

SAMLET SAKSFRAMSTILLING

Arkivsak: 11/9

Høring – Forskrift til Folkehelseloven

Saksbehandler: Bjørg Olsson Arkiv: G10 &13

Saksnr.: Utvalg **Møtedato**
PS 18/12 Oppvekst og omsorgsutvalget 28.02.2012

Rådmannens forslag til vedtak:

Marker kommune støtter uttalelser fra KS i forhold til folkehelselov, med kommunens egen vurdering av folkehelseforskriften. Marker kommune mener at formålet i folkehelseforskriften ikke kan nås uten økning i økonomiske ressurser til kommunene.

Oppvekst og omsorgsutvalget - 28.02.2012 sak 18/12

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Marker kommune støtter uttalelser fra KS i forhold til folkehelselov, med kommunens egen vurdering av folkehelseforskriften. Marker kommune mener at formålet i folkehelseforskriften ikke kan nås uten økning i økonomiske ressurser til kommunene.

Bakgrunn:

Et av målene med samhandlingsreformen er en dreining i retning av mer folkehelsearbeid og forebyggende arbeid. Folkehelseloven er et av virkemidlene for å nå det målet. Til grunn for forslaget til forskrift ligger Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid og Innst. 423 L (2010-2011). Forskriften må også ses i sammenheng med samhandlingsreformens øvrige dokumenter; St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsmeldingen og Innst. 212 S (2009-2010), Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og Innst. 424 L (2010-2011), Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan og Innst. 422 S (2010-2011).

KS ga følgende tilbakemelding på forslag til folkehelselov: «KS mener at det er positivt med en utvikling der folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune. KS ser behovet for at det utarbeides bedre oversikt over helsetilstanden i befolkningen til bruk i det lokale arbeidet. Analyser, strategier og systematiske tiltak vil imidlertid kreve en

styrking av plan- og analyse delen i kommunene. KS mener at målene i folkehelseloven ikke kan nås uten betydelig økning i økonomiske og administrative ressurser til kommunene/fylkeskommunene.

Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette vil ha betydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Lovforslaget slik det foreligger, tar i liten grad opp problemstillinger av nasjonal karakter. På makronivå vil faktorer knyttet til eksempelvis avgiftspolitikken på frukt, grønt og sukker, reklame rettet mot barn osv, være av stor betydning for å oppnå de forebyggende gevinstene for befolkningen som er lovforslagets ambisjon.

De økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men KS mener at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsdokumentene. Det gjelder ikke minst nye krav til plan- og strategiarbeid, og oppfølgingen av nasjonale funksjons og kvalitetskrav. Det vil ta tid før en kan ta ut økonomiske effekter av forebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Dette må det tas ressursmessig høyde for.»

Forslag til forskrift spenner over et vidt spekter av helse,- sosiale forskjeller og utfordringer. Departementet angir at kommuner og fylkeskommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

ette skal sees i sammenheng med folkehelselovens § 7 om folkehelseiltak. Departementet angir at i begrepet nødvendig oversikt ligger opplysninger om helsetilstand, livsstil og miljøforhold, samt at nødvendig oversikt omfatter bakenforliggende faktorer som påvirker helsen og fordelingen av helse i befolkningen. Dette omfatter for eksempel oppvekst og levekårsforhold som økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning. I tillegg henvises til lovens § 5 om påvirkningsfaktorer som:» overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom, inntektsforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligsosiale forhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv»¹ Det foreslås ikke dokumentasjonskrav for fylkeskommunens løpende oversiktsarbeid.

JFr § 7 i folkehelseloven angir at tiltaksplikten og prioriteringen skal vurderes i henhold til at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte jf §1. Det henvises videre til at Helsedirektoratet utvikler nasjonale normer og standarder og at slike normer/standarder indikerer hvilke tiltak som bør iverksettes i forhold til bestemte utfordringer. Dersom kommunen velger å bruke andre metoder eller tiltak, må den være forberedt på å begrunne valg av tiltak.

Forslag til forskrift side 30: «Videre vises blant annet til tilskudd som er gitt i forbindelse med samhandlingsreformen, samt den kursendringen reformen innebærer:

"Forslaget til folkehelselov vil, slik den er utformet, ikke i seg selv medføre økte økonomiske kostnader for kommunene utover det som allerede er gitt i tilskudd til kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. Kommunene har også i dag ansvar for å fremme helse, og lovforslaget gir ingen rettigheter til noen, men er i stor grad prosessuell på samme måte som for eksempel plan- og bygningsloven. Kommunens ansvar for å ivareta folkehelse er en videreføring av gjeldende rett, men det er satt økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter."

"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".»

I utkast til forskrift vises det til:

«For å kunne identifisere lokale folkehelseutfordringer er det viktig å ha oversikt over helsetilstand, herunder forebyggbare sykdommer, plager og personskader som har stor utbredelse i befolkningen. Eksempler på dette er psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter, karies og ulykkesskader. Disse helseutfallene har ofte en sammensatt årsakskjede som involverer elementer fra flere av de andre punktene som er beskrevet. Dersom forekomsten av enkelte helseutfall er høy i forhold til landsgjennomsnittet eller nærliggende kommuner, kan det være grunn til å vurdere situasjonen nærmere. Forekomst av forebyggbare helseutfall kan være en indikasjon på områder der kommunen har spesielle utfordringer.»

Vurdering:

Marker kommunes vurdering av folkehelseforskriften:

For en liten kommune med lite administrative ressurser vil det være krevende til en hver tid å følge opp krav om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det er avgjørende at kommunen får tilført gode og egnede statistikker og rapporter som kan danne grunnlag for dette arbeidet. Hva som er nødvendig oversikt bør komme fram mer spesifisert, slik at det blir et minstemål på hva kommunene må gjøre. Det er også viktig at det blir like og sammenlignbare tall som kommer fram, slik at det er sammenlignbart mellom kommunene. Det vil også stille større krav til kunnskap om hvilke folkehelseiltak som virker. Det er

vanskelig å forutsi hvor mye ressurser som trengs til arbeidet med å holde oversikt over befolkningens folkehelse, og det vil også kreve mer ressurser å iverksette forebyggende tiltak. Generelle folkehelseiltak skal gjelde hele befolkningen, men for å utjevne sosiale helseforskjeller kan det være nødvendig med spesielle forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid som kan oppleves som stigmatiserende. Små kommuner vil kunne være avhengig av et samarbeid med andre kommuner for å ha ressurser nok både faglig og økonomisk, til å gjøre et godt nok forebyggende arbeid. Og hva som forventes å være godt nok, er også en vurdering som må gjøres i den enkelte kommune.

Konklusjon:

Marker kommune støtter uttalelser fra KS i forhold til folkehelselov, med kommunens egen vurdering av folkehelsesforskriften. Marker kommune mener at formålet i folkehelsesforskriften ikke kan nås uten økning i økonomiske ressurser til kommunene.