

Helse- og omsorgsdepartementet
Pb 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref: 201104748/-RAGS
Vår ref: 12/122-3/EPFO/SGRI
Dato: 20.03.2012

Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften)

Vi takker for oversendt høringsnotat, og for muligheten for å komme med våre innspill.

Vi ser med glede at bakenforliggende faktorer som oppvekstvilkår og levekår er inkludert i begrepet "påvirkningsfaktorer", og at både positive (helsefremmende) faktorer og risikofaktorer er nevnt. Vi synes også det er meget bra man flere steder i utkastet minner om sosiale helseforskjeller innen kommunene og om gradientutfordringen som er påvist.

Det statlige nivået dekkes ikke av denne forskriften. Dette kan gi inntrykk av at dette nivået er lite viktig i folkehelsearbeidet. Flere av de mest effektive virkemidlene i folkehelsearbeidet finnes på nasjonalt politisk nivå, slik som avgifter/subsidier, transportplaner (offentlig transport, krav til kjøretøy, sikring av veier), lover og forskrifter (tobakk, alkohol, andre rusmidler, næringsmidler), utdanningssektoren og arbeidslivet med tiltak for høy deltagelse. Med tanke på tiltak på statlig nivå, trengs god oversikt på dette nivået - bedre enn i dag. For eksempel finnes det i dag ingen oversikt over vektutvikling blant voksne på nasjonalt nivå. Etter vår mening burde det statlige nivåets behov for oversikt - og dermed mulighetene for tiltak, kommet frem på egnet vis, kanskje i forskriftens innledning.

Vi mener departementet har gjort et klokt valg ved at det formelle skriftlighetskravet rettes mot den oversikt kommunen og fylkeskommunen skal ha for å ivareta det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet, i form av krav om rapport hvert fjerde år. Vi er videre enig i at det stilles krav om ansettelse av kommunelege med nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse, og ser på dette som et viktig bidrag til langsiktig kompetanseoppbygging innen epidemiologi og systematisk folkehelsearbeid i kommunen. Vi vil imidlertid nevne enkelte forhold hvor vi kunne ønske endring.

Virkeområde

I kapittel 5 (Side 12) innledes avsnitt 5.2. med at Folkehelselovens paragrafer 5, 21 og 25 gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om oversiktsarbeidet i kommune, fylkeskommuner og stat. Denne setningen kan misforstås dit hen at statens oversiktsarbeid kan reguleres i forskriften. Slik vi leser folkehelseloven gir § 25 hjemmel for å forskriftsregulere opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen fra statlig sektor. Dette kommer frem i avsnitt to i kapittel 5.2.

Informasjon til befolkningen

I kapittel 8 nevnes kommunenes mulighet for å samarbeide med frivillige organisasjoner og andre virksomheter. Dette er viktig. I kapittel 8.2 kunne det gjerne tilføyes at fortolkede oversikter over helseforhold og påvirkningsfaktorer skal legges ut på fylkeskommuners og kommuners nettsider.

Fylkeshelseundersøkelser

Folkehelselovens paragraf 21 gir hjemmel for å kunne gi bestemmelser om gjennomføring av befolkningsundersøkelser. Vi støtter forslaget om at Folkehelseinstituttet bør være faglige rådgiver når det gjelder hvilke tema og spørsmål som bør ligge inne som minste felles multiplum. Her bør vi prioritere godt utprøvde spørsmål på områder som ikke dekkes eller blir dårlig dekket i helseregistrene. Eksempler er risiko- og beskyttende påvirkningsfaktorer, selvurdert helse (psykisk og fysisk). Vi gir full støtte til at innholdet i fylkeshelseundersøkelser følger en felles mal m h t innhold, både i basismodulen som alle bør bruke, og når det gjelder "ekstras spørsmål" på områder hvor det enkelte fylke ønsker en utdyping.

Det er stor gevinst å hente ved at fremgangsmåten m h t utvalgstrekkning og forhold knyttet til invitasjoner og rekruttering av deltagere blir gjort på en ensartet måte. Også bearbeiding av de innsamlede data bør gjøres standardisert og ensartet. Hvis gjennomføring og bearbeiding varierer vil mulighetene til sammenligninger mellom kommuner og fylker bli vesentlig redusert - man vet ikke om forskjeller er reelle eller knyttet til fremgangsmåten. Uten en slik samordning – fortrinnsvis av en sentral institusjon, vil informasjonen heller ikke kunne sammenstilles til tall på nasjonalt nivå.

Vedr. 9.2.1 siste avsnitt og 10.2.3 siste avsnitt vil vi bemerke at «nasjonale» tall basert på et vekslende utvalg fylker (der noen er ofte med mens andre sjelden er med osv.) ikke er en god løsning hverken som sammenligningsgrunnlag for fylker og kommuner, eller for å overvåke trender. Teksten som skisserer sammenstilling av fylkesundersøkelser til nasjonale tall bør strykes. Landstall bør heller komme fra eksplisitt landsrepresentative utvalg..

Muligens burde Folkehelseinstituttet få i oppgave å analysere og i hvert fall publisere disse dataene ettersom dette kan anses som en naturlig del av Folkehelseinstituttets ansvar for nasjonal helseovervåking og rådgiving i folkehelse spørsmål.

Begrepsbruk

I 6.2.2 tredje avsnitt (s 18) står det ”Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse ved å forstå analyser,”. Bruk av analysebegrepet kan medføre mistolkning siden vi her går ut fra at man mener vurdering av konsekvenser og årsaksforhold slik det beskrives i avsnitt to på samme side. Vi foreslår at ordet ”analyser” erstattes med ”vurdering av konsekvenser og årsaksforhold”. Vi har inntrykk av at kommuner og fylkeskommuner kan mistolke analysebegrepet til å omfatte statistiske analyser, noe de selv ofte ikke har kompetanse innen, slik at de vurderer at de må få hjelp fra lokale forskningsinstitutt etc. til den typen analyser.

Misforståelse angående sammenslåing av kommuner

I 6.2.2.3 står det at FHI i noen tilfeller slår sammen små kommuner til større geografiske enheter. Dette gjøres ikke per i dag. Det kan bli en realitet i fremtiden, men da som et *supplement* til kommunevise profiler. Det stemmer imidlertid at vi slår sammen årganger, aldersgrupper og kjønn for at små kommuner i størst mulig grad skal få data, men de samme sammenslåingene gjøres for alle kommunene.

Folkehelseinstituttets tilgang til datagrunnlag for folkehelseprofiler

Folkehelseloven gir Folkehelseinstituttet et særskilt oppdrag med å ”gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse” (§ 25 andre ledd). For å kunne gjennomføre oppdraget vil Folkehelseinstituttet ha behov for regelmessig tilgang på data fra sentrale helseregistre og andre relevante datakilder. For å kunne utarbeide indikatorer og statistikkgrunnlag som gir et best mulig kunnskapsgrunnlag for kommunenes folkehelsearbeid er det nødvendig at materialet bearbeides av FHI før publisering. For å kunne gjøre dette på en mest mulig hensiktsmessig måte er det i flere sammenhenger påkrevd at FHI har tilgang til betydelig mer detaljert informasjon enn den som til slutt publiseres. Gjeldende regelverk og praksis legger flere hindringer for at FHI kan løse denne oppgaven på en best mulig måte.

Problem 1: Skjuling av tall i leveranser

For flere leverandører gjelder de samme krav til anonymisering av data ved leveranser til FHI som ved offentlig publisering. Særlig for små kommuner gir dette opphav til ”prikking” av årlige oppgaver, selv om det for FHI bare vil være aktuelt å publisere tall for flere årganger sammenslått der tallgrunnlaget blir så stort at personvern hensynet er ivaretatt. Prikking av enkeltårganger vil da være den begrensende faktor og vil ramme langt flere små kommuner enn nødvendig. Tilsvarende vil det ofte være solide faglige grunner til å lage sluttindikatorer som er en bearbeiding av alders- og kjønns spesifikke oppgaver. Igjen gjelder det at dersom personvern hensynet skal gjelde alle oppgavene som inngår som mellomprodukter vil mange indikatorer bli umulige å rapportere.

Til dette punktet gjelder det særlig at SSB i henhold til Statistikkloven og gjeldende praksis skjuler små tall i datautlevering til offentlig planlegging (som er den kategorien FHIs folkehelseprofiler faller i). Denne problematikken er også påpekt i SSBs høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet om den nye folkehelseloven 14. januar 2011. SSB forvalter mye av statistikken som er aktuell for folkehelseprofilene og statistikkbanken.

Problem 2: Helsestatistikk på bydelsnivå

Utjevning av helseforskjeller er en sentral målsetning i den nye folkehelseloven. Som en konsekvens etterspør store og mellomstore kommuner helsestatistikk på bydelsnivå, og dette er et behov som vi mener det er faglig grunnlag for og som vi ønsker å imøtekomme. Statistikk på bydelsnivå bygger i regelen på opplysning om grunnkrets. Opplysning om grunnkrets er (implisitt) hjemlet i flere av de aktuelle registrene. DSF (Folkeregisteret) er i registerforskriftene spesifisert som datakilde for bostedsopplysninger. Problemet er at det så langt har vist seg at grunnkretsvariabelen (og dermed også bydelsvariabelen) fra DSF har så stor underrapportering at det ikke er faglig forsvarlig å basere seg på denne. Derimot har SSBs befolkningsavdeling komplette opplysninger som teknisk sett enkelt kan brukes. Slik vi har forstått SSB er det ikke hjemmel for å bruke disse opplysningene i overvåkingsøyemed. De juridiske forholdene her bør derfor avklares.

Problem 3: Helsestatistikk etter utdanning

Folkehelseloven har forebygging/reduksjon av sosiale helseforskjeller som en klar målsetting. Oppdeling av helsestatistikk etter utdanning krever per i dag konsesjon fra Datatilsynet for kobling mot de sosioøkonomiske registrene i SSB. Per i dag har det ikke lyktes FHI og få de nødvendige konsesjoner da Datatilsynet er svært restriktive med å gi slike konsesjoner til overvåkningsformål. Det er svært ønskelig at de nødvendige utleveringer til FHI ikke beror på søknader om konsesjon og dispensasjon fra taushetsplikt. Et alternativ vil være å forskriftsfeste tilgangen til data og koblede data for de oppdrag Folkehelseinstituttet tildeles etter folkehelseloven. Et annet alternativ er å gjøre endringer i forskriftene til de sentrale helseregistrene med hensyn til kobling til data fra andre relevante kilder, for eksempel sosioøkonomiske data fra registrene i SSB (slik som det i dag gjelder for Norsk pasientregister).

Konklusjon

Begrensningene vi har påpekt er et stort problem for folkehelsearbeidet i kommunene, særlig for mindre kommuner som ikke vil kunne få tilgang til relevante og viktige data til planleggingsformål. Folkehelseinstituttet vil derfor be om at HOD foretar en ny gjennomgang av det rettslige grunnlaget for utleveringer av registeropplysninger til utarbeidelse av folkehelseprofiler, slik at også små kommuner kan få tilgang på de opplysningene de trenger for å kunne drive effektivt folkehelsearbeid.

Datagrunnlag fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Et av målene med samhandlingsreformen er en dreining i retning av økende aktivitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mer folkehelsearbeid og mer forebyggende arbeid. Dagens helseregistre vil etter hvert kunne gi et godt kunnskapsgrunnlag fra spesialisthelsetjenesten, men samhandlingsreformen aktualiserer behovet for tilsvarende data fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Allmennlegetjenesten tok i bruk elektroniske pasientjournalssystemer allerede på 1980-tallet, men data fra disse systemene er i svært begrenset grad tilgjengelige for helsestatistikk på et overordnet nivå. Fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene er derfor datagrunnlaget i dag svakt for helsestatistikk, helseovervåking, kvalitetsutvikling, forskning og analyser av pasientforløp.

For å kunne presentere helsestatistikk med utgangspunkt i tilstander som behandles i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er det behov for personentydige data fra denne delen av helsesektoren. Et slikt datagrunnlag bør omfatte data fra alle delene av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, blant annet allmennlegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Folkehelseinstituttet vil understreke betydningen av at et helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene utredes, både organisatorisk, juridisk og teknologisk. Vi vil derfor oppfordre til at dette arbeidet intensiveres.

Modernisering og samordning av helseregisterfeltet

Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte i 2008 forprosjektet **Nasjonalt helseregisterprosjekt** for å samordne og modernisere de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene. På bakgrunn av arbeidet i forprosjektet vedtok Regjeringen våren 2011 en tiårig strategi for helseregisterfeltet og hovedprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt ble etablert høsten 2011. Formålet med prosjektet er bedre utnyttelse, bedre kvalitet og enda sikrere håndtering av data fra nasjonale helseregistre. Det overordnede målet er at kvaliteten på helsetjenestene skal bli bedre og at kunnskapsgrunnlaget for utvikling av bedre behandling, forebygging, helseovervåking og forskning skal styrkes. De nasjonale helseregistrene skal, sammen med samhandlingsreformen og arbeidet med eHelse, være vesentlige virkemidler for å nå helse- og omsorgspolitiske mål. For at sentrale helseregistrene skal være et godt datagrunnlag for folkehelseprofilene vil Folkehelseinstituttet understreke at det er av stor betydning at arbeidet med å modernisere og samordne helseregisterfeltet videreføres og styrkes.

Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

I 7.1.2, øverst s. 22, antydes det at FHI kan inkludere «data om tjenester» i sin statistikk. Dette er bevisst ikke gjort i den løsningen som ble lansert i januar 2012, blant annet for å holde statistikkbank og profiler oversiktlige, og fordi tjenesterelaterte tall (KOSTRA-tall) allerede er presentert i SSBs statistikkbank.

S. 22, siste linje: Skrivefeil

Vennlig hilsen

Geir Stene-Larsen
Direktør

Sidsel Graff-Iversen
Forsker