



Saksnr.: 2009/18387
Dokumentnr.: 18
Løpenr.: 145540/2010
Klassering: 024
Saksbehandler: Bjørn Størsrud

Møtebok

Behandlet av Formannskapet	Møtedato 13.01.2011	Utvalgssaksnr. 8/11
-------------------------------	------------------------	------------------------

Høring - ny folkehelseslov

Rådmannens innstilling

Rådmannen anbefaler formannskapet å fatte slikt vedtak:

1. Fredrikstad kommune slutter seg til forslaget til ny folkehelseslov med de bemerkninger som er nevnt i saksfremstillingen
2. Formannskapet fatter vedtak i saken med hjemmel i kommuneloven §13 – utvidet myndighet i hastesaker, jfr. Delegasjonsreglementets punkt 1.2.3

Fredrikstad, 22.11.10

Formannskapets behandling 13.01.2011:

Votering:

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Formannskapets vedtak 13.01.2011:

1. Fredrikstad kommune slutter seg til forslaget til ny folkehelseslov med de bemerkninger som er nevnt i saksfremstillingen
2. Formannskapet fatter vedtak i saken med hjemmel i kommuneloven §13 – utvidet myndighet i hastesaker, jfr. Delegasjonsreglementets punkt 1.2.3

Fredrikstad, 14.01.11

Rett utskrift.

Yvonne Meidell
møtesekretær

Utskrift til: kommunalsjef Ole Petter Finess
kommunalsjef Eva Milde Grunwald
kommuneoverlege Bjørn Størsrud

Sammendrag

Lovforslaget må sees i sammenheng med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som departementet sender på høring samtidig. Forslaget til ny helse- og omsorgslov viderefører lovgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og harmoniserer tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.



Hovedtrekk i lovforslaget er at:

Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.

Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for 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 fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.

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. Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

Vedlegg

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Høringsnotat – forslag til ny folkehelselov

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1/horingsnotat.html?id=621030>

Saksopplysninger

Forslaget til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Loven skal avklare ansvar og oppgaver samt gi kommuner og fylkeskommuner et verktøy for å møte fremtidens helseutfordringer.

Loven gir også en forpliktelse for sentrale helsemyndigheter i å understøtte fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeidet

Mye av grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Folkehelsearbeid krever systematisk og langsiktig innsats både i og utenfor helsetjenesten, og på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

Lovforslaget må sees i sammenheng med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som departementet sender på høring samtidig. Forslaget til ny helse- og omsorgslov viderefører lovgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og harmoniserer tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.

Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for 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 fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.

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. Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

Grunnprinsipper i folkehelsearbeidet.

Det er her fire prinsipper som er av særlig betydning. Det er prinsippene om utjevning, helse i alt vi gjør/Health in all Policies, føre-var og bærekraftig utvikling

Helseutfordringer:

Knyttet tilbefolkningssammensetningen og sykdomsutvikling samt sosial skjevfordeling i helse og faktorer i miljøet som påvirker helsen. Kampen mot smittsomme sykdommer er ennå ikke vunnet, selv omsykdommer som kan knyttes til livsstil som for eksempel type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og kols preger sykdomsbildet sammen med psykiske plager, muskel- og skjelettsmerter og skader etter ulykker. Det er samtidig store helseforskjeller mellom kjønn, sosiale lag og etniske grupper, og mellom ulike deler av landet. Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet en relativt sterk aldersgradient. Et økende antall eldre vil i de kommende tiårene medføre store utfordringer for helse- og omsorgstjenester til eldre og kronisk syke og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Både smittsomme sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer og psykiske lidelser – og konsekvensene av disse – kan for en stor del forebygges. De store folkesykdommene krever fornyet og samlet innsats i alle berørte sektorer.

Det er foreslått/krav for å sikre at folkehelse forankres i de ordinære planprosessene i kommunen, herunder at en drøfting av kommunens helseutfordringer skal være ett grunnlag for kommunal planstrategi

Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer:

Selv om dataene bør tilstrebes å være lokale, bør det legges opp til at datasettet som kommunene skal ha oversikt over, har et kjernesett som er standardisert, dvs. som er felles for alle kommuner.

Fylkeskommunen og sentrale helsemyndigheter skal legge til rette for at kommunene har grunnleggende oversikt over de mest sentrale påvirkningsfaktorer og helsetilstand i befolkningen. Et slikt felles datasett vil gjøre det mulig for kommuner å sammenligne seg med hverandre, samt måle utvikling over tid. At fylkeskommunen og Folkehelseinstituttet forpliktes til å gjøre denne type data tilgjengelig, vil være en sikkerhet og støtte for kommunene til at de faktisk får denne type data og i en form som er meningsfull for kommunene i arbeidet med å fremme folkehelse

Miljørettet helsevern er en viktig oppgave og ressurs inn i det brede folkehelsearbeidet i kommunen. Tjenesten har sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, den er både sektorovergripende og gir kommunen virkemidler også ovenfor virksomheter og eiendommer, både private og offentlige. Denne myndigheten er en viktig forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar med å sikre liv og helse og fremme folkehelsen.

Bestemmelsene om miljørettet helsevern flyttes "på rot" fra kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a til lovforslaget kapittel 3.

Arbeidet innen miljørettet helsevern foregår langs to linjer: *Miljørettet folkehelsearbeid* som handler om å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker denne, og på bakgrunn av oversikten foreslå tiltak og medvirke for å sikre at helsemessige hensyn ivaretas i andre sektorer og i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Denne delen som



kan kalles det miljørettede folkehelsearbeidet vil i henhold til forslaget til ny folkehelselov finne sin naturlige plass i folkehelsearbeidet etter lovforslaget §§ 4 til 6.

De øvrige oppgavene er *kontroll- og tilsynsoppgavene* der den instans som ivaretar miljørettet helsevern i kommunen fører tilsyn med virksomheter som skoler og barnehager, virksomheter med kjøletårn, campingplasser m.m., inkludert eventuell bruk av virkemidler som pålegg om retting, granskning, stansing m.v. med hjemmel i lovverket. Disse oppgavene foreslås beholdt i et eget kapittel om miljørettet helsevern.

Kravet om beredskapsplan for kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven foreslås derfor videreført i kapittel 3 i ny lov om folkehelsearbeid.

Helsefaglig kompetanse i folkehelsearbeidet.

Det er personell med mange ulike fagbakgrunner som gjør en god innsats i folkehelsearbeidet. Kapitlet omhandler også videreføring av kravet om kommunelege. Departementet foreslår å videreføre kravet til å ha kommunelege i kommunehelsetjenesteloven § 3-5 i både folkehelse- og helse- og omsorgsloven. Samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktig for blant annet å gjennomføre de analyser, vurderinger og tiltak som følger av forslaget til ny folkehelselov kapittel 2.

Kommunen har i utgangspunktet frihet til selv å organisere sin helsetjeneste og sitt folkehelsearbeid, inklusiv smittevernet. Kommunelegen (medisinsk-faglig rådgiver) har imidlertid fortsatt lovpålagte oppgaver spesielt innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.

Grunnprinsipper i folkehelsearbeidet:

På folkehelseområdet er det særlig fire prinsipper som er av stor betydning. Det er prinsippene om utjevning, helse i alt vi gjør (Health in All Policies), føre-var og bærekraftig utvikling.

Økonomi:

I følge OECD bruker Norge vesentlig mindre andel av helsebudsjettet til forebygging og folkehelsearbeid enn mange andre land. Det antas at en bedre balanse i ressursinnsatsen mellom behandling og forebygging, over tid vil føre til en reduksjon i økningen av behovet for kostbar behandling. Dette er en av forutsetningene som ligger til grunn for samhandlingsreformen. I tillegg vil det være vesentlige menneskelige og velferdsmessige gevinster ved en lavere dødelighet og en mer funksjons- og arbeidsdyktig befolkning.

I dag har kommunene ikke tilstrekkelig styringsinformasjon til å se hva som er forebyggingspotensialet i kommunen, og hvor de bør prioritere for å få størst mulig samfunnsøkonomisk effekt av tiltakene. Videre er det også viktig at kommunen får gode oversikter av effekten av de tiltakene som iverksettes. Gjennom å gjøre et sett med nøkkeldata tilgjengelig for kommunen vil den ha bedre mulighet til å prioritere og måle effekt av sine tiltak.

Videre er det et potensial i å gjøre tilgjengelig godt dokumenterte verktøy og metoder i forebygging for å sikre at de tiltak som iverksettes er de mest effektive.

Lovforslaget er i hovedsak en videreføring av kommunens ansvar, men med økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter.

Fordi forslag til lov er innrettet slik at den skal sikre bedre prioriteringer og målrettet tiltak inn mot helseutfordringer kan eventuelle merkostnader som følger av ny folkehelselov for kommunen håndteres innenfor allerede gjeldende budsjettammer. Kommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer som kommunen arbeider innenfor i forholdt til kapasitet og ressursituasjon for øvrig, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser jf. blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling.

Det er ikke god nok oversikt over hva kommunene i dag gjør av bestemte folkehelseiltak. Helse- og omsorgsdepartementet vil før lovforslaget fremmes utrede nærmere eventuelle merkostnader som følger av ny lov om folkehelsearbeid. Det forutsetter at de ressursene



som kommunene bruker i dag også innen samfunnsmedisin, miljørettet helsevern og annet folkehelsearbeid blant annet i helsestasjon og skolehelsetjeneste, brukes til å iverksette nødvendige tiltak, men mer effektivt og målrettet enn i dag.

Økonomiske konsekvenser

I høringsnotatet synes det som at lovforlaget skal kunne gjennomføres innenfor dagens ressurser. Dette mener vi er feil:

Loven vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene. Det argumenteres for et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Dette er en krevende oppgave, både faglig, ledelsesmessig, organisatorisk og ressursmessig.

Ansattes medbestemmelse

Ikke relevant

Vurdering

Forslaget til ny folkehelselov forsøker å vri innsatsen fra behandling til forebygging. Dette er fornuftig, men forutsetter at kommunen har kunnskap om og virkemidler som har effekt. Forslaget er i stor grad basert på at kommunen skal få helsedata og råd fra sentrale kilder (Folkehelseinstituttet) og tilpasse dette ut fra lokale utfordringer og prioriteringer. Det gjenstår å se om slike data blir gjort tilgjengelig for kommunen.

Miljørettet helsevern:

Det synes fornuftig ut å flytte miljørettet helsevern fra kap. 4.1 i kommunehelseloven til ny § 3 i folkehelseloven. Selv om lovverket flyttes over i sin helhet ligger det imidlertid større krav til konkretisering av arbeidsoppgaver, kartlegging av helseutfordringer og plan for mål strategi og tiltak. For miljørettet helsevern vil dette kreve mer arbeid og mere ressurser for å følge opp den nye folkehelselovens krav.

Beredskap: Etter departementets vurdering er det behov for å ha beredskapsbestemmelser i folkehelseloven, dvs. beredskap knyttet til beskyttelse av folks helse i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Dette gjelder også for miljørettet helsevern. Dette dreier seg om beredskap for å vurdere helserisiko ved en mulig eller faktiske hendelse som f. eks, legionellautslipp eller kjemikalieutslipp som er særskilt nevnt. En beredskapsplan krever utarbeiding av en risiko- og sårbarhetsanalyse med det ressursbruk dette innebærer.

At samfunnsmedisinsk kompetanse fortsatt er nødvendig er en riktig presisering.

Etter departementets syn er det for å sikre liv og helse samt også rettsikkerhet nødvendig å sette krav til samfunnsmedisinsk kompetanse. Primært er dette knyttet til hastevedtak innen miljørettet helsevern, helseberedskap og smittevern som er kritisk med hensyn til liv og helse. Videre anser departementet det som viktig at kommunene har tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse for å gjennomføre de analyser, vurderinger og tiltak som følger av forslaget til ny folkehelselov kapittel 2.

Fylkeskommunens og statens ansvar.

Begge skal understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Dette er i lovtekst nokså vagt formulert noe som kan synes bekymringsfullt da forutsetningen for at kommunen skal kunne yte innenfor sitt ansvarsområder forutsetter at statlige og fylkeskommunale instanser faktisk gjør nødvendige data tilgjengelige for kommunen.

RHF (regionalt helseforetak) ville også være naturlig å knytte oppgaver til i forbindelse med å bistå med opplysninger til regional og lokal helsestatistikk. RHF bør være en partner for å fremstille relevant regional statistikk i samarbeid med kommunene, fylkeskommunene etc. Det regionale ansvaret for å drive regionale helseprofiler og bistå kommunene i å utarbeide lokale kommunehelseprofiler skal ligge hos fylkeskommunen



Høringsnotatet gir ikke et dekkende bilde av det store og viktige folkehelsearbeidet som skjer i regi av fylkeskommunene. Mens innsatsen til fylkeskommunen, kommunene og de frivillige kreftene som virker gjennom partnerskapene er undervurdert, gis fylkesmannens rolle for stor betydning. Det er beklagelig at høringsnotatet ikke får frem at viktige deler av folkehelsearbeidet må finne sin form der folk lever og virker og således må forankres i lokal- og regionaldemokratiet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har et særskilt ansvar for å bistå bl.a. kommuner og helsepersonell for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikaliehendelser. Dette er viktig og nødvendig da det ikke er rimelig at alle kommuner vil ha tilstrekkelig spisskompetanse på området.

Både fylkesmannen og Helsedirektoratet skal bidra til å iversette nasjonal politikk på folkehelseområdet. Det er da også på dette nivå de viktige overordnede strukturelle grep kan settes inn. Lovens virkeområde må utvides til ikke å bare omtale statlige helsemyndigheter. Det må også omhandle øvrige statlige myndigheter og folkehelse må innarbeides tydeligere i sektorlovgivningen slik at den fremstår som konsistent. Foreliggende lovutkast gir ingen informasjon om hvilke grep man tenker kan være hensiktsmessig å gjøre like for landet og grensesområdet mot lavere forvaltningsnivå problematiseres ikke.

Økonomi: Derimot blir det for lett å si at ” Fordi forslag til lov er innrettet slik at den skal sikre bedre prioriteringer og målrettet tiltak inn mot helseutfordringer kan eventuelle merkostnader som følge av ny folkehelselov for kommunen håndteres innenfor allerede gjeldende budsjettammer”.

All erfaring sier at mer fokus, til dels nye rutiner og oppgaver og forventningen om å gjøre en bedre jobb enn i dag vil gi mer ressursbruk. Ikke minst gjelder dette kravet til kommunelege om epidemiologiske analyser som ledd i kommunens folkehelsearbeid og tiltakene som følger av planarbeidet må finansieres. Folkehelsekoordinatorrollen vil få nye og utvidede oppgaver både hva gjelder oversikt over risikofaktorer, å få til en tverrsektoriell tilnærming og ved å være katalysator på tiltak-siden.

Hvis staten mener alvor med at folkehelse teori skal omsettes til folkehelse praksis, må de ta inn over seg at dette er meget komplekst og ressurskrevende. Et slikt ønske må følges opp av en tverrsektoriell og nivåovergripende opptrappingsplan innenfor folkehelse, der også nye potensielle virkemidler for alle nivåer blir utredet. Dette handler også om at lavere nivåer settes økonomisk i stand til å følge opp forebyggende og helsefremmende arbeid, men det handler også om å utrede andre former for virkemidler. En opptrappingsplan må da sikre at alle relevante departementer inkluderes i strategiene. Enn så lenge er trolig folkehelsesatsningen for svak til at målsettingene vil nås

På lang sikt vil nettopp det å satse på forebygging kunne være ressursbesparende gitt at vi ved mer forebygging får en friskere befolkning. Dette må derfor synliggjøres i budsjettene allerede fra lovens ikrafttreden.