

# Staða og endurskoðun meginmarkmiða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010



HEILBRIGÐIS- OG TRYGGINGAMÁLARÁÐUNEYTIÐ  
REYKJAVÍK 2007

**Staða og endurskoðun meginmarkmiða  
heilbrigðisáætlunar til ársins 2010**



**Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið  
Reykjavík 2007**

**Staða og endurskoðun meginmarkmiða  
heilbrigðisáætlunar til ársins 2010**

Útgefandi: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2007  
Áætlana- og þróunarskrifstofa

Hönnun forsíðu: Athygli ehf.

Ljósmynd á forsíðu: Ragnar Th Sigurðsson

Prentun: Gutenberg

Úpplag: 200

Reykjavík mars 2007

ISBN 978-9979-799-06-1 (prentuð útg.)

ISBN 978-9979-799-07-8 (rafrenn útg.)

## Efnisyfirlit:

1. Inngangur .....	3
2. Staða forgangsverkefna.....	5
3. Endurmat og ný markmið .....	7
4. Markmiðin á hverju sviði fyrir sig ásamt breytingum .....	10
4.1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir .....	10
4.2. Börn og ungmenni.....	17
4.3. Eldri borgarar .....	25
4.4. Geðheilbrigði .....	33
4.5. Hjarta- og heilavernd .....	37
4.6. Krabbameinsvarnir.....	42
4.7. Slysavarnir .....	48
5. Forgangsverkefni til ársins 2010 – endurskoðað ágrip .....	52
6. Heimildaskrá .....	55
7. Viðauki I. Nafnalisti samráðshópa.....	58
8. Viðauki II. Tillögur til breytinga frá hópunum.....	60

# 1. Inngangur

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 var samþykkt á Alþingi 20. maí 2001. Áætlunin grundvallast á samþykkt alþjóðaheilbrigðisþingsins árið 1998 um *heilbrigði allra* á 21. öld, Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og annarri veigamikilli stefnumótun stofnunarinnar. Sömuleiðis byggist heilbrigðisáætlunin á stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda á flestum sviðum heilbrigðismála.

Með samþykkt heilbrigðisáætlunarinnar markaði Alþingi þá stefnu að áætlunin skyldi lögð til grundvallar ákvörðunum varðandi stefnumörkun og skipulagningu heilbrigðismála á Íslandi til lengri tíma. Samkvæmt heilbrigðisáætluninni var ákveðið að á árinu 2005 skyldi fara fram endurskoðun á helstu markmiðum hennar. Komið var á fót sjö samráðshópum<sup>1</sup> til þess að fara yfir og meta öll markmið forgangsverkefna áætlunarinnar. Enn fremur var óskað eftir tillögum um ný markmið og breytingar á núgildandi markmiðum.

Á fundum með samráðshópunum komu fram margvísleg sjónarmið um innihald, framkvæmd og endurskoðun heilbrigðisáætlunarinnar. Af hálfu ráðuneytisins var undirstrikað að ekki stæði til að umbylta áætluninni heldur ætti endurskoðunin aðallega að felast í því að setja ný metnaðarfyllri markmið, ef búið væri að ná núverandi markmiðum, og jafnvel taka upp ný atriði í áætlunina. Enn fremur skyldi athuga hvort skipta bæri út óraunhæfum markmiðum fyrir ný. Með tilliti til reynslu við gerð fyrri heilbrigðisáætlana og umræðna í samráðshópunum er ljóst að fljótlega þarf að ráðast í að móta þá heilbrigðisáætlun sem tekur við af núverandi áætlun eftir 2010. Í þeirri vinnu er mikilvægt að móta skýra framtíðarsýn varðandi þróun heilbrigðismála næstu tvo til þrjú áratugi þar á eftir og í sumum tilvikum jafnvel lengur.

Þær miklu framfarir við skráningu, varðveislu og úrvinnslu gagna, sem orðið hafa á undanförunum árum, ættu að skapa möguleika til þess að fylgjast betur með heilsufari þjóðarinnar en unnt hefur verið til þessa. Betri upplýsingar, reglubundnar kannanir og eflað tölfræði á sviði heilbrigðismála eru tæki til þess að tryggja að sem mest jafnræði verði með þegnumum í heilsufarslegum efnum.

Áætlanagerð og stefnumótun í heilbrigðismálum hefur sífellt verið að festa sig betur í sessi hér á landi. Fyrsta heilbrigðisáætlun stjórnvalda kom út árið 1991 og gildi til ársins 2000. Núverandi heilbrigðisáætlun var samþykkt árið 2001, eins og fyrr er getið, og gildir til ársins 2010. Árið 1999 gaf Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið út gæðaáætlun sem er verið að endurskoða og mun koma út í nýrri og breyttri mynd á árinu 2007. Einnig hefur verið mörkuð heildstæð lyfjastefna fyrir tímabilið 2007–2012.

Kastljósinu þarf að beina í æ ríkara mæli að ýmsum vaxandi heilsufarsvandamálum og orsökum þeirra. Í því sambandi má m.a. nefna offitu og ofþyngd, átröskun, áfengisvanda, fíkniefnavanda og geðheilbrigði. Jafnframt þarf að huga betur að stöðu einstakra þjóðfélagshópa, sérstaklega aðstæðum barna, ungmenna og aldraðra borgara þessa lands.

---

<sup>1</sup> Yfirlit yfir samráðshópanna er í viðauka 1.

Í heild má segja að núverandi heilbrigðisáætlun hafi staðið fyrir sínu og flest þau markmið, sem sett voru í upphafi, verði að teljast raunhæf. Af tuttugu og einu forgangsmarkmiði hefur fjórum þegar verið náð, við nálgumst markmiðin í ellefu tilfellum, óbreytt ástand er í einu tilviki, í tveim tilvikum fjarlægjumst við markmiðið og á þrem sviðum skortir nægjanlega góðar upplýsingar til að meta stöðuna. Engu að síður þarf að gera vissar breytingar nú þegar á heilbrigðisáætluninni og er gerð grein fyrir tillögum þess efnis í þessari skýrslu.

## 2. Staða forgangsverkefna

Markmið	Grunnvíðmið (ár/tímabil)	Nýjustu upplýsingar (ár/tímabil)	Markmið 2010
---------	--------------------------	----------------------------------	--------------

### 1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.	5,56 lítrar (1998) Áfengisneysla (einu sinni eða oftar sl. 30 daga): 6% hjá 12-13 ára, 18% hjá 13-14 ára, 32% hjá 14-15 ára, 63% hjá 15-16 ára og 59% hjá 16-17 ára (2000)	7,20 lítrar (2006) Áfengisneysla (einu sinni eða oftar sl. 30 daga): 4% hjá 12-13 ára, 11% hjá 13-14 ára, 26% hjá 14-15 ára, 53% hjá 15-16 ára og 56% hjá 16-17 ára (2003-04) Prófað hass: 2% 12-13 ára, 5% 13-14 ára, 9% 14-15 ára, 13% 15-16 ára og 15% 16-17 ára (2002-2004)	5,0 lítrar eða minna Áfengisneysla (einu sinni eða oftar sl. 30 daga) verði ekki meiri en: 5% hjá 12-13 ára, 14% hjá 13-14 ára, 24% hjá 14-15 ára, 47% hjá 15-16 ára og 44% hjá 16-17 ára
1.b Dregið verði úr áfengisneyslu ungs fólks undir lögaldri um 25%.	Prófað hass: 3% 12-13 ára, 6% 13-14 ára, 12% 14-15 ára, 13% 15-16 ára og 16% 16-17 ára (*00)	Prófað hass: 2% 12-13 ára, 5% 13-14 ára, 9% 14-15 ára, 13% 15-16 ára og 15% 16-17 ára (2002-2004)	Ekki fleiri en: 2% 12-13 ára, 5% 13-14 ára, 9% 14-15 ára, 10% 15-16 ára og 12% 16-17 ára
1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18-69 ára sem reykir verði undir 15%.	27% (1999)	20,5% (2006) (23% karla og 18% kvenna)	<15%
1.d Hlutfall barna og unglinga 14-17 ára sem reykja verði undir 5%.	Reykja daglega: 13% 13-14 ára, 21% 14-15 ára, og 18% 16-17 ára (1997-2000)*	Reykja daglega: 6% 13-14 ára, 12% 14-15 ára, 15% 15-16 ára og 16% 16-17 ára (2004)	<5%

### 2. Börn og ungmenni

2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.	Áhættuhlutfall: hásk. 1,0, framhaldssk. 1,17, grunnsk. 1,46 (1991-1995)	Vantar samanburðarannsóknir**	25% munur eða minni
2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 2% barna og unglinga á aldrinum 0-18 ára, óháð búsetu.	0,4% (1997)*** Ekki vítað	1,8% (2005)*** 13,500 (2004)****	2% 25% fækkun
2.c Dregið verði úr slysum barna um 25%.	13,2 látnir árlega af 100.000 börnum á aldrinum 0-14 ára (1991-1995) (12,6 af 100.000 drengjum og 10,1 af 100.000 stúlkum á aldrinum 0-14 ára)	5,2 látnir árlega af 100.000 börnum á aldrinum 0-14 ára (2001-2005) (3,6 af 100.000 drengjum og 6,8 af 100.000 stúlkum á aldrinum 0-14 ára)	Ekki fleiri en: 9 látnir árlega af 100.000 börnum á aldrinum 0-14 ára (9,5 af 100.000 drengjum og 7,6 af 100.000 stúlkum á aldrinum 0-14 ára)
2.d Tíðni tannskemmda (DMFT) 12 ára barna lækki í 1,0.	DMFT 1,5 (1996)*****	DMFT 2,1 (2005)*****	DMFT 1,0

\*Upplýsingar liggja ekki fyrir um aldrishópið 15-16 ára.

\*\* Samkvæmt rannsókn Tímu Ásgeirsdóttur er munur á heilsu eftir tekið minni hér á landi en víðast annars staðar í OECD-landunum.

\*\*\* Upplýsingar um veitta geðheilbrigðisþjónustu á fyrsta og öðru stigi liggja ekki fyrir, tölurnar eru yfir þrjúja stigs geðheilbrigðisþjónustuna.

\*\*\*\* Fjöldi slysa er áætlaður.

\*\*\*\*\* Sjónrenn skoðun árið 1996 en sjónrenn skoðun og röntgenmyndun árið 2005.

I=Markmiði náð 2=Nálgumst markmiðið 3=Öbreytt ástand 4=Ekki vítað 5=Fjarlægjumst markmiðið.



Markmið	Grunnvíðmið (ár/tímabil)	Nýjustu upplýsingar (ár/tímabil)	Markmið 2010
---------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------

### 3. Eldri borgarar

3.a Þið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.	267 dagar (1997)	138 dagar (2006)	90 dagar eða færri
3.b Yfir 75% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.	71,0% (1996)	74,3% (2004)*	75% eða fleiri
3.c Dregið verði úr tíðni mjaðmar- og hryggbrota um 25%.	Nýngengi (aldursstaðlað): karlar 50 ára og eldri 169,6 og konur 50 ára og eldri 327,2 (1990-1992)	184,5 mjaðmar- og hryggbrota árléga á 100.000 íbúa í aldursh. 65 ára og eldri ('03) (88 hryggbr. á 100.000 íbúa, 281 mjaðmarbr. á 100.000 íbúa í sama aldursh.)	Fækkun um 25%
3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.	25% (1995) (17% karlar og 8% konur)	34% (2000) (20% karlar og 14% konur)	>50%

### 4. Geðheilbrigði

4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%.	10,8 létust árlega af 100.000 íbúum (1991-1995) (17,2 af 100.000 körlum og 4,4 af 100.000 konum)	10,8 létust árlega af 100.000 íbúum (2001-2005) (16,0 af 100.000 körlum og 5,6 af 100.000 konum)	Ekki látist árlega fleiri en 8,1 af 100.000 íbúum (12,9 af 100.000 körlum og 3,3 af 100.000 konum)
4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.	Heildaralengi 22% (1994)	Heildaralengi 21,2% (2001)	Heildaralengi 19,8%

### 5. Hjarta- og heilavernd

5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25-74 ára. Hjá körlum um 20%, hjá konum um 10%.	176,3 karlar af 100.000 körlum og 60,1 konur af 100.000 konum létust árlega í aldurshópnum 25-74 ára (1991-1995)	117,0 karlar af 100.000 körlum og 38,8 konur af 100.000 konum létust árlega í aldurshópnum 25-74 ára (2001-2005)	Ekki látist árlega fleiri en 141,0 karlar af 100.000 körlum og 54,1 kona af 100.000 konum í aldurshópnum 25-74 ára
5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.	68,4 létust árlega af 100.000 íbúum (1991-1995) (63,9 af 100.000 körlum og 72,8 af 100.000 konum)	56,4 létust árlega af 100.000 íbúum (2001-2005) (49,6 af 100.000 körlum og 63,2 af 100.000 konum)	Ekki látist árlega fleiri en 47,9 af 100.000 íbúum (44,7 af 100.000 körlum og 50,1 af 100.000 konum)

### 6. Krabbameinsvarnir

6.a Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra en 75 ára lækki um 10%.	104,7 létust árlega af 100.000 íbúum yngri en 75 ára (1991-1995) (103,9 af 100.000 körlum og 105,5 af 100.000 konum yngri en 75 ára)	95,2 létust árlega af 100.000 íbúum yngri en 75 ára (2001-2005) (95,7 af 100.000 körlum og 94,7 af 100.000 konum yngri en 75 ára)	Ekki látist árlega fleiri en 94,3 af 100.000 íbúum yngri en 75 ára (93,5 af 100.000 körlum og 95,0 af 100.000 konum yngri en 75 ára)
--	--	---	--

### 7. Slysavarnir

7.a Slysnum fækki um 25%.	50-60.000 slys (1997)*	50.000 slys (2004)**	Ekki fleiri en 45.000 slys
7.b Dauðaslysum fækki um 25%.	30,2 létust árlega af 100.000 íbúum (1991-1995) (42,1 af 100.000 körlum og 18,2 af 100.000 konum)	23,5 létust árlega af 100.000 íbúum (2001-2005) (29,3 af 100.000 körlum og 17,7 af 100.000 konum)***	Ekki látist árlega fleiri en 22,7 af 100.000 íbúum (31,6 af 100.000 körlum og 13,7 af 100.000 konum)

\*Á árinu 2003 var búið að ná þessu markmiði en þá bjuggu 75,0% 80 ára og eldri heima.

\*\* Fjöldi slysa er áætlaður og því mikilvægt að fara varlega í að tala um nákvæma tölulega fækkun slysa en rannsóknir benda þó til að slysum hafi fækkað.

\*\*\* Á tímabilinu 1996-2000 var búið að ná þessu markmiði en þá létust 21,9 af hverjum 100.000 íbúum (30,5 karlar af hverjum 100.000 körlum og 13,2 konur af hverjum 100.000 konum).



### 3. Endurmat og ný markmið

Í þessum kafla er í stuttu máli gerð grein fyrir hvernig gengið hefur að ná þeim forgangsmarkmiðum sem sett voru í heilbrigðisáætluninni til 2010. Einnig er fjallað um þau markmið og atriði áætlunarinnar sem þörf var talin á að endurskoða vegna breyttra aðstæðna eða einfaldlega sökum þess að umræddum markmiðum er þegar náð. Loks eru kynnt til sögunnar ný markmið sem nauðsynlegt þykir að setja til þess að bregðast við nýjum heilbrigðisvandamálum. Í næstu köflum er að finna ítarlegri upplýsingar og greiningar á einstökum þáttum heilbrigðisáætlunarinnar. Í lok skýrslunnar er að finna ágríp af forgangsmarkmiðunum í endurskoðuðu formi þar sem breytingar og viðmiðanir hafa verið uppfærðar.

#### 3.1 Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

Skaðsöm neysla áfengis- og vímuefna er eitt af helstu heilbrigðisvandamálum samtímans. Heildaráfengisneysla á mann hefur aukist umtalsvert undanfarin ár og var á árinu 2006 orðin 7,20 lítrar af hreinu alkóhóli á íbúa, 15 ára og eldri. Það markmið að áfengisneysla verði ekki meiri en 5 lítrar af hreinu alkóhóli á hvern íbúa, 15 ára og eldri, er óbreytt þó margir telji slíkt óraunhæft en fyrir því eru ákveðin heilsufarsleg rök og krafa um aðgerðir til þess að draga úr áfengisneyslu. Athygli vekur að dregið hefur verulega úr áfengis- og vímuefnanotkun ungs fólks á síðustu árum og í einstaka árgöngum hefur markmiðum á því sviði verið náð. Rétt þykir að halda sig hlutfallslega við sama markmið en viðmiðunarári hefur verið breytt og er nú miðað við árið 2004 í stað ársins 1998. Tóbaksneysla hefur dregist saman hjá öllum aldurshópum en betur má ef duga skal og eru sett ný og metnaðarfullri markmið í því skyni að draga enn frekar úr reykingum fullorðinna og ungmenna.

#### 3.2 Börn og ungmenni

Heildstæð rannsókn á heilsufari barna og ungmenna eftir þjóðfélagshópum og félagslegri stöðu foreldra hefur ekki verið gerð á Íslandi á allra síðustu árum. Þær rannsóknir, sem hafa verið framkvæmdar, gefa þó vísbendingar um að ekki sé eins mikill munur á heilsufari eftir þjóðfélagsstéttum hér á landi og þekkist víða í nágrannalöndum okkar.

Upplýsingar um umfang geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og unglinga eru ekki nægjanlega nákvæmar eða aðgengilegar hér á landi til að segja til um heildarumfang þjónustunnar þar sem ekki liggja fyrir nákvæmar upplýsingar um fyrsta og annars stigs geðheilbrigðisþjónustu. Skýringuna má fyrst og fremst rekja til þess að skráningu, öflun og úrvinnslu upplýsinga er víða ábótavant. Upplýsingar um umfang þriðja stigs geðheilbrigðisþjónustuna eru þó tiltölulaga nákvæmar. Í áætluninni var sett markmið um að minnst 2% barna og ungmenna á aldrinum 0–18 ára fengi geðheilbrigðisþjónustu á hverju ári. Það var gert í ljósi þess að árið 1997 var talið að einungis 0,4% hópsins nytu slíkrar þjónustu. Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala-háskólasjúkrahúsi, Barna og unglingageðdeild Landspítala og Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri má gera ráð fyrir að á árinu 2005 hafi u.þ.b. 1.450 einstaklingar á aldrinum 18 ára og yngri notið þriðja stigs geðheilbrigðisþjónustu. Þetta eru um 1,8% einstaklinga á þessum aldri og hefur því hlutfallslegur fjöldi þeirra, sem fá þessa þjónustu, ríflega fjórfaldast frá árinu 1997.

Enn fremur verður að áætla tölur um slys barna og ungmenna þar sem tæmandi upplýsingar liggja enn ekki fyrir í Slysaskrá Íslands. Fjölda slysa, umfram þau sem eru skráð, þarf því að áætla. Það er samt ljóst að því upphaflega markmiði, að draga úr

slysadauða barna, hefur verið náð og verður nú stefnt að því að fækka enn frekar slíkum slysum til ársins 2010. Markmið varðandi tíðni tannskemmda barna stendur hins vegar óbreytt enda vantar nokkuð upp á að settu markmiði hafi verið náð en samkvæmt nýjustu upplýsingum erum við að fjarlægjast markmiðið. Aukin offita og ofþyngd barna er vaxandi vandamál og hefur verið sett nýtt markmið sem miðar að því að draga úr offitu og ofþyngd þeirra.

### 3.3 Eldri borgarar

Unnið er að uppbyggingu og breytingum á öldrunarþjónustunni. Staða öldrunarmála er þó ærið misjöfn eftir landshlutum og víða á landsbyggðinni fullnægir framboð stofnanarýmis eftirspurninni að mestu eða öllu leyti. Skortur á hjúkrunarrýmum hefur að mestu verið bundinn við höfuðborgarsvæðið undanfarin ár og vantar töluvert upp á að unnt sé að mæta þörfum aldraðra sem metnir eru í *mjög brýnni þörf* fyrir vistun á stofnun. Samkvæmt áætlum ráðuneytisins er gert ráð fyrir að hjúkrunarrýmum verði fjölgað um 370–380 á tímabilinu 2006–2010. Stærstur hluti þeirra hjúkrunarrýma verður á suðvesturhorni landsins.

Ef litið er til framtíðar, með hliðsjón af mannfjöldaspám og breyttri aldurs-samsetningu þjóðarinnar, má fastlega gera ráð fyrir aukinni þörf á stofnanþjónustu fyrir aldraða. Það er hins vegar víst að á næstu árum verður jafnhliða lögð meiri áhersla á að leita úrræða til þess að aldraðir geti dvalið sem lengst á eigin heimili utan stofnana. Tölur sýna að biðtími eftir vist á hjúkrunarheimilum hefur styst en engu að síður er langt í land að settu markmiði verði náð. Aftur á móti hefur því markmiði þegar verið náð að fleiri aldraðir geti dvalist lengur á heimilum sínum með viðeigandi stuðningi, eða yfir 75% fólks 80 ára og eldra, og hefur því verið sett nýtt og metnaðarfullra markmið.

Takmarkaðar upplýsingar eru til um mjaðmar- og hryggbrot meðal aldraðra og ekki hefur verið unnt að leggja nákvæmt mat á hvort dregið hafi úr þessum brotum. Þær vísbendingar, sem til eru, benda helst til þess að ástandið sé svipað og það var fyrir einum áratug. Kannanir á tannheilsu aldraðra voru gerðar reglulega fram til ársins 2000 en frá þeim tíma skortir athuganir á tannheilsu eldri borgara. Úr þessu verður bætt á næstu misserum.

### 3.4 Geðheilbrigði

Geðsjúkdómar og geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma á Íslandi. Samkvæmt upplýsingum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar tróna sjúkdómar af geðrænum toga efst á lista tíu helstu orsaka glataðra góðra æviára hér á landi. Þessir sjúkdómar valda einnig meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómar. Að því er snertir markmið heilbrigðisáætlunar á þessu sviði hefur tíðni sjálfsvíga í heild staðið í stað þegar litið er til tímabilanna 1991–1995 og 2001–2005 en árin 1996–2000 var nokkur fjölgun. Séu tölurnar brotnar upp eftir kynjum sést að aðeins hefur dregið úr sjálfsvígum hjá körlum en örlítill fjölgun orðið hjá konum. Það var álit þeirra sérfræðinga sem leitað var til að raunhæfara væri að stefna skuli að því að draga úr sjálfsvígum um 15% í stað 25% fram til ársins 2010. Tölur sýna að heildaralngengi geðraskana hefur minnkað lítillega en ekki er ástæða til að víkja frá settum markmiðum á því sviði.

### 3.5 Hjarta- og heilavernd

Hjarta- og æðasjúkdómar hafa verið á hröðu undanhaldi undanfarna áratugi. Dánartíðnin hefur ekki aðeins lækkað heldur hefur nýjum og endurteknum tilvikum fækkað. Upphaflegum markmiðum heilbrigðisáætlunarinnar varðandi hjartasjúkdóma

hefur verið náð og eru því sett ný markmið í þá veru að draga enn frekar úr þeim. Nýtt viðmiðunartímabil er 1996–2000 í stað 1991–1995. Betri upplýsingar vantar um dánartíðni vegna heilablóðfalls en markmiðið stendur óbreytt. Sett hefur verið nýtt markmið sem miðar að því að draga úr offitu þannig að hlutfall þess fólks, sem er yfir kjörþyngd eða of feitt, hækki ekki á næstu árum. Tölur frá árinu 2002 sýna að 56% fólks 20 ára og eldra töldust vera yfir kjörþyngd og 16% of feit.

### 3.6 Krabbameinsvarnir

Krabbameinsvarnir hafa lengi verið einn af meginþáttum forvarna innan heilbrigðisþjónustunnar, jafnframt því sem frjáls félagasamtök hafa unnið mikið og óeigingjarnt starf á þessu sviði. Krabbameinsvarnirnar hafa einkum miðað að því að draga úr tóbaksneyslu og bæta mataræði fólks. Þrátt fyrir þennan árangur telja sérfræðingar að búast megi við áframhaldandi hækkun á tíðni (nýgengi) krabbameina vegna hækkandi aldurs þjóðarinnar. Á sama tíma hafa orðið miklar framfarir í meðferð ýmissa tegunda krabbameina. Margir fá nú bót meina sinna og öðrum er gert mögulegt að lifa lengur með sjúkdóm sinn en áður þekktist. Athyglin hefur á síðustu árum einnig beinst að ýmsum krabbameinsvaldandi þáttum í umhverfinu.

Þrátt fyrir að spár bendi almennt til þess að með hækkandi aldri þjóðarinnar muni krabbameinstilfellum fjölga sýna nýjar tölur að dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki, yngra en 75 ára, hefur lækkað. Það er því margt sem kallar á að sett séu ný og metnaðarfullri markmið og er það gert með því að setja nýtt viðmiðunartímabil og lækkun um 10% til viðbótar. Jafnframt meginmarkmiði krabbameinsvarna eru sett fram þrjú ný markmið sem lúta að því að draga úr krabbameini í blöðruhálskirtli hjá körlum um 30%, draga úr krabbameini í brjósti hjá konum um 30% og minnka notkun ljósabekkja um 50%.

### 3.7 Slysavarnir

Slys eru eitt stærsta heilbrigðisvandamál heimsins í dag. Afleiðingar þeirra eru ekki einungis vinnutap og kostnaður fyrir þjóðfélagið heldur einnig glötuð æviár, örkuml og þjáningar. Í skýrslu frá tíunda áratug síðustu aldar mat Hagfræðistofnun Háskólans að árlega ættu sér stað um 60 þúsund slys á Íslandi. Undanfarin ár hefur verið unnið að uppbyggingu Slysaskrár Íslands og er ætlunin að hún verði miðlægur gagnabanki um öll slys á Íslandi. Árlega fjölga þeim aðilum sem skrá og senda upplýsingar um slys til slysaskrárinnar. Þó vantar enn töluvert upp á að upplýsingar Slysaskrár Íslands séu fullnægjandi. Samkvæmt slysaskránni var fjöldi slysa á árinu 2005 alls 31.737. Fjöldi slysa umfram þau, sem eru skráð, verður því jafnan að áætla gróflega en það gerir allan samanburð milli ára og landa afar erfiðan og flókinn.

Ekki er talin ástæða til að breyta markmiðum um fækkun slysa né viðmiðunarári. Hins vegar er talin þörf á að breyta viðmiðunartímabilinu varðandi fækkun dauðaslysa þar sem settu markmiði hefur þegar verið náð.

## 4. Markmiðin á hverju sviði fyrir sig **ásamt breytingum**

### 4.1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

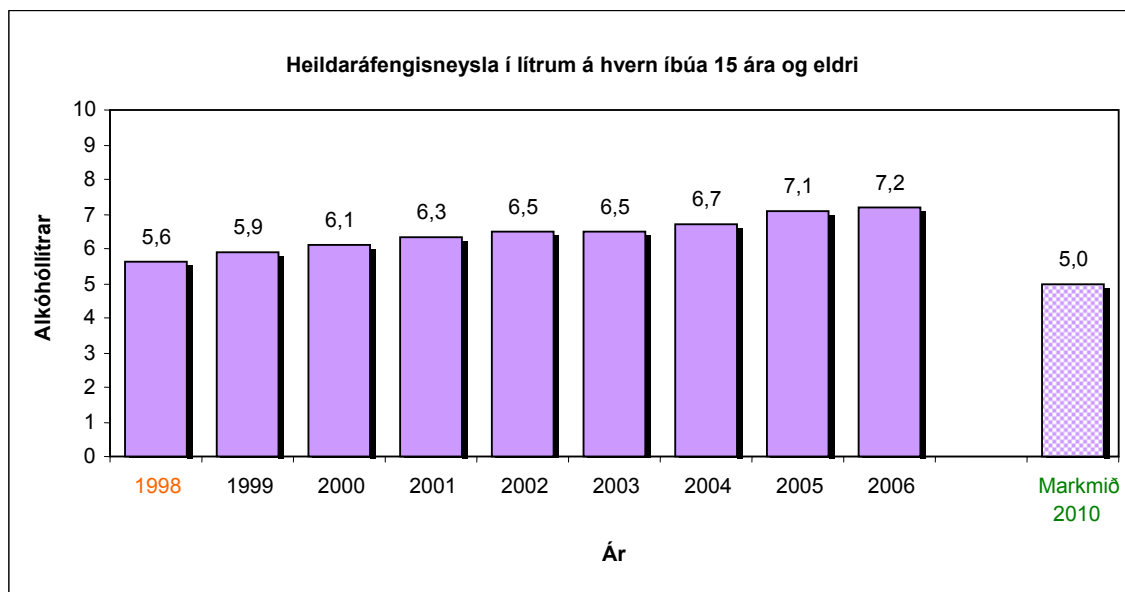
#### Aðalmarkmið

- 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.
- 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögdri um 25%.
- 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára, sem reykir verði undir 15%.
- 1.d Hlutfall barna og unglunga 14–17 ára sem reykja verði undir 5%.

#### Breytingar á markmiðum og staða:

- 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.  
(Óbreytt markmið og sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 1998 var áfengisneysla á íbúa 15 ára og eldri 5,56 lítrar.
  - Árið 2006 var áfengisneysla á íbúa 15 ára og eldri 7,20 lítrar.
- 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögdri um **40%**.  
(**Breytt** markmið og **nýtt** viðmiðunarár, þ.e. 2004, þar sem miðað er við tölur frá nýjum rannsóknaraðila.)
  - Á viðmiðunarárinu 2004 sögðust 56% á öðru ári og 53% þeirra, sem eru á fyrsta ári í framhaldsskóla, hafa orðið ölvuð/drukkin einu sinni eða oftar á síðastliðnum 30 dögum. Sama ár sögðust 26% í 10. bekk, 11% í 9. bekk og 4% í 8. bekk hafa orðið ölvuð/drukkin einu sinni eða oftar á síðastliðnum 30 dögum.
  - Á viðmiðunarárinu 2004 sögðust 15% á öðru ári og 13% á fyrsta ári í framhaldsskóla hafa prófað hass. Sama ár sögðust 9% í 10. bekk, 5% í 9. bekk og 2% í 8. bekk hafa prófað hass.
- 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir **12%**.  
(**Breytt** markmið en sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 1999 reyktu 27% karla og kvenna á aldrinum 18–69 ára daglega.
  - Árið 2006 reyktu 20,5% fólks á aldrinum 18–69 ára daglega, 23,0% karla og 18,3% kvenna.
- 1.d Hlutfall barna og unglunga 14–17 ára sem reykja verði 5% **eða minna**.  
(**Breytt** markmið og **nýtt** viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 2004 reyktu 16% nemenda í öðrum bekk og 15% nemenda í fyrsta bekk framhaldsskóla. Sama ár reyktu 12% nemenda í 10. bekk, 6% í 9. bekk og 2% í 8. bekk daglega.

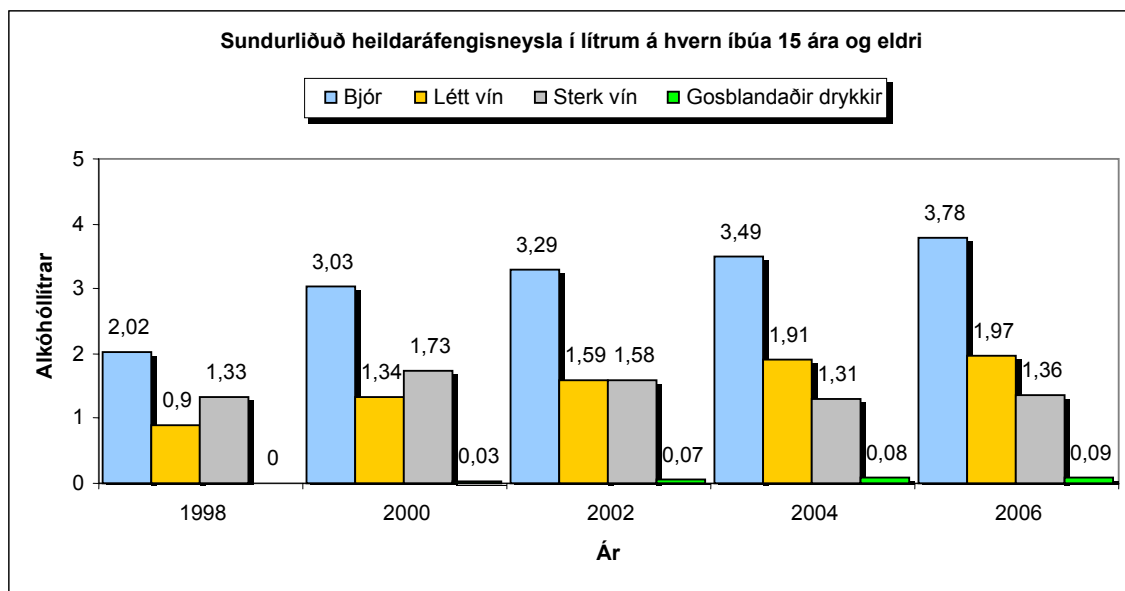
**1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.**



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 1. Heildaráfengisneysla í lítrum á hvern íbúa, 15 ára og eldri.

Á mynd 1 sést að áfengisneysla hefur verið að aukast undanfarin ár. Þessa aukningu má sjálfsagt að einhverju leyti rekja til skipulegri markaðssetningar áfengis, aukins aðgengis að áfengum drykkjum og ýmissa breytinga í lífsháttum þjóðarinnar. Viðmiðunarárið er 1998.



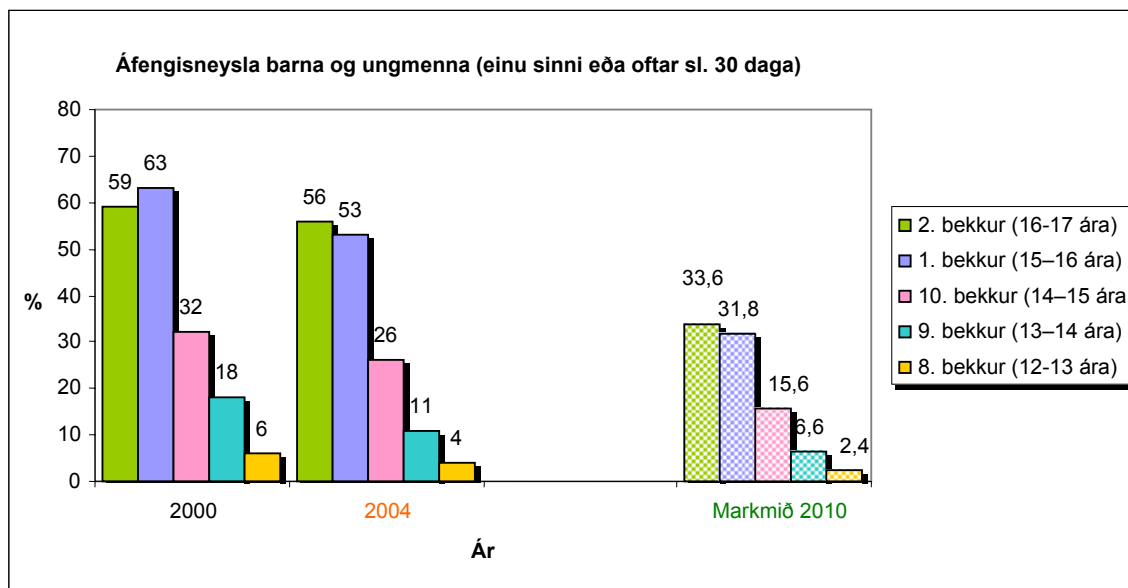
Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 2. Heildaráfengisneysla í lítrum á hvern íbúa, 15 ára og eldri, sundurliðuð eftir tegund alkóhóls.

Á mynd 2 sést að neysla á sterku áfengi hefur minnkað á síðustu árum en neysla á bjór, léttu víni og gosblönduðum drykkjum hefur aukist.

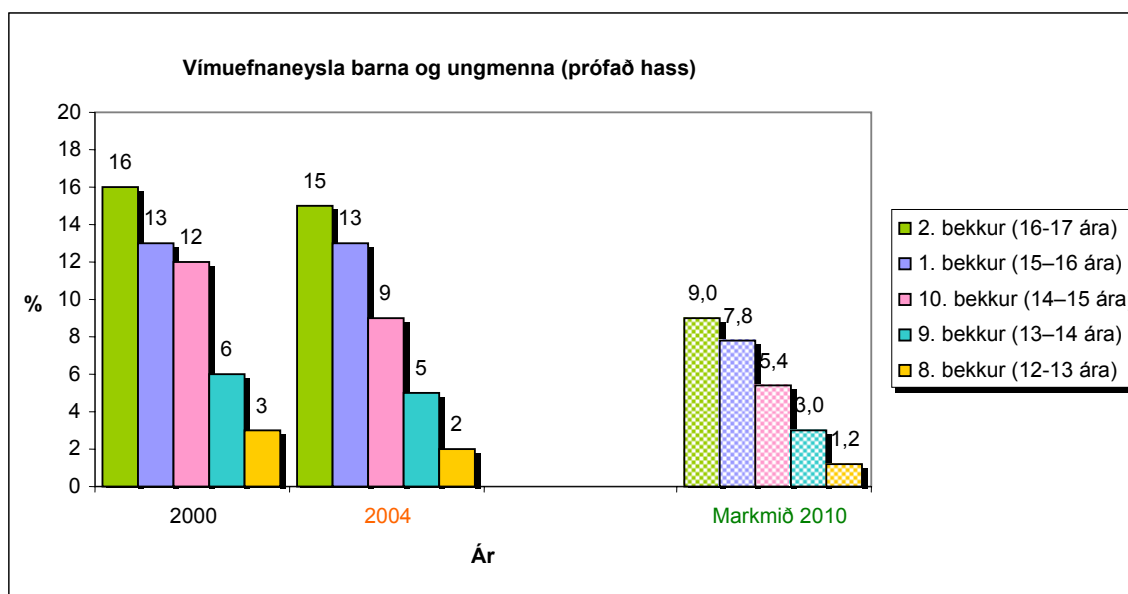
## 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 40%.

Sett var nýtt viðmiðunarár, þ.e. árið 2004, fyrir markmið 1.b og stuðst við upplýsingar úr könnunum sem Rannsóknir & greining hafa gert á síðustu árum, m.a. fyrir Lýðheilsustöð. Jafnframt var sett nýtt og metnaðarfullra markmið, þ.e. að draga úr áfengis- og vímuefnaneyslu ungs fólks undir lögaldri um 40%. Markmiðið frá árinu 2001 var að draga úr áfengis- og vímuefnaneyslu ungs fólks undir lögaldri um 25%.



Heimild: Rannsóknir & greining.

Mynd 3. Hlutfall fólks undir lögaldri sem hefur orðið drukkið/ölvað einu sinni eða oftar síðastliðna 30 daga á árunum 2000 og 2004.



Heimild: Rannsóknir & greining.

Mynd 4. Hlutfall fólks undir lögaldri sem hefur prófað hass á árunum 2000 og 2004.

Viðmiðunarárið er 2004. (Tölur úr 8. bekk yfir áfengisneyslu eru síðan árið 2003 en tölur yfir vímuefnaneyslu síðan árið 2002.)

Tafla 1. Hlutfall fólks undir lögaldri sem hefur orðið drukkið/ölvað einu sinni eða oftar síðastliðna 30 daga.

	<i>2000</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
2. bekkur	59%			56%
1. bekkur	63%			53%
10. bekkur	32%	26%	28%	26%
9. bekkur	18%		14%	11%
8. bekkur	6%		4%	

Heimild: Rannsóknir & greining.

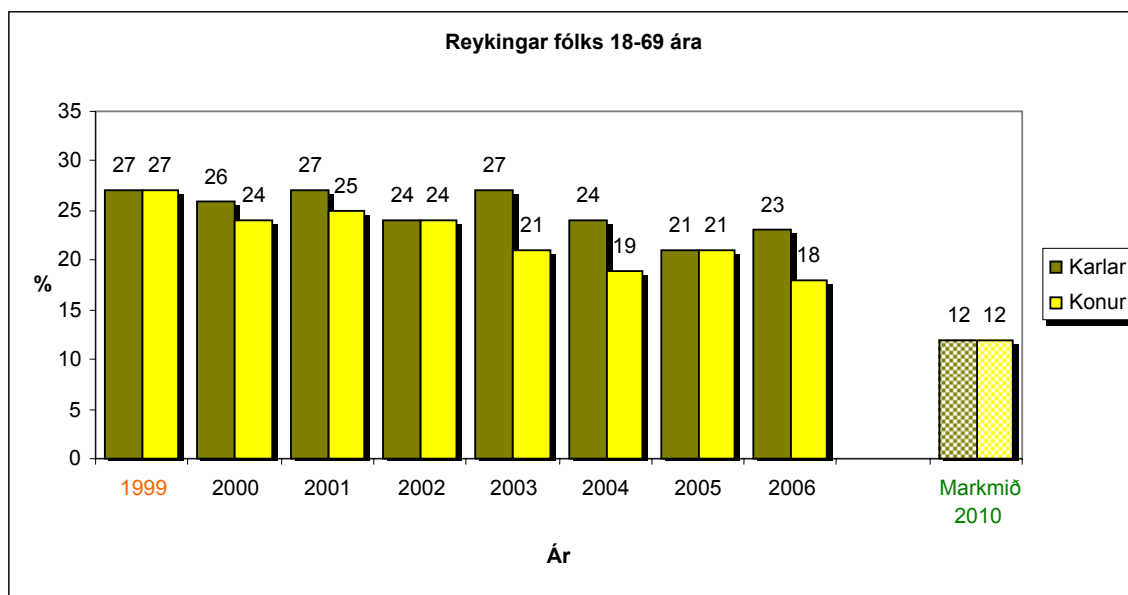
Tafla 2. Hlutfall fólks undir lögaldri sem hefur prófað hass.

	<i>2000</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
2. bekkur	16%			15%
1. bekkur	13%			13%
10. bekkur	12%	12%	13%	9%
9. bekkur	6%	7%	6%	5%
8. bekkur	3%	2%		

Heimild: Rannsóknir & greining.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er lögð aukin áhersla á áfengis- og vímuefnavarnir.

### 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir 12%.



Heimild: Lýðheilsustöð.

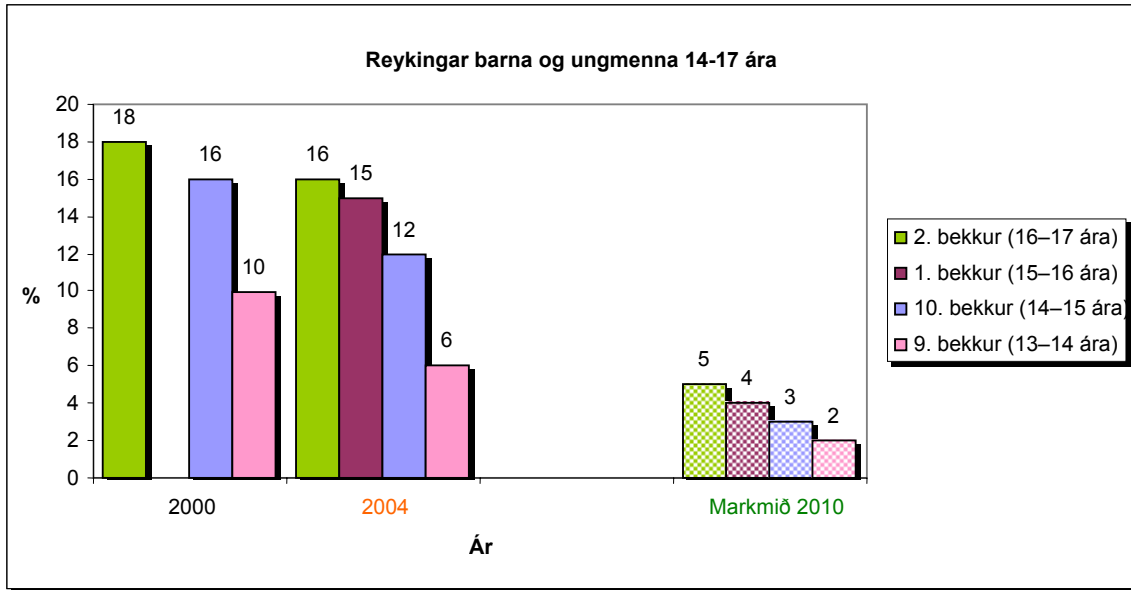
Mynd 5. Hlutfall karla og kvenna á aldrinum 18–69 ára sem reykja daglega.

Viðmiðunarárið er 1999. Eins og sést á mynd 5 hefur dregið úr tóbaksneyslu á undanförunum árum hjá báðum kynjum og því var sett metnaðarfyllra markmið, þ.e. að hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára, sem reykir, verði undir 12% í staðinn fyrir 15%.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er lögð aukin áhersla á tóbaksvarnir.



## 1.d Hlutfall barna og unglunga 14–17 ára sem reykja verði 5% eða minna.



Heimild: Rannsóknir & greining.

Mynd 6. Hlutfall barna og ungmenna á aldrinum 14–17 ára, sem reykja, daglega.

Viðmiðunarárið er 2004. Á mynd 6 sést að dregið hefur verulega úr reykingum barna og ungmenna á undanförunum árum.

Þegar bornir eru saman nemendur í 10. bekk grunnskóla vorið 2004 og sami árgangur nemenda í fyrsta bekk í framhaldsskóla haustið 2004 kemur í ljós samkvæmt könnun sem Rannsóknir & greining gerði árið 2004 að hlutfall þeirra, sem reykja daglega, hefur hækkað úr tæpum 12% í 15% á þessum skamma tíma. Í sömu könnun kemur í ljós að fleiri stelpur en strákar reykja almennt í framhaldsskólum, eða tæpt 21% stelpna samanborið við 17% stráka.

Heldur hefur dregið úr reykingum framhaldsskólanema frá árinu 2000 til 2004 en árið 2000 sagðist tæpt 21% stráka og tæpt 22% stelpna í framhaldsskólum reykja daglega.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er lögð aukin áhersla á tóbaksvarnir.

## **Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:**

1. Fræðsla og forvarnir sem beinast að börnum, ungmennum og fullorðnum.
2. Eftirfylgni við banni á áfengis- og tóbaksauglýsingum, niðurgreiðsla nikótínlyfja og verðstýring.
3. Aðgengi að meðferðarúrræðum fyrir áfengis-, fíkniefna- og reykingasjúklinga verði auðveldað.
4. Reyklaust umhverfi sem víðast.
5. Aukið eftirlit með sölu á tóbaki til unglunga.
6. Skipuleg söfnun og úrvinnsla á staðtölum um áfengis-, vímuefna- og tóbaksneyslu þjóðarinnar í heild og einstakra þjóðfélagshópa.

## 4.2. Börn og ungmenni

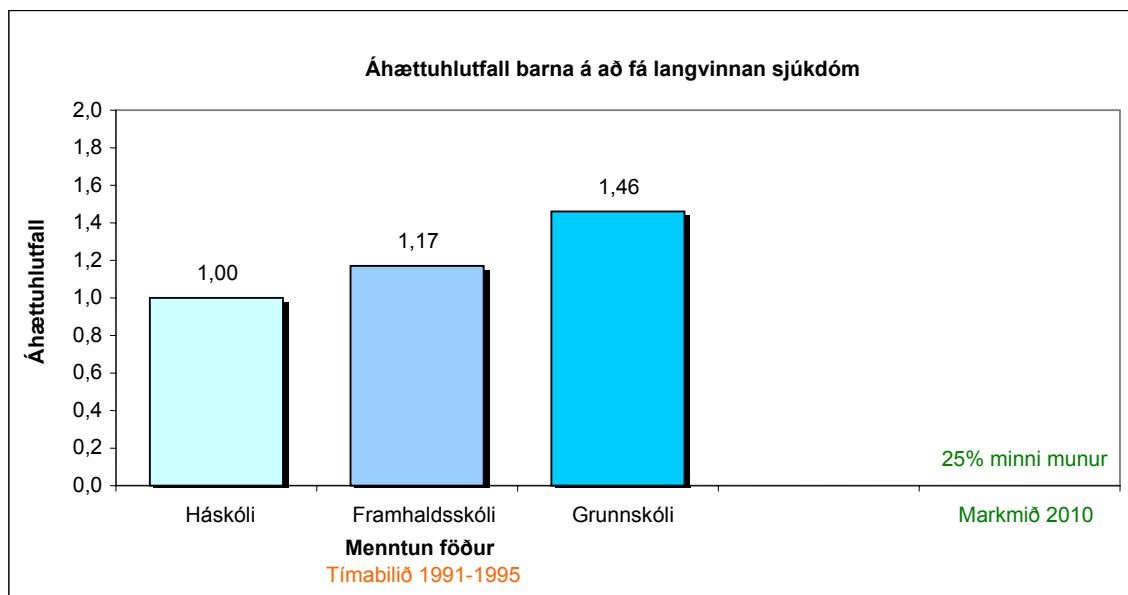
### Aðalmarkmið

- 2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.
- 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 2% barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu.
- 2.c Dregið verði úr slysum og slysadauða barna um 25%.
- 2.d Tíðni tannskemmda (DMF) 12 ára barna lækki í 1,0.

### Breytingar á markmiðum og staða:

- 2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.  
(Óbreytt markmið og sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunartímabilinu 1991–1995 var áhættuhlutfall langvinnra sjúkdóma hjá börnum, miðað við menntun föður, 1% hjá háskólamenntuðum, 1,17% hjá framhaldsskólamenntuðum og 1,46% hjá grunnskólamenntuðum.
  - Samanburðarrannsóknir skortir á þessu sviði.
- 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til **a.m.k. 2%** barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu.  
(**Breytt** markmið en sama viðmiðunarár.)  
Upplýsingar um fjölda barna, sem fá fyrsta og annars stigs geðheilbrigðisþjónustu, liggja ekki fyrir.
  - Á viðmiðunarárinu 1997 náði þriðja stigs geðheilbrigðisþjónusta til 0,4% barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára.
  - Árið 2005 náði þriðja stigs geðheilbrigðisþjónustan til 1,8% barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára.
- 2.c Dregið verði úr slysum og slysadauða barna og ungmenna um **30%**.  
(**Breytt** markmið og **nýtt** viðmiðunarár, þ.e. 2004, fyrir slys þar sem tölur um slys fyrir árin þar á undan liggja ekki ljósar fyrir. Einnig **nýtt** viðmiðunartímabil, þ.e. 2001–2005, fyrir slysadauða þar sem markmiðinu frá árinu 2001 hefur verið náð.)
  - Á viðmiðunarárinu 2004 er samkvæmt áætlun frá Landlæknisembættinu talið að orðið hafi um 13.500 slys hjá aldurshópnum 0–14 ára.
  - Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 dóu árlega af slysförum að meðaltali 5,2 af hverjum 100.000 á aldrinum 0–14 ára, 3,6 drengir og 6,8 stúlkur.
- 2.d Tíðni tannskemmda (DMFT) 12 ára barna lækki í 1,0.  
(**Breytt** markmið en sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 1996 var DMFT hjá 12 ára börnum 1,5.
  - Árið 2005 var DMFT hjá 12 ára börnum 2,1.
- 2.e **Lækka hlutfall 9 ára barna, sem eru yfir kjörþyngd, niður fyrir 15% og þeirra, sem eru of feit, niður fyrir 3%.**  
(**Nýtt markmið.**)
  - Á viðmiðunarárinu 2004 voru 23% 9 ára barna yfir kjörþyngd og 5% 9 ára barna of feit.

**2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.**



Heimild: Halldórsson, Cavelaars, Kunst og Mackenbach, 1999.

Mynd 7. Áhættuhlutfall (e. odds-ratios)<sup>2</sup> barna á því að fá langvinnan sjúkdóm miðað við menntun föður.

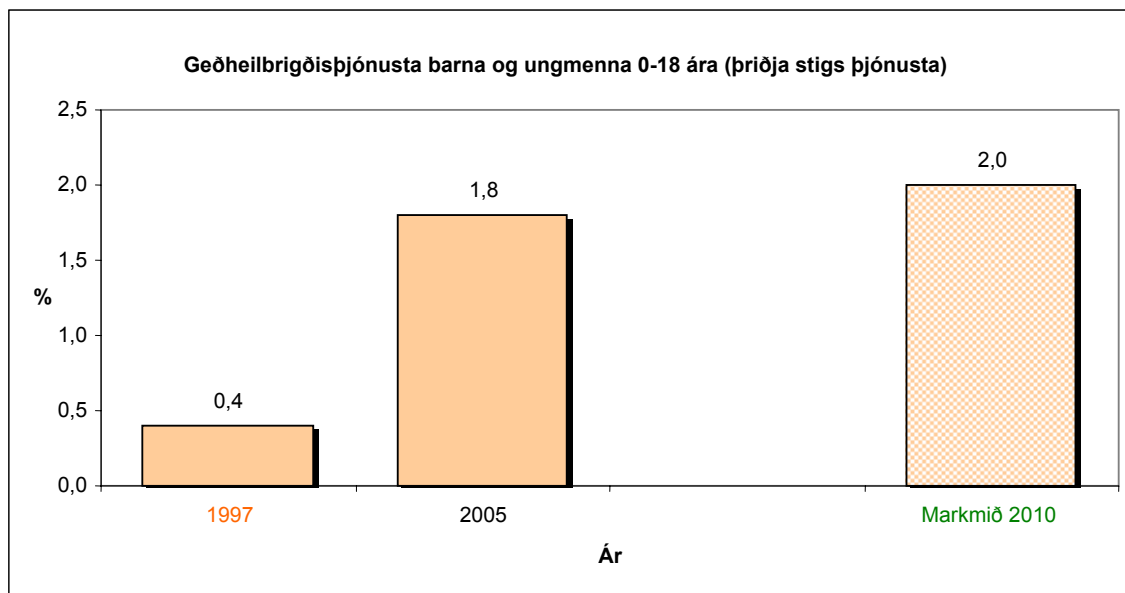
Markmiðið er að samtímis sem unnið er að bættu heilsufari allra sé reynt að draga úr mun milli þjóðfélagshópa, sem best eru settir, og þeirra, sem búa við lakari aðstæður, um allt að 25%. Viðmiðunartímabilið er 1991–1995. Í rannsókn Matthíasar Halldórssonar, A. E. Cavelaars, A. E. Kunst og J. P. Mackenbach frá árinu 1999 kemur greinilega fram að heilsufar ræðst að hluta til af þjóðfélagsstöðu foreldra. Þær niðurstöður eru í samræmi við kannanir í nágrannalöndum okkar. Ekki liggja fyrir sambærilegar niðurstöður í nýrri rannsóknum á heilsufari einstakra þjóðfélagshópa eða stétta.

Í nýlegri rannsókn Tinnu L. Ásgeirsdóttur, „*Tengsl heilsu og tekna á Íslandi*“, kemur fram að munur á heilsu eftir tekjum er minni hér á landi en víðast hvar í löndum OECD.

<sup>2</sup> Miðað við 95% öryggismörk.

## 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til a.m.k. 2% barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára, óháð búsetu.

Upplýsingar um það hversu mörg börn fengu fyrsta<sup>3</sup> og annars stigs<sup>4</sup> geðheilbrigðisþjónustu á þessum árum liggja ekki fyrir.



Heimild: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Mynd 8. Hlutfall barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára sem fengu þriðja<sup>5</sup> stigs geðheilbrigðisþjónustu á árunum 1997 og 2005.

Á viðmiðunarárinu 1997 náði geðheilbrigðisþjónustan til um 0,4% barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára. Samkvæmt upplýsingum frá Landspítala-háskólasjúkrahúsi, Barna- og unglिंगageðdeild Landspítala og Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri má gera ráð fyrir að á árinu 2005 hafi þjónustan náð til 1,8% barna og unglunga á aldrinum 0–18 ára.

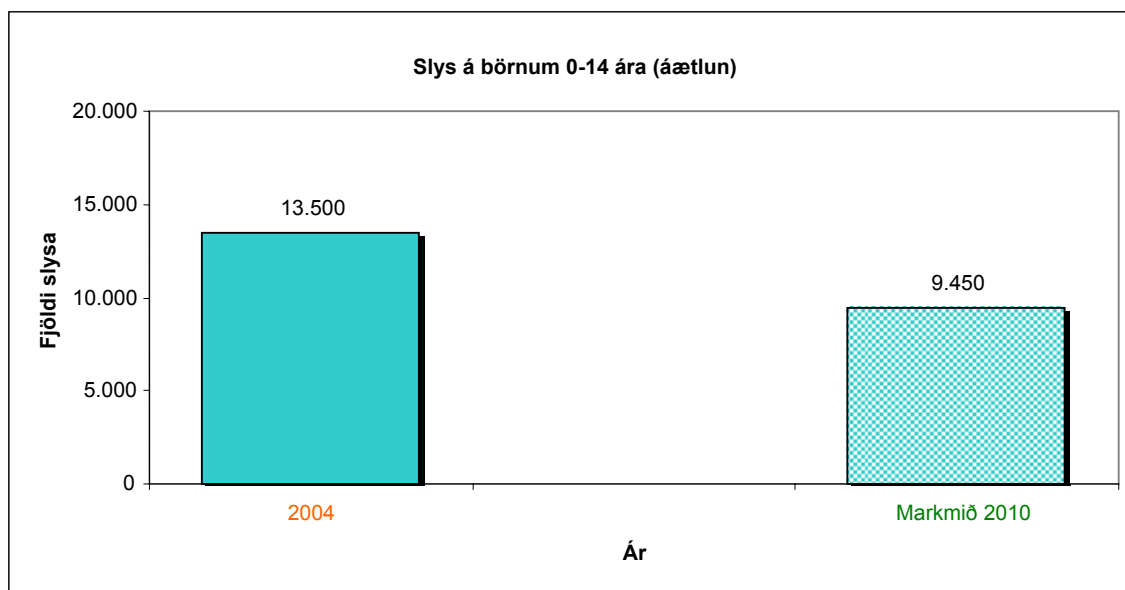
Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra frá september 2006 er lögð áhersla á skipulagðar aðgerðir til að bæta heilbrigðisþjónustu við börn með hegðunar- og geðraskanir.

<sup>3</sup> Fyrsta stigs geðheilbrigðisþjónusta er grunnþjónusta.

<sup>4</sup> Annars stigs geðheilbrigðisþjónusta er sérfræðiþjónusta.

<sup>5</sup> Þriðja stigs geðheilbrigðisþjónusta er sjúkrahúsþjónusta.

## 2.c Dregið verði úr slysum og slysaða barna um 30%.



Heimild: Landlæknisembættið.

Mynd 9. Fjöldi slysa á börnum og ungmennum á aldrinum 0–14 ára á árinu 2004.

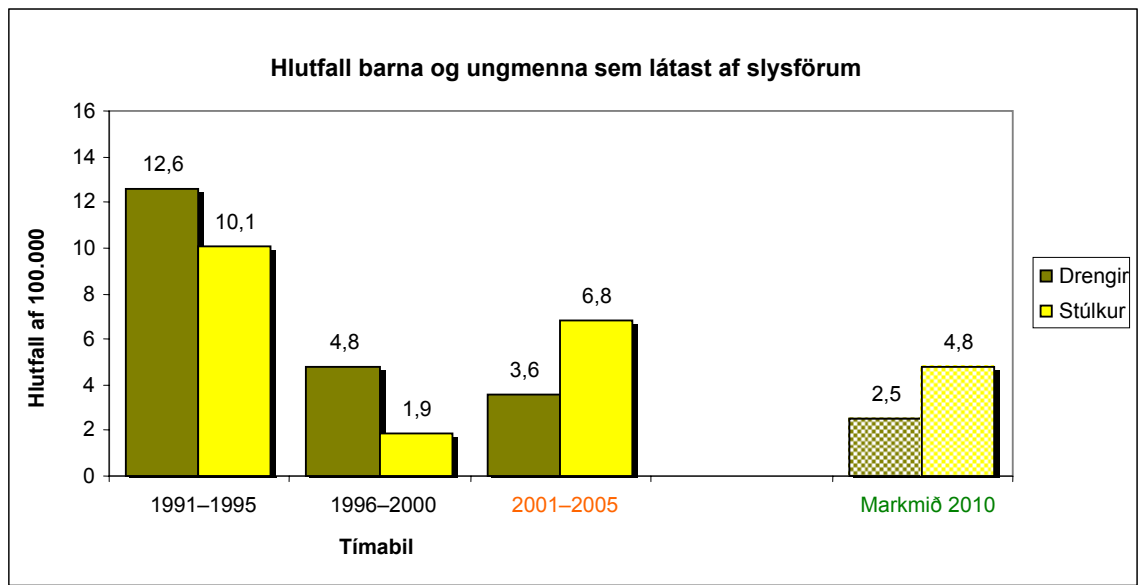
Nýtt viðmiðunarár, þ.e. 2004, og fjöldi slysa er áætlaður út frá upplýsingum úr Slysaskrá Íslands,<sup>6</sup> viðbótarupplýsingum frá lögreglunni, upplýsingum frá Sambandi íslenskra tryggingafélaga og upplýsingum frá heilsugæslunni. Jafnframt er stefnt að fækkun slysa um 30% í stað 25% .

Tafla 3. Hlutfallsleg skipting slysa á börnum og ungmennum á aldrinum 0–14 ára árið 2004.

<i>Umferðar- óhöpp</i>	<i>Vinnuslys</i>	<i>Heima- og frítímaslys</i>	<i>Íþróttaslys</i>	<i>Skólaslys</i>	<i>Önnur slys</i>
3%	0%	60%	12%	23%	2%

Heimild: Landlæknisembættið.

<sup>6</sup> Árið 2004 skráðu LSH, TM, Vinnueftirlitið, Ríkislögreglustjóri (að hluta) og Heilbrigðisstofnun Austurlands upplýsingar í Slysaskrá Íslands.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 10. Hlutfall barna og ungmenna af hverjum 100.000 á aldrinum 0–14 ára sem látast árlega af slysförum yfir fimm ára tímabil.

Markmiðinu frá árinu 2001, að draga úr slysaða barna og ungmenna um 25%, hefur verið náð sé miðað við tímabilið 1991–1995. Því er sett nýtt og metnaðarfullra markmið, þ.e. að fækka dauðsföllum vegna slysa um 30%. Einnig er sett nýtt viðmiðunartímabil, þ.e. 2001–2005.

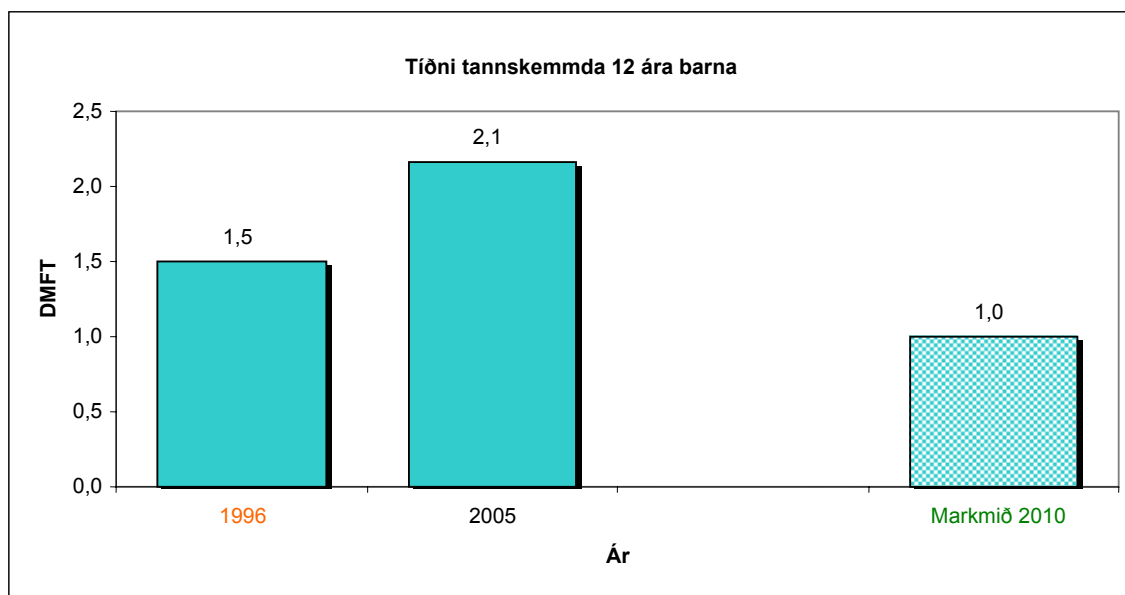
Á tímabilinu 2001–2005 jókst slysaða meðal stúlkna verulega og er það mikið áhyggjuefni. Sú staðreynd hlýtur að kalla á markvissar aðgerðir.

Tafla 4. Fjöldi barna og ungmenna á aldrinum 0–14 ára sem hafa látist af slysförum yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Drengir</b>	21	8	6
<b>Stúlkur</b>	16	3	11
<b>Samtals</b>	37	11	17

Heimild: Hagstofa Íslands.

## 2.d Tíðni tannskemmda (DMFT) 12 ára barna lækki í 1,0.



Heimild: Sigfús Þór Eliasson (2002); Lýðheilsustöð (2006).

Mynd 11. Tíðni tannskemmda hjá 12 ára börnum á árunum 1996 og 2005.

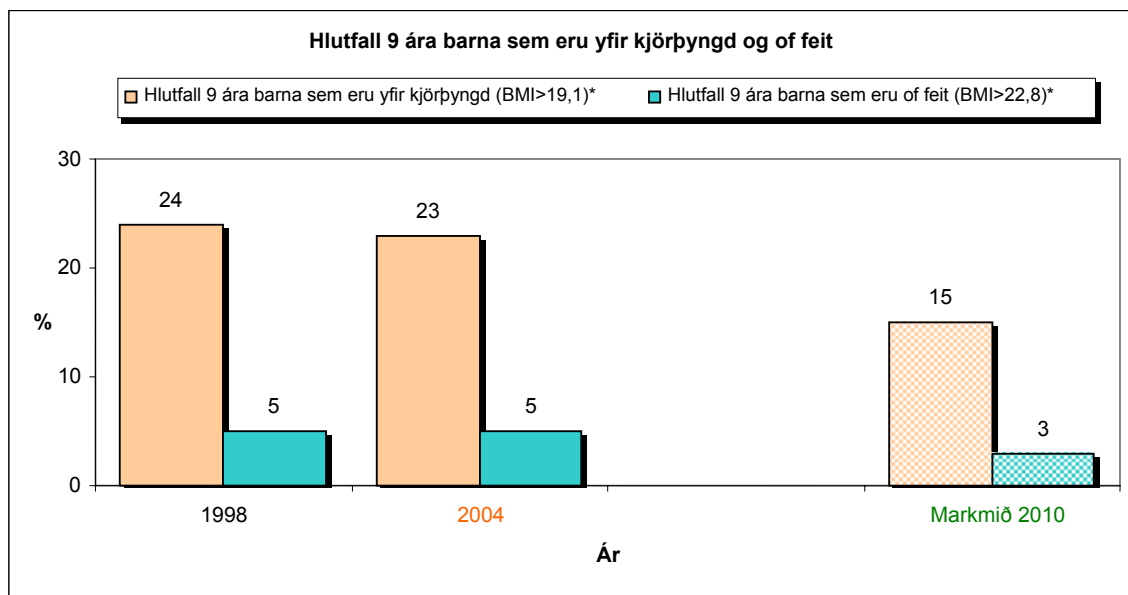
Tannátustuðullinn DMFT segir til um hversu margar tennur (T) eru skemmdar (D), fylltar (F), eða hafa tapast (M) vegna tannskemmda hjá tilteknum einstaklingi.

Á viðmiðunarárinu 1996 var DMFT hjá 12 ára börnum, í rannsókn Sigfúsar Þórs Eliassonar, 1,5 við sjónræna skoðun. Þá voru engar röntgenmyndir teknar en „kanni“ var notaður við skoðun tanna. Í landsrannsókn á munnheilsu Íslendinga, MUNNÍS, árið 2005 kemur fram að DMFT hjá 12 ára börnum er 2,1 þegar upplýsingar af röntgenmyndum bætast við sjónræna skoðun (DMFT við sjónræna skoðun er eingöngu 1,4). Sú rannsóknaraðferð, sem MUNNÍS rannsóknin byggir á, er önnur en sú sem notuð var við greiningu á tannátu í fyrri rannsóknum, auk þess sem röntgenmyndir voru teknar árið 2005 en ekki árið 1996. Samkvæmt Sigfúsi Þór Eliassyni er þó um nokkuð sambærilegar skoðanir að ræða þar sem árið 1996 var auðveldara að sjá tannfyllingar, m.a. vegna þess að þá voru amalgamfyllingar notaðar nær eingöngu en ekki tannlitaðar fyllingar eins og nú.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsuefningar frá janúar 2007 verður lögð aukin áhersla á tannvernd barna og ungmenna.



**2.e Lækka hlutfall 9 ára barna, sem eru yfir kjörþyngd, niður fyrir 15% og þeirra, sem eru of feit, niður fyrir 3%.**



Heimild: Lýðheilsustöð og Miðstöð heilsuverndar barna (ÍSKRÁ).<sup>7</sup>

Mynd 12. Hlutfall 9 ára barna, sem eru yfir kjörþyngd, og þeirra sem eru of feit<sup>8</sup>.

Þetta er nýtt markmið og viðmiðunarárið er 2004.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er áhersla lögð á að taka á ofþyngd barna og ungmenna.

<sup>7</sup> Miðstöð heilsuverndar barna, ÍSKRÁ. (2004.) Tölur yfir holdafar barna og ungmenna. [Munnleg heimild; tölvupóstur, 6. september 2006.]

<sup>8</sup> Kjörþyngd barna er miðuð við skilgreiningar Coles frá árinu 2000. Ef BMI er 19,1 eða meira telst barn yfir kjörþyngd. Ef BMI er 22,8 eða meira telst barn of feitt.

## Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:

1. Stuðningur við fjölskyldur, einkum þær sem búa við lægri þjóðfélagsstöðu.
2. Hvetja skóla til að taka upp aðferðir heilsueflandi skóla.
3. Fjölgun og aukið jafnræði í úrræðum geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn.
4. Bætt tengsl heilsugæslu og geðheilbrigðisþjónustu.
5. Fræðsla og aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífshátta barna, foreldra og kennara.
6. Aukin tengsl skóla við geðheilbrigðisþjónustu, m.a. með efldri sálfræðiþjónustu í skólum.
7. Efling rannsókna á tengslum sjúkdóma og þjóðfélagsstöðu.
8. Aðgengi barna og ungmenna að tannlækniþjónustu verði auðveldað.
9. (Ný leið.) Ráðist verði í aðgerðir sem byggjast á gagnreyndum aðferðum og miði að því að bæta mataræði og auka hreyfingu.
10. (Ný leið.) Aukin samþætting heilbrigðisþjónustu og félagsþjónustu.
11. (Ný leið.) Samræmdar verði aðgerðir í þeim tilgangi að sporna við ofvirkni og athyglisbresti barna og ungmenna.

### 4.3. Eldri borgarar

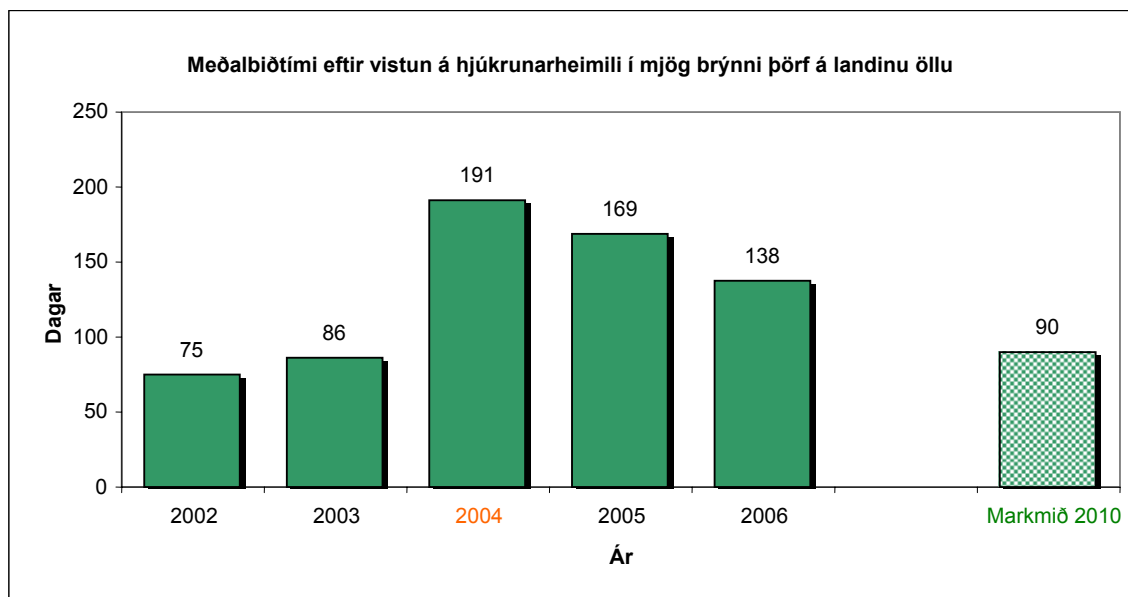
#### Aðalmarkmið

- 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.
- 3.b Yfir 75% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.
- 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðmar- og hryggbrota um 25%.
- 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.

#### Breytingar á markmiðum og staða:

- 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.  
(Óbreytt markmið en **nýtt** viðmiðunarár, þ.e. 2004, þar sem miðað er við upplýsingar frá nýjum skráningaraðila.)
  - Á viðmiðunarárinu 2004 var meðalbiðtími þeirra, sem voru í mjög brýnni þörf eftir hjúkrunarrými á landinu öllu, 191 dagar.
  - Árið 2006 var meðalbiðtími þeirra, sem voru í mjög brýnni þörf eftir hjúkrunarrými á landinu öllu, 138 dagar.
- 3.b Yfir **80%** fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.  
(**Breytt** markmið og **nýtt** viðmiðunarár, þ.e. 2003, þar sem markmiðinu hefur verið náð.)
  - Á viðmiðunarárinu 2003 bjuggu 75,0% fólks 80 ára og eldra heima.
  - Árið 2004 bjuggu 75,7% fólks 80 ára og eldra heima.
- 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðmar- og hryggbrota um 25%.  
(Óbreytt markmið en **nýtt** viðmiðunarár, þ.e. 2003, þar sem ekki liggja fyrir sambærilegir mælikvarðar á tíðni mjaðmar- og hryggbrota.)
  - Á viðmiðunarárinu 2003 voru hrygg- og mjaðmarbrot 374,8 á hverja 100.000 íbúa 65 ára og eldri, hryggbrot voru 87,8 og mjaðmarbrot voru 287,0.
- 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.  
(Óbreytt markmið og sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 1995 höfðu 25% fólks 65 ára og eldra 10 eða fleiri tennur í gómi, karlar 17% og konur 8%.
  - Árið 2000 höfðu 34% fólks 65 ára og eldra 10 eða fleiri tennur í gómi, karlar 20% og konur 14%.

### 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.



Heimild: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Stíki<sup>9</sup>.

Mynd 13. Meðalbiðtími (dagar) fólks í mjög brýnni þörf fyrir vistun í hjúkrunarrými á landinu öllu.

Til ársins 2002 sá Skýrr um að halda utan um tölur um biðtíma og samkvæmt fyrirbyggjandi gögnum var biðtíminn 267 dagar fyrir fólk í mjög brýnni þörf eftir vistun árið 1997. Árið 2002 tók Stíki við sem þjónustuaðili og samtímis var tekið upp rafrænt skráningarkerfi. Það var þó ekki að fullu virkt fyrr en árið 2004 og skýrir það væntanleg þær tölur sem gefnar voru upp varðandi biðtíma á árunum 2002 og 2003. Í ljósi þessa er nýtt viðmiðunarár 2004.

<sup>9</sup> Stíki. (2007, 15. febrúar). Tölur yfir biðtíma í mjög brýnni þörf eftir vistun. [Munnleg heimild; tölvupóstur.]

Tafla 5. Biðtími (dagar) fólks í mjög brýnni þörf fyrir vistun í hjúkrunarrými á landinu öllu.

	2002		2003		2004		2005		2006	
	Heildar- biðtími	Óslitin bið í mjög brýnni þörf	Heildar- biðtími	Óslitin bið í mjög brýnni þörf	Heildar- biðtími	Óslitin bið í mjög brýnni þörf	Heildar- biðtími	Óslitin bið í mjög brýnni þörf	Heildar- biðtími	Óslitin bið í mjög brýnni þörf
Reykjavík	205	93	221	104	302	231	332	239	316	275
Reykjanes <sup>10</sup>	206	76	252	97	312	211	267	153	261	188
Vesturland <sup>11</sup>	206	45	150	43	125	97	170	116	157	96
Vestfirðir <sup>12</sup>	0	0	0	0	38	38	158	158	227	136
Norð.vestra <sup>13</sup>	91	0	50	0	92	28	190	103	117	87
Norð.eystra <sup>14</sup>	197	40	312	67	254	143	211	96	99	55
Austurland <sup>15</sup>	217	63	87	47	108	61	72	40	120	100
Suðurland <sup>16</sup>	179	33	107	53	133	84	147	108	226	166
<b>Meðaltal</b>	<b>200</b>	<b>75</b>	<b>213</b>	<b>86</b>	<b>268</b>	<b>191</b>	<b>262</b>	<b>169</b>	<b>190</b>	<b>138</b>

Heimild: Stíki.

Eins og sést í töflu 5 kemur fram að biðtími fólks í mjög brýnni þörf eftir vistun í hjúkrunarrými er lengstur í Reykjavík, á Reykjanesi og á Vestfjörðum.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra frá september 2006 er uppbygging hjúkrunarheimila á þessum svæðum meðal forgangsverkefna.

Tafla 6. Óslitin bið í mjög brýnni þörf eftir vistun í hjúkrunarrými á landinu öllu árið 2004.

2004					
	Fjöldi einstaklinga sem biðu	Einst. sem biðu 90 daga eða skemur	Hlutfall (%) einst. sem biðu 90 daga eða skemur	Einst. sem biðu lengur en 90 daga	Hlutfall (%) einst. sem biðu lengur en 90 daga
Reykjavík	342	214	62,6	128	37,4
Reykjanes	147	82	55,8	65	44,2
Vesturland	22	7	31,8	15	68,2
Vestfirðir	6	1	16,7	5	83,3
Norð.vestra	20	3	15,0	17	85,0
Norð.eystra	65	28	43,1	37	56,9
Austurland	21	3	14,3	18	85,7
Suðurland	43	15	34,9	28	65,1

Heimild: Stíki.

<sup>10</sup> Til Reykjanes telst: Kópavogur, Seltjarnarnes, Garðabær, Hafnarfjörður, Mosfellsbær og Suðurnes.

<sup>11</sup> Til Vesturlands telst: Akranes, Borgarbyggð og nágrenni, Grundarfjörður, Stykkishólmur, Snæfellsbær og Dalabyggð.

<sup>12</sup> Til Vestfjarða telst: Bolungarvík, Ísafjarðarbær, Vestur-Barðastrandarhreppur og Hólmavíkur hreppur.

<sup>13</sup> Til Norðurlands vestra telst: Siglufjörður, Skagafjörður, Húnaþing vestra og Blönduós.

<sup>14</sup> Til Norðurlands eystra telst: Akureyrarbær, Suður-Þingeyjarsýsla, Ólafsfjörður, Dalvíkurbyggð, Öxarfjarðarhreppur, Raufarhafnarhreppur og Þórshafnarhreppur.

<sup>15</sup> Til Austfjarða telst: Seyðisfjörður, Fjarðabyggð, Vopnafjörður, Austurbyggð og Fáskrúðsfjarðarhreppur, Djúpvogs- og Breiðdalshreppur, Fljótsdals- og Borgarfjarðarhreppur og Hornafjörður.

<sup>16</sup> Til Suðurlands telst: Vestmannaeyjar, Árborg, Vík í Mýrdal, Kirkjubæjarklaustur, Rángárþing eystra og ytra, Laugarás, Hveragerði og Ölfus.

Tafla 7. Óslitin bið í mjög brýnni þörf eftir vistun í hjúkrunarymi á landinu öllu árið 2005.

<b>2005</b>					
	<b>Fjöldi einstaklinga sem biðu</b>	<b>Einst. sem biðu 90 daga eða skemur</b>	<b>Hlutfall (%) einst. sem biðu 90 daga eða skemur</b>	<b>Einst. sem biðu lengur en 90 daga</b>	<b>Hlutfall (%) einst. sem biðu lengur en 90 daga</b>
Reykjavík	239	146	61,1	93	38,9
Reykjanes	140	61	43,6	79	56,4
Vesturland	23	10	43,5	13	56,5
Vestfirðir	2	1	50,0	1	50,0
Norð.vestra	15	4	26,7	11	73,3
Norð.eystra	59	16	27,1	43	72,9
Austurland	34	4	11,8	30	88,2
Suðurland	41	13	31,7	28	68,3

Heimild: Stíki.

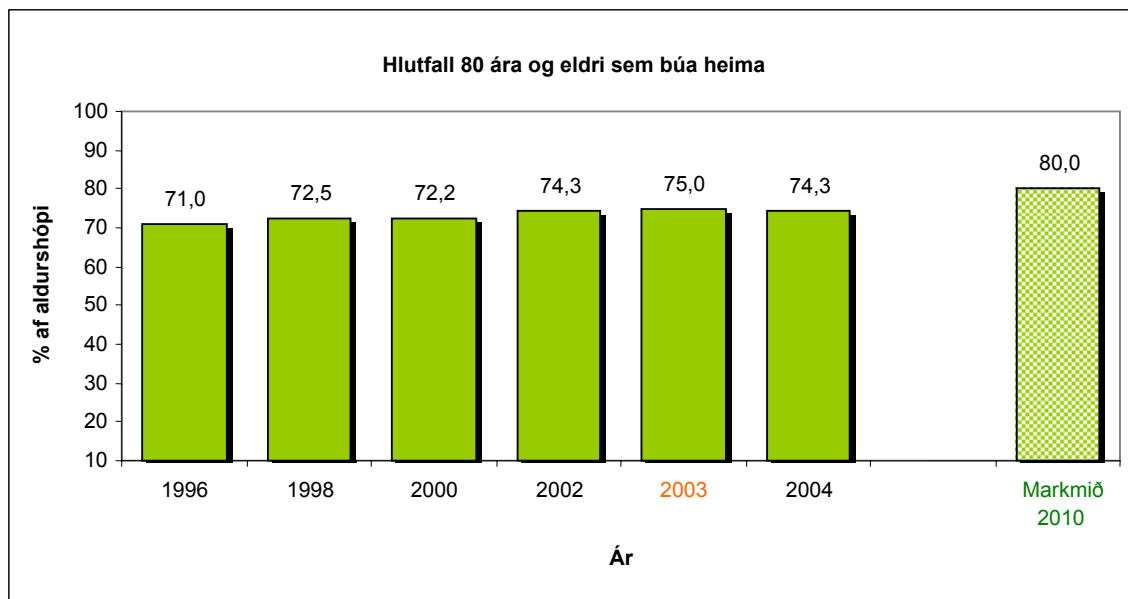
Tafla 8. Óslitin bið í mjög brýnni þörf eftir vistun í hjúkrunarymi á landinu öllu árið 2006.

<b>2006</b>					
	<b>Fjöldi einstaklinga sem biðu</b>	<b>Einst. sem biðu 90 daga eða skemur</b>	<b>Hlutfall (%) einst. sem biðu 90 daga eða skemur</b>	<b>Einst. sem biðu lengur en 90 daga</b>	<b>Hlutfall (%) einst. sem biðu lengur en 90 daga</b>
Reykjavík	544	378	69,5	166	30,5
Reykjanes	272	138	50,7	134	49,3
Vesturland	69	14	20,3	55	79,7
Vestfirðir	6	2	33,3	4	66,7
Norð.vestra	37	10	27,0	27	73,0
Norð.eystra	168	26	15,5	142	84,5
Austurland	45	13	28,9	32	71,1
Suðurland	94	36	38,3	58	61,7

Heimild: Stíki.

Eins og sést í töflum 6, 7 og 8 er mjög mismunandi hversu margir einstaklingar biðu óslitið í mjög brýnni þörf eftir vistun á landinu öllu og einnig hversu lengi beðið var.

**3.b Yfir 80% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.**

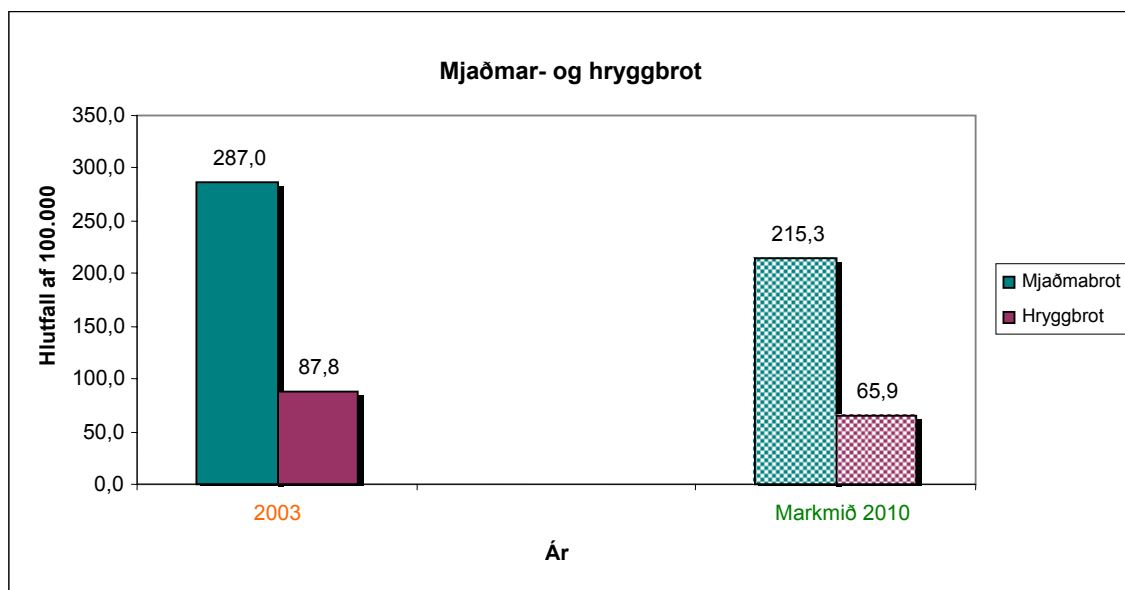


Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 14. Hlutfall 80 ára og eldri sem búa heima.

Markmiði frá árinu 2001, að yfir 75% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima, hefur verið náð. Nýtt markmið var sett, þ.e. að yfir 80% gætu búið heima og nýtt viðmiðunarár, þ.e. árið 2003. Eldra viðmiðunarárið var 1996.

### 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðmar- og hryggbrota um 25%.



Heimild: Landlæknisembættið.

Mynd 15. Hlutfall þeirra sem hafa mjaðmar- eða hryggbrotnað af hverjum 100.000 íbúum í aldurshópnum 65 ára og eldri.

Ekki eru til sambærilegar upplýsingar yfir mjaðmar- og hryggbrot og stuðst var við þegar markmiðið var sett árið 2001. Þess vegna var sett nýtt viðmiðunarár, þ.e. árið 2003, og stuðst við upplýsingar úr Slysaskrá Íslands.

Tafla 9. Mjaðmarbrot hjá 65 ára og eldri árið 2003.

ICD-10	Heiti	Fjöldi
S32.4	Augnkarlsbrot	1
S72	Brot á lærlegg (lærbrot)	6
S72.1	Brot á lærleggshálsi	62
S72.2	Brot á stærri lærhnútu	28
S32.1	Spjaldbeinsbrot	1
Alls		98

Heimild: Hagstofa Íslands.

Tafla 10. Hryggbrot hjá 65 ára og eldri árið 2003.

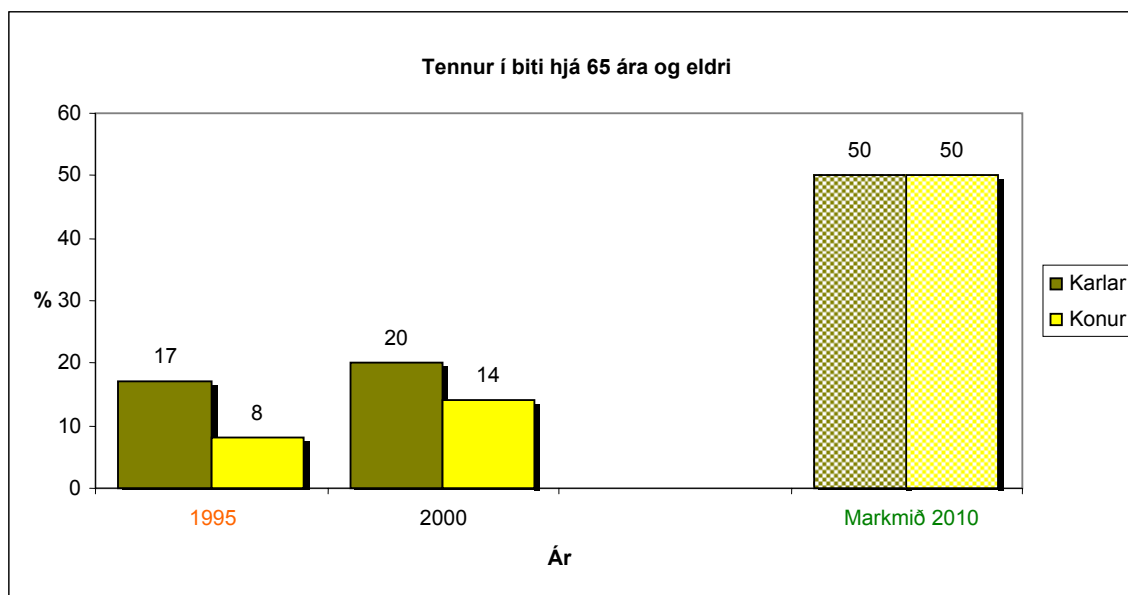
ICD-10	Heiti	Fjöldi
S12	Hálsbrot	2
S22.0	Brot á brjóstlið	8
S32.0	Brot á lendalið	17
S32.1	Spjaldbeinsbrot	3
Alls		30

Heimild: Hagstofa Íslands.

Eins og sést í töflum 9 og 10 voru árið 2003 mjaðmar- og hryggbrot hjá 65 ára og eldri samtals 128.



### 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.



Heimild: Guðjón Axelsson og Sigrún Helgadóttir, 2003.

Mynd 16. Hlutfall 65 ára og eldri með a.m.k. 20 tennur í biti.

Viðmiðunarárið er 1995. Ekki eru til nýrri upplýsingar um tannheilsu fólks, 65 ára og eldra, en búið er að leggja drög að könnun á stöðunni sem hluta af viðamikilli rannsókn á tannheilsu Íslendinga, Munnis. Áformað er að hún nái til þessa aldurshóps á næstu misserum.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er lögð aukin áhersla á tannvernd aldraðra.

## **Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:**

1. Heilsueflandi aðgerðir og aukin sjúkra- og iðjuþjálfun fyrir aldraða.
2. Eflt og aukið samstarf og samhæfing heimilishjálpar, heimaþjónustu, heilsugæslu, öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og hjúkrunar- og dvalarheimila með sérstakri áherslu á teymisvinnu.
3. Samhæfðu mati á þörfum aldraðra (sbr. RAI mat) og gæðum þjónustu á öllum stigum þjónustunnar verði beitt sem lykli að þróun úrræða.
4. Aukið framboð á dagvistun, heimaþjónustu heilsugæslunnar, þar sem áhersla er lögð á 7 daga sólarhringsþjónustu og skammtímainnlagnir.
5. Gott aðgengi að öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og öðrum meðferðarúrræðum utan stofnana.
6. Gerð klínískra leiðbeininga fyrir öldrunarteymi er lúta að sérhæfðri meðferð aldraðra.
7. Unnið verði að því að jafna framboð og eftirspurn eftir hjúkrunarrýmum.
8. Gerðar verði klínískar leiðbeiningar fyrir heilsugæslu miðaldra og ungra aldraðra er stuðla að bættri heilsu á efri árum, t.d. með tilliti til beinþynningar.
9. Tannvernd fullorðinna og aldraðra verði efld.
10. **(Ný leið.) Sporna við fjöllyfjanotkun og bæta meðferðarheldni.**

## 4.4. Geðheilbrigði

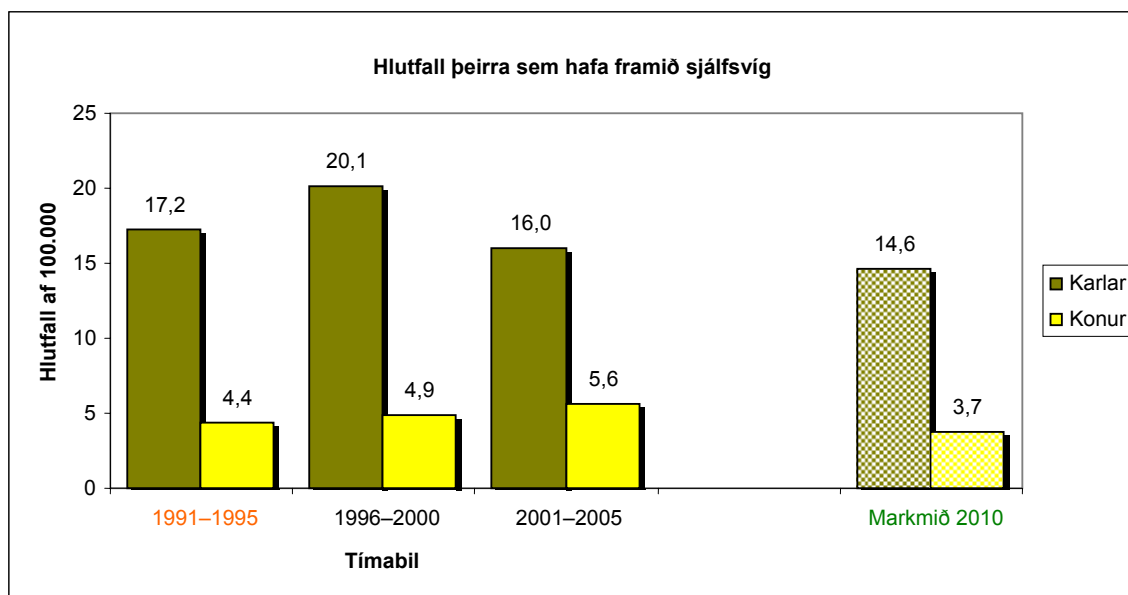
### Aðalmarkmið

- 4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%.
- 4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.

### Breytingar á markmiðum og staða:

- 4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um **15%**.  
(**Breytt** markmið en sama viðmiðunartímabil.)
  - Á viðmiðunartímabilinu 1991–1995 létust árlega 10,8 af hverjum 100.000 vegna sjálfsvíga, 17,2 karlar og 4,4 konur.
  - Á árunum 2001–2005 létust árlega 10,8 af hverjum 100.000 vegna sjálfsvíga, 16,0 karlar og 5,6 konur.
- 4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.  
(Óbreytt markmið og sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 1994 var heildaralgengi geðraskana 22%.
  - Árið 2001 var heildaralgengi geðraskana 21%.

#### 4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 15%.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 17. Hlutfall þeirra sem hafa framið sjálfsvíg<sup>17</sup> af hverjum 100.000 íbúum yfir fimm ára tímabil.

Viðmiðunartímabilið er 1991–1995. Markmiðinu að draga úr tíðni sjálfsvíga hefur verið breytt, þ.e. úr 25% í 15% vegna mikilla sveiflna frá ári til árs. Eins og sést á mynd 17 hefur tíðni sjálfsvíga staðið í stað þegar borin eru saman tímabilin 1991–1995 og 2001–2005. Á tímabilinu 1996–2000 fjölgaði sjálfsvígum meðal karla nokkuð en fækkar aftur á tímabilinu 2001–2005. Hjá konum hafa sjálfsvíg aukist aðeins á síðustu tveim áratugum.

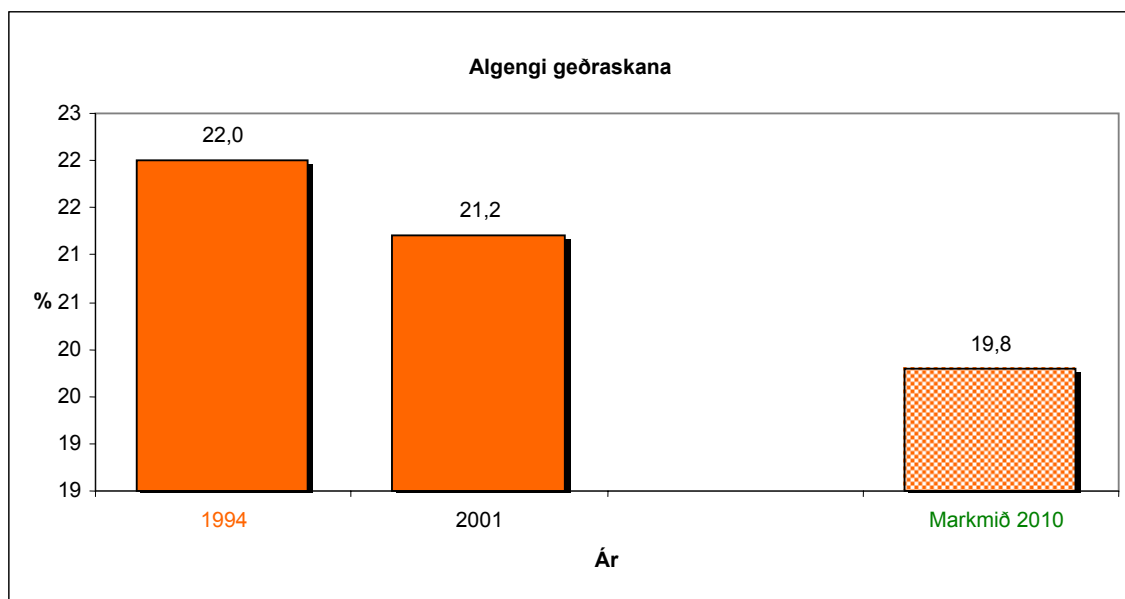
Tafla 11. Fjöldi karla og kvenna sem hefur framið sjálfsvíg yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Karlar</b>	<b>114</b>	<b>143</b>	<b>117</b>
<b>Konur</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>41</b>
<b>Samtals</b>	<b>143</b>	<b>177</b>	<b>158</b>

Heimild: Hagstofa Íslands.

<sup>17</sup> Tölur yfir sjálfsvíg og vísitandi sjálfsskaði eru saman.

#### 4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.



Heimild: Kristinn Tómasson.<sup>18</sup>

Mynd 18. Heildaralgengi geðraskana hjá fólki á aldrinum 20–59 ára á árunum 1994 og 2002.

Heildaralgengi geðraskana var 22% viðmiðunarárið 1994 og rúm 21% árið 2001 samkvæmt GHQ-30 prófi.<sup>19</sup> Eins og sést á þessum tölum hefur heildaralgengi geðraskana hjá fólki á aldrinum 20–59 ára minnkað þrátt fyrir sívaxandi sölu geðdeyfðarlyfja.

Í rannsókn Tómasar Helgasonar, Kristins Tómassonar, Eggerts Sigfússonar og Tómasar Zoëga á skimun fyrir algengi geðraskana og ávísunum á geðlyf frá árinu 2002 kemur fram að algengi geðraskana hafi marktækt lítið breyst allt frá árinu 1984 þó svo að á sama tímabili hafi orðið aukning í notkun á geðlyfjum. Ástæðuna má hugsanlega rekja til þess að lyfjameðferð komi í veg fyrir hækkað algengi, þ.e. lækna í dag þekkja betur möguleikana til að draga úr vanlíðan og vanheilsu með betri lyfjum.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er lögð áhersla á geðheilbrigðismál, þ.e á stefnumótun á sviði geðheilbrigðismála, forvarnir og sérhæfða þjónustu við aldraða með geðsjúkdóma.

<sup>18</sup> Kristinn Tómasson. (5. maí 2003.) Upplýsingar um tíðni geðraskana. [Munnleg heimild; tölvupóstur] byggir á grein Tómasar Helgasonar, Kristins Tómassonar og Tómasar Zoëga frá árinu 2001.

<sup>19</sup> GHQ-30 (General Health Questionnaire) er spurningarlisti/próf (með 30 spurningum) sem lagt er fyrir við skimun fyrir geðröskunum.

## **Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:**

1. Skráning geðraskana lúti sömu reglum og skráning annarra sjúkdóma.
2. Bætt menntun, fræðsla og sérþjálfun starfsfólks með tilliti til geðheilbrigðisvandamála og forvarna þar að lútandi.
3. Almenningsfræðsla um geðheilbrigðisvandamál. Geðrækt.
4. Aðgangur að geðheilbrigðisþjónustu verði auðveldaður og meðferðarúrræðum fjölgað.
5. Samhæfing á starfsemi skóla og geðheilbrigðisþjónustu.
6. Efling forvarna gegn geðröskunum með áherslu á varnir gegn sjálfsvígum.
7. Gerð klínískra leiðbeininga er lúta að greiningu og meðferð geðsjúkdóma.

## 4.5. Hjarta- og heilavernd

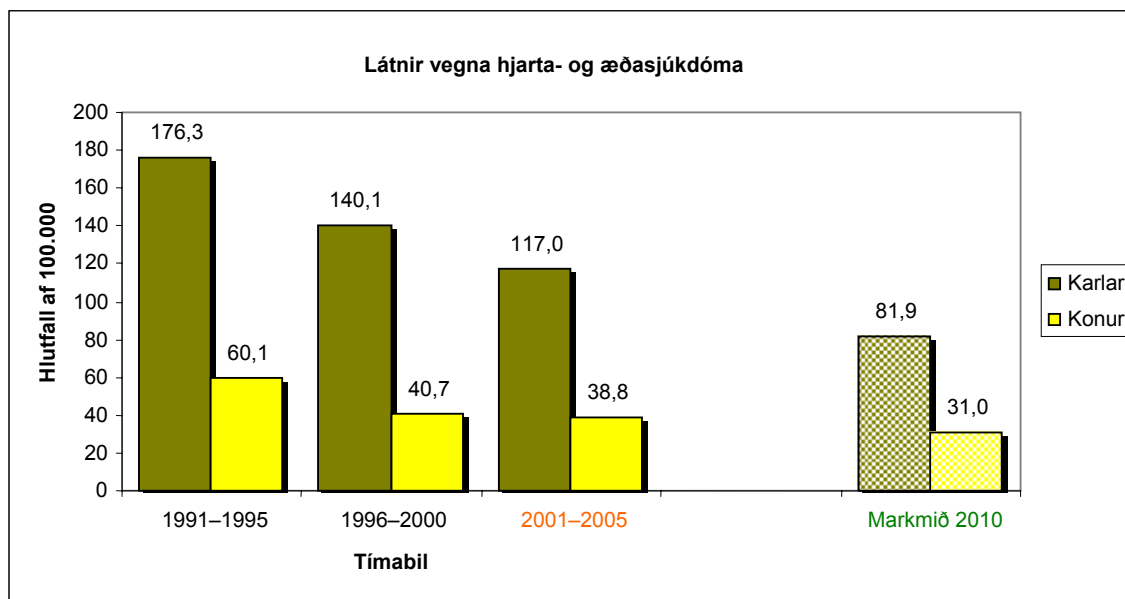
### Aðalmarkmið

- 5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára:
- Hjá körlum um 20%.
  - Hjá konum um 10%.
- 5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.

### Breytingar á markmiðum og staða:

- 5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára:
- Hjá körlum um **30%**.
  - Hjá konum um **20%**.
- (**Breytt** markmið og **nýtt** viðmiðunartímabil, þ.e. 2001–2005, þar sem markmiðinu hefur verið náð.)
- Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 dóu árlega að meðaltali 117,0 af hverjum 100.000 körlum á aldrinum 25–74 ára úr hjarta- og æðasjúkdómum.
  - Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 dóu árlega að meðaltali 38,8 af hverjum 100.000 konum á aldrinum 25–74 ára úr hjarta- og æðasjúkdómum.
- 5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.  
(Óbreytt markmið og sama viðmiðunarár.)
- Á viðmiðunartímabilinu 1991–1995 dóu árlega að meðaltali 68,4 af hverjum 100.000 vegna heilablóðfalla, 63,9 karlar og 72,8 konur.
  - Á tímabilinu 2001–2005 dóu árlega að meðaltali 56,4 af hverjum 100.000 vegna heilablóðfalla, 49,6 karlar og 63,2 konur.
- 5.c **Dregið verði úr frekari aukningu í hlutfalli fólks 20 ára og eldra sem er yfir kjörþyngd eða of feitt.**  
(**Nýtt** markmið.)
- Á viðmiðunarárinu 2002 töldust 56% fólks 20 ára og eldra vera yfir kjörþyngd og 16% of feit.

**5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára, hjá körlum um 30% og konum um 20%.**



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 19. Hlutfall þeirra sem látast árlega vegna hjarta- og æðasjúkdóma<sup>20</sup> af hverjum 100.000 íbúum á aldrinum 25–75 ára yfir fimm ára tímabil.

Markmiðinu að draga úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–75 ára, sem sett var árið 2001, hefur verið náð. Sett er nýtt viðmiðunartímabil, þ.e. 2001–2005, og nýtt markmið, að draga úr dánartíðni hjá körlum um 30% og hjá konum um 20%. Í markmiðinu frá árinu 2001 var markmiðið að draga úr dánartíðni hjá körlum um 20% og konum um 10%. Upphaflegt viðmiðunartímabil var 1991–1995.

Tafla 12. Fjöldi karla og kvenna á aldrinum 25–75 ára sem hefur látist vegna hjarta- og æðasjúkdóma yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Karlar</b>	643	544	492
<b>Konur</b>	223	161	165
<b>Samtals</b>	866	705	657

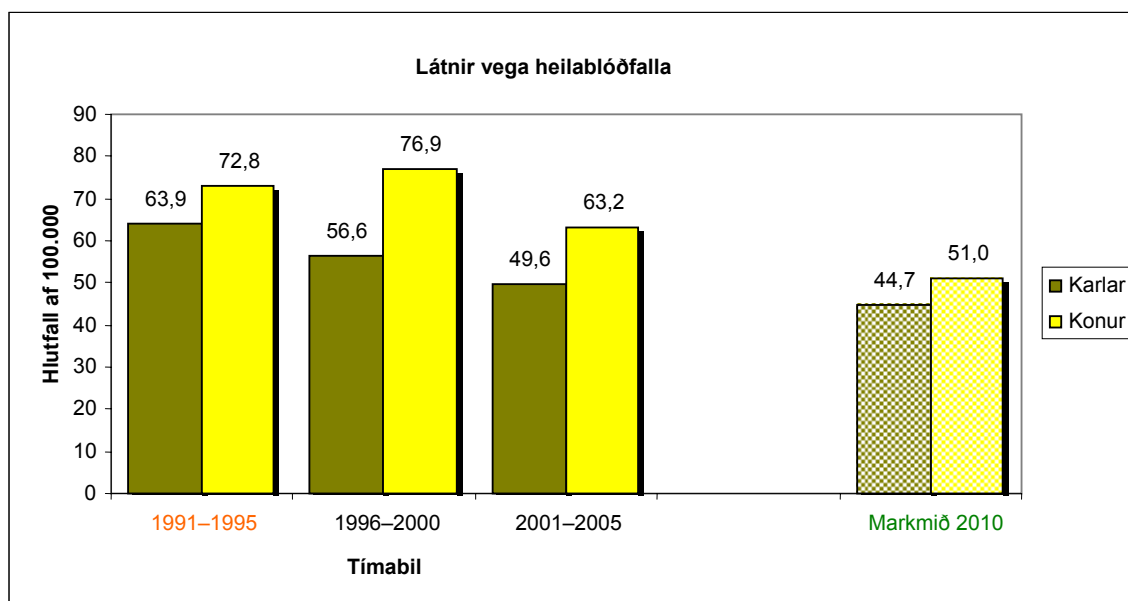
Heimild: Hagstofa Íslands.

<sup>20</sup> Hjarta- og æðasjúkdómar eru blóðþurrðar- og aðrir hjartasjúkdómar.



## 5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.

Ekki eru til heildartölur yfir tíðni heilablóðfalla fyrir allt landið en Hagstofa Íslands tekur saman tölur yfir fjölda dauðsfalla vegna heilablóðfalla.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 20. Hlutfall þeirra sem látast árlega vegna heilablóðfalla af hverjum 100.000 íbúum yfir fimm ára tímabil.

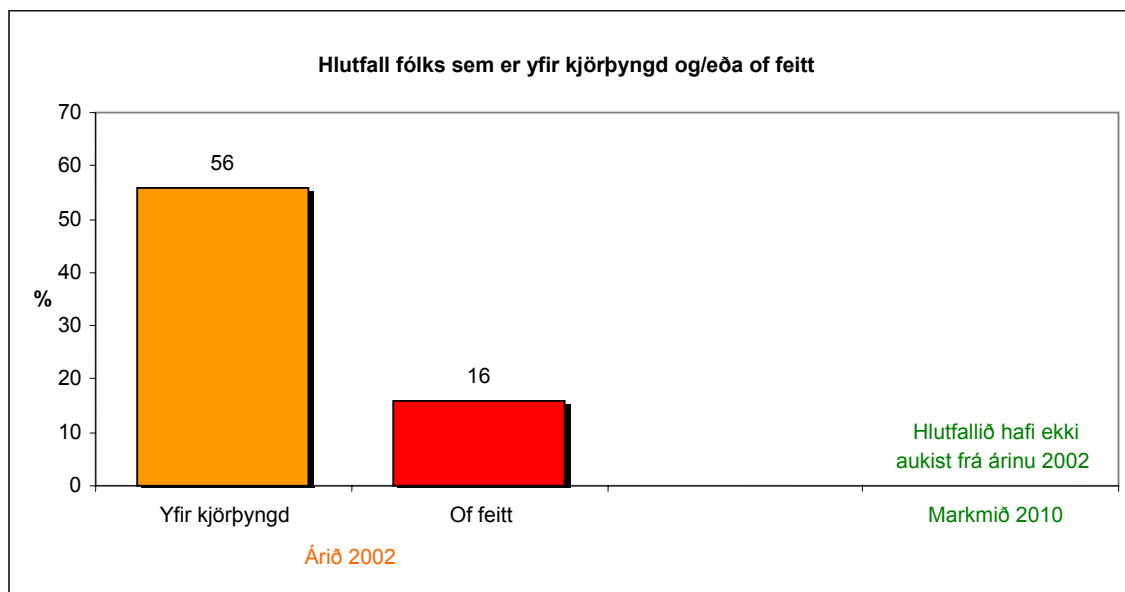
Viðmiðunartímabilið er 1991–1995 og eins og sést á mynd 20 hefur talsvert dregið úr dánartíðni vegna heilablóðfalla.

Tafla 13. Fjöldi karla og kvenna sem hefur látist vegna heilablóðfalla yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
Karlar	424	391	363
Konur	480	530	460
Samtals	904	921	823

Heimild: Hagstofa Íslands.

**5.c Dregið verði úr frekari aukningu í hlutfalli fólks 20 ára og eldra sem er yfir kjörþyngd eða of feitt.**



Heimild: Landskönnun á mataræði 2002, Lýðheilsustöð.

Mynd 21. Hlutfall fólks 20 ára og eldra sem er yfir kjörþyngd eða of feitt.

Þetta er nýtt markmið og viðmiðunarárið er 2002. Kjörþyngd er reiknuð út frá svonefndum BMI staðli sem er þyngd einstaklings í kílóum, deilt með kvaðrati af hæð í metrum. Ef BMI er 25 eða þar yfir telst einstaklingurinn yfir kjörþyngd en ef BMI er 30 eða hærri er viðkomandi of feitur.

Samkvæmt stefnumörkun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forvarna og heilsueflingar frá janúar 2007 er sérstök áhersla lögð á að taka á átröskun og ofþyngd.

## Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:

1. Fræðsla um mataræði, hreyfingu og áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma.
2. Aðgerðir til að hvetja til heilbrigðra lífshátta.
3. Reglubundið eftirlit með áhættuþáttum, svo sem blóðþrýstingi, blóðfitu og þyngd.
4. Gerð klínískra leiðbeininga er lúta að greiningu og meðferð hjarta- og æðasjúkdóma, svo og forvörnum, sérstaklega hvað varðar meðferð háþrýstings á blóðfitu.
5. (Ný leið.) Áhersla verði lögð á forvarnir.
6. (Ný leið.) Ráðist verði í aðgerðir sem byggjast á gagnreyndum aðferðum og miða að því að bæta mataræði og auka hreyfingu.
7. (Ný leið.) Að lækna ávísi „hreyfiseðli“.

## 4.6. Krabbameinsvarnir

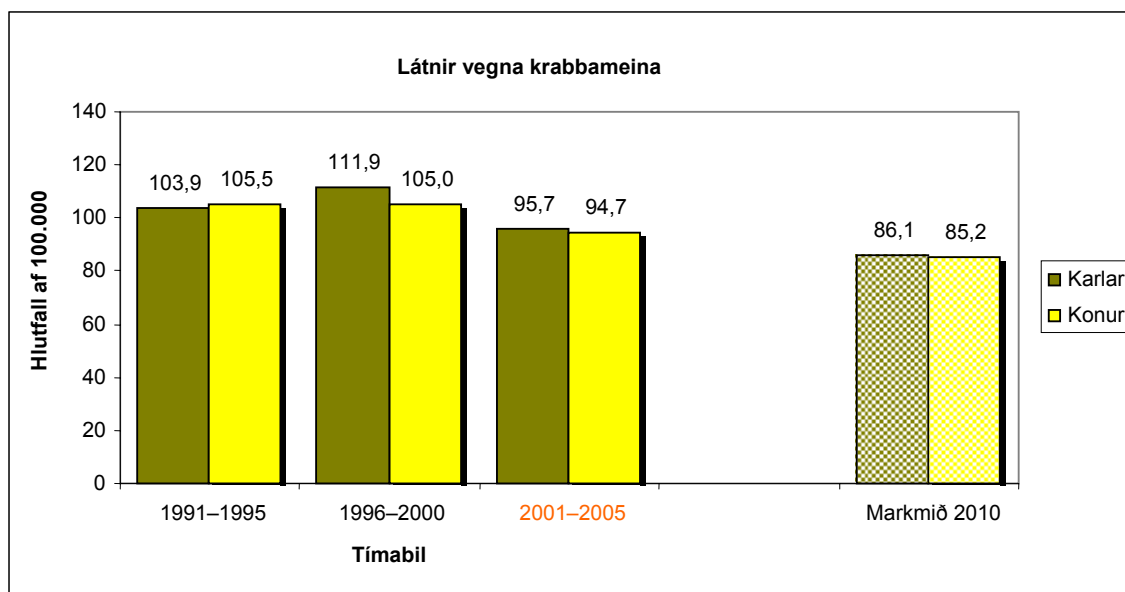
### Aðalmarkmið

6.a Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra en 75 ára lækki um 10%.

### Breytingar á markmiðum og staða:

- 6.a Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra en 75 ára lækki um 10%.  
(Óbreytt markmið en **nýtt** viðmiðunartímabil, þ.e. 2001–2005, þar sem markmiðinu hefur verið náð hjá konum og mjög stutt í að því verði náð hjá körlum.)
- Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 létust árlega að meðaltali 95,7 karlar og 94,7 konur yngri en 75 ára af hverjum 100.000 vegna krabbameina.
- 6.b **Dánartíðni vegna krabbameins í blöðruhálskirtli hjá körlum yngri en 75 ára lækki um 30%.  
(Nýtt markmið.)**
- Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 létust árlega 10,3 karlar yngri en 75 ára af hverjum 100.000 vegna krabbameins í blöðruhálskirtli.)
- 6.c **Dánartíðni vegna krabbameins í brjósti hjá konum yngri en 75 ára lækki um 30%.  
(Nýtt markmið.)**
- Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 létust árlega 16,6 konur yngri en 75 ára af hverjum 100.000 vegna krabbameins í brjósti.
- 6.d **Dregið úr notkun ljósabekkja um 50%.  
(Nýtt markmið.)**
- Á viðmiðunarárinu 2005 var notkun ljósabekkja 39% hjá fólki á aldrinum 12–75 ára.

## 6.a Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngri en 75 ára lækki um 10%.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 22. Hlutfall þeirra sem látast árlega af hverjum 100.000 íbúum yngri en 75 ára vegna krabbameina yfir fimm ára tímabil.

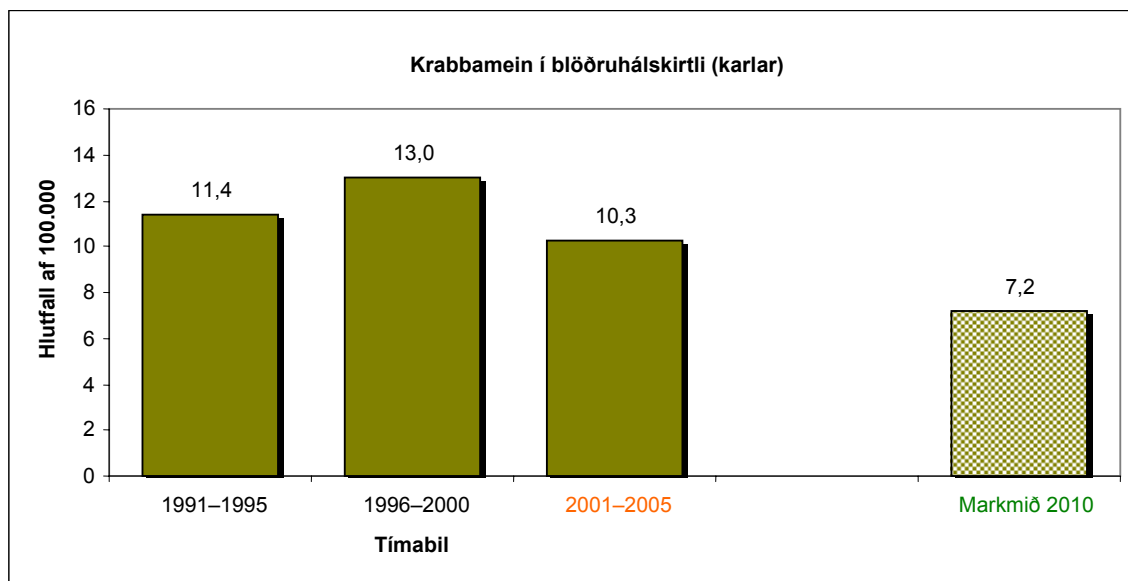
Miðað við fyrra viðmiðunartímabilið, 1991–1995, hefur tekist að draga úr dánartíðni hjá konum yngri en 75 ára um rúmlega 10% og mjög stutt er í að því verði náð hjá körlum. Því er nýtt viðmiðunartímabil, þ.e. 2001–2005, sett. Þó svo að spár bendi almennt til þess að með hækkandi aldri þjóðarinnar muni krabbameinstilfellum fjölga verulega þykir rétt að halda sig við óbreytt markmið.

Tafla 14. Fjöldi karla og kvenna yngri en 75 ára sem hefur látist vegna krabbameina yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Karlarnir</b>	663	742	668
<b>Konur</b>	657	681	645
<b>Samtals</b>	1320	1423	1313

Heimild: Hagstofa Íslands.

**6.b Dánartíðni vegna krabbameins í blöðruhálskirtli hjá körlum yngri en 75 ára lækki um 30%.**



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 23. Hlutfall karla sem látast árlega af hverjum 100.000 íbúum yngri en 75 ára vegna krabbameins í blöðruhálskirtli yfir fimm ára tímabil.

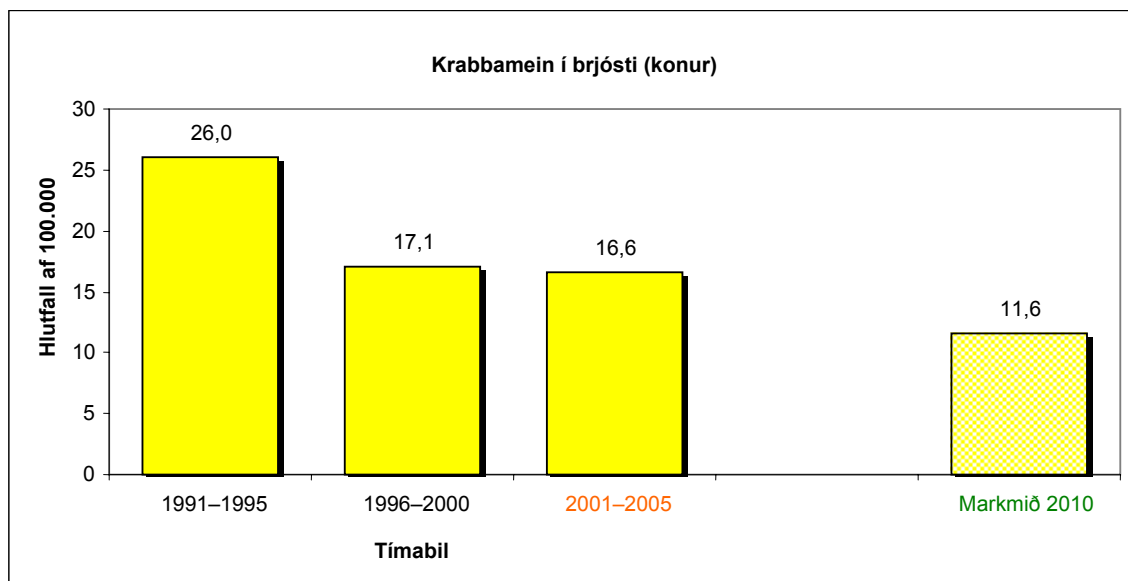
Þetta er nýtt markmið og viðmiðunartímabilið er 2001-2005.

Tafla 15. Fjöldi karla yngri en 75 ára sem hefur látist vegna krabbameins í blöðruhálskirtli yfir fimm ára tímabil.

	<i>1991-1995</i>	<i>1996-2000</i>	<i>2001-2005</i>
<b>Karlar</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>72</b>

Heimild: Hagstofa Íslands.

**6.c Dánartíðni vegna krabbameins í brjósti hjá konum yngri en 75 ára lækki um 30%.**



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 24. Hlutfall kvenna sem látast árlega af hverjum 100.000 íbúum yngri en 75 ára vegna krabbameins í brjósti yfir fimm ára tímabil.

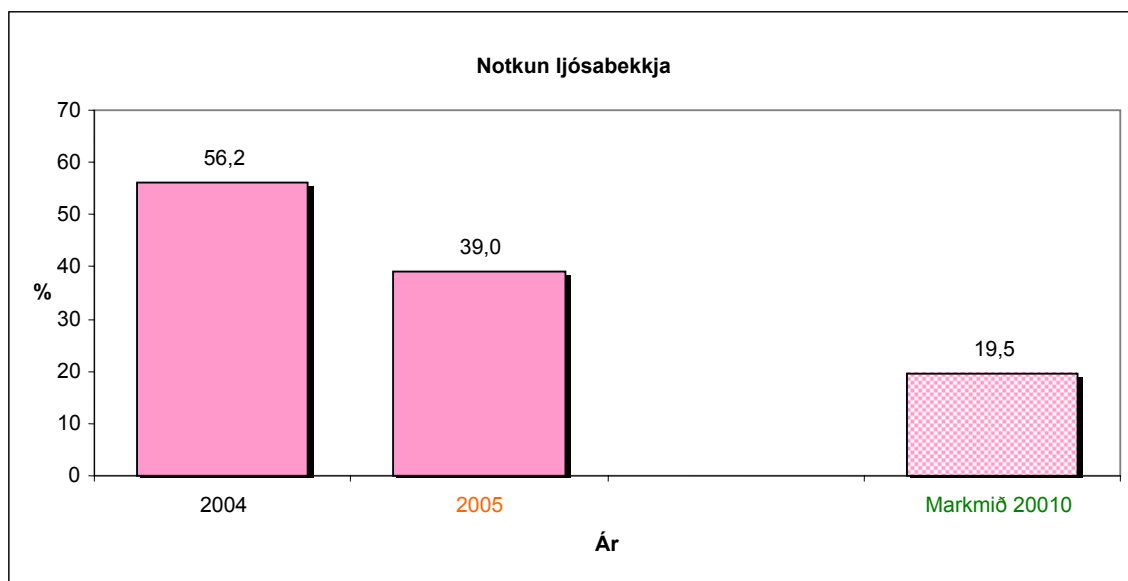
Þetta er nýtt markmið og viðmiðunartímabilið er 2001-2005.

Tafla 16. Fjöldi kvenna yngri en 75 ára sem hefur látist vegna krabbameins í brjósti yfir fimm ára tímabil.

	<i>1991-1995</i>	<i>1996-2000</i>	<i>2001-2005</i>
<b>Konur</b>	<b>162</b>	<b>111</b>	<b>113</b>

Heimild: Hagstofa Íslands.

## 6.d Dregið verði úr notkun ljósabekkja um 50%.



Heimild: Krabbameinsfélag Íslands.

Mynd 25. Hlutfall fólks á aldrinum 12–75 ára sem notar ljósabekki.

Þetta er nýtt markmið, að draga úr notkun ljósabekkja um 50%, og viðmiðunarárið er 2005.

Eins og sést á mynd 25 hefur verulega dregið úr notkun ljósabekkja á milli árána 2004 og 2005. Í könnun, sem IMG Gallup gerði í lok apríl árið 2004, kom fram að 25,2% unglínga á aldrinum 12–15 ára höfðu farið í ljós síðustu tólf mánuðina, hlutfall pílta var 13,6% en hlutfall stúlkna 36,4%. Í könnun, sem var gerð árið 2005 fyrir Geislavarnir ríkisins, Krabbameinsfélagið, Landlæknisembættið og Félag íslenskra húðlækna, kom í ljós að þrefalt fleiri stúlkur en piltar fóru í ljós. Af þeim unglíngum, sem fóru í ljós á síðustu tólf mánuðum, hafði aðeins tíundi hver farið mánaðarlega eða oftar.

Í sambærilegri könnun meðal fullorðinna, sem gerð var um svipað leyti, kom fram að dregið hefur úr ljósabekkjanothun og er samdrátturinn hlutfallslega meiri meðal kvenna en karla, einkum hefur fækkað í hópi þeirra sem hafa farið oft í ljós.



## **Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:**

1. Fræðsla um áhættuþætti krabbameina.
2. Aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífshátta.
3. Gerð klínískra leiðbeininga sem lúta að greiningu og meðferð krabbameina.
4. Skipulögð krabbameinsleit og eftirfylgni með áhættuþáttum.
5. Efling rannsókna á tengslum krabbameina og lífshátta, umhverfishátta og þjóðfélagsstöðu.
6. (Ný leið.) Fræðsla um hættur tengdar notkun ljósabekkja.

## 4.7. Slysavarnir

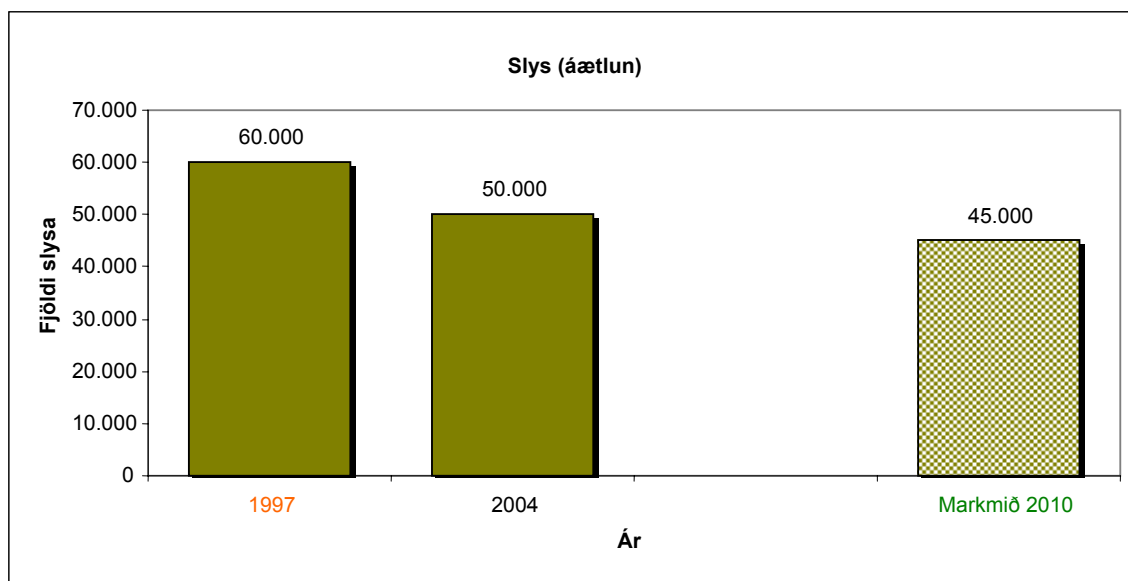
### Aðalmarkmið

- 7.a Slysum fækki um 25%.
- 7.b Dauðaslysum fækki um 25%.

### Breytingar á markmiðum:

- 7.a Slysum fækki um 25%.  
(Óbreytt markmið og sama viðmiðunarár.)
  - Á viðmiðunarárinu 1997 voru slys áætluð um 60.000.
  - Á árinu 2004 voru slys samkvæmt áætlun frá Landlæknisembættinu um 50.000.
- 7.b Dauðaslysum fækki um 25%.  
(Óbreytt markmið en **nýtt** viðmiðunartímabil, 1996–2000, þar sem markmiðinu hefur verið náð.)
  - Á viðmiðunartímabilinu 1996–2000 létust árlega að meðaltali 21,9 af hverjum 100.000 af völdum slysa, 30,5 karlar og 13,2 konur.
  - Á tímabilinu 2001–2005 létust árlega að meðaltali 23,5 af hverjum 100.000 af völdum slysa, 29,3 karlar og 17,7 konur.

## 7.a Slysnum fækki um 25%.



Heimild: Brynjólfur Mogensen og Landlæknisembættið.

Mynd 26. Fjöldi slysa á árunum 1997 og 2004.

Á viðmiðunarárinu 1997 var áætlað að um 50–60 þúsund slys hefðu orðið á Íslandi og var sú tala fengin með því að miða við tölur frá Slys- og bráðadeild Borgarspítalans og öðrum upplýsingum af höfuðborgarsvæðinu sem og landsbyggðinni.<sup>21</sup> Árið 2004 var áætlað að um 50 þúsund slys yrðu hér á landi árlega en sá fjöldi er áætlaður út frá upplýsingum úr Slysaskrá Íslands,<sup>22</sup> viðbótarupplýsingum frá lögreglunni, upplýsingum frá Sambandi íslenskra tryggingarfélaganna og upplýsingum frá heilsugæslunni. Mikilvægt er að fara varlega í að tala um nákvæma tölu varðandi fækkun slysa þar sem ekki er að öllu leyti um sambærilegar upplýsingar að ræða. Margt bendir þó til að slysum hafi fækkað.

Tafla 17. Hlutfallsleg skipting slysa árið 2004.

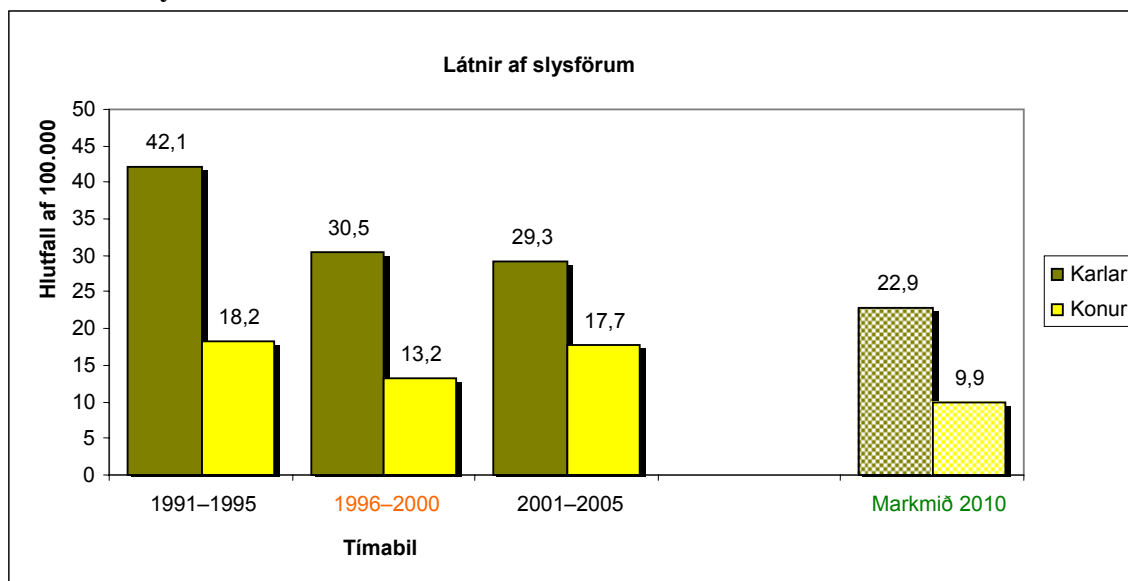
<i>Umferðar- óhöpp</i>	<i>Vinnuslys</i>	<i>Heima- og frítímaslys</i>	<i>Íþróttaslys</i>	<i>Skólaslys</i>	<i>Önnur slys</i>
9%	23%	46%	12%	7%	3%

Heimild: Landlæknisembættið.

<sup>21</sup> Brynjólfur Mogensen.

<sup>22</sup> Árið 2004 skráðu einungis LSH, TM, Vinnueftirlitið, Ríkislögreglustjóri (að hluta) og Heilbrigðisstofnun Austurlands upplýsingar í Slysaskrá Íslands.

## 7.b Dauðaslysum fækki um 25%.



Heimild: Hagstofa Íslands.

Mynd 27. Hlutfall þeirra sem látast árlega af slysförum af hverjum 100.000 íbúum yfir fimm ára tímabil.

Markmiðinu, sem sett var árið 2001, að dauðaslysum fækki um 25%, hefur verið náð og því er sett nýtt viðmiðunartímabil, þ.e. 1996–2000, en áfram stefnt að fækkun um 25%. Fyrra viðmiðunartímabilið var 1991–1995.

Tafla 18. Fjöldi karla og kvenna sem hefur látist af slysförum yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Karlar</b>	279	211	214
<b>Konur</b>	120	91	129
<b>Samtals</b>	399	302	343

Heimild: Hagstofa Íslands.

Tafla 19. Fjöldi karla og kvenna sem hefur látist í umferðarslysum yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Karlar</b>	72	71	75
<b>Konur</b>	29	34	43
<b>Samtals</b>	101	105	118

Heimild: Hagstofa Íslands.

Tafla 20. Hlutfall þeirra sem létust í umferðarslysum af hverjum 100.000 íbúum yfir fimm ára tímabil.

	1991–1995	1996–2000	2001–2005
<b>Karlar</b>	10,9%	10,3%	10,3%
<b>Konur</b>	4,4%	4,9%	5,9%

Heimild: Hagstofa Íslands.

### **Leiðir að settum markmiðum heilbrigðisáætlunar:**

1. Barátta gegn hrað- og ölvunarakstri, fræðsla og eftirlit lögreglu.
2. Bætt ökukennsla og aðstaða til æfingar og þjálfunar.
3. Slysavarnir barna – miða skal að öryggi í umhverfi barna.
4. Slysavarnir á sjó – fræðsla og öryggisbúnaður.
5. Bætt og samræmd slysaskráning.

## 5. Forgangsverkefni til ársins 2010 – endurskoðað ágríp

### 1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

- 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.  
(Á viðmiðunarárinu 1998 var áfengisneysla á íbúa 15 ára og eldri 5,56 lítrar.)
- 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 40%.  
(Á viðmiðunarárinu 2004 sögðust 56% á öðru ári og 53% þeirra, sem eru á fyrsta ári í framhaldsskóla, hafa orðið ölvuð/drukkin einu sinni eða oftar á síðastliðnum 30 dögum. Sama ár sögðust 26% í 10. bekk, 11% í 9. bekk og 4% í 8. bekk hafa orðið ölvuð/drukkin einu sinni eða oftar á síðastliðnum 30 dögum. Sama ár sögðust 15% á öðru ári og 13% á fyrsta ári í framhaldsskóla hafa prófað hass. Sama ár sögðust 9% í 10. bekk, 5% í 9. bekk og 2% í 8. bekk hafa prófað hass.)
- 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18–69 ára sem reykir verði undir 12%.  
(Á viðmiðunarárinu 1999 reyktu 27% karla og kvenna á aldrinum 18–69 ára daglega.)
- 1.d Hlutfall barna og unglinga 14–17 ára, sem reykja, verði undir 5%.  
(Á viðmiðunarárinu 2004 reyktu 16% nemenda í öðrum bekk og 15% nemenda í fyrsta bekk framhaldsskóla. Sama ár reyktu 12% nemenda í 10. bekk, 6% í 9. bekk og 2% í 8. bekk daglega.)

### 2. Börn og ungmenni

- 2.a Unnið verði að því að jafna mun á heilsufari barna sem tengist þjóðfélagsstöðu foreldra um 25%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 1991–1995 var áhættuhlutfall langvinnra sjúkdóma hjá börnum, miðað við menntun föður, 1% hjá háskólamenntuðum, 1,17% hjá framhaldsskólamenntuðum og 1,46% hjá grunnskólamenntuðum.)
- 2.b Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til a.m.k. 2% barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára óháð búsetu.  
(Á viðmiðunarárinu 1997 náði þriðja stigs geðheilbrigðisþjónusta til 0,4% barna og unglinga á aldrinum 0–18 ára.)
- 2.c Dregið verði úr slysum og slysaðauða barna um 30%.  
Á viðmiðunarárinu 2004 er samkvæmt áætlun frá Landlækniseimbættinu talið að orðið hafi um 13.500 slys hjá aldursþópnum 0–14 ára. Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 dóu árlega að meðaltali 5,2 á aldrinum 0–14 ára af slysförum af hverjum 100.000, 3,6 drengir og 6,8 stúlkur.)
- 2.d Tíðni tannskemmda (DMFT) 12 ára barna lækki í 1,0.  
(Á viðmiðunarárinu 1996 var DMFT hjá 12 ára börnum 1,5.)
- 2.e Lækka hlutfall 9 ára barna, sem eru yfir kjörþyngd, niður fyrir 15% og þeirra, sem eru of feit, niður fyrir 3%.  
(Á viðmiðunarárinu 2004 voru 23% 9 ára barna yfir kjörþyngd og 5% 9 ára barna of feit.)

### 3. Eldri borgarar

- 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 90 dagar.  
(Á viðmiðunarárinu 2004 var meðalbiðtími þeirra, sem voru í mjög brýnni þörf eftir hjúkrunarrými á landinu öllu, 191 dagar.)
- 3.b Yfir 80% fólks 80 ára og eldra sé við svo góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima.  
(Á viðmiðunarárinu 2003 bjuggu 75,0% fólks 80 ára og eldra heima.)
- 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðmar- og hryggbrota um 25%.  
(Á viðmiðunarárinu 2003 voru mjaðmar- og hryggbrot 374,8 á hverja 100.000 íbúa 65 ára og eldri, mjaðmarbrot voru 287,0 og hryggbrot voru 87,8.)
- 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.  
(Á viðmiðunarárinu 1995 höfðu 25% fólks 65 ára og eldra 10 eða fleiri tennur í gómi, karlar 17% og konur 8%.)

### 4. Geðheilbrigði

- 4.a Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 15%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 1991–1995 létust árlega 10,8 af hverjum 100.000 vegna sjálfsvíga, 17,2 karlar og 4,4 konur.)
- 4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.  
(Á viðmiðunarárinu 1994 var heildaralgengi geðraskana 22%.)

### 5. Hjarta- og heilavernd

- 5.a Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá fólki á aldrinum 25–74 ára:  
– Hjá körlum um 30%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 dóu árlega að meðaltali 117,0 af hverjum 100.000 körlum á aldrinum 25–74 ára úr hjarta- og æðasjúkdómum.)  
– Hjá konum um 20%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 dóu árlega að meðaltali 38,8 af hverjum 100.000 konum á aldrinum 25–74 ára úr hjarta- og æðasjúkdómum.)
- 5.b Dregið verði úr tíðni heilablóðfalla um 30%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 1991–1995 dóu árlega að meðaltali 68,4 af hverjum 100.000 vegna heilablóðfalla, 63,9 karlar og 72,8 konur.)
- 5.c Dregið verði úr frekari aukningu í hlutfalli fólks 20 ára og eldra sem er yfir kjörþyngd eða of feitt.  
(Á viðmiðunarárinu 2002 töldust 56% fólks 20 ára og eldra vera yfir kjörþyngd og 16% of feitt.)

### 6. Krabbameinsvarnir

- 6.a Dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngri en 75 ára lækki um 10%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 létust árlega að meðaltali 95,7 karlar og 94,7 konur yngri en 75 ára af hverjum 100.000 vegna krabbameina.)
- 6.b Dánartíðni vegna krabbameins í blöðruhálskirtli hjá körlum yngri en 75 ára lækki um 30%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 létust árlega 10,3 karlar yngri en 75 ára af hverjum 100.000 vegna krabbameins í blöðruhálskirtli.)

- 6.c. Dánartíðni vegna krabbameins í brjósti hjá konum yngri en 75 ára lækki um 30%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 2001–2005 létust árlega 16,6 konur yngri en 75 ára af hverjum 100.000 vegna krabbameins í brjósti.)
- 6.d. Dregið verði úr notkun ljósabekkja um 50%.  
(Á viðmiðunarárinu 2005 var notkun ljósabekkja 39% hjá fólki á aldrinum 12–75 ára.)

## **7. Slysavarnir**

- 7.a. Slysum fækki um 25%.  
(Á viðmiðunarárinu 1997 voru slys áætluð um 60.000.)
- 7.b. Dauðaslysum fækki um 25%.  
(Á viðmiðunartímabilinu 1996–2000 létust árlega að meðaltali 21,9 af hverjum 100.000 af völdum slysa, 30,5 karlar og 13,2 konur.)



## 6. Heimildaskrá

Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Jón Sigfússon. (2005). *Notkun tóbaks, áfengis og annarra vímuefna meðal ungmenna í framhaldsskólum. Rannsókn meðal framhaldsskólanema á Íslandi 2004*. [Rafræn útgáfa]. Rannsóknir & greining. Sótt 28.04.2006 af: <http://rannsoknir.is/Framhsk-2004-vimuefnaneysla.pdf>.

Brynjólfur Mogensen. (1995). Slys og forvarnir. Erindi flutt á Heilbrigðisþingi í janúar 1995. Reykjavík, Landlæknisembættið.

Erik Brynjar Schweitz Eiríksson. (2004). *Heima og frítímaslys barna á aldrinum 0–4 ára árið 2003*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 23.10.2006 af: [http://www.lydheilsustod.is/media/arvekni/rannsoknir/Heima-og\\_fritimaslys\\_barna\\_2004.pdf](http://www.lydheilsustod.is/media/arvekni/rannsoknir/Heima-og_fritimaslys_barna_2004.pdf).

Guðjón Axelsson og Sigrún Helgasóttir. (2004). *Breytingar á tannheilsu Íslendinga 1985–2000. Fjórði áfangi: Tannheilsa Íslendinga árið 2000*. Reykjavík, Háskólaútgáfan.

Hagstofa Íslands. (2006) *Tölur yfir dánarorsakir*. Sótt 25.10.2006 af: <http://hagstofan.is/?PageID=627>.

Hagstofa Íslands. (2006). *Tölur yfir mannfjölda*. Sótt 25.09.2006 af: <http://hagstofan.is/?PageID=622>.

Hagstofa Íslands. (2006, apríl). Verðlag og neysla. *Hagtíðindi*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 02.05.2006 af: <http://hagstofan.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=4845>.

Hagstofa Íslands. (2005). Vismenn á stofnunum aldraðar eftir kyni og aldri og tegund stofnanna 1993–2004. *Landshagir*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 09.10.2006 af: <http://hagstofan.is/?PageID=1573>.

Halldór Kolbeinsson. (2005, 15. nóvember). Sumarið áhættutími fyrir unglinga hvað varðar vímuefni. *Morgunblaðið*. Sótt 18.11.2005 af: [www.mbl.is](http://www.mbl.is).

Halldórsson, M., Cavelaars, A. E., Kunst, A. E. og Mackenbach, J. P. (1999). Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. *Scandinavian University Press, 1*, 43–79.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2007, mars). *Lyfjastefna til ársins 2012*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 08.03.2007 af: [http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Lyfjamaal\\_-\\_skyrslur/Lyfjastefna\\_til\\_arsins\\_2012\\_.pdf](http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Lyfjamaal_-_skyrslur/Lyfjastefna_til_arsins_2012_.pdf).

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2007, febrúar). *Heilbrigði og forvarnir í sókn – með samtakamætti landsmanna; Áherslur Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði forbarna og heilsuefningar*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 07.02.2007 af: [http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/forvarnir/Heilbrigdi\\_og\\_forvanir.pdf](http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/forvarnir/Heilbrigdi_og_forvanir.pdf)

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2006, september). *Aðgerðir og áætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á sviði heilbrigðisþjónustu við börn og unglinga með geðraskanir*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 21.09.2006 af: [http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Malefni\\_aldradra/Ny\\_syn\\_-\\_nyjar\\_aherslur.pdf](http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Malefni_aldradra/Ny_syn_-_nyjar_aherslur.pdf)

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2006, júlí). *Ný sýn – Nýjar áherslur; Áherslur Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra í öldrunarmálum*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 13.07.2006 af: [http://htr.stjr.is/media/frettir/Ny\\_syn\\_-\\_nyjar\\_aherslur.pdf](http://htr.stjr.is/media/frettir/Ny_syn_-_nyjar_aherslur.pdf).

- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010; Langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 31.10.2006 af: <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (1998). Skýrsla heilbrigðisráðherra um tíðni og eðli barnaslysa tímabilið 1990–1996, samkvæmt beiðni. Lögð fyrir Alþingi á 122. löggjafarþingi 1997–98. Sótt 08.11.2006 af: <http://www.althingi.is/altext/122/s/1554.html>.
- Herdís Storgaard og Katrín Davíðsdóttir. (2005, 20. janúar). *Viðhorf fagfólks og foreldra til fræðslu um slysavarnir barna*. Sótt 28.01.2005 af: <http://www.lydheilsustod.is/rannsoknir/slys-og-slysavarnir/nr/918>.
- Hrefna María Hagbarðsdóttir, Gunnar Geir Gunnarsson, Ólafur Þór Magnússon og Þorbjörg Jónsdóttir. (2006, mars). *Árskýrsla umferðarslysa á Íslandi 1995–2005*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 25.10.2006 af: <http://www.us.is/scripts/WebObjects.dll/US.woa/swdocument/2630/Umfer%C3%B0arslys+%C3%A1+%C3%8Dslandi+2005.pdf>.
- Krabbameinsfélagið. (2005, 6. maí). *Ljósabekkjanoftun unglunga hefur minnkað mikið*. Sótt 09.11.2005 af: <http://www.krabb.is/?PageID=27&NewsID=23>.
- Krabbameinsfélagið. (2005, 2. mars). *Póstkort til foreldra; Fermingarbörn eiga ekki að fara í ljós*. Sótt 09.11.2005 af: <http://www.krabb.is/?PageID=27&NewsID=26>.
- Kristján Már Magnússon. (2004, ágúst). *Tillögur um samþættingu þjónustu við börn með geðraskanir*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 03. 10.2005 af: [http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Lokaskýrsla\\_KMM\\_Samhafing\\_tjonustu.pdf](http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/Lokaskýrsla_KMM_Samhafing_tjonustu.pdf).
- Landlæknisembættið. (2006). Tölur yfir slys. Sótt 16.10.2006 af: <http://www.landlaeknir.is/template1.asp?PageID=39>.
- Landlæknir. (2005, febrúar). *Slys á öldruðum 2003*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 03.03.2006 af: [http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Slys\\_a\\_olrudum\\_2003\\_juli.2005.pdf](http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Slys_a_olrudum_2003_juli.2005.pdf).
- Ljósabekkjanoftun fermingabarna getur reynst dýrkeypt. (2006, 12. mars). *Morgunblaðið*. Sótt 15.03.2006 af: [www.mbl.is](http://www.mbl.is).
- Lýðheilsustöð. (2006). *Munnis – rannsókn á munnheilsu Íslendinga*. [Skýrsla í vinnslu].
- Lýðheilsustöð. (2006, september). *Stefna, framtíðarsýn og aðgerðaáætlun 2006*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 31.10.2006 af: [http://www.lydheilsustod.is/media/lydheilsa/LDHS\\_book-1003web.pdf](http://www.lydheilsustod.is/media/lydheilsa/LDHS_book-1003web.pdf).
- Lýðheilsustöð. (2006, 6. apríl). Holdafar Íslendinga. *Manneldi*. Sótt 24.06.2006 af: <http://www.lydheilsustod.is/greinar/greinasafn/manneldi/nr/340>.
- Lýðheilsustöð. *Umfang reykinga. Samantekt 2005*. Sótt 15.01.2006 af: [http://lydheilsustodvefur.eplica.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir/reykingaskýrsla\\_2005.pdf](http://lydheilsustodvefur.eplica.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir/reykingaskýrsla_2005.pdf).
- Lýðheilsustöð. (2005, 29. desember). *Reykingar í 10. bekk grunnskóla. Breytingar á reykingum íslenskum grunnskólum 1974–2005*. Sótt 26.04.2006 af: <http://www.lydheilsustod.is/rannsoknir/tobak-og-tobaksvarnir/nr/1418>.

Lýðheilsustöð. (2004, 14. desember). *Til hamingju íslenskir unglingar og foreldrar: Kynning á skýrslu Evrópuráðsins um vímuefnaneyslu evrópskra skólanema*. Sótt 15.12.2004 af: <http://lydheilsustodvefur.eplca.is/frettir/avvr/nr/873>.

Lýðheilsustöð. *Umfang reykinga. Samantekt 2004*. Sótt 15.01.2006 af: [http://lydheilsustodvefur.eplca.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir//13448\\_tobak\\_arsskyrsla\\_191104.pdf](http://lydheilsustodvefur.eplca.is/media/tobaksvarnir/rannsoknir//13448_tobak_arsskyrsla_191104.pdf).

Lýðheilsustöð. *Umfang reykinga. Samantekt 2003*. Sótt 15.01.2006 af: <http://lydheilsustod.eplca.is/media/tobaksvarnir/arsskyrsla03.pdf>.

Rannsóknir & greining. (2005). *Vímuefnaneysla ungs fólks. Niðurstöður rannsókna meðal nemenda í 10. bekk vorið 2005*. Reykjavík, Rannsóknir & greining.

Ríkisendurskoðun. (2005, september). *Þjónusta við aldraða; stjórnsýsluúttekt*. [Rafræn útgáfa]. Sótt 03.11.2005 af: [http://www.rikisend.is/files/skyrslur\\_2005/aldradir\\_thjonusta.pdf](http://www.rikisend.is/files/skyrslur_2005/aldradir_thjonusta.pdf).

Sigfús Þór Elíasson. (2002). Lækkun á tíðni tannáttu í fullorðinstönnum hjá börnum og unglingum á Íslandi. *Tannlæknablaðið*, 20, 19–24.

Slysavarnaráð Íslands. (1999). *Kostnaður vegna slysa á börnum á Íslandi. Skýrsla unnin af Hagfræðistofnun Háskóla Íslands fyrir Slysavarnaráð*. Reykjavík, Slysavarnaráð Íslands.

Stefán Hrafn Jónsson. (2003). *Vímuefnaneysla íslenskra unglinga. Niðurstöður rannsókna á vímuefnaneyslu nemenda í 10. bekk grunnskóla 1995–2003*. Reykjavík, Rannsóknir & greining.

Tinna L. Ásgeirsdóttir. (2006, 5. október). Tengsl heilsu og tekna á Íslandi. Erindi flutt á fræðslufundi í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

Tómas Helgason, Kristinn Tómasson, Eggert Sigfússon og Tómas Zoëga. (2004). Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ásvísanir geðlyfja 1984 og 2001. *Læknablaðið*, 90, 553–559.

Tómas Helgason, Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga. (2003). Algengi og dreifing notkunar geðdeyfðar-, kvíða- og svefnlyfja. *Læknablaðið*, 89, 15–22.

## 7. Viðauki I. Nafnalisti samráðshópa

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið kallaði saman eftirtalda sjö samráðshópa sér til halds og trausts við endurskoðun markmiða heilbrigðisáætlunar. Af hálfu ráðuneytisins komu að þeirri vinnu Ingimar Einarsson skrifstofustjóri Margrét Björnsdóttir deildarstjóri og Guðrún Þórey Gunnarsdóttir stjórnsýslufræðingur sem hélt jafnframt utan um fundina, kallaði eftir athugasemdum og aflaði upplýsinga ásamt því að vinna tölfræðina sem hér hefur birst. Það skal tekið fram að sumir, sem boðaðir voru á samráðsfundina, sáu sér ekki fært að mæta, komust ekki á alla fundina eða sendu aðra í sinn stað.

### 1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

- ✚ Hildur Björg Hafstein, verkefnisstjóri skólafræðslu, Lýðheilsustöð.
- ✚ Anna Elísabet Ólafsdóttir, forstjóri Lýðheilsustöðvar.
- ✚ Rafn M. Jónsson, verkefnisstjóri í áfengis- og vímuefnum, Lýðheilsustöð.
- ✚ Viðar Jensson, verkefnisstjóri í tóbaksvörnum, Lýðheilsustöð.
- ✚ Hitt húsið, jafningjafræðslan.
- ✚ Páll Biering, sérfræðingur, Háskóla Íslands og LSH.
- ✚ Eydís Sveinbjarnardóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH.
- ✚ Bjarni Össurason, yfirlæknir LSH.
- ✚ Hannes Pétursson, sviðsstjóri lækninga LSH.
- ✚ Arthur Morthens, forstöðumaður þjónustusviðs Reykjavíkurborgar.
- ✚ Dr. Gerður G. Óskarsdóttir, fræðslustjóri Reykjavíkurborgar.
- ✚ Ásgerður Björnsdóttir, framkvæmdastjóri fjármálasviðs SÁÁ.
- ✚ Sólveig Ásgrímsdóttir, Stuðlum.
- ✚ Sólveig Guðmundsdóttir, yfirlögfræðingur í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.
- ✚ Hrafn Pálsson, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

### 2. Börn og ungmenni

- ✚ Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir, staðgengill yfirlæknis LSH.
- ✚ Ólafur Guðmundsson, yfirlæknir LSH.
- ✚ Herdís L. Storgaard, framkvæmdastjóri Árvekni, Lýðheilsustöð.
- ✚ Helga Ágústsdóttir, deildarstjóri LSH.
- ✚ Sigurður Guðmundsson landlæknir.
- ✚ Bragi Guðbrandsson, forstjóri Barnaverndarstofu.
- ✚ Anna Ólafía Sigurðardóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH.
- ✚ Ásgeir Haraldsson, sviðsstjóri lækninga LSH.
- ✚ Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, sviðsstjóri heilsugæslu í skólum, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.
- ✚ Ragnheiður Haraldsdóttir, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

### 3. Eldri borgarar

- ✚ Stefanía Björnsdóttir, Félagi eldri borgara og Landssambandi eldri borgara.
- ✚ Ólafur Ólafsson, formaður Félags eldri borgara.
- ✚ Finnboði Björnsson, Félagi stjórnenda í öldrunarþjónustu.
- ✚ Hrefna Sigurðardóttir, formaður Félags stjórnenda í öldrunarþjónustu.
- ✚ Sigríður Jónsdóttir, formaður Öldrunarfræðafélagsins.
- ✚ Ólafur Örn Arnarson, Félagi eldri borgara og Landssambandi eldri borgara.
- ✚ Benedikt Davíðsson, formaður Landssambands eldri borgara.
- ✚ Sigurður Guðmundsson landlæknir.
- ✚ Ingibjörg Hjaltadóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH.
- ✚ Pálmi Jónsson, sviðsstjóri lækninga LSH.
- ✚ Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.
- ✚ Guðmundur Einarsson, forstjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.
- ✚ Helga Ágústsdóttir, deildarstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.
- ✚ Hrafn Pálsson, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

#### 4. Geðheilbrigði

- ✚ Salbjörg Bjarnadóttir, geðhjúkrunarfræðingur hjá Landlækni.
- ✚ Sigurður Guðmundsson landlæknir.
- ✚ Hafrún Kristjánsdóttir, formaður Geðverndarfélag Íslands.
- ✚ Sveinn Magnússon, framkvæmdastjóri Geðhjálp.
- ✚ Sigursteinn R. Másson, formaður Geðhjálp.
- ✚ Guðrún Guðmundsdóttir, verkefnisstjóri Geðræktar, Lýðheilsustöð.
- ✚ Anna Elísabet Ólafsdóttir, forstjóri Lýðheilsustöðvar.
- ✚ Guðrún Úlfhildur Sveinbjarnardóttir, hjúkrunardeildarstjóri á LSH.
- ✚ Eydís Sveinbjarnardóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH.
- ✚ Engilbert Sigurðsson, yfirlæknir geðsviðs LSH.
- ✚ Hannes Pétursson, sviðsstjóri lækninga LSH
- ✚ Guðmundur Einarsson, forstjóri heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.
- ✚ Ragnheiður Haraldsdóttir, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.
- ✚ Kristinn Tómasson geðlæknir, Vinnueftirliti ríkisins.

#### 5. Hjarta- og heilavernd

- ✚ Vilmundur Guðnason, forstöðulæknir Hjartaverndar.
- ✚ Vilhjálmur B. Vilhjálmsson, formaður Hjartaverndar.
- ✚ Sigurður Guðmundsson landlæknir.
- ✚ Guðlaug Raket Guðjónsdóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH
- ✚ Guðmundur Þorgeirsson, sviðsstjóri lækninga LSH.
- ✚ Laufey Steingrímsdóttir, sviðsstjóri rannsókn- og þróunarviðs, Lýðheilsustöð.
- ✚ Anna Elísabet Ólafsdóttir, forstjóri Lýðheilsustöðvar
- ✚ Guðmundur Einarsson, forstjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.
- ✚ Sveinn Magnússon, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

#### 6. Krabbameinsvarnir

- ✚ Guðrún Agnarsdóttir, forstjóri Krabbameinsfélags Íslands.
- ✚ Jón Gunnlaugur Jónasson, Krabbameinsskrá.
- ✚ Kristján Sigurðsson, yfirlæknir Leitarstöðvar krabbameinsfélagsins.
- ✚ Anna Elísabet Ólafsdóttir, forstjóri Lýðheilsustöðvar.
- ✚ Sigríður Valgeirsdóttir, formaður Samtaka krabbameinsrannsókna á Íslandi.
- ✚ Snorri Ingimarsson, yfirlæknir LSH.
- ✚ Kristín Sophusdóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH.
- ✚ Helgi Sigurðsson, sviðsstjóri lækninga LSH.
- ✚ Sveinn Magnússon, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

#### 7. Slysavarnir

- ✚ Hildur Sigbjörnsdóttir hjá Landlækni.
- ✚ Sigurður Guðmundsson landlæknir.
- ✚ Herdís L. Storgaard, framkvæmdastjóri Árvekni, Lýðheilsustöð.
- ✚ Anna Elísabet Ólafsdóttir, forstjóri Lýðheilsustöðvar.
- ✚ Óli H. Þórðarson, formaður umferðarráðs (varamaður: Björn Ágúst Björnsson, verkfræðingur í samgönguráðuneytinu).
- ✚ Margrét Tómasdóttir, sviðsstjóri hjúkrunar LSH.
- ✚ Brynjólfur Mogensen, sviðsstjóri lækninga LSH.

## 8. Viðauki II. Tillögur til breytinga frá hópunum

### 8.1. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

#### (Frá Lýðheilsustöð)

- 1.a. Að markmiðið ætti frekar að snúist um drykkjumynstur en um að draga úr áfengisneyslu. Það hafi jafn mikið að segja fyrir heilsufar þjóðarinnar. Ef á að halda sig við markmið í lítrum talið leggur Lýðheilsustöð til að markmiðið verði orðað með þeim hætti að salan aukist ekki frá því sem nú er. Það er þó tillaga Lýðheilsustöðvar að sett verði að markmiði í heilbrigðisáætlun að dregið verði úr skaðlegum áhrifum áfengisneyslu s.s.: ofbeldi og slysum vegna ölvunar, sjálfsvígum, fjarvistum frá vinnu og sjúkdómum sem rekja má til ölvunar s.s. krabbamein, lifrabólgu og eitranir. Ennfremur leggur Lýðheilsustöð til að sett verði í markmið að áfengisneysla á meðgöngu sé ekki meir en 2–3% (ath þó að ekki er nákvæmlega vítað um umfangið eins og stendur).
- 1.b. Fram kemur að þar sem settu markmiði hefur verið náð er lagt til að nýtt markmið verði sett um að draga enn frekar úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri, eða um 15%. Lýðheilsustöð bendir á að hafa verði varann á. Ákveðin hluti ungs fólks mun alltaf prófa og/eða neyta vímuefna. Ennfremur þarf að taka tillit til sveiflna milli ára. Til að markmið lækkun um 15% náist þarf að tryggja ákveðnar aðgerðir sem vítað er að virki. Þær aðgerðir eru m.a.:
- áframhaldandi einkasala áfengis
  - aukið eftirlit með skemmtistöðum (framfylgd áfengislaga), fræðsla til starfsfólks og eigenda um gildandi lög og reglugerðir ásamt þjálfun starfsfólks í vinnubrögðum sem eru til þess fallandi að draga úr sölu áfengis til ofurólvi gesta og þeirra sem eru undir lögaldri eða komi í veg fyrir neyslu ólöglegra vímuefna á skemmtistöðum
  - aðgerðir sem taka á markaðssetningu og auglýsingum á áfengis sem í auknum mæli beinast að ungu fólki
  - samfélagsleg hugarfarsbreyting um unglíngadrykkju
  - auka hæfni kennara og forvarnafulltrúa í forvarnafræðslu samhliða því að efla úrræði í skólakerfinu, sameiginlegt fræðslu- kennsluefni
  - efla og samþætta meðferðarúrræði til að koma í veg fyrir að ungt fólk falli aftur
  - fjöldatakmákanir á skemmtistað
- 1.d. Varðandi tóbaksvarnir leggur Lýðheilsustöð til að viðmiðunar aldursbil hjá ungu fólki verði 14–16 ára í stað 14–17 ára enda séu gögn eru til um þann aldur.

Lýðheilsustöð leggur ennfremur til að ýtarlegri markmið verði sett fram í næstu heilbrigðisáætlun, m.a. varðandi þungaðar konur, reyklaust umhverfi og reykt í umhverfi barna.

Lýðheilsustöð hefur fjallað um tillögur að endurskoðaðri Heilbrigðisáætlun. Lýðheilsustöð fagnar endurskoðuninni en leggur jafnframt til að nýrri útgáfu fylgi tímasett aðgerðaáætlun og ákvörðun um hverjir beri ábyrgð á framkvæmd einstakra þátta, eftirfylgni og árangursmati. Ennfremur að áætlunin endurspeglar í fjárlögum þeirra stofnana sem fara með framkvæmd hennar.

#### (Frá Bjarna Össurarsyni yfirlækni vímuefnadeildar LSH)

- 1.a. Lagt er til að markmiðinu verði ekki breytt þar sem ekki fer fram um leið endurskoðun á þeim leiðum sem notaðar hafa verið, hvaða árangri við teljum þær hafa haft og hvernig svo eigi að ná nýju markmiði. Það liggur í hlutarins eðli að það eitt að breyta viðmiðunum skiptir engu máli nema að það lítur ekki eins vel/illa út þegar hlutirnir verða gerðir upp 2010. Það er ljóst að markmiðinu sem sett var í byrjun verður ekki náð eftir þeim leiðum sem notaðar hafa verið (5,0 l), áfengisneysla hefur aukist jafnt og þétt í stað þess að minnka. Auk þess er ekki pólitískur vilji í landinu til að styðja þetta markmið eftir þeim leiðum sem settar voru fram sbr. áfengisauklýsingar, lækkandi áfengisverð, aukið framboð og tillögur um lækkun á aldri til að kaupa áfengi. Ef engu er breytt í aðferðum er algerlega marklaust að breyta viðmiðinu, hvað þá að setja það þannig að gert verði ráð fyrir að neysla fari allt í einu að minnka á næstunni (6,0 l sem er lægra en nú er orðið - vona bara að aðferðirnar fari nú að virka!). Það má líkja þessu við að gert sé átak hjá íþróttafélagi, gerð áætlun til 10 ára með nýjum þjálfara og unglíðastarfi. Stefman sett á að fara úr 3. deild upp í þá 1. Eftir 5 ár er liðið fallið í 4 deild og þá ákveðið að stefna í staðinn á 2. deildina og vona að þetta fari nú allt að koma hjá þjálfaranum en breyta engu. Er þá betra heima setið en af stað farið.

#### (Frá Landlæknisembættinu)

- 1.a. Dregið verði úr aukningu neyslu á hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri miðað við sl. 5 ár og að neyslan verði nánast engin hjá þeim sem yngri eru.

### 8.2. Börn- og ungmenni

#### (Frá Ragnheiði Erlendsdóttur, Miðstöð heilsuverndar barna)

Ákjósanlegast væri að hafa hugmyndafræðilegan ramma eða viðmið við val mælikvarða í þeim tilgangi að tryggja heildarsýn á heilsu barna? Jafnframt væri ákjósanlegt að huga að tegund og jafnvægi við val og endurskoðun

mælikvarðanna. Greiningarmælikvarðar (diagnostic measures) eru mælikvarðar sem fylgjast með því hvort starfsemin gangi vel fyrir sig og gefa tækifæri til að grípa inn í ef óvæntir atburðir gerast. Stefnumiðaðir mælikvarðar (strategic measures) eru mælikvarðar sem eru hannaðir til að sjá breytingar (veita samkeppnisforskot). Einnig er mikilvægt að gera sér grein fyrir því hvort mælikvarðarnir eru að meta ferli (process) eða útkomu (outcome) – en mikilvægt er talið að mæla hvoru tveggja. Varðar efnisþætti mælikvarðanna. Sakna fjölmargra þátta – s.s. heilsuefningar og forvarna af ýmsu tagi – ávana og fíkniefnaneyslu unglunga og kynheilbrigði unglunga o.fl. Ákjósanlegt væri (?í framtíðinni) að vinna að mælikvarðasetti sem gæfi heildræna mynd af heilsu barna á Íslandi og koma þeim mælikvörðum fyrir í skráningarkerfum sem notuð eru t.d. Saga og Ískrá. Þá þyrfti ekki að stóla á einstaka rannsóknir heldur væri gagnaöflun stöðugri.

- 2.a Sett er spurningarmerki við þennan mælikvarða. Vegna:
- Þetta er outcome mælikvarði – og hvergi að sjá neina process mælikvarða sem segja til um hvernig þessari outcome skuli náð. Þó svo að í setningunni komi fram process – þ.e. “unnid verði að því”
  - Hér er ekki tilgreint um hvaða langvinna sjúkdóma er verið að ræða – væri e.t.v. betra að vinna að þessu markmiði út frá þeim útgangspunkti. Þ.e. er hér um að ræða einhverja ákveðna sjúkdóma umfram aðra? – og hvað er það þá í greiningu og meðferð þeirra sjúkdóma sem getur skýrt þennan mismun?
  - Að lokum: Er hér um að ræða öruggt orsakasamband þó að þarna sé fylgni – er hugsanlegt að aðrar breytur komi þarna við sögu? Þekki ekki bakgrunn þessa mælikvarða nógu vel til að dæma þar um.
- 2.b Hér er um að ræða process mælikvarða sem sýnir eina hlið: “Aðgengi að ákveðinni þjónustu”. Samt fylgja nokkrar spurningar:
- Er þetta eingöngu þjónusta veitt frá BUGL?
  - Hvað með aðra þjónustu?
  - Skjólstæðingahópurinn kemur ekki nógu skýrt fram. Er hér átt við þjónustu við börn með geðsjúkdóma og geðraskanir eða eru hegðunarerfðleikar einnig meðtaldir?
- Outcome mælikvarðar þessa málaflökks hljóta að vera, annars vegar “fjöldi” til að meta forvarnarstarf og hins vegar “árangur” til að meta þjónustu. En aðgengi er einn af mörgum process mælikvörðum sem hefur áhrif á árangur. Í þennan málaflökk vantar því sett mælikvarða sem gefa heildarsýn á viðfangsefnið.
- 2.c Eingöngu outcome mælikvarði en e.t.v. í lagi. Hins vegar mætti e.t.v. fá nákvæmari gögn um t.d. tegundir slysa og aldur barna. Eru einhver slys algengari en önnur eða einhver aldurshópur útsettari en annar. – Örugglega gögn sem eru til hjá Herðísi og gæfu nákvæmari sýn.
- 2.d Eingöngu process mælikvarði þar sem hér er einungis um að ræða einn ákveðinn aldur, en þó outcome hjá þessum aldri. – Því spurning hvort þessi mælikvarði gefur nógu góða heildarsýn á tannheilsu barna – getur þó verið. Hvernig er gagnaöflun háttáð varðandi þennan mælikvarða - er samræmt skráningarkerfi hjá tannlæknum? – Eða þarf rannsókn til.
- 2.e. Varðandi offituna: Þá er þetta outcome mælikvarði – hér væri áhugavert að sjá setta mælikvarða sem tæki á process, bæði í forvarnarstarfsemi og meðferð.

**(Frá Herðís L. Storgaard, Lýðheilsustöð)**

Mér finnst þetta gott sem búið er að stilla upp fyrir slysavarnir barna og er sátt.

**(Frá Önnu Ólafu Sigurðardóttur, sviðsstjóra hjúkrunar LSH)**

Ég er ekki með neinar tillögur að breytingum inn í þessa umræðu. Varðandi ný markmið væri vert að skoða nánar.

**(Frá Ólafi Ó. Guðmundsyni, yfirlækni á BUGL)**

- 2b. Varðandi markmiði að “Geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 2% barna og unglunga” þarf að skoða hvernig er “geðheilbrigðisþjónustan” skilgreind?
- Hverjir eru stærstu veitendur geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn á Íslandi? Líklega umfang geðheilbrigðisþjónustu sem barnalæknar með þroska- og taugaraskanir sem undirsérgrein veita. Þetta er líklega sá hópur fagfólks sem setur flest börn á geðlyf.
- Þá er umfang þeirrar geðheilbrigðisþjónustu sem fyrst og fremst sálfræðingar á stofu veita óþekkt en einnig félagsráðgjafar, iðjuþjálfar og hjúkrunarfræðingar. Árið 2004 veittu 5 barnageðlæknar börnum geðheilbrigðisþjónustu á stofu og samtals var viðtala fjöldi þeirra 2750. Hversu margir einstaklingar eru að baki þessum tölum?
- Á Barna- og unglingageðdeild LSH voru komur í göngudeild árið 2004, 4923. Samtals eru komur barna og unglunga til barnageðlækna á stofu og göngudeild BUGL því 7673 og þar af veitti BUGL 64% þjónustunnar en barnageðlæknarnir 36%. Hver eru gæði og kostnaður við þjónustu þessara aðila? Hversu margir einstaklingar eru á bak við þessar komutölur?
- Hversu margar komur og hversu margir einstaklingar sóttu þjónustu til teyma sem fáeinar heilsugæslustöðvar eru í tengslum við?
- Svo virðist sem þær tölur sem heilbrigðisáætlun byggir á varðandi umfang geðheilbrigðisþjónustunnar einskorðist við þjónustu Barna- og unglingageðdeildar LSH (BUGL). Þær tölur eru óáreiðanlegar eins og bent er á m.a. vegna þess að enn liggja ekki fyrir upplýsingar um hversu marga einstaklinga er að ræða á einu ári. Eins og tölurnar að ofan sýna er BUGL ekki eina þjónustan á þessu sviði. Stærsta vandamálið er að grunn-geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og unglunga nánast vantar.

## Markmið:

Skilgreina 1., 2. og 3ja stigs geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglunga.

### 1. stig, grunnþjónusta:

Þjónustuteymi heilsugæslulæknis, hjúkrunarfræðings, sálfræðings, félagsráðgjafa og etv. annarra fagmanna. Á Íslandi eru sveitarfélög 101 og skilgreina þarf þjónustusvæði eftir íbúafjölda og landafræði. Þannig þarf að lágmarki að vera í hverjum landshluta (sveitarfélögum) skilgreint grunnþjónustuteymi þangað sem öllum börnum með geð- og þroskafrávik sem á svæðinu búa er vísað til. Þar er hægt að gera grunnmat s.s. mæla þroska og koma með tillögur um stuðning við barnið í skólanum og á heimili. Einnig myndi teymið sjá um eftirfylgd mála í samvinnu við sjúkrahúsþjónustuna.

### 2. stig, sérfræðiþjónusta:

Hér inni er hin víðtæka þjónusta ýmissa sérfræðiaðila "á stofu" og Miðstöð heilsuverndar barna. Að öllu jöfnu vísi grunnþjónustuteymin til þessara aðila þegar þörf er á frekari þjónustu en hægt er að veita heima í héraði.

### 3. stig. Sjúkrahúsþjónusta:

Hér er fyrst og fremst um að ræða Barna- og unglingageðdeild LSH og í mun minni mæli Barna- og unglingageðdeild FSA. Tilvísunaraðilar verði fyrst og fremst fagaðilar á sérfræðiþjónustustigi og grunnþjónustan í undantekningartilfellum. Sjúkrahúsþjónustustigið sér jafnframt um faglega handleiðslu við grunnþjónustuteymin með samvinnu um matstæki, heimsóknun og námskeiðum sem þörf kann að vera fyrir.

Á hverju ári þyrftu grunnþjónustuteymin að senda upplýsingar til Landlæknis(?) um fjölda koma og fjölda barna sem fá þjónustu á því stigi. Einnig fjölda tilvísana til annars þjónustustigs. Erfiðara gæti reynst að fá sambærilegar tölur fyrir sérfræðiþjónustuna þar sem um er að ræða einkarekna þjónustu. Þó ætti að vera hægt að fá upplýsingar um þessi atriði hjá þeim sem þurfa að senda persónuupplýsingar til TR vegna greiðsluþátttöku. Þá þarf sjúkrahúsþjónustan að gefa upp árlegan fjölda einstaklinga og komufjölda með sambærilegum hætti.

Með þessu móti er komið ákveðið skipulag á þjónustuna og grundvöllur til þess að fá áreiðanlegri talnaupplýsingar en nú er hægt. Setja þarf upp áfanga við skipulag þjónustukerfisins með það að markmiði að t.d. 5% barna (um 4000 börn) njóti árlega þjónustu á þessum þjónustustigum eigi síðar en árið 2010.

### (Frá Laufeyju Steingrimsdóttur, Lýðheilsustöð)

- 2.e. Legg til að markmið varðandi holdafar miði við 9 ára börn, þar sem upplýsingar eru til um þann aldur úr skólaheilsugæslu í Reykjavík. Markmiðið verði að lækka hlutfall þeirra sem eru yfir kjörþyngd niður fyrir 20% og þeirra sem eru of feit niður fyrir 4%. Ástæður þessarar afstöðu eru að 9 ára börn árið 2010 eru núna 4 ára, og mögulegt að koma í veg fyrir að þau fitni um of og verði of feit sem 9 ára.

Tafla 1. Tillaga að markmiði um að draga úr ofþyngd 9 ára barna.

	% yfir kjörþyngd (BMI>=19,1)*	% of feit (BMI>=22,8)*
<b>Börn 9 ára, 1998</b>	<b>24%</b>	<b>5%</b>
<b>Markmið 2010</b>	<b>Undir 20%</b>	<b>Undir 4%</b>

\* Miðað við skilgreiningar Cole 2000, á viðmiðum fyrir ofþyngd og offitu hjá börnum.  
Heimild: Heimild: B Briem: Masters ritgerði HÍ 1999. Gögn skólaheilsugæslu í Reykjavík/Lýðheilsustöð.

### (Frá Landlæknisembættinu)

- 2.a. Leggjum til, að skoðaðir verði visar sem ESB og WHO hafa þróað. Leitað til Geirs Gunnlaugssonar MHB um ráðgjöf en hann tók þátt í þessu verkefni.

#### Demographic and Socio-Economic Determinants of Child Health

Whilst the demographic distribution of children is an important descriptor, it is adequately covered in the generic demographic proposals of the ECHI project. Our recommendations for child-specific indicators focus on socioeconomic factors that are health determinants.

#### Children's Socio-economic Circumstances:

Percentage of children living in households in each of the six socio-economic categories of upper non-manual, lower non-manual, skilled manual, unskilled manual, self-employed, and farmer, derived from the International Standard Classification of Occupations (ISCO) classification, and determined by resident parental occupation (highest of father or mother, or single parent), as a percentage of all children, in age groups 0–4, 5–9, 10–14, 15–17.

#### Children in Poverty

Percentage of children living in households with a household income below the national 60% median, equivalised using the modified OECD equivalence scale, in at least two of the previous three years, in age groups 0–4, 5–9, 10–14, 15–17.



### **Parental Educational Attainment**

Percentage of children whose current “mother” had attained Elementary / Lower Secondary / Upper Secondary/ Tertiary education, as a percentage of all children, in the age groups 0–4, 5–9, 10–14, 15–17.

### **Children in Single Parent Households**

Percentage of children who live in family household units with only one parent or primary caregiver resident, by male, female, and total, in age groups 0–4, 5–9, 10–14, 15–17.

- 2.b. Sammála athugasemdum Ólafs Guðmundssonar yfirlæknis BUGL þar sem fram kemur að skynsamlegt markmið á þessu stigi væri að skilgreina 1., 2. og 3ja stigs geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglinga o.s.frv.

## **8.3. Eldri borgarar**

### *(Frá Pálma Jónssyni, sviðsstjóra lækninga LSH)*

Styð þessar breytingar

### *(Frá Finnoga Björnssyni, Félag stjórnenda í öldrunarþjónustu)*

Er sammála

### *(Frá Stefaníu Björnsdóttur, Félagi eldri borgara í Reykjavík)*

- 3b. Nýtt markmið verði að 85% ( í stað 80%) 80 ára og eldri geti búið áfram heima.

### *(Frá Landlæknisembættinu)*

- 3.a Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólk sem er í mjög brýnni þörf verði ekki lengri en 60 dagar.  
3.b Yfir 85% fólks 80 ára og eldra sé við svo góðan aðbúnað að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima með viðeigandi félagslegri aðstoð og heilbrigðisþjónustu.  
3.c Dregið verði úr fjölda mjaðmar- og hryggbrota um 25% (hvað er ásættanlegt? Þarf að setja markmið með hliðsjón af því ef mögulegt). Skynsamlegra að leggja til að dregið verði úr fjölda mjaðmarbrota og hafa síðan undirmarkmið s.s.:

Byltuvarnir – Ákveðinn fjöldi aldraðra á stofnunum séu með mjaðmapúða.

Lyfjanotkun – Notkun á diazepam og skyldum lyfjum sé ekki lengur en x dagar.

Jafnframt lögðu þau til að gæðavísar RAI mats verði nýttir, s.s. legusár, lyfjanotkun og þyngdartap.

## **8.4. Geðheilbrigði**

### *(Frá Lýðheilsustöð)*

- 4.a Lýðheilsustöð leggur til að miðað verði við að dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 15%. Þetta sé metið yfir 5 ára tímabil vegna mikilla sveiflna ár frá ári  
4.b Lýðheilsustöð leggur til að markmið verði óbreytt.

Ennfremur leggur Lýðheilsustöð til að eftirfarandi markmið verði tekin upp í áætlun.

1. Að meirihluta barna líði vel í skóla. Grunnmæling væntanleg í febrúar 2006 HBSC (Health Behaviour of School Aged Children), væntanlega aftur í febrúar 2010.
2. Að geðheilbrigðisvitund landsmanna verði eflid.

Það er ennfremur mat Lýðheilsustöðvar að þörf sé á viðtækri forvarnaráætlun í geðheilbrigðismálum. Lýðheilsustöð hefur fjallað um tillögur að endurskoðaðri heilbrigðisáætlun. Lýðheilsustöð fagnar endurskoðuninni en leggur jafnframt til að nýrri útgáfu fylgi tímasett aðgerðaáætlun og ákvörðun um hverjir beri ábyrgð á framkvæmd einstakra þátta, eftirfylgni og árangursmati. Ennfremur að áætlunin endurspeglit í fjárlögum þeirra stofnana sem fara með framkvæmd hennar.

### *(Frá Landlæknisembættinu)*

- 4.a. Dregið verði úr fjölda sjálfsvíga um 15%.  
4.b Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%. Setja markmið fyrir ákveðnar geðraskanir s.s. þunglyndi. Setja markmið fyrir greiningu og meðferð ákveðinnar geðraskana sem ekki er í raun hægt að draga úr s.s. geðklofa.  
Leggjum til markmið:  
✓ Þjónusta geðlæknis/sálfræðings verði aðgengileg í öllum kjördæmum/umdæmum fyrir alla hópa.

## **8.5. Hjarta- og heilavernd**

### *(Frá Ara Sigurðssyni framkvæmdastjóra Hjartaverndar)*

Í fyrsta lagi:

Bent hefur verið á í ræðum og ritum á liðnum misserum ítrekað að öflugar forvarnir í dag koma í veg fyrir ótímabær veikindi eða örorku síðar á lífsleiðinni. Einnig hefur verið bent á að útgjöld til heilbrigðismála eru vaxandi, aldursamsetning íslensku þjóðarinnar hefur tekið breytingum, hún eldist, kröfur okkar til heilbrigðiskerfisins munu síst minnka á komandi árum og síðast en ekki síst: áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma

er unnt að greina hjá heilbrigðum einstaklingi og bregðast við í tíma með mælingum á áhættuþáttum og með réttari meðferð má koma í veg fyrir ótímabær veikindi og örorku. Í þessu tilfelli er hægt að benda á greinaskrif um þessi mál, m.a. grein í tímariti Hjartaverndar sem út kom í desember sl. og er að finna á heimasíðunni <http://www.hjarta.is/Obs/uploads/370.pdf>, bls. 28. Jafnframt hefur verið fjallað að um þetta mál sérstaklega í skýrslu nefndar um forgangsröðun í íslenskum heilbrigðismálum, sem er að finna á vef Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Þar segir m.a.: "Að dómi nefndarinnar kallar aukin áhersla á eflingu heilsuverndar og fyrirbygging sjúkdóma á nauðsyn þess að samhæfa betur aðgerðir á sviði forvarna og heilsueflingar. Sömuleiðis ber að tryggja að greitt verði fyrir verk á sviði heilsuverndar á svipaðan hátt og fyrir önnur verk innan heilbrigðisþjónustunnar".

Í öðru lagi:

Fulltrúar Hjartaverndar sátu nýverið árlegan fund EU, WHO, Alþjóðabankans o.fl. alþjóðastofnana, "European Health Forum", haldinn 5–7. okt sl., þar sem kynnt voru fyrirleggjandi drög að stefnu EU 2007–2013, "New Health and Consumer Protection Programme 2007–2013". Þar koma fram nýjar stefnur og strumar, allt í samræmi við þær umræður og kynningar sem voru á sama fundi 2004 og umræðum manna á meðal á liðnum árum og misserum. Hér er ég fyrst og fremst að ræða um forvarnir, eða eins og segir í kynningargögnum: Objective 3: contribute to reducing the incidence of major diseases. Action: Prevent disease and injuries (new strand) Mikil áhersla er lögð á þann þátt og er hann nú einn þeirra 6 framkvæmdaþátta í tillögum að nýrri stefnu EU. Í tillögum að fjárhagsáætlun sem var kynnt kemur fram að málaflökurinn "Prevention of diseases and injuries" er með um 8,8% hlutdeild í heildarkostnaði, en um 14% hlutdeild ef litið er eingöngu til málaflöksins "Health Objectives"

Í þriðja lagi:

Það má lesa úr gögnum EU að þar er lögð mikil áhersla á að skilgreina vel markmið næstu ára, mjög hliðstætt því sem við gerum. En einnig og ekki síður að skilgreina vel hvernig og með hvaða fjármunum eigi að ná fram settum markmiðum.

#### (Frá Lýðheilsustöð)

Lýðheilsustöð leggur til að eftirfarandi markmið verði sett í áætlun;

5.c. Stefnt verði að því að koma í veg fyrir frekari aukningu á hlutfalli fullorðins fólks sem er yfir kjörþyngd eða of feitt (aldurshópur 18–74 ára). Lýðheilsustöð leggur til að í stað aldurshópsins 15–74 ára verði markmið varðandi holdafar miðuð við fullorðna annars vegar, þ.e. 18–74 ára. Markmiðið fyrir fullorðna verði markmiðið að koma í veg fyrir frekari aukningu í ofþyngd og offitu. Ástæður þessarar afstöðu eru að það hefur orðið mikil aukning í offitu og ofþyngd, og það er erfitt að sjá fyrir sér að á fimm árum verði það mikill viðsnúningur að hlutfallið lækki, án þess að veruleg megrun komi til. Að aukningin stöðvist á þessu tímabili er hins vegar raunhæft markmið meðal fullorðinna.

#### Staðan ásamt tillögum um markmið væri þá á þessa leið:

Tafla 2. Tillaga að markmiði um að draga úr frekari aukningu á hlutfalli fólks á aldrinum 18-74 ára sem er yfir kjörþyngd eða of feitt.

	% yfir kjörþyngd (BMI>=25)	% of feitir (BMI>=30)
Karlar 18–74 ára 2002	60%	13%
Konur 18–74 ára 2002	41%	12%
Markmið 2010	ekki frekari aukning	ekki frekari aukning

Heimild: Landskönnun á mataræði 2002. Lýðheilsustöð.

Lýðheilsustöð hefur fjallað um tillögur að endurskoðaðri Heilbrigðisáætlun. Lýðheilsustöð fagnar endurskoðuninni en leggur jafnframt til að nýrri útgáfu fylgi tímasett aðgerðaáætlun og ákvörðun um hverjir beri ábyrgð á framkvæmd einstakra þátta, eftirfylgni og árangursmati. Ennfremur að áætlunin endurspeglar í fjárlögum þeirra stofnana sem fara með framkvæmd hennar.

## 8.6. Krabbameinsvarnir

#### (Frá Lýðheilsustöð)

6. Það er mat stöðvarinnar að hér þurfi að vinna frekari vinnu en velta má upp hjálagðri hugmynd;
  1. stigs forvarnir t.d. takmarkanir á notkun ljósabekkja, forðast ofþyngd.
  2. stigs forvarnir t.d. að ná x% kvenna í leg- og brjóstaskoðun.
  3. stigs forvarnir t.d. að til séu stuðningshópar krabbameinssjúklinga

Lýðheilsustöð hefur fjallað um tillögur að endurskoðaðri Heilbrigðisáætlun. Lýðheilsustöð fagnar endurskoðuninni en leggur jafnframt til að nýrri útgáfu fylgi tímasett aðgerðaáætlun og ákvörðun um hverjir beri ábyrgð á framkvæmd einstakra þátta, eftirfylgni og árangursmati. Ennfremur að áætlunin endurspeglar í fjárlögum þeirra stofnana sem fara með framkvæmd hennar.

#### (Frá Krabbameinsmiðstöðin)

##### I Aðalmarkmið

- Lækka nýgengi krabbameina með markvissri stefnumótun um forvarnir og skimun.

- Fækka dauðsföllum með því að sjúklingnum sé tryggð besta meðferð sem völ er á hverju sinni.
- Tryggja réttindi og stuðla að lífsgæðum þeirra sem greinast með krabbamein í samræmi við réttindaskrá frá evrópusamtökum sjúklinga.
- Heilbrigðisþjónustan þarf að mæta auknum þörfum varðandi greiningu, meðferð, eftirlit og hæfingu.
- Lagt er til að þróað verði og innleitt samræmt mat – *krabbameinsmat* -, sem byggir á upplýsingum um umfang sjúkdóms, andlega og líkamlega færni og félagslega stöðu.
- Krabbameinsáætlun sé gerð til að tryggja gæði, færni og þekkingu í allri meðferð krabbameinssjúklinga.

## II Staða

Tilfellum krabbameins hefur fjölgað árlega um 2,5% og áætlanir benda til að þannig verði það næstu 15 árin. Það þýðir fjölgun úr 1200 sjúklingum árið 2005 í 1650 árið 2020. Fjölgunin verður einkum hjá þeim sem eru í eldri aldurshópunum. Verulegar framfarir hafa orðið í krabbameinsmeðferð. Fleiri fá bót meina sinna, aðrir sem ekki lækna lifa lengur og eru oftast virkir þátttakendur í samfélaginu.

Þrátt fyrir framfarir á ýmsum sviðum eru krabbamein áfram helsta dánarorsökin og krabbamein er sá sjúkdómur sem almenningur óttast. Rannsóknir sýna að yfir 60% krabbameinssjúklingar vilja dvelja á sínu heimili við ævilok, en í reynd eru það innan við 10% hér á landi.

Nauðsynlegt að vinna gegn neikvæðri umfjöllun og ímynd krabbameins og þar með auðvelda einstaklingum með krabbamein að eiga afturkvæmt til leiks og starfs í samfélaginu.

## III Leiðir

Sem hægt er að fara:

### Forvarnir

Stuðla ber að heilsuefingu og markvissri fræðslu um áhættuþætti og lífsstíl. Þar ber að nefna meðal annars hreyfingu, mataræði, holdafar, áfengisneyslu, ljósgeislun og vinnuumhverfi. Megináhersla er á tobaksvarnir einkum hjá yngra fólki. Teknar verði upp bólusetningar gegn krabbameinum jafnskjótt og viðurkenndar ábendingar koma fram.

### Skimun

Skimað verði áfram fyrir krabbameini í brjósti og leghálsi. Skimun fyrir krabbameini í ristli og fyrir sortumeini komi til framkvæmda fyrir árið 2010. Fyrir önnur krabbamein eftir því sem þekking og tækni skapar forsendur fyrir.

### Krabbameinsmat

Auk hefðbundinnar greiningar og stigunnar sjúkdóms verði þróað einstaklingshæft þverfaglegt *krabbameinsmat* (sbr. öldrunarmat, vistunarmat o.s.frv.), sem tekur á andlegum, líkamlegum og félagslegum þörfum sjúklingsins. *Krabbameinsmatið* krefst þverfaglegrar teymisvinnu.

### Meðferð

Meðferð og eftirlit er miðað við ástand og þarfir einstaklingsins samkvæmt *krabbameinsmati*. Meðferð styðjist við gagnreyndar og samræmdar klínískar leiðbeiningar og sívirku árangursmati. Í gegnum meðferðartengda skráningu verði unnt að fylgjast með framkvæmd og gæðum þjónustunnar og stuðla að nýjum rannsóknum til að gæta þess að allir sjúklingar eigi völ á bestu meðferð við hæfi.

Þjónusta byggji á því að þrátt fyrir krabbamein eigi sjúklingurinn að eiga möguleika á að velja sjálfur hvað er mikilvægt í eigin lífi – upplýst ákvörðun. Það leiðir af sér einstaklingsmiðaða nálgun með áherslu á persónulegt val og sjálfsefingu.

### Hæfing

Sjúklingar með krabbamein þurfa að eiga kost á endurhæfingu bæði meðan á meðferð stendur og eftir að henni lýkur. Markmiði er að halda eða endurheimta fyrri líkamlega, andlega og félagslega heilsu. Einnig þarf að taka tillit til þarfa aðstandenda sjúklings.

### Líkn

Stuðla að bættri líknandi meðferð hjá þeim sem ekki lækna. Menntun og færni heilbrigðisstétta á sviði líknar verði eflað og almenn fræðsla aukin. Byggja þarf upp heimatengda líknarþjónustu sem stuðli að því að sjúklingar við lífslok eigi þess kost að dveljast í heimahúsi sem lengst.

### Rannsóknir

Stærsta áskorun nútíma lækisfræði er að innleiða nýjungar á skipulagðan hátt.

Forsenda framfara á öllum ofangreindum sviðum eru því rannsóknir. Gagnasöfnun, rannsóknir og úrvinnsla tengja saman forvarnir, meðferð og vísindavinnu með skilvirkum hætti. Forsendur gagnsemi nýrrar þekkingar er forgangsroðun úrræða á réttlátan hátt ásamt kerfisbundnu kostnaðareftirliti. Tryggja þarf sérstaka fjárveitingu til rannsókna og árangurseftirlits eins og þegar er gert í helstu nágrannalöndunum.

Æskilegt er að sjúklingar með krabbamein taki þátt í klínískum rannsóknum. Slíkar rannsóknir stuðla að hnitmiðuðum vinnubrögðum, þátttöku í alþjóða samstarfi og aðgangur að nýjum meðferðarúrræðum sjúklingunum til góða.

### Krabbameinsáætlun

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur hvatt til þess að í sérhvert land hafi krabbameinsáætlun. Í þeim anda hafa mörg lönd unnið slíkar áætlanir meðal annars Noregur, Danmörk, England, Frakkland, Kanada og Bandaríkin.

Þverfaglegur starfshópur vinni að mótun krabbameinsáætlunar fyrir Ísland til framtíðar í samræmi við það sem gert hefur verið í nágrannalöndunum.

Markmið með samþættri krabbameinsáætlun er að hafa yfirsýn yfir umfang og eðli vandans og möguleg úrræði. Ennfremur tryggja nauðsynlega mönnum, sérþekkingu, tækni og aðstöðu á hverjum tíma. Sérhver þáttur í krabbameinsvörnum hér að ofan þarf að skila sem bestum árangri og stuðla að skilvirkri nýtingu fjármuna.

## **8.7. Slysavarnir**

### ***(Frá Lýðheilsustöð)***

Lýðheilsustöð, í samvinnu við formann slysavarnaráðs) leggur til að í endurskoðaðri áætlun verði fjallað um "Slysa- og ofbeldisvarnir" og aðgerðir gegn ofbeldi þannig skoðaðar í samhengi við slysavarnir en það er sú leið sem víða hefur verið farin. Ofbeldi tengist slysavörnum með beinum hætti og auk þess forvörnum almennt t.d varðandi neyslu áfengis og vímuefna sem og ávanavindandi lyfja.

7.c. Dregið verði úr ofbeldi um 15% til ársins 2010 með áherslu á kynferðis- og heimilisofbeldi. Ennfremur má bæta við þá grein að ofbeldi er algengt en ákveðnar tegundir ofbeldis eins og heimilisofbeldi sem oftast bitnar á konum og börnum er vantalið. Það má gera ráð fyrir að árlega séu a.m.k. 2.500 manns, börn og fullorðnir, beittir einhvers konar ofbeldi. Rúmlega þriðjungur ofbeldis á sér stað á íbúðasvæði, þar af er makaofbeldi a.m.k. fjórðungur af ofbeldi á íbúðasvæði.

Leiðir að markmiðinu eru nokkrar:

- Aukin fræðsla um ofbeldi, orsakir þess og afleiðingar.
- Aukin þjónusta við þolendur heimilisofbeldis á bráðamóttökum.
- Ofbeldisskráning verði hluti af samræmdri slysskráningu.

Bæta má við að slysum hefur fækkað mikið á síðastliðnum árum og áratugum. Fækkun slysa er um 35% hjá körlum en 21% hjá konum. Slysum aldraðra hefur þó fjölgað. Alvarlega slösuðum í umferðinni hefur fækkað um 50% og allt að 90% hjá yngstu börnunum.

Miðað við fyrirliggjandi rannsóknir og þekkingu má ætla a.m.k. 2500 manns séu beittir árlega einhvers konar ofbeldi. Karlmennt eru í meirihluta þeirra sem leita lækniástoðar vegna áverka eftir ofbeldi. Rúmlega þriðjungur ofbeldis á sér stað á íbúðasvæði og makaofbeldi er fjórðungur af ofbeldi íbúðasvæðis þar sem konur eru í miklum meirihluta. Þá má ætla að ein af hverjum tuttugu komum á bráðamóttökum vegna ofbeldis sé vegna kynferðisofbeldis, þar sem konur eru í mjög miklum meirihluta.

Í setningunni "Afleiðingar slysa eru ekki einungis vinnutap og kostnaður.....- og skrifa í staðinn afleiðingar ofbeldis og slysa o.s.frv. Í lokakaflanum og þar látum við standa "Mikilvægt er að áfram verði unnið markvisst að því að draga úr öllu ofbeldi en þó sérstaklega kynferðis- og heimilisofbeldi, fækkun slysa á börnum, unglíngum og öldruðum, vinnuslysa, umferðarslysa og slysa á sjó, á heimilum og í skóla, í íþróttum og öðrum frístundum. Ein höfuðforsenda skynsamlegs forvarnarstarfs er að gott samstarfs sé á milli þeirra sem vinna að ofbeldis- og slysskráningu, rannsóknum og forvörnum.

Lýðheilsustöð hefur fjallað um tillögur að endurskoðaðri Heilbrigðisáætlun. Lýðheilsustöð fagnar endurskoðuninni en leggur jafnframt til að nýrri útgáfu fylgi tímasett aðgerðaáætlun og ákvörðun um hverjir beri ábyrgð á framkvæmd einstakra þátta, eftirfylgni og árangursmati. Ennfremur að áætlunin endurspeglar í fjárlögum þeirra stofnana sem fara með framkvæmd hennar.

### ***(Frá Óla H. Þórðarsyni, formanni Umferðarráðs)***

Markmið heilbrigðisáætlunar og umferðaröryggisáætlunar/samgönguáætlunar falla ekki sem best saman, en ykkur til skýringar þá er nýsett markmið stjórnvalda, skv. Umferðaröryggisáætlun það, að alvarlega slösuðum í umferðinni fækki um 5% á hverju ári og að fjöldi látinna verði með því besta í heiminum, það er að látnir á hverja 100.000 íbúa, verði ekki fleiri en u.þ.b. 5–6 á ári, fyrir árið 2012.

### ***(Frá Landlæknisembættinu)***

7. a Slysum fækki um 15%.

Hafa sértækari markmið s.s. að fækka alvarlegum slysum þar sem leita þurfti til læknis. Verður að vera ljós í markmiðinu hvað átt er við með slysum þannig að hægt sé að mæla.

Hvað með aldraða: Markmið gæti verið að efla slysavarnir aldraðra í heimahúsum og á heilbrigðisstofnunum.

7. b Dauðaslysum fækki um 25%.

Hér þarf þrengri markmið. Skv. dánarmeinaskrá eru banaslys í umferð langalgengust af öllum banaslysum og því eðlilegt að aðalmarkmiðið sé að fækka þeim. Næst algengustu banaslysin eru fallslys og þar næst eitrunarslys.

Jafnframt lögðu þau til að hafa markmið um ofbeldi.

