða með öllu því raski fyrir fjölskyldur þeirra sem því fylgir.

Áhrif efnahagskreppunnar á hjúkrunarfræðimenntun á Íslandi

Efnahagskreppan hefur augljóslega ekki einungis áhrif á heilbrigðiskerfið á Íslandi heldur ekki síður á menntakerfið. Háskólarnir hafa þurft að skera jafnvel meira niður en heilbrigðisstofnanir landsins. Sú fjölgun námsplássu fyrir hjúkrunarfræðinema, sem vonast var eftir, mun ekki ganga fram þó þörfin til að fylla þær stöður, sem losna þegar stórir árgangar hjúkrunarfræðinga fara á eftirlaun, sé sannarlega fyrir hendi. Nám í hjúkrunarfræði tekur fjögur ár svo undirbúa þarf þær breytingar vel sem verða á hópi hjúkrunarfræðinga á næstu árum. FÍH hefur varað við því að fjöldi brautskráðra hjúkrunarfræðinga sé hvergi nærri nægur til að fylla í skörið þeirra sem fara á lífeyri. Úttekt, sem FÍH gerði 2007, sýndi að 170 hjúkrunarfræðingar þurfa að brautskrást árlega til að halda í við þörfina. Undanfarin fimm ár hafa hins vegar einungis 112 hjúkrunarfræðingar brautskráðst að meðaltali á ári. Reynslan af fyrri alþjóðlegum efnahagskreppum kennir okkur að eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu eykst mjög þegar kreppan gengur yfir. Þá verður hins vegar of seint að bregðast við með fjölgun hjúkrunarfræðinema í ljósi þess að námið tekur fjögur ár.

Aðsókn að námi í hjúkrunarfræði tvöfaldaðist á milli árunna 2008 og 2009. Vegna takmarkana á klínískum námsplássum þarf þó enn að takmarka fjölda nemenda þannig að einungis um helmingur þeirra sem hefja nú nám í hjúkrunarfræði fær að halda áfram námi að loknu fyrsta misseri. Aðsókn að meistaranámi í hjúkrun hefur dregist saman eftir hrun. Hjúkrunarfræðingar virðast hvorki hafa persónulegar aðstæður eða fjármagn til að fara í nám né heldur fá þeir námsleyfi frá vinnuveitanda. Þetta er að mínu mati mikið áhyggjuefni þar sem það dregur úr rannsóknunum í hjúkrun og kemur í veg fyrir að metnaðarfull markmið um fjölgun sérfræðinga í hjúkrun nái fram að ganga.

Ýmsar breytingar í heilbrigðiskerfinu og í samfélaginu krefjast fleiri hjúkrunarfræðinga. Í stefnu FÍH er kveðið á um að þarfir þjóðfélagsþegna fyrir hjúkrunarþjónustu séu það grundvallaratriði sem markar störf hjúkrunarfræðinga. Þer þeim undir öllum kringumstæðum að tryggja gæði hjúkrunar með hagsmuni skjólstæðinga að leiðarljósi. Vinna þarf mun öflugar að forvörnum og heilsueflinu en gert hefur verið. Með styttri legutíma á sjúkrahúsum færast heilbrigðisþjónusta við fólk á öllum aldri frá sjúkrahúsum og til annarra stofnana og til heimilanna. Það kallar á aukna þjónustu hjúkrunarfræðinga. Jafnframt eiga sér stað breytingar á aldursrasmsetningu þjóðarinnar og vegna þróunar í meðferð lengist meðalævi landsmanna. Um leið fjölgar sífellt alvarlegri og langvinnari heilsufarsvandamálum og það kallar einnig á aukna þjónustu. Á tímum efnahagsörðugleika geta þarfir þjóðfélagsþegna fyrir heilbrigðisþjónustu breyst og því er brýnt að meta þarfirnar svo hægt sé að bregðast við þeim.

Áætlanir stjórnvalda

Hjúkrunarfræðingar og læknar, þessar tvær burðarstéttir hins íslenskra heilbrigðiskerfis, hafa saman og hvorir í sínu lagi, kallað eftir framtíðarsýn stjórnvalda um skipulag heilbrigðisþjónustunnar og mati á þeim mannafla sem þarf til að veita þjónustuna. Því miður hafa stjórnvöld ekki svarað því kalli. Við undirbúning þessa erindis óskaði ég eftir því við aðstoðarmann velferðarráðherra að fá upplýsingar um áætlanir stjórnvalda um breytingar á heilbrigðisþjónustunni og -kerfinu á næstu árum. Þær upplýsingar voru ekki fáanlegar.

FÍH hefur lýst yfir áhyggjum vegna þess hve hratt hefur verið farið í breytingar á skipulagi heilbrigðiskerfisins á undanförunum misserum, oft án mikils samráðs við heimamenn á þeim landsvæðum sem breytingar verða á. Félagið hefur lagt áherslu á að grundvallarbreytingar á þjónustu verði gerðar í viðuráðanlegum skrefum svo íbúar geti aðlagast breytingunum. Félagið hefur einnig lagt áherslu á mikilvægi þess að meta heildaráhrif breytinga á kerfinu, faglegar og fjárhagslegar, til lengri tíma lítið.

FÍH hefur á undanförunum árum leitast við að hafa áhrif á stefnumótun stjórnvalda í heilbrigðismálum. Til að leggja sitt af mörkum til stefnumótunar hefur félagið nú sett fram stefnu í hjúkrunar- og heilbrigðismálum til ársins 2020. Félagið leggur meðal annars áherslu á:

- að forsenda fyrir framförum í hjúkrun og góðri heilbrigðisþjónustu sé að hjúkrunarfræðingar séu í forystu og hafi forræði yfir hjúkrunarþjónustu, þróun hennar og skipulagi
- að hjúkrunarfræðingar séu virkir þátttakendur í allri umræðu og ákvarðanatöku varðandi heilbrigðisþjónustu og heilbrigðismál
- að þekking, reynsla og sjónarmið hjúkrunarfræðinga séu nýtt við stefnumótun og breytingar innan heilbrigðisþjónustunnar
- að hjúkrunarfræðingar sýni sjálfstæði og frumkvæði í að nýta þá möguleika sem felast í breytingum innan heilbrigðisþjónustunnar.

Lokaorð

Það er von mín að mér hafi tekist að veita nokkra innsýn í hvaða áhrif djúp efnahagskreppa getur haft á lítið heilbrigðiskerfi í fámennu landi. Einnig þau áhrif sem kreppan og viðbrögð við henni hafa á þá sem njóta og þá sem veita heilbrigðisþjónustu. Á krepputímum sem öðrum skapast þó alltaf tækifæri – tækifæri til endurskoðunar, til breytinga, til áhrifa. Hjúkrunarfræðingar geta, í krafti þekkingar sinnar og þjálfunar í heilðrænni nálgun og markvissri áætlanagerð, tekið frumkvæði og orðið breytingarafi í heilbrigðiskerfum þjóða – skjólstæðingum okkar, hjúkrunarstéttinni og samfélaginu öllu til hagsbóta.

Eftirtaldir veittu upplýsingar og efni við undirbúning erindanna og eru þeim færðar bestu þakkir fyrir:

*Anna Björg Aradóttir, sviðsstjóri hjá Landlæknisembættinu,
Anna Stefánsdóttir, framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala,
Birna Jónsdóttir, formaður Læknafélags Íslands,
dr. Rúnar Vilhjálmsson, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, stjórn deildar hjúkrunarstjómenda í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga.*