

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 21-10-2014

Møtedato Tirsdag d. 21. oktober 2014 kl. 14:00

Møtested Formannskapssalen

Indholdsfortegnelse

Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 23.09.14.....	3
Inspill til Folkehelsemelding 2014- Helse- og omsorgsdepartementet.....	5
Forslag til møteplan for helse- og sosialstyret 2015.....	11

Sak 44/14: Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 23.09.14

Vedlegg

Protokoll Helse- og sosialstyret 23.09.2014



Dato 10. oktober 2014
Saksnr.: 201400117-53
Saksbehandler Anne Lise Holand Aabø

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
21.10.2014

Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 23.09.14

Forslag til vedtak

Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 23.09.14.

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Lise Holand Aabø
Formannskapssekretær

Vedlegg:
Protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 23.09.14

Sak 45/14: Innspill til Folkehelsemelding 2014- Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg

Vedtak FORMAN, 22102014, Sak 109/14, Innspill til Folkehelsemelding 2014- Helse- og omsorgsdepartementet



Dato 13. oktober 2014
Saksnr.: 201406672-4
Saksbehandler Dagfinn Haarr

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

21.10.2014
22.10.2014

Innspill til Folkehelsemelding 2014- Helse- og omsorgsdepartementet**Sammendrag**

Helse- og Omsorgsdepartementet skal legge fram ny Folkehelsemelding våren 2015, og de har bedt om innspill fra bl.a. kommunene til denne.

Kristiansand kommune anser dette som en så viktig sak at den blir behandlet politisk som en vanlig høringssak.

Vi har følgende hovedinnspill til meldingen, og vi viser ellers til utfyllende kommentarer og argumentasjon i saksfremlegget nedenfor.

- Helt grunnleggende for folkehelsearbeidet er det å utjevne sosiale forskjeller. Dette er solid dokumentert i både norske og utenlandske rapporter. Folkehelsemeldingen bør legge «Trondheimserklæringen» fra 2014 til grunn.
- Sosiale ulikheter går i stor grad i arv. Et ensidig fokus på arbeid som viktigste tiltak innen folkehelsearbeidet vil kunne øke stigmatisering og utenforskap for allerede svake grupper og vil kunne øke forskjellene i helse. Dette gjelder spesielt fjernkulturelle innvandrere og flyktninger, men også et stort antall etnisk norske familier.
- Skillet mellom psykisk og somatisk helse er kunstig. Helsefremmende og forebyggende arbeid må hele veien være integrert og rette seg mot både «kropp og sjel».
- Overvektproblematikken bør behandles spesielt i meldingen, fordi det er store sosiale forskjeller i grupper med overvekt, og fordi overvekt disponerer for såpass mange alvorlige lidelser senere i livet.

Forslag til vedtak

Kristiansand kommune viser til sammendrag og saksfremlegg og ber om at våre synspunkter tas med i det videre arbeid med Folkehelsemeldingen.

Wenche Pedersen Dehli
Helse- og sosialdirektør

Tor Sommerseth
Rådmann

Vedlegg:
Skriv inn vedlegg.

Bakgrunn for saken

Regjeringen skal etter at Folkehelseloven trådte i kraft, legge fram en Stortingsmelding om folkehelsepolitikken hvert fjerde år, første gang våren 2015. Hensikten er ifølge Helsedirektoratets rapport «Samfunnsutvikling for god folkehelse IS-2203» å styrke den politiske og demokratiske forankringen av folkehelsepolitikken, og samordne meldingen med Kommunal- og moderniseringsdepartementets utsending av nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging.

Helsedirektoratets rapport gir en oversikt over kunnskapsgrunnlag og status for folkehelsearbeidet, og gir råd for videreutvikling av arbeidet. Rapporten viser til en stor kunnskaps gjennomgang om sosial ulikhet i helse, utarbeidet av professor Espen Dahl ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Denne kunnskaps gjennomgangen har en rekke delrapporter som beskriver en rekke av de forholdene departementet særlig ber om innspill på. Lenke til rapportene: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Underlagsrapporter>

Det er i stor grad enighet om målsettingene med folkehelsearbeidet, uenighetene dreier seg i hovedsak om å balansere bruken av virkemidler.

Folkehelsearbeidet er nå nedfelt i et eget lovverk. Dette stiller krav til alle sektorer om å ta med folkehelseperspektivet i sitt arbeid. Formålet med denne loven er i lovteksten definert til å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Arbeid med å utjevne sosiale helseforskjeller er altså både lovfestet og en bredt forankret politisk målsetting.

Vi vil vi vårt innspill gi noen generelle kommentarer og så gi innspill knyttet til de punktene departementet særlig har bedt om innspill til.

Generelle innspill

Etter hvert som kunnskapsgrunnlaget blir bredere, ser vi at det er visse grunnleggende fellestrekk ved de fleste typer uhelse, både fysisk og psykisk. Dersom disse ikke tas med i det samlede folkehelsearbeidet, risikerer man å ikke treffe godt nok med tiltakene. Vi kan skille mellom to slike grupper av faktorer:

- **Et «individuell» sett av faktorer.** Dette er prosesser som skjer i cellene til det enkelte individ. Mange av prosessene kan sammenfattes i begrepet **inflammasjon**. Dette betyr på norsk *betennelse*, og det er organismens forsvar mot ytre og indre skader og påvirkninger. Kronisk inflammasjon er resultat av langvarig og/eller sterk stresspåvirkning, og kan påvises i biokjemiske analyser og fysiologiske målinger. Kronisk inflammasjon påvirker alle kroppens organer, også hjernen, og er vist å være en viktig årsak til et bredt spekter av sykdommer vi vanligvis kaller livsstilssykdommer. Det er vist at krenkelser, overgrep og neglisjering øker graden av inflammasjon i kroppen. Dette kan være årsaken til at det er en større andel av «livsstilssykdommer» blant mennesker som har vært utsatt for overgrep og krenkelser, både i barndommen og senere i livet – også når det korrigeres for livsstil.

Nyere forskning har også vist at inaktivitet og overvekt i seg selv produserer inflammasjon i organismen og i neste omgang livsstilssykdommer. Inflammasjon

påvirker også hvordan våre gener fungerer. Den ene underlagsrapporten (**Genetikk og sosial ulikhet**) viser at det ikke er påvist genetiske årsaker til sosiale helseulikheter. Derimot kan genetiske forhold spille en rolle for fremtidig sykdom/helse hos enkeltpersoner.

Grunnlaget for disse «individuelle» helsefaktorene legges før fødselen, og de videreutvikles gjennom barndom og ungdom. Det er etter hvert god dokumentasjon for at en god barndom gir helseeffekter som varer hele livet – det gjør dessverre også ofte en dårlig barndom.

Tilsvarende vil gode omgivelsesfaktorer i fosterliv, barndom og oppvekst gjøre det mulig å utvikle god helse. Derfor er også et helsefremmende perspektiv viktig i folkehelsearbeidet.

- **Et «kollektivt» sett av faktorer.** Dette er grundig behandlet i flere internasjonale rapporter, blant annet «The Black Report» i England fra 1980 og flere senere rapporter som «Closing the gap in a generation», levert av WHO i 2008 og senest «Health inequalities in the EU» fra 2013. De nordiske folkehelsemiljøene har i 2014 utarbeidet «**Trondheimserklæringen**» i 2014. I denne pekes det på at det må investeres i universell velferd som bolig og oppvekstmiljøer, skole og utdanning, arbeidsliv, arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger i tillegg til satsing på ernæring og fysisk aktivitet. Erklæringen peker på at gevinster kan hentes ut i hele livsløpet. Rapportene dokumenterer store og økende forskjeller i fysisk og psykisk helse, som i betydelig grad er knyttet til sosioøkonomisk ulikhet mellom ulike befolkningsgrupper. Det er mange årsaker til dette, blant annet ulikhet i økonomiske og kulturelle ressurser.

Også ulikhet i utdanning og helseatferd knyttet til fysisk aktivitet, kosthold, og røykevaner er sterkt forbundet med sosiale ulikheter. Forskerne bak rapportene er samstemt i konklusjonen om at det viktigste tiltaket som virkelig virker på folkehelsen, er **utjevning av sosiale forskjeller**. Generelle anbefalinger om økt fysisk aktivitet eller kostholdsendringer treffer best de som allerede har en fornuftig livsstil. Kampanjer som i stor grad vekt legger individuelt ansvar vil kunne påføre de som ikke lykkes, nye tapsopplevelser og følelse av utenforskap. Det er også etisk uakseptabelt å legge for stort ansvar og for stor skyld for oppstått uhelse på det enkelte individ når vi vet at årsakene til de fleste livsstilsrelaterte sykdommer er sammensatte. Virkemidler som styrker den enkeltes muligheter og lyst til frivillig å gjøre sunne valg vil derimot styrke autonomi, selvbestemmelse og er forbundet med bedre resultater på lang sikt.

I tråd med eksisterende kunnskapsgrunnlag ser vi at mange velmente kampanjer og tiltak mer blir å angripe symptomer på underliggende årsaker, og at man dermed ikke rører ved de egentlige årsakene til uhelse. En ubalanse i fordeling av virkemiddelbruk mellom individuelle faktorer og kollektive faktorer kan være en pådriver for større helseulikheter.

Spesielt om nye innvandreregrupper:

En stor andel av fjernkulturelle innvandrere vil være ekstra sårbare for sosiale ulikheter, mange av dem starter med et dårlig utgangspunkt, og den sosiale arven er sterk i disse gruppene. Spesielle virkemidler for å bedre deres sosiale status kan utjevne disse forskjellene.

«Arbeidslinjen» kontra et helsefokus:

For de aller fleste vil det å ha et arbeid å gå til, være bra for helsa. Men også her kan et ubalansert fokus øke sosiale forskjeller, fordi det faktisk er en ganske stor gruppe som av helsemessige grunner ikke kan delta i arbeidslivet slik dette fremstår i dag. Økende stigmatisering og marginalisering av en allerede svak gruppe med store helseproblemer kan bli konsekvensen av en ensidig satsing på «arbeid til alle».

SPESIELT OM DE FIRE OMRÅDENE DEPARTEMENTET ØNSKET INNSPILL TIL:

- **Hvordan kan psykisk helse løftes fram i arbeidet med folkehelse?**

Det er ikke uten videre hensiktsmessig å skille mellom fysisk og psykisk helse. Svært ofte opptrer symptomer på fysisk og psykisk uhelse samtidig, og psykiske og fysiske helseutfordringer forsterker hverandre gjensidig. Psykisk uhelse kan fremstå som første indikasjon på at en person opplever helsemessig belastning.

«**Ungdata**» er en omfattende spørreundersøkelse som er gjennomført i mange norske kommuner på ungdomstrinnet. Undersøkelsene viser at tegn på psykisk uhelse viser seg tidlig, at det er betydelige kjønnsforskjeller og at symptomer på psykisk uhelse ofte opptrer samtidig med kroppsmisnøye og lav tro på egen mestring. Dagens «CV-generasjon» opplever stort ytre press til å prestere, det er kjent at langvarig negativt stress er inflammasjonsdrivende. Det er imidlertid en myte at det er de flinke og vellykkede som opplever sterkest stress.

Underlagsrapporten «**Frafall i videregående opplæring**» viser at det er store forskjeller mellom elever på yrkesfag og studieforberedende med tanke på frafall og opplevd helse. Rapporten peker på at sosiale helseforskjeller går ofte i arv, og skolen kan ved sin innretning bidra til å bevare eller forsterke sosiale helseforskjeller. Psykiske plager og symptomer er det som oftest rapporteres blant ungdom, særlig hos jenter. Gutter har imidlertid svakere gjennomføring av videregående utdanning enn jenter. Arbeid som spesifikt gjelder påvirkningsfaktorer for psykisk helse i barndom og oppvekst bør derfor vektlegges.

Alkohol er fortsatt vårt vanligste rusmiddel. Alkoholkonsumet har øket med 40 % hos voksne siden 1994. Rusmiddelbruk er sterkt knyttet til forekomst av vold, kriminalitet og ulykker. Stavanger universitetssykehus har systematisk kartlagt rusrelaterte innleggelse i sykehus, og finner at 15-20 % av alle innleggelse i somatisk sykehus er rusrelaterte (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, 2012). Omfanget er ennå høyere i psykisk helsetjeneste. Tilgjengelighet og prismekanismer er de mest virksomme reguleringsmekanismene for alkoholbruk - mye mer virksomme enn oppfordring til individuelt ansvar. Alkoholbruk og skjenketider er relatert til helseutfordringer knyttet til søvnvaner, foreldrerolle og fravær i skole og arbeidsliv. Her kan lokale og sentrale politiske beslutningstakere sammen med arbeidslivets aktører har mulighet til å ta et større samfunnsansvar for å bedre folkehelsen. Det er påfallende mangel på oppmerksomhet i næringsliv, offentlig virksomhet og undervisningssektor for fravær fra arbeid og skolegang som er relatert til alkoholinntak sent på natt med ledsagende søvnrhythmeforstyrrelser.

Tiltak på individnivå

Styrke foreldrerollen ved å vektlegge kompetanse i foreldreferdigheter i foreldreforberedende kurs i helsestasjonene. Tilby samlivskurs og vektlegge oppfølging av familier med identifisert risiko for belastende oppvekstvilkår. Vektlegge resultatlikhet framfor innsatslikhet i tildeling av individuelle forebyggende og helsefremmende tjenester ved å gi mer til de som har størst behov.

Tilby lavterskel psykisk helsehjelp som vektlegger læring og mestring (KID – kurs i mestring av depresjon og KIB – kurs i mestring av belastning) framfor et risiko- og sykdomsfokus. Balansere dette mot rene behandlingstilbud, som er nødvendig for de som har mer omfattende behov.

Lokale folkehelseiltak

Utvikle fellesskapsarenaene barnehage, skole, arbeidsliv, sosiale møteplasser, bomiljø, tilgang til natur i et helsefremmende og inkluderende perspektiv. Kartlegge lokalt indikatorer på sosiale helseulikheter og målrette innsats og planarbeid ut fra et identifisert utfordringsbilde.

Begrense skjenketider og tilgang til alkohol. Stenge alkoholserving så tidlig at det ikke medfører fravær fra arbeidsliv og undervisning. Vektlegge rusforebyggende arbeid i oppvekstsektor og i foreldreforbereidende kurs. Dette er virksomme tiltak der virkemidlene er nesten uten kostnader og lokalt forankret.

Bruk av strukturelle virkemidler lokalt som legger til rette for at innbyggerne kan gjøre sunne valg. Tilrettelegging for aktiv transport, tilgang til natur og kultur, og et tilstedeværende folkehelseperspektiv i kommunenes planarbeid er viktige virkemidler.

Sentrale folkehelseiltak

Arbeide grunnleggende med samfunnsstrukturer som bestemmer rammebetingelser for barn og familier, sørge for at graden av utenforskap blir så lavt som mulig. Motvirke at barn vokser opp med opplevelse av fattigdom og annen marginalisering. Her er barnehage og skole som aktivt arbeider for å redusere sosiale ulikheter et viktig tiltak. Et annet viktig tiltak mot sosiale helseulikheter er å gi flest mulig anledning til å delta aktivt i arbeid og samfunnsliv.

Virksomme tiltak rettet mot de som dropper ut av skolegang, deltakelse i arbeidslivet som virkemiddel i integreringsarbeid og bruk av virkemidler som muliggjør at det finnes arbeidsplasser med mindre krav til funksjon enn det ordinære arbeidsliv bør vurderes.

- **Hvordan motivere til helsevennlige valg?**

Det er godt dokumentert at tiltak som styrker den enkeltes opplevelse av autonomi og kompetanse i omgivelser som gir sosial støtte gir best resultater på sikt. Dette kan gjenspeiles i kommunikasjonsstrategier både overfor samfunn, grupper og enkeltindivider. Virkemidler som belønning og straff har dårligere effekt på lengre sikt. Primært bør det velges universelle tiltak, gjerne noe spisset i form av tiltak som fremmer selvbestemmelse og autonomi hos de som trenger det mest. Økonomisk politikk, spesielt avgiftspolitikken, er generelle tiltak. Individorienterte tiltak har en tendens til å marginalisere de som allerede har det vanskelig og påføre dem ytterligere reduksjon i mestringsopplevelse.

- **Hvordan kan vi sørge for at flere eldre får oppleve aktive år i arbeidslivet og på andre arenaer i samfunnet?**

Vi vil i løpet av få år stå overfor følgene av en langvarig økning i andelen eldre i befolkningen. Det vil bli reduksjon i andelen yrkesaktive i forhold til andel pensjonister (aldersbæreevne) og andelen som tradisjonelt yter familieomsorg i forhold til de som trenger slik omsorg (familieomsorgskoeffisienten). Reell pensjonsalder for de store gruppene av arbeidstakere i pleie- og omsorgssektor er ifølge FAFO 60 år, ikke 67 år. SSB signaliserer stor grad av usikkerhet med hensyn til i hvilken grad pensjonsreformen vil påvirke arbeidsdeltakelse, og i likhet med HOD mener SSB at det neppe kan forventes flere årsverk knyttet til familieomsorg enn i dag. Høy yrkesdeltakelse vil være en forutsetning for å beholde bærekraft og velferdsgoder i samfunnet. Systematisk arbeid med trivsel i arbeidslivet og tiltak som kan kompensere for gradvis reduksjon i ytelse er da nødvendig. Det har vist seg vanskelig å mobilisere frivillighet på de arenaer i samfunnet der behovet for slik innsats er størst. Utvikling av virksomme tiltak som kan endre dette i gunstig retning er da viktig.

- **Hvordan skal vi bygge trygge og friske barn og unge?**

Dette er kommentert i den generelle delen av høringen. Gode virkemidler vil være kompetente, tilstedeværende foreldre med tilknytning til arbeidsliv og lokalsamfunn, trygge omgivelser og en skole som ikke sementer og forsterker, men bygger ned sosiale ulikheter. Barnehagetilbud og skole bør primært være fellesskapsarenaer som samler alle barn. Dette er våre viktigste arenaer for å kunne nå alle.

Sak 46/14: Forslag til møteplan for helse- og sosialstyret 2015



Dato 9. oktober 2014
Saksnr.: 201400117-52
Saksbehandler Anne Lise Holand Aabø

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
21.10.2014

Forslag til møteplan for helse- og sosialstyret 2015

Forslag til vedtak

Møteplan for helse- og sosialstyret 2015

1. halvår:

20.01.15

17.02.15

17.03.15

21.04.15

26.05.15

16.06.15

Siste skoledag er 19. juni

2. halvår:

25.08.15

22.09.15

10.11.15 (Hovedutvalgsbehandling av HP)

24.11.15

15.12.15

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Lise Holand Aabø
Formannskapssekretær