

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010



Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Reykjavík 2004

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010

Samþykkt á Alþingi 20. maí 2001.

Stytt útgáfa

Útgefandi: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Umsjón og ábyrgð útgáfu: Áætlana- og þróunarskrifstofa
Prentumsjón: Athygli
Prentun: Gutenberg
Ljósmynd frá Þingvöllum á forsiðu: Ragnar Th. Sigurðsson
1. útgáfa
Upplag: 500 eintök
ISBN: 9979-872-80-2
Reykjavík, mars 2004

Inngangur

Á tímabilinu 1996-2000 starfaði nefnd, skipuð af heilbrigðisráðherra, að endurskoðun heilbrigðisáætlunar sem hafði verið í gildi frá árinu 1991. Við endurskoðunina var annars vegar tekið mið af stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) um heilbrigði allra og heilbrigðisáætlunum annarra ríkja og hins vegar stefnumótun og úttektum á fjölmörgum þáttum heilbrigðismála hér á landi.

Fyrstu drög að heilbrigðisáætlun til 2010 voru lögð fram á heilbrigðisþingi í mars 1999. Eftir það þing fengu stjórnendur heilbrigðisstofnana, fagstéttir, hagsmunahópar og fleiri drögin til umsagnar. Athugasemdir þeirra og ýmislegt annað, sem fram kom á heilbrigðisþinginu, var síðan lagt til grundvallar heilbrigðisáætluninni.

Nefndin, sem vann að gerð heilbrigðisáætlunarinnar, valdi að leggja megináherslu á langtímaheilbrigðismarkmið sem miða að því að bæta heilsufar þjóðarinnar. Hagfræðistofnun var jafnframt fengin til að gera sérstaka kostnaðar- og ábatagreiningu á heilbrigðisáætluninni. Meginniðurstaða hennar var sú að verði markmiðum hennar náð eigi að vera mögulegt að draga úr þjóðfélagslegum kostnaði sem nemur á bilinu 7,5-15 milljörðum króna árlega. Til að ná þessum markmiðum þarf í ákveðnum tilvikum að stofna til einhvers kostnaðar en í öðrum tilvikum má áreiðanlega ná markmiðum með endurskipulagningu starfseminnar.

Heilbrigðisáætluninni er ætlað að gjalda til ársins 2010 en á árinu 2005 verða öll helstu markmið hennar endurskoðuð. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið mun annast hina stjórnsýslulegu framkvæmd og endurskoðun markmiða áætlunarinnar. Landlæknisembættið mun sjá um söfnun og úrvinnslu tölulegra upplýsinga og faglegt eftirlit. Héraðslæknar, heilbrigðisstarfsmenn og stjórnir sem og framkvæmdastjórnar stofnana munu sömleiðis vinna að því að ná settum markmiðum og tryggja eftirlit með framkvæmd áætlunarinnar á hverjum stað.

Árlega verður gefið út yfirlit eða skýrsla um stöðu og framvindu þeirra verkefna sem heilbrigðisáætlunin nær til.

Forsaga

Heildarstefnumótun í heilbrigðismálum hefur af ýmsum ástæðum átt erfitt uppdráttar hér á landi. Á það bæði við um heildaráætlanir til langs tíma og áætlanir sem snúa að einstökum þáttum heilbrigðisþjónustunnar, svo sem uppbyggingu sjúkrahúsþjónustunnar og skipulagi forvarna og heilsueflingar. Stefnumörkunin í málefnum heilsugæslunnar, með samþykkt heilbrigðislaganna 1973, verður þó að teljast til undantekninga.

Árið 1980 voru tekin saman drög að viðtækri heilbrigðisáætlun til nokkurra ára. Á þeim tíma reyndust þó ekki vera forsendur fyrir því að hrinda þeirri áætlun í framkvæmd. Það var ekki fyrr en í ársbyrjun 1986 að ákveðið var að vinna að landsáætlun í heilbrigðismálum með hliðsjón af íslenskum aðstæðum og stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði allra árið 2000, eða HFA 2000.

Tillaga til þingsályktunar um íslenska heilbrigðismálastefnu var lögð fram á Alþingi árið 1987, endurskoðuð og lögð fram á heilbrigðisþingi í febrúar 1988, lögð aftur fram á Alþingi veturinn 1990-1991 og loks samþykkt í verulega breyttu formi og styttu 19. mars 1991. Heilbrigðisáætluninni var ætlað að ná til ársins 2000 en skyldi endurskoðuð að þremur árum liðnum.

Flestar þjóðir Evrópu gerðu í lok áttunda áratugarins og byrjun þess níunda sérstakar landsáætlanir í því skyni að uppfylla 38 heilbrigðismarkmið sem sett voru í Evrópu árið 1984 í samræmi við HFA 2000-stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og Alma Ata-yfirlýsinguna. Svíar urðu fyrstir norrænna þjóða til að hrinda áætlun sinni í framkvæmd árið 1985, Finnar fylgdu á eftir 1987, Norðmenn 1988, Danir 1989 og loks Íslendingar 1991.

Meginþættir heilbrigðisáætlunar

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur endurskoðað stefnu sína um heilbrigði allra árið 2000. Á 51. alþjóðaheilbrigðisþinginu í maí 1998 var samþykktur rammi að stefnumörkun varðandi heilbrigði allra á 21. öld. Þar er lögð rík áhersla á að heilbrigði sé grundvallarmannréttindi hvers og eins en auk þess eru skilgreind tiltekin markmið sem ætlað er að standa allt til ársins 2020. Svæðisstjórnnum WHO og ríkisstjórnnum aðildarríkjanna er síðan ætlað að útfæra stefnumörkunina, hverri á sínu starfssvæði.

Svæðisnefnd WHO í Evrópu samþykkti haustið 1998 heilbrigðisstefnu sem nær í flestum atriðum til ársins 2020 og er þar lögð áhersla á 21 heilbrigðismarkmið í stað 38 áður. Markmiðin eru betur skilgreind og meira lagt upp úr tölulegum viðmiðum en í þeirri stefnu sem tók mið af árinu 2000.

Í Evrópuáætlun WHO er aðalmarkmiðið að efla heilsu í öllum aðildarríkjunum eins og kostur er.

Tvö helstu stefnumið áætlunarinnar eru:

- Að efla og vernda heilsu fólks allt lífið.
- Að draga úr tíðni sjúkdóma og slysa og lina þær þjáningar sem þau valda.

Þrjú grundvallargildi mynda siðferðilegan grundvöll Evrópuáætlunarinnar:

- Heilbrigði sem grundvallarmannréttindi.
- Jafnræði til heilsu og samábyrgð í verki.
- Þátttaka og ábyrgð á heilbrigðisstarfsemi.

Fjórar helstu tegundir aðgerða við framkvæmd Evrópuáætlunarinnar eru:

- Þverfaglegar aðgerðir.
- Árangursstjórnun.
- Samhæfðar lausnir.
- Samfélagsþátttaka.

Við endurskoðun íslensku heilbrigðisáætlunarinnar var ákveðið að afmarka sérstaklega sjö forgangsverkefni áætlunarinnar til ársins 2010 en að öðru leyti myndar það 21 markmið, sem er að finna í Evrópuáætlun WHO, megin grunn áætlunarinnar.

Í heilbrigðisáætluninni er gerð grein fyrir öllum Evrópumarkmiðunum, lýst aðstæðum í Evrópu og á Íslandi og skilgreind séríslensk markmið til ársins 2010. Þar er aðallega tekið á þeim atriðum sem ekki eru í nógu góðu lagi eða lítið er vitað um. Jafnframt er reynt að styðjast við þá tegund tölulegra mælikvarða sem vonast er til að geti gefið góða mynd af þróun heilbrigðismála og árangri heilbrigðisþjónustunnar.

Í áætluninni er fjallað sérstaklega um þætti sem áhrif hafa á gerð og framkvæmd heilbrigðisáætlana. Má þar nefna þróun mannfjölda, aldursamsetningu þjóðarinnar, lífshætti og umhverfi fólks, efnahagsástand, fjárhag hins opinbera, gæði heilbrigðisþjónustunnar, félagslega þjónustu, tækninýjungar, framfarir í læknisfræði og öðrum heilbrigðisvísindum, auk lýsingar á almennu heilsufarsástandi og framtíðarsýn í heilbrigðismálum.

Á þessari öld hefur skipulag heilbrigðisþjónustunnar mótast mikið af því að um áratuga skeið gildi sín löggjöfin hvor um tvo meginþætti hennar, heilsugæslu og sjúkrahúsþjónustu, þ.e. læknaskipunarlög og sjúkrahúslög. Lengi vel þróuðust þessir þættir að mörgu leyti í ólíkar áttir. Það var ekki fyrr en 1973 sem löggjöf um heilbrigðisþjónustu var samræmd. Þessi heilbrigðisáætlun miðar að því að samhæfa alla meginþætti heilbrigðisþjónustunnar og tryggja að starfsemin beinist að sameiginlegum markmiðum.

Þegar samræmd löggjöf um heilbrigðisþjónustu á Íslandi tók gildi 1. janúar 1974 leysti hún af hólmi þágildandi læknskkipunarlög og sjúkrahúslög. Frá þeim tíma hefur stjórnkerfi heilbrigðismála verið þrískipt að formi til, þ.e. yfirstjórn, svæðisstjórnir og stjórnir stofnana. Þrátt fyrir að gerðar hafi verið ýmsar breytingar á heilbrigðislöggjöf-
inni hefur þrískiptingin sem slík haldist svo til óbreytt.

Mikilvægt er að heilsuvernd, forvarnir og heilsuefning fái viðeigandi sess innan heilbrigðisþjónustunnar og sjónum verði í auknum mæli beint að því að efla heilbrigði og fyrirbyggja sjúkdóma. Í því starfi þarf að koma til samstillt átak stjórnvalda, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, heilbrigðisstétta, hagsmunafélaga og frjálsra félagasamtaka. Samtímis er mikilvægt að landsmönnum verði tryggð, eftir því sem unnt er, viðeigandi greining, meðferð og end-
urhæfing vegna sjúkdóma og annarra heilsufarsvandamála.

Heilbrigðisáætlunin byggist á reglum um forgangsöröðun samkvæmt tillögum nefndar sem falið var að meta hvernig unnt væri að standa að forgangsöröðun í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisráðherra samþykkti þessar tillögur árið 1998 og hefur falið ráðuneytinu og öðrum aðilum innan heilbrigðiskerfisins að framkvæma þær í skipulegum áföngum. Forgangsöröðunin nær jafnt til siðfræðilegra þátta og megináherslna heilbrigðisþjónustunnar sem skipu-
lags og stefnumörkunar.

Forgangsverkefni heilbrigðisáætlunarinnar til ársins 2010 ná yfir eftirtalin sjö svið:

- Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir.
- Börn og ungmenni.
- Eldri borgarar.
- Geðheilbrigði.
- Hjarta- og heilavernd.
- Krabbameinsvarnir.
- Slysavarnir.

Gerð var sérstök kostnaðar- og ábatagreining á heilbrigðisáætluninni og var meginniðurstaðan sú að verði mark-
miðum hennar náð eigi að vera mögulegt að draga úr þjóðfélagslegum kostnaði sem nemur á bilinu 7,5-15 millj-
örðum króna árlega.

Mælikvarðarnir við mat á þróun heilbrigðismála eru fyrst og fremst valdir til þess að fá betri sýn yfir stöðu þeirra
og árangur heilbrigðisþjónustunnar. Þetta er gert í ljósi þess að mikilvægt er að nota ekki of marga mælikvarða
samtímis því að þá er hætt á að mikilvægustu atriðin hverfi í skugga þeirra sem síður skipta máli.

Mörg markmiðanna munu þurfa endurskoðunar við á næstu árum en í heild eiga þau að geta gefið upplýsingar,
eða a.m.k. sterkar vísbendingar, um heilbrigðisástand þjóðarinnar og hvert stefnir í þeim efnum. Vænlegast var
talið að halda sig við nokkur mikilvæg atriði þar sem reynslan sýnir að mestar líkur eru á því að það, sem fær at-
hygli og umræðu, verði framkvæmt. Önnur tengd atriði og verkefni eru þá gjarnan framkvæmd um leið eða í kjöl-
farið.

Framkvæmd

Heilbrigðisáætlunin gildir til ársins 2010 og yfirumsjón með framkvæmd hennar verður á hendi heilbrigðis- og
tryggingamálaráðuneytisins í samvinnu við landlæknisembættið.

Ýmsir sérfróðir aðilar, samstarfsráð og nefndir á vegum heilbrigðisstjórnarinnar verða til aðstoðar við framkvæmd
á ýmsum þáttum heilbrigðisáætlunarinnar. Áformað er að skipa nokkra vinnuhópa til þess að vinna framkvæmda-
áætlanir fyrir einstaka þætti áætlunarinnar. Jafnframt er mikilsvert að náin samvinna verði við sjúkrahús, heilsu-
gæslu, fagstéttir og aðra aðila innan heilbrigðiskerfisins sem málið varðar.

Sömuleiðis er brynt að áætluninni sé fylgt á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar og að hún njóti stuðnings sveit-
arfélaga, landshlutasamtaka, frjálsra félagasamtaka, fagfélaga og hagsmunasamtaka, fyrirtækja og samtaka at-

vinnulífsins, fjölskyldna og einstaklinga. Enn fremur þarf að tryggja að stefna ríkisins, sveitarfélaga og atvinnulífs á fjölmörgum sviðum samfélagsins stuðli að bættu heilbrigðisástandi hér á landi.

Með tilkomu áætlunarinnar er ekki ætlunin að draga úr vinnu við stefnumörkun og áætlanagerð á fjölmörgum sviðum heilbrigðismála. Áfram verða unnin umfangsmikil verkefni sem varða stöðu og framtíð stofnana, sérgreina og einstaklinga.

Í byrjun hvers árs er áformað að meta hvernig framkvæmd áætlunarinnar miðar með tölulegum mælingum eða sérstöku mati þar sem við á. Árlega verður birt yfirlit um stöðu og framkvæmd áætlunarinnar. Stefnt verður að því að ítarleg endurskoðun verði gerð á meginþáttum hennar þriðja hvert ár.

Heilbrigðisyfirvöld leggja áherslu á að heilbrigðisstofnanir, heilbrigðisstarfsmenn og aðrir aðilar innan heilbrigðisþjónustunnar miði starfsemi sína við að ná settum markmiðum. Samfara auknu sjálfstæði og ábyrgð stjórnna og stjórnenda í heilbrigðisþjónustunni er þeim jafnframt falið að fylgjast betur með starfseminni og tryggja fagleg vinnubrögð á grundvelli heilbrigðislaganna, lækna laga og annarra stjórnvaldsfyrirmæla. Markvisst verður unnið að því að þessir aðilar skipuleggi og samhæfi betur aðgerðir sínar svo að unnt verði að gera helstu áform áætlunarinnar að veruleika á næstu árum.

Forgangsverkefni

I. Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

Aðalmarkmið

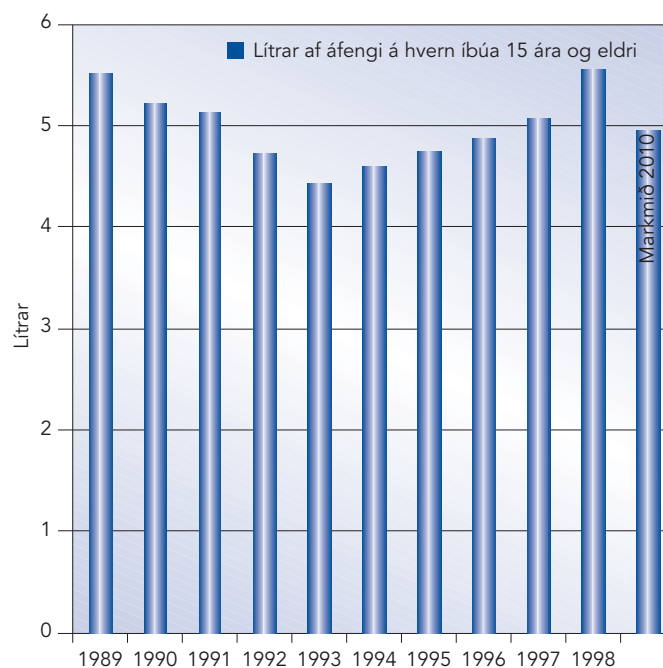
- 1.a Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar á ári af hreinu alkóhóli á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.
- 1.b Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu fólks undir lögaldri um 25%.
- 1.c Hlutfall fólks á aldrinum 18-69 ára, sem reykir, verði undir 15%.
- 1.d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

Staða

Um 90% landsmanna, sem náð hafa tvítugsaldri, neyta áfengis. Tíðni alkóhólisma á Íslandi hefur mælst á bilinu 3,5-6,3%. Áfengisneysla á hvern einstakling 15 ára og eldri var 5,56 lítrar af hreinu áfengi árið 1998. Samkvæmt könnunum hafa um 16% nemenda í 10. bekk grunnskólans prófað hass. Upplýsingar um neyslu annarra ólöglegra fíkniefna eru takmarkaðar.

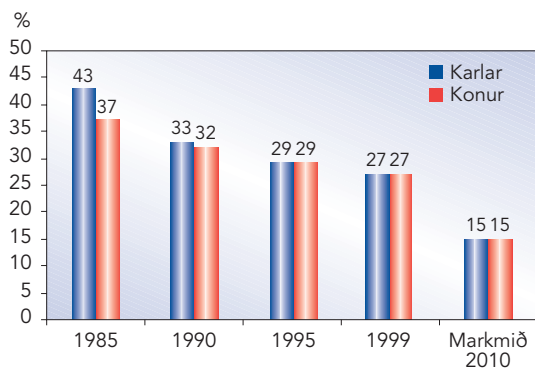
Reykingar eru helsta orsök margra sjúkdóma og eitt stærsta heilbrigðisvandamál samtímans. Hvers konar tóbaksnotkun er skaðleg heilsunni. Skaðsemi reykinga er meiri eftir því sem meira er reykt og byrjað er fyrr. Reykingar eru meginorsök 18-19% dauðsfalla í landinu á hverju ári. Konur reykja meira en karlar og í sumum aldurshópum hefur dánartíðni kvenna vegna reykingasjúkdóma aukist undanfarin ár. Samkvæmt könnunum Tóbaksvarnanefndar reykja 27% fullorðinna á aldrinum 18-69 ára daglega. Reykingar barna og unglinga fóru að aukast aftur um miðjan níunda áratuginn en aðeins hefur dregið úr þeim aftur seinustu misserin.

Neysla hreins alkóhóls á íbúa 15 ára og eldri



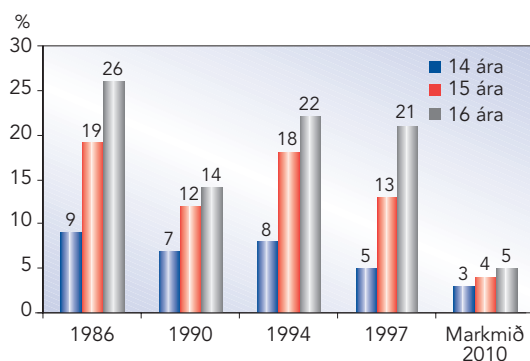
Heimild: Hagstofa Íslands.

Hlutfall 18-69 ára sem reykja daglega



Heimild: Hagvangur fyrir Tóbaksvarnanevnd 1998.

Hlutfall 14-16 ára sem reykja daglega



Heimild: Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála og landlæknisembættið.

Leiðir

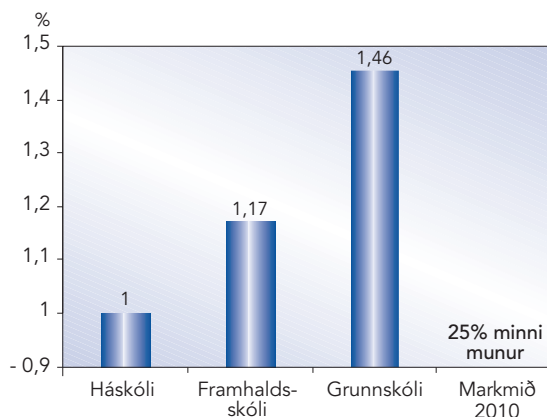
1. Fræðsla og forvarnir sem beinast að börnum, ungmennum og fullorðnum.
2. Eftirfylgni við banni á áfengis- og tóbaksauglýsingum, niðurgreiðsla nikótínlyfja og verðstýring.
3. Aðgengi að meðferðarúrræðum fyrir áfengis-, fíkniefna- og reykingsjúklinga verði auðveldað.
4. Reyklaust umhverfi verði sem víðast.
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.

II. 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.

Líkur á langvinnnum sjúkdómum miðað við menntun föður

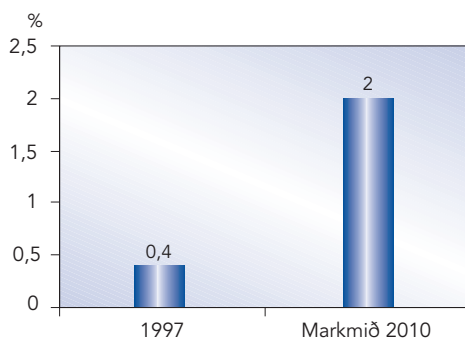


Heimild: Matthías Halldórsson, óbirt rannsókn 1998.

Staða

Miklar breytingar hafa orðið í íslensku þjóðfélagi á undanförunum áratugum sem m.a. hafa haft áhrif á stöðu fjölskyldunnar í samfélaginu. Rannsóknir sýna að fylgni er með þjóðfélagsstöðu foreldra og heilsufari barna. Á öllum skólastigum er æskilegt að nemendur, kennarar og foreldrar, með stuðningi heilsugæslunnar, vinni skipulega að forvörnum og heilsuefningu. Heilsuefning í skólum miðar að því að allur skólinn verði uppspretta heilbrigðis og efling góðs mannlegrar tengsl. Brýnt er að skapa fjölskyldunni betri skilyrði til að sinna þörfum sínum og skyldum. Talið er að geðheilbrigðisþjónustan nái árlega til 0,4-0,5% barna á aldrinum 0-18 ára. Annars staðar á Norðurlöndum nær hún til allt að 2% barna árlega og eðlilegt verður að teljast að veitt sé sambærileg þjónusta hér á landi.

Geðheilbrigðisþjónusta (0-18 ára)



Heimild: Heilbrigðisráðuneytið 1997.

Leiðir

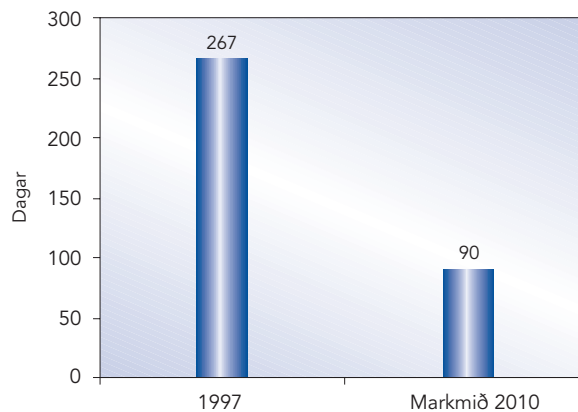
1. Stuðningur við fjölskyldur, einkum þær sem búa við lægri þjóðfélagsstöðu.
2. Hvetja skóla til að taka upp aðferðir heilsueflandi skóla.
3. Fjölgun og aukið jafnræði í úrræðum geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn.
4. Bætt tengsl heilsugæslu og geðheilbrigðisþjónustu.
5. Fræðsla og aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífshátta barna, foreldra og kennara.
6. Aukin tengsl skóla við geðheilbrigðisþjónustu, m.a. með efling sálfræðiþjónustu í skólum.
7. Efling rannsókna á tengslum sjúkdóma og þjóðfélagsstöðu.
8. Aðgengi barna og ungmenna að tannlækniþjónustu verði auðveldað.

III. 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 séu við svo góða heilsu að þau geti með viðeigandi stuðningi búið heima.
- 3.c Dregið verði úr tíðni mjaðma- og hryggbrota um 25%.
- 3.d Yfir 50% fólks 65 ára og eldra hafi a.m.k. 20 tennur í biti.

Biðtími eftir vistun á hjúkrunarheimili í Reykjavík



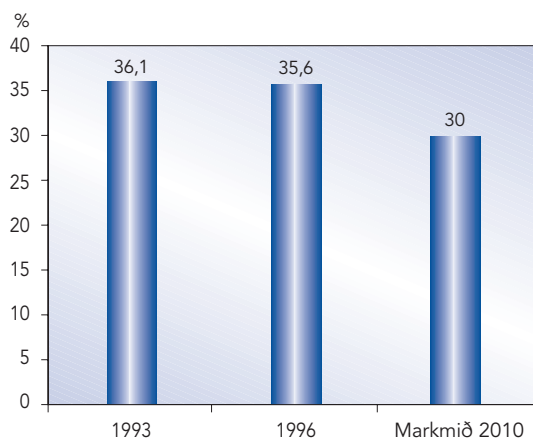
Heimild: Skýrsla heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og Reykjavíkurborgar um tiltæk úrræði í hjúkrunarþjónustu við aldraða Reykvíkinga, 1998.

Staða

Verulegar breytingar eiga sér nú stað á aldurssamsetningu þjóðarinnar. Frá miðjum 10. áratugnum til ársins 2010 er gert ráð fyrir að landsmönnum fjölgi um 11% en íbúum 65 ára og eldri um 23% og 85 ára og eldri um 45%. Um 35% þeirra, sem eru 80 ára og eldri, eru á stofnunum.

Talið er að fleiri geti verið lengur heima sé þeim veitt viðeigandi þjónusta eða stuðningur. Kannanir sýna að meðalbiðtími eftir hjúkrunarrými var 267 dagar í Reykjavík árið 1997 en stefnt er að því að hann verði ekki lengri en 90 dagar. Brýnt er að leggja áherslu á að viðhalda og bæta líkamlega og andlega færni þannig að aldraðir geti dvalist sem lengst heima.

Hlutfall 80 ára og eldri á öldrunarstofnunum



Heimild: Hagstofa Íslands

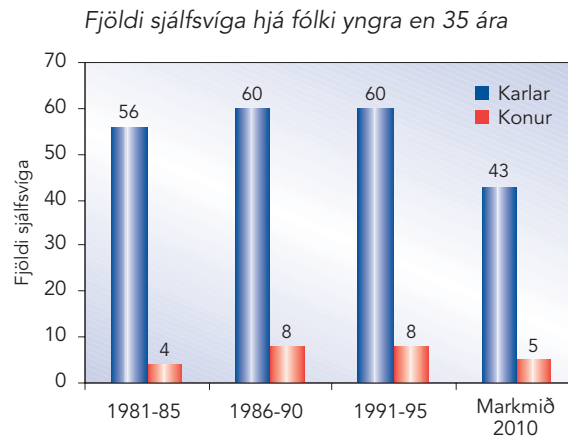
Leiðir

1. Heilsueflandi aðgerðir og aukin sjúkra- og iðjuþjálfun fyrir aldraða.
2. Eft og aukið samstarf og samhæfing heimilishjálpar, heimaþjónustu heilsugæslu, öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og hjúkrunar- og dvalarheimila, með sérstakri áherslu á teymisvinnu.
3. Samhæft mat 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 stuðli að bættri heilsu á efri árum, t.d. með tilliti til beinþynningar.
9. Tannvernd fullorðinna og aldraðra verði eflid.

IV. Geðheilbrigði

Aðalmarkmið

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

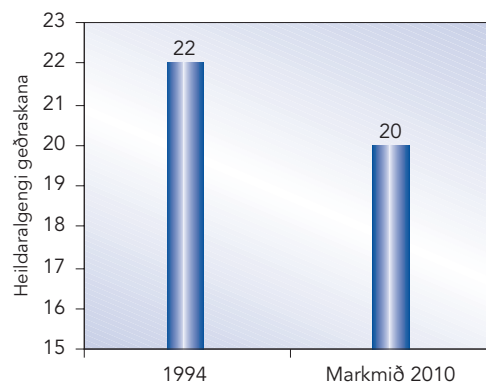


Heimild: Landlæknisembættið 1997.

Staða

Geðsjúkdómar og geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma á Íslandi. Þessir sjúkdómar valda meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómaflokkar. Þetta má m.a. sjá af því að meira en fjórðungur allra, sem fá fullan örorkulífeyri, fær hann vegna geðraskana. Heildaralgengi geðraskana á Íslandi er talið vera 22%. Samkvæmt því má gera ráð fyrir að um 50.000 Íslendingar, fimm ára og eldri, þjáist af einhvers konar geðtruflun á hverjum tíma. Sjálfsvígum hefur fjölgað hjá ungum karlmönnum.

Heildaralgengi geðraskana hjá fólki á aldrinum 20-59 ára



Heimild: Heilbrigðisráðuneytið 1998.

Leiðir

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.
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.

V. Hjarta- og heilavernd

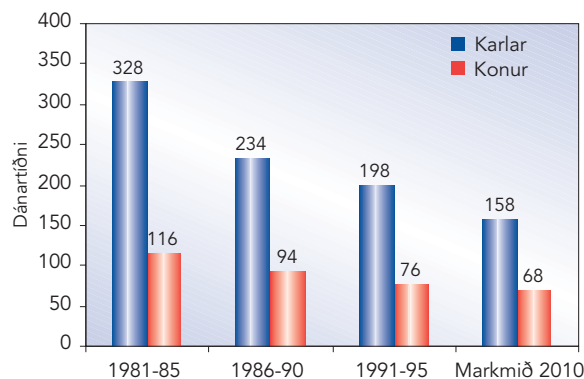
Aðalmarkmið

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

Staða

Rúmlega 60% allra dauðsfalla hér á landi eru af völdum langvinnra sjúkdóma, þar af deyja um 35% úr hjarta- og æðasjúkdómum. Hjarta- og æðasjúkdómar hafa verið á hröðu undanhaldi síðustu einn til tvo áratugi, bæði meðal karla og kvenna. Dánartíðnin hefur ekki aðeins lækkað heldur hefur einnig fækkað nýjum og endurteknum tilvikum. Ekki er að öllu óbreyttu búist við frekari fækkun dauðsfalla vegna kransæðasjúkdóma á næstu árum vegna þess að hækkandi aldur þjóðarinnar vegur jafnþungt lækun áhættu. Hins vegar má draga úr dánartíðni hjá fólki yngra en 65 ára og fresta framkomu hjarta- og æðasjúkdóma við 70 ára aldur um 30%.

Dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma á hverja 100.000 íbúa á aldrinum 25-74 ára (sbr. Monica-rannsókn Hjartaverndar)



Heimild: Hagstofa Íslands.

Leiðir

1. Fræðsla um mataræði, hreyfingu og áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma.
2. Aðgerðir sem 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 og hækkun á blóðfitu.

VI. Krabbameinsvarnir

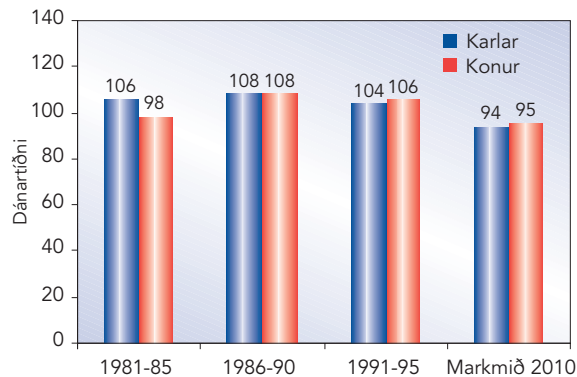
Aðalmarkmið

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

Staða

Um þriðjungur þjóðarinnar fær krabbamein á lífsleiðinni og nálægt fjórðungur deyr af völdum þess. Tíðni krabbameina fer vaxandi upp að ákveðnum aldri. Rannsóknir benda til þess að tengsl séu milli lífshátta og krabbameina. Einnig eru ýmis efni í umhverfinu krabbameinsvaldandi. Að öllu óbreyttu er búist við áframhaldandi hækkun á tíðni (nýgengi) og dánartíðni krabbameina umfram eðlilegar aldurshækkunarir. Miklar framfarir hafa orðið í meðferð ýmissa tegunda krabbameina þannig að margir fá nú bót meina sinna og öðrum er gert mögulegt að lifa lengur með sjúkdóm sinn en áður þekktist.

Dánartíðni vegna krabbameina á hverja 100.000 íbúa 75 ára og yngri



Heimild: Hagstofa Íslands.

Leiðir

1. Fræðsla um áhættuþætti krabbameina.
2. Aðgerðir sem hvetja til heilbrigðra lífshátta.
3. Gerð klínískra leiðbeininga er lúta að greiningu og meðferð krabbameina.
4. Skipulögð krabbameinsleit og eftirlit með áhættuþáttum.
5. Efling rannsókna á tengslum krabbameina og lífshátta, umhverfishátta og þjóðfélagsstöðu.

VII. Slysavarnir

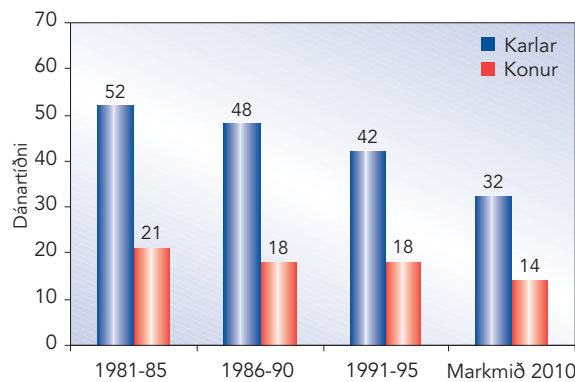
Aðalmarkmið

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

Staða

Árlega verða um 60.000 slys á Íslandi. Það samsvarar því að tæplega fjórðungur þjóðarinnar slasast. Um 30.000 þeirra, sem slasast, þurfa á eftirmeðferð að halda vegna afleiðinga slysanna. Slys eru mun algengari meðal karla en kvenna. Ísland sker sig úr hvað varðar fjölda slysa á heimilum. Kostnaður, sem hlýst af umferðarslysum, er gífurlegur, hann er talinn nema 14-18 milljörðum króna á ári. Læknis- og sjúkrakostnaður er þó aðeins lítill hluti þessara útgjalda en eigna-, tekju- og slysabætur eru langstærstu liðirnir. Afleiðingar slysa eru ekki einungis vinnu- tap og kostnaður fyrir þjóðfélagið heldur einnig glötuð æviár, örkuð og þjáningar. Tíðni dauðsfalla meðal karla af völdum slysa hefur lækkað úr 52 í 42 á hverja 100.000 íbúa frá árunum 1981-1985 til 1991-1995. Dauðaslysum kvenna hefur fækkað úr 21 í 18 á hverja 100.000 íbúa á sama tímabili. Sérfræðingar telja að hægt sé að ná enn betri árangri.

Dánartíðni vegna slysa á hverja 100.000 íbúa



Heimild: Hagstofa Íslands.

Leiðir

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 slysskráning.

Meginþættir heilbrigðisáætlunar

A. Samábyrgð og jafnræði

Markmið 1 – Samábyrgð um heilbrigði

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði munurinn á heilbrigðisástandi ríkja á starfssvæði Evrópuskrifstofu WHO þriðjungur minni en hann er.

Íslensk markmið til 2010:

1. Ísland verði ávallt meðal þeirra fimm þjóða sem búa við bestu heilbrigðisþjónustu í heiminum, samkvæmt gæðakvörðum Sameinuðu þjóðanna.
2. Upphæð sem samsvarar 1% af heilbrigðisútgjöldum verði varið til aðstoðar öðrum löndum um við uppbyggingu og þróun heilbrigðisþjónustu.
3. Stuðlað verði að því að velta heilbrigðistækniúnaðarins samsvari 1/3 af útgjöldum hins opinbera til heilbrigðismála.

Markmið 2 – Jafnræði til heilbrigðis

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði sá munur, sem er á heilbrigðisástandi einstakra þjóðfélagsþópa a.m.k. fjórðungi minni en hann er nú innan allra aðildarríkjanna. Beitt verði sértækum aðgerðum til þess að bæta heilsufar þeirra hópa sem verst eru settir.

Íslensk markmið til 2010:

1. Dregið verði úr mun á lífslíkum einstakra þjóðfélagsþópa um a.m.k. 25%.
2. Dregið verði úr mun á aðgengi þjóðfélagsþópa og íbúa mismunandi byggðarlaga að heilbrigðisþjónustu.
3. Tryggt verði að þeir, sem vegna æsku, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns, njóti jafnræðis á við aðra.

B. Bætt heilsufar

Markmið 3 – Heilbrigt líf frá upphafi

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði heilsufar nýfæddra barna, ungbarna og barna á leikskólaaldri betra en nú og börnum tryggð heilbrigð uppvaxtarskilyrði frá upphafi.

Íslensk markmið til 2010:

1. Ungbarnadauði verði undir þremur dauðsföllum á hverja 1.000 fædda.
2. Dregið verði úr slysum og slysdauða barna um 25%.
3. Fylgt verði leiðbeiningum landlæknis varðandi reglubundið mat á andlegum, líkamlegum og félagslegum þroska barna á aldrinum 0-6 ára.

Markmið 4 – Heilsufar ungs fólks

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði ungt fólk á Evrópusvæðinu heilbrigðara og færara um að rækja hlutverk sitt í þjóðfélaginu.

Íslensk markmið til 2010:

1. Dregið verði úr áfengis- og vímuefnaneyslu ungs fólks um 25%.
2. Dregið verði úr reykingum ungs fólks um 50%.
3. Dregið verði úr slysum og dauðaslysum ungs fólks um 25%.
4. Ótímabærum þungunum meðal stúlkna 19 ára og yngri fækki um 50%.

Markmið 5 – Heilbrigði öldrun

Evrópumarkmið:

Árið 2020 á fólki 65 ára og eldra að hafa tækifæri til þess að njóta góðrar heilsu að fullu og gegna virku félagslegu hlutverki í þjóðfélaginu.

Íslensk markmið til 2010:

1. Yfir 70% íbúa 80 ára og eldri verði við svo góða heilsu að þau geti með viðeigandi stuðningi búið heima og tekið virkan þátt í daglegu lífi.
2. A.m.k. 85% aldraðra verði árlega bólusett gegn influensu og á tíu ára fresti gegn lungnabólugubakteríu.
3. Reglubundnar heilbrigðis skoðanir og athuganir á mati íbúa 65 ára og eldri á eigin heilsu.
4. Bið eftir vistun á hjúkrunarheimili fyrir fólki, sem er í mjög brýnni þörf, verði ekki lengri en 90 dagar.

C. Forvarnir og heilsuvernd

Markmið 6 – Bætt geðheilbrigði

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði andleg og félagsleg vellíðan fólks meiri, þjónusta víðtækari og aðgengilegri fólki með geðræn vandamál.

Íslensk markmið til 2010:

1. Dregið verði úr tíðni geðraskana um 10%.
2. Dregið verði úr tíðni sjálfsvíga um 25%.
3. Geðheilbrigðisþjónusta nái árlega til 2% barna og unglinga á aldrinum 0-18 ára óháð búsetu.
4. Bætt verði aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu og meðferðarræðum fjölgað.

Markmið 7 – Dregið verði úr smitsjúkdómum

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði búið að draga verulega úr skaðvænlegum afleiðingum smitsjúkdóma og með skipulegum aðgerðum búið að útrýma, einangra eða hamla gegn sótt næmum sjúkdómum sem þýðingu hafa fyrir heilbrigðisástandið.

Íslensk markmið til 2010:

1. Viðhaldið verði öflugum forvörnum gegn smitsjúkdómum með ónæmisáðgerðum.
2. Rauðum hundum og hettusótt verði útrýmt.
3. Dregið verði úr nýgengi klamydíu um 50%.
4. Bætt verði og aukin kögun á smitsjúkdómum með skipulegri skráningu, markvissum viðbrögðum og samvinnu við erlenda aðila.
5. Dregið verði úr ónæmi sýkla gegn sýklalyfjum.
6. Eft verði upplýsingastarf og fræðsla fyrir almenning og fagfólk um farsóttir og sóttvarnir.

Markmið 8 – Dregið verði úr langvinnnum sjúkdómum

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði búið að draga eins og mögulegt er úr dánartíðni, örorku og ótímabærum dauðsföllum af völdum langvinnra sjúkdóma á Evrópusvæðinu.

Íslensk markmið til 2010:

1. Dregið verði úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma hjá aldurshópnum 25-74 ára, um 20% hjá körlum og 10% hjá konum.
2. Dregið verði úr dánartíðni vegna krabbameina hjá fólki yngra en 75 ára um 10%.
3. Dregið verði áfram skipulega úr veikindum, örorku og dánartíðni vegna öndunarfærasjúkdóma, stoðkerfisvandamála, gigtarsjúkdóma og annarra langvinnra sjúkdóma um þriðjung.

Markmið 9 – Dregið verði úr ofbeldi og slysum

Evrópumarkmið:

Árið 2020 verði búið að draga verulega og varanlega úr meiðslum, örorku og dauða sem orsakast af slysum og ofbeldi á Evrópusvæðinu.

Íslensk markmið til 2010:

1. Dánartíðni og örorka vegna umferðarslysa lækki um a.m.k. 25%.
2. Dánartíðni og örorka vegna slysa á vinnustað, heimilum og í skóla lækki um 25%.
3. Dregið verði úr tíðni og dauðsföllum vegna heimilisofbeldis, kynferðisofbeldis og annars ofbeldis um 25%.

D. Þverfaglegar aðgerðir

Markmið 10 – Heilsusamlegt og öruggt umhverfi

Evrópumarkmið:

Árið 2020 lifi fólk á Evrópusvæðinu í öruggara umhverfi, standi ekki varnarlaust gagnvart eiturefnum sem eru hættuleg heilsunni og fylgt verði alþjóðlega viðurkenndum öryggisstöðlum.

Íslensk markmið til 2010:

1. Framlög til heilbrigðisrannsókna verði tvöfölduð.
2. Gerð verði landsáætlun í umhverfis- og heilbrigðismálum (NEHAP).
3. Skipulegt mat verði reglulega gert á áhrifum umhverfisþátta og vinnuaðstæðna á heilsufar fólks.

Markmið 11 – Heilbrigðari lífshættir

Evrópumarkmið:

Árið 2015 hafi fólk í öllum þjóðfélagsstéttum tamið sér heilbrigðari lífshætti.

Íslensk markmið til 2010:

1. Stuðlað verði að því að fólk neyti sem fjölbreyttastar fæðu þar sem hlutfall fitu fyrir fullorðna sé 25-35% orkunnar, sbr. markmið Manneldisráðs.
2. Stuðlað verði að því að neysla grænmetis og ávaxta aukist verulega og verði í samræmi við markmið Manneldisráðs, a.m.k. fimm skammtar á dag.
3. Allur þorri fólks sé líkamlega virkur í frítíma sínum, iðki viðeigandi líkamspjálfun sem samsvarar 30 mínútna langri göngu a.m.k. fimm sinnum í viku.
4. Öll börn á skólaskyldualdri fái a.m.k. sem samsvarar einni kennslustund á viku í heilbrigðisfræðslu á hverju námsári.

Markmið 12 – Dregið verði úr skaðlegum áhrifum áfengis, ávanalyfja og tóbaks

Evrópumarkmið:

Árið 2015 verði búið að draga verulega úr skaðvænlegum áhrifum af neyslu vanabindandi efna, eins og tóbaks, áfengis og ávanalyfja, í öllum aðildarríkjunum.

Íslensk markmið til 2010:

1. Hlutfall fólks á aldrinum 18-69 ára, sem reykir, verði undir 15% og hlutfall barna og unglinga 14-17 ára, sem reykja, verði undir 5%.
2. Áfengisneysla verði ekki meiri en 5,0 lítrar af hreinu alkóhóli á ári á hvern íbúa 15 ára og eldri og nánast engin hjá þeim sem yngri eru.
3. Neysla ólöglegra ávanalyfja verði minnkuð a.m.k. um 25% og dánartíðni vegna þeirra lækki um a.m.k. 50%.

Markmið 13 – Heilsuvænt umhverfi

Evrópumarkmið:

Árið 2015 hafi fólk í aðildarríkjunum fleiri tækifæri til að lifa í heilsuvænu efnislegu og félagslegu umhverfi, hvort sem um er að ræða vinnustað, skóla, heimili eða nágrenni.

Íslensk markmið til 2010:

1. A.m.k. 95% skólabarna fái skipulega fræðslu og þjálfun í heilsuefningu.
2. A.m.k. 50% borga, bæjarfélaga og annarra sveitarfélaga hafi sett sér markmið á sviði heilsuefningar.
3. A.m.k. 20% stórra og meðalstórra fyrirtækja hafi skuldbundið sig til þess að vinna að heilsuefningu starfsfólks.

Markmið 14 – Þverfagleg ábyrgð á heilsufari

Evrópumarkmið:

Árið 2020 eiga allir þjóðfélagsgeirar að hafa gert sér grein fyrir ábyrgð sinni í heilsufarslegum eignum og viðurkennt hana.

Íslensk markmið til 2010:

1. Sérstaklega verði kveðið á um í lögum, og því fylgt eftir, að allir samfélagsgeirar beri ábyrgð í heilsufarslegum eignum.
2. Skipulegt umhverfismat fari ávallt fram á hugsanlegum áhrifum allra stærri iðnþróunarverkefna, framkvæmda og samfélagsaðgerða á heilsufar fólks.
3. Aðgerðir á sviði menntunar, upplýsingamála og rannsókna beinist í ríkara mæli að því að gera einstaklinga og þjóðfélagsþegnana í heild betur meðvitaða um samábyrgð sína í heilbrigðismálum.

E. Árangursrík heilbrigðisþjónusta

Markmið 15 – Samhæður heilbrigðisgeiri

Evrópumarkmið:

Árið 2010 eigi fólk á Evrópusvæðinu að hafa betri aðgang að fjölskyldu- og samfélagsmótaðri heilsugæslu með sveigjanlega og virka sjúkrahúsaþjónustu að bakhjarli.

Íslensk markmið til 2010:

1. Starfsemi heilbrigðiskerfisins byggist meira á teymisvinnu og samfelli í þjónustu.
2. Heilbrigðisþjónusta utan sem innan stofnana fylgi samhæfðum starfsreglum.

Markmið 16 – Aukin gæði og árangur

Evrópumarkmið:

Árið 2010 eiga aðildarríkin að vera búin að tryggja að stjórnun heilbrigðisgeirans beinist að því að ná árangri, hvort sem um er að ræða aðgerðir sem ná til fjöldans eða einstaklingsbundna klíniska meðferð.

Íslensk markmið til 2010:

1. Allar heilbrigðisstofnanir þrói með sér árangursmælikvarða og meti starf sitt á þeim grunni og/eða með hliðsjón af viðurkenndum gagnagrunnum.
2. Allar heilbrigðisstofnanir komi sér upp formlegu gæðapróunarstarfi og fylgi eigin áætlunum í gæðamálum.
3. Yfir 90% sjúklinga séu ánægð með þá heilbrigðisþjónustu sem þau fá.

Markmið 17 – Fjármögnun heilbrigðisþjónustu

Evrópumarkmið:

Árið 2010 hafi öll aðildarríkin tryggt fjármögnun og skiptingu fjárveitinga til heilbrigðiskerfisins á grundvelli jafns aðgangs, hagkvæmni, samábyrgðar og bestu mögulegra gæða.

Íslensk markmið til 2010:

1. Þjónustusamningar verði gerðir við allar heilbrigðisstofnanir landsins til þriggja ára í senn.
2. Þróun framlaga til heilbrigðisþjónustu verði ekki undir árlegum meðalvexti þjóðartekna.

Markmið 18 – Mannafli í þágu heilbrigðis

Evrópumarkmið:

Árið 2010 skulu öll aðildarríkin hafa tryggt að allar heilbrigðisfagstéttir og fagstéttir í öðrum geirum samfélagsins hafi tileinkað sér viðeigandi þekkingu, viðhorf og hæfni á sviði heilsuverndar og heilsuefningar.

Íslensk markmið til 2010:

1. Árlega verði spáð fyrir um mannaflapörf heilbrigðisþjónustunnar til næstu fimm til tíu ára.
2. Aðgangur að námi heilbrigðisstétta taki þegar mið af mannaflapörf heilbrigðisþjónustunnar.
3. Námskrár heilbrigðisstétta taki mið af heilsuþörfum þjóðarinnar og framkvæmd heilbrigðisáætlunar.

F. Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir

Markmið 19 – Rannsóknir og þekking í þágu heilbrigðis

Evrópumarkmið:

Árið 2005 skulu öll aðildarríkin stunda heilbrigðisrannsóknir og hafa komið sér upp upplýsinga- og samskiptakerfum sem styðja betur öflun, virka nýtingu og útbreiðslu þekkingar til þess að geta framfylgt stefnu WHO um heilsu fyrir alla.

Íslensk markmið til 2010:

1. Framlög til rannsókna og þróunarstarfsemi verði a.m.k. 2% af heildarútgjöldum til heilbrigðismála.
2. Árlega verði 3-5% af fjárfrahlögum til heilbrigðisstofnana varið til kaupa og endurnýjunar á tölum, lækn-ingatækjum og öðrum tækjabúnaði.

Markmið 20 – Efling samstarfs í þágu heilbrigðis

Evrópumarkmið:

Árið 2005 verði búið að fá einstaklinga, hópa og skipulögð samtök til samstarfs við framkvæmd stefnumörkunar WHO um heilbrigði fyrir alla, innan opinbera geirans, einkageirans og almennt í þjóðfélaginu.

Íslensk markmið til 2010:

1. Unnið verði að viðtækri samfélagsþátttöku um framkvæmd stefnumörkunar WHO og íslensku heilbrigðisáætlunarinnar.
2. Skipulega verði kannað á hvern hátt hver samfélagsgeiri eða atvinnugrein getur lagt sitt af mörkum til þess að bæta heilsufar þjóðarinnar.

Markmið 21 – Stefnumál og aðgerðir í þágu heilsu fyrir alla

Evrópumarkmið:

Árið 2010 skulu öll aðildarríkin vera virk í framkvæmd stefnumörkunarinnar um heilbrigði fyrir alla á landsvísu og svæðisbundið eða á staðbundnum vettvangi. Þetta starf verður að grundvallast á viðeigandi stofnananeti, stjórnkerfi og skapandi forystu.

Íslensk markmið:

1. Skipulags- og stjórnkerfi heilbrigðismála verði endurskoðað með hliðsjón af stefnumörkun WHO og framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar.
2. Skilgreind verði frekari skammtíma- og langtíamarkmið, mælikvarðar og forgangsmál í heilbrigðismálum ásamt aðgerðum og leiðum til þess að ná settum markmiðum, sbr. skýrslu um forgangsröðun.
3. Ákvarðanir verði teknar um verkaskiptingu ríkis, landshluta og sveitarfélaga í heilbrigðismálum.

Samþykkt á Alþingi 20. maí 2001.