



Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

(E- post: [postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no) )

*Deres ref: 201104748-/RAGS*

Molde 21.03.12

## **FORSKRIFT OM OVERSIKT OVER HELSETILSTAND – HØRINGSUTTALELSE FRA FORUM FOR MILJØ OG HELSE (FMH)**

Forum for miljø og helse (FMH) har som mål å styrke det helsefremmende og forbyggende miljøarbeidet på lokalt og nasjonalt plan. Vi setter fokus på faktorer i miljøet som kan påvirke folks helse i positiv eller negativ retning. FMH samarbeider med statlige myndigheter om å øke kompetansen om miljø og helsefaglige spørsmål og regelverk ute lokal forvaltning og hos konsulenter. Samtidig vil FMH bringe synspunkter fra praktisk hverdag tilbake til statlig forvaltning. Hovedtyngden av våre medlemmer jobber med miljø og helse i forvaltningen eller som konsulenter.

Forum for miljø og helse (FMH) oppfatter hovedtrekkene i forslag til folkehelseforskriften som positivt.

FMH vet at kommunene i Norge er svært ulike, både i størrelse og med hensyn til helseutfordringer og at det derfor er viktig for kommunene å ha friheten til å bruke faglig skjønn i folkehelsearbeidet. Likevel foreslår FMH noe mer detaljerte krav, dette fordi vi mener at det er svært viktig å sikre at de gode intensjoner ikke forsvinner helt i interne kamper om knappe ressurser

### **FMH har følgende innspill til forslag til folkehelseforskrift:**

Vi savner en mer tydelig føring for hva kommunens oversikt skal inneholde og en konkretisering av de tre ulike områdene, i Folkehelseloven § 5, om krav til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på

Folkehelseforskriftens § 3 inneholder per nå krav om at ”oversikten skal inneholde opplysninger om helsetilstand, levevaner, befolkningssammensetning, oppvekst og levekår som for eksempel økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning, samt fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø”.

I merknadene til folkehelselovens § 5 står det en mer konkretisering av de ulike kravene, mens folkehelseforskriften ikke inneholder noe særlig konkretisering. For kommunene vil det være viktig at man er mest mulig konkret i en forskriftstekst, derfor anbefaler vi at dette tydeliggjøres i mye større grad. Den informasjonen som fremkommer av merknader til folkehelseloven § 5 samt den oversikten som ligger i høringsdokumentet (kap 6) kan med fordel benyttes.

I § 3 *Kommunens arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* heter det at:

*”Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å ivareta sitt ansvar etter folkehelseloven §§ 4,6,7,9 og 28. Oversikt skal inneholde opplysninger om helsetilstand, levevaner, befolkningssammensetning, oppvekst og levekår som for eksempel økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning, samt fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.”*

Det bør fremkomme i forskriftsteksten at identifisering av både positive og negative påvirkningsfaktorer skal med i oversikten. Dette for å unngå ensidig fokus på sykdom og fremheve viktigheten av å identifisere helsefremmende faktorer. Det foreslås derfor at dette fremgår i merknadene i § 3. Videre foreslås det å henvise til merknadene i lovens § 5 der de ulike påvirkningsfaktorene er beskrevet mer detaljert.

*”Kommunens oversikt skal både gi grunnlag for det løpende og for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Det løpende folkehelsearbeidet skal dokumenteres på en hensiktsmessig måte.”*

FMH mener det bør stilles minimumskrav til dokumentasjon av det løpende folkehelsearbeidet. Dette kan utdypes i merknad til forskrift. For eksempel bør det være krav til at kommunene har et virksomhetsregister over alle tilsynsobjekter. Andre relevante dokumenter er tilsynsplaner, risikovurderinger og handlingsplaner.

*”Som en del av det langsiktige oversiktsarbeidet skal kommunen hvert fjerde år utarbeide et dokument. Dokumentet skal gi faglige vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.”*

### **Utvikling av en statistikkbank som er anvendbar for analyseformål for det langsiktige folkehelsearbeidet**

For at statistikken som skal produseres skal gi kommunene en mulighet til å ha en best mulig oversikt over helsetilstanden i befolkningen er det viktig at statistikken brytes ned, og dermed kan gi grunnlag for å identifisere de sosiale helseforskjellene innad i kommunene.

Statistikken må derfor brytes ned i forhold til:

a) geografisk nivå

Å bryte statistikken ned på et lavere geografisk nivå enn kommunenivået er særlig viktig i forhold til store kommuner, og kommuner som har stor sosial ulikhet i helse mellom ulike geografiske områder. Oslo kommune er et eksempel på hvor viktig det er å bryte statistikken for helsetilstand ned på et lavere geografisk nivå, ettersom det er store levekårsforskjeller og store sosiale helseforskjeller mellom ulike bydeler/områder.

Dersom data kun tilrettelegges på kommunenivå vil det i store kommuner være vanskelig for politikerne å målrette ressursene mot områdene med dokumenterte folkehelseutfordringer.

Vi forslår derfor at det i forskriften stilles krav om at statistikken skal brytes ned på et lavere geografisk nivå (bydel, rode) i alle kommuner med over for eksempel 250 000 innbyggere. Uten at dette forskriftsfestes er det erfaringsmessig risiko for at denne typen bearbeiding av statistikken ikke blir prioritert. Kommunehelseprofilen for Oslo kommune vil ikke ha noen nytteverdi med mindre den brytes ned på bydelsnivå, eller rodenivå.

b) ulike grupper i befolkningen

Det er godt dokumentert at helsen varierer mye mellom ulike deler av befolkningen. Det er derfor viktig at forskjeller i helsetilstand mellom ulike grupper dokumenteres. Vi ønsker en statistikkbank som gir mulighet for å bryte statistikken ned i forhold til bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, innvandrerbakgrunn, nasjonalitetsbakgrunn og utdanningsnivå, osv.

## Utvalgsundersøkelser

Forskriften stiller krav om at kommunene skal holde oversikt over forhold som sosial tilhørighet, nettverk og levevaner. Dette er data som må innhentes gjennom utvalgsundersøkelser i hver enkelt kommune. Det kreves også et høyt antall respondenter i hver kommune for å kunne si noe om utvikling over tid, og kunne bryte dataene ned i forhold til ulike grupper. For små kommuner kan hensynet til bl.a. personvern gjøre slike undersøkelser vanskelige. Det har også vist seg i fbm utarbeidelse av kommunehelseprofiler.

Utvalgsundersøkelser vil være kostnadskrevenne å kjøpe inn for kommunene, og det er usikkert om denne typen undersøkelser vil gi et grunnlag for å kunne sammenlikne data mellom kommuner (vil blant annet kreve standardiserte spørsmål), eller si noe om utvikling over tid på et lavere geografisk nivå i de store kommunene.

Vi forslår at departementet vurderer kritisk nødvendigheten å stille krav om at kommunen har oversikt over forhold som innebærer at kommunene må gjennomføre utvalgsundersøkelser i befolkningen for strengt å oppfylle forskriftens krav.

Det er viktig å ha god nok oversikt for å gjøre riktige prioriteringer og jobbe systematisk, men det må ikke bli så omfattende at uforholdsmessige mye ressurser går med til oversiktsarbeidet fremfor å gjøre noe med det vi allerede har dokumentert.

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

I høringsdokumentet hevdes det at forskriften ikke gir nye eller utvidede krav til kommunene som medfører økonomiske eller administrative konsekvenser. Forskriften legger opp til at kommunene skal inneholde lokale data og foreta analyser av tilgjengelig statistikk. Videre legger forskriften opp til et omfattende tverrfaglig arbeid på ulike nivåer.

Helseoversikt og koordinering av folkehelsearbeidet er svært krevende, spesielt i store kommuner. Sosial ulikhet i helse har kompliserte årsaks mekanismer og krever gjennomgripende, langsiktige og strukturelle tiltak. Denne kompleksiteten kommer tydelig frem i Groruddalssatsingen (2007-2016), et samarbeid mellom staten og Oslo kommune, som har som mål å bedre miljø- og levekårene i Groruddalen. Store ressurser er satt inn både fra stat og kommune, mye positivt har skjedd, men det gjenstår fremdeles store utfordringer, blant annet knyttet til forurensing i dalbunnen, helse- og miljøkonsekvensene av 3 store veier gjennom dalen og boligsammensetningen.

Det liten tvil om at oppfølging av forskriftskrav vil medføre betydelig administrativt arbeid, både når det gjelder analyser og tolkning av data, sørge for å få tilstrekkelig forankring av folkehelsearbeidet og med å innføre ”helse i alt vi gjør” tankegangen i kommunens ulike etater og avdelinger.

### **Kompetanse**

Langsiktig og strategisk folkehelsearbeid krever god folkehelsekompetanse hos de som utarbeider plan- og analysedelen i kommunene. Lovfestet krav til å ansette medisinsk faglig rådgiver i kommunen, betyr ikke automatisk at denne kompetansen blir etterspurt i f. eks, prosessen med å utarbeide kommuneplan.

I forskriftsteksten § 3, heter det at ” *dokumentet skal gi faglige vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold og identifisere folkehelseutfordringer i kommune* ”. Det bør utdypes hva som menes med faglige vurderinger, om det betyr at det stilles krav til at medisinsk faglige - eller epidemiologiske vurderinger må innhentes i forbindelse med utarbeidelse av dokumentet som skal gi en oversikt over helseutfordringene i kommunen.

### **Tilgjengelige oversikter over helsetilstand må presenteres på en nyansert, men forståelig måte**

Forskriften understreker at oversiktsdokumenter som utarbeides skal være allment tilgjengelig slik at frivillig sektor og befolkningen kan få kunnskap og mulighet til å påvirke beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.

Tilgjengelig oversikter er i utgangspunktet positivt, men på en annen side er det viktig å være forberedt på eventuelle negative konsekvenser av allment tilgjengelige oversikter. Kommuner kan ha behov for opplæring i hvordan man skal presentere data på en måte som ikke

stigmatiserer grupper av mennesker. Media elsker elendighetsbeskrivelser, derfor vil det alltid være en fare for at opphoping av negative helsefaktorer vil bli fanget opp og publisert på en måte som stempler enkelte grupper eller geografiske områder. For å unngå stigmatisering er det viktig at kommuner er godt forberedt på å møte denne type utfordringer.

Økt fokus på helsestatistikk kan medføre en fare for at tilsynsmyndigheter og kommunens ledelse blir mer opptatt av å bedre kommunens helseprofil, enn på å vurdere helsekonsekvenser av tiltak som iverksettes og gjennomføre tiltak for å begrense negative helsekonsekvenser. Et eksempel på en slik bevisst strategi er beslutning om å fremme gentrifiseringsprosesser (prosess der et byområde går fra å være et arbeiderklassestrøk til å bli et middelklassestrøk) i slitne byområder. Tilsynelatende positive drivkrefter i en byutvikling, kan også ha negative sider. Det er derfor nødvendig å fremskaffe kunnskap om hvilke konsekvenser dette får for svake grupper som er bosatt i området. Oversikt over helsetilstand vil kanskje vise at folk har fått bedre helse etter at tiltakene ble iverksatt, men problemene kan ha flyttet over kommunegrensen, eller til nabobydel. Konsekvenser av politiske vedtak vil ofte slå forskjellig ut avhengig av hvilke grupper av befolkningen en ser på og bør derfor synliggjøres, slik at eventuelle negative konsekvenser kan forebygges. Opplæring av beslutningstakere i å utrede helsekonsekvenser av valgt politikk bør derfor prioriteres.

**Dersom folkehelseforskriften skal få den tyngde som er ønskelig, mener vi at det må være fokus både på markedsføring av de nye kravene, oppfølging av etterlevelse av lov og forskrift, samt at det øremerkes økonomiske midler til kommunens oppfølging av folkehelseloven og folkehelseforskriften.**

Hilsen

Svein Kvakland  
Leder i Forum for miljø og helse

Kopi til: Styret i FMH