

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 17. januar 2011

Vår ref. 11/00002-7
Deres ref.: 201003835
Saksbehandler: John Stigum

Att.: Anne-Grete Strøm-Erichsen

Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen

Kreftforeningen takker for tilsendte høringsdokumenter og vil med dette gi Helse- og omsorgsdepartementet våre synspunkter til departementets forslag til ny folkehelselov.

Mål for det nasjonale folkehelsearbeidet gjennom ny folkehelselov er å kunne bidra til god helse i befolkningen samt å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag. Vi forstår folkehelsearbeid som både helsefremmende arbeid og sykdomsforebygging. Helseproblemer som følge av tobakksbruk, inaktivitet, usunt kosthold og overvekt i befolkningen fører til betydelig økning i sykkelighet og samfunnsutgifter. Forskning viser at en tredjedel av alle krefttilfeller kan forebygges ved å spise sunt, være røykfri og drive regelmessig fysisk aktivitet. Det som forebygger kreft, forebygger også andre livsstilssykdommer som hjerte-karsykdommer og diabetes type 2. Det er nødvendig å legge forholdene til rette for sunn helseatferd i kommunen der folk lever og bor. Kreftforeningen arbeider blant annet for at følgende offentlige forebyggings-/folkehelseiltak blir gjennomført:

- Snus- og røykfri arbeids-/skoletid i videregående opplæring
- Gratis frukt og grønnsaker til alle elever i grunnskolen
- time fysisk aktivitet for alle elever i grunnskolen
- 18 års aldersgrense på bruk av solarium og stengning av alle offentlig eide solarium
- Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

1. Generelle kommentarer og sammendrag

Ansvarsfordeling

I dag er det flere lover på ulike forvaltningsnivåer som er av betydning for folkehelsearbeidet, men ingen overgripende lovverk som på systematisk vis fordeler ansvaret for folkehelsearbeidet mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. I vårt innspill til høringen om *Lov om fylkeskommuners ansvar for folkehelsearbeidet* i 2009 etterlyste vi blant annet en klarere ansvars- og oppgavefordelingen mellom fylkeskommuner og kommuner når det gjelder forebygging og folkehelsearbeid.

Kreftforeningen mener det er positivt å lovforankre kommunenes og fylkeskommunenes ansvar og oppgaver og statlige helsemyndigheters ansvar for å understøtte kommunesektoren. Videre ser vi det som viktig at folkehelsepolitikken de siste årene har dreiet fra å være knyttet til bestemte sykdommer til å gjelde faktorer (helsedeterminanter) som påvirker helsen - som utdanning, sosial bakgrunn, helseatferd, arbeidsforhold og økonomi.

Folkehelse i alle sektorer

Kreftforeningen deler departementets syn om at kommunene må ha et helhetlig og tverrsektorielt lovforankret ansvar, slik det fremgår i § 4 (s. 180), til å sette i gang forebyggende tiltak innen alle de områder kommunen er ansvarlig for. En forutsetning er at kommunene til enhver tid har oversikt

over helseutfordringer som angår den enkelte kommune og de faktorer som påvirker helse, jf. forslaget § 5. Kommunene må i tillegg sette i gang nødvendige tiltak for å møte disse utfordringene.

Kreftforeningen støtter departementets vektlegging av at folkehelsearbeidet må inneholde prinsippet om *helse på alle politikkområder* (Health in all Policies, kapittel 10, *Forhold til annet regelverk* (s. 60). Kreftforeningen er opptatt av at øvrige helselover (som for eksempel tobakksskadeloven og den nye helse- og omsorgsloven), og annet lovverk (som for eksempel arbeidsmiljøloven, plan- og bygningsloven og opplæringsloven) blir tatt i bruk som forpliktende del av forvaltningspraksis innen folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner.

Kreftforeningen mener at loven med fordel kunne inneholde flere eksempler om konkrete folkehelseiltak. Vi registrerer at det ikke er lagt opp til bruk av spesielle merknader, der slike eksempler og konkretiseringer kunne blitt gjort. Departementet bør finne en måte å henvise til strategier og tiltak, da det er omfattende kunnskap om hvilke tiltak som har effekt og hvilke som ikke har det. Dette vil være til støtte for kommunene, særlig med tanke på å få iverksatt strukturelle tiltak og for å redusere sosiale helseforskjeller.

Helsetjenestenes ansvar for folkehelse

Både ny folkehelselov og ny helse- og omsorgslov er til dels overlappende når det gjelder tiltak for å løse helseutfordringer som gjelder tiltak mot grupper og individer. Kreftforeningen støtter departementets forslag om at helse- og omsorgstjenestenes ansvar for å bidra i folkehelsearbeidet må tydeliggjøres i regelverket, slik det beskrives i forslag til ny helse- og omsorgslov §§ 3-2 første ledd og 3-3. Helsestasjoner og skolehelsetjenesten er en viktig del av primærhelsetjenesten som skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid. Slik situasjonen er i dag, opplever vi for eksempel at skolehelsetjenesten i mange kommuner er underdimensjonert i forhold til behovet. Det er viktig å styrke skolehelsetjenesten, for eksempel ved å ansette flere helsesøstre, for å kunne bruke tid på primærforebyggende tiltak som råd og veiledning til barn og unge om tema som kosthold, tobakk, solvaner og fysisk aktivitet. Skolehelsetjenesten er også et viktig verktøy for å redusere sosial ulikhet i helse. Når det gjelder fastlegene bør de være forpliktet til å ta opp spørsmål knyttet til levevaner med sine pasienter, for eksempel røykevaner. En forutsetning for et slikt ansvar er at det etableres kommunale systemer som sikrer at informasjon fra fastlegene blir systematisert og utnyttet. På bakgrunn av fastlegenes samlede informasjon om kommunens innbyggere, kan kommunene etablere røykeavvenningskurs og andre livsstilsorienterte kurs etter behov. Dette vil være en oppfyllelse av § 6 i lovforslaget som blant annet sier at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer.

Frisklivssentraler i kommunene kan, i tillegg til å være en arena for fysisk aktivitet og kosthold, bli en hovedarena for veiledning om røykeslutt. Kreftforeningen er positiv til etablering av slike sentraler, men det er viktig at de forankres i helsetjenesten og at det stilles faglige kompetansekrav til de som jobber der. Også viktig at fastleger vet om disse tilbudene og henviser til de ved behov.

Kompetanse

Kreftforeningen etterlyser en mer systematisk drøfting av behovet for nødvendig kompetanse innen folkehelse lokalt og i kommunene, og en føring om dette i loven. Med økt ansvar følger også et økt behov for fagkompetanse. I dag har om lag 60 prosent av kommunene inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen (jf. kap.5.3.2). Siktemålet var å bygge opp infrastruktur lokalt, og kommunene har fått midler til en folkehelsekoordinatorstilling for å koordinere kommunens folkehelsearbeid. Vår oppfatning er at dette ofte er små stillingsbrøker som koordinatorene kombinerer med annet virke, noe som gjør det svært krevende å gjøre en god koordineringsjobb lokalt. Etter vår mening må alle kommuner pålegges å ha minst én hel stilling til å koordinere arbeidet som følger av loven og folkehelsearbeid forankret i andre sektors lovverk.

Frivillig sektor

Selv om det er kommunen som må være ansvarlig for at forebyggende og helsefremmede tiltak iverksettes, er det viktig at tiltakene ikke nødvendigvis trenger gjennomføres av kommunen. Andre aktører som frivillige organisasjoner har lang erfaring med å gjennomføre forebyggende tiltak. Det vil derfor i mange tilfeller være hensiktsmessig at frivillige organisasjoner etter avtaler med kommunen får ansvar for å gjennomføre denne typen tiltak. I forarbeidene (kapittel 5.4.5) beskriver departementet de frivillige organisasjoners rolle og bidragsyter innen folkehelsearbeidet.

Begrep som tverrsektorielt samarbeid og dialogarenaer benyttes uten at dette blir utdypet nærmere. Kreftforeningen mener departementet må se nærmere på hva slags kanaler og arenaer det offentlige skal ta i bruk for å sikre godt samarbeid med frivillig sektor. Vi støtter forslaget fra Frivillighet Norges høringssvar om at samarbeidsplattformen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Frivillighet Norge, som er under utvikling, er et sentralt virkemiddel som kan benyttes i utvikling av lokal frivillighetspolitikk på folkehelseområdet. For å få dette til må kommunene blant annet gjøres kjent med frivillige organisasjoners rolle som talerør for ulike grupper med særskilte helsemessige behov i samfunnet.

2. Merknader til lovforslag og forarbeidene

Kreftforeningen har valgt å kommentere utvalgte kapitler i selve lovforslaget (Del IV – Utkast til lov om folkehelsearbeid (s. 180-187) sammen med tilhørende tematiske områder slik disse fremgår i forarbeidene til loven i høringsnotatets del III (s. 51-179). Vi har merknader til følgende kapitler i lovutkastet:

- Kapittel 1 – Innledende bestemmelser
- Kapittel 2 – Kommunens ansvar
- Kapittel 3 – Miljørettet helsevern
- Kapittel 4 – Fylkeskommunens ansvar
- Kapittel 5 – Statlige helsemyndigheters ansvar

Kapittel 1 – Innledende bestemmelser

Kreftforeningen mener det er viktig å understreke sammenhengen mellom en generell folkehelselov og regelverk som gjelder mer spesifikke deler av folkehelsearbeidet. Det vises i denne sammenheng til kapittel 10.3.2 Andre sentrale lover. Folkehelseloven må sikre at kommunene ser oppfølging av loven i sammenheng med folkehelseiltak som er forankret i andre sektorer enn helsesektoren. Eksempler på regelverk hvor folkehelseperspektiv må ivaretas utenfor helsetjenesten er opplæringsloven, barnehageloven og vegtrafikkloven.

Kreftforeningen foreslår å presisere dette med et tillegg i § 1 Formål, annet ledd, siste setning:

"Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid, og må ses i sammenheng med andre sektors lovverk som er viktige i folkehelsearbeidet"

Kapittel 2 - Kommunens ansvar

Kreftforeningen ser det som positivt at kommunene gjennom loven får et bredt ansvar for folkehelsearbeidet (jf. § 4 1. ledd). I forarbeidene, blant annet under kapittel 11.1.2, redegjør departementet på en god måte for hvorfor dagens lovverk er mangelfull på folkehelseområdet. I gjeldende rett (kommunehelsetjenesteloven) er forebygging og folkehelse en oppgave hvis ansvar ikke har vært tydelig forankret i kommunens politiske og administrative ledelse. Folkehelse og forebygging er i gjeldende rett et ansvar som ligger hos helsetjenestene alene, og det er vanskelig å få til samarbeid og oppfølging på tvers av sektorer. Erfaringer fra dagens organisering viser at selv om helsetjenesten utarbeider mål og tiltak blir dette i liten grad fulgt opp av andre sektorer – som "eier" virkemidlene", men ikke problemene (s. 71).

En utfordring for kommunenes arbeid er som nevnt å ha tilstrekkelig kompetanse. I og med landets mange små kommuner, mener vi det er naturlig at to eller flere kommuner bør kunne samarbeide

om folkehelsearbeidet der dette er hensiktsmessig. Vi savner en bestemmelse om dette tilsvarende § 20 tredje ledd hva gjelder fylkeskommuner.

Det er bra at kommunens ansvar for til enhver tid å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen videreføres, jf. §5. Denne oversikten må være skriftlig, som departementet foreslår, men også offentlig tilgjengelig for alle som er interessert i denne kunnskapen, slik som frivillige organisasjoner, forvaltning og folk flest. Dette bør understrekes i lovteksten i § 5 og tilsvarende for fylkeskommunen i § 21. Offentlig tilgjengelig informasjon muliggjør oppfølging og vurdering av kommunens prioriteringer og resultater innen folkehelsearbeidet.

Både fylkeskommunen og statlige helsemyndigheter, jf. §§ 21 og 24, skal støtte kommunene i arbeidet med å skaffe til veie opplysninger om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer lokalt. Vi mener at § 5 første ledd a) og § 21 annet ledd a) også må vise til § 23 for å understreke Helsedirektoratets rolle, jf. § 23 andre ledd i.f.

Kreftforeningen ønsker å presisere at loven også må sikre data på *helseatferd lokalt*, slik som på røyking, fysisk aktivitet, kosthold og solingsvaner/bruk av solarium. Nasjonalt er det så langt vi er kjent med Helsedirektoratet som har et hovedansvar for å innhente og ha oppdatert kunnskap om helseatferd i befolkningen. Enkelte fylkeskommuner innhenter også denne typen data.

For at kommunenes plikt til å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen skal kunne overholdes, bør det fra statlig hold utarbeides enkle, gjerne standardiserte datasett, som ikke vil kreve mye ressurser for kommunene å ta i bruk. Selv om det finnes lokale variasjoner blant kommunene, mener Kreftforeningen at vi har god kunnskap om hovedutfordringene innen folkehelsearbeidet. Iverksetting av folkehelsefremmende tiltak må f.eks. ikke utsettes i påvente av kartlegginger på områder hvor man på overordnet plan har god dokumentasjon på konkrete tiltaks effekt.

Lokalt folkehelsearbeid forutsetter politisk eierskap og prioritering av helsehensyn i kommuneplanleggingen i sin helhet. Kreftforeningen støtter derfor departementets forslag i § 6, alle mål og strategier for folkehelsearbeidet skal behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen etter plan- og bygningsloven. Det er viktig, slik departementet foreslår, å lovfeste at kommunen *skal* "iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer". Kreftforeningen vil imidlertid påpeke at begrepet "nødvendige tiltak" er skjønnsmessig, og at vi frykter folkehelsearbeidet kan bli nedprioritert i en stram kommuneøkonomi. Fra nasjonalt hold bør det konkretiseres en minstestandard på hvilke tiltak som anses nødvendig. Videre er det viktig at det gjennomføres statlig tilsyn med kommunenes plikter etter loven, jf. lovforslaget § 32.

Eksempler på kommunale tversektorielle tiltak kan være å innføre røykfrie arbeidsplasser, utvikling av nærmiljøer som legger til rette for fysisk aktivitet, utvikling av turområder, idrettsanlegg, gang- og sykkelveier samt prioritering av forebyggende og helsefremmende tiltak i skoler, barnehager og i primærhelsetjenesten.

I § 6 fjerde ledd heter det i forslaget at kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning (...). Kreftforeningen mener det er nødvendig å presisere at opplysningsarbeidet må baseres på offisielle råd. Særlig på kostholdsområdet, er det mange aktører som gjennom ulike tiltak og tjenester lokalt gir kostråd som ikke er vitenskapelig fundert. Kommunen har et ansvar for at den selv formidler og henviser brukere til tjenester som gir kunnskapsbaserte råd i tråd med offisielle anbefalinger gitt av helsemyndighetene.

Forslag til tillegg: §6 Mål og tiltak

Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning, *i tråd med offisielle anbefalinger jf. § 23, om hva den enkelte (...).*

Kapittel 3 – Miljørettet helsevern

Kreftforeningen viser til § 7 annet ledd og mener plikten til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll bør følge av loven, og ikke overlates til å bli fastsatt i en eventuell forskrift ("Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer..."). Vi antar at § 31 om internkontroll imidlertid også gjelder miljørettet helsevern.

§ 8 første ledd, skal det stå "som *den* er tillagt i lov", og ikke "som *det* er tillagt i lov".

I tredje ledd skal henvisningen være til "*annet* ledd" og ikke "*første* ledd".

Kreftforeningen mener helse- og omsorgsplanen gjennom ny folkehelselov må bidra til å sikre gjennomføringen av "Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge" (2009-2014). Radon er den viktigste årsaken til lungekreft etter aktiv røyking, og kan være medvirkende årsak til cirka 300 lungekreftdødsfall i året i Norge. Som en del av lokalt folkehelsearbeid bør det gjennomføres tiltak i kommunene som bidrar til at alle typer bygninger og lokaler ligger under gitte grenseverdier. Loven bør i tillegg bidra til tiltak for senking av radoneksponeringen i Norge så langt ned som praktisk mulig.

Norge er på verdenstoppen i antall tilfeller av hudkreft. De fleste av tilfellene kan forebygges. Kommunene bør bidra til solsikker utforming av utearealer og lekeplasser i barnehager og på skoler, og institusjonene oppfordres til å innarbeide rutiner for solbeskyttelse. Det bør være et tilbud om både sol og skygge på utearealene. Kreftforeningen mener alle solarier bør ha en aldersgrense på 18 år og være betjente. Det bør gjøres tilsyn av solarier, og de som skal gjennomføre tilsyn bør delta på tilsynskurs som Statens strålevern arrangerer.

Kapittel 4 – Fylkeskommunens ansvar

Fylkeskommunene har i dag, som det står i § 3 i *Lov om fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet*, som oppgave å fremme folkehelse i fylket og direkte og indirekte bidra til å påvirke befolkningens helse gjennom tiltak som er del av fylkeskommunenes forvaltingsområde. Vi mener det er svært viktig at fylkeskommunen opprettholder sin pådriver og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og partnerskap, i tillegg til å ha en støttefunksjon overfor kommunene. Kreftforeningen støtter at dagens § 3 flyttes inn i den nye loven som § 20.

I forarbeidene til lovforslaget kapittel 11.2.1. *Gjeldende rett* (s. 74), argumenteres det for at folkehelsearbeidet skal være en sentral del av fylkeskommunenes utforming av egen politikk. Dette mener vi er et svært viktig poeng, for dersom rollen som pådriver for folkehelsearbeid skal gis substans og troverdighet må fylkene være villige til å vedta beslutninger som er helsefremmende og forebyggende innefor egne tjenestoområder.

Departementet viser blant annet til videregående opplæring (s. 74) som eksempel på en sentral faktor for fylkeskommunens folkehelsearbeid. Fylkeskommunen har allerede i dag virkemidler og myndighet til å iverksette tiltak i skolene for å fremme gode arbeids- og læringsmiljø, i henhold til opplæringsloven, og for å forebygge helseskadelig atferd. Kreftforeningen mener skolen er den viktigste arena for å fremme gode levevaner hos barn og unge og til å bidra til utjevning av sosiale forskjeller som påvirker helse.

Et konkret tiltak som bør komme som et resultat av det nye lovverket er å innføre universell *tobakksfri skoletid/arbeidstid* ved alle landets videregående skoler. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet oppfordret i 2006 fylkeskommunene til å innføre restriksjoner på tobakksbruk på videregående skoler. Restriksjoner på tobakksbruk i videregående skole er i dag frivillig og avgjøres av hvert fylkesting. Bare Vest-Agder fylkeskommune har så langt innført tobakksfri skoletid.

Til § 21 mener vi at loven også her må presisere at oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket i tillegg til å være skriftlig *skal være offentlig tilgjengelig*.

Kapittel 5 – Statlige helsemyndigheters ansvar

Helsedirektoratet har i dag et ansvar for å innhente kunnskap om helseatferd i befolkningen. Som nevnt under kap. 2 bør dette gjenspeiles i lovforslaget, slik at det i § 5 og § 21 også vises til § 23. I kapittel 6, § 32 om statlig tilsyn, mener Kreftforeningen at også § 31 om internkontroll bør nevnes. Vi viser for øvrig til våre merknader som gjelder staten og fylkeskommunenes ansvar for å fremskaffe opplysninger om helsetilstand i kommunene (se kapittel 2 ovenfor, fjerde avsnitt).

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen


Anne Lise Ryel
Generalsekretær