



Fylkesmannen i Vest-Agder



HELSETILSYNET I VEST-AGDER

Saksbehandler: Kristian Hagestad
Tlf.: 38 17 68 93

Deres ref.: 25.10.2010
Vår ref.: 2010/6406

Vår dato: 10.01.2011
Arkivkode: 730

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Forslag til ny folkehelselov - Høringsuttaling

Vi viser til departementets høringsbrev av 18.10.10. Vi avgir felles høringsuttaling fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder. Der det er ulik oppfatning mellom de to, framgår dette av teksten.

Generelle kommentarer

Vi støtter hovedtanken bak forslaget; å få én felles lov for folkehelsearbeid med beskrivelse av ansvars plassering blant ulike offentlige aktører; fra kommunene til nasjonale, statlige instanser.

Vi finner det riktig - slik det er lagt opp til - å inkorporere både relevante deler av dagens kommunehelsetjenestelov og loven om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. Det er en viktig understreking av folkehelsearbeidets tverretatlige og sektorovergripende karakter at kommunen som sådan - ikke kommunehelsetjenesten (helse- og omsorgstjenesten) - er pliktsubjekt i den delen som omfatter kommunale oppgaver. Vi sakner en understreking av at den sektorovergripende tilnærmingen til folkehelsearbeidet også må gjelde det sentrale, nasjonale politiske nivået. I høringsnotatet omtales bare "departementet" i betydningen Helse- og omsorgsdepartementet; jf. vår seinere kommentar til § 2 første ledd.

Helseforetakenes oppgaver er kort kommentert i høringsnotatet s. 79-80, men i lovutkastet er det ingen omtale av den viktige aktøren som spesialisthelsetjenesten utgjør, med de regionale helseforetakene som pliktsubjekt. Etter spesialisthelsetjenesteloven (spl) § 1-1 er dens formål bl.a. å "fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming". St.meld. nr 16 (2002-03) - "Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken" - omtaler helseforetakenes rolle i underkapittel 9.4. Her nevnes bl.a. "Overvåking av sykdom og risikoforhold" og "Veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten", jf. spl § 6-3.

Overvåkning av sykdom og risikoforhold

Spesialisthelsetjenesten avleser på mange måter resultater av svikt i folkehelsearbeidet gjennom deler av den pasienttilstrømningen som mottas. Systematisering av epidemiologiske data med utviklingstrekk og trender for forebyggbare sykdommer i regionen bør tilbakeføres til kommuner og fylkeskommuner i nedslagsfeltet. Dette bør presiseres i den nye folkehelseoven. Data fra helseforetakene kan supplere opplysninger fra Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen og kommunene selv.

Veiledning og samarbeid med primærhelsetjenesten

Selv om mye av dette samarbeidet vil være knyttet til enkeltpasienter og derved falle utenfor folkehelsearbeidets rammer, bør helseforetakene også ha kompetanse til å gi råd vedr. målrettede grupperettede tiltak.

Ved å flytte hele Kap. 4a i dagens kommunehelsetjenestelov inn som kapittel 3 i den nye loven, får dette feltet totalt sett en sterkt dominerende plass i den nye loven. Bestemmelsene her er også av en annen og mer detaljert karakter enn de mer overordnede bestemmelsene i resten av lovforslaget. Et alternativ til denne disponeringen kunne vært en langt mer kortfattet omtale av miljørettet helsevern i selve loven, mens detaljene ble beskrevet i forskrift.

Kommentarer til enkeltelementer i lovforslaget*Til § 2, første ledd - Virkeområde*

Blant de instanser loven gjeder for, sakner vi de regionale helseforetakene; jf. kommentar ovenfor.

Uttrykket "statlige helsemyndigheter" bør endres til "statlige myndigheter" for å understreke at også på statlig nivå må ansvaret for folkehelsearbeid være av sektorovergripende karakter.

Til § 3b – Definisjon av folkehelsearbeid

I første linje foreslår vi formuleringen "samfunnets samlede innsats", for å understreke enda tydeligere at folkehelsearbeid er et ansvar for alle samfunnssektorer.

Siste undersetning i definisjonen - om jevnere fordeling - kan sies å være overflødig, da den er ett av flere midler for å fremme helse og forebygge sykdom m.v. Relativiseringen ("jevnere") er ikke uproblematisk og kan virke mot sin hensikt; er det ikke en jevn fordeling man bør arbeide mot?

Til § 11, første ledd - helsekonsekvensutredning

Presiseringen "eller driver" er viktig. Uttrykket konsekvensutredning er i andre sammenhenger sterkt knyttet til planstadiet. Det har vært reist tvil om hvorvidt nåværende § 4a-5 i kommunehelsetjenesteloven gir hjemmel til å kreve konsekvensutredning av pågående virksomheter.

Til § 20, første ledd – fylkeskommunens egen virksomhet

Selv om "tjenesteyting" er nevnt blant de oppgaver fylkeskommunen er tillagt, viser erfaring at det er behov for tydeligere å presisere at folkehelseetaten må gjenfinnes i de virksomheter som fylkeskommunen selv har ansvar for driften av; ikke minst i videregående skole, men også innen andre områder som samferdsel og kultur.

Til § 20, andre ledd – partnerskap

Partnerskapsbegrepet er ikke nærmere definert verken i loven eller i høringsnotatet. I WHO's Health Promotion Glossary er Partnership for Health Promotion definert som
a voluntary agreement between two or more partners to work cooperatively towards a set of shared health outcomes.

I annen litteratur om partnerskapsbegrepet understrekes stikkord som felles interesser/verdier/mål, likeverd mellom partene, utbytte for alle parter, samt at samvirket består over tid. Etter vår oppfatning er det blandede erfaringer hittil med verdien av og likeverdet i partnerskapene mellom fylkeskommuner og kommuner om folkehelsearbeid. Vi anbefaler at prinsipper og forutsetninger for partnerskap presiseres, og at forventninger til slike avtaler mellom fylkeskommune og kommuner tydeliggjøres i lovens forarbeid.

Til §§ 20 - 21 – kompetanse for ivaretaking av fylkeskommunens oppgaver

Vi merker oss at mens det i § 28 stilles krav om samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen, er det intet tilsvarende krav for fylkeskommunen.

Til § 22 – Fylkesmannens ansvar

Gjennom sin brede oppgaveportefølge – særlig overfor kommunene – har fylkesmannen et godt utgangspunkt for folkehelsestenkning på tvers av sektorer. Han kan tilse at hensyn til folkehelse blir ivaretatt gjennom helhetlig formidling av nasjonal politikk, rådgivning, pådrivning og planbehandling. Sett på den bakgrunnen er formuleringen i § 22 relativt "tam". Vi foreslår følgende:

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet innen lokalt og fylkesvis nivå, med særlig vekt på helhetstenkning på tvers av ulike samfunnssektorer. Dette skjer bl.a. gjennom råd, veiledning, uttalelser og planbehandling overfor kommuner og fylkeskommune.

Til § 32 – statlig tilsyn; jf. § 19 om klage vedr. miljørettet helsevern

Vi er enige i at det bør være en hjemmel for tilsyn med virksomhet etter de paragrafer som er nevnt i første ledd.

Lovforslaget stiller spørsmålet åpent om hvorvidt tilsynsmyndigheten skal legges til fylkesmannen eller til helsetilsynet i fylket. Vi ser det kan være argumenter for begge alternativene.

For fylkesmannen

At fylkesmannen er tilsynsmyndighet, vil understreke at folkehelsearbeid er noe mer enn helse- (og omsorgs-)tjenester og gi grunnlag for tilsynsmessig oppfølging av folkehelselovens forpliktelser innen ulike samfunnssektorer. Det er også i tråd med kommunelovens prinsipper for tilsyn med kommunene, jf. også Aasland-utvalgets anbefalinger.

For helsetilsynet i fylket

Nasjonalt er det overordnede faglige tilsynet foreslått lagt til Statens helsetilsyn, og en tilknytning til helsetilsynet i fylket kan da framstå som naturlig. Helsetilsynet i fylket har per i dag tilsyn med forebyggende helsetjenester, ikke bare på individ-, men også på gruppenivå. Det har per i dag også tilsyn med kommunens oppfølging av bestemmelsene om miljørettet helsevern. Fylkesmannen vil kunne ha mange roller overfor kommunene i saker som er relatert til folkehelse; slik som veiledning, uttalelser, innsigelse og mekling. Det kan da være en fordel at tilsynsrollentilligger en annen instans.


Fylkesmannen i Vest-Agder mener at fylkesmannen må være tilsynsmyndighet. Helsetilsynet i Vest-Agder anbefaler at funksjonen legges til helsetilsynet i fylket.

Uansett hvilket organ som blir tilsynsmyndighet etter § 32, mener vi at samme instans også må være klageorgan etter § 19, slik at erfaringer fra klage- og tilsynsvirksomhet kan ses i sammenheng.

HOVEDPUNKT

- Hovedtanken bak lovforslaget støttes.
- De regionale helseforetakenes rolle i folkehelsearbeidet bør omtales
- Det må klarere komme fram at prinsippene om folkehelsetenkning og ansvar på tvers av samfunnssektorene også må gjelde på nasjonalt politisk nivå
- Krav til fokehelsepremisser i fylkeskommunens egen virksomhet bør presiseres.
- Begrepet partnerskap bør defineres, og forventninger til partnerskap mellom fylkeskommune og kommuner bør presiseres.
- Beskrivelsen av fylkesmannens oppgaver bør klarere få fram den sektorovergripende rollen.
- Hjemmel for tilsyn støttes. Den instansen som er tilsynsmyndighet, bør også være klageorgan etter lovens § 19. Fylkesmannen i Vest-Agder går inn for at fylkesmannen er klage- og tilsynsmyndighet; Helsetilsynet i Vest-Agder anbefaler at helsetilsynet i fylket ivaretar denne funksjonen.

Med hilsen


Ann-Kristin Olsen
fylkesmann


Kristian Hagestad
fylkeslege