



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Vår ref.: 2008/9956 - 7877/2009

Deres ref.:

Dato: 26.02.2009

Høringsuttalelse fra Østfoldhelsa til høringsnotat med lovforslag om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

Østfoldhelsa er et regionalt folkehelsepartnerskap som blant annet består av 15 av 18 kommuner i Østfold. Styret er satt sammen av tre fylkeskommunale politikere og fire kommunale politikere med bred partipolitisk representasjon. I sitt møte den 15. januar 2009 avga styret for Østfoldhelsa følgende enstemmige uttalelse:

Styret i Østfoldhelsas vedtak 15.01.2009:

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 helsefokus handler om behandling og pleie- og omsorgstjenester.

Østfoldhelsa stiller seg positive til at fylkeskommunene får et lovpålagt folkehelseansvar.

Østfoldhelsa er positiv til at det fastslås 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. Østfoldhelsa er også 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 vi på prinsipielt grunnlag peke på følgende betenkningspunkter ved lovforslaget:

- Det aktuelle lovforslaget overfører ingen nye oppgaver, og slik vi tolker intensjonen bak vedtaket til Stortingets kommunal- og forvaltningskomite, var ikke det hensikten.*
- Det aktuelle lovforslaget gir fylkeskommunene verken myndighet eller nye virkemidler, og det synes heller ikke å være intensjonen til Stortingets kommunal- og forvaltningskomité.*

- 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. Dette strider med vedtaket i Stortingets kommunal- og forvaltningskomité som ønsket en lov som skulle vitalisere lokal- og regionaldemokratiet. Forskriftshjemlene må fjernes da de åpner opp for for stor statlig innflytelse i det regionale folkehelsearbeidet. Alle oppgaver må hjemles i loven.
- 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. Vi 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.

Østfoldhelsa 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. Østfoldhelsa vil derfor peke på følgende roller som burde ha utgjort grunnlaget for forslaget til lov:

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.

Østfoldhelsa av den oppfatning at intensjonen i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomité om folkehelse ikke er ivaretatt. Høringsnotatet fremstår i for stor grad som et ønske om å sentralisere folkehelsearbeidet, og en rekke viktige problemstillinger er ikke tatt opp til drøfting. 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 etterlenget 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 utidi innblanding i individenes frihet.

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 Østfoldhelsa 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 forvaltningskomiteen må det et økonomisk løft til som gjør det mulig å forsterke den infrastrukturen som er etablert. Østfoldhelsa 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.

Østfoldhelsa er negativ til at lovforslaget sees på som en midlertidig lov, som senere kan forankres i enten kommunehelsetjenesteloven eller tannhelseloven. 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. Nødvendige rolleavklaringer er for eksempel ikke gjort.

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

Med vennlig hilsen



Knut Johan Rognlien

Kst. leder av Østfoldhelsa