



Innst. 187 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:11 (2014–2015)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid

Til Stortinget

1. Sammendrag

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Undersøkelsen omfatter perioden fra og med 2012 til og med januar 2015.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller og forebygger sykdom, skade eller lidelse. Ny folkehelselov ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen fordi Stortinget mente reformen i helsetjenesten måtte følges av en fornyet innsats rettet mot samfunnsforhold som påvirker helse. Folkehelseloven gir kommunene et klarere ansvar for folkehelse på tvers av sektorer og angir en arbeidsform med bestemte prosesskrav som skal sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig både i kommuner, i fylkeskommuner og i staten. De statlige aktørene – Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn og fylkesmennene – har viktige oppgaver med å understøtte kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid. Riksrevisjonens undersøkelse handler om hvordan dette arbeidet følges opp i praksis; hvordan folkehelsearbeidet foregår i kommuner og fylkeskommuner,

og i hvilken grad de statlige virkemidlene virker etter sin hensikt.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 (folkehelseloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008 (plan- og bygningsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. 423 L (2010–2011) om lov om folkehelsearbeid, jf. Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Innst. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Innst. 478 S (2012–2013) om folkehelsemeldingen, jf. Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar
- Innst. 11 S, jf. Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettårene 2012, 2013 og 2014

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 19. mars 2015. Departementet har i brev 22. april 2015 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i Riksrevisjonens dokument.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev av 26. mai 2015 til Helse- og omsorgsdepartementet og statsrådets svar av 9. juni 2015 følger som vedlegg til Riksrevisjonens dokument.

1.1 Hovedfunn

- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid.
- Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.

1.2 Riksrevisjonens merknader

1.2.1 *De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid*

Utbredelsen av ikke-smittsomme sykdommer har økt siden 1950-tallet, og de sosiale helseforskjellene har blitt større. Et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid skal bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene og gi bedre helse for hele befolkningen.

Krav til systematikk i folkehelsearbeidet er beskrevet i folkehelseloven, og innebærer at kommunene skal utarbeide en kunnskapsbasert oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som legges til grunn for det videre arbeidet med folkehelsen. Oversikten skal benyttes i forbindelse med utforming av mål og strategier for folkehelse i kommunale planer og ved iverksettelse av tiltak rettet mot de viktigste, lokale utfordringene. Innsatsen skal evalueres og vurderes gjennom kommunenes egen internkontroll.

Undersøkelsen viser at 16 prosent av kommunene ikke har påbegynt arbeidet med å lage oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker denne. 59 prosent av kommunene er i gang med arbeidet. Om lag en firedel av kommunene har utarbeidet slik oversikt. Små kommuner har kommet noe kortere med oversiktsarbeidet enn større kommuner.

Undersøkelsen viser videre at det er variasjon med hensyn til hvor langt kommunene har kommet i arbeidet med å integrere folkehelse i kommuneplaner, slik både folkehelseloven og plan- og bygningsloven krever. Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen.

Kommunene har ifølge folkehelseloven en plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å bedre folkehelsen, og Stortinget har særlig pekt på det ansvaret som ligger i å utjevne helseforskjeller som følger av sosiale forhold. Undersøkelsen indikerer manglende samsvar mellom utfordringer og iverksatte tiltak i kommunene. Eksempelvis har mange kommuner identifisert store utfordringer på områder som gjelder levekår og sosial ulikhet, samtidig som tiltakene kommunen har iverksatt i begrenset grad er rettet mot disse utfordringene. Nesten halvparten av kommunene regner levekår og sosial ulikhet som en av de

største folkehelseutfordringene, men bare 15 prosent oppgir å ha iverksatt flest tiltak på disse områdene.

Selv om folkehelseloven trådte i kraft i 2012, har store deler av innholdet, blant annet kravet om oversikt, inngått i tidligere helselovgivning. Riksrevisjonen mener i lys av dette at en kunne ha forventet at kommunene var kommet noe lenger i arbeidet med oversikten. Så lenge oversikten mangler, er det vanskelig å oppfylle kravene til systematikk i folkehelsearbeidet, blant annet når det gjelder utarbeidelse av planer, iverksettelse av tiltak og evaluering.

1.2.2 *Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert*

Flere statlige aktører har viktige roller når det gjelder å framskaffe og formidle kunnskap om folkehelse og folkehelsearbeid. Både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Fylkesmannen skal understøtte det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet som foregår lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen har også selv et ansvar for å evaluere sitt arbeid.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har siden 2012 utgitt folkehelseprofiler med data fra sentrale registre om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for kommuner og fylkeskommuner og tilbudt kurs i bruk av statistikkbank. Kommunene har i stor grad tatt folkehelseprofilen i bruk og mener den er nyttig for oversiktsarbeidet. Undersøkelsen viser likevel at mange kommuner og fylkeskommuner mener det mangler kunnskap på områder som har stor betydning for folkehelsen. De etterlyser særlig mer kunnskap om helsefremmende faktorer, levevaner og sosial fordeling av helse.

Undersøkelsen viser at flere kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som er effektive og kan bidra til å redusere de største, lokale folkehelseutfordringene, særlig når det gjelder utjevning av sosiale helseforskjeller. Folkehelseinstituttet bekrefter at det foreløpig foreligger for lite kunnskap om hvilke effekter ulike tiltak har for folkehelsen, og at dette er et område hvor kommunene trenger mer informasjon. En del kommuner opplever det som enklere å iverksette tiltak rettet mot levevaner, som har en mer direkte virkning på helse, enn tiltak som retter seg mot de bakenforliggende, strukturelle årsakene til sosial ulikhet i helse. Etter Riksrevisjonens vurdering har staten et viktig ansvar for å framskaffe og formidle kunnskap om folkehelse og hva som kan gjøres for å bedre denne. Kommunene har også selv et ansvar for å evaluere egen innsats. I undersøkelsen oppgir hver fjerde kommune at de ikke har evaluert egne folkehelseiltak.

Bredden i påvirkningsfaktorer på helse gjør det viktig å se mange faktorer i sammenheng. For å øke kunnskapen om folkehelse og sosial fordeling av

helse i befolkningen, må blant annet demografiske og sosioøkonomiske forhold kunne kobles mot opplysninger om helse. Nasjonalt folkehelseinstitutt, som skal overvåke utviklingen i folkehelsen nasjonalt og legge til rette opplysninger som grunnlag for kommuner og fylkeskommuners oversiktsarbeid, opplyser blant annet at det mangler lovhjemmel for å sammenstille informasjon fra ulike registre, noe som gjør instituttets arbeid vanskelig.

Riksrevisjonen viser til forutsetningen om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert, og bemerker at det særlig er behov for mer forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om virkninger av folkehelseiltak.

1.2.3 Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren, og det er viktig at folkehelsearbeidet skjer gjennom bruk av ulike sektors virkemidler. Dette gjelder både for kommuner, fylkeskommuner og i staten. Stortinget har vist til folkehelseovens prinsipp om «helse i alt vi gjør» og viktigheten av at hensynet til befolkningens helse ivaretas i all politikk.

Undersøkelsen viser at 41 prosent av kommunene ikke har etablert et systematisk samarbeid om folkehelse på tvers av sektorer. Disse kommunene har i noe mindre grad utarbeidet oversikt over helse-tilstand og påvirkningsfaktorer, og i noe mindre grad inkludert folkehelse i kommunale planer enn de som har etablert slikt samarbeid. Manglende forankring på tvers av sektorer trekkes av fylkeskommunene fram som en av de viktigste barrierene mot et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i fylket.

Kommuner og fylkeskommuner etterlyser en bredere forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer hos statlige myndigheter. De mener økt ansvarliggjøring av sektorer utenfor helse vil tilrettelegge for økt satsing på tvers av sektorer også på lokalt og regionalt nivå. En gjennomgang av et utvalg tildelingsbrev til direktorater med sektoransvar som er viktig for folkehelsen, viser at helsehensyn i varierende grad er synliggjort og prioritert. Nettopp tildelingsbrev fra departementer til underliggende etater og embetsoppdrag til fylkesmennene, nevnes av kommuner og fylkeskommuner som eksempler på virkemidler som i større grad kan samordnes og utnyttes for å få til en bedre forankring av folkehelse på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet viser til et utstrakt samarbeid om folkehelse både i og utenfor sentralforvaltningen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det et ytterligere potensial for å forankre folkehelsearbeidet på tvers av ulike sektorer, både på statlig, regionalt og kommunalt nivå.

1.2.4 Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for det nasjonale folkehelsearbeidet, og skal sørge for at folkehelseovens formål og forutsetninger blir oppfylt. Departementet følger opp dette og understøtter folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner gjennom bruk av økonomiske, pedagogiske, juridiske og organisatoriske virkemidler.

Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmannsembetene har støttet folkehelsearbeidet lokalt og regionalt ved å bruke flere pedagogiske virkemidler. Helsedirektoratet har utviklet veiledere og tilrettelagt for erfaringsutveksling som skal hjelpe kommunene i det praktiske arbeidet. Fylkesmennene har tilbudt råd og veiledning og gjennomført tilsyn på vegne av Statens helsetilsyn.

Undersøkelsen viser at kommunene er positive til folkehelseoven, og at nær ni av ti kommuner mener den har ført til økt satsing på folkehelsearbeid lokalt. Selv om kommunene har fått styrket økonomi i forbindelse med folkehelsearbeidet og samhandlingsreformen, er det få økonomiske insentiver som fremmer satsing på det brede folkehelsearbeidet, og begrensede sanksjoner knyttet til manglende gjennomføring av dette.

I undersøkelsen gir et stort flertall av kommunene uttrykk for at de har behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer, og at bredden i arbeidet, er krevende å håndtere. Undersøkelsen viser at kommunene som har kommet kort med oversiktsarbeidet oppgir manglende kapasitet og kompetanse som viktige årsaker til dette. I tillegg mangler kommunene kunnskap på områder som har relevans for folkehelsen.

Riksrevisjonen bemerker at Helse- og omsorgsdepartementet mener det er nødvendig med aktiv oppfølging og videreutvikling av nasjonale tiltak som understøtter det lokale arbeidet, jf. Meld. St. 19 (2014–2015).

1.3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

- legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelseiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene
- bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet

- styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet

1.4 Departementets oppfølging

Statsråden opplyser i sitt svar til Riksrevisjonen av 9. juni 2015 at regjeringen vil legge vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget, bistå til implementeringen av folkehelseloven i kommunene og styrke arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer.

Statsråden viser til Riksrevisjonens vurdering av at folkehelsearbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert. I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen varsler regjeringen at det skal legges til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap. Viktige pågående prosesser er blant annet omorganisering og styrking av Folkehelseinstituttet, etablering av nytt folkehelseprogram i Norges forskningsråd, utvikling av et register for kommunale helse- og omsorgstjenester og styrket satsing på helsedata.

Siden kravene i folkehelseloven er knyttet til kommunenes plansyklus, er det ifølge statsråden ennå ikke mulig å få en komplett oversikt over status i kommunene. Statsråden er likevel enig i Riksrevisjonens anbefaling om tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet. I folkehelsemeldingen varsler regjeringen at den vil styrke arbeidet med å utvikle metoder og verktøy til bruk i lokalt folkehelsearbeid. Blant annet skal Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet videreutvikle henholdsvis folkehelseprofilene og veiviserne i lokalt folkehelsearbeid. Det skal legges til rette for mer systematisk evaluering av tiltak og formidling av god praksis. Departementet vil bygge opp kunnskap om kommunenes implementering, blant annet ved å gjennomføre kartlegginger hvert fjerde år, og Helsetilsynet vil regelmessig føre tilsyn med kommunenes oppfyllelse av folkehelseloven.

Statsråden viser til folkehelsemeldingens omtale av arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer. Regjeringen vil fastsette sektorvise indikatorer for å følge utviklingen og tilpasse politikken til nye utfordringer. Det er etablert en fast tverrdepartemental gruppe som blant annet skal sikre samordning av folkehelseiltak på tvers av sektorer, og det skal gis ut en veileder til utredningsinstruksens krav om vurdering av konsekvenser for befolkningens helse og sosiale helseforskjeller. Departementet og underliggende etater vil bistå i det praktiske arbeidet med å utrede helsekonsekvenser i andre sektorer enn helse.

1.5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Gunvor Eldegard og lederen Martin Kolberg, fra Høyre, Erik Skutle og Michael Tetzschner, fra Fremskrittspartiet, Tom E. B. Holthe og Helge Thorheim, fra Kristelig Folkeparti, Hans Fredrik Grøvan, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Venstre, Abid Q. Raja, fra Sosialistisk Venstreparti, Bård Vegar Solhjell, og fra Miljøpartiet De Grønne, Rasmus Hansson, understreker at helse påvirkes av flere forhold, som fysiske forutsetninger, levevaner og bakenforliggende sosiale og miljømessige faktorer. Flere av de store folkesykdommene i Norge har sammenheng med livsstil og kan forebygges eller utsettes. Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller og forebygger sykdom, skade eller lidelse. Utenfor begrepet faller behandling i helsetjenesten.

Komiteen viser til at formålet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter dette arbeidet. Likeledes om det regionale og lokale folkehelsearbeidet drives systematisk og langsiktig, om kommuner og fylkeskommuner har nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og i hvilken grad de har oversikt over de positive og negative faktorene som kan påvirke helsetilstanden. Dernest tar undersøkelsen for seg om folkehelsearbeidet er forankret i regionale og lokale planer, og om det som følge av dette iverksettes nødvendige tiltak for å møte folkehelseproblemer.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Senterpartiet og Miljøpartiet De Grønne, er enig med Riksrevisjonen i at dette er vesentlige problemstillinger og at undersøkelsen refererer en rekke interessante observasjoner. Likevel etterlater undersøkelsen som er kvantitativt basert på spørreskjema, og kvalitativt basert på intervju begrenset til to fylkeskommuner og fem kommuner, temaer en gjerne hadde sett belyst nærmere. Eksempler på dette er sammenhengen mellom oppnådde gevinster for folkehelsen i de kommuner som har fulgt både forutsetningene om utarbeidelse av helseoversikt og iverksettelse av strategiplaner. Uten svar på slike spørsmål får undersøkelsen en sterkere vektlegging av prosess og fremgangsmåter på et svært overordnet plan,

fremfor en konkretisering av tiltak som har overføringsverdi til andre kommuner.

Et annet flertall, alle unntatt medlemmene fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne, vil også vise til folkehelseovens sentrale stilling som normgiver for folkehelsearbeidet og stiller spørsmål ved om lov og forskrifter er egnet som styringsdokumenter på et område som stadig utvikler seg i lys av ny forskning og erfaring. Dette flertallet vil stille spørsmål ved om fremgangsmåten med avtalebaserte aktiviteter kunne være et mer tjenlig virkemiddel for styringsdialog mellom sentrale folkehelseaktører og kommuner og fylkeskommuner, selv om slike samarbeidsavtaler også forekommer.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre vil bemerke at fremstillingen av folkehelsearbeidet på noen punkter kunne vært tjent med en mer hverdagsnær språkbruk, en mer stringent begrepsbruk og klarere konklusjoner. Likeledes mangler en nærmere refleksjon over at Norges befolkning fra å ha den høyeste forventede levealder i verden, har falt til en 15. plass for kvinner og en 10. plass for menn. Ettersom de offentlige budsjetter de 20 siste årene neppe har vært en begrensende faktor for offentlig folkehelsearbeid, må forklaringen søkes ved svakere organisering og mindre treffsikker virkemiddelbruk enn i de land som nå ligger foran oss. Hvis da ikke forklaringen ligger et annet sted enn de temaer forvaltningsrapporten tar for seg: at folkehelsenivået i ethvert samfunn ikke bare er utslag av myndighetenes politikk, men at også summen av de valg vi som enkeltpersoner treffer hver eneste dag, kan ha helseeffekter.

Disse medlemmer konstaterer at tema for undersøkelsen har vært offentlige myndigheters arbeid med folkehelsearbeid, og dermed i mindre grad har tatt for seg samspillet med befolkningens egne holdninger og myndighetenes muligheter for å påvirke disse. Som følge av dette får rapporten en sterk betoning av den offentlige organisering og målsettinger som de viktigste drivere for folkehelsearbeidet. Ansvar og roller beskrives ikke med den entydighet en bør kunne forvente.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at selve formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å se på kommuner og fylkeskommuners rolle i folkehelsearbeidet. Lovens formål slår klart fast hvordan offentlige myndigheter har en klar rolle og et klart ansvar i tilretteleggingen av god helse i befolkningen. Den enkelte har et grunnleggende

ansvar for egen helse, men samfunnets rolle er samtidig en så avgjørende forutsetning for å gi alle likeverdige muligheter og for å utjevne sosiale helseforskjeller, at lovverk og sterk styring er nødvendig. Disse medlemmer vil derfor advare mot å underslå dette gjennom overdreven individualisering.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, har festet seg ved et par besvarelser omtalt i rapporten som flertallet mener er tankevekkende. Det gjelder Helsedirektoratet: «De største utfordringene knyttet til folkehelse i plan er, slik Helsedirektoratet ser det, å operasjonalisere folkehelsearbeidet. Planene beskriver ofte store perspektiver som i praksis følges opp med små tiltak.» Og tilsvarende KS: «I intervju med KS går det fram at kommunene i høringsuttalelsene til folkehelseoven ga uttrykk for at loven var 'grenseløs'».

Flertallet vil mene at kommunenes innsats er avgjørende for å nå de nasjonale målene for folkehelsen. Helse- og omsorgsdepartementet må overfor kommunene foreta en avveining mellom de nasjonale hensynene som kan begrunne statlig styring, og de hensynene som begrunner lokal handlefrihet i folkehelsearbeidet.

Flertallet finner det påfallende at partene oppfatter deres virkelige handlingsrom som så forskjellig. Mens Helsedirektoratet mener kommunene har «et bredt virkemiddelsett for å ivareta den oppgaven de er gitt gjennom folkehelseoven», fremkommer det av rapporten at «det er spørsmål om kommuner og fylkeskommuner opplever at de har tilstrekkelige rammebetingelser til å utføre de oppgavene loven skisserer.» Bredden i hvilke faktorer som påvirker helse er problematisk å forholde seg til i praksis, og undersøkelsen har vist at kommunene strever med kompleksiteten i folkehelsearbeidet, jf. en av folkehelseovens fem prinsipper: «Helse i alt vi gjør.»

Flertallet vil her vise til et fylkesmannsembete som i intervju har uttrykt at «alle» er positive til folkehelse, og at budskapet var lett å omfavne i lokal og sentral politikk. En kommune uttrykker at «folkehelsefeltet kan virke noe utydelig og diffust, og at dette kan gi det lavere prestisje». En annen kommune erfarer at «bredden gjør det vanskelig å gripe helheten og få til en felles forståelse for hva folkehelsearbeid innebærer på tvers av sektorer. Det beskrives som en generell utfordring at folkehelsefeltet er lite målbart, at årsak-virkning ofte er svakt dokumentert og at effektene må ses over lang tid.»

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne, viser til at lov om folkehelsearbeid (folke-

helseloven), jf. Prop. 90 L (2010–2011), gjelder både kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, og i tillegg privat og offentlig virksomhet når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Dette flertallet viser til at folkehelseovens formål er å medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse- og levevilkår. Folkehelse-loven erstattet folkehelsebestemmelsene i kommune-helsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, og lov om fylkeskommuners oppgave i folkehelsearbeidet. Hovedtrekk i loven var:

- Ansvar for folkehelsearbeidet ble lagt til kommunen framfor til kommunens helsetjeneste. Kommunen skal i folkehelsearbeidet bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, og ikke bare helsesektoren.
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helse-tilstand og påvirkningsfaktorer ble konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune.
- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelige og gi støtte til kommunene.
- Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.
- Kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

Dette flertallet er glad for at Riksrevisjonens undersøkelser viser at kommunene er positive til folkehelse-loven, og at nær ni av ti kommuner mener den har ført til økt satsing på folkehelsearbeid lokalt.

Dette flertallet vil vise til at loven slår fast at kommunene skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor i folkehelsearbeidet. Dette flertallet vil understreke at fylkeskommuners ansvar for folkehelsearbeidet også er svært viktig, og vil presisere at folkehelse-loven fastsetter fylkeskommunens pådriver- og samarbeidsrolle i dette arbeidet. Dette flertallet viser til at folkehelse-loven lovfester også fylkesmennenes, Helsedirektoratets og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave med å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet. Spesielt skal Nasjonalt folkehelseinstitutt sørge for å gjøre nøkkeldata tilgjengelige for kommuner og fylkeskommuner. Dette flertallet viser til at folke-

helsekompetansen i kommunene i loven ble sikret gjennom en videreføring av kravet til kommunelege, og at fylkesmannen ble tillagt ansvaret for å føre tilsyn med kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid. Dette flertallet viser til at det i lovproposisjonen ble varslet at den faglige støtten til kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid skal styrkes, blant annet gjennom utarbeiding av veiledere og standarder for godt folkehelsearbeid. I tillegg ble det slått fast at staten i samarbeid med kommunesektoren og KS skulle bidra til å videreutvikle kompetansehevende tiltak for politikere og forvaltning i kommunene og bidra til relevante folkehelse-utdanninger.

Dette flertallet viser til at Norge har sluttet seg til målet til Verdens helseforsamling om å redusere for tidlig død av NCD-sykdommene (hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer) med 25 prosent innen 2025. På bakgrunn av dette har Helse- og omsorgsdepartementet laget en NCD-strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av disse fire store folkesykdommene. Dette flertallet viser til at målsettingen i NCD-strategien også ble gjentatt i den siste folkehelsemeldingen, Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar. Dette flertallet vil understreke at kommuner skal og må ha et bredt ansvar for folkehelsearbeidet, for å tilrettelegge lokalsamfunnet slik at det fremmer god helse og forebygger sykdom. Men også staten må bidra ved å legge de overordnede rammene for det nasjonale folkehelsearbeidet og bidra med befolkningsrettede tiltak, slik at de sunne valgene blir enklere.

Dette flertallet vil påpeke at å fjerne ordningen med gratis frukt og grønt til ungdomsskoleelever var et tiltak stikk i strid med anbefalingene i NCD-strategien. Innføring av en times fysisk aktivitet i skolen hver dag er et annet folkehelseiltak som staten, etter dette flertallets syn, burde tatt ansvar for i et samarbeid med kommunene.

Dette flertallet mener det er alvorlig at de fleste kommuner foreløpig ikke har etablert systematisk folkehelsearbeid. Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplan. Dette flertallet viser til at det var kommune- og fylkestingsvalg høsten 2015, og at rullering av ny kommuneplan derfor starter opp i mange kommuner nå. Dette flertallet forventer at regjeringen påser at folkehelse-lovens krav om at folkehelsearbeidet skal forankres i plan, nå følges opp i dette arbeidet.

Dette flertallet viser til at Riksrevisjonen påpeker at arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert og at kom-

muner etterlyser mer kunnskap om helsefremmende faktorer, levevaner og sosial fordeling av helse. Dette flertallet viser til at det var en forutsetning for folkehelseloven at statlige helsemyndigheter skulle bidra til gode nøkkeldata og kunnskapsbasert informasjon til kommuner og fylkeskommuners folkehelsearbeid, og mener at Riksrevisjonens rapport bør føre til forbedringer på dette punkt. Samtidig vil dette medlem påpeke at mange viktige folkehelseutfordringer er kjent, og at tiltak for å redusere disse allerede er nedfelt i helsestrategier slik som NCD-strategien og folkehelsemeldingen. Dette flertallet mener at kommuner må kunne handle ut fra den kunnskapen vi har, og se på tiltak som reduserer kjente risikofaktorer for dårlig helse og som fremmer sunne levevaner. Det er for eksempel udiskutabelt at det å legge til rette for økt fysisk aktivitet i alle deler av befolkningen vil være et svært viktig tiltak som vil fremme folkehelsen og redusere sykdom. Et annet eksempel er tiltak som vil bidra til redusert alkoholbruk og tobakksbruk. Dette flertallet vil også påpeke viktigheten av tiltak som kan bidra til å bedre forebygge og oppdage psykisk sykdom og rusmisbruk ikke bare hos barn og unge, men også hos eldre.

Dette flertallet viser til at Riksrevisjonen påpeker at folkehelsearbeidet ikke er godt nok forankret i sektorer utenfor helse. Det er dette flertallet enig i, og vil understreke at dette gjelder både for kommuner, fylkeskommuner og staten. Dette flertallet mener at staten her har et stort ansvar, og burde stått frem som et eksempel til etterfølgelse. Det er ikke tilfelle. En bredere forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer hos statlige myndigheter ville klart bidratt til økt satsing på tvers av sektorer også på lokalt og regionalt nivå.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti slutter seg fullt og helt til prinsippene i folkehelseloven, der kommunene ble gitt et bredt ansvar for folkehelse, jf. § 4 i loven, og at ansvaret ble lagt til kommunen som sådan, og ikke bare kommunen ved sin helsetjeneste. Disse medlemmer mener det er stort behov for å sikre politisk forankring av de prinsipielle og overordnede sidene av folkehelsearbeidet, og mener lovkravet om at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til folkehelseutfordringen i kommunene, var fornuftig og nødvendig.

Disse medlemmer vil påpeke at alle har ansvar for egen helse, men også at alle har ansvar for folkehelsen. Å redusere sosiale helseforskjeller handler i all hovedsak om riktig fordeling og om å skape et samfunn med små forskjeller, gode velferdsordninger, inkluderende arbeidsliv, helsefremmende skoler og barnehager, sunt miljø, men også tiltak mot spesifikke risikofaktorer for sykdom. Særlige nasjonale tiltak kreves mot de fire store risikofaktorene: usunt kosthold, inaktivitet, rusmiddelmissbruk og usunn stråling. I tillegg vet vi at ensomhet og isolasjon også er sterke risikofaktorer for reduserte leveår og dårlig helse.

Disse medlemmer viser til at Riksrevisjonen har anbefalt å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet, og ser at kommuner i dag har få økonomiske insentiver som virkelig fremmer satsing på det brede folkehelsearbeidet. Den økonomiske og menneskelige gevinsten ligger gjerne mange år frem i tid. Disse medlemmer mener de finansielle ordningene for kommunehelsetjenesten hele tiden må vurderes, slik at forebyggende tiltak vil «lønne» seg for kommunene å iverksette. Disse medlemmer vil videre påpeke at kommuners mulighet til å prioritere folkehelsearbeid også må sees i sammenheng med Riksrevisjonens funn i Dokument 3:5 (2015–2016) om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen.

Disse medlemmer slutter seg ellers til de påpekninger og anbefalingene som Riksrevisjonen fremmer i rapporten.

Komiteen vil avslutningsvis gjengi Riksrevisjonens hovedfunn:

- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid
- Arbeid med folkehelse og folkehelse tiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet

For øvrig tar komiteen til orientering de tiltak som statsråden varslet i brev til Riksrevisjonen av 9. juni 2015.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 3:11 (2014–2015) – Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 1. mars 2016

Martin Kolberg

leder

Michael Tetzschner

ordfører