



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 90 L

(2010–2011)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Innhold

Del I	Bakgrunn	9	5.7	Dokument 1 (2007-2008)	
				Riksrevisjonen	38
1	Proposisjonens hovedinnhold	11	5.8	Rapport om Vest Tank-ulykken	
1.1	Innledning	11		i 2007	38
1.2	Oversikt over lovforslaget	12	5.9	Internasjonalt helsereglement	
1.3	Proposisjonens hovedinnhold	12	5.10	(IHR)	38
2	Høringen	16		Regjeringens strategi for	
				forebygging	39
3	Helseutfordringene	23	6	Regulering av folkehelse-	
3.1	Helseutfordringene – et historisk		6.1	arbeidet i andre land	40
	overblikk	23	6.2	Sverige	40
3.2	Dagens helseutfordringer	23	6.3	Danmark	41
3.3	Nærmere om helseutfordringer			Finland	42
	knyttet til miljøet; fysisk, kjemisk,				
	biologisk og sosialt miljø.	25	Del II	Lovforslagets innhold	45
3.4	Nærmere om helseutfordringer		7	Grunnleggende prinsipper i	
	knyttet til levevaner	27	7.1	folkehelsearbeidet	47
			7.2	Utjevning	47
4	Folkehelsepolitikken –		7.3	Helse i alt vi gjør (Health in	
	strategier for å møte		7.4	All Policies)	48
	helseutfordringene	29	7.5	Bærekraftig utvikling	49
4.1	Historisk tilbakeblikk	29		Føre-var-prinsippet	49
4.2	Perspektiver i folkehelsearbeid og			Medvirkning	50
	folkehelsepolitikk	30	8	Lovstruktur og definisjoner	52
4.3	Folkehelsepolitiske utfordringer ..	31	8.1	Lovstruktur	52
4.4	Sentrale aktører og roller i		8.1.1	Retningslinjer for statlig regelverk	
	folkehelsearbeidet	32		rettet mot kommunesektoren og	
4.4.1	Sektorer og ansvar	32	8.1.2	hensyn ved regulering av	
4.4.2	Kommunesektoren	33	8.1.3	folkehelsearbeid	52
4.4.3	Frivillige organisasjoner	33	8.1.4	Gjeldende lovstruktur	53
4.4.4	Fylkesmannen	34	8.1.5	Høringsnotatets forslag	54
5	Oppfølging av stortings-		8.2	Høringsinstansenes syn	54
	dokumenter mv.	35	8.2.1	Departementets vurderinger	55
5.1	Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om		8.2.2	Definisjoner	57
	lov om fylkeskommuners oppgaver		8.2.3	Høringsnotatets forslag	57
	i folkehelsearbeidet	35		Høringsinstansenes syn	57
5.2	St.meld. nr. 47 (2008-2009)			Departementets vurderinger	58
	Samhandlingsreformen	35	9	Formål	60
5.3	Stortingsmeldinger om distrikts-		9.1	Gjeldende rett	60
	og regionalpolitikken	36	9.1.1	Kommunehelsetjenesteloven	60
5.4	St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal		9.1.2	Lov om fylkeskommuners oppgaver i	
	strategi for å utjevne sosiale			folkehelsearbeidet	60
	helseforskjeller	37	9.2	Høringsnotatets forslag	60
5.5	St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept		9.3	Høringsinstansenes syn	61
	for et sunnere Norge	37	9.4	Departementets vurderinger	62
5.6	St.meld. nr. 35 (2006-2007)		9.4.1	Behovet for en folkehelselov	62
	Tilgjengelighet, kompetanse og		9.4.2	Formålet med loven	63
	sosial utjevning – Framtidas				
	tannhelsetjenester	38			

9.4.3	Tydeliggjøring av de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeidet	64	12.3.1	Beskrivelse av oppgaver og ansvar i dag	88
10	Virkeområde	66	12.3.1.1	Helsedirektoratet	89
10.1	Gjeldende rett	66	12.3.1.2	Nasjonalt folkehelseinstitutt	89
10.1.1	Kommunehelsetjenesteloven	66	12.3.1.3	Statens institutt for rusmiddel- forskning	90
10.1.2	Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet	66	12.3.1.4	Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket	90
10.2	Høringsnotatets forslag	66	12.3.1.5	Mattilsynet	90
10.3	Høringsinstansenes syn	66	12.3.1.6	Statens strålevern	90
10.4	Departementets vurderinger	68	12.3.1.7	Fylkesmannen	90
10.4.1	Generelt om lovens virkeområde .	68	12.3.1.8	Helseforetakene	91
10.4.2	Særlig om lovregulering av statlige myndigheter	69	12.3.2	Høringsnotatets forslag	91
11	Forholdet til annet regelverk ...	71	12.3.3	Høringsinstansenes syn	92
11.1	Høringsnotatets forslag	71	12.3.4	Departementets vurderinger	93
11.2	Høringsinstansenes syn	71	12.3.4.1	Generelt om statlige myndigheters rolle i folkehelsearbeidet	93
11.3	Departementets vurderinger	73	12.3.4.2	Særlig om spesialisthelse- tjenestens rolle i forebygging og folkehelsearbeid	93
11.3.1	Forholdet til plan- og bygningsloven	74	12.3.4.3	Særlig om fylkesmannens oppgaver	94
11.3.2	Forholdet til forslaget til kommunal helse- og omsorgstjenestelov	75	12.3.4.4	Særlig om Helsedirektoratets oppgaver	94
11.3.3	Forholdet til tannhelsetjeneste- loven	76	12.3.4.5	Særlig om Nasjonalt folkehelse- institutts oppgaver	95
11.3.4	Forholdet til forvaltningsloven	77	12.4	Krav til kommuner og fylkes- kommuner om å føre internkontroll	96
11.3.5	Forholdet til sameloven	77	12.4.1	Gjeldende rett	96
11.3.6	Forholdet til diskriminerings- lovgivningen	78	12.4.1.1	Kommuneloven	96
12	Oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet	79	12.4.1.2	Helselovgivningen	96
12.1	Kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet	79	12.4.2	Høringsnotatets forslag	97
12.1.1	Gjeldende rett	79	12.4.3	Høringsinstansenes syn	97
12.1.2	Høringsnotatets forslag	81	12.4.4	Departementets vurderinger	98
12.1.3	Høringsinstansenes syn	82	13	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	100
12.1.4	Departementets vurderinger	83	13.1	Kommunen	100
12.1.4.1	Politisk forankring	83	13.1.1	Gjeldende rett	100
12.1.4.2	Nærmere om kompetansebehov og organisering av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	85	13.1.2	Høringsnotatets forslag	100
12.1.4.3	Kommunens medvirkning til andre myndigheters folkehelsearbeid og samarbeid med frivillig sektor	86	13.1.3	Høringsinstansenes syn	101
12.2	Fylkeskommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet	86	13.1.4	Departementets vurderinger	103
12.2.1	Gjeldende rett	86	13.1.4.1	Nærmere om oversikt over helsetilstand og påvirknings- faktorer	104
12.2.2	Høringsnotatets forslag	87	13.1.4.2	Nærmere om formkrav og bruk av oversikten i kommunen	106
12.2.3	Høringsinstansenes syn	87	13.1.4.3	Forskriftshjemmel	108
12.2.4	Departementets vurderinger	88	13.2	Fylkeskommunen	108
12.3	Statlige helsemyndigheters oppgaver og ansvar i folkehelse- arbeidet	88	13.2.1	Gjeldende rett	108
			13.2.2	Høringsnotatets forslag	109
			13.2.3	Høringsinstansenes syn	109
			13.2.4	Departementets vurderinger	110
			13.3	Statlige helsemyndigheter	111

13.3.1	Gjeldende rett - dagens praksis	111	15.5	Departementets vurderinger	141
13.3.2	Høringsnotatets forslag	112	15.5.1	Helhetlig virkeområde – en sikkerhet for befolkningen	142
13.3.3	Høringsinstansenes syn	112	15.5.2	Faglig kompetanse	143
13.3.4	Departementets vurderinger	113	15.5.3	Overtredelsesgebyr	143
14	Mål og folkehelseiltak i kommunene	115	15.5.4	Videreføring av kommunalt ansvar for miljørettet helsevern	144
14.1	Gjeldende rett	115	15.5.5	Tilsynsveiledning	145
14.2	Høringsnotatets forslag	116	15.5.6	Særlig om samarbeidsformer innen miljørettet helsevern – delegering til IKS	145
14.3	Høringsinstansenes syn	116	16	Beredskap	147
14.4	Departementets vurderinger	119	16.1	Bakgrunn og generelt om beredskapsarbeid	147
14.4.1	Planlegging og politisk forankring	120	16.1.1	Generelt om ansvarsforhold for samfunnssikkerhet og beredskap	147
14.4.2	Om medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven	121	16.2	Gjeldende rett	147
14.4.3	Iverksetting av nødvendige tiltak	122	16.2.1	Kommunehelsetjenesteloven	147
14.4.3.1	Om tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller	124	16.2.2	Sosialtjenesteloven	148
14.4.4	Helseopplysning	125	16.2.3	Helseberedskapsloven	148
14.5	Nærmere om aktuelle folkehelseiltak	125	16.2.4	Smittevernloven	149
14.5.1	Sosiale påvirkningsfaktorer	125	16.2.5	Strålevernloven og kgl. res. av 17. februar 2006 om atomberedskap	149
14.5.2	Miljørettet folkehelsearbeid	126	16.2.6	Den øvrige beredskapslovgivning	149
14.5.3	Psykisk helse	126	16.3	Høringsnotatets forslag	151
14.5.4	Alkohol og andre rusmidler	127	16.4	Høringsinstansenes syn	151
14.5.5	Tobakk	128	16.5	Departementets vurderinger	152
14.5.6	Kosthold	128	16.5.1	Generelt om beredskap etter forslag til lov om folkehelsearbeid	152
14.5.7	Fysisk aktivitet	129	16.5.2	Beredskapsplan	153
14.5.8	Skader og ulykker	130	16.5.3	Melding og varslings	154
14.5.9	Universell utforming	131	16.5.4	Bistandsplikt for Nasjonalt folkehelseinstitutt	154
15	Miljørettet helsevern	132	16.5.5	Forskriftshjemmel	155
15.1	Bakgrunn	132	17	Internasjonalt helsereglement (IHR)	156
15.1.1	Beskrivelse av miljørettet helsevesen	132	17.1	Bakgrunn	156
15.1.2	Gjennomgang av miljørettet helsevern	133	17.2	Gjeldende rett	156
15.1.2.1	Evaluerings av tjenesten i kommunene	133	17.2.1	IHR-forskriften	157
15.1.2.2	Utredningen Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold (Rapport IS-1659)	134	17.2.2	Øvrig regelverk - spesielt strålevern- og kjemikalieberedskap	158
15.1.2.3	Rapport 2009:7 Miljørettet helsevern – kjemiske, fysiske og biologiske miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordelingen av disse	135	17.2.2.1	Helseberedskapsloven	158
15.2	Gjeldende rett	135	17.2.2.2	Særlig om strålevernområdet	158
15.2.1	Definisjon/virkeområde	135	17.2.2.3	Særlig om forurensningsområdet	159
15.2.2	Forskrifter og melding/ godkjenningsplikt	136	17.3	Høringsnotatets forslag	159
15.2.3	Myndighet og kompetanse	136	17.4	Høringsinstansenes syn	160
15.3	Høringsnotatets forslag	138	17.5	Departementets vurderinger	160
15.4	Høringsinstansenes syn	138	17.5.1	Varsling og oppfølging	161

17.5.2	Midlertidige og stående tiltak	162	20.3	Høringsinstansenes syn	181
17.6	Forslag til endring i smittevernloven	162	20.4	Departementets vurderinger	184
17.6.1	Bakgrunn	162	20.4.1	Vurdering av behovet for tilsyn	184
17.6.2	Gjeldende rett	163	20.4.1.1	Risikoen for manglende lovoppfyllelse	185
17.6.3	Høringsnotatets forslag	163	20.4.1.2	Konsekvenser av manglende lovoppfyllelse	185
17.6.4	Høringsinstansenes syn	163	20.4.1.3	Andre kontrollmekanismer enn statlig tilsyn	186
17.6.5	Departementets vurderinger	163	20.4.2	Innholdet i tilsynet	187
18	Behov for folkehelsekompetanse i kommunene	165	20.4.3	Hvem som skal føre tilsynet	189
18.1	Gjeldende rett og praksis	165	20.4.3.1	Regional tilsynsmyndighet	189
18.2	Høringsnotatets forslag	166	20.4.3.2	Overordnet faglig tilsyn	189
18.3	Høringsinstansenes syn	166	21	Økonomiske og administrative konsekvenser	191
18.4	Departementets vurderinger	169	21.1	Generelt om samfunnsøkonomisk nytte ved forebygging	192
18.4.1	Kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse	169	21.2	Høringsnotatets omtale av økonomiske og administrative konsekvenser	192
18.4.1.1	Nærmere om innholdet i de samfunnsmedisinske oppgavene	170	21.3	Høringsinstansenes syn	193
18.4.1.2	Ansettelsesforhold for kommunelege	171	21.4	Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot kommunene	195
18.4.1.3	Bortfall av særlig saksbehandlingsregel	171	21.4.1	Generelt om økonomiske og administrative konsekvenser ved lovforslaget	195
18.4.2	Behov for annen folkehelsekompetanse	171	21.4.2	Nærmere om § 5 - oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	196
19	Samarbeid mellom kommuner	173	21.4.3	Nærmere om §§ 4, 6 og 7 - kommunens ansvar, mål/planlegging og tiltak	197
19.1	Innledning	173	21.5	Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot fylkeskommunene	199
19.2	Bakgrunn	173	21.6	Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot statlige myndigheter	199
19.3	Gjeldende rett	174	Del III	Merknader til de enkelte bestemmelsene	201
19.3.1	Generelt om regelverk om kommunesamarbeid	174	22	Merknader til de enkelte bestemmelsene	203
19.3.2	Kommunehelsetjenesteloven	174	Forslag til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)	227	
19.3.3	Modeller for samarbeid	175			
19.3.4	Forslag om samkommune-modell	175			
19.4	Høringsnotatets forslag	176			
19.5	Høringsinstansenes syn	176			
19.6	Departementets vurderinger	177			
19.6.1	Generelt om samarbeid mellom aktørene i folkehelsearbeidet	177			
19.6.2	Samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver	177			
20	Statlig tilsyn	180			
20.1	Gjeldende rett	180			
20.2	Høringsnotatets forslag	180			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 90 L

(2010–2011)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Bakgrunn

1 Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Innledning

Regjeringen legger i denne proposisjonen frem forslag til lov om folkehelsearbeid. Loven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Folkehelsearbeid krever systematisk og langsiktig innsats. Grunnlaget for god helse legges først og fremst utenfor helsetjenesten. Dette utfordrer alle samfunnssektorer samtidig som det utfordrer helsesektorens evne til å samarbeide. Folkehelseloven plasserer ansvaret for folkehelsearbeidet inn på de tverrfaglige og tverrsektorielle arenaer. "Helse i alt vi gjør" (Health in All Policies) må være et hensyn på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Hvordan vi utvikler samfunnet vårt har stor betydning for helsen til hver og en av oss, og ikke minst for hvordan helsen er fordelt i befolkningen. God helse hos den enkelte øker mulighetene for livsutfoldelse. Rettferdig fordeling av velferdsgoder er grunnleggende for god helse i befolkningen.

Befolkningens helse er bedre enn noen gang. De siste 20 årene har alle grupper her i landet – uavhengig av utdanningslengde og inntekt – fått bedre helse, og levealderen har økt. Men bedringene har ikke gått like raskt i alle grupper. Det eksisterer store sosiale helseforskjeller. I Oslo er den forventede levetid 10-12 år lengre i de vestlige enn i de østlige bydelene. Samfunnsforhold påvirker forskjeller i levevaner. Forskning viser at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere levevaner.

Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en stor del av sykdomsbyrden, er nå sykdommer som påvirkes av sosialt miljø og levevaner våre største helseutfordringer. Hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kreft og KOLS preger sykdomsbildet sammen med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsmerter. Det er også utfordrin-

ger knyttet til miljøforhold som for eksempel støy, radon, luftforurensning og til rent drikkevann. Folkehelsen påvirkes av faktorer på mange nivåer i overlappende årsakskjeder, fra grunnleggende faktorer som økonomi, utdanning og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som levevaner og bruk av helsetjenester.

Mye av grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom livsløpet legges i tidlige barne- og ungdomsår. Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse.

Fremover vil det bli flere friske eldre, men det vil også bli flere som har aldersrelaterte helseutfordringer med blant annet sammensatte og kroniske sykdommer. De demografiske endringene er et resultat av en samfunnsutvikling med bedre levekår og gode velferds- og helsetjenestetilbud. Samtidig gjør utfordringene knyttet til befolkningssammensetning, sosiale helseforskjeller og en sykdomsutvikling med flere kronisk syke, det nødvendig med forsterket innsats for å styrke folkehelsen. En befolkning med god helse gjennom alle livets faser er viktig for den enkelte, for vårt velferdssystem og for samfunnets bærekraft.

I folkehelsearbeid er de ressursene som innbyggerne selv representerer avgjørende, og medvirkning fra mange aktører er et sentralt prinsipp i folkehelsearbeidet. Staten skal ikke detaljstyre kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet, men legge til rette for systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert innsats ut fra lokale utfordringer.

Med forslaget til ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke et systematisk folkehelsearbeid i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Gjennom lovforslaget leg-

ges et grunnlag for bedre samordning av folkehelsearbeid på tvers av sektorer og mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

1.2 Oversikt over lovforslaget

Forslaget til lov om folkehelsearbeid vil gjelde for kommuner og fylkeskommuner, og statlige helsemyndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Loven har også en prinsippbestemmelse om statlige myndigheters ansvar i folkehelsearbeidet. Loven vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Lovforslaget må sees i sammenheng med forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven følger opp lovgrunnlaget for øvrige deler av samhandlingsreformen og ivaretar harmonisering av tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Folkehelseloven er et viktig verktøy for å kunne nå samhandlingsreformens intensjoner om å gi bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden gjennom å dreie innsats mot forebygging og folkehelsearbeid. Stortinget vektla folkehelseperspektivet og ansvar i alle sektorer ved behandlingen av samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009-2010). En bedre balanse mellom behandling og forebygging og folkehelsearbeid over tid, vil føre til en reduksjon i kostbar behandling som overstiger utgiftene til forebygging. I tillegg til de økonomiske gevinstene dette medfører, vil det være vesentlige menneskelige og velferdsmessige gevinster ved lavere sykkelighet og dødelighet og en mer funksjonsfrisk og arbeidsdyktig befolkning. Mange forebyggingstiltak kan forhindre alvorlig sykdom og unngå tap av mange leveår med god helse.

Hovedtrekk i lovforslaget er:

- Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen fremfor til kommunens helsetjeneste. Kommunen skal i folkehelsearbeidet bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, og ikke bare helsesektoren.
- Kommunenes ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir 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 tilgjengelig og gi støtte til kommunene.

- Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier. En drøfting av kommunens/fylkets helseutfordringer bør inngå i lokal/regional planstrategi.
- 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.
- Kommunene skal i verksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

1.3 Proposisjonens hovedinnhold

Proposisjonen legger frem forslaget til lov om folkehelsearbeid.

Kapittel 1 og 2 gjør rede for proposisjonens hovedinnhold og høringen av lovforslaget. *Kapittel 3 til og med 5* gjør rede for bakgrunnen for at det fremmes forslag til lov om folkehelsearbeid. Det gis i disse kapitlene en oversikt over helseutfordringene, om folkehelsepolitikken og strategiene for å møte helseutfordringene, og det gis en oversikt over relevante stortingsdokumenter. *Kapittel 6* redegjør for hvordan folkehelsearbeid er regulert i Sverige, Danmark og Finland.

I *kapittel 7* redegjøres for 5 grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet. Disse er utjevning, "helse i alt vi gjør" (Health in all policies), bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medvirkning. Det omtales hvordan disse prinsippene er relevante og eventuelt forankret i lovforslaget.

Kapittel 8 presenterer den overordnede strukturen for den nye lovreguleringen. Et utgangspunkt er at ingen lov i dagens lovgivningsstruktur i særlig grad legger til rette for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid, selv om mange enkelt-elementer finnes i lovverket. Ettersom vi i økende grad har blitt klar over at alle sektors virksomhet har innvirkning på folkehelsen er det videre viktig at den nye lovgivningen gjøres tverrsektoriell. Hensikten er at folkehelsearbeidet i stor grad skal ivaretas gjennom de oppgaver og virkemidler kommuner og fylkeskommuner allerede har etter den øvrige lovgivningen. Ny lovgivning må forholde seg til retningslinjene for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren. Kapitlet peker også på enkelte særtrekk ved folkehelsearbeidet som har betydning for reguleringsteknikken som er valgt.

I *kapittel 9* presenteres formålet for folkehelse-loven. Det foreslås at loven skal bidra til å møte de utfordringene som samfunnet står ovenfor når det gjelder folkehelse som følge av samfunnsutvikling med hensyn til miljø, livsstil, befolkningssammensetning med mer. Loven skal legge til rette for et langsiktig, systematisk og samordnet folkehelsearbeid på alle nivåer.

Kapittel 10 redegjør for forslag til virkeområde for loven. Lovforslaget gir bestemmelser som retter seg mot kommuner og fylkeskommuner. Det foreslås å lovregulere statlige helsemyndigheters plikt til å bistå og støtte opp om lokalt og regionalt folkehelsearbeid og prinsippet om ”helse i alt vi gjør” forankres også på statlig nivå. Lovens kapittel 3 om miljørettet helsevern vil omfatte private og offentlige virksomheter og eiendommer som kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen, på samme måte som kommunehelsetjenesteloven.

Kapittel 11 handler om lovforslagets forhold til annet regelverk. Loven vil i utstrakt grad samvirke med andre lover som regulerer kommunesektorens øvrige oppgaver og underbygge at det tas helsehensyn ved bruk av virkemidler etter aktuelle sektorlover. Forholdet mellom forslaget til folkehelselov og forslaget til helse- og omsorgstjenestelov er særskilt omtalt. Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer helse- og omsorgstjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. Forslaget til folkehelselov har et generelt gruppe- og befolkningsperspektiv og kan rette seg mot alle typer faktorer som har innvirkning på befolkningens helse. Av lover utenfor helselovgivningen er særlig plan- og bygningsloven relevant fordi lovforslaget innebærer at folkehelsearbeidet foreslås integrert i plan- og bygningslovens system.

Kapittel 12 redegjør for det ansvar og de oppgaver innenfor folkehelsearbeidet som i dag ligger på de ulike forvaltningsnivåene. Når det gjelder kommunene, er forholdet mellom helsetjenesten og kommunen for øvrig nærmere drøftet. Ved gradvise endringer i dagens regelverk er det blitt en ubalanse i beskrivelsene om hva som er kommunestyrets ansvar og hva som er helsetjenestens ansvar, hvor det kan virke som om helsetjenesten har et bredere ansvar for folkehelsen enn kommunestyret. Denne ubalansen foreslås rettet ved at ansvaret for folkehelsearbeidet klart legges til kommunen som sådan og ikke til noen bestemt sektor. Departementet foreslår en bestemmelse om at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt herunder lokal samfunnsutvikling, planleg-

ging, forvaltning og tjenesteyting. Dette er også i tråd med prinsippet om å integrere helse i alle sektorer, jf. ”helse i alt vi gjør” (Health in All Policies). Fylkeskommunens oppgaver og ansvar er i stor grad en videreføring av dagens bestemmelser. Videre omtales og begrunnes forslag til bestemmelser om sentrale helsemyndigheters ansvar for å understøtte kommunal sektor i folkehelsearbeidet.

Kapitlet gjør også rede for internkontroll med kommunesektorens ivaretagelse av oppgavene etter denne lov. Bestemmelsene om miljørettet helsevern innebærer at det foreslås at kommunene fortsatt skal være tilsyns- og godkjenningmyndighet ovenfor virksomheter som også er kommunale. Det foreslås at kommunen skal dokumentere særskilt uavhengighet og likebehandling i miljørettet helsevern-tilsynet.

Kapittel 13 gjør rede for oppgaven med å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. For å utløse lokal handling og at tiltak forholder seg til lokale utfordringer, mener departementet det er viktig at det også foreligger lokale data og lokale vurderinger. For at oversikten skal få en best mulig funksjon mener departementet at det må gis en bestemmelse som omfatter hvilket grunnlag oversikten skal baseres på og hvilken form oversikten bør ha. Hensikten er å sikre at oversiktene får en slik form at de er plan- og styringsrelevante. Dette innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, konsekvensene er vurdert og at årsaksforhold så langt som mulig er kartlagt.

Selv om dataene bør tilstrebes å være lokale, bør det legges opp til at datasettet som kommunene skal ha oversikt over, har et kjernesett som er standardisert, dvs. som er felles for alle kommuner. Fylkeskommunen og sentrale helsemyndigheter skal legge til rette for at kommunene har grunnleggende oversikt over de mest sentrale påvirkningsfaktorer og helsetilstand i befolkningen. Et slikt felles datasett vil gjøre det mulig for kommuner å sammenligne seg med hverandre, samt måle utvikling over tid. At fylkeskommunene og Nasjonalt folkehelseinstitutt forpliktes til å gjøre denne type data tilgjengelig, vil være en sikkerhet og støtte for kommunene til at de faktisk får denne type data og i en form som er meningsfull for kommunene i arbeidet med å fremme folkehelse.

Kapittel 14 omhandler mål og folkehelseiltak i kommunen og utdyper lovforslagets §§ 6 og 7. Folkehelseutfordringene skal inngå som grunnlag for kommunal planstrategi. Det foreslås videre at kommunen fastsetter mål og strategier for folke-

helsearbeidet, og at disse skal inngå i kommunens plansystem etter plan- og bygningsloven. Dette er viktige føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligger over sektornivå. Videre foreslås det plikt til at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte de helseutfordringer kommunen står overfor. Det gis også en nærmere redegjørelse for aktuelle folkehelseiltak som eksempel på hva som kan og bør inngå i det lokale folkehelsearbeidet.

Kapittel 15 omhandler miljørettet helsevern som er en viktig oppgave og ressurs inn i det brede folkehelsearbeidet i kommunen. Tjenesten har sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, den er både sektorovergripende og gir kommunen virkemidler også ovenfor virksomhet og eiendom, både privat og offentlig. Denne myndigheten er en viktig forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for folkehelsearbeid.

Bestemmelsene om miljørettet helsevern utgjør en videreføring av gjeldende rett ved at kapittel 4a fra kommunehelsetjenesteloven flyttes "på rot" til lovforslaget kapittel 3. Det er foretatt enkelte tekniske og språklige oppdateringer i tillegg til at det foreslås en ny bestemmelse om overtredelsesgebyr.

Kapittel 16 handler om beredskap. Etter departements vurdering er det behov for å ha beredskapsbestemmelser i lov om folkehelsearbeid, dvs. beredskap knyttet til beskyttelse av befolkningens helse. I hovedsak dreier dette seg om beredskap knyttet til miljørettet helsevern. Kravet om beredskapsplan for kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven foreslås derfor videreført i kapittel 3 i lov om folkehelsearbeid. Erfaringen fra hendelser, blant annet etter Vest Tank-ulykken i 2007, viser at det er behov for å styrke helseberedskapen spesielt ved kjemikaliehendelser innenfor rammen av miljørettet helsevern. Dette foreslås å følges opp i forbindelse med denne loven. I dag foreligger det ikke noen klar meldings- og varslingsplikt fra kommunens miljørettet helsevern om kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom eller helseskade relatert til kjemikalieeksponering. I lovforslaget er det foreslått forskriftshjemmel til å stille nærmere krav til kommunens beredskap innen miljørettet helsevern.

Departementet foreslår videre at Folkehelseinstituttet får et lovfestet ansvar til å bistå kommuner ved miljøhendelser.

Kapittel 17 omhandler gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsere-

glement (IHR 2005) i norsk rett. IHR er en folkerettslig avtale som er bindende for 194 land, inkludert alle WHO's medlemsstater. IHR tar sikte på å forebygge, varsle, beskytte mot, kontrollere, og sikre en helsemessig respons ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. IHR-forskriften som delvis gjennomfører reglementet i norsk rett gjelder foreløpig bare på smittevernområdet, og departementet mener det er nødvendig å gjøre forskriften gjeldende også på atom/strålevern- og kjemikalieberedskapsområdene for å oppfylle vår internasjonale forpliktelse, og for å være tilstrekkelig forberedt dersom det oppstår en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. For å utvide virkeområdet til IHR-forskriften er det behov for tydeligere hjemler i lovverket, spesielt når det gjelder etablering av varslingssystem, hjemmel for å kunne lagre og behandle varsler, i tillegg til hjemler for å kunne iverksette midlertidige og stående tiltak som pålegges av WHO.

Kapittel 18 omhandler behov for helsefaglig kompetanse i kommunene. Det er personell med mange ulike fagbakgrunner som gjør en god innsats i folkehelsearbeidet. Kapitlet omhandler også videreføring av kravet om kommunelege. Departementet foreslår å videreføre kravet til å ha kommunelege fra kommunehelsetjenesteloven både i folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktig for blant annet å gjennomføre de analyser, vurderinger og tiltak som følger av lovforslaget.

Kapittel 19 omhandler samarbeid mellom kommuner. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-6 som gir anledning til å pålegge kommunesamarbeid når det er påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelseoppgavene.

Kapittel 20 redegjør for statlig tilsyn med bestemmelsene etter loven. Det foreslås at fylkesmannen kan føre tilsyn med lovligheten av kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av denne lov §§ 4 til 9, 20, 21 og 27 til 30. Videre foreslås videreført at Statens helsetilsyn skal ha ansvar for overordnet faglig tilsyn med loven.

Kapittel 21 inneholder en redegjørelse for forslaget økonomiske og administrative konsekvenser. Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å forebygge sykdom og for tidlig død. En bedre balanse i ressursinnsatsen mellom behandling og forebygging vil over tid vil føre til en reduksjon i økningen av behovet for kostbar behandling. I tillegg til de økonomiske gevinstene dette medfører,

vil det være vesentlige menneskelige og velferds-
messige gevinster ved en lavere dødelighet og en
mer funksjons- og arbeidsdyktig befolkning. Fordi
forslag til lov er innrettet slik at den skal sikre
bedre prioriteringer av tiltak for å møte helseutford-
ringer kan eventuelle merkostnader som følge av
folkehelseloven håndteres innenfor allerede gjel-

dende budsjetttrammer. Kommunens og fylkes-
kommunens ansvar må vurderes innenfor de ram-
mer som de arbeider innenfor i forhold til kapasitet
og ressursituasjon for øvrig, og hva som gir
mest helse innenfor gitte ressurser jf. blant annet
forholdet mellom forebygging vs. behandling.

2 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 18. oktober 2010 forslag til lov om folkehelsearbeid på høring. Lovforslaget er en del av regjeringens oppfølging av samhandlingsreformen, jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samme dato ble også forslag til kommunal helse- og omsorgstjenestelov sendt på høring. Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven vil sammen erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, og disse gir det juridiske grunnlaget for gjennomføring av reformen. Samme dato ble det også sendt på høring et grunnlag til en stortingsmelding om nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011-2015.

Forslag til lov om folkehelsearbeid ble sendt på høring til følgende institusjoner og organisasjoner:

Departementene
Landets fylkeskommuner
Landets fylkesmenn/Sysselmannen på Svalbard
Landets høyskoler
Landets kommuner
Landets universiteter
Sametinget

Arbeids- og velferdsdirektoratet
Arbeidstilsynet
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
Barneombudet
Datatilsynet
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB)
Direktoratet for naturforvaltning
Direktoratet for nødkommunikasjon
Helsedirektoratet
Jernbanetilsynet
Jernbaneverket
Klima- og forurensningsdirektoratet
Kystverket
Luftfartstilsynet
Mattilsynet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Norges vassdrags- og energidirektorat
Politidirektoratet
Statens arbeidsmiljøinstitutt

Statens helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Statens strålevern
Statens vegvesen
Statistisk sentralbyrå (SSB)
Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Akademikerne
Arbeidsgiverforeningen SPEKTER
Bedriftsforbundet
Blindeforbundet
Brannvesenet Sør-Rogaland IKS
Chr. Michelsens institutt
Delta
Demensforeningen
Den norske Jordmorforening
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Den norske turistforening
Det norske Diakonforbund
Econ Pöyry
Elevorganisasjonen
Fafø
Fagforbundet
Fellesorganisasjonen FO
Finansnæringens hovedorganisasjon
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Foreningen for Muskelsyke
Forskerforbundet
Forskningsinstituttets fellesorganisasjon
Forum for kommunale planleggere
Forum for miljø og helse
Forum for utvikling og miljø
Framtiden i våre hender
Friluftslivets fellesorganisasjon
Friluftsrådernes Landsforbund
Frivillighet Norge
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Gjøvikregionen Helse- og miljøtilsyn
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
Haugaland Miljørettet Helsevern
Helse- og miljøtilsyn Salten IKS
Helse- og sosialombudet i Oslo
Helsetilsynet i fylkene

Hørselshemmedes Landsforbund	Norges Bondelag
IK Samhelse Midt-Troms	Norges Diabetesforbund
Innvandrernes Landsorganisasjon (INLO)	Norges Døveforbund
Institutt for samfunnsforskning	Norges Fibromyalgiforbund
Internasjonal Helse- og sosialgruppe for innvandrere (IHSG)	Norges Forskningsråd
Kirkens Bymisjon	Norges Handikapforbund
Kommuneoverlegen i Midtre Namdal samkommune	Norges idrettsforbund, Olympiske og Paralympiske komité
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)	Norges Juristforbund
Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH)	Norges Røde Kors
Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene (KIM)	Norges Velforbund
Kreftforening	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Kystlab AS	Norsk Barnevernsamband
Landets regionale helseforetak	Norsk Ergoterapeutforbund
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Norsk Forening for Utviklingshemmede
Landsforeningen for pårørende innen psykiati	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
Landsforeningen for trafikkskadde	Norsk forening for Folkehelse (Folkehelseforeningen)
Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende	Norsk forening mot støy
Landsforeningen mot stoffmisbruk	Norsk forum for bedre innemiljø for barn
Landslaget for fysisk fostring i skolen	Norsk Fysioterapeutforbund
Landslaget for mat og helse i skolen	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Landslaget for offentlige pensjonister	Norsk Helse- og velferdsforum
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)
Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner	Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
Legeforeningens forskningsinstitutt	Norsk institutt for vannforskning (NIVA)
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Norsk Kiropraktorforening
Likestillingssenteret	Norsk kommunalteknisk forening
Lillehammer kommune/Miljørettet helsevern i Sør-Gudbrandsdal	Norsk Pasientforening
Medborgernes Menneskerettighets kommisjon	Norsk Pensjonistforbund
Stiftelsen Menneskerettighetshuset	Norsk Presseforbund
Mental Helse Norge	Norsk Psykiatrisk Forening
Miljørettet helsevern i Indre Østfold IKS	Norsk Psykologforening
Miljørettet helsevern i Grenland	Norsk Revmatikerforbund
Miljørettet helsevern i Hallingdal	Norsk Redaktørforening
Miljørettet helsevern i Vestfold, Re kommune	Norsk senter for menneskerettigheter
Miljørettet helsevern på Fosen	Norsk Sykepleierforbund
Miljøstiftelsen Bellona	Norsk Tannpleierforening
Nasjonal kompetanseenhet om minoritetshelse	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Norsk Vann
Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)	Norske Kvinners Sanitetsforening
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	Næringsmiddelbedriftenes Landsforening
Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)
NITO	Organisasjonen Voksne for Barn
Norges Astma- og allergiforbund	Opplysningsrådet for Veitrafikken
Norges Bedriftsidrettsforbund	PARAT
	Pasientskadenemnda
	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
	Redd Barna
	Regionsentrene for barn og unges psykiske helse – RBUP
	Regjeringsadvokaten

Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)	Finnmark fylkeskommune
Riksadvokaten	Hedmark fylkeskommune
Riksrevisjonen	Hordaland fylkeskommune
Ryggforeningen i Norge	Møre og Romsdal fylkeskommune
Rådet for psykisk helse	Nordland fylkeskommune
Selvhjelp for innvandrere og flyktninger	Nord-Trøndelag fylkeskommune
Seniorsaken i Norge	Oppland fylkeskommune
Senter for medisinsk etikk (SME)	Rogaland fylkeskommune
Senter for seniorpolitikk	Sogn og Fjordane fylkeskommune
SINTEF Teknologi og samfunn	Sør-Trøndelag fylkeskommune
SINTEF-Helse	Telemark fylkeskommune
Skadeforebyggende forum	Troms fylkeskommune
Skiforeningen	Vest-Agder fylkeskommune
Sosialtjenestemennenes landsforbund	Vestfold fylkeskommune
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Østfold fylkeskommune
Statens seniorråd	
Sunne kommuner	Fylkesmannen i Aust-Agder
Syklistenes Landsforening	Fylkesmannen i Hedmark
Tekna	Fylkesmannen i Hordaland
Unio	Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Universitets- og høyskolerådet	Fylkesmannen i Oppland
Utdanningsforbundet	Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
	Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Høringsfristen var 18. januar 2011. I alt foreligger ca. 420 høringsuttalelser. Departementet har motatt høringsuttalelse fra følgende instanser:	Fylkesmannen i Telemark
	Fylkesmannen i Troms
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet	Fylkesmannen i Vest-Agder
Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet	Fylkesmannen i Vestfold
Justis- og politidepartementet	Fylkesmannen i Østfold
Kommunal- og regionaldepartementet	Helsetilsynet i Buskerud
Kunnskapsdepartementet	Helsetilsynet i Møre og Romsdal
Landbruks- og matdepartementet	Helsetilsynet i Nordland
Miljøverndepartementet	Helsetilsynet i Rogaland
	Helsetilsynet i Troms
Arbeids- og velferdsdirektoratet	Alta kommune
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Alvdal kommune
Barneombudet	Andebu kommune
Datatilsynet	Andøy kommune
Helsedirektoratet	Arendal kommune
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet	Asker kommune
Kystverket	Askøy kommune
Mattilsynet	Aure kommune
Nasjonalt folkehelseinstitutt	Austrheim kommune
Politidirektoratet	Bamble kommune
Statens helsetilsyn	Balsfjord kommune
Statens strålevern	Beiarn kommune
Statistisk Sentralbyrå	Bergen kommune
	Bindal kommune
Akershus fylkeskommune	Bjerkreim kommune
Aust-Agder fylkeskommune	Bodø kommune
Buskerud fylkeskommune	Bremanger kommune
	Bygland kommune
	Bykle kommune
	Bærum kommune

Bø kommune	Kommunene Ski, Ås, Enebakk, Vestby, Frogn og Nesodden
Bømlo kommune	Kongsvinger kommune
Dovre kommune	Kristiansand kommune
Drammen kommune	Kristiansund kommune
Eid kommune	Krødsherrad kommune
Eidsberg kommune	Lardal kommune
Etne kommune	Larvik kommune
Evenes kommune	Leikanger kommune
Evje og Hornnes kommune	Leka kommune
Fauske kommune	Lenvik kommune
Fitjar kommune	Levanger kommune
Fjell kommune	Lierne kommune
Flatanger kommune	Lillesand kommune
Flekkefjord kommune	Lindås kommune
Flesberg kommune	Listerregionen, kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal
Flå kommune	Lofotrådets arbeidsutvalg, kommunene Moskenes, Flakstad, Vågan og Vestvågøy
Folldal kommune	Lom kommune
Fosnes kommune	Lunner kommune
Fredrikstad kommune	Lærdal kommune
Frogn kommune	Løten kommune
Fræna kommune	Malvik kommune
Fyresdal kommune	Marker kommune
Førde kommune	Melhus kommune
Gamvik og Lebesby kommuner	Meråker kommune
Giske kommune	Midtre Gauldal kommune
Gran kommune	Midt-Troms regionråd, kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy
Grong kommune	Modum kommune
Halden kommune	Moskenes kommune
Hamarøy kommune	Moss kommune
Hammerfest kommune	Namdalseid kommune
Haram kommune	Namsskogan kommune
Hardangerrådet - Eidfjord, Granvin, Jondal, Kvam, Odda, Ullensvang og Ulvik	Narvik kommune
Hareid kommune	Naustdal kommune
Haugesund kommune	Nedre Eiker kommune
Hemnes kommune	Nesna kommune
Herøy kommune	Nesodden kommune
Hitra kommune	Nesset kommune
Hobøl kommune	Nissedal kommune
Holmestrand kommune	Nittedal kommune
Hornindal kommune	Nome kommune
Hurum kommune	Norddal kommune
Høyanger kommune	Nord-Fron kommune
Inderøy kommune	Nord-Troms Regionråd – kommunene Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen
Jevnaker kommune	Nore og Uvdal kommune
Karlsøy kommune	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Karmøy kommune	Notodden kommune
Kautokeino kommune	Nærøy kommune
Klæbu kommune	Nøtterøy kommune
Kommunene Hå, Time, Klepp, Randaberg og Gjesdal	
Kommunene Suldal, Sauda, Karmøy, Bokn og Vindafjord	
Kommunene Øyer, Gausdal, Ringebu og Lillehammer	

Oppdal kommune	Stavanger kommune
Oppegård kommune	Steinkjer kommune
Os kommune, Hedmark	Stjørdal kommune
Os kommune, Hordaland	Stokke kommune
Oslo kommune	Stord kommune
Overhalla kommune	Stordal kommune
Politi­høgskolen	Stranda kommune
Porsanger kommune	Stryn kommune
Radøy kommune	Sula kommune
Rana kommune	Suldal kommune
Rauma kommune	Sund kommune
Re kommune	Sunndal kommune
Regionrådet for Hallingdal, kommunene Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol	Surnadal kommune
Regionrådet for Nord-Gudbrandsdal, ordførerne i Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja	Sykkylven kommune
Regionrådet Nordhordland IKS, kommunene i Nordhordland og Gulen	Søgne kommune
Rendalen kommune	Sør-Troms regionråd, kommunene Bjarkøy, Gratangen, Harstad, Ibestad, Kvæfjord, Lavangen, Salangen og Skånland
Rennesøy kommune	Sørum kommune
Ringerike kommune	Sør-Varanger kommune
Ringsaker kommune	Tingvoll kommune
Risør kommune	Tinn kommune
Rollag kommune	Tjøme kommune
Rælingen kommune	Tolga kommune
Rødøy kommune	Tranøy kommune
Rømskog kommune	Tromsø kommune
Røyrvik kommune	Trondheim kommune
Råde kommune	Trøgstad kommune
Saltdal kommune	Tvedestrand kommune
Salten Regionråd, kommunene Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy, Meløy, Saltdal, Steigen, Sørfold, Værøy, Røst og Tysfjord	Tydal kommune
Samarbeidsforum i Sunnfjord, kommunene Flora, Førde, Gaular, Naustdal og Jølster	Tysvær kommune
Sandefjord kommune	Tønsberg kommune
Sandnes kommune	Ullensaker kommune
Sandøy kommune	Ulstein kommune
Sarpsborg kommune	Vadsø kommune
Selbu kommune	Valla kommune
Selje kommune	Vanylven kommune
Seljord kommune	Vefsn kommune
Sigdal kommune	Vega kommune
Siljan kommune	Vegårshei kommune
Skaun kommune	Vennesla kommune
Skedsmo kommune	Verran kommune
Skien kommune	Vestnes kommune
Skjervøy kommune	Vestvågøy kommune
Skjåk kommune	Vikna kommune
Skodje kommune	Vinje kommune
Smøla kommune	Volda kommune
Snåsa kommune	Vågan kommune
Sola kommune	Vågsøy kommune
Songdalen kommune	Øvre Eiker kommune
Spydeberg kommune	Vågå kommune
	Ørskog kommune
	Ørsta kommune
	Øystre Slidre kommune
	Åfjord kommune

Ålesund kommune	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)
Åmli kommune	Kreftforeningen
Ås kommune	KS Finnmark
Åseral kommune	KS Hedmark og Oppland
Akademikerne	KS Nord-Norge
Arbeidsgiverforeningen Spekter	KS Nord-Trøndelag
Aust-Agder fylkeskommune, fylkeseldrerådet	KS Troms
Åvjuvårre urfolksregion	Landets regionale arbeids- (og miljø)medisinske sykehusavdelinger
Bærum Venstre	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Dekanmøtet i medisin	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Den norske jordmorforening	Landslaget for mat og helse i skolen
Den norske legeforening	Landslaget Fysisk Fostring i Skolen
Den norske tannlegeforening	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Diabetesforbundet	Marit Rognerud
Eldreaksjonen	Mental Helse Norge
Fagforbundet	Miljørettet helsevern i Indre Østfold
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	Miljørettet helsevern og skjenkekontroll – Brannvesenet Sør-Rogaland
Flatanger kommunes råd for eldre og funksjonshemmede	Miljørettet helsevern Vestfold
Folkehelserådet i Bamble kommune	Møre og Romsdal KrF
Forum for miljø og helse	Narvik eldreråd
Fosen Distriktsmedisinske Senter	Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap
FRAMBU Senter for sjeldne funksjonshemninger	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Friluftslivets fellesorganisasjon	Nasjonalt nettverk for helsefremming
Friluftsrådernes Landsforbund	Nasjonalt råd for ernæring
Frivillighet Norge	Nasjonalt råd for fysisk aktivitet
Fylkesrådet for funksjonshemmede i Sogn og Fjordane	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Førde Arbeiderparti	Nasjonalt råd for tobakksforebygging
Gjøvikregionen Helse- og Miljøtilsyn IKS	Nettverk for miljørettet helsevern i Akershus
Grete Roede AS	Nordfjordreådet
Helse Midt-Norge RHF	Nordlandssykehuset HF
Helse- og Miljøtilsyn Salten	Norges Astma- og Allergiforbund
Helse- og omsorgslederne i Gjøvikregionen	Norges golfforbund
Helse Sør-Øst RHF	Norges idrettsforbund
Helse Vest RHF	Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon (NITO)
Helseforetakene i Helse Midt-Norge	Norges Kvinne- og Familieforbund
Helse-Nord RHF	Norsk Audiografforbund
HivNorge	Norsk Dentalbransjeforening
Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede	Norsk Ergoterapeutforbund
HSH	Norsk Fysioterapeutforbund
Høgskolen i Hedmark	Norsk Helsenett SF
Høgskolen i Sør-Trøndelag	Norsk Nettverk for Down Syndrom
Høgskolen i Østfold	Norsk psoriasisforbund
Hørselshemmedes Landsforbund	Norsk psykiatrisk forening
IKT-Norge / Norsk eHelseforum	Norsk Psykologforening
Jan Vilhelm Bakke – overlege	Norsk Revmatikerforbund
Jorid Grimeland	Norsk studentorganisasjon
Kirkens Bymisjon	Norsk Sykepleierforbund
Kliniske Ernæringsfysiologers Forening	Norsk Tannpleierforening
Kommnehelsesamarbeidet Vestre Viken	
Kommuneoverlegen i Krødsherad og Modum	

Norske Kvinners Sanitetsforening
 Norske Samers Riksforbund
 Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)
 Oddrun Linge
 Oppland Senterparti
 Pensjonistforbundet
 Pensjonistuniversitetet i Ålesund
 Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, Helse Midt-Norge RHF
 Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør
 Røde Kors
 Rådet for eldre og funksjonshemmede i Nore og Uvdal
 Rådet for funksjonshemmede i Oslo
 Rådet for psykisk helse
 Samarbeidsorganet HMN-høgskolene
 Samarbeidsorganet HMNR-NTNU
 Samnanger eldreråd
 Selvhjelp Norge
 Senter for helsefremmende forskning, HiST-NTNU
 Senter for samisk helseforskning
 Skadeforebyggende forum
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
 Statens seniorråd
 Stiftelsen Godthaab Helse og Rehabilitering
 Stiftelsen KRAFT
 Støyforeningen
 Sunne kommuner - WHO's norske nettverk
 Sykehusaksjonen for Nordfjordsykehus
 Unge funksjonshemmede
 Unio

Universitetet for miljø- og biovitenskap
 Universitetet i Agder
 Universitetet i Oslo
 Universitetet i Tromsø
 Universitets- og høgskolerådet
 Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Valdres Natur- og Kulturpark
 Várdobáiki samisk senter
 Veteranforbundet SIOPS
 Voksenopplæringsforbundet
 Vågsøy Senterparti
 Østfoldhelse
 Øvre Romerike Utvikling

I tråd med kongelig resolusjon 1. juli 2005 er det blitt avholdt konsultasjoner mellom departementet og Sametinget i forbindelse med arbeidet med lov om folkehelsearbeid. Det er i tråd med innspill fra Sametinget gitt en omtale av lovforslagets betydning for den samiske befolkning flere steder i proposisjonen. Sametinget har bedt om at det i § 6 i lovforslaget tas inn at "[k]ommunen skal i sin planstrategi sikre at den samiske befolknings behov blir vektlagt og ivaretatt". Det er ikke enighet om å ta inn en slik formulering i lovtekst, da departementet mener dette vil bryte med lovens systematikk som ikke peker på noen grupper. Videre mener departementet det ikke er dokumentert at den samiske befolkning står overfor vesentlig andre helseutfordringer enn befolkningen for øvrig.

3 Helseutfordringene

3.1 Helseutfordringene – et historisk overblikk

Gjennom det siste århundret har ulike utfordringer preget folkehelsen i Norge. Frem til ca. 1950 var smittsomme sykdommer det overskyggende folkehelseproblemet og den hyppigste dødsårsak blant mennesker også i Norge.

I takt med bedre levekår og hygiene ble forekomst av smittsomme sykdommer betydelig redusert. Fra 1940-årene kom en lang rekke antibiotika som revolusjonerte behandlingen av bakterielle infeksjoner. Årene etter 1950 var også en gjennombruddstid for utviklingen av vaksiner som kunne beskytte mot smitte og brukes i forebyggende arbeid, særlig overfor virusykdommer der en først fra 1980-årene av har lyktes i å få frem anvendelige stoffer til behandling.

Fra 1950-tallet av var bekjempelsen av hjertekarsykdommer sentralt. Dødeligheten av disse sykdommene økte sterkt gjennom 1950- og 1960-årene, og mange menn døde av infarkt før de fylte 65 år. Rundt 1970 snudde utviklingen, og særlig i 1990-årene var nedgangen i hjertedødsfall stor blant menn. De fleste infarktdødsfallene skjer nå etter 65 år. Den såkalte livstidsrisikoen for å dø av hjerteinfarkt var ved år 2000 halvert i forhold til perioden 1970-75. Økningen og den senere tilbakegangen har klar sammenheng med utviklingen i kostholdsvaner i befolkningen. Reduksjon i røyking og bedre behandlingsmetoder de siste 20 år har også betydd mye.

For store deler av befolkningen har tannhelsestilstanden blitt betydelig bedre i løpet av de siste 35 til 40 årene. Usunt kosthold og ernæring i kombinasjon med forhold knyttet til livsstil og levekår kan føre til omfattende tannsykdommer. Kostholdets betydning for forebygging av generelle livsstilssykdommer har dermed også effekt på utbredelsen av tannsykdommer, og i særlig grad tannsykdommen karies.

Helt siden dødsårsaksstatistikken ble opprettet på slutten av 1800-tallet, har det vært en jevn nedgang i antall barn som dør i første leveår. Bedre levekår, ernæring, helsestell med bedre fødselsomsorg, helsestasjoner og vaksinasjons-

programmer bidro til at barna ble mer robuste og færre døde av infeksjoner. Rundt år 1900 døde om lag 80 av 1000 barn før de fylte ett år, på 1950-tallet var antallet 35. I dag er antallet cirka 3 per 1000 eller under 200 av cirka 60 000 levende fødte barn. Dette betyr at Norge i dag er blant landene i verden med lavest spedbarnsdødelighet.

En sterk nedgang i spedbarnsdødeligheten har betydd mye for den økte levealderen over tid i Norge, særlig i perioden 1900-1950, mens de siste 10-20 årene har redusert dødelighet blant middelaldrende og eldre betydd mer.

3.2 Dagens helseutfordringer

Generelt sett er folkehelsen i Norge god. I følge undersøkelser foretatt av Statistisk sentralbyrå (SSB) oppgir om lag åtte av ti voksne at de har meget god eller god helse. Samtidig viser studier at anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter. Norske barn er blant de friskeste i verden. På samme måte som spedbarnsdødeligheten er gått ned, er dødeligheten etter spedbarnsalderen blitt betydelig redusert de siste hundre årene. I følge SSB har ni av ti barn ifølge foreldrene meget god eller god helse. Om lag 10–15 prosent av barna har en sykdom eller funksjonshemming som påvirker hverdagen.

For hvert femte år som har gått de seneste tiår, har den norske befolkningen fått ett års lengre forventet levealder. De siste 20 årene har alle grupper her i landet – uavhengig av utdanningslengde og inntekt - fått bedre helse, og levealderen har økt for alle. Likevel har bedringen vært større for grupper med lang utdanning og høy inntekt enn for de med kort utdanning og lav inntekt.

Fremover vil det bli flere friske eldre, men det vil også bli flere som har aldersrelaterte helseutfordringer. De demografiske endringene er et resultat av en samfunnsutvikling med bedre levekår og gode velferds- og helsetjenestetilbud. Ikke desto mindre skaper ulikheter i posisjon og ressurser helseforskjeller.

Beregninger viser at antall personer over 67 år vil vokse fra 614 000 i 2008 til 1,6 millioner i 2060. I dag er det omlag fem yrkesaktive per pensjonist. Om tretti år er det om lag 2,5. For å sikre velferds-systemets bærekraft er det viktig å sikre befolkningens helsetilstand og funksjonsevne. Forebyggende innsats vil være viktig for å opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i alderdommen.

De fleste kroniske somatiske sykdommer øker med alderen. Alder er for eksempel en viktig risikofaktor for kreft, og med økningen i antall eldre i befolkningen, vil antall personer med kreft øke. Dette betyr at med økt forventet levealder vil det også bli stadig flere pasienter med kroniske lidelser, både somatiske og psykiske. På grunn av den medisinske utviklingen og gode behandlingstilbud overlever stadig flere den akutte fasen av sykdommen de får. Sykdommer som tidligere ble betegnet som akutte med høy dødelighet, som for eksempel diabetes type 2, hjertesykdommer og kreft, hører nå til kategorien kroniske sykdommer.

Det er en økning i kroniske sykdommer som KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom) og det har vært en tredobling av forekomst av diabetes type 2 de siste 30 årene. Overvekt øker risikoen for en rekke sykdommer, herunder kreft, hjertekarsykdommer og diabetes type 2. I dag har en av fem nordmenn KMI på over 30 (kroppsmasseindeks). Dette utgjør en dobling av andelen i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene. Helseundersøkelsene fra fem fylker i 2000-2003 viser at 67-76 % av mennene og 48-66 % av kvinnene i aldersgruppene over 40 år har utviklet overvekt (KMI på over 25) eller fedme (KMI på over 30). Rundt 15 prosent av 8-9-åringer og 15-åringer har overvekt eller fedme, hvorav fedme utgjør under fem prosent.

Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helseutfall. Det er dokumentert sosiale ulikheter i helse for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Sammenhengen mellom sosial posisjon (utdanning, yrke, inntekt) og helse er gradvis og kontinuerlig gjennom alle sosiale lag. Det er i hovedsak ikke slik at det finnes en inntekts- eller utdanningsterskel der helsetilstanden plutselig blir dramatisk forbedret. Dette betyr at sosiale helseforskjeller er en utfordring som griper gjennom hele samfunnet (en gradient). Det er mange årsaker til helseforskjeller.

De ulike områdene kan betraktes som sammenhengende og til dels overlappende årsakskjeder fra grunnleggende faktorer som økonomi og

oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Barns levekår og omgivelser i oppveksten påvirker blant annet utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helse i voksenalderen.

I motsetning til hva som er situasjonen for urfolk mange andre steder i verden, tyder eksisterende forskning på at forskjeller i helse mellom samer og nordmenn er små (Nystad, 2010). Mange av folkehelseutfordringene (kroniske sykdommer, psykiske plager osv.) er felles for den samiske befolkningen og befolkningen i Norge for øvrig. Men samer med lav sosioøkonomisk status og som har opplevd diskriminering, har dårligere selvopplevd helse (Hansen et al. 2010). Samer kan møte spesifikke utfordringer som utstøtningsmekanismer eller høyere barrierer inn mot ulike tjenester på grunn av språk- og kulturforskjeller.

For migranter kan utvandringen øke hastigheten på forandringsprosesser som har startet før utvandrerne dro hjemmefra. Eksempler kan være endringer i helseatferd, som et mer energirik kosthold, fysisk inaktivitet, og mer røyking og bruk av alkohol. Innvandrere er ikke en ensartet gruppe når det gjelder helse. Enkelte innvandrergupper i Norge har høyere forekomst av diabetes type 2 enn den etnisk norske befolkningen. På den annen side bruker mange innvandrergupper tradisjonelt mye frukt og grønnsaker, som beskytter mot en rekke kroniske sykdommer.

Menn og kvinner med nedsatt funksjonsevne har høyere risiko for dårlig helse sammenliknet med befolkningen for øvrig på grunn av levekårsrelaterte forhold som ikke har direkte sammenheng med funksjonsevnen (SSB, 2010).

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Omkring 8 % av alle barn og unge i Norge mellom 3-18 år har en diagnostiserbar psykisk lidelse. På et hvert tidspunkt har rundt 15-20 % psykiske vansker med så mye symptomer at dette går utover trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Verdens helseorganisasjon anslår at 44 % av samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser skyldes depresjon. Dette har store samfunnsøkonomiske konsekvenser blant annet fordi depresjon oppstår i ung alder, rammer mange og ofte fører til marginalisering som langtidssykefravær og lignende. Risikofaktorer er knyttet til blant annet sosioøkonomisk ulikhet, arbeidsledighet, tilgjengelighet av alkohol, fysisk inaktivitet, samlivsproblemer, ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte, røyking og opplevelse av misforholdet mellom krav og kontroll i arbeidet.

Situasjonen for sykdommer som kan overføres med mat eller vann, er ganske stabil. Når det gjelder meldte tilfeller, er campylobacteriose den vanligste sykdommen. Norge har fortsatt få tilfeller av salmonellose sammenlignet med andre land, og de fleste er smittet utenlands. Når det gjelder ikke-meldepliktige sykdommer, er det fortsatt grunn til å anta at disse samlet er årsak til mange sykedager. Vanligste risikofaktorer er dårlig drikkevann og uhygienisk håndtering av mat. For å holde de smittsomme sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram.

Muskel- og skjelettplager er utbredt og utgjør et stort helseproblem. Dette er plager og lidelser vi lever med og som ofte er kroniske. Nesten halvparten av sykefraværet og en tredel av uførepensjoner er knyttet til diagnosegruppen muskel- og skjelettplager. For nær alle grupper og tilstander av muskel- og skjelettplager ser fysisk aktivitet ut til å kunne medvirke til å forebygge, utsette eller lindre plagene.

3.3 Nærmere om helseutfordringer knyttet til miljøet; fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø.

Sosiale miljøfaktorer har stor betydning for både fysisk og psykisk helse, både negative sosiale miljøfaktorer som kan skade helsen og positive sosiale miljøfaktorer som fremmer helsen. I dag brukes ofte begrepet sosiale determinanter om slike sosiale miljøfaktorer. Eksempler på slike faktorer som påvirker folkehelsen er sosiale levekår og sosialt nettverk, bomiljø, arbeidslivstilknytning og arbeidsmiljø, skole og utdanning, forhold i familie og fritid.

Utdanning er utgangspunktet for, og medvirkende til, en rekke prosesser som bidrar til å produsere helse utover i det voksne livsløpet. Sammenhengene mellom utdanning og helse er komplekse, men det er mulig å skille mellom to hovedmekanismer. Den første mekanismen dreier seg om hvordan utdanning påvirker de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet og dermed bidrar til å bestemme hvilke helsebelastende eller helsefremmende forhold personene utsettes for. Betydningen av utdanning formidles gjennom faktorer som ligger i en årsakskjede mellom utdanning og helse som utspiller seg over tid. Utdanning har for eksempel stor innflytelse på yrkeskarrieren. Både helsereelatert livsstil og arbeidsforhold trer også fram som mellomliggende forklaringsfaktorer. Den andre mekanismen dreier seg

om hvordan læring og utdanning direkte bidrar i utviklingen av psykologiske ressurser, som igjen påvirker individets mulighet for helse. Utdanning er en form for menneskelig kapital som styrker individets mestringsressurser. Flere studier finner at utdanning varierer med følelsen av å ha kontroll. I dag er det slik at om lag hver fjerde elev som begynner i videregående opplæring ikke gjennomfører i løpet av fem år. Det er dokumentert sosial ulikhet i læring i Norge. Siden læring og utdanning har betydning for helsen, vil ulikheter i utdanning og læring ha betydning for ulikheter i helse.

Arbeid har betydning for helse langs to dimensjoner. Den ene dimensjonen omhandler forhold på arbeidsplassen og arbeidsmiljøets betydning for helse. Den andre dimensjonen omhandler grad av arbeidslivstilknytning. Det er godt dokumentert at psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har betydning for helse. Fremdeles eksisterer de "tradisjonelle" fysiske-kjemiske utfordringer på norske arbeidsplasser. Psykososiale arbeidsmiljøfaktorene utgjør også store utfordringer i arbeidet med å forebygge arbeidsrelatert sykdom og ekskludering. Det er imidlertid den andre dimensjonen, det å være i arbeid, som har størst betydning for helse. Å ha et arbeid er for de fleste et gode som bidrar til økt livskvalitet. Arbeidslivet er en arena hvor enkeltmennesket får brukt sine ressurser og evner, og hvor en inngår i et sosialt fellesskap. Personer med svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn den øvrige befolkning. Utstøting fra arbeidslivet er blant hovedårsakene til lavinntekt og fattigdom med den betydning det har for helse.

Sosial isolasjon og manglende sosial støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen både for psykiske og somatiske helseproblemer. Sosial støtte, eller mangelen på den, har særlig innvirkning hvis man er utsatt for ulike påkjenninger og negative livshendelser. Sosial støtte fungerer som en "buffer" eller beskyttelsesfaktorer gjennom at det styrker individets mestringssevne. I tillegg til utviklet mestringssevne i ulike situasjoner er sosial støtte en av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser.

Blant de mange levekårsfaktorer som påvirker helse og fordeling av helse, spiller bolig og bomiljø også en viktig rolle. Alt fra fysiske betingelser slik som inn klima og størrelse, eie- og leieforhold og sosiodemografiske forhold som beliggenhet og nabolagsprofil kan ha betydning for helse og fordeling av helse. Nabolagskvalitet blir koblet til trivsel og trygghet, og studier viser at

levekårsforbedringer i et boligområde styrker den psykiske helsen til de som bor der.

I følge WHO er dårlig fysisk, kjemisk og biologisk miljøkvalitet i Norge direkte årsak til 14 % av sykdom som kan forebygges. Ut i fra WHO's beregninger vil dette utgjøre 73 000 tapte leveår i god helse (DALYs) og 7500 dødsfall pr. år. Alvorlige sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser blir enten utløst av eller forverret av påvirkninger fra miljøet.

Egen røyking er blant de aller viktigste årsakene til de typene lungesykdommer og hjerte- og karsykdommer som er mest utbredt i Norge i dag. I tillegg er det vist at utendørs luftforurensning kan medføre økt risiko for sykdom i disse organ-systemene. De viktigste forurensningskildene er utslipp fra motorer, fyring og industrielle prosesser, i tillegg til svevestøv fra veislitasje og naturen og luftforurensning fra andre regioner. Av gasser er det særlig nitrogenoksider og bakkenært ozon som betyr noe. De aller fleste nordmenn er eksponert for lave nivåer av svevestøv som trolig ikke fører til vesentlig helseskade. Med betydelig usikkerhet er det estimert at 4 % av befolkningen er eksponert for årsmiddelkonsentrasjoner av PM_{2,5} på mer enn 10 µg/m³. Under dette nivået er sammenhengen mellom eksponering og helseutfall mer usikker. Episodevis forekommer relativt høyt innhold av forurenset luft i de største norske byene og Grenlandsområdet.

Dårlig inneklimate kan føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og tretthet, men kan også forverre astma og luftveisallergi. Blant mulige risikofaktorer finner vi fuktproblemer og muggsopp, passiv røyking, svevestøv, avgassing fra byggematerialer, møbler og husholdningsprodukter. Forholdene blir ofte forverret av mangelfull ventilasjon, trekk og ugunstige temperatur- og lysforhold. Det er beregnet at ca. 10-20 % av norske boliger har fuktskader. Tobakksrøyk er den enkeltfaktoren som i høyest grad skaper et helseskadelig inneklimate. Passiv røyking fører hvert år til anslagsvis 350-550 dødsfall i Norge. Tobakksrøyk forsterker også i betydelig grad skadevirkningene av andre farlige stoffer som radongass og asbest.

Støy kan gi fysiologiske forandringer som er typisk for psykisk stress, og kan redusere søvnkvaliteten. Sammen med andre stressfaktorer kan støy forårsake både muskelsmerter, forhøyet blodtrykk og hjertesykdom. Det er beregnet at over 1,5 millioner mennesker i Norge er utsatt for lydnivåer over 55 dB ved boligen, som er det høyeste anbefalte døgngjennomsnitt for støyeksponering

i boligområder. Kildene til dette er støy fra samferdsel, industri og annen næring, skytebaner, bygg- og anleggsvirksomhet og motorsportbaner. Med en viss usikkerhet kan det antas at over 190 000 (4 %) personer er sterkt plaget av støy, inkludert nærmere 160 000 personer av støy fra veitrafikk. Veitrafikken står for om lag 80 % av den totale støyplogen i Norge. Det er videre anslått av støy bidrar til søvnforstyrrelser blant 5 % av befolkningen som er over 15 år.

I Norge har de fleste tilgang til drikkevann av høy kvalitet. I 2008 fikk 90 prosent av Norges befolkning (cirka 4,3 millioner personer) drikkevann fra et av de cirka 1500 registrerte vannverkene her i landet. I 2008 var det i følge deres egenrapportering 75 av disse vannverkene som i perioder leverte drikkevann med utilfredsstillende bakteriologisk kvalitet. Det ble ikke rapportert om sykdom i befolkningen i forbindelse med disse episodene, men internasjonale undersøkelser gir grunn til å tro at det foreligger underreportering av sykdom som følge av inntak av drikkevann. Disse 75 vannverkene forsynte til sammen 32 300 personer. Vi vet lite om kvaliteten på drikkevann fra andre vannverk enn de som er registrert i vannverksregisteret. Ca. 500.000 får sitt drikkevann fra slike anlegg. Mattilsynets tilsyn med mindre vannverk indikerer at standarden er lav.

Siden siste årtusensskifte har det vært to større sykdomsutbrudd forårsaket av drikkevann fra norske vannverk: giardiatutbruddet i Bergen i 2004 med cirka 6000 syke og campylobacterutbruddet i Røros i 2007 med cirka 2000 syke. I tillegg blir det hvert år registrert et varierende antall små utbrudd forårsaket av drikkevann fra enkelthusanlegg eller fra små fellesforsyninger. Store deler av ledningsnettene ble bygget i gjenreisningstiden etter andre verdenskrig. Disse er nå i dårlig forfatning og det foreligger et betydelig vedlikeholdsetterslep. Fordi drikkevannsledningen vanligvis ligger i samme grøft som avløpsledningen, som også kan ha lekkasjer, er det fare for forurensning av drikkevannet ved for eksempel ledningsbrudd eller undertrykk i ledningsnettene på grunn av reparasjoner. Infeksjoner som følge av infisert drikkevann står antagelig totalt for et betydelig antall fraværsdøgn i arbeidslivet årlig.

Mattryggheten i Norge er generelt god, men maten kan være en kilde til inntak av en rekke helseskadelige miljøforurensninger, som tungmetaller, PCB, dioksiner samt bromerte- og fluorerte forbindelser. Det advares for eksempel mot å spise fisk og skalldyr fra enkelte forurensede havner og fjorder i Norge hvor innholdet av dioksiner,

PCB og/eller PAH er særlig høyt, selv om en ikke kan påvise nøyaktig hvor stor helsefaren er.

Radon er fortsatt et betydelig problem i mange boliger, skoler og arbeidslokaler. Nærmere halvparten av den radioaktive strålingen vi utsettes for, stammer fra radongass. Statens strålevern har anslått at ca. 280 tilfeller nye lungekrefttilfeller per år kan tilskrives radon. Risikoen for lungekreft er ca. 25 ganger høyere for de som i tillegg røyker.

UV-stråling både fra soling og solarier er vist å ha sammenheng med hudkreft, en kreftform som er økende. En årsak til økningen i hudkrefttilfeller er endrede solingsvaner. Solkrem beskytter mot UV-stråler, men har begrenset effekt og stabilitet.

For personer under 45 år er ulykker den største dødsårsaken i Norge. Det er anslått at ca. 500 000 ulykkesskader hvert år krever behandling hos lege. Omkring 1800 mennesker dør årlig som følge av ulykker. Barn og unge i alderen 10-20 år er de som totalt sett skader seg mest, mens forekomsten av alvorlige ulykker er størst i den eldre del av befolkningen. Hjem-, skole- og fritidsulykkene utgjør størstedelen av ulykkesskadene som krever behandling på sykehus eller legevakt.

3.4 Nærmere om helseutfordringer knyttet til levevaner

Dagens og fremtidens helseutfordringer er i vår del av verden nært knyttet til levevaner. Levevaner påvirkes av det sosiale miljøet og henger derfor sammen med levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. Dersom helseatferd utelukkende hadde vært et individuelt valg, ville man forvente at helseatferd var jevnt fordelt i befolkningen, uavhengig av utdanning og inntekt. Studier viser imidlertid at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helseatferd: Jo høyere sosioøkonomisk status, desto sunnere helseatferd.

De tydelige sosioøkonomiske forskjellene i levevaner viser at atferd ikke bare styres av individuelle valg, men også påvirkes av levekår, samfunnsstrukturer og ulikheter i ressurser.

Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet påvirker en rekke av de ikke-smittsomme sykdommene. Det er overbevisende dokumentasjon for at røyking, fysisk inaktivitet, alkoholbruk og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død.

Røyking øker risikoen for en rekke sykdommer: hjerte- og karsykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og mange former for kreft, særlig lungekreft. Hvert år dør om lag 6700

personer av sykdommer forårsaket av røyking, og hver av dem har i gjennomsnitt tapt 11 leveår. Det er en markert sosial gradient for daglig røyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel daglig røykere. Det har vært en markant nedgang i antall daglig røykere fra 1973-2010 i Norge. I 1973 oppga 51 % av mennene og 32 % av kvinnene at de røykte daglig. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 19 % av den voksne befolkningen oppgir at de røyker daglig i 2010. 12 % blant ungdom i alderen 16-24 år røyker. Dette innebærer en halvering i denne aldergruppen de siste 10 årene. I dag røyker fortsatt nærmere 1 av 10 gravide ved svangerskapets slutt. Dette medfører risiko for skader på fosteret. Det er en kraftig økning i snusbruk blant ungdom. Hver fjerde mann i aldersgruppen 16-24 år snuser daglig (25 %), mens det for kvinner i samme aldersgruppe er 8 % som snuser daglig.

Alkohol- og annen rusmiddelbruk kan medføre både somatiske, mentale og sosiale skader, og rusmiddelbruk kan ha skadevirkninger både for den enkelte bruker, omgivelsene rundt og samfunnet generelt. Blant annet er alkoholbruk relatert til forekomst av en rekke kreftformer, leversykdommer og fosterskader. Ruspåvirkning kan være en årsak til ulykker, skader og akutte sosiale problemer. Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser opptrer ofte sammen og er svært utbredt.

Alkoholbruk er en av de viktigste årsakene til for tidlig død. Forskning viser at det er en nær sammenheng mellom totalforbruket av alkohol i en befolkning og omfanget av alkoholrelaterte problemer og skader. Det vil si at jo mer vi i gjennomsnitt drikker, desto større er omfanget av skadene som forårsakes av alkohol. Alkoholkonsumet har økt betydelig de siste 20 årene. Per 2007 ble det anslått at ca. 90 000 nordmenn var storkonsumenter, dvs. en som drikker mer enn 10 cl ren alkohol pr. dag i gjennomsnitt over hele året.

Bruken av illegale rusmidler økte på 1990-tallet, toppet seg rundt årtusenskiftet, men har siden gått tilbake og ser ut til å ha stabilisert seg. Cannabis er det mest brukte rusmiddelet, fulgt av amfetamin. I 2008 oppga 10,5 % av ungdom i aldersgruppen 15–20 år at de noen gang har prøvd cannabis. Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, mens antall injiserende misbrukere er relativt høyt, anslagsvis 8 200–12 500.

Fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet. Regelmessig fysisk aktivitet gir positive helseeffekter fysisk, psykisk og sosialt, reduserer sykkelighet og dødelighet generelt og er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Aktivitetsnivået i befolkningen er lavere enn

tidligere antatt og utviklingen går i negativ retning – også sammenlignet med andre land. En OECD-rapport fra desember 2009 plasserer Norge blant tredjedelen av land som har lavest fysisk aktivitetsnivå blant 11-15-åringene. Andelen som er fysisk aktive øker med økende sosioøkonomisk status. Blant 9-åringene har 9 av 10 gutter og 3 av 4 jenter et tilfredsstillende aktivitetsnivå, mens bare halvparten av 15-åringene tilfredsstillende anbefalinger om minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Kun en av fem voksne har et aktivitetsnivå i tråd med faglige anbefalinger om minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet i fritiden har likevel økt fra 1985 til 2009. De mest populære aktivitetsformer er friluftslivsaktiviteter og egenorganisert utholdenhets- og styrketrening. Mens de private treningssentrene har hatt en sterk vekst, har trening i idrettslagene stagnert.

Til tross for at fysisk aktivitet på fritiden viser en svak økning og at en del grupper har et høyt aktivitetsnivå, har det totale aktivitetsnivået gått ned. Dette skyldes redusert fysisk aktivitet i dagliglivet. 15-årige jenter og gutter bruker i gjennomsnitt hhv drøyt 30 og 40 timer i uken foran PC og TV på fritiden. Barn og unge kjøres i større grad til og fra skolen og fritidsaktiviteter i dag enn tidligere. Ulike samfunnshindre, som reduksjon av grøntarealer, har betydning for aktivitetsnivå; om lag 20 % av de åpne arealene i og ved norske tettsteder har forsvunnet de siste ti årene. Der hvor gang- og sykkelvegnett og annen tilretteleg-

ging i nærområder er mangelfull, utgjør dette barrierer for fysisk aktivitet i hverdagen.

Ernæring og kosthold er av avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og i barne- og ungdomsårene. I tillegg påvirker kostholdet allerede fra tidlig i livet den helsen man får som voksen og som eldre, og kostholdet har betydning for risiko for å utvikle kroniske sykdommer. Det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste 30 årene. De viktigste positive endringene er reduksjon i kostens innhold av fett, mettet fett og transfett, og en økning i forbruket av grønnsaker og frukt. Dette har bidratt til den markante nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdom siden 1970-tallet.

Til tross for flere gunstige endringer i kostholdet har mange fortsatt et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme, diabetes type 2 og beinskjørhet. Undersøkelser viser at de med lang utdanning og god økonomi har et bedre kosthold enn de med kort utdanning og dårlig økonomi. Flere ernæringsrelaterte problemer forekommer hyppigere i visse grupper av innvandrere. Sett i forhold til helsemyndighetenes kostråd, er de største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk og å redusere inntaket av mettet fett og salt i alle grupper av befolkningen, samt å redusere inntaket av sukker hos barn og unge. De største kildene til sukker i barn og unges kosthold er sukrede drikker og godterier.

4 Folkehelsepolitikken - strategier for å møte helseutfordringene

4.1 Historisk tilbakeblikk

Tilbake til middelalderen har myndighetene gjort bruk av forskjellige virkemidler for å hindre at sykdommer skulle oppstå eller begrense deres utbredelse. Et eksempel er karantenebestemmelser for skip. I løpet av 1700-tallet ble det etablert sunnhets- og karantenekommisjoner i stiftsbyene, senere også en rekke sjøfartssteder.

På 1800-tallet kom koleraen til landet. I England hadde man en klar oppfatning av at koleraen skyldtes skitt, søppel, stank, urenslighet og fattigdom. Det ble utviklet et politisk program for sanitarisering som kombinerte sosiale reformer med offentlig hygiene i regi av General Board of Health. Dette fikk også prege utviklingen i Norge. I 1831 ble det opprettet provisoriske sunnhetskommisjoner i blant annet alle kjøpsteder for å treffe forholdsregler mot koleraepidemiene. På slutten av 1850-tallet innså man behovet for permanente kommisjoner, og lovarbeidet i forbindelse med lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemie og smittsomme Sygdomme (heretter omtalt som sunnhetsloven) startet i 1858.

Den generelle sunnhetsloven fra 1860 opprettet permanente sunnhetskommisjoner i alle byer og landdistrikter. Sunnhetskommisjonenes mandat var ifølge sunnhetsloven:

”Comissionen skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hva derpaa kan have Indflydelse, saasom: Reenlighed, skadelig stillesaande Vands Afledning, Vandhuses, Urinsteders og Gjødselebingers Indretning og Rensning, Opleggelse av Gjødsele eller andre Gjendstande, som f.Ex Been eller Klude, der kunde indvirke skadelig paa Sundhedstilstanden, Drikkevandets Beskaffenhed, skadelige Næringsmidlers Forhandling, Boliger, som ved Mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Ureenlighed eller Overfyldning med Beboere have viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden. Sundhedscommissionen har fremdeles at

paase, at tilstrækkelig Luftvexling finder Sted i Huusrum, hvori et større Antal Mennesker stadig eller jevnlig samles, som Kirker, Skole-, Rets- og Auctionslocaler, Theatre, Dandsehuse o.d. samt at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder av Bedriftens eget Vesen. Indseende med Stedets Begravelsespladse hører ligeledes under Sundhedscommissionen.”

Sunnhetsloven omfattet dermed det meste av det vi i dag kan kalle folkehelsearbeid, herunder smittevern, miljørettet helsevern og mattrygghet. På 1900-tallet ble det vedtatt nye, mer oppdaterte og tidsmessige lover som klart hadde sitt utspring i sunnhetsloven. Vi fikk således en tuberkuloselov i 1900, en lov om tilsyn med næringsmidler i 1933, en rottebekjempelseslov i 1946, en lov om folketannrøkta i 1949, en lov om tiltak mot kjønns sykdommer i 1957 og en lov om vaksinasjon i 1954, for å nevne noen.

Sunnhetskommisjonene ble fra ca. 1905 kalt helseråd. De fikk ved særlover en rekke nye oppgaver, blant annet etter smittevern-, bygnings-, vannforurensnings-, hotell- og barnevernlovgivning. Helsearbeidet i skolene ble lagt til helserådene ved lov i 1957.

Distriktslegeordningen ble etablert i 1836. Ifølge lov fra 1912 om offentlige lægeforretninger skulle distriktslegene prioritere offentlige oppgaver foran kurativ virksomhet. Distriktslegen var i linje gjennom amtslegen (fylkeslegen) til medisinaldirektøren. De statlige distriktslegene ble gjort til kommunale kommuneleger ved kommunehelsetjenesteloven som ble vedtatt i 1982.

Kommunehelsetjenesteloven ble i 1988 supplert med § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern som erstattet helserådtjenesten og opphevet deler av sunnhetsloven. Gjennom smittevernloven ble de siste restene av sunnhetsloven opphevet i 1994. Helse- og sosialstyret ble i 1988 et lovpålagt kommunalt organ. Dette styret skulle velges av kommunestyret og ha oppgaver innen blant annet edruskapsvern, barnevern, sosial omsorg, miljø-

rettet helsevern og smittevern. Kommunens medisinskfaglig ansvarlige lege hadde møterett og -plikt i saker om miljørettet helsevern og smittevern. Helse- og sosialstyrene som lovpålagte organ ble opphevet i 1994, som konsekvens av tilpasningen til kommuneloven av 1992.

4.2 Perspektiver i folkehelsearbeid og folkehelsepolitikk

Gjennom en rekke verdenskonferanser har Verdens helseorganisasjon (WHO) vært sentral i å utvikle perspektiver i folkehelsearbeid. Alma Atakerklæringen fra 1978 om primærhelsetjenesten bygger på idealet om retten til helse. Erklæringen la vekt på brukerperspektivet i tjenesten og understreket at brukerne skulle ses på som viktige samarbeidspartnere i behandlingen.

Det internasjonale begrepet Health Promotion ble etablert med Ottawa-charteret fra 1986. Health Promotion dekker det vi på norsk kaller folkehelsearbeid og omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Ottawa-charteret anla et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse. Et hovedbudskap i charteret var behovet for å integrere helsehensyn i alle politikk-områder ("Health in all policies").

Det engelske begrepet "empowerment" har stått sentralt i folkehelsearbeidet de senere år. Det finnes ikke en etablert norsk oversettelse av begrepet, men ulike uttrykk som "myndiggjøring" og "mestring" har ofte blitt brukt for å gjengi innholdet. Empowerment handler om å sette folk i stand til å ta kontroll over egen helse og påvirkningsfaktorene for helse, og å mestre sin egen livssituasjon. Til en viss grad handler empowerment om å styrke egenskaper ved enkeltmennesket, men det handler også om å påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser som individet må forholde seg til, samt å legge til rette for at mennesker skal kunne delta i prosesser som har betydning for å kunne ta kontroll over eget liv og helse.

"Helse for alle i år 2000"-erklæringen fra 1978 pekte på betydningen av sosiale helseforskjeller og understreket behovet for å utjevne sosiale og økonomiske forskjeller for å bedre helsetilstanden i hele befolkningen.

Det er nå bred støtte for at folkehelsepolitikken skal ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen. Dette perspektivet bygger på en erkjennelse av at helse ikke primært skapes i helsesektoren, men på en rekke arenaer og livsområder som på ulike måter har betydning for folks helse.

Politiske valg og beslutninger som i utgangspunktet ikke har helse som mål kan derfor ha store helsemessige konsekvenser.

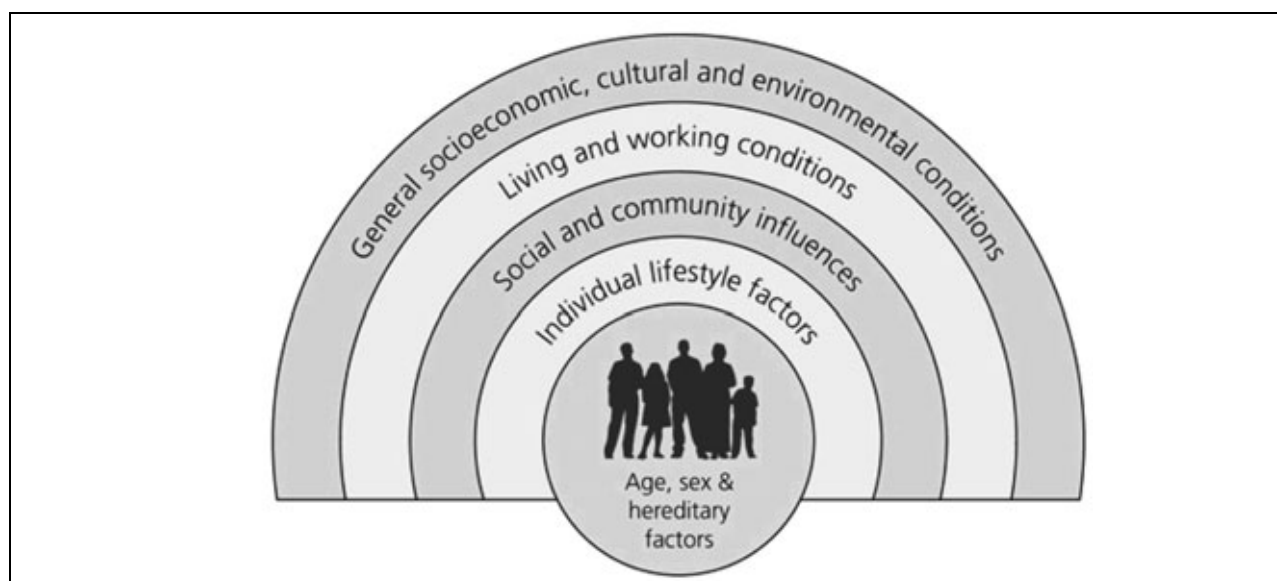
Påvirkningsfaktorene for helse kan fremstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Dette er illustrert i figur 4.1. Bakerst i årsakskjeden finner vi generelle samfunnsforhold slik som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Dernest finner vi levekår og arbeidsforhold, og sosiale forhold som sosial kapital, blant annet nettverk og relasjoner. Til slutt finner vi individuelle levevaner og helseatferd som har en mer umiddelbar betydning for helsen, men som også er formet av bakenforliggende faktorer. Alle disse påvirkningsfaktorene virker inn på enkeltmennesker som har bestemte biologiske og genetiske kjennetegn, beskyttelsesfaktorer og sårbarheter.

St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* tar opp i seg disse perspektivene i folkehelsearbeidet når den retter oppmerksomheten mot de sosiale helseforskjellene i Norge. Stortingsmeldingen understreker at folkehelsearbeidet må være sektorovergripende og legger føringer for en politikk som har som mål å redusere helseforskjellene gjennom å utjevne forskjeller på en rekke samfunnsområder, også innen helsesektoren.

Folkehelsepolitikken 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.

Det har foregått en dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Mens sykdomsperspektivet tok utgangspunkt i bestemte sykdommer eller tilstander, retter påvirkningsperspektivet oppmerksomheten mot faktorer som påvirker helsen. Dette peker mot den brede samfunnsrettede folkehelsepolitikken, med tiltak i alle sektorer 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 deltagelse. Folkehelsehensyn skal i større grad inngå som et viktig element i den generelle samfunnsplanleggingen ved at folkehelse og folkehelsearbeid forankres i ordinære plan- og styringsdokumenter i fylker og kommuner, og i øvrige strategier for samfunnsutvikling.

Helsesektoren har et særlig ansvar for å synliggjøre helsekonsekvenser av politikk og tiltak og samarbeide med andre sektorer for å nå mål på folkehelseområdet.



Figur 4.1 Påvirkningsfaktorer for helse (Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies)

Fylkeskommunene som regional utviklingsaktør har blitt utfordret til å påta seg lederrollen i det regionale folkehelsepartnerskapet og være pådriver og koordinator for folkehelsearbeidet i fylket. Gjennom folkehelsepartnerskapene har siktemålet vært 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 hvor også helsetjenesten deltar.

Ved lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet gikk fylkeskommunens folkehelseoppgaver fra en frivillig til en lovpålagt oppgave, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008-2009). Stimuleringsmidlene til partnerskap for folkehelse ble i budsjettet for 2010 innlemmet i rammetilskuddet til fylkeskommunene og videreført i 2011.

Det følger av plan- og bygningsloven § 3-1 bokstav f, at kommunesektorens planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningsloven er et større fokus i planleggingen 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, og en slik tilnærming i samfunnsplanleggingen åpner også for nye aktører i planleggingen, og det kan bidra til at folkehelse blir en naturlig del av kommuneplanarbeidet.

Strategier og handlingsplaner er virkemidler for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre aktører i flere sektorer. Det er derfor utviklet tverrdepartementale strategier eller handlingsplaner på en rekke nasjonale satsingsområder som krever tverrsekto-

riell innsats. For eksempel gjelder dette alkohol og andre rusmidler, fysisk aktivitet, kosthold, tobakk, ulykkesforebygging, astma- og allergier, radon, og barn og unges miljø og helse. Strategier er av mer overordnet karakter, mens handlingsplaner ofte inneholder mer detaljerte tiltak for gjennomføring av politikkområdet.

Når målet er å påvirke folkehelse, kan offentlige myndigheter velge mellom flere typer virkemidler. En klassisk sonndring går mellom strukturelle og andre virkemidler (for eksempel holdningskampanjer mv.). Strukturelle virkemidler omfatter blant annet normative, fysiske og økonomiske tiltak. Med normative virkemidler mener vi lover, regler og avtaler som regulerer hva som er forbudt og eventuelt under hvilke betingelser det er tillatt. Med fysiske virkemidler menes utforming av det fysiske miljøet som påvirker menneskers handlingsmuligheter. Strukturelle virkemidler kjennetegnes ved at de ikke retter seg mot enkeltpersoner, men mot de fysiske, økonomiske, sosiale og juridiske strukturene som omgir mennesker. Bruk av strukturelle virkemidler innebærer således en miljørettet tilnærming til folkehelsearbeid.

4.3 Folkehelsepolitiske utfordringer

Innad i helsesektoren er det vanskelig å sikre en god nok prioritering av forebygging og folkehelse. Det viser seg ofte å være vanskelig å flytte ressurser fra behandling til forebygging. I behandling står man overfor definerte individers behov for helsehjelp. I forebygging kan man i liten grad

peke på hvilke enkeltindivider som blir spart for problemer i framtiden. Selv om økt forebygging reduserer behov for helsehjelp over tid, kan man ikke unnlate å tilby nødvendig helsehjelp i dag til fordel for en fremtidig gevinst. Samhandlingsmeldingen peker nettopp på denne utfordringen, og at hensynet til en bærekraftig utvikling innebærer behov for en endret profil i den fremtidige veksten. Dette må skje ved at folkehelsearbeid, forebygging og tidlig intervensjon får en relativ større andel av den fremtidige veksten av ressursinnsats.

Forholdet mellom tiltak og effekt er ikke målbart i korte tidsløp når det gjelder folkehelsearbeid og forebyggende helsetjenester. For eksempel vil det å legge til rette for sunne levevaner blant barn og unge kunne ha en positiv helseeffekt gjennom hele livet, også i forhold til funksjonsevnen som gammel. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv framstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten framstår.

Forholdet mellom effekt og tiltak er vanskeligere å dokumentere innen forebygging, ikke fordi det har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte. På nasjonalt nivå har vi god dokumentasjon om tiltak som vitenskapelig har vist effekt, som vi dermed vet er nyttige å gjennomføre, selv om dette vanskeligere lar seg dokumentere i den enkelte kommune.

Det er lite samsvar mellom hvem som sitter med de viktigste virkemidlene i folkehelsearbeidet, dvs. kommunene, og hvem som høster gevinstene ved forebygging. Gevinsten ved utsatt sykkelighet og færre sykehusinnleggelses tilfaller i stor grad de regionale helseforetakene, samt sparte utgifter over trygden, selv om også kommunene har interesse av å ha friske og arbeidsføre innbyggere.

Det er dokumentert at innen folkehelsearbeid er sammensatte tiltak nødvendig for å få god effekt. Dette kan for eksempel innebære en kombinasjon av nasjonale kampanjer og lokale oppfølgingstilbud, jf. for eksempel nasjonale massemediakampanjer om å slutte å røyke som følges opp av lokale tilbud om røykesluttkurs. Dette kan også dreie seg om koordinerte tiltak mellom sektorer. I dag er det lite som binder nasjonale folkehelse tiltak med kommunale tiltak. Kommune og stat opererer i stor grad uavhengig av hverandre.

Manglende samhandling og sub-optimale insentivstrukturer samt uklar beskrivelse i lov fører også til at den kompetansen som spesialisthelsetjenesten besitter, og som også er relevant i for-

hold til forebygging og folkehelsearbeid, i liten grad tilflytter kommunene.

4.4 Sentrale aktører og roller i folkehelsearbeidet

4.4.1 Sektorer og ansvar

Siden faktorene som påvirker befolkningens helse befinner seg i mange ulike samfunnssektorer må et godt folkehelsearbeid være tverrsektorielt. Denne innsikten er ikke ny. Allerede i Sundhetsloven av 1860 var dette et gjennomgripende perspektiv, som har blitt videreført i alle versjoner av kommunehelsetjenesteloven.

I tillegg til tiltak i egen sektor, er helsesektoren derfor sentral også i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Helsesektoren har blant annet kompetanse og ansvar i arbeidet med i) oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne, ii) kunnskap om årsakssammenhenger og utvikling av metoder og sektorovergripende verktøy, iii) bevisstgjøring og faglige råd om tiltak til sektorer som har virkemidler til å påvirke forholdet (samferdsel, næring, landbruk, skole mv), og iv) styrking av organiseringen av folkehelsearbeidet og at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen.

Den pådriverrollen dette innebærer har helsesektoren både lokalt, på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Samtidig har andre sektorer ansvar og virkemidler i arbeid for god folkehelse, både indirekte ved at utvikling på en rekke samfunnsområder har betydning for folkehelsen og direkte ved at områder som tidligere var et ansvar for helsesektoren, over tid har blitt løftet ut og fulgt opp gjennom en rekke særlover som i dag forvaltes av ulike departementer. Dette er områder som også i dag har stor betydning for befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen. For eksempel:

- Miljøverndepartementet forvalter forurensningsloven og plandelen av plan- og bygningsloven. Begge disse lovene, og oppgaver knyttet til disse, er viktige for folkehelsen.
- Kommunal- og regionaldepartementet forvalter byggesaksdelen i plan- og bygningsloven med forskrifter som har betydning for bolighygiene, sanitære forhold, radon mv.
- Arbeidsdepartementet forvalter arbeidsmiljøloven som regulerer forhold i arbeidslivet. Arbeidslivet er viktig for folkehelsen for det første fordi arbeid i seg selv er en viktig faktor for

helse, og for det andre fordi forhold på den enkelte arbeidsplass er viktig for arbeidstakeres helse.

- Samferdselsdepartementet forvalter vegtrafikkloven og vegloven og dermed virkemidler for transportsystemene i vegsektoren. Framkommelighet og sikkerhet for alle trafikantgrupper er av betydning for folkehelsen. Samtidig er vegsektoren en stor bidragsyter til negative miljøfaktorer som luftforurensning, ulykker og støy samt arealbruk.
- Kunnskapsdepartementet forvalter opplæringsloven og barnehageloven med forskrifter. Departementet er ansvarlig for det faglige innholdet i grunnskole og i videregående opplæring i samarbeid med fylkeskommuner og kommuner som skoleeiere og med privatskoler.
- Landbruks- og matdepartementet forvalter primærproduksjon av landbruksvarer som inngår i matproduksjon og ivaretar herunder mattrygghets- og matforsyningsperspektivet. Produksjon og bruk av trygg og næringsrik mat er en viktig faktor for helsetilstanden i befolkningen.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet forvalter blant annet barnevernloven og diskrimineringslovgivningen. Det å sørge for at barn og unge får trygge oppvekstvilkår og nødvendig hjelp og omsorg i rett tid samt at diskriminering ikke finner sted er viktige faktorer for folkehelsen.
- Justis- og politidepartementets arbeid for å forebygge og bekjempe kriminalitet samt gi trygge leveforhold for befolkningen, er også viktig for folkehelsen.

4.4.2 Kommunesektoren

Kommunenes ansvar for folkehelse er forankret i kommunehelsetjenesteloven, jf. blant annet § 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. kommunehelsetjenesteloven § 1-4. Det er kommunen som er hovedaktøren i folkehelsearbeidet. Kommunen har nærhet til innbyggerne og sitter med vesentlige virkemidler som har betydning for befolkningens helse. Kommunenes oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet er nærmere omtalt i kapittel 13.1.

Fylkeskommunene er i kraft av rollen som regional utviklingsaktør og med ansvar for fylkesplanlegging utfordret til å satse på folkehelse i en regionalpolitisk kontekst 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. Fylkeskommunene har videre ansvar for tannhelsetjenester og forebyggende arbeid forankret i tannhelsetjenesteloven.

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. Fylkeskommunenes oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet er nærmere omtalt i høringsnotatet kapittel 13.2.

4.4.3 Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner spiller i dag en betydelig rolle i folkehelsearbeidet ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig, og i kraft av de tilbudene og tjenestene som organisasjonene produserer for omverdenen.

Ettersom organisasjonenes størrelse, ressurser og hovedmål varierer, vil deres kapasitet når det gjelder folkehelsearbeid også variere. Det hersker imidlertid liten tvil om at det ligger et stort potensial i at det offentlige samarbeider med frivillige organisasjoner når folkehelsearbeidet skal planlegges og gjennomføres. Samlet vil man kunne nå bredere ut og oppnå bedre totale resultater. Frivillige organisasjoner er drivkrefter i mange lokalsamfunn på mange områder i velferdssamfunnet – som tjenesteytere, som ivaretakere av ulike gruppers interesser og behov, samt som tilbydere av kultur og fritidsaktiviteter.

Prinsippene for samarbeid med frivillig sektor er i hovedsak de samme som for det tverrsektorielle samarbeidet. Viktige virkemidler er blant annet partnerskapsavtaler og dialogarenaer.

Idretts- og friluftslivsorganisasjoner har organisering og tilrettelegging av fysisk aktivitet som sin hovedoppgave. Lokale idrettslag er viktige bidragsytere i det forebyggende helsearbeidet. Gjennom styrking og videreutvikling av lagenes primæraktiviteter kan det legges til rette for at

enda flere enn i dag stimuleres til å drive fysisk aktivitet i form av trening og mosjon. Det er imidlertid viktig å understreke at lokale idrettslag i all hovedsak drives med frivillig innsats. Fra det offentlige er det viktig ikke å initiere samarbeidsprosjekter som kan gå på bekostning av lagenes primæraktiviteter eller deres frivillige fundament.

4.4.4 Fylkesmannen

Fylkesmannen er statens representant i fylket og fylkesmannsembetene innehar betydelig helsefaglig kompetanse. Fra 1999 ble embetene styrket med en stilling som folkehelserådgiver hos alle fylkesleger, nå fylkesmenn. Embetene fyller en viktig rolle som kompetanseorgan for folkehelsearbeid overfor fylkeskommuner og kommuner.

Fylkesmannen skal videre bidra til iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk, og også samordne statlig virksomhet i fylket. Folkehelserådgiveren har en koordinatorkfunksjon for å ivareta folkehelseperspektivet innenfor fylkesmannens ulike virksomhetsfelt. Oppdrag fra andre direktorater og departement har også direkte og indirekte konsekvenser for folkehelse. Det gjelder blant annet oppgaver knyttet til planarbeid, miljøvern, barnevern, sosialtjeneste, NAV, barnehage, utdanning, beredskap og landbruk.

Fylkesmannen har også myndighetsoppgaver på folkehelseområdet, herunder klagesaksbehandling relatert til miljørettet helsevern og alkoholloven. I tillegg har Helsetilsynet i fylket ansvar for tilsyn med folkehelsearbeidet innenfor rammene av kommunehelsetjenesteloven.

5 Oppfølging av stortingsdokumenter mv.

5.1 Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1. januar 2010 som en del av gjennomføringen av forvaltningsreformen. Fra 1. januar 2010 ble fylkeskommunene tillagt ansvar for flere oppgaver, blant annet innen samferdsel, miljøvern, friluftsliv, kultur, folkehelse og næringsutvikling samt sterkere virkemidler i regional utvikling. Med forvaltningsreformen er nye oppgaver overført til det folkevalgte regionnivået, noe som gir mer innhold til rollen som regional utviklingsaktør og bedre mulighet til å utnytte det regionalpolitiske handlingsrommet til en helhetlig utvikling i regionen. Dette gir også flere virkemidler i folkehelsearbeidet.

I høringen av lovforslaget våren 2009 pekte sentrale høringsinstanser, herunder KS og en rekke kommuner, på behovet for å regulere kommunenes arbeid på folkehelseområdet i samme lov. I Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet ble det i kapittel 4.3 derfor varslet at man vil vurdere lovgrunnlaget for folkehelsearbeidet nærmere i forbindelse med oppfølging av samhandlingsreformen.

Flertallet i helse- og omsorgskomiteen støtter i Innst.O. nr. 112 (2008-2009) en trinnvis konkretisering av folkehelseoppgavene i lovverket. Det vises til side 3:

”Flertallet har merket seg at lovforslaget har vært på høring, og at det har vært stor tilslutning til å lovfeste fylkeskommunenes ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet. Flere høringsinstanser blant fylkeskommuner og KS har gitt uttrykk for at lovforslaget burde være mer omfattende og konkret. Flertallet viser til at departementet i denne omgang mener det er tilstrekkelig med en lov som er generell i sitt innhold, og at en konkretisering skal skje ved en bredere gjennomgang av alle aktørene på folkehelsefeltet bl.a. som følge av samhandlingsreformen som vil innebære økte og nye

oppgaver også for kommunene innafor folkehelsearbeidet. Flertallet mener det er viktig å få denne lovendringen på plass før Forvaltningsreformen trer i kraft 1. januar 2010, og støtter departementets strategi om å komme tilbake med mer konkrete bestemmelser. Flertallet legger til grunn at intensjonene i nevnte merknad fra kommunal- og forvaltningskomiteen blir fulgt opp i det videre arbeidet. Dette innebærer bl.a. at partnerskapsstrategien skal videreføres og styrkes, og at rollen som regional pådriver og samordner må styrkes.”

5.2 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Et utgangspunkt for samhandlingsreformen er den utfordringen samfunnet står overfor gjennom demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet. Antall personer over 67 år vil vokse fra 614 000 i 2008 til 1,6 millioner i 2060. Samtidig ser vi en dramatisk økning innenfor store sykdomsgrupper, spesielt innenfor de såkalte livsstilssykdommene, dvs. at en stadig større del av sykdomsbyrden er kronisk.

Forebygging gjennom hele livsløpet reduserer andel kronikere og bidrar til at funksjonsnivået for eldre opprettholdes på et høyere nivå over lenger tid. Dette vil gi bedre livskvalitet for den enkelte samtidig som det reduserer behovet for helse- og omsorgstjenester. Videre kan bedre folkehelse bidra til å redusere sykefraværet, og dermed bidra til at en større andel av befolkningen er inkludert i arbeidslivet. Det er også et mål i samhandlingsreformen at forebyggingsinnsatsen spises inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt. Samhandlingsmeldingen omtaler tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid, og meldingen påpeker behovet for kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester for eksempel innen ernæring, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) viser videre til at det er behov for å styrke de forebyggende helse-

tjenestene i kommunene. Selv om meldingen primært omfatter endring i ressursinnsats i helsetjenesten, gir den også klare føringer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Samhandlingsmeldingen legger til grunn at kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet er en god lov for folkehelsearbeid og helsefremmende- og forebyggende arbeid, men at en del viktige områder ikke, eller i uklar grad, er regulert. Meldingen peker på at det er et behov for en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar i regelverket.

Ved Stortingets behandling av meldingen, jf. Innst. 212 S (2009-2010), gir helse- og omsorgskomiteen tilslutning til behovet for styrket forebyggende innsats og viser blant annet til at en ny rolle for kommunehelsetjenesten med utvidet ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering vil være bærebjelken i samhandlingsreformen. Videre framgår det:

”Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for samhandlingsreformen som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren.”

Stortingets merknader i Innst. S 212 (2009-2010) underbygger behovet for forebyggende innsats ut over helsetjenesten og at innsats må settes inn før sykdom og helseplager oppstår:

”(...)Komiteen vil understreke at en vesentlig del av det forebyggende helsearbeidet som må skje, kan være av primærforebyggende karakter, som ofte faller utenfor begrepet ”forebyggende helsetjenester”. Tiltak som bidrar til økt fysisk aktivitet, gode kultur- og fritidsaktiviteter, et godt bo- og oppvekstmiljø, ren luft, fravær av støy, bygging av sykkel- og gangstier, bedre kosthold, mindre røyking og mindre alkoholmisbruk er avgjørende viktig for å redusere tallet på dem som får sykdom eller helseplager. Komiteen legger til grunn at det trengs en økt innsats på bred front for bedre folkehelse, og at de ulike ledd i helsetjenestene bidrar til dette på best mulig måte. En stor del av folkehelsearbeidet må skje lokalt og der de kommunale helsetjenestene blir involvert på ulike måter.”

Videre påpeker komiteen:

”Komiteen vil peke på viktigheten av at man har en bred tilnærming i arbeidet for å begrense og forebygge sykdom. Foreldre, barnehager og skoler er viktige for å utvikle holdninger som kan bidra til at barn og unge får en sunn fysisk og psykisk utvikling. Forebygging må skje før barn og unge havner i risikozonen for å utvikle fysiske og psykiske lidelser. ..(...). Skillet mellom opplæring og helsetjenester vil i mange tilfeller være uklare og overlappende. Det er derfor viktig å få til et godt tverrsektorielt samarbeid om forebyggende helsetiltak for barn og unge og en godt utbygd skolehelsetjeneste.”

Komiteen framhever videre behovet for at kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Blant annet framgår følgende:

”Komiteen vil påpeke at det er avgjørende viktig at kommunenes nye helseansvar kommer tydelig fram i lovgivningen slik at tiltak for bedre helsetilstand får en helt annen plass på dagsorden i alle kommunale organ og sektorer. Komiteen mener folkehelseperspektivet må fremheves i dette nye helseansvaret.”

5.3 Stortingsmeldinger om distrikts- og regionalpolitikken

St.meld. nr. 25 (2008-2009) *Lokal vekstkraft og framtidstru – Om distrikts- og regionalpolitikken* legger vekt på å styrke kommunene og fylkeskommunene som samfunnsutviklere. Videre legger stortingsmeldingen et grunnlag for samarbeid over kommunegrensene. I den politiske plattformen for flertallsregjeringen (Soria Moria II) framgår det at regjeringen vil forsterke kompetansen i kommunene til å drive utviklingsarbeid og styrke og videreutvikle fylkeskommunen som regional utviklingsaktør.

Som oppfølging av meldingen er det forventninger til at kommunene tar tak i utfordringer på ulike samfunnsområder og det legges til rette for dette gjennom økonomiske ressurser, veiledning og utvikling av metoder og verktøy. I 2010 er dette fulgt opp med en egen satsing i regi av Kommunal- og regionaldepartementet i samarbeid med landets fylkeskommuner om å styrke kommune-

nes kapasitet og kompetanse i lokal samfunnsutvikling.

Slik det framgår av St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*, vil folkehelse – som er befolkningens helsetilstand og hvordan helsen er fordelt i ulike sosioøkonomiske grupper i befolkningen – være en god indikator på god samfunnsutvikling. Videre er god samfunnsutvikling avhengig av menneskelige ressurser, så vel helsemessig som intellektuell, kulturell og sosial kapital hos innbyggerne. Folkehelse vil derfor være både et mål og et middel for god samfunnsutvikling.

Kommunenenes og fylkeskommunenenes ansvar og rolle i arbeidet for å fremme folkehelse er viktig både for samfunnsutviklingen og for å nå distrikts- og regionalpolitiske mål.

5.4 St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Folkehelsen i Norge er god, men helsetilstanden varierer systematisk med sosioøkonomiske variabler som inntekt, utdanning og arbeid. St.meld. nr. 20 (2006-2007) utgjør en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene og legger føringer for arbeidet med utjevning av sosiale helseforskjeller i en tiårsperiode. Den nasjonale strategiens hovedmål er å utjevne sosiale helseforskjeller, det vi si å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

Meldingen slår fast at sosiale helseforskjeller utgjør en sammensatt utfordring som krever omfattende og sammensatte løsninger. Tiltak må rettes inn mot alle ledd av overlappende årsakskjeder som skaper helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Strategien legger føringer for at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse og at folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.

Videre fremheves at arbeid mot sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak. Helseforskjellene rammer hardest i grupper med lav inntekt og kort utdanning, og det er derfor viktig å prioritere disse gruppene. Men målrettede og skreddersydde tiltak er likevel ikke alltid de beste

virkemidlene. I mange tilfeller kan målretting, for eksempel behovsprøving, virke stigmatiserende og derfor mot sin hensikt. Generelle velferdsordninger virker mindre stigmatiserende og bidrar til å forebygge at mennesker havner i sårbare situasjoner.

For å ivareta behovet for en bred tilnærming, har strategien følgende fire innsatsområder: 1) Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, 2) Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, 3) Målrettet innsats for sosial inkludering, og 4) Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy.

Strategien setter mål for arbeidet på følgende områder: inntekt, oppvekst (inkludert utdanning), arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd, helsetjenester, sosial inkludering, samt for utvikling av kunnskap og sektorovergripende verktøy. Det er blant annet et mål at hensynet til helse og utjevning av sosiale helseforskjeller i større grad skal ivaretas i alle samfunnssektorer. Et av tiltakene regjeringen varsler for å nå dette målet er å sette krav til at sosiale helseforskjeller settes på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet.

5.5 St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

Folkehelsemeldingen legger mål og strategier for et sunnere Norge ved at samfunnet bør føre en politikk som tar ansvar for å påvirke framtidige behov og utfordringer, og som forsøker å redusere framtidige lidelser. St. meld. nr. 16 tar utgangspunkt i de faktorene som påvirker helsen. Dette påvirkningsfaktorperspektivet begrunnes med at: i) hver påvirkningsfaktor ofte bidrar til flere ulike helseproblemer, ii) sammenhengen mellom helseforhold og andre sektors og politikkområders ansvar tydeliggjøres fordi flere samfunnssektorer «eier» årsakene enn sykdommene, og iii) når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, kan vi måle resultatene av tiltakene i form av redusert helserisiko lenge før de slår ut på reell sykdom og død i befolkningen.

Meldingen legger opp til en styrking av folkehelsearbeidet gjennom sektorovergripende innsats basert på frivillige partnerskap regionalt og lokalt, med forankring i demokratiske institusjoner. Dette med utgangspunkt i et kommuneperspektiv fremfor et sektorperspektiv på folkehelsearbeidet.

St.meld. nr. 16 (2002-2003) peker videre på behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget for å bidra til en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk.

Meldingen varsler at det skal foretas en bred gjennomgang av miljørettet helsevern. En slik gjennomgang bør omfatte blant annet lovgrunnlag, faglig innhold, kompetanse og forvaltning.

5.6 St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester

St.meld. nr. 35 (2006-2007) om framtidens tannhelsetjenester gir en helhetlig politikk for tannhelsetjenester til befolkningen. Det er et overordnet mål å utjevne sosial ulikhet i tannhelse, hvilket innebærer å hjelpe de som trenger det mest. Likeverdighet i tjenester og bedre tilgjengelighet for de som trenger det mest forutsetter god kunnskap om ulikheter og om hvordan ulikhetene gir seg utslag for den enkelte. Det forutsetter også målrettet folkehelsearbeid. I meldingen viser regjeringen til at den vil styrke tannhelse som en del av folkehelsearbeidet, og sørge for at det blir integrert i det generelle partnerskapet for folkehelse i fylkeskommuner og kommuner.

I Innst.S. nr. 155 (2007-2008) uttaler helse- og omsorgskomiteen følgende:

”Komiteen vil påpeke at sykdommer i munnhulen påvirker den allmenne helsetilstanden på samme måte som annen sykdom. Dårlig tann/munnhelse er en risiko for utvikling av andre sykdommer ved at bakterier spres gjennom blodløpet. Det kan føre til for eksempel hjertesykdom og hjerneslag. Ved kroniske somatiske sykdommer kan grunnlidelsen eller medisinbruk på grunn av sykdommen føre til økt risiko for tannskader og sykdom i munnhulen. Internasjonale undersøkelser (NHANES III) viser at 31 % av diabetespasienter har periodontitt. Blant befolkningen ellers rammes opp til 10 % av dem mellom 50 og 70 år.”

5.7 Dokument 1 (2007-2008) Riksrevisjonen

Riksrevisjonens Dokument 1 (2007-2008), tok blant annet for seg styring, måloppnåelse og rapportering på beredskapsområdet. Formålet var å se om Stortingets vedtak og forutsetninger på områdene miljørettet helsevern og smittevern samt ulykkes- og atomberedskap var oppfylt på områder der Helsedirektoratet er delegert ansvar for overordnet koordinering. Riksrevisjonen

peker på at det er vesentlige uklårheter i forhold til styring, oppfølging og ansvarsforhold. Det vises til at det er betydelige lokale og regionale ulikheter innenfor beredskap og miljørettet helsevern.

Det stilles spørsmål om beredskapen på miljørettet helsevern og smittevern samt ulykkes- og atomberedskap fungerer optimalt.

5.8 Rapport om Vest Tank-ulykken i 2007

I mai 2007 eksploderte en tank ved bedriften Vest Tank AS i Sløvåg i Gulen kommune. Tanken inneholdt blant annet svovelforbindelser etter avsvovling av oljeprodukter. Ulykken medførte bred mediedekning både i lokale og nasjonale media, med en etter hvert økende fokusering på befolkningens helseplager og bekymringer.

I erfaringsrapporten fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og de øvrige beredskapsstatene, fremgår det at hendelsen avdekket at arbeidet med miljørettet helsevern kan synes lite prioritert. I oppsummeringen etter hendelsen har det kommet fram at Gulen kommune ikke hadde tatt høyde for miljørettet helsevern i beredskapsplanen. Rapporten reiser spørsmålet om lovgivningen på dette området stiller realistiske forventinger til små kommuners ressurser og fagkompetanse.

I denne saken vurderer Gulen kommune selv at de manglet kompetanse og ressurser i forhold til det omfanget saken hadde, spesielt når det gjelder miljørettet helsevern. Kommunen kunne derfor ønsket seg mer bistand og veiledning fra de regionale og statlige myndighetene, for eksempel gjennom et ressursteam eller konkret veiledning og bistand fra fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Kommunen kunne også i større grad ha etterspurt støtte og kompetanse.

Et av tiltakene i rapporten er at Folkehelseinstituttet også innenfor kjemikalieområdet bør få formalisert sin beredskapsfunksjon i lovverket tilsvarende systemet i smittevernloven. Det foreslås videre en meldeplikt fra kommunehelsetjenesten til Folkehelseinstituttet ved kjemikalieulykker som kan representere en trussel for befolkningen.

5.9 Internasjonalt helsereglement (IHR)

Norge har forpliktet seg til Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement (IHR). Helsereglementet omfatter A-(atom/stråling), B-(bio-

logiske) og C-(kjemiske) hendelser og har som formål å forebygge, varsle, beskytte mot, kontrollere og sikre en helsemessig respons ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. Per i dag er kun IHR gjennomført i norsk rett på smittevernområdet (B), men ikke på strålevern- og kjemikalieområdene (A og C). Årsaken er at man ikke har de nødvendige lovhjemlene. Det er særlig behov for hjemler til å pålegge rapportering av hendelser på de nevnte områdene.

5.10 Regjeringens strategi for forebygging

I regjeringens strategi for forebygging 2009 (G-0418 B) *Felleskap - trygghet - utjevning* beskrives regjeringens forebyggende tiltak innenfor alle sektorer. Det forebyggende arbeidet skal styrkes på tvers av sektorer og nivåer, innbyggerne skal møte helhetlige og sømløse tilbud og samhandlingen mellom offentlige tjenester må bli bedre. Det vises i strategien til at effektiv forebygging krever styring som sikrer større grad av aktiv koordinering mellom ulike etater og sektorer. Strategien peker videre på betydningen av helhetlig og langsiktig tenking, og at det er viktig å sette inn tiltak for å sikre langsiktighet og helhetsorientering i det forebyggende arbeidet.

6 Regulering av folkehelsearbeidet i andre land

6.1 Sverige

Det overgripende nasjonalt politisk formulerte målet for folkehelse er å skape samfunnsmessige forutsetninger for en god helse på like vilkår for hele befolkningen. Utgangspunktet for folkehelsearbeidet i Sverige, først og fremst på nasjonalt nivå men også i mange kommuner, er 11 overgripende målområder for folkehelse. Disse målene omfatter blant annet samfunnsmessige forhold slik som deltagelse og innflytelse i samfunnet, økonomisk og sosial trygghet, trygge og gode oppvekstvilkår og økt helse i arbeidslivet. Videre omfatter målene sunne og sikre miljøer og produkter, økt fysisk aktivitet, gode matvaner og sikker mat og mindre bruk av tobakk og alkohol, samt også mål på smittevern, seksuell helse og helsefremmende helsetjeneste.

Disse målområdene peker på sentrale faktorer som påvirker helsen (såkalte determinanter). Ettersom folkehelse berører og påvirkes av mange samfunnsområder, benyttes målområdene som veiledning.

Grunnlaget for et langsiktig folkehelsearbeid i egen kommune eller region er en systematisk arbeidsform. Med systematisk arbeid mener man at det finnes fungerende strukturer og system for å fremme helse og forebygge sykdom. Ulike metoder og verktøy brukes for å analysere forholdene, planlegge, gjennomføre tiltak samt følge opp og evaluere.

Man bruker også å si at det er en uttalt hensikt å påvirke faktorer (frisk-, beskyttelse- og risikofaktorer) og forhold (struktur og miljø) som bidrar til en positiv helseutvikling på befolkningsnivå.

Folkehelsearbeid er en oppgave for alle sektorer, ikke bare helsetjenesten. Tyngdepunktet mellom sektorene kan nok i praksis sies å flyttes fra tid til annen, blant annet avhengig av politiske prioriteringer.

Det finnes ingen egen overgripende lov som styrer folkehelsearbeidet. Derimot finnes lover på tilsynsområdet som gjelder områder som alkohol, tobakk, ernæring, mv. Folkehelse spørsmål kan sies delvis å være innvevd i annen lovgivning uten at selve begrepet brukes. Folkehelseansvaret er

dermed ikke så tydelig. Som eksempler kan nevnes Socialtjänstlagen (2001:453), som blant annet pålegger sosialnemnden å delta i samfunnsplanleggingen, Arbetsmiljölagen (1977:1160) med mål å forebygge uhelse og ulykker i arbeidslivet, og Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som fastsetter at regioner og landsting skal gi alle borgere "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen".

Når det gjelder miljø- og helsevern har man en god lovgivning i Sverige gjennom Miljöbalken, en rammelov fra 1999. Den erstattet da flere lover, blant annet Hälsoskyddslagen. I Miljöbalken reguleres for eksempel hvilke virksomheter som trenger tillatelse og hvem som skal føre tilsyn. Til Miljöbalken hører en rekke forskrifter og retningslinjer som konkretiserer og spesifiserer lovgivningen innenfor hvert område. Det finnes bestemmelser om støy, luftforurensning, miljøfarlig virksomhet, miljøkonsekvensutredninger mv.

Ansvar for oppgaver relatert til folkehelseområdet er fordelt på forvaltningsnivåene som følger:

- På lokalt nivå har kommunene betydelig ansvar for skole, barneomsorg, eldreomsorg, mv., virksomheter som indirekte kan sies å ha et folkehelseoppdrag.
- På regionalt nivå har Landstinget tilsvarende indirekte ansvar for folkehelsearbeidet iht. Hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget arbeider også med å få fram og analysere epidemiologiske data, samt med rådgivning til allmenheten. Regionalt finnes også et politisk ansvar for den regionale utviklingen der folkehelse kan ses som en utviklingsfaktor. Det arbeidet styres av en forskrift (2007:713) om regionalt tillväxtarbete og i mange fylker tas folkehelse med i den regionale plan/strategi som utarbeides.
- På statlig nivå finnes et antall myndigheter med ansvar for områder med betydning for helsen. For tiden pågår arbeid med en statlig utredning som skal "se över hur staten genom sina myndigheter ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem som i högre grad kan fokusera på att arbeta hälsofrämjande och förebyggande."

Det stilles ingen egne krav i lovgivningen om innhenting og presentasjon av helsestatistikk, men dette er ment å inngå blant forutsetningene for lokal utvikling, når denne skal beskrives og analyseres.

I Plan- og byggelagen finnes klare oppgaver både for kommuner og länsstyrelser å være oppmerksom på hvilke måter planlegging kan påvirke forutsetningene for helse. Derimot brukes ikke folkehelsebegrepet her.

Det finnes ikke noe eget tilsynsorgan for folkehelsearbeidet i Sverige. Indirekte blir imidlertid delområder innen folkehelse underlagt tillatelse og tilsyn i annen lovgivning.

6.2 Danmark

Folkehelsearbeidet i Danmark er nedfelt i Sundhedsloven av 2008 og benevnes *folkesundhed*. Begrepet ble benyttet i 1940-årene og relansert i midten av 1990-årene, i forbindelse med stagnasjon i utviklingen av danskenes gjennomsnittlige levealder. Man skiller mellom tilstanden folkesundhed, dvs. befolkningens sunnhetsstilstand, og arbeidet for å forstå og fremme folkesundheden: *folkesundhedsarbeid*. Sunnhetsstilstanden omfatter både fysiske, psykiske og strukturelle aspekter, samt fordelingen av helse og sykdomsbyrde i befolkningen. Sundhedsloven omfatter også pasientbehandling.

Innenfor folkesundhedsarbeid brukes mest begrepene sunhedsfremme og forebyggelse. *Sundhedsfremme* defineres som "sundhedsrelaterte aktiviteter, rammer og prosesser, som fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden". *Forebyggelse* defineres som "*sundhedsrelaterte aktiviteter, som søker å forhindre utviklingen av sykdommer, psykososiale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden*".

Sundhedsfremme og forebyggelse er primært en oppgave for sunhedsvesenet, men også andre sektorer spiller en rolle i arbeidet. Det fremgår av §1 i Sundhedsloven at "Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sykdom, lidelse og funksjonsbegrænsning for den enkelte".

Undervisningssektoren deltar gjennom sin lovgivning på de forskjellige utdannelsesområdene, som f. eks. undervisning i sunn livsstil. Arbeidssektoren via lovgivningen om arbeidsmiljø. Sosialektoren via lovgivningen om

sundhedsfremme og forebyggelse i institusjoner for barn og unge, utsatte voksne, funksjonshemmede og eldre. Kultursektoren deltar via lovgivning om overordnet idrettspolitikk, transportsektoren via lovgivning om sikker trafikk, og miljøsektoren via lovgivning om et sunt miljø.

Sundhedsfremme og forebyggelse er regulert i Sundhedsloven § 119. Denne paragrafen pålegger kommunalbestyrelsen ansvaret for å ivareta kommunens oppgaver med sikte på å skape rammer for en sunn livsstil hos borgerne. Loven er overordnet for alt folkehelsearbeid og gjelder alle forvaltningsnivåer. Sundhedsloven § 195 pålegger "regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sunhedspersoner, m.v." å gi opplysning om/innberette virksomheten til de sentrale sunhedsmyndigheter (Sundhedsstyrelsen, Danmarks øverste sunhedsfaglige myndighet). Sundhedsstyrelsen innhenter selv opplysninger fra kommunene, som offentliggjøres.

Loven pålegger ikke kommunene noen plikt til å iverksette tiltak for å møte lokale utfordringer. Heller ikke spesifikke krav til å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. De fleste kommuner utarbeider lokale sunhedsprofiler. Kommunene iverksetter selv tiltak på grunnlag av disse profilene, som viser kommunens helseutfordringer.

Loven stiller videre ikke krav om at sunhedsfremme og forebyggelse skal ivaretas i offentlig planlegging. Det er opp til den enkelte sektor å påse dette.

I Danmark skal det ifølge lovgivningen på miljøområdet (miljøbeskyttelsesloven) tas hensyn til sunnhetsforhold.

Danmark er inndelt i 5 regioner, som er folkevalgte administrative enheter med hovedansvar for sunhedsvesenet, regional utvikling og en rekke sosiale institusjoner. Siden 2005 har man hatt regionsråd, en demokratisk valgt forsamling. Sundhedsloven § 203 pålegger regionsrådet og kommunalbestyrelsen i regionen å samarbeide om innsatsen på sunhedsområdet, og om innsatsen for sammenheng mellom sunhedssektoren og de tilgrensende sektorer. Regionsrådet og kommunalbestyrelsen i regionen inngår avtaler om ivaretagelsen av oppgaver på sunhedsområdet.

Det er ikke lovfestet noe eget tilsynsorgan for folkehelsearbeidet i Danmark, men Sunhedsstyrelsen "holder øye med" kommunenes og regionenes innsats på forebyggelsesområdet.

6.3 Finland

Finland var blant de første landene som vedtok en nasjonal "health for all policy", med publiseringen av sin første nasjonale helsestrategi, utviklet i samarbeid med WHO (1987). Denne strategien hadde fire mål som var å

- redusere dødsfall blant for tidlig fødte,
- redusere kroniske sykdommer og andre helseproblemer,
- forlenge funksjonsevnen og
- redusere ulikheter i helse.

I 2001 videreførte den finske regjeringen tidligere helsepolitikk og WHO's Health for all 2000-strategi ved å utvikle et program "Helse 2015", ledsaget av mål- og handlingsplaner. Målene er definert så konkrete og omfattende som mulig. Når det gjelder ungdommer er målet f. eks. å redusere tobakksrøyking slik at maksimum 15 % av 16-18 åringer røyker i 2015. Spesielle forutsetninger ble identifisert for å støtte denne nasjonale strategien; involvering av alle sektorer (inkludert privat sektor) og nivåer, bruke indikatorer for å synliggjøre utviklingen, inkludere viktige lokale arenaer, og vektlegge helse gjennom hele livsløpet. Prosessen med politisering av folkehelsearbeidet i Finland har fremhevet viktigheten av tverrsektorielle, koordinerte tilnærminger som involverer relevant industri og integreres på alle forvaltningsnivåer.

Det finske helsesystemet er sterkt desentralisert; hovedansvaret både for folkehelsearbeid og kurative tjenester ligger hos kommunene, med bred politisk styring fra sentrale myndigheter.

Finland har ny lovgivning på helse og omsorgsområdet; *hälso- och sjukvårdslagen* med ikrafttredelse 1. januar 2011. Loven omfatter også folkehelse, med tilpasninger blant annet fra folkehälsolagen fra 1972. Lovens formål er å:

- Fremme og opprettholde befolkningens helse, velferd, arbeids- og funksjonsevne og sosiale trygghet.
- Redusere helseforskjellene mellom befolkningsgruppene.
- Sørge for lik tilgjengelighet, kvalitet og pasient-sikkerhet når det gjelder tjenester som befolkningen trenger.
- Øke klientorienteringen i helse- og omsorgstjenestene.
- Forbedre primærhelsetjenestens virksomhetsbetingelser og samarbeid mellom aktørene innen helse- og omsorgssektoren, mellom de ulike kommunale virksomhetene og med andre aktører når det gjelder å fremme helse

og velferd og organisering av sosial- og helse-tjenesten.

Denne loven definerer blant annet helsefremmende virksomhet som:

"virksomhet som er innrettet mot individet, befolkningen, samfunnsgrupper og livsmiljø og som har til hensikt å opprettholde og forbedre helsen og arbeids- og funksjonsevnen, påvirke helsens bestemmelsesfaktorer, forebygge sykdommer, ulykker og andre helseproblemer og styrke den psykiske helsen, samt bidrar til å redusere helseforskjellene mellom ulike befolkningsgrupper. Helsefremmende virksomhet innebærer også planmessig fordeling av ressurser på en helsefremmende måte."

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er regulert i *hälso- och sjukvårdslagen* § 12 som angir at:

"En kommun ska bevaka kommuninvånarnas hälsa och välfärd och de faktorer som påverkar dessa inom varje befolkningsgrupp och observera effekterna av de åtgärder inom den kommunala servicen som sätts in för att svara mot kommuninvånarnas välfärdsbehov. En rapport om kommuninvånarnas hälsa och välfärd och om de åtgärder som har vidtagits ska varje år lämnas till kommunfullmäktige, utöver vilket en mer omfattande välfärdsberättelse ska tas fram för kommunfullmäktige en gång per fullmäktigeperiod.

Kommunerna ska i sin strategiska planering ställa upp mål för främjandet av hälsa och välfärd som baserar sig på lokala förhållanden och behov, fastställa de åtgärder som stöder målen och som grund för dem använda kommunspecifika indikatorer för välfärd och hälsa.

Kommunen ska utse de instanser som ansvarar för den hälso- och välfärdsfrämjande virksomheten. De kommunala verksamheterna ska samarbeide med varandra för att främja välfärd och hälsa. Dessutom ska kommunen samarbeide med andra offentliga myndigheter, privata företag og allmännyttiga samfund som är verksamme i kommunen. Om social- og helsevård tillhandahålls i form av samarbeide mellom flere kommuner skal samarbeidsområdet delta som sakkunnig i samarbeidet mellom de ulike sektorerna og i bedømmingen av de sociala konsekvenserna og helsekonse-

kvenserna i de kommuner som hör till området.”

Det er en klar erkjennelse av at helse- og omsorgstjenesten ikke alene kan fremme menneskers helse. Dette kan bare oppnås i samarbeid med alle samfunnssektorer. Helseaspektet skal tas hensyn til ved alle beslutninger i samfunnet og i all politikk. Nåværende regjering har utformet et politikkprogram for helsefremmede arbeid (som ett av regjeringens tre politikkprogram). Gjennom dette programmet søker man å garantere at helseaspektet skal inngå i alle samfunnsbeslutninger, i næringslivet, på arbeidsplassene og i organisasjonene. Helsen vil dermed påvirkes på mange ulike måter og arenaer; gjennom samfunnsplanleggingen, samferdselstiltak, fritids- og kulturtilbud, i skolemiljøet, mv. Den bærende tanken er ”Helse i all politikk”.

Kommunene har en nøkkelrolle i det helsefremmende arbeidet. Kommunenes øverste ledelse er ansvarlig for de beslutninger som tas for å fremme helse. Man legger vekt på å plassere enheter og personer med ansvar for politikkprogrammet i strukturer som muliggjør innvirkning på sektorovergripende beslutninger som fremmer helse. Kontinuerlig utdanning av kommunens sentrale folkevalgte og ledere anses som viktig. Kommunene skal i begynnelsen av en valgperiode utarbeide en plan og et virksomhetsprogram for å fremme helse og velferd og for tiltak som motvirker helseproblem.

Gjennom det nasjonale utviklingsprogrammet for sosial- og helsetjenesten (KASTE, 2008-11) forbedres kommunenes muligheter til å gripe inn overfor helseskadelige risikofaktorer, fremme befolkningens helse og bidra til en jevnere fordeling av helsen.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) er et forsknings- og utviklingsinstitutt innen Social- og hälsovårdsministeriets forvaltningsområde. Instituttet betjener statlige og kommunale beslutningstakere, organisasjoner, befolkningen mv. Instituttet er statistikkmyndighet innen helse- og sosialsektoren og sørger blant annet for kunnskapsgrunnlaget innenfor sitt ansvarsområde og bruken av denne kunnskapen. Dette innebærer blant annet å undersøke og følge med på befolkningens velferd og helse, påvirkningsfaktorer og problemer i tilknytning til dem, hvor utbredte problemene er og mulighetene for å forebygge dem. THLs nye strategi ble publisert i februar d.å.: ”Hälsa ger välfärd - 2020 - välfärd ger hälsa”.

I den nye hälso- och sjukvårdslagen er det vist til bestemmelser i annen lovgivning om miljømedisin/miljøhygiene i: hälsoskyddslagen (763/1994), livsmedelslagen (23/2006), kemikalielagen (744/1989), tobakslagen (693/1976), lagen om konsumtionsvarors och konsumenttjänsters säkerhet (75/2004) och veterinärvårdslagen (765/2009), lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986).

Social- och hälsovårdsministeriet har det overordnede styrings- og tilsynsansvaret med det helsefremmende arbeidet i Finland.

Del II
Lovforslagets innhold

7 Grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet

Et grunnleggende prinsipp avspeiler en verdi eller et hensyn som preger utviklingen på et felt. Betydningen av slike grunnleggende prinsipper kan være som rettesnor for utforming av ny lovgivning og annet regelverk, for tolkning av lover og regler og ved skjønnsutøvelse i lovanvendelsen.

På folkehelseområdet er det særlig fem prinsipper som er av stor betydning. Det er prinsippene om utjevning, ”helse i alt vi gjør” (Health in All Policies), føre-var, bærekraftig utvikling og medvirkning.

7.1 Utjevning

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig mål med folkehelsearbeidet. I St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* sies det at:

”Regjeringen mener at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse. Hver enkelt av oss har et betydelig ansvar for egen helse, og det er viktig å respektere individets myndighet og innflytelse over eget liv. Men enkeltmenneskets handlingsrom er begrenset av forhold utenfor individets kontroll. Selv helseatferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt. Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.”

Å legge utjevningsprinsippet til grunn har konsekvenser både for måloppnåelse, for hvordan utfordringen forstås og for hvordan strategier og tiltak må rettes inn i folkehelsearbeidet.

Lovforslaget § 3 definerer folkehelse som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Formålet med loven, og dermed folkehelsearbeidet, er å fremme folkehelse herunder å utjevner sosiale helseforskjeller.

Målet er ikke utelukkende å bedre gjennomsnittshelsen eller maksimere den totale helsen i samfunnet, for eksempel ved mest mulig liv med god helse. Utjevning av sosiale helseforskjeller, det vil si rettferdig fordeling av helse i befolkningen, er en viktig del av folkehelsearbeidet og er derfor løftet særlig fram. Med utjevning av sosiale helseforskjeller menes å motvirke helseforskjellene uten at gjennomsnittshelsen, eller helsen til noen grupper blir dårligere.

Sosiale helseforskjeller utgjør ikke en utfordring som kun skyldes at enkelte marginaliserte grupper faller utenfor. Det er ikke bare de absolutt fattigste som skiller seg ut med dårligere helse. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, som igjen har litt bedre helse enn de tredje rikeste osv. Sosiale helseforskjeller danner et trappetrinnsmonster (gradient) gjennom hele befolkningen og utgjør dermed et gjennomgripende samfunnsproblem.

Det gjennomgripende og sosiale mønsteret i helseforskjellene har konsekvenser for strategier og tiltak. Målrettede tiltak mot risikoutsatte grupper er ikke tilstrekkelig. Målrettede tiltak overfor sårbare grupper er også nødvendig, men alene treffer de bare enkeltdele i den sosioøkonomiske fordelingen, og ofte retter de seg mot et gitt problem snarere enn dets grunnleggende årsaker. Ikke-stigmatiserende universelle ordninger som fanger hele befolkningen, forebygger at mennesker havner i sårbare situasjoner. Prinsippet om utjevning innebærer å finne den rette balansen mellom universelle og grupperettede tiltak.

Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som uheldig arbeids- og/eller bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Slike forhold er sosialt skapte fenomener som henger sammen med hvordan vi har innrettet samfunnet vårt. Slike forhold kalles sosiale påvirkningsfaktorer for helse eller sosiale helse-determinanter.

Prinsippet om utjevning innebærer dermed at tiltak ikke må begrense seg til å se på individuell livsstil alene, men være mer opptatt av det som

kalles årsaker til årsakene, altså en strategi som forholder seg til årsakskjeder, fra det store politiske og samfunnsmessige nivå til den individuelle atferd. Folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Se også kapittel 4.2.

Utjevning av sosial ulikhet i helse er et mål og en oppgave for alle samfunnssektorer og -nivåer, blant annet innen utdanning, næringsutvikling, samferdsel, helse osv. Valg av politikk og tiltak på alle samfunnsområder og -nivåer må også vurderes ut fra hva som påvirker sosiale helseforskjeller, og hvordan. Ulike alternativets konsekvenser med hensyn til utjevning bør synliggjøres i beslutningsprosesser. Kommunen og fylkeskommunen bør fastsette egne mål for å utjevne sosiale helseforskjeller. Vurdering av andre tiltak bør ta utgangspunkt i om disse bidrar til å nå de fastsatte målene, eller om de bidrar til å øke forskjeller.

Økt erkjennelse av samfunnsmessige forholds betydning for folkehelsen og forskjeller i helse er gjenspeilet i formålsbestemmelsen der det fremgår at loven skal *”bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller”*. Kommunen og fylkeskommunen har i lovforslaget som oppgave å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Videre innebærer kommunens og fylkeskommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. lovforslaget §§ 5 og 21, at kommunen og fylkeskommunen skal ha en bevissthet og kunnskap om bakenforliggende årsaker til sosiale helseforskjeller. Både i identifisering av utfordringer og utvikling av strategier for å møte utfordringene bør en ta hensyn til ulikheter som kan følge sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet, funksjonsevne eller geografi.

7.2 Helse i alt vi gjør (Health in All Policies)

Helsetjenester er viktig for folkehelsen. Årsakene til at helseproblemer oppstår handler imidlertid som hovedregel om samfunnsforhold utenfor helsetjenesten selv. Hensyn til helse må derfor ivaretas når tiltak og strategier utformes i alle sektorer. Dette er hovedgrunnlaget for at lovforslaget §§ 4 og 20 knytter fremming av folkehelse til bredden av de oppgaver kommuner og fylkeskommuner er tillagt, og at forslag til § 6 knytter folkehelsearbeidet til kommunens overordnede plan- og beslutningssystemer.

”Helse i alt vi gjør” (Health in All Policies) er en del av en internasjonal utvikling innen politikk-

utforming utviklet for å møte vår tids helseutfordringer, jf. for eksempel EU-traktatens artikkel 152. Denne utviklingen er blant annet basert på økt kunnskap om, og forståelse for, forholdet mellom helse og samfunnet for øvrig, blant annet at det er en meget nær sammenheng mellom økonomisk og sosial utvikling og helse. Dels er helse en forutsetning for økonomisk og sosial utvikling, dels har alle deler av økonomien og den offentlige forvaltningen betydning for helsen i befolkningen. Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen. Samtidig krever helseutfordringene sektorovergripende tiltak.

Det har skjedd en endring i folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv der innsats ble rettet mot forebygging av konkrete sykdommer, til et påvirkningsperspektiv som retter oppmerksomheten mot faktorer som påvirker helsen. Et påvirkningsperspektiv gir et bedre grunnlag for å rette innsats mot de mer bakenforliggende faktorer som påvirker helse og fordelingen av helsen i befolkningen.

I kommunens og fylkeskommunens ansvar for å ha oversikt, jf. lovforslaget §§ 5 og 21, er det å identifisere sentrale påvirkningsfaktorer av stor betydning. Oversikt over påvirkningsfaktorer synliggjør hvilke sektorer som har ansvar for hva, noe som gir grunnlag for å ivareta befolkningens helse på mest mulig effektiv måte, ved at innsats settes inn på riktig sted.

Andre sektorer enn helsesektoren kan yte selvstendige bidrag til befolkningens helse. Der som skolesektoren klarer å redusere frafall fra videregående skole, vil det ha positive konsekvenser for folkehelsen. De som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning har flere ganger høyere sannsynlighet for å være utenfor arbeidsstyrken enn de med lengre utdanning. De har også større sannsynlighet for å bli uføretrygdet.

Dersom transportplanleggingen legger til rette for tilfredsstillende gang- og sykkelveier til skoler og lett tilgang til leke- og grøntområder, vil dette kunne ha stor betydning for fysisk aktivitet og dermed for helse og trivsel. Og motsatt, dersom trafikkforhold gjør det vanskelig å bevege seg med sykkel eller å gå til og fra skole, fritidsområder mv. fører dette til økt bilbruk og redusert fysisk aktivitet.

”Helse i alt vi gjør” innebærer at bedre helse, herunder utjevning av sosiale helseforskjeller, etableres som et hensyn på tvers av sektorgrenser,

og at det benyttes integrerte tverrsektorielle strategier for å møte helseutfordringene rettet mot kjente påvirkningsfaktorer for helse. I folkehelse-loven er dette gjenspeilet både ved at ansvaret for folkehelsen tydeligere legges til kommunen som sådan, ikke bare til helsetjenesten, og ved at kommunene må bruke alle sine virkemidler til å ivareta og fremme helse, jf. lovforslaget § 4. Dette innebærer at tiltak kan iverksettes i de sektorene og med de virkemidlene som er mest effektive. Ofte kreves sammensatte tiltak i mange sektorer for å skape nødvendig endring. Ved en forankring over sektorene dannes grunnlag for helhetlige, sammensatte strategier, jf. lovforslaget § 6 om å fastsette overordnede mål og strategier forankret i kommuneplaner.

Beslutninger i alle sektorer har betydning for nasjonale, regionale eller lokale helsemål. Derfor må beslutninger i nødvendig utstrekning ta hensyn til hvilke helsekonsekvenser disse har eller kan få. Dette følger blant annet av § 4 om kommunens ansvar og § 20 om fylkeskommunens ansvar.

7.3 Bærekraftig utvikling

Begrepet bærekraftig utvikling kan defineres som *"en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov"* (Verdenskommisjonen for miljø og utvikling 1987: 42). Dette innebærer at menneskelige behov er utgangspunktet for begrepet.

Helse er et grunnleggende behov og en rettighet som også er grunnlovsfestet gjennom bestemmelsen om bærekraftig utvikling i Grunnloven § 110 b. *"Enhver har Ret til et Milieu som sikrer Sundhed"*. Bærekraftig utvikling handler om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid, herunder et miljø som er sunt for mennesker.

"Bærekraft" (engelsk: "sustainability") er i utgangspunktet et systemisk begrep. Et bærekraftig system er et system som har en iboende evne til å vedvare, det vil si å overleve selv som system, men også å virke på en slik måte at systemets praksis ikke truer øvrige systemers bærekraft som de er en del av og virker sammen med.

I folkehelsesammenheng kan det her trekkes en analogi til befolkningen (som ett system), helsesektoren (som et annet system) og velferdsstaten (som et tredje system). Disse systemene er flettet i hverandre og gjensidig avhengig av hverandres bærekraft eller iboende evne til å vedvare hver for seg – og sammen. En ikke-bærekraftig

befolkning vil over tid skape en ikke-bærekraftig helsesektor. En ikke-bærekraftig helsesektor er en helsesektor som forbruker for mye av samfunnets totale ressurser, herunder for mye av arbeidskraften i årene som kommer, og vil således true velferdsstatens bærekraft. Velferdsstatens bærekraft truer igjen helsesektorens bærekraft som igjen ikke vil kunne håndtere en ikke-bærekraftig befolknings behov, jf. en av hovedintensjonene med samhandlingsreformen som er å sikre bærekraft ved å legge økt vekt på forebygging og folkehelsearbeid.

Samtidig som god helse er en vesentlig innsatsfaktor for velvære og livskvalitet for den enkelte, er folkehelsearbeid og forebygging viktig for å sikre at befolkningen i arbeidsfør alder er frisk og produktiv, samt at eldre er selvhjulpne lengst mulig.

Bærekraftig utvikling er et perspektiv som skal gjennomsyre folkehelsearbeidet, og kan blant annet knyttes til bestemmelser som er fremhevet i forbindelse med prinsippene om utjevning, "helse i alt vi gjør" og føre-var. Bruken av begrepet langsiktig i formålsbestemmelsen annet ledd er også et uttrykk for bærekraftprinsippet.

7.4 Føre-var-prinsippet

Føre-var-tenkningen vil ha betydning for når innsats etter denne loven skal settes inn, for hvilken innretning innsatsen skal ha og for kommuners og fylkeskommuners folkehelseansvar når det gjelder utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Føre-var-prinsippet handler videre om håndtering av vitenskapelig usikkerhet. De senere år har føre-var i denne sammenheng blitt et viktig prinsipp i ulike internasjonale traktater, deklarasjoner mv. I Rio-erklæringen fra 1992 heter det:

"Der det er trusler om uopprettelig skade, skal mangel på full vitenskapelig sikkerhet ikke brukes som grunn for å utsette kostnadseffektive tiltak for å hindre miljøforringelse."

EU har følgende føring (Commission of the European Communities 2.2.2000):

"Føre-var-prinsippet anvendes der vitenskapelige bevis er mangelfulle eller usikre, eller der forskningsresultater er uten konklusjon og vitenskapelige vurderinger gir rimelig grunn til bekymring for at mulige skadevirkninger på miljø, mennesker, plante- og dyrehelse kan

være uforenlig med EUs høye krav til beskyttelse.”

Føre-var kommer blant annet til anvendelse ved fastsetting av normer og standarder for godt folkehelsearbeid og miljøkvalitet. For mange av disse forholdene er det fremdeles usikkerhet knyttet til forholdet mellom eksponering og helseeffekt eller tiltak og helseeffekt. Ved normering er det tilstrekkelig å ta utgangspunkt i sannsynlighet, og ikke vitenskapelig sikkerhet, når usikkerheten kan medføre fare for helseskade.

Føre-var innebærer også at bevisbyrden for at tiltak er forsvarlige påligger den som er ansvarlig for tiltaket eller forholdet.

Videre kan også føre-var brukes for eksempel for å kunne kreve bruk av virkemidlene etter miljørettet helsevernregelverket i folkehelseloven kapittel 3. Dersom det er en eksisterende aktivitet eller et forhold som kan medføre skade, som er sannsynlig men usikker, gir regelverket hjemmel for å gi for eksempel pålegg om retting for å unngå skade eller redusere risiko for skade.

Denne definisjonen er blant annet basert på en utredning foretatt av UNESCO/COMEST (The Precautionary Principle, 2005):

”Når menneskelig aktivitet kan føre til moralsk uakseptabel skade som er vitenskapelig sannsynlig men usikker, skal tiltak gjøres for å unngå eller minske skaden. Moralsk uakseptabel skade vil si skade på mennesker eller miljø som

- truer menneskers liv eller helse, eller
- er alvorlig og i praksis uopprettelig, eller
- er urettferdig mot nålevende og framtidige generasjoner, eller
- utøves uten tilstrekkelig hensyn til rettighetene til de som rammes.

Føre-var-prinsippet kommer til anvendelse når:

- det eksisterer stor vitenskapelig usikkerhet,
- scenarier eller modeller basert på vitenskapelig resonnement viser at skadevirkninger er mulige,
- de mulige skadevirkningene er uopprettelige eller alvorlige for nålevende og kommende generasjoner, eller på annen måte moralsk uakseptable,
- effektive mottiltak vil være betydelig vanskeligere eller mer kostnadskrevenne på et seinere tidspunkt.”

Føre-var-prinsippet forutsetter ikke at man skal handle for å oppnå null risiko, men en akseptabel risiko. Prinsippet sier noe om hvordan en skal forholde seg til usikkerhet i risikohåndtering. Hva som er akseptabel risiko dreier seg om normering som også kan inkludere forholdsmessighetsvurderinger.

I et bærekraftperspektiv innebærer føre-var også å arbeide for å fremme og vedlikeholde befolkningens helse fremfor utelukkende å forhindre helseskade og at akutte situasjoner skal oppstå.

7.5 Medvirkning

Den samfunnskapital som ligger i at mennesker trives, mestrer hverdagen og bidrar aktivt til fellesskapet ut fra egne ressurser og muligheter er avgjørende. Verdens helseorganisasjon beskriver helse som et positivt konsept som vektlegger sosiale og personlige ressurser, i tillegg til fysiske kapasiteter. I folkehelsearbeid er de ressursene som innbyggerne selv representerer avgjørende.

I likhet med hva en rekke høringsinstanser har påpekt, anser departementet medvirkning som et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet. Medvirkning, i form av retten til å ytre seg, er nedfelt i Menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven § 100. Barns rett til å bli hørt i saker som angår dem, er hjemlet i Barnekonvensjonen artikkel 12. Videre er medvirkning i planarbeid etter plan- og bygningsloven regulert ved plan- og bygningsloven § 5-1.

Folkehelsearbeid handler blant annet om lokale prosesser, forankring og engasjement. Arbeidsformen partnerskap er et eksempel på at medvirkning fra mange aktører er sentralt i folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner har for eksempel en viktig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av de aktiviteter som organisasjonene bidrar med, og ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig.

God helse handler om mer enn fravær av sykdom. Evne til å mestre hverdagens krav er et viktig aspekt ved helse. Innen helsefremmende arbeid brukes begrepet “empowerment” blant annet om individer og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger som angår deres helse. Det finnes ingen god norsk oversettelse av begrepet empowerment. Ord som bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller egenkraftmobilisering er brukt. Kjernen i begrepet er motsatsen til maktesløshet eller undertrykking. Det handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan få kollektiv

kontroll over sine liv ved mobilisering og styrking av egne krefter parallelt med nøytralisering av motkrefter.

Empowerment medfører ikke en isolert innsats på et individuelt nivå. Mulighet til ressursmobilisering hos mennesker betinges i stor grad av de livsbetingelser menneskene lever under. Det må derfor arbeides på individ-, gruppe- og samfunnsnivå samtidig. Utgangspunktet er en vurdering av samfunnsskapte muligheter eller mangler på de ulike nivåene. Både materielle levekår, psy-

kososiale ressurser og medvirkning i beslutninger er aspekter av empowerment.

At folkehelsearbeidet i kommunesektoren knyttes til planlegging etter plan- og bygningsloven med krav til medvirkning, bidrar til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven gir kommunen som helhet ansvar for folkehelsearbeidet. Intensjonen er blant annet å bringe folkehelse inn som en integrert del av det lokaldemokratiske arbeidet for en samfunnsutvikling som fremmer helse og velferd i kommunene.

8 Lovstruktur og definisjoner

8.1 Lovstruktur

8.1.1 Retningslinjer for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren og hensyn ved regulering av folkehelsearbeid

Ved utforming av regelverk må det blant annet tas hensyn til de rammer som er gitt for lovgivning rettet mot kommunesektoren. Regjeringen har gjennom sine "Retningslinjer for fremtidig statlig regelverk rettet mot kommunesektoren" gitt føringer for regelverksutformingen der kommuner og fylkeskommuner er pliktsubjekter. Videre har Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) gitt ut veilederen Statlig styring av kommunesektoren (H-2186).

Retningslinjer for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren fokuserer i hovedsak på styring av kommunesektoren gjennom regler og skisserer hvilke hensyn som kan tilsi at kommunesektoren styres av staten gjennom regler. Veilederen viser til at dersom kommunesektoren skal pålegges nye oppgaver eller plikter, kreves hjemmel i lov fastsatt av Stortinget. Som hovedregel bør tildeling av oppgaver og regulering av kommunenes og fylkeskommunenes virksomhet skje i lovs form. Mindre presiseringer kan skje i forskrift.

Lovfesting, øremerkede tilskudd, plankrav, tilsyn og rapportering må være begrunnet med overordnede nasjonale hensyn. Det er et forvaltningspolitisk mål at regelverk og rapportering skal være minst mulig ressurskrevende å etterleve. Ved forslag om tiltak som medfører ny lovgivning eller endringer i eksisterende lovgivning, bør det i utgangspunktet ikke gis regler om for eksempel bestemte organer, intern delegasjon, ledelse, faglige kompetansekrav og bemanningsnormer.

Kommuneloven bygger blant annet på at ansvar og oppgaver legges til kommunestyret/fylkestinget. Disse organene har stor frihet til å bestemme den organisatoriske og administrative oppbygningen av kommunen/fylkeskommunens forvaltning.

Retningslinjene for særlovgivning rettet mot kommunesektoren bygger på en forståelse av at staten bør gi kommunene reell myndighet og handlingsrom slik at de kan finne kostnadseffektive og gode løsninger tilpasset lokale forhold. Det må foretas en avveining mellom de nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og de hensynene som begrunner lokal handlefrihet. Blant de typer regler som krever spesiell vurdering og begrunnelse er:

- faglige kompetansekrav, lederkrav og bemanningsnormer,
- regler om kommunale handlingsplaner på enkelte områder,
- særskilte saksbehandlingsregler og
- individuelle rettigheter hvor kommunen er pliktsubjekt.

Forebygging og folkehelsearbeid skal spare menneskelig lidelse og sikre samfunnets bærekraft. Å arbeide forebyggende for å hindre eller utsette sykdomsutvikling er ofte samfunnsøkonomisk lønnsomt. På folkehelseområdet og innenfor forebyggende helsetjenester er det flere mekanismer som innebærer at oppgavene vil bli nedprioritert dersom ikke regelverket utformes på en måte som tar hensyn til dette. Disse mekanismene omfatter blant annet at:

- I behandling står man overfor definerte individers mer eller mindre akutte behov. I forebygging kan man i liten grad peke på hvilke enkeltindivider som blir spart for problemer i fremtiden. Dette innebærer at behandling ofte prioriteres fremfor forebygging.
- Det ligger i forebyggingsarbeidets karakter at det vil gå tid mellom når tiltak settes inn og når effekt oppnås. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv framstå som kostnader.
- Forholdet mellom effekt og tiltak er vanskeligere å dokumentere innen folkehelse og forebygging, ikke fordi det har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte.

I forslaget til folkehelselov er det lagt vekt på å finne en balanse mellom hensynet til å sikre kommunen handlingsrom og behovet for å konkretisere folkehelseoppgavene i loven slik at disse blir prioritert.

Disse forholdene er nærmere omtalt under departementets vurderinger i de enkelte kapitlene.

8.1.2 Gjeldende lovstruktur

Det generelle folkehelsearbeidet har vært regulert siden lov 16. mai 1860 om Sundhetscommissiøner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme (sunnhetsloven). Loven favnet gjennom sin generelle ordlyd vidt:

”Sundhedscommissionene på Landet skulle have Deres Oppmerksomhed henvendt paa hva der kan tjene til Sundhedstilstandens fremme og Fjernelse af de Omstendigheder, som især befordre Udvikling av Sygelighet og Udbredelse av Sygdom.”

Ot.prp. nr. 40 (1986-87) om miljørettet helsevern i kommunene viser i kapittel 5.1 til at sunnhetslovens virkeområde skulle deles mellom kommunehelsetjenesteloven (miljørettet helsevern og epidemiologi) og smittevernloven. Det ble videre understreket at kommunehelsetjenesteloven ikke skulle ha noen snevrere ramme enn sunnhetsloven. Definisjonen av fagområdet og dermed det saklige virkeområdet til sunnhetsloven, ble altså videreført.

Kommunehelsetjenestelovens saklige virkeområde på folkehelseområdet kommer til uttrykk i § 4a-1 som omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha positiv eller negativ innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Begrepet miljørettet helsevern er dermed meget vidt og i Ot.prp. nr. 40 (1986-87) side 66 påpekes at det er *”lagt opp til at bestemmelsen skal kunne fange opp utviklingen etter hvert som nye miljørelaterte helseproblemer oppstår”*. Bestemmelsens annet ledd gir hjemmel for forskriftene om miljørettet helsevern. Departementet legger i forarbeidene til grunn at de fleste behov på folkehelseområdet kan dekkes gjennom denne forskriftshjemmelen.

Senere fikk man spesiallover som avløste sunnhetsloven bit for bit, dermed ble lovgivningen mer hensiktsmessig og presis i forhold til de

ulike temaene disse lovene omfattet. Samtidig forsvant imidlertid også den helhetlige tilnærmingen bit for bit.

I kapittel 11 er det gitt en kort redegjørelse for annet lovverk som er relevant innenfor folkehelsearbeidet og hvordan lovene virker opp mot hverandre. Som en ser av denne omtalen, finnes det i dag en lang rekke lover innen ulike forvaltningsnivåer og sektorer som har bestemmelser av til dels stor betydning for folkehelsen. Det er imidlertid ingen av disse som har et helhetlig perspektiv på folkehelsearbeidet slik det etter hvert har utviklet seg, jf. kapittel 4 om folkehelsepolitikken med forbindelseslinjer på tvers av samfunnssektorer og på tvers av forvaltningsnivåer. Når det gjelder de enkelte forvaltningsnivåene, er det imidlertid enkelte tilløp til et mer helhetlig grep, for eksempel i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-2 til 1-4 om at kommunen skal fremme helse og forebygge sykdom og kapittel 4a om miljørettet helsevern. Kapitlet om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kan nok av mange ha blitt oppfattet mer snevert enn det opprinnelig var tenkt, slik at fokus i for stor grad har vært rettet mot de direkte skadelige forholdene i miljøet som støy og luftforurensing og ikke mot andre påvirkingsfaktorer som inngår i det helhetlige folkehelsearbeidet. I lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet er helhetsperspektivet særlig synlig gjennom § 3 som blant annet sier at fylkeskommunen skal *”fremme folkehelse (...) innen de oppgaver fylkeskommunen er tillagt”*.

Som påpekt over består dagens lovgivning også av flere særlover som skal fremme helse uten at vi kan si at noen av dem representerer en folkehelselov slik sunnhetsloven var det. Smittevernloven, tobakkskadeloven, matloven og alkoholloven er eksempler på slike lover.

Utenfor helselovgivningen finnes en rekke lover av betydning for folkehelsearbeidet. Dette gjelder fremfor alt plan- og bygningsloven som er kommunesektorens viktigste verktøy i samfunnsutviklingen. Eksempler på andre lover utenfor helsesektoren med stor betydning for folks helse er opplæringsloven, friluftsløven, forurensingsloven og vegtrafikkloven. Om disse og andre lovers betydning for folkehelsearbeidet i dag, se nærmere omtale i kapittel 11.

Dette innebærer at ingen lov i dagens lovgivningsstruktur i særlig utstrekning legger til rette for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid, selv om mange enkeltelementer er på plass også i lovgivningen.

8.1.3 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet en lovstruktur som innebærer en helhetlig regulering av folkehelsearbeidet som omfatter alle tre forvaltningsnivåene; kommune, fylkeskommune og stat, men med den avgrensning at regulering av staten kun omfattet statlige helsemyndigheter. Samtidig er ulikhetene i det enkelte nivå's oppgaver og variasjonene i omfanget av oppgaver av en slik karakter at hvert nivå's ansvar og oppgaver ble foreslått lovfestet i egne kapitler i loven.

Høringsforslaget omfattet videre alle sektorens arbeid med folkehelse, slik det allerede er innført for fylkeskommunens vedkommende. En slik struktur bidrar til at arbeid med folkehelse løftes inn i de oppgaver og virkemidler kommuner og fylkeskommuner allerede har. Det ble påpekt at dette også er i tråd med intensjonene bak plan- og bygningsloven, gjennomføringen av forvaltningsreformen og samhandlingsreformen.

Et annet strukturmessig grep i høringsforslaget var at folkehelseloven i hovedsak fokuserer på de ulike elementene i et systematisk folkehelsearbeid fremfor å stille krav om bestemte tiltak innenfor ulike innsatsområder som for eksempel alkohol- og tobakksforebygging, fysisk aktivitet mv. Viktige elementer i det systematiske folkehelsearbeidet er konkretisering av oversikt over helseutfordringer og forankring på politisk nivå gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven.

8.1.4 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser uttaler seg konkret om lovstrukturen. De som uttaler seg synes positive til forslaget. *Folkehelseinstituttet* gir uttrykk for at forslaget til lovstruktur gir et grunnlag for den brede tilnærmingen som var en intensjon både i sunnheitsloven og dagens kommunehelsetjenestelov:

”Det vises her [i høringsnotatet] til de historiske oppgavene som lå i Sunnheitsloven og det nevnes at det også var tilløp til mer ”helhetlig grep” i kommunehelsetjenestelovens §§ 1-2 til 1-4. Men det anføres at miljørettet helsevern av mange kan ha blitt oppfattet mer snevert enn det opprinnelig var tenkt. Vi er enig i denne vurdering og synes at det foreliggende forslag til folkehelselov gir et bedre grunnlag enn kommunehelsetjenesteloven for nettopp en slik bred samfunnsmessig tilnærming.”

Enkelte høringsinstanser gir imidlertid uttrykk for ønske om en mer detaljert regulering av enkeltfaktorer i loven. *Pensjonistforbundet* ønsker for eksempel et sterkere fokus på ernæring og skade- og ulykkesforebygging i loven. *Nasjonalt råd for tobakksforebygging* peker på at røyking er den enkeltfaktoren som kan forebygges som har sterkest negativ innvirkning på folkehelsen, og at det er store sosiale forskjeller i røyking. Rådet mener tobakksarbeidets betydning innebærer at det bør løftes enda mer fram i lovteksten.

Skadeforebyggende forum mener at feltet skader og ulykker bør vies mer oppmerksomhet og gis større tyngde. *Nettverket av Sunne kommuner* mener at loven er svak på tiltak og virkemidler og etterlyser konkretisering i forskrifter.

Legeforeningen uttrykker bekymring for ansvarspulverisering når ansvar legges til overordnet nivå i kommunen uten at kravene i loven er detaljerte:

”Det er en fare for at det som var tenkt som en vektlegging av folkehelseperspektivet ved å heve det til et høyere ansvarsnivå, i praksis blir en usynliggjøring av ansvaret. Hvis alle har ansvaret, kan det være at ingen føler seg forpliktet av det. For å motvirke at dette skjer, bør folkehelsekravene være tydelige og eksplisitte.”

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og et stort flertall av kommunene er opptatt av kommunenes frihet til selv å finne hensiktsmessige organisatoriske løsninger i sitt arbeid. Enkelte ønsker at det gis organisatoriske føringer. Dette begrunnes i hovedsak på to måter. Det ene argumentet er at når folkehelsearbeidet blir alles ansvar, kan det lett bli ingens ansvar. Det andre argumentet omhandler en bekymring for at mangel på organisatoriske føringer skal føre til at det fortsatt kun vil være helsetjenesten som bidrar i folkehelsearbeidet. *Fylkesmannen i Vestfold* uttaler:

”Vi støtter at ansvaret for folkehelseloven legges til kommunestyret og ikke til helsetjenesten. Vi uroes imidlertid av muligheten til bruk av delegasjonsreglementet til å delegere forvaltningen av loven til helsetjenesten. Vi foreslår derfor at det gis organisatoriske føringer.”

Noen høringsinstanser gir uttrykk for at loven burde fokusere mer på spesifikke grupper, spesielt dersom en skal nå målet om å utjevne helseforskjeller: *Åvjuvårre Urfolksregion*, og kommunene

Lebesby og Gamvik uttaler: "Som nevnt i lovteksten er det et uttalt mål å redusere sosiale ulikheter. Loven er ikke spesifikk for enkelte målgrupper, og det kan derfor være vanskelig å imøtekomme dette lovkravet." En liknende uttalelse kommer fra blant annet *Nøtterøy* kommune:

"Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper."

8.1.5 Departementets vurderinger

Det er flere grunner til at det er viktig å ha en tydelig lovfesting av folkehelsearbeid og helsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid. De forebyggende tjenestene blir i praksis ikke etterspurt, eller blir etterspurt av dem som trenger det minst. Folkehelseoppgavene er som regel befolkningsrettede og grupperettede oppgaver som ikke er direkte knyttet til individuelle rettigheter.

Å unnlate å arbeide forebyggende gir, i alle fall på kort sikt, en mindre direkte målbar konsekvens for kommunen enn å unnlate å tilby kurative tjenester. Dette gjør det vanskeligere å sette funksjonskrav til denne type oppgaver slik man gjør det for kurative tjenester. Det at folkehelseoppgavene er befolknings- og grupperettede og er av svært ulik karakter, innebærer at det er vanskeligere å føre tilsyn med slike tjenester enn kurative tjenester. Tilsyn vil dermed også lett føre til en prioritering av kurative tjenester fremfor forebyggende tjenester.

Videre er det slik at i prioriteringsdiskusjoner vil det være et stort press knyttet til å yte ulike kurative tjenester og pleie og omsorgstjenester. Dette skyldes blant annet at bak ulike sykdomsgrupper står det interesseforeninger og definerte individers mer eller mindre umiddelbare behov. En pressgruppestyrt helsetjeneste vil bidra til å øke sosiale helseforskjeller, hvis det er de ressurssterke som etterspør tjenester. Dette behovet for tjenester er ubegrenset, og vil aldri fullt ut bli mettet. Folkehelsearbeid og forebyggende tjenester er dels rettet mot personer som ikke etterspør

dette selv, og man kan i liten grad peke på hvilke enkeltindivider som blir spart for problemer i fremtiden.

Videre vil effekten av folkehelse tiltak ofte ligge langt frem i tid. Forholdet mellom tiltak og effekt når det gjelder folkehelsearbeid og forebyggende helsetjenester, er ikke målbart i korte tidsløp. For eksempel vil det å legge til rette for sunne levevaner blant barn og unge ha en positiv helseeffekt gjennom hele livet, også i forhold til funksjonsevnen som gammel. Dette gir utfordringer i forhold til de offentlige budsjettssystemenes innretning. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv framstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den positive kost-nytte-effekten framstår.

Når det gjelder folkehelsearbeid, er også forholdet mellom effekt og tiltak vanskeligere å dokumentere. Dette ikke nødvendigvis fordi tiltak har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte. På nasjonalt nivå har vi god dokumentasjon om tiltak som vitenskapelig har vist effekt, som vi dermed vet er nyttige å gjennomføre, selv om dette vanskeligere lar seg dokumentere i den enkelte kommune.

Stortingets helse- og omsorgskomiteé har i Innst. 212 S (2009-2010) om samhandlingsreformen lagt til grunn at:

"det trengs en økt innsats på bred front for bedre folkehelse [...] En stor del av folkehelsearbeidet må skje lokalt og der de kommunale helsetjenestene blir involvert på ulik måte".

Videre viser komiteen til at forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeid ikke er tilstrekkelig forpliktende i sentrale deler av lovverket:

"Regjeringen angir videre at selv om kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet er en god lov for helsefremmende og helseforebyggende arbeid, så viser erfaring bl.a. fra tilsyn at det er vanskelig å stille krav til forebygging. Komiteen er enig i at det er behov for en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar."

Departementet legger til grunn at det er viktig at folkehelseoppgavene fremkommer tilstrekkelig tydelig i loven for å kunne motvirke de forholdene som er nevnt ovenfor. Det vises videre til redegjørelsen for motivene for kommunehelsetjenesteloven, og analysen av hvorfor loven ikke har virket etter sin intensjon slik det er redegjort for i kapittel 12.1.

Folkehelsearbeidet kan lovreguleres på ulike måter. Et alternativ er å lage en lov som regulerer arbeidet på en tematisk måte med spesielle krav til for eksempel levekårsarbeid, ernæring, tobakksforebygging, tilrettelegging for fysisk aktivitet m.m. Departementet mener imidlertid det er viktig å lage en generell og helhetlig lov som omfatter alle faktorer av betydning for folkehelsen og som gir kommuner og fylkeskommuner handlingsrom til å organisere sine tjenester og sette i verk sine tiltak på bakgrunn av en lokal vurdering av utfordringer og behov. Fremfor detaljkrav innen enkelte påvirknings- eller risikofaktorer, foreslår departementet en lov med prosessuelle krav som vil gi kommuner og fylkeskommuner et grunnlag for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid på tvers av sektorer, forankret i kommunenes egne plan- og styringssystemer. Der det er behov for særlig detaljregulering av enkelte områder/faktorer, er dette i utgangspunktet mest naturlig å regulere i særlover, jf. for eksempel alkoholloven og smittevernloven. Særlige krav kan også hjemles i forskrifter om miljørettet helsevern, jf. videreføring av forskriftshjemmelen i lovforslaget § 8 annet ledd.

I tråd med lovens generelle og helhetlige innretning mener departementet at loven heller ikke bør identifisere enkelte grupper i lovteksten. Dette betyr imidlertid ikke at grupperettet innsats ikke er relevant i folkehelsearbeidet. Det vil variere fra kommune til kommune hvilke grupper det er viktig å rette oppmerksomheten mot. For sykdommer knyttet til levevaner (tobakk, kost, mosjon, rusmidler) er det videre ikke slik at flertallet av syke personer kommer fra "høyrisikogrupper", som skiller seg klart fra "normalbefolkningen" og kan tilbys egen, skreddersydd forebyggende behandling. De fleste sykdomstilfellene kommer fra majoritetsbefolkningen, som har bare lett eller moderat økt risiko sammenlignet med de som har ideelle helsevaner. Dette skyldes gruppenes størrelse. Av denne og andre grunner er tiltak som gjelder hele befolkningen, uavhengig av individuell risiko, en bærebjelke i folkehelsearbeidet.

Når kommunene i henhold til lovforslaget § 5 skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, må en vurdere utfordringene i forhold til sosiale skillelinjer som sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne. Dette følger av formålet og ansvaret for å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. På bakgrunn av denne oversikten vil kommunene avdekke hvilke grupperelaterte utfordringer kommunen står overfor. Når det gjelder drøfting av

forholdet mellom å utjevne sosiale helseforskjeller og grupperettede tiltak, vises til egen drøfting av dette i kapittel 14 om mål og folkehelseiltak.

Departementet foreslår at folkehelseloven skal regulere kommuner og fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Det foreslås videre at statlige myndigheters ansvar i folkehelsearbeidet synliggjøres i loven, jf. lovforslaget § 22. I tillegg foreslås det at statlige helsemyndigheters rolle i å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid lovfestes særskilt. For drøftelsen av spørsmålet om loven skal gjelde for statlige myndigheter som sådan og ikke bare statlige helsemyndigheter, vises det til kapittel 10 om virkeområde.

I dagens folkehelsearbeid er det viktige aktører på alle forvaltningsnivåer. Folkehelse utvikles og vedlikeholdes i lokalsamfunn der folk bor og lever sine liv. Kommunene er derfor den viktigste aktøren, både gjennom kommunale helsetjenester som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern og gjennom andre sektorer enn helsesektoren, for eksempel som planmyndighet og samfunnsutvikler og innenfor barnehagesektor, skolesektor, kultursektor mv. Loven må bidra til å styrke kommunenes evne og kapasitet til å håndtere de ulike utfordringene man står overfor i folkehelsearbeidet.

Fylkeskommunene fikk gjennom lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, som trådte i kraft 1. januar 2010, lovforankret sin rolle i folkehelsearbeidet. En viktig oppgave for fylkeskommunen er å understøtte kommunenes arbeid, i tillegg til å fremme helse i egen virksomhet. Fylkeskommunen er også gjennom sitt ansvar for tannhelsetjenesten en viktig aktør i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet er ilagt myndighet og oppgaver på folkehelseområdet blant annet knyttet til tobakkskadeloven, alkoholloven og smittevernloven. Helsedirektoratet er fagmyndighet og iverksettingsorgan for statlig folkehelsepolitikk. Fylkesmennene har også spilt en sentral rolle som veileder for kommunesektoren. Nasjonalt folkehelseinstitutt er en nasjonal kompetanseinstitusjon innen blant annet smittevern, miljømedisin, psykisk helse, og helseovervåking. Folkehelseinstituttet har et omfattende veiledningsansvar overfor ulike aktører i stat og kommune, og overfor befolkningen generelt.

Som vist i kapittel 4 er en viktig side av folkehelsearbeidet at mange sektorer arbeider med oppgaver som har innvirkning på folkehelsen. I tråd med denne erkjennelsen, foreslår departementet at loven skal omfatte alle sektors arbeid

med folkehelse, slik det allerede er innført for fylkeskommunens vedkommende. Den blir på et vis å oppfatte som en "folkehelseparaply" i forhold til andre sektorer arbeid. En slik struktur bidrar til at arbeid med folkehelse løftes inn i de oppgaver og virkemidler kommuner og fylkeskommuner allerede har. Dette er også i tråd med intensjonene bak plan- og bygningsloven, gjennomføringen av forvaltningsreformen og samhandlingsreformen.

I tidligere lovgivning var ansvaret for det vi i dag kaller folkehelsearbeid i stor grad knyttet til en enhet innenfor helsetjenesten, nærmere bestemt sunnhetskommisjonene, senere helserådene og helse- og sosialstyrene. Etter kommuneloven av 1992 er det prinsipielle utgangspunktet at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Erfaring viser at politisk forankring er av sentral betydning for å lykkes i folkehelsearbeidet. Dette har nettopp med det forholdet å gjøre at så mange sektorer er involvert i arbeidet. Et vellykket folkehelsearbeid er derfor avhengig av koordinert innsats på tvers av sektorer, og denne innsatsen blir enhetlig og koordinert dersom det står en overordnet politisk føring bak.

Departementet følger opp disse overordnede føringene for lovstruktur i forslaget til lov om folkehelsearbeid, blant annet ved å knytte folkehelsearbeidet til kommunal planlegging iht. plan- og bygningsloven. Det vises til nærmere drøftelse spesielt i kapitlene 12 til 14.

8.2 Definisjoner

8.2.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslås å ta inn en lovbestemmelse med definisjoner av folkehelse og folkehelsearbeid:

- a. folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b. folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid er brukt gjennomgående i høringsforslaget, blant annet for å beskrive kommunenes, fylkeskommunenes og statlige myndigheters ansvar og oppga-

ver i loven, i tillegg til at de gir uttrykk for lovens saklige virkeområde. Departementet mente derfor det var nødvendig å gi en nærmere definisjon av hvordan begrepene er å forstå i lovteksten.

Høringsnotatet har ingen egen drøfting knyttet til definisjonsbestemmelsen. Innholdet i begrepene er imidlertid gjennomgående redegjort for i dokumentet.

Høringsnotatet redegjorde for utviklingen av folkehelsepolitikken og ga en beskrivelse av folkehelsearbeid som omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Internasjonalt folkehelsearbeid anlegger et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse. Det vektlegges et behov for å integrere helsehensyn i alle politikkområder.

8.2.2 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene har konkrete innspill til definisjonene. De som uttaler seg uttrykker i all hovedsak støtte til definisjonene. Kommunene *Time*, *Klepp*, *Randaberg* og *Gjesdal* uttaler for eksempel:

"Kommunene støtter lovens formål og definisjon folkehelse/–arbeid".

Høgskolen i Østfold uttrykker at de "støtter den vide definisjonen av folkehelsearbeidet som departementet legger til grunn i utkastet".

Når det gjelder at fordelingen av helse i befolkningen inngår i definisjonen av folkehelse, uttaler mange høringsinstanser generelt at det er positivt med vektlegging av sosiale helseforskjeller i loven.

Helsedirektoratet mener at definisjonene i forslag til § 3 i hovedsak er dekkende og er særlig fornøyd med tydeliggjøringen av at folkehelsearbeidet også inkluderer arbeid for å fremme god psykisk helse i befolkningen. Imidlertid mener Helsedirektoratet at rusforebyggende arbeid bør inn i definisjonen.

En del høringsinstanser ønsker definisjon av begrepet "partnerskap". *KS Troms*, *KS Finnmark*, *Selbu kommune* og mange kommuner i Buskerud, Telemark og Vestfold ønsker at partnerskapsbegrepet tydeliggjøres i lovteksten. De sier at:

"Det er viktig at lovteksten også tydeliggjør "partnerskapsbegrepet" og at bruken av dette begrepet er i overensstemmelse med fylkeskommunens ansvar som regional utviklingsaktør."

8.2.3 Departementets vurderinger

Departementet mener loven bør ha en definisjon av folkehelse som slår fast et populasjonsperspektiv og et fordelingsperspektiv.

Folkehelse omhandler helsen i en populasjon eller befolkningsgruppe. Den aktuelle populasjonen kan være stor eller liten, og avgrenset av mange forskjellige kriterier som geografi, kjønn, alder, etnisitet, sosioøkonomi osv. Men uansett størrelse og sammensetning er det et særtrekk ved folkehelsearbeid at det tar utgangspunkt i populasjonsnivået istedenfor individnivået. Identifisering av risikofaktorer for sykdom basert på sammenligninger av enkeltindivider i en gitt populasjon, vil kunne bidra til at man overser risikofaktorer som påvirker hele populasjonen.

En hovedutfordring i folkehelsearbeidet er å gjøre noe med de helseforskjellene som er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Der som folkehelsen måles som gjennomsnittstall, tilsløres disse ulikhetene. Det er derfor departementets vurdering at det er nødvendig med en definisjon av folkehelse som eksplisitt tar inn over seg prinsippet om utjevning. Dette kommer også til uttrykk i formålsbestemmelsen slik det er redegjort for i proposisjonen kapittel 9 om formål.

Selv om det ikke er ønskelig å lage absolutte skiller mellom folkehelsearbeid og annet helsearbeid, er det etter departementets vurdering hensiktsmessig å avgrense folkehelsearbeidet fra behandling av syke i helsetjenesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg som springer ut av det enkelte individs behov for slike tjenester. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering. Denne avgrensningen innebærer ikke noen nedvurdering av disse tjenestene, som til sammen utgjør hoveddelen av aktivitetene i helse- og omsorgstjenestene. Den innebærer derimot en nødvendig klargjøring som synliggjør en funksjons- og arbeidsdeling. Avgrensningen utelukker ikke at tenkning og metoder som benyttes i folkehelsearbeidet, også kan være nyttige i klinisk virksomhet. Se nærmere om forholdet mellom folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven i kapittel 11.3.2.

Forebygging kan skilles i tre nivåer:

a. *Primærforebygging* innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunn helseadferd, vaksinasjon og ulykkesforebygging.

- b. *Sekundærforebygging* handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:
- i. Innsats i symptomfri fase, slik som screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv behandling. Dette kan kalles folkehelseilnærmingen til sekundærforebygging. Eksempler er screeningprogrammer som celleprøve fra livmorhalsen og mammografi.
 - ii. Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse. Dette kalles tidlig intervensjon. Ett eksempel er tiltak overfor ungdom som eksperimenterer med narkotika.
 - iii. Innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom. Dette kan kalles den kliniske tilnærmingen til sekundærforebygging. Ett eksempel er tiltak i form av livsstilspåvirkning og/eller legemiddelbehandling etter gjennomgått hjerteinfarkt for å hindre nytt infarkt.
- c. *Tertiærforebygging* innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Eksempler kan være trening og tilrettelegging av livssituasjonen ved cerebral parese eller etter et hjerneslag.

Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet. Sekundærforebygging i symptomfri fase er en del av folkehelsearbeidet. Tidlig intervensjon kan også være det, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor.

Et annet begrepssett som brukes om forebygging er begrepene universell, selektiv og indikativ forebygging. Universell forebygging er rettet mot hele befolkningen, eller undergrupper (for eksempel skolebarn) som ikke er definert ut fra noen risikovurdering. Selektiv forebygging er rettet mot undergrupper hvor det antas å foreligge risiko for en uheldig utvikling, dvs. grupper av personer eksponert for risikofaktorer for eksempel barn av rusmiddelavhengige. Indikativ forebygging er rettet mot enkeltindivider med allerede identifisert risiko, symptomer og/eller diagnoser. Både universell og selektiv forebygging vil være folkehelsearbeid. Indikativ forebygging vil imidlertid falle utenfor folkehelsearbeidet.

Noen av kjernetrekkene ved folkehelsearbeidet er at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet, og at det utøves gjennom å påvirke faktorer som har positive eller negative

effekter på helsen. Departementet mener det er behov for en definisjon av folkehelsearbeid som betoner disse kjernetrekkene slik forslaget i høringsnotatet gjør. Definisjonen identifiserer *samfunnets* innsats for å påvirke *faktorer* som fremmer helse eller forebygger sykdom i *befolkningen*.

Det er svært mange faktorer som påvirker helse. En kunne tenke seg at en definisjon av folkehelsearbeid skulle ta inn en oppstilling av faktorer som kommer inn under arbeidet. Faktorer som kunne vært nevnt er for eksempel levekår, støy, tobakk, alkohol og andre rusmidler. Dette kan bidra til konkretisering, men kan også få den utilsiktede effekt at definisjonen virker avgrensende. Departementet mener det er grunnleggende at loven har en helhetlig innretning som fanger opp utviklingen i kunnskap om hvilke faktorer som påvirker helse. Dette sikres best ved å lage en definisjon som omtaler faktorer generelt, uten å nevne noen spesielt. Avgrensningen av hvilke faktorer som da omfattes, avgjøres av den relasjonen de har til helse.

Departementet foreslår at definisjonen presiserer at god psykisk helse er et viktig endemål for folkehelsearbeidet. Fordi psykisk helse ligger implisitt i helsebegrepet, kan en hevde at en slik presisering er unødvendig. Det er ikke ønskelig å skape eller bygge opp under en oppfatning om et skille mellom psykisk og fysisk helse. Fordi psykisk helse i praksis ikke har vært en like godt integrert del i folkehelsearbeidet, mener departementet likevel at psykisk helse bør nevnes eksplisitt i definisjonen.

Departementet mener, i samsvar med flere høringsinnspill, at det er hensiktsmessig å klargjøre partnerskapsbegrepet. Gjennom folkehelsepartnerskapene har siktemålet vært 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 hvor også helsetjenesten deltar. Fylkesplanleggingen er et naturlig utgangspunkt for å opprette forpliktende samarbeidsavtaler - eller partnerskap - på tvers av nivåer, sektorer, med frivillige organisasjoner og næringsliv både i planprosessen og i gjennomføringen av handlingsprogram.

I Verdens helseorganisasjons ordbok om folkehelsearbeid er partnerskap for folkehelsearbeid definert som: "*a voluntary agreement between two or more partners to work cooperatively towards a set of shared health outcomes*". I annen litteratur om partnerskapsbegrepet understrekes stikkord som felles interesser/verdier, mål, likeverd mellom partnere, utbytte for alle parter, samt at samvirket består over tid.

Departementet mener at partnerskap må ta utgangspunkt i likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser. Samarbeidet bør forankres i et eller flere felles mål. Selv om endemålet for folkehelsearbeidet er bedre helse og utjevning av helseforskjeller trenger ikke nødvendigvis målet for partnerskapet å være knyttet til et bestemt helseutfall. Målet kan like gjerne være knyttet til en faktor som påvirker folkehelsen. Departementet mener derfor at partnerskap kan defineres på følgende måte: "En frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål."

Fordi partnerskap ikke er en lovpålagt oppgave, men en av flere arbeidsformer for fylkekommuner og kommuner i folkehelsearbeidet, foreslår departementet imidlertid ikke at denne definisjonen tas inn i selve loven.

9 Formål

9.1 Gjeldende rett

9.1.1 Kommunehelsetjenesteloven

Formål for folkehelsearbeidet i kommunene følger i dag av kommunehelsetjenesteloven § 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. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.”

Ordlyden i § 1-2 i kommunehelsetjenesteloven har vært uforandret siden loven trådte i kraft i 1984. I Ot.prp. nr. 66 (1981-82) uttales at:

”[...] den kommunale helsetjenesten i tillegg til å behandle og forebygge sykdom, skade og lyte, også har som et videre siktemål å fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Paragrafen framhever også at kommunen har et ansvar for å spre opplysning om og øke interessen i befolkningen for helse spørsmål.”

Ot.prp. nr. 40 (1986-87) viser til at det var et mål å styrke arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom. Dette skal blant annet skje gjennom å øke forståelsen for betydningen av forebyggende arbeid, og derved legge grunnlaget for økt satsing på forebyggende helsearbeid i kommunene. I proposisjonens omtale av virkeområdet til miljørettet helsevern brukes begrepene omgivelseshygiene, teknisk hygiene og miljøhygiene. Det vises til WHO's generelle definisjon; *”Omgivelseshygiene omfatter kontroll med alle fysiske, kjemiske og biologiske faktorer som direkte eller indirekte kan øve en påviselig effekt på den fysiske eller mentale helse eller sosiale velvære til befolkningen.”* Definisjonen suppleres med en liste på 17 punkter over viktige områder for omgivelseshygiene, herunder vannforsyning, søppelbehandling, kontroll

med luftforurensning, støykontroll, helseaspekt i planlegging, ulykkesforebygging mv.

9.1.2 Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

Folkehelseloven for fylkeskommunene § 1 gir uttrykk for lovens formål og lyder:

”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.”

Gjennom denne loven ble fylkeskommunenes koordinerende rolle i folkehelsearbeidet, slik det har utviklet seg gjennom de frivillige partnerskapsordningene, lovfestet.

Loven skal fremme helse for befolkningen, trivsel, samt gode sosiale og miljømessige forhold. Dette innebærer at fylkeskommunen aktivt må arbeide for en positiv utvikling for folkehelsen innen fylket. Aktuelle tiltak vil være å legge til rette for økt fysisk aktivitet, blant annet ved gang- og sykkelveger, bedre ernæring, bedre miljøforhold som ren luft, fravær av støy mv. I tillegg skal fylkeskommunen innenfor sitt ansvarsområde arbeide for en positiv utvikling av bakenforliggende årsaker til helse slik som oppvekstmiljø, utdanning, inntekt, arbeidsmarked mv.

Loven skal videre bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. En rekke av fylkeskommunens aktiviteter, ikke minst innen planlegging og regional utvikling, kan ha stor betydning for sosiale helseforskjeller og helsen til fremtidige generasjoner.

9.2 Høringsnotatets forslag

Høringsnotatet foreslår at folkehelseloven skal ha som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og som bidrar til å motvirke

sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet er konkretisert ved at det skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Forslaget er en videreføring av formålsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Sistnevnte lovs formålsbestemmelse inkluderer også arbeid for å motvirke sosiale helseforskjeller.

I høringsnotatet del I om bakgrunn gjøres det rede for helseutfordringene framover, ny kunnskap og betydningen av sosiale og samfunnsmessige forhold for helse og for sosiale helseforskjeller. Vi vil i årene som kommer se en stadig sterkere økning i sykdommer som blant annet påvirkes av livsstil, som for eksempel diabetes type 2, hjerte-karsykdommer mv. Videre vil befolknings sammensetningen i årene fremover endres slik at vi blir relativt flere eldre i forhold til de i arbeidsfør alder. Vi står også overfor miljøutfordringer slik at det er viktig å fortsette arbeidet med å redusere negativ helsepåvirkning fra miljøet og forebygge ulykker.

Det gjøres i høringsnotatet rede for grunnleggende prinsipper som kommer til anvendelse på folkehelseområdet; prinsippene om utjevning, "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies), føre-var og bærekraftig utvikling. Departementet foreslår at enkelte av disse prinsippene forankres i loven, både i formålsbestemmelsen og i enkelte andre lovbestemmelser.

Det foreslås i høringsnotatet at folkehelseloven skal sikre at kommunenes, fylkeskommunenes og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin innsats på folkehelseområdet. Høringsnotatet understreker også at loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

9.3 Høringsinstansenes syn

Det generelle inntrykket fra høringsrunden er at høringsinstansene klart støtter lovens intensjon og er positive til en egen lov om folkehelsearbeid. Det nevnes også at dette er en naturlig oppfølging av samhandlingsreformen. Ingen høringsinstanser har gått i mot formålet om å fremme folkehelsen.

Tannlegeforeningen uttaler:

"Den norske tannlegeforening hilser lov om folkehelse velkommen som et bredt anlagt løft for styrking og utjevning av folkehelsen."

Midt-Troms regionråd uttaler:

"Det er svært positivt at dette feltet får en egen lovgivning. Dette vil styrke fokuset på dette arbeidet og heve statusen. Midt-Troms regionråd mener også at dette vil gi forebygging en høyere prioritet"

Eigersund kommune er positiv til loven og anser formålsparagrafen som god. Kommunen uttaler at "[d]et er bra at det kommer en egen lov, som ikke handler om tiltak og behandling når skaden er skjedd, men som tar utgangspunkt i å fremme faktorer som kan styrke helsen (folkehelsen) eller forebygge at det skjer skade ved å minimere negative påvirkninger".

Bergen kommune sier om formålet:

"Det er svært positivt at det nå kommer en egen lov for folkehelsearbeid. Loven kan gi en strategisk dreining som muliggjør en bærekraftig og rettferdig helsesektor."

Askøy kommune uttaler:

"Askøy kommune har tro på et sterkere tverrsektorielt lokalt ansvar for forebygging slik det framkommer i utkast til ny folkehelselov og støtter hovedtrekkene i lovutkastet."

En god del høringsinstanser gir uttrykkelig støtte til at å motvirke sosiale helseforskjeller skal være uttrykkelig del av formålet, men noen høringsinstanser stiller også spørsmål ved hvordan målet kan ivaretas gjennom loven. Se også nærmere om dette i kapittel 14 om mål og folkehelseiltak.

Folldal kommune uttaler:

"Folldal kommune ser positivt på at samhandlingsreformens intensjon med et større fokus på å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller følges opp. Samtidig er vi usikre på om lovforslaget er et egnet verktøy til å bidra til å minske de sosiale helseforskjellene i landet."

Norsk Psykologforening er positiv til at formålet også tydeliggjør at forebygging både gjelder psykisk og somatisk sykdom. Foreningen uttaler videre:

"Det er dokumentert både at psykiske helseutfordringer er svært omfattende med alvorlige konsekvenser for individ, familie og samfunn, samtidig som psykisk helse ikke har fått til-

strekkelig fokus i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Vi ser at dette i stor grad rettes opp i formålet med ny lov om folkehelsearbeid. Dette er positivt.”

Helsedirektoratet uttaler at de fire grunnleggende prinsippene er en viktig ramme og et grunnlag for å forstå formålet med loven og uttaler videre:

“Av disse fire prinsippene er det imidlertid bare prinsippet om reduserte helseforskjeller og Helse i alt vi gjør som konkret er benyttet. Helsedirektoratet etterlyser derfor at prinsippene om føre var og bærekraftig utvikling i større grad appliseres på selve loven, fortrinnsvis i formålsparagrafen til loven”

Noen høringsinstanser har merknader til formålsbestemmelsen når det gjelder forholdet til andre aktører ved iverksetting av tiltak og samordning av virksomhet. *Stiftelsen Kraft* mener at formålsparagrafen bør synliggjøre at frivillig sektor og private/næringslivet kan inkluderes i tiltak som iverksettes og samordnes av kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. *Fylkesmannen i Oppland* uttaler at de savner medvirkning fra helseforetakene i folkehelsearbeidet.

Norsk sykepleierforbund savner en konkretisering av folkehelsearbeidet.

Noen få høringsinstanser har konkrete forslag til mindre tekstendringer i formålsparagrafen. Dette gjelder blant annet *Helsedirektoratet*, *Helseilsynet*, *Kreftforeningen* og *Den norske turistforening*.

Noen høringsinstanser etterlyser en tydeliggjøring av empowerment eller medvirkning. For eksempel ønsker *Norsk nettverk for helsefremming* at empowerment bør utredes som prinsipp og uttaler videre:

”Borgermedvirkning i prosesser relatert til folkehelsearbeid bør trekkes sterkere inn. Dette perspektivet er viktig for å unngå at folkehelsearbeid bare blir et anliggende for profesjonelle og politikere. Organisering av partnerskap innen folkehelsearbeidet er nettopp et eksempel på at prinsippet om medvirkning fra mange aktører er et sentralt prinsipp i den norske folkehelsepolitikken, imidlertid er det i liten grad utviklet videre og konkretisert i lovforslaget.”

9.4 Departementets vurderinger

9.4.1 Behovet for en folkehelselov

Helseutfordringene som samfunnet står overfor er i endring. Blant annet vil vi i årene som kommer få en stadig sterkere økning i sykdommer som i stor grad påvirkes av livsstil. Videre vil befolkningssammensetningen i årene fremover endres slik at vi blir relativt flere eldre i forhold til de i arbeidsfør alder. Man ser også en utvikling med økende utfordringer innenfor psykisk helse. Helseutfordringene er nærmere omtalt i kapittel 3. Godt folkehelsearbeid er viktig for å fremme helse og forebygge sykdom hos den enkelte og i befolkningen. Den demografiske utviklingen gjør det mer nødvendig enn tidligere å ivareta og bygge opp befolkningens helsetilstand og funksjonsevne, blant annet for å sikre samfunnets bærekraft. Det er fortsatt viktig å arbeide med å redusere negativ helsepåvirkning fra miljøet og å forebygge ulykker.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom eller skade, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen, se nærmere i kapittel 8.2 om definisjon av folkehelse. For å fremme god helse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for god helse. Helsetilstanden i befolkningen påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. Påvirkningsfaktorene finnes på alle forvaltningsnivåer og svært mange samfunnssektorer.

Samfunnsutviklingen har stor betydning for befolkningens helse, og ikke minst hvordan helsen er fordelt i befolkningen. Bak gjennomsnittstallene skjuler det seg store sosiale forskjeller. Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helsemål. Helseatferdsfaktorer som alkohol og andre rusmidler, tobakk, kosthold og fysisk aktivitet bidrar også til å skape og opprettholde sosiale ulikheter i helse. I dag er det for eksempel store forskjeller i helsen mellom ulike områder som Oslo øst og Oslo vest, mellom grupper med høy og lav inntekt. Å utjevne sosiale helseforskjeller er viktig for folkehelsen og for å sikre grunnleggende rettferdighet. Slik det pekes på i St.meld. nr. 20 (2006-2007), er helseforskjellene sosialt skapt, grunnleggende urettferdige og mulige å gjøre noe med. Det vises til kapit-

tel 14 mål og folkehelseiltak i kommunene for en nærmere omtale av sosiale ulikheter i helse.

Departementet viser til Prop 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester der det foreslås en lovhjemmel for å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester. Kommunal medfinansiering er et nytt økonomisk virkemiddel i samhandlingsreformen. Et viktig grep i reformen har vært å etablere virkemidler som gjør det økonomisk fornuftig for spesialisthelsetjenesten og kommunene å samarbeide på tvers av nivåene. Dagens modell med to forvaltningsnivå og ulike finansieringsmodeller støtter i liten grad pasientens behov for helhetlige tjenester, og gir svake insentiver til å finne kostnadseffektive løsninger. Kommunen har kostnader forbundet med tiltak for å unngå sykehusinnleggelse, mens innleggelse og annen bruk av spesialisthelsetjenesten er gratis for kommunene. Med kommunal medfinansiering vil det bli etablert en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, som skal stimulere til samarbeid om helhetlige pasientforløp, forebygge og unngå sykehusinnleggelser.

9.4.2 Formålet med loven

Departementet foreslår en ny folkehelselov som en del av arbeidet med å møte de utfordringene som samfunnet står overfor blant annet når det gjelder sykdomsutvikling, helseforskjeller, miljøutfordringer som har innvirkning på folks helse mv. Departementet ønsker å videreføre og bygge videre på det grunnlaget som ligger i dagens regelverk og som tidligere kom fra sunnheitsloven av 1860. Forslaget til formålsbestemmelse, jf. lovforslaget § 1, bygger derfor på dagens formålsbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven samt folkehelseloven for fylkeskommunene.

Departementet har merket seg at intensjonene med loven og formålsbestemmelsen har fått stor støtte fra høringsinstansene. Det er noen mindre forslag til endringer, men hovedinnholdet støttes. Departementet foreslår derfor at formålsbestemmelsen i stor grad opprettholdes som i høringsforslaget, men med noen mindre endringer. Ut over at lovens forsvarlighetskrav foreslås lagt inn i formålsbestemmelsen i stedet for i tilsynsbestemmelsen, se under, innebærer disse endringene ikke reelle endringer i det materielle innholdet i bestemmelsen, men er foretatt for å tydeliggjøre og presisere lovens formål slik som forutsatt i høringsnotatet. Departementet mener at innføringen av en prinsippbestemmelse om statens ansvar for folkehelsearbeid i lovforslaget § 22

ikke foranlediger en endring av formålsbestemmelsen. Det vises til omtale i kapittel 10.

Lovens formål bør være å påvirke samfunnsutviklingen i mer helsefremmende retning i lys av de utfordringene samfunnet står overfor på dette feltet. Departementet mener formålet med en helhetlig folkehelselov bør være å bidra til at befolkningens helse ivaretas i samfunnsutviklingen herunder å utjevne sosiale helseforskjeller, jf. lovforslaget § 1 første ledd. Når det gjelder det å utjevne sosiale helseforskjeller, vil departementet understreke at dette en del av folkehelsearbeidet og ikke noe som kommer i tillegg. For å synliggjøre dette bedre, foreslår departementet en mindre endring av formuleringen i § 1 første ledd. Se også nærmere om sosiale helseforskjeller i kapittel 14 om mål og folkehelseiltak.

Å fremme folkehelse vil etter departementets syn kreve at man legger større vekt på å påvirke et bredere felt av samfunnsutviklingen, som utdanning, næring, samferdsel, kultur mv. Disse har hver for seg og sammen stor betydning for befolkningens helse og ikke minst fordelingen av denne. Videre krever det å fremme folkehelse et langsiktig og systematisk arbeid. Dette understreker betydningen av en bred samfunnsmessig tilnærming til folkehelseutfordringene på tvers av ulike sektorer, jf. prinsippet "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies). Loven legger dermed opp til å øke bevisstheten om folkehelse og folkehelsearbeid på alle nivåer og i alle sektorer, en bedre integrering av folkehelse i planer, samt et mer systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Utformingen av lovforslagets formål må ses i sammenheng med de tiltak departementet foreslår i loven. Formålet med loven er å gi bestemmelser som samlet sett fører til at folkehelse fremmes. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Folkehelsearbeidet er ofte initiert i kommunesektoren for å møte lokale behov og utfordringer. I tillegg har man fra nasjonale helsemyndigheter også fastsatt nasjonale mål på utvalgte områder, for eksempel gjennom handlingsplaner for tobakk, ulykker mv. Det er et mål at forslaget til folkehelselov skal sikre at kommunesektoren arbeider systematisk og langsiktig med folkehelse, og at nasjonale, regionale og lokale tiltak er samordnet. Lovforslaget vil legge til rette for at kommunene får gode verktøy i folkehelsearbeidet, spesielt gjennom tydeliggjøring av den støtte fylkeskommuner og staten skal gi kommunene.

Folkehelseinnsatsen på de ulike forvaltningsnivåer bør også koordineres med øvrige aktører i samfunnet, som frivillige organisasjoner og arbeidslivet. Flere høringsinstanser har tatt opp forholdet til frivillige organisasjoner og andre aktører i forbindelse med formålsbestemmelsen. Departementet er enig i at dette er grupper som spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet, men finner at forholdet til disse må anses dekket av den generelle teksten i forslaget. Det vises derimot til kapittel 12 om oppgaver og ansvar der forholdet mellom kommunesektorens folkehelsearbeid og frivillige med mer er omtalt nærmere. Når det gjelder helseforetakenes rolle i folkehelsearbeidet, vises det til forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven, se kapittel 43 i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

I høringsnotatet var forsvarlighet tatt med i bestemmelsen om statlig tilsyn, ved at tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering. Kommunal- og regionaldepartementet uttalte i høringen at dette ikke var i tråd med malen for hvordan tilsynsbestemmelser skal utformes. *Helsetilsynet* uttalte i høringen at:

”Forsvarlighet er en standard for å sikre god praksis og tjenesteutøvelse i kommuner, fylkeskommuner osv., og er ikke til for tilsynets del. Forsvarlighet bør derfor (her) knyttes tydelig til kommunens og fylkeskommunens ansvar. Dette medfører at siste setning i lovutkastet § 32, 1. ledd bør strykes. Statens helsetilsyn foreslår videre en tilføyelse i § 1, slik at 1. ledd lyder: ”Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.”

Departementet er enig i dette, og endrer formålsbestemmelsen slik at forsvarlighet kommer inn som en del av formålet. Forsvarlighet innebærer blant annet at helsefaglige vurderinger ligger til grunn for folkehelsearbeid.

Kravet til forsvarlighet utløser ingen konkret handlingsplikt ut over det som følger av loven for øvrig. Forsvarlighet er dermed ikke et eget, frikoblet krav, men et relevant moment i forståelsen av bestemmelsene i folkehelseloven.

Dette innebærer at forsvarlighet ikke er en uavhengig eller absolutt standard for hvor store ressurser som skal settes inn eller hvilket helseutfall, som reduksjon i dødelighet eller lignende, som skal oppnås. For eksempel påvirkes folkehelse

en i en kommune av forhold ut over det kommunen selv har innflytelse over. Forsvarlighet innebærer for eksempel å arbeide for mest mulig helse innenfor de ressurser som er til rådighet, herunder forholdet mellom kommunes kurative og forebyggende virksomhet. I vurderingen av forsvarlighetskravet må det således tas hensyn til aktørenes ressursituasjon, samtidig som det legges vekt på prioriteringer over tid. Det kan være forsvarlig fra en ressursituasjon å velge å utsette håndteringen av bestemte utfordringer, men ikke å se totalt bort fra dem. Dette innebærer at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritering av tiltak over tid.

Folkehelselovens formål er å fremme folkehelsen gjennom folkehelsearbeid. Hva som er folkehelse og folkehelsearbeid, og grensen mot tiltak i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven er nærmere omtalt i henholdsvis kapittel 8.2 om definisjoner og kapittel 11 om forholdet til annet regelverk. En del interesseorganisasjoner har påpekt at de ønsker en lov som i større grad omtaler spesielle befolkningsgrupper eller tiltak mot spesielle problemområder. Departementet vil i den forbindelse understreke at lovens formål er å omfatte hele befolkningen og alle faktorer som har betydning for folkehelse. Formålsbestemmelsen bør utformes i tråd med at dette er en generell lov som skal fremme folkehelse generelt. Det foreslås derfor ikke henvisning til spesielle grupper eller problemområder i formålsbestemmelsen. Se også omtale i kapittel 8.1.5. Spørsmålet om å iverksette nødvendige folkehelseiltak må vurderes ut i fra det utfordringsbilde som foreligger for eksempel i den enkelte kommune. Det vises til kapittel 14 om mål og folkehelseiltak for nærmere beskrivelse av denne problemstillingen.

Det er etter departementets syn viktig å tydeliggjøre at i formålsbestemmelsen at det generelle formålet med folkehelsearbeid er å fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Dette er derfor presisert i lovforslaget § 1 første ledd annet punktum.

9.4.3 Tydeliggjøring av de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeidet

Som det går fram av kapittel 7 er det noen grunnleggende prinsipper som legges til grunn for folkehelsearbeidet. Departementet er enig med de høringsinstansene som anser medvirkning som et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet, og foreslår

derfor medvirkning som eget prinsipp. Dette innebærer at loven baseres på fem grunnleggende prinsipper. Disse er: ”helse i alt vi gjør” (Health in All Policies), føre-var-prinsippet, prinsippet om bærekraftig utvikling, prinsippet om utjevning og prinsippet om medvirkning.

Departementet mener at alle prinsippene også bør legges til grunn for folkehelsearbeid etter folkehelseloven, og de har alle blitt lagt til grunn for det lovforslaget departementet sendte på høring, selv om ikke medvirkning var omtalt spesielt. Helseledelse mener at det kun er prinsippet om ”helse i alt vi gjør” og prinsippet om utjevning som er konkret benyttet i lovforslaget i høringsnotatet. Departementet mener at selv om prinsippene i ulik grad fremkommer direkte av formålsparagrafen, ligger de alle til grunn for lovens innhold og kommer også til uttrykk på ulike måter.

Departementet foreslår imidlertid en endring i formålsbestemmelsen som tydeliggjør bærekraft-prinsippet noe bedre ved å ta inn begrepet ”lang-siktig” i lovforslaget § 1 annet ledd annet punktum i stedet for begrepet ”målrettet”. Dette synliggjør at folkehelsearbeid må ses i et langsiktig per-

spektiv og at det ikke bare er tiltak med umiddelbar virkning eller virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen langt fram i tid.

Departementet mener føre-var-prinsippet ikke passer inn i formålsbestemmelsen slik den nå er formulert og foreslår at dette prinsippet synliggjøres i enkeltbestemmelser i loven. I tillegg til å framgå av forsvarlighetskravet går dette prinsippet for eksempel også fram av lovforslaget § 4 første ledd, jf. formuleringen ”[...] kan ha negativ innvirkning på helsen”. Føre-var-prinsippet er også integrert i lovens kapittel 3 om miljørettet helsevern som videreføres fra kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. At folkehelsearbeid i kommunesektoren knyttes til de generelle plan-systemene i plan- og bygningsloven med krav til medvirkning, bidrar til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeid. Dessuten er arbeidsformen partnerskap et eksempel på at medvirkning fra mange aktører er et sentralt prinsipp i folkehelsearbeid.

10 Virkeområde

10.1 Gjeldende rett

10.1.1 Kommunehelsetjenesteloven

Folkehelsebestemmelsene i §§ 1-2 til 1-4 i kommunehelsetjenesteloven retter seg mot kommunen og kommunens helsetjeneste. Virkeområdet for kapittel 4a om miljørettet helsevern omfatter, i tillegg til kommunene som tilsynsmyndighet, også privat og offentlig virksomhet og eiendom.

Kommunehelsetjenestelovens geografiske virkeområde er ikke angitt i loven.

Kommunehelsetjenesteloven regulerer ikke folkehelsearbeid på Svalbard. Forskrift 15. juni 1928 nr. 3357 om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard har bestemmelser om det alminnelige sunhedsvesen på Svalbard. Forskriften er hjemlet i Svalbardloven § 4.

Kapittel 4a har derimot vært ansett som hjemmel for å gi bestemmelser om hygieniske forhold i fartøyer og innretninger til sjøs, herunder petroleumsvirksomheten på kontinentalsokkelen. Se eksempelvis forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften) og forskrift for hygieniske forhold ombord i fartøyer. Denne forholdsvis vide fortolkningen av virkeområdet til kapittel 4a henger sammen med at dette kapitlet kom inn i kommunehelsetjenesteloven fra sunnhetsloven og det var uttrykkelig sagt at det ikke var meningen å innskrenke kapittel 4a i forhold til dennes virkeområde. Forskrift om miljørettet helsevern gjelder etter § 2 for innretninger til sjøs dersom disse ikke er særskilt regulert i annet regelverk.

10.1.2 Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet

Lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet gjelder i følge § 2 for fylkeskommunene og Oslo kommune. I henhold til § 1 skal fylkeskommunen fremme folkehelse samt bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen, jf. kapittel 9.

10.2 Høringsnotatets forslag

Det foreslås i høringsnotatet at folkehelseloven skal gjelde for kommuner, fylkeskommuner og for statlige helsemyndigheter, i tillegg til privat og offentlige virksomhet hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Dette er, med unntak av statlige helsemyndigheter, en videreføring av virkeområdene for kommunehelsetjenesteloven (herunder miljørettet helsevern-regelverket) og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

At ny folkehelselov foreslås å regulere statlige helsemyndigheter, innebærer at det i loven kan tydeliggjøres hvilken bistand og støtte som skal gis til kommunesektoren fra fylkesmennene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. I høringsnotatet foreslås at disse oppgavene skal omfatte blant annet råd, veiledning, utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid og tilgjengeliggjøring av opplysninger som grunnlag for kommunesektorens oversikter over helseutfordringene.

I høringsnotatet påpekes at det at loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer, videre innebærer at lovverket kan legge til rette for et mer samordnet folkehelsearbeid på tvers av forvaltningsnivåene.

Det stedlige virkeområdet foreslås å omfatte innretninger til sjøs og på kontinentalsokkelen. Det skal kunne gis forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard. Skip var ikke nevnt i høringsnotatet.

10.3 Høringsinstansenes syn

Det er stor tilsutning til at loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer. Mange høringsinstanser understreker kommunenes sentrale plass i folkehelsearbeidet og støtter at også kommunens ansvar på folkehelseområdet reguleres.

Statens Strålevern uttaler at det synes klart at etaten ikke er ment omfattet av loven direkte som pliktsubjekt, jf. lovforslaget § 2, da det i høringsnotatet er presisert at lovens virkeområde er avgren-

set til tre institusjoner; henholdsvis fylkesmennene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Strålevernet stiller spørsmål ved om dette burde uttrykkes direkte i loven.

Mange høringsinstanser påpeker imidlertid at prinsippet om "helse i alt vi gjør" også bør løftes frem på statlig nivå og at loven også bør omfatte statlige myndigheter generelt og ikke bare statlige helsemyndigheter. Det vises til at staten har svært sentrale virkemidler, blant annet avgiftspolitikken. Under gjengis et utvalg av de høringsuttalelsene som har kommentert dette.

Halden kommune påpeker at:

"Om intensjonen med samarbeid på tvers og involvering av alle sektorer skal kunne gjennomføres, må lovverket endres til å omfatte statlige myndigheter, ikke bare helsemyndigheter."

Lillehammer, Øyer, Gausdal og Ringeby kommuner uttaler i en felles høringsuttalelse:

"Behovet for interdepartemental samhandling må tydeliggjøres og konkretiseres. Lovens formål (§ 1) er å fremme folkehelse og motvirke sosiale helseforskjeller. Det er derfor et paradoks at lovens § 2 fastslår at loven gjelder for *kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter*. Levekårene formes ikke av helse-tjenestene. Tvert i mot ligger de fleste virkemidlene på nasjonalt nivå og under andre departementer enn helsedepartementet."

Nordland fylkeskommune uttaler:

"Lovforslaget fokuserer i stor grad på viktigheten av tverrsektorielt samarbeid både på kommunalt og regionalt nivå. Loven må utvides på dette området til å omfatte et nødvendig tverrsektorielt samarbeid også på statlig nivå."

Basert på samme argumentasjon foreslår derfor en del høringsinstanser, blant annet *Fylkesmannen* og *Helsetilsynet i Nordland*, at "statlige helsemyndigheter" erstattes med "statlige myndigheter" i forslaget til §§ 1 og 2.

Også *Troms fylkeskommune* er opptatt av det samme:

"Høringsnotatet sier at fylkeskommunen skal fremme folkehelse og være pådriver for folkehelsearbeidet i fylket. En slik lovpålagt oppgave betyr at flere sektorer i samfunnet må samarbeide på tvers og innsatsen må koordinere

res på nasjonalt nivå, slik det er beskrevet i høringsgrunnlaget for Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) som ett av flere mål for nasjonale folkehelseiltak. Fylkesrådet kan imidlertid ikke se at høringsnotatet om forslag til ny folkehelselov har ivaretatt den nasjonale koordineringen på departementsnivå."

Salten regionråd påpeker at statlige virksomheter vil kunne ha stor innflytelse på infrastruktur og folkehelse i lokalsamfunn og mener at folkehelse-loven bør ha bestemmelser som gjelder "*kommuneovergrepene virksomheters ansvar for helsefremmende og forebyggende tiltak*".

Kommunene *Lardal, Hurum, Stokke, Seljord, Fyresdal, Tinn, Larvik, Tjøme, Øvre Eiker, Nedre Eiker, Nore og Uvdal, Notodden, Porsgrunn, Nome og Selbu* kommer med følgende formulering:

"Kommunene ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvaret for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser."

Miljøverndepartementet uttaler:

"Folkehelsearbeidet må også forankres nasjonalt. Staten må på kunnskapsbasert grunnlag trekke hovedlinjer, satsninger og rammer for folkehelsearbeidet. Det er derfor viktig i oppfølgingen av loven at de statlige virkemidlene innrettes slik at det blir mest mulig helse i forhold til innsatsen."

Østfoldhelsen som er et partnerskap mellom Østfold fylkeskommune, 17 kommuner i fylket, Fylkesmannen i Østfold, Sykehuset Østfold HF, Høgskolen i Østfold, Østfold Idrettskrets, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Frivilligsentralene i Østfold, uttaler følgende:

"Lovens virksomhetsområde foreslås på nasjonalt nivå å være statlige *helsemyndigheter* og ikke statlige *myndigheter*. Dette er et paradoks i forhold til et av lovens prinsipper, "health in all policies". Det er også et paradoks i forhold til lovens formål om å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller. Skal vi lykkes med å utjevne sosiale helseforskjeller ligger de fleste virkemidlene på forskjellige

departementer. Østfoldhelsa påpeker at en rekke ulike sektorer allerede har et lovpålagt forebyggende og helsefremmende ansvar, men at det er problematisk for lavere nivåer å koordinere nasjonale initiativ hvis de spriker i forskjellige retninger. Det er arbeidskrevende og kan føre til ulike tolkninger.

Østfoldhelsa er kjent med at regjeringen har andre virkemidler enn lovpålegg for å sikre statlig samordning, men dette lovforslaget har en symbolverdi som ikke må undervurderes. Lovforslaget blir lest som at alle andre skal samordne seg, men ikke staten, hvilket er særs uheldig da manglende statlig samordning allerede oppleves som problematisk for lavere nivåer.”

Statens helsetilsyn kommenterer lovens virkeområde i forhold til Svalbard og landanlegg i petroleumsvirksomheten:

”Statens helsetilsyn er tilfreds med at forslaget § 2 åpner for at det kan gis forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard. Etter vår vurdering bør intensjonene med denne hjemmelen kort drøftes i forarbeidene (punkt 9.2.2), særlig i lys av arbeidsfordelingen mellom statens stedlige representasjon og lokalstyrets myndighet. Begge disse organene har arbeidsoppgaver som har betydning for folkehelsen og det miljørettede helsevernet.”

10.4 Departementets vurderinger

10.4.1 Generelt om lovens virkeområde

Sitt brede saklige/tematiske virkeområde overtok kommunehelsetjenesteloven fra sunnhetsloven av 1860. Dette omfatter alle typer faktorer som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Høringsnotatets forslag til bestemmelse om lovens virkeområde nevner, foruten det geografiske virkeområdet, imidlertid kun de instanser og forvaltningsnivåer mv. som lovbestemmelsene skal gjelde for. Departementet foreslår at det saklige virkeområdet fra både sunnhetsloven og dagens kommunehelsetjenestelov videreføres i folkehelseloven. Virkeområdet kommer også til uttrykk gjennom både formålsbestemmelsen, definisjonsbestemmelsen og lovens øvrige bestemmelser.

Ut over at loven bør gjelde for statlige myndigheter generelt og ikke bare statlige helsemyndigheter, har det kommet få innspill til virkeområdebestemmelsen i høringsrunden. Det vises for øvrig til vurderingen i kapittel 10.4.2 av om loven

bør gjelde for staten generelt og ikke bare for statlige helsemyndigheter.

Departementet foreslår at loven skal rette seg mot kommuner og fylkeskommuner. Kommunen er hovedaktøren i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunenes ansvar og oppgaver videreføres som et eget kapittel i folkehelseloven. En viktig oppgave for fylkeskommunene er å understøtte kommunene i deres arbeid.

Lovens kapittel 5 gir nærmere bestemmelser om fylkesmennene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver på folkehelseområdet. Som påpekt av Statens strålevern er det ikke spesifisert i virkeområdebestemmelsen hvilke statlige helsemyndigheter som loven gjelder for. Departementet mener virkeområdebestemmelsen må være mer omfattende enn de konkrete pliktbestemmelsene i kapittel 5, blant annet fordi disse vil kunne endres dersom oppgavefordelingen i sentral helseforvaltning endres. Videre vil det være aktuelt å gi nærmere bestemmelser i forskrift som kan omfatte flere statlige helsemyndigheter enn de som reguleres direkte i lovens kapittel 5, for eksempel forskrift om beredskap og om gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement. Det er derfor ikke hensiktsmessig å nevne de enkelte statlige helsemyndigheter spesielt i virkeområdebestemmelsen.

Lovforslagets kapittel 3 om miljørettet helsevern omfatter også privat og offentlig virksomhet og eiendom hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Der det er forhold som kan gi negativ helsepåvirkning, vil kommunen kunne kreve retting eller stansing overfor virksomhet eller eiendom. Lovforslagets kapittel 3 er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a om miljørettet helsevern, og forutsetter at virkeområdet er videre enn de offentlige myndigheter som omfattes av § 2 første ledd.

I forhold til forslaget som var på høring finner departementet at det geografiske virkeområdet for loven bør presiseres nærmere. Departementet har her funnet det hensiktsmessig å velge en formulering som ligger nærmere forslaget til helse- og omsorgstjenestelov. I denne bestemmelsen, som er tatt inn som § 2 tredje ledd i lovforslaget, foreslås det en fullmakt for Kongen til å gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og det skal kunne fastsettes særlige regler av hensyn til de stedlige forhold. Dette er den alminnelig anbefalte lovformuleringen. Videre foreslås at Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske

sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen. Dette vil etter departementets syn gi nødvendig og hensiktsmessig hjemmel for regulering av skip og installasjoner som nevnt. Slike forskrifter vil som i dag i første rekke være aktuelle for å ivareta forhold innen miljørettet helsevern knyttet til virksomheter offshore og til sjøs og vil (sammen med § 33) gi hjemmel for å videreføre eksisterende forskrifter.

Lovforslaget skal gi hjemmel for å gjennomføre internasjonalt helsereglement (IHR) i norsk rett. Reglementets formål og virkeområde er i artikkel 2 *”å forebygge, beskytte mot, kontrollere og sikre en helsemessig respons mot internasjonal spredning av sykdom på måter som står i forhold til og er begrenset til folkehelseisiko, og som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel”*. Lovforslaget regulerer videre beredskap på folkehelseområdet. Lovforslaget § 28 om beredskap og § 29 om gjennomføring av internasjonale avtaler på folkehelseområdet forutsetter at det kan gis nærmere bestemmelser overfor helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private. Dette er derfor presisert i § 2 fjerde ledd.

10.4.2 Særlig om lovregulering av statlige myndigheter

I høringsnotatet § 2 første ledd er det fastsatt at forslag til ny folkehelselov gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. En av hovedinnvendningene til lovforslaget fra høringsinstansene er at loven ikke gjelder for statlige myndigheter generelt.

Departementet er enig med høringsinstansene i at også staten skal arbeide etter prinsippet om *”helse i alt vi gjør”*, og tanken bak lovforslaget har ikke vært at alle utenom staten skal ha et slikt ansvar. Staten er helt klart en viktig aktør i folkehelsearbeidet. Det er viktig at også statlige myndigheter vurderer folkehelse i sin aktivitet og at det også på nasjonalt nivå arbeides bredere med å fremme folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Regjeringens politikk for fellesskap, verdiskapning og rettferdighet har stor betydning for folkehelsen, og regjeringen ønsker en folkehelsepolitikk som synliggjør velferdens betydning for helsen og helsens betydning for velferd og sosial utjevning. Påvirkningsfaktorene er eksempelvis utdanning, arbeid, bo- og nærmiljøer, ren luft, røykfrie omgivelser, begrenset tilgjengelighet til alkohol og andre rusmidler, fravær av støy og tilrettelegging for fysisk aktivitet. Tilgang til god helseinformasjon er også viktig.

Som en del av oppfølgingen av samhandlingsreformen der det blant annet legges økt vekt på forebygging og folkehelse tiltak, legges det opp til en styrking av virkemidlene for å fremme folkehelse også på statlig nivå. Det er mange virkemidler som allerede er tatt i bruk og andre som kan tas i bruk på statlig nivå. I tillegg til den grunnleggende i velferds- og fordelingspolitikken, har staten virkemidler blant annet gjennom tverrsektorielle folkehelsestrategier, samt at helsemessige forhold, herunder utjevning av sosiale helseforskjeller, skal utredes etter bestemmelser i den statlige utredningsinstruksen.

For å bedre samordningen av folkehelse tiltak også på nasjonalt nivå, tas det i St.meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015 sikte på en styrking av virkemiddelbruken ved å bygge opp kompetanse til å vurdere helsekonsekvenser av nasjonale tiltak og ved å utvikle en veileder til utredningsinstruksen om helse. Videre tas det sikte på å styrke de tverrsektorielle handlingsplanene og strategiene slik at de blir mer forpliktende, samtidig som det skal arbeides for at disse får en bedre forankring på tvers av departementene. Eksempler på slike tverrsektorielle strategier og planer er Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Strategi for forebygging av ulykker (2009-2014) og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Det vil for eksempel være en klar fordel at flere av disse strategiene knyttes sammen i en tverrdepartemental folkehelsestrategi, som flere foreslår i høringen i forbindelse med helse- og omsorgsplanen. Dette vil gjøre det mulig i større grad å se de ulike områdene i sammenheng. En slik overordnet strategi vil gi bedre grunnlag for en sterkere politisk og administrativ forankring i de berørte departementer. Arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller må videreføres og departementet vil ta initiativ til en gjennomgang av faktorer som påvirker sosial ulikhet i helse på tvers av sektorer, for å konkretisere videre oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006-2007) om sosiale helseforskjeller.

Som det framgår over, er det ulike virkemidler som er tatt i bruk og som planlegges tatt i bruk på statlig nivå. Når det gjelder lovfesting av statens ansvar i folkehelsearbeidet, er dette i utgangspunktet ikke nødvendig for å sikre en iverksetting og samordning av tiltak. Regulering av plikter for statlige virksomheter som ikke gir rettigheter for andre, behøver ikke reguleres i lov, men kan styres gjennom administrative virkemidler som blant annet omtalt over.

Departementet ser imidlertid at loven kan fremstå ubalansert da dette statlige virkemiddel-

apparatet ikke er tydeliggjort gjennom lovteksten. Som påpekt av *Østfoldhelse* vil en bestemmelse i folkehelseloven som også synliggjør statens ansvar, kunne ha en viktig symbolverdi og gi et viktig signal til alle aktørene i folkehelsearbeidet.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en prinsippbestemmelse om statlige myndigheters medansvar for folkehelse. Bestemmelsen bør fastslå at statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere hensynet til folkehelse der det er relevant, se lovforslaget § 22. Bestemmelsen pålegger ikke konkrete plikter og oppgaver, slik som flere

av bestemmelsene i folkehelseloven gjør for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, men den fastslår at det generelle utgangspunktet om at alle sektorer har et folkehelseansvar, også gjelder på statlig nivå. Bestemmelsen befester og tydeliggjør dermed ansvaret statlige myndigheter har for å bidra til folkehelsen i tråd med de plikter som følger av utredningsinstruksen og annet regelverk. En slik bestemmelse vil også gi loven et mer helhetlig preg og styrke fokuset på folkehelse i alle sektorer og nivåer.

11 Forholdet til annet regelverk

Forslaget lovforankrer kommunenes og fylkeskommunenes oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet, i tillegg til å regulere statlige helsemyndigheters plikt til å støtte kommunesektoren. Annet regelverk vil fortsatt ha stor betydning for folkehelsearbeidet etter innføring av folkehelseloven, og vil gjelde i tillegg til denne.

Folkehelselovens formål er blant annet å legge til rette for at folkehelsearbeidet er langsiktig, systematisk og samordnet, for eksempel i forbindelse med iverksettelse av tiltak hjemlet i andre lover (jf. prinsippet om Health in All Policies). For eksempel vil det at kommunen har oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (som følger av lovforslaget § 5) være en forutsetning for målrettet bruk av virkemidlene i plan- og bygningsloven i folkehelsearbeidet. Videre vil smittevernloven, tobakkskadeloven og alkoholloven mv. fortsatt være viktige folkehelselover, sammen med andre sektors regelverk som for eksempel vegtrafikkloven, opplæringsloven, friluftsløven, forurensningsloven mv. Oppgaver etter denne loven, for eksempel oversikt over helseutfordringer, vil også være til støtte for gjennomføring av andre lover slik som forurensningsloven, opplæringsloven, arbeidsmiljøloven mv.

11.1 Høringsnotatets forslag

Departementet gjorde i høringsnotatet rede for forholdet mellom forslaget til folkehelselov og helselovgivningen for øvrig, og til andre sektors regelverk.

Det ble vist til at flere helselover har blant sine formål å fremme folkehelse og forebygge sykdom. Tobakkskadeloven, alkoholloven, strålevernloven, smittevernloven, matloven og lov om helsemessig og sosial beredskap kan alle sies å være spesielle folkehelselover. Disse lovene har mer spesifikke formål og virkemidler. Ingen av disse lovene regulerer imidlertid det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet.

Departementet sendte samtidig på høring forslag til folkehelselov og forslag til helse- og omsorgstjenestelov. Disse vil sammen erstatte

kommunehelsetjenesteloven som i dag regulerer både folkehelsearbeidet og det forebyggende og helsefremmende arbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Høringsnotatet gav en bred omtale av forholdet mellom de to lovforslagene, der det ble lagt opp til en viss overlapp mellom lovene for å sikre at regelverket blir dekkende. Forholdet til tannhelsetjenesteloven vil følge de samme linjer som gjelder for forholdet til helse- og omsorgstjenesteloven.

Av andre sektors regelverk, ble særlig forholdet til plan- og bygningsloven gjort rede for i høringsnotatet. Det ble videre nevnt en rekke andre lover som er viktige for befolkningens helse. Selve lovforslaget inneholdt ikke bestemmelser om forholdet til annet regelverk.

11.2 Høringsinstansenes syn

Forholdet mellom folkehelseloven og annet lovverk, blir kommentert av en del høringsinstanser. Generelt er det positivt respons på forslaget om å samle folkehelsearbeidet gjennom en egen lov. Kommunene *Øvre Eiker, Drammen, Hurum og Lier* uttaler for eksempel:

”Forslaget til Folkehelselov er en positiv og viktig samling av lovverket for å fremme den nasjonale satsingen på folkehelsearbeid.”

Tromsø kommune uttaler:

”Tromsø kommune mener det er et godt prinsipp å lage en felles folkehelselov. Dette vil være med på å sikre at det ikke blir lovmessige åpne rom eller overlapp mellom de forskjellige aktørene. Dette vil bidra til at samfunnets innsats på feltet i større grad samordnes.

Det vil nok være en gråsoner mellom folkehelseloven og ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. For de virksomheter som til daglig jobber i denne gråsonen kan dette kanskje by på noen utfordringer. Eksempler på slike virksomheter er helsestasjoner og skolehelsetjenester. Det er viktig å sikre at denne

problematikken blir godt og tydelig ivaretatt i lovverket.”

Flere høringsinstanser kommenterer konkret forholdet mellom forslaget til helse- og omsorgstjenestelov og folkehelselov. Blant annet mener *Tønsberg kommune* at grupperettet forebyggende og helsefremmende arbeid bør hjemles i folkehelseloven, mens det individuelt forebyggende og helsefremmende arbeidet, også det systematiske, bør hjemles i helse- og omsorgstjenesteloven. Kliniske tjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste og fastleger bør gjennom helse- og omsorgstjenesteloven tilpliktes å delta i det systematiske individuelt helsefremmende og forebyggende arbeidet, og tilpliktes å kunne avgi helsestatistikk. Kommunen mener dette vil være ryddigst og tydeligst overfor de kliniske tjenestene.

Nasjonalt folkehelseinstitutt uttaler at:

”Forholdet mellom helse- og omsorgslov og folkehelselov er godt beskrevet og vi er glad for at departementet har lagt mer vekt på at lovverket skal bli dekkende enn å unngå at det kan bli en viss overlapping. Vi må også ha for øye at en befolkningsrettet strategi kan gi langt større helsegevinst enn en høyrisikostراتيجية av den enkle grunn at en liten effekt i en stor gruppe (lavrisikogruppe) kan gi langt større tallmessig uttelling i folkehelsearbeidet enn en stor effekt i en tallmessig liten gruppe (høyrisikogruppe). På individnivå og ut fra etisk hensyn må vi selvsagt gi tiltak til høyrisikogruppen (helse og omsorgsloven), mens folkehelseloven vil kunne legge mer vekt på effekten på befolkningsnivå.”

Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken er en av flere som mener det ville vært en fordel for tannhelsetjenesten som tjenesteyter, om det hadde vært dratt en grenseoppgang mellom folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven og gjeldende tannhelsetjenestelov.

Mange høringsinstanser, både kommuner og andre kommenterer forholdet til plan- og bygningsloven spesielt. Dette gjelder blant annet *Fylkesmannen/Helsetilsynet i Buskerud* som sier:

”Det er videre positivt at sammenhengen med plan- og bygningsloven kommer tydelig til uttrykk i loven, siden gjennomføring av lokal og regional folkehelsepolitikk ofte vil skje gjennom virkemidler i plan- og bygningsloven.”

Hedmark fylkeskommune er positive til lovforslaget. Fylkesrådet mener folkehelseloven bør ha hele befolkningen som målgruppe, og ønsker at folkehelse integreres i alt planarbeid med hjemmel i plan- og bygningsloven.

Halden kommune påpeker at plan- og bygningsloven har fått en sentral rolle i folkehelsearbeidet og mener det er en utfordring å få dette til å gjenspeile seg i gjennomgripende planarbeid i kommunen. *Statens helsetilsyn* påpeker at et sentralt element i lovforslaget er tilpasning til plan- og bygningsloven. Tilsynet mener lovforslaget burde gått enda lenger i å harmonisere disse to lovene.

Om lag en tredjedel av høringsinstansene kommenterer forslaget om at en drøfting av helseutfordringene skal inngå i kommunal/regional planstrategi. Dette omtales i kapittel 14 om mål og folkehelseiltak i kommunene.

En del høringsinstanser, blant annet kommuner i Ålesundregionen (*Giske, Haram, Norddal, Sandøy, Skodje, Stranda, Sula, Sykkylven, Vanylven, Ørskog* og *Ålesund kommuner*) mener folkehelseloven forutsetter at annet regelverk gjennomgås og justeres ut fra behovet for samordnet og helhetlig innsats. Flere kommuner i Follo (*Vestby, Nesodden, Frogn, Ås, Ski* og *Enebakk*) påpeker at loven favner mye, noe som gjør den uoversiktlig og grenseløs. De etterspør en konkretisering i forhold til begrepene helsefremmende arbeid, og primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid.

Høgskolen i Østfold forutsetter i sin høringsuttalelse at folkehelseloven skal regulere det overordnede, tverrsektorielle og nivåovergripende folkehelsearbeidet. De aktivitetene som folkehelseloven skal regulere er i stor grad regulert gjennom særlover, og høgskolen etterlyser en oversikt over hvilke særlover det dreier seg om. Det etterlyses videre en lovregulering av hvordan arbeidet etter andre lover skal operasjonaliseres gjennom folkehelseloven. Det er behov for avklaringer som reduserer risikoen for dobbeltarbeid og ansvarsfraskrivelse, og som skaper et rimelig ansvar mellom oppgaver og ressurser.

Høgskolen i Østfold gir også en planteoretisk gjennomgang av forholdet mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven og uttaler:

”Forslaget til ny folkehelselov har bestemmelser om styring og ledelse av humankapitalen på det generelle og overordnede nivået. Men selv om definisjonen av ”folkehelse” er vid og sektorovergripende, omfatter samfunnsutviklingen av humankapitalen mer enn det som fanges inn av dette folkehelsebegrepet. Forslaget

til ny folkehelselov bidrar til å dekke deler av behovet for en lovregulering av den overordnede styringen av ledelsen av humankapitalen, men dekker ikke hele dette området.”

Østfold fylkeskommune (Østfoldhelsa) mener at en konsekvens av utvidelse av virkeområdet vil være at folkehelse må innarbeides tydeligere i de særlover hvor folkehelse i for liten grad er ivaretatt, slik at det samlede lovverket fremstår som konsistent. En viktig utfordring i de fleste særlover er at forpliktelsen til det tverrsektorielle samarbeidet fortsatt mangler. Krav om tverrfaglig samordning på tvers av tjenesteområdene må være synlige og forpliktende. Fylkeskommunen mener folkehelselovens posisjon i lovhierarkiet bør utredes nærmere og det bør særlig vurderes om den kan fylle en funksjon som en generell, overgripende lov for humankapitalen.

11.3 Departementets vurderinger

En folkehelselov regulerer det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet ved å gi kommunesektoren og statlige myndigheter oppgaver og ansvar for å fremme befolkningens helse, herunder bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. I lovforslaget får kommunen og fylkeskommunen i oppgave å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler de er tillagt. Dette innebærer at folkehelseloven nødvendigvis vil ha mange berøringspunkter med andre lover, men departementet mener det ikke er behov for en lovregulering av forholdet mellom folkehelseloven og annet regelverk. Å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunesektoren er tillagt, vil innebære at lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting skal synliggjøre eventuelle positive og negative helsekonsekvenser av tiltak, og at det gis et ansvar for å vektlegge helsehensynene i vurderingene av tiltakene. Dette betyr ikke at helsekonsekvensene skal tillegges større vekt enn andre viktige samfunnsmessige hensyn. Det vil for eksempel være behov for veier og samferdsel selv om noen vil bli utsatt for støy. Samtidig vil klargjøring av helsekonsekvenser bidra til at en finner best mulige løsninger og avbøtende tiltak der det er nødvendig.

En rekke andre helselover har blant sine formål å fremme folkehelse og forebygge sykdom. Tobakkskadeloven, alkoholloven, strålevernloven, smittevernloven, matloven og lov om helsemessig og sosial beredskap kan alle sies å være spesielle folkehelselover som springer ut av den gamle

sunnhetsloven av 16. mai 1860, men som har mer spesifikke formål og virkemidler.

Videre vil mange ulike samfunnsforhold slik som utdanning, samferdsel, arbeid mv. ha betydning for befolkningens helse, og de virkemidler som ligger i annet lovverk er dermed viktige virkemidler for folkehelsearbeidet.

Folkehelseloven gir bestemmelser om det systematiske folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i oversikten over helseutfordringene, skal kommunen iverksette nødvendige tiltak. Ved gjennomføring av tiltak vil det også være aktuelt å gjøre bruk av annet regelverk, både andre helselover og regelverk forankret i andre sektorer. For eksempel må det forventes at en kommune som gjennom oversiktene etter folkehelseloven avdekker at de har utfordringer i forhold til høyt alkoholforbruk, tar i bruk de rusmiddelpolitiske virkemidlene som ligger i alkoholloven, herunder fører en forsvarlig bevillings- og kontrollpraksis for å møte denne utfordringen. Forslaget til folkehelselov vil komme i tillegg til annet lovverk, og har som fokus en helhetlig tilnærming til folkehelseutfordringene på tvers av innsatsområder, sektorer og forvaltningsnivåer.

I det følgende gis det en kort redegjørelse for bestemmelser i andre lover som er relevante i folkehelsearbeidet. Redegjørelsen er ikke uttømmende, og det gis heller ikke fullstendig redegjørelse for de nevnte lovenes folkehelserelevans.

Tobakkskadeloven har som formål å begrense de helseskader som bruk av tobakksvarer medfører. Virkemidlene i tobakkskadeloven er innrettet spesifikt for å nå dette formålet, for eksempel ved forbud mot tobakksreklame, forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer, krav til merking, aldersgrenser mv. *Alkoholloven* har som formål i størst mulig utstrekning å begrense de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som et ledd i dette tar loven sikte på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer, blant annet gjennom salgs- og skjenkebevillinger, monopolordningen, aldersgrenser, skjenketider, reklameforbud og pålegg om at kommunene skal utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan. *Strålevernloven* har som formål å forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til vern av miljøet. Det fastsettes noen grunnleggende prinsipper, herunder et forsvarlighetskrav for bruk av stråling. *Smittevernloven* og *matloven* er viktige i arbeidet med å forebygge at mennesker blir syke av smitte fra andre mennesker, omgivelsene eller matvarer. Disse lovene er sentrale virkemidler for å nå sine formål, og vil fortsatt være det.

Som nevnt er det viktige lover i andre sektorer som ivaretar helsehensyn. For eksempel har *barnevernloven* som formål å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernloven skal videre bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. *Opplæringsloven* kapittel 9a gir alle elever rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Det slås videre fast at skolene skal drives slik at blant annet elevenes helse og trivsel ivaretas. *Arbeidsmiljøloven* skal:

”sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet”.

Tilrettelegging for fysisk aktivitet og friluftslivsaktiviteter er et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet. *Friluftsløven* har som formål:

”å verne friluftslivets naturgrunnlag og sikre almenhetens rett til ferdsel, opphold mv. i naturen, slik at muligheten til å utøve friluftsliv som en helsefremmende, trivselskapende og miljøvennlig fritidsaktivitet bevares og fremmes.”

Vegloven har som mål blant annet å legge til rette for å skape trygg og god avvikling av trafikken, ta hensyn til omverdenen, herunder naboer, miljøet og andre samfunnsinteresser. *Vegtrafikkloven* har bestemmelser om trygg avvikling av trafikken. Denne kan også benyttes for eksempel for å iverksette trafikkregulerende tiltak dersom det er nødvendig, også for å ivareta ikke-trafikkale hensyn, som å sikre nødvendig luftkvalitet.

I Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet er det gitt en redegjørelse for relevant regelverk innenfor fylkeskommunenes ansvarsområder. Departementet foretar ikke i denne omgang en tilsvarende ny helhetlig gjennomgang av regelverk for hele kommunesektoren og for statlige myndigheter. Generelt vises til prinsippet om ”helse i alt vi gjør” som innenfor statlig virksomhet også innebærer å ivareta og legge til rette for at helsehensyn ivaretas gjennom alle sektorers regelverk.

11.3.1 Forholdet til plan- og bygningsloven

Plan- og bygningsloven har som formål å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner. Loven skal videre bidra til blant annet å samordne statlige, regionale og kommunale oppgaver. Planer skal i henhold til plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd bokstav f ”fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet”.

Plan- og bygningsmyndighetene skal etter § 1-4 samarbeide med andre offentlige myndigheter som har interesse i saker etter plan- og bygningsloven og innhente uttalelse i spørsmål som hører under vedkommende myndighets saksområde. Bestemmelsen svarer til dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 annet ledd om helsetjenestens medvirkning, som foreslås videreført i forslaget til folkehelseloven § 4 annet ledd om at ”kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging [...]” og tredje ledd om at ”[k]ommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivare tatt av andre myndigheter og virksomheter”.

Stortinget har ved behandlingen av samhandlingsreformen i Innst. 212 S (2009–2010) gitt føringer for at blant annet folkehelsearbeidet skal forankres politisk i kommunene (blant annet på side 18) og knyttes opp til planlegging i kommunen. Det vises blant annet til side 30:

”At kommunene satser på forebygging og tidlig intervensjon vil understøtte målet om mer sammenhengende pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. En nødvendig forutsetning for dette er at det raskt etableres gode informasjons- og styringssystemer som legger til rette for kommunal planlegging og prioritering.”

Gjennomføring av lokal og regional folkehelsepolitikk vil skje blant annet gjennom virkemidlene i plan- og bygningsloven, jf. lovforslaget §§ 4 til 7, 20 og 21. Departementet mener det er viktig at folkehelsearbeidet i kommunesektoren knyttes til planlegging etter plan- og bygningsloven. Dersom kommuner og fylkeskommuner skal integrere helsehensyn og fremme folkehelse innenfor alle sine sektorer, bør dette heller integreres i kommuneplanene etter plan- og bygningsloven, fremfor å oppstille egne plankrav for folkehelse.

Departementet mener videre at folkehelseloven vil være en forutsetning for at plan- og bygningsloven skal kunne være et godt verktøy for et

langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. At man vet hva som er regionale og lokale helseutfordringer, er en nødvendig forutsetning for å kunne sette i verk de rette tiltakene. Det vil videre være tiltak som ikke iverksettes gjennom planlegging, og disse vil ha sitt selvstendige lovgrunnlag i lovforslaget §§ 4, 7 og 20. Integreringen av folkehelsearbeidet i planverket etter plan- og bygningsloven blir nærmere drøftet i kapittel 14 om mål og folkehelseiltak.

11.3.2 Forholdet til forslaget til kommunal helse- og omsorgstjenestelov

Kommunehelsetjenesteloven gir en samlet regulering av folkehelsearbeidet og det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Når denne oppheves, vil disse områdene reguleres i hver sin lov. Forholdet mellom folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven må derfor utdypes.

Helse- og omsorgstjenesteloven vil blant annet ha som formål å *forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsett funksjonsevne*. Helse- og omsorgstjenestelovens virkeområde vil være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen og private som har avtale med kommunen. Forslaget til folkehelselov har som formål *å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse*. Forslaget til folkehelselov retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, i tillegg til virksomhet og eiendom der det er forhold som kan ha innvirkning på helsen (miljørettet helsevern).

I de fleste tilfeller vil de to lovene regulere forhold som klart faller under den ene eller den andre loven. Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer helse- og omsorgstjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. Forslaget til folkehelselov har et generelt gruppe- og befolkningsperspektiv og kan rette seg mot alle typer faktorer som har innvirkning på befolkningens helse. I tillegg til helse- og omsorgssektorens innsats, ligger som kjent påvirkningsfaktorer i mange ulike samfunnssektorer. Departementet er enig med de høringsinstanser som mener at folkehelseloven skal regulere det strukturelle og planmessige som i sin alminnelighet er bra for befolkningen som helhet eller generelle befolkningsgrupper (ikke-individualiserte), mens helse-

og omsorgstjenesteloven bør forvalte individ- og grupperettede tjenester. Begge lovene har imidlertid som formål og oppgave å fremme helse og forebygge sykdom og skade, og departementet mener en del tiltak vil kunne falle under begge lover (folkehelseloven § 7 og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og § 3-3). Folkehelsearbeidet kan derfor skje innenfor for eksempel kommunale helse- og omsorgstjenester som legetjenesten, hjemmesykepleie, og forebyggende helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Det kan bli spørsmål om enkelte helsefremmende og forebyggende tiltak som er rettet mot identifiserte risikogrupper og enkeltindivider faller inn under folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet legger til grunn at tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer basert på individuelle kliniske vurderinger er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, og at tiltak mot befolkning og grupper basert på vurdering av faktorer som påvirker grupper eller populasjoner er folkehelsearbeid og dermed regulert gjennom folkehelseloven.

Denne presiseringen utgjør en avgrensning av hvilke tiltak som omfattes av folkehelseloven. Tiltak etter folkehelseloven omfatter ikke risikogrupper eller individer som er identifisert gjennom kliniske vurderinger. Dette vil følge av helse- og omsorgstjenesteloven. Men tiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kan følge av et generelt behov identifisert gjennom § 5 i folkehelseloven. Det vil si at presiseringen ikke utgjør en tilsvarende avgrensning av tiltak med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil foregå primærforebyggende arbeid eller folkehelsearbeid som følge av helse- og omsorgstjenesteloven. Primærforebyggende oppgaver i helsestasjoner eller helsetjenester i skoler er eksempler på dette. I praksis vil det imidlertid ikke alltid gå et klart skille mellom tiltak i helse- og omsorgstjenesten som følger av folkehelseloven, og innsats som følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-3.

Det er imidlertid ikke noe mål å fastsette vannrette skott mellom disse to lovene. Lovverkene bør derimot kunne være til dels overlappende i forhold til visse tiltak for å sikre at helseutfordringene møtes i nødvendig grad i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Et tiltak kan gjerne falle inn under begge lovene, dvs. at tiltaket har to formål; både et folkehelseformål og et formål om å tilby helsefremmede og forebyggende helsetjenester til de aktuelle personene ut fra deres konkrete behov. Det sentrale er at kommunen sørger for at det iverksettes tilstrekkelige helsefremmende og forebyggende tiltak. Når det gjelder en konkret

Boks 11.1 Eksempel på tiltak som springer ut av folkehelseloven

Kommune A har kartlagt alle fallskadene blant personer over 65 år. Tallene er foruroligende, og kommunen ønsker å gjøre noe med det. Kommunen ønsker blant annet å bruke legene i dette arbeidet. Kommunen ber derfor legene om å ta opp spørsmålet under neste konsultasjon med alle personer over 65 år. Det skjer blant annet gjennom bruk av et kartleggings-skjema som belyser risikosituasjoner inne og ute. Materialet samles inn av den enhet i kommunen som arbeider med folkehelse, og det utarbeides en samlet oversikt som ledd i en handlingsplan. Dette må sies å være en del av folkehelsearbeidet som springer ut av folkehelseloven. Selve konsultasjonen vil være helsehjelp og reguleres av helselovgivningen på vanlig måte.

drøfting av folkehelseloven i forhold til begrepene primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, vises omtale av definisjoner i kapittel 8.

Helse- og omsorgstjenesten vil ha en svært viktig plass i folkehelsearbeidet, blant annet gjennom sin helsefaglige kompetanse og gjennom sin kjennskap til helseutfordringene lokalt. Videre vil tiltak i helse- og omsorgssektoren som er rettet mot befolkningen/grupper av befolkningen være sentrale for å forebygge helseulempe og fremme

Boks 11.2 Eksempel på tiltak som springer ut av helse- og omsorgstjenesteloven

En 25 år gammel kvinne kommer for en langvarig hoste. Hun er dagligrøyker. Under samtalen forteller hun at hun og samboeren tenker på å få barn. Legen eller helsesøster/jordmor på helsestasjonen ønsker å ta opp med henne betydningen av å slutte å røyke. Helsepersonellet forstår at for å få det til, må også samboeren motiveres for å slutte. Det avtales nytt møte med dem begge, og etter møtet/konsultasjonen får paret med seg brosjyremateriell og avtale om oppfølging. Dette er individuelt forebyggende arbeid, men springer ut fra en konkret, individuell situasjon. Denne oppgaven vil springe ut av i helse- og omsorgsloven.

god helse. Departementet mener at helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra i folkehelsearbeidet må fremkomme tydelig i regelverket. Departementet foreslår derfor konkret regulering av helse- og omsorgstjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid og del i folkehelsearbeidet gjennom forslaget til helse- og omsorgstjenestelov §§ 3-2 og 3-3. Dette omtales også i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kapittel 9.11.

Oppsummert kan man si at:

- Tiltak etter *folkehelseloven* vil ha utgangspunkt i de folkehelseutfordringene som oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer viser at kommunen står overfor.
- Tiltak etter *helse- og omsorgstjenesteloven* vil ha utgangspunkt i avdekkede behov hos identifiserte individer/grupper.
- Tiltak etter *folkehelseloven* kan omfatte mange ulike sektorer når aktiviteter i disse sektorene har betydning for folkehelsen. Helsetjenesten er her en sektor på linje med andre sektorer som kan gjennomføre folkehelseiltak.
- Både *helse- og omsorgstjenesteloven* og *folkehelseloven* kan omfatte tiltak rettet mot individer, men utgangspunktet for tiltakene er ulike. Til forskjell fra tiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven vil utgangspunktet for et tiltak i helse- og omsorgssektoren etter folkehelseloven ikke være enkeltpersoners eller definerte risikogrupper avdekkede behov for helsehjelp, men at det fra et folkehelseperspektiv vil være fornuftig å sette inn tiltak på individnivå for å møte lokale folkehelseutfordringer.

11.3.3 Forholdet til tannhelsetjenesteloven

Fylkeskommunene har ansvaret for tannhelsetjenesten og skal etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen. Fylkeskommunen skal etter § 1-2:

”fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelse”.

Fylkeskommunens oppgaver og ansvar etter tannhelsetjenesteloven innebærer både folkehelsearbeid på tannhelseområdet, ansvar for å tilby tannhelsetjenester (herunder forebyggende tjenester) til prioriterte grupper, og ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til befolkningen for øvrig.

Forslaget til folkehelselov regulerer blant annet fylkeskommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet, og er en videreføring av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen har derfor også etter gjeldende regelverk ansvar for både folkehelsearbeid og forebyggende tannhelsetjenester i henhold til to ulike lover. Forholdet mellom tannhelsetjenesteloven og forslaget til folkehelselov vil i utgangspunktet være det samme som forholdet mellom forslaget til helse- og omsorgstjenestelov og forslaget til folkehelselov. I de fleste tilfeller vil de to lovene regulere forhold som klart faller under den ene eller den andre loven. Folkehelseloven gir bestemmelser om systematiske og langsiktig folkehelsearbeid og vil supplere bestemmelsene om befolkningsrettet arbeid i tannhelsetjenesten. Departementet mener at utgangspunktet for hvilken lov et nødvendig forebyggende tiltak faller inn under, må avhenge av hva som er formålet bak iverksettelsen av tiltaket. Det er imidlertid ikke noe mål å fastsette noen vanntette skott mellom disse to lovene. Det vises til redegjørelsen i kapittel 11.3.2 over.

Det arbeides med en revisjon av tannhelsetjenesteloven, og departementet tar sikte på å sende forslag til ny tannhelsetjenestelov på høring i løpet av 2011.

11.3.4 Forholdet til forvaltningsloven

Bestemmelsene i folkehelseloven regulerer i hovedsak kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters innsats på folkehelseområdet. Kapittel 3 om miljørettet helsevern har bestemmelser som retter seg mot privat eller offentlig virksomhet og eiendom.

Miljørettet helsevernregelverket, herunder forskrifter, foreslås videreført fra kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a til folkehelseloven kapittel 3. Regelverket gir kommunen i oppgave blant annet å godkjenne eller behandle melding fra virksomheter som er pålagt godkjennings- eller meldeplikt. I tillegg gir regelverket hjemler for kommunen som tilsynsmyndighet til å gi eventuelle pålegg om opplysningsplikt, helsekonsekvensutredning, granskning, retting, stansing, tvangsmulkt og overtredelsesgebyr. Ved bruk av disse virkemiddelbestemmelsene, vil kommunen fatte enkeltvedtak da slike pålegg er *”vedtak som gjelder rettigheter og plikter til en eller flere bestemte perso-*

ner”, jf. forvaltningsloven § 2b. Forvaltningsloven gjelder også for fylkesmannen som klageinstans etter § 19.

11.3.5 Forholdet til sameloven

Den samiske befolkningen har som urfolk rettigheter regulert i nasjonale lover og internasjonale konvensjoner, herunder Grunnloven § 110a og lov 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven), FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 27 og ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater.

FNs generalforsamling vedtok 13. september 2007 en felles urfolkserklæring, utarbeidet i en prosess med tett samarbeid mellom stater og ulike urfolksgrupper. Erklæringen legger viktige føringer i det videre arbeidet for å forstå hvilke rettigheter urfolk har, men er likevel ikke et folkerettslig bindende dokument. Den har bestemmelser som gjelder grunnleggende behov som mat, helse og utdanning.

ILO-konvensjon nr. 169 om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater har bestemmelser som særskilt gjelder urfolks helse. I art. 7 punkt 2 fremgår det at:

”Forbedring av levekår, arbeidsforhold og standarder for helse og utdanning for vedkommende folk skal foregå med deltakelse av og i samarbeid med dem, og skal prioriteres i planer for den allmenne økonomiske utvikling av de områder der de bor. Spesielle utviklingsprosjekter for disse områdene skal også legges opp slik at de fremmer slike forbedringer.”

Sameloven § 3-5 slår fast at *”Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk”*. Det følger av pasientrettighetsloven § 3-5 at informasjon skal være tilpasset blant annet kultur- og språkbakgrunn. Selv om folkehelsearbeidet ikke retter seg mot pasienter, vil dette være relevante bestemmelser å se hen til også når det gjelder formidling av helseinformasjon til grupper av eller hele befolkningen.

Når det gjelder medvirkning i kommuneplanlegging i henhold til plan- og bygningsloven vises til omtale i kapittel 14.

11.3.6 Forholdet til diskrimineringslovgivningen

Diskrimineringslovgivningen består av likestillingsloven, som forbyr diskriminering på grunn av kjønn, diskrimineringsloven, som forbyr diskriminering på grunn av etnisitet, religion mv. og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven som forbyr diskriminering på grunn av nedsatt funksjons- evne. Formålet med diskrimineringslovgivningen er å fremme likestilling og hindre diskriminering.

Etter diskrimineringslovgivningen har offentlige myndigheter en plikt til å arbeide aktivt, mål-

rettet og planmessig for å fremme lovenes formål. Denne aktivitetsplikten innebærer en plikt til å sørge for at hensynet til likestilling integreres i all offentlig virksomhet, og at regelverk og forvaltningsvedtak er i samsvar med formålet i likestillingsloven, diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Offentlige myndigheter har en plikt til å utrede hvilke konsekvenser aktuelle planer og tiltak kan få for de grupper som er beskyttet av likestillings- og diskrimineringslovgivningen, samt en plikt til å gjennomføre konkrete tiltak i forhold til likestilling og ikke-diskriminering.

12 Oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

Både kommunen, fylkeskommunen og statlige myndigheter er viktige aktører i arbeidet for å fremme folkehelse og for å utjevne sosiale helseforskjeller. Et viktig grep i folkehelseloven er å samle folkehelsereguleringen til en lov som regulerer kommuner og fylkeskommuners oppgaver og ansvar, og som i tillegg pålegger statlige helsemyndigheter å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid. Da forslag til lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet var på høring i 2009, ga flere kommuner, fylkeskommuner og KS uttrykk for at det på sikt burde lages en lov om folkehelse som synliggjør alle nivåers og sektorens ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler. Det vises til Ot. prp. nr. 73 (2008-2009) kapittel 4.3. Det varsles der en oppfølging i forbindelse med samhandlingsreformen.

Som det går fram av kapittel 8 om lovstruktur, foreslår departementet at det lovfestes et generelt og overordnet ansvar for å fremme folkehelsearbeid ("helse i alt vi gjør") i tillegg til at enkelte forpliktelser som ligger i dette ansvaret konkretiseres særskilt. Se blant annet kapittel 13 om plikt til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og kapittel 14 om iverksetting av nødvendige tiltak for å møte de folkehelseutfordringene oversikten viser at kommunene står overfor.

Når det gjelder lovregulering av statlige helsemyndigheter, vises til kapittel 10.4.2.

12.1 Kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

12.1.1 Gjeldende rett

Kommunens ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet følger av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-2, 1-3, 1-4 og kapittel 4a.

Også andre lover har bestemmelser om kommunale oppgaver som kan ses i sammenheng med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven. Dette gjelder særlig andre tilgrensende lover som smittevernloven, alkoholloven, tobakkskadeloven, sosialtjenesteloven og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Kommunehelsetjenestens formål er i kommunehelsetjenesteloven § 1-2 formulert slik:

"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. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen."

Hva som ligger i denne formuleringen er utdypet i Ot.prp. nr. 66 (1981-82). Formålsbestemmelsen understreker at den kommunale helsetjeneste i tillegg til å behandle og forebygge sykdom, skade, eller lyte, også har som et videre siktemål å fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Paragrafen fremhever også at kommunen har et ansvar for å spre opplysning om og øke interessen i befolkningen for helse spørsmål.

Forebygging er videre formulert slik i omtalen av kommunens oppgaver i § 1-3:

"Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver i § 1-3:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som:

- a) miljørettet helsevern,
- b) helsestasjonsvirksomhet,
- c) helsetjenester i skoler,
- d) opplysningsvirksomhet,
- e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen."

Flere av oppgavene i bestemmelsen vil være helsetjenesteoppgaver, og lovgrunnlaget for disse vil ligge i helse- og omsorgstjenesteloven når kommunehelsetjenesteloven oppheves.

Begrepet *miljørettet helsevern* kom inn i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 ved en endring i 1987, da § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern kom inn i loven. Det erstattet da det tidligere

begrepet "helserådstjenesten". Helserådstjenesten var et vidt definert begrep som omfattet det meste av det vi i dag kan kalle folkehelsearbeid. I Ot.prp. nr. 66 (1981-82) uttales det at bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven om helserådstjenesten ikke innebærer noen reell endring av de tidligere helserådernes oppgaver. Da begrepet helserådstjenesten så ble endret til miljørettet helsevern i 1987 er det flere steder i motivene vist til at dette ikke innebærer noen innsnevring av virkeområdet for den tidligere helserådstjenesten, altså at begrepet miljørettet helsevern fortsatt omfatter alt som kan ha innflytelse på sunnhetsstanden, jf. sunnhetsloven § 1.

Begrepet miljørettet helsevern kan nok likevel i praksis ha blitt oppfattet som noe snevrere. Begrepet er vanskelig å forholde seg til. Allerede i forarbeidene er det pekt på at det er flertydig. Det kan henvise til både selve oppgaven (begrense støy), fagområdet (næringsmiddelkontroll) og det administrative apparat innen den kommunale helsetjenesten. I § 1-3 er begrepet som vist ovenfor, brukt i en meget vid betydning. Slik det der er omtalt, er begrepet egentlig mer overensstemmende med det engelske begrepet "public health", på samme måte som det tidligere begrepet "helserådstjenesten". Helserådstjenesten var et vidt definert begrep som omfattet det meste av det vi i dag kan kalle folkehelsearbeid, herunder er for eksempel ernæringsarbeid og arbeid med sosiale miljøfaktorer nevnt eksplisitt i forarbeidene til loven som en del av miljørettet helsevern. I dag forstås ofte miljørettet helsevern etter kapittel 4a snevrere.

Opplysningsvirksomhet ble i 1982 trukket frem som et særskilt tiltak. Den skulle omfatte både generell helseopplysning overfor befolkningen som kommunen skulle bidra til å formidle, og opplysninger om helsetilbudet i kommunen. Komitéinnstillingen Innst.O nr. 7 (1981-82) fremhevet at bestemmelsene innebærer en sterk satsing på det totale forebyggende helsearbeidet, herunder opplysningsvirksomhet, slik at den enkelte i høyere grad enn tidligere blir i stand til å ta vare på egen helse.

Ifølge § 1-4 skal kommunens helsetjeneste videre "til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne." Denne bestemmelsen kom inn i loven i 1987 i forbindelse med at helserådstjenesten (miljørettet helsevern) ble overført fra sunnhetsloven til kommunehelsetjenesteloven. Oppgaven omfatter ifølge Ot.prp. nr. 40 (1986-87) blant annet det å registrere risikofaktorer og årsakssammenhenger.

Oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 har også en side mot helsetjenestens behov for kunnskap ved at den er et verktøy for å dimensjonere og planlegge kommunens forebyggende og kurative tjenester mv.

Det følger av § 1-4 første ledd at helsetjenesten på bakgrunn av sin oversikt over helsetilstand og risikofaktorer, skal "foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen".

Det følger videre av annet ledd at helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet.

Bestemmelsen gir ifølge forarbeidene helsetjenesten en aktivitetsplikt når det gjelder å foreslå forebyggende tiltak. Samarbeid mellom helsetjenesten og andre etater er understreket. Helsetjenesten har både rett og plikt til å medvirke til at andre forvaltningsorganer tar hensyn til helse i sin virksomhet.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-2 sier at det er *kommunen ved sin helsetjeneste* som skal fremme folkehelse og *kommunen ved sin helsetjeneste* som skal organisere miljørettet helsevern, mens *kommunestyret* etter § 4a-2 skal ha tilsyn med miljørettet helsevern (faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helsen). Innen miljørettet helsevern skal videre *kommunestyret* utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov. Loven inneholder således en tvetydighet mht. ansvar for miljørettet helsevern.

Oppgavene etter § 4a-2 var opprinnelig lagt til helse- og sosialstyret. Om disse oppgavene uttales det i forarbeidene Ot.prp. nr. 40 (1986-87) på side 57:

"Det politiske styringsorgan bør ta avgjørelser av saker av generell eller prinsipiell karakter vedrørende miljørettet helsevern. Dette organ bør ha ansvaret for at virksomheten planlegges på en forsvarlig måte og for at tjenesten er tilfredsstillende organisert og samordnet. Videre er det forutsetningen at organet holder seg orientert om behovet for nye tiltak, sørger for at slike spørsmål blir utredet mv."

Med virksomheten menes her kommunens aktiviteter. Det følger tydelig av dette at oppgavene etter § 4a-2 i følge forarbeidene var ment å omfatte mer enn å utøve myndighet i form av enkeltvedtak. Dette følger også av merknadene til § 4a-2 i

Ot.prp. nr. 40 der det understrekes at helse- og sosialstyrets virksomhet etter § 4a-2 omfatter langt mer enn enkeltvedtak.

Helse- og sosialstyret var tillagt oppgaver og myndighet i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a fra 1988. Dette var en blanding av et faglig og politisk organ. Fram til 1995, da helse- og sosialstyret som kommunal helsemyndighet ble erstattet med kommunestyret, var koblingen mellom fag og politikk tett, jf. Ot. prp. nr. 40 (1986-1987):

”Den medisinsk-faglige ansvarlige lege har rett og plikt til å delta i helse- og sosialstyrets møter ved behandling av saker vedrørende miljørettet helsevern, og talerett og rett til å fremsette forslag til møtene.”

Ansvar for folkehelsearbeidet i bred forstand var altså opprinnelig forankret i helse- og sosialstyret som politisk og administrativt organ, og ga disse en aktiv og oppsøkende rolle. Som en videreføring av helserådet ble helse- og sosialstyret oppfattet som en del av kommunens helsetjeneste, jf. § 1-3. Frem til 1994 var § 4a-2 derfor å forstå som utdyping av § 1-3. Ved endringen i 1994 da helse- og sosialstyret ble erstattet med kommunestyret, jf. Ot.prp. nr. 60 (1993-1994), ble imidlertid bare § 4a-2 endret, fordi det kun var der helse- og sosialstyret var omtalt. Hensikten med denne endringen (ved siden av tilpasningen til kommuneloven) synes å være at det var nødvendig å legge myndigheten til kommunestyret av hensyn til ”vidtgående og inngripende vedtakskompetanse i forhold til tiltak som granskning og stansing.” At forholdet mellom kapittel 4a og § 1-3 dermed ble endret, fordi det ikke gir mening å si at kommunestyret er en del av en kommunes helsetjeneste, ble ikke omtalt. Etter lovendringen i 1994 kan det derfor sies at lovverket ble mindre konsistent.

Det som er omtalt over, gjør at forholdet mellom oppgavene til kommunehelsetjenesten og kommunestyret fremstår som uklart etter dagens lovgivning.

12.1.2 Høringsnotatets forslag

Departementet påpeker i høringsnotatet at kommunens ansvar innen folkehelsearbeid må tilpasses og gjenspeile de utfordringene vi står overfor som følge av endringer i helsetilstanden i befolkningen (blant annet utviklingen av kroniske sykdommer), kunnskap om og forståelse av helseforhold (herunder betydningen av ulike påvirkningsfaktorer) og en stadig større andel eldre i befolkningen.

I høringsnotatet understrekes at det kreves en tverrsektoriell innsats i kommunene, og ikke bare innsats i kommunens helsetjeneste, for å møte folkehelseutfordringene. Kommunene må bidra både gjennom sin myndighetsutøvelse, i sin drift av egne virksomheter som for eksempel skoler, barnehager, samferdsel og gjennom sin rolle som samfunnsplanlegger og planmyndighet. Departementet gir en analyse av dagens regelverk og peker på at gjennom endringer i kommunehelsetjenesteloven, er dagens regelverk blitt utydelig i forhold til hvor ansvaret for det brede folkehelsearbeidet i kommunen ligger, dvs. hos kommunen i sin helhet eller hos kommunehelsetjenesten. Departementet uttaler at det brede folkehelsearbeidet ikke har vært tydelig forankret i kommunens administrative og politiske ledelse, hvilket kan ha vært medvirkende til at dagens kommunehelsetjenestelov ikke har fungert slik som forutsatt.

Departementet foreslo på denne bakgrunn en tydelig lovfesting av at kommunen har et bredt ansvar for folkehelse jf. lovforslaget § 4 første ledd hvor det presiseres at kommunen skal fremme trivsel, psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Dette ble ansett å være en videreføring av det ansvaret som kommunen har i dag, men med den endring at ansvaret tydelig legges til *kommunen som sådan* (og ikke kun kommunen ved sin helsetjeneste). Videre tydeliggjør lovforslaget at arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelsearbeidet.

De faktorene som påvirker helsen forvaltes i mange ulike sektorer, og politiske valg på andre områder enn helseområdet kan ha stor betydning for befolkningens helse. Departementet foreslo derfor i lovforslaget § 4 annet ledd en bestemmelse om at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Målet er å sikre at de virkemidler som ligger i alle sektorer kan tas i bruk mer effektivt blant annet gjennom en politisk forankring av folkehelsearbeidet.

I høringsnotatet ble også henvisning til at det å gi kommunen og herved kommunens politiske og administrative ledelse, et tydelig ansvar for folkehelse også er i tråd med føringer gitt av Stortinget.

I og med at høringsforslaget er basert på at kommunen i sin helhet har ansvar for folkehelsearbeidet, omtales ikke helse- og omsorgssektoren.

ren særlig i forslaget til lovtekst. Det foreslås derfor heller ikke å videreføre bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 annet ledd om at kommunehelsetjenesten skal medvirke til at andre kommunale sektorer tar helsehensyn. Det presiseres i høringsnotatet at det er kommunens ledelse som er ansvarlig for at helsehensyn blir ivaretatt, og i praksis vil dette forutsette at det legges til rette for at den instans som ivaretar oppgavene etter folkehelseloven også medvirker til at andre deler av kommunen ivaretar innbyggernes helse. Det påpekes også at kommunene må sørge for å ha nødvendig helsefaglig og epidemiologisk kompetanse til å ivareta sitt ansvar innen folkehelse, herunder myndighet innen miljørettet helsevern.

Departementet foreslår imidlertid at kommunens plikt til å gi råd, samarbeide og medvirke til at andre (enn kommunen) ivaretar helsemessige hensyn videreføres, jf. lovforslaget § 4 tredje ledd.

12.1.3 Høringsinstansenes syn

Det er nær enstemmig tilslutning til hovedinnholdet i forslaget til lovfesting av kommunenes ansvar for folkehelsearbeidet blant høringsinstansene som uttaler seg om det kommunale ansvaret. Enigheten omfatter både prinsippet om alle kommunale sektors medvirkning i arbeidet og at forankringen av ansvaret legges til kommunen som sådan og ikke til kommunehelsetjenesten.

Larvik kommune peker på at folkehelsearbeidet krever tverrsektoriell innsats og engasjement og må forankres tydeligere både i den administrative og den politiske ledelsen. *Leikanger kommune* uttaler:

”Slik skal alle sektorene i kommunen bli mer med i arbeidet med å forebygge utvikling av sykdom. Dersom en slik satsing på forebygging skal redusere presset på helsevesenet må det satses i stor skala og med helt andre ressurser enn i dag.”

Noen instanser som støtter forslaget, er samtidig bekymret for hvordan den nye friheten til å organisere arbeidet skal bli brukt. *Fylkesmannen i Vestfold* og *Fylkesmannen i Østfold* uttaler:

”Vi støtter at ansvaret for folkehelseloven legges til kommunestyret og ikke til helsetjenesten. Vi uroes imidlertid av muligheten til bruk av delegasjonsreglementet til å delegere forvaltningen av loven til helsetjenesten. Vi foreslår derfor at det gis organisatoriske føringer.”

Også *Volda kommune* etterlyser en fast struktur, en koordinator for arbeidet. *Bergen kommune* mener derimot kommunen må bestemme hvem som skal ha folkehelseoppgavene, det samme mener *Bærum kommune*.

Noen kommuner peker på den erfaringen man til nå har med en bredere organisering av folkehelsearbeidet. *Buskerud fylkeskommune* beskriver dette slik:

”Buskerud har gode erfaringer fra partnerskapsarbeidet innen folkehelse med etablering av stilling for folkehelsekoordinator. Vi mener at det i praksis vil ha stor betydning for kommunens resultater at en person i kommunen har en aktiv pådriver- og koordinatorfunksjon innen det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Vi ser at kommunelegene i praksis sjelden har en så stor stillingsprosent at det er mulig å utøve en aktiv pådriver- og koordinatorfunksjon. Det er videre vår erfaring at resultater og måloppnåelse på folkehelseområdet forutsetter at folkehelsearbeidet er forankret sentralt i kommunen og at viktige aktører i folkehelsearbeidet (kommunelege, folkehelsekoordinator) har en tilsvarende sentral plassering for å tydeliggjøre deres sektorovergripende funksjon.”

Sunne kommuner (tidligere Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner) påpeker at:

”folkehelsearbeidet må koordineres i den enkelte kommune og fylkeskommune og at det må være en koordinator for folkehelse i alle kommuner. Vi mener at denne stillingen må være innenfor 50-100 % rammen for å kunne ha en reell effekt på kommunenes folkehelsearbeid. Vi baserer dette på 16 års erfaring med folkehelsearbeid. Planorganiseringen av folkehelsearbeidet bør overlates til den enkelte kommune, men det må være et krav at alle kommuner har vedtak på hvilken del av organisasjonen som har ansvaret for koordineringen.”

En annen bekymring knyttet til hvordan folkehelsearbeidet skal organiseres, er at når alle sektorer skal involveres kan hovedansvaret falle mellom flere stoler. Dette uttrykkes blant annet av *Nøtterøy kommune*:

”Å tenke helse i alle forhold er noe kommunene har gode forutsetninger til å gjøre. Imidlertid vil en lovfesting av altomfattende ansvar og oppgaver knyttet til forebygging og folke-

helsearbeid kunne bidra til å svekke arbeidet med forebygging da ”alt blir like viktig”. Også innen folkehelse og forebyggende arbeid vil det måtte fokuseres og ressurser må prioriteres. Kommunene er de som kjenner de lokale forhold best og derfor også best kan innrette sitt forebyggende arbeid på en hensiktsmessig måte og bidra til at det tenkes helse i alle forhold.”

Miljørettet helsevern i Indre Østfold påpeker noe av det samme med sin uttalelse om at ”*det alltid er en fare for at det som er alles ansvar kan føre til at ingen tar ansvar*”. Også Folkehelseinstituttet påpeker at roller, ansvarsfordeling og forventninger til kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må være tydelige for å unngå fare for pulverisering av ansvar og for å sikre faglig forankring og kvalitet.

Flere andre kommuner spør om en avklaring av fastlegens rolle i folkehelsearbeidet.

Andre kommuner som *Tolga, Alvdal og Folldal* er bekymret for overlapping av oppgaver mellom nivåer og at dette skal være ressurskrevende og lage dobbeltarbeid. *Tannlegeforeningen* ber om at samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner tydeliggjøres i loven.

Høgskolen i Østfold viser til bestemmelsen om at fylkeskommunen skal være en pådriver for utvikling av folkehelsearbeidet i fylket og samordne blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. De mener denne formuleringen også bør reflekteres i § 4 om kommunene. Også *Fylkesmannen i Østfold* påpeker behov for en bestemmelse om krav til samordning av gjennomføringen av folkehelsearbeidet i alle berørte sektorer.

Flere instanser mener utformingen av § 4 er noe uheldig i forhold til frivillige instanser. *Høgskolen i Østfold* mener at forslaget i § 4 tredje ledd bør omformuleres slik at det fremkommer at frivillig virksomhet ikke kan reguleres, men ha form av et partnerskap. *Akershus fylkeskommune* skriver blant annet at kommunen skal være åpen for å involvere frivillige organisasjoner i folkehelsearbeidet, men at helsemessige hensyn ikke nødvendigvis er en primær oppgave for frivillige organisasjoner. Lovteksten bør derfor nyanseres for å få frem dette forholdet. Tilsvarende synspunkter har *Sør-Trøndelag fylkeskommune*. *Lillesand kommune* skriver at formuleringen i § 4 om at kommunen skal medvirke til at helsehensyn tas kan synes å ha som utgangspunkt at helsesektoren fremdeles er hovedansvarlig for folkehelseoppgaver. *Den norske turistforening* ønsker en mer dekkende

tekst for det positive bidraget den og andre organisasjoner kan gi i samhandling med kommunen.

12.1.4 Departementets vurderinger

Kommunens ansvar innen folkehelsearbeid må tilpasses og gjenspeile de utfordringene vi står ovenfor som følge av endringer i helsetilstanden i befolkningen, kunnskap om og forståelse av helseforhold og den demografiske utfordringen. Siden kommunehelsetjenesteloven kom i 1982, har det skjedd en stor endring både i helsetilstand og i forståelsen av hva som påvirker vår helse. Som det pekes på i St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* og St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, ser vi store sosiale ulikheter i kroniske lidelser som blant annet påvirkes av livsstil og levekår. Enkelte kroniske lidelser øker som konsekvens av aldring i befolkningen, mens andre sykdommer som diabetes type 2, viser en generell økning. Videre har det vært en utvikling i kunnskapen om og forståelsen for betydningen av sosiale påvirkningsfaktorer for helsen og fordelingen av denne.

En hovedutfordring vi står overfor, er endringer i befolkningssammensetningen. Den demografiske utfordringen gjør det mer nødvendig enn tidligere å ivareta og bedre befolkningens helsetilstand og funksjonsevne for å sikre samfunnets bærekraft. Dette er viktig blant annet ved å sikre at de i arbeidsfør alder faktisk er arbeidsføre og at de eldre er funksjonsfriske lengst mulig.

Som en ser av omtalen av gjeldende rett, er allerede mange av elementene i et bredt folkehelsearbeid slik det er beskrevet i kapittel 4 om folkehelsepolitikken, omfattet av dagens lovgivning. Likevel fremstår loven slik den tolkes i dag snere, spesielt vedrørende hva som er kommunens og kommunestyrets ansvar.

12.1.4.1 Politisk forankring

I lys av det som er sagt under omtalen av gjeldende rett om forholdet mellom kommunehelsetjenesteloven kapittel 1 og kapittel 4a, kan det se ut som om ansvaret for en avgrenset del av folkehelsearbeidet (miljørettet helsevern) er lagt til kommunestyret, mens ansvar for folkehelsearbeid i vid forstand ligger i helsetjenesten. Andre kommunale sektorers ansvar er ikke nevnt.

Med St.meld. nr. 16 (2002-2003) fikk folkehelsepolitikken en dreining mot faktorer som påvirker helsen (hersedeterminanter) i motsetning til tidligere hvor politikken tok utgangspunkt i

bestemte sykdommer. Hver påvirkningsfaktor bidrar ofte til flere ulike helseproblemer. Videre vil man når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, kunne måle resultatene av tiltakene i form av redusert helserisiko lenge før de slår ut på reell sykdom og død i befolkningen. Påvirkningsperspektivet viser videre 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, natur- og rekreasjonsområder, gang- og sykkelveger, fravær av støy mv.

Dette innebærer at folkehelsearbeid krever tverrsektoriell innsats. Helsehensyn bør ivaretas gjennom kommunens drift av egne virksomheter, slik som skoler, barnehager, veg og annen samferdsel, som samfunnsplanlegger og planmyndighet blant annet gjennom helse som planforutsetning og ved helsekonsekvensvurderinger mv. Ved at helsehensyn blir ivaretatt gjennom ordinære prosesser, oppnår en også at helsehensyn kan ivaretas på en kostnadseffektiv måte.

Det faktum at det brede folkehelsearbeidet ikke har vært tydelig forankret i kommunenes administrative og politiske ledelse kan nok ha vært medvirkende til at dagens kommunehelsetjenestelov ikke har fungert slik som forutsatt, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-1987). Dette bekreftes av praktisk erfaring. I perioden 1989-1994 pågikk et statlig program, *"Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid"*. Programmet var blant annet en del av implementeringen av lovendringene i 1988, hvor begrepet helserådstjenesten ble endret til miljørettet helsevern og flyttet fra sunnhetsloven til kommunehelsetjenesteloven. Gjennom Samlet plan ble 140 mill. kroner fordelt på 353 prosjekter i 141 kommuner. Evalueringer pekte på svakheter ved at prosjektene ble administrert av helsetjenesten, hvilket innebar at det var vanskelig å få til tverrsektoriell innsats og vanskelig å få til forankring av arbeidet i de ordinære plan- og styrings-systemene. Helsetjenesten utformet mål og tiltak, men disse ble i liten grad fulgt opp av andre sektorer som "eide" virkemidlene, men ikke "eide" problemene.

"Alle prosjektene var preget av samfunnsmessige problemstillinger, knyttet til nærmiljø eller miljøvern. De ble likevel håndtert som helseprosjekter, og som et ansvar for helsetjenesten". (Elisabeth Fosse, *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. 2000)

Fordi det i dagens bestemmelser er en uryddighet i forhold til hvor ansvaret for det brede folkehelsearbeidet i kommunene ligger, mener departementet det er behov for å klargjøre dette.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at kommunen gis et bredt ansvar for folkehelse, jf. lovforslaget § 4 første ledd, at kommunen skal fremme psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å sikre befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Dette vil være en videreføring av det ansvaret som kommunen har i dag, men med den endring at ansvaret tydelig legges til *kommunen*.

Videre foreslår departementet i § 4 annet ledd, at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt. Gjennom å pålegge kommunen som sådan ansvar for å ivareta folkehelsearbeidet, vil de virkemidlene som ligger i alle sektorer, kunne tas i bruk mer effektivt. Dette innebærer at kommunens ansvar for å iverksette tiltak gjør bruk av de virkemidler kommunen har, blant annet som samfunnsutvikler og lokal planmyndighet, gjennom myndighetsutøvelse etter annet regelverk som for eksempel forurensningsloven, alkoholloven, innen forvaltning, drift og som eier av virksomheter og eiendom. Eksempler på hva dette kan innebære er nærmere omtalt i kapittel 14. Dersom kommunen tillegges flere eller sterkere virkemidler, øker også ansvaret for å ivareta folkehelse.

Et helhetlig kommuneperspektiv på folkehelsearbeidet vil innebære at folkehelseloven i større grad tilpasses kommuneloven og plan- og bygningsloven. Dette vil innebære en klargjøring av kommunens, i motsetning til helsetjenestens, oppgaver og ansvar. Dette innebærer blant annet at folkehelsearbeidet i større grad skal underlegges folkevalgt styring og inngå i kommunens ordinære plan- og styringssystemer. Det følger også av plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd bokstav f at kommunenes planer og planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Å gi kommunen og herved kommunens politiske og administrative ledelse et tydelig ansvar for folkehelse er også i tråd med føringer gitt av Stortinget i innstilling til samhandlingsmeldingen, jf. Innst. 212 S (2009-2010);

"[...] kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Det blir da kommunestyrets ansvar å bygge opp et apparat både administrativt og faglig til-

passet de lokale utfordringer. I en slik plan vil alle sektorenes helseansvar bli synliggjort sammen med samarbeid og arbeidsdeling som trengs i forhold til andre kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner”.

”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener dette ansvaret nødvendiggjør årlig behandling i kommunestyrene om lokale tiltak for bedre folkehelse.”

For å sikre politisk forankring av de prinsipielle og overordnede sidene av folkehelsearbeidet, foreslås det en omformulert bestemmelse i § 6 første ledd om at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til folkehelseutfordringene i kommunen. Folkehelseutfordringene skal basere seg på en oversikt over helsetilstanden i kommunen, jf. § 5 i lovforslaget og inngå som grunnlag for arbeidet med kommunal planstrategi. På bakgrunn av beskrivelsen av folkehelseutfordringene skal kommunen fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet.

For å sikre at folkehelsearbeidet fremmes innen alle sektorer, skal mål og strategier for folkehelsearbeidet behandles politisk som ledd i de alminnelige planprosesser i kommunen. Folkehelsearbeidet skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Blant annet innebærer dette at folkehelseiltak beskrives i kommuneplanens handlingsdel, jf. plan- og bygningsloven § 11-1. Handlingsdelen angir hvordan kommuneplanen skal følges opp de fire påfølgende år og revideres årlig, jf. over om årlig behandling av lokale tiltak for bedre folkehelse, Innst. 212 S (2009-2010).

Se nærmere redegjørelse i kapittel 14 og lovforslaget § 6. Dette vil medvirke til at folkehelsearbeidet planlegges på en forsvarlig måte og til at det er tilfredsstillende organisert og samordnet. Videre vil det medvirke til at kommunestyret holder seg orientert om behovet for nye tiltak, sørger for at slike spørsmål blir utredet mv.

12.1.4.2 Nærmere om kompetansebehov og organisering av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Kommunene skal etter loven fremme folkehelse, bidra til å forebygge sykdom, skade og lidelse og bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Selv om ansvaret nå foreslås lagt til kommunen og ikke helsetjenesten, vil det være nødvendig med en nær tilknytning til helsekompetansen som ligger i

de kommunale helse- og omsorgstjenestene og til det erfaringsgrunnlaget som disse tjenestene besitter. Departementet foreslår imidlertid ikke å omtale helse- og omsorgstjenestene i lovteksten generelt.

Kommunen må ha nødvendig folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse til å ivareta sitt ansvar innen folkehelse, herunder myndighetsutøvelse innen miljørettet helsevern.

Regjeringen fremholder i St.meld. nr. 47 (2008-2009) kapittel 7.6.6 at:

”samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene.”

Når det gjelder samfunnsmedisinsk og annen kompetanse som er nødvendig for å ivareta oppgavene, vises det til lovforslaget § 27 og kapittel 18.

Flere høringsinstanser etterlyser som nevnt ovenfor en nærmere organisatorisk avklaring i loven av hvem eller hvilken etat som skal ha forvaltningen av loven i kommunene. Departementet mener utgangspunktet for kommunens vurderinger her må være kommunelovens generelle regler om at administrasjonssjefen må sørge for at noen tildeles oppgaven. Det er imidlertid viktig at det foreligger kommunale vedtak på hvilken del av organisasjonen som faktisk forventes å gjøre oppgavene, ellers vil oppgaveplasseringen bli for utydelig. Departementet har merket seg at kommuner som allerede har et vellykket folkehelsearbeid selv har påpekt fordelene ved å ha en koordinator/kommunelege sentralt plassert i planarbeidet ofte i tilknytning til rådmannens stab, men finner at dette organisatoriske spørsmålet bør overlates kommunene etter en vurdering av den kompetanse den disponerer og øvrige organisering. En tydelig oppgave og ansvars plassering vil også motvirke faren for at folkehelseoppgavene faller mellom flere stoler slik noen frykter. Det vises for øvrig til kapittel 18 om nødvendig kompetanse i kommunen.

Departementet finner heller ikke grunn til å foreslå en bestemmelse om plikt for kommunen til å samordne gjennomføringen av folkehelsearbeidet i kommunen. Den samordningsplikten for fylkeskommunen som foreslås i § 20 annet ledd og som enkelte høringsinstanser viser til som en modell, er heller ikke en bestemmelse om fylkeskommunens interne samordning, men retter seg mot samordning kommunene i mellom. Det vil

være opp til kommunen selv å bestemme hvordan de ulike sektorene i kommunen skal samordnes.

12.1.4.3 *Kommunens medvirkning til andre myndigheters folkehelsearbeid og samarbeid med frivillig sektor*

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 annet ledd skal kommunehelsetjenesten medvirke til at andre kommunale sektorer tar helsehensyn. Ved at ansvaret som sådan foreslås lagt til kommunen, foreslås denne medvirkningsoppgaven overfor andre kommunale sektorer ikke videreført i lovforslaget. Det er kommunens ledelse som er ansvarlig for at helsehensyn blir ivaretatt, og i praksis vil dette forutsette at det legges til rette for at den instans som ivaretar oppgavene etter folkehelseloven, også medvirker til at andre deler av kommunen ivaretar innbyggernes helse. Helse- og omsorgstjenesten sitter med en spesiell kompetanse, blant annet om helseutfordringer, risikovurderinger, kunnskap om effektive tiltak mv. Blant annet er det viktig at helse- og omsorgstjenesten eller personell med helsekompetanse deltar i planforum, bidrar til å legge premisser i program for konsekvensvurderinger mv.

Når det gjelder ansvar for å gi råd, samarbeide og medvirke til at andre (enn kommunen) ivaretar helsemessige hensyn, blir denne oppgaven videreført i § 4 tredje ledd. Det innebærer at kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av næringsliv, fylkeskommune, fylkesmann og andre statlige instanser (for eksempel Statens vegvesen, Norges vassdrags- og energidirektorat mv.). Den instans i kommunen som ivaretar folkehelseoppgavene, vil blant annet ut fra lokalkunnskap og oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ha kunnskap om utfordringsbildet og konsekvenser av ulike handlingsalternativer som er nødvendig beslutningsgrunnlag for andre myndigheter.

Når det gjelder samarbeidet med frivillig sektor er departementet enig med høringsinstansene i at den formuleringen som ble sendt på høring, bør endres for bedre å reflektere de reelle samarbeidsforholdene mellom kommunene og frivillige organisasjoner. Departementet foreslår derfor at det fremkommer i lovteksten at kommunene bør legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og andre aktører. Dette kan for eksempel skje gjennom partnerskap.

12.2 Fylkeskommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

12.2.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunenes ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet er i dag forankret i to lover; lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og tannhelsetjenesteloven.

Bakgrunnen for loven om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet var kommunal- og forvaltningskomiteens flertallsmerknad ved behandlingen av St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*. Etter § 1 består fylkeskommunens ansvar i at den 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.

Opgavene er nærmere konkretisert i § 3 om at fylkeskommunene skal fremme folkehelse innen de oppgaver fylkeskommunen er tillagt, som tjenesteyting, forvaltning og planlegging, samt ha ansvar for at folkehelse ivaretas i regional utvikling. Bestemmelsen lovfestet prinsippet om "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies) innenfor fylkeskommunen. Det innebærer at fylkeskommunene skal fremme folkehelse og vurdere helsekonsekvenser i sin ordinære virksomhet, for eksempel som ansvarlig for videregående opplæring, kultur mv. Dette er arenaer som er viktige i folkehelsearbeidet. For eksempel er utdanning og utdanningsnivå i seg selv en påvirkningsfaktor for helse. Tiltak for å forhindre frafall i videregående opplæring er blant annet viktig for utjevning av sosiale forskjeller og helseforskjeller.

Fylkeskommunenes ansvar styrker folkehelsearbeidet, blant annet ved at det løftes inn i de virkemidlene fylkeskommunen allerede har og som ble styrket gjennom den nye plan- og bygningsloven som trådte i kraft 1. juli 2009. Folkehelsearbeidet skal ivaretas og vektlegges i fylkeskommunens egen politikktutforming og i styring og drift av egen virksomhet og planlegging; i den offentlige tannhelsetjenesten, videregående opplæring, miljø og friluftsliv, kultur og idrett, samferdsel og trafikksikkerhet mv.

Det følger videre av lov om fylkeskommunens ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet § 3 at fylkeskommunen skal vurdere, være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven § 1-2 i tillegg til å fremme tannhelsen i befolkningen, sørge for nødvendig forebygging og behandling og drive opplysningsvirksomhet for bedre tannhelse. At fylkeskommunen i folkehelseloven for fylkeskommunene § 3 har ansvar for å fremme folkehelse innen de oppgaver den er tillagt, herunder den offentlige tannhelsetjenesten, gir gode forutsetninger for å dra nytte av den kompetansen og det erfaringsgrunnlaget tannhelsetjenesten besitter. Folkehelsearbeid på tannhelseområdet har videre en spesielt nær sammenheng med blant annet ernæringsområdet.

En bakgrunn for lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet var å lovfeste fylkeskommunens rolle som samfunnsutvikler gjennom å bygge allianser med ulike aktører og sektorer og ta lederskap for å få til et "helhetsgrep" på utviklingen i fylket. Loven trådte i kraft samtidig med forvaltningsreformen der fylkeskommunen også ble tillagt flere oppgaver, blant annet virkemidler gjennom plan- og bygningsloven for å styrke regional samordning.

12.2.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslår i høringsnotatet å videreføre lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet i et eget i kapittel i folkehelseloven. Lovens § 1 gjenfinnes imidlertid ikke i kapittel, 4 men i lovforslaget § 1 som formålsbestemmelse for hele folkehelseloven.

Dagens fylkeskommunale folkehelselov § 3 er foreslått tatt inn i lovforslaget § 20 som viderefører fylkeskommunens rolle og ansvar i folkehelsearbeidet. Bestemmelsen formaliserer prinsippet om "helse i alt vi gjør" ved at fylkeskommunene skal fremme folkehelse innen de oppgaver fylkeskommunen er tillagt og iverksette tiltak for å møte fylkets helseutfordringer. Dette skal skje blant annet gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak.

Bestemmelsene som retter seg mot fylkeskommunene er harmonisert med bestemmelsene som retter seg mot kommunene og statlige helsemyndigheter. Dette innebærer blant annet at på samme måte som for kommunene, foreslås at en drøfting av fylkets helseutfordringer skal inngå i regional planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1. Videre er det tydeliggjort at i fylkeskommunens arbeid med å fremme folkehelse kan det iverksettes tiltak som kan møte regionale helseutfordringer.

Loven forankrer fylkeskommunens pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og partnerskap, i tillegg til understøttelse av kommunenes arbeid. I den forsterkede rollen som regional utviklingsaktør og planmyndighet etter plan- og bygningsloven, er det en forventning om at fylkeskommunene tar grep om folkehelsearbeidet i fylket i samarbeid med kommunene og relevante aktører i fylket som regionale statsetater, næringslivet, høgskole- og kunnskapsmiljøer, frivillige organisasjoner mv.

12.2.3 Høringsinstansenes syn

Flertallet av høringsinstansene slutter seg til forslaget til videreføring av fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid fra dagens fylkeskommunale lov med de tilpasninger som er nødvendig ut fra hensynet til den nye lovens struktur. *Flatanger kommune* mener fylkeskommunens ansvar for samarbeid bør forsterkes i § 20:

"Årsak til et slikt ønske er at det i dag er store forskjeller på samarbeid over fylkesgrensene. Det er uten tvil en gevinst for små kommuner som er naboer over en fylkesgrense at gode tiltak som iverksettes hos naboen også kan innføres i egen kommune".

Lillesand kommune mener ansvaret bør konkretiseres:

"I kapittel 4 § 20 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse er det ønskelig å få en mer konkret beskrivelse av fylkeskommunens oppgaver med å "understøtte" kommunen i folkehelsearbeidet. Begrepet "understøtte" er ullent. Det kunne være ønskelig å gi fylkeskommunen ansvar for/legge til rette for fagutvikling, for eksempel igjennom å tilby kompetanseutvikling innen epidemiologi og annen kompetanse som folkehelsearbeidet vil kreve. Fylkeskommunen kunne legge til rette arenaer for forskning og utvikling i arbeidet med å identifisere helseutfordringer."

Miljøverndepartementet slutter seg til den rollen fylkeskommunene er tiltenkt i folkehelsearbeidet og påpeker at fylkeskommunens hovedoppgaver innen friluftsliv blant annet er å ivareta friluftinteressene i fylkes- og kommuneplanleggingen, og stimulere fylkets innbyggere til å drive miljøvennlig friluftaktivitet.

12.2.4 Departementets vurderinger

Bakgrunnen for loven om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet var kommunal- og forvaltningskomiteens flertallsmerknad ved behandlingen av St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn - regional framtid*. Da lovforslaget var på høring vinteren 2009, ga flere kommuner, fylkeskommuner og KS uttrykk for at lovforslaget ikke var omfattende nok, og at en folkehelselov burde omfatte alle forvaltningsnivåer. Det vises til Ot. prp. nr. 73 (2008-2009) kapittel 4.3. Det varsles der en oppfølging i forbindelse med samhandlingsreformen.

En bakgrunn for lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet var å lovfeste fylkeskommunens rolle som samfunnsutvikler gjennom å 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 sektorovergrepene. En bredere oppgaveportefølje i fylkeskommunen etter forvaltningsreformen gir muligheter for en mer helhetlig tilnærming til regionale utfordringer. Planstrategien skal gi en felles beskrivelse av utfordringene i et fylke og hvilke planleggingsoppgaver som bør gjennomføres. Planstrategien skal samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes interesser. Ved innføring av planstrategi vil også kommunene få bedre muligheter til å delta i drøftinger om premissene for den regionale planleggingen, herunder valg av innsatsområder, organisering av arbeidet mv. I tillegg framheves fylkeskommunens veilederansvar etter plan- og bygningsloven overfor kommunene i rollen som både samfunnsutvikler og velferdsprodusent.

Departementet foreslår å videreføre lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som et kapittel i forslaget til ny folkehelselov. Lovens § 1 gjenfinnes i lovforslaget § 1, men omformulert som en formålsbestemmelse for hele folkehelseloven. Denne omskrivningen innebærer ingen realitetsendring med hensyn til innholdet av bestemmelsen for fylkeskommunen.

Lovforslagets § 20 tilsvarende dagens fylkeskommunale folkehelselov § 3. Det følger av bestemmelsen at fylkeskommunene har en rolle og et ansvar i folkehelsearbeidet. Bestemmelsen formaliserer prinsippet om "helse i alt vi gjør" ved at fylkeskommunene skal fremme folkehelse innen de oppgaver fylkeskommunen er tillagt og iverksette tiltak for å møte fylkets helseutfordringer. Dette

skal skje blant annet gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak. Endringer fra dagens fylkeskommunale folkehelselov er at det er tydeliggjort at fylkeskommunen må legge fylkets folkehelseutfordringer til grunn for sitt folkehelsearbeid, samt at det kan være aktuelt med egne folkehelseaktiviteter/tiltak for å møte disse utfordringene.

Bestemmelsens annet ledd forankrer fylkeskommunens rolle med hensyn til å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Forslaget til bestemmelse er noe endret fra høringsnotatets forslag, blant annet for å tydeliggjøre hva som menes med begrepet "understøtte". Det ligger i dette at fylkeskommunens skal ha en aktiv rolle i sin samhandling med kommunene. Dette innebærer for det første at fylkeskommunen skal bistå kommunene med datagrunnlag, jf. fylkeskommunens plikt til å ha oversikt i § 21 og § 5 første ledd bokstav a der det fremgår at kommunene skal bygge sin oversikt også på informasjon fra fylkeskommunen. Videre fastsetter annet ledd en pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet for fylkeskommunen for eksempel gjennom etablering av partnerskap.

I den forsterkede rollen som regional utviklingsaktør og planmyndighet etter plan- og bygningsloven, er det en forventning om at fylkeskommunene tar grep om folkehelsearbeidet i fylket i samarbeid med kommunene og relevante aktører i fylket som regionale statsetater, næringslivet, høgskole- og kunnskapsmiljøer, frivillige organisasjoner mv. Ytterligere innhold til hvilke måter fylkeskommunen kan understøtte kommunene på vil kunne fremgå av det veiledningsmateriale som vil bli utarbeidet av blant annet Helsedirektoratet.

12.3 Statlige helsemyndigheters oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

12.3.1 Beskrivelse av oppgaver og ansvar i dag

Med unntak av smittevernfeltet som er regulert gjennom smittevernloven er det i dag ingen lovbestemmelser om statlige myndigheter eller fageters ansvar og oppgaver i det generelle folkehelsearbeidet. Flere etater spiller en viktig rolle innen folkehelsearbeidet. Nedenfor omtales sentrale statlige funksjoner i forhold til folkehelsearbeidet.

12.3.1.1 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har også oppgaver fra Kommunal- og regionaldepartementet. Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet i tillegg til å være regelverksforvalter og iverksetter av vedtatt politikk på området. Rollen som fagorgan innebærer å:

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen, samt å følge med på utviklingen i helsetjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen.
- Sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.
- Være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media kan henvende seg til.

Helsedirektoratets ansvar på folkehelseområdet innebærer blant annet å følge med på både overvåking, forskning og evaluering. Imidlertid vil direktoratet som oftest opptre som bruker og/eller viderefremidler av slik kunnskap som er brakt til veie av andre institusjoner. En viktig del av Helsedirektoratets rolle i det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet består i å bestille og skaffe til veie den kunnskapen som er nødvendig i en gitt sammenheng. En annen viktig del er å tilrettelegge kunnskapen for myndigheter og andre brukere i forhold til deres ønsker og behov.

Helsedirektoratet drifter nettstedet kommunehelseprofiler.no, som er et samarbeid mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet. På nettstedet presenteres data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data og data om tjenester i norske kommuner. På kommunehelseprofiler.no ligger et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med data på kommunenivå.

Helsedirektoratet gir i det årlige fellesrundskriv til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og fylkeskommunene signaler om nasjonale mål og hovedprioriteringer.

De regionale kompetansesentrene på rusområdet har blant annet som oppgave å stimulere til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene.

Sentrene får årlig tildelingsbrev gjennom Helsedirektoratet. I Prop. 1 S (2010-2011) går det fram at sentrene skal prioritere innsats i samsvar med St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, noe som innebærer en tydelig innsats for å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene, både i forhold til forebyggende arbeid og oppfølging av personer med behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

12.3.1.2 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt er en kompetanseinstitusjon på folkehelse med myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og publikum som målgruppe. Folkehelseinstituttet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet har følgende hovedmål:

- Helseovervåking: God oversikt over befolkningens helse
- Forskning: Best mulig kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse
- Forebygging: God beredskap, råd og tjenester av høy kvalitet

Folkehelseinstituttets kjerneoppgave i folkehelsearbeidet har siden opprettelsen i 1929 vært å ha oversikt over befolkningens helse. Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig for de fleste sentrale epidemiologiske helseregistrene. I tillegg har instituttet hele tiden drevet årsaksforskning på det man til enhver tid har oppfattet som de viktigste faktorene som påvirker befolkningens helse. Dette har skiftet gjennom historien; fra begynnelsen stod infeksjonssykdommer i fokus, mens opp gjennom årene har andre områder fått økende betydning. Det gjelder for eksempel miljømedisin, samfunnsmedisin, psykisk helse, sosiale miljøfaktorer, levevaner og retts toksikologi. Folkehelseinstituttet produserer kunnskap både om utbredelse og årsaker til sykdom.

Folkehelseinstituttet har en bred oppgaveportefølje som inkluderer blant annet kartlegging og årsaksanalyser på rusfeltet, herunder toksikologisk rettet arbeid. Folkehelseinstituttet har også fått i oppdrag å utarbeide mulighetene for sentral registrering av tannhelsesdata fra elektroniske pasientjournaler og å gjennomføre en pilotundersøkelse fra et utvalg tannklinikker.

Folkehelseinstituttets ansvar og oppgaver på smittevernområdet er regulert i smittevernloven med tilhørende forskrifter, men for øvrig er ikke instituttets oppgaver på folkehelseområdet fastsatt i lovs form.

12.3.1.3 Statens institutt for rusmiddelforskning

Statens institutt for rusmiddelforskning har, i tillegg til sine forskningsoppgaver, ansvar for dokumentasjon, formidling og faktainformasjon på rusmiddelområdet. Som ledd i dette, har instituttet et nasjonalt kompetansebibliotek for rusmiddel-spørsmål.

12.3.1.4 Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket

Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for tilsyn med helsetjenesten, herunder kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med helsetjeneste og helsepersonell i fylket med hjemmel i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten herunder med at forebyggende helsetjenester utøves faglig forsvarlig. Helsetilsynet i fylket, som faglig er en del av Statens helsetilsyn, er organisatorisk en del av fylkesmannsembetet. Helsetilsynet i fylket skal i følge tilsynsloven føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Tilsynet innebærer blant annet å se til at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak følger opp sine forpliktelser etter helseovgivningen til forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid.

12.3.1.5 Mattilsynet

Arbeid for trygt drikkevann og trygg mat er også en del av folkehelsearbeidet. Det er Mattilsynet som har ansvaret for dette arbeidet, med Helse- og omsorgsdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet og Landbruks- og matdepartementet som ansvarlige departement. Også kommunen har ansvar og oppgaver innen vann og vannforsyning, se kapittel 15 om miljørettet helsevern.

Hensynet til befolkningens helse skal alltid komme først i henhold til matloven. Det er viktig at foredling og omsetning av mat skal foregå på helsemessig forsvarlig vis. Drikkevann som ikke oppfyller kravene, er stadig en viktig årsak til sykdom. Virksomhetene har som ansvar å sikre at drikkevannet er trygt. Mattilsynet fører tilsyn med at drikkevann er trygt. Mattilsynet har en viktig rolle i arbeidet med oppklaring av sykdom som skyldes matsmitte sammen med kommunelegen og Folkehelseinstituttet.

Ernæringsarbeidet er i hovedsak et ansvar for Helsedirektoratet. Mattilsynet har likevel en viktig rolle, særlig når det gjelder merking av matva-

rer, blant annet med hensyn til næringsinnhold, ernærings- og helsepåstander, sunnhetsmerking (nøkkelhull). Mattilsynet har en viktig rolle også i utvikling av regelverk på ernæringsområdet, som for eksempel morsmelkerstatninger og særskilte produkter til ernæringsmessige formål som for eksempel vektreduksjon, kosttilskudd og beriking av matvarer.

12.3.1.6 Statens strålevern

Statens strålevern er fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Strålevernet ivaretar befolkningens helse, blant annet ved at Strålevernet har forvaltnings- og tilsynsansvar med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning og med de to forskningsreaktorene i Norge.

Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Strålevernet arbeider for å sikre at strålevernet blir tilfredsstillende ivaretatt for personer som blir eksponert gjennom sitt arbeid og pasienter som eksponeres som følge av medisinske undersøkelser og behandlinger. Strålevernet arbeider også for å redusere eksponering for naturlige strålekilder.

Strålevernet vil blant annet kunne bistå kommunene med fagkompetanse på radon i eksisterende bygninger og ubebygde områder, tilsyn med solarier, plan og bygningsmyndighetenes arbeid med arealplaner og byggesaker, samt basestasjoner/høyspentanlegg med mer.

Den nasjonale atomberedskapen ledes av Strålevernet, som også innehar sekretariat og operasjonslokaler.

12.3.1.7 Fylkesmannen

Fylkesmannen er nasjonale myndigheters representant for å iverksette statlig politikk i kommunene, herunder folkehelsepolitikken. Fylkesmannen formidler, tilpasser og iverksetter statlig politikk og nasjonale mål og ivaretar en rekke oppgaver knyttet til kontroll og rettssikkerhet. Fylkesmannen har en koordinerende funksjon overfor andre regionale statlige organer. Fylkesmannen skal også fremme fylkets interesser overfor sentrale myndigheter.

Embetsoppdrag og tildelingsbrev inneholder oppdrag til Fylkesmannen om å formidle og iverksette nasjonal politikk. På vegne av Helsedirektoratet ivaretar Fylkesmannen oppgaver på folkehelseområdet. Men embetet har også oppdrag fra en rekke andre direktorater og departement som er

nært tilknyttet folkehelse. Det gjelder blant annet oppgaver knyttet til planarbeid, miljøvern, barnevern, arbeid og velferd for NAV, utdanning, beredskap og landbruk.

Fylkesmannen har personell med helsefaglig bakgrunn. Fra 1999 ble det i statsbudsjettet bevilget midler til en stilling som folkehelserådgiver hos alle fylkesleger/fylkesmenn. Folkehelserådgiveren har en koordinatorfunksjon for å ivareta folkehelseperspektivet innenfor fylkesmannens ulike virksomhetsfelt. Arbeidsmåten er i stor grad basert på nettverksbygging internt i embetet, overfor offentlige organer som for eksempel andre regionale statsetater og fylkeskommunen, overfor private og frivillige aktører, samt overfor media.

Sentrale oppgaver for fylkesmannen på folkehelseområdet er å formidle og iverksette nasjonal politikk, yte faglig støtte til lokalt og regionalt folkehelsearbeid, ivareta folkehelseperspektivet i regional statsforvaltning og å delta i regionale folkehelsepartnerskap.

Fylkesmannens oppgaver på folkehelseområdet følger av tre definerte roller. Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal som *fagorgan* systematisk følge med og overvåke situasjon og utviklingstrekk i fylket, blant annet når det gjelder folkehelse. Informasjon som samles inn, legges til grunn for tilstandsvurderinger og rådgivningsvirksomhet innen eget fylke. Fylkesmannen har ved sin helsefaglige kompetanse en oppgave i å gi helsefaglige råd til andre regionale og lokale aktører i folkehelsearbeidet. Informasjon om situasjonen i fylket videreformidles gjennom rapportering til sentrale myndigheter. Etter tilsynsloven har Helsetilsynet i fylket en plikt til å holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse. Dette skjer blant annet i årlige ”medisinalmeldinger”.

Fylkesmannen er også *iverksettingsorgan*. Embetsoppdrag og tildelingsbrev inneholder oppdrag til Fylkesmannen om å formidle og iverksette nasjonal politikk. Slike oppdrag kan for eksempel være gjennomføring av nasjonale handlingsplaner og fordeling av statlige tilskuddsmidler.

Fylkesmannen er videre delegert myndighet til å *fortolke regelverket*, herunder å behandle klager over offentlige vedtak innen en rekke felt. En del av disse sakene kan ha direkte eller indirekte konsekvenser for folkehelse, for eksempel innen miljøvern, i plan- og byggesaker, sosiale tjenester og pasientrettigheter. Dersom fylkesmannen finner at sentrale føringer ikke blir ivare tatt forsvarlig i regionale og kommunale planer, kan det med

hjemmel i plan- og bygningsloven reises formell innvending mot regional plan eller innsigelse mot bindende arealplan. Videre er fylkesmannen klageinstans for kommunale vedtak etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a om miljørettet helsevern og etter alkoholloven.

Helsetilsynet i fylket, som faglig er en del av Statens helsetilsyn, er organisatorisk en del av fylkesmannsembetet. Tilsynet innebærer blant annet å se til at kommuner, fylkeskommune og helseforetak følger opp sine forpliktelser etter helselovgivningen til forebyggende helsetjenester og annet folkehelsearbeid.

12.3.1.8 Helseforetakene

I lov om spesialisthelsetjenester fremgår det av formålparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. I forarbeidene til loven, Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), ble forebyggende og helsefremmende arbeid fremhevet som en del av lovens virkeområde, selv om dette ikke er spesifikt tatt opp i lovens oppgavekapittel:

”[...] helsetjenesten skal ikke være uavhengig av helsetilstanden i befolkningen. Forståelse for slike sammenhenger er av betydning både for dimensjonering, prioritering og allmenn ressursforvaltning i helsesektoren. Helseforetakene bør derfor forvalte kompetanse som også ivaretar samfunnsmedisinske problemstillinger. Et bedre fokus på helseatferd, risikofaktorer, epidemiologi og forebygging bør integreres sterkere i helsetjenesten og bygge på dokumentasjon av status for befolkningen i de ulike helseregionene.” (side 34).

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 er sykehuse-nes lovpålagte oppgaver pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Sekundærforebygging kan sies å inngå i pasientopplæringen.

12.3.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslår i høringsnotatet å lovfeste fylkesmennenes, Helsedirektoratets og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave med å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet. Dette er oppgaver som i dag tilligger de ulike etatene, men som ikke er lovfestet.

Med lovforslaget vil ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune bli tydeligere, blant annet vil det klargjøre hva kommuner

og fylkeskommuner kan forvente fra statlige helsemyndigheter. At loven retter seg mot de tre forvaltningsnivåene er videre et virkemiddel for et helhetlig og samordnet folkehelsearbeid på tvers av forvaltningsnivåer.

Det foreslås i høringsnotatet at de oppgaver fylkesmannen allerede utfører i dag innen folkehelsearbeid, formaliseres i form av et ansvar for fylkesmannen til å gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner om deres folkehelsearbeid. Det vises til omtalen av oppgavene fylkesmannen har i dag under gjeldende rett. Departementet foreslår videre å lovfeste fylkesmannens rolle i beredskapsarbeidet. Dette er nærmere drøftet i kapittel 16 om beredskap.

Helsedirektoratets rolle som fag- og forvaltningsorgan gir viktig kunnskap om forhold i norske kommuner og fylkeskommuner. Departementet foreslår derfor i høringsnotatet å lovfeste Helsedirektoratets rolle som iverksetter av nasjonal politikk på folkehelseområdet, slik den er beskrevet under gjeldende rett. En sentral rolle for direktoratet vil være som pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Videre vil direktoratet ha en viktig rolle som bidragsyter til de data/nøkkelindikatorer som gjøres tilgjengelig for kommunesektoren fra Folkehelseinstituttet, og som veiledningsinstans i forhold til den videre bruken av disse dataene lokalt og regionalt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har som oppgave å ha den nasjonale oversikten over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer (biologiske, kjemiske, fysiske, og sosiale miljøfaktorer), samt forskning på årsakssammenhenger. Dette bør være en sentral oppgave for Folkehelseinstituttet også i fremtiden. Denne aktiviteten gir et godt grunnlag for å bistå kommunene med relevante helsedata. Departementet foreslår derfor i høringsnotatet at Folkehelseinstituttet får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommuner og fylkeskommuner i den forbindelse. Departementet foreslår videre å lovfeste Folkehelseinstituttets rolle i beredskapsarbeidet, se nærmere omtale i kapittel 16.

12.3.3 Høringsinstansenes syn

Som nevnt i kapittel 10 om virkeområde er det mange høringsinstanser som etterlyser en nærmere lovfesting av statlige myndigheters oppga-

ver innen folkehelsearbeidet generelt og ikke bare oppgavene til statlige helsemyndigheter. Det vises nærmere til disse høringsuttalelsene og departementets vurderinger av spørsmålet om lovens virkeområde på statlig nivå, se kapittel 10.

Enkelte høringsuttalelser påpeker at helseforetakene burde vært forpliktet i loven. *Lillesand kommune* skriver:

”Det er helt vesentlig at helseforetakene forpliktes som aktør i samarbeidet om folkehelse. De er vesentlige premissleverandører som må levere informasjon til pasientregistrene (for eksempel lokal kunnskap om skadeforhold og forekomst til skaderegisteret) som er av stor betydning for at kommunen skal få oversikt over helsetilstanden”

Fredrikstad kommune mener RHF'ene også bør være en partner for å fremstille relevant regional statistikk. *Fylkesmannen i Vest-Agder* og *Kristiansand kommune* mener også at helseforetakenes rolle må omtales. *Norsk Psykiatrisk forening* mener at de regionale helseforetakene må få et tydeligere ansvar i loven da de kan bidra med kunnskap.

Fylkesmannen i Vest-Agder foreslår at ordlyden i bestemmelsen om fylkesmannens ansvar presiseres slik at det kommer inn i bestemmelsen at fylkesmannen skal legge særlig vekt på helsetenkning på tvers av ulike samfunnssektorer. *Fylkesmannen i Troms* mener Fylkesmannens ansvar er for kortfattet beskrevet og ikke reflekterer bredden i oppdraget Fylkesmannen i varetar på folkehelsefeltet.

Flere kommuner (blant annet *Fyresdal*, *Meråker*, *Nome*, *Seljord*, *Stokke*, *Tinn* og *Tydal kommuner*), samt *KS Nord-Norge* påpeker at fylkeskommunen bør nevnes sammen med de øvrige institusjonene som Nasjonalt folkehelseinstitutt får bistandsplikt overfor, og ber om at det tas inn.

Helsedirektoratet mener det er viktig å tydeliggjøre direktoratets tradisjonelle ”følge med” rolle i loven og at det er uheldig at det samme begrepet brukes om Folkehelseinstituttets overvåkingsoppgaver. Direktoratet mener også det er nødvendig å kvalifisere hva som ligger i å gi bistand, råd og informasjon.

12.3.4 Departementets vurderinger

Departementet foreslår å lovfeste fylkesmennenes, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver med hensyn til å bistå kommunesektoren i folkehelsearbeidet. Departementet fin-

ner imidlertid etter høringsrunden også grunn til å lovfeste en prinsippbestemmelse om statlige myndigheters ansvar for å ivareta folkehelse i sin alminnelighet. Det vises til nærmere omtale i kapittel 10. Departementet foreslår videre i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 43 endringer i spesialisthelsetjenesteloven som blant annet tydeliggjør helseforetakenes rolle i folkehelsearbeidet.

Det ansvar og de oppgaver som statlige helsemyndigheter, og da spesielt Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmannen har på folkehelseområdet, er i hovedsak ikke regulert ved lov. Mattilsynets og Statens stråleverns oppgaver er i noe større grad lovfestet gjennom matloven og strålevernloven. Oppgavene for statlige etater konkretiseres i årlige statsbudsjetter og i de årlige tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (Mattilsynet får sitt tildelingsbrev fra Landbruks- og matdepartementet). Departementet vil presisere at lovfesting av fylkesmennenes, Helsedirektoratets og Nasjonalt folkehelseinstituttts oppgaver ikke får konsekvenser for ansvarsområdene til øvrige statlige myndigheter. Lovfestingen innebærer en tydeliggjøring av enkelte instansers ansvar, spesielt overfor kommunene, men kan ikke ses på som en uttømmende regulering av hvilke instanser som gjennom sine oppgaver skal bistå folkehelsearbeidet i kommunene og øvrige forvaltningsnivåer.

En lovfesting av statlige helsemyndigheters oppgave i å bistå kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet vil innebære en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom stat og kommune og klargjøre hva kommuner og fylkeskommuner kan forvente av disse statlige myndighetene. Dette er et virkemiddel for et helhetlig og samordnet folkehelsearbeid på tvers av forvaltningsnivåer. Det vises blant annet til at loven har som formål å sikre en samordning av folkehelsearbeidet, jf. formålsbestemmelsen i § 1 annet ledd.

12.3.4.1 *Generelt om statlige myndigheters rolle i folkehelsearbeidet*

Statlige myndigheter, også utenfor helsesektoren, har en rolle i folkehelsearbeidet. Eksempler som kan nevnes er Kunnskapsdepartementets rolle i forhold til spørsmål knyttet til helse og utdanning, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementets rolle i forhold blant annet barnevern og barns oppvekstvilkår, samt Miljøverndepartementets rolle i forhold til forurensning, friluftsliv, planlegging mv. Videre kan en peke på at statlig nivå råder over en rekke virkemidler som prispoli-

tikk, produktregulering, tilgjengelighetsregulering og reklameforbud som har vist seg å ha god effekt i folkehelsesammenheng.

Departementet har i utgangspunktet vektlagt at folkehelsearbeidet på statlig nivå i likhet med annet arbeid i departementene og direktoratene, hovedsakelig gjennomføres med andre virkemidler enn lovregulering (budsjettproposisjoner, tildelingsbrev, instruksjoner, handlingsplaner med mer). Departementenes virksomhet reguleres dessuten av utredningsinstruksen som blant annet sier at "konsekvenser for befolkningens helse" skal utredes der det er relevant.

Departementet har likevel ut fra et helhetsperspektiv kommet til at prinsippet om alle statlige sektors deltakelse i folkehelsearbeidet bør få et uttrykk i folkehelseloven. Statlig myndigheters ansvar i folkehelsearbeidet er derfor foreslått regulert som en prinsippbestemmelse i § 22. Dette vil særlig ha betydning i forhold til å understreke at det er de samme prinsipper for godt folkehelsearbeid som gjelder på alle nivåer. Den mer konkrete reguleringen av statlige myndigheter vil rette seg mot statlige helsemyndighetenes innsats for å bidra til og understøtte kommunesektoren i dens operative arbeid. Prinsippbestemmelsen er nærmere omtalt i kapittel 10.4.2.

12.3.4.2 *Særlig om spesialisthelsetjenestens rolle i forebygging og folkehelsearbeid*

Spesialisthelsetjenesten har tre roller i forebygging som grenser til og delvis griper inn i folkehelsearbeid.

1. *Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten*

Sykehusenes kontakt med mennesker som har et helseproblem, gir dem en sentral posisjon i forhold til å kunne informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling. Ofte vil dette arbeidet dreie seg om sekundær- og tertiærforebyggende arbeid som ikke er en del av folkehelsearbeidet, men hvor mestring og fremming av helse er sentralt. Arbeidet grenser derfor opp til folkehelsearbeid.

2. *Overvåking av sykdom og risikoforhold*

Det ligger store muligheter for iverksetting av tiltak i folkehelsearbeidet basert på datamaterialet fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og fra Norsk pasientregister (NPR). Å bidra til kunnskap som kan gi grunnlag for forebygging av ulykker og skader er

et av formålene for NPR. Statistikk fra registrene kan brukes til forebyggende tiltak. Også mer erfaringsbasert/løpende kunnskap fra spesialisthelsetjenesten vil være viktig i folkehelsearbeidet. For eksempel var det Sykehuset Østfold HF som varslet om legionellautbruddet i Sarpsborg i 2005.

3. Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak

En del av veiledningen og samarbeidet med kommunene vil være knyttet til enkeltpasienter eller dreie seg om sekundær- eller tertiærforebyggende arbeid som faller utenfor folkehelsearbeidets ramme, men spesialisthelsetjenesten bør også ha kompetanse på og gi råd vedrørende miljø- og grupperettede tiltak. Samarbeid om ulykkesforebygging i Harstad er et godt eksempel på dette. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren er også en del av dette arbeidet. Videre kan spesialister være nyttige rådgivere i saker kommunens miljørettede helsevern arbeider med når det gjelder støy, inneklima og ulykker. Foretakene har også egne miljøer, som for eksempel arbeids- og miljømedisinske avdelinger, som kan være faglige rådgivere overfor miljørettet folkehelsearbeid i kommunene.

Særlig på bakgrunn av punktene 2 og 3 ovenfor, finner departementet at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene og institusjoner som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. En endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a er foreslått i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

12.3.4.3 Særlig om fylkesmannens oppgaver

Utgangspunktet for fylkesmannens oppgaver etter forslaget til folkehelselov er at embetet skal arbeide for at Stortingets og Regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp også for folkehelse.

Sentrale oppgaver for fylkesmannen på folkehelseområdet er å formidle og iverksette nasjonal politikk, yte faglig støtte til lokalt og regionalt folkehelsearbeid og ivareta folkehelseperspektivet i regional stat. Folkehelserådgiveren vil ha en koordinatorfunksjon for å ivareta folkehelseperspektivet innenfor fylkesmannens ulike virksomhetsfelt. Blant annet også ved vurdering av kommune- og fylkesplaner.

Med utgangspunkt i de oppgaver fylkesmannen allerede utfører i dag innen folkehelsearbeid, foreslår departementet at denne rollen formaliseres i form av et ansvar for fylkesmannen til å gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid. På folkehelseområdet innebærer fagrollen å være pådriver for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Dette skal skje blant annet gjennom formidling av råd og veiledning om nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, herunder effektive strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Veiledning kan gjøres på oppdrag fra statlige myndigheter eller på eget initiativ. Bestemmelsen er endret fra høringen for å tydeliggjøre rollen som formidler av kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Fylkesmannen får videre en samordningsrolle som innebærer samordning av både de statlige styringssignalene overfor kommunesektoren, og egen virksomhet. Å ivareta folkehelsehensyn vil være viktig innenfor alle sektorene hvor fylkesmannsembetene er myndighet.

Enkelte høringsinstanser har etterlyst en nærmere avklaring mellom fylkeskommunens og fylkesmannens rådgivningsoppgaver overfor kommunene. Departementet mener forskjellene i disse rådgivningsoppgavene vil følge av selve grunnlaget for fylkeskommunenes og fylkesmannens rådgivning. Fylkeskommunenes rådgivning vil ha sin bakgrunn i det datatilfang og den oversikt fylkeskommunen skal etablere for sin region. Fylkesmannens rådgivning vil være knyttet til rollen som formidler av nasjonal politikk og et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, altså i hovedsak en forlengelse av Helsedirektoratets rolle. Lovteksten er endret fra høringsnotatet for bedre å reflektere fylkesmannens rolle.

Fylkesmannens rolle i beredskapsarbeidet omtales i kapittel 16, jf. lovforslaget § 28.

12.3.4.4 Særlig om Helsedirektoratets oppgaver

Helsedirektoratets rolle som fag- og forvaltningsorgan gir viktig kunnskap om forhold i norske kommuner og fylkeskommuner. Departementet foreslår å lovfeste Helsedirektoratets rolle som iverksetter av nasjonal politikk på folkehelseområdet, slik den er beskrevet under gjeldende rett.

Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Faglige normer kan gi en indikasjon på hva som er nødvendige tiltak etter folkehelselovens § 7. Det er imidlertid ikke

slik at alle helseutfordringer vil ha tiltak som er dokumentert effektive. Det vises til omtalen i kapittel 14.4.3.

Gjennom rollen som pådriver skal direktoratet blant annet fremskaffe generell, systematisert informasjon, utgi rapporter, veiledere og lignende. Dette kan blant annet skje gjennom å bestille og skaffe til veie den kunnskapen som er nødvendig i en gitt sammenheng. Videre skal direktoratet tilrettelegge kunnskapen for myndigheter og andre brukere.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål er et av flere virkemidler som kan benyttes av direktoratet for å sikre at kunnskap tilrettelegges for kommuner og andre, herunder de regionale helseforetakene.

Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Hensikten med strategien er et mer effektivt folkehelsearbeid, herunder forebyggende helsetjenester, en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet, en hensiktsmessig og effektiv arbeidsfordeling mellom aktørene og en bedre tilrettelegging av kunnskapen sentralt, regionalt og lokalt. Videre skal direktoratet legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak.

Direktoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Dette innebærer blant annet å følge med på forhold som påvirker folkehelsen, samt å følge med på utviklingen i folkehelsearbeid og i helsetjenesten. Dette er en videreføring av oppgaver Helsedirektoratet har i dag. Råd og veiledning overfor kommuner er blant de oppgavene også fylkesmannen utfører på vegne av direktoratet. Direktoratet har for øvrig ønske om at "følge med" rollen skal reflekteres i lovteksten. Departementet er enig i dette og foreslår derfor en tilføyelse om dette i lovteksten i forhold til lovteksten i høringsnotatet.

Direktoratets oppgave med å bidra til Nasjonalt folkehelseinstituttets oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer innebærer å formidle den kunnskap direktoratet har om hvilke typer informasjon som er relevant for kommunenes folkehelsearbeid. Dette vil være med på å danne premisser for de opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommuner gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25. Videre er direktoratet databehandlingsansvarlig for viktige helseregistre som Norsk pasientregister og IPLOS og skal videre

reformidle relevant statistikk til Folkehelseinstituttet i sin utarbeidelse av nøkkeldata.

12.3.4.5 Særlig om Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver

Nasjonalt folkehelseinstitutt overvåker helsetilstanden i befolkningen. I avgrensede prosjekter som for eksempel barnevekst-studien samles inn helsedata og biologiske prøver som benyttes til overvåking og forskning. Folkehelseinstituttet har databehandlingsansvar for de fleste sentrale epidemiologiske helseregistrene, for eksempel Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister og MSIS (Meldesystem for smittsomme sykdommer). Instituttet skal videre drive rådgiving med vekt på formidling av kunnskap basert på egen og andres forskning og helseovervåking. En sentral oppgave for Folkehelseinstituttet også i fremtiden bør være å ha den nasjonale oversikten over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer (biologiske, kjemiske, fysiske, og sosiale miljøfaktorer), samt forskning på årsakssammenhenger. Denne aktiviteten gir et godt grunnlag for å bistå kommunene med relevante helsedata. Departementet foreslår i denne forbindelse å endre lovteksten fra høringsnotatet slik at det fremgår at Folkehelseinstituttet skal overvåke utviklingen av folkehelsen, da dette tydeliggjør oppgaven med å drive helseovervåking og epidemiologisk forskning.

Departementet foreslår at Folkehelseinstituttet får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Disse nøkkeldataene vil være basert på både opplysninger fra registrene som Folkehelseinstituttet har databehandlingsansvaret for, Norsk pasientregister som Helsedirektoratet har ansvaret for, og fra andre registre for eksempel i SSB. Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommuner og fylkeskommuner i den forbindelse. Helsedirektoratet har gjennom sin rolle som iverksetter av nasjonal folkehelsepolitikk kunnskap om hvilke opplysninger som vil være beslutningsrelevant for kommunene, og skal bistå Folkehelseinstituttet.

Departementet foreslår å videreføre forskriftshjemmelen etter den fylkeskommunale folkehelseloven § 4. En slik forskrift bør gi nærmere bestemmelser om oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for kommuner, fylkeskommuner og Nasjonalt folkehelseinstitutt, jf. lovforslaget §§ 5, 21 og 25. Hjemmelen er nærmere begrunnet i Ot.prp. 73 (2008-2009), blant annet med behovet

for å kunne sikre samordning, og dermed mulighet til sammenligninger og erfaringsoverføringer blant annet mellom fylker og over tid.

Departementet foreslår videre å lovfeste Folkehelseinstituttets rolle i beredskapsarbeidet, se nærmere omtale i kapittel 16. Flere høringsinstanser har påpekt at fylkeskommunen mangler i oppstillingen av instanser. Folkehelseinstituttet skal bistå i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Dette er rettet opp i det foreliggende forslaget.

12.4 Krav til kommuner og fylkeskommuner om å føre internkontroll

12.4.1 Gjeldende rett

12.4.1.1 Kommuneloven

Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) fastsetter et generelt krav om det skal sørges for betryggende kontroll av kommunen og fylkeskommunens virksomhet. Kommuneloven § 23 nr. 2 annet punktum lyder:

”Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.”

Kommuneloven bruker ikke begrepet ”internkontroll” og krever ikke særskilte systemer eller aktiviteter, men gir administrasjonssjefen et ansvar for å etablere et system for å sikre betryggende kontroll og å teste at disse systemene faktisk fungerer. Da bestemmelsen ble tatt inn i kommuneloven, ble følgende presisert i Ot.prp. nr 70 (2002-2003):

”Siktemålet er å tydeliggjøre at administrasjonssjefen har et ansvar for å føre kontroll med virksomheten. Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som bl.a skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarelig måte.”

Selv om kravet i § 23 nr. 2 annet punktum prinsipielt dekker hele kommunens virksomhet, er det ikke meningen at det skal etableres et system for alle kommunens oppgaver, men at internkontrollsystemet dimensjoneres og innrettes i forhold til behovet blant annet ut fra en risiko- og sårbarhetsvurdering, jf. begrepet ”betryggende kontroll”.

12.4.1.2 Helselovgivningen

I tillegg til internkontroll etter kommuneloven, har kommunen etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a en plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Det følger videre av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) § 3 en plikt til å:

”etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter”.

I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten som er hjemlet i tilsynsloven, er det gitt nærmere bestemmelser om innholdet i internkontrollen, herunder krav til dokumentasjon og rapportering. Internkontroll er i forskriften § 3 definert som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. I § 4 er det beskrevet nærmere hva dette innebærer, blant annet er dette å ha på plass en klar ansvars- og oppgavefordeling, sørge for kompetente medarbeidere og ha et system som gir nødvendig oversikt over virksomheten for ønsket utvikling og som sikrer at avvik avdekkes og følges opp.

Når det gjelder kommunens tilsyn med miljørettet helsevern etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, innebærer internkontrollkravet etter tilsynsloven § 3 at kommunene må kunne dokumentere at de følger opp sine oppgaver innen miljørettet helsevern på en systematisk måte. Hva dette kan innebære, er redegjort for blant annet i rundskriv IK-12/98 fra Statens helsetilsyn om kommunens systematiske tilsyn med virksomheter. Det vises også til brev til landets kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn fra helse- og omsorgsministeren og kunnskapsministeren av 25. april 2008 som blant annet omhandler kommunens internkontroll og tilsyn med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, hvor de

også i stor grad fører tilsyn med seg selv som eier av skoler og barnehager.

Når kommunen driver slik egen virksomhet som omfattes av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a om miljørettet helsevern, skal det videre foreligge internkontrollsystem for den konkrete virksomheten på samme måte som alle andre som driver slik virksomhet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-1 annet ledd. Dette er en aktørplikt og må ikke forveksles med internkontrollkravet for tilsynsvirksomheten etter tilsynsloven som er en kommuneplikt.

Kravet om internkontroll gjelder også for fylkeskommunenes oppgaver etter tannhelsetjenesteloven.

12.4.2 Høringsnotatets forslag

Departementet mener det er behov for å videreføre kravet til kommunene om å føre internkontroll med at deres plikter på folkehelseområdet overholdes. Det foreslås derfor at det tas inn en egen bestemmelse om internkontroll i forslaget til folkehelselov. Kravet til å føre internkontroll med at kravene overholdes, vil også gjelde for fylkeskommunens folkehelsearbeid. Bestemmelsen er generelt utformet på samme måte som kommuneloven § 23 nr. 2.

Det ligger i internkontrollkravet at kommunen må kunne dokumentere at aktivitetene på folkehelseområdet er i tråd med regelverket, for eksempel at kommunen har tilstrekkelig oversikt over kommunens helseutfordringer i henhold til folkehelseloven § 5. Internkontrollkravet innebærer at kommunen må kunne dokumentere at de har tilstrekkelig styring med aktivitetene knyttet til å møte disse utfordringene. Som nevnt i omtalen av statlig tilsyn i kapittel 20, vil det være aktuelt at tilsynet med folkehelseloven også gjøres i form av systemrevisjon, dvs. med fokus på tilstrekkelig styring med oppfyllelse av bestemmelsene.

Dagens bestemmelser om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a foreslås i høringsnotatet flyttet ”på rot” til lovforslaget kapittel 3. Etter miljørettet helsevernregelverket fører kommunen tilsyn med virksomhet og eiendom i kommunen som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, jf. kapittel 15 om miljørettet helsevern. Departementet foreslår i høringsnotatet lovfestet i internkontrollbestemmelsen et særskilt dokumentasjonskrav for hvordan kommunen utøver sitt tilsynsansvar etter regelverket om miljørettet helsevern. Bakgrunnen for dette er at et av de sentrale fagområdene

er tilsyn med skoler og barnehager, hvilket innebærer at kommunen fører tilsyn med virksomheter og eiendommer som oftest er kommunale. Departementet har en drøftelse av hensiktsmessigheten ved denne organiseringen. Med bakgrunn i erfaringene fra dette tilsynsområdet, foreslås det i høringsnotatet at tilsynet med skoler og barnehager beholdes som en kommunal oppgave, men at det innføres et særskilt dokumentasjonskrav for kommunens tilsyn etter lovforslaget § 9. Spørsmålet drøftes også i kapitlet om miljørettet helsevern.

12.4.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som uttaler seg om kravet til internkontroll. De som uttaler seg er i hovedsak enige i forslaget. Blant annet sier *Fylkesmannen i Rogaland* at:

”det er viktig og logisk at kommunen og fylkeskommunen pålegges internkontrollplikt med sitt folkehelsearbeid.”

Telemark fylkeskommune uttaler:

”Det er framlegg om ein ny bestemmelse om ’at fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne lov overholdes’. I internkontrollkravet ligg at fylkeskommunen må kunne dokumentera at dei har tiltrekkelig oversikt over fylkets helseutfordringar, og at dei har tiltrekkelig styring (helst i form av eit systemtilsyn) med aktivitetane knytt til å møte desse utfordringane. Fylkesrådmannen legger til grunn at dette kan ivaretaast gjennom lovas øvrige krav til drøfting av fylkets helseutfordringar i planstrategien og i oppfølgjande folkehelseplaner kor dette vert konkretisert og fulgd opp, samt gjennom mål og resultatstyring i økonomiplan og årsrapport.”

Ringsaker kommune mener det bør vurderes også å pålegge staten internkontrollkrav.

Statens helsetilsyn mener at dersom tilsynsmyndigheten skal kunne trekke inn et styringsperspektiv (internkontrollfokus) i tilsyn med folkehelsearbeid, må tilsynsobjekt og tilsynsmyndighet gis mulighet til å ha felles oppfatning av hvilke krav som gjelder. Helsetilsynet uttaler:

”Ettersom forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten ikke vil gjelde for folkehelseområdet, jf. utkastet til ny lov, må kravene til

internkontroll i ny folkehelselov operasjonaliseres. Statens helsetilsyn forutsetter at departementet følger opp dette på en måte som tydeliggjør kravene til kommunen og til fylkeskommunen.”

En del høringsinstanser berører spørsmålet om forsterket krav til dokumentasjon når det gjelder kommunens tilsyn med miljørettet helsevern. Spørsmålet er en del av problematikken knyttet til habilitetsutfordringer ved å videreføre tilsyn innen miljørettet helsevern som en kommunal oppgave, og høringsinstansenes syn på dette er mer utdypende referert i kapittel 15.5.4. Blant annet *Forum for miljø og helse* og *Miljørettet helsevern Indre Østfold IKS* uttaler om forslaget til internkontrollbestemmelse at det er svært viktig å tydeliggjøre krav til dokumentasjon på de ulike nivåer.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag påpeker at:

”I kapitlet foreslår man videreføring av ordningen med at kommunene skal føre tilsyn med seg selv. At man blir nødt å dokumentere dette tilsynet avbøter noe på den utfordringen som ligger i at kommunen er sitt eget kontrollorgan.”

12.4.4 Departementets vurderinger

Folkehelseloven vil omfatte og kunne gi føringer for innretningen på aktiviteter i alle kommunens og fylkeskommunens sektorer, og er ikke begrenset til helse- og omsorgstjenestene. Siden folkehelsearbeidet ikke lenger vil være knyttet spesifikt opp mot helsetjenesten som etter dagens kommunehelsetjenestelov, vil lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 om internkontroll ikke lenger gjelde for folkehelsearbeidet. På bakgrunn av dette foreslås å videreføre krav til internkontroll ved en egen bestemmelse i folkehelseloven. Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 med forskrift. Første ledd er en videreføring av gjeldende rett, med det unntak at hjemmelen til å fastsette forskrifter om internkontroll etter denne bestemmelsen bortfaller. Departementet legger til grunn at kommunen og fylkeskommunen må ha tilstrekkelig styring med etterlevelse av bestemmelsene av folkehelseloven. Det følger av internkontrollkravet at kommunen og fylkeskommunen innenfor de rammer og ressurs-situasjon som kommunen har, må prioritere å sikre de områder og aktiviteter med størst risiko for svikt og med størst helsemessig konsekvens.

Disse aktivitetene må sikres at blir ivaretatt for eksempel gjennom den generelle virksomhetsstyring, herunder at regelverket er tilstrekkelig kjent, at oppgavene er definert, at de som skal utføre oppgavene har nødvendig kompetanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene, samt at det er betryggende rutiner for forbedring dersom oppgavene ikke ivaretas som forutsatt.

Annet ledd er en innskjerping av kravet til internkontroll. Kommunens tilsynsansvar innenfor miljørettet helsevern innebærer som nevnt at kommunen fører tilsyn med virksomheter og eiendommer som i stor grad er kommunale. Problemstillingene dette reiser er drøftet i kapittel 15.5.4. Det er krevende for kommunen å ivareta disse to rollende samtidig, og departementet mener kartleggingene fra 2007 og 2009 (jf. kapittel 15.5.4) bekrefter dette. Det vises også til risiko- og sårbarhetsvurderingen for lovbrudd og konsekvenser ved lovbrudd i kapittel 20. Flere høringsinstanser mener at tilsynet med og godkjenning av skoler og barnehager bør statliggjøres av hensyn til barn og unges helse og rettsikkerhet. Tilsvarende gjelder også for en rekke andre kommunale virksomheter som kommunen fører tilsyn med etter miljørettet helsevernbestemmelsene. Som omtalt i kapittel 15.5.4, foreslår departementet en videreføring av kommunens tilsynsansvar. Oppgavene innen miljørettet helsevern og det mer generelle folkehelsearbeidet utfyller hverandre, og bør av den grunn ikke legges til ulike forvaltningsnivåer. Videre har kommunene nærhet til problemene og mulighet for å utøve godt lokalt skjønn. Å beholde miljørettet helseverntjenesten i kommunen gir også en mulighet for å styrke fagfeltet lokalt, inkludert det å rekruttere fagfolk til området. Dette forutsetter imidlertid at det må sikres at kommunen har god styring med denne oppgaven, herunder sikrer uavhengighet, likebehandling og faglighet i tilsynet. Å bidra til at denne oppgaven blir ivaretatt på en forsvarlig måte er hovedårsaken til at departementet foreslår et forsterket dokumentasjonskrav for kommunens tilsynsoppgave etter § 9.

Viktige elementer i internkontrollen for kommunens tilsyn med virksomheter vil være å kunne dokumentere blant annet hvem som har ansvar for å følge opp tilsyn med virksomheter etter miljørettet helsevernregelverket (lovforslaget kapittel 3), og at disse er gitt nødvendig forutsetninger for å kunne utføre denne oppgaven, herunder kapasitet og kompetanse. Det er her særlig viktig å sikre at det kommunale tilsynsorganet er tilstrekkelig uavhengig i forhold til de kommunale

virksomhetene som det føres tilsyn med. Uavhengighet innebærer at tilsynet utøves av personer eller kommunale enheter som ikke direkte har ansvar for den virksomheten som omfattes av tilsynet, for eksempel at tilsyn med skoler ikke ligger i skolekontoret eller i teknisk sektor, dersom det er teknisk sektor som har ansvar for byggmas-

sen. Videre skal det i internkontrollen dokumenteres at kommunen har tilstrekkelig styring med tilsynsaktiviteten, slik som oversikt over virksomheter som de skal føre tilsyn med (herunder godkjenningstatus), tilsynsplan og system for etterlevelse av tilsynsplanen.

13 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

13.1 Kommunen

13.1.1 Gjeldende rett

Kommunens helsetjeneste skal etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4

”til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen”.

Oppgaven omfatter i følge Ot.prp. nr. 40 (1986-87) blant annet det å registrere risikofaktorer og årsakssammenhenger.

Kommunestyret skal videre etter § 4a-2 ha tilsyn med faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer, jf. § 4a-1 første ledd. En bredere redegjørelse for kommunens ansvar og sammenhengen mellom oppgavene er gitt i kapittel 12. I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) kapittel 5.2 redegjøres nærmere for motivene med oversiktsoppgaven.

I proposisjonen uttales at *”[e]t godt datagrunnlag er av svært stor betydning for kvaliteten på de beslutninger som skal treffes også når det gjelder forebyggende tiltak”*. Proposisjonen skisserer et system der datagrunnlag over helsetilstand og risikofaktorer gir grunnlag for en systematisering og en ”kommuned diagnose” som igjen gir grunnlaget for planer for forebyggende tiltak.

Oppgaven å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ble i 2003 konkretisert noe gjennom forskrift om miljørettet helsevern § 5. Oversikten skal i tilstrekkelig grad omfatte:

- a) vurdering av aktuelle faktorer i miljøet, som for eksempel forurensning, støy, sosiale miljøfaktorer, ulykkesrisiko mv., og årsakene til deres oppreden
- b) vurdering av miljøfaktorenes helseeffekter på befolkningen

- c) forslag til mulige helsefremmende, forebyggende eller avbøtende tiltak.”

Basert på denne oversikten samt på kommunens helsefaglige kompetanse skal tjenesten foreslå og iverksette tiltak, jf. helsetjenestens formål, samt medvirke til at helsemessige forhold blir ivaretatt av andre offentlige organer som har en virksomhet med betydning for folkehelsen. En slik medvirkning består av å gi råd og uttalelser, samt deltagelse i plan- og samarbeidsorganer. For eksempel kan dette i samfunns- og arealplanlegging omfatte sikring av drikkevannskilder, trygg skoleveg, hensiktsmessig lokalisering av barnehager og skoler og gode sosiale og miljømessige forhold ved etablering av nye boområder.

Kommunens sosialtjeneste skal etter sosialtjenesteloven § 3-1:

”[g]jøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.”

13.1.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslår i høringsnotatet til ny folkehelselov § 5 at kommunen får som oppgave å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Innholdet i bestemmelsen er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-4 og 4a-2. Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre helseutfordringene. En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse.

Departementet mener at § 1-4 ikke har fungert etter intensjonene, blant annet fordi det ikke har vært lagt til rette for nødvendig faglig støtte og tilrettelegging fra fylkeskommuner og statlige hel-

semyndigheter, samt at bestemmelsen er lite konkret.

For at oversikten skal få en best mulig funksjon, er det i høringsnotatet foreslått en bestemmelse som omfatter hvilket grunnlag oversikten skal baseres på og hvilken form oversikten bør ha. Innholdet i forventningen til kommunenes oversikter må videre ses i forhold til de forpliktelser som gis stat og fylkeskommune i å understøtte kommunens oppgaver.

Kommunens oversikt skal inneholde opplysninger gitt av sentrale helsemyndigheter og fylkeskommunen. Fylkeskommunen og sentrale helsemyndigheter skal på sin side legge til rette for at kommunene har grunnleggende oversikt over de mest sentrale påvirkningsfaktorer og helsetilstand i befolkningen. På nasjonalt nivå har man flere sentrale helseregistre der man kan få statistiske opplysninger som kan gi kommunene en oversikt over hvilke helseutfordringer de står overfor. Norsk pasientregister har for eksempel opplysninger om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som også vil gi kommunen god innsikt i forekomst av sykdom i lokalbefolkningen. Eksempel på dette er hjerte- og karsykdommer og KOLS, sykdommer som helt eller delvis kan forebygges. I tillegg finnes et eget datasett for ulykker og skader som har som formål å bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader. For eksempel vil kommunen kunne få opplysninger om lårhalsbrudd.

Videre foreslås det i høringsnotatet at den erfaring og kunnskap man har både i helsesektoren samt andre deler av kommunen skal inngå i oversiktene, for eksempel kunnskap fra helsestasjon og skolehelsetjenesten. Lokal informasjon om utviklingstrekk i lokalsamfunn og ulike forhold som faller inn under miljørettet helsevern er også relevant.

Det er viktig at oversiktene er på en slik form at de er plan- og styringsrelevante, blant annet slik at oversikten kan legges til grunn ved kommunal planstrategi, jf. lovforslaget § 6 første ledd. Dette innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, konsekvensene er vurdert og at årsaksforhold så langt som mulig er kartlagt.

Departementet foreslår også en hjemmel for å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens og fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, herunder statlige helsemyndigheters oppgave å gjøre tilgjengelig opplysninger. Forskriftshjemmelen må ses i sammenheng med videreføring av forskriftshjemmelen i dagens folkehelselov for fylkeskommunene § 4 annet ledd.

13.1.3 Høringsinstansenes syn

Høringen viser en generell stor tilslutning til at bestemmelsen om kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer videreføres og konkretiseres. Dette gjelder både kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn, organisasjoner og statlige etater. Blant annet uttaler *Fylkesmannen i Buskerud*:

”Vi ser det som positivt at det i lovutkastet kommer tydelig frem hvordan det både i kommunal planlegging og konkrete folkehelseiltak skal tas utgangspunkt i kommunens oversikt over faktorer som fremmer eller hemmer helsetilstanden, og fordelingen av disse. Oversikt over lokale og regionale utfordringer er en nødvendig forutsetning for å kunne målrette tiltakene.”

Larvik kommune mener at det er ”Positivt at kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer lokalt blir presisert”.

Midt-Troms regionråd, herunder *Tranøy* og *Lenvik kommuner* uttaler:

”Ansvaret innebærer å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer slik at de blir konkretisert. Midt-Troms regionråd ser at dette grunnlaget er viktig å få på plass for å få et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringene i den enkelte kommune”

Deltasenteret ser positivt på at ”loven stiller krav til kommunen om både å ha oversikt over helsetilstanden blant innbyggerne og de faktorer som påvirker denne”.

Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) mener en slik oversikt også er av stor betydning for NAV:

”Det er også NAVs oppfatning at et system for overvåking er en forutsetning for et systematisk og planmessig arbeid på folkehelseområdet, inkludert lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Slik oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer vil også være av stor betydning for NAVs oppfølgingsarbeid og valg av satsninger i kommunen”.

Kreftforeningen mener dette er nødvendig og at oversikten bør være tilgjengelig for alle:

”Det er bra at kommunens ansvar for til enhver tid å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen videreføres, jf. § 5. Denne oversikten må

være skriftlig, som departementet foreslår, men også offentlig tilgjengelig for alle som er interessert i denne kunnskapen, slik som frivillige organisasjoner, forvaltning og folk flest. Dette bør understrekes i lovteksten i § 5 og tilsvarende for fylkeskommunen i § 21. Offentlig tilgjengelig informasjon muliggjør oppfølging og vurdering av kommunens prioriteringer og resultater innen folkehelsearbeidet.”

Mange høringsinstanser påpeker imidlertid at en konkretisering også innebærer at dette medfører økt krav til kompetanse samt ressurser for å ivareta de oppgavene som ligger i bestemmelsen. For eksempel uttaler *Ullensaker kommune*:

”På overordnet nivå må kommunen inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer. For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommunen, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevede.”

Også *Fauske kommune* mener dette er nyttig men krevende:

”En god helseoversikt er en forutsetning for å kunne måle utviklingen over tid, fastsette mål og strategier, iverksette tiltak og evaluere effekt av tiltak. Oppgaven som pålegges kommunene og fylkeskommunene er omfattende: en skal fremskaffe oversikt over helsetilstand og positive og negative faktorer som kan påvirke helsen, vurdere konsekvenser og årsakssammenhenger, og utforme mål, strategier og tiltak på dette grunnlaget. Dette er krevende oppgaver som er avhengig av et minimum av fagkompetanse og økonomi.”

Nettverk for miljørettet helsevern i Akershus mener at dette vil kreve mer kompetanse i mange små kommuner:

”Det er bra at § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven blir presisert. Bestemmelsen legger til rette for at kommunen kan skaffe seg det nødvendige grunnlaget for å synliggjøre utfordringene lokalt. Det vil legge til rette for kvalifiserte diskusjoner og riktige prioriteringer.

”Lovverket vil utløse et økt behov i mange små kommuner for kompetanse, både innen statistikk og samfunnsmedisin for å gjennomføre dette på en forsvarlig måte. Videre veiledning fra sentrale helsemyndigheter og fylkeskommune bør legge vekt på metodebeskrivelse og bruk av kunnskapskilder. Her vil mange kommuner trenge hjelp.”

Legeforeningen understreker behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse:

”Kommunen er helt avhengig av samfunnsmedisinsk kompetanse jf. §§ 5 og 6 for å forstå ulike helsedata og epidemiologisk bryte ned tabeller fra stat og fylke. Det er også nødvendig for å forstå årsakssammenhenger, konsekvenser og fremme tiltak”.

Helsedirektoratet mener at hva som menes med påvirkningsfaktorer og helsetilstand bør defineres nærmere:

”Styrken i lovforslaget er at de prosessuelle kravene er langt mer konkret formulert. Det gjør det dermed enklere for kommunene og fylkeskommunene å vite hvordan kravet kan oppfylles. Dette gjelder først og fremst i forhold til hvor kommuner og fylkeskommuner skal få/ innhente data, i tillegg til kravet om skriftlighet og at dokumentet skal belyse konsekvenser, årsaksforhold og trender. Lovforslaget er imidlertid mindre konkret på hva som ligger i begrepene ”helsetilstand” og ”påvirkningsfaktorer”, og som en konsekvens av dette hva som ligger i ”til enhver tid ha oversikt” og for fylkeskommunene ”nødvendig oversikt” med unntak av at sosiale helseforskjeller skal vies spesiell oppmerksomhet.”

Forum for miljø og helse viser til blant annet behovet for helseundersøkelser:

”FMH vil derfor presisere at sentrale myndigheter også må forpliktes til å levere tall på bydelsnivå i større byer og kommuner. For å ha tilfredsstillende oversikt over befolkningens helsetilstand vil det i tillegg til opplysninger gitt fra sentrale helsemyndigheter, være behov for gjennomføring av regelmessige helseundersøkelser. For eksempel for å få kunnskap om utbredelse av udiagnostiserte personer med diabetes type 2. Helseundersøkelser kan på den måten være viktig for å avdekke hvilke helsetilstander kommunene står ovenfor.

Nasjonalt folkehelseinstitutt må derfor ha ressurser til å gjennomføre nødvendige helseundersøkelser i samarbeid med kommuner.”

Karlsøy kommune etterspør blant annet behovet for veiledning i tilknytning til dette arbeidet:

”I den nye loven er det kommet mer tydelige og operasjonaliserte krav til kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorene som kan påvirke denne. Med tanke på å kunne gjennomføre virkningsfulle tiltak overfor folkehelseutfordringer er det å ha denne typen oversikt svært viktig. Det vil bli svært viktig i denne sammenheng at sentrale fagmiljøer og SSB stiller med nødvendige data. Det er viktig å merke seg at store kommuner vil kunne ha ressurser og muligheter til å utarbeide mer detaljerte oversikter enn små kommuner. Det må også legges til rette for denne typen mer utarbeidete oversikter. Dette vil også stille krav til at sentrale fagmiljøer utarbeider veiledere for fremstilling og bruk av denne typen oversikter.”

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) mener dette vil kreve en styrking av plan- og analysedelen i kommunen:

”KS ser behovet for at det utarbeides bedre oversikt over helsetilstanden i befolkningen til bruk i det lokale arbeidet. Analyser, strategier og systematiske tiltak vil imidlertid kreve en styrking av plan- og analyse delen i kommunene. KS mener at målene i folkehelseloven ikke kan nås uten betydelig økning i økonomiske og administrative ressurser til kommunene/fylkeskommunene.”

HIV Norge er bekymret for at når § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven faller bort, faller også grunnlaget for smittevernplanene i smittevernloven § 7-1 bort.

13.1.4 Departementets vurderinger

Departementet mener kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er utgangspunktet og nøkkelen for det videre folkehelsearbeidet. Forslaget til folkehelselov innebærer at kommunene skal forpliktes til å kjenne til de folkehelseutfordringene man står overfor både nasjonalt og lokalt.

Regjeringen har i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen understreket helseover-

våkingens betydning for å få til et effektivt folkehelsearbeid.

”Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt.” (kapittel 6.9.1)

”Kommunene bør organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse.” (kapittel 7.6.1)

Betydningen av helseovervåking er også understreket av Stortinget i Innst. 212 S (2009-2010):

”De nye fremtidige oppgaver for kommunehelsetjenesten vil være administrasjons- og funksjonsoppgaver og kompetansekrevene faglige funksjoner. Komiteen er enig i at helseovervåking, folkehelsearbeid og arbeid med avtaler vil være sentralt blant administrasjons- og funksjonsoppgavene.”

Departementet velger å bruke begrepet *folkehelse* utfordringer i loven fremfor helseutfordringer. Begrepet folkehelseutfordringer tydeliggjør at det primære formålet med oversikt og identifisering av lokale utfordringer etter § 5 er å danne et grunnlag for det brede folkehelsearbeidet i kommunen. Påvirkningsfaktorer omfatter et bredt sett av faktorer på mange nivåer, slik som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/inntekstforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligsosiale forhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv.

At oversikten skal danne grunnlag for folkehelsearbeidet står ikke i motsetning til at oversikten også inngår som et bidrag i grunnlaget for planlegging og dimensjonering av kurative tjenester, men identifisering av utfordringer for behandlende tjenester vil også kreve andre analyser enn de som ligger til grunn for folkehelsearbeidet.

For å muliggjøre det lokale arbeidet, foreslår departementet at Nasjonalt folkehelseinstitutt får en lovfestet plikt til å gjøre tilgjengelig opplysninger på kommunenivå fra nasjonale kilder.

Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre de folkehelseutfordringene man står overfor, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Oversikt er videre nødvendig for å kunne sammenlike mellom kommuner, regioner og befolkningsgrupper. En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse.

Redegjørelsen under gjeldende rett viser at det ligger en intensjon i kommunehelsetjenesteloven om at kommunene skal arbeide kunnskapsbasert og systematisk for å forebygge sykdom og fremme helse med utgangspunkt i oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Erfaring, blant annet fra tilsyn, viser imidlertid at folkehelsearbeidet ofte ikke fungerer slik. I forbindelse med spørreundersøkelsen til kommunene om miljørettet helsevern i 2008 (Helsedirektoratet, IS-1633), ble kommunene spurt om lokalt helsestatistisk arbeid er en del av miljørettet helsevern og om miljørettet helsevern deltar i arbeidet med utvikling av lokal helsestatistikk. Undersøkelsen viser at 68 % av kommunene anså oppgaven for å være en del av miljørettet helsevern, men det var bare i 29 % av kommunene at tjenesten deltok i slikt arbeid.

I praksis har det vist seg vanskelig for kommunene å fremskaffe hensiktsmessige helseoversikter for å ivareta sitt folkehelseansvar. Departementet mener det er flere årsaker til at kommunehelsetjenesteloven § 1-4 ikke har fungert etter intensjonene. For det første har det ikke vært lagt til rette for nødvendig faglig og praktisk understøttelse og tilrettelegging fra statlige helsemyndigheter. Videre er det ikke i regelverket gitt forpliktende krav og forventninger til kommunens oppfølging av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I tillegg er ansvaret for å foreslå folkehelseiltak, som svært ofte vil være sektorovergripende, lagt til en sektor (helsetjenesten). Helsetilsynet har forsøkt å føre tilsyn med bestemmelsen, men mener dette vanskelig lar seg gjøre. Årsaken til dette er blant annet at verken kommunene eller tilsynsmyndighetene vet konkret hva som faktisk forventes av kommunen. Stortinget viser også til dette i Innst. 212 S (2009-2010) på side 27 og legger til grunn at det er behov for en gjennomgang av regelverket.

13.1.4.1 Nærmere om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, er utgangspunktet for det lokalt forankrede, kunnskapsbaserte og systematiske folkehelsearbeidet. Med oversikt over helsetilstanden i befolkningen menes en oversikt over helse på populasjonsnivå. Påvirkningsfaktorer - positive eller negative - omfatter et bredt sett av faktorer på mange nivåer, slik som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/inntektsforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligforhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon osv. Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer bør så langt det lar seg gjøre speile fordeling av helse, jf. definisjonen av folkehelse og prinsippet om utjevning.

For at oversikten skal få en best mulig funksjon, mener departementet at det må gis en bestemmelse som omfatter hvilket grunnlag oversikten skal baseres på og hvilken form oversikten bør ha. Innholdet i forventningen til kommunenes oversikter må videre ses i forhold til de forpliktelsene som gis stat og fylkeskommune i å understøtte kommunens oppgaver.

Flere høringsinstanser påpeker at dette krever både kompetanse og ressurser. Departementet er enig i det, men vil samtidig understreke at alle kommunene etter gjeldende regelverk skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse, noe som innebærer blant annet kompetanse innen epidemiologi. Oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer har vært en kjerneoppgave for kommunelegene.

Om opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig

Departementet mener det er viktig å legge til rette for at kommunene kan få god oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Gjennom oppbygging av bedre nasjonale og regionale systemer og bedre kunnskap om forholdet mellom påvirkningsfaktorer og helseforhold skal kommunene få nødvendig støtte til å ivareta denne oppgaven på en bedre og mer målrettet måte.

På nasjonalt nivå har man flere sentrale helseregistre der man kan få statistiske opplysninger som kan gi kommunene en oversikt over noen av

helseutfordringene de står overfor. Norsk pasientregister har for eksempel et datasett for ulykker og skader som har som formål å bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader. For eksempel vil kommunen kunne få opplysninger om antall lårhalsbrudd. Videre finnes data om en rekke forhold som levekår, fysiske miljøbelastninger, skoleforhold som skoleprestasjoner og trivsel, arbeidsledighetstall, inntektforhold, demografiske og sosioøkonomiske data, samt data om tjenester i norske kommuner, som på bakgrunn av en vurdering av relevans kan bearbeides nasjonalt og formidles til kommunene. Eksempler på kilder som kan være relevante er SSBs statistikkbank og KOSTRA, Miljøstatus i Norge, NAV, politiet m.m. Den informasjon om omsetning av alkoholholdig drikk som etter alkoholloven skal gjøres tilgjengelig for Statens institutt for rusmiddelforskning, jf. dagens alkohollov og forslag i Prop. 48 L (2010-2011), vil, når den er bearbeidet av Statens institutt for rusmiddelforskning, kunne utgjøre en bit av informasjonen om påvirkningsfaktorer. Ideelt sett bør det tilstrebes å ha data som vil kunne gi kommunene mulighet til å få ut sammenligningstall mellom kommuner og bydeler der det er aktuelt, måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak og måle effekt av tiltak. Krav og forventninger til kommunens oversikt vil ses i forhold til hva som tilbys til kommunene av styringsdata og støtte for øvrig.

Kommunens oversikt skal inneholde opplysninger formidlet av sentrale helsemyndigheter og fylkeskommunen i henhold til lovforslaget § 5 første ledd bokstav a. Fylkeskommunen og sentrale helsemyndigheter skal på sin side legge til rette for at kommunene har grunnleggende oversikt over de mest sentrale påvirkningsfaktorer og helsetilstand i befolkningen, jf. lovforslaget §§ 20, 21 og 25.

God oversikt og forståelse av sosiale påvirkningsfaktorer er viktig i folkehelsearbeidet generelt og spesielt viktig for å møte utfordringer knyttet til sosiale helseforskjeller. Det vises blant annet til Stortingets merknader i Innst. 212 S (2009-2010):

”Komiteen mener det forebyggende arbeid i kommunene skal tilpasses lokale forhold, men bygge på nasjonale veiledninger og målsettinger som blant annet skal vektlegge innsats for å redusere sosiale helseforskjeller.”

For å utløse lokal handling og at tiltak forholder seg til lokale utfordringer, mener departementet

det er viktig at det foreligger lokale data. Selv om dataene bør tilstrebes å være lokale, bør det legges opp til at datasettet som kommunene skal ha oversikt over, har et kjernesett som er standardisert, dvs. som er felles for alle kommuner. Dette er også noe som mange høringsinstanser er opp-tatt av, dvs. at det skal være mulig for kommuner å sammenligne seg med hverandre. I tillegg til at et slikt felles datasett vil gjøre det mulig for kommuner å sammenligne seg med hverandre, vil dette være et grunnlag for å måle utvikling over tid, foreta evalueringer mv. At Folkehelseinstituttet forpliktes til å gjøre denne type data tilgjengelig, vil gi kommunene en sikkerhet for at de faktisk får denne type data og i en form som er meningsfull.

For mange faktorer vil det imidlertid ikke kunne fremskaffes data på kommunenivå. Der det er hensiktsmessig, skal det tilstrebes å utvikle slike data. Data som er på et høyere geografisk nivå, må estimeres til kommunenivå, jf. innbyggertall og eventuelt andre variabler som gjør at estimatene blir mest mulig presise for den enkelte kommune. Det er videre slik at mange av de viktigste utfordringene for folkehelsearbeid gjelder hele landet. På mange områder vil det derfor verken være nødvendig eller hensiktsmessig å lete etter små forskjeller mellom kommuner. Like fullt må nasjonale utfordringer aktualiseres og vurderes ut fra lokale forhold.

Om kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Erfaring og kunnskap både i helsesektoren samt andre deler av kommunen vil utgjøre viktige bidrag til en helhetlig oversikt over utfordringer, jf. forslag til § 5 første ledd bokstav b. Kunnskap fra skolehelsetjenesten kan være nødvendig for å forstå særskilte utfordringer som kan knyttes til forholdene ved en enkelt skole, eller som kan være et symptom på sosiale eller levekårsutfordringer utenfor skolen. Helsestasjonen kan identifisere spesielle utfordringer i områder eller knyttet til enkelte grupper mv. Tilsvarende er det viktig å bringe inn erfaringsbasert kunnskap fra for eksempel fastlegene. Den utviklingen tjenestene avdekker i sitt arbeid bør være med å danne premisser for folkehelsearbeidet i kommunen slik at forebyggbare problemer ikke oppstår.

Det vises til § 3-3 i forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som tydeliggjør at helse- og omsorgstjenestene skal bidra til oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Kunnskap og opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten må være gjenstand for tilsvarende vurdering som opplysninger fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen. Ofte vil kunnskap fra helse- og omsorgstjenesten være av mer kvalitativ art, basert på erfaringer, mens opplysninger fra statlige helsemyndigheter er kvantitativ basert på statistikk, registre mv.

Om kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn

Lokal informasjon om for eksempel bomiljøer, innflytting og utflytting, sosial integrering, næringsstruktur, skole- og barnehageforhold, gode sosiale nettverk er blant utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som faller inn under lovforslaget § 5 første ledd bokstav c. Videre vil kommunens tilsyn med biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer etter lovforslaget kapittel 3 om miljørettet helsevern danne grunnlag for lokal kunnskap om forhold som kan ha innvirkning på helsen i kommunen.

For at kommunen skal skaffe seg kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, så vil det i mange tilfeller også være behov for medvirkningsprosesser med lokale frivillige organisasjoner og lokalbefolkningen.

Videre må kommunene vurdere behovet for ytterligere kartlegginger av omfang, geografisk eller sosial fordeling mv. enn det som gjøres tilgjengelig fra nasjonale helsemyndigheter eller fylkeskommunen.

Lokale vurderinger av hvilke forhold som har størst betydning for utviklingen i folkehelsen i den enkelte kommune skal inngå som en del av oversikten etter § 5 første ledd. Det kan være hensiktsmessig at slike vurderinger tar utgangspunkt i overordnet kunnskap om kommunen for så å fokusere og utrede nærmere spesielle områder. Når det gjelder fysisk miljøkvalitet, vil en lokal risikovurdering for eksempel kunne omfatte å følge utviklingen av luftforurensning, kvalitet på drikkevann, omfanget av støyutsatte og antallet kjøletårn og luftskrubber i kommunen, og også akutte situasjoner som måtte oppstå med betydning for befolkningens helse. Utgangspunktet er at kommunene har et selvstendig ansvar for å ha oversikt over forhold i kommunen med betydning for helsen, samt gjøre en vurdering av hva dette medfører av helsekonsekvenser og behov for oppfølging, samt på bakgrunn av dette iverksette nødvendige tiltak, jf. § 7.

Kommunen må som en del av sitt styringssystem, jf. krav om internkontroll, sikre at opplysninger fra § 5 første ledd bokstav a til c innhentes og vurderes.

Om sosiale helseforskjeller

For å være i stand til å nå målet om å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller er det avgjørende at oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer tar inn over seg dette perspektivet. Utgangspunktet for å utjevne sosiale helseforskjeller er å skaffe seg et bilde av den sosiale fordelingen av en folkehelseutfordring. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne. For eksempel vil det i kommuner med samisk befolkning være behov for å finne ut om det er spesielle utfordringer både når det gjelder helse og påvirkningsfaktorer i denne gruppen.

Faktorer som påvirker helse – positiv eller negativt – og som er sosialt ulikt fordelt bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Det kan gjelde både levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale miljøfaktorer eller levekår som bolig sosiale forhold, utdanning, inntekt og arbeid.

For data om påvirkningsfaktorer som ikke finnes på individnivå, vil det ikke være mulig å fremskaffe en sosial fordeling av påvirkningsfaktoren. I slike tilfeller kan det mest hensiktsmessige være å presentere data på kommunedel/bydelsnivå for å få frem forskjeller i utfordringer som grunnlag for tiltak i kommunen. Målet om reduserte helseforskjeller kan tilsi at kommunen legger vekt på vurderinger for eksempel i forhold til oppvekstmiljø, barnehage, skole, barnevern og sosialtjeneste/NAV.

13.1.4.2 Nærmere om formkrav og bruk av oversikten i kommunen

Det er viktig at oversiktene er i en slik form at de er plan- og styringsrelevante, blant annet slik at oversikten kan legges til grunn i arbeidet med kommunal planstrategi, jf. lovforslaget § 6 første ledd. Dette innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, konsekvensene er vurdert og at påvirkningsfaktorer og årsaksforhold er vurdert og så langt som mulig identifisert.

Folkehelseutfordringene kan omfatte mange ulike nivåer, slik som overordnede utviklingstrekk i samfunnet. For eksempel kan frafall fra videregående skole være en indikator på fremtidige sosiale og helsemessige problemer. Oversikten kan også

vise at enkelte deler av kommunen (bydeler mv.) har en lavere forventet levealder enn andre deler av kommunen, at kommunen har et stort potensial for å forebygge lårhalsbrudd mv. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Når folkehelseutfordringene er identifisert, enten det dreier seg om levekår, levevaner, selvopplevd helse, sykdomsforekomst eller forhøyet dødelighet, må en vurdere hvilke konsekvenser utfordringene har for folkehelsen i kommunen, herunder utviklingstrekk over tid. I konsekvensvurderingen kan det inngå en vurdering av hva folkehelseutfordringene medfører av samfunnsøkonomiske kostnader over tid. Videre må det gjøres en vurdering av årsakene eller hvilke forhold som påvirker utfordringene, slik at tiltak kan rettes mot disse påvirkningsfaktorene. Tiltakene kan enten være nye folkehelseiltak, eller at det tas hensyn til disse forholdene ved iverksetting av annen kommunal eller fylkeskommunal politikk, for eksempel innen samferdsel eller skolesektoren.

Fylkeskommunen skal bistå kommunene i å gjøre slike vurderinger, samt bistå i gjennomføringen av kommunalspesifikke undersøkelser samt analyser og vurderinger, se kapittel 13.2 og §§ 20 og 21 i lovforslaget.

Departementet foreslår at kravet om oversikt legges til kommunen som sådan og at kommunen da blir friere til å organisere arbeidet med oversikter. Oppgaven kan også legges til et interkommunalt organ, for eksempel der det er etablert interkommunale samarbeid innen miljørettet helsevern. Men departementet vil likevel påpeke at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har en selvstendig plikt til å bidra til oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, jf. forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-3.

Kommunen må sørge for nødvendig faglig kompetanse og en forsvarlig prosess for å utarbeide oversikt etter § 5. Helsefaglig kompetanse i kommunen bør ha en naturlig rolle i denne sammenheng. Departementet vil understreke at blant annet kompetanse i epidemiologi, jf. for eksempel samfunnsmedisin eller lignende, vil være nødvendig for å foreta faglige forsvarlige analyser. Regjeringen fremholder i St.meld. nr. 47 (2008-2009) at:

”samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåkning, planleg-

ging og koordinering av helsetjenestene.”
(kapittel 7.6.6)

Krav til kompetanse til å foreta faglige vurderinger er basert på dagens krav til at kommunen skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse, men kommunen kan også benytte annen tilsvarende eller bedre kompetanse til analysearbeidet. Kommunens oversikt og analyser skal utarbeides på en forsvarlig måte. Dette innebærer at til å foreta analyser mv. må kommunen godtgjøre at analysen bygger på god faglighet. Det kan være aktuelt å inngå samarbeid med kompetansemiljøer, for eksempel høyskoler, fylkeskommunen, helseforetak og/eller interkommunale enheter som kan bistå eller utføre analysene for å sikre nødvendig faglighet.

Analyser som ikke er tilstrekkelig faglige kan medføre at kommunen har ufullstendig eller feil forståelse av sine folkehelseutfordringer, både i forhold til aktuelle tiltak og konsekvenser. Dette kan potensielt ha stor betydning for liv og helse. Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse ved å forestå analyser, og at vurderingene er uavhengige med hensyn til for eksempel politikk og økonomi. Disse hensynene er av betydning når kommunen skal fastsette mål og tiltak, men må ikke påvirke selve analysen og konklusjonene.

Mange sektorer/tjenestoområder i kommunen vil måtte bidra til å utvikle en slik oversikt. Det gjelder blant annet sosialtjenesten, barnevernet, skolesektoren og teknisk sektor, fordi disse sektorene forvalter sentrale påvirkningsfaktorer for helse. Kommunen som organisasjon må derfor samarbeide med tanke på en samlet oversikt og oppfølgingstiltak. Det er derfor viktig at arbeidet med kommunale oversikter, som i arbeidet med folkehelse for øvrig, blir tilstrekkelig forankret i ledelsen i kommunen, da dette er en forutsetning for å sikre at alle relevante sektorer bidrar på en hensiktsmessig måte.

Oversikten skal være et grunnlag for kommunens overordnede planlegging og skal utformes på en slik måte at den kan brukes i kommunal planlegging og styring.

Departementet mener at oversikten ifølge forslaget § 5 må foreligge som et skriftlig dokument, og at den bør ligge til grunn for kommunal planstrategi som synliggjør og problematiserer folkehelseutfordringer i kommunen.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer inkl. analyse vil være en nødvendig forutsetning for utarbeidelse av utfordringsdokument når kommunen fastsetter mål og strategier for fol-

kehelsearbeidet, jf. forslag til § 6 annet ledd. Oversikten er grunnlag for utvikling av en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, reguleringsplaner, kommunedelplaner mv. Oversikten kan også inngå som et av flere grunnlag for styring og prioritering av helse- og omsorgstjenestens arbeid, herunder planlegging og evaluering. Videre vil en løpende oppdatert oversikt være grunnlag for revidering av kommunens mål, strategier, handlingsprogram mv.

13.1.4.3 Forskriftshjemmel

Departementet mener folkehelseloven bør inneholde hjemmel for å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Forskriftshjemmelen er en parallell til forskriftshjemmelen i lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 4 annet ledd. Når det gjelder eksempler på type opplysninger som det vil være aktuelt å forskriftsfeste, vises til omtalen av lovforslaget § 5 første ledd bokstav a i kapittel 13.1.4.1. Videre kan det være aktuelt at en klarere oppgave- og arbeidsdeling blir regulert i forskrift. Det vises til lovforslaget §§ 5, 20, 21 og 25.

Forskriftene vil kunne tenkes hjemlet også i helse- og omsorgstjenesteloven og i smittevernloven, eventuelt også i plan- og bygningsloven og forurensningsloven.

Det følger av plan- og bygningsloven § 11-2 blant annet at:

”Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. (...) Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen. Den skal gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private(...)”

Retningslinjenes innhold kan utdypes i veiledning. Retningslinjene kan i utgangspunktet omtale langsiktige utfordringer i kommunesamfunnet, for sektorene enkeltvis og i samarbeid, miljømessige utfordringer, prioriterte satsningsområder og områder for spesielle virkemidler mv. Forskrifter til folkehelseloven § 5 med nærmere krav til oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene må koordineres med plan- og bygningslovens forskriftsverk.

13.2 Fylkeskommunen

13.2.1 Gjeldende rett

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet stiller i § 4 krav til fylkeskommunens oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket. Bestemmelsen lyder:

”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.”

Oversikten skal gi grunnlag for at folkehelse blir ivaretatt innen de oppgaver fylkeskommunen er tillagt. Hva som menes med ”nødvendig oversikt”, må derfor sees i forhold til oppgavene i loven for øvrig.

Når det gjelder regional planlegging, betyr det å måtte ha dokumentasjon/oversikt over hvilke folkehelseutfordringer som er størst i fylket og som det er naturlig å bringe inn i regional planstrategi og i regional planlegging og utvikling. Når det gjelder forvaltning og tjenesteyting, innebærer oversikten 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. Tilsvarende gjelder for andre forhold som for eksempel samferdsel (trafikkulykker, støy, luftforurensning, barriereeffekter mv.).

Tannhelsetjeneste er blant fylkeskommunens ansvarsområder. Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven § 1-2 i tillegg til å fremme tannhelsen i befolkningen, sørge for nødvendig forebygging og behandling og drive opplysningsvirksomhet for bedre tannhelse. Fylkeskommunene rapporterer årlig om blant annet tannhelsetilstand til barn og unge, omfanget av offentlig tannhelsetilbud, kostnader og personellsituasjon til den fylkeskommunale tannhelsetjenestens egen virksomhet. For at fylkeskommunen skal kunne fremme tannhelse og iverksette forebyggende tiltak, er det behov for kunnskap om tannhelsen i befolkningen og om forhold som påvirker

tannhelsen, for eksempel hva som tilbys av sunn/usunn mat og drikke i kantiner, kiosker i nærheten av skoler, automater mv.

For oppgaver knyttet til 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. Fylkeskommunen er imidlertid ikke ment å være et faglig bindeledd mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt og kommunene. Derimot har fylkeskommunen som regional planmyndighet og gjennom fylkesoversikten et godt grunnlag for å veilede kommunene. Folkehelseinstituttets støtte til fylkeskommunene vil likevel indirekte bidra til å styrke fylkeskommunenes understøtting av kommunene.

Med utgangspunkt i egne behov og kommunenes behov vil det kunne være aktuelt at fylkeskommunene gjennomfører spørreundersøkelser i befolkningen i samarbeid med kommunene. Befolkningsundersøkelse basert på spørreskjema om helse og helserelevante faktorer gir informasjon som man ikke får gjennom registrene. Eksempelvis kan spørreskjemaet inneholde noen få kjernesporsmål om fysisk og psykisk helse, funksjonsevne, kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og alkohol. Det finnes en rekke eksempler på slike datainnsamlinger, blant andre HUNT, HEPRO-undersøkelsen og Helseprofil for Akershus. Etter § 4 annet 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. Forskriftshjemmelen omfatter ikke nødvendigvis behandlingsgrunnlag etter helseforskningsloven og/eller helseregisterloven. Dette vil komme i tillegg.

Fylkeskommunene skal bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene mv.

13.2.2 Høringsnotatets forslag

Fylkeskommunens ansvar for oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer er en sentral del av fylkeskommunens ansvarsområde, både for å kunne ivareta sitt ansvar innen folkehelsearbeid generelt, i tillegg til rollen som regional utviklingsaktør og å kunne gi støtte til kommunene

for utarbeidelse av deres oversikter. Departementet foreslår i høringsnotatet å videreføre fylkeskommunens ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer slik den er beskrevet under gjeldende rett.

På samme måte som for kommunene, foreslås det konkretisert at oversikten skal baseres på opplysninger fra statlige helsemyndigheter. I tillegg skal oversikten baseres på kunnskap fra kommunene, opplysninger fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og øvrig fylkeskommunal virksomhet.

Som for kommunen foreslår departementet at oversikten skal foreligge som et skriftlig dokument slik at dette blant annet kan legges til grunn ved fylkestingets vedtak om regional planstrategi.

Hjemmelen til å gi nærmere bestemmelser om oversiktene og om eventuelle befolkningsbaserte helseundersøkelser foreslås videreført i høringsforslaget. Høringsnotatet foreslår en liknende forskriftshjemmel for de kommunale oversiktene og for Nasjonalt folkehelseinstituttets tilgjengeliggjøring av data.

13.2.3 Høringsinstansenes syn

Siden bestemmelsen rettet mot fylkeskommunen i liten grad er en endring fra eksisterende bestemmelse, er det få som uttaler seg om dette spesielt. Mye av det som er uttalt i forhold til kommunenes oversikt gjelder også for fylkeskommunene, både i forhold til kompetanse og økonomi. For eksempel uttaler *Møre og Romsdal fylkeskommune* at:

”Det er positivt at lova vil generere eit arbeid med å byggje opp ei systematisk oversikt over helsetilstand og helsefaktorar på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Det er ein føresetnad at det blir tilført økonomiske ressursar gjennom statsbudsjettet for at kommunar og fylkeskommunar kan byggje opp ein stabil kompetanse, samt ha ressursar til å bruke kunnskapen inn i samfunnsplanlegginga og det kontinuerlege folkehelsearbeidet.”

Øvre Eiker kommune mener:

”oversikt over befolkningens folkehelse bør utarbeides og være tilgjengelig på fylkes/regionnivå. På den måten har man mulighet for å gjøre sammenligninger kommuner imellom.”

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) påpeker at:

”Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbelt-rapportering.”

En del høringsinstanser uttaler at det må avklares nærmere de ulike rollene til aktørene, slik som forholdet mellom ulike statlige aktører og fylkeskommunen i å understøtte kommunene i dette arbeidet, blant annet uttaler *Sunne Kommuner – WHO's norske nettverk* at:

”Det er viktig og nødvendig å lovfeste ansvaret for å beskrive helsetilstanden slik at en kan iverksette tiltak når denne viser uønsket utvikling. Men det synes ikke godt nok klargjort hvordan staten, fylkeskommunen og kommunene skal innhente og analysere slike oversikter. At flere aktører gis et ansvar for helseovervåking kan medføre risiko for både dobbeltarbeid og ansvarsfraskrivelse. Det må presiseres hvilket ansvar de ulike aktørene skal ha slik at man utfyller hverandre.”

Sør-Trøndelag fylkeskommune understreker at departementenes egne oversikter, også i andre sektorer bør være et viktig grunnlag:

”Fylkeskommunens skriftlige oversikt over helsetilstanden skal gi grunnlag for hensiktsmessig styring og strategiutvikling for egen virksomhet, slik at folkehelse blir tilstrekkelig ivaretatt. Dette åpner for ulike tolkninger, men de foreslåtte eksemplene gir inntrykk av at fylkeskommunene selv må etablere interne rapporteringsrutiner og foreta datainnsamling på nye områder (eksempelvis kulturminner). Dette vil beslaglegge mye ressurser, og kravet er urimelig når det ikke kompenseres. Det er mer naturlig at departementene selv lager rapporteringsrutiner og ivaretar det som burde være deres naturlige folkehelseansvar (eksempelvis gjennom elevundersøkelsen). Det vil sikre sammenlignbare data mellom fylkene. Hva med den kunnskap/oversikt Fylkesmannen allerede i dag besitter?”

Folkehelseinstituttet uttaler:

”Det står også at fylkeskommunen skal være et bindeledd mellom Folkehelseinstituttet og kommunen og at fylkeskommunen skal være hjelpelig med spørreskjemaundersøkelser i kommunene. Vi vil gjøre oppmerksom på at Folkehelseinstituttet allerede i dag har samarbeid med flere kommuner og bydeler om spørreskjemaundersøkelser. Det må ikke utvikles slik at det nærmest blir en obligatorisk tjenestevei at man må gå gjennom fylkeskommunen med slike spørsmål. Beskrivelsen i notatet kan gi grunnlag for en slik oppfatning. I andre slike sammenhenger har det tidligere, særlig fra kommunalt hold, blitt advart mot at fylkeskommunen skal fungere som en slags overkommune overfor kommunene.”

Flere etterspør standardisering, blant annet uttaler *Nøtterøy kommune* at:

”Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbelt-rapportering”.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener at analysen kan foregå på regionalt nivå og at kommunene får ferdige rapporter:

”Forslaget om en egen kommunal (evt. interkommunal) analyseenhet utenom helsetjenesten, er NSF tvilende til ut fra kjennskap til faktiske ressurser i kommunene. En løsning kan være at fylkeskommunalt/regionalt nivå har hovedansvar for å utarbeide statistikk, som brytes ned til kommunenivå og gjøres tilgjengelig for kommunene i form av rapporter, ikke datasett som vil kreve ytterligere bearbeiding.”

13.2.4 Departementets vurderinger

Fylkeskommunens ansvar for oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer er en sentral del av fylkeskommunens ansvarsområde, både for å kunne ivareta sitt ansvar innen folkehelsearbeid generelt, men ikke minst for å ivareta rollen som regional utviklingsaktør og for å kunne under-

støtte kommunenes behov for oversikter. Det vises til vurderingen over om kommunens oversikter, som generelt også vil gjelde for fylkeskommunen.

Departementet foreslår å videreføre fylkeskommunens ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer gjennom lovforslaget § 21. Bestemmelsens første og annet ledd er harmonisert med den tilsvarende bestemmelse rettet mot kommunene i lovforslaget § 5. At det skal settes krav til Folkehelseinstituttet om å gjøre data tilgjengelig for kommuner og fylkeskommuner, vil tilsvarende som for kommuner, være førende for fylkeskommunens ansvar til å ha oversikt.

Oversiktene skal baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter lovforslaget § 25 og kunnskap fra kommunene. Videre skal oversikten inneholde relevant kunnskap fra kommunene, samt opplysninger fra tannhelsetjenesten og fra øvrige deler av fylkeskommunal virksomhet som har betydning for folkehelse.

Fylkeskommunen må aktivt ta stilling til den informasjonen som gjøres tilgjengelig, gjøre en vurdering av behov for nærmere kartlegginger, årsaksforhold og konsekvenser, og i nødvendig utstrekning foreta videre kartlegginger og utredninger.

En drøfting av fylkets folkehelseutfordringer skal ligge til grunn ved utforming av regional planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 7-1, herunder om det er større helseforskjeller i regionen og hva dette kan innebære for strategisk utvikling i regionen og for fylkeskommunens oppgaver for øvrig etter lovforslaget § 20.

Fylkeskommunale oversikter vil kunne være et viktig bidrag til kommunenes oversikter. Undersøkelser som gjennomføres over samme lest, vil både muliggjøre sammenlikninger mellom fylker og gi viktige bidrag til nasjonale oversikter. Blant annet kan det være aktuelt at regionale undersøkelser inneholder en del av spørreskjemaet eller undersøkelsene 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. Det er et pågående samarbeid mellom KS, representanter fra fylkeskommuner, fylkesmann, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som vil drøfte operasjonaliseringen av kravet til fylkeskommunens oversikter og systemer for samordning mellom fylkene. Etter lovforslaget § 4 tredje ledd har kom-

munen ansvar for å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, for eksempel i fylkeskommunen. Dette kan for eksempel gjelde spesielle utfordringer i kommunen som er relevant i regionale strategier og planer, og virksomhet for øvrig som for eksempel forhold i videregående skoler som kommunens helsetjeneste har kjennskap til.

Som for kommunen foreslår departementet at oversikten skal foreligge som et skriftlig dokument og blant annet legges til grunn ved fylkestingets vedtak om regional planstrategi.

Departementet foreslår at forskriftshjemmelen fra dagens folkehelselov for fylkeskommunene § 4 annet ledd videreføres. Hjemmelen går videre enn forslaget til forskriftsbestemmelse for kommunenes oversikter i § 5, da departementet ikke anser det som aktuelt å stille krav til gjennomføring av helseundersøkelser på lokalt nivå. Dette vil imidlertid fortsatt være aktuelt på regionalt nivå.

13.3 Statlige helsemyndigheter

13.3.1 Gjeldende rett - dagens praksis

Verken Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet har i dag noe lovfestet ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Nasjonalt folkehelseinstitutt har som oppgave å ha oversikt over befolkningens helse, livsstil og livskvalitet og beskriver forekomsten av sykdommer, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. I 2010 ble det utarbeidet en folkehelse rapport som belyser utviklingen av helsetilstanden i landet. På bakgrunn av denne har instituttet foreslått noen nøkkelindikatorer som kan brukes til å følge utviklingen i folkehelsen fremover.

Folkehelseinstituttet har i dag flere systemer for å gjøre tilgjengelig helsestatistikk til brukere, blant annet i kommuner, fylkeskommuner, statlige instanser mv. Norgeshelsen er en interaktiv statistikkbank der man kan lage egne tabeller, linje- og kartdiagrammer. Det er valgt ut statistikk som er relevant i forhold til befolkningens helse. Det er mulig å velge blant cirka 80 emner og lage egne tabeller, diagrammer og kart med eget utvalg av kjønn, aldersgruppe, geografi og årstall. Cirka 20 emner handler om sosial ulikhet i helse. Data er hentet fra sentrale helseregistre, helseundersøkelser, Statistisk sentralbyrå og flere andre kilder, blant annet Helsedirektoratet, Universitetet i Bergen og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). I tilknytning til dette er det utviklet fylkesbarometer hvor en enkelt kan se hvordan helsetilstand er i de nor-

ske fylkene, sammenlignet med gjennomsnittet for Norge. Fylkesbarometer er et radardiagram som viser 23 utvalgte indikatorer på helsetilstand og risikofaktorer for sykdom.

"Helsetilstanden i Norge" er en ny elektronisk publikasjon som til sammen gir et bilde av helse, sykdom og risiko for sykdom i den norske befolkningen. I tekst, tabeller og diagrammer belyses status, utviklingstrekk og helseforskjeller i befolkningen på 25 ulike temaområder. Diagrammene som benyttes i "Helsetilstanden i Norge", er for en stor del interaktive diagrammer knyttet til Norges helse. Helseindikatorerne er til dels de samme som publiseres av andre land og internasjonale organisasjoner. Dette gjør det mulig både å følge utviklingen av helsetilstanden i Norge over tid og å foreta sammenlikninger mellom land. Tekst og diagrammer vil bli oppdatert fortløpende.

Hesledirektoratet har ansvar for å gi råd og veiledning til kommuner, fylkeskommuner og andre sektorer og etater blant annet på folkehelseområdet. Direktoratet drifter nettportalen kommunehelseprofiler.no. Nettstedet presenterer data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data, samt data om tjenester i norske kommuner. På kommunehelseprofiler.no ligger et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med gode data på kommunenivå. Nettstedet ble utviklet som et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og Helseledirektoratet. Portalen består av en statistikkmotor med ca. 50 indikatorer. Til hver indikator hører det tekstlig informasjon og en beskrivelse av indikatoren. I tillegg publiseres artikler, linker til interessant fagstoff og nettsteder. I tillegg presenteres gode eksempler og tiltakspakker.

Også Statens institutt for rusmiddelforskning produserer og gjør statistikk tilgjengelig. Instituttet driver RusStat, en database med oppdatert statistikk om alkohol og narkotika. Hvert år utgis "Rusmidler i Norge", et hefte med fersk rusmiddelstatistikk. Tallmaterialet er hentet fra offentlig statistikk og spesialundersøkelser. Instituttet produserer også årlig statistikk over antall salgs- og skjenkesteder i kommunene.

De regionale helseforetakene har med utgangspunkt i egen virksomhet en rolle i arbeidet med å følge utviklingen i sykdomsbildet i regionen og i nærområdene. Overvåking av epidemiologiske forhold vil være et viktig grunnlag for forebyggende tiltak. For eksempel var det Sykehuset Østfold HF som oppdaget og varslet kommunene Fredrikstad og Sarpsborg om legionellapandemien i mai 2005.

Spesialisthelsetjenesten er videre en sentral kilde til data på nasjonalt nivå gjennom rapporteringen til Norsk pasientregister og andre sentrale helseregistre.

13.3.2 Høringsnotatets forslag

Sentrale helsemyndigheter og øvrige statlige etater som SSB, Klima- og forurensningsdirektoratet mv. har gjennom sine registre kunnskap om forhold som har betydning for befolkningens helse. Dette er opplysninger som er viktige på nasjonalt nivå, men de er også viktige for kommunene og fylkeskommunene når de skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. lovforslaget §§ 5 og 21. Departementet foreslår i høringsnotatet at Folkehelseinstituttet får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter. Opplysningene som skal gjøres tilgjengelig vil ta utgangspunkt i eksisterende informasjon.

Statistikk som gjøres tilgjengelig, må være mest mulig beslutnings- og tiltaksrelevant og være i en form som gjør den lett forståelig. Aktuell statistikk kan dreie seg om dødelighet, de viktigste helseproblemer som kan forebygges, de mest sentrale levevane- og påvirkningsfaktorer, samt også grunnleggende bakenforliggende påvirkningsfaktorer. Helseledirektoratet vil ha en viktig rolle i å bistå Folkehelseinstituttet med hva som er tiltaksrelevant statistikk, formidlingsform, samt som en del av sitt råd- og veiledningsansvar innen folkehelsearbeid, ta utgangspunkt i hvordan denne statistikken kan danne grunnlag for planlegging og tiltak.

13.3.3 Høringsinstansenes syn

De som uttaler seg om dette mener det er meget positivt at staten skal gjøre tilgjengelig opplysninger om helseforhold i den enkelte kommune. Blant annet uttaler *Øvre Eiker kommune* at:

"Det er positivt at det blir fokusert på at staten skal hjelpe kommunene med å fremskaffe statistisk materiale som grunnlag for planer og tiltak. Det bør imidlertid pekes på at statistikken ofte er utilstrekkelig og ikke overholder faglige krav til i på kommunenivå fordi tallene er så små."

Miljørettet helsevern i Sør-Rogaland uttaler:

"Oversiktene må kunne sammenlignes mellom kommuner, regioner og befolkningsgrupper.

Det er derfor viktig å få nasjonale måleparametre.

MHV mener det vil være avgjørende at nasjonale myndigheter lager slike systemer. Slik det er i dag, må kommunen selv lage systemer for å få oversikt. Det er uheldig og bidrar ikke til å kunne sammenligne tallene mellom kommuner og andre nivåer.”

Nordland fylkeskommune mener:

”Som forutsetning for at gode regionale og kommunale helseoversikter skal kunne utarbeides, er det nødvendig at statlige helsemyndigheter gjør relevante data tilgjengelig. Hvis Helsedirektoratets portal ”kommunehelseprofiler” skal være nyttig for kommunenes arbeid med helseoversikter, er det nødvendig med en gjennomgang av innholdet.”

Flere kommuner herunder *Selbu kommune* og *Stokke kommune* uttaler:

”Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet, for eksempel geografiske informasjonssystemer. Helseovervåkingen må sette helsefremmende faktorer i høysetet. Følgende prinsipper legges til grunn:

- Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.
- Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner
- Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv”

Folkehelseinstituttet uttaler at:

”Vi er positive til at høringsnotatet vektlegger betydningen av å ha et felles, standardisert kjernesett av indikatorer for alle kommuner og fylkeskommuner. Dette vil gjøre sammenlikninger over tid og geografi mye enklere.”

Mange uttaler at det er økt behov for faglig støtte til kommunene og fylkeskommunene fra staten sin side. For eksempel uttaler *Larvik kommune*:

”Det er positivt at kommunes ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer lokalt blir presisert. Dette krever at kommunen må få relevante helsedata om sin kom-

mune fra Folkehelseinstituttet og andre sentrale datakilder. Det er ikke hensiktsmessig at hver kommune må bygge opp et eget apparat for innhenting og behandling av relevante helsedata. Det er påkrevet at statlige helsemyndigheter og fylkeskommune understøtter kommunene i dette arbeidet.”

Om arbeidsdeling på nasjonalt nivå uttaler *Folkehelseinstituttet* at:

”Det er viktig å finne en fornuftig arbeidsdeling her. Helsedirektoratet har et større myndighetsansvar og skal utvikle ”nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid”. Folkehelseinstituttet skal i tillegg til registerdrift og analyser av disse, drive forskning. Det er viktig at denne forskningen, og tolkning av annen forskning, bidrar i utviklingen av Helsedirektoratets normer og standarder. I tillegg vil forskningsresultater fra Folkehelseinstituttet, som kvalitetssikres gjennom internasjonal publisering, danne grunnlag for rapporter i Folkehelseinstituttets rapportserie. Også disse vil inneholde viktig informasjon for myndigheter på mange nivå, evt. også allmennheten om forhold som er viktig for folkehelsen.”

Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge – NTNU understreker at også andre kompetansemiljøer enn Folkehelseinstituttet bør ha mye å bidra med i oversikt over lokale helseforhold:

”Samarbeidsorganet er positivt til at kommunene pålegges å skaffe oversikt og kunnskap om helsetilstand og folkehelseutfordringene lokalt, slik at de iverksatte tiltak kan bli mest mulig målrettet og effektive. Det nevnes i loven at Nasjonalt folkehelseinstituttet skal yte denne type tjenester for kommunene, men når det kommer til etablering av oversikt over lokale helseforhold, bearbeiding av data, og utforming av kunnskapsbaserte tiltak knyttet til de lokale utfordringene mener Samarbeidsorganet at universitetet, helseforetak og andre forskningsinstitusjoner bør spille en viktig rolle.”

13.3.4 Departementets vurderinger

Som omtalt over mener departementet det er viktig at det foreligger lokal informasjon og statistikk for å utløse lokal handling og at tiltak forholder seg til lokale utfordringer. Det bør videre legges opp til kommunene har et kjernesett av data som

er standardisert, dvs. som er felles for alle kommuner. Det er flere høringsinstanser som etter spør dette fordi de mener det er til stor hjelp for kommunene og fylkeskommunene, og fordi det muliggjør sammenligninger mv. En viktig del av kommunenes og fylkeskommuners oversikter skal således baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig.

Som omtalt i kapittel 12.3 om statlige myndigheters oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet, foreslår departementet at Nasjonalt folkehelseinstitutt i lovforslaget § 25 får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene som skal gjøres tilgjengelig vil ta utgangspunkt i eksisterende informasjon, men utvikles etter hvert der det ikke er god nok informasjon i dag. Det er flere områder der vi i dag har lite kunnskap på nasjonalt nivå. Det gjelder for eksempel oversikt over primærhelsetjenesteinformasjon og opplysninger om en del risikofaktorer og levekårsforhold. Det er etter departementets syn avgjørende at utviklingen av grunnlaget for kommuners oversikt baseres på hva som er viktig og ikke utelukkende på tilgjengeligheten av statistikk og informasjon.

Departementet forutsetter at det bygges videre på erfaringene blant annet fra kommune-helseprofilportalen og Norgeshelse, men at ressursene som brukes til disse samles til et nettsted og spisses i forhold til et sett med sentrale indikatorer for folkehelse. For statistikk som ikke er på kommunenivå, vil det være aktuelt å gjøre estimater basert på folketall, kjente risikofaktorer mv.

Folkehelseopplysninger som gjøres tilgjengelige, må være mest mulig beslutnings- og tiltaksrelevant og være i en form som gjør dem lett forståelige. Aktuelle opplysninger kan dreie seg om dødelighet, helseproblemer som kan forebygges, levevanefaktorer, samt levekår og andre påvirkningsfaktorer. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal i samarbeid med brukere og aktuelle fagmiljøer som SSB, sammenstille og utvikle tiltaksrelevant statistikk og opplysninger på egnet formidlingsform.

Statistikk må tolkes og kompletteres både med kvalitative data og med annen statistikk. Råd og veiledning for å få frem beslutningsrelevant informasjon er dermed viktig. Statlige helsemyndigheter vil ha en sentral rolle i å bistå fylkeskommuner og kommuner i tolkning av statistikk, slik at denne kan gjøres mest mulig beslutningsrelevant for politikere og andre, samt at denne kan danne grunnlag for tiltak. Fylkeskommunene vil også på selvstendig grunnlag ha en rolle overfor kommunene.

Videre vil Folkehelseinstituttet bistå med å utvikle og koordinere fylkeskommunale initierte helseundersøkelser, som for eksempel HEPRO-undersøkelsen og Helseprofil for Akershus. Instituttets veiledning kan omfatte råd om bruk av standardiserte/validerte spørsmål, undersøkelser/prøver, og råd om rutiner og prosedyrer ved datainnsamling. Regionale helseundersøkelser vil også kunne gi bedre nasjonale oversikter dersom fylkeskommunens arbeid med oversikter blir tilstrekkelig koordinert nasjonalt. Blant annet kan det være aktuelt at de enkelte regionale undersøkelsene inneholder en del av spørreskjemaet eller undersøkelsene/prøvene fra de nasjonale undersøkelsene.

Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets fremtidige ansvar er nærmere omtalt i kapittel 12.3.

I tillegg til Folkehelseinstituttet er de regionale helseforetakene (RHF) viktige bidragsytere i arbeidet med å ha overvåking av helsetilstand og determinanter i sin region. Dette er i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. foreslått presisert ved en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Med en slik oversikt vil det for eksempel bli mulig å mer strategisk iverksette tiltak for å forebygge spesielle folkehelseutfordringer som en ser er på vei før de eventuelt viser seg som økt etterspørsel etter kurative helsetjenester, jf. blant annet fedme-epidemien, samt dimensjonere tjenestene i forhold til fremtidig behov. Dette kan gi større kontroll over fremtidige helseutgifter.

14 Mål og folkehelse tiltak i kommunene

14.1 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenestens ansvar for å iverksette tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom (folkehelse tiltak) er regulert i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-2, 1-3 og 1-4. Kommunestyrets ansvar er regulert i § 4a-2. Nevnte bestemmelser er nærmere omtalt i kapittel 12.1.1.

I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) om endringer i kommunehelsetjenesteloven (miljørettet helsevern) er det gjort nærmere rede for innholdet i den oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kommunens helsetjeneste skal ha etter § 1-4. Dette innebærer blant annet å innhente nødvendig datagrunnlag over fysiske og sosiale forhold, og deretter utarbeide en systematisert oversikt, ”kommuned diagnose”, som angir utfordringene i den enkelte kommune. Ut i fra oversikten skal det lages en plan for forebyggende tiltak, basert på en vurdering av hva som bør og kan forebygges. I tillegg var det forutsatt at planen skal omfatte helsefremmende og forebyggende tiltak med utgangspunkt i nasjonale mål på folkehelseområdet, se side 28 i Ot.prp. nr. 40 (1986-87). Som en del av planarbeidet, var det forutsatt at kommunen hadde et handlingsprogram (jf. side 44).

Av de tiltakene som er fremhevet spesielt i proposisjonen er i) miljørettet helsevern, herunder ulykkesforebyggende arbeid, omgivelshygiene, ernæringsarbeid mv., ii) medvirkning til at andre sektorer og myndigheter ivaretar helse, iii) generell påvirkning av adferd i befolkningen gjennom helseopplysning, samt også iv) tiltak gjennom skolehelsetjenesten og helsestasjonsvirksomhet. Det er overlapp mellom disse områdene, for eksempel vises det til at ulykkesforebyggende arbeid også ivaretas av helsestasjonsvirksomhet, og at skolehelsetjenesten arbeider med miljørettede tiltak i skolen, dvs. at disse også utfører oppgaver innen miljørettet helsevern. Når det gjelder samarbeid med andre, vises det blant annet til at både hjemmesykepleien og eldreomsorgen bør være opptatt av ulykkesforebyggende arbeid, og at miljørettet helsevern skal samarbeide blant annet med sosialstyret, barneverns-

nemnda og edruskapsnemnda, jf. sosiale miljøfaktorer.

Miljørettet helsevern er som nevnt i høringsnotatets kapittel 11.1 definert vidt og omfatter også livsstil herunder ernæringsarbeid og sosiale miljøfaktorer, selv om dette i liten grad i dag blir ivaretatt av den miljørettede helseverntjenesten. Blant annet står det følgende om ernæring på side 41 i Ot.prp. nr. 40 (1986-87):

”For å nå de ernæringsmessige mål må det her som ellers i det forebyggende helsevern arbeides fra to kanter samtidig: Gjennom opplysningsarbeid må det vinnes forståelse for hvor viktig det er å ta vare på egen helse og at den enkelte selv kan gjøre noe for dette. Gjennom samfunnsmessige tiltak må forholdene legges til rette i den enkeltes omgivelse så langt som råd er.”

Som en ser av forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, var det forutsatt at kommunene skulle arbeide bredt og systematisk med folkehelsearbeidet, blant annet gjennom utarbeiding av handlingsplaner og at folkehelsearbeidet skulle være forankret i plansystemet i kommunen.

Foruten kommunehelsetjenesteloven med forskrifter er enkelte tematiske deler av folkehelsearbeidet regulert gjennom særlovgivning som alkoholloven og tobakksskadeloven, og i andre sektors regelverk som barnehageloven, opplæringsloven, markedsføringsloven, arbeidsmiljøloven, lov og forskrifter om merverdiavgift, særavgifter m.m. Dette er regelverk som i stor grad legger myndighet og tiltak på nasjonalt nivå. Enkelte lover gir også myndighet til kommunen. For eksempel gir alkoholloven bevillingsmyndighet til kommunene, med tilhørende plikter, blant annet plikt til å utføre kontroll og utarbeide alkoholpolitiske planer. I tillegg kommer forurensningsloven og plan- og bygningsloven, særlig plandelen som forvaltes av Miljøverndepartementet, men også byggesaksdelen i loven som forvaltes av Kommunal- og regionaldepartementet. Det vises til kapittel 11 om forholdet til annet regelverk.

14.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatets utkast til § 6 foreslås det at en drøfting av kommunens helseutfordringer som er identifisert etter lovforslagets § 5, skal inngå i kommunens planstrategi etter plan- og bygningsloven. Planstrategien fastsettes av kommunestyret hvert fjerde år. Ansvaret for kommunens planarbeid på folkehelseområdet foreslås dermed knyttet nærmere opp mot kommunens politiske nivå enn i dag hvor ansvaret i stor grad ligger til kommunehelsetjenesten, jf. §§ 1-2 og 1-4. I høringsnotatet ble det også henvist til at det å gi kommunen, og herved kommunens politiske og administrative ledelse, et tydelig ansvar for folkehelse.

Oversikten over helsetilstanden inkl. analyse vil være en nødvendig forutsetning for at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, jf. høringsforslaget § 6 annet ledd, samt legges til grunn i utvikling av en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, reguleringsplaner, kommunedelplaner mv.

Videre foreslås det i høringsnotatet at kommunen som ledd i arbeidet med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringene kommunen står overfor på folkehelseområdet, jf. høringsforslaget § 6 annet ledd. Også kommuneplanene skal fastsettes av kommunestyret og forslaget er et ledd i ønsket om en tydeligere politisk forankring av folkehelsearbeidet og samordning av de ulike kommunesektorenes arbeid med folkehelse.

I tillegg til forankring i plan, ble det i høringsforslaget § 6 tredje ledd foreslått at kommunen skal ha plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte de helseutfordringene kommunen har identifisert gjennom oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene etter forslaget § 5. Forslaget tydeliggjør at det er kommunen som sådan, og ikke som i dag helsetjenesten, som har overordnet ansvar for tiltak. Det foreslås at innholdet av denne tiltaksplikten konkretiseres ved å liste noen mulige tiltaksområder som kan være aktuelle for kommunen, slik som arbeid for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging, begrenning av tobakks- og alkoholbruk, samt fremming av gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold.

Plikt for kommunen til å drive opplysningsarbeid på folkehelseområdet både på befolkningsnivå og på individnivå forelås også lovfestet i § 6 fjerde ledd. Dette er i store trekk en videreføring

av §§ 1-2 og 1-4 annet ledd i dagens kommunehelsetjenestelov.

14.3 Høringsinstansenes syn

Generelt har det kommet inn mange høringsuttalelser om planlegging, mens få av høringsinstansene har noen merknader til bestemmelsene om tiltak og helseopplysning. Av de som har kommentarer til at det skal iverksettes nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, er tilbakemeldingene positive. *Øvre Eiker kommune* sier for eksempel om kravet om å iverksette nødvendige tiltak:

”Forslaget er positivt og fornuftig og bør føre til utarbeidelse av en Folkehelseplan i kommunene.”

Miljøverndepartementet påpeker at:

”En viktig del av en folkehelsestrategi vil være tilrettelegging for fysisk aktivitet. Helse- og omsorgskomiteen uttaler i innstillingen til statsbudsjettet 2010: ”Tilrettelegging for friluftslivsaktiviteter må være et viktig virkemiddel i det helsefremmende arbeidet og forebygging av sykdom gjennom fysisk aktivitet”.

Som det går fram av kapittel 21 om økonomiske og administrative konsekvenser, er kommunene opptatt av at en styrking av folkehelsearbeidet vil kreve ressurser. Noen kommuner kommenterer dette også i forbindelse med tiltak. *Sarpsborg kommune* uttaler:

”I lovforslaget ligger også en handlingsplikt. Sarpsborg kommune er positiv til kravet om å iverksette tiltak for å møte lokale helseutfordringer, under forutsetning av at dette i tillegg til andre ufrivillige merkostnader som følge av den nye folkehelseloven, blir kompensert gjennom inntektssystemet.”

Det har også kommet inn noen merknader til hvordan tiltakene er eksemplifisert i høringsforslaget § 6 tredje ledd annet punktum. *Sykepleierforbundet* uttrykker bekymring for at en konkretisering av noen tiltak kan virke begrensende fremfor å stimulere til et mangfold av tiltak. De viser til erfaringene med barnevernloven hvor noen støttetiltak er nevnt i loven med den konsekvens at det i all hovedsak er disse støttetiltakene barnevernet tilbyr.

Helsedirektoratet er positive til at lovforslaget konkretiserer bredden i folkehelsearbeidet med eksempler, men mener at tiltakene som listes opp i § 6 tredje ledd "lett assosieres med tiltak knyttet til helse(-tjenesten) – og ikke kommunens folkehelseansvar slik det er formulert i § 4 (med unntak av det noe diffuse "gode fysiske og sosiale miljø og samfunnsforhold")".

Helsedirektoratet mener at eksemplene bør komme i en rekkefølge hvor de bakenforliggende forholdene kommer før de levevanerrettede tiltakene. Helsedirektoratet foreslår i stedet følgende formulering av § 6 tredje ledd annet punktum:

"Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, gode fysiske og sosiale miljøer, tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging og begrensnig av tobakk - og alkoholbruk."

Dette er på linje med høringsssvarene fra *Miljørettet helsevern Indre Østfold* og *Forum for Miljø og Helse* som uttaler følgende:

"Omtalen av tiltakene i lovforslaget tar ikke tilstrekkelig hensyn til bakenforliggende sosiale påvirkningsfaktorer."

Enkelte høringsinstanser gir også uttrykk for ønske om en mer forpliktende lov når det gjelder tiltak innen enkeltområder. *Nasjonalt råd for tobakksforebygging* mener at tobakksforebygging bør løftes mer fram, mens *Skadeforebyggende forum* mener at feltet skader og ulykker bør vies mer oppmerksomhet og gis større tyngde. *WHO's norske nettverk av sunne kommuner* mener at loven er for svak på tiltak og virkemidler.

Mange høringsinstanser fremhever at det er positivt at loven i så stor grad vektlegger utjevning av sosiale helseforskjeller. *Opppegård kommune* uttaler at "[d]ette er i tråd med hva som er av vår tids største helseutfordringer, nemlig ujevn fordeling av helse". *Eigersund kommune* uttaler:

"Det er også bra at det fokuseres på å motvirke sosiale helseforskjeller. Vi har i dag stor kunnskap om sosiale helseforskjeller men vi har meget få virkemidler til å endre på dette faktum. Ved å sette begrepet inn i en lovgivning kommer det frem på en helt annen måte."

Noen kommuner påpeker at utjevning av sosiale helseforskjeller er krevende og krever mer innsats enn det som kan skje innen rammen av folke-

helseloven. For eksempel uttaler *Rømskog kommune*:

"Rømskog kommune er positive til den vektlegging av forebyggende folkehelsearbeid som nytt lovverk gir, men vi er usikre på om lovverk alene er et tilstrekkelig verktøy til å minske de sosiale helseforskjellene i landet."

Kommunene Time, Klepp, Randaberg og Gjesdal uttaler:

"Skal vi lykkes med å utjevne sosiale helseforskjeller ligger de fleste virkemidlene på nasjonalt nivå og under andre departementer enn helsedepartementet."

Som presentert i kapittel 8 om lovstruktur, er det også noen høringsuttalelser som problematiserer at utjevning av helseforskjeller krever en grupperettet tilnærming.

Når det gjelder forankring av folkehelsearbeidet i planer etter plan- og bygningsloven, er synspunktene flere. Høringsinstansene er alt i alt positive til at loven gir et tverrsektorielt ansvar for folkehelse i henhold til prinsippet om "helse i alt vi gjør". Omlag to tredjedeler av høringsinstansene har ingen spesielle merknader til forslaget i § 6 om at en drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1 eller forslaget til § 21 om at en drøfting av fylkets helseutfordringer skal inngå i regional planstrategi. Ca. en fjerdedel av høringsinstansene har uttrykt støtte til denne bestemmelsen, mens ca. 10 % av høringsinstansene mener dette bryter med prinsippene i plan- og bygningsloven og at kommunene selv må definere hva som skal utredes i planstrategiene, og de er derfor kritiske til dette kravet.

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) uttaler at:

"KS er i mot at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprisset i plan- og bygningsloven (PBL). Kommunene må fortsatt selv definere de samfunnsmessige hensyn som det er behov for å utrede i planstrategiene. Foreliggende forslag er en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper."

Flere fylkeslag i KS har liknende budskap med de samme begrunnelsene, og en del kommuner følger opp med liknende formuleringer. *Nittedal kommune* sier for eksempel at det i følge plan- og

bygningsloven skal være ”opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging”.

Kommunene Stordal, Ørskog, Vanylven, Giske, Sula, Skodje, Sandøy, Norddal, Stranda, Ålesund og Haram uttaler at:

”Lovforslaget foreslår også at den heilskaplege folkehelsesatsinga i kommunane skal gå fram av kommunane sine planstrategiar. Intensjonen med dette er rett, men forslaget kan oppfattast å være i strid med gjeldande rett (kommunelov og Plan- og bygningslovgiving) i tillegg til å verte oppfatta som statleg overstyring i forhold til organisering og styring.”

De samme kommunene uttaler seg om viktigheten av at helseundersøkelser inngår som et grunnlag for planstrategier:

”Vi ser det som svært positivt at lova vil leggje helseundersøkingar til grunn for planarbeidet og la dette inngå i kommunal og fylkeskommunal planstrategi.”

Miljøverndepartementet er blant de høringsinstansene som er enig i og gir sin tilslutning til:

”[d]en løsning som er valgt i forslaget § 6, med bruk at kommunal planstrategi og kommunale planer for å vurdere, beslutte og ivareta hensynet til folkehelse gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven. Vi har også samme syn på forslaget i § 21 om å nytte regional planstrategi (og ev regional plan) til denne oppgaven på fylkesnivå.”

Videre uttaler *Miljøverndepartementet* at meste parten av tilretteleggingen for folkehelsearbeid må foregå lokalt i kommunene, og at:

”[d]ette krever at det er lett tilgang til egnede områder og anlegg som kan benyttes av brede befolkningsgrupper. Områder og anlegg for friluftsliv må innpasses i kommunenes planlegging etter plan- og bygningsloven”.

Av kommunene som er positive til forslaget, uttaler *kommunene Ski, Ås, Vestby, Enebakk, Nesodden og Frogn* at de ”[e]r enig i at folkehelsearbeidet skal forankres i planprosesser etter plan og bygningsloven og at kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunal planstrategi”. *Tønsberg* kommune uttaler:

”Man er for øvrig enig i at det i all planlegging og vedtak skal vurdere ulike helsekonsekvenser på kort og lang sikt.”

En liknende uttalelse kommer fra *kommunene Eidsberg, Gran, Vågå, Dovre, Skjåk og Sel* som sier at:

”Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeliggjort og dermed styrka gjennom lokale og regionale planstrategiar i samhandling mellom kommunar, fylkeskommunar og statlege helsemyndigheiter”

Salten regionråd (kommunene Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy, Meløy, Saltdal, Steigen, Sørfold, Værøy, Røst og Tysfjord) uttaler at helsehensyn må tas i planarbeid. Mens *Risør kommune* fremhever kommuneplanarbeidet som det viktigste verktøyet for å samordne og integrere de ulike faginstanser i forhold til folkehelsen, er *Bodø kommune* opptatt av at loven ikke må bli for byråkratisk, men støtter knyttingen av folkehelsearbeid til kommuneplanlegging:

”Det er også positivt at folkehelse skal være en integrert del av kommunens overordnede plan-dokument – kommuneplanen.”

Larvik kommune mener det er en forutsetning for at loven skal ha noen effekt, at lokale planstrategier utarbeides og vedtas av kommunestyrene som forpliktende og overordnede styringsdokumenter. Kommunen uttaler:

”Kommunes fastsettelse av mål og strategier for folkehelsearbeidet må innarbeides som sentral del av kommuneplanleggingen. Den politiske forankringen av folkehelsearbeidet må sikres i betydelig større grad enn i dag. I planarbeid er det viktig ikke bare å tenke folkehelse på overordnet nivå, men å kunne følge helsekonsekvensene for de ulike planene videre nedover i planhierarkiet.”

Moskenes, Flakstad, Vågan og Vestvågøy kommuner uttaler støtte til behovet for politisk forankring av folkehelsearbeidet i kommunene:

”En er enig i at en må tillegge kommunene flere eller sterkere virkemidler, for å øke kommunens ansvar for å ivareta folkehelse. For å sikre politisk forankring av de prinsipielle og overordnede sidene av folkehelsearbeidet er en enig i at det tas inn en ny bestemmelse i § 6

første ledd om at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til helseutfordringene i kommunen. Helseutfordringene må basere seg på en oversikt over helsestilstanden i kommunen, jf. § 5 i lovforslaget og beskrives i kommunal planstrategi. På bakgrunn av beskrivelsen av helseutfordringene skal kommunen fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet.

For å sikre at folkehelsearbeidet fremmes innen alle sektorer må mål og strategier for folkehelsearbeidet behandles politisk som ledd i de alminnelige planprosesser i kommunen. Folkehelsearbeidet må da forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Blant annet innebærer at folkehelse tiltak beskrives i kommuneplanens handlingsdel, jf. Plan- og bygningsloven § 11-1. Handlingsdelen angir hvordan kommuneplanen skal følges opp de fire påfølgende år og revideres årlig.”

Når det gjelder fylkeskommunene, mener *Østfold fylkeskommune* at det er riktigere at staten anbefaler at folkehelse bør inngå i planstrategi, fremfor å kreve at dette skal skje. *Nordland fylkeskommune* nevner ikke dette temaet spesielt, mens *fylkeskommunene Akershus, Hedmark, Oppland, Aust-Agder, Buskerud, Hordaland, Rogaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Telemark, Vest Agder, Sør-Trøndelag, Nord Trøndelag* og *Vestfold* er positive til styrking av folkehelsearbeidet gjennom planstrategier. *Vestfold fylkeskommune* uttaler at:

”For å møte kommunens helseutfordringer foreslår Helse- og omsorgsdepartementet i § 6 at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse skal inngå i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Dette er viktige lovmessige føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet, og at folkehelse skal bli bedre integrert i arbeidet med å utvikle lokalsamfunnet. Lovforslaget vektlegger planforankring og politisk involvering i folkehelsearbeidet og har som intensjon å gjøre folkehelsearbeidet sektorovergripende, kunnskapsbasert og langsiktig. Dette muliggjør en mer samordnet innsats. Det er fokus på å skape mer systematikk og kontinuitet innenfor feltet, og deler av dokumentene kan leses som en intensjon om å skape gode prosesser og involvering.”

Telemark fylkeskommune uttaler:

”Lovteksta (§ 21) er her óg svært identisk med eksisterande lovtekst, med eit vesentleg unntak; drøfting av fylkets helseutfordringar skal inngå i regional planstrategi. Dette styrkjer folkehelsearbeidet, og gir eit meir konkret innhald til § 3-1 i Plan- og bygningslova om oppgaver og hensyn som skal ivareta etter nemnde lov.”

Når det gjelder fylkesmennene, mener *Fylkesmannen i Østfold* at forslaget til bestemmelse om planstrategi bør tas ut av folkehelseloven og at plan- og bygningsloven heller bør omtales generelt i kapitlet om forhold til andre lover. *Fylkesmennene i Hordaland og Telemark* uttaler seg ikke spesielt om saken, mens *fylkesmennene i Rogaland, Vest-Agder, Aust-Agder, Oslo og Akershus, Buskerud, Vestfold, Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland* og *Troms* støtter forslaget.

14.4 Departementets vurderinger

Helsetjenestens plikt til å foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen, medvirke til at helsehensyn blir ivare tatt av at andre offentlige organer og drive helseopplysning, er viktige virkemidler i dagens regelverk, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4. Kommunens tiltak etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 er imidlertid begrenset av at bestemmelsen retter seg mot kommunens helsetjeneste. Til tross for sitt viktige bidrag, rår helsetjenesten ikke over de virkemidlene som ligger i andre sektorer og folkehelsearbeidet er i sin karakter sektorovergripende. Videre har kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven blitt tolket mer som en bestemmelse som ga kommunestyret myndighet, men i liten grad ansvar. Dette var i utgangspunktet ikke hensikten, jf. beskrivelsen av helse- og sosialstyrets oppgaver i høringsnotatets kapittel 12.1.

Kommunens ansvar for å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivare tatt av andre myndigheter og samarbeid med frivillig sektor er nærmere omtalt i kapittel 12.1.4. Medvirkning i planprosesser etter plan- og bygningsloven er nærmere omtalt i dette kapitlet.

Høringsforslaget § 6 inneholder både bestemmelser om kommunens bruk av planverktøyet etter plan- og bygningsloven i folkehelsearbeidet (§ 6 første og annet ledd) og krav til iverksetting av nødvendige tiltak og folkehelseopplysning (§ 6 tredje og fjerde ledd). Departementet mener bestemmelsen bør deles i to paragrafer slik at

høringsutkastet § 6 tredje og fjerde ledd nå blir nytt § 7 første og annet ledd. Grunnen til dette er å tydeliggjøre ytterligere at planstrategier og planer etter plan- og bygningsloven er avgrenset til det som ligger innefor rammen av kommunal planlegging, mens ”nødvendige tiltak” etter ny § 7 første ledd ikke er begrenset til dette. Denne endringen er kun lovteknisk og innebærer materielt sett ingen endring i forhold til høringsforslaget.

14.4.1 Planlegging og politisk forankring

Departementet foreslår i ny folkehelselov § 6 en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet. Mål og tiltak kan omfatte all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, jf. lovforslaget § 4. Det kan også omfatte medvirkning etter § 4 tredje ledd.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 5 er utgangspunktet for både mål og strategier og for kommunens ansvar for å møte utfordringene (jf. §§ 6 og 7). Det vises til forslaget i kapittel 13 som innebærer at kommunen skal ha kunnskap om et minimum datasett som sier noe om både status og utfordringene fremover når det gjelder befolkningens helse. Ved behandlingen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* peker komiteen på behovet for at et helhetlig ansvar må legges til kommunestyret når det gjelder å utvikle en plan som viser hvordan helse er et ansvar for alle sektorer. Det vises til innstillingen side 18:

”Komiteen vil peke på at kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjen-speiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Det blir da kommunestyrets ansvar å bygge opp et apparat både administrativt og faglig tilpasset de lokale utfordringer. I en slik plan vil alle sektorenes helseansvar bli synliggjort sammen med samarbeid og arbeidsdeling som trengs i forhold til andre kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner.”

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er behov for en årlig politisk behandling av slike planer (side 18):

”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener dette ansvaret nødvendigvis årlig

behandling i kommunestyrene om lokale tiltak for bedre folkehelse.”

For å sikre at folkehelsearbeidet fremmes i alle sektorer, foreslår departementet at mål og strategier for folkehelsearbeidet skal behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen. Folkehelsearbeidet skal dermed forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Etter plan- og bygningsloven § 3-1 bokstav f skal planlegging etter loven fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Den nye plan- og bygningsloven etablerer et system med regionale og kommunale planstrategier og planer som er tilrettelagt og godt egnet for å ivareta oppgavene med å fremme folkehelse.

Departementet mener det er viktig at folkehelsearbeidet i kommunesektoren knyttes til planlegging etter plan- og bygningsloven, herunder kommuneplanens handlingsdel, fremfor å oppstille egne plankrav for folkehelse. Det er et hovedgrep ved forslaget til folkehelselov at ivaretagelse av helsehensyn og fremming av folkehelse innenfor alle sektorer skal skje ved slik planforankring, istedenfor å videreføre gjeldende rett med et helsesektoransvar for folkehelsearbeidet.

Plan- og bygningsloven § 10-1 pålegger kommunen å utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og å vedta den senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering. Kommunale planstrategi bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til utviklingen av lokalsamfunnet. Det fremgår av merknad til bestemmelsen at helseutfordringer skal inngå i vurderingen av kommunal planstrategi. Beskrivelsen av folkehelseutfordringene skal vise hva som er status og hva som er utviklingen de siste fire år, og drøfte kommunens folkehelseutfordringer i dette perspektivet.

Departementet er enig med de høringsinstansene som uttaler at det ikke, slik som foreslått i høringsnotatet, skal være et krav om at en drøfting av folkehelseutfordringene skal inngå i kommunens planstrategi, jf. blant annet uttalelse fra KS, men at en slik drøfting bør inngå.

Derimot mener departementet at en oversikt over kommunens helseutfordringer, herunder helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne og en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser, jf. § 5 annet ledd, skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens helseutfordringer og den betydning det har for kommunens strategiske valg knyttet til utviklin-

gen av lokalsamfunnet bør inngå i selve planstrategien, jf. lovforslaget § 6 første ledd. Blant annet kan det være slik at helseutfordringene slik de fremgår etter § 5, er tilstrekkelig ivaretatt i eksisterende kommuneplaner, og at det dermed ikke er behov for endringer av planer. Det skal likevel fremgå i vurderingen som grunnlag for planstrategien, eller fortrinnsvis i selve planstrategien, at det er gjort en slik vurdering og på hvilke grunnlag.

Lokalt folkehelsearbeid dreier seg om samfunnsutvikling, på samme måte som nasjonalt og regionalt folkehelsearbeid gjør det. Samfunnsutvikling er av stor betydning for helsen og fordelingen av denne i befolkningen. I samsvar med dette foreslås det i § 6 annet ledd at kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse viktige hensyn bør inngå i kommunens planer etter plan- og bygningsloven.

Dette er lovmessige føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligger over sektornivå. Kommunens folkehelsepolitikk (mål og strategier) skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten etter § 5, og være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter (delmål og tiltak) skal kunne måles mot disse. Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen. Det er naturlig at kommunestyrene årlig behandler lokale tiltak for folkehelse i forbindelse med behandlingen av kommuneplanens handlingsdel og økonomiplanen.

Kommunens mål og strategier innen folkehelse (folkehelsepolitikk) kan for eksempel omfatte visjon, mål, retningsgivende prinsipper, forholdet til annen politikk slik som oppvekst, utdanning, samferdsel, kultur og næring, spesielle lokale forhold/utfordringer, styringssystem herunder ansvar, organisasjon, viktige prosedyrer, rapporter, kompetanse og evalueringer.

På bakgrunn av kommunens folkehelsepolitikk etter § 6 annet ledd bør det utarbeides nærmere delmål, tiltak og styringsprogram. Disse skal innpasses i kommunens planer etter plan- og bygningsloven, for eksempel når kommuneplanens arealdel utarbeides, eller gjennom egne kommunedelplaner. Videre forutsettes det at tiltakene fastsettes i kommuneplanens handlingsdel.

I arbeidet med delmål og tiltak kan det være aktuelt å gjøre nærmere analyser av helsetilstand og påvirkningsfaktorer, for eksempel ved en mer detaljert kartlegging i bestemte geografiske områ-

der eller grupper av befolkningen, for eksempel om levekår i bestemte områder, om røyking blant elever i de enkelte skoler, tilgang til usunn mat i nærheten av skoler og ulykkesstrekninger i veg. Dette kan eventuelt fungere som grunnlag for tiltak for å motvirke sosiale ulikheter i helse.

Delmålene bør være spesifikke, målbare og sammenlignbare over tid og mellom kommuner.

I forbindelse med behandling av ny planstrategi i nytt kommunestyre og eventuelt ved rulling av kommuneplan, skal eksisterende politikk, prinsipper, organisasjon mv. gjennomgås for en vurdering av om disse er i samsvar med helseutfordringene kommunen står overfor. En slik gjennomgang kan blant annet baseres på ny kunnskap, endringer i lokale, regionale eller nasjonale forutsetninger, lærdom og erfaringer fra eksisterende folkehelsearbeid, nye samarbeidspartnere mv.

I tillegg til planlegging med folkehelse som formål er det også viktig at planer og tiltak med andre mål enn helse ikke forsterker utfordringen, men snarere bidrar til å nå lokale folkehelsepolitiske mål. Evaluering har blant annet vist at folkehelseaktører har manglet grunnlag for å bidra i konsekvensvurderinger på en hensiktsmessig måte:

”Folkehelsesystemet er i sporadisk, men usystematisk inngrep med KU-systemet. Folkehelserepresentanter er av og til på ”KU-banen”, men spiller en passiv og lite konstruktiv rolle og er sjeldent over midtstreken. Folkehelsesystemets representanter virker lite bevisste om hvordan de kan utøve sin rolle i systemet for å sikre størst mulig innflytelse.” (Strand, Arvid et. al. (2004), *Helse spørsmål og konsekvensutredninger*, NIBR.)

14.4.2 Om medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven

Medvirkning fra innbyggerne er sentralt i folkehelsearbeidet. Innbyggernes medvirkning er viktig for å lage gode lokale folkehelsestrategier. Samtidig kan gode og reelle medvirkningsprosesser være helsefremmende ved at den enkeltes iboende krefter og ressurser mobiliseres og dermed øker mestring i egne liv. Plan- og bygningsloven stiller i § 5-1 krav til medvirkning i planlegging:

”Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning. Kommunen skal påse at dette er oppfylt i planprosesser som utføres av andre offentlige organer eller private.

Kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte, skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte.”

Bestemmelsen innebærer at planmyndigheten gjennom hele planarbeidet skal sørge for åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i lokalsamfunnet og dialog med organiserte og uorganiserte interesser.

I kommuner med samisk befolkning er det viktig å legge til rette for medvirkning i spørsmål som gjelder denne gruppen og sørge for at ikke språklige eller kulturelle barrierer hindrer medvirkning. Det særlige ansvaret for å sikre en aktiv medvirkning for grupper av den samiske befolkningen, følger også av ILO-konvensjon nr. 169.

I alminnelighet bør det bestemmes tidlig i planprosessen hvordan det skal legges til rette for en aktiv medvirkning. For de plantyper hvor det skal utarbeides et planprogram, jf. plan- og bygningsloven § 4-2, skal opplegget for medvirkning så vidt mulig fastsettes i planprogrammet.

Bestemmelsen innebærer videre at kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging for å kunne delta, herunder barn og unge. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte, skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte. Kommunale og fylkeskommunale råd for funksjonshemmede og regionale og lokale brukerorganisasjoner kan være viktige aktører i denne sammenheng og bør trekkes inn på hensiktsmessig måte.

Det kan være en særlig utfordring å oppnå medvirkning fra interesser og hensyn som ikke har klare talspersoner gjennom etablerte organisasjoner, og andre grupper som krever spesiell tilrettelegging. Dette kan for eksempel gjelde barn i et område, personer med nedsatt funksjonsevne, personer med fremmedkulturell bakgrunn eller andre personer eller grupper med særlige behov. For personer med nedsatt funksjonsevne vil tilgjengeligheten til møtelokaler og informasjon være viktig.

Ansvaret for å sikre aktiv medvirkning kan videre gjelde for eksempel interessen for friluftsliv og naturvern i nærmiljøet. Dette kan gjelde mange mennesker, men som ikke alltid er organisert. Det er viktig at det er bevissthet om slike forhold, slik at ikke de organiserte interessene blir urimelig dominerende i planprosessene i forhold til de som ikke er organisert. For grupper og

interesser som ikke kan delta direkte, må forslagstilleren og kommunen finne andre måter som sikrer god medvirkning innenfor de muligheter som foreligger. Dette kan for eksempel være psykisk utviklingshemmede, mennesker som ikke kan norsk språk mv.

14.4.3 Iverksetting av nødvendige tiltak

Det bør etter departementets syn være et krav om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 7 første ledd. At det systematiske folkehelsearbeidet resulterer i handling, er en forutsetning for å nå formålet med loven. Kommunen har et spesielt ansvar å iverksette tiltak på områder der kommunen har de største helseutfordringene, og der kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak. Hvilken sektor i kommunen som skal gjennomføre tiltaket, vil variere med problemet. I prinsippet kan alle kommunens sektorer tenkes å ha et ansvar for iverksetting av folkehelseiltak. Kommunehelsetjenesten har et viktig ansvar for forebyggende tjenester, men i forhold til befolkningsstrategier har andre sektors innsats vel så stor betydning. Skole, samferdsel, miljø og teknisk etat er eksempler på etater som på vesentlig måte kan bidra til folkehelsearbeidet.

Kommunenes utfordringer vil være ulike. Enkelte kommuner eller regioner kan for eksempel ha relativt sett høy andel av røykere og en befolkning som er lite fysisk aktiv, hvilket kan innebære en økt risiko for utvikling av sykdommer som for eksempel diabetes type 2, KOLS, kreft og hjerte- og karlidelser. Kommunen skal da kunne iverksette tiltak som er egnet til å endre den aktuelle helseatferden, og tiltak rettet mot de bakenforliggende årsaker til denne helseatferden. Andre kommuner/regioner kan stå overfor andre typer utfordringer, og tiltakene vil da være andre.

Siden kommunens folkehelsepolitikk (mål og strategier) skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten etter § 5, må de påfølgende aktivitetene (delmål og tiltak) kunne måles mot utfordringene. Departementet mener folkehelseutfordringene må sees som en del av lokal og regional utvikling, og at det er rom for politiske vurderinger av hvordan helseutfordringene bør håndteres.

Kommunens ansvar må vurderes ut i fra de rammer som kommunen arbeider innenfor i forhold til kapasitet og ressursituasjon for øvrig, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser, jf. blant annet forholdet mellom forebygging og behandling. Dette innebærer at kommunen må

prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritere tiltak over tid. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Her vil også lokalt skjønn og politiske prioriteringer veie tungt. Dette innebærer at kommunens ansvar mer er knyttet til at kommunen har oversikt over utfordringene og arbeider systematisk og langsiktig med å møte disse.

Kommunen skal drive sitt folkehelsearbeid på en forsvarlig måte, jf. § 1. Dette knyttes til det systematiske arbeid med oversikt over helsetilstanden, planforankring, tiltak og tilsyn for miljørettet helsevern, herunder kommunens anstrengelser for å sikre kompetanse og ressurser til arbeidet.

Dette innebærer at forsvarlighet ikke er en uavhengig eller absolutt standard for hvor store ressurser som skal settes inn i folkehelsearbeidet eller hvilket helseutfall (reduksjon i dødelighet eller lignende) som skal oppnås. For eksempel påvirkes folkehelsen i en kommune av forhold ut over det kommunen selv har innflytelse over. Forsvarlighet innebærer for eksempel å arbeide for mest mulig helse innenfor de ressurser som er til rådighet. Det gjør at forholdet mellom folkehelse og helsetjenester er viktig, også i vurdering av om kommunens folkehelse blir forsvarlig ivaretatt, jf. målet med samhandlingsreformen om å sikre mest mulig helse for pengene. I vurderingen av forsvarlighetskravet må det således tas hensyn til aktørenes ressursituasjon, samtidig som det legges vekt på prioriteringer over tid. Det kan være forsvarlig ut fra en ressursituasjon å velge å utsette håndteringen av bestemte utfordringer, men ikke å se totalt bort fra dem. Dette innebærer at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt foreta en prioritering av tiltak over tid.

Tiltakene som iverksettes bør i størst mulig grad være kunnskapsbaserte der det er god dokumentasjon på hva som er effektive tiltak. Helsedirektoratet har etter lovforslaget § 24 som oppgave å være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid knyttet til hva som er effektive tiltak. Godt folkehelsearbeid tilsvarende god praksis, på samme måte som forsvarlighetsnormen for helse- og omsorgstjenestene. På områder der dette finnes, kan slike normer/standarder indikere hvilke tiltak som bør iverksettes i forhold til bestemte utfordringer, jf. hva som er "nødvendige tiltak" etter lovforslaget § 7 første ledd. Dersom kommunen velger å bruke andre metoder eller tiltak, må

kommunen være forberedt på å begrunne valg av tiltak overfor tilsynsmyndigheten. Det er imidlertid ikke alle typer tiltak eller problemer hvor det foreligger god dokumentasjon og dermed klare standarder.

Det må være utfordringsbildet som utløser plikt til å iverksette tiltak. At man på enkelte områder ikke har konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger, vil med andre ord ikke fritta kommuner fra ansvaret for å møte problemene, jf. føre-var-prinsippet. Dette innebærer at det skal være målene som styrer tiltakene og ikke motsatt. Dette innebærer at i valget mellom et godt dokumentert tiltak mot en perifer utfordring og et usikkert dokumentert tiltak mot en grunnleggende utfordring, bør det siste prioriteres. Helsedirektoratets veiledning vil være knyttet til tiltak og eventuelt prioriteringsverktøy, og ikke til selve prioriteringen. Det legges ikke opp til at nasjonale normer skal gi grunnlag for *hva* kommunene skal prioritere av tiltak. Prioriteringene skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer.

Bestemmelsen i § 7 første ledd lister opp en del tiltaksområder som kan være aktuelle. Disse områdene er de som i dag er de største helseutfordringene generelt, og omfatter oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Eksempler på aktuelle tiltak innen disse områdene er nærmere omtalt under. Listen er ikke uttømmende.

Det ligger imidlertid også ansvar og viktige virkemidler i sektorer som ikke har kommunal, men fylkeskommunal eller statlig forankring. Videre har frivillige organisasjoner, næringsliv og andre private aktører mange virkemidler som er viktige for å kunne påvirke helseatferd og endre status for helserisiko. Fylkeskommunen har i dagens folkehelselov ansvar for å fremme folkehelse i sin egen virksomhet og som regional samfunnsutvikler. Statlige etater og myndigheter skal i henhold til utredningsinstruksen utrede konsekvenser for befolkningens helse når tiltak vurderes iverksatt.

På bakgrunn av dette bør kommunen, som en del av arbeidet med utforming av mål, strategier og tiltak, identifisere aktuelle samarbeidspartnere. Dette kan eksempelvis være andre sektorer og myndigheter, frivillige organisasjoner, næringsliv og private aktører.

Departementet vurderer det slik at oppstillingen av eksempler i § 7 første ledd annet punktum bør gis på et mest mulig likt presiseringsnivå. Dessuten bør den struktureres slik at den følger

årsakskjeden til hvordan helseutfordringer oppstår. Oppstillingen av ulike aktuelle folkehelse tiltak er ikke ment å være uttømmende. Den fremhever imidlertid en kjede av faktorer som har betydning for folkehelsen og som det derfor er viktig å ha oppmerksomhet mot. Data om disse områdene vil tilsvarende være sentrale for kommunens oversikt over sine utfordringer, jf. kapittel 13.

Departementet foreslår derfor at § 7 første ledd annet punktum skal lyde:

” Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.”

14.4.3.1 Om tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller

Loven har satt utjevning av sosiale helseforskjeller i fokus. Med sosiale helseforskjeller menes det samme som i forskningen ofte omtales som sosial ulikhet i helse. Begrepet henspeiler på et utfall, dvs. helseforskjeller som følger sosiale skillelinjer. Sagt på en annen måte dreier det seg om statistiske korrelasjoner mellom sosiale variabler på den ene siden og helse på den andre. De sosiale variablene kan dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne. Med utjevning av sosiale helseforskjeller menes å motvirke helseforskjellene uten at gjennomsnittshelsen eller helsen til høyere sosioøkonomiske grupper blir dårligere. Utfordringen er å løfte resten av befolkningen opp på det samme helsenivået som de med best helse.

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et krevende samfunnsoppdrag. Forskjellene skyldes sosial ulik fordeling av en rekke faktorer i kompliserte årsakskjeder som påvirker helse gjennom livsløpet. Forskning påpeker at det er særlig to forhold en må være oppmerksom på. For det første at ulikhetene fordeler seg mer eller mindre som en gradient gjennom befolkningen. Dette betyr at sosiale helseforskjeller ikke utelukkende dreier seg om dårligere helse i identifiserte utsatte grupper. For det andre er det viktig å forholde seg til de grunnleggende årsakene til helseforskjellene. Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. De

ulike områdene kan betraktes som sammenhengende og til dels overlappende årsakskjeder. Barns levekår og omgivelser i oppveksten påvirker blant annet utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helse i voksen alder. Dessuten har tilgang på ressurser som sunt kosthold, frisk luft og fysisk aktivitet i oppveksten en direkte betydning for helsen senere i livet.

I valget mellom tiltak for å utjevne helseforskjeller er det viktig å finne en riktig balanse mellom brede befolkningsrettede tiltak og tiltak rettet mot enkelte grupper. Det er ikke noen automatisk sammenheng mellom grupperettede tiltak og reduksjon av sosiale helseforskjeller. Brede ordninger, strukturelle tiltak og befolkningsrettede strategier kan være mer treffsikre overfor utsatte grupper og forebygge at mennesker havner i sårbare situasjoner. Når en for eksempel tilbyr skolefrukt til alle barn på en skole, viser forskning at det er barna fra familier med lav sosioøkonomisk status som drar mest nytte av tiltaket. De får størst reduksjon i inntak av usunn snacks i tillegg til økningen i inntak av frukt. På den andre siden kan grupperettede tiltak bidra til å løfte grupper med spesielle utfordringer eller sikre at det som er ment som et tiltak for alle (universelle tiltak) får en likeverdig effekt i praksis. Eksempler på dette er støtteundervisning i skolen.

Det er avgjørende for å utjevne sosiale helseforskjeller at strategier er omfattende og koordinerte. Dette innebærer å kombinere flere folkehelseperspektiver og å samordne tiltak på tvers av samfunnssektorer og mellom administrative nivåer. Dette betyr at kommunene eller fylkeskommunene ikke har et større ansvar enn andre myndigheter for å utjevne helseforskjeller. Departementet er derfor enig med dem som uttaler at folkehelseloven alene ikke er tilstrekkelig for å utjevne helseforskjeller. Mange virkemidler ligger utenfor kommuners og fylkeskommuners kontroll. Like fullt må hver aktør ta stilling til hvordan helseforskjeller kan reduseres gjennom de virkemidler hver aktør har råderett over.

Sosiale helseforskjeller skyldes delvis utilsiktede virkninger av tiltak og politikk som har helt andre legitime og gode mål. Problemet har vært at man ikke i tilstrekkelig grad har planlagt, tenkt igjennom eller vært oppmerksom på fordelingseffekter av ulike tiltak.

Det er derfor ikke alltid utjevning av helseforskjeller handler om å sette i verk nye tiltak. Det vesentlige er å stille spørsmålet om hvordan effektene av eksisterende eller nye initiativ fordeler seg i befolkningen. Ved å vurdere hvordan positive og negative effekter fordeler seg på tvers av sosiale

grupper dannes utgangspunktet for å utjevne sosiale helseforskjeller.

14.4.4 Helseopplysning

Helseopplysning har til nå vært en oppgave for kommunens helsetjeneste etter kommunehelse-tjenesteloven § 1-2 og foreslås videreført som et tiltak i folkehelsearbeidet i lovforslaget § 7 annet ledd.

Helseopplysning er et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner, grupper i befolkningen eller hele befolkningen for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseopplysning innebærer ikke bare kunnskapsformidling, men også bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd.

Pedagogiske virkemidler *alene* kan ha begrenset effekt på adferd og virker mer effektivt på noen områder enn andre. Slike tiltak kan imidlertid være en viktig del av et helhetlig folkehelsearbeid både fordi det er nødvendig å informere befolkningen om faktorer som påvirker helsen (folk har rett til å vite) og for å øke forståelsen for aktuelle strukturelle virkemidler som for eksempel regulering av eksponering for forurensning, ulykkesforebyggende tiltak, tilgang på nærområder for aktivitet, regulering av pris og tilgjengelighet til alkohol, tobakk, sunn mat m.m.

Helseopplysning kan således både brukes til å styrke befolkningens muligheter til å fremme egen helse og til å skape forståelse for samfunnsmessige tiltak. Innsatsen for å redusere røyking er et godt eksempel på dette.

Helseopplysning bør videre ikke bare være enveisformidling, men bygge på prinsipper om toveiskommunikasjon og gjensidig forståelse. Særlig i lokalt arbeid bør helseopplysning preges av involvering og deltakelse, jf. prinsippet om medvirkning.

Helseopplysningsarbeid kan med fordel kombineres med andre tiltak i helsetjenester som for eksempel helsestasjon, helsetjenester i skoler, fastlege mv. Helseopplysning er imidlertid ikke en oppgave for helsetjenesten alene. Som på mange andre områder, er det behov for samarbeid med andre etater, frivillige organisasjoner, næringsliv og massemedia og nasjonale og regionale myndigheter. Helseopplysning bør videre rette seg mot arenaer der man når aktuelle målgrupper i skole, fritid og arbeid, og forskjellige virkemidler kan tas i bruk, herunder kampanjer, skriftlig materiell, direkte kommunikasjon, sosiale medier mv.

For å nå målgrupper med forskjellig kulturell bakgrunn, er det viktig å ta hensyn til både språk-

lige og kulturelle forhold. I kommunikasjon med den samiske befolkningen er det for eksempel ofte ikke tilstrekkelig å utarbeide informasjon på samisk. Kommunikasjonen må være basert på en forståelse for sosiale og kulturelle normer i gruppen.

14.5 Nærmere om aktuelle folkehelse tiltak

Materielle ressurser, oppvekstvilkår, utdanning, boforhold, psykososiale ressurser, arbeid, arbeidsmiljø og helseatferd har alle påviselig og betydelig innflytelse på de fleste helsemål. Alle disse faktorene har en direkte betydning for helse, men de har også innflytelse på hverandre. Utdanning påvirker for eksempel om man får jobb og hva slags arbeid man får. Inntekt påvirker boforhold. Oppvekstvilkår påvirker livsstil og så videre. Strukturer som øker tilgjengelighet til sunn mat og arealer for aktivitet eller begrenser tilgjengelighet til tobakk og rusmidler påvirker direkte befolkningens livsstil.

Helsetilstanden er således et resultat av lange og komplekse årsakskjeder som strekker seg gjennom hele livsløpet, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer. Folkehelse tiltak omfatter påvirkningsfaktorene i alle ledd av disse årsakskjedene. Nedenfor presenteres noen virkemidler/tiltak knyttet til ulike typer helseutfordringer. En del av disse er allmenne som berører kommuner flest, mens andre er mer avhengig av de foreliggende problemer i den enkelte kommune. Hensikten er å vise eksempler på aktuelle tiltak som departementet mener kan/bør inngå i kommunenes folkehelsearbeid. Tiltakene må ses i sammenheng med helseutfordringene som er omtalt i kapittel 4. Det er viktig at kommunene og fylkeskommunene er bevisst hvilke virkemidler de faktisk har til å følge opp sitt ansvar med å fremme helsen og forebygge sykdom.

14.5.1 Sosiale påvirkningsfaktorer

Den generelle samfunnsutviklingen har stor betydning for helsen i befolkningen og fordelingen av denne. Dette dreier seg blant annet om arbeidsmarked, boligmarked, sosial kapital slik som organisasjonsdeltagelse, barnehagetilbud og kvaliteten på denne, andel som fullfører grunnskoleløpet, kultur og subkulturer. Kommunen er lokal samfunnsutvikler, og det er viktig at kommunen er bevisst hvilke utfordringer av sosial karakter kommunen har og hvilken betydning dette har

på helsen. Store sosiale forskjeller skaper også store helseforskjeller. Gode oppvekstvilkår, like muligheter til læring og mestring i skolen, inntektssikring, bekjempelse av store økonomiske forskjeller, et inkluderende arbeidsliv og et godt arbeidsmiljø for alle er avgjørende investeringsfaktorer for god og rettferdig fordelt folkehelse.

Som lokal tjenesteyter og samfunnsutvikler har kommunen mulighet til å innvirke på en rekke av disse påvirkningsfaktorene. Det er derfor viktig at kommunene har et godt bilde av de lokale utfordringene knyttet til sosiale påvirkningsfaktorer for helse. Noen eksempler på slike lokale utfordringer kan være lavt utdanningsnivå, frafall fra grunnskoleløpet, høy arbeidsledighet og boligmangel.

På bakgrunn av utfordringsbildet har kommunen mulighet til å utforme tiltak som kan redusere risikofaktorer for dårlig helse, styrke og skape beskyttende faktorer og utjevne forskjeller i levekår som har betydning for helse.

Et livsløpsperspektiv og barneperspektiv er viktig i folkehelsearbeidet. Arenaer hvor barn opplever inkludering og mestring er viktig for helse både i barneårene og senere i livet. Læring og fysisk, sosial og følelsesmessig utvikling i oppvekst og skole er også utgangspunktet for, og medvirkende til, en rekke prosesser som bidrar til å produsere helse gjennom hele livsløpet. Helsetilstanden på et gitt tidspunkt i livet sees som resultatet av påvirkingsfaktorer tidligere i livet. Sosiale helseforskjeller hos voksne i dag kan blant annet knyttes til sosiale og materielle levekår i barndommen.

Barnehagen og skolen er viktige for barnas utvikling. En helhetlig tilnærming i skolen hvor læring og helse ses som to sider av samme sak gavner både helse og læring. Helsefremmende og forebyggende aktiviteter bør være en integrert del av barnehage- og skoledagen. Dette arbeidet bør inkludere effektive tiltak mot mobbing, tiltak for å bedre barnas sosiale ferdigheter, legge til rette for god personlighetsutvikling, øke evne til konfliktløsning samt øke kunnskapen om psykiske vansker og lidelser. Det bør også iverksettes forebyggende tiltak i bomiljø gjennom å etablere flere arenaer og aktivitetstilbud hvor barn og unge kan møtes og utvikle støttende vennskapsforhold.

14.5.2 Miljørettet folkehelsearbeid

Miljørettet folkehelsearbeid tar utgangspunkt i miljøet mennesker lever i, både positive og nega-

tive faktorer. Miljørettet folkehelsearbeid kan således deles inn i:

- helsefremmende miljøtiltak som legger til rette for positive faktorer som for eksempel gode oppvekstvilkår, tilgang til skole, arbeid, inntektssikring, nære turområder og tumleplasser, sykkelfelt, trygge skoleveier, sosiale møteplasser m.m.
- tiltak for forebygging av sykdom og uhelse gjennom redusert eksponering for negative miljøfaktorer, som for eksempel støy, forurensing, dårlig inneklime, stråling, ulykkesfeller, bomiljø i forfall, levekårsutfordringer som fører til sosial isolasjon m.m.

Kommunen har mange virkemidler for å fremme det fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøet. For eksempel vil arbeid for å skape gode levekår og sosiale nettverk være en viktig del av kommunens miljøarbeid og folkehelsearbeid. På samme måte vil reduksjon av luftforurensning og støy eller bedre vannforsyning bidra til bedre folkehelse. Universell utforming er også en del av det miljørettede folkehelsearbeidet.

Miljøbelastning eller positive miljøforhold er ofte sosialt ulikt fordelt. En utjevning av slike forhold vil bidra til reduserte helseforskjeller. I tillegg til at kommunen sitter med virkemidler etter loven, jf. kapitlet om miljørettet helsevern, har kommunen som planmyndighet, forurensningsmyndighet, eier av virksomheter mv. stor mulighet til å sette seg mål og iverksette tiltak for å redusere helsebelastningen for eksempel ved å redusere lokal luftforurensning eller bedre vannforsyningen.

14.5.3 Psykisk helse

Det er viktig å se psykisk helse som et integrert hensyn i folkehelsearbeidet. Dette innebærer blant annet å forholde seg til kjeden av årsaker til at psykisk helse blir styrket eller svekket. Det miljø- eller samfunnsrettede forebyggende arbeidet dreier seg om tiltak rettet mot de bakenforliggende sosiale årsaksfaktorer, eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet, dårlig arbeidsmiljø, dårlig bomiljø, sosial isolasjon eller problemer i tilknytning til innvandring. For barn og unge er det viktig å skape et godt miljø i barnehage og skole.

Diskriminerende handlinger, praksis og ytringer reduserer menneskers livskvalitet og begrenser livsutfoldelse og muligheter. Tiltak for å hindre diskriminering er sentralt i folkehelsearbeid.

det. Det vises blant annet til opplevelse av diskriminering i den samiske befolkningen.

Sosial isolasjon og manglende sosial støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen både for psykiske og somatiske helseproblemer. Tiltak som bidrar til styrking av sosiale nettverk og sosial integrering forebygger angst og depresjon.

De siste årene har det blitt iverksatt flere tiltak for å forebygge mobbing, både i skolen og i arbeidslivet. Et skoleprogram som har utmerket seg med gode resultater er Olweus' antimobbe-program. Felles for programmene som har hatt som mål å forebygge og minske adferdsproblemer hos barn og unge, er at de bygger på en sosial læringsmodell som beskriver hvordan det sosiale miljøet påvirker atferd.

Nettverksorienterte tiltak som sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, for eksempel uventet dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom, har vist seg effektive når det gjelder å forebygge depresjon og angst ved styrking av mestringskompetanse og reduksjon av belastninger (Mykletun m.fl. 2009). Når det gjelder eldre, har gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet vist seg effektive når det gjelder å forebygge depresjon.

Gjennom utviklingstiltak i lokalsamfunnet kan kommunale tjenester i samarbeid med andre samsfunnsinstanser, lokalpolitikere og befolkningen selv, bidra til å forebygge psykiske helseproblemer. Et bærende element for slikt arbeid er at lokalbefolkningen selv, sammen med fagfolk og lokale politikere, trekkes aktivt inn i arbeidet med å identifisere problemene og bedre det lokale miljøet.

14.5.4 Alkohol og andre rusmidler

Alkohol er ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død i industrialiserte land. Både alkoholbruk og bruk av andre rusmidler medfører en rekke skader og problemer, både for enkeltindivid, tredjepersoner og samfunnet for øvrig. På denne bakgrunn er det svært viktig at kommunene aktivt forebygger rusproblemer og arbeider godt med rusproblematikk.

For å redusere helseskader som følge av alkoholbruk, er det viktig å arbeide for å redusere det generelle forbruket av alkoholholdig drikk i befolkningen. Redusert total konsum i befolkningen reduserer helseulempene som følge av alkoholkonsum på befolkningsnivå. Det går ikke noe

klart skille mellom bruk og misbruk av alkoholholdig drikk. Derfor er det viktig å ha et folkehelseperspektiv på alkoholpolitikken, dvs. iverksette tiltak som retter seg mot hele befolkningen eller generelle grupper. Også for alkohol gjelder som for tobakk, at lokale tiltak bør sees i sammenheng med nasjonale mål og virkemidler.

Kommunen er en helt sentral aktør i arbeidet med å begrense alkohol- og annen rusmiddelbruk. De enkelte kommunene står nærmest til å kjenne de utfordringer som finnes innenfor deres kommunegrenser, og dermed kunne sette inn de nødvendige tiltak.

Kommunene er allerede gjennom alkoholloven gitt gode verktøy til å begrense alkoholforbruket og sørge for at omsetning foregår i henhold til lovgivningen gjennom innvilging, kontroll og inndragelse av salgs- og skjenkebevilling. Når kommunen skal vurdere om salgs- og skjenkebevillinger skal gis, hvilke åpningstider som skal fastsettes og hvilke kontrolltiltak og reaksjoner som skal iverksettes, må kommunen ta hensyn til de utfordringene kommunen har knyttet til alkoholbruk. Det kan m.a.o. være et nødvendig tiltak å redusere antall skjenkesteder eller åpningstider på bakgrunn av de helseutfordringene kommunen står overfor, for eksempel et høyt antall akutte volds- og andre helseskader som følge av alkoholbruk.

Kommunen bør ha et helhetlig og forhold til alkoholpolitikken slik at alkoholrelatert skade forebygges lokalt. Kommunene skal utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan og de oppfordres til å utarbeide helhetlige ruspolitiske handlingsplaner. Slik kan forebygging skje helhetlig og langsiktig. Arbeidet med alkoholpolitiske og rusmidelpolitiske handlingsplaner bør integreres i kommunens øvrige planarbeid. Alkoholloven åpner for samarbeid på tvers av etater, for eksempel i forbindelse med kontroll, og dette vil kunne være viktig, for eksempel for å sikre at skjenking foregår i tråd med regelverket. Før bevilling gis, skal det innhentes uttalelse fra kommunens sosialtjeneste og politiet og ev. skattemyndighetene.

Helsedirektoratet har utviklet metoden "Ansvarlig vertskap" som for eksempel kan tas inn i ruspolitisk handlingsplan. "Ansvarlig vertskap" er en metode som gjennomføres i samarbeid med flere aktører i kommunen, blant annet skjenkebransjen. Metoden har som mål å redusere utelivets negative sider som overskjenking, skjenking til mindreårige og utelivsrelatert vold. Sammen med innføring av metoden må kommunen styrke sin kontrollvirksomhet. Metoden kan gjennomføres i den enkelte kommune eller som et

interkommunalt samarbeid. Eksempler på kommuner som har "Ansvarlig vertskap" er Tromsø og Nedre Glomma-regionen (Fredrikstad, Sarpsborg og Hvaler). Også kunnskapsprøvene for styre ved salgs- og skjenkesteder kan nevnes som relevant virkemiddel.

Informasjon om alkohol under graviditet bør inngå i skolehelsetjenestens / skolens arbeid, likeså informasjon om alkoholens og de andre rusmidlenes virkninger i kroppen og sammenheng med sykdommer.

Videre er det viktig at kommunene implementerer tidlig intervensjon i sitt arbeid. Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Politidirektoratet utarbeidet en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet - "Fra bekymring til handling" (IS-1742).

Flere av tiltakene som er nevnt i kapittel 14.5.3 vil også være relevante i forhold til forebygging av alkohol- og annen rusmiddelmisbruk.

14.5.5 Tobakk

Selv om andelen røykere er på vei ned, er røyking fortsatt blant risikofaktorene som har sterkest negativ innvirkning på folkehelsen. Det er store sosiale helseforskjeller i røyking, og disse er økende. Tiltak mot røyking må utformes slik at man motvirker dette. Det er en svakhet at det i liten grad er fokus på lokale tiltak og at de lokale tiltakene er lite koordinerte med de nasjonale. Effektivt folkehelsearbeid betinger sammensatte tiltak som er koordinerte på tvers av forvaltningsnivåer.

Kommunene har mange virkemidler innen tobakkområdet både som eier, myndighet, tjenesteyter mv. Kommunen er ansvarlig for å føre tilsyn med røykeforbudet i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang, herunder serveringssteder, jf. tobakksskadeloven § 12. Tilsyn med forbudet bør prioriteres og samordnes med Arbeidstilsynet.

Kommunen som arbeidsgiver og virksomhets-eier, har styringsrett og kan dermed forby tobakksbruk i virksomheten. I den forbindelse kan kommunen fjerne røykerom eller forby røyking i arbeidstiden.

Det er viktig å sette inn forebyggende tiltak så tidlig som mulig, da nikotinavhengigheten blir sterkere jo tidligere en begynner å røyke. Innsatsen bør først og fremst rettes mot ungdoms- og videregående skoler, særlig på yrkesrettede linjer.

Det kan være aktuelt å gjøre barnehager og skoler helt tobakksfrie slik at det signaliseres at

normen er tobakksfrihet. Forskning viser at det er en signifikant lavere andel dagligrøykere på skoler som har innført restriktive tobakkestiltak.

Av pedagogiske virkemidler nevnes skoleprogrammet FRI, et tobakksforebyggende program til bruk i ungdomsskolen. FRI anbefales av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet og er det største og mest systematiserte tobakksforebyggende programmet i norsk skole noensinne. I dag deltar 56 % av skolene på landsbasis. Denne prosenten bør økes. Kommunene bør sørge for at skolene melder seg på FRI-programmet, og at de bruker programmet for å forebygge snusbruk og røyking.

Nasjonale kampanjer bør følges opp lokalt med for eksempel røykesluttkurs, egne tiltak i skoler, oppfølging i legekantorene, hos helsesøster mv. I utforming av tiltak, herunder planlegging og gjennomføring med hensyn til tid, målgruppe mv., bør en ta utgangspunkt i lokale forhold, men også se hen til aktuelle nasjonale tiltak.

Det kan være aktuelt å etablere tilbud om hjelp til røykeslutt i kommunen. Nasjonale faglige retningslinjer for røykeavvenning hos fastlegen er for tiden under revisjon. Retningslinjene tenkes implementert i helsetjenesten, og det er viktig at kommunene legger til rette for dette. Det er også viktig at lege, jordmor, helsesøster m.fl. kartlegger tobakksvaner, avhengighet og motivasjon for å slutte. Røykeslutttilbud i kommunene bør knyttes til den kommunale helsetjenesten, for eksempel frisklivstilbud og fastleger.

Arbeidsplassene kan tilby røykeslutttilbud i samarbeid med kommunale helsetjenester, Røyketelefonen 800 400 85 og slutta.no (røykeslutttilbud på nett).

I dag røyker fortsatt nærmere 1 av 10 gravide ved svangerskapets slutt. Det er viktig at dette følges aktivt opp i helsestasjon, hos fastlegene mv. For å hindre skader på fosteret bør alle gravide få tilbud om gratis røykesluttkurs eller lignende.

14.5.6 Kosthold

Ernæring var sett på som en viktig del av miljørettet helsevern da dette kom inn i kommunehelsetjenesteloven i 1988, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-87). Dette ansvaret har i liten grad vært fulgt opp av kommunene. Arbeidet med å fremme godt kosthold foregår på mange nivåer, fra lokalt til nasjonalt og globalt nivå. Virkemidler som regelverk, merkeordninger, prispolitikk, handelsavtaler, regulering av markedsføring og produktutvikling utformes nasjonalt, men mye av det praktiske ernæringsarbeidet må foregå lokalt.

Stadig flere spiser måltider utenfor hjemmet, og for mange kan dette utgjøre en vesentlig del av kostholdet. Det er en utfordring at det er lett tilgang på mat og drikke hele døgnet og spesielt når det gjelder usunn mat i blant annet hurtigmatmarkedet. Videre markedsføres usunn mat og drikke aktivt, ikke minst overfor barn og unge. Bensinstasjoner, kiosker og andre utsalgssteder for hurtigmat fungerer også som samlingssteder, spesielt for ungdom. Det bør være oppmerksomhet i kommunene med hensyn til omfang av og lokalisering av slike tilbud så lenge disse virksomhetene i det alt vesentlige tilbyr usunn mat.

Ut fra et folkehelseperspektiv er det helt sentralt at det er lett tilgang på sunn mat der folk er: i barnehage, skole, på arbeidsplasser og på fritidsarenaer. På kommunenivå er det spesielt viktig å innarbeide ernæringshensyn i kommunalt planarbeid for å sikre bedre tilgjengelighet av sunn mat og drikke og begrense tilgang til det usunne.

Grunnlaget for barn og unges kosthold legges først og fremst i hjemmet, men også i barnehager og skoler. Måltidene i barnehage og skole har betydning for barns og unges helse, trivsel og læring, sosiale kompetanse og kulturelle samhandling. Tiltak på disse arenaene vil ha utjevne effekt på sosiale ulikheter i helse. Kommunene har i følge opplæringsloven plikt til å tilby gratis frukt/grønnsaker til elever på skoler med ungdomstrinn. Offentlige institusjoner omsetter betydelige mengder mat, og for noen grupper av befolkningen bidrar de med en vesentlig del av det samlede matinntaket, dette gjelder i så vel barnehage og helhetlig skoledag som i helse- og omsorgsinstitusjoner, fengsel mv. Helsedirektoratet utgir retningslinjer for måltider i barnehage og skole og veileder for kosthold og ernæringsarbeid i helseinstitusjoner.

Utvikling av interne retningslinjer for egne virksomheter basert på nasjonale anbefalinger og lokale behov og utfordringer, er aktuelt. Økonomiske virkemidler kan være en del av dette, for eksempel ved å subsidiere sunn mat i kantiner, tilby gratis frukt og grønt i barnehage og skole mv. Evaluering av forsøk med gratis skolefrukt i ett år, har vist at dette er et sosialt utjevne tiltak og har vist positiv effekt på fruktinntaket hos elevene flere år senere. Som eksempel på lokale/regionale tiltak kan vises til at Østfold fylkeskommune i 2008 vedtok forbud mot salg av brus på sine videregående skoler, samtidig som det er bevilget midler til gratis frukt og grønt til elevene ved de videregående skolene i fylket.

Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos nøkkelgrupper om kostholdets og andre levev-

ners betydning for helsen og om befolkningsrettede tiltak, er en viktig del av kommunalt planarbeid. Kommunen bør som skoleeier og med ansvar for barnehage og SFO, være oppmerksom på betydningen av kompetanse hos personellet. En undersøkelse fra SSB fra 2005/2006 viste at det kun var 36 % av de som underviser i faget Mat og helse som hadde ferdypning i faget.

14.5.7 Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for flere sykdommer og en viktig årsak til overvekt og fedme. Aktivitetsnivået i befolkningen er lavt og viser negativ utvikling. Fysisk inaktivitet rammer sosialt skjevt og bidrar til økte sosiale forskjeller i aktivitetsvaner og helse. Fysisk aktivitet må vedlikeholdes gjennom daglig bevegelse og aktiv bruk av kroppen gjennom hele livsløpet.

Arbeid med å legge forholdene til rette for at fysisk aktivitet blir en mer naturlig del av hverdagen for kommunenes innbyggere, må skje gjennom både universelle tiltak som favner alle og gjennom målrettet innsats overfor risikogrupper. Det handler om å gjøre det lettere for den enkelte å velge en aktiv livsstil, og det handler om mer tilpassede tilbud til grupper av innbyggere som trenger ekstra oppfølging. Kommunens virkemidler i dette arbeidet er for eksempel som planmyndighet etter plan- og bygningsloven, som samfunnsutvikler og som eier av skoler, barnehager mv., og som ansvarlig for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Generelt er det viktig å sørge for en arealforvaltning som blant annet sikrer tilgang til natur- og rekreasjonsområder, ivaretar grønne lunger, hindrer barrierer mellom boligområder og naturområder samt bevarer "100- meterskoger". Tilrettelegging for friluftslivsaktiviteter for alle sosiale lag og grupper er et viktig virkemiddel i det helsefremmende arbeidet. Tilgjengelighet til natur og rekreasjonsområder betyr mye for utøvelse av fysisk aktivitet og friluftsliv og er viktige faktorer i folks egen vurdering av hva som gir livskvalitet og helse. Områder og anlegg for friluftsliv må innpasses i kommunenes planlegging etter plan- og bygningsloven. Bolignære naturområder med muligheter for variert lek og fysisk utfoldelse er spesielt viktig for barn og unge, og for at eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne bevege seg. Det vises til markaloven som blant annet har til formål å fremme og tilrettelegge for friluftsliv, naturopplevelse og idrett.

Hensynet til folks behov for daglig fysisk aktivitet må ivaretas i forbindelse med blant annet

lokal areal- og transportplanlegging, sikring av natur- og rekreasjonsområder, lokalisering og utforming av boligområder, skoler og barnehager og i planlegging og bearbeiding av nye og eksisterende anlegg og områder for idretts- og aktivitetsformål.

I areal- og transportplanleggingen bør det legges vekt på at folk kan bevege seg til fots eller på sykkel. Gang- og sykkelveger gjør det mulig å gå eller sykle til skole, jobb og fritidsaktiviteter på en aktiv, trygg og miljøvennlig måte. Erfaringer fra etablering av sykkelanlegg i København, viser at tilrettelegging av sykkelstier og tiltak for økt sykling kan føre til 18-20 % mer sykling og 9-10 % mindre biltrafikk. Anlegg av sykkelbaner førte til 5-7 % mer sykling og uendret mengde biltrafikk.

Både i skoler og barnehager samt i nærmiljøet for øvrig bør det legges til rette for stimulerende og trygge leke- og aktivitetsarealer. Forskning viser at kvaliteter i det fysiske miljøet påvirker graden av spontan lek og fysisk aktivitet. Arealene bør stimulere til aktivitet for begge kjønn og ta sikte på å nå ulike aldersgrupper. Lokaliseringen er også viktig fordi den legger rammer for adkomsten til skole og barnehage samt for tilgang og tilgjengelighet til natur- og rekreasjonsområder. På trafikkerte skoleveier bør det vurderes trafikkregulerende tiltak og for eksempel å legge til rette for følgeordninger for de yngste elevene.

Kommunen bør som skoleeier og med ansvar for barnehage og SFO, være oppmerksom på betydningen av kompetanse hos personell. Undersøkelser viser at elever som har lærere med formell kompetanse i kroppsøving er mer aktive i kroppsøvingstimene og utvikler bedre motoriske ferdigheter. Barnehager med pedagogisk personell og aktivitetsvennlige utearealer har mer aktive barn, sammenlignet med barnehager hvor det er lavere andel pedagogisk personell og mindre tilrettelagte utearealer.

Som arbeidsgiver, er det aktuelt at kommunen legger forholdene til rette for at ansatte som ønsker det, kan sykle eller gå til/fra jobb blant annet ved sykkelparkering, garderobe- og dusjmuligheter, eller legger til rette for gruppebaserte trimtilbud for arbeidstakere som av helsemessige årsaker vurderes å ha nytte av oppfølging.

Det er dokumentert at flere samtidige intervensjoner for å fremme fysisk aktivitet er effektivt. "Mosjon på Romsås" er et eksempel på et prosjekt med et sett av koordinerte tiltak som hadde effekt i forhold til målet om å fremme fysisk aktivitet blant voksne i en bydel med høy andel ikke-vestlige innvandrere og høy forekomst av diabetes type 2.

Utfordringene med økt andel eldre de nærmeste tiårene er velkjent. Fysisk aktivitet vedlikeholder funksjonsevne og selvhjulpenhet og kan utsette hjelpebehov. Eldre som har god funksjonsevne vil i mindre grad være avhengig av institusjon.

14.5.8 Skader og ulykker

Erfaringer har vist at kommunen har mange virkemidler for å redusere ulykker betraktelig. Enkelte kommuner i Norge har valgt å arbeide systematisk, langsiktig og tverrsektorielt med skadeforebygging innenfor rammen av WHO-konseptet "Trygge lokalsamfunn". Harstad er blant disse kommunene. Harstad har også målt resultatene av innsatsen og har blant annet oppnådd:

- Trafikkulykker: 27 % nedgang for alle aldersgrupper
- Fallbruddskader i hjemmet: 26 % nedgang for eldre over 65 år
- Forbrenningsskader blant barn under 5 år: 53 % nedgang

Lokale data har vist seg å være en av de viktigste forutsetningene og drivkreftene for lokalt ulykkes- og skadeforebyggende arbeid. Det er gjennom Norsk pasientregister lagt til rette for at kommunene skal få data om ulykker som er behandlet i sykehus og enkelte legevakter.

Aktuelle aktører for lokalt ulykkesforebyggende arbeid er for eksempel helsestasjonen, sykehjem, hjemmetjenesten, folkehelsekoordinatoren, politiet, brannvesenet, eldresentre, skoler, barnehager, og planleggere i kommunen (for eksempel vil universell utforming og god trafikkplanlegging være ulykkesforebyggende). I tillegg er lokale organisasjoner som idrettslag og frivillighetsentraler aktuelle aktører.

Hvilke tiltak kommunen bør iverksette, er avhengig av typen ulykker og skader kommunen ser behov for å redusere forekomsten av. For forbrenningsskader hos barn vil for eksempel god informasjon til foreldre på helsestasjonen være viktig, mens det for fallskader blant eldre kan være nyttig med trimtilbud, utdeling av strøsand, og forebyggende hjemmebesøk der blant annet fallfarer i hjemmet er tema.

Fysisk aktivitet over lenger tid i form av styrke- og balansetrening tre ganger i uken kombinert med gåturer to ganger ukentlig, har vist seg å kunne forebygge fall og fallskader med opp til 52 %. En norsk analyse av hjemmebasert treningsprogram for å forebygge fall fra 2009, viser at dette tiltaket er kostnadseffektivt. Beregningene

viser at et slikt oppfølgingsprogram reduserer risikoen for fall med over 50 % på et år.

14.5.9 Universell utforming

Universell utforming er en integrert del av folkehelsearbeidet. Universell utforming betyr at fysiske forhold som produkter, byggverk, uteområder og IKT som er i alminnelig bruk, skal utformes slik at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig, uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.

Universell utforming vil være en naturlig del av kommunale og fylkeskommunale mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Universell utforming er et sentralt element i utforming av bolig-nære rekreasjons- og naturområder, og ved planlegging og oppgradering av eksisterende skolebygg og barnehager både når det gjelder inne- og

uteområder. Det samme gjelder ved etablering av nye gang og sykkelveier. God tilrettelegging av fri-luftsområder, bymiljø og idrettstilbud bidrar til å muliggjøre fysisk aktivitet i hverdagen for alle.

I arbeidet med å styrke bevissthet rundt kosthold og mat, er det viktig at alle får tilgang til informasjon, og at den enkelte får praktiske muligheter til å velge et helsebringende kosthold.

Universell utforming handler om å øke folks deltakelse og selvhjulpenhet i arbeidsliv, kulturliv, hverdagsliv og sosialt samkvem. Dette er viktig for å øke den enkeltes selvfølelse og psykiske helse. Reduserte muligheter for å delta i samfunnet utgjør en helsemessig risikofaktor. God tilrettelegging av samfunnet vil bidra til å øke den enkeltes mulighet til å være selvhjulpen. På samme måte som for fysisk aktivitet vil dette kunne redusere fremtidige hjelpebehov.

15 Miljørettet helsevern

15.1 Bakgrunn

15.1.1 Beskrivelse av miljørettet helsevern

Kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven slår fast at miljørettet helsevern omfatter alt i vårt miljø som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, det være seg fysiske, kjemiske, biologiske eller sosiale miljøfaktorer. Ansvar og myndighet for fagområdet miljørettet helsevern er tillagt kommunen med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven.

Miljørettet helsevern er et tjenesteområde som gir kommunen et helhetlig ansvar for å sikre at alle lever i et trygt og helsefremmende miljø. Grupper med god inntekt og høy utdanning har ressurser både til å bosette seg i områder med gode miljøforhold og de har ressurser til å mobilisere dersom disse miljøforholdene er truet. Andre har ikke disse ressursene. Miljørettet helsevern er derfor en sentral tjeneste for å utjevne sosial ulikhet i helse ved at alle skal sikres mot helseskadelig miljø.

Fagområdet har vært lovregulert siden sunnhetsloven av 1860. Loven etablerte lokale sunnhetskommisjoner som skulle ha "sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse". På grunn av den tids sykdomsbilde var oppmerksomheten rettet mot infeksjonssykdommer. Sunnhetslovens bestemmelser besto fram til 1988 da kommunehelsetjenesteloven fikk tilføyd § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern. Samtidig ble begrepet "sosiale miljøfaktorer" innført. Miljørettet helsevern er i utgangspunktet bredt definert, og samsvarer i stor grad med folkehelsearbeid, men i tiden siden 1988 har tjenesten i stor grad vært preget av teknisk hygienisk arbeid, blant annet gjennom fokus på konkrete oppgaver regulert i forskrift.

Det er to hovedlinjer å jobbe langs innen miljørettet helsevern. Langs den ene linjen finner vi de kontroll- og tilsynsoppgavene etter kommunehelsetjenestelovens kapittel 4a som innebærer at den instans som ivaretar kommunens oppgaver innen

miljørettet helsevern utøver tilsyn med miljøfaktorer og virksomhet. Disse oppgavene er:

- Enkle "hverdagssaker", der løsninger søkes ved hjelp av lokalt "helsediplomati".
- Tilsyn med virksomhet og eiendom.
- Behandling av meldinger og søknader om godkjenning.
- Enkeltvedtak som pålegg om konsekvensutredning, retting, stansing, tvangsmulkt osv.

Langs den andre linjen finner vi oppgaver knyttet til planlegging og forebygging. Disse er først og fremst beskrevet i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og er oppgaver som planlegging, informasjon og samordning der kommunehelsetjenesten er én av flere aktører i de kommunale plan- og beslutningsprosessene. De praktiske oppgavene er:

- Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen.
- Helsetjenesten skal foreslå tiltak av helsefremmende og forebyggende art.
- Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer (kommunale, fylkeskommunale og statlige), blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer.
- Helsetjenesten skal gi informasjon til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen.

Funksjoner som den miljørettete helseverntjenesten i henhold til dette skal ivareta, er blant annet:

- Bidra til kommunens *miljø- og helseovervåking*, dvs. ha oversikt over miljøforhold i kommunen og helsekonsekvenser av disse.
- Bidra til helsekonsekvensvurderinger.
- Bidra til at fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøforhold med betydning for helsen blir ivaretatt i kommunal *planlegging*.
- Foreta et risikobasert *tilsyn* med virksomhet som omfattes av miljørettet helsevernregelverket, herunder godkjenning av virksomheter, vurdering av meldinger mv. Dette dreier seg blant annet om tilsyn med innretninger som

kan spre legionella, bassengbad, miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.

- Foreta løpende *saksbehandling* av klagesaker mv. knyttet til støy, luftforurensning, lukt og andre hygieniske og miljømessige forhold med betydning for helsen.
- *Gi råd og veiledning* til kommunens innbyggere om miljøforhold med betydning for helse, blant annet om radon, inneklime, luftforurensning og ulykkesforebyggende arbeid.
- Bidra til kommunens *beredskapsarbeid* knyttet til akutte miljøhendelser med betydning for helsen, som kjemikalieulykker mv.

Slik det er redegjort for i kapittel 12.1.1, har miljørettet helsevernregelverket blitt praktisert snevrere enn det bredere folkehelseperspektivet som opprinnelig ligger i regelverket.

Miljøutfordringene har endret seg med tiden. Tidligere var for eksempel bolighygiene et viktig område. Dagens miljøutfordringer omhandler i større grad hvilke konsekvenser storsamfunnet får for grupper av individer. I kapittel 4 er det gitt en redegjørelse for dagens miljøutfordringer som kan gi utslag i sykdom, helseskade og helsemessig ulempe. Dette gjelder for eksempel drikkevann, luftforurensning, støy, passiv røyking, radon, UV-stråling og ulykker i veitrafikken.

15.1.2 Gjennomgang av miljørettet helsevern

I St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge sies på side 84 at:

”Det synes å være manglende samsvar mellom bredden og balansen i oppgaver som angis i lovverket og de faktiske realitetene når det gjelder ressurser, kompetanse og prioriteringer. Blant annet er det grunn til å vurdere forholdet mellom tilsyns- og samarbeidsoppgavene, og innretningen mot henholdsvis fysiske og sosiale miljøfaktorer. Området bærer også fortsatt noe preg av sektortankegang som kan være i utakt med moderne forvaltningsprinsipper.”

Stortingsmeldingen varslet at regjeringen ville nedsette et utvalg for å foreta en ny, bred gjennomgang av fagområdet miljørettet helsevern.

I 2008 fikk det daværende Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) og Nasjonalt folkehelseinstitutt i oppdrag å gjennomføre en første fase i gjennomgangen av miljørettet helsevern. Folkehelseinstituttet foretok en gjennomgang av viktige påvirkningsfaktorer i Rapport 2009:7 Miljørettet helsevern – kjemiske, fysiske og biologiske

miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordelingen av disse. Helsedirektoratets delutredning fra 2008 Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold (IS-1659) er også en del av gjennomgangen av miljørettet helsevern, sammen med direktoratets rapport fra 2008 om utvikling av kommunelegefunksjonen.

Helsedirektoratet har videre gjennomført en evaluering av miljørettet helseverntjenesten i kommunene i 2009. Rapporten (IS-1633) er blant annet basert på en omfattende spørreskjemaundersøkelse til alle norske kommuner, og den muner ut i anbefalinger om tiltak som anses nødvendig for en fremtidig styrket og målrettet innsats på området miljørettet helsevern.

De tre dokumentene er nærmere gjort rede for i teksten under.

15.1.2.1 Evaluering av tjenesten i kommunene

Helsedirektoratets evaluering av den miljørettede helseverntjenesten i kommunene så nærmere på blant annet:

- Aktivitetsnivå og ressursbruk: Antall godkjenninger, tilsyn, løpende saksbehandling, årsverk etc. i forhold til innbyggertall.
- Prioriteringer: Har kommunene gjort en risikovurdering/kartlegging av miljøforhold med betydning for helsen, hvilke områder arbeider den enkelte kommune med og hva gjør de ikke? I hvilken grad omfattes også sosiale miljøforhold?
- Organisering: Er myndighet innen miljørettet helsevern delegert fra kommunestyret, i tilfelle til hvem, og hvem er det som i praksis utfører oppgaven (og hvilken kompetanse har disse), foreligger det en arbeidsbeskrivelse etc.?

For å undersøke dette, ble det gjennomført en spørreundersøkelse til alle landets kommuner som ble gjennomført av TNS Gallup. Spørsmålene var fordelt på fire hovedområder:

- Regelverket innen miljørettet helsevern.
- Organiseringen av miljørettet helseverntjenesten.
- Ressursene miljørettet helseverntjenesten har tilgjengelig.
- Oppgavene miljørettet helseverntjenesten har ansvar for å løse.

Evalueringen viser at utøvelse av tjenesten er mangelfull i forhold til krav og intensjoner i regelverket. En hovedutfordring som gjenspeiles i en rekke av svarene i undersøkelsen, er at det benyttes for lite ressurser i miljørettet helsevern i for-

hold til utfordringer og oppgaver. Særlig er det for lav kompetanse innen miljørettet helsevern i de små kommunene. Rapportens generelle funn er at miljørettet helseverntjenesten fungerer dårlig i kommuner med lavt innbyggertall. Dette funnet bekreftes av at mange av de små kommunene heller ikke har klart å svare på undersøkelsen. Dette er også et uttrykk for en marginal kompetanse på samfunnsmedisin i de små kommunene.

Evalueringen viser at i større kommuner (>50 000 innbyggere) finnes eksempler på velfungerende miljørettet helsevern enheter. Disse enhetene har til felles at de er gitt en sentral plass og rolle i kommunene til å kunne håndtere både løpende oppgaver og akutte hendelser, samt delta i planprosesser og på arenaer for lokal samhandling. De har relevant kompetanse, god oversikt over lokale påvirkningsfaktorer og en viss kapasitet til å inneha en aktiv rolle i lokalt forebyggende og helsefremmende arbeid.

Evalueringen viser at små kommuner (<3 000 innbyggere) ofte mangler både ressurser og kompetanse til å ivareta tjenesten etter intensjonene i lovgivningen. Interkommunale enheter synes å ha sin styrke i et tverrfaglig miljø (innen de tradisjonelle miljøfagene), men mangler ofte nødvendig kompetanse på lokale planprosesser/-arbeid, noe som medfører fravær av arbeid med lokal helsestatistikk og samhandling om tilrettelegging av trygge og støttende miljøer. Videre oppgis som en svakhet at de interkommunale enhetene mangler organisatorisk tilhørighet og deltagelse i den enkelte kommunes samfunnsutvikling. Arbeidet utføres i stor grad reaktivt. Dette betyr at istedenfor å komme inn i planprosesser for å forebygge at uheldige miljøforhold oppstår, så foretas inspeksjoner og krav om retting av forhold (med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven) i ettertid.

Tjenesten er fortsatt preget av teknisk hygienisk arbeid og har liten kompetanse når det gjelder sosiale eller samfunnsmessige faktorer.

Kontakten mellom ulike myndigheter innen miljø og helse er en hovedutfordring. Miljørettet helseverntjenesten arbeider ofte i skjæringspunktet mellom ulike sektorer. Dette medfører et behov for god og formalisert kontakt mellom ulike fagmyndigheter, både på lokalt og sentralt nivå. Undersøkelsen og erfaringer fra konkrete hendelser har vist at kontakten ofte er mangelfull.

Felles for de undersøkte områdene er behovet for en systematisk tilnærming til spørsmålet om hva slags veiledning den kommunale miljørettete helseverntjenesten skal få fra sentrale helsemyndigheter, og hvilken veiledning de konkrete virksomhetene som omfattes av miljørettet helsevern-

regelverket, skal få. Behov for veiledning gjelder både regelverket, ulike verktøy, forvaltning og veiledning om fagtema/miljøfaktorer. Mer konkret veiledning tilpasset virksomheter og sektorer blir også etterspurt. Bare halvparten av kommunene anser miljørettet helsevern som en naturlig del av sitt folkehelsearbeid.

Hele 88 % av kommunene anser virkemidlene i regelverket som hensiktsmessig for ivaretagelse av kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern. Dette er en høy andel og sier at miljørettet helsevernregelverket har en del styrker som bør videreføres i en ny folkehelselov. Samtidig har ikke intensjonen for det bredere folkehelsearbeidet i forarbeidene til kapitlet om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven (kapittel 4 a) fra 1987 blitt fulgt opp. Miljørettet helsevern i kommunene har hatt en dreining mot de fokusområder som er konkret regulert gjennom forskrifter.

15.1.2.2 *Utredningen Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold (Rapport IS-1659)*

Helsedirektoratet har utarbeidet utredningen "Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold" (rapport IS-1659). Utredningen omfatter en klargjøring av intensjonene med lovendring da begrepet "sosiale miljøfaktorer" ble innført i loven og en vurdering av hva sosiale miljøfaktorer omfatter, herunder relevante faktorer ut fra lovens lokale perspektiv.

Utredningen slår fast at begrepet "sosiale miljøfaktorer" skal fortolkes vidt og omfatter sosiale faktorer (sosiale determinanter) både i storsamfunn og nærsamfunn. Dette omfatter blant annet økonomiske og sosiale prosesser, bomiljø, arbeidsmiljø, sosiale nettverk, kontakt og tilhørighet. Det begrepet som i dag brukes for sosiale miljøfaktorer er sosiale helsedeterminanter.

Begrepet "sosiale miljøfaktorer" har ofte vært nært assosiert med psykisk helse og psykososiale helsedeterminanter. Utredningen slår fast det ikke har vært intensjonen å lage et slikt skille mellom psykisk og fysisk helse. Sosiale miljøfaktorer, som for eksempel sosiale nettverk, påvirker både psykisk og fysisk helse. Miljørettet helsevern omfatter å identifisere de fysiske og psykiske helsekonsekvensene av slike forhold som grunnlag for forebyggende og helsefremmende innsatser.

Verdens helseorganisasjon har de senere år hatt stor oppmerksomhet mot de sosiale helsedeterminantenes betydning for helse. En sosialt skjev fordeling av sosiale miljøfaktorer eller helsedeterminanter er en viktig årsak til sosial ulikhet i

helse. Det er imidlertid ingen automatikk i denne sammenhengen. En kan også tenke seg sosiale miljøfaktorer som ikke er systematisk skjevfordelt langs sosioøkonomiske dimensjoner. Det som avgjør om en faktor - fysisk eller sosial - har betydning for helseforskjeller, er hvor stor betydning faktoren har for helse og om den er sosiale ulikt fordelt langs den sosioøkonomiske skalaen. Begrepene ”sosiale miljøfaktorer” og ”sosiale ulikheter i helse” refererer til ulike deler av en årsaksskjede; det første handler om påvirkningsfaktorer, det siste om endepunkter.

Utredningen poengterer at begrepet sosiale miljøfaktorer skal oppfattes dynamisk og at det ikke har vært hensikten å lage noen eksakt avgrenset liste over hvilke faktorer som inngår i begrepet, men følgende faktorer trekkes frem som relevante i folkehelsearbeidet: Sosiale levekår og sosial kapital, bomiljø, arbeid/arbeidstilknyping og arbeidsmiljø, samt skole og utdanning.

15.1.2.3 Rapport 2009:7 Miljørettet helsevern – kjemiske, fysiske og biologiske miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordelingen av disse

Som ledd i gjennomgangen av miljørettet helsevern, foretok Nasjonalt folkehelseinstitutt en vurdering av kjemiske, fysiske og biologiske miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordelingen av disse.

Rapporten baserer seg på en kritisk vitenskapelig vurdering av allerede foreliggende kunnskap og data om mulig helseskade som kan være forårsaket av miljøfaktorer. På grunnlag av data er det gjennomført beregninger for tallmessig å fastsette helsevirkningene av miljøfaktorer og av tiltak som kan gjennomføres for å redusere dem. For å kunne beregne omfanget av helsebelastning som hver miljøfaktor kan bidra til, må tre kriterier være oppfylt:

- Det må finnes veldokumentert kunnskap om årsakssammenheng mellom en helseskade og den aktuelle miljøfaktoren, og denne sammenhengen må kunne kvantifiseres med en anslagsverdi for risiko.
- Det må finnes nasjonale data på antall nye tilfeller av helseskaden over en viss periode, eller data på hvor mange personer som lever med helseskaden.
- Det må finnes tilstrekkelig informasjon om befolkningens eksponering for miljøfaktoren

Rapporten belyser miljøfaktorene utendørs luftforurensning, støy i bomiljø, passiv røyking, radongass, ultrafiolett stråling og trafikkulykker, samt fordelingen av disse faktorene. Grunnen til at det ikke er inkludert andre miljøfaktorer som potensielt kan medføre økt risiko for helseskade, er først og fremst at kriteriene nevnt ovenfor ikke er oppfylt. Andre miljøfaktorer som kan ha betydelige helseeffekter, er utelatt på grunn av mangel på data om disse.

15.2 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 angir de forskjellige oppgavene kommunens helsetjeneste skal omfatte. Disse oppgavene kan sees på som deltjenester eller definerte deler av helsetjenesten i kommunene. Miljørettet helsevern er en konkret angitt oppgave for kommunens helsetjeneste. Nærmere bestemmelser om miljørettet helsevern, herunder kommunens ansvar og virkemidler er regulert i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a.

Helsetjenestens ansvar for å drive råd og veiledning etter § 1-4 er også knyttet til miljørettet helsevern. Dette innebærer for eksempel at helsetjenesten aktivt bør delta i planleggingen av nye skoler i forhold til lokalisering og fysisk utforming, slik at helsemessige forhold best mulig blir ivarettatt. For eksempel vil det være aktuelt at skolene får råd og veiledning i forbindelse med godkjenning. Dette kan være i form av sjekklister, helsefaglige vurderinger av tekniske løsninger, rutiner mv. Det er da viktig å skille mellom hva som er råd og hva som er krav. Kravene er som regel rettet mot resultatet, slik som helsefaglige normer til inneluft, lys, lekeområder mv., mens rådene kan være valg av løsninger for å oppnå resultatene.

15.2.1 Definisjon/virkeområde

Begrepet miljørettet helsevern er definert i kommunehelsetjenesteloven § 4a-1 første ledd:

”miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.”

Kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a viderefører fullmaktsbestemmelsene i sunnhetsloven fra 1860. I forarbeidene i Ot.prp. nr. 40 (1986-87)

kapittel 5.1 vises det til at kommunehelsetjenesteloven ikke skulle ha noen snevrere ramme enn sunnheitsloven. Begrepet miljørettet helsevern er dermed vidt. I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) side 66 uttales:

”Videre er det lagt opp til at bestemmelsen skal kunne fange opp utviklingen etter hvert som nye miljørelaterte helseproblemer oppstår.”

15.2.2 Forskrifter og melding/ godkjenningsplikt

Bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4a-1 annet ledd gir hjemmel for forskrifter om miljørettet helsevern. Departementet legger i Ot.prp. nr. 40 (1986-87) side 67 til grunn at de fleste behov kan dekkes gjennom denne hjemmelen. Ifølge § 4a-4 kan forskriftene inneholde nærmere bestemmelser om meldingsplikt for og godkjenning av virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, før virksomheten igangsettes eller ved endring.

Virksomheter som i dag er pålagt godkjenningsplikt, er skoler og barnehager, i tillegg til tatoverings- og hulltakingsvirksomheter. Virksomheter med meldeplikt er frisør- og hudpleievirksomheter, virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere, asylmottak, hospitser, campingplasser, lokaler for undervisning og andre forsamlingslokaler og virksomheter med utslipp av avløpsvann, i tillegg til virksomheter som gjør bruk av produkter med avløpslam i gjødsel. Oversikter over melde- og godkjenningspliktige virksomheter er blant de forhold som skal inngå i kommunens oversikter etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4.

Meldinger og godkjenning håndteres i utgangspunktet av kommunestyret. Fylkesmannen og departementet kan imidlertid også gis godkjenningskompetanse dersom virksomhet berører hhv. flere kommuner eller fylker.

I tillegg til melding og godkjenning ble det i 2009 gitt hjemmel i loven for å innføre ordninger med akkrediterte inspeksjonsorganer som supplement til kommunenes tilsyn med konkrete virksomheter. Ordningen er spesielt tiltenkt virksomheter med installasjoner som har høy risiko for spredning av legionellabakterier (kjøletårn og luftskrubbere).

Det er gitt en rekke forskrifter med hjemmel i kapittel 4a:

- Forskrift 12. februar 2010 nr. 158 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

- Forskrift 29. april 2010 nr. 612 om tekniske og operasjonelle forhold på landanlegg i petroleumsvirksomheten m.m. (teknisk og operasjonell forskrift)
- Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittfarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- Forskrift 1. april 2004 nr. 623 om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen
- Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
- Forskrift 4. juli 2003 nr. 951 om gjødselvarer mv. av organisk opphav
- Forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1406 om skadedyrbekjempelse
- Forskrift 6. mai 1998 nr. 581 om hygienekrav for frisør-, hudpleie- tatoverings- og hulltakingsvirksomhet mv.
- Forskrift 13. juni 1996 nr. 592 for badeanlegg, bassengbad og badstu mv.
- Forskrift 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.
- Forskrift 10. oktober 1988 nr. 836 om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om helsetjenesten i kommunen
- Forskrift 11. april 1975 nr. 4 om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende
- Forskrift om 9. oktober 1974 nr. 2 om begrenning av støy – tillegg til helseforskriftene, Oslo kommune
- Forskrift 27. juli 1956 nr. 2 om hygieniske forhold ombord i fartøyer

15.2.3 Myndighet og kompetanse

Kommunestyret skal føre tilsyn med faktorer i miljøet som omfattes av miljørettet helsevern, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-2. Forarbeidene understreker at kommunens tilsyn omfatter langt mer enn å fatte enkeltvedtak, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-87) side 67. Helsetilsynet fører tilsyn med at kommunen ivaretar sine oppgaver etter helselovgivningen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-3, lov om statlig tilsyn med helsetjenesten §§ 2 og 5 og forskrift om miljørettet helsevern § 6.

Myndighet og gjøremål innen miljørettet helsevern som i kommunehelsetjenesteloven er tillagt kommunestyret, kan (med unntak av myndighet til i visse tilfelle å begjære offentlig påtale) delegeres etter reglene i kommuneloven, ofte til

en instans i egen kommune eller til kommunelege/medisinsk-faglig rådgiver. Kommunestyrets myndighet innen miljørettet helsevern kan utøves av kommunelegen i hastesaker, jf. § 4a-3 annet ledd. Kommunestyret kan videre delegerer oppgaver og myndighet til å fatte vedtak til et interkommunalt organ eller til en annen kommune. Vedtak fattet av annen kommune skal stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse. Det vises til kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 første ledd.

Kommunehelsetjenesteloven har videre en rekke virkemiddelbestemmelser der kommunen kan gi pålegg til virksomhet og eiendom. Virkemidlene er konsekvensutredning (§ 4a-5), opplysningsplikt (§ 4a-6), granskning (§ 4a-7), retting (§ 4a-8), tvangsmulkt (§ 4a-9) og stansing (§ 4a-10). Det er videre gitt bestemmelser om straff (§ 4a-11) og klage på vedtak (§ 4a-12).

Kommunestyret har etter § 4a-5 hjemmel for å kreve konsekvensutredning, idet det *"kan pålegge den ansvarlige for et forhold ved en eiendom eller virksomhet for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av forholdet"*. Det forutsettes at det er forholdsmessighet mellom de kostnader vedtaket medfører og den helsegevinst som oppnås gjennom pålegget. Helsemyndigheten og myndigheter på tilgrensende felt forventes å samordne sine pålegg om konsekvensutredning, jf. hensynene til rettssikkerhet og effektivitet mv.

§ 4a-6 hjemler ulike regler om opplysningsplikt om forhold ved eiendom eller virksomhet som kan ha innvirkning på helsen. Opplysningene skal gis kommunestyret, allmennheten eller kunder uoppfordret eller etter pålegg. Kommunestyret skal uoppfordret opplyses om forhold ved eiendom eller virksomhet som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen. Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet er pliktsubjekt etter bestemmelsen. Paragrafens siste ledd hjemler plikt for kommunestyret til å gi departementet opplysninger for overordnet oversikt og tilsyn, samt for å oppfylle internasjonale forpliktelser. Departementet vil slik kunne få grunnlag for blant annet å kunne vurdere endringer i regelverk.

I kommunehelsetjenesteloven § 4a-7 har kommunestyret (i klagesaker fylkesmannen) hjemmel for å beslutte granskning av eiendom eller virksomhet. Omkostninger forbundet med granskningen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten. (Se forvaltningsloven § 15 om fremgangsmåten ved granskning.)

Ifølge den sentrale bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4a-8 kan kommunestyret pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indi-

rette kan ha negativ innvirkning på helsen eller det er i strid med forskriftsbestemmelser om miljørettet helsevern. Det er ikke nødvendig å påvise at negativ helsepåvirkning allerede har oppstått, jf. føre-var-prinsippet. Den negative helsepåvirkningen kan være indirekte. Det må imidlertid trekkes en nedre grense mot risikomomenter som er svært små og/eller hypotetiske. Kravet om forholdsmessighet ved bruk av rettingsbestemmelsen følger ikke av lovteksten i § 4a-8, men har vokst frem gjennom forvaltningspraksis og rettspraksis. Vilkåret om forholdsmessighet ble i 2003 kodifisert i forskrift 2003 om miljørettet helsevern § 6 siste ledd som sier at *"Ved vurderingen av om kommunen skal kreve retting [...] skal det ses hen til den helsemessige gevinst som oppnås ved vedtaket, i forhold til vedtakets øvrige konsekvenser"*.

Kommunehelsetjenesteloven § 4a-8 annet ledd levner kommunestyret en viss valgfrihet med hensyn til hvem pålegget skal rettes til, nemlig *"den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan, herunder [...]"*. Sistnevnte skal også dekke kostnadene med gjennomføringen av pålegget. Ordet virksomhet brukes i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a i vid forstand.

Ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting kan kommunestyret illegge tvangsmulkt etter bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven § 4a-9, jf. forskrift 10. oktober 1988 nr. 836.

Oppstår det forhold ved en virksomhet som medfører en overhengende fare for helseskade, skal kommunestyret stanse hele eller deler av virksomheten inntil forholdene er rettet, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-10. Stansing er altså i utgangspunktet et midlertidig tiltak. Ot.prp. nr. 40 side 62 poengterer at *"[e]n slik stansning av virksomhet er et meget drastisk virkemiddel som kan medføre store økonomiske tap for innehaveren og tap av arbeidsplasser. [...] Man bør være meget forsiktig med å anvende dette virkemiddel. [...] En stansning skal følgelig ha karakter av en nødøsning."* Kommunen har imidlertid plikt til helt eller delvis å stanse virksomheten der det er forhold som utgjør overhengende fare for helseskade. I vurdering av om lovens krav er oppfylt, inngår en samlet vurdering av sannsynligheten for helseskade, tiden man har til rådighet før helseskade eventuelt inntreffer, samt helseskadens art og størrelse mv. I motsetning til bestemmelsene om konsekvensutredning og retting er det ikke et krav om forholdsmessighet ved stansing etter § 4a-10. Stansing kan også kreves med hjemmel i § 4a-4 fjerde ledd (virksomhet som driver uten nødvendig godkjenning etter § 4a-4). Vilkår for stansing på bakgrunn

av manglende godkjenning er at det er forholdsmessighet mellom helsemessig gevinst og den helsefare som unngås. De to stansingshjemlene har dermed ulike vilkår og formål.

En bestemmelse om straff er inntatt i kommunehelsetjenesteloven § 4a-11. Det finnes imidlertid ingen bestemmelser om administrative sanksjoner som overtredelsesgebyr i dagens regelverk.

Vedtaket fattet med hjemmel i bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, jf. forskrifter, kan påklages til fylkesmannen, se kommunehelsetjenesteloven § 4a-12 og forvaltningslovens regler. (Dette gjelder uavhengig av hvilket kommunalt nivå som har fattet vedtaket i første instans.) Om klage over beslutning om granskning, se forvaltningsloven § 15 siste ledd.

15.3 Høringsnotatets forslag

Høringsnotatet gjorde rede for tjenesteområdet miljørettet helsevern, det ansvar og den myndighet som er lagt til kommunen med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven. Miljørettet helsevern har sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, den er både sektorovergripende og gir kommunen virkemidler også overfor virksomhet og eiendom, både private og offentlige. 88 % av kommunene mener at regelverket er hensiktsmessig for å ivareta kommunens ansvar innen miljørettet helsevern. Denne myndigheten er en viktig forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar med å sikre liv og helse og fremme folkehelsen. Svakheter ved miljørettet helsevern-tjenesten er ikke knyttet til kommunens virkemidler i regelverket. Høringsnotatet foreslo derfor at miljørettet helsevern flyttes "på rot" fra kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a til lovforslaget kapittel 3, med enkelte språklige oppdateringer.

For å imøtekomme utfordringer med hensyn til uavhengighet i kommunalt tilsyn med kommunale virksomheter foreslo departementet at kommunens styring med å ivareta sitt ansvar for å føre tilsyn med virksomhet og eiendom skal dokumenteres særskilt. En bred tilnærming til miljørettet helsevern, her omtalt som miljørettet folkehelsearbeid, ble foreslått styrket gjennom departementets forslag til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, mål og tiltak i høringsforslaget §§ 5 og 6.

Det ble foreslått kun en endring i kommunens virkemidler innen miljørettet helsevern, ved at det ble tatt inn en bestemmelse om overtredelsesgebyr i lovforslaget § 17. Bestemmelsen om overtredelsesgebyr ble foreslått som et virkemiddel for å fremme en effektiv etterlevelse av bestemmelsene. Et overtredelsesgebyr er et pengebeløp et forvaltningsorgan pålegger en privatperson eller et foretak å betale til det offentlige som følge av overtredelse av en handlingsnorm som er fastsatt i lov eller forskrift, jf. Sanksjonsutvalgets utredning NOU 2003:15 Fra bot til bedring side 64 og 367. I lovforslaget § 17 første ledd ble det foreslått en hjemmel for at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om overtredelsesgebyr ved brudd på bestemmelsene om miljørettet helsevern i kapittel 3 eller forskrifter i medhold av bestemmelsene i kapitlet. Det ble foreslått at overtredelsesgebyr kan ilegges privatpersoner og foretak, og i lovteksten var det derfor tatt inn en henvisning til straffeloven §§ 48a og 48b.

Når det gjelder samarbeid om myndighetsopp-gaver innen miljørettet helsevern, er det i høringsnotatet ikke foreslått å videreføre muligheten som i dag ligger i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 til å overlate disse oppgavene til et interkommunalt styre etter kommuneloven § 27 eller til et interkommunalt selskap. Departementet viser til at det er opprettet interkommunale selskaper som i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 er tillagt myndighet på det miljørettede helsevern-området. Departementet ba derfor om høringsinstansenes tilbakemelding på om det foreligger særlige hensyn som gjør seg gjeldende på miljørettet helsevernområdet som innebærer at dagens ordning med mulighet for å overlate myndighetsoppgaver med myndighetsutøvelse til interkommunale selskaper og styrer etter kommuneloven § 27, likevel bør videreføres i folkehelse-loven.

Når det gjelder samarbeid om myndighetsoppgaver innen miljørettet helsevern, er det i høringsnotatet ikke foreslått å videreføre muligheten som i dag ligger i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 til å overlate disse oppgavene til et interkommunalt styre etter kommuneloven § 27 eller til et interkommunalt selskap. Departementet viser til at det er opprettet interkommunale selskaper som i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 er tillagt myndighet på det miljørettede helsevern-området. Departementet ba derfor om høringsinstansenes tilbakemelding på om det foreligger særlige hensyn som gjør seg gjeldende på miljørettet helsevernområdet som innebærer at dagens ordning med mulighet for å overlate myndighetsoppgaver med myndighetsutøvelse til interkommunale selskaper og styrer etter kommuneloven § 27, likevel bør videreføres i folkehelse-loven.

15.4 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har merknader til kapitlet om miljørettet helsevern. De som kommenterer miljørettet helsevern, støtter i all hovedsak videreføring av bestemmelsene om miljørettet helsevern. Kommunene *Time*, *Klepp*, *Randaberg* og *Gjesdal* uttrykker for eksempel at de støtter forslagene i lovens kapittel 3 og uttaler videre at "[d]ette er i prinsippet det samme som dagens kap. 4a i kommunehelse-loven".

Kommunene *Halden*, *Fredrikstad*, *Sandnes*, *Stavanger*, *Eigersund*, *Moskenes*, *Flakstad*, *Vågan*, *Vestvågøy*, *Eidfjord*, *Jondal*, *Odda* og herada *Kvam*, *Granvin* og *Ullensvang* uttaler at de støtter at miljørettet helsevernregelverket videreføres i folkehelse-loven.

Nasjonalt nettverk for helsefremming støtter at kommunene fortsatt skal ha ansvar for miljørettet helsevern. *Statens råd for likestilling av funksjonshemmede* uttaler:

”Rådet er tilfreds med at nåværende regelverk for miljørettet helsevern videreføres uten store materielle endringer.”

Særlig uttrykker aktører som i dag forvalter miljørettet helsevern i kommunene tilfredshet med forslaget. *Miljørettet helsevern i Indre Østfold og Forum for Miljø og Helse* uttaler:

”Vi mener at det er bra at Kap. 4a bevares da lovverket, slik det fungerer i dag anses som et godt verktøy for myndighetsutøvelse. Miljørettet helsevernregelverket fungerer som et viktig sikkerhetsnett.”

Nettverk for miljørettet helsevern i Akershus (MIA-nettverket) har en liknende uttalelse:

”MIA-nettverket er veldig fornøyd med forslaget om å videreføre bestemmelsene om miljørettet helsevern som i dag er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. Bestemmelsene er et godt myndighetsverktøy for å følge opp utfordringer innenfor ulike miljøfaktorer i virksomheter og eiendommer. Spesielt viktig er sikkerhetsnettfunksjonen disse bestemmelsene har når en står overfor miljøforhold som faller mellom ulike regelverk.”

Legeforeningen fremhever miljørettet helsevern som en ”hjørnestein” i kommunens innsats for å redusere risiko for uønskede helseeffekter av påvirkninger i miljøet.

De som uttaler seg om overtredelsesgebyr er positive til innføring av overtredelsesgebyr som sanksjonsform. *Helsedirektoratet* sier seg enig med departementet i at mye av lovverket innenfor dette området med fordel kan flyttes over ”på rot”, men ser like fullt behovet for et par tillegg som skyldes erfaringer fra de senere årene. Det gjelder i første rekke behovet for å etablere overtredelsesgebyr som en sanksjonsform.

Oslo kommune og Flekkefjord kommune støtter forslaget om overtredelsesgebyr og *Tromsø kommune* uttaler:

”Kapittelet om miljørettet helsevern er tatt med nokså uendret fra kommunehelsetjenesteloven. En viktig endring er likevel at det har blitt lagt til et nytt virkemiddel i form av overtredel-

sesgebyr. Dette vil være et virkemiddel som kan fungere i de situasjoner pålegg eller tvangsmulkt ikke vil ha noen funksjon, og er derved et viktig tilskudd i kommunens virkemidler.”

Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal kommuner kommer med følgende uttalelse:

”Det har lenge vært et savn av sanksjonsmuligheter i forbindelse med enkelthendelser som bryter med regelverket. Et overtredelsesgebyr, som foreslått i lovforslaget, vil kunne avhjelpe dette savnet. En statlig forskrift med kriterier på størrelse av gebyrer vil hindre tilfeldige avgjørelser og forskjellsbehandling.”

Oppegård kommune uttaler at:

”[b]ruk av overtredelsesgebyr er blant annet aktuelt i forbindelse med oppfølging av tiltak om kjøreforbud ved forhøyet luftforurensning. Et annet forhold som bør vurderes nærmere er overskridelse av bestemmelser om bygge- og anleggsgartøy. Ofte er kravene satt i reguleringsbestemmelser etter plan og bygningsloven, men det er lite å følge opp med i praksis når overtredelsene allerede har funnet sted. Anleggseier kan da bare beklage det inntrufne, og vise til at aktiviteten som utløste overtredelsene ikke lenger er aktuelle. I slike tilfeller kan gebyrer ha en preventiv effekt.”

Justis- og politidepartementet har i sin høringsuttalelse ingen merknader til prinsippet om at også foretak kan ilegges overtredelsesgebyr når overtredelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Det påpekes imidlertid at en annen reguleringsteknikk enn den valgte henvisning til straffeloven §§ 48a og 48b bør velges.

En del høringsinstanser berører i sine hørings svar spørsmålet om habilitetsutfordringer ved å videreføre tilsyn innen miljørettet helsevern som en kommunal oppgave. Noen instanser kommenterer spesielt at det er styrker ved å la dette ansvaret fortsatt være kommunalt. *Haugesund kommune* uttaler:

”Det foreslås videreført at kommunen skal ha godkjenning- og tilsynsmyndighet ovenfor kommunale virksomheter. Haugesund kommune støtter dette, fremfor en tilsvarende rolle for fylkesmannen eller annen statlig instans. Som HOD angir utfyller oppgavene innen mil-

jørettet helsevern og det mer generelle folkehelsearbeidet hverandre, og bør på denne bakgrunn ikke legges til ulike forvaltningsnivå. Kommunen har i denne sammenheng en nærhet til eventuelle utfordringer, og kan utøve godt lokalt skjønn.”

Blant høringsinnspillene finnes imidlertid en del instanser som problematiserer behovet for lik praksis og mangel på uavhengighet når kommuner skal føre tilsyn med egen virksomhet.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus påpeker at det ikke er uproblematisk for kommunene å etterleve bestemmelser der kommunen skal behandle klagesaker vedrørende egen virksomhet og føre tilsyn med seg selv. Fylkesmannen mener manglende prioritering, kompetanse og kapasitet innen miljørettet helsevern kan ses i sammenheng med at kommunene mangler et nødvendig insitament for å rette et kritisk blikk mot egen virksomhet.

Fylkesmannen i Hordaland mener at tilsyn innen miljørettet helsevern bør statliggjøres:

”Departementet går inn for at kommunen skal ta i vare på oppgaver innan miljøretta helsevern og ha mynde til å godkjenne og føre tilsyn med verksemder som er omfatta av føresegner i kapittel 3. Det er ikkje grunngeve kvifor det statlege tilsynet skal vere meir avgrensa på dette feltet enn kva det er på andre område som til dømes kommunale helse-, omsorgs- og barnevernstenester. Vi meiner fylkesmannen bør få mynde til å føre tilsyn med miljøretta helsevern slik som med andre deler av kommunal verksemd. Vi er ikkje samde i at den noverande ordninga der kommunen fører tilsyn med seg sjølv innan miljøretta helsevern, skal videførast.”

Fylkesmannen i Buskerud gir sin tilslutning til dette synet.

Nord-Trøndelagskommunene *Steinkjer, Flatanger, Levanger, Namdalseid*, og blant annet *Bindal kommune* i Nordland mener det bør vurderes å gi fylkeskommunene mer ansvar for miljørettet helsevern. *Levanger kommune* uttaler:

”Kanskje fylkeskommunen burde hatt et større ansvar på dette området slik at trykket på tilsyn og oppfølging hadde blitt likt i alle kommunene. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.”

Også *Selbu kommune* er opptatt av habilitet mht. myndighetsutøvelse innen miljørettet helsevern:

”Departementet er inne på problemet med bukken og havresekken i sitt høringsnotat, men synes å ta noe lett på det. Innen miljørettet helsevern er det kommunen som planlegger, iverksetter og eier en rekke virksomheter som kan ha innvirkning på helseforhold, f.eks. skoler, barnehager, idrettsanlegg, vannverk, avløp osv. Samtidig er kommunen godkjenningsorgan og tilsynsorgan. Det vil si at kommunen f.eks. kan vedta å dispensere fra krav i forskrift som berører den selv! For å sikre habilitet i slike saker vil det være gunstig å skille mellom miljørettet folkehelsearbeid, og tilsyns-/godkjenningsmyndighet innen miljørettet helsevern (som da ikke bør være den samme, men kanskje en interkommunal instans, akkreditert instans eller andre). Dersom det likevel blir kommunen som fremdeles skal føre tilsyn med og godkjenne seg selv, må det presiseres i detalj i lov eller forskrift hvordan en da må sikre habilitet.”

Miljørettet helsevern Vestfold påpeker habilitetsproblemet når det gjelder tvangsmulkt som virkemiddel:

”Vi opplever sanksjonsmulighetene som tilstrekkelige, men virkemiddelet tvangsmulkt er ofte i praksis ikke noe reelt virkemiddel i forhold til kommunale virksomheter. Man kan ikke forvente at en kommune vil gi seg selv tvangsmulkt fordi de ikke har midler til å gjennomføre de tiltakene de selv har pålagt seg. Da blir det mindre midler til å gjennomføre utbedringene. Vi synes kanskje at noen bør tenke gjennom bruken av dette virkemiddelet. Kan det være at saken, hvis ikke pålegg har blitt etterkommet, kunne oversendes til Fylkesmannen for vurdering og eventuelt innkreving av tvangsmulkt hvis det er ønskelig?”

Legeforeningen mener det bør vurderes et overordnet tilsyn med såvel tilsynsrapporter som kommunens internkontrollsystemer på dette området. Legeforeningen stiller seg tvilende til om det er et tilstrekkelig tiltak å kreve kommunenes ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer innen miljørettet helsevern skal ”dokumenteres særskilt” i forbindelse med internkontrollen.

Det er ikke mange andre som har merknader til forslaget om forsterket dokumentasjonsplikt for kommunenes ansvar for å føre tilsyn med virk-

somheter og eiendommer innen miljørettet helsevern. De som har synspunkter er positive til forsterket dokumentasjonsplikt. *Midt-Troms Regionråd* og *Fylkesmannen i Sør-Trøndelag* støtter forslaget. Kommunene *Moskenes*, *Vågan*, *Vetsvågøy* og *Flakstad* uttaler:

”Vi er også enige i det at kommunen fortsatt skal ivareta oppgavene innenfor miljørettet helsevern, herunder godkjennings- og tilsynsmyndighet ovenfor kommunale virksomheter. Som følge av at det er krevende å ivareta disse to rollende samtidig, tilslutter vi oss til at det stilles krav til kommunene om å dokumentere at de har en god styring med denne tjenesten.”

Når det gjelder høringsforslaget § 8 annet ledd som regulerer delegering av oppgaver innen miljørettet helsevern til samarbeidsorganer, mener *Kommunal- og regionaldepartementet* at bestemmelsen er overflødig og bør utgå da en slik delegeringsadgang følger direkte av kommuneloven.

Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om hvorvidt muligheten til å delegerer miljørettet helsevern oppgaver til et interkommunalt selskap (IKS) burde opprettholdes, til tross for at departementet ba særlig om innspill på dette spørsmålet. *Fagforbundet* støtter forslaget om at det ikke lenger skal være mulig å anvende styrer og interkommunale selskaper som samarbeidsform for lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse, og at slike oppgaver ikke settes bort til private aktører. *KS*, *KS Bedrift*, *Salten regionråd*, *Helse- og miljøtilsyn Salten IKS*, *Brannvesenet Sør-Rogaland IKS* og *Forum for miljø og helse* mener at muligheten som i dag ligger i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 til å delegerer myndighet til et IKS bør videreføres. *KS* uttaler:

”KS kan ikke se at departementet gir tilstrekkelig god begrunnelse for å endre dagens regel i kommunehelsetjenesteloven som gir kommunen mulighet til å delegerer myndighet på det miljørettede helsevern til interkommunale selskaper. KS foreslår at dagens delegasjonsadgang videreføres.”

KS Bedrift uttaler:

”[...]KS Bedrift ber om at muligheten for delegering til bl.a. IKS videreføres i den nye folkehelselovens § 8 på lik linje med vertskommune-modellen.

KS Bedrift vil påpeke at det er flere IKS selskaper som i dag har denne adgangen. Hver

enkelt kommune må ha muligheten til å vurdere hvordan en ser dette best organisert i sitt område, så sant den faglige utøvelsen kan ivaretas faglig og juridisk på lik linje med for eksempel en kommune eller vertskommune.

I et IKS gis myndighet til et selskap styrt av et representantskap hvor alle kommunene er representert og som vedtar selskapsavtale og utnevner styre. Vi mener derfor at innbyggernes rettsikkerhet og demokratisk kontroll ivaretas på en god måte gjennom et IKS, og at det bør fremkomme tydeligere i den videre behandlingen.

Flere av våre medlemmer erfarer at denne måten å organisere arbeidet på gir en god, effektiv og enhetlig tjeneste til innbyggerne.”

Helse- og miljøtilsyn Salten IKS uttaler:

”Vår erfaring er at delegering gir fullt ut faglig og juridisk forsvarlig saksbehandling og at et interkommunalt selskap (IKS) kan utføre oppgavene innenfor miljørettet helsevern tilfredsstillende for kommunene i tråd med lovverk og kommunenes ønsker. Det medisinskfaglige skjønnet ivaretas, saksbehandlingstiden blir kortere, det er kostnadsbesparende og effektiv bruk av kompetanse. Og det gir en god tjeneste til innbyggerne.

Et IKS styres av et representantskap hvor alle eierkommunenes kommunestyre er representert. Representantskap utnevner styre og vedtar selskapsavtale, strategier og budsjett. Dermed ivaretas rettsikkerhet og demokratisk modell tilfredsstillende.[...]”

Forum for miljø og helse påpeker at dette er svært viktig for små kommuner og at etablering av et fagmiljø vil gjøre det lettere å rekruttere fagfolk.

Landbruks- og matdepartementet uttaler i tilknytning til § 10 om godkjenning, at godkjenning av drikkevann og vannforsyningsanlegg er uttømmende regulert i drikkevannsforskriften som er hjemlet i matloven og at det derfor ikke er nødvendig med noen hjemling av dette i folkehelseloven.

15.5 Departementets vurderinger

Miljørettet helsevernbestemmelsene foreslås flyttet fra kommunehelsetjenesteloven til folkehelseloven som en videreføring av gjeldende rett. Departementet viser til at høringsinstansene gir bred støtte til dette grepet. Dette innebærer at

gjeldende rett med det brede omfanget av forvaltningspraksis og rettspraksis som er tilknyttet kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a videreføres. Innholdet i bestemmelsene er gjort nærmere rede for i merknadene til lovbestemmelsene, jf. kapittel 22.

Det foreslås noen språklige og tekniske oppdateringer. På ett område foreslås det en endring i gjeldende rett ved at det tas inn en bestemmelse om overtredelsesgebyr i loven, jf. lovforslaget § 17. Videre er det i § 30 om internkontroll lagt inn et forsterket dokumentasjonskrav for kommunen i forhold til ivaretagelsen av kommunens tilsyns ansvar etter lovforslaget § 9.

Miljørettet helseverntjenesten i kommunene er en viktig oppgave og ressurs i det brede folkehelsearbeidet. Tjenesten har sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, og den er både sektorovergripende og gir kommunen virkemidler også overfor virksomhet og eiendom, både privat og offentlig. Denne myndigheten er en forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for å sikre liv og helse og fremme folkehelse. Således inngår miljørettet helsevern etter kapittel 3 som et sentralt virkemiddel og ansvar som en del av kommunens helhetlige folkehelseansvar, jf. lovforslaget §§ 4 til 7. Det vises også til omtale av miljørettet folkehelsearbeid i kapittel 14.5.2.

I arbeidet med miljørettet helsevern har oppgavene etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og § 1-4 vært nært sammenknyttet. Et sentralt virkemiddel i tilsynet med de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, har vært å integrere hensyn til helse i planer og aktiviteter på tvers av sektorer i kommunen og bidra i planfaser mht. forhold ved virksomhet eller eiendom i kommunen. Når en har kommet tidlig inn i prosesser, har en kunnet unngå bruk av virkemidler som rettingsvedtak i ettertid. For eksempel har miljørettet helseverntjenesten kunnet være tidlig inne i arealplanlegging for å forebygge fare for forurensning av drikkevann eller uheldige forhold i bomiljøer eller tjenesten har vært tidlig inne i planfase for skolebygg slik at helsemessige hensyn har blitt vektlagt tidlig i prosessene. Folkehelseloven endrer ikke på dette. En samling av virkemidler i eget kapittel 3 innebærer ingen innsnevring av miljørettet helsevern. På samme måte som virkemidler etter kapittel 4a og § 1-4 var nært sammenknyttet etter kommunehelsetjenesteloven, vil bestemmelsene i kapittel 3 og kapittel 2 være det etter folkehelseloven.

15.5.1 Helhetlig virkeområde – en sikkerhet for befolkningen

Miljørettet helsevernregelverket i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og kapittel 4a avløste sunnhetsloven i 1988. Fra 1860 har fagområdet hatt et helhetlig samfunnsperspektiv og den rettet seg mot alle sektorer og alle typer helsepåvirkning, jf. sunnhetslovens formulering om å "ha oppmerksomhet på stedes sunnhetsforhold og hva der kan ha innflytelse".

Senere har man fått en rekke spesiallover som har regulert enkelte mer spesifikke områder; forurensningsloven, arbeidsmiljøloven, smittevernloven, produktkontrollloven, vegtrafikkloven er eksempler på slike lover. Kommunehelsetjenesteloven videreførte imidlertid som vist til ovenfor det brede virkeområdet til sunnhetsloven.

Miljørettet helsevern er fortsatt det primære regelverket for å ivareta helseforhold i en rekke konkrete virksomheter, blant annet barnas arbeidsmiljø i barnehager og skoler. Fagområdet har videre en viktig funksjon som sikkerhet for befolkningen på områder der for eksempel annet regelverk ikke fanger opp viktige helsehensyn. Dette kan være for eksempel støyforhold som ikke fanges opp av forurensningsforskriften, blant annet konsertstøy. Regelverket innen miljørettet helsevern innebærer at det er en konkret vurdering av mulig helsekonsekvens i det enkelte tilfelle som skal være avgjørende for om det for eksempel skal kreves retting av et forhold i en virksomhet. Dette gir en fleksibilitet til lokale tilpasninger og skjønnsvurderinger. For den enkelte innbygger er det også en sikkerhet at en alltid kan henvende seg til kommunen når en er bekymret for helsen pga. en mulig miljøeksponering, og at saken skal bli konkret vurdert. Selv om det er nasjonale grenseverdier for en del miljøforhold, for eksempel lokal luftforurensning og støy, kan det være forhold med helsekonsekvenser som ikke fanges opp ved slike grenseverdier. Det kan være en spesiell type forurensning med ekstra helsekonsekvens, det kan være støytopper på uheldige tider, det kan være dobbelteksposeringer og det kan være at det er sårbare grupper som blir eksponert. Erfaringsvis fanger miljørettet helsevern i kommunene opp mange saker som faller mellom annet regelverk.

Departementet vil i tilknytning til Landbruks- og matdepartementets kommentar om at folkehelseloven overlapper matloven med hensyn til godkjenning av drikkevann, peke på at folkehelseloven og matloven bare delvis overlapper hverandre. Etter matloven er det tilsyn med produksjon

og omsetning av vann til drikke og matproduksjon som er i fokus. Etter folkehelseloven legges det også vekt på kommunens ansvar for å sikre at befolkningen *faktisk har* nødvendig tilgang til trygg og sikker vannforsyning ut fra et folkehelseperspektiv. Dette innebærer blant annet at kommunen bør ha tilstrekkelig oversikt over vannforsyningen til personer som ikke er tilknyttet offentlige vannforsyningssystemer, og om nødvendig treffe tiltak for å sikre at disse får en forsvarlig vannforsyning. Slike tiltak går ut over kontrollen med produksjon av vannet etter matloven. Begrepet vann og vannforsyning etter folkehelseloven favner dessuten videre enn matlovens drikkevannsbegrep, da førstnevnte ikke er begrenset til vann beregnet på drikke eller matproduksjonsformål, men også vil omfatte eksempelvis vann til andre hygieniske formål som kroppshygiene, rengjøring, brannvann med mer. Krav til leveringssikkerhet ut fra andre hensyn enn drikke og matproduksjon vil også bare være hjemlet i folkehelseloven. Det legges derfor fortsatt opp til at reguleringen av drikkevann skal skje med hjemmel i begge lover. Bestemmelsen om adgang til delegering av godkjenningmyndighet til statlig myndighet i § 10 siste ledd er således nødvendig for å kunne sikre at både krav som springer ut av matloven og folkehelseloven samlet skal kunne tas i betraktning av Mattilsynet ved godkjenning av vannforsyning.

Forholdet mellom miljørettet helsevern tjenesten i kommunen og andre sektormyndigheter er nærmere omtalt blant annet i Helsedirektoratets Veileder i miljørettet helsevern (IS-1104) kapittel 8.

15.5.2 Faglig kompetanse

At regelverket forutsetter konkrete vurderinger med helsefaglig skjønn, krever at det er god faglig kompetanse i kommunen. Fra sunnhetsloven og fremover har det vært medisinsk-faglig kompetanse knyttet til distriktsleger og senere kommuneleger. Helsesøstre er også viktige innen miljørettet helsevern. Etter hvert er feltet i tillegg blitt mer teknisk gjennom for eksempel støymålinger og måling av inneklimate, slik at det i økende grad har blitt tilknyttet miljøhygienisk eller teknisk hygienisk kompetanse til miljørettet helsevern. Der tjenesten har fungert best er hvor det har vært gode fagmiljøer både med miljøteknisk og samfunnsmedisinsk kompetanse.

I forhold til oppgavene knyttet til råd, veiledning, helsekonsekvensvurderinger og det å påse at helsehensyn er ivaretatt i plan og beslutnings-

prosesser, er det også viktig med god kunnskap om planprosesser og forvaltning generelt. For *tilsyn* kreves det også kompetanse på tilsynsmetodikk herunder systemrevisjoner.

For ytterligere drøfting av kompetanse vises til kapittel 18.

15.5.3 Overtredelsesgebyr

Ved videreføringen av miljørettet helsevernregelverket mener departementet det er behov for å ha tilgjengelig effektive sanksjoner for den som forsettlig eller uaktsomt overtrer de bestemmelser som er fastsatt i lov eller ved forskrift. Erfaring har vist at virkemiddelbestemmelsene som retting, stansing og tvangsmulkt som regel er egnede virkemidler i tilsynet med faktorer som innebærer en helserisiko. Pålegg om retting med etterfølgende tvangsmulkt, jf. §§ 14 og 15, vil kunne være egnede reaksjoner i en del tilfeller, særlig dersom det dreier seg om en vedvarende virksomhet. Tilsynsmyndigheten kan da pålegge den virksomhetsansvarlige å rette eller stanse en virksomhet som ikke er i samsvar med loven eller forskriftene, og fastsette en tvangsmulkt som løper for hver dag virksomheten fortsetter til tross for pålegget.

I enkelte tilfeller har imidlertid disse virkemidlene vist seg å være uegnede eller lite hensiktsmessige, for eksempel mot enkeltstående overtredelser av loven og/eller der summen av mange like aktiviteter utført av forskjellige aktører, medfører en helserisiko som ikke er forsvarlig. Et eksempel på dette var vinteren 2010 da Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte en midlertidig forskrift 5. februar 2010 nr. 99 om tiltak for å hindre helseskader på grunn av luftforurensning i Bergen kommune. Siden forskriften kun var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven hadde man ikke et effektivt sanksjonsmiddel ved brudd på kjøreforbudet.

Departementet foreslår derfor at det i lovforslaget gis en hjemmel for å i forskrift kunne fastsette at overtredelsesgebyr kan ilegges den som forsettlig eller uaktsomt overtrer krav fastsatt i folkehelseloven kapittel 3 eller i forskrift gitt i medhold av kapittel 3. En slik sanksjon anses i mange tilfeller å kunne være mer hensiktsmessig enn straffeforfølgning. Det kan være riktig å påføre lovovertrederen et onde, men ikke slik at et slikt brudd alltid bør være kriminalisert. Overtredelsesgebyr fremstår som et effektivt preventivt virkemiddel, som også er mindre tungvint å få gjennomført, enn ordinær straffeforfølgning, og som ikke forutsetter påtalemyndighetens og domsto-

lens medvirkning. Forslaget får også støtte fra høringsinstansene.

Departementet vil i en påfølgende revisjon av forskriftene gitt i medhold av kommunehelsestjenesteloven kapittel 4a, vurdere nærmere i hvilke tilfeller det kan være aktuelt å kunne benytte overtredelsesgebyr som sanksjonsmiddel.

Forhold som innebærer en helserisiko kan være forårsaket av eiendom og virksomhet i vid forstand (for eksempel aktivitet). Den ansvarlige for eiendom og virksomhet etter folkehelseloven kapittel 3 kan være en enkeltperson, stiftelse, bo, forening eller annen sammenslutning, offentlig virksomhet, foretak, selskap, enkeltmannsforetak eller liknende. Departementet mener det vil være behov for å kunne ilegge overtredelsesgebyr til alle disse, og forskrifter som gir hjemmel for å ilegge overtredelsesgebyr må konkretisere dette.

Tilsynsmyndigheten vil etter departementets forslag ikke stå fritt i vurderingen av om overtredelsesgebyr skal ilegges. Hjemmelen i lovforslaget § 17 vil gi hjemmel for å gi nærmere bestemmelser i forskrift. Slik forskrift vil forutsette at det, både med hensyn til om gebyr skal ilegges og eventuelt hvor stort det skal være, særlig legges vekt på blant annet hvor alvorlig overtredelsen er, og om andre reaksjoner blir ilagt overtrederen eller noen som handler på dennes vegne. Det skal også særlig legges vekt på blant annet graden av skyld, og på om det foreligger gjentakelse. Forslaget gir den nødvendige fleksibilitet for tilsynsmyndigheten til å vurdere i hvilke situasjoner overtredelsesgebyr er en egnet reaksjonsmåte, og i hvilke tilfeller det anses nødvendig å anmelde forholdet. Samtidig er den enkeltes rettssikkerhet ivaretatt ved at tilsynsmyndighetens skjønn er underlagt klare føringer gjennom de momenter som skal tillegges vekt i vurderingen av om gebyr skal ilegges og hvor stort gebyret skal være.

Skyldkravet er både forsett og uaktsomhet. Høyesterett har lagt til grunn at det kreves noe mer enn ordinær sannsynlighetsovervekt for at forvaltningen kan ilegge sanksjoner av pønalt karakter, slik som overtredelsesgebyr. Beviskravets styrke er relativt til hvor inngripende reaksjonen er, se blant annet Rt. 2007 side 1217.

Selv om departementet går inn for å gi kommunene utvidete administrative sanksjonsmidler, og gir mulighet til å håndheve lovens regler mer effektivt enn i dag, er det fremdeles behov for å belegge en del av bestemmelsene med straff. Dette vil særlig være aktuelt i de grovere tilfellene og der det foreligger flere og/eller gjentatte overtredelser. Departementet foreslår derfor at straffebestemmelsen i gjeldende kommunehelsestje-

nestelov § 4a-11, videreføres i lovforslaget § 18. Hjemmelen for straff er i Ot.prp. nr. 40 (1986-87) om lov om endring i lov om helsetjenesten i kommunene, begrunnet slik:

”Departementet er av den mening at det på det området som omfattes av miljørettet helsevern er grunn til å tro at straffetrusler kan ha en preventiv betydning, både allmenn- og individualpreventiv. Brudd på lov og forskrifter for området vil ofte skje ut fra økonomiske interesser. Det kan derfor være grunn til å bruke straff som virkemiddel mot uheldige utslag av egeninteresse. Den som står i ferd med å overtre lov, forskrift eller pålegg vil kanskje finne en alternativ handlemåte stilt overfor en straffetrussel, og den som ved uaktsomhet kan komme til å forbryte seg får en ekstra oppfordring til å undersøke forholdene og de gjeldende regler.”

Departementet er av den oppfatning at denne argumentasjon fremdeles må kunne legges til grunn. Straff bør imidlertid bare brukes som en subsidiær reaksjonsform der andre reaksjoner ikke finnes eller ikke har tilstrekkelig preventiv virkning, se Sanksjonsutvalgets utredning NOU 2003:15 side 20 og 144 - 145 samt Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) side 92. Etter Sanksjonsutvalgets syn bør det i spesiallovgivning som straffesanksjoner lovbrudd, også finnes en alternativ administrativ reaksjonsmulighet, jf. utredningen side 160. Departementet slutter seg til dette synspunktet, og peker på at dette er tilfelle innenfor miljørettet helsevern.

15.5.4 Videreføring av kommunalt ansvar for miljørettet helsevern

I arbeidet med miljørettet helsevern fører kommunen tilsyn med mange typer virksomhet og eiendom, blant annet kommunal virksomhet som drift av skoler og barnehager. Kommunen fører altså her tilsyn med virksomhet og eiendom som kommunene ofte selv eier og driver. Kommunene må organisere seg slik at den instans som ivaretar oppgavene innen miljørettet helsevern er tilstrekkelig uavhengig, for eksempel at tilsynsinstans/miljørettet helsevernmyndighet i kommunen ikke har direkte linjeansvar for drift, vedlikehold eller forvaltning av kommunale skolebygg eller lignende.

En kartlegging i 2007 viste at kun 50 % av skolene var godkjente i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler 9 år etter

at de skulle vært godkjent. En tilsvarende kartlegging i 2009 viste at 68 % var godkjente. Informasjon samt kartleggingen i 2007 har nok vært medvirkende til at flere ble godkjente i løpet av denne tidsperioden. Dette viser at en nasjonal oppfølging av kommunens ansvar med tilsyn og godkjenning har en effekt og at oppfølgingen av kommunene bør systematiseres i større grad enn i dag. Dette kan skje blant annet gjennom råd og veiledning om kommunenes tilsyn, men også ved aktivt å følge opp kommuner som ikke følger opp sitt tilsynsansvar, herunder godkjenning av virksomheter.

Departementet mener oppgavene innen miljørettet helsevern og det mer generelle folkehelsearbeidet utfyller hverandre. Det bør av den grunn ikke legges til ulike forvaltningsnivåer. Videre har kommunene nærhet til problemene og mulighet for å utøve godt lokalt skjønn. Å beholde miljørettet helseverntjenesten i kommunen gir også en mulighet for å styrke fagfeltet lokalt, inkludert det å rekruttere fagfolk til området. Fortsatt kommunalt ansvar for miljørettet helsevern vil også øke motiveringen for interkommunalt samarbeid på området. Videre er det viktig å understreke at det kun skal være helsefaglige kriterier som ligger til grunn ved godkjenning og tilsyn.

På bakgrunn av dette foreslår departementet at kommunen fortsatt skal ivareta oppgavene innenfor miljørettet helsevern, herunder godkjennings- og tilsynsmyndighet overfor kommunal virksomhet. Da det imidlertid er krevende å ivareta disse to rollende samtidig, mener departementet at dette krever at kommunene må dokumentere at de har en nødvendig styring med denne tjenesten. Departementet foreslår derfor at kommunenes ivaretagelse av oppgavene etter folkehelseloven § 9 (tilsynsansvaret for miljørettet helsevern) skal dokumenteres særskilt i kommunens internkontroll med etterlevelse av kravene i folkehelseloven, jf. lovforslaget § 30 annet ledd.

Også i dag er det et krav etter tilsynsloven at kommunen skal føre internkontroll med sine oppgaver knyttet til folkehelsearbeid, herunder miljørettet helsevern. Dette kravet videreføres i folkehelseloven, men innrettes på en slik måte at det er mer tilpasset folkehelsearbeid ved at kravet tas inn i folkehelseloven, og at lov om tilsyn med helsetjenester ikke lenger kommer til anvendelse for kommunens folkehelsearbeid. Det vises til merknadene til lovforslaget § 30 kapittel 22 og redegjørelsen i kapittel 12.4.4.

15.5.5 Tilsynsveiledning

Landsomfattende undersøkelser de senere årene har avdekket at det i mange kommuner er omfattende svikt når det gjelder tilsynsoppgavene i miljørettet helsevern. Blant annet gjelder det, som vist til over, tilsyn med og oppfølging av mangelfulle forhold ved landets skoler. Departementet mener det er viktig å vurdere virkemidler for å avhjelpe denne situasjonen. Et virkemiddel er å forplikte nasjonale helsemyndigheter i deres rådgivning og veiledning overfor regionalt og lokalt nivå. I tillegg til rollen som regelverksforvalter har Helsedirektoratet som fagorgan også oppgaven å gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen.

Departementet legger til grunn at Helsedirektoratet etter lovforslagets § 24 vil ha i oppgave å veilede kommunene når det gjelder tilsyn med virksomhet og eiendom etter folkehelselovens kapittel 3. Innholdet i slik veiledning vil kunne omfatte:

- kjennskap til regelverket (ansvar og oppgaver)
- kunnskap om innhold og metoder for kartlegging og analyse av påvirkningsfaktorer (risikokartlegging)
- saksbehandling og sanksjonsmuligheter
- standardisert saksbehandlings- og tilsynsverktøy
- tilsynsmetodikk og tilsynsplaner
- samarbeid om tilsyn med andre myndigheter
- oppfølging, rapportering og evaluering
- planforankring av arbeidet
- koordinering av nasjonale satsingsområder som kan være gjenstand for kommunalt tilsyn, slik som hygiene i barnehager mv.

Selv om det er frivillig for kommunene å følge de nasjonale satsingsområdene med utgangspunkt i lokal risikovurdering, vil tilsynet ofte være mer effektivt hvis det er en del av nasjonal satsing, jf. informasjon, felles veiledere mv.

Tilsynsveiledningen vil også definere standarder for godt folkehelsearbeid når det gjelder kommunens ivaretagelse av sitt tilsynsansvar på en forsvarlig måte.

15.5.6 Særlig om samarbeidsformer innen miljørettet helsevern – delegering til IKS

Miljørettet helsevern er et tjenestoområde der kommunen har myndighet til å fatte vedtak. Som

det går fram av beskrivelsen av gjeldende rett, er det åpnet for at denne myndigheten kan delegeres til et styre etter kommuneloven § 27, til et interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper eller til en vertskommune, jf. kommune-helsetjenesteloven § 4a-3. Myndighetsutøvelse etter folkehelseloven bør i utgangspunktet følge de alminnelige reglene for delegering av kommunal myndighet dvs. at slik myndighet, av hensyn til innbyggernes rettsikkerhet og demokratisk kontroll, i utgangspunktet kun skal kunne delegeres til en vertskommune etter kommuneloven § 28 a-k, eventuelt til en samkommune dersom den modellen lovfestes, se nærmere omtale i kapittel 19.

På den annen side ser departementet at det kan være hensiktsmessig å videreføre dagens ordning der det er anledning til å delegerer myndighet til et interkommunalt styre eller selskap. I høringsnotatet ba derfor departementet om tilbakemelding på forslaget om at det ikke lenger skulle være mulig å delegerer oppgaver innen miljørettet helsevern til interkommunale selskaper (IKS). Departementet har merket seg at tilbakemeldingen fra flere høringsinstanser om at muligheten for å delegerer oppgaver innen miljørettet

helsevern til et IKS bør videreføres. Departementets inntrykk er at ordningen med IKS i dag fungerer bra. På bakgrunn av dette og høringsinnspillene foreslår departementet at muligheten for delegering til IKS opprettholdes i folkehelseloven. Dette vil ikke innebære at slike oppgaver kan settes bort til private aktører, da delegering må skje etter lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper (IKS-loven). Det foreslås at det tas inn en bestemmelse om dette i lovforslaget § 9 første ledd. For at lovbestemmelsen ikke skal gi inntrykk av at dette er eneste muligheten for delegering til interkommunalt samarbeidsorgan, foreslås det presisert i bestemmelsen at dette er en mulighet i tillegg til de samarbeidsløsninger som følger av kommuneloven.

Departementet legger til grunn at oppgavene som er tillagt kommunene etter kapittel 2 og kapittel 3 i forslaget til folkehelselov, forutsetter mye av den samme kompetanse og må ses i sammenheng for å oppnå en enhetlig folkehelsepolitikk. Dersom to eller flere kommuner vurderer samarbeid, er det et viktig hensyn å sørge for at oppgaveløsningen ikke blir stykket opp på en lite hensiktsmessig måte.

16 Beredskap

16.1 Bakgrunn og generelt om beredskapsarbeid

16.1.1 Generelt om ansvarsforhold for samfunnssikkerhet og beredskap

De overordnede prinsippene om sektoransvar, likhet og nærhet ligger til grunn for sikkerhet og beredskapsarbeidet i Norge.

Ansvarsprinsippet: Den virksomheten som har ansvar for et område/tjenestetilbud til daglig har ansvaret for nødvendige forebyggende tiltak, beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser.

Likhetsprinsippet: Den organisasjonen man etablerer under kriser og i krig skal være mest mulig lik organisasjonen man opererer med til daglig.

Nærhetsprinsippet: En krise skal håndteres på lavest mulige operative nivå.

Departementene har ansvar for at beredskapen innenfor egen sektor er tilfredsstillende og koordinert med øvrige sektorer. Justis- og politidepartementet er utover sektoransvaret tillagt en samordningsrolle for å sikre en helhetlig og koordinert beredskap. Samordningsrollen er forankret i kgl. res. av 19. september 1994 om retningslinjer for Justisdepartementets funksjon som samordningsdepartement innen sivil beredskap. Justisdepartementet fører videre tilsyn med departementene, jf. kgl. res. av 3. november 2000 om instruks om innføring av internkontroll og systemrettet tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet i departementene.

Formålet med helse- og sosialberedskapen er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg samt sosiale og psykososiale tjenester i kriser og katastrofer i fredstid og i krig. Bestemmelser om helseberedskap er dels fastsatt i en overordnet beredskapslov; lov om helsemessig og sosial beredskap og dels integrert i en rekke spe-

siallover som kommunehelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester, lov om spesialisthelsetjenester, smittevernloven, matloven og strålevernloven.

Andre sektorer har et beredskapsansvar som berører Helse- og omsorgsdepartementets områdeansvar. Ansvar for beredskap mot akutt forurensning omfatter en rekke aktører. Kommunene har et generelt ansvar for å kartlegge uønskede hendelser innenfor sin kommune samt forebygge slike. Private aktører innenfor blant annet kjemikalieindustri og transport av kjemikalier og farlig gods har ansvar for å forebygge og håndtere hendelser som deres virksomhet kan forårsake. Når ulykken er ute, har forurenser plikt til å varsle brannvesenet og politiet samt sentrale forureningsmyndigheter. Lokalt koordinerer politiet nødetatens operative håndtering av den akutte situasjonen på skadested. Kommunen har ansvar for å håndtere situasjonen lokalt.

Statlige forureningsmyndigheter har en regulert rolle når det gjelder å bistå nødetatene, forurenserne og kommunene med ekspertise og utstyr til å kunne bistå i håndteringen av slike situasjoner. Kystverket har det statlige ansvaret for akutt forurensning etter forureningsloven. Dette gjelder også i innlandet. Kystverket har ansvar for tilsyn med forurenser og/eller kommunens aksjoner mot akutt forurensning. I større tilfelle av akutt forurensning aksjonerer Kystverket for staten. Klima- og forureningsdirektoratet har ansvar for og myndighet til å stille krav til privat og kommunal beredskap mot akutt forurensning, samt føre tilsyn med denne beredskapen.

16.2 Gjeldende rett

16.2.1 Kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven § 1-5 setter krav om at kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helsetjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. I forarbeidene til lov om helsemessig og sosial beredskap som innførte

plankravet, jf. Ot.prp. nr. 89 (1998-99), fremgår det at kravet gjelder all helsetjeneste herunder miljørettet helsevern. Dette innebærer blant annet forebyggende og skadebegrensende tiltak for å ivareta helsen ved ekstraordinære situasjoner knyttet til biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale hendelser, som akutt forurensning mv. Miljørettet helsevern som sådan omtales nærmere i kapittel 15.

Kommunens ansvar for å ha oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer jf. § 1-4 omfatter også oversikt over risikoforhold. Dette er utdypet i forskrift om miljørettet helsevern § 5:

”Kommunen skal ha oversikt over positive og negative faktorer i miljøet som kan innvirke på befolkningens helse i kommunen. Oversikten skal i tilstrekkelig grad omfatte:

- a) vurdering av aktuelle faktorer i miljøet, som for eksempel forurensning, støy, sosiale miljøfaktorer, ulykkesrisiko mv., og årsakene til deres oppreden
- b) vurdering av miljøfaktorenes helseeffekter på befolkningen
- c) forslag til mulige helsefremmende, forebyggende eller avbøtende tiltak.”

I dette ligger det et krav om også å ta høyde for ekstraordinære situasjoner med betydning for liv og helse.

16.2.2 Sosialtjenesteloven

Kommunen plikter etter sosialtjenesteloven § 3-6 å utarbeide en beredskapsplan for sin sosialtjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. På samme måte som for kommunehelsetjenesten, skal sosialberedskapsplanen samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Det følger videre av bestemmelsen at sosialtjenesten skal gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner, og yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.

16.2.3 Helseberedskapsloven

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å ha beredskapsplan for sin helse- og sosialtjeneste jf. § 2-2. I tillegg har sykehus, vannverk og Mattilsynet selvstendig planplikt. Tiltak følges opp i tråd med ansvar, nærhet og likhetsprinsippet.

Etter § 2-1 har den som har ansvar for en tjeneste, også ansvar for beredskapsforberedelser for den utøvende tjeneste. Etter forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid skal fylkesting og kommunestyre sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen, jf. § 2.

Virksomhetene som omfattes av loven skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan medføre ekstraordinære belastninger for virksomheten. Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak, jf. forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid § 3.

I henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-3, plikter også virksomheter loven omfatter å varsle om forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter denne loven. Kommunen skal ved en krise (uansett type) som har innvirkning på helse- og sosialtjenesten varsle fylkesmannen om situasjonen og utviklingen, og om kommunen ønsker/ trenger hjelp fra fylkesmannen til ulike tiltak. Dersom hendelsen har nasjonal betydning skal Helsedirektoratet varsles.

I forhold til kommunenes arbeid med miljørettet helsevern vil hva som kan defineres som beredskap, og dermed omfattes av lov om helsemessig og sosial beredskap, i motsetning til hva som er daglig drift i virksomheten, først og fremst være et spørsmål hva som er en ekstraordinær hendelse. Et kontinuerlig forhold som medfører en fare for helseskade, for eksempel radon i boliger, omfattes opplagt ikke av beredskapsbestemmelsene. En akutt hendelse som for eksempel en industriulykke som medfører stråling eller kjemikalieeksponering, vil komme inn under forhold som omfattes av beredskapsbestemmelsene. Det kan også være hvordan kommunen håndterer en situasjon der det avdekkes et forhold som i og for seg ikke er akutt, men som kan medføre en stor bekymring i befolkningen som må håndteres raskt, for eksempel at det oppdages høyere forekomst av kreft.

Uansett gjelder ansvarsprinsippet om at kommunen som folkehelsemyndighet har ansvar for å forebygge hendelser som medfører en fare for folkehelsen, samt planlegge tiltak for å begrense negative helsekonsekvenser, herunder beredskap. Dette gjelder alle typer hendelser som medfører en fare for folkehelsen, jf. biologiske, fysiske (herunder stråling), kjemiske og sosiale forhold, jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a.

Aktuelle hendelser kan være en kjemikalieulykke hvor det er fare for at befolkningen kan bli

eksponert via luft, vann, mat eller grunn. Tiltak som bør planlegges for er hvor en skal hente kompetanse, personell, søke råd mv. for å gjøre en vurdering av mulig helseeffekt i befolkningen, iverksette tiltak for å begrense eksponering av befolkningen slik som varsling, evakuering, iverksette helseundersøkelser mv.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter, og forvaltningen av dette regelverket.

16.2.4 Smittevernloven

Smittevernloven er på mange måter en beredskapslov for et særskilt område. I utgangspunktet er smittevernarbeidet et kommunalt ansvar både under normale forhold og under kriser. Loven har derfor bestemmelser både om det daglige smittevernarbeidet og om særskilte beredskapsforhold. Eksempelvis fastsetter den egne bestemmelser om planplikt på kommunalt nivå og for de regionale helseforetakene og den har bestemmelser om særskilte fullmakter for kommuner og sentrale helsemyndigheter til å bekjempe smittsomme sykdommer i utbruddssituasjoner.

Etter loven skal Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) overvåke den nasjonale og delta i den internasjonale overvåkingen av den epidemiologiske situasjonen, og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. FHI skal gi råd og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, samt til helsepersonell og befolkningen, i forbindelse med smittsomme sykdommer, smittevern, og valg av smitteverntiltak.

Helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven, medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak dekkes i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helse- og omsorgsdepartementet har tillagt Helsedirektoratet ansvar for å sørge for at helse- og omsorgssektoren opptre koordinert når det gjelder helseberedskap. Helsedirektoratet leder blant annet pandemikomiteen og Helseberedskapsrådet. Helseberedskapsrådet er et samarbeidsorgan mellom helsesektoren og forsvaret for å samordne beredskapstiltak på de to sektorene.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter smittevernloven, og forvaltningen av dette regelverket.

16.2.5 Strålevernloven og kgl. res. av 17. februar 2006 om atomberedskap

Den nasjonale atomberedskapen er hjemlet i kongelig resolusjon av 17. februar 2006. Beredskapsorganisasjonen består av Kriseutvalget for atomberedskap, Kriseutvalgets rådgivere, Kriseutvalgets sekretariat (Statens strålevern), Kriseutvalgets informasjonsgruppe og Fylkesmennene inkludert Sysselmannen på Svalbard.

Kriseutvalget for atomberedskap er opprettet for å oppnå en koordinert, effektiv og hurtig håndtering av akuttfasen ved atomhendelser, gi råd til departementer og andre myndighetsorganer i senfasen av en hendelse og gi en faglig tilfredsstillende behandling i det løpende beredskapsarbeidet. Hovedmålet er å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser. Kriseutvalget for atomberedskap er sammensatt av følgende sentrale myndigheter: Statens strålevern, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvarsdepartementet, Politidirektoratet, Helsedirektoratet og Mattilsynet.

Kriseutvalget vil i akuttfasen av en atomhendelse være ansvarlig for koordinert informasjonsformidling til sentrale myndigheter og samarbeidspartnere i inn- og utland, Fylkesmannen, media og allmennheten. Kriseutvalget kan jf. kgl.res. iverksette hensiktsmessige tiltak i akutt fase av en atomulykke. Tiltakene iverksettes av den medlemsetat i Kriseutvalget som har hjemmel/fullmakt til dette.

Statens strålevern er myndighet og fagetat for strålevern og er i tillegg nasjonalt og internasjonalt kontaktpunkt ved atomhendelser. Ved mindre hendelser med kilder, vil Strålevernet håndtere situasjonen på vegne av Kriseutvalget. Fylkesmannen er i atomsammenheng Kriseutvalgets regionale ledd. Departementene har i samsvar med sektorprinsippet ansvaret for at beredskapen innen egen sektor er tilfredsstillende og koordinert med øvrige sektorer. Departementenes embetsgruppe er etablert for å være samordnet om hvert sitt ansvar.

16.2.6 Den øvrige beredskapslovgivning

Beredskap etter *lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)* innebærer blant annet planlegging for å sikre at innbyggerne blir ivaretatt ved ekstreme hendelser. Det skjer gjennom sårbarhetsanalyser og utvikling av beredskapsplaner, og nye arealplaner som sikrer at utsatte områder ikke blir tilrettelagt for utbygging.

Relevante bestemmelser i forhold til beredskap med betydning for å ivareta befolkningens helse er spesielt § 4-3 om samfunnssikkerhet og risiko- og sårbarhetsanalyse og § 11-8 om hensynssoner.

Lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven) trådte i kraft 1. januar 2011 og erstattet lov 17. juli 1953 nr. 9 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret. Bestemmelsene om kommunal beredskapsplikt er her å finne i §§ 14 og 15.

Lov 13. mars 1981 nr. 6 om vern mot forurensninger og om avfall (forurensningsloven) forvaltes av Miljøverndepartementet. Tilsynsmyndigheter er Klima- og forurensningsdirektoratet (Klif), fylkesmannsembetene og kommunene. Klif gir tillatelser, stiller krav og setter grenser for utslipp, og fører tilsyn med at kravene overholdes. Fiskeri- og kystdepartementet har ved Kystverket fra 1. januar 2003 ansvaret for den statlige beredskap mot akutt forurensning på hav, kyst og innland.

Forurensningsloven kapittel 6 omhandler akutt forurensning. Forurensningsloven § 40 sier at den som driver virksomhet som kan medføre akutt forurensning skal sørge for en nødvendig beredskap for å hindre, oppdage, stanse, fjerne og begrense virkningen av forurensningen. Kommuner skal sørge for nødvendig beredskap mot mindre tilfeller av akutt forurensning som kan inntruffe eller medføre skadevirkninger innen kommunen, og som ikke dekkes av privat beredskap, jf. forurensningsloven § 43. Kommunene har aksjonsplikt overfor all akutt forurensning selv om de bare har beredskap overfor mindre tilfeller av akutt forurensning. Den kommunale beredskapen er organisert i 33 regioner som hver ledes av et interkommunalt utvalg mot akutt forurensning (IUA). Klima- og forurensningsdirektoratet stiller beredskapskrav til kommunene.

Den statlige beredskapen er rettet mot bekjempelse av akutt forurensning som ikke dekkes av privat og kommunal beredskap. Dersom et akutt utslipp bekjempes av privat eller kommunal beredskap, vil Kystverket innta en tilsynsfunksjon. Staten skal også kunne overta en aksjon helt eller delvis, dersom den private eller kommunale beredskapen ikke strekker til. I slike tilfeller vil den private, kommunale og statlige beredskapen sammen bekjempe utslippet under ledelse av staten ved Kystverket.

Etter § 45 kan det oppnevnes et aksjonsutvalg for omfattende ulykker som kan medføre akutt forurensning. Aksjonsutvalget består av representanter for de berørte myndigheter og andre som

oppnevnes, og skal samordne de forskjellige myndigheters arbeid med å bekjempe ulykker. Aksjonsutvalget skal vurdere de tiltak som settes i verk av den som er ansvarlig for å bekjempe ulykken og om nødvendig overta ledelsen av aksjonen helt eller delvis.

Varsling av akutt forurensning er hjemlet i forurensningsloven § 39. Med hjemmel i denne er det utarbeidet forskrift om varsling av akutt forurensning eller fare for akutt forurensning. Kystverket har utarbeidet instruks for viderevarsling av utslipp som skjer på land og til sjø.

Lov 14. juni 2002 nr. 20 om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver (brann- og eksplosjonsvernloven) har som formål å verne liv, helse, miljø og materielle verdier mot brann og eksplosjon, mot ulykker med farlig stoff og farlig gods og andre akutte ulykker, samt uønskede tilsiktete hendelser. Loven gjelder alminnelige plikter til å forebygge brann og eksplosjon samt sentral og lokal organisering og gjennomføring av brann- og eksplosjonsvernarbeidet. Loven gjelder også ulykkes- og skadeforebyggende plikter i forbindelse med håndtering av farlig stoff og ved transport av farlig gods på land, samt krav til beredskap og innsats overfor akutte ulykker der brannvesenet har en innsatsplikt. Loven inneholder bestemmelser om at leder av brannvesenet har skadestedsledelsen ved brannbekjempelse og ved andre ulykkesituasjoner inntil ledelsen overtas av politiet. Loven inneholder også bestemmelser om at virksomheter som håndterer farlig stoff, utgjør en særskilt brann- eller eksplosjonsrisiko, eller transporterer farlig gods på veg eller jernbane og som omfattes av særskilte kriterier fastsatt i forskrift, skal etablere en tilstrekkelig egenberedskap med tilhørende varslings- og innsatsplaner. Beredskapen og innsatsplanene skal være tilpasset risikoen, være samordnet med den offentlige beredskapen og oppdateres ved behov. Loven inneholder også bestemmelser om virksomhetenes informasjonsplikt til befolkningen i området rundt virksomheten om de farlige stoffene som håndteres.

Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) har som formål blant annet å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet. Lovens kapittel 4 inneholder bestemmelser om krav til arbeidsmiljøet. § 4-5

inneholder bestemmelser om kjemisk og biologisk helsefare.

Forskrift 17. juni 2005 nr. 672 om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften) forvaltes av Justis- og politidepartementet og har som formål å forebygge storulykker der farlige kjemikalier inngår, samt begrense de konsekvenser storulykker kan få for mennesker, miljø og materielle verdier, og gjennom dette sikre høy grad av beskyttelse på en enhetlig og effektiv måte.

Forskriften gjelder for landbasert virksomhet etter kriterier gitt i forskriften. Om lag 300 norske virksomheter er regulert av storulykkesforskriften. Dette er i stor grad prosessindustri, kjemisk industri, tankanlegg og eksplosivlagre.

Forskrift 1. april 2009 nr. 384 om landtransport av farlig gods (landtransportforskriften) har som formål å verne liv, helse, miljø og materielle verdier mot uhell, ulykker og uønskede tilskjedne hendelser ved landtransport av farlig gods. Forskriftens § 6 inneholder bestemmelser om at varsel og rapportering av uhell skal skje umiddelbart til brannvesenets nødalarmsentral og til tilsynsmyndigheten DSB innen 8 dager etter uhellet. Statens strålevern er fag- og tilsynsmyndighet for klasse 7 radioaktivt materiale.

16.3 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatets lovforslag § 9 er det foreslått en delvis videreføring av beredskapsplanplikten etter § 1-5 i dagens kommunehelsetjenestelov. Etter forslaget får kommunen plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter lovforslagets kapittel 3, dvs. for miljørettet helsevern. Det foreslås en tilsvarende videreføring av beredskapsplanplikten for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2.

I høringsnotatet foreslås det at de offentlige aktørene loven omfatter på sine respektive områder skal ha ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og tiltak i beredskapssituasjoner etter lov om helsemessig og sosial beredskap, jf. dens § 2-1. Forslaget er en presisering av helseberedskapsloven med hensyn til hvem som har ansvar for beredskapsforberedelser og gjennomføring etter den nye loven.

Videre foreslås det en forskriftshjemmel for departementet til å gi nærmere bestemmelser om kommunenes beredskap innen miljørettet helsevern herunder om meldeplikt for kommuner, hel-

seforetak og helsepersonell ved mistanke eller utbrudd av sykdom som skyldes helseskadelige miljøfaktorer inkludert eksponering for kjemikalier. Det foreslås også en forskriftshjemmel for departementet til å gi nærmere bestemmelser om oppgaver og ansvar for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter for å sikre befolkningen beskyttelse ved kjemikaliehendelser. Begge disse hjemlene er nye forslag og begrunnet i erfaringene med ulike beredskapshendelser senere år, særlig på kjemikalieområdet.

Det foreslås også en presisering av helseberedskapsloven § 1-3 for å tydeliggjøre at helseberedskapsloven også omfatter deler av folkehelsearbeidet, nemlig det som omfattes av dette lovforslagets kapittel 2 og 3. Endringen er nødvendig fordi mye av dette arbeidet ellers ville falle utenfor lovforslaget da dette folkehelsearbeidet ikke er definert som "helse- og sosialtjeneste" slik terminologien er etter dagens lovgivning, jf. blant annet lovforslaget § 4.

16.4 Høringsinstansenes syn

Det er relativt få høringsinstanser som hadde merknader til dette kapitlet. De som har uttalt seg er i hovedsak positive til høringsnotatets forslag.

Holmestrand kommune viser til at høringsnotatets kapittel 15 beskriver detaljert behovet for både planarbeid og konkret beredskap i forhold til akutte og uønskede hendelser, men unnlater å konkretisere hvilken beredskap kommunene bør organisere på kompetent overordnet medisinsk-faglig nivå. Lovforslaget burde mer konkret sikre kommunene og befolkningen en kompetent overordnet helsefaglig/samfunnsmedisinsk beredskap. Kriser/uønskede hendelser skjer alltid i en kommune. Det er nødvendig at den kommunale beredskapen speiler den beredskapen nasjonale helsemyndighet og helseforetakene har slik at krisen kan håndteres også lokalt på faglig forsvarlig nivå. Varslingsbestemmelsene krever at det er noen som kan varsle og ta imot varsel om hendelser, og iverksette tiltak når akutte alvorlige hendelser skjer. Lovforslagets § 9 om beredskapsplan uten noen faktisk overordnet helsefaglig beredskap gir således begrenset mening. Det er imidlertid nødvendig at det åpnes for delegasjon av hastevedtak til interkommunale ordninger for at dette skal kunne gjennomføres. Dette må det åpnes konkret for i lovbestemmelsene.

Stavanger kommunes syn er at folkehelseloven må samordnes med lov om kommunal beredskapsplikt, idet beredskapsbestemmelsen i forsla-

get til folkehelselov til dels overlapper § 15 i lov om kommunal beredskap. Strålevernberedskapen er i dag bygd rundt et helt annet konsept enn samfunnsikkerhetsarbeidet for øvrig (prinsippene om ansvar, nærhet og likhet). Stavanger kommune stiller seg undrende til dette og betviler at det vil fungere etter hensikten dersom det oppstår en beredskapssituasjon.

Evalueringsmyndighetenes samlede håndtering av Vest Tank-ulykken i Gulen i 2007 viste at det var behov for forbedringer knyttet til samhandling, informasjonsdeling og bruk av faginstansenes kompetanse. *Miljøverndepartementet* anser at de nye bestemmelsene om beredskap og Folkehelseinstituttets bistandsplikt er viktige for å kunne bedre håndteringen av slike hendelser.

Mattilsynet etterlyser en tydeliggjøring av samarbeidet mellom kommunenes ulike etater, smittevernlegen/kommunelegen og det lokale Mattilsynet ved hendelser som fører til næringsmiddelbårne utbrudd eller andre tilfeller hvor mattryggheten er for dårlig. Mattilsynet er bekymret for mange kommunehelsetjenesters evne til å håndtere et utbrudd av smittsomme sykdommer knyttet til Mattilsynets forvaltningsområde, dvs. smittsomme sykdommer hos folk via mat eller dyr. Mange kommuner har opprettet beredskapsråd, noe som skal gi en samordning mellom lokale og regionale aktører på kommunalt nivå. Mattilsynets sine distriktskontor er i de færreste kommunene trukket inn i dette arbeidet, noe Mattilsynet ser på som en stor svakhet. Mattilsynet mener det trengs føringer for å få kommunene til å innse at Mattilsynet er en naturlig medspiller innenfor folkehelse generelt, samt forebygging og håndtering av sykdommer hvor smitten eller helsefaren kommer fra mat, dyr eller miljø spesielt. Mattilsynet mener videre at det er behov for koordinering av kommunene når utbruddet går utover kommune og distriktsgrenser for å sikre en enhetlig og effektiv håndtering og oppklaring av utbrudd.

Mattilsynet viser for øvrig til at næringsmiddellaboratoriene ble skilt ut i forbindelse med etableringen av Mattilsynet i 2004, og at laboratoriedrift følgelig ikke lenger er en del av Mattilsynets virksomhet. Mattilsynet ber om at forslaget til endring av § 1-3 i lov om helsemessig og sosial beredskap endres i tråd med de organisatoriske endringene.

Helsedirektoratet viser til at det i forbindelse med større kjemikalieulykker har vært reist spørsmål om varslingsplikten etter helseberedskapsloven § 2-3 er tilstrekkelig. Helsedirektoratet mener at denne hjemmelen er tilstrekkelig når det gjelder varsling. I tillegg bør kommunen få en

plikt til å melde til Nasjonalt folkehelseinstitutt der det er avdekket opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid, slik høringsnotat foreslår. Helsedirektoratet anbefaler at man arbeider videre med en slik meldeplikt for kommunene. Under dette arbeidet må det også tas hensyn til Fylkesmannens behov for å motta melding samtidig med Folkehelseinstituttet ut fra den samordningsfunksjonen som Fylkesmannen har på regionalt nivå under kriser og katastrofer i fredstid, jf. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

Folkehelseinstituttet viser til at erfaringen fra tidligere kjemikalieulykker er at lokale helsemyndigheter og kommuneleger har stor forventning til Folkehelseinstituttet som nasjonal kompetanseinstitusjon, og bistand med råd om helserisiko ved akutte hendelser. Spesielt er det et behov for rask respons og støtte til lokalbefolkningen, og at folks bekymring tas på alvor. Folkehelseinstituttet uttrykker at det er svært positivt at de som følge av lovforslaget kan få formalisert sin beredskapsfunksjon tilsvarende systemet i smittevernloven.

Fylkesmannen i Hordaland er enige i at kommunene skal ha beredskapsplaner for oppgaver som hører inn under kapittel 3, miljørettet helsevern, og at Nasjonalt folkehelseinstitutt skal hjelpe til med å verne helse i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. I beredskapssituasjoner er det viktig at kommunikasjonslinjene er klare. Det er uheldig om disse går utenom kommunal ledelse. Fylkesmannen forutsetter at dette blir avklart og presisert.

Norsk Sykepleierforbund viser til at det i høringsnotatet uttrykkes at det er en nær sammenheng mellom beredskap for å beskytte befolkningens helse og beredskap knyttet til behandling ved sykdom og skade. Beredskapsbestemmelsen sier ikke noe om hvordan dette skal håndteres, men viser i lovforslaget til at lov om helsemessig og sosial beredskap omfatter deler av folkehelseloven. Dette mener Sykepleierforbundet er uklart, både når det gjelder ansvar, organisering og kompetansebehov.

16.5 Departementets vurderinger

16.5.1 Generelt om beredskap etter forslag til lov om folkehelsearbeid

Det er en nær sammenheng mellom beredskap for å beskytte befolkningens helse som vil følge av folkehelseloven, og beredskap som vil følge av helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til behandling ved sykdom og skade ved ekstraordinære

hendelser som har inntrådt. Personell i helsetjenesten er også viktige for å ivareta folkehelseoppgavene. For å sikre at dette ses i sammenheng foreslår departementet at lov om helsemessig og sosial beredskap presiseres slik at det er klart at den også omfatter relevante deler av folkehelseloven. Dette gjelder foruten oppgavene knyttet til miljørettet helsevern etter kapittel 3 også de beredskapsmessige elementene i kapittel 2. Dette vil i praksis være en videreføring av gjeldende rett, men ved at kommunehelsetjenesteloven oppheves, vil videreføring kreve en endring i lov om helsemessig- og sosial beredskap. Både kommunens helse- og omsorgstjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunens oppgaver etter denne folkehelseloven vil da være omfattet av helseberedskapsloven. Det vises til forslag til endringer i lov om helsemessig og sosial beredskap § 1-3.

I utgangspunktet kunne en tenke seg at alle beredskapsbestemmelsene på helseområdet ble samlet i helseberedskapsloven. Etter departementets vurdering er det mer hensiktsmessig å videreføre dagens system med særbestemmelser i de enkelte helselovene for å understreke sentrale hensyn knyttet til beskyttelse av befolkningens helse. Departementet foreslår derfor å presisere i folkehelseloven § 28 første ledd det overordnede prinsippet om at kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt får ansvar også for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. ansvarsprinsippet. Kommunens ansvar for beredskapsforberedelser etter denne bestemmelsen må sees i sammenheng med oppgavene etter kapittel 2. I kommunens vurdering av sine helseutfordringer etter lovforslaget § 5 ligger det implisitt et krav om å vurdere forhold med betydning for folkehelsen, herunder forhold av beredskapsmessig karakter. Dette kan blant annet være industrivirksomheter med fare for kjemikalie, biologisk, radioaktiv forurensning, eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse. Videre vil kommunen etter § 7 om tiltak for å møte helseutfordringer også måtte vurdere beredskap knyttet til risiko for ekstraordinære hendelser med betydning for folkehelsen. Forslaget om krav til beredskapsplan foreslås imidlertid ikke å omfatte kapittel 2. Bakgrunnen for dette er at det innen miljørettet helsevern er mest kritisk i forhold til beredskapsplanlegging, og at en større beredskapsplanplikt kan utvanne innholdet av plikten. At kommunen skal gjøre noen beredskapsforberedelser også med

oppgavene i kapittel 2, selv uten krav i loven til beredskapsplan, følger direkte av § 28.

For miljørettet helsevern anser departementet det derimot som hensiktsmessig fortsatt å ha en egen bestemmelse om beredskapsplanplikt i folkehelseloven. Erfaringen fra blant annet Vest Tank-ulykken i 2007, viser at det er behov for å styrke utviklingen av beredskapsplaner og systemer for kjemikaliehendelser innenfor rammen av arbeidet med miljørettet helsevern. Se nærmere om forslaget til slike bestemmelser nedenfor.

For øvrig vil departementet understreke at der beredskap ivaretas av annet regelverk på en tilfredsstillende måte, vil dette regelverket primært måtte legges til grunn også innen folkehelse. Dette gjelder for eksempel smittevern etter smittevernloven og beredskap knyttet til stråling etter strålevernloven som omtalt under gjeldende rett. For kjemiske hendelser vil beredskapsbestemmelsene etter forurensningsloven og annen relevant lovgivning som er nevnt tidligere i notatet her være viktig i forhold til forebygging og begrenning av forurensningen. Det samme gjelder beredskap etter storulykkeforskriften og lov om kommunal beredskapsplikt. Den instans i kommunen som ivaretar folkehelsearbeidet må i arbeidet med kommunens beredskapsarbeid for øvrig bidra til at helsehensyn blir tilstrekkelig ivaretatt, jf. blant annet etter forurensningsloven og hensyn ivaretatt etter kommunens planlegging etter plan- og bygningsloven, for eksempel hensynssoner og risiko- og sårbarhetsanalyser.

16.5.2 Beredskapsplan

Behovet for beredskapsplanlegging på folkehelse-lovens område gjelder særlig beredskap knyttet til miljørettet helsevern. Det dreier seg innen dette området om forebyggende og skadebegrensende tiltak ved ekstraordinære situasjoner knyttet til biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale hendelser for eksempel å vurdere helserisiko ved en mulig eller faktisk hendelse, populasjonsrettede tiltak blant annet for å begrense eksponering, informasjon til befolkningen, helseovervåking mv.

Som beskrevet ovenfor inneholder dagens kommunehelsetjenestelov en bestemmelse i § 1-5 om plikt til å ha beredskapsplan for sin helsetjeneste herunder miljørettet helsevern. Kravet om beredskapsplan for kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern foreslås derfor videreført i lovforslaget § 28 annet ledd. I høringsnotatet var krav til beredskapsplan for miljørettet helsevern en egen paragraf i kapittel 3, men departementet mener loven blir mer ryddig ved at bestemmel-

sene om beredskap samles i én bestemmelse i folkehelseloven. Lovforslaget kapittel 3 gir kommunen virkemidler ved håndtering av ekstraordinære situasjoner i forhold til liv og helse, slik som myndighet til retting, stansing mv. Dette er nærmere omtalt i kapittel 15.

Helse- og sosialberedskapen i kommunene skal ta utgangspunkt i en risiko- og sårbarhetsanalyse. Analysen skal ta utgangspunkt i helse- og sosialtjenestens ansvarsområde, lokale forutsetninger, ressurser og behov virksomhetene og kommunen har. Risiko- og sårbarhetsanalysen vil avdekke områder som er særlig utsatt for risiko eller er svake punkt. Kommunen må dermed som en del av sitt beredskaps- og planarbeid vurdere behov for eksempelvis samfunnsmedisinsk kompetanse, og annen kompetanse på kommunalt nivå for oppdagelse og lokal håndtering av kjemikaliehendelser og andre beredskapssituasjoner. Generelt antas det at det er en utfordring for kommunene å ha nødvendig kompetanse på dette feltet, som blant annet Holmestrand kommune peker på i sin høringsuttalelse. Rutiner må beskrives og etableres for samarbeid og koordinering mellom de forskjellige etater, slik som forurensningsmyndighetene, og brannvesenet mv. Videre må kommunene planlegge, og ha rutiner for å sørge for å innhente nødvendig helsefaglig støtte fra Mattilsynet, fylkesmannen, Folkehelseinstituttet, helseforetak og/eller Helsedirektoratet til å håndtere ekstraordinære situasjoner ved farer for liv og helse. Departementet vil blant annet vise til behovet Mattilsynet peker på om å bli knyttet nærmere til kommunens beredskapsapparat. Når det gjelder adgangen til å kunne delegerer til interkommunalt organ slik Holmestrand kommune tar opp, vises det til lovforslagets § 9 der dette er tatt inn og omtalt i kapittel 15.

16.5.3 Melding og varsling

Både etter smittevernloven og etter strålevernloven er det etablerte meldings- og varslingssystemer. Derimot er det innen kjemikalieområdet svakheter med eksisterende ordning, jf. blant annet erfaringer etter Vest-Tank ulykken som omtalt over.

I dag foreligger det ikke noen klar meldings- og varslingsplikt fra kommunens miljørettede helsevern om kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom eller helseskade relatert til kjemikalieeksponering. Dette kan medføre at relevante mottiltak iverksettes for sent eller ikke i det hele tatt. Ved miljøhendelser som kan representere en trussel for befolkningen bør det derfor

innføres en meldings- og varslingsplikt fra den instans i kommunen som ivaretar oppgavene innen miljørettet helsevern til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Departementet mener det bør etableres et system ved Folkehelseinstituttet som videreformidler informasjon til fylkesmannen og Helsedirektoratet. Kommunen bør herunder få en plikt til å melde til Folkehelseinstituttet der det er avdekket opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk eller annen miljøpåvirkning over tid. Meldeplikten foreslås regulert i lovforslaget § 28.

Det kan også være aktuelt å innføre en plikt for helsepersonell og helseforetakene til å melde til Nasjonalt folkehelseinstitutt der man har opphopning av pasienter med mulig felles kjemikaliepåvirkning som sykdomsårsak, jf. forslaget om at kommunene skal ha en plikt til å melde avdekket opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid.

16.5.4 Bistandsplikt for Nasjonalt folkehelseinstitutt

Dagens helselovgivning mangler eksplisitte krav til system på nasjonalt nivå for å ivareta folkehelserettede tiltak innenfor kjemikalievern. Kjemikalievern er et spesialisert område hvor kommunene har behov for å få støtte i form av kompetanse, systemer, råd og veiledning fra nasjonale spesialistmiljøer.

For å kunne avklare hendelsen art, omfang og alvorlighetsgrad for folkehelsen, samt mulige forebyggende og skadebegrensende tiltak, foreslås det at Folkehelseinstituttet får et lovfestet ansvar til å bistå kommuner i slike situasjoner, for eksempel ved å ha en gruppe som kan rykke ut for å foreta kasuskontrollundersøkelser av opphopninger av sykdommer og helseskader relatert til kjemikalieeksponering, faglige råd knyttet til befolkningen mv.

Arbeidet kan bygges og administreres etter modell fra utbruddsgruppe på smittevernområdet. Folkehelseinstituttet bør lede og administrere utbruddsgruppen sammen med representanter for Helsedirektoratet og Mattilsynet. Folkehelseinstituttets bistandsplikt foreslås regulert i lovforslaget § 25 fjerde ledd.

Folkehelseinstituttet bør også få en klarere rolle i forhold til å vurdere helsemessige forhold knyttet til forurensning generelt, herunder oljevernberedskapen, aksjonsutvalg ved omfattende ulykker, for eksempel vil instituttet inngå i rådgivende beredskapsgruppe under ledelse av Kystverket.

16.5.5 Forskriftshjemmel

Departementet foreslår at det i loven § 28 gis forskriftshjemmel til å stille nærmere krav til kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, herunder meldingsplikt om større kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom eller helseskade relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering.

Videre foreslås en forskriftshjemmel til å regulere oppgaver for og ansvarsdeling mellom kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter ved slike hendelser. Som nevnt over kan dette blant annet omfatte krav til Folkehelseinstituttet om å bistå kommunene med å kartlegge

omfang, risikovurderinger, årsaker mv. ved kjemikaliehendelser, eller andre miljøhendelser med betydning for befolkningens helse. Det kan også omfatte en viderevarslingsplikt på stråling/atomområdet mellom Strålevernet og Folkehelseinstituttet, dvs. at Strålevernet umiddelbart sender videre varsel om nasjonale hendelser på stråling/atomområdet til Folkehelseinstituttet slik at Folkehelseinstituttet kan ivareta sin forpliktelse som IHR-kontaktpunkt, eller at Folkehelseinstituttet umiddelbart sender videre varsel fra WHO om internasjonale hendelser på stråling/atomområdet til Strålevernet slik at den eksisterende ansvars- og myndighetsstruktur for håndtering av slike hendelser ivaretas.

17 Internasjonalt helsereglement (IHR)

17.1 Bakgrunn

De første internasjonale helsebestemmelsene ble vedtatt i 1951, og deretter erstattet av Det internasjonale helsereglement i 1969. Dette reglementet omfattet kun navngitte sykdommer som kolera, gul feber og pest, samt enkelte bestemmelser om malaria.

På bakgrunn av de erfaringer man etter hvert gjorde seg med internasjonale trusler mot folkehelsen, som viste at disse ofte hadde sitt utspring i hittil ukjente sykdommer, og fordi utviklingen går mot en stadig mer globalisert verden der sykdommer kan spres raskt og langt via internasjonale reiser og internasjonal handel, så var det nødvendig å revidere helsereglementet av 1969. Den 23. mai 2005 vedtok derfor Verdens helseforsamling i Geneve det nye internasjonale helsereglementet, IHR 2005 (heretter kun omtalt som IHR eller reglementet). IHR er en folkerettslig avtale som er bindende for 194 land, inkludert alle Verdens helseorganisasjons (WHOs) medlemsstater som ikke har avvist eller gjort reservasjoner mot reglementet, samt alle land som ikke er medlemmer, men som har godtatt å være bundet av det.

Helsereglementet av 2005 fikk et utvidet virkeområde i forhold til reglementet av 1969, slik at det nå omfatter alle alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse; uavhengig av årsak eller kilde. Dette innebærer at smittsomme sykdommer, så vel som spredning av andre helseskadelige faktorer, omfattes. Slike helseskadelige faktorer kan ha kjemisk, nukleært eller radiologisk utspring, eller skyldes naturkatastrofer. Det må likevel antas at majoriteten av slike hendelser vil være knyttet til smittsomme sykdommer som kan representere en helsetrussel for verdens befolkning. Disse vil da ha stor spredningsevne og/eller et alvorlig sykdomsbilde, som eksempelvis Sars og pandemisk influensa.

IHR tar sikte på å forebygge, varsle, beskytte mot, kontrollere, og sikre en helsemessig respons, ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. Samtidig legges det visse begrensninger på medlemsstatenes handlingsfrihet idet slik respons, så langt det er mulig, skal søke å

unngå unødvendig forstyrrelse av internasjonal handel og trafikk. IHR krever derfor at stater varsler WHO om alle hendelser som kan være "alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse". WHO kan samle informasjon, anbefale tiltak, samt sørge for teknisk assistanse når nødvendig. Med bakgrunn i WHOs erfaring med global overvåking, alarm og respons, så definerer IHR hvilke rettigheter og plikter medlemsstatene har når det gjelder å rapportere og varsle om hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. IHR etablerer også prosedyrer som WHO må følge i sitt arbeid for å opprettholde global helse-sikkerhet.

IHR krever at medlemslandene styrker eller sikrer sin kapasitet for overvåking av, og respons på, hendelser av betydning for folkehelsen. WHO har nært samarbeid med medlemslandene og andre partnere, for å sørge for teknisk rådgivning og støtte for å mobilisere de ressursene som kreves for å implementere og gjennomføre IHR på en effektiv og god måte.

WHO erklærte 25. april 2009 utbruddet av influensa A (H1N1) for en "hendelse av betydning for internasjonal folkehelse", hvilket iverksatte reglementet fullt ut nasjonalt og internasjonalt.

17.2 Gjeldende rett

Det internasjonale helsereglementet IHR er på smittevernområdet (B-beredskap) gjennomført i norsk rett gjennom smittevernloven, lov om helsemessig og sosial beredskap og helseregisterloven, i tillegg til forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) som gir utfyllende bestemmelser, blant annet varslingsregler. Ved fastsettelsen av forskriften ble blant annet de fire karanteneforskriftene fra 1950-tallet, som var hjemlet i sunnhetsloven fra 1860 og deretter i smittevernloven § 8-5, opphevet.

IHR-forskriften legger til grunn at eksisterende ansvars- og myndighetsstrukturer for hånd-

tering av smittsomme sykdommer blir benyttet så snart hendelsens årsak er nærmere kartlagt.

17.2.1 IHR-forskriften

IHR-forskriften gjelder oppdagelse, vurdering og varsling av alvorlige hendelser som kan ha betydning for internasjonal folkehelse, og relevante tiltak rettet mot personer, gods, transportmidler m.m. som befinner seg i Norge eller innreise til eller utreise fra Norge. Forskriften har i dag til formål å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom, samt sikre en internasjonalt koordinert oppfølging.

Sentralt i IHR-forskriften er begrepet *”en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse”*, som er definert som *”en ekstraordinær hendelse som utgjør eller kan utgjøre en folkehelseis risiko gjennom spredning av sykdom eller andre helseskadelige faktorer over landegrensene”*.

Forskriften utpeker Nasjonalt folkehelseinstitutt som det nasjonale IHR-kontaktpunkt i Norge. Dette kontaktpunktet skal være tilgjengelig på 24-timers basis for kommunikasjon med WHO for vurdering av hendelser i Norge og varsling til organisasjonen, samt følge opp eventuelle henvelsendelser fra WHO om mistanke om alvorlig hendelse i andre land. Kontaktpunktet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om slik varsling.

Forskriften baserer seg for øvrig på eksisterende myndighetsstrukturer i smittevernloven. Helsedirektoratet er gitt en sentral rolle som utøvende organ, og skal utpeke hvilke lufthavner, havner og grensepasseringssteder som skal ivareta særskilte oppgaver for å håndtere en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Forskriften regulerer forøvrig tiltak overfor personer, transportmidler, bagasje, gods mv., samt omtaler forhold omkring varige tiltak for å forebygge og begrense skadevirkninger av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse.

IHR-forskriften har i kapittel 1 bestemmelser om formål, virkeområde, definisjoner, samt en bestemmelse som utpeker Nasjonalt folkehelseinstitutt som det nasjonale kontaktpunktet i Norge.

IHR-forskriften har i kapittel 2 detaljerte regler om varsling og oppfølging. Utgangspunktet er at reglene om varsling bygger på de eksisterende varslingsbestemmelsene i forskrift av 20. juni 2003 nr. 740 (MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften) kapittel 3. MSIS-forskriften er hjemlet i smittevernloven og helseregisterloven. I tillegg fastset-

ter IHR-forskriften en varslingsplikt for lege, jordmor og sykepleier i de tilfeller der det foreligger en mistanke om en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Med utgangspunkt i smittevernlovens bestemmelse i § 4-10 om informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter er det lagt til grunn at også disse instanser har en varslingsplikt etter forskriften. Dette innebærer at tjenestemenn ved politiet, skipskontrollen, losvesenet, tollvesenet og havnevesenet, på flyplasser, i næringsmiddelkontrollen og veterinærvesenet også skal varsle Nasjonalt folkehelseinstitutt og den aktuelle kommunelege dersom de innen sitt ansvarsområde mottar informasjon som kan gi mistanke om en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Også private pålegges varslingsplikt, jf. IHR-forskriften § 5, ved at fører av skip eller luftfartøy og andre transportmidler skal gi varsel til henholdsvis kontrollsentral, tollvesen eller politi dersom det foreligger mistanke om smitte eller kontaminasjon om bord.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal, som mottaker av varslene, vurdere hendelser som oppstår i Norge, og eventuelt varsle og informere WHO. I tillegg er instituttet mottaker av varsel fra WHO om alvorlige hendelser i utlandet, samt at instituttet har en plikt til å underrette WHO dersom de skulle motta dokumentasjon på alvorlige hendelser i utlandet.

IHR-forskriften kapittel 3 omhandler midlertidige tiltak for å begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Ved en slik alvorlig hendelse vil WHO utstede midlertidige eller stående anbefalinger om helsetiltak. Tiltakene kan, på nærmere bestemte vilkår, iverksettes med bakgrunn i smittevernloven kapittel 3, 4 og 5 eller med bakgrunn i IHR-forskriften § 14 overfor personer og § 15 overfor bagasje, last, containere, transportmidler, varer, postpakker og humant biologisk materiale. Forskriften legger opp til at Helsedirektoratet kan bestemme at tiltak skal iverksettes. Det gjøres unntak for transportmidler og varer i transitt.

IHR-forskriften kapittel 4 omhandler stående tiltak for å forebygge og begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. De stående tiltakene vil ha gyldighet over flere år og vedtas av Verdens helseforsamling. Deretter må de stående tiltakene gjennomføres nasjonalt. Det er departementet eller den som får delegert myndighet som beslutter om slike tiltak skal gjennomføres i Norge.

Forskriften kapittel 4 pålegger ellers særskilte plikter til utpekte lufthavner, havner og grensepasseringssteder. Disse skal ha en spesiell kjerneka-

pasitet slik at de kan håndtere en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Kommunen har plikt til å sørge for at utpekte lufthavner, havner og grensepasseringssteder har tilgang til nødvendige lokaler samt nødvendig personal og utstyr. Transportører, containertransportører og containerterminaler gis i forskriften nærmere bestemte plikter, blant annet plikt til å sørge for at henholdsvis transportmidler, containere og containerterminaler så langt det lar seg gjøre holdes fri for infeksjons- eller kontaminasjonskilder.

Ifølge IHR-forskriften § 20 skal fører av skip eller luftfartøy utfylle og avgi henholdsvis "Erklæring om helseforholdene om bord på skip" eller "Helsedelen av Luftfartøysdeklarasjonen" ved ankomst til landet. Ifølge forskriften § 21 kan kommunelegen, dersom det anses nødvendig av hensyn til folkehelsen, bestemme at fører av skip ved ankomst til første havn i Norge skal fremlegge "Sertifikat for hygienekontroll på skip" eller "Sertifikat for dispensasjon fra hygienekontroll på skip". Kommunelegen kan også utstede hygiene-sertifikat som følge av foretatt kontroll. Nasjonalt folkehelseinstitutt godkjenner hvilke kommuner som kan utføre hygienekontroll på skip og utstede sertifikater for foretatt kontroll eller dispensasjon.

Eier eller driftsansvarlig for skip, luftfartøy og annet transportmiddel som kommer til Norge, og hvor det blir gjennomført inspeksjon, desinfeksjon, dekontaminering, insektutrydding, rotteutrydding eller annen sanering etter pålegg gitt i medhold av § 22, skal betale for det arbeid som er utført. Tilsvarende gjelder for bagasje, last, containere, transportmidler, varer, postpakker og humant biologisk materiale.

IHR-forskriftens kapittel 5 inneholder avsluttende bestemmelser om dispensasjon og straff mv., samt bestemmelser om ikrafttredelse, opphevelse og endringer i andre forskrifter.

17.2.2 Øvrig regelverk - spesielt strålevern- og kjemikalieberedskap

17.2.2.1 Helseberedskapsloven

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap har som formål å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Lov om helsemessig og sosial beredskap omfatter både A- B- og C-hendelser (strålings-, biologiske og kjemiske hendelser). I henhold til § 2-3 plikter virksomheter loven omfatter å varsle om forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter denne loven. Kom-

munen skal ved en krise (uansett type) som har innvirkning på helse- og sosialtjenesten varsle fylkesmannen om situasjonen og utviklingen, og om kommunen ønsker/trenger hjelp fra fylkesmannen til ulike tiltak. Dersom hendelsen har nasjonal betydning skal Helsedirektoratet varsles.

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten er videre pålagt å utarbeide beredskapsplaner. Planleggingsplikten gjelder for alle typer hendelser, også i forhold til atomhendelser, andre strålingshendelser og kjemikaliehendelser. Kommunene skal med bakgrunn i en risiko- og sårbarhetsanalyse utarbeide en beredskapsplan som dekker de utfordringer en kommune kan komme til å stå ovenfor.

17.2.2.2 Særlig om strålevernområdet

Lov 12. mai 1972 om atomenergivirksomhet regulerer atomenergivirksomhet og fastsetter blant annet konsesjonskrav i tillegg til bestemmelser om tilsyn, inspeksjon, erstatning og forsikring mv. Loven § 16 gir bestemmelser om meldeplikt for innehaver av atomanlegg i forbindelse med driftsforstyrrelser og uhell. Melding skal gå til Statens strålevern som har plikt til, som sekretariat for atomberedskapsorganisasjonen i henhold til kgl. res. av 17. februar 2006 om atomberedskap, å gi informasjon videre til befolkningen om ulykke som er en trussel mot folkehelsen eller miljøet for å begrense skade. Bestemmelsen inneholder også forskriftshjemmel til å gi nærmere bestemmelser om meldings- og informasjonsplikten.

Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven) kommer til anvendelse på enhver tilvirkning, import, eksport, transport, overdragelse, besittelse, installasjon, bruk, håndtering og avfallsdisponering av strålekilder. Loven kommer til anvendelse på planlegging og beredskap mot uhell, ulykker og andre hendelser. Loven har i § 15 en bestemmelse om planleggings- og informasjonsplikt som innebærer at når det er en ulykke eller hendelse ved atomanlegg eller under transport av atomsustans som medfører nær forestående trussel mot folkehelsen eller miljøet, skal det organ som har ansvar for atomberedskapen eller Statens strålevern sikre at befolkningen straks gis informasjon som gjør det mulig å treffe tiltak for å forebygge eller redusere skade.

Strålevernloven § 16 første ledd gir departementet plikt til å organisere beredskap mot atomulykker og andre hendelser som kan innebære ioniserende stråling eller spredning av radioaktivitet, for å beskytte liv, helse, miljø eller andre viktige samfunnsinteresser. Bestemmelsens annet

ledd gir departementet en rekke fullmakter i akuttfasen av en hendelse etter første ledd. Dette omfatter pålegg til kommunale og statlige myndigheter om å gjennomføre evakuering, adgangsbegrensning til områder, tiltak knyttet til næringsmidler, drikkevann mv. I tillegg kan departementet pålegge private og offentlige virksomheter å gjennomføre analyser og innhente opplysninger for vurdering av situasjonen.

Etter bestemmelsens tredje ledd kan Kongen, uten hinder av myndighetstildeling i annen lovgivning, delegere sin myndighet etter annet ledd til særskilt statlig organ for atomberedskap. Denne myndigheten er delegert til Kriseutvalget (KU) for atomberedskap ved kgl. res. av 17. februar 2006 om atomberedskap – sentral og regional organisering. KU ledes av direktøren på Statens strålevern og har representanter fra DSB, FD, Politidirektoratet, HelseDirektoratet og Mattilsynet. Statens strålevern er også sekretariat for KU. KU støtter seg på rådgivere fra en rekke institusjoner. Den fullstendige organiseringen av atomberedskapen i Norge fremgår av nevnte kgl. res.

Statens strålevern er nasjonalt varslingspunkt og kompetent myndighet for IAEA-konvensjonene om tidlig varslings og assistanse, og for bilaterale avtaler som er forankret i disse konvensjonene. Strålevernet skal også varsles nasjonalt ved atomhendelser, jf. både strålevernlovens krav til kildebrukere og andre, og kgl. res. om atomberedskap.

17.2.2.3 Særlig om forurensningsområdet

Det er gjort rede for bestemmelser om beredskap på kjemikalieområdet spesielt i kapittel 16 der det også foreslås endringer i regelverket for å sikre bedre ivaretagelse av helseberedskapen når det gjelder kjemikaliehendelser.

Lov 13. mars 1981 nr. 6 om vern mot forurensning har blant annet til formål å verne det ytre miljø mot forurensning, sikre en forsvarlig miljøkvalitet, slik at forurensninger og avfall ikke fører til helseskade, går ut over trivselen eller skader naturens evne til produksjon og selvfornyelse. Forurensningsloven har bestemmelser om varslingsplikt ved akutt forurensning. Varsling skal gis politiet, og Forurensningsmyndigheten kan gi nærmere bestemmelser om varslingsplikt ved akutt forurensning i forskrift eller ved godkjenning av beredskapsplan etter loven § 41. Det kan herunder fastsettes at varsel skal gis til annen myndighet enn politiet, og at varslingsreglene skal gjelde norsk fartøy uten hensyn til hvor det befinner seg.

Forurensningsloven kapittel 6 inneholder flere bestemmelser om tiltak for å avverge eller begrense skader og ulemper når det oppstår akutt forurensning, herunder rolle- og ansvarsfordeling, bistandsplikt mv.

Det er videre gitt en rekke forskrifter som nærmere regulerer blant annet varsel, ansvarsforhold og tiltak for nærmere bestemte typer virksomhet. Dette gjelder for eksempel Storulykkeforskriften som har som formål å forebygge storulykker og begrense skadene dersom en ulykke skjer. Om lag 300 norske virksomheter er regulert av storulykkeforskriften. Dette er i stor grad prosessindustri, kjemisk industri, tankanlegg og eksplosivlagre. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) er koordinerende etat i forhold til myndighetenes oppfølging av storulykkeforskriften.

Et annet eksempel er transport av farlig gods på veg og jernbane som er regulert blant annet gjennom forskrift 1. april 2009 nr. 384 om landtransport av farlig gods. Varsel og rapportering av uhell skal skje umiddelbart til brannvesenet og til DSB innen 8 dager etter uhellet, jf. forskrift om landtransport av farlig gods på veg og jernbane § 6.

Varsling av akutt forurensning er hjemlet i forurensningsloven § 39 og det er gitt nærmere bestemmelser i forskrift 9. juli 1992 nr. 1269 om varslingsplikt ved akutt forurensning eller fare for akutt forurensning. Kystverket har utarbeidet instruks for viderevarsling av utslipp som skjer på land og til sjø. Brannvesenet/110-sentralene skal i henhold til varslingsforskriften § 4 varsles om akutt forurensning eller fare for akutt forurensning, varsel kan omfatte utslipp til sjø og/eller vassdrag, utslipp til luft og utslipp til grunnen. Brannvesenet/110-sentral viderevarsler lokalt, i tillegg til å varsle politi og Kystverket. Dersom det er oppdaget akutt forurensning eller fare for akutt forurensning fra fartøy varsles Hovedredningssentralen eller nærmeste kystradio som første instans. Kystverkets beredskapsavdeling viderevarsler meldinger om akutt forurensning til andre myndigheter og etater avhengig av hendelsens omfang.

17.3 Høringsnotatets forslag

IHR-forskriften som delvis gjennomfører reglementet i norsk rett gjelder foreløpig bare på smittevernområdet. I høringsnotatet § 30 foreslås det at det gis en generell hjemmel for gjennomføring av IHR som vil gjelde uavhengig av om hendelsen

skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemikalieområdet.

I lovforslaget er det videre foreslått at det i folkehelseloven gis en bestemmelse om etablering av IHR-register. Et IHR-register vil etableres ved IHR-varsler til Nasjonalt folkehelseinstitutt (eventuelt Statens strålevern ved atom/strålingshendelser) og lovforslaget tar høyde for at et slikt register kan være enten aidentifisert (der det ikke er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller) eller personidentifiserbart uten samtykke (der det er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller).

I lovforslaget er det videre foreslått at det gis hjemmel for i forskrift å kunne pålegge offentlige tjenestemenn og private å varsle og melde til registeret.

Reglementet forutsetter at statspartene ved behov iverksetter midlertidige og stående tiltak for å forebygge og begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. De aktuelle midlertidige og stående tiltakene kan ha hjemmel i smittevernloven, strålevernloven eller forurensningsloven slik det er redegjort for under høringsnotatets kapittel 16.2. Det foreslås at det gis en selvstendig hjemmel i folkehelseloven for i forskrift å gi nærmere bestemmelser om iverksetting av tiltak.

17.4 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som hadde merknader til dette kapitlet. De som har uttalt seg er positive til høringsnotatets forslag.

Datatilsynet er av den oppfatning at det er en bedre løsning å ha en generell hjemmel for å etablere IHR-registre gjennom IHR-varsler til Folkehelseinstituttet. Erfaringene fra utbruddet av influensa A (H1N1) i 2009 viser at dagens krav i helseregisterloven § 5 om konsesjon fra Datatilsynet er uhensiktsmessig i en akutt smittevernsituasjon. I følge høringsnotatet skal forskriften angi hvor lenge opplysningene kan lagres. *Datatilsynets* oppfatning er at det bør tas stilling til blant annet lagringstid, omfang og behovet for personidentifikasjon i forbindelse ved hvert enkelt IHR-register som opprettes. Dette vil i større grad sikre at personopplysningene kun behandles i det omfanget som er nødvendig for å oppnå det konkrete formålet. Disse vurderingstemaene bør fremgå av forskriften.

Statens strålevern har ingen sterke formeninger om valg av hjemmelslov for gjennomføring av IHR i norsk rett, uavhengig av om hendelsen skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemika-

lieområdet. Det som er vesentlig sett fra deres ståsted er at Nasjonalt folkehelseinstitutt umiddelbart sender varsel om hendelser på stråling/atomområdet videre til Strålevernet slik at den eksisterende ansvars- og myndighetsstruktur for håndtering av atom-/strålevern hendelser opprettholdes ved siden av linjen mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt og WHO. En slik viderevarslingsplikt til Strålevernet bør derfor fremgå uttrykkelig av forskriftsteksten.

Fylkesmannen i Oppland uttrykker at det er betimelig at det gis hjemmel for å innføre IHR (2005) i Norge i sin helhet selv om sjansene for at en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse skal oppstå i landet er små. Blant annet Sars epidemien viste betydningen av at et globalt regelverk er på plass og har gyldighet i nesten alle land. Det er også naturlig at denne hjemmelen fastsettes i en folkehelselov, og *Fylkesmannen i Oppland* støtter forslaget om organisering og struktur av IHR-arbeidet inklusive opprettelse av et IHR-register, og de varslings- og rapporteringsrutiner som er foreslått.

Stavanger kommune ser positivt på bestemmelsen om IHR i lovforslaget, men er av den oppfatning at å håndtere hendelser av betydning for internasjonal folkehelse kan sette kommunens tjenesteytingskapasitet i en vanskelig situasjon kvantitativt og kompetansemessig. Stavanger kommune mener at slike ekstraordinære situasjoner i utgangspunktet må finne sin løsning gjennom samarbeid mellom berørte kommuner i området, fylkeskommunen, det lokale helseforetaket, Fylkesmannen og den statlige etaten som rekvirerer tiltakene. De økonomiske konsekvensene av selve beredskapssituasjonen kan ikke bæres av den enkelte kommune.

Mattilsynet påpeker at begrepene "veterinærvesen og næringsmiddelkontrollen" ikke lenger er i bruk etter etableringen av Mattilsynet i 2004 og antar at foreslått forskriftshjemmel for å pålegge offentlige tjenestemenn og private å varsle og melde til IHR-registeret skal gjelde for alle ansatte i Mattilsynet.

17.5 Departementets vurderinger

Internasjonalt helsereglement omfatter hendelser som karakteriseres som en "alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse". Årsaken kan være kjent eller ukjent. Det kan for eksempel dreie seg om spredning av radioaktiv stråling, kjemikalier eller smittestoffer som resultat av en ulykke, en villet handling, eller en natur-

lig prosess. IHR-forskriften som delvis gjennomfører reglementet i norsk rett gjelder foreløpig bare på smittevernområdet, jf. IHR-forskriften § 1 der formålet er å *”forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom, samt sikre en internasjonalt koordinert oppfølging. (...)”*.

Den smittevernmessige siden vil i praksis ha stor betydning for virkeområdet, og smittevernloven vil således være det viktigste gjennomføringsregelverket. Departementet mener imidlertid det er nødvendig å gjøre forskriften gjeldende også på atom/strålevern- (A-hendelser) og kjemikalieberedskapsområdene (C-hendelser) for å oppfylle vår internasjonale forpliktelse til å varsle, og for å være tilstrekkelig forberedt dersom det oppstår en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. For å utvide virkeområdet til IHR-forskriften er det behov for tydeligere hjemler i lovverket. Det gjelder spesielt etablering av varslingsystem, herunder å kunne pålegge meldeplikt til helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private parter og legge til rette for nasjonal samordning av sektorvise varslingsystem på A og C områdene til Norges utpekte nasjonale IHR-kontaktpunkt (som er Nasjonalt folkehelseinstitutt, jf. IHR-forskriften § 3). Det er videre behov for hjemmel for å kunne lagre og behandle varsler, og hjemler for å kunne iverksette midlertidige og stående tiltak som pålegges av WHO.

WHO erklærte i april 2009 utbruddet av influensa A (H1N1) for en ”hendelse av betydning for internasjonal folkehelse”, hvilket iverksatte det internasjonale helsereglement. Erfaringene fra influensapandemien viser at også på smittevernområdet vil ikke eksisterende regelverk i tilstrekkelig grad ivareta nasjonale og internasjonale behov. Departementet foreslår derfor at det gis en generell hjemmel for gjennomføring av IHR som vil gjelde uavhengig av om hendelsen skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemikalieområdet.

Reglementet og IHR-forskriften legger til grunn at eksisterende ansvars- og myndighetsstrukturer for håndtering av atom-/strålings- (A), biologiske- (B) og kjemiske (C) hendelser blir benyttet så snart hendelsens årsak er nærmere kartlagt. På samme måte legger departementet til grunn at eksisterende meldings- og varslingsystemer som kan ivareta IHR skal benyttes på områder der slike er etablert.

Lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-1 fastsetter ansvarsprinsippet. Prinsippet innebærer at den som har ansvaret for en tjeneste, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste under krig og

ved kriser og katastrofer i fredstid. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan versjon 1.0 beskriver organisasjons- og ansvarslinjer i helse- og sosialforvaltningen i kriser. Det er viktig at det ved implementering av A- og C-hendelser i IHR-forskriften, bygges på gjeldende ansvars- og varslingslinjer på samme måte som for B-hendelser.

Departementet foreslår at det i folkehelseloven gis hjemmel for å gi nærmere bestemmelser for å gjennomføre IHR i forskrift. Lovforslaget retter seg mot alle typer miljøfaktorer, mens strålevern- og smittevernloven er begrenset til å omhandle en miljøfaktor.

Departementet vil komme tilbake til nærmere gjennomføring av reglementet gjennom høring av forskriftsendringer.

17.5.1 Varsling og oppfølging

Reglementet krever at det nasjonale kontaktpunkt Nasjonalt folkehelseinstitutt skal underrette WHO om hendelser som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Reglementet forutsetter videre at statene utvikler, styrker og opprettholder kapasiteten til å respondere omgående og effektivt på folkehelsersisiko og alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse i tråd med reglementet vedlegg 1. Vedlegget beskriver nærmere krav til system for å påvise og varsle hendelser som omfatter sykdom eller dødsfall over forventet nivå for det aktuelle tidspunkt og sted. Hvilken type opplysninger som skal varsles vil være avhengig av blant annet type hendelse, alvorlighet og andre omstendigheter omkring identifisering av sykdomstilfeller. Det kan derfor ikke på forhånd tas stilling til hvilke opplysninger som må varsles og hvordan disse skal behandles. Disse spørsmålene må vurderes konkret.

Opplysninger som omtalt i reglementet vedlegg 1 vil som regel være helseopplysninger som behandles i helsetjeneste og helseforvaltning. Innsamling og øvrig behandling reguleres da i Norge av helseregisterloven som er en spesiallov til personopplysningsloven. Helseregisterloven forutsetter at enhver behandling av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål som er saklig begrunnet i den databehandlingsansvarliges virksomhet. Opplysningene som behandles skal være relevante og nødvendige for formålet med behandlingen, jf. helseregisterloven § 11. Helseregisterloven har i §§ 7 og 8 bestemmelser om etablering av lokale, regionale og sentrale helseregistre.

Departementet foreslår at det i folkehelse-loven gis en bestemmelse om etablering av IHR-registre, jf. lovforslaget § 29 annet ledd. Et IHR-register vil etableres ved IHR-varsler til Nasjonalt folkehelseinstitutt (eventuelt Statens strålevern ved atom/strålingshendelser) og lovforslaget tar høyde for at et slikt register kan være enten av-identifisert (der det ikke er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller) eller personidentifiserbart uten samtykke (der det er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller). Samtykke vil ikke være aktuelt i en beredskapssituasjon, blant annet fordi det er viktig med rask og komplett varslingsfor å kunne overvåke sykdomsutvikling. IHR-registre vil da ha hjemmelsgrunnlag i egen lov (folkehelse-loven) i tråd med helseregisterloven § 8 første ledd. Departementet mener det ikke er hensiktsmessig å ta inn IHR-registre blant de personidentifiserbare registrene uten samtykke i helseregisterloven § 8 tredje ledd, blant annet fordi IHR-registre vil være beredskapsregistre og således av en annen karakter enn de øvrige registrene som nevnes i bestemmelsen. Videre vil en slik løsning binde opp registerform på en måte som ikke anses hensiktsmessig.

Helseregisterloven gir nærmere bestemmelser om behandling av opplysninger i helseregistre. Departementet legger til grunn at behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven, hvilket forutsetter at det gis nærmere bestemmelser i forskrift i tråd med føringene i helseregisterloven § 8 og loven for øvrig. Forskriften skal angi hvor lenge opplysningene kan lagres.

Departementet foreslår at det i forskrift gis hjemmel for å pålegge helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private parter å varsle og melde til registeret. Dette vil ivareta den personkrets som pålegges slik plikt i reglementet, nærmere bestemt helsepersonell, tjenestemenn ved politiet, skipskontrollen, losvesenet, tollvesenet, havnevesenet, flyplasser og ansatte i Mattilsynet. Private parter som kan pålegges varslingsplikt kan være fører av skip eller luftfartøy og andre transportmidler.

Reglementet artikkel 45 forutsetter at helseinformasjon som en statspart samler inn og behandler fra annen statspart eller fra WHO, og som gjelder en identifisert eller identifiserbar person, skal behandles fortrolig og i samsvar med nasjonal lovgivning. Slik informasjon kan inngå i et IHR-register.

Varsler som skal inngå i et IHR-register skal i størst mulig grad baseres på etablerte meldings-

og varslingsstrukturer innenfor strålevern, smittevern og kjemikalieberedskapen.

17.5.2 Midlertidige og stående tiltak

Reglementet forutsetter at statspartene ved behov iverksetter midlertidige og stående tiltak for å forebygge og begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Ved en slik alvorlig hendelse vil WHO utstede midlertidige eller stående anbefalinger om helsetiltak. Begrepene midlertidige og stående tiltak benyttes i reglementet, og departementet har ikke foreslått språklige tilpasninger blant annet for å tydeliggjøre at det dreier seg om tiltak besluttet i WHO-systemet. Disse tiltakene er en del av internasjonal respons på en alvorlig helsetrussel og enkelte tiltak må være koordinerte dersom de skal ha nødvendig effekt. Gjennom internasjonalt helsereglement er det også iverksatt stående tiltak uavhengig av at det er erklært en alvorlig hendelse, for eksempel en stående anbefaling fra WHO om gulfebervaksinasjon.

Midlertidige tiltak kan, på nærmere bestemte vilkår, iverksettes overfor for eksempel personer, bagasje, last, containere, transportmidler, varer, postpakker og humant biologisk materiale. De stående tiltakene vil ha gyldighet over flere år og vedtas av Verdens helseforsamling. Deretter må de stående tiltakene gjennomføres nasjonalt. Det er departementet eller den som får delegert myndighet som beslutter om slike tiltak skal gjennomføres i Norge.

De aktuelle midlertidige og stående tiltakene kan ha hjemmel i smittevernloven, strålevernloven eller forurensningsloven slik det er redegjort for under kapittel 16.2. Lovbestemmelsene er imidlertid fragmenterte, særlig når det gjelder kjemikalieberedskapen. Departementet foreslår derfor at det gis en hjemmel for i forskrift å gi nærmere bestemmelser om iverksetting av tiltak.

17.6 Forslag til endring i smittevernloven

17.6.1 Bakgrunn

Under utbruddet av influensa A (H1N1) oppsto behov for å kartlegge nærmere de sykdomstilfellene som ble behandlet ved intensivavdeling i spesialisthelsetjenesten og tilfeller der sykdommen førte til dødsfall. Ettersom erfaringen ved den enkelte sykehusavdeling var begrenset ble det viktig å samle erfaringer fra behandlingen av de influensapasienter som var alvorligst rammet av

sykdommen. I tillegg var det et ønske fra intensivmiljøet om at også norske data skulle registreres i den europeiske databasen som ble etablert for å kunne høste erfaringer fra andre europeiske land. Det ble derfor etablert et register, Norsk Pandemi Intensivregister (NOPIR) med opplysninger om behandling av pasienter ved intensivavdelinger og opplysninger om dødsfall som følge av pandemisk influensa fra kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for registeret, og Helse Bergen HF og Nasjonalt folkehelseinstitutt er databehandlere for hver sin del av NOPIR-registeret.

Smittevernloven har i § 2-2 åttende ledd en bestemmelse som gir unntak fra taushetsplikt for å samle inn helseopplysninger i slike tilfeller som beskrevet over. Datatilsynet har med hjemmel i helseregisterloven § 5, jf. personopplysningsloven §§ 33 og 34, gitt konsesjon for behandling av helseopplysninger i NOPIR. Erfaringene fra etableringen av NOPIR var at det er krevende både for helsemyndighetene og Datatilsynet å etablere et behandlingsgrunnlag når man er i en akutt smittesituasjon.

17.6.2 Gjeldende rett

Smittevernloven har blant sine formål å sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak. I smittevernloven § 2-2 åttende ledd er det gitt hjemmel for lokale (kommunelege), regionale (fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket) og sentrale helse- og tilsynsmyndigheter (Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn) å kreve utlevert opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av taushetsplikten. Vilkår for å benytte hjemmelen er at det er *”nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer”*.

Bestemmelsens ordlyd hjemler innhenting av taushetsbelagte opplysninger, men ikke et behandlingsgrunnlag, altså hjemmel for oppbevaring og videre bruk av opplysningene, slik det kreves i helseregisterloven § 5. Smittevernlovens bestemmelser ble utformet før EUs personvern direktiv fra 1995, personopplysningsloven og helseregisterloven. Regelverksutviklingen har ført til et langt mer konkret regelverk på personvernområdet i dag enn tidligere. Intensjonen med bestemmelsen i smittevernloven § 2-2 åttende ledd var videre enn hva man kan lese ut av ordlyden i dagens lovkontekst. Det vises til Ot.prp. nr. 28 (1993-1994) jf. Ot.prp. nr. 91 (1992-93) der det sies at hensynet bak bestemmelsen er *”dels å gi*

adgang til å kreve opplysninger i forbindelse med tilsyn, dels å gi adgang til å kreve opplysninger som er nødvendige for å kunne iverksette lovens tiltak.”

17.6.3 Høringsnotatets forslag

I smittevernloven § 2-2 åttende ledd er det gitt hjemmel for lokale (kommunelege), regionale (fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket) og sentrale helse- og tilsynsmyndigheter (Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn) å kreve utlevert opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av taushetsplikten. Vilkår for å benytte hjemmelen er at det er *”nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer”*.

Det er i høringsnotatet foreslått at Nasjonalt folkehelseinstitutt legges til listen av institusjoner i smittevernloven § 2-2 åttende ledd. Videre foreslås det at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gis hjemmel til å behandle opplysningene i utbruddsregistre.

17.6.4 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet viser til at de også tidligere har pekt på behovet for en endring av smittevernloven § 2-2 åttende ledd, slik at bestemmelsen også gir Helsedirektoratet (og Folkehelseinstituttet) et behandlingsgrunnlag for etablering av registre. Direktoratet mener imidlertid den foreslåtte bestemmelsen ikke vil være tilstrekkelig dekkende for å møte Helsedirektoratets behov for oversikt og kontroll, og for iverksetting av tiltak ved ulykker og hendelser. Hjemmelen i smittevernloven vil ikke kunne benyttes til etablering av registre i forbindelse med ulykker og andre hendelser som ikke gjelder smittevern, og direktoratet foreslår en hjemmel i lov om helsemessig og sosial beredskap.

Det vises videre til merknaden fra *Mattilsynet* til IHR hvor det påpekes at begrepene næringsmiddelkontrollen og veterinærvesenet ikke lenger er i bruk etter omorganiseringen av matforvaltningen.

17.6.5 Departementets vurderinger

Departementet mener det i lys av erfaringene fra pandemien bør hjemles et behandlingsgrunnlag direkte i lovbestemmelsen for å kunne registrere opplysninger som samles inn i tråd med bestemmelsen. I en pågående smittesituasjon er det nødvendig å ha tilgang ikke bare til varsler om smittetilfeller, slik man får gjennom MSIS-registeret og

IHR-varsler, men også raskt oppdatert behandlingsinformasjon mellom de ulike behandlingssitusjoner. Slik behandlingsinformasjon vil være særlig viktig ved uklare og lite kjente tilstander som nye epidemier hvor den enkelte avdeling vil ha begrenset kunnskap og erfaring. Det er viktig at regelverket legger til rette for meldeordninger som raskt kan iverksettes og som følges opp av helsetjenesten. Videre er det viktig at regelverket åpner for at registrering og bearbeiding av informasjon kan settes i gang raskt, men hvor vurderinger i forhold til for eksempel tekniske løsninger, informasjonssikkerhet og personvern er gjort på forhånd.

Departementet foreslår i denne omgang å endre smittevernloven for å gi hjemmel for utbruddsregistre. Det vil på et senere tidspunkt være aktuelt å vurdere en tilsvarende endring i lov om helsemessig og sosial beredskap som kan gi liknende hjemmel for hendelser som ikke reguleres av smittevernloven. Behandlingsgrunnlag for slike utbruddsregistre vil da være hjemlet i smittevernloven § 2-2 åttende ledd som et helseregister, jf. helseregisterloven § 8 første ledd. Departementet forutsetter at den nærmere behandlingen av opplysningene følger bestemmelsene i helseregisterloven, slik at kravene til formålsbestemthet, relevans, nødvendighet, informasjonssikkerhet mv. ivaretas, men uten at det reguleres nærmere i forskrift. Dette bør, på samme måte som for IHR-registre fremkomme tydelig i lovteksten. Utbruddsregistre som etableres med hjemmel i smittevernloven § 2-2 åttende ledd meldes til Datatilsynet i henhold til helseregisterloven § 29.

Departementet foreslår at de institusjoner som kan etablere utbruddsregistre direkte med hjemmel i loven begrenses til Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Departementet vil på et senere tidspunkt vurdere behovet for hjemmel til å opprette tilsvarende registre for kommuneleger og fylkesmenn, for eksempel til bruk i vaksinasjonssammenheng.

Smittevernloven § 2-2 åttende ledd hjemler som kjent adgang for navngitte etater til å innhente taushetsbelagte opplysninger fra helsetjenesten når det er nødvendig for iverksetting av tiltak for oversikt og kontroll i forbindelse med en smittesituasjon. Nasjonalt folkehelseinstitutt har som smitteverninstitutt blant sine oppgaver å drive oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsom sykdom. Departementet mener det er en inkurie at Folkehelseinstituttet ikke ble tatt inn i bestemmelsen ved endringene i forbindelse med omorganiseringen av sentral helseforvaltning i 2002, jf. Ot.prp. nr. 26 (2001-2002). Det foreslås derfor at Nasjonalt folkehelseinstitutt legges til listen av institusjoner i smittevernloven § 2-2 åttende ledd. Departementet forutsetter at nasjonale myndigheter samordner seg slik at de fremstår samkjørte og entydige overfor helsetjenesten, spesielt når hjemmel for å etablere utbruddsregistre foreslås gitt både direktorat og institutt.

Departementet foreslår videre å endre smittevernloven § 4-10 slik at den er i tråd med dagens organisering av matforvaltningen, jf. merknad fra Mattilsynet.

18 Behov for folkehelsekompetanse i kommunene

18.1 Gjeldende rett og praksis

Dagens kommunehelsetjenestelov inneholder følgende kompetansekrav i § 3-5:

”Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelegen plikter på anmodning av departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten. Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap.”

Videre er kommunelegen gitt direkte myndighet i loven ved hastesaker innen miljørettet helsevern, jf. § 4a-3:

”Kommunestyrets myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen, dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at styrets oppgaver etter denne lov skal kunne utføres. Når kommunestyret har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelse utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.”

Begrunnelsen for at hastevedtakskompetanse er lagt direkte til kommunelegen, er at det kan oppstå saker der det er nødvendig å fatte vedtak raskt for å beskytte befolkningens helse og for å sikre helsefaglige vurderinger i slike saker, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-87).

Opprinnelig var det flere bestemmelser om kompetansekrav i loven. Tidligere hadde loven også en bestemmelse som innebar et krav til at kommunen skulle ansette personell med nødvendige kvalifikasjoner til å arbeide i helsetjenesten. Bestemmelsen var generell og gjaldt alle områder innenfor helsetjenesten. Bestemmelsen ble opphevet 1. januar 2003 da den ble ansett å være

unødvendig fordi ansvaret følger av arbeidsgiveransvaret. Opphevelsen av bestemmelsen var en del av forenklingen av regleverket overfor kommunesektoren.

Fram til 1995, da helse- og sosialstyret som kommunal helsemyndighet ble erstattet med kommunestyret, var koblingen mellom faglig kompetanse og politikk tett, jf. Ot. prp. nr. 40 (1986-1987):

”Den medisinsk-faglige ansvarlige lege har rett og plikt til å delta i helse- og sosialstyrets møter ved behandling av saker vedrørende miljørettet helsevern, og talerett og rett til å fremsette forslag til møtene.”

Det sies videre i proposisjonen på side 57 at:

”[d]et er imidlertid på det rene at for å løse disse oppgaver som er skissert, er nemnda helt avhengig av faglig kompetanse. Departementet er derfor av den oppfatning at det er svært viktig å få til et nært samarbeid mellom den medisinsk-faglige kompetanse som befinner seg i kommunen og det politiske styringsorgan. En rekke av de spørsmål og saker som skal løses innenfor dette område av helsetjenesten forutsetter faglig innsikt på områder som epidemiologi, statistikk, teknisk hygiene og omgivelseshygiene m.v. De fleste kommuner har slik kompetanse i dag, selv om det på enkelte områder er ønskelig med ytterligere fagpersonell.”

Den direkte reguleringen av kompetansekrav er således redusert, jf. tilpasninger til kommuneloven. I tillegg til kravet om medisinsk-faglige rådgiver i kommunehelsetjenesteloven § 3-5, vil krav til faglig kompetanse etter gjeldende lovgivning følge av at kommunene må ivareta oppgavene på en forsvarlig måte, jf. blant annet § 6-3, samt også lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Det finnes ikke en samlet oversikt over hvilken kompetanse personell som arbeider med folkehelse i kommunene har i dag. For den delen som omfatter miljørettet helsevern, har Helsedi-

rektoratet foretatt en kartlegging. Oversikten viser at miljørettet helsevern i hovedsak utføres av personell med spesiell utdanning innen miljørettet helsevern (teknisk hygienisk personell eller lignende), dvs. helsekonsulenter eller miljørettet helseverningeniører. Ut fra denne oversikten er samlet ressursbruk innen miljørettet helsevern anslått til å være nesten 600 årsverk.

I små kommuner er det ofte kommunelegene og helsesøstrene som utøver miljørettet helseverntjenesten. I store kommuner er det i større grad teknisk hygienisk personell som dekker miljørettet helsevernoppavene. Disse har i større grad miljørettet helsevern som sin hovedoppgave. Men også for kommuner med miljørettet helsepersonell, har kommunelegene en viktig rolle, blant annet ved hastesaker og/eller at myndighet etter miljørettet helsevernregelverket er delegert til kommunelegen og miljørettet helsevernpersonell utfører saksforberedelser mv.

Samlet rapportering angir en liten økning i de samlede ressursene til miljørettet helseverntjenesten de siste fem årene. Økningen har skjedd i de største kommunene og i kommuner som deltar i interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern. I mindre kommuner som står utenfor interkommunalt samarbeid, har ressursbruken blitt redusert.

I tillegg til arbeidet med miljørettet helsevern har det skjedd en oppbygging av folkehelsekoordinatorer i kommunen. Disse stillingene krever ikke en spesifikk fagkompetanse i samme grad som miljørettet helsevern, og innehas av personell med ulik kompetanse, for eksempel innen idrett/fysisk aktivitet og ernæring. Det har også skjedd en utvikling av egne folkehelseutdannelse på universiteter/høgskoler, blant annet på masternivå.

Det blir utført mye folkehelsearbeid i det daglige arbeidet på helsestasjonen og hos både fastlegene og kommunelegene. Gjennom ordninger som Grønn resept/Frisklivsresept, blir flere fagretninger involvert i forebyggende arbeid, for eksempel fysioterapeuter, helsesøstrene, treningsfysiologer og ruskonsulenter.

18.2 Høringsnotatets forslag

Det er i høringsnotatet ikke foreslått noe generelt kompetansekrav til å ivareta oppgavene etter loven. Krav til kompetanse anses å følge av kommunens generelle ansvar for å ivareta oppgavene etter loven herunder at oppgavene blir forsvarlig ivaretatt.

Men flere av bestemmelsene i lovforlagets kapittel 2 og 3 forutsetter at det foreligger ulike typer kompetanse for å utføre oppgavene. Kompetansebehovet kan blant annet dreie seg om kunnskap om:

- Påvirkningsfaktorer av fysisk, psykisk og sosial art
- Beskyttelsestiltak
- Helseopplysning
- Deltagelse i planprosesser og andre samarbeidsformer
- Befolkningens helsetilstand
- Bruk og analyse av helsestatistikk
- Forvaltning av helselovgivningen
- Organisering av tjenestetilbud, samhandling mellom nivåene

Departementet foreslo å videreføre kravet til å ha kommunelege både i forslaget til folkehelselov og forslaget til helse- og omsorgstjenestelov. Innen noen definerte oppgaver som smittevern, miljørettet helsevern og beredskap, mener departementet slik kompetanse er nødvendig for å kunne ivareta hensynet til rettsikkerhet samt hensynet til liv og helse.

Det ble videre foreslått å legge til rette for interkommunalt samarbeid om ansettelse av kommunelege. Kravet i kommunehelsetjenesteloven om at kommunelegens tilrådning skal følge saken innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap ble foreslått tatt bort.

18.3 Høringsinstansenes syn

En del høringsinstanser mener folkehelseloven vil være en kompetansekrevede lov. For eksempel sier Ullensaker kommune:

”På overordnet nivå må kommunen inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer. For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommunen, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevede.”

Bremanger, Hammerfest, Kautokeino, Ringsaker, Smøla og Sund kommuner er blant de høringsinstansene som peker på ulike elementer i loven og

betegner den som kompetanse- og ressurskrevende.

Larvik kommune mener at det ikke gis tydelige nok anvisninger på hvordan kommunens ledelse skal ivareta helsehensyn i all planlegging:

”Myndighetsforhold og konkret ansvar synes ikke mer tydeliggjort i lovutkastet enn i nåværende forvaltningspraksis. Lovutkastets krav til kommunene om å ha nødvendig folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse er ikke tydelig nok. Det kunne med fordel vært satt statlige normtall innenfor dette området, for eksempel knyttet til befolkning og befolkningssammensetning, levekårsindeks m.m.”

Nasjonalt folkehelseinstitutt påpeker at folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse i kommunen bør styrkes og viser til at ikke bare ansettelse av fagpersoner, men også videre- og etterutdanning, er viktig. Slik kompetanse vil gjelde helsepersonell, men også planleggere og kommunalt ansatte i andre etater. Folkehelseinstituttet viser til at både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vil kunne bidra som nasjonale statlige institusjoner. Kompetansen ved regionale arbeids-/miljømedisinske sentre bør også vurderes styrket slik at disse kan bistå nasjonale myndigheter.

Norsk psykiatrisk forening, Norsk ergoterapiforbund, Landslaget for fysisk fostring i skolen, Norges idrettsforbund, Kliniske ernæringsfysiologers forening, og Norsk fysioterapiforbund er blant de høringsinstanser som påpeker behov for ulike fagspesifikke kompetanser i folkehelsearbeidet.

Mange høringsinstanser mener høringsnotatet og lovforslaget har fokus på samfunnsmedisinsk kompetanse, men at det er en svakhet at ikke den generelle folkehelsekompetansen i kommuner og fylkeskommuner omtales eller reguleres nærmere. Blant annet uttaler *Møre og Romsdal fylkeskommune*:

”Helseutfordringene for framtida krev ny kunnskap på alle nivå, der flere faggrupper må få anerkjenning og handlingsrom. Gjennom folkehelsepartnerskapa er det no tilsett folkehelsekoordinatorar i over halvparten av kommunane i landet, samt oppretta tverrfaglege faggrupper i folkehelsearbeidet. Deira rolle er ikkje nemnt i lova. Dersom intensjonane i lova skal lukkast, er det naudsynt med ei styrking og anerkjenning av folkehelsekompetansen innan fleire fagområde og sektorar.”

Også *Sør-Trøndelag fylkeskommune* mener høringsnotatet i for liten grad redegjør for behov for annen type folkehelsekompetanse enn den samfunnsmedisinske.

Fyresdal, Hurum, Krødsherad, Seljord, Stokke og Tinn kommune er blant de som mener at folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges og viser til at folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats. Disse kommunene og en rekke andre mener imidlertid ikke at folkehelsekoordinator bør være en lovpålagt funksjon.

Fylkesmannen i Troms mener det er relevant at det stilles krav til at kommunen skal ha en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta definerte oppgaver. Fylkesmannen mener imidlertid det er nødvendig å synliggjøre at kommunen vil trenge annen folkehelsefaglig kompetanse i tillegg til kommunelege dersom oppgavene etter loven skal ivaretas, og mener bestemmelsen bør omformuleres slik at dette fremgår. Samtidig skal loven være profesjonsnøytral mht. hvem som skal bidra med slik folkehelsefaglig kompetanse. Fylkesmannen foreslår derfor at innledningen i bestemmelsen endres til at kommunen skal ha ”nødvendig samfunnsmedisinsk og annen folkehelsefaglig kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her.”

Fylkesmannen/Helsetilsynet i Buskerud støtter kravet til å ha kommunelege, men uttaler samtidig at:

”[k]ravet til samfunnsmedisinsk kompetanse alene ikke er tilstrekkelig for å sikre relevant og nødvendig fagkompetanse i det kommunale folkehelsearbeidet. Kommunelegene har ofte en begrenset stillingsprosent, og det er klart at de ulike forslagene i ny folkehelselov vil kreve særlig folkehelsefaglig kompetanse i kommunen utover det kommunelegen har mulighet for å yte. Vi mener derfor at det bør komme eksplisitt til uttrykk i lovteksten at det kreves fagkunnskap for å utføre oppgavene etter loven, for eksempel ved et krav om folkehelsefaglig kompetanse. Både kartlegging av helsetilstand og vurdering av aktuelle tiltak krever folkehelsefaglig kompetanse. Vi har erfaring med at mange kommuner i dag ikke sørger for relevant fagkompetanse til å utføre disse oppgavene, og at oversikten over, koordineringen av og resultatene av folkehelsearbeidet blir deretter.”

Mange høringsinstanser uttaler seg til forslaget om å videreføre kravet om å ansette kommune-

lege. *Lillesand kommune* er en av svært få høringsinstanser som går imot dette. Kommunen mener det bør være opp til kommunene selv å vurdere hvorvidt det er formålstjenlig med ansettelse av kommunelege eller å skaffe nødvendig samfunnsmessig kompetanse på annet vis. Det bør være opp til den enkelte kommune hvordan dette skal organiseres.

KS påpeker at samhandlingsreformen stiller store krav til omstilling i kommunene, og at reformen forutsetter økt arbeidskraft og styrket kompetanse, hvilket vil være en nøkkelfaktor for å lykkes med reformen. KS mener at kommunene selv må avgjøre hvordan de løser organisering av sin helsefaglige kompetanse og uttaler at:

”Profesjonsnøytralitet bør være et bærende prinsipp i forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov.”

Samtidig sier KS at:

”[d]et vil være behov for å styrke den samfunnsmedisinske og medisinskfaglige kompetansen, som er en viktig faglig ressurs inn i plan og beslutningsprosesser i kommunene.”

Alvdal, Os i Østerdalen og Follidal kommuner er noen av de kommuner som mener lovforslaget forutsetter at kommunene innehar en betydelig samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunene er ikke negative til dette, men påpeker samtidig at det allerede i dag er store utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse i både sentrale, regionale og lokale stillinger. Også *Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken* støtter departementets vurdering av at tilgang til samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig av hensyn til å ivareta liv, helse og rettssikkerhet. Det uttales blant annet at:

”[b]etydningen av medisinsk faglig ledelse i kommunen vil være stor internt i kommunen i samhandling med andre aktører. Vi mener det må bygges videre på de gode erfaringer som finnes fra kommuner hvor det har fungert godt, og det må legges til rette for at tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse utvikles for å dekke kommunenes behov.”

Kravet i gjeldende kommunehelsetjenestelov om at kommuneleger som arbeider for flere kommuner må ha et ansettelsesforhold i hver kommune, blir kommentert av for eksempel *Drammen, Krødsherad, Sigdal* og *Øvre Eiker kommune* som

mener det bør komme tydeligere frem i folkehelseloven (og helse- og omsorgstjenesteloven) at flere kommuner kan samarbeide om kommunelegefunksjonen. Også en del kommuner i Ålesundregionen (*Giske, Haram, Norddal, Sandøy, Skodje, Stranda, Sula, Sykkylven, Vanylven, Ørskog* og *Ålesund kommuner*) mener bestemmelsene om kommunelege i både helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven må formuleres slik at det åpner for at kommunen kan velge å organisere dette gjennom interkommunalt samarbeid.

Når det gjelder forslaget i høringsnotatet om å ta bort lovbestemmelsen om at kommunelegens tilrådning skal følge saken innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap, uttaler *Tønsberg kommune* at:

”Det ligger i forvaltningsloven mht fullført saksbehandling at saken skal være godt nok belyst, og det skal også inkludere helsemessige vurderinger. Det bør imidlertid spesifiseres at det bør være relevant kompetanse som benyttes, som oftest samfunnsmedisinsk kompetanse gjennom kommuneoverlegen. I en del forhold vil folkehelsekoordinatorene også kunne bidra.”

Miljørettet helsevern Indre Østfold IKS er imot at dette kravet fjernes og mener det vil være uheldig at saker sendes til politisk behandling uten at helsekonsekvenser er tiltrekkelig belyst. Det uttales følgende:

”Å gjøre prioriteringer som kan ha konsekvenser for folks helse bør være en politisk beslutning, ikke en avveining som foretas av lokal saksbehandler. Å sikre at medisinskfaglig vurdering følger saken, i det minste der det foreligger avvikende råd fra det forvaltningen ellers konkluderer med, bør videreføres. At politikere velger å anlegge barnehager i områder med høy luftforurensing for å nå tilstrekkelig høyt antall barnehageplasser, eller bygge skoler med så små utearealer at det går på bekostning av elevenes mulighet til fysisk utfoldelse er en avgjørelse de står fritt til å ta, men de bør ta den vel vitende om mulige konsekvenser.”

Oslo kommune slutter seg til departementets vurderinger når det gjelder å videreføre gjeldende rett knyttet til kommunelegen. Det uttales at:

”Kommunen støtter også vurderingen om at bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd om at kommunelegens tilråd-

ning og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, ikke lenger er nødvendig. Det er Oslo kommunes vurdering at en slik dokumentasjonsplikt følger av forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Det er imidlertid viktig dersom bestemmelsen tas bort at grunnlaget for vurderingen omtales i lovproposisjonen.”

Flere mener det er bra at de samfunnsmedisinske oppgavene er konkretisert, blant annet *Bergen kommune* som uttaler:

”[d]et er positivt at de samfunnsmedisinske oppgaver innen folkehelsearbeid er konkretisert, og dermed er det også sagt noe om ønsket kompetanse. Det er positivt at det i høringsnotatet anbefales at leger i samfunnsmedisinsk stilling bør ha hele stillinger, for å ivareta kompetanse og kontinuitet.”

18.4 Departementets vurderinger

Departementet er enig med høringsinstansene i at kommunene må ha relevant faglig kompetanse for å kunne ivareta sitt ansvar etter folkehelseloven. Departementet viser til retningslinjene for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren som er omtalt i denne proposisjonen kapittel 8. Retningslinjene for særlovgivning rettet mot kommunesektoren bygger på en forståelse av at staten bør gi kommunene reell myndighet og handlingsrom slik at de kan finne gode løsninger tilpasset lokale forhold. Det må foretas en avveining mellom de nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og de hensynene som begrunner lokal handlingsfrihet. Blant de typer regler som krever spesiell vurdering og begrunnelse, er faglige kompetansekrav. Som administrativ leder vil det være rådmannens oppgave og ansvar å sørge for at kommunen har tilgang til nødvendig kompetanse (blant annet medisinskfaglig, annen helsefaglig og planfaglig kompetanse) for å løse disse oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Dette er blant de momentene som vil inngå i kommunens internkontroll med etterlevelsen av lovverket etter § 30.

18.4.1 Kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse

For en del oppgaver, slik som hastevedtak etter miljørettet helsevern og beredskap, vil det være nødvendig med spesiell kompetanse. Fordi dette

er oppgaver som er spesielt kritiske med hensyn til å ivareta liv og helse, er det i dag særlige kompetansekrav knyttet til disse oppgavene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 om kommunelege. Videre har kommunelegen en del oppgaver etter annet regelverk som også er folkehelserettet og som kan være kritisk, dette gjelder spesielt smittevernet. På bakgrunn av dette mener departementet at samfunnsmedisinsk kompetanse bør behandles særskilt. Dette støttes også av høringsuttalelsene der et stort flertall av de som uttaler seg om spørsmålet, støtter forslaget om å videreføre det lovpålagte kravet til å ansette kommunelege.

Regjeringen har i St.meld. nr. 47 (2008-2009) kapittel 7.6.6. uttalt at:

”[s]amfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene.”

For de tre første oppgavene som er nevnt her, har kommunelegen i dag en sentral rolle. Også når det gjelder lokal helseovervåking og planlegging antas det at slik kompetanse eller lignende vil være nødvendig, spesielt knyttet til epidemiologi. Når det gjelder koordinering av helse- og omsorgstjenestene, omtales dette i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kapittel 18.

Etter departementets syn er det nødvendig å sette krav til samfunnsmedisinsk kompetanse for å sikre liv og helse, i tillegg til at det er nødvendig av hensyn til rettsikkerhet. Primært er dette knyttet til hastevedtak innen miljørettet helsevern, helseberedskap og smittevern som er kritisk med hensyn til liv og helse. Videre anser departementet det som viktig at kommunene har tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse for å gjennomføre de analyser, vurderinger og tiltak som følger av forslaget til folkehelselov kapittel 2. Kompetanse er viktig for å sikre at folkehelsearbeidet starter opp og gjennomføres med et godt faglig utgangspunkt. Det er videre viktig med kompetanse for å sikre et helhetlig og stabilt folkehelsearbeid i kommunene. Behov for samfunnsmedisinsk kompetanse er nærmere omtalt under i tilknytning til de konkrete oppgavene. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre kravet til kommunelege i lovforslaget § 27. I tillegg tydeliggjøres innholdet i de samfunnsmedisinske oppgavene i bestemmelsen.

18.4.1.1 Nærmere om innholdet i de samfunnsmedisinske oppgavene

Sentrale samfunnsmedisinske oppgaver i forhold til folkehelse dreier seg blant annet om i) myndighetsutøvelse innen miljørettet helsevern, herunder hastevedtakskompetanse, ii) beredskap, iii) smittevern, iv) epidemiologi, v) vurderinger av folkehelseiltak og vi) vurderinger av helsekonsekvenser av andre tiltak.

Lovforslagets kapittel 3 om miljørettet helsevern gir kommunene virkemidler i form av *myndighetsutøvelse* overfor virksomheter eller eiendommer som kan medføre helsefare. Dette dreier seg om alt fra håndtering av slam og smittefarlig avfall, miljøet i skoler og barnehager, pålegg om skadedyrbekjempelse samt diverse andre virksomheter som kan medføre smittefare, fare for ulykker, luftforurensning, støy mv. I mange kommuner er denne myndigheten i dag delegert til kommunelegen. Men kommunen kan velge å delegere denne til en miljørettet helsevern enhet eller folkehelseenhet som kan besitte annen kompetanse enn samfunnsmedisinsk. Det forutsettes at myndigheten delegeres til en enhet med nødvendig faglig kompetanse og som er tilstrekkelig uavhengig i forhold til kommunale virksomheter den skal føre tilsyn med, for eksempel skoler og barnehager.

Når det gjelder hastevedtakskompetanse, følger det direkte av kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 at den ligger til kommunelegen. Dette foreslås videreført i forslaget til folkehelselov § 9. Det er fortsatt behov for å sikre at slike hastevedtak, som kan være inngripende overfor den det retter seg mot, og som direkte kan ha stor betydning for å ivareta liv og helse, er basert på et faglig holdbart grunnlag. Videre er det viktig i hastesaker at det er klart hvem som har ansvar og myndighet. Et utbrudd av legionellasjukdom er eksempel på en situasjon der kommunelegen kan og bør kreve stanset for eksempel kjøletårn, som er innretninger med stort spredningspotensiale for legionella-infisert aerosol.

For at kommunestyret skal kunne løse sine beredskapsoppgaver for å ivareta liv og helse på en faglig forsvarlig måte, må man få kunnskap om medisinsk-faglige vurderinger. Samfunnsmedisinsk kompetanse bør inngå i kommunens kriseledelse og være sentral ved utarbeidelse av kommunens beredskapsplaner, herunder kommunens beredskap for psykososiale tiltak ved katastrofer og ulykker. Kommunelegen vil kunne ha en nøkkelrolle i arbeid der kommunen får større utfordringer som følge av uventede hendelser og ulyk-

ker, for eksempel som legionellautbruddet i Sarpsborg i 2005 og tankeeksplosjonen i Gulen i 2007. I enkelte kommuner er kommunelegen gitt i oppgave å ta initiativ til katastrofeøvelser.

Det er ikke et krav i smittevernloven i dag om at kommunen skal ansette en kommunelege, men smittevernloven forutsetter at kommunen har en kommunelege. På bakgrunn av at folkehelseloven er mer generell vil det være naturlig at krav til å ha kommunelege forankres i folkehelseloven, også med utgangspunkt i å ivareta oppgaver etter andre lover, som for eksempel smittevernloven. Departementet foreslår også at kravet til å ha en kommunelege skal følge av helse- og omsorgstjenesteloven.

Når det gjelder smittevern, mener departementet arbeidet som smittevernlege krever en viss administrativ forankring i kommunen. En erfaring fra utbruddet av pandemisk influensa A (H1N1) i 2009/2010 var at arbeidet med å organisere vaksinasjon tok lenger tid i Norge enn i andre land i Norden. Dette kan være et signal om at smittevernarbeidet i Norge trenger å styrkes. En tydeligere rolle for kommunelegene vil kunne bidra til dette.

En sentral oppgave som er gitt kommunene etter lovforslaget, er å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene og de forhold som påvirker denne. Blant annet omfatter dette å ha oversikt over smittevernsituasjonen og det øvrige sykdomspanoramaet i kommunen. En slik oversikt er en forutsetning for at kommunene skal kunne ivareta andre forvaltningsoppgaver. Samfunnsmedisinsk kompetanse eller tilsvarende, som epidemiologi og kunnskap om årsakssammenhenger mellom påvirkningsfaktorer og helseutfall, er nødvendig for å ivareta oppgavene etter § 5.

Blant annet basert på oversikten har kommunene et selvstendig ansvar å fastsette en politikk og iverksette tiltak med det formål å fremme helse og forebygge sykdom. I stor grad er det også annet personell enn kommunelegen som arbeider med helsefremmende og forebyggende oppgaver. Den samfunnsmedisinske kompetansen er imidlertid nødvendig i forhold til å vurdere tiltakene, gi innspill til prioriteringer mv. slik at tiltakene som blir iverksatt gir mest mulig effekt, og blir vurdert ut i fra de helseutfordringene kommunen står overfor. Det vises til omtale i kapittel 13 om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

En sentral oppgave er vurderinger og ivaretagelse av folkehelse i forbindelse med andre tiltak enn de som har folkehelse som formål. Etter lovforslaget § 4 skal kommunen fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kom-

munen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Dette kan dreie seg om hva et tiltak i nedbørsfeltet til drikkevannet kan medføre av fare for smittespredning, hva en ny vei kan ha å si i forhold til ulykker, luftforurensning og støy, hvordan skoler anlegges og bygges i forhold til helsekonsekvenser mv. Ofte er det stort press på kommunene i å nedbygge for eksempel nedbørsfelt og grøntområder eller i områder med radonforekomst, eller iverksette utbygginger som kan ha negativ helsemessig effekt, slik som støyende eller forurensende virksomheter nær boligområder, skoler, lekeplasser mv. I slike saker er samfunnsmedisinsk kompetanse ønskelig, og i noen tilfelle nødvendig, for at helsemessige konsekvenser blir forsvarlig utredet og vektlagt.

18.4.1.2 Ansettelsesforhold for kommunelege

Departementet foreslår ikke at det gis noen føring på hvilken formell plassering kommunelegen skal ha i kommunens administrasjon. Hvilken plassering som er gunstigst vil kunne variere med kommunestørrelse og med hvilke oppgaver kommunelegen blir tillagt ved siden av de oppgavene som følger direkte av lovverket. Erfaringen er imidlertid at det synes som om kommunelegen fungerer godt i forhold til slike oppgaver ved en plassering i tilknytning til rådmannens stab.

I dag er flere leger dels ansatt som kommunelege, dels som fastlege. Dette kan medføre at den tiden som brukes på kommunelegeoppgavene blir knapp og at det blir vanskelig å utvikle den kompetanse og oversikt som er nødvendig for å løse oppgavene på en fullgod måte.

For å støtte opp om utviklingen av kompetanse innen de oppgavene som er listet ovenfor, og eventuelt andre oppgaver som kommunene finner det hensiktsmessig å delegere til kommunelegen, anser departementet det derfor som mer hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid. Dette vil bygge opp under denne typen stillinger som karriereveier for leger innen samfunnsmedisin. Dersom kommunelegene gis anledning til å konsentrere seg om denne typen oppgaver, er det også sannsynlig at de vil utvikle den nærhet og kunnskap om kommunen, dens innbyggere og forvaltning som er en viktig forutsetning i folkehelsearbeidet. Lovforslaget § 27 annet ledd gjør det derfor klart at kommuner kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

Kommunen må sørge for at arbeidsoppgavene ikke overstiger et omfang som gjør at oppgavene ikke ivaretas på en forsvarlig måte. I kommuner med bydelsforvaltning, som Oslo og Bergen, kan det for eksempel ansettes én kommunelege i hver bydel. Kommunen må imidlertid sikre at oppgaven som medisinsk-faglig rådgiver er tilstrekkelig samlet og koordinert mellom kommunelegene, for eksempel at en kommunelege gis overoppsyn med oppgaven.

Departementet finner videre at lovens krav bør utformes som et krav om en stilling som skal ivareta samfunnsmedisinske oppgaver, men uten at det i den stilles nærmere krav om spesialistkompetanse som samfunnsmedisiner. Departementet vil likevel påpeke at oppgavene må forsvarlig ivaretas, noe som krever fagkunnskap blant annet innen epidemiologi. Flere høringsinstanser etterlyser etterutdanning mv. for å styrke kompetansen i kommunen til å ivareta oppgavene etter folkehelseloven. Departementet er enig i at det bør være slike tilbud, og at de som ansettes i kommunelegefunksjoner eller lignende, uten å være spesialist i samfunnsmedisin, bør etterutdannes for å ivareta oppgavene på en forsvarlig måte.

18.4.1.3 Bortfall av særlig saksbehandlingsregel

Etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. En del høringsinstanser har påpekt at dette er et viktig instrument for å sikre at helsekonsekvenser fremgår som grunnlag for politiske behandlinger. Departementet mener det følger av forvaltningsloven og bestemmelsene om forsvarlig utredning og saksbehandling at relevante hensyn skal utredes og legges frem for det organ som beslutter. Departementet mener det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen de områder som er nevnt i § 27 ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer. Departementet foreslår derfor ikke å videreføre et særlig krav om dette i folkehelseloven.

18.4.2 Behov for annen folkehelsekompetanse

Departementet foreslår ikke en konkret lovregulering av kompetanse i folkehelsearbeidet ut over videreføringen av kravet til å ha kommunelege. En stor del av høringsinstansene påpeker at det i tillegg til samfunnsmedisinsk kompetanse er

behov for annen kompetanse i folkehelsearbeidet. Det følger av det generelle regelverket at kommunen, fylkeskommunen og de statlige helsemyndighetene må ansette nødvendig kompetanse til å ivareta sine lovpålagte oppgaver på en forsvarlig måte. Som en del av kommunens internkontroll etter § 30, må kommunene i) identifisere hva som kreves av kompetanse for å ivareta oppgavene, ii) vurdere hva de har av kompetanse i dag, og på bakgrunn av dette iii) gjøre en vurdering av kompetansebehov herunder rekruttering, opplæringsbehov mv. Kompetanse må også vurderes ut i fra de folkehelseutfordringene kommunen står overfor, jf. § 5, og at kommunene må ruste seg slik at de også kompetansemessig kan møte disse utfordringene, jf. § 7. Dette innebærer blant annet at som en del av kommunens folkehelsepolitikk, se blant annet kapittel 14.4.1, bør kommunen også gjøre en vurdering av kompetanse, samt innarbeide dette i kommunens kompetanseplaner mv. For oppbygging av kompetanse er det viktig at kommunene er bevisst hva de trenger av kompetanse, og at de er i dialog med utdanningsinstitusjonene, fylkeskommunen og staten om oppbygging av videre- og etterutdanningstilbud nasjonalt og regionalt i folkehelsearbeid.

Det forutsettes ikke at all type kompetanse skal være på plass når loven trer i kraft. Som omtalt i kapittel 21.4 om økonomiske og administrative konsekvenser, vil hva som forventes av ambisjon, herunder kompetanse mv., også følge av den nasjonale oppfølgingen. Blant annet skal det utarbeides en gjennomføringsplan for loven som i tillegg til å omfatte veiledning, økonomi, tilsyn mv. også vil omfatte opplæringsbehov og utvikling av tilbud for å ivareta dette.

Det har i de senere år vært under oppbygging ulike studietilbud blant annet i folkehelseviten-

skap på flere universiteter og høyskoler, slik at det er et godt grunnlag for å sikre tilstrekkelig kompetanse på dette området.

Kommunene har også i dag et bredt sett med kompetanse som er aktuelt å bruke i folkehelsearbeidet i tillegg til samfunnsmedisinsk kompetanse. Dette kan for eksempel dreie seg om SLT-koordinatorer, rusrådgivere, helsesøstre, barnevernpedagoger, miljørettet helsevernpersonell, miljøvernrådgivere, personell innen friluftsliv, kulturkonsulenter, fysioterapeuter og planleggere.

Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet skal skje i alle sektorer, med mange ulike virkemidler. Det er derfor viktig å bringe personell med ulike kompetanse inn i arbeidet, herunder i arbeidet med å få oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, i utformingen av mål og tiltak og i gjennomføringen av aktuelle tiltak. Departementet forutsetter at kommunene er bevisst sin kompetanse og bruker den aktivt for å løse sine folkehelseutfordringer.

Fordi folkehelsearbeidet skal skje på tvers av ulike sektorer og involvere mange, bør det etter departementets mening etableres en koordinatorfunksjon til å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, selv om det ikke er et krav i loven. En slik funksjon vil kunne innhente informasjon og foreta analyser, jf. lovforslaget § 5, delta i planarbeid, jf. § 6, samt bidra til iverksetting av nødvendige tiltak, jf. § 7. Flere kommuner har i dag tilgang til den tverrfaglige kompetansen som anses nødvendig i et bredt anlagt folkehelsearbeid. Det vises til kapittel 21.4 om økonomiske og administrative konsekvenser, hvor det er en nærmere redegjørelse for dagens kompetanse innen miljørettet helsevern og folkehelsekoordinatorer.

19 Samarbeid mellom kommuner

19.1 Innledning

Kommunene kan samarbeide om å løse oppgaver på ulike måter. Samarbeidet kan ha form av alt fra uformelle nettverk mellom fagpersoner til etablering av egne interkommunale organer som skal ivareta kommunens oppgaver. Dette kapitlet omhandler samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver, herunder myndighetsutøvelse, etter folkehelseloven.

Samarbeid mellom kommuner for å sikre etterlevelse av folkehelseloven og for å forbedre og lette folkehelsearbeidet i den enkelte kommune, behøver imidlertid ikke innebære at oppgavene overlates til interkommunale organer, men dette kan være hensiktsmessig i mange tilfeller.

19.2 Bakgrunn

Folkehelsearbeid krever kompetanse og kapasitet i kommunen, både til å skaffe nødvendig oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker befolkningens helse og til å iverksette de rette tiltakene for å følge opp folkehelseutfordringene i kommunen, herunder følge opp bestemmelsene om miljørettet helsevern.

Det kan være en utfordring for små kommuner å etablere et eget robust apparat for å håndtere folkehelsearbeidet. Helsedirektoratets gjennomgang av området miljørettet helsevern (rapport IS-1633) viser at i små kommuner er nivået på tjenesten i dag mest ustabil og varierende, og at sårbarheten i forhold til tilgjengelig kapasitet og kompetanse er størst her. I slike kommuner kan det ikke bare være hensiktsmessig, men også nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å sikre tilstrekkelig kompetanse på folkehelsearbeid, samt nødvendige forebyggende og helsefremmende tiltak og aktiviteter i kommunen.

En kartlegging foretatt av Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene i 2004 viste at det var store variasjoner mellom kommunene når det gjaldt i hvilken grad de i det hele tatt hadde en miljørettet helseverntjeneste og om denne tjenesten var forsvarlig. I følge kartleggingen hadde de

fleste større kommunene og mindre kommuner på Østlandet og Sør-Vestlandet stort sett en fungerende miljørettet helseverntjeneste. Mindre kommuner i resten av landet hadde det stort sett ikke.

I praksis er det flest mellomstore kommuner som samarbeider på folkehelseområdet. Dette er kommuner som har kompetanse på folkehelseområdet og som ser verdien av samarbeid. Små kommuner, som det må antas har størst behov for å samarbeide fordi de vil ha mindre ressurser til å bygge opp den nødvendige folkehelsekompetansen alene, samarbeider imidlertid i liten grad med andre kommuner. De store kommunene har ikke det samme behovet for samarbeid og samarbeider også i mindre grad med andre kommuner.

I samhandlingsmeldingen uttales følgende om samarbeid mellom kommuner på det samfunnsmedisinske området:

”Nærmere 60 % av kommunene har i dag en eller annen form for samarbeid innen miljørettet helsevern, smittevern eller annet samfunnsmedisinsk arbeid. I mindre kommuner som ofte har kommuneoverlege i små stillingsstørrelser og har problemer med å rekruttere leger med interesse og kompetanse på faget, bør samarbeid med andre kommuner vurderes. Samarbeid om strategiske valg og planarbeid både mellom kommuner og mellom kommunesamarbeid og helseforetak vil samlet sett kunne bidra til bedre pasientforløp.

Helsedirektoratets rapport IS-1633 «Miljørettet helsevern» viser at tjenesten fungerer godt når størrelsen på kommunene eller det interkommunale samarbeidet omfatter et befolkningsgrunnlag på minst 20 000. Rapporten viser også at aktørene ved interkommunale samarbeid opplever større tilfredshet med ressurs- og kompetansesituasjonen.”

I stortingsmeldingen ble det lagt til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Det ble derfor forutsatt at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Videre ble det

lagt til grunn at regjeringen ikke vil lovregulere samarbeidet mellom kommuner, men peke på ulike måter å innrette et interkommunalt samarbeid på. Det skal være opp til kommunene å finne frem til hvilke organisasjonsformer for samarbeid som er best egnet. Det vises i meldingen til interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27, interkommunalt selskap etter IKS-loven, aksjeselskap, vertskommunemodell eller ev. samkommunemodellen som mulige måter å organisere samarbeidet om oppgaver på.

I Innst. 212 S (2009-2010) fra Helse- og omsorgskomiteen gir komiteen sin støtte til at kommuner i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå de ønskede helsemessige og samfunnmessige gevinster ved reformen.

Samarbeid mellom kommuner ble også omtalt i forbindelse med behandling av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008-2009). Det ble der uttalt at mulighet for å pålegge kommunalt samarbeid kunne være aktuelt å se nærmere på i forbindelse med en senere gjennomgang av folkehelsefeltet.

19.3 Gjeldende rett

19.3.1 Generelt om regelverk om kommunesamarbeid

Kommuner kan etter dagens regelverk samarbeide på ulike måter. Samarbeidet er i dag alt fra det helt formløse samarbeid til samarbeid innenfor definerte selskapsformer. Samarbeid mellom kommuner reguleres både av kommunallovgivningen og i særlovgivningen.

Nedenfor redegjøres først for dagens bestemmelser om kommunalt samarbeid i kommunehelsetjenesteloven. Videre gis en oversikt over ulike samarbeidsmåter som kan være aktuelle for kommunene på folkehelseområdet når oppgaver overføres til interkommunale organer.

19.3.2 Kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven § 1-6 har i dag følgende generelle bestemmelse om samarbeid mellom kommuner. Bestemmelsen lyder:

”Departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for dette, herunder også om fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten i kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.”

Bestemmelsen er rettet mot løsning av oppgaver innen helsetjenesten, herunder folkehelsearbeid, som angitt i kommunehelsetjenesteloven, jf. § 1-3 nr. 1, herunder miljørettet helsevern.

For miljørettet helsevern er det en særlig bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 første ledd:

”Myndighet og gjøremål innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunestyret, kan med unntak av den myndighet som er nevnt i § 4a-11 tredje ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven, til et interkommunalt organ eller til en annen kommune. Når kommunen har delegert myndighet til en annen kommune, skal vedtak fattet av denne stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.”

Bestemmelsen kom inn i kommunehelsetjenesteloven i 2005. Det var den gangen ingen generell adgang i lovverket til å samarbeide om lovpålagte oppgaver som i mindre eller større grad innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Det var derfor nødvendig å regulere dette i særlovgivningen. Av Ot.prp. nr. 72 (2003-2004) går det fram at det med ”interkommunalt organ” i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 menes samarbeid etter kommuneloven § 27 og lov om interkommunale selskaper. Bestemmelsen åpner ikke for å delegere oppgaver til aksjeselskaper. Bestemmelsen åpner også for delegasjon til andre nye organisasjonsformer som ivaretar hensynet til politisk ansvar og styring (til vertskommuner etter kommuneloven §§ 28a til k, som kom i inn i kommuneloven i 2007, og eventuelt til samkommuner).

I Ot.prp. nr. 72 (2003-2004) uttales følgende om delegering av myndighet til interkommunale organer:

”Helsedepartementet understreker at forslaget til delegering av myndighet til interkommunale organer verken legger føringer for eller forventninger til at kommunene skal etablere

interkommunale organer for miljørettet helsevern og/eller smittevern. Den enkelte kommune må, innenfor rammene av regelverket, etablere den organisering som kommunen er best tjent med. Interkommunalt samarbeid om oppgavene krever heller ikke at det delegeres myndighet. Kommunene kan velge å organisere arbeidet interkommunalt, men beholde myndigheten til å gi eventuelle pålegg i medhold av regelverket. Kommunestyret har som kommunens øverste organ ansvaret for at oppgavene er organisert på en forsvarlig måte, og at vedtak som fattes er forsvarlige og innenfor rammene av regelverket. Dette gjelder like mye der oppgavene ivaretas av et interkommunalt organ som der oppgavene ivaretas av et organ innad i kommunen.”

19.3.3 Modeller for samarbeid

Et hovedskille ved valg av samarbeidsform, er om samarbeidet gjelder oppgaver som kommunene frivillig har påtatt seg eller om det gjelder lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet. Når det gjelder det førstnevnte samarbeid, er følgende modeller aktuelle:

- Aksjeselskap etter aksjeloven
- Interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper
- Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27

Aksjeselskapsformen er regulert i aksjeloven av 13. juni 1997 nr. 44. Denne organisasjonsformen er i utgangspunktet myntet på private aktører og er utviklet for virksomhet med økonomisk formål, men også kommuner kan ta den i bruk. Aksjeselskap skal ha generalforsamling, styre og daglig leder og det er først og fremst gjennom vedtak i generalforsamlingen at deltakerkommunene kan utøve sin eierkompetanse

Lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskaper trådte i kraft 1. januar 2000. Denne organisasjonsformen er utviklet for virksomhet med forretningsmessig preg/næringsvirksomhet. Kommunene utøver sin eierstyring gjennom representantskapet, som er det øverste organet i selskapet. Representantskapet skal ha minst en representant fra hver kommune, som velges av kommunestyrene selv. Det enkelte kommunestyre har instruksjonsrett overfor sine egne medlemmer i representantskapet.

Etter kommuneloven § 27 kan kommuner opprette et eget felles styre til løsning av felles oppga-

ver. Det er begrenset hvilken myndighet som kan legges til styret, jf. lovens ordlyd ”drift og organisering”. Bestemmelsen er gammel og ble utformet med sikte på driftsmessig og administrativt samarbeid om for eksempel bygging og drift av anlegg for strøm- eller vannforsyning, kloakk og renovasjon. Kommunestyrene kan ikke instruere styret, men må styre gjennom sine representanter.

Når det gjelder samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse, er det som hovedregel vertskommunesamarbeid etter kommuneloven §§ 28 a-k kommunene kan anvende, men annet kan være bestemt i særlovgivningen, blant annet i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 som er omtalt over.

Den generelle hjemmelen i kommuneloven §§ 28 a-k ble innført fra 1. januar 2007. Et av hovedsiktemålene med de nye bestemmelsene var å gjøre det forsvarlig å etablere interkommunalt samarbeid når det gjelder oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Vertskommunesamarbeidet innebærer at beslutningsmyndighet blir delegert fra en eller flere kommuner til vertskommunen. Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale. Det er lagt vekt på å sikre at den enkelte deltakerkommune har mulighet til å påvirke/treffe avgjørelse i enkeltsaker som er delegert til vertskommunen. Den enkelte deltakerkommune kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndigheten i saker som alene gjelder deltakerkommunen eller dennes innbyggere.

19.3.4 Forslag om samkommunemodell

Kommunal- og regionaldepartementet har sommer/høst 2010 hatt på høring et forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Det fremkommer av høringsnotatet at formålet med forslaget er å komme fram til en robust samkommunemodell som gjør det demokratisk og rettsikkerhetsmessig forsvarlig å overføre utførelsen av lovpålagte oppgaver med innslag av myndighetsutøvelse til samkommunen, også oppgaver som kan sies å være av mer prinsipiell politisk karakter.

Samkommunemodellen er i likhet med vertskommunemodellen utformet med sikte på å gjøre det forsvarlig for kommunene å løse utførelsen av kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse, i samarbeid med andre. Det er således et visst overlapp i formålet med de ulike modellene. Samkommunemodellen er imidlertid i større grad enn vertskommunemodellen, tilpasset samarbeid på et bre-

dere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune.

Samkommunemodellen bygger på avtale mellom deltakerkommunene. Samarbeidsavtalen skal ha et minstemål av innhold for å skape nødvendig avklaring mellom deltakerne i forhold til for eksempel hvilke fullmakter som legges til samarbeidet, hvordan organisering skal skje, sammensetning av organer, ansvarsforhold mv.

Samkommunen er foreslått strukturelt oppbygd som en kommune. Kommunelovens regler er foreslått å gjelde tilsvarende så langt de passer. Samkommunen er en egen juridisk person med de rettsvirkninger dette har.

Samkommunen får sin myndighet overført fra deltakerkommunen. Det er et krav om at deltakerkommunene må overføre samme kompetanse, både i art og omfang.

Det vises til Kommunal- og regionaldepartementets høringsnotat av 26. april 2010 for nærmere beskrivelse av forslaget til samarbeidsmodell.

19.4 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet er det lagt opp til at det i utgangspunktet skal være opp til kommunene å finne ut om de bør samarbeide med andre kommuner for å etterleve de kravene som stilles til kommunens aktivitet etter forslaget til folkehelselov, samt finne ut hvilke oppgaver det bør samarbeides om og hvilken samarbeidsform som er mest hensiktsmessig. For noen kommuner vil det være hensiktsmessig og nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å sikre tilstrekkelig kompetanse på folkehelsearbeid i kommunen og etterleve kravene i forslag til folkehelselov.

Det er i høringsnotatet foreslått å videreføre bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-6. I høringsforslaget § 27 første ledd er det kun foreslått en språklig endring for å oppdatere begrepsbruken i kommunehelsetjenesteloven. Dersom det er påkrevet/nødvendig for kommunene å samarbeide for å etterleve de krav folkehelseloven stiller, vil det foreligge en plikt til slikt samarbeid.

19.5 Høringsinstansenes syn

Det generelle inntrykket fra høringsrunden er at kommunesamarbeid som sådan anses som positivt og flere høringsinstanser gir spesifikt uttrykk for at dette er viktig og hensiktsmessig og noen påpeker også at dette er avgjørende for at små og mellomstore kommuner skal kunne ivareta alle oppgavene. *Mattilsynet* uttaler at deres erfaring er at samarbeidet mellom kommunene og *Mattilsynet* fungerer bedre innen miljørettet helsevern der interkommunale løsninger er innført enn på smittevernområdet hvor ansvaret stort sett håndteres av den enkelte kommune.

Når det gjelder høringsnotatets forslag om å videreføre hjemmel for å gi pålegg om samarbeid mellom kommuner, jf. høringsforslaget § 27, går enkelte kommuner, *Kommunal- og regionaldepartementet* og *KS* spesifikt i mot statlig pålegg om samarbeid. De mener at samarbeid må være basert på frivillighet og at kommunene selv må velge samarbeidsløsninger. Noen kommuner støtter på den annen side uttrykkelig forslaget. Videre uttaler noen kommuner at staten må stimulere kommunene økonomisk til samarbeid.

De aller fleste kommuner og andre høringsinstanser har imidlertid ikke kommentert lovforslaget om kommunesamarbeid.

En formulering som går igjen hos flere av de kommunene som går imot en hjemmel for å pålegge kommunesamarbeid, er følgende:

”[k]an ikke se at det er behov for å gi HOD hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger. Dette samarbeidet kan skje igjennom inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.”

KS uttaler:

”[...]Kommunene vil selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger i samarbeid med fylkeskommunene, herunder hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.”

Kommunal- og regionaldepartementet uttaler følgende:

”Implementering av ny lov vil gi mange kommuner sterke insentiver til å samarbeide. Erfaring viser at kommunene selv finner hensiktsmessige måter å samarbeide på for å løse sine oppgaver best mulig, når det er behov for det.

Vi viser også til at eksisterende lovhjemler for å kunne pålegge samarbeid mellom kommuner, i praksis ikke blir benyttet. Dette tilsier etter vår oppfatning at det ikke er nødvendig å videreføre hjemler for å pålegge samarbeid mellom kommuner.”

Midt-Troms regionråd (samarbeid mellom kommunene *Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørrøisa, Torsken* og *Tranøy*) uttaler følgende om høringsforslaget § 27:

”Midt-Troms regionråd støtter intensjonen om interkommunale samarbeid, for å løse utfordringer innen folkehelsearbeid der det ikke er tilstrekkelig med ressurser og kompetanse i den enkelte kommune.[...]”

Enkelte kommuner og KS fylkeslag ser ut til å oppfatte høringsforslaget § 27 som en generell bestemmelse om kommunesamarbeid og ikke som en bestemmelse som regulerer samarbeid i *særlige* tilfeller, og disse høringsinstansene uttaler at bestemmelser om kommunesamarbeid hører hjemme i kommuneloven og ikke i særlovgivning som folkehelseloven. *Kreftforeningen* savner en bestemmelse om at kommuner kan samarbeide, tilsvarende hva som er fastsatt for fylkeskommuner i høringsforslaget § 20 tredje ledd.

Noen få høringsinstanser mener at det bør komme tydeligere fram i loven at flere kommuner kan samarbeide om kommunelege.

En del kommuner i Nord-Trøndelag påpeker behovet for samarbeid mellom kommuner og foreslår en samarbeidsplikt for fylkeskommunene for å legge til rette for dette.

Overhalla kommune uttaler følgende:

”[...]Vi mener at fylkeskommunens ansvar for samarbeid bør forsterkes. Årsak til et slikt ønske er at det i dag er store forskjeller på samarbeid over fylkesgrensene. Det er uten tvil en gevinst for små kommuner som er naboer over en fylkesgrense, at gode tiltak som iverksettes hos naboen også kan innføres i egen kommune, for eksempel gjennom et samarbeidsprosjekt kommunene i mellom. Vårt forslag: I § 20 må det hete: *To eller flere fylkeskommuner skal samarbeide dersom det er nødvendig for å støtte kommunesamarbeid over fylkesgrensene.*”

19.6 Departementets vurderinger

19.6.1 Generelt om samarbeid mellom aktørene i folkehelsearbeidet

Det er et av de foreslåtte formålene i utkast til ny folkehelselov at aktørene i folkehelsearbeidet setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet.

Det er flere steder i lovforslaget gitt bestemmelser som følger opp formålsbestemmelsen i § 1 annet ledd ved å formalisere visse typer samarbeid. Blant annet forutsettes det samarbeid mellom forvaltningsnivåene når det gjelder å få oversikt over folkehelseutfordringene, jf. §§ 5, 21 og 25.

Øvrige eksempler på samarbeidsbestemmelser er kommunens medvirkningsansvar i lovforslaget § 4 tredje ledd der kommunen skal gi råd og samarbeide med andre sektorer og myndigheter der disse sitter med virkemidler av betydning for befolkningens helse. Fylkeskommunens samordnings- og pådriveransvar for folkehelsearbeidet i fylket og dens oppgave i å understøtte kommunenes arbeid følger av lovforslaget § 20 annet ledd.

Statlige helsemyndigheters rolle overfor kommuner og fylkeskommuner er foreslått lovfestet i § 23 om fylkesmannen (blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid), § 24 Helsedirektoratet (gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner mv. informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet) og § 25 om Nasjonalt folkehelseinstitutt (gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter mv.).

19.6.2 Samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver

Samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver må være organisert på en måte som sikrer at oppgavene etter loven blir ivaretatt. Folkehelsearbeidet må bygge på lokal kunnskap om behovene, utfordringene og mulighetene i den enkelte kommune, og det er viktig at kommunens fokus på de særlige behov og utfordringer kommunen står overfor på folkehelseområdet ikke svekkes gjennom de samarbeidsordningene som etableres. Det er blant annet viktig å sikre at kompetansen på folkehelse i kommunen ikke bygges ned som følge av samarbeidsordninger og at samarbeid mellom sektorene i kommunen ikke svekkes. Samarbeid vil kunne være aktuelt innenfor mange områder innenfor, eller som grenser opp

mot folkehelsearbeidet, som for eksempel smittevern og beredskap.

Det bør etter departementets mening i utgangspunktet være opp til kommunene å finne ut om de bør samarbeide med andre kommuner for å etterleve de kravene som stilles til kommunens aktivitet etter lovforslaget. Videre bør det i utgangspunktet være opp til kommunene å finne ut hvilke oppgaver det bør samarbeides om og hvilken samarbeidsform som er mest hensiktsmessig. For noen kommuner vil det være hensiktsmessig og nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å sikre tilstrekkelig kompetanse på folkehelsearbeid i kommunen og etterleve kravene i lovforslaget.

Noen kommuner påpeker at kommunesamarbeid ikke bør reguleres særskilt i folkehelseloven, men at dette hører hjemme i kommuneloven. Departementet antar at disse høringsinstansene har oppfattet høringsforslaget § 25 som en uttømmende regulering av samarbeid, og at denne bestemmelsen skal gjelde i stedet for bestemmelsene i kommuneloven. Departementet vil derfor understreke at kommunelovens bestemmelser om samarbeidsformer vil komme til anvendelse også på samarbeid om folkehelseoppgaver og at hvilke muligheter for samarbeid som foreligger, først og fremst følger av kommunelovens alminnelige bestemmelser om samarbeid og andre lover som regulerer slikt samarbeid. Når det gjelder samarbeidsformer, vises det til de mulighetene som ligger i dagens regelverk og forslaget til samkommunemodell som var på høring sommer og høst 2010, jf. kapittel 19.3.3 og 19.3.4 over. Hvilke samarbeidsformer som kan anvendes, avhenger av om oppgavene det skal samarbeides om, er lovplagte oppgaver som innebærer bruk av offentlig myndighet eller om de er av mer frivillig/driftsmessig karakter.

Det kan være ulike behov for samarbeid på ulike fagområder, og kommunelovens generelle regler vil ikke alltid være tilstrekkelige for å sikre nødvendig samarbeid. Da kan det være nødvendig å ta inn spesialbestemmelser om kommunesamarbeid i særlover, og høringsforslaget § 27 var ment som en slik spesialbestemmelse. Formålet med bestemmelsen i høringsforslaget § 27 var derfor ikke ment uttømmende å regulere mulige samarbeidsformer, men i tillegg å gi mulighet for å pålegge samarbeid ved særlig behov.

Høringsforslaget inneholdt en regulering av muligheten for å pålegge samarbeid når dette er påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunen, noe som er en videreføring av gjeldende rett, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-

6. Kommunal- og regionaldepartementet viser til at bestemmelsen i praksis ikke benyttes, men det er etter Helse- og omsorgsdepartementets syn viktig å ha en mulighet for slikt pålegg dersom kommunene ikke på frivillig grunnlag klarer å etablere nødvendig samarbeid for å etterleve loven.

Departementet foreslår derfor en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-6 første ledd som gir departementet myndighet til å pålegge samarbeid dersom dette anses påkrevet for å sikre forsvarlig folkehelsearbeid i kommunene. Det foreslås videre at det i forbindelse med pålegg om samarbeid kan fastsettes krav om hva det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. Dersom det er påkrevet/nødvendig for kommunene å samarbeide for å etterleve de krav folkehelseloven stiller, vil det uansett i realiteten foreligge en plikt til slikt samarbeid. Departementet håper derfor at det i praksis ikke vil bli behov for å anvende bestemmelsen og at kommunen finner de beste løsningene selv, men mener det er nødvendig med en slik "sikkerhetsventil" i regelverket.

Departementet foreslår å videreføre hele bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-6 i lovforslaget, også annet og tredje ledd om bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner, i lovforslaget § 26. Det er kun gjort språklige endringer for å oppdatere begrepsbruken i forhold til formuleringene i kommunehelsetjenesteloven.

Kommunen kan ikke gjennom samarbeid eller opprettelse av samarbeidsorganer overlate det overordnede ansvaret for oppfyllelse av folkehelselovens krav til andre. Det vil til tross for organisering av samarbeid med andre kommuner, være den enkelte kommune selv som er ansvarlig for at kommunen oppfyller kravene i loven, men kommunen kan ivareta ansvaret gjennom å overlate oppgaver til samarbeidsorganer.

Når det gjelder samarbeid om kommunelege, vises det til omtalen i kapittel 18 om kompetanse. Videre vises det til kapittel 15.5.6 om miljørettet helsevern når det gjelder samarbeid om myndighetsoppgaver innen miljørettet helsevern.

Når det gjelder spørsmålet om fylkeskommunene bør ha en plikt til å samarbeide dersom det er nødvendig for å støtte kommunesamarbeid over fylkesgrensene, slik som foreslått av noen høringsinstanser, mener departementet at det ikke er behov for et slikt krav. Det foreslås ingen endringer i høringsutkastet på dette punktet. Departementet foreslår imidlertid at bestemmelsen i høringsforslaget om samarbeid mellom fylkeskommuner tas ut av lovforslaget. Grunnen til dette

er at fylkeskommunene, på samme måte som kommunene, kan samarbeide uten at dette er nødvendig å presisere særlig i loven og at bestemmelsen i høringsnotatet kan gi inntrykk av at det kun kan samarbeides dersom det er hensiktsmessig for å samordne arbeidet over fylkesgrenser. Samarbeid

mellom fylkeskommuner kan dreie seg om alle typer oppgaver som hensiktsmessig kan løses med samarbeid på tvers av fylker, slik som større regionale kartlegginger, kampanjer blant annet i regionale media, trafikksikkerhet langs vei som krysser fylkesgrenser mv.

20 Statlig tilsyn

I dette kapittel omtales statlig tilsyn med kommunens folkehelsearbeid, herunder miljørettet helsevern. Kommunenes tilsyn med virksomheter (private og offentlige) er nærmere omtalt i kapittel 15 om miljørettet helsevern.

20.1 Gjeldende rett

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 1 har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet, herunder tilsyn med den delen av helsetjenesten som arbeider med folkehelse. En tilsvarende bestemmelse finnes i kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Miljørettet helsevern og øvrig folkehelsearbeid er etter kommunehelsetjenesteloven en del av kommunens helsetjeneste, tannhelsetjeneste er en del av fylkeskommunens helsetjeneste.

Regional tilsynsmyndighet for kommunens helsetjenester er Helsetilsynet i fylket som er direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) § 1. Helsetilsynet i fylket skal blant annet holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse, jf. § 2. Helsetilsynet i fylket skal videre påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten.

Tilsynsmyndighetene skal medvirke til at:

- befolkningens behov for helsetjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenesteytingen forebygges
- ressursene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

Dersom kommunal virksomhet utøves på en måte som er i strid med helselovgivningen, og dette ikke blir rettet etter påpekning fra Helsetilsynet i fylket, kan Statens helsetilsyn etter nærmere vilkår gi pålegg om retting, jf. tilsynsloven § 5 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3.

Påleggsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 tredje ledd og bestemmelsen om pålegg i tilsynsloven § 5 er tilnærmet likelydende:

”Hvis virksomhet innen helsetjenesten (i kommunen) drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene.”

I forhold til hva som kreves for å gi retting innebærer dette at en må gjøre en normerende vurdering av forsvarlighet.

20.2 Høringsnotatets forslag

Med bakgrunn i risiko- og sårbarhetsvurderinger samt de konkretiseringer av folkehelsearbeidet som lovforslaget representerer var det i høringsnotatet forutsatt at det fortsatt er behov for tilsyn med kommunenes ansvar for folkehelsearbeid. Ut i fra en vurdering av tilsynsområder var det foreslått å avgrense tilsynet til §§ 4, 5, 6 og 8 (tilsyn med miljørettet helsevern) for kommunene samt §§ 20 og 21 for fylkeskommunene. Ved en inkurie var beredskap, samfunnsmedisinsk kompetanse og internkontroll ikke med i høringsbrevet over bestemmelser som det var foreslått å føre tilsyn med.

Tilsynet kan utøves både ved vurdering av om helsemessige forhold er ivaretatt i planstrategier og planer og ved systemrevisjoner. Videre var det foreslått i tilsynsbestemmelsen at tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering.

Departementet ba om høringsinstansenes syn på hvem som skulle være regional tilsynsinstans, fylkesmannen eller helsetilsynet i fylket.

Når det gjelder overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet, var det i høringsnotatets tekst stilt alternativ mellom Helsedirektoratet eller Statens helsetilsyn som overordnet tilsynsmyndighet, men i selve lovforslaget var det foreslått en videreføring av gjeldende rett når det gjelder tilsyns-

myndighet, dvs. at Statens helsetilsyn fortsatt skal ha dette ansvaret.

20.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har merknader til forslag til bestemmelser om tilsyn. De som uttaler seg om behov for kontroll med kommunen generelt uttaler at dette er nødvendig. *Fylkesmannen i Hordaland* uttaler:

”Forslaget bygger, naturlig nok, på ei forventning om at kommunane vil gjennomføre lovpålagte tiltak. Erfaring tilseier at dette ikkje alltid er tilfelle. For å realisere intensjonane i lova, må statlege styresmakter også ha nødvendige verkemiddel til å reagere og sanksjonere dersom kommunar ikke tek i vare folkehelsearbeidet på ein tilfredstillande måte.”

Hurum kommune uttaler:

”For at der skal komme en reell endring i kommunene, bør Fylkesmannens tilsynsrolle ovenfor kommunene tydeliggjøres.”

Miljørettet helsevern i Indre Østfold mener ”at det viktigste ikke er hvem som fører tilsynet, men at tilsyn med kommunens folkehelsearbeid prioriteres. Det er imidlertid viktig å sikre at tilsynsorganet har tilstrekkelig fagkunnskap”.

Derimot er det flere, deriblant *Statens helsetilsyn*, som tar opp det problematiske med å føre tilsyn med folkehelsearbeidet:

”Strategiene som har vært benyttet siden slutten av 1980-tallet har ikke gitt ønskede resultater på folkehelseområdet. Departementet har med lovforslaget tatt flere grep som kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet. Tilpasninger til plan- og bygningsloven står sentralt. Statens helsetilsyn er likevel i tvil om de foreslåtte virkemidlene er gode nok, og om kontrollordningene som skisseres er optimale. Statens helsetilsyn hadde gjerne sett at departementet hadde foreslått en ytterligere harmonisering med plan- og bygningsloven.”

En grunn til at Helsetilsynet mener at tilsynet med folkehelsearbeid vil være krevende er at folkehelseloven legger stor vekt på lokale prioriteringer og skjønn.

”Statens helsetilsyn mener at lovlighetskontroll av kommunalt folkehelsearbeid, gitt lovforslaget slik det foreligger, vil bli en krevende balansegang mot kommunens frie skjønn, ettersom det på dette området er svært vanskelig å definere hvor grensene for det frie skjønnet skal gå. Vektlegging av hensynet til ressursmessige avveininger i kommunene, gir et spillerom som i denne sammenheng kan svekke tilsynets mulighet for å bedømme og reagere med tilstrekkelig kraft.”

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede uttaler at:

”[d]et kan være vanskelig å sette opp klare krav til forebyggende arbeid, krav som lar seg kontrollere gjennom dagens ordning med internkontroll. Det er også slik at det er få absolute plikter med hensyn til forebyggende arbeid i kommunene. Etter rådets mening vil det derfor være avgjørende med en effektiv klage- og tilsynsinstans i tillegg til kommunenes kontroll av egen virksomhet.”

Flere, herunder Helsetilsynet, jf. over, viser til virkemidlene i plan- og bygningsloven. Dette støttes av flere fylkesmenn. *Fylkesmannen i Østfold* mener at:

”[d]et er nødvendig å fastholde at tilsyn er lovlighetskontroll, og skal bidra til at regelverket overholdes. Tilsyn med folkehelsearbeidet vil bli en særlig vanskelig balansegang mot kommunalt selvstyre. Vi viser til plan- og bygningslovens virkemidler.”

Fylkesmannen/helsetilsynet i Rogaland:

”[...] ville sett det som hensiktsmessig om Folkehelseloven heller hadde lagt opp til at Fylkesmannen hadde innsigelsesmyndighet ovenfor kommunale og fylkeskommunale planer og vedtak lik den man har i forhold til kommunale vedtak i medhold av Plan- og bygningsloven. Dette ville gi Fylkesmannen tilstrekkelig påvirkning på kontroll med folkehelsearbeidet på kommunalt og fylkeskommunalt nivå uten å utfordre rollesammenblandingen mellom faglig tilsyn og samtidig dyp involvering i de faglige prosessene.”

Fylkesmannen i Troms mener Fylkesmannen bør ha tilsyn med folkehelsearbeidet i kommunene med utgangspunkt i at folkehelsearbeidet er nært

knyttet til kommuneplanlegging gjennom plan- og bygningsloven, og virkemidlene i arbeidet er fordelt på alle sektorer.

Koblingen opp til plan- og bygningsloven er det også flere som mener er et viktig argument for at det bør være fylkesmannen som er regional tilsynsmyndighet. *Vestvågøy kommune* uttaler:

”[...]det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.”

Folldal kommune mener at:

”Fylkesmann bør være regional tilsynsmyndighet. Dette kan bidra til helhetlig tenking i folkehelsearbeidet, og til å sikre lokalpolitisk forankring.”

Fylkesmannen i Oslo og Akershus mener:

”Tilsynsystema bør således i hovedsak være kommunen/fylkeskommunens systematiske arbeid med oversikt over helsetilstanden, planforankring og tiltak, herunder kommunens anstrengelser for å sikre kompetanse og ressurser til arbeidet.”

Tilsyn med kommunens tilsyn, jf. miljørettet helsevern, er generelt lite omtalt, men det fremheves likevel at dette er viktig. *Fylkesmannen i Oslo og Akershus*:

”[m]ener det vil være spesielt viktig å føre tilsyn med kommunens arbeid og eget tilsyn innen miljørettet helsevern, herunder i barnehager og skoler m.v.”

Statens helsetilsyn uttaler at:

”Det er også en viktig forutsetning for statlig tilsyn med kommunens tilsyn at kravene til kommunens eget tilsyn er tydelige. Det må videre være en omforent forståelse av hva statlig tilsyn med kommunens tilsyn innebærer, og hvilket ansvar som følger/ikke følger av det. Statens helsetilsyn vil understreke at vi forstår statlig tilsyn med miljørettet helsevern som tilsyn med at kommunen fører et effektivt tilsyn med dette området.”

Når det gjelder utformingen av selve bestemmelsen om tilsyn, understreker *Kommunal- og regionaldepartementet* at statlig tilsyn med kommune-

sektoren etter kommunelovens kapittel 10 A skal være lovlighetstilsyn. Departementet viser videre til malen for hvordan tilsynsbestemmelser skal utformes, jf. St.meld. nr. 7 (2009-2010) s. 36 og formuleringen om at det kan føres ”*tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av ...*”

Når det gjelder formuleringen i høringsforslaget om at tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering, anbefaler Kommunal- og regionaldepartementet at denne tas ut av bestemmelsen da dette ikke er i samsvar med mål for hvordan tilsynsbestemmelser skal utformes. *Statens helsetilsyn* uttaler at:

”Forsvarlighet er en standard for å sikre god praksis og tjenesteutøvelse i kommuner, fylkeskommuner osv., og er ikke til for tilsynets del. Forsvarlighet bør derfor (her) knyttes tydelig til kommunens og fylkeskommunens ansvar. Dette medfører at siste setning i lovutkastet § 32, 1. ledd bør strykes. Statens helsetilsyn foreslår videre en tilføyelse i § 1, slik at 1. ledd lyder: ”Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.”

Videre uttaler Statens helsetilsyn at:

”[...] konkretisering av krav knyttet til oversikter, og ikke til resten av løpet, kan bidra til at denne delen av arbeidet får uforholdsmessig mye oppmerksomhet. Krav til oversikter må derfor følges av krav til oppfølging. [...] For tilsynsmyndigheten vil det av den grunn ikke være aktuelt å stille mindre krav til arbeidet som skal følge av oversikter. Kravene til kommunen må derfor gjennomgående være såpass presise at det er mulig å finne ut hva som er akseptabelt og ikke, enten man er tilsynsobjekt eller tilsynsmyndighet. Forsvarlighetskravet må operasjonaliseres, se punkt 5 i dette brevet. Vi må tilstrebe at samme skjønnsgrenser og målekriterier brukes i ulike fylker. Dette er et vesentlig punkt som ikke ivaretas i lovutkastet alene,”

Flere uttaler at forsvarlighetsbegrepet er definert noe svakt i høringsnotatet. Blant annet uttaler *Norges sykepleierforbund*:

”Lovutkastet legger til grunn at folkehelsearbeidet skal være forsvarlig. Forsvarlighetskravet på folkehelseområdet knyttes opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehel-

searbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller. Departementet mener videre at dersom kommunen unnlater å følge opp utfordringer og unnlater som medfører vesentlig tap av liv i god helse, er dette uforsvarlig. Dette gjør at forholdet mellom folkehelse og helsetjenester er viktig, også i vurdering av om kommunens folkehelse blir forsvarlig ivaretatt. NSF er uenig i at forsvarlighetskravet er en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm. Vi støtter Statens helsetilsyns oppfatning om at kjernen i forsvarlighetskravet kan betegnes som god praksis. Faglig forsvarlighet må være en norm for god praksis, løftet opp fra minstenivået. Først og fremst fordi det er forskjell på om det skal lovfestes en grenseverdi mellom lovlig og ulovlig tjenesteutøvelse eller om det skal være en norm som blant annet er forankret i profesjonenes kompetanse og myndighetenes retningslinjer.”

Fylkesmannen i Oppland uttaler:

”Tilsyn skal ha et forsvarlighetskrav som referanse. Vi mener at det bør utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer for hva som kan innebære forsvarlighet på det forebyggende området. Dersom forsvarlighetskravet skal ta utgangspunkt i kommunens ressursituasjon, når vi samtidig vet at gevinsten av det forebyggende arbeidet først blir synlig i et langtidsperspektiv, vil det bli vanskelig å få politisk aksept for en balansert investering i forholdet mellom forebygging og kurativ virksomhet. At kommunen ”har oversikt” over sine helseutfordringer, men ikke foreslått oppfølgende og adekvate tiltak, vil ha betydning for forsvarlighet. Det bør lovfestes et krav om at kunnskap om helseutfordringene i kommunen regelmessig blir forelagt politikerne og at aktuelle tiltak skal utredes og vurderes gjennomført. Dette kan ikke bare bli vurdert ved gjennomgangen av kommunens planstrategi av Fylkesmannen som en «godkjenningsprosedyre».”

Fylkesmannen i Buskerud mener:

”I utkastet til ny helse- og omsorgslov er det foreslått å innta og presisere forsvarlighetskravet i en egen lovbestemmelse. Vi mener at det samme bør gjøres i forslaget til folkehelselov”.

Helsedirektoratet mener forsvarlighetskravet må utvikles og uttaler blant annet:

”Vi er enig med Statens helsetilsyn i at det bør stilles et tydeligere forsvarlighetskrav i selve lovteksten. I lovutkastets § 32 første ledd siste setning står det at ”(t)ilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering”. Formuleringen kan leses slik at kommunen etter en konkret totalvurdering kan unnlate å oppfylle forsvarlighetsstandardene. En slik tolkning kan bl.a. skape ulikhet i praktiseringen av loven og bidra til å underminere lovens tiltenkte formål.”

”Forsvarlighetskravet må innebære at folkehelsearbeidet skal være bærekraftig, altså at fylkeskommuner og kommuner aktivt forholder seg til fremtidige helseutfordringer, og dessuten at en legger til grunn et føre var-perspektiv.”

Tilsyn med fylkeskommunenes folkehelseoppgaver er i liten grad berørt av høringsinstansene. Noen få kommenterer dette, blant annet med utgangspunkt i at dette kan ha konsekvenser for samarbeidet mellom fylkesmannen og fylkeskommunene i partnerskapene. Blant annet uttaler *Fylkesmannen i Troms* at:

”Dersom tilsynsansvar tillegges Fylkesmannen overfor fylkeskommunen ville det medføre at det løpende samarbeidet må avvikles, noe som ville være til stor ulempe for det samlede arbeidet overfor kommunene. Som et alternativ kunne det tenkes at Helsedirektoratet sentralt førte tilsyn med fylkeskommunen på folkehelsefeltet. Dermed ville tilsynet utøves fra nasjonalt nivå, hvor også styringssignalene kommer fra. Et slikt tilsyn kunne være et godt utgangspunkt for løpende kommunikasjon mellom fylkeskommunens ledelse og Helsedirektoratet om ivaretagelsen av fylkeskommunens plikter etter loven.”

Lofotrådet uttaler:

”Kongens godkjenning av regional planstrategi, og internkontroll, er tilstrekkelig. Hvis tilsynsfunksjonen opprettholdes, bør verken fylkesmann eller helsetilsyn i fylket være tilsynsmyndighet. Det er uheldig om førstnevnte skal føre tilsyn da de deltar i partnerskapene. Opprettholdes tilsynsfunksjonen må standardene på det som forventes tydeliggjøres, slik at til-

synsmyndighet og fylkeskommunene forstår forventningene.”

Rogaland fylkeskommune mener at:

”[f]orslaget om tilsyn etter loven bør utgå etter som det bør være rom for at folkehelsearbeidet må kunne tilpasses til lokale og regionale forutsetninger. Det vil også bli vanskelig å operasjonalisere feltet på en måte som gjør det egnet for å bli ført tilsyn med. Kongens godkjenning av regional planstrategi og intern kontroll bør derfor være tilstrekkelig. Dersom det viser seg at tilsynsfunksjonen blir videreført i endelig lov, må det i større grad tydeliggjøres hva som forventes slik at det er en klar felles forståelse av forventninger hos fylkeskommuner og tilsynsmyndighet.”

Hordaland fylkeskommune uttaler:

”Fylkesutvalet ser ikkje behov for statleg tilsyn i samband med fylkeskommunen sine plikter i medhald av §§ 20 og 21. Dersom eit slikt tilsyn likevel synest nødvendig er det ikkje naturleg at fylkesmannen er tilsynsmyndigheit. Tilsynsmyndigheita bør vere lagt til statlege myndigheiter.”

Helsedirektoratet mener at:

”[d]et er behov for å etablere en tilsynsordning med hvordan fylkeskommunen følger opp lovkravet. Helsedirektoratet mener at Fylkesmannen bør tillegges tilsynsansvaret. Det er samtidig behov for å utvikle tilsynsmetodikk for å ivareta oppgaven på en måte som ivaretar det regionalpolitiske handlingsrommet, og som muliggjør et fortsatt forpliktende samarbeid og partnerskap mellom fylkesmann og fylkeskommune.”

Få uttaler seg om hvem som bør ha ansvar for overordnet tilsyn. *Hurum kommune* uttaler:

”Det foreslås at Staten viderefører sitt ansvar for overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet i landet – det er viktig og riktig.”

Statens helsetilsyn mener at:

”Dersom Statens helsetilsyn skal ha overordnet faglig tilsyn med folkehelsearbeid, bør Statens helsetilsyn også være overordnet organ i klagesaker. Statens helsetilsyn er overordnet

instans for klager på andre områder hvor vi har tilsynsansvar. Dette er hensiktsmessig bl.a. av hensyn til normering.”

Helsedirektoratet mener det kan være fordeler å knytte det overordnede tilsynet med folkehelse til et sterkere fagmiljø:

”Argumenter for å legge tilsynsansvaret til Helsedirektoratet (og fylkesmannen) er at Helsedirektoratet besitter betydelig folkehelsekompetanse, og har trolig en bedre forståelse av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunene. Helsedirektoratet har allerede i dag tilsynsansvar både i alkoholloven og i tobakkskadeloven. Ved å samle tilsynsvirkemidlet med de øvrige virkemidlene for å påse og understøtte kommunene blir det en forenklet situasjon for kommunene (færre aktører).”

20.4 Departementets vurderinger

20.4.1 Vurdering av behovet for tilsyn

I praksis har det vist seg i tilsyn at det er vanskeligere å sette krav til forebygging enn til behandling ut i fra dagens kriterier for prioritering hva tilsynet skal føre tilsyn med. Dette skaper en ubalanse i gjeldende regelverk og går på tvers av intensjonene i samhandlingsreformen, jf. St.meld. nr. 47 (2009-2010). Stortinget har ved behandling av meldingen i Innst. 212 S (2009-2010) på side 27 påpekt at det er behov for en gjennomgang av regelverket med utgangspunkt i at erfaring fra tilsynssaker har vist at det er vanskelig å stille krav til forebygging. I forslaget til folkehelselov følges dette opp blant annet ved tydeligere krav til kommunenes oversikter over helseutfordringene, at det skal fastsettes mål for å møte disse utfordringene, og at det skal iverksettes nødvendige tiltak for å nå målene, jf. lovforslaget §§ 5, 6 og 7. Videre legges det opp til å endre tilsynskriteriene for statlig tilsyn, slik at forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid i sterkere grad kan ivaretas også i tilsynet.

Stortinget har lagt til grunn at en vurdering av innføring av statlig tilsyn skal bygge på en risiko- og sårbarhetsanalyse, og at valg av tilsyn som virkemiddel skal kunne forsvares gjennom en kost- og nytteanalyse, jf. Ot.prp. nr. 97 (2005–2006) og Innst.O. nr. 19 (2006–2007). En sårbarhetsanalyse kan defineres som en systematisk gjennomgang av et system i den hensikt å beregne systemets evne til å motstå trusler og overleve uønskede hendelser, ved å identifisere trusler, klargjøre

risiko og evaluere evne til å stabilisere systemet. Risiko defineres her som uttrykk for fare for tap av viktige verdier som følge av en uønsket hendelse. I forhold til tilsyn med kommuner og fylkeskommuner er temaet for analysen risikoen for og konsekvensen av lovbrudd.

I følge retningslinjene for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, må tungtveiende nasjonale hensyn foreligge dersom staten skal styre kommunesektoren gjennom regler. Statlig styring skal blant annet ta utgangspunkt i følgende hensyn:

- Rettssikkerhet, herunder sikring av minoriteters rettigheter
- Samordnet og omstillingsorientert forvaltning
- Liv, helse og sikkerhet

20.4.1.1 Risikoen for manglende lovoppfyllelse

På folkehelseområdet er det lite samsvar mellom hvem som sitter med de viktigste virkemidlene i folkehelsearbeidet, dvs. kommunene, og hvem som høster gevinstene ved forebygging. Kommunen har mindre økonomisk gevinst enn det som er optimalt ved å prioritere forebygging innenfor egne økonomiske rammer. Det er snarere folketrygden og spesialisthelsetjenesten som tjener på kommunens forebyggende initiativ, selv om også kommunene har interesse av å ha friske og arbeidsføre innbyggere.

For enkelte områder innen folkehelsearbeid er de økonomiske insitamentene til å ivareta kommunenes lovpålagte oppgaver på kort sikt negativ. Dette dreier seg om kommunenes ansvar med å godkjenne og føre tilsyn med virksomheter som kommunen selv eier eller driver, slik som miljøet i barnehager og skoler. For enkelte kommuner hvor godkjenning av skoler medfører investeringer i opprusting av skoler mv., vil krav til godkjenning fremstå som en kostnad. En kartlegging i 2007 viste at kun 50 % av skolene var godkjente etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler 9 år etter at de skulle vært godkjent. Etter denne kartleggingen gikk det brev til samtlige kommuner hvor det blant annet ble varslet en ny kartlegging. En tilsvarende kartlegging i 2009 viste at 68 % av skolene var godkjente. Kartleggingen i 2007 samt varsel om ny kartlegging har nok vært medvirkende til at flere ble godkjente i løpet av denne tidsperioden. Dette viser behovet for nasjonal oppfølging av kommunens ansvar med tilsyn og godkjenning. Det anses imidlertid ikke som hensiktsmessig å basere oppfølging av kommunens ansvar på denne type kartlegging på sikt. En slik kartlegging har også svakheter i forhold til

en systemrevisjon ved at den sier lite om kvaliteten i godkjenningen, dvs. om miljøet i skoler faktisk oppfylder kravene.

Forholdet mellom tiltak og effekt når det gjelder folkehelsearbeid, er for mange områder ikke målbart i korte tidsløp. For eksempel vil det å legge til rette for sunne levevaner blant barn og unge ha en positiv helseeffekt gjennom hele livet, også i forhold til funksjonsevnen som gammel. Dette gir utfordringer i forhold til de offentlige budsjettssystemenes innretning. Tiltak med god samfunnsmessig effekt vil i et kortsiktig perspektiv framstå som kostnader, og det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den positive kost-nytteeffekten viser seg.

Forholdet mellom effekt og tiltak er vanskeligere å dokumentere innen forebygging enn på andre områder, ikke fordi det har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte. På nasjonalt nivå har vi god dokumentasjon på nyttige tiltak som vitenskapelig har vist effekt, som vi dermed vet er nyttige å gjennomføre, selv om dette vanskeligere lar seg dokumentere i den enkelte kommune.

Det er en politisk utfordring å kunne prioritere tiltak som ikke klart viser sin effekt før om mange år, og det er sterkt individfokus når det gjelder behov for kurative tjenester. En ulykke er før den har tatt et liv, kun en statistisk sannsynlighet. I folkehelsearbeid kan vi i liten grad peke på hvilke enkeltindivider som blir spart for problemer i fremtiden. En riktig prioritering må være å balansere mellom innsats som reduserer behovet i fremtiden og det å dekke umiddelbare behov. I det politiske presset som oppstår knyttet til de ulike interessene, vil det være krevende å prioritere forebygging.

Det er dokumentert at innen folkehelsearbeid er sammensatte tiltak nødvendig for å få god effekt. Dette kan for eksempel innebære en kombinasjon av nasjonale kampanjer og lokale oppfølgingstilbud, for eksempel nasjonal formidling av kostholdsråd som følges opp av sunne matvarer i kantiner på skoler og arbeidsplasser lokalt. Dette kan også dreie seg om koordinerte tiltak mellom sektorer. I dag kan det være liten grad av koordinering mellom nasjonale folkehelse tiltak og lokale tiltak. Kommune og stat opererer i stor grad uavhengig av hverandre.

20.4.1.2 Konsekvenser av manglende lovoppfyllelse

De viktigste begrunnelsene for folkehelsearbeid og helsefremmende/forebyggende arbeid er å

spare enkeltmennesker for sykdom og lidelse og å spare samfunnet for kostnader på sikt. Stortinget sier i Innst. 212 S (2009-2010) på side 27 følgende:

”Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter.”

En bedre balanse mellom behandling og forebygging over tid kan føre til en reduksjon i kostbar behandling som overstiger utgiftene til forebygging. Folkehelsearbeid og forebygging kan gi vesentlige menneskelige og velferdsmessige gevinster, i tillegg til de økonomiske gevinstene. Mange forebyggings tiltak kan forebygge svært alvorlige sykdommer og unngå tap av mange leveår med god helse. Tilsvarende vil manglende oppfølging av helseutfordringene i kommunene medføre tap av mange leveår med god helse. Ivaretagelse av smittevernarbeid, beredskapsarbeid og arbeid med miljørettet helsevern vil ha direkte betydning for liv, helse og sikkerhet. At folkehelse tas hensyn til i planlegging, vil kunne ha betydning også i forhold til folks rettssikkerhet og minoriteters rettigheter.

Kommunene skal etter lovforslagets kapittel 3 fortsatt føre tilsyn med virksomheter som omfattes av miljørettet helsevern, for eksempel barnehager og skoler. Dette innebærer at kommunen godkjenner og fører tilsyn med sin egen virksomhet. Manglende oppfyllelse av krav til miljørettet helsevern i skoler og barnehager kan medføre at barn har et arbeidsmiljø som er helseskadelig, for eksempel i form av dårlig inneluft som følge av mugg eller radon. Som nevnt over, viste en kartlegging foretatt 2010 at kun 68 % av skolene er godkjente, 11 år etter at de skulle vært godkjente. Departementet foreslår at kommunene i lovforslaget § 30 får et forsterket dokumentasjonskrav for at deres tilsynsansvar gjennomføres på en måte som sikrer uavhengighet og likebehandling. Med bakgrunn i de risiko- og sårbarhetsvurderinger som er omtalt over, mener departementet at det fortsatt bør føres statlig tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid, herunder kommunens tilsynsansvar for miljørettet helsevern.

Tilsvarende forhold som for kommunen gjelder også for fylkeskommunen. Departementet mener fylkeskommunens ansvar for folkehelse er

av vesentlig betydning og foreslår på bakgrunn av dette at også fylkeskommunen skal omfattes av tilsynsbestemmelsen. Også fylkeskommunene har mange av de samme oppgaver og virkemidler som kommunen, slik at de samme prinsipper gjelder. Dette gjelder for eksempel fylkeskommunens ansvar for veg og videregående skole, og det kan være risiko for at helsehensyn ikke blir nødvendig ivarettatt på disse områdene. Noen høringsinstanser peker på at fylkesmannens tilsyn med fylkeskommunen kan være forstyrrende for partnerskapsarbeidet i fylket. Departementet er enig at dette taler mot en slik tilsynsordning, men ikke tilstrekkelig til å unnta fylkeskommunen fra tilsyn. Det veier tyngre at fylkeskommunens ansvar skal sees på linje med kommunens ansvar, og at det er viktig med en helhetlig regulering av området også fra et tilsynsperspektiv. Etter at fylkeskommunen fikk et lovfestet ansvar for folkehelse gjennom lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet i 2010, ble fylkeskommunens rolle ikke lenger definert ut i fra partnerskapsstrukturen som en frivillig oppgave, men ut fra sitt lovfestede ansvar.

20.4.1.3 Andre kontrollmekanismer enn statlig tilsyn

Andre kontrollmekanismer enn statlig tilsyn kan være økt krav til rapportering fra kommune til stat (KOSTRA), klagebehandling innen miljørettet helsevern, oppfølging etter plan- og bygningslovens bestemmelser (innsigelsesinstituttet), kommunenes egenkontroll etter kommuneloven § 23, politisk kontroll, interesseforeninger og andre pressgrupper, media, mv.

Politisk kontroll er vurdert over i omtale av risiko for lovbrudd, jf. manglende politisk press innen folkehelse. Det er ingen ordinær rapportering innen folkehelse i dag og slike kartlegginger er krevende både for kommuner, som må sette av tid til å rapportere særskilt, og for de som utfører kartleggingen. Departementet mener kartlegginger regionalt eller nasjonalt fortsatt kan være et virkemiddel for statlig kontroll, men at det i seg selv ikke ivaretar kontrollbehovet og derfor må være et supplement til andre kontrollordninger. Blant annet sier slike rapporteringer lite om kvaliteten på for eksempel miljøet i skoler. Klagebehandling innen miljørettet helsevern er viktig, men vil gjelde få bestemmelser i folkehelseloven, og ikke de som er fremhevet i risikovurderingen. Mulighet til bruk av innsigelse etter plan- og bygningsloven er avgrenset til kommuneplanens arealdel og reguleringsplan i spørsmål som er av

nasjonal eller vesentlig regional betydning. Kommunens folkehelsearbeid omfatter langt mer enn å ivareta folkehelse i kommuneplanens arealdel. Det er også en begrensning i forhold til håndtering av kommunens helseutfordring at innsigelser på arealdelen er avgrenset til forhold som er av nasjonal eller vesentlig regional betydning. De øvrige kontrollmekanismene, slik som kommunens egenkontroll, er svært generelle og vil ikke i tilstrekkelig grad sikre god nok dokumentasjon og virkemidler for å sikre etterlevelse av loven. Departementet mener på denne bakgrunn det er behov for statlig tilsyn med folkehelseloven.

20.4.2 Innholdet i tilsynet

Kommunal- og forvaltningskomiteen forutsetter i Innst.O. nr. 19 (2006–2007) kapittel 4.2 at det tydeliggjøres hvilke deler av loven det skal føres tilsyn med:

”Komiteen slutter seg videre til at det i særlovgivningen ikke bør finnes regler av typen «departementet fører tilsyn med denne loven». Slike regler innebærer etter komiteens syn at Stortinget gir i fra seg muligheten til både å avgrense tilsynet i forhold til det kommunale selvstyret og til å peke ut spesielt viktige områder for tilsyn. Komiteen mener at denne type formuleringer må fjernes i forbindelse med den kommende gjennomgangen av særlovgivningen og av tilsynets omfang og særlovgivningen. Komiteen slutter seg til at det i særlovgivningen bare skal stå hvilke områder det skal føres tilsyn med.”

Helse- og omsorgsdepartementet mener at statens tilsyn med kommunene bør avgrenses til §§ 4 til 9 og §§ 27 til 30 og for fylkeskommunenes vedkommende til §§ 20, 21 og 30.

Departementet viser til uttalelsen fra Kommunal- og regionaldepartementet om at tilsynsbestemmelsen etter folkehelseloven bør utformes etter malen for tilsynsbestemmelser med statlig tilsyn med kommunesektoren, jf. St.meld. nr. 7 (2009-2010) side 36, og foreslår at bestemmelsen utformes i tråd med denne.

Det statlige tilsynet skal føres i tråd med de generelle tilsynsreglene i kommuneloven kapittel 10 A. Dette innebærer blant annet at tilsynet er avgrenset til et lovlighestitilsyn. Tilsyn er dermed en kontroll med at kommunen utfører sine plikter i henhold til bestemmelsene som oppregnes i lovforslaget § 31.

Hva som er lovens krav og dermed skal føres tilsyn med, følger av beskrivelsen av de enkelte bestemmelsene. Under følger en begrunnelse for valg av tilsynsområder samt en vurdering av innholdet i tilsynet for de aktuelle bestemmelsene.

At loven skal sikre at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte, jf. § 1, innebærer ikke et selvstendig krav. Følgelig er ikke formålsbestemmelsen, herunder forsvarlighet, en selvstendig bestemmelse fylkesmannen skal føre tilsyn med, men bestemmelsen vil ha betydning for hvordan de andre bestemmelsene i loven som det skal føres tilsyn med, er å forstå.

Kommunens ansvar for folkehelsearbeid etter § 4 ligger til grunn for de andre bestemmelsene rettet mot kommunene. Dette er spesielt knyttet til at kommunen skal bruke alle sine virkemidler til å fremme helse.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen etter § 5 er utgangspunktet for kommunens oppfølging av sitt ansvar for folkehelse. At kommunen ivaretar lovens krav om å ha nødvendig oversikt over sine folkehelseutfordringer, er derfor en forutsetning for at kommunen kan oppfylle andre forpliktelser. Manglende oversikt kan innebære at kommunen har vesentlige helseutfordringer som kommunen ikke er klar over, slik som levekårsutfordringer, høye ulykestall, store mobbeproblemer i skolen, vesentlig negativ utvikling i ungdomsrøyking mv. Oversikten skal både omfatte helsetilstanden og positive og negative biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale faktorer som virker inn på denne. Det er satt krav til at oversikten skal være skriftlig. Tilsynsmyndigheten kan etterspørre dette dokumentet, samt hvilke systemer kommunen har for å sikre at kommunen har nødvendig oversikt over helseutfordringene i kommunen, for eksempel hvis det skulle oppstå nye situasjoner og risikoforhold. Krav som følger av bestemmelsen er blant annet at kommunen aktivt har tatt stilling til a) de opplysninger som er gitt til kommunen fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen, b) kunnskap fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen og c) øvrige faktorer og utviklingstrekk i kommunen som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Det vises til nærmere omtale i kapittel 13. Kommunen må som en del av sitt styringssystem og internkontroll etter § 30, sikre at opplysninger som nevnt i bokstav a, b og c i § 5, innhentes og vurderes.

For at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for folkehelse, må oversikten være faglig fundert. Dette innebærer at kommunen må godtgjøre at analysen bygger på god faglighet. Depar-

tementet vil understreke at blant annet epidemiologisk kompetanse vil være nødvendig for å foreta faglige analyser. Kommunene har i dag krav til å ansette samfunnsmedisinsk kompetanse gjennom kommunelegefunksjonen, men kommunen kan også benytte annen tilsvarende kompetanse til analysearbeidet. Det kan være aktuelt å inngå samarbeid med kompetansemiljøer, for eksempel høyskoler, fylkeskommunen, helseforetak og/eller interkommunale enheter som kan bistå eller utføre analysene for å sikre nødvendig faglighet.

Analysen som ikke er tilstrekkelig faglig, innebærer brudd på bestemmelsen da dette kan medføre at kommunen har ufullstendig eller feil forståelse av sine helseutfordringer, både i forhold til aktuelle tiltak og konsekvenser. Dette kan potensielt ha stor betydning for liv og helse. Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse til å utføre analyser, samt krav til at vurderingene er uavhengige av andre hensyn som politikk, økonomi mv. Disse hensynene er av betydning i anvendelsen av analysen, jf. fastsettelse av mål og tiltak, men må ikke påvirke selve analysen.

Videre mener departementet at tilsynsmyndigheten bør føre tilsyn med §§ 6 og 7 om mål og planlegging og folkehelse tiltak. Dersom kommunen har oversikt, men ikke har tatt stilling til hva dette innebærer av planlegging, tiltak og prioritering, er dette brudd på §§ 6 og 7. Det vises til følgende uttalelse fra Statens helsetilsyn:

”[...]konkretisering av krav knyttet til oversikter, og ikke til resten av løpet, kan bidra til at denne delen av arbeidet får uforholdsmessig mye oppmerksomhet. Krav til oversikter må derfor følges av krav til oppfølging [...] For tilsynsmyndigheten vil det av den grunn ikke være aktuelt å stille mindre krav til arbeidet som skal følge av oversikter. Kravene til kommunen må derfor gjennomgående være såpass presise at det er mulig å finne ut hva som er akseptabelt og ikke, enten man er tilsynsobjekt eller tilsynsmyndighet. Forsvarlighetskravet må operasjonaliseres, se punkt 5 i dette brevet. Vi må tilstrebe at samme skjønnsgrenser og målekriterier brukes i ulike fylker. Dette er et vesentlig punkt som ikke ivaretas i lovutkastet alene.”

Oversikten over kommunens helseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. § 6 første ledd. Dette innebærer at tilsynsmyndigheten kan etterspørre grunnlagsdokumentet om folkehelse, og ev. også

vurdere planbehov, jf. i hvilken grad helseutfordringene er drøftet i planstrategien.

Drøftingen må være basert på den vurderingen som er gjort etter § 5, men i form tilpasset funksjonen til planstrategi, dvs. hva kommunens helseutfordringer har å si for kommunens strategiske valg knyttet til planbehov mv. Videre skal kommunen på bakgrunn av oversikten fastsette mål og strategier egnet til å møte kommunens helseutfordringer. Om mål og strategier for folkehelse tas inn i kommuneplan eller i en kommunedelplan, er opp til kommunene, men tilsynsmyndigheten kan se etter at det faktisk er fastsatt mål og strategier, at disse er forankret i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven og at disse er egnet til å møte folkehelseutfordringene i kommunen. Når det gjelder å vurdere målene og strategiene, må tilsynsmyndigheten ta hensyn til de rammer som kommunene arbeider innenfor samt at det her er rom for politiske prioriteringer. Noen kommuner har større utfordringer enn andre, og ingen har kapasitet til å gjøre alt samtidig. Dette innebærer at det i vurderingen må tas hensyn til at kommunen har prioritert tiltak over tid, men kommunen kan ikke forholde seg passiv til sine helseutfordringer.

Det er ikke tilstrekkelig med planer. Disse må følges opp, jf. § 7 første ledd om krav til å iverksette nødvendige tiltak. Tilsynsmyndigheten kan vurdere om kommunen har nødvendig styring med oppfølging av planene, jf. også § 30 om internkontroll. Kravet om å iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene følger også direkte av identifiserte helseutfordringer etter § 5 uten at tiltakene er forankret i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven. Det kan være tiltak som en nødvendigvis må følge opp uavhengig om dette er forankret i planer. Dersom oversikten for eksempel viser at det er et visst antall kjøletårn, luftskrubber mv. i kommunen med en risiko for spredning av *Legionella*, krever dette en oppfølging gjennom kommunens tilsyn etter kapittel 3. Et annet eksempel kan være at det er identifisert bestemte ulykkesfeller, slik som farlige vegkryss, som krever at det iverksettes tiltak. Dette er viktig for å forebygge ulykker, men trenger ikke nødvendigvis være av en slik art at kommunen har fastsatt direkte mål og strategier på dette området forankret i kommuneplan. Likevel kan forholdet være av en slik art at kommunen må følge dette opp etter § 7 første ledd. Tilsvarende gjelder forhold av akutt art, dvs. dersom det oppstår, eller kommunen blir klar over, situasjoner i kommunen med forhøyet risiko for helseskade i befolkningen, for eksempel høye luftforurensningsverdier,

må kommunen iverksette nødvendige tiltak, uavhengig om dette er forankret i mål og strategier, jf. også beredskapsbestemmelsen i § 28. Kommune-lovens § 60d første ledd gir fylkesmannen myndighet til å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelser fylkesmannen fører tilsyn med. Dette gjelder også hvis kommunen unnlater å ivareta sitt ansvar etter §§ 7 og 9 i situasjoner der det er fare for liv og helse, som for eksempel å pålegge en virksomhet med legionellainfisert kjøletårn retting eller stansing.

Etter lovforslagets § 9 skal kommunen føre tilsyn med miljøforhold med betydning for helsen. Bestemmelsen gir kommunen ansvar for å føre tilsyn med virksomheter som omfattes av miljørettet helsevernbestemmelsene, herunder tilsyn med skadedyrbekjempelse, virksomheter med innretninger som direkte eller indirekte kan spre legionella, hygieniske forhold i bassengbad, miljø i barnehager, skoler, asylmottak mv. Dette er forhold som kan medføre fare for liv og helse og det er viktig at dette ansvaret ivaretas på en systematisk måte, jf. også § 30 annet ledd. Mange av de aktuelle virksomhetene er kommunale. Dette betyr at det er stor risiko knyttet både til lovbrudd og konsekvenser for lovbrudd knyttet til denne bestemmelsen. Tilsvarende gjelder også for beredskapsplan etter § 28, jf. også § 29. Her kan tilsynsmyndigheten etterspørre kommunens beredskapsplan for sine oppgaver etter kapittel 3 om miljørettet helsevern, samt gjøre en vurdering av om denne planen er tilstrekkelig for å ivareta beredskapsbehovet.

Departementet viser til uttalelser fra Kommunal- og regionaldepartementet om at det at tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering, bør tas ut av bestemmelsen da dette ikke er i samsvar med mal for hvordan tilsynsbestemmelser skal utformes. Videre vises til Statens helsetilsyns uttalelse om at:

”Forsvarlighet er en standard for å sikre god praksis og tjenesteutøvelse i kommuner, fylkeskommuner osv., og er ikke til for tilsynets del. Forsvarlighet bør derfor (her) knyttes tydelig til kommunens og fylkeskommunens ansvar. Dette medfører at siste setning i lovutkastet § 32, 1. ledd bør strykes. Statens helsetilsyn foreslår videre en tilføyelse i § 1, slik at 1. ledd lyder: «Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.»”

Departementet er enig i disse vurderingene, og foreslår at forsvarlighetskravet flyttes til § 1 i tråd med Helsetilsynets forslag. Det vises til kapittel 9 for nærmere redegjørelse om forsvarlighet.

20.4.3 Hvem som skal føre tilsynet

20.4.3.1 Regional tilsynsmyndighet

I forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er det lagt opp til at tilsynet legges til fylkesmannen. Etter departementets vurdering bør valg av tilsynsinnsinstans etter forslaget til folkehelselov ses i sammenheng med valg av tilsynsinnsinstans etter denne loven. I tillegg mener høringsinstansene, med noen unntak, at tilsynet med folkehelseloven bør legges til fylkesmannen blant annet med utgangspunkt i hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren, at kommunenes folkehelsearbeid berører andre sektorer enn helsetjenesten i kommunene og at fylkesmannen allerede har oppgaver blant annet knyttet til klagebehandling etter miljørettet helsevern.

Det forutsettes at fylkesmannen prioriterer sin innsats mot kommunene mellom tilsyn, råd og veiledning mv. ut i fra hva som anses som mest effektivt for å sikre flest mulig leveår med god helse, samt påvirke til utjevning av sosiale helseforskjeller.

På bakgrunn av dette foreslår departementet at fylkesmannen tillegges ansvaret for å føre tilsyn med kommunens og fylkeskommunens folkehelsearbeid etter denne loven.

Kommune-lovens § 60d første ledd gir fylkesmannen myndighet til å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelser fylkesmannen fører tilsyn med. Dette er en endring fra i dag hvor det er Statens helsetilsyn som har myndighet til å gi pålegg med folkehelseoppgavene etter kommunehelsetjenesteloven, jf. også lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

20.4.3.2 Overordnet faglig tilsyn

Statens helsetilsyn har i dag ansvar for overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet. Alternativt kan denne oppgaven legges til Helsedirektoratet med den begrunnelse av at de besitter mer folkehelsekompetanse enn det Helsetilsynet har i dag. Departementet foreslår nå ingen endringer i ansvar for overordnet tilsyn, dvs. at Helsetilsynet, med utgangspunkt i den arbeidsdelingen som også gjelder for helseområdet for øvrig, fortsatt

bør ha ansvar for overordnet tilsyn også med folkehelsearbeidet i landet og for å påse at kommunenes folkehelseoppgaver drives i samsvar med lov og forskrift. Det er en nær sammenheng mellom folkehelseoppgaver, spesielt knyttet til miljørettet helsevern, og smittevern samt også helse- og sosialmessig beredskap. Helsetilsynet vil fortsatt etter smittevernloven og lov om sosial- og helsemessig beredskap ha ansvar for overordnet faglig tilsyn. Videre sikrer dette nødvendig uavhengighet i tilsynet i tillegg til en god styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen.

Dette innebærer at det fortsatt skal være en del av rollen til Statens helsetilsyn å gi vurderinger til kommunene om udekkede behov, uønskede dreininger i prioriteringer eller variasjoner som ikke er i samsvar med lovgivningen. Dette forutsetter at det skal inngås et nærmere samarbeid mellom Helsetilsynet og Helsedirektoratet for å sikre at det er tilstrekkelig folkehelsekompetanse i utøvelsen av det overordnede tilsynsansvaret etter folkehelseloven. Helsetilsynet har i dag lite kompetanse innen folkehelse, og det er derfor viktig at tilsynet samarbeider med Helsedirektoratet når det gjelder tilsyn med folkehelsearbeidet.

Overordnet tilsynsansvar innebærer blant annet overvåking av i hvilken grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt etter loven samt styre fylkesmannens tilsyn med kommunens og fylkeskommunens folkehelsearbeid, herunder regelmessig å forberede og gjennomføre landsomfattende tilsyn, samt legge til rette for og følge opp fylkesmennes tilsynsoppgaver for øvrig etter loven, herunder klagesaksbehandling etter miljørettet helsevern.

Kriterier for Helsetilsynets prioritering i dag omfatter ikke folkehelse i tilstrekkelig grad. Helsetilsynet uttalte i høringen til folkehelseloven at:

”Tilsynsmyndigheten har begrensede ressurser, og må prioritere mellom ulike områder der sannsynligheten for svikt er stor. Valg av tilsynsområder bygger på risikoinformasjon. Det innebærer at antatte svakheter i folkehelsearbeid vil veies mot fare for svikt i ulike deler av tjenesteapparatet der konsekvensen av svikt kan være alvorlig og umiddelbar. Det dreier seg om størrelser som ikke umiddelbart er sammenlignbare. Dette utfordrer tilsynsmyndighetens prioriteringer og kriteriene for hva tilsynsmyndigheten primært skal rette tilsynet mot.”

I praksis betyr dette at dagens system for prioritering av tilsynsområder på dette området er mangelfullt. Departementet vil på bakgrunn av dette utforme et eget sett med kriterier for tilsyn med folkehelseområdet som innebærer at dette området regelmessig blir fulgt opp også med tilsyn, tilsvarende de andre tilsynsområdene som nå er tillagt Helsetilsynet. Det må være kontinuerlig tilsynsaktivitet innen folkehelseområdet, herunder regelmessige landsomfattende tilsyn. Videre må Helsetilsynet integrere folkehelseområdet som en del av sine oppgaver knyttet til overvåking av i hvilken grad folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner blir ivaretatt etter loven og styre fylkesmannens tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid. Fordi, som Helsetilsynet uttaler, helsetjenester og folkehelsearbeid er størrelser som ikke umiddelbart er sammenlignbare, skal det fastsettes egne kriterier for dette området for å sikre at dette blir systematisk ivaretatt også fra tilsynets side.

21 Økonomiske og administrative konsekvenser

21.1 Generelt om samfunnsøkonomisk nytte ved forebygging

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Dette gir et samfunnsansvar og en samfunns-etisk forpliktelse. Helsen vår er noe av det viktigste vi har. Det merker vi spesielt når vi eller våre nærmeste blir syke. Hvordan vi utvikler samfunnet vårt har stor betydning for helsen til hver og en av oss, og ikke minst for hvordan helsen er fordelt i befolkningen.

Folkehelsearbeid bidrar til å spare enkeltmennesker fra sykdom og lidelse samt sparer samfunnet for kostnader på sikt. Stortingets helse- og omsorgskomitee sier i Innst. 212 S (2009-2010) på side 27:

”Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren.”

I følge OECD bruker Norge en vesentlig mindre andel av helsebudsjettet til forebygging og folkehelsearbeid enn mange andre land. Det antas at en bedre balanse i ressursinnsatsen mellom behandling og forebygging over tid vil føre til en reduksjon i økningen av behovet for kostbar behandling. Dette er en av forutsetningene som ligger til grunn for samhandlingsreformen. I tillegg vil det være vesentlige menneskelige og velferdsmessige gevinster ved en lavere dødelighet og en mer funksjons- og arbeidsdyktig befolkning.

Mange tiltak kan forebygge svært alvorlige sykdommer og bidra til å unngå tap av leveår med god helse. Slike tiltak er dermed potensielt svært samfunnsøkonomisk lønnsomme. I Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport *Skapes helse, skapes*

velferd (2008) vises det hvordan investering i helse gir drivkraft i økonomien på samme måte som investering i utdanning og infrastruktur. Der påpekes også at i samfunnsøkonomiske vurderinger av tiltak på ulike politikkområder og i ulike samfunnssektorer, er leveår med god helse og livskvalitet/gode leveår, en viktig målestokk for folks opplevelse av velferd. Blant annet viser beregningen at over et livsløp vil en fysisk aktiv person i gjennomsnitt forventes å få 8,3 kvalitetsjusterte leveår mer enn en fysisk inaktiv person. Tilsvarende vil en som blir fysisk aktiv som 50-åring vinne 6 gode leveår og en 70-åring vinne 3,5. Helsedirektoratet har i sine samfunnsøkonomiske analyser lagt til grunn en velferdsverdsetting på 500.000 kroner per leveår med gode helse.

I følge danske beregninger vil en 25 år gammel storøyker tape mer enn ti gode leveår sammenlignet med en som aldri har røykt. Svært overvektige kvinner (kroppsmasseindeks > 30) kan forvente ti færre gode leveår enn normalvektige kvinner, mens svært overvektige menn taper fem gode leveår sammenlignet med normalvektige. Menn med høyt alkoholforbruk taper fire til fem leveår uten langvarig belastende sykdom, mens kvinner med høyt alkoholforbruk taper ett til to og et halvt gode leveår.

I tillegg til disse langsiktige gevinstene relatert til redusert dødelighet og alvorlig sykdom kommer de kortsiktige helseeffektene, som redusert forekomst av mindre alvorlig sykdom og økt mobilitet og velvære.

Halvparten av alle over 80 år faller minst en gang i året. De som har falt én gang, har to til tre ganger så høy risiko for å falle igjen, og mange pådrar seg beinbrudd. Redusert livskvalitet og stort behov for hjelp er ofte resultatet, og mange gjenvinner ikke tidligere gangfunksjon. Forskning viser at fall kan forebygges med målrettet og individuelt tilpasset fysisk aktivitet og trening. I en studie fra forebygging av lårhalsbrudd i Stovner bydel er det dokumentert at én investert krone i forebygging ga en avkastning på hundre kroner. En beregning foretatt ved Høgskolen i Harstad viser at et lårhalsbrudd koster samfunnet 167.000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostna-

der og produksjonstap. Årlig er det mellom 7000 – 9000 lårhalsbrudd i Norge. Det gir samlede kostnader mellom 1,1 – 1,5 milliarder kroner. For lårhalsbrudd hos innbyggere i Harstad kommune beløper de årlige beregnende kostnader seg til ca. 6,7 millioner. Ut i fra hva man kjenner til av effekt av kjente metoder, vil det faktisk være samfunnsøkonomisk lønnsomt å ha en fulltidsstilling som bare jobbet med forebygging av lårhalsbrudd i denne kommunen.

En dansk analyse har beregnet at fysisk inaktivitet årlig fører til:

- 3,1 mill. fraværsdager fra arbeid
- 50 000 tapte leveår
- 2,5 mill. besøk hos allmennpraktiserende lege
- 5000 i førtidspensjonering
- 100 000 sykehusinnleggelseser

Videre er det gjort tilsvarende beregninger for overvekt som viser stort samfunnsøkonomisk potensial. Menn i god fysisk form har dessuten vist signifikant lavere antall sykehusbesøk og liggedøgn på sykehus sammenlignet med personer som er i dårlig fysisk form.

En studie publisert i 2008 som fulgte voksne menn og kvinner over en periode på 11 år viste at gruppen som hadde fire gunstige levevaner (røykfrihet, regelmessig fysisk aktivitet, moderat alkoholinntak og høyt inntak av frukt og grønnsaker) hadde fire ganger lavere risiko for tidlig død sammenlignet med gruppen som hadde ugunstige levevaner. Dette tilsvarte 14 år lengre levetid.

Forebyggingstiltak med god samfunnsøkonomisk effekt kan settes i verk på mange nivåer og i mange sektorer, og det er stort potensial for forbedringer. I dag har for eksempel kommunene ikke tilstrekkelig styringsinformasjon til å se hva som er forebyggingspotensialet i kommunen, og hvor de bør prioritere for å få størst mulig samfunnsøkonomisk effekt av tiltakene. Gjennom å gjøre et sett med nøkkeldata tilgjengelig for kommunen vil den ha bedre mulighet til å prioritere sine tiltak.

Det er godt dokumentert at folkehelsearbeid ved bruk av riktige metoder har god effekt og på sikt vil redusere fremtidige kostnader til behandling og andre samfunnsmessige kostnader knyttet til sykkelighet i befolkningen. Det er derfor også et potensial i å gjøre godt dokumenterte verktøy og metoder i forebygging tilgjengelige for å sikre at de tiltak som iverksettes er de mest effektive. Som grunnlag for sitt veiledningsarbeid til kommunesektoren, har Helsedirektoratet en strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil legge til rette for at det gjennomføres systematiske sam-

funnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak.

21.2 Høringsnotatets omtale av økonomiske og administrative konsekvenser

Høringsnotatet redegjør for behovet for økt satsing på folkehelse for å møte fremtidens helseutfordringer. Videre redegjøres det for den samfunnsøkonomiske nytten ved forebygging og folkehelsearbeid, samt eksempler på dokumenterte samfunnsøkonomisk nyttige tiltak.

I vurderingen av økonomiske og administrative konsekvenser tas det utgangspunkt i at kommunene og fylkeskommunene i dag har ansvaret for å ivareta folkehelsen til innbyggerne, jf. kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. I høringsnotatet er det en gjennomgang av dagens ressursbruk knyttet til administrasjon av folkehelsearbeid i kommunene, herunder miljørettet helsevern tjenesten, folkehelsekoordinatorer, samfunnsmedisinere mv.

For fylkeskommunene vises det til at innholdet i forslaget til ny lov i hovedsak er en videreføring, men med noen tilpasninger. For kommunene er høringsforslaget en videreføring av deres ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, men med økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn i kommunens øvrige aktiviteter. Videre er dagens krav til å ha oversikt over faktorer som direkte eller indirekte kan virke inn på helsen presisert, blant annet ved at oversikten skal være skriftlig. Høringsnotatet forutsetter at økt krav til systematikk ikke medfører vesentlige økonomiske konsekvenser, men at en presisering av krav til oversikt vil kunne være å anse som en skjerpelse av kravet. Når det gjelder presisering av krav til oversikter samt større krav til koordinering ved tverrsektorielt arbeid, er dette forutsatt kompensert gjennom at kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen ble styrket med 230 millioner kroner i frie inntekter fra 2010.

For statlige helsemyndigheter var oppgavene som ble foreslått lovfestet i høringsnotatet i stor grad en formalisering av de oppgavene de har i dag. Helsedirektoratet er blitt styrket for å ivareta sin rolle med å bistå kommuner og fylkeskommuner på folkehelseområdet. Folkehelseinstituttet er også blitt styrket for å ivareta sitt ansvar knyttet til å gjøre helsedata tilgjengelig for kommunene. Videre foreslås i høringsnotatet at Folkehelsein-

stituttet får klarere ansvar og rolle i forhold til beredskap, noe som anses å være innenfor det mandat instituttet har i dag.

21.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er enige i at det er behov for å prioritere folkehelsearbeid høyere for å møte fremtidens helseutfordringer. Det er en generell enighet om at folkehelsearbeid er samfunnsøkonomisk lønnsomt i tillegg til at dette gir økt velferd. Blant annet uttaler NAV at:

”Godt forebyggende folkehelsearbeid vil imidlertid over tid gi en sunnere befolkning, med mindre sykdom og skadefølge. Dette forventes å gi flere arbeidsføre og aktive blant den yngre del av befolkningen og også bedre helse i høyere alder. Slik vil bedre folkehelsearbeid bidra til at flere i arbeidsfør alder får mindre helseproblemer, og til å få ”flere i arbeid og aktivitet, færre på passive ytelser”, som er et av målene med NAVs satsning. God helse blant den eldre delen av befolkningen vil muliggjøre lengre yrkesaktivitet og en senere avgang med alderspensjon, i tråd med pensjonsreformens intensjon og i tråd med delmål 3 i avtalen om et Inkluderende Arbeidsliv (IA)”.

Mange høringsinstanser påpeker at det ikke er samsvar mellom hvem som skal bære kostnadene ved folkehelsearbeid og hvem som har økonomisk nytte av dette. Blant annet uttaler *Stranda og Stordal kommuner* at:

”Eit moment er også at det vil vere kommunane som må stille med ressursane for tiltaka, medan det er i stor grad spesialisthelsetenestene (reduerte tal på innleggingar) og Staten (NAV) som dreg økonomisk gevinst av effekten av vellukka kommunale tiltak”.

Tønsberg kommune uttaler:

”Økt forpliktelse for alle kommunens sektorer til å fokusere på folkehelse og tidlig intervensjon vil generere gevinst som først og fremst høstes av spesialisthelsetjenesten.”

Åvjaværri Urfolksregion uttaler:

”Ved at kommunene bevilger midler til et godt forebyggende folkehelsearbeid, vil de økonomiske belastningene for f.eks. helseforeta-

kene, reduseres betraktelig. Videre er det ikke nødvendigvis den sektoren som bærer utgiftene som gir god folkehelse, som også høster innsparingene av dette.”

Et annet moment som trekkes frem av mange høringsinstanser er at det er en merkostnad over en periode før en kan ta ut effekten av folkehelsearbeid. Denne merkostnaden er det vanskelig for kommunen å kunne prioritere. *Bodø kommune* uttaler blant annet at:

”Staten sier dermed at kommunen bør satse på helsefremmende og forebyggende tiltak samtidig som kommunen skal øke innsatsen innenfor kurative tjenester og pleie/omsorg. Staten tar dermed ikke høyde for ”pukkeeffekten” som vil oppstå fordi kommunen skal øke innsatsen på flere områder samtidig. Som sagt ovenfor er det jo også slik at det ikke engang er sikkert at kommunen får besparelsen ved økt innsats på forebygging.”

Flekkefjord kommune uttaler at:

”Effekter av tiltak vil, som departementet understreker flere ganger i høringsnotatet, ta flere år før de gir seg utslag i befolkningens helse og reduserte utgifter (primært i spesialisthelsetjenesten). Sannsynligheten for ”pukkelkostnader”, mao. en ekstra ressursinnsats i noen år før gevinstene synliggjøres, vil derfor være stor.”

Flere påpeker manglende insitamenter for kommunene til å forebygge. *Fylkesmannen i Oppland* uttaler at:

”Når det sies at god folkehelse vil være ”både et mål og et middel for god samfunnsutvikling”, så er ikke dette nok som insitament for kommunene til å styrke sitt arbeid med folkehelse. At fremtidsutsiktene på lang sikt er lavere utgifter til helse- og omsorgssektoren i kommunen, er neppe en formildende faktor for de kostnadene som kommunen vil ha ved å legge til rette for en økt innsats for folkehelsen.”

Videre uttaler *Fylkesmannen i Vestfold*:

”Høringsnotatets forutsetning om at folkehelsearbeidet skal tjene seg inn og ikke koste noe, forutsetter vi er den langsiktige samfunnsøkonomiske forventede effekt. Vi legger til grunn at satsingen forutsetter ansatteresurser og at

dette arbeidet vil avstedkomme kostnader før det kan hentes ut effekter.”

I tillegg til at dette medfører økt ressursinnsats før en kan ta ut effekter, viser mange i høringen til at det ikke er lett å prioritere forebygging selv om det er det mest fornuftige. Eksempelvis uttaler *Porsanger kommune*:

”I dokumentet framkommer det at kommunenes kostnader ved dette arbeidet kan håndteres innenfor allerede gjeldende budsjetttrammes. Departementet har da ikke tatt hensyn til den nye rollen kommunene vil få i forbindelse med ny nasjonal helse og omsorgsplan og nytt/ endret lovverk, der kommunene skal satse på både helsefremmende og forebyggende tiltak samtidig som en skal opprette nye tjenester som tidligere har lagt inn under spesialisthelse-tjenesten. Det henvises også til at disse utgiftene vil dekkes ved reduserte framtidige utgifter. Porsanger kommune er ikke uenig i dette, men i en presset kommuneøkonomi, vil dagens helseutfordringer, og da de utfordringene som allerede har gitt redusert helse, bli dekt først.”

De fleste kommuner mener at folkehelseloven medfører nye krav som medfører økt ressursinnsats, selv om de er klar over at kommunene også i dag har ansvar. *Kommunene Flatanger, Steinkjer, Namdalseid, Hitra og Bindal* uttaler at:

”Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men Ny folkehelse-lov signaliserer en tydeligere satsing og forventer klare resultater, og kommunene sitter med det overordna ansvaret. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster.”

Nasjonalt nettverk for helsefremming uttaler:

”Selv om myndighetene har belegg for å si at eksisterende lovverk allerede ivaretar folkehelseforinger, rokker det ikke ved det faktum at feltet i liten grad har vært prioritert. Kommunene må derfor settes økonomisk i stand til å løfte feltet.”

Departementet mener disse uttalelsene er representative i forhold til det de fleste høringsinstanser mener. Noen kommuner mener derimot at lov-

forslaget er i stor grad innenfor dagens praksis. blant annet uttaler *Sandefjord kommune* at:

”Forslaget til folkehelselov oppleves å være en mindre gjennomgripende lov og er i overensstemmelse med dagens praksis. Det er viktig at forebyggingsaspektet og generelle folkehelsevurderinger er med i alle aktuelle planprosesser på et tidlig tidspunkt, og at kompetanse på dette feltet utvikles i flest mulig aktuelle kommunale miljøer.”

Oppegård kommune uttaler:

”Forslaget til ny lov vil i utgangspunktet ikke utløse nye ressurskrav i Oppegård, men det stilles krav til et mer systematisk og kontinuerlig folkehelsearbeid. Dette vil på sikt kreve at kommunen opprettholder og videreutvikler det fokuset og den innsatsen som er i dag.”

En stor del av høringsinstansene mener det må være en opptrappingsplan på folkehelseområdet. Pga. prioriteringsdilemmaet er det en generell aksept for at disse ressursene i en periode øremerkes. En stor del av kommunene, blant annet *Porsgrunn kommune* samt *KS Nord-Norge* har gått sammen om følgende uttalelse:

”En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.”

Fylkesmannen i Østfold uttaler:

”For å ta ut effekten av folkehelsearbeidet, må det bli lagt ned betydelig innsats på forhånd. En bredere satsing forutsetter tilført både mer kompetanse og flere ansatte, og arbeidet vil medføre kostnader før det kan hentes ut effekter. Erfaringer med folkehelsearbeidet til nå, bekrefter at det er urealistisk å tenke seg at kostnadseffekten er null. Arbeidet med å skaffe lokale oversikter og kvalitetssikret data-grunnlag er ett eksempel på til dels kostnadskrevenne aktiviteter. Vi mener det må være en forutsetning at kommunene og fylkeskommunen settes økonomisk i stand til å løse disse oppgavene. Vi vil foreslå en opptrappingsplan med økonomiske midler med tanke på gjennomføringen av Samhandlingsreformen, herunder folkehelsedelen av reformen.”

Fredrikstad kommune mener at:

”Hvis staten mener alvor med at folkehelse-teori skal omsettes til folkehelsepraksis, må de ta inn over seg at dette er meget komplekst og ressurskrevende. Et slikt ønske må følges opp av en tverrsektoriell og nivåovergrepene opptrappingsplan innenfor folkehelse, der også nye potensielle virkemidler for alle nivåer blir utredet. Dette handler også om at lavere nivåer settes økonomisk i stand til å følge opp forebyggende og helsefremmende arbeid, men det handler også om å utrede andre former for virkemidler. En opptrappingsplan må da sikre at alle relevante departementer inkluderes i strategiene. Enn så lenge er trolig folkehelsesatsningen for svak til at målsettingene vil nås. På lang sikt vil nettopp det å satse på forebygging kunne være ressursbesparende gitt at vi ved mer forebygging får en friskere befolkning. Dette må derfor synliggjøres i budsjettene allerede fra lovens ikrafttreden.”

21.4 Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot kommunene

21.4.1 Generelt om økonomiske og administrative konsekvenser ved lovforslaget

Som redegjort for innledningsvis, er den samfunnsøkonomiske nytten av innsats for sikring og bedring av folkehelsen godt dokumentert. Samhandlingsreformen, som dette lovarbeidet er en del av, skal sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden, gi bedre helse og livskvalitet til den enkelte samt reduserte helseforskjeller gjennom å dreie innsats mot forebygging. Folkehelsearbeid innebærer at vi opprettholder helsen og funksjonsevnen lengst mulig. En økt andel eldre og økning i kroniske sykdommer gjør det nødvendig med forsterket innsats for å styrke folkehelsen. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* bygger på forutsetningen om at vi skal klare å styrke det forebyggende arbeidet. Det er et sentralt formål med samhandlingsreformen å bidra til en mer effektiv ressursbruk samlet sett gjennom en vridning av ressursbruk fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og at en større del av framtidig vekst skal komme i kommunene.

Dette ble også understreket av Stortinget ved behandlingen av meldingen, jf. Innst. 212 S (2009–2010):

”Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren.”

Som mange høringsinstanser uttaler, er det en utfordring at behovet for kurative helsetjenester er økende samtidig med at kommunene skal forebygge mer, noe som over tid skal redusere veksten i behovet for kurative tjenester i kommunene. Dette gir en omstillingskostnad, og effekten viser seg ofte først etter lang tid og gevinsten tilfaller i mindre grad kommunen enn staten, selv om også kommunene har interesse av å ha friske og arbeidsføre innbyggere.

Departementet deler mange av høringsinstansenes syn om at lovforslaget i seg selv nødvendigvis ikke medfører at folkehelsearbeidet i kommunene prioriteres høyere. Regjeringens ambisjon for kommunesektorens folkehelsearbeid følger imidlertid også av tilrettelegging for oppfølging av loven på nasjonalt nivå med blant annet veiledning, kompetanseoppbygging, tilsyn og økonomi. Det skal blant annet utarbeides en gjennomføringsplan for loven, for å sikre at den følges opp.

Kommunene har etter gjeldende kommunehelsetjenestelov også ansvar for å fremme helsen til innbyggerne, men det har vært vanskelig å følge opp dette ansvaret som forutsatt, blant annet pga. de prioriteringsdilemmaene som er nevnt over. De grunnleggende problemene med en forsvarlig prioritering av folkehelsearbeid består også med ny lov, selv om det legges mer til rette for å synliggjøre folkehelseutfordringene i den kommunale prioriteringsdiskusjonen. Forslaget til folkehelselov vil, slik den er utformet, ikke i seg selv medføre økte økonomiske kostnader for kommunene utover det som allerede er gitt i tilskudd til kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. Kommunene har også i dag ansvar for å fremme helse, og lovforslaget gir ingen rettigheter til noen, men er i stor grad prosessuell på samme måte som for eksempel plan- og bygningsloven. Kommunens ansvar for å ivareta folkehelse er en videreføring av gjeldende rett, men det er satt økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter. I følge

Helsedirektoratet er dagens utfordringer blant annet knyttet til at:

- Kommunen i liten grad har oversikt over befolkningens helsetilstand og forhold som påvirker den. De har heller ikke noen plan for å skaffe fram denne kunnskapen. Kommunen har ikke tatt stilling til hvilke forhold ved befolkningens helse som utgjør viktige utfordringer for kommunen som samfunn.
- Kommunens planlegging ikke er koblet til forhold ved befolkningens helse.
- Det konkrete arbeidet på tiltaksnivå i kommunen er sporadisk, tilfeldig og personavhengig. Det synliggjøres i liten grad for innbyggere og politisk og administrativ ledelse.
- Kommunen utnytter ikke eller i liten grad ordninger som kan skaffe midler og andre ressurser til lokal innsats.
- Samarbeid på tvers av fag og sektorer er tilfeldig. Initiativ i en sektor kan være ukjent for de øvrige.

Selv om lovforslaget ikke nødvendigvis i seg selv medfører økonomiske konsekvenser, mener departementet likevel at det legger til rette for en mer systematisk innretning av folkehelsearbeidet i kommunene. En større bevissthet og systematikk rundt folkehelsearbeid, blant annet gjennom å løfte ansvaret for dette arbeidet opp på politisk nivå i kommunen, bør legge til rette for et generelt større fokus på dette området og dermed gjennomgående mer effektiv bruk av ressursene i tillegg til valg av bedre løsninger uten at dette nødvendigvis alltid vil være mer kostnadskrevenne.

Departementet deler imidlertid høringsinstansenes syn om at det vil ha økonomiske konsekvenser å løfte folkehelsearbeidet vesentlig utover dagens nivå. St.meld. nr. 47 (2008-2009) og Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011–2015, slår fast at forebygging skal styrkes og at en større del av veksten i helsebudsjettet skal komme i kommunene. Det forutsettes at en del av denne veksten også brukes på tverrsektorielt folkehelsearbeid, der dette gir mest helse for pengene. For øvrig vises det til at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte. Hva som er forsvarlig må sees både i forhold til prioritering mellom forebygging og behandling, i tillegg til at man skal arbeide for mest mulig helse innenfor de ressurser som er til rådighet. Dette innebærer en skjerpelse av kravet til kommunens folkehelsearbeid når en større del av veksten i helsebudsjettet kommer i kommunene. Det vises til at kommunens frie inntekter ble styrket med 230 millioner kroner i 2010 til forebyggende helsearbeid.

Økt krav til systematikk, forankring i plan, bruk av kunnskapsbaserte metoder mv. vil gi et mer effektivt folkehelsearbeid. Eventuelle økte kostnader er knyttet til konkretisering av krav til oversikt, jf. forslag til § 5, større behov for koordinering og iverksetting av tiltak, jf. §§ 4, 6 og 7.

21.4.2 Nærmere om § 5 - oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Forslaget til bestemmelser om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i lovforslaget § 5 bygger på oppgaver som ligger i kommunehelsetjenesteloven § 1-4. Videreføring av gjeldende lovbestemmelser skulle ikke i seg selv betinge endringer i kommunene eller fylkeskommunenes økonomiske eller administrative forhold. En redegjørelse for kommunens ansvar og sammenhengen mellom oppgavene er gitt i denne proposisjonskapittel 11. Ot.prp. nr. 40 (1986-87) skisserer et system der datagrunnlag over helsetilstand og risikofaktorer gir grunnlag for en systematisering og ”kommuned diagnose” som igjen gir grunnlaget for plan for forebyggende tiltak, tilsvarende som dette lovforslaget legger opp til. At mange kommuner faktisk ikke ivaretar denne oppgaven som forutsatt, er det redegjort for i kapittel 13. En av grunnene er manglende statlig tilrettelegging og mangel på konkretisering i loven av hva dette ansvaret innebærer.

Forslaget til lovbestemmelse i folkehelseloven er, på bakgrunn av dette, en konkretisering av gjeldende rett. Siden mange kommuner ikke har ivare tatt oppgaven, kan en konkretisering likevel kunne bli ansett som en skjerpelse av kravet. Det vises blant annet til at det i lovforslaget er lagt inn klarere forutsetninger som oversikten skal bygges på, og at det er satt et tydelig krav til et skriftlig dokument. Oversikt over folkehelseutfordringer er en forutsetning for riktigere prioriteringer og mer effektive tiltak. Derfor er det viktig å sette klarere krav til en slik gjennomgang. Dette var også lagt til grunn da kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen ble styrket med 230 millioner kroner i frie inntekter fra 2010.

Det er forutsatt at kommunen prioriterer oppbygging av systemer som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen, jf. Prop. 1 S (2009–2010) og IS-1/2010:

”Det er i Prop.1 S (2009-2010) vedtatt å bevilge 230 mill kroner i frie inntekter til styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene. I 2010 bør kommunene prioritere å sikre det forebyggende arbeidet en tydelig organisato-

risk plassering i kommunen og en god forankring i plan- og budsjettssystemene. I denne sammenheng bør oppbygging av systemer som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen prioriteres. Bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer gir grunnlag for prioritering og evaluering av helsetjenester.”

Nasjonalt folkehelseinstitutt samarbeider blant annet med Helsedirektoratet om å bygge opp et system for å legge til rette for at kommunene får data. Folkehelseinstituttet er i 2011 styrket med 4 millioner kr til dette arbeidet. Helsedirektoratet ble i 2010 styrket med 6 millioner kroner for å understøtte kommunens bruk av de 230 millionene som ble tildelt kommunene i 2010. Videre har direktoratet over flere år fått tilskudd til å utvikle en kommunehelseprofilportal. Staten vil gjøre helsestatistikk fra nasjonale helseregistre, blant annet fra Norsk pasientregister og databaser bedre tilgjengelig. Videre vil staten ved Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt bidra med kompetansestøtte til gjennomføring av befolkningsundersøkelser i fylker og til utforming av fylkesvise helseprofiler.

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil ha en sentral rolle i å bistå fylkeskommuner i tolkning av statistikk slik at denne kan gjøres best mulig beslutningsrelevant og kan danne grunnlag for tiltak. Fylkeskommunene vil igjen ha en tilsvarende rolle overfor kommunene. Det er viktig at det foreligger nasjonale data på kommune- og bydelsnivå som kan utløse lokal handling og tiltak som forholder seg til lokale utfordringer. Statistikk som gjøres tilgjengelig må være mest mulig beslutnings- og tiltaksrelevant, og den må være i en form som gjør den lett forståelig. Statlige helsemyndigheter vil også utarbeide veiledning til kommuner og fylkeskommuner om bruk av statistikkverktøyet for kommunehelseprofiler.

Fordi det legges opp til en klarere nasjonal støtte til kommuner vil dette i prinsippet føre til en forenkling for kommunene dersom de i dag hadde ivaretatt sitt ansvar etter gjeldende bestemmelse som forutsatt, jf. blant annet Ot.prp. nr. 40 (1986-87). Det forutsettes også at ressursene som kommunene bruker i dag, også innen helseovervåking, går til dette formålet. Krav til kompetanse til å foreta faglige vurderinger er basert på dagens krav til at kommunen skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse. Totalt skal dette dekke kostnaden ved å følge opp kravet i lovforslaget.

21.4.3 Nærmere om §§ 4, 6 og 7 - kommunens ansvar, mål/planlegging og tiltak

Det er vanskelig å måle den totale folkehelseinnsatsen i kommunene da mye er integrert i annen aktivitet. Det mest konkrete er det arbeidet som i dag utføres innen miljørettet helsevern og av folkehelsekoordinatorer. Når det gjelder miljørettet helsevern, har Helsedirektoratet beregnet en samlet nasjonal ressursbruk på ca. 600 årsverk. Dette er ressurser og kompetanse som fortsatt vil være en del av kommunens folkehelsearbeid og som vil bidra til å oppfylle kravene i loven, både i forhold til oversikt, koordinering og tiltak, samt miljørettet helsevern.

Ressursbruken i kommunene knyttet til miljørettet helsevern i antall årsverk pr. 1000 innbyggere er vist i tabell 21.1. Gjennomgående avtar ressursbruken per innbygger med økende kommunestørrelse.

I NIBR-rapport nr. 7-2010: ”Partnerskap for folkehelse” og ”Helse i plan” er det gitt en oversikt over stillingskategorier som er tildelt folkehelsekoordinatorfunksjonen. 62 % av de 254 kommunene som har svart på spørsmålet har etablert folkehelsekoordinatorfunksjon, dvs. totalt 156 kommuner. I gjennomsnitt bruker disse ca. 40 % av tiden på folkehelsearbeid.

Flere kommuner har tilgang til den tverrfaglige kompetansen som anses nødvendig i et bredt anlagt folkehelsearbeid. Utfordringen flere steder er imidlertid å sikre tilstrekkelige ressurser til arbeidet, samt få dette organisert på en hensiktsmessig måte, dvs. få kompetanse satt i system. En viktig funksjon i denne sammenheng, vil kunne være som koordinator for den sammensatte informasjonen kommunen får tilgang til gjennom sine mange kontaktpunkter med befolkningen.

Det er ikke noe krav i loven om å ha folkehelsekoordinator eller lignende. For å sikre et systematisk folkehelsearbeid, herunder innhente informasjon og foreta analyser, samt foreslå og iverksette tiltak, vil det imidlertid være behov for kompetanse og ressurser. Departementet mener at kommunene bør ha en koordinatorfunksjon for å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, se kapittel 18.

Kostnader ved en koordinatorfunksjon i alle kommunene vil avhenge av hva slags befolkningsgrunnlag eller kommunestørrelse som anses for å være rimelig grunnlag for en slik stilling. Dersom det tas utgangspunkt i én stilling for kommuner over 10.000 innbyggere og kostnader pr. stilling (inkl. driftsmidler) foreslås satt til 1 million kroner, vil det innebære en kostnad på ca. 110 millio-

Tabell 21.1 Oversikt over personell som er ansatt i kommunen og som arbeider med miljørettet helsevern-tjenesten (rapport IS-1633)

	1-2999	3000-8999	9000-19999	20000-49999	50000+	Totalt
Antall innbyggere	175 549	674 023	836 373	1 507 984	1 614 883	4 808 812
Leger	0,17	0,056	0,02	0,013	0,001	106 årsverk
MHV-ingeniør	0,01	0,015	0,13	0,013	0,031	190 årsverk
Helsekonsulent	0,006	0,003	0,004	0,03	0,001	53 årsverk
Helsesøster	0,14	0,08	0,02	0,02	0,001	127 årsverk
Fysioterapeut	0,1	0,031	0,012	0,007	0	59 årsverk
Ernæringsfysiolog	0	0,001	0	0	0	0,7 årsverk
Planlegger	0,03	0,006	0,004	0,004	0	19 årsverk
Andre	0,01	0,018	0,01	0,007	0,001	34 årsverk
Totalt antall årsverk i tjenesten	0,47	0,21	0,20	0,094	0,035	
Antall årsverk i landet	82	142	167	142	57	590 årsverk

ner kroner for de 108 kommunene i landet som er av en slik størrelse. For de resterende ca. 320 kommunene kan koordinatorfunksjonen dekkes gjennom interkommunalt samarbeid og/eller ved deltidsstillinger. Det eksisterer per i dag interkommunalt samarbeid på flere områder. Helsedirektoratets rapport IS-1633 fra 2009 viser for eksempel at 145 kommuner samarbeider innen miljørettet helsevern. Disse enhetene for samarbeid er av svært ulik størrelse, fra 2 til 10 kommuner. Dersom det anslås en gjennomsnittsstørrelse på 5 kommuner per samarbeidsenhet, vil dette tilsi et behov for 64 koordinatorstillinger. Dette vil imidlertid innebære at den enkelte kommune bare vil bli tilgodesett med en stillingsandel på 20 %, noe som betraktes som et absolutt minimum ut fra rapporterte erfaringer. Kostnadene ved å tilføre/opprette én stilling per interkommunal enhet vil da bli 64 millioner kroner. Basert på dette løse anslaget vil kostnader ved en koordinator i alle landets kommuner beløpe seg til ca. 175 millioner kroner. Som nevnt over, vil denne koordinatorfunksjonen kunne ivareta oppgaver også etter § 5 i lovforslaget, jf. de 230 millionene som ble lagt inn i kommunenes ramme fra 2010. Videre var det i kommunene fra før folkehelsekoordinatorer, som tilsvarende noe i underkant av halvparten av behovet.

Flere høringsinstanser mener det ikke er riktig å beregne inn i økonomiske konsekvenser at kommuner i dag frivillig har ansatt folkehelseko-

ordinatorer. Departementet har forståelse for det, men vil understreke at folkehelsearbeid etter kommunehelsetjenesteloven ikke er en frivillig oppgave. Snarere er det motsatt at kommunene etter dagens regelverk ikke prioriterer folkehelse slik som forutsatt, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-87). Departementet mener at for å ivareta koordineringen av folkehelsearbeidet i kommune, er det en fordel om kommunen har definert en koordinatorfunksjon, men det er ikke noe krav i loven om at kommunene må ha en slik stilling.

En vesentlig følge av loven vil være at helsehensyn blir bedre integrert i kommunens øvrige aktiviteter og ordinære virksomhet. Uansett må det være en avveining i de forslagene og valgene som kommunen gjør. Dersom det medfører større kostnader ved å iverksette et tiltak, for eksempel et vegprosjekt, blir dette en prioritering av i hvilken grad helsehensyn skal veies i forhold til mulige løsninger. Her vil det måtte tas en holdsmessighetsvurdering, dvs. at helsehensyn må veies opp mot andre hensyn. Krav til nødvendige tiltak må sees i forhold til hvilke virkemidler kommunen totalt har. Ofte er de mest effektive virkemidlene til å møte definerte folkehelseutfordringer å sikre at kommunens aktiviteter og virksomheter bidrar til å imøtegå de definerte utfordringene og målene. Dette kan for eksempel dreie seg om å utforme arealer som sikrer fysisk aktivitet, sosiale møteplasser, reduserer risiko for ulykker, stedsutvikling, kulturtilbud mv. Kommu-

nen skal også iverksette egne folkehelseiltak for å møte bestemte folkehelseutfordringer. Dette kan for eksempel være forebygging av fallulykker for eldre, røykesluttkurs, vannautomater i skolen, tilbud om radonkartlegging, innstramming i antall skjenkesteder mv. Også i dag er det mye slik aktivitet i kommunene, for eksempel tilbyr mange kommuner røykesluttkurs. Krav til forsvarlig folkehelsearbeid innebærer at de spesifikke folkehelseiltakene må vurderes i forhold til de definerede helseutfordringene, herunder hva som er forebyggingspotensialet, forholdet mellom forebygging og behandling, samt øvrige kommunale rammer. Dette innebærer både et spørsmål om prioritering mellom folkehelseiltak og andre tiltak, og det innebærer en prioritering mellom folkehelseiltak over tid. Når det gjelder prioriteringer mellom ulike helsetiltak, vises også til § 3-3 i forslaget til helse- og omsorgstjenestelov som er omtalt i kapittel 17 i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor dette er nærmere omtalt.

Den statlige faglige støtten til kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid skal styrkes. Innenfor rammen av forslaget til ny folkehelselov vil statlige helsemyndigheter utarbeide veiledere og standarder for godt folkehelsearbeid. Statlige helsemyndigheter vil også bidra med veiledning. Staten vil i samarbeid med kommunesektoren og KS bidra til å videreutvikle kompetansehevende tiltak for politikere og forvaltning i kommunene, samt bidra til å videreutvikle relevante folkehelseutdanninger.

Eksempler på nye virkemidler og verktøy er blant annet:

- Styrket veiledning i kommunal planlegging for å sikre hensynet til befolkningens helse eller helsens fordeling i befolkningen blant annet for å fremme tilgjengelighet for alle, fysisk aktivitet, forebygging av ulykker, fremme av sosiale møteplasser m.m. Innenfor rammen av plan- og bygningsloven og forslaget til ny folkehelselov skal det utvikles ulike veiledere og legges til rette for styrket veiledning basert på erfaringer fra "Helse i plan"-prosjektet – et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedirektoratet.
- Styrking av kommunenes mulighet for å drive målrettet skade- og ulykkesforebyggende arbeid gjennom tilrettelegging av nasjonale skadedata for lokalt nivå, samt utgivelse av tverrsektorielt veiledningsmaterieil om lokal skade- og ulykkesforebygging.
- Utarbeidelse av en veileder i helseøkonomi som kan bidra til å vise sammenhengen mel-

lom kostnader ved helsefremmende og forebyggende innsats på den ene siden, kontra leveår vunnet, symptomfrie uker eller kvalitetsjusterte leveår.

Helsedirektoratet har iverksatt et program om kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak. Råd og veiledning om aktuelle tiltak vil da bli basert både på tiltak som er godt dokumentert i forhold til effekt, og som generelt anses som lønnsomme. Tiltakene vil alltid måtte vurderes i forhold til kommunens egne utfordringer, og det forutsettes at kommunen selv vurderer kost-nytte av de aktuelle tiltakene ut i fra kommunens konkrete situasjon.

21.5 Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot fylkeskommunene

Lovforslaget innebærer en videreføring av de oppgaver fylkeskommunene har i dag etter lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, og har derfor ingen vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for fylkeskommunene. Den fylkekommunale folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen.

Da folkehelse ble et lovfestet ansvar for landets fylkeskommuner, ble tidligere øremerket stimuleringsstilskudd til partnerskapsatsingen overført til rammetilskuddet til kommunene. I statsbudsjettet for 2010 ble 41,3 millioner kroner over kapittel 719, post 60 innlemmet i rammetilskuddet for fylkeskommunene (kapittel 772, post 60) for å ivareta oppgaver som følger av loven.

21.6 Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot statlige myndigheter

Prinsippbestemmelsen om statens ansvar i § 22 om at statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant, innebærer ikke økonomiske eller administrative konsekvenser da innholdet i bestemmelsen ikke pålegger noen ytterligere plikter ut over det som følger av utredningsinstruksen eller annet lovverk.

Som vist til i kapittel 21.4.1. foran ble Helsedirektoratet i 2010 styrket med 6 millioner kroner

for å understøtte kommunens bruk av de 230 millionene de ble tildelt i rammen for 2010. Videre har direktoratet over flere år fått tilskudd til å utvikle kommunehelseprofilportalen.

Tilsyn med folkehelseloven vil være en videreføring av det ansvaret som Helsetilsynet har for å føre tilsyn med folkehelseoppgaver inkl. miljørettet helsevern. Ressurser til dette tilsynet, også tilsyn med folkehelsedelene av kommunehelsetjenesteloven, ligger i dag innenfor det mandat og de ressurser som Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket har i dag. Tilsyn generelt forutsettes prioritert innenfor eksisterende ressurser, blant annet har fylkesmannen/fylkeslegen fått tilskudd til ansettelse både av miljørettet helsevern-personell

på 1990-tallet, samt til ansettelse av folkehelserådgivere.

Overføring av tilsynet fra Helsetilsynet i fylket til fylkesmannen vil ikke ha noen konsekvenser da Helsetilsynet i fylket administrativt er under fylkesmannen.

Forslaget om å lovfeste Folkehelseinstituttets bidrag i helseovervåking er innenfor det oppdraget instituttet har i dag. I tillegg er, som nevnt i 21.4.1, Folkehelseinstituttet styrket med 4 millioner kroner i 2011 for å ivareta denne oppgaven. Forslaget om å gi Folkehelseinstituttet et klarere ansvar og rolle i forhold til beredskap er også innenfor det mandat som instituttet har i dag, og vil bli dekket innenfor eksisterende budsjett.

Del III
Merknader til de enkelte bestemmelsene

22 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Til § 1 Formål

Bestemmelsen er omtalt i kapittel 9 om formål. Bestemmelsen bygger på lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 1 og kommunehelsetjenesteloven § 1-2.

Formålsbestemmelsen gir uttrykk for de overordnede målene loven skal fremme, og angir lovens ramme. Formålsbestemmelsen vil ha betydning for hvordan de øvrige bestemmelsene i loven er å forstå.

Formålsparagrafen gjenspeiler de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeid; "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies), utjevning av sosiale helseforskjeller, bærekraft, føre-var og medvirkning.

Det følger av *første ledd første punktum* at lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Formuleringen "samfunnsutvikling som fremmer folkehelse" tydeliggjør at målet med denne loven er, gjennom en bred samfunnsmessig tilnærming, å gjøre noe med alle de ulike påvirkningsfaktorene som er i samfunnet og som kan ha innvirkning på folkehelsen. Det innebærer at hensikten ikke er å sette i verk tiltak og "reparere" etter at sykdom, skade eller lidelse er oppstått, men å redusere de negative eller øke de positive påvirkningsfaktorene som fremmer folkehelse og forebygger at sykdom, skade eller lidelse oppstår eller utvikler seg. En bred samfunnsmessig tilnærming innebærer at det tas hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer i tråd med prinsippet om "helse i alt vi gjør", for eksempel både i skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, nærings- og vegsektoren, i tillegg til i helsesektoren.

Med sosiale helseforskjeller menes det samme som i forskningen ofte omtales som sosial ulikhet i helse. Begrepet henpeiler på helseforskjeller som følger sosiale skillerlinjer. Sagt på en annen måte dreier det seg om statistiske korrelasjoner mellom sosiale variabler på den ene siden og helse på den andre. De sosiale variablene kan for eksempel dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne.

Å motvirke sosiale helseforskjeller innebærer å utjevne helseforskjellene uten at gjennomsnittshelsen eller helsen til høyere sosioøkonomiske grupper blir dårligere. Faktorer som påvirker helse og som er sosialt ulikt fordelt, bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Det kan for eksempel gjelde både levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale levekår som oppvekst- og boforhold, utdanning, inntekt og arbeid. Det som avgjør om en faktor - fysisk eller sosial - har betydning for helseforskjeller, er hvor stor betydning faktoren har for helse og om den er sosialt ulikt fordelt.

Første ledd annet punktum tydeliggjør at folkehelsearbeidet både omfatter å arbeide for å fremme faktorer/forhold som er positive for helsen og å forebygge faktorer/forhold som er negative for helsen. Hva som er folkehelsearbeid fremgår av definisjonen i § 3 bokstav b.

Annet ledd første punktum viser til de forvaltningsnivåene/myndighetene som omfattes av lovforslaget, jf. § 2, og gjenspeiler de ulike kapitlene i loven som beskriver ansvar og oppgaver for de enkelte forvaltningsnivåene. Loven skal sikre at forvaltningsorganene på alle nivåer, setter i verk tiltak og samordner innsatsen i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

At loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte, innebærer blant annet at helsefaglige vurderinger ligger til grunn for folkehelsearbeid.

Kravet til forsvarlighet utløser ingen konkret handlingsplikt ut over det som følger av loven for øvrig. Forsvarlighet er dermed ikke et eget, frikoblet krav, men et relevant moment i forståelsen av bestemmelsene i folkehelseloven.

Dette innebærer at forsvarlighet ikke er en uavhengig eller absolutt standard for hvor store ressurser som skal settes inn i folkehelsearbeidet eller hvilket helseutfall, som reduksjon i dødelighet eller lignende, som skal oppnås. For eksempel påvirkes folkehelsen i en kommune av forhold ut over det kommunen selv har innflytelse over. Forsvarlighet innebærer blant annet å arbeide for

mest mulig helse innenfor de ressurser som er til rådighet. I vurderingen av forsvarlighetskravet må det således tas hensyn til aktørenes ressurs-situasjon, samtidig som det legges vekt på prioriteringer over tid. Det kan være forsvarlig fra en ressurs-situasjon å velge å utsette håndteringen av bestemte utfordringer, men ikke å se totalt bort fra dem. Dette innebærer at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt foreta en prioritering av tiltak over tid.

Av *annet ledd annet punktum* går det fram at det er et mål med loven å legge til rette for langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Effekten av folkehelsearbeid viser seg ofte først etter lang tid. Bestemmelsen understreker derfor at folkehelsearbeidet må ses i et langsiktig perspektiv og at det ikke bare er tiltak med umiddelbar virkning eller virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen langt fram i tid. Dette er i tråd med bærekraftprinsippet i folkehelsearbeidet. Med systematisk arbeid menes at man tar utgangspunkt i folkehelseutfordringene lokalt/regionalt og foretar en prioritering ut fra utfordringsbildet. Fastsettelse av mål og strategier for folkehelsearbeidet gir igjen føringer for hvordan for eksempel kommunen innretter sin tjenesteyting, forvaltning mv. og iverksetter egne tiltak.

Til § 2 Virkeområde

Bestemmelsen er omtalt i kapittel 10 om virkeområde. Bestemmelsen er delvis ny og erstatter delvis kommunehelsetjenesteloven § 1-2 og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 2.

Bestemmelsen angir i *første, annet og fjerde ledd* hvem som omfattes av loven. Utgangspunktet i første ledd er at loven gjelder for alle forvaltningsnivåer og således er begrenset til offentlig sektor. Utstrekningen av det enkelte organs plikter er derimot nærmere avgrenset gjennom de enkelte kapitler og bestemmelser i loven som omhandler hvert forvaltningsnivå og organer på dette nivået. Lovens struktur er inndelt slik at det er ett kapittel som retter seg mot hhv. kommunene (kapittel 2), fylkeskommunene (kapittel 4) og statlige myndigheter (kapittel 5).

Kapittel 2 regulerer kommuens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet, og kapittel 4 regulerer fylkeskommunens oppgaver og ansvar. Lovens kapittel 5 har en prinsippbestemmelse om statlige

myndigheters ansvar. Kapitlet regulerer nærmere de oppgaver statlige helsemyndigheter har i folkehelsearbeidet. Oppgavene er ikke uttømmende regulert i loven, men loven angir sentrale funksjoner de enkelte statlige helsemyndighetene har i forhold til kommunal sektors arbeid.

Lovens kapittel 3 har et utvidet virkeområde i forhold til resten av loven, da kapitlet også gjelder for privat virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Selv om det i og for seg følger av første ledd, er det også presisert at offentlig eiendom og virksomhet er omfattet av loven. Kapittel 3 er en videreføring av kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven som hadde et tilsvarende virkeområde. Lovens § 8 angir i tillegg det saklige virkeområdet for bestemmelsene om miljørettet helsevern i lovens kapittel 3.

I tråd med alminnelige regler for lovers anvendelse gjelder loven for virksomhet i Norge. Etter Svalbardloven § 2 og lov om Jan Mayen § 2 vil ikke folkehelse-loven gjelde på Svalbard og Jan Mayen med mindre det er særskilt fastsatt. *Tredje ledd første punktum* gir hjemmel for at Kongen kan bestemme i forskrift i hvilken utstrekning loven likevel skal gjelde på Svalbard. Det kan fastsettes særlige regler av hensyn til stedlige forhold, blant annet kan det fastsettes hvilke av oppgavene i folkehelse-loven som skal ligge til Sysselmannen og hvilke som skal ligge til lokalstyret. Bestemmelsene om "almindelig sundhet" i forskrift 15. juni 1928 nr. 3357 om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard som er hjemlet i Svalbardloven § 4, vil fortsatt gjelde inntil det eventuelt gjøres endringer i forskriften. Tilsvarende gir *tredje ledd annet punktum* Kongen fullmakt til å fastsette bestemmelser om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøy i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen. Selv om fullmakten i utgangspunktet omfatter alle lovens bestemmelser, er det i praksis kapittel 3 om miljørettet helsevern som er aktuell for nærmere regulering etter tredje ledd annet punktum. Det vil med hjemmel i bestemmelsen kunne gis regler om for eksempel ferger og fly som opererer utenfor landets grenser. Også her gjelder at eldre forskrifter vil videreføres i medhold av § 33.

Folkehelse-loven gir blant annet hjemmel for å gjennomføre internasjonalt helsereglement (IHR) i norsk rett i § 29. Reglementets formål og virkeområde er i artikkel 2 "å forebygge, beskytte mot, kontrollere og sikre en helsemessig respons mot internasjonal spredning av sykdom på måter som

står i forhold til og er begrenset til folkehelse­risiko, og som unngår unødvendig forstyrrelse av interna­sjonal trafikk og handel". Folkehelse­loven gir videre i § 28 hjemmel for nærmere regulering av beredskap på folkehelseområdet. Disse bestem­melsene forutsetter at helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private kan pålegges plikter. At disse omfattes av folkehelse­loven, er derfor presi­sert i § 2 fjerde ledd.

Til § 3 Definisjoner

Bestemmelsen gir en definisjon av to sentrale begreper i folkehelse­loven. Det vises også til kapittel 8.2 om definisjoner.

Bokstav a definerer hva som ligger i begrepet folkehelse. Definisjonen legger til grunn et popu­lasjonsperspektiv, dvs. helsen i en populasjon eller befolkningsgruppe. Befolkningen kan i denne sammenheng både være hele den norske befolk­ningen og befolkningen i mindre områder, for eksempel befolkningen i en kommune, i en by, bygd eller en bydel. Uansett størrelse og sammen­setning tar folkehelse utgangspunkt i populasjons­nivået istedenfor individnivået.

Definisjonen legger videre til grunn et forde­lingsperspektiv. Bestemmelsen synliggjør at folke­helse ikke bare er befolkningens generelle helse, men også hvordan god/dårlig helse er fordelt i befolkningen, jf. beskrivelsen av sosiale helsefor­skjeller under formålsbestemmelsen. Dette inn­bærer at det ikke er tilstrekkelig å måle folkehelse med gjennomsnittstall. I vurderingen av helsefor­hold i en populasjon må det avdekkes om helse fordeles sosialt ulikt, dvs. følger sosiale skillelin­jer. Slike skillelinjer kan for eksempel dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, inntekt, arbeid), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne.

Bokstav b definerer hva som ligger i begrepet folkehelsearbeid. Definisjonen tar utgangspunkt i at det er en samfunnsoppgave, at det er be­folkningsrettet, og at det utøves gjennom påvirk­ning av faktorer som har positive eller negative ef­fekter på helsen. Begrepet "samfunnets innsats" viser at det ikke bare er enkeltsektorer (for ek­sempel helsetjenestens) innsats for å påvirke fak­torer som fremmer helse eller forebygger sykdom i befolkningen som er av betydning i folkehelsear­beidet, men innsats på alle nivåer og i alle sekto­rer.

Begrepet "faktorer" skal forstås vidt og omfat­ter et bredt sett av både positive og negative påvir­kningsfaktorer. Påvirkningsfaktorene befinner seg på mange nivåer og omfatter forhold som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som

oppvekstforhold, fattigdom/inntektforhold, ut­danning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeids­miljø, boligforhold, levevaner som røyking, ernæ­ring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmid­delbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder for aktivitet og friluftsliv, risikoområ­der for ulykker, støyforhold, forurensningssitua­sjon mv.

Definisjonen opplister ikke hvilke spesifikke påvirkningsfaktorer som kommer inn under folke­helsearbeidet. Hensikten med dette er å forhindre at definisjonen blir avgrensende. Videre vil defi­nisjonen fange opp utvikling i kunnskap over tid om hvilke faktorer som påvirker helse. Avgrensning­en av hvilke faktorer som omfattes, avgjøres av den relasjonen de har til helse.

Påvirkningsperspektivet i folkehelsearbeid innebærer at arbeidet rettes mot de faktorer som påvirker populasjoners helse. Identifisering av risikofaktorer for sykdom basert på sammenlig­ninger av enkeltindivider i en gitt populasjon, vil kunne bidra til at man overser risikofaktorer som påvirker hele populasjonen. Folkehelsearbeid tar utgangspunkt i årsakene til hyppigheten av en hel­seutfordring i en populasjon.

Definisjonen presiserer god psykisk og soma­risk helse som endemål for folkehelsearbeidet. Psykisk helse ligger implisitt i helsebegrepet, og det er ikke bestemmelsens intensjon å skape eller bygge opp under en oppfatning av et skille mellom psykisk og somatisk helse. Når psykisk helse er presisert, er dette for å tydeliggjøre at hensyn til psykisk helse skal være en integrert del av folke­helsearbeidet. Det presiseres at formuleringen "psykisk og somatisk" er ment å omfatte også rus­middelproblematikk. Det vil si at implisitt i formu­lingen ligger et mål om fravær av rusmiddelav­hengighet og andre rusmiddelproblemer.

Definisjonen av folkehelsearbeid avgrenser folkehelsearbeid fra behandling av syke i helsetje­nesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behand­ling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering.

Tiltak overfor risikogrupper eller individer, som er identifisert gjennom kliniske vurderinger faller utenfor begrepet folkehelsearbeid, mens tiltak mot hele befolkningen eller subgrupper innen befolkningen, basert på vurdering av påvirknings­faktorer, anses derimot som folkehelsearbeid.

Denne avgrensningen innebærer ikke noen nedvurdering av kliniske tjenester, som til sammen utgjør hoveddelen av aktivitetene i helse­ og omsorgstjenestene. Den innebærer derimot en klargjøring som synliggjør en funksjons- og

arbeidsdeling. Avgrensningen utelukker ikke at tenkning og metoder som benyttes i folkehelsearbeidet, også kan være nyttige i klinisk virksomhet.

I forhold til begrepssettet primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, avgrenses folkehelsearbeid på følgende måte:

Primærforebygging innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunn helseadferd, vaksinasjon og ulykkesforebygging.

Sekundærforebygging handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:

- Innsats i symptomfri fase, slik som screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv behandling. Dette tilsvarer folkehelseutnæringen til sekundærforebygging.
- Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse. Dette betegnes som tidlig intervensjon. Ett eksempel er tiltak overfor ungdom som eksperimenterer med narkotika.
- Innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom for eksempel ved livsstilspåvirkning og/eller legemiddelbehandling. Dette tilsvarer den kliniske tilnæringen til sekundærforebygging.

Tertiærforebygging innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger.

Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsearbeidet. Sekundærforebygging i symptomfri fase er en del av folkehelsearbeidet. Tidlig intervensjon kan også være folkehelsearbeid, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor.

Til § 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-2 og deler av §§ 1-3 og 1-4. Innholdet i bestemmelsen er delvis en videreføring av disse bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og delvis nytt. Bestemmelsen er særlig omtalt i kapittel 12.1 om kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet.

Bestemmelsen legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som sådan og ikke til kommunens helsetjeneste som etter kommunehelsetjenesteloven. Bestemmelsen fastslår kommunens generelle ansvar for folkehelsearbeid,

mens mer konkrete bestemmelser om hvordan kommunen skal gjennomføre sitt folkehelsearbeid er fastsatt i §§ 5 til 7.

Første ledd presiserer målet med kommunens folkehelsearbeid. Bestemmelsen må leses i lys av § 1. Siste del av setningen synliggjør føre-var-prinsippet som ligger til grunn for hele loven, ved at kommunen skal bidra til å beskytte mot faktorer som "kan ha" innvirkning på helsen. Det er altså ikke tilstrekkelig for kommunen å arbeide for å beskytte mot farer som man vet har negativ innvirkning på helsen. Bestemmelsen dekker både de situasjoner der hendelsesforløpet er usikkert, men det foreligger en viss sannsynlighet for en utvikling som vil medføre negativ innvirkning på folks helse, og de situasjoner der man mangler sikker kunnskap om de helsemessige virkningene, altså håndtering av vitenskapelig usikkerhet. Det vises nærmere til omtalen av føre-var-prinsippet i proposisjonens kapittel 7.4 og kapittel 15 om miljørettet helsevern.

Annet ledd fastsetter at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt. Dette innebærer at kommunen har ansvar for å iverksette tiltak gjennom å bruke de virkemidler kommunen har, blant annet som samfunnsutvikler og lokal planmyndighet, gjennom myndighetsutøvelse etter annet regelverk som for eksempel forurensningsloven og alkoholloven, innen forvaltning, drift og som eier av virksomhet og eiendom. Kommunen har for eksempel virkemidler innenfor barnehage og skole, boligsosiale virkemidler, arealplanansvar for friluftslivet og rolle som eier/forvalter av friluftsområder med mer. Det vises blant annet til friluftslivslovens formålsparagraf.

Annet ledd er slik sett en lovfesting av prinsippet om "helse i alt vi gjør" i kommunene og tydeliggjør ansvaret for å bruke virkemidler i alle sektorer som for eksempel både i skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, miljø-, landbruks- nærings- og vegsektoren, i tillegg til i helse- og omsorgssektoren. Se også merknadene til § 1 annet ledd om at loven skal sikre at kommuner setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Tredje ledd, som delvis er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 annet ledd, pålegger kommunen en plikt til å medvirke til at helsehensyn ivaretas av andre myndigheter og virksomheter. Med dette siktes det til andre offentlige organer og virksomheter enn kommunens egne. Kommunens medvirkning overfor egne organer er dekket av annet ledd. Bestemmelsen i tredje ledd innebærer at kommunen skal

medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av næringsliv, fylkeskommune, fylkesmann og andre statlige instanser (for eksempel Statens vegvesen og Norges vassdrags- og energidirektorat). Medvirkning kan skje ved at det gis uttalelser og råd eller ved at kommunen, for eksempel ved helsetjenesten, deltar i samarbeidsorganer som blir opprettet. Medvirknings- eller samarbeidsformen må i praksis fastsettes etter en vurdering av den enkelte samarbeidsoppgave. Det er av betydning for et effektivt samarbeid at medvirkningen eller samarbeidet etableres på et tidlig tidspunkt under planleggingen, og at man trekker inn de personene i samarbeidsgrupper som kjenner områder/problemene fra sitt praktiske arbeid. Medvirkning kan også skje ved at kommunen varsler de berørte fagmyndigheter når den kommer over forhold som berører det regelverket de forvalter, for eksempel forurensningsloven, produktkontrollloven og arbeidsmiljøloven, slik at den aktuelle fagmyndigheten kan fatte vedtak. Når det gjelder uttalelser, innebærer bestemmelsen at kommunen både har rett og plikt til å medvirke i form av uttalelser til andre forvaltningsorganer i spørsmål som har betydning for folkehelsen.

Tredje ledd tredje punktum regulerer særskilt forholdet til frivillig sektor og andre aktører, både offentlige og private. Disse har i utgangspunktet ingen plikt til å samarbeide med kommunen og loven legger derfor opp til at kommunen legger til rette for et samarbeid. Formen på samarbeidet må avtales nærmere i det enkelte tilfelle. En partnerskapsmodell kan være aktuell i slike sammenhenger. Frivillige organisasjoner innen en rekke områder som for eksempel friluftsliv, idrett, sosialt arbeid, kultur, miljø med mer kan spille en viktig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av de aktivitetene som organisasjonene bidrar med og ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig.

Til § 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i kapittel 13.1. Bestemmelsen er en videreføring og videreutvikling av kravet i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd første punktum om at kommunens helsetjeneste skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. I motsetning til kommunehelsetjenesteloven § 1-4 som setter krav til helsetjenesten i kommunen, setter folkehelseloven § 5 krav til kommunen som sådan.

Oversiktsbestemmelsen må ses i sammenheng med kommunens plikt til å ha tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen etter § 9.

Til første ledd første punktum

Med oversikt over helsetilstanden i befolkningen menes en oversikt over helse på populasjonsnivå, jf. også definisjonen av folkehelse i § 3 bokstav a. Helse kan måles på mange måter, både ved mål som dødelighet eller forventet levealder og sykkelighet som for eksempel muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, psykiske problemer, lårhalsbrudd eller ulykker. Videre omfatter helse mer enn fravær av sykdom, noe som bør gjenspeiles i data om helsetilstanden i befolkningen. For eksempel vil ulike mål på selvopplevd helse eller trivsel kunne være relevante helsemål. Det vil også kunne være aktuelt å bruke mer indirekte helsemål som for eksempel omfanget av uføretrygd. Fra et klinisk perspektiv vil forhold som kolesterol og blodtrykk regnes som helsens påvirkningsfaktorer. Fra et folkehelseperspektiv og etter folkehelseloven vil slike mål være et uttrykk for helsetilstand.

Med påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven, menes forhold som måles uten en klinisk tilnærming og faktorer i individets miljø eller omgivelser. Dette omfatter både faktorer som påvirker helsen positivt og negativt. Påvirkningsfaktorer omfatter et bredt sett av faktorer på mange nivåer, slik som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/inntekstforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligsosiale forhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, rusmiddelmissbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal så langt det lar seg gjøre speile fordeling av helse i befolkningen, jf. definisjonen av folkehelse i § 3 bokstav a. Utgangspunktet for å utjevne sosiale helseforskjeller er å skaffe seg et bilde av den sosiale fordelingen av en helseutfordring og de faktorene som påvirker helse. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne. For eksempel vil det i kommuner med samisk befolkning være behov for å finne ut om det er spesielle utfordringer både når det gjelder helse og påvirkningsfaktorer i denne gruppe.

pen. Faktorer som påvirker helse – positiv eller negativt – og som er sosialt ulikt fordelt, bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Det kan gjelde både levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale miljøfaktorer eller levekår som utdanning, inntekt og arbeid. Dersom helse og påvirkningsfaktorer har klare inntektsmønstre i et område, er dette i seg selv en folkehelseutfordring.

Når data om påvirkningsfaktorer ikke finnes på individnivå, vil det ikke være mulig å fremkaffe statistikk som viser den sosiale fordelingen av påvirkningsfaktoren. I slike tilfeller kan det mest hensiktsmessige være å presentere data på kommunedel/bydelsnivå for å få frem forskjeller i utfordringer som grunnlag for tiltak i kommunen. Det kan også være relevant å presentere data på andeler av befolkningen. For eksempel vil andel elever med svake grunnleggende ferdigheter i skolen, og som derfor kan stå i fare for å droppe ut av grunnskoleløpet, være et nyttig mål på en faktor som kan skape helseforskjeller selv om dette målet ikke nødvendigvis sier noe om sosiale forskjeller i fullføring.

For en del faktorer vil det ikke kunne fremkaffes data på kommunenivå. Der det er hensiktsmessig og mulig, skal det tilstrebes å utvikle slike data. Data som er på et høyere geografisk nivå, må estimeres til kommunenivå. Det er imidlertid slik at geografisk variasjon av den faktoren (helsetilstand eller påvirkningsfaktor) som skal estimeres, vil påvirke gyldigheten (validiteten) av slike data.

Til bokstav a

Opplysninger som kommer inn under bokstav a omfatter både helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. merknader til første ledd første punktum. Dette innebærer bruk av ulike helsemål og at påvirkningsfaktorene skal fange opp positive og negative faktorer på mange nivåer.

Bestemmelsen fastsetter at kommunene skal basere sin oversikt på opplysninger som blir gjort tilgjengelig fra fylkeskommunen og statlige helsemyndigheter. Opplysningene skal baseres på en rekke kilder fra ulike instanser. Hvilke opplysninger som sammenstilles og gjøres tilgjengelig for kommunene skal bestemmes ut fra hvor relevante de er i det brede kommunale folkehelsearbeidet, og ikke utelukkende baseres på en vurdering av hva som eksisterer av tilgjengelig informasjon. Det vises til nærmere omtale i proposisjonens kapittel 13 og merknader til § 25.

Til bokstav b

Erfaring og kunnskap både i helsesektoren samt andre deler av kommunen utgjør viktige bidrag til en helhetlig oversikt over utfordringer. Kunnskap fra skolehelsetjenesten kan være nødvendig for å forstå særskilte utfordringer som kan knyttes til forholdene ved en enkelt skole, eller som kan være et symptom på sosiale eller levekårsutfordringer utenfor skolen. Helsestasjonen kan identifisere spesielle utfordringer i områder, knyttet til enkelte grupper eller liknende. Kunnskap og opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten, jf. også lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-3, må være gjenstand for tilsvarende vurdering som opplysninger fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen.

Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter bokstav b omfatter primært faglige, skjønnsmessige vurderinger fra tjenestene om forhold i kommunene som har innvirkning på de utfordringene tjenestene møter i sine aktiviteter. De utfordringene tjenestene møter i sin virksomhet danner grunnlag for en vurdering av hvilke forhold utenfor tjenestene som påvirker disse.

Tjenestene rapporterer en rekke relevante kvantitative data gjennom systemer som for eksempel KOSTRA og SYSVAK. Denne typen data vil også inngå i kommunenes oversikt, og vil inngå i grunnlaget for det systemet for informasjon som statlige helsemyndigheter tilrettelegger for kommunene, jf. bokstav a.

Til bokstav c

Lokal informasjon om for eksempel bomiljøer, innflytting og utflytting, sosial integrering, næringsstruktur, antall salgs- skjenkesteder for alkohol, skole- og barnehageforhold og sosiale nettverk er blant utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som faller inn under bokstav c. Videre vil kommunens tilsyn med biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer iht. kapittel 3 om miljørettet helsevern danne grunnlag for lokal kunnskap om forhold som kan ha innvirkning på helsen i kommunen, herunder for eksempel informasjon om drikkevannskvalitet og luftkvalitet. Det vises til merknadene til § 9.

Til annet ledd

Bestemmelsen stiller krav til at oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal være skriftlig. Videre skal oversikten identifisere folke-

helseutfordringer i kommunen. Dette innebærer en vurdering av hva som er viktigst å ta tak i lokalt i den enkelte kommune. Folkehelseutfordringene kan omfatte mange ulike nivåer, slik som overordnede utviklingstrekk i samfunnet. For eksempel kan frafall fra videregående skole være en indikator på fremtidige sosiale og helsemessige problemer. Oversikten kan også vise at enkelte deler av kommunen (for eksempel bydeler) har en lavere forventet levealder enn andre deler av kommunen, at kommunen har et stort potensial for å forebygge lårhalsbrudd mv. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Begrepet folkehelseutfordringer skal således forstås i vid forstand og kan omfatte grunnleggende helsepåvirkningsfaktorer som eksempel fattigdom/inntektsforhold, levekårsutfordringer i områder, forhold i skole eller nærmiljø. Det omfatter videre levevaner som tobakksbruk, inaktivitet og helseforhold som trivsel og sykdomsforekomst osv. Med identifisering av folkehelseutfordringer menes en sammenstilt vurdering av helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne i den enkelte kommune. Opplysninger og kunnskap iht. både bokstav a, b og c skal inngå i denne vurderingen.

Kommunale ressurs hensyn som kan innebære at det ikke vil iverksettes omfattende tiltak på kort sikt iht. § 7, skal ikke være til hinder for at et forhold identifiseres som en folkehelseutfordring.

Når folkehelseutfordringene er identifisert, enten det dreier seg om levekår, levevaner, selvopplevd helse eller sykdomsforekomst, må en vurdere hvilke konsekvenser dette har for folkehelsen i kommunen, herunder utviklingstrekk over tid. I konsekvensvurderingen kan det inngå en vurdering av hva folkehelseutfordringene medfører av samfunnsøkonomiske kostnader over tid.

Videre må det gjøres en vurdering av hva som kan være årsakene til eller hvilke forhold som påvirker utfordringene. Med vurdering av årsaker menes ikke en eksakt identifisering av årsaker til sykdommer eller for eksempel sammenhenger mellom levekår og levevaner basert på lokale data i den enkelte kommune. Dette vil oftest ikke være mulig. Med vurdering av årsaksforhold menes å redegjøre for den kunnskap som eksisterer om sammenhengene mellom påvirkningsfaktorer og helse, og som kan relateres til de utfordringer som er identifisert i den enkelte kommune.

Slike vurderinger danner grunnlaget for iverksetting av tiltak mot påvirkningsfaktorer. Tiltakene som iverksettes kan enten være nye folke-

helsetiltak, eller at det tas hensyn til disse forholdene ved iverksetting av annen kommunal eller fylkeskommunal politikk, for eksempel innen samferdsel eller skolesektoren.

Til tredje ledd

Departementet kan fastsette forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Bestemmelsen vil sammen med tilsvarende forskriftshjemmel i §§ 21 og 25, gi hjemmel for å fastsette forskrifter om oversikt.

Til § 6 Mål og planlegging

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i kapittel 14. Bestemmelsen er delvis ny og delvis en videreføring av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-4 og 4a-2 om at kommunestyret har et helhetlig ansvar for faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og kommunens identifiserte folkehelseutfordringer, jf. § 5, er utgangspunktet for både mål og strategier, jf. § 6 annet ledd, og for kommunens ansvar for å iverksette nødvendige tiltak, jf. § 7. Mål og tiltak skal kunne omfatte all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, jf. § 4.

Første ledd knytter folkehelsearbeidet opp mot planarbeidet i kommunen. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering. Folkehelseutfordringene fremgår i dag ikke i oppstillingen av temaer som bør inngå i kommunal planstrategi, men vil gjøre det gjennom § 6 første ledd i folkehelseloven. Kommunale planstrategi bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til utviklingen av kommunesamfunnet. God folkehelse er både resultat av god samfunnsutvikling, og folkehelsen er en viktig faktor for god utvikling. Folkehelseloven § 6 utdypet plan- og bygningsloven ved å sette krav om at en oversikt over kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5 annet ledd, skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

Dette innebærer at det i arbeidet med planstrategi må gjøres en vurdering av i hvilken grad dagens planer ivaretar folkehelseutfordringene slik det fremgår av det skriftlige dokumentet etter

§ 5 annet ledd. I forbindelse med behandling av ny planstrategi i nytt kommunestyre og eventuelt ved rullering av kommuneplan skal eksisterende politikk, prinsipper, organisasjon mv. gjennomgås for en vurdering av om disse er i samsvar med folkehelseutfordringene kommunen står overfor. En slik gjennomgang kan blant annet baseres på ny kunnskap, endringer i lokale, regionale eller nasjonale forutsetninger, lærdom og erfaringer fra eksisterende folkehelsearbeid, nye samarbeidspartnere mv.

Dersom folkehelseutfordringene allerede er tilstrekkelig ivaretatt i eksisterende kommuneplaner som skal videreføres, er det ikke nødvendig at en drøfting av folkehelseutfordringene tas inn i selve planstrategien, men det skal likevel fremgå at det er gjort en slik vurdering, og på hvilket grunnlag. Dersom kommunen ikke har fastsatt mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet til å møte folkehelseutfordringene vil dette måtte fremgå av planstrategien.

Folkehelsearbeidet skal i henhold til *annet ledd* behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen. Etter § 6 annet ledd skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Kommunens folkehelsepolitikk (overordnede mål og strategier) skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten etter § 5 annet ledd og være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter, jf. § 7 første ledd, skal kunne måles mot disse. Mål og strategier skal inngå i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven. Dette er lovfestede føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligger over sektornivå.

Mål og strategier innen folkehelse kan f.eks. omfatte visjon, mål, retningsgivende prinsipper, forholdet til annen politikk slik som oppvekst, utdanning, samferdsel, kultur og næring, spesielle lokale forhold/utfordringer, styringssystem herunder ansvar, organisasjon, viktige prosedyrer, rapporter, evalueringer mv.

Det ligger imidlertid også ansvar og viktige virkemidler i sektorer utenfor kommunens organisasjon. På bakgrunn av dette bør kommunen, som en del av arbeidet med utforming av mål, strategier og tiltak, identifisere aktuelle/relevante samarbeidspartnere. Dette kan eksempelvis være andre sektorer og myndigheter, frivillige organisasjoner, næringsliv, private aktører mv. Når folkehelsearbeid inngår i planlegging etter plan og bygningsloven, gjelder denne lovens bestemmelser om medvirkning. Dette innebærer at planmyndigheten gjennom hele planarbeidet

skal sørge for åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i lokalsamfunnet og dialog med organiserte og uorganiserte interesser. Det særlige ansvaret for å sikre en aktiv medvirkning for grupper av den samiske befolkningen, følger også av ILO-konvensjon nr. 169. Se for øvrig omtale av dette i kapittel 14.4.2.

På bakgrunn av kommunens folkehelsepolitikk bør det utarbeides nærmere delmål og tiltak som innpasses i kommunens planer etter plan- og bygningsloven, jf. kommuneplanens handlingsdel. Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen. Det er naturlig at kommunestyrene årlig behandler lokale tiltak for folkehelse, jf. § 7, i forbindelse med behandlingen av kommuneplanens handlingsdel og økonomiplanen.

I arbeidet med utforming av delmål og tiltak kan det være aktuelt å gjøre nærmere analyser av helsetilstand og påvirkningsfaktorer, f.eks. ved en mer detaljert kartlegging i bestemte geografiske områder, grupper av befolkningen, f.eks. om levekår i enkelte områder, røyking blant elever i de enkelte skoler, tilgang til usunn mat i nærheten av skoler, ulykkesstrekninger på veg mv. Dette kan danne grunnlag for tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller.

§ 7 Folkehelseiltak

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i kapittel 14. Første ledd er delvis ny og delvis en videreføring av innholdet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1, jf. § 4a-2. Annet ledd er en videreføring av § 1-2.

Etter *første ledd* skal kommunen iverksette nødvendige tiltak egnet for å møte folkehelseutfordringene kommunen står overfor.

Kommunen har et spesielt ansvar for å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har størst folkehelseutfordringer, og hvor kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak. Hvilken del av eller sektor i kommunen som må gjennomføre tiltak vil variere med hvilken utfordring man står overfor.

Kommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer som kommunen arbeider innenfor, for eksempel kapasitet og ressursituasjon, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser, jf. blant annet forholdet mellom forebygging og behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt mellom tiltak over tid. Her vil

også lokalt skjønn og politiske prioriteringer veie tungt. Dette innebærer at kommunens ansvar er knyttet til at kommunen har oversikt over utfordringene og arbeider systematisk og langsiktig med å møte disse. Tiltaksplikten og prioriteringen skal vurderes i henhold til at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte, jf. § 1.

Helsedirektoratet utvikler nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, blant annet basert på hva som er effektive tiltak. På områder der dette finnes, kan slike normer/standarder indikere hvilke tiltak som bør iverksettes i forhold til bestemte utfordringer, jf. hva som er "nødvendige tiltak" etter lovforslaget § 7 første ledd første punktum. Dersom kommunen velger å bruke andre metoder eller tiltak, må den være forberedt på å begrunne valg av tiltak. Det er imidlertid ikke alle typer tiltak eller problemer hvor det foreligger god dokumentasjon og dermed klare standarder. Da må det være utfordringsbildet som utløser handlingsplikten. At man på enkelte områder ikke har konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger, vil ikke frita kommuner fra ansvaret for å møte problemene.

Tiltaksplikten er knyttet direkte til de folkehelseutfordringene som kommunen identifiserer i henhold til § 5. Tiltak kan iverksettes både som en direkte oppfølging av utfordringene som er identifisert, og de kan utløses etter en videre håndtering i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Dette betyr at det ikke er en forutsetning at folkehelseutfordringen er planforankret for at den utløser en tiltaksplikt. Det er videre ikke tilstrekkelig med planer, planene må følges opp.

En rekke aktiviteter som tilsyn, klagebehandling mv. etter folkehelseloven kapittel 3 er løpende virksomhet og kan håndteres i virksomhetsplaner mv., dvs. at disse oppgavene ikke trenger å være forankret i kommunens planer etter plan- og bygningsloven. Dersom oversikten for eksempel viser at det er et viss antall kjøletårn, luftskrubber mv. i kommunen med en risiko for spredning av legionellabakterien, krever dette en oppfølging gjennom kommunens tilsyn etter kapittel 3. Et annet eksempel er at det er identifisert en konkret ulykkesfelle i form av et farlig vegkryss som krever at det iverksettes tiltak. Tilsvarende gjelder forhold av akutt art, dvs. dersom det oppstår, eller kommunen blir klar over, situasjoner i kommunen med forhøyet risiko for helseskade i befolkningen, som høye luftforurensningsverdier, må kommunen iverksette nødvendige tiltak, uavhengig om dette er forankret i mål og strategier, jf. også beredskapsbestemmelsen i § 28.

Det angis i første ledd annet punktum eksempler på hvilke påvirkningsfaktorer det kan knyttes tiltak til. Oppstillingen er ikke uttømmende. Den fremhever imidlertid en rekke områder som har stor betydning for folkehelsen og som det derfor er viktig at alle kommuner har oppmerksomhet på. Data om disse områdene vil tilsvarende være sentrale for kommunens oversikt over sine utfordringer.

Annet ledd presiserer kommunens ansvar for helseopplysning. Helseopplysning gjennom informasjon, råd og veiledning er et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner, grupper i befolkningen eller hele befolkningen for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseopplysning innebærer både kunnskapsformidling, bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd.

Helseopplysning utgjør en del av folkehelsearbeidet både fordi befolkningen bør ha kunnskap om faktorer som påvirker helsen og derigjennom får økt mulighet til å fremme egen helse, og for å bidra til kunnskap om samfunnsmessige tiltak for bedre folkehelse.

Med helseopplysning menes ikke utelukkende enveisformidling, men kommunikasjon basert på gjensidig forståelse, involvering og deltakelse, jf. prinsippet om medvirkning.

Helseopplysningsarbeid kan kombineres med andre tiltak i helsetjenester som for eksempel helsetestasjon, helsetjenester i skoler, fastlege mv. Helseopplysning er imidlertid ikke en oppgave for helsetjenesten alene. Som på mange andre områder, bør det baseres på samarbeid mellom ulike myndigheter, frivillig sektor og andre aktører. Helseopplysning bør videre rette seg mot arenaer der man når aktuelle målgrupper, og forskjellige virkemidler kan tas i bruk, herunder kampanjer, skriftlig materiell, direkte kommunikasjon, sosiale medier mv.

For å nå målgrupper med forskjellig kulturell bakgrunn, er det viktig å ta hensyn til både språklige og kulturelle forhold. I kommunikasjon med den samiske befolkningen er det for eksempel ofte ikke tilstrekkelig å utarbeide informasjon på samisk. Kommunikasjonen må være basert på en forståelse for sosiale og kulturelle normer i gruppen.

Til kapittel 3

Kapittel 3 om miljørettet helsevern er en videreføring og oppdatering av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. Kommunen har i oppgave å føre tilsyn med faktorer i miljøet som til enhver tid

direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Miljørettet helsevern er nærmere omtalt i proposisjonens kapittel 15.

Det er knyttet bred praksis til innholdet i bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a som også vil være relevante og som må legges til grunn når bestemmelsene videreføres i folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern. Det vises også til forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a; Ot.prp. nr. 40 (1986-87), Ot.prp. nr. 60 (1993-94), Ot.prp. nr. 72 (2003-2004) og Ot.prp. nr. 5 (2008-2009). Merknadene til bestemmelsene i kapittel 3 er i stor grad gjengivelse av merknadene fra disse proposisjonene, i tillegg til å gi en redegjørelse for relevant rettspraksis, forvaltningspraksis og juridisk teori.

Det er i dag gitt en rekke forskrifter med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-1 og 4a-4. Disse forskriftene, som er opplistet under, vil ha hjemmel i folkehelseloven §§ 8 og 10 og videreføres i § 33.

- Forskrift 12. februar 2010 nr. 158 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)
- Forskrift 29. april 2010 nr. 612 om tekniske og operasjonelle forhold på landanlegg i petroleumsvirksomheten m.m. (teknisk og operasjonell forskrift)
- Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittfarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- Forskrift 1. april 2004 nr. 623 om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen
- Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
- Forskrift 4. juli 2003 nr. 951 om gjødselvarer mv. av organisk opphav
- Forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1406 om skadedyrbekjempelse
- Forskrift 6. mai 1998 nr. 581 om hygienekrav for frisør-, hudpleie- tatoverings- og hulltakingsvirksomhet mv.
- Forskrift 13. juni 1996 nr. 592 for badeanlegg, bassengbad og badstu mv.
- Forskrift 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.
- Forskrift 10. oktober 1988 nr. 836 om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om helse-tjenesten i kommunen
- Forskrift 11. april 1975 nr. 4 om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyro-

tekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende

- Forskrift om 9. oktober 1974 nr. 2 om begren-sning av støy – tillegg til helseforskriftene, Oslo kommune.
- Forskrift 27. juli 1956 nr. 2 om hygieniske forhold ombord i fartøyer

Forvaltningslovens regler gjelder på vanlig måte for kommunens arbeid med miljørettet helsevern.

Miljørettet helseverntjenesten i kommunene er en viktig oppgave og ressurs i det brede folkehelsearbeidet. Etter oppgavene i kapittel 3 skal kommunen ha sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, uavhengig av sektor, og kommunen har i kapittel 3 virkemidler ovenfor virksomhet og eiendom, både privat og offentlig. Denne myndig-heten er en forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for å sikre liv og helse og for å fremme folkehelse.

I arbeid med miljørettet helsevern etter kommunehelsetjenesteloven er oppgavene etter kapittel 4a og § 1-4 nært sammenknyttet. Et sentralt virkemiddel i tilsynet med de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha inn-virkning på helsen, har vært å integrere helsehen-syn i planer og aktiviteter på tvers av sektorer i kommunen. Når en har kommet tidlig inn i pro-sesser, har en kunnet unngå bruk av virkemidler som rettingsvedtak for å rette forhold i ettertid. For eksempel har miljørettet helsevern tjenesten kunnet være tidlig inne i arealplanlegging for å forebygge fare for forurensning av drikkevann eller uheldige forhold i bomiljøer, eller tjenesten har vært tidlig inne i planfase for skolebygg slik at helsemessige hensyn har blitt vektlagt tidlig i pro-sessene. Folkehelseloven endrer ikke på disse for-hold. En samling av virkemidler i eget kapittel 3 innebærer ingen innsnevring av miljørettet helse-vern.

På samme måte som virkemidler etter kapittel 4a og § 1-4 var sammenknyttet etter kommunehel-setjenesteloven, vil bestemmelsene i kapittel 3 og kapittel 2 være det etter folkehelseloven. Således inngår miljørettet helsevern etter kapittel 3 som et sentralt virkemiddel og ansvar som en del av kom-munens helhetlige folkehelseansvar, jf. §§ 4 til 7. Miljørettet folkehelsearbeid er nærmere omtalt i kapittel 14.5.3.

Kommunens tilsynsoppgave etter § 9 er en kommuneplikt. En del av de virksomheter og eiendommer det skal føres tilsyn med vil være kommunale. De krav som stilles til virksomhet eller eiendom i kapittel 3 eller i forskrifter vil være

aktørplikter, der kommunale og private virksomheter sidestilles.

Til § 8 Virkeområde og forskrifter

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-1.

Første ledd fastsetter nærmere virkeområdet til miljørettet helsevern. Det er miljøfaktorenes innvirkning på helsen som er det sentrale i miljørettet helsevern. Begrepet "til enhver tid" tydeliggjør at dette også omfatter faktorer som kun er kortvarige. Dette omfatter både faktorer som kan ha positiv og negativ innvirkning. Når det gjelder faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen, vil dette blant annet omfatte påvirkningsfaktorer som gir helseskade, helsefare, fare for sykdom, hygienisk ulempe, miljørelaterte helseproblemer og skader og dødsfall som følge av ulykke. I lovteksten nevnes som eksempel biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Menneskene rundt individet er i denne sammenheng å anse som en miljøfaktor, jf. at miljørettet helsevern også omfatter sosiale miljøfaktorer. Begrepet "sosiale miljøfaktorer" skal fortolkes vidt og omfatter sosiale faktorer både i storsamfunn og nærsamfunn. Dette omfatter blant annet økonomiske og sosiale prosesser, bomiljø, arbeidsmiljø, sosiale nettverk, kontakt og tilhørighet. Sosiale miljøfaktorer skal videre forstås dynamisk, og konkretiseringen ovenfor er derfor ikke uttømmende. Det begrepet som i dag ofte brukes for sosiale miljøfaktorer er sosiale helsedeterminanter. Sosiale miljøfaktorer påvirker både psykisk og somatisk helse. Begrepene "sosiale miljøfaktorer" og "sosiale ulikheter i helse" er videre forskjellige begreper og refererer til ulike deler av en årsaksskjede; det første handler om påvirkningsfaktorer, det siste om endepunkter.

Ved vurdering av hvilke påvirkningsfaktorer som gjør seg gjeldende og hvordan de innvirker på helsen, må det gjøres en helsefaglig vurdering. I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) omtales dette som det hygieniske skjønnet.

Annet ledd gir hjemmel for å gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om internkontroll for virksomhet/eiendom, for å sikre at krav fastsatt i dette kapittel eller i forskrifter gitt i medhold av kapitlet overholdes. Miljørettet helsevern regelverket består i dag i tillegg til lovbestemmelsene av en rekke forskrifter som det er gjort rede for ovenfor og i proposisjonens kapittel 15.2.2. Disse forskriftene videreføres i medhold av folkehelseloven § 33 om videreføring av forskrifter.

Annet ledd viser noen eksempler på områder der det er aktuelt å gi nærmere forskrifter. Eksempelene skal ikke tolkes avgrensende, det er kapitlets virkeområde i § 8 første ledd som definerer forskriftshjemmelen. Andre eksempler på forhold eller virksomhet/eiendom som det kan gis forskrifter om er for eksempel bygge- og anleggsplasser, camping-, hotell og pensjonatvirksomhet, plasser, samlingslokaler, idrettsanlegg, arrangementer som kan være permanente eller midlertidige, undervisningslokaler mv.

Noen områder vil delvis være dekket av annen lovgivning. Dette gjelder for eksempel vann og vannforsyning som også er regulert av matloven når det gjelder å stille krav til drikkevann herunder vann til matproduksjon og tilsyn med dette. Begrepet vann og vannforsyning etter folkehelseloven favner derfor videre enn matloven, da den ikke er begrenset til vann beregnet på drikke eller matproduksjonsformål, men også vil omfatte eksempelvis vann til andre hygieniske formål som kroppshygiene, rengjøring, brannvann, radongass eller legionella i dusjvann mv. Kommunen har også et selvstendig ansvar etter folkehelseloven for å sikre at befolkningen *har tilgang* til trygt drikkevann, jf. også lovens kapittel 2. I andre tilfeller der spesiallovgivning dekker et område vil bestemmelsene i folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern ofte få karakter av et sikkerhetsnett. Bestemmelsene vil også kunne fungere som et sikkerhetsnett der enkeltfaktorer ikke hver for seg utgjør en helserisiko men hvor summen av dem kan gjøre det.

Bestemmelser om internkontroll i forskrift etter § 8 vil være internkontroll for å sikre at miljørettet helsevernregelverket følges opp i virksomhet og eiendom. Dette er noe annet enn internkontrollplikten for kommunen etter § 30.

Forskriftshjemmelen er avgrenset til de forhold som berører folkehelselovens formål. Det er folkehelseformål som skal fremmes gjennom forskriftene og ikke f.eks. forurensningsfaglige eller andre faglige hensyn. Forskriftshjemmelen er aktuell innen hele folkehelselovens geografiske virkeområde, jf. § 2 og merknader til denne. For eksempel vil det som etter kommunehelsetjenesteloven være aktuelt med forskrifter vedrørende forhold omfattet av begrepet miljørettet helsevern på kontinentalsokkelen og visse typer skipsfart.

Til § 9 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-2 og 4a-3.

Første ledd fastslår at kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Kommunens tilsynsvirksomhet skal baseres på en risikovurdering som blant annet bør bygge på den kunnskap om folkehelseutfordringene (helsetilstand og påvirkningsfaktorer) som kommunen skal ha etter § 5. I sitt tilsyn kan eller skal kommunen benytte ulike virkemidler, nærmere bestemt pålegg om helsekonsekvensutredning, opplysningsplikt, gransking, retting og stansing. Det er i virkemiddelbestemmelsene i §§ 11 til 14 og § 16 gitt nærmere bestemte vilkår. Kommunen skal etter § 10 behandle søknad om godkjenning for godkjenningsspliktige virksomheter og behandle melding for meldingspliktige virksomheter. Det er videre en del av tilsynsoppgaven å følge opp at virksomhet eller eendom lukker eventuelle avvik innen en fastsatt tid. Der kommunen benytter sin myndighet til å gi pålegg med hjemmel i kapittel 3, vil det være enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Beslutning om å ikke fatte vedtak i saker der kommunen har fått konkret henvendelse vil også kunne være enkeltvedtak som kan påklages.

For godkjenningsspliktige virksomheter som for eksempel skoler og barnehager, jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, innebærer tilsynsansvaret at kommunen i) har oversikt over godkjenningsspliktige skoler og barnehager, ii) følger opp forhold som kan tilsi at miljøet i skolene og barnehagene kan være uforsvarlig, inkl. skoler og barnehager som ikke har søkt om godkjenning, samt iii) ut i fra en risikovurdering, fører regelmessig tilsyn med skolene og barnehagene i kommunen.

Kommunen kan delegere oppgaver innen miljørettet helsevern innad i kommunen etter de alminnelige reglene for delegasjon i kommuneloven. Oppgavene er ofte delegert til administrativt nivå, eventuelt til helse- og sosialstyre eller lignende. Oppgavene og myndighetsutøvelse kan delegeres etter de generelle bestemmelsene i kommuneloven, hvilket også gir rom for å delegerer myndighetsutøvelse til en vertskommune etter kommuneloven §§ 28a til 28k. Annet ledd åpner også for at myndighetsutøvelse etter kapittel 3 kan delegeres til interkommunale selskaper etter lov om interkommunale selskaper (IKS-loven). Beslutning om å begjære offentlig påtale etter § 18 annet ledd må foretas av kommunestyret og kan ikke delegeres.

Annet ledd legger myndigheten til å fatte hastevedtak direkte til kommunelegen. I enkelte tilfeller kan det på grunn av tidsnød være nødvendig å

gripe inn uten unødig opphold og uten ordinær forutgående saksbehandling, og myndighet til å fatte hastevedtak er da i loven lagt direkte til kommunelegen. Hastevedtak vil som regel være enten et rettingsvedtak etter § 14 eller et stansingsvedtak etter § 16. Bruk av hastevedtak kan ha nær sammenheng med beredskap, jf. § 28. Dersom det er flere kommuneleger, bør det til enhver tid være fastsatt hvem som har ansvaret for å behandle hastesaker.

Når kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern, herunder myndighetsutøvelse, til et interkommunalt organ, kan myndighet til å fatte hastevedtak utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet. Det vises også til lovforslaget § 27.

Til § 10 Meldeplikt og godkjenning

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-4. Det er i forskrift pålagt en rekke melde- og godkjenningssplikter, dagens melde- og godkjenningsspliktige virksomheter er gjort rede for i kapittel 15.2.2 om miljørettet helsevern.

Første ledd gir hjemmel for at det i forskrifter om miljørettet helsevern etter § 8 annet ledd kan gis bestemmelser om meldeplikt og godkjenningssplikt. Hjemmel for melde- eller godkjenningssplikt gjelder for den som planlegger eller iverksetter virksomheter som etter sin art kan ha innvirkning på helsen eller ved endring i slik virksomhet. Kommunen kan stille vilkår i forbindelse med godkjenning av slik virksomhet for å ivareta hensynet til folks helse i henhold til den alminnelige vilkårs læren. Det kan i forskrift gis nærmere bestemmelser om godkjenning, herunder om saksbehandlingsregler til utfylling av tjenesteloven. Unntak fra tjenesteloven § 11 annet ledd kan bare gjøres når det er begrunnet ut fra tvingende allmenne hensyn. Om forholdet til tjenesteloven vises det til Ot.prp. nr. 70 (2008-2009).

Ordningen med plikt til å innhente vurdering fra akkrediterte inspeksjonsorganer, jf. *annet ledd*, er et tiltak som er generelt uformet i lovhjemmelen, men som ble innført med begrunnelse i behov for nærmere oppfølging av virksomheter med installasjoner med høy risiko for å spre legionellabakterien (spesielt kjøletårn og luftskrubber). Det vises til redegjørelse for ordningen i Ot.prp. nr. 73 (2008-2009).

Tredje ledd gir hjemmel for å stanse virksomheter på grunnlag av manglende godkjenning. Det er tilstrekkelig at godkjenning mangler, eller at vilkår som er satt da godkjenning ble gitt, ikke

er oppfylt. De alminnelige vilkår for stansing etter § 16 behøver ikke være oppfylt. Adgangen til å fatte stansingsvedtak er likevel begrenset ved vilkåret om forholdsmessighet mellom den helsefare som kan unngås og de ulempene stansingsvedtaket medfører for virksomheten og samfunnet.

Fjerde ledd gir regler om godkjenningmyndigheten i særlige tilfelle. Dette handler om tilfelle der det forholdet som skal godkjennes berører flere kommuner eller fylker. Det kan da være interessemotsetninger mellom kommunene/fylkene som gjør at godkjenningmyndigheten bør legges til et høyere forvaltningsnivå. Bestemmelsen om vannforsyning og drikkevann er nødvendig for å kunne gi myndighet til Mattilsynet som etter statliggjøringen av tilsynet med matproduksjon og drikkevann fikk dette ansvaret.

Til § 11 Helsekonsekvensutredning

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-5.

Formålet med bestemmelsen er å kunne vurdere mulige helsemessige konsekvenser av en planlagt eller eksisterende virksomhet. Det er i utgangspunktet virksomheten som har ansvar for å godtgjøre at den drives eller planlegges å drive i tråd med gjeldende regelverk, jf. også føre-var prinsippet. Kommunen kan etter bestemmelsen pålegge den ansvarlige for en virksomhet eller eiendom å utrede mulige helsemessige konsekvenser av en virksomhet eller forhold ved en eiendom. Bestemmelsen krever at det foretas en konkret vurdering av om en konsekvensutredning skal pålegges ut i fra en avveining av ulempene ved en slik utredning holdt opp mot mulige helsemessige hensyn. Det vises til nærmere redegjørelse for forholdsmessighetsprinsippet i merknadene til § 14.

Konsekvensutredninger, også i forhold til helse, skal skje etter plan- og bygningsloven der den kommer til anvendelse. Dette innebærer at det er viktig at helsefaglig kompetanse og vurderinger bringes inn i prosessen knyttet til å fastsette krav til konsekvensvurderinger og ved vurderinger av disse. Bestemmelsen i folkehelseloven § 11 vil primært komme til anvendelse for tilfeller der konsekvensutredningsbestemmelsene etter plan- og bygningsloven ikke gjelder.

Bestemmelsen må sees i forhold til meldings- og godkjenningsbestemmelsen, jf. § 10, og rettingsbestemmelsen, jf. § 14. Det innebærer at det kan være aktuelt å pålegge helsekonsekvensvurdering før oppstart eller vesentlig endring av en

virksomhet der det er rimelig grunn til å tro at denne kan medføre negative helsekonsekvenser av et visst omfang. Denne vurderingen kan da legges til grunn blant annet ved eventuell godkjenning, og kan sikre at virksomheten planlegges slik at de ikke risikerer et rettings- eller stansingsvedtak etter oppstart.

Til § 12 Opplysningsplikt

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-6.

Opplysningsplikt er et virkemiddel som ikke nødvendigvis brukes veldig ofte av kommunene, men har i praksis vist seg å kunne være en forutsetning for at virksomheter utleverer opplysninger uten at det gis pålegg om det.

Til § 13 Gransking

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-7.

I denne bestemmelsen gis kommunen adgang til å beslutte gransking av eiendom eller virksomhet i sitt arbeid med miljørettet helsevern. I bestemmelsen er det også tatt inn regler om gjennomføringen av granskingen. Utgifter i forbindelse med gransking skal dekkes av den ansvarlige for virksomheten eller eiendommen. Under granskingsforretningen skal det kunne tas nødvendige prøver uten at kommunen må godtgjøre dette. Forvaltningsloven § 15 om fremgangsmåten ved gransking og lignende kommer til anvendelse ved gransking etter § 13, herunder de spesielle klagereglene i § 15 fjerde ledd.

Kommunelegen vil kunne fatte vedtak om gransking på kommunestyrets vegne dersom det er nødvendig på grunn av tidsnød, jf. § 9 annet ledd.

Til § 14 Retting

Rettingsbestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-8. Pålegg om retting er den viktigste og mest brukte virkemiddelbestemmelsen i kommunens tilsynsvirksomhet med miljørettet helsevern. Det er også av denne bestemmelsen det fremgår indirekte at virksomheter og eiendommer skal drive helsemessig tilfredsstillende.

Det er knyttet en bred praksis til vilkårene i rettingsbestemmelsen, spesielt forvaltningspraksis, men også en del rettspraksis. Når miljørettet helsevernbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a nå erstattes av folkehelseloven

kapittel 3, vil den forvaltningspraksis, rettspraksis og teori som er knyttet til rettingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4a-8 fortsatt være relevant i tolkningen av innholdet etter folkehelseloven § 14. Det vil her bli gjort rede for noen hovedtrekk.

For å kunne gi pålegg om retting må to vilkår være oppfylt; det må foreligge et "forhold som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, eller det er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel" (vilkåret om helserisiko) og det må være forholdsmessighet mellom den helsegevinst som oppnås og vedtakets øvrige konsekvenser, jf. kravet om at "ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes". Vilkåret om forholdsmessighet har vokst fram gjennom praksis og teori, og ble i 2003 kodifisert i forskrift om miljørettet helsevern.

Pålegg om retting kan gis av kommunen av eget initiativ eller etter klage fra berørte.

Et forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen er et vidt begrep, da enhver omstendighet i utgangspunktet kan være et forhold. I følge Ot.prp. 40 (1986-87) side 8 skal lovbestemmelsen være "så generell at det ikke utelates områder som det kan være behov for å regulere". Et forhold kan oppstå som resultat av en handling eller en unnlattelse. For eksempel vil en usikret brønn være et forhold etter § 14. Det er i utgangspunktet ikke et krav at et forhold må være av en viss varighet, det er helserisikoen ved forholdet som er avgjørende. Ved helt kortvarige forhold kan forholdet allerede være over før det blir påklaget eller det blir fattet vedtak om retting. Ved gjentatte, kortvarige forhold vil det være aktuelt å pålegge retting etter at forholdet er opphørt, slik at den ansvarlige vet hva han har å forholde seg til ved en senere anledning.

Forholdet skal være tilknyttet eiendom og/eller virksomhet dersom det skal kunne falle under rettingsbestemmelsen. De fleste forhold har i praksis en eller annen form for tilknytning til virksomhet eller eiendom. Samferdsel vil falle under begrepet "eiendom eller virksomhet", for eksempel i form av infrastruktur eller kjøretøy. Virksomhetsbegrepet omfatter både kortvarige og langvarige aktiviteter, innretninger mv.

Vilkår om helserisiko

At det foreligger forhold som "direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen eller det er i strid med krav gitt i medhold av dette kapittel" er grunnvilkåret for å gi pålegg om ret-

ting. Retting kan altså pålegges direkte med hjemmel i loven, eller dersom forholdene er i strid med bestemmelser gitt i forskrift.

Lovens krav om helserisiko kan for eksempel innebære at det foreligger en fare for helseskade eller helsemessig ulempe. Forholdet må etter en helsefaglig vurdering påvirke helsen negativt og være over en viss tålegrense. Det innebærer at forholdet må være av en viss alvorlighet eller overstige et minstemål av akseptabel helserisiko, før det anses å ha "negativ innvirkning på helsen". Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av rettingsbestemmelsen. Hvor grensen for hva som er å anse for å være helserisiko etter folkehelseloven § 14 vil i praksis også kunne vurderes i forhold til kravet om forholdsmessighet. Et forhold vil kunne pålegges retting selv om den helsemessige gevinsten ikke er veldig stor, dersom retting av forholdet er lite kostbart og lite inngripende.

Folkehelseloven § 14 gir uttrykk for et føre-var prinsipp ved at det ofte vil være en viss usikkerhet og hvis man venter til full visshet og sykdommen allerede har oppstått, er man for sent ute. Det kan etter denne bestemmelsen gis pålegg om å rette et forhold før det er påvist helseutfall. Formålet med folkehelseloven er å forebygge sykdom, herunder beskytte mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

For å vurdere om det foreligger et forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen, må det gjøres en helsefaglig vurdering som baseres på tilgjengelig kunnskap om påvirkningsfaktorenes innvirkning på helsen. I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) omtales dette som "det hygieniske skjønn".

Forskriftsverket gir i dag på mange områder bestemmelser i form av funksjonskrav, for eksempel at virksomhet eller eiendom skal drives "på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe", jf. forskrift om miljørettet helsevern § 7. Når forskriftene er utformet som funksjonskrav innebærer det at virksomhetene kan finne hensiktsmessige løsninger innenfor regelverkets rammer. Det innebærer også at det tas utgangspunkt i krav og normer gitt av helsemyndighetene, eller helsebegrunnede krav eller normer gitt av andre myndigheter, ved vurderingen av hvorvidt forskriftens krav er oppfylt. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra krav eller normer, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Helsefaglige normer vil også være relevante i vurderingen om et forhold "kan ha negativ innvirkning på helsen" direkte etter loven. Normer og retningslinjer er gjerne

fastsatt på bakgrunn av en avveining mellom ulike hensyn. Der slike normer benyttes som grunnlag for å angi tålegrensen etter folkehelselovens bestemmelser om miljørettet helsevern, vil dette kunne få betydning for forholdsmessighetsvurderingen i den enkelte sak, da forholdsmessighetsvurderingen kan ha vært gjort på forhånd gjennom fastsettelse av normene.

Vilkår om forholdsmessighet

Enhver utøvelse av offentlig myndighet forutsetter videre at det skal foretas en avveining av motstridende hensyn. Dette betyr at selv om kommunen i utgangspunktet har myndighet til å pålegge retting etter § 14, vil alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper som forutsigbarhet og forholdsmessighet kunne sette grenser for hvilke vedtak som kan fattes. Det må i denne sammenheng være forholdsmessighet mellom de plikter den ansvarlige pålegges, og hva som vil oppnås med pålegget for at vedtaket skal være gyldig.

Kommunen kan derfor ikke fatte et hvilket som helst rettingsvedtak som vil redusere de helsemessige ulempene knyttet til den aktuelle virksomheten, men må se hen til hvilke konsekvenser vedtaket vil ha for den vedtaket er rettet mot og for samfunnet for øvrig. Det må her foretas en helhetsvurdering hvor blant annet nytten av beskyttelsestiltak eller skade-/risikobegrensende forholdsregler vurderes opp mot kostnadene ved slike tiltak.

Kravet til forholdsmessighet og hensynet til forutberegnelighet og helhetlig planlegging tilsier at rettingskompetansen benyttes med varsomhet i tilfeller hvor det foreligger et planvedtak etter plan- og bygningsloven eller hvor det er gitt konsesjon eller godkjenning etter annet regelverk. Dette gjelder spesielt der det på forhånd er foretatt en vurdering av helsemessige konsekvenser og en forsvarlig avveining av forholdsmessighet. Der det på forhånd er foretatt en vurdering og avveining av forholdsmessighet, kan man likevel vanskelig overskue enhver følge av det endelige vedtaket. Situasjonen kan utvikle seg annerledes enn det som var forutsetningen på vedtakstidspunktet, eller det kan være ny allmenn kunnskap som ikke forelå under prosessen og som gir grunnlag for en annen helsemessig vurdering. For slike tilfeller kan det være aktuelt å benytte folkehelselovens bestemmelser om miljørettet helsevern som sikkerhetsnett for å fange opp forhold som utgjør en helserisiko.

Annet ledd oppstiller formkrav til rettingsvedtak. Det skal være skriftlig og inneholde frist for

når det skal være utført. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler for enkeltvedtak vil også gjelde, for eksempel at vedtaket skal grunngis mv. Pålegget må i praksis rettes til eiendom/virksomhets eier eller den som er virksomhetens ansvarlige leder eller representant. Tilsvarende gjelder ved meddelelse om bruk av andre pålegg etter folkehelseloven kapittel 3. Det følger videre av annet ledd at kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan. Den ansvarlige kan være enkeltperson, selskap eller annen sammenslutning, stiftelse, forening, kommunal, fylkeskommunal eller annen offentlig virksomhet.

Til § 15 Tvangsmulkt

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-9.

Tvangsmulkt kan ilegges dersom rettingsvedtak ikke blir fulgt. Tvangsmulkt er kun knyttet til rettingsvedtak, og ikke til de øvrige virkemidlene. Det er gitt en egen forskrift om tvangsmulkt, som videreføres i medhold av § 33.

For at pålegg om retting skal være effektivt, må kommunestyret kunne ilegge tvangsmulkt ved oversittelse av frist for retting. Kommunelegen har også her kompetanse til å fatte vedtak på kommunestyrets vegne dersom dette er nødvendig på grunn av tidsnød, jf. § 9 annet ledd.

Til § 16 Stansing

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-10.

Etter denne bestemmelse har kommunen plikt til å stanse virksomhet eller aktivitet eller deler av virksomhet eller aktivitet dersom det oppstår forhold knyttet til virksomhet eller eiendom som medfører overhengende fare for helseskade. Stansingen skal da gjelde inntil forholdene er rettet. Stansing kan gjennomføres med bistand av politiet. Dersom tidsnød gjør det nødvendig, har kommunelegen kompetanse til å stanse virksomhet eller deler av virksomhet på kommunens vegne, jf. § 9 annet ledd.

Til § 17 Overtredelsesgebyr

Bestemmelsen er ny. Bestemmelsen fastslår i første ledd at departementet i forskrift kan fastsette bestemmelser om overtredelsesgebyr ved brudd på bestemmelsene om miljørettet helsevern i folkehelseloven §§ 10 til 14 og § 16 eller forskrifter i

medhold av §§ 8 og 10. Skyldkravet er både forsett og uaktsomhet. Høyesterett har lagt til grunn at det kreves noe mer enn ordinær sannsynlighetsovervekt for at forvaltningen kan ilegge sanksjoner av pønalt karakter, slik som overtredelsesgebyr. Beviskravets styrke er relativt til hvor inngripende reaksjonen er, se blant annet Rt. 2007 side 1217.

Ved pålegg om overtredelsesgebyr må det vurderes om dette etter et forholdsmessighetsprinsipp anses som en riktig reaksjon i forhold til overtredelsens art. Overtredelsesgebyr må ses i sammenheng med lovens øvrige reaksjonsmidler ved brudd på regelverket om miljørettet helsevern og vil være aktuelt når andre reaksjonsformer ikke er tilstrekkelige eller hensiktsmessige. Overtredelsesgebyr kan for eksempel være aktuelt ved brudd på regelverket i form av engangshendelser, for eksempel ulovlig støy i forbindelse med et arrangement, eller hvor summen av mange aktiviteter, som hver for seg er små, til sammen utgjør et folkehelseproblem. Et eksempel på dette var vinteren 2010 da Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte midlertidig forskrift 5. februar 2010 nr. 99 om tiltak for å hindre helseskader på grunn av luftforurensning i Bergen kommune.

Myndigheten til å ilegge overtredelsesgebyr er lagt til kommunen. Kommunen kan be for eksempel politiet melde fra om brudd på regelverk der det er aktuelt å ilegge gebyr.

Annet ledd fastslår at departementet i forskrift kan fastsette hvilke overtredelser som kan medføre overtredelsesgebyr, samt nærmere bestemmelser om, utmåling, klage, betaling, rente og tilleggsgebyr. Ved vurderingen av om overtredelsesgebyr skal ilegges, bør de utmålingsprinsipper som ligger til grunn i Sanksjonsutvalgets anbefalinger følges. Det bør særlig legges vekt på blant annet hvor alvorlig overtredelsen har krenket de interesser loven verner, graden av skyld, om overtrederen ved retningslinjer, instruksjon, opplæring, kontroll eller andre tiltak kunne ha forebygget overtredelsen, om overtredelsen er begått for å fremme overtrederens interesser, om overtrederen har hatt eller kunne ha oppnådd noen fordel ved overtredelsen, om det foreligger gjentakelse, om andre reaksjoner som følge av overtredelsen blir ilagt overtrederen eller noen som har handlet på vegne av denne, blant annet om noen enkeltperson blir ilagt straff og overtrederens økonomiske evne. Oppregningen er ikke uttømmende.

Tredje ledd fastslår at endelig overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg, jf. lov 26. juni 1992 nr. 86 om tvangsfullbyrdelse § 7-2 bokstav e. Overtredelsesgebyret er endelig når det ikke lenger kan påklages.

Fjerde ledd fastslår at foretak kan ilegges overtredelsesgebyr når overtredelsen er begått av noen som handlet på vegne av foretaket. Med foretak menes selskap, enkeltpersonforetak, forening eller annen sammenslutning, stiftelse, bo eller offentlig virksomhet. Ansatte og oppdragstakere er eksempler på hvem som kan anses for å ha handlet på vegne av foretaket. Annet punktum fastslår at overtredelsesgebyr kan ilegges foretaket selv om ingen enkeltperson kan ilegges overtredelsesgebyret. Dette innebærer at både anonyme og kumulative feil omfattes.

For vedtak etter § 17 gjelder forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler.

Til § 18 Straff

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-11.

Skyldkravet er forsett eller uaktsomhet, og strafferammen er bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Det er kun kommunestyret selv som kan begjære påtale. Dette gjelder selv om oppgavene for øvrig er delegert til for eksempel kommunale eller interkommunale organer.

Til § 19 Klage

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-12. Fylkesmannen er klageinstans for vedtak fattet etter kapitlet om miljørettet helsevern.

Klageinstansen kan i henhold til forvaltningsloven § 34 prøve alle sider av det påklagede vedtaket, også de skjønsmessige sidene. Fylkesmannen har ved sin helseavdeling kompetanse til å gjøre helsefaglige vurderinger i klagesaker. Fylkesmannen skal legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.

Til § 20 Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid

Bestemmelsen erstatter lov om fylkekommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 3. Se nærmere omtale i kapittel 12.2.

Første ledd omhandler hvordan fylkeskommunen skal arbeide for å fremme folkehelse innen de oppgaver som er tillagt fylkeskommunen.

Arbeid for folkehelsen skal ivaretas og vektlegges i fylkeskommunens politikktutforming, som samfunnsplanlegger og planmyndighet i fylket. Folkehelsen skal også ivaretas i styring og drift og planlegging av egen virksomhet, slik som i den

offentlige tannhelsetjenesten, videregående opplæring, miljø og friluftsliv, kultur og idrett, samferdsel og trafikksikkerhet.

Videregående opplæring vil for eksempel være en sentral arena i folkehelsearbeidet. Utdanning er i seg selv en påvirkningsfaktor for helse. Tiltak for å forhindre frafall i videregående opplæring er således viktig for utjevning av sosiale helseforskjeller. Skolen er også en arena for å fremme godt læringsmiljø og helse gjennom blant annet kroppsøving og tilrettelegging for fysisk aktivitet, tilgjengelighet til sunn mat og drikke, tiltak for å forebygge tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk, mobbing mv. Eksempler på tiltak er at fylkeskommuner som eier av videregående skoler med hjemmel i sin eierrådighet har skiftet ut brusautomater med vanddispensere og innført restriksjoner på tobakksbruk på skolens område.

Det vises til spesialmerknadene til § 1 annet ledd om at loven skal sikre at fylkeskommuner setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Annet ledd angir hvordan fylkeskommunen, i tillegg til det folkehelsearbeidet som inngår i fylkeskommunens oppgaver etter første ledd, skal understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid. En av disse oppgavene er å gjøre tilgjengelig relevante opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer som fylkeskommunen fremskaffer i medhold av § 21. Bestemmelsen fastslår videre at fylkeskommunen også mer generelt skal være en pådriver for og samordner av folkehelsearbeidet i fylket. Dette vil gjelde både i forhold til kommuner, næringsliv, frivillig sektor og overfor befolkningen generelt i fylket. Pådriveransvaret omfatter også å hjelpe kommunene med deres folkehelsearbeid.

Frivillige organisasjoner innen en rekke områder som for eksempel friluftsliv, idrett, sosialt arbeid, kultur, miljø med mer kan spille en viktig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av de aktiviteter som organisasjonene bidrar med og ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig.

Som samfunnsutvikler må fylkeskommunen samarbeide med ulike aktører (slik som regional stat, kommuner, frivillige organisasjoner, næringsliv, forsknings- og undervisningsmiljøer, helseforretakene) og sektorer, samt ta lederskap for å få til et helhetsgrep på utviklingen i fylket.

Partnerskap er en av flere arbeidsformer for fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeidet. Et partnerskap er en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid

og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål. Det må ta utgangspunkt i likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser. Samarbeidet bør forankres i et eller flere felles mål.

Til § 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket

Bestemmelsen erstatter lov om fylkekommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 4. Se nærmere omtale i kapittel 13.2.

Bestemmelsen harmoniserer med tilsvarende bestemmelser rettet mot kommunene, jf §§ 5 og 6.

Første ledd pålegger fylkeskommunene å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket. Hva som er nødvendig oversikt må sees i forhold til § 20, herunder de oppgaver fylkeskommunen til enhver tid er tillagt, fylkeskommunens aktivitet gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting, fylkeskommunens understøttning av folkehelsearbeid i kommunene, samt rollen som pådriver for samordning av folkehelsearbeidet i fylket. Med påvirkningsfaktorer menes et bredt sett av faktorer på mange nivåer. I egen virksomhet kan oversikt omfatte situasjonen når det gjelder gjennomføringsgrad og helse- og miljøforhold i videregående skoler, luftkvalitet og støyforhold på fylkets vegnett mv. Som samfunnsplanlegger og regional utvikler er det avgjørende at fylkeskommunen har en oversikt over regionale utfordringer slik som sosiale helseforskjeller i fylket, levekårsutfordringer, ulykkesstatistikk, levevaner mv.

Fylkeskommunen skal etter § 20 understøtte kommunenes folkehelsearbeid, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger som fylkeskommunen fremskaffer i medhold av § 21. Det vil også være aktuelt at fylkeskommunen i samarbeid med kommunene gjennomfører felles undersøkelser som mer effektivt kan gjøres på regionalt nivå enn lokalt, slik som Helseprofil for Akershus, Østfoldhelsa mv.

Det vises for øvrig til merknader til §§ 5 og 25 for en utdypning av oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og om hva som kommer inn under bokstav a om opplysninger fra statlige helsemyndigheter.

Bokstav b fastslår at fylkeskommunen i arbeidet med oversikt skal anvende relevant kunnskap fra kommunene, slik som kommunale oversikter over ulykker på vei som fylkeskommunen har ansvar for, helseforhold i videregående skoler mv. Videre utgjør erfaring og kunnskap både fra tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommu-

nens virksomhet bidrag til en helhetlig oversikt over utfordringer. Vurderinger av utfordringer som tannhelsetjenesten møter i sin virksomhet, kan for eksempel være indikasjoner på levekårs- og folkehelseutfordringer som folkehelsearbeidet bør ta hensyn til. Erfaringer fylkeskommunen gjør seg i forbindelse med annen virksomhet som for eksempel regional utvikling, vil også inngå som relevant grunnlag for vurdering av folkehelseutfordringer etter annet ledd. Hensikten er at fylkeskommunen skal skaffe seg en best mulig oversikt over hva som er fylkets folkehelseutfordringer.

Som for kommunen, skal oversikten foreligge som et skriftlig dokument som skal inngå som grunnlag for vedtak om regional planstrategi.

Tredje ledd slår fast at fylkets folkehelseutfordringer bør inngå som grunnlag for arbeidet med regional planstrategi. Regional planstrategi etter plan- og bygningsloven er et verktøy for regional samordning. Planstrategien skal samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes interesser. Ved innføring av planstrategi vil også kommunene få bedre muligheter til å delta i drøftinger om premissene for den regionale planleggingen, herunder valg av innsatsområder, organisering av arbeidet mv. I tillegg framheves fylkeskommunens veilederansvar etter plan- og bygningsloven overfor kommunene i rollen som både samfunnsutvikler og velferdsprodusent.

Fjerde ledd gir hjemmel for å fastsette forskrift med utfyllende bestemmelser om oversiktsoppgaven etter § 21, herunder om gjennomføring av befolkningsundersøkelser.

Til § 22 Statlige myndigheters ansvar

Bestemmelsen er ny. Se nærmere omtale i kapittel 10.

Bestemmelsen er en prinsippbestemmelse om at statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. Dette synliggjør det ansvar statlige virksomheter allerede i dag har for å vurdere konsekvensene for folkehelsen etter utredningsinstruksen og annet regelverk.

Bestemmelsen er ikke så konkret med hensyn til hvordan staten skal håndtere kravet om å vurdere helsekonsekvenser, som de bestemmelsene i folkehelseloven som retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Den fastslår likevel at alle statlige sektorer har et folkehelseansvar og skal ta folkehelsehensyn der dette er relevant.

Til § 23 Fylkesmannens ansvar

Bestemmelsen er ny. Den innebærer for det første at fylkesmannen skal bidra til iverksetting av nasjonal politikk på folkehelseområdet. I dette ligger at fylkesmannen skal formidle, tilpasse og være pådriver for at Stortingets og regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp av kommuner og fylkeskommuner. Videre skal fylkesmannen ha en fagrolle på folkehelseområdet som innebærer å være pådriver for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Dette skal skje blant annet gjennom formidling av råd og veiledning om nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, herunder effektive strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Fylkesmannens rådgivning knyttet til rollen som formidler av nasjonal politikk og et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, vil i hovedsak være en forlengelse av Helsedirektoratets rolle jf. § 24. Se nærmere omtale i kapittel 12.3

Fylkesmannens beredskapsoppgaver i folkehelsesammenheng er også omtalt i merknaden til § 28.

Til § 24 Helsedirektoratets ansvar

Bestemmelsen gir ingen uttømmende angivelse av Helsedirektoratets oppgaver i folkehelsearbeidet, men tydeliggjør rollen i forhold til kommunal sektor. Helsedirektoratets oppgaver defineres årlig blant annet gjennom tildelingsbrev fra departementet.

Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet i tillegg til å være regelverksforvalter og iverksetter av vedtatt politikk på området.

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen, samt følge med på utviklingen i folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet skal ivareta en rolle som pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Dette innebærer blant annet å gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Basert på sammenstilling av kunnskap, skal direktoratet opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.

Videre vil Helsedirektoratets kunnskap basert på utøvelse av rollene som fagorgan, iverksetter og regelverksfortolker, danne premisser for de opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25.

Til § 25 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar

Bestemmelsen gir ingen uttømmende angivelse av Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver i folkehelsearbeidet, men tydeliggjør rollen i forhold til kommunal sektor. Folkehelseinstituttets oppgaver defineres årlig blant annet gjennom tildelingsbrev fra departementet.

Første ledd tydeliggjør Nasjonalt folkehelseinstituttets rolle i folkehelsearbeidet som nasjonal kompetanseinstitusjon. Folkehelseinstituttet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og har følgende hovedarbeidsområder:

- Helseovervåking: oversikt over befolkningens helse
- Forskning: kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse
- Forebygging: beredskap, råd og veiledning

Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig for de fleste sentrale epidemiologiske helseregistrene. Produksjon av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer utvikles i forhold til endringer over tid i utfordringsbilde og påvirkningsfaktorer.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i følge *annet ledd* gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Dette innebærer en koordineringsrolle i forhold til andre etater og institusjoner og som har relevant statistikk som bør inngå i opplysningene som skal formidles til kommunene. Informasjonen som skal formidles til kommunene, vil måtte innhentes fra en rekke ulike kilder som oppdaterer statistikk med ulik frekvens og som har informasjon og statistikk på ulik form. Nasjonalt folkehelseinstitutt må samarbeide med en rekke instanser i dette arbeidet for eksempel med Statistisk sentralbyrå, klima- og forurensningsdirektoratet m.v.

Med begrepet “opplysninger” anlegges en bred forståelse av hvilke typer informasjon som skal inngå i formidlingen, jf også § 5. Opplysningene som skal formidles til kommunene, må søke å gjenspeile det brede sett av faktorer som påvirker folkehelsen, fra grunnleggende levekårsforhold, ulike miljøfaktorer, levevaner m.m.

Hvilke data og informasjon som skal inngå i formidlingen fra sentrale myndigheter må utvikles over tid i takt med endringer i tilgang på data og i takt med ny kunnskap om hvilke faktorer som påvirker folkehelsen. I utviklingsarbeidet skal det vektlegges hva som er viktig for kommunene i et folkehelseperspektiv.

Tredje ledd gir hjemmel for å fastsette forskrift med utfyllende bestemmelser om oversiktsoppgaven etter § 25. Forskrifter etter dette ledd kan regulere nærmere hvilke opplysninger som skal gis kommuner og fylkeskommuner, detaljeringsgrad av opplysningene, på hvilken måte og hvor ofte de skal gjøres tilgjengelige m.m.

Folkehelseinstituttets rolle i beredskapsarbeidet er regulert i fjerde ledd som også må ses i sammenheng med § 28.

Til § 26 Samarbeid mellom kommuner

Bestemmelsen viderefører hovedinnholdet i kommunehelsetjenesteloven § 1-6. Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i kapittel 19 om samarbeid mellom kommuner.

Bestemmelsen regulerer når samarbeid kan pålegges kommunene. Kommunenes og fylkeskommunenes muligheter for frivillig samarbeid og delegering av oppgaver til andre organer er ikke regulert i folkehelseloven, med unntak av i § 9 første ledd. Hvilke samarbeidsformer som er mulig og hva som kan delegeres av oppgaver og myndighet til slike samarbeidsorganer, følger av bestemmelsene i kommuneloven og annet regelverk og vil være avhengig av hvilke typer oppgaver det skal samarbeides om. Det går et viktig skille ved om samarbeidsorganet skal utøve myndighet etter loven eller ikke. Se nærmere om ulike samarbeidsformer i kapittel 19.3.3. Kommunene kan delegere om myndighetsoppgaver innenfor miljørettet helsevern til interkommunale selskaper som er etablert etter lov om interkommunale selskaper, med hjemmel i folkehelseloven § 9 første ledd.

Det går fram av *første ledd* at departementet kan pålegge samarbeid når dette anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet. Slikt pålegg kan gis i forskrift eller enkeltvedtak. Det kreves mye for at et slikt pålegg skal gis, jf. begrepet ”påkrevet”. Det må være helt klart behov for samarbeid ved at det vil ha betydelige uheldige konsekvenser for befolkningens helse dersom det ikke samarbeides om oppgavene. For eksempel kan samarbeid være nødvendig for å få et forsvarlig tilsyn med at kommunen som skole- og barnehageeier, oppfyller sin tilsynsoppgave etter forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. Det må videre være klart at samarbeid ikke er noe kommunene vil gjøre på frivillig grunnlag innen rimelig tid til tross for råd, veiledning og anmodning om samarbeid.

Annet ledd pålegger kommunene bistandsplikt ved ulykker og akutte situasjoner i andre kommu-

ner, og gir bestemmelser om utgiftskompensasjon ved slik bistand.

Til § 27 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Bestemmelsen viderefører kommunehelsetjenesteloven § 3-5. Det vises til nærmere omtale i kapittel 18.

Første ledd fastsetter at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgavene etter denne loven. Det skal ansettes kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen. Det kan være aktuelt å ansette flere kommuneleger, og i større kommuner vil det kunne være nødvendig for at kommunelegefunksjonen skal være forsvarlig. Kommunen må sørge for at arbeidsoppgavene ikke overstiger et omfang som gjør at oppgavene ikke ivaretas på en forsvarlig måte. I kommuner med bydelsforvaltning, som Oslo og Bergen, kan det for eksempel ansettes én i hver bydel. Kommunen må imidlertid sikre at oppgaven som medisinsk-faglig rådgiver er tilstrekkelig samlet og koordinert mellom kommunelegene, for eksempel at en kommunelege gis overoppsyn med oppgaven.

Av *annet ledd* går det fram at flere kommuner kan samarbeide om å ansette en kommunelege. Dette vil være særlig aktuelt for mindre kommuner. Kommunene kan også samarbeide om andre personer med folkehelsefaglig kompetanse, selv om dette ikke er spesifisert særskilt i lovteksten.

Til § 28 Beredskap

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-5. Det vises til kapittel 16 om beredskap.

Første ledd fastslår at ansvarsprinsippet gjelder etter folkehelseloven for de virksomhetene som nevnes. Dette innebærer at virksomhetene har et ansvar for å gjennomføre beredskapsforberedelser og tiltak. Ansvarsprinsippet fremgår også av henvisningen til lov om helsemessig og sosial beredskap. Med unntak av for kapittel 3, se annet ledd, er det ikke noe plankrav for denne beredskapsplikten. For kommunen vil det følge av §§ 5 til 7 sammenholdt med § 28 at den må gjøre beredskapsmessige vurderinger i sammenheng med vurderinger av sine folkehelseutfordringer og at den må treffe nødvendige tiltak for å møte disse utfordringene. Dette kan blant annet gjelde industrivirksomheter med fare for kjemikalie-, biologisk eller radioaktiv forurensning, eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse.

Beredskapsplanen for kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ta utgangspunkt i en risiko- og sårbarhetsanalyse. Analysen skal ta utgangspunkt i virksomhetenes ansvarsområde, forutsetninger, ressurser og behov. Risiko- og sårbarhetsanalysen vil avdekke områder som er særlig utsatt for risiko eller er svake punkt.

Kommunen plikter etter *annet ledd* å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter kapittel 3 i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Beredskapsplanen skal utarbeides i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Dette innebærer at bestemmelsene i helseberedskapsloven og forskrifter med hjemmel i denne, også er relevante for beredskapsplanlegging.

Rutiner må beskrives og etableres for varsling, samarbeid og koordinering mellom de forskjellige kommunale sektorer og med andre myndigheter og forvaltningsnivåer. Videre må kommunene planlegge og ha rutiner for å sørge for å innhente nødvendig helsefaglig kompetanse og støtte fra fylkesmannen, helseforetak, Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet til å håndtere ekstraordinære situasjoner ved farer for liv og helse.

Tredje ledd gir hjemmel for å gi forskrift om beredskap innen miljørettet helsevern og er således avgrenset til lovens kapittel 3. Hjemmelen er særlig ment å gi grunnlag for å etablere nødvendig hjemmelsgrunnlag for melding av helseskadelige miljøfaktorer inn til sentrale myndigheter, da det ikke eksisterer noen slik plikt innen helsesektoren tidligere. Etablering av registre relatert til helseskadelige miljøfaktorer vil, på samme måte som smittevernregistrene, etableres i tråd med helseregisterloven og personopplysningsloven. De nærmere indikasjonene for melding, form og innhold med mer kan fastsettes i forskriftene. Det kan for eksempel være aktuelt å pålegge kommuner og helsepersonell plikt til å melde til Folkehelseinstituttet om opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid. Tilsvarende kan også være aktuelt å innføre en plikt for helseforetakene til å melde til Nasjonalt folkehelseinstituttet der man har opphopning av pasienter med mulig felles kjemikaliepåvirkning som sykdomsårsak, samt også etablere et system ved Folkehelseinstituttet om viderefremming av informasjon til fylkesmannen og Helsedirektoratet.

Tredje ledd gir videre departementet myndighet til å fastsette en nærmere arbeidsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige

helsemyndigheter, herunder fylkesmannen, for å sikre en hensiktsmessig beskyttelse i forbindelse med hendelser som skyldes helseskadelige miljøfaktorer. Dette kan blant annet omfatte om hvordan Folkehelseinstituttet skal bistå kommunene med å kartlegge omfang, risikovurderinger, årsaker mv. ved kjemikaliehendelser, jf § 25. Det kan også omfatte bestemmelser om videre varsling av slike hendelser til relevante aktører utenfor helsesektoren.

Til § 29 Gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner

Bestemmelsen er ny og er nærmere omtalt i kapittel 17 om internasjonalt helsereglement.

Første ledd er en generell hjemmel for gjennomføring av internasjonale avtaler på folkehelseområdet.

Bestemmelsen i *annet ledd* referer til Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement av 23. mai 2005, IHR 2005. IHR er en folkerettslig avtale som er bindende for 194 land, inkludert alle Verdens helseorganisasjons (WHO) medlemsstater som ikke har avvist eller gjort reservasjoner mot reglementet, samt alle land som ikke er medlemmer, men som har godtatt å være bundet av det. Reglementet forutsetter at statene ved behov iverksetter midlertidige og stående tiltak for å forebygge og begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Bestemmelsen gir en generell hjemmel for gjennomføring av IHR uavhengig av om hendelsen skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemikalieområdet.

Annet ledd gir bestemmelser om opprettelse av registre som viser seg nødvendig ved en hendelse omfattet av IHR. Vedlegg I til avtalen beskriver nærmere krav til system for å påvise og varsle hendelser som omfatter sykdom eller dødsfall over forventet nivå for det aktuelle tidspunkt og sted. Hvilken type opplysninger som skal varsles vil være avhengig av blant annet type hendelse, alvorlighet og andre omstendigheter omkring identifisering av sykdomstilfeller. Det kan derfor ikke på forhånd tas stilling til hvilke opplysninger som må varsles og hvordan disse skal behandles. Disse spørsmålene må vurderes konkret. Annet ledd gir imidlertid hjemmel for å etablere personidentifiserbare registre uten samtykke fra de registrerte. Behandlingen av de innsamlede opplysningene skal være i samsvar med helseregisterlovens bestemmelser.

Tredje ledd er også en utdyping av første ledd og presiserer at det kan gis forskriftsbestemmel-

ser om stående og midlertidige tiltak etter anbefaling fra WHO. Begrepene midlertidige og stående tiltak benyttes i reglementet og begrepene er benyttet i lovteksten for å tydeliggjøre at det dreier seg om tiltak besluttet i WHO-systemet. Dette dreier seg om anbefalinger av tiltak som gis i den enkelte situasjon og som derfor er tilpasset denne. Midlertidige tiltak kan, på nærmere bestemte vilkår, iverksettes overfor for eksempel personer, bagasje, last, containere, transportmidler, varer, postpakker og humant biologisk materiale. De stående tiltakene vil ha gyldighet over flere år og vedtas av Verdens helseforsamling.

Til § 30 Internkontroll

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 med forskrift. Se nærmere omtale i kapittel 12.4 om internkontroll. Første ledd er en videreføring av gjeldende rett, med unntak at hjemmelen til å fastsette forskrifter om internkontroll etter denne bestemmelsen bortfaller. Annet ledd er en innskjerping av kravet til internkontroll, se under.

Første ledd gir kommunen og fylkeskommunen en plikt til å føre internkontroll med kommunens oppgaver etter folkehelseloven. Internkontrollplikten etter § 30 er en kommuneplikt. Til sammenlikning er forskriftshjemmel for internkontrollkrav i § 7 om miljørettet helsevern en plikt som retter seg mot både offentlig og privat virksomhet og eiendom, og er således en aktørplikt.

Kommunens plikt til å føre internkontroll i § 30 er generelt utformet og vil bygge på det generelle systemet for internkontroll etter kommune-loven § 23 nr. 2. Prinsippet for internkontroll innebærer at kommunen og fylkeskommunen har tilstrekkelig styring med etterlevelse av bestemmelsene. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Kommunen skal innenfor de rammer og ressursituasjon som kommunen har, prioritere å sikre de områder og aktiviteter med størst risiko for svikt og med størst helsemessig konsekvens.

Disse aktivitetene må det sikres at ivaretas for eksempel gjennom den generelle virksomhetsstyring, herunder at regelverket er tilstrekkelig kjent, at oppgavene er definert, at de som skal utføre oppgavene har nødvendig kompetanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene, samt at det er betryggende rutiner for forbedring dersom oppgavene ikke ivaretas som forutsatt.

Annet ledd pålegger kommunen å dokumentere særskilt kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom etter § 9. Kommunens tilsynsansvar innen miljørettet helsevern innebærer at kommunen fører tilsyn med blant annet virksomheter som er kommunale. Det forsterkede dokumentasjonskravet gjelder generelt for tilsynsoppgaven etter § 9 og innebærer at kommunen skal dokumentere særskilt hvordan tilsynet ivaretas.

Elementer i det forsterkede dokumentasjonskravet for kommunens tilsynsoppgave vil være å kunne dokumentere blant annet hvem som har ansvar for å følge opp tilsyn med virksomheter etter miljørettet helsevern regelverket i kapittel 3, og at disse er gitt nødvendig forutsetninger for å kunne utføre denne oppgaven, herunder myndighet, kapasitet og kompetanse. Det er her særlig viktig å sikre at det kommunale tilsynsorganet er tilstrekkelig uavhengig i forhold til de kommunale virksomhetene som det føres tilsyn med. Uavhengighet innebærer at tilsynet utøves av personer eller kommunale enheter som ikke direkte har ansvar for den virksomheten som er gjenstand for tilsynet, for eksempel at tilsyn med skoler ikke ligger i skolekontoret eller i teknisk sektor, dersom det er teknisk sektor som har ansvar for byggmassen.

Videre skal internkontrollen vise at kommunen har tilstrekkelig styring med tilsynsaktiviteten. Dette innebærer at den som har gitt ansvar for å føre tilsyn i kommunen har nødvendig oversikt over hva de skal føre tilsyn med. Her, som for internkontroll generelt, må det foretas en risikovurdering. Det er mange virksomheter som kommunen potensielt kan føre tilsyn med, og det er viktig at det foretas en prioritering med utgangspunkt i det som har størst betydning for befolkningens liv og helse. For eksempel kan innretninger som kan spre legionella, slik som kjøletårn, dusjanlegg mv., potensielt ha stor negativ helsekonsekvens ved svikt. Videre er det av stor betydning at barn og unge har et miljø i skoler og barnehager som ikke er helseskadelig. Tilsyn og godkjenning med skoler og barnehager bør derfor prioriteres. Prioriteringen kan også tas utgangspunkt i at kommunes tilsynsmyndighet vet at enkelte barnehager mv. trenger en tettere oppfølging pga. tidligere erfaringer, dårlig byggmasse mv.

God styring innebærer også gode rutiner for oppfølging av virksomheter ved avvik, dvs. at kommunes tilsynsmyndighet ikke unnlater å følge opp svikt som de kjenner til og som har stor betydning for liv og helse. Videre må det være rutiner om at de med overordnet ansvar blir infor-

mert dersom kommunens tilsyn ikke blir forsvarlig ivaretatt. Administrasjonssjefen har ansvar for i nødvendig utstrekning, jf. folkehelseloven § 30 og kommuneloven § 23 nr. 2, å følge med på utøvelsen av kommunens tilsynsoppgaver etter § 9 og kommunens eget arbeid med å lukke ev. avvik.

Helsedirektoratet har ansvar for å gi kommunene nødvendig veiledning i å ivareta sitt tilsynsansvar, se nærmere omtale av dette i kapittel 15.5.5.

Til § 31 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 6-3, samt også lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Se nærmere i kapittel 20 om statlig tilsyn.

Det statlige tilsynet skal føres i tråd med de generelle tilsynsreglene i kommuneloven kapittel 10 A. Dette innebærer blant annet at tilsynet er avgrenset til et lovlig tilsyn. Tilsyn er dermed en kontroll med at kommunen utfører sine plikter etter loven. Hva som er lovens krav om hva det skal føres tilsyn med, følger av beskrivelsen av de enkelte bestemmelsene. Statlig tilsyn med bestemmelsene i loven er for kommuner avgrenset til §§ 4 til 9, §§ 27 - 30 og for fylkeskommuner avgrenset til §§ 20, 21 og 30.

At loven skal sikre at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte, jf. § 1, innebærer ikke et selvstendig krav. Følgelig er ikke forsvarlighet et krav i seg selv som fylkesmannen skal føre tilsyn med, men en tolkingsnorm som vil ha betydning for hvordan de andre bestemmelsene i loven som det skal føres tilsyn med er å forstå.

Kommunens ansvar for folkehelsearbeid, jf. § 4 er grunnlaget for de andre bestemmelsene om kommunens plikter. Dette er spesielt knyttet til at kommunen skal bruke alle sine virkemidler til å fremme helse.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. § 5, er utgangspunktet for kommunens oppfølging av sitt ansvar for folkehelse. At kommunen ivaretar lovens krav om å ha nødvendig oversikt over sine folkehelseutfordringer, er derfor en forutsetning for at kommunen kan oppfylle andre forpliktelser. Det er satt krav til at oversikten skal være skriftlig. Tilsynsmyndigheten kan etterspørre dette dokumentet, samt hvilke system kommunen har for å sikre at kommunen til enhver tid har nødvendig oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, for eksempel hvis det skulle oppstå nye situasjoner, risikoforhold mv.

For at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for folkehelse må oversikten være faglig fundert. Dette innebærer at til å foreta analyser

mv. må kommunen godtgjøre at analysen bygger på god faglighet. Kompetanse i epidemiologi, som samfunnsmedisin eller lignende, vil være nødvendig for å foreta faglige analyser. Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse ved å forstå analyser jf. over, samt krav til at vurderingene er uavhengige av andre hensyn, som politikk, økonomi mv.

Videre kan tilsynsmyndigheten føre tilsyn med § 6 om mål og planarbeid, samt § 7 om folkehelseiltak. Dersom kommunen har oversikt, men ikke tatt stilling til hva dette innebærer av tiltak og prioritering, oppfyller kommunen ikke §§ 6 og 7.

Oversikten over kommunens folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. § 6 første ledd. Dette innebærer at tilsynsmyndigheten kan etterspørre grunnlagsdokumentet om folkehelse, og ev. også vurdere relevansen av planbehov, jf. i hvilken grad folkehelseutfordringene er drøftet i planstrategien.

Tilsynsmyndigheten kan se etter at det faktisk er fastsatt mål og strategier, at disse er forankret i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven og at disse er egnet til å møte folkehelseutfordringene, jf. § 5.

Når det gjelder å vurdere målene og strategiene må tilsynsmyndigheten vurdere de rammer som kommunene arbeider innenfor samt at det her er rom for politisk prioriteringer. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og ingen har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Dette innebærer at i vurderingen må det også tas hensyn til at kommunen har prioritert tiltak over tid. Her er det rom for lokalt skjønn og politiske prioriteringer, men uten at dette kan gå utover hva som er forsvarlig. Utgangspunktet er at kommunen ikke kan forholde seg passiv til sine folkehelseutfordringer.

Tilsynsmyndigheten kan vurdere om kommunen har nødvendig styring med oppfølging av planene, jf. §§ 6 og 7 og § 30 om internkontroll.

Lovforslaget § 9 gir kommunen myndighet og oppgaver blant annet å føre tilsyn med virksomheter som omfattes av miljørettet helsevernbestemmelsene. Mange av de aktuelle virksomhetene er kommunale. Dette betyr at det er stor risiko knyttet både til lovbrudd og konsekvenser for lovbrudd knyttet til denne bestemmelsen, jf. også § 30 annet ledd om at kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet. Fylkesmannen kan etterspørre denne dokumentasjonen.

For beredskapsplan, jf. § 28, jf. også § 29 kan tilsynsmyndigheten blant annet etterspørre kommunens beredskapsplan for sine oppgaver etter kapittel 3, miljørettet helsevern, samt gjøre en vurdering om denne planen er forsvarlig i forhold til å ivareta beredskapsbehovet.

Kommunelovens § 60d første ledd gir fylkesmannen myndighet til å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelser fylkesmannen fører tilsyn med. Dette gjelder også hvis kommunen unnlater å ivareta sitt ansvar etter §§ 7 og 9 i situasjoner der det er fare for liv og helse, som for eksempel pålegg om retting eller stansing av en virksomhet med legionellainfisert kjøletårn.

Til § 32 Overordnet faglig tilsyn

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 6-3, samt også lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Se nærmere i kapittel 20 om statlig tilsyn.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid i henhold til § 31 og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Overordnet faglig tilsynsansvar innebærer et ansvar for lovlighetskontroll på et overordnet nivå. Dette omfatter blant annet overvåking av i hvilke grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt etter loven samt å styre fylkesmannens tilsyn med kommunes og fylkeskommunens folkehelsearbeid, herunder regelmessig forbrede og legge til rette for landsomfattende tilsyn, samt legge til rette for og følge opp fylkesmennes tilsynsoppgaver for øvrig etter loven, herunder klagesaksbehandling etter miljørettet helsevern.

Det er forutsatt at Statens helsetilsyn samarbeider med Helsedirektoratet om utøvelsen av sitt ansvar som overordnet tilsynsmyndighet, herunder innhold, prioriteringer og innretning av tilsynet.

Overordnet faglig tilsyn vil grense opp til det følge med ansvar som er tillagt Helsedirektoratet. Forskjellen ligger i rollene til de to statlige etatene. Statens helsetilsyns rolle er primært lovlighetskontroll, mens følge med ansvaret til Helsedirektoratet har et bredere mandat, herunder å følge med på status og utvikling i folkehelsearbeid og hvordan nasjonal politikk, strategier og kunnskapsbasert folkehelsearbeid blir implementert i kommunesektoren.

Til § 33 Videreføring av forskrifter

Det er i dag en rekke forskrifter innen miljørettet helsevern som vil bli videreført i medhold av denne bestemmelsen. Forskriftene er listet opp i merknader til kapittel 3.

Departementet tar sikte på å revidere forskriftsverket etter at folkehelseloven trer i kraft.

Til § 34 Ikrafttredelse

Kongen fastsetter når loven skal tre i kraft. Kongen kan videre bestemme at bestemmelsene i loven kan sette i kraft til forskjellig tid. Klart avgrensede bestemmelser som står i samme paragraf, kan også tre i kraft til forskjellig tid. Blant

annet kan det fastsettes at endringer i andre lover, jf. § 35, skal tre i kraft til forskjellig tid. Dette innebærer for eksempel at dersom helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven ikke trer i kraft til samme tid, kan ulike deler av bestemmelsene som skal endres eller oppheves i kommunehelsetjenesteloven og andre lover, tre i kraft til ulik tid.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Kapittel 1 Innledende bestemmelser

§ 1 Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2 Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder i tillegg for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokelen.

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 28 og 29.

§ 3 Definisjoner

I loven her menes med

- a) folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b) folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helse-

trusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Kapittel 2 Kommunens ansvar

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen bør legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og andre aktører.

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

§ 6 Mål og planlegging

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

§ 7 Folkehelseiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Kapittel 3 Miljørettet helsevern

§ 8 Virkeområde og forskrifter

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Departementet kan innenfor formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vann og vannforsyning, støy, omgivelseshygiene, forebygging av ulykker og skader mv. Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av dette kapittel overholdes.

§ 9 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, kan i

tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.

Kommunens myndighet kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres.

§ 10 Meldeplikt og godkjenning

Departementet kan innenfor miljørettet helsevern, jf. § 8, gi nærmere bestemmelser om meldeplikt til, eller plikt til å innhente godkjenning fra, kommunen før eller ved iverksetting av virksomhet som kan ha innvirkning på helsen. Det samme gjelder ved endring av slik virksomhet. Kommunen kan ved godkjenning sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse, jf. §§ 1 og 8. Nærmere bestemmelser om godkjenning, herunder saksbehandlingsregler til utfylling av tjenesteloven, kan gis i forskriftene. Unntak fra tjenesteloven § 11 annet ledd kan bare gjøres når det er begrunnet ut fra tvingende allmenne hensyn.

For virksomheter som er underlagt melde- eller godkjenningsplikt, kan det i forskrift etter første ledd kreves at en vurdering fra et akkreditert inspeksjonsorgan skal fremlegges. Slik vurdering kan kreves innhentet ved nærmere bestemte tidsintervaller. Virksomheten dekker utgiftene til vurderingen fra det akkrediterte inspeksjonsorganet.

Dersom godkjenning ikke foreligger, kan kommunen kreve virksomheten stanset. Stansing kan bare kreves dersom ulempene ved stansing står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansing kan om nødvendig gjenomføres med bistand fra politiet.

I forskriftene kan det bestemmes at fylkesmannen skal ha godkjenningsmyndighet dersom virksomheten berører flere kommuner. Berører virksomheten flere fylker, kan det bestemmes at departementet skal ha godkjenningsmyndigheten. For vann og vannforsyning kan det i forskrift bestemmes at annen statlig myndighet enn fylkesmannen skal ha godkjenningsmyndigheten. Det kan videre gis særskilte bestemmelser om klageordning i tilfeller hvor fylkesmannen, departementet eller annen statlig myndighet gir godkjenning.

§ 11 Helsekonsekvensutredning

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av

tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning.

§ 12 Opplysningsplikt

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som kan ha innvirkning på helsen, en plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter dette kapittel. Når særlige grunner tilsier det, kan kommunen kreve at opplysningene gis av enhver som utfører arbeid for den som har opplysningsplikt etter første punktum. Opplysninger som nevnt i første punktum kan også kreves fra andre offentlige myndigheter uten hinder av taushetsplikt.

Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, skal av eget tiltak gi kommunen opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen kan dessuten pålegge den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, plikt til å gi allmennheten, kunder eller andre opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.

§ 13 Gransking

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter dette kapittel beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Granskingen kan gjennomføres av den som er delegert myndighet etter § 9 eller av kommunelegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

Den som utfører granskingen skal uhindret ha adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. Det kan kreves fremlagt dokumenter og materiale og kreves foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens gjøremål etter dette kapittel. Omkostninger forbundet med granskingen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten.

Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å gjennomføre gransking.

Ved gransking av virksomhet eller eiendom, skal den som utfører granskingen, først ta kon-

takt med representanter for virksomhetens ledelse.

§ 14 Retting

Kommunen kan pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen eller er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel. Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes.

Pålegget skal være skriftlig og inneholde en frist for når det skal være utført. Det skal rettes til den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan. Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan.

§ 15 Tvangsmulkt

Kommunen kan ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting av forhold etter § 14 ilegge adressaten for pålegget tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt. Tvangsmulkten må være fastsatt enten samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny frist for oppfyllelse av pålegget. Tvangsmulktens størrelse fastsettes under hensyn til hvor viktig det er at pålegget blir gjennomført og hvilke kostnader det antas å medføre. Tvangsmulkten tilfaller statskassen.

Tvangsmulkten er tvangsgrunnlag for utlegg.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om fastsettelse og beregning av tvangsmulkt.

§ 16 Stansing

Oppstår det forhold ved en virksomhet eller eiendom som medfører en overhengende fare for helseskade, skal kommunen stanse hele eller deler av virksomheten eller aktiviteten inntil forholdene er rettet eller faren er over. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

§ 17 Overtredelsesgebyr

Departementet kan i forskrift fastsette at kommunen kan ilegge overtredelsesgebyr overfor den som forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelsene i §§ 10 til 14 og § 16. Det samme gjelder ved overtredelse av forskrifter gitt i medhold av §§ 8 og 10 når det er fastsatt i forskriften at overtredelse kan medføre slik sanksjon.

I forskrift etter første ledd kan departementet gi nærmere bestemmelser om hvilke overtredelser nevnt i første ledd som kan medføre overtredelsesgebyr. Videre skal forskriften gi nærmere bestemmelser om utmåling og betaling av gebyret, og det kan gis regler om rente og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyr ikke blir betalt ved forfall. Gebyret tilfaller statskassen.

Endelig vedtak om overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Foretak kan ilegges overtredelsesgebyr i samsvar med første til tredje ledd når overtredelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Dette gjelder selv om ingen enkeltperson kan ilegges overtredelsesgebyr.

§ 18 Straff

Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel. Medvirkning straffes på samme måte.

Har overtredelsen ikke medført helseskade eller kun ubetydelig fare for helseskade, skjer offentlig påtale kun etter begjæring fra kommunestyret selv.

§ 19 Klage

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommunelegen etter dette kapittel.

Kapittel 4 Fylkeskommunens ansvar

§ 20 Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer, jf. § 21 annet ledd.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til § 21, jf. § 5 første ledd bokstav a. Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.

§ 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket

Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive

og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25,
- b) relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer etter annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

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

Kapittel 5 Statlige myndigheters ansvar

§ 22 Statlige myndigheters ansvar

Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

§ 23 Fylkesmannens ansvar

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner.

§ 24 Helsedirektoratets ansvar

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelsein-

stitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 25.

§ 25 Nasjonalt folkehelseinstituttts ansvar

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser om opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer bistå kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

Kapittel 6 Samarbeid, beredskap, internkontroll, tilsyn mv.

§ 26 Samarbeid mellom kommuner

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet. Den kommunen som mottar bistand skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre annet er avtalt eller bestemt i medhold av første ledd.

§ 27 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:

- a) samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,
- b) hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og
- c) andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.

§ 28 Beredskap

Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter denne lovens kapittel 3, i samsvar med lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, og om meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om miljøhendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. I forskrift kan videre gis nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

§ 29 Gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser for gjennomføring av avtaler på folkehelseområdet med fremmede stater og internasjonale organisasjoner.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement (IHR), herunder om etablering av IHR-registre. IHR-registre kan inneholde helseopplysninger i avidentifisert eller i personidentifiserbar form, uten samtykke fra de registrerte. Det kan gis bestemmelser om plikt for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private til å melde eller varsle helseopplysninger til IHR-registre. Videre behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmel-

ser om iverksetting av midlertidige og stående tiltak fra Verdens helseorganisasjon.

§ 30 Internkontroll

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne lov overholdes.

Kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom i henhold til § 9 skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet.

§ 31 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

Fylkesmannen kan føre tilsyn med lovligheten av kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av denne lov §§ 4 til 9, 20, 21 og 27 til 30.

Reglene i kommuneloven kapittel 10 A gjelder for tilsynsvirksomheten etter første ledd.

§ 32 Overordnet faglig tilsyn

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid i henhold til § 31 og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lov og forskrift.

§ 33 Videreføring av forskrifter

Forskrifter gitt eller videreført i medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene kapittel 4a og § 7-9 gjelder også etter at loven her har trådt i kraft.

§ 34 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.

§ 35 Endringer i andre lover

Fra det tidspunkt loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover:

1. Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene oppheves.

2. Lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet oppheves.

3. I lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakkskader (tobakkskadeloven) gjøres følgende endringer:

§ 13 annet ledd skal lyde:

Reglene vedrørende kommunestyrets og Arbeidstilsynets virksomhet som tilsynsorgan

etter henholdsvis kapittel 3 i lov xx.xx.xxxx nr. xx om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og § 18-4 til 18-8 i lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven) får tilsvarende anvendelse ved tilsyn etter paragrafen her.

4. I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 2-2 åttende ledd skal lyde:

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket, *Helseinspektøren*, Statens helsetilsyn og *Nasjonalt folkehelseinstitutt* kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat *helse- og omsorgstjeneste* uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. *Helsedirektoratet* og *Nasjonalt folkehelseinstitutt* kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i utbruddsregistre. Behandling av opplysninger skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

§ 4-10 første og annet ledd skal lyde:

Tjenestemenn ved politiet, skipskontrollen, losvesenet, tollvesenet og havnevesenet, på flyplasser og *ansatte i Mattilsynet* plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De plikter å bistå med gjennomføringen og overholdelsen av de bestemmelser som er gitt i denne loven eller *helse- og omsorgstjenesteloven*, eller i medhold av disse lovene.

Tjenestemenn etter første ledd skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette kommunelegen når de har en sterk mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom eller oppdager et tilfelle av en slik sykdom. Det samme gjelder når de blir oppmerksom på forhold som kan medføre en nærliggende fare for overføring av en slik sykdom og det åpenbart er nødvendig med hjelp eller tiltak fra *helse- og omsorgstjenesten*. Hvis kommunelegen ikke er til stede, skal tjenestemennene underrette fylkesmannen.

§ 4-10 tredje ledd skal lyde:

Mattilsynet skal straks underrette kommunelegen eller fylkesmannen ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker *eller* ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

§ 4-10 femte ledd blir nytt fjerde ledd og sjette ledd blir nytt femte ledd.

5. I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (*helseberedskapsloven*)

§ 1-3 første ledd skal lyde:

Denne lov gjelder for:

- a) den offentlige helse- og omsorgstjeneste og *kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3,*

b) private som i henhold til lov eller avtale tilbyr *helse- og omsorgstjenester eller* sosialtjenester til befolkningen,

c) private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr *helse- og omsorgstjenester eller* sosialtjenester,

d) *Mattilsynet,*

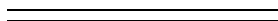
e) *offentlige næringsmiddellaboratorier,*

f) *private næringsmiddellaboratorier,*

g) vannverk

h) apotek, grossister og tilvirkere av legemidler.

Departementet kan i forskrift bestemme at også andre virksomheter som tilbyr materiell, utstyr og tjenester av betydning for helse- og sosialtjenesten, skal omfattes av loven.



Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og
pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: OFA 4/2011

