



FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV - HØRINGSUTTAELSE FRA HOLMESTRAND KOMMUNE.

Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Bystyret	15.12.2010	088/10

Rådmannens innstilling

Høringssvaret oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i hht. saksframlegget

15.12.2010 Behandlingen i Bystyret

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

B-088/10 BYSTYRETS vedtak:

Høringssvaret oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i hht. saksframlegget

Dokumenter i saksmappen

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	25.10.2010	DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT	HØRINGSNOTAT - FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV
2	I	20.11.2010	KS v/Eva Lian	HØRING NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG NY FOLKEHELSELOV - INNSPILL FRA KS TIL HJEMP I KOMMUNENES EGEN HØRINGSUTTAELSE

Sammendrag

Den nye loven vil sammen med forslaget til ny helse- og omsorgslov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Høringsnotatet med forslag til ny folkehelselov er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Blant annet har Stortinget uttalt ved behandlingen av samhandlingsmeldingen at *"kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon"*. Formålet med en ny folkehelselov er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Loven skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt gi kommunene og fylkeskommunene et bedre verktøy i folkehelsearbeidet. Videre forpliktet staten til å understøtte kommunene og fylkeskommunene i dette arbeidet. En gevinst ved å samle bestemmelser om folkehelsearbeid på alle forvaltningsnivåer er at loven kan legge til rette for en mer samordnet innsats.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvaret 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
- Lovforslaget legger i større grad enn dagens regelverk opp til langsiktig og systematisk innsats og integrering av helsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter. Kommunen skal prioritere folkehelse tiltak ut fra lokale utfordringer.

Saksutredning

Generelt;

Vi støtter departementet sitt plassering av ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunene. Både flyttingen fra helsetjenesten til kommunen som sådan, men også den synliggjøringen av kommunalt ansvar og oppgaver i dette arbeidet, etter at vi de siste årene har hatt en ugrei situasjon med ansvar plassert i kommunene og økonomiske ressurser plassert i Fylkeskommunene. Dette lovforslaget synes således, med rette, å ta inn over seg at det først og fremst er i kommunene at folkehelsearbeidet gjøres, og at kommunen er hovedaktøren i det lokale folkehelsearbeidet.

Vi støtter forslagene om at kommunene gjennom sitt generelle planverk skal sette mål og strategier for folkehelsearbeidet, basert på epidemiologiske data fra nasjonal helsemyndighet, satt i en lokal kontekst av lokal samfunnsmedisiner.

Høringsnotatets krav til økt satsing på lokal beredskap i forhold til MHV, sammen med øvrig helsemessig beredskap på overordnet nivå (smittevern) støttes. Dette vil bidra til at kommunene beredskapsmessig kan opptre likeverdig med myndigheter på overordnet nivå og andre nødetater i beredskapssituasjoner.

Vi er enige i utfordringsbildet departementet trekker opp innledningsvis. Diagnosen på folkehelseutfordringene synes således riktig, men vi er mer usikre på at foreskrevet behandling (lovmessige løsningsforslag) er riktig.

Sikring av at folkehelsearbeidet skal fremmes innen alle sektorer, utarbeidelse av mål og strategier for folkehelsearbeidet, innarbeiding av dette i kommunale planer og forankring i plan- og bygningslovens planprosesser vil sette den samfunnsmedisinske kapasiteten i kommunene på en betydelig prøve. Vi støtter metodikk og forankring, men vil fremheve at dette vil medføre et betydelig merarbeid for personell som fortsatt vil måtte ivareta viktige funksjoner innen smittevern, MHV, medisinsk faglig rådgivning, psykiatri og beredskap.

Lovforslaget og høringsnotatets gjennomgående poengtering av satsing på utjevning av sosialt betinget ulikhet i helsetilstand mellom ulike grupper av befolkningen støttes fullt ut. Kommunene kan iverksette en rekke tiltak for å bøte på disse svært uheldige forhold i vårt samfunn. Tiltakene må nensomt innrettes slik at de ikke medfører for stor grad av stigmatisering.

Formålet med en helhetlig folkehelselov;

Vi støtter formålsbestemmelsene og –betraktningene. Spesielt mener vi at en enhetlig lov som plikter både stat, fylkeskommuner og kommuner bør legge til rette for bedre samordnet folkehelseinnsats fra både, først og fremst, statlige og kommunale nivå samtidig, innefor samme tema. En slik samordning vil trolig gi et ytterligere løft i forhold til de, ofte gode, nasjonale informasjonskampanjene som har vært ført de siste årene. En slik samordning av tiltak vil kreve ny kapasitet i kommunene for oppfølging.

Miljørettet helsevern;

For en kommune som var vertskommune for et de største enkeltprosjektene i "Samla plan" er det nødvendig å påpeke at helserådene var mer enn MHV, bl.a. medisinsk faglig rådgivning. Når MHV aldri fikk det brede folkehelseperspektivet det var tiltenkt, så skyldes det først og fremst at ressurstilfanget skrumpet betydelig inn etter hvert som staten tonet ned den øremerkede finansieringen utover på 1990-tallet. Folkehelsearbeidet er for viktig til at samme feil skal gjentas. H.dir. sin gjennomgang av MHV viste klart at svakheten ved dagens MHV er mangel på ressurser og ofte for små enheter i mindre kommuner.

Vi støtter standpunktet om at det er hensiktsmessig at det er samme instans i kommunene som skal ivareta det miljørettede folkehelsearbeidet og det mer tradisjonelle MHV arbeidet (kontroll/tilsyn) da det er betydelig overlapp m.h.t. kompetanse, spesielt den samfunnsmedisinske, som oftest ytes av kun en person i de fleste kommunene. Det vil være uheldig å spre denne kompetansen på for mange enheter i kommunene. Erfaringsmessig fungerer denne tjenesten best der en blander miljøteknisk og samfunnsmedisinsk kompetanse. Dette henger nøye sammen med vurderingene om at oppgavene i MHV og generelt folkehelsearbeid henger nøye sammen og at begge således må tilligge kommunene. Vi støtter således forslaget om at kommunene beholder ansvaret for begge disse fagområdene. Det er derfor viktig å være klar over at MHV-tjenestene fortsatt vil ha oppgaver innen det som lagt til kap. 2 i ny lov.

Vi støtter forslaget om innføring av overtredelsesgebyr. Det fremstår som rasjonelt at brudd på enkelte bestemmelser ikke skal kriminaliseres, og således skal kunne sanksjoneres administrativt.

Beredskap;

Vi støtter departementets understrekning av at der beredskap ivaretas av annet regelverk (f. eks. i hht. smittevernloven), vil dette måtte dekke beredskapsbehovet også innen folkehelse. Dette betyr at smittevernberedskapen i kommunene også må kunne ivareta beredskapen innen MHV (akutte hendelser med fare for befolkningen). Kap. 15 i høringsnotatet beskriver detaljert behovet for både planarbeid og konkret beredskap i forhold til akutte og uønskede hendelser, men unnlater å konkretisere hvilken beredskap kommunene bør organisere på kompetent overordnet medisinsk faglig nivå. Lovforslaget burde mer konkret sikre kommunene og befolkningen en kompetent overordnet helsefaglig/samfunnsmedisinsk beredskap. Kriser/uønskede hendelser skjer alltid i en kommune. Det er nødvendig at den kommunale beredskapen speiler den nasjonale helsemyndighet og HF'ene har slik at krisen kan håndteres også lokalt på faglig forsvarlig nivå. Varslingsbestemmelsene krever at det er noen som kan varsle og ta imot varsel om hendelser, og iverksette tiltak når akutte alvorlige hendelser skjer.

Riksrevisjonen og DSB stiller spørsmål ved de samme beredskapsspørsmål i hht. høringsnotatet. Lovforslagets §9 om beredskapsplan uten noen faktisk overordnet helsefaglig beredskap gir således begrenset mening. Det er imidlertid nødvendig at det åpnes for delegasjon av hastedtak til interkommunale ordninger for at dette skal kunne gjennomføres. Dette må det åpnes konkret for i §§ 27 og 29.

Kompetanse;

Departementet vurderer det nødvendig med samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene for å sikre liv, helse, rettsikkerhet, beredskap, smittevern, hastedtak, samt for å gjennomføre

analyser, vurderinger og tiltak i hht. kap. 2 i lovforslaget (helsefremmende arbeid, medvirkning, epidemiologi, strategi).

Det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen er i stor grad preget av sårbarhet ved fravær og små faglige miljøer hvor det oftest er kun en lege som har denne funksjonen i hver kommune. I tillegg er som nevnt beredskap en stor utfordring idet akutte, alvorlige hendelser oftest skjer utenom ordinær arbeidstid. Grunnfjellet i norsk kommunal samfunnsmedisin består av kommuneoverleger som i tillegg oftest har fastlegetjeneste i deltidsstilling for kommunen. Denne arbeidsdelingen fungerer i de fleste kommuner svært godt. For å sikre rekruttering, stabilitet, redusere sårbarhet for fravær (ferie, kurs, sykdom osv) mener vi at departementet i kap. 17.3.3 vurderer feil, og mangler evidens, når det oppfordres til at færre leger i større stillinger skal ha ansvar for dette arbeidet på kommunalt nivå i Norge. Vi mener at kommunene snarere bør ha flere leger med samfunnsmedisinsk hovedstilling (for eksempel 50%) knyttet til annet kommunalt legearbeid av allmennt medisinsk art, for eksempel fastlegearbeid.

I §28 må det, i dag allment benyttede, begrep "kommuneoverlege" brukes. I tillegg må strekpunkt 2 og 3 slås sammen til et beredskapspunkt for overordnet helsemessig beredskap.

Helseovervåking og statistikk;

Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet, eks geografisk informasjonssystemer. Helseovervåkingen må ha fokus på helsefremmende faktorer

Følgende prinsipper legges til grunn:

- Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.
- Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner
- Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv

Samarbeid mellom kommuner;

Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går kommunene imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet.

Økonomiske og administrative konsekvenser;

Høringsnotatet poengterer flere steder at gevinsten ved forebygging og helsefremmende arbeid hentes ut først etter mange års innsats. Det er videre poengtert at deler av folkehelsearbeidet allerede har svake ressurser, for eksempel MHV. Det er utfordrende å følge departementets argumenter om at lovforslaget i hovedsak er en videreføring av kommunenes ansvar, og at nasjonal og fylkeskommunal understøttelse vil føre til en forenkling for kommunenes ansvar *dersom* kommunene i dag hadde ivarettatt sitt ansvar etter gjeldende bestemmelse som forutsatt. Vår ambisjon er at Samhandlingsreformen og ny Folkehelselov skal bringe folkehelse- og det forebyggende arbeidet i kommunene framover, vi ønsker at HOD skal dele disse ambisjonene bl.a. ved å innse at dette vil kreve økt ressurstilfang til kommunene. Konklusjonen om at dette lovforslaget ikke vil følges av styrking av kommunenes økonomiske rammer, heller ikke sett i lys av samhandlingsreformen, er således svært skuffende. Departementet viser bl.a. i høringsnotatet til at kommunene i liten eller ingen grad benytter ordninger som kan skaffe midler og andre ressurser til lokal innsats. Vår erfaring er at det benyttes uforholdsmessig stor arbeidsinnsats på nettopp å skaffe midler fordi en har valgt en finansieringsmodell som forutsetter at kommunen må søke om midler hos usedvanlig mange ulike kilder. Vi vurderer folkehelsearbeidet for viktig til at det skal havarere på sviktende statlig vilje til finansiering. Høringsnotatet stiller seg i prinsippet bak denne vurderingen i kap. 8.3.2. hvor det poengteres at det viktig med tydelig prioritering av folkehelsearbeid nettopp for å sikre forebygging og helsefremmende arbeid overfor grupper som selv ikke utøver press på bevilgende myndigheter.

Som nevnt vil implementering og bruk av epidemiologiske data, utveisling av utfordringer og mål, samt endret planarbeid medføre økt behov for samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Vi anslår en dobling av de 106 årsverkene som fordeles på samtlige norske kommuner i dag.

Hvis lovens intensjoner skal gjennomføres må kommunene få tilført ressurser for å ivareta disse. I motsatt fall vil lovens bestemmelser ikke gi de svakeste i samfunnet den oppmerksomhet de fortjener fra kommunalt folkehelsearbeid og resultatet vil bli ytterligere eskalering av ulik helsetilstand mellom de sosioøkonomiske gruppene i samfunnet.

Generelt om finansiering av kommunale tjenester i hht. dette lovforslaget;

Vi mener prinsipielt at finansiering av kommunale tjenester etter denne lov skal skje gjennom rammebevilgninger til kommunene. Evt. justering av kommunenes prioriteringer må skje gjennom tilsyn fra Fylkesmannen i hht. denne lov og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Juridiske forhold

Høringsuttalelsen i seg selv har ikke juridiske konsekvenser, men lovforslaget som sådan vil ha det, ref. ovenfor.

Økonomiske konsekvenser

Høringsuttalelsen i seg selv har ikke økonomiske konsekvenser, men lovforslaget som sådan vil ha det, ref. ovenfor.

Barn og unges interesser

Høringsuttalelsen i seg selv har ikke konsekvenser for barn og unge, men lovforslaget som sådan vil ha det.

Miljøkonsekvenser

Ikke aktuelt

HMS

Ikke aktuelt.

Vurderinger

Ny folkehelseslov vil få stor betydning for kommunene. Forslaget er både en samling og modernisering av eksisterende lovverk. Defineringen av folkehelsearbeidet først og fremst på den kommunale arenaen riktig. Kommunene vil ha stor nytte av epidemiologiske data fra nasjonal helsemyndighet, men må sikres ressurser til å omsette dette til lokal folkehelsepolitikk og -tiltak. Videre er det helt nødvendig at kommunene får tilført ressurser til den økte satsingen på folkehelsearbeid som lovforslaget legger opp til.

Videre behandling

Saken oversendes bystyret for endelig vedtak.