

Høringsuttalelse til ”Lov om folkehelsearbeid” Eigersund kommune.

Eigersund kommune ønsker å komme med følgende høringsuttalelse i forbindelse med Forslag til ny folkehelselov – Samhandlingsreformen fra Helse- og Omsorgsdepartement. Kapittelinnndelingen er hentet fra kapittelinnndelingen i lovforslaget.

Hovedkonklusjoner:

- Eigersund kommune hilser en ny ”Folkehelselov” velkommen. Forslaget til loven har en fin formålsparagraf, som fokuserer på folkehelse både med positive og negative faktorer, som har innvirkning på folkehelsen. Ord som ”fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge” fjerner fokus fra syk til å bevare friskhet. Spesielt rettes det fokus på sosial ulikhet med henblikk på å kunne endre på dette i fremtiden. Folkehelse er altså noe annet ”enn fravær av sykdom”.
- Kommunen har også tidligere måtte forholde seg til folkets helse (ifølge nåværende kommunehelsetjenestelov). Kommunen tillegges nå et betydelig skjerpet ansvar (**skal**) for analyse av helsetilstanden i kommunen, kartlegging av faktorer med innvirkning på folkehelsen i kommunen og tiltak til bedring av folkehelsen i kommunen. For å få dette til må kommunen prioritere ressurser til folkehelsearbeid. Det er ikke sannsynlig at dette område av seg selv vil kunne tiltrekke seg nok ressurser innen for kommunen. Dette er vel konklusjonen på folkehelsearbeid fra 1990 og frem til nå og 4- 6 år med partnerskapsavtaler (kommuner mot fylkeskommuner). Det trengs derfor en massiv statlig stimulering og finansiering gjennom de kommende år fra staten og direkte til kommunene. Midler må gjerne være øremerket. Man bør nedtone prosjektmidler for enkelttiltak.
Dagens kommunale ressurser som jobber innen for miljørettet helsevern (kommunehelsetjenesteloven § 4 a) vil kunne ivareta miljørettet helsevern innen for den nye folkehelselov kapitel 3. Økning av frie midler til kommunene for 2010 i forbindelse med samhandlingsreformen (230 millioner. kr) anses ikke å kunne dekke merutgifter for kommunene, såfremt den nye folkehelselov skal implementeres.
- Det finnes riktig å flytte nåværende kapitel 4 a fra kommunehelsetjenesteloven (miljørettet helsevern) til den nye folkehelselov kapitel 3 (miljørettet helsevern).
- I forslag til ny folkehelselov finnes lovstrukturen logisk med de involverte aktører (kommunene, fylkeskommunene, fylkesmannen, helsetilsynet i fylket, helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og departement).

Uttalelser i forhold til lovformuleringer og mulige konsekvenser:

Kapittel 1 – Innledende bestemmelser.

Man bemerker:

Man ønsker via lovgivning å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. I definisjonen fremheves det at folkehelse ikke bare er ”fravær av sykdom” men mer en innsats mot faktorer som direkte eller indirekte fremmer (altså bedrer) befolkningens helse og trivsel, forebygger og beskytter mot helsetrusler.

Man fremhever også en samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, som går igjen i ansvarsfordelingen i loven.

Konklusjon:

Kommunen anser formålsparagrafen som god.

Det er bra, at det kommer en egen lov, som **ikke** handler om tiltak og behandling når skaden er skjedd, men som tar utgangspunkt i å fremme faktorer som kan styrke helsen (folkehelsen) eller forebygge at det skjer skade ved å minimere negative påvirkninger.

Det er også bra at det fokuseres på å motvirke sosiale helseforskjeller. Vi har i dag stor kunnskap om sosiale helseforskjeller men vi har meget få virkemidler til å endre på dette faktum. Ved å sette begrepet inn i en lovgivning kommer det frem på en helt annen måte.

Kapittel 2 – Kommunens ansvar.

§4. Denne paragrafen stadfester på kommunalt nivå lovens generelle formål.

Kommunen **skal**:

- Fremme trivsel, psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.
- Fremme folkehelsen innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt.
- Medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre aktører i kommunen.

Man bemerker:

- Kommunen tillegges en mer offensiv rolle i å fremme trivsel, psykisk og somatisk – altså å bevare og styrke en god helse – og ikke bare å behandle når skaden er skjedd.
- Kommunen tillegges en aktiv rolle i forhold til andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter (via råd, uttalelser og samarbeid).

§ 5 + § 6. Ifølge disse paragrafer **skal** kommunen ha skriftlig oversikt over ”helsetilstanden i befolkningen”. Denne oversikt **skal** inneholde både positive og negative faktorer som kan virke inn på folkehelsen. Ifølge nåværende kommunehelsetjenestelov skulle/burde kommunen allerede ha dette, men i de fleste kommuner er dette nok sporadisk og mest bygget på diverse opplysninger fra statlige helsemyndigheter.

Man bemerker:

- Det ønskes **også** oversikt over positive faktorer – altså faktorer som styrker den generelle helse i befolkningen. Det er positivt at en ikke bare fokuserer på faktorer, som har negativ innflytelse på helsen, men også på faktorer som kan øke befolkningens motstandskraft (jo bedre generell helse man har jo større belastninger kan en motstå). Dette er klart en mer offensiv holdning mot helsebegrepet, som tradisjonelt mer er uttrykt gjennom å unngå sykdom/belastninger.

Oversikten skal være et redskap for kommunen til å identifisere helseutfordringer, konsekvenser og årsaksforhold og skal gjenspeiles i kommunens planstrategi etter plan og bygningsloven. Omfanget av oversikten – altså et minimumskrav – vil trolig bli fastsatt av departementet via forskrift.

Man bemerker:

- Strategien blir altså at kommunen via oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som positivt og negativt har innvirkning på denne via vedtak etter plan og bygningsloven mye mer bevisst **skal** fremme utvikling som har positiv innflytelse på folkehelsen og minimerer utvikling som har eller kan ha negativ innflytelse på folkehelsen.

Kommunen **skal** iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer – ut fra helseoversikten. Det nevnes her spesifikt:

- Tiltak for økt fysisk aktivitet
- Tiltak for god ernæring.
- Tiltak for skade- og ulykkesforbygging.
- Tiltak for begrensning av tobakk og alkoholbruk
- Tiltak for å fremme gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold.

Kommunen **skal** videre spre opplysning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forbygge sykdom og skade og fremme helse.

Man bemerker:

- I forslag til loven spesifiseres allerede områder hvor kommunen skal være aktiv, men hvor den enkelte kommunes handlingsmulighet allerede er begrenset eller regulert av annen lovgivning. Eksempelvis er ”god ernæring” i meget stor grad styrt av samfunnstrender og avgifter. Uansett hvor mye ”råd og veiledning” man gir det enkelte menneske/ samfunnsgruppe så er det når man står på butikken og ser på prisen av varen at beslutningen om hva man faktisk kjøper treffes. På samme måte vil tiltak som begrenser bruk av tobakk og alkohol i meget stor utstrekning være avhengig av statlig regulering (**tilgjengelighet og avgifter**).

Konklusjon:

I ”Utkast til lov om folkehelsearbeid” tillegges kommunene i stor utstrekning mange ”**skal**” oppgaver. Hvis kommunen i fremtiden skal kunne leve opp til lovens krav beskrevet i ”Utkast til lov om folkehelsearbeid” må det skje en betydelig oppbygning/utbygning av kommunens administrasjon på denne arena. Dette handler ikke bare om en kartlegging av en tilstand i kommunen men om et langsiktig og vedvarende arbeid.

Det er usikkert hvilke yrkesgrupper som vil være best egnet til å ivareta utfordringene.

To helt naturlige aktører vil være kommuneoverlegen (samfunnsmedisinske kompetanse) og kommuneplanlegger (tradisjonelt organisert under miljøetat), men det trengs også andre aktører (helsesøster, skole representanter, informasjonsansvarlig, koordinator mot frivillige organisasjoner osv.).

I forarbeidene til loven er det fremhevet at helsedirektoratet anslår at cirka 600 årsverk i dag jobber med folkehelserelatert arbeid – primært (alt overveiende) miljørettet helsevern. Denne ressursen forventes videreført ved ikrafttreden av den nye lov. Det er med andre ord den ressurs som i dag sikrer arbeidet (på godt og vondt) i forhold til den aktuelle kommunehelsetjenesteloven § 4a (miljørettet helsevern). Da denne del av kommunehelsetjenesteloven overføres nesten direkte til den nye folkehelselov (Kaptitel 3) vil dette hverken gi mer eller mindre ressurser. Man kan selvfølgelig velge at denne ressursen skal utføre andre ting. Ut fra lokale erfaringer (stort interkommunalt samarbeid) i Rogaland (Brannvesenet Sør-Rogaland, avd. for Miljørettet helsevern) er det ingen ledig kapasitet til nye oppgaver her. For 2010 ble kommunene gjennom Prop. 1 S (2009-2010) styrket med 230 millioner kroner i frie inntekter for å styrke forebyggende arbeid (samhandlingsreformen).

Midler var/er tiltenkt for å skulle styrke administrative systemer, som gir overblikk over helsetilstanden i kommunen og over faktorer som påvirker helsen. Beløpet tilsvarer 46 kr per innbygger i kommunen og for Eigersund kommunes vedkommende, rundt 690.000 kr. I mange kommuner – og også Eigersund kommune – er midler imidlertid allerede delvis brukt til andre samhandlingstiltak (eksempelvis til utvikling av Lokal Medisinsk Senter). Prinsipielt er det kommunens problem hvis “pengene brukes feil”, men det er ikke lett å iverksette og fastholde gode samhandlingstiltak på “forskudd”. Kommuner vil altså oppleve å bli straffet for gode samhandlingsinitiativer nå.

Det kommende arbeidet anslås å koste minimum 2 årsverk for en befolkning på 25.000 innbyggere. Videre må det tilføres midler for å fremme spesifikke prosjekter som har til formål å fremme folkehelsen.

Det anslås herved at kommunene trenger 1.5 millioner – 2 millioner/25.000 innbyggere for å kunne løfte ”Lov om folkehelsearbeid” ut i kommunen og herved gjøre en forskjell over den neste 10 års periode. Pr. innbygger svarer dette til 80 kr per år. På nasjonalt plan blir dette jo en betydelig satsning på 400 millioner årlig. Eventuelle midler bør primært de første år komme som ”øremerket midler” med rapporteringsplikt. Dersom ovennevnte midler for 2010 medregnes, mangler det etter vårt skjønn omtrent 200 millioner kroner.

Hvis folkehelsearbeidet i kommunene skal løftes til et annet nivå er det helt nødvendig med en massiv økonomisk satsning og forutsigbarhet.

Det **må** være rik mulighet for interkommunalt samarbeide slik at mindre kommuner trekkes med i en større sammenheng. I ovennevnte økonomiske betraktning ville en kommune på 3000 innbyggere hatt 240.000 kr – som tilsvarer ½ årsverk og ingen midler til tiltak. En kommune – som Eigersund kommune med 15.000 innbyggere – ville hatt 1.200.000 mill kr til folkehelsearbeid – nok til et par årsverk, men så er det ingenting til tiltak. 25.000 innbyggere skulle hatt 2 000 000 kr – nok til 2 årsverk og nok til diverse tiltak.

Kapittel 3 – Miljørettet helsevern.

Man bemerker:

- Kapitel 3 – Miljørettet helsevern – er mer eller mindre en direkte overføring av Kap. 4 a i den nåværende ”Lov om helsetjenesten i kommunene (LOV 1982-11-19 nr. 66).
- Kommunen **skal** fortsatt føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.
- Kommunen – og herved kommunestyret – kan fortsatt delegere ansvar og oppgaver etter regler i kommuneloven (fra kommunestyre til rådmann, fra rådmann til kommuneoverlege) eller delegere fra kommunestyret til et interkommunalt organ. En bemerker at ved delegering til et interkommunalt organ **kan** myndighet etter bestemmelsen utøves av en eller flere leger ansatt i dette organ. En trenger herved ikke være lege i det interkommunale organ for å utøve myndighet?. En har trolig ment at det **skal** være en lege (med samfunnsmedisinsk kompetanse) som utøver myndigheten.
- Delegering gjelder ikke for § 18 (som tilsvarer § 4 a- 11 i kommunehelsetjenesteloven).
- Ifølge § 9 plikter kommunen å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter kapittel 3 i samsvar med lov om helse og sosial beredskap. Det finnes naturlig å samkjøre beredskap mellom de to lovgivninger.

- § 10 (Meldeplikt og godkjenning), § 11 (Helsekonsekvensutredning), § 12 (Opplysningsplikt), § 13 (Gransking), § 14 (Retting), § 15 (Tvangsmulkt) og § 16 (Stansing) følger nåværende kommunehelsetjenestelov fra § 4a-4 til § 4a-10.
- Ifølge § 17 kan departementet i forskrift fastsette at overtredelsesgebyr kan ilegges den som forsettlig eller uaktsom overtrer bestemmelsene i kapitel 3. Det legges således opp til en økonomisk sanksjonsmulighet ved overtredelse av forhold beskrevet i kapittel 3 mot den som overtrer. Det blir altså en økonomisk sanksjonsmulighet ved mindre overtredelser som ikke umiddelbart ville kunne utløse straff etter § 18 (bøter eller fengsel). Dette synes bra da overtredelser tidligere vel kun ga mulighet for retting av forhold eller ved meget grov overtredelse straff jf. § 4a-11 i nåværende kommunehelsetjenestelov.
- Ved klage over vedtak indikerer det at fylkesmannen avgjør klager truffet av kommunen eller kommunelegen etter kapitel 3. Klage følger alminnelig forvaltningslov og går tilbake til den som har truffet vedtak med mulighet for revurdering, fastholdelse eller omgjøring. Ved fastholdelse går klagen til fylkesmannen. Det er ikke beskrevet hvordan klager over avgjørelser truffet av interkommunalt organ avgjøres.

Konklusjon:

Det synes hensiktsmessig å plassere forhold omkring miljørettet helsevern i den nye folkehelseloven ettersom den nye folkehelseloven jo nettopp har til formål å fremme folkehelsen – dels ved å fremme positive faktorer med innvirkning på folkehelsen og dels ved å redusere/ minimere faktorer med negativ innvirkning på folkehelsen.

Det er stort sett tale om en videreføring av Kap. 4 a i nåværende kommunehelsetjenestelov.

Kapittel 4 – Fylkeskommunens ansvar.

Man bemerker:

- Fylkeskommunen har frem til nå vært pådriver av folkehelsearbeid gjennom partnerskapsavtale med sentrale myndigheter og partnerskapsavtaler med kommuner (evt. frivillige organisasjoner). Praktisk har fylkeskommunen disponert og utdelt midler til folkehelsearbeid i kommuner og via samlinger med partnerskapskommuner vært idébank (mellom kommuner). Fylkeskommunen **skal** fortsatt være pådriver for og samordne folkehelsearbeid i fylket (alliansebygging, partnerskap, understøtte kommunes folkehelsearbeid).
- Fylkeskommunen **skal**, som kommunene, ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i fylket med positive og negative faktorer som innvirker på denne. Oversikten skal baseres på opplysninger fra statlig hold, fylkeskommunens egen virksomhet og opplysninger fra kommunene.
- Begrepet ”partnerskapsavtale” har frem til nå vært innfallsvinkel for økonomisk støtte til folkehelsearbeid. Ettersom alle kommuner skal følge loven nå og trolig rapportere til fylkeskommunen faller verdien av dette begrepet bort i relasjon til kommuner. Alle vil jo leve opp til ”partnerskapsavtale”. Partnerskapsavtale bør reserveres mot frivillige organisasjoner både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå som ønsker et bevisst arbeid for bedre folkehelse.

Konklusjon:

I ”Utkast til lov om folkehelsearbeid” tillegges fylkeskommunen en videreføring av det arbeidet som er utført de seneste år av fylkeskommunen. Fylkeskommunen skal samle oversikter fra kommunene i en fylkesoversikt. Dette synes hensiktsmessig og bra.

I selve loven er fylkeskommunens rolle i forhold til økonomi ikke beskrevet.

Kommunen ønsker i størst mulig omfang folkehelsearbeid økonomisk forankret i sentrale overføringer og ikke gjennom ”prosjektmidler” litt etter litt. En kan ikke lage godt folkehelsearbeid i kommunene på prosjektmidler år etter år.

Kapittel 5 – Statlige helsemyndigheters ansvar.

Man bemerker:

- Fylkesmannen **skal** bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet. Fylkesmannen skal herved også kunne gi råd til kommunene.
- Helsedirektoratet **skal** bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og sikre at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert (blant annet gjennom normer og standarder). Helsedirektoratet skal herved også kunne gi råd til kommunene.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (NF) **skal** fortsette deres arbeid med overvåkning (følge med, oversikt over helsetilstanden og faktorer som har innvirkning på) av folkehelsen i landet og drive forskning. NF skal tilgjengeliggjøre opplysninger fra sentrale registre om helsetilstanden i kommuner slik at kommunene kan ha statistisk materiale til deres oversikter.

Konklusjon:

I ”Utkast til lov om folkehelsearbeid” tillegges statlige helsemyndigheter en videreføring av det arbeidet som de mer eller mindre har utført de seneste år. Kommunene ser frem til kommende forskrifter fra sentrale myndigheter i forhold til hvor omfangsrik en ”helseoversikt skal/bør være” for en kommune.

For kommunene er det utrolig viktig at Nasjonalt Folkehelseinstitutt viderefører og videreutvikler sentrale statistikker om faktorer som påvirker folkehelse.

Kommunen har ellers ingen kommentarer til dette.

Kapittel 6 – Samarbeid mellom kommuner, internkontroll, tilsyn m.v.

Man bemerker:

- Ifølge § 27 **kan** departementet pålegge kommuner å samarbeide, når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene.
- Ifølge § 28 **skal** kommunen ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse og det **skal** ansettes en kommunelege som medisinsk faglig rådgiver.
- Ifølge § 29 kan departementet knytte beredskap innen miljørettet helsevern opp mot lov om helsemessig og sosial beredskap.
- Ifølge § 31 **skal** det føres internkontroll for å sikre at krav fastsatt i loven overholdes. Intern kontroll gjelder også for miljørettet helsevern.
- Ifølge § 32 **skal** Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket føre tilsyn med kommunene i forhold til denne lov. Tilsynet tar utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering.

Konklusjon:

Kommunen finner ikke behov for at departementet kan pålegge kommuner å samarbeide.

Man må her skjelne mellom samarbeid i vanlig situasjon og samarbeid ved større ulykker og akutte situasjoner.

I vanlig situasjon må det være opp til den enkelte kommune å ivareta folkehelsearbeidet godt nok. Ettersom kommunen jf. § 32 er underlagt tilsyn med forsvarlighetsvurdering fra Helsetilsynet i fylket – med mulighet for vedtak jf. Kommuneloven ses det ikke behov for dette.

I akutte situasjoner kan det forventes at kommunene hjelper hverandre og ordner opp økonomisk uten departementets innblanding.

Kommunen finner det bra at det skal være en kommunelege i en kommune (medisinsk faglig rådgiver). Man bør fremheve benevnelsen kommuneoverlege.