



Saksnr.: 2008/9956
Løpenr. 1810/2009
Klassering: G10
Saksbehandler: Knut Johan Rognlien

Møtebok - Saksframlegg

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Opplæring, kultur og helsekomiteen	10.02.2009	9/2009
Fylkestinget	26.02.2009	9/2009

Høringsuttalelse fra Østfold fylkeskommune til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat med lovforslag om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Vedlegg

1. Lovforslaget.
2. Forvaltningsreformen – høringsnotat med lovforslag om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet – desember 2008. *Utrykt vedlegg.*

Bakgrunn for saken

Høsten 2006 kom St.mld. nr 12 "Regionale fortrinn – regional fremtid" som pekte ut retningen i det videre arbeidet med forvaltningsreformen. Østfoldhelse reagerte på at folkehelse i liten grad var ivarettatt og tok initiativ til å møte Stortingets kommunal- og forvaltningskomité i februar 2007 i deres høringsmøte. I samarbeid med Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, og 6 andre fylker, lyktes Østfoldhelse å få gjennomslag for sine synspunkter. Komiteen ga ikke minst sin tilslutning til at det burde utredes om fylkeskommunene burde få et lovpålagt folkehelseansvar, og de etterlyste en utredning over hvilke oppgaver på folkehelsefeltet som evt. kunne overføres til fylkeskommunene.

På denne bakgrunn la KRD i mars 2008 frem sitt høringsnotat "Forvaltningsreformen – forslag til nye oppgaver til det folkevalgte regionale nivået". De fleste fylkeskommuner stilte seg positive til at folkehelse burde bli en lovpålagt oppgave. I notatet ble det dessuten påpekt at det videre arbeidet med folkehelse skulle skilles ut fra det øvrige arbeidet med forvaltningsreformen. Når OT prop. Nr. 10 (Lov om endringer i forvaltningslovgivningen med mer) kom i november 2008 var folkehelse derfor ikke berørt. I stedet sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut sitt høringsnotat om folkehelse i uke 51 2008 med høringsfrist 27. februar 2009. Østfold fylkeskommune og KS har tatt del i en arbeidsgruppe som har jobbet med notatet i de første fasene.

Stortingets kommunal og forvaltningskomité avga følgende innstilling i saken i 2007:

2.1.2.7 Forebyggende og folkehelsefremmende arbeid

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg at Regjeringen i meldingen skriver:

"Arbeid for å fremme folkehelse vil være en oppgave for framtidige folkestyrte regioner forankret i ansvaret som regional planmyndighet og i ny planstrategi. Folkehelse, det vil si befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen, vil være en god indikator på utviklingen i regionen."

Flertallet viser til at St.meld. nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn - regional framtid må sees i sammenheng med St.meld. nr. 16 (2003-2004) Resept for et sunnere Norge. Sistnevnte understreket lokaldemokratiets betydning for folkehelsearbeidet. Den utfordret norske fylker til å satse på folkehelse og ta ansvar for å bygge opp og koordinere en folkehelsekjede gjennom partnerskap med kommuner, statlige instanser, fagmiljø og frivillige organisasjoner.

Flertallet er kjent med at samtlige fylker har opprettet, eller er i ferd med å opprette, regionale folkehelsepartnerskap. Flertallet mener det er ønskelig å videreføre og styrke denne satsningen som et ledd i vitaliseringen av lokal- og regionaldemokratiet. Flertallet mener de nye regionenes ansvar innefor folkehelsearbeidet bør forsterkes i forhold til det ansvar fylkeskommunen har i dag. Rollen som regional pådriver og samordner må styrkes.

Flertallet viser til at folkehelsearbeidet er et tverrfaglig satsningsområde, men også en disiplin som krever egen fagkompetanse. Flertallet mener at feltet kan betraktes som et selvstendig virksomhetsområde i det regionale utviklingsarbeidet. Regionenes rolle bør tydeliggjøres med hensyn til innhold, forventninger og økonomiske rammevilkår.

Flertallet konstaterer at en eventuell flytting av oppgaver innefor folkehelsefeltet ikke i særlig grad er vurdert i utarbeidelsen av St.meld. nr. 12 (2006-2007).

Flertallet ber om at det blir utredet å la folkehelsearbeid gå over fra en frivillig til en ordinær oppgave for det regionale folkevalgte nivået.

Østfoldhelse behandlet saken i sitt møte den 15. januar og fattet et vedtak som i all hovedsak er sammenfallende med fylkesrådmannens forslag til innstilling.

Fakta

Notatet peker på at fylkeskommunenes arbeid for å fremme folkehelse er knyttet til tre hovedområder:

1. Arbeid som er forankret i lover og forskrifter innenfor egne tjeneste- og utviklingsområder.
2. Arbeid som i utgangspunktet fyller andre formål enn å styrke folkehelsen, og som er delvis forankret i lover og forskrifter.
3. Sektorovergripende folkehelsearbeid forankret i rollen som regional utviklingsaktør.

Det foreslås ingen overførte oppgaver fra andre aktører til fylkeskommunene og heller ingen nye oppgaver utover de fylkeskommunen allerede ivaretar. De eksisterende oppgavene som handler om å bygge opp og drifte regionale folkehelsepartnerskap foreslås lovpålagte, men departementet er av den oppfatning at fordi fylkeskommunene allerede gjør jobben på frivillig grunnlag skal ikke dette sees på som en ny oppgave. Det foreslås også at de midlene som i dag overføres til fylkeskommunene og de regionale partnerskapene (cirka 35 millioner kroner) fra 2010 skal fordeles på kommunenes og fylkeskommunenes rammer.

Den foreslåtte loven er tenkt som en midlertidig lov, som senere kan implementeres i annen lovgivning – fortrinnsvis enten kommunehelsetjenesteloven eller tannehelsetjenesteloven.

Fylkeskommunens ansvar i folkehelsearbeidet er foreslått å være:

Fylkeskommunen skal fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen til det beste for dagens befolkning og fremtidige generasjoner.

Den foreslåtte loven inneholder hjemler for to forskrifter. Disse er i svært liten grad drøftet. Mens den ene åpner opp for å gi nærmere forskrifter om fylkeskommunal oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, herunder plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser og hvor det vises konkret til HEPRO-prosjektet som Østfold fylkeskommune ledet, lyder den andre slik:

Departementet kan gi nærmere forskrifter om fylkeskommunenes folkehelsearbeid, herunder om forvaltningen av statlige midler.

Helse- og omsorgsdepartementet ber særlig kommunesektoren om synspunkter på de økonomiske vurderinger som ligger i forslaget.

Fylkesrådmannens vurdering

Fra 2002 – 2008 økte det norske helsebudsjettet fra 135 til 195 milliarder kroner, og bare i løpet av de siste syv årene har budsjettene til sykehusene doblet seg. Den pågående finanskrisen er dessuten ventet å forsterke helseutfordringene og særlig sosiale helseforskjeller. Ved å være føre var kan man gjøre grep som letter presset på helsetjenestene, samtidig som en stimulerer til økt trivsel og livskvalitet for befolkningen og bedrer næringslivets konkurransekraft. Nasjonale myndigheter må derfor gi det forebyggende og helsefremmende arbeidet større prioritet og rette opp ubalansen der mesteparten av helsefokuset handler om behandling og pleie- og omsorgstjenester.

Det er positivt at høringsnotatet fastslår at fylkeskommunene har det overordnede ansvaret og fullmakter til å organisere de regionale folkehelsepartnerskapene. Det er også bra at den regionalpolitiske autonomien, til tross for noen unntak, i stor grad er ivarettatt i lovforslaget. Fylkesrådmannen er dessuten enig i at fylkeskommunene blir utfordret på å implementere folkehelsearbeidet i egen drift og organisasjon. Lovforslaget vil bidra til å styrke forankringen av folkehelsearbeidet i fylkeskommunene.

Derimot vil fylkesrådmannen i Østfold på prinsipielt grunnlag peke på følgende betenknninger ved lovforslaget:

- Det aktuelle lovforslaget overfører ingen nye oppgaver. Slik vi tolker intensjonen bak vedtaket til Stortingets kommunal- og forvaltningskomite, var nettopp hensikten å gi fylkeskommunene flere oppgaver.
- Det aktuelle lovforslaget gir fylkeskommunene verken myndighet eller nye virkemidler, og det synes heller ikke å være intensjonen til Stortingets kommunal- og forvaltningskomité.
- En frivillig oppgave som gjøres lovpålagt må oppfattes som en *ny* oppgave. De folkehelseoppgaver som fylkeskommunene i dag utfører, og som fylkeskommunene i all hovedsak frivillig har bekostet selv uten støtte fra staten, må således finansieres. Fylkesrådmannen velger å påpeke at høringsnotatet på den ene siden signaliserer at lovforslaget ikke medfører endringer i det arbeid som fylkeskommunene skal utøve samtidig som man uttrykker at fylkeskommunene ivaretar pådriver- og samordningsfunksjonen i folkehelsepartnerskapene i varierende grad.

Fylkesrådmannen er av den oppfatning at høringsnotatet ikke gir et dekkende bilde av det store og viktige folkehelsearbeidet som skjer i regi av fylkeskommunene. Innsatsen til fylkeskommunen, kommunene og de frivillige kreftene som virker gjennom partnerskapene er undervurdert i forhold til andre aktører. Det er beklagelig at høringsnotatet ikke får frem at viktige deler av folkehelsearbeidet må finne sin form der folk lever og virker og således må forankres i lokal- og regionaldemokratiet.

For å forstå hvordan det regionale folkehelsearbeidet fungerer burde høringsnotatet ha tydeliggjort hvilke roller en fylkeskommune bør fylle for å kunne understøtte det viktigste

leddet i folkehelsearbeidet; kommunene. I Østfold forsøker fylkeskommunen å fylle følgende roller:

Politikkrollen: Viktige deler av folkehelsearbeidet handler om å mobilisere innbyggere og nærmiljøer til å ta ansvar for egne liv og handlinger. Et velfungerende forebyggende og helsefremmende arbeid bør derfor bygge på at beslutninger tas på lavest mulige nivå og en regional folkehelsepolitikk bør tilpasse nasjonal politikk til lokale og regionale forhold. All politikk bør være kunnskapsbasert og ha som overordnet målsetting å utjevne helseforskjeller.

Pådriver- og utviklingsrollen: Fylkeskommunen skal være en pådriver i folkehelsearbeidet. Gjennom visjoner, forpliktende strategier, mobilisering og partnerskapsstrategier bør folkehelsearbeidet realisere handlingsrom, skape gjensidig tillit mellom likeverdige aktører og utløse den iboende helsefremmende kraften i fylket.

Planleggerrollen: Planforankring i fylkeskommunens overordnede planverk bør ivareta kontinuitet i folkehelsearbeidet og angi retningen for hele fylkets folkehelsearbeid. Gjennom dialog og rådgivning er det viktig å skape forståelse for felles utfordringer og fremgangsmåter for å nå regionale og nasjonale folkehelsemål.

Samordningsrollen: Folkehelsearbeidet skal samordne ulike krefter i folkehelsearbeidet, på tvers av fag, nivåer og sektorer for å sikre en hensiktsmessig ressursutnyttelse og mulighet for måloppnåelse.

Forskningsrollen: For å kunne ivareta politikk- og planleggerrollen bør fylkeskommunen ha en oversikt over viktige folkehelseutfordringer og påvirkningsfaktorer lokalt og regionalt som kan følges over tid. Kunnskapsbaserte tilnærminger bør ha som ambisjon å ivareta evaluering, dokumentasjon av innsats og måling av effekter.

Kompetanserollen: Forskningsrollen skal bidra til at fylkeskommunene kan fylle en kompetanserolle der de gir rådgivning og veiledning til kommuner og frivillige krefter. Fylkeskommunene må samtidig bidra til oppfylling av nasjonale og regionale folkehelsemålsettinger, deriblant gjennom kompetanseoppbygging. Rollen innebærer også et ansvar for å informere befolkningen om helseforhold, og det hviler et særlig ansvar for å nå frem til barn, ungdom og grupper med lav sosioøkonomisk status med informasjon som bidrar til livsstilsendringer.

Stimulerings- og iverksetterrollen: Fylkeskommunen bør initiere og drive et folkehelsearbeid, både selvstendig og i samarbeid med andre partnere. Gjennom normative, pedagogiske, fysiske, økonomiske og demokratiske virkemidler kan folkehelsepolitikk settes ut i livet gjennom bruk av både "pisk og gulrot".

De regionale folkehelsepartnerskapene er en modell som har potensial til å fungere godt og som bør videreføres og styrkes. Den videre lovprosessen må derfor tydeliggjøre hvilke roller fylkeskommunen bør fylle i folkehelsearbeidet.

Fylkesrådmannen av den oppfatning at intensjonen i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomité om folkehelse ikke er ivare tatt. Høringsnotatet fremstår i for stor grad som et ønske om å sentralisere folkehelsearbeidet, og en rekke viktige problemstillinger er ikke tatt opp til drøfting - for eksempel forholdet til fylkesmannen og hvordan et folkehelsearbeid tuftet på et lokal- og regionaldemokrati kan gi en merverdi til landets totale folkehelseinnsats. Lovteksten bør derfor tydeliggjøres, da den nå fremstår som vag og uklar i forhold til oppgaver og myndighet.

Fylkeskommunene bør for eksempel gjennom lov gis et pålegg om å føre en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk. Dette innebærer at fylkeskommunene må gis et lovpålagt ansvar for å gjennomføre regelmessige befolkningsundersøkelser om helsetilstanden og sentrale

påvirkningsfaktorer, og fylkeskommunene må forpliktes til å samordne arbeidet slik at dataene blir sammenlignbare. Et slikt tiltak vil gi etterlengtet kunnskap lokalt og vil være viktig for å vitalisere folkehelsearbeidet både lokal- og regionalpolitisk. Dette vil innebære at fylkeskommunene som et minimum må ha bestillerkompetanse på feltet.

Fylkeskommunene må også gis et rådgivnings- og veiledningsansvar overfor kommunene i det brede, helhetlige folkehelsearbeidet. Et veiledningsansvar hjemlet i plan- og bygningsloven er ikke tilstrekkelig til å ivareta behovet innenfor folkehelsefeltet. Det samme rådgivnings- og veiledningsansvaret bør fylkeskommunene få overfor frivillige organisasjoner, men da som et frivillig tilbud.

Fylkeskommunene må også gis et ansvar for holdningsskapende arbeid overfor befolkningen, og i særdeleshet overfor barn og unge og grupper med lav sosio-økonomisk status.

Folkehelsearbeidet står overfor flere kontekstuelle utfordringer som er med på å forklare hvorfor det er så krevende å bygge opp og drive regionale folkehelsepartnerskap. Herunder kan nevnes manglende kompetanse i de fleste sektorer og på de fleste nivåer, sentralstyring, revirtenkning, skiftende politiske kontekster, manglende lovforankring, dårlig økonomi i kommuner og fylkeskommuner, gråsoner mellom fylkeskommunen og fylkesmannen, at feltet er nytt og umodent med et dårlig vitenskapelig metodegrunnlag og det problematiske med å skape engasjement på et felt som på enkelte områder gir resultater kanskje først om 15 år. Det er også utfordrende å arbeide for å endre folks livsstil, som mange opplever som en utidig innblanding i individenes frihet. Dette er momenter som departementets høringsnotat i liten grad omhandler og som derfor også preger lovforslagets karakter.

Det er med andre ord meget komplisert å bygge opp og drive regionale folkehelsepartnerskap. For å kunne løse eksisterende oppgaver på en tilfredsstillende måte mener Fylkesrådmannen at det i gjennomsnitt er behov for fire stillinger i hver fylkeskommune, stipulert til 2,5 millioner kroner per fylke. Dette vil imøtekomme kommunal- og forvaltningskomiteens syn om at folkehelse er en disiplin som krever egen fagkompetanse.

Blir fylkeskommunene lovpålagt å gjennomføre befolkningsundersøkelser, eller andre nye oppgaver, må rammen økes i takt med omfanget.

I dag er folkehelsearbeidet betydelig underfinansiert, både i kommunene og fylkeskommunene. Fylkeskommunene ble i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) utfordret på å bygge opp regionale folkehelsepartnerskap under løfte om at staten skulle tre økonomisk støttende til. Sentrale myndigheter har ikke overholdt sine forpliktelser. I stedet har staten forlangt at *fylkeskommunene* skal stille med en egenandel tilsvarende statstilskuddet under forutsetning av at midlene i all hovedsak skal brukes i *kommunene*...

Det er lettere å bygge opp et folkehelsearbeid enn å vedlikeholde motivasjon og entusiasme, ikke minst nå som man står foran økonomisk trangere tider. Partnerskapsstrategien, som så dagens lys i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) "Resept for et sunnere Norge" er derfor veldig sårbar. Den ble bygget opp gjennom en betydelig ekstrainsats av ildsjeler, og drives fortsatt på samme måte.

Kommunene er den viktigste aktøren i folkehelsearbeidet, da det er her de største mulighetene for å påvirke befolkningens helse ligger. Folkehelsearbeid, som en bredt anlagt forebyggende og helsefremmende innsats, er ikke høyt prioritert i kommunene. Dårlig kommuneøkonomi er en viktig forklaring. Skal man lykkes med å få vitalisert det lokale folkehelsearbeidet som forutsatt i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomité må det et økonomisk løft til som gjør det mulig å forsterke den infrastrukturen som er etablert. Fylkesrådmannen er derfor av den oppfatning at minimum 1 % av den rammen som er avsatt til helseforetakene bør brukes på folkehelsearbeid i kommunene, for tiden ca. 1 milliard kroner. *Folkehelsemilliarden* må kanaliseres gjennom de regionale folkehelsepartnerskapene.

Dette er ingen utgift, men en investering.

Friske midler til det lokale og regionale folkehelsearbeidet bør overføres til fylkeskommunens rammer som tross alt koordinerer og leder partnerskapene, slik at dette kan bli et styringsverktøy for fylkeskommunene. På den måten vil fylkeskommunene kunne kvalitetssikre folkehelsearbeidet og sikre at kommuner som gjør en god jobb premieres. Fylkeskommunene vil således også kunne spille en rolle i målrettet innsats for å utjevne helseforskjeller i de kommunene hvor behovet er størst. Det vil også medføre at fylkeskommunene vil kunne stimulere til at kommuner må samarbeide om folkehelseutfordringer som ikke følger kommunegrensene og ellers kunne motivere kommunene til å delta i regionale og nasjonale satsinger.

Fylkeskommunene bør også gis anledning til i større grad å påvirke statlige støtteordninger da det kan være spesielle regionale utfordringer som fordrer regionalpolitisk skjønn. Samtidig bør alle tilskuddsordninger som vil bli beriket av å legges under politisk skjønn overføres til fylkeskommunene, og det bør i den forbindelse gjøres en analyse over hvilke ordninger som forvaltes av departementer, direktorater og underliggende organer. Sentrale myndigheter bør dessuten se relevante opptrappingsplaner i sammenheng med det brede folkehelsearbeidet som er tuftet på lokal- og regionaldemokratiet. Dette gjøres i liten grad i dag.

90-10 prosent-regelen peker på at helsetjenestene har ansvar for om lag 10 % av de forhold som påvirker vår helsetilstand. De øvrige 90 % må finne sin løsning innenfor andre sektorer. I folkehelsearbeidet er det spesielt vanskelig å få disse 90 % til å anerkjenne dette ansvaret og følge det opp i praksis. Fylkeskommunene fremstår imidlertid som et hederlig unntak og har i flere år arbeidet for og bedt om å få lov til å spille en rolle. Da vil det fremstå som et paradoks hvis sentrale myndigheter ikke gjennom handling viser at et fylkeskommunalt engasjement er velkommen.

Fylkesrådmannen er negativ til at lovforslaget sees på som en midlertidig lov, som senere kan forankres i enten kommunehelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven. I dag er for eksempel kommunenes folkehelseansvar hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, hvilket medfører at denne delen av folkehelsearbeidet i for stor grad blir oppfattet som helsetjenestens ansvar. Forslaget om å eventuelt forankre fylkeskommunenes folkehelseoppgaver i enten tannhelsetjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven er dessuten i strid med 90-10 prosent-regelen.

Det bør på sikt i stedet lages en mer omfattende lov om folkehelse, der alle nivåers ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler i det helsefremmende arbeidet inngår og sammenhengen mellom disse synliggjøres. Fylkeskommunens oppgaveportefølje må sees i sammenheng med de roller og oppgaver som alle aktører på feltet må ivareta, og dette er ikke drøftet godt nok i høringsnotatet.

Alternativt må forslaget til den midlertidige loven om fylkeskommunenes folkehelseansvar bestå.

Lovforslaget gir statlig organer mulighet til å pålegge fylkeskommunen nye plikter i forskriftsform, og innholdet av disse er ukjent. Forskriftsforslagene er i liten grad drøftet. Østfoldhelse mener at dette strider med vedtaket i Stortingets kommunal- og forvaltningskomité som ønsket en lov som skulle vitalisere lokal- og regionaldemokratiet. Østfoldhelse mener derfor at forskriftshjemlene må fjernes da de åpner opp for for stor statlig innflytelse i det regionale folkehelsearbeidet, og de mener at alle oppgaver må hjemles i loven.

Fylkesrådmannen finner det for sin del naturlig at departementet kan gi nærmere forskrifter til denne lov som en lang rekke andre lover, og foreslår at dette punktet ikke tas inn i fylkeskommunens uttalelse.

Fylkesrådmannens forslag til innstilling:

1. Østfold fylkeskommune er positiv til at fylkeskommunene gis et lovpålagt ansvar for folkehelsearbeid.
2. Hvis folkehelse, som i dag er en frivillig oppgave, blir lovpålagt må dette oppfattes som en ny oppgave fordi fylkeskommunene mister retten til å velge den bort.
3. Alle nye oppgaver må godtgjøres økonomisk. For å følge opp statens ambisjonsnivå med de regionale folkehelsepartnerskapene er det behov for et tilskudd på 2,5 millioner kroner til Østfold fylkeskommune som vil sikre behovet på fire stillinger.
4. De regionale folkehelsepartnerskapene er en modell som fungerer godt og som bør videreføres.
5. Østfold fylkeskommune mener at intensjonen i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomité ikke er ivare tatt, ved at fylkeskommunene verken får myndighet eller flere oppgaver inne folkehelse.
6. Det er behov for en alternativ helsepolitikk i Norge tuftet på føre var-prinsippet, og den viktigste arenaen i folkehelsearbeidet er kommunene. Som et minimum må en prosent av den rammen som er avsatt til helseforetakene brukes på forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene.
7. Østfold fylkeskommune er kritiske til at lovforslaget sees på som en midlertidig lov som senere er tenkt forankret i enten kommunehelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven. Det bør i stedet lages en mer omfattende lov om folkehelse som synliggjøre alle nivåers og sektors ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler.

Sarpsborg, 19. januar 2009

Atle Haga
fylkesrådmann

Odd Roald Andreassen
fylkesdirektør