



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 73

(2008–2009)

Om lov om fylkeskommuners oppgaver
i folkehelsearbeidet

Innhold

1	Hovedinnholdet i proposisjonen .	5			
2	Bakgrunn	5		4.3.3	Departementets vurderinger og forslag 18
2.1	Innledning.....	5		4.4	Lovens virkeområde, jf. § 2..... 19
2.2	Helseutfordringer	6		4.4.1	Høringsnotatets forslag..... 19
2.3	Folkehelsepolitikken	6		4.4.2	Høringsinstansenes syn
2.3.1	Folkehelsepolitikk med utgangspunkt i påvirkningsfaktorer	6		4.4.3	Departementets vurderinger og forslag 19
2.3.2	Strategiske grep for et helhetlig folkehelsearbeid.....	7		4.5	Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse jf § 3
2.4	Generelt om ansvars- og oppgavedeling i folkehelsearbeidet ..	7		4.5.1	Høringsnotatets forslag..... 19
2.5	Ny reform i helsetjenesten.....	8		4.5.2	Høringsinstansenes syn
2.6	Formålet med lovforslaget	9		4.5.3	Departementets vurderinger og forslag 24
2.7	Høringen	9		4.6	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. § 4
				4.6.1	Høringsnotatets forslag..... 25
3	Gjeldende rett	10		4.6.2	Høringsinstansenes syn
3.1	Innledning.....	10		4.6.3	Departementets vurderinger og forslag
3.2	Kort omtale av lovfestede oppgaver for fylkeskommunene med relevans for folkehelsearbeidet innen ulike områder	11		4.7	Konsekvenser for andre aktører
3.2.1	Helse.....	11		4.7.1	Høringsnotatets forslag..... 27
3.2.2	Planarbeid	11		4.7.2	Høringsinstansenes syn
3.2.3	Samferdsel	11		4.7.3	Departementets vurderinger og forlag
3.2.4	Utdanning	11		4.8	Tilsyn..... 29
3.2.5	Næringsutvikling	12		4.8.1	Høringsnotatets forslag..... 29
3.2.6	Miljøvern	12		4.8.2	Høringsinstansenes syn
3.2.7	Landbruks- og matområdet.....	12		4.8.3	Departementets vurderinger og forslag
3.2.8	Kultur	12		4.9	Økonomi
3.2.9	Samordning og uttalelsesrett.....	13		4.9.1	Høringsnotatet forslag..... 30
3.2.10	Representasjon med mer	13		4.9.2	Høringsinstansenes syn
3.3	Oppsummering	13		4.9.3	Departementets vurderinger og forslag
4	Forslag om å lovfeste fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet	13			
4.1	Generelt om forslaget i høringsnotatet	13		5	Økonomiske og administrative konsekvenser
4.2	Hovedinntrykk fra høringen	14		6	Merknader til de enkelte paragrafene i lovforslaget
4.3	Fylkeskommunenes ansvar i folkehelsearbeidet, jf. § 1	14			
4.3.1	Høringsnotatets forslag	14			
4.3.2	Høringsinstansenes syn	15			
					Forslag til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet
					36



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 73

(2008–2009)

Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 24. april 2009,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Hovedinnholdet i proposisjonen

I denne proposisjonen legger Regjeringen fram forslag til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet med sikte på ikrafttreden 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen.

Lovforslaget baserer seg på et høringsnotat med lovforslag om fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet, som ble sendt på høring 18. desember 2008 med frist for uttalelse 27. februar 2009.

Lovforslaget slår fast at fylkeskommunene har en rolle og et ansvar i folkehelsearbeidet. Dette ansvaret omfatter for det første å fremme folkehelse innen rammen av fylkeskommunens ordinære oppgaver. Videre innebærer forslaget at pådriver- og samordningsfunksjonen går over fra en frivillig til en lovpålagt oppgave. Fylkeskommunen får også ansvar for å holde oversikt over helse-tilstanden og påvirkningsfaktorer med betydning for folkehelsearbeidet i fylket.

Lovforslaget er relativt generelt i sitt innhold og følger i denne omgang ikke opp ønsket fra et flertall av høringsinstansene om en tydeligere og mer omfattende lov som også omhandler kommunenes folkehelseansvar. En slik lovfesting som omfatter både kommunenes og fylkeskommunenes ansvar for å fremme folkehelse, vil kreve en gjennomgang av kommunenes folkehelseoppgaver og dermed kreve en ny utredning. Departementet vil vurdere

dette spørsmålet nærmere, bl.a. i forbindelse med stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Dette vil være med på å underbygge samhandlingsreformen og samtidig sikre at folkehelse blir gjenstand for politiske vurderinger i fylker og kommuner.

2 Bakgrunn

2.1 Innledning

I Stortingets behandling av St. meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*, ba flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen i Innst. S. nr. 166 (2006-2007) om at det ble utredet å la folkehelsearbeidet gå fra en frivillig til en ordinær oppgave for det regionale folkevalgte nivået.

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte i høringen om forvaltningsreformen, vinteren 2008, opp komiteens flertallsmerknader, jf. Kommunal- og regionaldepartementets høringsnotat *Forvaltningsreformen – forslag til nye oppgaver til det folkevalgte regionale nivået* med høringsfrist 30. april 2008. Høringen ga bred støtte til videre arbeid med lovforankring av folkehelsearbeid som ordinær oppgave og selvstendig virkesomhetsområde for fylkeskommunene.

Ot.prp. nr. 10 (2008-2009) *Om lov om endringer i forvaltningslovgivningen mv. (gjennomføring av forvaltningsreformen)* omfatter forslag til nødven-

dig lovgrunnlag for å ivareta de fleste nye oppgaver som fylkeskommunene skal overta fra 2010. I gjennomføringen av forvaltningsreformen er fylkeskommunene tillagt flere oppgaver, bl.a. innen miljøvern, friluftsliv, kultur, samferdsel, næringsutvikling samt sterkere virkemidler i regional utvikling og i planregelverket. Sammen med eksisterende oppgaveportefølje vil overføring av nye oppgaver til regionene kunne utløse nye synergier som gir mer innhold til rollen som regional utviklingsaktør og bedre mulighet til å utnytte det regionalpolitiske handlingsrommet til en helhetlig utvikling i regionen som også fremmer folkehelsen.

I Ot.prp. nr. 10 (2008-2009) omtales rammer og prosess for lovutredningen om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, jf. pkt 2.1 Folkehelse.

Helse- og omsorgsdepartementet har ledet lovutredningen og representanter for fylkeskommunene, fylkesmannsembetene/helsetilsynet i fylkene, kommunesektoren ved Kommunenes interesse- og arbeidsgiverforening (KS), Kommunal- og regionaldepartementet og den statlige sentrale helseforvaltningen har deltatt i arbeidet.

2.2 Helseutfordringer

Med folkehelse menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse og trivsel, forebygger sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsen speiler samfunnsutviklingen, oppvekst- og levekår, og den utvikles og vedlikeholdes i kommuner og lokalsamfunn. Mye av grunnlaget for god helse gjennom livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Befolknings- og alderssammensetning, sosiale og økonomiske forhold, andre miljøfaktorer (fysiske, kjemiske og biologiske) og helseatferd er med på å påvirke både den enkeltes helse og folkehelsen.

Selv om befolkningens helse stadig bedres, er det betydelige helseutfordringer i Norge i dag. Det er store forskjeller i helse mellom kjønn, sosiale lag, etniske grupper og i ulike deler av landet. Visse forskjeller er økende. De sosiale forskjellene gjenspeiler seg også i helseatferd som for eksempel fysisk aktivitet og kosthold. Videre påvirkes våre levevaner av samfunnsutviklingen.

Ikke-smittsomme sykdommer knyttet til bl.a. levevaner, utgjør i dag den største sykdomsbyrden

i den vestlige verden. Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en stor del av sykdomsbyrden, utgjør nå ulykker, hjerte/kar, kreft, kols, diabetes, depresjon og angst, skjelett- og muskelsmerter en stadig større del av sykdomsbildet. Dette er en naturlig konsekvens av at befolkningen består av flere eldre personer, men kan også delvis knyttes til at mange har blitt eksponert for uheldige levekår og levevaner gjennom mange år.

2.3 Folkehelsepolitikken

St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* og St. meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* trekker opp hovedlinjene i norsk folkehelsepolitikk. Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

St. meld. nr. 20 (2006-2007) framhever at arbeid mot sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak.

Folkehelsearbeid krever tverrsektorielle løsninger for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse. I tillegg til forebyggende innsats i helsetjenesten – som i hovedsak er rettet mot enkeltindivider og grupper, er det viktig med innsats i en rekke sektorer rettet mot samfunnsforhold og påvirkningsfaktorer for levekår og helse – som kommer hele befolkningen til nytte. Dette innebærer bl.a. å flytte frontene lenger fram slik at utfordringene kan møtes før de gir seg utslag i sykdomsutvikling og beslag på kapasitet i helsetjenesten. Samfunns- og arealplanlegging er derfor et viktig virkemiddel i det brede folkehelsearbeidet.

2.3.1 Folkehelsepolitikk med utgangspunkt i påvirkningsfaktorer

Et utgangspunkt for politikken i ovennevnte stortingsmeldingene er faktorer som påvirker helsen (helse-determinanter), i motsetning til tidligere meldinger hvor politikken har tatt utgangspunkt i bestemte sykdommer. Helse og uhelse skapes ikke først og fremst i helsesektoren. Det skapes på andre livsarenaer og i andre sektorer. Selv på helseatferdsområdet, som er et viktig anliggende for helsesektoren, ligger mange av de sentrale virke-

midlene, slik som avgifter og tilgjengelighetsrestriksjoner, i andre sektorer. Determinantperspektivet viser oss at politiske valg på andre områder kan ha stor betydning for befolkningens helse. Eksempler på slike helsedeterminanter kan være utdanning, arbeid, inntekt, bo- og nærmiljø, sosial inkludering, tilgang til tjenester, samt tilgang til «friskfaktorer» som ren luft, naturområder, gang- og sykkelveger, fravær av støy m.v.

Det er flere grunner til at folkehelsepolitikken bør ha et determinant- eller påvirkningsperspektiv:

- Hver påvirkningsfaktor bidrar ofte til flere ulike helseproblemer som kreft, skader, astma, hjerte- og karsykdommer mv.
- Sammenhengen mellom helseforhold og andre sektors ansvar og politikkområders tydeliggjøres.
- Når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, kan resultatene av tiltakene måles i form av redusert helserisiko lenge før de slår ut på reell sykdom og død i befolkningen.
- Påvirkningsfaktorer er ofte bakenforliggende årsaker til utvikling av sosiale helseforskjeller, for eksempel knyttet til «valg» av levevaner.

2.3.2 Strategiske grep for et helhetlig folkehelsearbeid

Når perspektivet er påvirkningsfaktorer innebærer det å ansvarliggjøre flere sektorer. Folkehelsehensyn må i større grad inngå som et viktig element i den generelle samfunnsplanleggingen ved at folkehelse og folkehelsearbeid forankres i ordinære plan- og styringssystem i fylker og kommuner, og i øvrige strategier for samfunnsutvikling.

Tverrsektorielt folkehelsearbeid er utfordrende. Folkehelsearbeid blir for ofte sett på som helsesektorens ansvar alene, både i helsesektoren selv og i andre sektorer. Erfaringer og evaluering av bl.a. *Samlet Plan for utviklingsprosjekter* på 1990-tallet, viste at satsinger forankret i det lokale helsestjenestesystemet – frikoblet fra det øvrige kommunale systemet – ofte ble liggende på siden av ordinære plan- og styringssystemer.

I St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* vises det til at det lokale folkehelsearbeidet ofte er for prosjektbasert og tilfeldig, og at det preges av mangel på systematikk, kontinuitet og langsiktighet. Fylker og kommuner som lykkes i folkehelsearbeidet, kjennetegnes ved bred tilnærming og god forankring av arbeidet, både politisk og administrativt i overordnede plansystemer.

Et strategisk grep i oppfølging av folkehelsepolitikken har vært å styrke folkehelsearbeidet gjennom en bredere tilnærming og sektorovergripende

innsats basert på partnerskap regionalt og lokalt med forankring i demokratiske institusjoner. Partnerskap for folkehelse plasserer ansvar i flere sektorer.

Fylkeskommunene er i kraft av rollen som regional utviklingsaktør og med ansvar for fylkesplanlegging utfordret til å satse på folkehelse som regionalpolitisk tema og til å være pådriver for regionalt og lokalt folkehelsearbeid, samt påta seg lederrollen i regionale folkehelsepartnerskap. Utfordringen som er gitt gjelder i første rekke det brede folkehelsearbeidet som krever tverrsektoriell og nivåovergripende innsats, og der det er rom for regionalpolitisk skjønn og behov for regionale og lokale tilpasninger.

Fylkesplanleggingen kan være et viktig verktøy i det brede folkehelsearbeidet. *For det første* fordi den skal være samordnende og utformes på en arena der kommuner, fylkeskommuner og staten møtes. *For det andre* fordi den er et naturlig utgangspunkt for å opprette forpliktende samarbeidsavtaler – eller partnerskap – på tvers av nivåer og sektorer, både i planprosessen og i gjennomføringen av handlingsprogram.

2.4 Generelt om ansvars- og oppgavedeling i folkehelsearbeidet

I arbeid for å fremme folkehelse er viktige virkemidler på alle forvaltningsnivåer. Kommunene er den viktigste aktøren i folkehelsearbeidet – som planmyndighet og samfunnsutvikler og som tjenesteyter innen barnehage, skole, pleie og omsorg, og ikke minst kommunale helsetjenester som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv. En viktig oppgave for fylkeskommunen vil derfor være å understøtte kommunenes arbeid, i tillegg til å fremme helse i egen virksomhet.

Kommunenes ansvar for folkehelse er forankret i kommunehelsetjenesteloven, jf. bl.a. § 1-2; «*Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold*». I tillegg til tjenestene helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv, har kommunene et generelt ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne, jf. kommunehelsetjenesten § 1-4. Alkoholloven regulerer kommunenes ansvar for alkoholpolitiske tiltak som bl.a. vurdering og oppfølging av salgs- og skjenkebevillinger. Selv om det i kommunehelsetjenesteloven særlig pekes på helsetjenesten, så ligger ansvaret for folkehelsearbeidet på kommunen som sådan, jf. kommuneloven. Folkehelsemeldingen (2002-2003) understreker at

folkehelsearbeid bør forankres i demokratiske institusjoner og inngå i ordinære plan- og styrings-systemer. Det følger også av ny plan- og bygningslov § 3-1 f), at kommunenes planer og planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter ny plandel av plan- og bygningsloven er fokus i planleggingen mer rettet inn mot kommuneplanens samfunnsdel, som legger føringer om at denne «legges til grunn» eller skal gi «retningslinjer» for arealbruken. Dette styrker kommunene som samfunnsutvikler. Denne samfunnsplanleggingstilnærmingen åpner også for «nye» aktører i planleggingen, og det kan bidra til at folkehelse blir en naturlig del av kommuneplanarbeidet.

Gjennom folkehelsepartnerskapene er siktemålet å bygge opp en infrastruktur som ikke er direkte koblet til helsetjenesten, men som er ment å sikre en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming i folkehelsearbeidet. Mange kommuner har inngått partnerskapsavtaler om folkehelse, og på frivillig basis inngått avtale om satsing på folkehelse. Partnerskapene legger til rette for å involvere et bredt sett av lokale aktører – andre deler av den kommunale forvaltningen, frivillige organisasjoner og næringslivet. Om lag 60 % av landets kommuner har inngått partnerskapsavtaler med fylkeskommunen, og derigjennom fått midler gjennom en statlig stimuleringsordning til å etablere en lokal koordineringsfunksjon.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har ansvar for å formidle statlig politikk og gi råd og veiledning. På vegne av Helsedirektoratet ivaretar Fylkesmannen oppgaver på folkehelseområdet. Men oppdrag fra en rekke andre direktorater og departement er også tett tilknyttet folkehelse. Det gjelder bl.a. oppgaver knyttet til planarbeid, miljøvern, barnevern, familie, Nav, utdanning, beredskap og landbruk. Fylkesmannen fører tilsyn med tjenester av sentral betydning for folkehelsen, slik som sosialtjenester, barnevern, barnehage og skole. Helsetilsynet i fylket fører tilsyn bl.a. med at forebyggende helsetjenester utøves faglig forsvarlig. Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal formidle kunnskap om status i fylket – herunder om helseforhold og om situasjonen i helsetjenesten – til sentrale helsemyndigheter.

De regionale helseforetakene skal bidra med faglig veiledning overfor kommunehelsetjenesten, bl.a. om opplærings- og aktivitetstilbud knyttet til lokale tiltak, jf. Spesialisthelsetjenestelovens § 6-3. Det skal også ytes tjenestetilbud til bestemte pasientgrupper som del av spesialisthelsetjenestens individrettede sekundærforebygging, bl.a. når det

gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt (jf. lovens § 1-1 pkt. 1). Helse- og omsorgsdepartementet oppfordrer i sine oppdragsdokumenter til regionale helseforetak at de inngår i forpliktende samarbeid om partnerskap for folkehelse.

Helsedirektoratet er tillagt myndighet og oppgaver på folkehelseområdet blant annet knyttet til tobakkskadeloven, kommunehelsetjeneste og smittevern. Helsedirektoratet er fagmyndighet og iverksettelsesorgan for statlig folkehelsepolitikk. Viktige nasjonale virkemidler er forvaltning av tilskuddmidler til lokalt folkehelsearbeid, råd og veiledning til fylkesmannen og fylkeskommunene. Helsedirektoratet kan gi råd om planforankring av folkehelsearbeidet, mobilisering til partnerskap for folkehelse, kunnskapsbasering gjennom kommunehelseprofiler og faglig støtte på ulike nasjonale innsatsområder.

Nasjonalt folkehelseinstitutt er en nasjonal kompetanseinstitusjon innen bl.a. smittevern, miljømedisin, psykisk helse, og innen helseovervåking. Instituttet har et omfattende veiledningsansvar overfor ulike aktører i stat og kommune, og overfor befolkningen generelt.

2.5 Ny reform i helsetjenesten

Regjeringen tar sikte på å legge fram i juni 2009 en stortingsmelding om samhandling i helsetjenesten herunder tiltak for å styrke kommunehelsetjenesten.

Folkehelsepartnerskapene, som lovforslaget bygger på, er i utgangspunktet en bredere tilnærming til folkehelsearbeidet, men som ikke direkte er knyttet opp mot helsetjenesten. Det brede folkehelsearbeidet omfatter tiltak i hele samfunnet rettet mot befolkningen og samfunnsforhold med sikte på å fremme helse og forebygge sykdom, jf. kapittel 2.3.

Dette betyr at samhandlingsreformen og forvaltningsreformen, som dette lovforslaget er en del av, kan være komplementære. Fylkeskommunens ansvar for bl.a. for å ha oversikt over helseutfordringer i fylket vil også være en støtte til intensjonen i samhandlingsreformen. Videre vil også en del tiltak som i dag er i regi av folkehelsepartnerskapene, men som ikke er en del av helsetjenesten understøtte samhandlingsreformen. Dette gjelder for eksempel ulike kommunebaserte modeller for lavterskeltilbud for grupper med høy risiko for livsstilsykdommer og for personer som har falt ut av arbeidslivet, eller som på annen måte er i en sårbar situasjon.

2.6 Formålet med lovforslaget

Lovfesting av fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet skal bidra til å gjøre fylkeskommunene bedre i stand til å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Et tydeligere ansvar vil være en styrke for arbeidet med å fremme folkehelse, bl.a. ved at arbeidet løftes inn i de virkemidlene fylkeskommunen allerede har og som er styrket gjennom ny planlov og ved gjennomføringen av forvaltningsreformen.

Folkehelsen utvikles og vedlikeholdes i kommuner og lokalsamfunn der folk bor og lever sine liv. Kommunen er derfor den viktigste aktøren i arbeidet for å nå nasjonale mål om flere gode leveår med god helse og reduserte helseforskjeller. Kommunene ivaretar folkehelsen både ved sin helsetjeneste og ved andre tjenester som er viktige påvirkningsfaktorer for helsen, samt ved sin rolle som samfunnsutvikler (bomiljø, levekår, planlegging mv). Det er viktig å styrke kommunenes vilje, evne og kapasitet til å fremme folkehelsen og utjevne sosiale helseforskjeller – *både* ved å dreie fokus i helsetjenesten slik at forebygging blir prioritert, og ved at kommunen som helhet ivaretar folkehelsehensyn i planlegging og utvikling, jf. betydningen av samfunnets samlede innsats.

Fylkeskommunen har i dag som regional utviklingsaktør og planmyndighet en viktig rolle i folkehelsearbeidet i fylket og som støttespiller overfor kommunene, bl.a. gjennom å skape rammer for kommunal planlegging i regional planstrategi og ved veiledningsplikten til kommunene i planlegging. Ny plan- og bygningslov styrker fylkeskommunene som planmyndighet og tydeliggjør ansvaret til fylkeskommunen om å ivareta folkehelse og helsehensyn i planlegging etter loven.

2.7 Høringen

Høringsbrev vedlagt høringsnotat med lovforslag om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet ble sendt på høring 18. desember 2008 med frist for uttalelse 27. februar 2009. Høringsnotatet ble sendt til følgende instanser:

Departementene
Landets fylkesmenn/Sysselembud på Svalbard
Landets fylkeskommuner
Landets kommuner

Datatilsynet
De regionale helseforetakene
Forbrukerombudet
Helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene

Konkurransetilsynet
Mattilsynet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Regjeringsadvokaten
Riksadvokaten
Riksrevisjonen
Sametinget
Sivilombudsmannen
Statens helsetilsyn
Statens strålevern
Statistisk sentralbyrå (SSB)
Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Institutt for samfunnsforskning (ISF)
Landets universiteter og høyskoler
Nettverket av samfunnsvitenskapelige forskningsinstitutter
Norges Forskningsråd
SINTEF
Transportøkonomisk institutt (TØI)

Akademikerne
Den norske legeforening
Den norske Turistforening
Elevorganisasjonen
Fagforbundet
Foreningen til skiidrettens fremme
Forum for kommunale planleggere
Friluftslivets fellesorganisasjon
Friluftsrådernes Landsforbund
Frivillighet Norge
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Handels- og servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
Landslaget for fysisk fostring i skolen (LFF)
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Norges Astma og allergiforbund (NAAF)
Norges Bedriftsidrettsforbund
Norges handicapforbund
Norges idrettsforbund, Olympiske og Paralympiske komité (NIF)
Norges Jeger- og fiskerforbund
Norges Røde Kors
Norges Velforbund
Norsk forening for Folkehelse (Folkehelseforeningen)
Norsk forening mot Støy
Norsk Pensjonistforbund
Norsk Revmatikerforbund

Norsk Vann
 Norske Sivilingeniørers forening
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Opplysningsrådet for Veitrafikken
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
 Statens seniorråd
 Syklistenes Landsforening
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

I høringsbrevet oppfordret Departementet høringsinstansene til å legge forslaget fram for eventuelle underliggende etater. Høringen har dermed også omfattet instanser som ikke står på høringslisten.

Til sammen 84 høringsinstanser svarte på Departementets høringsnotat. Av disse uttaler 10 høringsinstanser at de ikke har merknader, avstår fra eller ønsker av andre grunner ikke å avgi høringsuttalelse. Disse er: Samferdselsdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet, Utenriksdepartementet, Fornyings- og administrasjonsdepartementet, Miljøverndepartementet, Riksadvokaten, Landsorganisasjonen, Næringslivets Hovedorganisasjon og Norges Forskningsråd.

De øvrige, dvs. 74 høringsinstanser, hadde merknader til ett eller flere forhold høringsforslaget tar opp. Disse høringsinstansene er:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Helsedirektoratet, Statens Helsetilsyn, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens Strålevern, Riksadvokaten, Datatilsynet, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Fylkesmennenes arbeidsutvalg, Fylkesmannen i Hedmark, Fylkesmannen i Oppland, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Fylkesmannen i Rogaland, Fylkesmannen i Finnmark, Sysselmann på Svalbard, Akershus Universitetssykehus, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Den norske legeförening, Fagforbundet, Friluftsrådernes Landsforbund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kreftforeningen, Norsk forening mot støy, Statistisk Sentralbyrå, Statens seniorråd, Nasjonalt råd for tobakksforebygging, Høgskolen i Telemark og Norsk Pensjonistforbund.

Oslo kommune, Spydeberg kommune, Larvik kommune, Stryn kommune, Våler kommune, Førde kommune, Trøgstad kommune, Eidsberg kommune, Høyanger kommune, Jølster kommune, Vestvågøy kommune, Trondheim kommune, Vestre Toten kommune, Aurland kommune, Rana kommune, Volda kommune, Marker kommune, Porsgrunn kommune, Halden kommune, Andebu kommune, Bamble kommune, Folldal

kommune, Sarpsborg kommune, Fauske kommune, Re kommune, Stavanger kommune, Lebesby kommune og Midt-Telemarkrådet.

Buskerud fylkeskommune, Rogaland fylkeskommune, Finnmark fylkeskommune, Oppland fylkeskommune, Vest-Agder fylkeskommune, Troms fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Vestfold fylkeskommune, Akershus fylkeskommune, Møre og Romsdal fylke, Hordaland fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, Østfold fylkeskommune, Styret i Øsfoldhelse, Aust-Agder fylkeskommune, Sogn og Fjordane fylkeskommune og Hedmark fylkeskommune.

Høringssvarene viser at det er bred oppslutning blant høringsinstansene om at fylkeskommunene må få et lovfestet ansvar for oppgaver i folkehelsearbeidet. Videre gir høringen uttrykk for behovet for å tilføre folkehelsearbeidet både regionalt og lokalt økte ressurser.

Det er redegjort nærmere for høringsinstansenes syn i kapittel 4 i proposisjonen.

3 Gjeldende rett

3.1 Innledning

Kommunehelsetjenesteloven omfatter kommunenes ansvar for folkehelse, jf. bl.a. § 1-2, «*Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte*».

Dette gir kommunen, ved sin helsetjeneste, et klart ansvar for folkehelse. Når det gjelder det gjelder kommunens mer helhetlige ansvar for folkehelse er dette omtalt under 4.3.3.

Kommunehelsetjenesteloven regulerer ikke fylkeskommunens ansvar for folkehelse direkte. I den grad kommunehelsetjenesteloven også gjelder for fylkeskommunal virksomhet dreier det seg om fylkeskommunen som virksomhetseier, jf. bl.a. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv som også regulerer videregående skoler.

Spesialisthelsetjenesteloven har som formål å «*fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming*», jf. § 1.1. Dette gir helseforetakene også et ansvar for folkehelse. Loven gjelder for fylkeskommunene i den grad de utøver spesialisthelsetjenester. I dag er det helseforetakene som er den primære utøver av disse tjenestene.

Dette betyr at det i dag ikke er lover som direkte regulerer fylkeskommunenes ansvar for folkehelse. Fylkeskommunene har imidlertid en

rekke lovpålagte oppgaver innenfor ulike sektorer som har relevans for folkehelse. Det vises til lovfor-
slaget § 3, 1. ledd om at fylkeskommunen skal
fremme folkehelse innen de oppgaver som fylkes-
kommunen er tillagt. Nedenfor følger en kort
omtale av noen relevante lover som tillegger fyl-
keskommunene ansvar og oppgaver som er fore-
slått lagt til regionene ved gjennomføringen av for-
valtningsreformen. Lovfor-
slaget § 3 må sees i for-
hold til disse oppgavene. Fylkeskommunenes rolle
i de aktuelle lovene varierer fra å være ansvarlig for
gjennomføringen av helt konkrete oppgaver til mer
indirekte medvirkningsansvar. Det nevnes kort
hvorvidt folkehelseperspektivet er ivaretatt gjen-
nom disse lovene.

3.2 Kort omtale av lovfestede oppgaver for fylkeskommunene med relevans for folkehelsearbeidet innen ulike områder

3.2.1 Helse

Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten:

Loven pålegger fylkeskommunen ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Loven har som formål å fremme tannhelsen i befolkningen, herunder forebygging.

3.2.2 Planarbeid

*Lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandel-
len):*

Ny plan- og bygningslov vil tre i kraft 1. juli 2009. Loven vil være kommunenes og regionale myndigheters fremste verktøy i samfunnsplanleggingen, og den er et viktig rammeverk for å samordne innsats og virkemidler, samt avveie ulike interesser. Det fremgår av St. meld. nr.12 (2006-2007) *Regionale fortinn – regional framtid* at å fremme folkehelse vil være en oppgave for fremtidige folkevalgte regioner forankret nettopp i ansvaret som regional planmyndighet. I loven § 7-1, som regulerer regional planstrategi, er det tatt inn en hjemmel til å gi forskrift «om innholdet i og opplegget for de enkelte delene av den regionale planleggingen.» I § 3-4 om regionenes planoppgaver og planleggingsmyndighet er stimulering av den helsemessige utviklingen nevnt som ett av flere formål. Også i § 3-1 om oppgaver og hensyn i planleggingen etter loven nevnes fremming av folkehelse blant hensynene som skal ivaretas. I denne loven er stimulering av helsemessig utvikling blant lovens formål og man har samtidig en forskriftshjemmel for å utdype regionenes oppgaver. Hjem-

melen fremstår imidlertid som vid og generell. Særmerkna-
dene gir heller ingen konkret veiledning i hvorvidt denne type oppgaver kan sies å være omfattet av bestemmelsen.

3.2.3 Samferdsel

Vegloven 21. juni 1963 nr. 23:

Fylkeskommunen (gjennom Statens vegvesen) har ansvaret for utbygging, drift, vedlikehold, forvaltning og beredskap mht. fylkesveier. Som følge av forvaltningsreformen vil dagens øvrige riksvegnett i det vesentlige bli overført til fylkeskommunene og Oslo kommune. Dette innebærer også en overføring av ansvar for trafiksikkerhet innenfor dette vegnettet. Helseperspektivet er ikke uttrykkelig nevnt, men et hovedformål med loven er «å skape størst mulig trygg og god avvikling av trafikken og ta omsyn til grannane, eit godt miljø og andre samfunnsinteresser elles.»

Vegtrafikkloven 18. juni 1965 nr. 18:

Fylkeskommunen har etter loven et ansvar for å tilrå og samordne tiltak for å fremme trafiksikkerheten i fylket. Ved gjennomføring av forvaltningsreformen vurderes det å gi hjemmel til å pålegge fylkeskommunene og Oslo kommune å gjennomføre ulike tiltak knyttet til trafiksikkerhet, jf. det økte ansvaret fylkeskommunene får ved å overta riksvegnettet, herunder for trafiksikkerheten på dette vegnettet.

Lov 21. juni 2002 nr. 45 om yrkestransport med motorvogn og fartøy (yrkestransportlova):

Fylkeskommunen gir løyve til yrkesmessig person- og godstransport med motorvogn. Fylkeskommunene har også ansvar for å yte tilskudd til rutetransport i fylket. Helse er ikke nevnt som formål i denne loven, men lokal rutetransport kan være relevant i et helseperspektiv.

3.2.4 Utdanning

Lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den vidaregående opplæringa (opplæringslova).

Lov 28. mai 1976 nr. 35 om voksenopplæring:

Fylkeskommunen har ansvaret for videregående opplæring og for voksenopplæringen på videregående opplæringsnivå. Fylkeskommunen har også ansvaret for grunnskoleopplæring, spesialpedagogisk hjelp og videregående opplæring for pasienter i helseinstitusjoner som et regionalt helseforetak eier.

I tillegg er det foreslått å pålegge fylkeskommunen/regionen ansvaret for å gi skoleeiere informasjon og veiledning om den nasjonale utdanningspolitikken, samt bidra til kvalitetssikringstiltak som kan gi god sammenheng mellom grunnskolen og den videregående opplæring.

Helse er ikke direkte nevnt i formålet til opplæringslova, men må likevel kunne ansees for å være av stor betydning i et folkehelseperspektiv, bl.a. gjennom kunnskapsheving og sosial utjevning. Kapittel 9a regulerer elevenes skolemiljø, herunder at alle elevene i videregående skoler har rett til «*eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring*», jf. § 9a-1.

Lov 20. juni 2003 nr. 56 om fagskoleutdanning:

Fylkeskommunen skal fra 01.01.10 sørge for at det tilbys godkjent fagskoleutdanning som tar hensyn til lokalt, regionalt og nasjonalt kompetansebehov innenfor prioriterte samfunnsområder som helse- og sosialsektoren. Tilbydere av godkjent fagskoleutdanning kan søke fylkeskommunen om offentlig tilskudd.

3.2.5 Næringsutvikling

Som del av forvaltningsreformen er det foreslått å dele eierskapet i Innovasjon Norge mellom staten og regionene. Videre er det foreslått å overføre oppgaver innen akvakulturforvaltningen fra Fiske- og fiskeridirektoratets regionkontorer til regionene. Folkehelse kan indirekte ivaretas gjennom disse oppgavene, bl.a. ved at arbeid er en sentral påvirkningsfaktor for helse.

3.2.6 Miljøvern

Lov 28. juni 1957 nr. 16 om friluftslivet:

Tilrettelegging av helsefremmende og trivselsskapende friluftaktivitet er nevnt som formål i gjeldende friluftslivlov. Fylkeskommunen er allerede forvaltningsorgan etter denne loven og Miljøverndepartementet har vurdert at det ikke er nødvendig å endre friluftslivloven som følge av reformen. Miljøverndepartementet har i gangsett en gjennomgang av loven uavhengig av dette.

Andre endringer

Andre foreslåtte endringer på området som følge av forvaltningsreformen med betydning for folkehelse er overføring av fylkesmannens myndighet til fylkeskommunen når det gjelder Fylkesmannens oppgaver knyttet til bevaring av innlandsfisk/høstbare viltarter og jakt/fiske på disse artene, samt oppgaver med å tilrettelegge og iva-

reta allment friluftsliv. Det samme gjelder vannregionmyndighet etter forskrift om vannforvaltning. I tillegg får fylkeskommunene en styrket rolle i regional planlegging, jf. ny plan- og bygningslov og i forhold til klimautfordringen.

3.2.7 Landbruks- og matområdet

En rekke oppgaver innen landbruks- og matområdet, med unntak av klagebehandling, innsigelse, lovlighetskontroll og tilsyn, vil bli overført fra fylkesmannen til regionen. Folkehelse kan indirekte ivaretas gjennom disse oppgavene.

3.2.8 Kultur

Lov 29. juni 2007 nr. 89 om offentlige styresmakters ansvar for kulturverksemd (kulturlova):

Fylkeskommunen har ansvar for bl.a. å sørge for økonomiske, organisatoriske og informerende tiltak for å legge til rette for et bredt spekter av kulturvirksomhet. Helse er ikke direkte nevnt som formål her, men kulturvirksomhet kan indirekte sies å være egnet til å fremme folkehelse.

Lov 20. desember 1985 nr. 108 om folkebibliotek:

I henhold til loven har fylkeskommunen et ansvar for drift av fylkesbibliotek. Kultur- og kirkedepartementet vil legge fram en stortingsmelding om bibliotek våren 2009. Meldingen vil inneholde forslag til organisatoriske endringer i biblioteksektoren. En god bibliotekordning vil kunne være et bidrag i folkehelsearbeidet gjennom muligheter for kunnskapsheving og sosial utjevning.

Lov 9. juni 1978 nr. 50 om kulturminner (Kulturminneloven):

Fylkeskommunen er delegert myndighet til å fatte fredningsvedtak. Helsehensyn er ikke direkte uttalt som formål. Helhetlig miljø- og ressursforvaltning er imidlertid nevnt som formål.

Annet

Fordelingen av spillemidler til investeringstiltak på kulturområdet skal også overføres til fylkeskommunene. Etter hvert som midlene som er knyttet opp til tilskuddsordningen for regionale møteplasser og formidlingsarenaer for kultur fristilles fra pågående prosjekter, vil midlene fra 2010 bli kanalisert inn i den desentraliserte ordningen for kulturhus, slik at regionene dermed får det samlede forvaltningsansvaret for spillemidler til kulturbygg. Ordningen med at fylkeskommunen tildeler tilskudd fra spillemidler til lokale og regionale idrettsanlegg videreføres. Disse ordnin-

gene er ikke lovpålagte oppgaver for fylkeskommunene, men de er trolig godt egnet til å fremme folkehelse.

3.2.9 Samordning og uttalelsesrett

Det finnes en rekke lover hvor fylkeskommunen skal høres før tiltak iverksettes eller hvor samordning med andre myndigheter skal finne sted. Av disse kan nevnes:

Lov 19. juni 1970 nr. 63 om naturvern:

Fylkeskommunen skal høres før vernetiltak iverksettes.

Lov 6. juni 2008 nr. 38 om meldeplikt ved nedlegging av næringsverksemd (omstillingslova):

Virksomheter av en viss størrelse skal sende varsel til fylkeskommunen i tilfelle planer om nedlegging av virksomheten foreligger.

3.2.10 Representasjon med mer

Videre finnes det en rekke lover som regulerer representasjon i fylkeskommunale fora med mer, og som gjennom dette indirekte vil være av betydning for å sikre at folkehelseperspektivet og hensynet til sosial utjevning blir ivaretatt.

Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Lov 8. november 1991 nr. 76 om kommunale og fylkeskommunale eldreråd.

Lov 17. juni 2005 nr. 58 om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

3.3 Oppsummering

Som oversikten over viser er det ikke noe samlet lovfestet ansvar for folkehelse for fylkeskommunene, men fragmenter i eksisterende lover om lovpålagte oppgaver. Ingen av de nevnte lover peker seg heller ikke ut som et naturlig sted for en nærmere lovfesting av fylkeskommunenes ansvar for folkehelse. Lovfesting av et slikt mer helhetlig ansvar for oppgaver innen folkehelse bør derfor også mest naturlig skje ved en ny lov.

4 Forslag om å lovfeste fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

4.1 Generelt om forslaget i høringsnotatet

Høringsnotatet fremhever at fylkeskommunen som regional utviklingsaktør og planmyndighet i dag har en viktig rolle i folkehelsearbeidet i fylket og som støttespiller overfor kommunene, bl.a. gjennom å skape rammer for kommunal planlegging i regional planstrategi og veiledningsplikten til kommunene i planlegging. Ny plan- og bygningslov styrker fylkeskommunene som planmyndighet. Hensyn som miljø, helse og samfunnsforhold har fått sterkere fokus i ny planlov. Planlegging etter lovens § 3-1, f) påpeker at loven skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

En vesentlig svakhet ved dagens situasjon er at fylkeskommunene utfører viktige samordnings- og utviklingsoppgaver i regionalt og lokalt folkehelsearbeid på frivillig basis. Dette gjør folkehelsearbeidet sårbart. Denne sårbarheten er til hinder for langsiktighet i opptrapping av innsats og engasjement, og det kan hindre utvikling av kompetanse og samarbeidsrutiner i arbeidet for å fremme folkehelse.

Et tydeligere folkehelseansvar for fylkeskommunene vil styrke arbeidet med å fremme befolkningens helse, bl.a. ved at arbeidet løftes inn i de virkemidlene fylkeskommunen allerede har og som er styrket gjennom ny planlov og ved gjennomføringen av forvaltningsreformen. Ot.prp. nr. 10 (2008-2009) innebærer at fylkeskommunene fra 2010 tillegges flere oppgaver og sterkere virkemidler i regional utvikling.

Lovforslaget innebærer at fylkeskommunene får et lovfestet ansvar for en pådriver- og samordningsfunksjon for det sektorovergripende folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. Videre innebærer forslaget en tydeliggjøring av fylkeskommunenes ansvar for å ivareta folkehelse i egen tjenesteyting, forvaltning og planlegging, og ansvar for at folkehelse inngår som en del av arbeidet med regional utvikling.

Høringsnotatet fremhever at en viktig forutsetning for at fylkeskommunene skal kunne ta folkehelsehensyn innen bl.a. regional planlegging, forvaltning og tjenesteyting, er at de har den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og sentrale faktorer som er med på å påvirke denne, samt oversikt over hvordan disse er sosialt fordelt i befolkningen. En bedre oversikt over helsetilstand

og påvirkningsfaktorer vil også være viktig for helsetjenesten, både når det gjelder forebygging og når det gjelder i arbeid med dimensjonering og prioriterting i helsetjenesten.

4.2 Hovedintrykk fra høringen

Det er generelt stor tilslutning til forslaget om å lovfeste fylkeskommunenes ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet, men det etterspørres at også kommunens ansvar for folkehelsearbeidet lovfestes utover det som i dag følger av kommunehelsetjenesteloven. Videre er det ønske om at en mer konkret beskrivelse av ansvar og oppgaver for fylkeskommunene tas inn i loven og ikke overlates til å fylles ut ved forskrifter. Videre krever fylkeskommunene og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverforening (KS) mer ressurser for å ivareta oppgavene.

Samtlige av de 17 fylkeskommuner som har uttalt seg, nesten alle kommuner, frivillige organisasjoner og statlige etater støtter en lovfestning. Fylkesmennene og større bykommuner som Stavanger og Trondheim er blant de som er noe skeptisk til en lovfesting av fylkeskommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet. To av totalt 84 høringsinstanser uttaler seg negativt til en lovfesting av folkehelsearbeid i fylkeskommunen – fylkesmannen i Hedmark og Folldal kommune.

KS, fylkeskommunene og mange kommuner uttaler at oppgavene må defineres tydeligere i loven og at forskriftshjemlene må tas ut – bl.a. av hensyn til regional- og lokaldemokratiet. I tillegg mener de at det også er behov for å tydeliggjøre kommunenes folkehelseansvar, og at ansvar for folkehelse må settes inn i en større sammenheng, hvor både kommunens og fylkeskommunenes og statens ansvar for folkehelse defineres. Enkelte høringsinstanser peker på at det blir «feil rekkefølge» å lovfeste fylkeskommunenes ansvar for å fremme folkehelse så lenge kommunenes ansvar på dette feltet ikke er regulert godt nok. Det pekes videre på at forslaget må sees i sammenheng med samhandlingsreformen.

For øvrig viser høringen at statlige etater og kommunesektoren har ulike syn når det gjelder oppgaveoverføring fra stat til folkevalgte organer. Statlige etater mener den valgte oppgavefordelingen er riktig, mens kommunesektoren ønsker flere oppgaver overført. Partnerskapsorganiseringen omtales som en modell som har potensial til å fungere godt og som bør videreføres og styrkes.

Høringsinstansene gir generelt uttrykk for at folkehelsearbeidet er betydelig underfinansiert,

både i kommunene og i fylkeskommunene. Det foreslås en «folkehelsemilliard» som dekkes ved å overføre en prosentdel av helseforetaksbudsjettet til fylkeskommuner og kommuner. KS og fylkeskommuner mener at det er behov for omlag 2,5 mill. kroner til hver fylkeskommune for å ivareta lovfestede oppgaver i folkehelsearbeidet, dersom 4 stillingshjemler skal avsettes til dette.

4.3 Fylkeskommunenes ansvar i folkehelsearbeidet, jf. § 1

4.3.1 Høringsnotatets forslag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å lovfeste fylkeskommuners ansvar for å 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. Dette vil sikre en mer stabil forankring av folkehelsearbeidet i fylket enn det som i dag er forankret i partnerskapsstrukturen.

Fylkeskommunen ivaretar i dag en viktig funksjon i arbeidet med å fremme folkehelsen i fylket bl.a. gjennom partnerskap med frivillig sektor, ulike aktører i fylket, næringsliv og kommuner. Gjennom råd og veiledning er fylkeskommunen en pådriver og iverksetter av folkehelseiltak i fylket. Denne innsatsen er basert på frivillighet og er derfor sårbar.

Med flere nye regionale oppgaver og sterkere virkemidler innen regional utvikling og planlegging vil fylkeskommunen kunne framstå som en mer kraftfull aktør og pådriver i folkehelsearbeidet i et aktivt samarbeid med kommunene.

En lovfesting av fylkeskommunenes ansvar for folkehelse innebærer ikke en avgrensning av det ansvaret kommunene, fylkesmannen og sentrale myndigheter har i dag på folkehelseområdet. Fylkeskommunen vil imidlertid ha en viktig oppgave i å understøtte kommunenes arbeid med å fremme folkehelse.

En lovfesting av fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet kan også være med å dreie helsetjenesten i kommunene og i helseforetakene i retning av mer forebygging. Dette bl.a. ved at det skapes bedre rammebetingelser for forebygging, gjennom at det fastsettes regionale og lokale mål på folkehelse som igjen har betydning for oppmerksomhet, ressursfordeling, og ulike former for tiltak som helsetjenesten blir involvert i. Videre initieres det i regi av folkehelsepartnerskapene ulike former for lavterskeltilbud som helsetjenesten kan

gjøre seg nytte av i forebyggende tiltak overfor enkeltindivider og grupper.

4.3.2 Høringsinstansenes syn

4.3.2.1 Generelt om lovfesting av fylkeskommunenes ansvar

Det er generelt stor tilslutning til forslaget om å lovfeste fylkeskommunenes ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet ser positivt på lovforslaget om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Statens helsetilsyn uttaler seg med grunnlag i en forståelse om at det er bred politisk enighet om at fylkeskommunen bør få tydeligere oppgaver i folkehelsearbeidet:

«Ut frå den rolla som fylkeskommunen skal ha som regional planmyndigheit tykkejst det vere rimeleg også å gje klårt uttrykte oppgåver inn- anfor folkehelsearbeidet til dette forvaltningsnivået.»

Likestillings- og diskrimineringsombudet støtter lovforslaget og ser en koordinering av folkehelsearbeidet som en styrking av dette arbeidet som kan fremme like muligheter og hindre ekskludering og diskriminering.

Statistisk sentralbyrå (SSB), som har behandlet høringsnotatet på bakgrunn av egne oppgaver og ansvarsområder slik disse er uttalt i statistikkloven og uttaler:

«SSB ønsker i forbindelse med videreføring av eksisterende statistikkproduksjon/-systemer å nevne KOSTRA spesielt. Det kan være aktuelt å implementere folkehelsearbeid som et eget område i KOSTRA på fylkeskommunalt/regionalt nivå. En slik implementering forutsetter blant annet at viktige begreper og indikatorer på virksomhetsområdet innholdsbestemmes entydig, og at grensene i forhold til allerede etablerte områder i KOSTRA (for eksempel kommunehelse, pleie og omsorg, kommunalt disponerte boliger og tannhelse) defineres. SSB mener en slik implementering bør utredes.»

Fylkesmannen i Rogaland gir sin tilslutning til forslaget om ei forsterking og klarere formalisering av fylkeskommunens sin plass i folkehelsearbeidet.

Fylkesmannen i Finnmark er positiv til at folkehelsearbeidet går fra frivillig til ordinær oppgave for fylkeskommunen og uttaler:

«Faktorer og forhold som forebygger sykdom og fremmer helse er i stor grad å finne utenfor helsesektoren. Det er samfunnets ansvar å utforme en politikk som styrker helsefrem-

mende forhold og stimulerer til helsegunstige livsstilvalg. Et lovfestet ansvar for folkehelsearbeid i fylkeskommunen tror vi vil bidra til å tydeliggjøre dette forholdet.»

Nord-Trøndelag fylkeskommune, Buskerud fylkeskommune, Hordaland fylkeskommune, Sogn og Fjordane fylkeskommune, Oppland fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune, Møre og Romsdal fylke, Hordaland fylkeskommune, Rogaland fylkeskommune, Vest-Agder fylkeskommune, Aust-Agder fylkeskommune, Vestfold fylkeskommune, Finnmark fylkeskommune, Troms fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, Østfold fylkeskommune og Østfoldhelse stiller seg positive til at fylkeskommunene får et lovpålagt folkehelseansvar.

Akershus fylkeskommune «er generelt positiv til at folkehelsearbeidet, som fylkeskommunene nå over flere år har tatt på alvor og gitt en stimulans videre, blir lovpålagt.»

KS er positiv til at fylkeskommunene gis et lovpålagt ansvar for folkehelsearbeid.

25 av 27 kommuner som har uttalt seg støtter forslaget om å gjøre folkehelsearbeidet til en lovfestet oppgave for fylkeskommunen. Disse er: *Lebesby kommune, Re kommune, Fauske kommune, Andebu kommune, Sarpsborg kommune, Spydeberg kommune, Volda kommune, Tragstad kommune, Porsgrunn kommune, Førde kommune, Eidsberg kommune, Høyanger kommune Vestre Toten kommune, Jølster kommune, Høyanger kommune, Bamble kommune, Larvik kommune, Marker kommune, Rana kommune, Stryn kommune, Aurland kommune, Oslo kommune, Vestvågøy kommune, Våler kommune og Halden kommune.*

Den norske legeforening støtter lovforslaget om å lovfeste et ansvar for en pådriver- og samordningsfunksjon for fylkeskommunene i det sektorer- og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene.

Statens seniorråd, Nasjonalt råd for tobakksforebygging, Norsk forening mot støy, Friluftsrådene Landsforbund, Norges Pensjonistforbund, Kreftforeningen og Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL) er også positive til lovforslaget.

Høgskolen i Telemark stiller seg positiv til forslaget om å styrke folkehelsearbeidet gjennom en egen lov som formaliserer fylkeskommunens oppgaver, og uttaler videre:

«Høgskolen ser gjerne at samarbeid innenfor dette feltet mellom fylkeskommuner og universitets- og høgskolesektoren framheves ytterligere.»

Fagforbundet støtter lovforslaget og uttaler:

«Det er positivt at forebyggende arbeid forankres i fylkeskommunen, og at fokuset er på samfunnsansvaret framfor enkeltindividets ansvar.»

Noen få instanser er skeptiske til en lovfesting:
Fylkesmennes Arbeidsutvalg uttaler:

«Ei sterkere vektlegging av helseperspektivet i dei oppgåvene fylkeskommunen alt har som regional utviklar, bør kome som forskrift eller rundskriv til plan- og bygningslova.»

Fylkesmannen i Hedmark hevder at:

«Lovforslaget er så generelt utformet at det ikke representerer noe nytt i forhold til hvordan dagens samarbeid på feltet fungerer, og det vil derfor være unødvendig.»

Folldal kommune mener at en særskilt lovfesting av fylkeskommuners rolle i folkehelsearbeidet verken er hensiktsmessig eller formålstjenlig og utdyper:

«Fylkeskommunen har i dag kompetanse på de fagfeltene der de har lovpålagte oppgaver, og som kjent er helsearbeid som fag – med unntak av tannhelsetjenesten – ikke blant disse. Folkehelsearbeid i vid forstand er ikke kun knyttet til ulike deler av helsefag/-kompetanse, likevel mener rådmannen at det ikke kan være hensiktsmessig å lovfeste en slik oppgave også hos fylkeskommunen.»

Stavanger kommune mener det er behov for å øke virkemiddelbruken i folkeopplysningsarbeidet og uttaler videre:

«Stavanger kommune anbefaler at det er det kommunale ansvar og arbeid som må styrkes. Stavanger kommune mener at gjeldende lovverk og partnerskapsavtale er en tilstrekkelig forankring av folkehelsearbeidet i kommunen. Stavanger kommune vil av den grunn ikke anbefale at det fylkeskommunale folkehelsearbeidet forankres i ny lov.»

4.3.2.2 Forholdet til kommunenes folkehelsearbeid/ spørsmålet om en midlertidig lov for fylkeskommunen eller en mer omfattende lov

Mange høringsinstanser er betenkt over å lovfeste det fylkeskommunale ansvaret for folkehelsearbeid når det kommunale ansvaret ikke er lovfestet. Det vises til at grunnarbeidet innen folkehelsearbeidet gjøres på kommunenivå og ikke i fylkeskommunene. Kommunehelsetjenestelovens bestemmelser

retter seg mot *helsetjenestens* forebyggingsarbeid og ikke de øvrige kommunale sektorers folkehelsearbeid. Med et mulig unntak for miljørettet helsevern er derfor heller ikke kommunenes folkehelsearbeid lovfestet. Dette påpekes som en stor svakhet av mange høringsinstanser. Det vises til at fylkeskommunens koordinerende rolle overfor kommunene dermed blir svak og utydelig i og med at det er uklart hvilke oppgaver kommunene egentlig har på feltet. Det kan ikke bare være kommunehelsetjenesten arbeid som skal koordineres, selv om fylkeskommunens arbeid for eksempel i form av dens oversikt også vil være til nytte for helsetjenesten i kommunene. På denne bakgrunn er flere skeptiske til bare å lovfeste fylkeskommunens ansvar.

Flere instanser mener at en lovfesting av fylkeskommunenes ansvar først bør foretas etter at en har vurdert en nærmere lovfesting av kommunenes ansvar.

Fylkesmannen i Oppland uttaler:

«Lovforslaget inneholder ingen antydninger om hvordan samarbeidet skal gå mellom fylkeskommunen og kommunene, selv om det sies at fylkeskommunens oppgave er å «understøtte kommunenes arbeid med å fremme folkehelse»... Egentlig hadde vi foretrukket en sterkere lovforankring i kommunehelsetjenesteloven med ansvars- og rollebeskrivelse, før arbeidet forankres på fylkesplan.»

Nord-Trøndelag fylkeskommune uttaler at,

«loven må betraktes som et første skritt i retning av å utvikle et helhetlig, tverrfaglig og sektorovergripende folkehelsearbeid i Norge. Loven må derfor ikke innarbeides i annen lovgivning, men heller videreutvikles til en lov om kommuner og fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.»

Hordaland fylkeskommune har lignende syn og

«meiner det er uheldig at lovframlegget blir sett på som ei mellombels lov som seinare kan forankrast i anten kommunehelsetjenestelova eller tannheleselova. Det bør i staden bli arbeidd med ei meir omfattande lov om folkehelse der ansvar, myndigheit, oppgåver og verkemidlar i det helsefremmande og førebyggjande arbeidet inngår og samanhengane mellom desse blir synleggjort.»

Østfold fylkeskommune og Østfoldhelse, slutter seg til at dette og tilføyer:

«Fylkeskommunens oppgaveportefølje må ses 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.»

Sogn og Fjordane fylkeskommune uttaler seg samme retning:

«kommunane er den viktigaste aktøren i folkehelsearbeidet. Det er her dei største mulighetane for å påverke befolkninga si helse ligg. Den breie førebyggjande og helsefremmande innsatsen er ikkje høgt nok prioritert i kommunane. Dårlig kommuneøkonomi er ei forklaring.»

Videre uttales;

«For å motverke at folkehelse vert oppfatta som eit ansvar fyrst og fremst for helsesektoren, er det viktig med ei folkehelselov som omfattar alle sektorar og nivå sitt ansvar på området, og som synleggjer samanhengen mellom dei.»

Oppland fylkeskommune, Nordland Fylkeskommune, Møre- og Romsdal fylke, Finmark fylkeskommune, Rogaland fylkeskommune, Troms fylkeskommune og Akershus fylkeskommune har lignende uttalelser som nevnt over.

KS uttaler:

«KS mener det på sikt bør lages en mer omfattende lov om folkehelse som synleggjør alle nivåers og sektorers ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler. KS er kritisk til at lovforslaget sees på som en midlertidig lov som senere er tenkt forankret i enten kommunehelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven.»

Videre uttaler KS:

«KS mener videre at det kan være aktuelt å se dette i sammenheng med en evt. framtidig lovfesting av regional utvikling som en fylkeskommunal oppgave.»

Våler kommune, Marker kommune, Aurland kommune og Spydeberg kommune uttaler det samme som KS.

Larvik kommune mener derimot det er hensiktsmessig å lage en midlertidig lov som på sikt kan inngå i en ny «lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» når denne er klar.

Stryn kommune uttaler:

«Ei slik oppgave vil ikkje vere mogleg for fylkeskommunen åleine. Dersom ein slik strategi skal verte vellukka, så er ein heilt avhengig av eit godt folkehelsearbeid også i kommunane, samt eit godt og tett koordinert samarbeid mellom kommune og fylke. At folkehelse skal vere ei lovpålagt oppgave for fylkeskommunane har liten verdi i seg sjølv, så lenge det er opp til den

einskilde kommune å prioritere folkehelsearbeidet som ei brei samfunnsmessig oppgave.»

Re kommune uttaler:

«Folkehelse er ikke et anliggende kun for helsetjenesten. Godt folkehelsearbeid griper inn i det meste kommunen skal jobbe med. Viktige deler av folkehelsearbeidet handler om å mobilisere innbyggerne og nærmiljøer til å ta ansvar for egne liv og handlinger. «Alle» er på en måte folkehelsearbeidere. Kommuneplanlegging er med riktig fokus et sentralt verktøy for bedre folkehelse. Helse i planarbeidet er et eksempel på det. Skadeforebygging, rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid, trafikksikkerhet osv er andre eksempler på hvor omfattende dette arbeidet er.»

Nasjonalt råd for tobakksforebygging uttaler at:

«folkehelsearbeidet, bl.a. det tobakksforebyggende arbeidet, må foregå primært på kommunenivå, og vi etter lyser derfor en sterkere lovfestet forankring i kommunehelsetjenesten om dette.»

Kreftforeningen gir uttrykk for samme syn og uttaler at:

«tobakksforebygging og ernæring i kommunenes folkehelsearbeid må gjøres tydelig i kommunehelsetjenesteloven.»

Den norske legeforening understreker

«den viktige rolle kommunene har i folkehelsearbeidet gjennom sin lokalkunnskap og kjennskap til hvilke behov som er størst i de ulike steder.»

Videre påpeker Legeforeningen at:

«en lovendring som foreslått ikke må få som konsekvens at fylkeskommunenes rolle i folkehelsearbeidet styrkes på bekostning av kommunene, eller på noen måte medfører at kommunenes rolle i folkehelsearbeidet pr i dag undergraves. Det anses ønskelig at kommunene styrkes ressursmessig til å drive folkehelsearbeid.»

4.3.2.3 Om forholdet til samhandlingsreformen

Flere høringsinstanser fremhever at det er nødvendig å se forslaget om lovfesting av fylkeskommunenes folkehelsearbeid i sammenheng med samhandlingsreformen. Det påpekes at det er et samspill mellom helsetjenestenes forebyggingsarbeid og fylkeskommunens/kommunenes folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet mener at:

«gjennomføringen av forvaltningsreformen bør ses i lys av konklusjonene i samhandlingsreformen når disse foreligger.»

Statens helsetilsyn uttaler:

«Statens helsetilsyn stiller seg også litt undrande til at dette lovforslaget blir sett fram utan tydelig samanheng med utviklinga av ny lov om kommunale sosiale- og helsetjenester og utan at det tilsynelatande blir kopla opp mot det pågåande utviklingsarbeidet for å styrkje samhandlinga innanfor helsetjenesta.»

KS mener at lovforslaget burde sees i sammenheng med den kommende helsereformen som varsles fra regjeringen og uttaler:

«Denne reformen bør bidra til å styrke det forebyggende helsearbeidet generelt, og fylkeskommunenes ansvar, myndighet og oppgaver bør sees i det perspektivet.»

Nordland fylkeskommune uttaler:

«En målrettet offentlig oppbygging av lokalt og regionalt folkehelsearbeid vil også være et viktig bidrag til samhandlingsreformen som nå står på den politiske dagsorden.»

Oppland fylkeskommune mener saken må ses i sammenheng med den kommende samhandlingsreformen. *Kreftforeningen* er av samme oppfatning.

Trondheim kommune anbefaler at forvaltningsreformen ikke vedtar lovforslag på fylkeskommunens oppgaver innen folkehelsearbeidet før samhandlingsreformen er klar og uttaler:

«Kommunens rolle og ansvar vil der bli mer tydeliggjort. Det er viktig med en helhetlig forståelse og satsing av folkehelsearbeidet videre.»

4.3.2.4 Til forslaget til lovtekst

Justis- og politidepartementet påpeker at forholdet mellom pliktene i § 1 og § 3 er noe uklart. «Først av § 3 første ledd første punktum fremgår uttrykkelig at «fylkeskommunens skal fremme folkehelse.» Dette hører etter departementets syn bedre hjemme i § 1. Pliktene i § 3 kan med fordel knyttes til § 1.»

4.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet konstaterer at det er stor enighet om at fylkeskommunenes ansvar for folkehelsearbeid bør lovfestes. Den sterke støtten høringen gir til en lovfesting av fylkeskommuners ansvar i folke-

helsearbeidet, tyder på at det er tillit til og tro på at fylkeskommunene kan være en viktig aktør i arbeid for å fremme folkehelse. Dette understøttes i en følgeevaluering av Partnerskap for folkehelse og Helse i Plan-prosjektet (Møreforskning og NIBR, februar 2009), som viser at folkehelsearbeidet er i ferd med å få en posisjon lokalt og regionalt, på tross av begrensede økonomiske rammer som svekker muligheten for å oppnå betydningsfulle resultater.

Når det gjelder forholdet til kommunenes folkehelsearbeid og ønsker fra flere av høringsinstansene om en mer omfattende lov, vises til at lovforslaget som har vært på høring dreier seg om å lovfeste fylkeskommunenes ansvar i folkehelsearbeid. Departementet mener at det ikke kan fremmes noe annet eller et mer omfattende lovforslag enn det som har vært på høring. En mer omfattende lov som både omhandler kommunenes og fylkeskommunenes ansvar er ikke en del av høringen – og er heller ikke utredet.

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. Forholdet til samhandlingsreformen er nærmere omtalt i kapittel 2.5.

Kommunens ansvar for folkehelse er i dag hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. I tillegg regulerer alkoholloven kommunenes ansvar for alkoholpolitiske tiltak som bl.a. vurdering og oppfølging av salgs- og skjenkebevillinger. Oppgaver som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern og smittevern er også regulert, mens øvrig folkehelsearbeid som fremme av fysisk aktivitet og sunt kosthold, tobakksforebygging, generell rusforebygging, ulykkesforebygging, forebygging av psykiske problemer, samt utjevning av sosiale helseforskjeller mv. ikke er, eller er uklart, regulert – og i praksis ikke satt krav til. For mange av disse områdene er det kommunen som helhet som bør ha et ansvar for forebygging, bl.a. gjennom samfunns- og arealplanleggingen og tiltak i samarbeid med sektorer utenfor helsesektoren. Fylkeskommunen har et lovpålagt ansvar for veiledning og i å bistå kommunene i samfunnsplanlegging og lokal utvikling. På bakgrunn av dette har fylkeskommunene på frivillig basis ivaretatt en rolle som pådriver for regionalt og lokalt folkehelse-

sarbeid, bl.a. gjennom partnerskapsordningen. Erfaringene med denne ordningen er positiv.

På bakgrunn av bl.a. Justis- og politidepartementets uttalelse foreslår departementet å justere teksten i § 1 slik at folkehelse fremkommer i innledningsparagrafen. Departementet anser § 1 for å gi det mer overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet, mens § 3 fastsetter nærmere hvordan fylkeskommunen skal nå målene i § 1.

4.4 Lovens virkeområde, jf. § 2

4.4.1 Høringsnotatets forslag

Høringsnotatets forslag var at loven skal gjelde for fylkeskommuner, men at den også skulle gjelde for Oslo kommune og Longyearbyen lokalstyre.

4.4.2 Høringsinstansenes syn

De innkomne kommentarene er knyttet til forslaget om at loven skal gjelde Longyearbyen lokalstyre.

Justisdepartementet uttaler:

«Generelt vil vi påpeke at det å sidestille Longyearbyen lokalstyre med en fylkeskommune, blir prinsipielt feil i forhold til hva som er Longyearbyen lokalstyres ansvarsområde, og hvordan administrasjonsforholdene er på Svalbard. ... Longyearbyen er heller ikke lagt opp som et livsløpssamfunn. Dette er en politikk som regjeringen ønsker å videreføre.»

Sysselemanden på Svalbard mener det kan være gode grunner til å styrke folkehelsearbeidet også på Svalbard, men ikke før det er foretatt en vurdering ut fra de stedlige og organisatoriske forholdene på Svalbard. Det bør blant annet vurderes om folkehelsearbeidet bør lovfestes for alle bosetningene på Svalbard, og ikke bare i Longyearbyen.

Longyearbyen lokalstyre viser til at Longyearbyen lokalstyre i hovedsak ivaretar oppgaver som på fastlandet er kommunale, og det er bare i liten utstrekning Longyearbyen lokalstyre har ansvar for fylkeskommunale oppgaver.

«Forholdene i Longyearbyen er vesentlig annerledes enn i fylkene, bl.a. er befolkningstettheten i Longyearbyen liten og Longyearbyen lokalstyre eneste lokalforvaltning på Svalbard. Dette tilsier etter vår oppfatning at det legges til opp til en annen forankring av folkehelsearbeidet i Longyearbyen enn i fylkene.»

4.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet merker seg uttalelsene om at Longyearbyen lokalstyre skiller seg fra fylkeskom-

muner på fastlandet med hensyn til funksjon og administrasjon. Flere av de lovene som tilfører fylkeskommunene oppgaver gjelder dessuten ikke på Svalbard og virkningen av å pålegge lokalstyret å fremme folkehelse gjennom sin virksomhet blir dermed mindre enn ellers. Departementet finner derfor at forslaget om at Longyearbyen lokalstyre skal omfattes av loven ikke bør fremmes.

4.5 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse jf § 3

4.5.1 Høringsnotatets forslag

4.5.1.1 Folkehelse som integrert del av fylkeskommunens virksomhet, jf. § 3,1.ledd

Departementet fremhevet i høringsnotatet at folkehelse inngår i) som en del av regional utvikling og ivaretas i fylkeskommunens regionale utviklingsansvar, ii) i fylkeskommunal planlegging, og iii) i fylkeskommunens egen tjenesteyting og forvaltning og fremmet forslag om lovfesting av dette.

4.5.1.1.1 Fylkeskommunens oppgaver som regional utviklingsaktør

Vellykkede utviklingsstrategier må ta utgangspunkt i hvert fylkes unike ressurser, forutsetninger og utfordringer. Folkehelse, dvs. befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning, er både et sentralt mål for regional utvikling, men også en god indikator på i hvilken grad fylkeskommunen og kommunene lykkes i sin rolle som samfunnsutvikler.

Rollen som regional utviklingsaktør er ytterligere forsterket i Ot.prp. nr. 10 (2008-2009) *Lov om endringer i forvaltningslovgivningen mv.* Som regional utviklingsaktør vil fylkeskommunen kunne stimulere til at folkehelsepremisser legges til grunn i alle relevante områder, f.eks. planlegging, samfunnsutvikling, nærings- og innovasjonsvirksomhet. God helse i befolkningen er både en forutsetning for og en investeringsfaktor for en positiv samfunnsutvikling.

Flere oppgaver som overføres til fylkeskommunene ved gjennomføring av forvaltningsreformen vil bidra til at fylkene framstår som en mer kraftfull aktør og pådriver i folkehelsearbeidet.

4.5.1.1.2 Fylkeskommunens rolle innen regional planlegging

Fylkeskommunenes ansvar som regional planmyndighet er styrket i ny planlov, jf. Ot.prp. nr. 32 (2007-2008). Ny planlov vil tre i kraft 1. juni 2009.

Helse har sammen med hensyn som miljø og samfunnsikkerhet, fått et langt sterkere fokus i ny

planlov. I lovens § 3-1, f) framgår det bl.a. at loven skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Samtidig framgår det i loven at regional planlegging har som formål å stimulere til bl.a. den helsemessige utviklingen i regionen.

Disse bestemmelsene i ny planlov innebærer et tydeligere ansvar for fylkeskommunen – uavhengig av forvaltningsreformen – om å ivareta folkehelse og helsehensyn i planlegging etter plan- og bygningsloven. Dette ble i høringsnotatet fulgt opp av generell plikt til å fremme folkehelse fylkeskommunal planlegging og som en utdyping av plikten etter planloven.

Regional planlegging skal bidra til å løse oppgaver og ivareta interesser som går ut over kommunenivået, og den skal være en samhandling mellom regionale planmyndigheter, statlige myndigheter og andre med gjennomføringsansvar. Regional planstrategi, som nytt planinstrument etter ny planlov, blir et viktig virkemiddel for å oppnå felles forståelse for hvordan utfordringer i fylket skal kunne løses. En slik planstrategi bør omfatte de viktigste utviklingstrekkene, herunder de viktigste utviklingstrekk knyttet til helsetilstand og sosial fordeling av helse blant fylkets befolkning. Strategien vil være et nødvendig grunnlag for vurdering av utviklingsmuligheter og prioriterte oppgaver. Den er også et nødvendig grunnlag for tiltak på ulike områder for å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Det vektlegges at fylkeskommunen anvender en regionalt tilpasset folkehelsepolitikk i egen organisasjon og virksomhet. Helsehensyn bør sikres i fylkeskommunens egne plan- og beslutningsprosesser. Det forventes at en lovforankring vil kunne bidra til å styrke og integrere folkehelseperspektivet i fylkeskommunens samlede virksomhet.

4.5.1.1.3 Fylkeskommunal tjenesteyting og forvaltning

En bredere oppgaveportefølje i fylkeskommunen vil gi muligheter for en mer helhetlig tilnærming til regionale utfordringer. Folkehelsearbeidet må derfor vektlegges sterkere i fylkeskommunens egen politikkutforming, styring og drift av egen virksomhet og planlegging, i den offentlige tannhelse-tjeneste, videregående opplæring, miljø og friluftsliv, kultur og idrett, samferdsel og trafikksikkerhet, mv.

Eksempelvis vil videregående opplæring være en sentral faktor for folkehelsen. Utdanning og utdanningsnivå er i seg selv en påvirkningsfaktor for helse. Tiltak for å forhindre frafall i videregående opplæring er bl.a. viktig for utjevning av sosi-

ale forskjeller og helseforskjeller. Skolen er også en arena for å fremme godt læringsmiljø og helse gjennom bl.a. kroppsøving og tilrettelegging for fysisk aktivitet, tilgjengelighet til sunn mat og drikke, tiltak for å forebygge tobakksbruk, rusmisbruk, mobbing mv. Samferdsel er et eksempel på en påvirkningsfaktor med direkte og indirekte virkning på folks helse og trivsel. Dette gjelder miljøfaktorer som luftforurensning og støy, men også ulykkesrisiko. Det gjelder også muligheter for trygg ferdsel og fysisk aktivitet gjennom vektlegging av transportsystemer som for eksempel gang- og sykkelveger.

Fylkeskommunens ansvar innen kulturområde er også viktig for folkehelsen. Kultur- og organisasjonsdeltagelse styrker sosial kontakt, og bygger opp sosial og kulturell kapital som er viktige påvirkningsfaktorer for helse.

4.5.1.2 Fylkeskommunen som pådriver for, og samordner av, folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 3.2. ledd

Ved siden av å ivareta folkehelse innen sine lovpålagte oppgaver har fylkeskommunen en rolle som pådriver for og samordner av folkehelsearbeidet i fylket. Høringsnotatet fremhevet fylkeskommunens rolle som pådriver for sektorovergripende og samordnet innsats – bl.a. for å understøtte arbeid som foregår i regi av kommunene, og fremmet forslag om lovfesting av også ansvaret for denne rollen.

4.5.1.2.1 Bidra til å følge opp nasjonale mål og politikk

Regional utvikling skjer i skjæringspunktet mellom nasjonal politikk og den lokale og regionale unike situasjon og spesielle utfordringer.

Nasjonale mål og nasjonal politikk framgår bl.a. i Stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner jf. St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, Nasjonal strategi for barns miljø og helse 2007-2016, Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011, Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, m.fl. Innenfor folkehelsearbeidet generelt, og for flere av satsingene gjelder at det er rom for lokale tilpasninger og regionalpolitisk skjønn i gjennomføringen.

På områder hvor det er behov for regional tilpasning og utvikling, kan det være naturlig at fylkeskommunen forvalter midler til regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Dette gjelder for eksempel dagens ordning med stimuleringsmidler til infra-

strukturen for lokalt folkehelsearbeid (partnerskap for folkehelse).

Det er et mål med utgangspunkt i ulike regionale behov og utfordringer å sikre frihet til utforming, tilpasning og løsning av nasjonale føringer i folkehelsearbeidet. Her vil det ligge utfordrende oppgaver for et folkevalgt organ, som er bevisst sin rolle og sine muligheter som regional utviklingsaktør. Regional frihet innenfor lovpålagte oppgaver vil kunne bidra til et mangfold av organisasjonsmodeller og arbeidsmetoder, med gode regionale folkehelse tiltak med overføringsverdi på tvers av fylkes- og kommunegrenser.

4.5.1.2.2 Pådriver- og samordningsfunksjon for folkehelsearbeidet i fylket

I tillegg til forebyggende innsats i helsetjenesten – som i hovedsak er rettet mot enkeltindivider og grupper, omfatter folkehelsearbeidet innsats i en rekke sektorer mot samfunnsforhold og påvirkningsfaktorer for levekår og helse – som kommer hele befolkningen til nytte.

Det er behov for å ansvarliggjøre flere sektorer i arbeid for å fremme folkehelse, og å understøtte arbeidet i fylkets kommuner gjennom en mer samordnet og helhetlig innsats.

Fylkeskommunen har i kraft av rollen som regional utviklingsaktør og planmyndighet, så langt på frivillig basis, påtatt seg en slik pådriver- og samordningsoppgave, bl.a. gjennom å inngå forpliktende samarbeid med aktører i fylket og med kommuner basert på partnerskap, og gjennom å sikre folkehelsearbeidet god forankring politisk og administrativt i overordnede planer. Som samfunnsutvikler må fylkeskommunen bygge allianser med ulike aktører og sektorer og ta lederskap for å få til et «helhetsgrep» på utviklingen i fylket. Dette er viktig i folkehelsearbeidet som av natur er tverrfaglig og sektorovergripende.

Regional planstrategi, etter ny planlov, vil være et verktøy for forsterket regional samordning. Planstrategien skal samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes interesser. Ved innføring av planstrategi får også kommunene bedre muligheter til å delta i drøftinger om premissene for den regionale planleggingen, herunder valg av innsatsområder, organisering av arbeidet, mv.

Det foreslås å lovforankre pådriver- og samordningsfunksjonen, og det legges i den forbindelse til grunn en videreføring av partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner. Det legges videre til grunn at fylkeskommunen fastsetter hvordan det regionale folkehelsearbeidet skal organiseres, og

at fylkeskommunen er leder av fylkets partnerskap for folkehelse.

4.5.1.2.3 Rådgivning og veiledningsoppgaver

Fylkeskommunene har etter plan- og bygningsloven som oppgave å veilede kommunene i deres planarbeid. En utvidet fylkeskommunal veilederrolle, etter ny plandel i plan- og bygningsloven, på «nye» temaområder som bl.a. universell utforming og folkehelse forutsetter fagveilederkompetanse på disse feltene på fylkeskommunalt nivå.

Siden oppgavene knyttet til råd og veiledning overfor kommunene tar utgangspunkt i de saksfelt og ansvarsområder som fylkeskommunen allerede har, foreslås ingen endringer i den rådgivnings- og veiledningsrollen som fylkesmannen har i dag.

Det er viktig at folkehelse tiltak i kommunene er basert på best mulig oppdatert kunnskap om effektive virkemidler. Ved at det finnes et miljø regionalt som kan holde seg faglig oppdatert, og som kommunene kan spille på i et regionalt faglig nettverk, sikres at kunnskap utvikles og deles i disse nettverkene. Ved at fylkeskommunen har råd- og veiledningsoppgaver overfor kommunene vil det også skje erfaringsoverføring mellom kommuner.

4.5.1.3 Samarbeid om oppgavene og nærmere bestemmelser om fylkeskommunens folkehelsearbeid, jf. § 3, 2. og 3.ledd

Samarbeid på tvers av fylkesgrensene er ofte gunstig for ikke å si nødvendig av hensyn til et godt resultat. I høringsnotatet ble det derfor foreslått at to eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om løsning av oppgavene etter loven.

For å gjøre det mulig med en harmonisering av fylkeskommunenes folkehelsearbeid overfor kommunene, ble det også foreslått en forskriftshjemmel til nærmere regulering av fylkeskommunens folkehelsearbeid.

4.5.2 Høringsinstansenes syn

4.5.2.1 Generelt om oppgaver og virkemidler

Høringsinstansene er delt i synet på de oppgaver høringsnotatet foreslo lagt til fylkeskommunene. Mange høringsinstanser er inne på at fylkeskommunene er gitt for lite virkemidler og overført for få oppgaver i sammenheng med lovfestingen. Det vises særlig til at innstillingen fra Stortingets behandling av kommunal- og forvaltningsreformen ikke synes å være fulgt tilstrekkelig opp.

Flere instanser påpeker også at innholdet i fylkeskommunens ansvar ikke er tilstrekkelig presi-

sert. Det etterlyses for det første en bredere gjennomgang av hva fylkeskommunen skal ha av oppgaver vedrørende folkehelse innenfor sitt eget ansvarsområde. Videre savnes en presisering av hva slags koordinerende og understøttende funksjoner fylkeskommunens skal ha overfor kommunenes arbeid.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) savner en omtale av sammenhengen mellom arbeid og helse, og aktuelle tiltak i den forbindelse. AID uttaler:

«Selv om ulike typer arbeid kan ha usikre effekter på helse, vil arbeid for de fleste være en grunnleggende forutsetning for god helse gjennom de muligheter for selvrealisering og inntektsøkning arbeidet gir den enkelte. Erfaringer viser at alternativet til arbeid ofte bidrar til større helseproblemer, til tross for trygdeordninger som gir en viss økonomisk trygghet. Arbeidet med et inkluderende arbeidsliv og bedre arbeidsmiljø er derfor sentrale forebyggende tiltak for folkehelsen.»

Barne- og likestillingsdepartementet viser til at

«arbeidet på kultur- og fritidsområdet for barn og ungdom prioriteres ulikt i fylkeskommunene, og vil understreke viktigheten av dette arbeidet. Dersom loven kan bidra til å styrke kultur- og fritidsområdet for barn og ungdom, vil det bidra positivt i det forebyggende folkehelsearbeidet.»

Helsedirektoratet mener det er riktig at lovforlaget tar utgangspunkt i de funksjoner og roller fylkeskommunen i dag er tillagt, og uttaler videre:

«Direktoratet mener det er positivt at folkehelseperspektivet tydeliggjøres i fylkesplanarbeidet og i regional utvikling. Helsedirektoratet ser med interesse på at fylkeskommunene i økende grad ser på utvikling av befolkningens helse som en investeringsfaktor for å oppnå en positiv samfunnsutvikling i fylket. Direktoratet viser til at mange fylkeskommuner prioriterer regionale utviklingsmidler til folkehelseiltak, og håper at tydeliggjøringen av ansvaret bidrar til å forsterke denne utviklingen.»

Statens strålevern uttaler:

«I tilknytning til at en nå formaliserer fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, ønsker Statens strålevern å påpeke at det er behov for å intensivere det forebyggende arbeidet når det gjelder radon og UV – både på kommunalt og regionalt nivå.»

Friluftsrådene Landsforbund mener det er behov for

«en vesentlig styrking av folkehelsearbeidet bl.a. gjennom tydeliggjøring av ansvar, konkretisering av satsinger og økte bevilgninger. I forhold til utfordringene knytta til inaktivitet mener vi friluftsliv har et betydelig uutnytt potensial slik flertallet i Energi- og miljøkomiteen uttalte ved behandling av budsjettet for 2009.»

Fylkesmannen i Oppland uttaler at

«rollefordelingen mellom fylkesmannen og fylkeskommunen må klargjøres ytterligere slik at dobbeltarbeid og uklarheter for kommunene ikke oppstår. Samtidig må det avklares om det her er synergier og samhandlingsflater som bedre kan utnyttes. Vi mener at dette bør utredes nærmere før loven kan tre i kraft.»

KS uttaler:

«KS mener lovfesting må innebære at fylkeskommunene gis virkemidler og økonomiske ressurser til å utføre arbeidet, og at det foretas en oppgaveoverføring fra statlige etater til fylkeskommunene, slik at disse får et helhetlig regionalt ansvar. KS mener intensjonen i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomite med lovfesting ikke er ivarettatt, ved at fylkeskommunene verken får myndighet eller flere oppgaver innen folkehelse.»

Oppland fylkeskommune mener intensjonen i innstillingen fra Stortingets kommunal- og forvaltningskomite ikke er ivarettatt, ved at fylkeskommunene verken får myndighet eller flere oppgaver innenfor folkehelse. Dette synet deles av samtlige fylkeskommuner som har uttalt seg i høringen.

Akershus fylkeskommune mener:

«Helse- og omsorgsdepartementet må tydeliggjøre hva som skal være fylkeskommunens oppgaver i lovteksten og forarbeidene. Fylkeskommunen mener også det burde vurderes en generell hjemmel til å pålegge samarbeid på regionalt nivå om folkehelse, jf samarbeidsplikten i bygningsloven.... Forarbeidene og forslaget som sådan dveler ikke ved betingelser eller virkemidler for at fylkeskommunen kan fylle pådriver- og samordningsrollen i folkehelsearbeidet. For at fylkeskommunen skal være en interessant partner og leder av arbeidet, må virkemidler stilles til rådighet for fylkeskommunen. Det gjelder både administrative og økonomiske virkemidler.»

Sogn og Fjordane fylkeskommune uttaler:

«Sogn og Fjordane fylkeskommune er samde i at folkehelse er eit viktig tema i det regionale utviklingsarbeidet, og må inngå som del av den fylkeskommunale verksemda gjennom eit lov-pålagt ansvar for folkehelse.»

Fylkeskommunen uttaler vidare:

«Fylkesmannen sine utviklingsoppgåver innan folkehelse må overførast til fylkeskommunane.»

Aust Agder Fylkeskommune er av samme oppfatning og mener fylkesmannens oppgaver i folkehelsearbeidet med unntak av tilsynsoppgavene på overføres fylkeskommunene.

Nordland fylkeskommune uttaler:

«Lovteksten fremstår som vag og uklar mht å definere fylkeskommunes myndighet ansvar og roller.»

Møre- og Romsdal fylke uttaler:

«Lovteksta må gjerast meir tydeleg med omsyn til oppgåver og med myndigheit.»

Eidsberg kommune påpeker at forlaget ikke gir fylkeskommunen myndighet eller nye virkemidler.

Fauske kommune uttaler at:

«Det må i forslaget komme klart frem retningslinjer for hvordan fylkeskommunene kan gjøre frivillig sektor i stand til å innfri forventningene om å bidra på folkehelseområdet, spesielt gjelder strategier for samarbeid, ressurstilgang og ressursforvaltning».

Kommunen påpeker at i lovforslaget burde det fremkomme et tydeligere ansvar for å drive nettverk grunnet stort behov i kommunene for samhandlingskompetanse generelt og på folkehelsearbeid spesielt.

Trondheim kommune tror at det kan skape mer ineffektivt system om fylkeskommunen skal komme inn som en ekstra aktør til de som allerede har blitt tildelt ansvar og roller i forhold til forebygging, og uttaler vidare:

«Det er mulig fylkeskommunen kunne ha en koordinerende funksjon, men Trondheim kommune ønsker ikke at de skal få en overordnet rolle som pådriver overordnet kommunen. Rådmannen ser mer positivt på å videreføre en tilsynsrolle hos fylkesmannen fremfor en pådriver/samordningsrolle i fylkeskommunen.»

Kreftforeningen understreker at rollefordelingen mellom fylkeskommunen og fylkesmannen blir tydelig avklart, og at både kommunene og fyl-

kene får en tydelig oversikt over konkrete oppgaver i folkehelsearbeidet.

4.5.2.2 Om bruk av forskrifter til å presisere lovens innhold

De fleste som uttaler seg om hjemmel til å fastsette forskrifter er negative til dette og mener oppgavene må klart fremgå av lovteksten, jf. over.

Kultur- og kirke departementet mener siste del av bestemmelsen («...herunder om forvaltningen av statlige midler») er unødvendig og også kan misforstås dit hen at dette kan gjelde forvaltning av statlige midler generelt, og ber om at § 3 endres til: «Departementet kan gi nærmere forskrifter om fylkeskommunenes folkehelsearbeid.»

KS uttaler at forskrifthjemlene åpner for stor statlig innflytelse i det regionale folkehelsearbeidet.

«KS mener oppgavene for fylkeskommunene på folkehelse må hjemles i loven. Forskriftshjemlene må tas ut av loven.»

Akershus fylkeskommune utaler seg i samme retning:

«Hjemmelen til å gi nærmere forskrifter om fylkeskommunens folkehelsearbeid må utgå av loven. Slik lovforslaget foreligger, vil dette bli et område med sterk statlig styring. Dette undergraver den fylkeskommunale rollen som et selvstendig folkevalgt forvaltningsnivå.»

Nordland fylkeskommune har sammenfallende syn og uttaler:

«Det er uheldig at lovforslaget åpner for at statlige organer skal kunne pålegge fylkeskommunene nye plikter gjennom forskrifter. Innholdet i slike forskrifter er heller ikke drøftet i høringsnotatet.»

4.5.2.3 Om rådgivnings- og samordningsfunksjonen

Eidsberg kommune er positiv til forslaget om at fylkeskommunene skal ha en pådriver- og samordningsfunksjon, og at fylkeskommunene skal ha råd- og veiledningsansvar overfor kommunene på folkehelsefeltet.

4.5.2.4 Om partnerskapsorganisering

KS, fylkeskommuner og kommuner uttaler at de regionale folkehelsepartnerskapene er en modell som har potensial til å fungere godt og som bør videreføres og styrkes. Det påpekes imidlertid at partnerskapsatsingen i dag er meget sårbar og at den er avhengig av de årlige statstilskuddene.

Fylkesmennes Arbeidsutvalg uttaler:

«Vi meiner at frivillige oppgaver som leing av partnerskap for folkehelse, bør evaluerast før dei eventuelt blir lov- og forskriftsfesta.»

Fylkesmannen i Oslo og Akershus slutter seg til uttalelse fra Fylkesmennes Arbeidsutvalg, men uttaler i tillegg:

«Fylkesmannsembetet sitter på en bred faglig kompetanse innen folkehelse og har en viktig rolle i partnerskapet, og det bør legges til rette for at det opprettholdes et konstruktivt samarbeid mellom fylkeskommunen og Fylkesmannen, samt andre aktører i partnerskapet. Det er uklart beskrevet i høringsnotatet hvorledes fordeling av oppgavene mellom Fylkesmannen og fylkeskommunen er tenkt gjennomført. Dette må tydeliggjøres, slik at alle parter er klar over sin rolle og at arbeidsfordelingen blir konkretisert. Det uttales vidare at det er naturleg at oppgaven/rollen til Fylkesmannen i folkehelse- og partnerskapsarbeidet, er i samsvar med de tjenesteområdene og ansvar Fylkesmannen har gjennom oppgaver som tildeles gjennom embetsoppdraget, og ved øvrige pålegg av regionale myndighetsoppgaver.»

Fylkeskommunene uttaler seg positivt til at fylkeskommunene har det overordnede ansvaret og fullmakter til å organisere de regionale folkehelsepartnerskapene.

Andebu kommune uttaler:

«Skal Andebu kommune lykkes med å styrke de lokale folkehelsepartnerskapene som forutsett, må kommunen tilføres midler, som gjør det mulig å forsterke den samarbeidsstrukturen som er under oppbygging i kommunen.»

Statens seniorråd uttaler at

«den enkelte innbyggers helse forholder seg ikke utelukkende til ett nivå i forvaltningen, men er blant annet et resultat av samspillet mellom dem. Godt folkehelsearbeid er nivå- og sektorovergripende, og favner mye bredere enn det helsetjenesten alene kan ta seg av. Statens seniorråd er særlig tilfreds med at lovforslaget trekker frem alliansebygging og partnerskap som sentrale virkemidler for fylkeskommunen.»

Re kommune uttaler:

«Fylkeskommunen har gjennom partnerskapsarbeidet for folkehelse i Vestfold vært en viktig pådriver i det regionale utviklingsarbeidet, hvor folkehelsearbeidet er en sentral del. Dette er en modell som til nå har fungert godt i Vestfold, og bør derfor styrkes og videreutvikles

både regionalt og lokalt. Økonomi står da sentralt.»

Høgskolen i Telemark viser til gode erfaringer fra samarbeidprosjekter med Telemark fylkeskommune. Høgskolen uttaler at de gjerne hadde sett at utdanningsinstitusjonenes oppgaver hadde vært sterkere framhevet i høringsnotatet og utdyper:

«Ikke minst gjelder dette høgskoler og universiteter som sitter på verdifull kompetanse som kan utnyttes i en slik sammenheng. Her kan det i fellesskap utvikles en bredere forskningsarena som er til gjensidig nytte i folkehelsearbeidet. Tildelingen av et regionalt senter for omsorgsforskning til Høgskolen i Telemark, Avd. for helse- og sosialfag i fellesskap med Universitetet i Agder, vil fra vår side eksempelvis være et viktig bidrag til å forsterke samarbeidet innenfor folkehelseområdet med de omkringliggende kommuner og fylkeskommuner.»

Kreftforeningen uttaler:

«Ordningen Partnerskap for folkehelse – som i dag er etablert i alle landets fylker og i over halvparten av landets kommuner, bør utvikles og være et viktig møtepunkt for å realisere politikken innen folkehelseområdet. Kreftforeningen påpeker betydningen av å trekke frivillige organisasjoner med i fremtidens forebyggende helsearbeid. Frivillig sektor har betydelig kunnskaper og ressurser som bør fremheves ytterligere i et slikt samhandlingsperspektiv.»

4.5.3 Departementets vurderinger og forslag

En viktig forutsetning for lovforankring av fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet ligger i kommunal- og forvaltningskomiteens flertallsmerknad ved behandlingen av St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*. Høringsuttalelser blant fylkeskommuner og KS, gir riktignok uttrykk for at lovforslaget ikke ivaretar komitéflertallets merknader godt nok – dvs. at det ikke er omfattende nok. Men som nevnt ovenfor i 4.3.3 har departementet kommet til at det i denne omgang utarbeides en lov som fastslår at fylkeskommunene har en rolle og et ansvar i folkehelsearbeidet. Denne loven vil være relativt generell i sitt innhold, og ikke følge opp et ønske fra et flertall av høringsinstansene om at den må være mer konkret, og at den også må omfatte kommunenes arbeid.

Departementet vil også vise til at fylkeskommunenes ansvar for folkehelsearbeid har utgangspunkt i rollen som regional utviklingsaktør og gjen-

nom en styrking av ivaretagelsen av helsehensyn i planlegging og i fylkeskommunens øvrige virksomhet. Dette er roller fylkeskommunen allerede i dag innehar. Dette medfører dermed at forslaget til lovfesting av fylkeskommunens ansvar i begrenset grad påvirker den samlede oppgave- og ansvarsdelingen på folkehelseområdet. 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.

Flere instanser mener at det ikke er overført nok virkemidler til fylkeskommunene. Når det gjelder forslaget § 3, første ledd om å ta folkehelsehensyn innen fylkeskommunens eget ansvarsområde viser departementet til at fylkeskommunene vil ha virkemidler innenfor sektorlovgivingen som vil kunne benyttes. Når det gjelder fylkeskommunens pådriver- og samordningsoppgaver gjennomføres disse i dag uten særlige virkemidler ut over den statlige stimuleringsordningen. Ved en eventuelt senere gjennomgang av folkehelsefeltet der også kommunenes folkehelseoppgaver tas i betraktning og eventuelt konkretiseres, kan det være aktuelt å se nærmere på spørsmålet om virkemidler, for eksempel i form av myndighet å pålegge kommunalt samarbeid.

Pådriver- og samordningsfunksjonen, som i dag utføres på frivillig basis gjennom folkehelsepartnerskapene, omfatter også initiativ til å inkludere og etablere samarbeid med frivillige organisasjoner og aktører innenfor arbeid og helse som for eksempel arbeids- og velferdsforvaltningen.

Når det gjelder hjemmelen i høringsnotatet til å gi nærmere forskrifter om fylkeskommunenes folkehelsearbeid, er departementet kommet til at denne ikke bør fremmes. Hjemmelen var særlig tenkt i forhold til å regulere fylkeskommunenes samhandling med kommunene og ikke til regulering av fylkeskommunens arbeid med egne lovpålagte oppgaver. Departementet finner i lys av høringsuttalelsene at hjemmelen kan utgå av forslaget og eventuelt vurderes i sammenheng med en nærmere gjennomgang av kommunens folkehelseoppgaver.

Departementet finner for øvrig å foreslå en mindre teknisk endring i forhold til høringsnotatets § 3, andre ledd ved at formuleringen «gjennom regional planlegging» foreslås tatt ut. Dette innebærer ingen realitetsendring da fylkeskommunens ansvar for å fremme folkehelse innen regional planlegging også fremgår av første ledd.

4.6 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. § 4

4.6.1 Høringsnotatets forslag

For å ivareta rollen som regional utviklingsaktør, bl.a. gjennom regionale planstrategier, forutsettes det at fylkeskommunen har oversikt over helseforhold i fylket som har betydning for folkehelsen og hvordan helsen er fordelt i befolkningen. Høringsnotatet foreslo derfor lovfestet at fylkeskommunen skal ha slik oversikt.

Folkehelsearbeidet bl.a. innen regional planlegging, forvaltning og tjenesteyting skal være basert på best mulig kunnskap om helse- og levekårutfordringene i fylket. Dette innebærer å ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket, sentrale faktorer som er med på å påvirke helsetilstanden, samt hvordan disse er sosialt fordelt i befolkningen.

Hva som menes med nødvendig må sees i forhold til formålet. Når det gjelder regional planlegging betyr det å måtte ha dokumentasjon om hvilke folkehelseutfordringer som er størst i fylket og som det er naturlig å bringe inn i regional planstrategi og i regionale planer. Med utgangspunkt i helsestatistikk, bl.a. kommunehelseprofiler, bør årsaker til variasjoner vurderes og eventuelt kartlegges nærmere. Dette kan for eksempel dreie seg om forskjeller i levekår, miljøforhold mv, og som gir utfordringer som bør ivaretas i planlegging og strategiutvikling. Utviklingsstrategier og planer må også vurderes i forhold til mulig innvirkning på helsen, jf. konsekvensvurderinger. Dette betinger også oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kan bli berørt av planene.

Når det gjelder forvaltning og tjenesteyting bør en ha oversikt over forhold ved fylkeskommunens egen tjenesteyting med betydning for helsen, slik som frafall i videregående skole, helse- og miljøforhold i skolene, hva som tilbys av sunn/usunn mat og drikke i kantine, automater mv. Dette som grunnlag for hensiktsmessig styring og strategier for egen virksomhet slik at folkehelse blir tilstrekkelig ivarettatt. Tilsvarende gjelder for andre forhold som for eksempel samferdsel (trafikkulykker, støy, luftforurensning, barriereeffekter mv).

For oppgaver knyttet til påvirkning, råd og veiledning til kommunene vil fylkeskommunene kunne spille en rolle i å formidle plan- og styringsrelevante data til den enkelte kommune med utgangspunkt i nasjonale og regionale oversikter. Bl.a. kan fylkeskommunen fungere som et faglig bindeledd mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt, som har et nasjonalt ansvar for helseovervåkning, og kommunene.

Videre vil det kunne være aktuelt at fylkeskommunene med utgangspunkt i egne behov og kommunenes behov gjennomfører spørreundersøkelser i befolkningen. Befolkningsundersøkelse basert på spørreskjema om helse og helserelevante faktorer gir informasjon som man ikke får gjennom registrene. Eksempelvis kan spørreskjemaet inneholde noen få kjernespørsmål om fysisk og psykisk helse, funksjonsevne, kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk, alkohol mv. Det finnes en rekke eksempler på slike datainnsamlinger, blant andre HEPRO-undersøkelsen og Helseprofil for Akershus. Utvalgene i nasjonale helseundersøkelser vil vanligvis ikke være store nok til å kunne gi data for fylker og kommuner eller grupper av kommuner.

Slike regionale helseundersøkelser vil også kunne gi bedre nasjonale oversikter dersom fylkeskommunens arbeid med oversikter blir tilstrekkelig koordinert nasjonalt. Bl.a. kan det være aktuelt at de enkelte regionale undersøkelsene inneholder en del av spørreskjemaet eller undersøkelsene/prøvene fra de nasjonale undersøkelsene.

På bakgrunn av dette er det ønskelig at fylkeskommunene etablerer et faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for framskaffelse av regionale og kommunale oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen. Bl.a. kan Nasjonalt folkehelseinstitutt gi råd om bruk av standardiserte/validerte spørsmål og evt. undersøkelser/prøver, samt råd om rutiner og prosedyrer ved datainnsamling. Et nærmere samarbeid vil også kunne bidra til å videreutvikle Norges helse og Kommunehelseprofiler.

4.6.2 Høringsinstansenes syn

De fleste som uttaler seg om dette, støtter at fylkeskommunen får et spesielt ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket, men enkelte påpeker behovet for særskilt kompetanse på området. Noen mener at oppgaven med å holde oversikt bør beskrives nærmere direkte i loven.

Nasjonalt folkehelseinstitutt, som har et nasjonalt ansvar for overvåking av helsetilstanden, merker seg at det i høringsnotatet foreslås regionale helseundersøkelser med vekt på risikofaktorer i tillegg til helseutfall. Instituttet understreker i sin uttalelse at det kreves mye kompetanse og ressurser for å gjennomføre gode helseundersøkelser, men uttaler:

«Når vi har bygget dette opp på nasjonalt nivå, vil det derimot ikke kreve så mye ekstra å trekke tilleggsutvalg i ulike fylker og hekte på

ekstra spørsmål på tema som de er opptatt av lokalt.»

Folkehelseinstituttet slutter seg til følgende slik det framgår av høringsnotatet:

«På bakgrunn av dette er det ønskelig at fylkeskommunene etablerer et faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for å framskaffelse av regionale og kommunale oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen. Bl.a. kan Nasjonalt folkehelseinstitutt gi råd om bruk av standardiserte/validerte spørsmål og evt. undersøkelser/prøver, samt råd om rutiner og prosedyrer ved datainnsamling.»

Fylkesmannen i Finnmark mener at denne oppgaven til en viss grad krever helsefaglig kompetanse. Fylkesmannen har også et overvåkingsansvar og det er lite hensiktsmessig at dette arbeidet gjøres parallelt i fylket. Fylkesmannen har følgende merknad til at fylkeskommunene i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomfører egne befolkningsundersøkelser:

«Hvis det er ment at slike helsedata skal være styrende for det regionale og kommunale folkehelsearbeidet, ønsker vi å understreke viktigheten av at dette arbeidet gjøres hovedsaklig av forskningsinstitusjoner etter oppdrag fra fylkeskommunen. Fylkeskommunenes oversikt må ha et solid faglig fundament for at den blant annet kan være et av flere grunnlag for Fylkesmannens følge med-funksjon (jf. kapittel 3.5.1).»

Fylkesmannen i Rogaland uttaler:

«Fylkeskommunene rår normalt ikke over kompetanse til store helseundersøkingar. Dersom dei skal gjennomføre slike, bør det skje i regi av t.d. Nasjonalt folkehelseinstitutt, slik at vi får same type undersøkingar i alle fylke. Dersom det er behov for meir lokale og lokalt tilpassa kartleggingar/undersøkingar bør fylkeskommunen ta imot slike tenester frå instansar/organ som har kompetanse til slikt.»

Fylkesmennenes Arbeidsutvalg uttaler at

«ansvaret for større befolkningsundersøkingar høyrer heime i dei nasjonale institusjonane som alt har kompetanse.»

Rogaland fylkeskommune mener at fylkeskommunen gjennom lov bør gis et pålegg om å føre en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk, bl.a. et lovpålagt ansvar for å gjennomføre regelmessige befolkningsundersøkelser om helsetilstanden og sentrale påvirkningsfaktorer, og at fylkeskommunen

må forpliktes til å samordne arbeidet slik at dataene blir sammenlignbare.

Nord-Trøndelag fylkeskommune mener det er uheldig at nasjonal helsestatistikk i liten grad gir kunnskap som utnyttes på lokalt nivå, og uttaler:

«Derfor vil det være naturlig at fylkeskommunene ble gitt ansvar for å bidra med befolkningsdata på folkehelsefeltet.»

Akershus fylkeskommune er positiv til forslaget om at fylkeskommunen som en ny oppgave skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, og uttaler:

«Forslaget er imidlertid ikke klart nok avgrenset i forhold til hva andre er pålagt å ha oversikt over. Dette må bearbeides før lovforslaget sendes Stortinget.»

Sogn- og Fjordane fylkeskommune er også positiv til forslaget og uttaler:

«Dette er spesielt viktig i høve til å motverke sosiale skilnader på helseområdet. Eit godt datamateriale vil dessutan bety mykje for regional og lokal politikktutforming, og ha innverknad på den samla gjennomføringskrafta i fylket.»

Sarpsborg kommune uttaler at:

«Alle oppgavene som følger av lovforslaget må hjemles i loven. Dette innebærer bl.a. at fylkeskommunen må gis et lovpålagt ansvar for å gjennomføre regelmessige befolkningsundersøkelser om helsetilstanden og sentrale påvirkningsfaktorer på en slik at dataene blir sammenlignbare.»

Høyanger kommune uttaler at

«det er særst viktig at fylkeskommunen kan bistå kommunane med rådgiving og rettleiing og ta ansvar for å ha ein overordna oversikt over «folkehelseilstanden» i fylket.»

Det samme uttaler øvrige kommuner i Sogn og Fjordane.

Trondheim kommune og *Spydeberg kommune* er blant de kommuner som er positive til at fylkeskommunen legger til rette for undersøkelser i andre kommuner i fylket for å oppnå sammenlignbare data.

Norsk forening mot støy mener at fylkeskommunen kan og bør være en viktig bidragsyter på dette området, og uttaler:

«God oversikt over befolkningens helsetilstand og kunnskap om lokale påvirkningsfaktorer er viktig for helsetjenesten og for de andre sektorene for å motvirke en helsemessig negativ

utvikling, for eksempel i forhold til støy. Synliggjøring av lokale forhold som for eksempel støykilder, antall støyplagede og lignende, vil kunne bidra til bevisstgjøring og dermed større politisk og administrativ vilje til å forebygge fremtidige problemer. Å fremskaffe lokale data er ressurskrevende og vanskelig, ikke minst for små kommuner.»

4.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet merker seg at enkelte tar til orde for å lovfeste ytterligere detaljer i hvordan fylkeskommunene skal holde oversikt, bl.a. ved plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser. Departementet legger likevel vekt på at det er nødvendig å ha tilstrekkelig fleksibilitet med hensyn til hva en fylkeskommunal oversikt skal inneholde og å legge til rette for at en kan ivareta ulike behov mellom landsdeler og fylker. Det vil således være uheldig å gi ytterligere føringer for hva denne plikten til å holde oversikt mer konkret skal innholde. Innholdet vil i den nærmeste fremtid måtte utvikles av de ulike fylkeskommuner i samarbeid med nasjonale og lokale myndigheter og kompetansemiljøer. Av hensyn til behovet for å kunne sikre enhetlighet, og dermed mulighet for sammenligninger og erfaringsoverføringer, mener departementet likevel det er viktig å ha en hjemmel til å kunne gi nærmere regler om innhold og gjennomføring som for eksempel metoder og utvalg som bør anvendes.

4.7 Konsekvenser for andre aktører

Nedenfor redegjøres det kort for forhold som gjelder de aktører som konkret omtales i dette høringsdokumentet. Dette er fylkesmannen, kommunene, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

4.7.1 Høringsnotatets forslag

4.7.1.1 Konsekvenser for fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket

Fylkesmannens rolle i folkehelsearbeidet endres ikke som følge av at fylkeskommunen får et lovfestet ansvar for folkehelsearbeid. Fylkesmannen skal være formidler, tilpasser og iverksetter av statlig politikk og nasjonale målsettinger, ivareta en rekke oppgaver knyttet til kontroll og rettssikkerhet, og ha en koordinerende funksjon overfor andre regionale statlige organer. Det følger av dette at fylkesmannen fortsatt skal ha delegert myndighet til å fortolke regelverk på helseområdet.

Fylkesmannsembetet skal forvalte statlige oppgaver fra mange departementer på regionalt nivå.

Det er viktig at oppdragene som kan kobles til folkehelsearbeidet, ses i sammenheng med relevante oppdrag gitt av andre departementer. Folkehelsearbeidet skal derfor være et gjennomgående tema i flere avdelinger i det enkelte fylkesmannsembete, bl.a. ved at folkehelserådgiveren tilleggs oppgaver på tvers av avdelinger.

En tydeliggjøring av fylkeskommunens ansvar vil imidlertid også bidra til å tydeliggjøre fylkesmannens ansvar. Dette gjelder særlig i forhold til:

- Fylkesmannens følge-med ansvar og Helsetilsynet i fylkets overordnede faglige tilsyn opp mot fylkeskommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand i fylket og forhold som virker inn på denne.
- Fylkesmannens ansvar for å formidle nasjonal politikk overfor kommunene opp mot fylkeskommunen ansvar for å iverksette regionalt tilpasset nasjonal politikk.

Når det gjelder fylkesmannens følge med-ansvar, så tar dette utgangspunkt i statens behov for et godt beslutningsgrunnlag. Fylkeskommunens oversikt vil være et av flere grunnlag for denne følge med-funksjonen. Likeledes vil fylkesmannen vurderinger, for eksempel uttrykt gjennom de årlige medisinalmeldingene være et grunnlag for fylkeskommunens oversikt.

Helsetilsynet i fylket har som tilsynsmyndighet ansvar for å vurdere helsetjenestens omfang og innretning i forhold til helsetilstand og utfordringer. En bedre oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. at fylkeskommunen arbeider mer systematisk med dette, vil gi bedre grunnlag for slike vurderinger. Dette har igjen betydning for rapportering til Statens helsetilsyn og til Departementet, samt for planlegging og prioriteringer av tilsynet.

Når det gjelder fylkesmannens ansvar for å formidle nasjonal politikk, så vil dette gjelde hele folkehelsepolitikken. Staten har behov for at styringsinformasjonen fra Stortinget formidles gjennom statens egne kanaler. Der staten har et særlig behov for å oppnå lik implementering av tiltak over hele landet eller der rettsikkerhetshensyn tillegges vekt, vil fylkesmannen fortsatt være hovedaktøren. Dette forhindrer likevel ikke et nært samarbeid med landets fylkeskommuner, også om disse oppgavene.

4.7.1.2 *Konsekvenser for kommunene*

Lovforankringen av fylkeskommunenes ansvar i folkehelsearbeidet endrer ikke kommunenes ansvar for folkehelsearbeid. Gjennom kommune-

helsetjenesteloven er kommunene tillagt et omfattende ansvar, og dette videreføres. Et tydeligere fylkeskommunalt ansvar skal understøtte kommunens folkehelsearbeid, både når gjelder ansvaret for å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og viktige påvirkningsfaktorer, og når det gjelder styrket politisk og planmessig forankring av folkehelsearbeidet. Når folkehelsearbeid settes i en tydeligere sammenheng med regional utvikling, vil dette kunne styrke det brede og tverrsektorielt innrettede folkehelsearbeidet i kommunene.

4.7.1.3 *Konsekvenser for helseforetak*

Helsetjenesten skal ikke være uavhengig av helsetilstanden i befolkningen. Forståelse for slike sammenhenger er av betydning for både dimensjonering og prioritering, men også for allmenn ressursforvaltning i helsesektoren. Helseforetakene bør derfor forvalte kompetanse som også ivaretar folkehelseproblemstillinger. Et bedre fokus på helseatferd, risikofaktorer, epidemiologi og forebygging bør integreres sterkere i helsetjenesten og bygge på dokumentasjon av status for befolkningens helsetilstand i de ulike helseregionene.

I dag beregnes behovet for helsetjenester med stor vektlegging av demografiske data, uten å ta tilstrekkelig høyde for at det er betydelige geografiske forskjeller i sykелighet. Det observerte forbruket av helsetjenester kan like gjerne være en funksjon av tilbud og tilgjengelighet, som av behov pga sykелighet. En bedre samordning av overvåkningsfunksjonen kan gi et bedre grunnlag for å fordele helseressursene rettferdig. Det vil også kunne gi mulighet for å se risikofaktorer og potensial for forebygging i sammenheng med utgiftene til kurative tjenester og trygdeytelser.

Forebyggingspotensialet antas fortsatt å være betydelig i Norge. Uansett er det viktig å ha, basert på god helseovervåkning, en løpende vurdering av hva dette potensialet er.

4.7.1.4 *Konsekvenser for Helsedirektoratet*

Forslaget til lovforankring har ingen direkte konsekvenser for Helsedirektoratet. En tydeliggjøring av fylkeskommunens ansvar vil likevel på sikt kunne medføre forenkling av tilskuddsforvaltning som skjer gjennom fylkeskommunene.

4.7.1.5 *Konsekvenser for Statens helsetilsyn*

Helsetilsynet i fylket skal etter tilsynsloven føre tilsyn med alt helsevesen i fylket, derunder helsefremmende og forebyggende tjenester basert på helselovgivningen enten disse utføres i regi av

kommuner, fylkeskommuner, statlig eller private aktører.

4.7.1.6 *Konsekvenser for Nasjonalt folkehelseinstitutt*

Folkehelseinstituttet har i dag ingen myndighetsfunksjoner, men omfattende rådgivningsoppgaver ut mot fylker og kommuner. Dette gjelder særlig innen smittevern og miljømedisin, men også på andre områder har Folkehelseinstituttet viktige funksjoner. Ved en tydeliggjøring av fylkeskommunenes rolle i å ha oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer, er det viktig at Folkehelseinstituttet understøtter dette arbeidet gjennom råd og veiledning. Dette gjelder ikke minst i de tilfeller der fylkeskommunen initierer og gjennomfører befolkningsundersøkelser. Se for øvrig kap 4.6.

4.7.2 *Høringsinstansenes syn*

Departementet viser til kap 4.5.2 der høringsinstansenes syn på de oppgavene høringsnotatet foreslo lagt til fylkeskommunene er referert. Et hovedsynspunkt var at flere oppgaver måtte overføres fylkeskommunen. I tillegg til det som fremgår av 4.5.2 fremkom følgende:

Helsedirektoratet er opptatt av viktigheten av et statlig regionalt apparat for å sikre god iverksetting av statlig politikk ut mot kommunene, og uttaler i denne sammenheng:

«Det er derfor av avgjørende betydning at fylkesmannens oppgaver, kapasitet og kompetanse opprettholdes og på sikt styrkes. Helsedirektoratet vil gå imot å trekke utviklingsoppgaver og ressurser ut av embetene, noe som lett vil bidra til forvitring av fagmiljøene.»

Fylkesmennenes Arbeidsutvalg og Statens helsetilsyn har samme syn som over, og Statens helsetilsyn uttaler:

«Vi frykter at ei endring i ansvars- og oppgavefordelinga kan svekkje eksisterande fagmiljø på fylkesregionalt nivå.»

Sogn og Fjordane fylkeskommune uttaler:

«Fylkesmannen sine utviklingsoppgåver innan folkehelse må overførast til fylkeskommunen.»

Dette støttes av flere fylkeskommuner og KS som uttaler:

«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 fyl-

kesmannen og hvordan et folkehelsearbeid tuffet på et lokal- og regionaldemokrati kan gi en merverdi til landets totale folkehelseinnsats.»

KS hevder videre at:

«Det framlagte lovforslaget gir fylkeskommunene verken myndighet eller nye virkemidler i folkehelsearbeidet. Det foreslås ikke overført oppgaver fra andre aktører til fylkeskommunene, og fylkeskommunene får ikke nye oppgaver utover de oppgaver fylkeskommunen allerede ivaretar. Notatet gir heller ingen avklaring av grensesnittet mellom de ulike organene i folkehelsearbeidet.»

4.7.3 *Departementets vurderinger og forlag*

Departementet viser til det som er sagt om oppgaveoverføring tidligere, jf. 4.3.3 og 4.5.3, og fremmer ikke forlag om ytterligere endringer i oppgavefordelingen her. Spørsmål om en mer omfattende lov og ansvarsdefinering må vurderes i forbindelse med bl.a. en gjennomgang av kommunenes folkehelsearbeid.

4.8 Tilsyn

4.8.1 *Høringsnotatets forslag*

I høringsnotatets forslag var det ikke foreslått noen tilsynshjemmel, men at dette kunne vurderes, bl.a. med utgangspunkt i om manglende oppfyllelse av lovkravene kunne medføre fare for skade for liv og helse. Det ble uttalt at dersom man kommer frem til at et særskilt tilsyn er nødvendig, vil man kunne tenke seg både Helsetilsynet i fylket og fylkesmannsembetet som naturlige alternative tilsynsmyndigheter.

4.8.2 *Høringsinstansenes syn*

Høringsinstansene uttaler seg i liten grad om tilsyn.

Larvik kommune uttaler at en ny tilsynsmyndighet ikke er ønskelig.

Fylkesmennenes Arbeidsutvalg uttaler at tilsyn med folkehelsearbeidet bør ha et bredt perspektiv og ikke i hovedsak være innrettet mot helsetjenester alene. Myndigheten til å føre tilsyn bør derfor ikke ligge under Helsetilsynet i fylket, men under fylkesmennene. Det uttales videre at:

«Dersom fylkesmannen skal ha tilsyn med folkehelsearbeidet i fylkeskommunen, kan han ikke lenger være part i partnerskapene.»

Statens helsetilsyn uttaler:

«Vi ser ikkje at det er nødvendig med ein særleg heimel for statleg tilsyn i denne loven slik utkastet no ligg føre. Mykje av arbeidet til fylkeskommunen vil vere grunnlagt i det regionale planarbeidet. Då er fylkestinget planmyndigheit, og staten har sine oppgaver og intervensjonsinstrument etter plan- og bygningsloven på allment grunnlag. ...Samla sett gir lov om statleg tilsyn med helsetenesta, i lys av kapittel 10a i kommuneloven, eit tilstrekkeleg grunnlag for utøving av tilsynsmakt der det måtte krevjast når det gjeld yting av helsetenester. Dersom det ut frå vurderingar av omsynet til liv og helse likevel skulle bli aktuelt med ein særleg tilsynsheimel, meiner Statens helsetilsyn at ei særleg tilsynsoppgåve eventuelt bør leggjast til Helsetilsynet i fylket, som ligg i direkte faglinje til Statens helsetilsyn. Dei sakene som det vil vere aktuelt å nytte eit slik spesifikt tilsynsinstrument i forhold til, vil truleg oftast vere aktuelt å sjå i eit nasjonalt perspektiv.»

4.8.3 Departementets vurderinger og forslag

I Ot.prp. nr. 97 (2005-2006) er det uttalt som et mål at statlig tilsyn med kommunesektoren bare bør brukes på de områdene der hensynet til rettssikkerhet og samfunnstrygghet ikke blir godt nok sikret gjennom andre former for kontroll og påvirkning. På bakgrunn av dette er det etablert en relativt omfattende spørsmålsbasert metode som skal lede frem til et risikobilde som igjen skal danne grunnlaget for å vurdere om det er behov for statlig tilsyn, hvordan et eventuelt tilsyn bør innrettes og eventuelt hvilke andre typer oppfølging som kan være hensiktsmessig. Det skal også gjøres en vurdering av hvorvidt nytten med et tilsyn er større enn kostnadene.

En bestemmelse om fylkeskommunens ansvar for folkehelse antas ikke å ha behov for tilsyn med utgangspunkt i rettssikkerhet da den ikke gir individuelle rettigheter og plikter. Når det gjelder samfunnssikkerhet kan det være et spørsmål om manglende oppfyllelse av lovens krav kan medføre skade på liv og helse. Ettersom foreslått lov er ment å ivareta helse, vil man for så vidt kunne si at manglende oppfyllelse vil kunne innebære skade på liv og helse. Det er i denne sammenheng en vurdering av hvor omfattende skadebegrepet skal forstås og hva slags tidsperspektiv som skal legges til grunn.

Med utgangspunkt i lovteksten, slik den fremmes her, mener Departementet at det ikke skal legges opp til en tilsynsordning. I vurderingen ligger

bl.a. at kravene til fylkeskommunen er generelt utformet og gir fylkeskommunen stor frihet, samt at tilsyn med kommuner og fylkeskommuner bør begrenses. Videre har departementet tillit til at fylkeskommunene ivaretar sitt ansvar på en tilfredsstillende måte, jf. bl.a. det generelle ansvaret fylkeskommunene har for regional utvikling.

Behov for tilsyn vil bli tatt opp til ny vurdering ved en eventuelt senere revisjon av loven, og da med utgangspunkt i en nærmere konkretisering av bestemte oppgaver som ved manglende ivaretagelse kan innebære skade for liv og helse, jf. for eksempel manglende tiltak for å forebygge ulykker, samt i hvilke grad fylkeskommunene faktisk ivaretar sitt ansvar etter loven.

Et annet hensyn som taler mot tilsynshjemmel nå, er at det er ønskelig at fylkesmennene er en aktiv samarbeidspartner for fylkeskommunene i folkehelsepartnerskapene. At de samme fylkesmennene skal føre tilsyn med fylkeskommunene om disse oppgavene er uheldig. Staten vil uansett kunne ha forventninger til fylkeskommunen gjennom forvaltningen av tilskudd, gjennom partnerskapsavtaler, i dialog og veiledning for øvrig.

4.9 Økonomi

Kommunesektoren ble i høringsbrevet spesielt bedt om å kommentere de økonomiske vurderingene i høringsnotatet.

4.9.1 Høringsnotatet forslag

I høringsnotatet vises det til at lovforslaget innebærer en tydeliggjøring av fylkeskommunens ansvar for å ivareta folkehelse i egen tjenesteyting, forvaltning og planlegging, og ansvar for at folkehelse inngår som en del av arbeidet med regional utvikling. Det legges til grunn en videreføring av partnerskap for folkehelse, ved at fylkeskommunene får et lovfestet ansvar for en pådriver- og samordningsfunksjon for det sektorovergrepene folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. Fylkeskommunene skal i den forbindelse ha ansvar for å etablere samarbeid, gjennom for eksempel partnerskap, med regionale statsetater, frivillige organisasjoner og andre aktuelle aktører i fylket, samt med kommunene i fylket. Det foreslås også lovfestet å holde tilstrekkelig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer av betydning for folkehelsen i fylket.

Det foreslås at den lovpålagte pådriver- og samordningsfunksjonen finansieres med midler som i dag bevilges til partnerskap for folkehelse over kap

719 post 60. Det legges opp til at stimuleringsmidlene fra kap 719 post 60 flyttes over til fylkeskommunenes rammer f.o.m. 2010.

4.9.2 Høringsinstansenes syn

Mange instanser gir uttrykk for at det ikke lar seg gjøre å innføre en lovpålagt oppgave uten at denne følges av midler. Flere hevder at selv om folkehelsearbeid gjennom flere år har vært en frivillig oppgave for fylkeskommunene må det regnes som en ny oppgave når denne gjøres obligatorisk og således følges opp med friske midler. Instansene er derimot delt når det gjelder høringsnotatets forslag om å overføre de statlige midlene til folkehelsearbeid som i dag fordeles av fylkesmannen/fylkeslegen. Noen mener at dette må fortsette som i dag da det vil være ødeleggende for arbeidet som er i gang om disse øremerkede midlene skal spres jevnt utover. Andre er enige i at disse midlene går inn i rammeoverføringen, men påpeker at det er alt for lite til å dekke opp behovet. Flere instanser mener det er behov for en «folkehelsemilliard» som dekkes ved å overføre en prosentdel av helseforetaksbudsjettet til fylkeskommuner og kommuner.

Aust-Agder Fylkeskommune uttaler at:

«Fylkeskommunens oppgaver hjemlet i en egen lov må fullfinansieres fra staten for å sikre effektivt folkehelsearbeid gjennom partnerskap for folkehelse.»

Nord-Trøndelag fylkeskommune viser til at når folkehelsearbeid blir lovpålagt, må det betraktes som en ny fylkeskommunal oppgave, det vil derfor være naturlig at det stilles økonomiske midler til disposisjon for at oppgaven skal blir løst på en tilfredsstillende måte.

Finnmark fylkeskommune, Møre og Romsdal fylke, Oppland fylkeskommune og Østfold fylkeskommune peker på det samme som Nord-Trøndelag og tilføyer at det som minimum må tilføres 2,5 mill kr. per fylke.

Vest-Agder fylkeskommune mener staten må overføre betydelige økonomiske ressurser til fylkeskommunene som gjør dem i stand til å drive et effektivt folkehelsearbeid. Videre uttales at:

«minimum 1 % av rammen til helseforetakene bør brukes til folkehelse tiltak i kommunene kanalisert gjennom de regionale partnerskapene. Denne «folkehelsemilliard» gir over år høy avkastning i forhold til selvopplevde helse og objektive helse- og levestandarder og må ses på som en investering.»

Også Nordland fylkeskommune etterlyser en folkehelsemilliard.

Sogn og Fjordane fylkeskommune uttaler:

«Staten må overføre betydelege økonomiske ressurser til fylkeskommunen slik at dei er i stand til å drive eit målretta og sektorovergripande folkehelsearbeid.»

Akershus fylkeskommune uttaler:

«Det savnes i lovforslaget en vilje til å styrke fylkeskommunen som regional folkehelseaktør. For å kunne fremme folkehelse, lede, være pådriver og samordner i et partnerskapsarbeid (jf lovforslagets § 3) må det stilles både administrativ og økonomiske ressurser til rådighet slik at fylkeskommunen kan bli en sterk og attraktiv partner.»

KS påpeker i sin uttalelse:

«KS mener alle nye oppgaver til kommunesektoren må kompenseres økonomisk. 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. KS mener de regionale folkehelsepartnerskapene er en modell som fungerer godt og som bør videreføres. Å følge opp statens ambisjonsnivå med de regionale folkehelsepartnerskapene innebærer en ekstra utgift på minimum 2,5 mill. kroner pr år for hver fylkeskommune, dersom 4 stillingshjemler skal avsettes til dette.»

Dette synet deles av samtlige fylkeskommuner og en rekke kommuner som har uttalt seg.

Rogaland fylkeskommune uttaler i tillegg at folkehelsearbeidet er betydelig underfinansiert, både i kommunene og fylkeskommunene.

Stryn kommune «vil understreke behovet for styring og styrking av økonomi på eit generelt grunnlag innafor arbeidet med det førebyggjande folkehelsearbeidet regionalt og lokalt.» *Stryn kommune* går imot at «folkehelsemidlane vert innlemma i rammetilskotet til kommunesektoren» og begrunner dette med at det må øremerkede midler til over en lengre periode dersom man skal oppnå ønsket resultat ved innføring av et nytt satsingsområde, slik det brede folkehelsearbeidet er. Andre kommuner i Sogn og Fjordane gir uttrykk for det samme – *Førde, Jølster, Høyanger, Aurland*, m.fl.

Førde kommune presiserer:

«Kommunane står overfor store oppgåver i det framtidige førebyggjande folkehelsearbeidet, og at det åleine til kommunane bør vere snakk om ein «folkehelsemilliard». Fylkeskommunane bør såleis få sitt førebyggjande folkehelsearbeid styrka med sin «folkehelsemilliard», slik at fylkeskommunane sitt med 2 milliardar til fordeling til partnerskapsavtalar (inkl. stillin-

gar) i samarbeid med kommunane. Førde går således ikkje inn for at folkehelsemidlane vert fordelte i rammetilskotet til kommunane og fylkeskommunane etter 2010.»

Aurland kommune uttaler:

«Aurland kommune meiner at ein fram til eventuell lovendring om kommunalt ansvar for folkehelsearbeid utover det som er heimla i kommunhelsetjenestelova fordelar midlar til kommunane gjennom partnerskapsavtalar.»

Jølster kommune uttaler det samme.

Vestre-Toten kommune, Vestvågøy kommune, Spydeberg kommune, Marker kommune, Volda kommune, Halden kommune, Trøgstad kommune og Bamble kommune peker alle på at det er viktig at fylkeskommunen og kommunene styrkes med midler til folkehelsearbeid og flere viser til behovet for en folkehelsemilliard.

Folldal kommune mener at folkehelsearbeidet bør få et bedre fundament i den enkelte kommune før midlene på budsjettpost fra kap 719, post 60 bør overføres til fylkeskommuners og kommuners rammer. *Folldal kommune* uttaler:

«Vanligvis støtter kommunen alle forslag om å flytte ressurser fra «øremerkede poster» til rammen. Her er imidlertid situasjonen slik at dersom denne budsjettpost ikke økes vesentlig vil tilførte midler i liten grad være et ekte incitament for økt satsing på folkehelsearbeid for den enkelte kommune.»

4.9.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til at lovforslaget innebærer en tydeliggjøring av fylkeskommunens ansvar for å ivareta folkehelse i egen tjenesteyting, forvaltning og planlegging, og ansvar for at folkehelse inngår som en del av arbeidet med regional utvikling herunder ny plandel i plan- og bygningsloven. Det foreslås også videreføring av den etablerte ordningen med partnerskap for folkehelse, ved at fylkeskommunene får et lovfestet ansvar for en pådriver- og samordningsfunksjon for det sektorovergripende folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. Fylkeskommunene skal i den forbindelse ha ansvar for å etablere samarbeid, gjennom for eksempel partnerskap, med regionale statsetater, frivillige organisasjoner og andre aktuelle aktører i fylket, samt med kommunene i fylket.

I utgangspunktet legges det således ikke opp til at fylkeskommunene skal pålegges å løse nye oppgaver som følge av lovforslaget. Lovforslaget medfører derimot at de nevnte oppgavene, herunder

pådriver- og samordningsfunksjonen gjennom folkehelsepartnerskapene, går over fra en frivillig til en ordinær oppgave for fylkeskommunene. Fylkeskommunene ivaretar også i dag denne funksjonen i oppgaver som nevnt over i varierende grad. 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.

§ 4 i lovforslaget innebærer at fylkeskommunene skal ha tilstrekkelig oversikt til å ivareta oppgavene etter § 3 i lovforslaget. Dette er i første rekke en presisering i form av sammenstilling og vurderinger fra et helseperspektiv i forhold til det generelle ansvaret fylkeskommunen har i dag etter ulikt regelverk, jf. kapittel 3.2. Kravet må bl.a. sees i forhold til fylkeskommunens ansvar som regional planmyndighet. Ved utarbeidelse av planstrategi er det viktig at fylkeskommunen har en tilstrekkelig oversikt over utfordringer, dvs. problemer og muligheter som er i fylket. Dette omfatter også helsemessige forhold, jf. ny plan- og bygningslov. Fylkeskommunen har også i dag ansvar for å ha oversikt over en del påvirkningsfaktorer etter annet regelverk bl.a. forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager, vegloven og vegtrafikkloven. Det er lagt inn en forskriftshjemmel som kan gi mulighet til å presisere fylkeskommunenes rolle i helseovervåkingen. Ved en eventuell forskrift vil økonomiske konsekvenser bli utredet på normal måte.

Departementet merker seg høringsinstansenes syn om at folkehelsearbeidet generelt er underfinansiert både i kommunene og i fylkeskommunene. Videre gir høringen et entydig signal om at nye lovpålagte oppgaver må kompenseres. Det er likevel noe delte meninger om hvordan dette best kan gjøres.

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.

Departementet viser til at lovforslaget, slik det nå foreligger, ikke følger opp ønsket fra et flertall av høringsinstansene om en mer omfattende lov som både omhandler kommunenes og fylkeskommunenes ansvar og oppgaver i arbeid for å fremme folkehelse. En slik lovfesting som omfatter både kommunenes og fylkeskommunenes ansvar for folkehelse, ville kreve en gjennomgang av kommunenes folkehelseoppgaver og dermed kreve en ny

utredning herunder nye vurderinger av økonomiske og administrative kostnader.

Lovforslaget slår fast at fylkeskommunene har et ansvar i folkehelsearbeidet. Dette ansvaret omfatter for det første å fremme folkehelse innen rammen av fylkeskommunens ordinære oppgaver. Videre innebærer forslaget at pådriver- og samordningsfunksjonen går over fra en frivillig til en lovpålagt oppgave. Fylkeskommunen får også ansvar for å holde oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer av betydning for folkehelsearbeidet i fylket.

Departementet viser også til vurderinger i kapittel 5.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovforslaget innebærer en lovfesting av fylkeskommunenes ansvar for folkehelse i egen tjenesteyting, forvaltning og planlegging, i regional utvikling, samt et lovfestet ansvar for en pådriver- og samordningsfunksjon for det sektorovergripende folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Det foreslås også å lovfeste at fylkeskommunene skal holde oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer av betydning for folkehelsearbeidet i fylket.

Hjemmelen til å gi forskrifter om folkehelsearbeidet er tatt ut av forslaget. Bestemmelsen om å ha oversikt er en presisering til det generelle ansvaret fylkeskommunen har i dag, og den ekstra oppgaven denne sammenstillingen og vurderingen måtte medføre kompenseres. Ved en eventuelt utvidet rolle, jf. forskrifthjemmelen, vil dette bli utredet ved normal måte i forbindelse med forskriftarbeidet.

Departementet mener at lovfesting 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 dag finansieres deler av partnerskapsorganiseringen ved tilskudd fra staten, og stimuleringsmidlene til dette formål på kap 719, post 60 utgjør i 2009 om lag 35 mill. kr. De økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslaget vil dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjettammer. Behovet for flytting av bevilgning fra øremerket tilskudd over kap 719, post 60 til rammetilskudd til fylkeskommunene vil bli vurdert i forbindelse med budsjettforslaget for 2010.

6 Merknader til de enkelte paragrafene i lovforslaget

Til § 1

Bestemmelsen angir hvilket ansvar fylkeskommunene har i forbindelse med folkehelsearbeidet. Med folkehelse menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse og trivsel, forebygger sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Fylkeskommunen skal for det første fremme helse for befolkningen, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold. Det ligger i dette at fylkeskommunen aktivt må arbeide for en positiv utvikling for folkehelsen innen fylket, slik som å legge til rette for økt fysisk aktivitet bl.a. ved gang- og sykkelveger, bedre ernæring, bedre miljøforhold som ren luft, fravær av støy mv, samt også de bakenforliggende årsaker til helse slik som oppvekstmiljø, utdanning, inntekt, arbeidsmarked mv.

Videre skal den bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. En rekke av fylkeskommunens aktiviteter, ikke minst innen planlegging, er med på å motvirke forhold som kan medføre en skjev sosial fordeling i helse, herunder til innvirkning på helsen til fremtidige generasjoner.

Til § 2

Loven gjelder for de områdene i landet som omfattes av en fylkeskommune. Oslo kommune skal omfattes på linje med dette.

Til § 3

Første ledd omhandler hvordan fylkeskommunen skal arbeide for å ivareta det ansvaret som er pålagt i § 1 gjennom de virkemidler og oppgaver som er tillagt fylkeskommunen i den øvrige lovgivning, herunder det som tillegges fylkeskommunen ved forvaltningsreformens oppgaveoverføring til fylkeskommunen. Helsehensyn skal ivaretas gjennom fylkeskommunens drift av egne virksomheter slik som videregående skoler og veg, som forvaltningsorgan bl.a. innen samferdsel, som samfunnsplanlegger og planmyndighet bl.a. ved helse som planforutsetning og ved helsekonsekvensvurderinger mv. Plikten til å fremme folkehelse gjelder også i den grad fylkeskommunen har oppgaver som berører kommuner, for eksempel regional utvikling og planlegging.

Andre ledd handler om hvordan fylkeskommunen, i tillegg til det folkehelsearbeidet som inngår i fylkeskommunens oppgaver etter første ledd, også mer generelt skal være en pådriver og fremme arbeid for bedre folkehelse overfor kommuner, næringsliv, frivillig sektor og overfor befolkningen generelt i fylket. Pådriveransvaret omfatter også å hjelpe kommunene med deres folkehelsearbeid, ved råd og veiledning om strategier, kartlegging, prioritering, kunnskap om effektive virkemidler og tiltak, evaluering mv. Også via sin oversikt over helsetilstanden i fylket, se § 4, vil fylkeskommunen kunne bidra til kommunenes folkehelsearbeid i form av kunnskap om hvordan det bør satses lokalt. I egenskap av regional planmyndighet, jf. første ledd, og regional utviklingsaktør skal fylkeskommunen bl.a. ved alliansebygging og partnerskap mobilisere og samordne ulike aktører i fylket slik som regional stat, kommuner, frivillige organisasjoner, næringsliv, forsknings- og undervisningsmiljøer, helseforetakene, for felles innsats i fremming av folkehelsen.

Samarbeid etter tredje ledd kan dreie seg om alle typer oppgaver som hensiktsmessig kan løses med samarbeid på tvers av fylker, slik som større regionale kartlegginger, kampanjer bl.a. i regionale media, trafikksikkerhet langs vei som krysser fylkesgrenser mv.

Til § 4

Første ledd pålegger fylkeskommunene å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket.

Hva som er nødvendig oversikt må sees i forhold til §§1-3; sikre at helsehensyn er ivaretatt i forhold til fylkeskommunens drift og styring av egen virksomhet, som forvaltningsmyndighet, som samsfunnsplanlegger og i å understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid. I egen virksomhet kan det omfatte oversikt over helse- og miljøforhold i videregående skoler, antall personer som er utsatt over

grenseverdier for luftforurensning og støy pga. trafikkbelastning på fylkets vegnett mv. Som samsfunnsplanlegger er det avgjørende at fylkeskommunen har en oversikt over hva som er de sentrale helsemessige regionale utfordringer, jf. regional utvikling, slik som sosiale helseforskjeller i fylket, ulykkesstatistikk, selvmord mv. Når det gjelder å understøtte kommunenes folkehelsearbeid vil det være aktuelt at fylkeskommunen i samarbeid med kommunene gjennomfører felles undersøkelser som mer effektivt kan gjøres på regionalt nivå enn kun lokalt, jf. bl.a. Helseprofil for Akershus, Østfoldhelse mv.

Informasjonen kan tenkes hentet fra data fylkeskommunen allerede rår over, fra nasjonale kilder som Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå eller fra kommunale kilder. Det forutsettes at alt datamateriale som innsamles håndteres i samsvar med eventuelle krav i relevante lover som for eksempel helseregisterloven eller personopplysningsloven.

Etter *andre ledd* kan departementet i forskrift sette nærmere krav til innholdet i fylkeskommunens oversikt over helsetilstanden. Formålet med hjemmelen er å kunne gi bestemmelser for å sikre at kunnskapsmateriale for hele eller deler av landet kan sammenstilles og sammenlignes, slik at den overvåkingen som foretas på regionalt nivå, for regionale og lokale formål, også kan gå inn i et nasjonalt overvåkingssystem. Det er av den grunn også nødvendig å kunne gi bestemmelser om særskilte undersøkelser som ønskes utført og om hvordan de skal utføres. Eksempler på slike undersøkelser kan være regionale og lokale kartlegginger knyttet til levevaner som fysisk aktivitet og ernæring, sosiale miljøfaktorer som organisasjonstilhørighet, støttende miljøer mv. I den grad regionale kartlegginger inngår i et nasjonalt system forutsettes det at fylkeskommunene etablerer et faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Vi HARALD, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet i samsvarende med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

§ 1 Fylkeskommunens ansvar i folkehelsearbeidet

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse herunder 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.

§ 2 Virkeområde

Loven gjelder for fylkeskommuner. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

§ 3 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse jf. § 1 innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt, herunder regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylket, bl.a. gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid.

To eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om å utføre oppgaver etter loven når det er hensiktsmessig for å samordne arbeidet over fylkesgrenser.

§ 4 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket

Som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 3, skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de faktorer som kan virke inn på denne, herunder trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.

§ 5 Ikrafttreden

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.



