

Forslag til ny folkehelselov – Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet

Sammendrag

Kommentarer til lovteksten:

Angående selve lovteksten så har Folkehelseinstituttet spesifikke kommentarer til §7, §17, §21, §24, §29 og §30 som beskrevet s.1-2.

Folkehelseinstituttet ser positivt på følgende:

- Folkehelsearbeidet forankres i kommunens administrative og politiske ledelse
- Det legges større vekt enn tidligere på faktorer som påvirker helsen
- Høringsnotatet vektlegger betydningen av å ha et felles, standardisert kjernesett av indikatorer for alle kommuner og fylkeskommuner
- Den nye loven gir et godt grunnlag for en bred samfunnsmessig tilnærming til arbeidet innen miljørettet helsevern
- Det legges vekt på at lovverket skal være dekkende, om enn noe overlappende
- Helseovervåkning og helsestatistikk skal lovforankres og synliggjøres i større grad
- Folkehelseinstituttets beredskapsfunksjon på kjemikalieområdet formaliseres, og internasjonale forpliktelser på området tydeliggjøres

Vi ser følgende utfordringer:

- Roller, ansvarsfordeling og forventninger til kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må være tydelig for å unngå fare for pulverisering av ansvar, og for å sikre faglig forankring og kvalitet
- Det er begrenset hva som er tilgjengelig av statistikk, og stort behov for helseundersøkelser på nasjonalt nivå
- Det er viktig å unngå en tilfeldig fordeling av økonomiske insentiver
- Det vil være store behov for kompetanseoppbygging i kommunene
- Det er fare for at kommunenes rolle og muligheter overdrives/overvurderes
- Det er uenighet om hvordan man best vurderer kostnadseffektiviteten til ulike forebyggende tiltak

Andre momenter:

- Folkehelseinstituttet reiser spørsmål ved logikken i at sosialt nettverk og sosiale miljøfaktorer ikke er behandlet under helseutfordringer knyttet til miljøet
- Betydningen av folkehelsearbeid på kommunenivået må ses i sammenheng med betydningen av andre nivåer som storsamfunn, individ og familie
- Det må være et mål å opprettholde og utvide strukturelle tiltak på nasjonalt nivå, og samtidig identifisere helsemessig viktige forhold som påvirkes på kommunalt nivå
- I kunnskapsoppsummeringer, handlingsplaner, anbefalinger og tiltaksforskning bør sosialt utjevneende virkning inngå som et svært viktig aspekt
- Befolkningsrettede tiltak på nasjonalt nivå er en av bærebjelkene i folkehelsearbeidet
- Det er viktig å ivareta prinsippet om "helse i alt vi gjør" og "føre var" prinsippet
- Forebygging og rehabilitering i regi av helsetjenesten er viktig med tanke på økende antall eldre

Innledende kommentarer

Vi synes lovforslaget gir et godt formelt grunnlag for folkehelsearbeidet og forebyggende arbeid både i kommunesektoren og på statlig nivå. Det er bra at det tas grep tilpasset både de endrede helseutfordringene i samfunnet og endringer i strategiene for å møte disse. Det er fra et folkehelseperspektiv nå en gledelig dreining mot faktorer som påvirker helsen, i motsetning til tidligere politikk som primært har tatt utgangspunkt i sykdommer.

Det er positivt at helseovervåking og helsestatistikk skal lovforankres og i større grad synliggjøres som grunnlag for planstrategier og forebyggende tiltak til fordel for befolkningens helse. Vi ser likevel utfordringer knyttet til roller og forventninger som kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter får i den nye loven. Videre ser vi noen utfordringer knyttet til hva som faktisk er tilgjengelig av statistikk for fylker og kommuner, samt hva fylker og kommuner kan få ut av denne statistikken. Vi vil nedenfor klargjøre noen av våre hovedbekymringer:

Forslaget til Folkehelselov er et strukturelt "grep". I høringsnotatet er det litt vanskelig å få et klart bilde av hvordan ansvaret skal fordeles både innad og mellom de ulike nivåene. Det er viktig å påse at ansvaret for faglig innhold og gjennomføring ikke pulveriseres mellom ulike sektorer i kommunene, mellom fylkeskommunene og kommunene, og mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Oppgaver og ansvar på alle nivåer må konkretiseres og ikke bare nevnes som "understøtte eller bistå". Disse litt uklare begrepene går igjen flere steder i høringsnotatet. Det er også viktig at økonomiske incentiver og ressurser som skal følge loven ikke blir vilkårlig fordelt.

Ansvaret for folkehelsearbeidet skal legges til alle kommunenes sektorer, basert på overvåkning av helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at dokumentet kan gi inntrykk av at det er et mer omfattende system for helseovervåking i Norge enn det som faktisk er tilfelle. Vi har per i dag for eksempel ikke innsamling av biologiske prøver til helseovervåkingsformål (jf. tredje avsnitt side 82). Videre er det viktig at ansvaret gjenspeiles i folkehelsefaglig kompetanse i kommunene. I tillegg til å ansette personell i kommunene til å drifte folkehelselovens intensjon om lovpålagte kommunehelseprofiler bør det legges til rette for videre- og etterutdanning. De forebyggende helsetjenestene som er godt etablert i de fleste kommuner må inkluderes i dette arbeidet. Disse tjenestene er ikke nevnt i høringsnotatet.

I det følgende har vi først noen kommentarer til selve lovteksten. Deretter har vi en del utfyllende kommentarer som går mer på forståelsen av de enkelte bestemmelsene enn på selve lovteksten, og som kan være et grunnlag for videre arbeidet med oppfølgingen av lovbestemmelsene. Disse kommentarene gis fortløpende i samme rekkefølge som kapitlene i høringsnotatet.

Kommentarer til lovteksten

Innledningsvis vil vi foreslå at loven bør ha en definisjon av helse (folkehelse er definert.)

§ 7, annet ledd: Her sies at departementet kan i samsvar med formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vannkvalitet, støy, omgivelseshygiene, ulykker og skader mv. Folkehelseinstituttet mener at begrepet "vannkvalitet" er avgrensende i forhold til dagens gjeldende bestemmelser og at et bedre begrep ville være "vann og vannforsyning" fordi både når det gjelder drikkevann og vann i badebasseng, vil forskriften for vannforsyning måtte omfatte krav til for eksempel vannkildens kvalitet, hvordan vannkilden beskyttes, hvordan vannet behandles og hvordan

vannet transporteres (inkl. krav til materialer i kontakt med drikkevannet), mens for bassengbad vil forskriften måtte omfatte krav til etterfyllingsvannet, sirkulasjonssystemer, filteranlegg, desinfeksjon etc. I begge tilfeller må det altså stilles krav som påvirker hvordan den endelige vannkvaliteten vil bli, og sikkerheten for å bevare den.

I EU går man nå over fra et drikkevannsdirektiv som først og fremst er innrettet mot drikkevannets kvalitet, og ikke hvordan man oppnår den, til et direktiv som tar opp i seg de elementene som er dekket av begrepet "Water Safety Plan", et konsept som omfatter den samme helheten som vi har tradisjon for i Norge; sikker vannkilde, beskyttelse av vannkilde, riktig vannbehandling (som gir et hygienisk sikkert vann med riktig kvalitet, og minimum to hygieniske barrierer i kombinasjonen av vannkilde og vannbehandling), samt trygg distribusjon.

Dersom lovgrunnlaget endres til kun å omfatte mulighet for forskrift om vannkvalitet, så vil vi miste grunnlaget for å opprettholde nå gjeldende bestemmelser som vi i neste omgang vil måtte gjeninnføre for å tilpasse oss nytt EU-direktiv for drikkevann.

§17, første linje: Her er en feil (ilegges, ikke illegges).

§21, nest siste ledd. Her spesifiseres "Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i fylket, konsekvenser og årsaksforhold." Dette er i seg selv svært ambisiøst. Det må framgå av teksten at årsaksforhold ikke (nødvendigvis) må identifiseres (teksten kan misforstås; krav om identifikasjon av årsaksforhold er ikke mulig å oppfylle, for en rekke helseutfall).

§24, annet ledd, annet punktum: Her nevnes hvilke typer opplysninger som Folkehelseinstituttet skal gi. Det nevnes statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Det burde presiseres at relevante opplysninger, for eksempel ved kjemikaliehendelser, kan være kunnskapsbasert informasjon som ikke er i form av statistikk.

§24, nest siste ledd: Her mangler ordet "om".

§29, annet ledd: Her nevnes mulighet for forskrift knyttet til kommuners og helseforetaks meldeplikt til Folkehelseinstituttet ved mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering. I loven er det en hendelse (kjemikalieeksponering) som skal trigge melding til Folkehelseinstituttet. Helsemyndighetene kan ønske å undersøke situasjoner der flere personer har fått sykdom enn det man kan forvente og vi foreslår å inkludere denne muligheten i lovteksten. Loven må også sikre at man raskt får tilgang til helseopplysninger tilsvarende det som gjelder for smittsomme sykdommer (Smittevernloven). Se forøvrig kommentarer vedrørende gransking av årsaker til sykdomsutbrudd under Kap 15.

§30, annet ledd: Her må det settes inn et komma, slik at det blir klart hva "uten samtykke fra de registrerte" viser tilbake til.

Kap 4 Helseutfordringene

Vi synes bakgrunnsbeskrivelsen er god og utfordringene i tråd med vår vurdering, men vi har allikevel i enkelte kommentarer:

Folkehelseinstituttet reiser spørsmål ved logikken i at sosialt nettverk og sosiale miljøfaktorer ikke er behandlet under helseutfordringer knyttet til miljøet (avsnitt 4.4) all den tid sosiale miljøfaktorer senere i loven hører inn under miljøfaktorene i miljørettet helsevern. Slik det nå står, ser det ut som om departementet kun tenker på fysiske og kjemiske faktorer når det gjelder miljøpåvirkninger. Dette var også tilfellet da man laget forskriftene til miljørettet

helsevern i 2002, noe vi påpekte i Instituttets høringsuttalelse av 1. september 2002. Vårt utsagn fra den tid har dermed fortsatt sin gyldighet og vi siterer fra denne uttalelsen:

”I forarbeidene til lovbestemmelsene om miljørettet helsevern er det understreket at miljøet ikke bare består av mikroorganismer, kjemiske stoffer, stråling og støy, men også av mennesker. I dag er psykiatri et satsingsområde. NOU 1984:28 dokumenterte klart den betydning det sosiale miljøet har for helsetilstanden. Ett eksempel: Mobbing i skolen har lenge vært et sentralt tema og forskningen rundt dette problemet (bl.a. Olweus, Bergen) har vist at vi har effektive hjelpemidler. Barneombudet, politikere m.fl. har gjentatte ganger etterlyst en arbeidsmiljølov for elever ikke bare for lærere. I forarbeidene til bestemmelsene om miljørettet helsevern heter det (NOU 1984:28): Skolen bør sees på som en arbeidsplass for elevene og skolehelsetjenesten som en bedriftshelsetjeneste som omfatter både individ og miljø. Folkehelseinstituttet er enig i at skolehelsetjenesten bør sees på som en bedriftshelsetjeneste for elevene og således omfatte både individ og miljø. Det bør da også legges vekt på det psykososiale miljøet slik arbeidsmiljøloven gjør. Med bakgrunn i bestemmelsene om miljørettet helsevern kan man, slik forarbeidene beskriver, ivareta disse hensyn ved å innarbeide dette i en forskrift om miljørettet helsevern.

Det kan synes som om forskriftsforslaget kun omhandler deler av miljørettet helsevern, nemlig de kjemiske, fysiske og biologiske faktorer. Sosiale miljøfaktorer er et stort og viktig fagfelt felt som vil kreve en helt annen tilnærming i forskriften og det er ikke mulig å rette opp forskriften med enkeltkommentarer til de foreslåtte paragrafer.

Folkehelseinstituttet vil foreslå at man innledningsvis presiserer at denne forskriften omhandler de fysiske, kjemiske og biologiske miljøfaktorer og at forhold vedrørende sosiale miljøfaktorer vil bli utredet senere.”

Kap 7 Andre oppfølgingsoppgaver

Det er svært positivt at Folkehelseinstituttet som følge av det nye lovforslaget kan få formalisert sin beredskapsfunksjon på kjemikalieområdet tilsvarende systemet i smittevernloven, og at det nå hjemles en pålagt rapportering av akutte kjemikaliehendelser og mistanke om sykdomsutbrudd relatert til helseskadelige miljøfaktorer. Norges internasjonale forplikter på dette området blir også vurdert, noe som er positivt. Se utfyllende kommentarer under Kap 15 og 16, samt i kommentar til §29.

Kap 8

Det vises her til de historiske oppgavene som lå i Sunnhetsloven og det nevnes at det også var tilløp til mer ”helhetlig grep” i kommunehelsetjenestelovens § 1-2 til 1-4. Men det anføres at miljørettet helsevern av mange kan ha blitt oppfattet mer snevert enn det opprinnelig var tenkt. Vi er enig i denne vurdering og synes at det foreliggende forslag til folkehelselov gir et bedre grunnlag enn kommunehelsetjenesteloven for nettopp en slik bred samfunnsmessig tilnærming.

Kap 10 Forhold til annet regelverk

Det presiseres her at Folkehelselovens formål blant annet er å legge til rette for at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert, systematisk og samordnet, og at flere samfunnssektorer må sees i sammenheng. Vi er enig i at dette er et viktig moment.

Forholdet mellom helse- og omsorgslov og folkehelselov er godt beskrevet og vi er glad for at departementet har lagt mer vekt på at lovverket skal bli dekkende enn å unngå at det kan bli en viss overlapping. Vi må også ha for øye at en befolkningsrettet strategi kan gi langt større helsegevinst enn en høyrisikostrategi av den enkle grunn at en liten effekt i en stor gruppe

(lavrisikogruppe) kan gi langt større tallmessig uttelling i folkehelsearbeidet enn en stor effekt i en tallmessig liten gruppe (høyrisikogruppe). På individnivå og ut fra etisk hensyn må vi selvsagt gi tiltak til høyrisikogruppen (helse og omsorgsloven), mens folkehelseloven vil kunne legge mer vekt på effekten på befolkningsnivå.

Kap 11 Oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

Det er her en gjennomgang av hvorfor bestemmelsene om tverretattlig arbeid og miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven ikke har fungert slik som forutsatt. Det vises bl.a. til evalueringen av "Samlet plan for utviklingsprosjekter i det forebyggende arbeid" hvor det ble påpekt at arbeidet ble for konsentrert om helsetjenesten. Folkehelseinstituttet er helt enig i de betraktningene som gjøres her og tror at det nye lovverket vil gi et bedre grunnlag for å oppfylle det som også var intensjonene i forarbeidet til kommunehelsetjenesteloven.

Vi vil dog av historiske grunner rette opp en liten misforståelse som synes å gå igjen flere steder hvor det i dokumentet heter at begrepet helserådstjenesten ble endret til miljørettet helsevern (Ot.prp.nr. 40 1986-87). Det ble understreket i både i Wiik-utvalget (Nou 1984:28) og i Ot.prp. 40 at helserådstjenesten vil omfatte 3 oppgaver; 1) Oversikt over helsetilstanden og risikofaktorer inklusiv rådgivning til andre myndigheter (§ 1-4), 2) Miljørettet helsevern, kap 4a og 3) Overvåking og kontroll med smittsomme sykdommer. De to første oppgavene ble behandlet i Ot. prp. 40, men miljørettet helsevern var kun én av disse tre oppgavene som var inkludert i det tidligere begrepet helserådstjenesten.

Kommunens oppgaver og ansvar

Det er bra at mye av folkehelsearbeidet forankres i kommunens administrative og politiske ledelse. Dette kan representere en styrking ved at andre sektorer tar helsemessige konsekvenser inn i sine vurderinger. Kommunenes rolle og muligheter bør på den annen side ikke overdrives. Flere av de mest effektive virkemidlene i folkehelsearbeidet er utenfor kommunens kontroll, slik som prispolitikk og lover som regulerer tilgjengelighet av helseskadelige produkter. Også på områder hvor kommunen har makt til å påvirke tilgjengelighet, kan dette vise seg vanskelig å gjennomføre i praksis, jfr. debatt om kommunale vedtak om skjenketider og kommunale restriksjoner på tobakksrøyking. Betydningen av folkehelsearbeid på kommunenivået må ses i sammenheng med betydningen av andre nivåer som storsamfunn, individ og familie. Dette anser vi som et viktig innspill.

Det må være et mål å opprettholde og utvide strukturelle tiltak på nasjonalt nivå, og samtidig identifisere helsemessig viktige forhold som påvirkes på kommunalt nivå. Kommunen og nærmiljø kan være viktig nivå for å kartlegge variasjon og ulikheter i helse. Noen viktige determinanter for folkehelsen kan identifiseres på dette nivået. Fysisk aktivitet og sosial kontakt er eksempler på områder som i begrenset grad kan "styres" gjennom nasjonale tiltak og som man i større grad kan tilrettelegge for lokalt. Kulturelle tilbud, tiltak som gjelder sosial kontakt og trivsel i bo- og nærmiljø, rekreasjonsområder, støy, gang- og sykkelveier (nevnt på side 71), pluss offentlig transport og møtesteder, er trolig de mest aktuelle eksemplene på kommunenes muligheter for å fremme folkehelsen. Det er meget bra at den nye loven tilpasses kommuneloven og plan- og bygningsloven. Kommunale tiltak på disse områdene har mulighet til å komme hele befolkningen til gode.

Skole, barnehage, SFO og helsestasjon er aktuelle arenaer for folkehelsearbeid i kommunene, likeså eldresentre, sosiale og aktiviserende tiltak av type "Aktiv på dagtid" og såkalte frisklivs-sentre. Helsesøstertjenesten bør trolig styrkes. Videre finnes det dokumentasjon for nytte av å intervenere på områdenivå, for eksempel prosjektet Mosjon på Romsås (MoRo), hvor man oppnådde økning av fysisk aktivitet og bremsing av vektøkning gjennom en treårig intervensjonsperiode. Effekten av områdebaserte tiltak kan variere med helseproblem.

Kommunene vil trenge råd om hvilke tiltak som kan være effektive. Generelt er det begrenset dokumentasjon om effekt av slike tiltak, og gode effektstudier er ressurskrevende. Et spesielt problem ligger i at det er enklere å utforske effekt av individrettede tiltak enn av strukturelle tiltak på befolkningsnivå og av komplekse tiltak. Det er dermed fare for at kunnskapsoppsummeringer kan gi skjevt inntrykk i retning av at individrettede (og best utforskede) tiltakene er de mest effektive.

Det er riktig at kroniske lidelser som er knyttet til determinanter som røyking, fysisk inaktivitet, rusmiddelbruk og annen risikoatferd utgjør store deler av sykkeligheten og dødeligheten i Norge. Men det er på ingen måte slik at livsstilsrelaterte folkesykdommer generelt viser økning (11.1.2, første avsnitt). For noen kroniske sykdommer vil antallet øke som konsekvens av aldring i befolkningen uten av den aldersspesifikke forekomsten øker (kreft, demens, hjertesvikt). For flere kroniske folkesykdommer går den aldersspesifikke sykkeligheten og dødeligheten ned (lungekreft hos menn, hjerteinfarkt hos begge kjønn). Data fra Norsk pasientregister tyder på at hjerteinfarkt er i nedgang i alle aldersgrupper under 80 år, og dødeligheten har gått ned for begge kjønn. De kroniske helseproblemene som øker, er først og fremst overvekt/fedme og diabetes. Det bør imidlertid påpekes at vi har indikasjoner på at den sosiale ulikheter for mange av disse kroniske sykdommene synes å spille en stadig større rolle. Dette siste har konsekvenser for valg av forebyggende tiltak. I kunnskapsoppsummeringer, handlingsplaner, anbefalinger og tiltaksforskning bør sosialt utjevne virkning inngå som et svært viktig aspekt.

Folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse i kommunen bør styrkes (side 73). Ikke bare ansettelse av fagpersoner, men også videre- og etterutdanning er viktig. Dette gjelder ikke bare helsepersonell, men planleggere og kommunalt ansatte i andre etater. Her bør både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kunne bidra som nasjonale statlige institusjoner. Kompetansen ved regionale arbeids/miljømedisinske sentre bør også vurderes styrket slik at disse kan bistå nasjonale myndigheter.

Fylkeskommunens oppgaver og ansvar

Det anses som nødvendig at fylkeskommunen er pådriver overfor kommunene. Folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse i fylkeskommuner er viktig. Trolig kan administrasjon av overvåkingsoppgaver med fordel legges her, i samarbeid med kommunene og Folkehelseinstituttet på nasjonalt nivå. Erfaringsmessig er helsedeterminantene ofte ganske like i kommuner i samme region, og forskjellene kan være like store innen kommuner som mellom dem, knyttet til demografiske kjennetegn av type "høy vs lav inntekt" og "by" vs "land". Ekspertise i fylkeskommunen bør kunne se helhet i helsedata og gi råd til kommunene.

Statlige myndigheters oppgaver og ansvar

Nasjonalt nivå er det best egnede for en rekke viktige tiltak for folkehelsen, og i mange tilfelle (lovgiving, prispolitikk) det eneste aktuelle nivået. Noen ord kan utdype dette: For sykdommer knyttet til levevaner (tobakk, kost, mosjon, rusmidler) er det ikke slik at flertallet av syke personer kommer fra "høyrisikogrupper", som skiller seg klart fra "normalbefolkningen" og kan tilbys egen, skreddersydd forebyggende behandling. De fleste sykdomstilfellene kommer fra majoritetsbefolkningen, som har bare lett eller moderat økt risiko sammenlignet med de som har ideelle helsevaner. Dette skyldes gruppens størrelse. Av denne og andre grunner er tiltak som gjelder hele befolkningen, uavhengig av individuell risiko, en bærebjelke i folkehelsearbeidet.

Virkemidler på nasjonalt nivå, gjennom lovgiving, prispolitikk, sammensetningen av næringsmidler, tilgjengelighetsregulering og reklameforbud synes å ha vært effektive. Disse

kommer ofte alle sosiale lag til gode og bidrar ofte til reduksjon i sosiale ulikheter i helse. Slike tiltak påvirker allmenne normer og man unngår stigmatiserende effekter og sykeliggjøring av individer og grupper. Tiltakene er underlagt åpne politiske diskusjoner og valg. Denne type tiltak må ikke svekkes, noe som kunne tenkes å være en uønsket sidevirkning av satsing på kommunene.

Sosiale ulikheter i helse er antakelig den dimensjonen som i dag i størst grad uttrykker ikke-oppnådd helsepotensial i befolkningen. Befolkningsrettede tiltak bør hele tiden vurderes med tanke på om de har en sosialt utjevneende effekt på helse og sykdom. Erfaringene med for eksempel tobakksforbruk i de siste tiårene har vist at ikke alle grupper reduserer forbruket likt. Befolkningsrettede tiltak kan med fordel kombineres med tiltak mot utsatte grupper. For eksempel bør man trolig ha større oppmerksomhet på tobakkskader (som røykeslutt-tilbud) og viktighet av mosjon (som flere kroppsøvingstimer) for ungdom i yrkesutdanning enn allmennutdanning.

Helsedirektoratet

Oppgavene innen råd og kompetanse er godt beskrevet. Råd til HOD, andre myndigheter og politisk nivå er viktig. Det er imidlertid ikke opplagt formålstjenelig at ansvaret for www.kommunehelseprofiler.no og Norgeshelsa ligger to forskjellige steder (Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet).

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet har de siste årene hatt kun ett prosjekt med regelmessig innsamling av måledata (Barnevekst-prosjektet), men har ellers ikke løpende innsamling av helsedata og biologiske prøver for overvåkingsformål. Denne virksomheten ble avsluttet i 2003. Det er således misvisende slik det står i høringsnotatet.

Helseovervåking krever befolkningsrepresentative utvalg. Folkehelseinstituttet er derfor med i et europeisk samarbeid om helseundersøkelser med nasjonalt representative, sammenlignbare data. Pilot er planlagt mai 2011 og fullskala undersøkelse med nasjonalt representativt utvalg er planlagt til 2013.

Når det gjelder å tilrettelegge registerdata for fylker og kommuner, er det viktig at økonomien avklares. I dag betaler Folkehelseinstituttet for tilgang til SSB-data. Innhenting og tilrettelegging av data tar i dag uforholdsmessig lang tid og beslaglegger mye ressurser.

Det er uklart hva som menes med at Folkehelseinstituttet skal gi bistand, og hva slags type bistand man tenker på. Ser man for seg bistand til utarbeiding og gjennomføring av spørreskjemabaserte helseundersøkelser i fylker og kommuner, til etterarbeid i form av databehandling og rapport, eller bistand til rådgiving og undervisning?

Det er ikke realistisk at Folkehelseinstituttet skal fungere som en fullverdig 2. linjetjeneste som dekker hele landets behov for bistand innen miljørettet helsevern. En styrkning av regionale kompetansesentre, som f.eks. eksisterende arbeids/miljømedisinske sentre er en mulighet som bør vurderes.

Kap 12 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer.

Folkehelseinstituttet er enig i at oppgavene i tidligere § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven flyttes til den nye folkehelseloven som legger ansvaret til kommunen som sådan. Vi har også merket oss at loven vil inneholde hjemmel for å gi ytterligere bestemmelser om hvordan dette skal gjøres.

Når det gjelder statlige helsemyndigheters bistand til dette er dette beskrevet i §§ 23 og 24. I § 24 heter det bl.a. at Folkehelseinstituttet skal følge utviklingen i helsetilstand,

påvirkningsfaktorer samt drive forskning på folkehelseområdet. Slik informasjon skal gjøres tilgjengelig for kommunale og fylkeskommunale oversikter. Det samme skal Helsedirektoratet gjøre i medhold av §23 hvor det heter: ”Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 24”.

Det er viktig å finne en fornuftig arbeidsdeling her. Helsedirektoratet har et større myndighetsansvar og skal utvikle ”nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid”. Folkehelseinstituttet skal i tillegg til registerdrift og analyser av disse, drive forskning. Det er viktig at denne forskningen, og tolkning av annen forskning, bidrar i utviklingen av Helsedirektoratets normer og standarder. I tillegg vil forskningsresultater fra Folkehelseinstituttet, som kvalitetssikres gjennom internasjonal publisering, danne grunnlag for rapporter i Folkehelseinstituttets rapportserie. Også disse vil inneholde viktig informasjon for myndigheter på mange nivå, evt. også allmennheten om forhold som er viktig for folkehelsen. Vi synes kanskje at dette er for lite berørt i kommentarene i Kap 12.

Det står også at fylkeskommunen skal være et bindeledd mellom Folkehelseinstituttet og kommunen og at fylkeskommunen skal være behjelpelig med spørreskemaundersøkelser i kommunene. Vi vil gjøre oppmerksom på at Folkehelseinstituttet allerede i dag har samarbeid med flere kommuner og bydeler om spørreskemaundersøkelser. Det må ikke utvikles slik at det nærmest blir en obligatorisk tjenestevei at man må gå gjennom fylkeskommunen med slike spørsmål. Beskrivelsen i notatet kan gi grunnlag for en slik oppfatning. I andre slike sammenhenger har det tidligere, særlig fra kommunalt hold, blitt advart mot at fylkeskommunen skal fungere som en slags overkommune overfor kommunene.

Vi ser av kommentarene i Kap. 12 at dette skal utvikles videre i et samarbeid mellom berørte parter. Det er viktig at de momenter som er nevnt ovenfor blir tatt hensyn til i den videre utviklingen.

I § 23 heter det som nevnt ovenfor at Helsedirektoratet skal samarbeide med Folkehelseinstituttet. Det er helt nødvendig og riktig. I kommentaren i Kap 12.3.2. står det at ”Helsedirektoratet vil ha en viktig rolle i å bistå Folkehelseinstituttet med hva som er tiltaksrelevant statistikk osv”. Det kunne like gjerne stått omvendt. Det kan tenkes at det er Folkehelseinstituttet som på bakgrunn av statistikk og forskning har den tyngste kompetansen på dette området og skal bistå Helsedirektoratet. Formuleringen om samarbeid slik det står i lovparagrafen er bedre og mindre enveisrettet.

Vi er positive til at høringsnotatet vektlegger betydningen av å ha et felles, standardisert kjernesett av indikatorer for alle kommuner og fylkeskommuner. Dette vil gjøre sammenlikninger over tid og geografi mye enklere. I høringsnotatet står det imidlertid at ”...opplysningene skal baseres på eksisterende informasjon...” (første avsnitt under pkt. 12.3.2), og videre at ”...Aktuell statistikk kan dreie seg om dødelighet, de viktigste sykdomsgruppene som kan forebygges, utviklingen i biologiske risikofaktorer som overvekt, de mest sentrale livsstils- og påvirkningsfaktorer, samt også grunnleggende bakenforliggende påvirkningsfaktorer...” (siste avsnitt side 94). Vi må her påpeke to forhold:

- For flere av områdene som nevnes som aktuelle finnes det ikke ”eksisterende informasjon” på kommunenivå, bl.a. mangler vi data på biologiske risikofaktorer og sentrale livsstils- og påvirkningsfaktorer.
- Foreløpig vet vi for lite om hvor gode dataene fra NPR er som mål på utbredelse av sykdom siden kodepraksisen kan være påvirket av tilpasning til finansieringssystemet.

I lovforslaget pålegges Folkehelseinstituttet nå en omfattende plikt – både til å utarbeide et felles sett med nøkkeldata og til å tilgjengeliggjøre og tolke statistikk på alle nivåer ned til

kommunenivå. Det er viktig at Folkehelseinstituttet gis rom til å ivareta den faglige kvaliteten i systemet som planlegges.

I utgangspunktet er prinsippet om å ha ett nettsted for både lands-, fylkes- og kommunetall gunstig ut fra et brukerhensyn (jf side 94 nest siste avsnitt). En direkte sammenslåing av databasene i KommuneHelseprofiler og Norgeshelsa vil imidlertid være en ressurskrevende prosess. Dette skyldes både ulikt indikatorutvalg og at kommunetall ofte må presenteres som gjennomsnitt over lange tidsintervaller på grunn av spinklere tallgrunnlag og hensyn til personvern. I tillegg er databasen for KommuneHelseprofiler bygget opp annerledes enn Norgeshelsa.

I høringsnotatet står det ”Statistikk som gjøres tilgjengelig, må være mest mulig beslutnings- og tiltaksrelevant og være i en form som gjør den lett forståelig” (side 94). Dette er i tråd med våre erfaringer. Brukerundersøkelser utført ved Folkehelseinstituttet viser at faktainformasjon er den type informasjon som etterspørres mest. Direkte henvendelser viser videre at tekster fra Helsetilstanden i Norge og faktaark benyttes fortløpende i blant annet stortingsmeldinger, offentlige utredninger, studentoppgaver, undervisnings-/kursmateriell og som bakgrunnsstoff for media. Tekstlig fortolkning er ofte nødvendig for å gjøre statistikken mer forståelig og anvendbar. Dette har vi hittil håndtert på landsnivå. En utvidelse av dette til kommunenivå vil trolig være av stor verdi, men også ressurskrevende. Vi ser derfor behov for å utvikle en modell for finansiering av slik formidling av statistikk på kommunenivå ut over rene tabeller og figurer.

Høringsnotatet omtaler også Folkehelseinstituttets rolle i fylkesvise helseundersøkelser ” det er ønskelig at fylkeskommunene etablerer et faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for framskaffelse av regionale og kommunale oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen.” (side 92). Folkehelseinstituttet bistår allerede fylkeskommuner og kommuner i arbeidet med diverse Folkehelseprofiler og har fakturert oppdragsgivere for dette. Disse inntektene har vært nødvendig for å kunne ha aktivitet på dette området, og denne praksisen bør kunne videreføres.

Kap 13 Folkehelsetiltak i kommunene og Kap 14 Miljørettet helsevern

Folkehelseinstituttet er enig i de formelle og faglige overveielsene som er gjort her. Men vi vil gjerne vise til at dette må sees i sammenheng med de to prinsippene som er beskrevet annet sted i høringsnotatet, nemlig prinsippet om ”helse i alt vi gjør” og ”føre var” prinsippet. Når det gjelder ”føre var” prinsippet heter det i kommentaren på side 197 at dette ikke eksplisitt nevnes hverken i kommunehelsetjenesteloven eller i bestemmelsene om miljørettet helsevern. Vi finner ikke dette helt historisk korrekt. ”Føre var” prinsippet var grundig diskutert under framlegging av Ot.prp. nr 40 (1986-87) om miljørettet helsevern i kommunene. Det ble riktig nok benevnt hygienisk skjønn som ble beskrevet slik i lovforarbeidet den gangen:

”Man må basere skjønn på medisinsk kunnskap om risikofaktorer og sykdomsutvikling, på biologiske tester og eksperimenter og på epidemiologiske undersøkelser. Det siste vil ofte ha visse svakheter, men vil likevel kunne gi rimelige indikasjoner. Det vil alltid være en viss usikkerhet. Hvis man venter til full visshet, og sykdommen allerede er oppstått, er man for sent ute.”

Vi viser også til instituttets uttalelse av 17. sept. 2002 til forskriftene om miljørettet helsevern:

*”I loven heter det at helsemyndighetene kan pålegge retting hvis forholdet direkte eller indirekte **kan** ha negativ innvirkning på helsen. Bruk av ordet **kan** i loven er ingen*

*tilfeldighet. Ved utforming av loven valgte man bevisst å ikke bruke ordet **har** negativ innvirkning. I dette lå det en "føre var" holdning. Det skulle være tilstrekkelig for helsemyndighetene å sannsynliggjøre en helsefare (noe som kan medføre helseskade), ikke at man måtte ha bevisene eller "likene på bordet" før man kunne gripe inn. Vi foreslår at det i merknaden brukes ordet "kan medføre" i stedet for "medfører."*

Dette poenget er forøvrig inkludert i kommentaren i foreliggende høringsnotatet på siden 197. Folkehelseinstituttet er glad for denne poengtering av føre var holdningen som lovforslaget om ny folkehelselov legger opp til.

15 Beredskap

Det er svært positivt at Folkehelseinstituttet som følge av det nye lovforslaget kan få formalisert sin beredskapsfunksjon tilsvarende systemet i smittevernloven. Erfaringen fra tidligere kjemikalieulykker er at lokale helsemyndigheter og kommuneleger har stor forventning til Folkehelseinstituttet som nasjonal kompetanseinstitusjon, og at vi skal bistå med råd om helserisiko ved akutte hendelser. Spesielt er det et behov for at vi kan respondere raskt, at vi viser støtte til lokalbefolkningen, og at vi tar folks bekymring på alvor.

Særlig i små kommuner vil det være begrenset spesialkompetanse, og stort behov for bistand. Myndighetene bør prioritere å bygge ut både den sentrale kompetansen ved Folkehelseinstituttet og ekspertise ved regionale sentre som kan følge opp arbeidet lokalt. En styrkning av eksisterende arbeids-/miljømedisinske sentre er en mulighet som bør vurderes. Risikokommunikasjon er et viktig område som må styrkes både nasjonalt og regionalt.

Det å komme raskt på banen etter en akutt hendelse er med på å gi et best mulig grunnlag for vurdering av helserisiko og forebyggende tiltak. Et varslingssystem tilsvarende det man har på smittevernområdet må formaliseres og settes i verk slik at det kan gå en melding til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet ved akutte kjemikaliehendelser eller sykdomsutbrudd/sykdomsopphopning som kan skyldes miljøfaktorer. Folkehelseinstituttet bør i tråd med den beskrevne rollen videre sørge for å ha beredskapsgrupper/-personer med tilstrekkelig opplæring i akutt kriseberedskap på områdene vann, luft, mat og kjemikaler for å raskt kunne mobilisere den nødvendige fagekspertise.

I en gransking av årsaker til et sykdomsutbrudd bør det settes føringer på når man skal initiere nye studier (kasus og kontrollstudier) for å undersøke sammenhenger mellom eksponering og sykdom. Dette kan være:

- Man finner en signifikant forøket risiko for sykdom med epidemiologiske metoder
- Risiko for sykdom innen området er større enn gitt størrelse (f. eks. 3)
- Antall personer med sykdom er tilstrekkelig stor (f.eks. > 4)
- Tilsvarende funn er rapportert andre steder i verden og man har en antatt biologisk mekanisme

Punktet 15.3.4 (side 134) "Bistandsplikt for Nasjonalt Folkehelseinstitutt" handler om Folkehelseinstituttets nasjonale rolle innen kjemikalievern. Det ville være naturlig om Folkehelseinstituttet, som på smittevernområdet, hadde en rolle som internasjonalt kontaktpunkt eller lignende når det gjelder kjemikalievern. Dette har vi langt på vei i WHO's regi gjennom IHR-forskriften, se neste avsnitt for en utdypning vedrørende dette.

16 Internasjonalt helsereglement (IHR)

Når det gjelder internasjonalt samarbeid så refereres det i dokumentet først og fremst til dette under avsnittene om IHR (punkt 16.2.1, side 136 og følgende). IHR forskriften fastholder Folkehelseinstituttet som nasjonalt kontaktpunkt med 24-timers tilgjengelighet for kommunikasjon med WHO. Det foreslås videre at Folkehelseinstituttet etablerer et eget IHR-register (jf. Lovforslag § 30 andre ledd) (punkt 16.3, side 140 og følgende).

I punkt 16.2.2 "Øvrig regelverk – spesielt strålevern og kjemikalieberedskap" beskrives at IHR ikke er gjennomført i norsk rett på atom/strålevern- og kjemikalieberedskapsområdene. Teksten fastslår videre: *"Departementet legger til grunn at eksisterende ansvars og myndighetsstruktur for håndtering av atom/stråling- (A), biologiske- (B) og kjemiske (C) hendelser blir benyttet også når det oppstår hendelser av betydning for internasjonal folkehelse."*

Ifølge IHR-forskriften har Folkehelseinstituttet allerede langt på vei en rolle som internasjonalt kontaktpunkt med hensyn til kjemikaliebern. IHR-forskriften var opprinnelig for smittsomme sykdommer (og 97 % av varslene gjelder fortsatt det), men omfatter også andre helsetrusler som strålingsulykker og kjemikalieutslipp. Ifølge forskriften så er Folkehelseinstituttet *National Focal Point*. Det er naturlig at denne funksjonen fortsetter å være knyttet til instituttets smitteverndivisjon (blant annet med kontroll av innkomne meldinger daglig), men i fortsettelsen også i samarbeid med instituttets divisjon for miljømedisin slik at kommunikasjon om kjemikalieutslipp kommer til og fra den rette faglige enhet som sitter på spesialkompetanse på dette området.

I europeisk sammenheng så benytter man seg innen smittevernområdet av Early Warning and Response System (EWRS) i Kommisjonens regi. Her er Folkehelseinstituttet *EWRS Contact Point* ifølge utpeking av HOD. Dette er et varslingsystem for utbrudd av smittsomme sykdommer som drives av instituttets smitteverndivisjon med kontroll for innkomne meldinger daglig. Dette systemet har også i senere tid blitt benyttet for ikke-smittsomme trusler også, som under askeutslippene i fjor. Dette er en utvidelse av systemet som med fordel kunne bli formalisert.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), et vanlig EU-byrå: Her er Folkehelseinstituttet *Competent Body* ifølge utpeking fra HOD, altså det nasjonale kontaktpunkt eller søsterinstitutt. En lignende rolle på kjemikalieområdet kunne tenkes å være knyttet til EUs nye kjemikaliebyrå i Finland.

Kap 17 Behov for helsefaglig kompetanse i kommunene.

Også her diskuteres behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse ut fra en noe snever definisjon av miljørettet helsevern. For å ivareta de sosiale miljøfaktorenes betydning (mellommenneskelige forholds betydning for helse både i enkeltsaker og i planlegging) burde man nevne psykologisk kompetanse. Ikke minst fordi det har vært et prioritert innsatsområde å skaffe flere psykologer ut til kommunene. Denne kompetansen bør ikke bare brukes til kurativt arbeid og individuell forebygging, men den psykologiske kompetansen kan og bør i høy grad også benyttes i folkehelsearbeidet.

Kap 20 Økonomiske og administrative konsekvenser.

Innledningen er god. Det stilles ofte altfor store forventninger til at forebygging kan "spare penger" på kort sikt. Ofte er det slik at man oppnår flere gode leveår, men de aller siste leveårene er uansett kostbare for samfunnet. Det finnes imidlertid spesifikke tiltak som har

vist seg kostnadsbesparende. Enkelte av disse er nevnt. Forebygging av lårhalsbrudd er trolig av det aller mest lønnsomme på kort sikt som kommuner kan og bør satse på (side 73-74).

Det er nevnt at Helsedirektoratet har iverksatt et program for kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak. For å gjøre dette må man imidlertid først finne ut om de forebyggende tiltakene har effekt. Folkehelseinstituttet har derfor foreslått å bygge opp kompetansen på forskningsbasert evaluering av tiltak i kommunene. Dette må kombineres med samfunnsøkonomiske vurderinger. Folkehelseinstituttet anser det ikke som naturlig at Helsedirektoratet skal drive slik forskningsvirksomhet. Vi mener at Folkehelseinstituttets forslag også må nevnes i denne sammenheng.

Folkehelseinstituttet er et nasjonalt kompetanseorgan. Vår rådgivning til fylkeskommuner og kommuner må derfor være slik at det generelle tilbudet blir likeverdig til hele kommunesektoren. Men dog slik at kommunesektoren kan lage spesialbestillinger som de selv kan betale for og som vi kan vurdere innenfor vår virksomhetsramme. Når det gjelder evalueringsforskningen og modellforsøk, vil disse måtte foregå i enkeltkommuner og ikke være landsdekkende, men resultatene vil komme alle til gode.

Per i dag er det uenighet blant forskere om hvilke metoder som best dokumenterer kostnadseffektivitet av forebyggende tiltak. Noen tiltak er dessuten vanskeligere og mer kostbare å evaluere enn andre. Vi viser til omtalen av dette under kapittel 11.1. Det er som foran nevnt viktig at tiltakene omfatter utsatte grupper og eventuelt er tilrettelagt spesielt med tanke på disse. Dette må vektlegges i lovteksten.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) samhandlingsreformen legger regjeringen stor vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget:

”Regjeringen har som mål at det framover legges økt vekt på å veilede og informere kommunene om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt”. Og ”Det vil videre vurderes å bygge opp et program for løpende evaluering av forebyggingstiltak i Norge med løpende vurdering av nytten ved tiltak.”

Dette vil selvsagt koste penger. Folkehelseinstituttet har gjentatte ganger, bl.a. gjennom forslag til ”store satsinger” tatt til orde for det samme og i detalj beskrevet hvordan en slik evalueringsenhet kan bygges opp og hvilke ressurser som trengs både sentralt og i kommunene. Vi har foreslått å igangsette modellforsøk for budsjettåret 2012.

Folkehelseinstituttet har også helseøkonomisk kompetanse som har jobbet mye med Quality-begrepet.

I kapittel 20.2 om kommunens oversikt over helsetilstand nevnes at man i liten grad har kjennskap til spesifikke forhold som utgjør utfordringer i den enkelte kommune. Dette er ikke det største problemet. Våre store folkehelseutfordringer (fysisk inaktivitet, røyking, overvekt, usunt kosthold, beinskjøre eldre, mangel på sosial kontakt mm) gjelder i alle kommuner, og forskjeller innad i kommuner er oftest større enn mellom dem.

Et potensial som kanskje kunne vært nevnt er den kommunale sosialtjenesten og omsorgstjenesten. Disse treffer ”utsatte grupper”, men kan ha ensidig fokus på dagens problemer og i for liten grad bidra i helsefremmende og forebyggende arbeid på lengre sikt.

I nest siste avsnitt side 173 står det at *”...Forslaget om å lovfeste Folkehelseinstituttets bidrag i helseovervåking er innenfor det oppdraget instituttet har i dag,...”* For

Folkehelseinstituttet innebærer pålegget om presentasjon av data på kommunenivå økte kostnader til datainnhenting. I dag betaler Folkehelseinstituttet både SSB og Helsedirektoratet for data til overvåking på nasjonalt og regionalt nivå, og det bør derfor vurderes hvorvidt data

til helseovervåkingsformål mellom statlige institusjoner skal faktureres når den nye loven trer i kraft

Kapittel 20.2.1, oversikt over helsetilstand, nederst på side 173: Vi vil nevne at vi på nasjonalt nivå trenger helseundersøkelser som inkluderer målinger (f eks blodtrykk, høyde, vekt, kolesterol), funksjonstester (eldre) og kliniske undersøkelser på felt med stor kunnskapsmangel (tann- og munnhelse i voksen generell befolkning). På kommunalt nivå blir denne type undersøkelse for ressurskrevende.

- Vi er enige i at Folkehelseinstituttet har en oppgave i å bistå fylkeskommuner med tolkning av statistikk.
- Kapittel 20.2.2, side 175: Et alternativ til at en folkehelsekoordinator dekker 5 kommuner er at en person med andre kommunale oppgaver bruker 30-50% av tiden til å dekke denne oppgaven. Denne personen må i så fall ha nødvendige kvalifikasjoner.
- Side 176: Det er viktig å kunne tilby kompetansehevende ”utdanning” for politikere. Altfor ofte mangler disse befolkningsperspektivet og tar ensidig til orde for forebygging ”på legekantoret” eller i form av grupperettede tiltak for dem med de aller største problemene. Disse typene forebygging er bra for enkeltpersoner, men monner mindre for folkehelsen enn hva mange tror. Generelt er strategier som inneholder både strukturelle og individrettede tiltak mest effektivt.
- Mange typer tiltak er nevnt på side 176-177. Skadeforebygging blir viktig i årene fremover med flere hjemmeboende eldre. Bra med veileder i helseøkonomi. Her må befolkningsperspektivet inngå og likeså hensynet til sosial utjevning.
- I denne sammenheng kunne handlingsprogrammer og også kliniske veiledere for helsetjenesten vært nevnt. Forebygging og rehabilitering i regi av helsetjenesten er viktig med tanke på økende antall eldre, som i mange tilfelle har svært høy risiko for sykdom, skade og funksjonssvikt. Kliniske veiledere finnes på flere områder (som osteoporose, hjerte- og karsykdom, diabetes). Flere bør utarbeides, og det er behov for regelmessig oppdatering av de eksisterende.