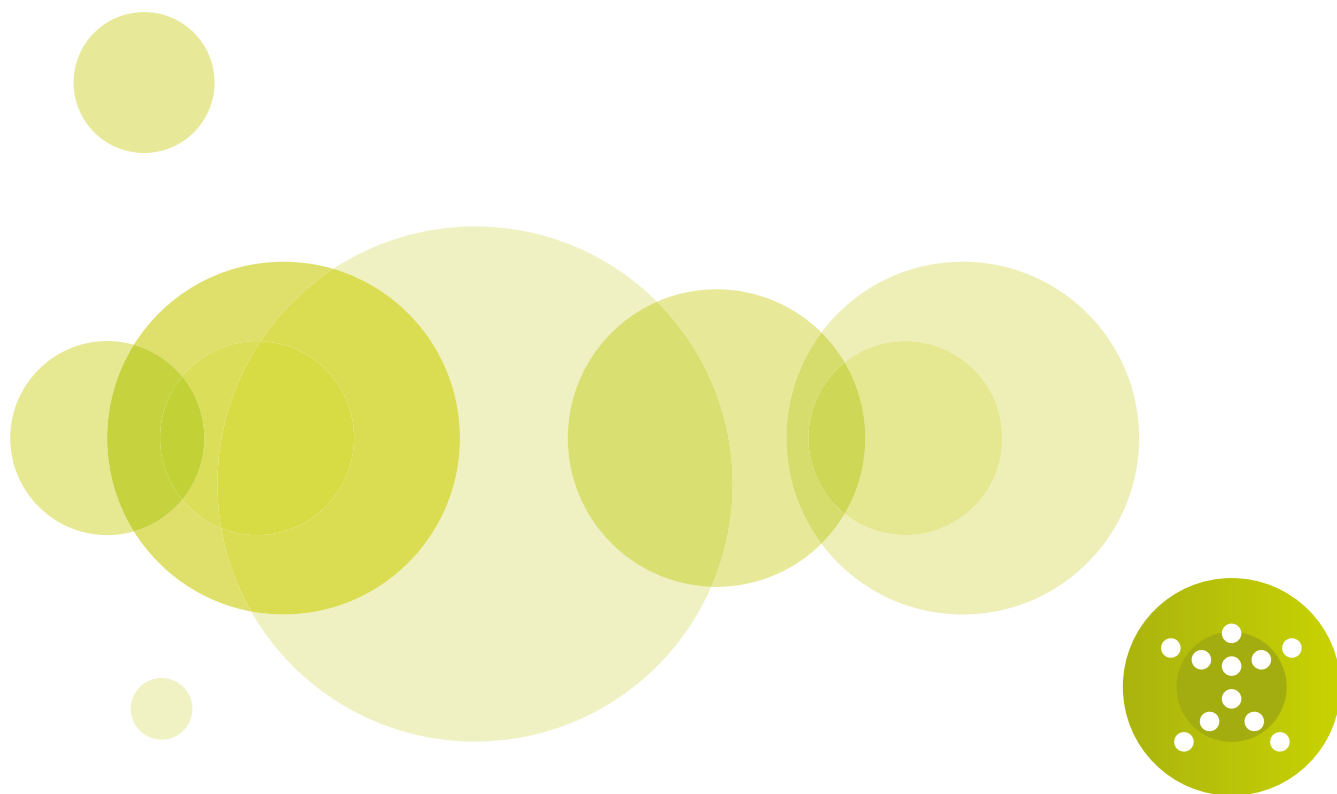


Høringsnotat

# Forslag til ny folkehelselov

Samhandlingsreformen



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Høringsnotat

# Forslag til ny folkehelselov

Samhandlingsreformen



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET



# Innholdsfortegnelse

<b>Del I – Innledning</b> .....	12
1 Innledning .....	12
2 Høringsnotatets hovedinnhold .....	14
3 Grunnprinsipper for folkehelsearbeidet .....	19
3.1 Utjevning .....	20
3.2 Helse i alt vi gjør (Health in All Policies) .....	20
3.3 Bærekraftig utvikling .....	20
3.4 Føre-var-prinsippet .....	21
<b>Del II - Bakgrunn</b> .....	22
4 Helseutfordringene .....	22
4.1 Helseutfordringene - et historisk overblikk .....	22
4.2 Dagens helseutfordringer .....	23
4.2.1 Økning i kroniske sykdommer .....	23
4.2.2 Endringer i demografi .....	24
4.2.3 Sosiale helseforskjeller .....	24
4.2.4 Psykisk helse .....	24
4.2.5 Smittsomme sykdommer .....	25
4.2.6 Muskel- og skjelettlidelser .....	25
4.3 Nærmere om helseutfordringer knyttet til livsstil og levekår .....	26
4.3.1 Tobakk .....	26
4.3.2 Rusmidler .....	27
4.3.3 Fysisk aktivitet .....	28
4.3.4 Kosthold .....	28
4.3.5 Tilknytning til arbeidslivet .....	29
4.3.6 Sosialt nettverk .....	29

4.4	Nærmere om helseutfordringer knyttet til miljøpåvirkninger .....	30
4.4.1	Luftforurensning .....	30
4.4.2	Inneklima .....	30
4.4.3	Støy .....	31
4.4.4	Mat og drikkevann.....	31
4.4.5	Stråling.....	31
4.4.6	Skader og ulykker .....	32
4.5	Helseutfordringene – oppsummering .....	32
5	Folkehelsepolitikken - strategier for å møte helseutfordringene.....	33
5.1	Historisk tilbakeblikk.....	33
5.2	Utvikling av nyere perspektiver i folkehelsearbeidet .....	34
5.3	Folkehelsepolitikken .....	35
5.3.1	Påvikiningsfaktorperspektivet .....	36
5.3.2	Partnerskap for folkehelse .....	36
5.3.3	Helse i plan .....	37
5.3.4	Strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet .....	38
5.3.5	Strukturelle virkemidler.....	38
5.4	Aktører og roller i dagens folkehelsearbeid .....	39
5.4.1	Helsesektorens rolle i folkehelsearbeidet .....	40
5.4.2	Andre sektorens ansvar i folkehelsearbeidet.....	40
5.4.3	Fylkesmannen.....	41
5.4.4	Kommunesektoren .....	41
5.4.5	Frivillige organisasjoner .....	42
5.5	Utfordringer i folkehelsearbeidet .....	43
5.5.1	Strategier og handlingsplaner .....	43
5.5.2	Forankring av folkehelsearbeidet .....	43
5.5.3	Prioriteringsdilemmaet.....	43

5.5.4	Organisatoriske utfordringer og finansiering .....	44
5.5.5	Kompetanse og ressurser .....	44
6	Oppfølging av stortingsdokumenter .....	45
6.1	Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og Innst. O. nr. 112 (2008-2009).....	45
6.2	St. meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010) ...	46
6.3	Stortingsmeldinger om distrikts- og regionalpolitikken .....	47
6.4	St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	48
6.5	St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken ....	48
6.6	St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Fremtidas tannhelsetjenester og Innst. S. nr. 155 (2007-2008).....	49
7	Andre oppfølgingsoppgaver.....	49
7.1	Dokument 1 (2007-2008) Riksrevisjonen .....	49
7.2	Rapport fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap etter Vest Tank ulykken i 2007 .....	49
7.3	Internasjonalt helsereglement (IHR) .....	50
7.4	Regjeringens strategi for forebygging.....	50
	<b>Del III – Forslag til ny lov om folkehelsearbeid</b> .....	51
8	Overordnet struktur og prinsipper for ny lovregulering.....	51
8.1	Generelt om dagens lovstruktur og beskrivelse av lover som regulerer eller har betydning for folkehelsearbeidet.....	51
8.2	Om lovstruktur for ny lovgivning .....	52
8.3	Rammer for ny lovgivning.....	53
8.3.1	Retningslinjer for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren .....	53
8.3.2	Nærmere om forslaget til ny folkehelselov .....	54
9	Formål og virkeområde.....	55
9.1	Gjeldende rett.....	55
9.1.1	Kommunehelsetjenesteloven.....	55
9.1.2	Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.....	57

9.2	Departementets vurderinger og forslag .....	57
9.2.1	Formål for ny folkehelselov .....	57
9.2.2	Virkeområde for ny folkehelselov .....	59
10	Forhold til annet regelverk .....	59
10.1	Generelt om forholdet til annet regelverk .....	59
10.2	Forholdet til andre helselover .....	60
10.2.1	Forholdet til forslaget om ny helse- og omsorgslov.....	60
10.2.2	Forholdet til tannhelsetjenesteloven.....	63
10.2.3	Forholdet til andre helselover .....	64
10.3	Forholdet til andre sektors regelverk av særlig betydning for folkehelsearbeidet .....	64
10.3.1	Plan- og bygningsloven.....	64
10.3.2	Andre sentrale lover.....	65
10.3.3	Spesielt om diskrimineringslovgivningen .....	65
11	Oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet.....	66
11.1	Kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet .....	66
11.1.1	Gjeldende rett .....	66
11.1.2	Departementets vurdering og forslag .....	70
11.2	Fylkeskommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet.....	73
11.2.1	Gjeldende rett .....	73
11.2.2	Departementets vurdering og forslag .....	75
11.3	Statlige helsemyndigheters oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet.....	76
11.3.1	Gjeldende rett og praksis .....	76
11.3.2	Departementets vurderinger og forslag .....	80
12	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer .....	83
12.1	Kommunen .....	83
12.1.1	Gjeldende rett .....	83

12.1.2	Departementets vurderinger og forslag .....	84
12.2	Fylkeskommunen.....	90
12.2.1	Gjeldende rett .....	90
12.2.2	Departementets vurderinger og forslag .....	92
12.3	Statlige helsemyndigheter .....	93
12.3.1	Gjeldende rett .....	93
12.3.2	Departementets vurderinger og forslag .....	94
13	Folkehelseiltak i kommunene .....	95
13.1	Gjeldende rett.....	95
13.2	Departementets vurderinger og forslag.....	96
13.2.1	Politisk forankring .....	97
13.2.2	Handlingsplikt.....	98
13.2.3	Helseopplysning .....	100
13.3	Nærmere om aktuelle folkehelseiltak.....	100
13.3.1	Tobakk .....	101
13.3.2	Alkohol og andre rusmidler .....	102
13.3.3	Kosthold .....	103
13.3.4	Fysisk aktivitet .....	104
13.3.5	Miljørettet folkehelsearbeid .....	105
13.3.6	Forebygging av skader og ulykker .....	106
13.3.7	Psykisk helse.....	107
13.3.8	Sosiale påvirkningsfaktorer .....	107
14	Miljørettet helsevern.....	108
14.1	Innledning .....	108
14.2	Gjeldende rett.....	110
14.3	Gjennomgang av miljørettet helsevern.....	114
14.3.1	Evaluering av tjenesten i kommunene .....	114



14.3.2	Utredningen Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold (Rapport IS-1659)	116
14.3.3	Rapport 2009:7 Miljørettet helsevern – kjemiske, fysiske og biologiske miljøforholds betydning for helse i vårt land og fordelingen av disse .....	116
14.4	Departementets vurderinger og forslag.....	117
14.4.1	Helhetlig virkeområde – en sikkerhet for befolkningen .....	118
14.4.2	Faglig kompetanse .....	118
14.4.3	Ansvar for fagområdet miljørettet helsevern .....	119
14.5	Nærmere om de enkelte bestemmelsene i forslaget til ny folkehelselov kapittel 3	120
14.5.1	Virkeområdet og forskrifter § 7.....	120
14.5.2	Kommunens ansvar og delegering av myndighet § 8 .....	120
14.5.3	Beredskapsplan § 9 .....	120
14.5.4	Meldeplikt, godkjenningssplikt og tredjepartsvurdering § 10.....	121
14.5.5	Helsekonsekvensutredninger § 11 .....	121
14.5.6	Opplysningsplikt § 12 .....	121
14.5.7	Granskning § 13.....	121
14.5.8	Retting § 14 .....	121
14.5.9	Tvangsmulkt § 15 .....	122
14.5.10	Stansing § 16 .....	122
14.5.11	Overtredelsesgebyr og straff §§ 17 og 18 .....	122
14.5.12	Klage § 20 .....	123
15	Beredskap .....	123
15.1	Bakgrunn og generelt om beredskapsarbeid .....	123
15.2	Gjeldende rett.....	124
15.2.1	Helselovgivningen .....	124
15.2.2	Den øvrige beredskapslovgivning .....	128
15.3	Departementets vurdering og forslag .....	132
15.3.1	Generelt om beredskap etter forslag til lov om folkehelsearbeid .....	132

15.3.2	Beredskapsplan .....	133
15.3.3	Melding og varsling .....	133
15.3.4	Bistandsplikt for Nasjonalt folkehelseinstitutt.....	134
15.3.5	Forskriftshjemmel .....	134
16	Internasjonalt helsereglement (IHR) .....	135
16.1	Bakgrunn.....	135
16.2	Gjeldende rett.....	136
16.2.1	Hovedinnholdet i IHR-forskriften og gjennomføring av IHR på smittevernområdet.....	136
16.2.2	Øvrig regelverk - spesielt strålevern- og kjemikalieberedskap .....	138
16.3	Forslag til hjemmel for å gjennomføre IHR i norsk rett.....	140
16.3.1	Varsling og oppfølging.....	141
16.3.2	Midlertidige og stående tiltak .....	142
16.4	Forslag til endring i smittevernloven .....	143
16.4.1	Bakgrunn .....	143
16.4.2	Gjeldende rett .....	143
16.4.3	Departementets vurdering og forslag.....	144
17	Behov for helsefaglig kompetanse i kommunene .....	145
17.1	Innledning.....	145
17.2	Gjeldende rett.....	146
17.3	Departementets vurderinger og forslag.....	147
17.3.1	Generelt om behovet for folkehelsekompetanse i kommunene.....	147
17.3.2	Behov for samfunnsmedisinsk kompetanse .....	148
17.3.3	Nærmere om kommunelegestillingene .....	151
18	Samarbeid mellom kommuner.....	152
18.1	Innledning.....	152
18.2	Bakgrunn.....	152

18.3	Gjeldende rett.....	153
18.3.1	Generelt om regelverk om kommunesamarbeid.....	153
18.3.2	Kommunehelsetjenesteloven .....	154
18.3.3	Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27 .....	155
18.3.4	Interkommunalt selskap.....	155
18.3.5	Aksjeselskap .....	156
18.3.6	Vertskommune.....	156
18.3.7	Forslag om ny samkommunemodell .....	157
18.4	Departementets vurdering.....	158
18.4.1	Generelt om samarbeid mellom aktørene i folkehelsearbeidet.....	158
18.4.2	Samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver.....	158
18.4.3	Særlig om etablerte samarbeidsformer innen miljørettet helsevern.....	159
19	Internkontroll og tilsyn .....	160
19.1	Gjeldende rett.....	160
19.1.1	Tilsyn.....	160
19.1.2	Internkontroll .....	161
19.1.3	Kommuneloven kapittel 10 A.....	162
19.2	Departementets vurderinger og forslag.....	163
19.2.1	Vurdering av behovet for tilsyn.....	163
19.2.2	Innholdet i tilsynet .....	166
19.2.3	Hvem skal føre tilsynet.....	167
19.2.4	Andre kontrollmekanismer enn statlig tilsyn .....	169
19.2.5	Internkontroll .....	169
20	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	170
20.1	Generelt om samfunnøkonomisk nytte ved forebygging.....	170
20.2	Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot kommuner .....	172

20.2.1	Nærmere om § 5 - oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer .....	173
20.2.2	Nærmere om § 4 og 6 - kommunens ansvar og mål og tiltak.....	174
20.3	Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot fylkeskommunene .....	178
20.4	Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot statlige helsemyndigheter .....	178
Del IV - Utkast til lov om folkehelsearbeid .....		180
Vedlegg 1 - Grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet.....		188

## Del I – Innledning

### 1 Innledning

Forslaget til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Loven skal avklare ansvar og oppgaver samt gi kommuner og fylkeskommuner et verktøy for å møte fremtidens helseutfordringer. Loven gir også en forpliktelse for sentrale helsemyndigheter i å understøtte fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeidet.

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å forebygge sykdom og for tidlig død. Å forebygge sykdom og for tidlig død, når dette kan unngås, er et samfunnsansvar og det er etisk riktig. Helse er en viktig del av livet, både for den som rammes av sykdom og for pårørende. De samfunnsmessige utfordringene knyttet til befolknings sammensetning og en sykdomsutvikling med flere kronisk syke, gjør det nødvendig med forsterket innsats for å styrke folkehelsen, forebygge sykdom og skader og sikre at flest mulig opprettholder funksjonsevne og er selvhjulpne lengst mulig. Dette er viktig for vårt velferdssystem og for samfunnets bærekraft.

Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en stor del av sykdomsbyrden, er nå sykdommer som kan relateres til helseatferd og livsstil vår største helseutfordring. Hjerter- og karsykdommer, type 2-diabetes, kreft og KOLS preger sykdomsbildet sammen med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsmerter. Det er også utfordringer knyttet til miljø og helse, for eksempel støy, radon, luftforurensning og til rent drikkevann. I Norge er dårlig miljøkvalitet, i følge Verdens helseorganisasjon, direkte årsak til 14 % av sykdommer som kan forebygges.

Samtidig er det store helseforskjeller mellom kjønn, sosiale lag og etniske grupper, og mellom ulike deler av landet og innad i den enkelte kommune. I Oslo er den forventede levetid 10-12 år lengre i de vestlige enn i de østlige bydelene<sup>1</sup>. Forskning viser også at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere helseatferd. Videre påvirkes vår livsstil og helseatferd av samfunnsutviklingen.

Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet en relativt sterk aldersgradient. Med økende alder øker også andelen med sammensatte og kroniske sykdommer i befolkningen. Et økende antall eldre vil i de kommende tiårene medføre store utfordringer for helse- og omsorgstjenester til eldre og kronisk syke og for samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Mye av grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. 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. Folkehelsearbeid krever systematisk og langsiktig innsats både i og utenfor helsetjenesten, og på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* er regjeringens politikk for å møte helseutfordringene. En viktig målsetning i reformen er at man skal forebygge der det er mulig.

---

<sup>1</sup> *Folkehelse rapport 2010* side 61 - Nasjonalt folkehelseinstitutt - Rapport 2010:2.

Samhandlingsreformens fokus på forebygging ble understreket av Stortinget ved behandlingen av samhandlingsmeldingen, 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”.

Forslaget til ny lov om folkehelsearbeid vil gjelde for både kommuner og fylkeskommuner, og den vil også regulere statlige helsemyndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Loven vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet følger i dette lovforslaget opp innspill fra høringen av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet der sentrale høringsinstanser peker på behovet for en lov som også retter seg mot kommunenes arbeid på folkehelseområdet. En slik lovrevisjon ble varslet i Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) og i St.meld. nr. 47 (2009-2010). Lovforslaget må sees i sammenheng med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som departementet sender på høring samtidig. Forslaget til ny helse- og omsorgslov viderefører lovgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og harmoniserer tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.

Med forslaget til ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det foreslås blant annet krav til å ha god oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Videre legges det gjennom lovforslaget et grunnlag for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunens 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 tilgjengelig og understøtte kommunene.
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

En bedre balanse mellom behandling og forebygging over tid, vil føre til at færre vil bli syke og at sykdom utsettes. Det vil 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. Tilsvarende vil manglende oppfølging av helseutfordringene kunne medføre tap av mange leveår med god helse.

## 2 Høringsnotatets hovedinnhold

Høringsnotatet består av fire deler; del I Innledning, del II Bakgrunn, del III Forslag til ny lov om folkehelsearbeid med redegjørelse for departementets vurderinger og forslag og del IV som inneholder selve lovforslaget. Notatet består også av et vedlegg med nærmere omtale av grunnprinsipper i folkehelsearbeidet.

I del I Innledning er det i tillegg til innledningen tatt inn et *kapittel 3* som gjør kort rede for grunnprinsipper i folkehelsearbeidet. Det er her fire prinsipper som er av særlig betydning. Det er prinsippene om utjevning, helse i alt vi gjør/Health in all Policies, føre-var og bærekraftig utvikling. En nærmere redegjørelse for innhold, betydning internasjonalt og nasjonalt og anvendelse i regelverket er å finne i vedlegg 1.

I høringsnotatets del II Bakgrunn redegjøres det i *kapittel 4* for helseutfordringer knyttet til befolknings sammensetningen og sykdomsutvikling samt sosial skjevfordeling i helse og faktorer i miljøet som påvirker helsen. Kampen mot smittsomme sykdommer er ennå ikke vunnet, selv om sykdommer som kan knyttes til livsstil som for eksempel type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og kols preger sykdomsbildet sammen med psykiske plager, muskel- og skjelettsmerter og skader etter ulykker. Det er samtidig store helseforskjeller mellom kjønn, sosiale lag og etniske grupper, og mellom ulike deler av landet. Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet en relativt sterk aldersgradient. Et økende antall eldre vil i de kommende tiårene medføre store utfordringer for helse- og omsorgstjenester til eldre og kronisk syke og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Både smittsomme sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer og psykiske lidelser – og konsekvensene av disse – kan for en stor del forebygges. De store folkesykdommene krever fornyet og samlet innsats i alle berørte sektorer.

*Kapittel 5* tar for seg strategier for å møte helseutfordringene med et historisk tilbakeblikk via Alma Ata-erklæringen i 1978 om retten til helse og Ottawa-charteret i 1986 med vekt på folkehelse, til gjeldende norsk folkehelsepolitikk med en dreining mot faktorer som påvirker helsen, i motsetning til tidligere hvor politikken har tatt utgangspunkt i bestemte sykdommer. Påvirkningsperspektivet synliggjør at andre sektorer ikke bare er arenaer hvor helsesektoren skal gjennomføre tiltak, men at andre sektors mål kan yte selvstendige bidrag til befolkningens helse.

St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* legger sammen med tidligere stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken overordnede føringer for folkehelsearbeidet. De overordnede målene er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller uten at noen grupper får dårligere helse. Det redegjøres for

virkemidler og utviklingsarbeid i oppfølgingen av folkehelsepolitikken, herunder partnerskap for folkehelse og Helse i plan, og de mange ulike aktører i folkehelsearbeidet. Det pekes på utfordringer knyttet til organisering, politisk og administrativ forankring og til at det lokale folkehelsearbeidet ennå i for liten grad inngår i ordinære plan- og styringssystemer som muliggjør systematisk, kontinuerlig og langsiktig innsats. Videre pekes på utfordringer knyttet til kompetanse og ressurser samt på prioriteringsdilemmaet der det politiske presset som oppstår knyttet til ulike interesser og pressgrupper, gjør at forebygging i de aller fleste tilfeller vil tape i forhold til behandling av allerede kjent sykdom.

I *kapittel 6* redegjøres for stortingsdokumenter som lovforslaget følger opp. Foruten dokumenter omtalt i kapittel 5 over, gjelder dette også St.meld. nr. 35 (2007-2008) om framtidens tannhelsetjenester og stortingsmeldinger om distrikts- og regionalpolitikken. Helse- og omsorgsdepartementet følger i lovforslaget opp innspill fra høringen av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet der sentrale høringsinstanser peker på behovet for en lov som retter seg mot kommunenes arbeid på folkehelseområdet. Dette ble også varslet i Ot.prp. nr. 73 (2008-2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* framhever betydningen av "venstreforskyvning" og styrking av forebyggende helsetjenester med vekt på effektive forebyggende tiltak. Samtidig legges det vekt på å sikre arbeidet en tydeligere forankring i ordinære plan- og styringssystemer. Det vises også til Stortinget behandling av meldingen der komiteen blant annet framhever 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."

*Kapittel 7* tar for seg andre dokumenter som departementet følger opp i ny folkehelselov. Dette gjelder Riksrevisjonens Dokument 1 (2007-2008) og erfaringsrapporten om Vest-Tank ulykken i Gulen kommune fra 2007 utarbeidet av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og de øvrige beredskapsetatene. Norge har forpliktet seg til WHO's internasjonale helsereglement (IHR) som omfatter A-(atom/stråling), B-(biologiske) og C-hendelser (kjemiske). Per i dag er kun IHR gjennomført i norsk rett på smittevernområdet, men ikke på strålevern- og kjemikalieområdene (A og C). Høringsnotat og lovforslag inneholder hjemmel for å kunne gjennomføre WHO's internasjonale helsereglement i norsk rett.

Del III gjør rede for lovforslaget og departementets vurderinger. *Kapittel 8* presenterer den overordnede strukturen og prinsippene 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 enkeltelementer finnes i lovverket. Ettersom en 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. Tanken er at folkehelsearbeidet i stor grad skal ivaretas gjennom de oppgaver og virkemidler kommuner og fylkeskommuner allerede har etter den øvrige lovgivningen. Den nye lovgivningen 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. Dette er blant annet at folkehelsearbeidet i liten



grad etterspørres av noen pasienter/brukere, at unnlatelse av å gjennomføre forebyggende arbeid i liten grad er synlig på kort sikt og at effekten først blir synlig på sikt. Dette taler for en tydelig lovregulering å fremme forebyggende innsats.

I *kapittel 9* presenteres departementets forslag til formål og virkeområde for den nye loven. Det pekes på at loven skal bidra til å møte de utfordringene som samfunnet står ovenfor når det gjelder sykdomsutvikling som følge av blant annet livsstil, miljøutfordringer, befolkningssammensetning med mer. Loven skal legge til rette for et målrettet, systematisk og samordnet folkehelsearbeid på alle nivåer. 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.. Det foreslås videre at lovens kapittel 3 om miljørettet helsevern skal omfatte private og offentlige virksomheter og eiendommer som kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen.

*Kapittel 10* 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 ny helse- og omsorgslov er særskilt omtalt. Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til *helse- og omsorgstjenesten* i kommunene, retter folkehelseloven seg mot folkehelseoppgavene *kommunen* har. Det vil som oftest være klart hvilken lov som gjelder for hva, men helsefremmende og forebyggende tiltak vil i noen tilfelle kunne være omfattet av begge lovene. Utgangspunktet er at tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer er omfattet av helse- og omsorgsloven, mens tiltak rettet mot mer generelle grupper er regulert av folkehelseloven. Departementet har lagt mer vekt på at lovverket blir dekkende, enn å unngå at det blir en viss overlapping. Forholdet til andre sentrale helselover deriblant tannhelsetjenesteloven, som er helsetjeneste med fylkeskommunalt ansvar, er også omtalt. Av lover utenfor helselovgivningen er særlig plan og bygningsloven av interesse. Den har allerede helsehensyn inne i flere bestemmelser og anses sentral i forhold til å kunne være et godt verktøy for et kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid.

*Kapittel 11* redegjør for det ansvar og de oppgaver innenfor folkehelsearbeidet som i dag ligger på de ulike forvaltningsnivåene. I forhold til kommunene er det nærmere drøftet forholdet mellom helsetjenesten og kommunen for øvrig. 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. Dette er også i tråd med prinsippet om å integrere helse i alle sektorer, jf. "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies). Videre er det foreslått krav for å sikre at folkehelse forankres i de ordinære planprosessene i kommunen, herunder at en drøfting av kommunens helseutfordringer skal være ett grunnlag for kommunal planstrategi. 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, herunder bistå med informasjon, råd og veiledning.

*Kapittel 12* 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.

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. 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 ved kommunal og regional planstrategi. 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 fylkeskommunen og Folkehelseinstituttet 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 13* omhandler folkehelseiltak i kommunen og utdyper lovforslagets § 6. Departementet foreslår en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Det foreslås videre i § 6 andre ledd at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse skal inngå i kommunens plansystem etter plan- og bygningsloven. Dette er viktige 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, jf. § 5, samt være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter (delmål og tiltak) skal kunne måles mot disse. Videre foreslås det i § 6 tredje ledd en handlingsplikt for kommunen eller krav om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte de helseutfordringer kommunen står overfor, og med et spesielt ansvar å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har størst helseutfordringer og der det er de beste forutsetninger for forbedringstiltak. Det gis også en nærmere redegjørelse for aktuelle folkehelseiltak som eksempel på hva som kan og bør inngå i det lokale folkehelsearbeidet.

*Kapittel 14* 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 virksomheter og eiendommer, både private og offentlige. Denne myndigheten er en viktig forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar med å sikre liv og helse og fremme folkehelsen. Bestemmelsene om miljørettet helsevern flyttes "på rot" fra kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a til lovforslaget kapittel 3. Det er foretatt enkelte tekniske og språklige oppdateringer. En evaluering av miljørettet helsevern tjenesten i kommunene gjennomført av Helsedirektoratet i 2008 viser at 88 % av kommunene mener at regelverket er hensiktsmessig for å ivareta kommunens ansvar innen miljørettet helsevern.

*Kapittel 15* 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 ny 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 kjemikaliehendelser, blant annet for å kunne avklare hendelsenes art, omfang og alvorlighetsgrad for folkehelsen, samt mulige forebyggende og skadebegrensende tiltak.

*Kapittel 16* omhandler gjennomføring av WHO's internasjonale helsereglement (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. Det kan for eksempel dreie seg om spredning av radioaktiv stråling, kjemikalier eller smittestoffer som resultat av en ulykke, en villet handling, eller en naturlig prosess.

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 varslingsystem, 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 17* omhandler behov for helsefaglig kompetanse i folkehelsearbeidet. 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 i kommunehelsetjenesteloven § 3-5 i både folkehelseloven og helse- og omsorgsloven. Samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktig for blant annet å gjennomføre de analyser, vurderinger og tiltak som følger av forslaget til ny folkehelselov kapittel 2.

*Kapittel 18* omhandler kommunesamarbeid for å løse oppgavene etter ny folkehelselov. Det gis en redegjørelse for de aktuelle samarbeidsformene som følger av kommuneloven m.v. Innenfor miljørettet helsevern deltar 48 % av landets kommuner i ulike former for interkommunalt samarbeid, og man har gode erfaringer med dette. Det er i utgangspunktet opp til kommunene å finne ut om de bør samarbeide med andre kommuner for å etterleve de kravene som stilles til kommunens aktivitet etter forslag til ny folkehelselov. 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. 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 19* foretar en drøfting av behov for tilsyn med bestemmelsene etter loven. Basert på en risiko- og sårbarhetsvurdering er det foreslått å avgrense tilsynet til §§ 4, 5, 6 og 8 for kommunene, samt §§ 20 og 21 for fylkeskommunene. Det foreslås at Statens helsetilsyn videreføres å ha ansvar for overordnet tilsyn også med folkehelsearbeidet i landet. Departementet ber om høringsinstansenes syn på om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være regional tilsynsmyndighet.

Som nevnt under kapittelet om miljørettet helsevern foreslås det at kommunen fortsatt skal være tilsyns- og godkjenningmyndighet ovenfor virksomheter som også er kommunale. Dette setter ekstra krav til at kommunen har god styring med denne virksomheten og at dette kan dokumenteres. Departementet foreslår derfor å videreføre kravet om internkontroll for folkehelsearbeidet.

*Kapittel 20* 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 velferdsmessige gevinster ved en lavere dødelighet og en mer funksjons- og arbeidsdyktig befolkning.

For di forslag til lov er innrettet slik at den skal sikre bedre prioriteringer og målrettet tiltak inn mot helseutfordringer kan eventuelle merkostnader som følge av ny folkehelselov håndteres innenfor allerede gjeldende budsjettammer. Kommunens og fylkeskommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer 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.

### **3 Grunnprinsipper for folkehelsearbeidet**

Et grunnprinsipp avspeiler en verdi eller et hensyn som preger politikken og rettsutviklingen 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 fire prinsipper som er av stor betydning. Det er prinsippene om utjevning, helse i alt vi gjør (Health in All Policies), føre-var og bærekraftig utvikling.

I dette kapitlet gjøres det kort rede for de fire prinsippene, mens en nærmere redegjørelse for innhold, betydning internasjonalt og nasjonalt og anvendelse i regelverket er å finne i vedlegg 1 til høringsnotatet.

### 3.1 Utjevning

Utjevning i helsesammenheng betyr ikke at noen skal redusere sitt helsenivå til fordel for andre, men at de med dårligst helse skal løftes opp, jf. blant annet NOU 2009:10 *Fordelingsutvalget* s. 21.

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig politikkområde som er satt på agendaen gjennom St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Her sies det blant annet:

”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.”

### 3.2 Helse i alt vi gjør (Health in All Policies)

Prinsippet om ”helse i alt vi gjør” innebærer at det man foretar seg i politikk og forvaltningen på alle nivåer har en helsemessig betydning. Med ny folkehelselov ønsker vi nettopp å løfte fram dette perspektivet. Forhold som har betydning for befolkningens helse ligger til mange sektorer på mange livsområder. Hvordan utdanningssektoren, kultursektoren, samferdselssektoren mv. innretter sin virksomhet har betydning for om samfunnet er helsefremmende og for folks muligheter til å gjøre helsemessig gunstige valg.

”Helse i alt vi gjør” er både beskrivende, dvs. at det faktisk er helse i alt vi gjør, i politikken og i forvaltningen. Men det er også normativt, hvilket innebærer at konsekvenser for befolkningens helse skal vurderes når man utvikler politikk, virkemidler, kompetanse og bevissthet.

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 bidrar til å synliggjøre og ansvarliggjøre sammenhengen mellom helseforhold og andre sektorer. De fleste påvirkningsfaktorene på helsen er i hovedsak utenfor helsetjenesten, og er dermed under beslutningsmyndigheten til andre sektorer. Dette er bakgrunnen for prinsippet om at alle sektorer har ansvar for helse, og at helsehensyn må ligge til grunn for alt vi gjør. Prinsippet har vokst frem internasjonalt og er kodifisert i norsk rett.

### 3.3 Bærekraftig utvikling

Begrepet *bærekraftig utvikling* er definert 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 rettighet som også er fastsatt i grunnlovens bestemmelse om bærekraftig utvikling jf. Grunnloven § 110 b. ”*Enhver har Ret til et Milieu som sikrer Sundhed*”... Videre er det en forpliktelse for ”*Statens Myndigheter*” til å gi de reglene som er nødvendige for å ivareta dette.

Dette innebærer at en utvikling som ikke ivaretar helsen i befolkningen over tid ikke er bærekraftig. Dette har betydning både i forhold til å sikre et miljø som er sunt også for mennesker, men begrepet kan også brukes i forhold til en samfunnsutvikling som må sikre grunnleggende behov over tid. Alderssammensetningen i befolkningen og veksten i livsstilssykdommer som følge av inaktivitet og overvekt, gjør at helsetjenesten vil streve med å være bærekraftig (å yte tjenester til alle som trenger det – både pga kostnadene og pga personellbehovet). Kostnadsveksten og personellveksten som følge av ny kunnskap, forbedret teknologi og utvidede indikasjonsstillinger kan ikke være ukontrollert.

### **3.4 Føre-var-prinsippet**

I Rio-erklæringen fra 1992 heter det:

"Where there are threats of serious or irreversible damage, lack of full scientific certainty shall not be used as a reason for postponing cost-effective measures to prevent environmental degradation" (UN Conference on Environment and Development 1992).

Innen miljøretten kan føre-var prinsippet forstås slik at "tvilen skal komme miljøet til gode" (Bugge 2009 s. 72) ved usikkerhet om konsekvenser ved handlinger. Prinsippet skal bidra til å håndtere usikkerhet på grunn av mangelfull kunnskap og vanskeligheter med å forutse skade.

Forebygging har lange tradisjoner innen helsetjenesten og kan knyttes til tiltak der årsakssammenhenger er kjent, mens føre-var handlinger slår inn der det er usikkerhet.

## Del II - Bakgrunn

Det er flere årsaker til at det nå foreslås en ny folkehelselov. De helseutfordringene som samfunnet i dag står overfor er i endring. Blant annet vil vi i årene som kommer få en stadig sterkere økning i sykdommer som forårsakes av eller er påvirket av livsstil, som for eksempel diabetes, hjerte-karsykdommer m.v. Videre vil befolkningssammensetningen i årene fremover endres slik at vi blir relativt flere eldre i forhold til de i arbeidsfør alder.<sup>2</sup> Man ser også en utvikling med økende utfordringer innenfor psykisk helse. 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<sup>3</sup>.

Folkehelsepolitikken har også vært i endring. De siste 20 årene har strategiene for å møte helseutfordringene (folkehelsepolitikken) hatt en dreining mot faktorer som påvirker helsen, i motsetning til tidligere hvor politikken har tatt utgangspunkt i bestemte sykdommer. Helse skapes ikke først og fremst i helsesektoren, men på andre livsarenaer og i andre sektorer. Med endringer i folkehelsepolitikken har man også hatt endringer i hvilke aktører som har en rolle i folkehelsearbeidet.

Disse utviklingstrekkene er behandlet i flere stortingsdokumenter, blant annet St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og tidligere stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken. Det er også flere tiltak i andre dokumenter som foreslås fulgt opp gjennom en folkehelselov.

## 4 Helseutfordringene

Kapittel 4 gir en kort redegjørelse for dagens helseutfordringer. Redegjørelsen bygger på rapportene til Nasjonalt folkehelseinstitutt har i sin *Folkehelse rapport 2010 - Helsetilstanden i Norge* (rapport 2010:2) beskrevet status for helsetilstanden i Norge og Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport for 2010 *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (IS-1846).

### 4.1 Helseutfordringene - et historisk overblikk

Frem til ca 1950 var smittsomme sykdommer det overskyggende folkehelseproblemet og den hyppigste dødsårsak blant mennesker også i Norge.

Bekjempelsen av de smittsomme sykdommene tok for alvor fatt med Robert Koch og Louis Pasteur som på slutten av 1800-tallet oppdaget at bakterier var årsak til infeksjonssykdommer. Dette førte til fokus på oppsporing av smittetilstander og mikrobiologiske undersøkelser av smittestoffene. Videre ble det anerkjent at trangboddhet og generelt dårlige levekår, manglende hygiene og ernæring er

---

<sup>2</sup> Finansdepartementet: St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen.

<sup>3</sup> St. meld, nr 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*.

faktorer som skaper grobunn for smittsomme sykdommer. 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 virussykdommer der en først fra 1980-årene av har lyktes i å få frem anvendelige stoffer til behandling.

En annen stor infeksjonssykdom som historisk har rammet alle innbyggere er tannsykdommen karies. På begynnelsen av 1900-tallet var tannpine den mest utbredte årsaken til barns fravær fra skolen. Som følge av personlig munnhygiene og flourtannkrem har tannhelsen blitt radikalt bedret de siste 40-50 årene.

Fra 1950-tallet av var bekjempelsen av hjerte- karsykdommer sentralt. Etter 1945 økte dødeligheten 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.

Fra å ha vært et av landene i verden med lengst gjennomsnittlig levealder er det nå flere andre land som har lengre levealder enn det vi har her i landet, til tross for at få land er rikere enn Norge. Noen land har hatt en raskere økning i levealder enn Norge. Man vet ikke årsakene til dette; kanskje har det med levesett, miljøpåvirkning, helsetjenestene eller andre ting å gjøre. 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.

## **4.2 Dagens helseutfordringer**

### **4.2.1 Økning i kroniske sykdommer**

Det er en økning i flere kroniske sykdommer i befolkningen. Blant annet KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom) og type 2-diabetes. I Norge har man sett en tredobling av forekomst av type 2-diabetes de siste 30 årene<sup>4</sup>. KOLS vil fortsatt stige, på grunn av røyking.

Overvekt øker risikoen for en rekke sykdommer, herunder kreft, hjerte- karsykdommer og type 2-diabetes. 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<sup>5</sup>. 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). Flere norske studier viser

---

<sup>4</sup> S. 43, St. meld, nr 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*.

<sup>5</sup> Helsedirektoratet (2008), Utkast til faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling.



at andelen barn og unge som er overvektige eller lider av fedme øker. 15-23 % av barn i alderen 8-12 år har overvekt eller fedme og det er store sosiale forskjeller<sup>6</sup>.

De fleste kroniske somatiske sykdommer øker med alderen. Dette betyr at med økt forventet levealder vil det også bli stadig flere pasienter med kroniske lidelser, både somatiske og psykiske. De medisinske tilbudene har blitt så gode at stadig flere overlever den akutte fasen av sykdommen de får. Sykdommer som tidligere ble betegnet som akutte med høy dødelighet, som for eksempel diabetes, hjertesykdommer og kreft, hører nå til kategorien kroniske sykdommer.

#### **4.2.2 Endringer i demografi**

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. Befolkningen er landets viktigste ressurs, og befolkningens helse er en vesentlig del av denne. 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 viktig først og fremst av hensyn til den enkelte, men det er også viktig for samfunnet å sikre at de i arbeidsfør alder faktisk er arbeidsføre og at de eldre er funksjonsfriske lengst mulig. Gode levevaner gjennom hele livet har stor betydning for funksjonsevnen også som eldre.

Selv om de aller fleste eldre over 67 år er funksjonsfriske og ved god helse, vil en økning i andelen eldre få betydning for kapasitet og kompetanse også i det forebyggende arbeidet. Forebyggende innsats tilpasset den enkeltes forutsetninger er viktig for å opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i alderdommen. Andelen eldre vil de nærmeste tiårene fordobles.

#### **4.2.3 Sosiale helseforskjeller**

Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helse mål. De sosiale ulikhetene i helse er store uansett hvilken variabel som legges til grunn for sosioøkonomisk status: utdanning, yrke, inntekt eller ulike kombinasjoner av disse. Det er dokumentert sosiale ulikheter i helse for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom alle utdannings-, yrkes- og inntektsgrupper i befolkningen.

Det er avdekket flere ulike årsaks mekanismer som ligger bak sammenhengen mellom sosial bakgrunn og helse. Forskjeller i materielle forhold, som fysisk arbeidsmiljø, ser ut til å spille en betydelig rolle. Ulike psykososiale mekanismer som ensomhet, stress og usikker økonomi eller jobbsituasjon er andre viktige årsaker. Helseatferdsfaktorer som rus, tobakk, kosthold og fysisk aktivitet bidrar også til å skape og opprettholde sosiale ulikheter i helse.

#### **4.2.4 Psykisk helse**

Den psykiske helsetilstanden i Norge er rimelig god, stabil, og på linje med land det er naturlig å sammenligne seg med. Høy yrkesdeltagelse og lav arbeidsledighet, høy grad av distriktsbosetting, høyt utdanningsnivå, gode offentlige ordninger osv. bidrar til dette. Likevel kan vi i årene som kommer regne med at folks psykiske plager kommer til å få enda større fokus enn kroppslige plager.

---

<sup>6</sup> S. 113, Folkehelseinstituttet (2010), *Folkehelse rapport 2010*, Rapport 2010:2.

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Studier av forekomst i befolkningen viser at omtrent halvparten av alle nordmenn vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. 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<sup>7</sup>.

Målt i sykdomsbyrde eller "burden of disease" (WHO) er psykiske lidelser den mest kostbare av sykdomsgruppene i Norge, og koster landet årlig ca 60-70 milliarder kroner. Hele 44 % av samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser skyldes depresjon. Dette skyldes at depresjon oppstår i ung alder, rammer mange, ofte fører til langtidssykefravær, tilbakefall osv.

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.

#### **4.2.5 Smittsomme sykdommer**

Hva gjelder infeksjonssykdommene, har hovedfokus i senere år vært knyttet mot utfordringer fra nye typer influensa som har herjet i flere bølger mellom Spanskesyken i 1918-1819 og svineinfluensaen 2009. Av andre utfordringer kan nevnes fremveksten av antibiotikaresistens og introduksjonen av HIV-viruset.

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 (80 %) er smittet utenlands. Når det gjelder ikke-meldepiktige 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.

#### **4.2.6 Muskel- og skjelettlidelser**

Muskel- og skjelettplager er utbredt og utgjør et stort helseproblem. Dette er plager og lidelser vi lever med og som ofte er kroniske. Muskel- og skjelettplager er årsak til nesten halvparten av sykefraværet og en tredel av uførepensjoner. En kartlegging på Østlandet viste at i løpet av siste år hadde 85 % hatt plager fra muskel- og skjelettsystemet, og 15 % hadde hatt slike plager hver dag.

I begrepet muskel- og skjelettplager eller –lidelser inngår alle sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, som for eksempel:

- Belastningsrelaterte muskel- og skjelettplager; omfatter i hovedsak bløtdels-revmatisme inkl. kronisk muskelsmerte-syndrom, tendinitter og myalgier samt noen former for ryggliedelser.
- Betennelsesaktige muskel- og skjelettplager; omfatter blant annet leddgikt og Bektherevs sykdom.

---

<sup>7</sup> Mykletun, A, Knudsen, AK, Mathiesen, KS. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt, Folkehelseinstitutt; rapport nr.: 2009:8.

- Degenerative muskel- og skjelettplager; omfatter blant annet osteoporose og artrose.
- Øvrige muskel- og skjelettlidelser; omfatter først og fremst skader og deformiteter.

De tre siste gruppene er de mer spesifikke tilstandene hvor det er relativt god kunnskap om både årsak og behandling. Den første gruppen omfatter de mer uspesifikke muskel- og skjelettplagene – belastningslidelsene – hvor årsaksforholdene er komplekse og sammensatte og som i sin tur vanskeliggjør så vel behandling som forebygging. For alle grupper og tilstander ser fysisk aktivitet ut til å kunne medvirke til å forebygge, utsette eller lindre plagene.

### 4.3 Nærmere om helseutfordringer knyttet til livsstil og levekår

Dagens og fremtidens helseutfordringer er i vår del av verden nært knyttet til levevaner og til fysiske og sosiale miljøfaktorer. Utdanning, arbeid, levekår og helseatferd påvirker helse og den sosiale fordeling av helse.

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 og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at 80 % av forekomsten av hjerteinfarkt og type 2-diabetes kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner, og World Cancer Research Fund konkluderer med at 50 % av forekomsten av kreft kan forebygges eller utsettes ved slike endringer i levevaner.

#### 4.3.1 Tobakk

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<sup>8</sup>.

Det er en markert sosial gradient for dagligrøyking. Jo kortere utdanning, desto høyere andel dagligrøykere. Av og til-røyking er derimot mest utbredt blant dem med lengre utdanning. Personer med kort utdanning starter tidligere å røyke tobaksprodukter, er utsatt for mer passiv røyking, og slutter i mindre grad enn det de med den lengste utdanningen gjør. Ungdom med planer om yrkesfaglig utdanning og med selvrapportert dårlig familieøkonomi røyker mer enn annen ungdom. Blant 10. klassinger med lav sosioøkonomisk status røykte 15 % av guttene og 21 % av jentene, mens tilsvarende tall for gutter og jenter med høy sosioøkonomisk status var 5 % for gutter og 4 % for jenter<sup>9</sup>.

Det har vært en markant nedgang i antall dagligrøykere fra 1973-2009. I 1973 oppga 51 % av mennene og 32 % av kvinnene at de røykte daglig. Det kan se ut som røyketallene flater ut. 21 % av

<sup>8</sup> S. 104, Folkehelseinstituttet (2010), *Folkehelse rapport 2010*, Rapport 2010:2.

<sup>9</sup> Helsedirektoratet (2009). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: folkehelsepolitisk rapport 12/2009*.

den voksne befolkningen røyker daglig i Norge, og det var ingen endring fra 2008 til 2009. Blant ungdom har andelen som røyker daglig steget fra 15 til 17 % i samme periode<sup>10</sup>.

I dag røyker fortsatt nærmere 1 av 10 gravide ved svangerskapets slutt<sup>11</sup>. Dette medfører risiko for skader på fosteret.

#### 4.3.2 Rusmidler

Rusmiddelbruk kan medføre både somatiske, mentale og sosiale skader, og rusmiddelbruk kan ha skadevirkninger både for den enkelte bruker, omgivelsene rundt og samfunnet generelt.

Ruspåvirkning kan være en årsak til ulykker, skader og akutte sosiale problemer. Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser opptrer ofte sammen, og er svært utbredt. Det anslås at ca en av ti utvikler en rusrelatert lidelse i løpet av livet.

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.

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.

Alkoholforbruket i Norge er et voksende, alvorlig problem. Om lag fem prosent av befolkningen er alkoholavhengige, i følge Folkehelseinstituttet (Rapport 2010:2). Særlig hos unge kvinner har alkoholforbruket økt de siste 10-12 årene. I tillegg misbruker svært mange ulike former for rusmidler og legemidler. De fleste nordmenn har et nøkternt alkoholforbruk, men den tiendedelen i befolkningen som drikker mest, står for halvparten av det samlede alkoholkonsumet. 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 (15 år) å ha stabilisert seg. Cannabis er det mest brukte rusmiddelet. I 2008 oppga 10,5 % av ungdommene –20 år) at de har prøvd cannabis. Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, mens antall injiserende misbrukere er relativt høyt, anslagsvis 8 200–12 500. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) har sunket fra 2001 til 2007 (fra 338 til 200), men det er fortsatt høyt, og det er til dels store variasjoner fra år til år og store forskjeller mellom kvinner og menn.

---

<sup>10</sup> SSB (2010), *Nordmenns røykevaner*, 2009.

<sup>11</sup> Tall fra medisinsk fødselsregister.

### 4.3.3 Fysisk aktivitet

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. Det samme gjelder for deltakelse i organisert fysisk aktivitet og medlemskap i frivillige organisasjoner innen kultur og fritid. Vi ser også at aktivitetsnivået synker med økende alder. Blant 9-åringene har 9 av 10 gutter og 3 av 4 jenter et tilfredsstillende aktivitetsnivå, mens bare halvparten av 15-åringene tilfredsstiller anbefalinger om minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Kun 1 av 5 voksne har et aktivitetsnivå i tråd med faglige anbefalinger om minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet.

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<sup>12</sup>. Mangelfullt gang- og sykkelvegnett, utbygging av veier med økt biltrafikk og større hastighet, er noen samfunnsskapt barrierer for fysisk aktivitet i hverdagen<sup>13</sup>.

### 4.3.4 Kosthold

Ernæring og kosthold er av avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og 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. Av de seks viktigste risikofaktorene for død i Europa, henholdsvis høyt blodtrykk, høye blodlipider, røyking, overvekt, lavt inntak av frukt, bær og grønnsaker og inaktivitet, kan fire påvirkes av kostholdet<sup>14</sup>.

Det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste 30 år. 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.

---

<sup>12</sup> Statistisk sentralbyrå (2009) *Tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng* Erik Engelién

<sup>13</sup> Folkhälsoinstitutet (2008), *Barns miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsesfrihet hos barn och unga*. Sverige.

<sup>14</sup> Ernæringsrådet (2010), *Kostråd for å fremme folkehelse og forebygge kroniske sykdommer i Norge – rapportutkast*.

Til tross for flere gunstige endringer i kostholdet har mange fortsatt et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme, type 2-diabetes og beinskjørhet. De med lang utdanning og god økonomi spiser sunnere enn de med kort utdanning og dårlig økonomi. Flere ernæringsrelaterte problemer forekommer hyppigere i visse grupper av innvandrere. De største ernæringsmessige utfordringene i tiden framover er 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.

#### **4.3.5 Tilknytning til arbeidslivet**

Levevaner, god psykisk og fysisk helse har stor betydning for trivselen, produktiviteten og sykefraværet i arbeidslivet. Det er store helseforskjeller mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte, og arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv er derfor god folkehelsepolitikk. For å hindre utstøting og lette tilbakekomst etter sykdom, har mange både innenfor og utenfor arbeidslivet behov for støtte og veiledning for å endre levevaner og takle arbeidslivets krav. Det er derfor viktig å etablere nye, og videreutvikle eksisterende tilbud om levevaner, sosial inkludering og knytte dette til regionalt og lokalt folkehelsearbeid.

Ved å tilrettelegge for samhandling rundt IA-arbeidet, folkehelsefeltet og en bedre oppfølging av helsefremmende tiltak tilknyttet arbeidsmiljøloven vil dette kunne stimulere til et mer helsefremmende og inkluderende arbeidsliv.

#### **4.3.6 Sosialt nettverk**

Sosial isolasjon og manglende sosial støtte fra det sosiale nettverket øker risikoen både for psykiske og somatiske helseproblemer<sup>15</sup>. Sosialt nettverk forstås som det uformelle nettverket av venner, familie, arbeidskamerater, naboer og andre personer mennesker har rundt seg. Med sosial støtte menes først og fremst den emosjonelle kontakten man har med andre, men også nettverkets funksjon i form av praktisk hjelp og sosial kontroll<sup>16</sup>. 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 mestringsevne<sup>17</sup>. I tillegg til utviklet mestringsevne i ulike situasjoner er sosial støtte en av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Dalgard m.fl. (2006): *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2006:2.

<sup>16</sup> Fyrand, L. (1994). *Sosialt nettverk Teori og praksis*. Oslo: Tano

<sup>17</sup> Dalgard, O. S. (2008): *Faktaark om sosial støtte og ensomhet*, Folkehelseinstituttet

<sup>18</sup> Mykletun, A, Knudsen, AK, Mathiesen, KS. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt, Folkehelseinstitutt; rapport nr.: 2009:8.

#### **4.4 Nærmere om helseutfordringer knyttet til miljøpåvirkninger**

Miljøet har stor betydning for folkehelsen. I følge WHO er dårlig 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. Gjennom kontinuerlig overvåking forsøkes det å sikre at befolkningen ikke blir utsatt for helseisiko på grunn av helseskadelige stoffer i mat. Skader forårsaket av ulykker er også et stort folkehelseproblem. Det er nødvendig å fortsette arbeidet med å minske skadelige kjemiske stoffer fra miljøet og forebygge ulykker. Behovene for kartlegging av eksponering er også store - man har for liten oversikt over hva folk utsettes for av helseskadelige stoffer.

##### **4.4.1 Luftforurensning**

Luftforurensning utendørs er en viktig årsak til både lungesykdommer og hjerte- og karsykdommer. Derfor er det fastsatt grenseverdier (EU/Norge), retningslinjer for luftkvalitet (WHO) og luftkvalitetskriterier (Norge) for å beskytte befolkningen. 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<sub>2,5</sub> på mer enn 10 µg/m<sup>3</sup>. 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.

##### **4.4.2 Inneklima**

Dårlig inneklima kan føre til ubehag som følelse av tørr luft, irriterte slimhinner, hodepine og tretthet, men kan også forverre astma og luftveisallergi. Ved dårlig inneklima er det sjelden man kan peke ut en enkeltkomponent som årsak til problemene. Det er godt mulig inneklimaproblemer oppstår fordi flere faktorer i inneluften virker sammen, men kunnskapen om slike samvirkninger er fortsatt mangelfull. 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 inneklima. 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. Både tobakksrøyk, radon og asbest kan forårsake lungekreft. Tobakksrøyk er også vist å kunne gi kreft i flere andre organer.

#### 4.4.3 Støy

Støy rammer mange mennesker i Norge. 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 støyplagen i Norge. Det er videre anslått av støy bidrar til søvnforstyrrelser blant 5 % av befolkningen som er over 15 år. 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.

#### 4.4.4 Mat og drikkevann

Maten er den viktigste kilden til en rekke helseskadelige miljøforurensninger, som tungmetaller, PCB, dioksiner samt bromerte- og fluoreerte forbindelser. Mattilsynet har iverksatt ulike overvåkingsprogrammer for å se til at grenseverdiene som er satt for innhold av slike stoffer i maten ikke overskrides. Det finnes i dag ingen systematisk oversikt av den reelle eksponeringen ved hjelp av biologiske markører i mennesker og vi har derfor liten kunnskap om hvem som tilhører risikogrupper for høye inntak i befolkningen.

Infeksjoner som følge av infisert drikkevann står antagelig for et betydelig antall fraværstid i arbeidslivet årlig. Totalt anslås det at mellom 500 – 700.000 personer ikke har tilgang til drikkevann av tilfredsstillende kvalitet.

Siden siste årtusenskiftet har det vært to større sykdomsutbrudd forårsaket av drikkevann fra norske vannverk: giardiatutbruddet i Bergen i 2004 med ca. 6000 syke og campylobacterutbruddet i Røros 2007 med ca. 2000 syke. I tillegg blir det hvert år registrert et varierende antall små utbrudd forårsaket av drikkevann fra enkelthusanlegg eller fra små fellesforsyninger. Ledningsnettene er i dag vannverkenes svake punkt. Store deler av ledningsnettene ble bygget i gjenreisningstiden etter andre verdenskrig, og disse er nå i dårlig forfatning. Mer enn 35 % av alt vannet lekker ut før det når forbrukerne, og det er langt mer enn i de fleste land vi ellers sammenlikner oss med. Fordi drikkevannsledningen vanligvis ligger i samme grøft som avløpsledningen, som også lekker ganske mye, er det stor faren for forurensning av drikkevannet ved temporære undertrykk i ledningsnettene.

#### 4.4.5 Stråling

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. De fleste av dem som blir rammet vil dø av det. Risikoen for lungekreft er ca 25 ganger høyere for de som i tillegg røyker. Det er beregnet at ca. 25 000 nordmenn bor i hus med ekstremt høye radonkonsentrasjoner, men svært få av disse boligene er identifisert<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Departementene (2009) *Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge*.



UV-stråling fra soling er vist å ha sammenheng med hudkreft, en kreftform som er økende. Årsaken til økningen i hudkrefttilfeller er at flere soler seg, og at flere bruker solarier. Solkrem beskytter mot UV-stråler, men har begrenset effektivitet og stabilitet.

#### **4.4.6 Skader og ulykker**

For personer under 45 år er ulykker den største dødsårsaken i Norge. Målt i tapte leveår er personskader som følge av ulykker nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge. Det er anslått at ca 500 000 ulykkesskader hvert år krever behandling hos lege. Omkring 1800 mennesker dør som følge av ulykker<sup>20</sup>.

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. En stor del av ulykkene blant eldre er fallulykker. Ulykkesforebygging står sentralt for å sikre at flest mulig av de unge er arbeidsføre og flest mulig eldre holder seg friske lengst mulig.

Det har skjedd en reduksjon i ulykkesskader i noen samfunnssektorer, for eksempel i trafikken. Dette skyldes et systematisk ulykkes- og skadeforebyggende arbeid over tid. Men skader etter ulykker er fortsatt et stort folkehelseproblem. Hjem-, skole- og fritidsulykkene utgjør størstedelen av ulykkesskadene som krever behandling på sykehus eller legevakt.

#### **4.5 Helseutfordringene – oppsummering**

Kampen mot smittsomme sykdommer er på ingen måte vunnet, men de fleste i dag dør ikke lenger av infeksjonssykdommer, men av andre årsaker. Ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, KOLS og type 2-diabetes, sammen med psykiske problemer og muskel- og skjelettsmerter preger dagens bilde. Denne utviklingen er en naturlig konsekvens av at befolkningen består av flere eldre, men kan også delvis knyttes til at mange har hatt uheldige levevaner og/eller levekår gjennom mange år.

Miljøet har stor betydning for folkehelsen. I følge WHO er dårlig 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. Infeksjoner som følge av infisert drikkevann står antagelig for et betydelig antall fraværstid i arbeidslivet årlig.

Både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og psykiske lidelser - og særlig konsekvensene av dem - kan for en stor del forebygges. De store folkesykdommene krever fornyet og samlet innsats i alle berørte sektorer.

---

<sup>20</sup> Departementene (2009) *Ulykker i Norge Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014*.

## 5 Folkehelsepolitikken - strategier for å møte helseutfordringene

### 5.1 Historisk tilbakeblikk

Tilbake til middelalderen finner vi holdepunkter og bevis for at myndighetene gjorde bruk av forskjellige virkemidler for å hindre at sykdommer skulle oppstå og/eller begrense deres utbredelse, herunder ulike 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 sanitarisme som kombinerte sosiale reformer med offentlig hygiene i regi av General Board of Health. Disse tankene preget også norske leger. 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 smitsomme Sygdomme (heretter omtalt som sunnhetsloven) startet i 1858.

Ved lov 1857 ble sunnhetskommisjoner påbudt i distrikter der det fantes spedalske. 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 Gjødselbingers Indretning og Rensning, Opleggelse av Gjødsel 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 stadige eller jevnligens 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 Sundhedscomissionen.”

Sunnhetsloven omfattet dermed det meste av det vi i dag kan kalle folkehelsearbeid, herunder smittevern, miljørettet helsevern og mattrygghet. Loven kan sies å ha kommet til som ledd i nasjonsbyggingen og embetsmannsstaten.

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 kjønnssykdommer 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 i tidligere 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 skulle distriktslegene prioritere offentlige oppgaver foran kurativ virksomhet, i linje gjennom amtslegen (fylkeslegen) til medisinaldirektøren. Et legedistrikt kunne bestå av flere kommuner, og i lang tid var det bare én distriktslege i hvert distrikt. En distriktslege kunne derfor være leder for flere sunnhetskommisjoner/helseråd. Ved ikrafttreden av kommunehelsetjenesteloven i 1984 ble de statlige distriktslegene til kommunale kommuneleger.

Kommunehelsetjenesteloven ble i 1988 supplert med § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern som erstattet helserådjenesten. Smittevernloven fra 1994 opphevet de siste restene av sunnhetsloven. Sunnhetsloven virket i 134 år og var en av våre viktigste samfunnsbyggende lover.

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, miljørettet 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 1994, som konsekvens av tilpasningen til kommuneloven av 1992 (og som ledd i etterfølgende tilpasning av særlovgivningen). Siden da har kommunen i utgangspunktet hatt frihet til selv å organisere sin helsetjeneste og sitt folkehelsearbeid, inklusiv smittevernet. Kommunelegen (medisinsk-faglig rådgiver) har imidlertid fortsatt lovpålagte oppgaver spesielt innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.

## **5.2 Utvikling av nyere perspektiver i folkehelsearbeidet**

Gjennom en rekke verdenskonferanser har Verdens helseorganisasjon (WHO) bidratt til å utvikle nye perspektiver på folkehelsearbeid. Alma Ata-erklæringen 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.

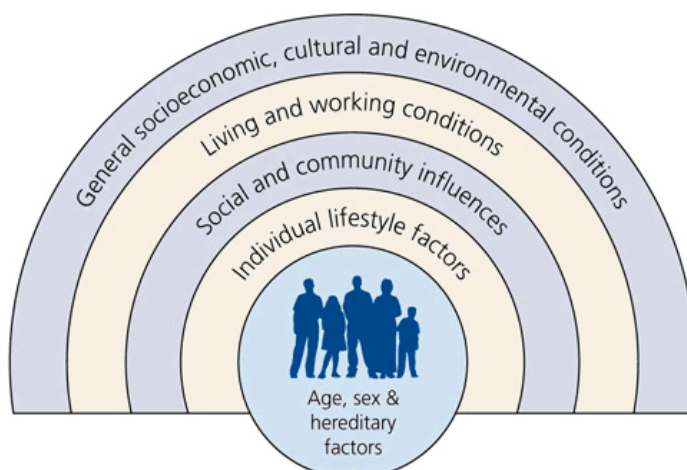
Det internasjonale begrepet Health Promotion ble for alvor etablert med Ottawa-charteret fra 1986. Health Promotion dekker det vi på norsk kaller folkehelsearbeid og omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Ottawa-charteret anla et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av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

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.

Flere verdenskonferanser har utdypet innholdet og forståelsen av Health Promotion-begrepet. Det er nå bred støtte for at folkehelsepolitikken skal ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen. Slike faktorer omtales gjerne som sosiale påvirkningsfaktorer for helse. 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 adresserer helse, kan derfor ha store helsemessige konsekvenser.

De sosiale påvirkningsfaktorene for helse kan fremstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Dette er illustrert i figur 5.1 som ble utformet av Whitehead og Dahlgren i 1991<sup>21</sup>. 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 sammenhengskraft, 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.



Figur 5.1: Påvirkningsfaktorer for helse

Siden påvirkningsfaktorene for helse befinner seg i flere samfunnssektorer, er ikke befolkningens helse et ansvar for helsesektoren alene. Også tiltak i andre sektorer kan bidra til å fremme eller svekke helse. Helsesektoren har et særlig ansvar for å synliggjøre helsekonsekvenser av politikk og tiltak og samarbeide med andre sektorer for å nå mål på folkehelseområdet.

### 5.3 Folkehelsepolitikken

St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* tar opp i seg disse perspektivene i folkehelsearbeidet. St.meld. nr. 16 (2002-2003) understreker at folkehelsearbeidet må være sektorovergripende og

<sup>21</sup> Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.

lanserte partnerskapsmodellen for folkehelse. St.meld. nr. 20 (2006-2007) peker på de store sosiale helseforskjellene i Norge og viser til at helse henger sammen med sosioøkonomisk status. Meldingen legger føringer for en politikk som har som mål å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom å utjevne forskjeller på en rekke samfunnsområder, også innen helsesektoren.

Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

### **5.3.1 Påvirkningsfaktorperspektivet**

Vektleggingen av sosiale påvirkningsfaktorer innebærer 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.

Fordelen med påvirkningsperspektivet er at sammenhengen mellom påvirkningsfaktorer – og den sosiale fordelingen av påvirkningsfaktorene – synliggjøres. Ofte vil hver enkelt påvirkningsfaktor kunne bidra til flere ulike helseproblemer. Påvirkningsperspektivet bidrar også til å tydeliggjøre sammenhengen mellom helseforhold og andre sektorer og politikkområders ansvar. Når frafall fra videregående skole viser seg å ha alvorlige helsekonsekvenser, blir det tydelig at skolesektoren også har et viktig folkehelseansvar. Påvirkningsperspektivet leder oss til å rette inn tiltak mot kjente påvirkningsfaktorer. Dersom man lykkes med disse tiltakene, kan man måle resultatene av tiltakene i form av redusert helserisiko lenge før de slår ut på reell sykdom og død i befolkningen. Hvis man for eksempel lykkes med å redusere skolefravall, kan man forvente at dette får helsekonsekvenser i fremtiden, selv om det ikke vises i statistikkene umiddelbart.

En konsekvens av påvirkningsfaktorperspektivet, er at andre sektorer enn helsetjenesten ansvarliggjøres. Folkehelsehensyn må 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. Dette er en forutsetning for å kunne møte helseutfordringene tidligere, før de gir seg utslag i sykdomsutvikling og beslag på kapasitet i helsetjenesten.

### **5.3.2 Partnerskap for folkehelse**

Et grep i St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* var å styrke folkehelsearbeidet gjennom en bredere tilnærming, sektorovergripende innsats og forpliktende samarbeid basert på partnerskap regionalt og lokalt. Som oppfølging ble det i 2004 etablert en tilskuddsordning for å stimulere til partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner. Fylkeskommunene ble som regional utviklingsaktør utfordret til å påta seg lederrollen i det regionale folkehelsepartnerskapet og være pådriver og koordinator for folkehelsearbeidet i fylket. Fra 2007 er alle landets fylkeskommuner

inkludert med statlige stimuleringsmidler, og det er etablert partnerskapsavtaler med om lag 60 % av landets kommuner.

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. Partnerskapene legger til rette for å involvere et bredt sett av regionale aktører og lokale aktører – som blant annet regionale statsetater, utdannings- og forskningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner, andre deler av den kommunale og fylkeskommunale forvaltningen og næringslivet. En mobilisering av næringslivet i arbeidet med folkehelse vil både kunne gi gode løsninger for innbyggerne og en innovasjonsimpuls til næringslivet.

St.meld. nr. 35 (2006-2007) om fremtidens tannhelsetjenester vektlegger også betydningen av partnerskap i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunene skal sikre at tannhelsetjenesten etablerer nødvendig samarbeid med regional statlig forvaltning og kommuner. Aktuelle kommunale tjenester som nevnes er helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barnehager/skoler/SFO, helse- og omsorgstjenesten, vannverk, Norsk Tannvern m.v.

Ved lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet gikk fylkeskommunens folkehelseoppgaver fra en frivillig til en lovpålagt oppgave, jf. Ot.prp. nr. 73 (2002-2009). Stimuleringsmidlene til partnerskap for folkehelse ble i budsjettet for 2010 innlemmet i rammetilskuddet til fylkeskommunene.

### **5.3.3 Helse i plan**

Folkehelsearbeidet bør forankres i demokratiske institusjoner og inngå i ordinære plan- og styringssystemer. Det følger av ny plan- og bygningslov § 3-1 bokstav f, at kommunesektorens planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningsloven er fokus i planleggingen mer rettet inn mot kommuneplanens samfunnsdel, som legger føringer om at denne "legges til grunn" eller skal gi "retningslinjer" for arealbruken. Dette styrker kommunene som samfunnsutvikler, 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.

"Helse i Plan" er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøvern-departementet og Helsedirektoratet. Utgangspunktet er et behov for å styrke folkehelseperspektivet i samfunnsplanleggingen. Prosjektet har som målsetting å oppnå:

- forankring av folkehelseiltak i ordinære plan- og styringsdokumenter
- kompetanseoppbygging på plan- og prosess innen helsesektoren

Helse i plan er først og fremst et innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt. Verktøyet er plan- og bygningsloven og kommuneplanen. Prosjektet startet i 2006 og avsluttes i 2010. Metodene som utvikles dreier seg om hvordan ulike folkehelseformål kan realiseres gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel og temaplaner. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspredning inngår også som virkemidler i denne sammenheng.

Erfaringene fra utprøvningsarbeidet i 8 fylker og 30 kommuner, og av partnerskap for folkehelse, har gitt og vil fortsatt gi nyttige bidrag til videreutvikling av virkemidler for å styrke det lokale folkehelsearbeidet.

#### **5.3.4 Strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet**

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 tverrsektoriell innsats. For eksempel gjelder dette fysisk aktivitet, kosthold og 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.

Evalueringer av tverrdepartementale handlingsplaner som virkemiddel i folkehelsearbeidet viser at dette er viktige kunnskapsdokumenter og nyttige verktøy til bruk for myndigheter og frivillige organisasjoner sentralt, regionalt og i kommunene. Videre bidrar slike strategier og planer til å løfte fram utfordringer og synliggjøre ansvar og virkemidler i flere samfunnssektorer.

#### **5.3.5 Strukturelle virkemidler**

Når målet er å påvirke menneskers handlemåte, kan offentlige myndigheter velge mellom flere typer virkemidler. En klassisk sondring går mellom strukturelle og andre virkemidler (for eksempel holdningskampanjer m.v.). Strukturelle virkemidler omfatter 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. Økonomiske virkemidler viser til tiltak som påvirker individets vurdering av hva som er økonomisk fordelaktig, for eksempel avgifter.

Strukturelle virkemidler kjennetegnes ved at de ikke retter seg mot enkeltpersoner, men mot de fysiske, økonomiske og juridiske strukturene som enkeltmennesker forholder seg til når de gjør sine valg. Målet med strukturelle virkemidler på folkehelsefeltet er å legge til rette for sunne valg fremfor helseskadelige valg.

Det tradisjonelle normative virkemiddelet er generelle *påbud og forbud*. Overtredelse av påbudene og forbudene vil typisk kunne medføre straffansvar eller andre negative sanksjoner, som for eksempel erstatningsansvar. Denne typen virkemidler er i en viss utstrekning tatt i bruk på folkehelseområdet. Dette gjelder særlig i forbindelse med myndighetenes arbeid knyttet til alkohol, narkotika og tobakk. Eksempelvis er alle former for reklame for tobakksvarer forbudt med hjemmel i lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakksskader (tobakksskadeloven). Reklame for alkoholholdig drikk er også forbudt, jf. lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk. Med grunnlag i de samme lovene er det også fastsatt aldersgrenser for salg av alkoholholdig drikk og tobakksvarer. Det foreløpig siste forbudet på folkehelseområdet, mot synlig oppstilling av tobakksvarer og røykeutstyr på utsalgssteder, trådte i kraft 1. januar 2010. Normative virkemidler vurderes dessuten tatt i bruk for å fremme et sunnere kosthold i befolkningen.

*Skatter og avgifter* er det tradisjonelle økonomiske virkemiddelet for påvirkning av menneskers handlemåte. På folkehelseområdet er denne typen virkemidler tatt i bruk i form av produktavgift på

alkoholholdige drikkevarer, produktavgift på alkoholfrie drikkevarer, avgift på tobakksvarer, avgift på sjokolade og sukkervarer og avgift på sukker.

Skatter og avgifter har ofte flere formål. Formålene kan også endres over tid. For eksempel ble produktavgiften på alkoholfrie drikkevarer ved innføringen i 1924 begrunnet med statens behov for inntekter og med at varene ikke var nødvendighetsmidler og derfor kunne karakteriseres som luksusvarer. Avgiften ble lagt om i 2007, og omfatter nå som utgangspunkt bare drikkevarer som er tilsatt sukker eller søtstoffer. Den begrunnes i dag i ernæringsmessige og fiskale hensyn.

Avgiftene på tobakk ble innført i 1915, og skal bidra til å redusere helseskadelig forbruk og samtidig skaffe staten inntekter. Alkoholavgiftene skal, ved siden av å skaffe staten inntekter, begrense alkoholforbruk som bidrar til helsemessige og sosiale problemer. Avgiftene på brennevin, øl og vin ble innført i henholdsvis 1849, 1913 og 1942. Sjokolade- og sukkeravgiften ble innført i 1922. Avgiften ble begrunnet med at sjokolade- og sukkeravgifter var luksusprodukter som egnet seg godt for beskatning, men det ble også referert til misbruk i form av overforbruk av sjokolade og sukkervarer.

Et annet eksempel på økonomiske virkemidler er regelverket om skattefritak for rimelige velferdstiltak (for eksempel fysisk aktivitet) som arbeidsgiver tilbyr ansatte:

- Dersom det arrangeres fellesopplegg for arbeidstakere som arbeidsgiver betaler for, vil dette kunne anses som velferdstiltak som de ansatte ikke skal skattelegges for.
- Dersom en bedrift leier et helsestudio i bestemte tidsrom, eller det leies inn en instruktør som arrangerer treningsopplegg i bedriftens lokaler, vil også dette anses som rimelig velferdstiltak. Det samme gjelder for arbeidstakers tilbud om bruk av trimrom mv.
- Arbeidsgiver har alminnelig fradragsrett for kostnadene forbundet med slike velferdstiltak.

I tilknytning til dette kan nevnes at det i ny arbeidsmiljølov som trådte i kraft fra 1. januar 2006 framgår at arbeidsgiver i tilknytning til det systematiske HMS-arbeidet skal vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant de ansatte, jf. § 3-4.

#### **5.4 Aktører og roller i dagens folkehelsearbeid**

Et hovedgrep i gjeldende folkehelsepolitikk er å styrke folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og bedre forankring politisk og administrativt og i overordnet planlegging i fylker og kommuner.

Kommunene er de viktigste aktørene i folkehelsearbeidet - som planmyndighet og samfunnsutvikler og som tjenesteyter innen barnehage, skole, pleie og omsorg, og ikke minst kommunale helsetjenester som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv. Fylkeskommunen har etter folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2010 som oppgave blant annet å understøtte kommunenes arbeid, i tillegg til å fremme folkehelse innen de oppgaver den er tillagt, samt bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller. Videre har en rekke statlige etater som fylkesmannsembetene, Mattilsynet, Statens strålevern, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt med flere viktige oppgaver på folkehelsefeltet. Det vises til nærmere omtale i blant annet kapittel 11.3 i høringsnotatets del III.



#### 5.4.1 Helsesektorens rolle i folkehelsearbeidet

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene er selv en viktig påvirkningsfaktor for folkehelse både direkte ved at folkehelseiltak er forankret i tjenestene. Nasjonal helseplan (2007-2010) utdyper helsesektorens rolle i folkehelsearbeidet og fremhever sektorens ansvar for i) oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne, ii) kunnskap om årsakssammenhenger og bidra til 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 vi) styrke organiseringen av folkehelsearbeidet samt bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen.

*De regionale helseforetakene* skal bidra med faglig veiledning overfor kommunehelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 6-3, blant annet om opplærings- og aktivitetstilbud knyttet til lokale tiltak. Det skal også ytes tjenestetilbud til bestemte pasientgrupper som del av spesialisthelsetjenestens individrettede sekundærforebygging, blant annet når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Oppdragsdokumenter til regionale helseforetak oppfordrer til at helseforetakene inngår i forpliktende samarbeid om partnerskap for folkehelse.

I lov om spesialisthelsetjenester fremgår det av formålsparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. I forarbeidene til loven ble forebyggende og helsefremmende arbeid fremhevet som en del av lovens virkeområde selv om dette ikke er spesifikt tatt opp i lovens oppgavekapittel.

#### 5.4.2 Andre sektors ansvar i folkehelsearbeidet

Som omtalt i kapittel 5.1 omfattet sunnhetsloven det meste av det vi i dag betegner som folkehelsearbeid. Viktige områder som i utgangspunktet hadde et helseformål ble løftet ut og fulgt opp gjennom en rekke særlover som i dag forvaltes av ulike departementer. Dette er imidlertid områder som også i dag har stor betydning for befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen. Dette betyr at det er mange aktører som har ansvar og virkemidler i arbeid for god folkehelse. 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 og er ansvarlig departementet for det faglige innholdet i grunnskole og i videregående opplæring i samarbeid med fylkeskommuner og kommuner som skoleeiere og i samarbeid 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.

Et effektivt folkehelsearbeid må utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorene. Det er derfor viktig å understreke at flere departementer og statlige etater utenfor helsesektoren har oppgaver på folkehelsefeltet, og at disse har en viktig rolle i å understøtte kommunesektoren i deres folkehelsearbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet og helsesektorens statlige etater samarbeider i dag med en rekke andre departementer og deres statlige etater gjennom nasjonale strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet. Det er utviklet tverrdepartementale strategier eller handlingsplaner på flere nasjonale satsingsområder som krever tverrsektoriell innsats. For eksempel gjelder dette levevaner som fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk, og innen ulykkesforebygging, astma- og allergier, radon, og barn og unges miljø og helse. Det er et mål å opprettholde og styrke samarbeidet mellom departementer og direktorater i utviklingen av folkehelsepolitikken. En god nasjonal koordineringen av den statlige folkehelsepolitikken vil være viktig for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid.

### 5.4.3 Fylkesmannen

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. Fylkesmannen ivaretar oppgaver på folkehelseområdet på vegne av Helsedirektoratet. 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.

### 5.4.4 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. Kommunenes oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet er nærmere omtalt i høringsnotatet kapittel 11.1.

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

lokale tilpasninger. 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 11.2.

#### **5.4.5 Frivillige organisasjoner**

Frivillige organisasjoner spiller allerede i dag en betydelig rolle i folkehelsearbeidet. Både 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. I St.meld. nr. 39 (2006-2007) *Frivillighet for alle* heter det:

”Gjennom frivillig arbeid kan folk delta i meningsfylt og samfunnsnyttig virksomhet. Frivillige organisasjoner yter uvurderlige bidrag til samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet innsats. Verdien av denne innsatsen er enorm [...]

Norge i 2007 viser en omfattende og mangfoldig flora av foreninger, lag og aktiviteter. Over halvparten av den voksne befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år. Andelen av befolkningen som deltar i frivillig arbeid er rekordhøy i internasjonale sammenligninger. Det utføres i overkant av 113 000 frivillige årsverk for frivillige organisasjoner.

Det er over 115 000 frivillige organisasjoner i Norge (i dette tallet er inkludert lokale lag i regionene og landsdekkende organisasjoner). I gjennomsnitt er det 88 medlemmer per organisasjon, noe som understreker at det norske organisasjonssamfunnet består av en stor andel små lokallag uten betalte ansatte og med ubetydelige økonomiske ressurser.”

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 allierer seg 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 ivaretagere av ulike gruppers interesser og behov, samt som tilbydere av kultur og fritidsaktiviteter.

Selv om frivillige organisasjoner er en viktig bidragsyter, ligger hovedansvaret for folkehelsearbeidet hos det offentlige. De frivillige organisasjonenes innsats må derfor ikke bli en hvilepute for det offentlige, og man må respektere de frivillige organisasjonenes rolle som påvirkningsaktør og bidragsyter. Eksempelvis er frivillige organisasjoner ofte tidlig ute med å fange opp nye problemområder og tilby tjenester som senere institusjonaliseres, ofte i offentlig regi, for eksempel ser vi dette innen rehabilitering.

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

## **5.5 Utfordringer i folkehelsearbeidet**

Faktorer som påvirker befolkningens helse befinner seg i mange samfunnssektorer på alle forvaltningsnivåer. Ansvar er fordelt på mange aktører som forvalter strukturelle virkemidler som blant annet lover på en rekke områder som nevnt over. Det er viktig at ansvar og virkemidler henger sammen, dvs. at de som har virkemidler også har ansvar. Til tross for at de fleste virkemidlene med betydning for helsen befinner seg utenfor helsesektoren, blir folkehelse likevel sett på som helsesktorens ansvar alene, både i helsesektoren selv og i andre sektorer.

### **5.5.1 Strategier og handlingsplaner**

En viktig del av forankringsarbeidet i andre sektorer er tverrdepartementale strategier, blant annet innen ulykkesforebygging, fysisk aktivitet, ernæring mv. Å sikre en folkehelsepolitikk på tvers av sektorer er nødvendig for å få et helhetlig virkemiddelbruk mot sentrale helseutfordringer. Koordinering på tvers av ulike sektor krever tett oppfølging både faglig og politisk. Det er viktig å få til kontinuitet i dette arbeidet samt utvikling av gode metoder for arbeide på tvers av sektorene.

En rekke tiltak i tverrdepartementale handlingsplaner skal implementeres i kommunal virksomhet med understøttelse fra regional stat og eventuelt fra fylkeskommunene som planmyndighet og med veiledningsplikt overfor kommunene etter plan- og bygningsloven. En annen og viktig side er at statlige handlingsplaner med fastsetting av mål på vegne av kommunene, ikke nødvendigvis samsvarer med at kommunene er demokratiske institusjoner med lokalt selvstyre og med rett og plikt til å innrette forebyggende innsats til lokale helseutfordringer, behov og forutsetninger. Handlingsplaner og strategier bør derfor innrettes i å understøtte gode prioriteringer lokalt og iverksetting av effektive tiltak.

### **5.5.2 Forankring av folkehelsearbeidet**

Erfaringer og evaluering av blant annet Samlet plan for utviklingsprosjekter på 1990-tallet, viste at satsinger forankret i det lokale helsetjenestesystemet – frikoblet fra det øvrige kommunale systemet – ofte ble liggende på siden av ordinær virksomhet og dermed ikke ble gjennomført. Dette er også nærmere omtalt i 11.1.2.

Det lokale folkehelsearbeidet ofte er for prosjektbasert og tilfeldig, og det er generelt mangel på systematikk, kontinuitet og langsiktighet i arbeidet<sup>22</sup>. Erfaringer fra fylker og kommuner som lykkes, kjennetegnes ved at arbeidet er godt forankret politisk og administrativt i overordnede plansystemer. Det er dermed en utfordring å sikre god politisk forankring av folkehelsearbeidet. Dette er fulgt opp gjennom utviklingsarbeid, blant annet en nivå- og sektorovergripende organisering basert på partnerskap og bruk av plansystemet som forankrings- og samordningsarena, jf. Helse i plan.

### **5.5.3 Prioriteringsdilemmaet**

Også 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

---

<sup>22</sup> Dette er redegjort for i St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*

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 er det urimelig at en reduserer helsehjelpen i dag for en fremtidig gevinst. Samhandlingsmeldingen peker nettopp på denne utfordringen, og peker på at dette innebærer behov for en endret profil i den fremtidige veksten, ved at forebygging og tidlig behandling 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 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 positive kost-nytte-effekten framstår.

Forholdet mellom effekt og tiltak er vanskeligere å dokumentere innen forebygging, ikke nødvendigvis fordi det har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte. På nasjonalt nivå har vi god dokumentasjon om 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.

#### **5.5.4 Organisatoriske utfordringer og finansiering**

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.

Ved endring i finansieringssystem, jf. forslaget om kommunens medfinansiering av spesialisthelsetjenester, vil dette kunne gi bedre insitament for kommunene å forebygge. Se mer om dette i samhandlingsmeldingen og i den nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan.

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 nasjonal påvirkning til 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 folkehelseiltak med kommunale tiltak. Kommune og stat operer uavhengig av hverandre.

Manglende samhandling og sub-optimale insentivstrukturer samt uklar beskrivelse i lov fører også til at den spesialistkompetansen som spesialisthelsetjenesten besitter, og som også er relevant i forhold til forebygging og folkehelsearbeid, i liten grad tilflytter kommunene.

#### **5.5.5 Kompetanse og ressurser**

Forebygging krever kunnskap og ressurser, delvis spesialisert kunnskap innen ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin, miljørettet helsevern mv. Mange kommuner er for små til at de kan få rekruttert denne kompetansen, eller til at de kan utnytte denne kompetansen fullt ut i forhold til et lavt innbyggertall. Dette betyr at den forebyggingsinnsatsen som i dag skjer i mange kommuner er

lite kunnskapsbasert, noe som fører til at tiltakene ikke er så effektive eller målrettede som de ellers kunne være.

Styrket regional og lokal kompetanse og samarbeid om ressursutnyttelse i folkehelsearbeid er en forutsetning for å kunne lykkes med det kommunale og lokale folkehelsearbeidet.

## 6 Oppfølging av stortingsdokumenter

### 6.1 Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og Innst. O. nr. 112 (2008-2009)

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1. januar 2010 som en del av gjennomføringen av forvaltningsreformen fra 1. januar 2010 der fylkeskommunene ble tillagt ansvar for flere oppgaver, blant annet innen samferdsel, miljøvern, friluftsliv, kultur, folkehelse og næringsutvikling samt sterkere virkemidler i regional utvikling. Sammen med eksisterende oppgaveportefølje vil overføring av nye oppgaver til det folkevalgte regionnivået kunne bidra til å utløse nye synergier som gir mer innhold til rollen som regional utviklingsaktør og bedre mulighet til å utnytte det regionalpolitiske handlingsrommet til en helhetlig utvikling i regionen som også fremmer folkehelsen.

I 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.”

## 6.2 St. meld nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010)

Et utgangspunkt for samhandlingsreformen er den utfordringen samfunnet står overfor gjennom demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. 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 reduserer behovet for helse- og omsorgstjenester. Videre kan bedre folkehelse bidra til å redusere sykefraværet, og bety at en større andel av befolkningen er inkludert i arbeidslivet. Det er også et mål i samhandlingsreformen at forebyggingsinnsatsen spisses inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt (7.6.2 i meldingen), som for eksempel kan omfatte ulykkesforebyggende arbeid og tiltak mot radon. 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 (7.6.6.).

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

### **6.3 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 kommunenes 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.

Kommunenes og fylkeskommunenes ansvar og rolle i arbeid for å fremme folkehelse er viktig både for samfunnsutviklingen og for å nå distrikts- og regionalpolitiske mål.



#### **6.4 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. Derfor er det ikke nok å sørge for bedre helse for de friskeste; folkehelsearbeid innebærer også å fremme arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helse.

Det er vist at mengden av sosiale problemer i et land varierer med graden av sosioøkonomisk ulikhet. Verdens helseorganisasjon har slått fast at de å være ekskludert fra det sosiale liv og bli behandlet som mindre verdt, fører til dårligere helse og større risiko for tidlig død. Kontroll over eget liv oppleves som viktig for de fleste; at det også ser ut til å være en sammenheng mellom kontroll over eget liv og den fysiske helsetilstanden underbygger viktigheten av sosial inkludering. Derfor vil sosial inkludering og rettfærdig fordeling bidra til god folkehelse og et godt samfunn.

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

#### **6.5 St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge - Folkehelsepolitikken**

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. Et av grepene i meldingen er at folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i de faktorer vi vet påvirker helsen (påvirkningsfaktorperspektivet). Dette har flere grunner:

- Hver påvirkningsfaktor bidrar ofte til flere ulike helseproblemer.
- Sammenhengen mellom helseforhold og andre sektors og politikkområders ansvar tydeliggjøres. Flere samfunnssektorer «eier» årsakene enn sykdommene.
- Når tiltak rettes mot kjente påvirkningsfaktorer, kan vi måle resultatene av tiltakene i form av redusert helseisiko lenge før de slår ut på reell sykdom og død i befolkningen.

Et annet grep i oppfølging av folkehelsepolitikken har også vært å styrke folkehelsearbeidet gjennom en bredere tilnærning og sektorovergripende innsats basert på partnerskap regionalt og lokalt med forankring i demokratiske institusjoner.

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

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

## **6.6 St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Fremtidens tannhelsetjenester og Innst. S. nr. 155 (2007-2008)**

St.meld. nr. 35 (2006-2007) om framtidens tannhelsetjenester gir en helhetlig politikk for tannhelsetjenester til befolkning. 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 blodomløpet. 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.”

## **7 Andre oppfølgingsoppgaver**

### **7.1 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 uklarheter 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.

### **7.2 Rapport fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap etter 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 beredskapsetatene, 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 for 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.

### **7.3 Internasjonalt helsereglement (IHR)**

Norge har forpliktet seg til WHO's internasjonale helsereglement (IHR). Reglementet omfatter A- (atom/stråling), B- (biologiske) og C- hendelser (kjemiske) 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, 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.

### **7.4 Regjeringens strategi for forebygging**

I regjeringens strategi for forebygging 2009 (G-0418 B) *Fellesskap - 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.

## Del III – Forslag til ny lov om folkehelsearbeid

Høringsnotatets del III inneholder en beskrivelse og konsekvensvurdering av departementets forslag til ny folkehelselov. Selve *lovforslaget* som er å finne i høringsnotatets del IV er bygget opp slik at man har et kapittel som retter seg mot hvert av forvaltningsnivåene, i tillegg til kapittelet om miljørettet helsevern som retter seg mot aktiviteter, eiendommer eller virksomheter. Kapittelinnstillingen i *høringsnotatet* er mer tematisk innrettet, siden flere forvaltningsnivåer kan ha ansvar for å utføre samme type oppgave. For eksempel er det å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer foreslått som en oppgave for både kommune, fylkeskommune og statlige helsemyndigheter. Dette temaet er da behandlet samlet i høringsnotatets kapittel 12.

### 8 Overordnet struktur og prinsipper for ny lovregulering

#### 8.1 Generelt om dagens lovstruktur og beskrivelse av lover som regulerer eller har betydning for folkehelsearbeidet

Sunnhetsloven av 1860 var som vist til i kapittel 4 og 5 den første folkehelseloven. Loven favnet gjennom sin generelle ordlyd vidt:

”Sundhedscommisionene 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”.

Senere fikk man som nevnt i kapittel 5 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 10 er det gitt en kort redegjørelse for annet lovverk som er relevant innenfor folkehelsearbeidet og hvordan de 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 folkehelsearbeidet. Ingen av dem har imidlertid et helhetlig perspektiv på folkehelsearbeidet slik det etter hvert har utviklet seg, jf. kapittel 5 om folkehelsepolitikken med forbindelseslinjer på tvers av samfunnssektorer og på tvers av forvaltningsnivåer. På de ulike 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 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.<sup>23</sup> 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”*.

---

<sup>23</sup> Det vises til nærmere redegjørelse i høringsnotatet kapittel 11.1.

For øvrig består helselovgivningen av en rekke særlover uten at vi kan si at noen av dem representerer en folkehelselov slik sunnhetsloven var det. Smittevernloven, tobakkskadeloven 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, forurensingsloven og vegtrafikkloven. Om disse og andre lovers betydning for folkehelsearbeidet i dag, se nærmere omtale i kapittel 10.

Kort oppsummert kan en si 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.

## **8.2 Om lovstruktur for ny lovgivning**

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 samt tjenester innen barnehage, skole, m.v. En ny lov må bidra til å styrke kommunenes vilje, evne og kapasitet til å håndtere de ulike utfordringene folkehelsearbeidet står overfor.

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 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.

Departementet foreslår at en ny folkehelselov skal regulere kommuner og fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. I tillegg foreslås det at statlige helsemyndigheters rolle i å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid lovfestes.

Som vist i kapittel 5 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 sektors 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 ny planlov, 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, jf sunnhetskomisjonene (senere helserådene) og distriktslegen/helserådets ordfører. Etter kommuneloven av 1992 er det prinsipielle utgangspunktet er 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 en koordinert innsats på tvers av sektorer og denne innsatsen kan bare bli enhetlig og koordinert dersom det står en overordnet politisk føring bak.

Departementet tar sikte på å følge opp disse overordnede føringene for lovstruktur i forslaget til ny folkehelselov. Det vises til nærmere drøftelse spesielt i kapitlene 11 til 13.

### **8.3 Rammer for ny lovgivning**

#### **8.3.1 Retningslinjer for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren**

Ved utforming av en ny folkehelselov må det 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. KRDs veileder 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 ikke gis regler om for eksempel bestemte organer, intern delegasjon, ledelse, faglige kompetansekrav og bemanningsnormer.

Kommuneloven bygger blant annet på at ansvar/oppgaver legges til kommunestyret/fylkestinget. Disse organene har stor frihet til å bestemme den organisatoriske og administrative oppbygningen av kommunens forvaltning. Lover og forskrifter og delegasjonsvedtak skal derfor utformes slik at "kommunen", eventuelt "kommunestyret selv" får ansvaret. Kommunestyret kan selv opprette faste utvalg m.v. innenfor rammene av kommuneloven. I hver kommune skal det ansettes en administrasjonssjef som øverste leder for den samlede kommunale administrasjon. Etter kommuneloven § 23 skal delegasjon til kommuneadministrasjonen gå til administrasjonssjefen, som kan delegere videre internt i administrasjonen.

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
- individuelle rettigheter hvor kommunen er pliktsubjekt

### **8.3.2 Nærmere om forslaget til ny folkehelselov**

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

Det er flere mekanismer som gjør det 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. Det er vanskeligere å sette krav til resultat ved denne type tjenester med utgangspunkt i forsvarlighet, slik man gjør det for kurative tjenester.

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. 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, fordi 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 folkehelseiltak 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. Det er ikke nødvendigvis fordi det har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte. På nasjonalt nivå har vi god dokumentasjon om 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.

Stortinget har i Innst. 212 S 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.” (kapittel 3.4)

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 i kapittel 11 til 13.

## **9 Formål og virkeområde**

En formålsbestemmelse gir uttrykk for de overordnede målene som loven skal fremme. Formålsbestemmelsen vil ha betydning for hvordan de øvrige bestemmelsene i loven er å forstå.

Lovforslagets formålsbestemmelse i § 1 og det saklige virkeområdet i § 2 må ses i sammenheng. I dagens lovgivning følger formål og virkeområde delvis av de samme bestemmelsene. Virkeområdet vil videre definere hvilke instanser og pliktsubjekter loven retter seg mot.

### **9.1 Gjeldende rett**

#### **9.1.1 Kommunehelsetjenesteloven**

Formål og virkeområde 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 helsespørsmål.”

Fram til lovrevisjonen av 1988 da § 1-3 ble endret og § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern ble tatt inn i loven, var imidlertid folkehelsearbeidet fortsatt regulert i lov 16. mai 1860 om Sundhetscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme (sunnhetsloven). Sunnhetslovens formål og virkeområde kom til uttrykk i § 2 om at sunnhetskommisjonene (senere helserådene) skal ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse, videre ga lovteksten en rekke eksempler på slike forhold, blant annet renslighet, drikkevannets beskaffenhet, husrom der et større antall mennesker jevnlig samles, samt at ingen næringsvei bedrives med større fare for den alminnelige sunnhetstilstand enn nødvendig for bedriftens eget vesen. Sunnhetsloven ble opphevet gjennom kommunehelsetjenesteloven i 1988 og senere smittevernloven i 1995.

Ot.prp. nr. 40 (1986-87) viser til at det er et siktemål med lovrevisjonen 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 kapittel 5.1 vises det til at sunnhetslovens virkeområde skulle deles mellom kommunehelsetjenesteloven (miljørettet helsevern og epidemiologi) og smittevernloven som trådte i kraft i 1995. 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. Forskriftene som var gitt med hjemmel i sunnhetsloven ble videreført i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 7-9.

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 m.v.

Kommunehelsetjenestelovens saklige virkeområde kommer også 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. *”Videre er det lagt opp til at bestemmelsen skal kunne fange opp utviklingen etter hvert som nye miljørelaterte helseproblemer oppstår”*, jf. Ot.prp. nr. 40 side 66. Bestemmelsens annet ledd gir hjemmel for forskriftene om miljørettet helsevern. Departementet antar at de fleste behov kan dekkes gjennom denne forskriftshjemmelen, jf. Ot.prp. nr. 40 side 67.

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, private og offentlige virksomheter og eiendommer. Kapitlet gir hjemmel for å pålegge virksomheter og eiendommer blant annet retting, stansing og tvangsmulkt der det foreligger forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen.

### **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.

At loven for det første skal fremme helse for befolkningen, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold innebærer at fylkeskommunen aktivt må arbeide for en positiv utvikling for folkehelsen innen fylket, slik som 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 til 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 påvirker helsen. En rekke av fylkeskommunens aktiviteter, ikke minst innen planlegging og regional utvikling, er med på å motvirke forhold som kan medføre en skjevare sosial fordeling i helse, herunder til innvirkning på helsen til fremtidige generasjoner.

Loven har en egen virkeområdebestemmelse i § 2 der det vises til at loven gjelder fylkeskommunene og Oslo kommune.

## **9.2 Departementets vurderinger og forslag**

### **9.2.1 Formål for ny folkehelselov**

Forslaget til ny folkehelselov skal bidra til å møte de utfordringene som samfunnet står overfor blant annet når det gjelder sykdomsutvikling, miljøutfordringer som har innvirkning på folks helse m.v. Loven skal gi kommunene gode verktøy for å kunne iverksette tiltak som kan ha positiv effekt på folkehelsen. Departementet ønsker å videreføre og bygge videre på det grunnlaget som ligger i dagens regelverk og som tidligere kom fra sunnhetsloven av 1860. Forslaget til formålsbestemmelse bygger derfor på dagens formålsbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og folkehelseloven for fylkeskommunene.

Lovforslagets formål må ses i sammenheng med bakgrunnen for at departementet foreslår en helhetlig folkehelselov for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Slik det er gjort rede for i kapittel 4, er helseutfordringene som samfunnet i dag står overfor i endring. Blant annet vil vi i årene som kommer få en stadig sterkere økning i sykdommer som forårsakes av, eller er påvirket av livsstil, som for eksempel diabetes, hjerte-karsykdommer m.v. Videre vil befolknings sammensetningen i årene fremover endres slik at vi blir relativt flere eldre i forhold til de i

arbeidsfør alder.<sup>24</sup> Man ser også en utvikling med økende utfordringer innenfor psykisk helse. Godt folkehelsearbeid er viktig for å unngå sykdom og lidelse for enkeltindivider. Men også 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.

Samfunnsutviklingen har stor betydning for befolkningens helse, og ikke minst hvordan helsen er fordelt i befolkningen. Bak gjennomsnittstallene skjuler det seg store sosiale forskjeller. I dag er det for eksempel store forskjeller i helsen mellom ulike områder som Oslo øst og Oslo vest, mellom grupper med høy inntekt og grupper med lav inntekt. Å utjevne sosiale helseforskjeller er viktig for folkehelsen og for å sikre grunnleggende rettferdighet. Helseforskjellene er sosialt skapt, er grunnleggende urettferdig, og det er mulig å gjøre noe med.

Vi står også overfor miljøutfordringer slik at det er viktig å fortsette arbeidet med å redusere negativ helsepåvirkning fra miljøet og forebygge ulykker. 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. Påvirkningsfaktorene befinner seg på alle forvaltningsnivåer og innenfor svært mange samfunnssektorer. Dette understreker betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid, men måten folkehelsearbeidet er organisert og forankret på understøtter ikke helhetlig og langsiktig arbeid for å forebygge sykdom og skade. Dette er nærmere gjort rede for i høringsnotatets kapittel 5.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse. 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. Departementet mener formålet med en helhetlig folkehelselov skal være å bidra til at befolkningens helse ivaretas i samfunnsutviklingen, blant annet for å utjevne sosiale helseforskjeller, møte de demografiske utfordringene med en aldrende befolkning m.v., jf lovforslaget § 1 første ledd.

Departementet viser videre til kapittel 3 der det gjøres rede for grunnleggende prinsipper som kommer til anvendelse på folkehelseområdet og som er førende for politikken både nasjonalt, regionalt og lokalt. Departementet foreslår at enkelte av disse prinsippene forankres i loven, både i formålsbestemmelsen og i enkelte andre lovbestemmelser. Prinsippet om utjevning av sosiale helseforskjeller følger i dag av formålsbestemmelsen for folkehelseloven for fylkeskommunene, og foreslås videreført i dette forslaget.

Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid. Det vises til forslaget om at lokal folkehelsepolitikk skal forankres politisk i kommunen ved at det fastsettes overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Videre skal loven sikre at kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Folkehelseinnsatsen bør også koordineres med øvrige aktører i samfunnet, som frivillige organisasjoner og arbeidslivet. Gjennom å iverksette tiltak på folkehelseområdet som er samordnet,

---

<sup>24</sup> Finansdepartementet: St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen.

kan gevinsten bli større. Gjennom å iverksette tiltak på folkehelseområdet som er koordinerte, kan gevinsten bli større.

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 m.v. Det er et mål at forslaget til ny folkehelselov skal sikre at kommunesektoren arbeider systematisk og målrettet 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 støttede fylkeskommuner og staten skal gi kommunene, og at nasjonale tiltak bidrar til at kommunen utvikler sine egne mål og legger til rette for at de kan nås, for eksempel gjennom å tilgjengeliggjøre verktøy for planlegging, styring, kunnskapsbaser m.v.

### **9.2.2 Virkeområde for ny folkehelselov**

Lovforslaget gir bestemmelser som retter seg mot offentlig forvaltning, henholdsvis kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Kommunen er hovedaktøren i det lokale folkehelsearbeidet. Fylkeskommunenes ansvar og oppgaver videreføres som et eget kapittel i folkehelseloven. En viktig oppgave for fylkeskommunene er å understøtte kommunene i deres arbeid. Loven retter seg videre mot staten ved at det gis bestemmelser om fylkesmennene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstituttets understøttelse av kommunenes arbeid.

Lovforslaget gjelder også for private og offentlige virksomheter og eiendom hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Lovutkastet kapittel 3 om miljørettet helsevern definerer nærmere de krav som stilles til virksomheter og eiendommer hvis forhold kan påvirke helsen. Der det kan oppstå forhold med negativ helsepåvirkning, vil kommunen ha et sett av virkemidler som kan pålegges virksomhet eller eiendom. Lovforslagets kapittel 3 er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a om miljørettet helsevern.

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 folkehelseisiklo, og som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel”*. IHR omfatter A-(stråling/atom), B-(biologiske) og C-hendelser (kjemiske). IHR vil dermed omfattes av det saklige virkeområde og formålet for lovforslaget.

## **10 Forhold til annet regelverk**

### **10.1 Generelt om forholdet til annet regelverk**

Forslaget forankrer i lov kommunenes og fylkeskommunenes oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet, i tillegg til å regulere statlige helsemyndigheters plikt til å gi understøtte kommunesektoren. Annet regelverk vil fortsatt ha stor betydning for folkehelsearbeidet etter innføring av ny folkehelselov, og vil gjelde i tillegg til folkehelseloven.

Folkehelselovens formål er blant annet å legge til rette for at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert, 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 lovutkastet § 5) være en forutsetning for målrettet bruk av virkemidlene i plan- og bygningsloven. Videre vil fortsatt smittevernloven, tobakkskadeloven og alkoholloven m.v. være viktige folkehelselover, sammen med andre sektors regelverk som for eksempel vegtrafikkloven, forurensningsloven m.v. Folkehelsearbeidet innebærer at man må se flere samfunnssektorer i sammenheng og sørge for at det i ulike sektorer iverksettes de tiltak som den anser nødvendig for å ivareta folkehelseutfordringene lokalt, jf. lovforslaget §§ 4 til 6.

## 10.2 Forholdet til andre helselover

### 10.2.1 Forholdet til forslaget om ny helse- og omsorgslov

Departementet sender samtidig på høring to lovforslag som sammen tar sikte på å gi en ny lovgivning for kommunenes helse- og omsorgstjenester og for folkehelsearbeidet. Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov har blant annet som formål å *“forebygge, behandle og tilrettelegge for mestrings av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne”*. Helse- og omsorgslovens virkeområde vil være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen og private som har avtale med kommunen. Forslaget til ny folkehelselov har som formål *“å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, 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”*. Forslaget til ny folkehelselov retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, i tillegg til virksomheter og eiendommer (miljørettet helsevern).

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om helse- og omsorgstjenestene i kommunene, retter folkehelseloven seg mot kommunen som sådan, og tiltakene som kan følge av loven vil kunne iverksettes i mange ulike sektorer, for eksempel i skoler og barnehager, samferdselssektor og i helsetjenestene.

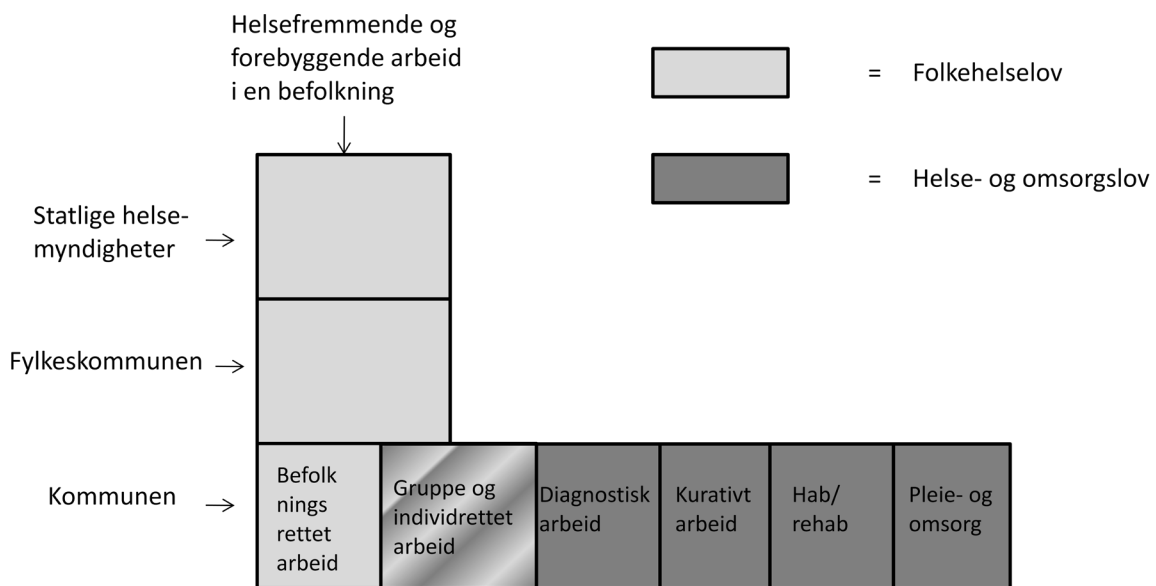
I de fleste tilfeller vil de to lovene regulere forhold som klart faller under den ene eller den andre loven. Begge lovene har imidlertid som formål og oppgave å fremme helse og forebygge helseskader. Forslaget til ny folkehelselov har et generelt gruppe- og befolkningsperspektiv og kan rette seg mot alle typer faktorer som har innvirkning på befolkningens helse. I tillegg til helse- og omsorgssektorens innsats, ligger som kjent påvirkningsfaktorer i mange ulike samfunnssektorer.

Helse- og omsorgsloven regulerer helse- og omsorgstjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. De forebyggende og helsefremmende tiltakene etter helse- og omsorgsloven kan deles opp i følgende tre punkter:

- *Primærforebygging*: Målet er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksinerings, ulykkesforebygging, helseopplysning, lavterskeltilbud rettet mot risikogrupper.
- *Sekundærforebygging*: Målet er å forebygge tilbakefall og holde seg frisk. Eksempler: Medisinering, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning.

- *Tertiærforebygging*: Målet er å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre. Eksempler: Å klare dagliglivets gjøremål, trene opp funksjonsevne, læring og mestring (rehabilitering).<sup>25</sup>

Figur 10.1 under gir et bilde av hvilke tiltak i helse- og omsorgstjenesten som reguleres av helse- og omsorgsloven og hva som reguleres av folkehelseloven. Kommunen er pliktsubjekt etter begge lovene, men mens helse- og omsorgsloven kun gjelder for kommunene, gjelder folkehelseloven også folkehelsearbeid på fylkeskommunalt og statlig nivå.



Figur 10.1 Oversikt over oppgaver som faller inn under folkehelseloven og helse- og omsorgsloven

Som figuren viser, kan det oppstå spørsmål om helsefremmende og forebyggende tiltak som er rettet mot identifiserte risikogrupper og enkeltindivider faller inn under folkehelseloven eller helse- og omsorgsloven. Selv om det kan sies at utgangspunktet er at tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer er omfattet av helse- og omsorgsloven, og at tiltak mot mer generelle grupper er folkehelsearbeid og dermed regulert gjennom folkehelseloven, vil det i praksis ikke alltid gå et klart skille mellom tiltak i helse- og omsorgstjenesten som følger av folkehelseloven, og tiltak som følger av helse- og omsorgslovens §§ 3-2 første ledd nr. 1 og 3-3. Departementet mener at utgangspunktet for hvilken lov et nødvendig tiltak faller inn under, må avhenge av hva som er formålet bak iverksettelsen av tiltaket rettet mot de konkrete individene.

Det er imidlertid ikke noe mål å fastsette vanntette 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

<sup>25</sup> Definisjonene er hentet fra St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

helsefremmede og forebyggende helsetjenester til de aktuelle pasientene ut fra pasientens konkrete behov. Det sentrale er at kommunen sørger for at det iverksettes tilstrekkelige helsefremmende og forebyggende tiltak.

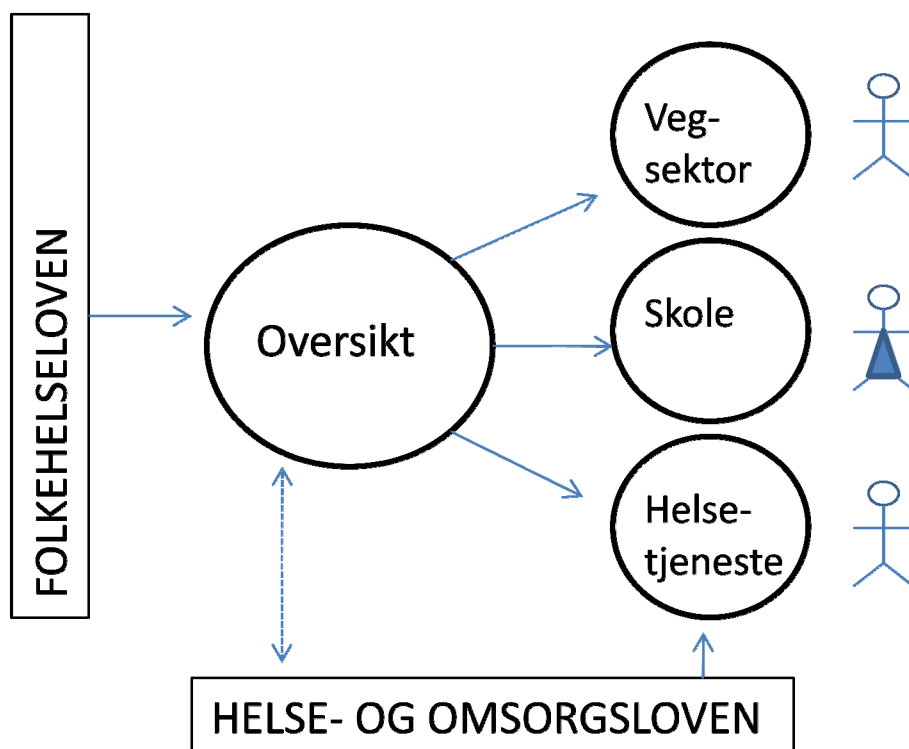
Kommune X har kartlagt alle fallskadene blant personer over 65 år. Tallene er foruroligende, og kommunen ønsker å gjøre noe med det. Kommunen ønsker blant annet å bruke legene i dette arbeidet. Kommunen ber derfor legene om å ta opp spørsmålet under neste konsultasjon med alle personer over 65 år. Det skjer blant annet gjennom bruk av et kartleggingsskjema 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.

*Boks 10.1 Eksempel på tiltak som springer ut av folkehelseloven*

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 også individrettet forebyggende arbeid, men springer ut fra en konkret, individuell situasjon. Denne oppgaven vil springe ut av i helse- og omsorgsloven.

*Boks 10.2 Eksempel på tiltak som springer ut av helse- og omsorgsloven*

Selv om folkehelsearbeid i forslaget til ny folkehelselov legges til helse- og omsorgstjenesten, vil denne tjenesten 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 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 i forslaget til ny til helse- og omsorgslov §§ 3-2 første ledd nr. 1 og 3-3.



Figur 10.2 Lovgrunnlaget for tiltak i helsetjenesten

Figur 10.2 over illustrerer følgende når det gjelder forholdet mellom helse- og omsorgsloven og folkehelseloven:

1. Tiltak etter *folkehelsesloven* vil ha utgangspunkt i de folkehelseutfordringene som oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer viser at kommunen står overfor.
2. Tiltak etter *helse- og omsorgsloven* vil ha utgangspunkt i avdekkede behov hos identifiserbare individer/grupper.
3. 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.
4. Både *helse- og omsorgsloven* og *folkehelseloven* kan omfatte tiltak rettet mot individer, men utgangspunktet for tiltakene er ulike. Til forskjell fra tiltak etter ny helse- og omsorgslov vil utgangspunktet for et tiltak i helse- og omsorgssektoren etter folkehelseloven ikke være enkeltpersoners eller definerte risikogrupperes avdekkede behov for helsehjelp, men at det fra et folkehelseperspektiv vil være fornuftig å sette inn tiltak på individnivå for å møte lokale helseutfordringer.

### 10.2.2 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 forebyggelse og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen."



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 ny folkehelselov viderefører i kapittel 4 folkehelseloven for fylkeskommunene, som trådte i kraft 1. januar 2010. Fylkeskommunen har etter både tannhelsetjenesteloven og etter dagens folkehelselov for fylkeskommunene ansvar for folkehelsearbeid og forebyggende tannhelsetjenester. Forholdet mellom tannhelsetjenesteloven og forslaget til ny folkehelselov vil være det samme som forholdet mellom forslaget til helse- og omsorgslov og forslaget til ny folkehelselov. I de fleste tilfeller vil de to lovene regulere forhold som klart faller under den ene eller den andre loven. Begge lovene har imidlertid som formål å fremme helse og forebygge helseskader. Utgangspunktet vil være at tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer vil være regulert gjennom tannhelsetjenesteloven, og tiltak mot mer generelle grupper er folkehelsearbeid som reguleres gjennom folkehelseloven. 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 rettet mot de konkrete individene. Det er imidlertid ikke noe mål å fastsette noen vanntette skott mellom disse to lovene. Det vises til redegjørelsen i kapittel 10.2.1 over.

Det arbeides med en revisjon av tannhelsetjenesteloven.

### **10.2.3 Forholdet til andre helselover**

En rekke 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 sunnhetsloven. Disse lovene har mer spesifikke formål og virkemidler. For eksempel har tobakkskadeloven 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 m.v. 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. Forslaget til ny folkehelselov vil komme i tillegg til disse særlovene, og har som fokus en helhetlig tilnærming til folkehelseutfordringene på tvers av innsatsområder, sektorer og forvaltningsnivåer. Dette er nærmere omtalt i øvrige deler av høringsnotatet.

Videre har spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven m.v. bestemmelser som er rettet mot om å fremme folkehelse og forebygge sykdom.

## **10.3 Forholdet til andre sektorers regelverk av særlig betydning for folkehelsearbeidet**

### **10.3.1 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”.*

Gjennomføring av lokal og regional folkehelsepolitikk vil ofte skje gjennom virkemidlene i plan- og bygningsloven, jf. lovforslaget §§ 4 og 6. Folkehelseloven vil imidlertid være en forutsetning for at plan- og bygningsloven skal kunne være et godt verktøy for et kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid. At man vet hva som er regionale og lokale utfordringer er en nødvendig forutsetning for å kunne målrette tiltakene. Det vil videre være tiltak som ikke iverksettes gjennom plansystemene, og disse vil ha sitt lovgrunnlag i lovforslaget §§ 4 og 6.

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 andre ledd om helsetjenestens medvirkning, som foreslås videreført i forslaget til ny folkehelselov § 4 andre ledd om at *”kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging (...)”* og tredje ledd om at *”kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter (...)”.*

### **10.3.2 Andre sentrale lover**

Folkehelseutfordringene er som vist til i høringsnotatet del II tverrsektorielle og folkehelsearbeidet er da av tverrsektoriell karakter. De virkemidler som ligger i andre sektors lovverk er dermed viktige virkemidler for folkehelsearbeidet. Eksempler på slike lover er arbeidsmiljøloven, barnehageloven, opplæringsloven, fagskoleloven, markedsføringsloven, folketrygdloven, NAV-loven, forurensningsloven, produktkontrollloven, vegloven, vegtrafikkloven, friluftsløven, kulturloven og kulturminneloven.

For en nærmere illustrasjon over bredden i lovverk som vil være relevant i folkehelsearbeidet, vises det til redegjørelse i Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet kapittel 3.2.

### **10.3.3 Spesielt om 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 funksjonsevne. Formålet med diskrimineringslovgivningen er å fremme likestilling og hindre diskriminering.

Etter diskrimineringslovgivningen har offentlige myndigheter en plikt til å arbeide aktivt, målrettet 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. For at

likestillingsarbeidet skal ha den ønskede effekten, må det forankres både hos ledelsen og hos alle ansatte, i plandokumenter, serviceerklæringer og budsjetter.

## 11 Oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

### 11.1 Kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

#### 11.1.1 Gjeldende rett

Kommunens ansvar og oppgaver i folkehelsearbeidet følger i dag av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-2, deler av § 1-3, § 1-4 og kapittel 4a. For kapittel 4a og omtalen av miljørettet helsevern vises til kapittel 14. Nedenfor omtales kommunens lovfestede oppgaver for så vidt gjelder folkehelsearbeid.

Også enkelte andre lover har bestemmelser om kommunale oppgaver som kan ses i sammenheng med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven. Dette gjelder særlig sosialtjenesteloven og NAV-loven, se sosialtjenesteloven § 3-1 om sosialtjenestens generelle forebyggende virksomhet, § 3-2 om samarbeid med andre deler av forvaltningen og NAV-loven § 12 om informasjon og generell forebyggende virksomhet.

#### Formål

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 helsespørsmål.

#### Generelt om kommunens forebyggingsoppgaver

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 bli helse- og omsorgsloven når kommunehelsetjenesteloven oppheves.

Det er verdt å merke seg at begrepet *miljørettet helsevern* kom inn i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 ved en endring i 1987, da kapittel 4a om miljørettet helsevern ble tilføyet. 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, se nærmere kapittel 5.1 ovenfor. 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 sunnhetstilstanden, 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”, jf. over om at miljørettet helsevern erstattet det tidligere begrepet ”helserådstjenesten”. Helserådstjenesten var et vidt definert begrep som omfattet det meste av det vi i dag kan kalle folkehelsearbeid, dvs. *alt som kunne ha innvirkning på helsen generelt*, herunder er for eksempel ernæringsarbeid og arbeid med sosiale miljøfaktorer nevnt eksplisitt i forarbeidene til loven som en del av miljørettet helsevern. Dagens praksis når det gjelder forståelse av miljørettet helsevern er snevrere og nærmere forstått som teknisk hygiene, spesielt etter kapittel 4a.

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<sup>26</sup> 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.

#### Oversikt over helsetilstanden

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.

---

<sup>26</sup> Jf. Innst.O nr. 7 (1981-82)

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.

#### Gjennomføring av forebyggende tiltak og medvirkning til andres tiltak

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 andre ledd at:

”Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen. Dersom helsetjenesten blir kjent med forhold som vedrører arbeidsmiljøloven, produktkontrollloven, forurensningsloven og genteknologiloven, skal helsetjenesten underrette de berørte fagmyndigheter slik at disse kan fatte vedtak. Departementet gir nærmere regler om samarbeidet med andre fagmyndigheter på områder der også helsetjenesten har kompetanse og om koordinering av tiltak.”

Også denne bestemmelsen kom inn i loven i 1987 i forbindelse med at helse rådstjenesten (miljørettet helsevern) ble overført fra sunnhetsloven til kommunehelsetjenesteloven. 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.

#### Forankring av ansvar

Kommunehelsetjenesteloven § 1-2 sier at det er *kommunen ved sin helsetjeneste* som skal fremme folkehelse mv og *kommunen ved sin helsetjeneste* som skal organisere miljørettet helsevern mv, mens *kommunestyret* etter § 4a-2 skal ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i § 4a-1, første ledd dvs. miljørettet helsevern. 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.

Opgavene 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.

Ansvar for folkehelsearbeidet i bred forstand var med andre ord opprinnelig forankret i helse- og sosialstyret som politisk og administrativt organ, og gav 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 ny kommunelov) synes å være på 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, i og med at det ikke gir mening å si at kommunestyret er en del av en kommunes helsetjeneste, jf. 1-3, 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 uklar etter dagens lovgivning.

#### Krav til faglig kompetanse

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. Kommunelege 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.”

Opprinnelig var det flere bestemmelser om kompetansekrav i loven. Tidligere hadde loven også en bestemmelse som innebar et krav til at kommunen skal ansette personell med nødvendige kvalifikasjoner til å arbeide i helsetjenesten. Bestemmelsen var generell og gjaldt alle områder innenfor helsetjenesten. Den ble opphevet 1. januar 2003 da det ble ansett å være unødvendig. Ansvar følger av arbeidsgiveransvar og ble opphevet som en del av forenklingen av regelverket overfor kommunesektoren.

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.”

Det sies videre i proposisjonen på side 57 at:

”det 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 § 3-5 vil krav til faglig kompetanse etter gjeldende lovgivning være knyttet til forsvarlighet.

### **11.1.2 Departementets vurdering og forslag**

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 Samhandlingsmeldingen og St.meld. nr. 20 (2006-2007) om sosiale helseforskjeller, ser vi nå en utvikling med økning av kroniske lidelser som blant annet skyldes livsstil. Videre har det vært en utvikling i kunnskapen om og forståelsen for betydningen av sosiale påvirkningsfaktorer for helsen og fordelingen av denne.

Den andre hovedutfordringen vi står overfor, er endringer i befolknings sammensetningen, se kapittel 4.2. 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, omfattet av dagens lovgivning. Likevel fremstår loven slik den tolkes i dag snevrere, spesielt vedrørende hva som er kommunens og kommunestyrets ansvar.

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 sektors ansvar er ikke nevnt.

Som omtalt flere steder blant annet i høringsnotatets kapittel 4, krever folkehelsearbeid 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 kommunens 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 forsterkes 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 lovendringen 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<sup>27</sup> pekte på svakheter ved at prosjektene ble administrert av helsetjenesten mht. å få til tverrsektoriell innsats og forankring av arbeidet i de ordinære plan- og styringssystemene. 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. forslag til § 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* (og ikke som i dag kommunen ved sin helsetjeneste), samt at arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller tydeliggjøres som en viktig del av folkehelsearbeidet.

Med St.meld. nr. 16 (2002-2003) fikk folkehelsepolitikken en dreining mot faktorer som påvirker helsen (helse-determinanter) i motsetning til tidligere meldinger hvor politikken har tatt 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. Påvirkningsfaktorperspektivet viser videre at politiske valg på andre områder kan ha stor betydning for befolkningens helse. Eksempler på slike helse-determinanter 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 m.v.

Departementet foreslår derfor i § 4 at kommunen skal fremme folkehelse innen alle de områder kommunen er ansvar. 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

---

<sup>27</sup> HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen evaluerte Samlet plan, blant annet ble det foretatt en analyse av forebyggende helsearbeid som offentlig politikk, i tillegg til evaluering av enkelte ordninger. Det vises videre til Rapport fra avslutningskonferanse Samlet plan (1989-95) fra Statens helsetilsyn juni 1996 (IK-2534)



virksomheter og eiendom. Eksempler på hva dette kan innebære er nærmere omtalt i kapittel 13. Dersom kommunen tillegges flere eller sterkere virkemidler, øker også ansvaret for å ivareta folkehelse.

Et helhetlig kommuneperspektiv på folkehelsearbeidet vil innebære at den nye 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 ny plan- og bygningslov § 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 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 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 ny bestemmelse i § 6 første ledd om at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til helseutfordringene i kommunen. Helseutfordringene skal basere seg på en oversikt over helsetilstanden 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 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 13 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.

Folkehelsearbeidet har som formål å 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. Når det gjelder samfunnsmedisinsk og annen kompetanse som er nødvendig for å ivareta oppgavene, vises det til lovforslaget § 28 og høringsnotatet kapittel 17.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-4 andre 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 helsesituasjonen, 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, slik som fylkeskommunene, fylkesmann, Statens vegvesen, NVE, frivillige organisasjoner og næringsliv blir dette videreført, jf. § 4 tredje ledd. Den instans i kommunen som har ivaretar folkehelseoppgavene, vil blant annet ut fra oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ha kunnskap om utfordringsbildet og konsekvenser av ulike handlingsalternativer som er nødvendige beslutningsgrunnlag for andre myndigheter.

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

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

”samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene.” (7.6.6.)

## **11.2 Fylkeskommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet**

### **11.2.1 Gjeldende rett**

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

Oppgavene er nærmere konkretisert i § 3. Det følger av bestemmelsen at fylkeskommunene skal fremme folkehelse innen de oppgaver fylkeskommunens er tillagt, som tjenesteyting, forvaltning og planlegging, samt ha ansvar for at folkehelse ivaretas i regional utvikling.

Fylkeskommunenes folkehelseansvar styrker arbeidet for folkehelsen, blant annet ved at det løftes inn i de virkemidlene fylkeskommunen allerede har og som er styrket gjennom ny planlov fra 1. juli 2009. Videre har fylkeskommunene fra 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen tillagt flere oppgaver og sterkere virkemidler i regional utvikling, jf. Ot.prp. nr. 10 (2008-2009). Arbeid for folkehelsen skal ivaretas og vektlegges i fylkeskommunens egen politikkkutforming 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.

Videregående opplæring vil for eksempel være en sentral arena i folkehelsearbeidet. Utdanning og utdanningsnivå er 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. 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, rusbruk, mobbing mv. Flere fylkeskommuner har som eier av videregående skole og med hjemmel i sin eierrådighet skiftet ut brusautomater med vanddispensere og innført restriksjoner på tobakksbruk på skolens område.

Samferdsel er et eksempel på en påvirkningsfaktor med direkte og indirekte virkning på folks helse og trivsel. Samferdsel har betydning for miljøfaktorer som luftforurensning og støy, men også ulykkesrisiko. Det gjelder også muligheter for trygg ferdsel og fysisk aktivitet gjennom vektlegging av transportsystemer som for eksempel gang- og sykkelveger. I forhold til utfordringene knyttet til fysisk inaktivitet har nok friluftsliv ennå et betydelig uutnyttet potensial.

Fylkeskommunen har ansvar for tannhelsetjenester. 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. For at fylkeskommunen skal kunne fremme tannhelse og iverksette forebyggende tiltak, er det av stor betydning av den har kunnskap om tannhelsen i befolkningen og om forhold som påvirker tannhelsen. Folkehelsearbeidet omfatter primærforebyggende arbeid for bedre tannhelse. At fylkeskommunen i folkehelseoven 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.

Fylkeskommunens ansvar innen kulturområdet er også viktig for folkehelsen. Kultur- og organisasjonsdeltagelse styrker sosial kontakt og bygger opp sosial og kulturell kapital. Dette er viktige påvirkningsfaktorer for helse, og dette er goder som alle uavhengig av alder, sosioøkonomisk status eller etnisitet må få tilgang til. Vi ser imidlertid at det innenfor det voksende segmentet av

organisasjonssamfunnet – idrett, trim, kultur og fritid – er sosiale forskjeller i deltakelse og at dette er økende.<sup>28</sup>

Det følger videre av bestemmelsen i § 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.

Som samfunnsutvikler må fylkeskommunen bygge allianser med ulike aktører og sektorer og ta lederskap for å få til et "helhetsgrep" på utviklingen i fylket. Dette er viktig i folkehelsearbeidet som av natur er tverrfaglig og sektorovergripende. En bredere oppgaveportefølje i fylkeskommunen etter forvaltningsreformen gir muligheter for en mer helhetlig tilnærming til regionale utfordringer. Videre vil regional planstrategi etter ny plan- og bygningslov, være et verktøy for forsterket 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 fylkeskommunenes veilederansvar etter plan- og bygningsloven overfor kommunene i rollen som både samfunnsutvikler og velferdsprodusent.

### 11.2.2 Departementets vurdering og forslag

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 vinter 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 oppfølgingen av samhandlingsreformen.

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 reformulert som en formålsbestemmelse for hele folkehelseloven. Denne omskrivningen innebærer ingen realitetsendring med hensyn til innholdet av bestemmelsen for fylkeskommunen.

Lovforslagets § 20 tilsvarer 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, samt og ev. andre nødvendige tiltak for å møte kommunens 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 helseutfordringer til grunn for sitt folkehelsearbeid, samt at det kan være aktuelt med egne folkehelseaktiviteter/tiltak for å møte disse utfordringene.

Bestemmelsen forankrer fylkeskommunens pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og partnerskap, i tillegg til understøttelse av kommunenes arbeid. I den

---

<sup>28</sup> Rapporten Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering - Bernard Enjolras og Dag Wollebæk - Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor

forsterkede rollen som regional utviklingsaktør og planmyndighet etter ny planlov, 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, høyskole- og kunnskapsmiljøer, frivillige organisasjoner, mv.

Det vises for øvrig til forarbeidene til folkehelseloven for fylkeskommunene, Ot.prp. nr. 73 (2008-2009).

### **11.3 Statlige helsemyndigheters oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet**

#### **11.3.1 Gjeldende rett og praksis**

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

#### Helsedirektoratets oppgaver og ansvar på folkehelseområdet

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 ser det som naturlig å 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 videreformidler av kunnskap som er brakt til veie av andre institusjoner. Én 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](http://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, samt data om tjenester i norske kommuner. På [kommunehelseprofiler.no](http://kommunehelseprofiler.no) ligger et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med gode data på kommunenivå.

Helsedirektoratet gir i det årlige fellesrundskriv til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og fylkeskommunene signaler om nasjonale mål og hovedprioriteringer (IS-1/2010).

### Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver og ansvar på folkehelseområdet

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 overvåke og 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 (helsedeterminanter). 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 og retts toksikologi. Folkehelseinstituttet produserer kunnskap både om utbredelse og årsaker til sykdom.

Folkehelseinstituttet driver også med kartlegging og årsaksanalyser på rusfeltet. Deler av dette feltet overlapper i en viss grad med Statens institutt for rusmiddelforskning sine oppgaver. Andre deler av Folkehelseinstituttets arbeid på rusfeltet, som for eksempel det mer toksikologisk rettede, overlapper imidlertid i liten grad med andre forskningsmiljøer. Folkehelseinstituttet har videre fått i oppdrag å utarbeide mulighetene for sentral registrering av tannhelsesdata fra elektroniske pasientjournaler og 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.

### Mattilsynets oppgaver og ansvar på folkehelseområdet

Arbeid for trygt drikkevann og trygg mat er også en del folkehelsearbeidet. Det er Mattilsynet som har ansvaret for dette arbeidet, med HOD, FKD og LMD som ansvarlige departement.

Hensynet til befolkningens helse skal alltid komme først etter 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. Det skal også vektlegges at forbrukerne skal få riktig, god og enkel informasjon om matvarene. Dette er viktig for å fremme så vel folkehelse som forbrukerhensyn. Mattilsynet har en viktig rolle i arbeidet med oppklaring av sykdom som skyldes

matsmitte. Lokalt samarbeider Mattilsynet i slike saker med kommunelegen og sentralt med Folkehelseinstituttet.

Ernæringsarbeidet er i hovedsak et ansvar for Helsedirektoratet. Mattilsynet har likevel en viktig rolle, særlig når det gjelder merking av matvarer, blant annet mht næringsinnhold, ernærings- og helsepåstander, sunnhetsmerking (nøkkelhull). Mattilsynet har en viktig rolle også i utvikling av regelverk på ernæringsområdet, som eksempelvis morsmelkerstatninger, særskilte produkter til ernæringsmessige formål som for eksempel vektreduksjon, kosttilskudd og beriking av matvarer. Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider om overvåking av kostholdet i befolkningen og sammensetning av matvarer. Det er viktig med godt samarbeid mellom disse etatene.

Mattilsynet kan også delta i lokalt ernæringsarbeid i tilknytning til sin ordinære tilsynsvirksomhet, der dette er naturlig. Samordnet tilsyn mellom Mattilsynet og Helsetilsynet av måltidssituasjonen og hygiene i for eksempel i skoler og helseinstitusjoner bør være aktuelt.

#### Statens strålevern oppgaver og ansvar på folkehelseområdet

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. Gjennom utvikling av regelverk innen strålevern og atomberedskap skal samfunnet sikres et godt strålevern.

Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Strålevernet arbeider for å sikre at strålevernet blir tilfredsstillende ivare tatt 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 som f. eks kosmisk stråling, naturlig forekommende radioaktive stoffer i naturen, radon og solens ultrafiolette stråler.

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

#### Fylkesmannens oppgaver og ansvar på folkehelseområdet

Fylkesmannen er nasjonale helsemyndigheters representant for å iverksette statlig politikk i kommunene, herunder folkehelsepolitikken.

Fylkesmannen formidler, tilpasser og iverksetter statlig politikk og nasjonale målsettinger, 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.

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 og ivareta folkehelseperspektivet i regional statsforvaltning, samt 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 statlige føringer ikke blir ivaretatt forsvarlig i fylkes- og kommuneplaner, kan det med hjemmel i plan- og bygningsloven reises formell innsigelse. Videre er fylkesmannen klageinstans for kommunale vedtak etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a om miljørettet helsevern og etter alkoholloven.

#### Helsetilsynets oppgaver og ansvar på folkehelseområdet

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, fylkeskommune og helseforetak følger opp sine forpliktelser etter helselovgivningen til forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid.

#### Helseforetakenes oppgaver og ansvar på folkehelseområdet



I lov om spesialisthelsetjenester fremgår det av formålsparagrafen 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).

### **11.3.2 Departementets vurderinger og forslag**

Departementet foreslår å lovfeste fylkesmennene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt oppgave å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet.

Det ansvaret og de oppgavene som statlige helsemyndigheter, og da spesielt Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmannen, har på folkehelseområdet er i hovedsak ikke regulert ved lov. Mattilsynet og Statens strålevern har gjennom matloven og strålevernloven i stor grad lovfestet sine oppgaver. Oppgavene er i dag konkretisert i årlige statsbudsjetter og i de årlige tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (Mattilsynet får sitt tildelingsbrev fra Landbruks- og matdepartementet).

En lovfesting av statlige helsemyndigheters oppgave i å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet vil innebære en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom stat og kommune og klargjøre hva kommuner og fylkeskommuner kan forvente av staten i forhold til understøttelse av deres eget folkehelsearbeid. Dette er et virkemiddel for et helhetlig og samordnet folkehelsearbeid på tvers av forvaltningsnivåer. Det vises blant annet til formålsbestemmelsen i § 1 andre ledd om at loven skal legge til rette for målrettet og systematisk folkehelsearbeid.

#### Særlig om fylkesmannens oppgaver

Fylkesmannen skal arbeide for at Stortingets og Regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp herunder 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. Embetsoppdrag og tildelingsbrev inneholder oppdrag til Fylkesmannen om å formidle og iverksette nasjonal politikk. Fylkesmannen skal ivareta oppgaver på folkehelseområdet på vegne av Helsedirektoratet.

Folkehelserådgiiveren vil ha en koordinatorfunksjon for å ivareta folkehelseperspektivet innenfor fylkesmannens ulike virksomhetsfelt. Blant annet også ved vurdering av kommune- og fylkesplaner.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal 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 forpliktelse 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 videre delegert myndighet til å *fortolke regelverket*, herunder å behandle klager over offentlige vedtak innen en rekke felt, herunder 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.

Forøvrig vises til en nærmere beskrivelse av fylkesmannens oppgaver under gjeldende rett.

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 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, se nærmere omtale i kapittel 15.

#### Særlig om Helsedirektoratets oppgaver

Helsedirektoratets rolle som fag- og forvaltningsorgan gir viktig kunnskap om generelle, relevante forhold i norske kommuner og fylkeskommuner. Departementet foreslår derfor 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 § 6. Det er imidlertid ikke slik at alle helseutfordringer vil ha tiltak som er dokumentert effektive. Det vises til omtalen i kapittel 13.2.

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.

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 understøtte kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen med 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 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.

Direktoratets oppgave med å bidra til Nasjonalt folkehelseinstituttets oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer innebærer for det første å formidle den kunnskap direktoratet har om hvilke typer informasjon som er relevant for kommunenes folkehelsearbeid. Videre er direktoratet databehandlingsansvarlig for viktige helseregistre som Norsk pasientregister og IPLOS og skal videreformidle relevant statistikk til Folkehelseinstituttet i sin utarbeidelse av nøkkeldata.

#### Særlig om Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver

Folkehelseinstituttet har databehandlingsansvar for de fleste sentrale epidemiologiske helseregistrene, herunder Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, MSIS (Meldesystem for smittsomme sykdommer). Instituttet overvåker helsetilstanden i befolkningen ved å samle inn helsedata og biologiske prøver og ved å drive forskning på det innsamlede materialet. Instituttet skal videre drive rådgiving, med fokus 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 derfor 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 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 24. Hjemmelen er nærmere begrunnet i Ot.prp. 73 (2008-2009), blant annet med behovet for å kunne sikre enhetlighet, 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 15.

## 12 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

### 12.1 Kommunen

#### 12.1.1 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 ifølge 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 11.

Ot.prp. nr. 40 (1986-87) gjør under kapittel 5.2 nærmere rede for motivene med oversiktsoppgaven. Proposisjonen skisserer et system der datagrunnlag over helsetilstand og risikofaktorer gir grunnlag for en systematisering og *”kommunediagnostics”* som igjen gir grunnlaget for plan for forebyggende tiltak. *”Et godt datagrunnlag er av svært stor betydning for kvaliteten på de beslutninger som skal treffes også når det gjelder 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 opptreden
- 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 helsemessig 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 deltakelse i plan- og samarbeidsorganer. For eksempel kan dette i samfunns- og arealplanlegging omfatte sikring av drikkevannskilder, trygg skoleveg, hensiktsmessig lokalisering av barnehager og skoler, gode sosiale og miljømessige forhold ved etablering av nye boområder og lignende.

Videre har helsetjenesten en plikt til å gi informasjon til andre myndigheter som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen jf. arbeidsmiljøloven, produktkontrollloven, forurensningsloven og genteknologiloven, dersom de blir kjent med forhold som er av helsemessig betydning.

Deler av dette ansvaret, som omfatter miljørettet helsevern, er presisert i forskrift om miljørettet helsevern § 5 andre ledd:

”Den instans i kommunen som får oppgaven etter første ledd, skal på bakgrunn av sin oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på denne, foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak og gi råd og uttalelser om helsemessige forhold overfor både andre fagmyndigheter, som for eksempel plan- og bygningsmyndighetene og forurensnings- og produktkontrollmyndighetene, virksomheter og befolkningen for øvrig.”

Kommunens sosialtjeneste skal etter sosialtjenesteloven § 3-1

”gjøre 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.”

### 12.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at kommunen i forslaget til ny folkehelselov § 5 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.

Regjeringen har i St.meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* understreket helseovervåkningen betydning for å få til et effektivt og målrettet folkehelsearbeid,.

”Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt.” (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.” (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.”

Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre utfordringene og 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 målrettede 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<sup>29</sup>, ble kommunene spurt om

---

<sup>29</sup> Evaluering av miljørettet helseverntjenesten i kommunene fra Helsedirektoratet (IS-1633)

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 slik 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 § 1-4 ikke har fungert etter intensjonene. For det første har det ikke vært lagt til rette for nødvendig understøttelse og tilrettelegging fra fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Videre er det ikke i regelverket gitt forpliktende krav og forventninger til kommunens oppfølging av den kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer den får. I tillegg er ansvaret for å foreslå folkehelseiltak, som svært ofte vil være sektorovergripende, lagt til én sektor - til helsetjenesten i kommunen, jf. redegjørelsen i kapittel 11. 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.

#### Nærmere om innholdet i forslaget til ny folkehelselov § 5

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 forpliktelser som gis stat og fylkeskommune i å understøtte kommunens oppgaver.

Utarbeidelse av gode oversikter forutsetter at kommunene har faglig kompetanse til å ivareta oppgaven. Kommunene, spesielt de mindre, har vært lite rustet til å ivareta et slikt ansvar på egen hånd. Det har manglet systemer og tilrettelegging fra nasjonale og regionale myndigheter til å understøtte kommunene slik at de kan være i stand til å ivareta sitt ansvar.

#### *Til forslaget § 5 første ledd bokstav a*

Gjennom oppbygging av bedre nasjonale og regionale systemer og bedre kunnskap om forholdet mellom påvirkningsfaktorer og helseforhold, samt at fylkeskommunen nå har fått et lovfestet ansvar for å understøtte kommunen, er forholdene nå lagt bedre til rette for at kommunene kan få nødvendig støtte til å ivareta sitt ansvar på en bedre og mer målrettet måte.

På nasjonalt nivå har man flere sentrale helseregistre som 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, herunder opplysninger om henvisninger, diagnose, behandling m.v. Norsk pasientregister har videre 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 antall lårhalsbrudd. Ideelt sett bør det tilstrebes å ha data som vil kunne gi kommunene mulighet til å få ut

sammenligningstall mellom kommuner, 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 gitt av sentrale helsemyndigheter og fylkeskommunen i henhold til forslaget § 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 forslaget § 21 og § 24.

Eksempler type opplysninger som kan inngå i opplysninger etter § 5 første ledd bokstav a kan være i) oversikt over dødelighet, ii) oversikt over de viktigste sykdomsgruppene som kan forebygges, som for eksempel antall lårhalsbrudd, barneulykker, type 2-diabetes, barn og unge med psykiske problemer mv, iii) utviklingen i biologiske risikofaktorer som overvekt, iv) de mest sentrale livsstil- og påvirkningsfaktorer som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, rusmiddelmissbruk, miljø i skoler, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv. Oversikten må også omfatte v) grunnleggende bakenforliggende påvirkningsfaktorer som arbeidsledighet, bostedsløshet, frafall fra videregående skole, sosioøkonomiske data mv. 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 kommune skal tilpasses lokale forhold, men bygge på nasjonale veiledninger og målsettinger som blant annet skal vektlegge innsats for å redusere sosiale helseforskjeller” (4.4)

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.

Et slikt felles datasett vil gjøre det mulig for kommuner å sammenligne seg med hverandre, samt måle utvikling over tid. At fylkeskommunen og Folkehelseinstituttet 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.

For en del av disse faktorene vil det ikke kunne fremskaffes data på kommunenivå. De aktuelle opplysningene vil være statistikk fra helseregistre og fra for eksempel Statistisk sentralbyrås registre. Utlevering av statistikk fra helseregistrene er regulert i forskriftsverket til helseregisterloven. Ved publisering av statistikk på lokalt og regionalt nivå legges det her til grunn 4 eller 5 enheter, hvilket innebærer at det ikke oppgis enheter som svarer til færre enn 4 eller 5 personer. Det vil altså være en del tilfeller der små kommuner ikke vil kunne få data på kommunenivå. Der det er mulig, skal det tilstrebes å utvikle slike data. Data som er på et høyere geografisk nivå, skal da tilpasses og estimeres til kommunenivå, jf. innbyggertall og ev. andre variabler som gjør at estimatene blir mest mulig presise for den enkelte kommune. Ved eventuell bruk av data på et høyere nivå forutsetter man imidlertid at det ikke er geografisk variasjon i fordelingen på den enkelte variabelen man skal

estimere. Vi vet at det er geografiske variasjoner i helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer, hvilket vil være viktig å være oppmerksom på ved bruk av slike data.

Kommunene må for å kunne fastsette hensiktsmessige mål og tiltak, jf. forslag til § 6, vurdere, blant annet på bakgrunn av datasettet som er gjort tilgjengelig for kommunen, behovet for ytterligere kartlegginger, slik som mer detaljerte kartlegginger av omfang, geografisk fordeling, sosial fordeling mv enn det som kan leses ut fra felles datasettet. Dersom andel røykere blant ungdom er høyere i kommunen enn gjennomsnitt for fylket, kan det for eksempel være aktuelt å kartlegge nærmere om dette fordeler seg jevnt i kommunen, eller om det er bestemte områder eller skoler hvor det er spesielt høye verdier.

#### *Til forslaget § 5 første ledd bokstav b og c*

Videre bør den løpende erfaring og kunnskap både i helsesektoren samt andre deler av kommunen bidra 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 ved den enkelte skole, helsestasjonen kan identifisere spesielle utfordringer for eksempel knyttet til etniske minoriteter, mv. Tilsvarende er det viktig å bringe inn erfaringsbasert kunnskap fra pågående folkehelsearbeid, fra fastlegevirksomhet, mv.

Lokal informasjon om ulike forhold som faller under miljørettet helsevern, jf. bokstav c er relevant, som for eksempel informasjon om tilstanden på drikkevannsforsyningen i kommunen, støyforhold m.v. En lokal risikovurdering skal inngå som en del av en slik oversikt jf. blant annet forslag til § 5 første ledd bokstav c og § 5 andre ledd. Det kan være hensiktsmessig at risikovurderingen tar utgangspunkt i overordnet kunnskap om kommunen for så å fokusere og utrede nærmere spesielle områder. En lokal risikovurdering vil kunne omfatte konkrete oppgaver som blant annet å følge utviklingen av luftforurensning, kvalitet på drikkevann, omfanget av støyutsatte og antallet kjøletårn og luftskrubbere i kommunen.

#### Nærmere om formkrav og bruk av oversikten i kommunen - § 5 andre ledd

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 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. Dersom det i kommunen er overhyppighet av en bestemt skade, sykdom, eller risikoforhold mv. som for eksempel lårhalsbrudd eller overvekt, må en vurdere utviklingstrekk over tid, jf. også befolkningsutvikling og det må vurderes hva dette kan ha av konsekvenser. I konsekvensvurderingen kan/bør det inngå en beregning av hva helseutfordringene medfører av samfunnsøkonomiske kostnader over tid. Videre må det gjøres en vurdering av årsaksforhold, slik at tiltak kan målrettes mot disse årsakene, eller at det tas hensyn til disse forholdene ved iverksetting av annen kommunal eller fylkeskommunal politikk, for eksempel innen samferdsel eller skolesektoren. Dette er viktig for at tiltak med andre mål enn helse ikke forsterker utfordringen, men snarere bidrar til å nå lokale helsepolitiske mål. Evaluering har blant annet vist at folkehelserepresentanter 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.”<sup>30</sup>

På bakgrunn av oversikten skal kommunen identifisere helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold. Helseutfordringene 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, herunder sosiale helseforskjeller.

Fylkeskommunen skal bistå kommunene i å gjøre slike vurderinger, samt bistå i gjennomføringen av kommunalspesifikke undersøkelser samt analyser og vurderinger, se under og § 21 i lovforslaget.

#### Oversikt – fra helsesektorens ansvar til kommunens ansvar

I kommunehelsetjenesteloven § 1-4 er kravet om oversikt rettet mot helsetjenesten og ikke mot kommunen som sådan. I forslag til ny folkehelselov legges det opp til et klarere samfunnsperspektiv/kommuneperspektiv. Dette er en oppfølging fra tidligere stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken om behov for å legge til grunn et kommuneperspektiv i folkehelsearbeidet. Dette innebærer en større vektlegging av folkehelse som et ansvar for kommunen og kommunens ledelse fremfor kun et sektoransvar. Meldingen viser til at plan- og bygningsloven og plansystemet etter loven er verktøy for å integrere folkehelse i ordinære plan- og beslutningsprosesser og i kommunens virksomhet. Dette er en viktig forutsetning for å kunne realisere et samlet kommuneperspektiv på folkehelsepolitikken.

På bakgrunn av dette foreslår departementet at kravet om oversikt skal endres fra et ansvar for kommunens helsetjeneste til ansvar for kommunen som sådan. Det at kommunen blir friere til å organisere arbeidet med oversikter gjør at kommunen, ev. et samarbeid mellom kommuner kan legge oppgaven med å koordinere dette til en analyseenhet mv. som ikke nødvendigvis er en del av helsetjenesten. Departementet vil understreke at det i mange kommuner kan være hensiktsmessig at koordineringsoppgaven og ev. analyseoppgaven legges til helsetjenesten, for eksempel knyttet til samfunnsmedisinsk og epidemiologisk kompetanse. Faglige hensyn kan tale for interkommunalt samarbeid om oversikt over helsetilstanden og mulige innvirkende faktorer. Hvis det for eksempel er etablert interkommunalt samarbeid om utøving av helsetjenester, slik som lokalmedisinske sentre, kan det være hensiktsmessig at man i samarbeid også utarbeider oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i disse fagmiljøene. Gjennom kommunesamarbeid vil spesielt mindre kommuner kunne inneha bedre faglig kompetanse og et bedre statistisk grunnlag for å foreta analyser av lokale utfordringer. Etter kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 (og i forslaget til ny folkehelselov kapittel 3) er det vid adgang til delegasjon av myndighet til interkommunalt organ, dersom en slik oppgave knyttes til en enhet som har oppgaver innen miljørettet helsevern.

---

<sup>30</sup> Strand, Arvid et. al. (2004), *Helsespørsmål og konsekvensutredninger*, NIBR.

Kommunen må sørge for nødvendig faglig kompetanse og en forsvarlig prosess for å utarbeide oversikt som nevnt. Helsefaglig kompetanse i kommunen bør ha en naturlig rolle i denne sammenheng. 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, planlegging og koordinering av helsetjenestene”. (7.6.6)

Mange sektorer/tjenesteområder i kommunen vil måtte bidra til å utvikle en slik oversikt. Det gjelder blant annet sosialtjenesten, barnevernet og skolesektoren, teknisk sektor m.v., 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 en integrert del av 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 helseutfordringer i kommunen. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunestyret minst én gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, utarbeide og vedta en kommunal planstrategi. Planstrategien bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden.

Oversikten over helsetilstanden inkl. analyse vil være en nødvendig forutsetning for at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, jf. forslag til § 6 andre ledd, samt legges til grunn i utvikling av en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, reguleringsplaner, kommunedelplaner mv. Oversikten skal også brukes som en del av styringen og prioriteringen for helse- og omsorgstjenestens arbeid, herunder planlegging og evaluering. Videre vil en løpende oppdatert oversikt være grunnlag for revidering av kommunens mål, strategier, handlingsprogram mv.

#### Forskriftshjemmel

Departementet mener den nye folkehelseloven bør inneholde hjemmel for å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Forskriftshjemmelen må ses i sammenheng med videreføring av forskriftshjemmelen i dagens folkehelselov for fylkeskommunene § 4 andre ledd og hjemmel for å gi nærmere forskrifter om statlige helsemyndigheters oppgave i å understøtte kommunene i deres arbeid. Omtalen over av innhold i oversiktene jf. lovforslaget § 5 første ledd bokstav a, gjør rede for eksempler på type opplysninger som det vil være aktuelt å forskriftsfeste. Det vises til lovforslaget §§ 5, 21 og 24.

Forskriftene vil kunne tenkes hjemlet også i ny helse- og omsorgslov og i smittevernloven, eventuelt også i plan- og bygningsloven og forurensningsloven. Det foreslås videre en bestemmelse i ny helse- og omsorgslov som pålegger kommunen å ha systemer for å samle nødvendig informasjon for

planlegging, organisering, drift og evaluering av sin helsetjeneste. Krav til systemer skal kunne gis i forskrifts form.

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(...)”

Ifølge lovkommentaren bør retningslinjenes innhold kunne spesifiseres i forskrift mv. 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.

### Oppsummering

Departementet mener kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er utgangspunktet og nøkkelen for det videre folkehelsearbeidet. Forslaget til ny folkehelselov innebærer at kommunene skal forpliktes til å kjenne til de helseutfordringene man står overfor både nasjonalt og lokalt. For å gjøre dette mulig forslår departementet at statlige helsemyndigheter i folkehelseloven får en lovfestet plikt til å understøtte kommunene med tilgjengelige opplysninger på kommunenivå.

## **12.2 Fylkeskommunen**

### **12.2.1 Gjeldende rett**

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet stiller i § 4 krav til fylkeskommunens oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket.

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

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

Videre har fylkeskommunen ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, jf. § 3 andre ledd, herunder kommunens ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

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

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

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. Oversikten skal gi grunnlag for hensiktsmessig styring og strategiutvikling for egen virksomhet, slik at folkehelse blir tilstrekkelig ivaretatt. 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 kantine, 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 skal blant annet kunne være et faglig bindeledd mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt, som har et nasjonalt ansvar for helseovervåking, og kommunene.

Videre vil det kunne være aktuelt at fylkeskommunene med utgangspunkt i egne behov og kommunenes behov 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, alkohol mv. Det finnes en rekke eksempler på slike datainnsamlinger, blant andre HUNT, HEPRO-undersøkelsen og Helseprofil for Akershus. Utvalgene i nasjonale helseundersøkelser vil vanligvis ikke være store nok til å kunne gi data for fylker og evt. kommuner eller grupper av kommuner. Forskriftshjemmelen omfatter ikke nødvendig behandlingsgrunnlag etter personopplysningsloven eller helseregisterloven. Dette vil komme i tillegg.

Etter andre ledd i § 4 i lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet 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 overvåkningssystem. Det er av den grunn også nødvendig å kunne gi bestemmelser om særskilte undersøkelser som ønskes utført, og om hvordan de skal utføres, se merknaden til bestemmelsen.

Fylkeskommunene skal bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene mv.

### **12.2.2 Departementets vurderinger og 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, men ikke minst rollen som regional utviklingsaktør og å kunne understøtte 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 forslaget § 21. Bestemmelsens første og andre ledd er harmonisert med den tilsvarende bestemmelsen rettet mot kommunene i lovforslaget kapittel 2, jf. forslaget § 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 § 24 og kunnskap fra kommunene. Videre skal oversikten inneholde opplysninger fra tannhelsetjenesten og fra øvrige deler av fylkeskommunal virksomhet som har betydning for folkehelse, for eksempel opplysninger om frafall fra videregående skole.

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 helseutfordringer skal inngå i 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, jf. lovforslaget § 20.

Fylkeskommunale oversikter vil kunne være et viktig supplement til de nasjonale systemene, for å ha nødvendige oversikter for kommunen, jf. over helseundersøkelser. Blant annet kan det være aktuelt at de enkelte regionale undersøkelsene inneholder en del av spørreskjemaet eller undersøkelsene/prøvene fra de nasjonale undersøkelsene. På bakgrunn av dette er det ønskelig at fylkeskommunene etablerer et faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for framskaffelse av regionale og kommunale oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen. Det er et pågående samarbeid mellom KS, representanter fra fylkeskommuner, fylkesmann, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som tar sikte på å avklare nærmere hva som bør forventes av fylkeskommunens oversikter og systemer for samordning mellom fylkene.

Etter lovforslaget § 4 tredje ledd har kommunen ansvar for å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivare tatt 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 forslår departementet at oversikten skal foreligge som et skriftlig dokument og blant annet legges til grunn ved fylkestingets vedtak om regional planstrategi, og ved fylkestingets årlige gjennomgang av status for folkehelsearbeidet i fylket.

Departementet foreslår at forskriftshjemmelen fra dagens folkehelselov for fylkeskommunene § 4 andre ledd videreføres. Hjemmelen går videre enn forslaget til forskriftsbestemmelse for kommunes oversikter i § 5, da departementet ikke anser det som aktuelt å gjennomføre undersøkelser på lokalt nivå. Dette vil imidlertid fortsatt være aktuelt på regionalt nivå.

## **12.3 Statlige helsemyndigheter**

### **12.3.1 Gjeldende rett**

Verken Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet har 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, stat mv. Norgeshelsa 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, Universitet 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 norske 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 Norgeshelsa. 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.

Helsedirektoratet 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](http://kommunehelseprofiler.no). Nettstedet presenterer data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data, samt data om tjenester i norske kommuner. På [kommunehelseprofiler.no](http://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 Helsedirektoratet. 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 samt presenteres gode eksempler og tiltakspakker.

De regionale helseforetakene har med utgangspunkt i egen virksomhet en rolle i arbeidet med å følge utviklingen i sykdomsbildet i regionen og i nærområdene.

Overvåkning av epidemiologiske forhold vil være et viktig grunnlag for forebyggende tiltak. For eksempel var det Sykehuset Østfold som oppdaget og gjorde kommunene Fredrikstad og Sarpsborg oppmerksom på legionellaepidemien i mai 2005.

Spesialisthelsetjenesten er en sentral kilde til data på nasjonalt nivå gjennom rapporteringen til Norsk pasientskaderegister og andre sentrale helseregistre.

### **12.3.2 Departementets vurderinger og forslag**

Som omtalt over mener departementet det er viktig at det foreligger lokale data for å utløse lokal handling og at tiltak forholder seg til lokale utfordringer. Men selv om statistikken bør tilstrebes å være lokal 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 innebærer blant annet at en viktig del av kommunenes og fylkeskommuners oversikter skal baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig. Som omtalt i kapittel 11.3 om statlige myndigheters oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet, forslår departementet at Folkehelseinstituttet i lovforslaget § 24 får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene som skal gjøres tilgjengelig vil baseres på eksisterende informasjon. 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.

Departementet forutsetter at det bygges videre på erfaringene blant annet fra [kommunehelseprofilportalen](http://kommunehelseprofilportalen.no) og Norgeshelsa, men at disse slås sammen 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 estimer basert på folketall, kjente risikofaktorer mv.

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 sykdomsgruppene som kan forebygges, utviklingen i biologiske risikofaktorer som overvekt, de mest sentrale livsstil- og påvirkningsfaktorer, samt også grunnleggende bakenforliggende påvirkningsfaktorer. Helsedirektoratet 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 tiltak.

Statistikk må tolkes og kompletteres både med kvalitativ data og med annen statistikk. Råd og veiledning for å få frem beslutningsrelevant informasjon er dermed viktig. Folkehelseinstituttet vil ha en sentral rolle i å bistå fylkeskommuner i tolkning av statistikk, slik at denne kan gjøres best mulig beslutningsrelevant for politikere og andre, samt at denne kan danne grunnlag for tiltak.

Fylkeskommunene vil igjen ha en tilsvarende viktig rolle ovenfor kommunene. Videre vil Folkehelseinstituttet bistå til å utvikle samt koordinere fylkeskommunale initierte helseundersøkelser mv, jf. HEPRO undersøkelsen, Helseprofil for Akershus mv, slik som råd om bruk av standardiserte/validerte spørsmål og evt. undersøkelser/prøver, samt 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 i forslag til ny lov, også når det gjelder helseovervåking, er nærmere omtalt i kapittel 11.3.

I tillegg til Folkehelseinstituttet bør de regionale helseforetakene (RHF) bidra med overvåking av helsetilstand og determinanter i sin region i samarbeid blant annet med kommunene, fylkeskommunene, Folkehelseinstituttet og universitetsmiljøer i regionen, jf. blant annet HUNT. Som en forlengelse av dette er det av betydning at RHFene utvikler kompetanse på analyse av dataene som samles inn, slik at de vurderer hva som er forebyggingspotensialet og hva som er optimal fordeling av prioritering mellom forebygging og kurativ virksomhet. Med en slik oversikt vil det for eksempel bli mulig å mer strategisk iverksette tiltak for å forebygge spesielle helseutfordringer som en ser er på vei før de eventuelt slår inn som økt etterspørsel etter kurative helsetjenester, jf. blant annet fedmeepidemien, samt dimensjonere tjenestene i forhold til fremtidig behov. Dette kan gi større kontroll over fremtidige helseutgifter.

## **13 Folkehelseiltak i kommunene**

### **13.1 Gjeldende rett**

Kommunehelsetjenestens ansvar for å iverksette tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom (folkehelseiltak) er regulert i kommunehelsetjenesteloven §§ 1-2, 1-3 og 1-4. Kommunestyrets ansvar er regulert i § 4a-2. Dette er nærmere omtalt i kapittel 11.1.

I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) er det gjort nærmere rede for innholdet i den oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kommunen skal ha etter § 1-4. Dette innebærer blant annet å innhente nødvendig datagrunnlag over fysiske og sosiale forhold, og så foreta en systematisert oversikt, "kommuned diagnose", som angir utfordringene i den enkelte kommune. Fra oversikten skal det lages en plan for forebyggende tiltak, etter en vurdering av hva som bør og kan forebygges. I tillegg var det forutsatt at planen omfattet helsefremmende og forebyggende tiltak med utgangspunkt i den



nasjonale målsetting om helse for alle år 2000, altså 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 er i) miljørettet helsevern, herunder ulykkesforebyggende arbeid, omgivelseshygiene, ernæringsarbeid mv, ii) medvirkning til at andre sektorer og myndigheter ivaretar helse, iii) generell påvikning 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, barnevernsnemnda og edruskapsnemnda jf. sosiale miljøfaktorer.

Miljørettet helsevern er som nevnt i høringsnotatets kapittel 11.1 definert vidt og omfatter for eksempel å påse at bygninger gjøres tilgjengelig for bevegelseshemmede, dvs. universell utforming. Videre er også livsstil herunder ernæringsarbeid og sosiale miljøfaktorer omfattet, selv om dette i liten grad i dag blir ivaretatt av miljørettet helseverntjenesten. Blant annet står det under ernæring:

”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.” (side 41 i Ot.prp. nr. 40 (1986-87))

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 tobakkskadeloven, 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 alkoholloven. 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 10 om forholdet til annet regelverk.

### **13.2 Departementets vurderinger og forslag**

Kommunens tiltak etter kommunehelsetjenestelovens § 1-4 er begrenset av at bestemmelsen retter seg mot kommunens helsetjeneste. Helsetjenesten rår ikke over de virkemidlene som ligger i andre sektorer. Folkehelsearbeidet er imidlertid i sin karakter sektorovergripende, derfor er medvirkning og helseopplysning viktige virkemidler i dagens regelverk. Videre har kapittel 4a 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 11.1.

### 13.2.1 Politisk forankring

Departementet forslår i ny folkehelselov § 6 en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet. Mål og tiltak skal omfatte all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (jf. § 5), er utgangspunktet for både mål og strategier og for kommunens ansvar for å møte utfordringene (jf. § 6). Det vises til forslaget i kapittel 12 som innebærer at kommunen skal ha kunnskap om et minimum sett data som sier noe om både status og utfordringene fremover når det gjelder befolkningens helse.

For å sikre at folkehelsearbeidet fremmes i alle sektorer, skal mål og strategier for folkehelsearbeidet behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen. Folkehelsearbeidet skal dermed forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

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. Kommunal planstrategi skal omfatte kommunens strategiske valg knyttet til utviklingen av kommunesamfunnet. Helseutfordringene fremgår i dag ikke i oppstillingen av temaer som bør inngå i kommunal planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Det kan på sikt være aktuelt å integrere helsehensyn her. Plan- og bygningsloven § 3-1 bokstav f angir imidlertid at planer skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, jf. lovforslaget § 6 første ledd. Vurderingen av helseutfordringene skal legge til grunn for oversikten over helsetilstanden i kommunen, jf. § 5 som blant annet skal vise status for hva som er utviklingen de siste fire år, og drøfte folkehelseutfordringene i dette perspektivet. Det vises til kapittel 12 i høringsnotatet om aktuelle temaer som kan inngå i beskrivelsen. Lokalt folkehelsearbeid er samfunnsutvikling og politikk, på samme måte som nasjonalt og regionalt folkehelsearbeid er det. Samfunnsutvikling er av stor betydning for helsen og fordelingen av denne i befolkningen. Ved behandlingen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* har Stortinget understreket betydning av at dette arbeidet er politisk forankret i kommunen. Det vises til kapittel 11 hvor kommunens ansvar i folkehelsearbeidet er nærmere omtalt.

I samsvar med dette foreslås det i § 6 andre ledd at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse skal inngå i kommunens plansystem etter plan- og bygningsloven. Dette er viktige 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, jf. § 5, samt være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter (delmål og tiltak) skal kunne måles mot disse.

Folkehelsepolitikken vil være av overordnet karakter og bør inngå i kommuneplanens samfunnsdel. Kommunens mål og strategier innen folkehelse (folkehelsepolitikk) 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, rapporteringer, evalueringer mv.

På bakgrunn av kommunes folkehelsepolitikk bør det utarbeides nærmere delmål, tiltak og styringsprogram, jf. forslag til § 6 andre ledd. Disse bør innpasses i kommunens planer etter plan- og bygningsloven, f.eks. når kommuneplanens arealdel utarbeides eller som egne kommunedelplaner. Videre forutsettes det at tiltakene fastsettes i kommuneplanens handlingsdel, se også omtale i kapittel 11.

I arbeidet med 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 røyking blant elever i de enkelte skoler, tilgang til usunn mat i nærheten av skoler, ulykkesstrekninger i veg mv. Dette kan eventuelt fungere som tiltak for å motvirke sosiale ulikheter i helse.

### **13.2.2 Handlingsplikt**

Det er et krav om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 6 tredje ledd. Kommunen har et spesielt ansvar å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har størst helseutfordringer, og hvor kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak. 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 type 2-diabetes, KOLS, kreft, hjerte- og karlidelser mv. 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.

Som nevnt over skal kommunens folkehelsepolitikk (mål og strategier) være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten, jf. § 5, samt være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter (delmål og tiltak) skal kunne måles mot disse. 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 ivaretas.

Kommunens ansvar må vurderes innenfor 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 vs. behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritering av tiltak over tid. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Her vil også lokal skjønn og politiske prioriteringer veie tungt. Dette innebærer at kommunens ansvar er knyttet til at kommunen har oversikt over utfordringene og arbeider systematisk og langsikt med å møte disse.

Likevel kan kommunen ikke ivareta sitt ansvar ovenfor innbyggerens helse på en måte som anses å være uforsvarlig. Loven legger til grunn at folkehelsearbeidet skal være forsvarlig.

Forsvarlighetskravet på folkehelseområdet knyttes opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at

det opprettholdes vesentlige helseforskjeller. Dersom kommunen unnlater å følge opp utfordringer og unnlattelse opplagt medfører vesentlig tap av liv i god helse, er dette uforsvarlig. Det gjør at forholdet mellom folkehelse og helsetjenester viktig, også i vurdering av om kommunens folkehelse blir forsvarlig ivaretatt, jf. målet med samhandlingsreformen om å sikre mest mulig helse for pengene.

Tiltakene som iverksettes bør i størst mulig grad å være kunnskapsbaserte, der det er god dokumentasjon på hva som er effektive tiltak. Helsedirektoratet har i henhold til lovforslaget § 23 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 tilsvarer god praksis jf. helsetjenester. På områder der dette finnes, kan slike normer/standarder indikere hvilke tiltak som bør iverksette i forhold til bestemte utfordringer, jf. hva som er "nødvendige tiltak" etter lovutkastet § 6 andre ledd. Dersom kommunen velger å bruke andre metoder eller tiltak må kommunen 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. Det må være utfordringsbildet som utløser handlingsplikten. At man på enkelte områder ikke har konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger, vil med andre ord ikke fritta kommuner fra ansvaret for å møte problemene. Dette innebærer at det skal være målene som styrer tiltakene og ikke motsatt, dvs. i valget mellom et godt dokumentert tiltak mot en perifer utfordring og et usikkert dokumentert tiltak mot en grunnleggende utfordring, bør det siste prioriteres. Helsedirektoratet veiledning vil være knyttet til tiltak og eventuelt prioriteringsverktøy, og ikke til selve prioriteringen. Det legges ikke opp til at det er nasjonale normer som skal gi grunnlag for *hva* kommunene skal prioritere av tiltak. Prioriteringene skal være med utgangspunkt i lokale utfordringer.

Bestemmelsen i § 6 tredje ledd lister opp en del tiltaksområder som kan være aktuelle. Disse områdene er de som i dag er de største helseutfordringene generelt, og omfatter tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholforbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold. 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 som kjent 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/relevante samarbeidspartnere slik som andre sektorer og myndigheter (fylkeskommune), frivillige organisasjoner, næringsliv, private aktører mv. Delmålene bør være spesifikke, målbare og sammenlignbare, dvs. over tid og mellom kommuner, jf. også § 29 om internkontroll.

I forbindelse med behandling av ny planstrategi i nytt kommunestyre og eventuelt ved rullering av kommuneplan skal eksisterende politikk, prinsipper, organisasjon mv. gjennomgå 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.

### **13.2.3 Helseopplysning**

Helseopplysning er et tiltak for kommunens helsetjeneste etter kommunehelsetjenesteloven § 1-2. Målsettingen med helseopplysning er et sunnere levesett for enkeltindividet og befolkningen, økt egenomsorg, samt en bedre utnyttelse av den eksisterende helsetjenesten. Helseopplysningen bør ha som mål å

- øke individets kunnskap om faktorer som har betydning for helsen
- gi praktisk veiledning for den enkelte til bedre livsvaner
- utvikle økt forståelse og motivasjon hos enkeltindividet for å fremme sin egen helse
- påvise forbindelse mellom samfunnsfaktorer og helse

Departementet foreslår å videreføre helseopplysning som et tiltak i folkehelsearbeidet i lovforslaget § 6 fjerde ledd.

Helseopplysning er et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner (eventuelt ledsaget av pårørende) eller overfor grupper i befolkningen eller overfor hele befolkningen. Helseopplysning kan for eksempel ta sikte på å nå større befolkningsgrupper gjennom tiltak som reklamekampanjer i aviser og andre massemedia. Slike kampanjer blir gjerne initiert fra sentrale helsemyndigheter, men kan også ha lokalt initiativ.

Helseopplysning kan med fordel kombineres med andre tiltak hos f. eks. fastlegen eller på helsestasjonen. I flere kommuner er det nå etablert frisklivstilbud som er steder pasienter blir henvist til fra andre deler av primærhelsetjenesten. Slike sentraler er gode utgangspunkt også for helseopplysning. Helseopplysning er ikke en oppgave for helsetjenesten alene. Som på mange andre områder, må kommunehelsetjenesten samarbeide med andre etater, frivillige organisasjoner, næringsliv og massemedia. Helseopplysningsarbeid bør rette seg mot arenaer der man når målgruppene, for eksempel gjennom sosiale medier eller ved å etablere nettsted. For å nå forskjellige målgrupper kan de være aktuelt å utarbeide informasjon på ulike språk m.v.

Som eksempel på helseopplysningsarbeid, kan helseopplysning i forbindelse med Hiv-forebyggende arbeid på 80-tallet nevnes. Den befolkningsrettede innsatsen fokuserte på å heve kunnskapsnivået i befolkningen om sykdommen og om smitteveier. Overfor utsatte grupper ble det gitt nærmere informasjon rettet mot disse. I tillegg ble det drevet konkret individrettet helseopplysningsarbeid mot risikoutsatte eller allerede smittede personer for å unngå ytterligere spredning av sykdommen.

### **13.3 Nærmere om aktuelle folkehelseiltak**

Nedenfor presenteres noen virkemidler/tiltak. 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.

### 13.3.1 Tobakk

Selv om andelen røykere er på vei ned, er røyking fortsatt den enkeltfaktoren som har sterkest negativ innvirkning på folkehelsen. Det er store, og økende, sosiale helseforskjeller i røyking. 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. Dette innebærer blant annet at nasjonale kampanjer 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.

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 tilgang, herunder serveringssteder, jf. tobakksskadeloven § 12. Tilsyn med forbudet bør prioriteres og samordnes med Arbeidstilsynet.

Kommunen som arbeidsgiver og virksomhetseier 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 nikotinhengigheten 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 daglig røykere på skoler som har innført restriktive tobakkstiltak.

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.

I internasjonal sammenheng scorer Norge dårlig på hjelp til røykeslutt. Departementet arbeider for tiden med en ny nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2011-2015, hvor blant annet kommunens rolle i å bedre tilbudet om hjelp til røykeslutt vil være et sentralt oppfølgingspunkt.

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 Frisklivssentraler 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.

### **13.3.2 Alkohol og andre rusmidler**

Alkohol er ifølge WHO den nest viktigste risikofaktor 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. Mindre totalkonsum i befolkningen minsker helseulemper 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 narkotikabruk. 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 skjenke bevilling. Det er svært viktig at kommunen har et helhetlig og bevisst forhold til alkoholpolitikken. Slik kan alkoholrelatert skade forebygges lokalt. Alkoholloven åpner for samarbeid på tvers av etater, f. eks. 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.

Kommunene skal utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan og de oppfordres til å utarbeide helhetlige ruspolitiske handlingsplaner. Slik kan forebygging skje helhetlig og langsiktig.

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. Som eksempler på kommuner som har Ansvarlig vertskap er Tromsø og Nedre Glomma-regionen (Fredrikstad, Sarpsborg og Hvaler). Også kunnskapsprøvene for styrere 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 ønskelig at kommunene implementerer tidlig intervensjon i sitt arbeid. Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet,

Utdanningsdirektoratet og Politidirektoratet utarbeidet en veileder for tidlig intervensjon på rusområdet.

### **13.3.3 Kosthold**

Ernæring var sett på som en viktig del av miljørettet helsevern da dette kom inn i kommunehelsetjensteloven i 1988, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-87). Dette ansvaret har i liten grad vært fulgt opp av kommunen. 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, produktutvikling utformes nasjonalt (se kapittel 5), 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 utjevnende 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. Disse er kun normgivende og ikke i forskrifts form.

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 utjevnende tiltak og har vist positiv effekt på fruktinntaket hos elever flere år senere. Som eksempel på lokale 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 levevaners 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 fordypning i faget. Kommunen bør også ha kompetanse til å tilby målrettet innsats mot grupper som trenger oppfølging slik som ulike former for lavterskeltilbud/frisklivstilbud.

#### **13.3.4 Fysisk aktivitet**

Fysisk inaktivitet er en selvstendig risikofaktor for flere sykdommer og en viktig årsak til overvekt og fedme. Fysisk inaktivitet rammer sosialt skjevt og bidrar til økte sosiale helseforskjeller. Fysisk aktivitet er "ferskvarer" som må vedlikeholdes gjennom daglig bevegelse og aktiv bruk av kroppen. Vi er trenbare gjennom hele livet.

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 skreddersydde tilbud til grupper blant innbyggerne 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 m.v, 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". Tilgjengelighet til natur og rekreasjonsområder betyr mye for utøvelse av fysiske aktivitet og friluftsliv og er viktige faktorer i folks egen vurdering av hva som gir livskvalitet og helse. 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.

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 større 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. Anlegging av sykkelbaner førte til 5-7 % mer sykling og uendret mengde biltrafikk<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Jensen Underlien S. (2006) Effekter af cykelstier og sykkelbaner - Før-og etter evaluering af trafiksikkerhed og trafikmængder ved anlæg af ensrettede cykelstier og sykkelbaner i Københavns kommune. Trafitec, Danmark.

Både i skoler og barnehager samt i nærmiljøet for øvrig bør det legges bedre 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. Viktig er også lokaliseringen 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 om nødvendig legges 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<sup>32</sup>. 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 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.

Personer som identifiseres med økt risiko for sykdom/lidelser som kan knyttes til helseatferd kan tilbys oppfølgingstilbud for å fremme endring og mestring av helseatferd, for eksempel gjennom Frisklivstilbud knyttet til den kommunale helsetjenesten. Effekter av noen kommunale tiltak for å fremme fysisk aktivitet:

Det er dokumentert at flere samtidige intervensjoner for å fremme fysisk aktivitet er effektivt. "Mosjon på Romsås" var et prosjekt med formål å fremme fysisk aktivitet blant voksne i en bydel med høy andel ikke-vestlige innvandrere og høy forekomst av type 2-diabetes.

Utfordringene med økt andel eldre er velkjent de nærmeste tiårene<sup>33</sup>. Fysisk aktivitet vedlikeholder funksjonsevne og selvhjelpenhet og kan utsette hjelpebehov. Eldre som er mer selvhjulpne vil i mindre grad være avhengig av institusjon.

### **13.3.5 Miljørettet folkehelsearbeid**

Begrepet miljørettet folkehelsearbeid brukes i denne sammenheng for å synliggjøre at kommunen har et bredere ansvar innen miljø og helseområdet enn det som omfatter av oppgaver direkte etter kapittel 3 i lovforslaget og kapittel 14 i høringsnotatet.

Kommunen har mange virkemidler for å fremme det fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøet. For eksempel vil arbeidet med å redusere luftforurensning og støy samt bedre drikkevannskvaliteten også være en viktig del av kommunens miljøarbeid og folkehelsearbeid. I tillegg til at kommunen

---

<sup>32</sup> Forelesning Prof. McKenzie TL, ECSS Oslo 25.06.09, [www.nih.no/templates/Page\\_6399.aspx](http://www.nih.no/templates/Page_6399.aspx) (lastet 06.01.10)

<sup>33</sup> Finansdepartementet: St.meld. nr. 9 (2008-2009) Perspektivmeldingen.

sitter med vikemidler etter loven, jf. kapittel om miljørettet helsevern, har kommunen som planmyndighet, forurensningsmyndighet, eier av virksomheter, opplysning mv. stor mulighet til å sette seg mål og iverksette tiltak for å redusere helsebelastningen fra for eksempel lokal luftforurensning eller bedre drikkevannskvaliteten. Dette bør også være gjenstand for kommunens totale folkehelsearbeid, og komplementært med kommunes miljøarbeid.

Tematisk omfatter miljørettet folkehelsearbeid områder som radon og annen stråling, støy, lukt, luftforurensning, inneklima, drikkevann, badevann, generell omgivelseshygiene mv. Men også andre miljøtiltak som fremmer sosial kontakt, fysisk aktivitet, psykisk helse som å legge til rette for grøntområder og parker, lekeplasser mv, jf. blant annet over om fysisk aktivitet. Skader og ulykker er omtalt nærmere under.

### 13.3.6 Forebygging av skader og ulykker

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 lokale organisasjoner som idrettslag og frivillighetsentraler.

Lokale data har vist seg å være en av de viktigste forutsetningene og drivkreftene for lokalt skadeforebyggende arbeid. Det er gjennom Norsk pasientregister lagt til rette for at kommunene skal få data om ulykker som er behandlet i sykehus, se kapittel 12.

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

Hvilke tiltak kommunen bør iverksette er avhengig av typen ulykker og skader kommunen ønsker 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 %<sup>34</sup>. En norsk analyse av hjemmebasert treningsprogram for å forebygge fall, viser at dette tiltaket er

---

<sup>34</sup> Robertson M, Campbell A, Gardner M, Devlin N (2002): Preventing injuries in older people by preventing falls: a metaanalysis of individual-level data. J Am Geriatr Soc 2002;50:905-11.

kostnadseffektivt. Beregningene viser at et oppfølgingsprogram reduserer risikoen for fall med over 50 % på et år. Nettogevinst av reduserte helsekostnadene er kr 2692 per person<sup>35</sup>.

### 13.3.7 Psykisk helse

De siste årene har det blitt utviklet en rekke programmer/intervensjoner hvor målsettingen har vært å forebygge og minske atferdsproblemer hos barn og unge. Felles for disse programmene er at de bygger på en sosial læringsmodell som beskriver hvordan forsterkninger i det sosial miljøet utvikler og opprettholder atferdsproblemer.

”De utrolige årene” er et forebyggende program knyttet til barn i alderen 4-8 år der målsettingen er å forebygge og minske atferdsproblemer. Foreldre til barn med atferdsproblemer møtes ukentlig i 12 uker. Gruppen ledes av terapeuter og fokuset er på positive foreldrestrategier, stressmestring og foreldrene hjelpes til å øke barnas sosiale ferdigheter. Intervensjonsstudier viser at barna fikk bedre sosial kompetanse og foreldrene brukte mindre tøffe og mer positive foreldrestrategier.

Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) har som målsetting å forebygge og minske atferdsproblemer på skolen. Resultater fra intervensjonsstudier viste signifikant mindre problematferd og bedre elev-lærer relasjoner.

Parent Management Training The Oregon Modell (PMTO) er en metode der foreldrene lærer å endre dysfunksjonelle strategier. Resultater fra evalueringen viser mindre atferdsproblemer hos barna og lærerne rapporterte om bedre sosial kompetanse.

Nettverksorienterte tiltak som sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, f.eks. 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.<sup>36</sup>

Et eksempel på forebyggende arbeid rettet mot lokalsamfunn er ”Liv laga i Lofoten. Dette arbeidet ble gjennomført i samarbeid med den lokale psykiatriske poliklinikken, den kommunale helse- og sosialtjeneste og politikere. Sammenfattende kan en si at sosial integrasjon var den sentrale målsettingen for prosjektet. Evaluering av prosjektet viser at intensjonene ble oppfylt (Sørensen et al, 1996).

### 13.3.8 Sosiale påvirkningsfaktorer

Den generelle samfunnsutvikling 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 videregående

---

<sup>35</sup> Hektoen LF, Aas E, Lurås H, Cost-effectiveness in fall prevention for older women, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009:37 (6):584-9.

<sup>36</sup> Dalgard & Bøen 2008.

skole, kultur og subkulturer. Kommunen er lokal samfunnsutvikler og det er viktig at kommunen er bevisst hvilke utfordringer kommunen har av sosiale karakter og hvilke betydning dette har på helsen. Store sosiale forskjeller skaper også store helseforskjeller.

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 videregående skole, 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.

Barnehagen og skolen er viktige arenaer for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid. 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 Miljørettet helsevern**

### **14.1 Innledning**

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 og sosiale miljøfaktorer. Ansvar og myndighet for fagområdet miljørettet helsevern er tillagt kommunen med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven. Miljørettet helsevern omfatter både kommunens ansvar for å motvirke at det oppstår forhold med negativ helsepåvirkning (proaktivt arbeid), og tilsyn med virksomheter og eiendommer. I forbindelse med tilsyn kan det være aktuelt å bruke virkemidler som retting, stansing m.v. der det har oppstått eller kan oppstå forhold med negativ helsepåvirkning.

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 har ressurser til å mobilisere dersom disse miljøforholdene er truet. Andre har ikke disse ressursene. Miljørettet helsevern er derfor en sentral tjeneste i å motvirke sosial ulikhet i helse ved at alle skal sikres mot helseskadelig miljø.

Fagområdet har vært lovregulert siden sunnhetsloven av 1860. Denne 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 på bakgrunn av en vurdering av sunnhetslovens intensjoner ut fra samtidens sykdomspanorama og de årsaksfaktorer som da var dominerende. Tjenesten gikk fra å hete helserådstjeneste til miljørettet helsevern. Det var meningen å gi tjenesten et bredt ansvar for 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 hvor den instans som ivaretar kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern utøver tilsyn med miljøfaktorer og virksomheter. Disse oppgavene er:

- Enkle "hverdagssaker", der løsninger søkes ved hjelp av lokalt "helsediplomati"
- Tilsyn med virksomheter og eiendommer
- 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 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 miljørettet helseverntjenesten i henhold til dette skal ivareta på en forsvarlig måte er blant annet

- Et risikobasert tilsyn med virksomheter som omfattes av miljørettet helsevernregelverket, herunder godkjenning av virksomheter, vurdering av meldinger, m.v. Dette dreier seg blant annet om tilsyn med innretninger som kan spre legionella, bassengbad, miljørettet helsevern i barnehager og skoler, m.v.
- Løpende saksbehandling om klagesaker, m.v. knyttet til støy, luftforurensning, lukt og andre hygieniske og miljømessige forhold med betydning for helsen.
- Råd og veiledning til kommunens innbyggere om miljøforhold med betydning for helse, blant annet radon, inneklimate, luftforurensning, ulykkesforebyggende arbeid, m.v.
- Bidra til kommunens miljø- og helseovervåking, dvs. ha oversikt over miljøforhold i kommunen og helsekonsekvenser av disse.
- Bidra til helsekonsekvensvurderinger og at miljøforhold med betydning for helsen blir ivaretatt i kommunal planlegging.

- Bidra til kommunens beredskapsarbeid knyttet til akutte miljøhendelser med betydning for helsen, så som kjemikalieulykker, m.v.

Slik det er redegjort for i kapitlene 9 og 11, har miljørettet helsevern regelverket 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, ulykker i veitrafikken m.v.

## 14.2 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 angir de forskjellige oppgavene under helsetjenesten. 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 at helsetjenesten aktivt bør delta i planleggingen av nye skoler i forhold til lokalisering og fysisk utforming, slik at helsemessige forhold best mulig blir ivaretatt. 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 inneklimate, lys, lekeområder mv., mens rådene kan være valg av løsninger for å oppnå resultatene.

### Definisjon/virkeområde

Begrepet miljørettet helsevern er definert i § 4a-1 *”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 Ot.prp. nr. 40 (1986-87) kapittel 5.1 vises det til at kommunehelsetjenesteloven ikke skulle ha noen snevrere ramme enn sunnhetsloven. Begrepet miljørettet helsevern er dermed vidt. *”Videre er det lagt opp til at bestemmelsen skal kunne fange opp utviklingen etter hvert som nye miljørelaterte helseproblemer oppstår”*, jf. Ot.prp. nr. 40 (1986-87) side 66.

### Melding/godkjenning og forskrifter

Bestemmelsen i § 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 endres.

Virksomheter som i dag er ilagt 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 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern* er en generell forskrift som opphevet 10 eldre landsdekkende forskrifter i tillegg til ca 400 lokale forskrifter som var fastsatt med hjemmel i sunnhetsloven og videreført i kommunehelsetjenesteloven § 7-9. I tillegg er det gitt følgende forskrifter for nærmere definerte virksomheter/fagområder:

- Forskrift 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.
- Forskrift 13. juni 1996 nr. 592 for badeanlegg, bassengbad og badstu mv.
- Forskrift 6. mai 1998 nr. 581 om hygienekrav for frisør-, hudpleie- tatoverings- og hulltakingsvirksomhet mv.
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1406 om skadedyrbekjempelse
- Forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann
- Forskrift 4. juli 2003 nr. 951 om gjødselvarer mv. av organisk opphav
- Forskrift 1. april 2004 nr. 623 om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen
- Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- Forskrift 10. oktober 1988 nr. 836 om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om helsetjenesten i kommunen
- 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)
- Midlertidig forskrift 5. februar 2010 om tiltak for å hindre helseskader på grunn av luftforurensning i Bergen kommune (opphører 1. januar 2011)
- Forskrift om 9. oktober 1974 nr. 2 om begrenning av støy – tillegg til helseforskriftene, Oslo kommune.



## Myndighet/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. Det vises til omtalen av gjeldende rett under kapittel 11. 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 virksomheter og eiendommer. 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 indirekte 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-vår-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. Vilåret om forholdsmessighet ble i 2003 kodifisert i forskrift 2003 om miljørettet helsevern § 6 siste ledd: *”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.<sup>37</sup>

Ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting kan kommunestyret ilegge tvangsmulkt etter bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven § 4a-9 jf. forskrifter 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, men stansing vise seg å være eneste måte å rette et forhold. Ot.prp. nr. 40 side 62 poengterer at *”En 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 nødløsning.”* Lovens formulering *”overhengende fare”* indikerer som må ses i sammenheng med at kommunen etter bestemmelsen har plikt til å gi pålegg om hel eller delvis stansing. 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 m.v. 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 stansingshjemplene har dermed ulike vilkår og formål.

En bestemmelse om straff er inntatt i kommunehelsetjenesteloven § 4a-11. Hjemmelen omfatter ikke gebyr.

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.

---

<sup>37</sup> Se Ot.prp. nr. 40 side 68 for så vidt gjelder rettingsbestemmelsen.

### 14.3 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 varsler 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 sin 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 om utvikling av kommunelegefunksjonen.<sup>38</sup>

Helsedirektoratet har videre gjennomført en evaluering av miljørettet helsevern tjenesten i kommunene i 2009. Rapporten (IS-1633) er blant annet basert på en omfattende spørreskjemaundersøkelse til alle norske kommuner, og munner 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.

#### 14.3.1 Evaluering av tjenesten i kommunene

Evalueringen av miljørettet helseverntjenestene 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 er det som den enkelte kommune arbeider 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

---

<sup>38</sup> Rapporten Utvikling av kommunelegefunksjonen - avgitt til Helsedirektoratet 1. juli 2008

- 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 forhold til utfordringer og oppgaver. Særlig er det for lav kompetanse innen miljørettet helsevern i de små kommunene. Rapportens generelle funn er at miljørettet helsevern tjenesten 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 (>50000 innb) 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 (<3000 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 helsevern tjenesten 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 miljørettet helsevern tjenesten skal få fra sentrale helsemyndigheter, og hvilken veiledning virksomhetene som omfattes av miljørettet helsevern regelverket skal få. Behov for veiledning gjelder både regelverket, om 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 helsevern regelverket 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 fra 1987 blitt fulgt opp. Miljørettet helsevern i kommunene har hatt en dreining mot de fokusområder som er konkret regulert gjennom forskrifter.

#### **14.3.2 Utredningen Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold (Rapport IS-1659)**

Miljørettet helsevern er et viktig virkemiddel i utjevning av sosiale helseforskjeller. Det er sammenheng mellom dårlig nærmiljø, slik som støy og luftforurensning, og sosioøkonomisk status, slik som inntekt og utdanning. Tiltak rettet mot områder med dårligst miljøforhold vil dermed også utjevne miljøbelastninger knyttet til sosiale helseforskjeller. Helsedirektoratet har gjort en utredning "Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold" (rapport IS-1659), hvor det er foretatt en gjennomgang av aktuelle sosiale miljøfaktorer.

I utredningen konkluderes det med at en videre utredning bør dreie seg om hvilke sosiale miljøfaktorer som fremstår som sentrale i dag, dels om hvilken rolle tjenesten lokalt kan ha på de ulike områdene, og dels om hvordan vi på sentralt nivå kan understøtte det lokale arbeidet.

#### **14.3.3 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. Redegjørelsen i høringsnotatet kapittel 4 er basert på blant annet denne rapporten.

#### 14.4 Departementets vurderinger og forslag

Miljørettet helsevern bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven foreslås tatt inn i forslag til ny folkehelselov som en videreføring av gjeldende rett. Det foretas noen språklige og tekniske oppdateringer. Som nevnt i kapittel 14.3 mener 88 % av kommunene at regelverket er hensiktsmessig for å ivareta kommunens ansvar innen miljørettet helsevern. Svakheter ved miljørettet helsevern tjenesten er ikke knyttet til kommunens virkemidler i regelverket, men andre forhold som drøftet blant annet under kapittel 14.3.1 og 14.4.3. På ett område foreslås det en endring i gjeldende rett ved at det tas inn en bestemmelse om overtredelsesgebyr i loven, jf. lovforslaget § 17, som er nærmere omtalt under kapittel 14.5.11.

Miljørettet helsevern tjenesten i kommunene er en viktig oppgave og ressurs inn i det brede folkehelsearbeidet. Tjenesten har sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, den er både sektorovergripende og gir kommunen virkemidler også ovenfor virksomheter og eiendommer, både private og offentlige. Denne myndigheten er en viktig forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar med å sikre liv og helse og fremme folkehelse.

Arbeidet innen miljørettet helsevern foregår langs to linjer: *Miljørettet folkehelsearbeid* som handler om å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker denne, og på bakgrunn av oversikten foreslå tiltak og medvirke for å sikre at helsemessige hensyn ivaretas i andre sektorer og i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Denne delen som kan kalles det miljørettede folkehelsearbeidet vil i henhold til forslaget til ny folkehelselov finne sin naturlige plass i folkehelsearbeidet etter lovforslaget §§ 4 til 6.

De øvrige oppgavene er *kontroll- og tilsynsoppgavene* der den instans som ivaretar miljørettet helsevern i kommunen fører tilsyn med virksomheter som skoler og barnehager, virksomheter med kjøletårn, campingplasser m.m., inkludert eventuell bruk av virkemidler som pålegg om retting, granskning, stansing m.v. med hjemmel i lovverket. Disse oppgavene foreslås beholdt i et eget kapittel om miljørettet helsevern. Kapitlet retter seg både mot kommunen som ansvarlig instans for å ivareta tilsynsoppgavene og mot virksomheter og eiendommer som har ansvar for å drive sin virksomhet helsemessig tilfredsstillende.

Selv om miljørettet folkehelsearbeid og kontroll/tilsyn delvis er to forskjellige oppgaver, og blir regulert i to forskjellige kapitler i forslaget til ny lov, vil det være hensiktsmessig at det er samme instans i kommunen som ivaretar begge. For det første er den faglige kompetanse som kreves i disse oppgavene i stor grad sammenfallende, jf. miljø- og helsefaglige vurderinger. Erfaringer fra tilsyn for eksempel med skoler vil også kunne være viktig i arbeidet med råd og veiledning i forbindelse med etablering av nye skoler mv. Videre vil det i arbeidet med å gi råd være en styrke for å få gjennomslag for helsemessige vurderinger i for eksempel planprosesser at instansen også har myndighet.

Forholdet som påvirker helsen ligger i hovedsak utenfor helsetjenesten, jf. prinsippet om "helse i alt vi gjør"/Health in All Policies. Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 andre ledd viser til at der helsetjenesten blir kjent med forhold som berører andre sektors lover, skal helsetjenesten underrette de aktuelle sektorer.

#### 14.4.1 Helhetlig virkeområde – en sikkerhet for befolkningen

Miljørettet helsevern regelverket 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.; *”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. Kommunehelsetjenesten videreførte imidlertid som vist til ovenfor det brede virkeområdet til sunnhetsloven.

Miljørettet helsevern er fortsatt det primære regelverk for å ivareta helseforhold i rekke virksomheter, blant annet barnas arbeidsmiljø i barnehager og skoler. Men 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 er slik at det er en konkret vurdering av mulig helsekonsekvens av den enkelte saken 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 også en sikkerhet at en alltid kan henvende seg til kommunens folkehelsemyndighet 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, jf. 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.

Forholdet mellom miljørettet helseverntjenesten i kommunen og andre sektormyndigheter er nærmere omtalt blant annet i Helsedirektoratets Veileder i miljørettet helsevern (IS-1104) kapittel 8.

#### 14.4.2 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, jf. støymålinger, måling av inneklimate mv. slik at det har i økende grad blitt tilknyttet miljøhygienisk eller teknisk hygienisk kompetanse til miljørettet helsevern. Der tjenesten har fungert best er hvor det har vært gode fagmiljø både med miljøteknisk og samfunnsmedisinsk kompetanse.

I forhold til oppgavene knyttet til *miljørettet folkehelsearbeid* slik som råd, veiledning, helsekonsekvensvurderinger og påse at helsehensyn er ivaretatt i plan og beslutningsprosesser er det også viktig med god kunnskap om planprosesser og forvaltning generelt. For *tilsyn* kreves det også kompetanse på tilsynsmetodikk herunder systemrevisjoner.

#### **14.4.3 Ansvar for fagområdet miljørettet helsevern**

I arbeidet med miljørettet helsevern fører kommunen tilsyn med mange typer virksomheter og eiendommer, blant annet andre kommunale virksomheter. Et av de sentrale fagområdene for miljørettet helsevern er tilsyn med skoler og barnehager. Kommunen fører altså her tilsyn med virksomheter og eiendommer som oftest er kommunale. Kommunene må organisere seg slik at den instans som ivaretar oppgavene innen miljørettet helsevern ikke blir inhabile, for eksempel at tilsynsinstans/miljørettet helsevern myndighet i kommunen også er eier av kommunale skolebygg eller lignende. Likevel fører kommunalt tilsyn med kommunale virksomheter til situasjoner som gjerne omtales som "bukken og havresekk"-situasjoner.

For å sikre befolkningens rett til et forsvarlig miljø, blant annet for barn i skoler og barnehager, er det en aktuell problemstilling å flytte tilsynet med kommunale virksomheter fra kommunen til fylkesmannen eller en annen statlig instans. En kartlegging i 2007 viste at kun 50 % av skolene var godkjente i 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 viss nasjonal oppfølging av kommunens ansvar med tilsyn og godkjenning har en effekt og, dersom en viderefører ordningen med at kommunene har dette ansvaret, bør oppfølgingen av kommunene 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 virksomheter.

Departementet mener 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 helsevern tjenesten 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 ovenfor kommunale virksomheter. Men fordi det er krevende å ivareta disse to rollende samtidig mener departementet at dette krever at kommunene må dokumentere at de har en god styring med denne tjenesten. Også i dag er det et krav etter tilsynsloven at kommunen skal føre internkontroll med sine oppgaver knyttet til folkehelsearbeid herunder miljørettet helsevern, se kapittel 19. Dette kravet videreføres i ny folkehelselov, jf, lov om tilsyn med helsetjenester, 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 lovforslaget § 31 og nærmere redegjørelse i høringsnotatet kapittel 19.



## **14.5 Nærmere om de enkelte bestemmelsene i forslaget til ny folkehelselov kapittel 3**

### **14.5.1 Virkeområdet og forskrifter § 7**

Departementet foreslår videreføring av det brede virkeområdet for miljørettet helsevern regelverket. Fagområdets styrke ligger blant annet spesielt i den sektorovergripende bredden som miljørettet helsevern har, og dette må beholdes.

Miljørettet helsevern regelverket består i tillegg til lovbestemmelsene av en rekke forskrifter som det er gjort rede for under gjeldende rett i kapittel 14.2. Departementet foreslår å videreføre forskriftene i ny folkehelselov, men legger til grunn at det vil være hensiktsmessig med en forskriftsrevisjon etter at nytt lovverk er plass.

### **14.5.2 Kommunens ansvar og delegering av myndighet § 8**

Etter kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 er kommunestyret tillagt myndighet og vedtakskompetanse. Oppgavene er som oftest delegert til administrativt nivå, eventuelt til helse- og sosialstyre eller lignende. Departementet foreslår at myndigheten blir lagt til kommunen som sådan i likhet med de øvrige kommunale oppgavene i lovforslaget kapittel 2.

Dagens kommunehelsetjenestelov § 4a-3 inneholder mer detaljerte bestemmelser om delegering av myndighet til interkommunale organer. Bestemmelsen ble endret i 2004 på bakgrunn av at kommuneloven da forutsatte at slik delegering måtte ha hjemmel i særlovgivningen. Kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 åpner for å kunne delegerer vedtakskompetanse til interkommunale samarbeid etter kommuneloven § 27, interkommunale selskaper etter IKS-loven og til vertskommuner. Etterfølgende endringer i kommuneloven har ført til at kommuneloven nå åpner for delegering til interkommunale samarbeid og til vertskommuner, slik at det ikke er behov for nærmere regulering i ny folkehelselov. Kommuneloven åpner imidlertid ikke for delegering til interkommunale selskaper. Dersom delegeringadgangen til disse skal beholdes, må loven nevne disse særskilt. Høringsnotatet kapittel 18 om samarbeid mellom kommuner omtaler dette spørsmålet.

I dag kan alle avgjørelser delegeres med unntak av beslutning om å begjære offentlig påtale etter § 4a-11. Unntaket foreslås videreført.

Lovforslagets § 8 tredje ledd viderefører den generelle myndighet til å fatte hastevedtak som er lagt til kommunelegen. En nærmere omtale av kommunelegefunksjonen er gitt i kapittel 17 om kompetanse.

### **14.5.3 Beredskapsplan § 9**

Kommunen har etter kommunehelsetjenesteloven § 1-5 en plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Bestemmelsen foreslås videreført for miljørettet helsevern oppgavene i lovforslaget § 9. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Forslaget omtales nærmere i høringsnotatets kapittel 15.

#### **14.5.4 Meldeplikt, godkjenningsplikt og tredjepartsvurdering § 10**

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-4. Det er i forskrift pålagt en rekke melde- og godkjenningsplikter, se redegjørelse under gjeldende rett.

Ordningen med plikt til å innhente vurdering fra akkrediterte inspeksjonsorganer er et tiltak som er generelt uformet i lovhjemmelen, men som vil bli rettet mot virksomheter med installasjoner med høy risiko for å spre legionellabakterien (kjøletårn og luftskrubbere). Lovhjemmelen kom på plass i 2009 og departementet tar sikte på at forskriftshjemmel vil være på plass i løpet av høsten 2010. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet arbeider sammen med Norsk Akkreditering for å gjennomføre ordningen.

Tredje ledd gir hjemmel for å stanse virksomheter på grunnlag av manglende godkjenning. Kravet om forholdsmessighetsvurdering innebærer at stansing bare kan benyttes der hensynet til helseisiko ved fortsatt drift av virksomheten veier tyngre enn hensynet til eventuelle negative virkninger stansing vil ha for virksomheten og for samfunnet.

#### **14.5.5 Helsekonsekvensutredninger § 11**

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-5. Konsekvensutredninger, også i forhold til helse, skal skje etter plan- og bygningsloven der denne 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 loven her 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. lovforslaget § 10 og rettingsbestemmelsen jf. lovforslaget § 14, Det innebærer at det kan være aktuelt å pålegge helsekonsekvensvurdering før oppstart 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 godkjenning, og kan sikre at virksomheten planlegges slik at de ikke risikerer et rettings- eller stansingsvedtak etter oppstart. Kravet om forholdsmessighet ved pålegg om helsekonsekvensvurderinger videreføres.

#### **14.5.6 Opplysningsplikt § 12**

Bestemmelsen er en videreføring og oppdatering 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.

#### **14.5.7 Granskning § 13**

Bestemmelsen er en videreføring og oppdatering av kommunehelsetjenesteloven § 4a-7.

#### **14.5.8 Retting § 14**

Rettingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4a-8 er den viktigste virkemiddelbestemmelsen i miljørettet helsevern regelverket. Det er av denne det fremgår indirekte at virksomheter og eiendommer skal drive helsemessig tilfredsstillende. Det er knyttet en bred

praksis til innholdet i vilkårene i rettingsbestemmelsen, særlig forvaltningspraksis, men også en del rettspraksis. Departementet mener gjeldende rett må videreføres, og at den overordnede formuleringen av vilkårene beholdes.

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”*, og det må være forholdsmessighet mellom den helsegevinst som oppnås og vedtakets øvrige konsekvenser. Vilkåret om forholdsmessighet følger ikke direkte av loven, men har vokst fram gjennom praksis og teori, og ble i 2003 kodifisert i forskrift om miljørettet helsevern § 6. Det bør etter departementets vurdering komme frem i lovteksten i det nye lovforslaget. Det foreslås derfor å ta inn at *”retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes”*.

#### **14.5.9 Tvangsmulkt § 15**

Tvangsmulkt kan etter kommunehelsetjenesteloven § 4a-9 ilegges dersom rettingsvedtak ikke blir fulgt. Tvangsmulkt er kun knyttet til rettingsvedtak, ikke de øvrige virkemidlene. Det er gitt en egen forskrift om tvangsmulkt.

#### **14.5.10 Stansing § 16**

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-10. Stansing er det mest inngripende virkemiddelet i miljørettet helsevern regelverket. Vilkåret for å pålegge stansing er at det foreligger *”overhengende fare for helseskade”*.

#### **14.5.11 Overtredelsesgebyr og straff §§ 17 og 18**

Det foreslås at straffebestemmelsen i dagens kommunehelsetjenestelov § 4a-11 videreføres i ny folkehelselov § 18.

For å sikre etterlevelse av regelverket er det viktig å ha mulighet for å iverksette sanksjoner (reaksjon med et pønalt formål) i tillegg til forvaltningstiltak som har som formål å sørge for å rette opp en rettstridig situasjon, slik som retting og stansing av virksomhet samt tvangsmulkt. For brudd på regelverket i form av engangshendelser, for eksempel ulovlig støy i forbindelse med et arrangement, vil ikke alltid disse forvaltningstiltakene alene ha noen stor preventiv effekt. I dag kan brudd på bestemmelsene om miljørettet helsevern straffesanksjoneres, men det er ingen bestemmelser om administrative sanksjoner.

Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse om overtredelsesgebyr i loven, jf. lovforslaget § 17. Dette er en sanksjon som i mange tilfeller vil være mer hensiktsmessig enn straffeforfølgning. Det kan være riktig å påføre lovovertrедeren et onde, men det er ikke alltid at et slikt brudd bør være kriminalisert. Overtredelsesgebyr er også mindre tungvint å få gjennomført og forutsetter ikke påtalemyndighetens og domstolens medvirkning. Behovet for å kunne ilegge et administrativt gebyr så man for eksempel i februar 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. Siden forskriften kun var hjemlet i kommunehelsetjenesteloven hadde man ikke et effektivt sanksjonsmiddel ved brudd på kjøreforbudet.

Departementet foreslår at det i loven § 18 første ledd fastsettes at departementet i forskrift kan fastsette bestemmelser om overtredelsesgebyr ved brudd på bestemmelsene om miljørettet helsevern i kapittel 3 eller forskrifter i medhold av loven. Da svært ulike aktiviteter og virksomheter omfattes av bestemmelsene om miljørettet helsevern, finner departementet det mest hensiktsmessig at det i forskrift fastsettes nærmere hvilke overtredelser som kan ilegges overtredelsesgebyr, jf. forslaget § 18 annet ledd. Det må vurderes nærmere hvilke forhold som er egnet for å kunne ilegges gebyr. En slik sanksjon bør kun benyttes når det etter et forholdsmessighetsprinsipp anses som en riktig reaksjon.

Når det gjelder utmåling av gebyret samt bestemmelser om klage på vedtak om overtredelsesgebyr og betaling av gebyret, foreslår departementet at det også forskriftsreguleres, men det foreslås at det i loven angis noen kriterier for hvordan størrelsen på overtredelsesgebyret skal fastsettes i forskrift.

Når det gjelder hvem som skal ha kompetanse til å pålegge gebyr, vil det som regel være mest naturlig at dette er kommunen, som også har vedtaksmyndighet i de øvrige reaksjonsbestemmelsene i loven. I visse tilfeller kan det også være hensiktsmessig at andre offentlige myndigheter gis myndigheten, for eksempel politiet ved kontroll av biler under et kjøreforbud. Det foreslås at departementet kan fastsette i forskrift hvem som skal ha myndighet til å pålegge overtredelsesgebyr. Hvem som skal ha myndighet til å ilegge overtredelsesgebyr, må vurderes ut i fra hvilken type overtredelse det vil være aktuelt gi et gebyr for.

Departementet mener at det er et behov for tilsvarende mulighet ved sanksjoner som pålegges av forvaltningen overfor foretak. Dette foreslås derfor presisert i lovteksten sammen med en henvisning til straffeloven §§ 48a og 48b.

#### **14.5.12 Klage § 20**

Fylkesmannen er klageinstans etter kommunehelsetjenesteloven § 4a-12, og foreslås videreført i ny folkehelselov.

## **15 Beredskap**

### **15.1 Bakgrunn og generelt om beredskapsarbeid**

#### Generelt om ansvarsforhold for samfunnssikkerhet og beredskap

De overordnede prinsippene om sektoransvar, nærhet og likhet 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.

#### Generelt om beredskap ved akutt olje- og kjemikalieforurensning:

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 forurensningsmyndigheter. Lokalt koordinerer politiet nødetatenes operative håndtering av den akutte situasjonen på skadested. Kommunen har ansvar for å håndtere situasjonen lokalt.

Statlige forurensningsmyndigheter 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 olje- og kjemikalieforurensning etter forurensningsloven. 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 forurensningsdirektoratet har ansvar for og myndighet til å stille krav til privat og kommunal beredskap mot akutt forurensning, samt føre tilsyn med denne beredskapen.

#### Generelt om helseberedskap

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 integrert i kommunehelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester, lov om spesialisthelsetjenester, smittevernloven, matloven, strålevernloven og dels fastsatt i en overordnet beredskapslov; lov om helsemessig og sosial beredskap.

## **15.2 Gjeldende rett**

### **15.2.1 Helselovgivningen**

#### 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 omtales nærmere i høringsnotatet kapittel 14.

Kommunens ansvar for å ha oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer jf. § 1-4 omfatter også oversikt over risikofold. 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 opptreden
- 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.

For virksomheter og eiendommer, jf. kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og forskrift om miljørettet helsevern § 7 gjelder at:

”Virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe.

Med helsemessig ulempe menes forhold som etter en helsefaglig vurdering kan påvirke helsen negativt og som ikke er helt uvesentlig.

Når det er grunn til å anta at planlagte eller eksisterende virksomheter og eiendommer kan medføre fare for helseskade eller helsemessig ulempe, skal den ansvarlige for virksomheten utføre de beskyttelsestiltak og ta de forholdsregler som ellers er nødvendige for å forebygge, hindre eller motvirke at slik virkning oppstår”.

Krav til beskyttelsestiltak og forholdsregler omfatter også at virksomhetene må vurdere beredskapstiltak, jf. forebygge at uønskede hendelser oppstår, samt planlegge for håndtering av slike hendelser dersom de oppstår.

#### Lov om helsemessig og sosial beredskap

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 miljørettet helsevern vil hva som kan defineres som beredskap, og dermed omfattes av lov om helsemessig og sosial beredskap, og 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.

Når det gjelder en del biologiske forhold er dette også regulert i smittevernloven, og for stråling er dette også regulert i strålevernloven. For forurensning, inkludert akutt forurensning, gjelder forurensningsloven. Forurensningsloven skal sikre en forsvarlig miljøkvalitet, slik at forurensning og avfall ikke fører til helseskade, går ut over trivsel eller skader naturens evne til produksjon og selvfornyelse.

Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter, og forvaltningen av dette regelverket.

#### Beredskap etter 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 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.

#### Beredskap etter 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 sammensatt av følgende sentrale myndigheter: Statens strålevern, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvarsdepartementet, Politidirektoratet, Helsedirektoratet og Mattilsynet.

Statens strålevern er leder og sekretariat for Kriseutvalget. Sekretariatet varsler Kriseutvalgets leder, medlemmer, rådgivere og evt. informasjonsmedarbeidere fra andre etater, samt fylkesmenn, departementer og andre aktuelle myndigheter eller virksomheter. Kriseutvalget for atomberedskap er opprettet for å oppnå en koordinert, effektiv og hurtig håndtering av akutfasen 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 vil i akutfasen 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. Lokalt koordinerer politiet nødetatenes operative håndtering av situasjonen på skadested. Statens strålevern har ekspertise og utstyr til å kunne bistå i håndteringen av slike situasjoner.

Fylkesmannen er i atomsammenheng Kriseutvalgets regionale ledd. Fylkesmannen skal gjennom tilrettelegging og veiledning medvirke til at regionale og lokale etater etablerer nødvendige planer som del av samordnet planverk. Ved en atomhendelse skal Fylkesmannen sørge for koordinering og bidra til iverksettelse av samordnede tiltak regionalt og lokalt. Dette gjelder både beskyttelsestiltak og formidling av informasjon til presse og publikum. Fylkesmannen vil sørge for informasjon fra Kriseutvalget til kommunene og samle lokal informasjon for rapportering til sentrale myndigheter.

Ved atomhendelser som involverer liv og helse, har Hovedredningsentralene (HRS)/Lokal redningsentral (LRS) ansvaret for redningsaksjonen - akutt livredning. Dersom hendelsen også har langsiktige konsekvenser for befolkningen i et område (ikke akutt livredning), vil tiltak rettet mot befolkningen være Kriseutvalgets ansvar.

Departementene har i samsvar med sektorprinsippet ansvaret for at beredskapen innen egen sektor er tilfredsstillende og koordinert med øvrige sektorer.

### **15.2.2 Den øvrige beredskapslovgivning**

Beredskap etter 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

#### **§ 4-3 Samfunnssikkerhet og risiko- og sårbarhetsanalyse**

”Ved utarbeidelse av planer for utbygging skal planmyndigheten påse at risiko- og sårbarhetsanalyse gjennomføres for planområdet, eller selv foreta slik analyse. Analysen skal vise alle risiko- og sårbarhetsforhold som har betydning for om arealet er egnet til utbyggingsformål, og eventuelle endringer i slike forhold som følge av planlagt utbygging. Område med fare, risiko eller sårbarhet avmerkes i planen som hensynssone, jf. §§ 11-8 og 12-6. Planmyndigheten skal i arealplaner vedta slike bestemmelser om utbyggingen i sonen, herunder forbud, som er nødvendig for å avverge skade og tap.”

#### **§ 11-8 Hensynssoner**

”Kommuneplanens arealdel skal i nødvendig utstrekning vise hensyn og restriksjoner som har betydning for bruken av areal. Hensyn og forhold som inngår i andre ledd bokstav a til f, skal markeres i arealdelen som hensynssoner med tilhørende retningslinjer og bestemmelser. Det kan angis flere soner for samme areal.”

I lovkommentarer til plandelen av ny plan- og bygningslov (Miljøverndepartementet 1. juli 2009) står det:

”Skal risiko- og sårbarhetsanalyser få praktisk betydning, må resultatene i nødvendig utstrekning komme til uttrykk i planene. Når det knytter seg fare, risiko eller sårbarhet til visse arealer, eller bestemt bruk av arealer, skal dette markeres i kommuneplanens arealdel som hensynssone med slike bestemmelser, herunder forbud, som er nødvendig for å avverge skade og tap. Ros-analyser etter § 4-3 knytter seg til areal-/utbyggingsplaner.

Men sikkerhets- og risikospørsmål skal også vurderes i andre typer planer, jf. § 3-1. Det arbeides nå også med ny beredskapslov med krav om kommunedelplan for kommunal beredskap”.

Lov 17. juli 1953 nr. 9 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret inneholder i §§ 15 a til c bestemmelser om kommunal beredskapsplikt, blant annet at kommunen plikter å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Resultatet av arbeidet skal vurderes og sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal legges til grunn for kommunens arbeid med samfunnsikkerhet og beredskap, herunder ved utarbeiding av planer etter plan- og bygningsloven. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal oppdateres i takt med revisjon av kommunedelplaner og for øvrig ved endringer i risiko- og sårbarhetsbildet. Med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalysen etter skal kommunen utarbeide en beredskapsplan som skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde en plan for kommunens kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media. Beredskapsplanen skal være oppdatert og revideres minimum én gang per år. Kommunen skal sørge for at planen øves jevnlig.

Lov om kommunal beredskapsplikt fra 1953 erstattes fra 1. januar 2011 av lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven). 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. Den private beredskapen skal være dimensjonert for å håndtere akutte hendelser som skyldes egen virksomhet. Som en del av utslippstillatelsen etter forurensningsloven kan forurensningsmyndigheten slik som Klima- og forurensningsdirektoratet eller fylkesmannen stille særskilte beredskapskrav til en rekke virksomheter.

Kommuner skal sørge for nødvendig beredskap mot mindre tilfeller av akutt forurensning som kan inntreffe 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 34 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, på bakgrunn av dette er det utarbeidet en 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. 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. Brannvesen/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 Hovedredningscentralen eller nærmeste kystradio som første instans. Kystverkets Beredskapsavdeling viderevarsler meldinger om akutt forurensning til andre myndigheter og etater avhengig av hendelsen omfang.

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 tilsiktede hendelser. Loven gjelder alminnelige plikter til å forebygge brann og eksplosjon samt sentral og lokal organisering og gjennomføring av brann- og eksplosjonsvernsarbeidet. 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 beredskapsplikter for virksomheter som håndterer farlig stoff, utgjør en særskilt brann- eller eksplosjonsrisiko, eller transporterer farlig gods på veg eler 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 av 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. Forskriften inneholder blant annet bestemmelser om beredskapsplaner hjemlet i brann- og eksplosjonsvernloven, lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret, produktkontrollloven, forurensningsloven og arbeidsmiljøloven. Forskriften inneholder videre bestemmelser om opplysninger som virksomheten skal fremlegge etter storulykker. Virksomheten skal så snart som praktisk mulig etter at en storulykke har inntruffet, underrette tilsynsmyndighetene etter forskriften<sup>39</sup> Underretningen skal skje i overensstemmelse med de varslingsrutiner som de enkelte tilsynsmyndigheter har etablert om storulykker og ved hjelp av de best egnede midler.

Virksomheten skal deretter snarest mulig gi melding til tilsynsmyndighetene om omstendighetene ved ulykken, involverte farlige kjemikalier og opplysninger som foreligger for vurdering av ulykkens konsekvenser på mennesker, miljø og materielle verdier, samt nødtiltak som er truffet, m.m. Virksomheten skal snarest mulig etter en storulykke utarbeide en rapport til tilsynsmyndighetene som beskriver hvilke tiltak som iverksettes for å redusere konsekvensene av ulykken på mellomlang og lang sikt, tiltak for å unngå at en slik ulykke oppstår igjen, og revurdering av sikkerhetstiltakene. Virksomheten plikter videre å ajourføre opplysninger som er fremlagt, dersom videre undersøkelser avdekker tilleggselementer som endrer disse opplysningene eller konklusjonene som er trukket på grunnlag av dem.

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 tilsiktede 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.

<sup>39</sup> Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Direktoratet for arbeidstilsynet, Statens forurensningstilsyn, Petroleumsstilsynet og Næringslivets sikkerhetsorganisasjon fører tilsyn med etterlevelsen av denne forskrift, og kan fatte nødvendige vedtak og fastsette vilkår for å gjennomføre forskriften innen sine respektive tilsynsområder. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap forestår den praktiske koordineringen av tilsynet med forskriften.

## 15.3 Departementets vurdering og forslag

### 15.3.1 Generelt om beredskap etter forslag til lov om folkehelsearbeid

Etter departementets 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. Dette dreier seg 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, helseovervåkning mv. Dette er forhold som ikke ivaretas tilstrekkelig gjennom forurensningsloven hvor formålet primært er beskyttelse av det ytre miljø, eller helseberedskapsloven som er en overordnet beredskapslov som har til formål og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester i kriser og katastrofer i fredstid og i krig.

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 storulykkesforskriften. Den delen av kommunen med ansvar for folkehelse 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, jf., over blant annet om hensynssoner, risiko- og sårbarhetsanalyser mv.

Erfaringen fra hendelser, jf. blant annet som påpekt i beredskapsetatenes evaluering etter Vest Tank ulykken i 2007, er at det behov for å styrke utviklingen av beredskapsplaner og systemer for kjemikaliehendelser innenfor rammen i arbeidet med miljørettet helsevern. Dette foreslås å følges opp i forbindelse med ny lov om folkehelsearbeid.

Det er en nær sammenheng mellom beredskap for å beskytte befolkningens helse, jf. folkehelseloven, og beredskap knyttet til behandling ved sykdom og skade ved ekstraordinære hendelser, jf. forslag til helse- og omsorgslov. Personell i helsetjenesten er også viktig forhold til folkehelseoppgavene. For å sikre at dette sees i sammenheng foreslår departementet at lov om helsemessig- og sosial beredskap omfatter deler av folkehelseloven. Dette gjelder foruten oppgavene knyttet til miljørettet helsevern etter kapittel 3 også skal de beredskapsmessige elementene i kapittel 2. Dette vil i praksis være en videreføring av gjeldende rett, men ved at kommunehelsetjenesteloven oppheves vil dette kreve en endring i lov om helsemessig- og sosial beredskap. Både kommunens helsetjenester, jf. forslag til ny helse- og omsorgslov, samt kommunens oppgaver etter denne loven vil dermed være omfattet. Det vises til forslag til endringer i lov om helsemessig og sosial beredskap.

### **15.3.2 Beredskapsplan**

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 § 9. 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 høringsnotatet kapittel 14.

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 for eksempel 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. 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 fylkesmannen, Folkehelseinstituttet, Helseforetak og eller Helsedirektoratet til å håndtere ekstraordinære situasjoner ved farer for liv og helse.

Kommunens ansvar for beredskapsplanlegging i loven må også sees i sammenheng med oppgavene etter kapittel 2. I kommunens vurdering av sine helseutfordringer, jf. forslag til § 5 i ny lov, 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 § 6 om tiltak for å møte helseutfordringer også måtte vurdere beredskap knyttet til risiko for ekstraordinære hendelser med betydning for folkehelsen. Forslaget om planplikt foreslås imidlertid ikke å omfatte kapittel 2. Bakgrunnen for dette er at det er innen miljørettet helsevern er mest kritisk i forhold til beredskapsplanlegging, og at en større beredskapsplanplikt kan utvanne innholdet av plikten.

### **15.3.3 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 erfaring etter Vest-Tank ulykken som omtalt over.

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. Ved kjemikaliehendelser 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. 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

opp hopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid. Meldeplikten foreslås regulert i lovforslaget § 29.

Det 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, 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.

#### **15.3.4 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 bli understøttet av kompetanse, systemer, råd og veiledning fra nasjonale spesialistmiljøer.

For å kunne avklare hendelsenes 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 kaskontrollundersøkelser 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. FHI bør lede og administrere utbruddsgruppen sammen med representanter for Helsedirektoratet og Mattilsynet. FHIs bistandsplikt foreslås regulert i lovforslaget § 24 fjerde ledd.

Folkehelseinstituttet bør også vurderes få en klarere rolle i forhold til å vurdere helsemessige forhold knyttet til forurensning generelt, herunder oljevernberedskapen, aksjonsutvalg ved omfattende ulykker, for eksempel ved å inngå i rådgivende beredskapsgruppe under ledelse av Kystverket.

#### **15.3.5 Forskriftshjemmel**

Departementet foreslår på bakgrunn av vurderingen over at det i loven § 29 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 kjemikalieeksponering. Videre foreslås en forskriftshjemmel til å regulere Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Fylkesmannen ansvar og oppgaver i et folkehelseperspektiv 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.

## 16 Internasjonalt helsereglement (IHR)

### 16.1 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.

Det nye 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 handlefrihet 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 helsesikkerhet.

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.



## 16.2 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 håndtering av smittsomme sykdommer blir benyttet så snart hendelsens årsak er nærmere kartlagt.

### 16.2.1 Hovedinnholdet i IHR-forskriften og gjennomføring av IHR på smittevernområdet

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 folkehelseisiko 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 henvendelser 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 for øvrig 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 internasjonale folkehelse.

Det internasjonale helsereglementet og IHR-forskriften omfatter hendelser hvor årsaken er 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 naturlig prosess. Den smittevernmessige siden vil i praksis ha stor betydning for virkeområdet, og smittevernloven vil således være et viktig gjennomføringsregelverk.

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 fastsetter 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 kjernekapasitet 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 hygiesertifikat som følge av foretatt kontroll. Nasjonalt folkehelseinstituttet 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.

### **16.2.2 Øvrig regelverk - spesielt strålevern- og kjemikalieberedskap**

Internasjonalt helsereglement er ikke gjennomført i norsk rett på atom/strålevern- og kjemikalieberedskapsområdene, kun på smittevernområdet, jf IHR-forskriftens formål om å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom. For å gjennomføre reglementet fullt ut kreves det tydeligere hjemler i lovverket.

Departementet legger til grunn at eksisterende ansvars og myndighetsstrukturer for håndtering av atom/stråling- (A), biologiske- (B) og kjemiske (C) hendelser blir benyttet også når det oppstår hendelser av betydning for internasjonal folkehelse.

#### Lov om helsemessig og sosial beredskap

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. I henhold til § 2-3 plikter 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.

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.

#### 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 m.v. 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.

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 atomsubstans 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 andre ledd gir departementet en rekke fullmakter i akutfasen 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 m.v. 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, delegerer 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 varsling 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.

#### Særlig om forurensningsområdet

Det er gjort rede for bestemmelser om beredskap på kjemikalieområdet spesielt i kapittel 15 i dette høringsnotatet 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 varsling av 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 m.v.

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 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 varsling av 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. Brannvesen/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 hendelsen omfang.

### **16.3 Forslag til hjemmel for å gjennomføre IHR i norsk rett**

Internasjonalt helsereglement omfatter hendelser hvor årsaken er kjent eller ukjent, men kun dersom hendelsen er av en slik karakter at den kan anses å være en "alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse". Det kan for eksempel dreie seg om spredning av radioaktiv stråling, kjemikalier eller smittestoffer som resultat av en ulykke, en villet handling, eller en naturlig 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(...)*".

Departementet mener 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 også på disse områdene, 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 nasjonalt mellom ansvarlige myndigheter på A og C områdene og til Norges utpekte

nasjonale IHR-kontaktpunkt<sup>40</sup>, 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 helsereglementet. Erfaringene fra influensapandemien viser blant annet at også på smittevernområdet vil eksisterende regelverk ikke 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 meldings- og varslingssystemer og midlertidige og stående tiltak som kan ivareta IHR skal benyttes på områder der slike er etablert.

Departementet viser videre til lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-1 som 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 varslinglinjer på samme måte som for B-hendelser.

Departementet foreslår at det i ny folkehelselov gis hjemmel for i forskrift å gi nærmere bestemmelser for å gjennomføre IHR i forskrift. Forslaget til ny folkehelselov retter seg mot alle typer miljøfaktorer, mens strålevern- og smittevernloven er begrenset til å omhandle en miljøfaktor. Et alternativ kan være lov om helsemessig og sosial beredskap.

Departementet vil komme tilbake til nærmere gjennomføring av reglementet gjennom høring av forskriftsendringer.

### **16.3.1 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 folkehelsrisiko 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.

---

<sup>40</sup> Nasjonalt folkehelseinstitutt, jf. IHR-forskriften § 3.

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 folkehelseloven gis en bestemmelse om etablering av IHR-register, jf. lovforslaget § 30 andre 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 avidentifisert (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 varsling for å kunne overvåke sykdomsutvikling. Et IHR-register vil da ha hjemmelsgrunnlag i egen lov (folkehelseloven) 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-register vil være et beredskapsregister 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 et IHR-register skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven, hvilket forutsetter at det fastsettes 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 offentlige tjenestemenn og private 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, næringsmiddelkontroll og veterinærvesen. 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.

### **16.3.2 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. 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 særlig når det gjelder kjemikalieberedskapen fragmenterte. Departementet foreslår derfor at det gis en hjemmel for i forskrift å gi nærmere bestemmelser om iverksetting av tiltak.

## **16.4 Forslag til endring i smittevernloven**

### **16.4.1 Bakgrunn**

Under utbruddet av influensa A (H1N1) oppsto behov for å kartlegge nærmere de sykdomstilfellene som ble behandlet ved intensivavdeling i spesialisthelsetjenesten og i situasjoner 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.

### **16.4.2 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 personverndirektiv 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.”*

### **16.4.3 Departementets vurdering og forslag**

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 behandlingssinformasjon mellom de ulike behandlingstilstander. Slik behandlingssinformasjon 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 i settes i gang raskt, men hvor vurderinger i forhold til for eksempel tekniske løsninger, informasjonssikkerhet og personvern er gjort på forhånd.

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 m.v. ivaretas. 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 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.<sup>41</sup> 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.

## 17 Behov for helsefaglig kompetanse i kommunene

### 17.1 Innledning

Det finnes ikke en samlet oversikt over hvilke type kompetanse personell som arbeider med folkehelse i kommunene har i dag. For den delen som omfatter miljørettet helsevern har Helsedirektoratet 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 helsevern ingeniører.

I de små kommunene er det først og fremst kommunelegene og helsesøstrene som utøver miljørettet helsevern tjenesten. I store kommuner er det i større grad teknisk hygienisk personell som dekker miljørettet helsevern oppgavene. 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 at miljørettet helsevern personell utfører saksforberedelser mv.

Oversikt over personell som er ansatt i kommunen og som arbeider med miljørettet helseverntjenesten (Helsedirektoratets 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	0,47	0,21	0,20	0,094	0,035	

<sup>41</sup> jf. lovendringer fremmet ved Ot.prp. nr. 26 (2001-2002)

tjenesten						
Antall årsverk i landet	82	142	167	142	57	590 årsverk

Ressursbruken i kommunene i antall årsverk pr. 1000 innbyggere er vist i tabellen. Gjennomgående avtar ressursbruken per innbygger med økende kommunestørrelse. Ut fra denne oversikten er samlet ressursbruk innen miljørettet helsevern anslått til å være nesten 600 årsverk.

Samlet rapportering angir en forsiktig 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 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, ernæring, mv. 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 folkehelsearbeidet, for eksempel fysioterapeuter, helsesøstre, treningsfysiologer og ruskonsulenter.

## 17.2 Gjeldende rett

Kommunehelsetjenesteloven § 3-5 pålegger kommuner å ansette en eller flere kommuneleger. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen, jf. bestemmelsens andre ledd. Av bestemmelsens første ledd fremgår at kommunelegen skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelegen plikter på anmodning også å delta i lokal redningsentral.

Det er et krav at kommunelegens tilrådning og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern (kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a), smittevern og helsemessig beredskap, jf. bestemmelsens tredje ledd. Etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 skal kommunelegen også videresende mottatte dødsmeldinger fra leger i kommunen til Dødsårsaksregisteret, jf. helsepersonelloven § 36 andre ledd.

Kommunelegen er også tillagt en rekke oppgaver i flere lover og forskrifter, blant annet smittevernloven, helseregisterloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, sosialtjenesteloven og atomenergiloven.

Da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 ble de tidligere distriktslegene, som var statlige stillinger, overført til kommunale stillinger. I Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) sies det blant annet at de offentlige legers oppgaver må føres videre i fremtidens distriktshelsetjeneste ved at kommunene fortsatt må ansette leger som blant annet har ansvar for forebyggende helsearbeid. Videre skulle distriktslegens rolle som kommunens rådgiver og konsulent i helsespørsmål videreføres. Fram til

1994 hadde kommunelegen medisinsk-faglig ansvar for helsetjenesten, men begrepet ansvar skapte en del uklarheter blant annet i forhold til juridisk ansvar for helsetjenesten. Kommunelegens rolle ble gjennom Ot.prp. nr. 60 (1993-1994) endret til "medisinsk-faglig rådgiver", og oppgavene ble nærmere presisert i proposisjonen (side 20-23).

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 3-5 at kommunelegen(-e) må være ansatt i kommunen. Det innebærer for eksempel at to små nabokommuner med lavt innbyggertall ikke kan samarbeide om å ha en kommunelege "på deling" og at vedkommende har sitt ansettelsesforhold i den ene kommunen. Kommunelegen må i stedet være ansatt 50/50 i hver av kommunene.

Opprinnelig var det flere bestemmelser om kompetansekrav i loven. Tidligere hadde den også en bestemmelse som innebar et krav om at kommunen skal ansette personell med nødvendige kvalifikasjoner til å arbeide i helsetjenesten. Bestemmelsen var generell og gjaldt alle områder innenfor helsetjenesten. Den ble opphevet 1. januar 2003 da det ble ansett å være unødvendig. Ansvaret ble ansett for å følge av arbeidsgiveransvaret og bestemmelsen ble opphevet som en del av forenklingen av regelverket overfor kommunesektoren.

### **17.3 Departementets vurderinger og forslag**

#### **17.3.1 Generelt om behovet for folkehelsekompetanse i kommunene**

Flere av bestemmelsene i lovforlagets kapittel 2 og 3 forutsetter at det foreligger ulike typer kompetanse for å utføre oppgavene. Med henblikk på folkehelsearbeidets tverrfaglige innretning, vil det være rom og behov for personell med ulik kompetanse. For mange kommuner vil hovedutfordringen være å tilrettelegge en organisering som sikrer medvirkning fra flere aktuelle enheter/avdelinger og sektorer, og tilføre disse tilstrekkelige ressurser.

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 helselovgivning
- Organisering av tjenestetilbud, samhandling mellom nivåene

Kommunenes aktivitet i forhold til disse temaene varierer i stor grad, avhengig av blant annet kommunestørrelse, de faktiske utfordringene og behovene i kommunene, politiske prioriteringer, organisering av arbeidet internt i kommunen og i samarbeid med andre kommuner/fylkeskommunen, kompetanse og kapasitet. Temaene representerer et bredt spekter av såvel tradisjonelle som nye fagområder. Ikke minst vil oppgavene her innebære utstrakt bruk av nye virkemidler og strategier, herunder samhandling på tvers av etats- og sektorgrenser.

Flere undersøkelser har avdekket at helsetjenesten i stor grad har vært fraværende i "plan- og samarbeidsorganer". Helse direktoratet har iverksatt virkemidlene Helse i plan og Partnerskap for folkehelse for å styrke helsetjenestens rolle på disse områdene, og dermed også bidra til at kommunene i større grad ivaretar helseaspektet i sin areal- og samfunnsplanlegging. En bedre integrering av folkehelse i kommuneplanarbeidet forutsetter et tettere samarbeid mellom planleggere og (folke)helsearbeidere. Miljørettet helsevern har tradisjonelt vært og vil fortsatt være en sentral bidragsyter i kommunal planlegging jf. støy fra nye vegger, skytebanestøy, lokal luftforurensning etc.

For en del oppgaver vil det være mer kritisk med spesiell kompetanse, slik som hastevedtak etter miljørettet helsevern og beredskap. Fordi dette er oppgaver som er spesielt kritisk med hensyn til å ivareta liv og helse er det i dag spesielt kompetansekrav, knyttet til disse oppgavene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 om kommunelege. Videre har kommunelegen en del oppgaver etter annet regelverk som også er folkehelserettet som kan være kritisk, dette gjelder spesielt smittevernet. På bakgrunn av dette mener departementet at samfunnsmedisinsk kompetanse bør behandles særskilt.

### **17.3.2 Behov for samfunnsmedisinsk kompetanse**

Regjeringen har i St. meld 47 (2008-2009) kapittel 7.6.6. uttalt at "*samfunnsmedisinsk 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 er av stor betydning. Når det gjelder koordinering av helsetjenestene omtales dette i høringsnotatet til ny helse- og omsorgslov kapittel 15.

Som administrativ leder, også for kommunens folkehelsearbeid, vil det være rådmannens oppgave og ansvar å sørge for at kommunen har tilgang til nødvendig kompetanse (blant annet medisinsk- og annen helsefaglig kompetanse) for å løse disse oppgavene. I følge retningslinjene for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren må det foreligge tungtveiende nasjonale hensyn dersom staten skal styre kommunesektoren gjennom regler. Bestemmelser som stiller faglige kompetansekrav må begrunnes særskilt ut fra blant annet følgende hensyn:

- Rettssikkerhet, herunder sikring av minoriteters rettigheter.
- Samordnet og omstillingsorientert forvaltning.
- Liv, helse og sikkerhet.

Etter departementets syn er det for å sikre liv og helse samt også rettssikkerhet nødvendig å sette krav til samfunnsmedisinsk kompetanse. 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 ny folkehelselov kapittel 2. Det er viktig for å sikre at folkehelsearbeidet starter opp og gjennomføres med et godt faglig

utgangspunkt samt hensynet til et helhetlig og stabilt folkehelsearbeid i kommunene. Behov for samfunnsmedisinsk kompetanse er nærmere begrunnet under.

Ved siden av oppgavene etter forslag til ny folkehelselov og smittevernloven, vil det også kunne være aktuelt for kommunene ut fra lokale forhold å delegere ytterligere oppgaver til kommunelegen, blant annet etter helse og omsorgsloven. Det vises til høringsnotat med forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester kapittel 15. I det følgende omtales kun oppgavene som vil følge av forslaget til ny folkehelselov i tillegg til helsemessig beredskap og smittevernloven.

#### Myndighetsutøvelse etter regelverket for miljørettet helsevern

Lovforslagets kapittel 3 gir kommunene virkemidler ovenfor 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 for en miljørettet helsevern enhet som kan besitte annen kompetanse enn medisinsk. 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. 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). Dette foreslås videreført i forslaget til ny folkehelselov § 8. 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 legionellasykdom er eksempel på situasjon der kommunelegen kan og bør kreve stanset for eksempel kjøletårn.

#### Helsemessig beredskap

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 ulykker, for eksempel legionellautbruddet i Sarpsborg i 2005 og tankeeksplosjonen i Gulen i 2007. Enkelte kommuner har plassert et ansvar for å ta initiativ til katastrofeøvelser på kommunelegen.

#### Smittevern

Etter smittevernloven skal kommunelegen blant annet:

- utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
- ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Smittevernloven vil ikke erstattes av forslaget til ny folkehelselov. Folkehelseloven vil imidlertid være mer generell og også omfatte biologiske faktorer. Det er også en viss overlapp mellom smittevernloven og bestemmelsene innen miljørettet helsevern, for eksempel når det gjelder legionella, vektorkontroll mv.

Videre er det ikke et krav i smittevernloven i dag om at kommunen skal ansette en kommunelege, men loven forutsetter at kommunen har en kommunelege. På bakgrunn at folkehelseloven er mer generell vil det være mer naturlig at krav til å ha kommunelege forankres i folkehelseloven også med utgangspunkt i å ivareta oppgaver etter andre lover, for eksempel smittevernloven. Departementet foreslår også at kravet til å ha en kommunelege skal følge av helse- og omsorgsloven.

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.

#### Epidemiologisk oversikt

En sentral oppgave som er gitt kommunene etter lovforslaget er å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene og de forhold som påvirker dette. 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, se under. Samfunnsmedisinsk kompetanse slik som epidemiologi og kunnskap om årsakssammenhenger mellom påvirkningsfaktorer og helseutfall er en vesentlig del av helseovervåkingen.

#### Målrettede tiltak for å forebygge sykdom og fremme helse

Blant annet basert på den ovennevnte oversikten har kommunene et selvstendig ansvar å fastsette en politikk og iverksette tiltak med det formål å fremme helse og forebygge sykdom. Tiltak kan være kommunale strategier for å forebygge ulykker, jf. for eksempel trygge lokalsamfunn, bedre inneklima, tiltak for å forebygge radon i boliger samt ernæring, fremming av fysisk aktivitet mv. I mange kommuner er det annet personell 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 ovenfor.

#### Helsemessige vurderinger av tiltak i andre sektorer enn helsesektoren

Etter lovforslaget § 5 skal kommunen fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder 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 negativt helsemessig effekt slik som støyende eller forurensende virksomheter nær boligområder, skoler, lekeplasser mv. I slike saker er medisinskfaglig kompetanse ønskelig, og i noen tilfelle nødvendig for at helsemessige konsekvenser blir forsvarlig utredet og vektlagt.

#### **17.3.3 Nærmere om kommunelegestillingene**

Etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for. Forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling og en kan ikke se at det er behov for regler som avviker fra dette. Det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen de områder som er nevnt i § 28 ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer.

Det ligger heller ikke i forslaget 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 som nevnt 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 mulige 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 andre ledd legger derfor opp til at kommuner kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.



Departementet finner videre at lovens krav bør utformes som et krav om en stilling som skal ivareta samfunnsmedisinske oppgaver uten at det i den stilles nærmere krav til kompetansen hos den eller de som skal fylle stillingen, for eksempel i form av et krav om å være spesialister i samfunnsmedisin.

## **18 Samarbeid mellom kommuner**

### **18.1 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.

### **18.2 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 det er 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 2004 viste at det var store variasjoner mellom kommunene når det gjaldt i hvilken grad de i det hele tatt hadde en miljørettet helsevern tjeneste og om denne tjenesten er forsvarlig. I følge kartleggingen hadde de fleste større kommunene samt også mindre kommuner på Østlandet og Sør-Vestlandet stort sett en fungerende miljørettet helsevern tjeneste. 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 mindreressurser 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 samfunnsmessige 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). Mulighet for å pålegge kommunalt samarbeid kunne være aktuelt å se nærmere på i forbindelse med en senere gjennomgang av folkehelsefeltet.

### **18.3 Gjeldende rett**

#### **18.3.1 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. Omtalen av de ulike samarbeidsmodellene er i det vesentlige hentet fra Kommunal- og regionaldepartementets høringsnotat om samkommunemodellen.

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 samarbeid med eget styre etter kommuneloven § 27

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. Kommunal- og regionaldepartementet sendte 26. april 2010 ut et høringsnotat med forslag om en samkommunemodell. Samkommunemodellen vil dersom den vedtas også være aktuell samarbeidsform for samarbeid om myndighetsutøvende oppgaver.

### **18.3.2 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.”

### **18.3.3 Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27**

Etter kommuneloven § 27 kan kommuner og opprette et eget felles styre til løsning av felles oppgaver. 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 f.eks. bygging og drift av anlegg for strøm- eller vannforsyning, kloakk og renovasjon.

Samarbeid etter den rettslige rammen som kommuneloven § 27 gir, kan være et alternativ til en selskapsrettslig organisering som f.eks. interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper. Samarbeid etter kommuneloven § 27 er også blitt benyttet som organisasjonsmodell for mange regionsråd.

Styret er det øverste organet for samarbeidet og får delegert beslutningsmyndig. Kommunestyrene kan ikke instruere styret, men må styre gjennom sine representanter.

### **18.3.4 Interkommunalt selskap**

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. Loven setter imidlertid selv ingen begrensninger for hvilken type virksomhet som kan organiseres etter denne selskapsformen, såfremt ikke lovgivningen selv setter slike begrensninger.

Kun kommuner, fylkeskommuner og interkommunale selskaper kan være deltakere i interkommunale selskaper, jf. § 1. På samme måte som for interkommunale samarbeid med felles styre etter § 27 i kommuneloven, kan ikke staten, private eller aksjeselskaper være deltakere i interkommunale selskaper. Derimot kan et interkommunalt selskap være deltaker i et aksjeselskap. Lov om interkommunale selskaper er i per i dag den eneste selskapsformen for interkommunalt samarbeid hvor deltakerne har ubegrenset ansvar.

Det følger av IKS-loven § 4 at det er selskapsavtalen som er det rettslige grunnlaget for samarbeidet mellom kommunene. Kommunene utøver sin eierstyring gjennom representantskapet, jf. §§ 6 og 7. Representantskapet er det øverste organet i selskapet og skal ha minst en representant fra hver kommune, som velges av kommunestyrene selv. Det enkelte kommunestyre har instruksjonsrett overfor sine egne medlemmer i representantskapet.

### **18.3.5 Aksjeselskap**

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. Kommuner kan delta i aksjeselskap med andre kommuner, andre offentlige rettssubjekter eller private. Det kan også etableres aksjeselskap hvor kommunen er eneste aksjonær.

Det som er spesielt for aksjeselskapsformen, er at deltakerne (det vil si aksjeeierne) har et begrenset økonomisk ansvar for selskapets forpliktelser. Selskapets kreditorer kan bare rette sine krav mot selskapet, og aksjeeierne kan ikke gjøres ansvarlig for mer enn aksjeinnskuddet.

Aksjeselskap skal ha generalforsamling, styre og daglig leder. Generalforsamlingen er det øverste organet for aksjeselskapet, mens styret er underordnet generalforsamlingen og daglig leder underordnet styret. Styret og daglig leder utgjør den daglige ledelsen av aksjeselskapet. Det er således generalforsamlingen som er eiernes organ, og det er først og fremst gjennom vedtak i dette organet at deltakerkommunene kan utøve sin eierkompetanse.

### **18.3.6 Vertskommune**

Fra 1. januar 2007 ble det innført en generell hjemmel i kommuneloven §§ 28 a-k som åpner for samarbeid mellom kommuner om lovpålagte oppgaver.

Et av hovedsiktemålene med de nye bestemmelsene var å gjøre det forsvarlig å etablere interkommunalt samarbeid når det gjelder oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Bakgrunnen for innføringen av modellene var særlig det å gjøre det mulig for kommunene å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune hver for seg kan ha vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt.

Vertskommunesamarbeidet innebærer at beslutningsmyndighet blir delegert fra en eller flere kommuner til vertskommunen. Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke overføres beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan kommunene opprette et administrativt kommunesamarbeid. De ulike deltakerkommunene kan delegere ulik kompetanse til vertskommunens administrasjon innenfor et slikt administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutningene treffes da av administrasjonen i vertskommunen.

Det kan også overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker. I så fall må kommunene inngå et vertskommunesamarbeid med en felles folkevalgt nemnd som treffer avgjørelser i slike saker. Øvrige saker kan delegeres til vertskommunens administrasjon. Hver av deltakerkommunene skal være representert med to eller flere representanter i nemnda. Der kommunene etablerer en felles folkevalgt nemnd som skal ta prinsipielle beslutninger, må alle deltakerkommunene delegerer samme myndighet til den felles politiske nemnda.

Vertskommunemodellen er en svært fleksibel modell. Et eksempel er dersom fire kommuner ønsker å samarbeide om fire ulike oppgaver, kan dette gjøres på ulike måter innen vertskommunemodellen. Et alternativ er å legge alle oppgavene inn i ett felles vertskommunesamarbeid med eller uten felles folkevalgt nemnd. Et annet alternativ er å etablere fire ulike vertskommunesamarbeid, hvor hver av deltakerkommunene er vertskommune for en av oppgavene det samarbeides om, og hvor hvert samarbeid eventuelt har sin egen nemnd. Politisk koordinering av oppgavene kan sikres ved å oppnevne de samme personene til alle fire nemndene.

For begge vertskommunemodellene er det lagt vekt på å ivareta rettssikkerheten gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll. Det er også lagt vekt på å sikre at den enkelte deltakerkommunes 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.

### **18.3.7 Forslag om ny 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.

Vertskommunemodellen er i likhet med samkommunemodellen 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 bredere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune. Modellen ivaretar i stor grad politisk styring, samordning og prioritering fra deltakerkommunene.

Samkommunemodellen bygger på avtale mellom deltakerkommunene. Samarbeidsavtalen skal ha et minstemål av innhold for å skape nødvendig avklaring mellom deltakerne i forhold til f.eks. 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 gjelde tilsvarende så langt de passer. Samkommunen skal ha et felles styringsorgan

(samkommunestyret) valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommune (minimum tre fra hver av kommunene). 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 er i høringsnotatet uttalt at det er lagt vekt på at modellen rendyrkes og at det må legges vekt på at den blir effektiv og styringsdyktig. Det er derfor foreslått at deltakerkommunene ikke skal ha noen form for instruksjons- eller omgjøringsrett på de lovområdene som de legger inn i samkommunesamarbeidet.

Det vises til Kommunal- og regionaldepartementets høringsnotat av 26. april 2010 for nærmere beskrivelse av forslaget til samarbeidsmodell.

## **18.4 Departementets vurdering**

### **18.4.1 Generelt om samarbeid mellom aktørene i folkehelsearbeidet**

Det er et formål 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 andre ledd. Dette gjelder spesielt bestemmelsene i §§ 5, 21 og 24 om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som må ses i sammenheng, og som har en felles forskriftshjemmel knyttet til seg.

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 andre ledd. Samarbeid mellom fylkeskommuner følger av tredje ledd i samme bestemmelse.

Statlige helsemyndigheters rolle overfor kommuner og fylkeskommuner er foreslått lovfestet i § 22 om fylkesmannen (gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid), § 23 Helsedirektoratet (understøtte kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner m.v. med informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet) og § 24 om Nasjonalt folkehelseinstitutt (gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter m.v.)

### **18.4.2 Samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver**

Som det framgår av høringsnotatet kapittel 14 om miljørettet helsevern og kapittel 17 om kompetanse, kan det være store fordeler med kommunesamarbeid. Slikt samarbeid er også utbredt, spesielt på miljørettet helsevern området. I rapporten om miljørettet helsevern (IS-1633) konkluderer Helsedirektoratet med at de ikke ønsker å gi kommunene anbefalinger om hvordan kommunene skal organisere sine helsetjenester, men at det er grunn til å synliggjøre og formidle de positive erfaringene som er gjort med interkommunale løsninger av miljørettet helsevern oppgaver.

Det er viktig å sikre at samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver er organisert på en forsvarlig måte. 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.

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 forslag til ny folkehelselov. 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 forslag til ny folkehelselov.

Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-6. I lovforslaget § 27 første ledd er det gjort 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. Ut i fra dagens erfaringer med at enkelte kommuner ikke har tilstrekkelig fokus og kompetanse på folkehelse og dermed heller ikke tar initiativ til hensiktsmessige samarbeidsordninger, bør det fortsatt være en åpning i loven for å pålegge samarbeid fra statlig hold. Departementet foreslår derfor en videreføring av dagens kommunehelsetjenestelov § 1-6 som gir departementet myndighet til å pålegge samarbeid dersom dette anses nødvendig 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.

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 samarbeidsformer, vises det til de mulighetene som ligger i dagens regelverk og forslag til ny samkommunemodell som har vært på høring sommer/høst 2010. Hvilke samarbeidsformer som kan anvendes, avhenger av om oppgavene det skal samarbeides om er myndighetspålagte oppgaver som innebærer bruk av offentlig myndighet eller om de er mer frivillige og rene driftsoppgaver.

#### **18.4.3 Særlig om etablerte samarbeidsformer innen miljørettet helsevern**

Miljørettet helsevern er en oppgave som gir kommunen myndighet til å fatte vedtak. I dag er det forutsatt 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 kommunehelsetjenesteloven § 4a-3. Som det framgår i kapittel 18.3.1, er dette ikke i tråd med det



alminnelige utgangspunktet for delegering av kommunal myndighet, da slik myndighet, av hensyn til innbyggernes rettsikkerhet og demokratisk kontroll, i utgangspunktet kun skal kunne delegeres til en vertskommune etter kommuneloven § 28a-k (ev. samkommune hvis den modellen lovfestes). Når § 4a-3 ble tatt inn i kommunehelsetjenesteloven, inneholdt lovverket ingen generell adgang til å samarbeide om lovpålagte oppgaver som i mindre eller større grad innebærer myndighetsutøvelse. Fra 2007 kom imidlertid vertskommunesamarbeidet inn i kommuneloven som en ordning for samarbeid om slike myndighetsoppgaver.

Departementet mener at myndighetsutøvelse etter folkehelseloven i utgangspunktet bør følge de alminnelige reglene for samarbeid om slike oppgaver etter kommuneloven, og foreslår at det i lovforslaget § 8 annet ledd presiseres at myndighet etter kapitlet om miljørettet helsevern kan delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven, dvs. etter dagens § 28a-k og eventuelt framtidig regelverk om samkommuner. Lovforslaget innebærer dermed at det ikke lenger som i dag vil være mulig å anvende styrever for kommuneloven § 27 og interkommunale selskaper som samarbeidsform for lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse.

Departementet kjenner til at det er opprettet interkommunale selskaper som i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 er tillagt myndighet på det miljørettede helsevern området. Dersom det alminnelige utgangspunktet for samarbeid om myndighetsoppgaver skal følges i den nye loven slik at interkommunale selskaper og styrever etter § 27 i kommuneloven ikke lenger skal kunne anvendes for utøvelse av myndighet, innebærer dette at etablerte samarbeidsordninger må endres. Dersom det foreligger særlige hensyn som gjør seg gjeldende på miljørettet helsevern området som innebærer at dagens ordning med mulighet for overlate myndighetsoppgaver med myndighetsutøvelse til interkommunale selskaper og styrever etter kommuneloven § 27, likevel bør videreføres i ny folkehelselov, ber departementet om tilbakemelding på dette.

Departementet legger til grunn at oppgavene som er tillagt kommunene etter kapittel 2 og kapittel 3 i forslaget til ny 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 om kommunene er det et viktig hensyn å sørge for at oppgaveløsningen ikke blir stykket opp på en lite hensiktsmessig måte.

## **19 Internkontroll og tilsyn**

I dette kapittel omtales krav om internkontroll og statlig tilsyn med kommunens folkehelsearbeid, herunder miljørettet helsevern. Kommunenes tilsyn med virksomheter (private og offentlige) er nærmere omtalt i kapittel 14 om miljørettet helsevern.

### **19.1 Gjeldende rett**

#### **19.1.1 Tilsyn**

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 liklydende:

”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.

### **19.1.2 Internkontroll**

Kommunen har etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 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 er det gitt nærmere bestemmelser om innholdet i internkontrollen og krav til dokumentasjon og rapportering. Dette vil da regulere kommunens og fylkeskommunens styring av sine tjenester etter de ovennevnte lover. 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:

- a. beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b. sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e. gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten
- f. skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g. utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h. foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Kommunens internkontroll med miljørettet helsevern innebærer 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.

Det er kommunens ledelse som er ansvarlig for at det føres internkontroll. Viktige elementer i internkontrollen er å kunne dokumentere blant annet hvem som har ansvar for å følge opp tilsyn med virksomheter etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a (lovforslaget kapittel 3), og at disse er gitt nødvendig forutsetninger for å kunne utføre denne oppgaven, herunder myndighet, kapasitet og kompetanse. Innenfor miljørettet helsevern er kommunen gitt i oppgave å føre tilsyn med blant annet kommunale virksomheter, spesielt gjelder dette etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. 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.

Kravet om internkontroll gjelder også for fylkeskommunenes oppgaver etter tannhelsetjenesteloven.

### **19.1.3 Kommuneloven kapittel 10 A**

Den 7. desember 2006 ble det vedtatt et nytt kapittel 10 A om statlig tilsyn i kommuneloven. Lovendringen trådte i kraft 1. mars 2007. Kommuneloven kapittel 10 A inneholder felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. Reglene har som mål å gjøre statens tilsyn med kommunen mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Etter disse

bestemmelsene er det forutsatt at det er Fylkesmannen som fører alt statlig tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller plikter pålagt i eller i medhold av lov der departementet er gitt myndighet til å føre tilsyn. Videre skal Fylkesmannen samordne praktiske sider og bruk av reaksjoner ved ulike statlige tilsyn rettet mot kommunen eller fylkeskommunen.

Virkeområdet for kommunelovens regler om tilsyn er avgrenset til å gjelde tilsyn med de genuine kommunale pliktene, de såkalte "kommunepliktene". Dette er plikter som bare er pålagt kommuner, og som er pålagt kommunene i deres egenskap av å være lokale, folkevalgte organer. Kommuneplikter kan også være formulert som en rett for kommunen til å drive myndighetsutøvelse, hvor kommunen (som eneste organ) er gitt myndighet til å fatte vedtak som er bindende for private parter. Reglene kommer ikke til anvendelse på tilsyn med kommunenes etterlevelse av regler som stiller krav til enhver som driver en aktivitet eller tilbyr en tjeneste, de såkalte aktørpliktene. Aktørplikter er plikter som stiller krav til enhver som driver en aktivitet eller tilbyr en tjeneste. Når en kommune driver slik aktivitet, for eksempel forurensende virksomhet eller opptrer som arbeidsgiver, opptrer de på lik linje som alle andre og er ikke gjenstand for særbehandling fra tilsynene, jf. Meld. St. 7 (2009-2010).

Denne avgrensningen gjelder likevel ikke fylkesmannens samordning av tilsyn i medhold av kommuneloven § 60 e. Denne bestemmelsen gjelder for alt statlig tilsyn rettet mot en kommune eller fylkeskommune, både kommuneplikter og aktørplikter.

Fylkesmannen har lang tradisjon som klage- og tilsynsinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene og fremstår i dag overfor både publikum og kommunene som den viktigste administrative rettssikkerhetsinstans for kommunale vedtak, og for rettsriktigheten av disse. Dette gjelder blant annet områder som følger av sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, barnehageloven, opplæringsloven og plan- og bygningsloven. Fylkesmannen er også i all hovedsak ansvarlig for lovlighetskontrollen med kommunale vedtak etter kommuneloven § 59.

## **19.2 Departementets vurderinger og forslag**

### **19.2.1 Vurdering av behovet for tilsyn**

Dette er en ubalanse i gjeldende regelverk som 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 ny folkehelselov følges dette opp blant annet ved tydeligere krav til kommunenes oversikter over helseutfordringene, at det er fastsatt mål for å møte disse utfordringene, og at det er iverksatt nødvendige tiltak for å nå målene, lovforslaget §§ 5 og 6.

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

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 og konsekvensen for lovbrudd.

#### Risikoen for manglende lovoppfyllelse

Det er flere forhold som medfører en risiko for at kommunene ikke følger opp kravene i loven. Dette er omtalt under kapittel 5.5. utfordringer i folkehelsearbeidet, men vesentlige punkter er gjentatt her.

Når det gjelder folkehelse er det lite samsvar mellom hvem som sitter med de viktigste virkemidlene i folkehelsearbeidet, dvs. kommunene, og hvem som høster gevinstene ved forebygging. I forhold til økonomi har kommunen mindre 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.

For enkelte områder innen folkehelsearbeid er de økonomiske insitamentene til å ivareta kommunenes lovpålagt 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. Kommunens tilsyn med kommunale virksomheter har blitt omtalt som ”bukk - havresekk problematikk”. For enkelte kommuner hvor godkjenning av skoler medfører investeringer i opprusting av skoler mv. vil krav til godkjenning fremstå som kostnad. En kartlegging i 2007 viste at kun 50 % av skolene var godkjente etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv 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. Men det anses ikke som hensiktsmessig på sikt å basere oppfølging av kommunens ansvar på denne type kartlegging. En slik kartlegging har også svakheter i forhold til en systemrevisjon at den ikke sikrer lite om kvaliteten i godkjenningen, jf. at miljøet i skoler faktisk oppfyller 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-nytte-effekten framstår.

Forholdet mellom effekt og tiltak er vanskeligere å dokumentere innen forebygging, ikke nødvendigvis fordi det har liten effekt, men fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er mer sammensatte. På nasjonalt nivå har vi god dokumentasjon om 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 i valgperioden og for eksempel fra media med sterkt individfokus når det gjelder behov for kurative tjenester. I folkehelsearbeid kan 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 for fremtiden og det å dekke umiddelbare behov. I det politiske presset som oppstår knyttet til de ulike interessene, vil det være vanskelig 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, jf. for eksempel nasjonal påvirkning til 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 folkehelseiltak med kommunale tiltak. Kommune og stat operer uavhengig av hverandre.

#### Konsekvenser av manglende lovoppfyllelse

En av begrunnelsene for folkehelsearbeid og helsefremmende/forebyggende arbeid er å spare enkeltmennesker fra sykdom og lidelse og å spare samfunnet for kostnader på sikt. Stortinget 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”.

Det antas at en bedre balanse mellom behandling og forebygging, 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 en lavere dødelighet og en mer funksjons- og arbeidsdyktig befolkning. Mange forebyggingstiltak 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. Forsvarlig smittevernarbeid, beredskapsarbeid og arbeid med miljørettet helsevern vil ha direkte betydning for i forhold liv, helse og sikkerhet. Forsvarlig hensyntaken til folkehelse i planlegging vil kunne ha betydning også i forhold til folks rettssikkerhet og minoriteters rettigheter.

Videre skal kommunene etter lovforslagets kapittel 3 fortsatt føre tilsyn med virksomheter som omfattes av miljørettet helsevern, for eksempel barnehager og skoler m.v. 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 dårlig inneluft som følge av mugg, radon mv. Som nevnt over viste en kartlegging foretatt 2010 at kun 68 % av skolene er godkjente, 11 år etter at de skulle vært godkjente. Dette har også betydning i forhold til rettsikkerhet, blant annet at barn med astma eller allergi ikke får det læringsmiljøet de etter regleverket har krav på, og vil ha vanskeligere med å følge undervisningen. Det vises også til redegjørelse under kapittel 14 om miljørettet helsevern.

Med bakgrunn i de risiko- og sårbarhetsvurderinger om omtalt som over samt de konkretiseringer av folkehelsearbeidet som lovutkastet representerer mener departementet at det fortsatt bør føres tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid.

### 19.2.2 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.»

Selv om det som nevnt ovenfor har vært problematisk å føre tilsyn etter en forsvarlighetsstandard med dagens lovverk anser departementet likevel at også tilsyn etter det foreliggende lovforslaget bør knyttes opp mot en forsvarlighetsstandard. Dette skyldes at innholdet av kommunens folkehelsearbeid gjennom lovforslaget grad konkretiseres i forhold til dagens bestemmelser. Forsvarlighetskravet på folkehelseområdet kan med disse konkretiseringene for eksempel knyttes opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller.

Normeringen av et forsvarlighetskrav må ta utgangspunkt i kommunens ressursituasjon i dag, men legge vekt på hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser jf. blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritering av tiltak over tid. Dette gjør at forholdet mellom folkehelse og helsetjenester i tilsynet er viktig. Forsvarlighetskravet er dermed knyttet opp mot at kommunen har kunnskap om helseutfordringene, at kommunen sitter med virkemidler som kan benyttes og at disse virkemidlene brukes effektivt.

Dersom kommunen ikke har nødvendig oversikt over sine helseutfordringer, jf. lovforslaget § 5 er dette utforsvarlig. Dette kan innebære at kommunen har vesentlige helseutfordringer som kommunen ikke er klar over, slik som høye ulykkestall innen bestemte områder eller grupper, vesentlig negativ utvikling i ungdomsrøyking mv.

Dersom kommunen har oversikt men ikke tatt stilling til hva dette innebærer av tiltak og prioritering er dette uforsvarlig, jf. § 6 første og andre ledd. I forhold til bestemmelsen om at kommunens

drøfting av kommunenes helseutfordringer antar Helse- og omsorgsdepartementet at det kan være naturlig at dette blir vurdert i forbindelse med fylkesmannens/helsetilsynet i fylket gjennomgang av forslag til planstrategi, samt også andre planer etter kommuneplanen som blir forelagt til uttalelse.

Dersom kommunen unnlater å følge opp tiltak og dette opplagt medfører vesentlig tap av liv i god helse, er dette utforsvarlig, jf. § 6 tredje ledd. Tilsvarende gjelder også for fylkeskommuner jf. forslag til §§ 20 og 21. Det er her likevel viktig å vurdere de rammer som kommunen og fylkeskommunen arbeider innenfor i forholdt til kapasitet. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Dette innebærer at i en vurdering av forsvarlighet må det også tas hensyn til at kommunen har prioritert tiltak over tid i forhold til kapasitet. Her vil også lokal skjønn og politiske prioriteringer veie tungt.

God dokumentasjon på hva som er effektive tiltak skjerper kravet til forsvarlighet. Et tiltak kan også være å underrette andre aktører som sitter med virkemidler, dersom kommunen/fylkeskommunen selv ikke har virkemidler.

Lovforslaget § 8 gir kommunen myndighet og oppgaver blant annet 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 dette ansvaret ivaretas på en forsvarlig måte, jf. også omtale over om konsekvenser ved lovbrudd. Mange av de aktuelle virksomhetene er kommunale. Dette betyr at det er et stor risiko knyttet både til lovbrudd og konsekvenser for lovbrudd knyttet til denne bestemmelsen.

På bakgrunn av dette foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at statens tilsyn med kommunene avgrenses til §§ 4, 5, 6 og 8, samt for fylkeskommunens §§ 20 og 21.

Tilsynet kan utøves både ved vurdering om helsemessige forhold er ivaretatt i planstrategier og planer, samt ved systemrevisjoner.

### **19.2.3 Hvem skal føre tilsynet**

Dagens tilsynsbestemmelser tar utgangspunkt i at oppgavene er definert som en helsetjeneste, jf. lov om tilsyn med helsetjenester. Ved at ansvaret for folkehelsearbeidet endres fra helsetjenesten i kommunen til kommunen som sådan, vil det ikke lenger være så selvfølgelig at tilsynet på folkehelseoppgavene er forankret i tilsynsloven og følger aksen Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket. Nedenfor drøftes noen momenter med hensyn til hvem som bør utføre tilsynet.

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 i dette høringsnotatet ingen endringer i ansvar for overordnet tilsyn, dvs. at Helsetilsynet fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn også med folkehelsearbeidet i landet og for å påse at kommunenes folkehelseoppgaver drives på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift.



Etter departementets vurdering vil dette sikre nødvendig uavhengighet i tilsynet i tillegg til en god styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen. Videre bør det fortsatt 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 og nasjonale mål og prioriteringer.

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er det oppe til vurdering hvilken tilsynsinstitusjon som skal velges på regionalt nivå, Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket. Behovet for helsefaglige vurderinger vil kunne ivaretas av begge disse alternativene. Helsetilsynet i fylket har siden 2003 vært en integrert del av fylkesmannsembetet. Alle tilsatte i det tidligere fylkeslegeembetet er i dag tilsatt i fylkesmannsembetet. I de fleste embetene er disse organisatorisk plassert i en sammenslått helse- og sosialavdeling (sammen med den tidligere sosialavdelingen hos Fylkesmannen).

Etter departementets vurdering bør valg av tilsynsinstitusjon etter ny folkehelselov ses i sammenheng med valg av tilsynsinstitusjon etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Med utgangspunkt i at Helsetilsynet i fylket blir tilsynsinstitusjon med helse- og omsorgsloven, jf. drøftelser av dette i høringsnotatet for denne loven, er argumenter for at tilsynsmyndigheten legges til Helsetilsynet i fylket:

- Folkehelsearbeidet er en del av nasjonal, regional og lokal helsepolitikk, og det er fortsatt vesentlig at folkehelse sees i sammenheng med helsetjenesten for øvrig, blant annet forebyggende helsetjenester. Helsetjenesten vil være den viktigste enkeltsektoren særlig når det gjelder helsefaglig kompetanse, helseovervåkning, epidemiologiske vurderinger, kompetanse til å vurdere helsemessige konsekvenser av tiltak, samt være en sentral pådriver for forebygging ved å gi råd, veiledning mv.
- Helse- og omsorgsloven og folkehelseloven springer ut fra samme lov og forstås i forhold til hverandre. Blant annet gjelder dette krav til oversikt over helseforhold, overlapp mellom forebyggende helsetjenester og folkehelseoppgaver, prioriteringer mellom kurative tjenester, vs. forebygging jf. blant annet at kommunen må vurdere tiltak i forhold til hva som gir flest leveår med god helse.
- Videre vil det fortsatt være i stor grad fortsatt helsepersonell som ivaretar folkehelseoppgaver, jf. helsestasjon og skolehelsetjeneste, kommunelege mv. Folkehelseloven er også foreslått omfattes av lov om sosial- og helsemessig beredskap. Spesielt i beredskapssituasjoner er koblingen opp mot helsetjenester og helsepersonell viktig.

Som argumenter for å velge Fylkesmannen som felles regional tilsynsinstitusjon kan nevnes følgende:

- Fylkesmannen er felles statlig tilsynsinstitusjon overfor kommunene etter kommuneloven kapittel 10 A. Fylkesmannen er i dag regional klage- og tilsynsmyndighet etter sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, opplæringsloven, barnevernloven, forurensingsloven, barnehageloven, havne- og farvannsloven, lov om kommunal beredskapsplikt, krisesenterlova, plan- og bygningsloven m.fl. Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren taler for tilsier at Fylkesmannen tilsynsinstitusjon etter folkehelseloven.

- Tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid berører andre sektorer enn helsetjenesten i kommunene. Fylkesmannen har allerede en rekke oppgaver knyttet til de øvrige sektorene i kommunen.
- Valg av Fylkesmannen som regional tilsynsinstans innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og innebærer en forenkling både for kommunene som møter én tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, sosial, opplæring, miljø eller annet, jf. over.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på hvem som bør være regional tilsynsmyndighet.

Nytten ved folkehelsearbeid samt kostnad ved tilsyn er nærmere omtalt i kapittel om økonomiske og administrative konsekvenser. Som nevnt over er det både høy risiko for lovbrudd og med stor konsekvens knyttet til bestemmelsene i forslag til ny folkehelselov. Dette gjør at nytten ved tilsyn er høy. Det forutsettes også at på helsetilsynet i fylket/fylkesmannen prioriterer sin innsats mot kommunene mellom tilsyn, råd og veiledning mv. ut i fra hva som anses som mest effektivt for å sikre mest mulig liv i god helse, samt påvirke til utjevning av sosiale helseforskjeller.

#### **19.2.4 Andre kontrollmekanismer enn statlig tilsyn**

Andre kontrollmekanismer enn statlig tilsyn kan være økt krav til rapportering fra kommune til stat, jf. KOSTRA, klagebehandling innen miljørettet helsevern, kommunenes egenkontroll etter kommunelovens § 23, politisk kontroll, interesseforeninger og andre pressgrupper, media, mv. I forhold til både politisk kontroll og interessegrupper er dette vurdert over i omtale av risiko for lovbrudd, jf. manglende politisk press innen folkehelse. Rapportering innen folkehelse, herunder miljørettet helsevern, er i dag mangelfull. Som nevnt over var det gjennomført en kartlegging av miljørettet helsevern i skoler. Dette fordi det ikke er noen ordinær rapportering på dette feltet. Slike kartlegginger er krevende både for kommuner som må sette av tid til å rapportere særskilt og for de som forestår kartleggingen. Departementet mener kartlegginger regionalt eller nasjonalt fortsatt kan være et virkemiddel for statlig kontroll, men som supplement til andre kontrollordninger, og i seg selv ikke ivaretar behovet. Blant annet sier slike rapporteringer lite om kvaliteten for eksempel om miljøet i skoler. Klagebehandling innen miljørettet helsevern er viktig, men vil gjelde kun en meget liten del av folkehelselovens bestemmelser, jf. de bestemmelsene som er fremhevet over i risikovurderingen. De øvrige kontrollmekanismene er svært generelle slik som kommunens egenkontroll og vil ikke i tilstrekkelig grad sikre god nok dokumentasjon og virkemidler for å sikre etterlevelse av loven.

#### **19.2.5 Internkontroll**

Som nevnt over foreslås det at kommunen fortsatt skal være tilsyns- og godkjenningsmyndighet ovenfor virksomheter som også er kommunale. Dette setter ekstra krav til at kommunen har god styring med denne virksomheten og at dette kan dokumenteres. Departementet ønsker derfor å videreføre kravet om internkontroll for folkehelsearbeidet.

Det ligger i internkontrollkravet at kommunen må kunne dokumentere at de har tilstrekkelig oversikt over kommunens helseutfordringer, og at de har tilstrekkelig styring med aktivitetene knyttet til å

møte disse utfordringene, jf. over om forsvarlighetskravet. Som nevnt over i omtale av tilsyn vil det være aktuelt at tilsynet med folkehelseloven også gjøres i form av systemtilsyn, dvs. med fokus på tilstrekkelig styring med oppfyllelse av bestemmelsene.

I forhold til kommunens tilsyn med virksomheter innebærer interkontrollkravet, blant annet som nevnt over under gjeldende rett, at kommunen må sikre at de har:

- tilstrekkelig kompetanse og uavhengighet i tilsynet. Dette innebærer for eksempel at kommunen ikke kan legge tilsynet med skoler til teknisk etat eller til skolesektoren.
- tilstrekkelig oversikt over virksomheter som de skal føre tilsyn med, jf. kapittel 3 i lovforslaget. I prinsippet omfatter dette virksomheter som har meldings-, eller godskjenningsplikt. Videre må kommunen ut i fra en risikovurdering prioritere tilsyn ev. også med andre virksomheter som ikke omfattes av godkjenning og meldingsordningen.
- oversikt over godkjenningsstatus til virksomhetene. Det er virksomheten selv som er ansvarlig for å oppdatere seg på gjeldende regelverk, men tilsynsmyndigheten må gjøre regelverk tilgjengelig, samt i nødvendig utstrekning bidra med råd og veiledning i forbindelse med etterlevelse av regelverk.
- en plan for hvilke virksomheter som skal være gjenstand for revisjoner etter en bestemt tidsramme (tilsynsplan for en bestemt tidsperiode). Når kommunen har utarbeidet en tilsynsplan, og denne er vedtatt, vil denne være et styrende dokument for kommunens etterlevelse av kommunehelsetjenesteloven. Ut fra kravet om internkontroll må kommunen etablere og implementere et system som sikrer etterlevelse av tilsynsplanen, og/eller annen styrende dokumentasjon.

Det foreslås i loven at kommunens styring med å ivareta sitt ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer dokumenteres særskilt, jf. over.

## 20 Økonomiske og administrative konsekvenser

### 20.1 Generelt om samfunnøkonomisk nytte ved forebygging

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å forebygge sykdom og for tidlig død. Å forebygge sykdom og for tidlig død, når dette kan unngås, er et samfunnsansvar og det er etisk riktig. Helsen vår er noe av det viktigste vi har. Det merker vi 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 hvordan helsen er fordelt i befolkningen.

En av begrunnelsene for folkehelsearbeid og helsefremmende/forebyggende arbeid er å spare enkeltmennesker fra sykdom og lidelse og spare samfunnet for kostnader på sikt. Stortinget 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 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<sup>42</sup>. I tillegg vil det være vesentlige menneskelige og velferdsmessige gevinster ved en lavere dødelighet og en mer funksjons- og arbeidsdyktig befolkning.

Mange forebyggingstiltak kan forebygge svært alvorlige sykdommer og unngå tap av mange leveår med god helse. Slike er dermed potensielt svært samfunnsøkonomisk lønnsomme. I Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport 2008 *Skapes helse, skapes velferd* 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 (QALYs), 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 kr per QALY/ leveår med gode helse (SHdir 2007).

Ut i fra danske beregninger vil en 25 år gammel storrøyker 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<sup>43</sup>.

I tillegg til disse langsiktige QALY-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 eldre 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. For eksempel er det i en studie fra forebygging av lårhalsbrudd i Stover bydel dokumentert at en investert krone i forebygging ga en avkastning på hundre<sup>44</sup>. En beregning foretatt av forskerne Thomas Gressnes og

---

<sup>42</sup> Jf. bl.a. s 13 i St. meld, nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

<sup>43</sup> Juel K., Sørensen J., Brønnum-Hansen H. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed. København 2006.

<sup>44</sup> Steihaug S, Nafstad P, Vikse R, Beier RM, Tangen T. *Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo*. Tidsskriftet for Norsk Lægeforen. 1998;118:37-9

Harald Bergland ved høyskolen i Harstad viser at et lårhalsbrudd koster samfunnet 167.000 kroner i gjennomsnitt, inkludert sykehuskostnader 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 kostnadene seg til ca 6,7 millioner, etter forskernes modell. Ut i fra hva man kjenner til effekt av kjente metoder vil det være samfunnsøkonomisk lønnsomt å ha en i fulltidsstilling som bare jobbet med forebygging av lårhalsbrudd i kommunen<sup>45</sup>.

I dag har 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. Videre er det også viktig at kommunen får gode oversikter av effekten av de tiltakene som iverksettes. Gjennom å gjøre et sett med nøkkeldata tilgjengelig for kommunen vil den ha bedre mulighet til å prioritere og måle effekt av sine tiltak.

Videre er det et potensial i å gjøre tilgjengelig godt dokumenterte verktøy og metoder i forebygging for å sikre at de tiltak som iverksettes er de mest effektive. Som grunnlag for sitt veiledningsarbeid til kommunesektoren har Helsedirektoratet iverksatt et program for kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak. Det er godt dokumentert at folkehelsearbeid ved bruk av riktige metoder har god effekt og på sikt og vil redusere fremtidige kostnader til behandling og andre samfunnsmessige kostnader knyttet til sykkelighet i befolkningen. Målet er også å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller.

## **20.2 Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot kommuner**

Lovforslaget er i hovedsak en videreføring av kommunens ansvar, men med økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter. I følge Helsedirektoratet er det utfordringer i dag blant annet knyttet at:

- kommunen i liten grad har oversikt over befolkningens helsetilstand samt 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 uorganisert og tilfeldig. Initiativ i en sektor kan være ukjent for de øvrige.

---

<sup>45</sup> Se HiH.no (<http://www.hih.no/nor/hogskolen-i-harstad?lang=nor&displayitem=475&module=news&PHPSESSID=a41ce63cceb226c68ddb94b33b9628f>)

Økt krav til systematikk mv. vil ikke medføre økte kostnader for kommunen, men et mer effektivt folkehelsearbeid. Ev. kostnader er knyttet til konkretisering av krav til oversikt jf. forslag til § 5 og større behov for koordinering samt tiltak, jf. § 4 og 6.

### **20.2.1 Nærmere om § 5 - oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer**

Forslaget til bestemmelser om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer bygger på oppgaver som ligger i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 og i folkehelseloven for fylkeskommunene § 4. Videreføring av gjeldende lovbestemmelser skulle ikke i seg selv betinge endringer i kommunene eller fylkeskommunenes økonomiske eller administrative forhold.

Forslaget til lovbestemmelse er imidlertid for kommunenes del en konkretisering av gjeldende rett som vil kunne være å anse som en skjerpelse av kravet. Det vises blant annet til at det er lagt inn klarere forutsetninger som oversikten skal bygges på, og at det er satt et tydelig krav til et skriftlig dokument. Oversikt over helseutfordringer vil bli en presisering av eksisterende krav og er en forutsetning for riktigere prioriteringer og mer effektive tiltak. Derfor er det riktig 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 i Prop. 1 S (2009–2010), 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 organisatorisk 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”.

En grundig gjennomgang av folkehelseutfordringene i kommunen er en forutsetning for riktigere prioriteringer og mer effektive tiltak. Det vises for øvrig til kapittel 5.5 om folkehelseutfordringer og kapittel 8.3.2 om kommunens prioriteringer.

Helsedirektoratet arbeider med å bygge opp et system for å øke tilgjengeligheten til kommunen over tilgjengelig data. Helsedirektoratet ble i 2010 styrket med 6 millioner for å understøtte kommunens bruk av de 230 millionene, jf. over. Videre har direktoratet over flere år fått tilskudd til å utvikle en kommunehelseprofilportal. En eventuell ytterligere styrking av direktoratets kapasitet til å understøtte kommune og fylkeskommune tas innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, eller fremmes i ordinære budsjettprosesser. Forslaget om å lovfeste Folkehelseinstituttets bidrag i helseovervåking er innenfor det oppdraget instituttet har i dag, jf. formålet til instituttet som beskrevet over.

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 fylket 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 for politikere og andre samt at denne kan danne grunnlag for tiltak. Fylkeskommunene vil igjen ha en tilsvarende rolle ovenfor 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 understøttelse av kommuner og fylkeskommuner vil dette i prinsippet føre til en forenkling for kommunens ansvar dersom kommunene 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 helseovervåkning til går til dette formålet. Totalt vil dette dekke ev. økt ressursinnsats som følge av presiseringen.

### 20.2.2 Nærmere om § 4 og 6 - kommunens ansvar og mål og tiltak

Helsedirektoratet har foretatt en gjennomgang av hva lovforslaget kan innebære ressursbruk i kommuner. Videre har direktoratet foretatt en viss kartlegging av ressursbruk i dag. Det er vanskelig å måle den totale folkehelseinnsatsen i kommunene da mye er integrert i annen aktivitet. Det mest konkrete er det som i dag arbeider med miljørettet helsevern samt også folkehelsekoordinatorer. Når det gjelder miljørettet helsevern har direktoratet beregnet en samlet ressursbruk på ca 600 årsverk. Dette er ressurser og kompetanse som fortsatt vil være en del av kommunens folkehelsearbeid og vil bidra til å oppfylle kravene i loven, både i forhold til oversikt, jf. § 5, koordinering og tiltak jf. § 4 og 6, samt også ivareta myndighetsoppgavene etter kapittel 3 i loven.

	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

*Tabell 20.1: Oversikt over personell som er ansatt i kommunen og som arbeider med miljørettet helsevern tjenesten (rapport IS-1633)*

Ressursbruken i kommunene i antall årsverk pr. 1000 innbyggere er vist i tabellen. Gjennomgående avtar ressursbruken per innbygger med økende kommunestørrelse. Ut fra denne oversikten er samlet ressursbruk innen miljørettet helsevern anslått til å være nesten 600 årsverk.

I NIBR-rapport nr. 7-2010: "Partnerskap for folkehelse" og "Helse i plan" er gitt en oversikt over stillingskategorier som er tildelt folkehelsekoordinatorfunksjonen. 62 % av de 254 kommunene som har svart på spørsmålet har etablert folkehelsekoordinator-funksjon, dvs. totalt 156 kommuner. I gjennomsnitt bruker disse ca 40 % av tiden på

Flere kommuner har tilgang til den tverrfaglige kompetansen som anses for 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. Men for å sikre et systematisk folkehelsearbeid, herunder innhente informasjon og foreta analyser, jf. lovforslagets § 5, samt foreslå og iverksette tiltak, vil det være behov for kompetanse og ressurser.

Kostnader ved en koordinatorfunksjon i alle kommunene vil avhenge av hva slags befolkningsgrunnlag eller kommunestørrelse som anses for 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) forslås satt til 1 mill. kroner vil det innebære en kostnad på ca. kr. 110 mill. 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 pr. i dag interkommunalt samarbeid på flere områder, blant annet innen miljørettet helsevern (145 kommuner <sup>46</sup>). Disse enhetene er av svært ulik størrelse, fra 2 til 10 kommuner. Dersom det anslås en gjennomsnittsstørrelse på 5 kommuner pr. 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 pr. interkommunal enhet vil da bli 64 mill. kroner. Basert på dette løse anslaget vil kostnader ved en koordinator i alle landets kommuner beløpe seg til ca. 175 mill. kroner. Som nevnt over vil denne koordinatorfunksjonen kunne ivareta oppgaver også etter § 5 i lovforslaget, jf. de 230 mill. som ble lagt inn i kommunenes ramme fra 2010. Videre var det i kommunene fra før folkehelsekoordinatorer som tilsvarer noe i underkant av halvparten av behovet.

Fordi forslag til lov er innrettet slik at den skal sikre bedre prioriteringer og målrettet tiltak inn mot helseutfordringer kan eventuelle merkostnader som følge av ny folkehelselov for kommunen

---

<sup>46</sup> Helsedirektoratet (2009), *Evalueringsrapport av miljørettet helsevern tjenesten i kommunene*, IS-1633.



håndteres innenfor allerede gjeldende budsjetterammer. Kommunens ansvar må vurderes innenfor 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 vs. behandling.

Ut over styrking av folkehelsekompetansen i kommunene vil de fleste av de endringer som følger av loven være at helsehensyn bedre blir integrert i kommunens øvrige aktiviteter og ordinære virksomhet. Uansett må det være en avveining i de forslagene og valgene som kommunen gjør, dersom dette 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 forholdsmessighetsvurdering, dvs. at helsehensyn må veies opp mot andre hensyn.

Bestemmelsen om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak kan også medføre at det forventes at kommunen, for å møte bestemte helseutfordringer, iverksetter egne folkehelse tiltak. Dette kan for eksempel være om kommunen velger å ha et røykesluttkurs, eller andre spesielle folkehelse tiltak som forebygging av fallulykker for eldre mv. Også i dag er en del av denne type aktiviteter og forebyggende tiltak, for eksempel tilbyr mange kommuner røykesluttkurs selv om dette ikke per i dag er noe lovkrav.

Den statlige støtten til fylkeskommunenes folkehelsearbeid skal styrkes. Innenfor rammen av forslaget til ny folkehelselov vil statlige helsemyndigheter utarbeide veiledere og standarder for godt folkehelsearbeid samt bidra med veiledning, blant annet basert på erfaringer fra Helse i planprosjektet – et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedirektoratet. Staten vil i samarbeid med kommunesektoren og KS bidra til å videreutvikle kompetansehevende tiltak for politikere og forvaltning i fylkeskommunene, samt bidra til å videreutvikle relevante folkehelseutdanninger.

Eksempler på nye virkemidler og verktøy er blant annet:

- Styrket veiledning i kommunal planlegging for å sikre helsehensyn i nærmiljøutforming for blant annet å fremme tilgjengelighet for alle, daglig fysisk aktivitet, forebygge ulykker og fremme sosiale møteplasser. 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 planprosjektet – et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedirektoratet.
- Å styrke kommunenes kompetanse på og 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
- Utvikle veileder for frisklivstilbud i kommunene som sikrer en strukturert og kvalitetssikret oppfølging av pasienter/risikogrupper. Tilbud for barn og unge utvikles og utprøves ved frisklivssentraler i samarbeid med helsestasjon, skolehelsetjeneste og foreldre. Det samme gjelder innen psykisk helse.
- Helsedirektoratet vil ta initiativ til utarbeidelse av en veileder i helseøkonomi som kan bidra til å vise sammenhengen mellom kostnader ved helsefremmende og forebyggende innsats på den ene siden og leveår vunnet, symptomfrie uker eller kvalitetsjusterte leveår (QALY).

Som nevnt over har Helsedirektoratet 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 også 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.

Det finnes mye dokumentasjon på at hjelp til røykeslutt er kostnadseffektivt sammenliknet med andre tiltak i helsetjenesten<sup>47, 48, 49</sup>. Kostnaden per vunnet leveår er estimert til 3000 – 10 000 svenske kroner (2004) for rådgivning til den som slutter å røyke<sup>50</sup>. En rapport fra 2008 viser betydelig årlig reduksjon i helsekostnader direkte relatert til behandling av sykdom selv ved en 3 % reduksjon i andel dagligrøykere<sup>51</sup>.

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 sykehusinnleggelser

Videre er det gjort tilsvarende beregninger for overvekt som viser stort samfunnsøkonomisk potensial<sup>52</sup>. Menn i god fysisk form har dessuten vist signifikant lavere antall sykehusbesøk og liggedøgn på sykehus sammenliknet med personer som er i dårlig fysisk form. Ved å øke sin fysiske form fra lav til høy kan antall liggedøgn reduseres<sup>53</sup>.

---

47 Haglund M, Boström G. *Tobak och avvänjning. En faktskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning*. 2004. Statens Folkhälsoinstitut

48 Fiore MC. *Treating Tobacco Use and Dependence A Systems Approach*. 1-11-2000. U.S. Public Health Service.

49 *A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report*. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283(24):3244-3254.

50 Haglund M, Boström G. *Tobak och avvänjning. En faktskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning*. 2004. Statens Folkhälsoinstitut

51 Rapport fra PESCE prosjektet. *Allmennleger og økonomiske forhold vedrørende røykeavvenning i Europa*, (EU finansieringskontrakt 200 5319) [http://www.tabac-liberte.com/m\\_pages.asp?menu=65&page=182](http://www.tabac-liberte.com/m_pages.asp?menu=65&page=182)

52 Statens Institutt for Folkesundhed (2006) *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Danmark.

53 Mitchell T, Gibbons LW, Devers SM, Earnest CP, *Effects of Cardiorespiratory Fitness on Healthcare Utilization*, Med. Sci. Sports Exerc. 36;12;2088-92.

En studie som fulgte voksne menn og kvinner over en 11års periode 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<sup>54</sup>.

Det er ikke god nok oversikt over hva kommunene i dag gjør av bestemte folkehelseiltak. Helse- og omsorgsdepartementet vil før lovforslaget fremmes utrede nærmere eventuelle merkostnader som følge av ny lov om folkehelsearbeid. Det forutsetter at de ressursene som kommunene bruker i dag også innen samfunnsmedisin, miljørettet helsevern og annet folkehelsearbeid blant annet i helsestasjon og skolehelsetjeneste, brukes til å iverksette nødvendige tiltak, men mer effektivt og målrettet enn i dag.

### **20.3 Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot fylkeskommunene**

Forslaget innebærer en videreføring av de oppgaver fylkeskommunene har i dag etter lov 19.juni om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven trådte i kraft 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen.

Ved folkehelse som et lovfestet ansvar for landets fylkeskommuner ble tidligere øremerket stimuleringsstilskudd til partnerskapsatsingen overført til rammetilskuddet til kommunene. I statsbudsjettet for 2010 ble 41,3 mill. kroner over kap. 719, post 60 innlemmet i rammetilskuddet for fylkeskommunene (kap. 772, post 60) for å ivareta oppgaver som følger av loven.

Eventuelle merkostnader som følge av ny folkehelselov for fylkeskommunen kan håndteres innenfor allerede gjeldende budsjetttrammer.

### **20.4 Økonomiske og administrative konsekvenser av bestemmelsene rettet mot statlige helsemyndigheter**

Helsedirektoratet ble i 2010 styrket med 6 millioner for å understøtte kommunens bruk av de 230 millionene, jf. over. Videre har direktoratet over flere år fått tilskudd til å utvikle kommunehelseprofilportal. En eventuell ytterligere styrking av direktoratets kapasitet til å understøtte kommune og fylkeskommune tas innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, eller fremmes i ordinære budsjettprosesser.

Tilsyn med folkehelseloven vil være en videreføring av det ansvaret som Helsetilsynet har med tilsyn med folkehelseoppgaver inkl. miljørettet helsevern. Ressurser for dette tilsynet også med folkehelsedelene av kommunehelsetjenesteloven ligger i dag innenfor det mandat og de ressurser som Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket har i dag. Ved opprettelsen av Sosial- og helsedirektoratet i 2001 ble ressurser tilsvarende 2 stillinger værende i Helsetilsynet knyttet til tilsyn med miljørettet helsevern. Tilsyn på regionalt nivå forutsettes prioritert innenfor eksisterende

---

<sup>54</sup> Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. *Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study*. PLoS Med 2008;5(1):e12.

ressurser blant annet ut i fra kriteriene risiko for tapte leveår i god helse. Blant annet vil folkehelserådgiverne kunne benyttes i arbeidet med tilsyn med loven.

Ved en evt. overføring av tilsynet til Fylkesmannen fra Helsetilsynet i fylket vil ikke ha noen konsekvenser da Helsetilsynet i fylket administrativt er under fylkesmannen.

Forslaget om å lovfeste Folkehelseinstituttets bidrag i helseovervåkning er innenfor det oppdraget instituttet har i dag, jf. formålet til instituttet som beskrevet over. 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 IV - Utkast til lov om folkehelsearbeid**

### **Kapittel 1 – Innledende bestemmelser**

#### *§ 1 Formål*

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme 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. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.

#### *§ 2 Virkeområde*

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder også for private og offentlige virksomheter og eiendommer når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Loven gjelder for innretninger til sjøs og på kontinentalsokkelen, dersom disse ikke er særskilt regulert i annet regelverk.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

Departementet kan gi bestemmelser til gjennomføring av avtale med fremmed stat eller internasjonal organisasjon om forhold som omfattes av denne loven.

#### *§ 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 og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, 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 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.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid med andre sektorer, herunder planlegging.

### *§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*

Kommunen skal til enhver tid ha 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 §§ 21 og 24,
- b. kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene jf. helse og omsorgsloven § 3-4 og
- c. kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

### *§ 6 Mål og tiltak*

En drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, 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 for å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold.

Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og skade og fremme helse.

## **Kapittel 3 - Miljørettet helsevern**

### *§ 7 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 i samsvar med formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vannkvalitet, støy, omgivelseshygiene, ulykker og skader m.v. 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.

### *§ 8 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. § 7. Kommunen skal utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov. Kommunens arbeid med miljørettet helsevern, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med lovens formål, jf. § 1.

Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen kan, med unntak av den myndighet som er nevnt i § 18 annet ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven.

Kommunens myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal

kunne utføres. Når kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelsen utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.

### *§ 9 Beredskapsplan*

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter dette kapittel i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

### *§ 10 Meldeplikt og godkjenning*

Departementet kan i forskrift etter § 7 annet ledd gi nærmere bestemmelser om meldeplikt eller godkjenningsplikt til kommunen for den som planlegger eller iverksetter virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, eller endring i slik virksomhet. Kommunen kan ved godkjenning sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse, jf. §§ 1 og 7.

For virksomheter som er underlagt melde- eller godkjenningsplikt kan det i forskrift settes krav til 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 stansingen vil medføre står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

I forskriftene kan bestemmes at fylkesmannen gir godkjenning dersom virksomheten berører flere kommuner. Berører virksomheten flere fylker, kan bestemmes at departementet gir godkjenning. Det kan videre gis bestemmelser om klageordning i tilfeller hvor fylkesmannen eller departementet gir godkjenning. I forskriftene kan det bestemmes at Mattilsynet gir godkjenning av drikkevann og vannforsyningsanlegg, og regler om klage på slike vedtak.

### *§ 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.

Kommunens pålegg kan påklages etter reglene i § 19.

Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning.

### *§ 12 Opplysningsplikt*

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som etter sin art 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 den taushetsplikt som ellers gjelder.

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, en plikt til å gi allmennheten eller kunder m.v. 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 jf. § 8 eller av kommunelegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

De som utfører granskingen skal ha uhindret adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. De kan videre kreve fremlagt dokumenter og materiale samt kreve 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 beslutte og gjennomføre gransking.

Ved gransking av virksomhet eller eiendom skal de som utfører granskingen først ta kontakt 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 det 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, herunder selskap eller annen sammenslutning, stiftelse, kommune, fylkeskommune eller annen offentlig innretning.

Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan, jf. annet ledd.

### *§ 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 enten være fastsatt 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 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 overtredelsesgebyr kan illegges den som forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelsene i dette kapittel. Det samme gjelder ved overtredelse av bestemmelser gitt i medhold av disse bestemmelsene når det i forskriften er fastsatt at overtredelse av den aktuelle bestemmelse kan medføre slik administrativ sanksjon.



I forskrift fastsatt av departementet etter første ledd, fastsetter departementet nærmere bestemmelser om hvilke overtredelser som kan ilegges overtredelsesgebyr, hvem som skal ha myndighet til å ilegge overtredelsesgebyr, utmåling av overtredelsesgebyr, klage på ilagt gebyr og betaling. Det fastsettes enten kriterier for utmåling av overtredelsesgebyret og et maksimumsbeløp eller faste satser som overtredelsesgebyret utmåles etter. Forskriften kan også inneholde bestemmelser om rente og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyr ikke blir betalt ved forfall.

Endelig vedtak om overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Foretak kan ilegges overtredelsesgebyr etter bestemmelsen her når overtredelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Straffeloven §§ 48a og 48b gjelder tilsvarende.

#### *§ 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 kommunen.

#### *§ 19 Klage*

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommunelegen etter dette kapittel.

### **Kap 4 - Fylkeskommunens ansvar**

#### *§ 20 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse*

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte regionale helseutfordringer, jf. § 21.

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

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

#### *§ 21 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket*

Som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 20, skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, herunder trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Oversikten skal blant annet baseres på;

- a. opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 24,
- b. kunnskap fra kommunene, jf. § 4 tredje ledd, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i fylket, konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller. En drøfting av fylkets helseutfordringer skal inngå i regional planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

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.

## **Kapittel 5 - Statlige helsemyndigheters ansvar**

### *§ 22 Fylkesmannens ansvar*

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet på lokalt og regionalt nivå, og blant annet gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid.

### *§ 23 Helsedirektoratets ansvar*

Helsedirektoratet skal 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 understøtte kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen med informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 24.

### *§ 24 Nasjonalt folkehelseinstitutts ansvar*

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal følge med på 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 kommunene 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 hvilke opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikaliehendelser.

## **Kapittel 6 – Samarbeid mellom kommuner, internkontroll, tilsyn m.v.**

### *§ 27 Samarbeid mellom kommuner*

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak 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 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.

### *§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse*

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet

- samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,
- hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap,
- deltakelse i lokal redningsentral,
- andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

### *§ 29 Beredskap*

Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. lov 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-1.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, herunder meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med kjemikaliehendelser.

### *§ 30 Gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement*

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser for gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement. Helsereglementet har som formål 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 folkehelseisriko, og som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om etablering av IHR-registre. IHR-registre kan inneholde helseopplysninger i aidentifisert eller i personidentifiserbar form uten samtykke fra de registrerte. Det kan gis bestemmelser om plikt for offentlige tjenestemenn og private til å melde/varsle helseopplysninger til IHR-registre. Behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger. Forskriften skal angi hvor lenge opplysningene kan lagres.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om iverksetting av midlertidige og stående tiltak fra Verdens helseorganisasjon.

### *§ 31 Internkontroll*

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne lov overholdes.

Kommunenes ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer i henhold til § 8 skal dokumenteres særskilt.

### *§ 32 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid*

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes oppfyllelse av plikter pålagt i §§ 4, 5, 6, 8, 20 og 21. Tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering.

Reglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) kapittel 10 A gjelder for tilsynsvirksomheten etter første ledd.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

### *§ 33 Videreføring av forskrifter*

Forskrifter gitt i medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene kapittel 4a og § 7-9 gjelder fortsatt med mindre de strider med bestemmelser gitt i denne lov.

### *§ 34 Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft ... Fra samme dato oppheves lov om fylkeskommuners oppgaver på folkehelsearbeidet og lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene ...

### **Endringer i andre lover:**

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 1-3:

"Denne lov gjelder for

- a) den offentlige helse- og omsorgstjeneste, og *folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3 (...)*
- d) *Mattilsynet, herunder offentlige og private laboratorier"*

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 2-2 åttende ledd:

"Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket, *Helsedirektoratet*, Statens helsetilsyn og *Nasjonalt folkehelseinstitutt* kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. *Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt kan i en smittesituasjon behandle opplysninger i samlet inn etter dette ledd i utbruddsregistre. Behandling av opplysninger i skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger."*

## **Vedlegg 1 - Grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet**

Rettslige prinsipper er rettslige relevante normer som kommer til uttrykk direkte eller indirekte gjennom flere enkeltregler. De avspeiler en verdi eller et hensyn som preger rettstenkningen, rettsutviklingen og rettsanvendelsen på et felt. Betydningen av slike grunnleggende prinsipper er at disse skal være en rettesnor for utforming av ny lovgivning og annet regelverk, for tolkning av lover og regler og ved skjønnsutøvelse i lovanvendelsen.

Ved vedtak der forvaltningen har rom for skjønn, vil prinsippene komme inn som en retningslinje for regelverksutøvelsen. Den konkrete anvendelsen av et prinsipp vil bero på en helhetsvurdering hvor prinsippet anvendes i lys av den aktuelle lovens rammer og formål. Prinsippene vil i så fall være med på å angi hva som er saklige hensyn å ta ved avgjørelsen.

Prinsippene har ikke direkte virkning på en slik måte at de kan håndheves gjennom rettssystemet. Mener man at et eller flere av prinsippene ikke er vektlagt i tilstrekkelig grad, må en eventuell sak anlegges med grunnlag i den konkrete beslutningen som er tatt. Anvendelsen av prinsippet må da vurderes i lys av det øvrige grunnlaget for beslutningen, f.eks. hensyn som den aktuelle lov som beslutningen bygger på, trekker frem.

I nyere lovgivning ser man en økende tendens til lovfesting av prinsipper. Et prinsipp kan komme rettslig til uttrykk på forskjellige måter. Prinsippet kan være eksplisitt uttrykt i lovgivningen, som eksempelvis når uttrykket bærekraftig utvikling står i en formålsbestemmelse. Det kan også fremgå implisitt gjennom bestemmelser som indirekte uttrykker eller bygger på prinsippet.

I folkehelselovgivningen er det særlig fire prinsipper som er av stor betydning. Det er prinsippene om utjevning, helse i alt vi gjør (Health in All Policies), føre var og prinsippet om bærekraftig utvikling. De tre førstnevnte må sies å allerede være implementert i gjeldende rett, om enn hovedsakelig implisitt. Disse tre prinsippene er ukompliserte å rettsliggjøre/konkretisere. Prinsippet om bærekraftig utvikling er imidlertid mer overordnet og vanskeligere å konkret rettsliggjøre. Prinsippet er ikke desto mindre viktig i folkehelsearbeidet.

I Norge har befolkningen fått en grunnlovsfestet rett til et miljø som sikrer god helse ("sundhed") og en bærekraftig utvikling i Grunnloven § 110 b. Bestemmelsen lyder slik:

"Enhver har Ret til et Milieu som sikrer Sundhed og til en Natur hvis Produktionsævne og Mangfold bevares. Naturens Ressourcer skulle disponeres ud fra en langsiktig og alsidig Betragtning, der ivaretager denne Ret ogsaa for Efterslægten.

For at ivaretage deres Ret i Henhold til foregaaende Led, ere Borgerne berettigede til Kundskab om Naturmilieuets Tilstand og om Virkningerne af planlagte og iværksatte Indgreb i Naturen.

Statens Myndigheder give nærmere Bestemmelser til at gennemføre disse Grundsætninger."

Denne grunnlovsbestemmelsen har først og fremst betydning ved at den blant annet forplikter "Statens Myndigheter" til å gi de reglene som er nødvendige for å ivareta "...et Milieu som sikrer Sundhed...".

Grunnloven § 110 b har hittil stort sett vært vist til ved fastleggelse av lovers formål og utforming av bestemmelser innen miljøretten, men er lite brukt på andre områder. Det er imidlertid liten tvil om at bestemmelsen har betydning på tvers av samfunnsoppgaver og retter seg mot lovgivning på alle sektorer. Den må sies å være av svært stor betydning innen folkehelselovgivningen, da ett av formålene i bestemmelsen er å "sikre Sundhed".

## **Prinsippet om utjevning**

Utjevning kan bety omfordeling ved at noen må oppgi ressurser ved at andre får mer, eller det kan bety økt likhet mellom individer der direkte omfordeling ikke er mulig. Utjevning i helsesammenheng betyr ikke at noen skal redusere sitt helsenivå til fordel for andre, men at de med dårligst helse skal løftes opp. (NOU 2009:10 Fordelingsutvalget s.21).

### **Prinsippets betydning internasjonalt**

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utjevning av sosiale helseforskjeller som et hovedmål. EU har et overordnet mål om solidaritet, og ser dette i sammenheng med utjevning av sosiale helseforskjeller.

Utjevning av sosiale helseforskjeller er hovedbudskapet i rapporten fra WHO's kommisjon for sosiale helsedeterminanter (2008) Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon. WHO's rapport har allerede resultert i en resolusjon i Verdens helseforsamling 2009 (resolusjon WHA62/R14).

EU påpeker i sitt White Paper Together for Health; *A Strategic Approach for the EU 2008-2013 (2007)*, at det er mange store helseutfordringer som krever en ny strategisk tilnærming, blant annet utjevning av sosiale helseforskjeller. Utjevning av sosiale helseforskjeller beskrives også som en sentral verdi i folkehelsearbeidet.

### **Eksempler på anvendelse av prinsippet om utjevning i norsk rett**

Prinsippet om utjevning er lovfestet i norsk folkehelselovgivning, jf. folkehelseloven § 1, som 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."

Prinsippet er også lovfestet i ny plan- og bygningslov § 3-1 om *oppgaver og hensyn i planleggingen* hvor bokstav f. angir blant annet å *motvirke sosiale helseforskjeller* som et slikt hensyn.

### **Prinsippet om utjevning i norsk politikk**

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig politikkområde som er satt på agendaen gjennom St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Her sies det blant annet:

"Den norske befolkningens helse er god. Men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et

lagdelt samfunn – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Regjeringen vil derfor sette i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene. (...)

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.”

Ved kongelig resolusjon i april 2008 ble *Fordelingsutvalget* nedsatt. Utvalgets hovedoppgave var å utrede og foreslå tiltak som kan bidra til å redusere økonomiske forskjeller over tid. Utvalgets arbeid resulterte i NOU 2009:10. Utjevning av helseforskjeller er ett av flere temaer som tas opp i utredningen. Tiltakene som foreslås oppfattes å kunne bidra positivt på befolkningens helse og fordelingen av denne.

I *Politisk plattform for flertallsregjeringen for 2009-2013 (Soria Moria II)*, kapittel 8 om sosial rettferdighet, uttaler regjeringen:

”Rettferdig fordeling og utjamning er grunnleggende verdier for regjeringen. En sterk offentlig sektor har vært og er en forutsetning for utjevning og likeverdige vilkår for alle. For å redusere ulikheter i levekår vil regjeringen utjevne økonomiske og sosiale forskjeller og bekjempe fattigdom. Velferdssamfunnet bygger på universelle tilbud. Det er viktig for at marginalisering og ekskludering ikke skal gå i arv”.

## **Prinsippet om ”helse i alt vi gjør” (Health in All Policies)**

De fleste påvirkningsfaktorene på helsen er i hovedsak utenfor helsetjenesten, men derimot under kontroll av andre sektorer. Et prinsipp om at helsehensyn skal integreres i alle sektorer kan derfor uttrykkes som ”helse i alt vi gjør”.

### **Prinsippet om Health in All Policies’ betydning internasjonalt**

*Health for All* er WHO’s globale strategi for helseutvikling som har vokst fram gjennom en rekke chartre og policydokumenter. Her nevnes noen av de sentrale dokumentene.

Tverrsektoriell tilnærming ble allerede stadfestet som et grunnleggende prinsipp i *Declaration of Alma-Ata* (WHO 1977), der det heter at realiseringen av ”the highest possible level of health” [...] ”requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector”. Et av de forberedende policydokumentene i forkant av utarbeidelsen av strategien *Health for All* (WHO 1979) er om prinsipper og sentrale temaer for folkehelsearbeidet. I dokumentet understrekes det at folkehelsearbeidet ikke kan gjøres av helsesektoren alene, men bare gjennom ”coordinated efforts of the health sector and relevant activities of other social and economic development

sectors". I siste reviderte utgave av *Health for All*- strategien (WHO 2005), er den tverrsektorielle tilnærmingen videreført i form av fokus på Health in All Policies.

Prinsippet om Health in All Policies stadfestes i *Ottawa Charteret* (WHO 1986) gjennom Healthy Public Policy som første "action area". Påfølgende erklæring innen helsefremmende arbeid er i sin helhet viet Healthy Public Policy (WHO 1988), hvor det blant annet heter:

"Healthy public policy is characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by an accountability for health impact. The main aim of healthy public policy is to create a supportive environment to enable people to lead healthy lives. Such a policy makes health choices possible or easier for citizens. It makes social and physical environments health-enhancing. In the pursuit of healthy public policy, government sectors concerned with agriculture, trade, education, industry, and communications need to take into account health as an essential factor when formulating policy. These sectors should be accountable for the health consequences of their policy decisions. They should pay as much attention to health as to economic considerations".

Integrasjonstenkningen er også fulgt opp i *The Nairobi Call to action for closing the implementation gap in health promotion* (WHO 2009).

I april 2010 ble *The Adelaide Statement on Health in All Policies* (WHO: Government of South Australia, Adelaide) utformet. The Government of South Australia inviterte sammen med WHO 100 senior eksperter fra mange land og sektorer for å diskutere implementeringen av "Health in All Policies" tilnærmingen. Hovedformålet var å bidra til tverrsektoriell handling, og å drøfte hvordan helsesektoren kan bidra i arbeidet overfor andre sektorer. Erklæringen vil utgjøre et viktig bidrag til World Conference on Social Determinants of Health in Brazil 2011, den 8th Global Conference on Health Promotion i Finland 2013, og som forberedelser til Millennium Development Goals (MDGs) post-2015.

EUs *White Paper Together for Health; A Strategic Approach for the EU 2008-2013* (Comission of the European Communities 2007), har fire grunnleggende prinsipper hvor av den ene er "Health in All Policies", det vil si integrering av helsehensyn i all politikktutforming. Helseministrene i de 27 EU-landene vedtok samme år som en oppfølging av EUs helsestrategi om prinsippet "Health in All Policies", Declaration on Health in All Policies (The Health Ministerial Delegation of E.U. Member States, Rome 2007).

### **Eksempler på anvendelse av "helse i alt vi gjør" i norsk rett**

"Helse i alt vi gjør" er lovforankret i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 andre ledd:

"Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen. (...)"

Fylkeskommunen plikter også å ivareta helsehensyn innen sine ansvarsområder, jf. folkehelseloven § 3 første ledd: "Fylkeskommunen skal fremme folkehelse jf. § 1 innen de oppgaver som



fylkeskommunen er tillagt, herunder regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.” Eksempel på tjenesteyting er fylkeskommunale tannhelsetjenester, videregående opplæring, samferdsel m.v.

### **Prinsippet benyttet i norsk politikk**

I NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle – forebyggingsstrategier*, er det et ”hovedpoeng” at ”mange av de forhold som påvirker helse, sykdom og sosiale problemer ligger utenfor helse- og sosialsektorens ansvarsområde” (side 127). En ”hovedstrategi” er derfor sektorovergripende innsats på lokalt og sentralt nivå (ibid.). I St.meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* understrekes det at helsefremmende og forebyggende arbeid må skje i samarbeid med andre sektorer (side 7).

I NOU 1998:18 *Det er bruk for alle* vises det til plan- og bygningslovens bestemmelser når det gjelder den sektorovergripende samfunnsplanleggingen (kapittel 3), og en nærmere omtaler dette (kapittel 10):

”De mulighetene som ligger i denne plantypen passer på en helt annen måte enn sektorplanlegging, til bredden i folkehelsearbeidet - når det gjelder problemer, utfordringer, sårbare grupper, viktige arenaer og aktører og virkemidler på de fleste samfunnssektorer”.

Med St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* slås det fast at:

”Påvirkningsfaktorene på helsen befinner seg i alle samfunnssektorer. Folkehelsearbeidet favner derfor langt bredere enn det helsesektoren skal ta seg av. Arbeidet er nødvendigvis tverrfaglig, sektorovergripende og avhengig av politisk forankring og vilje på alle nivåer” (kapittel 8.1).

I stortingsmeldingen legges det vekt på et kommuneperspektiv framfor et sektorperspektiv på folkehelsearbeidet i kommunene (kapittel 8.2).

*Helse i Plan* er et nasjonalt prosjekt med mål om å integrere Health in All Policies på lokalt og regionalt nivå. Prosjektet er et samarbeid mellom Miljøverndepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Det femårige prosjektet avsluttes i 2010.

I St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* er utgangspunktet et påvirkningsperspektiv på helse, det vil si at strategien søker å realisere en tverrsektoriell tilnærming på folkehelseutfordringene. Helsekonsekvensutredninger nasjonalt og lokalt lanseres som virkemidler for at helse og utjevning av sosiale helseforskjeller i større grad skal ivaretas av alle sektorer. Lokalt pekes det særlig på plan – og bygningsloven som virkemiddel for dette formålet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* er i hovedsak en melding for og om helsesektoren. Det understrekes samtidig at:

”Påvirkningsfaktorene befinner seg i flere samfunnssektorer på alle forvaltningsnivåer, ikke minst i kommunene – der folk bor og lever sine liv. Regjeringen vil på denne bakgrunn understreke betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Fokuset må i stor grad rettes mot alle samfunnssektorer som har «eierskap» til faktorer som påvirker folkehelsen. I tillegg til samhandling og forebyggende innsats i helsetjenesten – som i hovedsak er rettet mot enkeltindivider og grupper, kreves innsats mot samfunnsforhold og befolkningsnivå. Samfunns- og arealplanlegging er derfor et

viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet. Slik samfunnsrettet innsats er nødvendig for å opprettholde helse, livskvalitet og funksjonsevne i befolkningen som helhet – og for en mer rettferdig fordeling av helse.” (kap. 6)

Prinsippet om ”helse i alt vi gjør” er også integrert som et hensyn som skal ligge til grunn i samfunnsplanleggingen etter plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd bokstav f.

## Prinsippet om bærekraftig utvikling

I Brundtlandrapporten *Vår felles framtid* fra Verdenskommisjonen for miljø og utvikling (1987: 42), er begrepet bærekraftig utvikling definert som ”en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov”.

Uttrykket ”bærekraftig utvikling” er i norsk sammenheng ofte oppfattet som et rent miljømål, jf. for eksempel svalbardloven § 29. Intensjonen som ligger i begrepet er imidlertid langt videre, jf. Brundtlandrapporten, og omfatter en utvikling som både er økologisk bærekraftig og fordeler ressursene på en rettferdig måte.

### Bærekraftig utvikling som systembegrep

I Tidsskrift for Rettsvitenskap (nr. 3 2009) har Markus Jerkø skrevet artikkelen Det norske formålet ”Bærekraftig utvikling”. Artikkelen er et kondensat av hans avhandling *Er bærekraftig utvikling et prinsipp i norsk rett? – Bidrag til en rettslig analyse*. Det som står videre om bærekraftig utvikling som systembegrep er basert på hans artikkel.

Jerkø understreker at «bærekraft» (engelsk: «sustainability») er et systemisk begrep, og forklarer dette ved at et bærekraftig system er et system som har evne til å vedvare. Det er ikke nok at et system vedvarer; systemet må også ha en iboende evne til å vedvare, altså være bærekraftig. Jerkø hevder videre at det at noe er bærekraftig ikke med nødvendighet innebærer at:

”det er godt eller moralsk, og en bærekraftig utvikling er ikke i seg selv med nødvendighet positiv eller rettferdig. At et system er bærekraftig, innebærer kun at det vil vedvare; om systemet er positivt, er et annet anliggende, og hvorvidt en bærekraftig utvikling er en god ting, avhenger av om systemet som utviklingen er bærekraftig for, er ønskelig.” (Jerkø 2009:369, som også viser til Ariansen 1995:94-95).

Jerkø (2009: 363-364) skisserer tre forskjellige bruksmåter av begrepet bærekraftig utvikling:

Eksempel 1: En bedrift går med underskudd. Da vil man si at bedriftens utvikling ikke er bærekraftig og med det mene at dersom utviklingen fortsetter i det samme spor, vil bedriften før eller senere kollapse.

Eksempel 2: Når en miljøverner, med den samme bedrifts forurensende fabrikker i tankene, sier at «denne utviklingen er ikke bærekraftig», står vi overfor en annen bruksmåte. Da menes det gjerne at bedriften har negativ innvirkning på et annet, eksternt system, forutsetningsvis et økosystem. Mens den første relasjonen angikk bedriftens egen utvikling og denne utviklingens potensielle

konsekvenser for bedriften selv, angår denne andre relasjon økosystemets potensielle utvikling som en konsekvens av bedriftens eksterne virkninger.

Eksempel 3: I praksis kan det imidlertid tenkes at ødeleggelsen av økosystemet genererer en negativ feedback som slår tilbake på bedriften, for eksempel om denne er avhengig av input fra det økologiske. Da står vi overfor et eksempel på en tredje relasjon, som vi kan kalle ekstern med feedback. Bedriftens utvikling har eksterne virkninger som truer økosystemets bærekraft, og økosystemets manglende bærekraft truer igjen bedriftens bærekraft.

Det kan her trekkes en analogi til helse og forholdet til velferdsstaten: Helsesektoren (bedriften) forbruker for mye av BNP og for mye av arbeidskraften i årene som kommer og truer velferdsstatens (økosystemets) bærekraft, og velferdsstatens bærekraft truer igjen helsesektorens bærekraft.

*Bærekraft* innebærer at helsetjenesten ikke skal forbruke for mye av BNP og for mye av arbeidskraften i årene som kommer. Alderssammensetningen i befolkningen og veksten i livsstilssykdommer som følge av inaktivitet og overvekt, gjør at helsetjenesten vil streve med å være bærekraftig (å yte tjenester til alle som trenger det – både pga kostnadene og pga personellbehovet). Kostnadsveksten og personellveksten som følge av ny kunnskap, forbedret teknologi og utvidede indikasjonstillinger kan ikke være ukontrollert.

Et hovedgrep for å opprettholde en "frisk" befolkning er å styrke det forebyggende helsearbeidet – i kommunene (og ikke sykektoren), da forebygging er langt rimeligere enn behandling. Det er viktig både for samfunnet og for den enkelte at folk friske og produktive.

### **Begrepets betydning internasjonalt**

WHO kobler bærekraftig utvikling og helse blant annet slik:

“Health is both a resource for, as well as an outcome of, sustainable development. The goals of sustainable development cannot be achieved when there is a high prevalence of debilitating illness and poverty, and the health of a population cannot be maintained without a responsive health system and a healthy environment. Environmental degradation, mismanagement of natural resources, and unhealthy consumption patterns and lifestyles impact health. Ill-health, in turn, hampers poverty alleviation and economic development”.

I rapporten fra WHO's kommisjon for sosiale helsedeterminanter (2008) *Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon*, påpekes det at vi er i en "ikke-bærekraftig situasjon: Det som skjer i én del av verden, har nå konsekvenser overalt – finanskriser, konflikter, migrasjon, handel og arbeid, matvareproduksjon og mattrygghet og sykdom. Omfanget av urettferdigheten er rett og slett ikke bærekraftig" (side 28). Hovedformålet med rapporten er likevel å vise "hvordan rettferdig fordeling av helse henger sammen med rettferdig fordeling av ressurser i verden – og at dette er noe vi kan gjøre noe med".

I EUs reviderte strategi for bærekraftig utvikling er folkehelse en av flere "key challenges" (Council of the European Union 15/16. June 2006). Solidaritet innen og mellom generasjoner, policy integrering som prinsipp og føre-var prinsippet er noe av det som framheves. Reduksjon av sosiale helseforskjeller og adressering av "the wider determinants of health" er eksplisitt fokusert under temaet folkehelse.

### Eksempler på anvendelse av prinsippet om bærekraft i norsk rett

Plan og bygningsloven har fremme av bærekraftig utvikling som hovedformål. Loven sier videre at innenfor rammen av § 1-1 skal planer etter loven, jf. § 3-1 bokstav f fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

I merknadene til § 1–1 om lovens formål i Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) heter det:

”Med uttrykket siktes det til definisjonen i rapporten fra Verdenskommisjonen for miljø og utvikling 1987: En utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. Hva som ligger i uttrykket er omtalt i Planlovutvalgets andre delutredning NOU 2003:14 side 240. «Bærekraftig utvikling» omfatter fremme av f.eks. verdiskapning, næringsvirksomhet og sysselsetting, vilkår for folkehelse, gode boliger, bomiljø og oppvekstkår. Det vises til § 3–1 om hensyn og oppgaver i planleggingen for nærmere konkretisering og utdyping i forhold til planer. Med «samfunn» forstår vi de mennesker og den virksomhet som finnes innenfor et område. En indikator på bærekraftig utvikling er f.eks. folkehelse. Med «folkehelse» forstår vi befolkningens helse og helsens fordeling i en befolkning. Folkehelsen må ivaretas og styrkes gjennom arbeid for en mer rettferdig og jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Vilkårene for å opprettholde og bedre helsetilstanden i ulike grupper i befolkningen i framtidige generasjoner sikres gjennom god offentlig planlegging og gjennom samfunns- og arealplanleggingen spesielt. Andre ledd angir at planlegging skal være sektorovergripende og et felles redskap for offentlige myndigheter og organ. Videre skal planer samordne ved at de er et felles gjennomføringsgrunnlag som både myndigheter og private skal legge til grunn og følge”.

Også i naturmangfoldloven er prinsippet nedfelt. I henhold til formålsbestemmelsen i §1 er formålet med loven at “...naturen med dens biologiske, landskapsmessige og geologiske mangfold og økologiske prosesser tas vare på ved bærekraftig bruk og vern(...)”. Hele kapittel 2 inneholder bestemmelser som gjelder bærekraftig bruk.

### Prinsippet om bærekraftig utvikling benyttet i norsk politikk

Begrepet bærekraftig utvikling ble allment kjent internasjonalt og nasjonalt for drøye 20 år siden, den gang daværende statsminister Gro Harlem Brundtland og Verdenskommisjonen for miljø og utvikling i 1987 publiserte rapporten *Vår felles framtid*. I løpet av 90-tallet har begrepet blitt drøftet blant annet i St.meld. nr. 29 (1996-97) *Regional planlegging og arealpolitikk* og i St.meld. nr. 58 (1996-97) *Miljøpolitikk for en bærekraftig utvikling. Dugnad for framtida*. I 2002 la Regjeringen Bondevik fram *Nasjonalt strategi for bærekraftig utvikling*. Målet var både økonomisk, sosial og økologisk utvikling (side 7), og strategien fokuserte relativt bredt. Befolkningens helse ble koblet til utfordringer knyttet til samfunnets langsiktige økonomisk bærekraft, samtidig som helse ble oppfattet som en privatsak ved at det

”ikke [er] lett å skape aksept blant folk at helse er noe man i stor grad skaper selv, og få dem til på handle deretter. Flere tiårs opplysningsarbeid om kosthold og tobakksskader viser hvor vanskelig oppgaven er” (side 17).

*Agenda 21* er en handlingsplan som ble utviklet under FNs konferanse for miljø og utvikling i Rio de Janeiro i 1992. Handlingsplan ga blant annet en utfordring til alle verdens lokalsamfunn om å handle lokalt – til å lage sin “Lokal Agenda 21” for bærekraftig utvikling. Kommunenes rolle, som nærmeste

styringsnivå i forhold til innbyggerne, ble i denne sammenheng sett på som viktig. I St.meld. nr. 1 (2003-2004) presenterte regjeringen sin Nasjonal Agenda 21, en nasjonal handlingsplan for bærekraftig utvikling (kapittel 6). I St.meld. nr. 1 (2007- 2008) lanseres en ny Strategi for bærekraftig utvikling (kapittel 7). Sistnevnte strategi avløser bærekraftstrategien fra 2002 og handlingsplanen fra 2004. Den nye bærekraftstrategien vektlegger både økonomisk, sosial og økologisk bærekraftig utvikling. Rettferdig fordeling (og føre-var prinsippet i miljømessig forstand) er viktige prinsipper i strategien (side 179). Det sies eksplisitt at Regjeringen vil arbeidet for å motvirke sosiale helseforskjeller (side 214). I Nasjonalbudsjettene for 2009 og 2010 er det egne kapitler om bærekraftig utvikling.

Bærekraftig utvikling i forbindelse med folkehelsearbeidet er nevnt i St.meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* og i St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* begrunner Regjeringen behovet for reformen med utgangspunkt i tre hovedutfordringene:

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Regjeringen bekrefter ønsket om å iverksette samhandlingsreformen i sin *Politisk plattform for flertallsregjeringen for 2009-2013* (Soria Moria II). Videre heter det:

”Vi vil forbedre, forsterke og fornye de offentlige velferdsordningene for at de skal være bærekraftige i en tid hvor særlig de demografiske utfordringene blir store. Bare robuste offentlige løsninger kan over tid være et alternativ til privatisering av velferden”.

## **Føre-var-prinsippet**

Innen miljøretten kan føre-var prinsippet forstås slik at ”tvilen skal komme miljøet til gode” Bugge (2009 s. 72) ved usikkerhet om konsekvenser ved handlinger. Prinsippet skal bidra til å håndtere usikkerhet på grunn av mangelfull kunnskap og vanskeligheter med å forutse skade.

Forebygging har lange tradisjoner innen helsetjenesten og kan knyttes til tiltak der årsakssammenhenger er kjent, mens føre-var handlinger slår inn der det er usikkerhet om disse årsakssammenhengene (WHO 2001:13).

## **Betydningen av føre-var-prinsippet internasjonalt**

Internasjonalt ble føre-var prinsippet først anerkjent i *The World Charter for Nature* og sanksjonert av FNs generalforsamling i 1982, dernest ble prinsippet integrert i en rekke internasjonale konvensjoner for beskyttelse av miljøet, herunder Rio-erklæringen fra 1992. I Rio-erklæringen heter det:

"in order to protect the environment, the precautionary approach shall be widely applied by States according to their capability. Where there are threats of serious or irreversible damage, lack of full

scientific certainty shall not be used as a reason for postponing cost-effective measures to prevent environmental degradation" (UN Conference on Environment and Development 1992).

I EU-traktaten er det kun én eksplisitt henvisning til føre-var prinsippet, og den er knyttet til beskyttelse av miljøet, men:

"in practice, its scope is much wider, and specifically where preliminary objective scientific evaluation, indicates that there are reasonable grounds for concern that the potentially dangerous effects on the environment, human, animal or plant health may be inconsistent with the high level of protection chosen for the Community" (Commission of the European Communities 2.2.2000).

### **Eksempler på anvendelse av føre-var prinsippet i norsk rett**

Naturmangfoldloven av 19.6.2009 har integrert føre-var prinsippet som et eksplisitt prinsipp i § 9:

"Når det treffes en beslutning uten at det foreligger tilstrekkelig kunnskap om hvilke virkninger den kan ha for naturmiljøet, skal det tas sikte på å unngå mulig vesentlig skade på naturmangfoldet. Foreligger en risiko for alvorlig eller irreversibel skade på naturmangfoldet, skal ikke mangel på kunnskap brukes som begrunnelse for å utsette eller unnlate å treffe forvaltningstiltak".

Når det gjelder praktisering av Naturmangfoldloven legges det opp til "en felles tilnærming og samordning av regelverk som berører naturmangfold. Det skal blant annet legges vekt på mål og miljørettslige prinsipper i naturmangfoldloven når det fattes vedtak etter plan- og bygningsloven og sektorlover som berører naturmangfold." (Miljøverndepartementet (2009). *Plannytt 1/ 2009. T-1479*, side 23).

Føre-var-prinsippet nevnes ikke eksplisitt verken i kommunehelsetjenesteloven eller i forskrift om miljørettet helsevern. Rettingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4a-8 har imidlertid et føre-var perspektiv ved at den gir hjemmel for å gi pålegg om retting i forhold som "direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen" (vår kursivering). Det er ikke et krav etter bestemmelsen at den negative helsepåvirkningen allerede har materialisert seg, det er tilstrekkelig at det foreligger en helserisiko.

Føre-var perspektivet kommer også til uttrykk i merknadene til § 7 om overordnede krav i forskrift om miljørettet helsevern:

"Det eksisterer et føre-var-prinsipp ved at det ofte vil være en viss usikkerhet og hvis man venter til full visshet, og sykdommen allerede er oppstått, er man for sent ute. Helsetjenesten har her mulighet til blant annet å gi pålegg om at den ansvarlige skal gi opplysninger, utrede konsekvenser eller foreta granskning for å fastslå om det foreligger fare for helseskade eller helsemessig ulempe. Når det gjelder vedtak om retting og stansing, jf. forskriften § 6 og kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, skal det etter forvaltningsloven § 17 og § 25 angis hvilke kunnskapsreferanser kommunen bygger sin vurdering på".

Utgitt av:  
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere  
eksemplarer fra:  
Departementenes servicesenter  
Post og distribusjon  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Tlf.: 22 24 20 00

Publikasjonskode: I-1152 B  
Trykk: Departementenes servicesenter  
10/2010 - opplag 1000