



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

## Rundskriv

---

Kommuner  
Fylkeskommuner  
Fylkesmenn

Nr.  
I-6/2011

Vår ref  
201104666

Dato  
16. desember 2011

### IKRAFTSETTING AV LOV OM FOLKEHELSEARBEID (FOLKEHELSELOVEN)

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester ble vedtatt av Stortinget 17. juni 2011. Begge lover trer i kraft 1. januar 2012, og fra samme tid oppheves lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenester i kommuner (kommunehelsetjenesteloven), lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester og lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Folkehelseloven ble behandlet i Stortinget som en del av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen er en retningsreform for å sikre kvalitet i tjenestene og en bærekraftig samfunnsutvikling. Et av målene med reformen er å fremme helse og forebygge sykdom i større grad enn i dag.

Dette rundskrivet tar sikte på å gi en oversikt over bestemmelsene i folkehelseloven. Rundskrivet vil også gi en oversikt over gjennomføringsaktiviteter og støttefunksjoner for folkehelseloven i året som kommer. Departementet arbeider med en gjennomføringsplan for folkehelseloven som er varslet i Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 og Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid.

Vedlagt dette rundskrivet følger folkehelseloven og merknadene til de enkelte bestemmelsene.

# 1. HOVEDTREKK I FOLKEHELSELOVEN

## 1.1. Innledning

Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven er sammen med helse- og omsorgstjenestelovens forebyggingsbestemmelser de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Det er fortsatt et stort potensial i å fremme folkehelse og forebygge sykdom og for tidlig død, og det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen.

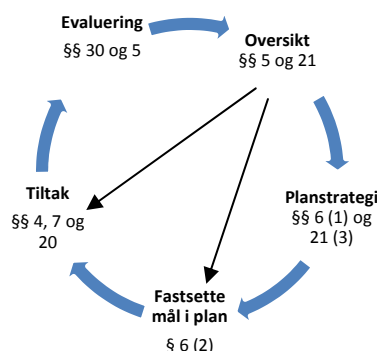
Den nye loven løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet; prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies), bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning.

Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har alle ansvar i folkehelsearbeidet, og loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer. Regelverket legger til rette for bedre samordning på tvers av forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene får en tydeligere rolle i å bistå kommunene. Loven bygger på, og er samordnet med plan- og bygningsloven. Folkehelseloven legger til rette for politisk forankring av folkehelsearbeidet.

## 1.2. Ansvar og virkemidler i folkehelsearbeidet

Folkehelseloven gir kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme folkehelse. Mens kommunehelsetjenesteloven la oppgavene direkte til helsetjenesten i kommunen, er nå ansvaret løftet til kommunen som sådan, og prinsippet om å fremme folkehelse i alle sektorer ("helse i alt vi gjør") gjelder for kommune, fylkeskommune og stat. Dette innebærer at helsehensyn skal integreres i beslutningsprosesser og for eksempel i utøvelse av rollen som eier av virksomhet og eiendom, arbeidsgiver, utviklingsaktør, tjenesteyter m.v.

Det nye regelverket angir en arbeidsform for folkehelsearbeidet, og bestemmelsene er tilpasset plan- og bygningsloven. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert gjennom figuren nedenfor. Gjennom å få oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal man identifisere sine folkehelseutfordringer. Disse skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven, og som grunnlag for tiltak.



Kommuner og fylkeskommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og gjennom dette arbeidet identifisere sine folkehelseutfordringer, jf. §§ 5 og 21. Departementet vil om kort tid sende på høring forskrift om oversiktsarbeid, som omtalt i dette rundskrivets punkt 2.1. I arbeidet med å ha oversikt vil Nasjonalt folkehelseinstitutt bidra med folkehelseprofiler til hver enkelt kommune og fylkeskommune basert på data fra nasjonale registre. En nærmere omtale av folkehelseprofilene gis i rundskrivets punkt 2.2.

Kommuner og fylkeskommuner skal etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1 utarbeide planstrategier hvert fjerde år. Planstrategier skal omfatte strategiske valg knyttet til utvikling i kommunen og fylket, og de bør omfatte en beskrivelse av de viktigste utviklingstrekkene. Ut fra dette skal kommunen og fylkeskommunen ta stilling til sine planbehov. Oversikt og identifiserte folkehelseutfordringer skal etter folkehelseloven §§ 6 første ledd og 21 tredje ledd inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier, og en drøfting av utfordringene bør inngå i strategien.

Med utgangspunkt i identifiserte folkehelseutfordringer skal kommunen etter § 6 annet ledd fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Den lokale folkehelsepolitikken skal forankres i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven, og Prop. 90 L (2010-2011) peker det på kommuneplanens samfunnsdel og handlingsdel som aktuelt sted.

Kommunen har etter § 7 en plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale folkehelseutfordringer. Tiltak kan følge av langsiktig planlegging og forankres i planarbeidet, eller iverksettes direkte ut fra identifiserte behov. Loven viser til et bredt sett med påvirkningsfaktorer og nevner som eksempel tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, og levevaner som fysisk aktivitet, ernæring, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk, samt ulykker og skader.

Fylkeskommunens rolle som pådriver i folkehelsearbeidet og understøtter av kommunenes folkehelsearbeid videreføres fra lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Kommuner og fylkeskommuner skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av folkehelseloven overholdes. Departementet anbefaler at dette integreres som en del av kommunens og fylkeskommunens generelle styrings- og kvalitetssystem.

### **1.3. Miljørettet helsevern**

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, nærmere bestemt biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Bestemmelsene om miljørettet helsevern var tidligere regulert i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og er videreført i folkehelseloven kapittel 3 med noen få endringer. Det er gitt en rekke forskrifter om miljørettet helsevern som videreføres med hjemmel i folkehelseloven.

At bestemmelser om miljørettet helsevern er gitt i et eget kapittel innebærer ikke at denne tjenesten skal dreies i en retning av tilsyn i motsetning til å arbeide gjennom tverrsektorielt arbeid og bidra i planarbeid. På samme måte som virkemidler etter kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a og § 1-4 var nært sammenknyttet, vil bestemmelsene i folkehelseloven kapittel 3 og kapittel 2 også være det.

Kommunen skal i henhold til § 9 føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som kan ha innvirkning på helsen, og kan her benytte virkemidler som pålegg om helsekonsekvensutredning, opplysningsplikt, gransking, retting, tvangsmulkt og stansing. Et nytt virkemiddel i miljørettet helsevern er hjemmelen for å ilegge overtredelsesgebyr ved manglende etterlevelse av pålegg. Overtredelsesgebyr er en straffeliknende administrativ reaksjon og forutsetter at det fastsettes nærmere bestemmelser i forskrift. Dette er ikke gjort foreløpig.

I arbeidet med miljørettet helsevern skal kommunen føre tilsyn med offentlig og privat virksomhet og eiendom, også de som er kommunale. Det er her viktig å sikre habilitet i tilsynet, og folkehelseloven § 30 annet ledd gir derfor kommunene plikt til å dokumentere særskilt hvordan tilsynsansvaret for miljørettet helsevern ivaretas for å sikre uavhengighet og likebehandling i tilsynet. Dette omfatter blant annet hvem som er gitt oppgaven, at disse har nødvendige forutsetninger, herunder myndighet, kapasitet og kompetanse, samt at kommunen har god styring med sin tilsynsaktivitet.

#### **1.4. Beredskap**

Folkehelseloven har også beredskapselementer som delvis videreføres fra kommunehelsetjenesteloven, og som delvis er nye. Folkehelseloven gjør det klart at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner. Lov om helsemessig og sosial beredskap er endret slik at det gjøres klart at den også omfatter beredskap til relevante oppgaver på folkehelseområdet. Behovet for beredskapsplanlegging vil særlig være aktuelt for ekstraordinære miljøhendelser med helsemessige konsekvenser. **Selv om det er et generelt krav om beredskap til folkehelseloven, er plankravet i loven avgrenset til å gjelde kapittel 3 om miljørettet helsevern.**

Nasjonalt folkehelseinstitutt er i folkehelseloven § 25 gitt i oppgave å bistå blant annet kommuner i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Folkehelseinstituttet har fagekspertiser som dekker alle områder innen miljøeksponering og helse, og har personell som raskt vil kunne mobiliseres i beredskapssituasjoner til å bistå kommuner i vurdering av helserisiko. Avhengig av hendelsens type og omfang kan det være aktuelt å rykke ut for å bistå i håndtering av hendelsen.

#### **1.5. Råd, veiledning, tilsyn m.v.**

Folkehelseloven gir fylkeskommuner, fylkesmenn, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet ulike samordnings- og veiledningsoppgaver.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, samordne og understøtte folkehelsearbeidet i fylket. Fylkeskommunens rolle må sees i sammenheng med fylkeskommunen som regional utviklingsaktør. Folkehelseloven viderefører partnerskap som en aktuell arbeidsform for fylkeskommunen. Partnerskap vil være et samarbeid med for eksempel kommuner, universitet og høyskoler, KS i fylket, aktuelle stiftelser, frivillige organisasjoner og næringsliv, for fremming av folkehelsen i fylket.

Fylkeskommunen har videre som oppgave å understøtte folkehelsearbeidet i fylket. Denne rollen omfatter blant annet å gjøre tilgjengelig tallmateriale og annen informasjon fra fylket som er relevant for kommunenes oversiktsarbeid, og bistå i analysearbeidet. Rollen innebærer også å bidra til at helse blir ivaretatt i kommunenes planer, med utgangspunkt i regional plan.

Fylkesmannen skal gjennom råd og veiledning være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, herunder formidle normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Fylkesmannen har en rolle i å formidle statlige forventninger til folkehelsearbeid slik den er uttrykt blant annet i stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner. Gjennom planarbeid skal fylkesmannen bidra til at statlige forventninger, også på folkehelseområdet, blir ivaretatt i kommunale og fylkeskommunale planer. Fylkesmannen er tilsynsmyndighet etter folkehelseloven overfor kommuner og fylkeskommuner, og klageinstans etter bestemmelsene om miljørettet helsevern. Fylkesmannen kan også bidra inn i partnerskapsarbeid, men bør være bevisst sin tilsynsrolle ved slik deltakelse.

Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i forbindelse med at de utgir folkehelseprofiler for kommuner og fylkeskommuner. Dette kan dreie seg om å arrangere kurs og seminarer og for øvrig arbeide for at de opplysningene som gjøres tilgjengelig blir forstått og brukt på riktig måte. Videre vil Folkehelseinstituttet kunne gi råd og bistand ved utforming og gjennomføring av befolkningsundersøkelser mv.

Helsedirektoratet er nasjonalt fagorgan på folkehelseområdet. Dette omfatter blant annet å være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Videre er Helsedirektoratet iverksetter av nasjonal politikk. Helsedirektoratet har også etter folkehelseloven § 24 som oppgave å utvikle faglige normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Statens helsetilsyn er overordnet tilsynsmyndighet på folkehelseområdet. Dette omfatter å overvåke i hvilken grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt etter loven, samt styre og legge til rette for fylkesmennenes tilsyn.

## **2. OPPFØLGING AV FOLKEHELSELOVEN**

### **2.1. Arbeid med forskrifter til folkehelseloven**

Helse- og omsorgsdepartementet vil innen kort tid sende på høring forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften).

Forskriftsforslagets formål vil være å samordne og standardisere arbeidet med oversikter. Oversiktene er grunnlaget for det videre folkehelsearbeidet, herunder arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er et mål med forskriften å legge til rette for at folkehelsearbeidet blir systematisk og kunnskapsbasert. Forskriften vil videre legge til rette for medvirkning ved at kunnskap gjøres tilgjengelig.

Forslaget til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer sendes på høring på den tid folkehelseloven trer i kraft. Bestemmelsene i folkehelseloven §§ 5, 21 og 25 om å ha oversikt vil gjelde uavhengig av tidspunkt for ikraftsetting av denne forskriften. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil i tråd med loven sende folkehelseprofiler til kommunene i januar 2012. Departementet forventer at folkehelseprofilene, som vil inneholde fortolket statistikk på kommunenivå, vil initiere et utviklingsarbeid i kommuner og fylkeskommuner med lokale og regionale oversikter. Departementet har en forventning om at høringen av forskriften kan bli en del av dette utviklingsarbeidet, og dermed bidra til en forskrift som er fundert på lokal og regional erfaring.

Folkehelseloven vil fra den trer i kraft 1. januar 2012 hjemle forskriftsverket om miljørettet helsevern. Det vil i januar 2012 gjøres tekniske endringer i miljørettet helsevern forskriftene som følge av ny hjemmelslov. Departementet vil senere vurdere revisjon av disse forskriftene som signalisert i Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid kapittel 15.

Forskriftsarbeid som følge av folkehelselovens bestemmelser om beredskap og gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement (IHR) vil igangsettes senere.

## **2.2. Folkehelseprofiler for kommuner og fylkeskommuner**

Som støtte til kommuners og fylkeskommuners arbeid med å identifisere sine folkehelseutfordringer skal Nasjonalt folkehelseinstitutt etter folkehelseloven § 25 gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer fra nasjonale registre.

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil årlig og første gang i januar 2012 sende ut folkehelseprofiler til alle kommunene. Folkehelseprofilene vil gi opplysninger om helsetilstand for den enkelte kommunes befolkning og om lokale faktorer som påvirker helsen. I løpet første halvår 2012 vil det også bli utarbeidet folkehelseprofiler for hver enkelt fylkeskommune. Folkehelseprofilene skal også kunne lastes ned i PDF-versjon fra instituttets nettsider ([www.fhi.no/kommnehelsa](http://www.fhi.no/kommnehelsa)). Temaene er valgt ut fra kjente folkehelseutfordringer og særlig med tanke på å belyse helseforhold som kan påvirkes, i tråd med føringene fra Prop. 90 L (2010-2011).

Folkehelseinstituttet vil også drifte Kommunehelsa statistikkbank som blir tilgjengelig på <http://khs.fhi.no>. I Kommunehelsa statistikkbank ligger tallene som er grunnlaget for folkehelseprofilene, samt annen relevant statistikk. Kommunehelsa statistikkbank erstatter Kommunehelseprofiler som til nå har ligget på Helsedirektoratets nettsider.

Folkehelseprofilene vil inneholde grunnleggende data om befolkning, levekår, miljø, skole og helse/sykdom. Kildene til dataene er sentrale helseregistre, som blant annet Norsk pasientregister, Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Nasjonalt vaksinasjonsregister og Reseptregisteret. Andre datakilder er registre hos Arbeids og velferdsetaten, Vannverksregisteret, Utdanningsdirektoratet samt registre i Statistisk sentralbyrå.

Forholdet mellom folkehelseprofilene og kommuners og fylkeskommuners oversiktsarbeid vil omtales og reguleres nærmere i høringsnotat om forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften) som omtales i punkt 2.1.

Arbeidet med helseindikatorer, statistikkbank og folkehelseprofiler for kommuner og fylkeskommuner vil være under utvikling i årene framover. Profilene som presenteres i 2012 er basert på eksisterende data som kan brytes ned på kommunenivå. Indikatorene vil forbedres i takt med bedre tilgang på relevante data. For eksempel vil gjennomføring av nye spørreundersøkelser om helse på regionalt og eventuelt lokalt nivå etter hvert kunne gi mer data om helse og om risikofaktorer for sykdom.

Fra 2012 vil Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet arrangere kurs og konferanser om bruk av folkehelseprofilene og statistikkbanken, som del av veiledningen opp mot kommunenes og fylkeskommunenes oversiktsarbeid. Departementet anbefaler at kommuner og fylkeskommuner deltar på disse.

### **2.3. Veiledningsmateriale til loven**

Folkehelseloven legger til grunn at folkehelsearbeidet skal være forsvarlig og at det skal være kunnskapsbasert. I tillegg til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, innebærer et kunnskapsbasert folkehelsearbeid at det baseres på anerkjente metoder og verktøy. Helsedirektoratet og fylkesmannen har som oppgave etter §§ 23 og 24 å være pådrivere for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Helsedirektoratet skal som en del av dette utvikle normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Planforankringen av folkehelsearbeidet, spesielt fastsetting av mål og strategier etter § 6, vil være gjenstand for politiske beslutninger bygget på faglig grunnlag. Iverksettingen av beslutningene bør i størst mulig grad være kunnskapsbasert. Veiledningsmateriale vil utvikles over tid parallelt med utvikling av ny kunnskap og metodikk.

Direktoratet vil publisere veiledning, normer og standarder på sin nettside: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) under fanen "folkehelse".

I løpet av 2012 tas det sikte på å utarbeide:

- korte omtaler knyttet til det systematiske folkehelsearbeidet (januar 2012)
- veiledning til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (etter vedtagelse av forskriften)



- veiledning til å integrere folkehelse i planlegging som samordnes med Miljøverndepartementets veiledningsmateriale om plan- og bygningsloven (første halvdel 2012)
- ulike temaveiledere knyttet til blant annet § 7 om folkehelse tiltak
- nye [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no) lanseres i løpet av januar 2012 som en ressurs for samfunnsplanlegging om rus og folkehelsearbeid

I tillegg til skriftlig veiledningsmateriale vil Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet og andre fagmiljøer tilby kurs og seminarer for ulike aktører på folkehelseområdet.

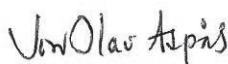
#### **2.4. Kompetansetiltak**

Som følge av samhandlingsreformen er det iverksatt en rekke tiltak for å styrke kompetansen innen folkehelsearbeid og helse i plan. Det er etablert flere studietilbud innen folkehelsearbeid/-vitenskap. Helsedirektoratet arbeider blant annet i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner om å kartlegge kompetansebehovet knyttet til folkehelseloven. På bakgrunn av dette er det dialog med aktuelle høyskoler og universiteter om oppbygging og videreutvikling av studietilbud.

I tillegg til studietilbud arbeides det med ulike typer kurs. Blant annet vil Helsedirektoratet i samarbeid med høyskole- og universitetsmiljøet utvikle en pilot for et 2-3 dagers kurstilbud om den nye folkehelseloven. Kommuner, fylkeskommuner og fylkesmannsembeter vil involveres i utviklingsarbeidet, og en kurspilot vil foreligge innen mars 2012. Kurspiloten vil danne grunnlag og utgangspunkt for fylkesvise og regionale kompetansekurs.

I løpet av 2012 skal det etableres et nytt opplæringsprogram knyttet til de eksisterende Samplan kursene. Opplæringsprogrammets formål er å bidra til en god implementering av samhandlingsreformen, herunder folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Gjennom opplæringsprogrammet tar man sikte på å styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse på helhetlig planlegging og få integrert samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i planarbeidet. Ansvar for utvikling og drift av programmet vil ligge til SEVS (Sekretariatet for Etter- og Videreutdanning i Samfunnsplanlegging).

Med vennlig hilsen

  
Jon-Olav Aspås e.f.  
ekspedisjonssjef

  
Ragnhild Spigseth  
seniorrådgiver

#### **Vedlegg:**

- Lov om folkehelsearbeid
- Merknader til lov om folkehelsearbeid – oppdatert etter endringer i Stortinget



**Kopi:**

Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Barneombudet  
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet  
Departementene  
DSB  
Direktoratet for naturforvaltning  
Direktoratet for nødkommunikasjon  
Helseforetakene  
Helsedirektoratet  
Klima- og forurensningsdirektoratet  
Kystverket  
Landets høgskoler  
Landets regionale helseforetak  
Landets universiteter  
Mattilsynet  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Politidirektoratet  
Sametinget  
Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Statens helsetilsyn  
Statens strålevern  
Sysselmannen på Svalbard

Den norske legeforening  
Den norske tannlegeforening  
Den norske turistforening  
Fagforbundet  
Forum for kommunale planleggere  
Forum for miljø og helse  
Friluftslivets fellesorganisasjon  
Friluftsrådernes Landsforbund  
Frivillighet Norge  
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)  
Kompetansesentrene RUS  
Kreftforening  
Kriminalitetsforebyggende råd  
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke  
Landslaget for fysisk fostring i skolen  
Landsorganisasjonen i Norge (LO)  
Mental Helse Norge  
Nasjonalforeningen for folkehelsen  
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

Norges Astma og allergiforbund  
Norges Diabetesforbund  
Norges Forskningsråd  
Norges Idrettsforbund  
Norges Røde Kors  
Norsk forening for Folkehelse (Folkehelseforeningen)  
Norsk forening mot Støy  
Norsk forum for bedre innemiljø for barn  
Norsk Fysioterapeutforbund  
Norsk institutt for by og regionforskning (NIBR)  
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)  
Norsk institutt for vannforskning (NIVA)  
Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner  
Norsk Sykepleierforbund  
Norske Kvinners Sanitetsforening  
Næringslivets hovedorganisasjon  
Rådet for psykisk helse  
Skadeforebyggende forum  
Skiforeningen  
Statistisk sentralbyrå  
Syklistenes Landsforening  
Universitets- og høyskolerådet  
Utdanningsforbundet  
Vegdirektoratet  
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

# **Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)**

## ***Kapittel 1 Innledende bestemmelser***

### **§ 1 Formål**

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

### **§ 2 Virkeområde**

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder i tillegg for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 28 og 29.

### **§ 3 Definisjoner**

I loven her menes med

- a) *folkehelse*: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b) *folkehelsearbeid*: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot 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 befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte

befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

## **§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen**

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

## **§ 6 Mål og planlegging**

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

## **§ 7 Folkehelseiltak**

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

### ***Kapittel 3 Miljørettet helsevern***

#### **§ 8 Virkeområde og forskrifter**

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Departementet kan innenfor formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vann og vannforsyning, støy, omgivelseshygiene, forebygging av ulykker og skader mv. Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av dette kapittel overholdes.

#### **§ 9 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet**

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.

Kommunens myndighet kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres.

#### **§ 10 Meldeplikt og godkjenning**

Departementet kan innenfor miljørettet helsevern, jf. § 8, gi nærmere bestemmelser om meldeplikt til, eller plikt til å innhente godkjenning fra, kommunen før eller ved iverksetting av virksomhet som kan ha innvirkning på helsen. Det samme gjelder ved endring av slik virksomhet. Kommunen kan ved godkjenning sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse, jf. §§ 1 og 8. Nærmere bestemmelser om godkjenning, herunder saksbehandlingsregler til utfylling av tjenesteloven, kan gis i forskriftene. Unntak fra tjenesteloven § 11 annet ledd kan bare gjøres når det er begrunnet ut fra tvingende allmenne hensyn.

For virksomheter som er underlagt melde- eller godkjenningsplikt, kan det i forskrift etter første ledd kreves at en vurdering fra et akkreditert inspeksjonsorgan skal fremlegges. Slik vurdering kan kreves innhentet ved nærmere bestemte tidsintervaller. Virksomheten dekker utgiftene til vurderingen fra det akkrediterte inspeksjonsorganet.

Dersom godkjenning ikke foreligger, kan kommunen kreve virksomheten stanset. Stansing kan bare kreves dersom ulempene ved stansing står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

I forskriftene kan det bestemmes at fylkesmannen skal ha godkjenningsmyndighet dersom virksomheten berører flere kommuner. Berører virksomheten flere fylker, kan det bestemmes at departementet skal ha godkjenningsmyndigheten. For vann og vannforsyning kan det i forskrift bestemmes at annen statlig myndighet enn fylkesmannen skal ha

godkjenningmyndigheten. Det kan videre gis særskilte bestemmelser om klageordning i tilfeller hvor fylkesmannen, departementet eller annen statlig myndighet gir godkjenning.

### **§ 11 Helsekonsekvensutredning**

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning.

### **§ 12 Opplysningsplikt**

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som kan ha innvirkning på helsen, en plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter dette kapittel. Når særlige grunner tilsier det, kan kommunen kreve at opplysningene gis av enhver som utfører arbeid for den som har opplysningsplikt etter første punktum. Opplysninger som nevnt i første punktum kan også kreves fra andre offentlige myndigheter uten hinder av taushetsplikt.

Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, skal av eget tiltak gi kommunen opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen kan dessuten pålegge den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, plikt til å gi allmennheten, kunder eller andre opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.

### **§ 13 Gransking**

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter dette kapittel beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Granskingen kan gjennomføres av den som er delegert myndighet etter § 9 eller av kommunelegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

Den som utfører granskingen skal uhindret ha adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. Det kan kreves fremlagt dokumenter og materiale og kreves foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens gjøremål etter dette kapittel. Omkostninger forbundet med granskingen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten.

Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å gjennomføre gransking.

Ved gransking av virksomhet eller eiendom, skal den som utfører granskingen, først ta 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 er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel. Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes.

Pålegget skal være skriftlig og inneholde en frist for når det skal være utført. Det skal rettes til den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan. Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan.

## **§ 15 Tvangsmulkt**

Kommunen kan ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting av forhold etter § 14 ilegge adressaten for pålegget tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt. Tvangsmulkten må være fastsatt enten samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny frist for oppfyllelse av pålegget. Tvangsmulktens størrelse fastsettes under hensyn til hvor viktig det er at pålegget blir gjennomført og hvilke kostnader det antas å medføre. Tvangsmulkten tilfaller statskassen.

Tvangsmulkten er tvangsgrunnlag for utlegg.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om fastsettelse og beregning av tvangsmulkt.

## **§ 16 Stansing**

Oppstår det forhold ved en virksomhet eller eiendom som medfører en overhengende fare for helseskade, skal kommunen stanse hele eller deler av virksomheten eller aktiviteten inntil forholdene er rettet eller faren er over. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

## **§ 17 Overtredelsesgebyr**

Departementet kan i forskrift fastsette at kommunen kan ilegge overtredelsesgebyr overfor den som forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelsene i §§ 10 til 14 og § 16. Det samme gjelder ved overtredelse av forskrifter gitt i medhold av §§ 8 og 10 når det er fastsatt i forskriften at overtredelse kan medføre slik sanksjon.

I forskrift etter første ledd kan departementet gi nærmere bestemmelser om hvilke overtredelser nevnt i første ledd som kan medføre overtredelsesgebyr. Videre skal forskriften gi nærmere bestemmelser om utmåling og betaling av gebyret, og det kan gis regler om rente og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyr ikke blir betalt ved forfall. Gebyret tilfaller statskassen.

Endelig vedtak om overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Foretak kan ilegges overtredelsesgebyr i samsvar med første til tredje ledd når overtredelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Dette gjelder selv om ingen enkeltperson kan ilegges overtredelsesgebyr.



## **§ 18 Straff**

Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel. Medvirkning straffes på samme måte.

Har overtredelsen ikke medført helseskade eller kun ubetydelig fare for helseskade, skjer offentlig påtale kun etter begjæring fra kommunestyret selv.

## **§ 19 Klage**

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommunelegen etter dette kapittel.

## ***Kapittel 4 Fylkeskommunens ansvar***

### **§ 20 Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid**

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer, jf. § 21 annet ledd.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til § 21, jf. § 5 første ledd bokstav a. Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.

### **§ 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket**

Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25,
- b) relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer etter annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

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

## ***Kapittel 5 Statlige myndigheters ansvar***

### **§ 22 Statlige myndigheters ansvar**

Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

### **§ 23 Fylkesmannens ansvar**

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner.

### **§ 24 Helsedirektoratets ansvar**

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 25.

### **§ 25 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar**

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser om opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer bistå kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

## ***Kapittel 6 Samarbeid, beredskap, internkontroll, tilsyn mv.***

### **§ 26 Samarbeid mellom kommuner**

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av

utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet. Den kommunen som mottar bistand skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre annet er avtalt eller bestemt i medhold av første ledd.

### **§ 27 Samfunnsmedisinsk kompetanse**

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:

- a) samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,
- b) hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og
- c) andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.

### **§ 28 Beredskap**

Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter denne lovens kapittel 3, i samsvar med helseberedskapsloven. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, og om meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om miljøhendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. I forskrift kan videre gis nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

### **§ 29 Gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner**

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser for gjennomføring av avtaler på folkehelseområdet med fremmede stater og internasjonale organisasjoner.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement (IHR), herunder om etablering av IHR-registre. IHR-registre kan inneholde helseopplysninger i aidentifisert eller i personidentifiserbar form, uten samtykke fra de registrerte. Det kan gis bestemmelser om plikt for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private til å

melde eller varsle helseopplysninger til IHR-registre. Videre behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om iverksetting av midlertidige og stående tiltak fra Verdens helseorganisasjon.

### **§ 30 Internkontroll**

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven her overholdes.

Kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom i henhold til § 9 skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet.

### **§ 31 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid**

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av §§ 4 til 9, 20, 21 og 27 til 30 i loven her.

Reglene i kommuneloven kapittel 10 A gjelder for tilsynsvirksomheten etter første ledd.

### **§ 32 Overordnet faglig tilsyn**

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med loven her i henhold til § 31, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lov og forskrift.

### **§ 33 Videreføring av forskrifter**

Forskrifter gitt eller videreført i medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene kapittel 4a og § 7-9 gjelder også etter at loven her har trådt i kraft.

### **§ 34 Ikrafttredelse**

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.

### **§ 35 Endringer i andre lover**

Fra det tidspunkt loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover:  
(...)

## Merknader til de enkelte bestemmelsene

Merknadene til de enkelte bestemmelsene følger av Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), men er oppdatert i forhold til endringer i Stortinget. Det er da referert til Innst. 423 L (2010-2011) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen.

### *Til § 1 Formål*

Bestemmelsen er omtalt i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 9 om formål.

Bestemmelsen bygger på lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 1 og kommunehelsetjenesteloven § 1-2.

Formålsbestemmelsen gir uttrykk for de overordnede målene loven skal fremme, og angir lovens ramme. Formålsbestemmelsen vil ha betydning for hvordan de øvrige bestemmelsene i loven er å forstå.

Formålsparagrafen gjenspeiler de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeid; "helse i alt vi gjør" (Health in All Policies), utjevning av sosiale helseforskjeller, bærekraft, føre-var og medvirkning.

Det følger av *første ledd* første punktum at lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Formuleringen "samfunnsutvikling som fremmer folkehelse" tydeliggjør at målet med denne loven er, gjennom en bred samfunnsmessig tilnærming, å gjøre noe med alle de ulike påvirkningsfaktorene som er i samfunnet og som kan ha innvirkning på folkehelsen. Det innebærer at hensikten ikke er å sette i verk tiltak og "reparere" etter at sykdom, skade eller lidelse er oppstått, men å redusere de negative eller øke de positive påvirkningsfaktorene som fremmer folkehelse og forebygger at sykdom, skade eller lidelse oppstår eller utvikler seg. En bred samfunnsmessig tilnærming innebærer at det tas hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer i tråd med prinsippet om "helse i alt vi gjør", for eksempel både i skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, nærings- og vegsektoren, i tillegg til i helsesektoren.

Med sosiale helseforskjeller menes det samme som i forskningen ofte omtales som sosial ulikhet i helse. Begrepet henpeiler på helseforskjeller som følger sosiale skillelinjer. Sagt på en annen måte dreier det seg om statistiske korrelasjoner mellom sosiale variabler på den ene siden og helse på den andre. De sosiale variablene kan for eksempel dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne. Å motvirke sosiale helseforskjeller innebærer å utjevne helseforskjellene uten at gjennomsnittshelsen eller helsen til høyere sosioøkonomiske grupper blir dårligere. Faktorer som påvirker helse og som er sosialt ulikt fordelt, bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Det kan for

eksempel gjelde både levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale levekår som oppvekst- og boforhold, utdanning, inntekt og arbeid. Det som avgjør om en faktor - fysisk eller sosial - har betydning for helseforskjeller, er hvor stor betydning faktoren har for helse og om den er sosialt ulikt fordelt.

Første ledd annet punktum tydeliggjør at folkehelsearbeidet både omfatter å arbeide for å fremme faktorer/forhold som er positive for helsen og å forebygge faktorer/forhold som er negative for helsen. Hva som er folkehelsearbeid fremgår av definisjonen i § 3 bokstav b.

*Annet ledd* første punktum viser til de forvaltningsnivåene/myndighetene som omfattes av lovforslaget, jf. § 2, og gjenspeiler de ulike kapitlene i loven som beskriver ansvar og oppgaver for de enkelte forvaltningsnivåene. Loven skal sikre at forvaltningsorganene på alle nivåer, setter i verk tiltak og samordner innsatsen i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

At loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte, innebærer blant annet at helsefaglige vurderinger ligger til grunn for folkehelsearbeid.

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

Dette innebærer at forsvarlighet ikke er en uavhengig eller absolutt standard for hvor store ressurser som skal settes inn i folkehelsearbeidet eller hvilket helseutfall, som reduksjon i dødelighet eller lignende, som skal oppnås. For eksempel påvirkes folkehelsen i en kommune av forhold ut over det kommunen selv har innflytelse over. Forsvarlighet innebærer blant annet å arbeide for mest mulig helse innenfor de ressurser som er til rådighet. I vurderingen av forsvarlighetskravet må det således tas hensyn til aktørens ressursituasjon, samtidig som det legges vekt på prioriteringer over tid. Det kan være forsvarlig fra en ressursituasjon å velge å utsette håndteringen av bestemte utfordringer, men ikke å se totalt bort fra dem. Dette innebærer at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt foreta en prioritering av tiltak over tid.

Av annet ledd annet punktum går det fram at det er et mål med loven å legge til rette for langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Effekten av folkehelsearbeid viser seg ofte først etter lang tid. Bestemmelsen understreker derfor at folkehelsearbeidet må ses i et langsiktig perspektiv og at det ikke bare er tiltak med umiddelbar virkning eller virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen langt fram i tid. Dette er i tråd med bærekraftprinsippet i folkehelsearbeidet. Med systematisk arbeid menes at man tar utgangspunkt i folkehelseutfordringene lokalt/regionalt og foretar en prioritering ut fra

utfordringsbildet. Fastsettelse av mål og strategier for folkehelsearbeidet gir igjen føringer for hvordan for eksempel kommunen innretter sin tjenesteyting, forvaltning mv. og iverksetter egne tiltak.

### *Til § 2 Virkeområde*

Bestemmelsen er omtalt i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 10 om virkeområde.

Bestemmelsen er delvis ny og erstatter delvis kommunehelsetjenesteloven § 1-2 og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 2.

Bestemmelsen angir i første, annet og fjerde ledd hvem som omfattes av loven. Utgangspunktet i *første ledd* er at loven gjelder for alle forvaltningsnivåer og således er begrenset til offentlig sektor. Utstrekningen av det enkelte organs plikter er derimot nærmere avgrenset gjennom de enkelte kapitler og bestemmelser i loven som omhandler hvert forvaltningsnivå og organer på dette nivået. Lovens struktur er inndelt slik at det er ett kapittel som retter seg mot hhv. kommunene (kapittel 2), fylkeskommunene (kapittel 4) og statlige myndigheter (kapittel 5).

Kapittel 2 regulerer kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet, og kapittel 4 regulerer fylkeskommunens oppgaver og ansvar. Lovens kapittel 5 har en prinsippbestemmelse om statlige myndigheters ansvar. Kapitlet regulerer nærmere de oppgaver statlige helsemyndigheter har i folkehelsearbeidet. Oppgavene er ikke uttømmende regulert i loven, men loven angir sentrale funksjoner de enkelte statlige helsemyndighetene har i forhold til kommunal sektors arbeid.

Lovens kapittel 3 har et utvidet virkeområde i forhold til resten av loven, da kapitlet også gjelder for privat virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Selv om det i og for seg følger av første ledd, er det også presisert at offentlig eiendom og virksomhet er omfattet av loven. Kapittel 3 er en videreføring av kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven som hadde et tilsvarende virkeområde. Lovens § 8 angir i tillegg det saklige virkeområdet for bestemmelsene om miljørettet helsevern i lovens kapittel 3.

I tråd med alminnelige regler for lovers anvendelse gjelder loven for virksomhet i Norge. Etter Svalbardloven § 2 og lov om Jan Mayen § 2 vil ikke folkehelseloven gjelde på Svalbard og Jan Mayen med mindre det er særskilt fastsatt. *Tredje ledd* første punktum gir hjemmel for at Kongen kan bestemme i forskrift i hvilken utstrekning loven likevel skal gjelde på Svalbard. Det kan fastsettes særlige regler av hensyn til stedlige forhold, blant annet kan det fastsettes hvilke av oppgavene i folkehelseloven som skal ligge til Sysselmannen og hvilke som skal ligge til lokalstyret. Bestemmelsene om "alminnelig sundhet" i forskrift 15. juni 1928 nr. 3357 om læge- og sundhetsforholdene på Svalbard som er hjemlet i Svalbardloven § 4, vil fortsatt gjelde inntil det eventuelt gjøres endringer i forskriften. Tilsvarende gir tredje ledd annet punktum Kongen fullmakt til å fastsette



bestemmelser om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøy i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen. Selv om fullmakten i utgangspunktet omfatter alle lovens bestemmelser, er det i praksis kapittel 3 om miljørettet helsevern som er aktuell for nærmere regulering etter tredje ledd annet punktum. Det vil med hjemmel i bestemmelsen kunne gis regler om for eksempel ferger og fly som opererer utenfor landets grenser. Også her gjelder at eldre forskrifter vil videreføres i medhold av § 33.

Folkehelseloven gir blant annet hjemmel for å gjennomføre internasjonalt helsereglement (IHR) i norsk rett i § 29. Reglementets formål og virkeområde er i artikkel 2 ”å forebygge, beskytte mot, kontrollere og sikre en helsemessig respons mot internasjonal spredning av sykdom på måter som står i forhold til og er begrenset til folkehelseisiko, og som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel”. Folkehelseloven gir videre i § 28 hjemmel for nærmere regulering av beredskap på folkehelseområdet. Disse bestemmelsene forutsetter at helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private kan pålegges plikter. At disse omfattes av folkehelseloven, er derfor presisert i § 2 fjerde ledd.

### *Til § 3 Definisjoner*

Bestemmelsen gir en definisjon av to sentrale begreper i folkehelseloven. Det vises også til Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 8.2 om definisjoner.

**Bokstav a** definerer hva som ligger i begrepet folkehelse. Definisjonen legger til grunn et populasjonsperspektiv, dvs. helsen i en populasjon eller befolkningsgruppe. Befolkningen kan i denne sammenheng både være hele den norske befolkningen og befolkningen i mindre områder, for eksempel befolkningen i en kommune, i en by, bygd eller en bydel. Uansett størrelse og sammensetning tar folkehelse utgangspunkt i populasjonsnivået istedenfor individnivået.

Definisjonen legger videre til grunn et fordelingsperspektiv. Bestemmelsen synliggjør at folkehelse ikke bare er befolkningens generelle helse, men også hvordan god/dårlig helse er fordelt i befolkningen, jf. beskrivelsen av sosiale helseforskjeller under formålsbestemmelsen. Dette innebærer at det ikke er tilstrekkelig å måle folkehelse med gjennomsnittstall. I vurderingen av helseforhold i en populasjon må det avdekkes om helse fordeles sosialt ulikt, dvs. følger sosiale skillelinjer. Slike skillelinjer kan for eksempel dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, inntekt, arbeid), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne.

**Bokstav b** definerer hva som ligger i begrepet folkehelsearbeid. Definisjonen tar utgangspunkt i at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet, og at det utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen. Begrepet ”samfunnets innsats” viser at det ikke bare er enkeltsektors (for eksempel helsetjenestens) innsats for å påvirke faktorer som fremmer helse eller forebygger sykdom i befolkningen som er av betydning i folkehelsearbeidet,

men innsats på alle nivåer og i alle sektorer.

Begrepet "faktorer" skal forstås vidt og omfatter et bredt sett av både positive og negative påvirkningsfaktorer. Påvirkningsfaktorene befinner seg på mange nivåer og omfatter forhold som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/inntekstforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligforhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder for aktivitet og friluftsliv, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv.

Definisjonen opplyser ikke hvilke spesifikke påvirkningsfaktorer som kommer inn under folkehelsearbeidet. Hensikten med dette er å forhindre at definisjonen blir avgrensende. Videre vil definisjonen fange opp utvikling i kunnskap over tid om hvilke faktorer som påvirker helse. Avgrensningen av hvilke faktorer som omfattes, avgjøres av den relasjonen de har til helse.

Påvirkningsperspektivet i folkehelsearbeid innebærer at arbeidet rettes mot de faktorer som påvirker populasjoners helse. Identifisering av risikofaktorer for sykdom basert på sammenligninger av enkeltindivider i en gitt populasjon, vil kunne bidra til at man overser risikofaktorer som påvirker hele populasjonen. Folkehelsearbeid tar utgangspunkt i årsakene til hyppigheten av en helseutfordring i en populasjon.

Definisjonen presiserer god psykisk og somatisk helse som endemål for folkehelsearbeidet. Psykisk helse ligger implisitt i helsebegrepet, og det er ikke bestemmelsens intensjon å skape eller bygge opp under en oppfatning av et skille mellom psykisk og somatisk helse. Når psykisk helse er presisert, er dette for å tydeliggjøre at hensyn til psykisk helse skal være en integrert del av folkehelsearbeidet. Det presiseres at formuleringen "psykisk og somatisk" er ment å omfatte også rusmiddelproblematikk. Det vil si at implisitt i formuleringen ligger et mål om fravær av rusmiddelavhengighet og andre rusmiddelproblemer.

Definisjonen av folkehelsearbeid avgrenser folkehelsearbeid fra behandling av syke i helsetjenesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering.

Tiltak overfor risikogrupper eller individer, som er identifisert gjennom kliniske vurderinger faller utenfor begrepet folkehelsearbeid, mens tiltak mot hele befolkningen eller subgrupper innen befolkningen, basert på vurdering av påvirkningsfaktorer, anses derimot som folkehelsearbeid.

Denne avgrensningen innebærer ikke noen nedvurdering av kliniske tjenester, som til sammen utgjør hoveddelen av aktivitetene i helse- og omsorgstjenestene. Den innebærer derimot en klargjøring som synliggjør en funksjons- og arbeidsdeling. Avgrensningen utelukker ikke at tenkning og metoder som

benyttes i folkehelsearbeidet, også kan være nyttige i klinisk virksomhet.

I forhold til begrepssettet primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, avgrenses folkehelsearbeid på følgende måte:

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

*Sekundærforebygging* handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:

- Innsats i symptomfri fase, slik som screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv behandling. Dette tilsvarer folkehelsetilnærmingen til sekundærforebygging.
- Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse. Dette betegnes som tidlig intervensjon. Ett eksempel er tiltak overfor ungdom som eksperimenterer med narkotika.
- Innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom for eksempel ved livsstilspåvirkning og/eller legemiddelbehandling. Dette tilsvarer den kliniske tilnærmingen til sekundærforebygging.

*Tertiærforebygging* innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger.

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

#### ***Til § 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid***

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-2 og deler av §§ 1-3 og 1-4. Innholdet i bestemmelsen er delvis en videreføring av disse bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og delvis nytt. Bestemmelsen er særlig omtalt i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 12.1 om kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet og i Innst. 423 L (2010-2011) kapittel 2.9.2.

Bestemmelsen legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som sådan og ikke til kommunens helsetjeneste som etter kommunehelsetjenesteloven.

Bestemmelsen fastslår kommunens generelle ansvar for folkehelsearbeid, mens mer konkrete bestemmelser om hvordan kommunen skal gjennomføre sitt folkehelsearbeid er fastsatt i §§ 5 til 7.

*Første ledd* presiserer målet med kommunens folkehelsearbeid. Bestemmelsen må leses i lys av § 1. Siste del av setningen synliggjør føre-var-prinippet som ligger til grunn for hele loven, ved at kommunen skal bidra til å beskytte mot faktorer som "kan ha" innvirkning på helsen. Det er altså ikke tilstrekkelig for kommunen å arbeide for å beskytte mot farer som man vet har negativ innvirkning på helsen. Bestemmelsen dekker både de situasjoner der hendelsesforløpet er usikkert, men det foreligger en viss sannsynlighet for en utvikling som vil medføre negativ innvirkning på folks helse, og de situasjoner der man mangler sikker kunnskap om de helsemessige virkningene, altså håndtering av vitenskapelig usikkerhet. Det vises nærmere til omtalen av føre-var-prinippet i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 7.4 og kapittel 15 om miljørettet helsevern.

*Annet ledd* fastsetter at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt. Dette innebærer at kommunen har ansvar for å iverksette tiltak gjennom å bruke de virkemidler kommunen har, blant annet som samfunnsutvikler og lokal planmyndighet, gjennom myndighetsutøvelse etter annet regelverk som for eksempel forurensningsloven og alkoholloven, innen forvaltning, drift og som eier av virksomhet og eiendom. Kommunen har for eksempel virkemidler innenfor barnehage og skole, boligsosiale virkemidler, arealplanansvar for friluftslivet og rolle som eier/forvalter av friluftsområder med mer. Det vises blant annet til friluftslivslovens formålsparagraf.

Annet ledd er slik sett en lovfesting av prinsippet om "helse i alt vi gjør" i kommunene og tydeliggjør ansvaret for å bruke virkemidler i alle sektorer som for eksempel både i skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, miljø-, landbruks- nærings- og vegsektoren, i tillegg til i helse- og omsorgssektoren. Se også merknadene til § 1 annet ledd om at loven skal sikre at kommuner setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

*Tredje ledd*, som delvis er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 annet ledd, pålegger kommunen en plikt til å medvirke til at helsehensyn ivaretas av andre myndigheter og virksomheter. Med dette siktes det til andre offentlige organer og virksomheter enn kommunens egne. Kommunens medvirkning overfor egne organer er dekket av annet ledd. Bestemmelsen i tredje ledd innebærer at kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av næringsliv, fylkeskommune, fylkesmann og andre statlige instanser (for eksempel Statens vegvesen og Norges vassdrags- og energidirektorat). Medvirkning kan skje ved at det gis uttalelser og råd eller ved at kommunen, for eksempel ved helsetjenesten, deltar i samarbeidsorganer som blir opprettet. Medvirknings- eller samarbeidsformen må i praksis fastsettes etter en vurdering av den enkelte samarbeidsoppgave. Det er av betydning for et effektivt samarbeid at medvirkningen eller samarbeidet etableres på et tidlig tidspunkt under planleggingen, og at man trekker inn de personene i samarbeidsgrupper som kjenner områder/problemene fra sitt praktiske arbeid. Medvirkning kan også skje ved at kommunen varsler de berørte fagmyndigheter når den kommer over forhold som berører det regelverket de forvalter, for eksempel

forurensningsloven, produktkontrollloven og arbeidsmiljøloven, slik at den aktuelle fagmyndigheten kan fatte vedtak. Når det gjelder uttalelser, innebærer bestemmelsen at kommunen både har rett og plikt til å medvirke i form av uttalelser til andre forvaltningsorganer i spørsmål som har betydning for folkehelsen.

Tredje ledd tredje punktum regulerer særskilt forholdet til frivillig sektor og andre aktører, både offentlige og private. Disse har i utgangspunktet ingen plikt til å samarbeide med kommunen og loven legger derfor opp til at kommunen legger til rette for et samarbeid. Formen på samarbeidet må avtales nærmere i det enkelte tilfelle. En partnerskapsmodell kan være aktuell i slike sammenhenger. Frivillige organisasjoner innen en rekke områder som for eksempel friluftsliv, idrett, sosialt arbeid, kultur, miljø med mer kan spille en viktig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av de aktiviteter som organisasjonene bidrar med og ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig. Stortinget endret lovteksten slik at "bør legge til rette for" ble erstattet av "skal legge til rette for" for å tydeliggjøre kommunenes samarbeid med frivillig sektor. Stortinget påpeker at omfanget av samarbeidet og hvordan samarbeidet ønskes tilrettelagt, må den enkelte kommune selv ta stilling til ut fra lokale hensyn og behov.

### *Til § 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen*

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 13.1. Bestemmelsen er en videreføring og videreutvikling av kravet i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 første ledd første punktum om at kommunens helsetjeneste skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. I motsetning til kommunehelsetjenesteloven § 1-4 som setter krav til helsetjenesten i kommunen, setter folkehelseloven § 5 krav til kommunen som sådan.

Oversiktsbestemmelsen må ses i sammenheng med kommunens plikt til å ha tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen etter § 9.

#### *Til første ledd første punktum*

Med oversikt over helsetilstanden i befolkningen menes en oversikt over helse på populasjonsnivå, jf. også definisjonen av folkehelse i § 3 bokstav a. Helse kan måles på mange måter, både ved mål som dødelighet eller forventet levealder og sykkelighet som for eksempel muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, psykiske problemer, lårhalsbrudd eller ulykker. Videre omfatter helse mer enn fravær av sykdom, noe som bør gjenspeiles i data om helsetilstanden i befolkningen. For eksempel vil ulike mål på selvopplevd helse eller trivsel kunne være relevante helsemål. Det vil også kunne være aktuelt å bruke mer indirekte helsemål som for eksempel omfanget av uføretrygd. Fra et klinisk perspektiv vil forhold som kolesterol og blodtrykk regnes som helsens påvirkningsfaktorer. Fra et

folkehelseperspektiv og etter folkehelseloven vil slike mål være et uttrykk for helsetilstand.

Med påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven, menes forhold som måles uten en klinisk tilnærming og faktorer i individets miljø eller omgivelser. Dette omfatter både faktorer som påvirker helsen positivt og negativt. Påvirkningsfaktorer omfatter et bredt sett av faktorer på mange nivåer, slik som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/inntekstforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligsosiale forhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, rusmiddelmissbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal så langt det lar seg gjøre speile fordeling av helse i befolkningen, jf. definisjonen av folkehelse i § 3 bokstav a. Utgangspunktet for å utjevne sosiale helseforskjeller er å skaffe seg et bilde av den sosiale fordelingen av en helseutfordring og de faktorene som påvirker helse. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne. For eksempel vil det i kommuner med samisk befolkning være behov for å finne ut om det er spesielle utfordringer både når det gjelder helse og påvirkningsfaktorer i denne gruppen. Faktorer som påvirker helse – positiv eller negativt – og som er sosialt ulikt fordelt, bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Det kan gjelde både levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale miljøfaktorer eller levekår som utdanning, inntekt og arbeid. Dersom helse og påvirkningsfaktorer har klare inntektsmønstre i et område, er dette i seg selv en folkehelseutfordring.

Når data om påvirkningsfaktorer ikke finnes på individnivå, vil det ikke være mulig å fremskaffe statistikk som viser den sosiale fordelingen av påvirkningsfaktoren. I slike tilfeller kan det mest hensiktsmessige være å presentere data på kommunedel/bydelsnivå for å få frem forskjeller i utfordringer som grunnlag for tiltak i kommunen. Det kan også være relevant å presentere data på andeler av befolkningen. For eksempel vil andel elever med svake grunnleggende ferdigheter i skolen, og som derfor kan stå i fare for å droppe ut av grunnskoleløpet, være et nyttig mål på en faktor som kan skape helseforskjeller selv om dette målet ikke nødvendigvis sier noe om sosiale forskjeller i fullføring.

For en del faktorer vil det ikke kunne fremskaffes data på kommunenivå. Der det er hensiktsmessig og mulig, skal det tilstrebes å utvikle slike data. Data som er på et høyere geografisk nivå, må estimeres til kommunenivå. Det er imidlertid slik at geografisk variasjon av den faktoren (helsetilstand eller påvirkningsfaktor) som skal estimeres, vil påvirke gyldigheten (validiteten) av slike data.

#### *Til bokstav a*

Opplysninger som kommer inn under bokstav a omfatter både helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. merknader til første ledd første punktum. Dette innebærer



bruk av ulike helsemål og at påvirkningsfaktorene skal fange opp positive og negative faktorer på mange nivåer.

Bestemmelsen fastsetter at kommunene skal basere sin oversikt på opplysninger som blir gjort tilgjengelig fra fylkeskommunen og statlige helsemyndigheter. Opplysningene skal baseres på en rekke kilder fra ulike instanser. Hvilke opplysninger som sammenstilles og gjøres tilgjengelig for kommunene skal bestemmes ut fra hvor relevante de er i det brede kommunale folkehelsearbeidet, og ikke utelukkende baseres på en vurdering av hva som eksisterer av tilgjengelig informasjon. Det vises til nærmere omtale i proposisjonens kapittel 13 og merknader til § 25.

#### *Til bokstav b*

Erfaring og kunnskap både i helsesektoren samt andre deler av kommunen utgjør viktige bidrag til en helhetlig oversikt over utfordringer. Kunnskap fra skolehelsetjenesten kan være nødvendig for å forstå særskilte utfordringer som kan knyttes til forholdene ved en enkelt skole, eller som kan være et symptom på sosiale eller levekårsutfordringer utenfor skolen. Helsestasjonen kan identifisere spesielle utfordringer i områder, knyttet til enkelte grupper eller liknende. Kunnskap og opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten, jf. også lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-3, må være gjenstand for tilsvarende vurdering som opplysninger fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen.

Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter bokstav b omfatter primært faglige, skjønnsmessige vurderinger fra tjenestene om forhold i kommunene som har innvirkning på de utfordringene tjenestene møter i sine aktiviteter. De utfordringene tjenestene møter i sin virksomhet danner grunnlag for en vurdering av hvilke forhold utenfor tjenestene som påvirker disse.

Tjenestene rapporterer en rekke relevante kvantitative data gjennom systemer som for eksempel KOSTRA og SYSVAK. Denne typen data vil også inngå i kommunenes oversikt, og vil inngå i grunnlaget for det systemet for informasjon som statlige helsemyndigheter tilrettelegger for kommunene, jf. bokstav a.

#### *Til bokstav c*

Lokal informasjon om for eksempel bomiljøer, innflytting og utflytting, sosial integrering, næringsstruktur, antall salgs- skjenkesteder for alkohol, skole- og barnehageforhold og sosiale nettverk er blant utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som faller inn under bokstav c. Videre vil kommunens tilsyn med biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer iht. kapittel 3 om miljørettet helsevern danne grunnlag for lokal kunnskap om forhold som kan ha innvirkning på helsen i kommunen, herunder for eksempel informasjon om drikkevannskvalitet og luftkvalitet. Det vises til merknadene til § 9.



## *Til annet ledd*

Bestemmelsen stiller krav til at oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal være skriftlig. Videre skal oversikten identifisere folkehelseutfordringer i kommunen. Dette innebærer en vurdering av hva som er viktigst å ta tak i lokalt i den enkelte kommune. Folkehelseutfordringene kan omfatte mange ulike nivåer, slik som overordnede utviklingstrekk i samfunnet. For eksempel kan frafall fra videregående skole være en indikator på fremtidige sosiale og helsemessige problemer. Oversikten kan også vise at enkelte deler av kommunen (for eksempel bydeler) har en lavere forventet levealder enn andre deler av kommunen, at kommunen har et stort potensial for å forebygge lårhalsbrudd mv. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Begrepet folkehelseutfordringer skal således forstås i vid forstand og kan omfatte grunnleggende helsepåvirkningsfaktorer som eksempel fattigdom/inntektsforhold, levekårsutfordringer i områder, forhold i skole eller nærmiljø. Det omfatter videre levevaner som tobakksbruk, inaktivitet og helseforhold som trivsel og sykdomsforekomst osv. Med identifisering av folkehelseutfordringer menes en sammenstilt vurdering av helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne i den enkelte kommune. Opplysninger og kunnskap iht. både bokstav a, b og c skal inngå i denne vurderingen.

Kommunale ressurs hensyn som kan innebære at det ikke vil iverksettes omfattende tiltak på kort sikt iht. § 7, skal ikke være til hinder for at et forhold identifiseres som en folkehelseutfordring.

Når folkehelseutfordringene er identifisert, enten det dreier seg om levekår, levevaner, selvpålevd helse eller sykdomsforekomst, må en vurdere hvilke konsekvenser dette har for folkehelsen i kommunen, herunder utviklingstrekk over tid. I konsekvensvurderingen kan det inngå en vurdering av hva folkehelseutfordringene medfører av samfunnsøkonomiske kostnader over tid.

Videre må det gjøres en vurdering av hva som kan være årsakene til eller hvilke forhold som påvirker utfordringene. Med vurdering av årsaker menes ikke en eksakt identifisering av årsaker til sykdommer eller for eksempel sammenhenger mellom levekår og levevaner basert på lokale data i den enkelte kommune. Dette vil oftest ikke være mulig. Med vurdering av årsaksforhold menes å redegjøre for den kunnskap som eksisterer om sammenhengene mellom påvirkningsfaktorer og helse, og som kan relateres til de utfordringer som er identifisert i den enkelte kommune.

Slike vurderinger danner grunnlaget for iverksetting av tiltak mot påvirkningsfaktorer. Tiltakene som iverksettes kan enten være nye folkehelseiltak, eller at det tas hensyn til disse forholdene ved iverksetting av annen kommunal eller fylkeskommunal politikk, for eksempel innen samferdsel eller skolesektoren.

### *Til tredje ledd*

Departementet kan fastsette forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Bestemmelsen vil sammen med tilsvarende forskriftshjemmel i §§ 21 og 25, gi hjemmel for å fastsette forskrifter om oversikt.

### ***Til § 6 Mål og planlegging***

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 14. Bestemmelsen er delvis ny og delvis en videreføring av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-4 og 4a-2 om at kommunestyret har et helhetlig ansvar for faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og kommunens identifiserte folkehelseutfordringer, jf. § 5, er utgangspunktet for både mål og strategier, jf. § 6 annet ledd, og for kommunens ansvar for å iverksette nødvendige tiltak, jf. § 7. Mål og tiltak skal kunne omfatte all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, jf. § 4.

*Første ledd* knytter folkehelsearbeidet opp mot planarbeidet i kommunen. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering. Folkehelseutfordringene fremgår i dag ikke i opplistingen av temaer som bør inngå i kommunal planstrategi, men vil gjøre det gjennom § 6 første ledd i folkehelseloven. Kommunale planstrategi bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til utviklingen av kommunesamfunnet. God folkehelse er både resultat av god samfunnsutvikling, og folkehelsen er en viktig faktor for god utvikling. Folkehelseloven § 6 utdyper plan- og bygningsloven ved å sette krav om at en oversikt over kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5 annet ledd, skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

Det innebærer at det i arbeidet med planstrategi må gjøres en vurdering av i hvilken grad dagens planer ivaretar folkehelseutfordringene slik det fremgår av det skriftlige dokumentet etter § 5 annet ledd. I forbindelse med behandling av ny planstrategi i nytt kommunestyre og eventuelt ved rullering av kommuneplan skal eksisterende politikk, prinsipper, organisasjon mv. gjennomgås for en vurdering av om disse er i samsvar med folkehelseutfordringene kommunen står overfor. En slik gjennomgang kan blant annet baseres på ny kunnskap, endringer i lokale,

regionale eller nasjonale forutsetninger, lærdom og erfaringer fra eksisterende folkehelsearbeid, nye samarbeidspartnere mv.

Dersom folkehelseutfordringene allerede er tilstrekkelig ivaretatt i eksisterende kommuneplaner som skal videreføres, er det ikke nødvendig at en drøfting av folkehelseutfordringene tas inn i selve planstrategien, men det skal likevel fremgå at det er gjort en slik vurdering, og på hvilket grunnlag. Dersom kommunen ikke har fastsatt mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet til å møte folkehelseutfordringene vil dette måtte fremgå av planstrategien.

Folkehelsearbeidet skal i henhold til *annet ledd* behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen. Etter § 6 annet ledd skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Kommunens folkehelsepolitikk (overordnede mål og strategier) skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten etter § 5 annet ledd og være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter, jf. § 7 første ledd, skal kunne måles mot disse. Mål og strategier skal inngå i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven. Dette er lovfestede føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligger over sektornivå.

Mål og strategier innen folkehelse kan f.eks. omfatte visjon, mål, retningsgivende prinsipper, forholdet til annen politikk slik som oppvekst, utdanning, samferdsel, kultur og næring, spesielle lokale forhold/utfordringer, styringssystem herunder ansvar, organisasjon, viktige prosedyrer, rapporteringer, evalueringer mv.

Det ligger imidlertid også ansvar og viktige virkemidler i sektorer utenfor kommunens organisasjon. På bakgrunn av dette bør kommunen, som en del av arbeidet med utforming av mål, strategier og tiltak, identifisere aktuelle/relevante samarbeidspartnere. Dette kan eksempelvis være andre sektorer og myndigheter, frivillige organisasjoner, næringsliv, private aktører mv. Når folkehelsearbeid inngår i planlegging etter plan og bygningsloven, gjelder denne lovens bestemmelser om medvirkning. Dette innebærer at planmyndigheten gjennom hele planarbeidet skal sørge for åpen, bred og tilgjengelig medvirkning i lokalsamfunnet og dialog med organiserte og uorganiserte interesser. Det særlige ansvaret for å sikre en aktiv medvirkning for grupper av den samiske befolkningen, følger også av ILO-konvensjon nr. 169. Se for øvrig omtale av dette i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 14.4.2.

På bakgrunn av kommunens folkehelsepolitikk bør det utarbeides nærmere delmål og tiltak som innpasses i kommunens planer etter plan- og bygningsloven, jf. kommuneplanens handlingsdel. Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen. Det er naturlig at kommunestyrene årlig behandler lokale tiltak for folkehelse, jf. § 7, i forbindelse med behandlingen av kommuneplanens handlingsdel og økonomiplanen.

I arbeidet med utforming av delmål og tiltak kan det være aktuelt å gjøre nærmere analyser av helsetilstand og påvirkningsfaktorer, f.eks. ved en mer detaljert kartlegging i bestemte geografiske områder, grupper av befolkningen, f.eks. om levekår i enkelte områder, røyking blant elever i de enkelte skoler, tilgang til usunn mat i nærheten av skoler, ulykkesstrekninger på veg mv. Dette kan danne grunnlag for tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller.

## **§ 7 Folkehelseiltak**

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 14. Første ledd er delvis ny og delvis en videreføring av innholdet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1, jf. § 4a-2. Annet ledd er en videreføring av § 1-2.

Etter første ledd skal kommunen iverksette nødvendige tiltak egnet for å møte folkehelseutfordringene kommunen står overfor.

Kommunen har et spesielt ansvar for å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har størst folkehelseutfordringer, og hvor kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak. Hvilken del av eller sektor i kommunen som må gjennomføre tiltak vil variere med hvilken utfordring man står overfor.

Kommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer som kommunen arbeider innenfor, for eksempel kapasitet og ressursituasjon, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser, jf. blant annet forholdet mellom forebygging og behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt mellom tiltak over tid. Her vil også lokalt skjønn og politiske prioriteringer veie tungt. Dette innebærer at kommunens ansvar er knyttet til at kommunen har oversikt over utfordringene og arbeider systematisk og langsiktig med å møte disse. Tiltaksplikten og prioriteringen skal vurderes i henhold til at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte, jf. § 1.

Helsedirektoratet utvikler nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, blant annet basert på hva som er effektive tiltak. På områder der dette finnes, kan slike normer/standarder indikere hvilke tiltak som bør iverksettes i forhold til bestemte utfordringer, jf. hva som er "nødvendige tiltak" etter lovforslaget § 7 første ledd første punktum. Dersom kommunen velger å bruke andre metoder eller tiltak, må den være forberedt på å begrunne valg av tiltak. Det er imidlertid ikke alle typer tiltak eller problemer hvor det foreligger god dokumentasjon og dermed klare standarder. Da må det være utfordringsbildet som utløser handlingsplikten. At man på enkelte områder ikke har konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger, vil ikke frita kommuner fra ansvaret for å møte problemene.

Tiltaksplikten er knyttet direkte til de folkehelseutfordringene som kommunen identifiserer i henhold til § 5. Tiltak kan iverksettes både som en direkte oppfølging av utfordringene som er identifisert, og de kan utløses etter en videre

håndtering i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Dette betyr at det ikke er en forutsetning at folkehelseutfordringen er planforankret for at den utløser en tiltaksplikt. Det er videre ikke tilstrekkelig med planer, planene må følges opp.

En rekke aktiviteter som tilsyn, klagebehandling mv. etter folkehelseloven kapittel 3 er løpende virksomhet og kan håndteres i virksomhetsplaner mv., dvs. at disse oppgavene ikke trenger å være forankret i kommunens planer etter plan- og bygningsloven. Dersom oversikten for eksempel viser at det er et viss antall kjøletårn, luftskrubbere mv. i kommunen med en risiko for spredning av legionellabakterien, krever dette en oppfølging gjennom kommunens tilsyn etter kapittel 3. Et annet eksempel er at det er identifisert en konkret ulykkesfelle i form av et farlig vegkryss som krever at det iverksettes tiltak. Tilsvarende gjelder forhold av akutt art, dvs. dersom det oppstår, eller kommunen blir klar over, situasjoner i kommunen med forhøyet risiko for helseskade i befolkningen, som høye luftforurensningsverdier, må kommunen iverksette nødvendige tiltak, uavhengig om dette er forankret i mål og strategier, jf. også beredskapsbestemmelsen i § 28.

Det angis i første ledd annet punktum eksempler på hvilke påvirkningsfaktorer det kan knyttes tiltak til. Opplistingen er ikke uttømmende. Den fremhever imidlertid en rekke områder som har stor betydning for folkehelsen og som det derfor er viktig at alle kommuner har oppmerksomhet på. Data om disse områdene vil tilsvarende være sentrale for kommunens oversikt over sine utfordringer.

*Annet ledd* presiserer kommunens ansvar for helseopplysning. Helseopplysning gjennom informasjon, råd og veiledning er et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner, grupper i befolkningen eller hele befolkningen for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseopplysning innebærer både kunnskapsformidling, bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd.

Helseopplysning utgjør en del av folkehelsearbeidet både fordi befolkningen bør ha kunnskap om faktorer som påvirker helsen og derigjennom får økt mulighet til å fremme egen helse, og for å bidra til kunnskap om samfunnsmessige tiltak for bedre folkehelse.

Med helseopplysning menes ikke utelukkende enveisformidling, men kommunikasjon basert på gjensidig forståelse, involvering og deltakelse, jf. prinsippet om medvirkning.

Helseopplysningsarbeid kan kombineres med andre tiltak i helsetjenester som for eksempel helsestasjon, helsetjenester i skoler, fastlege mv. Helseopplysning er imidlertid ikke en oppgave for helsetjenesten alene. Som på mange andre områder, bør det baseres på samarbeid mellom ulike myndigheter, frivillig sektor og andre aktører. Helseopplysning bør videre rette seg mot arenaer der man når aktuelle målgrupper, og forskjellige virkemidler kan tas i bruk, herunder kampanjer, skriftlig materiell, direkte kommunikasjon, sosiale medier mv.

For å nå målgrupper med forskjellig kulturell bakgrunn, er det viktig å ta hensyn til både språklige og kulturelle forhold. I kommunikasjon med den samiske befolkningen er det for eksempel ofte ikke tilstrekkelig å utarbeide informasjon på samisk. Kommunikasjonen må være basert på en forståelse for sosiale og kulturelle normer i gruppen.

### ***Til kapittel 3***

*Kapittel 3* om miljørettet helsevern er en videreføring og oppdatering av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a. Kommunen har i oppgave å føre tilsyn med faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Miljørettet helsevern er nærmere omtalt i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 15.

Det er knyttet bred praksis til innholdet i bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a som også vil være relevante og som må legges til grunn når bestemmelsene videreføres i folkehelseoven kapittel 3 om miljørettet helsevern. Det vises også til forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a; Ot.prp. nr. 40 (1986-87), Ot.prp. nr. 60 (1993-94), Ot.prp. nr. 72 (2003-2004) og Ot.prp. nr. 5 (2008-2009). Merknadene til bestemmelsene i kapittel 3 er i stor grad gjengivelse av merknadene fra disse proposisjonene, i tillegg til å gi en redegjørelse for relevant rettspraksis, forvaltningspraksis og juridisk teori.

Det er i dag gitt en rekke forskrifter med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-1 og 4a-4. Disse forskriftene, som er opplistet under, vil ha hjemmel i folkehelseoven §§ 8 og 10 og videreføres i § 33.

- Forskrift 12. februar 2010 nr. 158 om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)
- Forskrift 29. april 2010 nr. 612 om tekniske og operasjonelle forhold på landanlegg i petroleumsvirksomheten m.m. (teknisk og operasjonell forskrift)
- Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- Forskrift 1. april 2004 nr. 623 om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen
- Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
- Forskrift 4. juli 2003 nr. 951 om gjødselvarer mv. av organisk opphav
- Forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann
- Forskrift 21. desember 2000 nr. 1406 om skadedyrbekjempelse

- Forskrift 6. mai 1998 nr. 581 om hygienekrav for frisør-, hudpleie- tatoverings- og hulltakingsvirksomhet mv.
- Forskrift 13. juni 1996 nr. 592 for badeanlegg, bassengbad og badstu mv.
- Forskrift 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.
- Forskrift 10. oktober 1988 nr. 836 om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om helsetjenesten i kommunen
- Forskrift 11. april 1975 nr. 4 om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende
- Forskrift om 9. oktober 1974 nr. 2 om begrensnig av støy – tillegg til helseforskriftene, Oslo kommune.
- Forskrift 27. juli 1956 nr. 2 om hygieniske forhold ombord i fartøyer

Forvaltningslovens regler gjelder på vanlig måte for kommunens arbeid med miljørettet helsevern.

Miljørettet helseverntjenesten i kommunene er en viktig oppgave og ressurs i det brede folkehelsearbeidet. Etter oppgavene i kapittel 3 skal kommunen ha sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, uavhengig av sektor, og kommunen har i kapittel 3 virkemidler ovenfor virksomhet og eiendom, både privat og offentlig. Denne myndigheten er en forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for å sikre liv og helse og for å fremme folkehelse.

I arbeid med miljørettet helsevern etter kommunehelsetjenesteloven er oppgavene etter kapittel 4a og § 1-4 nært sammenknyttet. Et sentralt virkemiddel i tilsynet med de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, har vært å integrere helsehensyn i planer og aktiviteter på tvers av sektorer i kommunen. Når en har kommet tidlig inn i prosesser, har en kunnet unngå bruk av virkemidler som rettingsvedtak for å rette forhold i ettertid. For eksempel har miljørettet helsevern tjenesten kunnet være tidlig inne i arealplanlegging for å forebygge fare for forurensning av drikkevann eller uheldige forhold i bomiljøer, eller tjenesten har vært tidlig inne i planfase for skolebygg slik at helsemessige hensyn har blitt vektlagt tidlig i prosessene. Folkehelseloven endrer ikke på disse forhold. En samling av virkemidler i eget kapittel 3 innebærer ingen innsnevring av miljørettet helsevern.

På samme måte som virkemidler etter kapittel 4a og § 1-4 var sammenknyttet etter kommunehelsetjenesteloven, vil bestemmelsene i kapittel 3 og kapittel 2 være det etter folkehelseloven. Således inngår miljørettet helsevern etter kapittel 3 som et sentralt virkemiddel og ansvar som en del av kommunens helhetlige



folkehelseansvar, jf. §§ 4 til 7. Miljørettet folkehelsearbeid er nærmere omtalt i kapittel 14.5.3.

Kommunens tilsynsoppgave etter § 9 er en kommuneplikt. En del av de virksomheter og eiendommer det skal føres tilsyn med vil være kommunale. De krav som stilles til virksomhet eller eiendom i kapittel 3 eller i forskrifter vil være aktørplikter, der kommunale og private virksomheter sidestilles.

### ***Til § 8 Virkeområde og forskrifter***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-1.

*Første ledd* fastsetter nærmere virkeområdet til miljørettet helsevern. Det er miljøfaktorenes innvirkning på helsen som er det sentrale i miljørettet helsevern. Begrepet "til enhver tid" tydeliggjør at dette også omfatter faktorer som kun er kortvarige. Dette omfatter både faktorer som kan ha positiv og negativ innvirkning. Når det gjelder faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen, vil dette blant annet omfatte påvirkningsfaktorer som gir helseskade, helsefare, fare for sykdom, hygienisk ulempe, miljørelaterte helseproblemer og skader og dødsfall som følge av ulykke. I lovteksten nevnes som eksempel biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Menneskene rundt individet er i denne sammenheng å anse som en miljøfaktor, jf. at miljørettet helsevern også omfatter sosiale miljøfaktorer. Begrepet "sosiale miljøfaktorer" skal fortolkes vidt og omfatter sosiale faktorer både i storsamfunn og nærsamfunn. Dette omfatter blant annet økonomiske og sosiale prosesser, bomiljø, arbeidsmiljø, sosiale nettverk, kontakt og tilhørighet. Sosiale miljøfaktorer skal videre forstås dynamisk, og konkretiseringen ovenfor er derfor ikke uttømmende. Det begrepet som i dag ofte brukes for sosiale miljøfaktorer er sosiale helsedeterminanter. Sosiale miljøfaktorer påvirker både psykisk og somatisk helse. Begrepene "sosiale miljøfaktorer" og "sosiale ulikheter i helse" er videre forskjellige begreper og refererer til ulike deler av en årsakskjede; det første handler om påvirkningsfaktorer, det siste om endepunkter.

Ved vurdering av hvilke påvirkningsfaktorer som gjør seg gjeldende og hvordan de innvirker på helsen, må det gjøres en helsefaglig vurdering. I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) omtales dette som det hygieniske skjønnet.

*Annet ledd* gir hjemmel for å gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om internkontroll for virksomhet/eiendom, for å sikre at krav fastsatt i dette kapittel eller i forskrifter gitt i medhold av kapitlet overholdes. Miljørettet helsevern regelverket består i dag i tillegg til lovbestemmelsene av en rekke forskrifter som det er gjort rede for ovenfor og i proposisjonens kapittel 15.2.2. Disse forskriftene videreføres i medhold av folkehelseeloven § 33 om videreføring av forskrifter.

Annet ledd viser noen eksempler på områder der det er aktuelt å gi nærmere forskrifter. Eksempelene skal ikke tolkes avgrensende, det er kapitlets

virkeområde i § 8 første ledd som definerer forskriftshjemmelen. Andre eksempler på forhold eller virksomhet/eiendom som det kan gis forskrifter om er for eksempel bygge- og anleggsplasser, camping-, hotell og pensjonatvirksomhet, plasser, forsamlingslokaler, idrettsanlegg, arrangementer som kan være permanente eller midlertidige, undervisningslokaler mv.

Noen områder vil delvis være dekket av annen lovgivning. Dette gjelder for eksempel vann og vannforsyning som også er regulert av matloven når det gjelder å stille krav til drikkevann herunder vann til matproduksjon og tilsyn med dette. Begrepet vann og vannforsyning etter folkehelseloven favner derfor videre enn matloven, da den ikke er begrenset til vann beregnet på drikke eller matproduksjonsformål, men også vil omfatte eksempelvis vann til andre hygieniske formål som kroppshygiene, rengjøring, brannvann, radongass eller legionella i dusjvann mv. Kommunen har også et selvstendig ansvar etter folkehelseloven for å sikre at befolkningen har tilgang til trygt drikkevann, jf. også lovens kapittel 2. I andre tilfeller der spesiallovgivning dekker et område vil bestemmelsene i folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern ofte få karakter av et sikkerhetsnett. Bestemmelsene vil også kunne fungere som et sikkerhetsnett der enkeltfaktorer ikke hver for seg utgjør en helserisiko men hvor summen av dem kan gjøre det.

Bestemmelser om internkontroll i forskrift etter § 8 vil være internkontroll for å sikre at miljørettet helsevernregelverket følges opp i virksomhet og eiendom. Dette er noe annet enn internkontrollplikten for kommunen etter § 30.

Forskriftshjemmelen er avgrenset til de forhold som berører folkehelselovens formål. Det er folkehelseformål som skal fremmes gjennom forskriftene og ikke f.eks. forurensningsfaglige eller andre faglige hensyn. Forskriftshjemmelen er aktuell innen hele folkehelselovens geografiske virkeområde, jf. § 2 og merknader til denne. For eksempel vil det som etter kommunehelsetjenesteloven være aktuelt med forskrifter vedrørende forhold omfattet av begrepet miljørettet helsevern på kontinentalsokkelen og visse typer skipsfart.

### ***Til § 9 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-2 og 4a-3.

*Første ledd* fastslår at kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Kommunens tilsynsvirksomhet skal baseres på en risikovurdering som blant annet bør bygge på den kunnskap om folkehelseutfordringene (helsetilstand og påvirkningsfaktorer) som kommunen skal ha etter § 5. I sitt tilsyn kan eller skal kommunen benytte ulike virkemidler, nærmere bestemt pålegg om helsekonsekvensutredning, opplysningsplikt, gransking, retting og stansing. Det er i virkemiddelbestemmelsene i §§ 11 til 14 og § 16 gitt nærmere bestemte vilkår. Kommunen skal etter § 10 behandle søknad om godkjenning for godkjenningspliktige virksomheter og behandle melding for meldingspliktige

virksomheter. Det er videre en del av tilsynsoppgaven å følge opp at virksomhet eller eiendom lukker eventuelle avvik innen en fastsatt tid. Der kommunen benytter sin myndighet til å gi pålegg med hjemmel i kapittel 3, vil det være enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Beslutning om å ikke fatte vedtak i saker der kommunen har fått konkret henvendelse vil også kunne være enkeltvedtak som kan påklages.

For godkjenningspliktige virksomheter som for eksempel skoler og barnehager, jf. forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, innebærer tilsynsansvaret at kommunen i) har oversikt over godkjenningspliktige skoler og barnehager, ii) følger opp forhold som kan tilsi at miljøet i skolene og barnehagene kan være uforsvarlig, inkl. skoler og barnehager som ikke har søkt om godkjenning, samt iii) ut i fra en risikovurdering, fører regelmessig tilsyn med skolene og barnehagene i kommunen.

Kommunen kan delegere oppgaver innen miljørettet helsevern innad i kommunen etter de alminnelige reglene for delegasjon i kommuneloven. Oppgavene er ofte delegert til administrativt nivå, eventuelt til helse- og sosialstyre eller lignende. Oppgavene og myndighetsutøvelse kan delegeres etter de generelle bestemmelsene i kommuneloven, hvilket også gir rom for å delegere myndighetsutøvelse til en vertskommune etter kommuneloven §§ 28a til 28k. Annet ledd åpner også for at myndighetsutøvelse etter kapittel 3 kan delegeres til interkommunale selskaper etter lov om interkommunale selskaper (IKS-loven). Beslutning om å begjære offentlig påtale etter § 18 annet ledd må foretas av kommunestyret og kan ikke delegeres.

*Annet ledd* legger myndigheten til å fatte hastevedtak direkte til kommunelegen. I enkelte tilfeller kan det på grunn av tidsnød være nødvendig å gripe inn uten unødig opphold og uten ordinær forutgående saksbehandling, og myndighet til å fatte hastevedtak er da i loven lagt direkte til kommunelegen. Hastevedtak vil som regel være enten et rettingsvedtak etter § 14 eller et stansingsvedtak etter § 16. Bruk av hastevedtak kan ha nær sammenheng med beredskap, jf. § 28. Dersom det er flere kommuneleger, bør det til enhver tid være fastsatt hvem som har ansvaret for å behandle hastesaker.

Når kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern, herunder myndighetsutøvelse, til et interkommunalt organ, kan myndighet til å fatte hastevedtak utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet. Det vises også til lovforslaget § 27.

### ***Til § 10 Meldeplikt og godkjenning***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-4. Det er i forskrift pålagt en rekke melde- og godkjenningsplikter, dagens melde- og godkjenningspliktige virksomheter er gjort rede for i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 15.2.2 om miljørettet helsevern.

*Første ledd* gir hjemmel for at det i forskrifter om miljørettet helsevesen etter § 8 annet ledd kan gis bestemmelser om meldeplikt og godkjenningsplikt. Hjemmel for melde- eller godkjenningsplikt gjelder for den som planlegger eller iverksetter virksomheter som etter sin art kan ha innvirkning på helsen eller ved endring i slik virksomhet. Kommunen kan stille vilkår i forbindelse med godkjenning av slik virksomhet for å ivareta hensynet til folks helse i henhold til den alminnelige vilkårslæren. Det kan i forskrift gis nærmere bestemmelser om godkjenning, herunder om saksbehandlingsregler til utfylling av tjenesteloven. Unntak fra tjenesteloven § 11 annet ledd kan bare gjøres når det er begrunnet ut fra tvingende allmenne hensyn. Om forholdet til tjenesteloven vises det til Ot.prp. nr. 70 (2008-2009).

Ordnningen med plikt til å innhente vurdering fra akkrediterte inspeksjonsorganer, jf. *annet ledd*, er et tiltak som er generelt uformet i lovhjemmelen, men som ble innført med begrunnelse i behov for nærmere oppfølging av virksomheter med installasjoner med høy risiko for å spre legionellabakterien (spesielt kjøletårn og luftskrubber). Det vises til redegjørelse for ordningen i Ot.prp. nr. 73 (2008-2009).

*Tredje ledd* gir hjemmel for å stanse virksomheter på grunnlag av manglende godkjenning. Det er tilstrekkelig at godkjenning mangler, eller at vilkår som er satt da godkjenning ble gitt, ikke er oppfylt. De alminnelige vilkår for stansing etter § 16 behøver ikke være oppfylt. Adgangen til å fatte stansingsvedtak er likevel begrenset ved vilkåret om forholdsmessighet mellom den helsefare som kan unngås og de ulempene stansingsvedtaket medfører for virksomheten og samfunnet.

*Fjerde ledd* gir regler om godkjenningsmyndigheten i særlige tilfelle. Dette handler om tilfelle der det forholdet som skal godkjennes berører flere kommuner eller fylker. Det kan da være interessemotsetninger mellom kommunene/fylkene som gjør at godkjenningsmyndigheten bør legges til et høyere forvaltningsnivå. Bestemmelsen om vannforsyning og drikkevann er nødvendig for å kunne gi myndighet til Mattilsynet som etter statliggjøringen av tilsynet med matproduksjon og drikkevann fikk dette ansvaret.

### ***Til § 11 Helsekonsekvensutredning***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-5.

Formålet med bestemmelsen er å kunne vurdere mulige helsemessige konsekvenser av en planlagt eller eksisterende virksomhet. Det er i utgangspunktet virksomheten som har ansvar for å godtgjøre at den drives eller planlegges å drive i tråd med gjeldende regelverk, jf. også føre-var prinsippet. Kommunen kan etter bestemmelsen pålegge den ansvarlige for en virksomhet eller eiendom å utrede mulige helsemessige konsekvenser av en virksomhet eller forhold ved en eiendom. Bestemmelsen krever at det foretas en konkret vurdering av om en konsekvensutredning skal pålegges ut i fra en avveining av ulempene ved en slik utredning holdt opp mot mulige helsemessige hensyn. Det vises til nærmere redegjørelse for forholdsmessighetsprinsippet i merknadene til § 14.

Konsekvensutredninger, også i forhold til helse, skal skje etter plan- og bygningsloven der den kommer til anvendelse. Dette innebærer at det er viktig at helsefaglig kompetanse og vurderinger bringes inn i prosessen knyttet til å fastsette krav til konsekvensvurderinger og ved vurderinger av disse. Bestemmelsen i folkehelseloven § 11 vil primært komme til anvendelse for tilfeller der konsekvensutredningsbestemmelsene etter plan- og bygningsloven ikke gjelder.

Bestemmelsen må sees i forhold til meldings- og godkjenningsbestemmelsen, jf. § 10, og rettingsbestemmelsen, jf. § 14. Det innebærer at det kan være aktuelt å pålegge helsekonsekvensvurdering før oppstart eller vesentlig endring av en virksomhet der det er rimelig grunn til å tro at denne kan medføre negative helsekonsekvenser av et visst omfang. Denne vurderingen kan da legges til grunn blant annet ved eventuell godkjenning, og kan sikre at virksomheten planlegges slik at de ikke risikerer et rettings- eller stansingsvedtak etter oppstart.

### ***Til § 12 Opplysningsplikt***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-6.

Opplysningsplikt er et virkemiddel som ikke nødvendigvis brukes veldig ofte av kommunene, men har i praksis vist seg å kunne være en forutsetning for at virksomheter utleverer opplysninger uten at det gis pålegg om det.

### ***Til § 13 Gransking***

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

I denne bestemmelsen gis kommunen adgang til å beslutte gransking av eiendom eller virksomhet i sitt arbeid med miljørettet helsevern. I bestemmelsen er det også tatt inn regler om gjennomføringen av granskingen. Utgifter i forbindelse med gransking skal dekkes av den ansvarlige for virksomheten eller

eiendommen. Under granskingsforretningen skal det kunne tas nødvendige prøver uten at kommunen må godtgjøre dette. Forvaltningsloven § 15 om fremgangsmåten ved gransking og lignende kommer til anvendelse ved gransking etter § 13, herunder de spesielle klagereglene i § 15 fjerde ledd.

Kommunelegen vil kunne fatte vedtak om gransking på kommunestyrets vegne dersom det er nødvendig på grunn av tidsnød, jf. § 9 annet ledd.

### ***Til § 14 Retting***

Rettingsbestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-8. Pålegg om retting er den viktigste og mest brukte virkemiddelbestemmelsen i kommunens tilsynsvirksomhet med miljørettet helsevern. Det er også av denne bestemmelsen det fremgår indirekte at virksomheter og eiendommer skal drive helsemessig tilfredsstillende.

Det er knyttet en bred praksis til vilkårene i rettingsbestemmelsen, spesielt forvaltningspraksis, men også en del rettspraksis. Når miljørettet helsevernbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a nå erstattes av folkehelseloven kapittel 3, vil den forvaltningspraksis, rettspraksis og teori som er knyttet til rettingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4a-8 fortsatt være relevant i tolkningen av innholdet etter folkehelseloven § 14. Det vil her bli gjort rede for noen hovedtrekk.

For å kunne gi pålegg om retting må to vilkår være oppfylt; det må foreligge et "forhold som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, eller det er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel" (vilkåret om helserisiko) og det må være forholdsmessighet mellom den helsegevinst som oppnås og vedtakets øvrige konsekvenser, jf. kravet om at "ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes". Vilkåret om forholdsmessighet har vokst fram gjennom praksis og teori, og ble i 2003 kodifisert i forskrift om miljørettet helsevern.

Pålegg om retting kan gis av kommunen av eget initiativ eller etter klage fra berørte.

Et forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen er et vidt begrep, da enhver omstendighet i utgangspunktet kan være et forhold. I følge Ot.prp. 40 (1986-87) side 8 skal lovbestemmelsen være "så generell at det ikke utelates områder som det kan være behov for å regulere". Et forhold kan oppstå som resultat av en handling eller en unnlattelse. For eksempel vil en usikret brønn være et forhold etter § 14. Det er i utgangspunktet ikke et krav at et forhold må være av en viss varighet, det er helserisikoen ved forholdet som er avgjørende. Ved helt kortvarige forhold kan forholdet allerede være over før det blir påklaget eller det blir fattet vedtak om retting. Ved gjentatte, kortvarige forhold vil det være aktuelt å pålegge retting etter at forholdet er opphørt, slik at den ansvarlige vet hva han har å forholde seg til ved en senere anledning.

Forholdet skal være tilknyttet eiendom og/eller virksomhet dersom det skal kunne falle under rettingsbestemmelsen. De fleste forhold har i praksis en eller annen form for tilknytning til virksomhet eller eiendom. Samferdsel vil falle under begrepet "eiendom eller virksomhet", for eksempel i form av infrastruktur eller kjøretøy. Virksomhetsbegrepet omfatter både kortvarige og langvarige aktiviteter, innretninger mv.

### *Vilkår om helserisiko*

At det foreligger forhold som "direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen eller det er i strid med krav gitt i medhold av dette kapittel" er grunnvilkåret for å gi pålegg om retting. Retting kan altså pålegges direkte med hjemmel i loven, eller dersom forholdene er i strid med bestemmelser gitt i forskrift.

Lovens krav om helserisiko kan for eksempel innebære at det foreligger en fare for helseskade eller helsemessig ulempe. Forholdet må etter en helsefaglig vurdering påvirke helsen negativt og være over en viss tålegrense. Det innebærer at forholdet må være av en viss alvorlighet eller overstige et minstemål av akseptabel helserisiko, før det anses å ha "negativ innvirkning på helsen". Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av rettingsbestemmelsen. Hvor grensen for hva som er å anse for å være helserisiko etter folkehelseloven § 14 vil i praksis også kunne vurderes i forhold til kravet om forholdsmessighet. Et forhold vil kunne pålegges retting selv om den helsemessige gevinsten ikke er veldig stor, dersom retting av forholdet er lite kostbart og lite inngripende.

Folkehelseloven § 14 gir uttrykk for et føre-var prinsipp ved at det ofte vil være en viss usikkerhet og hvis man venter til full visshet og sykdommen allerede har oppstått, er man for sent ute. Det kan etter denne bestemmelsen gis pålegg om å rette et forhold før det er påvist helseutfall. Formålet med folkehelseloven er å forebygge sykdom, herunder beskytte mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

For å vurdere om det foreligger et forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen, må det gjøres en helsefaglig vurdering som baseres på tilgjengelig kunnskap om påvirkningsfaktorenes innvirkning på helsen. I Ot.prp. nr. 40 (1986-87) omtales dette som "det hygieniske skjønn".

Forskriftsverket gir i dag på mange områder bestemmelser i form av funksjonskrav, for eksempel at virksomhet eller eiendom skal drives "på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe", jf. forskrift om miljørettet helsevern § 7. Når forskriftene er utformet som funksjonskrav innebærer det at virksomhetene kan finne hensiktsmessige løsninger innenfor regelverkets rammer. Det innebærer også at det tas utgangspunkt i krav og normer gitt av helsemyndighetene, eller helsebegrunnede krav eller normer gitt av andre myndigheter, ved vurderingen

av hvorvidt forskriftens krav er oppfylt. Den som velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra krav eller normer, må være forberedt på å kunne dokumentere og begrunne sine valg. Helsefaglige normer vil også være relevante i vurderingen om et forhold "kan ha negativ innvirkning på helsen" direkte etter loven. Normer og retningslinjer er gjerne fastsatt på bakgrunn av en avveining mellom ulike hensyn. Der slike normer benyttes som grunnlag for å angi tålegrensen etter folkehelselovens bestemmelser om miljørettet helsevern, vil dette kunne få betydning for forholdsmessighetsvurderingen i den enkelte sak, da forholdsmessighetsvurderingen kan ha vært gjort på forhånd gjennom fastsettelse av normene.

#### *Vilkår om forholdsmessighet*

Enhver utøvelse av offentlig myndighet forutsetter videre at det skal foretas en avveining av motstridende hensyn. Dette betyr at selv om kommunen i utgangspunktet har myndighet til å pålegge retting etter § 14, vil alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper som forutsigbarhet og forholdsmessighet kunne sette grenser for hvilke vedtak som kan fattes. Det må i denne sammenheng være forholdsmessighet mellom de plikter den ansvarlige pålegges, og hva som vil oppnås med pålegget for at vedtaket skal være gyldig.

Kommunen kan derfor ikke fatte et hvilket som helst rettingsvedtak som vil redusere de helsemessige ulempene knyttet til den aktuelle virksomheten, men må se hen til hvilke konsekvenser vedtaket vil ha for den vedtaket er rettet mot og for samfunnet for øvrig. Det må her foretas en helhetsvurdering hvor blant annet nytten av beskyttelsestiltak eller skade-/risikobegrensende forholdsregler vurderes opp mot kostnadene ved slike tiltak.

Kravet til forholdsmessighet og hensynet til forutberegnelighet og helhetlig planlegging tilsier at rettingskompetansen benyttes med varsomhet i tilfeller hvor det foreligger et planvedtak etter plan- og bygningsloven eller hvor det er gitt konsesjon eller godkjenning etter annet regelverk. Dette gjelder spesielt der det på forhånd er foretatt en vurdering av helsemessige konsekvenser og en forsvarlig avveining av forholdsmessighet. Der det på forhånd er foretatt en vurdering og avveining av forholdsmessighet, kan man likevel vanskelig overskue enhver følge av det endelige vedtaket. Situasjonen kan utvikle seg annerledes enn det som var forutsetningen på vedtakstidspunktet, eller det kan være ny allmenn kunnskap som ikke forelå under prosessen og som gir grunnlag for en annen helsemessig vurdering. For slike tilfeller kan det være aktuelt å benytte folkehelselovens bestemmelser om miljørettet helsevern som sikkerhetsnett for å fange opp forhold som utgjør en helserisiko.

*Annet ledd* oppstiller formkrav til rettingsvedtak. Det skal være skriftlig og inneholde frist for når det skal være utført. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler for enkeltvedtak vil også gjelde, for eksempel at vedtaket skal grunngis mv. Pålegget må i praksis rettes til eiendom/virksomhets eier eller den som er virksomhetens ansvarlige leder eller representant. Tilsvarende gjelder



ved meddelelse om bruk av andre pålegg etter folkehelseloven kapittel 3. Det følger videre av annet ledd at kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan. Den ansvarlige kan være enkeltperson, selskap eller annen sammenslutning, stiftelse, forening, kommunal, fylkeskommunal eller annen offentlig virksomhet.

### ***Til § 15 Tvangsmulkt***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-9.

Tvangsmulkt kan ilegges dersom rettingsvedtak ikke blir fulgt. Tvangsmulkt er kun knyttet til rettingsvedtak, og ikke til de øvrige virkemidlene. Det er gitt en egen forskrift om tvangsmulkt, som videreføres i medhold av § 33.

For at pålegg om retting skal være effektivt, må kommunestyret kunne ilegge tvangsmulkt ved oversittelse av frist for retting. Kommunelegen har også her kompetanse til å fatte vedtak på kommunestyrets vegne dersom dette er nødvendig på grunn av tidsnød, jf. § 9 annet ledd.

### ***Til § 16 Stansing***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-10.

Etter denne bestemmelse har kommunen plikt til å stanse virksomhet eller aktivitet eller deler av virksomhet eller aktivitet dersom det oppstår forhold knyttet til virksomhet eller eiendom som medfører overhengende fare for helseskade. Stansingen skal da gjelde inntil forholdene er rettet. Stansing kan gjennomføres med bistand av politiet. Dersom tidsnød gjør det nødvendig, har kommunelegen kompetanse til å stanse virksomhet eller deler av virksomhet på kommunens vegne, jf. § 9 annet ledd.

### ***Til § 17 Overtredelsesgebyr***

Bestemmelsen er ny. Bestemmelsen fastslår i første ledd at departementet i forskrift kan fastsette bestemmelser om overtredelsesgebyr ved brudd på bestemmelsene om miljørettet helsevern i folkehelseloven §§ 10 til 14 og § 16 eller forskrifter i medhold av §§ 8 og 10. Skyldkravet er både forsett og uaktsomhet. Høyesterett har lagt til grunn at det kreves noe mer enn ordinær sannsynlighetsovervekt for at forvaltningen kan ilegge sanksjoner av pønalt karakter, slik som overtredelsesgebyr. Beviskravets styrke er relativt til hvor inngripende reaksjonen er, se blant annet Rt. 2007 side 1217.

Ved pålegg om overtredelsesgebyr må det vurderes om dette etter et forholdsmessighetsprinsipp anses som en riktig reaksjon i forhold til overtredelsens art. Overtredelsesgebyr må ses i sammenheng med lovens øvrige reaksjonsmidler ved brudd på regelverket om miljørettet helsevern og vil være aktuelt når andre reaksjonsformer ikke er tilstrekkelige eller hensiktsmessige.

Overtredelsesgebyr kan for eksempel være aktuelt ved brudd på regelverket i form av engangshendelser, for eksempel ulovlig støy i forbindelse med et arrangement, eller hvor summen av mange aktiviteter, som hver for seg er små, til sammen utgjør et folkehelseproblem. Et eksempel på dette var vinteren 2010 da Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte midlertidig forskrift 5. februar 2010 nr. 99 om tiltak for å hindre helseskader på grunn av luftforurensning i Bergen kommune.

Myndigheten til å ilegge overtredelsesgebyr er lagt til kommunen. Kommunen kan be for eksempel politiet melde fra om brudd på regelverk der det er aktuelt å ilegge gebyr.

*Annet ledd* fastslår at departementet i forskrift kan fastsette hvilke overtredelser som kan medføre overtredelsesgebyr, samt nærmere bestemmelser om, utmåling, klage, betaling, rente og tilleggsgebyr. Ved vurderingen av om overtredelsesgebyr skal ilegges, bør de utmålingsprinsipper som ligger til grunn i Sanksjonsutvalgets anbefalinger følges. Det bør særlig legges vekt på blant annet hvor alvorlig overtredelsen har krenket de interesser loven verner, graden av skyld, om overtrederen ved retningslinjer, instruksjon, opplæring, kontroll eller andre tiltak kunne ha forebygget overtredelsen, om overtredelsen er begått for å fremme overtrederens interesser, om overtrederen har hatt eller kunne ha oppnådd noen fordel ved overtredelsen, om det foreligger gjentakelse, om andre reaksjoner som følge av overtredelsen blir ilagt overtrederen eller noen som har handlet på vegne av denne, blant annet om noen enkeltperson blir ilagt straff og overtrederens økonomiske evne. Oppregningen er ikke uttømmende.

*Tredje ledd* fastslår at endelig overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg, jf. lov 26. juni 1992 nr. 86 om tvangsfullbyrdelse § 7-2 bokstav e. Overtredelsesgebyret er endelig når det ikke lenger kan påklages.

*Fjerde ledd* fastslår at foretak kan ilegges overtredelsesgebyr når overtredelsen er begått av noen som handlet på vegne av foretaket. Med foretak menes selskap, enkeltpersonforetak, forening eller annen sammenslutning, stiftelse, bo eller offentlig virksomhet. Ansatte og oppdragstakere er eksempler på hvem som kan anses for å ha handlet på vegne av foretaket. Annet punktum fastslår at overtredelsesgebyr kan ilegges foretaket selv om ingen enkeltperson kan ilegges overtredelsesgebyret. Dette innebærer at både anonyme og kumulative feil omfattes.

For vedtak etter § 17 gjelder forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler.

### ***Til § 18 Straff***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-11.

Skyldkravet er forsett eller uaktsomhet, og strafferammen er bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Det er kun kommunestyret selv som kan begjære påtale. Dette gjelder selv om oppgavene for øvrig er delegert til for eksempel kommunelege eller interkommunale organer.

### ***Til § 19 Klage***

Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-12. Fylkesmannen er klageinstans for vedtak fattet etter kapitlet om miljørettet helsevern.

Klageinstansen kan i henhold til forvaltningsloven § 34 prøve alle sider av det påklagede vedtaket, også de skjønsmessige sidene. Fylkesmannen har ved sin helseavdeling kompetanse til å gjøre helsefaglige vurderinger i klagesaker. Fylkesmannen skal legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.

### ***Til § 20 Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid***

Bestemmelsen erstatter lov om fylkekommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 3. Se nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 12.2.

*Første ledd* omhandler hvordan fylkeskommunen skal arbeide for å fremme folkehelse innen de oppgaver som er tillagt fylkeskommunen.

Arbeid for folkehelsen skal ivaretas og vektlegges i fylkeskommunens politikkkutforming, som samfunnsplanlegger og planmyndighet i fylket. Folkehelsen skal også ivaretas i styring og drift og planlegging av egen virksomhet, slik som i den offentlige tannhelsetjenesten, videregående opplæring, miljø og friluftsliv, kultur og idrett, samferdsel og trafikksikkerhet.

Videregående opplæring vil for eksempel være en sentral arena i folkehelsearbeidet. Utdanning er i seg selv en påvirkningsfaktor for helse. Tiltak for å forhindre frafall i videregående opplæring er således viktig for utjevning av sosiale helseforskjeller. Skolen er også en arena for å fremme godt læringsmiljø og helse gjennom blant annet kroppsøving og tilrettelegging for fysisk aktivitet, tilgjengelighet til sunn mat og drikke, tiltak for å forebygge tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk, mobbing mv. Eksempler på tiltak er at fylkeskommuner som eier av videregående skoler med hjemmel i sin eierrådighet har skiftet ut brusautomater med vanddispensere og innført restriksjoner på tobakksbruk på skolens område.

Det vises til spesialmerknadene til § 1 annet ledd om at loven skal sikre at fylkeskommuner setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

*Annet ledd* angir hvordan fylkeskommunen, i tillegg til det folkehelsearbeidet som inngår i fylkeskommunens oppgaver etter første ledd, skal understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid. En av disse oppgavene er å gjøre tilgjengelig relevante opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer som fylkeskommunen fremskaffer i medhold av § 21. Bestemmelsen fastslår videre at fylkeskommunen også mer generelt skal være en pådriver for og samordner av folkehelsearbeidet i fylket. Dette vil gjelde både i forhold til kommuner, næringsliv, frivillig sektor og overfor befolkningen generelt i fylket. Pådriveransvaret omfatter også å hjelpe kommunene med deres folkehelsearbeid.

Frivillige organisasjoner innen en rekke områder som for eksempel friluftsliv, idrett, sosialt arbeid, kultur, miljø med mer kan spille en viktig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av de aktiviteter som organisasjonene bidrar med og ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig.

Som samfunnsutvikler må fylkeskommunen samarbeide med ulike aktører (slik som regional stat, kommuner, frivillige organisasjoner, næringsliv, forsknings- og undervisningsmiljøer, helseforetakene) og sektorer, samt ta lederskap for å få til et helhetsgrep på utviklingen i fylket.

Partnerskap er en av flere arbeidsformer for fylkekommuner og kommuner i folkehelsearbeidet. Et partnerskap er en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål. Det må ta utgangspunkt i likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser. Samarbeidet bør forankres i et eller flere felles mål.

### ***Til § 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket***

Bestemmelsen erstatter lov om fylkekommuners oppgaver i folkehelsearbeidet § 4. Se nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 13.2.

Bestemmelsen harmoniserer med tilsvarende bestemmelser rettet mot kommunene, jf §§ 5 og 6.

*Første ledd* pålegger fylkeskommunene å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket. Hva som er nødvendig oversikt må sees i forhold til § 20, herunder de oppgaver fylkeskommunen til enhver tid er tillagt, fylkeskommunens aktivitet gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting, fylkeskommunens understøtting av folkehelsearbeid i kommunene, samt rollen som pådriver for samordning av folkehelsearbeidet i fylket. Med påvirkningsfaktorer menes et bredt sett av faktorer på mange nivåer. I egen virksomhet kan oversikt omfatte situasjonen når det gjelder gjennomføringsgrad

og helse- og miljøforhold i videregående skoler, luftkvalitet og støyforhold på fylkets vegnett mv. Som samfunnsplanlegger og regional utvikler er det avgjørende at fylkeskommunen har en oversikt over regionale utfordringer slik som sosiale helseforskjeller i fylket, levekårsutfordringer, ulykkesstatistikk, levevaner mv.

Fylkeskommunen skal etter § 20 understøtte kommunenes folkehelsearbeid, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger som fylkeskommunen fremskaffer i medhold av § 21. Det vil også være aktuelt at fylkeskommunen i samarbeid med kommunene gjennomfører felles undersøkelser som mer effektivt kan gjøres på regionalt nivå enn lokalt, slik som Helseprofil for Akershus, Østfoldhelse mv.

Det vises for øvrig til merknader til §§ 5 og 25 for en utdypning av oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og om hva som kommer inn under *bokstav a* om opplysninger fra statlige helsemyndigheter.

*Bokstav b* fastslår at fylkeskommunen i arbeidet med oversikt skal anvende relevant kunnskap fra kommunene, slik som kommunale oversikter over ulykker på vei som fylkeskommunen har ansvar for, helseforhold i videregående skoler mv. Videre utgjør erfaring og kunnskap både fra tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet bidrag til en helhetlig oversikt over utfordringer. Vurderinger av utfordringer som tannhelsetjenesten møter i sin virksomhet, kan for eksempel være indikasjoner på levekårs- og folkehelseutfordringer som folkehelsearbeidet bør ta hensyn til. Erfaringer fylkeskommunen gjør seg i forbindelse med annen virksomhet som for eksempel regional utvikling, vil også inngå som relevant grunnlag for vurdering av folkehelseutfordringer etter annet ledd. Hensikten er at fylkeskommunen skal skaffe seg en best mulig oversikt over hva som er fylkets folkehelseutfordringer.

Som for kommunen, skal oversikten foreligge som et skriftlig dokument som skal inngå som grunnlag for vedtak om regional planstrategi.

*Tredje ledd* slår fast at fylkets folkehelseutfordringer bør inngå som grunnlag for arbeidet med regional planstrategi. Regional planstrategi etter plan- og bygningsloven er et verktøy for regional samordning. Planstrategien skal samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes interesser. Ved innføring av planstrategi vil også kommunene få bedre muligheter til å delta i drøftinger om premissene for den regionale planleggingen, herunder valg av innsatsområder, organisering av arbeidet mv. I tillegg framheves fylkeskommunenes veilederansvar etter plan- og bygningsloven overfor kommunene i rollen som både samfunnsutvikler og velferdsprodusent.

*Fjerde ledd* gir hjemmel for å fastsette forskrift med utfyllende bestemmelser om oversiktsoppgaven etter § 21, herunder om gjennomføring av befolkningsundersøkelser.

### ***Til § 22 Statlige myndigheters ansvar***

Bestemmelsen er ny. Se nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 10.

Bestemmelsen er en prinsippbestemmelse om at statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. Dette synliggjør det ansvar statlige virksomheter allerede i dag har for å vurdere konsekvensene for folkehelsen etter utredningsinstruksen og annet regelverk.

Bestemmelsen er ikke så konkret med hensyn til hvordan staten skal håndtere kravet om å vurdere helsekonsekvenser, som de bestemmelsene i folkehelseloven som retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Den fastslår likevel at alle statlige sektorer har et folkehelseansvar og skal ta folkehelsehensyn der dette er relevant.

### ***Til § 23 Fylkesmannens ansvar***

Bestemmelsen er ny. Den innebærer for det første at fylkesmannen skal bidra til iverksetting av nasjonal politikk på folkehelseområdet. I dette ligger at fylkesmannen skal formidle, tilpasse og være pådriver for at Stortingets og regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp av kommuner og fylkeskommuner. Videre skal fylkesmannen ha en fagrolle på folkehelseområdet som innebærer å være pådriver for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Dette skal skje blant annet gjennom formidling av råd og veiledning om nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, herunder effektive strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Fylkesmannens rådgivning knyttet til rollen som formidler av nasjonal politikk og et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, vil i hovedsak være en forlengelse av Helsedirektoratets rolle jf. § 24. Se nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 12.3

Fylkesmannens beredskapsoppgaver i folkehelsesammenheng er også omtalt i merknaden til § 28.

### ***Til § 24 Helsedirektoratets ansvar***

Bestemmelsen gir ingen uttømmende angivelse av Helsedirektoratets oppgaver i folkehelsearbeidet, men tydeliggjør rollen i forhold til kommunal sektor. Helsedirektoratets oppgaver defineres årlig blant annet gjennom tildelingsbrev fra departementet.

Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet i tillegg til å være regelverksforvalter og iverksetter av vedtatt politikk på området.

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen, samt følge med på utviklingen i folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet skal ivareta en rolle som pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Dette innebærer blant annet å gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Basert på sammenstilling av kunnskap, skal direktoratet opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.

Videre vil Helsedirektoratets kunnskap basert på utøvelse av rollene som fagorgan, iverksetter og regelverksfortolker, danne premisser for de opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25.

### ***Til § 25 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar***

Bestemmelsen gir ingen uttømmende angivelse av Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgaver i folkehelsearbeidet, men tydeliggjør rollen i forhold til kommunal sektor. Folkehelseinstituttets oppgaver defineres årlig blant annet gjennom tildelingsbrev fra departementet.

*Første ledd* tydeliggjør Nasjonalt folkehelseinstituttets rolle i folkehelsearbeidet som nasjonal kompetanseinstitusjon. Folkehelseinstituttet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og har følgende hovedarbeidsområder:

- Helseovervåking: oversikt over befolkningens helse
- Forskning: kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse
- Forebygging: beredskap, råd og veiledning

Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig for de fleste sentrale epidemiologiske helseregistrene. Produksjon av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer utvikles i forhold til endringer over tid i utfordringsbilde og påvirkningsfaktorer.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i følge *annet ledd* gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Dette innebærer en koordineringsrolle i forhold til andre etater og institusjoner og som har relevant statistikk som bør inngå i opplysningene som skal formidles til kommunene. Informasjonen som skal formidles til kommunene, vil måtte innhentes fra en rekke ulike kilder som oppdaterer statistikk med ulik frekvens og som har informasjon og statistikk på ulik form. Nasjonalt folkehelseinstitutt må samarbeide med en rekke instanser i dette arbeidet for eksempel med Statistisk sentralbyrå, klima- og forurensningsdirektoratet m.v.

Med begrepet “opplysninger” anlegges en bred forståelse av hvilke typer informasjon som skal inngå i formidlingen, jf også § 5. Opplysningene som skal formidles til kommunene, må søke å gjenspeile det brede sett av faktorer som påvirker folkehelsen, fra grunnleggende levekårsforhold, ulike miljøfaktorer, levevaner m.m.

Hvilke data og informasjon som skal inngå i formidlingen fra sentrale myndigheter må utvikles over tid i takt med endringer i tilgang på data og i takt med ny kunnskap om hvilke faktorer som påvirker folkehelsen. I utviklingsarbeidet skal det vektlegges hva som er viktig for kommunene i et folkehelseperspektiv.

*Tredje ledd* gir hjemmel for å fastsette forskrift med utfyllende bestemmelser om oversiktsoppgaven etter § 25. Forskrifter etter dette ledd kan regulere nærmere hvilke opplysninger som skal gis kommuner og fylkeskommuner, detaljeringsgrad av opplysningene, på hvilken måte og hvor ofte de skal gjøres tilgjengelige m.m.

Folkehelseinstituttets rolle i beredskapsarbeidet er regulert i fjerde ledd som også må ses i sammenheng med § 28.

### ***Til § 26 Samarbeid mellom kommuner***

Bestemmelsen viderefører hovedinnholdet i kommunehelsetjenesteloven § 1-6. Det vises til nærmere omtale av bestemmelsen i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 19 om samarbeid mellom kommuner.

Bestemmelsen regulerer når samarbeid kan pålegges kommunene. Kommunenes og fylkeskommunenes muligheter for frivillig samarbeid og delegering av oppgaver til andre organer er ikke regulert i folkehelseloven, med unntak av i § 9 første ledd. Hvilke samarbeidsformer som er mulig og hva som kan delegeres av oppgaver og myndighet til slike samarbeidsorganer, følger av bestemmelsene i kommuneloven og annet regelverk og vil være avhengig av hvilke typer oppgaver det skal samarbeides om. Det går et viktig skille ved om samarbeidsorganet skal utøve myndighet etter loven eller ikke. Se nærmere om ulike samarbeidsformer i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 19.3.3. Kommunene kan delegerer om myndighetsoppgaver innenfor miljørettet helsevern til interkommunale selskaper som er etablert etter lov om interkommunale selskaper, med hjemmel i folkehelseloven § 9 første ledd.

Det går fram av *første ledd* at departementet kan pålegge samarbeid når dette anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet. Slikt pålegg kan gis i forskrift eller enkeltvedtak. Det kreves mye for at et slikt pålegg skal gis, jf. begrepet "påkrevet". Det må være helt klart behov for samarbeid ved at det vil ha betydelige uheldige konsekvenser for befolkningens helse dersom det ikke samarbeides om oppgavene. For eksempel kan samarbeid være nødvendig for å få et forsvarlig tilsyn med at kommunen som skole- og barnehageeier, oppfyller sin tilsynsoppgave etter forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. Det må videre være klart at samarbeid ikke er noe kommunene vil gjøre på frivillig grunnlag innen rimelig tid til tross for råd, veiledning og anmodning om samarbeid.



*Annet ledd* pålegger kommunene bistandsplikt ved ulykker og akutte situasjoner i andre kommuner, og gir bestemmelser om utgiftskompensasjon ved slik bistand.

### ***Til § 27 Samfunnsmedisinsk kompetanse***

Bestemmelsen viderefører kommunehelsetjenesteloven § 3-5. Det vises til nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 18.

*Første ledd* fastsetter at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgavene etter denne loven. Det skal ansettes kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen. Det kan være aktuelt å ansette flere kommuneleger, og i større kommuner vil det kunne være nødvendig for at kommunelegefunksjonen skal være forsvarlig. Kommunen må sørge for at arbeidsoppgavene ikke overstiger et omfang som gjør at oppgavene ikke ivaretas på en forsvarlig måte. I kommuner med bydelsforvaltning, som Oslo og Bergen, kan det for eksempel ansettes én i hver bydel. Kommunen må imidlertid sikre at oppgaven som medisinsk-faglig rådgiver er tilstrekkelig samlet og koordinert mellom kommunelegene, for eksempel at en kommunelege gis overoppsyn med oppgaven.

*Av annet ledd* går det fram at flere kommuner kan samarbeide om å ansette en kommunelege. Dette vil være særlig aktuelt for mindre kommuner. Kommunene kan også samarbeide om andre personer med folkehelsefaglig kompetanse, selv om dette ikke er spesifisert særskilt i lovteksten.

### ***Til § 28 Beredskap***

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-5. Det vises til Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 16 om beredskap.

*Første ledd* fastslår at ansvarsprinsippet gjelder etter folkehelseloven for de virksomhetene som nevnes. Dette innebærer at virksomhetene har et ansvar for å gjennomføre beredskapsforberedelser og tiltak. Ansvarsprinsippet fremgår også av henvisningen til lov om helsemessig og sosial beredskap. Med unntak av for kapittel 3, se annet ledd, er det ikke noe plankrav for denne beredskapsplikten. For kommunen vil det følge av §§ 5 til 7 sammenholdt med § 28 at den må gjøre beredskapsmessige vurderinger i sammenheng med vurderinger av sine folkehelseutfordringer og at den må treffe nødvendige tiltak for å møte disse utfordringene. Dette kan blant annet gjelde industrivirksomheter med fare for kjemikalie-, biologisk eller radioaktiv forurensning, eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse.

Beredskapen for kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ta utgangspunkt i en risiko- og sårbarhetsanalyse. Analysen skal ta utgangspunkt i virksomhetenes ansvarsområde, forutsetninger, ressurser og behov. Risiko- og sårbarhetsanalysen vil avdekke områder som er særlig utsatt for risiko eller er svake punkt.

Kommunen plikter etter *annet ledd* å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter kapittel 3 i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Beredskapsplanen skal utarbeides i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Dette innebærer at bestemmelsene i helseberedskapsloven og forskrifter med hjemmel i denne, også er relevante for beredskapsplanlegging.

Rutiner må beskrives og etableres for varsling, samarbeid og koordinering mellom de forskjellige kommunale sektorer og med andre myndigheter og forvaltningsnivåer. Videre må kommunene planlegge og ha rutiner for å sørge for å innhente nødvendig helsefaglig kompetanse og støtte fra fylkesmannen, helseforetak, Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet til å håndtere ekstraordinære situasjoner ved farer for liv og helse.

*Tredje ledd* gir hjemmel for å gi forskrift om beredskap innen miljørettet helsevern og er således avgrenset til lovens kapittel 3. Hjemmelen er særlig ment å gi grunnlag for å etablere nødvendig hjemmelsgrunnlag for melding av helseskadelige miljøfaktorer inn til sentrale myndigheter, da det ikke eksisterer noen slik plikt innen helsesektoren tidligere. Etablering av registre relatert til helseskadelige miljøfaktorer vil, på samme måte som smittevernregistrene, etableres i tråd med helseregisterloven og personopplysningsloven. De nærmere indikasjonene for melding, form og innhold med mer kan fastsettes i forskriftene. Det kan for eksempel være aktuelt å pålegge kommuner og helsepersonell plikt til å melde til Folkehelseinstituttet om opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid. Tilsvarende kan også være aktuelt å innføre en plikt for helseforetakene til å melde til Nasjonalt folkehelseinstituttet der man har opphopning av pasienter med mulig felles kjemikaliepåvirkning som sykdomsårsak, samt også etablere et system ved Folkehelseinstituttet om videreformidling av informasjon til fylkesmannen og Helsedirektoratet.

Tredje ledd gir videre departementet myndighet til å fastsette en nærmere arbeidsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, herunder fylkesmannen, for å sikre en hensiktsmessig beskyttelse i forbindelse med hendelser som skyldes helseskadelige miljøfaktorer. Dette kan blant annet omfatte om hvordan Folkehelseinstituttet skal bistå kommunene med å kartlegge omfang, risikovurderinger, årsaker mv. ved kjemikaliehendelser, jf § 25. Det kan også omfatte bestemmelser om videre varsling av slike hendelser til relevante aktører utenfor helsesektoren.

## ***Til § 29 Gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner***

Bestemmelsen er ny og er nærmere omtalt i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 17 om internasjonalt helsereglement.

*Første ledd* er en generell hjemmel for gjennomføring av internasjonale avtaler på folkehelseområdet.

Bestemmelsen i *annet ledd* referer til Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement av 23. mai 2005, IHR 2005. IHR er en folkerettslig avtale som er bindende for 194 land, inkludert alle Verdens helseorganisasjons (WHO) medlemsstater som ikke har avvist eller gjort reservasjoner mot reglementet, samt alle land som ikke er medlemmer, men som har godtatt å være bundet av det. Reglementet forutsetter at statene ved behov iverksetter midlertidige og stående tiltak for å forebygge og begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Bestemmelsen gir en generell hjemmel for gjennomføring av IHR uavhengig av om hendelsen skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemikalieområdet.

*Annet ledd* gir bestemmelser om opprettelse av registre som viser seg nødvendig ved en hendelse omfattet av IHR. Vedlegg I til avtalen beskriver nærmere krav til system for å påvise og varsle hendelser som omfatter sykdom eller dødsfall over forventet nivå for det aktuelle tidspunkt og sted. Hvilken type opplysninger som skal varsles vil være avhengig av blant annet type hendelse, alvorlighet og andre omstendigheter omkring identifisering av sykdomstilfeller. Det kan derfor ikke på forhånd tas stilling til hvilke opplysninger som må varsles og hvordan disse skal behandles. Disse spørsmålene må vurderes konkret. *Annet ledd* gir imidlertid hjemmel for å etablere personidentifiserbare registre uten samtykke fra de registrerte. Behandlingen av de innsamlede opplysningene skal være i samsvar med helseregisterlovens bestemmelser.

*Tredje ledd* er også en utdyping av første ledd og presiserer at det kan gis forskriftsbestemmelser om stående og midlertidige tiltak etter anbefaling fra WHO. Begrepene midlertidige og stående tiltak benyttes i reglementet og begrepene er benyttet i lovteksten for å tydeliggjøre at det dreier seg om tiltak besluttet i WHO-systemet. Dette dreier seg om anbefalinger av tiltak som gis i den enkelte situasjon og som derfor er tilpasset denne. Midlertidige tiltak kan, på nærmere bestemte vilkår, iverksettes overfor for eksempel personer, bagasje, last, containere, transportmidler, varer, postpakker og humant biologisk materiale. De stående tiltakene vil ha gyldighet over flere år og vedtas av Verdens helseforsamling.

### ***Til § 30 Internkontroll***

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 med forskrift. Se nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 12.4 om internkontroll. Første ledd er en videreføring av gjeldende rett, med unntak at hjemmelen til å fastsette forskrifter om internkontroll etter denne bestemmelsen bortfaller. Annet ledd er en innskjerping av kravet til internkontroll, se under.

*Første ledd* gir kommunen og fylkeskommunen en plikt til å føre internkontroll med kommunens oppgaver etter folkehelseloven. Internkontrollplikten etter § 30 er en kommuneplikt. Til sammenlikning er forskriftshjemmel for internkontrollkrav i § 7 om miljørettet helsevern en plikt som retter seg mot både offentlig og privat virksomhet og eiendom, og er således en aktørplikt.

Kommunens plikt til å føre internkontroll i § 30 er generelt utformet og vil bygge på det generelle systemet for internkontroll etter kommuneloven § 23 nr. 2. Prinsippet for internkontroll innebærer at kommunen og fylkeskommunen har tilstrekkelig styring med etterlevelse av bestemmelsene. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Kommunen skal innenfor de rammer og ressursituasjon som kommunen har, prioritere å sikre de områder og aktiviteter med størst risiko for svikt og med størst helsemessig konsekvens.

Disse aktivitetene må det sikres at ivaretas for eksempel gjennom den generelle virksomhetsstyring, herunder at regelverket er tilstrekkelig kjent, at oppgavene er definert, at de som skal utføre oppgavene har nødvendig kompetanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene, samt at det er betryggende rutiner for forbedring dersom oppgavene ikke ivaretas som forutsatt.

*Annet ledd* pålegger kommunen å dokumentere særskilt kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom etter § 9. Kommunens tilsynsansvar innen miljørettet helsevern innebærer at kommunen fører tilsyn med blant annet virksomheter som er kommunale. Det forsterkede dokumentasjonskravet gjelder generelt for tilsynsoppgaven etter § 9 og innebærer at kommunen skal dokumentere særskilt hvordan tilsynet ivaretas.

Elementer i det forsterkede dokumentasjonskravet for kommunens tilsynsoppgave vil være å kunne dokumentere blant annet hvem som har ansvar for å følge opp tilsyn med virksomheter etter miljørettet helsevern regelverket i kapittel 3, og at disse er gitt nødvendig forutsetninger for å kunne utføre denne oppgaven, herunder myndighet, kapasitet og kompetanse. Det er her særlig viktig å sikre at det kommunale tilsynsorganet er tilstrekkelig uavhengig i forhold til de kommunale virksomhetene som det føres tilsyn med. Uavhengighet innebærer at tilsynet utøves av personer eller kommunale enheter som ikke direkte har ansvar for den virksomheten som er gjenstand for tilsynet, for eksempel at tilsyn med

skoler ikke ligger i skolekontoret eller i teknisk sektor, dersom det er teknisk sektor som har ansvar for byggmassen.

Videre skal internkontrollen vise at kommunen har tilstrekkelig styring med tilsynsaktiviteten. Dette innebærer at den som har gitt ansvar for å føre tilsyn i kommunen har nødvendig oversikt over hva de skal føre tilsyn med. Her, som for internkontroll generelt, må det foretas en risikovurdering. Det er mange virksomheter som kommunen potensielt kan føre tilsyn med, og det er viktig at det foretas en prioritering med utgangspunkt i det som har størst betydning for befolkningens liv og helse. For eksempel kan innretninger som kan spre legionella, slik som kjøletårn, dusjanlegg mv., potensielt ha stor negativ helsekonsekvens ved svikt. Videre er det av stor betydning at barn og unge har et miljø i skoler og barnehager som ikke er helseskadelig. Tilsyn og godkjenning med skoler og barnehager bør derfor prioriteres. Prioriteringen kan også tas utgangspunkt i at kommunes tilsynsmyndighet vet at enkelte barnehager mv. trenger en tettere oppfølging pga. tidligere erfaringer, dårlig byggmasse mv.

God styring innebærer også gode rutiner for oppfølging av virksomheter ved avvik, dvs. at kommunes tilsynsmyndighet ikke unnlater å følge opp svikt som de kjenner til og som har stor betydning for liv og helse. Videre må det være rutiner om at de med overordnet ansvar blir informert dersom kommunens tilsyn ikke blir forsvarlig ivaretatt. Administrasjonssjefen har ansvar for i nødvendig utstrekning, jf. folkehelseloven § 30 og kommuneloven § 23 nr. 2, å følge med på utøvelsen av kommunens tilsynsoppgaver etter § 9 og kommunens eget arbeid med å lukke ev. avvik.

Helsedirektoratet har ansvar for å gi kommunene nødvendig veiledning i å ivareta sitt tilsynsansvar, se nærmere omtale av dette i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 15.5.5.

### ***Til § 31 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid***

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Se nærmere i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 20 om statlig tilsyn og Innst. 423 L (2010-2011) kapittel 2.9.6.

Det statlige tilsynet skal føres i tråd med de generelle tilsynsreglene i kommuneloven kapittel 10 A. Dette innebærer blant annet at tilsynet er avgrenset til et lovlighetstilsyn. Tilsyn er dermed en kontroll med at kommunen utfører sine plikter etter loven. Hva som er lovens krav om hva det skal føres tilsyn med, følger av beskrivelsen av de enkelte bestemmelsene. Statlig tilsyn med bestemmelsene i loven er for kommuner avgrenset til §§ 4 til 9, §§ 27 - 30 og for fylkeskommuner avgrenset til §§ 20, 21 og 30. Stortinget endret lovteksten i bestemmelsen fra "kan føre tilsyn" til "skal føre tilsyn" med den begrunnelse at folkehelsearbeidet er langsiktig og har en overordnet innretning, og at det er vesentlig at tilsynet prioriteres på linje med tilsynsoppgaver som tar for seg mer akutte og konkrete

forhold. Bestemmelsen er nå formulert likt som tilsynsbestemmelsen i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

At loven skal sikre at folkehelsearbeidet skal skje på en forsvarlig måte, jf. § 1, innebærer ikke et selvstendig krav. Følgelig er ikke forsvarlighet et krav i seg selv som fylkesmannen skal føre tilsyn med, men en tolkingsnorm som vil ha betydning for hvordan de andre bestemmelsene i loven som det skal føres tilsyn med er å forstå.

Kommunens ansvar for folkehelsearbeid, jf. § 4 er grunnlaget for de andre bestemmelsene om kommunens plikter. Dette er spesielt knyttet til at kommunen skal bruke alle sine virkemidler til å fremme helse.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jf. § 5, er utgangspunktet for kommunens oppfølging av sitt ansvar for folkehelse. At kommunen ivaretar lovens krav om å ha nødvendig oversikt over sine folkehelseutfordringer, er derfor en forutsetning for at kommunen kan oppfylle andre forpliktelser. Det er satt krav til at oversikten skal være skriftlig. Tilsynsmyndigheten kan etterspørre dette dokumentet, samt hvilke system kommunen har for å sikre at kommunen til enhver tid har nødvendig oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, for eksempel hvis det skulle oppstå nye situasjonen, risikoforhold mv.

For at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar for folkehelse må oversikten være faglig fundert. Dette innebærer at til å foreta analyser mv. må kommunen godtgjøre at analysen bygger på god faglighet. Kompetanse i epidemiologi, som samfunnsmedisin eller lignende, vil være nødvendig for å foreta faglige analyser. Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse ved å forestå analyser jf. over, samt krav til at vurderingene er uavhengige av andre hensyn, som politikk, økonomi mv.

Videre kan tilsynsmyndigheten føre tilsyn med § 6 om mål og planarbeid, samt § 7 om folkehelseiltak. Dersom kommunen har oversikt, men ikke tatt stilling til hva dette innebærer av tiltak og prioritering, oppfyller kommunen ikke §§ 6 og 7.

Oversikten over kommunens folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. § 6 første ledd. Dette innebærer at tilsynsmyndigheten kan etterspørre grunnlagsdokumentet om folkehelse, og ev. også vurdere relevansen av planbehov, jf. i hvilken grad folkehelseutfordringene er drøftet i planstrategien.

Tilsynsmyndigheten kan se etter at det faktisk er fastsatt mål og strategier, at disse er forankret i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven og at disse er egnet til å møte folkehelseutfordringene, jf. § 5.

Når det gjelder å vurdere målene og strategiene må tilsynsmyndigheten vurdere de rammer som kommunene arbeider innenfor samt at det her er rom for politisk prioriteringer. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og ingen har kapasitet til å gjøre alt samtidig. Dette innebærer at i vurderingen må det også tas

hensyn til at kommunen har prioritert tiltak over tid. Her er det rom for lokalt skjønn og politiske prioriteringer, men uten at dette kan gå utover hva som er forsvarlig. Utgangspunktet er at kommunen ikke kan forholde seg passiv til sine folkehelseutfordringer.

Tilsynsmyndigheten kan vurdere om kommunen har nødvendig styring med oppfølging av planene, jf. §§ 6 og 7 og § 30 om internkontroll.

Lovforslaget § 9 gir kommunen myndighet og oppgaver blant annet å føre tilsyn med virksomheter som omfattes av miljørettet helsevernbestemmelsene. Mange av de aktuelle virksomhetene er kommunale. Dette betyr at det er stor risiko knyttet både til lovbrudd og konsekvenser for lovbrudd knyttet til denne bestemmelsen, jf. også § 30 annet ledd om at kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet. Fylkesmannen kan etterspørre denne dokumentasjonen.

For beredskapsplan, jf. § 28, jf. også § 29 kan tilsynsmyndigheten blant annet etterspørre kommunens beredskapsplan for sine oppgaver etter kapittel 3, miljørettet helsevern, samt gjøre en vurdering om denne planen er forsvarlig i forhold til å ivareta beredskapsbehovet.

Kommunelovens § 60d første ledd gir fylkesmannen myndighet til å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med de bestemmelser fylkesmannen fører tilsyn med. Dette gjelder også hvis kommunen unnlater å ivareta sitt ansvar etter §§ 7 og 9 i situasjoner der det er fare for liv og helse, som for eksempel pålegg om retting eller stansing av en virksomhet med legionellainfisert kjøletårn.

### ***Til § 32 Overordnet faglig tilsyn***

Bestemmelsen erstatter kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Se nærmere omtale i Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 20 om statlig tilsyn og Innst. 423 L (2010-2011) kapittel 2.9.6.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid i henhold til § 31 og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Overordnet faglig tilsynsansvar innebærer et ansvar for lovlighetskontroll på et overordnet nivå. Dette omfatter blant annet overvåking av i hvilke grad folkehelsearbeidet blir ivaretatt etter loven samt å styre fylkesmannens tilsyn med kommunes og fylkeskommunens folkehelsearbeid, herunder regelmessig forbrede og legge til rette for landsomfattende tilsyn, samt legge til rette for og følge opp fylkesmennes tilsynsoppgaver for øvrig etter loven, herunder klagesaksbehandling etter miljørettet helsevern.

Det er forutsatt at Statens helsetilsyn samarbeider med Helsedirektoratet om utøvelsen av sitt ansvar som overordnet tilsynsmyndighet, herunder innhold, prioriteringer og innretning av tilsynet.

Overordnet faglig tilsyn vil grense opp til det følge med ansvar som er tillagt Helsedirektoratet. Forskjellen ligger i rollene til de to statlige etatene. Statens helsetilsyns rolle er primært lovlighetskontroll, mens følge med ansvaret til Helsedirektoratet har et bredere mandat, herunder å følge med på status og utvikling i folkehelsearbeid og hvordan nasjonal politikk, strategier og kunnskapsbasert folkehelsearbeid blir implementert i kommunesektoren.

### ***Til § 33 Videreføring av forskrifter***

Det er i dag en rekke forskrifter innen miljørettet helsevern som vil bli videreført i medhold av denne bestemmelsen. Forskriftene er listet opp i merknader til kapittel 3.

Departementet tar sikte på å revidere forskriftsverket etter at folkehelseloven trer i kraft.

### ***Til § 34 Ikrafttredelse***

Kongen fastsetter når loven skal tre i kraft. Kongen kan videre bestemme at bestemmelsene i loven kan sette i kraft til forskjellig tid. Klart avgrensede bestemmelser som står i samme paragraf, kan også tre i kraft til forskjellig tid. Blant annet kan det fastsettes at endringer i andre lover, jf. § 35, skal tre i kraft til forskjellig tid. Dette innebærer for eksempel at dersom helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven ikke trer i kraft til samme tid, kan ulike deler av bestemmelsene som skal endres eller oppheves i kommunehelsetjenesteloven og andre lover, tre i kraft til ulik tid.

Folkehelseloven ble sanksjonert og ble fastsatt ikrafttredelse ved kgl.res 24. juni 2011. Loven trer i kraft 1. januar 2012.