



Lýðheilsuvísar 2018

umfjöllun og nánari skilgreiningar

Inngangur

Í íslenskrri orðabók (1) er lýðheilsa skilgreind sem „almennt heilsufar í samfélagi, líkamlegt og andlegt, varðar allt frá frárennismálum til menntunarmöguleika.“ Lýðheilsa nær því yfir heilsu almennings í víðum skilningi og tengist ekki eingöngu heilbrigðismálum, heldur líka aðstæðum í samfélaginu, t.d. umhverfismálum og félagsmálum. Lýðheilsuvísar eru safn tölulegra upplýsinga er varða lýðheilsu í landinu og teknir hafa verið saman með það fyrir augum að auðvelda stjórnvöldum og almenningi að fylgjast með þróun og breytingum á lýðheilsu. Við val á vísunum er sjónum einkum beint að þeim áhrifaþáttum heilsu og líðanar sem mögulegt er að hafa áhrif á með heildstæðu og þverfaglegu heilsuefningar- og forvarnarstarfi. Lýðheilsuvísarnir eru bæði reiknaðir fyrir landið í heild og fyrir hvert heilbrigðisumdæmi. Þannig geta yfirvöld í hverju umdæmi borið sig saman við landið í heild eða við önnur umdæmi og brugðist við áskorunum eftir föngum. Mikilvægar stefnur og aðgerðaáætlanir á sviði lýðheilsu eru einnig hafðar til hliðsjónar við val á þeim vísunum sem birtir hafa verið. Þar má t.d. nefna stefnu velferðarráðuneytisins um lýðheilsu og aðgerðir sem stuðla að heilsuefandi samfélagi frá 2016 (2), stefnu Evrópudeildar Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) um heilsu kvenna (3) frá 2016, aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma (4) og árlegar starfsáætlanir Embættis landlæknis (5).

Lýðheilsuvísar sem birtir voru árið 2018 voru 44 talsins og skiptast niður í eftirfarandi kafla; samfélag, lífnaðarhættir og heilsa og sjúkdómar.

Samfélag (vísar 1-8)

Til þess að lýðheilsustarf sé markvisst og skili árangri er grundvallaratriði að þekkja helstu einkenni þess samfélags sem unnið er með. Í þessum fyrsta kafla lýðheilsuvísa er leitast við að varpa ljósi á helstu lýðfræðilegu einkenni hvers samfélags, þar á meðal íbúafjölda, fæðingatíðni, menntun og ráðstöfunartekjur auk annarra samfélagslegra þátta sem tengjast lýðheilsu.

1. Íbúafjöldi

Birtur er fjöldi íbúa í hverju heilbrigðisumdæmi fyrir sig í árslok viðmiðunarárs.

2. Íbúafjöldi (fjölgun/fækkun)

Reiknuð er hlutfallsleg fjölgun eða fækkun íbúa frá fyrsta ári til þess síðasta á fimm ára viðmiðunartíma. Taka þarf mið af mannfjöldapróun við skipulag lýðheilsustarfs og heilbrigðisþjónustu. Þannig gerir hröð íbúafjölgun kröfur til ýmiss konar þjónustu en hún getur jafnframt verið vísbending um hagstæð efnahagsleg skilyrði. Fækkun íbúa gerir einnig kröfur um endurskoðun þjónustu og getur gefið vísbendingu um efnahagslegar og félagslegar áskoranir í samfélaginu sem taka þarf tillit til í lýðheilsustarfi. Fjölgun íbúa á Íslandi hefur verið mismunandi eftir svæðum. Í grófum dráttum hefur fækkað í dreifbýli og á svæðum fjarri stórum þéttbýlisstöðum en fjölgað á suðvesturhorninu (6).

3. Íbúar ≥ 80 ára

Þessi vísir segir til um hlutfall íbúa heilbrigðisumdæma sem eru 80 ára og eldri í lok viðmiðunarárs. Samfara hækkandi lífaldri fjölgar í hópi aldraðra með tilheyrandi sóknarfærum og áskorunum fyrir



samfélög. Sjúkdómatíðni og þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og annars konar þjónustu eykst með hækkandi aldri og því er nauðsynlegt að fylgjast með þessari þróun.

4. Kynjahlutfall

Þessi vísir segir til um hlutfall karla á móti konum. Ef hlutfallið er hærra en einn þá eru fleiri karlar en konur búsettir í heilbrigðisumdæminu. Miðað er við árslok viðmiðunarárs.

Kynjahlutfall lýsir samsetningu í hverju heilbrigðisdæmi. Mikill kynjahalli, þ.e. mikill munur á fjölda karla og kvenna, ber vott um stöðnun (6). Konur eru nú færri á landsbyggðinni en karlar og hefur aukin menntun þeirra leitt þær burt af landsbyggðinni vegna þess að vinnumarkaður hefur ekki þróast í takt við breytta menntunarstöðu (7). Framboð á atvinnu hefur einnig augljós áhrif á samsetningu kynja á búsetusvæðum. Þannig hefur uppbygging stóriðju á Austurlandi haft þau áhrif að þar eru hlutfallslega flestir karlar miðað við konur (6).

5. Fæðingarmæðra <20 ára

Reiknaður er fjöldi fæðinga mæðra yngri en 20 ára á hverjar 1.000 stúlkur á aldrinum 15-19 ára. Fæðing barns hefur oft og tíðum mikil áhrif á líf foreldra og ýmsar áskoranir geta fylgt því að eignast barn snemma. Í íslenskri rannsókn á 14-17 ára gömlum mæðrum greindu þær t.d. frá skilningsleysi, fordómum og breyttu sambandi við vinkonur. Þær lýstu þörf fyrir meiri stuðning (8), en fyrri rannsóknir hafa sýnt að stuðningur geti dregið úr líkum á andlegum erfiðleikum ungra mæðra.

Með því að greina tíðni fæðinga hjá ungum mæðrum eftir heilbrigðisumdæmum gefst tækifæri til að greina þarfir íbúanna fyrir þjónustu.

6. Lesskilningur (9. b)

Þessi vísir segir til um hlutfall nemenda í 9. bekk sem getur „lesið sér til gagns“ samkvæmt hæfniviðmiðagreiningu PISA. Stuðst er við próffræðilega eiginleika PISA og samræmdra könnunarprófa til að staðsetja þetta viðmið á samræmdum könnunarprófum. Lesskilningur er skilgreindur sem það að skilja texta, nýta sér upplýsingar úr honum, ígrunda og tengja við efnið með það í huga að ná settum markmiðum með lestrinum, þróa þekkingu sína og möguleika og taka virkan þátt í samfélaginu (9). Verulegur hluti upplýsinga í nútímasamfélagi er í rituðu formi og því mikilvægt að sem flestir einstaklingar geti lesið sér til gagns. Sterk tengsl eru á milli læsis og félags- og efnahagslegrar stöðu einstaklinga. Þannig eiga þeir einstaklingar sem ná að tileinka sér lestur auðveldara með að afla sér menntunar og vegnar almennt betur en þeim sem eiga erfiðara með lestur. Heilsulæsi er einn þáttur læsis sem gegnir mikilvægu hlutverki í lífi einstaklinga. Það lýsir getu einstaklinga til þess að lesa, skilja og nota upplýsingar um heilsu og heilbrigðisþjónustu og enn fremur til að taka ákvarðanir um eigin heilsu og fylgja leiðbeiningum um meðferð (10).

7. Háskólamenntaðir

Þessi vísir segir til um hlutfall þeirra sem hafa lokið háskólamenntun (25-74 ára). Hér er valin sú leið að endurspeglar hlutfall íbúa í hverju heilbrigðisumdæmi sem hefur lokið háskólamenntun og hefur þannig flest menntunarár að baki. Eins og fyrr segir er menntun einn af áhrifapáttum heilsu og hafa fjölmargar rannsóknir sýnt jákvæð tengsl á milli menntunar og heilsu (11). Þessi jákvæðu áhrif finnast bæði í þáttum sem snúa að heilsuhegðun og þáttum sem snúa að heilsufari, sjúkdómum og dánartíðni. Rannsóknir hafa einnig sýnt að áhrif menntunar aukast eftir því sem menntunarárum fjölga. Menntun hefur áhrif á atvinnu og afkomu en einnig hugarfar, lífsviðhorf, heilsulæsi o.s.frv.



8. Eiga erfitt með að ná endum saman

Reiknað er hlutfall fólks sem segist eiga frekar eða mjög erfitt með að ná endum saman. Almennt séð hafa rannsóknir sýnt jákvætt samband á milli félags- og efnahagslegrar stöðu og heilsu. Munur á heilsu fólks eftir fjárhagsstöðu er tiltölulega minni hér á landi í samanburði við mörg önnur lönd. Einstaklingar sem búa við góðan efnahag eru alla jafna við betri heilsu og ástunda heilsusamlegri lifnaðarhætti en þeir sem búa við lakari kost (12). Sá hópur sem á erfitt með að ná endum saman er þó ekki eingöngu samansettur af þeim tekjulægstu og þeim sem eru án atvinnu. Samkvæmt rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga eru þeir sem eiga erfitt með að ná endum saman óhamingjusamari en þeir sem eiga auðvelt með það (13) og þeir sem búa utan höfuðborgarsvæðis eru líklegri til að eiga erfitt með að ná endum saman en þeir sem búa á höfuðborgarsvæðinu (14).

Lifnaðarhættir (vísar 9-25)

Fjölmargir þættir hafa áhrif á heilsu og líðan einstaklinga. Sumum áhrifaþáttum heilsu er ekki hægt að breyta, t.d. aldri og erfðum en margir áhrifaþættir eru hins vegar þess eðlis að hafa má áhrif á þá og stuðla þannig að bættri heilsu og vellíðan einstaklinga og minnka líkur á sjúkdómum. Þar má nefna lifnaðarhætti á borð við áfengis- og tóbaksneyslu, mataræði og hreyfingu og samskipti við fjölskyldu og vini.

Í öðrum hluta lýðheilsuvísa er leitast við að varpa ljósi á stöðu þeirra áhrifaþátta heilbrigðis sem tengjast lifnaðarháttum sem rannsóknir hafa sýnt að hafi hvað mest áhrif á heilsu okkar.

9. Hamingja fullorðinna

Þessi vísir sýnir það hlutfall fullorðinna sem metur hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 (þar sem 1 er minnst og 10 er mest hamingja).

Allsherjarþing Sameinuðu þjóðanna (SP) hvetur aðildarríki sín til að leggja sérstaka áherslu á mikilvægi þess að leita hamingju og vellíðanar og hafa hliðsjón af því í opinberri stefnumörkun sinni þar sem leit að hamingjunni er sammanlegt grundvallarmarkmið. SP viðurkenna líka nauðsyn þess að nálgast á tæmandi hátt, af sanngirni og í jafnvægi þann efnahagsvöxt sem stuðlar að sjálfbærri þróun og eyðingu fátæktar, hamingju og vellíðan allra. Til þess að tryggja það er mikilvægt að vera með áreiðanlegar mælingar á hamingju, mæla hana reglulega bæði meðal fullorðinna og barna og kynna þær niðurstöður fyrir almenningi (15).

10. Vellíðan fullorðinna

Þessi vísir sýnir hlutfall fullorðinna sem svarar 31-35 á vellíðanarkvarðanum (SWEMWBS, kvarði 7-35). Allsherjarþing sameinuðu þjóðanna (SP) hvetur aðildarríki sín til að leggja sérstaka áherslu á mikilvægi þess að leita hamingju og vellíðanar og hafa hliðsjón af því í opinberri stefnumörkun sinni þar sem leit að hamingju og vellíðan er sammanlegt grundvallarmarkmið. SP viðurkennir líka að nauðsynlegt er að nálgast á tæmandi hátt, af sanngirni og í jafnvægi þann efnahagsvöxt sem stuðlar að sjálfbærri þróun og eyðingu fátæktar, heilsu og vellíðan allra eins og fram kemur í [heimsmarkmiði](#) SP nr. 3 „Heilsa og vellíðan“. Til þess að tryggja það er mikilvægt að vera með áreiðanlegar mælingar á vellíðan, mæla hana reglulega bæði meðal fullorðinna og barna og kynna þær niðurstöður fyrir almenningi (15).

11. Vanlíðan í skóla (8.-10. bekkur) Þessi vísir sýnir hlutfall unglunga í 8.-10. bekk sem segist oft eða nær alltaf líða illa í skólanum. Skólaumhverfið er, næst á eftir heimilum barna, mikilvægasta umhverfi þeirra. Miklu máli skiptir því að börnum og unglingum líði vel í skólanum og upplifi jákvæð tengsl við skólann sinn. Langtímarannsóknir sýna að jákvæð tengsl við skóla eru mikilvægur verndandi þáttur í lífi



ungmenna en slök tengsl við skóla spá fyrir um verri andlega heilsu, tóbaks-, áfengis- og vímuefnaneyslu og aukna hættu á brottfarvi síðar meir (16). Brýnt er því að skólar og sveitarfélög vinni ötullega að því að efla jákvæða upplifun allra nemenda af skólastarfi og hindri með öllum ráðum að barn upplifi viðvarandi vanlíðan í skóla.

12. Einmanaleiki (8.-10. bekkur)

Reiknað er hlutfall unglunga sem segist oft hafa verið einmana síðastliðna viku. Heilbrigði er margþætt fyrirbæri þar sem andleg, líkamleg og félagsleg velferð og vellíðan skipta máli. Félagsleg sambönd hafa raunveruleg áhrif á heilsu fólks, bæði líkamlega og andlega, og geta jafnvel haft áhrif á lífslíkur (17,18). Mikilvægur þáttur í lýðheilsustarfi er því að skapa umhverfi sem ýtir undir jákvæð tengsl milli fólks og dregur úr einsemd. Rannsóknir sýna að einmanaleiki er einna algengastur á unglingsárum og efri æviárum. Með því að fylgjast með tölum um einmanaleika meðal ungs fólks fáum við mynd af því hve stór hluti ungmenna býr við skort á félagslegum tengslum. Jafnframt getum við metið þróunina yfir tíma og brugðist við með viðeigandi lýðheilsuáðgerðum ef þurfa þykir.

13 - 14. Stuttur svefn unglunga og fullorðinna

Í þessum vísi er reiknað hlutfall fólks sem sefur of stutt. Miðað er við svefn að jafnaði 7 klst. eða minna á nóttu hjá unglingum í 8.-10. bekk og 6 klst. eða skemur hjá fullorðnum. Svefn gegnir mikilvægu hlutverki fyrir vellíðan og lífsgæði en viðvarandi svefnskortur getur aukið líkur á alvarlegum sjúkdómum (19). Meðal barna og unglunga getur skortur á svefni komið niður á heilbrigðum þroska, vexti, andlegri líðan, samskiptum og námshæfni (20,21). Mikilvægt er að fylgjast reglulega með stöðu og þróun þessa áhrifaþátta með það fyrir augum að efla lýðheilsuáðgerðir sem stuðla að heilbrigðum svefnvenjum yfir æviskeiðið.

15. Streita fullorðinna

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall fullorðinna sem segist oft eða mjög oft finna fyrir mikilli streitu í daglegu lífi. Væg streita við tilteknar aðstæður er eðlileg og getur jafnvel haft jákvæð áhrif á athygli og frammistöðu. Mikil eða viðvarandi streita getur hins vegar verið skaðleg og tengist meðal annars auknum svefnerfiðleikum, kvíða, depurð, stoðkerfisvanda, kulnun í starfi, meltingarvandamálum, háþrýstingi, sykursýki af tegund II og hjarta- og æðasjúkdómum (22–26). Mikilvægt er að unnið sé gegn slíkri streitu í samfélaginu, m.a. til að draga úr langvinnnum sjúkdómum og stuðla að aukinni vellíðan meðal þjóðarinnar. Samkvæmt lýðheilsustefnu og aðgerðaáætlun til ársins 2030 (2) er markmið að draga úr streitu og að börn læri slökun í leik- og grunnskólum. Í því skyni er nauðsynlegt að hafa skýra mynd af stöðu og þróun mála.

16. Virkur ferðamáti í vinnu/skóla, fullorðinir

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall fullorðinna sem hjólar eða gengur til vinnu eða skóla þrisvar sinnum í viku eða oftar. Virkur ferðamáti, s.s. að ganga eða hjóla til vinnu eða skóla, er ein besta leiðin til að flétta hreyfingu inn í daglegt líf og þar með uppfylla ráðleggingar um hreyfingu (27). Í aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um hreyfingu 2016-2025 (28) er því lögð rík áhersla á að stuðla að virkum ferðámáta. Regluleg hreyfing er einn af lykiláhrifaþáttum heilsu og vellíðanar á öllum æviskeiðum (29) og hefur fjölþætt gildi, bæði sem forvörn og meðferðarform (30). Hún minnkar m.a. líkurnar á hjarta- og æðasjúkdómum, þunglyndi, sykursýki af tegund II og sumum krabbameinum, bætir stoðkerfið og andlega líðan og eykur almennt líkurnar á því að fólk lifi lengur, sjálfstæðu og betra lífi. Virkur ferðamáti hefur einnig m.a. jákvæð áhrif á umhverfið vegna minni bílaumferðar, minna slits á vegum, minni hávaðamengunar og bættra loftgæða. Þegar allt er tekið saman er hagrænt gildi virks ferðamáta fyrir einstaklinga, fjölskyldur og samfélög ótvírætt (31).



17. Þátttaka í skipulögðu íþróttastarfi (8.-10. bekkur)

Í þessum vísi er sett fram hlutfall nemenda í 8.-10 bekk sem æfir með íþróttafélagi þrisvar sinnum í viku eða oftar. Samkvæmt ráðleggingum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um hreyfingu er æskilegt að börn og ungmenni stundi miðlungserfiða eða erfiða hreyfingu í minnst 60 mínútur samtals daglega. Minnst þrisvar sinnum í viku ættu börn að stunda erfiða hreyfingu sem styrkir vöðva og bein. Kannanir benda til að þátttaka barna í skipulögðu íþróttastarfi hafi fjölþættan ávinning. Þau eru m.a. líklegri til að stunda erfiða hreyfingu, stunda síður ýmiss konar áhættuhegðun og standa almennt betur að vígi m.t.t. andlegrar, líkamlegrar og félagslegrar heilsu og vellíðanar samanborið við þau börn sem ekki taka þátt í skipulögðu íþróttastarfi (17). Hreyfing minnkar alla jafna með hækkandi aldri og þá ekki síst þegar börn fara úr grunnskóla í framhaldsskóla. Í fræðsluefni ÍSÍ um stefnu sambandsins í íþróttum barna og unglunga kemur m.a. fram að um 80% íslenskra barna stundi íþróttir með íþróttafélagi (18). Það er til mikils að vinna að sem flest börn eigi þess kost að taka þátt í ábyrgu íþróttastarfi, í samræmi við áhuga sinn og getu, sem lengst.

18. Grænmetis- og ávaxtaneysla fullorðinna

Reiknað er hlutfall fullorðinna sem borðar grænmeti og ávexti fimm sinnum á dag eða oftar. Rífleg neysla á grænmeti og ávöxtum er tengd minni líkum á þyngdaraukningu, hjarta- og æðasjúkdómum og ýmsum tegundum krabbameina. Í ráðleggingum um mataræði er mælt með að borða fimm skammta af ávöxtum og grænmeti daglega eða minnst 500 grömm samtals. Þetta er í samræmi við Norrænar næringarráðleggingar frá árinu 2012 (32) og aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar á sviði næringar þar sem hvatt er til aukinnar neyslu á grænmeti og ávöxtum til að draga úr líkum á langvinnum sjúkdómum (33). Samkvæmt „Global Burden of Disease“ þá er mataræði megin áhættuþáttur fyrir sjúkdómsbyrði á Íslandi (34). Þrátt fyrir að ávaxta- og grænmetisneysla hafi aukist hér á landi er hún enn lítil eða tæplega helmingur af því sem ráðlagt er. Íslendingar neyta minna af grænmeti og ávöxtum en aðrir Norðurlandabúar samkvæmt norrænni vöktun eða 2,2 skammta að meðaltali á dag árið 2014 samanborið við 2,5 skammta að meðaltali á Norðurlöndunum í heild (35). Samkvæmt niðurstöðum íslenskrar vöktunar áhrifaþátta heilbrigðis árið 2016 þá borða einungis 10% fullorðinna grænmeti og ávexti 5 sinnum á dag eða oftar (24).

19 - 20. Gosdrykkjaneysla, unglingar og fullorðnir

Reiknað er hlutfall fólks sem neytir gosdrykkja daglega (hjá unglungum eru orkudrykkir taldir með gosdrykkjum). Neysla á sykkurikum vörum eykur líkur á offitu (23) og tannskemmdum (25) og mikil neysla á sykkurikum gos- og svaladrykkjum getur auk þess aukið líkur á sykkursýki af tegund II (26). Í ráðleggingum Embættis landlæknis um mataræði er ráðlagt að minnka neyslu á viðbættum sykri. Sykkurneysla hér á landi er of mikil miðað við það hámark sem gefið er í ráðleggingum, þ.e. að hún sé minni en 10% af orku. Þetta á sérstaklega við hjá börnum og ungmönnum. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur jafnvel að enn frekari takmörkun á sykkurneyslu, þ.e. að hún verði minni en 5% af orkunni, geti verið til bóta (36). Samkvæmt niðurstöðum landskönnunar á mataræði 2010-2011 kom rúmlega þriðjungur af viðbættum sykri í fæði Íslendinga úr gos- og svaladrykkjum (37). Það er því einfaldasta leiðin til að draga úr sykkurneyslu að minnka neyslu á þessum vörum. Það er ekki mælt með því að skipta yfir í gosdrykki með sætuefnum. Neysla gosdrykkja með sætuefnum viðheldur löngun í sætt bragð og einnig er vert að nefna að slíkir drykkir innihalda ýmsar sýrur, líkt og sykraðir drykkir, sem hafa glerungseyðandi áhrif. Í ráðleggingum um mataræði er mælt með því að drekka lítið eða ekkert af gos- og svaladrykkjum en drekka vatn í staðinn. Á Íslandi er meira borðað af sykkurikum matvörum (súkkulaði/sælgæti, kökum og gosdrykkjum) en á hinum



Norðurlöndunum samkvæmt norrænni vöktun (35). Samkvæmt Global Burden of Disease þá er mataræði megin áhættuþáttur fyrir sjúkdómsbyrði á Íslandi (34).

21. Ofbeldi um ævina, fullorðnir

Hér er sett fram hlutfall fullorðinna sem hefur orðið fyrir líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi á lífsleiðinni. Afleiðingar ofbeldis geta verið alvarlegar bæði til skemmri og lengri tíma litið, bæði á andlega og líkamlega heilsu. Má þar nefna þunglyndi, kvíða, líkamleg veikindi, áfengis- og tóbaksneyslu og svo mætti lengi telja (38–41).

22. Áhættudrykkja fullorðinna

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall fullorðinna sem fellur undir skilgreininguna að vera með áhættusamt neyslumynstur á áfengi. Áætlað er að árið 2012 hafi mátt rekja 3,3 milljónir dauðsfalla (5,9%) og 5,1% af sjúkdómsbyrði á heimsvísu til neyslu á áfengi. Áfengisneysla er tengd stærri hluta dauðsfalla karla (7,6%) en kvenna (4,0%) (42). Samkvæmt könnun sem gerð var fyrir Embætti landlæknis árið 2016 kemur fram að 30% karla, 18 ára og eldri, og 25% kvenna á sama aldri, falla undir þá skilgreiningu að vera með skaðlegt neyslumynstur áfengis eða áhættudrykkju. Áhættustig er reiknað út frá tíðni áfengisneyslu, fjölda drykkja þegar drukkið er og tíðni ölvunardrykkju. Í sömu könnun sögðust 38% karla og 23% kvenna drekka sig ölvaða einu sinni í mánuði eða oftar. Hlutfallið er hæst hjá fólki á aldrinum 18-34 ára, um helmingur karla og þriðjungur kvenna, en lækkar svo með hækkandi aldri (43). Með því að fylgjast með þróun á áhættudrykkju fullorðinna er hægt að bregðast við með viðeigandi aðgerðum.

23. Rafsígarettunotkun (10. bekkur)

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall grunnskólanema í 10. bekk sem hefur notað rafrettur síðastliðna 30 daga. Skaðsemi vegna notkunar á rafrettum er ekki að fullu þekkt. Í ljósi þess hversu mjög hefur dregið úr tíðni reykinga í þessum aldurshópi hlýtur það hins vegar að teljast neikvætt hversu stór hluti 10. bekkinga notar rafrettur, jafnvel án þess að hafa fíktað við að reykja tóbak. Árið 2016 sögðust til að mynda um 3% nemenda *sem aldrei höfðu reykt sigarettur* hafa notað rafrettur einu sinni eða oftar síðastliðna 30 daga. Hlutfallið var ríflega fjórfalt hærra árið 2018 (44). Þessi aukning sýnir að nauðsynlegt er að fylgjast með notkun á rafsígarettum og greina hvert skal beina forvörnum.

24. Reykingar fullorðinna

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall fullorðinna sem reykir daglega. Reykingar eru einn helsti ógnvaldur við lýðheilsu í heiminum en þær geta m.a. valdið hjarta- og æðasjúkdómum og krabbameini. Áætlað hefur verið að um 6 milljónir dauðsfalla á heimsvísu megi rekja til reykinga á ári hverju. Þær ógna ekki eingöngu heilsu reykingamanna, heldur er talið að um 10% þessara dauðsfalla tengist óbeinum reykingum (45).

Dregið hefur úr daglegum reykingum á Íslandi á undanförunum árum. Árið 2014 reyktu um 14% fullorðinna Íslendinga, 18-79 ára daglega en þeim hafði fækkað í 10% árið 2016 (43). Mikilvægt er að skoða reglulega tölfræði reykinga til að meta stöðu mála og greina hvert helst skyldi beina forvarnaraðgerðum, en Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur nauðsynlegt að fylgjast með umfangi tóbaksnotkunar á að minnsta kosti 5 ára fresti (46).

25. Tóbaksnotkun í vör, fullorðnir

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall 18 ára og eldri sem notar tóbak í vör daglega eða sjaldnar. Tóbaksnotkun í vör getur haft heilsuspillandi áhrif (47). Síðustu ár hefur verið aukning í neyslu á tóbaki í vör hér á landi einkum í hópi ungra karlmannna og núna á allra síðustu árum hefur borið á



aukinni notkun á tóbaki í vör meðal ungra kvenna. Því er mikilvægt að fylgjast með og mæla þróun á neyslu tóbaks í vör á meðal beggja kynja.

26. Kannabisneysla fullorðinna, einu sinni eða oftár á síðustu 30 dögum

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall 18 ára og eldri sem hefur notað kannabis (hass og/eða maríjúana) einu sinni eða oftár á síðustu 30 dögum. Í könnun Embættis landlæknis frá 2012 sögðust um 36% svarenda hafa prófað kannabisefni einhvern tíma á ævinni og hefur það hlutfall hækkað um 11 prósentustig síðan 2003. Algengast er að fólk prófi fyrst kannabis fyrir 20 ára aldur. Þeir sem prófa kannabisefni fyrst yngri en 18 ára eru mun líklegri en þeir sem prófa fyrst eftir 18 ára aldur til að hafa á einhverju tímabili notað kannabisefni daglega eða reglulega (48). Um það bil einn af hverjum þremur sem kemur til meðferðar á Vogu er með sjúkdómsgreininguna kannabisfíkn (49). Því er mikilvægt að fylgjast grannt með þróuninni.

Heilsa og sjúkdómar (vísar 26-44)

Í þriðja og síðasta kafla lýðheilsuvísanna eru gögn notuð til að varpa ljósi á tiltekna þætti í heilsufari Íslendinga, bæði líkamlegu og andlegu. Samfélagslegu vísanir hér að ofan og þeir sem fjalla um lífnaðarhætti tengjast gjarnan mörgum sjúkdómum og oft tengjast sömu áhrifaþættir mörgum sjúkdómum. Þar má t.d. nefna reykingar sem tengjast tíðni hjartasjúkdóma, krabbameina og langvinnrar lungnateppu, hreyfingu og mataræði sem tengist hjarta- og æðasjúkdómum, ýmsum tegundum krabbameina og sykursýki af tegund II og streitu sem tengist bæði andlegum og líkamlegum sjúkdómum. Vísanir í þessum kafla tengjast hækkandi aldri og lífnaðarháttum síðustu ára og áratuga. Þeir gefa vísbendingu um sjúkdómabyrði, þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og notkun þjónustunnar.

27 - 28. Líkamleg eða andleg heilsa sæmileg/léleg

Þessi vísir gefur til kynna það hlutfall fullorðinna sem metur andlega heilsu sína sæmilega eða lélega. Hér er á ferð almennur og vel rannsakaður mælikvarði sem hefur gott forspárgildi fyrir sjúkdómatíðni og dánartíðni (50). Spurningar þar sem fólk leggur mat á eigin heilsu hafa verið algengar í faraldsfræðilegum rannsóknum og hefur réttmæti þeirra reynst ágætt þrátt fyrir að mælingarnar byggji ekki á klínísku mati heilbrigðisstarfsmanns. Kostur við spurningar þar sem fólk leggur mat á eigin heilsu, umfram mælingar á tilteknum sjúkdómum, er að breytan nær að ýmsu leyti betur til skilgreiningar Alþjóðaheilbrigðismálatofnunarinnar sem lítur á heilsu sem líkamlega, andlega og félagslega vellíðan en ekki einungis það að vera laus við sjúkdóma eða örorku (51). Í lýðheilsuvísunum þótti ástæða til að beina sjónum að þeim sem meta heilsu sína sæmilega eða lélega fremur en að þeim sem meta hana góða eða mjög góða.

29 – 30. Þunglyndislyfjanotkun karla og kvenna

Hér er reiknaður fjöldi ávísaðra skilgreindra dagsskammta (DDD) af þunglyndislyfjum (ATC flokkun N06A) á 1000 karla/konur á dag. Búið er að taka tillit til mismunandi aldursamsetningar í heilbrigðisumdæmunum með aldursstöðlun.

Tölur um lyfjanotkun gefa vísbendingar um bæði sjúkdómatíðni og tengda áhrifaþætti og framboð, aðgengi og úrræði í heilbrigðisþjónustu. Þunglyndislyfjanotkun er mest á Íslandi í samanburði við önnur OECD lönd. Í skýrslu OECD, Health at a Glance 2015 kom fram að aldursstöðluð notkun þessara lyfjaflokka var 118 DDD á hverja þúsund íbúa á Íslandi 2013 á meðan meðaltal 28 OECD landa var 58 DDD/1000 íbúa (52). Þessi mikla notkun á þunglyndislyfjum á Íslandi gefur tilefni til að fylgst sé grannt með þróuninni auk þess sem gagnlegt er að greina notkunina betur eftir tilteknum undirhópum.



Sérstaða Íslands hvað varðar notkun þunglyndislyfja er athyglisverð og hafa ýmsar tillögur verið lagðar fram til skýringar á þeim mikla mun sem er á notkunarmynstri Íslendinga og annarra þjóða. Ein möguleg skýring er að skortur á meðferðarúrræðum geti valdið því að einstaklingar með vægari þunglyndiseinkenni fái ávísað lyfjum hérlendis í stað þess að vera vísað til sálfræðings (53). Lyfjanotkunin getur þannig tengst framboði og aðgengi að þjónustu og því mikilvægt að skoða notkun þunglyndislyfja eftir m.a. búsetu og kyni.

31 - 34. Langvinnir sjúkdómar, lyfjanotkun og sjúkrahúslegur

Hér er samþætтуð umfjöllun um lýðheilsuvísu sem tengjast allir langvinnum sjúkdómum, þ.e. offitu, lyfjanotkun vegna háa blóðsykurs eða hárrar blóðfitu og dánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma kvenna.

Árið 2008 var áætlað að langvinnir líkamlegir sjúkdómar hafi orsakað 63% af dauðsföllum á heimsvísu. Hér er einkum um að ræða hjarta- og æðasjúkdóma (48%), krabbamein (21%), langvinna lungnasjúkdóma (12%) og sykursýki (3,5%). Þessir sjúkdómar eru orsök 86% dauðsfalla í Evrópu en þeir eru að miklu leyti tengdir við þá lífnaðarhætti sem við höfum tamið okkur á síðustu áratugum. Þessir fjórir stóru sjúkdómflokkar eiga sameiginlega ákveðna áhættuþætti, þ.e. tóbaksnotkun, óhollt mataræði, hreyfingarleysi og skaðlega notkun áfengis (54). Á síðustu árum hefur orðið aukning á offitu og sykursýki á Íslandi. Það ásamt hækkandi meðalaldri þjóðarinnar mun valda því að það dregur úr fækkun dauðsfalla vegna kransæðasjúkdóma (54). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin spáir því að byrði vegna ofangreindra sjúkdóma eigi enn eftir að aukast og hefur stofnunin skilgreint langvinna sjúkdóma sem helstu ógn við félagslega og efnahagslega þróun á heimsvísu. Vísindarannsóknir hafa sýnt að hægt er að draga úr byrði þessara sjúkdóma með forvörnum og heilsuefingu. Aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma 2013-2020 var samþykkt á allsherjarþingi Sameinuðu þjóðanna. Aðgerðaáætlunin inniheldur leiðarvísi og valkosti um margvíslegar stefnur sem saman eiga að færa okkur nær markmiðunum níu sem sett eru fram í áætluninni. Eitt þessara meginmarkmiða er að draga úr heildardánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma, krabbameina, sykursýki og langvinnra lungnasjúkdóma um 25%. Í aðgerðaáætluninni er lögð áhersla á samvinnu á ólíkum sviðum samfélagsins og samvinnu á grundvelli alls heimsins, milli einstakra landa og milli svæða innan landa (3).

31. Líkamsþyngdarstuðull ≥ 30 , fullorðnir

Reiknað er hlutfall fólks sem er með líkamsþyngdarstuðul (BMI) 30 eða hærri, sem skilgreint er sem offita í flokkun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Þótt líkamsþyngdarstuðull sé ekki fullkomin mæling gefur hann vísbendingar um hvenær þyngd er orðin það mikil að hún getur haft slæm áhrif á heilsu. Eitt af níu meginmarkmiðum í aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma er að draga úr heildardánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma (4), krabbameina, sykursýki og langvinnra lungnasjúkdóma um 25%. Til þess að fylgjast með því markmiði mælir stofnunin m.a. með því að reglulega sé fylgst með algengi sykursýki og offitu. Annað af markmiðunum níu er að draga úr aukningu á tíðni sykursýki og offitu. Samkvæmt rannsókn Hjartaverndar hefur meðallíkamsþyngdarstuðull hækkað á Íslandi á undanförunum áratugum, einkum eftir 1980 (55). Í rannsókn sem birtist árið 2006 í Læknablaðinu sýna niðurstöður að örorka í tengslum við offitu jókst marktækt frá 1992 til 2004 (56). Árið 2007 voru 18-49 ára landsmenn sem bjuggu utan höfuðborgarsvæðisins líklegri en höfuðborgarbúar til að vera of feitir. Munurinn var minni í hópi 50-



79 ára, en offita var þó marktækt algengari utan höfuðborgarsvæðisins (14). Með því að fylgjast með þróuninni getur skapast hvatning til heilsueflandi aðgerða.

32. Blóðsykurslækkandi lyf, önnur en insúlín

Í þessum vísi er reiknaður fjöldi ávísaðra skilgreindra dagsskammta (DDD) af blóðsykurslækkandi lyfjum, öðrum en insúlíni (ATC flokkun A10B) á 1.000 íbúa á dag. Búið er að taka tillit til mismunandi aldurssamsetningar í heilbrigðisumdæmunum með aldursstöðlun.

Sykursýki er einn af fjórum stórum flokkum langvinnra sjúkdóma sem valda hvað mestri sjúkdómsbyrði. Talið er að 10-15% sykursjúkra séu með tegund I en meirihlutinn, eða um 85-90%, sé með tegund II. Eins og greint er frá hér að ofan er eitt af níu meginmarkmiðum í aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma að draga úr heildardánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma (4), krabbameina, sykursýki og langvinnra lungnasjúkdóma um 25%. Til þess að fylgjast með því markmiði mælir stofnunin m.a. með því að reglulega sé fylgst með algengi sykursýki og offitu. Annað af markmiðunum níu er að stöðva aukningu á tíðni sykursýki og offitu.

Samkvæmt rannsókn Hjartaverndar hefur meðallíkamsþyngdarstuðull hækkað á Íslandi á undanförunum áratugum, einkum eftir 1980. Algengi sykursýki af tegund II tvöfaldaðist hjá körlum 1967-2007 og jókst um 50% hjá konum. Aukning á sykursýki og offitu/ofþyngd síðustu áratugi virðist svipuð hér á landi og annars staðar. Þrátt fyrir þetta er algengi á sykursýki á Íslandi enn með því lægsta sem þekktist á Vesturlöndum (55). Önnur rannsókn sem byggir á gögnum Hjartaverndar sýndi að fyrir hvert tilfelli þekkrar sykursýki eru tvö tilfelli ógreind (57). Sýnt hefur verið fram á að koma megi í veg fyrir stóran hluta tilfella sykursýki af tegund II með heilbrigðu mataræði og hreyfingu. Ekki liggja fyrir upplýsingar um algengi sykursýki eftir búsetusvæðum á Íslandi. Til þess að gefa vísbendingu um mismunandi tíðni sjúkdómsins er reiknuð út notkun lyfja við sykursýki af tegund II. Þessar tölur gefa vísbendingu um bæði sjúkdómatíðni og tengda áhrifabætti og framboð, aðgengi og úrræði í heilbrigðisþjónustu.

33. Blóðfitulækkandi lyf

Reiknaður er fjöldi ávísaðra skilgreindra dagsskammta (DDD) af blóðfitulækkandi lyfjum (ATC flokkur C10) á 1.000 íbúa á dag. Búið er að taka tillit til mismunandi aldurssamsetningar í heilbrigðisumdæmunum með aldursstöðlun. Eitt af markmiðunum í aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma er að a.m.k 50% af þeim sem á þurfa að halda fáa lyfjameðferð og ráðgjöf (þ.á.m. stjórn á blóðfitum) til þess að fyrirbyggja hjarta- og heilaáföll (4). Tölur um notkun blóðfitulækkandi lyfja gefa vísbendingu um bæði sjúkdómatíðni og tengda áhrifabætti og framboð, aðgengi og úrræði í heilbrigðisþjónustu. Vísbendingar hafa fundist um mismunandi hjartaheilsu (14), lyfjanotkun og meðferðarheldni lyfja eftir búsetusvæðum á Íslandi. Þess vegna er mikilvægt að fylgjast með notkuninni eftir heilbrigðisumdæmum.

34. Dánartíðni vegna hjarta og æðasjúkdóma, konur

Reiknuð er dánartíðni kvenna af völdum hjarta- og æðasjúkdóma, en búið er að taka tillit til mismunandi aldurssamsetningar í heilbrigðisumdæmunum með aldursstöðlun.

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta orsök langvinnra sjúkdóma. Á Íslandi og í löndunum í kringum okkur hefur dánartíðni vegna þessara sjúkdóma lækkað síðustu áratugi. Tvær meginástæður eru fyrir þessari lækkun. Í fyrsta lagi betri meðferð við fyrrnefndum sjúkdómum, bæði lyfjameðferðir m.a. við háþrýstingi og háum blóðfitum og aðgerðir á borð við kransæðavíkanir og hjáveituaðgerðir. Í öðru lagi hagstæðar breytingar á helstu áhættuþáttum, þ.e. tóbaksreykingum, bættu mataræði og aukinni



hreyfingu. Vísendingar hafa fundist um aukna dánartíðni af völdum hjartasjúkdóma þegar dánarorsakir kvenna utan höfuðborgarsvæðisins eru bornar saman við dánarorsakir kvenna á höfuðborgarsvæðinu (14).

35 - 36. Nýgengi krabbameina, karlar og konur

Í þessum vísi er reiknað aldursstaðlað nýgengi krabbameina á 100.000 íbúa á tíu ára tímabili. Eins og áður sagði er eitt af meginmarkmiðum í aðgerðaáætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma að draga úr heildardánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma, krabbameina, sykursýki og langvinnra lungnasjúkdóma um 25%. Til þess að fylgjast með því markmiði mælir stofnunin m.a. með því að reglulega sé fylgst með nýgengi og dánartíðni vegna krabbameina (4).

37. Sýklalyfjaávisanir < 5 ára

Reiknaður er fjöldi sýklalyfjaávisana (ATC flokkur J01) til barna sem eru yngri en 5 ára, á 1.000 börn á sama aldri. Búið er að taka tillit til mismunandi aldurssamsetningar í heilbrigðisumdæmunum með aldursstöðlun. Sýklalyfjaónæmi er ein stærsta heilbrigðisógn heimsins í dag samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni, en sýnt hefur verið fram á sterk tengsl sýklalyfjaónæmis og mikillar sýklalyfjanotkunar í þjóðfélögum (58). Fram til ársins 2016 hafði sýklalyfjanotkun hérlendis dregist saman. Svo virðist þó vera sem aukning hafi orðið á milli árána 2015-2016 og sérstaka athygli vekur aukningin á meðal barna undir 5 ára aldri (59). Ein af aðgerðum á starfsáætlun Embættis landlæknis 2017-2018 er að vinna með læknum að bættri notkun sýklalyfja (60). Tölur um lyfjanotkun geta bæði vitnað um tíðni þeirra sjúkdóma sem lyfin eru gefin við og ávisanavenjur lækna.

38 - 39. Bólusetningar barna, 12 mánaða og 4 ára

Hér er skoðað hlutfall barna í árgangi 2016 sem hafði fengið almenna bólusetningu 12 mánaða barna. Á sama hátt er árgangur 2012 skoðaður með tilliti til almennrar bólusetningar 4 ára barna. Miðað er við að börn hafi verið búin að fá fyrrgreindar bólusetningar í maí 2018.

Bólusetningar eru einstakar lýðheilsuáðgerðir sem eiga sér enga hliðstæðu í forvörnum sjúkdóma (61), en Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin fullyrðir að engar aðgerðir séu mönnum eins hagkvæmar og bólusetningar. Bólusetningar vernda þann bólusetta en hefta jafnframt útbreiðslu sjúkdóma, því bólusettur einstaklingur smitar ekki aðra. Það er því nauðsynlegt að sem flestir séu bólusettir til að svokallað hjarðónæmi náist. Eitt af markmiðum í starfsáætlun Embættis landlæknis 2017-2018 er að þátttaka í almennum bólusetningum eins árs og fjögurra ára barna verði 95% árið 2018 (60). Mikilvægt er að fylgst sé reglulega með hversu hátt hlutfall barna fær almennar bólusetningar í samræmi við tilmæli sóttvarnalæknis og hvort bólusetningum í ákveðnum heilbrigðisumdæmum sé ábótavant. Gögn koma úr bólusetningaskrá (62) sem sóttvarnalækni ber lögum samkvæmt að halda (63). Lista yfir almennar bólusetningar barna við 12 mánaða og 4 ára aldur má finna [hér](#).

40. Skimun fyrir leghálskrabbameini

Í þessum vísi er reiknað hlutfall kvenna á aldrinum 23-65 ára sem hefur mætt í skimun fyrir leghálskrabbameini í samræmi við skipulag, eða yfir þriggja og hálfis árs tímabil. Leghálsskrabbamein er þriðja algengasta krabbamein hjá konum á heimsvísu en það er mun sjaldgæfara í löndum þar sem skipulega er skimað fyrir krabbameininu (64).

Skipuleg leghálsskrabbameinsskimun hófst hér á landi árið 1964. Á undanförunum áratugum hafa bæði nýgengi og dánartíðni lækkað umtalsvert og er talið að þá lækun megi rekja til skipulegrar skimunar fyrir meininu sem leiðir til þess að greining á sér frekar stað á forstigum sjúkdómsins. Eitt af meginmarkmiðum í aðgerðaráætlun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar vegna langvinnra sjúkdóma er að



draga úr heildardánartíðni vegna hjarta- og æðasjúkdóma, krabbameina, sykursýki og langvinnra lungnasjúkdóma um 25%. Til þess að fylgjast með því markmiði mælir stofnunin m.a. með því að reglulega sé fylgst með því að konur skili sér í leghálskrabbameinsskimun eins og áætlanir hvers lands gera ráð fyrir (4). Mikilvægt er að fylgjast með mætingu kvenna í skimunina eftir búsetu og bregðast við með viðeigandi hætti ef þurfa þykir.

41. Skimun fyrir brjóstakrabbameini

Reiknað er hlutfall kvenna á aldrinum 40-69 ára sem fór í röntgenmyndatöku af brjóstum yfir tveggja ára tímabil, í samræmi við skipulag. Brjóstakrabbamein er algengasta krabbamein kvenna og er rétt tæplega 30% allra krabbameina meðal kvenna á Íslandi. Nýgengið hefur aukist jafnt og þétt á síðustu áratugum (65). Röntgenmyndataka af brjóstum er mikilvægur liður í því að greina brjóstakrabbamein eins fljótt og auðið er.

Í lok árs 1987 hófst skipulögð skimun fyrir brjóstakrabbameinum með brjóstarröntgenmyndatöku hér á landi. Konum á aldrinum 40-69 ára er boðin brjóstamyndataka á tveggja ára fresti í beinum tengslum við leit að krabbameini í leghálsi. Þrátt fyrir aukningu í nýgengi hefur dánartíðni brjóstakrabbameina breyst lítið síðustu hálfu öld. Það er m.a. talið byggjast á betri meðferð og fyrri greiningu þessara meina. Skimun fyrir brjóstakrabbameini fer fram á Leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands í Reykjavík, á flestum heilsugæslustöðvum og á röntgendeild Sjúkrahúsins á Akureyri. Mikilvægt er að fylgjast með mætingu kvenna í skimun með það fyrir augum að greina undirhópa sem af einhverjum ástæðum skila sér ekki í skimunina þannig að hægt sé að bregðast við með viðeigandi hætti.

42. Liðskiptaaðgerðir á mjöðm

Reiknaður er fjöldi framkvæmdra liðskiptaaðgerða á mjöðm yfir fimm ára tímabil fyrir hverja 100.000 íbúa 15 ára og eldri. NCSP (Norræn flokkun aðferða og aðgerða í skurðlækningum) kóðar sem liggja til grundvallar eru NFB og NFC. Búið er að taka tillit til mismunandi aldursamsetningar í heilbrigðisumdæmunum með aldursstöðlun.

Liðskipti í mjöðmum með ísetningu svokallaðra gerviliða hafa verið framkvæmd í nokkra áratugi. Árangur aðgerða er almennt góður og vegna fjölda aðgerða er stór hópur fólks með slíka gerviliði. Slíkar aðgerðir hafa skipt sköpum fyrir líðan og lífsgæði þeirra sem á þurfa að halda. Samkvæmt úttekt McKinsey árið 2016 var tíðni slíkra aðgerða heldur lægri á Íslandi en í nágrannalöndunum (66). Löng bið hefur verið eftir þessum aðgerðum á Íslandi um nokkurt skeið og stór hluti sjúklinga bíður vel umfram ásættanlegan viðmiðunartíma (67), en landlæknir miðar við að aðgerðir skuli gerðar innan 90 daga frá greiningu. Frá því í mars 2016 hefur staðið yfir áttak til styttingar biðlistum, m.a. á biðlistum eftir gerviliði í mjöðm. Aðgerðum hefur fjölgað í kjölfarið og jákvæð þróun er byrjuð að sjást á biðtíma (67). Tölur um liðskiptaaðgerðir á mjöðm gefa vísbendingu um undirliggjandi sjúkdóma og um lífnaðarhætti síðustu ára og áratuga. Þessir vísir gefur jafnframt vísbendingu um framboð, aðgengi og úrræði í heilbrigðisþjónustu.

43. Biðlisti eftir hjúkrunarrými, ≥67 ára

Vísirinn sýnir meðalfjölda 67 ára og eldri á biðlista eftir hjúkrunarrými á síðasta ári, reiknað á hverja 1.000 íbúa á sama aldri. Fjöldinn gefur vísbendingar um þörf, framboð og aðgengi að hjúkrunarrýmum eftir heilbrigðisumdæmum. Stefna heilbrigðisyfirvalda er að fólki sé gert kleift að búa á eigin heimili utan stofnana eins lengi og unnt er með viðeigandi heilbrigðis- og félagsþjónustu (68). Þegar aðstæður eru orðnar þannig að fólk getur ekki lengur búið heima þrátt fyrir stuðning heilbrigðis- og félagsþjónustu er tímabært að sækja um færni- og heilsumat sem er faglegt, einstaklingsbundið mat á þörfum einstaklinga fyrir varanlega búsetu á hjúkrunar- og dvalarheimilum. Mikilvægt er að biðtími eftir rými á hjúkrunarheimilum sé ásættanlegur og að framboð á þjónustu sé í samræmi við þörf.



44. Sérfræðingsheimsóknir

Reiknaður er fjöldi koma til sérfræðilækna á samningi við Sjúkratryggingar Íslands á hvern íbúa. Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu er sérhæfð heilbrigðisþjónusta m.a. veitt á starfsstofum heilbrigðisstarfsmanna. Einkarekstur sérfræðilækna hefur vaxið umtalsvert á síðustu árum.

Í greiningu McKinsey á afköstum, rekstrarhagkvæmni og framleiðni vinnuafis á Landspítala 2016 var fjallað um nokkur almenn atriði varðandi heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Þar er m.a. bent á að þjónusta sem áður var veitt á sjúkrahúsum hafi smám saman færst á einkareknar stofur sjálfstætt starfandi sérfræðinga og á það einnig við á sviðum þar sem „sambætt heilbrigðisþjónusta, líkt og veitt er á háskólasjúkrahúsi, er besti kosturinn.“ (66).

Í þessum vísi eru komur til sjálfstætt starfandi sérfræðingalækna reiknaðar eftir því hvar fólk á heima en ekki hvar þjónustan er veitt. Framboð af sérhæfðri heilbrigðisþjónustu er mjög mismunandi eftir búsetusvæðum á Íslandi. Mikill meirihluti sjálfstætt starfandi sérfræðilækna er staðsettur á höfuðborgarsvæðinu og lítið framboð af þessari þjónustu á öðrum landsvæðum. Landfræðileg dreifing þjónustunnar hefur án ef áhrif á svæðisbundna notkun hennar.

Almennar athugasemdir við lýðheilsuvísa

Marktekt er miðuð við 95% öryggismörk ($p < 0,05$).

Aldurstöðlun er miðuð við meðalmannfjölda á Íslandi árið 2014. Sama staðalþýðið er notað fyrir öll heilbrigðisumdæmi, konur og karla. Tíðni sem stöðluð hefur verið á þennan hátt er túlkuð sem sú tíðni sem fengist hefði ef aldursdreifing hvers heilbrigðisumdæmis væri sú sama og í staðalþýðinu (meðalmannfjöldinn á Íslandi árið 2014).



Heimildir

1. Árnason M, ritstjóri. Íslensk Orðabók. Reykjavík: Forlagið; 2010.
2. Lýðheilsustefna og aðgerðir sem stuðla að heilsuefandi samfélagi - með sérstakri áherslu á börn og ungmenni að 18 ára aldri. [Rafrænt]. Hafnarhúsinu við Tryggvagötu: Velferðarráðuneytið; [tilvitnun 3. október 2014]. Aðgengilegt á: https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/skyrslur2016/Lydheilsustefna_og_adgerdaaetlun_30102016.pdf
3. Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region [Rafrænt]. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 sep [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/314534/66wd14e_WomensHealthStrategy_160519.pdf?ua=1
4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 [Rafrænt]. World Health Organization; [tilvitnun 3. október 2017] bls. 55. Aðgengilegt á: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
5. Stefnur - Embætti landlæknis [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/stefnur/>
6. Stöðugreining 2016. Byggðapróun á Íslandi. [Rafrænt]. Byggðastofnun; 2016 sep [tilvitnun 17. október 2017] bls. 121. Aðgengilegt á: <https://www.byggdastofnun.is/static/files/Skyrslur/stodugreining-2016-09-22.pdf>
7. Gunnarsdóttir AK. Orsakir búferlaflutninga kvenna af landsbyggðinni. [Rafrænt] [MA ritgerð]. Menntavísindasvið, Háskóli Íslands; 2009 [tilvitnun 17. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://skemman.is/bitstream/1946/3996/1/AKG%20Ors.%20b%C3%BAf.%20loka.pdf>
8. Sigurðardóttir H, Bender SS. UNGAR MÆÐUR. SKYNJAÐUR STUÐNINGUR Í BARNEIGNARFERLINU. 2011;6.
9. Menntamálastofnun. Helstu niðurstöður PISA 2015 [Rafrænt]. Menntamálastofnun; 2017 jan [tilvitnun 3. október 2017] bls. 136. Aðgengilegt á: https://mms.is/sites/mms.is/files/helstu_nidurstodur_pisa_2015_prent_-_loka.pdf
10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An update systematic review. Ann Intern Med. 19. júlí 2011;155(2):97–107.
11. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report [Rafrænt]. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; [tilvitnun 17. október 2017]. Aðgengilegt á: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1
12. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health. september 2012;126(Suppl 1):S4-10.



13. Gudmundsdóttir DG. The Impact of Economic Crisis on Happiness. Soc Indic Res. 1. febrúar 2013;110(3):1083–101.
14. Haraldsdóttir S, Gudmundsson S, Thorgeirsson G, Lund SH, Valdimarsdóttir UA. Regional differences in mortality, hospital discharges and primary care contacts for cardiovascular disease. Scand J Public Health. maí 2017;45(3):260–8.
15. Sameinuðu þjóðirnar. Ályktun samþykkt af Allsherjarþingi Sameinuðu þjóðanna [á tilvísun til aðalnefndar (A/66/L.48/Rev.1)] [Rafrænt]. 2012 [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19870/AI%C3%BEj%C3%B3%C3%B0legi%20hamingjudagurinn_br%C3%A9f%20fr%C3%A1%20S%C3%9E.pdf
16. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, o.fl. Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. Journal of Adolescent Health. 1. apríl 2007;40(4):357.e9-357.e18.
17. Þórlindsson, Þórólfur, Halldórsson V, Hallgrímsson JH, Lárusson D, Geirs DP. Íþróttir á Íslandi. Umfang og hagræn áhrif. Áfangaskýrsla 2015. [Rafrænt]. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands; 2014 [tilvitnun 3. október 2017] bls. 86. Aðgengilegt á: file:///C:/Users/vedis/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/2XD222BP/ithrott_isl_hagr_ahr_2015.pdf
18. Íþróttir - Barnsins vegna [Rafrænt]. issuu. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: https://issuu.com/ithrotta-ogolympiusambandislands/docs/b__klingur____r__ttir_barna
19. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur Heart J. júní 2011;32(12):1484–92.
20. Owens J, Group ASW, Adolescence CO. Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences. Pediatrics. 1. ágúst 2014;peds.2014-1696.
21. Short MA, Gradisar M, Lack LC, Wright HR. The impact of sleep on adolescent depressed mood, alertness and academic performance. J Adolesc. desember 2013;36(6):1025–33.
22. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nat Rev Neurosci. júní 2009;10(6):434–45.
23. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. BMJ. 15. janúar 2013;346:e7492.
24. Gísladóttir E, Gunnarsdóttir G, Þorgeirsdóttir H, Daníelsdóttir S. Vöktun áhrifaþátta - næring, hreyfing og líðan 2016 [Rafrænt]. Embætti landlæknis; 2017 maí [tilvitnun 3. október 2017] bls. 4. (Talnabrunnur - fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar). Aðgengilegt á: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item32432/Talnabrunnur_Mai_2017.pdf
25. Effect on Caries of Restricting Sugars Intake Journal of Dental Research - P.J. Moynihan, S.A.M. Kelly, 2014 [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034513508954>
26. Sonestedt E, Overby NC, Laaksonen DE, Birgisdóttir BE. Does high sugar consumption exacerbate cardiometabolic risk factors and increase the risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease? Food Nutr Res. 2012;56.



27. Ráðleggingar um hreyfingu [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item11179/>
28. World Health Organization. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025 [Rafrænt]. World Health Organization Regional committee for Europe 65th session; 2015 sep [tilvitnun 3. október 2017] bls. 28. Aðgengilegt á: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1
29. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 21. júlí 2012;380(9838):219–29.
30. Chapters in FYSS [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.fyss.se/fyss-in-english/chapters-in-fyss/>
31. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Methodology and user guide. Economic assessment of transport infrastructure and policies. 2014 Update. [Rafrænt]. World Health Organization; [tilvitnun 3. október 2017] bls. 49. Aðgengilegt á: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/256168/ECONOMIC-ASSESSMENT-OF-TRANSPORT-INFRASTRUCTURE-AND-POLICIES.pdf?ua=1
32. Nordic Nutrition Recommendations 2012 | OECD READ edition [Rafrænt]. OECD iLibrary. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.norden.org/en/theme/former-themes/themes-2016/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012>
33. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. [Rafrænt]. World Health Organization Regional Office for Europe; 2014 jún [tilvitnun 3. október 2017] bls. 24. Aðgengilegt á: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf
34. Global Burden of Diseases, Injuries and Risk factors study 2010 [Rafrænt]. Institute for Health Metrics and Evaluation; [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_iceland.pdf
35. Matthiessen J, Andersen L, Barbieri H, Borodulin K, Knudsen V, Kørup K, o.fl. The Nordic Monitoring System 2011-2014. Status and development of diet, physical activity, smoking, alcohol and overweight. [Rafrænt]. Nordic Council of Ministers; [tilvitnun 3. október 2017] bls. 230. Aðgengilegt á: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1066553/FULLTEXT01.pdf>
36. WHO | Healthy diet [Rafrænt]. WHO. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
37. Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, o.fl. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Helstu niðurstöður. [Rafrænt]. Embætti landlæknis, Matvælastofnun, Rannsóknastofna í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús; 2011 [tilvitnun 3. október 2017] bls. 119. Aðgengilegt á:



https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item14901/Hva%C3%B0%20bor%C3%B0a%20%C3%8Dslendingar_april%202012.pdf

38. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis [Rafrænt]. [tilvitnun 5. júní 2018]. Aðgengilegt á: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001349>
39. WHO | Global status report on violence prevention 2014 [Rafrænt]. WHO. [tilvitnun 5. júní 2018]. Aðgengilegt á: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
40. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, Thompson WW, Ford DC, Dhingra SS, o.fl. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *Am J Prev Med.* mars 2015;48(3):345–9.
41. WHO | World report on violence and health [Rafrænt]. WHO. [tilvitnun 5. júní 2018]. Aðgengilegt á: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
42. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Rafrænt]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; [tilvitnun 3. október 2017] bls. 392. Aðgengilegt á: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
43. Jónsson R, Jensson V, Kristjánsson S. Vöktun áhrifapátta - áfengis- og tóbaksnotkun 2016 [Rafrænt]. 2017 feb [tilvitnun 3. október 2017] bls. 2. (Talnabrunnur - fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar). Report No.: 11. árgangur. 2. tölublað. Aðgengilegt á: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item31880/Talnabrunnur_Februar_%202017.pdf
44. Rannsóknir og greining. Tíðni rafrettunotkunar og sígarettureykinga meðal íslenskra ungmenna. Ungt fólk 2015-2018.
45. WHO | Tobacco [Rafrænt]. WHO. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
46. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [Rafrænt]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; [tilvitnun 3. október 2017] bls. 359. Aðgengilegt á: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1
47. Frá vísindum til stjórn mála. Sænskt munntóbak og skaðsemi þess. [Rafrænt]. Heidelberg - krabbameinsvarnardeild: Þýska krabbameinsrannsóknastöðin; 2010 [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item17726/S%C3%A6nskt%20munnt%C3%B3bak%20og%20ska%C3%B0semi%20%C3%BEess.pdf>
48. Kristjánsson S, Jónsson R. Ólögleg vímuefni - viðhorf og neysla Íslendinga 18-67 ára [Rafrænt]. Embætti landlæknis; 2013 sep [tilvitnun 3. október 2017]. (Talnabrunnur - fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar). Report No.: 7. árg. 8. tölublað. September 2013. Aðgengilegt á: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item21221/Talnabrunnur_september_2013.pdf



49. Tyrfingsson Þ. Ársrit meðferðarsviðs SÁÁ 2016. 2. hefti [Rafrænt]. SÁÁ, Reykjavík; [tilvitnun 6. júní 2018]. Aðgengilegt á: https://saa.is/wp-content/uploads/2017/02/A%CC%81rsrit_to%CC%88lur_18022017_an_crop.pdf
50. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38(1):21–37.
51. WHO | Constitution of WHO: principles [Rafrænt]. WHO. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.who.int/about/mission/en/>
52. OECD. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. [Rafrænt]. OECD Publishing, Paris: OECD; 2015 [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf>
53. Eiríksdóttir VH. Lyfjanotkun Íslendinga [Rafrænt]. Embætti landlæknis; 2016 des [tilvitnun 3. október 2017]. (Talnabrunnur - fréttabréf landlæknis um heilbrigðisupplýsingar). Report No.: 10. árgangur. 10. tölublað. Nóvember-desember 2016. Aðgengilegt á: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30989/Talnabrunnur_november_desember_2016.pdf
54. Langvinnir sjúkdómar: heimsfaraldur 21. aldar | 11. tbl. 98. árg. 2012 [Rafrænt]. Læknablaðið. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.laeknabladid.is/tolublod/2012/11/nr/4665>
55. Þróun holdafars og sykursýki í 40 ár á Íslandi | 04. tbl. 95. árg. 2009 [Rafrænt]. Læknablaðið. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.laeknabladid.is/2009/04/nr/3461>
56. Algengi offitugreiningar hjá öryrkjum á Íslandi 1992-2004 | 07/08. tbl 92. árg. 2006 [Rafrænt]. Læknablaðið. [tilvitnun 5. júní 2018]. Aðgengilegt á: <http://www.laeknabladid.is/2006/07/nr/2479>
57. Algengi sykursýki af tegund tvö á Íslandi 1967-2002 | 05. tbl 93. árg. 2007 [Rafrænt]. Læknablaðið. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.laeknabladid.is/2007/05/nr/2802>
58. WHO | Antibiotic resistance [Rafrænt]. WHO. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/>
59. Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjanæmi baktería í mönnum og dýrum á Íslandi 2016 [Rafrænt]. Reykjavík, Ísland: Embætti landlæknis; 2017 sep [tilvitnun 17. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item32860/Sk%C3%BDrsla%20um%20s%C3%BDklalyfjanotkun%20og%20n%C3%A6mi%202016.pdf>
60. Embætti Landlæknis. Starfsáætlun 2017-18 [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item32414/>
61. Bólusetningar - Embætti landlæknis [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/smit-og-sottvarnir/bolusetningar/>
62. Bólusetningaskrá [Rafrænt]. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/gagnasofn/gagnasafn/item15627/Bolusetningaskra>



63. Reglugerð um bóluþættingar á Íslandi. [Rafrænt]. 221/2001 mar 9, 2001. Aðgengilegt á: <https://www.reglugerd.is/reglugerdir/allar/nr/221-2001>
64. Krabbamein í leghálsi [Rafrænt]. Krabbameinsskrá; 2012 [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: http://www.krabbameinsskra.is/resources/pdf/krabbamein/krabbamein_a_islandi_2012-krabbamein_i_leghalsi.pdf
65. Brjóstakrabbamein. Helstu einkenni, orsakir, greining, algengi og lífshorfur. [Rafrænt]. Krabbameinsfélagið. [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.krabb.is/fraedsla-forvarnir/krabbamein-a-o/brjostakrabbamein/>
66. Lykill að fullnýtingu tækifæra Landsspítalans - Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum [Rafrænt]. Velferðarráðuneytið; 2016 sep [tilvitnun 3. október 2017] bls. 61. Aðgengilegt á: <https://www.stjornarradid.is/media/velferdarraduneyti-media/media/skyrslur2016/Lykill-ad-fullnytingu-taekifaera-Landspitalansb.pdf>
67. Biðlistar eftir völdum aðgerðum í júní 2017 [Rafrænt]. Embætti landlæknis; 2017 jún [tilvitnun 3. október 2017]. Aðgengilegt á: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item32641/Bidlistar%20eftir%20voldum%20adgerdum%20skyrsla%20juni%202017.pdf>
68. Reglugerð um færni- og heilsumat vegna dvalar- og hjúkrunarrýma [Rafrænt]. 466/2012 jún 1, 2012. Aðgengilegt á: <https://www.stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=4cf6ac78-46f9-4bdc-a338-ee9d5f6035ba>