

Innspill til Høringsnotat – Nasjonal helseplan (2007-2010) fra Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Det vises til departementets ekspedisjon av 22.05.2006.

Handlingsplanen har som intensjon å gi et bredt grunnlag for å fornye helsetjenesten i samsvar med dagens behov. Det er tematiske kapitler om organisering, kvalitet, forebygging, forskning osv. og så er det et eget kapittel om psykisk helse. Vi finner det helt riktig å framheve psykisk helse på denne måten bl.a. fordi opptrappingsplanen avsluttes i løpet av planperioden. Denne inndeling vil imidlertid betinge en god del krysshenvisninger siden det som sies om utfordringer i folkehelsen – forebygging, kvalitet, forskning og kommunehelsetjenesten m.v. også vil angå psykisk helse.

Først gir vi noen overordnede betraktninger, deretter noen merknader til selve teksten.

Handlingsplanen beskriver dagens status og utfordringer og dernest skisseres tiltakene for å møte disse utfordringene. Status og utfordringene på overordnet nivå er skrevet på en god og dekkende måte. Vi slutter oss til disse. Derimot er det ikke alltid at forslagene til tiltak er i samsvar med problembeskrivelsen.

Primærforebygging:

I beskrivelsen av utfordringene er samhandling i og utenfor helsetjenesten og med pårørende viktige momenter. Under utfordringer er det med rette lagt stor vekt på at "Belastningen for mennesker med psykiske lidelser kan ikke løses av helsetjenesten isolert. En helhetlig nasjonal politikk som inkluderer skole, arbeidsliv og nærmiljø, er avgjørende for pasientenes opplevelse av likeverd og mestring". Dette er viktige honnørord. Men når det kommer til forebyggende tiltak og prioritering av forskning ser det ut til dette perspektivet har blitt borte og man har prioritert sekundærforebygging og en individrettet tankegang.

Kapitlet om forebygging slår innledningsvis fast at "Folkehelsen er også i dag knyttet vel så sterkt til sosiale og økonomiske forhold som til hvilke helsetjenester som tilbys". Deretter viser man til en amerikansk forsker som hevder at helsetjenestens bidrar bare med 5 år til den økte levealder på 30 år og at det vesentligste bidraget her er vaksinasjoner. Slike konklusjoner kommer man til når man undersøker en individrettet helsetjeneste slik man har den i USA. Helsetjenesten som premissleverandør og budbringer er ikke regnet inn i disse prosentene. Dette er også en helsetjeneste, og en viktig en i primærforebyggende øyemed, jfr bl.a. kommunehelsetjenestelovens § 1-4. Ikke minst gjelder dette psykisk helse og sosiale ulikheter i helse. Dette har man ikke tatt konsekvensene av verken ved å styrke helsetjenesten på dette området (sentralt: styrket overvåking og forskning, lokalt: primærforebygging og styrket budbringerrolle overfor andre sektorer). Det var dette som gav de store resultatene i forrige århundre og sannsynligvis også vil gjøre det i dag.

Forskning:

Forskningsfeltet på forebygging kan deles i to (minst): På noen områder kjenner vi årsakene til god og dårlig helse, på andre områder er årsaksforholdene ikke tilstrekkelig klarlagt til å kunne foreslå tiltak. På det første område, f.eks. på mange livsstilssykdommer har vi rimelig god kunnskap om årsaksforhold. Her trenger vi mer viten om hvordan samfunn og individ skal endre atferd i mer helsegunstig retning. Vi trenger virkemiddelforskning, tiltaksforskning eller implementeringsforskning.

Og skal vi endre den sosiale ulikhet i helse i gunstigere retning, kan vi ikke bare ha en individrettet tilnærming, men også være opptatt av samfunnsforhold og rammebetingelsene for at individene letter kan/vil treffe de "riktige" valgene. Helseplanen beskriver dette helt riktig i utfordringene, men i den videre tilnærming er helseplanen i hovedsak individrettet. Her bør man ta inn formuleringer fra HOD's

utkast til revidert forskningsstrategi hvor det bl.a. heter (under epidemiologisk forskning): ” *Det blir videre lagt vekt på at det er behov for en dreining av forskningsfokus fra enkeltlidelser til fokus på sammenhengen mellom samfunnsforhold og befolkningens helse, spesielt sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse*”. Det skader ikke å gjenta dette i helseplanen.

Også når det gjelder sosiale miljøfaktorer er vi i den situasjon at vi dels kjenner årsakssammenhenger (mobbing, sosial støtte m.v.) men også her har vi manglende kunnskap om hvordan vi får samfunn eller individ til å ta denne viten i bruk. Her må satse mer på tiltaksforskning og evaluering av tiltak.

På andre områder har vi ikke tilstrekkelig kunnskap om årsakene til å anbefale tiltak. Der bør vi ha bedre årsaksforskning. Årsaksforskning er lettere å få gjennomslag for, og kan ofte gjennomføres i mer avgrensede prosjekter, mens virkemiddelforskning og tiltaksforskning både er mer vanskelig (vanskelig å gjennomføre etter ”gullstandarden” som randomiserte kontrollerte forsøk og vanskelig å få gode karakterer fra forskningsrådsevaluering) og ofte langt mer kostbare slik at det ikke dekkes innenfor vanlige forskningsrådsbevilgninger. Her må storsamfunnet trå til på en helt annen måte og være villig til å evaluere reformer og store intervensjoner særlig innen forebygging.

Vi må få bedre kunnskap om effekten av ulike folkehelsestrategier og måter å organisere tjenestene på før man implementerer kostbare nasjonale reformer. Også her kan Helseplanen med fordel sitere fra HOD’s utkast til revidert forskningsstrategi: ”*Sikre en sterkere finansiering av virkemiddelforskningen om forebyggende tiltak i regi av NFR og utvikle strategier for øket bruk av forskningsbasert kunnskap på folkehelsefeltet*”. Dette bør ikke bare gjelde i regi av NFR. Folkehelseinstituttet har her store utfordringer spesielt på området psykisk helse. HOD’s forskningsstrategi bør også reflekteres under forskningskapitlet i helseplanen.

Sosiale ulikheter kan ikke bekjempes uten at man har dette samfunnsperspektivet og befolkningsrettede strategier er mer kostnadseffektive enn høyrisikostategier. Den er mindre stigmatiserende og har mindre bi-effekter som unødvendig sykeliggjøring av risikogrupper.

Kommunehelsetjenesten er viktig for psykisk helse. Det gjelder alle aldersgrupper, men vi vil bør starte med barn og unge. Dette er nødvendig ikke minst for å demme opp for den store henvisningsflommen som er/ kommer hvis vi ikke tilfører mer kompetanse på kommunenivå og bedrer samarbeidet med 1. og 2. linjetjenesten. Hvis portvaktrollen (side 48) skal ha noen mening må det tilføres mye mer kompetanse lokalt slik at det ikke bare blir en passiv henvisningsinstans. Det er derfor ikke likegyldig hvordan økningen i samarbeidet med 2.linjetjenesten skjer. Meldingen har en god beskrivelse av den vertikale linjen, dvs. behovet for samarbeidet oppover i systemet. En viktig begrunnelse i sin tid for å organisere kommunehelsetjenesten som en integrert del av de kommunale tjenestene, var at man innså behovet for et godt horisontalt samarbeid på kommunenivå med skole, barnehage, teknisk etat (bolig), arbeid, frivillige organisasjoner m.v.

Strategi for samhandling.

Det er viktig å organisere denne kontakten med spesialisthelsetjenesten slik at det ikke går på bekostning av den horisontale samhandlingen. En måte å gjøre dette på er i større grad å bringe spesialistene ut til folket og til tjenestene lokalt og slik at spesialistene foretar undersøkelse og rådgivning overfor klientene felles med lokalt helsepersonell. Det er gjort flere gunstige forsøk med dette, jfr. bl.a. i prosjektet ”Spesialistene ut til folket” et prosjekt i skolehelsetjenesten på Sogn videregående og Lambertseter skole i Oslo. I stedet for å henvise trekker man spesialistene inn i de lokale tjenestene i et samarbeid med primærhelsetjenesten, men uten å flytte ansvarsforholdet.

Man bevarer da den lokale kontakten, klienten blir ikke værende i spesialisttjenesten og blokkerer for nye pasienter som har behov for spesialisthjelp. Den lokale helsetjenesten tilføres samtidig kontinuerlig øket kompetanse gjennom denne form for samhandling. I tillegg til dette trenger vi personell med øket kompetanse på psykisk helse i kommunene, jfr. St.prp. 1 2005 -2006 side 278.

Dette bør være et "lavterskel"-tilbud innen psykisk helse i kommunene som vil gi et langt bedre tilbud til sosialt vanskeligstilte grupper og som kan hjelpe til at flere får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også innen svangerskapsomsorgen. Det vises bl.a. til kronikk i Aftenposten aften den 26. juni 2006.

Det står mye bra i Handlingsplanen om dette, men den tenderer til å formulere seg slik at den vertikale samhandling kan gå på bekostning av den horisontale samhandling.

Psykisk helse

Det vises til avsnittene ovenfor som også handler om psykisk helse. Kommentarene her gjelder psykisk helse spesielt. I Handlingsplanens høringsnotat uttales det: *"I arbeidet med helseplanen gis man muligheten til å trekke opp linjer for en helsepolitikk som fanger opp de utfordringer som ikke er løst ved utgangen av 2008"*. Dette er et meget viktig punkt. En rekke av de tiltak som er startet under opptrappingsperioden har vært meget prisverdige og de av dem som viser seg nyttige må fortsette å utvikle seg ved styrking av de ordinære budsjetter.

Når det gjelder sentral oppbygging av forskningsbasert rådgivningskompetanse, kom den sent i gang i opptrappingsperioden. Oppbygging av rådgivning og forskning vil alltid være meget langsiktig. Det tar tid før den er etablert på det nivå som størrelsen på dette nasjonale folkehelseproblem tilsier.

Det er historisk at det nå som følge av opptrappingsplanen har etablert seg en egen divisjon for psykisk helse på et tradisjonelt folkehelseinstitutt. Det er banebrytende i verdenssammenheng at dette nå har **status** på samme nivå som de store sykdomsgruppene som var rådende på 1800 tallet. Store helsegevinster ble den gang oppnådd gjennom sentral satsing på nasjonale folkehelseinstitutter som ga råd til lokale og sentrale utøvere. Det samme gjøres nå når det gjelder dagens rådende sykdomsbilde og psykisk helse. Norge er dermed et foregangsland på dette området. Framtidsvyene her er av så vidt store dimensjoner at det med rette bør være gjenstand for politisk markering i en nasjonal handlingsplan.

Når det gjelder sosiale miljøfaktorer, befolkningsstrategier, virkemiddelforskning og kompetanse på kommunenivå vises det også til det som er sagt foran. **På området psykisk helse er det også nødvendig å intensivere helsetjenesteforskningen.**

Klinisk forskning er i flere sammenhenger framhevet som viktig. Folkehelseinstituttet har her en særlig oppgave og utfordring i å etablere samarbeid med de kliniske miljøene. Folkehelseinstituttet mangler ofte den kliniske kompetansen til å sette problemene inn i riktig kontekst. Folkehelseinstituttet har kompetanse på epidemiologi og metode og befolkningsbaserte data som den kliniske forskning kan profitere på. På tre områder innen psykisk helse har vi etablert et slikt samarbeid med de kliniske miljøer som vi tror befrukter forskningen fra begge kanter. Det er på selvmord/selv mordforsøk, barn og unges psykiske helse og på reproduktiv helse (svangerskap, fødsel). Denne kombinerte bruk av kliniske materialer og befolkningsbaserte data virker lovende for den framtidige forskningen på Folkehelseinstituttet. Disse tendensene bør videreutvikles i helseplanperioden.

Videreføring av innsatsen fra opptrappingsplanen.

Selv om psykisk helse **statusmessig** er på samme nivå som andre store sykdomsgrupper i folkehelsearbeidet, er det langt igjen før den ressursmessig er på samme nivå som de andre. Opptrappingen innen forskningsbasert rådgivning som er startet opp må derfor fortsette utover opptrappingsperioden og ut hele Helseplanperioden. Dette vil markere Norge på den internasjonale arena både når det gjelder profilering av et Folkehelseinstitutt og når det gjelder forskningen på området psykisk helse og forebygging.

Tema som mangler i Helseplanen

etterlyses fra departementet. Vi ser ett sentralt tema som ikke er berørt:

Helseovervåking.

I gamle Sunnhetsloven av 1860 het det at "Kommissjonen skal ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse....." Dette ble videreført i den nye kommunehelsetjenesteloven: "Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over heletilstanden og de faktorer som kan virke inn på denne" slik at de kan foreslå forebyggende tiltak. Under behandlingen av dette lovarbeidet ble det uttalt at tilsvarende måtte gjelde for helsemyndighetene sentralt. Dette er nødvendig for å få tilstrekkelige styrings- og prioriteringsdata. Det bør innføres et eget avsnitt om helseovervåking i Helseplanen: Nasjonale helseundersøkelser, dette beskrives av Camilla. Som et ledd i dette arbeidet er det for psykisk helse startet opp arbeidet med et diagnosebasert overvåkingssystem for psykiske lidelser som blir et viktig element i dette overvåkingssystemet.

Enkeltkommentarer.

Nedenfor gir vi noen enkeltkommentarer til den foreliggende teksten:

S7: Sosial ulikhet i tilgang/bruk av helsetjenester. Det er viktig at man nå får slått fast hvem, evt. flere, som skal ha ansvaret for denne helsetjenesteforskningen. Norge ligger langt tilbake på dette området. Det er også viktig at helseovervåkingen omfatter helsetjenestebruk og forbruk.

s.: 8 Pasient og pårøndererfaringer er spesielt viktig innen psykisk helsevern og bør også omfattes av etterlatteproblematikk (bla etter selvmord)

s.9, Det hevdes at rammefinansieringen utgjør fundamentet på de fleste områdene, men gjelder det også de fleste pengene??

s. 14 Basere folkehelsearbeidet på kunnskap og erfaring. Hva er forskjellen?

s. 26 Her er lavterskeltilbudet for barn og unge framhevet og det vises til det som er sagt foran om erfaringer med bl.a. skolehelsetjenesten og kompetanse på kommunenivå.

Generell kommentar:

Barn og unges psykiske helse er en prioritert oppgave for det norske samfunn i dag (jfr. Soria Moria). Behandlingsbehovet blant barn og unge i Norge er nylig anslått av Folkehelseinstituttet til 8 prosent. Det nye tallet ligger 60 prosent høyere enn forutsetningen som ble lagt til grunn for Opptrappingsplanen for psykisk helse i første halvdel av nittitallet (5 prosent). Spesialisthelsetjenesten vil bryte sammen hvis alle disse barna skal behandles der. Norge har i dag ingen velfungerende førstelinjetjeneste for barn og unges psykiske vansker. SINTEF-helse pekt på en rekke grunner til at primærlegene ikke løser disse oppgavene. Primærhelsetjenesten henviser de fleste barn og unge med psykiske vansker til spesialisthelsetjenesten. Dette fører til unødig overopphoping og køer i spesialisthelsetjenesten. St.prp. nr. 1 (2005-2006) fastslår derfor at det er mål å styrke det forebyggende psykiske helsearbeidet blant barn- og unge i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom å øke tilgjengeligheten og å tilpasse tilbudet til barn bedret til barns og unges behov. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse er det lagt vekt på organisering av tjenesteapparatet ut fra barns, unges og familiens behov for lave terskler, tilgjengelighet og kontinuitet og helhet. En god førstelinjetjeneste for barn og unge er et vesentlig element for å oppnå dette. I St.prp. nr 1. (2006-2006) melder regjeringen at den vil »foreta en kartlegging av det psykososiale arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å vurdere om disse tjenestene kan utvides med mye oppgaver knyttet til utredning, tidlig intervensjon og oppfølging. Dersom tjenesten skal få utvidet sitt ansvarsområde, vil det være behov for en ytterligere styrking av kompetanse og kapasitet.» Dette arbeidet må intensiveres i Nasjonal helseplan og også omfatte barnehagene, som etter hvert vil være den viktigste arena for å forebygge og fange opp psykiske helsevansker blant førskolebarn. Folkehelseinstituttet samarbeider for tiden med Sosial- og helsedirektoratet om et forslag til

hvordan tilbudet om psykisk helsehjelp til barn og unge i kommunene kan strykes, eventuelt gjennom utbygging av en landsdekkende tilbud om psykologtjeneste for barn og unge i kommunene knyttet til helsestasjon, barnehage og skolehelsetjeneste. Dette arbeidet er en frukt av Opptappingsplanen for psykisk helse, som må gis bred plass i Nasjonal helseplan. Deretter bør en vurdere om det er behov for liknende kommunale ordninger for den voksne del av befolkningen.

Flere store internasjonale undersøkelser tyder på at alvorlig stress og angst i svangerskapet kan føre til uheldige konsekvenser, som for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Langvarige psykiske problemer hos mor kan også ha negative virkninger på barnets utvikling. I svangerskaps- og barselomsorgen må oppmerksomhet og kompetanse på psykisk helse styrkes. Hittil har svangerskapsomsorgen, det mest omfattende forebyggende helsetiltaket i Norge, hatt fokus på å oppdage og behandle fysisk sykdom. Psykisk helseproblematikk hos den gravide/nybakte mor har fått lite oppmerksomhet. Med 60.000 fødsler per år, og 10 svangerskapskontroller per kvinne, har vi i Norge en enestående anledning til å fange opp kvinner med psykiske plager. Tilbud om oppfølging tilpasset den enkelte kvinnes behov bør være hovedregelen, ikke unntaket. Gevinsten blir bedre psykisk helse hos mor, som igjen gjør henne i bedre stand til å møte den nyfødtes behov.

Psykisk helsehjelp til gravide i Norge kan realiseres. Det gir en sjelden mulighet til å identifisere psykiske vansker og sette inn tiltak bredt og tidlig. Norge kan bli en internasjonal foregangsnaasjon på dette området. Det forutsetter imidlertid at helsestasjonene får tilført mer resurser og kompetanse på psykisk helse, blant annet ved å styrke psykologtilbudet i kommunene slik det er beskrevet i budsjettforelegget i stortingsproposisjon nr. 1/2006.

Kunnskap om betydningen av psykiske vansker hos gravide og spedbarnsmødre er mangelfull blant helsepersonell generelt. I dag er slik kompetanse samlet ved enkelte institusjoner, oftest på grunn av enkeltpersoners spesialinteresse og entusiasme. Dette har ført til at det er få og spredte tiltak rundt i landet med ulikt innhold. Regjeringen må ta et større ansvar for å sikre at gode tiltak består. Økt samarbeid mellom klinikk og forskningsinstitusjoner er en måte å sikre kvalitet og ny kunnskap på. Folkehelseinstituttet bygger nå opp en egen divisjon for psykisk helse der en forskergruppe spesialiserer seg på svangerskap og fødsel. Dette er en viktig satsing fordi det i flere offentlige utredninger er kommet fram at Norge mangler slik kunnskap. Et nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse som nå etableres, vil også bidra til styrket kompetanse på dette feltet.

Psykisk helsehjelp for gravide og spedbarnsmødre bør styrkes og bli vesentlig mer lett tilgjengelig enn det er i dag..

Høringsuttalelse – Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Vi viser til departementets brev av 22. mai 2006 og innspill fra Divisjon for psykisk helse 23. juni 2006. Vår uttalelse vil supplere de punktene som er kommentert av Divisjon for psykisk helse.

Vi synes det er bra at HOD/Regjeringen skal legge fram Nasjonal helseplan i forbindelse med budsjettet for 2007. Utkastet til Nasjonal helseplan er velskrevet og tar opp de sentrale utfordringene i helsepolitikken. Vi vil i høringsuttalelsen legge vekt på de punkter der Folkehelseinstituttet har en rolle.

Folkehelseinstituttet har i løpet av det siste året sendt forslag til HOD om satsinger på blant annet monitorering av sosial ulikhet (helseovervåking), eldres helse, innvandreres helse, nasjonal helseundersøkelse og regelmessige diagnosebaserte undersøkelser (psykisk helseovervåking) som gir

utdypende informasjon noen av de kommentarene vi gir her. Vi har vedlagt et notat om nasjonal helseundersøkelse.

Forebygging

Beskrivelsen av forebygging er god, men vi synes det er behov for en spesifisering når det gjelder forslag til tiltak. Kapittelet legger stor vekt på forebygging lokalt og regionalt, men vi savner et avsnitt om det nasjonale og internasjonale perspektivet. Mange av de viktigste prosessene når det gjelder forebygging foregår internasjonalt i forbindelse med utformingen av økonomisk politikk, landbrukspolitikk, prispolitikk, innvandringspolitikk og andre internasjonale reguleringer og politikkområder. God og effektiv forebygging er avhengig av at nasjonale organer har kapasitet og kompetanse i det internasjonale arbeidet. Vi mener at dette perspektivet må inn i kapittelet om forebygging, og at det bør inneholde forslag om tiltak på prioriterte områder som krever nasjonalt (f eks samferdsel, prispolitikk, landbrukssubsidier), og spesielt internasjonalt arbeid.

Helseovervåking

Folkehelseinstituttet har som oppgave å beskrive helsetilstanden i befolkningen, og instituttet vil styrke helseovervåkingen betydelig de nærmeste årene. Vi mener at en oppdatert og effektiv helseovervåking er nødvendig for svært mange av de forslag til tiltak som nasjonal helseplan omfatter. Prioritering, kvalitet i helsetjenesten, måling av effekten av tiltak, framskrivninger av helsebehov osv er avhengig av solid kunnskap om helsetilstanden i befolkningen. Helseovervåkingen må derfor styrkes for å bli mer oppdatert, ha høyere kvalitet og være bedre integrert i de systemer som er under utvikling i helsetjenesten. Dette gjelder blant annet IKT-området, Norsk helsenet, nasjonale kvalitetsregistre og forskning. Vi savner en beskrivelse i Nasjonal helseplan av hvordan helseovervåkingen skal styrkes, og brukes til å gjennomføre de øvrige foreslåtte tiltakene. Vi ser også et behov for å vurdere hvordan den nasjonale helseovervåkingen bedre skal betjene kommunehelsetjenesten, helseregionenes, pasientorganisasjonenes og myndighetenes behov.

Folkehelseinstituttets helseovervåking omfatter følgende arbeids- og utviklingsområder:

- **Faktaark** som beskriver et helseproblem ved hjelp av statistikk, analyser, kommentarer og lenker til utdypende informasjon. Vi har laget nærmere 50 slike faktaark siden 2003 og vil styrke arbeidet for at disse skal være oppdatert og ha høy kvalitet framover.
- **Statistikkalender.** Folkehelseinstituttet utarbeider en statistikkalender som vil publisere helsestatistikk etter en fast plan fra 1. januar 2007. Målet er at statistikken skal være lettere tilgjengelig, oppdatert og forutsigbar.
- **Norgeshelsa.** Norgeshelsa er et nettbasert program der det finnes data om helsetilstanden i befolkningen på landsbasis, fylkeskommunalt og kommunalt plan. Norgeshelsa vil bli tilpasset helseregionene også.
- **Beredskapsgruppe for ikke-smittsomme sykdommer.** Folkehelseinstituttet vil etablere en slik gruppe høsten 2006. Gruppen skal bidra til raskt å avkrefte eller styrke hypoteser om sammenhenger mellom for eksempel miljøgifter, vaksiner eller lignende, og sykdom (for eksempel hvorvidt det er en sammenheng mellom meningokokkvaksine og myalgisk encephalopati eller ikke).
- **Nasjonal helseundersøkelse** (se eget vedlegg). Folkehelseinstituttet vil etablere en regelmessig nasjonal helseundersøkelse blant annet for å få befolkningsbasert informasjon om faktorer som påvirker helse. Helseundersøkelsen vil samle informasjon om sosialt nettverk, symptomer på psykiske lidelser, vekt, blodtrykk, kolesterol, fysisk aktivitet og ernæring. Det er i dag ingen systematisk innsamling av helsedata, kliniske målinger, og intervju/spørreskjema som kan følge hele befolkningens helse og risikofaktorer over tid. Slike helsedata er viktige for å belyse sosial ulikhet i helse.
- **Kommunehelseprofiler** (arbeidet gjøres i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet)
- **Psykisk helseovervåking** tar sikte på å beskrive forekomsten av psykiske lidelser. Personidentifiserbart pasientregister er avgjørende for å kunne etablere god psykisk helseovervåking. I tillegg planlegges regelmessige diagnosebaserte undersøkelser, evt som modul i nasjonal helseundersøkelse.

- **Overvåking av smittsomme sykdommer** skjer gjennom MSIS, tuberkuloseregisteret, register for sykehusinfeksjoner, og epidemiologisk feltgruppe som driver smitteoppsporing
- **Miljømedisinsk helseovervåking** forgår gjennom måling av miljøfaktorer i omgivelsene (f eks vann- og luftkvalitet), og måling av miljøfaktorer (f eks dioksiner, plastmyknere osv) i biologisk materiale fra mennesker.
- **Personidentifiserbart pasientregister.** En vesentlig mangel i den nasjonale helseovervåkingen er mangelen på data om sykelighet. Et personidentifiserbart pasientregister vil hjelpe på denne situasjonen. Folkehelseinstituttet vil forberede seg på å ta i bruk data fra et personidentifiserbart pasientregister slik at dette forhåpentlig kan inngå i koblinger til andre registre og i statistikkalenderen allerede i 2007. Dette vil skje i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og NPR.
- **Helseregistrene.** Helseregistrene er et sentralt grunnlag for helseovervåkingen.

Forskning

Vi synes kapittelet om forskning er godt og er enig i at det er nødvendig å sikre lik tilgang for alle aktører til data i nasjonale helseregistre, inkludert kvalitetsregistre, og biobanker. Kanskje er det mulig allerede i nasjonal helseplan å komme med forslag til tiltak for hvordan dette kan skje? Forslaget til lov om medisinsk og helsefaglig forskning, forskrift for kvalitetsregistrene (samtykkebaserte helseregistre), samt organiseringen av arbeidet med kliniske biobanker og kvalitetsregistre er sentrale virkemidler for å oppnå dette.

Når det gjelder de sentrale helseregistrene sørget Helseregisterloven fra 2002 for at disse i prinsippet er tilgjengelige for alle på lik linje. Folkehelseinstituttet ønsker vi å styrke kvaliteten, tilgjengeligheten og oppdateringen av disse ytterligere for at de i større grad enn i dag skal tas i bruk i forskning. Et mulig tiltak er å knytte registrene til helsenettet, og å sørge for online tilgang for de kliniske miljøene og forskningsmiljøer.

Spesifikke kommentarer

Side 19. Nasjonal overbygging. Kanskje burde Folkehelseinstituttets rolle som helseovervåker nevnes her?

Side 28. Folkehelseinstituttet støtter ideen om at man bør vurdere om også andre aktører bør være eiere av helsenettet. For instituttet er det viktig å kunne bruke helsenettet til å innhente data elektronisk til de sentrale helseregistrene, og kanskje også sørge for bedre tilgang til de sentrale helseregistrene via helsenettet.

Side 32. Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning i spesialisthelsetjenesten er så vidt vi kan forstå omtalt som Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. Kanskje bør gruppen utvikles slik at den omfatter mer enn bare forskning i spesialisthelsetjenesten?

Side 53. Siste avsnitt under 10.1. Behovet for å avklare roller gjelder også primærhelsetjenesten.

Side 57. Livsstilssykdommer er et uklart begrep og det bør kanskje gis eksempler på hva dette er?

VEDLEGG

Notat om planer for Nasjonal helseundersøkelse

Norge mangler viktige data for å kunne drive helseovervåking

- Sentrale sykdoms- og helseregistre gir oss viktige data om fødsel, sykdom og død, men dette er ikke tilstrekkelig for å kunne følge utviklingen i befolkningens helse og risikofaktorer for sykdom. *Per i dag har vi for eksempel ingen systematisk høyde- og vektmåling av barn, ungdom eller voksne i Norge. Vi har dermed heller ingen mulighet for å følge utviklingen på dette området.*
- Selv om flere aktører per i dag gjennomfører helseundersøkelser, finnes det ingen systematisk og repeterende innsamling av helsedata, målinger og biologiske prøver fra et representativt befolkningsutvalg - der målsettingen er å skaffe helseovervåkingsdata
- Det som gjøres av spørreskjema-/intervjubasert helseovervåking skjer uten en felles strategi og med mye unødig overlapping. Norge savner en nasjonal strategi og samordning når det gjelder datainnsamling til helseovervåking.

Hva skal helseovervåkingsdataene brukes til?

- Overvåkingsdata skal tjene som styringsinformasjonen og beslutningsstøtte for helsemyndighetene, bl.a. til regelmessige oversiktspublikasjoner over helsesituasjonen i Norge
- Overvåkingsdata kan brukes som grunnlag for igangsetting av forebyggende tiltak og dimensjonering av helsetjenester etter antatt behov
- Overvåkingsdata vil være basis for forslag om og oppfølging av tiltak innefor prioriterte satsingsområder

Forslag til modell for en Nasjonal landsrepresentativ helseundersøkelse:

- Undersøkelsen gjennomføres hvert 3. år og skal være basert på enheten husholdninger
- Husholdningene velges ut ved en utvalgsprosedyre i 2 trinn, der det første skjer som klyngeutvalg (utvalg av større og mindre geografiske områder). Husholdninger velges deretter innenfor de valgte områdene
- Hver gang brukes et sett av kjernes spørsmål og et sett med kjernemålinger (**BASIS**)
- Hver gang velges ett eller flere fokus-helseområder (**MODULER**), f.eks psykisk helse
- Modulene ruller med jevne mellomrom, for eksempel hvert 3, 6, 9. eller 12. år
- Nasjonale helseundersøkelser kan gjennomføres fra 2009. Dette krever imidlertid at en mer detaljert planlegging kommer i stand innen kort tid.

En Nasjonal helseundersøkelse sikrer:

- Regelmessig innhenting av befolkningsrepresentative data fra spørreskjema, biologiske prøver og fysiske målinger over tid
- Standardisering og kvalitetskontroll av målinger og prosedyrer
- Mulighet for internasjonale sammenligninger, og at EØS-krav og WHO's anbefalinger kan oppfylles
- Redusert overlapping og bedre utnyttelse av de ressursene som i dag går til datainnsamling
- At viktige helseovervåkingsdata som ikke kan fremskaffes gjennom sentrale helseregistre, kan brukes til forskning på nasjonale satsinger som psykisk helse, sosial ulikhet i helse, helseforhold i utsatte grupper, eldres helse og fysisk aktivitet.