



MOLDE KOMMUNE

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.: 22/992

Dato:

Høring til folkehelsemelding

Molde kommune viser til høringsbrev datert 02.03.2022 om innspill til stortingsmelding om folkehelsepolitikken. Høringsfrist angitt til 13.04.2022. Departementet stiller i brevet spørsmål til høringsinstansene. Molde kommune vil i høringssvaret fokusere på spørsmålene knyttet til «folkehelsearbeid i kommunene» og «strukturelle virkemidler i folkehelsearbeidet».

Det er en utfordring at folkehelsearbeidet i kommunene ofte er knyttet til ressurspersoner som har dette som en arbeidsoppgave. Dette enten det er folkehelsekoordinatorer eller kommuneoverleger. I mange kommuner er ansvar og myndighet knyttet til folkehelselovens bestemmelser delegert til kommuneoverlege eller andre som organisatorisk er tilknyttet helsetjenesten. Dette vil kunne resultere i at andre deler av den kommunale forvaltningen i mindre grad fokuserer på det «daglige» folkehelsearbeidet. Vår oppfatning er at folkehelsearbeidet må gjøres til en ordinær del av den kommunale forvaltningen. Dette vil kreve endringer i lovgivingen knyttet til hvordan folkehelsearbeid skal gjøres.

Kommuneoverlegens rolle

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5

«Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelegen plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningsentral.

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.»

Videre framgår det av folkehelseloven § 27:

*«Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:
a. samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,*

- b. hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og*
- c. andre oppgaver delegert fra kommunestyret.*

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.»

En kartlegging gjort av kommuneoverlegen i Molde kommune viser at «kommunelegen» er gitt direkte myndighet etter følgende lover med tilhørende forskrifter:

- Smittevernloven med tilhørende:
 - forskrift om tuberkulosekontroll
 - forskrift om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker
 - forskrift om gjennomføring m.m. av undersøkelser for smittsom sykdom av biologisk materiale for ikke-diagnostiske formål
 - forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften)
 - forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd
 - forskrift om skadedyrbekjempelse
 - forskrift om varsling av og tiltak ved hendelser av betydning for internasjonal folkehelse
- Atomenergivirksomheten.
- Helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon.
- Lov om apotek med tilhørende forskrift om apotek.
- Helsepersonelloven.
- Straffegjennomføringsloven med tilhørende forskrift om straffegjennomføring.
- Psykisk helsevernloven med tilhørende forskrift om psykisk helsevern.
- Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. med tilhørende:
 - forskrift om overvåkning av og kontroll med forekomst av salmonella i ferskt kjøtt
 - forskrift om overvåkning av og kontroll med forekomsten av salmonella i levende storfe og svin.
- Folkehelseloven.

I svært mange kommuner er ansvar/myndighet gitt til «helsemyndighet» og «medisinskfaglig rådgiver» delegert videre til kommuneoverlege. I tillegg er ofte kommunestyrets myndighet etter folkehelselovens bestemmelser med tilhørende forskrifter også delegert kommuneoverlegen.

Følgelig er kommuneoverlegen ofte også gitt ansvar/myndighet etter følgende lover med tilhørende forskrifter:

- Folkehelseloven med tilhørende:
 - forskrift om miljørettet helsevern
 - forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
 - forskrift om om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.
- Helseberedskapsloven.
- Helse- og omsorgstjenesteloven.
- Helsepersonelloven (bl.a. § 18).
- Helsetilsynsloven.
- Pasient- og brukerrettighetsloven.
- Smittevernloven.
- Strålevernloven med tilhørende forskrift om strålevern og bruk av stråling
- Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. med tilhørende:
 - forskrift om vannforsyning og drikkevann
 - forskrift om gjødselsvarer mv. av organisk opphav
- Tobakkskadeloven.

- Forurensningsloven med tilhørende forskrift om begrensning av forurensning.

Folkehelseloven stiller ingen kompetansekrav til kommunen utover at de skal ha «nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse» og at det «skal ansettes en eller flere kommuneoverleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen». Felles for de fleste av overnevnte lovpålagte oppgavene er at de er knyttet til forhold som har betydning for folkehelsen. Dette avgrensede kravet til kompetanse er trolig en vesentlig del av forklaringen til at så vidt mange folkehelserelaterte lovgitte oppgaver enten direkte eller indirekte (ved delegering) blir lagt til kommuneoverlegen.

Det er ikke i folkehelseloven, tilhørende forskrifter eller i Helsedirektoratets veileder «Systematisk folkehelsearbeid» sagt noe om hva som menes med «samfunnsmedisinsk kompetanse». Departementet bør i folkehelseloven spesifisere at det er et krav til at kommuneoverlegen enten skal være spesialist i samfunnsmedisin eller være i spesialisering. Dette vil sikre at kommunen har en medisinsk rådgiver med tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse. Dette slik at folkehelsearbeidet ivaretas *kompetansemessig* i kommunen.

Oppgaveporteføljen hvor kommuneoverlegen har en sentral rolle er utvilsomt omfattende. Det er grunn til å spørre om det reelt sett er kapasitet i kommunene til å oppfylle kravene som stilles til folkehelserelaterte oppgaver, herunder om kommuneoverlegefunksjonen er tilstrekkelig dimensjonert. Dimensjoneringen av den samfunnsmedisinske kompetansen vil må ta høyde for at mange oppgaver er tilnærmet like ressurskrevende enten kommunen er stor eller liten. Samtidig vil det også være mange oppgaver som er «volum-avhengige».

Beredskapsarbeid bygger på fire grunnleggende prinsipper; ansvarsprinsippet, likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samvirkeprinsippet. Molde kommune mener at folkehelsearbeid i hovedsak også bør disse prinsippene:

- Ansvarsprinsippet: Den virksomheten/enheten/ansatte/funksjonen som har ansvar for et fagområde skal også ha ansvaret for folkehelsearbeidet knyttet til dette fagområdet.
- Likhetsprinsippet: Folkehelsearbeid skal organiseres som en del av den ordinære daglige driften.
- Nærhetsprinsippet: Folkehelsearbeid skal i det daglige håndteres på lavest mulig nivå i organisasjonen.
- Samvirkeprinsippet: Virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke mellom relevante aktører i folkehelsearbeidet.

Fylkeskommunen og statlige myndigheter (statsforvalterne, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet) er gitt ansvar etter folkehelselovens kapittel 4 og 5. Eksempelvis er skal statsforvalterne «bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner». Statsforvalterne skal er også klageinstans, jf. folkehelseloven § 19 for vedtak som er truffet av kommunen eller kommunelegen etter kapittel 3 om miljørettet helsevern.

Det er etter Molde kommunes oppfatning en svakhet at det *ikke* stilles krav om samfunnsmedisinsk kompetanse for å sikre et faglig forsvarlig folkehelsearbeid i fylkeskommunene og i de nevnte statlige myndighetene.

Det er stor variasjon i hvordan kommunene bruker sin(e) (samfunns)medisinske rådgivere. I Molde kommune er kommuneoverlegen fast medlem av kommunens kriseledelse. Dette sikrer samfunnsmedisinsk involvering i alle beslutninger som tas av kriseledelsen. Kommuneoverlegen er også organisatorisk direkte knyttet til kommunedirektør/ass. kommunedirektør, samt til kommunalsjef helse- og omsorg. På den måten sikrer kommunen at det på øverste beslutningsnivå er tilgjengelig samfunnsmedisinsk kompetanse, og at denne involveres i beslutninger som tas.

Molde kommune mener at departementet må vurdere:

- om kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse skal konkretiseres/defineres
- å fastsette et «normtall» for å sikre at kommunene har tilstrekkelig (samfunns)medisinsk kompetanse tilgjengelig
- om det er en hensiktsmessig oppgavetildeling til kommuneoverlegen gitt direkte gjennom lov
- om det skal settes begrensninger for delegering av arbeidsoppgaver knyttet til folkehelsearbeid
- om folkehelsearbeid pålagt gjennom lov og forskrift skal tydeliggjøres og/eller innarbeides i «ordinær lovgivning»
- om samfunnsmedisinske kompetanse skal tydeliggjøres eller kreves i forvaltningen av annet lovverk enn folkehelseloven
- å tydeliggjøre hvordan samfunnsmedisinske kompetansen skal brukes, herunder om det skal gis krav eller anbefalinger om organisatorisk plassering
- å stille krav til samfunnsmedisinsk kompetanse i fylkeskommunale- og statlige myndigheter med ansvar etter folkehelseloven

Tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Folkehelsearbeid er sektorovergripende, noe som også fastslås i Hurdalsplattformen: «Forebygging og helsefremmende arbeid må skje på alle samfunnsområder».

Folkehelseloven understøtter også dette, ved at det er kommunen, og ikke spesifikt helsetjenesten, som har ansvar for kommunens folkehelsearbeid. Dette bør gjenspeiles i ny folkehelsemelding tydeligere enn det er i gjeldende lovverk. Forslag til hvordan det tverrsektorielle ansvaret for folkehelse skal bli tydeligere:

- Alle samfunnssektorer på nasjonalt nivå må ta ansvar for folkehelsearbeidet (helsefremmende og forebyggende arbeid), slik det forventes at kommunen skal fremme folkehelse «... innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting» (Folkehelseloven § 4). Dette ansvaret må gjenspeiles i de ulike lover, forskrifter, veiledere og handlingsplaner som er styringsdokumenter for hver enkelt sektor. Et sterkere lovfestet ansvar for folkehelsearbeidet i alle sektorer vil gjøre det tverrsektorielle folkehelsearbeidet som forventes av kommunene mye enklere. Slik det er nå, er folkehelsearbeidet ofte avhengig av enkeltpersoner, det kan være kommunelege, folkehelsekoordinator eller en annen person med særskilt ansvar for folkehelse i sin stilling. Dette blir en sårbar situasjon, som kan medføre at kommuner med manglende kompetanse på folkehelseområdet nedprioriterer arbeidet.
- Plan- og bygningsloven, med tilhørende forskrifter og veiledere, er svært sentral. Folkehelseloven fastslår kommunens ansvar for at folkehelsehensyn ivaretas i all planlegging, og det har siden folkehelseloven trådte i kraft vært en utvikling mot at folkehelsehensyn får en tydeligere plass i forskrifter og veiledere. Men her er en ikke i mål, det må sterkere og mer konkrete formuleringer til før folkehelsehensyn blir tatt med på samme måte som andre hensyn (estetikk, naturmangfold, kulturminner....) i plan- og byggesaker. Vi anbefaler at det blir satt inn formuleringer innen folkehelse tema som er konkrete og enkle å forholde seg til for saksbehandlere i plan og byggesaker, og som er like styrende som for andre tema som skal hensyntas.
- Også i annet lovverk, som innen oppvekst, kultur og arbeidsliv bør konkretisering og ansvarliggjøring av folkehelseansvaret lovfestes. Et konkret eksempel kan være en time fysisk aktivitet om dagen i skolen.

Kunnskapsbehov

Det er behov for mer kunnskap generelt i folkehelsearbeidet. Dette omtales på en grundig måte i innspill til meldingen fra Folkehelseinstituttet. Kunnskapen er spesielt manglfull innen tema som omhandler helsefremmende tiltak. Vi ønsker å trekke fram følgende tema:

- Hvordan skal byutvikling, tettstedsutvikling bli mest mulig helsefremmende, dvs hvilke moment er det viktig å ta med i planlegging innen by- og tettstedsutvikling? Selv om en vet en god del, er det fortsatt mangelfull kunnskap innen dette området.
- Hvilken betydning har helsefremmende og forebyggende arbeid i barnehage og skole? Hvilke tiltak er effektive for å fremme helse for barn og unge? Her er det også kunnskapen mangelfull.
- Hva er effektive tiltak mot sosiale helseforskjeller? For mange av de mest effektive tiltakene er det nok de sentrale aktører og politikk som har virkemidlene. Det er derfor behov for kunnskap om hva det er kommunen kan gjøre for å påvirke sosiale helseforskjeller, som er et av de mest omtalte og bekymringsfulle folkehelseutfordringene omtalt i nasjonale styringsdokumenter.
- Hva er effektive tiltak for å forebygge psykiske helseplager, spesielt blant barn og unge. Ungdataundersøkelser avdekker en bekymringsfull utvikling med stadig økende andel som angir at de har flere symptomer på psykiske plager. Det er manglende kunnskap om hva som skal til for å snu denne tendensen, flere helsearbeidere (helsesykepleiere, psykologer...) blir ofte foreslått som en løsning, mens allmenne tiltak som forhindrer/begrenser disse symptomene fra å oppstå, vil være de mest bærekraftige og effektive tiltakene. Dette er tema som krever en tverrsektoriell tilnærming, og som ikke kan løses av helsetjenestene alene.
- Det er bra at livskvalitet er kommet inn som et tema i folkehelsearbeidet, jamfør folkehelseprofilen fra 2022. Livskvalitet har mange dimensjoner, og inneholder både subjektive og objektive faktorer. Det er behov for mer kunnskap om hvordan kommunen kan legge til rette for økt livskvalitet i befolkningen, i alle aldersgrupper. Denne kunnskapen må i neste omgang gjenspeiles i lover, forskrifter og veiledere i alle sektorer som har påvirkning på livskvaliteten.

Styringsdata – folkehelseoversikt

Kommunen skal ifølge folkehelseloven lage et oversiktsdokument over folkehelsa og påvirkningsfaktorer, dette skal lages hvert 4.år, i tillegg skal kommunen ha en løpende oversikt over folkehelsa, med oppdatert statistikk.

Kommentarer knyttet til dette ansvaret:

- Kommunen skal ifølge folkehelseloven «...iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer» Folkehelseloven §7. Dette forutsetter at kommunen har kunnskap om årsakssammenhenger i komplekse spørsmål, der kunnskapen ofte er mangelfull. Faren for at igangsetting av tiltak ikke har den effekten som en håper på, er derfor stor. Når kunnskapsgrunnlaget/forskningen er mangelfull innen mange folkehelseområder, er det en urealistisk forventning til kommunene at de skal ha effektive tiltak for å motvirke folkehelseutfordringer. Her ligger det et lite paradoks, som det er viktig å være klar over. Det kan føre til at kommunene innfører tilfeldige tiltak, eller ingen tiltak i det hele tatt.
- Oversikten kunne med fordel ha vært digital, et system for det skulle gjerne vært tilgjengelig for alle kommuner, slik at en ikke måtte lage egne løsninger i hver enkelt kommune. En digital versjon hadde også medført at kravet om løpende oversikten hadde vært lettere å oppfylle.

Folkehelseloven

Folkehelseloven har bidratt til å sette folkehelse på dagsorden i kommunen på en helt ny måte. Etter 10 års erfaringer med loven er det positivt at loven nå gjennomgås på nytt. Et tydeligere ansvar for folkehelsearbeidet, som også gjenspeiles i annet relevant lovverk vil

medføre en enda større kraft og mulig for kommunene til å lykkes med et kunnskapsbasert, langsiktig og tverrsektorielt folkehelsearbeid, jamfør kommentarer i avsnittene over.

Med hilsen

Tanja Thalén
kommunalsjef

Cato Innerdal
kommuneoverlege