



Innst. 423 L

(2010–2011)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 90 L (2010–2011)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

Regjeringen legger i proposisjonen fram forslag til lov om folkehelsearbeid. Loven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Loven vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Hovedtrekk i lovforslaget er:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen framfor til kommunens helsetjeneste. Kommunen skal i folkehelsearbeidet bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, og ikke bare helsesektoren.
- Kommunenes ansvar for å ha oversikt over helse-tilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune.
- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene.
- Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.
- Kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommu-

nens egne folkehelseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

- Kommunene skal i verksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

Høringsnotat om forslag til ny lov om folkehelsearbeid ble sendt på høring i oktober 2010 med høringsfrist i januar 2011.

I proposisjonen redegjøres det for dagens helseutfordringer, hvordan disse har endret seg historisk og for sentrale perspektiver i folkehelsearbeidet. Videre gis det en oversikt over sentrale aktører og roller i folkehelsearbeidet, herunder kommunesektoren, frivillige organisasjoner og fylkesmannen. Det gis også en gjennomgang av folkehelsearbeidet i Sverige, Danmark og Finland, samt for grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet.

Det redegjøres for følgende stortingsdokumenter og andre dokumenter som har stått sentralt i arbeidet med loven:

- Ot.prp. nr. 73 (2008–2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
- St.meld. nr. 25 (2008–2009) Lokal vekstkraft og framtidstru – Om distrikts- og regionalpolitikken
- St.meld. nr. 12 (2006–2007) Regionale fortrinn – regional framtid
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge
- St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidens tannhelsetjenester
- Dokument 1 (2007–2008) Riksrevisjonen

- Rapport om Vest Tank-ulykken i 2007
- Internasjonalt helsereglement (IHR)
- Regjeringens strategi for forebygging (G-0418 B) Fellesskap – trygghet – utjevning

1.2 Lovforslagets struktur, formål og virkeområde – forholdet til annet regelverk

I forslaget til folkehelselov er det lagt vekt på å finne en balanse mellom hensynet til å sikre kommunen handlingsrom og behovet for å konkretisere folkehelseoppgavene i loven slik at disse blir prioritert. Departementet mener det er viktig å lage en generell og helhetlig lov som omfatter alle faktorer av betydning for folkehelsen, og som gir kommuner og fylkeskommuner handlingsrom til å organisere sine tjenester og sette i verk sine tiltak på bakgrunn av en lokal vurdering av utfordringer og behov.

Departementet foreslår at folkehelseloven skal regulere kommuners og fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Det foreslås videre at statlige myndigheters ansvar i folkehelsearbeidet synliggjøres i loven, jf. lovforslaget § 22. I tillegg foreslås det at statlige helsemyndigheters rolle i å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid lovfestes særskilt.

Departementet mener at loven bør ha en definisjon av folkehelse som slår fast et populasjonsperspektiv og et fordelingsperspektiv. Videre foreslås det at definisjonen presiserer at god psykisk helse er et viktig mål for folkehelsearbeidet.

1.2.1 Formål

Departementet ønsker å videreføre og bygge videre på det grunnlaget som ligger i dagens regelverk, og som tidligere kom fra sunnhetsloven av 1860. Forslaget til formålsbestemmelse, jf. lovforslaget § 1, bygger derfor på dagens formålsbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven samt folkehelseloven for fylkeskommunene. Departementet ønsker også en tydeliggjøring av de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeidet.

1.2.2 Virkeområde

Departementet foreslår at det saklige virkeområdet fra både sunnhetsloven og dagens kommunehelsetjenestelov videreføres i folkehelseloven. Folkehelseloven skal gjelde for kommuner, fylkeskommuner og for statlige helsemyndigheter og i tillegg privat og offentlige virksomhet når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Det foreslås at det i loven gis fullmakt for Kongen til å gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og det skal kunne fastsettes særlige regler av hensyn til de stedlige forhold. Videre foreslås at Kongen kan bestemme om og i hvilken

utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøyer i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Lovforslaget skal gi hjemmel for å gjennomføre internasjonalt helsereglement (IHR) i norsk rett. Lovforslaget regulerer videre beredskap på folkehelseområdet. Lovforslaget § 28 om beredskap og § 29 om gjennomføring av internasjonale avtaler på folkehelseområdet forutsetter at det kan gis nærmere bestemmelser overfor helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private. Dette er derfor foreslått presisert i § 2 fjerde ledd.

Departementet foreslår en prinsippbestemmelse om statlige myndigheters medansvar for folkehelse. Bestemmelsen pålegger ikke konkrete plikter og oppgaver, men den fastslår at det generelle utgangspunktet om at alle sektorer har et folkehelseansvar, også gjelder på statlig nivå.

1.2.3 Forholdet til annet regelverk

Det redegjøres nærmere for lovforslagets forhold til plan- og bygningsloven, forslaget til kommunal helse- og omsorgstjenestelov, tannhelsetjenesteloven, forvaltningsloven, sameloven og diskrimineringslovgivningen.

Departementet mener det ikke er behov for en lovregulering av forholdet mellom folkehelseloven og annet regelverk.

1.3 Oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

1.3.1 Kommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

Departementet foreslår at kommunen gis et bredt ansvar for folkehelse, jf. lovforslaget § 4 første ledd, at kommunen skal fremme psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å sikre befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Dette vil være en videreføring av det ansvaret som kommunen har i dag, men med den endring at ansvaret tydelig legges til kommunen som sådan og ikke bare kommunen ved sin helsetjeneste. Videre foreslår departementet i § 4 annet ledd at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt.

For å sikre politisk forankring av de prinsipielle og overordnede sidene av folkehelsearbeidet foreslås det at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til folkehelseutfordringene i kommunen.

Når det gjelder ansvar for å gi råd, samarbeide og medvirke til at andre enn kommunen ivaretar helsemessige hensyn, foreslås denne oppgaven videreført i § 4 tredje ledd. Departementet foreslår at det fram-

kommer i lovteksten at kommunene bør legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og andre aktører.

1.3.2 Fylkeskommunens oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

Departementet foreslår å videreføre lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som et kapittel i forslaget til ny folkehelselov.

Lovforslagets § 20 tilsvarer dagens fylkeskommunale folkehelselov § 3. Endringer fra dagens fylkeskommunale folkehelselov er at det er tydeliggjort at fylkeskommunen må legge fylkets folkehelseutfordringer til grunn for sitt folkehelsearbeid, samt at det kan være aktuelt med egne folkehelseaktiviteter/ tiltak for å møte disse utfordringene.

Bestemmelsens annet ledd forankrer fylkeskommunens rolle med hensyn til å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Videre fastsetter annet ledd en pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet for fylkeskommunen for eksempel gjennom etablering av partnerskap.

1.3.3 Statlige helsemyndigheters oppgaver og ansvar i folkehelsearbeidet

Statlige myndigheters ansvar i folkehelsearbeidet er foreslått regulert som en prinsippbestemmelse i § 22. Departementet foreslår videre å lovfeste fylkesmennenes, Helsedirektoratets og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave med å understøtte kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet. Dette er oppgaver som i dag tilligger de ulike etatene, men som altså ikke er lovfestet.

Det framholdes at en lovfesting av statlige helsemyndigheters oppgave i å bistå kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet vil innebære en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen mellom stat og kommune og klargjøre hva kommuner og fylkeskommuner kan forvente av disse statlige myndighetene.

1.3.4 Krav til kommuner og fylkeskommuner om å føre internkontroll

Siden folkehelsearbeidet ikke lenger vil være knyttet spesifikt opp mot helsetjenesten som etter dagens kommunehelsetjenestelov, vil lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 om internkontroll ikke lenger gjelde for folkehelsearbeidet. På bakgrunn av dette foreslås å videreføre krav til internkontroll ved en egen bestemmelse i folkehelseloven, jf. lovforslaget § 30. Første ledd er en videreføring av gjeldende rett med unntak av at hjemmelen til å fastsette forskrifter om internkontroll etter denne bestemmelsen bortfaller. I annet ledd foreslås en innskjerping av kravet til internkontroll.

1.4 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

1.4.1 Kommunen

Departementet mener kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er utgangspunktet og nøkkelen for det videre folkehelsearbeidet. Forslaget til folkehelselov innebærer at kommunene skal forpliktes til å kjenne til de folkehelseutfordringene man står overfor både nasjonalt og lokalt.

Kommunens oversikt skal inneholde opplysninger formidlet av sentrale helsemyndigheter og fylkeskommunen i henhold til lovforslaget § 5 første ledd bokstav a. Fylkeskommunen og sentrale helsemyndigheter skal på sin side legge til rette for at kommunene har grunnleggende oversikt over de mest sentrale påvirkningsfaktorer og helsetilstand i befolkningen, jf. lovforslaget §§ 20, 21 og 25.

Lokale vurderinger av hvilke forhold som har størst betydning for utviklingen i folkehelsen i den enkelte kommune, skal inngå som en del av oversikten etter § 5 første ledd. Erfaring og kunnskap både i helsesektoren samt andre deler av kommunen vil utgjøre viktige bidrag til en helhetlig oversikt over utfordringer, jf. forslag til § 5 første ledd bokstav b.

Departementet mener at oversikten ifølge forslaget § 5 må foreligge som et skriftlig dokument, og at den bør ligge til grunn for kommunal planstrategi som synliggjør og problematiserer folkehelseutfordringer i kommunen.

Departementet mener videre at folkehelseloven bør inneholde hjemmel for å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

1.4.2 Fylkeskommunen

Departementet foreslår å videreføre fylkeskommunens ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer gjennom lovforslaget § 21. Det framholdes at det er ønskelig at fylkeskommunene etablerer et faglig samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt for framskaffelse av regionale og kommunale oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen.

1.4.3 Statlige helsemyndigheter

Departementet foreslår at Nasjonalt folkehelseinstitutt i lovforslaget § 25 får som oppgave å gjøre tilgjengelig nøkkeldata som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21.

Det framheves at folkehelseopplysninger som gjøres tilgjengelige, må være mest mulig beslutnings- og tiltaksrelevant og være i en form som gjør dem lett forståelige. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal i samarbeid med brukere og aktuelle

fagmiljøer som Statistisk sentralbyrå sammenstille og utvikle tiltaksrelevant statistikk og opplysninger.

1.5 Mål og folkehelseiltak i kommunene

Departementet foreslår at en drøfting av kommunens helseutfordringer som er identifisert etter lovforslagets § 5, skal inngå i kommunens planstrategi etter plan- og bygningsloven. Planstrategien fastsettes av kommunestyret hvert fjerde år. Ansvar for kommunens planarbeid på folkehelseområdet foreslås dermed knyttet nærmere opp mot kommunens politiske nivå enn i dag hvor ansvaret i stor grad ligger til kommunehelsetjenesten. I tillegg til forankring i plan foreslås det at kommunen skal ha plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte de helseutfordringene kommunen har identifisert, jf. lovforslaget § 7.

I § 6 foreslår departementet en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og strategier i folkehelsearbeidet.

1.6 Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern omfatter alt i vårt miljø som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, det være seg fysiske, kjemiske, biologiske eller sosiale miljøfaktorer. Ansvar og myndighet for fagområdet miljørettet helsevern er i dag tillagt kommunen med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven.

Departementet foreslår å flytte de miljørettede helsevernbestemmelsene fra kommunehelsetjenesteloven til folkehelseloven som en videreføring av gjeldende rett.

Det foreslås noen språklige og tekniske oppdateringer. På ett område foreslås det en endring i gjeldende rett ved at det tas inn en bestemmelse om overtredelsesgebyr i loven, jf. lovforslaget § 17. Videre er det i § 30 om internkontroll lagt inn et forsterket dokumentasjonskrav for kommunen i forhold til ivaretagelsen av kommunens tilsynsansvar etter lovforslaget § 9.

Departementet foreslår at straffebestemmelsen i gjeldende kommunehelsetjenestelov § 4a-11 videreføres i lovforslaget § 18.

Helsedirektoratet vil etter lovforslagets § 24 ha i oppgave å veilede kommunene når det gjelder tilsyn med virksomhet og eiendom etter folkehelseloven kapittel 3.

Kommunens myndighet til å fatte vedtak om miljørettet helsevern kan i dag delegeres til et styre etter kommuneloven § 27, til et interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper eller til en vertskommune, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a-3. Departementet foreslår at muligheten for delegering til interkommunale selskaper opprettholdes i folkehelseloven. Det foreslås at det tas inn en bestemmelse om dette i lovforslaget § 9 første ledd. For at

lovbestemmelsen ikke skal gi inntrykk av at dette er eneste muligheten for delegering til interkommunalt samarbeidsorgan, foreslås det presisert i bestemmelsen at dette er en mulighet i tillegg til de samarbeidsløsninger som følger av kommuneloven.

1.7 Beredskap

Etter gjeldende rett setter kommunehelsetjenesteloven § 1-5 krav om at kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helsetjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Kommunens beredskapsplikt reguleres også av en rekke andre lover, bl.a. sosialtjenesteloven, helseberedskapsloven, smittevernloven og strålevernloven.

Departementet foreslår at lov om helsemessig og sosial beredskap presiseres slik at det er klart at den også omfatter relevante deler av folkehelseloven. Dette gjelder foruten oppgavene knyttet til miljørettet helsevern etter kapittel 3 også de beredskapsmessige elementene i kapittel 2. Dette vil i praksis være en videreføring av gjeldende rett.

Departementet foreslår å presisere i folkehelseloven § 28 første ledd det overordnede prinsippet om at kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt får ansvar også for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner.

Kravet om beredskapsplan for kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern foreslås videreført i lovforslaget § 28 annet ledd.

For å kunne avklare hendelsers art, omfang og alvorlighetsgrad for folkehelsen, samt mulige forebyggende og skadebegrensende tiltak, foreslås det at Folkehelseinstituttet får et lovfestet ansvar til å bistå kommuner i slike situasjoner. Folkehelseinstituttets bistandsplikt foreslås regulert i lovforslaget § 25 fjerde ledd.

Departementet foreslår at det i loven § 28 tredje ledd gis forskriftshjemmel til å stille nærmere krav til kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, herunder meldingsplikt om større kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom eller helseskade relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering. Videre foreslås en forskriftshjemmel til å regulere oppgaver for og ansvarsdeling mellom kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter ved slike hendelser.

1.8 Internasjonalt helsereglement (IHR)

Den 23. mai 2005 vedtok derfor Verdens helseforsamling i Genève det nye internasjonale helsereglementet, IHR 2005. IHR er en folkerettslig avtale som er bindende for 194 land, inkludert alle Verdens helseorganisasjons medlemsstater som ikke har avvist eller gjort reservasjoner mot reglementet, samt

alle land som ikke er medlemmer, men som har godtatt å være bundet av det.

Det internasjonale helsereglementet IHR er på smittevernområdet gjennomført i norsk rett gjennom smittevernloven, lov om helsemessig og sosial beredskap og helseregisterloven, i tillegg til forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. IHR-forskriften som delvis gjennomfører reglementet i norsk rett, gjelder imidlertid foreløpig bare på smittevernområdet.

Det foreslås det at det gis en generell hjemmel for gjennomføring av IHR som vil gjelde uavhengig av om hendelsen skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemikalieområdet.

Departementet foreslår også at det i folkehelse-loven gis en bestemmelse om etablering av IHR-registre, jf. lovforslaget § 29 annet ledd. Et IHR-register vil etableres ved IHR-varsler til Nasjonalt folkehelseinstitutt (eventuelt Statens strålevern ved atom/strålingshendelser) og lovforslaget tar høyde for at et slikt register kan være enten avidentifisert (der det ikke er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller) eller personidentifiserbart uten samtykke (der det er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller).

Departementet foreslår videre at det i forskrift gis hjemmel for å pålegge helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private parter å varsle og melde til registeret.

1.9 Forslag til endring i smittevernloven

I smittevernloven § 2-2 åttende ledd er det gitt hjemmel for lokale, regionale og sentrale helse- og tilsynsmyndigheter å kreve utlevert opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av taushetsplikten. Departementet foreslår at Nasjonalt folkehelseinstitutt legges til listen av institusjoner i smittevernloven § 2-2 åttende ledd. Videre foreslås det at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gis hjemmel til å behandle opplysningene i utbruddsregistre.

Departementet foreslår videre å endre smittevernloven § 4-10 slik at den er i tråd med dagens organisering av matforvaltningen.

1.10 Folkehelsekompetanse i kommunene og interkommunalt samarbeid

Departementet foreslår å videreføre kravet til kommunelege i lovforslaget § 27. I tillegg tydeliggjøres innholdet i de samfunnsmedisinske oppgavene i bestemmelsen. Hastevedtakskompetanse som etter gjeldende rett ligger til kommunelegen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 4a, foreslås videreført i forslaget til folkehelselov § 9. Lovforslaget § 27 annet ledd gjør det klart at kommuner kan etablere samarbeid

for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 3-5 skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Departementet mener det følger av forvaltningsloven og bestemmelsene om forsvarlig utredning og saksbehandling at relevante hensyn skal utredes og legges fram for det organ som beslutter. Departementet foreslår derfor ikke å videreføre et særlig krav om dette i folkehelse-loven.

Departementet foreslår ikke en konkret lovregulering av kompetanse i folkehelsearbeidet ut over videreføringen av kravet til å ha kommunelege.

Fordi folkehelsearbeidet skal skje på tvers av ulike sektorer og involvere mange, bør det etter departementets mening etableres en koordinatorfunksjon til å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, selv om det ikke er et krav i loven.

Det bør etter departementets mening i utgangspunktet være opp til kommunene å finne ut om de bør samarbeide med andre kommuner for å etterleve de kravene som stilles til kommunens aktivitet etter lovforslaget. Videre bør det i utgangspunktet være opp til kommunene å finne ut hvilke oppgaver det bør samarbeides om og hvilken samarbeidsform som er mest hensiktsmessig.

1.11 Statlig tilsyn

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 1 har Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet, herunder tilsyn med den delen av helsetjenesten som arbeider med folkehelse. En tilsvarende bestemmelse finnes i kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Miljørettet helsevern og øvrig folkehelsearbeid er etter kommunehelsetjenesteloven en del av kommunens helsetjeneste, tannhelsetjeneste er en del av fylkeskommunens helsetjeneste.

Departementet forutsetter at det fortsatt er behov for tilsyn med kommunenes ansvar for folkehelsearbeid.

Departementet foreslår at fylkesmannen tillegges ansvaret for å føre tilsyn med kommunens og fylkeskommunens folkehelsearbeid.

Departementet foreslår ingen endringer i ansvar for overordnet tilsyn, dvs. at Helsetilsynet, med utgangspunkt i den arbeidsdelingen som også gjelder for helseområdet for øvrig, fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn også med folkehelsearbeidet i landet og for å påse at kommunenes folkehelseoppgaver drives i samsvar med lov og forskrift.

1.12 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovforslaget er en videreføring av kommunens ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom,

men med økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn i kommunens øvrige aktiviteter. Videre er dagens krav til å ha oversikt over faktorer som direkte eller indirekte kan virke inn på helsen, presisert. Departementet forutsetter at økt krav til systematikk ikke medfører vesentlige økonomiske konsekvenser, men at en presisering av krav til oversikt vil kunne være å anse som en skjerpelse av kravet. Når det gjelder presisering av krav til oversikter samt større krav til koordinering ved tverrsektorielt arbeid, er dette forutsatt kompensert gjennom at kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen ble styrket med 230 mill. kroner i frie inntekter fra 2010.

Nasjonalt folkehelseinstitutt samarbeider blant annet med Helsedirektoratet om å bygge opp et system for å legge til rette for at kommunene får data. Folkehelseinstituttet er i 2011 styrket med 4 mill. kroner til dette arbeidet. Helsedirektoratet ble i 2010 styrket med 6 mill. kroner for å understøtte kommunens bruk av de 230 mill. kroner som ble tildelt kommunene i 2010.

Basert på departementets anslag vil kostnader ved en koordinator i alle landets kommuner beløpe seg til ca. 175 mill. kroner.

Den statlige faglige støtten til kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid skal styrkes. Innenfor rammen av forslaget til ny folkehelselov vil statlige helsemyndigheter utarbeide veiledere og standarder for godt folkehelsearbeid. Staten vil i samarbeid med kommunesektoren og KS bidra til å videreutvikle kompetansehevende tiltak for politikere og forvaltning i kommunene, samt bidra til å videreutvikle relevante folkehelseutdanninger.

Det framholdes at lovforslaget innebærer en videreføring av de oppgaver fylkeskommunene har i dag etter lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, og at det derfor ikke har vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser for fylkeskommunene.

Det framholdes at lovforslaget ikke vil innebære vesentlige økonomiske konsekvenser for statlige myndigheter.

2. Komiteens merknader

2.1 Generelle merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Tore Hagebakken, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Kari Kjønaas Kjos, Per Arne Olsen og Erlend Wiborg, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil

Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, viser til regjeringens framlegg til lov om folkehelsearbeid og ønsker den velkommen. Proposisjonen fastslår fellesskapets ansvar for å sikre god helse og for å utjevne helseforskjeller.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil særlig påpeke at det faktum at graden av god helse stiger nær proporsjonalt med sosioøkonomisk status, er avgjørende for erkjennelsen av at god helse for alle fordrer et samfunn med små forskjeller.

Komiteen mener at lov om folkehelsearbeid forplikter til en tydelig satsing på forebyggende folkehelsearbeid.

Komiteen vil innledningsvis vise til at det var bred tilslutning til hovedretningen i samhandlingsreformen ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. – jf. Innst. 212 S (2009–2010). En samlet komité uttalte:

«Komiteen vil understreke at den norske folkehelsen er god, og at vi har en god helsetjeneste i hele landet. Komiteen konstaterer at Norge er ett av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per innbygger. Men det godtgjøres ikke at den betydelige ressursinnsatsen skaper tilstrekkelig helsegevinst. Komiteen konstaterer videre at det er mange enkeltmennesker som opplever at utredning, behandling og rehabilitering ofte ikke er sammenhengende. Dette er en belastning for enkeltindividet, det er ofte unødvendig, det er dårlig ressursbruk, og det kan være forbundet med helsesisiko.

(...)

Komiteen vil understreke at de sosiale og geografiske helseforskjellene fortsatt er store, vi har på enkelte områder helsekøer og ventetider som er for lange, og mange livsstilsbetingede sykdommer og helseplager er økende. Vi kan gå mot en tid med mangel på personell til helse-, pleie- og omsorgssektoren dersom vi ikke makter å forebygge bedre slik at færre mennesker blir pasienter.

(...)

Komiteen mener at reformen må gjenspeile folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon, samt desentralisering av helsetjenester der dette kan skje uten å svekke kvaliteten – ut fra prinsippet om best mulig nærhet mellom bruker/pasient og de tjenestene som ytes.»

Komiteen vil videre vise til at regjeringen varslet at konkretisering av prosess og løsninger ville komme til Stortinget gjennom forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan, ny lovgivning og i de årlige budsjetter og kommuneproposisjoner.

Komiteen har merket seg at det har vært stor deltagelse i høringsrunder om de dokumenter som nå legges fram, og at hovedtrekkene i reformen med økt

satsing på forebygging, desentralisering av helsetjenester, tidlig intervensjon og forebyggende helsearbeid har fått bred støtte.

Komiteen har særlig merket seg det positive engasjementet som mange kommuner har vist i arbeidet med å medvirke til en god start og gjennomføring av denne viktige reformen.

Komiteen vil som regjeringen understreke at befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Det er fortsatt et stort potensial i å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død. Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen.

Komiteen merker seg det fokuset stortingsmeldingen Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015) har når det gjelder folkehelse, og mener det er riktig at staten har hovedansvaret for å sette inn tiltak som er rettet mot hele befolkningen. Dette skal skje ved å gjøre helsefremmende valg enklere og billigere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener det også skal skje ved å gjøre helseskadelige valg mindre attraktive.

Flertallet støtter at det i større grad må tas i bruk strukturelle virkemidler som prisvirkemidler, lovreguleringer og infrastruktur i det nasjonale folkehelsearbeidet.

Komiteen har merket seg at gang- og sykkelveier, natur- og friluftsområder og bo- og nærmiljøer som gir mulighet til lek og aktiviteter, er framhevet som gode tiltak.

Komiteen viser også til «Perspektivmeldingen 2009». Den har forebygging – det å vri innsatsen fra reparasjon til forebygging – som én av ti overordnede strategier.

Det er i kommunene folk bor, og derfor er kommunene den viktigste arena for folkehelsearbeidet. Når kommunen nå må identifisere sine folkehelseutfordringer, fastsette egne mål og strategier og iverksette nødvendige tiltak, gir det nye muligheter for kommunene selv å kunne påvirke befolkningens helse.

Det overordnede er å fremme helse, forebygge framfor å reparere og forhindre skade og sykdom, og i dette er det økt innsats for å holde flere friske lenger som er aller viktigst. Det er, slik komiteen ser det, ikke bare for den enkeltes velvære og helse dette gir gevinster, men også den samfunnsmessige gevinsten det er å ha en friskere befolkning.

Komiteen viser til at det må settes inn ulike tiltak på de ulike arenaer. Blant de viktigste risikofaktorer for å få dårlig helse er usunt kosthold, fysisk

inaktivitet, røyking, alkohol- og annen rusmiddelbruk, men også frafall i videregående skole, lavt utdanningsnivå, lav inntekt, manglende sosialt nettverk, liten tilknytning til arbeidslivet og dårlig arbeidsmiljø. Komiteen viser også til den negative innvirkning støypplager, fysisk miljø og lignende faktorer kan ha for folkehelsen, og mener loven vil gi kommunene sterkere midler i arbeidet mot slike. Det at forebygging og folkehelse skal gjenspeiles og vurderes i alle planer, i all politikk og i all lovutvikling, er positivt.

Komiteen merker seg at det utvikles måltall for helseadferd, og at det blir sett på risikofaktorer som henger sammen med de nasjonale helseutfordringene. Det er bra at staten skal gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for den enkelte kommunene og fylkeskommunene, og at de blant annet fra sentrale registre får tilgang på data som har betydning i arbeidet lokalt og regionalt i arbeidet med å forebygge sykdom og fremme helse.

Komiteen viser til lovens formålsbestemmelse:

«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.»

Regjeringen foreslår at lovens formål skal være å fremme folkehelse, herunder utjevning av sosiale helseforskjeller. Komiteen støtter dette formålet.

Komiteen viser videre til Innst. 212 S (2009–2010) der det understrekes at den nye lovgivningen må sikre at «bedre helsetilstand får en helt annen plass på dagsorden i alle kommunale organ og sektorer. Komiteen mener folkehelseperspektivet må fremheves i dette nye helseansvaret». Komiteen er tilfreds med at regjeringen nå følger opp dette.

Komiteen viser til at loven bygger på fem prinsipper:

- Prinsippet om helse i alt vi gjør.
- Prinsippet om utjevning.
- Prinsippet om føre var.
- Prinsippet om medvirkning.
- Prinsippet om bærekraftig utvikling.

Komiteen slutter seg til disse overordnede prinsippene for arbeidet for god og bedre folkehelse og viser til Fysioterapeutforbundet som uttaler:

«NFF mener lovforslaget er et fremskritt for helsefremmende og forebyggende arbeid, og summerer opp de siste 20 årenes iherdige arbeid for å fremme folkehelse, forebygge sykdommer og skader, motvirke sosiale helseforskjeller og beskytte mot ytre

helsetrusler. NFF mener lovforslaget vil kunne føre til at kommunenes folkehelsearbeid blir en tydeligere del av kommunenes arbeid.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at Samarbeidsregjeringen fikk bred tilslutning til sin strategi for å bedre folkehelsen gjennom Stortingets behandling av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Stortingsmeldingen ble fulgt opp med en betydelig økonomisk satsing på folkehelseiltak. Slik disse medlemmer ser det, må folkehelsearbeidet fremmes ved å legge til rette for at den enkelte kan ta gode valg for sin helse. Disse medlemmer mener det er viktig å videreutvikle tiltak som ble iverksatt av Samarbeidsregjeringen, herunder satsing på skolehelsetjenesten og tiltak for å begrense bruk av tobakk og rusmidler. Det er også avgjørende å bidra til utvikling av lokale samarbeidstiltak som skal legge til rette for økt fysisk aktivitet og andre helsetilbud.

Komiteen mener folkehelseloven er et godt grunnlag for folkehelsearbeidet, men vil vise til at flere av høringsinstansene mener at lovforslaget i seg selv nødvendigvis ikke medfører at folkehelsearbeidet i kommunene prioriteres høyere; det krever også prioritering i den enkelte kommune.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser videre til at departementet deler høringsinstansenes syn om at det vil ha økonomiske konsekvenser å løfte folkehelsearbeidet vesentlig ut over dagens nivå.

Komiteen vil påpeke at både St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen og Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 slår fast at forebygging skal styrkes, og at en større del av veksten i helsebudsjettet skal komme i kommunene. Det forutsettes at en del av denne veksten også skal brukes på tverrsektorielt folkehelsearbeid, der dette gir mest helse for pengene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til høringsnotat til komiteen fra Legeforeningen der det står:

«Behovet for en ny folkehelselov begrunnes blant annet i at langsiktige investeringer i fremtidige helsegevinster systematisk nedprioriteres i budsjett-situasjoner. Samtidig sier det at fordi man venter såpass store innsparinger, følger det ikke midler med lovdringen. Den forventes altså å bli selvfinansierende fordi det er så mye å vinne på forebygging. Gevinsten ved forebygging vil først og fremst være at

flere holder seg friske lenger. Forebygging gir også øvrige samfunnsøkonomiske gevinster. I det praktiske budsjettarbeidet, vil det imidlertid være primærhelsetjenesten som i stor grad bærer utgiftene til forebygging uten at nødvendigvis innsparings- og effektivitetsgevinstene kommer her. Dessuten vil den forventede gevinsten hovedsakelig ligge 20 til 40 år frem i tid. Det er derfor urimelig å tro at den enkelte kommune – og bydel klarer å vektlegge forebygging i betydelig grad uten at de får tilført øremerkede midler.»

Disse medlemmer vil også vise til følgende merknad fra KS i det 2. konsultasjonsmøtet mellom staten og kommunesektoren 29. april 2011:

«KS er positiv til intensjonene i folkehelseloven, men anser ikke at de økonomiske virkningene for kommunene er klarlagt. Både krav til samarbeid, stillinger, helseovervåkning og statistikk vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i det fremlagte lovforslaget.»

Disse medlemmer mener regjeringen bør øremerke den varslede økonomiske oppfølgingen av loven.

Disse medlemmer er kritiske til at det i loven legges opp til omfattende krav om rapportering fra kommunene, noe som også vil kreve betydelige ressurser. Slik disse medlemmer ser det, bør man prioritere ressurser til konkrete folkehelseiltak fremfor å innføre tiltak som bidrar til økt byråkrati uten at det gir noen direkte effekt for befolkningens helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at folkehelseloven ikke har noe krav om rapportering fra kommune til stat. I den grad det skal rapporteres, er det fra staten til kommunene gjennom at Nasjonalt folkehelseinstitutt pålegges å gjøre tilgjengelig opplysninger fra nasjonale kilder som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Flertallet mener folkehelselovens bestemmelser om et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid er en forutsetning for at tiltak kan gi effekt for befolkningens helse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre ber om at regjeringen avvikler fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid og overfører dette til kommunene. Dette mener disse medlemmer vil sikre en klar og tydelig ansvarsdeling mellom stat og kommuner og sørge for en bedre samling av kompetanse, oppgaver og ansvar hos kommunene, noe som vil gjøre dem bedre i stand til å legge til rette for godt folkehelsearbeid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at fylkeskommunenes innsats i folkehelsearbeidet, blant annet gjennom partnerskapsamarbeid, har gitt arbeidet med å fremme befolkningens helse en fornyet kraft.

2.2 Store sosiale forskjeller

Det er med bekymring komiteen viser til de omfattende forskjellene i levealder mellom sosiale lag. I Oslo er levealdersforskjellene mellom enkelte bydeler i øst og vest så store som 13 år. Tapte leveår er ett av de mest dramatiske utslagene av sosiale forskjeller. Kommunene har et særlig ansvar for iverksettelse av tiltak for utjevning.

Komiteen vil i denne sammenheng understreke viktigheten av å skape et samfunn med muligheter for alle. Komiteen mener arbeidet for å sikre sosial mobilitet, at det lønner seg å jobbe og et godt utdanningssystem som løfter alle, er viktige bidrag til folkehelsen.

Komiteen viser til at lov om folkehelsearbeid skal bidra til påleggelse av tiltak for utjevning. Den skal løfte ansvaret for helsetenkning ut av helsetjenesten og opp på et overordnet nivå; det skal være helse i alt vi gjør. Komiteen understreker at dette ansvaret hviler på hvert enkelt kommunestyre; de sosiale helseforskjellene skal bekjempes.

Den generelle helsetilstanden i befolkningen er avgjørende for samfunnets evne til å håndtere de oppgaver som ligger foran oss. God helse i befolkningen er først og fremst et svært viktig gode for den enkelte, men er også av stor viktighet for fellesskapet. Videre vil komiteen understreke at styrket helsetilstand i befolkningen er en viktig faktor for økt verdiskapning. Komiteen viser til at grunnleggende trygghet i form av tilgjengelige helsetjenester og trygdeytelser er avgjørende for god folkehelse.

Komiteen vil understreke at helsetjenester og ytelser i folketrygden opptar betydelige andeler av offentlige budsjetter og at det, selv om disse ytelsene og tjenestene er bærekraftige i dag, vil være et viktig mål å redusere disse kostnadene gjennom bedre helsetilstand i befolkningen.

Helsetilstanden i befolkningen i Norge er god, levealderen har økt og spedbarnsdødeligheten har gått ned. Komiteen gleder seg over at sykdommer som før ville medført død eller alvorlig nedsatt funksjonsevne, nå kan oppdages og håndteres av et godt helsevesen. Komiteen viser til opprettelsen av Foreningen voksne med medfødt hjertefeil. Foreningen springer ut av Foreningen for hjertesyke barn. Dens blotte eksistens er beviset på at unger som før ikke fikk mulighet til å leve så lenge, nå lever opp og nå har behov for en forening også for voksne. Det er

et enormt framskritt og en utvikling komiteen er svært glad for.

Komiteen understreker viktigheten av fortsatt utvikling og framgang på alle nivåer i helsetjenesten. Norge har høy yrkesfrekvens, stor deltagelse i frivillige organisasjoner og idrett og gode miljøbetingelser for befolkningen. Den generelle velstand er god, og velferdstjenester og rettigheter for den enkelte er godt ivarettatt og utbygget.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at de prismekanismer som gjør seg gjeldende i boligmarkedet, medfører at personer og familier med dårligere råd står i fare for å måtte bosette seg i områder der støy, forurensning, samferdsel og tilgang på fritidsaktiviteter er dårligere enn for rikere grupper i befolkningen. Folkehelseloven gir kommunen bedre verktøy for å motvirke slike sosiale helseforskjeller.

Komiteen viser til rapporten «Folkehelse rapport 2010, Helsetilstanden i Norge». Der illustreres de sosiale helseforskjellene ved å beregne hvor mange årlige dødsfall som ville vært unngått dersom den generelle helsetilstanden for hele befolkningen ble hevet til et nivå tilsvarende det gruppene med høyere universitetsutdanning har. I løpet av ti år kunne 5 400 dødsfall som følge av lungekreft og om lag 10 000 dødsfall som følge av hjertesykdommer vært unngått. Totalt kunne en mellom 1994 og 2003 unngått over 43 000 dødsfall, like mange som dør i løpet av et normalt år. Komiteen understreker at tidlig død er ett av de mest dramatiske utfallene av de sosiale helseforskjellene. Dette understreker vesentligheten av bredt anlagte tiltak. Folkehelseloven styrker etter komiteens syn de muligheter og det ansvar kommuner, fylkeskommuner og staten har for å bekjempe sosiale helseforskjeller.

Komiteen mener det samtidig er grunn til å understreke at utbredelse av livsstilsrelatert sykdom øker.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at disse utfordringene på sikt bekjempes gjennom generell utjevning av sosiale og økonomiske forskjeller i samfunnet.

Komiteen vil understreke at det også påhviler den enkelte et ansvar for å ta vare på seg selv og egen helse, men de grunnleggende strukturer i samfunnet er hva fellesskapet i størst grad har direkte mulighet til å påvirke.

Komiteen vil påpeke at de krav og forventninger som stilles til kommunenes resultater i folkehelsearbeidet, også må ses i lys av hvilke faktorer, forhold og valg som faktisk kan påvirkes. Komiteen vil understreke at en viktig og nødvendig satsing på tilrettelegging, insentiver og motivering for mer helsebringende atferd ikke endrer at resultater ofte vil være avhengig av individers egne, selvstendige valg. At individers ansvar for egen helse tydeliggjøres, er etter komiteens syn i seg selv et viktig bidrag i folkehelsearbeidet, da det ansvarliggjør og viser tillit til enkeltmenneskenes evne og vilje til å ta sunne valg.

Samtidig vil komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti understreke at folkehelsearbeidets politiske virkemidler er, og må være, begrenset av en del sentrale prinsipper om hva som er politikkenes legitime domene. Disse medlemmer mener det er viktig å presisere at individers rett til å ta frie valg og plikt og rett til å kunne ta ansvar for eget liv, gjør at folkehelsemessig gevinst ikke alene og i seg selv kan legitimere et politisk tiltak.

Disse medlemmer legger til grunn at regjeringen vurderer hvilke tiltak statlig politikk kan bidra med for å sikre fysisk aktivitet for flere.

Komiteen merker seg at ett av de sterkeste virkemidlene for god og rettferdig fordelt folkehelse er opprettholdelse av en sterk velferdsstat bygget på universelle velferdsordninger som er offentlig finansiert. Det krever både nøysom og framtidsrettet forvaltning av felles ressurser. Det krever høy sysselsetting og et arbeidsliv som er helsefremmende og utjevne. Komiteen vil påpeke at ordninger med egenandeler må innrettes slik at det ikke går ut over den enkeltes tilgang til helsetjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener at nivået på egenandelene derfor fortsatt må holdes på et lavt nivå.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti mener at skjermingsordningene for egenandeler må sikre bedre skjerming av dem som har lav inntekt og høye helserelaterte helseutgifter. Samarbeidsregjeringen innførte derfor ordningen med egenandelstak 2, som gir skjerming for utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut, enkelte former for tannlegehjelp, opphold ved offentlig godkjent opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet i regi av Rikshospitalet. Videre sørget Samarbeidsregjeringen for å utvide fritak for egenandeler for barn inntil tolv år. Disse medlemmer viser til at det ble utstedt 1 170 000 frikort

i 2010. Dette viser at ordningen ikke er tilstrekkelig målrettet, og ordningen bør derfor vurderes endret med sikte på å gi bedre skjerming til pasienter med høye helseutgifter og lav inntekt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til regjeringens Soria Moria-erklæring der det fremkommer at egenandelene i helsesektoren skal holdes på et lavt nivå. Disse medlemmer vil minne om at egenandelene i helsevesenet har økt hvert år under den sittende regjering, og at det bl.a. har ført til at mange – særlig minstepensjonister – ofte ikke har anledning til å hente sine forskrevne medisiner på apoteket eller oppsøke lege eller andre helsetilbud ved behov. For å bidra til bedre folkehelse er lave egenandeler i helsevesenet et vesentlig tiltak, slik disse medlemmer årlig påpeker i sine forslag til alternativt statsbudsjett.

Komiteen mener at det forebyggende arbeidet må bestå av både generelle og universelle tiltak rettet mot befolkningen som helhet og av mer spesifikke tiltak. Komiteen vil i den forbindelse påpeke viktigheten av at tiltak rettet mot ungdom særlig tilpasses gruppens livsfase og de særegne utfordringer dette medfører. Komiteen vil særlig understreke viktigheten av en god og tilgjengelig skolehelsetjeneste i det forebyggende arbeidet for god ungdomshelse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil påpeke at for den generelle folkehelsen er barnehager og skoler viktige arenaer. Flertallet viser til at både fysiske betingelser, mat, læring og inkludering må innrettes slik at det fungerer utjevne. Erfaringene med frukt i skolen viser at selv ved små egenandeler begynner utsatte barn å falle ut av ordningene.

Flertallet viser til at ordningen med gratis frukt og grønt i grunnskolen er innført for å rette på dette. Flertallet er bekymret for at det nå viser seg at barn i skoler som ikke omfattes av gratisordninger, ikke får like mye tilgang til frukt og grønt på grunn av familienes økonomi.

Flertallet ser at forskjellene i kostvanene kan forsterkes ved å bruke abonnementsordninger framfor gratistilbud. Flertallet mener dette understreker viktigheten av gratisprinsipper. Flertallet imøteser på denne bakgrunn at gratisordningen blir utvidet til alle grunnskoler.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Samarbeidsregjeringen lan-

serte prosjektet «Fysisk aktivitet og måltider i skolen» i 2004, der målet var å tilrettelegge for mer daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen. Gjennom prosjektet er det utviklet modeller for organisering av skoledagen slik at det legges til rette for en times fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i løpet av skoledagen. Dette er viktig for å fremme god helse og legge grunnlaget for gode kostholdsvaner for elevene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at regjeringen gjennom flere år ikke har bevilget penger til skolematordning for alle elevene i grunnskolen. Regjeringen forholder seg fortsatt til at bare halvparten av elevene i grunnskolen skal få tilgang til frukt og grønt i skolen. Dette er et klart løftebrudd fra regjeringspartienes side. Disse medlemmer har tidligere vist til anbefaling fra Kostforum om å innføre gratis skolefrukt til alle elever for å ivareta helsen til elevene, redusere fremtidig sykdom og oppheve sosiale ulikheter i helse. Disse medlemmer støtter Kostforum i synet på at det ved de barneskolene som i dag står utenfor ordningen, vil være sosiale forskjeller i helse som følge av at de færreste faktisk abonnerer på frukt og grønt gjennom abonnementsordning. Disse medlemmer viser også til evalueringen av prosjektet «Fysisk aktivitet og måltider i skolen» utført av HEMIL-senteret på oppdrag fra Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet som bekrefter at dette har en positiv læringseffekt i skolen. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet har gått inn for gratis frukt og grønt til alle barn i grunnskolen.

Komiteen mener det er nødvendig å satse på både generelle folkehelseiltak rettet mot hele befolkningen og tilpassede tiltak rettet mot grupper i befolkningen med særlige risiko- og helseproblemer. Dette var fokusert i St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge.

Komiteen merker seg at lovforslaget har en utforming som særlig vektlegger forebygging av helsemessige problemer i hele befolkningen. Komiteen er enig i at dette arbeidet er viktig, men vil også understreke den folkehelsemessige effekten av forebyggingsarbeid hos personer som enten er i særlig risiko for å utvikle eller allerede har helseproblemer. Komiteen ønsker at regjeringen følger opp med et arbeid for å gjøre det lettere å leve med forskjellige sykdommer, mestre hverdagen med ulike lidelser og hindre at helseproblemer utvikler seg. Komiteen mener denne typen forebygging vil være viktig både for å hindre belastning på helsevesenet, øke levealderen for utsatte mennesker og muliggjøre yrkesdeltakelse og aktivitet for personer i risikozonen for å falle fra i arbeidslivet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener på denne bakgrunn at folkehelsearbeidet som det legges opp til i loven, virker for lite målrettet og maler med for bred pensel. Disse medlemmer sikter med dette ikke til motstand mot dette fokus i seg selv, men er redd det har fortrent en mer målrettet innsats mot utsatte grupper som står i særlig fare for å utvikle alvorlige helseproblemer. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til at sosiale helseforskjeller ikke kan forventes å bekjempes med sosiale utjevningstiltak alene, da disse både virker sakte og begrenset, samt kun retter seg mot én bakenforliggende faktor for helseproblemer og -forskjeller.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener tiltak for utjevning av sosiale helseforskjeller må inneholde både befolkningsrettede tiltak og tiltak rettet mot bestemte grupper og individer. Det er meget god dokumentasjon på at befolkningsrettede tiltak er den type tiltak som generelt gir mer helse i befolkningen. Flertallet viser til at slike tiltak er mer kostnadseffektive og bidrar best til å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen. Forebyggende tiltak rettet mot enkeltindivider med utgangspunkt i en individuell vurdering av risiko for å utvikle sykdom og uhelse vil i hovedsak bli regulert av helse- og omsorgstjenesteloven, ikke av folkehelseloven.

Komiteen vil vise til at mennesker som lever med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, har behov for andre tiltak for å forebygge sykdom enn mange av de generelle befolkningsrettede tiltakene knyttet til kosthold og fysisk aktivitet. Dette påpeker Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon i sitt høringsinnspill til komiteen. For mange kan forebygging være aktive behandlingstiltak som bassengtrening, treningsgrupper og fysioterapi. Dette er behandling som for mange mennesker med nedsatt funksjonsevne eller kronisk sykdom er nødvendig for å opprettholde et godt funksjonsnivå.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil peke på at rehabilitering er en viktig del av behandlingsforløpet i forbindelse med mange helsemessige lidelser. En del brukere får anledning til å benytte seg av et tilbud om behandlingsreiser til utlandet, og stadig flere norske pasienter finner tilbud om rehabilitering i utlandet. Disse medlemmer mener det er nødvendig med en gjennomgang av rettinger/finansiering av rehabiliterings/habiliterings-tilbud i utlandet og fremmer forslag om å be regjering

gen legge frem en sak for Stortinget med orientering om rett til refusjon for rehabilitering i utlandet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en vurdering av mulighetene for rehabiliteringstilbud i utlandet og hvilken finansiering som kan legges til grunn.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til at rehabilitering vil bli regulert gjennom helse- og omsorgstjenesteloven. Dette vil for mange være nødvendige helse- og omsorgstjenester som kommunene har ansvar for å sørge for.

Flertallet viser til omtale av behandlingsreiser i Prop. 1 S (2010–2011) kap. 733 post 70, Behandlingsreiser til utlandet, der regjeringen varsler en samlet evaluering av ordningen med behandlingsreiser i løpet av 2011. Flertallet imøteser denne evalueringen og forutsetter at den også vil se hen til hvilke grupper som omfattes, og på hvilke endringer som eventuelt bør finne sted. Flertallet viser for øvrig til omtale av rehabilitering i Innst 422 S (2010–2011) til Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Komiteen vil påpeke at god helse er et svært viktig aktivum for alle. Komiteen mener derfor myndighetene må sørge for å legge til rette for at alle har lik adgang til helsetjenester, trygdeytelser, sunne matvaner og fysisk aktivitet. Skattesystemet, helsevesenet og sosiale tjenester må være utformet slik at befolkningen har like muligheter i utgangspunktet, og slik at høy inntekt ikke skal være inngangsporten til et sunt liv og gode vaner.

Komiteen er enig i at kommunene i sitt forebyggende arbeid har et særlig ansvar for å ivareta utsatte grupper, kanskje særlig dem som har problemer med rus og/eller psykisk helse. Komiteen vil derfor fokusere spesielt på lavterskeltilbud til brukere med slike problemer. Det er vesentlig at brukere som befinner seg i faresonen, eller tidlig i et sykdomsforløp, blir ivaretatt før sykdommen/helseplagene får utvikle seg og fører til problemer som det er vanskelig, eller nærmest umulig, å kurere. Komiteen er bekymret for de signaler og tilbakemeldinger som er mottatt om at enkelte kommuner avviker lavterskeltilbud til disse utsatte gruppene.

Komiteen viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og vil understreke at forebyggende helsearbeid, helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid må ses i nær sammenheng.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, påpeker at den økonomiske utjevningspolitikken som er ført gjennom flere tiår, ikke har forhindret utviklingen av sosiale skjevheter i befolkningens helse. Det finnes betydelige sosiale forskjeller i befolkningens helsetilstand til tross for at Norge har omfattende, universelle velferdsordninger og en arbeidsmiljølov som ivaretar arbeidstakernes tarv. Slik flertallet ser det, må strategien for å redusere sosiale ulikheter i helse derfor baseres på generelle, faglig baserte tiltak og en skatte- og avgiftspolitik som gjør det lettere for personer/familier med lave inntekter å skaffe seg sunne og gode livsbetingelser. En familiepolitikk som gir trygghet, sosialt nettverk og samhørighet, er basis for utviklingen av gode relasjoner og god helse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at tiltak for å sikre bedre helse blant utsatte grupper primært bør baseres på tiltak som fremmer god helseatferd fremfor reguleringstiltak. Virkemidler knyttet til pris- og avgiftspolitik kan være aktuelt, men må ses i sammenheng med andre hensyn.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet ser at sosiale forskjeller kan gi seg utslag i dårligere helse hos enkelte grupper. Disse medlemmer har imidlertid ingen tro på at omfordeling, økonomisk utjevning og likestillingspolitikk er virkemidler som vil kunne endre dette.

Disse medlemmer anser at det enkelte individ og familien har et stort ansvar for å skape sin egen livssituasjon, ta vare på sin helse og følge gode råd om kosthold og aktivitet. Disse medlemmer viser til sine merknader i innstillingen til St.meld. nr. 20 (2006–2007) – Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, jf. Innst. S. nr. 240 (2006–2007), der komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet pekte på at årsakene til sosiale helseforskjeller bl.a. kunne være skatte- og avgiftspolitikken og utstrakt bruk av høye egenandeler i helsevesenet, og at særlig minstepensjonister, kronikere og sosialklienter som ikke har økonomi til å prioritere helsehjelp, medisiner og andre helsebringende tilbud, blir rammet. Når det gjelder matvarer, frukt og grønt og andre nødvendighetsartikler som underbygger og fremmer en god helse, har prisnivået ofte ført til at disse er forbeholdt personer med god økonomi.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, er enig i at hver enkelt av oss har betydelig

ansvar for egen helse. Men enkeltmenneskes handlingsrom er begrenset av forhold utenfor individets kontroll. Selv helseadferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt.

2.3 Arbeidsliv

Komiteen viser til arbeidslivets betydning for helsetilstanden. Det er vesentlig å sikre høy og økende sysselsetting. Det er et mål at alle skal ha et arbeid å gå til. Komiteen understreker videre viktigheten av et seriøst og velorganisert arbeidsliv. Dårlige arbeidsvilkår og arbeidsforhold kan være ødeleggende for den enkeltes helsetilstand. Arbeidet for å hindre dumping av lønns- og arbeidsvilkår og tiltak mot sosial dumping er derfor avgjørende for folkehelsearbeidet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, er bekymret for at press for dårligere vilkår i arbeidslivet vil svekke folkehelsen, og understreker viktigheten av at regjeringen fortsetter og styrker dette arbeidet.

Komiteen mener at det ikke bare er et mål at arbeidslivet skal bidra til å unngå direkte arbeidsrelaterte skader. Komiteen understreker derfor at et arbeidsliv som er helsefremmende er et mål. Arbeidsgivere som bidrar til de ansattes helse og velferd, gir viktige bidrag til egen bedrift, til samfunnet og til sine ansatte. Det er et mål å stimulere til arbeidet for helsefremmende bedrifter. Arbeidsgivere har i dag også plikt til å vurdere tilrettelegging for fysisk aktivitet for ansatte. Dette arbeidet må følges opp og styrkes. Komiteen understreker at det offentlige, som stor arbeidsgiver, har et ansvar for å gå foran i dette arbeidet.

Komiteen vil påpeke det positive bidraget arbeid og aktivitet i seg selv har til den enkeltes både fysiske og mentale helse og velvære. I den sammenheng vil komiteen understreke viktigheten av å skape et inkluderende arbeidsliv, der velferdsordningene er utformet på en måte som oppfordrer og oppmuntrer til arbeid. Komiteen mener det vil være viktig å sørge for å gjøre terskelen for å tre inn i arbeidslivet for personer med helsemessige utfordringer lavere, og ser dette som et viktig helsebringende tiltak gjennom å skape motivasjon, mestingsfølelse og arenaer for sosial deltakelse. Dette er alle faktorer som er viktige for den enkeltes helse og velvære, ikke minst for personer som kan slite med psykiske problemer. Derfor mener komiteen at det er

viktig å redusere de funksjonshemmende barrierer for deltakelse i arbeidslivet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil understreke at velferdsordninger som oppfordrer og oppmuntrer til arbeid, fordrer at disse ordningene gir trygge og forutsigbare rammer, samt ytelser som er gode nok til at fattigdom og utrygghet ikke blir resultatet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til de plikter som pålegges arbeidsgiver for å fremme god helse hos arbeidstakerne. Disse medlemmer er enig i at det er et gode for både arbeidstaker og -giver at de ansattes helse er god, og at miljøet på arbeidsplassen styrkes. Det er imidlertid et paradoks, slik disse medlemmer ser det, at tiltak som skal komme hele bedriften og de ansatte til gode, ofte beskattes, og at arbeidsgivere som gjør en ekstra innsats for god helse på arbeidsplassen, som for eksempel å kjøpe helseforsikring til ansatte for å bidra til kortest mulig sykefravær, isolasjon og helseplager, blir «straffet» med skattelegging.

2.4 Skatte- og avgiftspolitikken

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at avgiftspolitikken brukes aktivt for å bidra til å redusere bruk av alkohol og tobakksprodukter. Flertallet understreker at aktiv avgiftspolitikken kan være et godt virkemiddel for å stimulere til at det for den enkelte blir faktisk og relativt billig å ta helsefremmende valg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine merknader under kap. 2.2 – Store sosiale forskjeller – der disse medlemmer peker på at skatte- og avgiftspolitikken også kan bidra til sosiale helseforskjeller.

Disse medlemmer har ikke tro på flertallets syn om at avgiftspolitikken er et egnet virkemiddel for å redusere alkoholbruken i befolkningen. Det er etter disse medlemmers mening åpenbart at resultatet av den avgiftspolitikken som føres i alkoholpolitikken, primært fører til at folk skaffer seg en lovlig vare som alkohol på andre måter, via andre kanaler enn Vinmonopolet.

Disse medlemmer viser til brev fra Vin- og Brennevinleverandørenes Forening til blant andre komiteen, datert den 24. mai 2011, der det slås fast at Vinmonopolets salg av brennevin har sunket med over 5 prosent siden avgiftsøkningen i januar i år.

Vinmonopolet taper nå betydelige markedsandeler til alternative kanaler ifølge samme brev, der det hevdes at hvis utviklingen fortsetter, vil mer enn halvparten av brennevin som drikkes i Norge, være kjøpt andre steder enn på Vinmonopolet. Det er altså ikke noe som tyder på at avgiftspolitikken fører til en nedgang i forbruket av alkohol, slik disse medlemmer ser det, men den bidrar til at nordmenn handler sine alkoholholdige drikkevarer fra andre leverandører enn Vinmonopolet.

Når mange nordmenn må reise over grensen til Sverige, eller andre steder, for å handle alkoholholdige varer, medfører det at andre varer også kjøpes inn andre steder enn i Norge. Disse medlemmer mener at avgiftspolitikken på denne måten fører til at Norge taper markedsandeler på flere områder.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener at tiltak for å sikre bedre helse blant utsatte grupper primært bør baseres på tiltak som fremmer god helseatferd fremfor reguleringstiltak. Virkemidler knyttet til pris- og avgiftspolitikkk kan være aktuelt, men må ses i sammenheng med andre hensyn i finanspolitikken.

2.5 Plan og budsjett

Komiteen mener at prioritering av folkehelsearbeidet er avhengig av at plan- og budsjettarbeid evner å ta høyde for de langsiktige helsegevinstene av forebyggende arbeid.

Komiteen understreker derfor betydningen av utviklingsarbeid for å sikre at investeringer i folkehelse ikke taper for mer kortsiktige tiltak med umiddelbart målbar effekt på andre felt. I den forbindelse vil komiteen vise til rapporten «Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom» fra Vista analyse. Rapporten viser at vellykkede tiltak som får 100 ungdommer inn i tiltak og videre inn i arbeid i stedet for uføretrygd, vil spare samfunnet for over en milliard kroner i løpet av yrkesløpet til de samme ungdommene.

Komiteen vil peke på at flere høringsinstanser framholder at satsinger som bidrar til deltakelse og sosial integrasjon, har stor betydning for folkehelsen. Gode møteplasser i form av ungdomsklubber, kultur- og idrettsarenaer fremmer trivsel og livsglede og kan hindre at mennesker får rusproblemer og psykiske plager som senere kan utvikle seg til alvorlig sykdom. Derfor vil komiteen understreke betydningen av at kommunene i sitt plan- og budsjettarbeid har et perspektiv som tar sikte på å ivareta befolkningens psykiske helse.

Komiteen vil understreke at god folkehelse handler om forebygging. Kommunene har et særlig ansvar for å ivareta grupper som er særlig utsatte. Folkehelselovens pålegg om å utjevne sosiale helse-

forskjeller understreker dette. Komiteen vil understreke viktigheten av at forebygging av problemer knyttet til rus og psykisk helse prioriteres.

Komiteen er opptatt av at folkehelseloven og de andre virkemidlene i samhandlingsreformen til sammen skal bidra til en styrket satsing på folkehelse på alle nivåer. St.meld. nr. 47 (2008–2009) og Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011–2015 slår fast at forebygging skal styrkes, og at en større del av veksten i helsebudsjettet skal komme i kommunene framover. Det forutsettes at en del av denne veksten også brukes på tverrsektorielt folkehelsearbeid, der dette gir mest helse for pengene. Komiteen viser videre til at regjeringen har varslet å legge fram en tverrsektoriell folkehelsestrategi i 2012 for å styrke koordineringen mellom sektorer og gi større mulighet for å se ulike områder i sammenheng. Det er viktig å forankre folkehelsearbeidet i alle sektorer på både lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Komiteen viser også til at det skal utarbeides en gjennomføringsplan for folkehelseloven som omfatter økonomiske virkemidler, utvikling av bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet, utvikling av kompetanse på alle nivåer og på tvers av sektorer, standarder for godt folkehelsearbeid og helseøkonomi, og mener at dette kan bli et viktig verktøy for det videre arbeidet. Komiteen viser videre til Meld. St. nr. 16 (2010–2011), hvor det legges opp til at Stortinget vil bli orientert om framdriften på gjennomføringen av samhandlingsreformen gjennom de årlige kommune- og budsjettproposisjonene. Komiteen legger til grunn at gjennomføring og oppfølging av folkehelseloven også vil være en del av orienteringene.

2.6 Frivillighetens rolle

Frivillige organisasjoner innen kultur, samfunns- og idrett har viktige funksjoner for folkehelse. Komiteen understreker viktigheten av å sikre gode og stabile rammevilkår for det frivillige arbeidet. Det er grunn til å understreke at offentlig disponerte midler bør bidra til det brede folkehelsearbeidet.

Komiteen vil vise til høringsinnspill fra FRIFO, Friluftslivets fellesorganisasjon, og Nasjonalt råd for fysisk aktivitet.

Komiteen viser til rapporten «Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet» som er utarbeidet av et bredt forskningsmiljø. Komiteen mener rapporten peker på viktige forhold knyttet til fysisk aktivitet i befolkningen. Komiteen vil understreke betydningen av økt satsing rettet mot de grupper som er fysisk inaktive, og at dette arbeidet må skje på tvers av samfunnssektorer.

Komiteen vil peke på at tilskudd til idrett og fysisk aktivitet gjennom spillemidlene i det vesent-

lige går til idrettsanlegg og idrettsaktivitet i regi av idrettslagene og har således en viktig oppgave i det generelle folkehelsearbeidet. Det er etter komiteens mening viktig at idrettsmidlene disponeres slik at man når ut til det brede lag av folket, særlig barn og ungdom. Samtidig er det viktig å stimulere til inkludering og aktivisering av sosialt utsatte grupper og mennesker som er fysisk inaktive.

Komiteen mener frivillige organisasjoner og ideelle aktører skal ha en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Nasjonalforeningen for folkehelsen påpeker i sitt høringsinnspill til komiteen at det er behov for å utdype frivillige organisasjoners rolle i folkehelsearbeidet. Foreningen påpeker følgende momenter:

«For det første må frivillige organisasjoner delta i planarbeidet i kommunen. De må få uttale seg og bli spurt til råd i relevante saker, slik at de kan dele kunnskapen de innehar. De må også få delta i planprosesser og i høringer. Kommunene bør årlig arrangere åpent møte mellom kommunen og organisasjonene i kommune om det lokale folkehelsearbeidet.

Frivillige organisasjoner må også få delta i folkehelse tiltak. De må bli invitert til å bli med i gjennomføringen av folkehelse tiltak. Frivillige organisasjoner må ses på som en ressurs og en naturlig samarbeidspartner når kommunene skal etablere og/eller bygge ut sine frisklivssentraler.

Det er viktig at samarbeid med frivillig sektor formaliseres. Kommunene bør forpliktes til å inngå samarbeidsplattformer med frivillige organisasjoner, i tråd med samarbeidsplattform som er inngått mellom KS og Frivillighet Norge. De kommunale folkehelsekoordinatorer må få informasjon om og opplæring i hvordan frivillig sektor er bygget opp, og om prinsippene for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor på lokalt plan.

Det må bli mer langsiktighet og forutsigbarhet i samarbeidet med det offentlige, ikke minst når det gjelder økonomi. Kravene til søknader og rapportering må være lave, slik at det ikke brukes mye ressurser på dette.»

Komiteen vil vise til Friluftsrådenes Landsforbund som understreker at friluftsliv har særlige fortrinn i arbeidet med å møte folkehelseutfordringene knyttet til inaktivitet. De påpeker også at utnyttelse av friluftslivets fortrinn i folkehelsearbeidet fordrer godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor. Forbundet fremhever det interkommunale samarbeidet om friluftsoppgaver og hadde gjerne sett at en brukte «skal» i stedet for at kommunene «bør» legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og andre aktører. Komiteen viser til at dette er foreslått i Innst. 424 L (2010–2011) om ny kommunal helse- og omsorgslov.

Komiteen viser til de respektive partiers merknader til kap. 2.9.2 der lovens ordlyd knyttet til samarbeid med andre aktører styrkes.

Komiteen viser videre til at medvirkning i planarbeidet også når det gjelder folkehelse, er regulert gjennom plan- og bygningsloven.

2.7 Den samiske befolkningen

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, understreker det særlige ansvaret som påhviler staten for å ivareta den samiske befolkningen, og understreker viktigheten av å ivareta forpliktelsene etter ILO-konvensjon 169 om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater. Flertallet viser til at mange områder med stor samisk befolkning har sosioøkonomiske særtrekk som gir utslag i folkehelseutfordringer. Flertallet understreker at kunnskap og innretning av tiltak må håndteres i samarbeid med Sametinget og lokale folkevalgte. Representanter fra Sametinget uttrykker bekymring for lovens innretning hva samiske forhold angår. Flertallet vil understreke at kunnskap om forhold av særlig betydning for folkehelse tilstanden i den samiske befolkningen må synliggjøres. Kommuner med samisk befolkning vil i sine oversikter over helse tilstand og påvirkningsfaktorer vurdere om det er spesielle utfordringer både når det gjelder helse og påvirkningsfaktorer for den samiske befolkningen. Norge har særlige forpliktelser til å sikre helsetjenester tilpasset den samiske befolknings behov.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er opptatt av at hele den norske befolkning skal ha de samme rettigheter til å nyte godt av de folkehelse tiltak myndighetene innfører eller legger til rette for. Disse medlemmer ønsker ikke å skille ut spesielle grupper, eller deler av befolkningen, når det gjelder forholdet til offentlige myndigheter eller generelle tiltak for norske borgere. Alle norske borgere skal etter disse medlemmers mening ha samme rett til gode, riktige folkehelse tiltak og likebehandling uavhengig av egen lommebok, geografisk tilhørighet, etnisk tilhørighet og religion. Også den samiske befolkningen skal, slik disse medlemmer ser det, omfattes av det regelverk som gjelder andre norske borgere, uten at deres valg av levemåte og livsstil skal medføre spesielle rettigheter eller tiltak fra myndighetenes side.

2.8 Målbar innsats

Komiteen er tilfreds med at lovforslaget fastslår kommunenes ansvar for å konkretisere målsettinger for folkehelse tiltakene. Komiteen understreker viktigheten av at disse målsettingene gjøres konkrete og målbare.

Komiteen vil videre understreke at den forutsetter at regjeringen velger en tilsvarende arbeidsform som den som nå blir pålagt kommunene. Komiteen vil særlig framheve behovet for at det fastsettes konkrete målsettinger knyttet til folkehelsen. Eksempler på slike mulige målsettinger er økt

levealder, befolkningens fysiske aktivitet, bruk av rusmidler og helse i arbeidslivet.

2.9 Merknader til forskjellige bestemmelser

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, er tilfreds med at regjeringen har valgt å gi alle tre forvaltningsnivåer et selvstendig ansvar for folkehelsearbeidet.

Komiteen understreker viktigheten av arbeidet med å besørge data som gjør kommuner og fylkeskommuner i stand til å ta informerte valg i folkehelsearbeidet. Komiteen viser til høringsinstanser som peker på at mindre kommuner kan ha behov for hjelp til å håndtere datamaterialet som gjøres tilgjengelig. Komiteen forutsetter at dette håndteres på en tilfredsstillende måte. Det understrekes også at personvern hensyn må sikres.

Komiteen merker seg at regjeringens forslag innebærer at helsetilstand og utfordringer skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi. Komiteen viser til flertallsmerknaden fra Innst. 212 S (2009–2010) der det pekes på at samhandlingsreformens folkehelseperspektiv, forebygging og tidlig intervensjon nødvendiggjør årlig behandling i kommunestyret. Komiteen understreker derfor viktigheten av å ha jevnlig politisk debatt rundt folkehelse. Overordnede mål og delmål bør utformes med konkrete målsettinger knyttet til bedre folkehelse.

Komiteen sier seg enig i regjeringens vurdering av den generelle samfunnsutviklingens betydning for helsetilstanden og vil særlig peke på den avgjørende betydningen tidlig innsats har for senere helsetilstand.

2.9.1 § 1 Formål

Komiteen er tilfreds med lovens formål. Komiteen vil understreke at lovens formål også innebærer å fremme befolkningens generelle funksjonsevne. Komiteen viser til at habilitering, rehabilitering og individuelle helse- og omsorgstjenester blir regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og at det er nødvendig å se disse lovene i tett sammenheng.

Komiteen viser til det særlige ansvaret som ligger i å utjevne forskjeller som følger av sosiale forhold. Komiteen mener også at lovens positive innretning er viktig for å sikre et godt grunnlag for folkehelsearbeidet.

Komiteen understreker den viktige folkehelsefunksjonen et samfunn som er tilgjengelig for alle har. Deltagelse i dagligliv og samfunnsliv er viktig for helsetilstanden til den enkelte. Det er derfor viktig at folkehelse-loven ses i sammenheng med annet

regelverk som ivaretar disse hensynene, som for eksempel bestemmelsene om universell utforming i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven.

2.9.2 § 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Komiteen støtter beskrivelsen av kommunens omfattende ansvar for å ivareta det brede folkehelsearbeidet. I det lokale folkehelsearbeidet har det frivillige kultur-, idretts- og friluftslivet en sentral rolle.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet, vil derfor tydeliggjøre kommunenes samarbeid med frivillig sektor og mener at nødvendigheten av å sikre dette samarbeidet må uttrykkes klarere også i lovteksten. Flertallet påpeker at omfanget av samarbeidet og hvordan samarbeidet ønskes tilrettelagt, må den enkelte kommune selv ta stilling til ut fra lokale hensyn og behov.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«I lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven) skal § 4 tredje ledd tredje punktum lyde:

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil peke på at mange tjenestemottakere får sine helse- og omsorgstjenester utført av private tjenesteytere etter avtale med kommunen. Disse medlemmer savner dette aspektet på systemnivå. Disse medlemmer vil tydeliggjøre kommunens plikt til å samarbeide med brukergruppene organisasjoner, frivillige organisasjoner og private tjenesteleverandører som arbeider med de oppgaver helse- og omsorgstjenesten har ansvar for. Disse medlemmer viser til sitt forslag til endring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10 og fremmer følgende forslag:

«I lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven) skal § 4 tredje ledd tredje punktum lyde:

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og andre aktører, herunder private og ideelle aktører.»

2.9.3 § 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Komiteen mener det er viktig at kommunen har god oversikt over sine folkehelseutfordringer, og at det er riktig at disse oversiktene er utgangspunktet for det langsiktige, kunnskapsbaserte og systematiske folkehelsearbeidet.

Komiteen viser til at Norge ifølge Diabetesforbundet har om lag 350 000 personer med diabetes type 2. Halvparten av disse har ikke fått fastslått diagnosen. Andelen med overvekt og kols er økende. Fellesskapet må, slik komiteen ser det, ta et sterkere ansvar for å identifisere personer som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer, for å kunne gi tilbud om tiltak, og komiteen vil særlig vise til den varslede gjennomgang av fastlegenes rolle som er beskrevet i Prop. 91 L (2010–2011).

2.9.4 § 11 Helsekonsekvensutredning

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til bestemmelsen i § 11 om helsekonsekvensutredning. Flertallet mener at vurderingen av om helsekonsekvenser som medfører pålegg om utredning, også vil komme til anvendelse der virksomheten får konsekvenser som kan forsterke sosiale helseforskjeller. Dette innebærer at ved særlige belastninger på enkelte boområder, eksempelvis ved fortetting av industri, skal helsekonsekvensutredning vurderes selv om den enkelte etablering isolert ikke vil medføre slik plikt.

Flertallet viser også til at hensynet til befolkningens helse og å motvirke sosiale helseforskjeller, skal ivaretas i planlegging etter plan- og bygningsloven, herunder i konsekvensutredninger etter den loven.

2.9.5 § 28 Beredskap

Komiteen viser til at lovhenviingen i forslaget til § 28 annet ledd avviker fra tilsvarende henviing i første ledd, og fremmer følgende forslag om å endre lovhenviingen slik at den harmoniserer med lovhenviingen i første ledd og loven for øvrig:

«I lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal § 28 annet ledd lyde:

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.»

2.9.6 § 31 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid og § 32 Overordnet faglig tilsyn

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til lovens bestemmelser om statlig tilsyn og overordnet faglig tilsyn. Flertallet understreker viktigheten av at det bygges opp tilstrekkelig kompetanse til dette formål. Folkehelsearbeidet er langsiktig og har en overordnet

innretning. Det er, slik flertallet ser det, vesentlig at tilsynet prioriteres på linje med tilsynsoppgaver som tar for seg mer akutte og konkrete forhold.

For å sikre at tilsyn på folkehelseområdet blir prioritert, mener flertallet bestemmelsene om tilsyn i folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven må utformes likt. Flertallet viser til bestemmelsen om tilsyn i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og fremmer følgende forslag:

«I lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal § 31 første ledd lyde:

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

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Helsetilsynets hørings svar til utkastet til ny folkehelselov, der det ble påpekt utfordringene med å balansere tilsynet med folkehelsearbeid og det mer umiddelbart synlige helsearbeidet.

Etter disse medlemmers oppfatning er dette ikke blitt løst på en hensiktsmessig måte i lovforslaget i Prop. 90 L (2010–2011). Departementet foreslår at det skal «utforme et eget sett med kriterier for tilsyn med folkehelseområdet som innebærer at dette området regelmessig blir fulgt opp også med tilsyn». Disse medlemmer oppfatter utfordringen for tilsynet å være at prioriteringen reelt sett er vanskelig, og at ressursene i praksis ofte, av nødvendighet etter en helhetlig vurdering, blir dreid fra det langsiktige folkehelsearbeidet til det mer umiddelbart viktige. At departementet forsøker å binde Helsetilsynet til å prioritere folkehelsearbeidet uavhengig av de vurderinger Helsetilsynet gjør om hva som er riktigst å gjøre med gitte ressurser i gitte situasjoner, mener disse medlemmer er uheldig. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til Helsetilsynets eget høringsnotat til lovforslaget, der det heter:

«Dersom departementet (proposisjonen s. 190, siste avsnitt) utformer et eget sett med kriterier for tilsyn med folkehelsearbeid som går foran de generelle prioriteringskriteriene, kan dette gå på bekostning av områder som burde vært prioritert høyere ut fra en risikovurdering.»

Disse medlemmer mener derfor det er en uhensiktsmessig strategi for å sikre tilsyn med folkehelsearbeidet når departementet vil legge føringer for Helsetilsynet som kan gå på bekostning av dets faglige vurderinger av behov for tilsyn.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal § 31 første ledd lyde:

Fylkesmannen kan føre tilsyn med lovligheten av kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av denne lov §§ 4 til 9, 20, 21 og 27 til 30.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil påpeke at for å styrke samhandlingsreformens mål om en dreining til mer forebygging og folkehelsearbeid må kriteriene for tilsyn endres slik at man får en større vektlegging av de langsiktige og samfunnsmessige konsekvenser ved manglende forebygging og folkehelsearbeid. Flertallet mener at utgangspunktet for prioritering må være best mulig helse i befolkningen over tid. Flertallet er derfor fornøyd med at regjeringen i proposisjonen legger opp til å utarbeide tilleggskriterier som sikrer at det også blir ført jevnlig tilsyn på folkehelseområdet.

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

I lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal § 4 tredje ledd tredje punktum lyde:

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og andre aktører, herunder private og ideelle aktører.

Forslag 2

I lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) skal § 31 første ledd lyde:

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

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen legge frem en vurdering av mulighetene for rehabiliteringstilbud i utlandet og hvilken finansiering som kan legges til grunn.»

4. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av en samlet komité med unntak av forslagene til § 4 tredje ledd tredje punktum og § 31 første ledd, som fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til proposisjonen og merkna-dene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak til lov

om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Kapittel 1 Innledende bestemmelser

§ 1 Formål

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

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

§ 2 Virkeområde

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

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

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

kisk 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 god-

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

§ 11 *Helsekonsekvensutredning*

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

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

§ 12 *Opplysningsplikt*

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

Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, skal av eget tiltak gi kommunen

opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.

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

§ 13 *Gransking*

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

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

Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å gjennomføre gransking.

Ved gransking av virksomhet eller eiendom, skal den som utfører granskingen, først ta 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 helse-skade, 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:

- opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25,
- 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 folkehelseinstitutts 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 kommuneleger.

§ 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:

1. Lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet oppheves.
2. I lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakkskader gjøres følgende endringer:

§ 13 annet ledd skal lyde:

Reglene vedrørende kommunestyrets og Arbeidstilsynets virksomhet som tilsynsorgan etter henholdsvis folkehelseloven kapittel 3 og arbeidsmiljøloven § 18-4 til 18-8 får tilsvarende anvendelse ved tilsyn etter paragrafen her.

3. I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 2-2 åttende ledd skal lyde:

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket, *Helsedirektoratet*, Statens helsetilsyn og *Nasjonalt folkehelseinstitutt* kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat *helse- og omsorgstjeneste* uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. *Helsedirektoratet* og *Nasjonalt folkehelseinstitutt* kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i utbruddsregistre. *Behandling av opplysninger skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven.*

§ 4-10 første til tredje ledd skal lyde:

Tjenestemenn ved politiet, skipskontrollen, losvesenet, tollvesenet og havnevesenet, på flyplasser og *ansatte i Mattilsynet* plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De plikter å bistå med gjennomføringen og overholdelsen av de bestemmelser som er gitt i denne loven eller *helse- og omsorgstjenesteloven*, eller i medhold av disse lovene.

Tjenestemenn etter første ledd skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette kommunelegen når de har en sterk mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom eller oppdager et tilfelle av en slik sykdom. Det samme gjelder når de blir oppmerksom på forhold som kan medføre en nærliggende fare for overføring av en slik sykdom og det åpenbart er nødvendig med hjelp eller tiltak fra *helse- og omsorgstjenesten*. Hvis kommunelegen ikke er til stede, skal tjenestemennene underrette fylkesmannen.

§ 4-10 tredje oppheves. Nåværende fjerde ledd blir nytt tredje ledd og skal lyde:

Mattilsynet skal straks underrette kommunelegen eller fylkesmannen ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker *eller* ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

§ 4-10 femte ledd blir nytt fjerde ledd og sjette ledd blir nytt femte ledd.

4. I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (*helseberedskapsloven*)

§ 1-3 første ledd skal lyde:

Denne lov gjelder for:

- a) den offentlige helse- og omsorgstjeneste og kommunens folkehelsearbeid etter folkehelseloven kapittel 2 og 3,
- b) private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen,
- c) private som uten formell tilknytning til kommuner, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester,
- d) Mattilsynet,
- e) offentlige næringsmiddelaboratorier,
- f) private næringsmiddelaboratorier,
- g) vannverk
- h) apotek, grossister og tilvirkere av legemidler.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. juni 2011

Bent Høie

leder

Geir-Ketil Hansen

ordfører