



HELSETILSYNET
I NORDLAND



**Fylkesmannen i
Nordland**

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 dep
0030 Oslo

DERES REF. / YOUR REF.:

201003835

VÅR REF. / OUR REF.:

2010/7802 008

DATO / DATE:

17.01.2011

Høring - forslag til ny folkehelselov

Det vises til høringsbrev fra Helse – og omsorgsdepartementet datert 18. oktober 2010 ang. forslag til ny folkehelselov. Dette er en felles høringsuttalelse fra Fylkesmannen i Nordland og Helsetilsynet i Nordland.

Generelt

Ved det nye lovforslaget flyttes ansvaret for folkehelsearbeidet fra helsetjenesten i kommunene til kommunene som sådan. Vi støtter dette forslaget. En følge er at folkehelse blir en del av samfunnsplanlegginga i kommunene og forankres i ledelsen. Vi mener at det er en styrke for folkehelsearbeidet at alle kommunale sektorer får ansvar for å ivareta helseaspektet og forebyggende helsearbeid.

Fylkesmannen i Nordland støtter kravet til internkontroll i lovforslaget. Vi er videre av den oppfatning at bestemmelsene som pålegger statlige helsemyndigheter å gi informasjon, råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner, er blant forutsetningene for at folkehelsearbeidet skal lykkes.

Lovforslaget har krav til kommunenes og fylkeskommunenes langsiktige og målretta satsning på folkehelsearbeid, mens en tilsvarende bestemmelse om overordna statlig satsing og samordning er fraværende. Krav til samordning på tvers av sektorer og fagområder innen folkehelse må gjelde på alle statlige forvaltningsnivå og fagområder. Lovteksten omtaler bare statlige helsemyndigheter, ingen øvrige statlige myndigheter bortsett fra Fylkesmannen. Høringsnotatet framstår i stor grad som utarbeida for helsesektoren alene. For å lykkes med satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid må alle departementene involveres og folkehelseperspektivet innarbeides i alle sektors styringsdokument. Vi antar at lovutkastet er grunnpilaren i det framtidige folkehelsearbeidet og at det videre arbeidet med å implementere ”helse-i-alt-vi gjør”-tankegangen vil omfatte endringer i andre særlover, utdypende forskrifter på en rekke områder og endra innretning på ulike utdanninger.

Faglige, organisatoriske, administrative og økonomiske forhold

Tverrfaglig, sektor- og nivåovergripende samarbeid er utfordrende. Høringsnotat drøfter i liten grad hvilke ressurser og organisatoriske virkemidler som kan være nødvendig for å etablere nye samarbeidsarenaer og samarbeidsformer mellom forvaltningsenheter for å imøtekomme disse utfordringene.

Lovutkastet fordrer også endra overordna styring internt i virksomheter og økt ressursbruk blant annet i form av kompetanseinnhenting, –oppbygging og administrative og organisatoriske gjennomganger. Som andre organisasjoner vil Fylkesmannen stå overfor utfordringer i forhold til overordna samordning og virksomhetsstyring for å ivareta folkehelseperspektivet på alle saksområder. Høringsnotatet uttrykker at folkehelserådgiveren vil ha en koordinatorfunksjon på folkehelsefeltet i Fylkesmannens organisasjonen. Det er vår oppfatning at høringsnotatet dermed forenkler de organisatoriske utfordringene både Fylkesmannen og andre organisasjoner står overfor internt.

Fylkesmannen har oppgaver på mange virksomhetsfelt og oppdrag fra flere departement med grenseflate til folkehelsearbeid. Hos Fylkesmannen samles trådene, og Fylkesmannen skal påse at nasjonal politikk blir iverksatt på mange samfunnsområder. Denne knutepunktfunksjonen er i høringsnotatet ikke tilstrekkelig vektlagt som verktøy i folkehelsearbeidet

Helseutfordringene krever ny kunnskap på alle nivåer, og følgelig må andre sektorer enn helsetjenesten også få ressurser i form av kunnskap, penger og tid til dette arbeidet. Høringsnotatet problematiserer således i liten grad behov for annen type folkehelsekompetanse enn den samfunnsmedisinske. Vi oppfatter i tillegg at høringsutkastet underkommuniserer behovet for oppbygging av samfunnsmedisinsk kompetanse og de utfordringene kommunene og fylkeskommunene står overfor i den forbindelse.

Spesialisthelsetjenesten er ikke gitt nye oppgaver i loveutkastet og er også sparsomt omtalt i høringsnotatet. Spesialisthelsetjenesten sitter med betydelig kunnskap om livsstilssykdommer og effektive primær- og sekundær forebyggende tiltak, og de bør gis en rolle som premiss- og kunnskapsleverandør i folkehelsearbeidet.

Det er viktig både å øke faktagrunnlaget og dokumentasjon vedr. helsetilstand og faktorer som påvirker helsetilstanden, men særlig viktig å få økt kjennskap til hvilke tiltak som virker, deres kostnader og å gjøre kunnskapsbaserte kost-nytte vurderinger. En betydelig nasjonal forskningsinnsats er derfor nødvendig. Vi kan ikke se at dette er gitt tilstrekkelig omtale i høringsnotatet.

Fylkeskommunen

Vi mener at kommunenes og fylkeskommunenes muligheter til og ansvar for å drive folkehelsearbeid innen barnehage- og utdanningssektoren ikke er tilstrekkelig vektlagt i lovutkastet og høringsnotatet. Både opplæring av barn og unge i hva de sjøl kan gjøre for å få et helsemessig bedre livsløp, men også arbeid for å hindre frafall fra den videregående skolen særskilt, er her viktige momenter. Vi ber om at departementet vurdere å endre ordlyden i §§4 og 20 for å få fram dette.

Lovforslaget og høringsnotatet kan tolkes dit hen at fylkeskommunene skal ha en form for "overordnet" rolle overfor kommunene. Etter vår vurdering er dette ikke i samsvar

med gjeldende ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene. Kommunene må sjøl kunne bestemme hvilke nettverk de skal delta i, hvilken kompetanse de trenger, og hvem de vil inngå samarbeidsavtaler med.

Videre uttrykker høringsnotatet at fylkeskommunene skal bistå kommunene med å analysere og tolke data og vurdere årsakssammenhenger. Vi oppfatter også høringsnotatet dit hen at fylkeskommunene skal drive med forskning i form av befolkningsundersøkelser. Dette er en potensielt stor oppgave, og formuleringa i høringsnotatet kan skape urealistiske forventninger fra kommunene til fylkeskommunens innsats. Vi er også noe tvilende til om det er hensiktsmessig ressursbruk at fylkeskommunene skal drive innsamling og tolkning av data vedr. helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (befolkningsundersøkelser). Samla sett kan dette åpne for store regionale forskjeller, men vil også kreve oppbygging av et kompetansemiljø i fylkeskommunene og sannsynligvis medføre administrative kostnader. Vi ber om at departementet ser nærmere på forholdet mellom fylkeskommunene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og eventuelt andre forskningsinstitusjoner vedr. dette.

Miljørettet helsevern

Ny folkehelselov regulerer samfunnsplanlegging og skal stimulere til tverrsektorielt samarbeid og samordning. Dette er arbeidsoppgaver som er grunnleggende forskjellig fra myndighetsutøvelse. Kapittel 3 handler om kommunen som myndighetsutøver og passer derfor bedre inn i ny kommunal helse- og omsorgslov. Vi ber derfor om at det vurderes å flytte hele kapittel 3 og eventuelt deler av § 29 fra folkehelseloven til den nye kommunale helse- og omsorgsloven. Vi oppfatter at en slik plassering av kapittel 3 også vil være ryddigere og mer hensiktsmessig med tanke på tilsyn, jf. § 32.

Tilsyn

Institamentet for kommunene og fylkeskommunene til å drive folkehelsearbeid må være utsikten til et bærekraftig lokalsamfunn med god befolkninghelse og ikke risikoen for statlig tilsyn og sanksjoner. Sannsynligvis vil statlig tilsyn, med nåværende ressurstilgang, ha begrensa effekt som virkemiddel for å implementere loven, blant annet fordi det føres et risikobasert tilsyn og at det forebyggende perspektivet da lett blir mindre vektlagt.

Statlig tilsyn må betraktes som et supplement til andre kontrollordninger og virkemidler. Statlig tilsyn med den generelle delen av folkehelsearbeidet, kan etter vår vurdering ikke kompensere for eventuelle mangler i mer proaktiv virkemiddelbruk. Bruk av tilsyn for håndhevelse av §§ 4,5,6,20 og 21 vil kunne være problematisk av flere grunner.

Statlig tilsyn med kommuneplikter er en lovlighetskontroll. Sjøl om lovutkastet innebærer føringer for kommunenes plikter, er skjønnsrommet stort. For det generelle folkehelsearbeidet mangler det faglige retningslinjer, og det vil gjøre tilsynsarbeidet svært utfordrende.

Vi mener at lovlighetskontroll av kommunalt folkehelsearbeid vil bli en krevende balansegang mot kommunenes frie skjønn slik lovforslaget nå ligger. På dette området er det vanskelig å definere hvor grensene for det frie skjønnet skal gå. Vektlegging av hensynet til ressursmessige avveininger i kommunene, gir et spillerom som i denne sammenhengen kan svekke tilsynets muligheter for å bedømme og reagere med tiltrekkelig kraft.

Det framheves i høringsnotat at lokalt folkehelsearbeid er samfunnsutvikling og politikk. Vi stiller spørsmålsteget ved om det er hensiktsmessig å føre tilsyn med samfunnsutvikling og politikk.

Dersom departementet fastholder at det skal være statlig tilsyn med den generelle delen av folkehelsearbeidet, det vil si kommunens planlegging og forebyggingsarbeid etter utkastets §§ 4, 5 og 6 og med fylkeskommunens oppgaver etter §§ 20 og 21, vil vi understreke behovet for forskrift og retningslinjer/veiledningsmateriell. Blant annet mener vi at forsvarlighetskravet må operasjonaliseres for å tilstrebe at samme skjønnsgrenser og målekriterier brukes i ulike fylker. Dette ivaretas ikke av lovutkastet slik det nå er.

Departementet mener at tilsyn etter det foreliggende lovforslaget bør knyttes opp mot en forsvarlighetsstandard. Videre går det fram av forslaget at departementet mener at forsvarlighetskravet må ta utgangspunkt i kommunenes ressursituasjon i dag og legge vekt på hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser. Forsvarlighetskravet omtales i kapittel 19.2.2. På s. 166 går det fram at departementet mener at forsvarlighetskravet for eksempel knyttes opp til om kommunen driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller. Vi mener at slik departementet har omtalt forsvarlighetsnormen her, beskriver det klart en grenseverdi mot det ulovlige, og ikke en norm forankret i retningslinjer for god praksis.

Vi mener at forsvarlighetsnormen i større grad bør beskrive en norm for god praksis enn en grenseverdi mot det ulovlige ettersom det ikke er formålstjenelig at kommunene legger seg på lavest mulig nivå for sine lovpålagte oppgaver. Avstanden til det uforsvarlige kan bli for kort.

At normeringa av et forsvarlighetskrav skal ta utgangspunkt i kommunenes ressursituasjon i dag, vil også stride mot dagens praksis etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Vi mener at lovpålagte oppgaver skal utføres uavhengig av kommunenes ressursituasjon. Uklarheter i forhold til funksjons- og kvalitetskrav vil også kunne vanskeliggjøre tilsyn med tjenestene.

Valg av tilsynsinstans

Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren taler for at Fylkesmannen blir tilsynsinstans etter folkehelseloven. I tillegg berører tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid andre sektorer enn helsetjenesten i kommunene, og Fylkesmannen har allerede en rekke oppgaver knyttet til de andre sektorene i kommunene.

Vi er ikke enig med departementet i at valg av tilsynsinstans for den nye folkehelseloven nødvendigvis må ses i sammenheng med valg av tilsynsinstans med den nye kommunale pleie- og omsorgsloven. Fylkesmannen er felles statlig tilsynsinstans overfor kommunene etter kommuneloven kapittel 10A.

Vi ser ikke noe problematisk ved at tilsyn med folkehelseloven utføres av Fylkesmannen sjøl om Fylkesmannen da vil få flere roller i form av samarbeidspartner, rådgiver og tilsynsmyndighet. Disse rollene har allerede Fylkesmannen i flere sammenhenger.

Erfaringa viser at enkelte kommuner ikke lager eller ruller overordna strategiske kommuneplaner i henhold til plan- og bygningsloven. Å føre tilsyn med folkehelseloven blir da lite hensiktsmessig hvis det ikke foreligger slike planer. Vi ber om at departementet vurderer om tilsyn etter denne loven samordnes med et eventuelt framtidig tilsyn etter plan- og bygningsloven.

Kapittel 1 – innledende bestemmelser

§§ 1 og 2: Vi foreslår at *statlige helsemyndigheter* erstattes med *statlige myndigheter*.

Kapittel 2 – kommunenes ansvar

§ 4: vi antar det menes at kommunene skal forsikre seg om at de frivillige organisasjonene de samarbeider med, har aktiviteter som ivaretar folkehelseperspektivet. Slik lovutkastet er nå, kan det tolkes dit hen at det blir et lovpålagt samarbeid mellom kommunene og frivillig sektor. Det må være opptil frivillig sektor om de ønsker å samarbeide med kommunene.

§ 28 kan med fordel flyttes fra kapittel 6 til kapittel 2.

Kapittel 3 – miljørettet helsevern

§ 8: det finnes en rekke velfungerende og veletablerte interkommunale selskaper innen miljørettet helsevern med årelang virketid, og dagens lovverk åpner for delegering av vedtaksmyndighet til slike selskaper. Vi ber om at det vurderes om mulighetene til delegering til slike enheter kan videreføres.

Det kan virke noe uklart hva som ligger i begrepet *interkommunalt organ*, samt om det kun er i hastesaker en lege i et interkommunalt organ kan utøve myndighet etter bestemmelsen.

Kapittel 4 – fylkeskommunens ansvar

se tidligere kommentarer om fylkeskommunens oppgaver og forholdet mellom fylkeskommunen og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

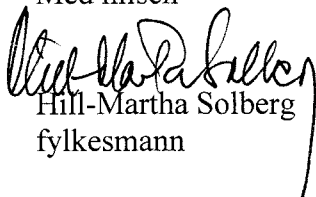
Kapittel 5 – statlige helsemyndigheters ansvar

Tittelen bør endres til *statens ansvar*.

Kapittel 6 – samarbeid med mer

§32: det framgår ikke klart av lovutkastet eller høringsnotatet hvor påleggsmyndigheten ligger

Med hilsen


Hill-Martha Solberg
fylkesmann


Jan-Petter Lea
fylkeslege

Saksbehandler: Mona Paulsen Foss, Solveig Hovet og Hege Meldal