



SAMLET SAKSFRAMSTILLING

Utvalg	Møtedato	Saksnr.
Formannskap	18.01.2011	6/11

HØRING - FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV

Vedlagte dokumenter:

Høringsbrev – Forslag til ny folkehelselov datert 18.10.10

Ikke vedlagte dokumenter:

Høringsnotat – Forslag til ny folkehelselov (<http://www.regjeringen.no/pages/14373188/I1152B.pdf>)

Hjemmel for behandling:

Røyrvik kommunes delegeringsreglement punkt 5.2.7 og 5.2.1

Saksopplysninger:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i høringsbrev 15.10.2010 og 18.10.2010 to lovforslag til høring, henholdsvis forslag til ny *kommunal helse- og omsorgslov* og ny *folkehelselov*. Begge lovforslagene er relatert til iverksetting av Samhandlingsreformen (St melding nr 47 (2008 – 2009)). Forslaget til ny lov om folkehelsearbeid vil gjelde både kommuner og fylkeskommuner og erstatte folkehelsebestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven. Siden kommunehelsetjenesteloven kom i 1982, har det skjedd en stor endring både i helsetilstand og i forståelsen av hva som påvirker vår helse. 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 folkehelseiltak ut fra lokale utfordringer. Dette forutsetter at kommunene og fylkeskommunene har oversikt over helseutfordringene.

Forslaget til lov om folkehelsearbeid skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrer folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Loven skal avklare ansvar og oppgaver samt gi kommuner og fylkeskommuner et verktøy for å møte fremtidens helseutfordringer. De samfunnsmessige utfordringene knyttet til befolkningssammensetning og en sykdomsutvikling med flere kroniske syke, gjør det nødvendig med forsterket innsats for å styrke folkehelsen, forebygge sykdom og skader og sikre at flest mulig opprettholder funksjonsevne og er selvhjulpne lengst mulig. Dette er viktig for velferdssystemet og for samfunnets bærekraft. Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en del av sykdomsbyrden, er nå sykdommer som kan relateres til helseatferd og livsstil største helseutfordringen. Samtidig er det store helseforskjeller mellom kjønn, sosiale lag og etniske grupper, og mellom ulike deler av landet og innad i den enkelte kommune. Forskning viser at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere helseatferd. Ett økende antall eldre de neste tiårene vil medføre store utfordringer for helse – og omsorgstjenester. Videre vil befolkningssammensetningen i årene fremover endres slik at vi blir relativt flere eldre i forhold til de i arbeidsfør alder. De fleste kroniske somatiske sykdommer øker med alderen. Dette betyr at med økt forventet levealder vil det også bli stadig flere pasienter med kroniske lidelser, både somatiske og psykiske. De medisinske tilbudene har blitt så gode at stadig flere

overlever den akutte fasen av sykdommen de får. Sykdommer som tidligere ble betegnet som akutte med høy dødelighet, som for eksempel diabetes, hjertesykdommer og kreft, hører nå til kategorien kroniske sykdommer. Man ser også en utvikling med økende utfordringer innenfor psykisk helse.

Med forslaget om en ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet. Det foreslås blant annet å ha krav til å ha god oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune og at disse utfordringene skal danne grunnlaget for strategier, mål og tiltak.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- 1) *Ansvar for folkehelsearbeidet legges til kommunen som sådan.* I dag ligger ansvaret i kommunen ved helsetjenesten. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse.
- 2) *Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessen etter plan – og bygningsloven.* Blant annet innebærer dette at folkehelseiltak beskrives i kommuneplanens handlingsdel som skal følges opp de fire påfølgende år og revideres årlig. For å sikre at folkehelsearbeidet fremmes innen alle sektorer skal mål og strategier for folkehelsearbeidet behandles politisk som ledd i de alminnelige planprosesser i kommunen.
- 3) *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 fylkeskommune skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene. Innholdet i bestemmelsen er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-4 og 4a-2. En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse. I praksis har det vist seg vanskelig for kommunene å fremskaffe hensiktsmessige helseoversikter for å ivareta sitt folkehelseansvar. Departementet mener det er flere årsaker til at § 1-4 ikke har fungert etter intensjonene. For det første har det ikke vært lagt til rette for nødvendig understøttelse og tilrettelegging fra fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Videre er det ikke i regelverket gitt forpliktende krav og forventninger til kommunens oppfølging av den kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer den får. I tillegg er ansvaret for å foreslå folkehelseiltak, som svært ofte vil være sektorovergripende, lagt til én sektor - til helsetjenesten i kommunen, jf. redegjørelsen i kapittel 11. Departementet mener kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er utgangspunktet og nøkkelen for det videre folkehelsearbeidet.
- 4) *En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlaget for lokal planstrategi. På samme måte skal drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.* Departementet foreslår å videreføre lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som et kapittel i forslaget til ny folkehelselov. Bestemmelsen forankrer fylkeskommunens pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og partnerskap, i tillegg til understøttelse av kommunenes arbeid. Departementet foreslår å lovfeste fylkesmennene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet. En lovfesting av statlige helsemyndigheters oppgave i å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet vil innebære en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom stat og kommune og klargjøre hva kommuner og fylkeskommuner kan forvente av staten i forhold til

understøttelse av deres eget folkehelsearbeid. Dette er et virkemiddel for et helhetlig og samordnet folkehelsearbeid på tvers av forvaltningsnivåer. Det vises blant annet til formålsbestemmelsen i § 1 andre ledd om at loven skal legge til rette for målrettet og systematisk folkehelsearbeid.

5) *Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.*

Kommunen har et spesielt ansvar å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har størst helseutfordringer, og hvor kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak. Kommunenes utfordringer vil være ulike. Enkelte kommuner eller regioner kan for eksempel ha relativt sett høy andel av røykere og en befolkning som er lite fysisk aktiv, hvilket kan innebære en økt risiko for utvikling av sykdommer som for eksempel type 2-diabetes, KOLS, kreft, hjerte- og karlidelser mv. Kommunen skal da kunne iverksette tiltak som er egnet til å endre den aktuelle helseatferden, og tiltak rettet mot de bakenforliggende årsaker til denne helseatferden. Andre kommuner/regioner kan stå overfor andre typer utfordringer, og tiltakene vil da være andre. Kommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer som kommunen arbeider innenfor i forhold til kapasitet og ressursituasjon for øvrig, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser jf. Blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritering av tiltak over tid. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Her vil også lokal skjønn og politiske prioriteringer veie tungt. Dette innebærer at kommunens ansvar er knyttet til at kommunen har oversikt over utfordringene og arbeider systematisk og langsikt med å møte disse.

En bedre balanse mellom behandling og forebygging over tid, vil føre til at færre vil bli syke og at sykdom utsettes. Mange forebyggingstiltak kan forhindre alvorlig sykdom og unngå tap av mange år med god helse.

Vurdering:

Lovforslaget er i hovedsak en videreføring av kommunens ansvar, men med økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter. Det brede folkehelsearbeidet har ikke vært tydelig forankret i kommunens administrative og politiske ledelse kan nok ha vært medvirkende til at dagens kommunehelsetjenestelov ikke har fungert slik som forutsatt.

Det viktigste og etter manges vurdering et riktig signal, er at ansvaret for målrettet og helhetlig arbeid med folkehelse løftes inn som et ansvar for alle tjenesteområder, både i kommunene og i fylkeskommunen og staten. Dersom kommunene skal lykkes i denne satsingen, forutsettes at staten ved de ulike departementer viser samme helhetsfokus i planer og prioriteringer. Endelig lov bør påpeke ansvaret for fylkeskommune og stat for en samordnet praksis, blant annet ved at fylkesmannen får forsterket ansvar for helhetlig tilsyn.

Det er lite samsvar mellom hvem som sitter med de viktigste virkemidlene i folkehelsearbeidet, dvs. kommunene, og hvem som høster gevinstene ved forebygging. Gevinsten ved utsatt sykkelighet og færre sykehusinnleggelser tilfaller i stor grad de regionale helseforetakene, samt sparte utgifter over trygden. Ved endring i finansieringssystem, jf. forslaget om kommunens medfinansiering av spesialisthelsetjenester, vil dette kunne gi bedre insitamenter for kommunene å forebygge.

Dersom kommunene skal iverksette tiltak for å:

- bidra til sosial utjevning av dokumenterte helseforskjeller

- bredde tiltakene i folkehelsearbeidet til alle tjenesteområder
- sørge for tidlig intervensjon
- få resultater som sikrer en bærekraftig utvikling

må kommunene, i motsetning til formuleringer mange steder i utkast til plan, oppleve ressursmessige stimuli for å dekke mersatsingen. Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsing og forventer klare resultater, og kommunene sitter med det overordnede ansvaret. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster. Ett moment er også at det vil være kommunene som må stille med ressursene for tiltakene, mens det er i stor grad spesialisthelsetjenestene (reduerte antall innleggelser) og Staten (NAV) som drar økonomisk gevinst av effekten av vellykkede kommunale tiltak.

Det er dokumentert at innen folkehelsearbeid er sammensatte tiltak nødvendig for å få god effekt. Dette kan for eksempel innebære en kombinasjon av nasjonale kampanjer og lokale oppfølgingstilbud, jf. for eksempel nasjonal påvirkning til å slutte å røyke som følges opp av lokale tilbud om røykesluttkurs. Dette kan også dreie seg om koordinerte tiltak mellom sektorer. I dag er det lite som binder nasjonale folkehelseiltak med kommunale tiltak. Kommune og stat operer uavhengig av hverandre. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Folkehelseinnsatsen bør også koordineres med øvrige aktører i samfunnet, som frivillige organisasjoner og arbeidslivet i sterkere grad enn tidligere.

Et helhetlig kommuneperspektiv på folkehelsearbeidet vil innebære at den nye folkehelseloven i større grad tilpasses kommuneloven og plan- og bygningsloven. Dette vil innebære en klargjøring av kommunens, i motsetning til helsetjenestens, oppgaver og ansvar. Dette innebærer blant annet at folkehelsearbeidet i større grad skal underlegges folkevalgt styring og inngå i kommunens ordinære plan- og styringssystemer.

Mange av kommunene i nord delen av vårt fylke er tynt befolket og må ha et samarbeide over kommunegrensene for å klare å oppfylle lovkravet. I tillegg er andelen av eldre i denne delen av fylket større enn i fylket eller landet under ett. Tall fra SSB viser for eksempel for Indre Namdal:

- Gj.snitt 6,85 % av befolkning er over 80 år
- Gj.snitt i Nord Trøndelag er 5,15 % og for hele landet 4,62 % (SSB 2008)
- I 2030 vil 9,49 % av befolkningen være over 80 år.
- For Nord - Trøndelag vil 6.78 % og for hele landet 5,65 % ha oppnådd samme alder i 2030.

Dette innebærer at behovet for forebyggende helsetjenester vil være større her enn i andre deler av landet dersom man skal redusere framtidige sykehusinnleggelser. Det er derfor helt nødvendig å etablere et system som fanger opp forskjeller innenfor landsdeler/kommuner som ivaretar denne ulikheten. Det forventes i loven at det helseforebyggende aspektet skal inn i alle deler av den kommunale tjenesteyting og planlegging i tillegg til alle de andre områdene man skal ta hensyn til. Dette kan medføre at målfokuset i planarbeidet blir så bredt at det egentlige målet blir vanskelig å oppfylle. Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men vi stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene. Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.

Rekrutteringsproblematikken til helsefag må gis økt oppmerksomhet. Dersom samhandlingsreformen i enda større grad bidrar til at helseforetakenes rolle spesialiseres, og at all etterbehandling skjer i kommunene, vil det medføre økte vansker med å rekruttere fagpersonell til kommunene. Utsagn fra helsefagstudenter er allerede i dag at man helst ønsker å arbeide på sykehusene. Dette kan særlig få negative utslag for det forebyggende arbeidet helt avhengig av hvilken status og prioritet forebyggende helsearbeid vil få i kommunene.

Forskning viser også at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere helseatferd. I Nord Trøndelag har man et lavt utdanningsnivå og lav inntekt. Videre påvirkes vår livsstil og helseatferd av samfunnsutviklingen. HUNT undersøkelser viser at vi har utfordringer på dette området. Det må fortsatt satses på slike undersøkelser som gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bedre tilstanden. På generelt grunnlag må forskning rettet mot folkehelse gis prioritet slik at satsingsområdene har en dokumentert bakgrunn.

Satsing på folkehelse tiltak for å bedre helsesituasjonen, samt objektive data om befolkningens helsetilstand bør legges inn som et kriteriedatum for overføring til kommunene, basert på for eksempel resultater fra HUNT undersøkelser. Også andre forhold som høy arbeidsledighet, lav utdanning, høyt sykefravær, osv bør kunne utløse større overføringer til kommunene slik at satsing på tiltak for å bedre situasjonen finansieres. En slik praksis vil fange opp ulikheter i utfordringene mellom de enkelte kommuner. Det har i lansering av helse reformen blitt lovt at satsing på folkehelse skal gi økonomisk gevinst for kommunene. Dette framkommer ikke av lovforslaget, men i utarbeidelse av senere direktiver for folkehelsearbeidet må denne lovnaden etterleves.

Gevinsten av forebygging tilfaller spesialisthelsetjenesten gjennom mindre sykehusinnleggelse. Hvis kommunen velger å satse stort på forebygging og bruker mye ressurser på dette så er dette en samfunnsinnsats som kommunen ikke får noen direkte nytte av når det gjelder besparelser på kommunale budsjetter. I høringsforslaget fra departementet sies det at eventuelle merkostnader som følge av ny folkehelse lov for kommunen kan håndteres innenfor allerede gjeldende budsjett rammer. Samtidig har departementet i høringsforslaget referert til flere tiltak som gir store økonomiske besparelser og beregnet dette. Staten sier dermed at kommunen bør satse på helsefremmende og forebyggende tiltak samtidig som kommunen skal øke innsatsen innenfor kurative tjenester og pleie/omsorg. Staten tar dermed ikke høyde for "pukkeleffekten" som vil oppstå fordi kommunen skal øke innsatsen på flere områder samtidig. Som sagt ovenfor er det jo også slik at det ikke engang er sikkert at kommunen får besparelsen ved økt innsats på forebygging.

Rådmannens forslag til vedtak:

Formannskapet i Røyrvik kommune har følgende kommentarer til forslag til ny folkehelse lov:

1. Dersom man skal lykkes med folkehelsearbeidet i kommunen forutsettes det at staten ved de ulike departementer viser samme helhetsfokus i planer og prioriteringer. Endelig lov bør påpeke ansvaret for fylkeskommune og stat for en samordnet praksis, blant annet ved at fylkesmannen får forsterket ansvar for helhetlig tilsyn.
2. Det er riktig at kommunene i dag har mye av det samme ansvaret, men forslaget til ny folkehelse lov signaliserer en tydeligere satsning og forventninger om resultater. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster.
3. For å få god effekt av folkehelsearbeid må kommunene og staten koordinere sine tiltak. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter setter i verk tiltak og

samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Det er viktig at tiltak også koordineres med øvrige aktører i samfunnet, som frivillige organisasjoner og arbeidslivet.

4. Indre Namdal har flere eldre over 80 år enn både i Nord – Trøndelag og på landsbasis. Dette innebærer at behovet for forebyggende helsetjenester vil være større her enn i andre deler av landet dersom man skal redusere framtidige sykehusinnleggelser. Det er derfor helt nødvendig å etablere et system som fanger opp forskjeller innenfor landsdeler/kommuner som ivaretar denne ulikheten.
5. Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men kommunen stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene. Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.
6. Rekrutteringsproblematikken til helsefag må gis økt oppmerksomhet. Utsagn fra helsefagstudenter er allerede i dag at man helst ønsker å arbeide på sykehusene. Dette kan særlig få negative utslag for det forebyggende arbeidet i kommunene.
7. Det bør fortsatt satses på undersøkelser som for eksempel HUNT. Slike undersøkelser gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bedre tilstanden. På generelt grunnlag må forskning rettet mot folkehelse gis prioritet slik at satsingsområdene har en dokumentert bakgrunn.
8. Satsing på folkehelse tiltak for å bedre helsesituasjonen, samt objektive data om befolkningens helsetilstand bør legges inn som et kriteriedatum for overføring til kommunene, basert på for eksempel resultater fra HUNT undersøkelser. Også andre forhold som høy arbeidsledighet, lav utdanning, høyt sykefravær, osv bør kunne utløse større overføringer til kommunene slik at satsing på tiltak for å bedre situasjonen finansieres. En slik praksis vil fange opp ulikheter i utfordringene mellom de enkelte kommuner. Det har i lansering av helsereformen blitt lovt at satsing på folkehelse skal gi økonomisk gevinst for kommunene. Dette framkommer ikke av lovforslaget, men i utarbeidelse av senere direktiver for folkehelsearbeidet må denne lovnaden etterleves.

Behandling/vedtak i Formannskap den 18.01.2011 sak 6/11

Formannskapets vedtak:

Formannskapet i Røyrvik kommune har følgende kommentarer til forslag til ny folkehelselov:

1. Dersom man skal lykkes med folkehelsearbeidet i kommunen forutsettes det at staten ved de ulike departementer viser samme helhetsfokus i planer og prioriteringer. Endelig lov bør påpeke ansvaret for fylkeskommune og stat for en samordnet praksis, blant annet ved at fylkesmannen får forsterket ansvar for helhetlig tilsyn.

2. Det er riktig at kommunene i dag har mye av det samme ansvaret, men forslaget til ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsning og forventninger om resultater. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster.
3. For å få god effekt av folkehelsearbeid må kommunene og staten koordinere sine tiltak. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Det er viktig at tiltak også koordineres med øvrige aktører i samfunnet, som frivillige organisasjoner og arbeidslivet.
4. Indre Namdal har flere eldre over 80 år enn både i Nord – Trøndelag og på landsbasis. Dette innebærer at behovet for forebyggende helsetjenester vil være større her enn i andre deler av landet dersom man skal redusere framtidige sykehusinnleggelser. Det er derfor helt nødvendig å etablere et system som fanger opp forskjeller innenfor landsdeler/kommuner som ivaretar denne ulikheten.
5. Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men kommunen stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene. Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.
6. Rekrutteringsproblematikken til helsefag må gis økt oppmerksomhet. Utsagn fra helsefagstudenter er allerede i dag at man helst ønsker å arbeide på sykehusene. Dette kan særlig få negative utslag for det forebyggende arbeidet i kommunene.
7. Det bør fortsatt satses på undersøkelser som for eksempel HUNT. Slike undersøkelser gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bedre tilstanden. På generelt grunnlag må forskning rettet mot folkehelse gis prioritet slik at satsingsområdene har en dokumentert bakgrunn.
8. Satsing på folkehelsetiltak for å bedre helsesituasjonen, samt objektive data om befolkningens helsetilstand bør legges inn som et kriteriedatum for overføring til kommunene, basert på for eksempel resultater fra HUNT undersøkelser. Også andre forhold som høy arbeidsledighet, lav utdanning, høyt sykefravær, osv bør kunne utløse større overføringer til kommunene slik at satsing på tiltak for å bedre situasjonen finansieres. En slik praksis vil fange opp ulikheter i utfordringene mellom de enkelte kommuner. Det har i lansering av helsereformen blitt lovt at satsing på folkehelse skal gi økonomisk gevinst for kommunene. Dette framkommer ikke av lovforslaget, men i utarbeidelse av senere direktiver for folkehelsearbeidet må denne lovnaden etterleves.

Enstemmig vedtatt.