



Helse-og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Høringsuttalelse fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud - forslag til ny folkehelselov

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat om forslag til ny lov om folkehelsearbeid med høringsfrist 18. januar 2011. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud avgir felles høringsuttalelse til forslaget.

Kommentarer til forslaget til ny folkehelselov

Sammenlignet med gjeldende lovverk, er det ikke foreslått vesentlige materielle endringer. Slik vi forstår lovforslaget, er endringene først og fremst av strukturell og pedagogisk karakter. Det er positivt at det kommer uttrykkelig frem i loven at det er kommunen som sådan som har ansvar for det kommunale folkehelsearbeidet. Vi mener dette kan bidra til styrket politisk og tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet og at det kan bli enklere å se budsjettmessige sammenhenger mellom forebyggende tiltak innenfor ett budsjettområde og innsparinger i kostnader innenfor et annet budsjettområde. Ved å lage en egen lov – skilt ut fra kommunale helse- og omsorgstjenester – blir videre kommunens ansvar på folkehelseområdet mer synlig enn i dag.

Vi støtter departementets synspunkt om at *"det er et mål å opprettholde og styrke samarbeidet mellom departementer og direktorater i utviklingen av folkehelsepolitikken"*, jf. høringsnotatets kapittel 5.4.2. Etter vår oppfatning bør det arbeides for en *sterkere tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet på statlig nivå*. Lovutkastets kapittel 5 gjelder kun statlige helsemyndigheter. Mange av de viktigste positive effektene i folkehelsearbeidet skyldes universelle og strukturelle tiltak utviklet og initiert av helt andre statlige aktører enn de som er knyttet til helse. Vi mener at økt tverrfaglig forankring og samarbeid på nasjonalt nivå er forutsetning for fremtidig utvikling av folkehelsearbeidet på regionalt og kommunalt nivå.

Vi ser i praksis at nødvendig samarbeid mellom kommunale sektorer forhindres av manglende sentrale føringer på andre områder enn helse, for eksempel ved samarbeid mellom skolehelsetjeneste og skole. Det er særlig på videregående trinn at skolene ikke er tilstrekkelig forpliktet til tverrsektorielt samarbeid om helsefremmende og forebyggende tiltak. I denne forbindelse er det viktig at loven presiserer det offentliges ansvar for å sikre at også ungdom som ikke er i videregående utdanning må gis tilbud om helsefremmende og forebyggende helsetjenester. Dette fremgår ikke etter vår oppfatning tydelig nok.

Det viktige og avgjørende samarbeidet mellom skolesektoren og helsesøstertjenesten er for øvrig også tydelig presisert i vårt høringsbrev til forslaget om ny helse- og omsorgslov.

I forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan står det at *”det er et potensial i å utvikle spesialisthelsetjenestens rolle på områder der de har betydelig kompetanse. De regionale helseforetakenes ansvar skal gjennomgås, blant annet med sikte på å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar for å bistå kommunene.”* I høringsnotatet til ny folkehelselov er det blant annet vist til at *”oppdragsdokumenter til regionale helseforetak oppfordrer til at helseforetakene inngår i forpliktende samarbeid om partnerskap for folkehelse”*, og det er vist til veiledningsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Vi savner en nærmere drøfting av *spesialisthelsetjenestens rolle* i forhold til folkehelseloven, herunder en drøfting av om gjeldende § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven er dekkende for kommunens veiledningsbehov etter folkehelseloven. Pliktsubjektet etter § 6-3 er for det første det enkelte helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og plikten gjelder overfor *kommunehelsetjenesten*. Etter vår erfaring er utøvelsen av veiledningsplikten overfor kommunene tilfeldig og lite formalisert i praksis. Vi mener derfor at spesialisthelsetjenesteloven bør presisere at det ikke bare er personellet som er ansatt i helseforetakene, men også helseforetakene som sådan, som har plikt til å sørge for råd og veiledning.

§ 1 Formål

Vi foreslår å forenkle formuleringen i første ledd første punktum til for eksempel *”formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosialt betingede helseforskjeller”*.

§ 5 og § 21 oversikt over helsetilstanden og § 24 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar

Vi støtter forslaget om mer konkrete krav til kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Utarbeidelse av en slik oversikt krever imidlertid betydelig kompetanse i både folkehelse og samfunnsmedisin, se i den forbindelse våre kommentarer til utkastets § 28.

En forutsetning for at lovkravet skal kunne gjennomføres i praksis er – på bakgrunn av vår erfaring med tilsvarende bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven – at staten gjennom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet bidrar med å fastsette et minste felles basis datasett og utvikling av et statistisk og epidemiologisk dataverktøy til bruk for kommuner og fylkeskommuner. Dette bør skje samtidig med lovens implementering. Vi støtter derfor forslaget i § 24 om lovfesting av Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar for å gjøre opplysninger tilgjengelige som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter.

Etter vår oppfatning vil det medføre økte ressurser for kommune og fylkeskommune å implementere et slikt system, se kommentarer nedenfor til høringsnotatet kapittel 20 om økonomiske og administrative kostnader.

§ 6 Mål og tiltak

Vi ser det som positivt at det i lovutkastet kommer tydelig frem hvordan det både i kommunal planlegging og konkrete folkehelseiltak skal tas utgangspunkt i kommunens oversikt over faktorer som fremmer eller hemmer helsetilstanden, og fordelingen av disse. Oversikt over lokale og regionale utfordringer er en nødvendig forutsetning for å kunne målrette tiltakene.

Det er videre positivt at sammenhengen med plan- og bygningsloven kommer tydelig til uttrykk i loven, siden gjennomføring av lokal og regional folkehelsepolitikk ofte vil skje gjennom virkemidler i plan og bygningsloven.

Vi mener at eksemplifiseringen av tiltak i § 6 tredje ledd annet punktum er vag og at utvalget av eksempler kan virke noe tilfeldig. Selv om det fremgår av ordlyden at det er eksempler, vil utvalget av disse i lovteksten lett kunne virke normerende for hvilke områder som blir vektlagt i praksis. Etter vår mening bør det derfor også uttrykkelig sies noe om psykisk helse og om tiltak mot rusmiddelmisbruk generelt (ikke nødvendigvis bare lovlige rusmidler slik som alkohol og tobakk).

Kapittel 3 Miljørettet helsevern

Vi er positive til at folkehelseloven skal regulere miljørettet helsevern.

Vi mener imidlertid at eksisterende regelverk ikke er formålstjenlig og effektivt i praksis. Departementet viser til at over 80 % av de spurte i kommunene i en nylig gjennomført undersøkelse opplyser at de er fornøyde med eksisterende regelverk. Fylkesmannen i Buskerud får sjelden henvendelser og klagesaker innen dette fagområdet (faktisk bare 2-3 årlig). Vi mener at dette både kan henge sammen med at regelverket er lite forstått og brukt i praksis, og at kommunene etter nåværende ordning "fører tilsyn med seg selv". Vår erfaring er at mange av kommunene har lite fokus på det miljørettede helsevernet. Dette er særlig bekymringsfullt for miljørettet helsevern i skoler og barnehager, hvor det er store mangler. Styrking av miljørettet helsevern i skoler og barnehager må sees på som en særdeles viktig faktor i lokalt folkehelsearbeid.

For øvrig er vi kjent med uttalelsene som Fylkesmannen/Helsetilsynet i Hordaland har kommet med i sin høringsuttalelse, og tilkjenner at vi fullt ut støtter deres framstilling av utfordringene innen lokalt arbeid og tilsyn med miljørettet helsevern.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud ønsker derfor at eksisterende regelverk om miljørettet helsevern blir evaluert og revidert.

§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse – og behov for folkehelsekompetanse for øvrig

Vi støtter at behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse kommer eksplisitt til uttrykk i lovteksten, og at det lovfestes at kommunen skal ansette en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver. De oppgaver som loven pålegger kommunen innen folkehelseområdet er av en slik art at det er helt nødvendig for kommunen å inneha slik medisinsk-faglig kompetanse. Vi støtter videre presiseringen av at kommunelegen skal drive samfunnsmedisinsk rådgivning innenfor alle de oppgaver som kommunen er tillagt etter folkehelseloven, herunder kartlegging av helsetilstanden og utarbeidelse av tiltak (§§ 5 og 6).

På bakgrunn av våre erfaringer med kommunene mener vi imidlertid at kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse alene ikke er tilstrekkelig for å sikre relevant og nødvendig fagkompetanse i det kommunale folkehelsearbeidet. Kommunelegene har ofte en begrenset stillingsprosent, og det er klart at de ulike forslagene i ny folkehelselov vil kreve særlig folkehelsefaglig kompetanse i kommunen utover det kommunelegen har mulighet for å yte. Vi mener derfor at det bør komme eksplisitt til uttrykk i lovteksten at det kreves fagkunnskap for å utføre oppgavene etter loven, for eksempel ved et krav om folkehelsefaglig kompetanse.

Både kartlegging av helsetilstand og vurdering av aktuelle tiltak krever folkehelsefaglig kompetanse. Vi har erfaring med at mange kommuner i dag ikke sørger for relevant fagkompetanse til å utføre disse oppgavene, og at oversikten over, koordineringen av og resultatene av folkehelsearbeidet blir deretter.

Et eksempel på dette er svært manglende oppslutning på årlige studietilbud innen folkehelse og folkehelsearbeid (15 studiepoeng) som har vært gjennomført ved Høgskolen i Buskerud de siste fem årene. Påmeldingen til kursene er god, noe som forteller om et klart behov for økt kompetanse, men ved studieoppstart faller 50-60 % fra med begrunnelse i manglende ressurser til dekning av studiekostnader og/eller vikar. Dette skjer på tross av ulike subsidieringsordninger fra Fylkesmannen og Fylkeskommunen. Vi har de samme erfaringene når det gjelder kommuneansattes muligheter for deltakelse på kurs, nettverksmøter og samlinger der Fylkesmannen ikke hel- eller delfinansierer deltakerkostnadene.

Vi viser for øvrig til kommentarene nedenfor om folkehelsefaglig kompetanse i fylkeskommunen.

Buskerud har gode erfaringer fra partnerskapsarbeidet innen folkehelse med etablering av stilling for folkehelsekoordinator. Vi mener at det i praksis vil ha stor betydning for kommunens resultater at en person i kommunen har en aktiv pådriver- og koordinatorfunksjon innen det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Vi ser at kommunelegene i praksis sjelden har en så stor stillingsprosent at det er mulig å utøve en aktiv pådriver- og koordinatorfunksjon.

Det er videre vår erfaring at resultater og måloppnåelse på folkehelseområdet forutsetter at folkehelsearbeidet er forankret sentralt i kommunen og at viktige aktører i folkehelsearbeidet (kommunelege, folkehelsekoordinator) har en tilsvarende sentral plassering for å tydeliggjøre deres sektorovergripende funksjon.

§§ 20, 22 og 32 fylkeskommunens og fylkesmannens ansvar og statlig tilsyn

Etter vår oppfatning er det behov for en klarere rolle- og ansvarsfordeling mellom fylkesmann og fylkeskommune. Det er i dag store forskjeller med hensyn til hvordan folkehelsearbeidet utføres på fylkesnivå.

Dersom fylkesmannen skal føre tilsyn med fylkeskommunens oppgaver etter loven, ser vi det som naturlig at partnerskapet for folkehelsearbeid mellom Fylkesmannen og fylkeskommunen blir byttet ut med en form for samarbeid der Fylkesmannens rolle begrenser seg til råd og veiledning og som samarbeidspartner innen kompetansehevende tiltak.

I forslaget til § 32 første ledd annet punktum står det at tilsynet skal ta utgangspunkt i en *forsvarlighetsvurdering*. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud mener at dette blir en indirekte og lite tydelig måte å lovfeste et forsvarlighetskrav på. Vi viser i den forbindelse til dagens kommunehelsetjenestelov, som har den samme lovteknikk med indirekte regulering av forsvarlighetsbestemmelsen i tilsynsbestemmelsen i § 6-3. I utkastet til ny helse- og omsorgslov er det foreslått å innta og presisere forsvarlighetskravet i en egen lovbestemmelse. Vi mener at det samme bør gjøres i forslaget til folkehelselov.

Særlig om folkehelsefaglig kompetanse i fylkeskommunen

I forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan er det uttalt at *”folkehelsearbeid forutsetter politisk eierskap og prioritering av helsehensyn i fylkesplanleggingen, i egen virksomhet og i*

regionalt utviklingsarbeid. Dette stiller krav til god intern folkehelsekompetanse i fylkeskommunene”.

Vi stiller oss tvilende til om lovutkastet er egnet til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i fylkeskommunene. Vi mener at det bør komme eksplisitt til uttrykk i loven at fylkeskommunen må sørge for relevant og tilstrekkelig fagkompetanse for å utføre oppgavene etter loven, for eksempel gjennom krav om folkehelsefaglig kompetanse. Vi viser i den forbindelse til våre kommentarer til lovutkastets § 28 ovenfor.

Høringsnotatets kapittel 20 – økonomiske og administrative konsekvenser:

Det fremgår av høringsnotatet at departementet ikke forventer at det er behov for tilførsel av øremerkede midler til folkehelsearbeidet. På bakgrunn av Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskeruds løpende erfaringer fra kommunene, har vi vanskelig for å se at det er mulig å gjennomføre lovforslaget etter intensjonene uten at det i en periode overføres økonomiske midler til kommunene for styrking og oppbygging av både den folkehelsefaglige kompetanse og det nødvendige organisatoriske apparat.

Vi viser i den forbindelse til at den økonomiske gevinsten av et mer effektivt folkehelsearbeid vil være vanskelig å beregne for den enkelte kommune og vil ligge frem i tid. Vi ser videre at folkehelseområdet i praksis har lett for å vike for de rettighetsfestede tjenesteområdene, herunder både de kurative tjenestene og pleie- og omsorgstjenestene.

Kommuner som skårer lavt på levekår og har de største utfordringene knyttet til helsetilstand, har ofte også det minste handlingsrommet til å skaffe seg nødvendig kompetanse og iverksette effektive tiltak. Ulik – og for de fleste en stram – kommuneøkonomi gjør det vanskeligere å satse på primærforebyggende og helsefremmende tiltak. Dette kan bidra til økte forskjeller i helse fremfor det motsatte.

Vi stiller oss på denne bakgrunn tvilende til om intensjonene bak lovforslaget kan oppnås uten at det samtidig tas i bruk flere og mer spesifikke økonomiske virkemidler og incentiver.

Med hilsen

Fylkesmannen i Buskerud

Helsetilsynet i Buskerud

Kirsti Kolle Grøndahl
fylkesmann

Ketil Kongelstad
fylkeslege