

Nd.

749. Frumvarp til laga

[405. mál]

um heilbrigðisfræðsluráð.

Flm.: Guðrún Agnarsdóttir, Kristín Halldórsdóttir.

1. gr.

Ríkið starfrækir stofnun sem nefnist heilbrigðisfræðsluráð.

2. gr.

Heilbrigðisfræðsluráð skal annast heilbrigðisfræðslu sem miðar að því að koma í veg fyrir sjúkdóma og slys. Það skal samræma og skipuleggja heilbrigðisfræðslu fyrir almenning í landinu í samvinnu við stjórnendur heilbrigðis-, skóla- og félagsmála og önnur stjórnvöld. Það skal enn fremur koma á samvinnu milli allra þeirra sem annast heilbrigðisfræðslu.

Heilbrigðisfræðsluráð skal vera miðstöð þekkingaröflunar, miðlunar og sérkunnáttu á öllum sviðum heilbrigðisfræðslu þannig að ráðgjöf sé þar alltaf tiltæk fyrir heilbrigðis- og skólayfirvöld, áhugamannafélög og alla þá sem fást við heilbrigðisfræðslu.

3. gr.

Heilbrigðisfræðsluráð skal ráðleggja um forgang viðfangsefna í heilbrigðisfræðslu á grundvelli bestu upplýsinga sem fyrir liggja hverju sinni.

Heilbrigðisfræðsluráð skal stuðla að rannsóknum og könnunum til að tryggja að nýjar upplýsingar og tölfræðilegar niðurstöður séu ávallt fyrir hendi.

Heilbrigðisfræðsluráð skal afla upplýsinga um framfarir á læknis-, farsóttar-, félags- og sálfræðilegu sviði og hagnýta þær í þágu starfsemi sinnar. Enn fremur skal ráðið reyna að meta árangur starfsemi sinnar með hliðsjón af framförum á þessum sviðum.

4. gr.

Heilbrigðisfræðsluráð skal standa að kynningu á einstökum málefnum, er varða heilbrigðisfræðslu, í samvinnu við heilbrigðisyfirvöld eða aðra aðila eftir því sem við á. Það skal sjá um að safna upplýsingum, gera dreifirit, auglýsingaefni og efni til flutnings í hljóðvarpi eða sjónvarpi í kynningarskyni, svo og til annarrar starfsemi ráðsins. Ráðið skal enn fremur láta slík gögn af hendi við aðra þá er heilbrigðisfræðslu annast.

5. gr.

Heilbrigðisfræðsluráð skal stuðla að þjálfun starfsfólks til að sinna heilbrigðisfræðslu og leiðbeina um hana. Jafnframt skal það gefa út rit sem á erindi til þeirra er starfa við heilbrigðisfræðslu.

6. gr.

Ráðið skal kalla saman samstarfshópa til að vinna að ákveðnum málefnum og leita ráðgjafar sérfræðinga um einstök mál. Laun starfshópa og ráðgjafa skulu ákveðin í samræmi við reglur þóknananefndar hverju sinni.

7. gr.

Í heilbrigðisfræðsluráði eiga sæti 21 fulltrúi sem heilbrigðisráðherra skipar til 4 ára í senn.

Eftirfarandi aðilar tilnefna 1 fulltrúa hver:

Áfengisvarnaráð.

Félag heilsugæsluhjúkrunarfræðinga.

Félag heilsugæslulækna.

Félag íslenskra sjúkráþjálfara.

Félagsmálaráðuneytið.

Fósturfélag Íslands.

Geðverndarfélag Íslands.

Hið íslenska kennarafélag.

Hjartavernd.

Kennarasamband Íslands.

Krabbameinsfélag Íslands.

Landlæknir.

Læknadeild Háskólans.

Manneldisráð.

Menntamálaráðuneytið.

Ríkisútvarpið.

Samtök aldraðra.

Sálfræðideild skóla.

Slysavarnafélag Íslands.

Tannlæknafélag Íslands.

Umferðarráð.

Ráðið skal funda a.m.k. fjórum sinnum á ári. Störf í heilbrigðisfræðsluráði eru ólaunuð en fulltrúar skulu sækja fundi sér að kostnaðarlausu.

Fulltrúar ráðsins velja úr sínum hópi þriggja manna framkvæmdanefnd. Heilbrigðisfræðsluráð skal ráða framkvæmdastjóra og starfsfólk eftir þörfum. Starfsemi ráðsins skal kostuð af ríkinu, þar með talin laun framkvæmdastjóra og annars starfsfólks.

Framkvæmdanefnd sér um að framkvæma áætlanir heilbrigðisfræðsluráðs í samvinnu við framkvæmdastjóra og annað starfsfólk ráðsins.

8. gr.

Heilbrigðisfræðsluráð sendir heilbrigðisráðuneytinu í lok hvers árs skýrslu um störf ráðsins.

9. gr.

Ráðherra setur ráðinu starfsreglur að fengnum tillögum ráðsins.

10. gr.

Lög þessi öðlast þegar gildi.

Greinargerð.

Velflestar hinna efnaðri þjóða heimsins, þar á meðal Íslendingar, verja miklu fjármagni til að viðhalda og fullkomna stöðugt flóknara kerfi tæknivæddrar heilbrigðisþjónustu. Sem betur fer hefur það leitt til þess að hægt er að greina og jafnvel lækna æ fleiri sjúkdóma.

Þó er fjármunum jafnframt beint í vaxandi mæli að því að lengja líf dauðvona sjúklinga án þess að lífslengd þeirra sé aukin að marki eða að líf þeirra verði bærulegra. Tæknivæðing

hefur líka leitt af sér aukna notkun tækni án þess að nægilegrar gagnrýni hafi gætt eða að gætt hafi verið að því hvort tækninotkunin sé í samræmi við þau markmið sem heilsugæslan setur sér.

Stofnunum heilbrigðisþjónustunnar hefur fjölgað og þær stækkað, starfslið aukist og kostnaður margfaldast. Heilbrigðisþjónusta er hjá flestum velferðarþjóðfélögum fjárfrekasti útgjaldaliður ríkissjóðs og hefur orðið stjórnvöldum vaxandi áhyggjuefni. Ef miðað er við hlutfall af þjóðarframleiðslu hefur þessi kostnaður hækkað hérlendis úr 3% árið 1950 í rúm 8% árið 1982. Þó að þetta hlutfall hafi verið um 10% s.l. 3–4 ár er þar ekki um raunhækkun að ræða frá árinu 1982 heldur hækkun sem verður vegna minni þjóðarframleiðslu.

Menntun flestra heilbrigðisstétta miðar fyrst og fremst að því að greina og bregðast við sjúkdómum, beinist með öðrum orðum mun meira að björgunarstarfi eða viðgerðarþjónustu en heilbrigðisfræðslu eða heilsuvernd. Þó hafa á s.l. árum vaknað efasemdir um hvort þessi forgangsroð sé rétt og viðleitni ýmissa aðila innan sem utan heilbrigðisþjónustunnar hefur beinst að því að leggja meiri áherslu á heilbrigðisfræðslu og ýmsar fyrirbyggjandi aðgerðir í því skyni að draga úr þörf fyrir hina dýru viðgerðarþjónustu. Má í því sambandi geta þess að Íslendingar eru aðilar að Alma-Ata yfirlýsingunni sem fjallar um frumheilsugæslu (sjá forskj. I). Sú yfirlýsing er í samræmi við meginstefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar frá 1977 um heilbrigði öllum til handa árið 2000 („Health for All by the Year 2000“). Í framhaldi af því hafa Íslendingar gerst aðilar að samvinnuáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og Evrópuþjóða um varnir gegn langvinnnum sjúkdómum og var samningur undirritaður af heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra fyrir hönd ríkisstjórnar Íslands 10. febr. 1984.

Með langvinnnum sjúkdómum er átt við t.d. hjarta- og æðasjúkdóma, krabbamein, slys, geðræna sjúkdóma, þar með talin áfengis- og fíkniefnaneysla, auk ýmissa annarra sjúkdóma.

Snar þáttur þessarar samvinnuáætlunar er almenn fræðsla og upplýsingar, svo og aukin menntun heilbrigðisstarfsfólks og kennara og aukin fræðsla í skólum.

Sú vitneskja er að verða almennari að orsakir margra þeirra sjúkdóma, sem okkur eru einna skæðastir, megi rekja til lifnaðarháttar, umhverfis og næringar svo að eitthvað sé nefnt. Meðal fátækra þjóða ríkja smit- og hörgulsjúkdómar en meðal ríkra þjóða er heilbrigðisvandinn oft afleiðing velmegunar, eins og umhverfismengun, kyrrseta, ofnotkun tóbaks, áfengis og annarra vímuefna, ásamt slæmum matarvenjum. Þessir þættir ásamt öðrum leiða svo til ýmissa þeirra sjúkdóma sem heilbrigðisþjónustan þarf nú að kljást við. Hægt er að koma í veg fyrir þessa sjúkdóma og besta vörnin gegn þeim er fræðsla sem virkjar einstaklinga til ábyrgðar gagnvart eigin heilbrigði og löngunar til að viðhalda henni.

Almennri heilbrigðisfræðslu hefur verið í ýmsu ábótavant hér á landi. Heilsufræði hefur verið kennd í skólum, en þó mjög misvel, t.d. hefur fræðsla um kynlíf og getnaðarvarnir í grunnskólum víða verið vanrækt. Á þessu mun þó vonandi verða ráðin bót vegna þess að á árunum 1984–85 hefur Ísland tekið þátt í norrænu verkefni um heilbrigðisfræðslu í grunnskólum. Markmið þess er að þróa heilbrigðisfræðslu í þáttökulöndunum og að móta sameiginlega stefnu landanna í málefnum heilbrigðisfræðslu og heilsuuppeldis. Verkefnið byggist á skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar frá árinu 1948, en það gerir Alma-Ata yfirlýsingin reyndar líka. Samkvæmt henni er heilbrigði skilgreind sem fullkomin líkamleg, andleg og félagsleg vellíðan en ekki einungis það að vera laus við sjúkdóma eða veiklun. Slík heilbrigði er talin til grundvallarmannréttinda.

Viðhaldsfræðsla almennings um heilbrigðismál hefur verið handahófskennd. Stofnanir eða embættismenn á vegum hins opinbera, áhugasamir einstaklingar, félög og samtök heilbrigðra og sjúkra hafa að vísu gefið út ágætis fræðslufni og jafnvel fylgt því eftir með

kennslu eða áróðri. Er vert í þessu sambandi að lofa hið mikla og góða starf sem þegar hefur verið unnið í þessum efnum. Hins vegar hefur samræmda og skipulega fræðslu vantað og hún hefur ekki verið á ábyrgð neins ákveðins aðila heldur margra ólíkra og þá aðeins sem hluti af miklu stærra verkswiði.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu, nr. 59 frá 1. júní 1983, er heilsuvernd skilgreind sem þjónusta er heilsugæslustöð á að veita en ein af aðalgreinum heilsuverndar er þar talin:

„1. Heilbrigðisfræðsla í fyrirbyggjandi tilgangi.“

Það er bæði eðlilegt og ágætt að heilsugæslustöðvar hafi þetta hlutverk en þær eru enn of fáar og þangað sækja fáir sem heilbrigðir eru. Því nær fræðsla þeirra ekki til alls þorra almennings.

Í lögum um hollustuhætti og heilbrigðiseftirlit, nr. 50 frá 29. maí 1981, er ákvæði um að veita „alhliða fræðslu og upplýsingar fyrir almenning“ um þau mál er varða hollustuhætti í umhverfi. Þetta fræðsluhlutverk er á höndum heilbrigðisnefnda og heilbrigðisfulltrúa. Fræðsluhlutverk er nánar tiltekið síðar í sömu lögum, í kafla um Hollustuvernd ríkisins, en þar eru ákvæði um fræðslu fyrir almenning, heilbrigðisfulltrúa og aðra þá aðila er að þessum málum starfa í landinu.

Hollustuvernd ríkisins er ung stofnun og hefur átt við erfiðleika að etja vegna þess að deildir hennar eru dreifðar í Reykjavík. Verksvið hennar er vítt og minna hefur orðið úr fræðsluhlutverki hennar en skyldi þar sem önnur verkefni hafa tekið mikinn tíma og fjármagn hefur skort.

Í ýmsum lögum eru svo ákvæði um fræðslu um tiltekin efni, t.d. um kynlíf og barneignir, lög nr. 25 frá 22. maí 1975, um tóbaksvarnir, nr. 74/1984 o.s.frv. Enn fremur segir í lögum um heilsuvernd í skólum, nr. 61 frá 8. júní 1957: „Í reglugerð skal ákveðið um . . . heilbrigðisfræðslu í skólum . . .“

Fræðsla um heilbrigðismál er afar víðtækt viðfangsefni og heyrir þar undir hvaðeina sem stuðlar að heilsuvernd og getur komið í veg fyrir slys og sjúkdóma. Heilbrigðisfræðsla hefur verið skilgreind sem sérhver fræðsla er hefur það markmið að einstaklingar taki sjálfviljugir þátt í því að auka heilbrigði sína. Slík fræðsla og sú vitneskja og leiðbeining, sem hún veitir, heyrir til mannréttinda. Hennar er æ meiri þörf í flóknu lífsmynstri tæknipjóðfélaga þar sem óhollusta steðjar að í margvíslegu gervi.

Fræðsla ein sér nær þó ekki til þess að tryggja það að einstaklingar taki ábyrgð á eigin heilsugæslu. Þeim verður jafnframt að vera það kleift efnahagslega og félagslega að velja sér lífnáðarhætti í samræmi við þá heilbrigðisfræðslu sem stunduð er. Stjórnvöld hafa mikilvægu hlutverki að gegna í þessum efnum. Þau verða að vera vel meðvituð um gagnsemi heilbrigðisfræðslu þegar þau móta stefnu og taka ákvarðanir og gæta þess jafnframt að allir þættir stjórnsýslunnar séu samvirkir til að ná markmiðum heilbrigðisfræðslu.

Í seinni tíð hefur frumkvæði heilbrigðra einstaklinga til heilsuverndar og heilsuræktar farið vaxandi og aukinnar meðvitundar gætir um mikilvægi heilbrigðra lífshátta. Það er því sennilegt að jákvæð viðhorf og áhugi á heilbrigðisfræðslu sé að aukast meðal almennings, skólayfirvalda og heilbrigðisyfirvalda.

Slík fræðsla er þó enn of tilviljanakennd og háð framtakssemi fárra áhugasamra aðila sem hafa of lítil innbyrðis tengsl.

Það er skoðun flutningsmanna að brýnt sé að samræma og skipuleggja aukna heilbrigðisfræðslu á Íslandi og því sé nauðsynlegt að stofna heilbrigðisfræðslurád.

Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

Um 1. gr.

Samræmda og skipulega fræðsla um heilbrigðismál vantar héraendis. Heilbrigðisfræðsla hefur ekki verið aðalviðfangsefni eða á ábyrgð neins ákveðins aðila heldur margra ólíkra og

þá aðeins sem hluti af miklu stærra verksviði þeirra. Skortur á fjármagni til aðalstarfsemi þessara aðila hefur allt of oft leitt til þess að fræðsluhlutverkið hefur orðið út undan.

Útgjöld ríkisins vegna heilbrigðismála hafa farið vaxandi á s.l. áratugum. Þessi kostnaðaraukning hefur orðið fyrst og fremst í rekstri sjúkrahúsa og annarra stofnana heilbrigðisþjónustunnar. Hins vegar hefur í raun orðið hverfandi lítil hækkun á framlagi ríkisins til heilbrigðisfræðslu, þrátt fyrir þá vitneskju að miklu hagkvæmara sé að koma í veg fyrir sjúkdóma en að lækna þá. Það er því löngu orðið tímabært að taka afdráttarlaus skref til að snúa þessari þróun við, og leggja ríkari áherslu á heilbrigðisfræðslu en áður. Slík áherslubreyting krefst þess að heilbrigðisfræðsla sé ótvírætt á ábyrgð einhvers eins aðila eða stofnunar sem hefur ekkert annað hlutverk. Þannig er tryggara að þessu brýna viðfangsefni verði sinnt sem skyldi. Ágæt starfsemi hefur nýlega verið skipulögð hérlendis af hálfu heilbrigðisyfirvalda vegna samvinnuáætlunar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og Evrópuþjóða um varnir gegn langvinnum sjúkdómum fram til aldamóta.

Verkefni fyrir heilbrigðisfræðslu eru nær óþrjótandi og akurinn lítt plægður í þessum efnum. Það er því rúm fyrir margar hendur á plógi og nauðsynlegt er að heilbrigðisfræðsla eigi sér vel skilgreinda lagalega stoð sem tryggi henni þann sess og þá fjármögnun sem henni ber.

Um 2. gr.

Rannsóknir s.l. ára hafa leitt í ljós að margir þeir sjúkdómar, sem mönnum eru skæðastir, eiga rót sína að rekja til lifnaðarháttanna og umhverfis og eru orsakir þeirra fjölbættar. Með því að breyta lifnaðarháttum og umhverfisþáttum er hægt að koma í veg fyrir marga sjúkdóma. Heilbrigðisfræðsla varðar því flesta þætti mannlegs lífs og hana þarf að skipuleggja í náinni samvinnu við marga aðila. Eðlilegt þykir að stjórnendur heilbrigðis-, mennta- og félagsmála eigi sérstaklega náð samstarf við skipulagningu slíkrar fræðslu þar sem þeir málaflokkar tengjast svo beint viðfangsefnum heilbrigðisfræðslu.

Fræðsla ein sér nægir þó ekki til þess að tryggja það að einstaklingurinn taki ábyrgð á eigin heilsugæslu. Honum verður jafnframt að vera það kleift efnahagslega og félagslega að velja sér lifnaðarhátt í samræmi við þá heilbrigðisfræðslu sem stunduð er.

Það er því nauðsynlegt að stjórnvöld séu vel meðvituð um gagnsemi heilbrigðisfræðslu þegar þau taka ákvarðanir og móta stefnu sína. Jafnframt er mikilvægt að allir þættir stjórnsýslunnar séu samvirkir til að ná markmiðum heilbrigðisfræðslu.

Margir ólíkir aðilar hafa haft með höndum heilbrigðisfræðslu á s.l. árum og er vaxandi áhugi meðal almennings á heilbrigðu líferni og þörf fyrir slíka fræðslu. Það er því mikilvægt að tiltæk séu nauðsynleg kennslugögn og ráðgjöf í þessum efnum bæði fyrir opinbera aðila, áhugamannafélög og aðra þá sem fást við heilbrigðisfræðslu.

Um 3. gr.

Nauðsynlegt er að heilbrigðisfræðsla á hverjum tíma sé byggð á sem réttustum og bestum upplýsingum. Það er því nauðsynlegt fyrir heilbrigðisfræðsluráð að fylgjast vel með framförum á mörgum ólíkum sviðum sem varða viðfangsefni heilbrigðisfræðslu. Enn fremur skal ráðið takast á hendur og styðja rannsóknir og kannanir hérlendis sem gefa upplýsingar og haldbærar niðurstöður um ástand mála á þeim sviðum sem heilbrigðisfræðsla nær til. Ráðið skal gefa út niðurstöður slíkra rannsókna eða kannana þegar það á við.

Nauðsynlegt er að heilbrigðisfræðsluráð reyni að meta hvern árangur starf þess ber með því að fylgjast með sjúkdómatíðni, breytingum á lífsháttum, t.d. reykingum, og fleiru því sem hafa má til viðmiðunar.

Um 4. gr.

Útbúa þart fjölbreytt og gott námsefni og annað efni til dreifingar og auglýsinga um heilbrigðismál. Notkun myndbanda fer vaxandi til afþreyingar og kennslu og miklu varðar

að sækja megi gott fræðsluefni um heilbrigðismál í eins konar gagnabanka sem hefur jafnframt það hlutverk að útbúa slíkt námsefni og safna því saman frá öðrum eða halda yfirlit yfir það sem á boðstólum er.

Rétt þykir að heilbrigðisfræðsluráð gegni þessu hlutverki og sé í nánú samstarfi við skólaþróunardeild, Námsgagnastofnun, menntastofnanir, áhugamannafélög og aðra þá er heilbrigðisfræðslu sinna.

Um 5. gr.

Í lögum um Hollustuvernd ríkisins segir í 7. mgr. 13. gr.:

„Stofnunin skal, svo sem þurfa þykir, beita sér fyrir námskeiðum til að fræða þá aðila er að þessum málum (mál er varða hollustuhætti) starfa í landinu.“

Í 8. mgr. sömu gr. segir enn fremur:

„Stofnunin skal sjá um að menntun og fræðslu fyrir heilbrigðisfulltrúa verði komið á og hefur um það samráð við þær deildir Háskóla Íslands sem annast kennslu, er því tengist, og aðra sérfróða aðila.“

Þrátt fyrir þessi ákvæði þykir nauðsynlegt að hvetja til og leiðbeina um þjálfun fyrir þá sem stunda heilbrigðisfræðslu, bæði kennara, áhugamenn og aðra en heilbrigðisfulltrúa. Rétt þykir að heilbrigðisfræðsluráð hafi forgöngu um slíkt.

Ágætt tímarit, Heilbrigðismál, er gefið út af Krabbameinsfélagi Íslands og sinnir því hlutverki að miðla fróðleik um heilbrigðismál og hollustuhætti til almennings. Til greina kemur að heilbrigðisfræðsluráð yrði aðili að útgáfu þessa tímarits eða tæki við útgáfu þess og ætti það að styrkja starfsemi þess.

Um 6. gr.

Gert er ráð fyrir að fagleg vinna til undirbúnings heilbrigðisfræðslu um sérstök málefni sé unnin af sérfróðum aðilum í hvert sinn. Sömuleiðis verði leitað ráðgjafar sérfræðinga þegar með þarf. Þessum aðilum skulu greidd laun fyrir vinnu sína í samræmi við reglur þóknananefndar.

Um 7. gr.

Hlutverk heilbrigðisfræðsluráðs er fyrst og fremst að móta stefnu og ákveða forgangs-röðun í málefnum heilbrigðisfræðslu og sjá til þess að heilbrigðisfræðslu sé sinnt. Heilbrigðisfræðsluráði er því fyrst og fremst ætlað að koma með hugmyndir og ákveða hvaða viðfangsefni í heilbrigðisfræðslu séu brýnust í hvert sinn. Ekki er reiknað með því að heilbrigðisfræðsluráð þurfi að funda oft á ári og eru störf fulltrúa í ráðinu ólaunuð en skulu vera þeim að kostnaðarlausu þannig að ferðir á fundi séu greiddar ef þurfa þykir.

Þó að störf heilbrigðisfræðsluráðs varði málaflokka sem snerta svið flestra ráðuneyta þykir eðlilegt að það heyri undir heilbrigðisráðherra sem skipar það til fjögurra ára í senn.

Vandasamt er að velja heppilegan fjölda fulltrúa í slíkt ráð en mikilvægt er að tryggja það að mörg ólík sjónarmið eigi aðgang að stefnumótun og ákvarðanatöku í þessum efnum. Til þess að tryggja slíka valddreifingu er nauðsynlegt að hafa þennan hóp fjölskipaðan.

Meginstarf við framkvæmd heilbrigðisfræðslu verður í höndum þriggja manna framkvæmdanefndar sem fulltrúar ráðsins velja úr sínum hópi og framkvæmdastjóra er ráðið velur einnig. Er þeim ætlað að fylgja eftir hugmyndum ráðsins.

Starfsemi ráðsins skal kostuð af ríkinu og fær framkvæmdanefnd greidd laun fyrir fundi og önnur störf sem unnin eru í þágu ráðsins. Ríkið greiðir einnig laun framkvæmdastjóra og annars starfsfólks ráðsins. Ljóst er að þörf fyrir heilbrigðisfræðslu er brýn og mikið starf óunnið á þeim vettvangi.

Ætla má að nokkurn tíma taki að byggja upp starfsemi heilbrigðisfræðsluráðs og er því óvíst hver umsvif þess verða í fyrstu. Til þess að reyna að gera sér nokkra grein fyrir þeim kostnaði sem fylgja mundi stofnun heilbrigðisfræðsluráðs má taka mið af Rannsóknaráði ríkisins til samanburðar.

Rannsóknaráði ríkisins eru ætlaðar tæpar 9 milljónir króna á fjárlögum 1986. Þar starfa á skrifstofu 7 manns með framkvæmdastjóra. Auk launakostnaðar þeirra er innifalið í rekstrarkostnaði Rannsóknaráðs laun fyrir starfshópa, útgáfa skýrsla, upplýsingaþjónusta, fundahöld, erlend samskipti o.fl.

Búast má við að kostnaður við stofnun heilbrigðisfræðsluráðs verði a.m.k. helmingi minni en sú upphæð sem ætluð er til reksturs Rannsóknaráðs.

Um 8. gr.

Greinin þarfnast ekki skýringar.

Um 9. gr.

Rétt þykir að ráðið geri sjálf tillögur um það hvernig það hyggist starfa og sendi ráðherra þær.

Fylgiskjal I.

ALMA-ATA YFIRLÝSINGIN

Á fundi í Alma-Ata tólfta dag septembermánaðar nítján hundruð sjötíu og átta tjáir Alþjóðaráðstefnan um heilsugæslu, að þörf sé skjótra aðgerða til þess að vernda og bæta heilbrigði allra jarðarbúa, með þátttöku allra ríkisstjórna, allra þeirra er starfa að heilbrigðis- og þróunarmálum og alls samfélags þjóðanna og lýsir yfir eftirfarandi:

I.

Ráðstefnan staðfestir, að heilbrigði, sem er fullkomin líkamleg, andleg og félagsleg vellíðan og ekki aðeins firrð sjúkdóma eða hrumleika, er frumréttur hvers manns. Ennfremur er staðfest, að mjög mikilvægt samfélagsmarkmið er að skapa sem allra best heilbrigðisástand og að slíkt markmið krefst aðgerða á mörgum sviðum efnahags- og félagsmála auk heilbrigðismálanna.

II.

Sá reginmunur, sem er á heilbrigðisástandi þjóða, einkum milli þróunar- og iðnríkja, svo og innan einstakra þjóðríkja, er stjórn mála-lega, félagslega og efnahagslega óviðunandi og varðar þetta misræmi þar af leiðandi allar þjóðir sameiginlega.

III.

Efnahags- og félagsþróun, byggð á nýrri skipan alþjóðæfnahagsmála, hefur úrslitapýðingu um heilbrigði til handa öllum mönnum og um það að minnka bilið milli heilbrigðisástands í þróunar- og iðnríkjum. Bætt heilsufar og heilsuvernd eru nauðsynlegur hluti áframhaldandi efnahags- og félagsþróunar meðal þjóða og stuðla að bættu mannlífi og heimsfriði.

IV.

Þegar hvers ríkis eiga rétt á og eru skyldir, einir eða ásamt öðrum, að taka þátt í að skipuleggja eigin heilbrigðisþjónustu og að koma henni á.

V.

Ríkisstjórnir bera skyldu varðandi heilbrigði þegnanna og verður sú skylda aðeins rækt með fullnægjandi heilbrigðis- og félagsaðgerðum. Megin félagsmarkmið ríkisstjórna, alþjóðastofnana og samfélags þjóðanna skal á næstu áratugum vera, að árið 2000 hafi öllum þjóðum heims verið tryggt heilbrigðisástand, er geri þeim kleift að lifa frjóu lífi í félagslegu og efnahagslegu tilliti. Heilsugæsla opnar leiðina að að þessu marki og er þáttur þróunar í anda félagslegs réttlætis.

VI.

Heilsugæsla er kjarni heilbrigðisþjónustu, byggð á hagkvæmum, vísindalegum og félagslega viðurkenndum aðferðum og tækni. Hún stendur til boða öllum þegnum hvers byggðarlags og fjölskyldum þeirra og gert er ráð fyrir þátttöku allra. Kostnaður miðast við það, að byggðarlagið og þjóðfélagið í heild geti staðið undir honum á öllum þróunarstigum, í anda sjálfsákvörðunarréttar og þess að vera sjálfum sér nægur. Heilsugæslan er óaðskiljanlegur hluti og þungamiðja heilbrigðisþjónustu hvers lands, svo og almennrar félags- og efnahagsþróunar byggða. Heilsugæslan er fyrsta stigið í samfelldri heilbrigðisþjónustu. Þar eru fyrstu tengsl einstaklinga, fjölskyldna og samfélags við heilbrigðiskerfið og þjónustan er veitt eins nærri vinnu- og bústöðum og kostur er.

VII.

Heilsugæsla

1. endurspeglar og mótast af efnahagsástandi, félags-, menningar- og stjórnmálaeinkennum hvernar þjóðar og hvers byggðarlags. Hún byggir á útfærslu raunhæfra niðurstaðna félags-, læknisfræði- og heilbrigðisþjónusturannsókna og á reynslu á sviði heilbrigðisfræðinnar;
2. tekst á við aðalheilbrigðisvandamál hvernar byggðar og í samræmi við það er stuðlað að bættu heilsufari og unnið að heilsuvernd, lækningum og endurhæfingu;
3. felur í sér hið minnsta: fræðslu um þau heilbrigðisvandamál, sem uppi eru á hverjum tíma og um aðferðir til þess að halda þeim í skefjum eða tiltækar eru til að leysa þau vandamál að fullu; að bæta mataræði og næringu; að tryggja heilnæmt drykkjarvatn, viðunandi frærennslu og förgun úr-

gangs; mæðra- og barnaefirlit, ásamt fjölskylduráðgjöf; ónæmisáferðir gegn helstu smitsjúkdómum; forvörn gegn og eftirlit með landlægum kvillum; videigandi meðferð algengra sjúkdóma, meiðsla og slysa; að nauðsynleg lyf séu tiltæk;

4. nýtir, auk heilbrigðisgeirans, öll þróunarsvið innan ríkis og sveitarfélaga, sérstaklega að því er varðar jarðrækt, búfjárrækt, matvörur, iðnað menntun, húsnæði, opinberar framkvæmdir, samgöngu- og fjar-skiptamál og gerir kröfu til samstillts átaks á öllum þessum sviðum;
5. krefst og stuðlar að hámarkspáttöku einstaklinga og byggða og krefst þess og stuðlar að því, að viðkomandi aðilar séu sem allra mest sjálfum sér nægir, hvort tveggja, varðandi áætlanagerð, skipulag, rekstur og stjórnun heilsugæslu, þar sem nýtt eru að fullu þau úrræði, er til boða standa á vegum sveitarfélags, ríkis, sem og annarra; í þessu skyni er séð fyrir videigandi menntun, sem stuðlar að því að byggðir geti rækt verkefni sín;
6. skal studd samhæfðu, virku og gagnkvæmu tilvísunarkerfi, sem leiðir til stigbættar, alhliða heilbrigðisþjónustu, þar sem forgang hafa þeir, sem mesta hafa þörfina;
7. byggist á störfum heilbrigðisstarfsmanna: lækna, hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra, annarra heilbrigðisstarfsmanna og starfsmanna á sviði félagsþjónustu, eftir því sem við á og byggir á alþýðulækningum, þar sem þörf er; starfsmenn skulu fá videigandi félags- og tækniþjálfun fyrir hópstarf og til þess að þeir fái svarað heilbrigðisþörfum byggðarinnar.

VIII.

Allar þjóðir skulu á landsvísu marka stefnu og gera áætlanir, er feli í sér að koma á og efla heilsugæslu og sé hún samhæfd við önnur svið og sé hluti alhliða heilbrigðisþjónustu. Í þessu skyni er nauðsyn stjórnmálalegs vilja, er nýtir tiltæk úrræði þjóðar og ytri aðföng á hagkvæman hátt.

IX.

Allar þjóðir skyldu starfa saman í anda þjónustu og samvinnu til þess að tryggja öllum þegnum heilsugæslu, þar sem heilbrigði allra í einu ríki varðar öll önnur ríki og kemur þeim til góða.

Í þessu tilliti er sameiginleg skýrsla Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og Barnahjálparsjóðsins um heilsugæslu traust undirstaða frekari þróunar og útfærslu heilsugæslu um heim allan.

X.

Viðunandi heilbrigðisástandi allra jarðarbúa má ná árið 2000, ef nýtt eru að fullu um heim allan tiltæk úrræði, en nú er verulegum hluta þeirra varið í vopnabúnað og til hernaðaráttaka. Raunveruleg stefna í átt til sjálfstæðis, friðar, slökunar og afvopnunar gæti leyst og ætti að leysa úr læðingi aukaúrræði, sem vel væri varið til friðsamlegra nota. Sérstaklega bæri að veita hæfilegum hluta þeirra til þess að stuðla að hröðun efnahags- og félagsþróunar, sem heilsugæslan er mikilvægur hluti af.

Alþjóðaráðstefnan um heilsugæslu hvetur til að sinnt verði brýnum og virkum ráðstöfunum meðal þjóða og á alþjóðavettvangi til þess að þróa og koma á heilsugæslu um heim allan og sérstaklega í þróunarlöndunum í anda tæknisamvinnu og í samræmi við nýja skipun alþjóðæfnahagsmála. Ráðstefnan skorar á ríkisstjórnir, Alþjóðaheilbrigðismálastofnunina, Barnahjálparsjóðinn og aðrar alþjóðastofnanir, fjölþjóðleg samtök og félagasamsteypur, fjármögnunarstofnanir, alla heilbrigðisstarfsmenn og allt samfélag þjóðanna, að styðja hvers konar skuldbindingar við heilsugæslu og færa aukna tækni- og fjárhagsaðstoð yfir á þetta þjónustusvið, sérstaklega í þróunarlönd-

um. Ráðstefnan hvetur fyrrgreinda aðila til þess að taka höndum saman um að koma á, þróa og viðhalda heilsugæslu í samræmi við anda og efni þessarar yfirlýsingar.

Alþjóðaráðstefnan um heilsugæslu (The International Conference on Primary Health Care) var haldin 6.-12. september 1978 í Alma-Ata, Kazakh S.S.R. og var til hennar boðað af tveim stofnunum Sameinuðu þjóðanna: World Health Organization og United Nations Children's Fund. Fundinn sátu fulltrúar eitthundrað þrjátíu og fjögurra ríkja og sextíu og sjö alþjóðastofnana og samtaka. Fulltrúar Íslands voru Páll Sigurðsson, Skúli G. Johnsen og Örn Bjarnason. Birtist hér þýðing þeirra.

Ný skipan alþjóðæfnahagsmála: New International Economic Order (NIEO).

Sameiginleg skýrsla heilbrigðismálastofnunar og barnahjálparsjóðs Sameinuðu þjóðanna (WHO/UNICEF): Primary Health Care. A joint report by The Director-General of the World Health Organization and The Executive-Director of the United Nations Children's Fund. (Presented at the ICPHC, Alma-Ata). Geneva-New York 1978. ISBN 92 4 154128 8.

Alma-Ata yfirlýsingin er birt í: Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO Geneva 1978. Health for all Series No. 1 ISBN 92 4 180001 1.

(Úr Læknablaðinu 69, 272—274, 1983.)



Páll Sigurðsson

FORVÖRN OG GREINING LANGVINNRA SJÚKDÓMA OG EFTIRLIT MEÐ PEIM

Samvinnuverkefni Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og nokkurra aðildarþjóða.

INNGANGUR

Langvinnir sjúkdómar hafa á síðustu árum orðið eitt aðalviðfangsefni heilbrigðisþjónustu þróaðra landa. Vonir stóðu til, að viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar yrðu færri, þegar valdi væri náð á smitsjúkdómum, en sú hefur ekki orðið raunin. Hjá þjóðum eins og okkur hafa í stað smitsjúkdómanna komið í vaxandi mæli aðrir sjúkdómar, svo sem hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein, lungnasjúkdómar, gigtsjúkdómar og slys, sumir í raun eins og faraldrar, þegar til lengri tíma er litið.

Um árabíl hafa menn hugað að varnaraðgerðum gegn hverjum sjúkdómi fyrir sig og heilbrigðismálastofnun Sameinuðu þjóðanna (WHO) hefur haft forgöngu um slík verkefni, t.d. um hjartasjúkdóma og krabbamein. Hjá okkur þekkjum við þetta sama fyrirkomulag: Krabbameinsfélögin hafa einbeitt sér að illkynja sjúkdómum, greiningu, leit og skráningu; Hjartavernd að hóprannsóknnum með tilliti til hjartasjúkdóma; gigtarfélögin að meðferð gigtsjúkdóma og svo mætti lengi telja.

Innan vébanda Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) hefur þeirri skoðun vaxið fylgi á allra síðustu árum, að eigi að nást árangur að ráði við að afstýra þessum sjúkdómum, verði að ráðast að rótum þeirra og taka meira tillit til þess en hingað til, hvað þeir eiga af sameiginlegum orsökum. Orsakir þeirra eru að vísu mjög margþættar og oft alls ekki þekktar. Hins vegar hafa menn smám saman orðið sammála um, að ákveðnir áhættuþættir séu þeim sameiginlegir og sérstakir áhættuþættir séu til fyrir nokkra sjúkdóma.

Um 1950 var því fyrst hreyft innan WHO að skynsamlegt væri að setja upp verkefni, þar sem reynt yrði að ráðast gegn mörgum sjúkdómum samtímis. Ekki varð þó af framkvæmdum, en málið var endurvakið og síðustu 5-6 ár hefur það verið í sviðsljósinu og nokkrir vinnuhópar og fundir fjallað um málið af hálfu WHO. Hjá stofnuninni er málið nú á því stigi,

að ákveðið hefur verið að bjóða átta þjóðum að taka þátt í verkefni af þessu tagi og Ísland er eitt þeirra landa, sem fengið hafa slíkt boð.

VERKEFNIÐ

er í höndum svæðisskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organization, Regional Office for Europe) í Kaupmannahöfn. Skrifstofunni er skipt í deildir: Stjórnun og fjármál, heilbrigðisskýrslur og tölfræði, rannsóknir og áætlanir, umhverfisheilsuvernd, þróun heilbrigðisþjónustu og að lokum *forvarnarstarf og eftirlit með sjúkdómum* og fjallar sú deild um verkefnið.

Lengi vel voru langvinnir sjúkdómar allir í einum flokki hjá WHO/EURO. Síðustu ár hefur þetta breyst og krabbamein fékk sérstakan umsjónarmann 1979 og slys 1981. Nú eru í áður nefndri deild sérstakir stjórnendur, sem fjalla um langvinna sjúkdóma (þar undir hjartasjúkdómar), krabbamein, geðsjúkdóma, tannsjúkdóma og slys.

Áður en lengra er haldið, er rétt að geta þess, hvað sérstaklega hefur þótt áhugavert í þessum flokkum hingað til og hvað er á dagskrá hjá WHO/EURO.

1.1 Hjartasjúkdómar

Aðalverkefni nú:

1.1.1. Að auka þekkingu á tengslum umhverfismála og hegðunar einstaklinga og þróunar ýmissa langvinnra sjúkdóma, þ.á.m. hjartasjúkdóma.

1.1.2. Að meta þá tækni í skurð- og lyflæknisfræði, sem getur haft auka- og hliðarverkanir.

1.1.3. Að kanna þau forvarnar-eftirlitskerfi, sem tiltæk eru og eftirsóknarverð þykja.

Þau eftirlitskerfi og verkefni, sem nú eru á stokkunum fyrir tímabilið 1983 til 1985 eru:

Að kanna gang hjartasjúkdóma og forvörn gegn þeim,

að kanna þróun eftirlitskerfa,
 að meta þróun og framfarir í greiningu og meðferð,
 að skilgreina og kanna hegðunar- og umhverfispætti,
 að vinna að matsaðferðum á gildi greiningaraðferða og lækni meðferðar.

1.2. Krabbamein

Á Evrópusvæðinu eru upplýsingar um dánartölur góðar, en af skornum skammti um sjúkdómatíðni. Engar upplýsingar eru um þjáningar eða fjárhagstjón, enda erfitt að meta. Eftirlitskerfi með krabbameini er betra í Evrópu en á öðrum svæðum WHO. Vítast virðist bilið aukast milli getu til forvarnarstarfs og meðferðar, þegar sjúkdómur hefur grænt.

Síðustu fimm ár hefur starfið beinst að eftirfarandi þáttum:

1.2.1. Könnun á menntun þeirra, sem annast krabbameinsmeðferð.

1.2.2. Þjónusta við börn, sem fá krabbamein.

1.2.3. Mat á reynslu þjóða af krabbameinsleit í leghálsi.

1.2.4. Þróun krabbameinsleitarstöðva og tengsl þeirra við heilsugæslu.

1.2.5. Notkun meðferðarkerfa við krabbameinsmeðferð (Model health care programme).

Verkefni þessa árs eru aðallega: Mat á eftirlitskerfum einstakra þjóða og um mat á félagslegum og sálrænum áhrifum krabbameinsleitar og -eftirlits.

1.3 Slysavarnir

Þau verkefni, sem nú eru á dagskrá hjá þessari deild, hafa fyrst og fremst tekið til eftirfarandi atriða:

1.3.1. Hlutverk heilbrigðisþjónustunnar í forvörn gegn umferðarslysum.

1.3.2. Samband milli umferðaslysa og heilbrigðis almennt.

1.3.3. Afstýring umferðarslysa hjá áhættuhópum.

1.3.4. Menntun og upplýsingastreymi.

Verkefni sem eru framundan: Landsátlanir til varnar gegn umferðarslysum og slysum af

Tafla 1. Fyrirkomulag varna og eftirlits.

Sjúkdómar	Varnaraðgerðir		
	Fyrsta stig	Annað stig	Þriðja stig
Hjarta- og æðasjúkdómar	Reykingavarnir Fæðuval	Finna og lækna áhættuhópa	Hindra að ástand versni. Endurhæfing
Illkynja sjúkdómar	Reykingavarnir Fæðuval	Finna og lækna áhættuhópa	Hindra að ástand versni. Endurhæfing
Sykursýki	Mengunarvarnir Fæðuval	Finna og lækna áhættuhópa	Hindra að ástand versni. Endurhæfing
Lungnasjúkdómar	Reykingavarnir Mengunarvarnir Ofnæmisvarnir	Finna og lækna áhættuhópa	Hindra að ástand versni. Endurhæfing
Slys	Upplýsingar Kennsla Slysavarnir	Finna áhættuhópa Slysmeðferð	Hindra að ástand versni. Endurhæfing
Meðfæddir gallar	Vita um lyf og efni sem valda fósturskaða. Erfðakönnun	Fósturgreining	Hindra að ástand versni. Endurhæfing
Tannsjúkdómar	Uppeldi Kennsla Flúorgjöf	Tannvernd	Hindra að ástand versni
Geðsjúkdómar og félagslegir kvillar	Fjölskylduáætlanir	0	Endurhæfing
Heila- og taugasjúkdómar	0	0	Endurhæfing
Bæklunarsjúkdómar	0	0	Endurhæfing
Augn- og eyrnasjúkdómar	Ónæmisáðgerðir	Finna og lækna áhættuhópa	Endurhæfing

öðru tagi. Skipulag meðferðar slasaðra. Þjálfun eftirlitsaðila í afstýringu slysa.

1.4 Geðsjúkdómar

Hjá WHO hafa farið fram einstakar kannanir á þjónustu við geðsjúka s.l. tíu ár en forvarnarstarf er lítt þekkt. Talið er, að mjög fá svið geð- og taugasjúkdóma séu þess eðlis, að það starf nýtist, sem á að miða að því að afstýra þessum sjúkdómum. Undir geðsjúkdóma koma hér að nokkru leyti áfengis- og lyfjaofnotkun, en að nokkru leyti eru þetta sérstök verkefni.

1.5. Tannsjúkdómar

Forvörn felst fyrst og fremst í uppeldi og

upplýsingum um matarvenjur og tannhirðu. Lögð er áhersla á skipulag tannlæknþjónustu og flúormedferð sem skipulagðri varnaraðgerð.

ÁHÆTTUÞÆTTIR

Á fundum WHO, sem hafa verið haldnir um langvinna sjúkdóma, hefur síðustu 4-6 ár verið rætt um sérstaka og sameiginlega áhættuþætti, sem valdið gætu þessum sjúkdómum. Hér er um að ræða marga þætti og hefur málið verið athugað frá ýmsum sjónarhornum:

Í töflu I er lýst fyrirkomulagi varna og eftirlits. Rannsóknir varðandi alla þessa sjúkdóma beinast að orsök og árangri meðferðar. Í

Tafla II. Nokkur dæmi um forvörn, eftirlit og meðferð.

	Löggjöf	Heilbrigðisþjónusta	Hegðunarbreyting
Fyrsta stig	Skattur: Tóbak, áfengi sælgæti. Varnaðarorð á söluvöru og auglýsingabann Mengunarvarnir Flúornotkun	Upplýsingar Heilbrigðisfræðsla	Reykingar Áfengisofnot Fæðuval Þjálfun
Annað stig	Lög og reglur um heilbrigðismál og skyld mál (aldraða, fatlaða, vinnuvernd, tryggingar)	Leit að: Háprýstingi, sykursýki, krabbameini, fósturskóðum.	Fara að ráðum heilbrigðisstarfsfólks um heilbrigðara lífferni
Þriðja stig	Reglur um fyrirkomulag og skipulag heilbrigðis- og félagslegrar þjónustu	Meðferð Endurhæfing	Þekkja takmörk og tilgang meðferðar

Tafla III. Forvarnarstarf og framkvæmdaaðilar.

Vettvangur	Sjúkdómar	Aðili
<i>I. Háttarni Hegðun</i>		
Tóbak — Áfengi Mataræði — Þjálfun	Hjarta-, lungna-, lifrar- og illkynja sjúkdómar og sykursýki	1/2/3*
<i>II. Sérhópar</i>		
Kyn/aldur ø + 0/30 + Þyngd, blóðþrýstingur, þvagsykur 0/35 + Leghálsskóðun	Hjartasjúkdómar, heilablæðing, sykursýki Leghálsskrabbi	2 2
<i>III. Verðandi mæður</i>		
Fósturskóðun	Meðfæddir gallar	2
<i>IV. Sérstakir starfshópar</i>		
Vinnuástaða og umhverfi	Hjarta-, lungna-, gigt- og illkynja sjúkdómar, slys	1/2/3
<i>V. Lög og reglur</i>		
Loft, vatn, matvæli, húsnæði, umferð, tóbak, áfengi	Hjarta-, lungna-, tann- og illkynja sjúkdómar, slys	1

*) 1 = Löggjöf 2 = Heilbrigðisþjónusta 3 = Einstaklingar (Hegðunarbreytingar).

næstu töflu eru sýnd dæmi um forvörn, meðferð og eftirlit. Í þriðju töflu er fjallað um forvarnarstarf og framkvæmdaðila.

Í október 1982 var haldinn fundur í WHO/EURO, þar sem öll fyrirbyggjandi gögn voru tekin til endurskoðunar. Á þessum fundi var greinarhöfundur skýrsluritari (rapporteur).

Hópurinn tók sér fyrir hendur að setja nýjar viðmiðunarreglur og tók 12-17 áhættuþætti og tengdi þá sjúkdómum. Í töflu IV eru tengdir saman áhættuþættir og aðgerðir og í fimmtu töflu er fjallað um verkefnaskiptingu milli heilbrigðis- og félagsþjónustu og annarra aðila, samanber og lið 3.4 hér á eftir. Í sjöttu töflunni er fjallað um svið aðgerða.

Niðurstaða þessa vinnuhóps var ótvírætt, að þeir þættir, sem hefðu mest áhrif á heilsufar væru: Reykingar, áfengi, fæðuval, offita, umhverfiþættir og starfsumhverfi. Hópurinn var sammála um, að reykingar, áfengisneysla, mataræði, offita og lyfjaát eru mikilvægir þættir, þegar rætt er um hjartasjúkdóma, heilablóðfall, krabbamein, slys, geðsjúkdóma og sykursýki. Ennfremur að sérstök starfsemi, sem beint er gegn þessum þáttum, sé líkleg til að skila árangri, þegar til langs tíma er litið.

MEGINÞÆTTIR SAMHÆFDS

VERKEFNIS

2.1. Tilgangur

Að bæta heilsufar með forvörn gegn langvinnnum sjúkdómum.

2.2 Markmið

Að gera þjóðum innan WHO kleift að koma á samvirkri starfsemi til þess að afstýra sjúkdómum, greina þá snemma og minnka jafnframt áhættuþætti og draga þannig úr fötlun, sjúkuleika og dauðsföllum vegna hjartasjúkdóma, heilablæðinga, krabbameins, slysa, geðsjúkdóma og sykursýki. Jafnframt skal kappkostað, að heilsugæsluferfið taki upp þá þætti, sem nauðsynlegir verða og eru í þess verkarhring.

2.3 Sérstök markmið

2.3.1. Að samhæfa aðgerðir til þess að afstýra og draga úr langvinnnum sjúkdómum. Til þess þarf að setja á laggirnar kerfi aðgerða og verkefna.

2.3.2. Að setja upp upplýsingakerfi, skráningarkerfi og sérstakt kerfi heilsufarsstaðla.

2.3.3. Að kveða á um áhrif sérstakra áhættuþátta.

Tafla IV. Áhættuþættir og aðgerðir, sem álitid er að geti haft áhrif.

Áhættuþættir	Aðgerðir			
	Kynning Fræðsla	Löggjöf	Skipuleg leit	Meðferð
Reykingar ...	+	+	+	+
Mataræði ...	+	+	+	○
Offita	+	○	+	+
Áfengi	+	+	+	+
Lyf	+	+	+	+
Umhverfi ...	+	+	+	+
Starf	+	+	+	+

+ = Mögulegt að hafi áhrif.

○ = Ólíklegt að hafi áhrif

Tafla V. Aðilar aðgerða og áhrif aðgerða.

Áhættuþættir	Heilbrigðis- og félagsleg þjónusta	Aðrir aðilar, sem þátt eiga í aðgerðum*
Reykingar	+++	+++
Mataræði	++	++
Offita	+++	○
Áfengi	+++	+++
Lyf	++	++
Umhverfi	+	+++
Starf	+	++

* Sjá lið 3.4 í textanum: Verkaskipting aðila.

Tafla VI. Svið aðgerða.

Áhættuþættir	Einstaklingur	Fjölskylda	Sveitarfélag	Land	Samvinnaþjóða
Reykingar	+++	+++	+++	+++	+++
Mataræði	+++	+++	++	+	+
Offita	+++	++	?	?	?
Áfengi ...	+++	++	++	++	+
Lyf	+++	++	++	++	+
Umhverfi	+	+	++	+++	++
Starf	++	+	++	+++	+

2.3.4. Að þróa samvirka starfsemi til menntunar og almennra upplýsinga um varnir gegn áhættuþáttum og þar með gegn langvinnnum sjúkdómum.

2.3.5. Að stuðla að rannsóknum á langvinnnum sjúkdómum, eftirliti með þeim og forvörn gegn þeim.

2.3.6. Að meta árangur þessa starfs.

2.4 Framkvæmd forvarnarstarfs

Stefnt er að því að nýta þá starfsemi, sem þegar er skipulögð, einkum heilsugæslu og útvíkka hana. Nokkra verkþætti ber að nefna sérstaklega:

2.4.1. Að finna áhættuhópa og leita aðgerða til varna. Áhætta er mismikil milli aldurs og kynhópa, svo sem barna vegna slysa, miðaldra karla vegna hjartasjúkdóma og krabbameins miðaldra kvenna vegna krabba og aldraðra vegna slysa og geðsjúkdóma.

2.4.2. Að skilgreina hegðunar- og persónuþætti. Hér er um að ræða reykinga-, drykkju- og matarvenjur einstaklinga og hvernig við skuli brugðist. Lífstíl einstaklinga og hópa þarf að endurskoða og beina á hollari brautir sé þess þörf og gera hvern einstakling sér fyllilega meðvitandi um áhættuþætti, sem geta haft áhrif á heilsu hans.

2.4.3. Að skilgreina umhverfispætti, sem hafa eða geta haft áhrif á langvinna sjúkdóma.

2.4.4. Að endurskoða leitarkerfi vegna sjúkdóma til þess að finna og lækna sjúkdóma á frumstigi og byrjunarstigi. Leit þarf að skipuleggja til að finna á frumstigi sjúkdóma eins og háþrýsting, krabbamein, sykursýki, svo og áhættuþætti svo sem reykingar, áfengisofnot og offitu.

2.4.5. Að byggja upp eftirlitskerfi.

2.4.6. Að bæta meðferðarkerfi.

VERKEFNIÐ OG FRAMKVÆMD PESS

3.1. Áður en farið verður af stað með verkefnið, þurfa þær þjóðir, sem taka þátt í því, að gera grein fyrir stöðu mála hjá sér, svo eftir á verði hægt að meta, hvað áunnist hefur. Upplýsingar af ýmsu tagi þurfa að vera fyrir hendi, svo sem almennar upplýsingar um þjóðina, landið og þjóðfélagið:

3.1.1. Saga, landafræði, loftslag.

3.1.2. Þjóðfræði, dreifing mannfjölda.

3.1.3. Atvinna.

3.1.4. Menntun.

3.1.5. Félags- og efnahagsaðstod.

3.1.6. Heilbrigðisástand: Líflíkur, dánartölur, fæðingartölur, barnadaudi, dauði af sérstökum sjúkdómum, sjúkdómatíðni.

3.1.7. Skipulag heilbrigðisþjónustu: Heilsugæsla, sjúkrahús, ónæmisreglur, mæðra- og ungbarnaeftirlit, leitarkerfi (krabbi, berklar, sykursýki, annað), heilbrigðisfræðsla.

3.1.8. Heilbrigðisstarfslíð, fjöldi, starfsstéttir.

3.2 Ábyrgðaraðili

Gert er ráð fyrir, að heilbrigðismálaráðherra sé ábyrgur fyrir verkefninu, en önnur ráðuneyti og stofnanir verði meðvirk. Líklegt er,

að ráðherra kjósi að setja á laggir *samvinnunefnd*, sem yrði samsett á mismunandi vegu eftir skipulagi heima fyrir. Hjá okkur þarf a.m.k. að virkja eftirtalda aðila í slíka nefnd: Yfirvöld fjármála, menntamála, samgöngumála og landbúnaðar, starfslíð í heilbrigðisþjónustu og kennarasamtök, starfslíð fjölmiðla og aðila vinnumarkaðarins. Ennfremur samtök svo sem: Íþróttá- og skátafélög, neytendasamtök, kirkjufélög og félög áhugafólks um heilbrigðismál.

Verkefni samvinnunefndar verða:

að setja aðalreglur um starfið,

að setja aðalmarkmið og sérstök undir-
markmið

að samhæfa starf hinna ýmsu aðila.

3.3 Framkvæmdastjórn

Nauðsynlegt mun reynast fyrir ráðuneytið að setja þessu verkefni sérstakan framkvæmdastjóra til þess sjá um dagleg verkefni og eftirlit Hagkvæmast er, að hann sé lækni mennta- og verði yfirlæknir starfandi í ráðuneytinu.

Eftirtalin atriði eru á verkefnaskrá framkvæmdastjóra:

Semja framkvæmdaáætlun í smáatriðum, samhæfa starfsemi hinna ýmsu aðila, sem að málunum vinna, samhæfa landsáætlun vegna WHO, fylgjast með að framkvæmd sé í samræmi við áætlun og leiðbeina um framkvæmd, vera tengiliður við WHO, safna gögnum um starfið og meta árangur.

3.4 Verkaskipting ýmissa aðila

3.4.1. Heilbrigðisyfirvöld: Ábyrgð á landsáætlun um verkefnið og framkvæmd þess, kanna það upplýsingaflæði, sem nú er og hvernig það nýtist til skráningar þeirra upplýsinga, sem krafist er af WHO og til mats á verkefni. Viðræður við starfslíð í heilbrigðisþjónustu um verkefnið. Viðræður við menntamála- yfirvöld og skólustjórnendur um breytingar eða viðbætur við námsskrár til að koma til móts við kynningu í anda verkefnisins. Taka ávörðun um, hver beri ábyrgð á framkvæmd hinna ýmsu starfspátta innan heilsugæslunnar og gera samninga við stofnanir um framkvæmd tiltekinna verkpátta (t.d. krabbameinsfélög, Hjartavernd). Skipuleggja sjónvarpsþætti um forvarnarstarf, aðallega upplýsingar um áhættuþætti. Semja efni fyrir blöð og útvarp. Gangast fyrir ráðstefnum og kynningarfundum meðal starfslíðs og almenn-

ings. Koma á hollum neysluvenjum og umgengnisvenjum á sjúkrahúsum og heilbrigðisstofnunum (mataræði, reykningar).

Slysavarnir og meðferð slasaðra. Umhverfisvernd (hreint vatn, hreint loft), matvælaeftirlit, merking vöru, aukefni.

3.4.2. Landbúnaðar-, verslunar- og iðnframleiðslufirvöld: Reglur um framleiðslu neysluvöru (t.d. fituinnihald).

3.4.3. Menntamálayfirvöld: Komasmæmdum um upplýsingum um eigin ábyrgð á heilsufari í námsskrár grunnskóla. Endurskoða námsskrár með tilliti til heilbrigðisfræðslu. Leita annarra leiða til að koma vitneskju um holla lífnaðarhætti til barna og unglunga. Gera foreldrum grein fyrir ábyrgð þeirra á að byggja upp heilbrigðar venjur barna og á því fordæmi, er þeir skapa.

3.4.4. Fjármálayfirvöld: Fjármálaaðgerðir, sem hafa áhrif á neyslu, svo sem sköttun á tóbaki, áfengi, sælgæti og gosdrykkjum og niðurgreiðslu á hollum vörum, t.d. brauðmeti, fitulitlum mjólkurmat, fersku grænmeti og ávöxtum.

3.4.5. Félags- og samgöngumálayfirvöld: Hollur vinnustaður, vegagerð, sjóslys, flugslys.

3.4.6. Dómsmálayfirvöld: Ökuréttindi, viðurlög við ölvun við akstur, eftirlit ökutækja, bílbelti.

3.4.7. Aðrir aðilar með sérstök verkefni: Fjölmiðlar. Ýmis áhugamannafélög. Stéttarfélag. Kirkjufélög.

3.5 Mannafli

Í upphafi er nauðsynlegt að gera sér grein fyrir mannaflapörf vegna þessa verkefnis. Mannaflapörf mun verða mismikil eftir skipulagi heilsugæslustarfs í hverju landi. Hjá okkur verður að kanna rækilega, hvort heilsugæslustöðvar geta tekið að sér þetta verkefni án þess að bæta við verulegum mannafla. Íhuga þarf einnig, hvort hentugt sé, að stjórn heilsugæslustöðvar eða sérstök verkefnisstjórn annist umsjón heima fyrir.

Ég hef talið, að stjórnaraðilar, þ.e. framkvæmdastjóri með læknumenntun og hjúkrunarfræðingur með heilsugæslumenntun, ásamt ritara, yrði það starfslið, sem í byrjun yrði ráðið og ekki þýddi að hefja verkefnið, nema heimild fengist fyrir þessu starfsliði.

GAGNAÖFLUN OG MAT ÁRANGURS

Í áætlun WHO er mikil áhersla lögð á að afla upplýsinga um árangur, til þess að hægt sé að

gera sér grein fyrir gagnsemi eða gagnsleysi verkefnisins. Til þess að þetta verði hægt þarf frá byrjun að skipuleggja ákveðna gagnaöflun. Allir gera sér þó ljóst, að breytingar á tíðni langvinnra sjúkdóma gerast hægt, þannig að 5-10 ár geta liðið áður en víska er fyrir árangri. Þó er hægt að fá upplýsingar um breytta hegðun og breytingar á venjum með sérstökum hóprannsóknnum og þannig hægt að vita um einstök og sérstök atríði og tilhneigingar.

Vert er að gera sér ljóst, að ekki er gert ráð fyrir neinum viðmiðunarrópi til að gera samþykkingu við, þannig að viðmiðun verður einkum við ástand einstakra þátta eins og þeir voru fyrir upphaf verkefnis.

STADA MÁLSINS NÚ

4.1. Samningsuppkast liggur fyrir milli WHO/EURO og hvefrrar þjóðar fyrir sig.

4.2 Austur-Þýskalandi, Búlgariu, Finnlandi, Íslandi, Júgóslavíu, Litháen, Möltu og Ungverjandi hefur verið boðið að taka þátt í verkefninu.

4.3. Fundir með þátttökupjóðunnum voru haldnir í júní 1983:

Vikufundur um stjórnun og áætlanagerð fyrir þá, sem stjórna verkefni í hverju landi, þriggja daga fundur, þar sem ræddar voru áætlanir þjóðanna um framkvæmd og tveggja daga fundur um aðild fjölmiðla að verkefninu.

4.4. Langt er komið gerð leiðbeininga til þjóðanna, hvernig þær standi að undirbúningi og hvaða grunnupplýsingar um ástand heima fyrir þurfi að leggja fram í upphafi starfsins.

4.5. Yfirstjórn verkefnisins er sameiginleg milli Genfar og Hafnar og er þegar til sérstök stjórnarnefnd verkefnisins, bæði fyrir Evrópsvæðið og að því er varðar fjölþjóðasamvinnu.

4.6. Í Höfn er verkefnið undir stjórn deildarstjóra þess, er fjallar um langvinna sjúkdóma, en ráðgert er að sérstök verkefnisstjóri taki við, þegar fram í sækir, sennilega í byrjun árs 1984.

LOKAORÐ

Í stuttu máli hef ég reynt að gera grein fyrir nýju verkefni, sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin býður nokkrum þjóðum að fara af stað með. Ýmislegt er enn óljóst um framkvæmd og fyrirhugað fyrirkomulag. Hinu má ekki gleyma, að hugmyndin er fram komin vegna þess, hve menn standa varnarlausir og máttvagna gagnvart skæðustu sjúkdómum nútímans. Þetta verkefni er tilraun til nýs átaks og

öðrum aðferðum verður beitt en áður hafa verið reyndar. Hvort tilraunin gefur árangur getur aðeins tíminn leitt í ljós, en reynist það vera, hafa þær þjóðir, sem taka þátt í tilrauninni, fengið um 10-15 ára forskot.

HEIMILDIR

1. Report on a WHO Meeting Copenhgen 4.-8. Oct. 1982 (ICP/CVD 018 (8)). WHO/EURO.
2. Report on a WHO Meeting Geneve 25.-28. OCT. 1982. (NCD/83.1). WHO/GENEVE.

3. Jackson, RH. Aspects of the Prevention of Noncommunicable Diseases Including Accidents. (ICP/CVD 018 (8) 16, Rev. 1.) WHO/EURO.
4. Sigurðsson P. Guidance for Protocol for Country-wide Integrated Programme for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. (ICP/CVD 018 (11) (12) (13) (16)) WHO/EURO.
5. Tuomiletho J. Information, Systems and Monitoring and Evaluation Methods in Country-wide Integrated Programmes for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. (ICP/CVD 018 (12) 7) WHO/EURO.

(Úr Læknablaðinu 69, 217—223, 1983.)