

Velferðarstefna
Heilbrigðisáætlun til ársins 2020

Velferðarráðuneytið
Reykjavík 2012

Efnisyfirlit

1. Formáli	3
2. Stutt yfirlit um innlenda og erlenda þróun síðustu ára	4
3. Helstu viðfangsefni næstu ára	6
Aldurssamsetning og íbúapróun	7
Stuðningur við viðkvæma þjóðfélagshópa	7
Áhrifaþættir heilbrigðis	8
Kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu	8
4. Sýn og stefna	9
A. Jöfnuður í heilsu og lífsgæðum	9
B. Lífstílstengdir áhrifaþættir heilsu og forvarnir	10
C. Öflug og heildstæð velferðarþjónusta	11
5. Aðgerðaáætlun	12
A. Jöfnuður í heilsu og lífsgæðum	13
A.1 Aðgengi að þjónustu	13
A.2 Félagsleg staða	15
A.3 Atvinnuþátttaka og starfsendurhæfing	16
A.4 Lífsgæði fólks með sjúkdóma	17
B. Lífstílstengdir áhrifaþættir heilsu og forvarnir	19
B.1 Hreyfing	19
B.2 Mataræði	21
B.3 Holdafar	23
B.4 Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir	25
B.5 Slysa- og ofbeldisvarnir	27
B.6 Geðheilsa	29
B.7 Sóttvarnir	31
B.8 Kynheilbrigði	33
B.9 Tannheilsa	34
B.10 Vinnutengd heilsa	36
C. Örug og heildstæð velferðarþjónusta	37
C.1 Samþætting og samfella í þjónustu	37
C.2 Heilsugæsla	39
C.3 Sérfræðiþjónusta	41
C.4 Sjúkrahúsþjónusta	42
C.5 Gæði, öryggi og eftirlit	44
C.6 Mannaflí í heilbrigðisþjónustu	46
C.7 Rafræn skráning, miðlun og nýting heilbrigðisupplýsinga	47

DRÖG

C.8 Rannsóknir og þróun	49
6. Framkvæmd, mat og eftirlit.....	50
Heimildir	51
Viðauki I: Kostnaðargreining (í vinnslu)	51
Viðauki II: Skilgreiningar á hugtökum (í vinnslu).....	51
Viðauki III: Yfirlit um aðrar stefnur og áætlanir (í vinnslu)	51

DRÖG

1. Formáli

Heilbrigðisáætlun til ársins 2020 leysir af hólmi heilbrigðisáætlun til ársins 2010. Við gerð nýrrar áætlunar er leitast við að móta framtíðarsýn í heilbrigðismálum til ársins 2020 og lögð fram aðgerðaáætlun til að nálgast þau markmið sem fram eru sett.

Á síðustu árum hafa stjórnvöld í vaxandi mæli leitað lausna á viðfangsefnum samfélagsins með samráði og lýðræðislegri umræðu í þjóðfélaginu. Við gerð heilbrigðisáætlunar til ársins 2020 var lögð rík áhersla á víðtækt samráð. Í þeim anda var boðað til þjóðfundar um heilbrigðismál í mars 2012 sem 220 fulltrúar tóku þátt í. Í maí, ágúst og september sama ár voru haldnir fundir með sérfræðingum og fulltrúum sveitarfélaga um tiltekna hluta áætlunarinnar. Auk þess hafa verið haldnir fjölmargir smærri fundir með leikum og lærðum. Margar góðar tillögur sem komið hafa fram á þessum fundum má sjá í nýrri heilbrigðisáætlun. Er öllum þátttakendum þakkað fyrir þeirra mikilvæga framlag við mótn áætlunarinnar.

Heilbrigðisáætlunin endurspeglar alþjóðlegar áherslur samtímans en hvílir jafnframt á stoðum fyrri landsáætlana og lagafyrirmælum. Með sameiningu félags- og heilbrigðismála í eitt ráðuneyti hafa áherslur breyst nokkuð og kastljósinu er nú í ríkari mæli beint að félagslegum áhrifaþáttum heilbrigðis¹ og mikilvægi þess að samþætta þjónustupætti velferðarmála. Sjónum er að auki beint að heilsufarsvandamálum sem líklegt er að muni vaxa og hvernig skuli fyrirbyggja þau, meðal annars með forvörnum. Enn fremur er hugað betur að stöðu einstakra viðkvæmra þjóðfélagshópa.

Áform eru uppi um að þróa og staðfæra lýðheilsumat (e. *health impact assessment*) sem felur í sér að meta hugsanleg bein og óbein áhrif tiltekinna aðgerða, laga, reglugerða, frumvarpa og annarra stjórnvaldsaðgerða á lýðheilsu. Þegar liggur fyrir nokkur þekking á því hvaða þættir í umhverfi og skipulagi geta haft áhrif á þróun sjúkdóma og annars heilsuvanda.

Bætt skráning, varðveisla og úrvinnsla gagna hafa skapað möguleika til þess að fylgjast betur með heilsufari þjóðarinnar en áður var unnt. Með betri upplýsingum, reglubundnum könnunum og nýjum gagnagrunnum á sviði velferðarmála gefast tækifæri til að vinna skipulegar að auknu jafnræði í heilbrigðisþjónustu og fylgjast með gæðum og öryggi þjónustunnar.

Heilbrigðisáætlunin til 2020 gerir í stuttu máli grein fyrir erlendra og innlendra stefnumótun síðustu ára og helstu viðfangsefnum næstu ára. Fjallað er um framtíðarsýn og stefnu í velferðarmálum og lögð fram aðgerðaáætlun til ársins 2020 þar sem sett eru fram markmið, mælikvarðar og aðgerðir sem stuðla að auknu heilbrigði þjóðarinnar og ábyrgðaraðilar skilgreindir. Í lokin er gerð grein fyrir hvernig áætluninni verður fylgt eftir og árangur hennar metinn. Með stefnunni vill velferðarráðuneytið leggja sitt af mörkum til samfélagsþróunar sem styður við lýðheilsu og stuðlar að félagslegum jöfnuði og vellíðan íbúa landsins.

Mikilvægt er að þeir sem vinna að heilbrigði íbúa landsins taki mið af heilbrigðisáætluninni í verkum sínum en heilsa og vellíðan er ekki á ábyrgð einnar starfsstéttar, ráðherra eða ráðuneytis heldur þurfa öll sveitarfélög, ráðuneyti og Alþingi að huga að áhrifum á heilsu í öllum sínum verkum, hvort sem um er að ræða löggjafarvinnu, stefnumótun eða aðgerðir. Eitt af mörgum góðum dæmum af þessu tagi er sú menntastefna sem birtist í nýjum

¹ Félagslegir áhrifaþættir heilsu eru þær aðstæður sem fólk fæðist inn í, elst upp við, lifir við, vinnur í og eldist við. Þessar aðstæður hafa áhrif á heilbrigði, lífslíkur og hversu hætt einstaklingum er við veikindum.

aðalnámsskrám (fyrir leik-, grunn- og framhaldsskóla) þar sem heilbrigði og velferð eru nú skilgreind sem einn af sex grunnþáttum menntunar. Þá er einnig ástæða til að geta verkefnisins heilsueflandi samfélag þar sem meðal annars er unnið að heilsueflingu í leikskólum, grunnskólum og framhaldsskólum.²

2. Stutt yfirlit um innlenda og erlenda þróun síðustu ára

Þann 1. janúar 2011 var velferðarráðuneytið stofnað með sameiningu fyrrum félags- og tryggingamálaráðuneytis og heilbrigðisráðuneytis.³ Áætlað er að árið 2015 verði heildræn **velferðarstefna** fullunnin (sjá mynd 1), þar sem fram kemur framtíðarsýn í öllum málaflokkum ráðuneytisins, svo sem í málefnum fjölskyldna, barna og ungmenna, heilbrigðismálum, húsnæðismálum, vinnumarkaðsmálum og jafnréttismálum. Undir velferðarstefnuna falla þær aðgerðaáætlanir sem gerðar hafa verið á málefnasviði ráðuneytisins, þar á meðal heilbrigðisáætlun til ársins 2020 sem er mikilvægur áfangi í að móta eina heildstæða velferðarstefnu.



Mynd 1: Velferðarstefna og aðgerðaáætlanir.

Stefna íslenskra stjórnvalda kemur að miklu leyti fram í **lögum og reglugerðum**. Í 1. gr. laga um heilbrigðisþjónustu er meðal annars kveðið á um að „*allir landsmenn eigi kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði*“.⁴ Þá er meðal annars kveðið á um í 3. gr. sömu laga að „*við skipulag heilbrigðisþjónustu skal stefnt að því að hún sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga*“.

Ýmsar stefnur og áætlanir hafa verið settar fram á málefnasviði ráðuneytisins og unnið er að því að endurskoða nokkrar eða setja fram nýjar. Má þar meðal annars nefna framkvæmdaáætlun um málefni fatlaðs fólks sem samþykkt var á Alþingi vorið 2012. Yfirlit um aðrar stefnur sem í gildi eru eða á undirbúningsstigi er birt í viðauka III. Auk stefna og

² Nánar á vefsíðu Embættis landlæknis: <http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/>

³ Velferðarráðuneytið tók formlega til starfa 1. janúar 2011 með breytingu á lögum um Stjórnarráð Íslands sem samþykkt voru á Alþingi 9. september 2010.

⁴ Lög um heilbrigðisþjónustu. nr. 40/2007, sjá: <http://www.althingi.is/alttext/stjt/2007.040.html>

áætlana sem velferðarráðuneytið hefur sett eða komið að þá starfar ráðuneytið eftir stefnum Stjórnarráðs Íslands⁵.

Í stefnuyfirlýsingum íslenskra ríkisstjórna síðasta áratuginn hafa ítrekað komið fram samhljóma áherslur í velferðarmálum. Ber þar hæst að koma í veg fyrir félagslega mismunun í heilsufari; tryggja jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu; að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga; mikilvægi forvarna og sérstök áhersla á vímuefnavandann; bætt tannheilsa barna; endurskoðun almannatryggingakerfisins, sem nú er hafin með sérstakri áherslu á einföldun þess; efling heimþjónustu og samþætting hennar; að framboð hjúkrunarrýma sé tryggt þegar getu þrýtur til að dvelja heima með aðstoð; að fjármunir séu nýttir á hagkvæman hátt og að sérstaklega sé hugað að hópum í samfélaginu sem eru í viðkvæmri stöðu. Þó greina megi mismunandi áherslur um rekstrarform þjónustunnar er almenn pólitísk sátt um að standa vörð um flest grundvallaratriði, svo sem jöfnuð, heilbrigði og aðgengi að nauðsynlegri þjónustu.

Árið 2009 réðust íslensk stjórnvöld í víðtæka greiningu og stefnumótun undir merkjum *sóknaráætlunar Ísland 2020*.⁶ Í stefnuskjalinu Ísland 2020 eru fimm markmið sem snúa sérstaklega að velferðarráðuneytinu en þau eru:

- » Að lækka hlutfall íbúa með 75% örorkumat á aldrinum 18–66 ára úr 7,3% í 5,7% árið 2020.
- » Að lækka hlutfall atvinnulausra úr 7% árið 2010 í 3% af heildarvinnuafli árið 2020.
- » Að auka jöfnuð á Ísland með lækkun Gini stuðuls fyrir ráðstöfunartekjur í um 23 árið 2020.
- » Að bæta stöðu jafnréttismála þannig að gildi jafnréttisvísitölunnar (e. *global gender gap index*) verði nálægt 0,9 árið 2020.
- » Að auka vellíðan og góða andlega heilsu þannig að meðaltal mælinga samkvæmt vellíðunarkvarðanum hækki úr 26,6 árið 2009 í 28 árið 2020.

Mikil greining hefur farið fram undanfarin ár á skipulagi heilbrigðisþjónustunnar, forgangsröðun verkefna og fjármuna. Í framhaldi af greiningu sem unnin var í samstarfi ráðuneytisins og alþjóðlega ráðgjafafyrirtækisins *Boston Consulting Group* í lok árs 2011 voru sett fram eftirfarandi markmið og niðurstöður:

- » Komið verði á samtengdri rafrænni sjúkraskrá fyrir allt landið sem tekur til heilsufars hvers og eins frá vöggju til grafar í samræmi við lög.
- » Átaki verði hrundið af stað í samræmdri skráningu og birtingu heilbrigðisupplýsinga í heilbrigðiskerfinu.
- » Komið verði á þjónustustýringu í áföngum.
- » Notendum þjónustunnar verði gert kleift að taka virkari þátt í eigin heilbrigðisþjónustu.
- » Sameining heilbrigðisstofnana og endurskipulagning.
- » Endurskipulagning sjúkraflutninga.
- » Samræmt framboð öldrunarþjónustu á landsvísu.
- » Viðbragðsáætlun verði sett fram gegn offitu og taki til allra þátta þjóðfélagsins og þjónustustiga heilbrigðiskerfisins.

⁵ <http://www.stjornarrad.is>).

⁶ Ísland 2020, sjá: <http://www.forsaetisraduneyti.is/2020/>

Evrópuskrifstofa Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) samþykkti heilbrigðisstefnu til ársins 2020 (*Health 2020*) í september 2012. Markmið hennar er að skapa samræmda umgjörð um heilbrigðisstefnumótun í Evrópu sem miðar að því að taka á helstu heilbrigðisvandamálum aðildarríkjanna og byggja aðgerðir þeirra á gagnreyndum og skilvirkum aðferðum.⁷ Evrópska heilbrigðisstefnan er byggð á gildum stofnskrár Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar en þar er litið á það sem grundvallarréttindi hvers manneskju að búa við sem besta heilsu. Meðal þeirra gilda sem lögð er áhersla á eru sanngirni, sjálfbærni, gæði, gagnsæi, ábyrgð, jafnrétti kynjanna, reisin og réttur til að taka þátt í ákvarðanatöku. Aðildarríki skulu stefna að sem bestri heilsu íbúa sinna óháð þjóðerni, kyni, aldri, félagslegri stöðu eða fjárhag og skulu taka mið af því við skipulagningu og fjármögnun þjónustunnar. Þá kallar stefnan á ábyrgð alls samfélagsins til að stuðla að heilbrigði og vellíðan og er þá átt við einstaklinga, hópa, félagasamtök, fyrirtæki, stofnanir og stjórnvöld.

Við gerð heilbrigðisáætlunar til ársins 2020 hefur verið tekið mið af öllu framangreindu, þ.e. heilbrigðisstefnu Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar til ársins 2020, lögum og reglugerðum, stefnuyfirlýsingum ríkisstjórna á Íslandi síðasta áratug, Íslandi 2020 og þeirri greiningu og stefnumótun sem fram hefur farið innan velferðarráðuneytisins og forvera þess á undanförunum árum. Einnig byggir áætlunin á viðtæku samráði.

3. Helstu viðfangsefni næstu ára

Góð heilsa og líðan fólks er ein af undirstöðum farsæls þjóðfélags og stendur Ísland vel í alþjóðlegum samanburði hvað varðar heilsu og heilbrigðisþjónustu. Þrátt fyrir það eru ýmis viðfangsefni framundan sem nauðsynlegt er að takast á við til að tryggja áfram sömu þróun. Mikil umræða hefur verið um þau markmið sem stefnt skuli að í velferðarmálum á komandi árum, tengsl heilbrigðis- og félagsþjónustunnar og hvernig standa skuli að eftirliti með gæðum þjónustunnar. Hvernig best má tryggja jöfnuð og gott aðgengi að nauðsynlegri þjónustu svo og hvernig standa skuli að fjármögnun velferðarþjónustunnar. Sjónum hefur einnig verið beint að ábyrgð einstaklinga á eigin heilsufari og hvernig samfélagið getur stuðlað að því að fyrirbyggja sjúkdóma en einnig hvernig megi takast á við sjúkdóma þannig að fólk geti lifað góðu lífi þrátt fyrir veikindi.

Sjúkdómamynstur er að breytast, meðferð hefur fleygt fram, aldurssamsetning er að breytast, loftslag og mengun hafa vaxandi áhrif á ýmsa sjúkdóma og sýklalyfjaónæmi eykst í heiminum. Langvarandi atvinnuleysi og fátækt ógna einnig heilsufari, en eins og kunnugt er hefur hvoru tveggja farið vaxandi í kjölfar efnahagskreppunnar sem hófst árið 2008. Allt þetta kallar á breytingar í vinnubrögðum í heilbrigðis- og félagsþjónustu og hagkvæmari og árangursríkari nýtingu fjármuna en áður.

Í því samráðsferli sem fram hefur farið við undirbúning heilbrigðisáætlunar hafa þrjú leiðarstef ítrekað komið fram í umræðum um fjölmörg málefnasvið. Þau eru:

1. Mikilvægi þess að þjónusta sé öllum aðgengileg, samþætt og samfelld þannig að öruggt sé að fólk lendi hvorki á milli þjónustukerfa heilbrigðis- og félagsþjónustu né milli mismunandi þjónustustiga sama kerfis.

⁷ *Better health for Europe*. EUR/RC60/8. Regional Committee for Europe, Sixtieth session, Moscow, 13-16 September 2010.

2. Að heilsugæslan hafi meiri breidd í þjónustu með aðkomu fleiri fagaðila. Þannig væri hún betur í stakk búin til að vinna að forvörnum og fylgja eftir langvinnum heilbrigðisvandamálum, svo sem geðrænum vandamálum og lífsstílstengdum vandamálum eins og offitu.
3. Að í heilbrigðisþjónustu séu öflug, samræmd og samtengd upplýsingakerfi sem fagfólk og notendur hafi nauðsynlegan aðgang að. Með því væri hægt að auka samfellu í þjónustu, auka gæði, auðvelda eftirlit með framkvæmd þjónustu, auðvelda skipulag á þjónustunni og auðvelda rannsóknir í heilbrigðisvísindum.

Þessum viðfangsefnum þarf að forgangsraða á næstu árum.

Aldurssamsetning og íbúafróun

Næstu áratuginna mun aldurssamsetning þjóðarinnar breytast með því að öldruðum fjölgar hlutfallslega og yngri fólki fækkar.⁸ Því má búast við aukningu sjúkdóma tengdum hækkandi aldri ásamt aukinni eftirspurn eftir þjónustuúrræðum fyrir aldraða og langveika. Fjölgun aldraðra mun því líklega hafa veruleg áhrif á velferðarþjónustuna á komandi árum. Langvinnir sjúkdómar og fötlun hitta þó fyrir fólk á öllum aldri og með aukinni tækni og meðferðarhæfni munu jafnt ungir sem aldnir lifa lengur með sjúkdómum. Því hefur vaxandi áhersla verið á að fjölga svokölluðum góðum æviárum (DALY) en samkvæmt Alþjóðaheilbrigðis-málastofnuninni fækka geðrænir sjúkdómar, hjarta- og æðasjúkdómar, Alzheimer og önnur heilabilun, heyrnarskerðing og öndunarfærasjúkdómar góðum æviárum mest á Íslandi. Enn fremur má búast við að krabbamein og stoðkerfisvandamál muni hafa vaxandi áhrif á lífsgæði með hækkandi aldri þjóðarinnar. Úttektir á líklegri búsetuþróun með tilliti til landsvæða sýna að á undanförunum árum hefur íbúafjöldi á suðvesturhorni landsins og í nágrenni Akureyrar aukist hlutfallslega miðað við önnur landsvæði og bendir allt til að sú þróun haldi áfram.⁹

Stuðningur við viðkvæma þjóðfélagshópa

Niðurstöður rannsókna benda til þess að ójafnræði ríki í heilsufari milli ólíkra þjóðfélagshópa héraðs. Þetta kemur meðal annars fram í félagsvísunum sem teknir voru fyrst saman á vegum velferðarvaktarinnar, en þar er að finna safn fjölbreyttra tölfræðilegra upplýsinga sem varpa ljósi á þjóðfélagsástand á hverjum tíma og ýmissa þjóðfélagshópa. Megintilgangur félagsvísanna er að auðvelda stjórnvöldum og almenningi að fylgjast með þróun og breytingum í samfélaginu. Félagsvísarnir komu út í fyrsta sinn í febrúar 2012.¹⁰ Einnig má nefna lífshagránnsókn Hagstofu Íslands (EU-Silc) þar sem safnað er upplýsingum um félagslega stöðu og mat fólks á eigin heilsufari. Mikilvægt er að næsta áratuginn verði sérstaklega unnið að því að jafna aðgengi allra þjóðfélagshópa að velferðarþjónustu með sérstakri áherslu á viðkvæma hópa og ólíkar aðstæður kynjanna. Endurskoðun greiðsluþátttökukerfis almennings fyrir heilbrigðisþjónustu er liður í því að jafna aðgengi. Þá er aukin krafa um að heilsugæslan hafi meira frumkvæði að því að sinna viðkvæmum hópum.

⁸ Mannfjöldaspá 2012–2060. Útgefin 2012. Hagstofa Íslands.

⁹ Mannfjöldaspá 2012–2060. Útgefin 2012. Hagstofa Íslands.

¹⁰ *Félagsvísar*. Fyrsta útgáfa, febrúar 2012. Velferðarráðuneytið. Sótt af: <http://www.velferðarraduneyti.is/rit-og-skyrslur-vel/nr/33234>

Áhrifaþættir heilbrigðis

Skipta má áhrifaþáttum heilbrigðis í félags-, efnahags-, umhverfis- og lífsstílstengda þætti þótt vissulega sé samhengi þarna á milli. Samfélagsleg staða, svo sem atvinnuleysi, fátækt og félagsleg einangrun hafa neikvæð áhrif á heilsu og líðan fólks og hlutur þessara þátta í þróun sjúkdóma hefur fengið vaxandi athygli á undanförunum árum. Um 80% af þjónustubörf heilbrigðis- og félagskerfisins í Evrópu kemur til vegna langvinnra sjúkdóma sem má rekja að talsverðu leyti til fárra þekktra lykiláhættuþátta. Í Evrópuskýrslu Alþjóðaheilbrigðis-málastofnunarinnar fyrir árið 2005 voru eftirfarandi áhættuþættir taldir vega þyngst varðandi glötuð góð æviár (DALY) á Íslandi, raðað eftir vægi.¹¹

Áhættuþættir
1. Tóbaksnotkun
2. Of hátt kólesteról
3. Hár líkamsþyngdarstuðull
4. Háþrýstingur
5. Áfengisneysla
6. Kyrrseta
7. Neysla ólöglegra vímuefna
8. Lítil ávaxta- og grænmetisneysla
9. Óábyrgt kynlíf
10. Járnskortur

Auk þess að nota mælikvarðann DALY er mælieiningin QALY, svokölluð lífsgæðavegin lífár, oft notuð til að reyna að mæla gæði þeirra ára sem fólk lifir.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin bendir á að Íslendingar lifi að meðaltali 7,3 ár við veikindi. Því þarf að leggja aukna áherslu á að fólki með sjúkdóma eða fötlun sé gert kleift að lifa innihaldsríku lífi og taka virkan þátt í samfélaginu. Mikilvægur liður í því er samþætt heildræn velferðarþjónusta sem miðar að samhæfingu og skilvirkni milli ólíkra þjónustubátta. Einnig er mikilvægt að fólk eigi kost á endurhæfingu í kjölfar sjúkdóma og slysa.

Í þingsályktun um samgönguáætlun fyrir árin 2011–2020, kafla 1.3, er meðal annars gert ráð fyrir að unnin verði áætlun um sjálfbærar samgöngur í samvinnu við sveitarfélög þar sem lögð verði áhersla á almenningsamgöngur, göngu og hjólreiðar. Það er ekki aðeins mikilvægt út frá umhverfissjónarmiði að fólk fari ferða sinna gangandi eða á hjóli heldur er það mikilvægt atriði varðandi heilbrigði þjóðarinnar. Því er sérstakt ánægjuefni að ríki og Reykjavíkurborg hafa gert samning um að fjölga hjólreiðaleiðum á næstu árum og til stendur að ríkið geri einnig samninga við önnur sveitarfélög um sama efni.

Með heilsusamlegum lífsstíl aukast líkur á lífi án veikinda og leggja þarf aukna áherslu á heilsueflingu og fyrirbyggingu sjúkdóma. Mikilvægt er að einstaklingar séu ábyrgir gagnvart eigin heilsu og séu virkir þátttakendur í ákvörðunum sem varða velferð þeirra.

Kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu

Undanfarna áratugi hefur kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu aukist hér á landi og hefur sama þróun átt sér stað á öðrum Vesturlöndum. Þessi þróun er að miklu leyti tilkomin vegna

¹¹ World Health Report 2005, WHO.

DRÖG

framþróunar í tækni og lyfjum sem veitir nýja möguleika til rannsókna og meðferðar, hækkandi aldri þjóða og breytinga í viðhorfum til þjónustunnar. Óskir og væntingar um þjónustu eru oft meiri en hægt er að verða við með framlögum hins opinbera. Leitað hefur verið leiða til að stemma stigu við aukningu opinberra heilbrigðisútgjalda með því að tryggja aðgang að grunnþjónustu en tryggja jafnframt aðra nauðsynlega þjónustu. Ýmislegt hefur verið reynt varðandi hagkvæmari nýtingu fjármuna og annarra auðlinda heilbrigðisþjónustunnar en oft hefur gengið erfiðlega að setta sjónarmið. Horft hefur verið til þess hvort draga megi úr þjónustu sem gerir takmarkað gagn og nýta fjármuni til gagnreyndrar meðferðar. Spurningar hafa vaknað um hvort hækka eigi þjónustugjöld eða skilgreina betur skilin milli heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggingar taka þátt í að greiða og þeirrar þjónustu sem ekki skal njóta niðurgreiðslu.

Mikilvægt er að ákvarðanir sem teknar eru um veitingu þjónustu séu byggðar á bestu þekkingu hverju sinni og að fé sé varið á árangursríkan og hagkvæman hátt. Á næstu árum verður lögð aukin áhersla á að greina kostnað og ávinning aðgerða þegar ákvarðanir verða teknar um forgangsöröðun verkefna í velferðarþjónustu. Getur þar bæði verið um að ræða frá sjónarhóli samfélags og einstaklings. Rannsóknir á þessu sviði eru enn af skornum skammti hér á landi og getur því þurft að leita út fyrir landsteinana til að fá nauðsynlegar upplýsingar og samanburð á kostum.

4. Sýn og stefna

Framtíðarsýn

Að íbúar landsins búi við jöfnuð, heilbrigði og vellíðan.

Stefnan er sett fram í markmiðum sem skilgreind eru í fjölmörgum málaflokkum og endurspeгла hugmyndafræði, framtíðarsýn og gildi. Markmiðin eru almenns eðlis og mótast af alþjóðlegum áherslum, stefnu stjórnvalda á sviði velferðarmála og tillögum embættismanna, sérfræðinga, notenda heilbrigðisþjónustu og almennings.

Markmiðunum er skipt í eftirfarandi efnisþætti:

- » A. Jöfnuð í heilsu og lífsgæðum.
- » B. Lífsstílstengda áhrifaþætti heilsu og forvarnir.
- » C. Örugga, samþætta og samfellda velferðarþjónustu.

A. Jöfnuður í heilsu og lífsgæðum

Heilsa og sjúkdómar ráðast af flóknu samspili ýmissa áhrifaþátta. Þó þessir þættir séu oft flokkaðir í lífsstílstengda áhættuþætti og félagslega áhrifaþætti til einföldunar, þá er lífsstíll nátengdur félagslegri stöðu. Óumdeilt er að félagsleg staða fólks hefur áhrif á heilsu þess. Lífslíkur þeirra sem best eru settir efnahagslega í Evrópu geta verið 4–10 árum lengri en hjá þeim sem verst eru settir. Vinnuálag, sjálfsmat, neysluvenjur og aðgengi að þjónustu, hollum mat, hreyfingu og heilsusamlegu umhverfi tengjast oft félagslegri stöðu. Notkun tóbaks,

áfengis og vímuefna er einnig meiri í hópum sem verr standa félagslega. Sérstaklega þarf að huga að þessum hópum.

Jöfnuður er því grundvallaratriði þegar tryggja á lífsgæði og heilbrigði þjóða. Hann snýst um aðgengi¹² að þjónustu, tækifæri til atvinnuþátttöku, efnahagslegan og félagslegan jöfnuð. Búseta hefur áhrif á jöfnuð og hafa þarf í huga að lítil sveitarfélög geta átt í erfiðleikum með að veita sömu þjónustu og stærri sveitarfélög og útilokað er að veita sömu heilbrigðisþjónustu alls staðar á landinu. Þó er mikilvægt að tiltekin grunnþjónusta sé fólki aðgengileg innan hæfilegra tímamarka hvar sem er á landinu. Þáttur í að styrkja starfsemi í velferðarþjónustu gæti verið að samræma þjónustusvæði heilbrigðisþjónustu, félagsþjónustu og ef til vill fleiri þátta, svo sem löggæslu.

Eftirfarandi markmið eru sett varðandi jöfnuð í heilsu og lífsgæðum:

1. Tryggt aðgengi allra, óháð efnahag, að viðeigandi velferðarþjónustu.
2. Jöfnuður í heilsu og líðan.
3. Trygg atvinna eða úrræði sem hvetja til virkni og þátttöku í atvinnulífi og samfélagi.
4. Aukin vellíðan fólks með sjúkdóma og fækkun ótímabærra dauðsfalla.

B. Lífsstílstengdir áhrifaþættir heilsu og forvarnir

Á undanförunum áratugum hefur samhengið milli lífsstíls og þróunar ýmissa sjúkdóma orðið æ ljósara. Tóbaksreykingar eru einn af best þekktu áhrifaþáttum hjarta-, æða- og lungnasjúkdóma og nauðsynlegt að enn verði dregið úr reykingum. Á Íslandi hefur orðið mikill árangur af tóbaksvarnastarfi og hefur rammisamningur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um tóbaksvarnir, sem Ísland er aðili að, verið umfangsmikið hjálpargagn í tóbaksvörnum. Vinna þarf þó áfram gegn tóbaksnotkun og er vaxandi neysla reyklauss tóbaks áhyggjuefni.

Ofneysla áfengis og vímuefnaneysla valda alvarlegum sjúkdómum en eru einnig stórir áhrifavaldar þegar kemur að ofbeldi og slysum í samfélaginu. Í velferðarráðuneytinu er hafin vinna að stefnu í áfengis- og vímuefnum svo og stefnu í tóbaksvörnum.

Tannheilsa barna hefur farið versnandi og nauðsynlegt er að finna leiðir til að snúa þeirri þróun við bæði með bættum forvörnum og meðferð. Mataræði hefur fengið aukna athygli, meðal annars þar sem offita hefur farið vaxandi um allan heim með ýmsum afleiddum sjúkdómum. Þá sýna rannsóknir að hreyfing hefur góð áhrif á marga langvinna sjúkdóma, bæði sem fyrsta stigs og annars stigs forvörn. Alvarlegum slysum bæði í frítíma og vinnuslysum hefur farið fækkandi og eðlilegt er að stefna að því að fyrirbyggja dauðsföll af völdum slysa alveg, eða að svokallaðri „núllsýn“. Sameinuðu þjóðirnar hafa lýst árin 2011–2020 áratug aðgerða í umferðaröryggismálum. Starfshópur á vegum innanríkisráðuneytisins hefur sett fram áætlun um fyrstu skref sem miða að því að herða á ýmsum umferðaröryggisaðgerðum, auka rannsóknir og hvetja til aukinnar vitundar um afleiðingar umferðarslysa. Takmarkið er að útrýma banaslysum og alvarlegum slysum.

Geðraskanir eru ein algengasta ástæða örorku á Íslandi. Samþætt þjónusta við fólk með geðraskanir er mjög mikilvæg til að auka lífsgæði geðsjúkra.

¹² Í því felst auðfánleiki, aðgengileiki, tilhögun, viðuráðanleiki og ásættanleiki (Penchansky & Thomas, 1981).

Eftirfarandi markmið eru sett varðandi lífsstílstengda áhrifaþætti og forvarnir:

1. Aðstæður og umhverfi stuðli að hreyfingu.
2. Heilsusamlegt mataræði landsmanna.
3. Heilsusamlegt holdafar landsmanna.
4. Draga úr neyslu áfengis, tóbaks og annarra vímuefna.
5. Fækka slysum og draga úr ofbeldi.
6. Góð geðheilsa landsmanna og virk þátttaka einstaklinga með geðraskanir.
7. Öflugar sóttvarnir í landinu.
8. Ábyrgt kynlíf.
9. Góð tannheilsa landsmanna með áherslu á tannheilbrigði barna.
10. Öruggt og heilsusamlegt starfsumhverfi.

C. Öflug og heildstæð velferðarþjónusta

Velferðarráðuneytið var sett á fót meðal annars til að efla samhæfingu heilbrigðis- og félagsþjónustu. Ekki er um það deilt að heilbrigðis- og félagsþjónusta þurfa að vinna saman til að tryggja fólki heildstæða og viðeigandi velferðarþjónustu hverju sinni. Einnig þarf að samhæfa starf mismunandi þjónustuveitenda innan heilbrigðisþjónustunnar, þ.e. heilsugæslu, sjúkrahúsa og sérfræðinga. Styrkja þarf heilsugæsluna sem veitanda grunnþjónustu og samhæfingaraðila heilbrigðisþjónustu gagnvart notendum. Þjónusta við fólk með langvinna sjúkdóma er meðal stærstu verkefna heilbrigðis- og félagsþjónustu. Til að gera því fólki kleift að taka eins virkan þátt í samfélagi og vinnumarkaði og kostur er þurfa allir framangreindir þættir að vinna saman.

Ýmsar erlendar rannsóknir á heilbrigðisþjónustu sýna að skaðar eða ótímabær dauðsföll geta orðið af völdum rangrar meðferðar. Gera má ráð fyrir að svo sé einnig hér á landi. Því þarf að tryggja gæði, öryggi og eftirlit með þjónustunni.

Samræmd öflug upplýsingakerfi í heilbrigðis- og félagsþjónustu auðvelda starfsfólki og stofnunum mjög að veita góða samhæfða þjónustu. Öflug upplýsingakerfi eru einnig ein grundvallarforsenda þess að nauðsynlegar upplýsingar varðandi gæði og öryggi séu aðgengilegar á hverjum tíma. Öruggt og gott aðgengi að upplýsingum, þar á meðal niðurstöðum rannsókna á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu, er einnig lykilatriði fyrir heilbrigðisyfirvöld þegar kemur að því að skipuleggja þjónustuna. Þá þarf að tryggja að mannaflí í velferðarþjónustu sé fullnægjandi á hverjum tíma og nauðsynlegt að huga að menntunarmálum starfsstétta sem veita heilbrigðis- og félagsþjónustu.

Rannsóknir á sviði heilbrigðis- og félagsþjónustu eru grundvöllur þess að halda áfram þróun meðferðarúrræða og tryggja að meðferð og þjónusta skili tilætluðum árangri. Rannsóknir á þróun lýðheilsu eru einnig nauðsynlegar til að varpa ljósi á hvernig heilsufari landsmanna er háttað, til að sjá hvar skórinn krepur og hvar leggja þarf áherslu til að efla heilbrigði. Rannsóknir á hagkvæmni og árangri meðferðarúrræða eru lykilatriði þegar kemur að því að velja milli kosta í þjónustu.

Eftirfarandi markmið eru sett varðandi velferðarþjónustu:

1. Samþætt og samfelld velferðarþjónusta í samráði við notendur.
2. Heilsugæslan fyrsti viðkomustaður og samhæfingaraðili heilbrigðisþjónustu.
3. Greiður aðgangur að nauðsynlegri sérfræðiþjónustu.
4. Greiður aðgangur að nauðsynlegri sjúkrahúsþjónustu.
5. Öruggt velferðarþjónusta.

6. Nægilegur mannaflí innan heilbrigðisþjónustu með viðeigandi þekkingu og færni.
7. Fullnægjandi skráning, miðlun og nýting heilbrigðisupplýsinga fyrir stjórnendur, fagfólk og almenning.
8. Öflugt rannsóknarstarf og framþróun á sviði velferðarmála.

5. Aðgerðaáætlun

Aðgerðaáætlunin sem hér fer á eftir var unnin í samvinnu fjölmargra aðila. Hún endurspeglar þá stefnu og sýn sem lögð er til grundvallar hér að framan auk alþjóðlegrar þróunar í málaflokknum. Í aðgerðaáætluninni eru sett fram markmið, mælikvarðar og aðgerðir. Velferðarráðuneytið hefur yfirumsjón með framkvæmd aðgerðaáætlunarinnar og einnig með tilteknum aðgerðum, en önnur ráðuneyti, sveitarfélög, stofnanir og eftir atvikum aðrir aðilar bera ábyrgð á einstökum aðgerðum. Víðtækt samstarf verður haft um framkvæmd aðgerðaáætlunarinnar til að þekking og reynsla nýtist sem best.

Mælikvarðar. Undir hverju markmiði eru sértækir mælikvarðar um þann árangur sem stefnt er að út frá stöðunni í dag og fyrri sögu og eru þeir byggðir á bestu fánlegri þekkingu og reynslu. Áhersla er lögð á að velja mælikvarða sem gefa hugmynd um framvindu mála á hverju sviði fyrir sig og teljast mikilvægir fyrir heildarmat frá einum tímapunkti til annars auk þess að vera greindir eftir kyni, þar sem við á.

Aðgerðir. Auk mælikvarðanna hafa verið skilgreindar að hámarki fimm aðgerðir sem taldar eru stuðla að því að ná markmiðunum. Ekki er þó einhlítt að tiltekin aðgerð hafi beina tilvísun í tiltekið markmið, aðgerð sem fram er sett undir einum málaflokki getur einnig haft áhrif á þætti sem tilgreindir eru í öðrum málaflokkum. Við val á aðgerðum hefur verið horft til þátta sem snerta stjórnvöld og stefnu þeirra, þátta sem snerta lífsstíl, sálfélagslega þætti og heilbrigðis- og félagsþjónustu svo og þátta sem snúa að sjúkleika, dauðsföllum og lífeðlisfræðilegum viðbrögðum einstaklinga. Við hverja aðgerð er tilgreindur ábyrgðaraðili, framkvæmdaraðili, aðrir þátttakendur, kostnaður og hvenær aðgerðin eigi að hafa komið til framkvæmda.

Kostnaðarmat. Lögð er rík áhersla á að tengja stefnumótunina og áætlanagerðina fjárlögum og fjárlagagerð¹³ og því eru kostnaðarmetnar þær aðgerðir sem settar eru fram (sjá viðauka I).

¹³ Samþykkt ríkistjórnarinnar í desember 2010 að tengja stefnumótun og áætlanagerð fjárlögum og fjárlagagerð.

A. Jöfnuður í heilsu og lífsgæðum

A.1 Aðgengi að þjónustu

Markmið

Tryggt aðgengi allra, óháð efnahag, að viðeigandi velferðarþjónustu.

Mælikvarðar:

1. Að skilgreind verði hámarksgjaldtaka¹⁴ einstaklinga á ári í heilbrigðisþjónustu fyrir árslok 2014.
2. Að skilgreindur verði æskilegur hámarksbiðtími¹⁵ eftir heilbrigðisþjónustu vegna vanda sem getur haft alvarlegar heilsufarslegar afleiðingar, fyrir árslok 2014.
3. Að gerð verði könnun á hvort skortur á tjáningu eða skilningi hamli aðgengi fólks að velferðarþjónustu fyrir árslok 2017.

1. aðgerð: Að endurskoða og samþætta greiðsluþáttökukerfi fyrir heilbrigðisþjónustu.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Velferðarráðuneytið og Sjúkratryggingar Íslands.

Samstarfsaðilar: Sjúklingasamtök og hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Innan ramma. Verkefnisstjóri og starfshópur.

Tímabil: Árslok 2014.

2. aðgerð: Að starfshópur skilgreini hæfilegan og hámarksbiðtíma eftir heilbrigðisþjónustu vegna vanda sem getur haft alvarlegar afleiðingar.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Velferðarráðuneytið, Embætti landlæknis og Landspítali.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

3. aðgerð: Að starfshópur setji verklagsreglur fyrir túlkþjónustu í velferðarþjónustu.¹⁶

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Fjölmenningssetur.

Samstarfsaðilar: Heilsugæsla, heilbrigðisstofnanir, innflytjendaráð, innanríkisráðuneytið, mennta- og menningarmálaráðuneytið og Samband íslenskra sveitarfélaga.

Kostnaður: Innan ramma.

¹⁴ Nú er kostnaðarþátttaka einstaklinga mismunandi, meðal annars eftir sjúkdómum og hvar þjónustan er veitt.

¹⁵ Öll Norðurlöndin nema Ísland hafa sett sér reglur um hámarksbið eftir þjónustu sem eiga að tryggja aðgang að heilbrigðisþjónustu innan tiltekins tíma. Hámarksbiðtími eftir aðgerð eða meðferð er breytilegur frá einu landi til annars. Í Danmörku er hann einn mánuður, þrjú mánuðir í Svíþjóð og Finnlandi nema aðgerð sé ekki talin mjög bráð, og í Noregi eiga sjúklingar rétt á að fá mat á sjúkdómsástandi innan 30 daga. Þessar reglur og ný tilskipun Evrópusambandsins um rétt sjúklinga til lækniþjónustu yfir landamæri knýja á um að hér á landi verði settar sambærilegar reglur.

¹⁶ Sjá 4. mgr. 5. gr. laga um réttindi sjúklinga, nr. 74/1997.

Tímabil: Árslok 2013.

4. aðgerð: Að gerð verði könnun á hvort skortur á tjáningu eða skilningi hamli aðgengi fólks að velferðarþjónustu fyrir árslok 2017.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Fjölmeningarsetur.

Samstarfsaðilar: Heilsugæsla, heilbrigðisstofnanir, Samband íslenskra sveitarfélaga, félagsþjónusta, félagasamtök og heilbrigðisstofnanir.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2017.

DRÖG

A.2 Félagsleg staða

Markmið

Jöfnuður í heilsu og líðan.

Mælikvarðar:

1. Að auka jöfnuð á Ísland þannig að Gini-stuðull fyrir ráðstöfunartekjur lækki úr 23,6 2011 í um 23 árið 2020.
2. Að bæta stöðu jafnréttismála þannig að gildi jafnréttisvísitölunnar (e. *global gender gap index*) verði nálægt 0,9 árið 2020.
3. Að 85% fólks á aldrinum 16–80 ára í lægsta tekjufimmtungi telji heilsu sína góða eða mjög góða í árslok 2015.¹⁷
4. Að minnka barnafátækt þannig að börn sem búa á heimilum með tekjur undir lágtekjuviðmiði verði að hámarki 8% árið 2015 samanborið við 12,5% árið 2010.
5. Að lækka hlutfall íbúa með 75% örorkumat á aldrinum 18–66 ára úr 7,3% 2010 í 5,7% árið 2020.¹⁸

1. aðgerð: Að undirbúa innleiðingu barnatrygginga¹⁹ til að jafna lífskjör barnafjölskyldna.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Velferðarráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Fjármála- og efnahagsráðuneytið, aðilar vinnumarkaðarins og aðrir hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Hluti af starfi velferðarráðuneytisins.

Tímabil: Árslok 2013.

2. aðgerð: Að tryggja að unnið sé eftir jafnréttisáætlun Alþingis í öllu starfi velferðarráðuneytisins.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Velferðarráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Fjármála- og efnahagsráðuneytið, aðilar vinnumarkaðarins og aðrir hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

3. aðgerð: Að auka þekkingu innan velferðarþjónustu á áhrifum ójafnaðar á heilsu og líðan.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Heilbrigðis- og menntastofnanir.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2017.

¹⁷ *Félagsvísar*. Fyrsta útgáfa febrúar 2012. Velferðarráðuneytið. Mynd 79, bls. 77. Sótt af:

<http://www.velferðarraduneyti.is/rit-og-skyrslur-vel/nr/33234>

¹⁸ Heimild: Ísland 2020 – sókn fyrir atvinnulíf og samfélag. Sótt af: <http://www.forsaetisraduneyti.is/2020/>

¹⁹ Að barnatryggingar komi í stað barnabóta, barnalífeyris og ýmissa annarra greiðslna almannatrygginga til barnafjölskyldna er í skoðun hjá starfshópi um endurskoðun almannatryggingalaga.

A.3 Atvinnuþátttaka og starfsendurhæfing

Markmið

Trygg atvinna eða úrræði sem hvetja til virkni og þátttöku í atvinnulífi og samfélagi.

Mælikvarðar:

1. Að lækka hlutfall atvinnulausra úr 7% árið 2010 í 3% af heildarvinnuafli árið 2020.²⁰
2. Að hlutfall öryrkja sem eru virkir á vinnumarkaði fari úr 20%²¹ árið 2011 í a.m.k. 25% fyrir árslok 2015.

1. aðgerð: Að settur verði á fót starfshópur til að leggja mat á árangur vinnumarkaðsúrræða Vinnuálastofnunar og stéttarféлага sem notuð hafa verið til að auka færni fólks til atvinnuþátttöku. Matið verði notað til að þróa vinnumarkaðsúrræði.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Vinnuálastofnun og stéttarfélög.

Samstarfsaðilar: Samtök atvinnulífsins og Samband íslenskra sveitarféлага.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2012, fyrsta áfangaskýrsla júlí 2013.

2. aðgerð: Að taka upp tilraunaverkefni um starfsgetumat í stað örorkumats og endurskoða tekjutengingu bóta.²²

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Tryggingastofnun ríkisins, Vinnuálastofnun og Lífeyrissjóðir.

Samstarfsaðilar: Öryrkjabandalag Íslands, Virk starfsendurhæfingarsjóður, tryggingafélög, starfsendurhæfingarstöðvar og notendur.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

3. aðgerð: Að samþætta þjónustukerfi um starfsendurhæfingu.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Starfsendurhæfingarsjóðir og Vinnuálastofnun.

Samstarfsaðilar: Öryrkjabandalag Íslands, Virk starfsendurhæfingarsjóður, Samband íslenskra sveitarféлага, tryggingafélög, starfsendurhæfingarstöðvar og notendur.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2015.

²⁰ Ísland 2020, sjá: <http://www.forsaetisraduneyti.is/2020/samfelagsmarkmid/>

²¹ Heimild: Tryggingastofnun ríkisins, 2011.

²² Hvoru tveggja er í skoðun hjá starfshópi um endurskoðun almannatryggingalaga. Varðar skilyrði fyrir örorkulífeyri almannatrygginga.

A.4 Lífsgæði fólks með sjúkdóma

Markmið

Aukin vellíðan fólks með sjúkdóma og fækkun ótímabærra dauðsfalla.

Mælikvarðar:

1. Að ótímabærum dauðsföllum²³ vegna heilsubreysts fækki um að minnsta kosti 5% fyrir árslok 2015.
2. Að 80% fólks með (sjúkdóma) meti líðan sína góða árið 2017 samanborið við 76,5% árið 2007.

1. aðgerð: Að auka þekkingu almennings á áhættuþáttum og einkennum²⁴ hjarta- og æðasjúkdóma, sykursýki, krabbameins og lungnasjúkdóma.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, heilbrigðisstofnanir, heilbrigðisstéttir og lyfjabúðir.

Samstarfsaðilar: Hjartavernd, Krabbameinsfélag Íslands, SÍBS og aðrir hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Kynningar reglubundnar til ársins 2020.

2. aðgerð: Að fjölga klínískum leiðbeiningum um sjúkdóma um a.m.k. eina á ári.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Heilbrigðisstofnanir.

Kostnaður: Eitt til tvö stöðugildi.

Tímabil: Árslok 2015.

3. aðgerð: Að efla heilsugæsluna til að sinna meðferð og eftirliti vegna langvinnra sjúkdóma.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Heilbrigðisstofnanir og heilsugæsla.

Samstarfsaðilar: Heilbrigðisstarfsfólk.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Verði unnið jafnt og þétt til 2020.

²³ Markmið í stefnumótun Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health 2020): *1.5% relative annual reduction in overall mortality from cardiovascular disease, cancer, diabetes, and chronic respiratory disease until 2020*. Stefnt að því að minnka mismun á ótímabærum dauðsföllum um 50% á milli landa.

²⁴ Langvinnir sjúkdómar hafa margir hverjir sömu áhættuþætti og undirliggjandi áhrifaþætti, svo sem hár blóðþrýstingur, tóbaksnotkun, áfengisnotkun, hátt kólesteról, offita, óheilsusamlegar matarvenjur og hreyfingarleysi.

4. aðgerð: Að auka formlegt samstarf milli heilbrigðis- og félagsþjónustu með það að markmiði að veita fólki með sjúkdóma heildræna samþætta þjónustu til að styðja það til sjálfstæðrar búsetu og virkni.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Heilbrigðisstofnanir, heilsugæsla og félagsþjónusta.

Samstarfsaðilar: Sjúklingasamtök.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Júní 2015.

5. aðgerð: Að undirbúa að koma á skimun fyrir ristilkrabbameini.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: verður skoðað.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2017.

DRÖG

B. Lífsstúlstengdir áhrifapættir heilsu og forvarnir

B.1 Hreyfing

Markmið

Aðstæður og umhverfi stuðli að hreyfingu.

Mælikvarðar:

1. Að hlutfall fullorðinna sem stunda miðlungserfiða hreyfingu²⁵ að lágmarki í 30 mínútur²⁶ daglega fari úr 50%²⁷ í að minnsta kosti 60% fyrir árslok 2015.
2. Að hlutfall barna sem stunda miðlungserfiða til erfiða hreyfingu í 60 mínútur á dag eða meira fari úr 16%²⁸ í að minnsta kosti 25% fyrir árslok 2015.
3. Hlutfall fullorðinna sem ganga eða hjóla til vinnu eða skóla þrisvar sinnum í viku eða oftari fari úr 18%²⁹ í 25% árið 2020 og hlutfall barna sem ganga eða hjóla á venjulegum degi í skólann fari úr 48%³⁰ í 60% árið 2020.
4. Notkun hreyfiseðla verði innleidd hjá 80% heilsugæslustöðva fyrir árið 2018 og á öllum stigum heilbrigðiskerfisins árið 2020.

1. aðgerð: Að setja heildstæða stefnu og aðgerðaáætlun á sviði hreyfingar almennings á Íslandi.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Mennta- og menningarmálaráðuneytið, sveitarfélög, Íþrótt- og Ólympíusamband Íslands, innanríkisráðuneytið, frjáls félagasamtök og hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Verði lokið í árslok 2016.

2. aðgerð: Að innleiða notkun hreyfiseðla innan heilbrigðisþjónustunnar um allt land.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Heilsugæslan og Sjúkratryggingar Íslands.

Samstarfsaðilar: Læknar, sjúkraþjálfarar, sveitarfélög, íþróttakennarar og íþróttafélög.

Kostnaður: Þrjú til fjögur stöðugildi.

Tímabil: Verði lokið árið 2020.

3. aðgerð: Að koma upp skiltum með helstu göngu- og hjólaleiðum í öllum sveitarfélögum

²⁵ Heimild: Ráðleggingar um hreyfingu. (2008). Lýðheilsustöð, sjá: <http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item11179/>

²⁶ Hreyfing fullorðinna er mæld með spurningakönnun en hreyfing barna með hreyfimælum.

²⁷ Heimild: Heilsa og líðan Íslendinga 2007.

²⁸ Heimild: Heilsa og lífskjör skólanema 2010 (HBSC 2009–2010).

²⁹ Heimild: Heilsa og líðan Íslendinga 2009.

³⁰ Heimild: Heilsa og lífskjör skólanema 2006 (HBSC 2005–2006).

DRÖG

og í hverfum stærri sveitarfélaga.

Ábyrgð: Sveitarfélög.

Framkvæmdaraðilar: Sveitarfélög og félagasamtök.

Kostnaður: ath.

Tímabil: Fyrir árslok 2016.

DRÖG

B.2 Mataræði

Markmið

Heilsusamlegt mataræði landsmanna.

Mælikvarðar:

1. Hlutfall þeirra sem fylgja ráðleggingum Embættis landlæknis³¹ um ávaxta- og grænmetisneyslu, þ.e. að lágmarki 400 g á dag fari úr 11%³² í 20% fyrir árslok 2020.
2. Hlutfall harðrar fitu, þ.e. mettaðar og transfitusýrur, í fæðunni fari úr 15,2%³³ í 10% af heildarorkuneyslu einstaklinga fyrir árslok 2020.
3. Að saltneysla fari úr 6,5 g/dag hjá konum í 5,0 g/dag og hjá körlum úr 9,5 g/dag í 7,5 g/á dag³⁴ fyrir árslok 2020.

1. aðgerð: Að tryggð verði að öll börn fái eina holla³⁵ máltíð samkvæmt ráðleggingum Embættis landlæknis, á dag í skólum.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Mennta- og menningarmálaráðuneytið, sveitarfélög og skólayfirvöld.

Samstarfsaðili: Embætti landlæknis.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2015.

2. aðgerð: Að hækka skatt og vörugjöld af vörum sem uppfylla ekki hollusturáðleggingar Embættis landlæknis.³⁶

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Alþingi.

Samstarfsaðili: Embætti landlæknis.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2015.

3. aðgerð: Að matvæli sem innihalda mikið salt verði merkt sérstaklega.

Ábyrgð: Atvinnuvega- og nýsköpunarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Matvælastofnun.

³¹ Heimild: *Ráðleggingar um mataræði og næringarefni fyrir fullorðna og börn frá tveggja ára aldri* (2006). Lýðheilsustöð, sótt af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11479/version8/mataraedi-lowres.pdf>

³² Heimild: *Hvað borða Íslendingar 2010–2011*.

³³ Heimild: *Hvað borða Íslendingar 2010–2011*.

³⁴ Markmið í samræmi við drög að stefnumótun Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health 2020).

³⁵ Heimild: *Handbók fyrir skólamötuneyti*. Lýðheilsustöð, 4. útgáfa, Reykjavík 2010. Sjá:

<http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11479/version8/mataraedi-lowres.pdf>

³⁶ Heimild: *Ráðleggingar um mataræði og næringarefni fyrir fullorðna og börn frá tveggja ára aldri* (2006).

Lýðheilsustöð, sjá: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11479/version8/mataraedi-lowres.pdf>

Samstarfsaðilar: Matvælaframleiðendur.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

DRÖG

B.3 Holdafar

Markmið

Heilsusamlegt holdafar landsmanna.

Mælikvarðar:

1. Að hlutfall fullorðinna³⁷ sem eru of feitir samkvæmt BMI-mælingu fari úr 22,7% niður fyrir 20% meðal karla og úr 19,3% niður fyrir 17% meðal kvenna fyrir árslok 2020.
2. Að hlutfall 12 ára barna sem eru of feit hafi lækkað úr 5,2% 2010 í undir 4,6% meðal stúlkna og úr 4,8% 2010 í undir 4,3% meðal drengja³⁸ fyrir árslok 2015.³⁹
3. Hlutfall 13 ára stúlkna sem fara⁴⁰ í megrun lækki um úr 25% í 20% fyrir árslok 2015.
4. Að neysla gos- og svaladrykkja meðal ungs fólks 18–30 ára lækki úr 367 ml/dag í 250 ml/dag fyrir árslok 2020.

1. aðgerð: Að koma á reglulegri ráðgjöf til skóla vegna gæða og hollustu skólamáltíða.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Sveitarfélög og skólar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

2. aðgerð: Að endurskoðaðar verði klínískar leiðbeiningar um offitu fyrir börn og fullorðna.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Sérfræðingar á sviði offitu barna og fullorðinna, til dæmis læknar, sálfræðingar, næringarfræðingar/næringarráðgjafar, sjúkráþjálfarar eða hjúkrunarfræðingar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

3. aðgerð: Að auka þekkingu foreldra ungra barna um mikilvægi holls mataræðis og hreyfingar með því að auka áherslu á þennan þátt í ung- og smábarnavernd.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Heilsugæsla og skólar.

³⁷ Heimild: *Hvað borða Íslendingar? Landskönnun á mataræði 2010–2011*. Árin 2010–2011 voru 19,3% kvenna of feit (með BMI > 30 kg/m²) og 22,7% karla.

³⁸ *Félagsvísar*. Fyrsta útgáfa febrúar 2012. Velferðarráðuneytið, tafla 29, bls. 79. Sótt af:

<http://www.velferðarraduneyti.is/rit-og-skyrslur-vel/nr/33234>

³⁹ Markmið í samræmi við drög að stefnumótun Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health 2020): *10% reduction in the average prevalence of childhood overweight and obesity by 2020*.

⁴⁰ Heimild: *Heilsa og lífskjör skólanema* (HBSC 2009–2010) 17% 11 ára stúlkna, 25% 13 ára stúlkna og 31% 15 ára stúlkna stunda megrunarhegðun.

Samstarfsaðilar: Foreldrar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

DRÖG

B.4 Áfengis-, vímuefna- og tóbaksvarnir

Markmið

Draga úr neyslu áfengis, tóbaks og annarra vímuefna.

Mælikvarðar:

1. Að heildaráfengisneysla á hvern íbúa 15 ára og eldri á ári af hreinu alkóhóli lækki úr 6,7⁴¹ lítrum á ári í a.m.k. 6,0 lítra⁴² fyrir árslok 2020.
2. Að skaðleg neysla áfengis meðal fólks á aldrinum 20–81 árs, lækki úr 21%⁴³ í a.m.k. 18% fyrir árslok 2020.⁴⁴
3. Að hlutfall karla á aldrinum 18–24 ára sem notar munntóbak lækki úr 15%⁴⁵ í 10% fyrir árslok 2016.
4. Að fólki á aldrinum 15–89 ára sem reykir daglega fækki úr 14% árið 2011 í 12% árið 2015.

1. aðgerð: Lokið verði við gerð stefnu í áfengis- og vímuefnum.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Innanríkisráðuneytið, Embætti landlæknis, Áfengis- og tóbaksverslun ríkisins (ÁTVR) og mennta- og menningarmálaráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Sveitarfélög og hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

2. aðgerð: Að sett verði í áfengislög ákvæði um viðurlög við brotum á lögum⁴⁶ um auglýsingar áfengis og tóbaks.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Alþingi og velferðarráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Lögreglan og tollstjóri.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

3. aðgerð: Að skoða hvort hækka eigi hlutfall rekstrartekna Áfengis- og tóbaksverslunar ríkisins af söluandvirði áfengis og tóbaks sem rennur til Lýðheilsusjóðs.⁴⁷

⁴¹ Heimild: *Ársskýrsla ÁTVR 2011*, bls. 50.

⁴² Markmiðið er í samræmi við drög að stefnumótun Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health 2020): *10% reduction in per capita adult (15 years +) consumption of alcohol*.

Ísland var árið 2009 í 10. sæti meðal OECD-landa með lægstu heildaráfengisneyslu í lítrum talið á hvern íbúa, 15 ára og eldri.

⁴³ Heimild: *Heilsa og líðan Íslendinga, 2009*.

⁴⁴ Fimm áfengir drykkir á einum degi vikulega eða oftar.

⁴⁵ Heimild: Capacent Gallup fyrir Embætti landlæknis 2012.

⁴⁶ 20. gr. áfengislaga, nr. 75/1998.

⁴⁷ Sjá lög um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Alþingi.

Samstarfsaðili: Fjármála- og efnahagsráðuneytið.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

4. aðgerð: Að dregið verði úr aðgengi að reyklösu tóbaki með lagabreytingum og/eða verðhækkunum.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Alþingi og fjármála- og efnahagsráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Áfengis- og tóbaksverslun ríkisins og Embætti landlæknis og sveitarfélög..

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

5. aðgerð: Að áfram verði unnið markvisst að tóbaksvörnum og þróun meðferðar við tóbaksfíkn.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Heilbrigðisstofnanir, félagasamtök, stéttarfélög og sveitarfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Til 2020.

B.5 Slysa- og ofbeldisvarnir

Markmið

Fækka slysum og draga úr ofbeldi.

Mælikvarðar:

1. Fyrir árslok 2014 berist Slysaskrá Íslands⁴⁸ upplýsingar um öll skráð slys og áverka af völdum ofbeldis innan tveggja vikna eftir að þau eiga sér stað.
2. Að tíðni ofbeldis í nánnum samböndum sem staðið hefur í 1,3%⁴⁹ fari niður fyrir 1,0% fyrir árslok 2020.
3. Að öll sveitarfélög⁵⁰ hafi sett sér aðgerðaáætlun um forvarnir og þjónustu vegna heimilisofbeldis fyrir árslok 2014.

1. aðgerð: Að skráning og úrvinnsla slysa og áverka vegna ofbeldis í Slysaskrá Íslands verði eflad og skráningaraðilum fjölgað.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Umferðarstofa, allar heilbrigðisstofnanir, Vinnueftirlit ríkisins o.fl.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2015.

2. aðgerð: Að skipulögð verði reglubundin fræðsla til fagaðila sem starfa í mennta-, heilbrigðis- og félagsþjónustu um orsakir, einkenni og afleiðingar ofbeldis.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, frjáls félagasamtök, mennta- og menningarmálaráðuneytið, innanríkisráðuneytið, skólar, heilbrigðisstofnanir og félagsþjónusta sveitarfélaga.

Samstarfsaðilar: Starfsfólk mennta-, heilbrigðis- og félagsþjónustu.

Kostnaður: Verkefnisstjóri í hlutastarfi hjá Embætti landlæknis og fé til útgáfu og kynningarstarfs.

Tímabil: Árslok 2015.

3. aðgerð: Að heilsugæslan innleiði notkun gátlista og skilgreinda verkferla vegna heimilisofbeldis, í samvinnu við félagsþjónustu og barnavernd.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

⁴⁸ Á árinu 2011 skráðu eftirtaldar stofnanir í Slysaskrá Íslands: Landspítali (slysideild), Sjúkrahúsið Akureyri, Tryggingamiðstöðin, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, Vinnueftirlit ríkisins, Heilbrigðisstofnun Vesturlands (Akranes, Búðardalur, Hólmavík og Hvammstangi), ríkislögreglustjórinn, Heilsugæslan Lágmúla, Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilsugæslan Dalvík, Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki, Heilbrigðisstofnunin Blönduósi, Heilbrigðisstofnunin Siglufirði, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Pingeyinga, Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum og Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði.

⁴⁹ Heimild: Ingólfur V. Gíslason, 2008. *Tíðni ofbeldis í nánnum samböndum*.

⁵⁰ Reykjavík og Akureyri hafa sett fram aðgerðaáætlun.

DRÖG

Framkvæmdaraðili: Heilsugæsla.

Samstarfsaðilar: Sveitarfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

DRÖG

B.6 Geðheilsa

Markmið

Góð geðheilsa landsmanna og
virk samfélagsþátttaka einstaklinga með geðraskanir.

Mælikvarðar:

1. Að auka vellíðan og góða andlega heilsu þannig að meðaltal mælinga samkvæmt vellíðunarkvarðanum hækki úr 26,6 árið 2009 í 28 árið 2020.
2. Að hlutfall 14–15 ára barna sem verja tíma með foreldrum um helgar verði 75% árið 2015.⁵¹
3. Að hlutfall barna og ungmenna, sem meta andlega heilsu sína góða eða mjög góða fari úr 81,5% í 90% fyrir árslok 2015
4. Að sjálfsvígum fækki⁵² um a.m.k.10% fyrir árslok 2015.⁵³

1. aðgerð: Að unnin verði stefna í geðheilbrigðismálum.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Velferðarráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Embætti landlæknis, heilsugæsla, heilbrigðisstofnanir, sveitarfélög, hagsmunafélög, notendafélög og stéttarfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

2. aðgerð: Að átak verði gert í að vinna gegn fordómum, mismunun og félagslegri einangrun vegna geðraskana.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Menntakerfið, heilbrigðiskerfið, félagsþjónustan og Fjölmenningarsetur.

Samstarfsaðilar: Hagsmunafélög, notendur og stéttarfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

3. aðgerð: Að gert verði átak í að auka vitund foreldra, atvinnulífsins og samfélagsins í

⁵¹ *Félagsvísar*. Fyrsta útgáfa febrúar 2012. Velferðarráðuneytið. Mynd 118, bls. 98. Sótt af:

<http://www.velferdarraduneyti.is/rit-og-skyrslur-vel/nr/33234>

⁵² Heimild: Hagstofa Íslands: Á tímabilinu 2006–2009 létust árlega að meðaltali 11,4 af hverjum 100.000 vegna sjálfsvíga. Á árunum 2006–2009 var fjöldi karla og kvenna sem framdi sjálfsvíg 143, 108 karlar og 35 konur.

⁵³ Markmið í samræmi við drög að stefnumótun Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health 2020): 20% reduction in deaths from suicide.

heild um jákvæð áhrif samveru foreldra og barna á lífsgæði og heilbrigði barna.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Skólar, heilsugæsla, sveitarfélög og aðilar vinnumarkaðarins.

Samstarfsaðilar: Foreldrar, hagsmunafélög og fagfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2015.

4. aðgerð: Að auka áherslu á heilsuefandi starf í leik-, grunn- og framhaldsskólum í gegn um heilsuefandi samfélag.⁵⁵

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Sveitarfélög og skólastjórnendur.

Samstarfsaðilar: Starfsfólk skóla, heilsugæsla, nemendur og foreldrar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Til 2020.

5. aðgerð: Að skýra og kynna hvaða leiðir og úrræði eru til þegar sjálfsvígshætta skapast.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Skólar og ýmis samtök.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2015.

⁵⁵ Verkefni á vegum Embættis landlæknis.

B.7 Sóttvarnir

Markmið

Öflugar sóttvarnir í landinu.

Mælikvarðar:

1. Að bólusetning gegn árstíðabundinni influensu meðal þeirra sem eru í skilgreindum áhættuhópum,⁵⁶ hækki úr 25% í 50% fyrir árið 2020.
2. Að þátttaka í bólusetningu barna aukist úr 90% í 95% fyrir árið 2015.⁵⁷
3. Að algengi spítalasykinga verði undir 5% á hverri heilbrigðisstofnun á hverjum tíma.⁵⁸
4. Að skilyrðum alþjóðaheilbrigðisreglugerðarinnar (IHR-2005) verði mætt fyrir árið 2013.⁵⁹

1. aðgerð: Að heilsugæslan hafi frumkvæði af því að ná til áhættuhópa fyrir árstíðabundinni influensu.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Heilsugæsla.

Samstarfsaðilar: Sjúklingasamtök og Landssamband eldri borgara.

Kostnaður: Tvöfalt meira af bóluefni.

Tími: Árslok 2015.

2. aðgerð: Að efla fræðslu til foreldra ungra barna og áhættuhópa um mikilvægi bólusetningar.

Ábyrgð: Sóttvarnalæknir.

Framkvæmdaraðilar: Heilsugæsla, mæðravernd og ungbarnaeftirlit.

Samstarfsaðilar: Heilbrigðisstarfsfólk, sér í lagi hjúkrunarfræðingar og ljósmæður.

Kostnaður: Efla og fræða heilbrigðisstarfsfólk sem kemur að framkvæmd.

Tímabil: Viðvarandi.

3. aðgerð: Að skipuleggja og samræma almennar og opinberar sóttvarnaráðstafanir um land allt.

Ábyrgð: Sóttvarnalæknir.

Framkvæmdaraðilar: Sjúkrahús, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins og aðrar

⁵⁶Allir eldri en 60 ára sem og börn og fullorðnir sem þjást af langvinnum hjarta-, lungna-, nýrna- og lifrarsjúkdómum, sykursýki, illkynja og öðrum ónæmisbælandi sjúkdómum. Einnig heilbrigðisstarfsfólk sem annast sjúklinga og þungaðar konur. Sótt 8. ágúst 2012 af: <http://www.landlaeknir.is/smit-og-sottvarnir/bolusetningar/bolusetningar-fullordinna/>

⁵⁷ Markmið í samræmi við drög að stefnumótun Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (Health 2020): Leggur til yfir 90% þátttöku.

⁵⁸ http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/HAI/Documents/2008_HAI_%20special_chapter.pdf

⁵⁹ <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2796/version4/4202.pdf>

DRÖG

heilbrigðisstofnanir.

Samstarfsaðilar: ECDC, lyfjaiðnaðurinn, sýklafræðideild Landspítalans, Matvælastofnun, Matís og Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum.

Kostnaður: Fræðsluefni, fundir og fyrirlestrar.

Tímabil: Árslok 2015.

DRÖG

B.8 Kynheilbrigði

Markmið

Ábyrgt kynlíf.

Mælikvarðar:

1. Að fæðingum í aldurshópnum 15–19 ára fækki⁶⁰ a.m.k. um 20% fyrir árið 2020.
2. Að fóstureyðingum í aldurshópnum 15–19 ára fækki⁶¹ um að minnsta kosti 20% fyrir árið 2020.
3. Að nýgengi klamydíusýkinga⁶² lækki um 25%.

1. aðgerð: Að lækka virðisaukaskatt á getnaðarvörnum í 7%.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Alþingi og fjármála- og efnahagsráðuneytið.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2013.

2. aðgerð: Að efla fræðslu um helstu kynsjúkdóma og afleiðingar þeirra.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Heilsugæsla, efsta stig grunnskólans (8., 9. og 10. bekkur) og framhaldsskólar.

Samstarfsaðilar: Unglingar, heilbrigðisstarfsfólk og kennarar.

Kostnaður: Verkefnisstjóri í hlutastarfi hjá Embætti landlæknis og samstarf milli heilsugæslu og skóla.

Tímabil: Árslok 2015.

⁶⁰ Heimild: Embætti landlæknis: Árið 2009 var hlutfall fæðinga 14,4 af hverjum 1.000 stúlkum í aldurshópnum 15–19 ára.

⁶¹ Heimild: Embætti landlæknis: Árið 2009 var hlutfall fóstureyðinga 11,9 af hverjum 1.000 stúlkum í aldurshópnum 15–19 ára.

⁶² Heimild: Hagstofa Íslands: Árið 2010 var hlutfall nýgengis klamydíusýkinga 695,3 á 100.000 íbúa.

B.9 Tannheilsa

Markmið

Góð tannheilsa landsmanna með áherslu á tannheilbrigði barna.

Mælikvarðar:

1. Að hlutfall 2½ árs barna sem eru tannburstuð daglega sé að minnsta kosti 90%⁶³ í árslok 2015.
2. Að tíðni tannskemmda (DMFT⁶⁴) 12 ára barna hafi lækkað úr 2,1⁶⁵ í að minnsta kosti 1,5 fyrir árslok 2015.
3. Að hlutfall 15 ára barna með glerungseyðingu hafi lækkað úr 30%⁶⁶ í 25% eða minna í árslok 2015.

1. aðgerð: Að lækningar og hjúkrunarfræðingar sem sjá um ung- og smábarnavernd fái leiðbeiningar um skoðun munnhols svo hægt sé að leggja mat á hvort munnhirðu barns sé ábótavant eða tennur farnar að skemmast.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, þróunarstofa heilsugæslunnar og heilsugæslustöðvar.

Samstarfsaðilar: Leikskólar og tannlæknar.

Kostnaður: Innan ramma þróunarstofu heilsugæslunnar.

Tímabil: Kennslu starfsfólks lokið vor 2015.

2. aðgerð: Að tilvísun frá heilsugæslu vegna barna með slæma tannheilsu tryggi tannlæknismeðferð og aukna greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Heilsugæsla og Sjúkratryggingar Íslands.

Kostnaður: Í athugun.

Tími: Verði komið á fyrir árslok 2013.

3. aðgerð: Að komið verði á tannburstun í leikskólum.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

⁶³ 77% 2 ½ árs barna á höfuðborgarsvæðinu voru tannburstuð daglega árið 2011 samkvæmt upplýsingum frá ung- og smábarnavernd heilsugæslunnar.

⁶⁴ Tannátustuðullinn DMFT segir til um hversu margar tennur (T) eru skemmdar (D), fylltar (F) eða hafa tapast (M) vegna tannskemmda hjá tilteknum einstaklingi.

⁶⁵ Munnís 2005. Agustsdóttir H, Gudmundsdóttir H, Eggertsson H, Jonsson SH, Gudlaugsson JO, Saemundsson SR, Eliasson ST, Arnadóttir IB, Holbrook WP. *Caries prevalence of permanent teeth: a national survey of children in Iceland using ICDAS*. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 299–309.

⁶⁶ Munnís 2005. Arnadóttir IB, Holbrook WP, Eggertsson H, Gudmundsdóttir H, Jonsson SH, Gudlaugsson JO, Saemundsson SR, Eliasson ST, Agustsdóttir H. *Prevalence of dental erosion in children: a national survey*. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 521–526.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, þróunarstofa heilsugæslunnar og leikskólar.

Samstarfsaðilar: Mennta- og menningarmálaráðuneytið, Heimili og skóli og Félag leikskólakennara.

Kostnaður: 15–30 milljónir króna, kostnaðaráætlun frá Embætti landlæknis liggur fyrir upp á 30 milljónir króna.

Tímabil: Innleiðing tannburstunar í alla leikskóla á landinu hefst haustið 2012.

Lokið í Reykjavík haustið 2013, lokið á höfuðborgarsvæðinu 2014 og lokið á öllu landinu haustið 2015.

4. aðgerð: Að tannlæknar og stjórnvöld nái samkomulagi um kerfi sem tryggir öllum börnum fullnægjandi tannheilbrigðisþjónustu.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Sjúkratryggingar Íslands, Tannlæknafélag Íslands og Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Tannlæknar, leikskólar, grunnskólar, framhaldsskólar og heilsugæsla.

Kostnaður: Fjárlög vegna útgjalda Sjúkratrygginga Íslands.

Tímabil: Tillögur um kerfi tilbúnar í árslok 2012. Kerfi tekið upp í áföngum til ársins 2016.

DRÖG

B.10 Vinnutengd heilsa

Markmið

Öruggt og heilsusamlegt starfsumhverfi.

Mælikvarðar:

1. Að vinnuslysum fækki úr 1.100 slysum á hverja 100.000 starfandi karla í 900 eða minna og úr 600 slysum á hverjar 100.000 starfandi konur í 500 eða minna fyrir árslok 2015.⁶⁷
2. Að minnsta kosti 30% fyrirtækja hafi sett sér áætlun um heilsueflingu sem taki til meðal annars hreyfingar, geðheilsu og mataræðis fyrir árslok 2015.

1. aðgerð: Að starfshópur vinni skýrslu um stöðu vinnuverndar og í kjölfarið verði gripið til aðgerða sem byggja á niðurstöðum skýrslunnar.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Vinnueftirlit ríkisins, Embætti landlæknis og samtök á vinnumarkaði.

Samstarfsaðilar: Sérfræðingar úr háskólasamfélaginu o.fl.

Kostnaður: Verkefnisstjóri á vegum Vinnueftirlits ríkisins. Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

2. aðgerð: Að upplýsinga- og áróðursherferð um kerfisbundið vinnuverndarstarf í fyrirtækjum verði sett af stað.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Vinnueftirlit ríkisins, samtök á vinnumarkaði og tryggingafélög.

Kostnaður: Verkefnisstjóri á vegum Vinnueftirlits ríkisins. Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

⁶⁷ Skrifleg áætlun, sbr. reglugerð nr. 920/2006, um skipulag og framkvæmd vinnuverndarstarfs á vinnukstöðum.

C. Örugg og heildstæð velferðarþjónusta

C.1 Samþætting og samfella í þjónustu

Markmið

Samþætt og samfelld velferðarþjónusta í samráði við notendur.

Mælikvarðar:

1. Að formlegu samstarfi heilsugæslu og félagsþjónustu verði komið á í öllum heilbrigðisumdæmum fyrir árslok 2015.
2. Að yfir 83% 80 ára og eldri séu við svo góða heilsu fyrir árslok 2015 að þeir geti með viðeigandi þjónustu búið heima.⁶⁸
3. Gerð verði könnun á samfelli í þjónustu einstaklinga sem þurfa að nota sjúkrahús, göngudeild, heilsugæslu, endurhæfingu og félagsþjónustu fyrir árslok 2017.

1. aðgerð: Að skilgreina hvernig samstarfi heilsugæslu og félagsþjónustu skuli háttað.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Velferðarráðuneytið, Embætti landlæknis og Samband íslenskra sveitarfélaga.

Samstarfsaðilar: Sveitarfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

2. aðgerð: Að áætla þjónustupörf fyrir börn og fullorðna sem glíma við geð- og/eða vímuefnavanda.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Velferðarráðuneytið og Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Landspítali, Samtök áhugafólks um áfengisvarnir, Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala, Geðhjálp, Barnaverndarstofa, Samhjálp, Krísuvíkursamtökin, Vímulaus æska, Fangelsismálastofnun, Rauði kross Íslands, Hjálpræðisherinn og sveitarfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

3. aðgerð: Að skilgreina kröfur fyrir endurhæfingarúrræði, meðal annars um innihald, árangur og hagkvæmni meðferðar.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Sjúkratryggingar Íslands og Embætti landlæknis.

⁶⁸ Heimild: Hagstofa Íslands 2012. Árið 2010 bjuggu 78,0% 80 ára og eldri heima, árið 2003 var þetta hlutfall 73,9%.

DRÖG

Samstarfsaðilar: Fagfólk í endurhæfingu og notendur.

Kostnaður: Innan ramma.

Tími: Júní 2015.

4. aðgerð: Að boðið verði upp á heilsueflandi heimsóknir⁶⁹ fyrir 80 ára og eldri í öllum sveitarfélögum.

Ábyrgð: Sveitarfélög.

Framkvæmdaraðilar: Heilsugæsla og félagsþjónusta sveitarfélaga.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Verði innleitt í áföngum til ársins 2018.

⁶⁹ Heilsueflandi heimsóknir eru hugsaðar sem fyrirbyggjandi heilsuvernd og eru í dag í boði hjá nokkrum sveitarfélögum.

C.2 Heilsugæsla

Markmið

Heilsugæslan fyrsti viðkomustaður og samhæfingaraðili heilbrigðisþjónustu.

Mælikvarðar:

1. Úttekt á samsetningu og þjónustutilboðum heilsugæslunnar liggi fyrir í árslok 2014.
2. Að hlutfall þeirra sem leita til heilsugæslunnar sem fyrsta viðkomustaðar innan heilbrigðisþjónustunnar liggi fyrir í árslok 2014.
3. Að heilsugæslustöðvar tryggi aðgang fólks að þverfaglegum teymum vegna geðraskana, vímuvanda og óheilbrigðs lífsstíls⁷⁰ fyrir árslok 2015.
4. Að hlutfall heilsugæslustöðva sem bjóða upp á unglíngamóttöku fyrir fólk á aldrinum 14–23 ára þar sem heilbrigðisþjónusta er sniðin að þörfum þess sé að minnsta kosti 50% fyrir árslok 2015.⁷¹
5. Að gefa kost á rafrænum tímabókunum í allri heilsugæslunni fyrir árslok 2014.

1. aðgerð: Að verklag innan heilsugæslunnar verði endurskoðað með það að markmiði að auka teymisvinnu innan heilsugæslunnar með breyttri samsetningu mannafla.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, heilsugæslan og heilbrigðisstofnanir.

Samstarfsaðilar: Fagstéttir.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Fyrir árslok 2015.

2. aðgerð: Að auka aðgengi að þverfaglegri þjónustu á vegum heilsugæslu vegna geðraskana, vímuvanda og óheilbrigðs lífsstíls sem sinnir meðal annars gagnreyndum forvörnum, greiningu, snemmíhlutun og, eftir atvikum, langtíma meðferð.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Heilsugæsla.

Samstarfsaðilar: Landspítali og Embætti landlæknis.

Kostnaður: Innan ramma fjárlaga.

Tímabil: Fyrir árslok 2015.

3. aðgerð: Að settar verði á fót unglíngamóttökur fyrir fólk á aldrinum 14–23 ára sem bjóði meðal annars upp á ráðgjöf um kynlíf og kynheilbrigði.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Heilsugæsla.

Samstarfsaðilar: Embætti landlæknis, sveitarfélög, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar og

⁷⁰ Óheilbrigður lífsstíll er meðal annars fólgin í óhollu mataræði, kyrrsetu, neyslu tóbaks, áfengis og annarra vímuefna.

⁷¹ Þingsályktun um bættu heilbrigðisþjónustu og heilbrigði ungs fólks. Samþykkt á Alþingi 15. maí 2012.

DRÖG

sálfræðingar.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Í helmingi þjónustusvæða heilsugæslu fyrir árslok 2015.

4. aðgerð: Að setja á fót starfshóp sem skilgreinir hvaða hópum heilsugæslunni ber að hafa aukið frumkvæði við að sinna, svo sem fjölveikum, háöldruðum, innflytjendum o.fl.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Heilsugæsla.

Samstarfsaðilar: Embætti landlæknis, sveitarfélög og notendur.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Lokið fyrir árslok 2013.

DRÖG

C.3 Sérfræðiþjónusta

Markmið

Greiður aðgangur að nauðsynlegri sérfræðiþjónustu.⁷²

Mælikvarðar:

1. Að þarfagreining fyrir sérfræðiþjónustu í heilbrigðisumdæmum liggi fyrir í árslok 2015.

1. aðgerð: Að greina þarfir íbúa fyrir mismunandi tegundir heilbrigðisþjónustu eftir fólksfjölda, aldurssamsetningu, atvinnusamsetningu og atvinnustigi.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Velferðarráðuneytið, Sjúkratryggingar Íslands, sveitarfélög og Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Samtök heilbrigðisstétta.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2014.

⁷² Sérhæfð heilbrigðisþjónusta utan heilbrigðisstofnana, sbr. skilgreiningu í lögum um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007.

C.4 Sjúkrahúsjónusta

Markmið

Greiður aðgangur að nauðsynlegri sjúkrahúsjónustu.

Mælikvarðar:

1. Að hafin verði bygging nýs Landspítala fyrir árslok 2017.
2. Að meðferðarferli sjúklunga á sjúkrahúsum hafi verið skilgreind fyrir tíu sjúkdóma fyrir árslok 2015.
3. Að valin bráðatilfelli/sjúkdómar fái greiningu og fyrstu aðstoð í yfir 90% tilfella innan viðurkenndra tímamarka fyrir árslok 2015.
4. Að skipulag sjúkrahúsjónustu og sjúkraflutninga tryggi öruggt aðgengi a.m.k. 90% landsmanna að bráðþjónustu sjúkrahúss innan skilgreindra tímamarka fyrir árslok 2015.
5. Að í maí annað hvert ár liggi fyrir áætlun um endurnýjun og kaup á tækjabúnaði til tveggja ára fyrir sérhæfð sjúkrahús.⁷³
6. Að komið verði á sameiginlegri miðlægri skrá yfir lækningatæki í eigu opinberra heilbrigðisstofnana fyrir árslok 2014.

1. aðgerð: Að skilgreint verði meðferðarferli sjúklunga á sjúkrahúsum og viðmið um hámarksbiðtíma inn, innan og út af sjúkrahúsum til að tryggja að hver skjólstæðingur fái rétta þjónustu á réttum stað á réttum tíma. Þetta verði gert fyrir bráðmóttökudeildir, legudeildir og göngudeildir.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013.

2. aðgerð: Að skilgreina viðmið vegna greiningar og meðferðar þriggja stórra flokka bráðatilfella, þ.e. alvarlegra áverka, bráðra kransæðaheilkenna og heilablóðfallssjúkdóma.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Fulltrúar sérgreinalækninga í heilbrigðisþjónustu.

Kostnaður: Tvö til þrjú ársverk.

Tímabil: Árslok 2014.

3. aðgerð: Að yfirlæknir sjúkraflutninga samhæfi skipulag sjúkraflutninga og skilgreini ásættanlegan flutningstíma milli staða (til og frá sjúkrahúsi) í samráði við fagrð sjúkraflutninga og Embætti landlæknis.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

⁷³ Viðmið frá Norðurlöndum sem verja frá 1,8% og upp í 3,0% til tækjabúnaðar.

Framkvæmdaraðilar: Yfirlæknir bráðapjónustu á Íslandi⁷⁴ og umsjónarlæknar.⁷⁵

Samstarfsaðilar: Umsjónarlæknar, rekstraraðilar sjúkraflutninga í hverju heilbrigðisumdæmi og Samband íslenskra sveitarfélaga.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2015.

4. aðgerð: Að menntun sjúkraflutningamanna verði eflað þannig að enginn hafi minni menntun en sem svarar núverandi neyðarflutningastigi.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Mennta- og menningarmálaráðuneytið, menntastofnanir, heilbrigðisstofnanir og rekstraraðilar sjúkraflutninga.

Samstarfsaðilar: Yfirlæknir bráðapjónustu utan sjúkrahúsa og fagráð sjúkraflutninga.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Fyrsti áfangi að uppfæra menntun þeirra sem fyrir eru í kerfinu fyrir árslok 2015.

5. aðgerð: Að þarfagreining verði gerð vegna endurnýjunar tækjabúnaðar sérgreinasjúkrahúsa og innkaupum á tækjabúnaði forgangsraðað á grundvelli hennar.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Stjórnendur sjúkrahúsa.

Kostnaður: Innan ramma.

Tími: Árslok 2015.

6. aðgerð: Að allar heilbrigðisstofnanir taki saman og viðhaldi listum yfir lækningatæki sinnar stofnunar sem verði settir í miðlæga lækningatækjaskrá.

Ábyrgð: Lyfjastofnun.

Framkvæmdaraðilar: Allar heilbrigðisstofnanir.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2013. Viðvarandi eftirfylgni.

⁷⁴ Yfirlæknir bráðapjónustu utan sjúkrahúsa er staðsettur á Landspítala.

⁷⁵ Umsjónarlæknar sjúkraflutninga gegna samhæfingarhlutverki í sínum málaflokki, einn í hverju heilbrigðisumdæmi, sbr. 4. gr. reglugerðar nr. 262/2011, um framkvæmd og skipulag sjúkraflutninga.

C.5 Gæði, öryggi og eftirlit

Markmið

Örugg velferðarþjónusta.

Mælikvarðar:

1. Að fyrir árslok 2015 birti allar heilbrigðisstofnanir árlega niðurstöður fimm viðurkenndra og skilgreindra gæðavísa⁷⁶.
2. Að allar heilbrigðisstofnanir setji sér sýnilega gæðastefnu fyrir árslok 2014.
3. Að samkvæmt reglubundnum könnunum séu að minnsta kosti 80% notenda heilbrigðisþjónustu að jafnaði ánægðir með þjónustuna. (vantar tímaþátt í mælikvarðann).
4. Að fyrir árslok 2018 skrái allar heilbrigðisstofnanir atvik í rafrænan gagnagrunn Embættis landlæknis.

1. aðgerð: Að skilgreina að minnsta kosti fimm gæðavísa fyrir heilbrigðisstofnanir.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Heilbrigðisstofnanir, heilbrigðisstarfsfólk og háskólar.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Júní 2014.

2. aðgerð: Að kannanir á ánægju notenda heilbrigðisþjónustunnar verði framkvæmdar samkvæmt áætlun og áhættugreiningu Embættis landlæknis og landskönnun verði gerð á fimm ára fresti. Niðurstöður kannana verði nýttar í umbótastarfi.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Háskólar og rannsóknarstofnanir.

Kostnaður:

Tímabil: Landskönnun gerð 2014 og síðan á fimm ára fresti. Aðrar kannanir framkvæmdar eftir áætlun Embætti landlæknis.

3. aðgerð: Að eftirlit með velferðarþjónustu verði sameinað og falið Embætti landlæknis⁷⁷.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Velferðarráðuneytið.

⁷⁶ Sbr. reglugerð nr. 1148/2008, um gerð gæðavísa sem notaðir eru til að meta gæði og árangur innan heilbrigðisþjónustunnar.

⁷⁷ Samkvæmt lögum nr. 41/2007 hefur Embætti landlæknis faglegt eftirlit með starfsemi heilbrigðisstofnana og starfi heilbrigðisstarfsfólks. Undir eftirlit embættisins heyra allar rekstrareiningar þar sem heilbrigðisþjónusta fer fram.

DRÖG

Kostnaður: 20 milljónir króna á ári.
Tímabil: Verði lokið fyrir árslok 2013.

DRÖG

C.6 Mannafli í heilbrigðisþjónustu

Markmið

Nægilegur mannaflí innan heilbrigðisþjónustu með viðeigandi þekkingu og færni.

Mælikvarðar:

1. Að spá reglubundið fyrir um eftirspurn eftir og framboð á mannafla innan helstu heilbrigðisstétta. Fyrstu spá verði lokið í júlí 2014.

1. aðgerð: Að gagnagrunnar Embættis landlæknis geri það mögulegt að meta og spá fyrir um mannaflaþörf⁷⁸ fyrir árslok 2013.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Kostnaður: Eitt stöðugildi.

Tímabil: Árslok 2013. Birting á sex mánaða fresti.

2. aðgerð: Að gera þarfagreiningu um mannafla fyrir a.m.k. þriðjung löggildra heilbrigðisstétta.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Velferðarráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Stofnanir, fagfélög og notendur.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Árslok 2015.

3. aðgerð: Að fjölga námsstöðum í heimilislækningum úr 12 í 17.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Velferðarráðuneytið og heilsugæslan.

Kostnaður: 33 milljónir króna á ári.

Tímabil: Árslok 2013.

⁷⁸ Greining á mannafla þarf að taka tillit til þarfa samfélagsins og taka þarf tillit til þeirra breytinga sem verða meðal annars í skipulagi heilbrigðisþjónustu, lýðfræðilegri samsetningu, sjúkdómabyrði, samgöngum og tækni.

C.7 Rafræn skráning, miðlun og nýting heilbrigðisupplýsinga

Markmið

Fullnægjandi skráning, miðlun og nýting heilbrigðisupplýsinga fyrir stjórnendur, fagfólk og almenning.

Mælikvarðar:

1. Að koma á samræmdri skráningu og samtengdri rafrænni sjúkraskrá fyrir allt landið fyrir árslok 2015.
2. Að almenningur eigi kost á aðgangi að skilgreindum heilsufarsupplýsingum um sig sjálfan á öruggan rafrænan hátt fyrir árslok 2015.
3. Að koma á fót gagnvirkri upplýsingaveitu sem veitir aðgang að áreiðanlegum og tímanlegum heilbrigðisupplýsingum sem vitna meðal annars um gæði og árangur heilbrigðisþjónustu fyrir árslok 2015.

1. aðgerð: Að samtengja sjúkraskrár milli allra rekstraraðila í heilbrigðisþjónustu á landsvísu.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, heilbrigðisstofnanir, aðrir rekstraraðilar í heilbrigðisþjónustu og sjálfstætt starfandi heilbrigðisaðilar utan stofnana.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2015.

2. aðgerð: Að samræma lágmarksskráningu í rafræna sjúkraskrá og stöðlun á rafrænni úrvinnslu upplýsinga.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Samstarfsaðilar: Heilbrigðisstofnanir, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsfólk og Sjúkratryggingar Íslands.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabili: Árslok 2014.

3. aðgerð: Vinna þarfagreiningu fyrir gagnasöfn í heilbrigðis- og félagsþjónustu með tilliti til öruggar, réttar og skilvirkar notkunar upplýsinga fyrir stefnumótun, þjónustu og rannsóknir í velferðarkerfinu.⁷⁹

⁷⁹ Gagnasöfnun á heilbrigðisviði og velferðarviði sem geta orðið undirstaða greininga og rannsókna, þar á meðal stutt við greiningu og spár um mannafla.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis og rekstraraðilar grunnskóla og háskólar.

Samstarfsaðilar: Hagsmunaaðilar.

Kostnaður: Verkefnisstjóri og starfshópur.

Tímabili: Árslok 2014.

4. aðgerð: Að koma á fót einni sameiginlegri upplýsingaveitu⁸⁰ þar sem heilbrigðisstarfsfólk, stjórnvöld og almenningur geta sótt sér áreiðanlegar og nýjar lykiltölur um starfsemi heilbrigðisstofnana og mikilvæga heilsu- og gæðavísa á gagnvirkan hátt.

Ábyrgð: Embætti landlæknis.

Framkvæmdaraðili: Embætti landlæknis.

Kostnaður: Í athugun.

Tímabil: Árslok 2015.

⁸⁰ Um er að ræða svokallað vöruhús heilbrigðisupplýsinga sem verður meginvettvangur fyrir söfnun, greiningu og miðlun á öllum tölfræðilegum heilbrigðisupplýsingum. Vöruhúsið mun styðja samanburð, eftirlit með og greiningu á starfsemi heilbrigðisþjónustu, notkun þjónustu og vöktun á heilsufari.

C.8 Rannsóknir og þróun

Markmið

Öflugt rannsóknarstarf og þróun á sviði velferðarmála.

Mælikvarðar:

1. Reglubundnar kannanir verði gerðar á heilsu, líðan og lifnaðarháttum landsmanna.
2. Kannaðir verði kostir og gallar þess að setja á fót sérstakan rannsóknarsjóð á heilbrigðis- og félagssviði fyrir árslok 2016.

1. aðgerð: Að rannsóknin „heilsa og líðan Íslendinga“ verði framkvæmd a.m.k. á fimm ára fresti.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis og háskólar.

Samstarfsaðilar: Háskólar, Krabbameinsfélagið og Vinnueftirlit ríkisins.

Kostnaður: 20 milljónir króna.

Tímabil: Í lok árs 2017.

2. aðgerð: Landskannanir á mataræði barna og fullorðinna verði framkvæmdar á fimm ára fresti.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið og atvinnuvega- og nýsköpunarráðuneytið.

Framkvæmdaraðilar: Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði.

Kostnaður: 35 milljónir króna.

Tímabil: Rannsókn á mataræði barna árið 2015 og mataræði fullorðinna árið 2017.

3. aðgerð: Skipaður verður starfshópur sem fer yfir kosti og galla þess setja á fót sérstakan rannsóknarsjóð á heilbrigðis- og félagssviði.

Ábyrgð: Velferðarráðuneytið.

Framkvæmdaraðili: Velferðarráðuneytið.

Samstarfsaðilar: Háskólar, Embætti landlæknis og fagfélög.

Kostnaður: Innan ramma.

Tímabil: Verði lokið árið 2016.

6. Framkvæmd, mat og eftirlit

Heilbrigðisáætlunin gildir til loka ársins 2020 og er ábyrgð á framkvæmd hennar á hendi velferðarráðuneytisins. Ráðuneytið mun í samstarfi við Embætti landlæknis, fagfólk og fleiri aðila vinna að nánari útfærslu einstakra þátta heilbrigðisáætlunarinnar og endurskoða markmið hennar eftir því sem ástæða þykir til á gildistíma hennar. Þá verður aðgerðaáætlun yfirfarin í tengslum við undirbúning fjárlaga ár hvert en áætlað er að meirihluti aðgerða verði lokið fyrir árslok 2015.

Árið 2016 mun velferðarráðuneytið birta heildaryfirlit um stöðu mælikvarða og aðgerða og endurskoða aðgerðaáætlunina.

Velferðarráðuneytið mun annast eftirlit með framkvæmd áætlunarinnar og leggja mat á hvort aðgerðir hafa skilað því sem til stóð og verður settur á fót stýrihópur til að hafa yfirumsjón með framkvæmd áætlunarinnar. Mat og eftirlit mun í ríkum mæli byggja á gagnasöfnum sem eru á hendi Embættis landlæknis, sem miðstöð heilbrigðistölfræði og gagnasöfnunar í heilbrigðiskerfinu, og Hagstofu sem mun halda utan um söfnun og birtingu félagsvísa. Þá mun stýrihópurinn kanna reglulega hvernig framkvæmd aðgerða miðar.

Gert er ráð fyrir að áætluninni verði fylgt á öllum stigum heilbrigðis- og velferðarþjónustu og að hún sé viðmið fyrir stefnumótun stofnana og annarra sem starfa á því sviði. Það er einnig markmið að hún njóti stuðnings sveitarfélaga, landshlutasamtaka, frjálsra félagsamtaka, fagfélaga og hagsmunasamtaka, fyrirtækja og aðila vinnumarkaðarins, fjölskyldna og einstaklinga þannig að þau stuðli einnig að heilbrigði þjóðarinnar með verkum sínum. Þá er þess vænst að stefna ríkisins á öðrum sviðum samfélagsins stuðli að bættu heilbrigðisástandi hér á landi.

Heilbrigðisáætlunin mun ekki koma í stað eða draga úr vinnu við stefnumörkun og áætlanagerð á fjölmörgum sviðum heilbrigðis- og velferðarmála. Áfram verða unnin umfangsmikil verkefni sem varða stöðu og framtíð stofnana, sérgreina og heilbrigðisstarfsfólks. Þverfaglegt samstarf og samhæfing áætlana einstakra samfélagsgeira mun verða stöðugt viðfangsefni. Þess er vænst að öll vinna sem tengist framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar leiði til skipulegri vinnubragða og aukinnar samhæfingar verkefna á hendi hins opinbera.

Ísland hefur skuldbundið sig til þess að innleiða gerðir Evrópusambandsins samkvæmt EES-samningnum, fylgja samþykktum og leiðbeiningum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, taka þátt í norrænu samstarfi og sinna margvíslegum öðrum alþjóðlegum verkefnum á sviði heilbrigðis- og velferðarmála. Áfram verður unnið að þessum verkefnum og leitast við að tengja þau betur framkvæmd heilbrigðisáætlunarinnar og nýrri velferðarstefnu.

Heimildir

Viðauki I: Kostnaðargreining (í vinnslu)

Viðauki II: Skilgreiningar á hugtökum (í vinnslu)

Samþætting: „Í hugtakinu samþætting felst ekki ein skilgreining heldur nær það yfir fjölda nálgana eða aðferða til að ná fram samþæfingu og skilvirkni milli ólíkra þjónustubátta í þeim tilgangi að bæta þjónustu við notendur. Þessar aðferðir geta meðal annars verið samþæfing þjónustunnar, samvinna þjónustuaðila, sameignarfélög eða þverfagleg samvinna þvert á stofnanir.“ *Heilbrigði og heildarsýn*. 2006. Háskóli Íslands.

Lífsgæði: *Huglægt mat á aðstæðum einstaklinga og hópa sem verða fyrir áhrifum frá ýmsum þáttum, eins og þeim sem ákvarða heilsu og hamingju, menntun, félagsleg og vitsmunalega fullnægju, frelsi, réttindi og frelsi frá kúgun (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2003)*

Viðauki III: Yfirlit um aðrar stefnur og áætlanir (í vinnslu)

Stefnur og áætlanir velferðarráðuneytisins:

- Aðgerðaáætlun í málefnum ungs fólks (18–35 ára)
- Stefna í málefnum aldraðra
- Framkvæmdaáætlun um málefni fatlaðs fólks
- Þingsályktun um framkvæmdaáætlun í málefnum innflytjenda (í endurskoðun)
- Áætlun í jafnréttismálum 2011–2014
- Framkvæmdaáætlun í jafnréttismálum
- Aðgerðaáætlun um kynbundið ofbeldi
- Aðgerðaáætlun um launajafnrétti kynjanna
- Lyfjastefna (í endurskoðun)
- Stefna í upplýsingatækni innan velferðarkerfisins
- Stefnumörkun í tóbaksvörnum
- *Stefna í áfengis og vímuevörnum (í vinnslu)*
- *Krabbameinsáætlun (í vinnslu)*
- *Stefna í vinnumarkaðsmálum (í vinnslu)*
- *Stefna í vinnuverndarmálum (í vinnslu)*
- *Húsnæðisstefna (í vinnslu)*

Aðrar innlendar og erlendar stefnur og áætlanir á málavíði velferðarráðuneytisins: