



Pensjonistforbundet

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 16.03.2012

Postboks 8011 Dep.

0030 Oslo

Ref.: 201104748/RagS

Høring av forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften)

Pensjonistforbundet viser til departementets høringsbrev av 21.12. 2011. Svarbrev sendes også til postmottak@hod.dep.no

Pensjonistforbundets uttalelse er på vegne av de samarbeidende organisasjonene Telepensjonistenes landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund og LO- Stats pensjonistutvalg. Forslag til Folkehelseforskrift er et omfattende og solid dokument som initierer en bredere og forsterket politisk satsing på forebygging og helsefremmende faktorer. Pensjonistforbundet er særdeles positiv til dokumentets gode intensjoner om å utjevne helseforskjeller mellom ulike grupper i samfunnet. Forslaget til forskrift favner helse og samfunn både på individ, gruppe, lokalt og samfunnsnivå – i et livsløpsperspektiv. Det omfatter alle sektorer, forvaltningsnivå, og alle arenaer i samfunnet - med nærdemokrati som en overordnet ramme for planlegging og gjennomføring. Høringsforslaget er, slik sett, både i tråd med samhandlingsreformen og verdighetsgarantiens ønskede mål om få best mulig helse og livskvalitet for den aldrende del av befolkningen. Vi har imidlertid noen generelle bemerkninger, kommentarer og løsninger vi mener bør med i det videre arbeidet med forskriften. Pensjonistforbundets hørings svar vil omhandle:

- 1) Forskriftforslaget
- 2) Hvordan undersøkelsene bør gjennomføres

Forskriftsforslaget

Gjennom ny folkehelselov fra 01.01.12 legges ansvaret for folkehelse til kommunen som sådan og ikke til kommunens helsetjeneste slik det var i kommunehelsetjenesteloven. En annen endring loven initierer er at i det nye lovverket går folkehelsearbeidet fra å være en "kan tjeneste" til en "skal tjeneste" i norske kommuner. Dette betyr at folkehelsearbeidet skal implementeres i alle enheter i kommunen og at kommunen forplikter seg til å ha et helhetlig og systematisk arbeid med folkehelsen. Det vil også gi kommunen et godt grunnlag til og systematisk overvåke helsetilstanden til dens innbyggere og på denne måten kunne prioritere og målrettet tiltakene overfor kommunens eldre, mere effektivt og direkte.

- Folkehelsearbeidet vil bidra til å identifisere kunnskapshull og utfordringer både innen sykdomsforebygging og behandling. Det er derfor særdeles viktig at kunnskapen også utformes til bruk innen forskning.
- Pensjonistforbundet mener at det bør legges mest vekt på positive helsefremmende faktorer. Folkehelsearbeidet bør i all hovedsak bygge opp under enkeltmenneskets krav om å ta vare på seg selv, men dette arbeidet bør også knyttes til

samfunnsutviklingen. Helse har en geografisk forankring - nærmiljøet kan være en faktor som øker eller minsker helseplagene i befolkningen. Det handler derfor ikke bare om livstil og det å forebygge dårlig helse på individnivå, men også om å skape gode og levende bo og nærmiljø. Folkehelsearbeidet som rettes inn mot eldre bør innlemmes i kommunenes planer gjennom disse fokusområdene: Gode levevaner, økt fysisk aktivitet, gode boforhold og gode ytre miljøer og sikkerhet.

- I det videre arbeidet med forskriften bør det tydeliggjøres noen avgrensinger om hva som er det offentliges ansvar, og hva den enkelte må ta ansvar for selv.
- De tolkede Resultatene bør rapporteres generelt i kommunen og til de ulike tjenestene. Pensjonistforbundet mener at tilgjengelighet til opplysningene er svært sentralt for våre brukere. De kan ikke bare legge ut må nettsidene til kommunen. Den enkelte innbygger må ha mulighet til å få disse opplysningene fra for eksempel eldresentret, helsestasjonen og NAV. Kommunen kan for eksempel opprette en fast spalte i lokalavisen. De tolkede dataene bør suppleres med grunnlaget for statistikken, informasjon om hvor en kan henvende seg for å få rådgivning og hva en selv kan gjøre for å forebygge dårlig helse.
- Fastlegens nye rolle må inn i Folkehelseforskriften.

Gjennomføring

- Det er viktig at når en setter i gang nye tiltak innenfor folkehelseområde at kommunene har en god kunnskapsbase. Deretter må en velge ut målområder, basert på den kunnskapen en har om helsa i eget lokalsamfunn, sette inn tiltak, evaluere disse og benytte den nye kunnskapen som kommer fra evalueringen til å bedre praksis/sammenligne. Det vil være viktig at kunnskapen er en kombinasjon av evidensbasert tenkning og ut i fra det opplevde – erfaring. Den evidensbaserte og den erfaringsbase kunnskapen gir ulik tilgang til kunnskap, men er likeverdige og gjensidig utfyllende - ved at de sammen utdyper feltet. Pensjonistforbundet mener derfor at det videre arbeidet med å utvikle indikatorer bør gjøres ut i fra om at erfaring og evidens er gjensidig utfyllende.
- Utvikling og anvendelse av indikatorsystem innebærer store faglige, helsepolitiske og helseøkonomiske utfordringer. Åpenhet og klarhet i det helsepolitiske og faglige grunnlaget for indikatorsettene er viktig i forhold til tilliten og troverdigheten av systemet. Arbeidsprosessene som anvendes bør derfor sikre legitimitet og forankring hos brukere som pasienter, fagmiljø og myndigheter. Et kjernepunkt i denne forbindelse er å ha en systematisk tilnærming ved utviklingen av indikatorene, og at denne prosessen ivaretar både det vitenskapelige og faglige aspektet, og de helsepolitiske og verdimeslige prioriteringene. Dette kan gjøres i konsensusprosesser der den forskningsbaserte og erfaringsbaserte kunnskapen oppsummeres og kombineres med kollektive ekspert- og brukervurderinger. Slike prosesser er viktige både for å dokumentere hvordan indikatorer velges og for å dokumentere grunnlaget for de beslutninger som blir tatt. For å kunne tallfeste og forenkle komplekse helsemål, bør enn benytte helseindikatorer som hver for seg gir et bidrag til helhetsbildet av helsetilstanden. Helseindikatorene kan være dødelighet, sykkelighet eller risikofaktorer inndelt etter demografiske og sosioøkonomiske forhold. Hver enkelt indikator er en definert og målbar dimensjon.
- I utviklingen av indikatorer bør det gis muligheter til å se bakom resultatene på årsaks bildet - for å identifiser konsekvenser og analysere frem tiltak som er hensiktsmessige og mest mulig treffende. Statistikken bør også synliggjøre hva som er et akseptabelt

nivå på landsgjennomsnitt. For eksempel er hjerte og karfrekvensen under landsgjennomsnittet er det likevel ikke sikkert at det er et akseptabelt og ønsket mål. Landsgjennomsnittet kan være for høyt. Statistikken bør kunne gi svar på helse, fysisk aktivitet, kost og røykevaner i forhold til både økonomi situasjon i familien og utdanningsfrekvens. Dette for å kunne gå bak tallene og se på årsakssammenhenger. Det er nødvendig at helsedata og sosiale data blir koblet og analysert.

- Kilder til opplysningene og hvordan disse gis har betydning for hvilken informasjon man har muligheter til å få. Pensjonistforbundet mener at det vil være mest hensiktsmessig å videreutvikle de systemene som allerede i dag er i bruk. Slik som journalsystemene til fastlegene.
- Eksempel på helseområder og bakgrunnsfaktorer det er viktig å følge med på over tid: Dødelighet, forventet levealder, hjerte- og karsykdommer, kreft, selvmord, spedbarnsdødelighet,trafikkulykker,sykkelighet,demenslidelser,diabetes, hoftebrudd, psykiske problemer, tannhelse, uføreytelser, risiko og beskyttende faktorer, alkoholbruk, fysisk aktivitet, kolesterol, kroppsmasseindeks, røyking, sosial støtte, nettverk og tilgjengelighet, fødsler og aborter, lav fødselsvekt, legemiddelbruk, eldre ≥80 år, lav inntekt, utdanningsnivå, og egenopplevd ensomhet, mestring, livsglede og egenvurdering av helse, bomiljø og muligheter til å leve et aktivt liv.
- Spørreskjema bør inneholde en obligatorisk grunnmodul, valgfrie tilleggsmoduler og egne lagde moduler. Grunnmodulen bør inneholde hovedtema som ressurser, deltagelse, helse og trivsel; subjektive vurderinger av aktivitet, kost, forventninger til fremtiden, grad av tilfredshet og risikofaktorer som røyking, rusmidler, uteområde(tilgjengelighet), bolig, siste sykehusinnleggelse og behandling hos lege.
- Det bør forekomme to ulike former for hovedundersøkelser: Screening av befolkningen eller, grupper i befolkningen, og Casefinding: For eksempel fall hos eldre.
- Det bør settes i gang et interkommunalt/regionalt samarbeid om folkehelskoordinator, opprettelse av kommunale friklivssentraler og Lærings og mestringssentre. Disse bør knytte seg opp mot forskningsmiljøer med tanke på fremtidig forskning. Frivillige lag og organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet bør styrkes. De tjenesteområdene hvor det bør vurderes muligheter for interkommunalt samarbeid: Kompetanse (Diabetes, KOLS, Overvekt, Rus), kunnskapsbasert, kompetanse og forskning, Frisklivssentral, Helse i plan, Folkehelsekoordinator og Fagnettverk. Disse bør inngå i partnerskapsavtaler og forpliktende samarbeid.
- Delområder innen folkehelsearbeidet bør rettet mot områder som de fleste kommuner har behov for å styrke: Folkehelse og helsefremmende arbeid, ansettelse av Folkehelsekoordinator, helsefremmende tiltak relatert til livskvalitet, forskning, fagnettverk, kompetanseheving og samhandling. En økt satsing på livsglede, trygghet, sikkerhet, fysisk aktivitet, økt tilgjengelighet og integrering gjennom universell utforming av samfunnet vil utvilsomt være et nyttig og viktig virkemiddel med tanke på å forhindre og eller utsette behandlingsforløp og innleggelse på institusjon for den eldre delen av befolkningen. Det bør settes inn økte ressurser og stillingsandeler i det kommunale folkehelsearbeidet. Det bør også utvikles strategier for helsefremmende arbeid: som forebyggende hjemmebesøk og oppsøkende samtaler med eldre.

- I det videre arbeidet med forskriften bør det tydeliggjøres noen retningslinjer for alle sider ved datainnsamlingen. Slikt som hvem skal ha tilgang til opplysningene, og at de er på tilstrekkelig geografisk nivå. Opplysningene skal ikke være personsensitive. Derfor bør det sikres at små kommuner med få innbyggere ikke synliggjør enkeltindivider.
- Det videre arbeidet med Folkehelseforskriften bør klargjøre en del definisjoner. For eksempel sosialt nettverk, ensomhet, og hvordan en best kan måle dette.
- Det løpende arbeidet bør kobles sammen med det langsiktige for å få gode vurderinger og nyttige tiltak i vurderingen av statistikken.
- Dert må settes krav om å sette i gang tiltak i forhold til problemene i den enkelte kommune, men også generelle tiltak overfor utsatte grupper i kommunen. For eksempel overfor eldre. Eksempler på viktigste forebyggende tiltak for eldre som bør finnes i alle kommuner: FYSAK, Aktivitetssenter for eldre, tur/trim grupper, helsestasjon, trygghetsråd, veiledning i fysisk aktivitet og kosthold, boligveiledning og informasjon om eksisterende hjelpemidler. I tillegg bør det settes inn generelle tiltak for å forebygge fall hos eldre mennesker. I dag viser det seg at 80 % av alle skader og ulykker blant eldre skyldes fall. 60 % av alle de som dør av fallskader eller ulykker er i aldersgruppen over 65 år. Fallulykker er hovedårsak til hoftebrudd, og i 2008 ble 9700 personer innlagt på sykehus med hoftebrudd. Vi vil komme med et kort eksempel på hvordan prosessen med å forebygge fall, underernæring og trykksår hos eldre kan gjøres på en enkel måte:
- Arbeidet med å forebygge fall, underernæring, og trykksår er og vil være en viktig og nødvendig del av en sikker og god omsorg rettet mot den eldre. Eldre personer med sviktende helse og nedsatt bevegelse rammes oftere av fallskader. Fallskader henger sammen med forekomsten av underernæring og trykksår - disse plagene påvirker hverandre gjensidig, og medfører ofte ytterligere problemer med helsen. Noe som igjen fører til at eldre trenger enda mer behandling, hjelp og støtte. I det forebyggende arbeidet rettet mot disse områdene fordres det at flere ulike etater og yrkeskategorier, på ulike nivå, samarbeider om flere ulike delmomenter. Det er samarbeidet og koordineringen som vil være nøkkelen til forebyggingens suksess – det å oppnå reduksjon i fall, underernæring og trykksår.

Arbeidet starter med å identifisere problemene. Dette krever kunnskap om eldre, fallproblematikk og hva dette har for konsekvenser for den enkelte eldre. En annen viktig del handler om kunnskapen når det gjelder å identifisere risikoen for fall, underernæring og trykksår samt gjennomførelsen av ulike forebyggende tiltak. Tiltak kan være oppfølging av ernæringsstatus, sørge for muligheter til i fellesskap å spise sunn og god mat(aktivitetssenter for eldre), legge til rette for trygge og tilgjengelige boliger, sørge for et utemiljø som er tilgjengelig, og ikke minst sørge for at de eldre har mulighet til å kombinere aktivitet og sosial kontakt.

Indikatorer:

- Identifisere risikogrupper/personer med risiko for fall. Dette kan gjøres gjennom en risikobedømming.
- Forstå å analysere tenkbare årsaker til risikoen gjennom utredninger og årsaksanalyser. Disse skal være grunnlaget for relevante tiltak som settes i gang i forhold til dette.
- Planlegge å gjennomføre forebyggende tiltak i lag med de personene dette gjelder – hovedsakelig på et individuelt grunnlag.

- Følge opp resultatene og sammenligne med tidligere/andre kommuner. De senere undersøkelser på disse områdene vil indikere om forebyggingen virker.

Harald Olimb Norman

Generalsekretær

Tone Bye

Konsulent sosialsaker