



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres referanse  
Vår referanse 2010/6546-0 730 THD

Dato 18. 01.2011

## Forslag til ny folkehelselov - høringsuttalelse

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat med forslag til ny Folkehelselov – Samhandlingsreformen. Fylkesmannen i Oppland og Helsetilsynet i Oppland har samordnet sine synspunkter og gir ett svarbrev.

### Innledning

Generelt mener vi at forslaget har et høyt ambisjonsnivå. Det er meget bra, men det er etter vår mening avgjørende at de regler og de grep som foreslås blir mer konkrete, for at de skal kunne føre til at ambisjonene nås. Slik forslaget nå ser ut, vil det neppe føre til en "bedre balanse mellom behandling og forebygging" med helsemessige og velferdsmessige gevinster. En klarere konkretisering og ansvars plassering av tiltak, organisering og struktur vil måtte legges inn for at sykdomsbyrden skal reduseres.. Det er også andre faktorer enn lovverket som vil bestemme sykdomsbyrden i befolkningen.

Det er viktig at folkehelsearbeidet nå får en handlekraftig forankring og blir en integrert del av helse- og omsorgsarbeidet generelt. Forslaget til ny lov er derfor et godt skritt i riktig retning, selv om vi er av den oppfatning at balansen mellom det kurative og det forebyggende arbeidet fortsatt vil være skjev og at integreringen med den øvrige helse- og omsorgstjeneste ikke går langt nok. Vi tror det ville vært en styrke om dette lovforslaget i sin helhet hadde vært innarbeidet i det nye forslaget til helse- og omsorgslov.

Mye folkehelsearbeid utføres i kommunene i dag, men ofte sporadisk knyttet til kommunehelsetjenesten alene og lite organisatorisk forankret i den kommunale forvaltningen. Denne loven vil derfor på mange måter medføre "nye oppgaver" for kommunene med en helt annen bredde enn tidligere.

Det å skaffe seg "oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer" og utvikle "kommunehelseprofiler" vil betinge store ressurser, ikke minst for små kommuner. Selv med gode maler og informasjonsmateriale fra sentralt hold, vil det være en utfordring å sikre god nok kvalitet. Når den enkelte kommunes helseutfordringer skal danne grunnlag for planer og strategier, vil det være ekstremt viktig at grunnlagsarbeidet har høy kvalitet og faglig standard som kan brukes som kommunalt planverktøy. Lovforslaget sikrer ikke i seg selv at et slikt kvalitetskrav kan innfris. Interkommunalt samarbeid vil være nyttig i oppstartsfasen og i implementeringen av denne loven som en måte å dele ressurser og kompetanse på. I Oppland har vi startet en prosess dette året med å utvikle regionale helseplaner som omfatter samarbeid mellom fylkets 6 regioner og det lokale sykehus inklusive to lokalmedisinske sentra nettopp for å kunne bedre møte kompetanseutfordringene.

Notatet fremhever at det er et mål "å opprettholde og styrke samarbeidet mellom departementer og direktorater i utviklingen av folkehelsepolitikken". Fylkesmannen er enig i at det er viktig å styrke samordningen sentralt. Uklare prioriteringssignaler og forskjellige nyanser i budskapene fra sentrale aktører er ikke minst et problem for lokale miljøer og deres håndtering av folkehelseproblemer, jf. erfaringer fra pandemien. En nærmere beskrivelse av hvordan dette samarbeidet skal skje og hvilke

grep som tenkes tatt i den sammenheng, i tillegg til felles handlingsplaner, ville vært gunstig for forståelsen og oppfølgingen lokalt.

### **Om IHR(2005)**

Det er betimelig at det hjemles for at IHR(2005) blir innført i Norge i sin helhet selv om sjansene for at en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse skal oppstå i landet er små. Bl.a. SARS-epidemien viste betydningen av at et globalt regelverk er på plass og har gyldighet i nesten alle land. Det er også naturlig at denne hjemmelen fastsettes i en folkehelselov. Vi støtter forslaget om organisering og struktur av IHR-arbeidet inklusive opprettelse av et IHR-register, og de varslings- og rapporteringsrutiner som er foreslått.

### **Kommunelegen og det samfunnsmedisinske ansvaret**

I den nye helse- og omsorgsloven blir det et krav om å ha en kommunelege på hel- eller deltid i en eller flere kommuner. Det vil bli lite sammenheng mellom stillingsbetegnelse og de oppgavene som er tenkt tillagt stillingen dersom ikke denne personen enten har, eller er i ferd med å tilegne seg en samfunnsmedisinsk kompetanse. Kompetansebehovet som er skissert og de oppgavene som er nevnt, tilsier samfunnsmedisinsk kompetanse. Dette gjelder både beredskap, smittevern, miljørettet helsevern, epidemiologi og vurdering av tiltak i andre samfunnssektorer. Fylkesmannen mener det bør være et lovkrav at kommunelegen må inneha eller erverve seg samfunnsmedisinsk kompetanse.

### **Om klageordningen, forsvarlighet**

Tilsyn skal ha et forsvarlighetskrav som referanse. Vi mener at det bør utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer for hva som kan innebære forsvarlighet på det forebyggende området. Dersom forsvarlighetskravet skal ta utgangspunkt i kommunens ressursituasjon, når vi samtidig vet at gevinsten av det forebyggende arbeidet først blir synlig i et langtidsperspektiv, vil det bli vanskelig å få politisk aksept for en balansert investering i forholdet mellom forebygging og kurativ virksomhet. At kommunen "har oversikt" over sine helseutfordringer, men ikke foreslått oppfølgende og adekvate tiltak, vil ha betydning for forsvarlighet. Det bør lovfestes et krav om at kunnskap om helseutfordringene i kommunen regelmessig blir forelagt politikerne og at aktuelle tiltak skal utredes og vurderes gjennomført. Dette kan ikke bare bli vurdert ved gjennomgangen av kommunens planstrategi av Fylkesmannen som en "godkjenningsprosedyre".

### **Hvem som skal føre tilsynet?**

I høringsnotatet foreslår departementet nye regler om statlig tilsyn i helse- og omsorgsloven som er harmonisert med kommuneloven kapittel 10A. Dette medfører ingen endring i rettsstilstanden hva gjelder hovedmålet med statlig tilsyn overfor kommunene på områdene helse- og omsorg, nemlig å undersøke og bedømme om kommunen overholder kravene i lovgivningen.

Både helsetilsynet Oppland og Fylkesmannen i Oppland støtter departementet i at det bør være ett felles regionalt klage- og tilsynsorgan, og med en direkte styringslinje fra Statens helsetilsyn som overordna faglig ansvarlig. Dette må også gjelde for folkehelsearbeidet.

**Fylkesmannen i Oppland** er av den oppfatning at klage- og tilsynsmyndigheten etter den nye loven bør legges til Fylkesmannen. Dette begrunnes med at det vil samordne og ivareta behovet for en felles klage- og tilsynsinstans overfor kommunene. Det vil også forenkle ordningen slik at pasienter og brukere kan forholde seg til en instans. Løsningen innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være i tråd med forslagene både fra Bernt- og Aasland-utvalget. De faglige styringslinjene vil som på alle andre områder under Fylkesmannen gå fra fagdirektorat/fagtilsyn, i dette tilfelle Statens helsetilsyn.

**Helsetilsynet i Oppland** anbefaler at det nå ikke tas stilling til hvorvidt dagens ordning med delt ansvars plassering mellom Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket skal beholdes i fremtiden, før ordningen er ytterligere evaluert i forbindelse med samhandlingsreformen. Vi mener at alle krefter nå må settes inn på å støtte de prosessene som følger av samhandlingsreformen og at en overføring av tilsynsansvaret fra helsetilsynet til Fylkesmannen bør bero inntil denne reformen har funnet sin form. Faglighet og uavhengighet vil styrke brukernes interesser noe som tilsier at helsetilsynet bør være førende for tilsynsvirksomheten også etter denne nye loven.

### **Økonomiske og administrative konsekvenser.**

Selv om flere undersøkelser kan tyde på at kostnader til helsetjenester kan reduseres innen visse områder som et resultat av økt forebygging, er det neppe trolig at totalutgiftene til helsetjenester vil bli redusert i fremtiden. Det er andre og sterkere drivkrefter som vil påvirke kostnadsutviklingen. Forebygging vil kunne fortsette å tape i en slik konkurranse.

Kommunene må derfor gis et tydelig økonomisk insitament for å kunne klare denne oppgaven. Den positive holdningen som er skapt av samhandlingsreformen må gis en fortsatt drivkraft ved at kommunene gis økonomiske midler til å møte utfordringene som ligger i dette lovforslaget. Som en følge av eventuelle økonomiske overføringer, må det sikres at kommunene i sin rapportering tydeliggjør hvordan midler har blitt brukt i folkehelsearbeidet.

### **Kommentarer til enkelte paragrafer**

#### **§ 1 Formål**

Vi savner medvirkning på tiltakssiden også fra helseforetakene slik at deres virksomhet innen folkehelsearbeidet blir tatt med.

#### **§3 Definisjon**

Begrepene; helsetrussel, påvirkningsfaktorer, helsedeterminanter burde defineres nærmere. Hvis de vurderes som like begreper, bør de skiftes ut med ett gjennomgående begrep.

#### **§4 Kommunens ansvar**

Ansvar for folkehelsearbeidet legges til kommunen og skal være tverrsektorielt og nivåovergripende. Loven sier ikke noe om organisering eller plassering av denne tjenesten i kommunen. Vi mener det vil være en fordel med en konkretisering av ansvars plasseringen og mener at dette ikke nødvendigvis kan tolkes som en inngripen i det kommunale selvstyre. Tilfeldig plassering av ansvar vil medføre ulikhet i tjenestetilbud, kvalitet, samordning og prioritering av folkehelsearbeidet i kommunene og derved kunne motarbeide formålet om å utjevne sosiale forskjeller. Krav om en koordinerende enhet for folkehelsearbeid på lik linje med forslaget om en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgsloven, vil være en hensiktsmessig løsning.

#### **§6 Mål og tiltak**

I paragraf 5, er det skissert hva som menes med "å ha oversikt". Oversikten vil bli basert på nasjonale indikatorer og vil i seg selv ha føringer på hvilke tiltak som kan være med på en prioritert liste. Det er derfor nødvendig å presisere hva tiltakene kan omfatte. Dette bør overlates til den enkelte kommune. Det synes også nødvendig å presisere at kommunen skal gi opplysninger og informasjon. Det er naturlig at en koordinerende enhet for folkehelsearbeidet gir opplysning om sin virksomhet, men det er også andre aktører som har klare veiledningsplikter bl.a. fastleger, helseforetak og andre institusjoner. Disse aktørene må ikke få redusert sin forpliktelse til også å gi informasjon.

#### **Kapittel 5 – Statlige myndigheters ansvar**

Det bør slås fast i den samme loven i en ny paragraf, at de regionale helseforetakene ved helseforetakene har en plikt til å bistå kommunene i deres folkehelsearbeid. Dette gjelder tiltak om forebygging, mestring og helseopplysning. En slik forpliktelse bør gjenspeiles i det kommende avtaleverket mellom sykehusene og kommunene.

Vi har ikke ytterligere kommentarer til selve lovparagrafene enn det som fremkommer av de generelle betraktningene ovenfor.

Når det sies at god folkehelse vil være "både et mål og et middel for god samfunnsutvikling", så er ikke dette nok som insitament for kommunene til å styrke sitt arbeid med folkehelse. At fremtidsutsiktene på lang sikt er lavere utgifter til helse- og omsorgssektoren i kommunen, er neppe en formildende faktor for de kostnadene som kommunen vil ha ved å legge til rette for en økt innsats for folkehelsen.

Kristin Hille Valla

Tharald Hetland  
avdelingsdirektør/fylkeslege

Kopi: Helsedirektoratet  
Statens helsetilsyn