

FYLKESTINGSSAK

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
021/12	Fylkestinget	20.02.2012

Høring av forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer - folkehelseforskriften

Sammendrag

Fylkesrådet foreslår at staten ved Nasjonalt folkehelseinstitutt må ta ansvar for å gjennomføre en nasjonal befolkningsundersøkelse med fylkesrepresentative utvalg for å dekke et nasjonalt grunnleggende behov for relevant folkehelsestatistikk. Folkehelsearbeidet på alle nivå trenger et pålitelig datagrunnlag. Dette tilsier at det ikke kan være opp til hver fylkeskommune om det skal gjennomføres en fylkeshelseundersøkelse, og hvilken type undersøkelse som skal gjennomføres. En nasjonal koordinering er nødvendig for å sikre standardisering og kvalitet i arbeidet med å fremskaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse. Maler for undersøkelsene må utvikles i nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og de regionale partnerskap for folkehelsearbeid.

Selv om folkehelsearbeid fra tidligere har vært lovfestet for både fylkeskommuner og kommuner er det vanskelig å vurdere det økte kravet til systematikk og kunnskapsbasert arbeid som en videreføring av eksisterende oppgaver. Det vil være svært ressurskrevende for fylkeskommunene å bygge opp egne miljøer med tilstrekkelig kompetanse på dette feltet. Fylkeskommunene vil i praksis ha behov for tilsvarende samfunnsmedisinske kompetanse som kommunene for at veiledningen til kommunenes oversiktsarbeid skal være tilstrekkelig faglig forankret. Betydelige ressurser er nødvendig for at dette arbeidet skal kvalitetssikres. Det er behov for en tydeligere avklaring av ansvar mellom stat, fylkeskommune og kommune i forhold til kunnskapsinnhenting.

Bakgrunn

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), jf. Prop. 90 L (2010-2011), trådte i kraft 1. januar 2012 som del av Samhandlingsreformen. Høring av forslag til ny folkehelselov ble behandlet i fylkestinget i sak 142/10. I fylkestingets vedtak ble det blant annet uttalt at "Det økte ansvar og de utvidelser av arbeidsoppgaver som loven pålegger kommunen og fylkeskommunen vil kreve nødvendig og tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på begge nivå.

Statens lovfesting av dette arbeid må derfor følges opp med friske statlige midler som vil kunne sikre slik kompetanse og kapasitet” og ”En statlig satsning på folkehelsearbeidet i tråd med den nye lovens intensjoner må følges opp av økt statlig økonomisk støtte for å sikre et minimum av nødvendig kapasitet og kompetanse også i fylkeskommunene. Det utvidete ansvar fylkeskommunen har fått for å ha gode helseoversikter understreker ytterligere dette behov.”

Helse- og omsorgsdepartementet inviterer i brev av 21. desember 2012 til høring av forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Høringsfrist er 21. mars 2012. Forskriften ble varslet i folkehelseloven § 21, og har som formål å regulere nærmere arbeidet med å ha oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer. Forskriften skal legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og å samordne og standardisere arbeidet med helseoversikter.

Hovedtrekk i lovforslaget:

- Departementet foreslår at forskriften gir kommunen og fylkeskommunen plikt til å utarbeide en skriftlig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hvert fjerde år. Hovedarbeidet med kunnskapsinnhenting skal gjøres i tilknytning til dette arbeidet.
- Forslag til forskrift angir oversiktens innhold på et overordnet nivå. Dette begrunnes med at en konkret innholdsangivelse i mindre grad gir anledning til lokale og regionale tilpasninger.
- Det er i forskriften ikke satt krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre befolkningsundersøkelser. Forskriften gir videre en føring, men ikke plikt, om at fylkeskommuner som selv initierer fylkeshelseundersøkelser benytter maler utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Det anbefales å samle inn personidentifiserbare data.
- I følge Departementet setter forslag til forskrift ikke nye eller utvidete krav til kommunene eller fylkeskommunen som ikke følger direkte fra folkehelseloven. Departementet mener derfor at forskriften ikke vil medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

Problemstilling

I folkehelseloven § 21, som omhandler fylkeskommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden samt positive og negative påvirkningsfaktorer for helse i fylket, ble det varslet at ”Departementet kan gi nærmere forskrifter om fylkeskommunens oversikt, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.” Under høringen av folkehelseloven kom det fram et ønske om en viss standardisering av disse oversiktene slik at sammenlikning over tid og mellom fylker/kommuner er mulig. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften). Høringsfrist er 21. mars 2012.

Forskriften vil hjemles i lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Det følger av folkehelseloven §§ 5 og 21 at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over befolkningens helse og de faktorer som virker inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold, samt rette særlig oppmerksomhet på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Formål

Hovedformålet med oversiktene etter folkehelseloven er å ha kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse på populasjonsnivå som grunnlag for mål, strategier og tiltak i et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Departementet foreslår at forskriftens formål skal være å legge til rette for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og å samordne og standardisere arbeidet med, og innhold i oversikter. Forskriftsregulering skal bidra til å sikre at oversiktsarbeidet blir mer målrettet og effektivt.

Innhold

Både kommuner og fylkeskommuner skal basere sitt oversiktsarbeid på opplysningene som kommer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI), jf. folkehelseloven § 25. Disse opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Det foreslås at FHI skal utarbeide og presentere folkehelseprofil for hver kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år, samt etablere og oppdatere en statistikkbank. Folkehelseprofiler ble sendt til kommunene første gang i januar 2012, og statistikkbanken KommuneHelse er i drift. Statistikkbank og folkehelseprofiler vil være under videre kontinuerlig utvikling.

Forslag til forskrift angir oversiktens innhold på et overordnet nivå. Dette begrunnes med at en konkret innholdsangivelse betyr at det i mindre grad blir anledning til å tilpasse oversiktens innhold ut fra lokale og regionale behov. Følgende tematiske innhold er angitt; Helsetilstand, befolkning, inntekt/økonomi, arbeid, utdanning, miljø, miljørettet helsevern, smittevern, sosial tilhørighet og nettverk, og levevaner. Videre skal kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk vurdere om det er særlige folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen. Det er fra et folkehelsepolitisk ståsted ønskelig at statistikken skal vise sosiale forskjeller.

Krav til skriftlighet

Departementet skiller i forslag til forskrift mellom to funksjoner oversiktene vil ha; 1) å gi grunnlag for vurderinger av folkehelseutfordringene løpende, og 2) å gi grunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet. Det formelle skriftlighetskravet rettes mot den oversikt kommunen og fylkeskommunen skal ha for å ivareta det systematiske og langsiktige arbeidet, for eksempel forankret i planstrategi og kommuneplaner. Departementet foreslår at forskriften gir kommunen og fylkeskommunen plikt til å utarbeide et skriftlig oversiktsdokument hvert fjerde år, og hovedarbeidet i forhold til kunnskapsinnhenting skal gjøres i tilknytning til dette arbeidet. For å sikre at dokumentet er plan- og styringsrelevant, og at kravene i forskrift er harmonisert med plan- og bygningsloven, mener departementet at tidsintervallene for utarbeidelse av dokumentet skal foreligge før oppstart av arbeidet med planstrategier etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1.

Departementet foreslår videre at det løpende oversiktsarbeidet i kommunen skal dokumenteres på hensiktsmessig måte. Forslag til forskrift stiller ikke dokumentasjonskrav for fylkeskommunene utover utarbeidelse av et dokument hvert fjerde år. Dette betyr imidlertid ikke at fylkeskommunen kan unnlate å vurdere om det er grunnlag for å revidere de faglige vurderingene mellom hvert fjerde år. Dokumentasjonskravet bør ses opp mot den internkontroll kommunen og fylkeskommunen skal føre for å sikre at krav fastsatt i folkehelseloven overholdes, jf. folkehelseloven § 30.

Av hensyn til lokaldemokrati og i tråd med prinsippet om offentlighet mener departementet det bør legges til rette for at oversikten skal gjøres allment tilgjengelig. Dette kan for eksempel være gjennom publisering på kommunens/fylkeskommunens nettsider.

Fylkeshelseundersøkelser

Det er i forskriften ikke satt krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre fylkesundersøkelser om helse og påvirkningsfaktorer. Departementet foreslår at Nasjonalt folkehelseinstitutt får i oppgave å sørge for utarbeidelse av maler for innhold (basismodul) og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser. Det kan også vurderes om en spørsmålsbank for tilleggsspørsmål bør etableres. Departementet legger til grunn at Folkehelseinstituttet involverer relevante aktører ved utforming av maler. Det foreslås at forskriften gir en føring, men ikke plikt, om at fylkeskommuner som selv initierer fylkeshelseundersøkelser benytter disse malene. Det anbefales videre å samle inn personidentifiserbare data for den voksne del av befolkningen da dette vil muliggjøre kobling til registre for sosioøkonomiske forhold. Behandling av opplysninger som kan knyttes til enkeltindivider forutsetter godkjenning i tråd med personvernregelverket, for eksempel godkjenning fra Datatilsynet for opprettelse av et register, eller godkjenning fra en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk dersom innsamlede opplysninger skal brukes til medisinsk og helsefaglig forskning.

Helseforskningsloven får anvendelse ved medisinsk og helsefaglig forskning som skaffer til veie ny kunnskap om sykdom eller helse. Ved innsamlet anonymt materiale får helseforskningsloven ikke anvendelse.

Behov for kompetanse og ressurser

Folkehelseloven § 27 stiller krav om at kommuner skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgavene etter folkehelseloven, blant annet i forhold til å foreta forsvarlige faglige analyser i oversiktsarbeidet. Fylkeskommunene har ikke tilsvarende krav om samfunnsmedisinsk kompetanse. I følge Departementet setter forslag til forskrift ikke nye eller utvidete krav til kommunene eller fylkeskommunen som ikke følger direkte fra folkehelseloven. Departementet mener derfor at forskriften ikke vil medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

Vurderinger

Forslag til forskrift er for lite konkret i forhold til å standardisere det tematiske innholdet i oversiktene, noe som får konsekvenser for muligheten for sammenlikning mellom fylker/kommuner. Per i dag mangler man kommunerepresentative data på mange av temaene som er angitt i forslag til forskrift, og på noen områder finnes det heller ikke fylkesrepresentative tall. Når det gjelder samisk helse spesielt finnes det per i dag svært lite tilgjengelig statistikk. Nordland fylke har mange kommuner med for lavt befolkningstall til at det er mulig å fremskaffe eller presentere statistikk på kommunenivå, både av hensyn til at tallene da er heftet med mer usikkerhet og med tanke på personvern hensyn. Mindre kommuner har en ekstra utfordring i forhold til å presentere datamaterialet på en slik måte at det blir minst mulig stigmatiserende, jf. krav om at oversiktene skal rette særlig oppmerksomhet på sosial ulikhet i helse. Utfordringene med manglende datagrunnlag gjenspeiles også i folkehelseprofilene fra FHI som på mange indikatorer mangler data for de minste kommunene i Nordland. I tillegg er det en rekke sentrale tema som dekkes dårlig, blant annet livsstil, egenopplevd helse, og faktorer som styrker helsen. Det er et stort behov for at Kommunehelsa bygges videre ut til å dekke sentrale tema for kommunene og fylkeskommunene, for eksempel gjennom å presentere regionale data der hvor data mangler for små kommuner.

Fylkeskommunene skal innhente opplysninger fra deler av fylkeskommunal virksomhet med betydning for folkehelsen. Fylkeskommunens oversikt bør i hovedsak fokusere på de områdene hvor fylkeskommunen selv har virkemidler. På flere av de temaene som foreslås inn i oversikten ligger tiltakene på statlig nivå, for eksempel i forhold til en del sosioøkonomiske forhold. Flere fylker har etablert ulike interne grupper som jobber med statistikk og analyse. For å få systematisert og kvalitetssikret det videre oversiktsarbeidet bør det vurderes å etablere en intern tverrsektoriell statistikkgruppe i fylkeskommunen, eventuelt i samarbeid med regionale kompetansemiljøer.

Selv om forskriften ikke stiller krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre fylkeshelseundersøkelser oppfattes forslaget som en tydelig forventning om at fylkene skal gjennomføre slike, samt bygge opp kompetansemiljøer på området. Folkehelseloven sier at fylkeskommunen skal ha oversikt over positive og negative påvirkningsfaktorer for helse. Det kan derfor tolkes som en nødvendighet å gjennomføre fylkeshelseundersøkelser for å møte lovkravet da kunnskap om påvirkningsfaktorer per i dag er mangelfull. Mange fylker har også tidligere gjennomført egne befolkningsundersøkelser, men disse er ikke sammenliknbare da ulike spørreskjema har vært benyttet. Så lenge det skal være frivillig å gjennomføre fylkeshelseundersøkelser, og frivillig hvorvidt mal for slike undersøkelser benyttes, vil man ikke oppnå målet om standardisering og samordning. Helseundersøkelsene bør derfor gjennomføres av staten ved FHI hvert 4. år. I høringsnotatet påpekes det at "Ideelt sett ville en datainnsamling gjennomført av en og samme institusjon være den beste garantien for sammenliknbare data i alle fylker, både for undersøkelser blant voksne og ungdom." Dette støtter opp under vurderingene av at dette arbeidet bør gjøres på nasjonalt nivå. Fylkeskommunene gjennomfører selv undersøkelser utover dette etter eget behov i forhold til regionale satsninger.

Det er nødvendig at fylkeskommunene er sterkt representerte i arbeidet med å utvikle maler for fylkeshelseundersøkelser. Ofte har slike spørreskjema et veldig sterkt fokus på sykkelighet og helsetjenester, mens fylkeskommunene har behov for et betydelig fokus på påvirkningsfaktorer, og da spesielt faktorer som virker positivt på helsen. Dette er et viktig kunnskapsbehov i det brede folkehelsearbeidet.

I forslag til forskrift nevnes det at data fra standardiserte undersøkelser i fylkene vil kunne anvendes på nasjonalt nivå. Det oppfattes delvis som uklart hvem sitt behov disse oversiktene skal dekke; om det er fylkeskommunenes behov eller om de skal dekke et statlig behov for statistikk. Formålet med oversiktene etter folkehelseloven er å ha kunnskap om helsetilstand og årsaker til sykdom på populasjonsnivå til bruk i folkehelsearbeidet. Det er da verken relevant eller nødvendig for fylkeskommunene å ha opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner.

Selv om folkehelsearbeid fra tidligere har vært lovfestet for både fylkeskommuner og kommuner er det vanskelig å vurdere det økte kravet til systematikk og kunnskapsbasert arbeid som en videreføring av eksisterende oppgaver. Det stilles ikke krav til samfunnsmedisinsk kompetanse i fylkeskommunene. Fylkeskommunene skal imidlertid i følge folkehelseloven bistå kommunene i oversiktsarbeidet, noe som i praksis vil kreve at fylkene må ha relevant kompetanse på dette feltet for at arbeidet skal være faglig forsvarlig.

Gjentatte steder i forslag til forskrift er teksten formulert som en forventning til at fylkeskommunen skal drive helseovervåkning og epidemiologisk forskning. Innsamling av personidentifiserbare data og etablering av register setter store krav til ressurser og kompetanse. Det er også vanskelig å få tilgang til å koble dataene mot andre registre. Det vil være svært ressurskrevende for fylkeskommunene å bygge opp egne miljøer med tilstrekkelig kompetanse på dette feltet. Det er vanskelig å tolke formuleringene rundt denne oppgaven som en videreføring av eksisterende oppgaver.

Forslag til forskrift henviser til tilskudd som er gitt til kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. For mange kommuner er dette tilskuddet for lite til at det vil løfte det lokale folkehelsearbeidet opp på et tilfredsstillende nivå. I høringsforslaget står det også at "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". Uten en nødvendig sikring av nødvendige økonomiske ressurser vil det være vanskelig å få løftet folkehelsearbeidet opp til et faglig forsvarlig nivå. Det at flere av landets fylkeskommuner har ansatt nye medarbeidere i kjølvannet av folkehelseloven demonstrerer at det er behov for mer personell og fagkompetanse.

Konsekvenser

Forslaget til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer vil ha konsekvenser for prioritering av eksisterende ressurser i fylkeskommunen, både i Folkehelseavdelingen og i andre avdelinger som skal bidra med relevant statistikk til oversiktene.

Fylkesrådets innstilling til vedtak

1. Nordland fylkesting anser det som positivt at Helse- og omsorgsdepartementet nå presenterer forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Forslaget er imidlertid for lite konkret i forhold til å standardisere det tematiske innholdet, noe som får konsekvenser for den nødvendige samordning av oversiktsarbeidet. Tema det er behov for mer kunnskap om omfatter både statlige, fylkeskommunale og kommunale ansvars- og interesseområder. Det er behov for en tydeligere avklaring av ansvar mellom stat, fylkeskommune og kommune i forhold til kunnskapsinnhenting.
2. Det er behov for å videreutvikle Kommunehelsa da innholdet er mangelfullt i forhold til en rekke sentrale folkehelse tema. Det bør vurderes å publisere data for regioner i fylkene da mange kommuner er for små til at kommunedata kan oppgis.
3. Forslag til forskrift bidrar godt til å tydeliggjøre krav til skriftlighet. Det er hensiktsmessig at skriftlighetskravet knyttes opp mot regional planstrategi.
4. Folkehelsearbeidet på alle nivå trenger et pålitelig datagrunnlag. Dette tilsier at det ikke kan være opp til hver fylkeskommune om det skal gjennomføres en fylkeshelseundersøkelse, og hvilken type undersøkelse som skal gjennomføres. En slik løsning vil ikke på en tilfredsstillende måte gi det kunnskapsgrunnlag som folkehelsearbeidet trenger.
5. For å sikre standardisering og kvalitet bør befolkningsundersøkelser om helse og påvirkningsfaktorer i Norge gjennomføres på en standardisert måte og med regelmessige tidsintervall for alle fylker. Følgelig må staten ved Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomføre en nasjonal befolkningsundersøkelse med fylkesrepresentative utvalg. Det foreslås at en slik nasjonal analyse gjennomføres hvert 4. år for å komme i fase med regional planstrategi. I forslaget heter det også at ”Ideelt sett ville en datainnsamling gjennomført av en og samme institusjon være den beste garantien for sammenlignbare data i alle fylker, både for undersøkelser blant voksne og ungdom”, noe som støtter vurderingen av at arbeidet bør være statlig initiert. Fylkeskommunene gjennomfører selv undersøkelser utover dette etter eget behov i forhold til regionale satsninger. Fylkeskommunens oversikt bør i hovedsak fokusere på de områdene hvor fylkeskommunen selv har virkemidler. I tillegg vil veiledning og støtte i forhold til det kommunale kunnskapsgrunnlag bli en viktig del av det fylkeskommunale ansvar.
6. Maler for helseundersøkelsene må utvikles i nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og de regionale partnerskap for folkehelsearbeid. For å skaffe til veie et tilfredsstillende grunnlag til å drive godt helsefremmende og forebyggende arbeid blir det viktig at påvirkningsfaktorer for helse får en betydelig plass i spørreskjemaet, og da spesielt helsefremmende faktorer.
7. Det må være et statlig ansvar å skaffe til veie et nødvendig statistikkgrunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet i Norge. Innenfor flere av de temaene som foreslås inn i oversikten ligger tiltakene på statlig nivå, for eksempel i forhold til en del sosioøkonomiske forhold. Dette ansvaret kan ikke legges over til fylkeskommunene med forventninger om at oppgaven skal løses innenfor eksisterende økonomiske rammer.
8. Kunnskap fra alle fylkeskommunale virksomhetsområder med betydning for folkehelsen skal presenteres i den skriftlige oversikten. Den videre systematisering og organisering av oversiktsarbeidet internt i Nordland fylkeskommune må vurderes nærmere.

9. Selv om det ikke er satt krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre befolkningsundersøkelser oppfattes det som en tydelig forventning om at fylkene skal gjennomføre slike og bygge opp kompetansemiljøer på området. Gjentatte steder i forslag til forskrift er teksten formulert som en forventning til at fylkeskommunen skal drive helseovervåkning og epidemiologisk forskning. Det vil være svært ressurskrevende for fylkeskommunene å bygge opp egne miljøer med tilstrekkelig kompetanse på dette feltet. Hovedformålet med oversiktene er heller ikke epidemiologisk forskning.
10. Det oppfattes som lite sammenheng mellom kompetansekrav i kommunene og i fylkeskommunene. Fylkeskommunene vil i praksis ha behov for tilsvarende samfunnsmedisinske kompetanse som kommunene for at veiledningen til kommunenes oversiktsarbeid skal være tilstrekkelig faglig forankret.
11. Selv om folkehelsearbeid fra tidligere har vært lovfestet for både fylkeskommuner og kommuner er det vanskelig å vurdere det økte kravet til systematikk og kunnskapsbasert arbeid som en videreføring av eksisterende oppgaver. Dersom man ønsker at dette arbeidet skal kvalitetssikres er det behov for betydelige ressurser, både i form av økonomi og faglig kompetanse. Det at flere av landets fylker har ansatt nye medarbeidere i kjølvannet av folkehelseloven demonstrerer at det er behov for mer personell og fagkompetanse.
12. Det økte pasientansvar kommunene er gitt gjennom Samhandlingsreformen ser ut til å binde opp alle midler som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene til pasientoppfølging. Skal kommunene greie å følge opp statens intensjoner om et mer offensivt helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert utarbeidelse av oversikter over helseutvikling og påvirkningsfaktorer, må kommunene gis øremerkede midler over en viss periode til et slikt formål. De minste kommuner trenger støtten mest, og med et likt beløp på 1 mill. per år til hver kommune ville arbeidsområdet få den nødvendige kommunale forankring som både stat og fylkeskommune er avhengig av i sitt koordinerings- og utviklingsarbeid.
13. Arbeidet med den tverrdepartementale folkehelsestrategien tilrås fulgt opp med en stortingsmelding om helsefremmende arbeid.

Bodø den 30.01.2012

Odd Eriksen
fylkesrådsleder
sign

Marit Tennfjord
fylkesråd for kultur og miljø
sign

20.02.2012 Fylkestinget

FT-021/12

Innstillinga fra komite for kultur og miljø ble lagt fram av saksordfører Marianne D. Kvensjø, Høyre:

1. Nordland fylkesting anser det som positivt at Helse- og omsorgsdepartementet nå presenterer forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Forslaget er imidlertid for lite konkret i forhold til å standardisere det tematiske innholdet, noe som får konsekvenser for den nødvendige samordning av oversiktsarbeidet. Tema det er behov for mer kunnskap om omfatter både statlige, fylkeskommunale og kommunale ansvars- og interesseområder. Det er behov for en tydeligere avklaring av ansvar mellom stat, fylkeskommune og kommune i forhold til kunnskapsinnhenting.

2. Det er behov for å videreutvikle Kommunehelsa (Statistikkbanken) da innholdet er mangelfullt i forhold til en rekke sentrale folkehelse tema. Det bør vurderes å publisere data for regioner i fylkene da mange kommuner er for små til at kommunedata kan oppgis.
3. Forslag til forskrift bidrar godt til å tydeliggjøre krav til skriftlighet. Det er hensiktsmessig at skriftlighetskravet knyttes opp mot regional planstrategi.
4. Folkehelsearbeidet på alle nivå trenger et pålitelig datagrunnlag. Dette tilsier at det ikke kan være opp til hver fylkeskommune om det skal gjennomføres en fylkeshelseundersøkelse, og hvilken type undersøkelse som skal gjennomføres. En slik løsning vil ikke på en tilfredsstillende måte gi det kunnskapsgrunnlag som folkehelsearbeidet trenger.
5. For å sikre standardisering og kvalitet bør befolkningsundersøkelser om helse og påvirkningsfaktorer i Norge gjennomføres på en standardisert måte og med regelmessige tidsintervall for alle fylker. Følgelig må staten ved Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomføre en nasjonal befolkningsundersøkelse med fylkesrepresentative utvalg. Det foreslås at en slik nasjonal analyse gjennomføres hvert 4. år for å komme i fase med regional planstrategi. I forslaget heter det også at ”Ideelt sett ville en datainnsamling gjennomført av en og samme institusjon være den beste garantien for sammenlignbare data i alle fylker, både for undersøkelser blant voksne og ungdom”, noe som støtter vurderingen av at arbeidet bør være statlig initiert. Fylkeskommunene gjennomfører selv undersøkelser utover dette etter eget behov i forhold til regionale satsninger. Fylkeskommunens oversikt bør i hovedsak fokusere på de områdene hvor fylkeskommunen selv har virkemidler. I tillegg vil veiledning og støtte i forhold til det kommunale kunnskapsgrunnlag bli en viktig del av det fylkeskommunale ansvar.
6. Maler for helseundersøkelsene må utvikles i nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og de regionale partnerskap for folkehelsearbeid. For å skaffe til veie et tilfredsstillende grunnlag til å drive godt helsefremmende og forebyggende arbeid blir det viktig at påvirkningsfaktorer for helse får en betydelig plass i spørreskjemaet, og da spesielt helsefremmende faktorer.
7. Det må være et statlig ansvar å skaffe til veie et nødvendig statistikkgrunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet i Norge. Innenfor flere av de temaene som foreslås inn i oversikten ligger tiltakene på statlig nivå, for eksempel i forhold til en del sosioøkonomiske forhold. Dette ansvaret kan ikke legges over til fylkeskommunene med forventninger om at oppgaven skal løses innenfor eksisterende økonomiske rammer.
8. Kunnskap fra alle fylkeskommunale virksomhetsområder med betydning for folkehelsen skal presenteres i den skriftlige oversikten. Den videre systematisering og organisering av oversiktsarbeidet internt i Nordland fylkeskommune må vurderes nærmere.
9. Selv om det ikke er satt krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre befolkningsundersøkelser oppfattes det som en tydelig forventning om at fylkene skal gjennomføre slike og bygge opp kompetansemiljøer på området. Gjentatte steder i forslag til forskrift er teksten formulert som en forventning til at fylkeskommunen skal drive helseovervåking og epidemiologisk forskning. Det vil være svært ressurskrevende for fylkeskommunene å bygge opp egne miljøer med tilstrekkelig kompetanse på dette feltet. Hovedformålet med oversiktene er heller ikke epidemiologisk forskning.
10. Det oppfattes som lite sammenheng mellom kompetansekrav i kommunene og i fylkeskommunene. Fylkeskommunene vil i praksis ha behov for tilsvarende samfunnsmedisinske kompetanse som kommunene for at veiledningen til kommunenes oversiktsarbeid skal være tilstrekkelig faglig forankret.
11. Selv om folkehelsearbeid fra tidligere har vært lovfestet for både fylkeskommuner og kommuner er det vanskelig å vurdere det økte kravet til systematikk og kunnskapsbasert arbeid som en videreføring av eksisterende oppgaver. Dersom man ønsker at dette arbeidet skal kvalitetssikres er det behov for betydelige ressurser, både i form av økonomi og faglig kompetanse.
12. Det økte pasientansvar kommunene er gitt gjennom Samhandlingsreformen ser ut til å binde opp alle midler som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene til pasientoppfølging. Skal kommunene greie å følge opp statens intensjoner om et mer

offensivt helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert utarbeidelse av oversikter over helseutvikling og påvirkningsfaktorer, må kommunene gis øremerkede midler over en viss periode til et slikt formål. De minste kommuner trenger støtten mest, og med et likt beløp på 1 mill. per år til hver kommune ville arbeidsområdet få den nødvendige kommunale forankring som både stat og fylkeskommune er avhengig av i sitt koordinerings- og utviklingsarbeid.

13. Arbeidet med den tverrdepartementale folkehelsestrategien tilrås fulgt opp med en stortingsmelding om helsefremmende arbeid.

Votering:

Komiteinnstillinga enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Nordland fylkesting anser det som positivt at Helse- og omsorgsdepartementet nå presenterer forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Forslaget er imidlertid for lite konkret i forhold til å standardisere det tematiske innholdet, noe som får konsekvenser for den nødvendige samordning av oversiktsarbeidet. Tema det er behov for mer kunnskap om omfatter både statlige, fylkeskommunale og kommunale ansvars- og interesseområder. Det er behov for en tydeligere avklaring av ansvar mellom stat, fylkeskommune og kommune i forhold til kunnskapsinnhenting.
2. Det er behov for å videreutvikle Kommunehelse (Statistikkbanken) da innholdet er mangelfullt i forhold til en rekke sentrale folkehelse tema. Det bør vurderes å publisere data for regioner i fylkene da mange kommuner er for små til at kommunedata kan oppgis.
3. Forslag til forskrift bidrar godt til å tydeliggjøre krav til skriftlighet. Det er hensiktsmessig at skriftlighetskravet knyttes opp mot regional planstrategi.
4. Folkehelsearbeidet på alle nivå trenger et pålitelig datagrunnlag. Dette tilsier at det ikke kan være opp til hver fylkeskommune om det skal gjennomføres en fylkeshelseundersøkelse, og hvilken type undersøkelse som skal gjennomføres. En slik løsning vil ikke på en tilfredsstillende måte gi det kunnskapsgrunnlag som folkehelsearbeidet trenger.
5. For å sikre standardisering og kvalitet bør befolkningsundersøkelser om helse og påvirkningsfaktorer i Norge gjennomføres på en standardisert måte og med regelmessige tidsintervall for alle fylker. Følgelig må staten ved Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomføre en nasjonal befolkningsundersøkelse med fylkesrepresentative utvalg. Det foreslås at en slik nasjonal analyse gjennomføres hvert 4. år for å komme i fase med regional planstrategi. I forslaget heter det også at ”Ideelt sett ville en datainnsamling gjennomført av en og samme institusjon være den beste garantien for sammenlignbare data i alle fylker, både for undersøkelser blant voksne og ungdom”, noe som støtter vurderingen av at arbeidet bør være statlig initiert. Fylkeskommunene gjennomfører selv undersøkelser utover dette etter eget behov i forhold til regionale satsninger. Fylkeskommunens oversikt bør i hovedsak fokusere på de områdene hvor fylkeskommunen selv har virkemidler. I tillegg vil veiledning og støtte i forhold til det kommunale kunnskapsgrunnlag bli en viktig del av det fylkeskommunale ansvar.
6. Maler for helseundersøkelsene må utvikles i nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og de regionale partnerskap for folkehelsearbeid. For å skaffe til veie et tilfredsstillende grunnlag til å drive godt helsefremmende og forebyggende arbeid blir det viktig at påvirkningsfaktorer for helse får en betydelig plass i spørreskjemaet, og da spesielt helsefremmende faktorer.
7. Det må være et statlig ansvar å skaffe til veie et nødvendig statistikkgrunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet i Norge. Innenfor flere av de temaene som foreslås inn i oversikten ligger tiltakene på statlig nivå, for eksempel i forhold til en del sosioøkonomiske

- forhold. Dette ansvaret kan ikke legges over til fylkeskommunene med forventninger om at oppgaven skal løses innenfor eksisterende økonomiske rammer.
8. Kunnskap fra alle fylkeskommunale virksomhetsområder med betydning for folkehelsen skal presenteres i den skriftlige oversikten. Den videre systematisering og organisering av oversiktsarbeidet internt i Nordland fylkeskommune må vurderes nærmere.
 9. Selv om det ikke er satt krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre befolkningsundersøkelser oppfattes det som en tydelig forventning om at fylkene skal gjennomføre slike og bygge opp kompetansemiljøer på området. Gjentatte steder i forslag til forskrift er teksten formulert som en forventning til at fylkeskommunen skal drive helseovervåkning og epidemiologisk forskning. Det vil være svært ressurskrevende for fylkeskommunene å bygge opp egne miljøer med tilstrekkelig kompetanse på dette feltet. Hovedformålet med oversiktene er heller ikke epidemiologisk forskning.
 10. Det oppfattes som lite sammenheng mellom kompetansekrav i kommunene og i fylkeskommunene. Fylkeskommunene vil i praksis ha behov for tilsvarende samfunnsmedisinske kompetanse som kommunene for at veiledningen til kommunenes oversiktsarbeid skal være tilstrekkelig faglig forankret.
 11. Selv om folkehelsearbeid fra tidligere har vært lovfestet for både fylkeskommuner og kommuner er det vanskelig å vurdere det økte kravet til systematikk og kunnskapsbasert arbeid som en videreføring av eksisterende oppgaver. Dersom man ønsker at dette arbeidet skal kvalitetssikres er det behov for betydelige ressurser, både i form av økonomi og faglig kompetanse.
 12. Det økte pasientansvar kommunene er gitt gjennom Samhandlingsreformen ser ut til å binde opp alle midler som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene til pasientoppfølging. Skal kommunene greie å følge opp statens intensjoner om et mer offensivt helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert utarbeidelse av oversikter over helseutvikling og påvirkningsfaktorer, må kommunene gis øremerkede midler over en viss periode til et slikt formål. De minste kommuner trenger støtten mest, og med et likt beløp på 1 mill. per år til hver kommune ville arbeidsområdet få den nødvendige kommunale forankring som både stat og fylkeskommune er avhengig av i sitt koordinerings- og utviklingsarbeid.
 13. Arbeidet med den tverrdepartementale folkehelsestrategien tilrås fulgt opp med en stortingsmelding om helsefremmende arbeid.