



Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 10/5551

Dato: 19.01.2011

Høringsuttalelse - ny lov om folkehelse

Det vises til høringsnotat med forslag til ny lov om folkehelse. Høringsnotatet har vært forelagt interne organisasjonsledd og er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Om kommunens overordnede ansvar

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

Høringsnotats innledning peker på folkehelse som et ansvar for hele kommunen. Dette er en tilnærming Legeforeningen 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
- Kommunene og foretakene lar seg styre av pressgrupper som er lite opptatt av forebyggende helsearbeid
- 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 forskning og har sjelden vært kunnskapsbasert

Allerede i 1984 fikk kommunene ansvar for helsefremmende og forebyggende helsearbeid, men 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. Legeforeningen 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.

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. Hvis alle har ansvaret, kan det være at ingen føler seg forpliktet av det.

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. Legeforeningen støtter denne tilnærmingen. Den forutsetter imidlertid en kulturendring som ikke nødvendigvis kommer av seg selv. Det vil være behov for ressursinnsats knyttet til kompetanseutvikling, samt å sørge for at kompetanse og folkehelse og samfunnsmedisin er sentralt plassert i kommunens beslutningsprosesser på ulike områder.

Behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse og beredskapsordning i kommunene

Den nye folkehelseloven vil være kunnskapskrevende. Kommunen er helt avhengig av samfunnsmedisinsk kompetanse jfr §§ 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 stiller således store faglige krav til det kommunale folkehelsearbeidet.

Små stillingsbrøker og uklar forankring bidrar til at kommuneoverlegenes kompetanse ikke benyttes på en god nok måte. Kommuneoverlegen må inn i kommuneledelsen.

Når det haster, så forventes at en samfunnsmedisiner /kommuneoverlegen skal ha hastekompetanse og være tilgjengelig innen miljørettet helsevern (kap 3), smittevern og helsemessig beredskap og eventuelt delta i lokal redningssentral jfr §§ 8 og 28. Man bør da være trent i varslingsrutinene ved ulike hendelser, være sentral i utvikling av de kommunale beredskapssystemene og forstå kommunens begrensinger.

Dette forutsetter samfunnsmedisinsk kompetanse utover det kommunene besitter i dag. Den kommunale samfunnsmedisinske kompetansen er i stor grad ikke lenger tilgjengelig, og vil måtte reetableres og restruktureres. Gjennom de siste tiår har kommunal samfunnsmedisin gått på sparebluss og de samfunnsmedisinere som kunne ha løst oppgavene, er i stor grad sysselsatt med annet arbeid i og utenfor kommunehelsetjenesten. Det arbeidet som loven forutsetter, skulle ha vært utført også i dag, men de fleste steder gjøres nok dette ytterst begrenset, og i alle fall uten tilstrekkelig kunnskap. Det er vanskelig å tenke seg en revitalisering og oppskalering av samfunnsmedisinen i det omfang som er påkrevet uten noen kostnader. Etter Legeforeningens vurdering er det behov for:

- Samfunnsmedisiner i minst 50% stilling i hver kommune. Gjerne kombinert med arbeidet som fastlege og kliniker. To kommuner kan samarbeide om en full stilling for samfunnsmedisin (gjennomført flere steder)
- Store kommuner med over 20 000 innbyggere bør ha minst en samfunnsmedisiner i full tids stilling eller flere store deltidsstillinger som kan skape et samfunnsmedisinsk miljø

- Krav om at kommunene etablerer en samfunnsmedisinsk beredskapsordning for samfunnsmedisin som haster. Dette gjennomføres i Oslo fra 010111, og bør ellers i landet organiseres som interkommunale ordninger.
- Interkommunalt samfunnsmedisinsk forum eller fagråd for fagutvikling, ledelse og utvikling av beredskapsordning og varslingsystemer på vegne av kommunene sine og spesialisering i samfunnsmedisin, forskning, utvikling av internkontrollsystemer og fordeling av innsatsområder. Gjerne lokalisert til en interkommunal legevakt.
- Målsetting om at alle kommuneoverleger skal være spesialister i samfunnsmedisin.

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). 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 omhandles både migrasjon og aldersutvikling som demografi. En ny folkehelselov vil være mangelfull om også ikke 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 nødvendigvis innsparings- eller effektivitetsgevinstene 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 panepidemien i fjor illustrerer nettopp dette.

Lovforslaget anbefaler at kommuner/fylkeskommuner etablerer faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for framskaffelse av data av betydning for folkehelsen.

Legeforeningen 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.

Kompetansebehov i miljømedisin/miljørettet helsearbeid

I en rekke av lovens bestemmelser er det angitt at det skal gjøres en innsats for å redusere risiko for uønskede helseeffekter av påvirkninger i miljøet. Særlig kommunenes miljørettet helsevernarbeid er en hjørnestein for å få dette til.

Det er gjort flere undersøkelser for å se i hvilken grad kommunenes miljørettet helsevern i praksis oppfyller dette. Det vises til en større undersøkelse foretatt av Helsedirektoratet for få år siden, Telemarksforsknings evaluering av de arbeids- og miljømedisinske avdelingene (på oppdrag av HOD og AID, i 2009) og egne upubliserte data fra undersøkelse i Nord-Norge (fra Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN). Det ser ut til at arbeidet både mhp volum og kompetanse fungerer bra i en del større kommuner, men at det generelt sett er langt igjen før det fungerer tilfredsstillende i hele landet. Med en slik situasjon blir resultatet tilsvarende dårlig/tilfeldig lokalt. Det antas at et viktig formål med den nye loven er å bedre denne situasjonen. Dersom en i praksis skal oppnå det, mener vi at det må tas flere grep enn de som loven og høringsnotatet legger opp til.

Legeforeningen mener kommunene i tillegg til samfunnsmedisinsk kompetanse må ha tilgang på arbeidsmedisinsk kompetanse. I loven og høringsnotatets omtale av kompetanse og ressurser er ikke arbeidsmedisin nevnt. I en situasjon der man ønsker å stimulere til økt tverrsektoriell innsats i det forebyggende arbeidet i kommunene, bør den bruk en kan gjøre av arbeidsmedisinsk kompetanse tas med. Spesialiteten arbeidsmedisin, er i realiteten den eneste legespesialitet som dekker den delen av miljømedisinen som er beskrevet under ”Faglig avgrensning for denne høringsuttalelse”. Forholdet til bedriftshelsetjenesten bør også tas med.

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 fylkekommune, kommune og har

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 helt avgjørende at dette i Oslo gir god informasjon og statistikk på bydelsnivå. I Oslo er det svært store utfordringer når det gjelder sosiale helseulikheter.

Med vennlig hilsen



Geir Riise
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring
Direktør
Forhandlings- og helserettsavdelingen

Saksbehandler: Lars Duvaland