Heilbrigðisþing 1999

Framtíðarsýn í heilbrigðismálum

HEILBRIGÐIS- OG
TRYGGINGAMÁLARÁÐUNEYTIÐ

Reykjavík 2001

Heilbrigðisþing 1999
Framtíðarsýn í heilbrigðismálum

Erindi flutt á heilbrigðisþingi 25. mars 1999

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Reykjavík 2001

© Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2001

Heilbrigðisþing 1999 – Framtíðarsýn í heilbrigðismálum

Erindi flutt á heilbrigðisþingi 25. mars 1999

Umsjón: Áætlana- og þróunarskrifstofa

Hönnun og umbrot: XYZETA/SÍA

Prentun: Grafík

Upplag: 500

ISBN 9979-872-22-5

Efnisyfirlit

Bls.

Formáli 4
Ávarp heilbrigðisráðherra, *Ingibjargar Pálmadóttur* 5
Hvers vegna heilbrigðisáætlun? *Davíð Á. Gunnarsson, ráðuneytisstjóri* 8

I. Forsendur heilbrigðisáætlunar 11
Stefna Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði á 21. öldinni og Evrópuáætlun WHO: Heilsa21, *Vilborg Ingólfsdóttir yfirhjúkrunarfræðingur* 13
Íslensk heilbrigðisáætlun til ársins 2005, *Ingimar Einarsson skrifstofustjóri áætlana- og þróunarskrifstofu* 17

II. Meginþættir heilbrigðisáætlunar 21

A. Samábyrgð og jafnræði til heilsu (Markmið 1 og 2) 23
Aðgengi, jöfnuður og þörf fyrir þjónustu, *Ólafur Hergill Oddsson, héraðslæknir Norðurlands* . . 24
Heilbrigðistækni, stuðningur við uppbyggingu heilbrigðisþjónustu í nútíð og framtíð, *Þórður Helgason verkfræðingur* 29

B. Bætt heilsufar (Markmið 3, 4 og 5) 31
Börn, heilbrigði og þjóðfélag, *Matthías Halldórsson, aðstoðarlandlæknir* 32
Góð heilsa á efri árum, *Pálmi V. Jónsson, lyf- og öldrunarlæknir* 37

C. Forvarnir og heilsuvernd (Markmið 6, 7, 8 og 9) 41
Stefnumörkun í geðheilbrigðismálum, *Tómas Zoëga geðlæknir* 42
Samhæfing forvarna, *Ragnheiður Haraldsdóttir skrifstofustjóri* 45

D. Þverfaglegar aðgerðir (Markmið 10, 11, 12, 13 og 14) 51
Áfengis-, fíkniefna- og tóbaksvarnir, *Þorgerður Ragnarsdóttir, framkvæmdastjóri áfengis- og vímuvarnaráðs* 52
Heilsuefling, *Anna Björg Aradóttir hjúkrunarfræðingur* 55

E. Árangursrík heilbrigðisþjónusta (Markmið 15, 16, 17 og 18) 57
Gæði og framþróun heilbrigðisþjónustu, *Guðrún Högnadóttir rekstrarráðgjafi* 58
Starfsmannastefna, *Magnús Pétursson, forstjóri sjúkrahúsanna í Reykjavík* 62
Menntun heilbrigðisstétta, *Margrét Oddsdóttir skurðlæknir* 66

F. Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir (Markmið 19, 20 og 21) 67
Rannsóknir og vísindastarfsemi, *Guðmundur Þorgeirsson læknir* 68
Upplýsingavæðing, *Baldur Johnsen tölvunarfræðingur* 70

III. Framtíðarskipulag 73
Þjónusta sjúkrahúsa, *Sigríður Snæbjörnsdóttir hjúkrunarforstjóri* 74
Heilsugæsla og heilbrigðisþjónusta á landsbyggðinni, *Stefán Þórarinsson héraðslæknir* . . . 78
Heilsugæsla og sérgreinaþjónusta í þéttbýli, *Lúðvík Ólafsson héraðslæknir* 80

Þátttakendur á heilbrigðisþingi 1999 84

Formáli

Í þessu riti er að finna erindi sem flutt voru á heilbrigðisþingi 1999 en það var haldið 25. mars á því ári.

Til heilbrigðisþings var boðað í samræmi við ákvæði laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990. Þar segir m.a.: „Heilbrigðisþing skal haldið eigi sjaldnar en fjórða hvert ár. Verkefni heilbrigðisþings skulu vera ráðgjafar- og umsagnarstörf á sviði heilbrigðismála. Til heilbrigðisþings skal boða fulltrúa hinna einstöku þátta heilbrigðisþjónustunnar og einstöku heilbrigðisstétta.“ Undirbúningur heilbrigðisþings 1999 var að mestu í höndum áætlana- og þróunarskrifstofu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

Framtíðarsýn heilbrigðisþjónustunnar og gerð heilbrigðisáætlunar til lengri tíma var meginviðfangsefni heilbrigðisþings 1999. Í stað áherslu á faraldsfræði sjúkdóma, eins og á heilbrigðisþingi 1995, var augunum beint að þjónustu heilbrigðiskerfisins og helstu markmiðum í heilbrigðismálum.

Á heilbrigðisþinginu kom greinilega fram að í heilbrigðismálum sem og á öðrum sviðum þjóðlífsins væri nauðsynlegt að vinna skipulega að áætlanagerð og setningu markmiða á öllum sviðum heilbrigðiskerfisins. Þeir tímar væru liðnir að menn gætu látið sér nægja að einbeita kröftunum að því að berjast í gegnum öldurót hversdagsins. Í stað þess væri nauðsynlegt að skoða öll viðfangsefni í víðara samhengi og tengslum við stefnumörkun og áætlanir í heilbrigðismálum.

En þó að heilbrigðisþjónustan standi nú frammi fyrir meiri og örari breytingum en nokkru sinni fyrr í sögu mannkyns er ekki síður mikilvægt að skilja og þekkja fortíðina en að átta sig á því sem fram undan er. Í erindi sínu lagði Ingibjörg Pálmadóttir, þáverandi heilbrigðisráðherra, áherslu á að þetta gilti um rannsóknir, raunvísindi og siðfræðileg málefni. Hún sagði jafnframt: „Á umbrotatímum sem fara í hönd megum við ekki gleyma, eða verða svo upptekin af hinni nýju framtíð, eða fögru veröld, að við erum til fyrir almenning. Ekki öfugt.“

Umfjöllunarefni heilbrigðisþingsins tengdust öll með einum eða öðrum hætti fyrirliggjandi drögum að íslenskri heilbrigðisáætlun og var meginhersla lögð á forsendur og helstu þætti hennar, auk hugmynda um framtíðarskipulag heilbrigðisþjónustunnar. Lýst var stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði allra á 21. öldinni og Evrópuáætlun WHO: Heilsa21. Jafnframt voru raktir helstu þættir í sögu áætlanagerðar og stefnumörkunar í heilbrigðismálum hér á landi.

Á heilbrigðisþinginu var sérstaklega vakin athygli á vinnu við mótun reglna um forgangsröðun, breytingar á skipulagi heilbrigðisþjónustunnar, upplýsingamál heilbrigðiskerfisins, uppbyggingu fjarlækninga og fjarsamskipta. Gæðamál heilbrigðisþjónustunnar, málefni heilsugæslu og sjúkrahúsa, áfengis- og vímuefnavarnir, heilsuefling, geðheilbrigðismál, menntun heilbrigðisstétta, rannnsóknir og vísindastarfsemi og uppbygging heilbrigðistækniiðnaðar voru einnig til umfjöllunar.

Í framhaldi af heilbrigðisþinginu 1999 voru drög að heilbrigðisáætluninni send stjórnendum heilbrigðisstofnana, fagstéttum, hagsmunahópum og fleiri aðilum til umfjöllunar. Athugasemdir þeirra og ýmislegt annað sem fram kom á heilbrigðisþinginu var síðan lagt til grundvallar endanlegri gerð heilbrigðisáætlunar. Ákveðið var með hliðsjón af umsögnum og fleiri atriðum að heilbrigðisáætlunin miðaðist við árið 2010 í stað ársins 2005 eins og í upphaflegum drögum.

Ingimar Einarsson
skrifstofustjóri áætlana- og þróunarskrifstofu

Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðisráðherra

Ávarp

Ágætu þingfulltrúar.

Ég býð ykkur velkomin til þessa þings, þings þar sem okkur gefst tækifæri til að líta um öxl og meta það sem gerst hefur á liðnum fjórum árum til þess að geta séð inn í framtíðina.

Það sem við ræðum hér í dag undir liðnum *Heilbrigðisáætlun til ársins 2005* má í grófum dráttum skipta í þrennt:

- forsendur heilbrigðisáætlunar,
- helstu þætti hennar, og
- framtíðarskipulag.

Svo sem þið vitið öll, sem hér eruð saman komin, er heilbrigðisþing fyrir heilbrigðisstarfsmenn og hér munu síðar í dag tala allir helstu sérfræðingar okkar, hver á sínu sviði, og miðla af fróðleik sínum.

Hér eru hins vegar líka leikmenn og við sem vinnum í heilbrigðisþjónustunni megum einmitt aldrei gleyma þeim sem við eigum að þjónusta. Við erum til fyrir almenning – almenningur, eða sjúklingar, eru ekki til fyrir okkur.

Þetta veit ég að ykkur er öllum ljóst, en stundum þurfum við að segja þetta upphátt einmitt til að almenningur átti sig á stöðu sinni í þessu sambandi.

Ágætu þingfulltrúar, til að átta sig á því sem fram undan er þurfa menn að skilja fortíðina. Þannig er það í tilverunni. Og þetta gildir líka um rannsóknir, um raunvísindin og þetta gildir um siðfræðileg málefni.

Heilbrigðisstarfsmenn standa margir hverjir frammi fyrir mjög áleitnum siðfræðilegum spurningum nú.

Og ekki misskilja mig: Ég er ekki að tala um gagnagrunn á heilbrigðissviði.

Hin örstutta fortíð í vísindum segir okkur að leiðin til framtíðar sé vörðuð siðfræðilegum spurningum sem við verðum að svara, eða leysa úr. Svo mjög telja menn að læknavísindin, lyfjaiðnaður – já – heilbrigðisþjónustan í heild sinni, muni breytast á nýrri öld.

Á umbrotatímum sem fara í hönd megum við ekki gleyma, eða verða svo upptekin af hinni nýju framtíð, eða fögru veröld, að við erum til fyrir almenning. Ekki öfugt.

Það eru ekki bara áleitnar siðfræðilegar spurningar í heilbrigðisþjónustu sem við eygjum við ystu sjónarrönd og gerum okkur grein fyrir að svara verður. Þetta eru spurningar sem varða alla. Skipulag heilbrigðismála er líka pólitík og á þeim vettvangi verða menn líka að spyrja og krefjast svara.

Ég man ekki eftir því að stjórnmálaflokkur hafi ályktað sérstaklega um að taka af samstarfsflokkunum tiltekið ráðuneyti ef flokkarnir færu aftur saman í stjórn.

Það hefur gerst nú. Ég kippi mér svo sem ekki upp við það en nefni það hér til að undirstrika að heilbrigðismálin eru líka stjórnmál, en í þessu sambandi vil ég segja:

Það er enginn dómari í eigin sök, en nokkur atriði vil ég telja upp sem náðst hafa fram á liðnum misserum, atriði sem ég tel að muni móta mjög framtíðarsýn í heilbrigðismálum.

- Í fyrsta lagi hefur gríðarleg uppbygging heilsugæslunnar um land allt átt sér stað. Á síðustu tveimur árum höfum við til dæmis fjárfest meira en áður í húsnæði og tölvubúnaði fyrir heilsugæsluna.
- Í öðru lagi hefur okkur tekist á tveimur árum að sameina stjórnkerfi margra stofnana og búa til eina. Hér vísa ég til sameiningarinnar á norðanverðum Vestfjörðum og fyrir austan í Heilbrigðisstofnun Austurlands, sem tók til starfa í vetur. Þetta er leiðin til að skapa faglega aðlaðandi umhverfi fyrir lækna og hjúkrunarfræðinga á lands-

byggðinni og búa þeim kjör svipuð þeim sem boðið er upp á í þéttbýlinu hér syðra.

- Í þriðja lagi vil ég nefna þjónustusamninga sem gerðir hafa verið að frumkvæði heilbrigðisráðuneytisins. Ekkert ráðuneyti hefur verið jafnduglegt að fara þessa leið og okkar.
- Í fjórða lagi hefur miklum tíma og fé verið varið í stefnumótun. Ég nefni vandaða úttekt **í geðheilbrigðismálum**, ég nefni merkilegar niðurstöður **í forgangsröðunarskýrslunni** og ég nefni afar mikilvægar tillögur sem fram eru komnar **um heilsufar kvenna**. Allt þetta gagnast til framtíðar.
- Í fimmta lagi vil ég nefna nýja Barnaspítalann á Landsspítalalóðinni. Fyrir hönd almennings, fyrir hönd starfsfólksins sem sinnir sjúkum börnum, gleðst ég mjög að þessi ákvörðun skuli hafa verið tekin, en það hryggir mig að málsmetandi einstaklingar skuli ekki geta séð skóginn fyrir trjánum, og telja sér skylt að stöðva framkvæmdir með öllum ráðum, eða gagnrýna bygginguna með öðrum hætti.

Að lokum vil ég nefna það sem ég tel **að muni skipta afar miklu máli til framtíðar litið.**

Hér á ég við **sögulegt samkomulag** sem tókst milli mín, Geirs H. Haarde fjármálaráðherra og Ingibjargar Sólrúnar Gísladóttur borgarstjóra, um að setja einn forstjóra yfir stóru spítalana í Reykjavík og stuðla með því að aukinni samvinnu þessara tveggja stofnana.

Áherslan sem ég lagði á þetta mál byggist á nokkrum eftirfarandi atriðum:

- Það verður að hagræða í rekstri hátæknisjúkrahúsa. Ekki fyrst og fremst vegna vandamála dagsins í dag – heldur vandans sem við sjáum í næstu framtíð. Það er að segja á tæknisjúkrahúsi framtíðarinnar, þegar hátæknimeðferð og lækningar verða miklu dýrari fyrir fámenna þjóð en þær eru núna. Og hér er ég ekki bara að tala um tæki og búnað – ég er að tala um fólk – ég er að tala um sérfræðinga sem við gætum misst úr landi, eða fáum ekki til landsins, ef við berum okkur ekki búmannlega til að geta greitt laun í harðri samkeppni við útlönd.
- Stóraukin samvinna hátæknisjúkrahúsanna í Reykjavík er pólitísk forsenda fyrir því, að sátt skapist **í landinu öllu** um hagkvæmari uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar **í heild** – við skulum ekki stinga höfðinu í sandinn í þessu sambandi.
- Samvinna sjúkrahúsanna er líka forsendan fyrir því að sátt takist um uppbyggingu hátæknisjúkrahúss, en um leið er þetta trygging fyrir því að hægt sé að veita þá þjónustu sem nú þegar er veitt á Akranesi, eða í Stykkishólmi, eða annars staðar í dreifbýlinu.

En nú spyrja menn kannski: Er ekki hægt að ná meira fé inn í heilbrigðisþjónustuna?

Ég spyr á móti: Haldið þið að íslenskur almenningur sætti sig við í fyrsta lagi að greiða meira fyrir þjónustuna og í öðru lagi að í heilbrigðisþjónustunni sé innbyggð mismunun sem byggist á efnahag? Ég segir nei! Við verðum að fara aðrar leiðir.

Ég nefndi hér áðan að við yrðum að hagræða í rekstrinum til að geta greitt góðu starfsfólki laun sambærileg við það sem keppinautar okkar gera á alþjóðlegum markaði. Þannig fáum við hæft starfsfólk – þannig verða starfsmenn ánægðir.

Í þessu sambandi langar mig til að nefna það sem gerst hefur í launamálum hér. Launavísitala greiddra launa hjá Ríkisspítölum hefur hækkað um 69% frá árinu 1992. Neysluverðsvísitalan hefur á sama tíma hækkað um 14 af hundraði.

Frá því að heilbrigðisþing var síðast haldið árið 1995 hefur launavísitala greiddra launa á Ríkisspítölum hækkað um 43 prósent. Og nú bið ég ykkur að hlusta: Á sama tíma hækkaði neysluverðsvísitalan um 6 prósent.

Ég ætla ekki að draga ályktanir af þessum tölum.

Fyrir miðja öldina sagði þáverandi landlæknir að kosturinn við veikindi væri sá að flest lagaðist nú af sjálfu sér.

Þannig er það ekki í dag. Þekking ykkar og færni er staðfesting mikilla breytinga í heilbrigðisþjónustu.

Ég hitti fyrir skemmstu Helenu frá Neystabæ, heilbrigðisráðherra Færeyinga. Hún var alls ekki hissa á því að Íslendingar byðu upp á heilbrigðisþjónustu á heimsvísu, enda gjörkunnug staðháttum hér.

Danski heilbrigðisráðherrann sem ég hitti um svipað leyti spurði yfir sig undrandi, eftir að hafa legið í staðtölum íslensku heilbrigðisþjónustunnar: Hvernig getur 280 þúsund manna þjóð haldið úti svona góðri heilbrigðisþjónustu?

Stundum þurfum við að velta fyrir okkur svörunum við svona spurningum.

Þakka ykkur fyrir – nú tekur við annað þing hjá mér – Alþingi – þeir ætla víst að fara að breyta kjördæmamörkunum.

Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri

Hvers vegna heilbrigðisáætlun?

Ágætu gestir á heilbrigðisþingi.

Þegar farið var að skipuleggja þetta heilbrigðisþing fannst okkur strax við hæfi að velja því umgjörð í þessu nýja og fallega tónlistarhúsi Kópavogsbúa.

Ástæðan er einföld. Heilbrigðismál og heilbrigðisvísindi eru ekki bara rökhyggja og raunvísindi. Þau eru ekki síður list, læknislist.

Kópavogsbúar hafa líka nýverið tekið í notkun nýja og glæsilega heilsugæslustöð þar sem listin skipar veglegan sess, bæði húsagerðarlistin í heilsugæslubyggingunni sjálfri og ekki síður í miklu listaverki eftir Baltasar sem stendur þar utan dyra. Sem verkfræðingur má ég nú til með að segja ykkur að í listaverkinu felst líka snjöll verkfræðileg lausn því að það hýsir einnig inntak loftræstingar hússins.

En listin er mikill lífs-elexír og getur haft veruleg áhrif á líf okkar, ekki síst heilbrigðið – bæði í þröngum og víðum skilningi þess orðs.

Það fer því vel á því að þessir tveir þættir séu tvinnaðir saman.

En í þessu húsi er ekki bara list, hér hefur líka verið komið fyrir hátæknibúnaði sem tengir okkur við sjö aðra staði á landinu og Texas í Bandaríkjunum að auki.

Það er að vísu einn galli á og hann er sá að þeir sem fylgjast með okkur með hjálp byggðabrúarinnar njóta ekki listarinnar. Þeir sjá einungis hluta af sviðinu – þeir verða t.d. að láta sér nægja að sjá mig í augnablikinu – þeir geta því ekki notið þessa fallega húss. En þetta stendur víst allt til bóta og á næsta heilbrigðisþingi gætu þeir hugsanlega verið í fundarsölum sjúkrahúsanna því stefnt er að því að þau eignist fjarþjónustubúnað á næstu árum.

En hvers vegna erum við saman komin hér í dag, hver er tilgangur með því að gera heilbrigðisáætlun og til hvers höldum við heilbrigðisþing? Er það þess virði að eyða heilum degi hér í dag, þegar við gætum verið að gera eitthvað allt annað, sinna sjúklingum, lækka staflann á skrifborðinu eða framkvæma hugmyndir sem geta orðið heilbrigðiskerfinu til framdráttar?

Í fyrsta lagi er það nú einfaldlega svo að í lögum um heilbrigðisþjónustu er mælt fyrir um að heilbrigðisþing skuli haldið eigi sjaldnar en fjórða hvert ár. Verkefni þingsins eru samkvæmt lagaákvæðinu ráðgjafar- og umsagnarstörf á sviði heilbrigðismála og í ákvæðinu segir jafnframt að til þingsins skuli boða fulltrúa hinna einstöku þátta heilbrigðisþjónustunnar og heilbrigðisstétta. Þá segir að ráðuneytið fullvinni þau mál er fram komi á þinginu hverju sinni.

Heilbrigðisþing er nú haldið í fjórða sinn og að þessu sinni ákvað ráðherra að umfjöllunarefni yrðu drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2005.

Í öðru lagi er það svo að það auðveldar mjög alla vinnu, allt skipulag, hvort sem það er í heilbrigðisþjónustu eða á öðrum sviðum, ef menn vita hvert þeir stefna. Þróunin í heilbrigðisvísindum er hröð, breytingar enn miklar. Það er ekki nægjanlegt til að spá um framtíðina að vita hvar við erum nú eða hvaðan við vorum að koma – einfaldlega: það er ekki hægt að stýra bíl með því að horfa út um afturrúðuna. Við þurfum að njóta ráða framsýnna einstaklinga sem hafa nægjanlega þekkingu til að geta sett fram markmið framtíðarinnar. Það teljum við að hafi tekist í þeirri áætlun sem hér er kynnt.

Segja má að það sem einkenni þau drög að heilbrigðisáætlun sem nú eru kynnt sé að þau eru mun afmarkaðri en heilbrigðisáætlun sem lögð var fyrir Alþingi og samþykkt árið 1991. Sú áætlun byggðist fyrst og fremst á almennum viljayfirlýsingum í anda svonefndrar Alma Ata yfirlýsingar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) frá árinu 1978. Hún er í

raun barn síns tíma og í fullu samræmi við áætlanir annarra landa frá þeim tíma. Nú leggjum við áherslu á vel skilgreinanleg markmið í samræmi við þær heilbrigðisáætlanir sem gerðar hafa verið og unnið er að á Bretlandi og annars staðar á Norðurlöndum svo og áætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, Heilsa21, eða heilbrigði fyrir alla á 21. öldinni, sem Vilborg Ingólfsdóttir mun gera grein fyrir hér á eftir. Aðildarlönd stofnunarinnar hafa tekið undir að þau muni taka tillit til áætlunar WHO og aðlaga hana aðstæðum í sínu landi og þetta er einmitt það sem við höfum gert með þeim drögum að heilbrigðisáætlun sem nú liggur fyrir. Þannig er markmiðum fækkað, ekki er um „óskalista“ af neinu tagi að ræða, markmiðin eru raunsæ og þeim sleppt sem erfitt er að skilgreina og tengja mælanlegum árangri. Segja má að með þessum vinnubrögðum höfum við og önnur aðildarríki Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar tileinkað okkur aðferðir sem tíðkast bæði hjá einkafyrirtækjum og í iðnaði þar sem byggt er á mælanleika, gæðastjórnun og áreiðanleika. Það er von okkar að þegar ný heilbrigðisáætlun hefur verið samþykkt muni það auðvelda alla vinnu, bæði við fjárlagagerð og ekki síður skipulag einstakra stofnana, að geta lagað starfsemina að ákveðinni fastmótaðri stefnu.

Þessi drög eru byggð á starfi þverfaglegrar og þverpólitískrar nefndar sem í áttu sæti, auk þess sem hér stendur, Jónas Magnússon prófessor, Pálmi V. Jónsson læknir, Ásta Möller hjúkrunarfræðingur, Ólafur Ólafsson, fyrrverandi landlæknir, Birgir Gunnarsson, framkvæmdastjóri Sjúkrahúss Skagfirðinga, Sighvatur Björgvinsson, alþingismaður og fyrrverandi ráðherra, Svavar Gestsson, fyrrverandi alþingismaður og ráðherra, Inga Jóna Þórðardóttir, borgarfulltrúi og fyrrverandi aðstoðarmaður ráðherra, og Þórir Haraldsson, aðstoðarmaður heilbrigðisráðherra.

Samkvæmt skipunarbréfi nefndarinnar átti hún meðal annars að taka tillit til vinnu annarrar þverpólitískrar nefndar sem fjallaði um forgangsröðun verkefna í heilbrigðisþjónustu og skilaði skýrslu á síðastliðnu ári. Þar koma fram þær megináherslur sem forgangsröðunarnefndin telur að byggja eigi á við ákvarðanatöku, áætlanagerð og setningu markmiða í heilbrigðismálum á næstu árum. Þau drög sem þið hafið hér fyrir framan ykkur taka að sjálfsögðu fullt tillit til tillagna forgangsröðunarnefndarinnar.

Ég vil sérstaklega leggja áherslu á að um niðurstöður þær sem nú eru kynntar skapaðist bæði þverfagleg og þverpólitísk samstaða. Það breytir ekki því að fleiri aðilar þurfa að koma að þessari umræðu þannig að þegar heilbrigðisáætlun hefur verið samþykkt sé ljóst að um hana ríki víðtæk sátt í þjóðfélaginu.

Í þessu sambandi vil ég sérstaklega nefna að almenningur, þeir sem heilbrigðiskerfið er til fyrir, þeir sem því er ætlað að þjóna, er sífellt betur upplýstur og á aukinn aðgang að hvers kyns upplýsingum um sjúkdóma, lyf og fleira. Þar á ég til dæmis við aðgengi með tilkomu Internetsins – eða veraldarvefsins eins og íslenskumenn hvetja okkur til að segja – og fjölmiðlaumfjöllun, sem getur haft mjög sterk áhrif.

Almenningur mun og á að hafa meira að segja um heilbrigðisþjónustuna í framtíðinni, það er hlutverk heilbrigðisyfirvalda að finna þeim áhrifum farveg.

Ég vil sérstaklega taka fram að eins og þið sjáið eru þessi drög „græn“, það er ekki vegna eindreginnar óskar ráðherra eða að embættismenn hafi viljað gleðja ráðherra með græna litnum. Nei, við notum þarna alþekkta aðferð í hinum vestræna heimi, að leggja fram það sem nefnt hefur verið á engilsaxnesku „green paper“ sem óskað er eftir umræðu um. Endanlegt plagg verður síðan hvítt, sbr. „white paper“.

Að lokum vil ég þakka ykkur fyrir að koma svo mörg hér í dag. Ég veit að við eigum eftir að eiga skemmtilegar og árangursríkar umræður.

Af því að við erum í tónleikahúsi ætla ég að ljúka máli mínu á því að líkja „grænu drögunum“ sem hér liggja fyrir við kammertón-

leika sem undirritaður hefur fengið að stjórna sem formaður þeirrar nefndar sem þau vann. En nú er komið að stóru hljómsveitinni, það eruð þið, og í dag og næstu mánuði þurfum við að útsetja verkið þannig að það hæfi allri þjóðinni eins vel og hægt er.

Til að stjórna tónleikunum í dag höfum við valið tvo stjórnendur, þau Helga Má Arthúrsson, upplýsingafulltrúa í ráðuneytinu, og Ragnhildi Arnljótsdóttur skrifstofustjóra. Ég ætla að biðja þau að koma hér og taka við stjórn.

I. Forsendur heilbrigðisáætlunar

Vilborg Ingólfsdóttir yfirhjúkrunarfræðingur

Stefna Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði á 21. öldinni og Evrópuáætlun WHO: Heilsa21

Íslensk heilbrigðisáætlun fram til ársins 2005 er landsáætlun í heilbrigðismálum sem byggir að verulegu leyti á stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði á 21. öldinni og Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar: Heilsa21.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin er ein af stofnunum Sameinuðu þjóðanna. Stofnskráin var undirrituð árið 1948. Hún var samþykkt af 61 þjóðlandi og var Ísland eitt þeirra. Nú eru aðildarríkin 191. Þau eru í öllum heimsálfum og í aðildarlöndunum búa milljarðar manna, stærsti hluti mannkyns. Löndin, þjóðfélögin og einstaklingarnir eru mismunandi en þrátt fyrir það hefur tekist að marka stefnu í heilbrigðismálum sem öll aðildarríkin eru reiðubúin að reyna að fylgja.

Heilbrigði eru lífsgæði sem í senn eru dýrmætasta eign hvers einstaklings en jafnframt verðmætasta auðlind hverrar þjóðar. Allar stefnur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar fylgja meginhugsjóninni, að vernda og efla heilbrigði, draga úr sjúkdómum og tryggja mannréttindi.

En lítum til þess hver var aðdragandinn að áætluninni Heilbrigði allra á 21. öldinni og Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar: Heilsa21.

Árið 1977 skoðaði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin áherslur og árangur í starfi sínu liðin ár. Niðurstöður sýndu að vel hafði tekist að útrýma bólusótt og meðallífslíkur manna höfðu aukist. Heilbrigðisþjónustan byggðist hins vegar að mestu upp á þröngri sérfræðiþjónustu sem náði fyrst og fremst til fárra útvaldra og út frá því sjónarhorni var heilsufar metið. Þarna sáu aðildarríkin að breyting varð að verða á. Nýta varð þá þekkingu sem til var, láta hana gagnast öllum og menn gerðu sér ljóst að tengsl voru milli þjóðfélagslegra aðstæðna og heilsufars.

Á 30. þingi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar sama ár var samþykkt ályktun sem fól í sér nokkrar grundvallarviðhorfsbreytingar. Alþjóðaheilbrigðisþingið setti sér markmið um heilsu allra árið 2000 og lagði áherslu á grunnheilsugæslu sem forsendu þess að því markmiði yrði náð. Hætt var að líta á heilbrigði sem einangrað fyrirbæri og sértækt markmið heldur var farið að líta á heilbrigði og heilsu meira sem forsendu þess að geta gert aðra hluti en ekki markmið í sjálfu sér. Einnig má nefna að í ályktuninni var líka farið að höfða meira til stjórnvalda aðildarríkjanna um þátttöku þeirra og hlutdeild í bættu heilsufari en að ábyrgðin hvíldi ekki einvörðungu á einstaklingunum sjálfum og heilbrigðisstéttum.

Þessi ályktun frá árinu 1977 var grunnurinn sem svonefnd Alma Ata yfirlýsing frá árinu 1978 byggir á og kalla má hana fyrstu markvissu heildarstefnumótun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar að stofnskránni undanskilinni.

Alma Ata yfirlýsingin lagði áherslu á heilbrigði sem grundvallarmannréttindi og það að sem flestir búi við bestu mögulegu heilsu sé mikilvægasta þjóðfélagsmál hvers ríkis og krefjist samvinnu margra geira samfélagsins. Sá mikli ójöfnuður sem ríkir í heilbrigðisástandi þjóða er vandamál sem varðar ekki einvörðungu heilbrigðisþjónustuna heldur snertir alla þætti þjóðlífsins. Vakin var athygli á að lífshættir og umhverfi ráða miklu um heilsufar og framvindu þess.

Í Alma Ata yfirlýsingunni var megináherslan lögð á uppbyggingu heilsugæslu og mikilvægi hennar í að tryggja jöfnuð í þjónustu við íbúana. Hins vegar var einnig vakin athygli á mikilvægi þess að sérhver þjóð þrói sínar eigin leiðir með hliðsjón af aðstæðum og þekkingu á heilbrigðisþörfum íbúa landsins með grunnheilsugæslusjónarmið að leiðarljósi.

Lögð var áhersla á að slíkar breytingar næðust ekki nema með þátttöku og í samvinnu við fjölda aðila, bæði einstaklingana sjálfa, félög, stofnanir og stjórnvöld. Mikilvægi samvinnu heilbrigðisstétta og samfellu í þjónustu var sögð geta ráðið úrslitum.

Í Alma Ata yfirlýsingunni fólst ný hugsun og ný skilaboð.

Á næsta alþjóðaheilbrigðisþingi voru aðildarríkin hvött til að gera sínar eigin áætlanir byggðar á möguleikum hvers svæðis og hvers lands.

Hver svæðisskrifstofa setti sér markmið fyrir sitt svæði en viðamest og þekktust af þeim er áætlun Evrópuskrifstofunnar.

Evrópuskrifstofan setti sér árið 1984 heilbrigðisstefnuna Heilsa fyrir alla árið 2000 í Evrópu. Hún hafði að geyma 38 mælanleg markmið sem skipt var í fimm flokka og fjölluðu um hvernig hægt væri að bæta heilsufar, um áhrif lífsstíls á heilbrigði, um þætti er lúta að umhverfi, um meðferð og umönnun og um þróun heilbrigðis og heilbrigðisþjónustu.

En það nægir ekki að setja fram markmið. Þeim þarf að koma í framkvæmd, mæla og meta árangur og endurskrifa markmið og leiðir að þeim í ljósi fenginna niðurstaðna.

Nú horfir Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin til nýrrar aldar og í því ljósi hafa áherslur og markmið verið endurskoðuð. Nú er horft fram á 21. öldina. Þegar árið 1994 samþykkti alþjóðaheilbrigðisþingið að slík stefnumótandi vinna skyldi fara fram. Og á alþjóðaheilbrigðisþinginu árið 1998 samþykktu aðildarríkin alþjóðlega heilbrigðisyfirlýsingu um stefnumörkun í heilbrigðismálum í upphafi 21. aldar. Í yfirlýsingunni er lögð áhersla á að heilbrigðisástandið krefjist aðgerða svo að hægt sé að tryggja framgang stefnunnar um heilbrigði allra í upphafi nýrrar aldar. Þar er kveðið skýrt á um að heilbrigði sé forsenda vellíðunar og lífsgæða og að heilbrigði verði að teljast til grundvallarréttinda hvers manns. Betra heilbrigðisástand byggist að miklu leyti á því að dregið verði úr fátækt og unnið að samstöðu og útrýmingu mismununar af félagslegum toga. Bent er á að gott heilsufar og vellíðan manna sé ein meginforsenda þess að tryggja megi efnahagslegan vöxt og árangur í ýmsum þjóðfélagsmálum.

Sett hafa verið 10 markmið sem ná til alls heimsins. Þau eru að:

1. auka jöfnuð í heilsufari,
2. lengja líf og bæta lífsgæði,
3. snúa við þeirri stefnu sem meginheilsufarsvandamálin hafa tekið,
4. uppræta og útrýma ákveðnum sjúkdómum,
5. bæta aðgengi að vatni, fæði og húsaskjóli og bæta ástand fráveitu,
6. hvetja til heilbrigðra lífshátta og draga úr áhættuhegðun,
7. þróa heilbrigðisáætlanir, hrinda þeim í framkvæmd og endurmeta þær,
8. bæta aðgengi að víðtækri grunnheilbrigðisþjónustu í háum gæðaflokki,
9. koma á eftirlits- og upplýsingakerfum innan heilbrigðisþjónustunnar,
10. styðja vísindarannsóknir á heilbrigðissviði.

Og enn hvetur alþjóðaheilbrigðisþingið svæðisskrifstofur og einstök ríki til að endurskoða áætlanir sínar og hvetur til að þar sé tekið mið af stöðu heilbrigðismála á hverju svæði eða landi fyrir sig.

Ef sjónum er aftur beint að Evrópu er augljóst að staða heilbrigðismála á því svæði er gjörbreytt frá árinu 1984. Þá tilheyrðu 32 lönd starfssvæði Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Nú eru þau 51 og þar búa um 870 milljónir manna. Landssvæðið nær frá Grænlandi í vestri til Miðjarðarhafsins í suðri og að Kyrrahafsströnd Rússlands í austri.

Á svæðinu búa bæði með ríkustu og fátækustu þjóðum heims. Talið er að þar búi um 120 milljónir manna við mjög sára fátækt og telja margir fátækt vera meginheilsufarsvandamálið. Hinir ríku lifa lengur, hafa færri sjúkdóma og minni fötlun en þeir fátæku. Ungbarnadauðinn í Evrópu spannar frá 3 til 43 á hverja 1000 lifandi fædda og meðallífslíkurnar eru frá

79 árum niður í 64 ár. Mikill munur er á heilsufari karla og kvenna og fylgni menntunar og heilsufars er svipuð og munur milli þjóðfélagshópa. Mörg þeirra landa sem nú tilheyra Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar eru enn að fást við afleiðingar lýðræðislegra, þjóðfélagslegra og efnahagslegra breytinga sem áttu sér stað í mörgum aðildarríkjanna í byrjun þessa áratugar.

Ekkert ár síðan 1984 hefur ríkt friður alls staðar í Evrópu og það er langt því frá að svo sé enn. Talið er að 400.000 manns hafi dáið af völdum ófriðarástands í Evrópu, bara á 10. áratugnum. Það hefur haft í för með sér að innra skipulag þessara þjóða hefur eyðilagst, heilbrigðisstofnanir hafa verið yfirgefnar og mörg þúsund manns hafa beðið andlegt og líkamlegt tjón sem tekur langan tíma að reyna að græða.

Á Evrópuþingi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar síðastliðið haust var Evrópuáætlun WHO samþykkt. Evrópuáætlunin Heilsa21 er sniðin að þörfum aðildarríkjanna og er hugsuð sem hugmyndarammi að mótun heilbrigðisstefnu í aðildarríkjunum. Hún gengur út frá einu megintakmarki, sem er að ná bestu mögulegu heilsu fyrir alla, tveimur meginmarkmiðum, þ.e. að efla og vernda heilsu manna allt lífið og draga úr tíðni algengustu sjúkdóma og slysa og lina þjáningu sem þeir valda. Evrópuáætlunin gengur út frá þremur grundvallargildum, þ.e. heilsu sem grundvallarmannréttindum, jafnræði í heilsu manna og samstöðu í athöfnum, svo og þátttöku og ábyrgð ýmissa aðila í samfélaginu. Einnig eru í Evrópuáætluninni fjórar meginverkáætlanir sem byggjast á þverfaglegum aðgerðum, árangursstjórnun, samhæfðri þjónustu og samfélagsþátttöku.

Markmið Evrópuáætlunarinnar eru í heild 21 talsins. Þau fela í sér stefnu og áhersluþætti en þar eru einnig tillögur að aðgerðum til að bæta heilsufar og líðan fólks í Evrópu. Markmiðin eru sett þannig fram að möguleiki sé á að nota þau sem viðmið til að meta árangur og þróun í heilbrigðismálum. Í áætluninni er lögð áhersla á jafnræði og samábyrgð, forvarnir, þverfaglegar aðgerðir, árangursríka heilbrigðisþjónustu og breytta stjórnunarhætti með það að markmiði að bæta heilsufar þjóðanna.

Meginsvið Evrópuáætlunar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar: Heilsa21 eru:

- Að vinna að auknu jafnrétti og samstöðu um bætt heilsufar milli aðildarríkja Evrópu og meiri jöfnuði í heilsu hópa innan ríkjanna. Markmið 1, 2, 3, 4 og 5.
- Að draga eins og hægt er úr nýgengi og algengi sjúkdóma, annarra heilbrigðisvandamála og dauða. Markmið 6, 7, 8 og 9.
- Að viðhalda heilbrigði með bættu, heilsueflandi, heilsufarslegu, fjárhagslegu, félagslegu og menningarlegu umhverfi. Markmið 10, 11, 12, 13 og 14.
- Að beina áherslum heilbrigðisþjónustunnar að meiri heilsufarslegum ávinningi, jafnræði og góðri nýtingu fjármuna. Markmið 15, 16, 17 og 18.
- Að skapa breiða þjóðfélagslega samstöðu um heilbrigði með nýjum þátttakendum, samræmdri stefnu og stjórnunarfyrirkomulagi sem sniðið er að nýjum raunveruleika. Markmið 19, 20 og 21.

En hvað táknar „Heilsa allra á 21. öldinni“? Heilsa allra táknar ekki að þá verðum við laus við alla sjúkdóma og fötlun, né að heilbrigðisstarfsfólk geti sinnt öllum sem þurfa á aðstoð að halda. Það táknar hins vegar að fjármunum, mannauði og öðrum auðlindum í heilbrigðisþjónustunni verði skipt jafnar og að grunnheilbrigðisþjónusta sé öllum aðgengileg. Það táknar að heimili, skólar og vinnustaðir sjái áhrifamátt sinn í heilbrigði manna og fólk finni leiðir til að koma í veg fyrir veikindi og til að lina þjáningar sem fylgja sjúkdómum og fötlun. Það táknar að fólk átti sig á að slæmt heilsufar er ekki óumflýjanlegt og að það getur gert ýmislegt fyrir sig og fjölskyldur sínar til að draga úr sjúkdómahættu og heilbrigðisvandamálum.

Stefnumörkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar er bæði víðtæk og innihaldsrík. Hún kallar alla meðlimi samfélagsins, einstaklinga, hópa, félagasamtök, stofnanir og stjórn-

völd til þátttöku og ábyrgðar varðandi áframhaldandi þróun heilbrigðis.

Stefna Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði á 21. öldinni og Evrópuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, Heilsa21, bera einkenni raunveruleika dagsins í dag og drauma framtíðarinnar. Það á við um flestar heilbrigðisstefnur og trúlega má segja að þannig höfum við byggt upp íslenska heilbrigðisáætlun til ársins 2005.

Heimildir:

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1999). *Drög að íslenskri heilbrigðisáætlun til ársins 2005.* Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

WHO (1998). *The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all.* Geneva: World Health Organization.

WHO (1998). *Health-for-all policy for the twenty-first century.* Geneva: World Health Organization, WHA51.7.

WHO (1998). *Indicators for Monitoring Progress Towards the 21 Targets of the Health for All Policy Framework for the WHO European Region. Draft list for Consultation with WHO Member States.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

WHO (1998). *Report of the Forty-Eight Session of the Regional Committee for Europe.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, EUR/RC48/14.

WHO (1998). *Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, European Health for All Series No. 6.

WHO (1993). *Working for WHO.* Geneva: World Health Organization, Devision of Personel, Briefing Office.

WHO (1991). *Health for all targets. The Health Policy for Europe. Updated edition, September 1991.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Ingimar Einarsson,
skrifstofustjóri áætlana- og þróunarskrifstofu

Íslensk heilbrigðisáætlun til ársins 2005

1. Inngangur

Víðtæk áætlanagerð og stefnumótun í heilbrigðismálum hefur fram til þessa átt erfitt uppdráttar á Íslandi. Þetta stafar líklega af því að heilbrigðiskerfið hefur allt fram á síðustu áratugi einkennst framar öðru af dreifðri uppbyggingu þjónustunnar, einangrun stofnana og erfiðum samgöngum. Segja má að enginn einn aðili hafi markað meginstefnuna í heilbrigðismálum heldur hefur frumkvæðið komið frá mörgum aðilum. Þetta stjórnunarform hefur þannig ákveðna kosti en einnig þann galla að ekki kemur fram nein samræmd heildarstefna.

Sú skoðun var einnig lengi ríkjandi að áætlanagerð og setning markmiða væri eitthvað sem ekki ætti við í heilbrigðiskerfinu. Verkefni heilbrigðisþjónustunnar væru fyrst og fremst faglegs eðlis og hlytu eðli málsins samkvæmt að lúta sínum eigin lögmálum. Ekki væri mögulegt að setja sér markmið eða fylgja fyrirframgerðum áætlunum á sama hátt og til dæmis í samgöngu-, iðnaðar- eða orkumálum.

Nú hafa aðstæður að mörgu leyti breyst eða eru að breytast. Gerðar eru kröfur til þess að heilbrigðisþjónustan móti ákveðna framtíðarsýn og að meginhlutverk hennar sé skilgreint. Sömuleiðis er þess krafist að heilbrigðisþjónustan setji sér markmið og fylgi skipulegum áætlunum til að ná þeim. Heilbrigðisáætlun verður m.a. að taka til heilbrigðismarkmiða, þjónustumarkmiða, gæðaþróunar, rannsókna, menntunar, fjármála, stjórnunar, skipulags og stefnu í starfsmannamálum.

2. Innlendur bakgrunnur

Líkt og annars staðar á Norðurlöndunum kom sérstakt ráðuneyti heilbrigðismála tiltölulega seint til sögunnar hér á landi, eða árið 1970. Framan af áttu tilraunir ráðuneytisins til skipulegrar áætlanagerðar erfitt uppdráttar. Stefnumörkunin varðandi uppbyggingu heilsugæslunnar, með samþykkt samræmdrar heilbrigðislöggjafar árið 1973, telst þó til undantekninga. Fyrst árið 1980 voru tekin saman drög að víðtækri heilbrigðisáætlun til lengri tíma.

Í ársbyrjun 1986 var ákveðið að vinna að landsáætlun í heilbrigðismálum með hliðsjón af íslenskum aðstæðum og stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um heilbrigði allra árið 2000.

Tillaga til þingsályktunar um íslenska heilbrigðismálastefnu var lögð fram á Alþingi árið 1987, endurskoðuð og lögð fram á heilbrigðisþingi í febrúar 1988, lögð fram aftur á Alþingi veturinn 1990–1991 og loks samþykkt í verulega breyttu formi og stytt 19. mars 1991.

Heilbrigðisáætluninni var ætlað að ná til ársins 2000 en átti að endurskoða að þremur árum liðnum. Á árunum 1991–1992 voru gerð drög að sérstakri framkvæmdaáætlun og nefndist hún Heilbrigð þjóð – forvarnir og heilsustefna til ársins 2000.

Árið 1996 hófst endurskoðun heilbrigðisáætlunar frá 1991. Að því starfi hefur einkum unnið nefnd um endurskoðun heilbrigðisáætlunar og framtíðarskipan heilbrigðisþjónustu, auk starfsmanna heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis, landlæknisembættisins og Hagstofu Íslands. Fyrirliggjandi drög að heilbrigðisáætlun eru afrakstur þeirrar vinnu.

3. Alþjóðleg þróun

Árið 1948 skilgreindi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hugtakið heilbrigði á eftirfarandi hátt:

„Heilbrigði er fullkomið líkamlegt, andlegt og félagslegt velferli, ekki einungis fjarð sjúkdóma og vanheilinda.“

Þessi skilgreining á heilbrigði lá til grundvallar ályktuninni um heilbrigði allra árið 1977 og svonefndri Alma Ata yfirlýsingu frá árinu 1978. Á grundvelli þessara yfirlýsinga var gerð á vegum WHO sérstök Evrópuáætlun í heilbrigðismálum árið 1984 og innihélt hún alls 38 meginmarkmið.

Í lok áttunda áratugarins og byrjun þess níunda gerðu flestar þjóðir Evrópu sérstakar landsáætlanir til þess að framfylgja Evrópuáætlun WHO. Svíar voru fyrstir norrænna þjóða til að gera slíka áætlun árið 1985, Finnar fylgdu á eftir 1987, Norðmenn 1988, Danir 1989 og loks Íslendingar árið 1991.

Landsáætlun Bandaríkjamanna leit dagsins ljós árið 1990 (Healthy People), landsáætlun Breta lá fyrir 1992 (The Health of the Nation) og í kjölfar Maastricht-samkomulagins 1992 urðu heilbrigðismál hluti af samstarfi ESB-ríkjanna.

Vorið 1998 samþykkti alþjóðaheilbrigðisþingið stefnumörkun um heilbrigði allra á 21. öldinni. Svæðisnefnd WHO í Evrópu samþykkti haustið 1998 nýja Evrópuáætlun sem nær í flestum atriðum til ársins 2020 og er þar lögð áhersla á 21 heilbrigðismarkmið í stað 38 áður.

4. Meginatriði

Við mótun fyrirliggjandi tillögu að heilbrigðisáætlun var annars vegar tekið mið af stefnumörkun WHO um heilbrigði allra og heilbrigðisáætlunum annarra ríkja og hins vegar stefnumótun og úttektum undanfarinna ára á fjölmörgum þáttum heilbrigðismála hér á landi.

Heilbrigðisáætlunin byggist jafnframt á 1. gr. laga um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990 þar sem tilgangur heilbrigðisþjónustunnar er skilgreindur svo:

„Allir landsmenn skulu eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði."

Til grundvallar heilbrigðisáætluninni liggja einnig nýlegar viðmiðunarreglur um forgangsröðun verkefna og viðfangsefna heilbrigðisþjónustunnar. Þar er sérstök áhersla lögð á að tryggja rétt þeirra sem sökum æsku, fötlunar eða öldrunar eiga undir högg að sækja í þjóðfélaginu.

Heilbrigðisáætluninni má skipta í þrjá hluta. Í fyrsta lagi er um að ræða svonefnd forgangsverkefni, Evrópumarkmið WHO og íslensk markmið til ársins 2005. Í öðru lagi er fjallað um stöðu og horfur í íslensku þjóðfélagi, stjórnkerfi og skipulag heilbrigðisþjónustunnar. Og í þriðja lagi er gerð grein fyrir ýmsum stoðaðgerðum sem nauðsynlegar eru til þess að tryggja bæði gæði og framþróun heilbrigðiskerfisins.

Samkvæmt áætluninni skulu eftirtalin svið hafa forgang:

1. Tóbaksvarnir.
2. Slysavarnir.
3. Hjarta- og heilavernd.
4. Krabbameinsvarnir.
5. Geðheilbrigði.
6. Aldraðir.
7. Börn.

Á hverju sviði er gerð grein fyrir stöðu mála, væntanlegri þróun og leiðum til að ná þeim markmiðum sem keppt verður að á næstu árum.

Sem dæmi má nefna að á sviði tóbaksvarna er sett það markmið að lækka hlutfall þeirra sem reykja á aldrinum 18–69 ára úr 27–28% árið 1998 í 20% árið 2005. Sömuleiðis er markmiðið að draga verulega úr reykingum barna og unglinga.

Annað dæmi snýr að því að draga úr dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma, um 20% hjá körlum og 10% hjá konum á aldrinum 25–74 ára. Það þýðir lækkun að meðaltali úr 198 tilfellum á ári á hverja 100.000 karlmenn á árunum 1991–1995 í 158 árið 2005 og lækkun úr 76 tilfellum á hverjar 100.000 konur í 68 á sama tímabili.

Evrópumarkmiðunum, sem eru 21 og mynda meginþætti heilbrigðisáætlunarinnar, er til samræmis við Evrópuáætlun WHO skipt í eftirtalda sex hluta:

1. Samábyrgð og jafnræði.
2. Bætt heilsufar.
3. Forvarnir og heilsuvernd.
4. Þverfaglegar aðgerðir.
5. Árangursríka heilbrigðisþjónustu.
6. Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir.

Undir hverju Evrópumarkmiði eru tilgreind tvö til sex íslensk markmið og tölulegir mælikvarðar fyrir Ísland. Mælikvarðarnir eru fyrst og fremst valdir til að fá betri yfirsýn yfir stöðu heilbrigðismála og árangur heilbrigðisþjónustunnar. Þetta er gert í ljósi þess að mikilvægt er að nota ekki of marga mælikvarða samtímis því að þá er hætta á því að mikilvægustu atriðin hverfi í skugga þeirra sem síður skipta máli.

Enn vantar töluvert á að öll markmið heilbrigðisáætlunarinnar geti veitt nægjanlegar upplýsingar um stöðu og þróun heilbrigðismála. Vonir standa hins vegar til þess að umfjöllun um áætlunina á heilbrigðisþingi og væntanlegar umsagnir stofnana, fagstétta, hagsmunaaðila og annarra aðila geti hjálpað til þess að þróa betur markmið og mælikvarða áætlunarinnar. Mikilvægt er að mælikvarðarnir gefi upplýsingar, eða a.m.k. sterkar vísbendingar, um heilbrigðisástand þjóðarinnar og hvert stefnir í þeim efnum.

5. Framkvæmd og eftirfylgni

Heilbrigðisáætlunin gildir eins og áður sagði til ársins 2005. Hin stjórnsýslulega framkvæmd verður á ábyrgð heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Landlæknisembættið mun sjá um söfnun og úrvinnslu tölulegra upplýsinga og faglegt eftirlit með framkvæmdinni. Héraðslæknar, heilbrigðisstarfsmenn og stjórnir heilbrigðisstofnana munu sömuleiðis vinna að því að fylgja eftir settum markmiðum og tryggja eftirlit með framkvæmdinni á hverjum stað.

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

II. Meginþættir heilbrigðisáætlunar

A: Samábyrgð og jafnrétti til góðrar heilsu

(Markmið 1 og 2)

Ólafur Hergill Oddsson héraðslæknir

Aðgengi, jöfnuður og þörf fyrir þjónustu

Hér á eftir mun ég fjalla um aðgengi, jöfnuð og þörf fyrir þjónustu, en ekki beinlínis í þessari röð. Varðandi aðgengið mun ég fjalla um hvernig aðgengi fólks breytist við það að grunnþjónusta fellur niður og hvernig fjarlægðir hafa áhrif á möguleika fólks til að nýta sér þjónustu. Ég mun fjalla um rannsóknir sem sýna að töluverður ójöfnuður ríkir í heilbrigði milli stétta í löndum Evrópu. Í stað þess að tala um þörf fyrir þjónustu mun ég skýra frá notkun þjónustu, þ.e. hvernig Íslendingar nýta sér sérfræðiþjónustu utan stofnana.

Efnahagur og heilbrigði

Skýrsla Alþjóðabankans árið 1993 bar heitið: „Að fjárfesta í heilbrigði."[1,2] Þar komast fjármálaspekúlantar heimsins að þeirri niðurstöðu að réttlætanlegt sé að verja fé til að tryggja góða heilsu á hreinum efnahagslegum forsendum. Bætt heilsufar eykur hagvöxt á fjóra vegu:

1) Framleiðsla eykst með heilbrigðu starfsfólki.
2) Aðgangur opnast að náttúruauðæfum sem ekki nýtast vegna sjúkdóma.
3) Heilbrigði eykur skólagöngu barna og eflir námshæfni þeirra.
4) Það losnar um fé sem varið er til að glíma við sjúkdóma.

Grunntónninn í skýrslunni er að fátækt sé hættuleg heilsunni og þess vegna verði hagvöxtur að tryggja auknar tekjur handa fátæku fólki og verja beri opinberu fé í nauðsynlega læknisþjónustu til þess að draga úr áhrifum fátæktar. Með tilliti til þessarar niðurstöðu og þess að fátækar þjóðir Austur-Evrópu glíma við fjölþætt vandamál er ánægjulegt að sjá að stefnt skuli að því að árið 2020 verði munurinn á heilbrigðisástandi ríkja á starfssvæði Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar þriðjungi minni en hann er nú.

Markmið 1 – Samábyrgð um heilbrigðisþjónustu

Evrópumarkmið:
Árið 2020 verði munurinn á heilbrigðisástandi ríkja á starfssvæði Evrópuskrifstofu WHO þriðjungi minni en hann er nú. Ísland setur einnig markið hátt, eins og sjá má hér á eftir.

Íslensk markmið til 2005:
1. Ísland verði ávallt meðal þeirra fimm þjóða sem búa við bestu heilbrigðisþjónustu í heiminum samkvæmt gæðakvörðum Sameinuðu þjóðanna.
2. Upphæð sem svarar 1% af heilbrigðisútgjöldum verði varið til aðstoðar öðrum löndum við uppbyggingu og þróun heilbrigðisþjónustu.
3. Stuðlað verði að því að velta heilbrigðistækniiðnaðarins verði 1/3 af útgjöldum hins opinbera til heilbrigðismála.

Ísland hefur á undanförnum árum látið fé renna til landa Austur-Evrópu. Einnig hefur íslenskt heilbrigðisstarfsfólk miðlað af þekkingu sinni til uppbyggingar heilbrigðisþjónustu þar, t.d. í lyfjamálum. Við erum því á réttri leið að ná að minnsta kosti sumum fyrrgreindra markmiða. Lítum nú á markmið 2 – Jafnrétti til heilbrigðis. Hér er verið að hvetja til sérstaks átaks innan hvers lands til að jafna þann mun sem er á heilbrigðisástandi einstakra þjóðfélagshópa.

Markmið 2 – Jafnrétti til heilbrigðis

Evrópumarkmið:
Árið 2020 verði sá munur sem er á heilbrigðisástandi einstakra þjóðfélagshópa fjórðungi minni en hann er nú innan allra aðildarríkjanna. Því verði náð með sértækum aðferðum

sem beinast að því að bæta heilsufar þeirra hópa sem verst eru settir.

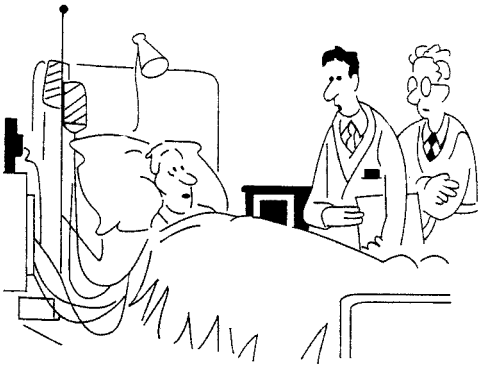
Ekki mun af veita að vinna hörðum höndum að því að uppfylla markmið 2, því að jafnvel í ríkustu löndum heims, löndum Vestur-Evrópu, eru merkjanleg áhrif efnahags á heilsuna. Nýleg rannsókn sem gerð var á félagslegum ójöfnuði í þessum löndum sýnir að efnaminni þjóðfélagshóparnir eru í meiri hættu á að veikjast eða deyja fyrr en þeir efnameiri. Það vekur furðu að þessi ójöfnuður í heilbrigði er mestur í Svíþjóð og Noregi, en einmitt Norðurlöndin hafa á heimsvísu verið talin til fyrirmyndar í þjóðfélagslegum jöfnuði. Lítum nú á Ísland: Rannsóknir hér á landi sýna að þjóðfélagsstaða ræður miklu um heilsufar fólks og sést það vel á sterkri fylgni heilsu, menntunar, tekna og stétta. Meira er um sjúkdóma í lægri stéttum en efri stéttum; lífsstíll er breytilegur frá einni stétt til annarrar og læknissókn ræðst töluvert af stéttarstöðu fólks. Afleiðingar lífsstíls sjást e.t.v. best á því að tíðni reykinga er mjög mismunandi eftir starfsstéttum og munur á dánartíðni af völdum sjúkdóma eins og krabbameins getur verið allt að 50% á milli starfsstétta.[3,5,6] Hér má geta þverstæðu, sem varðar sjómannastéttina, en þar er um að ræða þjóðfélagshóp sem hefur háar tekjur, en slys eru hins vegar algeng á sjómönnum og hefur það neikvæð áhrif á heilsufar þeirra.

Íslensk markmið til 2005:

1. Dregið verði úr mun á heilsufari þjóðfélagshópa um a.m.k. 25%.
2. Árlega verði gerð athugun á aðgengi fólks að heilbrigðisþjónustu.
3. Tryggt verði með skipulegu eftirliti að þeir sem vegna ævi, fötlunar eða öldrunar eiga erfitt með að gæta réttar síns njóti jafnréttis á við aðra.

Brýnt er að veita fé til rannsókna og aðgerða varðandi þær starfsstéttir sem verst eru settar varðandi dánartíðni af völdum krabbameins. Einnig tel ég að ein af þýðingarmestu aðgerðum á Íslandi fram til ársins 2005 verði að útrýma misrétti vegna fátæktar. Við skulum vona að mynd 1 eigi aldrei við á Íslandi.

Mynd 1. Læknar við sjúkrabeð

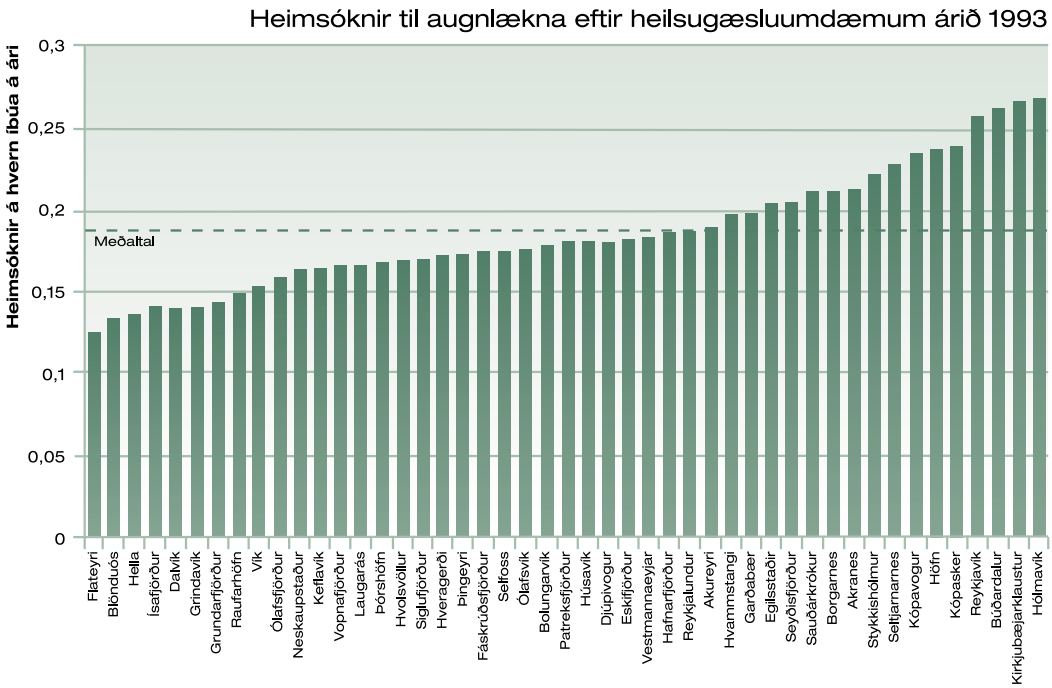


„Við höfum rannsakað þitt tilfelli vandlega, Jón minn, og þú hefur bara ekki efni á að vera svona veikur."

Aðgengi að sérfræðiþjónustu

Heilbrigðislöggjöf á Íslandi hefur gjarnan tekið tillit til þeirra vandamála sem heilbrigðisþjónustan hefur haft við að glíma á hverjum tíma. Í heilbrigðisþjónustulögunum frá árinu 1938 er greinilegt að vandamál við mönnun á landsbyggðinni og munur í fjölbreytni þjónustunnar, annars vegar á landsbyggðinni og hins vegar í þéttbýli, hefur mótað þau myndarlegu áform sem uppi voru um stofnun heilsugæslustöðva út um allt land. Þessi uppbygging tókst vel, en því miður varð Reykjavík á eftir í þróuninni. Nokkuð gott ástand var til ársins 1996 er deila hófst milli heilsugæslulækna og yfirvalda. Síðan þá hefur læknisþjónustan veikst mjög í dreifbýlinu. Þetta ástand, sem er slæmt, hefur óheppileg áhrif á líðan fólks sem býr við ótrygga heilbrigðisþjónustu og einnig er hætta á lakari bráðaþjónustu vegna læknaskorts. Hitt má bóka að þegar festa í þjónustu hverfur og hröð skipti eru á starfsmönnum koðnar forvarnastarfið niður. Því er mikil þörf á að snúa vörn í sókn og þess vegna eru hugmyndir um nám í landsbyggðarlækningum/landsbyggðarhjúkrun á Akureyri mjög athyglisverðar og

Mynd 2. Notkun Íslendinga á augnlæknaþjónustu eftir búsetu.

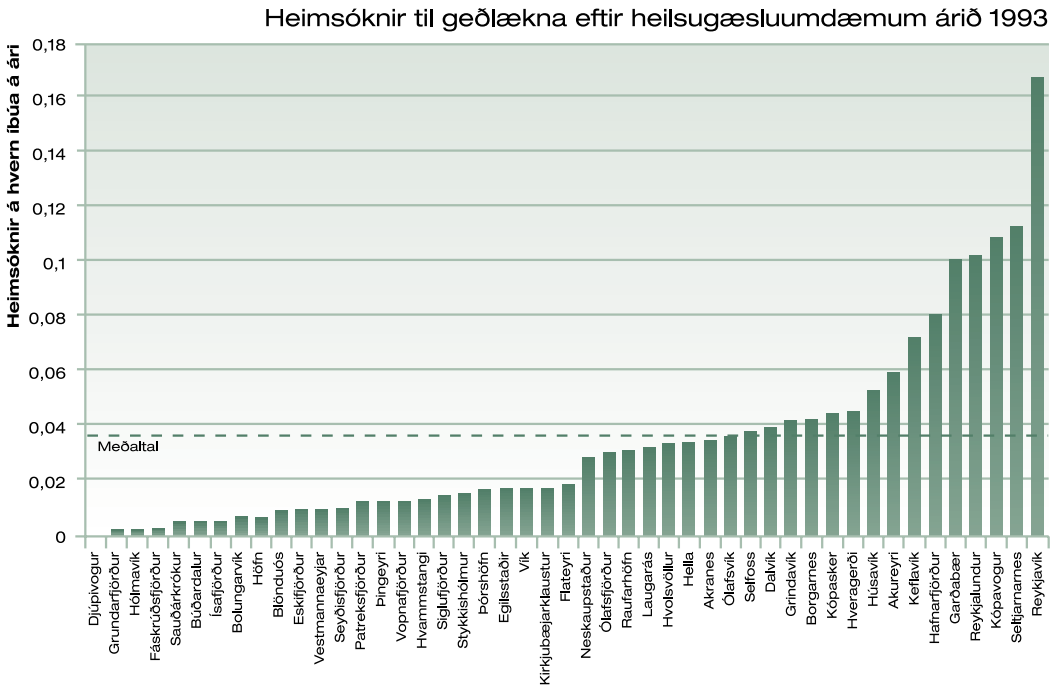


spennandi sem framtíðarlausn. Skjótvirkari úrræði, hugsanlega styrki til læknanema vegna þjónustu í dreifbýli, þarf til að takast á við vandann strax. En er þörfin fyrir þjónustu sú sama fyrir Íslendinga, sama hvar þeir búa? Mér er ekki kunnugt um rannsóknir á heilsufari Íslendinga eftir búsetu síðan þeir landlæknarnir Bjarni Pálsson og Ólafur Ólafsson rannsökuðu heilsufar þjóðarinnar og Bjarni komst að því að tíðateppa væri algengur kvilli, einkum hjá ógiftu kvenfólki á Norðurlandi[9]. Tvö hundruð árum síðar fann Ólafur út að lambaket gerði bændum á Héraði ekkert nema gott, þá er hann bar heilsufar þeirra saman við heilsu Vestur-Íslendinga í Kanada. Ég veit sem sé ekki hvort þörfin fyrir heilbrigðisþjónustu hjá Íslendingum er mismunandi eftir búsetu, en ég hef hins vegar kannað notkun þeirra á sérfræðiþjónustu utan sjúkrahúsa og hún er mjög mismunandi eftir búsetu.[13] Reyndar er ein undantekning frá þessari reglu. Sú sérfræðiþjónusta sem lengst hefð er á að sé boðin landsmönnum með skipulegum ferðum út á land á vegum landlæknis, þ.e. augnlækningar, er nokkurn veginn jafnt notuð af öllum landsmönnum sama hvar þeir búa, sjá mynd 2.

Hins vegar er gífurlegur munur á notkun geðlæknisþjónustu eftir búsetu og er hún um það bil áttfalt meiri í Reykjavík en víða úti á landi, sjá mynd 3.

Einnig er mikill munur á notkun þjónustu barna- og kvensúkdómalækna eftir búsetu fólks, áberandi meiri í Reykjavík og á Akureyri en annars staðar. Nú er það ekki svo að rétt sé að stilla notkuninni í Reykjavík upp sem gullstandard. Einhver önnur hlutföll en þar ríkja kunna að vera æskileg. Þar sem augnlækningar eru notaðar jafnt af öllum landsmönnum má ætla að hægt væri að jafna nokkuð notkunina á sérfræðiþjónustunni. Ekki er víst að það sé fólki til hagsbóta að þurfa að sækja sérfræðiþjónustuna um langan veg, jafnvel þó að almannatryggingar taki þátt í ferðakostnaði. Aðrir möguleikar eru fyrir hendi, t.d. skipulegar ferðir sérfræðing-

Mynd 3. Notkun Íslendinga á geðlæknaþjónustu eftir búsetu.



anna út í hinar dreifðu byggðir landsins, sbr. augnlækningar, einnig gefur ný tækni möguleika á fjarlækningum og eru bundnar miklar vonir við að með þeim verði hægt að færa sérfræðiþjónustuna nær fólkinu. Slík samvinna heilsugæslulækna og sérfræðinga gæti styrkt stöðugleika í mönnun heilbrigðisstofnana í dreifbýli.

Aðgengi að sjúkraflugi

Sjúkraflug er mjög dýrmætur þáttur heilbrigðisþjónustunnar og þarf að virka skjótt og örugglega sé til þess gripið. Allar björgunarþyrlur landsins eru staðsettar á suðvesturhorni landsins og það segir sig sjálft að þessi þjónusta nýtist íbúum þess landshluta betur en þeim sem búa annars staðar á landinu. Fólk á Vestfjörðum, Norður- og Austurlandi hefur reitt sig á hefðbundið sjúkraflug með litlum flugvélum. Líkur eru á að þetta fyrirkomulag verði áfram hentugasti valkosturinn. Ég tek heilshugar undir nýlega ályktun landsbyggðarlækna um að skipuleggja beri sjúkraflug með flugvélum með jafnþrýstibúnaði frá Akureyri. Það er sérstaklega mikilvægt að marka stefnu um þetta mál nú, vegna þess að sjúkraflug á Íslandi er í miklu uppnámi um þessar mundir. Fastar áætlunarferðir hafa verið lagðar niður á mörgum flugvöllum landsins og gerir það snjóruðning og viðhald á þeim ekki eins sjálfsagt mál og áður var.

Niðurlag

Í máli mínu hef ég vitnað til alþjóðlegra rannsókna á hinu skýra sambandi á milli fátæktar og heilsuleysis. Á heimsvísu búum við Íslendingar við allsnægtir og ættum því að geta miðlað fé og reyndar einnig þekkingu til annarra þjóða. Heima fyrir þurfum við að vera á varðbergi gagnvart fátækt hjá okkur sjálfum og huga einnig sérstaklega að aðgerðum gegn sjúkdómum og slysum hjá sérstökum áhættuhópum. Landsbyggðin á undir högg að sækja. Byggjum upp landsbyggðarlækningar, landsbyggðarhjúkrun og sjúkraflugsmiðstöð á Akureyri hið snarasta.

Heimildaskrá

1. *World Development Report 1993, Investing in Health.* The World Bank. Washington, DC, April 1993.
2. Ólafur Hergill Oddsson. *Skýrsla Alþjóðabankans 1993 um þróun í heiminum: Að fjárfesta í heilbrigði.* Fréttabréf Öryrkjabandalags Íslands 1994; 7(3):36–39.
3. *Drög að Heilbrigðisáætlun til ársins 2005.* Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík, mars 1999.
4. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, og Geurts JJM *„EU working Group on Socioeconomic Inequalities in Health." Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe.* Lancet 1997; 349: 1655–59.
5. Maríanna Garðarsdóttir, Þórður Harðarson, Guðmundur Þorgeirsson, Helgi Sigvaldason og Nikulás Sigfússon. *Samband menntunar og dánartíðni með sérstöku tilliti til kransæðasjúkdóma.* Hóprannsókn Hjartaverndar. Læknablaðið 1998; 84: 913–20.
6. Vilhjálmur Rafnsson og Hólmfríður Gunnarsdóttir. *Dánarmein og krabbamein lækna og lögfræðinga.* Læknablaðið 1998; 84: 107–15.
7. Teikning: Dunagin´s People; (c) Tribune Media Service Inc. Í bókinni *„Managed Care Made Simple"* eftir Robert A. Baldor. Malden, Massachusetts, Blackwell Science, 1998.
8. *Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 56/1973.*
9. *Ferðabók Eggerts Ólafssonar og Bjarna Pálssonar.* Þjóðhátíðarútgáfa. Reykjavík, Örn og Örlygur, 1974.
10. Skuladottir GV, Gudmundsdottir S, Olafsson GB, Sigurdsson SB, Sigfusson N, Axelsson J. *Plasma Fatty Acids and Lipids in Two Separate But Genetically Comparable, Icelandic Populations.* Lipids 1995; 30: 649–55.
11. Guðrún V. Skúladóttir og Stefán Sch. Thorsteinsson. *Omega-3 fitusýrur í íslensku sauðfé.* Freyr 1996; 6: 237–42.
12. Guðrún V. Skúladóttir, Stefán B. Sigurðsson, Jóhann Axelsson og Ólafur Ólafsson. *Ómega fitusýrur í landbúnaðarafurðum.* Skýrsla Lífeðlisfræðistofnunar Háskóla Íslands og landlæknisembættisins til landbúnaðarráðuneytisins, nóvember 1998.
13. Ólafur Hergill Oddsson. *Sérfræðiþjónusta utan sjúkrahúsa.* (Óbirt rannsókn).
14. Ályktun aðalfundar Félags landsbyggðarlækna, 5. mars 1999.

Þórður Helgason verkfræðingur

Heilbrigðistækni, stuðningur við uppbyggingu heilbrigðisþjónustu í nútíð og framtíð

Heilbrigðisráðherra, ráðuneytisstjóri, ágætu fundarmenn.

Heilbrigðistæknin hefur fylgt heilbrigðisþjónustunni frá upphafi. Strax á steinöld voru menn farnir að gera sér áhöld til lækninga. Síðan þá hefur gerð verkfæra og aðferða til að grípa inn í verkan mannslíkamans verið í stöðugri þróun. Þessari þróun heilbrigðistækninnar má skipta upp í þrjá hluta sem koma hver á eftir öðrum. Sá fyrsti tók lengstan tíma og sá síðasti er aðeins nokkurra áratuga gamall.

Fyrst kom þróun kraftmagnara eða verkfæra. Sá hluti einkenndist af gerð verkfæra sem voru mannshendinni fremri til ákveðinna verka og umformuðu krafta hennar til þess. Dæmi um slík tæki eru tangir, skurðverkfæri og spelkur. Þessi tækni er því elst, en þróun hennar er engan veginn lokið.

Næst kom þróun skynmögnunar eða mælitækja. Upphaf þess hluta má rekja til tilkomu smásjárinnar. Dæmi um tæki þessa hluta eru rafeindasmásjáin, röntgenmyndatæknin, mælingar byggðar á skynjun rafsegulbylgna og aðferðir til að nema efni með litla þéttni.

Þriðji hlutinn er þróun hugverkamögnunar eða upplýsingabúnaðar og stendur hann sem hæst nú. Upphaf þessa hluta markast af tilkomu forritanlegra tölva. Dæmi um það sem hægt er að gera með þessum búnaði og áður var ómögulegt, eða í besta falli mjög dýrt og tímafrekt, eru möguleikar á að vinna úr flóknum merkjum, draga fram upplýsingar úr þeim og setja fram á skiljanlegu formi. Önnur dæmi eru gervigreind til lausnar afmörkuðum verkefnum, meðhöndlun mikils magns upplýsinga með litlum tilkostnaði, stýringar á flóknum tækjum, flutningur upplýsinga um tölvunet um allan heim o.fl.

Tilgangur tækja er alltaf að auka getu mannsins umfram náttúrulegar takmarkanir hans og/eða auka afköst hans. Og þróunin með þessa viðleitni að leiðarljósi heldur áfram með meiri hraða en nokkru sinni. Við erum að sjá stórstígar framfarir í öllum framantöldum hlutum heilbrigðistækninnar.

Til að nefna nokkur dæmi um nýja tækni er fyrst að nefna holsjáraðgerðir. Þær hafa skipt sköpum fyrir sjúklingana sem nú verða fyrir minna álagi og geta snúið fyrr til síns daglega lífs en áður var. Framþróun á þessu sviði heldur áfram og vinna menn að því að geta jafnvel gert flóknustu kransæðaaðgerðir með þessum hætti, þ.e. án þess að opna brjóstkassann. Verkfærin sem til þess eru notuð verða sífellt fínni, með smæsta rafeindabúnaði í endum tækjanna, þau verða fjarstýrð og að hluta aðstoða vélmenni við aðgerðirnar.

Annað dæmi eru örvélar, gerðar á sama hátt og rafeindabúnaður. Notuð er æting til þess að gera vélarhlutina úr kísil eða málmum. Með þessum hætti er hægt að búa til litlar túrbínur til að knýja vélar sem synda um í æðum líkamans eða öðrum vökvafylltum hólfum hans. Þannig má komast að þeim stöðum þar sem aðgerða er þörf og framkvæma þær.

Þriðja dæmið er rauntímamyndgerð. Nú sjáum við skurðstofuna og röntgendeildina renna æ meir saman í eitt. Skurðlæknirinn horfir ekki bara niður á sárið sem hann hefur verið að skera heldur getur hann með nútímasegulmyndatækni fylgst með öllu umhverfi skurðsins inni í líkamanum. Hann getur horft á það sem hann á eftir að skera á skjá í þrívídd. Hann getur með öðrum orðum í raun horft neðan frá upp að hnífsblaðinu og séð það sem fer næst í sundur. Þetta ætti að geta aukið öryggi í aðgerðum verulega og gert þær markvissari.

En það eru ekki bara tækin sem taka hröðum framförum. Gerð stærðfræðilíkana af kerfum líkamans hafa einnig orðið betri með tímanum.

Og mikilvægi þeirra hefur vaxið með aukinni reiknigetu tölva. Hér má nefna líkön af reglun blóðþrýstings, líkön af úrvinnslu eyrans á hljóði og líkön af hreyfingum líkamans í rúmi. Þessi líkön má nota bæði til sjúkdómsgreiningar og sem hjálpartæki í meðferð sem á eftir fer. Einnig má nota þau til að líkja eftir viðbrögðum kerfanna við hugsuðum aðstæðum. Dæmi um notkun er greining á Parkinsons-sjúkdómi.

Loks er að nefna fjarlækningar, þ.e. að veita læknisþjónustu með aðstoð fjarskipta um lengri eða skemmri veg. Þetta verður mögulegt með tilkomu nýrrar fjarskiptatækni þar sem aðilar geta skipst á tali, myndum og öðrum gögnum sem málið varðar. Fjarlækningar ættu að fá sérstaka athygli í strjálbýlum löndum. Með þessari tækni er hægt að veita fjarlægum byggðarlögum betri aðgang að fyrsta flokks þjónustu og gera sjómönnum kleift að sækja sér hjálp meðan þeir eru á sjó, sama hvar þeir eru staddir, þeir geta allt eins verið í Smugunni. Fjarlækningar gera ýmsa þjónustu hagkvæmari en þær auka hana einnig.

Af þessari upptalningu má sjá að við eigum völ á að kaupa mun fleiri tæki og búnað en heilbrigðisþjónustan hefur efni á og skynsamlegt getur talist að kaupa. Og fjölbreytnin eykst stöðugt. Því er mikilvægt að fylgt sé ákveðinni stefnu í innkaupum og tækjabúnaði. Slík stefna hlýtur að byggjast á ákvörðunum um áhersluatriði í heilbrigðisþjónustunni, á því hvar hægt er að gera mest fyrir sjúklingana og hvar hægt er að ná fram mestri afkastaaukningu eða hagræðingu. Mikilvægt er að fjárfestingarnar séu skoðaðar út frá heildarhagsmunum sjúkrahússins og skjólstæðinga þess, að þær séu miðaðar við að líta á sjúkrahúsin og heilsugæsluna sem eina heild. Fólk sækir sér þjónustu til þessarar heildar og á sér ákveðinn feril í gegnum hana. Það ríður á að þessi ferill sé gerður sjúklingnum sem léttbærastur og áhrifamestur. Þannig verður hann einnig hagkvæmastur. Það á ekki að þurfa að bíða eftir því að upplýsingar berist manna á milli eða láta endurtaka sömu hlutina á mismunandi stöðum.

Segja má að sjúkrahúsin, og heilbrigðisþjónustan yfirleitt, séu að verulegu leyti upplýsingavinnslustöðvar þar sem verið er að taka við upplýsingum frá sjúklingi bæði með viðtölum við hann og eins með ýmiss konar athugunum og mælingum. Þessar upplýsingar eru meðhöndlaðar til að fá niðurstöðu um hvað skuli gert fyrir hann og til að halda utan um hvað var gert og hvað það kostaði. Að þessu ferli þurfa margir mismunandi starfsmenn að koma og því fylgja oft mjög flókin tjáskipti. Upplýsingatæknin veitir okkur mörg tækifæri til að auka og bæta gæði heilbrigðisþjónustunnar. Og hún veitir okkur einnig tækifæri til afkastaaukningar ef rétt er að málum staðið. Þannig má ætla að vinnustundum við gerð skýrslna og bréfaskriftir minnki verulega, einnig mun allur flutningur upplýsinga geta orðið hraðari. Þannig geta upplýsingar um sjúklinga legið fyrir til notkunar hvar sem er strax og þær verða til. Þetta þýðir að vegur ákvarðanatöku getur orðið miklu styttri en hann er nú og bið sjúklings eftir meðferð minnkað. Þetta sparar legudaga, vinnuafl, rekstrarvörur og ýmislegt annað. Annað mikilvægt atriði er að rekstrargögn úr heilbrigðiskerfinu geta legið fyrir svo til strax en ekki eftir nokkra mánuði. Þetta auðveldar stjórnendum að ná árangri í starfi sínu.

Samantekið má segja að upplýsingavæðingin hafi mikla þýðingu fyrir heilbrigðisþjónustuna því að söfnun upplýsinga, öryggi þeirra og aðgangur að þeim er ákvarðandi fyrir afköst og árangur starfseminnar. Stefnan á að vera að hafa heilsufarsupplýsingar til reiðu um leið og þær verða til og unnt verði að nálgast þær strax fyrir þá sem hafa til þess erindi og tilskilin leyfi.

Því er við að bæta að öflugt heilbrigðiskerfi býður upp á að öflugur iðnaður þróist í skjóli þess. Við getum sýnt umheiminum að við kunnum til verka við lækningar og umönnun og skapað þar með íslenskum tæknilausnum fyrir heilbrigðisþjónustuna markaðstækifæri. Vísir slíks má nú þegar sjá í nokkrum smáum fyrirtækjum sem dafna vel.

Ég læt þá orðum mínum lokið í bili og þakka áheyrnina.

B. Bætt heilsufar

(Markmið 3, 4 og 5)

Matthías Halldórsson aðstoðarlandlæknir

Börn, heilbrigði og þjóðfélag

Hugleiðingar um drög að fyrstu þremur markmiðum íslenskrar heilbrigðisáætlunar og tengsl þeirra við markmið Evrópuskrifstofu WHO.

Óskað var eftir að ég ræddi um börn, heilbrigði og þjóðfélag, en látið fylgja með að ég þyrfti ekki að halda mig við efnið. Ég breyti samkvæmt því og ræði lítillega um 1. Evrópumarkmið sem varðar samábyrgð þjóða á Evrópusvæði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, en einkum um 2. Evrópumarkmið sem varðar jöfnuð og heilbrigði. 3. Evrópumarkmið fjallar um heilbrigði barna og mun ég leitast við að tengja fyrrnefndu markmiðin tvö við það.

Á starfssvæði Evrópuskrifstofunnar eru mörg fátæk ríki í Asíu sem áður tilheyrðu Sovétríkjunum.

Mynd 1 sýnir vergar þjóðartekjur á svæðinu.

Mynd 2 sýnir ungbarnadauða á svæðinu og þróun hans frá 1970 til 1996.

Efsta línan sýnir NIS (Newly Independent States eða fyrrum Sovétríkin), sem eru fátækust, en þar hefur ungbarnadauði haldist hár og stöðugur. Þá Austur-Evrópuríkin þar sem ungbarnadauði hefur fallið, en þó ekki með sama hraða og í Evrópusambandinu sem er táknað með neðstu línunni. Í Austur-Evrópu hefur heildarbati verið meiri, en bilið aukist frá því sem var fyrir áratug.

Fyrsta Evrópumarkmið Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar til 2020 hljóðar svo:

„Árið 2020 verði munurinn á heilbrigðisástandi ríkja á starfssvæði Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar þriðjungi minni en hann er nú."

Íslensku markmiðin sem kosið er að setja fremst á verkefnaskrána til 2005 eru hins vegar svo hljóðandi:

1. Ísland verði ávallt meðal þeirra 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 við uppbyggingu og þróun heilbrigðisþjónustu
3. Stuðlað verði að því að velta heilbrigðistækniiðnaðarins verði þriðjungur af útgjöldum hins opinbera til heilbrigðismála.

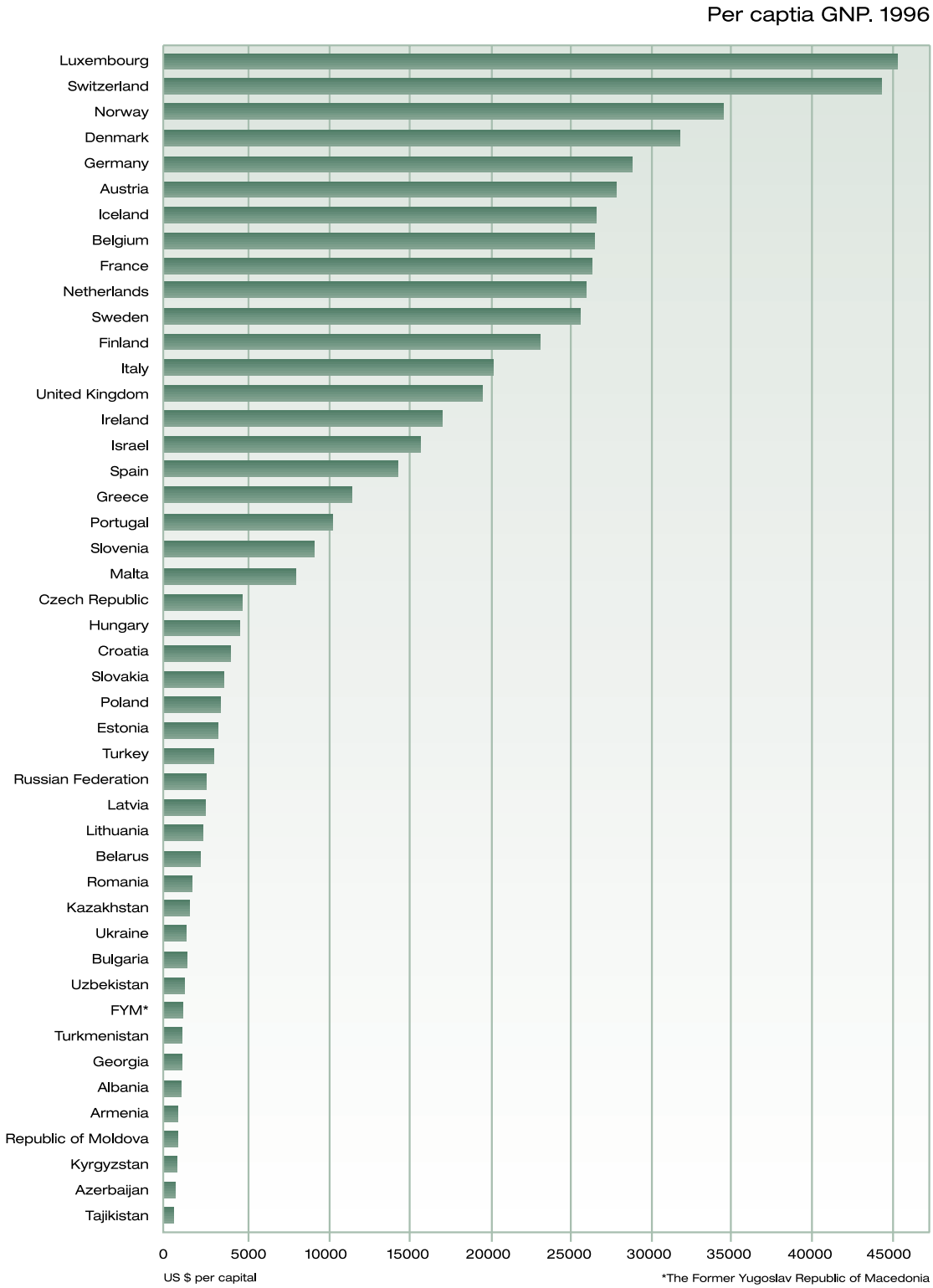
Íslenska útleggingin á Evrópumarkmiðunum er hin undarlegasta. Í fyrsta lagi fjallar fyrsta markmiðið hjá Evrópuskrifstofunni um heilsufar á svæðinu, ekki heilbrigðisþjónustu. Undarlegt er að láta upphafsákvæðið, sem er eins konar manifesto fjalla um þjónustuna í stað háleits markmiðs um heilsufar þjóðarinnar. Alkunna er að heilsufar þjóðar stjórnast einungis að litlu leyti af heilbrigðisþjónustunni. Burtséð frá þessu er fráleitt að þriðji liðurinn í tengslum við upphafsmarkmiðið skuli fjalla um svo afmarkað efni sem heilbrigðistækniiðnað. Sá iðnaður hefur lítið með heilbrigði íslensku þjóðarinnar og gæði hennar almennt að gera, eins og hann snýr að sjúklingunum, þótt markmiðið gæti sómt sér vel í áætlunum iðnaðarráðuneytisins.

Eins og sjá má eru íslensku markmiðin að nokkru leyti út í hött og í litlum tengslum við Evrópumarkmiðið sem er stefnumarkandi um samábyrgð okkar á heilsufari í Evrópu. Eða telur nokkur að heilsufar í Tadsjikistan myndi skána þótt við gætum prangað inn á þá töflum héðan eða tækjum til hroturannsókna.

Þá að 2. Evrópumarkmiði, um jafnrétti til heilbrigðis – ekki heilbrigðisþjónustu – þótt þjónustan sé eitt af þeim tækjum sem notuð eru til að ná markmiðinu.

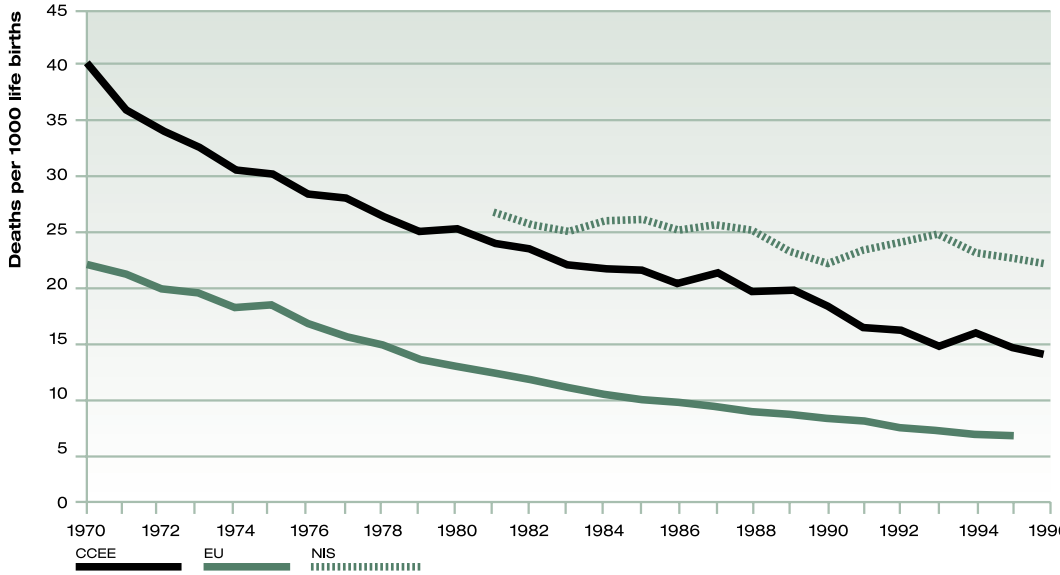
„Árið 2020 verði sá munur sem er á heilbrigðisástandi einstakra þjóðfélagshópa fjórð-

Mynd 1. Þróunartekjur á íbúa í dollurum (US $ per capital).



Mynd 3.

Ungbarnadauði í ríkjahópum á Evrópusvæðinu 1970-1996



ungi minni en hann er nú innan allra aðildarríkjanna. Því verði náð með sérstökum aðgerðum sem beinast að því að bæta heilsufar þeirra hópa sem eru verst settir."

Almennt talað má segja að fátt í faraldsfræðilegum rannsóknum sé jafnsjálfgefið og það að heilbrigði fullorðins fólks sé tengt félagslegri stöðu þess; því verri sem hún er, því verra er heilbrigðisástandið. Svo er í öllum ríkjum þar sem þetta hefur verið rannsakað, þar á meðal í iðnvæddum ríkjum Evrópu. Hins vegar hafa skoðanir verið skiptar hvað varðar börn, einkum unglinga. Ekki er efast um að þessi munur sé til staðar hjá ungbörnum, þ.e. börnum yngri en 1 árs, hvort heldur litið er til dánartalna eða veikinda almennt. Skoðanir hafa hins vegar verið skiptar hvað varðar eldri börn, en einkum þó unglinga. Gagnrýnendur, svo sem Patric West, sem hefur gert yfirgripsmikla rannsókn á unglingum í Skotlandi, hefur átalið aðra rannsakendur fyrir að nota of víð aldursmörk. Hann telur að aukna sjúkdómsbyrði lægri stéttar barna megi að mestu skrifa á tengsl þessara þátta við fæðingu og fyrsta aldursár, þegar heilbrigði barnsins endurspeglar mest heilbrigði og aðstæður móðurinnar. Efir það hverfi þessi munur, en komi síðan aftur í ljós á þrítugsaldri.

Þetta vakti áhuga hjá mér á að kanna hvernig tengslum milli heilbrigðis barna og unglinga og þjóðfélagsstöðu foreldra þeirra væri háttað í þróuðum velferðarþjóðfélögum eins og á Norðurlöndunum. Tækifæri gafst til þess þegar þátttaka bauðst í samnorrænni könnun á högum, heilsufari og líðan barna. Rannsóknin er stjórnað af Lennart Köhler, prófessors í félagslækningum í Norræna heilsuverndarháskólanum. Könnunin var víðtæk og ekki sérstaklega sniðin til að meta þjóðfélagslegan mun á heibrigði barna, en þó vel nothæf til þess. Þennan þátt gerði ég í samvinnu við prófessor Mackenbach í Rotterdam, en við Erasmushásköla nn þar er miðstöð Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um jöfnuð í heilbrigði og heilbrigðisþjónustu. Rannsóknarspurningar mínar voru þessar:

1. Er samband milli heilbrigði barna á Norðurlöndum og félagsaðstæðna foreldra þeirra?

2. Er samband milli notkunar barnanna á heilbrigðisþjónustu og félagsaðstæðna foreldra þeirra?
3. Gildir hið sama um öll löndin?

Niðurstöðum hefur áður verið lýst og hér gefst ekki tækifæri til að lýsa þeim í smáatriðum. Rannsóknin náði til slembiúrtaks 3000 barna á aldrinum 2–17 ára í hverju Norðurlandanna fimm, eða samtals 15.000 barna. Svarhlutfall var 70%. Víðtækur spurningalisti var lagður fyrir foreldra barnsins um aðstæður fjölskyldunnar og heilsufar barna og foreldra. Þegar athuguð voru tengslin milli sjálftjáðs heilbrigðis foreldranna og þjóðfélagsstöðu þeirra kom hið dæmigerða mynstur í ljós. Tökum sem dæmi einkenni undanfarna mánuði eftir tekjum. Mælikvarðinn er aldursleiðrétt „odds ratio“, sem er nálægt því að vera sama og hlutfall án þess að farið sé nánar út í þá sálma hér.

Hæsti tekjufjórðungur	1.00
Næsthæsti tekjufjórðungur	1.36
Næstlægsti tekjufjórðungur	1.52
Lægsti tekjufjórðungur	1.70

Miðað er við best setta hópinn sem þá fær töluna 1.00. Súlan fyrir það neikvæða ástand sem mælt er, hér sjúkdómseinkenni undanfarna þrjá mánuði, hækkar eftir því sem ráðstöfunartekjur fjölskyldunnar lækka. Sams konar mynd sést þegar samband menntunar og sjúkleika er skoðað. Þegar atvinnustétt er skoðuð á sama hátt er mestur sjúkleiki meðal foreldra sem tilheyra stétt ófaglærðs verkafólks.

Háskólamenntun	1.00
Önnur löng framhaldsmenntun	1.37
Styttri framhaldsmenntun	1.69
Eingöngu grunnskóli eða styttra	1.95

Þetta var um foreldrana og kom engum á óvart. Næst skal athugað sambandið milli aðstæðna foreldranna og sjúkdómseinkenna barnanna undanfarna þrjá mánuði. Leiðrétt er fyrir aldur barnanna. Eins og áður er fyrst fjallað um tekjur fjölskyldunnar og skoðað samband tekna annars vegar og sjúkdómseinkenna hjá börnunum hins vegar:

Hæsti tekjufjórðungur	1.00
Næsthæsti tekjufjórðungur	1.16
Næstlægsti tekjufjórðungur	1.18
Lægsti tekjufjórðungur	1.65

Síðan er sams konar samband sjúkdómseinkenna skoðað miðað við menntun (í þessu tilviki móður):

Háskólamenntun	1.00
Önnur löng framhaldsmenntun	1.38
Styttri framhaldsmenntun	1.46
Eingöngu grunnskóli eða styttra	1.73

Sama mynstur kemur fram þótt myndin sé eitthvað óreglulegri eins og við var að búast og „odds ratio“ ekki jafnhá tala og hjá fullorðnum að jafnaði, en að okkar mati þó furðumikill munur eftir stétt foreldranna. Þá kom fram sama mynstur þótt skipt væri í þrjá aldurshópa, alls staðar var hið sama eða svipað uppi á teningnum. Svipaður mismunur á heilsufari eftir stétt kom fram í öllum löndunum fimm og síst hægt að segja að við höfum staðið okkur verr en hin löndin, nema síður sé.

Sé athugað hversu mikið foreldrarnir leituðu með barnið til læknis kemur í ljós að lítill munur var á notkun á þjónustu heimilislækna eftir þjóðfélagsstöðu foreldranna, einkum eftir að leiðrétt hafði verið fyrir meiri veikindatíðni barna ver settra foreldra. Hins vegar leituðu þau börn mun minna til sérfræðinga en börn þeirra efnuðu og betur menntuðu. Það gladdi mig að frétta af því að okkar ágæti heilbrigðismálaráðherra hefði í gær undirritað reglugerð sem setur kostnað við sérfræðiþjónustu fyrir börn í sama flokk og kostnað ellilífeyrisþega, en áður átti það einungis við um heimilislæknisþjónustuna.

Þótt undarlegt megi virðast er ekki til neitt tæki hér á landi sem metur reglulega breyting-

ar á heilsufari landsmanna eftir þjóðfélagsstétt, eins og er í flestum siðmenntuðum löndum. Ýmsar „ad hoc“ rannsóknir hafa verið gerðar úr gögnum Hjartaverndar af Ólafi Ólafssyni, fyrrverandi landlækni, og fleirum á tengslum þjóðfélagsstöðu og heilbrigðis eða áhættuþátta sjúkdóma svo og rannsóknir á dánartíðni ýmissa starfshópa.

Rannsóknir erlendis beinast ekki lengur að því að athuga hvort munur sé á heilsufari eftir þjóðfélagsstétt, a.m.k. hjá fullorðnum, heldur eru slíkar rannsóknir gerðar reglulega og fylgst með því hvort munurinn aukist, eins og virðist vera í ýmsum Evrópulöndum. Mikið svigrúm fengist til að bæta heilsufar ef hinir þjóðfélagslega verr settu fengju að njóta jafngóðrar heilsu og aðrir. Áðurnefnt tæki mætti nota til að meta áhrif heilsupólitískra aðgerða.

Erlendar rannsóknir beinast nú að því að leita að orsökum þess munar sem er á heilbrigði fólks eftir stéttum. Ein skýringin er sú að lífstíll svokallaðra lægri stétta sé heilsuskaðlegri en annarra, þeir reyki meira, stundi síður heilsusamlega líkamsrækt o.s.frv. Þetta skýrir þó aðeins lítinn hluta af muninum á heilsufari milli stétta. Önnur skýring er sú að fólk veljist í lægri stétt vegna veikinda, eða það sem Bretar kalla „downward drift“, eða að fólk hrapi niður „virðingarstiga“ þjóðfélagsins vegna veikinda. Þetta á þó varla við í okkar rannsókn þar sem um börn er að ræða sem fæðast inn í ákveðna þjóðfélagsstétt og mjög ólíklegt verður að teljast að veikindi barns hafi áhrif á þjóðfélagsstétt foreldris. Hvað fullorðna varðar er ekki hægt að meta þennan þátt með þversniðsrannsókn eins og okkar. Við sjáum aðeins að samband er á milli þessara þátta, en ekki í hvora áttina það virkar. Til að meta það þarf framvirkar rannsóknir þar sem fólki er fylgt eftir í tíma. Nokkrar slíkar rannsóknir hafa verið gerðar og benda þær ekki til þess að verulegs hluta skýringarinnar sé að leita í þessu fyrirbæri. Hreinn skortur er óalgengur á okkar slóðum, flestir hafa a.m.k. mat og húsaskjól. Hins vegar virðist sem hlutfallslegur munur á aðstöðu fólks hafi þessi áhrif á einhvern hátt sem ekki hefur tekist að skýra að fullu. Langvinn streita hefur m.a. verið nefnd sem orsakavaldur, ekki tímabundin streita sem maður verður fyrir öðru hverju heldur langvinn, og streita þess sem t.d. stendur við færiband og ræður ekki tíma sínum og er öðrum háður um flest. Slæmur lífsstíll og lélegur ytri aðbúnaður helst oft í hendur og þau tengsl getur verið erfitt að rjúfa. Einstæð móðir með mörg börn kaupir sér síður kort í heilsuræktinni, hún hefur hvorki tíma né ráð á því og börnin fara síður í ballett eða tónlist af því að það hefur ekki tíðkast í þeirra umhverfi og kostar líka peninga sem hún á ekki afgangs í harðri lífsbaráttu.

Að lokum langar mig að gera aðra tillögu að íslenskum markmiðum sem tengist 2. Evrópumarkmiði um jafnrétti til heilbrigðis, eða öllu heldur að skerpa á fyrsta liðnum til þess að gera hann raunhæfari, þ.e. mælanlegri og samanburðarhæfari:

1. Fylgjast skal á nokkurra ára fresti með breytingum á heilsufari íslensku þjóðarinnar með úrvinnslu og útgáfu á tölfræði sem safnað er reglulega (svo sem dánartölum), svo og með heilsufarskönnunum á slembiúrtaki landsmanna. Niðurstöðurnar skal tengja við atvinnustétt, menntun og ráðstöfunartekjur. Taka skal mið af slíkum rannsóknum færustu erlendra vísindamanna og alþjóðlegra stofnana (WHO, Evrópusambandsins) til að tryggja áreiðanleika (að þær mæli það sem þeim er ætlað að mæla), samanburðarhæfni við önnur lönd og tímabil.

2. Aðgerðir skulu miða að því að minnka um a.m.k. 25% þann mun sem reynist vera á heilsufari:

a. faglærðra og ófaglærðra,
b. háskólamenntaðra og þeirra sem eingöngu hafa grunnskólamenntun,
c. hópsins í hæsta tekjufjórðungi miðað við þá í lægsta tekjufjórðungi ráðstöfunartekna.

Pálmi V. Jónsson lyf- og öldrunarlæknir

Góð heilsa á efri árum

Góð heilsa á efri árum er ekki síður háð umhverfisáhrifum og lífsstíl en erfðum. Æviskeiðið er ein samfelld heild og heilsuspillandi áhrif fyrr á ævinni skerða oftar en ekki heilsu á efri árum. Ég lít á það sem mikilvæga skyldu að benda á og undirstrika að ýmis vandamál sem öldrunarlæknar glíma við hefði mátt fyrirbyggja, ef ekki með þekkingu fyrri tíma þá með þekkingu nútímans. Þannig þarf ásýnd ellinnar í framtíðinni ekki að vera eins og við þekkjum hana nú.

Það þarf tvo til að dansa tangó. Einstaklingurinn ber ábyrgð á eigin heilsu, en á heilbrigðisstarfsmönnum hvílir einnig mikil ábyrgð á að nýta alla möguleika á sem fullkomnastan hátt til að stuðla að bættri heilsu.

Árið 1990 voru ævilíkur 65 ára konu tæp 20 ár, en 65 ára karls um það bil 16 ár. Sextíu og fimm ára einstaklingur getur nú átt von á því að þurfa að eyða að meðaltali, fjórðungi af þeim tíma sem eftir er ævinnar með einhvers konar fötlun.

Árið 1990 voru hins vegar ævilíkur áttræðrar konu um níu ár en áttræðs karls liðlega sjö ár og þeir sem áttræðir eru geta átt von á því að þurfa að eyða um 50% af ólifuðum tíma með einhvers konar fötlun.

Meðalævilíkur hafa vaxið alla öldina

- Meðalævilíkur eru nú við fæðingu um 80,4 ár fyrir konur en 77 ár fyrir karla.
- Aukning um 1 ár/5 ár síðastliðin 25 ár.
- 1986–90 voru ævilíkur 65 ára kvenna 19,1 ár en 65 ára karla 15,8 ár, þar af 25% tímans með fötlun.
- 1986–90 voru ævilíkur 80 ára kvenna 8,8 ár en 80 ára karla 7,3 ár, þar af 50% tímans með fötlun.
- Öldruðum fjölgar, háöldruðum mest og búast má við að ævilíkur aldraðra aukist!

Það er gleðilegt að það skuli ekki aðeins vera ævin sem hefur lengst heldur hefur virkt líf án fötlunar einnig lengst. Það er mikilvægt markmið að lengja virkt líf án fötlunar. Heilsufar og færni aldraðra hefur batnað.

- Hóprannsókn Hjartaverndar hefur sýnt fram á bætt heilsufar hjá yngri hópum aldraðra.
- Milli 1982 og 1994 féll fötlun fólks eldri en 65 ára úr 24,9% í 21,3% í Bandaríkjunum. (Manton og félagar J. Gerontology, 1998)
- Það þýðir að á Íslandi 1992 hefðu verið 1400 færri fatlaðir aldraðir en spár 1982 hefðu gert ráð fyrir á þeim tíma.

Í látlausri umfjöllun um sjúkdóma má ekki gleyma því að flestir aldraðir eru frískir og meta heilsufarið jákvætt og betur en þeir sem yngri eru og reyna að leggja mat á heilsufar aldraðra.

Aldraðir segja best til um eigin heilsu

- Önnur bandarísk rannsókn sýndi 1994 að 39% eldri en 65 ára og 31% eldri en 85 ára töldu sig hafa góða eða ágæta heilsu.
- Taka þarf upp á Íslandi reglulegt mat á algengi fötlunar á efri árum, orsökum hennar svo og viðhorfum aldraðra til eigin heilsu og félagslegra aðstæðna.
- Slíkt mat er leiðarvísir þeim sem móta stefnu í málefnum aldraðra.

Gróflega má skipta alvarlegustu sjúkdómunum í tvo flokka, þá sjúkdóma sem draga til dauða og þá sjúkdóma sem leiða til fötlunar. Nokkur skörun er á milli, sérstaklega á sviði æðasjúkdóma.

Helstu dánarorsakir

- Hjartasjúkdómar – kransæðasjúkdómur, hjartabilun.
- Æðakölkun – í heila og öðrum líffærum.
- Heilaáföll – vegna blóðtappa og blæðinga.
- Krabbamein.
- Sömu orsakir dauða nú og áður en fólk deyr nú seinna af þessum sömu orsökum.
- Bráðir sjúkdómar hafa orðið langvinnir.

Hér á eftir eru hins vegar sjúkdómar sem valda fötlun, auk hjarta- og æðasjúkdóma. Ég minni á að forvarnir gegn fötlun og hjálpartæki vegna fötlunar skipta aldraða miklu máli.

Helstu sjúkdómar sem valda fötlun

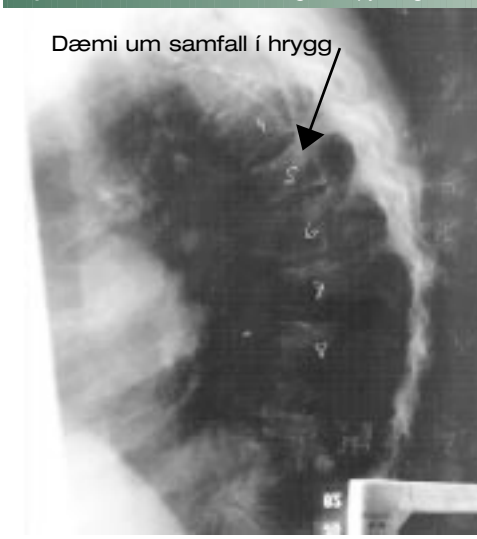
- Heilabilun
- Beinþynning
- Mjaðmabrot
- Sjónskerðing (dreri, gláka, kölkun, sykursýki)
- Þvagleki
- Hjartasjúkdómar
- Heilaáföll
- Slitgigt
- Sykursýki
- Parkinsons-veiki
- Heyrnarskerðing

Með því að hafa áhrif á áhættuþætti sjúkdóma má draga mjög svo úr sjúkdómseinkennum, eins og eftirfarandi gefur til kynna. Hér er um lykilhugtak að ræða sem ætti að móta viðhorf okkar til heilsuverndar á efri árum.

Algengi langvinnra sjúkdóma tvöfaldast á hverjum 5 árum eftir 70 ára aldur

- Ef sjúkdómi er seinkað um 5 ár má draga úr fjölda þeirra sem hafa einkenni um 50%!
- Ef algengi sjúkdóma við 70 ára aldur er 2% í stað 4% verður fjöldi þeirra sem hafa sjúkdóminn 16% í stað 32% við 85 ára aldur!
- Sækja þarf þennan ávinning með gerð klínískra leiðbeininga sem stuðla að bættu heilsufari aldraðra.

Mynd 1. 67 ára kona með alvarlega beinþynningu.



Með því að semja og innleiða klínískar heilsuverndandi leiðbeiningar má stuðla að bættu heilsufari aldraðra og er það gert með því að draga úr breytileika meðferðar og gera meðferðina nægilega ákafa, þannig að hámarksávinningur náist.

Klínískar leiðbeiningar til þess að bæta heilsufar aldraðra

Núverandi þekking er langt frá því að vera fullnýtt hvað varðar greiningu áhættuþátta og ákefð meðferðar – til dæmis:

- bólusetning, reykingavarnir, líkamsrækt,
- blóðþrýstingsmeðferð, lækkun kólesteróls, varðveisla beinmassa, blóðþynning við gáttatif, kvenhormón,
- nýting á öldrunarlækningadeildum.

Annað lykilhugtak sem ætti að hvetja til heilsuverndarátaks í meðferð áhættuþátta, er að meingerð fjölmargra sjúkdóma er sameiginleg og því hægt að slá margar flugur í einu höggi. Nægir að nefna æðakölkun og háþrýsting sem dæmi. Meðferð áhættuþáttanna leiðir því til víðtækra áhrifa um allan líkamann. Þannig er um háþrýstings- og blóðfitulækkandi meðferð og kvenhormónameðferð.

- Æðakölkun hefur áhrif á kransæðar, hálsæðar, heilaæðar, ósæð, nýrna- og útæðar.
- Háþrýstingur veldur álagi á hjarta, nýru og heilaæðar.
- Háþrýstings- og blóðfitulækkandi meðferð verndar líkamann í heild sinni!
- Kvenhormónameðferð eftir tíðahvörf verndar æðar og varðveitir bein.

Myndir 1 og 2 sýna fjögur klínísk dæmi úr mínum sjúkrahúspraxis á þessu ári, þar sem fræðilega hefði mátt fyrirbyggja alvarleg sjúkdómseinkenni, ef ekki með fyrri þekkingu, þá með þekkingu samtímans, sem gæti nýst þeim sem hafa sambærilega áhættuþætti og þessir sjúklingar höfðu.

Beinþynning

Þekkingu hefur fleygt fram. Gildi kalks, D-vítamíns, kvenhormóns og ýmissa beinstyrkjandi efna er nú ljóst.

Æðastífla

Þessi sjúklingur reykti, hann var með sykursýki, háþrýsting og hækkaðar blóðfitur. Ekkert þessara mála var tekið föstum töku.

Heilablæðing

Þessi einstaklingur var með ómeðhöndlaðan háþrýsting.

Heilabilun

Þessi einstaklingur var með sykursýki og hækkaðan blóðþrýsting, auk gáttatifs. Hann tók ekki blóðþynningarlyf, sem nú hefur sannað gildi sitt fyrir þá sem eru með gáttatif.

Forvarnir

Ef við leggjum okkur fram mun:

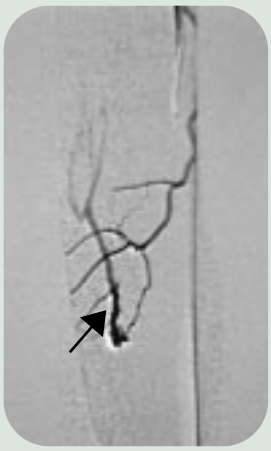
- líf lengjast,
- líf batna,
- fötlun minnka og koma seinna.

Fjárfesta þarf í forvörnum á öllum stigum til þess að ná þessum árangri.

Mynd 2.

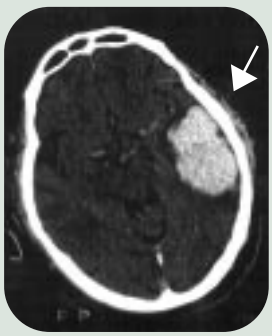
77 ára karlmaður með háþrýsting og hækkaðar blóðfitur sem missti fótinn

Stífluð æð á læri



Blæðing veldur allsherjarmálstoli

73 ára karlmaður með háþrýsting lagður inn með heilablæðingu



Truflun í heilahvítu

85 ára karlmaður með háþrýsting og heilabilun

Hola í heilavef

Ábyrgðin er einstaklinganna og samfélagsins að fullnýta þá möguleika sem sannanlega eru fyrir hendi.

Ég vil nú rétt sem snöggvast minnast á mikilvæga þætti sem heilbrigðisþjónustan þarf að sýna til að stuðla að góðri heilsu á efri árum. Allt eru þetta fullyrðingar sem rökstyðja má ítarlega og mikilvægt er að hrinda í framkvæmd á næstu árum.

Bætt heilbrigðisþjónusta við aldraða

- Styttur legutími bráðasjúkrahúsa kallar á bætt aðgengi að öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og hjúkrunarheimilum.
- Bið þeirra sem eru í mjög brýnni þörf fyrir hjúkrunarheimili þarf að stytta markvisst.
- Auka þarf dagdeildar- og heimaþjónustu.
- Samhæfa þarf heimahjúkrun og heimilishjálp.
- Samhæfa þarf öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og heilsugæslu.

Að lokum vil ég minna á að upplýsingatækni er enn einn lykillinn að bættri heilbrigðisþjónustu við aldraða.

Upplýsingatækni: lykill að bættri heilbrigðisþjónustu við aldraða

- Vistunarmat aldraðra hefur skilað árangri.
- RAI-mat á hjúkrunarheimilum skilgreinir þarfir aldraðra, metur gæði og getur orðið grunnur réttlátrar fjármögnunar.
- Slíkt mat hefur verið þróað fyrir önnur þjónustustig, heimahjúkrun, bráðasjúkrahús og öldrunarlækningar.
- Stefna ber að samræmdu mati sem fylgir hinum öldruðu milli allra þjónustustiga.

Ég vona að heilbrigðisþing skili okkur vel fram á veginn í upphafi nýrrar aldar.

C. Forvarnir og heilsuvernd

(Markmið 6, 7, 8 og 9)

Tómas Zoëga geðlæknir

Stefnumörkun í geðheilbrigðismálum

Starfshópur skipaður af heilbrigðis- og tryggingamála-ráðherra 20. febrúar 1997

- Tómas Zoëga yfirlæknir, formaður Geðverndarfélags Íslands, formaður starfshópsins.
- Eydís Sveinbjarnardóttir, MS-geðhjúkrunarfræðingur frá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Guðný Anna Arnþórsdóttir hjúkrunarframkvæmdastjóri frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur.
- Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir, formaður Geðlæknafélags Íslands.
- Hrefna Ólafsdóttir félagsráðgjafi, frá Stéttarfélagi íslenskra félagsráðgjafa.
- Margrét Margeirsdóttir deildarstjóri frá félagsmálaráðuneytinu.
- Oddi Erlingsson yfirsálfræðingur frá Sálfræðingafélagi Íslands .
- Ólafur Ó. Guðmundsson yfirlæknir, var síðar skipaður í hópinn sem fulltrúi Barna- og unglingageðlæknafélagsins.
- Pétur Hauksson geðlæknir, formaður Geðhjálpar.
- Sigmundur Sigfússon yfirlæknir frá Landlæknisembættinu.
- Vilmar Pedersen, fulltrúi aðstandenda, frá Geðhjálp.
- Starfsmaður hópsins er Jón Sæmundur Sigurjónsson, deildarstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

Markmið

- Vinna að stefnumótun í málefnum geðsjúkra
- Leggja fram tillögur um áherslur í geðheilbrigðisþjónustunni á komandi árum.

Skipulag vinnunnar

Gagnaöflun

- Skrifuð bréf til aðila og stofnana innan lands sem hafa með geðheilbrigðismál að gera.

Upplýsingar erlendis frá

- Norðurlönd
- Bretland
- Ýmsar alþjóðastofnanir

Vinna (framganga) starfshópsins

- Stór hópur
- 42 fundir
- Mikil gagnaöflun
- Skýrslu skilað 10. október 1998

Ýmsir þættir

- Sjúkrahússþjónusta
- Þjónusta utan sjúkrahúsa
- Upplýsingar um kostnað
- Samspil hinna ýmsu ráðuneyta
- Tryggingastofnun ríkisins
- Sértækir hópar
  - Börn og unglingar
  - Aldraðir
  - Áfengismeðferð

Nokkrar staðreyndir um geðsjúkdóma

- Meðal algengustu sjúkdóma.
- Valda miklu vinnutapi og kostnaði fyrir einstaklinga og samfélagið.
- Nær 30% þeirra sem fá fullan örorkulífeyri fá hann vegna geðraskana.
- Um 35% af örorkubótum renna til geðsjúkra.

The Global Burden of Disease

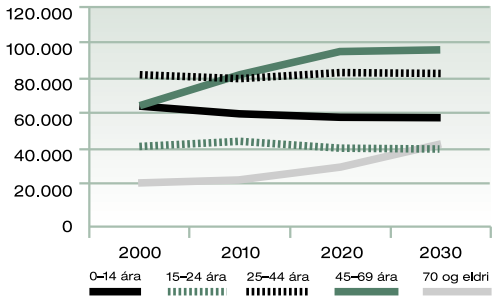
(WHO, World Bank, Harvard Public School)

Úttekt á dánarorsök og örorku vegna sjúkdóma árið 1990 og áætlað hvernig þessi atriði verða 2020.

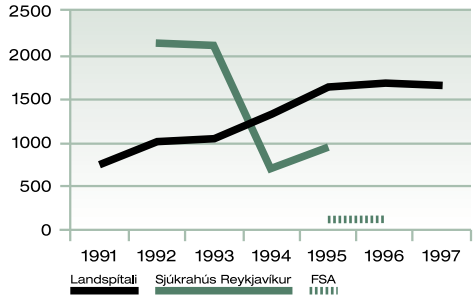
Niðurstöður

- Vanmat um allan heim á „byrði vegna geðsjúkdóma“.

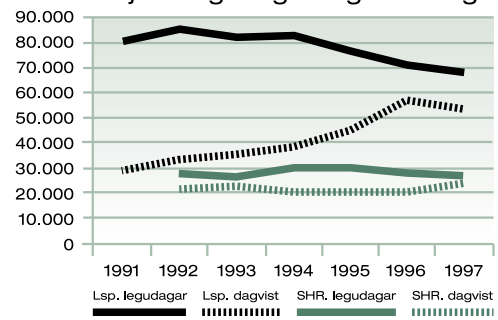
Mannfjöldaspá eftir aldri



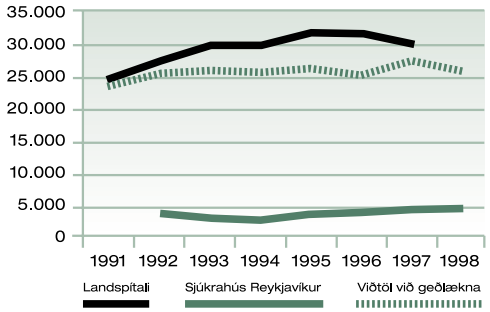
Fjöldi innlagna á dagdeildir



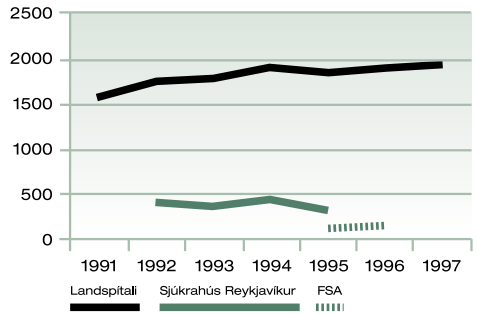
Fjöldi legudaga/dagvistardaga



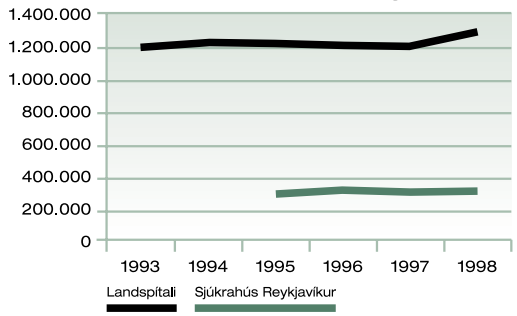
Fjöldi viðtala á göngudeild og utan sjúkrahúsa



Fjöldi innlagna á legudeildir



Kostnaður við rekstur geðdeilda



- Árið 1990 voru fimm geðsjúkdómar í hópi þeirra tíu sjúkdóma sem mesta örorku höfðu í för með sér.
- „Heildarsjúkdómabyrði“ geðsjúkdóma mun aukast úr 10,5% í 15% af heildarsjúkdómabyrðinni fram til ársins 2020.

Þróun á geðsjúkrahúsum undanfarin ár

- Sjúkrarúmum hefur fækkað
- Dagvistum hefur fjölgað
- Innlögnum hefur fjölgað
- Dvalartími hefur styst
- Göngudeildarviðtölum fjölgað

Geðsjúkrahús – tillögur

1. Tryggja jafnræði geðsjúkra og annarra sjúklinga.
2. Sérstakar geðdeildir verði áfram við stærstu sjúkrahúsin, þ.e. Landspítala, Sjúkrahús Reykjavíkur og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.

3. Sjúkrarúmum fyrir geðveika miðað við íbúafjölda fækki ekki frá því sem nú er.
4. Sérhæfður mannafli verði aukinn svo að hægt sé að sinna sjúklingum og aðstandendum betur og uppfylla kröfur laga um heilbrigðisþjónustu og réttindi sjúklinga.
5. Auka almannafræðslu um geðheilbrigði, geðraskanir og geðvernd.
6. Auka enn frekar rannsóknir á orsökum, eðli og meðferð geðveikra, auk annarra rannsókna er snerta veikindi þeirra, sérstaklega rannsóknir á árangri meðferðar og þjónustuþörf og nýtingu.
7. Auka kennslu allra heilbrigðisstarfsmanna í öllu er varðar geðheilbrigði.
8. Styrkja frekar göngu- og dagdeildarstarfsemi, einkum fyrir þá sem veikastir eru, og sinna forvörnum á öllum stigum með fleiri geðlæknum, geðhjúkrunarfræðingum, sálfræðingum og félagsráðgjöfum.
9. Athuga sérstaklega að samningur um lóð Kleppsspítala rennur út um áramótin 2004–2005. Fyrir þann tíma þarf að flytja alla þjónustu Ríkisspítala við bráðveika á Landspítalalóð.
10. Tryggja búsetu þeirra sem þurfa á vernduðu húsnæði að halda eftir sjúkrahúsvist. Slíkt húsnæði sé undir stjórn og eftirliti heilbrigðisráðuneytisins.

Helstu áhersluatriði

- Leggja ber sérstaka áherslu á málefni barna og unglinga sem eiga við geðsjúkdóma að stríða.
- Nauðsynlegt er að sinna sérstaklega fullorðnum einstaklingum sem haldnir eru langvinnum geðsjúkdómum.
- Áfengi og önnur vímuefni.
- Geðsjúkrahúsin – hornsteinn alls meðferðarstarfs og þjónustu við geðsjúka.

Ragnheiður Haraldsdóttir skrifstofustjóri

Samhæfing forvarna

Hæstvirtur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Ingibjörg Pálmadóttir – góðir áheyrendur.

Í þessu stutta erindi mun ég fyrst fjalla um grundvallarviðhorf samfélagsins um forvarnir, kröfur borgaranna um aukna áherslu á þennan þátt heilbrigðisþjónustu, fjárveitingar til forvarna og mat á árangri þeirra og mun ég draga þar fram nokkur dæmi. Að því loknu mun ég gera grein fyrir hvernig aukin samhæfing á þessu sviði gæti leitt til bætts árangurs og meiri uppskeru og ræði því næst um tengsl meðferðar og forvarna. Þá fjalla ég um ýmsar vísbendingar um að aukinnar samhæfingar sé þörf. Að lokum velti ég því fyrir mér hvað hvetur til aukinnar samhæfingar, lýsi stuttlega hvernig ábyrgð í málaflokknum skiptist og hvaða tillögur hafa verið helst uppi um breytingar. Ég mun ekki fjalla sérstaklega um markmiðin þrjú sem eru yfirskrift míns erindis, ég hef engar athugasemdir fram að færa við þau, enda unnin af helstu sérfræðingum á hverju sviði.

Menn munu nokkuð sammála um að eitt mikilvægasta viðfangsefni hvers samfélags sé að tryggja borgurum sem besta heilsu. Jafnvel er því haldið fram að þetta sé æðsta viðfangsefni hvers ríkisvalds. Viðhorf til þess hve stór hluti forvarnir eiga að vera af heilsubætandi aðgerðum fer eftir aðstæðum hverju sinni, þjóðfélagi, fjárhag, menningu og ýmsum ytri þáttum. Segja má að það sé lúxus að leggja áherslu á forvarnir því að það táknar að menn geti litið upp frá amstri dagsins og undirbúið þann næsta. Í þessu tiviki á Mattheusarguðspjall, kafli 6, vers 34, því ekki við, en þar segir: Verið því ekki áhyggjufullir um morgundaginn, því að morgundagurinn mun hafa sínar áhyggjur; hverjum degi nægir sín þjáning.“ Boðskapur forvarnanna er að við leggjum svolítið á okkur í dag til að lina þjáningar morgundagsins.

Hér á landi hefur umræðan undanfarin misseri verið á þann veg að almenningur kallar eftir meiri áherslu á forvarnirnar og er það í samræmi við þá stefnu sem kynnt er hér í dag þar sem mjög mörg markmiða heilbrigðisáætlunarinnar beinast beint og óbeint að forvörnum. Rödd forvarna er síður en svo sú rödd hrópandans í eyðimörkinni sem hún var fyrir fáum árum.

Eins og fram kemur í þeim gögnum sem hér liggja frammi er þetta í fullu samræmi við þróunina í nágrannalöndum okkar og ýmsum alþjóðastofnunum.

Hvert er hlutverk heilbrigðisyfirvalda í skipulagi forvarna?

Oft er bent á að heilbrigðisyfirvöld séu sein að tileinka sér nýjan þankagang í forvörnum og gildir þetta jafnt hér og erlendis. Stundum gengur umræðan svo langt í þessu efni að ætla mætti að málflytjendur teldu að það væri stjórnvalda að tryggja að borgararnir lifðu eftir formúlu, að við tileinkuðum okkur „réttan“ lífsstíl. Svo er að sjálfsögðu alls ekki, ábyrgð okkar á þeim ákvörðunum verður ekki frá okkur tekin. Við vitum öll meira og minna hvað er okkur fyrir bestu í heilsufarslegum skilningi, en við höfum tileinkað okkur lestina og við njótum þeirra!

Hlutverk heilbrigðisyfirvalda í forvörnum getur verið mismunandi. Það getur verið að ýta undir jákvæða lifnaðarhætti, t.d. með fræðslu, setningu ýmissa stjórnvaldsákvæða og með því að stuðla að aðstæðum sem eru heilsueflandi. Hlutverkin geta virst andstæð. Yfirvöld geta þurft að tryggja og verja rétt borgaranna til að anda ekki að sér eiturgufum, t.d. frá verksmiðjum, og þau geta líka þurft að verja rétt þegnanna til að anda að sér eiturgufum við sérstakar aðstæður (t.d. reykingar). Hlutverkið getur verið að tryggja að öllum

kröfum sé fullnægt til að tryggja hollustu, en einhver dæmi munu um að heilbrigðisyfirvöld hafi látið sig kleinubakstur þegnanna varða og þá til að tryggja annars konar réttindi en heilsufarsleg, en mikilvæg.

Mjög oft tekur langan tíma og mikla baráttu að koma í gegn breytingum sem varða heilsu almennings. Sú aðferð sem gjarnan er gripið til fyrst er fræðsla og upplýsingar. Þannig var t.d. lengi rætt um „blý í bensín" og þannig var líka lengi staðið að hvatningu til sætisbeltanotkunar. Árangurinn var góður eins og allir vita og í ljósi mikilvægis þessara atriða var að lokum gripið til lagasetningar, staðlagerðar og reglugerðasmíði.

Nú eru um 48 ár frá því fyrst var bent á skaðsemi reykinga. Hér á landi notum við milljónatugi í baráttuna gegn reykingum og nú á allra síðustu misserum höfum við gripið í vaxandi mæli til reglna sem takmarka reykingar. E.t.v. eigum við eftir að sjá mun fleiri atriði sem tengjast lífsstíl verða skilgreind sem viðfangsefni stjórnvalda og að frelsi okkar á þeim sviðum verði takmarkað með svipuðum hætti.

Oft er þeirri spurningu varpað upp hvers vegna áherslan á forvarnir sé ekki öflugri en raun ber vitni, svo góður sem málstaðurinn er. Stundum gefa menn sér það svar að stjórnmálamenn telji ekki líklegt til öflunar atkvæða að leggja áhersu á þennan málaflokk, þrýstihópar sem beita sér fyrir forvörnum séu nú ekki háværir. Ég tel að þetta sé ekki rétt. Áhugi almennings á forvörnum er mikill og fer vaxandi og aðgerðir til að efla þær fá almennt jákvæða en þó reyndar mjög litla umfjöllun. Stjórnmálamenn endurspegla þennan áhuga og fjárveitingar til málaflokksins hafa aukist verulega eins og ég vék að áðan. En pólitíkin er list hins mögulega og fer ekki mikið fram úr vilja okkar í lýðræðissamfélagi.

Ýmis önnur ljón eru á veginum. Sem dæmi má nefna að hér á landi hefur verið bent á að margir heilbrigðisstarfsmenn séu ekkert sérstaklega áhugasamir um að sleppa töfrasprota kraftaverkalækninganna og taka upp aðferðir kennslunnar, varpa af sér dulúð læknavísindanna fyrir jafnari stöðu og beinni samskipti við skjólstæðinga við miðlun upplýsinga, sem er aðalaðferð forvarna. Við þessar breyttu aðstæður er mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsmenn að átta sig á því að þeir er ekki sérfræðingar í gildismati og er ekki ætlað að taka ákvarðanir fyrir eintaklinga sem varða lífsgildi, þangað nær sérfræðin ekki.

Aukin áhersla á forvarnir

En hvers vegna ber að auka áherslu á forvarnir, hvaða rök hníga að því þegar grannt er skoðað að leggja stóraukna fjármuni til þessa geira? Erfitt er að gera sér grein fyrir þróun fjárframlaga á þessu sviði þar sem forvarnastörf eru ekki skilgreind sérstaklega sem viðfang í fjárlögum heldur eru þau hluti af fjárveitingum til stofnana og margvíslegra verkefna. En ljóst er að áherslan hefur farið vaxandi undanfarin ár þótt við vildum auðvitað sjá meira fjármagn í þessum málaflokki.

En rökin hafa fyrst og fremst verið af tvennum toga, annars vegar heilsuhagfræðileg rök og hins vegar mannúðarsjónarmið.

Heilsuhagfræðinga greinir á um heildarávinning af forvarnaaðgerðum. Með heildarávinningi á ég við að sparnað fyrir þjóðarbúið þegar til langs tíma er litið og þegar tekið er mið af þeim fjölmörgu breytum sem áhrif hafa á það dæmi. Tiltölulega auðvelt er að sýna fram á að einstakar forvarnaaðgerðir spari verulega því að oft og tíðum koma þær í veg fyrir dýrar sjúkrahúsinnlagnir, dýra lyfjameðferð eða hátækniþjónustu.

En slíkur ávinningur glatast oft vegna hærri lífeyrisgreiðslna og ýmissa hrörnunarsjúkdóma þeirra sem ná háum aldri. Í bók Geoffrey Rose The Strategy of Preventive Medicine, sem áhrif hefur haft á hugsanir manna á þessu sviði síðasta áratuginn, segir eftirfarandi: „Fækkun ákveðinna sjúkdómstilfella ætti samkvæmt kenningunni að lækka kostnað við heilbrigðisþjónustu þar sem færri tilfelli koma til meðferðar. Í raun reynist þessi von leiða til vonbrigða því að stöðugt hækkar

kostnaður við rannsóknir og meðferð hvers sjúklings vegna færni og nýsköpunar heilbrigðisstarfsmanna. Sem dæmi má nefna að mjög mikil fækkun tannskemmda hefur alls ekki leitt til samsvarandi fækkunar tannlækna, né hefur fækkun tilfella með kransæðaþrengsl leitt til verulegrar fækkunar hjartasérfræðinga og hjartaskurðlækna. Sannast sagna hefur kostnaður við rannsóknir og meðferð stundum staðið í öfugu hlutfalli við fjölda sjúkdómstilvika. Með nýrri greiningartækni er líka kleift að skima og finna sjúklinga í áhættuhópum mjög snemma með mjög lítil einkenni sem kannski eru tiltölulega litlar líkur á að verði einhvern tímann raunverulegir sjúklingar. Þannig höfum við nú í höndunum tækni til að sjúkdómsgera eða sjúklingagera stóran hluta samfélagsins og af því leiðir nauðsyn á meðferð og meðhöndlun.“ Þetta segir dr. Rose.

Við þetta má bæta að með mikilli skimun og greiningu áhættuhópa verður skilgreining okkar á sjúklingum sem þarfnast meðferðar oft mjög víð.

Ég bregð hér upp glæru með tilvitnun í Aldous Huxley mér til gamans. Hann lést árið 1963 og hann segir að framfarir í læknavísindunum hafi verið svo stórstígar og svo miklar að í raun sé ekki nokkur maður skilgreindur sem heilbrigður lengur. Til að bregða aðeins sterkara ljósi á þetta set ég hér aðra glæru á. Þetta er West-Scotland Study sem fjallar um hypercholesterolemíu og lyfjameðferð við því. Sveinn Magnússon, skrifstofustjóri og ágætur samstarfsmaður minn, gaukaði glærunni að mér. Hér kom í ljós að „numbers needed to treat“ eru 714 á ári til að koma í veg fyrir að einn einstaklingur lendi í verulegum heilsufarsvanda.

Heilsuhagfræðingar ganga svo langt að segja að dauði nýfædds einstaklings hafi mjög lítil hagfræðileg áhrif á þjóðfélagið því að það hafi kostað lítið að framleiða ungbarnið og það muni kosta lítið að bæta missinn. Fráfall ungmenna sé á hinn bóginn mjög alvarlegt fjárhagslegt áfall fyrir hvert samfélag því að ungmennin hafi verið dýr í uppeldi og uppvexti og dauðinn tákni að komið sé í veg fyrir mörg ár virkrar framleiðni.

Og svo ég vitni enn í dr. Rose var mér heldur brugðið er ég las að svona u.þ.b. á fimmtugsaldrinum náum við ákveðnu jafnvægi og þá vakna spurningar um hvort yfirleitt eigi að beita forvörnum því að þegar komið er fram yfir ákveðinn aldur á hagfræðilega rökfærslan fyrir forvörnum sér ekki stoð lengur. Ódýrasti einstaklingurinn er dauður einstaklingur.

Þessar staðhæfingar heilsuhagfræðinnar voru auðvitað fyrst og fremst settar fram til þess að vekja til umhugsunar, við vitum og þekkjum fjölmörg dæmi þess að forvarnaaðgerðir skili sparnaði í þjóðarbúið. En þær benda samt á þá staðreynd að á komandi árum verður gerð aukin krafa til allra aðgerða heilbrigðisþjónustunnar um arðsemi því að óhætt er að gera áfram ráð fyrir aðhaldsstefnu í útgjöldum hins opinbera. Því er mikilvægt að menn tileinki sér aðferðir sem duga til að meta raunveruleg áhrif aðgerða og færi sér þær í nyt við ákvarðanir um ráðstöfun fjármagns.

En þó að sjáfsögðu megi færa fram hagfræðileg rök má samt með nokkrum rétti halda því fram að sterkustu rökin fyrir aukinni áherslu á forvarnir séu mannúðleg. Það er óneitanlega betra að vera heilbrigður en sjúkur eða dauður. Þetta er upphaf og endir hinnar einu raunverulegu rökfærslu fyrir forvörnum og hún nægir.

Hvað er það helst sem hvetur til aukinnar samhæfingar á sviði forvarna?

Ástæður samhæfingar við forvarnaaðgerðir eru annars vegar skyldleiki og innbyrðis tengsl aðgerðanna og hins vegar fjárhagslegar, til hagræðingar.

Á það hefur oft verið bent að helstu sjúkdómar samtímans eiga sér rót í svipuðum orsökum. Þessir sjúkdómar eru flóknir og orsakir þeirra eru margslungnar. Ég ætla ekki að ræða um þær orsakir við ykkur, til þess eru þær of kunnar, en ég ætla að bregða hér upp glæru sem sýnir þetta tenginet helstu flokka lang-

vinnra sjúkdóma í dag og orsakir þeirra. Ljóst má vera að aðgerðir til að sporna við fjölgun tilfella á einu af þessum sviðum getur haft víðtæk áhrif á öðrum og jafnframt að ef við látum undir höfuð leggjast að skoða lífsstíl okkar á einhverju af þessum sviðum getur það leitt til marga af þessum langvinnu sjúkdómum.

Því er alveg ljóst að samhæfing aðgerða á forvarnasviðinu, sem ætlað er að hafa áhrif á einn tiltekinn sjúkdóm, hefur hugsanlega miklu meira forvarnagildi og getur leitt til mun meiri árangurs en menn höfðu gert sér grein fyrir. Þetta eykur mikilvægi þess að aðgerðir séu samhæfðar.

Þá vil ég nefna samspil forvarna og meðferðar.

Umræðan hér á landi undanfarin ár hefur oft borið keim af þeirri skoðun að forvarnir og heilsuverndarstarf annars vegar og meðferðarstarf hins vegar séu andstæður og þessir tveir þættir heilbrigðisþjónustunnar berjist um fjármagn, starfsfólk, virðingu og stöðu í kerfinu.

Þegar grannt er skoðað verður þó öllum ljóst að þessu er engan veginn svona farið. Oft og tíðum er meðferð öflugasta forvörnin og forvörn getur verið meðferð. Ég tilfæri dæmi.

Því er oft haldið fram að hér á landi sé mjög litlum fjármunum varið til forvarna á sviði áfengismála. Það má vera, en hitt er líka staðreynd að meðferð þeirra sem eiga við áfengisvandamál að stríða er góð hér, þ.e. aðgengi er gott miðað við það sem þekkist í samanburðarlöndum okkar og við bjóðum einstaklingum upp á meðferð af minna tilefni, þegar þeir eru minna veikir. Í því felst að sjálfsögðu gríðarlega mikil og öflug forvörn og hún hefur skilað sér.

Sama gildir um margs kyns lyfjameðferð. Lyf eru oft tekin í forvarnaskyni, en hljóta þó að teljast meðferð. Ég tel að á komandi árum verði múrarnir milli þessa tveggja þátta þjónustunnar rofnir í vaxandi mæli og samstarf eflist með mikilvægi samfelldrar þjónustu fyrir hvern einasta sjúkling í huga.

Á heilsugæslustöðvum um land allt er mjög mikið starf unnið á sviði forvarna, hve mikið veit enginn því að við erum skammt á veg komin í heilsugæslunni eins og á sjúkrahúsunum að greina störfin í flokka og meta kostnað og árangur tiltekinna verka.

Einingasamanburður heilsugæslustöðva sem unninn var af Hagsýslu ríkisins fyrir nokkrum árum leiddi í ljós að mjög mikill munur er á þeim störfum sem unnin eru á mismunandi heilsugæslustöðvum. Áhersla á heilsuvernd og ýmsar forvarnaaðgerðir er háð aðstæðum hverju sinni og því er jafnræðis þegnanna ekki nægilega gætt við núverandi aðstæður.

Í kjölfar einingasamanburðarins var gefin út skýrslan „Tillögur að breyttri stjórnskipan í heilsugæslunni“ (gormaskýrslan svokallaða) og var eitt meginmarkmið þeirrar skýrslu að efla heilsugæsluna, þ.m.t. á þeim sviðum sem litlu heilsugæslustöðvarnar geta ekki séð um einar og af sjálfsdáðum.

Tillögur stjórnar Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur voru kynntar vorið 1996. Í þeim fólst m.a. að sett yrði á laggirnar forvarnastofnun sem stýrði forvörnum á landsvísu, en Heilsuverndarstöð Reykjavíkur yrði lögð niður í þáverandi mynd. Í kjölfar þeirra tillagna skipaði heilbrigðisráðherra nokkrar nefndir til að fjalla um ýmsa þætti heilsuverndar og forvarna, og stýrinefnd, sem Vilborg Ingólfsdóttir, yfirhjúkrunarfræðingur hjá landlæknisembættinu, var í formennsku fyrir, skilaði tillögum um heilsuverndarstöðina á nýrri öld. Í þeirri skýrslu er gert ráð fyrir þverfaglegum og nokkuð fjölskipuðum ráðum fyrir hvern málaflokk á sviði heilsuverndar og hafa þær tillögur verið ræddar ítarlega.

Auk þess hafa komið fram ýmsar tillögur, bæði úr nefndastarfi í ráðuneytinu og frá ýmsum nefndum og ráðum sem heyra undir ráðuneytið, og er þá almennt kallað eftir meiri samhæfingu starfa þessara eininga.

Þau ráð og nefndir sem ég vísa hér til eru áfengis- og vímuvarnaráð, manneldisráð, slysavarnaráð, tannverndaráð, tóbaksvarnanefnd, átakið vörn fyrir börn, alnæmisfræðslan o.fl. Allt ber þetta að sama brunni: kallað er eftir meiri samstillingu forvarnaaðgerða.

Hver á að bera ábyrgð á aukinni samhæfingu?

Ég vil aðeins fara yfir helstu tillögurnar sem ræddar hafa verið eins og ég þekki þá umræðu og gera grein fyrir helstu kostum og göllum hverrar um sig.

Oft er talað um að yfirstjórn forvarna eigi að vera hjá landlæknisembættinu. Landlæknisembættið hefur um árabil lagt mikla áherslu á skipulag forvarna og hefur m.a. sent út tilmæli þar að lútandi til heilbrigðisstofnana. Þar er áhugi fyrir hendi á viðfangsefninu og mikil þekking. Ýmsir hafa nefnt þann ókost að landlæknisembættið fer samkvæmt lögum með eftirlit með starfsemi stofnana og því kann að þykja flókið að yfirstjórn framkvæmdar eins málaflokks sé þar einnig. Hér skal því skotið inn að hinn nýskipaði landlæknir hefur í ræðu og riti lýst áhuga sínum á að stofnsett verði rannsóknastofnun lýðheilsu, og geri ég mér í hugarlund að slík stofnun myndi meta árangur aðgerða svipað og kallað var eftir hér að framan, auk annarra verkefna.

Þá hefur verið rætt um forvarnastofnun á landsvísu eins og ég gat um hér á undan. Forvarnastofnun hefur marga kosti. Hún væri augljóslega sú stofnun sem bæri ábyrgð á samhæfingu þeirra aðgerða sem gripið væri til hverju sinni. Ókosti telja menn vera helsta þá að slík stofnun myndi drepa í dróma það frumkvæði og þann grasrótaráhuga sem nú ríkir á þessu sviði og að þyngslalegt kerfi í kringum starfsemina sé alls ekki til framfara fallið. Í því sambandi hefur oft verið bent á t.d. Hjartavernd og spurt hvort heilbrigðisyfirvöld telji að þeirri starfsemi væri betur fyrir komið ef hún væri í einhverjum starfstengslum við stofnun, sem bæri ábyrgð á skipulagi forvarna.

Þá hefur komið til tals að Heilsuverndarstöðin taki að sér mun fleiri verkefni en hún sinnir nú á sviði forvarna, og þá á landsvísu. Það hefur að sjálfsögðu marga kosti. Þar er til staðar stjórnsýsla, húsnæði og áhugi og þar er nú til húsa áfengisvarnaráð, manneldisráð og tannverndarráð. Ókostirnir eru þeir að Heilsuverndarstöðin sinnir nú fyrst og fremst Reykvíkingum og breyta þyrfti skipulagi stofnunarinnar verulega til þess að fá henni svo viðamikið verkefni á landsvísu.

Tillögur Vilborgarnefndarinnar svokölluðu, sem nefndar voru hér að framan, gera ráð fyrir forvarnaráðum sem tækju að sér stefnumótun á ýmsum sviðum. Þessi ráð gætu verið hluti af forvarnastofnun eða heyrt undir landlækni eða ráðuneyti, eins og sum þeirra gera nú.

Ágætu áheyrendur.

Hér verður ekki gerð tilraun til að ákveða hver þessara leiða til samhæfingar forvarna er best. Í anda forvarnafræðslu set ég hér einungis fram upplýsingar og íhugunarefni, en læt áheyrendum eftir að móta skoðanir sínar. Kostur gefst á að koma sjónarmiðum á framfæri á næstu mánuðum og hafa áhrif á stefnumótunina.

Svona rétt í bláendann get ég ekki stillt mig um að ítreka þau sjónarmið sem ég setti fram áðan um þau siðferðilegu viðhorf sem móta eiga stefnu í forvörnum. Ég geri orð ekki ómerkari manns en Dostojevskís að mínum og lýk máli mínu svona: Við erum öll ábyrg fyrir öllu.

Læknavísindin hafa náð svo langt
að nú er í raun enginn heilbrigður lengur.

Aldous Huxley, d.1963

Við berum öll ábyrgð á öllu.

Dostojevskí

D. Þverfaglegar aðgerðir

(Markmið 10, 11, 12, 13 og 14)

Áfengis-, fíkniefna- og tóbaksvarnir

Virðulegu fundarstjórar, góðir áheyrendur.

Ég þakka fyrir að fá tækifæri til að taka til máls á þessu heilbrigðisþingi. Þó að tóbaksvarnir séu helsta forgangsverkefnið í íslenskri heilbrigðisáætlun til ársins 2005 mun ég aðallega tala um áfengis- og vímuvarnir, því að þær standa mér nær.

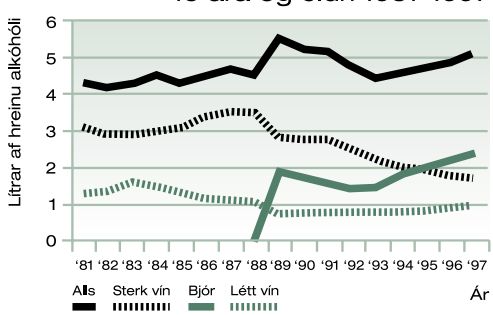
Ég byrja með nokkrum upplýsingum um neyslu þjóðarinnar á áfengi, sem er eina löglega vímuefnið og það langalgengasta, en greini síðan frá þeim leiðum í vímuvörnum sem nú eru til umræðu hjá áfengis- og vímuvarnaráði.

Áfengisneysla á íbúa á Íslandi 15 ára og eldri 1981–1997

Samkvæmt 12. heilsumarkmiði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar er stefnt að því að dregið verði úr skaðlegum áhrifum áfengis, ávanalyfja og tóbaks. Í íslenskum markmiðum er stefnt að því að áfengisneysla á íbúa verði ekki meiri en 4,5 lítrar af hreinu áfengi á hvern íbúa 15 ára og eldri. Þá er stefnt að því að draga úr áfengis- og vímuefnaneyslu unglinga um 25%. Eins og sést á mynd 1 er áfengisneysla nú á hvern íbúa 15 ára og eldri rúmir 5 lítrar. Neyslan var hins vegar í u.þ.b. 4,5 lítrum fyrir tíma bjórsins og síðast árið 1993.

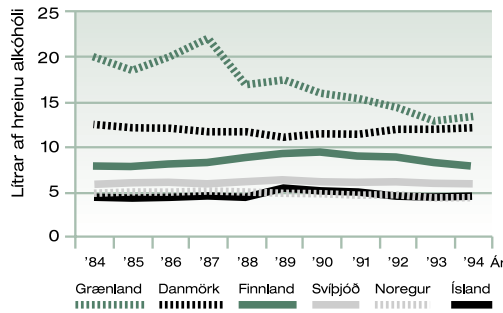
Mynd 1.

Áfengisneysla á hvern íbúa á Íslandi 15 ára og eldri 1981–1997



Mynd 2.

Áfengisneysla á hvern íbúa á Norðurlöndum 15 ára og eldri 1984–1994



Áfengisneysla íbúa á Norðurlöndum 15 ára og eldri 1984–1994

Í samanburði við önnur norræn ríki hefur áfengisneysla á hvern íbúa verið með minnsta móti. Fram til þessa höfum við vermt neðsta sætið með Norðmönnum.

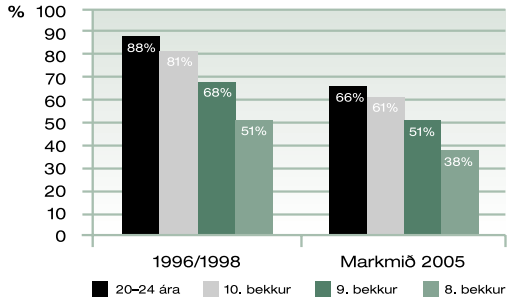
Hlutfall þeirra sem hafa neytt áfengis

Samkvæmt þeim heimildum sem ég hef við að styðjast neyta hátt í 90% þjóðarinnar, 15 ára og eldri, áfengis og tíðni alkóhólisma hefur mælst á bilinu 3,5–6,3%. Mér finnst í raun merkilegt að um langt árabil hafa annars vegar templarar og hins vegar óvirkir alkóhólistar, samanlagt um 15% þjóðarinnar, verið þeir tveir hópar í þjóðfélaginu sem hafa unnið ötullegast að áfengis- og vímuvörnum. Það hlýtur að vera orðið tímabært að hinir móti sér líka skoðun á því hvernig þeir vilja hafa menninguna í kringum áfengið.

Hvað unglingana varðar smakka meira en 80% þeirra áfengi á meðan þeir eru enn í grunnskóla. Það að smakka áfengi í fyrsta skipti er eitt en öllu kvíðvænlegra er að meira en 60% ná að verða ölvuð áður en grunnskóla lýkur. Verst er þó að í könnunum Rannsóknastofnunar uppeldis- og menntamála og „Ís-

Mynd 3.

Hlutfall þeirra sem hafa neytt áfengis



lands án eiturlyfja“, sem gerðar voru í unglingadeildum grunnskóla vorin 1997 og 1998, sögðust rúm 20% hafa drukkið 3–6 sinnum síðustu 30 daga áður en þeir svöruðu. Í hverjum árgangi eru um 4.500 unglingar og samkvæmt þessu drekka um 900 í 10. bekk einum um það bil vikulega. Á það skal bent að meðferðarpláss fyrir unglinga eru innan við 60 talsins.

Neysla annarra vímuefna en áfengis er mun óalgengari. Það er þó staðreynd að hass og amfetamín er núna komið inn í grunnskólana. Í 10. bekk sögðust 16% hafa reykt hass vorið 1998 en það er aukning um 3 prósentustig frá því árinu áður, með öðrum orðum aukning um nærri fjórðung.

Áfengisneysla virðist vera undanfari neyslu annarra vímuefna og tóbaks. Aðeins um 1% þeirra sem leita sér meðferðar vegna vímuefnaneyslu neytir ekki áfengis. Því yngri sem unglingar eru þegar þeir byrja að neyta áfengis þeim mun meiri líkur eru á að þeir lendi í vandræðum vegna vímuefnaneyslu þegar fram í sækir. Í samanburði við útlönd er hlutfall íslenskra unglinga sem neyta áfengis ekki eins hátt og í mörgum öðrum löndum en íslenskir unglingar drekka oftar og verða frekar drukknir og lenda í vandræðum vegna þess, t.d. óæskilegri kynlífsreynslu, slagsmálum eða ránum.

Markmið: Vímulaus grunnskóli og vímulaus tómstundaiðja

Áfengis- og vímuvarnaráð vill starfa með sem flestum sem vinna að vímuvörnum í þjóðfélaginu. Í upphafi árs sendum við út fyrirspurn til meira en 50 stofnana, félagasamtaka og einkaaðila sem koma á einhvern hátt að vímuvörnum um það hvað mikilvægast væri að leggja áherslu á í vímuvörnum í náinni framtíð. Algengasta svarið var vímulaus grunnskóli. Margir lögðu einnig áherslu á að áfengisneysla yrði bönnuð í tengslum við tómstundaiðju barna og unglinga, t.d. í tengslum við íþróttakappleiki. Þessi svör eru í samræmi við viðhorfskannanir sem gerðar hafa verið meðal almennings. Fólki finnst áfengis- og vímuefnaneysla unglinga vera vandamál. Mikilvægi þess að okkur takist að seinka því að unglingar byrji að neyta áfengis ætti að vera augljóst. Þá kom víða fram að nauðsynlegt væri að auka sérhæfð meðferðarúrræði fyrir börn í vanda. Sem stendur er u.þ.b. ársbið eftir meðferð í þessum aldurshópi.

Vímuvarnir framtíðarinnar

- Áfengis- og vímuvarnaráð vill byggja vímuvarnir framtíðarinnar á markvissum rannsóknum, stöðugu mati á árangri verkefna og markvissri upplýsingamiðlun.
- Beina þarf vímuvörnum meira að foreldrum en áður. Kynna þarf fyrir foreldrum rannsóknir sem gefa til kynna að samvera þeirra með börnum sínum, uppeldisaðferðir og hvernig þeir umgangast tóbak, áfengi og vímuefni sjálfir hefur mikið að segja um það hvort börnin þeirra fara að nota vímuefni.
- Hefja þarf forvarnir mun fyrr á lífsferli barna en hingað til hefur verið gert. Það er hægt með því að höfða strax frá upphafi til ábyrgðar foreldra á uppeldi barna með tilliti til áfengis og vímuefna. Til athugunar er hvort nýta má úrræði heilsugæslunnar og leikskólanna markvissar í þessu skyni en nú er gert. Þá er nauðsynlegt að efla úrræði skólanna til aðstoðar börnum sem eru í áhættuhópum. Það er staðreynd að starfsfólk heilsugæslu, leikskóla og skóla getur mjög snemma séð hvort barn sé líklegt til að eiga í vímuefnavanda síðar á ævinni. Það veit bara enginn hvað á að gera við þessa vitneskju eins og stendur.

- Unglingar þekkja vel áhættuna sem fylgir því að neyta áfengis og annarra vímuefna en hafa samt frekar aukið neysluna undanfarið en hitt. Halda þarf áfram fræðslu um skaðleg áhrif vímuefnaneyslu en einnig þarf að leita nýrra leiða til að ná til unglinga með skilaboð um heilbrigðara líf. Til dæmis þarf að leggja mikið upp úr heilbrigðri tómstundaiðkun í vímulausu umhverfi.

Loks vil ég benda á að sú stefna sem hingað til hefur verið fylgt á Íslandi í áfengis- og vímuvörnum, sem m.a. felur í sér bönn við auglýsingum og takmarkað aðgengi, á nú í vök að verjast. Ef spá fjármálaráðherra um að innan fárra ára verði áfengi komið í matvörubúðir reynist rétt er greinilegt að hugsa þarf vímuvarnir á Íslandi gjörsamlega upp á nýtt. Við vitum hvað við höfum en ekki hvað við fáum.

Anna Björg Aradóttir hjúkrunarfræðingur

Heilsuefling

Þverfaglegar aðgerðir

Markmiðið er að efla heilbrigði með því að gera félagslegar, menningarlegar og efnahagslegar aðstæður og umhverfi fólks heilsueflandi. (Markmið 10, 11, 12, 13 og 14 í Heilsa21, WHO).

10 Heilsusamlegt og öruggt umhverfi
11 Heilbrigðari lífshættir
12 Dregið verður úr skaðlegum áhrifum áfengis, ávanalyfja og tóbaks
13 Heilsueflandi umhverfi
14 Þverfagleg ábyrgð á heilsufari

Ákvörðunarþættir heilbrigðis

Heilsufar fólks mótast af margvíslegum þáttum. Það eru samfélagsleg skilyrði, svo sem menning, efnahagur, velferðarmál, skipulag heilbrigðisþjónustu, gildi lagasetningar, mannfjöldi, búseta og umhverfi. Það geta verið þættir tengdir einstaklingnum sjálfum eins og lífsviðhorf, lífshættir, þekking, menntun, atvinna, tekjur, frístundir og fjölskylda. Aðrir þættir sem erfiðara er að hafa áhrif á eru erfðir og aldur. Margar leiðir eru til að hafa áhrif á og efla heilbrigði og kemur þar til samstaða í þjóðfélaginu um bætta lífshætti. Vert er að muna að heilbrigði er ekki markmið í sjálfu sér heldur tæki til að lifa góðu lífi. Ekki er síður mikilvægt að gera sér grein fyrir að heilbrigðu lífi má haga á hundruð vegu.

Heilsuefling

Heilsuefling miðar að því að gera einstaklingnum og samfélaginu kleift að auka hreysti og efla vitund og vilja til að viðhalda heilbrigði. Til að svo megi verða þurfa allir í þjóðfélaginu að líta á sig sem málsvara eða talsmenn heilbrigði og stuðla að því að samfélagið verði uppspretta heilbrigði. Heilsuefling er þannig mun frekar félagslegt og pólitískt framtak heldur en málefni heilbrigðisþjónustunnar einnar.

Staða og þróun

Mönnum er tamt að líta á Ísland sem hreint og ómengað land og er það ekki að ósekju. Hins vegar fer ýmiss konar mengun vaxandi og stækkun þéttbýliskjarna hefur í för með sér margvíslega áhættuþætti heilbrigðisvandamála. Þrátt fyrir fjölbreyttar aðgerðir til að fá fólk til að huga að heilbrigðum lífsháttum skortir á að fjöldinn tileinki sér þá. Kannanir Manneldisráðs sýna að neysla grænmetis og ávaxta er minni en manneldismarkmið kveða á um og að hlutfall fitu er of hátt í fæðunni. Þó hefur átt sér stað þróun í rétta átt á undanförnum árum. Í könnun Heilsueflingar á lífsháttum og líðan Íslendinga frá árinu 1996 sögðust rúmlega 70% svarenda hreyfa sig þrisvar í viku eða oftar. Það eru þó vissir hópar sem æskilegt væri að hreyfðu sig meira. Lífshættir mótast mikið af nánasta umhverfi okkar, s.s. heimili, skóla, vinnustað og nágrenni. Sú þróun hefur átt sér stað að skólar og vinnustaðir leggja æ meir upp úr að hvetja til vellíðunar og heilbrigði þeirra sem þar eru. Sveitarfélög hafa líka á ýmsan hátt bætt aðstæður og umhverfi þannig að það stuðli að heilbrigði íbúanna. Sum sveitarfélög hafa staðið fyrir heildstæðum aðgerðum á sviði heilsueflingar og fíknivarna. Frjáls félagasamtök og einkaaðilar hafa líka lagt töluvert af mörkum til að efla heilsu og vellíðan. Stefna og aðgerðir stjórnvalda geta haft áhrif á heilsu íbúanna og ákvarðanir í einum geira geta gengið þvert á stefnu annars geira. Sem dæmi má nefna að stefna í landbúnaðarmálum fer ekki alltaf saman við stefnu heilbrigðisyfirvalda í manneldismálum. Einnig hafa ákvarðanir í iðnaðarmálum á stundum samrýmst illa stefnu í umhverfismálum.

Framtíðarsýn

Það er óumdeilanlegt að til að viðhalda og efla heilbrigði lands og lýðs þarf samstöðu og samstarf í þjóðfélaginu. Það er á ábyrgð stjórnar-

forystu, sem markar stefnu, setur lög og útdeilir fjármagni, að standa vörð um markmið heilbrigðisáætlunar. Mikilvægt er að meta heilbrigðisáhrif stefnu, aðgerða og framkvæmda mismunandi samfélagsgeira og tryggja aðgang almennings að þeim upplýsingum. Efla þarf rannsóknir á lýðheilsu sem byggjast á ákveðnum vel skilgreindum tölulegum mælikvörðum, en þær eru grunnurinn að því að geta metið heilbrigðisáhrif. Þeir aðilar sem vinna að heilsueflingu ættu ætíð að tryggja samstarf við þá aðila sem málið varðar eftir eðli verkefnisins. Skilgreina og forgangsraða þarf markhópum heilsueflingar, meta þarfir þeirra, gera markvissar áætlanir og meta árangur aðgerðanna. Hvetja þarf lykilaðila í mótun lífshátta, s.s. skóla, vinnustaði og sveitarfélög til að móta heildstæða stefnu og aðgerðir í heilsueflingarmálum og meðal annars að nýta sér verkefni Alþjóðaheilbrigðsmálastofnunarinnar og Evrópusambandsins á þessu sviði.

E. Árangursrík heilbrigðisþjónusta

(Markmið 15, 16, 17 og 18)

Guðrún Högnadóttir rekstrarráðgjafi

Gæði og framþróun heilbrigðisþjónustu

Háttvirti ráðherra, virðulegu fundarstjórar, ágætu þingfulltrúar og aðrir áheyrendur.

Mér hefur verið falið það verk að fjalla um gæði og framþróun heilbrigðisþjónustu á næstu fimmtán mínútum. Misskiljið mig ekki – þrátt fyrir hraðan takt framfara mun ég ekki einblína á framþróun heilbrigðisþjónustunnar næsta korter heldur er mér skammtaður sá tími til að:

1) segja frá sókn íslenskra heilbrigðisstofnana til aukinna gæða sl. ár,
2) kynna gæðaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og
3) fjalla um framtíðaráherslur í gæða- og árangursstjórnun í íslenskri heilbrigðisþjónustu.

1) Gæðasókn íslenskra heilbrigðisstofnana

Gæðastjórnun hefur rutt sér til rúms í íslenskri heilbrigðisþjónustu sl. áratug með áhrifaríkum hætti og er nú orðin hluti af daglegum rekstri margra stofnana. Í stuttu máli má segja að gæðastjórnun felist í því að marka gæðastefnu og framfylgja henni í daglegu starfi. Þannig er unnið markvisst að því að koma til móts við þarfir viðskiptavina, hvort sem þeir eru notendur, veitendur eða greiðendur, og stuðlað að umbótum í rekstri með því að virkja hæfileika og þekkingu sem flestra starfsmanna og leysa viðfangsefni á skipulagðan hátt.

Fjölmargar íslenskar heilbrigðisstofnanir hafa tileinkað sér hugmynda- og aðferðafræði gæðastjórnunar með góðum árangri síðastliðinn áratug. Þeirra á meðal eru til dæmis flest apótek landsins, sem lögum samkvæmt hafa komið upp gæðakerfi sem lýsir meginvinnuferlum og þjónustu þeirra. Fjölmörg sjúkrahús landsins hafa tekið stefnumarkandi afstöðu til gæðamála og hafið formlegt gæðastarf. Þannig hafa t.d. verið starfandi gæðaráð og gæðastjórar á stóru sjúkrahúsunum á höfuðborgarsvæðinu, auk fjölda umbótahópa um land allt. Heilsugæslustöðvar hafa verið leiðandi í gæðaþróun heilbrigðisþjónustu með þjónustukönnunum, gæðastöðlum og framförum í upplýsingatækni. Fagfélög hafa einnig verið í forystuhlutverki í þróun og innleiðingu gæðastarfs, og má þar sérstaklega benda á framlag Félags íslenskra heimilislækna, Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Læknafélags Íslands, Meinatæknifélags Íslands o.fl. Landlæknisembættið hefur að sjálfsögðu einnig gegnt veigamiklu hlutverki í gæðatryggingu innan heilbrigðisþjónustunnar. Til marks um áherslu stofnana og fyrirtækja í heilbrigðisþjónustu á gæðastjórnun er vert að benda á þá staðreynd að sl. fimm ár hafa fjögur íslensk fyrirtæki á sviði heilbrigðismála hlotið vottun á gæðakerfi skv. ISO-9000 staðlaröðinni (Flaga, Össur, Pharmaco og Lýsi hf.), Ríkisspítalar hlutu hvatningaverðlaun GSFÍ árið 1995 í flokki opinberra stofnana og heilbrigðisstarfsfólk hefur leitt og/eða tekið þátt í fjölmörgum erlendum nefndum og ráðstefnum um gæðaþróun.

Grunnáherslur í gæðastarfi íslenskra heilbrigðisstofnana eru mjög svipaðar. Þannig er yfirleitt gengið út frá skilgreiningu Donabedians á gæðaþjónustu – að hún sé í senn GAGNLEG, ÁHRIFAMIKIL, AFKASTAMIKIL, HÁMÖRKUÐ, ÁSÆTTANLEG, RÉTTMÆT, og SANNGJÖRN. Einnig eru eftirfarandi áherslur einkennandi fyrir gæðastarf:

- sjúklingurinn ávallt í fyrirrúmi,
- markmið gæðastarfs er að fyrirbyggja mistök en ekki leita að skemmdum eplum,
- um er að ræða langtímasókn en ekki skammtímaátak,

- umbætur byggjast á mælingum og virkri þátttöku,
- starfsfólki er veitt tækifæri til að koma tillögum á framfæri og í framkvæmd.

Þróun í gæðastarfi íslenskra heilbrigðisstofnana hefur verið ör sl. ár en fylgt mjög skýru mynstri. Einkenni þessarar þróunar hafa m.a. verið eftirfarandi:

1) Frá grasrótarstarfi til ábyrgðar æðstu stjórnenda – gæðahreyfing vinnustaða hefur yfirleitt hafist með áhuga og krafti starfsfólks á vettvangi og síðan færst með markvissum hætti til efri stjórnunarlaga. Þannig er gæðastarf í dag orðið hluti af formlegu stjórnskipulagi margra vinnustaða og hefur stefnumarkandi áhrif á alla starfsemi.
2) Frá tilfallandi hugsjón til meðvitaðra, skipulagðra aðgerða – gæðastjórnun er orðin markviss hluti af stjórnun heilbrigðisstofnana en ekki eingöngu viðbrögð við áreitum í starfsumhverfi. Þannig fylgir gæðastarf íslenskra heilbrigðisstofnana oft skýru skipulagi, markvissri áætlanagerð, og byggist jafnvel á samþykktu gæðakerfi.
3) Frá fagbundnu átaki til þverfaglegs samstarfs – gæði heilbrigðisþjónustu byggjast á því að allir starfshópar hafi áhrif á framþróun þjónustunnar. Til langs tíma var gæðastjórnun bundin áhuga og innri vinnu ákveðinna faghópa – en umbætur eru nú háðar því að allir sem að þjónustunni koma fái tækifæri til að efla hana – óháð bakgrunni.
4) Frá ytra eftirliti til innri áherslna á árangur – líkt og Donabedian boðaði eru gæði heilbrigðisþjónustu tryggð með því að vinna markvisst að umbótum á umgjörð, vinnuferlum og árangri. Umbætur í íslenskri heilbrigðisþjónustu beinast nú öðru fremur að tækifærum til framfara á vinnuferlum og eftirfylgni með einstökum árangursmælikvörðum, þó svo að stöðugt sé fylgst með gæðum aðfanga til þjónustunnar, s.s. húsnæðis, tækja og starfsfólks.
5) Frá þröngu sjónarhorni til víðtækra áhrifa – gæðastjórnun er ekki lengur eingöngu bundin við afmarkaða þætti þjónustunnar, s.s. klíníska eða rekstrarlega. Einstakar heilbrigðisstofnanir hafa útfært gæðasýn sína til að fela í sér einnig áherslu á umhverfismál, öryggismál, starfsþróun o.fl.

2) Starf og tillögur samstarfsráðs um gæðamál

Það sem hefur ef til vill öðru fremur einkennt þróun í gæðastarfi íslenskra heilbrigðisstofnana er það frelsi sem þær hafa fengið til að þróa gæðasókn eftir eigin sniði. Þannig hefur gefist færi á að vinna að umbótum á eigin forsendum og að eigin frumkvæði, án ofstýringar eða afskiptasemi yfirvalda. Þetta tel ég hafa stuðlað að mjög farsælli framþróun þessa málaflokks, en nú er svo komið að heilbrigðisstofnanir kalla á sameiginlega stefnu og stuðning yfirvalda til að geta tryggt áframhaldandi framþróun.

Gæðaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins (HTR) miðar að því að hvetja íslenskar heilbrigðisstofnanir til sameiginlegrar og formlegrar sóknar í gæðamálum og er unnin af samstarfsráði ráðuneytisins um gæðamál. Áætlunin er sett fram í átta köflum sem ég mun í stuttu máli segja frá. Hún er tímasett nákvæmlega en sökum plássleysis verður hér aðeins gerð grein fyrir upplýsingum um viðfangsefni, ábyrgð og stöðu hvers kafla.

I. Skipulag

Áríðandi er að skipuleggja sóknina með markvissum hætti strax í upphafi þannig að hver leikmaður þekki ábyrgð sína og hlutverk og að þekking og reynsla sé samnýtt með svokölluðu stuðningsaðilaneti. Meðal annarra leiða sem lagt er til að unnið verði að er t.d. upphaf formlegs innra gæðastarfs HTR, auk þess sem lagt er til að erlend fagtengsl verði styrkt enn frekar.

II. Stefna

Skjalfest og sýnileg stefna HTR leggur grunninn að áframhaldandi sókn íslenskra heilbrigðisstofnana. Áríðandi er að afmarka strax um-

fang sóknarinnar og taka afstöðu til þess með hvaða hætti umhverfis- og öryggisstjórnun og heilsuvernd starfsmanna verði hluti af þeirri sókn. Mikilvægt er að samþykkja og miðla gæðastefnu HTR við fyrsta tækifæri og vinna markvisst að lagabreytingum á íslenskri heilbrigðislöggjöf með hliðsjón af gæðamálum.

III. Samhæfð fræðsla

Mikilvægt er að marka strax í upphafi afstöðu ráðuneytisins til hugmynda- og aðferðafræði gæðastjórnunar þannig að miðla megi sameiginlegum skilningi til þátttakenda. Nauðsynlegt er að gefa út staðlað fræðsluefni og þjálfa leiðbeinendur. Einnig skal hvetja menntastofnanir til að gera gæðastjórnun að hluta af grunnnámi allra heilbrigðisstétta.

IV. Samanburðargreining

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur þróað athyglisverðan gagnagrunn til samanburðargreiningar á heilbrigðisgögnum og rekstrarniðurstöðum ýmissa heilbrigðisstofnana sem mikilvægt er að Ísland taki þátt í. Viðhorfakannanir skjólstæðinga þarf að gera reglulega og tryggja samanburðarhæfni milli ára. Einnig er mikilvægt að kalla saman fulltrúa sjúklinga, starfsmanna og stjórnenda reglulega til að rýna betur í einstaka þætti heilbrigðisþjónustu, skilgreina betur væntingar og meta gæði.

V. Umbótastarf

Mikilvægt er að hvetja til stöðugs umbótastarfs stofnana, m.a. með kröfu um gæðastarf í þjónustusamningum, með því að safna niðurstöðum umbótaverkefna á einn stað og hvetja til samnýtingar á þeim.

VI. Fjármögnun

Tryggja þarf að fjárskortur hamli hvorki stefnumótunarvinnu HTR né umbótastarfi einstakra stofnana. Ljóst er að fjármagn mun fyrst og fremst koma úr sjóðum hins opinbera. Fjármögnun þarf að tryggja umbótastarf vinnustaða, styrktarsjóði og útgáfustarfsemi svo eitthvað sé nefnt.

VII. Leiðbeiningar um kjörmeðferð

Notkun leiðbeininga um kjörmeðferð (clinical guidelines) hefur farið mjög vaxandi síðasta áratug. Mikilvægt er að stuðla að því að þessi vinna verði samhæfð milli stofnana og sérgreina, bæði til að hvetja heilbrigðisstarfsmenn til að þróa og beita slíkum leiðbeiningum og eins til að koma í veg fyrir endurtekningar á sömu grunnvinnu.

VIII. Upplýsingamiðlun

Mikilvægt er að draga saman á einn stað þann fróðleik sem er að finna um umbótastarf og gæðaþróun þannig að allt nýsiefni verði aðgengilegt heilbrigðisstarfsmönnum.

3) Framtíðaráherslur í gæða- og árangursstjórnun

Gæðastjórnun stuðlar að aukinni nýsköpun og framþróun og eykur hæfni aðila til að takast á við breytingar. Aðferðir gæðastjórnunar tryggja betri nýtingu aðfanga, stuðla að einföldun vinnuferla, draga úr kostnaði og hámarka framleiðni. Ávinningur nýrra áherslna í rekstri heilbrigðisstofnana verða þó ekki að veruleika nema eftirfarandi skilyrðum verði fullnægt:

1) Að mörkuð verði skýr heildarstefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu sem tekur á þáttum eins og forgangsröðun, fjármögnun, verkaskiptingu, starfsþróun o.fl. Umfram allt er árangur háður því að sú stefna sé virt og framfylgt með markvissum hætti. Það er því mikið fagnaðarefni að sjá það vægi sem þessum málaflokki er tileinkað í áætluninni sem er lögð fram hér í dag og ég hlakka til að sjá áætlunina verða að veruleika.
2) Að rekstrarumhverfi íslenskra heilbrigðisstofnana hvetji til umbóta og framfarastarfs. Árangur verði metinn og skili sér að hluta til þeirra stofnana, deilda og starfsmanna sem gerðu hann mögulegan.
3) Að stundaðar verði skilvirkar og samhæfðar mælingar á árangri meðferðar og ánægju

viðskiptavina, innri vinnuferlum, starfsþróun, fjármálum og vísinda-, tækni- og rekstrarframförum (balanced scorecard – samhæft árangursmat). Slík einkunnagjöf fyrir frammistöðu er þegar notuð hjá nokkrum íslenskum fyrirtækjum og fjölmörgum erlendum stofnunum og hefur reynst mjög vel. Þannig er aukið vægi annarra árangursmælikvarða en fjárhagslegra, tekið er tillit til samverkandi áhrifa ýmissa þátta og frammistaða sett í rétt samhengi við stefnu og hlutverk viðkomandi heilbrigðisstofnunar. Slíkt jafnvægi helstu fjárhagslegra og ófjárhagslegra mælikvarða, skammtíma- og langtímamarkmiða og mælikvarða til að meta innri og ytri frammistöðu gefur réttari mynd af þjónustu og áhrifum viðkomandi stofnunar og tryggir framfarir á öllum sviðum. Ég legg til að slíkur samanburður verði árlegur hluti af bókhaldsuppgjöri allra íslenskra heilbrigðisstofnana og taki að sjálfsögðu beint mið af hlutverki og samþykktri stefnu viðkomandi vinnustaðar.

4) Að verkaskipting milli einstaklinga, deilda og stofnana sé skýr og allir leikmenn – hvort sem þeir eru notendur, veitendur eða greiðendur – fái tækifæri til að hafa áhrif á þróun þjónustunnar með virkri þátttöku og vettvang til að koma tillögum á framfæri.

Og að lokum:

5) Að viðhorf þátttakenda og stofnanamenning vinnustaða ýti enn frekar undir framfarir og einkennist af metnaði, fagmennsku og kjarki.

Magnús Pétursson, forstjóri sjúkrahúsanna í Reykjavík

Starfsmannastefna

Fundarstjóri, góðir fundarmenn.

Í drögum að heilbrigðisáætlun til ársins 2005 er með tvennum hætti vikið að starfsmönnum sem vinna að heilbrigðismálum. Annars vegar er vikið að markmiði Evrópuríkja um að fagstéttir í heilbrigðisþjónustu tileinki sér viðeigandi þekkingu, viðhorf og hæfni á sviði heilsuverndar og heilsueflingar. Hins vegar er fjallað um markmið okkar Íslendinga, þar sem fjallað er um menntun og leiðir til þess að fjölga í heilbrigðisstéttum, auk þess sem minnt er á öra tækni- og vísindaþróun, kröfur um þjónustu og vaxandi ábyrgð stjórnenda og starfsmanna á því starfi sem þeim er treyst fyrir.

Þessi almennu orð eru í tíma töluð.

Heilbrigðisstofnanir hér á landi, eins og annars staðar, standa frammi fyrir örum breytingum í starfsemi sinni. Opinberum rekstri er í auknum mæli líkt við rekstur hjá einkaaðilum og þar af leiðir að mælistikunum fer að svipa saman og úrræðunum einnig. Breyting á starfsskilyrðum, t.d. sjúkrahúsanna, hafa óhjákvæmilega áhrif á starfsmennina, tryggð þeirra og tengsl við þá stofnun sem þeir starfa hjá. Dæmi um þætti sem nú skipta máli fyrir starf sjúkrahúsanna eru:

- breytt framkvæmd kjarasamninga,
- aukin samkeppni við einkageirann um vinnuafl,
- mörk reksturs og eignarhalds blandast milli einkaaðila og hins opinbera, t.d. með einkafjármögnun,
- líkt er eftir rekstrarformi einkaaðila í opinberri starfsemi, eða þau reynd og
- nýjar fjármögnunarleiðir eru reyndar í stað hefðbundinna fjárframlaga á fjárlögum.

Innra starf heilbrigðisstofnana breytist einnig og gerir markvissa starfsmannastjórnun nauðsynlega. Hér hef ég sjúkrahúsin einkum í huga.

Dæmi um þetta er:

- tilfærsla úr hefðbundinni sjúkrahúslegu í aukna göngudeildarstarfsemi og ferliverk,
- styttri legutími sjúklinga,
- inniliggjandi sjúklingar eru nú veikari en áður,
- ný tækni og þróun á sviði sjúkrahúsa, og
- breyttir vinnuferlar og sérhæfing.

Þá má ekki líta fram hjá því að gildismat einstaklingsins, starfsmannsins, skiptir einnig máli. Starfsfólk er mun betur upplýst um hlutverk sitt og stöðu en áður var og gerir kröfur til lífsfyllingu, bæði í starfi og utan þess. Störfin þurfa að vera gefandi, fjölbreytt og hafa tilgang. Rúm þarf að vera fyrir frumkvæði starfsmanna og sjálfstæði og umbun í formi launa eða almennrar ánægju í starfi.

Mér er gjarnt að líta til sjúkrahúsanna í Reykjavík þegar ég fjalla um starfsmannastefnu eða starfsmannahald – sem ég reyndar kýs frekar að nota. Þó svo að sjúkrahúsin teljist fjölmennustu vinnustaðir landsins skiptir það sáralitlu fyrir umfjöllun mína um starfsmannahald og verkefnin sem við er að fást.

Á sjúkrahúsunum í Reykjavík koma við sögu um 5000 starfsmenn árlega. Sjúklingarnir á legudeildum húsanna eru um 35 þúsund og komur á slysa- og bráðamóttökur eru um 56 þúsund, að ógleymdum skara gesta og gangandi. Stéttarfélög starfsmanna eru um 40. Þetta gefur ykkur hugmynd um það þýðingarmikla hlutverk sem starfsmannahaldið hefur. Starfsfólk heilbrigðisþjónustunnar er vel menntað fólk á fjölmörgum sviðum sem býr oft yfir reynslu af dvöl og störfum erlendis. Því er ofureðlilegt að það hafi skoðanir á vinnustaðnum, þar á meðal öllu sem að starfsmannamálum lýtur. Skoðanir eru að sjálfsögðu skiptar um þetta eins og svo margt í samfélaginu en við erum skoðanaglöð þjóð og liggjum ekki á þeim. Til þess að draga fram að-

alatriði er sú leið iðulega farin að gerðar eru meðal starfsmanna skoðanakannanir. Upp til hópa held ég að fólk svari þeim af ábyrgð. Skylda stjórnenda er að þola gagnrýni og umfram allt að skila niðurstöðum til starfsmanna og draga lærdóm og ályktanir af þeim. Allt þetta þarf að hafa í huga, þegar starfsmannastefna er skýrð. Þetta er síður en svo einfalt, eins og þið heyrið.

Starfsmannastefna – starfsmannahald

Við hvað er átt með góðu starfsmannahaldi? Hugleiðum eitt andartak hvað tryggir framúrskarandi árangur í starfsemi fyrirtækja og stofnana. Um þessar mundir er oft sagt að náttúruauðæfi og fjármunir séu ekki það sem öllu skiptir. Þvert á móti sé það starfsfólkið og frumkvæði þess, færni og framtak sem mestu ráði. Ég held að við getum tekið undir þessi orð, ekki síst í heilbrigðismálunum. Ég vil, þegar rætt er um starfsmannahald, greina á milli þess sem kalla má kjara- og samningamál og samskipti við stéttarfélög annars vegar og fjölmargt annað sem varðar starfsmenn mikils, og það í vaxandi mæli, hins vegar. Það hefur ekki farið fram hjá þeim sem starfa í heilbrigðisþjónustunni, bæði stjórnendum og launþegum, að kjarasamningsábyrgðin er að flytjast til vinnustaðanna. Við gerð síðustu kjarasamninga var stofnunum ríkisins falið vald og ábyrgð á stórum hluta þeirra kjarasamninga sem gerðir voru við velflest stéttarfélög opinberra starfsmanna. Við þessa breytingu voru miklar vonir bundnar, bæði að hún leiddi til skilvirkari stjórnunar en áður og einnig kjarabóta til handa starfsmönnum. Gerð aðlögunarsamninga og útfærsla þeirra hefur yfirskyggt starfsmannahald ríkisstofnana undanfarna mánuði og misseri. Á því þurfa menn í sjálfu sér ekki að vera undrandi. Vinnuveitendur, þ.e. forsvarsmenn stofnana, rétt eins og starfsmenn og stéttarfélög, voru hér að axla nýja ábyrgð.

Sú þreyta sem ég hef orðið var við í röðum sumra heilbrigðisstétta er á vissan hátt skiljanleg. Hún er skiljanleg að því marki að báðir aðilar voru settir í nýtt hlutverk sem misvel hefur tekist að fara með. Stjórnendur stofnana hafa verið óöruggir með getu stofnana sinna til þess að mæta kröfum og væntingum starfsmanna um laun, bæði vegna fjárhagsstöðu og meginstefnu ríkisins í launamálum. Stéttarfélögin hafa aftur á móti ekki fallist á að um vinnustaðasamninga sé að ræða og hafa beitt launasamanburði milli stofnana og innan þeirra sem rökum fyrir launakröfum. – Nú er mál að linni. – Af þessu þurfum við að læra og tvennt blasir við. Verði haldið áfram á markaðri braut, þ.e. að dreifa ábyrgð á kjara-samningum til stofnana, þurfa forstöðumenn þeirra að undirbúa sinn þátt í því efni vel fyrir komandi kjarasamninga 2000/2001. Ég held einnig að fyrr en síðar verði kjarasamningar viðvarandi verkefni samningsaðila, ekki bara annað hvert ár eða svo heldur jafnt og þétt. Þannig hefur það í raun verið þetta samningstímabil, hvort sem það er heppilegt eða ekki. Hvort tilfærsla á kjarasamningaábyrgðinni færi laun opinberra starfsmanna nær launum á almennum markaði er önnur spurning. Ég útiloka það ekki. Opinberi vinnumarkaðurinn hefur ótvírætt verið að færast nær almenna markaðnum, t.d. um ráðningarfestu, réttindamál, lífeyrismál og fleira. Hér má rifja upp að samkvæmt gildandi lögum eru forstöðumenn nú ráðnir til fimm ára í senn og starfsmenn búa almennt við ákvæði um þriggja mánaða uppsagnarfrest. Sérstaða opinbera starfsmannsins, eins og hún var mótuð af Bismark Prússakeisara, er ótvírætt að hverfa út.

Sá þáttur starfsmannamála sem ekki hefur hlotið næga athygli er það sem stundum er kallað „hinn mjúki hluti starfsmannahaldsins“ en hann skiptir þó afar miklu máli. Þetta staðfesta athuganir meðal starfsmanna ítrekað. Hér vil ég benda á þrennt:

Það sem stundum er kallað starfsmannaþróun og starfsmannaþjónusta er það fyrsta. Hér á ég við starfsmat, fræðslu og móttöku fyrir nýliða, starfsmannaviðtöl, gagnrýni og hól, starfslok, jafnréttismál og öryggi starfs-

manna í öllu tilliti. Yfirleitt skilja starfsmenn vinnu sína og vinnustað ekki algjörlega frá einkalífinu. Hér er ekki ráðrúm til þess að ræða þessi efnisatriði hvert um sig, en hugtökin eru kunnugleg og gæfu tilefni til frekari útlistunar. Aðalatriði málsins er það að einkafyrirtækin hafa hlaupið okkur af sér í þessu efni. Hjá stærri fyrirtækjum hér á landi er allmiklum fjármunum og mannafla varið gagngert til þess að greiða götu starfsmanna, bæði starfsmönnum til hagsbóta og til að bæta ímynd hlutaðeigandi fyrirtækis. Af þessu þurfum við að læra.

Annað atriðið tekur til menntunar og þess hvort heilbrigðisþjónustan á að beita sér til áhrifa á menntun heilbrigðisstétta. Eitt af markmiðum Evrópuríkjanna er að hafa jafnan á takteinum spár um þróun heilbrigðisþjónustunnar til alllangs tíma. Meðal þess sem gera skal er að meta og benda á hvort samræmi er milli starfsmannaþarfar samfélagsins og þeirrar menntunarstefnu sem rekin er. Sé sólarhæðin tekin í þessu efni hér á landi hlýtur það að vera viðfangsefni stjórnvalda, þar á meðal okkar, að vinna að því að fá nemendur sem koma úr framhaldsskólum og þá sem vilja breyta til á vinnumarkaði til að læra til heilbrigðisstarfa. Í þessu efni er langtímahugsunar sannanlega þörf. Endur- eða símenntun heilbrigðisstétta, eins og allra starfsmanna, er jafnframt gríðarlega mikilvæg að mínu áliti. Í þetta eru lagðir verulegir fjármunir og það er alltaf til umhugsunar hvort það er nægjanlegt og rétt gert. Ykkur til fróðleiks dró ég saman hvað rennur til fræðslu og menntunar starfsmanna sjúkrahúsanna í Reykjavík. Það eru um 450 millj. kr. og jafngildir um 4% heildarlaunakostnaðar sjúkrahúsanna.

Þriðja atriðið er þátttaka starfsmanna í þróun og stjórnun þeirrar stofnunar sem þeir starfa við. Iðulega sýnist mér blandað saman þeirri skyldu stjórnenda að upplýsa starfsmenn og því að leiða starfsemina. Ég tel það góða reglu að upplýsa starfsmenn um málefni hlutaðeigandi stofnunar; á hvaða leið hún er, um fjármál og rekstur, um það sem vel gengur og hitt sem miður fer. Með þessum hætti verða starfsmenn þátttakendur. Skipting ábyrgðar og boðleiðir á sjúkrahúsunum í Reykjavík eru mér umhugsunarefni. En í jafnfjölmennum stofnunum sem sjúkrahúsin eru skiptir stjórnskipulag og stjórnun þeirra miklu.

Áform sjúkrahúsanna

Hvaða áform í starfsmannahaldi hafið þið á sjúkrahúsunum, má spyrja? Um þetta má hafa langt mál, en það er óvarlegt að segja meira en maður fær risið undir. Ég nefni hér helstu atriði, sem vinna þarf að:

Í fyrsta lagi er rétt að spyrja hvaða stöðu í stjórnskipulagi stofnunar eða fyrirtækis starfsmannamál hafa? Telur stjórn, forstjóri eða framkvæmdastjóri þetta til mikilvægari mála eða ekki? Í því ljósi þarf að marka öllum þáttum starfsmannamála stöðu. Ég held að þessi þáttur hafi ekki verið hátt skrifaður hjá sjúkrahúsunum frekar en öðrum stofnunum ríkisins. Í rauninni má hæglega leiða að því rök, að starfsmannamálin ættu að hafa jafnan sess og fjármál eða önnur lykilstarfsemi.

Í nútímarekstri, og eins og ég spái að hann þróist, er það ekki starf örfárra manna að rækja starfsmannamál sjúkrahúsanna svo að vel sé. Jafnhliða því sem við ætlumst til þess að störf manna séu metin og fjárhagsleg ábyrgð stjórnenda aukin liggur fyrir að starfsmannaábyrgðin dreifist. Á sjúkrahúsunum eru í sjálfu sér tugir starfsmannastjóra og starf þeirra verður að vera skýrt.

Í öðru lagi er nú verið að draga upp heildstæða mynd af því hvað fellur undir samheitið starfsmannahald, og það gott starfsmannahald. Þegar þetta liggur fyrir áforma ég að kynna starfsmönnum þessar meginlínur því að ég held að það sé heppilegt að þeir veiti stjórnendum aðhald og gangi eftir efndum, þ.e. hvað skiptir meginmáli og hvað síður.

Í þriðja lagi tel ég að gott starfsmannahald eigi að taka til allra starfsmanna hlutaðeigandi stofnunar því að þannig, og aðeins þannig, er von til þess að starfsmenn öðlist samkennd með þeirri stofnun sem þeir starfa við. Mín

skoðun er sú að þetta gerist ekki af sjálfu sér og vísasta leiðin til þess að svo verði ekki er að tilteknir hópar skeri sig um of úr liðsheildinni. Það er t.d. vert umhugsunar hvort það sé að öllu leyti heppilegt að fræðsla og endurmenntun tiltekinna starfsstétta sé skipulögð og kostuð af sjúkrahúsunum en menntun annarra starfshópa sé rekin af stéttarfélögunum, oft í litlu samráði við vinnustaðinn. Ég held að þetta þurfi að skoða. Loks þarf fljótlega að fara að undirbúa hvernig unnið verði að gerð nýrra kjarasamninga og samskiptin við stéttarfélög ræktuð. Í þessu efni kemur margt til greina. Eitt er að sjúkrahúsin í Reykjavík eigi náið samstarf, sem ég tel raunar sjálfgefið. Annar möguleiki er að sjúkrahúsin í landinu, eða jafnvel allar heilbrigðisstofnanir, beri saman bækur sínar og það þarf að skýra hvort og þá hvernig þær verða aðilar að samningagerð sem yrði leidd af ráðuneytum fjár- og heilbrigðismála. Allt er þetta vert umhugsunar og aðkallandi. Að lokum hvet ég stjórnendur til þess að gefa starfsmannahaldi góðan gaum og skiptast á reynslu í því efni.

Margrét Oddsdóttir skurðlæknir

Menntun heilbrigðisstétta

„Helmingur meðferðarmöguleika og úrræða sem við notum við lækningar nú, verður úreltur eftir fimm ár.“ Þessi fullyrðing kann að virðast djörf en svo hröð er þróunin að þeir sem fylgjast með og spá um framfarir í heimi tækni og vísinda álíta að það sé nær lagi að tala um úreldingu á þremur árum. Hvað þýðir þetta fyrir menntun heilbrigðisstétta, fyrir heilbrigðiskerfið?

Íslenskar heilbrigðisstéttir eru mjög vel menntaðar. Við erum í hópi þeirra þjóða sem bjóða einna bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á. Íslenskir heilbrigðisstarfsmenn hljóta gott, klassískt grunnnám hér heima og síðan stundar stór hluti þeirra framhalds- eða sérnám við bestu skóla bæði austan hafs og vestan. Með hverju ári vaxa kröfur um kunnáttu, færni og sérhæfingu. Þetta þýðir að framhaldsnám og sérnám lengist og það verður æ mikilvægara fyrir hvern og einn að viðhalda menntun sinni og færni. Á sama tíma hafa kröfur um aukin afköst, hraða, hagræðingu og sparnað orðið æ háværari. Þannig gerist það að svigrúm til kennslu og þjálfunar þrengist, á sama tíma og kröfur um kunnáttu og færni fara vaxandi. Átök milli hagkvæms rekstrar annars vegar og fræðimennsku og fagmennsku hins vegar er eitt af því sem ógnar nú menntun heilbrigðisstétta í hinum vestræna heimi.

Mannekla í hjúkrun á Íslandi er umtalsverð og fyrirsjáanleg er mannekla í flestum sérgreinum læknisfræðinnar. Víða skortir fólk í önnur störf í heilbrigðisgeiranum, en tölur og kannanir liggja ekki fyrir. Ekkert bendir til fjölgunar starfandi lækna og hjúkrunarfræðinga á næstu árum. Ástæðurnar fyrir þessu eru margþættar. Þær helstu eru fjöldatakmarkanir á aðgangi að námi, lengra framhaldsnám og sérnám, og styttri starfsævi. Einnig vega þungt í þessum efnum launakjör, vinnutími, starfsaðstaða, streita og álag. Því má heldur ekki gleyma, að hæft, vel menntað fólk er eftirsótt um allan heim.

Vel menntaðir heilbrigðisstarfsmenn eru sá grunnur sem öll heilbrigðisþjónustan byggist á. Þess vegna verður að tryggja sem mest gæði menntunar og jafnframt fullnægjandi aðstöðu heilbrigðisstétta til þess að viðhalda menntun sinni og færni. Þetta krefst sterkra, sjálfstæðra kennslustofnana þar sem staðinn er vörður um kennslu (nám), rannsóknir og þróun. Mikilvægt er að treysta tengsl og samvinnu við erlendar mennta- og heilbrigðisstofnanir. Til að mæta þeim breytingum sem orðið hafa í uppbyggingu og rekstri heilbrigðisstofnana verður að skoða nýja möguleika til kennslu og þjálfunar heilbrigðisstétta. Yfirvofandi mannekla hjá heilbrigðisstéttum má ekki leiða til skyndilausna sem byggjast á því að draga úr kröfum um nám, hæfni og kunnáttu. Eitthvað má létta á fjöldatakmörkunum án þess að það komi niður á námi og þjálfun en vænlegasta lausnin á manneklu á næstu árum er líklega bætt vinnuumhverfi, kjör og aðstaða. Vísasta leiðin til aukinna gæða, kunnáttu, færni og meiri hagkvæmni í rekstri er langtímaáætlun um trausta grunnmenntun, framhaldsskólamenntun og sérmenntun heilbrigðisstétta.

F. Rannsóknir, samstarf og verkáætlanir

(Markmið 19, 20 og 21)

Guðmundur Þorgeirsson læknir

Rannsóknir og vísindastarfsemi

Fjallað verður stuttlega um fjórar spurningar:

I. Til hvers eigum við að stunda rannsóknir í heilbrigðisvísindum á Íslandi?
II. Hvað er gert?
III. Hvert stefnir?
IV. Hvað vantar?

I. Til hvers eigum við að stunda rannsóknir í heilbrigðisvísindum á Íslandi?

1. Sérístenskum viðfangsefnum sinnir enginn annar.
2. Hagnýting nýrrar þekkingar kallar á þjálfun og hæfni sem eingöngu fæst í návígi við sköpun nýrrar þekkingar.
3. Rannsóknarstarfsemi bætir heilbrigðisstofnanir og þá þjónustu sem þær veita, laða að sérhæfðasta og dýrmætasta vinnuaflið og skapar andrúmsloft gagnrýninnar hugsunar.
4. Á síðustu árum hefur orðið ljóst að Íslendingar eiga ekki einungis fullt erindi inn í harða samkeppni alþjóðlegra vísinda heldur er hugsanlegt að á sumum sviðum séu sérstaklega góðar aðstæður til að leggja mikilvægan skerf af mörkum.

II. Hvað er gert?

Ótvírætt er mikil gróska í heilbrigðisvísindum á Íslandi um þessar mundir. Aðeins er unnt að nefna nokkur dæmi.

Faraldsfræðirannsóknir hvíla á gömlum merg og ná til margra sviða (hjartavernd, taugasjúkdómar, krabbameinsskrá, smitsjúkdómar, lungnasjúkdómar, atvinnusjúkdómar o.s.frv.). Frægðarsól hefur skinið á rannsóknir á hæggengum veirusjúkdómum á Keldum og þar hefur vaxið upp fjölbreytt rannsóknarstofnun á fjölmörgum sviðum lífvísinda. Erfðafræðilegar og sameindalíffræðilegar rannsóknir eru stundaðar á fjölmörgum rannsóknarstofum (Líffræðistofnun, Lífefnafræðistofu, Krabbameinsfélagi, Rannsóknarstofu í frumulíffræði, Blóðbankanum, Hjartavernd, Keldum, Íslenskri erfðagreiningu). Þátttaka í alþjóðlegum lyfjaprófunum er orðin algeng og nær til margra greina. Vegur slíkra rannsókna hefur vaxið mjög á undanförnum árum og niðurstöður þeirra ráða oft úrslitum um hvernig ýmsir sjúkdómar eru meðhöndlaðir.

III. Hvert stefnir?

Í vísindum, ekki síst heilbrigðisvísindum, gildir það lögmál að enginn sér framtíðina fyrir. Frjóasta rannsóknarstarfið er í eðli sínu eins og sköpun listamanns: Frjáls glíma við grundvallarspurningar. Sennilega er það þess vegna sem grunnrannsóknir skila oft hagnýtustu niðurstöðunum, þótt hagnýting sé alls ekki á dagskrá þegar rannsóknarspurninganna er spurt. Ef grundvallarskilningur fæst út úr rannsóknarstarfinu er aðeins tímaspursmál hvenær sá skilningur leiðir til hagnýtingar. Áhugi samtímans á erfðavísindum er af þessum toga þar sem þau eru líkleg til að dýpka skilning á meingerð og meinþróun sjúkdóma og þar með skilgreina ný skotmörk fyrir forvarnastarf og/eða lyfjameðferð. Með öllum fyrirvörum um óvissu framtíðarspár verður samt að telja líklegt að sú bylgja sameindalíffræðilegra rannsókna sem hér hefur risið á undanförnum árum muni enn halda áfram að rísa. Í kjölfarið skapast ný verkefni í líftækni og ekki síður faraldsfræði því að eftir að meingen hefur fundist þarf að skilgreina hvernig það hagar sér í samfélaginu, hver tengsl þess eru við önnur gen og umhverfisþætti. Á hinum enda rannsóknarlitrófsins eru rannsóknir á árangri heilbrigðiskerfisins, einstakra stofnana þess, aðgerða, rannsókna eða læknisdóma. Víða um heim er nú um stundir lögð sérstök áhersla á þennan þátt í heilbrigðisvísindum.

IV. Hvað vantar?

Smæð íslenskra rannsóknarstofnana og fjárskortur hefur nánast af eðlilegum ástæðum sett íslenskri rannsóknarviðleitni þröngar skorður. Þau eru óteljandi viðfangsefnin sem ekkert hefur þýtt að taka á dagskrá þar sem tækjabúnaður, mannafli og kostnaður hefur verið rannsóknarstofnunum ofviða. Þótt á allra síðustu árum hafi vaxið upp fyrirtæki á borð við Íslenska erfðagreiningu og Flögu sem hafa fulla burði til að keppa á alþjóðlegum vettvangi takmarkar smæð íslenskra rannsóknarstofnana yfirleitt möguleika þeirra til að láta í alvöru að sér kveða. Þar sem rannsóknir eru alþjóðlegt fyrirbæri er erlent samstarf eðlilegt, hlýtur að aukast og mun gefa Íslendingum aukin tækifæri til að láta gott af sér leiða í rannsóknum. Dæmi um vel heppnaða rannsóknarsamvinnu við erlenda aðila er að finna meðal annars í störfum Krabbameinsfélagsins og Hjartaverndar. Víða hefur verið gripið til þess ráðs að stuðla að samruna smárra rannsóknareininga og rækta miðstöðvar („centers of excellence“). Auðvelt er að benda á rannsóknarsvið sem lítið hefur verið sinnt á Íslandi, þar sem beinlínis vantar rannsóknir, t.d. ofannefndar rannsóknir á árangri í heilbrigðisþjónustunni („outcome research“). Þótt skipulega og markvisst sé gengið fram á því sviði er samt ekki síður mikilvægt að rækta þá rannsóknarviðleitni sem þegar hefur skilað árangri og takmarka miðstýringu í vali rannsóknarverkefna þannig að ekki sé vegið að rótum rannsóknarviðleitninnar sjálfrar sem er í eðli sínu frjáls leit vísindamanns að nýjum skilningi, nýrri þekkingu.

Upplýsingavæðing

Evrópumarkmið 19: Rannsóknir og þekking í þágu heilbrigðis

Árið 2005 skulu öll aðildarríkin stunda heilbrigðisrannsóknir, vera búin upplýsinga- og samskiptakerfum sem styðja betur öflun, virka nýtingu og útbreiðslu þekkingar til þess að geta framfylgt stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) um heilsu fyrir alla.

Yfirlit

- Stefnumörkun Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis (HTR)
  - Rafræn sjúkraskrá (heilsufarsskrá)
  - Heilbrigðisnet
  - Fjarlækningar
  - Heilsuvefur
- Erlendir straumar – staðlastarf
- Gagnagrunnur/upplýsingatæknivæðing
- Hugbúnaðariðnaður á Íslandi – heilbrigðistækni

Stefnumörkun HTR

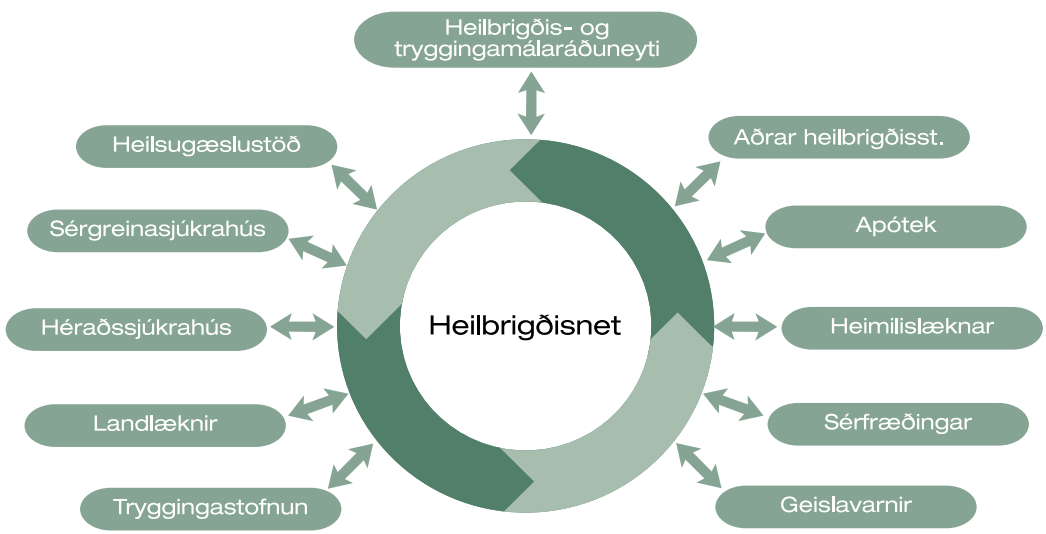
- Stefnumótun ríkisstjórnarinnar um upplýsingasamfélagið
- Stefnumótun HTR 1997
  - Rafræn sjúkraskrá
  - Heilbrigðisnet
  - Fjarlækningar
  - Heilsuvefur
- Samstarfsráð um upplýsingamál og fjarlækningar

Rafræn sjúkraskrá (heilsufarsskrá)

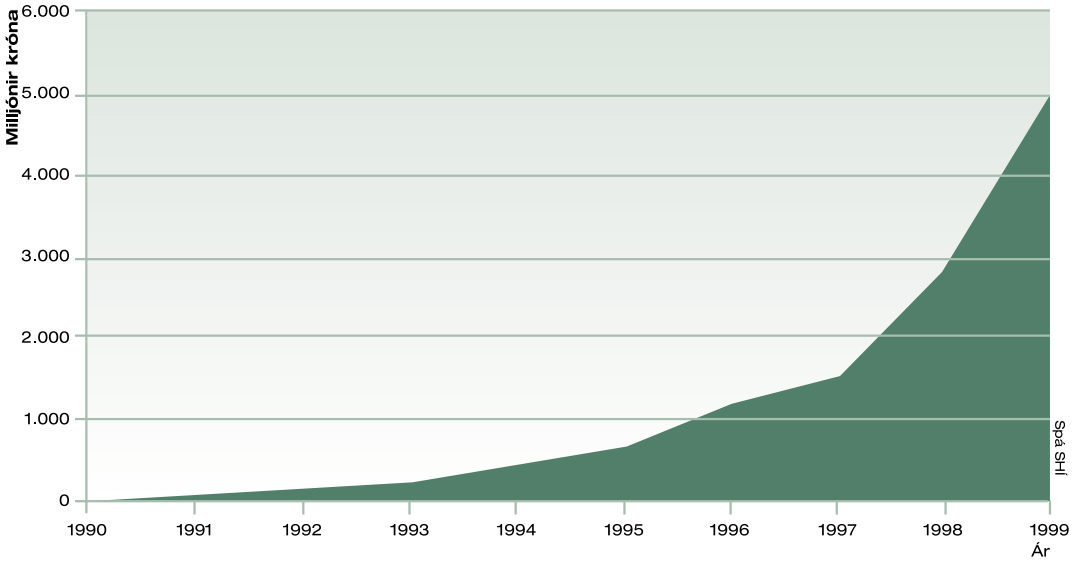
- Rafræn sjúkraskrá – miðpunktur upplýsingakerfa heilbrigðisþjónustunnar
- Grunnþættir
  - Hvað á að vera í rafrænni heilsufarsskrá?
  - Stöðluð gagnasöfnun
- Sértækar þarfir stofnana
- Sameiginlegar þarfir heilbrigðisþjónustunnar
- Staðlastarf

Heilbrigðisnet

- Mikil samskipti aðila heilbrigðisþjónustunnar
  - tvíverknaður, margskráning
- Danir: Medcom – Bretar: NHSnet



Útflutningur hugbúnaðar 1990–1999



- Samskiptakerfi heilbrigðisþjónustunnar
  - Stöðluð skeyti – EDI
  - Fjarfundir, fjarkennsla, fjarlækningar
  - Öruggur tölvupóstur – rafræn boðskipti
- Tillaga ICEPRO að heilbrigðisneti **www.chamber.is**

Fjarlækningar

- Lækningatæki stafræn
  - Röntgenmyndir
  - Hjartalínurit, ómun
  - Fjarfundir, myndsamtöl
- Boðskipti með rauntíma margmiðlunargögn
- Heilbrigðisnet – þjóðvegur stafrænna gagna í heilbrigðisþjónustunni

Heilsuvefur

- Stærsti hluti notkunar Netsins tengist leit almennings að þekkingu um sjúkdóma og heilsufar
  - 42% af notkun (skv. könnun Intel 1998)
- Mayo Clinic fær 500 þús. heimsóknir á vefsetur sitt daglega!
- Íslendingar í hópi þriggja stærstu notenda Netsins m.v. mannfjölda!

Staðlastarf á sviði heilbrigðisupplýsingatækni

- Alþjóðleg áhersla á staðlastarf í upplýsingatækni heilbrigðisþjónustunnar
- Iðnaðarstaðlar – „stofnanastaðlar“
- Evrópska staðlastofnunin CEN – TC251
  - Hefur verið virk um nokkurra ára skeið
- Alþjóðastaðlastofnunin ISO – TC215
  - Nýlega stofnuð tækninefnd
- Norræna ráðherranefndin hefur stutt þátttöku Íslands
- Norræn staðlasamvinna á vettvangi CEN og ISO
- Þátttaka í staðlastarfi ein af forsendum útflutnings

CEN TC251

- WG I – Information Models
- WG II – Terminology
- WG III – Security, Safety and Quality
- WG IV – Technology for Interoperability

Gagnagrunnur á heilbrigðissviði

- Tækifæri fyrir uppbyggingu upplýsingatækni innan heilbrigðiskerfsins
- Markmiðin með upplýsingatæknivæðingu verða að vera óbreytt

- Upplýsingakerfi eru gerð úr:
  - Gögnum
  - Forritum
  - Fólki
- Garbage In, Garbage Out

Íslenskur hugbúnaðariðnaður

- Vaxið hratt án ríkisstyrkja
- Útflutningur hefur vaxið um 70% á ári frá 1995
- Til að viðhalda vexti getur ríkisvaldið:
  - Eflt menntun
  - Fjárfest í upplýsingtækni í starfsemi hins opinbera

Samantekt

- Markmið 19: Við erum vel í stakk búin
- Viðamikil verkefni – og tækifæri fram undan
- Sjúkraskrárgögnin eru aðalatriðið – ekki sjúkraskrárkerfin!
- Beitum Netinu í þágu heilsueflingar
- Alþjóðlegt staðlastarf dýrmætt – sinnum því
- Gagnagrunnur – gögn, forrit og fólk

III. Framtíðarskipulag

Sigríður Snæbjörnsdóttir hjúkrunarforstjóri

Þjónusta sjúkrahúsa

Hér verður stiklað á stóru. Ég ætla mér að ræða fyrst um hefðbundið hlutverk sjúkrahúsa og hvað ég sé fram undan í þjónustu við sjúklinga, koma inn á nokkrar kenningar og fróðleiksmola, minnast örlítið á hlutverk stjórnenda og kröfur sem gerðar eru til þeirra, ræða um mismun á stjórnendum og leiðtogum almennt, og að lokum örfá orð um framtíðarspítalann eins og ég sé hann.

Hefðbundið skipulag sjúkrahúsa

Almennt er viðurkennt að sjúkrahús hafa þríþætt hlutverk, þ.e. þau veita þjónustu, sjá um kennslu og þjálfun heilbrigðisstétta og efla og stunda rannsóknir (vísindavinnu). Nú um aldamótin 2000 er tæknilega hægt að veita sjúklingum meðferð og umönnun sem óhugsandi þótti fyrir örfáum árum. Hins vegar er ljóst að sífellt breikkar bilið á milli þeirrar þjónustu sem við getum veitt tæknilega og þeirrar sem við getum veitt frá fjárhagslegu sjónarmiði.

Sjúkrahúsþjónusta hefur tekið miklum breytingum á stuttum tíma. Sjúkrahússtjórnun telst nú til sjálfstæðra fræðigreina í háskólum erlendis og sífellt fleiri stjórnendur tengja saman menntun í stjórnun og klínískum fræðum. Við allar æðstu stöðuveitingar á sjúkrahúsum eru gerðar auknar kröfur um menntun og reynslu á sviði stjórnunar auk klínískrar undirstöðu.

Hvað varðar skipulag á uppbyggingu sjúkrahúsþjónustunnar, þ.e. skipuritin sjálf, má segja að þau séu jafnmargbreytileg og sjúkrahúsin eru mörg. Rauði þráðurinn hefur jafnan verið hið vel þekkta skrifræði, þar sem hvert stjórnunarlagið trónir upp af öðru með skýrum boðleiðum og minnkandi stjórnunarspönn eftir því sem ofar dregur í stjórnunarpýramídanum. Almennt má segja að forstjóri hafi haft sér við hlið hjúkrunarforstjóra og lækningaforstjóra sem hafa borið ábyrgð á annars vegar hjúkrun og hins vegar lækningum. Forstjóri, hjúkrunarforstjóri og lækningaforstjóri hafa myndað framkvæmdastjórn ásamt þeim sem fara með fjármál og tæknimál. Stærð og hlutverk sjúkrahúss hlýtur þó alltaf að ráða fyrirkomulaginu.

Hvað er fram undan í rekstri sjúkrahúsa?

Hugmyndafræði í rekstri sjúkrahúsa, sem og fyrirtækja almennt, hefur verið margvísleg þegar litið er til baka. Frá fyrri hluta aldarinnar allt til dagsins í dag má greina ákveðna þróun þegar stjórnunarstíll og kenningar á hverjum tíma eru skoðaðar, allt frá vísindalegri stjórnun og vélrænum afköstum að gæðastjórnun og nú síðast til lærdómsfyrirtækja (learning organizations) þar sem hugvitið er viðurkennt sem drifkraftur starfseminnar.

Hvað fjárveitingar til sjúkrahúsa varðar myndu flestar fjármögnunarleiðir teljast íhaldssamar út frá viðskiptasjónarmiði, þ.e. fjárveitingar byggðar á legudagafjölda og síðan fastar fjárveitingar í raun án tillits til afkasta og árangurs. Þær raddir verða sífellt háværari sem vilja tengja magn og tegund þjónustunnar við fjárveitingar þannig að þær verði breytilegar. Þá fengju sjúkrahús greitt fyrir þjónustu samkvæmt útlögðum kostnaði byggt á kostnaðargreiningu.

Önnur rekstrarform innan heilbrigðisþjónustunnar sem eru til umræðu eru þjónustusamningar milli veitenda og greiðenda þar sem kröfur og skyldur beggja aðila verði betur skilgreindar. Aukið rekstrarlegt sjálfstæði starfseminnar eða ákveðinna eininga hefur líka verið skoðað þar sem markmið væri að efla og þróa starfsemina „nær vettvangi“ undir stjórn fagfólks. Einkarekstur og hlutafélags-

form hefur verið reynt í litlum mæli og munu fá meira vægi í framtíðinni. Þegar rætt er um rekstur einkafyrirtækis eða sjálfseignarstofnunar ber að hafa í huga hver ber hina raunverulegu ábyrgð og hver tekur fjárhagslega áhættu.

Því er hins vegar ekki að neita að rekstur sjúkrahúsa almennt þykir búa við mikla miðstýringarárättu. Ekki er langt síðan skipulagi í rekstri sjúkrahúsa í Bandaríkjunum (og víðar) var líkt við uppbyggingu á skipulagi bandaríska hersins, en þar þykir skrifræðið ná hámarki. Slíkt stjórnunarfyrirkomulag skilar vissulega árangri við vissar kringumstæður, t.d. í stríði.

Kenningar og fróðleiksmolar

Peter F. Drucker er austurrískur Ameríkani sem hefur verið nefndur faðir nútímastjórnunar. Hann sá fyrir að stjórnunarlögum í fyrirtækjum myndi fækka aftur og fyrirtæki framtíðarinnar myndu hafa miklu flatari stjórnunarpýramída, þ.e. bilið myndi styttast aftur milli stjórnenda og viðskiptavina.

Davidow og Malone komast í bók sinni *The Virtual Organization (1992)* að sömu niðurstöðu þegar þeir lýsa fyrirtæki framtíðarinnar án stjórnunarlegra landamæra með gegndræpa og hreyfanlega deildarmúra til að geta sem best mætt kröfum og þörfum viðskiptavinanna og um leið nýtt sem best hugvit starfsmanna sinna.

Þótt ofangreind framtíðarsýn sé ekki skrifuð sérstaklega með spítala í huga höfum við vissulega orðið vör við þá þróun sem hér er lýst. Sjúkradeildir breytast hratt, deildarmúrar eru á stöðugri hreyfingu, sjúklingahópar sem áður voru yfirgnæfandi á ákveðnum deildum fá nú aukna þjónustu á dag- og göngudeildum eða heima hjá sér og nýir sjúklingar fylla þau rúm sem tæmast. Sjúkrarúmum á legudeildum fækkar hratt. Þjónusta við sjúklinga byggist í grundvallaratriðum á hugviti starfsmanna, driffjöður heilbrigðisþjónustunnar. Árangur meðferðarinnar og gæði þjónustunnar fer hins vegar eftir því hversu vel teymi heilbrigðisstétta vinna saman.

Í bók sinni *Key Management Ideas (1996)*, lýsir Stuart Crainer hlutverkum teyma sem öll eru mikilvæg til að árangur náist. Blómstrandi fyrirtæki nýta sér í vaxandi mæli teymi sem hafa fullt sjálfræði, sem er treyst til að taka ákvarðanir með heill fyrirtækisins að leiðarljósi, t.d. bætta þjónustu, aukin gæði og ánægju viðskiptavina og starfsmanna. Þessa þróun þekkjum við undir hugtakinu valddreifing.

The London Business School (LBS) hefur skoðað hvernig fyrirtæki ná hámarksárangri í víðustu merkingu og segja:

1. Hugsið áður en næstu tískuhugmynd er hrint í framkvæmd.
2. Geta forstjóra til að hrinda breytingum í framkvæmd ræður úrslitum.
3. Fjárhagsleg viðmið eingöngu geta verið villandi mælikvarði á árangur.
4. Setjið metnaðarfull markmið.
5. Metnaðarfull fyrirtæki miða að því að samtvinna skilvirkni og árangur.
6. Áætlanir um framtíðarþróun eru lífsnauðsynlegar.
7. Að ná toppnum krefst uppbyggingar með hæfileikafólki.
8. Góð stjórnun er ferli sem krefst stöðugra úrlausna erfiðra viðfangsefna.
9. Horfið fram á við.
10. Óvinsælar ákvarðanir verður að taka og ágreining þarf að leysa.

Í tímamótabók T.J. Peters og R.H. Waterman frá 1982, *In Search of Excellence*, segja þeir að aðalsmerki fyrirmyndarfyrirtækja séu einmitt eftirfarandi:

1. Þau leysa ágreining, taka óvinsælar ákvarðanir.
2. Þau eru nálægt viðskiptavininum.
3. Þau bjóða upp á sjálfræði og sjálfstæði.
4. Þau trúa á framlag starfsfólksins.
5. Þau hafa skilning á verðmætum og gildum fyrirtækisins.

Þannig mætti lengi telja og eru skoðanir flestra fræðimanna í stjórnun og rekstri á einn veg, þær benda á mikilvægi aukinnar valddreifingar, aukinnar virðingar og skilnings á framlagi starfsmanna, þær leggja til að starfsfólki sé treyst og það fái að njóta sín, að ákvarðanir verði teknar nálægt viðskiptavinum og þær hvetja til þess að nýjar hugmyndir verði skoðaðar og hæfileg áhætta tekin.

Hlutverk stjórnenda

Þegar ráðnir eru stjórnendur er mikilvægt að horfa á styrkleika viðkomandi frekar en að velta sér upp úr veikleikum. Haft er fyrir satt að tveir Bandaríkjaforsetar þessarar aldar, þeir Roosevelt og Truman, hafi sagt „Never mind personal weaknesses. Tell me first what each of them can do" þegar þeir völdu í ríkisstjórnir sínar. Það er kannski ekki tilviljun að ríkisstjórnir þessara tveggja forseta eru sagðar hinar sterkustu á öldinni í Bandaríkjunum.

Mikið er búið að rannsaka hvaða eiginleikum stjórnendur skuli vera prýddir til að hámarksárangur náist í starfi. Almennt gildir að auk umfangsmikillar menntunar og reynslu þurfa þeir að búa yfir góðum tjáskiptahæfileikum, kjarki og geta unnið undir álagi. Þeir þurfa að vera hugmyndaríkir, búa yfir ákveðnum stíl, hafa leiðtogahæfileika og pólitískt nef.

Stjórnendur þurfa að geta „synt með hákörlum" eins og Voltaire Cousteau skrifaði fyrir u.þ.b. 200 árum *„How to swim with sharks: A primer"*. Sagan er rifjuð upp í bókinni *Power and Politics in Nursing Administration (D.J. del Bueno og C.M. Freund,1986)* og löguð að umhverfi heilbrigðisþjónustunnar. Sagan byggist á sex heilræðum sem oftar en ekki eiga sér grátbroslega fyrirmynd í vinnuumhverfi okkar:

1. Gefðu þér fyrir fram að allir fiskar séu hákarlar.
2. Láttu þér ekki blæða.
3. Mættu öllum árásum með gagnárás.
4. Forðaðu þér ef einhverjum blæðir.
5. Best er að hefna sín fyrir fram.
6. Skipulagða árás verður að leysa upp.

Leiðtogar og stjórnendur

Að vera háttsettur stjórnandi er ekki alltaf ávísun á góðan árangur í starfi. Leiðtogahæfileikar eru ekki síður mikilvægir en vissulega eru þeir ekki öllum stjórnendum gefnir og á sama hátt eru ýmsir sem ekki gegna stjórnendastöðum gæddir leiðtogahæfileikum.

Litið hefur verið til ýmissa þekktra persóna þegar leitað er eftir afburðastjórnendum sem hafa búið yfir leiðtogahæfileikum og náð langt í störfum sínum. Afburðaleiðtogar búa samt yfir meiru en „charisma". Richard Branson, breskur ævintýramaður, loftbelgsfari og eldhugi sem rekur m.a. Virgin Air, er einn af þeim sem nefndur hefur verið sem dæmi um afburðaleiðtoga. Hann hefur hæfileika til að draga fólk með sér til starfa innan fyrirtækisins þannig að verkin verða spennandi, hann er vinnuþjarkur, fyrirmynd í starfi og þolir mikið álag. Hann hefur líka vit á að ráða fólk í störf sem hann ræður síður við.

Ýmsir hafa skoðað hvað greinir á milli stjórnenda og leiðtoga. Hér eru nokkur dæmi:

- Stjórnandi gefur fyrirmæli, leiðtogi kemur með nýjungar
- Stjórnandi hermir eftir, leiðtogi er frumlegur
- Stjórnandi heldur við, leiðtogi þróar
- Stjórnandi er skammsýnn, leiðtogi horfir til framtíðar
- Stjórnandi spyr hvernig og hvenær, leiðtogi spyr hvað og hvers vegna
- Stjórnandi sættir sig við ástandið, leiðtogi setur við það spurningar
- Stjórnandi gerir hluti rétt, leiðtogi gerir rétta hluti

Framtíðarspítalinn

Besti undirbúningur undir framtíðina er að læra að lifa með breytingum. Sífellt munu koma fram á sjónarsviðið nýjar og betri leiðir til að veita þjónustu og nýjar kenningar um hvernig hægt sé að veita þjónustu á hagstæðari máta. Vinnuumhverfi okkar stjórnenda mun gera endalausar kröfur um sveigjanleika.

Sheldon Rovin segir í bók sinni *„Managing Hospitals“* (1991) að stöðug áætlanagerð til að takast betur á við framtíðina sé nauðsynleg. Hann varar við hugsanahættinum „if it ain´t broke don´t fix it“ og segir að þetta sé beinlínis rangt og hugsunarháttur af þessu tagi komi í veg fyrir að nýjar hugmyndir líti dagsins ljós og flýti fyrir hruni og eyðileggingu. Hann segir enn fremur að rétti tíminn til að lagfæra sé áður en hlutirnir fari að ganga illa. Ekkert sé í raun til sem heiti kyrrstaða, annaðhvort fer okkur fram eða aftur. Stöðnun er tímabilið sem kemur á undan afturför og þess vegna verðum við alltaf að stefna upp á við.

Góð spurning til stjórnenda spítala er „Hvernig þjónustu vildir þú byggja upp ef spítalinn þinn hryndi til grunna í nótt?“ Myndirðu byggja hana upp og skipuleggja þjónustuna návæmlega eins og hún er nú eða myndirðu vilja sjá breytingar?

Ef litið er á þá tækniþróun sem átt hefur sér stað innan heilbrigðisþjónustunnar að undanförnu sést að hún hefur leitt til breytinga á samsetningu inniliggjandi sjúklingahópa. Þeir sjúklingahópar sem munu fá aukið vægi inni á spítölunum að flestra mati á næstu árum eru gjörgæslusjúklingar, slysa- og fjöláverkasjúklingar, endurhæfingarsjúklingar, sjúklingar með alvarlega smitsjúkdóma og aldraðir sjúklingar.

„Milliveikir“ sjúklingar eru farnir af sjúkradeildum. Ný þekking og breytt tækni gerir okkur kleift að mæta þörfum þeirra á dag- og göngudeildum spítalanna, á sjúkrahótelum, í sjúkrahústengdri heimaþjónustu og á stofum úti í bæ. Hlutfallslega heldur því veikari sjúklingum áfram að fjölga á spítölum, þ.e. þeim sem þarfnast flókinnar og dýrrar meðferðar.

Þessi þróun kallar á hærra hlutfall fagmenntaðs starfsfólks á sjúkrahúsum. Gæðaþróunarstarf fær meira vægi og notkun staðla mun fara vaxandi. Gerðar verða auknar kröfur um mælanlegan árangur þjónustunnar. Kostnaður verður greindur niður á sjúklinga og kostnaðarvitund mun aukast. Tölvu- og upplýsingavæðingin mun skipa æ veigameiri sess í störfum okkar, t.d. við skráningu, álagsmælingar, fræðslu og samskipti. Tryggja þarf að sjúklingar fái a.m.k. lágmarksþjónustu, því að áfram verður hagrætt og sparað. Sjúklingar munu í auknum mæli leita réttar síns ef þeir eru ekki ánægðir með þjónustuna eða ef mistök eiga sér stað.

Ef litið er til breytinga sem almennt hafa átt sér stað á sjúkrahúsum byggjast þær að mörgu leyti á hagræðingu í krafti fjöldans. Örfá dæmi eru:

- Stjórnir stofnana (stofnanir) verða sameinaðar í stærri samsteypur (conglomerates).
- Rekstrarform þjónustunnar verða fjölbreyttari.
- Fjármögnunarleiðum mun fjölga.
- „Skil“ milli sérgreina og deilda verða óskýr.
- Teymisvinna verður ríkjandi.
- Ákvarðanir munu flytjast nær vettvangi.
- Innra eftirlit mun aukast.

Lokaorð

Hér hefur verið stiklað á stóru. Á ýmsu hefur gengið á undanförnum árum í rekstri sjúkrahúsa og fátt bendir til að lát verði á í náinni framtíð. Það verður aldrei sagt að starfsumhverfið sé líflaust eða tilbreytingalítið. Það er tekist á um hin ýmsu mál og sýnist sitt hverjum. Hins vegar megum við aldrei gleyma því að við sem vinnum á sjúkrahúsum erum þar sjúklinganna vegna, til að veita þeim bestu mögulegu þjónustu með þeim ráðum sem tiltæk eru hverju sinni.

Stefán Þórarinsson hérðaslæknir

Heilsugæsla og heilbrigðisþjónusta á landsbyggðinni

Heilbrigðisþjónusta á landsbyggðinni einkennist af því að þar eru fáir starfsmenn á hverjum stað að veita fjölþætta þjónustu (tugþrautarmenn) og bera mjög persónubundna ábyrgð, ábyrgð sem erfitt er að komast undan. Þetta er algjör andstaða þeirrar þjónustu sem hefur þróast á höfuðborgarsvæðinu og er viðmið samfélagsins sem einkennist af sérhæfingu, verkaskiptingu og dreifðri ábyrgð. Heilbrigðisþjónusta utan höfuðborgarinnar á í vissri kreppu og verður að ganga í gegnum verulegt breytingaskeið á næstu árum. Nokkrir samverkandi þættir valda því og neyðin kennir naktri konu að spinna.

Mönnunarerfiðleikar í dreifbýli eru alþjóðlegt vandamál sem hefur leitt til þess að síðustu ár er að spretta fram ný hugsun og ný nálgun á þau vandamál sem af þessari manneklu leiðir. Landsbyggðarlækningar og landsbyggðarhjúkrun eru hugtök sem eru að taka á sig æ skýrari mynd. Þar er reynt að skilgreina eðli starfsins, draga fram sérkenni þess, styrk og veikleika og finna hver eru brýnustu úrlausnarefnin á hverjum stað og hverjum tíma.

Meðal verkefna sem hér blasa við má nefna að auka þarf umhyggju fyrir starfsmönnum bæði sem persónum og fagmönnum (hjörð án hirðis). Auka þarf menntun á sviði landsbyggðarþjónustu, bæði grunnmenntun og framhaldsmenntun en ekki síður að koma upp virkri starfsmannavernd. Efla þarf innra stjórnkerfi og styrk heilbrigðisstofnana úti á landi og fela þeim meira sjálfsforræði. Þetta er þegar farið að gerast með sameiningu heilbrigðisstofnana, t.d. á Austurlandi. Við þetta skapast sameiginlegur og öflugri málsvari út á við fyrir hinar litlu og dreifðu stofnanir og landsvæðin sem þær eiga að þjóna. Samvinna og samhjálp milli staða auðveldast. Þá er einnig komin burðarmeiri stofnun, samnefnari, sem getur farið að sinna vanræktum millistjórnarverkefnum sem áður var ekki hægt að sinna m.a. vegna skipulagsvankanta. Á þennan hátt eykst sjálfsbjargargeta og sjálfsvitund sem landsbyggðaþjónustan þarf mjög á að halda, sem og aukin samfélagsviðurkenning ef hún á að standa af sér togið suður að Faxaflóa („fjölhæfni er fengur").

Sjúkraflug er einn þáttur heilbrigðisþjónustunnar á landsbyggðinni sem þarf að styrkja og endurskipuleggja. Sjúkrafluginu hefur hnignað á undanförnum árum og því verður ekki haldið úti öllu lengur í núverandi mynd og þó er sú mynd bæði óburðug og ófullnægjandi. Koma þarf upp sjúkraflugssveit á Akureyri með vel búna flugvél með jafnþrýstibúnaði. Þetta yrði mótvægi neyðarbifreiðar og þyrlusveitar, tryggði aðstoð í alvarlegum tilfellum með stuttum fyrirvara hvort sem um væri að ræða neyðarflutning eða stuðning við fámennt starfslið sem fengi of stór verkefni í hendurnar.

Þá er ónefndur fjarþjónustubúnaður sem verður væntanlega staðalbúnaður á hverri læknisstöð úti á landi og mun geta gefið byltingarkennda möguleika. Hann mun skapa færi á að tengja saman minni staði, gera kleift að halda fundi með nýju sniði, efla menntunarmöguleika og opna möguleika á að leita sérfræðihjálpar heiman úr héraði. Koma þarf á fót skipulögðu mennta- og starfsþjálfunarkerfi fyrir heilbrigðisstarfsfólk og -nema þar sem heilbrigðisþjónusta í dreifbýli verður sérstaklega kynnt og kennd, rannsóknir stundaðar og þar sem framhaldsmenntun í landsbyggðarlækningum og -hjúkrun sem ættu samastað. Háskólinn á Akureyri hefur tekið ákveðið við þessum hugmyndum og mun væntanlega þróa þær áfram í samvinnu við heilbrigðisstofnanir úti á landi og starfsmenn þeirra og Háskóli Íslands getur og þarf að leggja þessu máli lið. Ef hægt verður að þróa heilbrigðisþjónustuna úti á landi í þá veru sem hér hefur verið lýst á hún að geta notið sín sem fjölbreytt og skemmtilegt starf sem þjónar hagsmunum íbúanna og starfsmanna sinna vel og getur stutt við

áframhaldandi byggð á Íslandi öllu („dreifbýlið er dásamlegt").

Landsbyggðarþjónusta

- Fjölbreytt – heilsugæsla, slys, bráð veikindi, vakt.
- Nálæg – starfsmenn lifa meðal íbúanna.
- Heildstæð – einstaklingar/fjölskylda/samfélag ein heild.
- Á fárra herðum – persónugerð heilbrigðisþjónusta.
- Krefst fjölhæfni hvers starfsmanns – óljós faglandamæri.
- Andstæðan er: sérhæfing, verkaskipting dreifð ábyrgð á margra herðum sundurbútuð þjónusta, stéttarmúrar.

Stækkun stofnana

- Aukinn styrkur – sjálfsforræði
- Sjálfsbjargargeta
- Samvinna – samhjálp
- Millistjórnsýsla „hjörð án hirðis"
  - menntun
  - starfsmannavernd
  - stefnumörkun
  - innra eftirlit
  - störf

Mannekla – úrræði

- Kynna fyrir nemum
- Fjölga í árgöngum
- Heilsugæsla í kandídatsnámi
- Auka nám á landsbyggðinni
- Ýta undir landsbyggðarnema til náms
- Framhalds- og viðhaldsmenntun
- Skapa nýjar sérgreinar
  „Nurse Practitioner"
- „Rural Practitioner"
- Skapa nýja ímynd „fjölhæfni er fengur"
- Auka faglegan stuðning skipulag
  – sjúkraflug
  – neyðarhjálp

Efling sjúkraflugs

- Skipuleggja eins og aðra þætti í heilbrigðisþjónustunni
- Öflug, jafnþrýst, sérútbúin flugvél
- Sjúkraflutningamenn
- Læknar
- Stuttur útkallstími
- Öryggisatriði
- Hlekkur í þjónustukeðju
- Staðall – jafnrétti
- Stuðningur við einmennings- og fámennishéruð

Lúðvík Ólafsson héraðslæknir

Heilsugæsla og sérgreinaþjónusta í þéttbýli

Inngangur

Heilsugæslu, í samhengi þessarar framtíðarsýnar, ber að skilja sem heilbrigðisþjónustu tengda heilsugæslustöðvum samkvæmt lögum aðra en sérfræðiþjónustu lækna.

Síðustu áratugi hafa orðið gífurlegar framfarir í læknisfræði og heilbrigðisiðnaði. Í velmegandi vestrænum velferðarsamfélögum var framförunum tekið fagnandi og framan af var kostnaðaraukningin ekki áhyggjuefni og heilbrigðisþjónustan rak sig meira og minna sjálf án þess að þurfa að horfa í kostnaðinn, hann var að lokum alltaf greiddur. Af þessu leiddi að litlar vangaveltur voru um skipulag þjónustunnar, svo fremi sem hún væri þegnunum aðgengileg.

Nú eru blikur á lofti, peningar ónógir, mikið talað um forgangsröðun, aukatryggingar eða aukagreiðslur til þess að kaupa sig ofar á biðlistum, jöfnuður þegnanna er í uppnámi.

Vegna þessa er nú meira rætt um skipulag en áður, en skipulag krefst upplýsinga. Upplýsinga er þörf um hver eru heilsufarsvandamál nútímans, hvernig er á þeim tekið og við hverju má búast næstu árin og áratugina.

Ef líta skal til næstu fimm ára um framtíðarsýn, eins og undirtitill heilbrigðisþings 1999 gerir ráð fyrir, er um mjög stutt tímabil að ræða þar sem ákvarðanir nú geta haft afdrifaríkar afleiðingar fyrir heilbrigðisþjónustuna.

Við Íslendingar klöppum okkur gjarna á herðar og lýsum yfir ágæti íslenska heilbrigðiskerfisins á hátíðarstundum, sem ég ætla vissulega ekki að draga í efa hér. Samt sem áður heyrum við ótæpilega kvartað um laka þjónustu eða skort á þjónustu frá sjúklingum eða aðstandendum þeirra. Annaðhvort tengjast þær kvartanir tregu aðgengi að læknum, einkum heimilislæknum, biðtíma eftir aðgerðum eða skorti á legurými.

Til þess að geta spáð þarf að gera sér grein fyrir hver staðan er á spádómsdeginum. Efnið er viðamikið svo að ég mun aðeins drepa á fáein atriði.

Um heilsugæslu

Heilsugæslunni hefur verið markað það hlutverk að vera hornsteinn heilbrigðisþjónustunnar. Burðarás læknisþjónustunnar á heilsugæslustöðvum eru heimilislæknarnir. Með örfáum undantekningum eru heimilislækningar í þéttbýli reknar á heilsugæslustöðvum. Undantekningin eru sjálfstætt starfandi heimilislæknar í Reykjavík. Skipulag heimilislækninga og starfsemi sem þeim er tengd er á hendi stjórna heilsugæslustöðva, nema sjálfstætt starfandi heimilislæknar í Reykjavík eru á samningi við Tryggingastofnun ríkisins og því óháðir stjórnsýslulegum ákvörðunum stjórnar heilsugæslu í höfuðborginni.

Töluverðar breytingar hafa orðið í starfsemi heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu á undanförnum árum. Hinar mikilvægustu eru að heimahjúkrun er nú að mestu rekin frá heilsugæslustöðvum, enda þótt herslumuninn vanti enn í Reykjavík. Ungbarnavernd er að mestu leyti á hendi heilsugæslustöðva, en ekki að öllu. Skólaheilsugæsla er nú á hendi heilsugæslunnar og sinnir hver stöð þeim skólum sem eru á starfssvæði hennar. Mæðravernd fer enn aðeins að litlu leyti fram á heilsugæslustöðvum. En í tengslum við flutning mæðraverndar Kvennadeildar Landspítalans á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur og sameiningu við mæðradeild heilsuverndarstöðvarinnar er stefnt að því að ákveðið hlutfall mæðraeftirlits flytjist á heilsugæslustöðvar. Konur í áhættuhópum og hluti kvenna í eðlilegri meðgöngu verður þó áfram á hinni sameinuðu deild, m.a. vegna kennsluhlutverks Landspítalans.

Landssamtök heilsugæslustöðva og heilsugæslan í Reykjavík hafa mótað þá stefnu að efla og auka lækningastarfsemi heilsugæslustöðvanna, þ.e. að auka fjölbreytni þeirra viðfangsefna sem unnin eru á heilsugæslustöðvum. Heilsugæslulæknar gerðu samning við fjármálaráðuneytið haustið 1996 um að kjaranefnd úrskurðaði um kjör þeirra. Sá úrskurður féll á vordögum 1998.

Úrskurðurinn er mótdrægur fyrrgreindri stefnu. Helgast það af eðli úrskurðarins sem virðist gera ráð fyrir „status quo" og hreinlega vinnur gegn þróunarvinnu og nýjum landvinningum. Í samhengi þeirrar umræðu sem hér á sér stað eru tvö atriði í samningnum sem skipta máli varðandi nánustu framtíð heilsugæslunnar og nýliðun í heimilislækningum. Annars vegar er um að ræða að föst laun eru nálega 90% af daglaunum heilsugæslulækna þannig að vinnuhvatning er lítil sem engin í kerfinu og þeir kostir og gallar sem henni fylgja því ekki til staðar. Hins vegar er fastlaunakerfið þannig upp byggt að full laun fást fyrir að hafa 1.500 skráða einstaklinga í „samlagi" og að auki er greidd „yfirvinna" fyrir hvert byrjað hundrað einstaklinga allt að 2.400 manns. Tölurnar skipta ekki máli í þessu samhengi. Afleiðingin er samt sem áður sú að laun lækka við að fækka samlagsmönnum eða með fjölgun heimilislækna í heilsugæsluumdæmi án þess að það leiði jafnframt endilega til fækkunar viðtala á stofu, þ.e. til minnkaðs vinnuframlags. Hér er um mjög alvarlegt mál að ræða þar sem kjörum lækna er beinlínis stefnt gegn markmiðum stjórnar Heilsugæslu í Reykjavík og landssamtaka heilsugæslunnar. Markmið þeirra nást ekki nema skráðum einstaklingum sé fækkað á lækni. En hvaða læknir vill ekki frekar fá 1.000 krónur fyrir að sjá sjúkling en 500 krónur ef sjúklingafjöldinn er sá sami? Hætt er við að hugmyndafræði kjaranefndar sé dauðadómur yfir heilsugæslunni, sem á í verulegum mönnunarvandræðum um þessar mundir. Ef svo fer þarf að hugsa allt kerfið upp á nýtt fyrir árið 2005, sem ég treysti mér ekki til hér og nú.

Kjaranefnd var ætlað að ákvarða heilsugæslulæknum kjör en ekki að taka stefnumótandi ákvarðanir sem hafa afgerandi áhrif á stjórnunarlegar forsendur og hagsmuni heilsugæslunnar. Ég vil taka það skýrt fram að ég er ekki að tala um kjaralega niðurstöðu úrskurðarins fyrir lækna heldur eðli hans og áhrif á framtíðina. Mikilvægt er að Kjaranefnd taki úrskurðinn til endurskoðunar og taki tillit til sjónarmiða stjórnenda heilsugæslunnar.

Upplýsingakerfi

Upplýsingakerfi heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa þarfnast lagfæringa. Um skeið hefur nokkuð góð skráning átt sér stað á flestum heilsugæslustöðvum en úrvinnslukerfi gagna hefur ekki verið nærri fullnægjandi. Miklar vonir eru bundnar við nýtt skráningarkerfi, Sögu, sem verið er að taka í notkun í heilsugæslunni og víðar. Stöðug skráning og úrvinnsla er það sem þarf. Nokkra hugmynd er samt sem áður að hafa um innihald starfsins á heilsugæslustöðvum. Úr sérgreinaþjónustunni er engar upplýsingar að hafa, nema það sem lesa má úr reikningum til Tryggingastofnunar ríkisins, sem er alls ófullnægjandi. Er þetta brotalöm í heilbrigðiskerfinu og allsendis óásættanlegt að upplýsingar skuli vera af svo skornum skammti því að þær eru undirstaða vitrænnar skipulagningar.

Um sérgreinaþjónustu

Starfsemi sérgreinalækna á einkastofum á sér veika stoð í lögum nema í almannatryggingalögum þar sem lengst af var gert ráð fyrir að hún væri tilvísunarþjónusta, sem í reynd varð fljótlega ekki nema orðin tóm. Einnig má benda á að sérfræðiþjónustu á einkastofum er ekki getið sérstaklega í íslenskri heilbrigðisáætlun frá 1991. Þrátt fyrir það er starfsemi þeirra öflug en hefur sína veikleika ef hún er skoðuð í víðu samhengi. Styrkur þjónustunnar felst m.a. í vel menntuðu starfsfólki eins og í öðrum greinum heilbrigðiskerfisins. Dugnaður og afköst eru með ágætum, enda unnið við afkastahvetjandi kerfi. Þrátt fyrir biðtíma allt upp í nokkra mán-

uði eru flestir sérfræðingar tilbúnir að sjá sjúklinga eins fljótt og þörf krefur að beiðni lækna og er það ágætur vísir að tilvísanakerfi og viðurkenning á mikilvægi flokkunarinnar.

Veikleikar sérfræðiþjónustunnar eru hversu einangruð hún er og er það jafnframt einn helsti veikleiki læknisþjónustu utan sjúkrahúsa. Miðlun upplýsinga er brotakennd og samstarfsvilji að því er virðist lítill. Annar veikleiki sérfræðiþjónustunnar er mikill skortur á staðtöluupplýsingum þaðan. Við hvaða verkefni er verið að fást og hvaða úrlausnir eru veittar? Upplýsingaöflun á þessu sviði, sem og árleg skýrslugerð, ætti að vera skilyrði sett af hálfu viðsemjenda. Meðan þessar upplýsingar liggja ekki fyrir er útilokað að gera áætlanir um sérfræðiþjónustuna og samvinnu við heilsugæsluna. Forsendur gæðaþróunarvinnu eru að slíkar upplýsingar séu til. Afleiðingar upplýsingaskortsins tel ég vera mun kostnaðarsamari en liggur í augum uppi og kallar fram ómarkvissa heilbrigðisþjónustu sem er úr takti við nútímann, hvað þá nýja öld. Góð heilbrigðisþjónusta er ekki tilviljankennd starfsemi, hana þarf að skipuleggja og skipulagið þarf að grundvallast á upplýsingum.

Heilsa barna

Þroskavandamál og sálfélagsleg vandamál barna og unglinga hafa orðið vaxandi áhyggjuefni í íslensku samfélagi síðustu ár. Áhersla í ungbarnaeftirliti og skólaheilsugæslu hefur hægt og bítandi færst frá líkamlegum sjúkdómum yfir í þroskatruflanir og félagsleg vandamál þeim tengd. Styrk heilsugæslunnar sjáum við fyrst og fremst í því heildræna skipulagi sem henni er ætlað að starfa eftir. Dæmi þar að lútandi er hvernig almenn læknisþjónusta, mæðravernd, smá- og ungbarnavernd og skólaheilsugæsla mynda eina heild sem gefur einstakt tækifæri til þess að öðlast yfirsýn og greina sálfélagsleg vandamál fyrr en ella og bregðast við þeim snemma, bæði með sértækum ráðum og með því að nýta þann styrk sem „nábýlið“ við einstaklinga býður upp á. Enn er þetta óplægður akur og mikla skipulagsvinnu þarf að inna af hendi um leið og gerðar eru áætlanir um uppbyggingu stoð- og tilvísanaþjónustu til að mæta þeim vandamálum sem greinast hverju sinni. Því er haldið fram að snemma megi greina þá einstaklinga sem síðar meir munu verða vímugjöfum að bráð og sýna af sér andfélagslega hegðun. Þeir möguleikar sem heilsugæslukerfið býður upp á eru ómetanlegir og það er ekki fyrr en það kerfi er fullskapað og skikkur hefur komist á sérgreinaþjónustu og aðra sérhæfða stoðþjónustu að styrkur þess fær að njóta sín.

Samantekt

Nauðsynlegt er að heilsugæslan hafi styrkari stoð í lögum með vel skilgreint hlutverk. Vöxtur hennar hefur alltaf verið háður ákvörðunum fjárveitingavaldsins. Á sama tíma hefur hlutverk sérgreinaþjónustunnar verið illa skilgreint, nema í lögum um almannatryggingar. Hún hefur einnig búið við óheftari vaxtarskilyrði.

Eitt af markmiðum næstu ára er að útfæra heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa á forsendum gildandi laga með því að setja allar læknaingar og starfsemi þeim tengda undir einn stjórnsýslulegan hatt og efla upplýsingaöflun sem forsendu skipulagningar þjónustunnar.

Þátttakendur á heilbrigðisþingi 1999

A–Á

Aðalheiður Guðmundsdóttir, Heilbrigðisstofnuninni Selfossi
Aðalsteinn Pálsson, Ríkisspítölum
Alma Birgisdóttir, Hrafnistu
Anna Björg Aradóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Anna Lilja Gunnarsdóttir, Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga
Anna Sigríður Indriðadóttir, Droplaugarstöðum
Anna M. Sívertsen, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Anna Stefánsdóttir, Ríkisspítölum
Ari Jóhannesson
Arnheiður Ingólfsdóttir, Hjúkrunarheimilinu Skjóli
Arnór Pétursson, Sjálfsbjörg
Atli Dagbjartsson, Ríkisspítölum
Ágúst Guðmundsson
Ágúst Oddsson, Heilbrigðisstofnuninni Bolungarvík
Árni Gunnarsson, NLFÍ
Árni Sverrisson, St. Jósefsspítala
Árný Halldórsdóttir, Heilbrigðisstofnuninni Ísafirði
Ásdís J. Rafnar, Læknafélagi Íslands
Ásgeir Theodórsson, St. Jósefsspítala
Ásmundur Brekkan
Ásta Björg Björnsdóttir, Meinatæknafélagi Íslands
Ásta R. Jóhannesdóttir
Ásta Laufey Þórarinsdóttir, Heilsugæslustöð N-Þingeyjarsýslu
Ástþóra Kristinsdóttir, Ljósmæðrafélagi Íslands

B

Baldur Johnsen
Baldur Þorgeirsson, Heilbrigðistæknifélagi Íslands
Bergdís Kristjánsdóttir, Ríkisspítölum
Bergljót Líndal, Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Bessi Gíslason, Blindrafélaginu
Birgir Gunnarsson
Birna Bjarnadóttir
Birna Bjarnadóttir, Mígrensamtökunum
Birna Ólafsdóttir, Sjúkraliðafélagi Íslands
Birna Kr. Svavarsdóttir, Hjúkrunarheimilinu Eir
Bjarni Jónasson, Heilsugæslustöð Garðabæjar
Bjarni Róbert Jónsson, Tannsmíðafélagi Íslands
Björg Bára Halldórsdóttir, Heilsugæslustöðinni Ólafsvík
Björk Pálsdóttir, Iðjuþjálfafélagi Íslands
Björk Vilhelmsdóttir, Stéttarfélagi íslenskra félagsráðgjafa
Björn Guðmundsson, Heilsugæslustöð Kópavogs
Björn Harðarson, Félagi íslenskra náttúrufræðinga
Bolli Ólafsson, Heilbrigðisstofnuninni Blönduósi
Bryndís Erlingsdóttir, Droplaugarstöðum
Bryndís Hlöðversdóttir
Brynjólfur Hauksson, Heilsugæslustöðinni Fáskrúðsfirði
Brynjólfur Ólason, Hlaðgerðarkoti

D

Dagbjört Jónsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Dagfríður Halldórsdóttir, Félagi nýrnasjúkra
Dagný Brynjólfsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Davíð Á. Gunnarsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu

E

Eggert Sigfússon, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Elín Albertsdóttir, Hraunbúðum
Elín Hafsteinsdóttir, Ríkisspítölum
Elín R. Líndal, Heilbrigðisstofnuninni Hvammstanga

Emil L. Sigurðsson, Heilsugæslustöðinni Hafnarfirði
Emil Thoroddsen, Gigtarfélagi Íslands
Emma Ragnheiður Marinósdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Erna Einarsdóttir, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Eyjólfur Sæmundsson, Vinnueftirliti ríkisins

F

Finnbogi Björnsson, Garðvangi

G

Gerður Jónsdóttir, Heilsugæslustöðinni Efra-Breiðholti
Gestur Þorgeirsson, Sjúkrahúsum Reykjavíkur
Guðbjörg Guðbergsdóttir, Heilsugæslustöðinni Fossvogi
Guðjón S. Brjánsson, Heilbrigðisstofnuninni Ísafirði
Guðmundur Bjarnason
Guðmundur Björnsson, Læknafélagi Íslands
Guðmundur Einarsson, Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Guðmundur Gylfi Guðmundsson, Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Guðmundur Hallvarðsson
Guðmundur Haukur Sigurðsson, Heilbrigðisstofnuninni Hvammstanga
Guðmundur Sigvaldason
Guðmundur Árni Stefánsson
Guðmundur Þorgeirsson
Guðni Ágústsson
Guðný Anna Arnþórsdóttir, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Guðný Guðbjörnsdóttir
Guðrún S. Eyjólfsdóttir, Lyfjaeftirlit ríkisins
Guðrún E. Guðmundsdóttir, Heilsugæslustöðinni Efra-Breiðholti
Guðrún Högnadóttir
Guðrún Júlía Jónsdóttir, Heilsugæslustöðinni Höfn
Guðrún Ólöf Pálsdóttir, Heilbrigðisstofnuninni Siglufirði
Guðrún Sigurðardóttir, Heilbrigðisstofnuninni Neskaupstað
Guðrún Sigurjónsdóttir
Guðrún Björg Sigurjónsdóttir, Ríkisspítölum
Gunnar Gunnarsson, Heilbrigðisstofnuninni Vestmannaeyjum
Gunnhildur Sigurðardóttir, RKÍ
Gyða Baldursdóttir, Ríkisspítölum

H

Halldór Jónsson, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Halldór Jónsson, Heilsugæslustöðinni Lágmúla
Halldóra Traustadóttir, Þroskaþjálfafélagi Íslands
Hallgrímur Bogason, Heilbrigðisstofnuninni Suðurnesjum
Hallgrímur Guðmundsson
Hanna Kolbrún Jónsdóttir, Vistheimilinu Bjargi
Hannes Pétursson, Ríkisspítölum
Haraldur Briem, landlæknisembættinu
Haukur Þórðarson, SÍBS
Heidi Kristiansen, Foreldrafélagi misþroska barna
Helga Snæbjörnsdóttir, Krabbameinsfélagi Íslands
Helga Stefánsdóttir, Félagi íslenskra fótaaðgerðarfræðinga
Helga Þorbergsdóttir, Heilsugæslustöðinni Vík
Helgi Már Arthúrsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Helgi Guðbergsson, Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Helgi Kristbjarnarson
Helgi Seljan, Öryrkjabandalagi Íslands
Hildur Helgadóttir, Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga
Hilmar Eiríksson, Heilsugæslustöðinni Hafnarfirði
Hilmar Janusson
Hjördís H. Bjarnadóttir, Fellaskjóli
Hjördís Jónsdóttir, Reykjalundi
Hrafnhildur E. Pétursdóttir, Félagi íslenskra tannfræðinga
Hrefna Sigurðardóttir, Skógarbæ

Hrund Sch. Thorsteinsson, Ríkisspítölum
Hulda Sigurlín Þórðardóttir, NLFÍ
Högni Óskarsson, geðlæknir

I

Inga Margrét Haraldsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Inga Harðardóttir, MS-félaginu
Inga Þórsdóttir, Næringaráðgjafafélagi Íslands
Ingibjörg Hansdóttir, Sambandi íslenskra sveitarfélaga
Ingibjörg Sigmundsdóttir, Heilsugæslustöðinni Árbæ
Ingimar Einarsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Ingólfur Þórisson, Ríkisspítölum
Ingunn Mai Friðleifsdóttir, Tannlæknafélagi Íslands

J

Jóhann Árnason, Sunnuhlíð
Jóhann Björn Árngrímsson, Heilbrigðisstofnuninni Hólmavík
Jóhann Rúnar Björgvinsson
Jóhann Ágúst Sigurðsson, Læknadeild HÍ
Jóhanna Engilbertsdóttir, Sólvangi
Jóhannes M. Gunnarsson, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Jóhannes Pálmason, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Jón Helgason, Klausturhólum
Jón Sigurbjörnsson, Heilbrigðisstofnuninni Siglufirði
Jón Sigurðsson, Ríkisspítölum
Jóna Guðmundsdóttir, Heilsugæslustöð Garðabæjar
Jóna Lára Pétursdóttir, Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Jónas Magnússon, Ríkisspítölum
Jónína Björk Guðmundsdóttir, LAUF
Jörundur Kristinsson

K

Katrín Ásgrímsdóttir, Heilbrigðisstofnun Austurlands
Katrín Fjeldsted, Heilsugæslustöðinni Fossvogi
Kolbrún Einarsdóttir, Matvæla- og næringafræðingafélagi Íslands
Kristbjörg Þórðardóttir, Heilsugæslustöð Miðbæjar
Kristín Ástgeirsdóttir
Kristín Einarsdóttir, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Kristín Guðmundsdóttir, Fellsenda
Kristín Guðmundsdóttir, landlæknisembættinu
Kristín Á. Guðmundsdóttir, Sjúkraliðafélagi Íslands
Kristín Ingólfsdóttir, Lyfjafræði lyfsala
Kristín Jónasdóttir, Barnaheill
Kristín Pálsdóttir, Heilsugæslustöðinni Hafnarfirði
Kristjana Ragnarsdóttir, Heilbrigðisstofnuninni Selfossi
Kristján Erlendsson
Kristján Sigurðsson, Ríkisspítölum
Kristmundur Ásmundsson, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

L

Laufey Steingrímsdóttir, Manneldisráði Íslands
Lára Margrét Ragnarsdóttir
Lilja Þórhallsdóttir, Daufblindrafélagi Íslands
Lukka Gissurardóttir, Heilbrigðisstofnuninni Seyðisfirði
Lúðvík Ólafsson, héraðslæknir í Reykjavík

M

Magnús B. Baldursson, landlæknisembættinu
Magnús Pétursson
Magnús Skúlason, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Magnús Skúlason, Sogni
Magnús Stefánsson, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Marga Thome, námsbraut í hjúkrun HÍ
Margrét Björnsdóttir
Margrét Guðjónsdóttir, Heilsugæslustöð Akureyrar
Margrét Hólm, Droplaugarstöðum
Margrét Magnúsdóttir, Heilsuverndarstöð Reykjavíkur
Magrét Pétursdóttir, Heilsugæslustöð Hlíðasvæðis

Margrét N. Svane, Heilsugæslustöðinni Grafarvogi
Margrét Oddsdóttir
Margrét Thorlacius, St. Franciskusspítala
María Gísladóttir, Seljahlíð
Matthildur Róbertsdóttir, Heilsugæslustöðinni Laugarási
Matthías Bjarnason
Matthías Halldórsson, landlæknisembættinu
Málfríður Angantýsdóttir, Sjúkrahúsi Reykjavíkur

O–Ó

Oktavía Jóhannsdóttir, Sambandi íslenskra sveitarfélaga
Olga Björg Jónsdóttir, Foreldrafélagi misþroska barna
Ólafur Hergill Oddsson
Ólafur Hjálmarsson
Ólafur Kjartansson, Ríkisspítölum
Ólafur Ólafsson
Ólafur Örn Arnarson, Sjúkrahúsum Reykjavíkur
Ólafur Örn Haraldsson
Ólína Torfadóttir, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Ósk Óskarsdóttir, Félagi íslenskra fótaaðgerðarfræðinga

P

Pálína Sigurjónsdóttir, Dvalarheimilinu Ás/Ásbyrgi
Páll Sigurðsson
Pálmi V. Jónsson
Pétur Hauksson, Geðhjálp
Pétur Jónsson, Ríkisspítölum
Pétur Pétursson, Heilsugæslustöð Akureyrar

R

Ragna Marinósdóttir, Umhyggju
Ragnar Jörundsson, Félagi eldri borgara
Ragnheiður Haraldsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Ragnheiður Stephensen, Hrafnistu
Ragnhildur Arnljótsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Ragnhildur Helgadóttir
Rakel Guðjónsdóttir, Sjúkrahúsum Reykjavíkur
Rakel Valdimarsdóttir, Landspítalanum
Rannveig Gunnarsdóttir, Lyfjanefnd ríkisins
Reynir Þorsteinsson, héraðslæknir Vesturlands
Róbert Jörgensen, St. Franciskusspítala
Rúnar S. Reynisson, Heilbrigðisstofnuninni Seyðisfirði
Rúnar Vilhjálmsson, námsbraut í hjúkrun HÍ

S

Sandra Sveinbjörnsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Sigfús Þór Elíasson, tannlæknadeild HÍ
Sigfús Ólafsson, Heilbrigðisstofnuninni Hólmavík
Sighvatur Björgvinsson
Sigríður Haraldsdóttir, landlæknisembættinu
Sigríður Karlsdóttir, Heilbrigðisstofnuninni Patreksfirði
Sigríður Kristinsdóttir, Heilbrigðisstofnuninni Neskaupstað
Sigríður Pétursdóttir, Styrktarfélagi vangefinna
Sigríður Snæbjörnsdóttir
Sigríður Vilhjálmsdóttir, Hagstofu Íslands
Sigríður A. Þórðardóttir
Sigrún G. Gísladóttir, Heilbrigðisstofnuninni Bolungarvík
Sigrún Guðjónsdóttir, Sjúkrahúsum Reykjavíkur
Sigrún Knútsdóttir, Félagi íslenskra sjúkraþjálfara
Sigurður Á. Kristinsson
Sigurður M. Magnússon, Geislavörnum ríkisins
Sigurður Jón Ólafsson, Stomasamtökunum
Siv Friðleifsdóttir
Símon Steingrímsson, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Snævar Guðmundsson
Sólrún Jónsdóttir, Heyrnar- og talmeinastöð Íslands
Sólveig Ásgrímsdóttir, Sálfræðingafélagi Íslands
Sólveig Guðmundsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Sólveig Kristinsdóttir, Höfða

Sólveig Pétursdóttir
Stefán Finnbogason, Heilsuverndarstöð Reykjavík
Stefán Þórarinsson
Steinn Jónsson, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Steinunn Friðriksdóttir, Styrk
Sturla Böðvarsson
Svandís Sigurðardóttir, námsbraut í sjúkraþjálfun HÍ
Svanhvít Jakobsdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Svavar Gestsson
Sveinn Guðbjartsson, Sólvangi
Sveinn Magnússon, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Sverrir Arngrímsson
Sæunn Kjartansdóttir, Sjúkrahúsi Reykjavíkur

T
Torfi Magnússon, Sjúkrahúsi Reykjavíkur
Tómas Zoega
Tryggvi Ásmundsson, Ríkisspítölum

U
Una Sigrún Jónsdóttir, Nýrri rödd

V
Valgerður Jónsdóttir, Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga
Viðar Helgason, Heilbrigðisstofnun Austurlands
Vigdís Magnúsdóttir
Vigfús Magnússon, Tryggingastofnun ríkisins
Vignir Sveinsson, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Vilborg Hauksdóttir, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Vilborg Ingólfsdóttir, Landlæknisembættinu
Vilhjálmur Árnason
Vilmundur Gíslason, Styrktarfélagi lamaðra og fatlaðra

Þ
Þorgeir Pálsson
Þorgerður Ragnarsdóttir
Þorsteinn Ólafsson, Styrktarfélagi krabbameinssjúkra barna
Þorvaldur Veigar Guðmundsson, Ríkisspítölum
Þorvaldur Ingvarsson, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Þóra Arnfinnsdóttir, Droplaugarstöðum
Þóra Ákadóttir, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri
Þórarinn Tyrfingsson, SÁÁ
Þórdís Stefensen, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu
Þórdís Wiium, Heilsugæslustöðinni Garðabæ
Þórður Harðarson, Ríkisspítölum
Þórður Helgason
Þórey Aðalsteinsdóttir, Tryggingastofnun ríkisins
Þórir Schiöth, Tannlæknafélagi Íslands
Þórunn Matthíasdóttir, Droplaugarstöðum
Þórunn Ólafsdóttir, Heilsugæslustöðinni Seltjarnarnesi
Þórunn Pálsdóttir, Ríkisspítölum
Þórunn Sveinsdóttir, Vinnueftirliti ríkisins
Þuríður Ingimundardóttir, Heilbrigðisstofnuninni Patreksfirði

Ö
Ögmundur Jónasson
Örn Guðmundsson, Stéttarfélagi íslenskra lyfjafræðinga
Össur Skarphéðinsson