

Heilbrigðisþjónusta Fjallabyggðar: Viðhorf íbúa í kjölfar mikilla samfélagsbreytinga

Sonja Stelly Gústafsdóttir
Kristjana Fenger
Sigríður Halldórsdóttir
Þóroddur Bjarnason
Háskólanum á Akureyri

Útdráttur: Markmið greinarinnar er að kynna niðurstöður rannsóknar á viðhorfum íbúa Fjallabyggðar til aðgengis að heilbrigðisþjónustu, fjölbreytileika hennar og gæða, í kjölfar niðurskurðar og hagræðingar sem efnahagshrun ársins 2008 krafðist og Héðinsfjarðargöngin gerðu mögulega. Notuð var blönduð aðferð með umbreytingarsniði. Fyrst var gögnum safnað með spurningalistum (svarhlutfall 53% árið 2009 og 30% árið 2012), sem fylgt var eftir með tíu viðtölum (2009 og 2014). Niðurstöðurnar voru samþættar og túlkaðar innan vistfræðilíkans Bronfenbrenner sem snýr að gagnkvæmum áhrifum einstaklings og umhverfis. Marktækt minni ánægja var með aðgengi og fjölbreytileika heilbrigðisþjónustunnar árið 2012 eftir sameiningu og niðurskurð í heilbrigðisþjónustunni. Grundvallaratriði fyrir líf á dreifbýlu svæði töldu íbúar vera góða heilsugæslu, góða umönnun aldraðra innan sveitafélagsins, eitt-hvert frelsi í vali á heilbrigðisþjónustu og áreiðanlega þjónustu í neyðartilvikum. Niðurstöðurnar gefa vísbendingar um að bættar samgöngur hafi átt þátt í jákvæðri þróun í heilbrigðisþjónustu Fjallabyggðar og aukið jöfnuð og mannréttindi íbúanna en að niðurskurður ríkisins til heilbrigðismála hafi haft neikvæð áhrif á viðhorf þeirra.

Lykilorð: Dreifbýli ■ heilbrigðisþjónusta ■ jöfnuður í heilsu
aðgengi að heilbrigðisþjónustu ■ viðhorf notenda

Abstract: The aim of this paper is to present a study on attitudes of the population in Fjallabyggð towards access to healthcare service and its diversity and quality, in an age of austerity, which the restructuring after the economic collapse of 2008 demanded, and the tunnel in Héðinsfjörður made possible. We used a mixed method with a transformational design. First, data were collected by questionnaires (response rate of 53% in 2009 and 30% in 2012), followed by ten interviews (2009 and 2014). The results were integrated and interpreted within the ecological model of Bronfenbrenner relating to the interactions between the individual and the environment. Findings show significantly less satisfaction with the availability and diversity of healthcare service in 2012, after the merger and downsizing. Solid primary healthcare, good local elderly care, some freedom in healthcare choice and reliable emergency services were considered fundamental for life in a rural area. The results indicate that improved transportation infrastructure contributed positively to the development of healthcare service and enhanced equality and human rights. The financial cutbacks to health institutes, had however, a negative impact on attitudes.

Keywords: Rural communities ■ healthcare services ■ equity in health
access to healthcare ■ users' perspective

Inngangur

Samkvæmt mannréttindayfirlýsingu Sameinuðu þjóðanna (SÞ) eiga allir „rétt á lífskjörum sem nauðsynleg eru til verndar heilsu og vellíðan þeirra sjálfra og fjölskyldu þeirra“ (Útanríkisráðuneytið, 2008, bls. 12). Í íslenskum lögum um heilbrigðisþjónustu kemur skýrt fram réttur landsmanna til heilbrigðisþjónustu en markmið laganna er að allir landsmenn eigi kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði (*Lög um um heilbrigðisþjónustu* nr. 40/2007). Ýmsir sálfræðilegir, félagslegir og efnahagslegir þættir hafa hins vegar áhrif á hvort og í hvaða mæli almenningur notar heilsugæslu- og lækniþjónustu (Rúnar Vilhjálmsson, 2001; Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 2001). Sérstaklega hefur verið bent á að aðgengi einstakra hópa að heilbrigðisþjónustu geti ráðist af þáttum á borð við fjárhag eða búsetu (Sigrún Ólafsdóttir, 2004). Þannig hefur reynst erfitt að tryggja jafnan rétt íslensku þjóðarinnar til fullkornustu heilbrigðisþjónustu þegar umtalsverður meirihluti hennar er búsettur á þjónustusvæði höfuðborgarinnar en minnihlutinn dreifist um mörg smærri þjónustusvæði vítt og breitt um landið (Björn Gunnarsson o.fl., 2007)

Ýmsar erlendar rannsóknir benda til þess að munur sé á hvernig íbúar í dreifbýli, samanborið við íbúa þéttbýlisstaða, noti heilbrigðisþjónustu og sterkar vísbendingar eru um að notkun á þjónustunni sé minni í dreifbýli en í þéttbýli. Ástæður mismunandi notkunar heilbrigðisþjónustu kunna að skýrast af mörgum þáttum. Mismunandi einstaklingsþættir notandans geta haft áhrif en einnig lakara aðgengi eins og takmarkað framboð af heilbrigðisstarfsfólki og lengri vegalengdir (Mattson, 2010). Niðurstöður bandarískra rannsókna benda til þess að aukin vegalengd milli heimilis og heilbrigðisþjónustu dragi almennt úr notkun þjónustunnar og að íbúar í dreifbýli noti þjónustuna minna en íbúar þéttbýlisstaða (Chan o.fl., 2006; Graves, 2009; Nemet og Bailey, 2000). Í sumum tilvikum virðast íbúar í dreifbýli frekar en aðrir hópar forðast eða fresta því að leita sér aðstoðar innan heilbrigðiskerfisins (Spleen o.fl., 2014) og sækja hana lengra en nauðsynlegt er ef þeir eru óánægðir með heilbrigðisþjónustuna í nærumhverfinu (Sanders o.fl., 2014). Val um ferðamáta getur einnig haft áhrif. Í skýrslu um áhrif samgangna á notkun heilbrigðisþjónustu eldra fólks benda niðurstöður til þess að þeir sem geta ekki keyrt sjálfir séu líklegri til að missa af tíma hjá lækni (Mattson, 2010). Það að geta keyrt sjálfur á þann stað þar sem þjónustan er veitt virðist einnig hafa áhrif á notkun heilbrigðisþjónustunnar hjá öðrum aldurshópum (Arcury o.fl., 2006). Í öðrum tilvikum virðast þjónustuþegar í þéttbýli og dreifbýli hins vegar meta gæði heilbrigðisþjónustu á svipaðan hátt þótt aðstæður geti verið mjög mismunandi (Peterson, 2009). Á Íslandi meta íbúar í dreifbýli heilsu sína lakari en íbúar á höfuðborgarsvæðinu en þó hefur lægra hlutfall þeirra fengið sjúkdómsgreiningu (Sigríður Haraldsdóttir, Unnur Valdimarsdóttir og Sigurður Guðmundsson, 2014). Það kann að skýrast af lakara aðgengi að heilbrigðisþjónustu, en jafnframt má vera að greining langvinnra sjúkdóma leiði til búferlaflutninga.

Hægt er að meta árangur heilbrigðisþjónustunnar með tilliti til gæða, hagkvæmni og ánægju með þjónustuna. Rannsóknir geta eflt þjónustu með því að gefa þjónustuþegum rödd og um leið vald til að gagnrýna og hafa áhrif á þjónustuna sem stendur þeim til boða (Townsend og Wilcock, 2004). Samræður við notendur þjónustunnar eru mikilvægar (Sitzia og Wood, 1997) og því hefur verið haldið fram að þær teljist til mannréttinda þjónustuþega (Mpinga og Chastonay, 2011). Áhrif hagræðingar, niðurskurðar og samgöngumála í íslenskum landsbyggðum á viðhorf þjónustuþega hafa þó fengið takmarkaða athygli og engar rannsóknir innan íslenskrar heilsufélagsfræði virðast snúa að þætti samgangna og samgöngubóta í skipulagi heilbrigðisþjónustu eða upplifun almennings af slíkri þjónustu.

Ýmsar kenningar beina sjónum að tengslum einstaklings og umhverfis. Vistfræðilíkan Bronfenbrenner (1977, 1979, 1994) byggir á því að einstaklingurinn sé umvafinn mismunandi kerfum umhverfisins sem öll eru gagnverkandi og hafa áhrif á hann og viðhorf hans. Samkvæmt Bronfenbrenner eru kerfin fimm, þ.e. míkrokerfið, sem samanstendur af grenndarsamfélagi einstaklingsins, mesókerfið nær til tengsla innan aðila míkrokerfisins, exókerfið, sem felur í sér stofnanauppbyggingu samfélagsins, makrókerfi, sem umlykur áðurnefnd þrjú kerfi og felur í sér t.d. menningu, gildi og siði, og loks krónókerfið, sem nær yfir breytingar í tímans rás. Talið er að erfitt sé að skilja einstaklinginn í einhverri dýpt án þess að greina hvert kerfi fyrir sig og þau efnislegu, félagslegu og menningarlegu tækifæri og/eða hindranir sem þar eru og hafa áhrif á þátttöku og viðhorf fólks í samfélaginu.

Íslenskt heilbrigðiskerfi og endurskipulagning heilbrigðisþjónustu í Fjallabyggð

Uppbygging heilbrigðiskerfisins á Íslandi hófst með stofnun sjúkrahúsa í Reykjavík, á Akureyri og á Ísafirði á síðustu áratugum nítjándu aldar. Á fyrri hluta tuttugustu aldar var stofnað til héraðssjúkrahúsa víða um land og á grundvelli nýrra laga um heilbrigðisþjónustu (lög nr. 56/1973), sem tóku gildi 1974, voru byggðar upp heilsugæslustöðvar um allt land. Þessi mikla uppbygging þjónustu á 85 heilsugæslusvæðum innan 31 umdæmis tók að hluta til mið af samgöngum sem víða voru erfiðar.

Undir lok 20. aldar höfðu samgöngur breyst til batnaðar og breyttar áherslur í heilbrigðisþjónustu og sparnaðarsjónarmið leiddu til sameininga stofnana á næstu árum. Með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu var landinu skipt í sjö heilbrigðisumdæmi (lög nr. 40/2007). Innan hvers umdæmis er ein eða fleiri heilbrigðisstofnanir sem starfrækja heilsugæslustöðvar og umdæmissjúkrahús. Formleg sameining heilbrigðisstofnana á Norðurlandi, Suðurlandi og Vestfjörðum tók gildi 1. október 2014 og aðeins ein heilbrigðisstofnun starfar í hverju heilbrigðisumdæmi þótt starfsstöðvar séu víða (Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 674/2014).

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 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). Síðasta skrefið var stigið þann 1. október 2014 þegar heilbrigðisstofnanir Blönduóss, Fjallabyggðar, Sauðárkróks og Þingeyinga, og heilsugæslustöðvar Dalvíkur og Akureyrar voru sameinaðar undir nafninu Heilbrigðisstofnun Norðurlands (Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 674/2014).

Sameiningar heilbrigðisstofnana á Norðurlandi voru mögulegar vegna þeirra miklu samgöngubóta sem urðu á norðanverðum Tröllaskaga með opnun Héðinsfjarðarganganna haustið 2010. Með því breyttist umferðarmynstur á Mið-Norðurlandi umtalsvert og Ólafsfjörður og Siglufjörður sameinuðust í eitt sveitarfélag. Vonir standa til þess að byggð á þessu svæði styrkist verulega með sameiningu sveitarfélaganna í Fjallabyggð, tengingu Siglufjarðar við atvinnusvæði Eyjafjarðar með Héðinsfjarðargöngum og opnun hringleiðar um Tröllaskaga.

Bætt heilbrigðisþjónusta og tryggara aðgengi að viðhlitandi þjónustu allan ársins hring eru meðal mikilvægustu áhrifa samgöngubóta í landsbyggðunum. 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 stuðla þannig að því að allir íbúar Fjallabyggðar fái þá heilbrigðisþjónustu sem stefnt er að í íslenskri heilbrigðisáætlun (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Auk faglegra sjónarmiða um bættu þjónustu og bætta samgöngur hafði efnahagshrunið 2008 mikil áhrif á endurskipulagningu heilbrigðiskerfisins. Frá 2007 til 2011 drógust útgjöld ríkisins til sjúkrahúsa og heilsugæslu saman um fjórðung, eða um 19 milljarða króna á föstu verðlagi. Á þessu tímabili fækkaði ársverkum í málaflokkum velferðarráðuneytisins um 302,6, þar af um 61,9 á Norðurlandi. Niðurskurður til Heilbrigðisstofnunar Fjallabyggðar var 23% á árunum 2007–2011 á móti 24% á landsvísu. Niðurskurður til dvalar- og hjúkrunarþjónustu aldraðra var hins vegar hlutfallslega meiri í Fjallabyggð eða 20% samanborið við 10% á landsvísu. Til að mæta sparnaðarkröfum stjórnvalda í kjölfar efnahagshrunsins hafa heilbrigðisstofnanir þurft að ráðast í erfiðar niðurskurðaraðgerðir og var sameining stofnana m.a. gerð í því skyni að draga úr kostnaði við yfirbyggingu. Tvennt hlýst af niðurskurði í heilbrigðisþjónustu. Í fyrsta lagi er minni þjónusta til handa þeim sem hún er ætluð. Í öðru lagi eru áhrif á þjónustuaðila þar sem dregið var úr starfshlutfalli þeirra eða störf þeirra jafnvel lögð niður. Það getur aftur valdið því að ákveðin þjónusta er lögð af og fólk þarf að sækja hana um lengri veg. Auk óhagræðis, sem mæla má í tíma og peningum, getur slíkt dregið úr öryggi (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 2013).

Heilbrigðisþjónusta Fjallabyggðar er veitt í báðum byggðarkjörnum, Ólafsfirði og Siglufirði. Þjónustunni á Siglufirði er skipt í þrjú svið, þ.e. heilbrigðis-, hjúkrunar- og sjúkra- og bráðasvið. Í Ólafsfirði er heilsugæslusvið. Skipting sviða í heilbrigðisþjónustunni hefur ekki tekið breytingum milli árána 2009 og 2012, en starfsmönnum fækkaði auk þess sem leguplássum á hjúkrunarsviði fækkaði úr 28 í 20 og á sjúkra- og bráðasviði úr 7 í 3 sjúkrarúm (Konráð Karl Baldvinsson, 2010, 2014). Samkvæmt Hagfræðistofnun Háskóla Íslands (2013) dróst fjöldi fastráðinna starfsmanna saman um 5,9 á árunum 2009 til 2011, þ.e. úr 51,1 starfsmanni í 45,2 starfsmenn. Sameiningin skapar meiri sveigjanleika og ganga allir læknar, hjúkrunarfræðingar og lækningarar vaktir í báðum byggðarkjörnum. Enn er sjúkrabíll staðsettur í báðum byggðarkjörnum og menn á vakt allan sólarhringinn á hvorum stað, en fæðingarhjálp var lögð af í Fjallabyggð árið 2006 (Konráð Karl Baldvinsson, 2010, 2014; Rúnar Guðlaugsson, 2010).

Í upphafi kreppunnar fyrir opnun Héðinsfjarðarganganna árið 2009 var meirihluti íbúa Fjallabyggðar ánægður með aðgengi, fjölbreytileika og gæði heilbrigðisþjónustunnar (Sonja Stelly Gústafsdóttir, Kristjana Fenger og Sigríður Halldórsdóttir, 2010). Ánægjan með alla þessa þætti jókst með hækkandi aldri. Það kann að skýrast af því að notkun heilbrigðisþjónustu eykst með aldri (Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 1999), en yngri kynslóðir gera meiri kröfur til heilbrigðisþjónustunnar. Ánægja með heilbrigðisþjónustuna minnkar einnig með aukinni menntun og kann það að tengjast auknum kröfum sem menntaðri einstaklingar gera til slíkra þátta. Fyrir opnun ganganna var ekki mikill kynjamunur á ánægju með heilbrigðisþjónustuna en Siglufirðingar voru ánægðari með aðgengi, fjölbreytileika og gæði hennar en Ólafsfirðingar (Sonja Stelly Gústafsdóttir, Kristjana Fenger og Sigríður Halldórsdóttir, 2010). Þessar niðurstöður kunna að endurspeglar þann mun sem var á þjónustu milli staðanna en sjúkrahúsið er t.d. staðsett á Siglufirði.

Í þessari rannsókn verður sjónum beint að áhrifum samgöngubóta og samdráttar á viðhorf íbúa Fjallabyggðar til heilbrigðisþjónustu. Innan heilsufélagsfræðinnar er viðurkennt að búseta fjarri þeim stöðum þar sem heilbrigðisþjónusta er veitt geti haft veruleg áhrif á notkun slíkrar þjónustu (Sigrún Ólafsdóttir, 2004). Hins vegar virðast engar félagsfræðilegar kenningar beinlínis snúa að áhrifum samgöngubóta á aðgengi, gæði eða fjölbreytni heil-

brigðisþjónustu í dreifbýli, né heldur á upplifun íbúanna af slíkum þáttum. Í þessari rannsókn er leitast við að meta breytingar á viðhorfum íbúa Fjallabyggðar til heilbrigðisþjónustunnar í kjölfar niðurskurðar og hagræðingar sem efnahagshrun ársins 2008 krafðist og Héðinsfjarðargöngin gerðu mögulega.

Aðferð og gögn

Til að svara rannsóknarspurningunni var notuð blönduð aðferð með *umbreytingarsniði* (e. transformative design) eins og því er lýst af Creswell og Plano Clark (2011) og Sigurlínu Davíðsdóttur og Önnu Ólafsdóttur (2013). Þetta snið er oft notað þegar félagslegur ójöfnuður og staða minnihlutahópa eru skoðuð með hliðsjón af menningu og viðmiðum samfélaga og viðhorfum íbúa þeirra (Creswell, 2014; Mertens, 2012). Í þessu samhengi er horft til uppbyggingar, þróunar og niðurskurðar í heilbrigðisþjónustu landsins og viðhorfa íbúa í dreifbýli til stöðu sinnar s.s. varðandi aðstöðumun dreifbýlis og þéttbýlis. Hugað er að þáttum sem hafa áhrif á félagslegan jöfnuð og þeir jákvæðu greindir sem afl til breytinga. Gagnaöflun var tvískipt; fyrst var meginlegra gagna aflað og þau greind og því fylgt eftir með öflun eigindlegra gagna sem voru greind í framhaldinu. Að lokum voru niðurstöður samþættar og túlkaðar innan ramma vistfræðilíkans Bronfenbrenner sem byggir á því að gagnvirk áhrif séu milli einstaklings og umhverfis.

Megindlegur hluti rannsóknarinnar byggir á gögnum verkefnisins Samgöngubætur og byggðapróun: Félagsleg, efnahagsleg og menningarleg áhrif Héðinsfjarðarganga á mannlíf á norðanverðum Tröllaskaga (Þóroddur Bjarnason og Kolbeinn Stefánsson, 2010). Teymi rannsóknarfólks við Háskólann á Akureyri og fleiri stofnanir standa að verkefninu sem hófst haustið 2008, tveimur árum fyrir opnun ganganna. Verkefnið var styrkt af Rannsóknasjóði Vegagerðarinnar á tímabilinu 2009–2013.

Gögn um viðhorf íbúa Fjallabyggðar til heilbrigðisþjónustu byggja á spurningakönnunum sem gerðar voru haustið 2009 og haustið 2012. Allir íbúar í Ólafsfirði og á Siglufirði, 18 ára og eldri, voru beðnir að svara tíu síðna spurningalista um margvísleg málefni. Haustið 2009 var spurningalistum dreift í öll hús og safnað saman af nemendum við Háskólann á Akureyri, en 2012 gafst svarendum kostur á því að senda lista í frímerktu umslagi eða svara þeim á netinu. Alls bárust 732 svör haustið 2009 en 416 haustið 2012. Miðað við niðurstöður manntals samsvarar þetta um 53% þeirra sem voru 18 ára eða eldri og bjuggu að staðaldri í Fjallabyggð haustið 2009 en um 30% þess hóps haustið 2012. Líklegt má telja að munur á svarhlutfalli skýrist af mismunandi aðferðum við að safna saman útfylltum listum en þó má einnig vera að ákveðinnar rannsóknareyru hafi verið farið að gæta meðal íbúa fimm árum eftir að rannsóknin hófst.

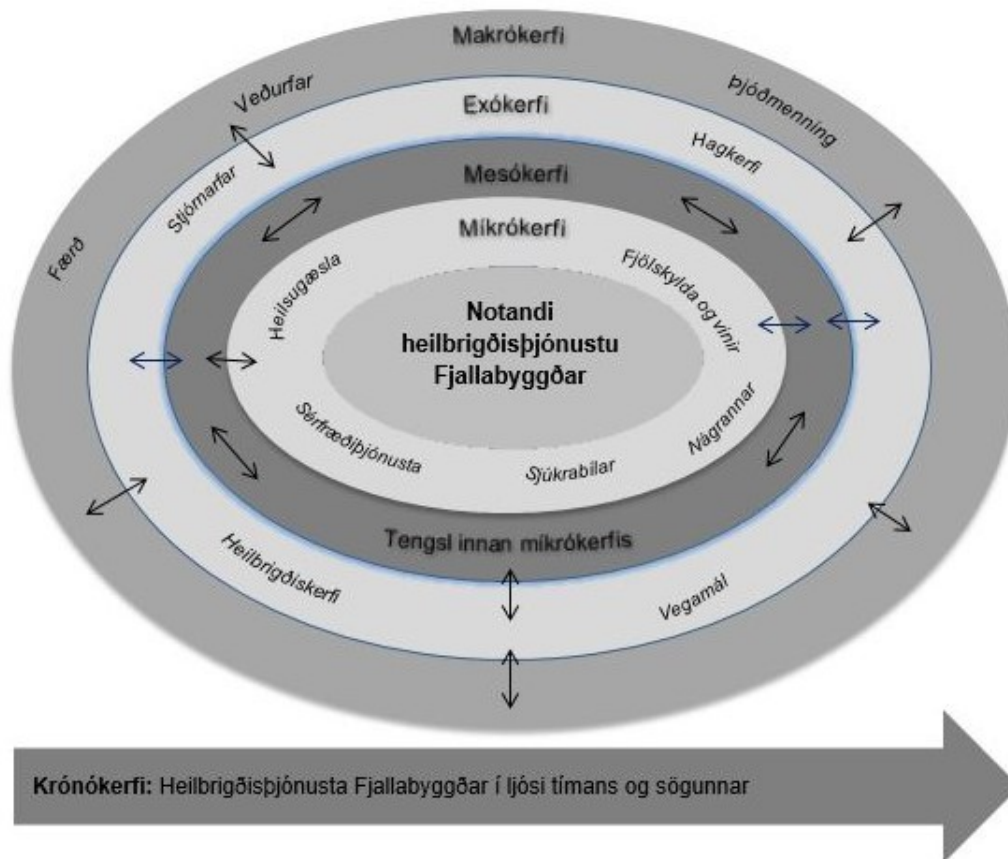
Eigindlegur hluti rannsóknarinnar fólst í viðtölum við þjónustugega bæði fyrir og eftir þær miklu breytingar sem urðu á Tröllaskaga í kjölfar opunar Héðinsfjarðarganganna haustið 2010. Leyfi fyrir viðtölunum var fengið hjá Vísindasiðanefnd (tilv. VSNb2010060014/03.1). Markmið viðtalanna var að dýpka þær upplýsingar sem fengust í meginlegum hluta verkefnisins og öðlast skilning á þeim breytingum sem orðið hafa á heilbrigðisþjónustunni frá sjónarhóli notenda hennar í báðum þéttbýliskjörnunum. Horft er til samgöngubóta og hagræðingar í kjölfar niðurskurðar. Úrtakið var markbundið með þátttakendum á ólíkum aldri og af báðum kynjum. Árið 2009 voru tekin viðtöl við fimm íbúa á aldrinum 29–71 árs, fjórar konur, og einn karlmann og bjuggu tveir á Siglufirði og þrír á Ólafsfirði. Árið 2014 var ætlunin að taka viðtöl við sömu einstaklinga, en það náðist ekki í einn þannig að einum nýjum var bætt við í hans stað. Aldursbil viðmælenda þá var 44–76 ára og bjuggu tveir á Ólafsfirði og þrír á Siglufirði, fjórar konur og einn karlmaður. Lengd viðtala var á bilinu 30–60 mínútur. Viðtölin voru hljóðrituð og afrituð orðrétt.

Sambætting og túlkun á niðurstöðum byggir á vistfræðilíkani Bronfenbrenner (1977, 1979, 1994) en eins og áður hefur komið fram byggir líkanið á þeim skilningi að hver einstaklingur tengist mörgum kerfum sem eru innbyrðis samofin. Til að skilja viðhorf íbúa Fjallabyggðar til heilbrigðisþjónustu í kjölfar mikilla samfélagsbreytinga á stuttum tíma þarf því að hafa í huga marga mismunandi þætti umhverfisins. Eins og fram kemur á mynd 1 er í miðju líkansins einstaklingurinn sjálfur, kyn hans, aldur og heilsa, viðhorf hans til gæða, aðgengis og fjölbreytileika heilbrigðisþjónustu ásamt þörfum hans og hans nánustu fyrir heilbrigðisþjónustu. Einstaklingurinn er umvafinn mörgum kerfum umhverfisins sem öll eru gagnverkandi og hafa áhrif á viðhorf hans. Míkrókerfið (e. microsystem) samanstendur af grenndarsamfélagi einstaklingsins. Auk fjölskyldu hans, vana og ættingja, inniber það þjónustustofnanir sem hann notar dags daglega, s.s. heilbrigðis-, mennta- og félagsþjónustu. Mesókerfið (e. mesosystem) nær til gagnvirkra tengsla tveggja eða þriggja aðila míkrókerfisins. Hér getur verið um að ræða tengsl heilsugæslu og heimilis, vinnustaðar og heilsugæslu eða skóla. Þannig getur reynsla fjölskyldu af heilbrigðisþjónustunni og túlkun hennar á reynslu sinni haft áhrif á viðhorf einstaklingsins til heilbrigðisþjónustunnar. Exókerfið (e. exosystem) er framlenging af mesókerfinu og nær til annarra sérhæfðra félagslegra kerfa, bæði formlegra og óformlegra. Þetta kerfi felur ekki í sér einstaklinginn sjálfan en hefur áhrif á aðstæður hans. Hér er t.d. átt við ýmsar stofnanir sem tengjast svæðinu sem á við íbúa Fjallabyggðar, svo sem efnahagslíf, stjórnkerfi, lagakerfi (lög og reglur), fjölmiðla og velferðarkerfi. Það hvernig kerfin virka hefur áhrif á viðhorf einstaklingsins og má búast við að hagræðing og niðurskurður í því kerfi hafi áhrif á heilsugæsluna. Makrókerfið (e. macrosystem) umlykur kerfin þrjú, míkró-, mesó- og exókerfin, og hefur áhrif á einkenni þeirra og mynstur. Hér er sérstaklega vísað til gilda, þekkingar, efnislegra gæða, venja, lífsstíls, tækifæra, hættu og áhrifaþátta á lífsferli fólks sem felast í sérhverju af ytri kerfunum. Hægt er að hugsa sér makrókerfið sem „societal blueprint“ fyrir ákveðna menningu, í þessu tilviki menningu tengda heilbrigðisþjónustu og áhrifavöldum hennar. Krónókerfið tengir umhverfið inn í þriðju víddina. Það nær yfir breytingar í tímans rás, ekki eingöngu hjá einstaklingunum heldur einnig umhverfinu þar sem einstaklingurinn lifir og hrærist. Hér er átt við breytingar á uppbyggingu fjölskyldunnar, félagshagfræðilegri stöðu, atvinnu, búsetu, daglegu amstri og tækifærum í lífinu.

Niðurstöður

Í heildina má segja að íbúar Fjallabyggðar séu ánægðir með aðgengi að heilbrigðisþjónustunni, fjölbreytni hennar og gæði, þótt ákveðin breyting hafi orðið á frá árinu 2009 til 2012 varðandi það hversu ánægðir þeir eru með aðgengi og fjölbreytni. Þeir upplifa mikið frelsi í kjölfar opnunar Héðinsfjardarganga og sameiningar heilbrigðisstofnana til að geta valið hvert þeir sækja heilbrigðisþjónustu og um leið meira öryggi vegna tryggari samgangna. Niðurskurður og hagræðing í heilbrigðisþjónustunni var áhyggjuefni viðmælenda. Grunnþjónusta eins og heilsugæsla og að hafa sjúkrabil í báðum byggðarkjörnum skipti þá miklu máli en fram kom að ef skera ætti þá þjónustu niður myndu íbúar rísa gegn því.

Í kynningu á niðurstöðum verður fyrst greint frá niðurstöðum megindelega hlutans, þ.e. spurningakannanna sem gerðar voru 2009 og 2012. Í kjölfar þess verður greint frá niðurstöðum í eigindlega hlutanum, þ.e. viðtölum sem tekin voru 2009 og 2014.



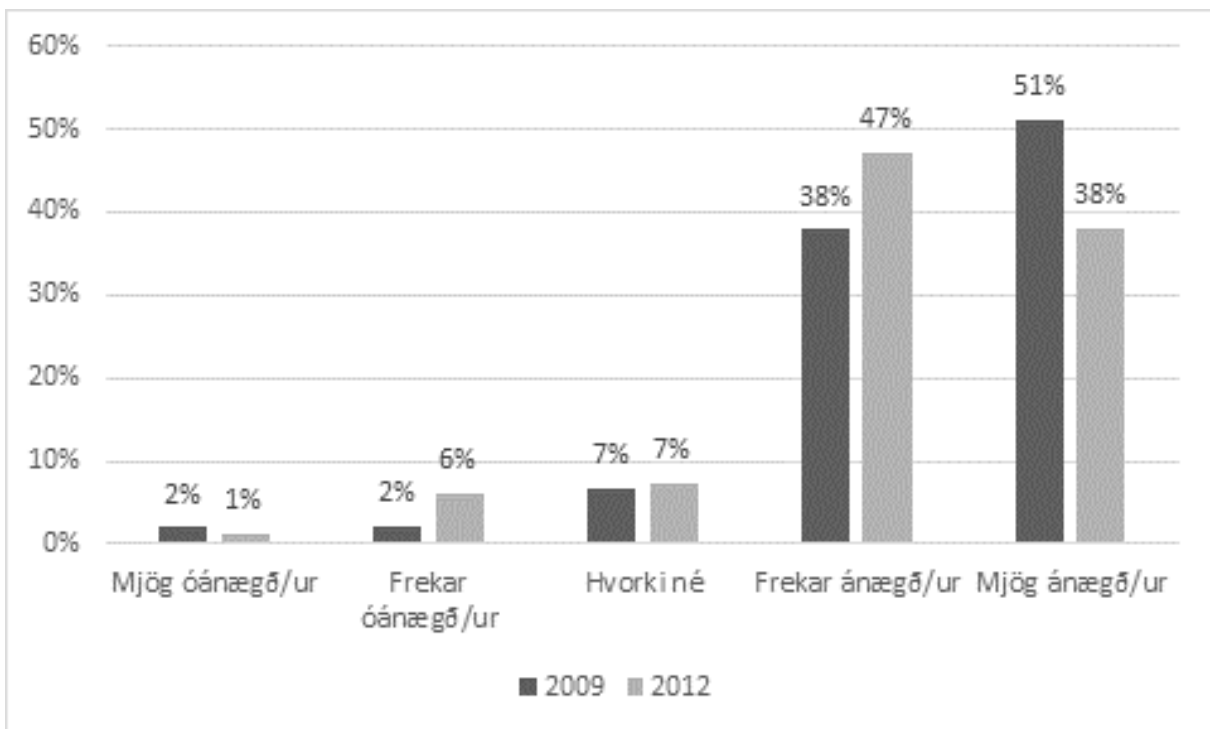
Mynd 1. Vistfræðilíkan Bronfenbrenners (1979).

Niðurstöður spurningakannana

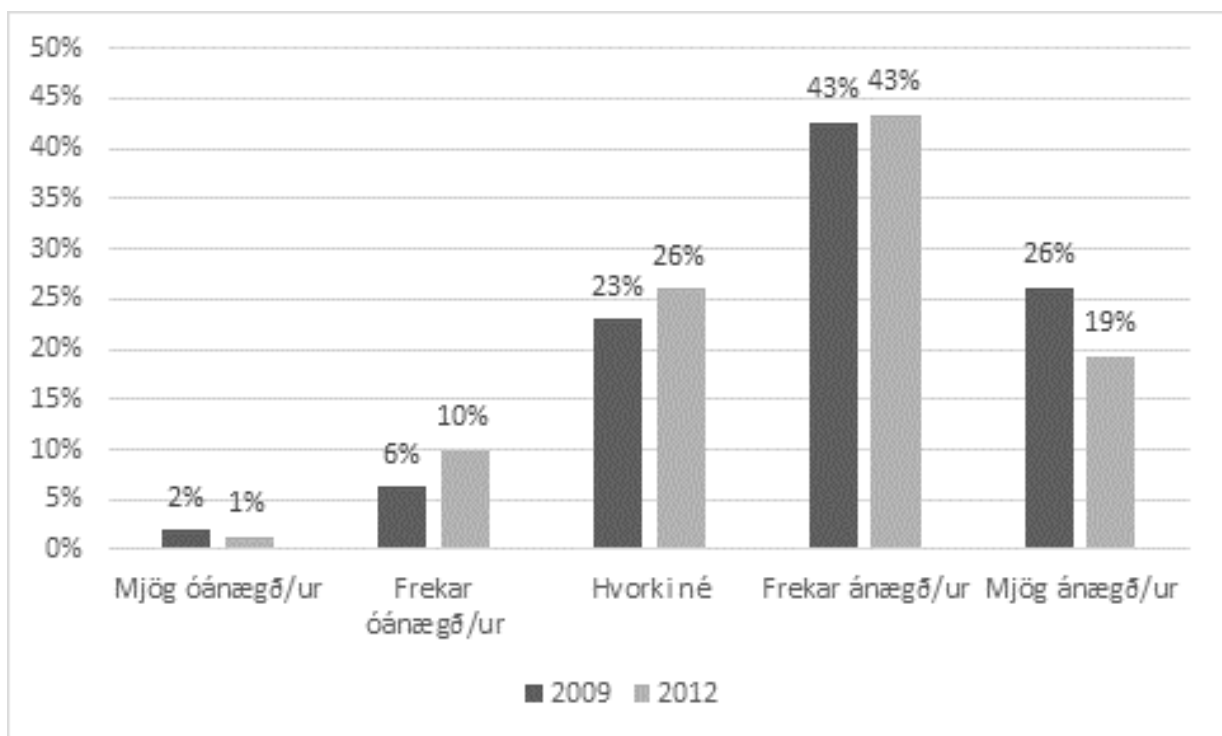
Niðurstöður spurningakannana árin 2009 og 2012 benda til þess að íbúar Ólafsfjarðar og Siglufjarðar séu almennt ánægðir með þá heilbrigðisþjónustu sem þeim stendur til boða. Eins og sjá má á mynd 2 sögðust þannig bæði árin 85–89% svarenda vera frekar eða mjög ánægð með aðgengi sitt að heilbrigðisþjónustu. Hins vegar verða marktækar breytingar á ánægju íbúanna með aðgengi að heilbrigðisþjónustu milli 2009 og 2012 ($\chi^2=27,4$; $df.=4$, $p.<0,001$). Munurinn felst í því að færri eru mjög ánægðir en fleiri frekar ánægðir með aðgengið.

Jafnframt sýnir mynd 3 að bæði árin voru 62–69% svarenda frekar eða mjög ánægð með fjölbreytni þeirrar heilbrigðisþjónustu sem þau höfðu aðgang að. Munurinn milli 2009 og 2012 var hins vegar tölfræðilega marktækur ($\chi^2=11,2$; $df.=4$, $p.<0,05$). Engin breyting varð á fjölda þeirra sem eru frekar ánægðir en færri voru mjög ánægðir með fjölbreytnina. Á móti hækkaði hlutfall þeirra sem voru frekar óánægðir með fjölbreytnina eða voru hvorki ánægðir né óánægðir.

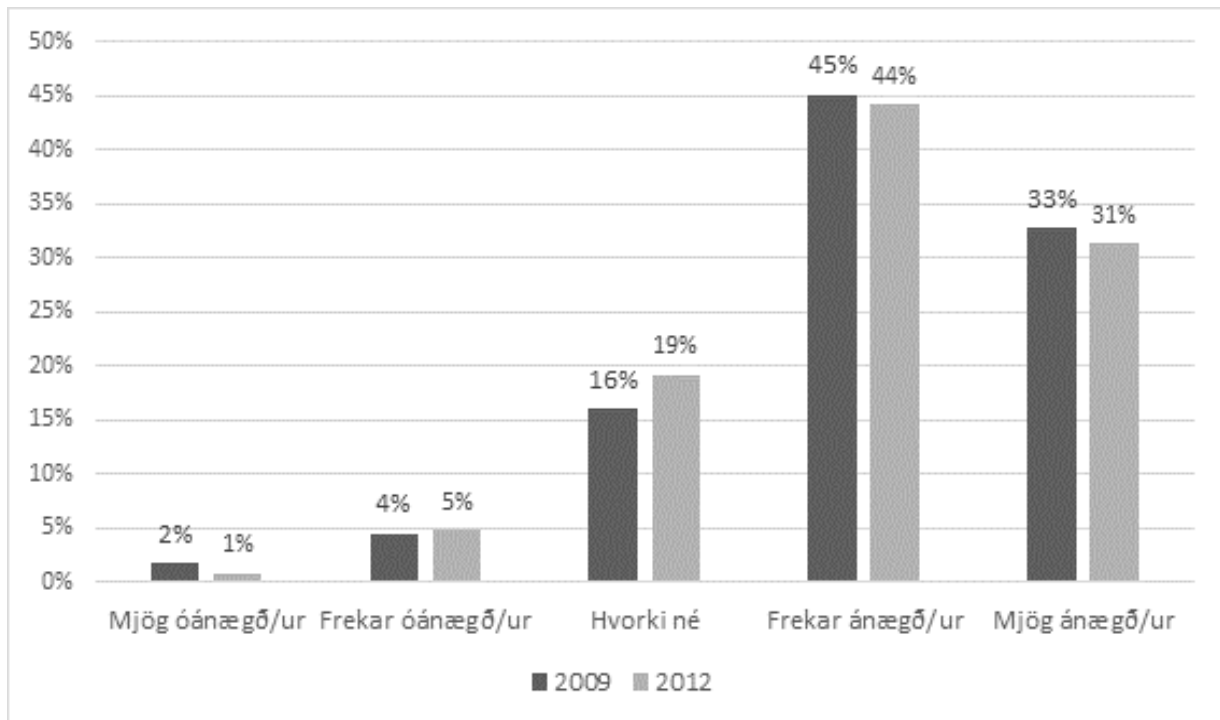
Loks sýnir mynd 4 að 75–78% svarenda voru frekar eða mjög ánægð með gæði þeirrar heilbrigðisþjónustu sem þau höfðu aðgang að. Viðhorfin til gæða heilbrigðisþjónustunnar breyttust ekki marktækt á milli 2009 og 2012 ($\chi^2=3,5,2$; $df.=4$, $p.>0,05$).



Mynd 2. Afstaða íbúa Fjallabyggðar til aðgengis að heilbrigðisþjónustu, 2009–2012



Mynd 3. Afstaða íbúa Fjallabyggðar til fjölbreytni heilbrigðisþjónustu, 2009–2012



Mynd 4. Afstaða íbúa Fjallabyggðar til gæða heilbrigðisþjónustu, 2009–2012

Niðurstöður viðtalanna

Þrjú meginþemu einkenndu viðhorf þátttakenda til heilbrigðisþjónustu Fjallabyggðar. Þau voru: mikilvægi grunnþjónustu, frelsi og öryggi.

Mikilvægi grunnþjónustu

Það er samdóma álit allra viðmælenda að heilsugæsla sem veitir grunnheilbrigðisþjónustu þyrfti að vera í hverjum byggðarkjarna til að þar væri búandi; að slík þjónusta væri ein af grunnstöðum hvers samfélags. Aðgengi þyrfti að vera auðvelt og skilvirkni og gæði þjónustu mikil. Viðmælendur sögðu að það tæki í mesta lagi sólarhring að fá tíma hjá lækni, en ef um bráðatilfelli væri að ræða kæmust þeir strax að. Yfirleitt væri greitt úr málum fljótt og örugglega. Annað væri uppi á teningnum í Reykjavík þar sem fólk fengi ekki tíma á heilsugæslustöð fyrr en eftir marga daga. Heilbrigðisþjónusta sem þessi væri grundvöllur þess að byggilegt væri á litlum stöðum á landsbyggðinni, eins og Laufey sagði: „Á meðan við höfum heilsugæsluna sem slíka...á meðan hún er ekki tekin frá okkur þá er maður nokkuð sáttur“. Ef slík þjónusta væri lögð af væri grundvöllur fyrir búsetu brostinn, enda myndu íbúar rísa upp og mótmæla ef slíkt stæði til.

Hvað varðar sérfræðiþjónustu lækna var munur á byggðarkjörnunum fyrir og eftir göng. Sérfræðilæknar komu reglulega á staðina og viðvera þeirra var auglýst í bæjarblöðunum. Stundum var sú þjónusta nýtt, en oft leituðu Siglfirðingar sér lækninga fyrir sunnan áður en Héðinsfjarðargöngin voru opnuð, sérstaklega þeir sem voru langveikir. Ólafsfirðingar virtust aftur á móti sækja í ríkari mæli inn á Akureyri eftir þeirri þjónustu. Eftir að Héðinsfjarðargöngin opnuðu virðast Siglfirðingar sækja heilbrigðisþjónustu í meiri mæli inn á Akureyri en áður.

Niðurskurður heilbrigðisþjónustunnar birtist í ýmsum myndum. Deildum var lokað á sjúkrahúsinu á Siglufirði sem olli því að fólk þyrfti að leggjast inn á sjúkrahús á Akureyri. Í mörgum tilvikum var um að ræða innlagnir sem sjúkrahúsið á Siglufirði hefði áður ráðið við.

Því þyrfti að keyra í a.m.k. 50 mínútur til að heimsækja ættingja á sjúkrahúsi á Akureyri. Til þess þyrfti bíl og að treysta sér að keyra í alls kyns veðri eða fólk þyrfti að leigja húsnæði á Akureyri til að vera nærri ættingjum, oft vikum saman. Tækjakostur sem ekki var endurnýjaður eða haldið við var einnig tilgreindur sem afleiðing niðurskurðar. Stundum voru þetta tæki sem áður komu í veg fyrir að fólk þyrfti að fara til Akureyrar eða Reykjavíkur, eins og röntgentæki sem verið var að safna fyrir þegar rannsóknin fór fram. Bjarni orðaði það svo:

Við erum að borga orðið tækin á sjúkrahúsið. Fyrst þurfum við að safna fyrir þeim sjálf, kaupa þau og borga fyrir að nota þau. Svo þurfum við að borga með sköttum okkar til að reka þau. Þetta er afturför.

Þjónusta við aldraða bæjarbúa skiptir einnig miklu máli. Viðmælendur töldu það grundvallarmannréttindi að fá að búa á dvalarheimili í heimabyggð, hafa aðgang að sjúkrarými á síðasta spotta lífsins og fá að deyja í heimabyggð í faðmi fjölskyldunnar. Þetta var einnig mikilvægt fjölskyldu hins aldraða, hvort sem um maka eða börn var að ræða.

Frelsi

Hér er bæði átt við frelsi til að velja og frelsi til að komast leiðar sinnar. Með tilkomu Héðinsfjarðarganga og sameiningu heilsugæslunnar jókst frelsi íbúanna til að velja t.d. milli þriggja heimilislækna og sækja þjónustu sjúkraþjálfara og sjúkranuddara á milli staða eða út fyrir byggðarlagið. Sérstaklega var þetta Ólafsfirðingum mikilvægt þar sem aðeins einn læknir hafði verið þar fyrir opnun Héðinsfjarðarganga og ekkert val ef menn voru ekki ánægðir. Læknavaktir eru nú ýmist á Siglufirði eða Ólafsfirði og hægt að skjóttast á milli staða og fara sumir nú frekar til Siglufjarðar í smáaðgerðir en til Akureyrar. Frelsistilfinningin nú var sterkari Siglufjarðarmegin. Eins og einn Siglufirðingurinn sagði: „*Það eru náttúrulega göngin, maður er ekki innilokaður hérna hálf t. árið*“. Þetta átti bæði við heilbrigðisþjónustuna og tómstundaiðju, t.d. hafa leikfélög og kórar sameinast, sem leitt hefur til blómlegra starfs. Frelsinu við opnun Héðinsfjarðarganga var líkt við tilkomu Múlaganganna, sem auðvelduðu mjög tengingu Ólafsfjarðar við önnur byggðarlög í Eyjafirði á sínum tíma. Þrátt fyrir almenna ánægju með Héðinsfjarðargöngin og þær samgöngubætur sem af þeim hafa hlotist eru náttúruöflin alltaf söm við sig og viðmælendur vísuðu til þess að enn lokast vegir vegna vályndra veðra eða snjóflóðahættu og fólk kemst hvorki lönd né strönd.

Öryggi

Traust íbúa til starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar skapar þeim öryggi sem dregur úr óöryggi þess að búa afskekkt og stundum einangrað. Viðmót heilbrigðisstarfsmanna hafði einnig áhrif á hvort notendur þjónustunnar upplifðu sig örugga í þeirra höndum. Trú á færni starfsmanns og kunnuglegt umhverfi ýtti jafnframt undir það sama. Fólk bar almennt traust til starfsfólksins og voru læknar og ljósmæður oftast nefnd í því sambandi. Stöðnun í starfi og ófaglegt viðmót voru nefnd í undantekningartilfellum sem atriði sem ýttu undir vantraust og óöryggi. Í slíkum tilfellum var þjónustan sótt annað með töluverðum tilkostnaði. Jafnvel viðmælandi sem taldi sig hafa orðið fyrir sárri reynslu vegna vangreiningar af hálfu heilbrigðisstarfsmanns taldi sig í öllum öðrum tilfellum hafa fengið góða þjónustu. Gagnrýni beindist sjaldnast að heilbrigðisstarfsfólki sem persónum heldur að faglegri hæfni. Bent var á að þeim sterku tengslum sem myndast á milli heilbrigðisstarfsfólks og notenda í svo litlu bæjarfélagi þar sem allir þekkjast mætti jafnvel líkja við fjölskyldutengsl og að það væri visst öryggi í því að þekkja alla þannig að ef eitthvað bæri útaf væri alltaf einhver til staðar. Með

staðsetningu sjúkrabíla í báðum byggðarkjörnum var tryggt eins mikið öryggi og hægt var að mati viðmælenda enda töldu þeir viðbragðsflýti talinn í mínútum geta skilið á milli lífs og dauða í bráðatilfellum. Þylur komu líka við sögu í björgunartilfellum á sjó og voru algjör lífsbjörg með þeim búnaði og lækni sem þar var um borð.

Umræða

Vistfræðilíkan Bronfenbrenners (1977, 1979, 1994) leggur áherslu á víxlverkandi áhrif einstaklings og margbreytilegra þátta umhverfis hans, þ.e. að hvað verkar á annað á óskipulagðan hátt. Þannig er um fjölbreytta þætti að ræða sem hafa áhrif á viðhorf einstaklings og túlkun hans á reynslu sinni. Einstaklingurinn í líkaninu er *notandi heilbrigðisþjónustunnar* og stofnanirnar sem rannsóknin snertir, *míkrókerfið*, eru vegakerfið og heilbrigðiskerfið. Stærsti hluti niðurstaðna rannsóknarinnar flokkast undir *mesókerfið* sem stendur fyrir samskipti íbúa Fjallabyggðar og stofnana í nærumhverfi þeirra og tengsl þeirra á milli. Það verður því mest fjallað um þann hluta líkansins hér. Auk þess verða dregnir fram þættir í *exókerfinu*, *makrókerfinu* og *míkrókerfinu* sem hafa augljós áhrif á heilbrigðisþjónustuna og viðhorf íbúa Fjallabyggðar til hennar og þeir þættir notaðir til að útskýra niðurstöður sem koma fram í mesókerfinu.

Almenn ánægja var með aðgengi að þjónustunni, gæði hennar og fjölbreytileika samkvæmt niðurstöðum spurningakannanna árið 2009 og 2012. Á milli ára breyttist viðhorf til gæða ekki marktækt, en hins vegar var marktækt minni ánægja með aðgengi og fjölbreytileika árið 2012 eftir opnun Héðinsfjarðarganga og sameiningu stofnana. Skýringar á þessu má e.t.v. leita í niðurskurði í efnahagskerfinu í kjölfar efnahagshrunsins þar sem 23% niðurskurður var í heilbrigðisþjónustu Fjallabyggðar auk þess sem 20% niðurskurður var til dvalar- og hjúkrunarþjónustu aldraðra (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 2013). Einnig má ætla að þessi niðurskurður hafi komið í veg fyrir endurnýjun tækja sem var eitt umkvörtunatriði í viðtölunum auk fækkunar leguplássa um tæpan þriðjung á hjúkrunarsviði og um rúman helming á sjúkra- og bráðasviði (Konráð Karl Baldvinsson, 2014). Þetta var annað áhyggjuefni íbúanna. Starfsfólki í heilbrigðisþjónustunni fækkaði einnig á tímabilinu 2009 til 2012 (Konráð Karl Baldvinsson, 2014), en slíkt veldur fækkun starfsfólks og minni þjónustu (Hagfræðistofnun Háskóla Íslands, 2013).

Á sama tíma og samdráttur var í heilbrigðisþjónustunni urðu miklar samgöngubætur í byggðarlaginu með tilkomu Héðinsfjarðarganga. Ætla má að þessar framkvæmdir hafi veitt ákveðið mótvægi við niðurskurð í heilbrigðisþjónustunni. Viðmælendur sáu ýmsan ávinning í heilbrigðisþjónustunni í kjölfar opunar ganganna samkvæmt viðtalshluta rannsóknarinnar. Ólafsfjarðarmegin þótti sumum mesti munur að geta valið heilsugæslulækni í stað þess að hafa ekkert val. Þeim fannst flestum kostur að geta skotist til Siglufjarðar í gegnum björt og örugg Héðinsfjarðargöngin, t.d. eftir lyfjum eða þjónustu lækna eftir lokun heilsugæslunnar. Þeir sem ekki áttu heimangengt gátu fengið lyfin send samdægurs, en sú ókeypiss þjónusta veitti notendum bæði ánægju og öryggi. Áður höfðu þeir sótt lyf til Dalvíkur en leiðin þangað er ekki eins greiðfær og ótryggari í slæmu veðri þrátt fyrir að vera jafnlöng leiðinni í gegnum Héðinsfjarðargöngin. Þá gátu Ólafsfirðingar sótt minniháttar aðgerðir til sjúkrahússins á Siglufirði í stað þess að þurfa inn á Akureyri. Göngin gera Siglfirðingum auðveldara að nálgast sérfræðiþjónustu á Akureyri og töldu viðmælendur að Siglfirðingar sæktu sérfræðiþjónustu nú meira þangað. Áður fannst þeim allt eins gott að fara til Reykjavíkur og sinna ýmsum erindum í leiðinni og hafa um leið úr fleiri sérfræðingum að velja.

Samkvæmt Gísla Ólafssyni og Jóhanni Ágústi Sigurðssyni (2000) hafa kröfur almennings um betra aðgengi að heilsugæslu náð fram að ganga samfara byltingu í

samgöngum, fjarskiptum, tækni og þekkingu í læknisfræði. Í þessari rannsókn kom fram að í báðum byggðarlögum voru viðmælendur ánægðir með hversu fljótt þeir fengu þjónustu heilsugæslu og þeir voru almennt ánægðir með viðmót starfsfólks. Þeir treystu starfsfólki vel en þó kom fram áhyggjurödd um að læknar héldu ekki þekkingu sinni nægilega vel við eða hefðu ekki tækifæri til þess búandi svona afskekkt. Sjúkrabílar á báðum stöðum voru öryggisatriði sem fólki fannst algjör nauðsyn enda urðu hörð mótmæli þegar til stóð að hafa sjúkrabíl aðeins á öðrum staðnum.

Óánægju í byggðarlögunum má líklega skrifa á niðurskurð til heilbrigðismála. Í báðum byggðarlögunum var óánægja með fækkun plássá á sjúkrahúsinu og áhyggjur yfir að fá ekki að vera í heimabyggð, einkum meðal eldra fólks. Þó var mikil ánægja með að sjúkrarúm væru til staðar og í einu tilfelli var nefnt dæmi um maka sem var gert kleift að liggja banaleguna í faðmi ættingja í heimabyggð.

Samkvæmt viðtölunum virðist helsta hindrun heilbrigðisþjónustu í heimabyggð vera að fólki líki ekki við þann sem veitir þjónustuna og sækir því ekki til hans nema í neyð. Fólk fari því frekar um lengri veg til að sækja þjónustu sem þau eru sátta við (Sanders, Erickson, Call, McKnight og Hedges, 2014) þótt það þýði meira umstang og aukin útgjöld. Fjöldi rannsókna hérlandis 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 læknisþjónustu (Rúnar Vilhjálmsson, 2001; Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 2001; Sigrún Ólafsdóttir, 2004).

Jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu eru mannréttindi sem allir eiga að njóta án nokkurrar mismununar, bæði samkvæmt íslenskri löggjöf og alþjóðasamningum sem Ísland á aðild að. Illviðri og snjóflóðahætta gera ferðaskilyrði oft erfið og langt er í sérfræðiþjónustu innan heilbrigðisgeirans. Þrátt fyrir það eru þátttakendur rannsóknarinnar í heildina ánægðir með heilbrigðisþjónustuna. Það er í samræmi við niðurstöður bandarískrar rannsóknar sem benti til þess að þjónustuþegar meti gæði á svipaðan hátt í þéttbýliskjörnum og í dreifbýli þótt aðstæður utan þéttbýliskjarna geti verið mjög mismunandi (Peterson, 2009). Í viðtölunum koma fram sú skýra sýn að íslenskar landsbyggðir hafa bæði kosti og galla m.t.t. heilbrigðisþjónustu. Ekki væri við því að búast aðúrvali sérfræðiþjónustu væri mikið á svo fámennum stað sem Fjallabyggð er. Sá stutti tími sem það tæki að komast undir læknishendur í bráðatilvikum eða vegna almennra veikinda var hinsvegar talinn mikill kostur. Töldu viðmælendur sig því ekki vera verr stadda en höfuðborgarþéttbýliskjörnum þar sem vegalengdir innan þess svæðis væru allt að því jafnlangar og frá Fjallabyggð til Akureyrar. Áherslan á góða heilsugæslu og bráðaþjónustu var þó áberandi og talin ein forsenda þess að búa í litlu sjávarplássi þar sem snjóflóð geta lokað vegum á veturnum. Samgöngubótum með tilkomu Héðinsfjarðarganga var fagnað þar sem þau höfðu í för með sér aukið öryggi og meira frelsi en áður til að velja heilbrigðisþjónustu og starfsfólk, auk betra aðgengis, en ferðatími að heilbrigðisþjónustu virðist einna helst skipta máli í því hvernig íbúar sækja sér þjónustu (Graves, 2009; Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 2001).

Þróun byggðanna sem í dag teljast til Fjallabyggðar hefur verið mikil frá síðustu öld. Langur vegur er frá því að vera innilokuð byggðarlög með héraðslækni og þurfa að treysta á bátsferðir til Akureyrar til að komast til sérfræðinga, yfir í eina sameiginlega heilbrigðisþjónustu með fjölda starfsmanna. Miklar breytingar hafa átt sér stað með sameiningu sveitarfélaga og betri samgöngum. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingar um að Héðinsfjarðargöng hafi átt þátt í jákvæðri þróun í heilbrigðisþjónustu Fjallabyggðar og að bætta samgöngur auki jöfnuð og mannréttindi íbúanna. Hins vegar virðist niðurskurður ríkisins til heilbrigðismála hafa haft neikvæð áhrif á viðhorf íbúanna. Í flóknu samspili einstaklings og umhverfis er erfitt að afmarka og benda með óyggjandi hætti á

þætti sem annaðhvort ýta undir eða hamla uppbyggingu á gæðaheilbrigðisþjónustu með góðu aðgengi fyrir alla. Það þarf hinsvegar að kanna *frekar* áhrif aðgerða á borð við niðurskurð í heilbrigðiskerfinu, eða bætta samgöngur, með ýmsum aðferðum og nýta þær upplýsingar til að bregðast við til að uppfylla lög og alþjóðasamþykktir.

Heimildaskrá

- Arcury, Thomas A., Preisser, John S., Gesler, Wilbert M. og Powers, James M. (2006). Access to transportation and health care utilization in a rural region. *The Journal of Rural Health*, 21(1), 31-38.
- Björn Gunnarsson, Hildigunnur Svavarsdóttir, Sveinbjörn Dúason og Helga K. Magnúsdóttir. (2007). Sjúkraflutningar í dreifbýli. *Læknablaðið*, 93(4), 359-363.
- Bronfenbrenner, Urie. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(5), 513-531.
- Bronfenbrenner, Urie. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, Urie. (1994). *Ecological models of human development*. In *International Encyclopedia of Education* (2. útgáfa). Oxford: Elsevier.
- Chan, Leighton, Hart, Gary L. og Goodman, David C. (2006). Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. *Journal of Rural Health*, 22(2), 140-146.
- Creswell, John W. (2014). *Research design. International student edition. Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (4. útgáfa). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, John W. og Plano Clark, Vicki L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2. útgáfa). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gísli Ólafsson og 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*, 28, 75-79.
- Graves, Barbara 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.
- Hagfræðistofnun Háskóla Íslands. (2013). *Breytingar á fjölda ríkisstarfsmanna í kjölfar efnahagshrunsins*. Skýrsla C01:13. Reykjavík: Hagfræðistofnun.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Heilbrigðisáætlun: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Sótt af: <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>
- Konráð Karl Baldvinsson, munnleg heimild, 22. mars 2010 og 20. maí 2014.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 56/1973.
- Lög um um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.
- Mattson, Jeremy. (2010). *Transportation, distance, and health care utilization for older adults in rural and small urban areas*. Fargo, North Dakota: Small Urban and Rural Transit Center, Upper Great Plains Transportation Institute, North Dakota State University. Sótt af: <http://www.ugpti.org/pubs/pdf/DP236.pdf>
- Mertens, Donna M. (2012). Transformative mixed methods: Addressing inequities. *American Behavioral Scientist*, 56(6), 802-813. doi: 10.1177/0002764211433797
- Mpinga, Emmanuel K. og Chastonay, Philippe. (2011). Satisfaction of patients: A right to health indicator? *Health Policy*, 100(2-3), 144-150.
- Nemet, Gregory F. og Bailey, Adrian J. (2000). Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science and Medicine*, 50, 1197-1208.

- Peterson, Lars 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.
- Reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007 með áunnum breytingum nr. 1084/2008
- Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 674/2014.
- 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. Bls. 57-69 í Herdís Sveinsdóttir og Ari Nyysti (ritstj.), *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. Bls. 70-94 í Herdís Sveinsdóttir og Ari Nyysti (ritstj.), *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.
- Sanders, Scott R., Erickson, Lance D., Call, Vaughn R. A., McKnight, Matthew L. og Hedges, Dawson W. (2014). Rural health care bypass behavior: How community and spatial characteristics affect primary health care selection. *The Journal of Rural Health*. doi: 10.1111/jrh.12093
- Sigríður Haraldsdóttir, Unnur Valdimarsdóttir og Sigurður Guðmundsson. (2014). Poorer self-rated health in residential areas with limited healthcare supply. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 310-318.
- Sigrún Ólafsdóttir. (2004). Félagsfræði heilsu og veikinda. Bls. 288-308 í Þóroddur Bjarnason og Helgi Gunnlaugsson (ritstj.), *Íslensk félagsfræði: Landnám alþjóðlegrar fræðigreinar*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sigurlína Davíðsdóttir og Anna Ólafsdóttir. (2013). Notkun blandaðra aðferða í rannsóknum. Bls. 393-402 í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sitzia, John og Wood, Neil. (1997). Patients' satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Sonja Stelly Gústafsdóttir, Kristjana Fenger og Sigríður Halldórsdóttir. (2010). Heilbrigðismál fjallabyggðar. Bls. 133-146 í Þóroddur Bjarnason og Kolbeinn Stefánsson (ritstj.), *Fjallabyggð fyrir Héðinsfjarðargöng. Samgöngur, samfélag og byggðaðróun*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Spleen, Angela M., Lengericht, Eugene J., Camacho, Fabian T. og Vanderpoo, Robin C. (2014). Health care avoidance among rural populations: Results from a nationally representative survey. *The Journal of Rural Health*, 30(1), 79-88. doi: 10.1111/jrh.12032
- Townsend, Elizabeth og Wilcock, Ann. (2004). Occupational justice. Bls. 243-273 í Charles H. Christiansen og Elisabeth A. Townsend (ritstj.), *Introduction to occupation. The art and science of living* (bls. 243-273). New Jersey: Prentice Hall.
- Utanríkisráðuneytið. (2008). *Mannréttindayfirlýsing Sameinuðu þjóðanna*. Sótt af <http://www.utanrikisraduneyti.is/verkefni/althjoda-og-oryggissvid/un/mannrettindayfirlýsing-sth/>
- Þóroddur Bjarnason og Kolbeinn Stefánsson (ritstj.). (2010). *Fjallabyggð fyrir Héðinsfjarðargöng. Samgöngur, samfélag og byggðaðróun*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Um höfunda

Sonja Stelly Gústafsdóttir er aðjúntkt á heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri. Hún lauk B.S.-prófi í iðjuþjálfun frá Háskólanum á Akureyri vorið 2003 og meistaraþrófi í heilsueflingu innan lýðheilsufræða frá Brunelháskóla í London árið 2008. Sonja hefur meðal annars rannsakað viðhorf almennings til geðheilbrigðis.

Kristjana Fenger er lektor á heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri frá árinu 1998. Hún lauk prófi í iðjuþjálfun frá Kaupmannahöfn árið 1977 og meistaraþrófi í iðjuþjálfun frá Florida International University árið 1998. Kristjana hefur meðal annars tekið þátt í þýðingu og staðfæringu matstækja og rannsóknum á atvinnulegri endurhæfingu.

Sigríður Halldórsdóttir er prófessor á heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri. Hún lauk B.S.-prófi frá Háskóla Íslands árið 1978, meistaraþrófi frá University of British Columbia í Kanada árið 1988 og doktorsprófi frá heilbrigðisvísindasviði Linköpingháskóla í Svíþjóð árið 1996. Rannsóknir Sigríðar hafa meðal annars beinst að reynslu fólks af heilbrigðisþjónustu.

Þóroddur Bjarnason er prófessor í félagsfræði við Háskólann á Akureyri. Hann lauk B.A.-prófi frá Háskóla Íslands árið 1991, meistaraþrófi frá University of Essex í Englandi árið 1995 og doktorsprófi frá University of Notre Dame í Bandaríkjunum árið 2000. Þóroddur hefur meðal annars rannsakað viðhorf unglunga til framtíðarbúsetu, mannfjöldapróun og áhrif samgöngubóta á byggðapróun.