

Helselovgivning i forandring – 29 år med Kommunehelse- tjenesteloven

Michael 2013, 10: 119–22.

Den 19. november 2012 markerte vi i Helsedirektoratet en viktig milepæl i norsk helseforvaltnings historie. Det var markeringen av at det da hadde gått 30 år siden Loven om helsetjenesten i kommunene ble vedtatt av Stortinget. Selve iverksettelsen fant sted i 1984. Bare to og et halvt år før denne markeringen, hadde vi våren 2010 markert 150 års dagen for Sundhedsloven, «alle gode lovers mor» som noen av oss likte å kalle den. Kommunehelsetjenesteloven rakk ikke å bli mer enn 29 år gammel, men skulle likevel bety mye for utviklingen av det lokale helse- og omsorgsarbeidet. Sundhedslovens siste paragrafer hadde en overlappingsperiode med Kommunehelsetjenesteloven frem til 1994, da vi endelig fikk den nye smittevernloven.

Utover på 1900-tallet skjedde det mange forandringer, særlig i tiårene etter andre verdenskrig. Dette resulterte blant annet i krav om økt lokal innflytelse og politisk kontroll med tjenestetilbudet innenfor helse- og sosialomsorg. Som ett resultat av dette var det altså at vi fikk vi *Kommunehelsetjenesteloven* som fra 1. januar 2012 ble avløst av de to nye lovene *Folkehelseloven* og *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Veien frem mot Kommunehelsetjenesteloven i 1982 var lang og kronglete. Det var nødvendig med et helt regimeskifte. Dette nummeret av *Michael* dreier seg mest om dette - veien frem mot Kommunehelsetjenesteloven. Derfor var tittelen på seminaret som ble holdt i Helsedirektoratet i forbindelse med 30-års-markeringen, «Veier til vår tid».

Professor Ole Berg har beskrevet dette inngående. Hans artikkel omhandler Karl Evang og hans «medikratiske orden» og hvordan den forvitret utover på 1970-tallet. Leif Arne Heløe som var sosialminister i de avgjørende årene på begynnelsen av 1980-tallet, omtaler striden om hvem som skulle bestemme over helsetjenesten, leg eller lærd? Og om hvem som skulle levere

tjenestene, offentlige eller private? Og hvordan skulle betalingsordningene være? Dette siste fant nok ikke sin endelige løsning i og med kommunehelsetjenesteloven. Hans Ånstad vier mye av sin artikkel til nettopp dette, innpassingen av privat allmenlegetjeneste og fysioterapitjeneste i et offentlig finansiert tjenestetilbud. Han forfølger spørsmålet helt opp til våre dager, ikke minst hvordan fastlegeordningen fortsatt må sies å slite med noen «systemfeil».

Kommunehelsetjenesteloven la, allerede i sin opprinnelige form, vekt på betydningen av både helsefremmende og forebyggende arbeid og gode sosiale og miljømessige forhold. Ordet «trivsel» kom også inn i formålsparagrafen - det var uventet for mange. Holdningen hos flere var at det fikk da være grenser for hva som skulle inn i en norsk lov: å sørge for trivsel måtte vel være enkeltpersonenes eget ansvar! Andre mente at man ikke kunne regne med et godt og langt liv uten trivsel, og dermed var trivselsformuleringen sikret. Erttertiden har vist at dette var bra. Mange ganger har det i kommunal saksbehandling vært nødvendig å minne om trivselsaspektet ved ulike vedtak eller tiltak.

Den opprinnelige kommunehelsetjenesteloven førte også opp «helserådstjeneste» som en oppgave under helsetjenesten. Dette begrepet ble ikke definert nærmere i loven, men stod der som en reminisens fra Sundhedsloven. Fortsatt i noen år var det nemlig Sundhedsloven som regulerte forhold i det ytre miljø som direkte eller indirekte kunne ha innvirkning på helsen. Fortsatt skulle det være lovpålagt å ha ansatt en offentlig lege som nå ble omtalt som «medisinsk-faglig ansvarlig» kommunelege. Denne legen skulle også være ordfører i det som enda i noen år ble kalt *helserådet*. Betegnelsen «medisinsk-faglig ansvarlig» voldt mye bry, særlig for juristene, i årene som kom. Hva mentes egentlig med «ansvar» i denne forbindelse? Var det ikke heller rådgiver man mente? Dette ble rettet opp tolv år senere.

Man var klar over at begrepene *helseråd* og *helserådstjeneste* måtte forklares nærmere og gis tilstrekkelige virkemidler. Men før det skjedde noen lovendring, måtte det finne sted en utredning. Det skjedde i form av en NOU som ble lagt frem i 1984, ledet av daværende fylkeslege Johannes Wiik i Aust-Agder. Dermed var det duket for viktige endringer i kommunehelsetjenesteloven med virkning fra 1988, nemlig lovkravet om at kommunehelsetjenesten til enhver tid skulle ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorene som kunne virke inn på denne; dernest kravet om *medvirkning* til at helsemessige hensyn skulle bli ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet hadde betydning for helsetjenestens arbeid. Sistnevnte ble av jurister utlagt som «av betydning for helseforholdene».

Dette med medvirkning hadde ligget under mye av intensjonen også i den gamle Sundhedsloven, men ble nå gjort langt tydeligere, ikke minst etter den såkalte «10-90»-regelen som var blitt formulert av Aaron Wildavsky i 1977:

«Det er bare 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med selv. De resterende 90% må løses utenfor helsetjenesten ved at folk får bedre livsstil og ved bedring av de generelle livsvilkårene.»

Medvirkning fra helsetjenestens side overfor andre aktører i samfunnet, offentlige eller private, ble derfor viktig. Dette innebar at kommunehelsetjenestens folk ikke alltid hadde egne håndfaste virkemidler, eller valgte å ikke benytte seg av slike virkemidler, dersom det oppstod en konflikt eller kryssende interesser som kunne gå på helsa løs for folk i et område. Uttrykket «helsediplomati» oppstod på denne tiden, d.v.s. at kommunehelsetjenesten oppdaget at man ofte kunne oppnå gode resultater ved å samtale og megle mellom partene i en konflikt. Men man kunne ikke stå helt uten sanksjonsmuligheter. Lovendringen i 1988 førte til et nytt kapittel i kommunehelsetjenesteloven, kapitlet om *miljørettet helsevern*. Miljørettet helsevern ble på mange måter, sammen med smittevernet, den nye betegnelsen på helserådstjenesten.

Definisjonen på hva miljørettet helsevern skulle være, er interessant og til dels nokså utfordrende den dag i dag: *Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.*

De tre første settene av faktorer hadde helsetjenesten vært fortrolig med lenge. Med biologiske faktorer mente man stort sett smittestoffene, altså slike ting som bakterier og virus. Slik sett kunne man si at smittevernet ville være tilstrekkelig ivaretatt gjennom lovendringen i 1988. Verre var det, og har det vært frem til våre dager, når det gjelder *sosiale miljøfaktorer*. Her ble helsetjenesten tvunget til å ta nærmere stilling til sammenhengen mellom f. eks. fattigdom og lav utdanning på den ene siden og dårlig helse på den annen.

Noe av problemet med sosiale miljøfaktorer er at de kan være så vanskelige å definere, ikke minst fordi noe som kan oppfattes som en årsak til sykdom og død, kan skjule bakenforliggende faktorer eller årsaker. Hvorfor er forventet levetid for et nyfødt barn som vokser opp med dårlig utdanning og lav inntekt, 12 – 15 år lavere enn for en som får seg god utdanning og høyere inntekt? Er det den dårlige utdanningen i seg selv som er problemet eller er det andre ting som følger med det å være fattig og lavt utdannet? F.

eks. vet vi fra undersøkelser gjort i Norge at halvparten av forskjellen i dødelighet mellom fattig og rik skyldes forskjeller i røykevaner. Forhold som dette omtaler vi gjerne som *sosial ulikhet i helse*.

Kapittelet om miljørettet helsevern inneholder sanksjonsmuligheter som granskning og krav om retting og stansning. Disse mulighetene må kommunene ha til disposisjon uten at de skal benyttes i utrengsmål. Bare vissheten om at kommunene har slike virkemidler, kan hos enkelte virke avskrekkende, eller kan i ethvert fall bidra til at folk finner en mer helsevennlig løsning selv, f. eks. et mindre støyende, mindre luktende eller mindre forurensende alternativ.

I 2010 fikk loven enda et sanksjonsmiddel, nemlig *overtredelsesgebyr*. Det kom i stand under den kraftige luftforurensningen i Bergen i januar 2010 hvor kommunen ønsket å innføre såkalt par- og oddetallskjøring for biler, d.v.s. at biler med siste siffer som et liketall, kunne få kjøre på datoer med liketall og tilsvarende for biler med siste siffer som var et oddetall som kunne få kjøre på oddetallsdatoer. Dette ble ansett som et nødvendig tiltak for å redusere utslipp fra biltrafikken og særlig utslipp fra diesalbiler.

Vi kan konkludere med at kommunehelsetjenesteloven var en god lov for landet. Den har betydd mer folkestyre, mer lokalstyre, en påminnelse om hva sosial ulikhet betyr for helsen og at helsetjenesten har tatt inn over seg at premissene for god helse i en befolkning i stor grad ikke ligger i helsetjenesten, men utenfor. Av denne grunn har kommunehelsetjenesten sett sin viktige oppgave i å *medvirke* overfor andre aktører ute i samfunnet. Kommunene har også fått erfare at helsetjenestens egne beslutninger må tåle vurdering av andre og at helsebeslutninger må holdes opp mot andre beslutninger i samfunnet ved at begreper som konsekvensutredninger og forholdsmessighetsbetraktninger er blitt gjengse uttrykk også i helse-Norge.

Det er gledelig å kunne konstatere at alt det gode i kommunehelsetjenesteloven er blitt tatt vare på og videreført i de to nye lovene vi fikk fra nyttår 2012.

Parallelt med det forebyggende og helsefremmende arbeidet her hjemme på 1980-tallet arbeidet Brundtland-kommisjonen med tilsvarende spørsmål internasjonalt: *Sustainable development as health issue*. Dagens nummer av Michael har også en omtale av dette arbeidet.

Anders Smith
Seniorrådgiver/Fylkeslege
Helsedirektoratet
anders.smith@helsedir.no