

Áherslur til heilsueflingar

Fagráð Landlæknisembættisins um heilsueflingu

Þorgerður Ragnarsdóttir, framkvæmdastjóri áfengis- og vímuvarnaráðs

Álfheiður Steinþórsdóttir, sálfræðingur, Sálfræðistöðinni Reykjavík

Erla Kolbrún Svavarsdóttir, dósent, hjúkrunardeild HÍ

Jóhann Ágúst Sigurðsson, prófessor, heimilislæknisfræði HÍ

Laufey Steingrímsdóttir, forstöðumaður manneldisráðs

Pétur Pétursson, yfirlæknir, Heilsugæslustöðinni á Akureyri

Sigríður A. Pálmadóttir, hjúkrunarforstjóri, Heilsugæslunni í Kópavogi

Svandís Sigurðardóttir, lektor í sjúkraþjálfun HÍ

Þorsteinn Njálsson, heimilislæknir, formaður tobaksvarnanefndar

**Reykjavík
2003**

Efnisyfirlit

1. Samantekt og tillögur	5
2. Inngangur	6
3. Lýðheilsa á Íslandi	7
3.1 Heilbrigðisstyrkur	7
3.2 Heilbrigðisógnanir, nýjar aðstæður og viðfangsefni	8
3.2.1 Hraði, samkeppni og streita	8
3.2.2 Breytt samsetning þjóðfélagsins	8
3.2.3 Stjórnleysi, agaleysi og afleiðingar fyrir geðheilsu	10
3.2.4 Geðraskanir og andleg vanlíðan	11
3.2.5 Mataræði - Ofgnótt og átröskun	14
3.2.6 Kyrrseta og skorpupjálfun	19
3.2.7 Fíkn og víma	22
3.2.8 Ofbeldi í samfélaginu	27
3.2.9 Slys	29
3.2.10 Kynlífstengd vandamál	30
3.3 Sjúkdómsvæðing (læknisfræðileg súrsun, medicalization)	34
4. Tækifæri heilsugæslu til heilsueflingar	39
4.1 Heilbrigðisáætlun	39
4.2 Þjónustustofnanir, nefndir, ráð og frjáls félagasamtök	40
4.3 Rannsókn- og þróunarstörf	40
4.4 Heilsuefling barna, ungmenna og aldraðra - Einstaklingsþroski og fjölskylduvernd	41
4.4.1 Fjölskyldan og fyrirbyggjandi starf	41
4.4.2 Barnið í fjölskyldunni	42
4.4.3 Foreldrafærni	43
4.4.4 Unglingar	43
4.4.5 Aldraðir í nútímasamfélagi	44
4.5 Helstu tækifæri	45
5. Framtíðarhugmyndir	46
5.1 Heilsueflingarstefna sveitarfélaga	46
5.2 Skipulag og samvinna um lýðheilsurannsóknir	47
5.3 Lýðheilsustöð	47
5.4 Grunn-, sí- og endurmenntun starfsfólks	48
5.5 Kennsla í lýðheilsufræðum (Public health)	48
5.7 Útgáfa fræðsluefnis	48
5.8 Nýsköpunarverkefni	49
5.9 Efling heilsugæslunnar	49
Heimildir	50

Töflur

Mynd 1: Aðfluttir/brotfluttir	9
Mynd 2: Mannfjöldapróun	9
Mynd 3: Hlutfall fæddra utan Íslands eða með erlent ríkisfang	10
Mynd 4: Lögskilnaður	10
Mynd 5: Barnavernd	11
Mynd 6: Ritalin	13
Mynd 7: Sjálfsvíg	13
Mynd 8: Grænmeti	14
Mynd 9: Ávextir	15
Mynd 10: Hlutföll orkuefna í fæðu landsmanna, 2002 og 1990	15
Mynd 11: Gosdrykkir og sælgæti	16
Mynd 12: Gos- og svaladrykkir, Landskönnun 2002.	16
Mynd 13: Mjólk	16
Mynd 14: Fiskur og pitsa, Landskönnun 2002	17
Mynd 15: BMI karlar	18
Mynd 16: BMI konur	18
Mynd 17: BMI börn	18
Mynd 18: Ávinningur hreyfingar (WHO, 2002)	21
Mynd 19: Reykingar	23
Mynd 20: Áfengissala	24
Mynd 21: Áfengisneysla	24
Mynd 22: Áfengisneysla undanfarna 12 mánuði	25
Mynd 23: Magn áfengis í hvert skipti	25
Mynd 24: Aldursdreifing á Vogu.	26
Mynd 25: Flokkun dauðsfalla vegna áfengis- og vímu	26
Mynd 26: Ofbeldisbrot	27
Mynd 27: Nauðganir, fjöldi mála	31
Mynd 28: Nauðganir, aðstæður	31
Mynd 29: Fæðingartíðni	32
Mynd 30: Fóstureyðingar	32
Mynd 31: HIV	33
Mynd 32: Lekandi	33
Mynd 33: Klamydía og lekandi	33
Mynd 34: Lyfsala	34
Mynd 35: Sýkingalyf	35
Mynd 36: Tauga- og geðlyf	36
Mynd 37: Sjúkdómsvæðing	37

1. Samantekt og tillögur

- Góður efnahagur, hátt menntunarstig og þjóðfélagsgerð, sem stuðlar að jöfnuði þegnanna, ásamt ýmsum jákvæðum ytri aðstæðum skapa íslensku þjóðinni einstakar forsendur til að lifa heilbrigðu og innihaldsríku lífi.
- Lífstíll fólks í neyklusamfélagi einkennist af hraða, samkeppni og streitu, er leitt getur til vanheilsu og verða börn og unglingar oft fórnarlömb þeirrar þróunar. Dæmi um þessi streitubundnu lífsstílsvandamál eru ofþyngd og átröskun, stoðkerfiskvillar vegna hreyfingarleysis, kynsjúkdómar, margvísleg vanlíðan en einkum kvíði og þunglyndi, neysla vímugjafa og slys og ofbeldi.
- Sjúkdómsvæðing felst í tilhneigingu þjóðfélagsins til að sjúkdómsgera flest mannleg vandamál í þeirri von, að þau megi bæta með hefðbundnum aðferðum læknisfræðinnar. Hætt er við að kostnaðarsöm sjúkdómsvæðing geti hamlað framgangi forvarna og heilsuefningar sem ætti að beinast að því að almenningur skilgreini vanda sinn svo að bregðast megi við honum með árangursríkum hætti.
- Heilsufar Íslendinga verður héðan í frá varla bætt nema með heilsuefningu á sem víðustum grundvelli þar sem allir, sem hafa hag af bættri þjóðarheilsu, axla ábyrgð og vinna að sameiginlegum markmiðum án tillits til uppruna, stéttar, menntunar eða hefða.
- Hvetja þarf ríki og sveitarfélög til að marka sér heilsuefningarstefnu við hæfi og beita heilbrigðismati við undirbúning allra ákvarðana, sem áhrif geta haft á líf og heilsu íbúanna. Heilsuefning krefst þverfaglegra aðgerða, samhæfðra lausna og samvinnu opinberra aðila, sveitarfélaga, áhugasamtaka, aðila vinnumarkaðarins og einstaklinga.
- Með markvissri fjölskyldustefnu sveitarfélaga og skipulegri fjölskylduvernd í heilsugæslunni má vafalítið breyta uppvaxtaraðstæðum barna og unglinga, þannig að þau öðlist frekar félagslega færni og sjálfstraust, sem gerir þeim kleift að sneiða hjá þeirri heilsuvá, sem frekast ógnar þessum aldursflokki.
- Huga þarf sérstaklega að tilfinningalegum og geðrænum vanda barna og unglinga, leita skipulega að einstaklingum í áhættu og skapa úrræði til að leysa vandamálin, áður en í óefni er komið. Því fyrr sem ganga eftir slysavegi er tafin þeim mun líklegri er að íhlutun beri árangur.
- Stuðningur við skólakerfi, kennarastéttir og menntun almennt er líklegri leið til að bæta heilsu og vellíðan en efling heilbrigðiskerfisins.
- Nauðsynlegt er að efla þekkingu á lýðheilsu í landinu með auknum rannsóknum og upplýsingaöflun og vinna úr þeim gögnum með vísindalegum hætti, þannig að niðurstöður geti markað stefnu um forgangsverkefni og skiptingu fjármagns til heilbrigðismála.
- Eitt af forgangsverkefnum heilbrigðisyfirvalda ætti því að felast í að efla heilsugæsluna sem máttarstólpa heilsuverndar og forvarnarstarfs. Starf heilsugæslunnar þarf að vera sóknarmiðað í stað þess að felast fyrst og fremst í nauðvarnarhlutverki.

2. Inngangur

Landlæknir ákvað í ársbyrjun árið 2000 að setja á stofn fagráð til að vera Landlæknisembættinu til ráðgjafar um áherslur í forvarnastarfi, heilsuvernd og heilsuefingu á ýmsum sviðum heilsugæslu. Til setu í Fagráði Landlæknisembættisins um heilsuefingu voru eftirtaldir kvaddir með bréfi dags. 24. febrúar 2000:

Álfheiður Steinþórsdóttir, Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Jóhann Ágúst Sigurðsson, Laufey Steingrimsdóttir, Pétur Pétursson, Sigríður A. Pálmadóttir, Svandís Sigurðardóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir og Þorsteinn Njálsson. Anna Björg Aradóttir, fulltrúi Landlæknisembættisins var hópnum til ráðgjafar.

Landlæknir boðaði hópinn í fyrsta skipti til fundar hjá sér 8. nóvember 2000 og fól honum formlega það verkefni, sem er lýst á eftirfarandi hátt í ofangreindu bréfi: „Fagráðunum er ætlað að vinna tillögur til landlæknis að áherslum í heilsuvernd á hverjum tíma. Þar er m.a. um að ræða klínískar leiðbeiningar, kynningar og fræðslu fyrir fagfólk og gerð fræðsluefnis fyrir almenning. Fagráðin yrðu því eins konar hugmyndabanki, vettvangur nýrra hugmynda og þróunarstarfs. Þau væru Landlæknisembættinu til ráðgjafar varðandi þróun á viðkomandi sérsviðum heilsuverndar. Ætlunin er að fagráðin geti í ákveðnum tilvikum kallað til sérfræðinga vegna sértækra verkefna og eftir því sem við á.“ Hópurinn lagði upp með þetta veganesti undir forystu Þorgerðar Ragnarsdóttur og hefur síðan unnið meðfylgjandi greinargerð með viðaukum um einstök svið.

3. Lýðheilsa á Íslandi

Til eru ýmsar aðferðir til að leggja mat á heilbrigðisástand þjóðarinnar, svo sem hefðbundin skráning tölfræðilegra upplýsinga um meðallíflengd, aldursstaðlaða dánartíðni, tíðni hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkdóma- og dánarmeinaskrá vegna krabbameina o.s.frv. Fagráðið telur að þessum málum hafi verið gefinn góður gaumur á undanförunum árum og beinir því athyglinni að öðrum samverkandi þáttum er varða líðan og heilsufar þjóðarinnar. Til eru margar skilgreiningar á lýðheilsu en kjarninn í þeim öllum er að minnka tíðni sjúkdóma og auka heilbrigði þjóða eða þjóðfélagshópa. Nýlega stofnað Félag um lýðheilsu styðst við skilgreiningu þar sem gert er ráð fyrir að til ná slíkum markmiðum þurfi að huga að eftirfarandi grundvallarþáttum lýðheilsu (Beaglehole og Bonita, 1997):

- Áherslu á sameiginlega ábyrgð á heilbrigði þar sem ríkisvaldið hefur stærsta hlutverkið í að verja og efla lýðheilsu,
- öll þjóðin eða ákveðnir hópar hennar eru markhópar lýðheilsustarfs,
- áhersla er lögð á forvarnir og þá sérstaklega fyrsta stigs forvarnir, þ.e.a.s. að koma í veg fyrir sjúkdóma,
- að vera vakandi fyrir efnahagslegum áhrifaþáttum á heilbrigði og sjúkdóma, auk annarra áhættuþátta,
- þverfagleg nálgun á málefni sem snerta lýðheilsu og sem felur í sér beitingu fjölþættra aðferða við rannsóknir, bæði eigindlegar og megingdlegar, og
- lífandi samvinna við þá þjóðfélagshópa sem um er að ræða hverju sinni.

Segja má að dánartölur og tíðni sjúkdóma endurspegli ástandið í þáttíð og nútíð. Hins vegar geta vel skilgreindir áhættuþættir sjúkdóma og slysa í nútímanum haft áhrif á heilbrigði þjóðarinnar í framtíðinni.

Heilsuefling er skilgreind sem ferli sem gerir fólki kleift að hafa betra vald á og að bæta eigið heilbrigði (WHO, 1986). Til að líða vel þarf fólk að geta áttað sig á áhrifavöldum heilbrigðis í umhverfi sínu, uppfyllt þarfir sínar og að vera fært um að geta breytt eða ráðið við aðstæður sínar. Heilbrigði er, samkvæmt þessu, færni til að lifa daglegu lífi en ekki markmið í sjálfu sér. Heilbrigði er jákvætt hugtak með áherslu á mikilvægi einstaklingsbundinna og félagslegra bjargráða ekki síður en líkamlegrar getu. Hugtakið heilsuefling er því víðtækara en bæði starfssvið heilbrigðiskerfisins og heilsusamlegt lífni þar sem það felur einnig í sér almenna vellíðan.

3.1 Heilbrigðisstyrkur

Í heild má segja að íslenska þjóðin hafi aldrei verið hraustari en nú. Þekking hefur rutt ýmsum heilbrigðisógnunum fyrri kynslóða úr vegi með betri aðbúnaði og afkomu, auknu hreinlæti, almenningsmenntun, almannatryggingum, tækni og vísindum. Nýbura- og ungbarnadauði er meðal þess minnsta sem gerist í heiminum og lífslíkur einstaklinga með því lengsta sem gerist. Ýmsum smitsjúkdómum hefur verið útrýmt með lyfjum og bólusetningum. Næringarskort ætti enginn að þurfa að líða. Bættur aðbúnaður og öryggi á vinnustöðum hefur dregið úr slysum í störfum sem áður voru hættuleg. Heilbrigðiskerfið hefur verið talið með því besta sem gerist og er skipulagt með það fyrir augum að vera aðgengilegt og ódýrt fyrir þá sem þurfa á þjónustu þess að halda. Innan þess starfar vel menntað og reynt fólk sem fylgist með því nýjasta og besta sem er völ á hverju sinni á heimsvísu. Íbúar Íslands eiga að hafa alla burði til að lifa heilbrigðu og innihaldsríku lífi.

3.2 Heilbrigðisógnanir, nýjar aðstæður og viðfangsefni

Í kaflanum sem hér fer á eftir er dregin fram sýn fagráðsins um hvaða framtíðarviðfangsefnum heilsugæslunnar sé ástæða til að gefa sérstakan gaum. Sums staðar eru nefndar hugsanlegar lausnir en annars staðar eru viðfangsefnin fyrst og fremst dregin fram til að vekja á þeim athygli.

3.2.1 Hraði, samkeppni og streita

Á síðustu áratugum hefur gætt tilhneigingar til aukinnar einstaklingshyggju og fjálfhyggju í vestrænu samfélagi. Samkeppni um að vera fremstur og bestur er lykilhugtak og kallar á hraða og spennu sem gætir bæði í starfi og einkalífi fólks. Hugmyndir um sam hjálpar verða út undan og þegar verst gegnir afgreiddar sem fáránleg og kostnaðarsöm byrði á samfélaginu.

Afleiðingar hraða og samkeppni endurspeglast m.a. í síaukinni neyslu. Fjölbreytileiki í framboði á vöru, skemmtun og þjónustu knýr á samanburð manna á milli og hvetur til þátttöku í lífsgæðakapphlaupinu. Þessi lífsstíll kostar meiri vinnu og minni tíma til að njóta lífsgæða og til að sinna og rækta tengsl við vini og vandamenn. Þó tækni eigi að léttu nútímamanninum lífið á ýmsan hátt og stytta þann tíma sem áður fór í athafnir t.d. ferðalög og þvotta þá er raunin önnur. Ríkjandi tilhneiging er til að troða sífellt fleiri verkefnum á sama tíma án þess að tillit sé tekið til að ekki verður öllum hlutum flýtt með tækni og vélvæðingu. Það tekur tíma að setja í þvottavélina, mannlíkaminn krefst hvíldar sem fyrr og skýr hugsun er ekki fljótari að fæðast nú en fyrir tíma tæknibyltingarinnar.

Þrátt fyrir aukinn fjölbreytileika á ýmsum sviðum er greinileg fábreytni á öðrum eins og í afþreyingariðnaði. Þetta skapar að vissu leyti menningarlega fíringu og rötleysi m.a. vegna yfirborðsþekkingar á erlendum menningaráhrifum. Afleiðingin er hrein eftiröpun en jafnframt tengslaleysi við eigin menningararfleifið s.s. aðstæður og lífsskilyrði landsmanna fyrir fáum áratugum. Ungt fólk elst upp við gildi og fyrirmyndir sem eru ólík þeim sem foreldrar þeirra, hvað þá afar og ömmur, ólust upp við.

Vinnueftirlitið hefur vakið athygli á vinnutengdri streitu sem veldur andlegri og líkamlegri vanlíðan s.s. verkjum í höfði, maga og stoðkerfi, svefnleysi, kvíða og þunglyndi (Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, 2002). Inni á heimasíðu Vinnueftirlitsins www.vinnueftirlit.is er að finna ráðleggingar um hvernig takast má á við vinnutengda streitu t.d. með því að hjálpa starfsmönnum að greina þá þætti vinnunnar sem eru streituvaldandi.

3.2.2 Breytt samsetning þjóðfélagsins

Íbúasamsetning landsins er að breytast á ýmsan hátt. Dregið hefur úr fæðingartíðni, hlutfallslega fleiri ná háum aldri, fleiri flytja af landsbyggðinni til Reykjavíkur en öfugt og fólk af fjölbreyttum uppruna sest hér að (myndir 1 - 3).

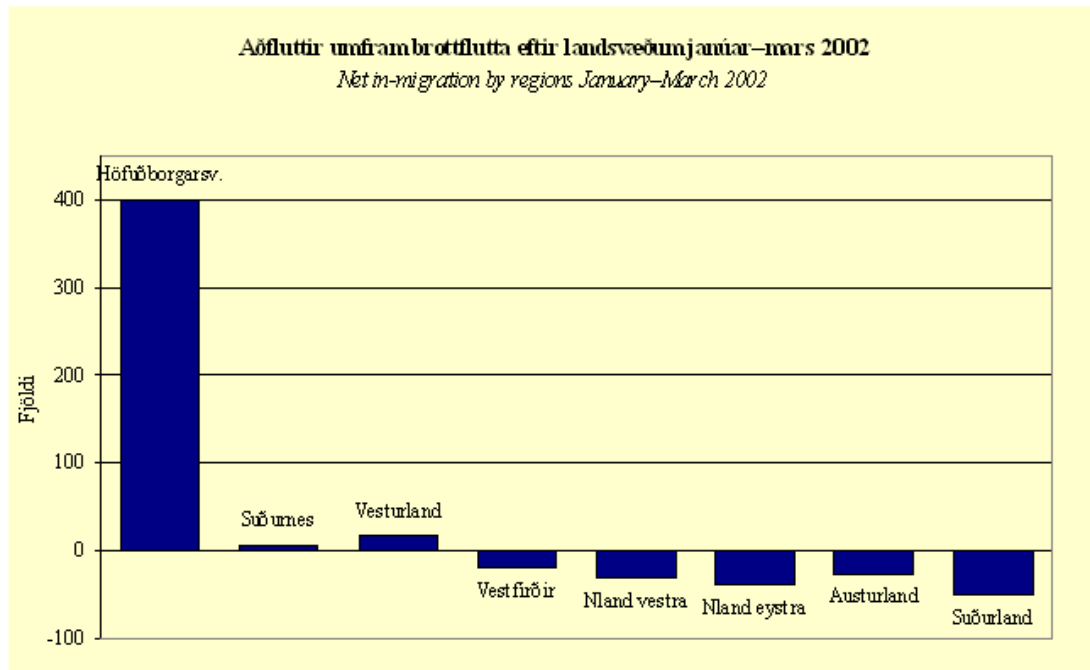
Litríkri mannflóru getur fylgt auðugt mannlíf með nýjum tækifærum og þessar breytingar skapa sífellt ný viðfangsefni sem fela í sér áskorun fyrir stjórnvöld, sveitarfélög, skóla, heilsugæslu og aðrar stofnanir þjóðfélagsins. Fleiri og fleiri lifa með fylgikvillum öldrunar, háðir utanaðkomandi stuðningi við athafnir daglegs lífs. Fólk sem flýst úr litlum bæjarfélögum til höfuðborgarsvæðisins getur átt erfitt með að fóta sig við nýjar og ópersónulegri aðstæður en það hefur vanist. Útlendingar sem setjast hér að þurfa að hefja störf og komast inn í kerfið eins fljótt og hægt er, stundum áður en þeir hafa náð tökum á erfiðu tungumálinu.

Þrátt fyrir fjölbreytta möguleika í samgöngum og tækni til að hafa samskipti við aðra getur fólk einangrast og á það ekki síst við um aðflutta. Ástæðurnar geta verið

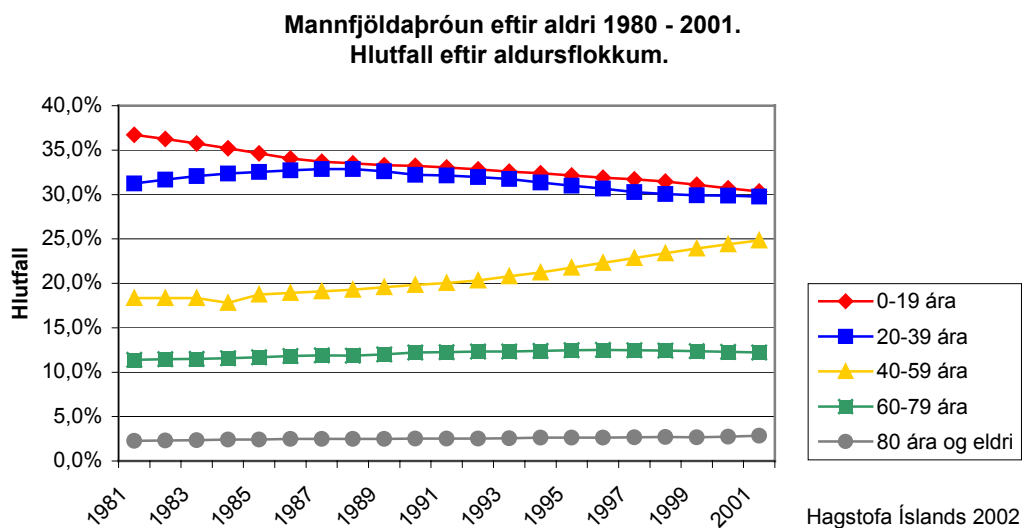
fjölmar, t.d. getur kerfið og tæknin verið of flókin eða óaðgengileg, tungumálið þrándur í götu og mismunandi reynsla, trú og hefðir torveldað tengslamyndun.

Í samfélagi í örri þróun geta nýjar samskiptaleiðir líka valdið vonbrigðum, t.d. koma samskipti um tölvu ekki í staðinn fyrir nánari persónuleg tengsl við vini og vandamenn.

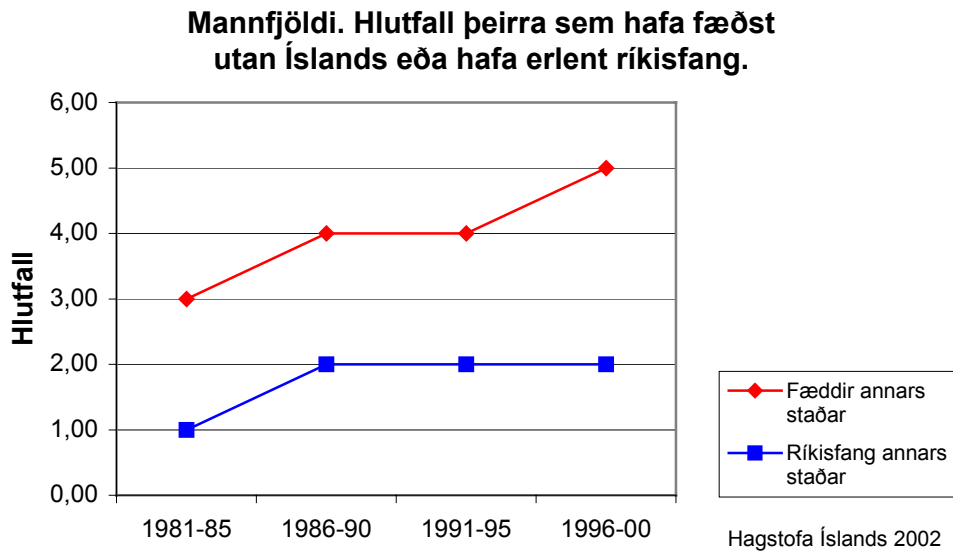
Mynd 1: Aðfluttir/brotfluttir



Mynd 2: Mannfjöldapróun



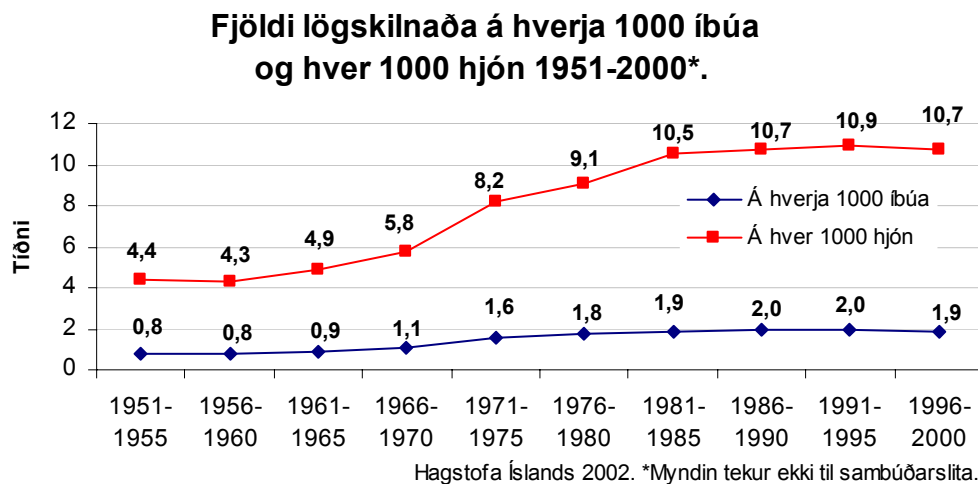
Mynd 3: Hlutfall fæðra utan Íslands eða með erlent ríkisfang



3.2.3 Stjórnleysi, agaleysi og afleiðingar fyrir geðheilsu

Fjölskyldan hefur tekið miklum stakkaskiptum. Fyrir hálfri öld var grunneiningin sem byggðist á heimavinnandi mömmu og útivinnandi pabba, sem fylgdu börnum sínum eftir í uppvextinum, nokkuð traust. Tíðni hjónaskilnaða hefur aukist undanfarin ár (mynd 4). Atvinnuþátttaka kvenna hefur aukist mjög og lífaldur beggja kynja hefur hækkað. Margir mynda fjölskyldur oft en einu sinni á ævinni. Tengsl eru því oft flókin og erfið að höndla, bæði fyrir börn í uppvexti og aðstandendur þeirra. Þessar fjölskyldur leysast oft upp og eru afgerandi áhættuhópur sem þarf oft tímabundna aðstoð (Álfheiður Steinþórsdóttir og Guðfinna Eydal, 2001). Uppalendur eru oft ráðalausir vegna þess að hlutverk þeirra verða óskýr og tíminn með fjölskyldunni rýr. Uppeldi barna hefur í ríkari mæli færst af heimilunum yfir á stofnanir og tólmundastarfsemi. Ábyrgð uppeldisins er eftir sem áður hjá foreldrum sem vegna vinnuálags, óvissu um hlutverk sitt og óljósra siðferðisgilda eiga erfitt með að axla hana (Sigrún Júlíusdóttir, 2001).

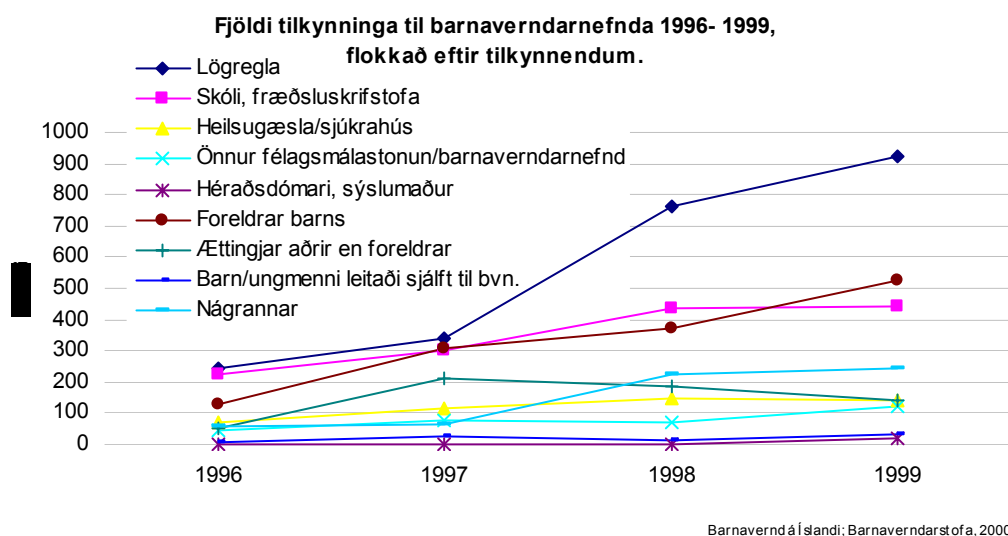
Mynd 4: Lögskilnaður



Starfsfólk skóla og vinnuveitendur kvarta undan almennu agaleysi. Foreldrar treysta sér ekki til að setja börnum sínum mörk, börnin venjast því að fara sínu fram og að fá þarfir sínar og óskir uppfylltar samstundis. Gömul siðferðisgildi eru í uppnámi og marga skortir mælikvarða til að fara eftir í uppeldi. Það er mikilvægt að vera með toppfólkinu, erfitt að skera sig úr, vond örlög og ósigur að vera ekki gjaldgengur í hópnum. Krafan um að vera gjaldgengur skapar álag sem getur leitt til margs konar áhættuáttferlis, en einkum til kvíða, fælni, eineltis, offitu og vímuefnavandamála.

Líta má á vaxandi fjölda einstaklingsgjaldþrota, lögskilnaða, fóstureyðinga og barnaverndarmála sem vísbendingu um að æ fleiri þjóðfélagsþegnar valdi ekki þeim lífsstíl, sem þeir lifa við (mynd 5). Þess ber að geta að samkvæmt Barnaverndarstofu þá hefur markvissari skráning tilkynninga og hækkun sjálfræðisaldurs í 18 ár, árið 1998, haft áhrif á fjölgun tilkynninga (Barnaverndarstofa, 2001).

Mynd 5: Barnavernd



3.2.4 Geðraskanir og andleg vanlíðan

Í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 er áætlað að um 22% Íslendinga eldri en 5 ára þjáist af geðröskunum af ýmsu tagi. Eru þá meðtaldir misnotendur áfengis og annarra vímuefna, þeir sem dvelja á ýmsum stofnunum vegna geðtruflana og öryrkjar af sömu ástæðu utan stofnana. Geðraskanir virðast samkvæmt skilgreiningunni taka til flestra birtingarforma andlegrar vanlíðunar og hegðunarvanda frá alvarlegustu vefrænum geðsjúkdómum til aðstæðubundins kvíða og áfallaviðbragða. Deila má um hvort slík skilgreining þjóni tilgangi til að meta andlegt ástand þjóðarinnar á raunsæjan hátt og hafa til viðmiðunar til að skipuleggja fyrirbyggjandi starf. Eitt af markmiðum í heilbrigðisáætluninni er að dregið verði úr tíðni geðraskana um 10% og að bætt verði aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu og meðferðarúræðum fjölgað. Í þessari skýrslu hefur verið valið að ganga út frá ýmsum áhættuhópum og vandamálum og koma með tillögur um forvarnir, meðferð og rannsóknir eftir því hvað á við hverju sinni til að ná þessu markmiði.

Það er gjarnan flókið samspil milli áhættuþátta sem getur leitt til versnandi heilsufars í samfélaginu. Vitað er að þar koma gjarnan saman líffræðilegir, sálfræðilegir og félagslegir þættir sem allir leggja sitt af mörkum til að kalla fram líkamlega eða andlega heilsubresti. Oft er þunglyndi tekið sem dæmi um vandamál sem hafi marga áhættuþætti en 5 áhættuþættir hafa gjarnan verið tengdir fyrsta þunglyndiskasti. Í fyrsta

lagi að hafa átt þunglynt foreldri, **í öðru lagi** mikið mótlæti eins og ástvinamissir, hjónaskilnaður, atvinnuúmissir og alvarleg líkamleg veikindi, **í þriðja lagi** lítið sjálfstraust og tilhneiging til að finnast maður vera hjálparlaus og vonlaus, **í fjórða lagi** að vera kona og **í fimmta lagi** að vera fátækur (Mrazwk og Haggerty, 1994). Á síðari árum hefur komið æ betur í ljós að ofan nefndir áhættuþættir kvíða og þunglyndis skýrast oftast en ekki af brengluðum samskiptum, sem hafa brotið niður sjálfstraust og sjálfsöryggi einstaklingsins (Kirkenhagen, 2001).

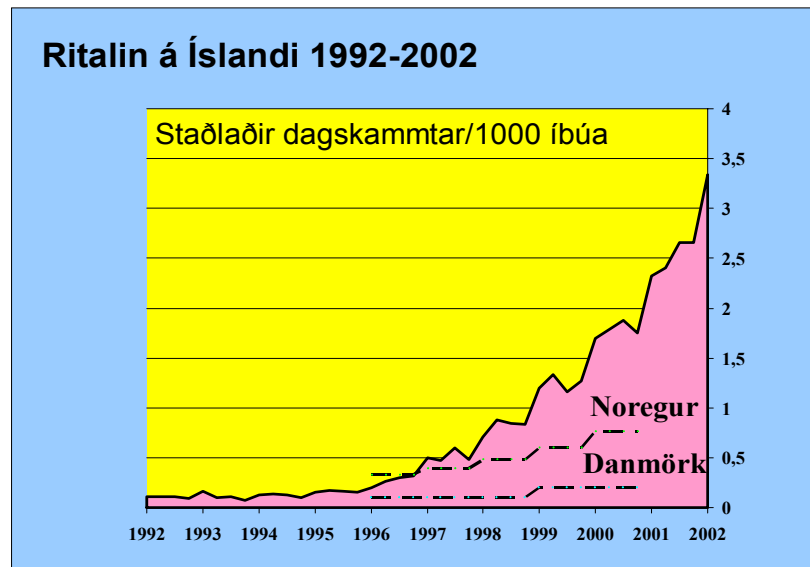
Aðaláhersla við forvarnir á þessu sviði hefur verið að reyna að draga úr tíðni nýrra tilfella sem þjást af andlegri vanlíðan og geðsjúkdómum hvers konar. Oftast er það gert með því að reyna að draga úr áhættuþáttum með almennum forvörnum og fræðslu en einnig með því að beina markvisst starfi að áhættuhópum. Um leið þarf að auka þá þætti sem teljast verndandi, að hægt sé að grípa inn snemma og bjóða upp á aðstoð og stuðning á aðgengilegan, faglegan og fordómalausán hátt (Landlækniseimbættið, 2000). Í vestrænu samfélagi hafa andleg vandamál og geðsjúkdómar löngum verið feimnismál en það viðhorf er þó að breytast og umræðan um geðheilsu að verða opnari. Nú þegar hefur verið hrint í framkvæmd fræðslu- og forvarnarverkefni um geðheilsu og áhrifaþætti hennar á vegum Landlækniseimbættisins, Geðhjálp, geðsviðs Landsspítala Háskólasjúkrahúss og Heilsugæslunar í Reykjavík. Verkefnið nefnist Geðrækt og er markmið þess að auka forvarnir og fræðslu, efla vitund manna um eigin geðheilsu og minnka þá byrði og sársauka sem geðraskanir geta valdið.

Flestar forvarnaaðgerðir hafa beinst að þörfum ungbarna, smábarna, skólubarna og unglunga, enda hefur margoft verið sýnt fram á að líffræðilegir og félagslegir/uppeldislegir þættir í æsku leiða til geðrænna erfiðleika seinna meir án þess að auðvelt sé að sjá skýra orsakabætti. Oft hafa erfiðleikar og ólíkir orsakabættir safnast saman og magnast. Þegar aðgerðum er beint að þessum hópum er oft um tveggja kynslóða forvarnir að ræða, þ.e. áhersla lögð á að ná til foreldra til að fyrirbyggja síðari erfiðleika barna þeirra.

Andleg vanlíðan eftir barnsburð er nokkuð algeng en hefur verið vanmetin. Samvæmt rannsóknnum Mörgu Thome (1999b) má búast við að sjöunda hver kona (14%) finni fyrir þunglyndiseinkennum tveimur til þremur mánuðum eftir fæðingu og er það svipað hlutfall og í öðrum vestrænum löndum. Það samsvarar um 600 konum á ári hér á landi. Ekki hefur tekist að finna neina sérstaka orsök fyrir vanlíðaninni. Innan heilsugæslunnar er víða farið að skima til að greina fæðingarþunglyndi hjá konum (Eygló Ingadóttir, 2002; Marga Thome, 2000; Marga Thome, 1999b). Ef mæðrum ungbarna líður það illa að færni þeirra til að hugsa um barnið sé skert getur það haft áhrif á þroska barna t.d. hvað varðar hæfni þeirra til tengslamyndunar og hegðunar síðar á ævinni. Sömuleiðis reynir fæðingarþunglyndi kvenna mjög á samband þeirra við maka sem geta átt erfitt með að veita stuðning.

Vanlíðan barna á skólaaldri er töluvert umrædd. Stöðugt fleiri eru greind með ofvirkni, hegðunarerfiðleika og þunglyndi og eru í lyfjameðferð vegna þess (mynd 6). Stór hluti barna með ofvirkni er meðhöndlaður með örvandi lyfjum s.s. Ritalini, mun herra hlutfall en á hinum Norðurlöndunum. Þegar framhaldsskólaaldri er náð, er rætt um að of margir hverfi frá námi vegna þunglyndis.

Mynd 6: Ritalin

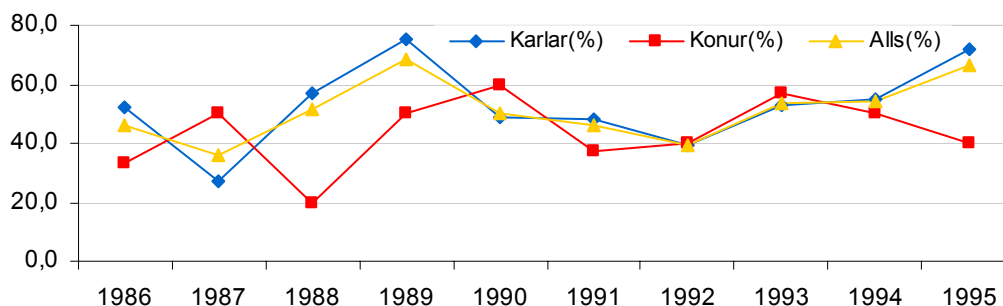


Sérstakt átaksverkefni Landlæknis undanfarin misseri hefur verið varnir gegn sjálfsvígum og eitt af aðalmarkmiðunum í Heilbrigðisáætlun til 2010 er að draga úr tíðni sjálfsvíga um 25%. Það er áhyggjuefni að tíðni sjálfsvíga og sjálfsvígstílauna fer vaxandi á Vesturlöndum þrátt fyrir aukna hagsæld og velferð á flestum sviðum.

Á Íslandi hefur þessarar aukningar einnig gætt og árið 2000 féllu 52 fyrir eigin hendi. Það samsvarar 18,6 á 100 þús. íbúa og er hátt hlutfall miðað við t.d. í Bretlandi (Brynjólfur Ingvarsson, 1999). Á árabílinu 1984 - 1991 vöktu hlutfallslega tíð sjálfsvíg ungs fólks á Austurlandi óhug (Wilhelm Norðfjörð, 2001). Á árunum 1990 - 1994 fjölgaði sjálfsvígum ungra karlmannna hér á landi og voru sjálfsvíg önnur algengasta dánarorsök karlmannna á aldrinum 15 - 24 ára á þessu árabíli (Alþingi, 1996) (mynd 7).

Mynd 7: Sjálfsvíg

Hlutfall neyslutengdra sjálfsvíga af heildarfjölda sjálfsvíga 1986-1995. Og kynjaskipting neyslutengdra sjálfsvíga.



Guðrún Þórisdóttir. Voveifleg dauðsföll tengd ávana- og fíkniefnum 1986-1995.

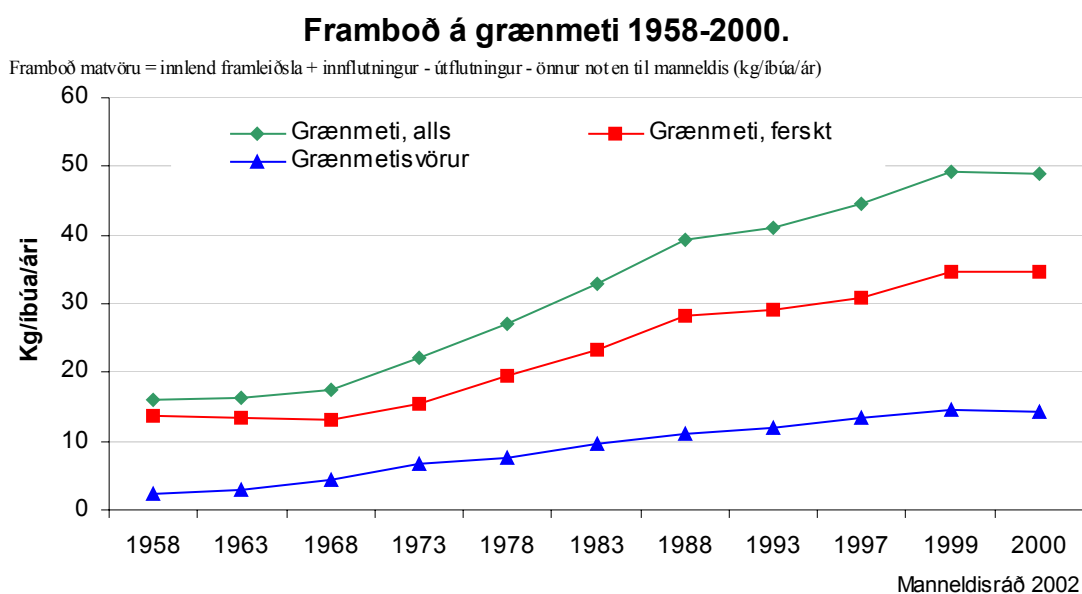
Nýleg rannsókn á tíðni sjálfsvígstílauna íslenskra ungmenna sem gerð var árið 2000 í íslenskum framhaldsskólum leiddi í ljós að 7,3% nemenda (9,0% stúlkna og 5,3%

drengja) sögðust hafa einhvern tíma gert sjálfsvígstílaun. Tíu árum áður sögðust 4,5% nemenda (5,1% stúlkna og 3,9% drengja) hafa reynt að taka eigið líf. Í rannsókninni komu fram afgerandi áhættuþættir sem tengdust sjálfsvígstílaunum, einkum félagsleg einangrun og vímuefnaneysla (Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 2002).

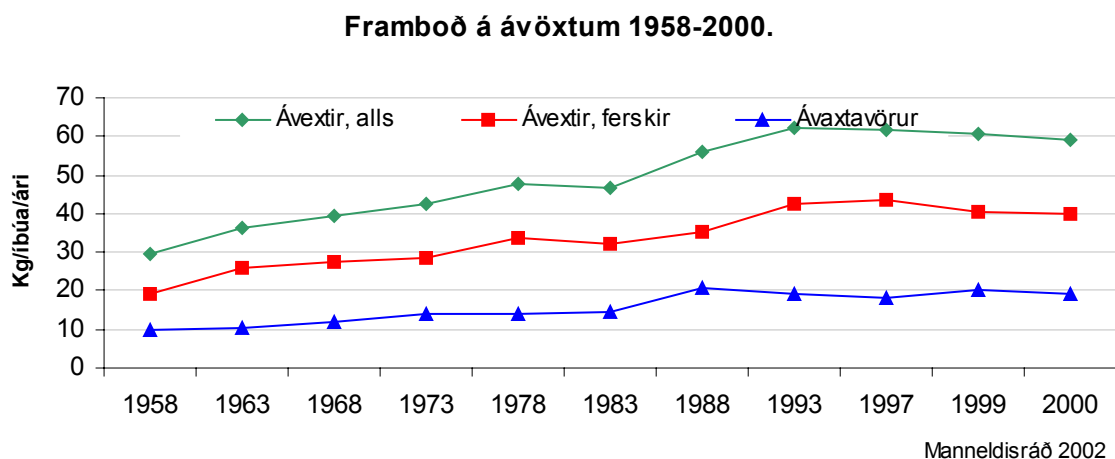
3.2.5 Mataræði - Ofgnótt og átröskun

Matarvenjur landsmanna hafa breyst mikið undanfarna áratugi. Úrval matvara hefur aukist í matvöruverslunum og fjölbreytt matargerð með áhrifum frá ýmsum löndum hefur leyst þverskorna ýsu og súpukjöt af hólmi. Að mörgu leyti hefur þessi breyting orðið til góðs: Neysla grænmetis og ávaxta hefur t.d. aukist verulega og hörð fita í fæðu landsmanna hefur minnkað, sem hefur leitt til lækkunar á kólesteróli í blóði og minnkað áhættu hjarta- og æðasjúkdóma (Laufey Steingrimsdóttir o.fl., 2003; Nikulás Sigfússon o.fl., 2001; Manneldisráð 2003) (myndir 8 - 10). Á hinn bóginn hefur aukið framboð skyndibita og gosdrykkja, ágeng markaðssetning orkuríkrar fæðu, ásamt óreglulegu fæðumynstri þar sem fjölskyldumáltíðir eiga undir högg að sækja, haft slæmrar afleiðingar fyrir mataræði og holdafar. Það verður æ erfiðara að forðast ofneyslu þegar framboð af alls kyns orkuríkum og girnilegum mat eykst stöðugt og auglýsingar um sælkerafæði dynja á sjónvarpsáhorfendum jafnt sem lesendum dagblaða. Hvers kyns ofneysla og ofgnótt er tvímælalaust stærsti vandi íslenskra neytenda nú um stundir.

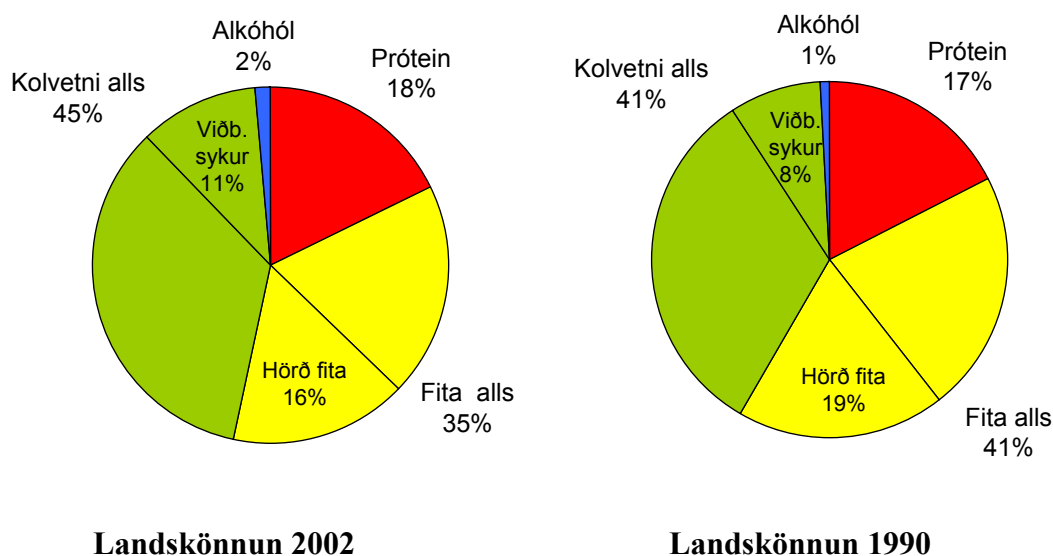
Mynd 8: Grænmeti



Mynd 9: Ávextir



Mynd 10: Hlutföll orkuefna í fæðu landsmanna, 2002 og 1990

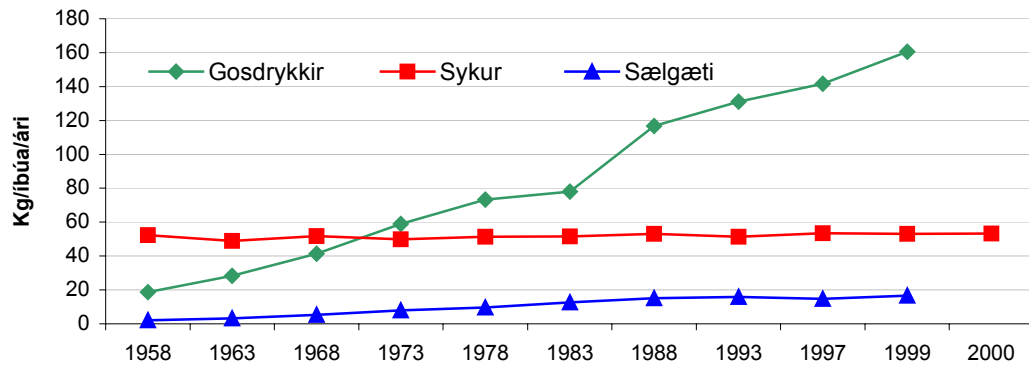


Manneldisráð 2002

Gosdrykkir og sætindi eru á boðstólum í sífellt stærri pakkningum og skömmtum og þessar vörur fylgja jafnframt í kaupbæti með skyndibitum þar sem hvatt er til meiri og meiri neyslu. Fyrir á þessu ári var kynnt ný landskönnun á mataræði en sambærileg könnun var síðast gerð árið 1990. Niðurstöðurnar sýna m.a. gífurlega neyslu gosdrykkja, einkum meðal ungra pilta sem drekka tæpan lítra af gosi á dag að jafnaði. Stúlkurnar drekka heldur minna af gosi en strákar eða um hálfan lítra á dag. Ungt fólk í öðrum Evrópulöndum kemst yfirleitt ekki í hálfkvisti við íslensk ungmenni hvað neyslu gosdrykkja varðar. Sykurneyslan er að sama skapi óhófleg, en meira en helmingur af öllum viðbættum sykri í fæði pilta kemur úr gosdrykkjum einum saman. (Laufey Steingrimsdóttir o.fl., 2003). Eins hefur sælgætisneyslan aukist en mjólk og mjólkurvörur eru á hröðu undanhaldi (myndir 11 - 13). Nú er svo komið að kalk í fæði ungra stúlkna er töluvert undir ráðleggingum að meðaltali, en fram til þessa hefur kalkneysla verið hér óvenju rífleg (Laufey Steingrimsdóttir o.fl. 1991 og 2003).

Mynd 11: Gosdrykkir og sælgæti

Framboð á gosdrykkjum, sykri* og sælgæti 1958-2000.

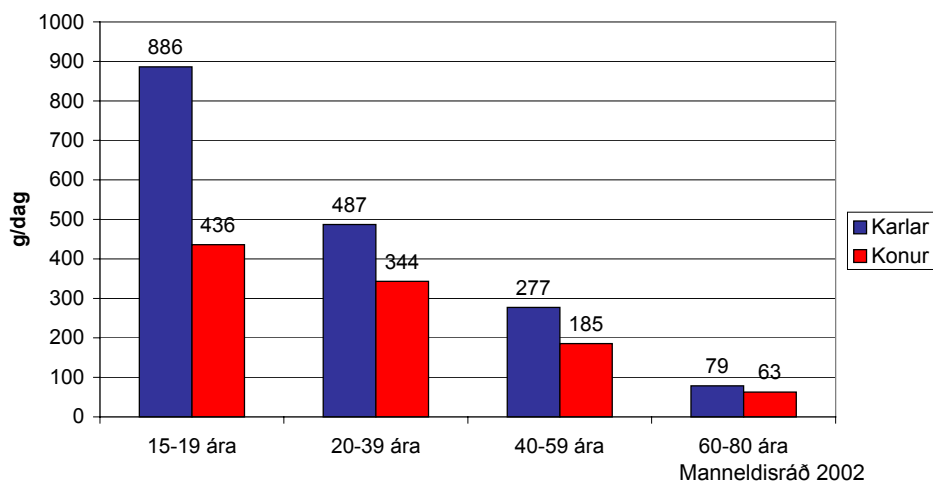


*Meðtalinn er sykur í matvöru t.d. gosdrykkjum, sætindum og kexi.

Manneldisráð 2002

Mynd 12: Gos- og svaladrykkir, Landskönnun 2002.

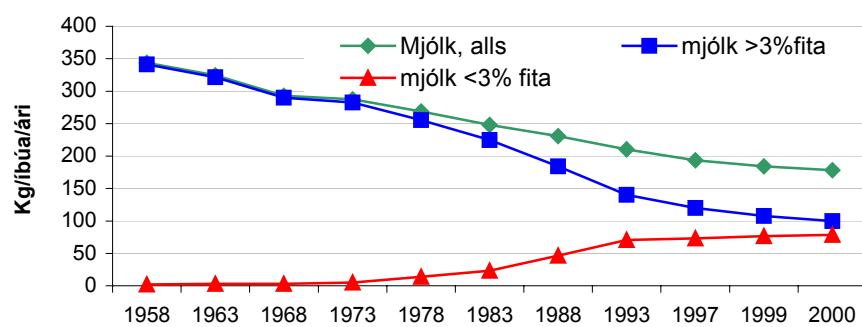
Meðalneysla á gos- og svaladrykkjum eftir aldri og kyni



Manneldisráð 2002

Mynd 13: Mjólk

Framboð á mjólk 1958-2000.

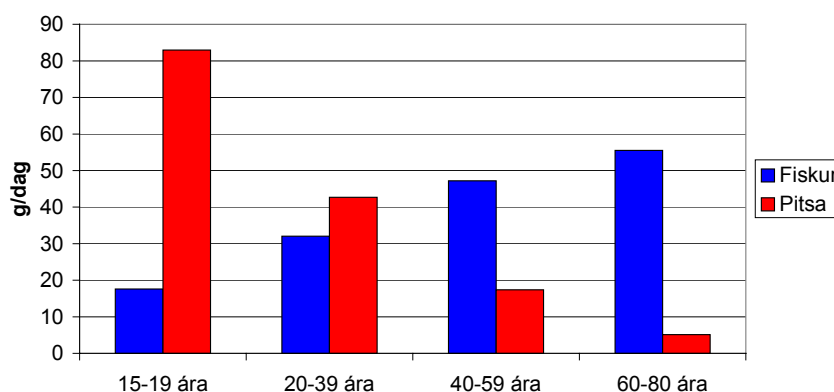


Manneldisráð 2002.

Ein dapurlegasta niðurstaða nýafstaðinnar könnunar varðar þó fiskinn. Í landskönnun á mataræði árið 1990 mældist fiskneyslan hér hærrí en í nokkru öðru Evrópulandi en á aðeins 12 ára tímabili hefur hún hrpað um þriðjung og nálgast nú það sem gerist og gengur í mörgum löndum Evrópu. Segja má að pitsan hafi tekið við af fiskinum sem þjóðarréttur ungra Íslendinga sem borða tæplega fimm sinnum meira af pitsu en fiski (mynd 14). Þessi breyting á mataræðinu getur haft afdrifarík áhrif á heilsu landsmanna í framtíðinni þar sem fiskur er mikil heilsuvörn, ekki síður en grænmeti og ávextir, og minnkar m.a. líkur á hjarta- og æðasjúkdómum (Hu og Willett, 2002). Samfara minni fiskneyslu hefur joð úr fæði ungs fólks lækkað svo mjög að ástæða er til að kanna hvort ástæða sé til að joðbæta hér salt eða aðra matvöru eins og víða er gert í nágrennalöndum, en fram til þessa hefur joðneyslan verið óvenju há á Íslandi þar sem fiskur er ein helsta uppspretta joðs í fæðunni.

Mynd 14: Fiskur og pitsa, Landskönnun 2002

Fiskur og pitsa eftir aldri



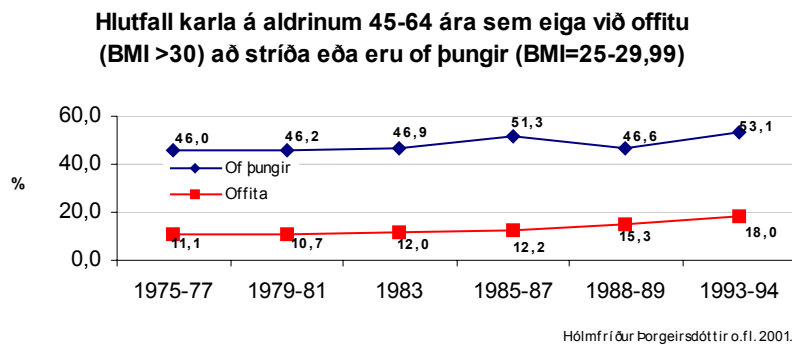
Vélar og tækni hafa víða breytt líkamlega erfiðri vinnu í kyrrsetuvinnu og fólk ver sífellt meiri tíma sitjandi, m.a vegna notkunar tölva við vinnu og tómsundur. Jafnvel þótt margir stundi líkamsrækt í frístundum vegur sú hreyfing yfirleitt ekki upp á móti langvinnri setu við dagleg störf, akstur og sjónvarpsgláp. Það láist að draga úr matarskammtinum til jafns við minni hreyfingu. Nútímamanninum hættir því til að hlaupa í spik og það eykur hættuna á að fá hjarta- og æðasjúkdóma, stoðkerfisvandamál ýmiss konar og sykursýki.

Tíðni sykursýki fer ört vaxandi víða um heim samfara aukinni líkamsþyngd og offitu. Hér á Íslandi varð þó ekki vart aukningar í sykursýki II á árunum 1967-91 (S. Vilbergsson o.fl., 1997) þrátt fyrir mikla aukningu í tíðni offitu á tímabilinu, en samkvæmt rannsókn Hólmsfríðar Þorgeirsdóttur og félaga (2001) varð nánast tvöföldun á tíðni offitu meðal fullorðinna Reykvíkinga á árunum 1975-1994 (myndir 15 og 16). Sykursýki er mun fátíðari hér á landi en í nágrennalöndum, og á það bæði við sykursýki I og II og benda rannsóknir til að orsakanna sé að leita í mataræði Íslendinga eða öðrum umhverfisþáttum fremur en í arfgerð (Inga Þórsdóttir og Ólafur Reykdal, 1997). Samkvæmt upplýsingum frá göngudeild fyrir sykursjúka við Landspítala-háskólasjúkrahús eru þó sterkar vísbendingar um að síðustu ár hafi orðið veruleg aukning á nýgengi sykursýki hér á landi þar sem heimsóknum á deildina hefur fjölgað mjög.

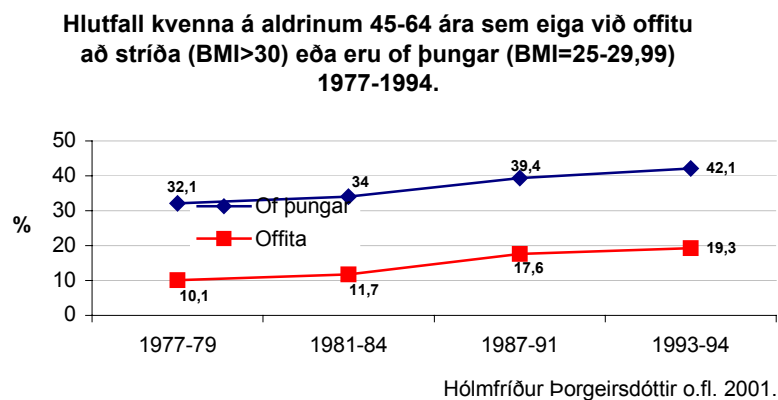
Holdafar og næringarástand starfsfólks fyrirtækja getur að nokkru leyti mótast af úrvali þess matar sem er í boði í mótuneytum (Reynir Þorsteinsson o.fl., 1994). Víða er misbrestur á því að vel sé hugað að næringu þeirra sem borða í starfsmannamótuneytum.

Könnun Manneldisráðs árið 1990 sýndi t.d. að heitur matur sem framreiddur er í mótuneytum er að jafnaði feitari en sá sem matreiddur er heima.

Mynd 15: BMI karlar



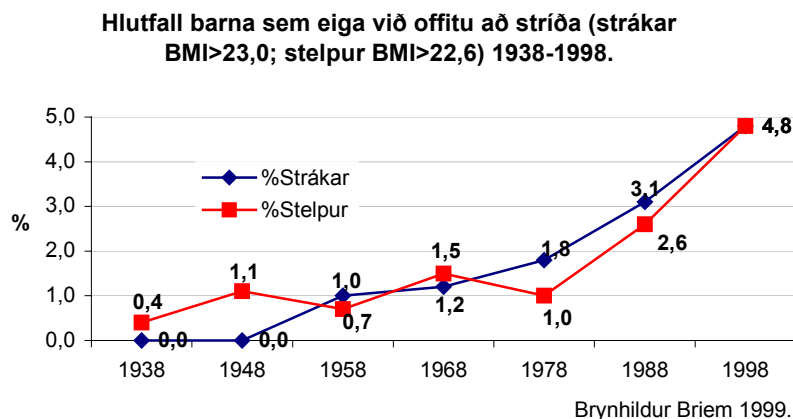
Mynd 16: BMI konur



Næringu og aðbúnaði barna í grunnskólum og framhaldsskólum er enn ábótavant. Skóladagurinn hefur lengst og því er brýnni þörf fyrir staðgóða máltíð í hádeginu í skólanum. Unnið er að úrbótum í matarmálum grunnskólabarna í Reykjavík og víðar en mikið skortir á að þörfum barna og unglinga sé nægilega vel sinnt að þessu leyti.

Börn og unglingar eiga erfitt með að hemja sig í gósenlandi sælgætis og skyndibita annars vegar og fyrir framan skjái afþreyingariðnaðarins hins vegar. Rannsóknir sýna að offita er yfirvofandi heilbrigðisvandamál meðal barna og unglinga ekki síður en fullorðinna hér á landi (Brynhildur Briem, 1999) (mynd 17). Hollur matur í skóla er mikilvæg forvarnaraðgerð gegn offitu og sætindaáti barna og unglinga, auk þess sem góð máltíð bætir skólustarf og starfsgetu nemenda.

Mynd 17: BMI börn



Á hinn bóginn leggja sum ungmenni allt í sölurnar til að standast allar hugsanlegar samtímakröfur um frammistöðu. Ungum stúlkum er mikið í mun að líta vel út og fyrirmyndirnar eru örgrannar fyrirsætur tískuiðnaðarins. Það krefst mikils sjálfsaga og afneitunar hjá venjulega byggðum stúlkum að verða jafngrannar og fyrirmyndirnar. Það færast einnig í vöxt að unglingsstúlkur svelti sig þannig að þær beri skaða af eða leiðist út í neyslu vímuefna til að deyfja hungurtilfinningu (Sigrún Þorsteinsdóttir og Sigrún Ása Þórðardóttir, 2000; Helga Haraldsdóttir og Ragnhildur Inga Guðbjartsdóttir, 1999). Átraskanateymi geðdeildar Landspítala-háskólasjúkrahúss tók til starfa í janúar 2001 en starfsemi þess hefur ekki verið auglýst út fyrir stofnunina. Í ársskýrslu teymisins kemur fram að fyrsta starfsárið bárust 50 tilvísanir sem flestar komu á einhvern hátt í gegnum geðdeild sjúkrahússins. Af þeim mættu 47 í greiningarviðtal. Um var að ræða 45 konur og 5 karla og var meðalaldur þeirra 24,5 ár. Tíu reyndust vera með alvarlegt lystarstol sem krafðist innlagnar (Landspítali-Háskólasjúkrahús, 2002). Í könnun Rannsóknar og greiningar (2002) meðal 16 - 20 ára framhaldsskólanema árið 2000 kemur fram að um það bil helmingur stúlkna á þessu aldursbili hafði farið í megrun síðustu 12 mánuði fyrir framkvæmd könnunarinnar.

Alls kyns fæðubótarefnum, próteindrykkjum og næringarblöndum er einnig haldið mjög að unglíngum og ungu fólki, ekki síst á líkamsræktarstöðvum og í íþróttþjálfun. Auglýsinga- og sölumennska ræður hér ferðinni fremur en vísindaleg eða lækisfræðileg þekking. Ástæða er til að vara við þessari þróun þar sem hún getur stuðlað að ofneyslu einstakra efna og hugsanlega leitt til skaðlegra aukaverkana, jafnvel lífshættulegra.

Ungt fólk hefur margt fengið litlar leiðbeiningar eða þjálfun í matargerð og gerir sér takmarkaða grein fyrir gildi fjölbreyttrar næringar. Um og eftir fæðingu fyrsta barns eru foreldrar gjarnan áhugasamir og móttækilegir fyrir fræðslu um holla lífshætti. Á þeim tímamótum er mikilvægt að hafa aðgang að góðri fræðslu og leiðbeiningum um hollt og gott mataræði fyrir barnafjölskyldur.

Fátt bætir lífsgæði á efri árum til jafns við góða heilsu og þar geta lífshættir á borð við gott mataræði og holla hreyfingu skipt sköpum. Eftir því sem árin færast yfir aukast líkur á sjúkdómum og notkun lyfja og þörf fyrir heilbrigðis- og félagsþjónustu eykst að sama skapi. Sykursýki gerð II, háþrýstingur og beinþynning eru dæmi um algenga sjúkdóma og heilsuþrengingum meðal aldraðra þar sem hollt mataræði og hreyfing kemur við sögu. Margt eldra fólk býr einsamalt og áhugi og færni við matseld dvínar við slíkar aðstæður. Næringarskortur gerir því oftast vart við sig meðal aldraðra en í öðrum aldursþópum. Heimsendur matur kemur þar mörgum að gagni en miklu máli skiptir að þar sé hollur matur á ferðinni og ekki verið að dreifa mat sem ekki er við hæfi þessa hóps. Gæðastaðlar fyrir slíkar máltíðir jafnt sem fyrir mat á dvalarstofnunum væri ráð til að tryggja að sá matur sem öldruðum stendur til boða sé bæði heilsusamlegur og lystugur.

3.2.6 Kyrrseta og skorpupjálfun

Nú á tímum er lítið á hreyfingarleysi sem alvarlegt heilsufarsvandamál á Vesturlöndum og víðar (Ekblom og Ekblom, 2000; Pétur Pétursson, 1995). Bráðabirgðagögn úr rannsókn Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) á áhættuþáttum benda til þess að kyrrseta sé meðal tíu algengustu dánarorsaka og orsaka fötunar í heiminum (WHO, 2002). Hreyfingarleysi veldur meira en tveimur milljónum dauðsfalla í heiminum á ári. Af fullorðnu fólki í löndum heims eru 60%-85% sem hreyfa sig ekki nægilega til að það gagnist heilsu þeirra. Nægar vísindalegar sannanir benda þó til þess, að reglubundin hreyfing með miðlungsálagi sé virk forvörn og jafnvel hluti meðferðar gegn hjarta- og æðasjúkdómum, s.s. kransæðastíflu, heilablóðfalli, æðaprengslum í fótum og háþrýstingi. Einnig vinnur slík hreyfing gegn beingisnun og þar með beinbrotum aldraðra,

bakverkjum, ýmsum gigtarsjúkdómum og sumum tegundum krabbameina. Auk þess eykur slík þjálfun vellíðan, þol og færni, heldur þyngdinni í skefjum og seinkar því að fólk verði öðrum háð sökum öldrunar (Bouchard, Shephard og Stephens, 1994; Fletcher o.fl., 1995; Vuori og Fentem, 1995; Thune og Forberg, 2001). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur spáð fyrir um aukna tíðni þunglyndis á næstu tveimur áratugum (Murray og Lopez, (1996). Því eru vísbendingar um að reglubundin hreyfing geti dregið úr þunglyndi og kvíða mjög mikilvægar (Dunn, Trivedi og O'Neal, 2001; Kull, 2002).

Af Íslendingum á aldrinum 20-80 ára sem spurðir voru um heilsu, þrek og hreyfingu vorið 1997 sögðust 25% hreyfa sig reglulega árið um kring en önnur 19% sögðust aldrei fara út að hreyfa sig. Um 56% svarenda hreyfa sig bara af og til en mikill meiri hluti þeirra hefur hug á að hreyfa sig meira og reglulegar (Þórarinn Sveinsson og Svandís Sigurðardóttir, 1997).

Í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 er eitt markmiðið að „allur þorri fólks sé líkamlega virkur í frítíma sínum, iðki viðeigandi líkamspjálfun sem samsvarar 30 mínútna langri göngu a.m.k. fimm sinnum í viku” (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000). Það markmið samræmist markmiðum WHO og bandarískra heilsustofnana (ACSM og CDC) sem reikna með 30 mínútna daglegri hreyfingu á miðlungsálagi sem lágmarkshreyfingu til að koma í veg fyrir sjúkdóma (Pate o.fl., 1995).

Ætla má að Íslendingar séu misvel upplýstir um hreyfingu og þau heilsubætandi áhrif sem hún hefur, þrátt fyrir hvatningarátak af ýmsu tagi af hálfu heilbrigðisyfirvalda og annarra (t.d. Grænn lífsseðill, Heilsan í brennidepli, o.fl.). Til að koma á mótis við þann stóra hóp Íslendinga sem hreyfir sig of lítið, þurfa upplýsingar, hvatning og almenningráðgjöf um heilsubætandi hreyfingu að vera aðgengilegar fyrir alla, árið um kring. Brýnt er að samhæfa krafta þeirra aðila sem vinna að þessu marki.

En hreyfing snýst ekki eingöngu um hegðun einstaklinga. Ýmis ytri skilyrði, s.s. skortur á gangstígum eða almenningsgörðum, íþrótt- og tómsundaaðstöðu, geta verið hindrun þegar fólk ætlar sér að stunda einhvers konar hreyfingu. Forvarnir eru þess vegna áskorun sem stjórnvöld þurfa að takast á við engu síður en einstaklingarnir sjálfir (WHO, 2002).

Samkvæmt flestum könnunum er tímaskortur aðalástæðan fyrir of lítilli hreyfingu (Nieman, 1998). Það bendir til þess að fólk þyrfti að geta fléttað hreyfingu sína inni daglegt líf (svokölluð lífsstílshreyfing). Dæmi um þetta er að ganga eða hjóla í vinnuna og í búðir, vinna húsverkin, gæta barna, ganga stiga og jafnvel „funda á ferð” í hádeginu (Gordon, Kohl og Blair, 1993; Marttila, Laitakari, Nupponen, Miilunpalo og Paronen, 1998). Eins og fram kemur á mynd 18 (WHO, 2002) er á marga vegu hægt að ná jákvæðum áhrifum á heilsuna svo framarlega sem samanlögð dagleg hreyfing varir a.m.k. hálf tíma (má vera samfelld eða sundurslitin). Lífsstílshreyfing og önnur hreyfing af miðlungsákefð (samsvarar röskri göngu) er líklegri til að vera stunduð reglubundið og til langs tíma heldur en áreynslumeiri hreyfing (Gordon o.fl., 1993). En ástundunin er einmitt svo mikilvæg til þess að bæta heilsuna og skapa vellíðan og eru því þessar nýlegu ráðleggingar um daglega hreyfingu vænlegar til þess að herra hlutfall vestrænna borgara fari að hugsa sér til hreyfings.

Mynd 18: Ávinningur hreyfingar (WHO, 2002)



Það sem sveitarfélög, önnur yfirvöld og hönnuðir geta gert til að auðvelda íbúunum að ástunda reglulega hreyfingu í daglegu amstri er m.a.: að láta stigaganga í byggingum vera aðlaðandi og blasa vel við fólki; sjá til þess að nóg sé af útivistarsvæðum og æfingaaðstöðu fyrir alla; leggja göngu- og skokkstíga og hjólreiðabrautir o.fl. (Nieman, 1998). Í því sambandi má benda á hversu almennar hjólreiðar við öruggar aðstæður eru vænleg aðferð til að draga úr bílanotkun, orkusóun og mengun.

Í nýrri ástralskri rannsókn kom fram að fólk stundar frekar göngur ef stígarnir liggja um fallett umhverfi í borgum eða bæjum og ef þeir eru tiltölulega nálægt heimilinu (Ball, Bauman, Leslie og Owen, 2001). Einnig skipti máli að ganga með öðrum eða hafa gæludýr með í för. Ekki er ólíklegt að það sama eigi við hér í norðrinu, allavega er nóg af fallegu umhverfi og sveitarfélög ættu að halda áfram á þeirri braut að leggja göngu- og hjólreiðastíga og hafa þá vel lýsta.

Ástæða er til að vara við þeim ofstækisfullu þjálfunarskorpum, sem fólk tekur þegar samviskan fer að naga það, því fáir hafa úthald til lengdar í líkamsþjálfun af mikilli ákefð (stundum kallað „fitubrennsla“ í auglýsingum). Þetta reynist því oftast árangurslítill megrunaraðferð en getur aftur dregið dilk á eftir sér með meiðslum. Þá má nefna margvísleg stoðkerfisvandamál sem keppnisíþróttafólk skapar sér með kappi sínu, einkum þegar miklir fjármunir eru í húfi (mynd 18). Vítavert má teljast að meiddir íþróttamenn skuli keyrðir áfram til hins ýtrasta með deyfingarsprautum og sterum til að klára ákveðin íþróttamót eða keppnistímabil.

Margir eru farnir að hafa áhyggjur af hreyfiþroska barna í dag, en þau virðast hreyfa sig mun minna en áður vegna breyttra þjóðfélagshátta og áhugamála (tölvur,

sjónvörp). Eins og fram kemur í kafla 3.2.5. hér að framan er offita yfirvofandi heilbrigðisvandamál meðal barna og unglinga ekki síður en fullorðinna hér á landi.

Á ráðstefnu um hreyfingarleysi og offitu sem haldin var í Reykjavík í mars 2002 kom fram að allmargar (flestar litlar og afmarkaðar) rannsóknir á líkamshreysti og sjálfskráðar kannanir á hreyfingu hafa verið gerðar á börnum og unglingum hérlandis sl. 20 ár (Þórarinn Sveinsson, 2002). Hins vegar er hvort tveggja (þ.e. líkamshreysti og hreyfing) yfirleitt ekki kannað samtímis, og engar rannsóknir mæla beint hreyfingu eða lífsstíl barna og unglinga. Nú er þó í undirbúningi ný rannsókn sem er þverfaglegt samstarfsverkefni Kennaraháskóla Íslands og Háskóla Íslands á heilsufarsástandi 9 ára íslenskra barna (Erlingur Jóhannsson, 2002). Athugað verður líkamsástand, lífnaðarhættir og hreyfimyntur barnanna og niðurstöður notaðar til að gera fyrirbyggjandi aðgerðir markvissari og auðvelda skipulagningu forvarnarstarfs. Dæmi um hagnýtar niðurstöður úr hliðstæðri finnskri rannsókn sem kynnt var á ráðstefnunni, sýnir að foreldrar hafa áhrif á hreyfingu og holdafar barna sinna og móðirin mun meiri en faðirinn (Fogelholm, 2002). Samkvæmt því er ástæða til að leggja áherslu á fjölskylduna þegar hvatt er til heilsuþættandi hreyfingar eins og Landlæknisembættið hefur einmitt gert.

3.2.7 Fíkn og víma

Það er markmið Evrópuþjóða WHO, „*Health 21, HFA in the 21st Century*”, að 80% íbúa Evrópu, 15 ára og eldri, verði reyklausir árið 2015 enda eru reykingar algengasta ástæðan fyrir ótímabærum dauðdaga af völdum fyrirbyggjanlegra sjúkdóma í heiminum.

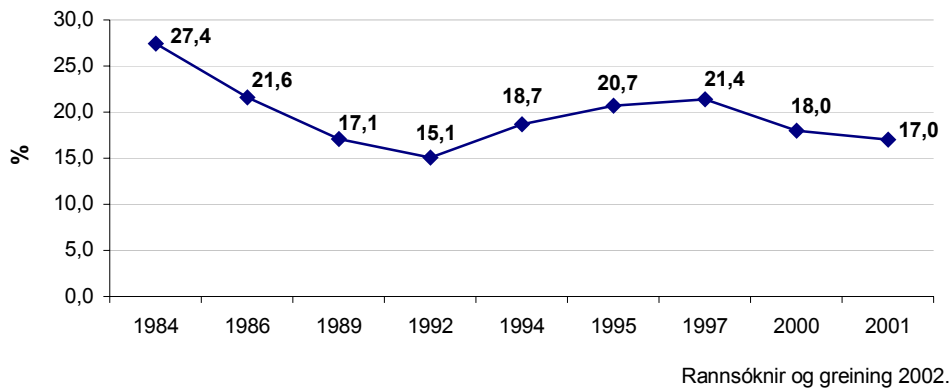
Reykingar eru flókið ferli félagslegra þátta, ímyndar og nikótínfíknar. Til að ná árangri í tóbaksvörnum þarf að sækja fram á mörgum vígstöðvum, það er ekki nein töfraaðferð þekkt. Þrátt fyrir það er s.k. „de-normalisering“ eða afnæming, sem felst í því að breyta viðhorfum einstaklinga til reykinga, öðrum aðferðum mikilvægari. Forsenda hennar er að almenningur láti í sér heyra og að einstaklingar sætti sig ekki við reykingar við aðstæður sem þeir hafa stjórn á.

Tóbaksreykingar valda um 400 ótímabærum dauðsföllum á Íslandi á ári. Flestir gera sér grein fyrir því að reykingarmaðurinn er útsettur fyrir krabbameini, hjarta- og æðasjúkdómum og ýmsum fleirum kvillum. Að auki inniheldur tóbaksreykur meira en 4000 efni sem mörg eru krabbameinsvaldandi. Óbeinar reykingar valda einnig dauðsföllum og ýmsum öðrum vandamálum hjá þeim sem eru útsettir fyrir þeim, s.s. eyrnabólgu hjá börnum og öndunarferavandamálum hjá öllum aldurhópum.

Fjöldi þeirra sem deyr af völdum reykinga á Íslandi er sambærilegur við að árlega færust tvær Boeing 757 þotur. Það er því ástæða fyrir heilbrigðisstarfsfólk að taka upp merki tóbaksvarna.

Árangur af tóbaksvarnaráttunni á Íslandi er nokkuð góður í samanburði við önnur lönd. Hlutfall daglegra reykinga meðal 18-69 ára var 40% árið 1985 en 25,5% árið 2001 (Ársskýrsla Tóbaksvarnanefndar, 2001). Fróðlegt er að skoða þróun reykinga á þessu tímabili. Verulegur árangur náðist upp úr 1985, þegar ný tóbaksvarnalög voru sett og fjármagn til tóbaksvarna skilgreint. Við lagabreytingu 1996 voru lögin hert og fjármagn til tóbaksvarna fjórfaldað og má aftur sjá verulegan árangur. Sá árangur hefur haldist síðan með um 1% samdrætti í daglegum reykingum en heldur meiri samdrætti í innfluttu tóbaki. Umfang áróðurs og aukin umfjöllun um tóbak hefur því greinileg áhrif á fjölda þeirra sem reykir (mynd 19).

Daglegar reykingar nemenda í 10. bekk 1984-2001.



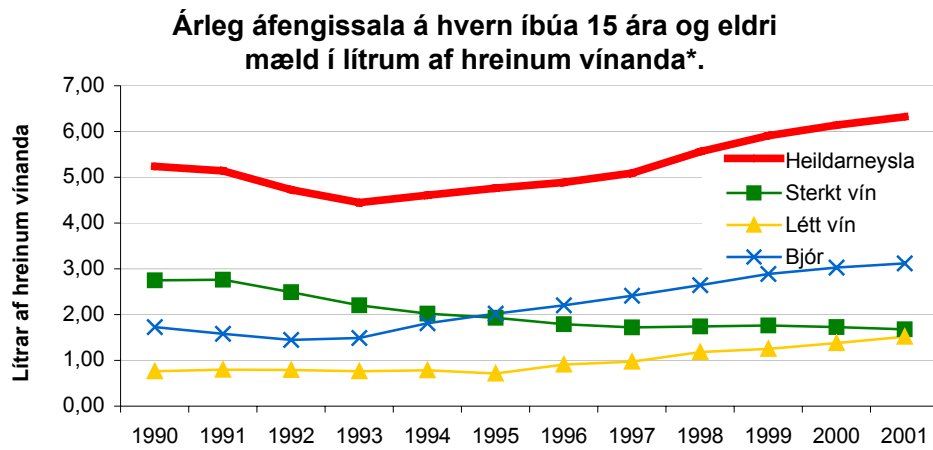
Gro Harlem Brundtland forstjóri WHO hefur sagt að ýmsar þjóðir séu búnar að ná vissum árangri innanlands og þær nái tæplega lengra án þess að alþjóðasamfélagið taki sig á og samræmi tóbaksvarnir. Í framhaldi af þessum orðum hófst vinna við að semja alþjóðasáttmála um tóbaksvarnir. Aðildarþjóðir WHO, um 200 þjóðir, hafa hist tvisvar á ári síðan árið 2000 til að semja um þennan alþjóðasáttmála og er reiknað með að þessu starfi ljúki vorið 2003.

Tóbaksvarnir hafa síðan 1996 einkum miðað að því að ná samstarfi við sem flesta aðila í þjóðfélaginu með áherslu á jákvætt viðhorf og hefur orðið töluvert ágengt. Verkefni tóbaksvarna eru næg til næstu ára. Við erum vissulega komin nálægt markmiði Evrópuþjóða WHO um að 80% 15 ára og eldri séu reyklausir, en í dag er hlutfall 15-89 ára daglegra reykingamanna og -kvenna á Íslandi 22,9%. Í sérhverju samfélagi virðist vera ákveðinn þröskuldur sem erfitt er komast yfir þannig að erfitt gæti reynst að komast niður fyrir núverandi reykingarhlutfall. Til að ná markmiðinu gæti skipt máli ef hið opinbera niðurgreiddi lyf við tóbaksfíkn.

Í heilbrigðisáætlun fram til 2010 (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000) eru sett fram tvö markmið í áfengis- og vímuefnum. Annars vegar að áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru. Hins vegar að dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 25%.

Misnotkun áfengis- og ólöglegra vímuefna er vaxandi vandamál í flestum vestrænum löndum. Samkvæmt könnun sem IMG-Gallup framkvæmdi fyrir áfengis- og vímuefnaráð haustið 2001 hafa rúmlega 90% landsmanna neytt áfengis þegar tvítugsaldri er náð og svipað hlutfall hafði neytt áfengis einhvern tíma á 12 mánaða tímabili áður en könnunin var lögð fyrir. Tíðni alkóhólisma hefur mælst á bilinu 3,5 – 6,5% (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000; Kristinn Tómasson, 1998; Gylfi Ásmundsson, 1998). Skráð umsetning áfengis hefur aldrei verið meiri og var skv. upplýsingum Hagstofu Íslands árið 2001 6,32 l af hreinum vínanda á hvern íbúa 15 ára og eldri (myndir 20-23). Kannanir meðal nemenda í efstu bekkjum grunnskóla og framhaldsskólanema benda til að neysla ólöglegra vímuefna, aðallega hass færast í aukana (Rannsóknir og greining, 2000 og 2001; Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg og Viðar Halldórsson, 1998). Samkvæmt könnun sem gerð var meðal framhaldsskólanema árið 2000 hafa 12% þeirra prófað hass þrisvar eða oftar. Í framangreindum könnunum hefur notkun róandi lyfja og svefnlyfja vakið athygli en í framhaldsskólakönnuninni sögðust rúmlega 10% svarenda hafa tekið slík lyf án lyfseðils frá lækni einu sinni eða oftar en innan við 5% þrisvar eða oftar.

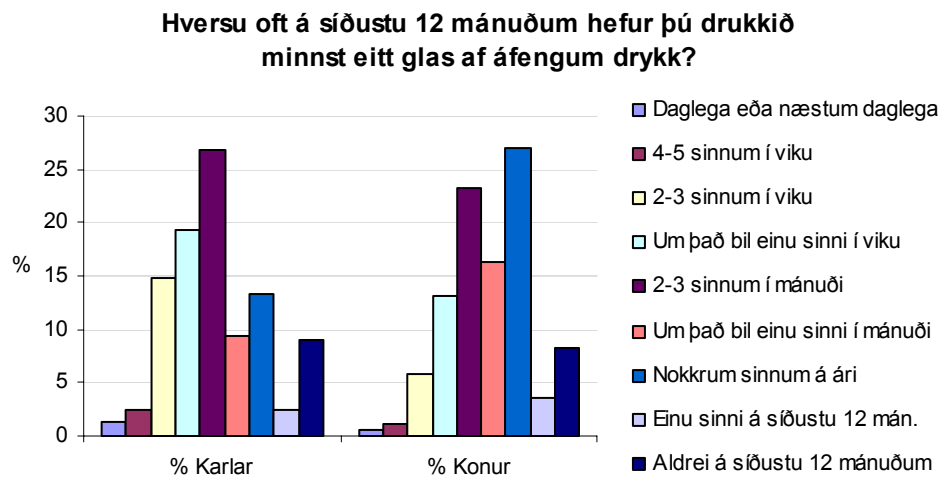
Mynd 20: Áfengissala



*Ekki er meðtalið áfengi sem áfhafnir skipa og flugvéla og ferðamenn flytja með sér inn í landið.

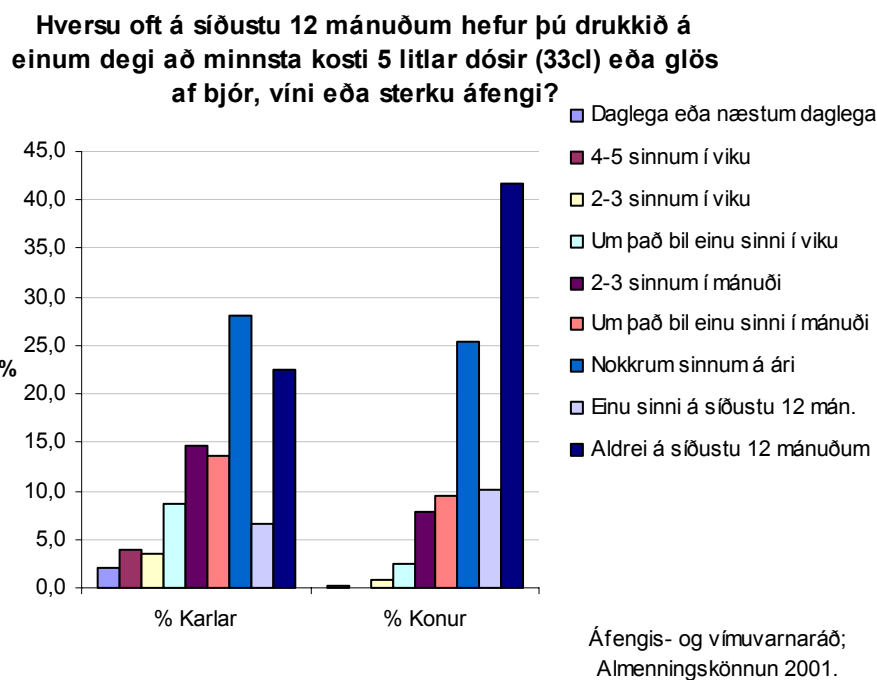
Hagstofa Íslands 2002.

Mynd 21: Áfengisneysla

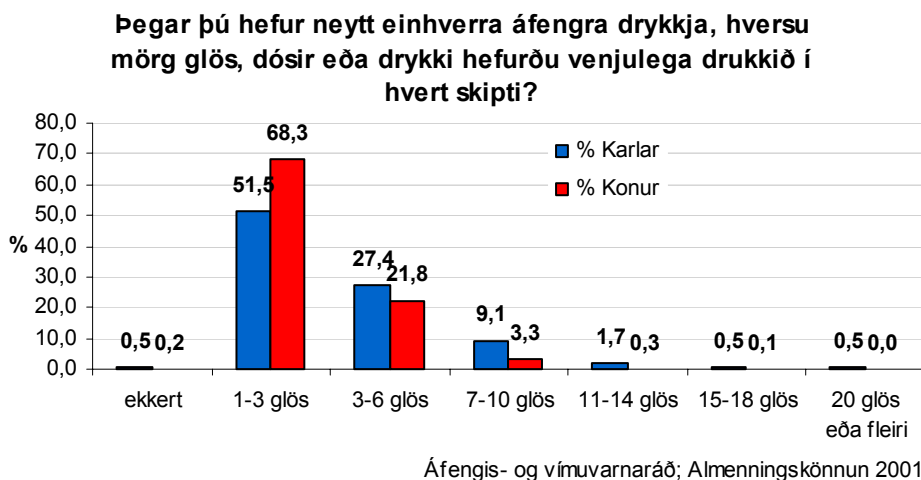


Áfengis- og vímuvarnaráð;
Almenningskönnun 2001.

Mynd 22: Áfengisneysla undanfarna 12 mánuði



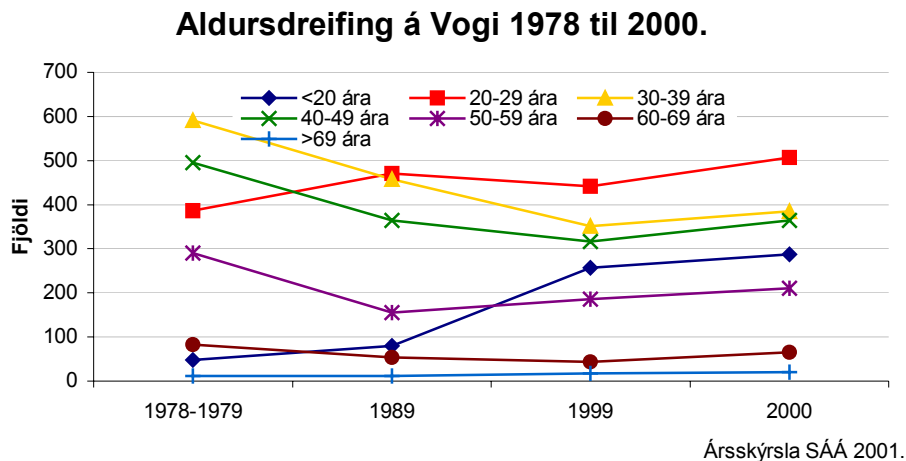
Mynd 23: Magn áfengis í hvert skipti



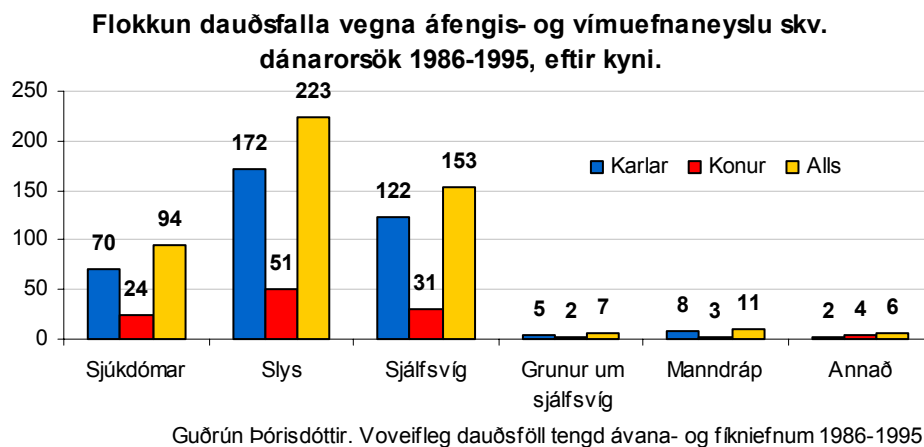
Upplýsingar um síaukna eftirspurn eftir meðferð vegna áfengis- og vímuefnavanda berast frá meðferðarstofnunum fyrir alla aldurshópa (Barnaverndarstofa, 2000; SÁÁ, 2001) (mynd 24). Þessa aukningu má e.t.v. að nokkru leyti rekja til aukins meðferðarframboðs og almennrar vitundarvakningar um eðli vandans. Einnig ber meira á ýmsum öðrum afleiðingum sem rekja má til neyslu vímuefna s.s. nauðgunum, kynsjúkdómum, ofbeldi, slysum og afbrotum (Bryndís B. Ásgeirsdóttir, Hólmfríður L. Ellertsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 2001; Lögreglan í Reykjavík, 2000; Fangelsismálastofnun, 1999; Anna G. Ólafsdóttir og Svavar Knútur Kristinsson, 2001; Morgunblaðið, 2001a) (mynd 25). Aukin krafa um frelsi hvarvetna í þjóðfélaginu, ný tækni og breyttar aðstæður í vestrænu samfélagi hafa í för með sér að þær aðgerðir sem einkennt hafa forvarnarstarf í áfengis- og vímuvörnum á Íslandi virka ekki eins og áður (Þorgerður Ragnarsdóttir, Ásgerður Kjartansdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2002;

Hildigunnur Ólafsdóttir og Hákan Leifman, 2002). Ísland er nú hluti af stóru alþjóðasamfélagi með landamæri í mótun. Aukið frjálsræði og mikið framboð af sífellt fjölbreyttari vímuefnum kallar því á nýjar leiðir í áfengis- og vímuvörnum. Það er nauðsynlegt að staldra við og taka út stöðuna, marka síðan ákveðna stefnu, meta árangur af þeim forvarnaverkefnum sem efnt er til, kanna reglulega neyslu og afleiðingar hennar og bera niðurstöður saman milli svæða innanlands og utan.

Mynd 24: Aldursdreifing á Vogji.



Mynd 25: Flokkun dauðsfalla vegna áfengis- og vímu



Sumum börnum er hættara en öðrum við að lenda í vandræðum vegna áfengis- og vímufraneyslu síðar á ævinni (Elín Elísabet Jóhannsdóttir, 2001; Þórólfur Þórlindsson o.fl., 1998). Börn sem verða fyrir tilfinningalegu áfalli, koma frá fjölskyldum sem valda ekki uppeldishlutverki sínu af einhverjum orsökum, börn með þroska- og hegðunarraskanir og þau sem glíma við sértæka námsörðugleika eru í þekktum áhættuhópum. Sem betur fer hefur viðhorf til barna í slíkum aðstæðum breyst nokkuð á undanförunum árum þó enn sé langt í land til að hlutur þeirra sé réttur. Hvernig þessum börnum er sinnt af aðstandendum sínum og öðrum sem með þeim starfa t.d. í skólanum getur haft úrslitaáhrif á hvernig þeim reidir af í framtíðinni (Shene, 1999).

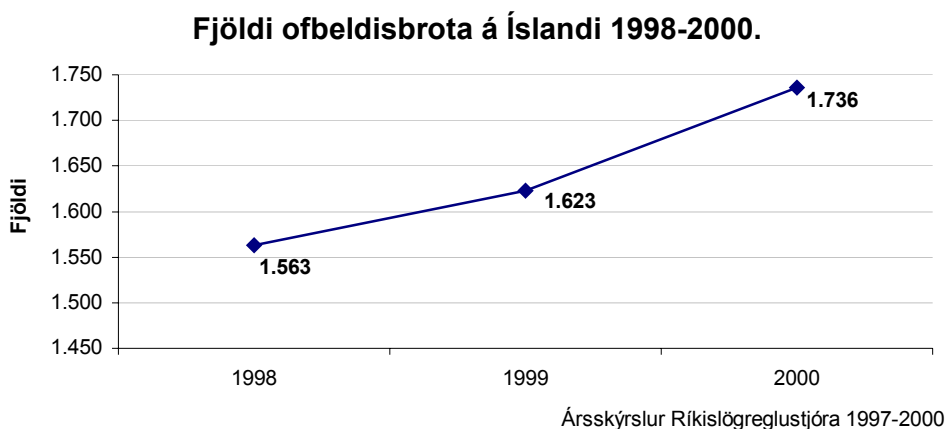
Ef vel á að vera þurfa forvarnir að hefjast heima þegar börnin eru ung og hættur virðast víðs fjarri. Það er of seint að byrja að ala upp ungling. Lítil börn þurfa að hafa ákveðinn ramma um háttatíma og útivistartíma til að finna aðhald og öryggi.

Hvað áfengis- og vímuefnaneyslu unglunga varðar skiptir skýr afstaða foreldra öllu máli. Niðurstöður rannsókna gefa til kynna að unglingar sem eiga foreldra sem hvorki neyta áfengis né annarra vímuefna eru ólíklegust til að hefja neyslu hvers kyns vímuefna. Unglingar sem eiga foreldra sem gefa skýr skilaboð um að þeir vilji ekki að börnin þeirra neyti áfengis á meðan þau eru undir lögaldri eru ólíklegri til að drekka en þau sem eiga foreldra sem kaupa áfengi handa þeim. Loks gefa rannsóknir til kynna að unglungum sem eiga foreldra sem fylgjast með þeim í leik og starfi, leggja sig fram um að þekkja vini þeirra og vita hvar þeir halda sig reiðir betur af en hinum sem njóta ekki slíks aðhalds (Sigrún Aðalbjarnardóttir, 1993, 1998 og 1999). Aðrir sem koma á einhvern hátt að uppeldi og umönnun barna og unglunga þurfa að hafa samráð sín á milli, vinna þverfaglega til að þróa framboð af fjölbreyttum stuðningsúrræðum og fræðslu fyrir uppeldur og börn í áhættuhópum. Mikilvægt er að stjórnvöld styðji foreldra í uppeldishlutverkinu með ákvörðunum sínum og að þeir finni að þeir eigi bakhjarl í ýmsum opinberum stofnunum samfélagsins s.s. heilsugæslu, skóla, lögreglu og félagsþjónustu.

3.2.8 Ofbeldi í samfélaginu

Í ársskýrslu Landspítala-háskólasjúkrahúss árið 2000 (2001) kemur fram að komum á bráðamóttöku sjúkrahússins sem rekja má til ofbeldis og slagsmála fjölgaði um 33,8% á milli ára 1998 – 2000. Á sama tímabili fjölgaði ákærum vegna ofbeldisbrota hjá ríkislögreglustjóra um 11% (mynd 26).

Mynd 26: Ofbeldisbrot



Upplýsingar úr innlendum rannsóknum eru mikilvægar til að varpa ljósi á samspil ofbeldis og ýmissa félagslegra þátta sem tengjast því. Þær gefa einnig hugmynd um hver staðan er í samanburði við útlönd.

Í skýrslu dómsmálaráðherra (Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1997) um orsakir, umfang og afleiðingar heimilisofbeldis og annars ofbeldis gegn konum og börnum, sem framkvæmd var 1996, er greint frá niðurstöðum heildstæðrar rannsóknar á umfangi og orsökum heimilisofbeldis hér á landi. Niðurstöðurnar bentu til þess að ætla mætti að tæplega 350 konur á aldrinum 18 til 65 ára hefðu, á 12 mánaða tímabili áður en rannsóknin var gerð, verið beittar ofbeldi einu sinni af þáverandi eða fyrrverandi eiginmanni eða sambýlismanni. Enn stærri hópur, um 750 konur, höfðu samkvæmt könnuninni mátt þola ofbeldi af völdum eiginmanns oft en einu sinni á ævinni.

Í könnun Rannsóknar og greiningar á ofbeldi meðal unglunga sem unnin var fyrir Rauða kross Íslands og dóms- og kirkjumálaráðuneytið (Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg,

2000) kemur m.a. fram að fjórðungur íslenskra unglunga óttast að verða fyrir ofbeldi í skóla samanborið við 6% ungmenna í Danmörku og 15% í Svíþjóð og Noregi. Samkvæmt könnun Rannsóknar og greiningar (2002) meðal 16-20 ára framhaldsskólanema árið 2000 hafa 13% aðspurðra stúlkna sætt kynferðisofbeldi um ævina en 2% pílta.

Samkvæmt rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur („Fimmta hver stúlka“, 2002) á umfangi kynferðislegrar misnotkunar hér á landi hafði fimmta hver kona og tíundi hver karl sem svöruðu könnuninni reynt slíkt fyrir 18 ára aldur. Þetta eru hærri tölur en mælst hafa í sambærilegum rannsóknum á hinum Norðurlöndunum. Almennt er talið að kynferðisleg misnotkun barna sé vanskráð enda kom í ljós að meirihluti þolenda sem svöruðu könnuninni höfðu ekki sagt frá misnotkuninni þegar hún átti sér stað.

Ofbeldi er talið vera eitt af megin heilbrigðisvandamálum Vesturlanda (McClellan og Killeen, 2000; Wallace, 1996). Ofbeldi hefur verið flokkað í vanrækslu, líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi og eru þolendur ofbeldis allt frá ungabörnum upp í aldraða einstaklinga (Friedman, Svavarsdóttir og McCubbin, 1998). Því er oft haldið fram að ofbeldi innan fjölskyldna sé falið í friðhelgi fjölskyldulífs en talið er að u.þ.b 25% kvenna verði fyrir líkamlegu og eða kynferðislegu ofbeldi af hendi núverandi eða fyrrverandi sambýlismanns eða eiginmanns (Straus & Gelles, 1990). Heimilisofbeldi er álitíð misalvarlegt eftir því að hverjum það beinist. Það fer eftir kyni, aldri og tengslum geranda og þolanda ofbeldisins hversu alvarlegt það er. Konur og börn eru algengustu fórnarlömb ofbeldis á heimilum og hafa ofbeldisrannsóknir undanfarin ár einna helst beinst að þeim.

Þolendur ofbeldis innan fjölskyldna geta þróað með sér langvarandi heilbrigðisvandamál á borð við þunglyndi, kvíða, sjálfseyðingarhvöt, ótta, hjálparleysi og ýmis líkamleg einkenni (Anne Luise Kirkengen, 2001). Í erlendum rannsóknum er talið að 2,5% af börnum frá fæðingu að 17 ára aldri séu beitt ofbeldi eða vanrækt árlega og að 85% af þessum börnum þekki ofbeldismanninn (Giardino, Christian og Giardino, 1997). Þó gerendur ofbeldisverka séu úr öllum þjóðfélagsstigum reynast foreldrar sem eru stressaðir, einmana, þunglyndir, kvíðnir, neikvæðir, sem hafa litla reynslu af að leysa ágreining og eiga við áfengis- og/eða vímuefnavandamál að stríða líklegri til að beita börn sín líkamlegum refsingum en hinir.

Þótt líkamlegt ofbeldi sé einna sýnilegasta tegund ofbeldis þá hafa aðrar tegundir s.s. kynferðislegt ofbeldi, andlegt ofbeldi og vanræksla jafnvel áþreifanlegri heilsufarslegar afleiðingar fyrir fórnarlambið. Börn sem hafa verið kynferðislega misnotuð bregðast oft við ofbeldinu með því að breyta hegðun sinni því þau ráða ekki við erfiðar tilfinningar eins og samviskubit, skömm, ótta og reiði. Afleiðingar ofbeldis geta einnig komið fram í versnandi frammistöðu í skóla, svefnörðugleikum, næringarvandamálum, árásargirni og þunglyndi. Það er því brýnt að heilbrigðisstarfsmenn og landsmenn allir standi vörð um siðferðislegan rétt einstaklinga og aðstoði þolendur og gerendur ofbeldis við að fá viðeigandi aðstoð í samfélaginu.

Um vanrækslu er að ræða þegar umönnunaraðili sinnir ekki hlutverki sínu við uppeldi eða umönnun barna, fatlaðra eða aldraðra. Hjá börnum getur það leitt til að truflunar á eðlilegum vexti, þroska og vellíðan. Stundum er sagt að Íslendingar vanræki börnin sín, láti þau ganga með lykla um hálsinn og ætlist til að þau sjái um sig sjálf frá unga aldri. Svipaða sögu má segja um aldraða en með hækkandi hlutfalli aldraðra í samfélaginu fjölgar öldruðum hlutfallslega, einnig þeim sem þurfa að sjá um sig sjálfir við bágbornar aðstæður og án teljandi aðstoðar samfélagsins.

Til að efla heilbrigði íslensku þjóðarinnar er m.a mikilvægt að upplýsa æsku landsins um að ofbeldi sé aldrei réttlætlegt og að styðja fólk í að ráða við streituvaldandi aðstæður án þess að beita ofbeldi. Slíkar forvarnir munu væntanlega skila sér í færri langvarandi heilbrigðisvandamálum og betri líðan hjá fólki á öllum aldri. Til þess að vinna markvisst forvarnarstarf þarf fagfólk sem vinnur með fjölskyldum sífellt að

endurnýja og viðhalda þekkingu sinni og færni í að greina vandann og veita ráðgjöf á þessu sviði.

3.2.9 Slys

Meðal forgangsmarkmiða heilbrigðisáætlunar fram til 2010 er að fækka slysum og slysadauða barna um 25%. Til að það megi takast þarf að vinna markvisst næstu ár og mæla árangurinn reglulega.

Á slysadeild Landspítala-Háskólasjúkrahúss koma um 40 þúsund manns árlega og þar af eru um 70% eða 28 þúsund með einn eða fleiri áverka. Hinir 12 þúsund koma vegna ýmiss konar veikinda eða vandamála sem þeir eiga við að stríða. Talið er að árlegur slysakostnaður í landinu sé um 25 milljarðar króna. (Brynjólfur Mogensen, 1999).

Á tímabilinu 1991 - 1995 létust 65 börn á aldrinum 1-14 ára af völdum slysa. Samkvæmt yfirliti yfir komur barna á aldrinum 0- 4 ára á sama tímabili á slysadeildina Landspítala-Háskólasjúkrahúss í Fossvogi kemur fram að leitað er með tæplega 11 þúsund börn á deildina árlega vegna slysa (Herdís Storgaard, 2002). Í rannsóknarverkefni Daggar Hauksdóttur á slysum í heimahúsum sem unnin er upp úr gögnum slysadeildarinnar frá árinu 2000 reyndust alvarlegustu slysin verða á eldra fólki en börn innan við 10 ára aldur sá hópur sem algengast er að verði fyrir slysum. Oftast verða slysin síðdegis og fram yfir kvöldmat eða skömmu áður en fólk gengur til náða og orsökina er oftast fall eða högg („Yfir þriðjungur slysa...“, 2002a).

Á 14 ára tímabili frá 1982-1995 lögðust 304 börn 15 ára og yngri inn á barnadeild Hringins vegna bruna. Algengasti brunavaldurinn var heitt vatn og aðrir heitir vökvar eða í meira en 70% tilfella. Flest slysin urðu vegna of heits baðvatns en einnig reyndist algengt að börn helltu yfir sig sjóðandi vatni úr ýmsum ílátum eða brenndu sig á heitu hreingerningarvatni. Slysin áttu sér oftast stað inni á heimilum á hádegis- og kvöldverðartímum. Brunar af völdum heits vatns eru algengari hér en erlendis, sennilega vegna mjög heits neysluvatns (Ragnheiður Elísadóttir, Pétur Lúðvígsson, Ólafur Einarsson, Sigurður Þorgrímsson og Ásgeir Haraldsson, 1997).

Á árunum 1987 - 1998 komu um 2000 - 2500 manns sem höfðu slasast í umferðarslysum á slysadeild Landspítala-Háskólasjúkrahúss árlega en árið 1999 hækkaði þessi tala í rúmlega 3000 manns. Banaslys í umferðinni hafa oft verið hlutfallslega fleiri hér samanborið við á hinum Norðurlöndunum (Brynjólfur Mogensen og Stefán Yngvason, 2000).

Samkvæmt upplýsingum frá Vinnueftirliti ríkisins létust um 1-8 manns árlega af vinnuslysum á árunum 1998 - 2001. Af 1.286 slysum sem voru tilkynnt til Vinnueftirlitsins árið 2001 skv. ársskýrslu var algengast að slysin yrðu í störfum við byggingu og gerð mannvirkja, fiskiðnað, skólum, opinberri stjórnsýslu og málmsmiði (Vinnueftirlit ríkisins, 2002)

Forsendur þess að hægt sé að greina orsakir slysa og þar með að vinna að því að fyrirbyggja slys er viðtæk og nákvæm slysaskráning. Hér á landi hefur markviss slysaskráning verið í þróun frá árinu 1972. Tölur yfir aldur, kyn, hvar og hvernig fólk slasar sig er grundvöllur þess að hægt sé að setja nothæf markmið til að fækka slysum (Herdís Storgaard, 2002; Brynjólfur Mogensen, 1999).

Slys og ofbeldi endurspeglar á vissan hátt þjóðfélagsástandið og þá spennu, þreytu og vanlíðan sem þar ríkir. Vinnuslys verða gjarnan þegar fólk er þreytt eða þegar óvant starfsfólk er að hefja störf sbr. sumarafleysingar. Börn slasast oft inni á heimilunum þegar verið er að elda kvöldmatinn, baka til jóla eða foreldrar sofna út frá barninu vakandi. Börn slasast einnig þegar þau eru á ókunnnum slóðum. Þar sem þau þekkja ekki umhverfi sitt er meiri hætta á að þau fari sér að voða. Bílslysin verða vegna hraðaksturs, þekkingarleysis á vegum eða vegna ónógrar reynslu ökumanns við vissar aðstæður. Umferðarslys verða einnig þegar bílstjórar eru þreyttir og sofna eða eru að borða, reykja

eða tala í síma undir stýri. Slys vegna ölvunaraksturs eða neyslu eiturlyfja eru ófá og oft mjög alvarleg. Með almenningsfræðslu og með því að fækka slysaágangurinn í umhverfinu ætti að vera hægt að fækka slysum til muna.

Sem dæmi má taka að vísbendingum um orsakir slysa á börnum má skipta í eftirtalda 3 meginflokkum sem síðan er hægt að nota sem grundvöll fyrir aðgerðum til úrbóta (Herdís Storgaard, 2002):

- a) **Barnið.** Fæst börn hafa líkamlegan og andlegan þroska til að vara sig á þeim hættum sem geta leynst í umhverfinu fyrir 10 ára aldur. Foreldrar þurfa að gera sér grein fyrir hve vanmáttug börn eru gagnvart þeim hættum sem eru í nánasta umhverfi þeirra.
- b) **Lítið eftirlit með börnum** er einkennandi fyrir íslenskt þjóðfélag. Hér á landi er börnum ætlað mjög snemma að gæta sín sjálf án þess að tekið sé mið af getu og þroska þeirra til þess. Foreldrahlutverkið snýst að miklu leyti um að bera ábyrgð á og að hafa eftirlit með börnum þar til þau hafa aldur og þroska til að sjá um sig sjálf.
- c) **Umhverfið.** Til skamms tíma hefur verið misbrestur á að tillit sé tekið til barna í lögum og reglugerðum sem sérstaklega hafa verið settar til að vernda einstaklinga. Einnig eru þess dæmi að lögum og reglum sem koma eiga í veg fyrir slys á börnum sé ekki fylgt.

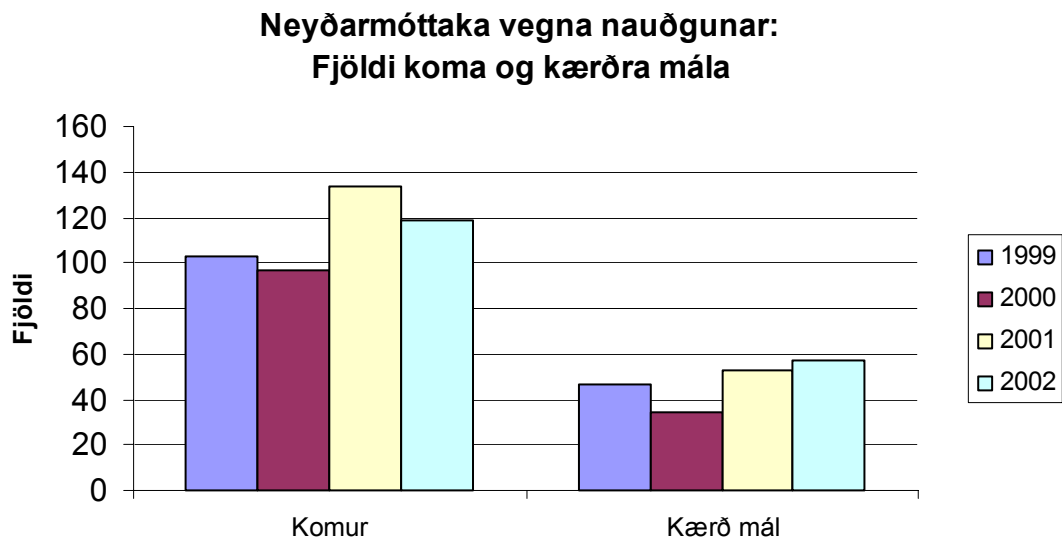
Mikilvægt er að beina forvarnastarfinu að fyrrnefndum flokkum. Fræða þarf foreldra um það hversu vanmáttug lítil börn eru gagnvart hættum í nánasta umhverfi sínu. Það er einnig mikilvægt að foreldrar skilji að því yngra sem barnið er því betur þarf að gæta þess. Loks þarf að stuðla að öruggu umhverfi fyrir börn alls staðar þar sem þau eru. Fræðslan þarf að taka mið af nýjungum og vera stöðug. Henni þarf að miðla á fjölbreyttan hátt á vegum heilsugæslu og í fjölmiðlum og aðgengilegar upplýsingar í bæklingum eða á heimasíðu þurfa að standa áhugasömum til boða. Til að skapa börnum öruggt umhverfi þarf að fara í gegnum alla þætti umhverfisins og tryggja börnum öryggi með gerð laga og reglna sem taka mið af þörfum barna og sjá til þess að þeim sé framfylgt, annars eru þau til einskis. Fræðsla ætluð þeim sem taka ákvarðanir er því einnig mikilvæg.

3.2.10 Kynlífstengd vandamál

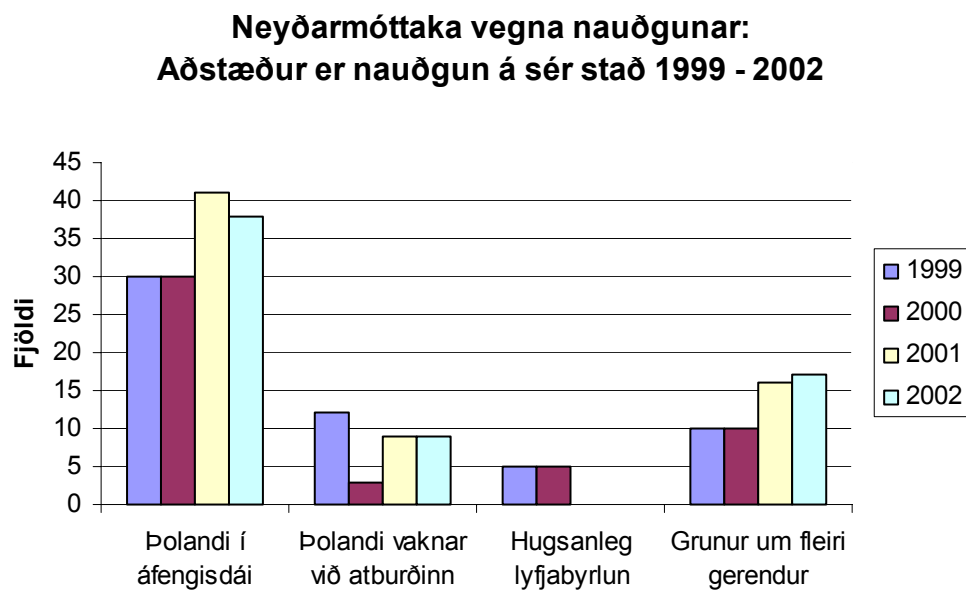
Ný viðhorf til kynlífs og siðgæðis hafa verið ofarlega á baugi í þjóðfélagssumræðunni. Súlustaðir, þar sem fáklæddar dansmeyjar af fjölbreyttu þjóðerni gæla við súlur og selja veitingar, hafa fest rætur í íslensku þjóðlífi. Niðurstöður rannsóknarinnar „Vændi á Íslandi og félagslegt umhverfi þess“ leiða í ljós að vændi á sér stað á Íslandi meðal ungs fólks í vímuefnaneyslu og í tengslum við starfsemi nektarstaða (Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, Hólmfríður Lydía Ellertsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 2001). Fréttir af barnaklámi sem selt er á netinu og mansali þar sem börn af báðum kynjum, en þó aðallega stúlkur, eru hneppt í fjötra kynlífsþrælkunar, hafa vakið upp spurningar um siðgæðisvitund í vestrænu samfélagi. Að margra mati grafa þessar breytingar, ásamt vaxandi áfengis- og vímuefnaneyslu, undan siðgæðisvitund þjóðarinnar og ala á kynlífsöfbeldi.

Árið 2001 leituðu 136 til neyðarmóttöku vegna nauðgana á Landspítala-háskólasjúkrahúsi í Fossvogi (Eyrún Jónsdóttir, 2001) (myndir 27 og 28). Af þeim var 41 í áfengisdái þegar atburðurinn átti sér stað. Tilfellum þar sem gerendur eru fleiri en einn virðist fara fjölgandi. Þess eru einnig dæmi að til neyðarmóttöku vegna nauðgana leiti giftar konur sem hefur verið misboðið kynferðislega af eiginmönnum. Með klámefni úr fjölmiðlum að fyrirmynd eru þær krafðar til þátttöku í kynlífsathöfnum sem ofbjóða þeim þannig að þær þurfa að leita sér faglegrar aðstoðar.

Mynd 27: Nauðganir, fjöldi mála



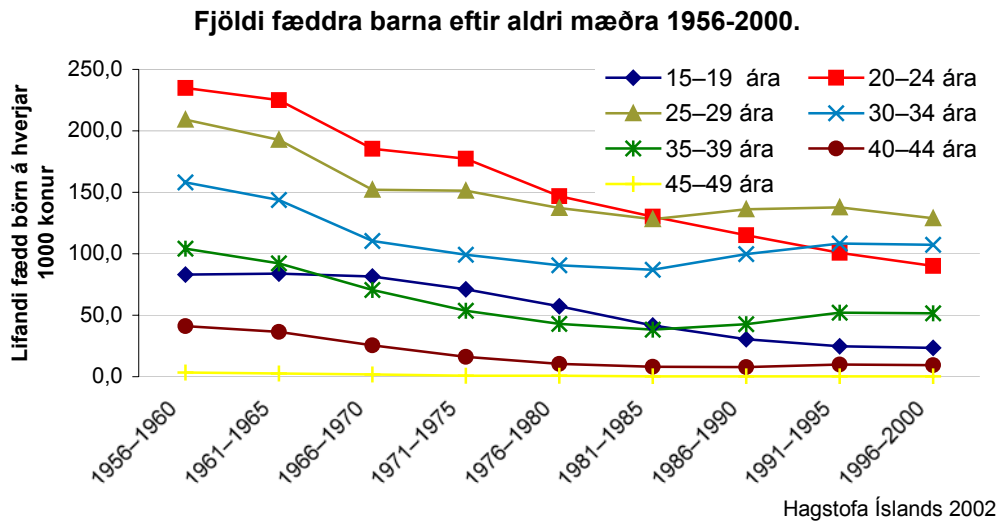
Mynd 28. Nauðganir, aðstæður



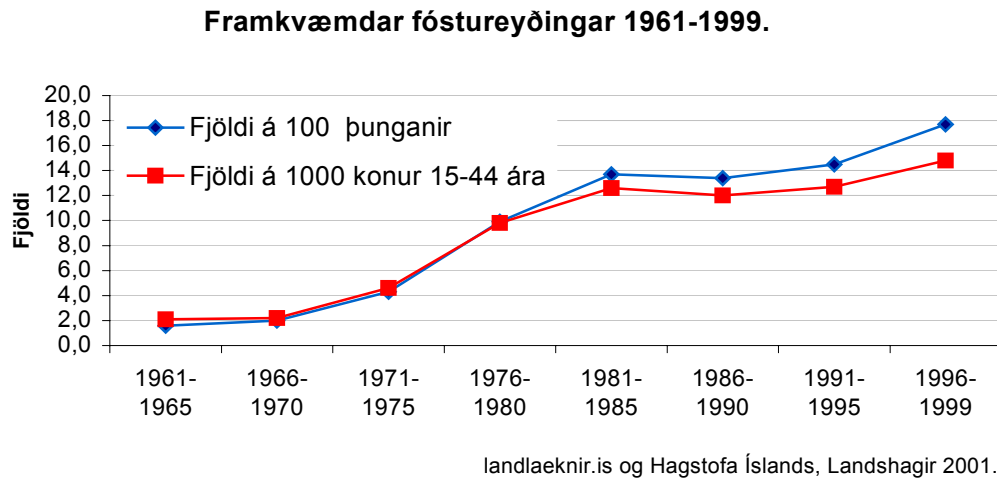
Athyglisvert er að samkvæmt könnun Rannsóknar og greiningar (2002) meðal 16-20 ára framhaldsskólanema hefur herra hlutfall stúlkna (67%) í aldurshópnum haft kynmök en pilta (56%). Hins vegar nota aðeins um 20 - 36% af báðum kynjum smokka við kynmök hvort sem þau eru í föstu sambandi eða ekki. Hlutfall þeirra stúlkna sem sögðust nota aðrar getnaðarvarnir en smokka var herra meðal þeirra sem voru í föstu sambandi (25-55%) en hinna (9-19%). Í skýrslu Sóleyjar Bender um fóstureyðingar og aðgengi að getnaðarvörnum (1999) kemur fram að nær helmingur unglunga notar ekki getnaðarvörn við fyrstu samfarir og að meirihluti kvenna sem sóttu um fóstureyðingu á tímabilinu 1976-1996 notuðu enga getnaðarvörn þegar getnaður átti sér stað. Meðalaldur beggja kynja við fyrstu kynmök hefur mælst 15,4 ár og margir hafa reynst vera undir áhrifum áfengis við fyrstu samfarir.

Á Íslandi eru þunganir unglingsstúlkna tíðari en hjá nágrannaþjóðunum (myndir 29 og 30). Um 500 stúlkur yngri en 20 ára hafa að jafnaði orðið þungaðar hér á landi. Af þeim kýs um helmingur að ganga með og eiga barnið en helmingur kýs fóstureyðingu (Sóley Bender, 2001). Neyðargetnaðarvörn kom fyrst á markað hér á landi árið 2001 (Anna Björg Aradóttir o.fl., 2001; Sóley S. Bender, 2000).

Mynd 29: Fæðingartíðni



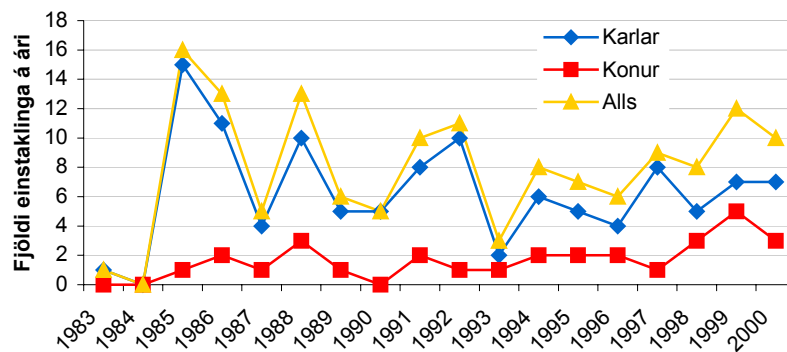
Mynd 30: Fóstureyðingar



Eins og sjá má af meðfylgjandi myndum hefur klamydiútilfellum fjölgað verulega á undanförunum árum á meðan lekanda hefur að heita má verið útrýmt. Nýgengi HIV smits er hins vegar breytilegt en hefur á undanförunum áratug verið á bilinu 3-12 tilfelli á ári (myndir 31-33).

Mynd 31: HIV

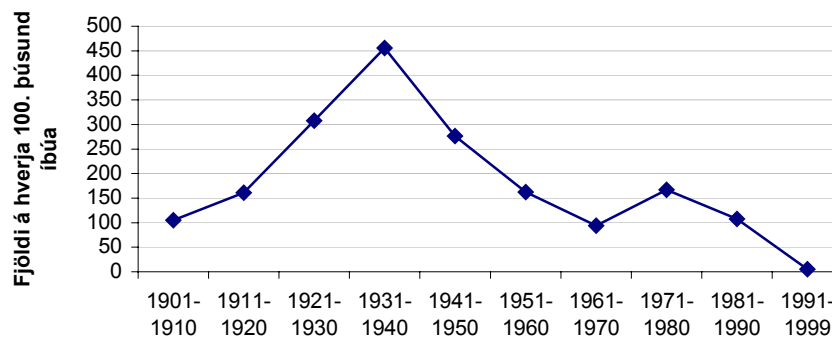
Skráðir HIV smitaðir einstaklingar 1983-2000. (Nýgengi)



Hagstofa Íslands, Landshagir 2001

Mynd 32: Lekandi

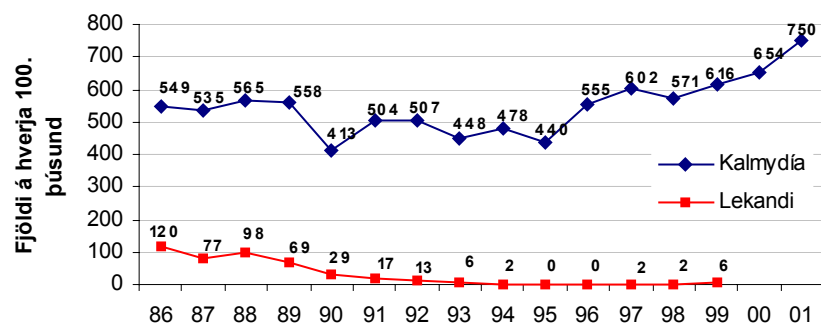
Lekandi á Íslandi (meðalfjöldi tilfella á hverja 100 þúsund íbúa á hverjum áratug) 1901-1999.



Sóttvarnalæknir 2002.

Mynd 33: Klamydía og lekandi

Fjöldi klamydíu- og lekandatilfella á hverja 100 þúsund íbúa 1986-2001.



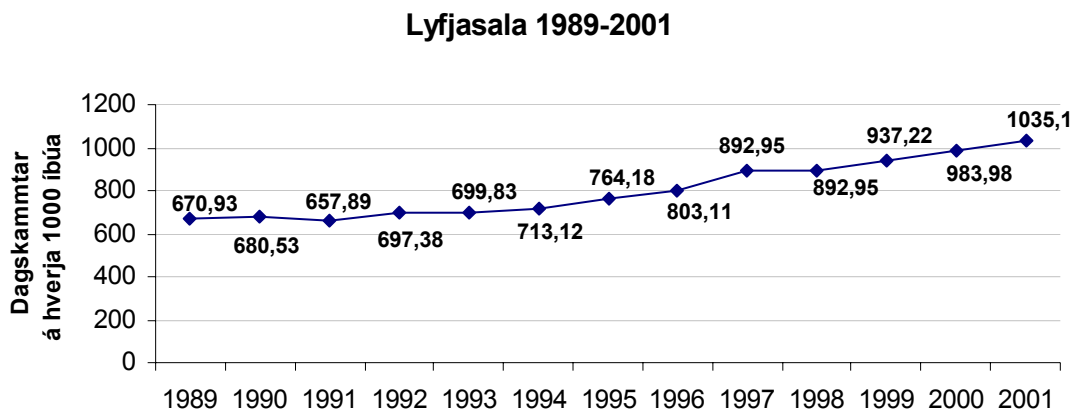
Sóttvarnalæknir 2002.

3.3 Sjúkdómsvæðing (læknisfræðileg súrsun, medicalization)

Læknirinn James le Fanu lýsir í nýlegri bók sinni “*The rise and fall of modern medicine*” (le Fanu 1999) blómaskeiði og hnignun nútíma læknisfræði eins og titillinn gefur til kynna. Þar kemur fram að skömmu eftir heimsstyrjöldina síðari voru gerðar stórmerkar uppgötvanir í læknisfræði sem leiddu til aukinna áhrifa læknávisindanna. Þessi vísindaafrek stuðluðu að þeirri almennu og útbreiddu trú, að læknávisindin gætu fundið lausnir á velflestum mannlegum þjáningum. Framlag læknisfræðilegra uppgötvana til eflingar lýðheilsu náði hámarki upp úr 1970, en þrátt fyrir gífurlega þekkingaröflun síðan hefur árangurinn ekki verið umtalsverður (mælt í gæðum og magni) hvað varðar áhrif á lýðheilsu meðal vestrænna þjóða, einkum ef tillit er tekið til þess hve miklum fjármunum og mannafla hefur verið beint til læknávisinda (Barsky, 1998). Þetta skýrist m.a. af því að heilbrigði meðal vestrænna þjóða var þegar orðið það gott að erfitt var að ná frekari árangri á þessu sviði. Eftir 1970 hefur komið æ skýrar í ljós, að aðalógnanir við heilsufar manna voru ekki lengur læknisfræðilegs eðlis í þrengri skilningi, heldur spurning um lífsstíl, skort á félagslegu jafnræði og að mannskemmandi samskiptum svo sem ofbeldi ýmiss konar óx fiskur um hrygg (Lundberg, Young, Flanagan og Koop, 1992, Wilkinson, 1996, Felitti o.fl., 1998). Forsvarsmenn læknávisindanna hafa sýnt þessari staðreynd lítinn skilning (Lock og Gordon, 1988) og enn sem komið er virðist lítill áhugi á þessum áhersluatriðum nema innan lýðheilsufræða. Þrátt fyrir minnkandi árangur læknávisindanna á sviði lýðheilsu, gefur fréttáflutningur um framfarir í læknávisindum hugmyndir um, að flest sé hægt að lækna fljótt með pillum eða aðgerðum. Almennur hefur því enn tröllatru á fræðunum og völd heilbrigðisgeirans eru mikil.

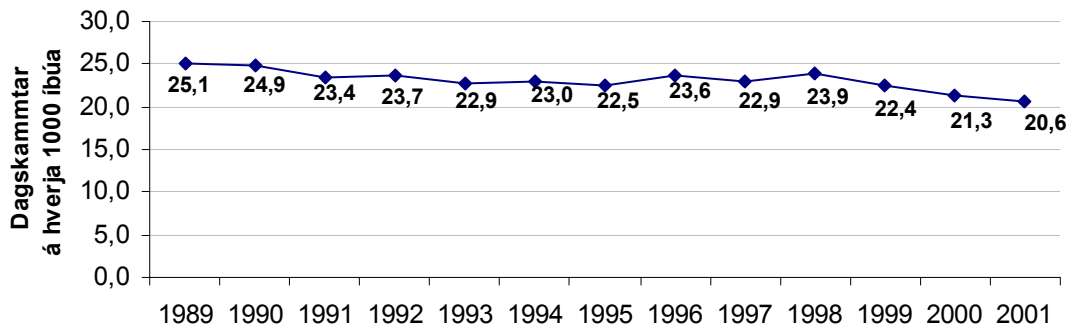
Íslenska þjóðin hefur aldrei verið hraustari en nú sem fyrr segir. Þó hefur aldrei verið jafnmikið leitað til lækna og lyfjaneysla fer hraðvaxandi (myndir 34 og 35). Fólki er kennt að gera kröfur um fullkomna vellíðan og að minnsta frávík frá því veki grun um vanheilsu eða sjúkdóm, sem þarf að lækna. Afstaða til líðanar verður oft óvirk, sem einkum er sláandi þegar um er að ræða sálræna vanlíðan. Æ óljósari mörk eru á milli náttúruvara, heilsuvara og lyfja, sem í boði eru, til að losna við vanlíðan og þá tilfinningu, að hafa ekki stjórn á lífi sínu og aðstæðum.

Mynd 34: Lyfsala



landlaeknir.is

Sýkingalyf 1998-2001.

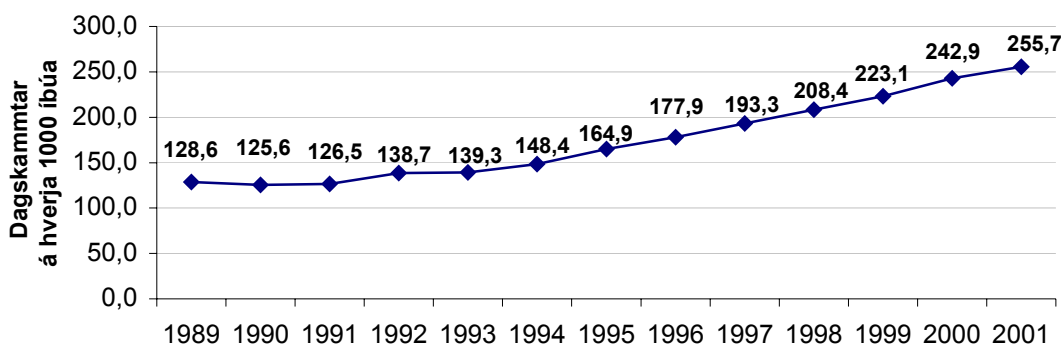


landlaeknir.is

Þegar manneskjan ætlar sér um of og lífið er flókið missir hún yfirsýn. Hún getur þá ekki greint sundur einstök svið í lífi sínu og leitar á náðir heilbrigðiskerfisins til að fá hjálp við að greiða úr vandamálum sínum - og það fljótt. Þrátt fyrir framfarir í læknavísindum getur heilbrigðisstarfsfólk ekki uppfyllt allar óskir fólks um heilbrigði og vellíðan og það veldur vonbrigðum. Þetta ástand skapar hins vegar góðan jarðveg fyrir þá sem hafa skyndilausnir að bjóða sem oft eru hvorki vísindalega grundaðar né gefa tryggn árangur (Payer, 1992; Jóhann Ág. Sigurðsson, 2001; Moynihan, Heath og Henry, 2002; Moynihan og Smith, 2002).

Undanfarna áratugi hafa ýmsir frumkvöðlar, innan heilbrigðisstétta sem utan, bent á þá staðreynd, að læknisfræðin geti í sumum tilfellum gert einstaklingum meira ógagn en gagn (Illich, 1976). Ástæðurnar eru væntanlega ekki ásetningur, heldur brestir í vísindalegum þankagangi, skortur á heildrænni hugsun og skortur á rannsóknnum varðandi áhrifaþætti lýðheilsu (Fisher og Welch, 1999). Angi af þessu fyrirbæri er svonefnd sjúkdómsvæðing (medicalization) sem farin er að sjúga kraftinn úr heilbrigðisþjónustunni vegna þess kostnaðarauka, sem af henni hlýst (Moynihan og Smith, 2002). Sjúkdómsvæðing er m.a. það, þegar læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn túlka ýmis fyrirbæri á lífsbraut manna í ljósi læknisfræðinnar. Þar með eru venjubundin og eðlileg atvik í lífi fólks skilgreind sem læknisfræðileg vandamál. Í kjölfarið eru boðnar læknisfræðilegar úrlausnir (greining, eftirlit, lyfjameðferð, sjúkrahjálfun eða önnur læknismeðferð). Á þennan hátt hefur heilbrigðisþjónustan vanið undir sig fjölda fólks í stað þess að gera það betur sjálfbjarga. Þessu hefur verið líkt við það, að heilbrigðiskerfið sjálft verði eins og Valíum fyrir fólkið. Benda má á tilhneigingu lækna til að víkka skilgreind greiningarmörk fyrir sjúkdóma á kostnað heilbrigðis (Conrad og Schneider, 1992). Þetta leiðir til ofnotkunar sjúkdómsgreininga, einkum geðgreininga (Summerfield, 2001). Afleiðingin verður m.a. ofnotkun þunglyndislyfja einkum SSRI lyfja sem oft og tíðum eru notuð við lífsleiða eða kvíðaviðbrögðum, sem eiga sér eðlilegar skýringar (mynd 36).

Tauga- og geðlyf 1989-2001.



landlaeknir.is

Átaksverkefni heilbrigðisyfirvalda í þeim tilgangi að bæta heilsu eru vandmeðfarin og geta hæglega snúist upp í andstæðu sína ef ekki er vel haldið á málunum. Ábendingar til almennings um ákveðin sjúkdómseinkenni eða hættu á krabbameini geta vakið óþarfa kvíða og leitt til þess að fólk treysti á að heilbrigðisstarfsfólk kunnir skil á öllum tegundum vanlíðanar og að enginn geti talist frískur, heilbrigður eða hamingjusamur nema að hafa stimpil heilbrigðisgeirans um að svo sé.

Nýlegt dæmi um vanda læknávisindanna er deilan um það, hvort kerfisbundin skimun fyrir brjóstakrabbameini (mammografía) geri gagn eða ekki (Horton, 2001; Götzsche og Olsen, 2000; Miller, To, Baines og Wall, 2002; Goodman, 2002; Sax, 2002). Vandinn er að tækninýjungar eru teknar í notkun áður en næst að sanna með viðurkenndum aðferðum slembiúrtaks og viðmiðunarhópa (Randomized Controlled Trials) að þessi skimunaraðferð geri gagn. Vinnulagið er orðið hefð og varla hægt að skoða lengur með vísindalegum aðferðum, hvort það er gagnlegt eða ekki. Hér er þó bara verið að deila um tölulegar niðurstöður rannsókna eða skort á rannsóknum. Víst er þó, að það getur síðferðilega séð verið vafasamt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að eltast við konur, sem sinna ekki kallinu og koma ekki í boðaðar brjóstaskoðanir, ef ekki hefur verið sýnt fram á gagnsemi kembileitarinnar með óyggjandi hætti.

Umræða um hormónagjöf á breytingaskeiði kvenna hefur verið mikil á undanförunum árum. Forsvarsmenn læknávisindanna víða um heim hafa jafnvel haldið því fram að nær allar konur ættu að taka hormónalyf um og eftir tíðahvörf í fyrirbyggjandi skyni, til þess að forðast hjarta- og æðasjúkdóma, beinþynningu og aðra fylgifyska öldrunar. Þó hefur möguleg aukning á brjóstakrabbameinstilfellum við lengri tíma meðhöndlun með hormónum verið áhyggjuefni.

Nýleg rannsókn á samsettri hormónamedferð (stöðug inntaka af östrogeini með prógesteróni án blæðinga) hjá konum eftir breytingaskeið sem standa átti í rúm átta ár, eða til 2005, var stöðvuð af öryggisástæðum, þar eð niðurstöður gáfu til kynna að hormónamedferðin gerði meiri skaða en gagn. (Writing Group for the WHI investigators, 2002). Breytingaskeiðið er ekki sjúkdómur og mismunandi hve mikið konur líða af fráhrarfseinkennum fyrir minni östrogenframleiðslu líkamans. Fræðsla um ávinning og áhættu hormónamedferðar annars vegar og mat á líkamlegri og andlegri líðan hins vegar er alltaf nauðsynleg til að konur geti vegið og metið þá möguleika sem þær hafa úr að velja á þessu skeiði. Ef truflandi einkenni eru ekki fyrir

hendi er ekki nein skynsamleg ástæða til að taka lyf (Fried, 2002; Von Schoultz, 2002; Kolata og Petersen, 2002).

Mynd 37: Sjúkdómsvæðing



Sjúkdómsvæðingin birtist m.a. í því, að hið opinbera og einkageirinn beina til heilbrigðiskerfisins verulegum fjölda meira og minna heilbrigðs fólks vegna alls konar skriffinnsku eða af fjárhagslegum ástæðum, sem lítið sem ekkert hafa með lækningar að gera, oftast nær til læknisfræðilegs mats eða vottorðsgjafar, þannig að tilgangur samskiptanna er fjárhagslegs eðlis. Þessa aðferð fer svo almenningur að nota sjálfur, enda gjarnan til þess hvattur af fjölmiðlum og aðilum, sem hafa hag af því að auka umfang þeirrar þjónustu, sem þeir selja. Við þetta breytast hugmyndir fólks um það, hvað sé sjúklegt og hvað ekki og hvað sé læknanlegt og hvenær sé ráðlegt að leita til heilbrigðisþjónustunnar. Fólk hættir að treysta á eigin dómgreind og reynslu kynslóðanna og fer að fá falskar væntingar til heilbrigðisþjónustunnar og teppir þannig þjónustumöguleika þeirra, sem fremur þyrftu á þeim að halda. Þetta gerir heilbrigðisþjónustuna dýrari en ella, dregur úr heilbrigði notendanna og skapar mönnunarvandamál, sem nú eru að verða mjög áberandi í heilsugæslunni. Hægt er að taka á þessum vanda með því að marka heilsugæslunni skýrara hlutverk en gert er og leggja meiri áherslu á fagmennsku í vinnubrögðum. Nauðsynlegt er að beina fólki þangað með vandamál sín, sem hverju sinni er hagkvæmast út frá þjóðhagslegu og lýðheilsufræðilegu sjónarmiði. Það hefur reynst árangursríkt að nota verðstýringaraðferðir til þess að ná þessum markmiðum. Þá er og mikilvægt að efla heilsugæsluna með því að styrkja hefðbundna mönnun og ráða til starfa nýjar fagstéttir s.s. fjölskylduráðgjafa, sálfræðinga, iðjuþjálfara, sjúkraþjálfara, næringar- og tannfræðinga. Að þessu öllu er vikið í riti Evrópudeildar WHO, „Health 21, HFA in the 21st Century” (<http://www.who.int/archives/hfa/>)

Eitt brýnasta verkefni íslenskra heilbrigðisyfirvalda er því að vekja fagfólk og leikmenn til umhugsunar um takmörk læknisfræðinnar og finna leiðir til að draga úr

tilhneigingu til sjúkdómsvæðingar með því að efla vöxt og viðgang vinnubragða sem byggja á vísindalegum grunni. Auk þess þarf að efla þverfaglegt samstarf innan heilbrigðisgeirans og út fyrir hann.

4. Tækifæri heilsugæslu til heilsueflingar

Í kafla 4 er leitast við að greina hvaða forsendur heilsugæslan hefur til að sinna heilsueflingarstarfi og hver eru helstu sóknarfærin. Þó gengið sé út frá forgangsverkefnum í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 eru efnistöð ekki einskorðuð við tillögur úr henni. Leitast er við að nálgast niðurstöður á heildrænan hátt miðað við núverandi aðstæður.

4.1 Heilbrigðisáætlun

Íslendingar eru aðilar að Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO), sem samþykkt var á fundi svæðisnefndar Evrópu í Kaupmannahöfn í september 1998. Á grundvelli þeirra skuldbindinga var íslensk heilbrigðisáætlun til 2010, byggð á Evrópuáætluninni Health 21, samþykkt á Alþingi 2001. Þar er tíundað höfuðmarkmiðið **að efla heilsu allra eins og kostur er** með því að hafa að stefnumiðum a) **að efla og vernda heilsu fólks allt lífið** og b) **að draga úr tíðni sjúkdóma og slysa og lina þær þjáningar, sem þau valda**. Í áætluninni felast tillögur um hvernig helst meggi nálgast þessi markmið. Fjórar helstu tegundir aðgerða, sem mælt er með við framkvæmd Evrópuáætlunarinnar eru a) **þverfaglegar aðgerðir**, b) **árangursstjórnun**, c) **samhæfar lausnir** og d) **samfélagsþátttaka**.

Með öðrum orðum er það viðurkennt, að heilbrigðisþjónustan fái litlu áorkað ein og sér, heldur verði starfsmenn hennar að taka höndum saman við aðra faghópa, stofnanir, hagsmunaaðila, stjórnmalamenn og almenning um að byggja upp heilbrigðara þjóðfélag og betri lýðheilsu. Því er gjarnan haldið fram að heilbrigðisþjónustan ráði einungis 15% af heilbrigðisástandi þjóða. Stjórnvöld eiga að setja rammann, ákveða skipulagið og leggja fram heilbrigðisáætlun til að vinna eftir með deilimarkmiðum, sem hægt er að mæla. Hið raunverulega heilsueflandi starf er hins vegar unnið í nærsamfélögunum með þverfaglegum aðgerðum, samhæfðum lausnum og umfram allt samfélagsþátttöku.

Á heilsugæslustöðvum vinnur fagfólk, sem er ekki eingöngu menntað til að sinna sjúkum, heldur einnig til að skilgreina lýðheilsufræðileg vandamál og benda á ráð til úrbóta og forvarna. Heilsugæslufólkið ætti því að vera fært um að gegna forystuhuverki í þeim heilsueflandi og þverfaglegu aðgerðum, sem kallað er eftir. Hins vegar er eðlilegt og æskilegt, að í liðsheild heilsugæslustarfsfólks bætist sálfræðingar, félagsráðgjafar, iðjuþjálfarar, sjúkraþjálfarar, næringarfræðingar og heilsufrömuðir, sem kunnáttu hafi í almannatengslum og áróðursstarfi. Það er afar brýnt að heilsugæslan nái samvinnu við áhrifa- og hagsmunaaðila á þjónustusvæði sínu, bæði sveitarfélög, stofnanir, fyrirtæki, samtök og einstaklinga til að vinna hið heilsueflandi starf og vinna gegn áhættuþáttum sjúkleika og vanlíðanar.

Á grundvelli ofangreindrar Evrópuáætlunar er í íslensku heilbrigðisáætluninni getið sjö forgangsverkefna, m.a. a) áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarna, b) heilbrigði barna og ungmenna, c) geðheilbrigði og d) slysavarna. Þótt verkefni þessi séu átaksill, þá má með réttu leiða að því gild rök, að sömu aðferðir dugi á öll þessi fjögur svið með því að styrkja hina uppvaxandi einstaklinga til að þróa með sér heilbrigði, standast heilsuvá og sjúkleika og forðast áhættuhegðun. Er svokölluð **fjölskylduvernd** þar aðalatriðið og er þá mikilvægt að sveitarfélög og heilsugæslan hafi mótað sér skýra fjölskyldustefnu. Á ákveðnum heilsugæslustöðvum hefur verið þróað vinnulag, sem byggir á þeirri hugmyndafræði, að takist foreldrum að mynda heilbrigð og sterk tilfinningatengsl við barnið strax eftir fæðingu sé mun auðveldara að veita því þá félagslegu örvun og öryggiskennd, sem er nauðsynleg til að það fái þroskað samskiptahæfni sína, sem er barninu afar gagnlegt vegna útsíni í lífið. Reynt er að greina einstaklinga í áhættu áður en skaði er skeður, því þannig er auðveldara og ódýrara að beita þeim aðgerðum og

stuðningi, sem til hjálpar má verða. Þetta vinnulag þarf að samræma starfi leikskólanna og grunnskólanna. Það væri í samræmi við þá stefnu að færa ákvarðanatöku í heilbrigðismálum nær fólki og umræðu um að hvetja einstaklinga til að bera ábyrgð á eigin heilsu.

4.2 Þjónustustofnanir, nefndir, ráð og frjáls félagasamtök

Hjá hinu opinbera eru ýmsar stofnanir, ráð og verkefni sem geta veitt heilsugæslunni þjónustu, upplýsingar og stuðning í heilsueflingarstarfi. Fyrsta skal nefna Lýðheilsustöð, en undir hana heyra áfengis- og vímuvarnaráð, manneldisráð, tóbaksvarnaráð, slysavarnaráð, Miðstöð tannverndar/tannverndarráð og Árvekni - átaksverkefni um slysavarnir barna og unglunga. Verkefnið Geðrækt er samstarfsverkefni Landlæknisembættisins, Heilsugæslunnar og Landspítala-háskólasjúkrahúss. Hjá Landlæknisembættinu er starfrækt verkefni um sjálfsvígsforvarnir, auk ýmissa heilsueflingarverkefna. Á vegum þessara stofnana, ráða og verkefna eru gerðar ýmsar rannsóknir og kannanir sem hægt er að taka mið af í heilsueflingarstarfi. Hjá þeim eru einnig framleidd fræðslugögn, haldin erindi og unnið að ýmsum verkefnum sem að gagni geta komið, ekki aðeins í forvarna- og heilsueflingarstarfi innan heilsugæslunnar heldur einnig í skólum, félagsstarfi, foreldrastarfi og fyrir fjölmiðla. Starf þessara eininga skarast að einhverju marki við starf heilsugæslunnar. Á síðustu árum hefur orðið vart vaxandi áhuga hjá þessum heilsueflingareiningunum á aukinni samvinnu þegar við á, bæði til að samræma störf þeirra, gera þau markvissari og til hagræðingar. Ákveðin hindrun hefur falist í því að starfsemi þeirra er dreifð víða en það gefur ekki möguleika á daglegum samskiptum og samráði sem getur verið dýrmætt í starfi sem byggist á frumleika og hugmyndaauðgi.

Til hliðar við opinberar stofnanir og verkefni starfar fjöldi frjálsra félagasamtaka, fyrirtækja og einkaaðila sem vinna að fjölbreyttum forvörnum og heilsueflingu á ýmsum sviðum. Sem dæmi má nefna hagsmunasamtök mismunandi sjúklingahópa, aðstandendahópa, heilsuræktarstöðvar, sjálfstætt starfandi sérfræðinga s.s. sálfræðinga, sjúkráþjálfara, næringarfræðinga og félagsráðgjafa og hvers kyns áhugahópa um bættu líðan með breyttum lífsstíl. Fagleg og fjárhagsleg staða þessara félaga og fyrirtækja er misjöfn en starf sem er unnið af áhuga og þó einkum af fagþekkingu er mikilvægt framlag til heilsueflingarstarfs og ómetanlegur stuðningur við starfsemi heilsugæslunnar.

4.3 Rannsókn- og þróunarstörf

Í upplýstu samfélagi tekur fólk mark á rannsóknarniðurstöðum ef þær eru gerðar skiljanlegar og aðgengilegar. Það er mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vera boðberar rannsóknaniðurstaða og upplýsinga. Einnig þarf með vísindalegum aðferðum að meta árangur af ýmsum aðgerðum og námskeiðum til að stuðla að framþróun.

Til þess að stunda rannsóknir þarf áhugasama rannsakendur, hæfa leiðbeinendur og reynda vísindamenn, stuðning yfirvalda og fjárhagslega getu til verkefnanna. Mikilvægt er að yfirvöld heilbrigðis- og menntamála nýti sér það lag sem nú hefur myndast um samhæfingu menntastofnana og þjónustustofnana. Nýgerðir samningar milli Landspítala-Háskólasjúkrahúss og Háskóla Íslands um sameiginleg markmið og leiðir munu eflaust auðvelda samvinnu þeirra. Fyrir hluta starfsmanna mun þessi samvinna vonandi auka líkur á því að þeir séu í heilsteyptu hlutverki rannsókna, þjónustu, þróunar og stjórnunarstarfs en ekki í tvískiptu hlutverki tveggja aðskilinna hagsmunaaðila. Sambærilegir samningar verða einnig gerðir við aðrar stofnanir á vegum heilbrigðis- og menntamála.

Val á rannsóknar- og þróunarverkefnum ræðst allt of oft af hagsmunaaðilum sem hafa mikil fjárráð. Það er t.d. vel þekkt fyrirbæri innan heilbrigðisstétta að umfangsmestu og kostnaðarsömustu rannsóknirnar eru innan lyfjaiðnaðarins.

Í framhaldi af því sem nefnt er hér að framan er það hins vegar mat okkar að auk hefðbundinna rannsókna sé mjög aðkallandi að efla önnur rannsóknasvið einkum á sviði samskiptafræða. Þetta er hins vegar ekki auðvelt verk, þar eð fjármagn til stuðnings slíkra verkefna liggur ekki á lausu, ungir rannsækendur sjá ekki augljósan frama í þeim. Til þess að fá frekar skilning á hegðunarmynstri hópa eða þjóða þarf að skoða breytur svo sem tilfinningar, viðhorf, hugmyndir, siðfræði, manngildi, samskipti o.s.frv. (Malterud, 2001a og b). Til þess þarf oft að beita eiginlegum (kvalitativum) rannsóknaraðferðum, en þekking og reynsla fræðimanna á notkun þeirra er mun minni en beiting hefðbundinna megindlegra (kvantitativra) aðferða.

Heilsugæslan þarf að hafa aðgang að nýjum rannsóknarniðurstöðum og vera í stakk búin til að vinna að rannsóknum til að þróa og meta tilraunaverkefni og aðra starfsemi á sínum vegum.

4.4 Heilsuefning barna, ungmenna og aldraðra - Einstaklingsþroski og fjölskylduvernd

Í heilbrigðisáætlun fram til 2010 er sérstök áhersla lögð á að bæta geðheilbrigði barna, jafna aðstöðu þeirra til þjónustu, bæta tengsl við geðheilbrigðisþjónustu og að auka fræðslu og aðgerðir, sem hvetja til heilbrigðra lífshátta barna, foreldra og kennara. Til að fyrsta stigs geðheilbrigðisþjónusta og forvarnir verði áhrifaríkar þurfa þær að taka mið af fjölskyldunni á öllum þroskaskleiðum hennar, gjarnan í náinni samvinnu við aðra aðila, sem að þroska barna koma s.s. skólakerfið (sjá markmið starfshóps landlæknis: Börn og ungmenni með geðræn vandamál - Þjónusta utan sjúkrastofnana, 2000).

4.4.1 Fjölskyldan og fyrirbyggjandi starf

Forsenda þess að ná verulegum árangri í heilsuefningu er að tekið sé með þverfaglegum og víðtækum hætti á þeim vandamálum, sem skilgreind eru. Allt, sem bætir uppvaxtarskilyrði barna og eflir þroska þeirra, getur skipt máli. Þar hlýtur fjölskyldan og hlutverk foreldra að vera í brennidepli. Fjölskyldan er mikilvægasta einingin sem stendur að barninu og hefur úrslitaáhrif á uppvöxt þess. Mikilvægi fjölskyldunnar fyrir tilfinninga- og persónleikaþroska barnsins er óumdeilt og það hlutverk hennar hefur síst minnkað í flóknu þjóðfélagi. Það sem börn þarfnast fyrst og fremst af foreldrum sínum er ást, vernd og öryggi, örvun, stuðningur og að hafa fyrirmyndir í lífsbaráttunni (Álfheiður Steinþórsd. og Guðfinna Eydal, 1995). Hlaðin dagskrá foreldra ungra barna gerir þá gjarnan stressaða og verr í stakk búna til að sinna því sem tekur tíma í uppeldi. Lítil samvera með foreldrum, óstöðug barnagæsla og tíðir flutningar eru þættir sem minnka ytra öryggi og stöðugleika í uppeldi ungra barna. Innra öryggi fæst þó fyrst og fremst í nánum og ástríktum tengslum við foreldra sem sjálfir valda eigin lífi.

Sýkingar eru tíðar meðal ungra barna á aldrinum hálfis árs til tveggja ára. Kvef og tíðar eyrnabólgur eru helstu tilefni ísetningar röra í hljóðhimnur barna á þessum aldri, en allt að 30% tveggja ára barna hafa rör í eyrum og er það hæsta hlutfall sem þekktist í heiminum (Vilhjálmur Ari Arason o.fl., 2002 a og b). Líklegar skýringar á þessum tíðu sýkingum og röranotkun eru þær að börnin séu of mörg og þétt saman á svipuðum aldri og byrji æviferil sinn of snemma hjá dagmæðrum eða í leikskólum. Ástæða er því til að leggja áherslu á að börn dvelji lengur í foreldrahúsum fyrsta æviárið en nú tíðkast. Til að ná því marki þarf að stefna að því að lengja fæðingarorlof í eitt ár.

Lengi býr að fyrstu gerð. Foreldrar hafa sjálfir verið börn og þeirra eigin uppvaxtarfjölskylda gefið tóninn. Þeir eru misjafnlega í stakk búnir til að uppfylla foreldrakröfur en ekki síður að takast á við tilfinningalegar kröfur og finna lausnir í

sambúð. Oft þurfa þeir fræðslu og ráðgjöf til að byggja upp parsamband sitt í byrjun til að styrkja innviði fjölskyldunnar og geta verið börnum sínum bakhjarl. Það hve hátt hlutfall sambúða og hjónabanda á Íslandi lýkur með skilnaði hefur ómæld áhrif á tilfinningalíf barna.

Einstaklings- og hjónaráðgjöf auk fræðslu um sambúðalausnir eru fyrirbyggjandi starf sem nýtast fólki á ólíkum lífsskeiðum fjölskyldunar. Einkum þarf að leggja hér áherslu á þrennt:

1. Að byggja upp samband og efla samskipti foreldra þegar von er á barni og sérstaklega fyrstu æviár þess.
2. Að bjóða aðstoð þeim sem eru að skilja til að hjálpa fullorðnum og börnum að aðlaga sig og ákveða bestu lausnir til frambúðar fyrir börn.
3. Að bjóða aðstoð þeim sem eru að mynda nýja fjölskyldu/stjúpfjölskyldu þar sem foreldrahlutverk eru sérlega flókin.

4.4.2 Barnið í fjölskyldunni

Mikilvægt hlýtur að vera að auka foreldrahæfni fólks á barneignaaldri. Það má gera með fræðslu strax á unglingsárum í grunnskóla og framhaldsskóla. Fræðslan þarf í fyrsta lagi að beinast að því að koma í veg fyrir ótímabærar þungarnir lítt þroskaðra unglingsstúlkna, er sjaldnast hafa þeirri öryggistilfinningu að miðla, sem uppvaxandi tilfinningaveru er nauðsynleg. Fræðslan ein dugir þó skammt, ef ekki kemur til áhugi á að tileinka sér innihaldið. Kjörnar aðstæður skapast á fyrstu meðgöngunni, því þá er komin til skjalanna einstök hvatning til að finna lausnir í eigin tilfinningatengslum. Íhlutun fagfólks við þær aðstæður byggir á þeirri hugmyndafræði, að takist foreldrum að mynda heilbrigð og sterk tilfinningatengsl við barnið strax eftir fæðingu, sé mun auðveldara að veita því þá félagslegu örvun og öryggiskennd, sem nauðsynleg er til að það fái þroskað samskiptahæfni sína, sem er barninu afar gagnlegt veganesti út í lífið.

Sýnt hefur verið fram á, að áföll og óuppgerðar tilfinningar hjá verðandi móður eða foreldrum eða erfið uppeldisleg kjör, svo sem vanræksla eða ofbeldi, séu miklir áhættuþættir, sem hindra eðlileg tengsl móður/fjölskyldu og barns og geta valdið varanlegu tilfinningalegu eða líkamlegu heilsutjóni fyrir barnið ef ekkert er að gert (Kirkengen, 2001). Meðgangun er mikilvægt þroskaferli, einnig fyrir móður og fjölskyldu, þar sem ákveðið rót getur komist á tengsl og tilfinningar, einkum og sér í lagi ef móðirin hefur upplifað áföll eða erfiðleika í uppvexti sínum eða á fullorðinsárum. Meðgangun býður upp á einstæða möguleika að vinna úr óleystum tilfinningavandkvæðum fortíðarinnar. Í rannsókn Eyglóar Ingadóttur (2002) koma fram vísbendingar um gagnsemi markviss stuðnings hjúkrunarfræðinga við nýorðnar mæður, sem líður illa fyrstu mánuðina eftir fæðingu. Rannsókn Mörgu Thome (1999a) bendir einnig til að stuðningur hjúkrunarfræðinga með símaviðtölum geti dregið úr þreytu mæðra erfiðra ungbarna.

Þetta viðfangsefni má nálgast með margvíslegum hætti. Við Heilsugæslustöðina á Akureyri hefur verið þróað vinnulag, sem byggir á þessari hugmyndafræði og á þverfaglegri samvinnu, sem beinist að fjölskyldunni frá því einstaklingurinn er í móðurkviði og áfram í ungbarnavernd og síðar upp grunnskólann. Stuðningur við áhættufjölskyldur getur verið með eftirfarandi hætti:

1. Aukinn stuðningur ljósmóður, hjúkrunarfræðings eða heimilislæknis.
2. Fyrirbyggjandi fræðsla á námskeiðum og í viðtölum fagfólks við verðandi foreldra, sem miða að því að auka foreldrahæfni og efla alhliða heilbrigði fjölskyldunnar.
3. Tilfinningaleg úrvinnsla, sjálfsstyrking eða stuðningur hjá sérfræðingi eða fjölskylduráðgjafa.
4. Tilvísun eða samstarf við aðrar stofnanir eða fagaðila, s.s. fæðingadeild, barnadeild og geðdeild og félagsmálastofnun sveitarfélags.

5. Hópastarf þar sem fjölskylduráðgjafi og sálfræðingur vinna saman með hóp kvenna, sem eru að glíma við svipaðan vanda. (Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson og Hulda Guðmundsdóttir, 2000).

Starfsmenn ung barnaverndar og skólaheilsuverndar sjá síðar meir um að miðla viðeigandi upplýsingum og reynslu af þessu vinnulagi til samstarfsfólks í ýmsum teymum og nemendaverndarráðum. Þarna er fernt mikilvægast:

1. Að hafa heildaryfirsýn yfir vandamál einstaklingsins og aðstæður fjölskyldunnar,
2. að virkja barnið/unglinginn og fjölskyldu hans til samvinnu,
3. að viðhalda samfelli í stuðningsaðgerðunum, þannig að sama fagfólkið sé nýtt sem kostur er,
4. að grípa nógu snemma inn í göngu eftir slysavegi með íhlutandi aðgerðum.

Miklir og góðir möguleikar felast í foreldranámskeiðum á vegum ung- og smábarnaverndar heilsugæslustöðvanna, því foreldrar eru almennt mjög jákvæðir og móttækilegir fyrir fræðslu og þjónustu. Á þeim vettvangi mætti miðla ráðum og þekkingu, sem foreldrum kæmi að gagni í hinu mikilvæga hlutverki sínu. Á nokkrum heilsugæslustöðvum hérlendis eru slík námskeið þegar hafin. Aðrir fagaðilar hafa einnig sérhæft sig á þessu sviði og bjóða til námskeiða fyrir foreldra og væri eðlilegt að verkalýðsfélög og starfsmannasjóðir tækju þátt í kostnaði eins og nú þegar tíðkast við margvísleg námskeið fyrir starfsmannahópa.

Ljóst er þó að heilsuefning meðal barna og ungmenna verður að byggjast á mjög víðtæku þverfaglegu starfi innan sveitarfélags eða hverfis. Hafa sænskar athuganir gefið vísbendingar um, að lífshættir, heilsa og líðan ungmenna sé mun betri í þeim sveitarfélögum, sem hafa markað sér fastmótaða stefnu, aðgerðaáætlun og vinnulag í málefnum barna og unglunga, virkjað foreldra til samstarfs og fylgt orðum eftir með athöfnum, þannig að unglingar þekki sín takmörk og sé alls staðar mætt með sama boðskap (Berg o.fl., 1993).

4.4.3 Foreldrafærni

Sú samfella í heilbrigðisumsjá, sem starfsmenn heilsugæslunnar geta boðið, er einkar mikilvæg þeim fjölskyldum, sem ratað geta í vanda. Því er allt samstarf heilsugæslu, skóla, félagsþjónustu og annarra faghópa af hinu góða. Í Hafnarfirði hafa framangreindir aðilar hafið samstarfsverkefni, er kallast *foreldrafærni* eða Parent Management Training (PMT). Meginmarkmið verkefnisins er að fyrirbyggja alvarlega hegðunarerfiðleika hjá börnum með því að bregðast við vandanum á fyrstu stigum. Hugmyndafræðin bak við vinnulagið er, að andfélagsleg hegðun eigi sér rætur í vítahring í samskiptum barns og foreldra. Meðferðin hentar foreldrum barna á leik- og grunnskólaaldri, en mestur árangur næst hjá börnum á aldrinum 4-8 ára. Annars vegar er um að ræða ráðgjöf fyrir foreldra og fólk sem vinnur við umönnun barna sem eiga í minniháttar erfiðleikum. Hins vegar er meðferð fjölskyldna barna sem eiga í miklum erfiðleikum. Rannsóknir upphafsmanna þessarar aðferðar hafa sýnt, að þetta vinnulag dregur í miklum meirihluta tilvika verulega úr truflunum á hegðun barns á heimili og í skóla (Morgunblaðið, 2001b).

Þá hefur Elín Elísabet Jóhannsdóttir (2001), kennari, tekið saman forvarnaefni ætlað foreldrum barna í ákveðnum áhættuhópum fyrir Foreldrafélag misþorska barna og Geðrækt. Námsfernið er gefið út af Bindindissamtökunum IOGT og dreift í tengslum við námskeið sem Eirð, fræðsluþjónusta um uppeldi og geðheilsu barna og unglunga stendur að. Það hefur einnig verið í notkun á vegum Barna- og unglingsgeðdeildar Landspítalans og hjá Félagsþjónustunni í Reykjavík.

4.4.4 Unglingar

Það er mat fagráðsins, að veruleg ástæða sé til að beina meiri athygli að þunglyndiseinkennum hjá unglungum en verið hefur, einkum m.t.t. sjálfsvígshættu

(Alþingi, 1996). Ein aðferð er sú að nemendur í efstu bekkjum grunnskóla eru sums staðar látnir útfylla spurningalista um lífsvenjur sínar og líðan, sem skólahjúkrunarfræðingar fara svo yfir með þeim einslega og beina þeim sem þurfa til viðeigandi meðferðaraðila. Sérstakar unglingamóttökur heilsugæslustöðva gegna og mikilvægu hlutverki. Vert er að geta athyglisverðrar rannsóknar Eiríks Arnar Arnarsonar og samstarfsmanna (Eiríkur Ö. Arnarson, 2002 og 2001; Eiríkur Ö. Arnarson o.fl., 2002; Eiríkur Ö. Arnarson og Ed Craighead, 2000a og b) sem felst í að kanna áhrif forvarna gegn þunglyndi meðal barna og ungmenna. Skimun er gerð með því að leggja próf fyrir nemendur í 9. bekk grunnskóla til að meta þunglyndi og hugsanagang (skýringarstíl). Þeim, sem lenda í áhættuhópi samkvæmt þessu prófi eða sýna af sér neikvæðan þankagang, er síðan boðin þátttaka í markvissu námskeiði, þar sem aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar er beitt til að koma í veg fyrir þróun þunglyndis. Á námskeiðinu er lögð áhersla á, að með því að hafa áhrif á hugsun og hegðun megi hafa áhrif á og breyta líðan. Jafnframt er hæfni þátttakenda í því að takast á við félagsleg vandamál þjálfuð og bjargráð kennd. Markmiðið er að fyrirbyggja þunglyndi og þróa árangursríkar aðferðir til að takast á við það. Þessi aðferð hefur m.a. verið reynd á Seltjarnarnesi og í Mosfellsbæ og er rannsókn að hefjast til að meta árangurinn og fylgja nemendum eftir.

4.4.5 Aldraðir í nútímasamfélagi

Sífelld fjölgar þeim sem ná starfslokaaldri og allmargir ná hárrí ellu. Samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands frá desember 2002, voru 11,8% þjóðarinnar 65 ára og eldri, 8,5% 70 ára og eldri og 2,9% 80 ára og eldri.

Í greinargerð frá Pálma V. Jónssyni dósent í öldrunarlækningum frá 2001 segir að ætla megi að þeir sem ná 65 ára aldri eigi að jafnaði eftir 20-25 ár ólífudu. Á þessu aldursbili eykst algengi langvinnra sjúkdóma hratt og um flesta þeirra gildir að þeir tvöfaldast á hverju 5 ára tímabili. Sem dæmi má nefna að tíðni Alzheimer sjúkdóms er um 2% við 65 ára aldur, 4% um 70 ára aldur, 8% við 75 ára aldur, 16% hjá 80 ára 32% við 85 ára aldur og 47% hjá þeim sem eru eldri en 85 ára. Annað dæmi er mjaðmabrot. Af þessu leiðir að ef heilsuvernd leiðir til þess að hægt sé að seinka því um 5 ár að sjúkdómsmynd komi fram við 70 ára aldur, sæst til að mynda 16% algengi í stað 32% í dæminu hér að ofan. Hér er raunhæf von um árangur varðandi alla þá langvinnu sjúkdóma sem haga sér á þennan hátt og við getum haft áhrif á. Slíkur ávinningur skilar sér í bættum lífsgæðum fyrir aldraða og stytta þann tíma sem þeir eru háðir öðrum eða í þörf fyrir varanlega vistun, sem er mjög kostnaðarsöm fyrir samfélagið.

Meginmarkmið forvarna á þessu aldurs skeiði er að viðhalda lífsgæðum, færni og vitrænni getu og eru um 75% líkur á góðu lífi án fötlunar ef vel er haldið á spilunum, einkum á sviði heilsuverndar, umönnunar og lækninga. Forvarnir þurfa einkum að beinast að meðhöndlanlegum áhættuþáttum eða áhættuþáttum sem hægt er að hafa áhrif á og þar ber hæst áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma (svo sem reykingar, offitu, sykursýki, háþrýsting, hækkaðar blóðfitur og kyrrsetu) og beinþynningar.

Þær forvarnir og ráð til heilsueflingar, sem áður hafa verið nefnd til sögunnar í þessari greinargerð, hafa fyrst og fremst beinst að yngra fólki og munu eflaust skila sér í bættu heilsu þess síðar á ævinni. Það er engu að síður nauðsynlegt að grípa til sértækra forvarnaaðgerða nú þegar fyrir eldra fólk, sem ekki hefur notið átaks í forvörnum á sínum yngri árum. Slíkum aðgerðum verða ekki gerð ítarleg skil hér en bent á greinargerð Pálma V. Jónssonar í þessu samhengi. Þó gilda sömu grundvallaratriði í heilsueflingu aldraðra sem annarra aldurshópa: Gott úrval og

aðgengi að næringarríkum og hollum mat, aðstaða við allra hæfi til daglegrar hreyfingar og fjölbreyttir möguleikar á uppbyggilegum samvistum við annað fólk.

4.5 Helstu tækifæri

Í stuttu máli má segja að helstu tækifæri heilsugæslunnar til heilsueflingar felist í að:

- Vinna að fjölskylduvernd í hringiðu nútímasamfélags. Það er hægt t.d. með þátttöku í að skapa fjölskyldum lífvænleg skilyrði í hverju samfélagi og með því að efla foreldra í uppeldishlutverki sínu.
- Vinna að aukinni meðvitund almennings um heilsu og þá þætti sem hafa áhrif á líðan í dagsins önn, s.s. næringu, umhverfi, vinnuálag og neyslu vímuefna.

Forsendur þess að heilsugæslan geti sinnt þessum verkefnum er að:

- Starf heilsugæslunnar verði sóknarmiðað og nái út fyrir vegg heilsugæslustöðva.
- Fleiri starfsstéttir komi að starfi innan heilsugæslunnar.
- Þverfaglegt samstarf verði eflt, innan heilsugæslunnar annars vegar og hins vegar við stjórnvöld, stofnanir, fyrirtæki og félagasamtök sem geta veitt heilsugæslunni ráðgjöf og stuðning í starfi.
- Heilsugæslunni sé sköpuð aðstaða til að sinna rannsóknum á sviði lýðheilsu og heilsueflingar, bæði á eigin vegum og í samstarfi við aðra. Það er forsenda þróunar á heilsueflingarstarfi.

5. Framtíðarhugmyndir

Líta má á heilsueflingu og forvarnarstarf sem samfélagsverkefni sem heilsugæslan er þátttakandi í eins og aðrar stofnanir samfélagsins t.d. fjölskyldan, skólinn og trúfélög. Æskilegt er að byggja heilsueflingarstarf annars vegar á grundvelli nærsamfélagsins, þar sem sveitar- eða bæjarstjórn ber ábyrgð á velferð íbúanna, og hins vegar á nýjustu rannsóknnum og þekkingu á hverjum tíma. Vekja þarf fólk til umhugsunar um eigið heilbrigði og velferð og að veita því stuðning við að bera jafnframt ábyrgð á þeim þáttum í lífinu sem geta stuðlað að sem bestri líðan. Rætt er um að til að efla heilbrigði þurfi að mæta fólki þar sem það er statt líkamlega, andlega, félagslega og þekkingarlega. Til þess þarf að hafa á boðstólum nýjar og aðgengilegar upplýsingar, ráðgjöf og aðstoð sem fólk getur nýtt á sínum forsendum auk þess sem ákvarðanir stjórnvalda þurfa að miðast við að gera fólki kleift að iðka heilbrigða lífshætti þegar það er tilbúið til þess.

5.1 Heilsueflingarstefna sveitarfélaga

Mikilvægt er að sveitarfélög marki sér heilsueflingarstefnu á sama hátt og þau marka sér fjölskyldustefnu, því pólitískt kjörnir sveitarstjórnarmenn með fagfólk og starfsmenn sveitarfélagsins sér við hlið eru réttu aðilarnir til að hefja þá umræðu, sem nauðsynleg er til samstarfs og hugarfarsbreytingar innan samfélagsins. Heilsugæslustöðvar gegna mikilvægu hlutverki í allri heilsueflingu. Starfsmenn heilsugæslunnar þurfa að vinna í nánunni þverfaglegu samstarfi við sveitarstjórnir, áhugamannasamtök og borgara á starfssvæði sínu, en slíkt er einmitt grundvöllur árangursríkrar heilsueflingar (sbr. markmið 14 og 21 í Heilbrigðisáætlun til 2010). Sem dæmi má nefna að á Akureyri hefur sérstök hliðsjón verið höfð af Heilbrigðisáætlun til 2010 við gerð fjölskyldustefnu, þannig að eðlilegt þykir að fjölskyldustefnan feli í sér heilsueflandi markmið. Þar eru áætlanir settar fram um *velferðarmat*, þar sem velferð bæjarbúa verði vegin á svokallaðri velferðarvog, sem er aðferð eða tæki til að fylgjast með og bregðast við breytingum og sveiflum í velferð og heilbrigði fjölskyldna og bæjarbúa almennt. Teknar eru saman staðtölur um ýmsa þætti, er gefið geta til kynna velferðarástand íbúanna, og eru viðmiðin heilsufar, menntun og kunnátta, fjölskyldu- og félagsnet, aðgengi að félagskerfinu, öryggi, húsnæði, launaþróun, atvinnumál, fjárhagur og lífsstíll. Einnig er gert ráð fyrir sérstöku *fjölskyldumati*, þar sem kerfisbundið sé metið fyrirfram, hvaða áhrif ýmsar ákvarðanir bæjaryfirvalda hafa á líf og hagi barnafjölskyldna. Með sama hætti væri eðlilegt að heilsueflingarstefna fæli í sér *heilbrigðismat* á heilbrigði og heilsufari íbúanna, þannig að hægt sé að meta þörf og fylgjast með árangri ýmissa heilsueflandi aðgerða og jafnframt að reyna að sjá fyrir eða leggja dóm á það, hvaða áhrif ákvarðanir sveitarstjórnar hafa á heilbrigðisástand sveitarfélagsins. Mætti gjarnan hafa aðferðafræði umhverfismats þar til hliðsjónar.

Í fjölskyldustefnu Akureyrarbæjar er ennfremur kveðið á um sérstakt *heilsueflingarráð*, sem bæjarkerfið hafi forgöngu um. Til þess að ná markmiðum yfirvalda í heilbrigðismálum er talið nauðsynlegt að koma á þverfaglegu og víðtæku samstarfi allra þeirra, sem talist geta hagsmunaaðilar eða hafa áhuga og skyldur í því sambandi. Þar eigi sæti fulltrúar úr bæjarkerfinu, starfsfólk í félags-, skóla- og heilbrigðiskerfinu almennt, fulltrúar úr atvinnulífinu; framleiðslu, verslun og þjónustu auk fulltrúa áhugamannafélaga og íbúanna sjálfra, einkum foreldra. Þessir aðilar miðli þekkingu og reynslu hver til annars og séu ráðgefandi um allar ákvarðanir, sem haft geta áhrif á heilsufar, hvort heldur það er líkamlegt, andlegt, félagslegt eða tilfinningalegt. Þeir samhæfi aðgerðir og tali fyrir þeim hver innan síns hóps. Heilsueflingarráð gæti verið þekkingarbrunnur, vettvangur skoðanaskipta og hvati að heilsueflandi aðgerðum og ennfremur uppspretta samábyrgðar og skilnings á því, að heilsufar og velferð íbúanna sé mikilvægara stundargróða ákveðinna hagsmunaaðila.

Á sama hátt væri hægt að marka heilsueflingarstefnu sérstaklega, enda er slíkt vænlegt til að vekja almenning til umhugsunar, umræðu og aðgerða. Þá hafa ákveðin sveitarfélög s.s. Hafnarfjörður samþykkt sérstaka forvarnastefnu. Öll stefnumörkun af þessu tagi á að fela í sér forgangsröðun og eyrnamerkingu fjár til ákveðinna verkefna, sem síðan er gert árangursmat á.

Fjölskyldustefnu sveitarfélaga má útfæra á ýmsan hátt en gæta þarf að þátttöku og aðkomu mismunandi aldurs- og þjóðfélagshópa. Sem dæmi má nefna að í Reykjavík hefur hverfaráðum verið komið á og á Akureyri verður sérstakt unglingaráð skipað fulltrúum á aldrinum 13 - 18 ára sem fjalla um ýmis málefni sem varða börn og unglinga. Tilraunir hafa einnig verið gerðar með vinahópa eldri og yngri í þeim tilgangi að brúa kynslóðabil með auknum samskiptum og samvinnu mismunandi aldurshópa. Þjónustumiðstöð, sem sinnir þörfum fólks af mismunandi uppruna, er mikilvægt að koma á þar sem fólk af ýmsu bergi brotið sest að. Slík miðstöð, sem öll sveitarfélög í landinu eiga aðild að, hefur verið opnuð í Reykjavík í Alþjóðahúsi. Æskilegt væri að staðbundnar miðstöðvar væru einnig í sveitarfélögum þar sem þeirra er þörf.

Það gæti haft hvetjandi áhrif og stuðlað að samþættingu og þverfaglegri samvinnu og hugsanlega auðveldað starfsmönnum heilsugæslunnar að fá hljómgrunn fyrir heilsueflingarboðskap sinn og þekkingu ef sveitarfélögin sæju sjálf um rekstur heilsugæslustöðva.

5.2 Skipulag og samvinna um lýðheilsurannsóknir

Upplýsingar sem fást úr rannsóknum eru forsenda þess að hægt sé að þróa heilsueflingar- og forvarnarstarf og gera áætlanir til framtíðar.

Eins og að framan greinir vinna ýmsir að lýðheilsurannsóknum og viðfangsefni sumra skarast. Nauðsynlegt er að efla rannsóknir á sviði lýðheilsu, móta sameiginlega stefnu sem hægt er að vinna eftir í framtíðinni, stuðla að og hlúa að samráði og samstarfi fræðimanna sem vinna slíkar rannsóknir og koma þeim á form sem hæfir til notkunar í forvarnastarfi. Leggja þarf áherslu á heildrænt mat á ástandi einstaklinga og samfélaga og skoða í líkamlegu, andlegu, tilfinningalegu og félagslegu samhengi. Grennslast þarf vítt fyrir um orsakir og afleiðingar.

Í því sambandi þarf að vinna úr gögnum sem safnað er á heilbrigðisstofnunum, reglulegum lífsstíls- og lýðheilsukönnunum meðal mismunandi þjóðfélagshópa, gæðabundnum rannsóknum sem snúa t.d. að líðan og loks símati á verkefnum til að efla lýðheilsu.

5.3 Lýðheilsustöð

Nýstofnuð Lýðheilsustöð getur tvímælalaust orðið miðstöð þróunar þekkingar og rannsókna á sviði lýðheilsu og hvatning til heilsueflingar. Sjá má fyrir sér að innan hennar starfi fólk með fjölbreyttan bakgrunn, reynslu og færni til að sinna víðtækum rannsóknum sjálfstætt eða í nánú samstarfi við rannsókna- og háskólasamfélagið. Lýðheilsustöð getur orðið miðstöð rannsókna, ráðgjafar og fræðslu, samstarfsvettvangur allra þeirra sem vinna að heilsuvernd og heilsueflingu í landinu. Þá getur hún orðið stjórnvöldum til ráðgjafar við stefnumótun og ákvarðanatöku á heilbrigðissviði. Þangað á að vera hægt að sækja nýjustu upplýsingar og þekkingu á hverjum tíma, stuðning við þær hugmyndir og starf sem unnið er úti í þjóðfélaginu og árangursmat á íhlutunaraðgerðum.

Lýðheilsustöð þarf að vera þannig staðsett bæði stjórnunarlega og landfræðilega að tengsl hennar við nánustu samstarfsfélög og stofnanir sem vinna að lýðheilsumálum í landinu sé greiður. Henni þarf auk þess að tryggja sjálfstæði til að geta verið leiðandi í heilsueflingarstarfi og bolmagn til að starfa með hæfustu fagmönnum á sviði heilbrigðisvísinda á hverjum tíma. Rætt hefur verið um ferns konar hlutverk sem

Lýðheilsustöð getur gegnt: **Í fyrsta lagi** að stuðla að rannsóknum, gagnasöfnun og þróunarstarfi á sviðið lýðheilsu til að hægt sé að meta hvaða þættir hafa áhrif á heilsu þjóðarinnar. **Í öðru lagi** að vinna að ráðgjöf, fræðslu, kynningu og stuðningi við aðrar stofnanir og samtök sem vinna að heilsuefingu s.s. heilsugæslu, skóla, félagsþjónustu, foreldrasamtök og lögreglu. **Í þriðja lagi** að samhæfa aðgerðir í heilsuefingu, heilsuvernd og forvarnarstarfi og gera tillögur til viðkomandi ráðuneyta um aðgerðir, sem nauðsynlegar verða að teljast til að bæta heilsufar eða viðhalda því og rökstyðja tillögur um forgangsröðun verkefna með vísindalegum rökum. **Í fjórða lagi** að sjá fjölmiðlum fyrir traustum upplýsingum um lýðheilsufræðileg efni og veita aðstoð við túlkun þeirra.

5.4 Grunn-, sí- og endurmenntun starfsfólks

Nauðsynlegt er að viðhalda og efla þekkingu og þjálfun starfsfólks á sviði lýðheilsu. Í boði þurfa bæði að vera árviss námskeið eða fyrirlestrar sem nýtt starfsfólk getur sótt styrkingu, hugmyndir og endurnæringu í og önnur námskeið sem geta verið háð tíðaranda og viðfangsefnum á hverjum tíma. Námsbraut í lýðheilsufræðum (public health) þyrfti að koma á fót við Háskóla Íslands hið fyrsta.

Störf að lýðheilsu eru í stöðugri þróun. Starfsgreinum hefur fjölgað jafnhliða aukinni sérhæfingu. Þar sem lækna- og hjúkrunarfræðingar gegndu öllum störfum við heilsugæslu fyrri tíma eru nú komnir til skjalanna sálfræðingar, félagsráðgjafar, næringarfræðingar, sjúkraþjálfarar, tannverndarfræðingar, iðjuþjálfarar o.s.frv. Með tímanum hefur komið í ljós að þverfagleg samvinna þessara stétta skiptir öllu máli fyrir gæði þjónustunnar. Það gerir kröfur til allra starfsstétta um samstarfsvilja, sveigjanleika, virðingu fyrir hlutverki og störfum annarra, allt með þarfir samfélagsins fyrir heilbrigðisþjónustu að leiðarljósi. Í Bretlandi er um þessar mundir jafnvel rætt um að þörf sé fyrir nýja stétt til að sinna heilsuefingu. Þar í landi hefur komið í ljós að hefðbundnar heilbrigðisstéttir eiga erfitt með að tileinka sér hugsunarhátt heilsuefninga sökum mótunar sem þær hafa öðlast í námi og með starfsreynslu (Watkins, 2002).

5.5 Kennsla í lýðheilsufræðum (Public health)

Samhliða hinni nýju Lýðheilsustöð verður það að teljast bæði eðlilegt og nauðsynlegt að koma á fót námsbraut í lýðheilsufræðum við einhverja af hinum metnaðarfullu háskólastofnunum landsins. Yrði þar boðið upp á námskeið á ýmsum sviðum lýðheilsufræða, og yrðu þau einkum ætluð fólki, sem þegar er starfandi innan heilbrigðisgeirans. Í tengslum við þessa námsbraut yrði einnig boðið upp á rannsóknánám, sem lyki með mastersgráðu eða doktorsgráðu. Með samvinnu við lýðheilsustöðina væri þarna hægt að efla rannsóknastarf í greininni á landsvísu og smám saman auka veg þessara fræða, þannig að lýðheilsusjónarmiða gæti meira við alla ákvarðanatöku en nú er. Gæti þetta leitt til hugarfarsbreytingar, sem hafa myndi bætandi áhrif á ákvarðanir fjárveitingavaldsins, heilbrigðisyfirvalda, rekstraraðila, stjórnenda og einstakra heilbrigðisstarfsmanna.

5.7 Útgáfa fræðsluefnis

Tryggja þarf framboð á fjölbreyttu kynningar- og fræðslustarfi fyrir almenning og skilgreinda hópa í samvinnu við foreldra, trúfélög, skóla, félags- og tómsundþjónustu og frjáls félagasamtök. Inntak fræðslunnar þarf að vera aðgengilegt, í sífældri endurskoðun og ferskt á hverjum tíma. Þó að þverfagleg verkaskipting þeirra sem vinna að forvörnum þurfi að vera samræmd og skýr getur heilsugæslan t.d. haft frumkvæði að gerð fræðsluefnis, sótt í smiðju annarra, t.d. ráða og stofnana á sviði lýðheilsu, eða unnið með öðrum að þróun fræðslu- og kynningarefnis.

5.8 Nýsköpunarverkefni

Æskilegt er að hvetja sveitarfélög, skóla, frjáls félagasamtök, heilsugæslustöðvar o.fl. til nýsköpunarverkefna á sviði heilsueflingar í tilraunaskyni sem víðast og sem næst „grasrótinni“. Hvatningin gæti falist í styrkjum og aðstoð við að hrinda verkefnum í framkvæmd. Framsækin tilraunaverkefni geta vakið almenning til umhugsunar og hvatt til aðgerða og þátttöku. Sem dæmi um verkefni sem á undanförunum árum hafa vakið nokkra athygli má nefna heilsuþjálfarverkefnið, heilsueflingu í skólum og sérhæfðar móttökur fyrir unglinga og aldraða á heilsugæslustöðvum. Til að heilsuþjálfarverkefnið lifi og dafni og nái tilgangi sínum með hugarfarsbreytingu íbúanna virðist skipta máli, að frumkvæði og fjármögnun sé sem mest í grasrótinni en ekki stýrt að ofan.

5.9 Efling heilsugæslunnar

Frumheilsugæslan er aðeins einn hlekkur í lýðheilsukeðjunni, en heimilislæknar og heilsugæsluhjúkrunarfræðingar hafa átt drjúgan þátt í að móta og taka virkan þátt í fyrsta og annars stigs heilsuvernd. Þessir faghópar hafa einnig verið burðarásar í heilsueflingarátaki sveitarfélaga. Ákvæði heilbrigðislaganna nr. 97/1990 um að á öllum H2 stöðvum skuli starfa sjúkraþjálfari er óvída uppfyllt en hlutverk þeirrar stéttar við forvarnir er afar mikilvægt. Ekki er síður þörf á næringarráðgjöf, sálfræðiráðgjöf og iðjuþjálfun innan heilsugæslunnar. Þessar starfsstéttir starfa nú yfirleitt í óbeinum tengslum við þær. Eitt af forgangsverkefnum heilbrigðisyfirvalda ætti því að felast í því að mæta breyttu þjóðfélagi með því efla heilsugæsluna sem máttarstólpa heilsuverndar og forvarnarstarfs. Heilsugæslan þarf að vera virkari og að hafa kraft og sveigjanleika til að svara betur þörfum þjóðfélagsins á hverjum tíma. Starf heilsugæslunnar þarf að ná út fyrir þann ramma sem henni hefur víðast hvar verið sniðinn í tíma og rúmi. Starf heilsugæslunnar þarf að vera sóknarmiðað í stað þess að felast fyrst og fremst í nauðvarnarhlutverki.

Heimildir

- Alþingi (1996). *Könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi*. Skýrsla nefndar um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi. Unnið samkvæmt þingsályktun um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga (1992). Alþingi 115. löggjafarþing, 67. mál, þskj. 885.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO)(2002), *Hreyfðu þig – njóttu lífsins /Alþjóðaheilbrigðisdagurinn*, 7. apríl 2002 (bæklingur; ísl. þýðing Landlæknisembættið). Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Anna Björg Aradóttir, Hjördís Harðardóttir, Ósk Ingvarsdóttir, Rannveig Einarsdóttir, Reynir Tómas Geirsson, Sigurður Helgason, Sóley Bender og Steingerður Sigurbjörnsdóttir. (2001). Neyðargetnaðarvörn. *Læknablaðið*, 87, 581-582.
- Anna G. Ólafsdóttir og Svavar Knútur Kristinsson (2001). Reynslan besti kennarinn. *Morgunblaðið* 12.8.2001.
- Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson og Hulda Guðmundsdóttir. (2000). *Nýja barnið – Þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Álfheiður Steinþórsdóttir og Guðfinna Eydal. (2001) *Sálfræði einkalífsins*. Reykjavík: Almenna bókafélagið
- Álfheiður Steinþórsdóttir og Guðfinna Eydal (1995). *Barnasálfræði*. Reykjavík: Mál og menning.
- Ársskýrsla Tóbaksvarnanefndar, 2001
- Ball, K., Bauman, A., Leslie, E. og Owen, N. (2001). Perceived environmental aesthetics and convenience and company are associated with walking for exercise among Australian adults. *Preventive Medicine* 33, 434-440.
- Barnaverndarstofa (2001). *Ársskýrsla 2000*. Reykjavík: Barnaverndarstofa
- Barnaverndarstofa (2000). *Barnavernd á Íslandi*. Skýrsla um starfsemi Barnaverndarstofu árin 1995 –1999 og barnaverndarnefnda á Íslandi árin 1996 – 1999. Reykjavík: Barnaverndarstofa
- Barsky, A. (1988). The paradox of health. *New England Journal of Medicine*, 318, 414-8.
- Beaglehole, R og Bonita, R. (1997). *Public health at crossroads: Achievements and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beals, K.A., Brey, A.R., Gonyou, J.B. (1999). Understanding the female athlete triad; eating disorders, amenorrhea, and osteoporosis. *Journal of School Health*, 69(8), 337-339.
- Berg, K., Alvén B., Erdes L., Erneholt T., Johannisson I., Mattsson-Elofsson E. (1993). Ungdomars hälsövanor och riskbeteenden. *Läkartidningen*, 90, 710-717.
- Bouchard, C., Shephard, R.J. og Stephens, T. (ritstj.) (1994). *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign: Human Kinetics.
- Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, Hólmfríður Lydía Ellertsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir (2001). *Vændi á Íslandi og félagslegt umhverfi þess*. Áfangaskýrsla. Rannsóknir og greining, dóms- og kirkjumálaráðuneyti.
- Brynhildur Briem (1999): *Breytingar á hæð og þyngd 9 ára skólabarna í Reykjavík 1919-1998*. Óbirt lokaritgerð til meistaraþrófsgráðu í heilbrigðisvísindum. Háskóli Íslands, Læknadeild.
- Brynjólfur Ingvarsson (1999). Sjálfsvíg og vísvitandi sjálfsskaði. *Geðfræðsla*, maí 2002. Geðverndarfélag Akureyrar. Þýddur kafli úr *Textbook of psychiatry* (2. útgáfa) eftir Gelder, Mayou og Geddes.
- Brynjólfur Mogensen (1999). Slysakostnaður 25 milljarðar á ári. *Lyfjatíðindi*, 6(1), 57-62.
- Brynjólfur Mogensen og Stefán Yngvason (2000). Umferðarslys eru stórt heilbrigðisvandamál. *Læknablaðið*, 86 (5), 379-382.
- Cockerham, W.C. (2001). *Medical sociology*, (8. útgáfa) New Jersey: Prentice Hall.
- Conrad, P. Schneider, J.W. (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

- Dóms- og kirkjumálaráðuneytið (1997). *Skýrsla dómsmálaráðherra um orsakir, umfang og afleiðingar heimilisofbeldis og annars ofbeldis gegn konum og börnum*. (Lögð fram á Alþingi á 21. löggjafarþingi 1996 - 1997).
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H. og O'Neal, H.A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (6), S587-S597
- Eiríkur Ö. Arnarson (2002). Hugur og heilsa. Fyrirlestur á ráðstefnunni *Samspil og samvinna menntunar og heilsu*, sem haldin var á vegum menntamálaráðuneytisins, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og Landlæknisembættisins 6. desember 2002 í Borgartúni 6, Reykjavík.
- Eiríkur Ö. Arnarson, Inga Hrefna Jónsdóttir, Hulda Guðmundsdóttir, Margrét Ólafsdóttir, Jóhanna Lilja Birgisdóttir og W.Ed. Craighead (2002). Forvörn þunglyndis meðal unglinga á Íslandi. *Læknablaðið*, 88, (Fylgirit 47), 84.
- Eiríkur Ö. Arnarson (2001). Þunglyndi meðal unglinga og fyrirbyggjandi aðgerðir. *Geðvernd*, (30), 5-8.
- Eiríkur Ö. Arnarson og Ed Craighead (2000a). *Hugur og heilsa: Verkefnabók fyrir hugræna atferlismeðferð*. Reykjavík, 148 bls.
- Eiríkur Ö. Arnarson og Ed Craighead (2000b). *Hugur og heilsa: Handbók fyrir hugræna atferlismeðferð fyrir börn og unglinga*, Reykjavík, 198 bls.
- Ekblom, Ö og Ekblom, B. (2000). Den livsfarliga iaktviteten. *Svensk Idrottsforskning*, 9(4), 44-48.
- Elín Elísabet Jóhannsdóttir (2001). Skrefi á undan. Forvarnaefni ætlað foreldrum barna í ákveðnum áhættuhópum. Bindindissamtökin IOGT.
- Erlingur Jóhannsson (2002, mars). *Ný rannsókn og fyrirbyggjandi aðgerðir – líkamsástand, lífnaðarhættir og hreyfimyntur barna*. Fyrirlestur fluttur á ráðstefnu um hreyfingarleysi og offitu, Hótel Loftleiðum, Reykjavík.
- Eygló Ingadóttir (2002). *Andleg vanlíðan eftir barnsburð. Hefur stuðningur hjúkrunarfræðinga áhrif?* Lokaritgerð til meistaraáráðu í hjúkrunarfræði við HÍ unnin með handleiðslu dr. Mörgu Thome vorið 2002.
- Eyrún Jónsdóttir (2001). *Neyðarmóttaka vegna nauðgana*. Fyrirlestur á námskeiði fyrir starfsfólk heilsugæslu um áfengis- og vímuvarnir á vegum áfengis- og vímuvarnaráðs, Heilsugæslunnar í Reykjavík og Héraðslæknisins í Reykjavík, haustið 2001.
- Fangelsismálastofnun (1999). Ársskýrsla 1998.
- Fisher, E.S., Welch, H.G. (1999). Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? *JAMA*, 281, 446-453
- le Fanu, J. (1999). *The rise and fall of modern medicine*. London: Little, Brown and Company.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. og Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-58.
- Fimmta hver stúlka misnotuð (2002, 17. september). Sláandi niðurstöður í fyrstu tíðnirannsókn á kynferðislegri misnotkun gagnavart börnum Íslandi. Viðtal við Hrefnu Ólafsdóttur, meistara í klínískri félagsráðgjöf í *Morgunblaðinu*.
- Fletcher, G.F., Balady, G., Froelicher, V.F., Hartley, L.H., Haskell, W.L. og Pollock, M.L. (1995). Exercise standards. A statement for health care professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 91(2), 580-615.
- Fogelholm, M. (2002, mars). *Childhood obesity – more exercise or less inactivity?* Fyrirlestur fluttur á ráðstefnu um hreyfingarleysi og offitu, Hótel Loftleiðum, Reykjavík.
- Fried, G. (2002). Gynnsamma effekter av östrogen på kardiovaskulär hälsa. *Läkartidningen* (18).
- Friedman, M.M., Erla Kolbrún Svavarsdóttir og McCubbin, M. (1998). Family stress

- and coping processes: Family adaptation. Í M. Friedman (ritstj.): *Family nursing: Research, theory & practice* (4. útgáfa). (bls. 435-479). Stamford: Appleton & Lange.
- Gallup (2001). *Rannsókn á áfengis- og vímuefnaneyslu Íslendinga í nóvember/desember 2001*. Reykjavík: Áfengis- og vímuvarnaráð.
- Giardino, A.P., Christion, C.W. og Giardino, E.R. (1997). Introduction to abuse and neglect. Í *A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect*. Bls. 1-22. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Goodman, S.N. (2002). The mammography dilemma: a crisis for evidence-based medicine? (Ritstjórnargrein). *Annual Internal Medicine*, 137, 363-365.
- Gordon, N.F., Kohl III, H.W. og Blair, S.N. (1993). Life style exercise, a new strategy to promote physical activity for adults. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 13, 161-163.
- Gylfi Ásmundsson, (1998). Breytingar á áfengisneyslu Íslendinga. *Geðvernd*, 27(1)34-40.
- Götzsche, P.C. og Olsen, O. (2000). Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*, 355, 129-134.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2000). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Helga Haraldsdóttir og Ragnildur Inga Guðbjartsdóttir (1999). *Átröskunareinkenni meðal barna og unglinga*. B.A. ritgerð í sálarfræði nr. 1518. Leiðbeinendur: Heiðdís Sigurðardóttir og Jakob Smári. Félagsvísindadeild HÍ.
- Herdís Storgaard (2002). Slysavarnir barna, hvert stefnum við á Íslandi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 78(1), 51.
- Hildigunnur Ólafsdóttir og Hákan Leifman (2002). Legalizing beer in Iceland: Its effects on alcohol consumption in times of recession. Í Room, R. (Ritstjóri). *The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change*. (bls. 145-154). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Hobart, J.A. og Smucker, D.R. (2000). The female athlete triad. *American Family Physician*, 61(11), 3357-3364.
- Horton, R. (2001) Screening mammography - an overview revisited. Ritstjórnargrein. *The Lancet*, 358, 1284-5.
- Hólmfríður K. Gunnarsdóttir (2002, 25. nóv.). Að ná taki á tímanum - Vinna gegn streitu. www.femin.is
- Hólmfríður Þorgeirsdóttir (1999): *Per capital supply of food in Iceland 1956-1995 and changes in the prevalence of overweight and obesity in men and women aged 45-64 in Reykjavik 1975-1994: Öbirt lokaritgerð til meistaraþrófs. Matvælafræðiskor, Raunvísindadeild. Háskóli Íslands.*
- Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Laufey Steingrimsdóttir, Örn Ólafsson, Vilmundur Guðnason (2001): Þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994. *Læknablaðið* 87: 699-704.
- Hu F.B. og Willett W.C.(2002). Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA* 288 (20), 2569-2578.
- Inga Þórsdóttir og Ólafur Reykdal (1997). Food and the low incidence of IDDM in Iceland. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 41:155-57.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Jóhann Ág. Sigurðsson (Gestaritstjóri). (2001). Kerfisbundin leit að fösturgöllum snemma á meðgöngu. Vísindaleg þekking og mannleg viðhorf. *Læknablaðið*, 87 (Fylgirit 42).
- Kirkengen, A.L. (2001). *Inscribed bodies. Health impact of childhood sexual abuse*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Kolata, G. og Petersen, M. (2002, 10. júlí). Hormone replacement study, a shock to the medical system. *The New York Times*.
- Kristinn Tómasson (1998). *Psychiatric comorbidity among treatment seeking alcoholics. Important for course and treatment*. Department of Behavioral Sciences in Medicine,

- University of Oslo and Department of Psychiatry National University Hospital , Reykjavík.
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 12, 241-247.
- Laufey Steingrimsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Stefánía Ægisdóttir (1991). Könnun á mataræði Íslendinga 1990. Helstu niðurstöður. *Rannsóknir Manneldisráðs Íslands III*. Reykjavík.
- Landlæknisembættið (2000). *Börn og ungmenni með geðræðn vandamál: Þjónusta utan sjúkrastofnana. Skýrsla starfshóps landlæknis www.landlaeknir.is* (upplýsingar, útgáfa).
- Landspítali-háskólasjúkrahús. (2002). Ársskýrsla um starfsemi átröskunarteymis göngudeildar geðdeildar LSH v. Hringbraut, janúar 2001-janúar 2002.
- Landspítali-háskólasjúkrahús (2001). Ársskýrsla 2000.
- Lock, M. og Gordon, D.R. (ritstj.) (1988). *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lundberg, G.D., Young, R.K., Flanagin, A. og Koop, C.E. (1992). *Violence*. A compendium from JAMA, American Medical News, and the speciality journals of the American Medical Association. Chicago: Am Med Ass.
- Malterud, K. (2001a). The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358, 397-400.
- Malterud, K. (2001b). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet*, 358, 483-488.
- Manneldisráð (2002) Mataræði Íslendinga. Fæðuframboðstölur. Fæðuframboð á Íslandi 1956-2000. www.manneldi.is
- Marga Thome (2000). Predictors of postpartum depressive symptoms in Icelandic women. Original contribution. *Archives of Women's Mental Health*, (3), 7-14.
- Marga Thome (1999a). A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 128-137.
- Marga Thome (1999b). *Geðheilsuvernd mæðra eftir fæðingu*. Greining á vanlíðan með Edinborgarþunglyndiskvarðanum og viðtölum. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í hjúkrunarfræði.
- Marttila, J., Laitakari, J., Nupponen, R. Miilunpalo, S. og Paronen, O. (1998). The versatile nature of physical activity – on the psychological, behavioural and contextual characteristics of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling*, 33 (3), S29-S38.
- McClellan, A.C. og Killen, M.R. (2000). Attachment theory and violence toward women by male intimate partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), s. 353-360.
- Miller, A.B., To, T., Baines, C.J. og Wall, C. (2000). The Canadian national breast screening study-1: Breast cancer mortality after 11-16 years of follow-up. *Annual Internal Medicine*, 137, 305-312.
- Morgunblaðið (2001a). Úrræði vantar fyrir heimilislauða unglunga. Frétt í *Morgunblaðinu* 24.10.2001.
- Morgunblaðið (2001b). Áherslan á þátt foreldra. Viðtal við Margréti Sigmarsdóttur, sálfræðing og verkefnisstjóra PMT í Hafnarfirði í *Morgunblaðinu* 12.01.2001.
- Moynihan, R., Heath, I. og Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324, 886-91.
- Moynihan, R. og Smith, R. (2002). Too much medicine? Almost certainly. *British Medical Journal*, 324, 859-60.
- Mrazwk, P.J. og Haggerty, R.J. ritstj. (1994). *Reducing risk for mental disorders; frontiers for preventive intervention research*. Institute for Medicine, National Academy Press.
- Murray, C. og Lopez, A. (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and*

- projected to 2020*. Boston: The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Nieman, D.C. (1998). The human body – designed for action. *ACSM's Health and Fitness Journal* 2(3), 30-34.
- Nikulás Sigfússon, Gunnar Sigurðsson, Uggi Agnarsson, Inga I Guðmundsdóttir, Ingibjörg Stefánsdóttir, Helgi Sigvaldason og Vilmundur Guðnason (2001): Breytingar á tíðni kransæðasjúkdóma á Íslandi. *Læknablaðið* 87:889-96.
- Nordic Statistical Yearbook 2001. *Nord 2001:1*. Kaupmannahöfn: Nordic Council of Ministers.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349 – 364.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C.A. o.fl. (1995), Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. *JAMA*, 273 (5), 402-407.
- Payer, L. (1992). *Disease - mongers. How doctors, drug companies and insurers are making you feel sick*. Bls. 292. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Pálmi V. Jónsson. Heilsufar og heilbrigðisþjónusta aldraðra á Íslandi, nú og í framtíð. Greinargerð fyrir stýrihóp um stefnu í málefnum aldraðra næstu 15 árin. Nóvember 2001.
- Pétur Pétursson (1995, 28 janúar). Ný heilbrigðismál. Erindi flutt og dreift á *Heilbrigðisþingi Íslands*.
- Ragnheiður Elísdóttir, Pétur Lúðvígsson, Ólafur Einarsson, Sigurður Þorgrímsson og Ásgeir Haraldsson (1997). Brunaslys barna á Íslandi. Innlagdir á árunum 1982 - 1995. *Læknablaðið*, 83, 303-308.
- Rannsóknir og greining (2002). *Kynferðisofbeldi og tíðni megrunar*. Grunnúrvinnsla spurninga um kynferðisofbeldi og tíðni megrunar meðal 16-20 ára framhaldsskólanema á Íslandi árið 2000. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Rannsóknir og greining (2001). *Könnun meðal nemenda í framhaldsskólum á Íslandi*. Grunniðurstöður spurningakönnunar sem lögð var fyrir nemendur í framhaldsskólum á Íslandi haustið 2000. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Rannsóknir og greining (2000). *Ungt fólk 2000*. Niðurstöður spurningakönnunar sem lögð var fyrir nemendur í 9. og 10. bekk grunnskóla á Íslandi í apríl 2000. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Reynir Þorsteinsson, Ari Jóhannesson, Halldór Jónsson, Þórir Þórhallsson, Jóhann Ág. Sigurðsson. (1994). Effects of dietary intervention on serum lipids among factory workers. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12, 93-99.
- S Vilbergsson, Gunnar Sigurðsson, Helgi Sigvaldason, Ástráður B Hreiðarsson, Nikulás Sigfússon (1997). Prevalence and incidence of NIDDM in Iceland: Evidence for stable incidence among males and females 1967-1991 – The Reykjavík study. *Diabetic Medicine* 14: 491-98.
- Sax, H. (2002). Screening mammography for younger women: back to basics (Ritstjórnargrein). *Annual Internal Medicine*, 137, 361-362.
- SÁÁ (2001). *Ársrit SÁÁ 2001*. Reykjavík: SÁÁ.
- Shene D.A. (1999). Resiliency a vision of hope. *Developments*, 18(7)
- Sigrún Aðalbjarnardóttir (1993). Ræðum í stað þess að rífast: Framfarir skólabarna í samskiptahæfni. *Ný menntamál*, 11, 22-29.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir, Fjölvar Darri Rafnsson og Leifur Geir Hafsteinsson (1999). *Vímuefnaneysla unglinga. Tengsl við árásgirni og andfélagslega hegðun*. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir og Leifur Geir Hafsteinsson (1998). *Áfengis- og fíkniefnaneysla reykvískra ungmenna: Tengsl við uppeldishætti foreldra*. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Sigrún Júlíusdóttir (2001). *Fjölskyldur við aldahvörf*. Náin tengsl og uppeldisskilyrði barna. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sigrún Þorsteinsdóttir og Sigrún Ása Þórðardóttir (2001). *Einkenni lystarstols og lotugræðgi meðal framhaldsskólanema*. Samanburður á fyrirsætum og/eða þátttakendum í

- feegurðarsamkeppnum og sammendum. Óbirt BA ritgerð í sálfræði nr. 1744. Leiðbeinendur: Heiðdís Sigurðardóttir og Jakob Smári. Félagsvísindadeild HÍ.
- Sóley S. Bender (2000). *Skýrsla um fóstureyðingar og aðgengi að getnaðarvörnum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Sóley S. Bender (2001). Kynheilbrigði unglinga. Bréf til fagráðs Landlæknisembættisins um heilsueflingu, dags. 29. desember 2001.
- Sóley S. Bender (1999). *Skýrsla um fóstureyðingar og aðgengi að getnaðarvörnum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Stefán Ólafsson, Karl Sigurðsson og María J. Ammendrup (1999). *Lífskjör, lífshættir og lífsskoðun eldri borgara á Íslandi 1988 - 1999. Kynslóðagreining og samanburður milli landa*. Unnið fyrir framkvæmdanefnd vegna árs aldraðra og heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Umsjón: Stefán Ólafsson.
- Straus, M.A., og Gelles, R.J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322(7278),95-98.
- Thune, I. og Furberg, A-S. (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (6), S530-S550
- Vilhjálmur Ari Arason, Aðalsteinn Gunnlaugsson, Jóhann Ágúst Sigurðsson, Helga Erlendsdóttir, Sigurður Guðmundsson, Karl G. Kristinsson. (2002a). Clonal spread of resistant pneumococci despite diminished antimicrobial use. *Micorbiological Drug Resistance*,8,187-192.
- Vilhjálmur Ari Arason, Jóhann Ágúst Sigurðsson, Karl G. Kristinsson, Sigurður Guðmundsson. (2002b). Tympanostomy tube placements, socio-demographic factors and parental expectations for management of acute otitis media in Iceland. *Pediatric Infection Disease Journa*, 21, 1110-1115..
- Vinnueftirlit ríkisins (2002) Ársskýrsla Vinnueftirlitsins 2001. www.vinnueftirlit.is
- Von Schoultz, B. (2002). Friska symptomfria kvinnor behöver inte hormonbehandling profylaktiskt. *Läkartidningen* (34).
- Vuori, I. og Fentem, P. (1995). Health. In Council of Europe. *The significance of sport for society. Health, socialization, economy*. Strasbourg: Council of Europe, bls. 11-87.
- Wallace, H. (1996). *Family violence: Legal, medical and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Warren, M.P.og Shantha, S. (2000). The female athlete. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 14(1), 27-53.
- Watkins, D. (2002). Erindi á námskeiðinu *Lýðheilsa - verkefni og vísindi*, á vegum Endurmenntunarstonfunar HÍ í samvinnu við Félag um lýðheilsu, 18. og 19. apríl 2002.
- WHO (1998). Evrópudeild Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. „*Health 21, HFA in the 21st Century*” (<http://www.who.int/archives/hfa/>) .
- WHO (1986). Evrópudeild Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. *Ottawa Charter for Health Promotion*. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2)
- Wilhelm Norðfjörð (2001). Sjálfsvíg ungs fólks á Íslandi. Samanburður á sjálfsvígum á Austurlandi og höfuðborgarsvæði 1984-1991. *Rit Landlæknisembættisins nr. 1*.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies*. Routhledge.
- Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288, 321-33.
- Yeager K.K., Agostini R., Nattiv, A. og Drinkwater, B.(1993). The female athletic triad: disordered eating, amenorrhea, osteoporosis. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 25:775-7.

- Yfir þriðjungur slysa á börnum yngri en 10 ára (2002, 7. ágúst). Viðtal við Dögg Hauksdóttur, læknanema í *Morgunblaðinu*.
- Þorgerður Ragnarsdóttir, Ásgerður Kjartansdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir (2002). Effects of extended alcohol serving hours in Iceland. Í Room, R. (Ritstjóri). *The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change*. (bls. 145-154). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).
- Þórarinn Sveinsson (2002, mars). *Íslenskar rannsóknir á hreyfingu og líkamshreysti barna og unglinga*. Fyrirlestur fluttur á ráðstefnu um hreyfingarleysi og offitu, Hótel Loftleiðum, Reykjavík.
- Þórarinn Sveinsson og Svandís Sigurðardóttir (1997). *Könnun á heilsu, þreki og hreyfingu*. Sjúkraþjálfunarskor, læknadeild Háskóla Íslands.
- Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir (2002). Sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir meðal íslenskra ungmenna: Sjálfsvígstilraunir meðal íslenskra framhaldsskólanema árin 1992 og 2000 og alþjóðlegur samanburður á sjálfsvígstíðni meðal 15 - 24 ára ungmenna 1951 - 2000. *Rit Landlæknisembættisins nr. 2 2002*.
- Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jón Gunnar Bernburg (2000). *Umfang ofbeldis meðal íslenskra unglinga og félagslegir skýringarþættir þess*. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg og Viðar Halldórsson (1998). *Vímuefnaneysla ungs fólks – umhverfi og aðstæður*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála.