

**Sak 73/10**  
**HØRING - FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV**

**Arkiv:** G10 &00

**Arkivsaksnr.:** 10/1346

**Saksbehandler:**

Brit Kværness

Behandling av saken:

**Saksnr.**      **Utvalg**  
 73/10          Formannskapet

**Møtedato**  
 16.12.2010

**Melding om vedtak sendes til:**

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement Postboks 8011 Dep. 0030 OSLO

**Andre dokumenter i saken:**

18.10.2010 HØRING - FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV -  
 SAMHANDLINGSREFORMEN

**Saksopplysninger:**

Helse- og omsorgsdepartementet la i sitt høringsnotat av 18.10.2010 fram forslag til ny folkehelselov. Høringsfristen er satt til 18. januar 2011.

I følge departementet er forslag til ny folkehelselov en oppfølging av St.meld nr 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. I tillegg er det departementets intensjon av den nye loven skal følge opp elementer av høringen fra lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (LOV 2009-06-19 nr 65) samt nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld nr 20 (2006 – 2007)).

Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Under Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen ble det blant annet uttalt at kommunene gjennom lovverket skulle gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon.

Formålet med den nye loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Loven skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt gi kommunene og fylkeskommunene et bedre verktøy. Bestemmelser som omfatter miljørettet helsevern, som i dag ligger i Kommunehelsetjenesteloven, er foreslått tatt inn i den nye folkehelseloven.

Hovedtrekkene i lovforslaget er at:

- Ansvaret for folkehelsearbeidet legges til kommunene som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunene skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet til å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven

- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunen
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

#### **Rådmannens saksvurdering:**

Det framlagte lovforslaget har en intensjon om å bidra til en positiv samfunnsutvikling ved blant annet å vektlegge folkehelse i lovs form. Samtidig stiller en spørsmål ved den underliggende premissen om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene.

Høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet framstår ikke som særlig lett tilgjengelig. Notatet er på om lag 200 sider, og i teksten er det delvis tatt inn intensjoner som primært har med forslag til ny helse- og omsorgslov i kommunene å gjøre. Et framtidig skille mellom ny folkehelselov og ny helse- og omsorgslov er diffust. Det angis som en intensjon at innbyggeren skal møte helhetlige og ”sømløse” tilbud. Etter rådmannens mening er det en kjent risiko knyttet til uklar oppgave- og ansvarsfordeling. For å sikre at innbyggeren opplever gode og helhetlige tilbud anbefales en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling, og det anbefales at en instans – Fylkesmannen – er tilsynsmyndighet etter loven.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker på den ene siden at det offentlige ved denne folkehelseloven skal ha oversikt over, og rette tiltak mot, alle faktorer som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Ansvar skal ligge på kommunene. Samtidig problematiseres i liten eller ingen grad alle områder der det iverksettes omfattende kampanjer og satsinger innenfor folkehelse fra sentralt hold, og hvilken rolle kommunene er tiltenkt i dette arbeidet og i hvilken grad kommunenes egne planer for folkehelse blir hensyntatt før sentrale tiltak vedtas. Videre er potensielle helsefaktorer som trivsel, fravær av stress, nærvær av frisk luft og lignende ikke omtalt i notatet, og grensegangen mot hva som kan anses som den enkelte medborger sitt selvstendige ansvar for egen helse kommer ikke fram.

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper. Blir den friskeste delen av befolkningen friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Dette finnes i varierende grad i kommunene i dag. En tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere

tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommune, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevene.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk som er forutsatt i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader som det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. Det er ikke realistisk å tro at de økte kravene som stilles på folkehelseområdet ikke også medfører merkostnader for kommunene både ressurs- og kompetansemessig.

Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – kvalitetssikring samt sikker og god tilgjengelighet vil som nevnt kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, og som tidligere anført er det også behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp noe som ikke berøres i lovforslaget. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt.

Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbelrapportering.

I plan og bygningsloven (PBL § 7.1/§10.1) sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene som her er på høring gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om et område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

### **Rådmannens innstilling:**

#### Rådmann anmoder formannskapet om å fatte følgende vedtak:

1. Follidal kommune ser positivt på at samhandlingsreformens intensjon med et større fokus på å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller følges opp. Samtidig er vi usikre på om lovforslaget er et egnet verktøy til å bidra til å minske de sosiale helseforskjellene i landet.

2. Folldal kommune tar til orientering at loven ønsker å sikre at offentlige myndigheter skal samordne sin virksomhet knyttet til folkehelsearbeidet. Samtidig legges det i loven opp til en stor grad av overlapping mellom oppgaver og nivåer. Kommunen er bekymret for at denne samhandlingen innebærer at kommune skal/må bruke uforholdsmessig mye ressurser på å administrere arbeidet på et nivå som i liten grad kommer innbyggerne til gode.
3. Folldal kommune mener at lovens § 27 om allmenn mulighet for samarbeid mellom kommuner (første ledd) ikke tilfører noe nytt. Bestemmelser om – og hjemler for - kommunesamarbeid hører naturlig hjemme i Kommuneloven. Det fremmer ikke helhetlig tenking dersom ulike særlover skal innføre egne hjemler for samarbeid mellom kommuner på enkeltområder/enkelte fagområder. Kommunene vil for eksempel i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, og gjerne i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom eksempelvis inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.
4. Folldal kommune ser at det i lovutkastet forutsettes at kommunene innehar en betydelig samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er ikke negativ til dette, samtidig ønsker vi å påpeke at det allerede i dag er store utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse i både sentrale, regionale og lokale stillinger. Det framgår ikke av høringen hvilke nødvendige tiltak sentrale myndigheter planlegger for å bedre denne situasjonen.
5. Folldal kommune forutsetter at det sikres nødvendige ressurser til investeringer og drift knyttet til oppgavene som her tillegges kommunene. Det påpekes at forebyggende arbeid i seg selv er langsiktig og at lovforslaget krever rekruttering av medarbeidere med høy og dels spesialisert kompetanse.
6. Folldal kommune mener at Fylkesmann bør være regional tilsynsmyndighet. Dette kan bidra til helhetlig tenking i folkehelsearbeidet, og til å sikre lokalpolitisk forankring.
7. Folldal kommune støtter ikke forslaget til § 6, første setning i lovforslaget. En detaljregulering av hvilke forhold kommunen skal ta med i sin planstrategi (Plan- og bygningslovens § 10-1) bør ikke tas inn i ny folkehelselov (eller andre særlover).

**Behandling i Formannskapet 16.12.2010:**

Innstillingen enstemmig vedtatt.

**Vedtak i Formannskapet 16.12.2010:**

1. Folldal kommune ser positivt på at samhandlingsreformens intensjon med et større fokus på å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller følges opp. Samtidig er vi usikre på om lovforslaget er et egnet verktøy til å bidra til å minske de sosiale helseforskjellene i landet.
2. Folldal kommune tar til orientering at loven ønsker å sikre at offentlige myndigheter skal samordne sin virksomhet knyttet til folkehelsearbeidet. Samtidig legges det i

loven opp til en stor grad av overlapping mellom oppgaver og nivåer. Kommunen er bekymret for at denne samhandlingen innebærer at kommune skal/må bruke uforholdsmessig mye ressurser på å administrere arbeidet på et nivå som i liten grad kommer innbyggerne til gode.

3. Folldal kommune mener at lovens § 27 om allmenn mulighet for samarbeid mellom kommuner (første ledd) ikke tilfører noe nytt. Bestemmelser om – og hjemler for - kommunesamarbeid hører naturlig hjemme i Kommuneloven. Det fremmer ikke helhetlig tenking dersom ulike særlover skal innføre egne hjemler for samarbeid mellom kommuner på enkeltområder/enkelte fagområder. Kommunene vil for eksempel i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, og gjerne i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom eksempelvis inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.
4. Folldal kommune ser at det i lovutkastet forutsettes at kommunene innehar en betydelig samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er ikke negativ til dette, samtidig ønsker vi å påpeke at det allerede i dag er store utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse i både sentrale, regionale og lokale stillinger. Det framgår ikke av høringen hvilke nødvendige tiltak sentrale myndigheter planlegger for å bedre denne situasjonen.
5. Folldal kommune forutsetter at det sikres nødvendige ressurser til investeringer og drift knyttet til oppgavene som her tillegges kommunene. Det påpekes at forebyggende arbeid i seg selv er langsiktig og at lovforslaget krever rekruttering av medarbeidere med høy og dels spesialisert kompetanse.
6. Folldal kommune mener at Fylkesmann bør være regional tilsynsmyndighet. Dette kan bidra til helhetlig tenking i folkehelsearbeidet, og til å sikre lokalpolitisk forankring.
7. Folldal kommune støtter ikke forslaget til § 6, første setning i lovforslaget. En detaljregulering av hvilke forhold kommunen skal ta med i sin planstrategi (Plan- og bygningslovens § 10-1) bør ikke tas inn i ny folkehelselov (eller andre særlover).

Rett utskrift bekreftes  
Folldal kommune 16.12.2010

*Ellen N. Brenden*

Ellen N. Brenden  
kontorfagarbeider