



Helse- og Omsorgsdepartementet
Att. Jon-Olav Aspås
P.b. 8011 Dep.
0030 OSLO

Saksbehandler: Ole Johan Bakke tlf. 33064300

Deres ref.: 201104748/RagS **Vår ref.:** 12/214-1 / 12/828

Arkiv: G100 & 13
Dato: 08.02.2012

**FORSLAG TIL FOLKEHELSEFORSKRIFT - HØRINGSUTTALELSE FRA
HOLMESTRAND KOMMUNE**
Kopi til:

Det vises til høringsbrev og –notat av den 21.12.2011 med høringsfrist den 21.03.2012.

En presisering av bestemmelsen i §§ 5, 21 og 25 i folkehelseloven ønskes velkommen. Oversiktskravet har også vært gjeldende i kommunehelsetjenesteloven, men har i svært begrenset grad blitt oppfylt av flere grunner, hvorav de viktigste er;

- Svært begrenset tilgang på kommunespesifikke epidemiologiske data.
- Begrenset tilgang til epidemiologisk og øvrig samfunnsmedisinsk analysekapasitet i kommunene.
- Lite forpliktende regelverk overfor de små nasjonale kompetansesentraene som finnes m.h.t. å skaffe til veie data omkring påvirkningsfaktorer m.h.t. helse, spesielt på lokalt plan.

Ny folkehelselov har i stor grad ryddet i forholdet mellom forvaltningsnivåene hva gjelder ansvar i folkehelsearbeidet. De viktigste elementene er;

- Nasjonale helsemyndigheter skal benytte sine fagmiljøer, først og fremst Folkehelseinstituttet, til å sikre epidemiologiske oversikter og oversikt over påvirkningsfaktorer til kommunene.
- Den tidligere uryddige rollefordelingen mellom fylkeskommuner og kommuner er til dels ryddet, samtidig som det presiseres at det i kommunene at folkehelsearbeidet først og fremst skal drives.

Dette gir et langt bedre grunnlag for kommunene for å drive folkehelsearbeid tilpasset lokale behov, samt å benytte valide data i eget arbeid.

Forventningene til arbeid og prosess i kommunene m.h.t. både løpende vurderinger av folkehelseutfordringene og det langsiktige folkehelsearbeidet er godt beskrevet i høringsnotatet og forskriftsforslaget. Vi støtter denne nye satstingen på folkehelsearbeidet og metodikk i lokalt arbeid basert på faglighet og prosess. Høringsnotatet poengterer de faglige hensyn og krav til kompetanse i analysearbeidet, bl.a. for å sikre uavhengige vurderinger. Kravene til ikke-stigmatiserende presentasjon av datamaterialet gir også behov av kompetanse i det personellet som skal utarbeide rapportene.

Koblingen mellom epidemiologisk informasjon fra nasjonal helsemyndighet og smittevern, miljørettet helsevern, miljø, nettverk og levevaner gir kommunene store utfordringer m.h.t. samfunnsmedisinsk kapasitet. Disse nye myndighetskravene berettiger således økte økonomiske overføringer til kommunene.

I høringsnotatets beskrivelse av departementets vurderinger og forslag m.h.t. økonomiske og administrative konsekvenser er det bl.a. vist til omtalen av dette i Prop. 90 L. I denne kilden fremkommer det en massiv påpekning fra kommunene m.h.t. økte kostnader som følge av nye myndighetskrav. To formuleringer er verd å referere;

- Det er et sentralt formål med samhandlingsreformen å bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett gjennom en vridning av ressursbruk fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og at en større del av framtidig vekst skal komme i kommunene. Dette ble også understreket av Stortinget ved behandlingen av meldingen, jf. Innst. 212 S (2009- 2010): "Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren."
- "Departementet deler imidlertid høringsinstansenes syn om at det vil ha økonomiske konsekvenser å løfte folkehelsearbeidet vesentlig utover dagens nivå. St.meld. nr. 47 (2008-2009) og Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011–2015, slår fast at forebygging skal styrkes og at en større del av veksten i helsebudsjettet skal komme i kommunene. Det forutsettes at en del av denne veksten også brukes på tverrsektorielt folkehelsearbeid, der dette gir mest helse for pengene. For øvrig vises det til at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte...."

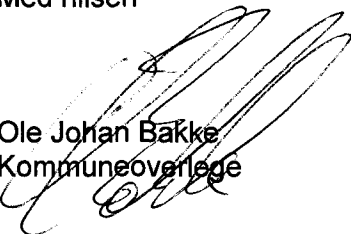
Et av hovedmålene, trolig det viktigste, med både lov og forskrift for folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller. Virkemidlene for å oppnå dette er både lokale og nasjonale. Forskning viser at ulikhet i helse mellom sosioøkonomiske grupper i Norge er økende. Målet er således så viktig for det norske samfunnet, at det lokale bidraget må sikres ved at de aktørene som skal gjøre arbeidet lokalt, dvs. kommunene, må sikres ressurser til utførelsen. Høringsnotatets påstand om at disse myndighetskravene kun er presisering av tidligere krav i kommunehelsetjenesteloven er således egnet til å svekke mulighetene for å lykkes i et svært viktig arbeid for det norske samfunnet.

Når det aller meste av de økte rammene kommunene så langt har fått går med til å finansiere medfinansieringsansvaret overfor HF'ene, er det god grunn til å minne opp at de sentrale delene

av samhandlingsreformen og norsk velferds- og fordelingspolitikk denne forskriften skal dekke, må understøttes av økte økonomiske overføringer til kommunene.

Uttalelsen er gitt foreløpig administrativt og vil følges av politisk vedtak så snart dette er mulig.

Med hilsen



Ole Johan Bakke
Kommuneoverlege