

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref: 201003835

Vår ref: 207.09/NSS

21. januar 2011

Høringsuttalelse – ny lov om folkehelse

Kommunens overordnede ansvar

Samhandlingsreformen har som ambisjon å gi en mer bærekraftig utvikling gjennom å styrke innsatsen for å bedre folkehelsen og forhindre sykdom. Dette skal skje ved å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid for å redusere presset på kurative helsetjenester.

Høringsnotatets innledning peker på folkehelse som et ansvar for hele kommunen. Dette er en tilnærming Akademikerne støtter. Det er behov for lovverk som tydelig definerer kommunenes ansvar blant annet på grunn av følgende hensyn:

- Forebyggende helsearbeid blir ikke etterspurt av de som trenger det mest
- Konsekvensene av å unnlate forebyggende helsearbeid er vanskelig å måle
- Det er vanskelig å føre tilsyn med om forebyggende helsearbeid er forsvarlig eller ikke
- Effekten av generelt helsefremmende arbeid kan komme om 20-40 år, mens kostnadene kommer nå. Da taper man i kampen om ressursene.
- Mye av det forebyggende helsearbeid har manglet forskningsinnsats og har i liten grad vært kunnskapsbasert

Allerede i 1984 fikk kommunehelsetjenesten ansvar for helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Etter den tid har dette området blitt lavt prioritert. Det har vært lite forskning og fagutvikling, og mange av ressurspersonene har trukket seg ut av fagfeltet. Forslaget til ny lov er gjennomsyret av at det ligger et hovedansvar på kommunene. Stat og fylke kan og skal understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Akademikerne støtter en slik tilnærming.

I et slikt perspektiv er det hensiktsmessig at tilsyn med lovverket i fremtiden flyttes fra Helsetilsynet til Fylkesmannen.

Til tross for nevnte overordnede føringer handler størstedelen av loven om helsetjenesten. Dette oppleves som inkonsistent og en folkehelselov bør også gi føringer og plikter som er tydeligere i forhold til andre samfunnsområder/sectorer som skole og oppvekst, kultur, samferdsel, miljø osv. Akademikerne er tilfredse med at psykiske helseutfordringer omtales på lik linje med andre helseutfordringer i utkastet til folkehelselov. Dette

er et område som i stor grad krever bred innsats i ulike deler av samfunnet og krever kompetanse om vesentlige faktorer som fremmer psykisk helse og best mulig psykososial utvikling for barn og unge i oppveksten.

Det er en fare for at det som var tenkt som en vektlegging av folkehelseperspektivet ved å heve det til et høyere ansvarsnivå, i praksis blir en usynliggjøring av ansvaret. For å motvirke at dette skjer, bør folkehelsekravene være tydelige og eksplisitte. Det er behov for tilstrekkelige og øremerkede ressurser til formålene.

Det legges opp til en kulturendring hvor alle, uavhengig av bakgrunn og virkeområde skal tenke "helse i alt vi gjør", og bake inn prinsipper om føre- var, bærekraftig utvikling og utjevning. Akademikerne støtter denne tilnærmingen. Den forutsetter imidlertid en kulturendring som ikke nødvendigvis kommer av seg selv. Det vil være behov for en ressursinnsats knyttet til kompetanseutvikling, samt å sørge for at kompetanse, folkehelse og samfunnsmedisin er sentralt plassert i kommunens beslutningsprosesser på ulike områder.

Behovet for høy kompetanse og beredskapsordning i kommunene

Den nye folkehelseloven vil være kunnskapskrevende og det vil i mange sammenhenger være behov for akademisk kompetanse. Blant annet er kommunen helt avhengig av samfunnsmedisinsk kompetanse jf. §§ 5 og 6 for å forstå ulike helsedata og epidemiologisk bryte ned tabeller fra stat og fylke. Det er også nødvendig for å forstå årsakssammenhenger, konsekvenser og fremme tiltak. Man skal i tillegg kunne gi faglig begrunnede råd, veiledning og informasjon knyttet til folkehelsearbeidet. Den nye folkehelseloven medfører store faglige krav til det kommunale folkehelsearbeidet. Akademikerne vil peke på at nødvendig kompetanse ikke er tilfredsstillende dekket i landets kommuner i dag. Det vil kreve betydelig ressursinnsats å bygge opp kommunal fagkompetanse på tilfredsstillende nivå for å ivareta ambisjonene i Folkehelseloven.

Om spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeid

Spesialisthelsetjenesteloven gir føringer for forebyggende arbeid på sykehusene. I høringsnotatet er det henvist til dette, men det følges i liten grad opp. Selv om loven gjelder kommuner og fylkeskommuner, vil helseforetakene være viktige premissleverandører og samarbeidspartnere i forhold til kjennskap til lokal epidemiologi og etablering av nettverk for helsefremmende sykehus (health promoting hospitals). Det at sykehusleger og annen spesialistkompetanse også bidrar på primærforebyggende arenaer har viktige signaleffekter. Foretakene rolle må ikke begrenses til sekundær- og tertiærforebyggende tiltak.

Om sosial ulikhet i helse og demografi

Sosiale forskjeller i helse er tidligere utredet og beskrevet i sentrale dokumenter. Høringsnotatet følger opp situasjonsbeskrivelsen, men sier svært lite om hva som kan gjøres.

Etter vår vurdering bør det være mulig å gi forslag og føringer til tiltak på kommunalt nivå, både i helsetjenesten og andre sektorer, for å minske forskjeller og bidra til utjevning av helseforskjeller. Det kan blant annet vises til at flere kommuner har utarbeidet lokale folkehelseplaner med slike siktemål, og det burde også være mulig å gi føringer fra sentralt hold.

Beskrivelsen av demografiske endringer gjelder i all hovedsak aldring. Vanligvis omtales både migrasjon og aldersutvikling som demografi. En ny folkehelselov vil være mangelfull om ikke også utfordringer knyttet til migrasjon omtales.

Forebygging gir samfunnsøkonomisk gevinst

Behovet for en ny folkehelselov begrunnes blant annet i at langsiktige investeringer i fremtidige helsegevinster systematisk nedprioriteres i budsjettssituasjoner. Samtidig sies det at fordi man venter såpass store innsparinger, følger det ikke midler med lovendringen. Den forventes altså å bli selvfinansierende fordi det er så mye å vinne på forebygging.

Gevinsten ved forebygging vil først og fremst være at flere holder seg friskere lenger. Forebygging gir også øvrige samfunnsøkonomiske gevinster. I det praktiske budsjettarbeidet, vil det imidlertid være primærhelsetjenesten som i stor grad bærer utgiftene til forebygging uten at innsparings- eller effektivitetsgevinstene nødvendigvis kommer her. Dessuten vil den forventede gevinsten hovedsakelig ligge 20 til 40 år frem i tid. Så langt er det vanskelig å se når underskuddet truer i knappe kommunale budsjetter. Det er derfor urimelig å tro at den enkelte kommune og bydel klarer å vektlegge forebygging i betydelig grad uten at de får tilført øremerkede midler.

Behov for tydeliggjøring av statens ansvar

Det er i dag en betydelig variasjon i størrelsen på kommunene i Norge og den helserelaterte kompetansen som finnes i små og store kommuner kan variere betydelig. Etter vår mening er det derfor meget viktig å utdype rollen for de statlige myndigheter og spesielt fagetaters ansvar. Understøttelse av fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeid vil ikke være tilstrekkelig ved alvorlige hendelser som kan ha stor innvirkning på helsetilstanden i befolkningen. Spesielt gjelder dette forankring av helsefremmende strategier i tilgjengelig forskningslitteratur og forskningsdata og samordning på nasjonalt /internasjonalt nivå. Erfaringene fra pandemien i fjor illustrerer nettopp dette.

Lovforslaget anbefaler at kommuner/fylkeskommuner etablerer faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for framskaffelse av data av betydning for folkehelsen. Akademikerne vil presisere at dette også må omfatte relevante dyrehelsesdata fordi mange sykdommer hos dyr har stor betydning for folkehelsen.

Akademikerne mener at dette ikke bare bør være en anbefaling, men et pålegg. Tilgjengelige data må tolkes med nødvendig vitenskapelig basis og vurderes i større sammenheng.

Tilsyn med miljørettet helsevern

Det legges opp til at kommunen fortsatt skal være tilsynsmyndighet for egen virksomhet (Lovens § 8). Vi stiller oss tvilende til at sikringsbestemmelsen i § 31; kommunenes ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer i henhold til § 8 skal "dokumenteres særskilt.", er tilstrekkelig. Det bør vurderes et overordnet tilsyn med såvel tilsynsrapporter som kommunens internkontrollsystemer på dette området.

Særlig om Oslo kommune

Oslo representerer en utfordring i lovverket. Oslo er en fylkeskommune, kommune og har i tillegg bydeler. For å få til godt arbeid i Oslo, krever dette samhandling mellom plan- og bygningsetaten sentralt, helsemyndigheter sentralt i Oslo (Helsevernetaten) og på bydelsnivå.

Når det gjelder å kartlegge folkehelsen, er det i Oslo helt avgjørende at det gir god informasjon og statistikk på bydelsnivå. I Oslo er det svært store utfordringer når det gjelder sosiale helseulikheter og kulturelle forskjeller.

Med vennlig hilsen

Akademikerne

Nina Sverdrup Svendsen

utredningssjef