

Høringsuttalelse til forslag om ny folkehelselov fra Høgskolen i Østfold

Innledning

I utkastet til ny folkehelselov heter det at formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Formålet krever en samordning horisontalt mellom ulike sektorer, og en samordning vertikalt mellom forvaltningsnivåene stat, fylkeskommuner og kommuner.

I høringsbrevet skriver departementet blant annet:

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

Høgskolen i Østfold støtter den vide definisjonen av folkehelsearbeidet som departementet legger til grunn i utkastet, og som retter oppmerksomheten mot behovet for en tverrfaglig og tverrsektoriell samordning av folkehelsearbeidet, og en overordnet koordinering og ledelse av dette arbeidet på og mellom de tre forvaltningsnivåene stat, fylkeskommune og kommune. Høringsdokumentene omfatter både en reform av folkehelsearbeidet og et forslag til ny folkehelselov. Høringsuttalelsen omfatter begge disse sidene ved høringen.

Utfordringer i folkehelsearbeidet

Ressursknapphet og nedprioritering

Loven om ressursknapphet gjelder innen folkehelsearbeidet, som på de fleste andre områder. De ressursene som står til disposisjon for en kommune vil alltid være begrenset. Behovet for ressurser vil være større enn ressurstilgangen. Det er knapphet på ressurser. Økonomistyring dreier som om å fordele de begrensede ressursene til konkurrerende behov, for å oppnå et best mulig resultat. De forskjellige enhetene i en kommune må prioritere, de må konsentrere seg om de oppgavene som er mest sentrale for dem, mens mer perifere oppgaver må prioriteres ned eller legges helt til side.

Folkehelsearbeidet legger vekt på forebygging i et langsiktig perspektiv, og kan lett bli fortrent av oppgaver som er akutte, kortsiktige og krisepregede. Det kan gi en ond sirkel, hvor krisene over tid øker, fordi de langsiktige, forebyggende tiltakene forsømmes. I denne sammenhengen blir spørsmålet hva som kan gjøres for at folkehelsearbeidet skal bli prioritert som en sentral oppgave og ikke bli salderingsposten.

Et tverrfaglig, tverrsektorielt og nivåovergripende folkehelsearbeid er krevende. Det krever kraftige verktøy for informasjonsdeling og samordning under planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeidet. Høringsdokumentet drøfter i liten grad hva som kreves av ressursmessige og organisasjonsmessige virkemidler for å fremme folkehelsen og motvirke sosiale helseforskjeller. Dokumentet fremstår i for stor grad som utarbeidet av og for helsesektoren alene. Til tross for de positive intensjonene, har høringsdokumentet og lovforslaget en utforming som kan bidra til at

folkehelsearbeidet forblir sektorisert og nedprioritert. Reformen, slik den fremgår av høringsdokumentet, har en svak reformdesign. Den mangler:

- En klar avgrensning av formålet for folkehelsearbeidet, målene som skal nås, og en operasjonalisering av målene
- En situasjonsanalyse som avklarer i hvilken grad formålet er ivaretatt i dag, i hvilken grad kommunene har en kultur, en struktur, de organene og den kompetansen som trengs for å nå målene
- En strategi med konkrete virkemidler, for å utvikle organisasjonsstruktur, -kultur og kompetanse fra dagen situasjon til målet

Ansvarliggjøring av alle berørte sektorer

Folkehelsearbeidet er allerede regulert gjennom lover som Arbeidsmiljøloven, Barnevernloven, Barnehageloven og Opplæringslova, i tillegg til helselovgivningen. Kravet om en tverrfaglig og tversektoriell samordning på alle forvaltningsnivåer, bør komme tydeligere frem både i folkehelseloven og i særlovene som regulerer helsesektoren og andre berørte sektorer. Det er oppsiktsvekkende at for eksempel Høringsnotatets kapittel 10 Forhold til annet regelverk, ikke nevner og kommenterer Barnevernloven, til tross for at lovens formål er:

- "å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid
- å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår" (bvl § 1-1)

Det langsiktig og forebyggende folkehelsearbeidet stiller særlige krav til relevant styringsinformasjon, og samordnet tilsyn og kontroll med arbeidet. Her er utredningen uklar. Det er behov for avklaringer som reduserer risikoen for dobbeltarbeid og ansvarsfraskrivelse, og som skaper et rimelig samsvar mellom oppgaver og ressurser. Det er for eksempel positivt at fylkeskommunen skal bistå kommunene i gjennomføringen av kommunespesifikke undersøkelser, analyser og vurderinger, men det fremgår ikke hvordan dette arbeidet skal bli finansiert.

Det er bred faglig enighet om at arbeidet for å motvirke sosiale helseforskjeller krever tidlig innsats, samordning, kontinuitet og progresjon i arbeidet. Det er gjort erfaringer med slik samordning gjennom bruken av SLT-modellen, men det er fortsatt mye ugjørt på dette området. Vi savner for eksempel en analyse ut fra et folkehelseperspektiv av samordning og samarbeid overfor barn i førskolealder mellom helsestasjonstjenesten, barneverntjenesten, den pedagogisk-psykologiske tjenesten og barnehagene.

Skille mellom overordnet planlegging basert på partnerskap og myndighetsutøving

Folkehelsearbeidet i kommunene omfatter:

- Myndighetsutøving, gjennom for eksempel barnevernet, miljørettet helsevern, og plan- og bygningsmyndighetene
- Tjenesteyting fra alle sektorene i kommunen
- Partnerskap mellom kommunen, bedrifter, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner i lokalsamfunnet, samt andre kommuner og fylkeskommunen.

Arbeidsområdene myndighetsutøving og partnerskap, krever ulike arbeidsmåter og organisasjonsformer, og bør som hovedregel ikke blandes sammen. Partnerskap er et formelt, frivillig og langsiktig samarbeid, mellom sidestilte parter som alle har et delansvar i å løse en oppgave, og som legger egne ressurser inn i arbeidet med å løse den i fellesskap med de andre partene.

I myndighetsutøving opptre kommunen med delegert statsmakt, og kan iverksette sanksjoner hvis den andre parten ikke oppfyller krav. Oppgaver innen myndighetsutøving er normalt delegert til ett bestemt organ eller til en bestemt myndighetsutøver.

Partnerskap krever sidestilte parter, myndighetsutøving et klart over- og underordningsforhold.

Myndighetsutøving og partnerskap lar seg vanskelig kombinere av samme enhet og til samme tid.

Kommunene skiller ofte dem som utøver myndighet rent organisatorsk, fra dem som bygger partnerskap med aktører utenfor kommunen. Ved å være organisert i forskjellige enheter, blir rollene tydeligere både for dem som utøver dem og for omgivelsene.

Tjenesteytingen kommer i mellomstilling. Ikke all tjenesteyting er frivillig, grunnskolen er obligatorisk. Det er et skille mellom den som yter en tjeneste og den som mottar tjenesten. Partene er ikke

sidestilte, tjenesteyteren representerer en fagkompetanse som kan gi tjenesteyteren makt i forhold til mottakeren. På den andre siden har tjenesteyteren for eksempel i oppvekst, helse og omsorg, og plan og miljø, en lovfestet plikt til å samarbeide med pasienter, brukere, elever, foreldre og pårørende.

For å fremheve at folkehelsearbeidet er tverrsektorielt, vil det være hensiktsmessig å skille tydeligere mellom en folkehelselov som retter oppmerksomheten mot den overordnede, tverrsektorielle planleggingen og samordningen av folkehelsearbeidet, og særlover som regulerer tjenesteyting og myndighetsutøving innen folkehelsearbeidet i de enkelte sektorene. Den overordnede planleggingen og partnerskapet mellom sektorer og nivåer i folkehelsearbeidet, er regulert i forslaget til ny folkehelselov. Tjenesteyting og myndighetsutøving i folkehelsearbeidet er, med ett unntak, regulert i særlover.

Unntaket er kapittel 3 i forslaget til ny folkehelselov, som omhandler miljørettet helsevern, et område hvor det er delegert en betydelig myndighetsutøving. Vi anbefaler at kapittel 3 om miljørettet helsevern i forslaget til ny Folkehelselov, flyttes ut av Folkehelseloven og inn i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil skape et ryddigere skille mellom det overordnede og sektorovergripende, og myndighetsutøving som ligger til ett, og bare ett område.

Forholdet mellom Plan- og bygningsloven for forslaget til ny Folkehelselov

I planteori skilles det normalt mellom tre former for ressurser:

- Realkapital, herunder
 - Naturlige ressurser; råvarer
 - Bearbeidede naturressurser; bearbeidede arealer og infrastruktur, hel- og halvfabrikata, bygninger, maskiner, inventar og utstyr
- Humankapital, herunder
 - Individuell kapital; befolkningens arbeidskraft og kompetanse gjennom kunnskaper, ferdighet og holdning
 - Kollektiv sosial kapital; befolkningsgruppers interne og eksterne relasjoner, samarbeidsforhold, arbeidsformer og kultur
 - Struktur kapital; befolkningens organisasjonsstrukturer, styringsstrukturer og systemer
- Finanskapital for bedrifter og organisasjoner som kommuner
 - Kontantbeholdning
 - Andre likvide midler

Den overordnede planleggingen i kommuner og fylkeskommuner er regulert i Kommunelovens § 5 og Plan- og bygningsloven første og andre del. Denne overordnede planleggingen omhandler hvordan kommuner og fylkeskommuner skal forvalte og videreutvikle samfunnets samlede ressurser på en helhetlig og samordnet måte.

Kommuneloven har i tillegg, gjennom bestemmelsene om økonomiplan, årsbudsjett og regnskap, bestemmelser avgrenset til styring av og ledelse av finanskapitalen, både på det generelle, overordnede nivået, og helt ned i detalj for den enkelte virksomhet og medarbeider.

Plan og bygningsloven har i tillegg bestemmelser avgrenset til styring og ledelse av realkapitalen, både på det generelle, overordnede nivået, og helt ned i detalj for den enkelte byggesak.

Når det gjelder humankapitalen, har kommunesektoren en rekke lover som regulerer planlegging og forvaltning i de enkelte sektorene ned til arbeidet for den enkelte medarbeider, men mangler en generell, overgripende lov på dette området, tilsvarende den funksjonen Plan- og bygningsloven har for realkapitalen og Kommuneloven har for finanskapitalen.

Forslaget til ny Folkehelselov har bestemmelser om styring og ledelse av humankapitalen på det generelle overordnede nivået. Men selv om lovens definisjon av "folkehelse" er vid og sektorovergripende, omfatter samfunnsutviklingen av humankapitalen mer enn det som fanges inn av dette folkehelsebegrepet. Forslaget til ny Folkehelselov bidrar til å dekke deler av behovet for en

lovregulering av den overordnede styringen og ledelsen av humankapitalen, men dekker ikke hele dette området.

Forslag til endringer i ny lov om folkehelse

Lovens kapittelstruktur

Innledning

Høgskolen i Østfold foreslår at loven får en kapittelstruktur som i større grad samsvarer med strukturen i "Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester", med disse hovedkapitlene.

- Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner
- Kapittel 2. Forholdet til andre lover
- Kapittel 3. Kommunens ansvar
- Kapittel 4. Fylkeskommunens ansvar
- Kapittel 5. Statens ansvar
- Kapittel 6. Forskjellige bestemmelser
- Kapittel 7. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

Kapitlet tilsvarer kapittel 1 Innledning i forslaget til ny folkehelselov.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

Vi forutsetter at Folkehelseloven skal regulere det overordnede, tverrsektorielle og nivåovergripende folkehelsearbeidet. De aktivitetene som Folkehelseloven skal regulere, er i stor grad regulert gjennom særlover. Da trenger Folkehelseloven en oversikt over hvilke særlover som dette dreier seg om.

Vi foreslår et nytt kapittel 2 som avklarer hvordan oppgaver som faller inn under Folkehelseloven, er operasjonalisert gjennom andre lover, og hvordan av arbeidet etter alle disse lovene skal samordnes ut fra bestemmelsene i Folkehelseloven.

Kapittel 3. Kommunens ansvar

En plansyklus kan begynne med en avgrensning av et saksområde og dets formål, fortsette med en situasjonsanalyse av saksområdet, så planlegging av hva som skal gjøres innen saksområdet, der mål, strategier og tiltak vedtas, før gjennomføring av vedtakene, og til slutt evaluering av prosesser og resultater. Lovforslagets § 4 omhandler avgrensningen av saksområde og formål for folkehelsearbeidet i kommunene, § 5 situasjonsanalysen av helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, og § 6 mål og tiltak.

Lovforslaget mangler bestemmelser om hvilke krav det skal stilles til samordning av gjennomføringen av folkehelsearbeidet i alle de berørte sektorene i kommunene. Det bør tas med i en ny § 7.

Lovforslaget mangler også bestemmelser om hvilke krav det skal stilles til evaluering og rapportering av prosesser og resultater i folkehelsearbeidet. Det bør enten tas inn i en ny § 8, eller innarbeides som tilleggsbestemmelser i § 5. I den andre alternativet vil § 5 ikke bare omfatte bestemmelser om en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i miljø og samfunn, men også om en evaluering av kommunens eget folkehelsearbeid i alle berørte sektorer.

Kommentarer til enkelte av paragrafene er gjengitt under neste hovedavsnitt.

Kapittel 4. Fylkeskommunens ansvar

Fylkeskommunen rolle i Folkehelsearbeidet omfatter både å samordne folkehelsearbeidet i kommunene i fylket, og selv å yte tjenester som inngår i folkehelsearbeidet. For å motvirke sosiale helseforskjeller, bør for eksempel videregående skole samordnes med grunnskolen og sosialtjenestene i NAV. Kapittel 4 om fylkeskommunens ansvar bør følge den samme strukturen som er beskrevet i avsnittet ovenfor om Kapittel 3, kommunens ansvar.

Kommentarer til enkelte av paragrafene er gjengitt under neste hovedavsnitt.

Kapittel 5. Statens ansvar.

Tittelen på dette kapittelet bør utvides fra "Statlige helsemyndigheters ansvar" til "Statens ansvar", og omfatte bestemmelser som regulerer hvordan staten skal sørge for den overordnede samordningen av folkehelsearbeidet, ut fra prinsippet om helse i alle politikkområder. Samordningen bør både gjelde lover som ligger til de forskjellige departementene og finansiering av folkehelsearbeidet.

Det bør skilles klart mellom disse overordnede samordningsoppgavene i staten, og de sektoroppgavene som ligger til det departementet som har ansvaret for den overordnede samordningen.

Kapittel 6. Forskjellige bestemmelser

Dette kapittelet kan utgå.

- §§ 27 og 28 kan flyttes til kapittel 3 Kommunens ansvar.
- § 31 første ledd kan flyttes til kapittel 3 Kommunens ansvar og kapittel 4 Fylkeskommunens ansvar, mens annet ledd kan flyttes til Lov om helse- og omsorg i kommunene, sammen med kapittel 3
- § 29 kan flyttes til Lov om helse og omsorg i kommunene sammen med kapittel 3, med en henvisning i det foreslåtte kapittel 2 i denne loven.
- §§ 30 og 32 kan flyttes til kapittel 5 Statens ansvar
- §§ 33 og 34 kan flyttes til nytt kapittel 7, se nedenfor.

Kapittel 7. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

Folkehelsearbeidet krever klare bestemmelser i særlovene, som ikke bare stadfester hvilke deler av folkehelsearbeidet som skal ivaretas av sektoren, men også forpliktelsene til samordning med andre sektorer av informasjon, planlegging, gjennomføring og evaluering. Slike endringer i andre lover bør tas inn her.

Her kan også bestemmelsene om videreføring av forskrifter og ikrafttredelse i §§ 33 og 34 tas inn.

Forslag til endringer i enkelte paragrafer

Alliansebygging og partnerskap - §§ 4 og 20

§ 20 sier at fylkeskommunen skal være en pådriver for utvikling av folkehelsearbeidet i fylket, og samordne det blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er positivt.

Et partnerskap fordrer at alle parter som deltar i det, selv har et delansvar i å bygge partnerskapet. Skal kommunene være aktive deltakere i disse partnerskapene, bør det også tas inn en bestemmelse om partnerskap i § 4.

Den tredje perioden i § 4 har en utforming som kan gi uheldige tolkninger. Den kan forstås slik at kommunen som myndighetsorgan skal medvirke til at frivillige organisasjoner og virksomheter ivaretar helsemessige hensyn. Det ville i så tilfelle innebære en offentlig regulering av frivillig virksomhet som ikke hører hjemme i vårt samfunn. Å bygge partnerskap er noe prinsipielt annet enn å utøve myndighet. Vi anbefaler at den tredje perioden omformes slik:

"Kommunen skal være en pådriver for utvikling av folkehelsearbeidet i kommunen, og samordne det, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap med andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter."

Med denne formen blir § 4 både en parallell paragraf til § 20, og det blir presisert at samordning med frivillige organisasjoner skal ha form av et partnerskap.

Opplæringens rolle i folkehelsearbeidet - § 6 og forslag til ny § 22

Det er ingen faglig sterk begrunnelse for at en lov om folkehelse skal legge mer vekt på oppgaver innen folkehelsearbeidet som ligger til helsesektoren, enn oppgaver innen folkehelsearbeidet som ligger til andre sektorer.

Det er for eksempel en samvariasjon mellom utdanningsnivå og helse. Den delen av befolkningen som har fullført videregående utdanning og høyere utdanning, har gjennomgående bedre helse enn den delen som har ingen formell utdanning eller grunnskole som høyeste fullførte utdanning.

Det er grunn til å tro at opplæring i seg selv er et sterkt virkemiddel i arbeidet med å lære barn og unge å ta ansvar for egen helse, og å motvirke sosiale helseforskjeller. Opplæringens plass i folkehelsearbeidet må komme tydeligere frem enn den gjør i forslaget til ny folkehelselov.

Kommunen har ikke bare plikt til å gi råd og veiledning om hva den enkelte og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og ivareta helse. Den skal også selv iverksette primær- og sekundærforebyggende hjelpetiltak overfor barn og unge. Jevnfør barnevernlovens § 4.4. Slike primær- og sekundærforebyggende tiltak er en del av folkehelsearbeidet. Siste periode i § 6 foreslås endret slik:

"Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning, om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre, for å forebygge sykdom og skade og fremme helse. Kommunen skal gi opplæring til og gjennomføre hjelpetiltak for barn og unge, for å forebygge sykdom og skade og fremme helse."

Kapittel 4 Fylkeskommunens ansvar, ny paragraf om mål og tiltak

Vi har foreslått at det tas inn en ny paragraf om mål og tiltak i kapittel 4 i loven. Denne paragrafen bør omhandle mål og tiltak i videregående opplæring, og kan for eksempel formes som en parallell til bestemmelsene i § 6 slik:

"Fylkeskommunen skal gi opplæring til elever i videregående skole om hva den enkelte elev kan gjøre for å forebygge sykdom og skade, og fremme helse. Fylkeskommunen skal motvirke sosiale helseforskjeller ved å bidra til at flest mulig elever i videregående skole fullfører videregående opplæring."

Plan og bygningslovens bestemmelser om regionalplanlegging er mer åpne enn de tilsvarende bestemmelsene om kommunal planlegging. Det er derfor ikke grunn til å legge i parallelle bestemmelser i § 22 til de øvrige bestemmelsene i § 6.

Kapittel 3 og 4, ny paragraf om samordning under gjennomføring

I tverrsektorielt samarbeid oppstår det lett samordningsproblem som bare kan håndteres av en overordnet politisk og administrativ ledelse. Både i Folkehelseloven og i de berørte særlovene, bør det tas inn bestemmelser om hvordan samordningsproblem skal håndteres.

Drøfting av helseutfordringer i kommunal og regional planstrategi - §§ 6 og 21

I forslaget til ny Folkehelselov § 6 er det tatt inn en bestemmelse om at en drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, med henvisning til Plan- og bygningslovens § 10-1. I forslaget til ny Folkehelselov § 21 er det tatt inn en tilsvarende bestemmelse om den regionale planstrategien, med henvisning til Plan- og bygningslovens § 7-1-

Hvilke tema som skal eller bør drøftes i den kommunale og den regionale planstrategien, bør reguleres i Plan- og bygningsloven, og bare der. Disse bestemmelsene bør tas ut av Folkehelseloven.

I vurderingen av om hvor presise og detaljerte bestemmelsene i Plan- og bygningsloven skal være, må staten både ta hensyn til at kommuner og fylkeskommuner har ulike roller, og at begge både er:

- et instrument for staten i gjennomføringen av nasjonal politikk ut fra delegert statsmakt, og
- en selvstendig politisk institusjon som skal være et politisk redskap for innbyggerne, med selvstyre, direkte valg og frihet til å ta opp de sakene som tjener lokalsamfunnet.

I reguleringen av kommunal og fylkeskommunal planlegging, må staten balansere hensynet til statlig styring med hensynet til lokalt selvstyre.

Bestemmelsene om kommunal og regional planstrategi i Plan- og bygningsloven er ikke parallelle. I bestemmelsene om kommunal planstrategi i kapittel 10, er det blant annet bestemt at:

"Planstrategien bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden."

I denne opplistingen av hva planstrategien *bør* omfatte, vil det ikke være urimelig at helseutfordringer også blir tatt med, parallelt med arealbruk. Det vil imidlertid ikke være rimelig at det legges inn en bestemmelse om at helseutfordringer, og bare helseutfordringer, *skal* inngå i strategien. Overlater staten til det lokale selvstyret å avgjøre om arealbruk *skal* drøftes i planstrategien, bør det også være opp til det lokale selvstyret å avgjøre om helseutfordringer skal drøftes i planstrategien. I begge tilfeller bør det være tilstrekkelig at staten anbefaler at disse temaene *bør* drøftes i planstrategien

I Plan- og bygningslovens kapittel 7 om regional planstrategi, er det ikke tatt med noen tilsvarende opplisting av hva planstrategien skal eller bør omfatte. Det vil derfor ikke være rimelig å legge inn en bestemmelse om at helseutfordringer skal eller bør drøftes i den regionale planstrategien.