

## NOTAT

**Til:** Helse- og omsorgsminister, Bjarne Håkon Hansen  
**Fra:** Fylkesordførerkollegiet  
**Dato:** 26. mars 2009  
**Tema:** Innspill til nasjonal folkehelsepolitikk i forbindelse med lovforankring av fylkeskommunenes folkehelsearbeid.  
**Vedlegg:** Innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomite.

### **Blant mange utfordringer i det norske folkehelsearbeidet vil fylkesordførerne løfte frem følgende som bakgrunn for notatet:**

- På tross av en aktiv velferdspolitik i Norge de siste 50 år er de sosiale ulikhetene i helse opprettholdt og forsterket. Finanskrisen kan medføre økte forskjeller og forsterke fattigdomsproblematikken.
- Dårlig kommuneøkonomi vil trolig medføre at forebyggende og helsefremmende arbeid nedprioriteres. Det vil forsterke helseforskjeller. Partnerskapsstrategien, som nå er etablert i alle fylker og i over 60 % av kommunene, risikerer å forvitte hvis ikke staten oppfyller sine løfter.
- Folkehelsearbeidet er svært sentralstyrt og i for liten grad tilpasset lokale forhold. Det medfører lite handlingsrom til å gripe fatt i lokale helseproblemer og utløse lokalt engasjement. Ved at lokalt folkehelsearbeid bygger på nasjonale utfordringer igangsettes det også trolig mye innsats på feil premisser, da lokale utfordringer ofte vil adskille seg fra nasjonal og regional statistikk.
- Sentral styring kombinert med mangel på statlig kontinuitet, skiftende statlige satsningsområder og statlige kortvarige og prosjektbaserte tilnærminger medfører at de initiativ som igangsettes lokalt ofte ramler sammen.
- Det brukes uforholdsmessig store ressurser på behandling, pleie og omsorg i forhold til et sektorovergripende og helhetlig forebyggende og helsefremmende arbeid.

### **Fylkesordførerkollegiet ber regjeringen sette det utvidede folkehelsearbeidet på dagsorden og ta hensyn til følgende merknader:**

- Intensjonen i vedtaket i Stortingets kommunal- og forvaltningskomité er så langt neglisjert, og dette må rettes opp.
- Norge bør ta mål av seg til å bli til verdensledende på å skape god helse og utjevne helseforskjeller, som også samfunnsøkonomisk vil være et viktig konkurransefortrinn overfor andre land. Et viktig grep handler om et godt forebyggende og helsefremmende arbeid som ikke bare er forankret i helsetjenesten, men som utøves på alle nivåer og av alle sektorer som kontrollerer påvirkningsfaktorer på helsen.
- Fylkeskommunene er negative til at lovforslaget sees på som en midlertidig lov, som senere kan forankres i enten kommunehelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven. 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.
- Det foreliggende lovforslaget gir fylkeskommunene verken myndighet eller nye virkemidler. Det samsvarer ikke med intensjonen til Stortingets kommunal- og forvaltningskomité. Lovforslaget gir dessuten statlige 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 utelukkende i loven.

Fylkeskommunene bør 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 og nødvendig kunnskap lokalt både for å utjevne helseforskjeller, og for å vitalisere folkehelsearbeidet både lokal- og regionalpolitisk.

- De regionale folkehelsepartnerskapene er en modell som har potensial til å fungere godt og som bør videreføres og styrkes. For å kunne løse eksisterende oppgaver på en tilfredsstillende måte er det i gjennomsnitt 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.

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 finansiert selv uten støtte fra staten, må derfor kompenseres når folkehelse pålegges som ny oppgave for fylkeskommunene.

Målsettingene i den nasjonale helhetlige folkehelsepolitikken kan kun nås ved å avgi myndighet og virkemidler til kommuner og fylkeskommuner. Kommunene er den viktigste aktøren i folkehelsearbeidet. Men det sektorovergripende folkehelsearbeidet, som en bredt anlagt forebyggende og helsefremmende innsats, er ikke høyt prioritert. Dårlig kommuneøkonomi er en viktig forklaring. En annen forklaring er at den lokale handlefriheten er alt for svak.

Skal man lykkes med å få vitalisert det lokale folkehelsearbeidet som forutsatt i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomite, må det et økonomisk løft til som gjør det mulig å forsterke den infrastrukturen som er etablert. Fylkeskommunene 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 som friske midler gjennom de regionale folkehelsepartnerskapene, og må ses på som en investering heller enn en utgift!

For å bygge opp en infrastruktur for folkehelse i kommunene bør som en hovedregel hver kommune ha en folkehelsekoordinator i 100 %. Det må i tillegg avsettes midler til forebyggende og helsefremmende tiltak med det hovedformål å utjevne helseforskjeller, og det må avsettes ressurser til kompetanseoppbygging og utvikling av kunnskapsbaserte metoder.

- Fylkeskommunene ønsker å spille en viktig rolle i politiseringen, mobiliseringen, planleggingen, samordningen, kvalitetssikringen og gjennomføringen av det brede, helhetlige og overgripende folkehelsearbeidet. Vi vil og vi kan. Får vi muligheten...?

På vegne av fylkesordførerne

Tore O. Sandvik  
Fylkesordf. i Sør Trøndelag

Ole Haabeth  
Fylkesordf. i Østfold

Nils R. Sandal  
Fylkesordf. i Sogn og Fj.