

Notat

Fra: Aase Rennesund (gruppeleder SV, Østfold fylkeskommune), Inger-Christin Torp (på vegne av Østfold Arbeiderpartis fylkestingsgruppe), Per-Inge Bjerknes (gruppeleder Sp, Østfold fylkeskommune).

Til: Medlem av Stortingets helse- og omsorgskomiteé og saksordfører for Ot. Prop. Nr. 73 (2008-2009) Dag Ole Teigen.

Kopi: Helse- og omsorgskomiteens medlemmer, Olav Gunnar Ballo og Trygve V. Slangsvold.

Dato: 22. mai

Tema: Innspill til helse- og omsorgskomiteens behandling av Ot. Prop. Nr 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Vedlegg: Notat fra fylkesordførerkollegiet til helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen av 26. mars 2009

Proessen med lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet er kommet langt og vi anser det som lite realistisk å få til endringer i lovteksten på dette tidspunktet. Vi vil derfor i stedet anmode helse- og omsorgskomiteen om å føye til følgende verbale merknader til saken:

- Komiteen støtter departementets syn om at det på sikt må lages en mer omfattende folkehelselov. Denne bør også omfatte statlige forpliktelser på området. Komiteen vil understreke at kommunal- og forvaltningskomiteens Innst. S. nr. 166 (2006-2007) fortsatt bør legges til grunn og følges opp i det videre arbeidet med å lovfeste folkehelsearbeidet. Partnerskap er en sentral strategi for å styrke lokal- og regionaldemokratiet på området.
- Komiteen mener fylkeskommunen gjennom loven får en sentral oppgave i det helsefremmende og sykdoms- og skadeforebyggende folkehelsearbeidet. Komiteen vil peke på fylkeskommunenes behov for kompetanse for å fylle rollen som følger av denne loven. Komiteen vil anslå behovet til om lag 4 stillinger pr fylke i tråd med uttalelse fra fylkesordførerkollegiet.
- Komiteen støtter synet om at en frivillig oppgave som gjøres lovpålagt må oppfattes som en ny oppgave. Kommunal sektor bør derfor kompenseres fullt ut for de kostnader som følger av det lovpålagte folkehelseansvaret.
- Komiteen vil peke på behovet for å styrke det tverrsektorielle og nivåovergripende primærforebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet – ikke bare det folkehelsearbeid som følges opp av helsetjenestene. Dette kan etter komiteens oppfatning ivaretas ved at 1% av rammen til helseforetakene settes av til folkehelsearbeid i kommunal sektor.

Begrunnelse for forslaget

- På side 32, under 4.9.3 sier departementet:

Det er av høringsinstansene anslått en ekstra utgift på minimum 2,5 mill. kroner pr år for hver fylkeskommune, dersom 4 stillingshjemler skal avsettes til dette. Et slikt utgiftsnivå må imidlertid sees i forhold til det ambisjonsnivået som høringsinstansene legger til grunn, dvs. et mer omfattende lovforslag enn det som har vært på høring.

Vi mener at dette ikke er korrekt. I notatet fra fylkesordførerkollegiet til helse- og omsorgsministeren står det:

*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.*

Vi ber om at denne misforståelsen i proposisjonen påpekes i helse- og omsorgskomiteens behandling, da det er en vesentlig feil.

I forlengelsen av dette gjør vi oppmerksom på at det er meget komplisert å bygge opp og drive regionale folkehelsepartnerskap. Utfordringen som fylkeskommunene er gitt er sammensatt og svært krevende, både i forhold til økonomi, kompetanse, kompleksitet og omfang. Vi mener at fylkeskommunene har vært meget edruelige i beskrivelsen av hva som er behovet.

- Høringsuttalelsene gir bred støtte til et lovpålagt, fylkeskommunalt folkehelseansvar. Det indikerer at fylkeskommunene og de regionale folkehelsepartnerskapene er en strategi som bør videreutvikles. En uavhengig evaluering av partnerskapene, foretatt av NIBR og Møreforskning på oppdrag av Helsedirektoratet, er positiv.

Partnerskap er en strategi for å styrke lokal- og regionaldemokratiet i folkehelsearbeidet. Fylkesordførerkollegiets notat uttrykker at et folkehelsearbeid som også er tuftet på et lokal- og regionaldemokrati er en forutsetning for å nå statlige folkehelsemålsettinger.

Vi ber komiteen verbalt forsterke synspunktet om at partnerskapsstrategien er hensiktsmessig og at et lokal- og regionaldemokrati også må spille en viktig rolle i folkehelsearbeidet. Vi ber komiteen også vurdere om det bør gis signaler om betydningen av kunnskapsbasert folkehelseinnsats på lokalt og regionalt nivå, som fylkesordførerkollegiet ønsket lovpålagt, men som ikke har fått gehør i departementet.

- Proposisjonen sier på side 33, under økonomiske og administrative konsekvenser:

Departementet mener at lovfestingen i seg selv i begrenset grad vil medføre økte utgifter for fylkeskommunene i og med at mange av de oppgavene som nå lovfestes allerede utføres av fylkeskommunene, men som frivillige oppgaver.

I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) "Resept for et sunnere Norge" ble fylkeskommunene utfordret på å bygge opp regionale folkehelsepartnerskap som en frivillig oppgave. Staten lovte å tre støtte til. Fra 2007 hadde alle fylkeskommuner tatt utfordringen og over 60 % av kommunene er involvert. Det er over statsbudsjettet bevilget 35 millioner kroner til ordningen som forvaltes av helsedirektoratet. I tilsagnsbrevet derfra forutsettes det at midlene i all hovedsak skal brukes i kommunene. Fylkeskommunene bekoster med andre ord selv en administrasjon uten å få den støtten de ble lovet. Når denne oppgaven nå blir lovpålagt mister fylkeskommunene retten til å velge den frivillige oppgaven bort. Dette er bakgrunnen for følgende utsagn i notatet fra fylkesordførerkollegiet til helse- og omsorgsministeren:

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.

Selv om de 35 millioner kronene overføres til fylkeskommunenes rammer, vil trolig fylkeskommunene i praksis bli nødt til å videreformidle det meste til kommunene (med mindre kommunene mottar støtte til folkehelsearbeidet på andre måter). Det skyldes blant annet at det mange steder er inngått forpliktende avtaler om å støtte kommunene økonomisk, men også fordi kommunene har store økonomiske utfordringer. Hvis fylkeskommunene ikke støtter kommunene økonomisk risikerer man at partnerskapene forvitrer fordi kommunene vil trekke seg ut pga kommuneøkonomien. Ikke-lovpålagte forebyggende og helsefremmende oppgaver er salderingspost nummer en i kommunene i økonomisk trange tider.

Vi ber om at helse- og omsorgskomiteen støtter synet om at en frivillig oppgave som gjøres lovpålagt må oppfattes som en ny oppgave. Vi håper at komiteen også gir signaler om at disse nye oppgavene bør kompenseres i forbindelse med statsbudsjettet for 2010.

- Side 32 i proposisjonen: *Alle fylkeskommuner har en administrativ ressurs tilsvarende en hel eller en halv stilling som folkehelsekoordinator. Flere fylkeskommuner har imidlertid også etablert et eget fagmiljø innen folkehelse.*

Når proposisjonen uttrykker at det ikke er behov for økte ressurser til fylkeskommunene fordi de allerede utfører oppgaven, så tolker vi at departementet mener det er tilfredsstillende at det forebyggende og helsefremmende arbeidet vektlegges så forskjellig fra fylke til fylke. Vi er tilhengere av et folkehelsearbeid som i større grad enn i dag spiller på lokal- og regionaldemokratiet, og av dette følger det at feltet kan prioriteres ulikt. Samtidig er det viktig at området holder et minimumsnivå, og i så måte har nasjonale myndigheter et ansvar for å legge forholdene til rette. Vi mener det er uheldig at noen fylker har 8 personer i sin folkehelsestab, mens andre ikke en gang har 1. Slik proposisjonen nå fremstår risikerer man at dette forholdet vil vedvare.

Vi ber helse- og omsorgskomiteen peke på det uheldige ved at folkehelse vektlegges så ulikt fra fylke til fylke. Vi håper at komiteen også understreker behovet for at staten må sikre et minimumsnivå på det fylkeskommunale folkehelsearbeidet, som tross alt i neste omgang skal utøve tjenester overfor kommunene og befolkningen i fylkene.

- Under 4.5.3 (s. 25) i proposisjonen sier departementet:
Vurderinger av om ytterligere oppgaver bør overføres fylkeskommunen kan etter departementets oppfatning først vurderes i sammenheng med en bredere gjennomgang av alle aktører på folkehelsefeltet.

Side 18:

Når det gjelder spørsmålet om et tydeligere ansvar for kommunene for folkehelse og hvordan dette skal lovforankres, jf. uttalelser fra enkelte høringsinstanser om en egen folkehelselov som omfatter kommunene, fylkeskommunene og eventuelt andre, mener departementet at dette bør vurderes i framtidige løp bl.a. i forbindelse med oppfølgingen av samhandlingsreformen og en mulig revisjon av kommunehelsetjenesteloven.

Her har departementet langt på vei imøtekommet synet fra fylkesordførerkollegiet som sa følgende:

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.

Vi ber om at komiteen eksplisitt støtter departementets syn om at det på sikt må lages en mer omfattende folkehelselov. Vi ber komiteen også vurdere om ikke det statlige nivået bør utfordres på å ivareta sitt folkehelseansvar, som fylkesordførerkollegiet etterlyser, men som bare indirekte er tatt med i oppsummeringen gjengitt overfor.

- I notatet fra fylkesordførerkollegiet til helse- og omsorgsministeren er de tydelige på at *intensjonen* i kommunal- og forvaltningskomiteens Innst. S. nr. 166 (2006-2007) ikke er fulgt opp.

Vi ber om at komiteen understreker at kommunal- og forvaltningskomiteens Innst. S. nr. 166 (2006-2007) også bør legges til grunn i det videre i arbeidet med å lovfeste folkehelsearbeidet.

- Samhandlingsreformen vil forhåpentligvis bli et løft for folkehelsearbeidet i Norge. Vi ber dere imidlertid legge merke til følgende del i notatet fra fylkesordførerkollegiet til helse- og omsorgsministeren:

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.

(...)

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.

Argumentasjonen for ”folkehelsemilliarden” tar utgangspunkt i behovet for å styrke det tverrsektorielle og nivåovergripende primærforebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet – ikke bare det folkehelsearbeid som følges opp av helsetjenestene.

Hvis den nasjonale folkehelsepolitikken (herunder bl.a. Samhandlingsreformen) legger for stor vekt på sekundær og tertiærforebyggende folkehelsearbeid i helsetjenestene, uten å ivareta det helhetlige primærforebyggende og helsefremmende ansvaret som hviler på andre sektorer, kan det i verste fall kan det medføre at folkehelsearbeid blir oppfattet som helsetjenestens ansvar alene. Det kan sette feltet tilbake.

Vi ber komiteen verbalt støtte behovet for en folkehelsemilliard til kommunene for å styrke det helhetlige, tverrsektorielle og nivåovergripende folkehelsearbeidet.

- Folkehelsefeltet i Norge trenger et løft umiddelbart, og det er ingen grunn til å vente på Samhandlingsreformen. Selv om langsiktig tenkning ikke gir politisk gevinst, kan vi ikke la være å gjøre det som er best for samfunnet og innbyggerne. Vi anmoder derfor om at spørsmålet om Folkehelsemilliarden til kommunene drøftes seriøst. Finanskrisen er ventet å forsterke sosiale helseforskjeller, og det er et behov for å tenke nytt rundt våre store helseutfordringer. Nesten alle høringsinstanser til proposisjonen, inklusive de på statlig nivå, legeföreningen med mer, understreker hvor underfinansiert dette feltet er. Som eksempel mottar Østfold (kommuner, fylkesmannen og fylkeskommunen inkludert) kr. 50.000 til tobakksforebyggende arbeid – altså totalt 19 øre per innbygger på en av våre største folkehelseutfordringer....

Gjennom de regionale folkehelsepartnerskapene er det bygget opp et apparat som står klart til å omsette en slik bevilgning om til forebyggende og helsefremmende tiltak, og vi deler fylkesordførerkollegiets standpunkt: *Folkehelsemilliarden må kanaliseres som friske midler gjennom de regionale folkehelsepartnerskapene, og må ses på som en investering heller enn en utgift!*

- **Oppsummering:** Folkehelsearbeidet i Norge i dag har mange svakheter. Blant noen vises til:
 - For stor grad av statlig styring, hvilket er uheldig når en viktig del av feltet handler om å mobilisere nærmiljøer, individer og grupper av mennesker til innsats.
 - Overdreven tro på prosjektbaserte statlige tilnærminger som har en tendens til å ramle sammen når prosjektmidlene forsvinner.

- Små ressurser.
- For svak lovforankring.
- Manglende kompetanse da folkehelse er et nytt og umodent felt og i tillegg gjerne lavt prioritert.
- Basert på ildsjeler, hvilket gjør feltet svært sårbart.

Helse- og omsorgskomiteen har nå mulighet til å bidra til å kompensere for noen av disse svakhetene, ved at man signaliserer behovet for mer ressurser til feltet og at det fortsatt må arbeides for å bedre lovforankringen. Vi er klar over at det vil være utfordrende å finne dekning for Folkehelsemilliarden på statsbudsjettet for 2010, men vi anmoder like fullt om at det gjøres en innsats for å klare å frigjøre så mye midler som mulig til det lokale og regionale folkehelsearbeidet.