

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Saksbehandler: JHI  
Vår ref.: 11/33  
Dato: 18.01.2011

**Innhold og retning på Samhandlingsreformen - Helsedirektoratets høringsuttalelser til Nasjonal helse- og omsorgsplan, forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov - Hovedsynspunkter**

***Innledning***

Dette brevet presenterer hovedpunktene som Helsedirektoratet vektlegger for å gi Samhandlingsreformen det innholdet og den retning som er nødvendig for å oppnå målene i reformen, beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Disse punktene er:

1. Forholdet mellom kommunal selvstendighet, statens styring og ønsket om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted
2. Hvordan sikre at sentrale elementer i samhandlingsreformen faktisk blir tilgjengelige for hele befolkningen?
3. Finansiering av reformen
4. Rullering av Nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP)
5. Satsning på folkehelseiltak
6. Personell og kompetanse
7. eHelse og IKT
8. Kommunikasjon

Som vedlegg finnes Helsedirektoratets hørings svar på forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og hørings svar på forslaget til ny folkehelselov. Direktoratets høringsuttalelser vedrørende Nasjonal helse- og omsorgsplan finnes på <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>.

Nasjonal helse og omsorgsplan, utkast til ny folkehelselov og utkast til ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, er alle elementer i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Som det fremgår av andre deler av våre hørings svar på disse tre dokumentene, finner Helsedirektoratet at forslagene inneholder mange gode elementer selv om vi har forslag til endringer på en rekke punkter. Når man ser de tre

dokumentene overordnet og samlet er det imidlertid noen forhold som vi særlig ønsker å kommentere.

### **1. Forholdet mellom kommunal selvstendighet, statens styring og ønsket om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.**

Norske kommuner er svært forskjellige når det gjelder antall innbyggere, nærhet til større sentre, størrelsen og kompetansen i kommunal administrasjon og fagmiljøets størrelse. Dette kan medføre at statens styring av hvilken kompetanse kommunenes helsetjeneste skal ha, hvilke tjenester befolkning kan forvente å få i primærhelsetjenesten, og hvordan disse skal organiseres, må være relativt presis og tydelig.

Helsedirektoratet registrerer at forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er mindre presis enn nåværende lov. Vi ser at dette kan være naturlig gitt at staten normalt ønsker å overlate til kommunene å styre oppgaver de er delegert, herunder å fastsette hvordan de ønsker å løse ulike oppgaver.

Mot dette taler hensynet til likeverdige helsetjenester. Fra nasjonalt nivå ønsker vi å tenke på norsk helsetjeneste som en sømløs helsetjeneste, hvor den enkelte innbygger skal håndteres på en god måte. Det skal ikke kreves at pasientene selv skal ha innsikt i tjenestens organisering og ansvarsfordelingen mellom stat og kommune. Videre vektlegger vi at innbyggerne skal få tilbud om likeverdige tjenester enten det dreier seg om forebygging, diagnose, behandling, rehabilitering eller omsorg.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen la vekt på at mange av de nye oppgavene som skal løses i primærhelsetjenesten forutsetter enheter som blir store nok for å få tilstrekkelig kompetanse og effektivitet. Dette poenget om stort nok befolkningsgrunnlag ligger ikke inne i dagens forslag. Når forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i tillegg legger til rette for mindre presis statlig styring av hvilke helsepersonell grupper som skal inngå i en kommunes helsetjeneste, hvilke tjenester som skal leveres og hvordan disse skal organiseres, kan dette også oppfattes å svekke tryggheten for likeverdighet i tjenesten.

Helsedirektoratet mener at kommunalt ansvar for primærhelsetjenesten, ikke kan skje på bekostning av likeverdighet i helsetilbudet til befolkningen. Helsedirektoratet er på dette grunnlag usikker på om den samlede statlige virkemiddelbruken er tilstrekkelig for å sikre dette.

### **2. Hvordan sikrer vi at sentrale elementer i samhandlingsreformen faktisk blir tilgjengelige for hele befolkningen?**

Gjennom samhandlingsreformen har man både ønsket å styrke samhandling mellom de ulike deltjenestene i helsetjenesten og man har også ønsket å gjøre helsetjenesten mer bærekraftig overfor de fremtidige utfordringene som det norske samfunnet og helsetjenesten står overfor. Mange av utfordringene følger av økningen i antall eldre som vil trenge omsorg og helsetjenester. I tillegg gjør fremveksten av nye risikofaktorer som inaktivitet og overvekt at vi kan forvente sterk vekst i antallet med diabetes, men også vekst i antallet med muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer og andre sykdommer.

Samhandlingreformen legger opp til å møte dette med styrket fokus på folkehelsearbeid, sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten og å konsentrere spesialisthelsetjenesten om stadig mer spesialiserte oppgaver. Reformen innebærer at mindre av den fremtidige veksten i hele helse- og omsorgstjenestens økonomi skal komme i spesialisthelsetjenesten.

Sentrale reformelementer i dette bildet er: Styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet ved økt lokal mobilisering og bruk av strukturelle virkemidler. Etablere frisklivssentraler som helsefremmende og forebyggende tilbud for risikogrupper. Etablere lokalmedisinske sentre i kommunene som kan ta imot pasienter før, i stedet for, eller etter sykehusopphold. Inngå avtaler mellom kommuner og helseforetak. Endre finansieringsmodellen for primærhelsetjenesten for å stimulere til vekst i forebyggende arbeid, god primærhelsetjeneste og god samhandling mellom kommuner og helseforetak.

Dersom man skal sikre etablering av disse elementene slik at hele befolkningen har tilgang til de nye tjenestene, særlig frisklivssentraler og lokalmedisinske sentre, må dette gjøres i form av tydelig styring fra staten. I praksis har staten to mekanismer å spille på. Det ene er å lovfeste at disse tjenestene skal inngå i kommunenes tilbud, det andre er sterke økonomiske incitamenter som øremerking av midler.

Helsedirektoratet støtter at det er en riktig og viktig utvikling at kommunene fremover etablerer frisklivssentraler og lokalmedisinske sentre for diagnostikk, observasjon, behandling, rehabilitering og oppfølging før, i stedet for og etter sykehusopphold. Vi tror den mest hensiktsmessige måten å oppnå dette på er gjennom lovfesting og at tilhørende finansiering gjøres tilgjengelig for kommunene. Vi anbefaler derfor bestemmelser i lov om kommunale helse og omsorgstjenester som tar høyde for dette.

### **3. Finansiering av reformen**

Staten og kommunal styring og finansieringsordninger hører nøye sammen. Helsedirektoratet viser til veilederen fra Kommunal- og regionaldepartementet om "Statlig styring av kommunesektoren – veileder for arbeidet med tiltak og reformer som berører kommuner og fylkeskommuner" (H-2186). Den sier noe om at når staten finner grunner for å pålegge kommunesektoren nye oppgaver, her samhandlingsreformen, som medfører økte kostnader for kommunene, må staten sørge for økonomisk kompensasjon til kommunesektoren. Dette kan gjøres gjennom tre alternativer, en økning av frie inntekter, etablering av et øremerket tilskudd, eller at kommunen gis anledning til å innkreve brukerbetaling.

For å lykkes med omlegging av aktivitet og arbeidsprosesser er det nødvendig at finansieringsordningene støtter opp om de ønskede endringene. Helsedirektoratet mener forsiktige økonomiske insentiver vil trekke i riktig retning. Helsedirektoratet vil spesielt gjøre oppmerksom på behovet for å ta høyde for selve reformkostnadene (pukkelkostnadene) ved gjennomføringen.

Helsedirektoratets vurdering er at kommunenes plikter til å opprette tilbud og tjenester må tydeligere hjemles i lov og forskrift. I så fall vil også de økonomiske og administrative konsekvenser av reformen kunne bli større. Det vil derfor være behov for videre utredning av dette. Eksempelvis vil det ha stor betydning hva som inngår i og

hvordan kommunene forpliktes til å etablere døgnopphold for øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Helsedirektoratet anbefaler videre at det lages en langsiktig finansieringsplan for gjennomføring av samhandlingsreformen.

#### **4. Rullering av Nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP)**

Et tiltak som kan medvirke til god balanse mellom statlig styring og kommunalt selvstyre er en årlig rullering av Nasjonal helse- og omsorgsplan.

I samhandlingsmeldingens kap. 3.3.6 Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer heter det at: *"Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering representerer en viktig utvikling av mer helhetlige prioriteringer. Som en videreutvikling av dette vil Regjeringen utvikle Nasjonal helseplan til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten."*

Med rullering i denne sammenheng mener Helsedirektoratet at regjeringen i Prop. 1 S hvert år må ta opp punkter i planen som bør vurderes på nytt ut fra utviklingstendenser som går fram av budsjettproposisjonen for øvrig, og innspill blant annet fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer og andre fora der prioritering drøftes, for eksempel i RHF-ene og kommunene (KS og Oslo kommune).

Direktoratet understreker derfor at den nasjonal helse- og omsorgsplanen må rulleres årlig dersom den skal bli et virkemiddel i prioriteringssammenheng og medvirke til god balanse mellom statlig styring og kommunalt selvstyre.

For å sikre en forutsigbar utvikling av spesialisthelsetjenesten, samt synkronisering med etableringen og driften av lokalmedisinske sentre, bør den nasjonal helse- og omsorgsplanen også inneholde en nasjonal sykehusplan som bør rulleres regelmessig.

En rullerende nasjonal helse- og omsorgsplanen vil utgjøre det overordnede førende elementet i et nasjonalt kvalitetssystem for hele helse- og omsorgstjeneste.

#### **5. Satsning på folkehelseiltak**

Viktige resultater i folkehelsearbeidet fordrer innsats der folk lever og bor.

Folkehelselovforslaget er en påpekning av kommunene som hovedaktøren og de øvrige som understøttende til dette. Det understrekes at folkehelsearbeid er en oppgave for kommunen som sådan, dvs. i siste instans rådmannen og de folkevalgte. Økt kapasitet for lokalt folkehelsearbeid og bruk av strukturelle virkemidler er viktige tiltak for å fremme folkehelsen. Det er behov for en opptrappingsplan for folkehelsearbeid.

#### **6. Personell og kompetanse**

Kompetent og tilstrekkelig helsepersonell er en kritisk faktor for å iverksette Samhandlingsreformen. Norge skal være selvforsynt med helsepersonell og fra Statistisk sentralbyrås rapport 2009/9 *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008* vises det et underskudd på 38 000 årsverk av helse- og sosialpersonell i år 2030. Fra

Helsedirektoratets rapport *Utdanne nok og utnytte godt* har vi strategier for hvordan vi kan møte nasjonale og internasjonale helsepersonellutfordringer. Med denne kunnskapen i kombinasjon med et personellregnskap og langsiktig finansieringsplan kan vi utvikle langsiktige planleggingshorisonter for å sikre et tilstrekkelig helsepersonell også i fremtiden.

For å sikre kompetente helsepersoner trenger vi i tillegg utdanninger som er mer elastiske og fremtidsrettede med hensyn til omskifting av arbeidsoppgaver. Arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt enkelte helsepersonellgrupper overføres til andre grupper, ofte med lavere formell utdanning. Utdanningssystemene må sikre endringsorienterte utdanningsløp slik at helsepersonellet kan møte en befolkning med økende kunnskap om egen helse og egenomsorg. Helsepersonell må også være forberedt på å møte det voksende markedet av alternative behandlingsløp som for mange kommer i tillegg til den tradisjonelle behandlingen. For å være forberedt på dette fremtidsperspektivet er det behov for tettere dialog mellom helsemyndigheter og utdanningsmyndigheter slik at utdanningssystemet dimensjoneres i tråd med fremtidige behov.

## **7. eHelse og IKT**

Uten gode IKT løsninger til å støtte nødvendige endringer i arbeidsprosessene, blir det ikke mulig å nå målene i samhandlingsreformen. Selv om mye er gjort og gjøres på IKT-siden, er det fortsatt mange aktører i kommunene som ikke har tatt i bruk IKT på en tilfredsstillende måte. Det vil også komme nye driftsenheter på banen, som for eksempel lokalmedisinske sentere, som må få på plass gode IKT løsninger. For å sikre en god nasjonal reform, må IKT koordineres og styres på myndighetsnivå slik at helsetjenesten samlet kan understøttes av felles løsninger i en helhetlig infrastruktur.

## **8. Kommunikasjon**

Befolkningen må få informasjon om hvilke helse- og omsorgstjenester de kan forvente og hvor de skal henvende seg for å få hjelp. For å sikre en god gjennomføring av reformen er det nødvendig at befolkningen har tillit til tjenestene og til de endringene som reformen innebærer. Kommunikasjonen om de nye tjenestene må være tydelig, helhetlig og koordinert. Helsepersonell er en viktig ressurs i gjennomføringen av reformen. Måltrettet kommunikasjon med både befolkningen og tjenesten, og mellom de forskjellige aktørene i reformarbeidet, vil bidra til motivasjon og tillit, noe som igjen vil understøtte intensjonene i reformarbeidet.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.  
assisterende helsedirektør

Toril Lahnstein  
divisjonsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Vedlegg:

Høringssvar ny lov folkehelse.doc  
Høringssvar ny lov helse- og omsorgstjenester.doc



Notat av 18.1.2011, vår ref. 10/6643

## Hørings svar- forslag til ny folkehelselov

Helsedirektoratet viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 18.10.2010 vedrørende forslag til ny folkehelselov.

### Generelle synspunkter på høringsnotatet

Helsedirektoratet støtter hovedlinjene i forslaget til ny folkehelselov. Det er positivt at kommunenes rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet tydeliggjøres. Forslaget er hensiktsmessig ved at det tydeliggjør det kommunale ansvaret for folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet mener at forslaget til ny folkehelselov i stor grad oppsummerer forventninger til kommunenes folkehelsearbeid som allerede i dag ligger i kommuneloven, kommunehelsetjenesteloven og i plan- og bygningsloven. Etter Helsedirektoratets oppfatning er hovedgrepet i forslaget til ny folkehelselov at eksplisitte og implisitte forventninger til kommunene samles og dermed tydeliggjøres, og at de i større grad utdypes i lovteksten. Helsedirektoratet mener at dette er hensiktsmessig.

Viktige resultater i folkehelsearbeidet fordrer innsats der folk lever og bor. Folkehelselovforslaget er en påpekning av kommunene som hovedaktøren og de øvrige som understøttende til dette. I en tid da kommunenes posisjon på flere saksområder utfordres mht statliggjøring av samfunnsansvar (jf blant annet NAV-reformen), så peker Samhandlingsreformen i motsatt retning. Lovforslaget innebærer en betydelig tillitserklæring til kommunene.

Videre innebærer lovforslaget en tydeliggjøring av statens ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, og plasserer også fylkeskommunens ansvar i relasjon til kommunene og staten, herunder fylkesmannsembetene. Helsedirektoratet mener også at dette er hensiktsmessig.

Helsedirektoratet deler departementets syn på betydningen av å markere folkehelsearbeidet tydeligere vis à vis de individrettede behandlingstjenestene (jf forslaget til ny helse- og omsorgslov). Det understrekes at folkehelsearbeid er en oppgave for kommunen som sådan, dvs. i siste instans rådmannen og de folkevalgte. I tråd med dette har departementet valgt å foreslå miljørettet helsevern (miljørettet folkehelsearbeid) som en selvstendig kommunal virksomhet. Slik har det i prinsippet vært siden ny kommunelov kom på 90-tallet, men miljørettet helsevern har nok mange steder blitt oppfattet som å ha en klar forankring i helsetjenesten. Når miljørettet helsevern tydeliggjøres som en kommunal tjeneste, må dette likevel ikke bety at denne tjenesten skal være uten medisinsk faglig kompetanse, inkludert bidrag

fra kommunelegen som Helsedirektoratet fortsatt mener skal være en lovpålagt oppgave.

## **Merknader til lovforslaget**

Nedenfor følger merknader til lovforslaget, strukturert etter dets oppbygning.

### **Kapittel 1 – Innledende bestemmelser**

#### *§1 - Formål*

Departementet redegjør innledningsvis i høringsnotatet for fire grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet, med utdypning i vedleggs form (utjevning, helse i alt vi gjør, føre var-prinsippet og bærekraftig utvikling). Helsedirektoratet mener at de fire prinsippene er en viktig ramme og et grunnlag for å forstå formålet med loven. Av disse fire prinsippene er det imidlertid bare prinsippene om reduserte helseforskjeller og Helse i alt vi gjør som konkret er benyttet. Helsedirektoratet etterlyser derfor at prinsippene om føre var og bærekraftig utvikling i større grad appliseres på selve loven, fortrinnsvis i formålsparagrafen til loven.

I utkast til formålsparagraf innledes det med at "Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse ..." Helsedirektoratet mener at departementet bør vurdere å skrive "Formålet med loven er å *tilrettelegge* for en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse ...". Dette vil tydeligere presisere en hensikt om tidlig intervensjon og tydeliggjøre at alle arenaer og samfunnssektorer er viktige i folkehelsearbeidet. En slik endring eller presisering vil også ta opp i seg et av ordene i den innledende formålsangivelsen i forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1 nr. 1 slik at lovene i større grad speiler hverandre.

I formålsbestemmelsens annet ledd heter det bl.a.: "Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet". Det kan hevdes at ordet sikre gir eller kan gi for store forventninger til loven som virkemiddel i forhold til andre virkemidler mv. På den annen side er det viktig å signalisere viktigheten av at folkehelsearbeidet prioriteres. Som kjent vil formålsparagrafen være en rettskildefaktor ved tolkning av enkeltbestemmelser i eller i medhold av loven.

#### *§3 - definisjoner*

Definisjonene gitt i § 3 synes i hovedsak dekkende. Dette gjelder særlig tydeliggjøringen av at folkehelsearbeid også inkluderer arbeid for å fremme god psykisk helse i befolkningen. Derimot nevnes ikke det rusforebyggende arbeidet spesifikt. I dag danner alkoholloven et viktig rammeverk for det rusforebyggende arbeidet, gjerne med utgangspunkt i ruspolitiske handlingsplaner. Helsedirektoratet mener at det er ønskelig å tydeliggjøre rusforebyggende arbeid som en del av folkehelsearbeidet, som (også) skal foregå innenfor rammer gitt i folkehelseloven. Dette bør tydeliggjøres i definisjonen av folkehelsearbeid.

### **Kapittel 2 - Kommunens ansvar**

#### *§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid*



1. ledd inneholder en beskrivelse av kommunens ansvar. Helsedirektoratet er for så vidt ikke uenig i formuleringene, men mener at leddet også kan forstås som en definisjon av folkehelsearbeid som noe annet enn det som følger av § 3. Vi foreslår derfor at det utformes en enklere beskrivelse av kommunens ansvar og heller en henvisning til definisjonen.

I 2. ledd beskrives kommunenes ansvar for å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt. Dette er et viktig element i lovforslaget, og en forutsetning for å gjennomføre et lokalt tverrsektorielt folkehelsearbeid. Selv om formuleringen ikke fremgår i dagens kommunehelsetjenestelov, så er det likevel grunn til å stille spørsmål om kravet er nytt, eller om det har ligget som et implisitt krav også i dagens lovverk. Formuleringen er brukt i gjeldende folkehelselov for fylkeskommunene, og det er Helsedirektoratets inntrykk at dette har skapt en betydelig oppmerksomhet på de virkemidler som fylkeskommunen samlet har. Det er grunn til å forvente en tilsvarende effekt også på kommunenivå ved denne tydeliggjøringen.

Helsedirektoratet merker seg at mens fylkeskommunene er tillagt et ansvar for å være pådriver og samordne folkehelsearbeid i fylket, så er det kommunenes ansvar å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter. Helsedirektoratet mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere en harmonisering av beskrivelsene. Helsedirektoratet mener dessuten at folkehelseloven med fordel (også) burde tillegge kommunene et tilsvarende pådriveransvar for forpliktende samarbeid og partnerskap.

#### *§§ 5 og 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*

Kravene i § 5 og § 21 i forslaget til ny folkehelselov korresponderer i stor grad med kravene som i dag ligger i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og lov om fylkeskommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet mener det er avgjørende for virkningen av innføringen av folkehelseloven at kommuner og fylkeskommuner utarbeider oversikter. Kravet til kommuner og fylkeskommuner om henholdsvis "til enhver tid ha oversikt" og "den nødvendige oversikt" over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, kan ses på som et prosessuelt krav om hvordan folkehelsearbeidet skal drives. Folkehelsearbeidet skal være basert på kjennskap til det lokale og regionale utfordringsbildet – og muliggjøre lokale og regionale tilpasninger, og skal ikke skje tilfeldig eller kun i lys av nasjonale føringer.

Styrken i lovforslaget er at de prosessuelle kravene er langt mer konkret formulert. Det gjør det dermed enklere for kommunene og fylkeskommunene å vite *hvordan* kravet kan oppfylles. Dette gjelder først og fremst i forhold til hvor kommuner og fylkeskommuner skal få/ innhente data, i tillegg til kravet om skriftlighet og at dokumentet skal belyse konsekvenser, årsaksforhold og trender. Lovforslaget er imidlertid mindre konkret på *hva* som ligger i begrepene "helsetilstand" og "påvirkningsfaktorer", og som en konsekvens av dette hva som ligger i "til enhver tid ha oversikt" og for fylkeskommunene "nødvendig oversikt" med unntak av at sosiale helseforskjeller skal vies spesiell oppmerksomhet. Når det gjelder fylkeskommuner, heter det likevel i høringsnotatet at det "som menes med nødvendig må sees i forhold til formålet" (s. 90). Et overordnet formål vil være formålet med

folkehelseloven, men i tillegg er det presentert konkrete (under-)formål som gjelder fylkeskommuner. Oppgaven synes omfattende til tross for at det heter, for fylkeskommuners vedkommende, at de skal ha "nødvendig oversikt". Helsedirektoratet mener det er viktig også å antyde konkrete, ev. også prioriterte og realistiske forventninger til oversikter også når det gjelder innhold slik at kommuner og fylkeskommuner evner å gjennomføre lovkravet i praksis.

Når det for øvrig gjelder helsestatistikk, vil Helsedirektoratet minne om at spesialisthelsetjenesten er en viktig kilde til data gjennom sine rapporteringer til bl. a. NPR (Norsk pasientregister) og ulike andre helseregistre. Dette vil være data som spesialisthelsetjenesten allikevel skal rapportere. Det foreslås derfor ikke noen ny rapporteringsplikt for foretakene. Dog bør foretakene utvikle sin kompetanse når det gjelder å analysere helsedata. Særlig vil dette gjelde faglige vurderinger av hvilke helseutfordringer i befolkningen som bør utløse forsterket forebyggende innsats.

#### § 6 Mål og tiltak

Ifølge første ledd skal en drøfting av kommunens helseutfordringer inngå i kommunens planstrategi. Dette må ses i lys av bestemmelsen i plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd, bokstav f om at kommuneplanen skal "fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet".

Helsedirektoratet ser det som svært hensiktsmessig at kommunens mål og strategier i folkehelsearbeidet utformes som en del av kommunens ordinære planarbeid, og er derfor tilfreds med tilnærmingen som er nyttet. Formuleringene vil sette fokus på det proaktive, brede folkehelsearbeidet og tydeliggjøre forankringen av folkehelse som et strategisk og sektorovergripende arbeid i kommuners og fylkeskommuners administrative og politiske ledelse. Helsedirektoratet vurderer det slik at lovutkastets § 6 første ledd er i tråd med intensjonene i planloven. Det må anses som uhensiktsmessig å drøfte utfordringene i folkehelsearbeidet i annen sammenheng enn i forbindelse med planstrategien.

Helsedirektoratet støtter videre at de overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet må være av en karakter og et omfang som er egnet for å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5. Dette er begrunnet med erfaringer fra mange kommuner der folkehelseiltak fremstår som hyggelige, uforpliktende, til dels kostnadsfrie avgrensede tiltak, som ikke møter de dramatiske sidene ved folkehelsearbeid, nemlig økt sykkelighet og kortere levealder.

Helsedirektoratet er positive til at lovforslaget konkretiserer bredden i folkehelsearbeidet, men mener at tiltakene som listes opp i § 6, tredje ledd lett assosieres med tiltak knyttet til helse(-tjenesten) – og ikke kommunens folkehelseansvar slik det er formulert i § 4 (med unntak av det noe diffuse "gode fysiske og sosiale miljø og samfunnsforhold").

Helsedirektoratet foreslår i stedet følgende formulering av § 6, tredje ledd – andre setning: *"Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, gode fysiske og sosiale miljøer, tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging og begrensning av tobakk - og alkoholbruk"*. Bestemmelsen bør altså (til en viss grad) konkretisere både

(i) tiltak med hensyn til "bakenforliggende forhold" og (ii) levevanerettede tiltak, i denne rekkefølgen.

Helsedirektoratet vil minne om at personer med nedsatt funksjonsevne også har behov for intervensjon i form av helsefremmende og primærforebyggende tiltak ut over det problem som selve funksjonsnedsettelsen representerer. Det påpekes at en stor del av den dårlige helsen hos personer med funksjonsnedsettelse ikke skyldes funksjonsnedsettelsen i seg selv, men samfunnsmessige forhold som manglende medvirkning og innflytelse, økonomisk utrygghet, diskriminering og mangel på tilgjengelighet. Det henvises til den rapporten som Statistisk sentralbyrå har utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet: "På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne" (sept. 2010). Det samme aspektet kan legges til grunn for andre risikogrupper i befolkningen som minoritetsbefolkningen og urbefolkningen.

Det kan anføres at man savner omtale av mer målrettet folkehelsearbeid i bestemte (risiko-)grupper i befolkningen, f. eks. minoritetsbefolkningen, urbefolkningen og personer med funksjonshemming. I denne forbindelse er det også aktuelt å minne om betydningen av materiell, oversatt til flere språk.

### **Kapittel 3 - Miljørettet helsevern**

Departementet innfører i høringsnotatet et nytt begrep *miljørettet folkehelsearbeid*, som til dels kommer til erstatning for *miljørettet helsevern*. Helsedirektoratet er enig i departementets vurdering av betydningen av en "navneendring" her. Helsedirektoratet ser det som en fordel at man sløyfer ordet "vern" i denne forbindelse. Ordet "vern" gir ikke tilstrekkelige assosiasjoner til det å være pro-aktiv hvilket er helt nødvendig på folkehelseområdet. Dessuten er det hensiktsmessig å ha med ordet "folkehelse" i denne delen av de kommunale oppgavene, det som i tidligere tider gjerne ble omtalt som "omgivelseshygiene". Det har vært en oppfatning i flere miljøer at *miljørettet helsevern* ikke har vært å anse som en del av *folkehelsearbeidet*. Ved å gi dette arbeidsfeltet en ny betegnelse, vil man forhåpentlig bidra til å skape en riktigere forståelse.

Helsedirektoratet sier seg enig med departementet i at mye av lovverket innenfor dette området med fordel kan flyttes over "på rot" og ser like fullt behovet for et par tillegg som skyldes erfaringer fra de senere årene. Det gjelder i første rekke behovet for å etablere overtredelsesgebyr som en sanksjonsform. Videre synes det riktig og hensiktsmessig med de presiseringer som er gjort når det gjelder Folkehelseinstituttets oppgaver og ansvar i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikaliehendelser slik det fremgår av utkast til § 24.

Dette forhindrer likevel ikke at Helsedirektoratet mener det er et behov for på sikt å gjennomgå regelverket omkring miljørettet helsevern på en grundig måte, slik det ble bebudet i Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). Dette gjelder blant annet grenseflaten mellom virkeområdet til miljørettet helsevernregelverket og andre regelverk, blant annet forurensningsloven og matloven.

Et stadig tilbakevendende spørsmål i norske kommuner er spørsmålet om adgangen til å føre tilsyn med forhold i private boliger. Særlig reises spørsmålet i forbindelse med kommunale (og andre) utleieboliger. Det er mulig at dette siste spørsmålet burde vært utredet noe nærmere, eventuelt med en anvisning av hvordan en kommune skal forholde seg når den får en klage på for eksempel inneklime eller de sanitære forhold i slike boliger. I den senere tid har også spørsmålet vært reist om det i lovgivningen bør fastsettes forbud mot å røyke i egen bolig, spesielt av hensyn til eventuelle små barn i husstanden. Det kunne være aktuelt med omtale også av slike spørsmål. Et annet spørsmål som er dukket opp i de senere årene, er knyttet til høye radonverdier i eller ved boligen. Er det aktuelt å kunne bruke sanksjonsmidler for å sikre en reduksjon av forurensningsnivået? Særlig aktuelt er dette igjen der hvor det er barn i husstanden.

Matloven, kommunehelsetjenesteloven og lov om helsemessig og sosial beredskap er hjemmelsgrunnlaget for *drikkevannsforskriften*. Drikkevannet, vårt kanskje viktigste næringsmiddel, er ikke viet mye oppmerksomhet i høringsnotatet. Nasjonalt folkehelseinstitutt har mange oppgaver felles med Mattilsynet. Det er mulig at man i utkastet til folkehelselov § 24 burde ha med en referanse til drikkevann.

I den senere tid er man også blitt minnet om at drikkevann, uten at det representerer en nærliggende fare for enkeltindivider, kan representere en forurensningskilde som kan true folks helse og næringsgrunnlag samt næringskjeden på lengre sikt. Det siktes her til forslaget om å tilsette kobber- og sølvioner til drikkevannet i den hensikt å redusere forekomsten av *legionella*-bakterier i vannet for derigjennom å hindre spredning av denne bakterien via aerosol. Det bør vurderes om det er nødvendig med en endring i matloven og/eller drikkevannsforskriften som sikrer at også andre enn Mattilsynet kan få besluttsende myndighet i denne type drikkevannsspørsmål.

Videre er det behov for å vurdere nærmere de uheldige sidene ved at kommunene har ansvar for å føre tilsyn med kommunale eiendommer og virksomheter. Dette er prinsipielt problematisk. Det er i mange kommuner gjennomført tiltak som blant annet har bidratt til en distanse til tilsynsobjektene, gjennom ulike løsninger for interkommunalt samarbeid. Helsedirektoratet ser likevel behovet for å styrke den statlige veiledningen når det gjelder kommunenes tilsyn med virksomheter. Dette er i dag en oppgave som er lagt til Statens helsetilsyn (jf prosessen med avklaring av arbeidsdelingen i den sentrale helseforvaltningen høsten 2001), men som i begrenset grad er gitt prioritet. Helsedirektoratet mener at det er mer hensiktsmessig at oppgaven forstås som en direktoratsoppgave, og overføres fra Statens helsetilsyn til Helsedirektoratet.

Etter Helsedirektoratets vurdering burde det være en bredere omtale av samarbeid om miljørettet helsevern (miljørettet folkehelsearbeid) ut over det som er omtalt ovenfor om samarbeid mellom kommuner. I tråd med Samhandlingsreformen er det behov for å lage mekanismer for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten også på folkehelseområdet. Fagfeltet miljørettet helsevern savner en klart definert annenlinjetjeneste som med fordel kan tenkes integrert med Arbeidsdirektoratets annenlinjetjeneste, d.v.s. de arbeidsmedisinske avdelingene som finnes ved våre fire regionsykehus. De meget positive erfaringene som er gjort med Arbeidsmedisinsk avdeling i Helse Bergen i forbindelse med oppfølging av lokalbefolkningen etter tank-eksplosjonen i Sløvåg i Gulen i mai 2007 har vist at vi

her har en meget viktig ressurs, ikke bare for yrkesmedisinen, men også for det alminnelige folkehelsearbeidet i en kommune. Det synes videre nærliggende å minne om helseministerens uttalelse etter strategikonferansen for astma og allergisykdommer i november 2010 som innebærer at det skal opprettes tverrfaglige regionale kompetansemiljøer på astma og allergi. Det synes naturlig å tenke disse kompetansemiljøene inn i de arbeidsmedisinske avdelingene som etter Helsedirektoratets mening bør fungere som Arbeids- og miljømedisinske sentre.

#### **Kapittel 4 - Fylkeskommunens ansvar**

Helsedirektoratet er enig i omtalen av fylkeskommunens oppgaver og ansvar, som i stor grad innebærer en videreføring av regelverket som ble fastsatt fra 01.01.10.

Helsedirektoratet mener at fylkeskommunen innehar en betydelig mulighet til å fremme helse på en lang rekke måter. Det er viktig at loven forstås slik at det er et betydelig handlingsrom for å formulere en egen folkehelsepolitikk. Helsedirektoratet er samtidig opptatt av at fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet gjerne kan konkretiseres og spisses. Helsedirektoratet er kjent med at utdanning (jf. fylkeskommuners ansvar for videregående skole) og samferdsel er de to største arbeidsområdene i den fylkeskommunale forvaltningen (i hvert fall i bruk av ressurser). Disse to arbeidsområdene er samtidig svært viktige innsatsområder i folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet mener at fylkeskommuner her kan gjøre en betydelig forskjell både i forhold til å tilrettelegge for barns og unges helse og trivsel og når det gjelder strukturell tilrettelegging for fysisk aktivitet. Fylkeskommuners ansvar for regional utvikling, ikke minst med tanke på sosial utjevning av helseforskjeller i regionen, kulturarbeid og selvsagt tannhelsetjenesten, kan være andre viktige hovedinnsatsområder for fylkeskommuner i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet mener at det er behov for å etablere en tilsynsordning med hvordan fylkeskommunen følger opp lovkravet. Helsedirektoratet mener at Fylkesmannen bør tillegges tilsynsansvaret. Det er samtidig behov for å utvikle tilsynsmetodikk for å ivareta oppgaven på en måte som ivaretar det regionalpolitiske handlingsrommet, og som muliggjør et fortsatt forpliktende samarbeid og partnerskap mellom fylkesmann og fylkeskommune.

Helsedirektoratet støtter videre tydeliggjøringen av koblingen mellom en fylkesoversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer og regional planstrategi. Det vises til begrunnelsen gitt foran i dette høringssvaret.

#### **Kapittel 5 - Statlige helsemyndigheters ansvar**

##### *Generelle vurderinger*

Helsedirektoratet gir sin prinsipielle tilslutning til at statlige helsemyndigheters ansvar reguleres i folkehelseloven.

Helsedirektoratets, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Fylkesmannens ansvar er omtalt i eget kapittel (kapittel 5) i lovutkastet. Men kapittelet mangler lovbestemmelser som pålegger staten selv plikter på linje med de plikter som lovutkastet tenker å pålegge primærkommunene. Når slagordet "Helse i alt vi gjør" lanseres, må det like fullt gjelde

staten selv. Sannsynligvis vil en mer aktiv bruk av utredningsinstruksen være et riktig tiltak her.

I tråd med det som nevnes innledningsvis om kommunen som hovedaktøren i folkehelsearbeidet, er Helsedirektoratet tilfreds med at lovutkastet tydelig beskriver andre aktørers ansvar for å understøtte kommunene.

- Helsedirektoratet savner likevel en samlet utdyping av hva som ligger i understøtterollen, og av hvilke aktører som "understøtter" med hva, selv om det ikke nødvendigvis er vanntette skott her.

En annen utfordring synes å være at "alle" aktører skal "understøtte" kommunene, og til dels også fylkeskommunene:

- Fylkeskommuner skal, jf. § 20, 2. ledd "understøtte kommunenes folkehelsearbeid".
- Fylkesmannen skal, jf. § 22 "blant annet gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid".
- Helsedirektoratet skal, jf. § 23 "understøtte kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen med informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet".
- Nasjonalt folkehelseinstitutt skal "gi bistand"/ "bistå" blant annet kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn (men på et mer avgrenset felt knyttet til helseovervåking).

I tråd med ett av hovedformålene i loven, § 1. 2 ledd, som er å "legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid", er det behov for å konkretisere nærmere hvordan kommunene skal få den "understøttelsen" de trenger fra relevant instans – på en samordnet og effektiv måte. Dette gjelder ikke minst i forhold til fylkesmenn og fylkeskommuner (det vises til Helsedirektoratets Utviklingstrekkrapport for 2010), men også i forhold til nasjonale statlige aktører.

Når det gjelder forholdet mellom fylkeskommuner og kommuner, så har disse forvaltningsmessig lignende roller, selv om aktørene opererer på ulike forvaltningsnivåer og har til dels ulike oppgaveporteføljer. Fylkeskommuner og kommuner er demokratiske arenaer, samfunnsutviklere og tjenesteprodusenter. Fylkeskommuners viktigste rolle er å være regional utviklingsaktør (jf. Forvaltningsreformen), mens kommuner er de største produsentene av velferdstjenester, ikke minst når det gjelder helsetjenester (jf. Samhandlingsreformen) som fylkeskommuner har få av – med unntak av tannhelsetjenesten. Helsedirektoratet mener det ville være nyttig å se nærmere hvordan fylkeskommunenes understøtterrolle overfor kommunene bør være i og med at kommunene til dels har andre oppgaver enn fylkeskommunene, for eksempel knyttet til tjenesteproduksjon – ikke minst når det gjelder produksjon av helsetjenester.

#### *§ 22 Fylkesmannens ansvar*

Fylkesmannen er Helsedirektoratet i fylket, og har gjennom dette roller som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter av nasjonal helse- og omsorgspolitik. I tillegg har Helsetilsynet i fylket ansvar for å føre tilsyn med det folkehelsearbeidet.

Som fagorgan fyller Fylkesmannen som fagorgan en viktig kompetansefunksjon på folkehelseområdet, gjennom å gi tilbud om kurs og andre kompetansehevende tiltak. Fylkesmannens helseavdeling er det fremste samfunnsmedisinske miljøet i fylkene, og en viktig ressurs for kommuner og fylkeskommuner. Videre er Fylkesmannen delegert myndighet til å fortolke regelverk, herunder å behandle klager, for eksempel innen miljørettet helsevern og alkoholloven.

I lovforslaget er det lagt til grunn at "Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet på lokalt og regionalt nivå, og blant annet gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid." Helsedirektoratet mener at lovforslagets beskrivelse av fylkesmannens ansvar er for snever og bør utdypes.

#### *§ 23 Helsedirektoratets ansvar*

Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan. Direktoratet er pålagt ansvar med utgangspunkt i rollene som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helse- og omsorgspolitiske områder.

Helsedirektoratet har som en av sine faste roller, jf. tildelingsbrevet fra Helse – og omsorgsdepartementet (2011:1), "å følge med på forhold som påvirker folks helse og levekår samt å følge med på utviklingen i helse – og omsorgstjenestene".

Helsedirektoratet mener det er viktig å tydeliggjøre og konkretisere Helsedirektoratets "følge med"-rolle, og at Helsedirektoratets "følge med"-ansvar bør fremkomme i loven. Det kan synes uheldig at uttrykket "følge med" er brukt både om en del av Helsedirektoratets ansvarsområde og om en del av Folkehelseinstituttets ansvar, i og med at innholdet i de to organers ansvar er så vidt forskjellig. Se videre neste punkt om § 24.

#### *§ 24 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar*

Nasjonalt folkehelseinstitutt har hatt helseovervåking som sin kjerneoppgave siden opprettelsen av instituttet i 1929. Lovforslaget synes å ha som intensjon at Folkehelseinstituttet fortsatt skal ha helseovervåking som sin hovedoppgave. Helsedirektoratet støtter dette. Vi mener imidlertid at ordet "helseovervåking" bør benyttes i § 24, første ledd – og ikke uttrykket "følge med" som vi mener bør forbeholdes det som er Helsedirektoratets oppgave. Vi mener det vil være nyttig å presisere Helsedirektoratets og Nasjonalt folkehelseinstituttets ulike roller og oppgaver i denne sammenheng.

I utkastet til folkehelselov er det foreslått at Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21, mens Helsedirektoratet skal samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om oppgaven. I tillegg er det forutsatt at Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Helsedirektoratet mener at det er behov for å kvalifisere hva som ligger i å *gi bistand, råd, veiledning og informasjon*. Helsedirektoratet ser det som nødvendig å avgrense denne beskrivelsen. Et sentralt element i tilgjengeliggjøringen av opplysninger er utvikling av verktøy for tilgjengeliggjøring av statistikk. Folkehelseinstituttet har en



naturlig rolle i å veilede om bruken av verktøyet, og også generelt om hvordan resultater bør fortolkes. Derimot bør ikke Folkehelseinstituttets veiledningsrolle overfor kommuner og fylkeskommuner omfatte løpende dialog med kommunene om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i den enkelte kommune (i grenselandet inn mot det som vil handle om å fortolke og formulere et lokalt utfordringsbilde, jf § 5). Dette vil ligge nært opp til den veiledningsrollen som er tillagt Fylkesmannen. Likeledes er det Helsedirektoratet som i forslaget er tillagt ansvar for utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Dette gjelder også i forhold til utvikling av normer for utarbeidelse av lokale oversikter over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. I lys av dette bør Folkehelseinstituttets rolle presiseres.

I lys av håndteringen av Vest Tank-ulykken er Helsedirektoratet enig i at Folkehelseinstituttet bør gis en oppgave i forbindelse med akutte kjemikalieulykker slik det fremgår av lovutkastets §24, 4. ledd. På denne måten bør Folkehelseinstituttet ha en beredskapsfunksjon på kjemikalieområdet. Men også Helsedirektoratets ansvar og oppgaver bør beskrives mer inngående.

I kjølvannet av en slik større ulykke kan det melde seg spørsmål om oppfølging over tid av større eller mindre deler av befolkningen. Høringsnotatet har ikke omtalt dette nærmere. Særlig savnes det en gjennomgang av hvem som "bestiller" en slik oppfølging og hvem som skal betale for dette.

## **Kapittel 6 – Samarbeid mellom kommuner, internkontroll, tilsyn m.v.**

### *§ 28- Samfunnsmedisinsk kompetanse*

Når det gjelder legekompentanse, er Helsedirektoratet tilfreds med at høringsnotatet og lovforslaget legger opp til at kommunelegerollen fortsatt skal opprettholdes med de begrunnelser som er gitt. Helsedirektoratet merker seg at den samme begrunnelse er gitt i høringsnotatet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

### *§ 29 Beredskap*

I forbindelse med større kjemikalieulykker har det vært reist spørsmål om varslingsplikten etter helseberedskapsloven § 2-3 er tilstrekkelig. Helsedirektoratet mener at denne hjemmelen er tilstrekkelig når det gjelder varsling. I tillegg bør kommunen få en plikt til å melde til Nasjonalt folkehelseinstitutt der det er avdekket opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid slik høringsnotatet foreslår. Den aktuelle paragrafen å hjemle dette i, vil være forslaget § 29. Helsedirektoratet anbefaler at man arbeider videre med en slik meldeplikt for kommunene. Under dette arbeidet må det også tas hensyn til Fylkesmannens behov for å motta melding samtidig med Folkehelseinstituttet ut fra den samordningsfunksjonen som Fylkesmannen har på regionalt nivå under kriser og katastrofer i fredstid jf. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan. Det går ikke klart frem av høringsnotatet hva som er et varsel og hva som er en melding. Det bør beskrives klart hva forskjellene her er.

*§ 30 Gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement*  
Departementet foreslår at det i ny folkehelselov § 30 gis forskriftshjemmel for Kongen for gjennomføring av WHO's internasjonale helsereglement. Forskriften kan inneholde bestemmelser om etablering av IHR-register, på alle områdene atom-/strålings (A),



biologiske (B) og kjemiske (C) hendelser. samt den nærmere reguleringen av registeret. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt IHR-kontaktpunkt i Norge. Det vil være naturlig at FHIs oppgaver i forbindelse med IHR-registeret fastsettes i forskriften.

Departementet uttaler i høringsnotatet at erfaringer fra influensapandemien viser at heller ikke på smittevernområdet vil eksisterende regelverk i tilstrekkelig grad ivareta nasjonale og internasjonale behov. Etter Helsedirektoratets oppfatning var problemet i forbindelse med pandemien at IHR-forskriften ikke ble ansett som hjemmelsgrunnlag for etablering av register hos FHI, og at dette ble ansett som en mangel. Dette ble imidlertid løst ved at Helsedirektoratet inngikk databehandleravtale med FHI, og at opplysninger ble samlet inn og registrert med hjemmel i smittevernloven § 2-2 åttende ledd og konsesjon fra Datatilsynet.

Departementet legger til grunn at eksisterende ansvars- og myndighetsstrukturer for håndtering av A-, B- og C-hendelser blir benyttet også når det oppstår hendelser av betydning for internasjonal folkehelse.

Helsedirektoratet er enig i at det er behov for hjemmel i lovverket for å utvide IHR-forskriftens virkeområde slik at dette omfatter både A-, B- og C- hendelser. Behovet gjelder spesielt lovlig adgang til

- etablering av varslingsystem nasjonalt mellom ansvarlige myndigheter på A-, B- og C-området og Norges nasjonale IHR-kontaktpunkt
- å lagre og behandle varsler samt iverksette midlertidige og stående tiltak som pålegges av WHO på området.

Departementet stiller spørsmålsteget ved om den generelle hjemmelen for implementering av IHR-forskriften bør være i den nye folkehelseloven eller i lov om helsemessig og sosial beredskap. Så vel folkehelse- som miljørettet helsevernsperspektivet kan tilsi at hjemlingen når det gjelder A-, B- og C-hendelser foretas i folkehelseloven, mens en beredskapshjemling er mer naturlig ut i fra at dette i realiteten vil dreie seg om en allerede inntrådt eller begynnende hendelse. Helsedirektoratet ser at det vil være mest hensiktsmessig å hjemle etablering av et IHR-register med utvidet virkeområde, jf. over, i folkehelseloven. - Departementet foreslår at det i forskrift gis hjemmel for å pålegge offentlige tjenestemenn og private å melde til registeret. Dette er etter Helsedirektoratets mening helt vesentlig for å implementere også A-, B- og C- hendelsene i norsk rett på en tilstrekkelig måte.

#### *Kommentar til forslaget om endring av smittevernloven § 2-2, 8.ledd*

I rollen som nasjonal helsefaglig rådgiver under pandemien høst/vinter 2009-2010 fikk Helsedirektoratet bekreftet nødvendigheten av å ha tilgang til oppdatert behandlingsinformasjon fra helsetjenesten som grunnlag for våre beslutninger og for å systematisere behandlingsinformasjon til bruk i pasientbehandling. Det er viktig at regelverket i den forbindelse har meldeordninger som raskt kan iverksettes og at det er gitt myndighet til at registrering og bearbeiding av informasjon kan igangsettes umiddelbart. Forutsetningen er selvfølgelig at viktige vurderinger i forhold til tekniske løsninger, informasjonssikkerhet og personvern er gjort på forhånd

Dette behovet er tidligere spilt inn til departementet og departementet foreslår som følge av det en endring av smittevernloven § 2-2, 8.ledd, slik at bestemmelsen også

gir Helsedirektoratet (og Folkehelseinstituttet) et behandlingsgrunnlag for etablering av registre.

Etter Helsedirektoratets syn vil departementets forslag ikke være tilstrekkelig dekkende for å møte Helsedirektoratets behov for oversikt og kontroll, og for iverksetting av tiltak ved ulykker og hendelser. Hjemmelen i smittevernloven § 2-2, 8 vil ikke kunne benyttes til etablering av registre i forbindelse med ulykker og andre hendelser som ikke gjelder smittevern. Eksempler på situasjoner som faller utenfor kan være ulykker med radioaktiv stråling, forurensningsulykker, andre store hendelser eller naturkatastrofer hvor risikoen for at mange mennesker kommer til skade og etterspørselen etter helsetjenestene er stor, og hvor myndighetene har behov for oversikt og kontroll for å iverksette tiltak som sikrer at befolkningen får nødvendig helsehjelp i tilstrekkelig omfang.

I stedet for de foreslåtte endringer i høringsnotatet av smittevernloven § 2-2, 8.ledd foreslår Helsedirektoratet derfor en registerløsning regulert i lov om helsemessig og sosial beredskap. Vi foreslår at det innføres en meldeplikt for helsetjenesten/helsepersonell ved at Helsedirektoratet gis myndighet til å kreve opplysninger fra helsepersonell ved kriser og katastrofer i fredstid, samtidig som direktoratet gis et behandlingsgrunnlag for registrering og bearbeiding av opplysningene jf. helseregisterloven § 5.

Det vil gi direktoratet en mulighet for raskt å iverksette en meldeordning og etablere registre for å sikre liv og helse i forbindelse med kriser eller andre hendelser, herunder smittesituasjoner. Denne meldeplikten vil omfatte informasjon på et annet nivå enn hva som omfattes av varslingsplikten etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-3. Behovet for opplysninger etter forslaget vil i stor grad være knyttet til enkeltindividers helse, som for eksempel medisinske opplysninger, behandlingsresultater, legemiddelbruk, tidligere pasienthistorikk med mer. Det vil først og fremst være behov for å samle inn helseopplysninger uten direkte personidentifiserende kjennetegn, men i likhet med erfaringene fra pandemien høsten 2009 vil det kunne dreie seg om opplysninger som ikke kan anses å være anonyme på grunn av at det vil omhandle en begrenset pasientgruppe som vil gi mulighet for gjenkjennelse og identifikasjon.

Pliktsubjektet for meldeplikten bør være helsepersonell. Det vises i den forbindelse til lovens § 1-4 jf. § 1-3 hvor det fremgår at loven gjelder for personell som tjenestegjør i virksomheter som omfattes av loven.

Det er et mål at hjemmelsgrunnlag for innsamling og behandling av helseopplysninger er så klart og utvetydig som mulig. Det bør være avklart på forhånd hvilken helsemyndighet på nasjonalt nivå som skal ha ansvar for innsamling og registrering av denne type informasjon i en krisesituasjon, slik at man unngår unødvendige avklaringsrunder før arbeidet kan igangsettes. Det er naturlig at dette ansvaret legges til Helsedirektoratet jf. vår myndighetsrolle, og myndigheten bør derfor også gis Helsedirektoratet direkte i lov.

Myndigheten til å iverksette meldeplikten vil gjelde under krig eller ved kriser og katastrofer i fredstid, jf lov om helsemessig og sosial beredskap § 1-1. Det bør ligge til myndighetsorganet (Helsedirektoratet) i tvilstilfelle å avgjøre om det foreligger en

krise eller om slik krise truer som utløser myndigheten. Dette bør vurderes tatt inn i hjemmelen.

Det må videre utarbeides planer for innsamling og behandling av opplysninger, slik at registret etableres og blir operativt på kort varsel. Tett samarbeid mellom de nasjonale helsemyndighetene og med helsetjenesten er en forutsetning forut for iverksetting av en meldeordning. Melderutiner og tekniske løsninger for registrering og rapportering må også ligge klare. Det bør også i stor grad være tatt foreløpig stilling til hvilke ulike instanser som kan være aktuelle som eventuelle databehandlere avhengig av de ulike situasjonene.

Helsedirektoratets forslag om en ny bestemmelse i lov om helsemessig og sosial beredskap er fra vår side ment som et tillegg til forslaget i § 30 til ny folkehelselov. En registerhjemmel i beredskapsloven og forslaget til ny folkehelselov § 30 vil imidlertid ha et overlappende virkeområde i forhold til forslaget til nytt innhold i smittevernloven § 2-2,8.ledd. Det bør derfor vurderes om de nevnte bestemmelsene gjør forslaget til registerhjemler i smittevernloven § 2-2, 8.ledd overflødige.

#### *§ 32 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid*

Statens helsetilsyn har ansvaret for tilsyn med dagens kommunehelsetjenestelov, herunder kommunenes miljørettede helsevern. Kommunehelsetjenesteloven § 6-3 (Tilsyn og veiledning) sier at Statens helsetilsyn fører medisinsk-faglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte. Det er i dag ikke hjemmel for å føre tilsyn med folkehelseloven for fylkeskommunene. Statens helsetilsyn har så langt savnet veiledning om gjeldende forsvarlighetsstandard for kommunenes arbeid med miljørettet helsevern.

I lovforslaget legges det til grunn at folkehelsearbeidet skal være forsvarlig. Vi er enig med Statens helsetilsyn i at det bør stilles et tydeligere forsvarlighetskrav i selve lovteksten. I lovutkastets § 32 første ledd siste setning står det at "(t)ilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering". Formuleringen kan leses slik at kommunen etter en konkret totalvurdering kan unnlate å oppfylle forsvarlighetsstandard. En slik tolkning kan bl.a. skape ulikhet i praktiseringen av loven og bidra til å underminere lovens tiltenkte formål. Dessuten er forsvarlighet i seg selv et funksjonelt og dynamisk begrep som forutsetter lokal skjønnsutøvelse innenfor ganske vide rammer.

Forsvarlighetskravet på folkehelseområdet knyttes i departementets høringsnotat opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller. Vi mener det er klart behov for utdyping av dette når det gjelder både miljørettet helsevern og folkehelsearbeid mer generelt, jf. bl.a. kriteriene "*vesentlig tap*", "*god helse*" og "*vesentlige helseforskjeller*". En viss utdypning kan med fordel foretas i proposisjonen til folkehelseloven som et klassisk rettslig dokument. Videre utdypning kan hensiktsmessig skje i den sentrale helsemyndighets generelle og temaspesifikke veiledere mv., under hensyn til samfunnsutviklingen, forskning mv. og i samarbeid med relevante aktører på folkehelsesektoren.

Forsvarlighetskravet har en materiell og en prosessuell side. Konkretisering av det materielle forsvarlighetskravet kan synes å innebære en del utfordringer. Dette har

sammenheng med bl.a. noen av de grunner for manglende prioritering av folkehelsearbeid som nevnes i høringsnotatet. Vi tenker her generelt på komplekse årsaksforhold mellom tiltak og effekt innen folkehelsefeltet og spørsmålet om hvilket tidsperspektiv (fremover) som skal legges til grunn for vurderingen av kost-nytte mv. Videre må man ta i betraktning det kommunale selvstyret, kommunenes økonomiske betingelser - som vil kunne endres raskt med konjunktorene -, at forsvarlighetskravet etter folkehelseloven gjelder hele kommunen, ikke bare helsetjenesten mv. Gitt disse utfordringer kan det synes mest hensiktsmessig og realistisk (i hvert fall) i en første implementeringsfase å satse på veiledning og kartlegging mer enn tilsyn når det gjelder det materielle forsvarlighetskravet.

Også det prosessuelle forsvarlighetskravet forutsettes utdypet, i tidlig fase av implementeringen. Her dreier det seg om bl.a. kommunenes system for å håndtere sine oppgaver på folkehelsefeltet, forankring av kommunens folkehelsearbeid på politisk og administrativt overordnet nivå, system for involvering av alle kommunale sektorer, inklusive helsetjenesten, og for involvering av egen og ekstern faglig kompetanse, system for kommunikasjon med befolkningen og andre, dokumenterbarhet/ skriftlighet mv. Denne delen av kravet synes enklere å konkretisere og håndtere for sentrale og lokale myndigheter. Det er sammenheng mellom det prosessuelle og det materielle kravet på den måte at forsvarlig saksbehandling er et virkemiddel for å oppnå forsvarlige vurderinger og konklusjoner i de sakene som behandles. Blant annet dette tilsier at det etableres en statlig tilsynsordning med kommunenes og fylkeskommunenes brede folkehelsearbeid. En statlig tilsynsordning vil kunne bidra til at folkehelsearbeidet for fremtiden gis den nødvendige prioritering på (fylkes)kommunalt nivå som departementets høringsnotat synes å forvente. Den vil bidra til å minske ulikheter mellom kommuner som er uforsvarlige eller savner fornuftig begrunnelse. Jf. bl.a. problemene med at kommunene både driver myndighets- og tjenesteutøvelse samt næringsdrift.

Vedrørende det materielle forsvarlighetskravet: Helsedirektoratet mener at forsvarlighetskravets formål må være mer enn å forhindre at akutte situasjoner oppstår. Vi mener det er like viktig å arbeide for, fremme og vedlikeholde befolkningens helse som å reparere syke, særlig sett i lys av behovet for å sikre en bærekraftig utvikling av befolkningen og velferdsstaten, og med tanke på økte utfordringer når det gjelder levevaner og endret demografi i årene fremover. Forsvarlighetskravet må innebære at folkehelsearbeidet skal være bærekraftig, altså at fylkeskommuner og kommuner aktivt forholder seg til fremtidige helseutfordringer, og dessuten at en legger til grunn et føre var-perspektiv. Det vises til omtalen av de to prinsippene innledningsvis i dette høringssvaret, foruten til selve høringsnotatet.

Høringsnotatet reiser spørsmål omkring forankring av ansvaret for å føre tilsyn med folkehelseloven. Åpenheten gjelder både på fylkesnivå (enten Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket) og på nasjonalt nivå (Statens helsetilsyn eller Helsedirektoratet).

Helsedirektoratet mener at det er argumenter som taler for både det ene og det andre alternativet.

På den ene siden er Folkehelseloven ikke definert som en lov som regulerer helsetjenester. Dersom Helsetilsynet skulle tillegges tilsynsansvaret, ville dette

medføre en betydelig utvidelse av deres ansvarsområde. Tilsyn med et tverrsektorielt innrettet folkehelsearbeid vil måtte gjennomføres med en annen metodikk enn den som normalt anvendes av Helsetilsynet i dag, både hva gjelder helsetjenester, sosiale tjenester og barnevern. Det er ikke åpenbare synergier her. Det er behov for å utvikle en ny tilsynsmetodikk for å føre tilsyn med bl.a. at kommunen/kommunestyret og fylkeskommunen som sektorovergripende og samordnende instanser for de ulike sektorer etterlever folkehelseloven og dens intensjoner. I de første årene vil kartlegginger være hovedgrepet, men det er på sikt også behov for å drøfte sanksjoneringsvirkemidler. Videre har Helsetilsynet i dag begrenset kompetanse på folkehelsearbeid. Argumenter for å legge tilsynsansvaret til Helsedirektoratet (og fylkesmannen) er at Helsedirektoratet besitter betydelig folkehelsekompetanse, og har trolig en bedre forståelse av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunene. Helsedirektoratet har allerede i dag tilsynsansvar både i alkoholloven og i tobakkskadeloven. Ved å samle tilsynsvirkemidlet med de øvrige virkemidlene for å påse og understøtte kommunene blir det en forenklet situasjon for kommunene (færre aktører).

På den annen side ser Helsedirektoratet også argumenter for å legge oppgaven til Helsetilsynet (og Helsetilsynet i fylket). Ved en slik løsning bygger en videre på den grunnleggende arbeidsdelingen i den sentrale helseforvaltningen. Dette vil gi en tydelighet for omverdenen. De har videre en lang tradisjon for å føre tilsyn og dermed også bred kompetanse i å føre tilsyn.

### **Folkehelselovens forhold til andre lover**

Helsedirektoratet mener at høringsnotatet foretar en tilfredsstillende grensedragningsvis å vis det som er foreslått i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I kapittel 13.3. er omtalt hvordan ulike virkemidler i folkehelsearbeidet kan tenkes tatt i bruk innenfor områdene tobakk, alkohol og andre rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet. Folkehelseiltakene vil dels dreie seg om bruk av strukturelle virkemidler, dels om pedagogiske virkemidler rettet mot hele befolkningen eller grupper i befolkningen og dels om pedagogiske virkemidler rettet mot enkeltindivider som ledd i kommunens individrettede systematiske og planlagte tiltak, d.v.s. tiltak som er generert av en kommunal (eller annen politisk forankret) plan. Helsedirektoratet mener at høringsnotatet burde ha en klarere omtale av forventningene til fastlegenes samlede rolle og bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid. Ett viktig tema i en slik drøfting er hvor langt populasjonsansvaret i fastlegens lister skal innebære aktiv oppsøkende virksomhet overfor personer som mener seg friske. Det er viktig at dette drøftes i forbindelse med de føringer som blir lagt for allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

En viktig del av folkehelsearbeidet skjer på arbeidsplassene, og man savner en bredere omtale av så vel bedriftshelsetjenestens bidrag og betydning som de oppgaver som med fordel kan legges til de arbeidsmedisinske avdelingene ved våre regionalsykehus. I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen kan ikke bedriftshelsetjenesten sees å ha blitt nevnt som aktuell aktør.

For å underbygge behovet for en nærmere relasjon mellom Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, kan nevnes som eksempel at uten eksponering i arbeid, ville ca. 15% av dagens voksne astmatikere ikke fått sykdommen. Dette er

konklusjonen i et konsensusarbeid publisert av The American Thoracic Society fra 2003 og som ofte blir sitert. En enda større andel, opp til 50% av voksne astmatikere, får økte plager på grunn av forhold i arbeidslivet. Dette er forhold som bidrar til å støte ut og holde ute astmatikere fra arbeidslivet, og som det ofte kunne ha vært gjort noe med.

Forholdet til arbeidsmiljøloven er derfor etter Helsedirektoratets vurdering mangelfullt omtalt.