

VEDLEGG

HELSEDIREKTORATETS HØRINGSBREV MARS 2012

VEDRØRENDE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTETS UTKAST TIL FORSKRIFT ETTER FOLKEHELSELOVEN OM OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER

1. Innledning

En forskrift om kommunens og fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer bør utdype hjemmelslovene og danne et hensiktsmessig grunnlag for en mer utfyllende veileder. Forskriften og praktiseringen av den forventes å ivareta og balansere en rekke ulike hensyn over tid. Forskriften bør derfor ha et substansielt innhold som kan anvendes dynamisk og fleksibelt for å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller.

Helsedirektoratet mener at det foreliggende høringsutkast til forskrift i det alt vesentlige er godt gjennomarbeidet og et velegnet utgangspunkt for folkehelsearbeid. Imidlertid har vi forslag til noen presiseringer og mulige forbedringer som kan bidra til at forskriftens intensjon oppfylles enda bedre.

Siden den foreslåtte forskriftsteksten er så vidt overordnet, foreslår vi at departementet utdyper denne noe med relativt kortfattede merknader til aktuelle paragrafer. Dette kan være hensiktsmessig bl.a. for å forklare viktige begrep uten å gjøre forskriftsteksten for lang og komplisert.

Forskriften er tenkt som ett av flere virkemidler for systematisk folkehelsearbeid slik folkehelseloven legger opp til. Sentrale helsemyndigheters og Nasjonalt folkehelseinstituttts veiledning og tilsyn vil kunne bidra til å realisere lovens og forskriftens intensjoner.

2. Krav til oversiktens tematiske innhold

2.1 Prinsipielt

Helsedirektoratet er enig i at forskriften bør stille overordnede krav til oversikt, i prinsippet slik departementet foreslår. Dette vil være i samsvar med folkehelselovens og forskriftens formål, som primært er å danne grunnlag for det brede folkehelsearbeidet i kommunen, jf. Prop.90 L side 103 (spalte 2). En for detaljert oppregning av tema som skal inngå i oversikten, kan fremstå uttømmende og statisk i forhold til både kunnskapsutvikling på området og lokale forhold i den enkelte kommune eller fylkeskommune. Hvilke forhold som bør inn i oversikten, må avgjøres på bakgrunn av den kunnskap som eksisterer om sammenhengen mellom samfunnsforhold og faktorer (positive og negative) som kan ha betydning for folkehelsen.

Videre er det viktig at forskriften gir godt nok grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid, ved å gi tilstrekkelig tydelige føringer for dette.

Helsedirektoratet gir også tilslutning til det brede påvirkningsperspektivet i kravet til oversikt, omtalt av departementet som en årsakskjedemodell. Befolkningens helse påvirkes av kompliserte og overlappende årsakskjeder som spenner fra grunnleggende forhold som økonomi og levekår, via miljøfaktorer som oppvekst- og arbeidsmiljø til risikofaktorer som

helseadferd. For at oversikten skal bidra til å nå folkehelselovens mål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, er det en forutsetning at oversikten har et slikt bredt spenn. At faktorer som oppvekst- og levekår som for eksempel økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning er eksplisitt angitt, vil bidra til å sikre at lokalt folkehelsearbeid anlegges bredt og samfunnsrettet på tvers av sektorer fremfor utelukkende sykdomsforebyggende i tilknytning til helsetjenesten.

2.2 Forholdet mellom folkehelseloven § 7 om tiltak og forskriftsutkastets bestemmelser om hvilke tema oversikten skal omfatte

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal identifisere folkehelseutfordringer og danne grunnlag for å iverksette tiltak for å møte disse. Ved utformingen av forskriftens § 3 og § 4 om krav til oversiktens tematiske innhold er det derfor naturlig å se hen til lovens § 7. Sistnevnte bestemmelse fastsetter bl.a. at kommunens tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer *”kan bl.a. omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold, som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk”*.

Den rekkefølgen de mulige tiltakene nevnes i i § 7, er stort sett naturlig ut fra den nevnte årsakskjedemodellen og ut fra språklige hensyn.¹ Denne rekkefølgen brytes imidlertid i forskriftsutkastet § 3 og § 4, begges første ledd annen setning. Sistnevnte bestemmelser lyder slik: *”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.”* I høringsnotatet vedrørende forskriftsutkastet heter det på side 14: *”Angivelsen av tematisk innhold vil ikke være uttømmende, og områdene vil være overlappende eller kunne beskrives på ulike måter. Forskriftsutkastets forslag vektlegger opplysninger om bakenforliggende faktorer som er nødvendige bl.a. i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller.”*

2.3 Våre kommentarer til utkastets bestemmelse om oversiktens tema

Forskriftsutkastets ord ”påvirkningsfaktorer” bør innledningsvis – eventuelt i merknader – defineres som ”de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsetilstanden i befolkningen”, jf. folkehelseloven § 5.

Ideelt ønsker vi at rekkefølgen av temaer oversikten skal inneholde ifølge forskriftsutkastet § 3 og § 4, i større grad gjenspeiler den ovennevnte årsakskjedemodellen, jf. folkehelseloven § 7.

Når en ikke uttømmende eksempelsamling innebygges i en pliktbestemmelse, kan det generelt oppstå spørsmål ved hva eksempelsamlingen omfatter i forhold til resten av setningen, og følgelig hva som kan suppleres i tolkningsprosessen.² Det kan derfor etter omstendighetene virke ryddig å plassere eksempelsamlingen i en egen setning, jf. nedenfor.

I prosessen med utarbeidelse av høringsnotat om ny folkehelselov spilte Helsedirektoratet inn at ordet levevaner er nokså vidtfavnende og upresist og burde erstattes av ’helsereelatert atferd’

¹ Plasseringen av ”skader og ulykker” mellom ”ernæring” og ”tobakksbruk” kan likevel synes uheldig.

² En ikke uttømmende eksempelsamling vil ofte gi føringer for hvilke ytterligere eksempler som kan inntas.

eller 'helseatferd'. I den grad våre innspill ble tatt til følge³, vil hensynet til ensartet språkbruk ha relevans for forskriftsutkastet som er på høring. En bestemmelse om at oversikten *skal* inneholde opplysninger om levevaner, kan vekke negative reaksjoner i forhold til argumenter om dynamisk tolkning og "privatlivets fred" og ville i alle fall måtte tolkes innskrenkende. Et moment i denne sammenheng er riktignok at oversikten ikke skal inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Ordet levevaner gir i seg selv liten veiledning for kommuner og fylkeskommuner. Også helsebegrepet, og dermed 'helseatferd' er imidlertid meget vidtfavnende. Helsereelatert atferd vil lettere enn (helsereelaterte) levevaner oppfange enkeltstående ulykker med menneskelig årsak. Manglende bruk av bilbelte, svømmevest eller kondom er ikke (nødvendigvis) noen levevane. - Alt i alt er vi kommet til å ville foreslå uttrykket "helsereelatert atferd" til bruk i forskriften.

"(H)elsereelatert atferd/ levevaner" bør defineres eller forklares, enten i forskriften eller i merknader til den, og utdypes i veileder, jf. hensynet til klarhet og brukervennlighet mv. Fysisk aktivitet, ernæring, tobakksbruk samt alkohol- og annen rusmiddelbruk er nevnt i folkehelse-loven § 7. I tillegg vil vi foreslå risikoatferd som en underkategori under helsereelatert atferd. Denne kan dekke relevante forhold innen seksuell helse foruten spillavhengighet og visse andre risikofylte fritidsaktiviteter. Det bør vurderes om en eventuell definisjon av helsereelatert atferd kan og bør være ikke uttømmende, jf. forskriftens dynamiske karakter.

Et par språklige kommentarer: Fordi oversikt er nevnt i utkastet § 3 og § 4, begges første ledd første setning, bør det i bestemmelsenes annen setning stå med bestemt artikkel ("Oversikten skal inneholde .."). Lovens uttrykk i § 7 er "oppvekst- og levekår". I forskriftsutkastet er bindestreken feilaktig utelatt.

Etter dette har vi følgende forslag til endret ordlyd i § 3 første ledd annen setning og § 4 første ledd annen setning i forskriften: "*Oversikten skal inneholde opplysninger om befolkningssammensetning, helsetilstand, oppvekst- og levekår, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, helsereelatert atferd samt skader og ulykker. Som oppvekst- og levekår anses for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. (Med helsereelatert atferd menes (bl.a.) fysisk aktivitet, ernæring, tobakks- og rusmiddelbruk samt risikoatferd.)*"

Helsetilstand, oppvekst- og levekår, miljøfaktorer, helsereelatert atferd samt skader og ulykker bør relateres til befolkningssammensetningen. Befolkningssammensetningen blir dermed et kjernepunkt i oversikten. Dette taler etter vår mening for at ordet befolkningssammensetning gis en mer fremskutt plass enn departementet har gitt det, i oppregningen av tema oversikten skal inneholde.

I eksempelsamlingen knyttet til oppvekst- og levekår foreslår vi altså tilføyd "boforhold". Bo- og inntektsforhold har ofte sammenheng. Boforholdene kan imidlertid ha selvstendig betydning for levekårene blant lavt bemidlede som er henvist til kommunens evne og vilje til å prioritere tiltak for å utbedre sine utleieboliger. Oversikten bør i nødvendig utstrekning formidle kommunens manglende oppfølging, jf. dens ulike roller. - Videre er ordet utdanning erstattet av "utdanningsforhold" i vårt tekstforslag over.

Innvandrere inngår i befolkningssammensetningen. Innvandreres helsetilstand og påvirkningsfaktorer på denne vil ha betydning i oversiktsarbeidet lokalt og regionalt, herunder

³ Fhl § 7 om tiltak har unngått levevaner/ helseatferd som overbegrep. Prop. 90L side 125 benytter termen "helseatferd" og den mer vidtfavnende "individuelle risikofaktorer".

ved identifisering av folkehelseutfordringene. Veilederen til forskriften om oversikt bør omtale dette nærmere.

2.4 Bør skader og ulykker medtas i oppregningen av oversiktens tema?

Skader og ulykker er nevnt bl.a. i folkehelseloven § 7 blant de tema kommunens tiltak kan omfatte, men ikke i forskriftsutkastet §§ 3 og 4 om innholdet i kommunens og fylkeskommunens oversikter.

Alle skader gir seg utslag i helsetilstanden. Ulykke er en hendelse som kan medføre skade. Ifølge folkehelseloven § 5 annet ledd skal (fylkes)kommunens oversikt vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Det vil i denne sammenheng være aktuelt å drøfte de forskjellige typer ulykker som resulterer i skade (i et visst omfang). Skader og ulykker vil således i stor grad dekkes av den påtenkte forskriften selv om de ikke nevnes uttrykkelig i oppregningen av tema i forskriftens §§ 3 og 4. Jf. også skaders og ulykkers årsaker i eller sammenheng med oppvekst- og levekår, fysisk miljø og helserelatert atferd. Å nevne skader og ulykker eksplisitt i både forskriftsteksten og veilederen vil imidlertid kunne ha en pedagogisk og klargjørende effekt. Kommunen og fylkeskommunen vil i sitt arbeid kunne benytte annen ulykkesstatistikk enn helsestatistikk som måtte finnes eller bli utarbeidet. Oversikten kan imidlertid også bero på mer skjønsmessige avveininger, i mangel av statistikk. Et alternativ til (uttrykkelig) pliktregulering i forskrift er her som ellers rådgivning i veileder.

Etter en samlet vurdering er Helsedirektoratet kommet til at ”skader og ulykker” bør nevnes uttrykkelig i temaoppregningene i forskriftsutkastet §§ 3 og 4. Ifølge Prop. 90 L side 130 har lokale data vist seg å være en av de viktigste forutsetningene og drivkreftene for lokalt ulykkes- og skadeforebyggende arbeid. Det blir da viktig at kommunene og fylkeskommunene i oversiktsarbeidet har fokus også på skader og ulykker. Også departementets høringsnotat 21.12.2011 omtaler betydningen av ulykkesforebyggende arbeid.

Den innarbeidede uttrykksmåten ”skader og ulykker” synes å være produkt av en annen systematikk enn den som ellers benyttes i forskriftens oppregning av oversiktens tema. Dette kan tale for at ”skader og ulykker” plasseres til sist i forskriftens oppregning som nevnt.

3. Mer om oversiktens omfang og formål

Oversiktens omfang innenfor hvert enkelt tema vil i prinsippet kunne avhenge av en rekke faktorer, som forhold ved kommunen/fylket, temaets art og betydning, tilgjengelige metoder for å innhente aktuelle opplysninger mv.

Lov og forskriftsutkast sier at kommunen og fylkeskommunen skal ha ”nødvendig oversikt”, og forskriften tilføyer: for å ivareta sitt lovfastsatte ansvar etter §§ 4, 6, 7, 9 og 28 for kommunenes vedkommende og §§ 20 og 21 for fylkeskommunenes. I ordene ”nødvendig oversikt” synes å ligge et krav til oversiktens omfang pr. gitte tidspunkt (statisk) og til hyppigheten av oversiktens oppdatering (dynamisk). Det statiske og det dynamiske element må ses i sammenheng.

Også forskriftens formål og forsvarlighetsnormen er relevante i spørsmålet om oversiktens omfang statisk og dynamisk. Disse følger av folkehelseloven § 1, som bør vurderes tilføyd til de nevnte paragrafoppregningene. Forsvarlighetsstandarden er fleksibel og vil ta opp i seg samfunnsendringer over tid og vurderinger av forholdsmessighet. Ved at man i forskriften

tydeligere trekker inn folkehelselovens forsvarlighetsnorm kan man signalisere både at det ikke er meningen å stille kommunene og fylkeskommunene overfor urimelige krav, og at det legges opp til et kontinuerlig forbedringsarbeid.⁴

Helsedirektoratet mener at hva som nærmere ligger i ”nødvendig oversikt” – både med tanke på langsiktig og løpende oversikt -, bør utdypes eller eksemplifiseres i veileder, eventuelt også kort omtales i merknader til forskriften. Vi tillegger at nødvendighetskriteriet nok vil måtte tolkes noe forskjellig for henholdsvis kommunenes og fylkeskommunenes plikt til å ha oversikt. Vi viser til kommunenes og fylkeskommunenes ulike roller i forvaltningen.

Som nytt annet ledd i forskriftens § 1 foreslår vi tilføyd: ”*Formålet med oversikten over helsetilstanden og faktorer som kan virke inn på denne, er å danne et kunnskapsbasert grunnlag for folkehelsearbeid på kort og lang sikt, det vil si for arbeid med kommunal og regional planstrategi og plan, tiltak samt evaluering av måloppnåelse.*” Hensikten med forslaget er å vise bredden i både det løpende og langsiktige oversiktsarbeidet, jf. illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet i kommuner, inntatt side 8 i departementets høringsnotat.

4. Forholdet mellom løpende og langsiktig folkehelsearbeid – Forskriftens struktur

4.1 Generelt

Ordlyden i lovens § 5 er generell, idet den ikke skiller mellom løpende og langsiktig oversikt på samme måte som departementets forskriftsutkast. Etter forskriftsutkastet er flere av lovens fellesregler for løpende og langsiktig oversikt knyttet til det *dokumentet* som skal utarbeides hvert fjerde år. Imidlertid må identifisering av folkehelseutfordringer og faglige vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold i nødvendig grad inngå også i det løpende oversiktsarbeidet. (Om skriftlighetskravet se nedenfor.) Reelle hensyn taler for at det må være sammenheng mellom langsiktig og løpende oversiktsarbeid. Gjennom det langsiktige arbeidet legges viktige føringer for det løpende arbeidet, og omvendt. Den løpende oversikten forutsettes i nødvendig grad å fange opp også forhold eller utvikling som manifesterer seg i periodene mellom planlovgivningens fireårsintervaller.

Helsedirektoratet foreslår etter dette følgende ordlyd i og disposisjon av forskriftsutkastet § 3 om *kommunens arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*:

*”Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å ivareta sitt ansvar etter folkehelseloven §§ 1, 4, 6, 7, 9 og 28.”*⁵

Oversikten skal inneholde opplysninger om befolknings sammensetning, helsetilstand, oppvekst- og levekår, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, helse relatert atferd samt skader og ulykker. Som oppvekst- og levekår anses for eksempel økonomiske vilkår, bo- og

⁴ Jf. KS's synspunkt at målene i folkehelseloven ikke kan nås uten betydelig økning i økonomiske og administrative ressurser til kommuner og fylkeskommuner, samt Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer om dette i høringsnotatet om ny folkehelseforskrift kap. 10. Om forventning om kontinuerlig forbedringsarbeid se bl.a. den såkalte rammeforskriften (2010 nr. 158) etter petroleumsloven som inneholder en forsvarlighetsstandard, og hvis formål bl.a. er å videreutvikle og forbedre helse, miljø og sikkerhet.

⁵ Alternativt: ”.. etter §§ 4, 6, 7, 9 og 28 jf. § 1”.

arbeidsforhold og utdanningsforhold. Med helserelatert atferd menes fysisk aktivitet, ernæring, tobakks- og rusmiddelbruk samt risikoatferd.

Oversikten 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. Kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk skal vurdere om det er spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen.

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

Som en del av det langsiktige oversiktsarbeidet skal kommunen hvert fjerde år utarbeide et dokument med relevante opplysninger. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 10-1. Dokumentet skal ikke inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 1. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med dokument etter dette ledd.”

Utkastets § 4 om fylkeskommunens arbeid med oversikt kan redigeres tilsvarende, med tillegg av avsnittet om fylkesvise helseundersøkelser. Bestemmelsen om at det løpende oversiktsarbeidet skal dokumenteres på hensiktsmessig måte, bør gjentas her, se nedenfor.

4.2 Eksempler på løpende og langsiktig folkehelsearbeid

I høringsnotatet side 14 heter det bl.a.: ”Eksempel på løpende oppgaver er miljørettet helsevern og smittevern. Utbrudd av smittsomme sykdommer og forurensning av luft eller drikkevann vil være folkehelseoppgaver som må håndteres når de oppstår. Løpende oversikt kan videre omfatte for eksempel vaksinasjonsstatus og potensielt forurensende virksomheter. Det langsiktige folkehelsearbeidet som skal forankres i planer etter plan- og bygningsloven, forutsetter en mer helhetlig gjennomgang.”

Helsedirektoratet er for så vidt enig i dette, men vil bemerke at perspektivet på det løpende oversikts- og øvrige folkehelsearbeidet bør utvides, se over om gjensidig avhengighet mellom langsiktig og løpende oversiktsarbeid. Forhold som bør ha betydning for kommunens vurdering av utfordringsbildet innen folkehelse, må fanges opp i det løpende oversiktsarbeidet. Dette gjelder hva enten forholdene vedrører for eksempel levekår eller helserelatert atferd. Vi viser til høringsnotatet til forskriften side 20 øverst, der nedleggelse av en hjørnestensbedrift i lokalsamfunnet er nevnt som eksempel på forhold som vil kunne få betydning for løpende oversiktsarbeid. Et annet eksempel kan være dersom den årlige elevundersøkelsen viser en markert stigning i andel elever som opplever mobbing i skolen. Også den årlige kommunehelseprofilen kan gi ny relevant informasjon for det løpende oversiktsarbeid.

Vedrørende oversikt vises også til forskrift 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern § 5, som ikke skiller mellom langsiktig og løpende oversikt. Ytterligere innspill om oversikt vil kunne være aktuelt i forbindelse med revisjon av sistnevnte forskrift.

Smittevernarbeid, for eksempel på området seksuell helse, slik som forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner og hiv, må også være en del av kommunenes langsiktige folkehelsearbeid. På lik linje som for de andre folkehelse temaene er graden av suksess i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på dette området avhengig av (oversikt over) de samme påvirkningsfaktorene som for eksempel psykisk helse og bruk av rusmidler.

5. Krav til dokumentasjon

Spørsmålene om oversiktens omfang og om dokumentasjon har nær sammenheng.

Helsedirektoratet er enig i at det bør stilles krav om utarbeidelse av dokument knyttet til plan- og bygningslovens fireårs-syklus, i tillegg til løpende oversiktsarbeid.

Kommunen og fylkeskommunen er i forskriftsutkastet gitt relativt stor frihet til å utforme sin dokumentasjon. Dette vil være nødvendig fordi kommunene og fylkeskommunene har ulike forutsetninger for arbeidet (herunder kompetanse, ressurser, m.v.), ulike folkehelseutfordringer, forskjellig organisering av folkehelsearbeidet, ulike interne og eksterne samarbeidstradisjoner mv. Det er imidlertid viktig at denne friheten ikke svekker muligheten for å oppnå forskriftens formål. Kommunens og fylkeskommunens dokumentasjon må gi en reell, begrunnet beskrivelse av folkehelseutfordringene og utviklingen på området. Dokumentasjonen må være egnet til å kunne sammenlignes med andre kommuners og fylkers dokumentasjon. Dokumentet skal først og fremst være et anvendelig handlingsgrunnlag for faglige og politiske beslutninger. Dessuten skal dokumentet være allment tilgjengelig og forståelig slik at frivillig sektor og befolkningen får et tilstrekkelig grunnlag for medvirkning i det lokale folkehelsearbeidet. Dokumentasjonskravene må utformes og tolkes på denne bakgrunn.

Kravet om at oversikten skal være skriftlig, følger av folkehelseloven § 5 og gjelder for både kommuner og fylkeskommuner. Men et skriftlighetskrav er bare et formkrav som utfyller andre - materielle eller prosessuelle - bestemmelser. I forskriftsutkastet foreslås at kommunens løpende oversiktsarbeid skal dokumenteres på hensiktsmessig måte. Heri synes å ligge et betinget krav til dokumentasjonens innhold, form (skriftlighet), hyppighet mv.

Vi tolker departementets uttalelser side 18 i høringsnotatet slik at kommunens løpende oversikt må foreligge skriftlig, som ett eller flere notat eller dokument, i den utstrekning dette (bør) anses hensiktsmessig. Kommunens vurdering vil kunne overprøves av tilsynsmyndigheten. Dette ivaretar hensynet til lokalt selvstyre innenfor folkehelselovens forsvarlighetskrav.

Forholdet mellom de relevante materielle og prosessuelle spørsmål (om oversiktens omfang og dokumentasjonen av den) og mellom lovens skriftlighetskrav, kommunens plikt ifølge forskriften til å dokumentere det løpende oversiktsarbeidet på hensiktsmessig måte og fylkeskommunens eventuelt manglende tilsvarende plikt kan synes vanskelig og bør vurderes ytterligere klargjort, eventuelt i veileder.

6. Særlig om fylkeskommunen

Slik det foreligger, kan forskriftsutkastet skape tvil om fylkeskommunens plikt til løpende oversiktsarbeid. Også denne plikt beror på tolkning av forskriftens uttrykk "nødvendig oversikt".

Blant annet vil løpende oversiktsarbeid være aktuelt for de tjenester fylkeskommunen har ansvar for, som offentlig tannhelsetjeneste og innenfor deler av opplærings- og samferdselssektoren. Disse tjenester vil kunne gi verdifulle bidrag til en bred, løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. De vil oftere enn hvert fjerde år kunne supplere det bildet av virkeligheten som kommunenes løpende oversikt synes å tegne. At den løpende oversikten omfatter opplysninger vedrørende de skoler mv. som kommunen har ansvar for, men ikke fylkeskommunens, kan virke uheldig.

Også på kommunenes ansvarsområder innen folkehelse synes folkehelseloven å legge opp til at fylkeskommunen skal ha en viss oversikt. Vi viser til folkehelseloven § 21 og forskriftsutkastet § 4. Formålet med fylkeskommunens oversikt er at den skal kunne ivareta sitt ansvar innen bl.a. regional utvikling og planlegging, samt understøtte kommunenes, og være pådriver for og samordne fylkets, folkehelsearbeid. Disse formål vil i større grad kunne oppfylles dersom fylkeskommunen har klar, generell plikt til løpende oversiktsarbeid, og til å dokumentere dette. Utviklingen på folkehelseområdet bør, som for andre innsatsområder/temaer i fylkesplanen, inngå i den årlige/ løpende oppdateringen som skjer gjennom revidering av mål, strategier, handlingsprogram mv.

7. Faglig kompetanse

Folkehelseloven § 27 pålegger kommunen plikt til å ha samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgavene etter loven.⁶ Tilsvarende krav stilles ikke til fylkeskommunen. Det vises her til andre løsninger, f. eks. gjennom etablering av analyseenheter for regional utvikling.

Når faglig kompetanse vektlegges i så vidt stor grad i folkehelsearbeidet, jf. høringsnotatet, er det et spørsmål om ikke dette bør tydeliggjøres i selve forskriften, overfor både kommunen og fylkeskommunen. Kravet til oversikt forutsetter faglig kompetanse innenfor et vidt fagområde, også utover det tradisjonelle samfunnsmedisinske fagområde. Ut fra dette har vi utarbeidet følgende forslag til egen forskriftsbestemmelse: ”Kommunen og fylkeskommunen skal sikre tilgang til nødvendig tverrfaglig kompetanse i arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.” En veileder kan gjøre rede for behovet for slik kompetanse i kartlegging og analyse mv. Med nødvendig tverrfaglig kompetanse menes i denne sammenheng fagkompetanse som utfyller hverandre fra (samfunns)medisinske og andre fagområder som samfunnsfag m.m.

I utgangspunktet anser vi at forskriftshjemmelen i § 5 dekker krav om nødvendig tverrfaglig kompetanse. At pliktsubjektet må ha *nødvendig kompetanse* for å oppfylle de krav regelverket stiller det overfor, er i og for seg selvsagt og har gjeldt også tidligere. Kravet til *tverrfaglighet* er funksjonelt utformet og tenkt tilpasset lokale forhold, slik at resultatet blir forholdsmessig. Kommunen og fylkeskommunen vil dermed selv måtte ta stilling til hvilken tverrfaglig kompetanse som er nødvendig i deres oversiktsarbeid, jf. folkehelselovens forsvarlighetsnorm. På denne bakgrunn anser vi ikke en bestemmelse som her foreslått for å ha administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning.

⁶ Prop. 90 L, spesialmotivene til folkehelseloven § 31 om tilsyn synes noe mer dynamisk. I forbindelse med forutsetningen om kommunens faglig funderte oversikt nevnes her ”kompetanse i epidemiologi, som samfunnsmedisin eller lignende”. ”Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse ved å forestå analyser .. samt krav til at vurderingene er uavhengige av andre hensyn, som politikk, økonomi mv.”

Helsedirektoratet anser det viktig at kommunene og fylkeskommunene får tilbud om veiledning av Folkehelseinstituttet i innhenting, tolkning og/eller bruk av data, utarbeidelse av statistikk mv.

8. Befolkningsundersøkelser

Helsedirektoratet støtter som utgangspunkt utkastets forslag til bestemmelser om samordning og standardisering av fylkeshelseundersøkelser.

Muligheter for sammenlignbarhet mellom ulike geografiske nivå (kommuner/ kommunetyper/ regioner) er svært viktig for nytten av data både lokalt og nasjonalt. Det må antas at svært mange av spørsmålene kan være felles for alle. Nasjonale tall er helt avhengig av presise og enhetlig bruk av definisjoner og metode for gjennomføring. Som det påpekes, vil det være ulikheter både når det gjelder ressurser og kompetanse til å frembringe dokumentasjon. Det er derfor viktig at staten bidrar best mulig for å utjevne slike forskjeller og for å sikre et best mulig grunnlag for alle i folkehelsearbeidet. Statlig bidrag til å sikre gode undersøkelser for lokal planlegging ligger i å tilrettelegge både metodisk og for sammenlignbarhet. Ifølge departementets forskriftsutkast er dette valg ved at Folkehelseinstituttet skal tilby et opplegg. Helsedirektoratet mener at det er viktig med en nasjonal ramme, men også at rommet for regional/ lokal tilpasning blir ivaretatt.

Grunnleggende prinsipper om myndighets- og ansvarsfordeling, faglige argumenter og økonomiske hensyn vil være viktige for utformingen av forskriften. Når det gjelder undersøkelser rettet mot voksenalderen, bør det være mulig å utvikle en forvaltningsmessig modell som så vidt mulig sikrer et samordnet datasett på nasjonalt nivå, samtidig som lokale behov ivaretas. En sikrere ordning innebærer et mer standardisert statlig tilbud og kan utformes slik som i Danmark eller Sverige, der en nasjonal aktør gjennomfører undersøkelsene og inviterer fylkeskommunene til å delta. Disse betaler seg inn i et standard basisdatasett, og kan eventuelt legge til egne spørsmål, og yter metodisk bistand i gjennomføringen. Dette sikrer nasjonale tall ut fra basisdatasettet og gir samtidig rom for lokale spørsmål som finansieres i tillegg. Undersøkelsen kan gå hvert fjerde år, og dermed samkjøres med planperiodene. Spesielt en ordning der fylkeskommunene deltar finansielt mv., vil imidlertid kunne medføre rettslige, økonomiske og praktiske problemer. Blant annet vil spørsmål om forholdsmessighet, kommunalt selvstyre og konkurranselovgivning kunne skape problemer. Vi mener at det bør utvikles et felles, nasjonalt system for datainnsamling, av en slik art og på en slik måte at det blir enkelt å anvende og de relevante aktører slutter opp om det.

Ifølge utkastet til forskriftens § 5 annet ledd skal Nasjonalt folkehelseinstitutt sørge for at det utarbeides maler med prosedyrer for datainnsamling og -behandling. Folkehelseinstituttet vil altså ikke etter denne bestemmelse bli pålagt noen plikt til selv å utarbeide maler som nevnt, slik utkastet § 4 nest siste ledd antyder. Helsedirektoratet mener at utkastets § 4 nest siste ledd bør tilpasses noe bedre til § 5 annet ledd. Dette kan skje ved at slutten i § 4 nest siste ledd endres til ”maler for innhold og gjennomføring som nevnt i § 5 annet ledd”. Man oppnår da større fleksibilitet med hensyn til det prosessuelle jf. utnyttelse av faglig (spiss)kompetanse. Vi vil i denne sammenheng peke på den løsningen som for perioden 2012-2013 er valgt mht ungdomsundersøkelser, knyttet til UNGdata. Dette skjer i et nært samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Folkehelseinstituttet, NOVA og KS.

9. Medvirkning

En aktuell problemstilling er i hvilken grad kommunen/ fylkeskommunen skal ha plikt til å tilrettelegge for frivillig sektors og befolkningens deltakelse i folkehelsearbeidet. Å utarbeide oversikten, herunder identifisere folkehelseutfordringene, anses i stor grad som en tverrfaglig oppgave som må løses kunnskapsbasert. Frivillig sektors og befolkningens innspill mv. vil kunne inngå i oversiktsarbeidet.

Ifølge folkehelseloven § 6 bør en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer inngå i planstrategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Jf. prinsippene i plan- og bygningsloven om kommunens ansvar overfor grupper med behov for spesiell tilrettelegging for medvirkning. Sistnevnte lov aktiviseres imidlertid først i forbindelse med kommunal planstrategi. Det bør legges opp til reell medvirkning for et bredt, representativt utvalg av befolkningen – av flere grunner:

- *Demokratiperspektivet:* For det første er det, generelt, en demokratisk rett å medvirke i utformingen av sitt lokalsamfunn. Deltakerdemokratiet bidrar til å utdype og forsterke lokaldemokratiet og derigjennom til større grad av politisk bevissthet om avveininger og prioriteringer, bl.a. om folkehelseutfordringer. Et lokalpolitisk engasjement er ofte utgangspunkt og grunnlag for et nasjonalt politisk engasjement.
- *Kvalitetsperspektivet:* Oversiktsarbeidet vil i stor grad bygges opp med basis i både kvantitative og kvalitative metoder. Oversikten skal være kunnskapsbasert. Likevel vil det i praksis være vurderinger i oversikten som baseres på skjønn, siden kunnskapsgrunnlaget kan være noe ”tynt”. En tilrettelagt, bred medvirkningsprosess vil på mange måter kunne kvalitetssikre oversikten og dens grunnlag, og innretningen i planarbeidet vil dermed bli styrket.
- *Styrket eierforhold* til planarbeidet og prioriterte/ iverksatte tiltak.

Helsedirektoratet foreslår på denne bakgrunn følgende endringer i forskriftsutkastet § 6:

- Overskriften endres fra ”Informasjon til befolkningen” til ”Informasjon og medvirkning”
- Ordene ”får kunnskap” endres til ”får tilgang til nødvendig informasjon”
- Ordene ”for å påvirke” (nesten til slutt) endres til ”for å medvirke i”

Ny ordlyd i bestemmelsen blir da: ”*Informasjon og medvirkning.*”

Kommunens og fylkeskommunens oversiktsdokument etter §§ 3 og 4 og folkehelseprofiler fra Nasjonalt folkehelseinstitutt etter § 5 skal være allment tilgjengelig slik at frivillig sektor og befolkningen får tilgang til nødvendig informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.”

Etter direktoratets mening gir folkehelseloven hjemmel for de endringer vi her foreslår. Vi viser for det første til folkehelselovens formål samt § 4 og § 20 om henholdsvis kommunens og fylkeskommunens generelle plikter. Befolkningen betyr i disse bestemmelser prinsipielt hele befolkningen. At (fylkes)kommunen må tilstrebe tilstrekkelig bredde i sin lokale kunnskap om påvirkningsfaktorer, kan leses som en forutsetning i bestemmelsen i folkehelseloven § 5 første ledd c). ”*Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt*”, jf. § 5 siste setning. Ordlyden ”krav til kommunens oversikt” bør språklig kunne tolkes slik at det også omfatter krav til fremgangsmåten ved frembringelse av oversikt. Kommunen organiserer imidlertid sin virksomhet innenfor vide rammer og det kommunale selvstyret. Et mer overordnet krav om tilrettelegging for medvirkning, uten

detaljkrav med hensyn til hvordan man skal oppnå dette, bør imidlertid kunne forsvares. Det forutsettes en grensedragnings mot folkehelsesloven § 7 som ikke inneholder noen forskriftshjemmel.

Vi går ut fra meningen er at det er det fireårige dokumentet som skal være allment tilgjengelig for medvirkning etter denne bestemmelse. Allmennhetens innsyn i dokumenter som måtte bli utarbeidet for eller inneholde løpende oversikt, vil bero på offentlighetsloven.

10. Utfyllende kommentarer

10.1 Faren for stigmatisering

Om kommunens og fylkeskommunens oversikter heter det i forskriftsutkastets § 3 tredje ledd siste setning og § 4 annet ledd siste setning at dokumentet ikke skal inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Ifølge utkastets § 6 skal kommunens og fylkeskommunens oversiktsdokument samt folkehelseprofilene være allment tilgjengelige for frivillig sektor og befolkningen. Helsedirektoratet tar til etterretning at departementets høringsnotat til forskriftsutkastet desember 2012 ikke legger opp til endringer i lovgivningens alminnelige regler om taushetsplikt og personvern, jf. helseregisterloven og helseforskningsloven.

Stigmatisering kan i denne sammenheng problematiseres i forhold til (a) grupper av befolkningen og (b) enkeltindivider som medlemmer av en eller flere slike grupper, eller deres nærstående. Distinksjonen i denne sammenheng mellom individ og gruppe viskes ut bl.a. når enkeltindivider lett kan assosieres med en gruppe, for eksempel på grunn av ytre fakta som hudfarge eller bostedsadresse.

Lovens ord er bindende. Man kan ikke unnlate å medta i oversikten noe som må inngå for at oversikten skal fylle sine formål. Sosiale og helsemessige problemer samt sosiale helseforskjeller må omtales i oversikten i nødvendig grad. En annen sak er at karakteristikk kan gis en nøytral, ikke stigmatiserende *form*. Man må ha faglig belegg for det man hevder, eventuelt bør man gi uttrykk for tvil beheftet med saken. Hvis en folkehelseutfordring er relatert til flere befolkningsgrupper, vil det (kunne) være uheldig bare å trekke frem en av disse i oversikten. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet bør kunne veilede om presentasjon av data på en slik måte at stigmatisering unngås. Akseptert formål, saklig form, faglig innhold og balanserte avveininger bør i stor grad kunne forebygge eventuelle innvendinger om stigmatisering. Åpenhet kan for øvrig også være egnet til å skape et bedre og mer tolerant samfunn på sikt. Man kan få større grad av konsensus i samfunnet om nødvendige utbedrende tiltak. Stigmatiseringsfaren bør ikke føre til minsket oppmerksomhet om og utsatt løsning av folkehelsepolitiske utfordringer som i mellomtiden vil kunne øke.

En del funn kan for øvrig vanskelig gi grunnlag for stigmatisering, for eksempel antall benbrudd eller lignende. For eksempel er antall lårhalsbrudd i Norge 10.000 årlig. Det vil si at i en kommune med 2000 innbyggere vil det statistisk være fire lårhalsbrudd årlig. Dette er små tall i små kommuner, tall som på kort sikt kan variere på grunn av tilfeldigheter. Over tid kan det imidlertid være mulig for kommunene å se statistisk signifikante trender. Også for små kommuner kan det således være interessant å få - og med tiden eventuelt presentere - oversikt over ikke sensitive data, selv om de refererer til antall under fem. Antall selvmord og/eller selvmordsforsøk i små kommuner vil på den annen side være eksempel på data som fortjener høy grad av diskresjon.

10.2 Annet

Helsedirektoratet mener at ”folkehelseforskriften” er en uheldig kortbenedelse på den foreslåtte forskriften, som bare vil utfylle én – riktignok viktig – del av folkehelseloven.

Vi går ut fra departementet har vurdert komprimering av de nokså likelydende bestemmelsene i forskriftutkastet §§ 3 og 4 om henholdsvis kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, i forhold til andre hensyn ved utformingen av regelsettet.