



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 82 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i folkehelsesloven m.m.  
(krav til systematisk og kunnskapsbasert  
folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 82 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i folkehelsesloven m.m.  
(krav til systematisk og kunnskapsbasert  
folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)



# Innhold

<b>1</b>	<b>Proposisjonens hovedinnhold..</b>	5	5.4	Helse i den samiske befolkningen .....	37
1.1	Innledning .....	5		Bakgrunn og gjeldende rett .....	37
1.2	Oversikt over forslaget til lov- endringer .....	6	5.4.1	Høringsnotatets forslag .....	37
1.3	Proposisjonens hovedinnhold .....	6	5.4.2	Høringsinstansenes syn .....	38
			5.4.3	Departementets vurderinger .....	38
			5.4.4		
<b>2</b>	<b>Bakgrunnen for lovforslaget ....</b>	8	<b>6</b>	<b>Lovstruktur .....</b>	40
2.1	Endringer i utfordringsbildet .....	8	6.1	Gjeldende rett .....	40
2.2	Erfaringer og evalueringer .....	9	6.2	Høringsnotatets forslag .....	40
2.3	Oppfølging av stortingsdo- kumenter mv. ....	10	6.3	Høringsinstansenes syn .....	40
2.4	Overordnet omtale av gjeldende rett .....	11	6.4	Departementets vurderinger .....	41
			<b>7</b>	<b>Lovens innledende bestemmelser .....</b>	43
<b>3</b>	<b>Høringen .....</b>	13	7.1	Formål .....	43
<b>4</b>	<b>Grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet .....</b>	18	7.1.1	Gjeldende rett .....	43
4.1	Gjeldende prinsipper .....	18	7.1.2	Høringsnotatets forslag .....	43
4.1.1	Høringsnotatets forslag .....	18	7.1.3	Høringsinstansenes syn .....	43
4.1.2	Høringsinstansenes syn .....	18	7.1.4	Departementets vurderinger .....	44
4.1.3	Departementets vurderinger .....	19	7.2	Virkeområde .....	46
4.2	Kunnskap .....	20	7.2.1	Gjeldene rett .....	46
4.2.1	Bakgrunn og gjeldende rett .....	20	7.2.2	Høringsnotatets forslag .....	46
4.2.2	Høringsnotatets forslag .....	22	7.2.3	Høringsinstansenes syn .....	46
4.2.3	Høringsinstansenes syn .....	22	7.2.4	Departementets vurderinger .....	46
4.2.4	Departementets vurderinger .....	23	7.3	Definisjoner .....	46
4.3	Barnets beste .....	25	7.3.1	Gjeldende rett .....	46
4.3.1	Bakgrunn og gjeldende rett .....	25	7.3.2	Høringsnotatets forslag .....	46
4.3.2	Høringsnotatets forslag .....	25	7.3.3	Høringsinstansenes syn .....	47
4.3.3	Høringsinstansenes syn .....	25	7.3.4	Departementets vurderinger .....	47
4.3.4	Departementets vurderinger .....	26	<b>8</b>	<b>Kommunens ansvar .....</b>	49
<b>5</b>	<b>Nye gjennomgående elementer .....</b>	28	8.1	Kommunens ansvar .....	49
5.1	Miljø og helse .....	28	8.1.1	Gjeldende rett .....	49
5.1.1	Bakgrunn og gjeldende rett .....	28	8.1.2	Høringsnotatets forslag .....	49
5.1.2	Høringsnotatets forslag .....	28	8.1.3	Høringsinstansenes syn .....	50
5.1.3	Høringsinstansenes syn .....	28	8.1.4	Departementets vurderinger .....	51
5.1.4	Departementets vurderinger .....	30	8.2	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen .....	52
5.2	Psykisk helse .....	32	8.2.1	Gjeldende rett .....	52
5.2.1	Bakgrunn og gjeldende rett .....	32	8.2.2	Høringsnotatets forslag .....	52
5.2.2	Høringsnotatets forslag .....	32	8.2.3	Høringsinstansenes syn .....	52
5.2.3	Høringsinstansenes syn .....	32	8.2.4	Departementets vurderinger .....	54
5.2.4	Departementets vurderinger .....	33	8.3	Mål og planlegging .....	55
5.3	Samarbeid med frivillige organisasjoner .....	34	8.3.1	Gjeldende rett .....	55
5.3.1	Gjeldende rett .....	34	8.3.2	Høringsnotatets forslag .....	56
5.3.2	Høringsnotatets forslag .....	34	8.3.3	Høringsinstansenes syn .....	56
5.3.3	Høringsinstansenes syn .....	34	8.3.4	Departementets vurderinger .....	57
5.3.4	Departementets vurderinger .....	36	8.4	Tiltak .....	59
			8.4.1	Gjeldende rett .....	59
			8.4.2	Høringsnotatets forslag .....	59

8.4.3	Høringsinstansenes syn .....	59	10.2.1	Gjeldende rett .....	88
8.4.4	Departementets vurderinger .....	61	10.2.2	Høringsnotatets forslag .....	88
8.5	Kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom .....	62	10.2.3	Høringsinstansenes syn .....	89
8.5.1	Gjeldende rett .....	62	10.2.4	Departementets vurderinger .....	90
8.5.2	Høringsnotatets forslag .....	62	10.3	Mål og planlegging .....	90
8.5.3	Høringsinstansenes syn .....	63	10.3.1	Gjeldende rett .....	90
8.5.4	Departementets vurderinger .....	64	10.3.2	Høringsnotatets forslag .....	90
8.6	Beredskap .....	65	10.3.3	Høringsinstansenes syn .....	90
8.6.1	Gjeldende rett .....	65	10.3.4	Departementets vurderinger .....	91
8.6.2	Høringsnotatets forslag .....	65	<b>11</b>	<b>Statens ansvar .....</b>	<b>92</b>
8.6.3	Høringsinstansenes syn .....	66	11.1	Statlige myndigheters ansvar .....	92
8.6.4	Departementets vurderinger .....	67	11.1.1	Gjeldende rett .....	92
8.7	Samfunnsmedisinsk kompetanse ..	69	11.1.2	Høringsnotatets forslag .....	92
8.7.1	Gjeldende rett .....	69	11.1.3	Høringsinstansenes syn .....	93
8.7.2	Høringsnotatets forslag .....	69	11.1.4	Departementets vurderinger .....	94
8.7.3	Høringsinstansenes syn .....	69	11.2	Helsedirektoratets ansvar .....	98
8.7.4	Departementets vurderinger .....	71	11.2.1	Gjeldende rett .....	98
8.8	Samarbeid mellom kommuner .....	73	11.2.2	Høringsnotatets forslag .....	98
8.8.1	Gjeldende rett .....	73	11.2.3	Høringsinstansenes syn .....	99
8.8.2	Høringsnotatets forslag .....	73	11.2.4	Departementets vurderinger .....	100
8.8.3	Høringsinstansenes syn .....	73	11.3	Folkehelseinstituttets ansvar .....	102
8.8.4	Departementets vurderinger .....	74	11.3.1	Gjeldende rett .....	102
<b>9</b>	<b>Helse og miljø i virksomhet og eiendom .....</b>	<b>76</b>	11.3.2	Høringsnotatets forslag .....	102
9.1	Krav til virksomheter og eiendom .....	76	11.3.3	Høringsinstansenes syn .....	103
9.1.1	Gjeldende rett .....	76	11.3.4	Departementets vurderinger .....	104
9.1.2	Høringsnotatets forslag .....	77	11.4	De regionale helseforetakenes ansvar .....	105
9.1.3	Høringsinstansenes syn .....	77	11.4.1	Gjeldende rett .....	105
9.1.4	Departementets vurderinger .....	77	11.4.2	Høringsnotatets forslag .....	106
9.2	Helsekonsekvensutredning .....	79	11.4.3	Høringsinstansenes syn .....	106
9.2.1	Gjeldende rett .....	79	11.4.4	Departementets vurderinger .....	107
9.2.2	Høringsnotatets forslag .....	79	<b>12</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	<b>109</b>
9.2.3	Høringsinstansenes syn .....	80	<b>13</b>	<b>Merknader til bestemmelsene .....</b>	<b>111</b>
9.2.4	Departementets vurderinger .....	81	13.1	Til endringene i folkehelseloven ..	111
9.3	Stansing .....	82	13.2	Til endringen i tobakksskadeloven .....	119
9.3.1	Gjeldende rett .....	82	13.3	Til endringen i helseberedskapsloven .....	120
9.3.2	Høringsnotatets forslag .....	82			
9.3.3	Høringsinstansenes syn .....	82			
9.3.4	Departementets vurderinger .....	83			
<b>10</b>	<b>Fylkeskommunens ansvar .....</b>	<b>84</b>			
10.1	Fylkeskommunens ansvar .....	84			
10.1.1	Gjeldende rett .....	84			
10.1.2	Høringsnotatets forslag .....	84			
10.1.3	Høringsinstansenes syn .....	85			
10.1.4	Departementets vurderinger .....	86			
10.2	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket .....	88			
				<b>Forslag til lov om endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap) .....</b>	<b>121</b>



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 82 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

## Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. april 2025,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Støre)*

### 1 Proposisjonens hovedinnhold

#### 1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen endringer i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (fhl).

Det er et samfunnsansvar å sikre at alle har gode forutsetninger for et godt liv med god helse. Befolkningens helse har en verdi for den enkeltes livskvalitet, og har samtidig samfunnsøkonomisk og moralsk verdi. God helse i befolkningen har også betydning for velferdsstatens bærekraft og for samfunnets evne til å håndtere og motstå kriser. Utjevning av sosiale helseforskjeller vil redusere sykdomsbyrde og øke den gjennomsnittlige levealderen betydelig.

Folkehelseloven danner et viktig rammeverk for folkehelsepolitikken, både i kommunene, fylkeskommunene og i staten. Den bidrar til langsiktighet, systematikk, forutsigbarhet og sammenheng i folkehelsearbeidet, både mellom forvaltningsnivåer og mellom ulike sektorer. Loven skal bidra til bedre rammer for å håndtere grunnleg-

gende utfordringer innen folkehelsearbeidet, slik som sammensatte og komplekse årsaksforhold og dermed uklare ansvarsforhold, dilemmaet med å prioritere forebygging i konkurranse med uløste behandlings- og omsorgsbehov, og dilemmaet mellom kortsiktige og langsiktige effekter.

Folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2012 og erstattet folkehersedelen av den tidligere kommunehelsetjenesteloven, samt lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven regulerer statlige, fylkeskommunale og kommunale oppgaver for å beskytte mot helsetrusler, forebygge sykdom, fremme helse og trivsel, samt utjevning av sosiale helseforskjeller.

Folkehelseloven har nå virket i over 13 år, og gjennom tre planperioder i kommunen. Evalueringer, tilsyn og Riksrevisjonens gjennomgang av folkehelsearbeidet viser at loven har dannet en god regulatorisk ramme rundt folkehelsearbeidet og har bidratt til å styrke arbeidet med å fremme folkehelsen og å utjevne sosiale helseforskjeller. Evalueringene og erfaringene fra pandemien viser

samtidig forbedringsområder som kan utvikle folkehelsearbeidet videre.

## 1.2 Oversikt over forslaget til lovendringer

Forslaget til revidert folkehelselov inneholder endringer som skal bidra til å klargjøre ansvar og legge bedre til rette for samarbeid, helhet og systematikk, men inneholder ingen vesentlige endringer i grunnleggende ansvar og oppgaver for kommuner, fylkeskommuner, og virksomheter. For staten innebærer endringene at ansvaret speiler ansvaret til kommuner og fylkeskommuner.

Det viktigste endringene i forslaget til revidert folkehelselov er følgende:

- Kommunens ansvar for folkehelse, som er spredt flere steder i dagens lov, samles i lovens kapittel 2. Dette omfatter blant annet at kommunens ansvar innen miljørettet helsevern som i dag som står i kapittel 3, flyttes og harmoniseres med det øvrige folkehelsearbeidet.
- Psykisk helse vektlegges i formål og som innsatsområde i folkehelsearbeidet, gjennom målet om å fremme livskvalitet (tidligere trivsel) og krav om nødvendige tiltak for å fremme god psykisk helse, forebygge psykiske plager og lidelser og tiltak mot ensomhet, diskriminering og vold og overgrep.
- På bakgrunn av koronakommisjonen og koronautvalgets rapporter tydeliggjøres beredskapsbestemmelsene, herunder i) enkelte bestemmelser som er i forskrift i dag flyttes til lov, ii) krav til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap og iii) krav til kompenserende tiltak bl.a. for å beskytte sårbare grupper.
- Det systematiske folkehelsearbeidet justeres på to måter. Det stilles nye krav til at vurdering av oppfølgingsbehov, herunder planbehov, inngår i det kommunale og fylkeskommunale beslutningsgrunnlaget. Videre er det tydeligere krav til evaluering av folkehelsearbeidet.
- Fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør utdypes gjennom ansvar for å tilrettelegge for forskning og utvikling, herunder evaluering av folkehelsearbeidet i kommunene. Bestemmelsen foreslås iverksatt når det er budsjettmessig dekning for dette.
- To nye hensyn løftes fram spesielt. Dette gjelder kravet om å vurdere hensynet til barnets beste, og til å vurdere særskilte folkehelseutfordringer for samer
- Staten får det samme kravet som kommuner og fylkeskommuner om å beskytte, fremme og

utjevne helse i befolkningen. Forslaget inneholder krav til systematisk folkehelsearbeid for statlige helsemyndigheter.

## 1.3 Proposisjonens hovedinnhold

Proposisjonen legger fram forslag til endringer i lov om folkehelsearbeid.

*Punkt 1 til 3* redegjør for hovedinnhold, utfordringer og erfaringer med dagens folkehelselov og høringen.

*Punkt 4* redegjør for grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeid. I tillegg til å presisere innhold i gjeldende prinsipper, legges det til to nye prinsipper for folkehelsearbeidet, som er kunnskap og barnets beste.

*Punkt 5* omhandler nye gjennomgående elementer i loven. Miljø og helse erstatter begrepet miljørettet helsevern, med det formål å integrere området bedre i det helhetlige folkehelsearbeidet. Psykisk helse vektlegges i formål og som innsatsområde i folkehelsearbeidet. Samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig, og det foreslås derfor at statlige helsemyndigheter skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor på en systematisk måte. Det foreslås krav til at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter skal være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samer.

*Punkt 6* redegjør for ny lovstruktur. I ny lov samles i stor grad bestemmelser om kommunens ansvar i kapittel 2, fylkeskommunens ansvar i kapittel 4 og statens ansvar i kapittel 5. Lovens kapittel 3 omfatter krav til virksomheter og eiendommer. Lovens kapittel 6 gjelder fortsatt generelt, med inneholder kun hjemmel til å gi forskrifter om meldeplikt, oppgaver og ansvar i beredskapssituasjoner og bestemmelse om ikrafttredelse.

*Punkt 7* gjelder endringer i innledende bestemmelser i loven, dvs. formål, virkeområde og definisjoner. Bestemmelsene justeres språklig for å harmonisere bedre.

*Punkt 8* omtaler kommunens ansvar etter folkehelseloven. De fleste bestemmelser som gjelder kommunen er samlet i lovens kapittel 2. Etter forslaget skal oversikt over folkehelsen etter § 5 også inneholde en vurdering av hvordan kommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov. Kravet om evaluering av folkehelsearbeidet tydeliggjøres som del av systematikken. Kravet til beredskap for kommunen tydeliggjøres, ved at bestemmelser som ligger i forskrift i dag, flyttes til lov, det innføres krav til forsvarlig samfunnsmedi-



sinsk beredskap og krav til kompenserende tiltak blant annet for å beskytte sårbare grupper. Det er også tydeliggjort at kommuneoverlegen skal gi medisinskfaglige råd i folkehelsearbeidet og helseberedskap.

I *punkt 9* omtales krav til helse og miljø i virksomheter og eiendommer om at disse skal planlegges, tilrettelegges og drives på en helsemessig tilfredsstillende måte. Kravet flyttes fra forskrift til loven på grunn av kravets grunnleggende karakter. I tillegg redegjøres det for endringer i § 11 om helsekonsekvensutredning, som innebærer at Helsedirektoratet gis myndighet til å pålegge helsekonsekvensutredninger ved virksomhet som i vesentlig grad kan påvirke befolkningens helse og livskvalitet, nasjonalt eller regionalt.

Endringer i fylkeskommunens ansvar er redegjort for i *punkt 10*. Fylkeskommunens rolle som

regional utviklingsaktør utdypes gjennom ansvar for å støtte opp under forskning og utvikling, herunder evaluering av folkehelsearbeidet i kommunene.

I *punkt 11* omtales statens ansvar for systematisk folkehelsearbeid. Staten gis det samme ansvaret som kommuner og fylkeskommuner for å beskytte, fremme og utjevne helse i befolkningen. De regionale helseforetakenes ansvar i folkehelsearbeidet tydeliggjøres gjennom en egen paragraf, og får blant annet ansvar for å bidra med kunnskap om helsetilstanden og å samarbeide med kommuner og fylkeskommuner.

*Punkt 12* inneholder en redegjørelse for økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget til endringer i loven. Forslaget har ingen vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser.

## 2 Bakgrunnen for lovforslaget

### 2.1 Endringer i utfordringsbildet

I følge Folkehelseinstituttets rapport fra 2024 om sykdomsbyrde er Norge i dag blant landene i verden med både høyest forventet levealder og flest forventede friske leveår. Samtidig er det vedvarende sosiale forskjeller i levealder og helse i befolkningen. De som har lengst utdanning og høyest inntekt, lever lenger enn de som har kortest utdanning og lavest inntekt, og forskjellene har økt de siste tiårene. Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet viser at forskjellene gjelder for nesten alle fysiske og psykiske sykdommer. Forskning har vist at for de fleste helseindikatorer, kommer innvandrere som helhet dårligere ut enn befolkningen for øvrig. Samtidig er det stor variasjon mellom innvandrere med ulik landbakgrunn.

I et globalt perspektiv er sykdomsbyrden i Norge lav. Over tid har sykdommer og tilstander som gir dårlig helse gjennom livet, framfor sykdommer som gir for tidlig død, fått større betydning for sykdomsbyrden. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon er de største årsakene til år levd med helsetap, og de bidrar til et fortsatt høyt sykefravær, uførhet og for tidlig avgang fra arbeidslivet.

Minst en tredjedel av sykdomsbyrden i Norge skyldes risikofaktorer som kan påvirkes, viser beregninger fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet. Tobakk og høyt blodtrykk er for eksempel fremdeles store risikofaktorer for tidlig død, selv om betydningen av dem har gått ned over tid. De siste ti årene har høy kroppsmasseindeks (overvekt og fedme) og høyt blodsukker fått større betydning, særlig for sykdomsbyrden av hjerte- og karsykdom, diabetes og kreft.

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet The Global Burden of Disease Study (GBD) er et internasjonalt ledende initiativ for å systematisk og vitenskapelig tallfeste helsetap og død for mer enn 350 sykdommer, skader og risikofaktorer etter alder, kjønn, geografisk område og over tid. Framskrivninger viser at økningen i forventet levealder som vi har sett de siste tretti årene, trolig vil stagnere. Samtidig er det et stort potensial for å øke leveal-

deren ytterligere i fremtiden dersom vi lykkes med å eliminere risikofaktorene røyking, usunt kosthold, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, høyt blodsukker og høy kroppsmasseindeks, og ved å fremme fysisk aktivitet i befolkningen, særlig blant barn og unge, fram mot 2050. Ny rapport fra Helsedirektoratet om vunne leveår og helsetapjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet viser at helseeffektene av fysisk aktivitet i tråd med nasjonale råd er større enn tidligere antatt.

Det er et ansvar for myndighetene å bidra til vern mot helsetrusler og legge til rette for et sunt miljø. Vern mot helsetrusler er en grunnleggende rettighet. Dette omfatter blant annet smittevern, antibiotikaresistens, vaksiner, drikkevann, trygg mat, skader og ulykker, luftforurensning, støy, inneklimate og stråling. Koronapandemien har vist at vern av liv og helse blir høyt verdsatt, og at større helsetrusler kan kreve omfattende samfunnsmessige tiltak i en skala samfunnet tidligere ikke har vært forberedt på. Klimaendringer og endringer i den globale sikkerhetssituasjonen har også gjort det nødvendig å øke samfunnets motstandskraft og beredskap for beskyttelse mot helsetrusler.

Vold og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Vold omfatter situasjoner og oppvekstforhold der individets helse og utvikling kan skades på grunn av fysisk eller psykisk vold eller seksuelle overgrep. For barn og unge omfatter voldsbegrepet også omsorgssvikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, langvarige og potensielt livstruende.

Kvinner rammes mer enn menn av psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettlidelser og fallulykker i nærmiljø og hjemmet. I tillegg kommer store folkehelseutfordringer som kreft og hjerte- og karsykdom som rammer begge kjønn. Menn dør oftere som følge av rus, psykisk uhelse og ulykker, og to av tre selvmordstilfeller skjer blant menn. Det er også større forskjeller i levealder basert på inntekt for menn. Ulikhet i sykdom og skader danner grunnlag for ulikhet i tiltak og tiltaksutforming.

Ensomhet er en folkehelseutfordring som kan påvirke både fysisk og psykisk helse. Gjentatte

undersøkelser har vist en økning blant ungdom, og særlig jenter, de siste tiårene. Økningen fra 2012 til 2020 var særlig stor blant aleneboende under 35 år. Ensomhet kan oppleves uavhengig av sosialt liv og skiller seg fra sosial isolasjon, som handler om mangel på sosial kontakt. Ensomhet reduserer livskvaliteten betydelig og er forbundet med stigma og negative helseeffekter, som økt stress, psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer, demens og selvmord. Eldre personer som bor alene er spesielt utsatt. Tap av hørsel og syn, dårlig helse og økonomi kan øke risikoen for ensomhet. De med høy utdanning og inntekt har generelt ofte bedre sosiale nettverk, som beskytter mot ensomhet.

Folkehelselovens formål og bestemmelser fastslår at en samfunnsutvikling som reduserer risikofaktorer og fremmer helse i befolkningen, må skje på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Utfordringsbildet som kommunene selv beskriver, ligner i stor grad det overordnede bildet av sykdomsbyrden i befolkningen. Dette framgår av undersøkelser gjort av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Kommunene trekker fram psykisk helse og livskvalitet og sosial ulikhet som de mest prioriterte temaene i sitt folkehelsearbeid. Aldring av befolkningen, utenforskap og ensomhet, samt fysisk helse (diabetes, kreft, kols m.m.) er andre sentrale folkehelseutfordringer kommunene peker på.

I tillegg til endringer i helseutfordringene er samfunnet i endring, og gjennom dette forventningene til kommuner og fylkeskommuner. Mange kommuner opplever knappe ressurser, med stadig økende behov i helse- og omsorgssektoren. Behovene vil øke i takt med de demografiske endringene. Helsepersonellkommissjonen har understreket knapphet på personell som en hovedutfordring framover. Kommisjonen peker også på et styrket folkehelsearbeid som en viktig del av løsningen.

I lys av disse endringene er det viktig med en forsterket innsats for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Dette er viktig i seg selv med tanke på å oppnå god helse og livskvalitet i befolkningen. Men det er også nødvendig for å sikre en bærekraftig velferdsstat. Gjennom denne revisjonen av folkehelseloven er det mulighet for ytterligere å ta tak i utfordringer og se på løsninger der behovet og potensialet er størst. I tillegg til å sørge for at det offentlige systematisk arbeider for god helse i hele befolkningen, er det også viktig at andre samfunnsaktører bidrar. Det er blant annet nødvendig å mobilisere ressursene som finnes i frivillig sektor og å få til et

godt samarbeid. Det stilles også økte krav til kritisk kompetanse for å styrke beredskapen.

Samtidig er det viktig å gi kommuner og fylkeskommuner et handlingsrom til å finne gode lokale løsninger. Revisjonen av folkehelseloven legger opp til mer sammenheng og mer samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Stat og fylkeskommune har en sentral rolle i å fremme helse og livskvalitet både på nasjonalt og regionalt nivå. Men de har også en viktig rolle i å bistå kommunene til effektivt folkehelsearbeid. Loven er først og fremst prosessuell, dvs. den setter ikke krav til hvordan kommunene skal løse sine folkehelseutfordringer, men at kommunen jobber kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig for å møte utfordringene. Ut over kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlege stiller ikke folkehelseloven kompetansekrav.

## 2.2 Erfaringer og evalueringer

Evalueringer, tilsyn og Riksrevisjonens gjennomgang av folkehelsearbeidet viser at loven har dannet en god regulatorisk ramme rundt folkehelsearbeidet og bidrar til å styrke arbeidet med å fremme folkehelsen og utjevne sosiale helseforskjeller. Nesten alle kommuner har oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, og bruker denne oversikten generelt i arbeidet med sin planstrategi. Evalueringene peker også på forbedringsområder som kan utvikle folkehelsearbeidet videre.

Kommunene trenger verktøy for å løse sine folkehelseutfordringer. Siden 2012 har Folkehelseinstituttet utgitt folkehelseprofiler slik at kommuner og fylkeskommuner kan følge med på indikatorer knyttet til helse og faktorer som påvirker denne. Folkehelseinstituttet har også fra 2019 utgitt tilsvarende oppvekstprofiler med statistikk spesielt knyttet til barn, unge og oppvekst. Fra 2024 er disse oppgavene overført til Helsedirektoratet. Folkehelseprogrammet er også et viktig verktøy for å styrke det psykiske og rusrelaterte folkehelsearbeidet og for å utvikle tiltak i tråd med befolkningens behov. Gjennom ulike strategier og handlingsplaner bidrar regjeringen og Helsedirektoratet til utviklingsarbeid på sentrale områder for folkehelsen.

I Riksrevisjonens gjennomgang av det offentlige folkehelsearbeidet fra 2014–2015 rapporterte over 50 prosent av kommunene at psykiske helseutfordringer var blant deres største folkehelseutfordringer. Helsedirektoratets sektorrapport i 2021 viser at over 60 prosent av kommunene rap-

porterer om psykiske helseplager som sin viktigste folkehelseutfordring, selv om over halvparten av kommunene hadde iverksatt tiltak. Det mangler kunnskap om hva konkret utfordringene består i, og om iverksatte tiltak møter utfordringene.

Videre viser undersøkelsen at et stort flertall av kommunene gir uttrykk for at de har behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer, og at bredden i arbeidet er krevende å håndtere.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelse tiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene
- bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet
- styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet.

Helsetilsynet gjennomførte et landsomfattende tilsyn med folkehelseloven i 2014 om arbeid i kommunene med oversikt over folkehelsen og i 2019 om barnas arbeidsmiljø (miljørettet helsevern i barnehager og skoler). I 2024 var det landsomfattende tilsyn om kommunens arbeid for å fremme god psykisk helse hos barn og unge etter folkehelseloven. En overordnet konklusjon etter tilsynet i 2024, er at det fortsatt er mange kommuner som ikke har god nok styring og systematikk i sitt folkehelsearbeid. Men på tross av mangler i systematikken er det mange kommuner som setter barn og unges psykiske helse på dagsordenen, og tilsynet har vist at kommunene jobber langt bedre med folkehelse enn tidligere.

Tilsynet uttalte:

«Felles for kommunene som får til arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse er at det er en tydelig rød tråd i arbeidet. Kommunene har tatt aktive grep for å prioritere folkehelsearbeidet i sin helhet. Fra oppdatert oversikt over risikofaktorer som inkluderer en vurdering av årsaker og konsekvenser, til mål, strategier og tiltak, evaluering og internkontroll.»

I årene 2020 til 2023 gjennomførte Helsetilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap fellestilsyn med kommunal beredskapsplikt og helseberedskap. Tilsynet indikerte at mange kommuner jobber godt med beredskap, men også at det er utfordringer på enkelt områder. Dette gjelder særlig etterlevelse av krav til kommunale beredskapsplaner.

Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets kartlegging av kommuners systematiske folkehelsearbeid i 2022 viser at rundt halvparten av kommunene (56 prosent) har gjennomgått og vurdert folkehelsearbeidet, jf. folkehelseovens § 30 om internkontroll. Videre sier i overkant av 40 prosent av kommunene hva kommunen ønsker å jobbe videre med, og at de vet hvordan de skal jobbe videre med forbedringsarbeidet.

Institute of Health Equity ved University College London, har nylig foretatt en gjennomgang av Norges arbeid med å redusere sosial ulikhet i helse. I rapporten *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*, gis en oppdatert beskrivelse av de sosiale helse-determinantene og helseforskjellene i Norge. Rapporten inneholder konkrete anbefalinger om strategier og tiltak i det videre arbeidet. Hovedbudskapet fra gjennomgangen er at det gjøres mye bra arbeid med å redusere sosiale helseforskjeller i Norge, men at det kan gjøres mer og det kan gjøres bedre. Dette innebærer blant annet å styrke det tverrsektorielle samarbeidet for å løfte og utjevne forskjellene i befolkningens helse.

Koronakommisjonens andre delutredning (NOU 2022: 5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*) påpekte også flere forbedringspunkter. Det trekkes blant annet fram at kommunelegefunksjonen ikke var godt nok rustet til å håndtere pandemien, og at kommunelegen fikk en krevende arbeidssituasjon.

### 2.3 Oppfølging av stortingsdokumenter mv.

I forbindelse med innspill til folkehelsemeldingen, Meld. St. 15 (2022–2023), ble det bedt om innspill til eventuelle regelverksendringer på folkehelseområdet. Dette dannet utgangspunktet for omtale av revisjon av loven i meldingen. I meldingen står det blant annet at regjeringen vil:

1. vurdere å presisere krav til det nasjonale folkehelsearbeidet og arbeidet med utjamning av sosiale helseforskjeller
2. vurdere bedre samordning av folkehelse-loven og sosialtjenesteloven for å fremme utjamning

- av sosiale forskjellar i levekår, helse og livskvalitet
3. definere nærare kva rolle spesialisthelsetenesta og dei regionale helseføretaka skal ha i det helsefremjande arbeidet
  4. vurdere betre samordning mellom det systematiske folkehelsearbeidet og plan- og styringssystemet til kommunen
  5. vurdere å inkludere einsemd som ei folkehelseutfordring i folkehelseloven
  6. vurdere korleis folkehelseloven kan skape gode rammer for at kommunen i større grad legg til rette for samarbeid med det frivillige
  7. vurdere korleis kommunane kan nytte samfunnsmedisinsk og samfunnspsykologisk kunnskap for å fremje helse og trivsel gjennom lokale samfunnsbaserte tiltak og tiltak på systemnivå
  8. inkludere livskvalitet i folkehelselova når lova blir revidert
  9. sikre at det kommunale smittevernet er forankra på tvers av ulike sektorar, og at smitteverntiltak blir sett i eit breiare folkehelse- og livskvalitetsperspektiv
  10. formalisere fylkeskommunane sine oppgåver i programmet for folkehelsearbeid i kommunane som ei varig oppgåve etter programperioden

I Stortingets behandling av folkehelsemeldingen ble revisjonen av folkehelseloven omtalt slik:

«K o m i t e e n mener folkehelseloven bidrar til å sette klare rammer for folkehelsearbeidet, og viser til at regjeringen vil gjennomgå folkehelseutfordringene i kommunene for å få mer kunnskap, slik at det er mulig å lage planer og sette i gang tiltak som bidrar til at utfordringene kan løses lokalt. K o m i t e e n viser til at psykisk helse er blant de største folkehelseutfordringene som kommunene har.»

Arbeiderpartiets og Senterpartiets medlemmer uttalte i tillegg:

«D i s s e m e d l e m m e r støtter at regjeringen nå skal revidere folkehelseloven og styrke folkehelsearbeidet, slik at folkehelsen vil tillegges enda mer vekt i planleggingen, ved beslutninger, og i avveininger opp mot andre samfunnsinteresser – også på statlig nivå.»

I Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen* varslet regjeringen at den i forbin-

delse med revisjonen av folkehelseloven vil vurdere hensynet til den samiske befolkningen.

Meld. St. 5 (2023–2024) *Helseberedskapsmeldingen* løfter frem betydningen av god folkehelse som en sentral del av en motstandsdyktig helseberedskap. Blant annet står det at godt folkehelsearbeid gjør Norge rustet til å møte fremtidige helsekriser. I stortingsmeldingen framgår det videre at kommunalt smittevernarbeid krever tiltak som kan påvirke mange sektorer i kommunen. Smittevern og beredskap for andre helsetrusler skal integreres i kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid og beredskap på en bedre måte enn i dag. Det vises til at dette skal vurderes som en del av revisjon av folkehelseloven.

Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027* understreker betydningen av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet som fundamentet for vår felles helsetjeneste. Regjeringens innsats for å fremme helse og prioritere tidlig innsats og forebygging i og utenfor helse- og omsorgssektoren er nødvendige satsinger for å dempe veksten i behov for helse- og omsorgstjenester og å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i hele landet. Dette vil også bidra til å dempe sykdomsbyrden for den enkelte og øke mulighetene for å leve selvstendig lenger.

I folkehelsemeldingen ble det pekt på behovet for å se på bedre samordning mellom folkehelseloven og annet regelverk, slik som sosialtjenesteloven, for å sikre bedre og mer effektiv forebygging av sosiale problemer og utenforskap. Problemstillinger knyttet til forholdet mellom folkehelseloven og sosialtjenesteloven behandles ikke i denne lovproposisjonen, men vil bli vurdert på et senere tidspunkt.

## 2.4 Overordnet omtale av gjeldende rett

Lov om folkehelsearbeid gir kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter ansvar for å fremme folkehelse.

Formålet med 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 legges til

rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Loven bygger på, og er samordnet med plan- og bygningsloven, og legger til rette for politisk forankring av folkehelsearbeidet.

Loven må sees i sammenheng med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Folkehelse-loven var et viktig verktøy for å kunne nå sam-handlingsreformens intensjoner om å gi bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden gjennom å dreie innsats mot forebygging og folkehelsearbeid. Hovedtrekk i loven er:

- Ansvar for folkehelsearbeid er lagt til kommunen fremfor til kommunens helsetjeneste. Kommunen skal i folkehelsearbeidet bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse.
- Kommunene har ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune.
- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene.
- Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier. En drøfting av kommunens og fylkets helseutfordringer bør inngå i henholdsvis lokal og regional planstrategi.
- Kommunene fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.
- Kommunene skal føre tilsyn med de forhold og faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha en innvirkning på helsen, og kan ta i bruk virkemidler som retting og stansing mv.

### 3 Høringen

Et høringsnotat med forslag til endringer i folkehelseloven ble sendt på alminnelig høring 18. oktober 2024 med svarfrist 18. januar 2025. Departementet har hatt dialog med Sametinget om lovforslaget i forkant av høringen.

Høringsnotatet ble sendt til følgende instanser:

#### Departementene

Arbeids- og velferdsdirektoratet  
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
 Barneombudet  
 Bioteknologirådet  
 De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål  
 Digitaliseringsdirektoratet  
 Direktoratet for arbeidstilsynet  
 Direktoratet for medisinske produkter  
 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)  
 Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet  
 Folkehelseinstituttet  
 Forbrukerrådet  
 Forbrukertilsynet  
 Foreldreutvalget for barnehager  
 Foreldreutvalget i grunnopplæringen  
 Forskningsrådet  
 Helsedirektoratet  
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)  
 Integrerings- og mangfoldsdirektoratet – IMDi  
 Konfliktrådet  
 Mattilsynet  
 Miljødirektoratet  
 Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse  
 Nasjonalt senter for e-helseforskning  
 Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet  
 Politidirektoratet  
 Statsforvalterne  
 Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)  
 Statens helsetilsyn  
 Statens vegvesen Vegdirektoratet  
 Statistisk sentralbyrå (SSB)  
 Statlige høyskoler  
 Utdanningsdirektoratet  
 Universitetene

Vegdirektoratet  
 Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet

Sametinget

Fylkeskommunene  
 Kommunene

Nasjonale kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Oslo

Universitetssykehus HF

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Regionale helseforetak

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Statskog SF

4 H

Actis

Akademikerne

ADHD Norge

Akan

Aktivitetsalliansen

Aldring og helse

Allmenlegeforeningen

Angstringen Norge

Antidoping Norge

Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund

Arbeidsgiverforeningen Spekter

Audiografforbundet

Barnekreftforeningen

Barnevernspedagogene

BarnsBeste

Bellona

Blå Kors

Cicero

Den norske jordmorforening

Den norske legeforening	Landsforeningen for overvektige
Den norske tannlegeforening	Landsforeningen for barnevernsbarn
Den Norske Turistforening	Landsforeningen mot seksuelle overgrep, LMSO
Design og arkitektur (DogA)	Landsgruppen av helsesykepleiere NSF
Det norske hageselskap	Landslaget for mat og helse i skolen
Det Norske Totalavholdsselskap	Landslaget for rusfri oppvekst
Diabetesforbundet	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
DNT Ung	Legemiddelindustrien (LMI)
Elevorganisasjonen	LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord
FAFO	LHL – Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Fagforbundet	Likestillingssenteret
Fellesorganisasjonen (FO)	LISA-gruppene
Folkeakademiens Landsforbund	LNU – Landsrådet for barne- og ungdomsorganisasjoner
Folkehelseforeningen	LPP Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
Folkets strålevern	MA – Rusfri trafikk
Forandringsfabrikken	Maskinentreprenørenes forbund
Forbundet mot rusgift	Matprat, Opplysningskontoret for egg og kjøtt
Foreningen for human narkotikapolitikk	Mental Helse Norge
Foreningen tryggere ruspolitikk	Mental helse ungdom
Foreningen Vi som har et barn for lite	Minotenk
Forskerforbundet	Mira-senteret
Framtiden i våre hender	MOT
Frelsesarmeen	Musikkens studieforbund
Friluftsrådernes Landsforbund (FL)	Måltidets hus
Frischsenteret	NAKuHel-senteret (NaturKulturHelse), Asker
Frivillighet Norge	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	Natur og ungdom
Geitmyra matkursenter for barn	Naturvernforbundet
Gjensidigestiftelsen	Naturviterne
GreeNudge	Nettverk av helsefremmende kommuner
Grete Roede AS	Nettverk for helsefremmende samfunn (fremSAM)
Helseutvalget	Nettverk for miljørett
HivNorge	NIBR
HLF Hørselshemmedes Landsforbund	NIKAN – nikotinalliansen i Norge
Hovedorganisasjonen Virke	NOAH – For dyrs rettigheter
Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse	NOFIMA
Hyperion – Norsk Forbund for Fantastiske Fritidsinteresser (N4F)	Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF)
Internasjonal helse- og sosialgruppe – ungdomsorg	Norges Blindeforbund
IOGT	Norges Bygdekvinnelag
Junior – og barneorganisasjonen JUBA	Norges Døveforbund
Juvente	Norges Farmasøytiske Forening
Kirkens bymisjon	Norges Handikapforbund
Klima=Helse, Norsk medisinstudentforening	Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite (NIF)
Klinisk ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF)	Norges kristelige legeforening
Kommuneforlaget AS	Norges Kvinne og familieforbund
Kost- og ernæringsforbundet	Norges Optikerforbund
Krafttak for sang	Norges Røde Kors
Kreftforeningen	Norges sjømatråd
KS – Kommunesektorens organisasjon	Norges Tannteknikerforbund
Kulturforbundet	Normal Norge
Kunnskapsenter for lengre arbeidsliv	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening



Norsk dampelskap	Skeiv ungdom
Norsk Ergoterapeutforbund	Skolematens venner
Norsk ernæringsfaglig forening (NEFF)	SOS Barnebyer Norge
Norsk Forbund for Utviklingshemmede)	Sparebankstiftelsen
Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)	Spillavhengighet Norge
Norsk forening for ernæringsvitenskap	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk forening for infeksjonsmedisin	Stiftelsen DAM
Norsk forening for Musikkterapi	Stiftelsen DET ER MITT VALG
Norsk forening mot støy	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Norsk Friluftsliv	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norsk Fysioterapeutforbund	Tekna
Norsk gynekologisk forening	Transportøkonomisk Institutt TØI
Norsk Kiropraktorforening	Trygg Trafikk
Norsk kommunalteknisk forening	Tverga
Norsk kulturforum	Ungdom mot narkotika – UMN
Norsk kulturskoleråd	Ungdom og Fritid – Landsforeningen for fritidsklubber og ungdomshus
Norsk musikkråd	Unicef Norge
Norsk osteoporoseforbund	Unio
Norsk Pasientforening	Utdanningsforbundet
Norsk Psykologforening	Vellenes Fellesorganisasjon
Norsk Revmatikerforbund	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Norsk selskap for ernæring	
Norsk studentunion	Departementet mottok 181 høringsvar. Av disse hadde 174 merknader:
Norsk Sykepleierforbund	
Norsk tannhelsesekretærers forbund	Arbeidstilsynet
Norsk Tannpleierforening	Barne-, ungdoms- og familieetaten
Norsk Vann	Barneombudet
Norsk arkitekters landsforbund	Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
Norske boligbyggelag (NBBL)	Folkehelseinstituttet
Norske Kvinners Sanitetsforening	Helsedirektoratet
Norske landskapsarkitekters forening	Institutt for ernæring og folkehelse, Universitetet i Agder
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Mattilsynet
Opplysningskontoret for brød og korn	Miljødirektoratet
Opplysningskontoret for frukt og grønt	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no)	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Organisasjonen Voksne for Barn	Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet ved Høgskulen på Vestlandet
Pensjonistforbundet	Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet
PRESS – Redd barna ungdom	Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Private Barnehagers landsforbund	UiT – Norges arktiske universitet, Institutt for samfunnsmedisin, Instituttleder
Reform – ressursenter for menn	Universitetet i Agder
Ryggforeningen i Norge	Universitetet i Bergen
Røde Kors Ungdom	Universitetet i Bergen ved Psykologisk fakultet
Rådet for et aldersvennlig Norge	Universitetet i Innlandet
Rådet for muskelskjeletthelse	Statsforvalteren i Agder
Rådet for psykisk helse	Statsforvalteren i Innlandet
Rådgivning om spiseforstyrrelser	Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Selvhjelp Norge	Statsforvalteren i Trøndelag
Senior Norge	Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus
Sernior-nett	
Senteret for et aldersvennlig Norge	
Sex og samfunn	
Sjømat Norge	
Skadeforebyggende forum	

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)	Nordre Follo kommune
Statens helsetilsyn	Notodden kommune
Statens vegvesen Vegdirektoratet	Numedals-kommunene (Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal)
Statistisk sentralbyrå (SSB)	Oppdal kommune
VID vitenskapelige høyskole AS	Ringerike kommune
Sametinget	Seljord kommune
Agder fylkeskommune	Skien kommune
Akershus fylkeskommune	Sogndal kommune
Buskerud fylkeskommune	Solund Kommune
Finnmark fylkeskommune	Stavanger kommune
Innlandet fylkeskommune	Tønsberg kommune
Møre og Romsdal fylkeskommune	Trondheim kommune
Nordland fylkeskommune	Verdal kommune
Telemark fylkeskommune	Ørland kommune
Troms fylkeskommune	Helse Førde HF
Trøndelag fylkeskommune	Helse Nord RHF
Vestfold fylkeskommune	Helse- og miljøtilsyn Salten
Vestland fylkeskommune	Helse Sør-Øst RHF
Østfold fylkeskommune	Helse Vest RHF
Alta kommune	Miljørettet helsevern IKS
Arendal kommune	Miljørettet helsevern i Grenland
Bamble kommune	Miljørettet helsevern i Vestfold
Bergen kommune	Samisk nasjonal kompetansetjeneste psykisk helsevern og rus (SANKS), Finnmarkssykehuset HF
Bærum kommune	Barn av rusmisbrukere
Drammen kommune	BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
Enhet for lokalmiljø og folkehelse, Bydel Gamle Oslo	CENSE-Norsk forskningscenter for seksuell helse
Fredrikstad kommune	Den norske legeforening
Frogn kommune	Den Norske Turistforening
Frøya kommune	DNT Telemark
Halden kommune	Electric snow scooter AS
Hamar kommune	Fagforbundet
Hammerfest kommune	FO (Fellesorganisasjonen)
Harstad kommune	Folkehelseutvalget i Motvind Norge
Heim kommune	Folkelig
Indre Østfold kommune	Forandringsfabrikken
Kinn kommune	Forum for friluftsliv i høyere utdanning
Kommuneoverlegane i Eidsfjord, Ullensvang, Voss, Vaksdal, Samnanger, Kvam, Ulvik og Kvinnherad	Frivillighet Norge
Kommuneoverleger i Telemark	Gjensidigestiftelsen
Kongsvinger kommune	HelseOmsorg21-rådet
Kongsberg kommune	Helsesenteret for papirløse migranter
Kragerø kommune	Helsesykepleierne NSF
Kristiansand kommune	Hjernerådet
Lier kommune	Hørselhemmedes Landsforbund
Lillestrøm kommune	Hyperion – Norsk forbund for fantastiske fritidsinteresserte
Lørenskog kommune	Klinisk ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet
Midt-Telemark kommune	Kreftforening
Molde kommune	Krisesentersekretariatet
Moss kommune	
Nes kommune	
Nome kommune	

KS– kommunesektorens organisasjon	Norsk Tannpleierforening
LHL	Opplysningskontoret for nikotinprodukter
LMI –Legemiddelindustrien	PCOS Norge
LNU – Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner	Pensjonistforbundet
Løvemammaene	Rådet for aldersvennlig Norge
ME-foreldrene	Redd Barna
Mental Helse Ungdom	Regionalt kunnskapscenter for barn og unge (RBKU Vest)
Muslimsk Dialognettverk	Røde Kors
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Samskipnadsrådet
Nasjonalt SRHR-nettverk	Samarbeidsrådet for Tros- og livssamfunn
Nettverk for helsefremmende samfunn	Sex og samfunn
Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid (NEMFO)	Skadeforebyggende forum
Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite	Stiftelsen Dam
Norges Kvinnelobby	Taterne/Romanifolket
Norges Optikerforbund	Menneskerettighetsforening
Norsk arkitekters landsforbund	Taternes Landsforening
Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)	Trygg Trafikk
Norsk forening for folkehelse – Folkehelseforeningen	Tverga
Norsk Forening for Helse- og Treningsfysiologer (NFHT)	Unio
Norsk forening for musikkterapi	Vestfold og Telemark Idrettskrets
Norsk Forum for Bedre Innemiljø for barn (NFBIB)	I tillegg, var det 4 privatpersoner som uttalte seg om forslagene.
Norsk fysioterapeutforbund	Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader eller innvendinger til høringsforslaget, eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:
Norsk fyrforening	Justis- og beredskapsdepartementet
Norsk Glaukomforening	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Norsk Friluftsliv	Kvinnherad kommune
Norsk Kulturforum	Helse Midt-Norge RHF
Norske Kvinners Sanitetsforening	Pilar – Kompetansetjenesten
Norsk nettverk for utdanning og forskning innen helsefremming	Den norske jordmorforening
Norsk Osteopartforbund	
Norsk psykologforening	
Norsk Revmatikerforbund	
Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam)	
Norsk Sykepleierforbund	

## 4 Grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet

### 4.1 Gjeldende prinsipper

I Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 7 er det omtalt fem grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet. Dette er prinsippene om utjevning, helse i alt vi gjør (Health in All Policies), føre-var, bærekraftig utvikling og medvirkning.

Loven bygger på de nevnte prinsippene. Prinsippene står ikke direkte i loven, men flere av bestemmelsene i loven bygger på disse prinsippene. Formålet i loven om å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller kommer til uttrykk i § 1. Krav om at kommunene særlig skal være oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller, bygger på prinsippet om utjevning, som kommer til uttrykk i § 5. Bærekraftig utvikling kommer også til uttrykk i formålsparagrafen i § 1 gjennom bruk av begrepet langsiktig. Kravet om at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, bygger på prinsippet om helse i alt vi gjør, og kommer til uttrykk i § 4. Helse i alt vi gjør ligger også til grunn for virkemidlene som skal sikre samordning av tiltak mellom sektorene og mellom forvaltningsnivåene, som er nedfelt i §§ 4 til 7 og §§ 20 til 25. Dette er også grunnlaget for at ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen ble lagt til kommunen som sådan da folkehelseloven ble innført, og ikke til helse- og omsorgstjenesten. Føre-var kommer til anvendelse ved fastsetting av normer for godt folkehelsearbeid etter § 24, og kommer til uttrykk i virkemidlene etter kapittel 3.

Det vises til Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 7 for beskrivelse av prinsippene. Innholdet i prinsippene må også ses i lys av kunnskapsutviklingen på området etter at gjeldende folkehelselov ble innført.

#### 4.1.1 Høringsnotatets forslag

De fem prinsippene som folkehelseloven bygger på, ble foreslått videreført. Sosial bærekraft ble nærmere omtalt som del av prinsippet om bære-

kraftig utvikling, og samordning og samarbeid ble omtalt som del av prinsippet om helse i alt vi gjør. Dette utfyller omtalen i kapittel 7 i Prop. 90 L (2010–2011). Videre foreslo departementet krav til samarbeid med frivillig sektor for statlige helsemyndigheter, som bygger på prinsippet om medvirkning, se punkt 11.1.

Det foreslås også to nye prinsipper som grunnlag for folkehelsearbeidet, se punkt 4.2 og 4.3.

#### 4.1.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser mener at begrepet bærekraft eller bærekraftig utvikling bør fremgå direkte i loven. *Nettverk av helsefremmende samfunn (Fremsam)* uttaler:

«Vi noterer oss at verken «bærekraft» eller «bærekraftig utvikling» er brukt som begrep i lovteksten, selv om det er et av prinsippene som loven bygger på. Det kan være naturlig å benytte «bærekraftig utvikling» til tross for at føre var-prinsippet ivaretar «langsiktig». Arbeidet for miljømessig, økonomisk og sosial bærekraft er tett forbundet med folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner, og vi mener derfor at det er ønskelig at loven også understreker den faglige sammenhengen mellom menneskers helse og livskvalitet og bærekraftsdimensjonene og at begrepet har sin plass i loven.»

*Østfold fylkeskommune* skriver:

«Departementet skriver at bærekraftig utvikling kommer til uttrykk i formålsbestemmelsen (§ 1), gjennom bruk av begrepet «langsiktig». Vi mener det er uklart om bærekraftsdimensjonen er inkludert i dette begrepet. Vi foreslår at denne dimensjonen inkluderes i ordlyden i paragrafen, da bærekraftsaspektet er en forutsetning for en «samfunnsutvikling som fremmer folkehelse herunder livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og utjevner sosiale helseforskjeller.»

*Innlandet fylkeskommune* uttaler:

«Sosialt bærekraftige samfunn handler om samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet og lik tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljøer. Derfor er vektlegging av den sosiale bærekraftdimensjonen i folkehelsearbeidet viktig både for vektlegging av befolkningens og lokalsamfunnenes ressurser, men også for å skape like muligheter for alle.»

Flere høringsinstanser peker på viktigheten av tverrsektorielt samarbeid, og flere mener det er positivt at samordning og samarbeid blir tydeliggjort som del av prinsippet om helse i alt vi gjør.

Fremsam uttaler at de er glade for å se at samarbeid og samordning vektlegges for å realisere et godt tverrsektorielt folkehelsearbeid.

*Trygg trafikk* uttaler at de:

«støtter departementets forslag om å tydeliggjøre samordning og samarbeid som viktige forutsetninger for at folkehelsearbeidet skal være effektivt og forsvarlig.»

*Helsedirektoratet* mener at samarbeid og samordning bør være et eget prinsipp og at det bør forankres et egnet sted i loven, i tillegg til formålsbestemmelsen der samordning er nevnt. Direktoratet viser blant annet til forskning som bekrefter manglende samordning.

*Folkelig* foreslår også at samarbeid fremgår direkte av lovens bestemmelser.

*Statsforvalter i Agder* mener også at loven:

«ikke i tilstrekkelig grad tydeliggjør det tverrsektorielle ansvaret for folkehelsearbeidet slik det er vist et behov for gjennom ulike rapporter og tilsyn og mener dette bør fremgå tydeligere i selve lovteksten.»

*Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)* uttaler at:

«Mange kommuner og fylkeskommuner har kommet langt med å jobbe tverrsektorielt for å få til «Helse i alt vi gjør», mens staten ligger betydelig etter og fremstår som en «bremsekloss» i arbeidet med å jobbe tverrsektorielt for å løse folkehelseutfordringer, og behovet for økt samordning på statelig nivå er påpekt. Kravet til statlig samordning og tverrsektorielt arbeid bør derfor tydeliggjøres ytterligere i loven.»

*Tverga* støtter vektleggingen av tverrsektorielt samarbeid for å oppnå effektive og rettferdige folkehelse tiltak, og at samordning er avgjørende for å sikre at alle relevante aktører bidrar til en helhetlig innsats.

*Tønsberg kommune* ønsker retningslinjer for hvordan prinsippene skal ivaretas i folkehelsearbeidet.

*Nordre Follo kommune*, *Fremsam* og *Nordland fylkeskommune* mener det ikke er hensiktsmessig med for mange prinsipper.

Enkelte høringsinstanser mener det er for lite fokus på sosial utjevning.

#### 4.1.3 Departementets vurderinger

Departementet foreslår at de fem nevnte prinsippene fortsatt skal legges til grunn som grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. I tillegg til de fem etablerte prinsippene foreslår departementet også at prinsipper om kunnskap og om vurdering av barnets beste bør legges til grunn, se punkt 4.2 og 4.3.

##### *Utjevning*

Forslaget til endringer i folkehelseloven innebærer en videreføring av prinsippet og bestemmelser om utjevning av sosiale helseforskjeller. Det vises til omtalen i Prop. 90 L (2010–2011). Med en presisering av statens ansvar, jf. forslag til ny § 22, vil også statens ansvar for utjevning av sosiale helseforskjeller bli presisert.

##### *Nærmere om sosial bærekraft som del av prinsippet om bærekraftig utvikling*

Bærekraftig utvikling er et overordnet mål på samfunnsutviklingen internasjonalt og nasjonalt. I 2015 ble bærekraftsmålene vedtatt på FNs generalforsamling, og de fleste av bærekraftsmålene er relevante på folkehelseområdet i lys av folkehelsepolitikkenes tverrsektorielle innretning, samt i lys av faktorer i miljø og samfunn som påvirker helse.

Det har skjedd en utvikling i forståelsen av begrepet bærekraftig utvikling siden 2011. Dette gjelder spesielt sosial bærekraft. Sosial bærekraft handler om å sikre at alle mennesker får et godt og rettferdig grunnlag for et anstendig liv og har klare fellestrekk med folkehelse. Menneskelige behov og velferd står i sentrum, sosial rettferdighet er en hovedmålsetting og menneskelig utvikling, helse og livskvalitet fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer og nivåer, myndiggjøring av lokalsamfunn og gjennom demokratisk delta-

gelse og medvirkning fra befolkningen, jf. NIBR-rapport 2017:15 (Hofstad og Bergsli).

Videre viser Helse- og omsorgsdepartementet til Helseberedskapsmeldingen, Meld. St. 5 (2023–2024), om forholdet mellom folkehelsen og befolkningens motstandsdyktighet i kriser.

Økonomisk og miljømessig bærekraft er samtidig sentralt for folkehelsen og bidrar til god folkehelse og økt sosial bærekraft. Økonomisk bærekraft bidrar blant annet til å sikre velferdsstatens bærekraft. Miljømessig bærekraft gjennom reduksjon av klimagassutslipp, og klimatilpassning, naturmangfold og like muligheter for alle til et trygt, rent og giftfritt miljø er viktig for befolkningens helse og for fordeling av helse. I et folkehelseperspektiv, og for å sikre sosial bærekraft, må klimaomstillingen og fordeling av natur og miljøgoder være sosialt rettferdig. Det samme gjelder for fordelingen av negative miljøfaktorer for eksempel luftforurensning og støy. Flere høringsinstanser etterlyser at bærekraft, og spesielt sosial bærekraft, omtales i loven. Departementet er enig i dette, og foreslår at bærekraft tas inn i formålsbestemmelsen, se omtale av dette under punkt 5.1.

#### *Helse i alt vi gjør*

I dagens prinsipp om helse i alt vi gjør gjelder implisitt også samarbeid og samordning. Departementet ønsker å tydeliggjøre at helse skal ivaretas i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer (helse i alt vi gjør), og at disse så langt det er hensiktsmessig skal samordne sin virksomhet. Høringsinstansene støtter dette. For å legge til rette for en helhetlig samfunnsmessig innsats i folkehelsearbeidet, er et hovedformål med loven å sikre forsvarlig samordning av folkehelsearbeidet. Kommunene skal blant annet samarbeide med andre myndigheter, virksomheter og frivillig sektor, fylkeskommunene skal samordne folkehelsearbeidet i fylket gjennom sin pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet, og departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner.

Flere høringsinstanser mener at samarbeid og samordning bør fremgå direkte av loven. Departementet viser til at folkehelseloven gir et tverrsektorielt ansvar for folkehelse, og at tverrsektorielt samarbeid og samordning er en nødvendig forutsetning for at kravene i loven kan oppfylles på en forsvarlig måte. Departementet vurderer derfor at det ikke er nødvendig med egne krav til samarbeid og samordning, og at utfordringer og behov knyttet til samarbeid og samordning kan ivaretas gjennom andre virkemidler, herunder veiledning,

implementering og løpende evaluering av folkehelsearbeidet. For å tydeliggjøre det tverrsektorielle ansvaret på statlig nivå, er det foreslått at «statlige helsemyndigheter» i § 1 tredje ledd endres til «statlige myndigheter», se punkt 7.1.4.

Folkehelseloven er tett koblet til plan- og bygningsloven som tilsvarende har samordning av nasjonale, regionale og kommunale oppgaver og interesser som formål, blant annet gjennom samarbeid.

I beredskapsarbeidet er samvirkeprinsippet ett av fire grunnleggende prinsipper. Prinsippet innebærer at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med andre aktører, både forebyggende og ved kriser.

#### *Medvirkning*

Dagens folkehelselov § 4 tredje ledd stiller krav til at kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Mange kommuner har bredt samarbeid med lag og foreninger, både i utforming av utfordringsbilde og politikk og i gjennomføring av tiltak. Inntrykket er likevel at medvirkningsprosessene ikke er like etablerte i alle kommuner. Møreforskning viser i en rapport at organisering og samarbeidskultur vurderes som særlig viktig for å få til godt offentlig-frivillig samarbeid.

Myndighetene har en plikt til aktivt å legge til rette for medvirkning fra barn og unge i folkehelsearbeidet, i tråd med rettigheter etter Grunnloven § 104 første ledd og barnekonvensjonen artikkel 12. Prinsippet om medvirkning må derfor ses i sammenheng med prinsippet om barnets beste, som er omtalt i punkt 4.3.

#### *Føre-var-prinsippet*

Forslaget til endringer i folkehelseloven innebærer en videreføring av bestemmelser som bygger på føre-var-prinsippet. Det vises til omtalen i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 7.4.

## **4.2 Kunnskap**

### **4.2.1 Bakgrunn og gjeldende rett**

Kunnskap er nødvendig for å kunne ta gode beslutninger på lokalt, regionalt og statlig nivå. Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid bidrar til bedre måloppnåelse og bedre ressursbruk.

Selv om kunnskap ikke er uttalt som et grunnleggende prinsipp for gjeldende folkehelselov, ligger kunnskap som grunnlag for et godt folkehelse-

searbeid til grunn for systematikken i folkehelse-loven. Det er i folkehelse-loven to innganger til kunnskap, dels kunnskap om utfordringer og tiltak etter vitenskapelige kriterier og dels erfaringsbasert kunnskap basert blant annet på løpende kvalitetsforbedring og internkontroll.

Det vises blant annet til kravet til oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen, jf. §§ 5, 21 og 22, Helsedirektoratets ansvar for å tilgjengeliggjøre statistikk til kommuner og fylkeskommuner etter § 24 og Folkehelseinstituttets ansvar for statistikk, forskning og kunnskapsoppsummeringer på folkehelseområdet etter § 25. Kunnskapsproduksjon skjer i arbeidet med å få oversikt, gjennom forskning og analyse, statistikkproduksjon, evalueringer og kunnskapsoppsummeringer. For at kunnskapen skal komme til nytte, må kunnskapen fra de ulike kildene sammenstilles og formidles. Kunnskapen må være lett tilgjengelig og tilpasset ulike målgrupper.

Folkehelse-loven § 30 fastslår at kommunen og fylkeskommunen skal ha internkontroll etter reglene i lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommune-loven) § 25-1 med krav fastsatt i eller i medhold av denne loven.

Den nye internkontrollbestemmelsen i kommune-loven § 25-1 trådte i kraft 1. januar 2021. Bestemmelsen oppstiller en plikt for kommuner og fylkeskommuner til å ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Denne nye internkontrollbestemmelsen er bygget ut sammenliknet med internkontrollbestemmelsen i kommune-loven av 1992, som påla kommunene å ha en «betryggende kontroll». Internkontrollbestemmelsen i kommune-loven § 25-1 lovfester de mest sentrale kravene for internkontroll, som tidligere sto i flere sektorlover, og utgjør minstekrav til kommunenes internkontroll. Det vises til Veileder om kommune-lovens internkontrollbestemmelser fra Kommunal- og distriktsdepartementet fra 2021, som beskriver krav om nødvendige rutiner og prosedyrer, avvikshåndtering, dokumentasjon og rapportering.

Kommunens systematiske folkehelsearbeid etter folkehelse-loven består av følgende fem bestanddeler: oversikt, planstrategi, fastsette mål i plan, tiltak og evaluering. De fire første er alle knyttet til bestemte paragrafer i loven, henholdsvis §§ 5, 6 og 7. Evaluering er ikke direkte knyttet til en bestemmelse, men inngår som en del av internkontroll, jf. § 30, og dels gjennom revisjon av oversikten § 5 som grunnlag til å revidere mål og plan § 6, det vil si revisjon av kommunens systematiske folkehelsearbeid. Det er ikke noe krav til evaluering av enkelttiltak.

Hensikten med evaluering av kommuners systematiske folkehelsearbeid er å vurdere om arbeidet for bedre folkehelse utvikles i riktig retning gjennom å sikre at de konkrete kravene i lov og forskrift og lovens formål om systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, jf. § 1, er oppfylt. Dette er å anse som en del av kommuners og fylkeskommuners internkontroll. I arbeidet med internkontroll inngår også vurderinger av måloppnåelse og om tiltak er nødvendige og har god effekt.

Helsedirektoratets kartlegging i 2022 av kommuners systematiske folkehelsearbeid viser at i overkant av halvparten (56 prosent) har gjennomgått og vurdert sitt arbeid med folkehelse i 4-årsperioden, altså før en ny runde med oversiktsarbeid og kommunens planstrategi skal behandles politisk. Videre sier i overkant av 40 prosent av kommunene hva kommunen ønsker å jobbe videre med og vet hvordan de skal jobbe videre med forbedringsarbeidet.

Den årlige kartleggingen Helsedirektoratet har gjennomført siden 2020 viser at kommunene har hatt en god utvikling i sitt systematiske folkehelsearbeid med hensyn til oversikt, planstrategi, mål og tiltak, men kommunenes evaluerings- og forbedringsarbeid er i mindre grad en integrert del av arbeidet. Kommunene selv oppgir blant annet begrepet evaluering som utfordrende.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2024 om kommunens arbeid for å fremme god psykisk helse hos barn og unge etter folkehelse-loven viser også at flere kommuner har mangler i sitt arbeid med evaluering og internkontroll. I tilsynsrapporten fremgår det at:

«I spørreundersøkelsen oppgir 60 % av kommunene at de ikke har internkontroll med sitt systematiske folkehelsearbeid. Blant de 30 kommunene som ble intervjuet finner Helsetilsynet at halvparten hverken har internkontroll eller evaluering av enkelttiltak. 6 av 30 kommuner har internkontroll, mens 8 av 30 kommuner kun evaluerer enkelttiltak. Samtidig er bestemmelsene om internkontroll og evaluering de som i minst grad er operasjonalisert i lov og veiledningsmaterieell om folkehelsearbeid, og kan derfor ha blitt besvart med ulik forståelse.»

Statlige helsemyndigheter har gjort tilgjengelig kunnskap for å gjøre det enklere for kommunene å vurdere om befolkningens helse forbedres eller ikke. Helsedirektoratet har utarbeidet veivisere i lokalt folkehelsearbeid for å gi råd om effektive tiltak. Det vises også til ulike veiledere og faglige

retningslinjer. Også en rekke aktiviteter i regi av fylkeskommunene bidrar til å gjøre kommunenes arbeid mer kunnskapsbasert.

#### 4.2.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo i høringsnotatet flere tiltak for å styrke det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Forslagene var både knyttet til å få bedre oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, men også bedre kunnskap om effektive tiltak.

Viktige tiltak for å fremme bedre oversikt er blant annet forslaget til § 22 tredje ledd første og annen setning om at:

«Departementet skal ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, herunder en sammenstilt oversikt i hver stortingsperiode. Departementet skal regelmessig fastsette nasjonale folkehelseutfordringer som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk.»

Høringsnotatet foreslo også flere tiltak for å styrke grunnlaget for kommuners og fylkeskommuners oversikt. Dette gjelder blant annet forslaget om at Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkeshelseundersøkelser og å gjøre statistikk fra blant annet de sentrale helseregistrene lett tilgjengelig. Det vises til omtale i punkt 11.3. Videre foreslo høringsnotatet endringer for å forenkle Helsedirektoratets arbeid med statistikkprodukter som folkehelseprofiler og oppvekstprofiler, slik at mer data kan gjøre tilgjengelig. Det vises til omtale i punkt 11.2. I høringsnotatet pekte departementet også på behovet for å tydeliggjøre formålet med kommuners og fylkeskommuners oversiktsarbeid. Det vises til omtale i punkt 8.2 og 10.2.

I høringsnotatet framhevet departementet at de største utfordringene omkring kunnskapsbasert folkehelsearbeid framover er knyttet til manglende kunnskap om folkehelseiltak, herunder om effekter av ulike tiltak. På den bakgrunn ble det foreslått i § 22 at statlige folkehelseiltak bør effektvalueres. Videre ble det foreslått i § 20 at fylkeskommunene skal bidra til forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene, gjennom samarbeid med kommuner, stat, herunder statsforvalter, forsknings- og utviklingsinstitusjoner, helseforetak, næringsliv og frivillig sektor. Videre ble det foreslått i § 4 at kommunene får en plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning og

annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak. Det vises til nærmere omtale av dette under de ulike kapitlene i denne lovproposisjonen.

I høringsnotatet foreslo departementet å flytte internkontrollkravet fra § 30 til henholdsvis §§ 4 og 20, som en teknisk flytting. Det vises til omtalen av endringer i lovstrukturen i punkt 6.

#### 4.2.3 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser uttaler seg positivt til økt vektlegging av kunnskap i folkehelseloven. Dette gjelder særlig universitetsmiljøene, men også fylkeskommuner og kommuner er positive til endringsforslagene som gjelder kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet.

*UiT Norges arktiske universitet* uttaler blant annet:

«Vi støtter ambisjonen om å videreutvikle kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom økt vektlegging av beslutningsgrunnlag og forskningsbasert evaluering av tiltak.»

Høringsinstansenes mer konkrete syn på tiltakene for å fremme et bedre kunnskapsgrunnlag er oppsummert i punkt 8.1.3 om kommunens ansvar etter § 4, punkt 10.1.2 om fylkeskommunens ansvar etter § 20, punkt 11.1.3 om statens ansvar etter § 22, punkt 11.2.2 om Helsedirektoratets ansvar etter § 24 og i punkt 11.3.2 om Folkehelseinstituttets ansvar etter § 25.

Det er få merknader til kunnskap gjennom kvalitetsforbedring og internkontroll, men *Helse- og miljøtilsyn Salten* uttaler følgende:

«Kravet til internkontroll videreføres, med henvisning til kommunelovens § 25-1. I forlengelsen av dette må det stilles et konkret krav om evaluering i Folkehelseloven, under kap. 2 Kommunens ansvar, § 7 Tiltak, og ikke bare gjennom Kommunelovens § 25-1 tredje ledd. Kravet om evaluering vil bidra til at de rette tiltakene blir prioritert slik at formålet med FHL oppfylles. Kravet om evaluering bør være koblet mot forskningsbasert kunnskap, kravet om «å iverksette nødvendige tiltak» i § 7 og effekten av disse og helsekonsekvensvurdering som en del av kommunen planarbeid – også planarbeid etter PBL. I forlengelsen av dette bør kravet følges opp med en veileder/beskrivelse av beste praksis som tydeliggjør hva som ligger i godt systematisk folkehelsearbeid – herunder tverrsektoriell ivaretagelse av regelverkskrav.»



*Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus* uttaler at:

«Vi ser positivt på at kravet om evaluering og internkontroll tydeliggjøres. Vår erfaring fra tilsynet med kommunens arbeid for å fremme god psykisk helse hos barn og unge viser at mange kommuner ikke gjennomfører dette i tilstrekkelig grad, og at det kan være vanskelig å fullt ut forstå hva loven krever når det gjelder evaluering og internkontroll av folkehelsearbeidet.»

*Nettverk for helsefremmende samfunn (Fremsam) og Helsedirektoratet* mener at evaluering bør tydeliggjøres ytterligere. Helsedirektoratet uttaler:

«Det bør tydeliggjøres at evaluering i et systematisk folkehelsearbeid ikke er det samme som evaluering av tiltak, men en del av kommunens forbedringsarbeid gjennom internkontrollsystemet.»

*Trøndelag fylkeskommune* skriver:

«Fylkesdirektøren støtter departementets forslag om å ta inn kunnskap som et nytt bærende prinsipp i folkehelsearbeidet. Å innhente og analysere beste tilgjengelige kunnskap er selve grunnmuren for beslutninger som fattes og for valg av tiltak.»

#### 4.2.4 Departementets vurderinger

Departementet foreslår at kunnskap regnes som et av de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeidet. Prinsipp om kunnskap må også ses i sammenheng med føre-var-prinsippet, dvs. at der vitenskapelig kunnskap er mangelfull eller usikker, og det er rimelig grunn til bekymring for helseskade, skal denne usikkerheten ikke brukes som grunnlag til å utsette eller ikke iverksette tiltak.

I formålsbestemmelsen til loven står det i dag at loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Departementet mener at kunnskap er en forutsetning for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid, men har likevel valgt å tydeliggjøre dette i lovteksten. Departementet foreslår at loven skal legge til rette for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Departementet registrerer at det har skjedd en omfattende kunnskapsproduksjon siden folkehelseloven kom i 2012. Så vel på statlig som på fylkeskommunalt og kommunalt nivå er det en langt

bedre oversikt over folkehelseutfordringene i dag. Dette gjelder blant annet gjennom god tilgang til registerdata i form av statistikkbanker og bearbejdede produkter som folkehelseprofilene fra Helsedirektoratet. Det er fortsatt et potensial for å videreutvikle disse produktene. Det vises til omtalen av forslaget om at Helsedirektoratet kan kreve indirekte identifiserbare personopplysninger fra de sentrale helseregistrene og andre kilder som grunnlag for å utarbeide folkehelseprofilene, se punkt 11.2. Det vises også til omtalen av forslaget til Folkehelseinstituttets ansvar i § 25, med henvisning til statistikk fra registrene, se punkt 11.3.

Mye relevant informasjon inngår ikke i helseregistrene. Dette gjelder blant annet forhold knyttet til selvopplevd helse, levevaner og livskvalitet. OsloMet har gjennom Ungdata siden 2012 etablert en fast struktur som gir gode, regelmessige og oppdaterte data om situasjonen til ungdom i ungdomskolen og videregående opplæring. De senere årene er det også utviklet egne undersøkelser for mellomtrinnet (5.-7. klasse), kalt Ungdata junior.

For den voksne befolkningen gjennomføres det fylkesvise folkehelseundersøkelser (FHUS), i et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene. Departementet vurderer at det er gode erfaringer med disse undersøkelsene, men at det er utfordringer med regulariteten. Departementet foreslår å ta inn en ny bestemmelse i § 25 annet ledd i folkehelseloven, om at «Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser». Det vises for øvrig til omtalen i punkt 11.3.4. Forslaget innebærer ikke endringer i modellen for finansiering av de fylkesvise folkehelseundersøkelsene.

Departementet mener at det er behov for mer kunnskap om effekt av ulike folkehelse tiltak, og oppfatter bred støtte i høringen til dette. Evalueringen av tiltak må gjelde tiltak både i regi av kommuner, fylkeskommuner og staten.

Departementet foreslår en ny bestemmelse i folkehelseloven § 4 fjerde ledd som sier at kommunene bør medvirke til og tilrettelegge for forskning og annet kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak. Dette er etter inspirasjon fra Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3, som sier at «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Det vises til nærmere omtale i punkt 8.1.4.

Folkehelseprogrammet ble etablert i 2017 og skal virke til og med 2026. Det er besluttet å videreføre dette som en varig ordning og at midlene

som fordeles til lokal tiltaksutvikling etter programperioden, skal inngå i rammen til landets fylkeskommuner. Departementet foreslår at fylkeskommunene skal tillegges en oppgave i å stimulere til forskning og innovasjon innen folkehelse-tiltak og folkehelsearbeid i kommuner. Forslaget vil tre i kraft når det er budsjettmessig dekning for det. Det vises til nærmere omtale i punkt 10.1.4.

Departementet foreslår at «store nasjonale folkehelse-tiltak bør effektevalueres». Det vises til nærmere omtale i punkt 11.1.4.

Faglig uavhengighet er en forutsetning for å produsere kunnskap av god kvalitet og med faglig legitimitet. Faglig uavhengighet er en del av prinsippet om kunnskap. Folkehelsearbeidet på alle nivåer må bygge på faglig uavhengig kunnskap. Selv om ikke faglig uavhengighet generelt lovfestes, foreslår departementet å lovfeste faglig uavhengighet i statistikkproduksjon og -presentasjon. Forslaget er i tråd med bestemmelser i statistikklovens § 18 første ledd som lovfester faglig uavhengighet for Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg foreligger det internasjonale krav for å ivareta faglig uavhengighet i utarbeidelse av offentlig statistikk, slik det framkommer i EU-regelverk (forordning nr. 2015/759 og Eurostats Code of Practice).

Selv om det ikke foreslås en lovfesting av Helsedirektoratets uavhengighet i utarbeidelse av de årlige folkehelseprofilene, så legges det til grunn at disse skal utarbeides på en faglig uavhengig måte.

Departementet foreslår at kravet til internkontroll flyttes til hhv. § 4 (kommunen) og § 20 (fylkeskommunen). Det gjør at bestemmelsene som regulerer systematikken i folkehelsearbeidet, samles. Det ligger i internkontrollkravet at kommunen må kunne dokumentere at aktivitetene på folkehelseområdet er i tråd med regelverket. For eksempel må kommunen kunne dokumentere at de har tilstrekkelig oversikt over kommunens helseutfordringer i henhold til folkehelseloven § 5, at utfordringene blir ivaretatt i arbeidet med mål og planer etter § 6 og at det iverksettes nødvendige tiltak etter folkehelseloven § 7. Loven stiller ikke krav til evaluering av enkelttiltak, men for å vite om tiltak er nødvendige i tråd med § 7, må kommunen vurdere om tiltak svarer til utfordringsbildet og har ønsket effekt. Internkontrollen må blant annet ivareta rutiner og prosedyrer som er nødvendige for at kravene er oppfylt, jf. kommuneloven § 25-1 tredje ledd bokstav c, og skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll må evalueres og ved behov forbedres, jf. kommuneloven § 25-1 tredje ledd bokstav e. Basert på Helse-

tilsynets landsomfattende tilsyn i 2024 med folkehelsearbeidet og undersøkelser av folkehelsearbeidet utført av Helsedirektoratet, ser departementet at det er behov for ytterligere tiltak for å tydeliggjøre kravet til evaluering av folkehelsearbeidet som del av arbeidet med internkontroll. Departementet vurderer at dette bør ivaretas i veiledning og implementering av loven. Dette er også i tråd med Helsetilsynets anbefaling i rapporten etter tilsynet i 2024 og høringsinnspill.

Kompetanse er en del av kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Dette er nærmere omtalt i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 18. Der er spesielt behov for samfunnsmedisinsk og miljørettet helsevernkompetanse omtalt. Etter 2010 har det vært en utvikling i folkehelsearbeidet. Når det gjelder psykisk helse i folkehelsearbeidet, er dette tydeligere og mer forstått som en folkehelseutfordring. Folkehelseprogrammet har bidratt til utvikling av dette, se omtale av psykisk helse i punkt 5.2. Videre har det vært en økning av personell med folkehelsevitenskapelig bakgrunn i kommuner og fylkeskommuner. Departementet viser til *Helsedirektoratet* som uttaler:

«Kommunen må sørge for en hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom ulike fagpersoner i kommunen for å løse oppgavene på en effektiv, hensiktsmessig og helhetlig måte. Et eksempel på behov for tverrsektoriell kompetanse er kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom i kommunen etter folkehelseloven kapittel 3, som inneholder administrative, tekniske, medisinske og veiledningsoppgaver. Kommunens arbeid etter folkehelseloven, herunder oppgavefordeling og nødvendige rutiner for samarbeid mellom fagpersoner i kommunen skal være en del av kommunens internkontroll, jf. folkehelseloven § 30. Samfunnspsykologisk kompetanse er sentral i det systematiske folkehelsearbeidet, herunder i evaluering av tiltak, og generelt i kommunens videreutvikling av et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Samfunnspsykologisk kompetanse kan være knyttet opp mot psykologer ansatt i kommunen, men også andre yrkesgrupper kan tilegne seg en viss kompetanse på området som gir relevante samfunnspsykologiske perspektiver inn i folkehelsearbeidet.»

Folkehelsearbeidet er ikke bare tverrsektorielt, det er også tverrfaglig. På bakgrunn av dette må kommunene for å ivareta folkehelsearbeidet på en kunnskapsbasert måte som forutsatt etter folkehelseloven, sørge for en hensiktsmessig oppga-

vefordeling og samarbeid mellom ulike fagpersoner i kommunen. Kompetanse innen miljø og helse, samfunns- og folkehelsevitenskap, helsesykepleie, samfunnsmedisin og psykisk helse er av stor betydning for å ivareta oppgaver etter loven på en forsvarlig og kunnskapsbasert måte. Videre er det av betydning at andre sentrale fagpersoner, slik som kommuneplanleggere mv. har grunnleggende kunnskap innen folkehelse. Kompetanse innen psykisk helse er nærmere omtalt under punkt 5.2. Samfunnsmedisinsk kompetanse er omtalt under punkt 8.7.

## 4.3 Barnets beste

### 4.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Grunnloven § 104 annet ledd og FNs barnekonvensjon artikkel 3 nr. 1 slår fast at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle saker og avgjørelser som berører barn. Barnekonvensjonen er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2, og har forrang ved motstrid med annet lovverk. Barns rett til å bli hørt er også et sentralt prinsipp i barnekonvensjonen artikkel 12.

Grunnloven § 104 lyder:

«Barn har krav på respekt for menneskeverdet sitt. Dei har rett til å bli høyrd i spørsmål som gjeld dei sjølve, og det skal leggjast vekt på meininga deira i samsvar med alderen og utviklingssteget.

Ved handlingar og i avgjerder som vedkjem born, skal kva som er best for barnet, vere eit grunnleggjande omsyn.

Born har rett til vern om den personlege integriteten sin. Dei statlege styresmaktene skal leggje til rette for utviklinga til barnet og mellom anna sjå til at det får den økonomiske, sosiale og helsemessige tryggleiken som det treng, helst i sin eigen familie.»

### 4.3.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo at hensynet til barns beste skal legges til som en sentral føring i tolkningen av loven, i tråd med det som allerede gjelder etter Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3.

Departementet foreslo under bestemmelsen om tiltak i kommunal regi, jf. forslag til nytt tredje ledd i § 7, at ved utforming og iverksetting av tiltak skal barns beste vurderes og vektlegges. Tilsvarende ble det foreslått i krav til fylkeskommu-

nene i § 21 a tredje ledd og til staten i § 22 tredje ledd.

### 4.3.3 Høringsinstansenes syn

Mange av høringsinstansene støtter at prinsippet om barns beste legges inn loven som en sentral føring i tolkningen av loven og at prinsippet synliggjøres i loven.

*Barne- ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir)* ser det som positivt at barnets beste løftes særskilt frem i loven som et av de grunnleggende prinsippene i folkehelsearbeidet. Samtidig stiller Bufdir spørsmål ved om bestemmelsen heller bør plasseres et annet sted i loven. Enten som en del av de innledende bestemmelsene eller i § 4, for å synliggjøre at kravet til barnets beste vurderinger ikke kun knyttes til folkehelseiltak, men også gjelder i forbindelse med kommunens oversiktarbeid. Bufdir mener videre at hensynet til barns beste og målet om å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge bør tas inn i ny formålsbestemmelse til loven.

*Molde kommune, Hammerfest kommune, Indre Østfold kommune, Fredrikstad kommune, Fremsam og Norsam* mener også at et grunnleggende hensyn som «barnets beste-vurdering» ikke bør avgrenses til å gjelde kun utforming eller iverksetting av tiltak, men heller flyttes til § 4, slik at barns beste legges vekt på i alle faser av det systematiske folkehelsearbeidet. Flere av høringsinstansene mener at bestemmelsen bør formuleres mer i tråd med bestemmelsen om å ha oppmerksomhet rettet mot samiske folkehelseutfordringer og at tilsvarende omformuleringer av barns beste-vurderinger gjøres i bestemmelsene § 20 for fylkeskommunen og § 22 for staten. Hammerfest kommune og Fredrikstad kommune foreslår at det eventuelt kan vurderes å løfte krav til vurdering av barns beste til selve formålsparagrafen.

*Barneombudet* støtter forslaget om at hensynet til barnets beste tas inn som en sentral føring i tolkningen av loven, og ber i tillegg om at barnets rett til å bli hørt, innarbeides i loven som en plikt til kommune, fylkeskommune og stat. Barneombudet uttaler:

«Barns rett til medvirkning er forankret i både Grunnlovens § 104 og i barnekonvensjonen. For å oppfylle kravene i barnekonvensjonen, skal barn og unge ha mulighet til å uttale seg, og de skal aktivt involveres i viktige beslutninger som tas. Barnekomiteen understreker at barnets rett til å bli hørt er viktig for å realisere deres rett til helse [...]. God ivaretagelse av

medvirkning fra barn og unge mener vi også vil understøtte ambisjonen om å videreutvikle og forsterke det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Barns egne erfaringer og innspill vil bidra til et mer treffsikkert beslutningsgrunnlag, bedre måloppnåelse og ressursbruk, i tråd med departementets ambisjon.»

*Redd Barna* er svært positive til forslaget og uttaler:

«I tråd med FNs barnekonvensjon artikkel 3, har det vært en viktig sak for Redd Barna at barnets beste gjelder både barn som individ, som del av en bestemt gruppe og barn generelt. [...] Folkehelseloven regulerer barns rettigheter på overordnet nivå, og slik sett ser vi også på det som naturlig at barn omtales i flertall. Vi stiller likevel spørsmål ved om forslaget til ordlyd i §§ 7 tredje ledd, 21 a tredje ledd og 22 tredje ledd om «barnas beste», i stedet for «barns beste», er den mest dekkende for hva denne forpliktelsen faktisk gjelder. «Barna» leder tanken til at barnebefolkningen utgjør en homogen gruppe, med sammenfallende behov og interesser. Redd Barna vurderer det dithen at «barns beste» i større grad ivaretar både barn som gruppe, men også som gruppe bestående av individer med mange ulike behov.»

Redd Barna mener også at det bør inntas en bestemmelse om barns medvirkning i folkehelseloven, for å tydeliggjøre det ansvaret kommune, fylkeskommune og stat har for å legge til rette for medvirkning og innhente og vektlegge barns egne perspektiver og synspunkter i folkehelsearbeidet. Redd Barna viser til at dette er en nødvendig del av en vurdering og vektlegging av barns beste.

*Forandringsfabrikken* mener også at barns medvirkning bør fremgå av loven på alle myndighetsnivåer, og at hensynet til barns beste bør fremgå av Helsedirektoratets ansvar etter § 24.

*BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende* støtter departementets forslag, men viser til at taushetsplikt kan være til hinder for barnas rettigheter når foreldre motsetter seg at barnet skal involveres.

Flere høringsinstanser påpeker at for at prinsippet skal få reell betydning, må det gis veiledning om hvordan prinsippet skal operasjonaliseres i praksis. Fremsam mener det i kommende veiledning til loven bør vises til plan- og bygningslovens § 1-1 om hensynet til barn og unges behov, interesser og deres oppvekstvilkår i planlegging

for å styrke koblingen til kommunens planlegging.

#### 4.3.4 Departementets vurderinger

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle saker og avgjørelser som berører barn. Dette følger av Grunnloven og barnekonvensjonen, og skal følges i folkehelsearbeidet også etter nåværende lov. For å synliggjøre kravet om å ta hensyn til barnets beste i folkehelsearbeidet, og bidra til å sikre at dette ivaretas, mener departementet at dette også bør følge direkte av folkehelseloven. Departementet mener formuleringen av kravet bør være mest mulig i tråd med formuleringen i Grunnloven. Det menes ikke noe annet enn det som følger av Grunnloven og barnekonvensjonen, og rettskilder og veiledning til disse vil være styrende for tolkningen av bestemmelsene om barnets beste i folkehelseloven.

Kravet innebærer at det blant annet i vurdering av tiltak etter loven skal tas hensyn til barnets beste, for å sikre at behovene og interessene til barn blir tatt hensyn til i handlinger og beslutninger som påvirker dem. Barneombudet har utarbeidet generell veiledning og verktøy om barnerettighetsvurderinger.

Vurdering av barnets beste er viktig i vurdering og iverksetting av tiltak etter loven, men for å ivareta kravet i Grunnloven og barnekonvensjonen på en best mulig måte i folkehelseloven, slik at kravet i loven også omfatter arbeid med oversikt, plan og medvirkning, foreslår departementet at prinsippet kommer til uttrykk i bestemmelser som gjelder folkehelsearbeidet generelt. Departementet mener videre at kravet bør formuleres på samme måte som det er formulert i Grunnloven og barnekonvensjonen, dvs. «Ved handlinger og i avgjørelser som berører barn, skal barnets beste, være et grunnleggende hensyn». Dette er i tråd med høringsinnspillene. Departementet foreslår at prinsippet kommer til uttrykk i lovens § 4 for kommunen, § 20 for fylkeskommunen og § 22 for staten. På statlig nivå er plikten lagt til statlige helsemyndigheter, som innebærer at plikten også vil gjelde for blant annet Helsedirektoratet.

Vurderinger av barnets beste må ses i sammenheng med de prinsipper folkehelseloven allerede bygger på og krav i loven som gjennomfører prinsippene. I folkehelsearbeidet er kunnskap om barns helsetilstand, barns behov og påvirkningsfaktorer som gjelder barn spesielt, en forutsetning for å kunne vurdere hva som er barns beste. Prinsippet må derfor ses i sammenheng med prinsippet om kunnskap.

Barn sine meninger er en viktig del av kunnskapen i vurderingen av hva som er barnets beste. Folkehelsearbeidet må legge til rette for at barn blir hørt i spørsmål som gjelder dem, i tråd med Grunnloven § 104 første ledd annet punktum og barnekonvensjonen artikkel 12. Barn deltar ikke på arenaer der beslutninger tas, på samme måte som voksne. Derfor kreves det at myndighetene aktivt legger til rette for medvirkning fra barn og unge i folkehelsearbeidet. Prinsippet om barnets beste må derfor ses i sammenheng med prinsippet om medvirkning og krav i loven som gjennomfører dette prinsippet. Flere høringsinstanser mener at barns rett til å bli hørt bør fremgå av loven. Folkehelseloven er ikke en rettighetslov, og departementet foreslår derfor ikke å legge en rett til å bli hørt inn i loven, men heller fremheve dette som en del av det grunnleggende prinsippet om barns beste og som en allerede gjeldende rettighet etter Grunnloven og barnekonvensjonen, samt framheve dette som en sentral del av medvirkningsprinsippet.

Kravet til å ta hensyn til barnets beste gjelder ved alle avgjørelser og handlinger, og skal tillegges vekt både i enkeltsaker og for barn som gruppe. Jo større påvirkning en handling eller beslutning har for barn, jo større krav stilles til grundige vurderinger av barnets beste. Barn er til stede på mange av samfunnets arenaer og mange handlinger og beslutninger påvirker barn, enten direkte eller indirekte. Kravet kan for eksempel tilsa at enkelte tiltak ikke iverksettes overfor barn eller at de iverksettes på en mindre inngripende måte overfor barn. Vekten av barns beste må vurderes konkret, avhengig av hva handlingen eller avgjørelsen innebærer av konsekvenser for barn og avveies mot andre hensyn som bør tas. Hensynet til barn skal ha stor vekt, men innebærer ikke at barns beste skal være avgjørende i alle tilfeller. Hva som er barnets beste kan også trekke i ulike retninger.

## 5 Nye gjennomgående elementer

### 5.1 Miljø og helse

#### 5.1.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Da folkehelseloven ble vedtatt, ble kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven, som omfattet miljørettet helsevern, flyttet over uten å gjøre større endringer i folkehelseloven (kapittel 3). Dette medførte at miljørettet helsevern ikke ble helhetlig integrert i folkehelseloven. Kapittel 3 (miljørettet helsevern) inneholder definisjon av miljørettet helsevern, som har stor overlapp med slik folkehelsearbeid er definert i § 3 bokstav b.

Miljørettet helsevern er definert i § 8 i folkehelseloven som «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». Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til å gi forskrifter om miljørettet helsevern.

Kapittel 3 om miljørettet helsevern inneholder også bestemmelser om kommunens tilsyn, godkjenning av virksomhet og eiendom og virkemidler overfor virksomhet og eiendom. Krav til beredskapsplan etter § 28 annet ledd skal også gjøres innenfor rammen av miljørettet helsevern.

Det er i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 15 vist til at begrepet miljørettet helsevern i praksis kan ha blitt oppfattet snevrere enn det som opprinnelig var ment og som er lagt til grunn etter § 8. I dag er dette primært knyttet til fysiske og kjemiske faktorer som støy, luftforurensning, inn klima og ulykker, mens sosiale miljøfaktorer og miljøfaktorer som påvirker adferd, slik som fysiske barrierer for lek og fysisk aktivitet, i mindre grad vurderes, selv om disse faktorene potensielt kan ha større betydning for folkehelsen og vil være dekket av kommunens ansvar etter kapittel 2. Det er også vist til at begrepet er vanskelig å forholde seg til, og at begrepet er flertydig.

#### 5.1.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å ta ut definisjonen av miljørettet helsevern i kapittel 3, og

erstatte begrepet miljørettet helsevern med begrepet miljø og helse. Dette er allerede gjort i forskrift 28. mars 2023 nr. 449 om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger.

#### 5.1.3 Høringsinstansenes syn

*Miljødirektoratet* fremhever at det er:

«særlig viktig at folkehelseloven gir et godt grunnlag for å ivareta positive, helsefremmende faktorer som natur, stillhet og ro og befolkningens mulighet til å oppleve disse faktorene generelt og særlig der de bor. Det bør gå tydelig frem av loven at det forventes at kommuner, fylkeskommuner og andre aktuelle aktører bruker plan- og bygningsloven til å ivareta positive miljøfaktorer i tillegg til å hindre påvirkning fra negative miljøfaktorer.»

Miljødirektoratet viser også til nasjonale klima- og miljømål.

Høringsinstansene er delt i synet på forslaget om å endre begrepet miljørettet helsevern til miljø og helse.

*Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid (NEMFO) og Miljørettet helsevern i Grenland* savner en faglig begrunnelse for hvorfor departementet mener dette er et riktig grep. NEMFO uttaler:

«Miljørettet helsevern er en tydelig og lovpålagt oppgave til en kommune, det er begrep som er kjent i mange kommuner, begrepet har vært i norsk lov i lang tid. Miljørettet helsevern benyttes også som en profesjon, og det er etablert en rekke miljørettet helsevern-avdelinger rundt om i landet. Det vises også til at det som er tydeliggjort og som i dag ivaretas gjennom kapittel 3, vil viskes ut og forsvinne i de øvrige kommunale plikter. Å beholde begrepet miljørettet helsevern vil være av betydning for å sikre videreføring av det allerede gode arbeidet som utføres i kommunene i dag.»

Alta kommune viser til at:

«fagområdet er godt etablert, med dedikerte ressurser til tilsyn, rådgivning, behandling av klagesaker mv, og ber departementet å vurdere konsekvensene av å fjerne begrepet, med hensyn til om fagområdet over tid kan bli utvannet og miste sin prioritet, herunder risikoen for at ivaretagelsene av arbeidsoppgavene knyttet til miljørettet helsevern i kommuner kan bli svekket.»

Flere høringsinstanser peker også på at miljørettet helsevern er en profesjon.

*Helse- og miljøtilsyn Salten, Miljørettet helsevern i Vestfold, Harstad kommune og Drammen kommune* støtter ikke forslaget, og ser det som viktig å sikre at miljørettet helsevern som begrep videreføres. Miljørettet helsevern i Vestfold mener at miljørettet helsevern er godt integrert i folkehelsearbeidet, men at det er uklart hvordan folkehelseutfordringer knyttet til miljø generelt skal håndteres som et felles ansvar i kommunen, og viser til at forslag til ny § 7 ikke inneholder et eget punkt som fremhever det fysiske miljøet. Miljørettet helsevern i Vestfold uttaler at:

«Dersom det skal gjøres endringer, foreslår vi å bruke begrepet «miljørettet folkehelse». Dette vil gi et tydelig folkehelsefokus, samtidig som det beholder miljørettet helseverns historiske forankring, identitet og sikrer kontinuitet. Begrepet er også i tråd med det engelske «Environmental Public Health», som brukes internasjonalt. [...] Miljørettet helsevern har en viktig rolle som rådgiver og veileder, i tillegg til tilsynsansvar for virksomheter. Vi mener at det nye lovforslaget ikke tilstrekkelig synliggjør dette i paragrafene (§ 1, 3 og 4) som skal ivareta disse oppgavene. [...] Miljørettet helsevern blir for fragmentert og usynlig dersom det ikke tydeliggjøres som en del av kommunens oppgaver.»

Harstad kommune uttaler at:

«Dersom begrepet miljørettet helsevern skal erstattes, anbefaler vi å bruke *miljørettet folkehelsearbeid*, et begrep som allerede er etablert gjennom NEMFO, nettverket for miljørettet folkehelsearbeid. Samtidig kan begrepet *helse og miljø* (eller *miljø og helse*) vurderes brukt i kapittel 3, som omhandler krav til eiendommer og virksomheter. For virksomheter og for

befolkningen generelt kan dette begrepet være mer intuitivt og lettere å relatere seg til.»

*Agder fylkeskommune, Nordre Follo kommune, Ørland kommune, Kongsvinger kommune, Oppdal kommune, Nome kommune, Hammerfest kommune, Frøya kommune, Heim kommune, Lørenskog kommune, Kinn kommune, Kommuneoverlegane i Samnanger kommune, Vaksdal kommune, Voss herad, Ulvik herad, Eidfjord kommune, Kvam herad, Ullensvang kommune og Kvinnherad kommune, Folkehelseinstituttet, Fremsam og Norges miljø- og biovitenskapelige universitet* støtter endring av begrepet miljørettet helsevern til miljø og helse. Nordre Follo kommune uttaler:

«Vi tror virksomheter som er omfattet av lovverket vil kjenne eierskap til arbeid for miljø og helse i større grad enn til begrepet miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern fremstår fremmedgjørende og som noe foreldet. Vi tror en endring vil gjøre det lettere å jobbe på tvers av sektorer ved et felles språk og fremme en helhetlig tilnærming til folkehelse, inkludert miljørettet folkehelsearbeid. Vi støtter derfor også en tankegang hvor smittevern, psykososiale og adferdsmessige miljøfaktorer for/på helse i større grad (re)innlemmes i begrepet miljø og helse/miljørettet helsevern. [...] Nordre Follo tror at en fornyelse av begrepet vil gjøre det lettere å dreie arbeidet mot nye miljømessige påvirkningsfaktorer som truer menneskers helse, og ikke risikere å bli hengende igjen faglig i fortid fra 1980-tallet da begrepet miljørettet helsevern ble innført.»

Frøya kommune og Heim kommune uttaler at:

«Endringen fra miljørettet helsevern til miljø og helse virker fornuftig. Det er mange som ikke vet omfanget av miljørettet helsevern, selv om begrepet har vært benyttet i flere år. Det er viktig at man gir begrepet miljø og helse et innhold ved innføring og at man vektlegger at dette handler om mer enn støy og luftkvalitet.»

*Helsedirektoratet* støtter departementets intensjon om å integrere miljørettet helsevern mer helhetlig i folkehelseloven, og uttaler blant annet at:

«Spørsmålet blir om det er nødvendig å definere det som i dag omtales som miljørettet helsevern som noe eget innenfor folkehelsearbeidet, eller om formålet om å integrere miljørettet helsevern i folkehelsearbeidet best opp-

nås ved at begrepet tas ut av loven og at loven heller peker direkte på de oppgavene som inngår i det, som handler om rollen inn i det systematiske folkehelsearbeidet etter kapittel 2, godkjenning og tilsyn, og virkemidlene (helsekonsekvensutredning, retting, stansing mv.). Direktoratet mener at det å ta bort miljørettet helsevern som begrep fra loven ikke nødvendigvis påvirker oppgavene og virkemidlene som følger av kapittel 2, 3 og 6. Samtidig er det viktig å påse at endringer i begreper ikke fører til en svekkelse eller nedprioritering av arbeidet.»

Flere høringsinstanser ber om mer konsekvent bruk av ordene miljø og helse eller helse og miljø. Drammen kommune viser til at i valget mellom begrepspar hentyder «helse og miljø» til begrepet HMS, som er godt innarbeidet og definert, men at «miljø og helse» kan bli tolket vidt og kan vanskeliggjøre grensen mot miljøvern. *Miljørettet helsevern i Vestfold* viser også til at «miljø og helse» er et vidt og uspesifikt uttrykk som kan tolkes på mange måter.

Flere av høringsinstansene peker på at det er viktig at en endring av begrepet ikke bidrar til å utvanne utøvelsen av dette arbeidet, og at ressurser for å ivareta arbeidsoppgavene for miljørettet helsevern vil bli svekket.

*Indre Østfold kommune* mener det ikke kommer tydelig nok fram at oppgavene som faller inn under miljørettet helsevern-begrepet, innebærer mer enn tilsynsoppgaver. Flere høringsinstanser mener at dersom begrepet «miljørettet helsevern» endres til «miljø og helse», er det viktig at begrepet «miljø» eller «miljømessige forhold» defineres.

Hammerfest kommune deler departementets oppfatning av at miljørettet helsevern praktiseres snevrere enn det som var intensjonen og deler bekymringen for at psykososiale og adferdsmessige miljøfaktorer ikke vurderes i tilstrekkelig grad, med tanke på potensialet for helseskade i befolkningen. Hammerfest kommune uttaler også at det er uheldig at psykososiale forhold ble tatt ut av forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger ved nylig revisjon, og at dette kan sende motstridende signaler til kommunene om hva miljørettet helsevern/miljø og helse skal fokusere på. *Kommunelegene i Telemark* uttaler at ansvarsavklaringen knyttet til tilsyn med psykososiale og adferdsmessige miljøforhold mellom opplæringslova kapittel 12 og forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger fremdeles er uklar, og at ivaretagelsen

av disse miljøforholdene på gruppe og systemnivå ikke er tydelig ansvars plassert.

*Miljørettet helsevern i Grenland, Miljørettet helsevern IKS* og Drammen kommune peker på forholdet mellom miljørettet helsevern og miljøvern. Miljørettet helsevern i Grenland uttaler at:

«Skillet mellom miljørettet helsevern og miljøvern har alltid vært noe uklart. Ved å endre fra miljørettet helsevern til begrepet «helse og miljø» vil denne uklarheten forsterkes. Det ligger i begrepet miljørettet helsevern at det er helsen som skal vernes mot skadelige miljøforhold i motsetning til miljøvern der det er miljøet som skal vernes.»

#### 5.1.4 Departementets vurderinger

Miljørettet helsevern er beskrevet og omtalt utførlig i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 15. Det er der lagt til grunn at begrepet er bredt definert, omfatter både positive og negative faktorer og samsvarer i stor grad med definisjonen av folkehelsearbeid. Begrepet omfatter sosiale miljøfaktorer som psykososialt bomiljø, utdanning, arbeidsliv, familie og fritid, fysiske miljøfaktorer som tobakksrøyk, inneklima, luftforurensning, støy, drikkevann, mattrygghet, skader og ulykker, fysiske kvaliteter i bo- og nærmiljø som bl.a. natur og grøntområder, lekeplasser, trygge gang- og sykkelveier, kjemiske miljøfaktorer som miljøgifter, biologiske miljøfaktorer som smittsomme sykdommer, og miljøfaktorer som påvirker adferd, slik som barrierer og muligheter for lek og fysisk aktivitet mv.

Miljørettet helsevern brukes både om kommunens oppgaver, et arbeids- eller tjenesteområde i kommunen, kommunens administrative enhet som ivaretar oppgavene og krav til virksomhet og eiendom.

Opgavene som tradisjonelt inngår i kommunens oppgaver med miljørettet helsevern handler dels om godkjenning og tilsyn og dels om bidrag inn i kommunens systematiske folkehelsearbeid etter loven kapittel 2. Vurdering av positive og negative miljøfaktorer er en sentral og integrert del av arbeidet med oversikt, plan og mål, tiltak.

Departementet peker på viktigheten av at miljøfaktorens betydning for helse ivaretas i planer og aktiviteter på tvers av sektorer i kommunen, herunder arealplanlegging, for å unngå bruk av virkemidler som rettingsvedtak i ettertid. Dette gjelder for eksempel planlegging av uteområder og beliggenhet for skoler og barnehager, fremming av lek og fysisk aktivitet, og tilrettelegging av sosiale møteplasser, forebygging av fare for støy eller for-



urensning av drikkevann og uheldige forhold i bomiljøer. Tiltak rettet mot forhold i miljøet utgjør også en stor og viktig del av tiltak etter § 7.

Departementet mener at det forhold at loven i dag legger opp til miljørettet helsevern som et eget arbeidsområde eller tjenesteområde, kan bidra til at det jobbes unødvendig delt i kommunen. Dette gjelder både oppgaver, bruk av kompetanse, samarbeid med andre myndigheter, medvirkningsprosesser, råd og veiledning. Dette kan igjen føre til risiko for at kunnskap om miljøfaktorer ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad i kommunens arbeid med oversikt, plan og tiltak etter kapittel 2. Kommunen kan velge å organisere oppgavene som ligger i loven på den måten kommunen ønsker, men departementet mener det er hensiktsmessig at loven har fokus på ansvar og oppgaver som ligger til kommunen, og at loven ikke bør legge opp til unødvendig skille mellom oppgavene. Oppgavene som inngår i kommunens ansvar henger også tett sammen, og loven bør gjenspeile dette. For nærmere omtale av de strukturelle endringene som er gjort for å ivareta sammenhengen mellom kommunens oppgaver, se punkt 6.

Begrepet miljørettet helsevern kan også rent språklig skape en oppfatning om at det kun har et mål om å beskytte befolkningen, jf. ordet «vern», og ikke dekker den helsefremmende delen av oppgavene som ligger i ivaretagelse av positive miljøfaktorer. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for en positiv utvikling av folkehelsen gjennom helsefremmende arbeid som legger til rette for positive faktorer. Det handler om gode oppvekstsvilkår, fritidstilbud for barn og unge, godt miljø i barnehager og skoler herunder gode uteområder, gode friluftsområder, naturområder, sykkelfelt, trygge skoleveier og sosiale møteplasser mv. Fylkeskommunen og staten har også ansvar for å ivareta positive faktorer som fremmer befolkningens helse og livskvalitet. Blant høringsinstansene som ikke støtter forslaget om å ta bort begrepet, er det en bekymring for at området skal nedprioriteres og ressurser svekkes. Departementet er enig i at det er viktig at det ikke skjer. Departementet viser samtidig til at det er kommunens og andre myndigheters ansvar å etterleve kravene i loven på en forsvarlig måte og ha nødvendig kompetanse og ressurser. Departementet mener at det å ta bort dette begrepet ikke i seg selv påvirker oppgavene, som fortsatt vil være lovpålagt. Departementets intensjon er at grepene som gjøres i denne revisjonen kan bidra til at oppgavene tvert imot blir prioritert og folkehelsear-

beidet samlet blir mer effektivt. I tillegg vil veiledning til revidert lov gi støtte og veiledning til kommunene. Det vises til både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets ansvar for å gi råd og veiledning til kommunene, jf. §§ 24 og 25 i loven.

Departementet er enig med høringsinstansene i at det er viktig med et fast begrepspar ved omtale av krav til miljø og helse i virksomheter og eiendommer. Departementet mener det er hensiktsmessig å bruke *miljø og helse* som begrep fordi det handler om forhold og faktorer i miljøet og deres betydning for helsen. Begrepsparet vil heretter brukes konsekvent i lov og forskrift, og der begrepsparet brukes i gjeldende forskrifter vil dette endres ved anledning.

Miljø og helse omfatter alle faktorer i miljøet som til enhver tid kan ha en innvirkning på helsen, både positive og negative faktorer, i tråd med nåværende § 8 første ledd. Departementet legger til grunn at begrepet skal ha et like vidt innhold som forutsatt da helserådstjenesten ble erstattet med miljørettet helsevern. Departementet mener at målet om å integrere området bedre i folkehelsearbeidet, taler for at det ikke videreføres eller lages en egen definisjon, men at beskrivelsen heller ivaretas i forarbeidene og veiledning til loven.

Departementet foreslår at overskriften til kapittel 3 lyder «Krav til virksomhet og eiendom og kommunens virkemidler». Departementet foreslår at *miljø og helse* begrepet erstatter *miljørettet helsevern* i forskriftshjemmelen i § 8 annet ledd, § 10 første ledd og ny § 7 b.

Departementet vurderer at begrepsendringen også vil være positiv for virksomheter og eiddommers forståelse for hva kravene som stilles til disse omfatter, noe høringsinstansene er enige i.

Arbeid med og krav til miljø og helse etter folkehelseloven må ses i tett sammenheng med miljøretten og miljøvern. Departementet viser til at helse er et sentralt formål med regelverk innen miljøretten, for eksempel forurensningsloven og produktkontrollloven. Det samme gjelder friluftsløven, naturmangfoldloven og miljøinformasjonsloven. Folkehelseloven regulerer samfunnets innsats for å påvirke miljøfaktorer, fordi et godt miljø er en forutsetning for god helse. Grunnloven § 112, om at «enhver har rett til et miljø som sikrer helsen», viser også sammenhengen mellom miljøvern og helse. Forholdet mellom folkehelseloven og annet regelverk, herunder funksjonen folkehelseloven kapittel 3 har som sikkerhetsnett der annet regelverk ikke fanger opp viktige helsehensyn, påvirkes ikke av endringene i begreper.

## 5.2 Psykisk helse

### 5.2.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Psykisk helse er omtalt i kapittel 14 i Prop. 90 L (2010–2011). Det vises til viktige risikofaktorer for psykiske plager som sosial isolasjon og manglende sosial støtte, mobbing, ensomhet og diskriminering, samt eksempler på tiltak som kan møte disse risikofaktorene.

Samtidig har det de siste ti årene skjedd stor utvikling innen psykisk helsefeltet og i tjenester for å bedre befolkningens psykiske helse. Vi får stadig mer kunnskap om psykisk helse. Til tross for dette har andelen barn og unge som er registrert med diagnosekoder for psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten økt. Det har vært en økning i andelen unge jenter som behandles for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Barn, unge og unge voksne, særlig kvinner, rapporterer om en økning i psykiske plager. Andelen innvandrere med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i befolkningen generelt. Det er også et økende antall unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske lidelser. Pandemien synliggjorde at mange eldre erfarte ensomhet og isolasjon, og stadig flere eldre bor alene, og har mindre nettverk etter at de er blitt pensjonister.

I juni 2023 la regjeringen fram Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Planen inneholder tre innsatsområder. De to første er helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid og gode tjenester der folk bor. På denne bakgrunn er det behov for i større grad å synliggjøre psykisk helse som en del av folkehelse- og systemarbeid i kommunene og hvordan samfunnspsykologisk kunnskap kan være et bidrag i arbeidet.

Fra 1. januar 2020 ble alle kommuner pålagt å knytte til seg psykologkompetanse. Tall fra både SSB (Kostra), SINTEF (IS 24/8) og Helsedirektoratet viser en økning i antall psykologårsverk i kommuner fra 2019 til 2023. Samtidig har det vært en liten reduksjon i andel kommuner som har knyttet til seg psykologkompetanse fra 2020 til 2023. Kommunen har ansvar for å tilby forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester, inkludert tjenester til personer med psykisk sykdom, skade eller lidelse.

### 5.2.2 Høringsnotatets forslag

For å understreke kommunens ansvar for å sette inn tiltak for å fremme psykisk helse ble det foreslått at psykisk helse legges inn i listen over til-

taksområder i § 7. Videre ble det omtalt i høringsnotatet at psykisk helse også må vurderes som en del av kommunens beredskap ved helsekriser, herunder endring i forslag til lovtekst om at det også skal vurderes kompensierende tiltak.

I høringsnotatet ble det også foreslått å legge inn vold og overgrep i bestemmelsen over aktuelle tiltak.

Departementet ba om innspill på om rasisme bør omtales som et tiltaksområde etter folkehelse-loven § 7.

### 5.2.3 Høringsinstansenes syn

Det er generell støtte til å tydeliggjøre psykisk helse mer i folkehelsearbeidet.

*Helsedirektoratet* er:

«positive til at psykisk helse og vold og overgrep legges inn i listen over tiltaksområder og støtter begrunnelsen i høringsnotatet. Kommunene har over tid trukket frem psykisk helse som utfordring, og som et prioritert område i folkehelsearbeidet.»

*ME foreningen* uttaler:

«ME-pasienter har ofte opplevd at deres sykdom feilkategoriseres som en psykisk lidelse av deler av helsevesenet. Dette bidrar til feilbehandling, stigmatisering og svekket tillit til helsevesenet. Vi ønsker derfor å understreke behovet for en tydelig distinksjon mellom psykisk helse og somatiske sykdommer i folkehelsearbeidet.»

Flere kommuner har uttalelser til kompetanse innen psykisk helse.

*Bergen kommune* uttaler:

«Det at psykisk helse som folkehelseutfordring er nevnt i et eget kapittel (14.1 i høringsnotatet) er i samsvar med både forrige folkehelsemelding og opptrappingsplan for psykisk helse, som omtalte viktigheten av oppveksten, og behovet for forebyggende og tidlig innsats for god psykisk folkehelse for barn og unge. Det blir i neste omgang også god psykisk folkehelse for voksne og eldre. I Bergen har vi samfunnspsykolog ansatt på strategisk nivå, som ivaretar mange av de oppgavene som beskrives som grunnmuren i folkehelsearbeidet, særlig knyttet til psykisk helse. I både forarbeidet til

denne lovendringen og i vedtatt Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033), er det pekt på at samfunnspsykologisk kompetanse skal vurderes i ny folkehelselov. Bergen kommune kan ikke se at dette er vurdert eller omtalt i høringsnotatet, noe som dermed gjør revidert lovttekst mangelfull på dette området.»

*Psykologforeningen* uttaler:

«Oppsummert ser vi at det er stor interesse og engasjement blant psykologer for samfunnspsykologisk arbeid, men at denne kompetansen tas i bruk i utilstrekkelig grad, og at det er behov for systematisk og målrettet arbeid for å oppnå resultater i forhold til dette. Mange år med forventinger fra myndighetene har ikke gitt tilstrekkelige resultater.(...)»

Norsk psykologforening har på denne bakgrunn spilt inn til arbeidet med revidert folkehelselov at krav til samfunnspsykologisk kompetanse bør lovfestes på lik linje med krav til samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen. Dette vil virke retningsgivende for både kommunen og for psykologenes prioriteringer.»

*Universitetet i Innlandet* uttaler:

«Vi stiller oss bak vurderingen om at psykologisk kompetanse bør benyttes på befolknings- og systemnivå, og ikke kun gjennom individrettede tjenester og tiltak. For at et slikt arbeid realistisk skal kunne gjennomføres i hver enkelt kommune anbefaler vi at samfunnspsykologisk kompetanse forankres i loven på lik linje med samfunnsmedisinsk kompetanse, som en del av § 27. Dette vil sikre en kommunepsykologfunksjon i hver kommune, på lik linje med en kommunelegefunksjon. Kommunepsykologen vil blant annet bidra til å styrke kommunens utvikling av tiltak for å fremme psykisk helse og trivsel. Lovforankringen vil også sikre psykologfaglig kompetanse inn i det overordnede beredskapsarbeidet (§ 28). Det å inkludere psykologen i beredskapsarbeidet vil kunne bedre kommunens forutsetninger for å møte og ivareta befolkningens psykososiale behov under samfunnskriser, som eksempelvis koronapandemien. Vi vil også minne om at det i bakgrunnen for nåværende folkehelselov (Prop. 90 L (2010–2011)), vises spesielt til sosiale faktorer (side 52 i høringsnotatet): «Det vises til viktige risikofaktorer for psykiske plager som sosial isolasjon og manglende sosial støtte, mobbing, ensomhet og diskriminering,

samt eksempler på tiltak som kan møte disse risikofaktorene.» Det er ikke kun behov for medisinsk og psykologisk kompetanse i folkehelsearbeidet. Det er i tillegg behov for sosialfaglig kompetanse, også på systemnivå.»

#### 5.2.4 Departementets vurderinger

Arbeidet med å fremme psykisk helse bør skje der hvor innbyggerne lever livene sine: i familien, i barnehager, skoler og studiesteder, på arbeidsplasser og i lokalsamfunn, som inkluderer blant annet fritidsarenaer og kulturtilbud. Relevante tiltak kan være å legge til rette for deltakelse i fritidsaktiviteter, veiledning og undervisning av ulike faggrupper i kommunen, kurs som tilbys alle innbyggere eller risikogrupper, sosiale møteplasser mv., eller foreldrestøttende tiltak gjennom forebyggende og helsefremmende tjenester. Departementet viser til Helsedirektoratets veileder Psykisk helsearbeid barn og unge som kom i 2023. I veilederen framgår det blant annet at psykisk helse for barn og unge skal inngå i kommunens oversiktsarbeid og planer, og være en del av kommunens folkehelsearbeid, herunder medvirkning fra barn, unge og deres foreldre. Videre framgår det at det bør tas hensyn til grupper som statistisk sett kan ha forhøyet risiko for å utvikle psykiske plager eller utsettes for vold eller overgrep. Risikofaktorer kan være å vokse opp i vedvarende lavinntekt, eller i hjem med rus, kriminalitet eller omsorgssvikt. Kommunen bør også være særlig oppmerksom på barn og unge med funksjonsnedsettelse, barn og unge som bryter med normer for kjønn eller seksualitet, barn med minoritets- eller urfolksbakgrunn, og barn som er pårørende. Veilederen omfatter også anbefalinger om tilrettelegging av tverrsektorielt samarbeid på systemnivå og om å ha en tilgjengelig oversikt over kommunens helhetlige tilbud til barn og unge som har psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller som er utsatt for belastende livshendelser, og deres familier.

For å fremme psykisk helse og å forebygge psykiske plager og lidelser er det nødvendig at psykologisk kompetanse også brukes til å fremme god psykisk helse på befolkningsnivå, ikke bare gjennom tjenester som tilbyr individrettet behandling. Dette kan for eksempel skje ved systemarbeid i kommunen eller ved planlegging av lavterskeltiltak rettet mot grupper av innbyggere, eller ved planlegging og tilrettelegging av helsefremmende fysiske og sosiale kvaliteter i omgivelser, nabolag og nærmiljø. Folkehelseprofiler og oppvekstprofiler for landets fylker og kommuner gir

oppdatert kunnskap og oversikt over hvordan befolkningen i den enkelte kommune skårer på ulike indikatorer for oppvekst og levekår. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing fra 2017 til 2026 for å utvikle kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Satsingen har bidratt til å styrke kommunens langsiktige og systematiske folkehelsearbeid. Programmet har særlig hatt til formål å innlemme psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet og å fremme lokalt rusforebyggende arbeid. Erfaringer fra de ulike prosjektene er beskrevet på forebygging.no.

Departementet foreslår å legge inn vold og overgrep inn i § 7 første ledd over aktuelle tiltak. Gjennom folkehelseprogrammet har blant annet Vestfold og Telemark fått tilskudd til å utvikle hvordan vold og overgrep kan forebygges i et folkehelseperspektiv, dvs. innsats rettet mot grunnleggende bakenforliggende faktorer og i et populasjonsperspektiv. Når vold og overgrep synliggjøres som en folkehelseutfordring endrer dette ikke det grunnleggende ansvar som ligger i den enkelte sektor, hverken på kommunenivå eller nasjonalt. Videre foreslår departementet å legge inn at aktuelle tiltak for å møte folkehelseutfordringer også ensomhet og diskriminering. Dette har også betydning for psykisk helse. Ifølge Folkehelseinstituttet kan diskriminering være skadelig for helsen på flere måter, både direkte og indirekte. Det er blant annet påvist en klar sammenheng mellom diskriminering, selvfølelse og depresjon i internasjonale studier.

Departementet foreslår ikke å lovfeste krav til samfunnspsykologisk kompetanse i folkehelseloven. Krav til kompetanse følger at kommunen må ivareta folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte, se omtale også under punkt 4.2 og Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 18.

## 5.3 Samarbeid med frivillige organisasjoner

### 5.3.1 Gjeldende rett

Etter folkehelseloven § 4 tredje ledd skal kommunene legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Det er ikke satt nærmere krav til hvordan samarbeidet skal skje og hva det skal handle om.

Det er ikke bestemte krav til fylkeskommunene om å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Samarbeid med frivillig sektor kan likevel sies å være en naturlig del av utøvelsen av flere

av fylkeskommunens roller og oppgaver, herunder regional utvikling.

Det er ikke bestemmelser som regulerer statlige myndigheters samarbeid med frivillige organisasjoner om folkehelse spørsmål. Eksempel på samarbeid er likevel halvårlige Møteplass for folkehelse, som arrangeres av Frivillighet Norge, Helsedirektoratet og KS. Frivillige organisasjoner bidrar aktivt til offentlig politikktutvikling ved å gi innspill i innspillmøter og skriftlig. Regjeringen varslet i folkehelsemeldingen at den vil ta initiativ et folkehelsepolitisk råd, der representanter for frivillige organisasjoner deltar.

### 5.3.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste en plikt for statlige helsemyndigheter til å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, *på en systematisk måte*. Bestemmelsen ble foreslått som ny § 22 fjerde ledd annet punktum. Det ble i den forbindelse vist til planene for å etablere et folkehelsepolitisk råd, men også erfaringene med Møteplass for folkehelse. Dette er nærmere omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*.

I høringsnotatet pekte departementet også på behov for styrket samarbeid mellom kommunal sektor og frivillig sektor, men var i tvil om regelverksendring ville være en hensiktsmessig metode for å fremme samarbeid med frivillige organisasjoner på en mer systematisk måte.

### 5.3.3 Høringsinstansenes syn

Mange høringsuttalelser framhever betydningen av godt samarbeid mellom det offentlige og frivillig sektor. Det er generelt bred støtte til at dette er løftet fram blant forslagene til endringer i folkehelseloven.

Mange høringsinstanser støtter forslaget om at statlige helsemyndigheter skal legge til rette for samarbeid og dialog med frivillig sektor på en systematisk måte. Dette gjelder blant annet *Halden kommune, Kongsvinger kommune, Indre Østfold kommune, Østfold fylkeskommune, Helsedirektoratet, Troms fylkeskommune, LHL, Frivillighet Norge* og en rekke andre organisasjoner.

Flere høringsinstanser etterspør en nærmere konkretisering av systematikken i samarbeidet. Mange uttaler seg positivt til et Folkehelsepolitisk råd, og stiller seg til disposisjon for et slikt råd. *Nasjonal foreningen for folkehelsen* understreker samtidig at det systematiske samarbeidet bør handle om mer enn det folkehelsepolitiske rådet.

*Muslimsk dialognettverk* uttaler at de:

«støtter departementets forslag om en ny bestemmelse som pålegger statlige helsemyndigheter å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner på en systematisk måte, som nevnt i Meld. St. 15 (2022–2023): Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller. Samtidig ønsker vi større klarhet i hvordan departementet planlegger å gjennomføre dette samarbeidet i praksis.

Vi foreslår følgende tiltak for å effektivisere et slikt samarbeid:

- Opprette et ressursnettverk mellom frivillige organisasjoner og helsemyndigheter for bedre koordinering av folkehelse tiltak.
- Invitere til innspillmøter for å styrke helsearbeideres kultur- og religionssensitive kompetanse.
- Tilby opplæring til frivillige i helseorganisasjoner for å styrke deres kompetanse innen helseformidling og veiledning.
- Fremme samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner for å nå grupper som ofte faller utenfor de tradisjonelle helse tjenestene slik som religiøse minoriteter.»

*Frivillighet Norge* er positive til krav til systematikk, og mener at et tilsvarende krav også burde gjelde kommuner og fylkeskommuner. Frivillighet Norge uttaler at:

«Vi er imidlertid uenig med departementet i konklusjonen om at regelverksendring ikke er en hensiktsmessig metode for å fremme samarbeid mellom kommuner eller fylkeskommuner og frivillig sektor. Vår erfaring er heller det motsatte: Vi opplever ofte at kommuner ser seg nødt til å nedprioritere oppgaver som ikke er lovpålagt, og vi tror en sterkere lovtekst vil ha en viktig funksjon i å oppnå målet om å sikre og styrke samarbeidet mellom frivillig og offentlig sektor, særlig i kommunene. Vi mener derfor det er behov for en omformulering, og å legge til at samhandlingen skal være systematisk, i tråd med formuleringen i kapitlet om statlige helsemyndigheters ansvar. Dette vil styrke kommunesektoren og frivillig sektor i deres arbeid til det beste for folkehelsen, lokalt og regionalt.»

Organisasjoner som *Røde Kors*, *Den norske turistforening*, *Norsk friluftsliv*, *Løvemammaene*, *Norsk fyrforening* og *Hørselshemmedes landsforbund* uttaler seg tilsvarende.

Organisasjonen *Løvemammaene* uttaler:

«Når det gjelder medvirkning i folkehelsearbeidet så deler vi Departementets inntrykk av at det i dag er store variasjoner i hvorvidt medvirkningen er systematisk, og dette gjelder både kommune, fylke- og statlig nivå. Det finnes viktige ressurser og muligheter i å sikre systematisk medvirkning; både i prosesser, men også hvilke grupper som medvirker i folkehelsearbeidet. Departementet foreslår en ny bestemmelse «for statlige helsemyndigheter forpliktelse til å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, på en systematisk måte». *Løvemammaene* mener at Departementet også må kunne sette tydeligere bestemmelser når det gjelder kommune og fylkesnivå. Vi må kunne våge å sette krav til en så viktig del av folkehelsearbeidet i Norge, -og ikke føre politikk hvor hver kommune selv skal «føle på verdien» i å la andre medvirke og håpe på at de ønsker å fremme samarbeid. En regelverksendring gir tydeligere rammer for samarbeid og medvirkning, og vil være et viktig verktøy i godt folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid handler om innbyggerne, og det skal ikke være valgfritt hvorvidt en ønsker å drive med samarbeid og medvirkning på en systematisk måte.»

*Gjensidigestiftelsen* er i utgangspunktet enig med departementet i at det å regulere hvordan dette samarbeid skal foregå i detalj er lite hensiktsmessig. Det er likevel behov for å tydeliggjøre dette ansvaret ytterligere. *Stiftelsen Dam* støtter dette. *Gjensidigestiftelsen* uttaler:

«Det er flere måter loven kan sikre at samarbeid med frivilligsektor finner sted. For eksempel:

1. Endringsforslaget kan inneholde krav til frivillighetspolitikk som en del av planverksdokumentene i kommunene.
2. Endringsforslaget kan inneholde krav til inkludering av hvordan samarbeid med frivillighet skal foregå i listen over tiltak for å møte folkehelseutfordringer lokalt.»

*Norges idrettsforbund* understreker betydningen av bestemmelsen i § 4 tredje ledd som sier at kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor, og uttaler at:

«Dette er etter Idrettsforbundets mening utrolig viktig. I høringen står det: «Det trekkes særlig fram behov for kontakt- og informasjonsmu-

ligheter innad i kommunen for frivilligheten og at kommuner bør ha en arena for kontinuerlig dialog med frivillig sektor. En slik arena kan være frivillighetsforum/frivillighetsråd, der alle frivillige organisasjoner i kommunen inviteres til å delta.» NIF mener at dette er for lite forpliktende.»

Det er færre fra kommunesektoren som påpeker behovet for et systematisk samarbeid med frivillig sektor. Flere kommuner kommenterer generelt at en bør være varsom med å pålegge kommunene nye oppgaver. *Telemark fylkeskommune* peker imidlertid på at:

«Vår erfaring er at folkehelsearbeidet i fylkeskommunen er svært godt tjent med flerårige partnerskapsavtaler med regionale, frivillige organisasjoner. På denne bakgrunn vil vi anbefale at det samme ansvaret som i loven er lagt hos kommuner og på statlig nivå, også blir lagt på fylkeskommunalt nivå. Fylkesdirektøren anbefaler å sette inn setningen «Fylkeskommunen skal legge til rette for samarbeid og dialog med regional, frivillig sektor på en systematisk måte» i § 20, tredje ledd.»

*Folkelig* foreslår at lovteksten lyder:

«Statlige helsemyndigheter skal legge til rette for samarbeid og dialog med frivillig og ideell sektor på en systematisk måte.»

### 5.3.4 Departementets vurderinger

Deltakelse i frivillig arbeid kan spille en viktig rolle for god helse og livskvalitet gjennom livet. Fritidsaktiviteter og frivillighet gir mulighet til å gjøre noe sammen med andre, være en del av et fellesskap, være til nytte, få nye venner, være aktiv og oppleve mestring. Frivilligheten er et mål og har verdi i seg selv. Frivillighet handler om å utvikle hele mennesket og skape ressurser for livet, både for de som gir og de som får. En mangfoldig frivillighet, der kultur, idrett og friluftsliv også hører til, er en ressurs i seg selv. Det gir en tilleggseffekt i form av god fysisk og psykisk helse og livskvalitet. Ensomhet er en folkehelseutfordring, der en inkluderende frivillighet kan spille en viktig rolle. Frivilligheten har også roller i den norske beredskapsmodellen, er med på å skape robuste lokalsamfunn og står for de fleste fritidsaktiviteter lokalt. Helsepersonell-kommisjonen peker på framtidige kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten, og behovet for å

involvere sivilsamfunnet og frivillige organisasjoner i oppgaver som andre enn helsepersonell kan bidra med.

Hva samarbeidet skal handle om og hvordan det skal organiseres vil avhenge av den dialogen mellom offentlig sektor og de frivillige organisasjonene.

Departementet oppfatter bred støtte til at statlige helsemyndigheter legger til rette for samarbeid med frivillig sektor på en systematisk måte. Folkehelsepolitisk råd er et viktig virkemiddel her. Møteplass folkehelse er også en viktig del av et slikt systematisk samarbeid.

Departementet har notert seg at mange frivillige organisasjoner peker på viktigheten av et strukturert samarbeid mellom kommunesektoren og frivillige sektor. En etablert samarbeidskultur har ifølge Møreforskning blitt rangert som den viktigste suksessfaktoren for offentlig-frivillig samarbeid, mens dårlig informasjonsflyt har blitt rangert som den største barrieren for slikt samarbeid. I mange kommuner er det etablert frivilligsentraler, som lokale møteplasser som skal stimulere til og legge til rette for frivillig innsats, samt være et bindeledd mellom kommunen og frivillig sektor.

Departementet legger til grunn at kommunene og fylkeskommunene har et bredt og omfattende samarbeid med frivillige organisasjoner. Inntrykket er likevel at det er stor variasjon i hvor systematisk samarbeidet er.

Departementet foreslår ikke å innføre nye krav for kommuner og fylkeskommuner om å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor på en systematisk måte. Dette forslaget har ikke vært på høring, og kommunale kostnader er ikke estimert. Departementet vil likevel understreke at kommunene allerede i dag skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Departementet understreker at det ikke påhviler kommunesektoren bestemte metoder i tilretteleggingen for samarbeid, men vil peke på at det foreligger gode erfaringer og veiledning til hvordan dette kan gjøres.

Det legges til grunn at en lokal og regional frivillighetspolitikk kan inneholde virkemidler som tilrettelegger for frivilligheten. Det trekkes særlig fram behov for kontakt- og informasjonsmuligheter innad i kommunen og fylkeskommunen for frivillig sektor og at kommuner og fylkeskommuner bør ha en arena for kontinuerlig dialog med frivillig sektor. En slik arena kan være frivillighetsforum eller frivillighetsråd, der alle frivillige organisasjoner i kommunen inviteres til å delta. Tilsvarende kan være aktuelt på fylkesnivå.

Kommunen kan legge til rette for dialog og samarbeid med frivillig sektor gjennom en helhetlig frivillighetspolitikk. Det kan være en strategi, plan eller annet politisk vedtatt dokument som utvikles i dialog med den lokale frivilligheten, som beskriver virkemidler som bidrar til vekst og utvikling i frivilligheten, og som lager rammer for samarbeid og dialog mellom kommunen og frivillig sektor om folkehelsearbeidet. Her kan det også inngå omtale av prosess for medvirkning i kommunale prosesser.

Departementet viser også til *Frivillighet Norge* og *KS* plattform for frivillighetspolitikk og lokale fritidserklæringer som eksempler på gode verktøy og prinsipper for kommunene og fylkeskommunene i arbeidet for å bidra til et godt samarbeid med frivillig sektor.

## 5.4 Helse i den samiske befolkningen

### 5.4.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Folkehelsearbeidet i Norge skal også fremme god helse i den samiske befolkningen. Derfor er det viktig at samiske perspektiver i større grad preger folkehelsepolitikken. Regjeringen la våren 2024 fram Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen*, som bygger på en erkjennelse av at folkehelsepolitikken i Norge i stor grad har vært innrettet mot majoritetsbefolkningen, og at det er behov for tiltak for å sikre at samiske perspektiver blir bedre ivaretatt.

Basert på tall fra valgmannntallet til Sametinget bor det flest samer i Tromsø kommune, fulgt av Alta, Kautokeino, Karasjok og Oslo. Kommunene Kautokeino og Karasjok er i en særstilling, der omkring 90 prosent av innbyggerne antas å ha samisk bakgrunn og hvor det nordsamiske språket er majoritetsspråk.

Samer har et menneskerettslig vern som urfolk og som kulturell og språklig gruppe. Vernet følger både av nasjonal og internasjonal rett. ILO-konvensjon nr. 169 om *urfolk og stammefolk i selvstendige stater* er en sentral folkerettslig bindende konvensjon om rettighetene til urfolk. Hovedprinsippet i konvensjonen er urfolks rett til å bevare og videreutvikle sin egen kultur, og myndighetenes plikt til å treffe tiltak for å støtte dette arbeidet. Dette er også uttrykt i Grunnloven § 108, som sier at staten skal legge til rette for at det samiske folket, som urfolk, kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv. Det vises i tillegg til Europarådets konvensjon for

nasjonale minoriteter og Europarådets minoritets-språkpakt.

Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*, som ble lagt fram for Stortinget 1. juni 2023, peker på fornorskingsprosesser som har vært en betydelig belastning for samisk befolkning og samisk kultur, og med antatte helsekonsekvenser.

Hensynet til samers folkehelseutfordringer og til samisk språk, kultur og samfunnsliv er i dag ikke omtalt i folkehelseloven, men inngår i Forskrift 28. juni 2012 nr. 692 om oversikt over folkehelsen § 3 tredje ledd. Der framgår det at «I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes». Kravet til å vurdere særlige utfordringer for samene gjelder altså bare kommuner, ikke staten og fylkeskommunene. Kravet gjelder heller ikke alle kommuner med samiske innbyggere, kun der det er antatt å være spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Det er heller ikke nærmere konkretisert hva som må ligge til grunn for at en skal kunne anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen, og hvordan disse i så fall skal vurderes.

I forbindelse med utforming av Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen* utarbeidet Folkehelseinstituttet og Senter for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet i 2024 en rapport om *Helse i den samiske befolkningen*. Rapporten inngår som et eget kapittel i Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet, og vil oppdateres jevnlig. Rapporten gir en nasjonal oversikt over folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Troms fylkeskommune har belyst utfordringer i den samiske befolkningen i sin folkehelseoversikt fra 2024, og tilsvarende har Nordland fylkeskommune en kort omtale av spesielle samiske folkehelseutfordringer i sitt oversiktsdokument.

### 5.4.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått en ny bestemmelse i § 4 femte ledd om at kommunen skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant.

Videre ble det foreslått at landets fylkeskommuner og staten skal få en tilsvarende plikt til å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelsefortrin-

ger i den samiske befolkningen. Dette ble foreslått inntatt i henholdsvis § 20 syvende ledd og § 22 fjerde ledd.

### 5.4.3 Høringsinstansenes syn

Det er ulike syn på å lovfeste et ansvar for å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Det er en tendens til at høringsinstanser fra Nord-Norge er mer positive til forslaget enn instanser fra Sør-Norge. Mange høringsinstanser uttrykker støtte til forslagene.

*Trøndelag fylkeskommune* er enig i departementets forslag om nye bestemmelser i loven om at kommunen, fylkeskommunen og staten skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant. *Finnmark fylkeskommune* er enig i grepet om å innføre tydeligere krav om å ha spesiell oppmerksomhet om folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. *Statsforvalteren i Troms og Finnmark* påpeker at når kommunene utarbeider oversikt over befolkningens helse og livskvalitet, bør det være obligatorisk å gjøre en vurdering av folkehelsesituasjonen også i den samiske befolkningen.

En del instanser støtter ikke departementets forslag. *Kongsvinger kommune* er blant disse, og foreslår at folkehelseloven skal omfatte hele befolkningen, uten å fremheve spesifikke grupper. Det er også innspill om at andre grupper også bør nevnes. Dette gjelder for det første i forhold til nasjonale minoriteter. *Alta kommune* uttaler at:

«For å utjevne sosial ulikhet i helse er det fornuftig å ha særskilt oppmerksomhet på minoritetsgrupper, men det kommer skjevt ut om kun én befolkningsgruppe skal omtales særskilt i folkehelseloven. Dette oppleves som en forskjellsbehandling av minoritetsgrupper og en lov må anerkjenne at det finnes flere grupper som kan anses som etniske minoriteter. Alta kommune foreslår derfor at departementet bruker «minoritetsgrupper» som benevnelse i §§ 4, 20 og 22.»

*Taternes Landsforening* foreslår at nasjonale minoriteter innlemmes i ordlyden, i tillegg til den samiske befolkningen. *Såmi klinihkka v/ Samisk nasjonal kompetansetjeneste psykisk helsevern og rus (SANKS)* uttaler at de er:

«positive til at endringer i folkehelseloven inkluderer en omtale av helsearbeid rettet mot

den samiske befolkningen. Vi anbefaler imidlertid at også andre nasjonale minoriteter, herunder kvener, norskfinner, skogfinner og øvrige grupper, eksplisitt omtales i denne sammenheng. Dette baserer seg på anbefalingene i Rapport til Stortinget fra Sannhets- og forsoningskommisjonen, og vil bidra til å sikre at alle urfolk og nasjonale minoriteter i Norge ivaretas på en helhetlig måte.»

Andre høringsinstanser mener at det er like viktig å framheve andre grupper. *Universitetet i Bergen* foreslår at den spesielle oppmerksomheten skal gjelde «den samiske befolkningen og andre innvandrer- og etniske minoriteter der det er relevant.» *HelseOmsorg21-rådet* mener at det bør vurderes om omtalen bør være bredere, slik at den også omfatter innvandrere og andre minoriteter. *UIT Norges arktiske universitet* uttaler at de vil støtte en ordlyd som favner flere sårbare grupper.

Enkelte høringsuttalelser peker også på behovet for å løfte fram et tydeligere kjønnsperspektiv og også ha mer fokus med mennesker med funksjonsnedsettelse. Dette er ikke konkret satt opp mot hensynet til den samiske befolkningen.

*Sametinget* mener at:

«formuleringen 'der det er relevant' er for vag og mangler nødvendig klarhet og spesifisitet som kreves for at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter skal kunne implementere tiltak effektivt. For å sikre at folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen blir tilstrekkelig ivaretatt og for å sikre en mer effektiv, målrettet og konsekvent innsats, ber Sametinget om at sitatet 'der det er relevant' byttes ut med «der det bør samer». Dette vil bidra til å sikre at tiltakene utformes og trefere de faktiske behovene som eksisterer.»

### 5.4.4 Departementets vurderinger

Regjeringen varslet i Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv* at den i forbindelse med revisjonen av folkehelseloven vil vurdere hensynet til den samiske befolkningen.

Departementet har ikke foretatt en gjennomgang av i hvilken grad kommunale folkehelseoversikter vurderer særskilte folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Vurdering av særskilte folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen kan være vanskelig for kommunene, på grunn av at kunnskapsgrunnlaget om helsen i den samiske befolkningen er begrenset og at data på



kommunenivå mangler. Det er likevel forutsatt i regelverket at oversikten også skal bygge på kvalitative data, blant annet fra medvirkningsprosesser.

I oppsummeringen av høringen er det framkommet ulike oppfatninger om begrunnelsen for å lovfeste et ansvar for statlige helsemyndigheter, fylkeskommunene og kommunene om ha oversikt over særskilte utfordringer i den samiske befolkningen. Saminor-undersøkelsene og kunnskapsoppsummeringen fra Folkehelseinstituttet indikerer ikke omfattende forskjeller i helsetilstanden mellom den samiske befolkningen og øvrig befolkning.

Begrunnelsen for å regulere ansvaret er at samene er definert som urfolk, med rett til å bevare og utvikle sitt språk, levesett og sine tradisjoner. Departementet mener at folkehelseloven skal være en lov som gjelder befolkningen generelt, men gjør her et unntak, med en urfolksbegrunnelse.

I kommuner med en betydelig andel av befolkningen fra en nasjonal minoritet bør det gis oppmerksomhet til spesielle utfordringer i disse gruppene. Dette gjelder blant annet kvensk/norskfinsk befolkning i mange kommuner i Troms og Finnmark.

Det er en klar begrensning at det mangler data på fylkes- og kommunenivå som differensierer

mellom samer og nasjonale minoriteter og øvrig befolkning. Like viktig som å stille klarere krav til kommunene vil det være at staten og fylkeskommunene støtter kommunene bedre med relevante lokale data. Det finnes muligheter gjennom datainnsamlinger som de fylkesvise folkehelseundersøkelsene og i Ungdata. Saminor 3-undersøkelsen vil også være en viktig kunnskapskilde, med høy relevans for folkehelsearbeidet i aktuelle kommuner. At det foreligger endel lokale data om den samiske befolkningen, er en tilleggsbegrunnelse her.

Når det gjelder forpliktelsen til å vurdere samiske hensyn i utforming av folkehelseiltak, så vises det generelt til Lov av 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold. Dette gjelder blant annet for tilgjengeliggjøring av helseinformasjon på samiske språk.

Når det gjelder den konkrete lovformuleringen så har departementet vurdert innspillet fra Sametinget. Departementet er enig i at formuleringen 'der det er relevant' er vanskelig å avgrense. Departementet mener at «I kommuner med samisk befolkning» er en mer hensiktsmessig innramming. Det understrekes likevel at folkehelseloven ikke gir individuelle rettigheter, og at tiltak normalt er på gruppenivå.

## 6 Lovstruktur

### 6.1 Gjeldende rett

Folkehelseloven er en helhetlig regulering av folkehelsearbeidet som omfatter alle de tre forvaltningsnivåene; kommune, fylkeskommune og stat, men på statlig nivå primært statlige helsemyndigheter. Loven er strukturert slik at hvert nivå's ansvar er lovfestet i egne kapitler i loven.

Videre er strukturen i loven slik at det er stilt krav til de ulike elementene i et systematisk folkehelsearbeid, framfor å stille krav om bestemte tiltak innenfor ulike innsatsområder, som for eksempel alkohol- og tobakksforebygging, fysisk aktivitet mv. Krav til konkrete tiltak kan imidlertid være fastsatt i annet regelverk, for eksempel i alkoholloven og i tobakksskadeloven. Viktige elementer i det systematiske folkehelsearbeidet er konkretisering av oversikt over helseutfordringer og forankring på politisk nivå gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven.

Lovens kapittel 1 omfatter innledende bestemmelser som formål, virkeområde og definisjoner. Kapittel 2 regulerer kommunenes ansvar. Kapittel 3 regulerer miljørettet helsevern, som også omfatter kommunens ansvar for miljørettet helsevern. Kapittel 4 regulerer fylkeskommunenes ansvar og kapittel 5 statlige myndigheters ansvar. Kapittel 6 regulerer samarbeid, beredskap, internkontroll, tilsyn mv. herunder også samfunnsmedisinsk kompetanse. Dette innebærer at krav til kommuner også står i kapittel 6 i tillegg til i kapittel 2 og 3.

### 6.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslås det å samle bestemmelsene om kommunenes ansvar til kapittel 2. Dette omfatter å flytte kommunens ansvar for miljø og helse (miljørettet helsevern), herunder kommunens tilsyn, til kapittel 2. Videre foreslår departementet at bestemmelsen om samarbeid mellom kommuner, samfunnsmedisinsk kompetanse, beredskap og internkontroll flyttes til kapittel 2. Dette slik at alle bestemmelsene knyttet til kommuners systematiske folkehelsearbeid samles i

kapitlet som heter «kommunens ansvar», herunder hvilke oppgaver som omfattes av kommunens internkontroll. Som ledd i flytting av disse bestemmelsene ble det i høringen foreslått ny § 7 a om kommunens tilsyn med virksomheter og eiendom, § 7 b om beredskap, § 7 c om samfunnsmedisinsk kompetanse og § 7 d om samarbeid mellom kommuner.

I høringsnotatet ble det videre foreslått enkelte språklige endringer i både formål, definisjon og under ansvar i de enkelte bestemmelser for at disse blir mer konsistente. Det ble presisert at det ikke var ment endring i meningsinnhold. Forslaget innebærer at grunnleggende elementer skal være gjennomgående både under formål, definisjoner og under ansvar. Dette er i) beskytte (mot helsetrusler), ii) forebygge (mot helse-skade) iii) fremme helse (bidra til et helsefremmende samfunn) og iv) utjevne sosiale helseforskjeller.

### 6.3 Høringsinstansenes syn

Blant de høringsinstansene som uttaler seg om dette forslaget, er det stor støtte til endringer i struktur generelt og spesielt til samling av kommunens ansvar i kapittel 2. Ingen har uttalt seg negative.

*Numedals-kommunene:*

«er positive til de forslag til endringer i lov om folkehelsearbeid som tydeliggjør statens rolle i det systematiske arbeidet; Staten får det samme kravet som kommuner og fylkeskommuner om å beskytte, fremme og utjevne helse i befolkningen. Forslaget inneholder krav til systematisk folkehelsearbeid for staten. Det oppleves generelt mer ryddig og oversiktlig, når man nå har samlet det som omhandler kommunens ansvar for folkehelse i ett kapittel, samtidig som kravene til henholdsvis kommuner, fylkeskommuner og stat er mer likelydende.»

*Lørenskog kommune:*

«vurderer at kommunens ansvar blir tydeligere dersom alle bestemmelser om kommunens ansvar samles i kapittel 2, og ser det som en fordel at miljørettet helsevern og bestemmelsen om samarbeid mellom kommuner, samfunnsmedisinsk kompetanse, beredskap og internkontroll flyttes til kapittel 2.»

*Heim, Rindal, Ørland, Melhus og Frøya kommuner* uttaler at «[d]et oppleves som ryddig å samle alle kommunens ansvar i ett kapittel».

## 6.4 Departementets vurderinger

Departementet opprettholder forslaget om å samle bestemmelsene om kommunenes ansvar i kapittel 2. Gjennom innspillsmøter mv. har departementet fått tilbakemelding om at det er vanskelig å få en helhetlig oversikt over kommunens ansvar og oppgaver etter loven, da dette står på flere ulike steder. Departementet foreslår derfor å flytte kommunens ansvar for miljø og helse (miljørettet helsevern), herunder kommunens tilsyn, til kapittel 2. Videre foreslår departementet at bestemmelsen om samarbeid mellom kommuner, samfunnsmedisinsk kompetanse, beredskap og om internkontroll flyttes til kapittel 2. Dette innebærer at alle bestemmelsene knyttet til kommuners systematiske folkehelsearbeid samles i kapitlet som heter *kommunens ansvar*, herunder hvilke oppgaver som omfattes av kommunens internkontroll. En slik endring vil ikke innebære materielle endringer, men er et pedagogisk grep som vil gjøre loven mer oversiktlig. Dette får stor støtte i høringen.

Endringen innebærer at kapittel 2 omfatter kommunens ansvar, herunder også ansvar for å føre tilsyn og ha beredskap, mens kapittel 3 omfatter krav til virksomheter og eiendommer, samt kommunens virkemidler for å føre tilsyn med disse.

Når det gjelder nummerering av lovens bestemmelser bemerker departementet at de nye bestemmelsene i kapittel 2 nummereres med henholdsvis §§ 7 a til 7 d. Denne tilnærmingen innebærer at enkelte bestemmelser som grunnet flytting til kapittel 2 foreslås opphevet gir tomme plasser i nummereringen. På denne måten unngår man imidlertid behov for å endre nummereringen av en rekke andre bestemmelser i loven.

Krav til nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner gjelder både

kommunen, fylkeskommunen, statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, jf. gjeldende lov § 28 første ledd, jf. helseberedskapsloven § 2-1. På grunn av endringene i struktur flyttes dette inn i bestemmelsene om fylkeskommunens ansvar i § 20, statsforvalterens ansvar i § 23, Helsedirektoratets ansvar i § 24 og Folkehelseinstituttets ansvar i § 25, i tillegg til bestemmelsen om beredskap for kommunen i § 7 b. I tillegg fjernes henvisningen til helseberedskapsloven § 2-1. Ansvarsprinsippet gjelder i tråd med helseberedskapsloven § 2-1, men siden denne bestemmelsen omtaler tjenester, kan det også tolkes på en slik måte at bestemmelsen i folkehelseloven også er avgrenset til tjenester. Departementet mener at henvisningen uansett ikke er nødvendig, og vurderer derfor at henvisningen kan tas ut av bestemmelsen.

På grunn av endringene i lovstruktur er det behov for å flytte på forskriftshjemmel om kommunens tilsyn og forskriftshjemmel om beredskap. Etter gjeldende folkehelselov § 8 kan departementet gi forskrifter innen miljørettet helsevern, som også omfatter kommunens tilsyn etter § 9. Som følge av at § 9 blir ny § 7 a i kapittel 2, foreslås det at forskriftshjemmel for departementet om kommunens tilsyn også flyttes, som nytt ledd i § 7 a. Etter gjeldende folkehelselov § 28 kan departementet gi forskrifter om kommunens beredskap, men også beredskap for andre myndigheter. Som følge av at reguleringene i § 28 legges inn i bestemmelsene som regulerer de ulike myndighetenes ansvar, vurderer departementet at det er behov for at gjeldende forskriftshjemmel ivaretas i en egen bestemmelse som gjelder alle myndighetsnivåer. Departementet foreslår derfor at det tas inn en ny § 33 a om forskrift om meldeplikt, oppgaver og ansvar i beredskapssituasjoner, i kapittel 6. Innholdet i forskriftshjemmelen er en videreføring av gjeldende rett.

Endringer i nummerering av lovens bestemmelser nødvendiggjør også endringer i henvisninger i § 31 om statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid. Det samme gjelder for § 2 fjerde ledd.

Departementet foreslår enkelte språklige endringer i både formål, definisjon og under ansvar i de enkelte bestemmelser for at disse blir mer konsistente. Grunnleggende elementer skal være gjennomgående både under formål, definisjoner og under ansvar. Dette er å

- i) beskytte (mot helsetrusler),
- ii) forebygge (mot helseskade)
- iii) fremme helse (bidra til et helsefremmende samfunn) og
- iv) utjevne sosiale helseforskjeller.

Formuleringene er likevel noe tilpasset den sammenheng de inngår i, forvaltningsmessig og i loven. Ansvar for å beskytte, fremme og utjevne helse og livskvalitet og å forebygge sykdom og skade, rammes uansett inn av de oppgaver og de

virkemidler som kommuner, fylkeskommuner og staten er tillagt etter loven. De endringene omtales nærmere i tilknytning til omtale av den enkelte bestemmelse.

## 7 Lovens innledende bestemmelser

### 7.1 Formål

#### 7.1.1 Gjeldende rett

Folkehelseloven § 1 har følgende 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.

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.»

#### 7.1.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo å erstatte begrepet *trivsel* med *livskvalitet* i loven.

Departementet foreslo også å legge inn i formålsbestemmelsen at loven skal «beskytte befolkningen mot helsetrusler».

Videre foreslo departementet at «statlige helsemyndigheter» endres til «statlige myndigheter».

I tillegg ble det foreslått mindre språklige endringer, se punkt 6.4.

#### 7.1.3 Høringsinstansenes syn

De høringsinstansene som uttalte seg om dette er positive til at begrepet livskvalitet tas inn i loven, og erstatter trivsel.

*Nome kommune* uttaler at:

«Kommunen støtter at begrepet livskvalitet tas inn i loven, og vil fremme bruken av dette begrepet fremfor folkehelsebegrepet, da sistnevnte bidrar til at dette arbeidet (noe misfor-

stått) blir fordelt til helsesektoren i stedet for overordnet og tverrsektorielt.»

*Statsforvalteren i Agder* «er positiv til at trivselsbegrepet erstattes med begrepet «livskvalitet».

*Alta kommune* skriver:

«Livskvalitet som nytt begrep er tatt inn og viser til mer enn kun fysisk helse og fravær av sykdom. Alta kommune anser dette som en positiv endring og i takt med folkehelsesjargongen.»

Kommunene *Hamar*, *Løten*, *Ringsaker* og *Stange* uttaler at de «støtter også at begrepet livskvalitet tas inn i loven fordi dette har et bedre og bredere innhold relatert til folkehelsearbeidet enn begrepet helse som loven fortsatt oftest assosieres med».

*Statens vegvesen* uttaler:

«Det er positivt at livskvalitet løftes inn i loven. Statens vegvesen er samtidig enig i at livskvalitet som mål går utover forhold som berører befolkningens helse. Det er mange sektorer som legger grunnlag for god livskvalitet, blant annet transportsektoren. Sosial bærekraft og mobilitet er en av flere nøkkelfaktorer for god livskvalitet.»

Enkelte mener livskvalitet bør løftes mer fram i loven, *Skien kommune* uttaler:

«Det bør vurderes hvorvidt tittelen på loven fremdeles er hensiktsmessig; forebygging og helsefremming i folkehelsearbeidet foregår i stor grad utenfor helsesektoren. Med introduksjon av begrepet «livskvalitet» i lovverket, rettes økt fokus mot andre sektorer enn helsesektoren; helsesektoren har forebyggende og helsefremmende arbeid også pålagt gjennom helse- og omsorgstjenesteloven og helseberedskapslovverket. Begreper som innbefatter «helse» kobles ofte til helsesektoren. Dette kan vedlikeholde det tradisjonelle synet om at alt

arbeid med helse hører hjemme i helsesektoren.»

Selv om det er stor støtte til å ta inn livskvalitet i loven, er det enkelte som mener høringsnotatet avgrensar livskvalitetsbegrepet mer enn ønskelig.

*Tromsø kommune* uttaler:

«Vi støtter endringen fra «trivsel» til «livskvalitet», men stiller spørsmål ved formuleringen om at livskvalitet som ikke påvirker helse ikke omfattes av loven. Livskvalitet inkluderer grunnleggende komponenter som frihet, trygghet og fellesskap, som alle påvirker helse. Vi vil også vise til et av de nye punktene i formålsbestemmelsen «Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og utjevner sosiale helseforskjeller». Denne formuleringen inneholder en helhetlig beskrivelse og fokuserer ikke på helse, og det er sentralt i forståelsen av folkehelse – som er helhetlig – altså at det er helse i alt vi gjør, som et grunnleggende prinsipp og som skal operasjonaliseres gjennom Folkehelse-loven, og det støttes.»

*Bærum kommune* uttaler:

«Bærum kommune mener at innføring av begrepet «livskvalitet» kan bidra til å øke forståelsen for at bakenforliggende årsaker som levekår, miljø og psykososiale forhold har betydning for befolkningens helsetilstand og er en del av folkehelsearbeidet. Avgrensingen slik den er beskrevet i høringsnotatet, gjør imidlertid meningen av begrepet «livskvalitet» uklar. Ifølge beskrivelsen i forslag til nasjonal livskvalitetsstrategi omfatter begrepet i stor grad forhold som berører befolkningens helse. Samtidig oppgir departementet at begrepet «livskvalitet» (sitat side 15) «skal forstås i folkehelse-loven (er) innenfor det som i dag defineres som folkehelse. Livskvalitet som går utover forhold som berører befolkningens helse omfattes ikke av denne loven.»

Noen høringsinstanser har også forslag til andre forhold enn livskvalitet som bør vurderes i formålsbestemmelsen. *Helsedirektoratet* uttalte i sitt hørings svar at:

«[d]efinisjonen av helsetrusler må ses i forhold til formuleringer i krav til kommunens ansvar

(§ 4), fylkeskommunes ansvar (§ 20) og statens ansvar (§ 22) der det fremgår at de skal «beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen». Denne formuleringen avgrensar ikke kommunens ansvar til at det må skje en betydelig grad av innvirkning på helsen og har derfor et bredere innhold enn det som er foreslått som definisjon av helsetrusler; faktor, et forhold eller hendelse som kan påvirke folkehelsen negativt av betydelig grad. Direktoratet mener det bør vurderes om formålet med loven heller bør formuleres i tråd med ordlyden §§ 4, 20 og 22, og om helsetrusler i større grad bør knyttes til de bestemmelsene som er av beredskapsmessig karakter i loven.»

*Kongsberg kommune, Nordre Follo kommune, Østfold fylkeskommune, Folkelig og Fremsam* mener «bærekraft» eller «bærekraftig utvikling» bør framgå av lovteksten. *Fremsam* uttaler:

«Det kan være naturlig å benytte «bærekraftig utvikling» til tross for at føre var-prinsippet ivaretar «langsiktig». Arbeidet for miljømessig, økonomisk og sosial bærekraft er tett forbundet med folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner, og vi mener derfor at det er ønskelig at loven også understreker den faglige sammenhengen mellom menneskers helse og livskvalitet og bærekraftsdimensjonene og at begrepet har sin plass i loven.»

Mange av høringsinstansene støtter at kunnskapsbasert folkehelsearbeid uttrykkes mer eksplisitt i loven. *Bamble kommune* uttaler at kunnskapsbasert bør legges inn i formålsbestemmelsen. Enkelte høringsinstanser foreslår at også *tverrfaglig, seksuell helse, kjønn og naturmessige forhold* tas inn i formålet.

Når det gjelder forslaget om at begrepet *statlige helsemyndigheter* erstattes av *statlige myndigheter* er det støtte til dette. *Telemark fylkeskommune* og *Alta kommune* uttaler blant annet at dette er et viktig grep for å synliggjøre at folkehelsearbeid er et felles samfunnsansvar og ikke noe helsesektoren alene har ansvaret for.

#### 7.1.4 Departementets vurderinger

Departementet opprettholder forslaget om å erstatte ordet trivsel med livskvalitet, og at blant annet lovens formålsbestemmelse § 1 endres i henhold til dette. Dette er i tråd med folkehelsemeldingen hvor det står at regjeringen vil inklu-

dere livskvalitet i folkehelseloven når den blir revidert. Departementet merker seg at det også har stor støtte blant høringsinstansene.

Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid ble skrevet på et tidspunkt hvor trivsel var det mest vanlige begrepet for å beskrive det å trives, ha det bra, vokse og utfolde seg mv. og der ved inngikk som en del av folkehelsearbeidet. Begrepsbruken var også en videreføring fra den daværende kommunehelsetjenesteloven. Trivselsbegrepet benyttes tre ulike steder i folkehelseloven. Loven definerer ikke hva begrepet trivsel innebærer. Folkehelseloven regulerer både innsats for å beskytte befolkningen, forebygge sykdom, men også å fremme helse. Helsefremmende arbeid overlapper i stor grad med innsats for å fremme livskvalitet.

Internasjonalt benyttes i hovedsak det engelske begrepet «wellbeing» som kan oversettes med både livskvalitet, velvære og trivsel. Livskvalitet handler både om indre opplevelser og faktiske betingelser. Dette er i tråd med hvordan livskvalitetsbegrepet benyttes også internasjonalt, for eksempel av OECD og Eurostat, det europeiske statistikkbyrået. Livskvalitetsbegrepet understreker også i større grad kvaliteten på hele livet. At livskvalitetsbegrepet er et begrep som kan bidra til å se helheten i menneskers liv vektlegges også i rapporten fra 2018 om «Livskvalitet – Anbefalinger for et bedre målesystem» og SSBs rapport om indikatorrammeverket.

I høringsnotatet uttalte departementet at livskvalitet etter folkehelseloven omfatter livskvalitet som direkte eller indirekte har betydning for befolkningens helse. Enkelte høringsinstanser mener dette fremstår som en avgrensning ved at det er helse som er utfallsmålet, mens for eksempel trivsel kan være et selvstendig mål. Departementet forstår at befolkningens helse kan tolkes snevrere enn folkehelse. I WHO-sammenheng er det imidlertid vanlig å bruke begrepsparet «health and wellbeing», helse og livskvalitet. Departementet legger til grunn at det er det perspektivet som skal legges til grunn i folkehelseloven. Dette innebærer blant annet at grunnleggende komponenter i livskvalitet, som for eksempel UiT viser til som frihet, trygghet og fellesskap, som alle påvirker helse, omfattes av livskvalitetsbegrepet etter folkehelseloven. Ensomhet er en sentral påvirkningsfaktor for livskvalitet, og det er også en stor sammenheng mellom ensomhet og en rekke helseutfall.

Det er stor grad av enighet om at livskvalitet slik det benyttes både internasjonalt og i norske fagmiljøer både viser til subjektive opplevelser

som tilfredshet, glede, mestring og mening, og til objektive forhold som arbeidsliv, trygghet, inntekt og arbeid, boligmiljø, nærmiljøkvaliteter, fellesskap og muligheter for selvutvikling. De subjektive og objektive komponentene i livskvalitet påvirker hverandre.

Det gjort noen mindre språklige endringer se omtale i punkt 6.4. Formuleringene er likevel noe tilpasset den sammenheng de inngår i, forvaltningsmessig og i loven. Ansvar for å beskytte, fremme og utjevne helse og livskvalitet og å forebygge sykdom og skade rammes uansett inn av de oppgaver og de virkemidler som kommuner, fylkeskommuner og staten er tillagt.

Formålsbestemmelsen bør gjenspeile og ramme inn myndighetens ansvar etter loven, slik ansvaret fremgår av lovens øvrige bestemmelser. Departementet støtter derfor at den delen av formålsbestemmelsen som gjelder beskyttelse av befolkningen bør knytte seg til faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, og ikke kun til helsetrusler. Beskyttelse mot helsetrusler er likevel en sentral del av dette, noe som kommer til uttrykk i flere av lovens bestemmelser.

Departementet mener det er viktig med en formålsbestemmelse som er tilpasset de prinsippene som ligger til grunn for loven, både prinsippene som ligger til grunn for gjeldende lov, og de to nye prinsippene, jf. punkt 4 og 7.1.

Flere av høringsinstansene har foreslått at bærekraftig utvikling og kunnskap bør fremgå av lovens formålsbestemmelse. Det er i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 7.3 lagt til grunn at bærekraftig utvikling er et perspektiv som skal gjennomføre folkehelsearbeidet, og departementet mener det er i tråd med dette at begrepet også brukes i loven. Departementet foreslår derfor å legge inn i formålsbestemmelsens første ledd at loven skal bidra til en bærekraftig samfunnsutvikling. Sosial bærekraft er nærmere omtalt i punkt 4. Kunnskap er foreslått som nytt grunnleggende prinsipp for folkehelsearbeidet, se punkt 4, og i lovens bestemmelser forsterkes innsatsen for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Departementet foreslår at kunnskap kommer til uttrykk i lovens formålsbestemmelse, som en del av siste ledd, siste punktum om at «Loven skal legge til rette for et langsiktig, kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid»

Departementet mener at prinsippet om «helse i alt vi gjør» og tydeliggjøring av samordning som del av dette prinsippet, underbygger at loven skal sikre at *statlige myndigheter* setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på

en forsvarlig måte, og at dette ikke bare gjelder statlige helsemyndigheter. Flere høringsinstanser støtter dette. Dette er også i tråd med og en viktig del av statens ansvar for folkehelsen etter forslag til § 22 første ledd.

Noen høringsinstanser ønsker også å ha ytterligere elementer inn i formålsbestemmelsen. Dette er for eksempel *tverrfaglig og seksuell helse*. Departementet er enig i at dette er viktig, men mener at disse elementene dekkes av formålsbestemmelsen slik den er foreslått. For eksempel vil tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid inngå i formuleringen om at myndighetene skal «samordne sin virksomhet i folkehelsearbeidet» og seksuell helse inngår i begrepet *helse og livskvalitet*.

## 7.2 Virkeområde

### 7.2.1 Gjeldene rett

Lovens virkeområde fremgår av § 2. Det følger av bestemmelsen at loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og for statlige myndigheter, i tillegg til privat og offentlig virksomhet og eiendom, hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Etter fjerde ledd gjelder loven også for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 28 og 29.

### 7.2.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått endring av henvisninger i § 2 fjerde ledd, som følge av endringer i struktur i loven. Det ble ikke foreslått ytterligere endringer i lovens virkeområde etter § 2.

### 7.2.3 Høringsinstansenes syn

*Østfold fylkeskommune* og *Halden kommune* foreslår at ordet «offentlige tjenestemenn» i ordlyden til paragrafen endres til «offentlige tjenestepersoner». *Helsedirektoratet* mener også at det bør vurderes å bruke ordet tjenesteperson(er), for å fremme likestilling og mangfold i alle sektorer.

*Kragerø kommune* og *Molde kommune* mener at rekkefølgen i opplistingen bør endres, for å synliggjøre at folkehelsearbeid først og fremst må gjøres utenfor helsesektoren. *Telemark fylkeskommune* og *Lier kommune* mener at helsepersonell bør tas ut, fordi det kan bidra til å opprettholde misoppfattelsen om at folkehelse primært er et helseanliggende. Offentlig ansatt helsepersonell omfattes av begrepet «offentlige tjenestemenn».

*Lier kommune* og *Molde kommune* mener også at begrepet «offentlig tjenestemann» er uklart og bør knyttes til definisjonen i forvaltningsloven.

### 7.2.4 Departementets vurderinger

Departementet støtter høringsinstansenes syn om at offentlig tjenestemann bør endres til offentlig tjenesteperson, som er kjønnsnøytralt. Dette er også i tråd med utredning og forslag til ny forvaltningslov, jf. NOU 2019: 5 *Ny forvaltningslov*. Begrepet endres derfor i § 2 fjerde ledd.

Lovens bestemmelser om beredskap og § 29 om gjennomføring av internasjonale avtaler på folkehelseområdet forutsetter at det kan gis nærmere bestemmelser overfor helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private, som er bakgrunnen for at disse er presisert i § 2 fjerde ledd, se omtale i Prop. 90 L (2010–2011). Departementet vurderer at endringer i bestemmelsen må ses i sammenheng med dette, og det foreslås derfor ingen ytterligere endring i bestemmelsen nå.

## 7.3 Definisjoner

### 7.3.1 Gjeldende rett

Folkehelseloven definerer hva som menes med folkehelse og folkehelsearbeid. Det følger av § 2:

I loven her menes med

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

### 7.3.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått at definisjonen av *folkehelsearbeid* skal endres til:

«samfunnets innsats for å fremme befolkningens helse, livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold, samt utjevne sosiale helseforskjeller, beskytte befolkningen mot helsetrusler og forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.»

Videre ble det foreslått å legge inn en definisjon av helsetrusler:



«Helsetrusler: faktor, hendelse eller forhold som kan påvirke folkehelsen negativt av betydelig grad og som kan kreve tiltak for å beskytte folkehelsen.»

### 7.3.3 Høringsinstansenes syn

Flere av høringsinstansene foreslår at loven inkluderer en definisjon av begrepet *livskvalitet*, slik at det er tydelig at begrepet rommer både subjektive opplevelser og objektive forhold.

*Molde kommune* ber departementet vurdere om «helsierisiko», jf. ny foreslått § 7 a, skal defineres i § 3, og peker på forholdet mellom helsierisiko og folkehelsierisiko. *KS* og flere andre kommuner støtter dette. *Molde kommune* uttaler i sitt hørings svar:

«Når kommunene skal vurdere tiltak etter folkehelseloven, herunder ev. bruk av påleggsmyndigheten etter virkemiddelbestemmelsene vil det være avgjørende for forholdsmessighetsvurderingen om risikoen som legges til grunn er «helsierisiko» eller «folkehelsierisiko.»

Flere høringsinstanser stiller også spørsmål om forholdet mellom begrepene folkehelse og helse. *Oppdal kommune* og *Helsedirektoratet* ønsker at forebygging og helsefremming defineres i lovteksten, slik at samme forståelse av begrepene legges til grunn. Enkelte høringsinstanser ber også om at begrepene *barns beste*, *tiltak*, *helsekrise*, *helsetrusler*, *miljømessige forhold*, *miljø og helse*, *miljørettet helsevern*, *samfunnsmedisin* og *samfunnsmedisinsk kompetanse* som er brukt i § 7b, defineres.

*Skien kommune* uttaler at det er uheldig at ordlyden «påvirke faktorer som direkte eller indirekte» er tatt ut av definisjonen av folkehelsearbeid. *Telemark fylkeskommune* uttaler at:

«Det er avgjørende at loven beholder ordlyden «påvirke faktorer som direkte eller indirekte» for å sikre at folkehelsehensynet forankres i alle sektorer og i all samfunnsplanlegging.»

*CENSE – Norsk forskningssenter for seksuell helse* ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, *Nasjonalt SRHR-nettverk* og *Sex og samfunn* foreslår at seksuell helse tas inn i definisjonen av folkehelsearbeid, i tillegg til somatisk og psykisk sykdom eller ta inn «forebygge alle former for sykdom, skade eller lidelse»

*Fremsam* viser til at *folkehelseiltak* brukes to ganger i ny lov uten at det er definert, og mener at

folkehelseiltak som samlet begrep bør tas ut, da det ikke er klart hva dette er, til forskjell fra *tiltak* som brukes gjennomgående i lovteksten.

### 7.3.4 Departementets vurderinger

Departementet mener, og støtter høringsinstansene i, at det har betydning for folkehelsearbeidet at begrepene som brukes forstås på samme måte. Hva som menes med begrepene *tiltak*, *folkehelseiltak*, *samfunnsmedisin*, *samfunnsmedisinsk kompetanse*, *miljørettet helsevern*, *miljø og helse* og *barns beste* er omtalt i de kapitlene som omhandler dette. Departementet vurderer at det ikke er hensiktsmessig at alle begrepene som brukes defineres i § 3, men at det er tilstrekkelig at flere begreper defineres eller forklares i veiledning til loven. Departementet viser til at felles begrepsforståelse gjelder mange av begrepene i loven, og det vurderes ikke som hensiktsmessig å definere for mange begreper. I tillegg vurderes folkehelse og folkehelsearbeid som mer grunnleggende begreper, som er et argument for at det er de to begrepene loven definerer.

Departementet vurderer også at definisjonen av begrepet *helsetrusler* ikke tas inn i loven, både fordi begrepet ikke brukes i større grad enn andre begreper i loven og fordi begrepet allerede har et definert innhold gjennom gjeldende lov, forskrift om miljørettet helsevern og annet regelverk som regulerer beredskap, slik som i forordning (EU) 2022/2371 om alvorlige grensekryssende helsetrusler. Etter departementets oppfatning er det ikke behov for en egen definisjon i folkehelseloven.

I høringsnotat var påvirkning av faktorer som direkte og indirekte fremmer helse og livskvalitet tatt ut. Flere høringsinstanser har kritisert dette. Departementet mener at det er viktig med påvirkningsfaktor-perspektivet, ved at tiltak innrettes og måles på framgang på disse faktorene, slik som sunnere kosthold, økt fysisk aktivitet osv., og ikke bare på utfallsmål knyttet til helse og livskvalitet. Departementet foreslår derfor at dette tas inn igjen i definisjonen av folkehelsearbeid.

Departementet foreslår å beholde direkte og indirekte i det nest siste leddet, slik at det blir «beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen». Dette er i tråd med dagens § 8 om hva som omfattes av miljørettet helsevern. Tilsvarende er tatt inn som en del av kommunens ansvar, jf. § 4, også i tråd med at kommunens ansvar for miljø og helse (miljørettet helsevern) flyttes fra kapittel 3 til 2.

Til spørsmål om helserisiko vs. folkehelsrisiko er det knyttet til kommunens tilsyn med virksomheter og eiendommer jf. § 7 a. Av bestemmelsens første ledd annet punktum fremgår det at «kommunen skal prioritere sin tilsynsaktivitet etter en vurdering av helserisiko». Dette er en videreføring av dagens bestemmelse jf. forskrift i miljørettet helsevern § 4, og innebærer et risikobasert tilsyn. Et risikobasert tilsyn handler om å prioritere tilsynsområder ut fra risiko. Dette sikrer at tilgjengelige ressurser benyttes på de forholdene som har størst betydning for folks liv og

helse. Dette er nærmere forklart i veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern (Helsedirektoratet, 2016). Det vises også til omtale i punkt 8.4 om kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom.

Enkelte høringsinstanser foreslår å legge inn en definisjon av livskvalitet. Livskvalitet inneholder mange ulike dimensjoner, og departementet mener ikke det er hensiktsmessig å definere dette i folkehelseloven, men viser til drøfting av hvordan livskvalitet skal forstås innenfor rammen av folkehelse, se punkt 7.1.4.

## 8 Kommunens ansvar

### 8.1 Kommunens ansvar

Det som påvirker befolkningens helse og livskvalitet og fordelingen av denne er et resultat av en rekke faktorer i mange sektorer, slik som bolig, barnehage og skole, handel, tjeneste- og fritidstilbud, arealbruk og transport. De sektorene som besitter virkemidler, må derfor innrette sin virksomhet på en slik måte at de også ivaretar folkehelse- og fordelingshensyn. Da må både årsaker (som kan definere hvem som har ansvar), konsekvenser (dvs. viktighet) og aktuelle oppfølgende aktiviteter og tiltak være kjent. Ansvarliggjøring av kommunen som helhet og av de aktuelle sektorene krever god politisk forankring, tverrsektorielt samarbeid, samt at konsekvenser for folkehelse og utjevning er godt beskrevet og integrert i kommunens plan- og styringssystem. Folkehelse-loven og plan- og bygningsloven må derfor henge godt sammen. Videre vil god støtte til kommuner være viktig for å sikre sammenheng mellom regelverkene i praksis.

Paragrafene 4–7 er sentrale bestemmelser i dagens folkehelselov. I § 4 beskrives kommunens generelle ansvar, der kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. I § 5 stilles krav til kommunens oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. I § 6 stilles krav til anvendelsen av oversikten som grunnlag for kommunal planstrategi og at kommunene må fastsette mål og strategier for å møte sine folkehelseutfordringer. I § 7 settes krav til å iverksette tiltak for å møte utfordringene.

#### 8.1.1 Gjeldende rett

Etter § 4 første ledd skal «kommunen 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».

Etter annet ledd skal kommunen «fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting».

Etter tredje ledd skal kommunen «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.»

Hensynet til samiske folkehelseutfordringer og til samisk språk, kultur og samfunnsliv er i dag ikke omtalt i folkehelseloven direkte, men inngår i Forskrift 28. juni 2012 nr. 692 om oversikt over folkehelsen § 3 tredje ledd. Det står her at «I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes». Kravet til å vurdere spesielle samiske utfordringer gjelder altså bare kommuner, ikke staten og fylkeskommunene. Det vises til omtale i punkt 5.4.1.

#### 8.1.2 Høringsnotatets forslag

I § 4 første ledd ble det foreslått å erstatte trivsel med *livskvalitet*. Videre var det lagt til *direkte og indirekte* om faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. I annet ledd ble det foreslått at «kommunen skal fremme folkehelse» erstattes med «kommunen skal ivareta ansvaret etter første ledd». Første ledd er i overenstemmelse med formålet til loven.

I tredje ledd om medvirkning ble det lagt til at medvirkning også skal omfatte gjennomføring av tiltak.

I høringsnotatet foreslo departementet at kommunene «skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak». Dette er etter modell fra helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3, som sier at «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten».

I høringsnotatet ble det foreslått en ny bestemmelse i § 4 femte ledd om at «Kommunen skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordrin-

ger i den samiske befolkningen der det er relevant».

### 8.1.3 Høringsinstansenes syn

Det er mange høringsinstanser som kommenterer forslaget om at kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak. Et flertall av de som uttrykker sitt syn er positive til forslaget. Dette gjelder aktører som *KS*, *Fredrikstad kommune*, *Trøndelag fylkeskommune*, *universiteter*, *Kreftforeningen*, *Hjernerådet*, *HO21-rådet*, *Muslims dialognettverk* og *LHL*. *KS* uttaler at:

«Forslaget om at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak støttes, gitt den begrensningen som departementet selv legger til grunn, nemlig at kommunens ansvar til å legge til rette avgrenses til å følge opp dersom det foreligger finansiering til forskning som involverer kommunen, for eksempel ved midler fra det som i dag er folkehelseprogrammet, eller andre midler fra forskningsrådet mv.»

*Nes kommune* mener at:

«det er en styrkning av loven og folkehelsearbeidet med presiseringen om at «kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak». Kommunen samarbeider med forskningsinstitusjoner om folkehelseprosjekter og evalueringer av tiltak. Lovpresiseringen gir en tyngde til at det også er forventning til kommunen om dette, og vil bidra til å styrke folkehelsearbeidet.»

*Statsforvalter i Agder* er

«positiv til ny bestemmelse i folkehelseloven § 4 fjerde ledd som gir kommunene en plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak. Det er viktig at medvirkningsansvaret, som omtalt i høringsnotatet, ikke vil kreve at kommunen selv skal initiere eller finansiere forskning og at forpliktelsen skal samsvare med statlig understøttelse.»

*Universitetet i Innlandet* peker på at forslaget om ny bestemmelse i folkehelseloven § 4 fjerde ledd

vil kunne styrke samarbeidet mellom forskningsinstitusjoner og kommunene.

Samtidig er det mange kommuner som er skeptiske til forslaget. Dette gjelder blant andre kommuner som *Kinn*, *Bærum*, *Indre Østfold*, *Frogn* og *Lillestrøm*.

*Bærum kommune* vil understreke at:

«det bør være opp til hver enkelt kommune hvordan den vil tilrettelegge og i hvilken grad. Det å delta i og tilrettelegge for forskning, krever ressurser. Det er også viktig å påpeke at kommunene må forske «med», og ikke forskes «på» og at man tar utgangspunkt i kommunenes behov.»

*Frogn kommune* framhever at:

«I mindre kommuner som Frogn vil et lovkrav om «plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning og annet kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak» være krevende, og ordlyden bør endres til bør eller kan.»

*Indre Østfold kommune* er kritisk til forslaget og uttaler at:

«Dette er en sterk føring som ytterligere understrekes i høringsnotatet om at «kommunen skal etter forslaget utvise en aktivitet for å oppfylle plikten til å medvirke til forskning». Dette vil etter vår vurdering være nærmest umulig å gjennomføre i praksis i mange kommuner. Det vil være særlig krevende for småkommuner, men også Indre Østfold, som en relativt stor kommune, vil kunne få utfordringer med dette kravet. Departementet nevner noen eksempler på ulike former for medvirkning. Punktene viser til arbeids- og ressurskrevende prosesser som det kan være vanskelig for mange kommuner med begrensede personalressurser å oppfylle. Faren er at man unngår å sette i gang tiltak dersom man har en plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning.»

*Telemark fylkeskommune* og en rekke kommuner i dette fylket foreslår at

«Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak og bidra til forskning der det er hensiktsmessig.»

Helsedirektoratet foreslår at

«Kommunene kan samarbeide med og legge til rette for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak og arbeidsmetoder der dette er relevant for kommunens arbeid med definerte folkehelseutfordringer.»

Høringsinstansenes syn på reguleringen av kommunenes ansvar for å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant er oppsummert i punkt 5.4.3. Det er både støtte til forslaget og innvendinger mot å trekke fram den samiske befolkningen spesielt. Sametinget foreslår at bestemmelsen endres til å gjelde «der det bor samer».

Flere høringsinstanser mener at prinsippet om barns beste bør fremgå av § 4, slik at barns beste legges til grunn for hele folkehelsearbeidet, herunder oversikt, plan og medvirkning, se punkt. 4.3 om barns beste.

#### 8.1.4 Departementets vurderinger

Forslaget om at kommunene skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling ble foreslått for å oppnå en langsiktig kunnskapsutvikling om folkehelseiltak i kommunene, til nytte for kommunene selv. Forslaget ble utformet etter modell fra helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3. Basert på vurdering av høringsinnspillene, endres forslag til ny bestemmelse til at «Kommunene bør medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak».

Kommunen bør etter forslaget utvise en aktivitet for å medvirke til forskning. Departementet mener at kommunene bør stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Medvirkning etter bestemmelsen vil ikke kreve at kommunen selv skal initiere eller finansiere forskning. De finansielle virkemidlene for forskning er særlig lagt til Norges forskningsråd og tildeles etter etablerte kriterier for kvalitet og relevans. Departementet nevner her noen eksempler på ulike former for medvirkning som fremstår som særlig aktuelle:

- tilgjengeliggjøre lokale data til forskningsprosjekter
- synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov for forskningsinstitusjonene
- ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen kommune
- legge plan for hvordan kommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis i kommunens folkehelsearbeid

- delta i samarbeid med forskningsinstitusjonene, universitets- og høyskolesektoren, relevante forskningsinstitutter og helseforetakene
- utvikle samarbeid med andre kommuner

Det er samtidig viktig at ansvar understøttes av statlige tiltak som legger til rette for at kommunene kan oppfylle bestemmelsen. Svak statlig understøttelse vil påvirke forventningene til kommunal oppfølging. Flere prosesser pågår, blant annet i forbindelse med det målrettede samfunnsoppdraget om inkludering av utsatte barn og unge i utdanning og arbeid, og gjennom kompetansesentergjennomgangen. Det vises også til omtalen av folkehelseprogrammet.

For å ivareta behovet for forskning og kunnskap, vil det være behov for et langsiktig utviklingsarbeid som statlige helsemyndigheter, fylkeskommunene og kommunene arbeider sammen om. Det vil normalt sett ikke være slik at forskningsprosjekter gjennomføres i en enkeltkommune, men heller i et samarbeid mellom et utvalg kommuner, fylkeskommuner og forskningsinstitusjoner.

Bestemmelsen innebærer ikke en forventning til at alle tiltak skal forskningsmessig evalueres, men kommunen bør medvirke og tilrettelegge der det er hensiktsmessig. Over tid vil et sikrere kunnskapsgrunnlag bidra til at kommunene kan gjennomføre tiltak som er mer kostnadseffektive og som gir større effekter, målt i helse og livskvalitet.

Departementet mener at folkehelseloven skal være en lov som gjelder befolkningen generelt, men gjør her et unntak for den samiske befolkningen, med en urfolksbegrunnelse. Konkret foreslår departementet en bestemmelse der «I kommuner med samisk befolkning, skal kommunen være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samer.» Det vises til utfyllende omtale i punkt 5.4.4.

Departementet støtter høringsinstansene i at kravet til barns beste-vurderinger bør fremgå av § 4. Departementet mener at kravet i Grunnloven og barnekonvensjonen vil ivaretas på en best mulig måte i folkehelseloven ved at det omfatter arbeid med oversikt, plan og medvirkning, på samme måte som det er formulert i Grunnloven og barnekonvensjonen, dvs. «Ved handlinger og i avgjørelser som berører barn, skal barns beste, være et grunnleggende hensyn». Se punkt 4.3. om barns beste.

## 8.2 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

### 8.2.1 Gjeldende rett

Kommunene skal etter folkehelseloven § 5

«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:

- opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- 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.»

Videre kan departementet gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

I forskrift om oversikt over folkehelsen er det satt krav om et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven. I tillegg er det krav om løpende oversikt over folkehelsen. Den løpende oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet.

I merknadene står det at oversiktsbestemmelsen må sees i sammenheng med kommunens plikt til å ha tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen.

Oversikt følger indirekte av dagens § 9 om at kommunene skal føre tilsyn med de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. også forskrift om miljørettet helsevern hvor det framgår at «kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som kan virke inn på denne, jf. folkehelseloven § 5. Kommunen skal gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av faktorer i

miljøet som kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse, og legge det til grunn for sin beredskapsplanlegging».

### 8.2.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslår i høringsnotatet at oversikten skal baseres på opplysninger fra de regionale helseforetakene i tillegg til statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene, jf. også § 25 a om de regionale helseforetakenes ansvar. Videre er det foreslått en presisering i § 5 første ledd bokstav c om at oversikten skal baseres på «positive og negative» faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn, samt at dette omfatter risikoforhold.

Departementet foreslo også at det i § 5 første ledd bokstav c vises til smittevernlovens bestemmelse om kommunens og kommuneoverlegens ansvar for å ha oversikt over art og omfang av smittsomme sykdommer. Dette kompletterer § 7-1 i smittevernloven om at tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført, skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste.

I høringsnotatet ble det foreslått en avgrensning av kravet til oversikten til det som kommunen kan gjøre noe med, dvs. det som er relevant for planbehov, aktuelle tiltak og handlinger. Dette ble foreslått som et tillegg til § 5 tredje ledd om at oversikten skal være grunnlag for å vurdere planbehov og tiltak.

### 8.2.3 Høringsinstansenes syn

De som uttaler seg om å legge til opplysninger fra de regionale helseforetakene i oversikten støtter dette. *Statens helsetilsyn* uttaler:

«Når kravene til kommunenes ansvar, oversiktsarbeid, oppfølging av utfordringer i planarbeidet, evaluering og internkontroll er like over tid, vil kommunene trygges på sine oppgaver. I en tid med fare for ny pandemi støtter vi at «risiko» i smittevernplanen og kunnskap fra helseforetak, skal inngå i § 5 folkehelseoversikten.»

Flere uttaler at positive faktorer, og ikke bare risikofaktorer, bør framgå av oversikten. *Hammerfest kommune* skriver: «I § 5 andre ledd første punktum bør det også fremgå at oversikten skal identifisere folkehelseressursene i kommunen, ikke bare folkehelseutfordringene. Hammerfest kom-

mune foreslår følgende: «Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene og folkehelseressursene i kommunen».

*Nettverk for helsefremmende samfunn (Frem-sam)* skriver:

«Frem-sam vil løfte fram at de positive faktorene og forholdene som fremmer helse i liten grad er blitt framhevet i oversiktsdokumentet. Dette er viktig å løfte fram som en del av folkehelseoversikten, også som en del av hva kommunen/fylkeskommunen ønsker å fortsette å styrke. Dette gjør at kommuner og fylkeskommuner potensielt går glipp av mange helsefremmende muligheter og innsats som kan gjøres sammen med andre aktører.»

De fleste høringsinstansene som uttaler seg, støtter intensjonen om å avgrense og spisse oversiktsarbeidet til det kommunen kan gjøre noe med. Selv om det er støtte til intensjonen foreslår en del høringsinstanser at begrepet tiltak i oversiktsbestemmelsen bør vurderes.

*Østfold fylkeskommune* skriver:

«oversiktbestemmelsen endres slik at oversikten avgrenses til det som er relevant for planbehov, aktuelle tiltak og handlinger. Det er ikke oversikten i seg selv som er viktig, men at den er et godt faglig grunnlag for å foreslå tiltak og handlinger. Med det mener departementet at kommunene skal endre hva de legger vekt på i oversiktsarbeidet til det som ansees som mest relevant. Kommunene får god støtte fra staten gjennom folkehelseprofiler for kommuner og fylkeskommuner til å synliggjøre status på folkehelsen i kommunen. Det er fortsatt viktig at disse tolkes lokalt, og at det brukes lokal kunnskap til å vurdere mulige årsaker og konsekvenser.» Dette er en svært viktig endring som vi støtter [...] Fremfor å benytte ordet «tiltak» foreslår vi å benytte ordet «strategisk retning» som vil favne bredere, gi kommunene økt handlingsrom og ikke gi indikasjoner om tidsbegrensede oppgaver.»

*Nordre Follo kommune:*

«mener at sammenhengen mellom folkehelseoversikten og kommunens plan- og styringsdokumenter må styrkes og bli mer forpliktende. Vi forstår det slik at intensjonen med endringen i § 6 er å bringe folkehelsevurderinger inn i kommuneplanens lovfestede økonomi- og

handlingsdel. Det er i så fall bra, men vår vurdering er at endringen i § 6 om mål og planlegging ikke er tydelig og kraftfull nok til å få ønsket effekt. Vi har tidligere problematisert begrepet «tiltak» og foreslår igjen at man benytter begrepet «handling» for å tydeliggjøre sammenhengen med kommuneplanens handlingsdel.»

*Nome kommune* uttaler at:

«planstrategien er ikke en plan og derfor heller ikke et dokument med tiltak. Forslaget til formuleringen «grunnlag for å vurdere planbehov og tiltak» bør derfor lyde .... «grunnlag for å vurdere planbehov og prioriteringer.»

*Numedals-kommunene* foreslår:

«å bytte ut ordet «tiltak», med begrepet «innsats». Mens tiltak gjerne forbindes med noe tidsbegrenset og konsentrert, assosieres innsats med noe langsiktig og varig.»

Flere uttaler at det vil være mer ressursbesparende for kommuner om fylkeskommunenes oversikt kan legges til grunn i større grad enn i dag. *Skien kommune* uttaler:

«Skien kommune støtter de foreslåtte endringene som gir kommunene større handlingsrom knyttet til utarbeidelse av sin folkehelseoversikt, men mener det vil være mer ressursparende dersom kommunenes lovkrav om utarbeidelse av oversiktdokument tar utgangspunkt i fylkeskommunenes oversikter.»

Tilsvarende uttalelser har *Seljord kommune*, *Bamble kommune* og *Telemark fylkeskommune*.

Flere er bekymrer for en avgrensning av oversiktsbestemmelsen kan medføre å miste helheten og utviklingen på folkehelseområdet. Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam): «er bekymret for at en slik innsnevring vil bidra til at man mister den helhetlige oversikten, og at de som skal fatte beslutninger dermed ikke får det store bildet av utfordringer og ressurser, slik man gjør gjennom dagens lovtekst».

*Numedal kommunene* uttaler:

«man risikerer å miste en viktig helhet i oversiktsarbeidet, dersom kommunene får for stort

handlingsrom til å bestemme hvilke indikatorer man skal inkludere. Eksempelvis er det å ha oversikt over utvikling og trender avgjørende i små kommuner, hvor små kull og få innbyggere i stor grad gir utslag på data og statistikk, og slik kan føre til store svingninger. Videre er arbeidet med å utarbeide oversikten en viktig læringsprosess i seg selv, da det tvinger oss til tverrfaglig samarbeid og samhandling.»

*Frogn kommune* uttaler at:

På tross av at utarbeidelse av folkehelseoversikten er krevende, er Frogn bekymret for å begrense oversiktsbildet.»

*NMBU* uttaler at:

«Dette vil kunne føre til at man mister den totale oversikten og ikke oppdager nye utviklingstrekk i kommunen. Det bør derfor heller spesifiseres at kommunen skal ha en oversikt over det som anses som de største utfordringene for befolkningens helse og livskvalitet, samt sosial utjevning av disse.»

*Kongsvinger kommune* foreslår:

«Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene og ressursene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold som grunnlag til å vurdere planbehov og nødvendig innsats.»

Det er generell støtte til å tydeliggjøre at oversiktarbeidet også skal omfatte risikofaktorer som er knyttet til beredskap. Få uttaler seg om å ha en henvisning til smittevernlovens bestemmelser om oversikt.

*Seljord kommune*:

«meiner òg det bør vurderast om det er formålstenleg å trekkja fram spesielt føresegnene i smittevernlova, dersom det òg er andre lovverk som vil vera relevant å setja i denne samanhengen».

*Helsedirektoratet* uttaler at:

«forholdet mellom folkehelseloven og smittevernloven er viktig å tydeliggjøre. Det bør likevel vurderes om det er hensiktsmessig at loven henviser til smittevernloven, eller om forholdet

til annet lovverk som gjelder spesifikke påvirkningsfaktorer heller bør beskrives i veiledning til loven.»

#### 8.2.4 Departementets vurderinger

Ved ny bestemmelse om de regionale helseforetakenes ansvar, jf. 25 a, herunder at de regionale helseforetakene skal bidra med kunnskap om helsetilstanden i befolkningen i sin region, mener departementet at dette må følges opp med at kommunene faktisk må vurdere og legge til grunn i sin vurdering den kunnskapen de regionale foretakene bidrar med. Eksempler på kunnskap kan være skadedata fra for eksempel skadelegevakten slik de har ved Oslo universitetssykehus. Fyrtårnprosjekt for registrering, analyse og bruk av skadedata (2022- 2027) skal bidra til å bedre kvaliteten på registrering av skadedata. Flere sykehus deltar, inkludert utvalgte legevakter, og skal bidra til bedre data. Henvisningen til § 24 er begrunnet i Helsedirektoratets ansvar etter § 24 tredje ledd første punktum. Henvisningen til § 25 er begrunnet i Folkehelseinstituttets ansvar etter § 25 tredje ledd og § 25 annet ledd, når instituttet er dataansvarlig for fylkesvise folkehelseundersøkelser.

Flere høringsinstanser uttrykker at oversikten også bør løfte fram folkehelseressurser. I § 5 første ledd annet punktum bokstav c om kunnskap fra miljø og lokalsamfunn, foreslår departementet å klargjøre at dette omfatter både positive og negative faktorer. I alle lokalsamfunn er det mange styrker og ressurser. Disse er det viktig å være bevisst på, å verne om og å bygge videre på. Det kan være høy deltakelse i frivillige organisasjoner, nærmiljøer med gode fysiske og sosiale kvaliteter, friluftslivstilbud, tilgang på grøntområder og natur. Dette er ressurser som kommunene og lokalmiljøer best kjenner til og som ikke nødvendigvis kan presenteres i statistikk eller data fra nasjonale eller regionale myndigheter. Dette er i samsvar med første ledd, hvor det står positive og negative faktorer. Det er forutsatt at nåværende § 5 første ledd annet punktum bokstav c omfatter positive og negative faktorer. Departementet foreslår likevel å presisere dette av pedagogiske grunner, da positive faktorer ofte ikke blir vurdert i oversiktsarbeidet.

Oversikten er også en sentral del av kommunens beredskap for å beskytte innbyggerne mot helsetrusler. På bakgrunn av det foreslår departementet at det presiseres at oversikten også skal omfatte *risikoforhold*. Risikoforhold omfatter også risiko for infeksjonssykdommer, jf. smittevernlovens krav til oversikt. Det er stor støtte i høringen



til dette. Departementet deler høringsinstansenes syn om at det ikke er nødvendig å ha en henvisning til smittevernloven i folkehelseloven, jf. blant annet Seljord kommune, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, men at dette kan ivaretas i veiledning til loven.

Evalueringer og tilsyn har vist at mange kommuner bruker mye tid og ressurser på å utarbeide oversikter. Dette er også regulert i egen forskrift. Kommunene får god støtte fra staten gjennom folkehelseprofiler for kommuner og fylkeskommuner til å synliggjøre status på folkehelsen i kommunen. Det er fortsatt viktig at disse tolkes lokalt, og at det brukes lokal kunnskap til å vurdere mulige årsaker og konsekvenser. Departementet vil understreke betydningen av fylkeskommunens oversikter også for kommunens arbeid. Gode fylkesoversikter som kan brytes ned på kommunenivå vil kunne lette arbeidet til kommunene. Det vises også til forskrift om oversikt over folkehelsen § 5 annet ledd som sier at kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet. Fylkeskommunen skal understøtte kommunene, samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med sitt oversiktsdokument, se nærmere omtale under punkt 10.2.

Godt kunnskapsbasert folkehelsearbeid er viktig, men mye arbeid med oversikter kan ses på som unødvendig dersom disse ikke får den nytten og anvendelsen som forutsatt. Det kan være en ubalanse mellom det å jobbe med oversikter og vurderinger om årsaker på den ene siden, og oppfølging, herunder utvikle og iverksette effektive tiltak på den andre siden. I høringsnotatet var det foreslått å presisere at oversikten skal brukes som grunnlag til å vurdere planbehov og tiltak. Hensikten var å avgrense og spisse det regelmessige oversiktsarbeidet som er knyttet til kommunens planarbeid, og at dette blir mer strategisk. Flere høringsinstanser uttrykker en bekymring for at en slik avgrensning gjør at kommunen ikke får den helhetlige oversikten, og at de som skal fatte beslutninger dermed ikke får det store bildet av utfordringer og ressurser. Departementet deler den bekymringen, men mener at både nasjonale og regionale oversikter vil ivareta det større bildet, som også kommunene må legge til grunn i sitt folkehelsearbeid, blant annet ved fastsetting av nasjonale utfordringer. Oversikten til kommunen kan også brukes som grunnlag til å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter, slik som andre kommuner, fylker og også statlige myndigheter. Medvirkning er også et virkemiddel, og det er vik-

tig at vesentlige faktorer med betydning for helsen ikke utelukkes, selv om kommunen selv ikke har direkte virkemidler.

I høringen var det flere som uttrykte at oversiktsdokumentet ikke bør inneholde anbefalinger om *tiltak*, men at utforming av konkrete tiltak bør følge i etterkant av politisk behandling av utfordringsbilde og planstrategi. Utforming av folkehelse tiltak innebærer involvering av flere sektorer, og kan også innebære medvirkning fra frivillige organisasjoner og andre. Det er likevel viktig i arbeidet med oversikt og vurderinger, at dette også inneholder en faglig vurdering av hvordan kommunen kan og bør møte de utfordringene som oversikten viser. Kommuneoverlegen, folkehelserådgivere, miljø- og helsepersonell og andre fagpersoner bør aktivt spille inn i disse vurderingene og gi et godt faglig grunnlag for administrative og politiske vurderinger av hva kommunene kan og bør gjøre for å møte utfordringene. Oversikten skal ikke kun brukes som grunnlag for planstrategi, men er også viktig som grunnlag både til å fastsette mål, strategier og handlinger og prioriteringer i kommunens planer, både i samsfunnsdelen og i arealdelen. I tillegg til at oversikten skal være planrelevant skal den også være en del av kommunens løpende styringssystem på folkehelseområdet. Dette omfatter blant annet behov for oversikt over status, iverksette eller korrigerende tiltak, slik at kursen kan korrigeres underveis. Oversikten vil da også være sentral både i vurderingen av å følge med på folkehelsearbeidet, og på effekten av de tiltak og handlinger som kommunen gjør for å ivareta sitt folkehelseansvar. På bakgrunn av dette foreslår departementet å erstatte tiltak, som var foreslått i høringsnotatet, med at oversikten skal inneholde «en vurdering av hvordan kommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov». Dette for å få fram at det som skal vurderes som en del av oversiktsarbeidet er noe mer overordnet og bredere enn det som kan forstås av begrepet tiltak, og at utforming av konkrete tiltak kommer senere i planprosessen.

## 8.3 Mål og planlegging

### 8.3.1 Gjeldende rett

Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunestyret minst en gang i hver valgperiode utarbeide en planstrategi. Etter folkehelseloven § 6 første ledd første punktum skal oversikten etter § 5 annet ledd inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i

strategien, jf. § 6 første ledd annet punktum. Planstrategi legger grunnlaget for den videre planleggingen og inneholder en drøfting av kommunens strategiske valg og viser hva det er behov for av oppdatering eller utvikling av nye planer i kommunen og føringer for disse. En beskrivelse av kommunens utfordringer og muligheter er derfor en forutsetning.

Det er også krav til at kommunen må ha en kommuneplan med en samfunnsdel, en handlingsdel og en arealdel, jf. plan- og bygningsloven kapittel 11. Økonomiplanen etter kommuneloven § 14-2 bokstav a kan inngå i eller utgjøre handlingsdelen i kommuneplanen. Kommuneplanen skal vedtas av kommunestyret. Etter folkehelseloven § 6 annet ledd skal kommunen 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. Mål og strategier om folkehelse og utjevning integreres, avveies og samordnes med andre interesser i samfunnsdelen. Samfunnsdelen legger føringer for prioriteringer i handlingsdelen og dermed for økonomiplanen, dvs. også for sektorenes virksomhet, for arealplanleggingen og for tiltak generelt.

### 8.3.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet var det foreslått en endring i § 6 første ledd som berører planstrategi. Der var det foreslått å legge til; i) avklaring av planbehov og tiltak skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategi og ii) at en drøfting av tiltak bør inngå i strategien, se forslag til endringer i kursiv:

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

Til annet ledd, som berører kommuneplanen var det foreslått å legge til å fastsette tiltak:

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

### 8.3.3 Høringsinstansenes syn

Det er generell støtte til problembeskrivelsen og at det er behov for å styrke overgangen fra å

beskrive utfordringer til å gjøre noe med utfordringene.

*Kragerø kommune* uttaler:

«Kragerø kommune mener at det er helt nødvendig å tydeliggjøre folkehelseperspektivet i det kommunale planarbeidet inkludert arealplanleggingen. Selv om folkehelse kan være godt ivaretatt på planstrateginivå, er det mindre ivaretatt i andre planer hvor ansvar til de ulike sektorene er mer konkret beskrevet, som i arealplanen og reguleringsplaner, samt i ulike temaplaner/ sektorplaner. Som det vises til i høringsnotatet viser undersøkelser at hensynet til folkehelse og utjevning av forskjeller taper i arealplanleggingen.»

De fleste høringsinstansene som uttalte seg om dette var ikke enig i at tiltak skulle inngå i vurderingen av planstrategi. For eksempel uttalte *Alta kommune*:

«I § 6 foreslår departementet å legge til en setning om at kommunen i sitt arbeid med planstrategien skal avklare tiltak. Alta kommune mener at tiltak ikke hører hjemme i en planstrategi. Vi støtter imidlertid intensjonen om at vi i folkehelsearbeidet i større grad må komme oss fra statistikk og ord (kunnskapsgrunnlag) til handling (tiltak). Tiltakene må imidlertid fremkomme på riktig plannivå.»

Det er forslag på flere alternative formuleringer. *Kristiansand kommune* uttaler at:

«Kristiansand kommune støtter intensjonen om at kommunene raskere skal komme fram til aktuell handling på bakgrunn av folkehelseutfordringene. Vi mener likevel at forslaget om at forslag til tiltak skal inngå i kommunale og fylkeskommunale beslutningsgrunnlag ikke er riktig virkemiddel. Ordet «tiltak» kan gjerne forstås som et nytt prosjekt, eller noe man gjør i en avgrenset periode. Det kan likevel være nyttig at det i kommunens beslutningsgrunnlag drøftes hvilke utfordringer det bør rettes tydeligere innsats mot. Kristiansand kommune foreslår at ordet «tiltak» byttes ut med ordet «innsats». Det er et bredere begrep og mer i tråd med at folkehelsearbeid er noe pågående og stabilt, og også skal være en del av daglig drift i kommunens tjenester.»

*Hamar kommune, Løten kommune, Ringsaker kommune og Stange kommune* foreslår å erstatte

forslaget om tiltak med *prioriteringer*. *Numedalskommunene* foreslår «å bytte ut ordet «tiltak», med begrepet «innsats». Mens tiltak gjerne forbindes med noe tidsbegrenset og konsentrert, assosieres innsats med noe langsiktig og varig».

*Indre Østfold kommune* uttaler:

«Siden tiltaksbegrepet ikke brukes i bestemmelsene i plan- og bygningsloven mener vi det vil være bedre å vise til kommuneplanens handlingsdel for å tydeliggjøre sammenhengen mellom oversiktsarbeidet etter folkehelseloven og planarbeidet etter plan- og bygningsloven. Indre Østfold kommune støtter det forsterkede kravet om tiltak på overordnet nivå i kommunens planarbeid.»

Flere høringsinstanser, blant andre *Bergen kommune*, *Seljord kommune*, *Statsforvalter i Agder* og *Bamble kommune* mener at «bør» endres til «skal» i § 6 første ledd annet punktum, slik at det blir: En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer skal inngå i strategien.

Det er få merknader til høringsnotatets forslag til å legge inn tiltak i § 6 annet ledd som omfatter kommuneplaner, men departementet tolker at noen av argumentene for ikke å ha tiltak i første ledd også kan gjelde for annet ledd.

Flere instanser etterspør at folkehelse i større grad må ivaretas i arealplaner. For eksempel uttaler *Miljødirektoratet*:

«Plan- og bygningsloven og kommunens arealplanlegging er viktige virkemidler for å sikre god folkehelse. Miljødirektoratet mener det er positivt at departementet foreslår å endre bestemmelsen om folkehelseprofilene, slik at oversikten avgrenses til det som er relevant for planbehov, og dermed blir mer beslutningsrelevant for å foreslå tiltak og handlinger. Det går også frem av høringsnotatet at det er behov for å knytte samfunnsmedisinsk kompetanse til planprosessene. Miljødirektoratet støtter dette, og mener samtidig at det er behov for enda tydeligere føringer for å sikre at folkehelsearbeid i plan i større grad enn i dag knyttes til de konkrete reguleringsplanene, og ikke bare til overordnede planer. For at arbeidet med planprosesser skal ha tilstrekkelig effekt, er det viktig at nødvendige tiltak sikres gjennom juridisk bindende bestemmelser og plankart. Dette kan for eksempel være å sikre opparbeiding av turstier, bevaring av naturområder, eller etablering av støytiltak. Arbeid med

reguleringsplaner og bestemmelser er viktig for å sørge for at tiltakene faktisk blir gjennomført, og ikke bare blir liggende som en god intensjon i samfunnsdel og andre overordnede styringsdokumenter.»

*Statsforvalter i Trøndelag* uttaler:

«Arealplanlegging er et viktig verktøy for å fremme helse og livskvalitet for innbyggerne. Gjennom arealplanleggingen kan kommunen legge til rette for gode bolig- og miljøkvaliteter, tilgjengelighet for alle, ivareta og sikre grønne arealer, legge til rette for at innbyggerne kan bo lenge hjemme gjennom å sikre nærhet mellom bolig og viktige nærtilbud til den enkelte innbygger. For Statsforvalteren er det viktig at koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven styrkes, nettopp for å sikre at folkehelse ivaretas i alle planprosesser, herunder arealplanlegging.»

*Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam)* og *Hammerfest kommune* forstår det slik at tydeliggjøring av nasjonale folkehelseinteresser i arealplanleggingen ligger i forslaget til § 7 tredje ledd. Norsam kan ikke se at det er andre forslag til endringer i lovteksten som adresserer utfordringene knyttet til folkehelseinteresser og arealplanlegging, og mener at hensynet til nasjonale folkehelseinteresser derfor ikke kommer tydelig nok frem. Flere av høringsinstansene, deriblant *Molde kommune*, *Kragerø kommune*, *Notodden kommune* og *Helsedirektoratet* mener at det er nødvendig å tydeliggjøre nasjonale folkehelseinteresser i arealplanleggingen.

### 8.3.4 Departementets vurderinger

I innspill til folkehelsemeldingen var det en klar tilbakemelding om behovet for bedre samordning mellom det systematiske folkehelsearbeidet og plan- og styringssystemet til kommunen. Høringsinnspillene bekrefter dette. Departementet viser også til ulike tilsyn og evalueringer av folkehelseloven og evalueringer av plan- og bygningsloven hvor også folkehelse er vurdert. Flere fagmiljøer har fulgt kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med folkehelse, blant annet som oppfølging av folkehelseloven. Rapportene viser utvikling av fagområdet og gir et bilde av status for lokalt folkehelsearbeid i dag. Selv om folkehelse er relativt godt ivaretatt på planstrategi-nivå, er det mindre ivaretatt i andre deler av plansystemet hvor ansvar til de ulike delene av kommunen er

mer konkret beskrevet, herunder handlingsplaner, kommuneplanens arealdel og i reguleringsplaner. Strategisk planlegging er en generell utfordring i mange kommuner, men en forutsetning for å løfte folkehelse og utjevning som hensyn på tvers i kommunen. I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* omtales utfordringen ved at det er mangel på planer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan gå utover kvaliteten og ressursbruken i tjenesten. Det er fortsatt mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringer på dagsordenen i sin kommuneplanlegging. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan fremgår det at regjeringen vil styrke kompetansen om planlegging i kommunene.

Undersøkelser viser at hensynet til folkehelse og utjevning kan tape i arealplanleggingen, for eksempel taper hensynet til barn og unge mot andre interesser. Det er derfor behov for å tydeliggjøre nasjonale folkehelseinteresser i arealplanleggingen. Videre er det behov for å knytte samfunnsmedisinsk kompetanse og kompetanse innen miljø og helse nærmere planprosessene (reguleringsplaner og andre planer,) for å bidra til å gi lokalpolitikere et godt kunnskapsgrunnlag til å kunne ta valgene de mener tjener innbyggerne best.

Tverrsektorielt samarbeid er en generell utfordring, men er sentralt for å ivareta folkehelse og fordeling i oversiktsarbeid, planlegging, forvaltning og tjenesteyting i kommunene, i tillegg til understøttelse av kommuner med størst behov.

Departementet mener at forslag til hvordan kommunen kan møte sine folkehelseutfordringer bør komme klarere fram som en del av arbeidet med kommunal planstrategi, herunder i vurderinger av planbehov og strategiske drøftinger knyttet til folkehelse og utjevning som grunnlag for føringer for kommunenes planarbeid. Kommunal planstrategi skal resultere i et forslag om kommunens planbehov for neste fireårsperiode, og som skal legges fram politisk.

Departementet deler høringsinnspillene om at «tiltak» ikke bør stå i bestemmelsen om planstrategi, men foreslår en mer generell formulering om at «En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer og hvordan kommunen kan møte disse bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.»

I nåværende § 6 står det at oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Når det gjelder innholdet i selve planstrategien, jf. at flere foreslår å endre fra «bør» til «skal», mener departementet

det ikke er aktuelt å sette et konkrete krav til innholdet i planstrategien i folkehelseloven. Dette inkluderer også eventuelle planbehov på folkehelseområdet. Det kan være slik at kommunen har gode planer for å møte sine folkehelseutfordringer. Det vil da ikke være nødvendig at planbehov for folkehelseområdet skal inngå i planstrategien.

Når det gjelder kommuneplaner, herunder samfunnsdelen, handlingsdel og arealdelen, mener departementet at «tiltak» som foreslått i høringsnotatet erstattes med «*handlinger og prioriteringer*», for å møte utfordringer kommunen står overfor på folkehelseområdet, med utgangspunkt i oversikten etter § 5. Dette supplerer nåværende bestemmelse om at kommunen også etter plan- og bygningslovens kapittel 11 skal fastsette mål og strategier. Videre foreslår departementet å erstatte «*overordnede mål*» med «*mål*», da dette harmoniserer mer med plan- og bygningslovens bestemmelse, og fordi mål blir mer konkret enn overordnede mål som fremstår som vagt.

De foreslåtte endringene må sees i sammenheng med kommunelovens krav til forsvarlig saksbehandling, dvs. hvilke faglige grunnlag som kreves for å fastsette mål, strategier handlinger og prioriteringer. Det følger av kommuneloven § 13-1 tredje ledd: «*Kommunedirektøren skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet. Utredningen skal gi et faktisk og rettslig grunnlag for å treffe vedtak*». I spesialmerknadene til bestemmelsen (Prop. 46 L (2017–2018) framgår det at utredningen skal inneholde relevant og nødvendig informasjon om sakens faktum. I tillegg skal det juridiske grunnlaget være utredet i nødvendig og tilstrekkelig grad. Hvor omfattende utredningsplikten er, vil bero på en konkret vurdering av den aktuelle saks omfang, kompleksitet, tidsaspekt og så videre.

Folkehelseutfordringer vurderes primært i forbindelse med utarbeiding av planstrategi. Departementet mener videre det prosessuelt må skilles mellom i) mål og strategier og ii) handlinger og prioriteringer. Det faglige grunnlaget for forsvarlig saksbehandling for mål og strategier legges i arbeidet med oversikt, jf. § 5. Etter fastsetting av mål og strategier i kommuneplaner, for eksempel i samfunnsdelen, legger departementet til grunn at det gjøres en faglig vurdering som grunnlag for politiske beslutninger av aktuelle handlinger og prioriteringer i arealplaner og handlingsplaner. Her vil blant annet aktuelle tiltak for å møte utfordringene vurderes etter § 7. Departementet viser også til at kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

## 8.4 Tiltak

### 8.4.1 Gjeldende rett

Etter gjeldende § 7 om folkehelseiltak skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer slik disse framgår av oversikten utarbeidet etter lovens § 5. Bestemmelsen i § 7 første ledd annet punktum gir eksempler på hva slags nødvendige tiltak dette kan dreie seg om, der blant annet 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 omfattes. Kommunen er pålagt å gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom etter § 7 annet ledd.

Tiltak innen miljørettet helsevern kan også omfatte smitteverntiltak, jf. dagens definisjon (blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer). Ved miljøspesifikke smittevernhendelser, som utbrudd av legionella, er folkehelseloven den primære hjemmel for å iverksette tiltak for eksempel i form av å stenge og avgrense en smitekilde. Folkehelseloven er også den primære hjemmel for krav til hygiene og forebyggende smitteverntiltak i virksomheter generelt. Smittevernlovens krav til forebygging er primært rettet mot smitte mellom individer og i helsetjenesten blant annet ved forhåndsundersøkelser. Videre regulerer smittevernloven vaksinasjon. Både individrettede og befolkningsrettede tiltak etter smittevernloven er i hovedsak knyttet til håndtering av hendelser og utbrudd av smittsomme sykdommer, og ikke i samme grad mot grunnleggende forebyggende smittevernarbeid. Et eksempel kan være skadedyrbekjempelse der forskriftene er fastsatt med hjemmel i begge lover. Smittevernlovens bestemmelser er innrettet mot bekjempelse av skadedyr der det er smitte, mens forebyggende arbeid rettet mot bygninger og virksomheter generelt vil ha en like stor side mot folkehelseloven.

For andre smittevernhendelser fungerer folkehelseloven mer som et sikkerhetsnett, dvs. at loven kan fange opp alle typer biologiske faktorer. Videre er det i forskrifter gitt i medhold av folkehelseloven også regulert smittevern i skoler og barnehager, og krav om hygiene i virksomheter med risiko for smitte slik som bassengbad, frisørsalonger mv.

I tillegg virker virkemiddelbestemmelsene etter folkehelseloven, slik som krav om retting,

stansing, tvangsmulkt mv. sammen med virkemidlene etter smittevernloven. Dette gjør at kommunene har et bredere sett av virkemidler ved en smittevernhendelse, spesielt der situasjonen tilsier behov for å sette krav til eller iverksette tiltak overfor virksomhet og eiendom.

### 8.4.2 Høringsnotatets forslag

I høringen foreslo departementet å endre bestemmelsens overskrift fra *Folkehelseiltak* til *Tiltak*. Det ble også foreslått en ny oppbygging av bestemmelsen ved å introdusere en kategorisering av påvirkningsfaktorer og en bokstavopplisting fra bokstav a til d i første ledd annet punktum. Kategoriseringen innebar en inndeling av faktorene i henholdsvis bakenforliggende påvirkningsfaktorer (bokstav a), livsstilsfaktorer (bokstav b), andre helsetrusler (bokstav c).

I tillegg ble det foreslått å ta inn som bokstav c i opplistingen «fremming av psykisk helse og forebygging av psykiske plager og lidelser, ensomhet, vold og overgrep». Det ble også foreslått å ta inn som nytt tredje ledd i § 7 et krav om at kommunen ved utforming og iverksetting av tiltak skal vektlegge hensynet til barnas beste.

Det ble videre foreslått å bytte begrepet «ernæring» med «kosthold». Videre foreslo departementet å tydeliggjøre at smittevern omfattes av de aktuelle tiltaksområdene ved å legge «smittsomme sykdommer» inn i folkehelselovens § 7 bokstav d som eksempel på helsetrusler som kommunen må iverksette nødvendige tiltak for å møte.

Departementet ba i høringen også om innspill på om rasisme bør omtales som et tiltaksområde etter folkehelseloven § 7.

### 8.4.3 Høringsinstansenes syn

*Helsedirektoratet* uttaler:

«Helsedirektoratet synes det er positivt at bestemmelsen er endret fra folkehelseiltak til tiltak. Dette kan bidra til en økt tverrsektoriell inkludering i tiltaksutvikling- og bestemmelsen. Tiltak er ikke definert i loven. Direktoratet mener en definisjon av tiltak kan være nyttig for å bidra til en omforent forståelse av begrepet, herunder at begrepet ikke forstås for smalt og prosjektrettet eller forveksles med tiltak etter annet lovverk.»

Direktoratet foreslår følgende definisjon av lovens tiltaksbegrep:

«Tiltak etter folkehelseloven forstås bredt og kan inkludere helsefremmende, forebyggende, beskyttende og sosialt utjevne handlinger, herunder samarbeid og samordning om dette. Det kan omfatte nye tiltak eller videreutvikling av eksisterende tiltak.»

Flere høringsinstanser uttaler seg negativt til den foreslåtte endringen av bestemmelsens systematikk og oppbygging, i form av forslag om kategorisering og bokstavopplisting av påvirkningsfaktorer. Flere fremhever at kategoriseringen av påvirkningsfaktorer kan være utfordrende da flere faktorer vil kunne passe inn under mer enn en kategori. Disse høringsinstansene tar på denne bakgrunn til orde for en videreføring av strukturen i gjeldende bestemmelse.

*Statsforvalteren i Agder* mener det er positivt at «folkehelseiltak» byttes ut med det mer universelle begrepet «tiltak». Høringsinstansen mener også at det er positivt at det trekkes fram både bakenforliggende påvirkningsfaktorer, livsstilsfaktorer, helsefremming og forebygging.

Mens enkelte høringsinstanser er positive til å omtale rasisme som et tiltaksområde etter § 7 er det flere, deriblant flere fylkeskommuner, som foretrekker å ta inn begrepet diskriminering i opplistingen i § 7.

Mange høringsinstanser er positive til fokus på psykisk helse, og flere uttaler seg også positivt til at også ensomhet og forebygging av vold og overgrep inkluderes i bestemmelsen.

Helsedirektoratet uttaler om ensomhet følgende:

«Undersøkelser fra FHI viser at mange av tiltakene som er satt i verk i kommuner for å forebygge ensomhet viser seg å ikke være virksomme. Det er derfor usikkert hvilke virkemidler kommuner har for å kunne igangsette tiltak mot ensomhet. Helsedirektoratet anser det som utfordrende at ensomhet nevnes spesielt under bestemmelsen om tiltak.»

Flere høringsinstanser uttaler seg om forholdet til annet regelverk, særlig smittevernloven.

Helsedirektoratet uttaler om dette:

«Der hjemmel for tiltak og oppfølging følger av særlover som regulerer spesifikke områder/faktorer, for eksempel smittevernloven, vil disse særlovene utgjøre det primære rettsgrunnlaget, og folkehelseloven vil være et supplerende hjemmelsgrunnlag for kommuner eksempelvis gjennom bruk av virkemidlene i

folkehelseloven kapittel 3. Det bør vurderes om dette bør fremgå av loven, og bør uansett komme tydelig frem i forarbeidene. [...] Det er også viktig at det omtales hvordan tiltak skal ivaretas etter annet regelverk der annet regelverk ivaretar oppfølgingen av påvirkningsfaktorer, for eksempel smittevernloven. Det bør vurderes om opplistingen av tiltaksområder i § 7, der smittsomme sykdommer er listet opp, bør henvise til andre lover der disse ivaretar tiltaksområdene, slik at det blir tydelig for kommunen hvilket regelverk som primært skal anvendes.»

*Folkehelseinstituttet* uttaler følgende:

«FHI er positive til at det generelle folkehelsearbeidet knyttes tettere opp mot arbeidet med miljø, helse og smittevern. Vi mener imidlertid at høringsnotatet i for liten grad viser til smittevernlovens betydning for det forebyggende smittevernarbeidet og omtaler smittevernbegrepet for snevert. Vi tolker det norske begrepet smittevern likt med det engelske begrepet «prevention and control». Det dreier seg ikke bare om smittevern i helseinstitusjoner, men også om forebygging ute i samfunnet. Dette framgår av blant annet smittevernloven §§ 7-1 og 7-2. FHI vil generelt påpeke at det er behov for avklaringer rundt forholdet mellom folkehelseloven og smittevernloven. [...] FHI støtter en bred forståelse av tiltak som er relevante for folkehelsen som legges til grunn for denne paragrafen. Etter den foreslåtte paragrafen skal kommunen «iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer (...) og dette «kan blant annet omfatte tiltak knyttet til (...) d. (...) smittsomme sykdommer». Det er ikke noen begrensninger i disse tiltakene, og kriteriene for iverksetting er bare at tiltakene skal være «nødvendige» og at «barns beste» skal vurderes. Vi er usikre på hvordan denne bestemmelsen skal forstås opp mot kravene i smittevernloven, og særlig bestemmelsen i smittevernlovens § 4-1 om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon og smittesnering. Smittevernloven § 1-5 inneholder noen grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak. Kravene ble inngående diskutert etter pandemien og i arbeidet med revisjon av smittevernloven. Hensikten med kravene om nødvendighet, forholdsmessighet og medisinsk begrunnelse er å sikre en god og helhetlig vurdering av tiltak som kan ha betydelige ulemper av både økono-

misk og helsemessig art, for eksempel stenging av skoler, idrettshaller eller dagtilbud for funksjonshemmede. FHI mener at tilsvarende krav til forhåndsvurderingen klart bør gjelde også der tiltakene er hjemlet i folkehelseloven. Det er behov for en klargjøring rundt forholdet mellom de to lovene. Man bør unngå at kommunen kan velge folkehelseloven som hjemmel for et tiltak for å unngå de omfattende vurderingene som smittevernloven § 4-1 krever. En mulighet er å sette inn en henvisning til smittevernloven når det gjelder smittsomme sykdommer.»

*Legeforeningen* tar også opp grensen mellom folkehelseloven og smittevernloven og mulig overlappende tiltak.

*Nettverk for helsefremmende samfunn (Fremsam)* uttaler:

«Fremsam mener at det i 7c legges til livskvalitet som et område som er aktuelt å fremme. Dette i tråd med at livskvalitet også er en del av begrepsparet «psykisk helse og livskvalitet», da det innebefatter å fremme de positive aspektene ved psykisk helse på befolkningsnivå som sosial støtte, autonomi, tilfredshet, opplevelse av mening, utvikling og mestring. Ved å ha med livskvalitet i tiltaksoversikten ansføres også kommuner og fylkeskommuner til mer helsefremmende innsats.»

Helsedirektoratet mener også at bakgrunnen for valg av utfordringer og påvirkningsfaktorer i oppstillingen er uklar.

Flere høringsinstanser mener at prinsippet om barns beste bør framgå av § 4, slik at barns beste legges til grunn for hele folkehelsearbeidet, herunder oversikt, plan og medvirkning, se punkt 4.3 om barns beste.

#### 8.4.4 Departementets vurderinger

Departementet opprettholder høringsforslaget om å endre tittelen til § 7 fra «Folkehelseiltak» til «Tiltak». Begrunnelsen for endringen er at mange tiltak som påvirker folkehelse og livskvalitet ikke først og fremst har folkehelse som formål, men som en av flere virkninger. Dette gjelder blant annet anleggelse av vei, gang- og sykkelveier, regulering av boligområder mv.

Departementet merker seg at flere høringsinstanser er negative til den foreslåtte strukturendringen og tar til orde for videreføring av nåvæ-

rende struktur. Departementet er enig i at enkelte av påvirkningsfaktorene vanskelig lar seg kategorisere utelukkende under en av de foreslåtte kategoriene, men at de kan passe inn under flere av disse. Dette er noe som kan gjøre den foreslåtte omstruktureringen og kategoriseringen av faktorer problematisk. Departementet har på bakgrunn av høringsinnspillene foretatt en ny vurdering og kommet til at det ikke foreligger tungtveiende grunner til å introdusere en ny struktur i bestemmelsen. Vi foreslår derfor å videreføre strukturen slik den er i dag. Departementet foreslår imidlertid å introdusere «fremming av psykisk helse og forebygging av psykiske plager og lidelser, ensomhet, vold og overgrep», samt smittsomme sykdommer i § 7 første ledd annet punkts oppstilling av påvirkningsfaktorer. I tråd med høringsforslaget foreslår departementet også at begrepet *ernæring* erstattes med begrepet *kosthold*. Ensomhet er nærmere omtalt bl.a. under punkt 2.1. og 7.1.4. Vold og overgrep er omtalt bl.a. under punkt 2.1.

På bakgrunn av høringsinnspillene og en ny vurdering av at enkelte påvirkningsfaktorer kan høre inn under flere av de foreslåtte underkategoriene, foreslår departementet ikke å lovfeste begrepene *bakenforliggende påvirkningsfaktorer*, *livsstilsfaktorer* og *andre helsetrusler* som ble foreslått i høringsnotatet. Når det gjelder smittevern så er dette en sentral del av kommunens og statens ansvar etter folkehelseloven å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse. Videre er det en sammenheng mellom smittevern og andre områder innen folkehelsearbeidet. Risiko for sykdom og død ved en smittehendelse er påvirket av den generelle helsetilstanden i befolkningen og av hygieniske forhold generelt.

Det er viktig å koble folkehelseutfordringer etter folkehelseloven sammen med folkehelseutfordringer etter smittevernloven, og en helhetlig plan for å forebygge og begrense smitte vil også gjelde virksomheter og eiendom som ikke er helse- og omsorgstjenester.

Til Folkehelseinstituttets merknad om forholdet til smittevernloven bemerker departementet at vi er enige i at det ikke skal være opp til kommunene å velge en enklere vei til innføring av tiltak etter folkehelseloven der det er smittevernlovens vilkår som gjelder. Departementet bemerker at folkehelselovens bestemmelser utgjør et sikkerhetsnett for å beskytte befolkningen mot helseskade i samfunnet, og dette gjelder særlig der annet lovverk ikke kommer til anvendelse og at

fare for helseskade ikke kan avverges på annen måte. Departementet understreker at der beredskap ivaretas av annet regelverk på en tilfredsstillende måte, vil dette regelverket primært måtte legges til grunn også innen folkehelse. Dette gjelder for eksempel smittevern etter smittevernloven.

På bakgrunn av innspill fra en rekke høringsinstanser foreslår departementet å inkludere *diskriminering* i opplistingen i § 7. Departementet mener diskriminering vil gi et mer egnet virkeområde ved at det ikke vil være begrenset til rasisme, selv om rasisme også vil omfattes. Rasisme er alvorlig og må tas på alvor, men det er likevel bare en av flere former for diskriminering befolkningen kan utsettes for. Diskriminering kan gi seg ulike utslag og alle former for diskriminering vil i prinsippet være omfattet av forslag til ny ordlyd. Diskriminering er i følge Folkehelseinstituttet bl.a. forbundet med sosial isolasjon, og det kan i sin tur øke risikoen for en usunn livsstil. Flere studier fra andre land viser også at personer som opplever seg diskriminert, har større risiko for somatisk sykdom og funksjonsnedsettelse, slik som kroniske smertetilstander, diabetes og hjerte- og karsykdom. Videre er det blant annet påvist sammenheng mellom diskriminering, selvfølelse og depresjon. Om smittevern, se punkt 8.4.1.

Departementet støtter høringsinstansene i at kravet til barns beste-vurderinger bør framgå av kommunens generelle ansvar for folkehelsen, og flytter derfor dette kravet fra § 7 til § 4, se nærmere punkt 8.1 om kommunens ansvar for folkehelsen etter § 4 og punkt 4.3 om barns beste.

## 8.5 Kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom

### 8.5.1 Gjeldende rett

Det følger av folkehelseloven § 9 første ledd første punktum at kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Bestemmelsen viser til § 8 hvoretter miljørettet helsevern omfatter faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, herunder blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

I § 9 første ledd, annet punktum utvides adgangen til å delegerere ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i loven er lagt til kommunen til også å omfatte delegering til interkommunale selskap.

I § 9 annet ledd stilles krav om at kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom etter bestemmelsens første ledd, herunder også uavhengighet og likebehandling i tilsynet, skal dokumenteres særskilt.

I § 9 tredje ledd gis hjemmel til at kommunens myndighet kan utøves av kommunelegen hvis det på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter lovens kapittel 3 skal kunne utføres.

Forskrift om miljørettet helsevern § 4 annet ledd første punktum fastslår at kommunen skal føre tilsyn med at forskriften overholdes og treffe nødvendige enkeltvedtak med hjemmel i folkehelseloven kapittel 3. Videre skal kommunen etter forskriften § 4 annet ledd annet punktum prioritere sin tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko.

Folkehelselovens anvendelse for Svalbard er regulert i forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. Av denne forskriften § 10 framgår at folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern og §§ 29, 31 og 32 gjelder for Svalbard, jf. § 10 første ledd. Forskrifter med hjemmel i folkehelseloven gjelder ikke for Svalbard. Universitets-sykehuset Nord-Norge HF–Longyearbyen sykehus har for Svalbard myndigheten som etter folkehelselovens kapittel 3 er lagt til kommunelegen.

Myndigheten til Longyearbyen sykehus utøves i samråd med Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre. Myndigheten til Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre utøves i samråd med Longyearbyen sykehus. Ved utøvelse av myndighet til Sysselmannen og Longyearbyen lokalstyre skal Folkehelseinstituttet bistå Longyearbyen lokalstyre og Sysselmannen dersom det er behov for dette. Ved utøvelse av tilsyn skal Universitets-sykehuset Nord-Norge HF–Longyearbyen sykehus bistå Longyearbyen lokalstyre og Sysselmannen med helsefaglige vurderinger dersom det er behov for dette. Statsforvalteren på Svalbard etter loven er Statsforvalteren i Troms og Finnmark.

### 8.5.2 Høringsnotatets forslag

Bestemmelsen om kommunens tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen ble i høringsnotatet foreslått flyttet fra sin nåværende plassering som § 9 i kapittel 3 til ny § 7 a i kapittel 2. Når det gjelder kommunens plikt til å ha oversikt over faktorer i miljøet vises det til § 5. I tillegg ble det foreslått å endre ordlyden i bestemmelsen til at kommunen skal føre tilsyn med virksomhet



og eiendom som omfattes av kapittel 3. I tillegg ble det foreslått å løfte innholdet i forskrift om miljørettet helsevern § 4 annet ledd inn i den nye lovbestemmelsen, ved at det skulle følge direkte av loven at kommunen i sitt tilsyn med loven skal fatte nødvendige enkeltvedtak og prioritere sin tilsynsvirksomhet basert på vurdering av helserisiko.

### 8.5.3 Høringsinstansenes syn

*Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid (NEMFO)* mener at det nye lovforslaget er en dreining til at tilsyn kun skal gjøres av virksomhet eller eiendom, og dermed ikke «faktorer og forhold i miljøet». NEMFO er usikre på hvilke konsekvenser denne endringen i praksis vil kunne ha, og savner at dette er blitt vurdert og belyst i høringsnotatet. NEMFO viser til to eksempler hvor den foreslåtte endringen vil kunne ha betydning for kommunens ansvar for å føre tilsyn. Eksempel 1: Kommunen mottar klage på støy (miljøfaktor) fra en ukjent kilde. Fordi det er uklart hvilken virksomhet eller eiendom støyen kommer fra har ikke kommunen ansvar for å føre tilsyn med støyen. Eksempel 2: Kommunen får melding om mulig forurensning av et badevann. Kilden til forurensningen er ukjent. Fordi det er uklart hvilken virksomhet eller eiendom forurensningen kommer fra har ikke kommunen ansvar for å føre tilsyn.

*Miljørettet helsevern i Vestfold* mener også at dette endringsforslaget er en ulempe. *Helsedirektoratet* viser til at de språklige endringene kan innebære realitetsendringer i tilsynsansvaret, og ber om at dette vurderes. *Bydel Gamle Oslo* ser en dreining fra å føre tilsyn med faktorer og forhold i miljøet, til at det skal føres tilsyn med virksomheter og eiendommer, og uttaler:

«Bydel Gamle Oslo er usikre på hvilke konsekvenser denne endringen i praksis vil kunne ha, og savner at dette er blitt vurdert og belyst i høringsnotatet. En tenkt situasjon kan være at kommunen mottar en klage på støy fra en ukjent kilde. Siden det ikke er kjent hvilken virksomhet eller eiendom som er ansvarlig for støyen, vil dette innebære at kommunen ikke har ansvar for å saksbehandle klagen?»

NEMFO mener at:

«det er positivt at det inntas en ordlyd om at kommunen skal prioritere sin tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko. Vi mener

det er viktig at dette løftes fram som et krav i en lov. Helserisiko bør defineres i folkehelselovens § 3.»

Flere høringsinstanser mener at «helserisiko» bør defineres, blant annet KS. Flere høringsinstanser mener at «folkehelsehelserisiko» bør vurderes som begrep her.

*Norsk forum for bedre inneklima for barn (NFBIB)* mener at tilsynsordningen ikke fungerer, og viser til Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2019. NFBIB uttaler at:

«Faktum er at kommunene systematisk bryter lov og forskrift for barns innemiljø i skoler og barnehager. At kommunene selv har tilsyn med sin egen virksomhet fører til at barn sviktes. Et kompetent og uavhengig tilsyn er grunnleggende for enhver virksomhet. På en normal arbeidsplass ville så alvorlige forhold ha ført til umiddelbare tiltak. Det skjer ikke i skolen. Det er ingen saklige grunner for at ikke barn skal omfattes av samme krav til tilsynsmyndighetens habilitet og uavhengighet som hos voksne. Barn er enda mer sårbare enn voksne.»

*Nordre Follo kommune* mener også at det vil være riktig å flytte tilsynsfunksjonen ut av kommunen og foreslår et statlig uavhengig tilsynsorgan for miljørettet helsevern.

*Alta kommune* viser til at det både i gjeldende lov og i nytt forslag til lov er fokus på at kommunen skal føre tilsyn, og i den forbindelse treffe nødvendige enkeltvedtak (bruke virkemidlene i §§ 11-16). Alta kommune mener dette er en for snever beskrivelse av kommunens ansvar, da bruk av virkemidlene ikke alltid er et resultat av et tilsyn. Bruk av virkemidlene kan eksempelvis være et resultat av kommunens saksbehandling av en bekymringsmelding eller en klage. Bydel Gamle Oslo mener også at beskrivelsen av kommunens tilsynsansvar er for snever.

*Legeforeningen* er bekymret for at psykososiale og adferdsmessige faktorer ikke vektlegges i tilsyn.

NEMFO og Bydel Gamle Oslo uttrykker at mange kommuner opplever å bruke uforholdsmessig mye tid på behandling av klager fra enkeltpersoner og savner en hjemmel for å avvise saker. *Lier kommune* og *Harstad kommune* mener også at loven bør hjemle mulighet for å avvise saker av mindre betydning.

NEMFO uttaler at:

«NEMFO savner en bestemmelse som gir kommunen hjemmel til å behandle klager etter en risikovurdering. For eksempel dersom et forhold kun gjelder en person, ikke er alvorlig nok eller er åpenbare nabokonflikter, så har kommunene en hjemmel til å avvise saken. Plan og bygningsloven har en bestemmelse i § 32-1 andre ledd som det er ønskelig å få inn i Folkehelseloven, for eksempel som en ny setning til § 14 Retting: Er overtredelsen av mindre betydning, kan kommunen avstå fra å følge ulovligheten. Beslutning om dette er ikke enkeltvedtak.»

#### 8.5.4 Departementets vurderinger

Departementet bemerker innledningsvis at ordlyden i folkehelseloven § 9 første ledd pålegger kommunen en plikt til å føre tilsyn med faktorer som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Tilsynsbegrepet i første ledd omfatter etter gjeldene bestemmelse således også en form for oversikt over faktorer som kan ha innvirkning på helsen, og det henger derfor sammen med lovens oversiktsbestemmelse og må tolkes og forstås i sammenheng med denne, jf. § 5. Dersom kommunen gjennom sitt ansvar for å ha oversikt oppdager eller får melding om et miljøforhold med mulig helsekonsekvens har kommunen ansvar for å beskytte befolkningen mot helseskadelig miljø. Her har kommunen flere virkemidler hvorav tilsyn med virksomhet og eiendom er ett av flere. Kommunen kan også medvirke til at andre myndigheter ivaretar sitt ansvar, eller det kan være gjennom å bruke andre juridiske virkemidler enn det som følger av folkehelseloven.

Tilsyn med virksomhet og eiendom etter folkehelseloven skal være risikobasert, og som innebærer at oversikten etter § 5 kan ha betydning for prioritering av tilsynet med virksomhet og eiendom. Departementet mener det bør tydeliggjøres i loven at kommunen i sitt tilsyn med loven skal fatte nødvendige enkeltvedtak og prioritere sin tilsynsvirksomhet basert på vurdering av helserisiko. Kravet om at kommunen skal prioritere sin tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko innebærer at kommunens gjennomføring av tilsyn må ses helhetlig og baseres på helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser. Til høringsinnspill om at helserisiko bør endres til folkehelsrisiko, viser departementet til at bruk av virkemidlene i kapittel 3 ikke forutsetter helserisiko for hele eller

del av befolkningen, men omfatter også helserisiko for enkeltpersoner. Hvor mange som er utsatt for helserisiko vil imidlertid være et relevant moment i forholdsmessighetsvurderinger. Departementet vurderer på denne bakgrunn at begrepet helserisiko bør brukes i bestemmelsen. Det vises også til omtale i punkt 9.1 om grad av akseptabel helserisiko som må aksepteres i samfunnet, og som vil ha betydning for kommunens tilsynsoppfølging.

Departementet framhever også at tilsynet med virksomhet og eiendom omfatter alle forhold innen miljø og helse, dvs. alle forhold og faktorer i miljøet som kan ha en innvirkning på helsen, inkludert sosiale miljøfaktorer og fysiske miljøfaktorer som påvirker adferd og levevaner. Det vises også til omtale i punkt 5.1. Hvordan tilsyn kan rettes mot sosiale miljøfaktorer i tilstrekkelig grad, kan ivaretas i veiledning

Departementet mener det er hensiktsmessig og nødvendig at § 7 a henviser til virkemidlene i kapittel 3, selv om kommunens tilsynsansvar omfatter mer enn bruk av virkemidlene i kapittel 3. Kommunens tilsynsansvar omfatter oversikt over virksomhet og eiendom, og å påse av virksomheter er orientert om regelverk som gjelder disse, samt å gjennomføre tilsyn etter fastsatt plan og følge opp at virksomheter lukker sine avvik innen fastsatt tid. Kommunen kan også benytte virkemidlene i kapittel 3, enten som en oppfølging av planlagt tilsyn eller basert på henvendelser fra berørte.

Når det gjelder innspill om statliggjøring av tilsynet, vises til omtale av dette i Prop. 90 L (2010–2011).

Departementet vurderer at en flytting av tilsynsbestemmelsen fra kapittel 3 til kapittel 2 vil kunne bidra til at kommunens ansvar for tilsyn blir synliggjort som en del av kommunens helhetlige ansvar for folkehelsearbeidet. Det vises til omtale om endringer i struktur i punkt 6.

Departementet foreslår å gjennomføre den i høringsnotatet foreslåtte flyttingen av bestemmelsen om kommunens tilsyn fra § 9 i kapittel 3 til ny § 7 a i kapittel 2 med innarbeidelse av innholdet i forskrift om miljørettet helsevern § 4 annet ledd. Departementet foreslår at ny § 7 a vedtas som foreslått.

Som følge av flyttingen av bestemmelsen om kommunens tilsyn til ny § 7 a i kapittel 2, foreslås det også at det i § 7 a legges inn hjemmel for departementet til å gi forskrifter om kommunens tilsyn. Dette er ikke en materiell endring, da slik hjemmel følger av § 8 annet ledd i gjeldende lov.

## 8.6 Beredskap

### 8.6.1 Gjeldende rett

Kommunen har ansvar for å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen, jf. §§ 4 og 9. Der helsebegrunnede krav er fastsatt i annet regelverk, slik som smittevernloven, helseberedskapsloven, forurensningsloven mv. og helsehensyn er tilstrekkelig vektlagt, vil annet regelverk primært gjelde.

Etter folkehelseloven § 28 første ledd har kommunen ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1. Kapittel 2 og 3 i folkehelseloven omfattes av helseberedskapsloven, men planplikten etter § 2-2 i helseberedskapsloven omfatter i dag kun kommunens oppgaver etter kapittel 3 (miljørettet helsevern), jf. også § 28 annet ledd.

Kommunene skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne, jf. § 5. Dette innebærer også oversikt over potensielle trusler mot folkehelsen. Krav til oversikt følger også indirekte av § 9 om at kommunen skal føre tilsyn med forhold og 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. Kommunens ansvar innebærer både å ha oversikt og iverksette nødvendige tiltak, herunder gi pålegg om retting eller stansing.

Av Prop. 90 L (2010–2011) punkt 16.5.1 fremgår det at det i vurdering av helseutfordringer etter § 5 ligger et implisitt krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter.

Etter forskrift om miljørettet helsevern § 5 skal kommunen gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse, og legge den til grunn for sin beredskapsplanlegging, jf. helseberedskapsloven § 2-2. Ved miljøhendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer, skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser. Kommunen skal vurdere om den har kapasitet og kompetanse til selv å håndtere situasjonen, og innhente bistand fra Folkehelseinstituttet eller annet relevant kompetansemiljø der det er behov.

Kommunen har virkemidler etter kapittel 3 til å gi pålegg til virksomheter eller eiendom om retting dersom forholdet direkte eller indirekte kan

ha negativ innvirkning på helsen, eller stansing om det er overhengende fare for helseskade.

Kommuneoverlegen har hastekompetanse på vegne av kommunen i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, og har blant annet ansvar for å ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, jf. smittevernloven § 7-2.

Staten har i dag ingen myndighet etter kapittel 3 i folkehelseloven. Staten kan ikke gi pålegg om retting eller stansing av virksomheter som medfører fare for liv og helse ved enkeltvedtak. Etter folkehelseloven kan heller ikke staten instruere kommunen om å bruke sine virkemidler. Men staten kan fastsette forskrifter også i en krisesituasjon, for eksempel stenge (forby) bestemte typer virksomheter eller aktiviteter, eller sette krav til drift. Det er imidlertid kommunen som er tilsynsmyndighet.

### 8.6.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet er det foreslått at bestemmelser om krav til kommunene når det gjelder beredskap flyttes fra kapittel 6 til kapittel 2 som omfatter kommunens ansvar.

I bestemmelsen om oversikt, jf. § 5, ble det foreslått at det presiseres at oversikten også skal omfatte risikoforhold.

I bestemmelsen om beredskap, jf. ny § 7 b, ble det foreslått at kravet til beredskap også skal omfatte kompenserende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følge av tiltak iverksatt for å håndtere helsekrisen. Videre ble det foreslått å presisere at kommuneoverlegens skal gi faglige råd til kommunens helsemessige beredskap.

I høringsnotatet ble det også foreslått å flytte kravet om at kommunen ved en miljøhendelse eller ved mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer, skal iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser, fra forskrift til lov. Videre ble det foreslått å flytte bestemmelsen om at kommunen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, skal varsle statsforvalteren, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om helsetrusler omfattende av § 5 første ledd som er uvanlig eller uventet for tid og sted, kan forårsake vesentlig sykdom, skade eller død, eller har rask og ukontrollert sykdomsspredning. Helsedirektoratet var lagt inn som varslingsmottaker i høringsforslaget ved en inkurie. Direktoratet omfattes ikke av forskriftsbestemmelsen slik den lyder i dag.

### 8.6.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er positive til at beredskapsbestemmelsen tydeliggjøres, og at krav flyttes fra folkehelseloven kapittel 6 til kapittel 2. Ingen av høringsinstansene har uttalt seg negative til forslaget.

*Statens helsetilsyn* støtter at departementet vil styrke folkehelselovens beredskapsbestemmelser og kommunens beredskapsansvar for miljø og helse, smittevern, helseberedskap, folkehelse og kommuneoverlegefunksjonen. Tilsynet uttaler blant annet at:

«Våre tilsynsfunn fra helseberedskap og Koronakommisjonens pandemi erfaringer, viser at helseberedskapsplanleggingen i halvparten av kommunene kan mangle noe innhold, oppdateringer, ledelsesforankring og styring ved internkontroll. Helsetilsynet vurderer at foreslåtte endringer i beredskapsbestemmelsene er nødvendige for å styrke helseberedskapen i en urolig tid med fare for ny pandemi, nye helsetrusler og i verste fall krig. Kommunene bør i 2025 ha beredskap som forventet i Meld.St.5 om helseberedskap av 23.11.2023, for sikkerhetspolitiske scenarier, sammensatte trusler, sabotasje og krig, økt evne til mobilisering av personell fra flere sektorer, oppskalering av helsetjenestens kapasitet, samhandling med frivillige organisasjoner, forsvaret og helseforetak og for kommuneoverlegefunksjonen. Kommuneoverlegens samfunnsmedisinske kompetanse er viktig både for folkehelsearbeidet, smittevernet, helseberedskapsarbeidet og for å fatte hastevedtak i kriser.»

Mange høringsinstanser, blant annet Helsetilsynet og *Statsforvalteren i Trøndelag*, støtter forslaget til krav om også å vurdere kompensierende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følger av tiltak iverksatt for å håndtere helsekrisen. Helsetilsynet viser til at det er naturlig å lære av pandemierfaringene og planlegge for at barn, unge og eldre ikke isoleres unødig ved en ny pandemi som krever smittevern-tiltak.

Statsforvalteren i Trøndelag mener at kravet også bør gjelde for Helsedirektoratet dersom direktoratet skal utøve myndighet etter folkehelseloven § 16, og viser til erfaringer fra pandemien. *Helsedirektoratet* mener også at kravet om kompensierende tiltak også bør gjelde for fylkeskommunen og staten.

Flere høringsinstanser peker på viktigheten av å prioritere barn og unge i beredskapsforberedelser og beredskapstiltak. *Mental Helse Ungdom* uttaler at det er viktig med tiltak for barn og ungdom i beredskapsplaner.

*Bergen kommune* uttaler at det er positivt at bestemmelsen om beredskap ved miljøhendelser flyttes til loven, slik at plikten blir mer synlig. *Alta kommune* støtter at krav i forskrift flyttes til loven, og mener at også kravet i forskrift om risiko- og sårbarhetsanalyse bør flyttes til loven. Det samme mener *Bydel Gamle Oslo*.

*Røde Kors og Mental helse Ungdom* peker på at frivillighetens rolle i beredskapsarbeidet bør styrkes. *Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn* etterspør (livssyns)organisasjonenes rolle i beredskap og kriser.

*Arbeidstilsynet* ber om at det tydeliggjøres at det kan være behov for samarbeid mellom helsemyndighetene og arbeidshelsemyndighetene i beredskapssituasjoner i tråd med samvirkeprinsippet, og viser til erfaringer fra pandemien.

*Folkehelseinstituttet* foreslår at miljøhendelser defineres i lovens definisjonsbestemmelse i § 3, og at definisjonen dekker det samme som fremgår av merknadene til § 5 i forskrift om miljørettet helsevern. Statsforvalteren i Trøndelag mener også at det bør presiseres hva miljøhendelser og CBRNE-hendelser innebærer, inkludert sammenhengen med smittevernloven og samfunnsmedisinsk beredskap.

Folkehelseinstituttet mener at kravet til varsling bør stå i forskrift, ikke i loven, alternativt at kravet til varsling omtales kort i loven og utdypes i forskriften. Instituttet peker også på at Helsedirektoratet er lagt til som ny varslingsmottaker, og peker på fare for at varsling til begge etater samtidig kan gjøre at det iverksettes tiltak for håndtering som ikke er koordinert.

Helsedirektoratet peker på viktigheten av å se folkehelselovens beredskapsbestemmelse i sammenheng med øvrig regelverk som regulerer beredskap og at sammenhengen til annet regelverk ivaretas, både i innretning og begreper. Direktoratet viser til folkehelselovens karakter av å ha en sikkerhetsfunksjon der forhold er regulert av annet regelverk.

Høringsinstansene støtter forslaget om at kommunelegen skal gi faglige råd til kommunens helsemessige beredskap. Ingen av høringsinstansene har uttalt seg negativt til forslaget. Se nærmere omtale av høringsinnspill om samfunnsmedisinsk beredskap og vurdering av disse i punkt 8.7.

#### 8.6.4 Departementets vurderinger

Departementet foreslår at bestemmelsen om oversikt, jf. § 5, presiserer at dette også omfatter oversikt over risikoforhold med betydning for folkehelsen. Forslaget innebærer å tydeliggjøre at kommunen skal ha oversikt over forhold av beredskapsmessig karakter, slik som forutsatt jf. Prop. 90 L (2010–2011). Dette kommer også til uttrykk i forskrift om miljørettet helsevern § 5 første ledd, som viser til folkehelseloven § 5 og stiller krav til at kommunen skal gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse, og legge det til grunn for sin beredskapsplanlegging. Dette kan blant annet være industrivirksomheter med fare for kjemikalie, biologisk, radioaktiv forurensning eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse. Videre vil kommunen etter ny § 7 og § 7 b (krav til å iverksette tiltak) i loven også måtte vurdere beredskapstiltak knyttet til risiko for ekstraordinære hendelser med betydning for folkehelsen.

Kommunens beredskapsansvar etter folkehelseloven må ses i sammenheng med krav i annet regelverk, som smittevernloven, helseberedskapsloven, forurensningsloven, sivilbeskyttelsesloven og plan- og bygningsloven m.fl. Se omtale om beredskap i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 16. Folkehelseloven fungerer som sikkerhetsnett i situasjoner hvor ansvar er uklart eller på annen måte er utilstrekkelig regulert etter annet regelverk. Der helsebegrunnede krav er fastsatt i annet regelverk, og helsehensyn er tilstrekkelig vektlagt, vil annet regelverk primært gjelde. Dersom beskyttelse av liv og helse ikke kan ivaretas av andre myndigheter på en forsvarlig måte, har kommunen uansett etter folkehelseloven ansvar for og virkemidler til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Departementet er enig med høringsinstansene i at forholdet mellom regelverkene er viktig, men vurderer at dette kan beskrives nærmere i veiledning til loven.

Kommunens ansvar for tiltak i beredskapssituasjoner gjelder innenfor det ansvar og den myndighet kommunen er tillagt etter loven. Samvirkeprinsippet i beredskapsarbeidet innebærer at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med andre aktører, både forebyggende og ved kriser. Dette gjelder for alle myndighetsnivåer, og ikke bare for kommunen. I vurderingen av tiltak og behov for kompensierende tiltak har kommunen også en plikt til å medvirke til at helsemessige

hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter, medvirke i gjennomføring av tiltak og plikt til å samarbeide med frivillig sektor, jf. § 4 tredje ledd.

Forskrift om miljørettet helsevern beskriver kommunens beredskapsansvar for alle miljøhendelser med betydning for folkehelsen, herunder CBRNE hendelser, samlet. I lys av erfaringene fra Covid-19 pandemien og behovet for beredskapsforberedelser og tiltak også for miljøhendelser som en trussel mot folkehelsen, foreslår departementet å flytte enkelte bestemmelser om beredskap fra forskriften til folkehelseloven for å gjøre plikten mer synlig. Dette omfatter krav i forskrift om miljørettet helsevern § 5 annet ledd, første punktum som lyder:

«Ved en miljøhendelse eller ved mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer, skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser.»

Departementet foreslår at denne forskriftsbestemmelsen flyttes til folkehelseloven som ny § 7 b. Det grunnleggende kravet om å iverksette nødvendige tiltak for å beskytte folkehelsen ved en miljøhendelse, anser departementet som så sentralt for å beskytte liv og helse at det bør fremgå direkte av loven. Miljøhendelser defineres vidt og inkluderer hele CBRNE-området, i tillegg til hendelser som er rent fysiske og ikke inkluderer farlige stoffer, for eksempel jordskred, flom eller naturkatastrofer. Miljøhendelser er altså hendelser med både biologiske, fysiske eller kjemiske stoffer, eller ukjente miljøfaktorer. Fysiske faktorer omfatter også radiologiske og nukleære miljøfaktorer. Miljøhendelser er uavhengig av påvirkningsfaktor, og omfatter både ulykker, vilde handlinger og andre situasjoner som kan utgjøre en helsetrussel. En miljøhendelse kan for eksempel være et utbrudd av sykdom eller enkelttilfelle av sykdom, kjemikaliehendelse, radioaktiv eller nukleær hendelse, eller annen miljøhendelse med ukjent opprinnelse.

I tråd med innspill i høringen foreslår departementet ikke å flytte kravet om varsling fra forskriften § 6 til loven. Høringsinstansene som støtter flytting av krav om beredskap fra forskrift til lov, uttaler seg konkret om kravet til tiltak ved miljøhendelser, og kommenterer ikke kravet til varsling konkret. Folkehelseinstituttet mener at kravet til varsling bør stå i forskrift, ikke i loven, alternativt at kravet til varsling omtales kort i loven og utdypes i forskriften. Departementet vurderer at

tiltaksplikten er av mer grunnleggende karakter sammenlignet med varslingsplikten. I tillegg ble kun deler av varslingsplikten foreslått overført fra forskrift til lov. Departementet vurderer at det er hensiktsmessig at forskriften gir en helhetlig fremstilling av varslingsplikten, fremfor å flytte deler av kravet til lov. Dette er også i tråd med regulering av andre varslingsplikter for eksempel forskrift om varslingsplikter for alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften), forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) og forskrift om miljørettet helsevern.

Helsetilsynet gjennomførte tilsyn med kommunal helseberedskap i årene 2020 til 2023. Funnene indikerte særlig utfordringer i etterlevelse av krav til kommunale helseberedskapsplaner. Tilsynsrapporten viser at de fleste kommuner oppfylder kravene til risiko- og sårbarhetsanalyser, men flere kommuner manglet ROS-analyser for CBRNE-hendelser og smittevern. Tilsynsrapporten viser videre at kommunen ikke oppfylder kravene til helseberedskapsplaner på overordnet nivå, og flere kommuner hadde ikke oppdatert plan for CBRNE-hendelser. Helsetilsynet viser til at det gjerne er små kommuner med begrensede ressurser som har utfordringer i beredskapsarbeidet. Departementet vurderer at tilsynsfunnene gir støtte til forslaget om å flytte krav til tiltak ved miljøhendelser herunder CBRNE-hendelser fra forskrift til lov.

Ved krise med helsekonsekvenser forårsaket av for eksempel en atomhendelse eller smittevernhendelse vil tiltak for å håndtere hendelsen, slik som stenging av virksomheter mv. kunne ha andre negative konsekvenser for befolkningens helse og livskvalitet generelt og for sårbare grupper spesielt. Dette kan omfatte isolasjon, redusert fysisk og sosial aktivitet mv. Departementet foreslår derfor at kommunen skal vurdere og iverksette kompenserende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følge av tiltak iverksatt for å håndtere beredskapssituasjonen. Dette kan være tiltak for å forebygge ensomhet, legge til rette for aktivitet og sosialt samvær blant berørte og sårbare grupper mv. Kommunen må gjøre forholdsmessighetsvurderinger ved vurdering og gjennomføring av tiltak, dvs. at nytten av tiltaket må veies opp mot de negative konsekvensene. Tilsvarende plikt påhviler fylkeskommunen og staten, jf. §§ 20 og 22. Vurdering av kompenserende tiltak der det er nødvendig, gjelder også for andre myndigheter med ansvar for tiltak. På grunn av kommunens særlige ansvar i beredskapssituasjoner, presiseres plikten

til å iverksette kompenserende tiltak for kommunen. Oversikt over befolkningens helse og livskvalitet, jf. § 5 vil være av betydning både ved forholdsmessighetsvurderinger av tiltak og ev. iverksetting av kompenserende tiltak. Videre vil det i en helsekrise være behov for å opprettholde, forbedre og evaluere oversikten, slik at konsekvenser av tiltakene blir korrigert eller kompensert fortløpende med andre tiltak, jf. loven § 7. Oversikten er dermed en viktig del av kommunens beredskap i beredskapssituasjoner. Dette gjelder også for fylkeskommunen og statens oversikt.

Frivilligheten har en viktig rolle i den norske beredskapsmodellen, og det er behov for involvering av sivilsamfunnet og frivillige organisasjoner i beredskapsarbeidet. Frivillige organisasjoner bidrar med kompetanse, kapasitet og fleksibilitet som utfyller det offentlige beredskapssystemet, og samarbeid mellom frivillighet og myndigheter er derfor avgjørende for å sikre en robust og effektiv beredskap i samfunnet. Det vises også til omtale i punkt 5.3.4.

Som følge av forslaget om å samle kommunens ansvar i kapittel 2, må henvisningen i kravet til beredskapsplan endres. Det foreslås at kommunen skal ha beredskapsplan med sine oppgaver etter §§ 7 a til 7 c og kapittel 3. Henvisningene innebærer ingen utvidelse eller endring av kravet til beredskapsplan i forhold til kravet i gjeldende lov, med unntak av at beredskapsplanen etter forslaget også skal omfatte plan for involvering av samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlegen. Det vises til kommuneoverlegens rolle som medisinsk faglig rådgiver for kommunen innen helsemessig beredskap, jf. § 7 c, og krav for kommunen om å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap, jf. § 7 b.

Departementet vurderer at kravet til kommunen om å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap bør plasseres i § 7 b om beredskap og flytter derfor denne bestemmelsen fra § 7 c, til § 7 b første ledd annet punktum som foreslått i høringsnotatet. Det vises til omtale av kommunens samfunnsmedisinske beredskap i punkt 8.7.4.

Departementet foreslår å synliggjøre kommuneoverlegens faglige råd i kommunens helsemessige beredskap i forslag til ny § 7 b. Forslaget har stor støtte fra høringsinstansene. Kommunen må i henhold til kravene i § 7 b og 7 c involvere kommuneoverlegen i arbeidet med helsemessig beredskap, herunder vurdering av tiltak. Bestemmelsen må ses i sammenheng med forslag til § 7 c, se nærmere omtale i punkt 8.7 om samfunnsmedisinsk kompetanse.

## 8.7 Samfunnsmedisinsk kompetanse

### 8.7.1 Gjeldende rett

Dagens bestemmelse i folkehelseloven § 27 lyder:

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

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

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.»

Kommuneoverlegen har oppgaver etter flere regelverk i tillegg til folkehelseloven, som helse- og omsorgstjenesteloven, smittevernloven og lov om psykisk helsevern. Kommuneoverlegen har også en viktig rolle utover folkehelsearbeidet, herunder beredskap i helse- og omsorgstjenesten og forholdet til den akuttmedisinske kjeden og legevakttjenesten.

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde med oppmerksomhet på helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, samt på livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i. Det handler om å forstå sammenhengen mellom helse og samfunn, og hvordan sosiale og fysiske omgivelser påvirker helsen.

En nærmere beskrivelse av innhold i de samfunnsmedisinske oppgavene er beskrevet i Prop. 90 L (2010–2011). Departementet viser også til Helsedirektoratets veileder om kommuneoverlegefunksjonen.

### 8.7.2 Høringsnotatets forslag

Høringsnotatet inneholdt forslag om å flytte bestemmelsen om samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlegens ansvar fra kapittel 6 til kapittel 2 som omhandler kommunens ansvar. Videre ble det foreslått at det i bestemmelsen om beredskap § 7 b legges inn et krav om at kommuneoverlegen skal gi faglig råd til kommunens helsemessige beredskap etter denne loven, jf. omtale i punkt 8.6 om beredskap.

I høringsnotatet ble det i bestemmelsen om samfunnsmedisinsk kompetanse i ny § 7 c foreslått tatt inn et krav til at kommunen må sikre forsvarelig samfunnsmedisinsk beredskap.

I tråd med folkehelsemeldingen ble begrepet «kommunelege» foreslått endret gjennomgående til begrepet «kommuneoverlege»

### 8.7.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene som uttaler seg om forslaget støtter at folkehelseloven § 27 flyttes til lovens kapittel 2 om kommunens ansvar som ny § 7 c.

Høringsinstansene som uttaler seg om forslaget er enige i at samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlegen er viktig i kommunens folkehelsearbeid. *Nordre Follo kommune* viser til at kommuneoverlegen er viktig i kommunens planarbeid, og foreslår at det i loven legges til at kommuneoverlegen skal bidra i kommunal planlegging eller at en vurdering av folkehelsekonsekvenser alltid skal følge saker. *Miljørettet helsevern i Vestfold* mener også at tidligere krav om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken, bør gjeninnføres. *Salten IKS* mener at kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse bør knyttes tettere mot kommunens ansvar etter § 4, og viser til at kommuneoverlegen brukes for lite i det systematiske folkehelsearbeidet og i planarbeid.

*Statsforvalteren i Trøndelag* støtter forslaget, og uttaler blant annet at interkommunalt samarbeid på dette fagfeltet er viktig, og framhever videre at dette må innebære interkommunalt samarbeid om oppgavene mellom flere kommuneoverleger.

Høringsinstansene støtter også endringen om at kommuneoverlegen skal gi faglige råd til kommunens helsemessige beredskap etter loven. Det vises blant annet til høringsinnspill fra *Helsedirektoratet, Legeforeningen, Bærum kommune, Fredrikstad kommune, Trondheim kommune, Sogndal kommune, Skien kommune, Kommuneoverleger i Telemark og Kommuneoverlegane i Samnanger kommune, Vaksdal kommune, Voss herad, Ulvik Herad, Eidfjord kommune, Kvam herad, Ullensvang kommune og Kvinnherad kommune*. Ingen høringsinstanser uttaler seg negativt til forslaget.

Legeforeningen uttaler at:

«Det er positivt at kommunenes ansvar gjøres tydeligere på beredskapsområdet. Erfaringene fra pandemien har vist at det er nødvendig at kommunene tar et tydelig ansvar for samfunns-

medisinsk beredskap og kontinuitetsplanlegging.»

Legeforeningen ønsker en tydeligere definisjon av kravet til en eller flere kommuneoverleger, uavhengig av stillingsstørrelse og størrelse på kommunen. Legeforeningen mener videre at fastlegenes bidrag bør omtales, både fastlegenes kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer og fastlegens rolle som mulig stedfortreder for kommuneoverlegen.

Kommuneoverlegene i Samnanger kommune, Vaksdal kommune, Voss herad, Ulvik Herad, Eidfjord kommune, Kvam herad, Ullensvang kommune og Kvinnherad kommune uttaler at:

«Vi meiner det burde vore tydelegare presisert i lovforslaget at kommunen skal sikre forsvarleg samfunnsmedisinsk beredskap i kriser som krever økte ressurser innan samfunnsmedisinsk rådgivning. I den samanheng viser vi til det som står i høyringsnotatet og i koronakommisjonen sin rapport nr 2 om kommuneoverlegane si rolle under Covid -19 pandemien, samt behov for kontinuitetsplanlegging for kommuneoverlegefunksjonen i kriser. Vi er usikre på om krav til internkontroll i lovforslaget er tilstrekkeleg for å sikre nok ressursar innan samfunnsmedisinsk kompetanse i ei slik krise.»

*Kragerø kommune* uttaler at:

«Kragerø kommune ser positivt på lovfesting av samfunnsmedisinsk kompetanse og beredskap, slik at kommunen bedre blir i stand til å ivareta sine oppgaver gjennom organisatorisk plassering og nødvendig delegering av myndighet. Videre er det avgjørende at det utarbeides planer for å opprettholde og sikre tilstrekkelig kapasitet i kommuneoverlegefunksjonen gjennom å ta i bruk annen fagkompetanse med andre yrkesbakgrunner til oppgaver som ikke krever samfunnsmedisinsk kompetanse (kommuneoverlegen) og utarbeidelse av kontinuitetsplaner med etablering av kommunale eller interkommunale vaktordninger når det oppstår en beredskapssituasjon der dette er nødvendig.»

*Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus* støtter forslaget og uttaler at:

«Vi støtter også forslaget om å flytte bestemmelsen om kommuneoverlege fra kapittel 6 til kapittel 2 som omhandler kommunens ansvar.

Dette for å synliggjøre at kommuneoverlegen er viktig i alle deler av kommunen sitt systematiske folkehelsearbeid. Vi ser også nødvendigheten av å sikre et godt samfunnsmedisinsk miljø, og at det for små kommuner kan være nødvendig å opprette interkommunalt samarbeide. Dette samarbeidet vil også kunne bidra til kontinuitet i kommuneoverlegefunksjonen. Vi ser betydningen av at kommuneoverlegen har en stedfortreder med god samfunnsmedisinsk kompetanse, også for å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap. Videre er det viktig at kommuneoverlegen organisatorisk plasseres slik at vedkommende sikres deltakelse i de viktige prosessene i folkehelsearbeidet. Dette forutsetter også at kommuneoverlegen delegeres myndighet til å utøve funksjonen sin. Dette vil kunne styrke det systematiske folkehelsearbeidet, og sikre den røde tråden helt fra folkehelseoversikten til implementering i planverk, og siden evaluering.»

*Kommuneoverleger i Telemark* mener at det bør defineres hva som er forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap. *Bærum kommune* mener at kommunene selv må få bestemme hvordan kravet til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap skal følges opp. Kommunene *Ørland, Heim, Rindal, Melhus og Frøya* mener også at det er uklart hvem som skal avgjøre hva som er forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap, og uttaler at:

«Det er ingen løsninger i dag som er like da kommunene forstår dette forskjellig. En anbefaling her er å komme med eksempler på løsninger som kommunen kan rette seg etter. Her er det avgjørende å presiseres at samfunnsmedisinsk kompetanse er en legekompertanse og at beredskapen ikke kan løses av noen uten denne kompetansen.»

Flere høringsinstanser mener at stedfortrederfunksjon bør lovfestes. Enkelte høringsinstanser mener at begrepet «hastekompetanse» er utydelig og krever en tydeligere ansvars-, rolle- og forventningsavklaring.

*Kommunene Løten, Hamar, Stange og Ringsaker* mener at kravet til samfunnsmedisinsk beredskap bør flyttes til ny § 7 b om beredskap.

Flere høringsinstanser peker på annen kompetanse som er nødvendig i folkehelsearbeidet. *Miljørettet helsevern IKS* støtter koblingen mellom kommuneoverlegen og beredskap, men mener at miljømedisinsk kompetanse også er viktig i bered-



skapssammenheng. Nordre Follo kommune mener at kommuneoverlegen er viktig inn i kommunens beredskapsarbeid, og kan ikke erstattes av annen helsefaglig kompetanse. *Nettverk for helsefremmende samfunn (Fremsam)* uttaler at:

«det viktig a understreke behovet for at kommunen har nødvendig kompetanse for å ivareta oppgavene etter loven, ikke kun begrenset til nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse. Det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet er avhengige av at noen har rollen som på driver for dette, og rollen som brobygger inn mot ulike tjenester og sektorer. Det systematiske folkehelsearbeidet vil lide hvis de ikke lovpålagte stillingene for folkehelserådsgiver/-koordinatorer reduseres. Loven må understreke betydningen av også denne kompetansen.»

*NORSAM, Universitetet i Innlandet og Universitetet i Bergen – psykologisk institutt* mener at også samfunnspsykologisk kompetanse bør lovfestes. *Indre Østfold kommune* støtter forslaget om samfunnsmedisinsk kompetanse, men peker på at flere enn leger har relevant kompetanse og viser til veterinærer som et eksempel. *Norsk sykepleierforbund* fremhever sykepleieres rolle. Flere høringsinstanser mener at krav til folkehelsekoordinator eller folkehelsevitenskapelig kompetanse bør lovfestes, blant annet *Trøndelag fylkeskommune*.

Høringsinstansene som uttaler seg om forslaget om å endre benevnelse fra kommunelege til kommuneoverlege støtter dette forslaget.

#### 8.7.4 Departementets vurderinger

Samfunnsmedisin kombinerer medisinsk kunnskap og kunnskap om hvordan samfunnsmessige faktorer påvirker helsen til en befolkning og til selvstendig å kunne planlegge og gjennomføre effektive tiltak for å fremme folkehelsen. Kommunelegefunksjonen har siden sunnhetsloven av 1860 vært sentral i å fremme folkehelsen og å legge vilkår for folkehelsen, samt å sikre befolkningen mot helsefare. Samfunnsrettede tiltak er grunnleggende for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Departementet foreslår å tydeliggjøre at kommuneoverlegen skal gi medisinskfaglige råd i kommunens folkehelsearbeid ved å legge inn i ny § 7 c at kommuneoverlegen blant annet skal gi samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid og planarbeid. Dette omfatter alle

bestemmelsene i kapittel 2 i loven, herunder epidemiologiske analyser, helsemessig beredskap og vurdering av hvordan kommunen kan møte folkehelseutfordringer, samt bruk av virkemidler etter kapittel 3.

Dette innebærer at kommuneoverlegen må involveres i folkehelsearbeidet for å sikre samfunnsmedisinsk kompetanse i oversikt, planer og tiltak, løpende og i beredskapssituasjoner. Manglende involvering av samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlegen vil kunne utgjøre en saksbehandlingsfeil, se omtale i Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 18.4.1.3.

Kommunelegefunksjonen er særskilt vurdert av Koronakommisjonen, se NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – rapport fra Koronakommisjonen. Kommisjonen uttaler:

«Om lag 28 prosent av kommunene hadde fremdeles ikke stedfortrederordning for kommunelegefunksjonen ved kommunelegekartleggingen høsten 2021. I lys av dette bør sentrale myndigheter vurdere om lovverket i tilstrekkelig grad sikrer at kommunene innretter kommunelegefunksjonen på en slik måte at den er rustet for epidemier/pandemier av en viss varighet.»

Koronakommisjonen vurderte at kommunelegefunksjonen ikke var godt nok rustet til å håndtere pandemien, og at kommunelegen fikk en krevende arbeidssituasjon under pandemien. Koronakommisjonen anbefaler at kommunelegefunksjonen bør styrkes, og trakk fram betydningen av å ha et fagmiljø, noe som kan være vanskelig å opprettholde i mindre kommuner. Kommisjonen mente at interkommunale ordninger kan bidra til å skape faglig fellesskap for kommunelegene i mindre kommuner. En stor del av kommuner har vært og er til dels også fremdeles avhengig av enkeltpersoner i kommunelegefunksjonen. Kommunelegekartleggingen høsten 2021 viste at 57 prosent av kommunene ikke hadde kontinuitetsplaner som ivaretar kommunelegefunksjonen. Manglende kontinuitetsplaner medfører en sårbarhet under kriser.

I Meld. St. 15 (2022–2023) folkehelsemeldingen uttales det blant annet at regjeringen legger til grunn at kommunene fortsatt skal ha ansvar for å verne befolkningen mot helsetrusler. Det forutsetter at kommunen kan ivareta dette på en forsvarlig måte deriblant ved tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse innen smittevern, miljømedisin og strålevern. Kommuneoverlegene og

samfunnsmedisinsk kapasitet og kompetanse er en kritisk faktor. I meldingen framgår det at kommuneoverlegens rolle skal gjøres tydeligere ved å presisere kommuneoverlegens og kommunens ansvar innen samfunnsmedisin. Kommunen må ha tilstrekkelig kapasitet til å ivareta både løpende samfunnsmedisinske oppgaver og å håndtere større helsekriser (utbrudd, miljøhendelse mv.).

Departementet foreslår at det i § 7 b om beredskap fastsettes at kommunen må sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap og at kommuneoverlegen skal gi faglige råd til kommunens helsemessige beredskap etter folkehelseloven, se 8.6.4.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, som innebærer at kravets innhold kan variere over tid, basert på faglig utvikling og samfunnsutvikling. Hva som er forsvarlig beror blant annet på faglig normering. Kravet til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap innebærer at kommunen må sikre at samfunnsmedisinsk kompetanse ivaretas på en forsvarlig måte i beredskapsarbeidet. For at kommunestyret skal kunne løse sine beredskapsoppgaver for å ivareta liv og helse på en faglig forsvarlig måte, må det innhentes kunnskap gjennom medisinskfaglige vurderinger. Dette innebærer at kommuneoverlegen i nødvendig utstrekning må involveres i beredskapsplanlegging og beredskapssituasjoner. Involvering av kommuneoverlegen i beredskapsarbeidet er blant annet en nødvendig forutsetning for å sørge for at kommuneoverlegens myndighet etter ulike regelverk kan benyttes i hastesaker og for at bestemmelser om varsling til kommuneoverlegen kan ivaretas på en forsvarlig måte. Departementet viser til at kommuneoverlegen har hastekompetanse etter folkehelseloven i ny § 7 a og er varslingsmottaker etter § 29. En nærmere omtale av innholdet i de samfunnsmedisinske oppgaver, herunder beredskap, er gitt i Prop. 90 L (2010–2011).

Dette innebærer at kommuneoverlegen skal gi faglige råd ved både beredskapsplanlegging, herunder arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyser, utarbeidelse av beredskapsplaner og varslingsrutiner, og vurdering og iverksettelse av beredskapstiltak.

De foreslåtte endringene dreier seg ikke om endringer i innhold i oppgaver eller i kompetanse, men tydeliggjør kravet om at kommunen må sikre at de samfunnsmedisinske oppgavene blir ivaretatt på en forsvarlig måte også i beredskapssituasjoner.

Det å ivareta eller ivaretaelse av de samfunnsmedisinske oppgavene på en forsvarlig måte er kommunens ansvar og inngår kommunens krav til internkontroll. At kommunen har ansvar for de

samfunnsmedisinske oppgavene, herunder helsemessig beredskap, innebærer bl.a. å gi kommuneoverlegen forutsetninger til å ivareta sine oppgaver. Dette kan både handle om organisatorisk plassering og delegasjon av myndighet, og at det er tilstrekkelig kapasitet.

En slik sikring av medisinske oppgaver kan være planer for bruk av annen fagkompetanse og personell til oppgaver som ikke må utføres av kommuneoverlegen, omplassering av andre ressurser til kommuneoverlegefunktjonen eller etablering av vaktordning når situasjonen tilsier at det er behov for det.

Kravet til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap betyr ikke krav om økt beredskap for den enkelte kommuneoverlege, men at kommunen må organisere oppgavene på en slik måte at beredskapsansvaret blir ivaretatt på en forsvarlig måte, eksempelvis for å kunne bistå kommunens kriseledelse under hendelser eller for at kommuneoverlegen skal kunne utøve hastemyndighet, jf. ny § 7a, og motta varslinger der lov eller forskrift angir kommuneoverlegen som varslingsmottaker, jf. § 29.

Det kan være gjennom et tilstrekkelig antall kommuneoverlegestillinger, interkommunalt samarbeid og med bruk av annen fagkompetanse som miljømedisin i tillegg til samfunnsmedisin for å håndtere samfunnsmedisinske oppgavene. Det må også foreligge planer for kontinuerlig bemanning, og for oppskalering av samfunnsmedisinsk kapasitet ved hendelser som krever flere ressurser over tid, for eksempel gjennom samarbeidsavtaler med andre kommuner, fastleger e.l.

Interkommunalt samarbeid kan gi bedre robusthet og kontinuitet, bedre faglig bredde og styrke lokale samfunnsmedisinske miljøer. Innen miljørettet helsevern er dette vanlig for mindre og mellomstore kommuner, men ikke innen smittevern eller andre samfunnsmedisinske oppgaver. Gjennom samarbeid kan kommunene sikre økt kapasitet og kontinuitet. Samarbeid om kommuneoverlegefunktjonen vil kunne bidra til større og sterkere faglige nettverk, bedre kvalitet og effektivitet, muliggjøre felles ressursbruk og raskere respons på hendelser og bidra til bedre tilgjengelighet for tjenestene som tilbys. Interkommunalt samarbeid kan være avgjørende for å rekruttere og beholde kommuneoverleger.

I Prop. 90 L (2010–2011) omtales forholdet til fastlegene og fastlegens rolle i folkehelsearbeidet. Det vises blant annet til viktigheten av å bringe inn erfaringsbasert kunnskap fra for eksempel fastlegene, og at utviklingen i tjenestene er et pre-

miss for folkehelsearbeidet i kommunen slik at forebyggbare problemer ikke oppstår.

For å tydeligere få fram i loven at ansvaret ligger hos kommunen som sådan og for å se bestemmelser om kommunens ansvar i sammenheng, foreslår departementet å flytte bestemmelsen om samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlegens ansvar fra kapittel 6 til kapittel 2 som omhandler kommunens ansvar. Videre foreslås at det i bestemmelsen om beredskap § 7 b at kommuneoverlegens skal gi faglig råd til kommunens helsemessige beredskap etter denne loven.

I folkehelsemeldingen står det at regjeringen vil endre betegnelsen kommunelege til kommuneoverlege. I kommunene brukes kommuneoverlege som stillingsbetegnelse for leger i kommunelegefunksjonen. Kommunelege blir brukt som tittel i andre kliniske stillinger i kommunene. Det skaper uklarhet både i praktisk utøvelse av lovverk og i innbyggerkommunikasjon, og en endring i regelverk vil gi bedre samsvar og bidra til tydeligere omtale av rollen. Det vil bidra til å tydeliggjøre skillet mellom kommuneoverlegens samfunnsmedisinske rolle på den ene siden, og andre (kommune)legers kliniske arbeid på den andre. Høringsinstansene gir støtte til dette forslaget. Departementet opprettholder derfor forslaget fra høringsnotatet og foreslår at begrepet «kommunelege» endres gjennomgående til begrepet «kommuneoverlege» i folkehelseloven. Dette innebærer endringer i §§ 7 a, 7 b, 13, 19 og 29.

## 8.8 Samarbeid mellom kommuner

### 8.8.1 Gjeldende rett

Hovedprinsippet i gjeldende rett er at kommunene i utgangspunktet står fritt til å velge å samarbeide og at eventuelle samarbeid skal være frivillige. Kommuner kan samarbeide om å løse oppgaver på ulike måter. Samarbeidet kan ha form av alt fra uformelle nettverk mellom fagpersoner til etablering av egne interkommunale selskaper som skal ivareta kommunens oppgaver. Angående ulike former for interkommunalt samarbeid vises det til kapittel 2 i Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven (regjeringen.no). Samarbeid mellom kommuner for å sikre etterlevelse av folkehelseloven og for å forbedre og lette folkehelsearbeidet i den enkelte kommune, behøver ikke innebære at beslutningsmyndigheten overlates til interkommunale organer.

I gjeldende folkehelselov reguleres samarbeid mellom kommuner på følgende måter:

I § 9 første ledd om kommunens oppgaver og delegering av myndighet heter det at ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven kan delegeres til et interkommunalt selskap.

Videre har dagens folkehelselov i § 26 en bestemmelse om at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner. Vilkåret er at det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene.

### 8.8.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet å flytte dagens bestemmelse om adgangen til delegasjon av myndighet innen miljørettet helsevern til interkommunalt selskap fra dagens § 9, første ledd til ny § 7a siste ledd.

Videre ble det foreslått å flytte bestemmelsen om pålagt samarbeid mellom kommuner fra § 26 til § 7 d. Dette fordi bestemmelsen om samarbeid naturlig hører hjemme med andre bestemmelser om kommunale oppgaver. Det ble ikke foreslått noen materielle endringer i bestemmelsen, men notatet inneholdt en drøfting av anvendelsen av den samt drøfting av kriterier. Blant annet står det i høringsnotatet at grunnlag for å vurdere ev. pålegg kan være behov for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse, eller hvor samarbeid kan bidra til å motvirke negativ utvikling og uakseptable forskjeller i helsestatus.

### 8.8.3 Høringsinstansenes syn

Generelt er det støtte til endringene i strukturen i loven som samler kommunens ansvar i kapittel 2. Det omfatter også bestemmelsen om samarbeid mellom kommuner, se omtale av dette i punkt 6 om lovstruktur.

Få høringsinstanser uttaler seg om det høringsnotatet skriver om samarbeid mellom kommuner spesielt. Det henger trolig sammen med at departementet ikke foreslo materielle endringer i selve loven om dette, men bare foreslår å flytte eksisterende bestemmelser. I høringsnotatet hadde imidlertid departementet inntatt forslag til noen presiseringer av hvordan eksisterende bestemmelser kan anvendes.

*Nordre Follo kommune* støtter:

«det som er nedfelt i § 7d Samarbeid mellom kommuner. Gammel hjemmel var § 26 og det ser ut til at den er videreført i § 7d. Det er viktig for oss at hjemmel til å pålegge kommuner

samarbeid videreføres. Dette er etter vårt bekjentskap den eneste hjemmelen som finnes for å pålegge andre regioner å samarbeide om viktige folkehelseområder som eksempelvis vannforsyning.»

*Nome kommune:*

«er svært negativ til at overordnet forvaltningsnivå kan pålegge kommuner å samarbeide slik det er skissert i denne paragrafen. Kommunene bør organisere samarbeide selv. På hvilke grunnlag skal overordnet myndighetsnivå vurdere om den ordningen kommunen har er uforsvarlig. I tillegg er det svært betenkelig at overordnet myndighetsnivå skal kunne ha direkte innvirkning på kommunens ressursbruk.»

*Numedalskommunene* viser til samarbeid om samfunnsmedisin:

«Erfaringsmessig for små kommuner, er det som trekkes frem i høringsnotatet om samarbeid om kommuneoverlegefunksjonen, for å bidra til større og sterkere faglige nettverk, bedre kvalitet og effektivitet, muliggjøre felles ressursbruk og raskere respons på hendelser og bidra til bedre tilgjengelighet for tjenestene som tilbys, et viktig poeng og hensyn å ivareta i revidert lov.»

#### 8.8.4 Departementets vurderinger

Som også påpekt i forarbeidene til dagens lov, krever folkehelsearbeid kompetanse og kapasitet i kommunen. Både til å skaffe nødvendig oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker befolkningens helse, og til å iverksette de rette tiltakene for å følge opp folkehelseutfordringene i kommunen. Erfaring fra de årene loven har virket viser at det kan være en utfordring for små kommuner å etablere et eget robust apparat for å håndtere folkehelsearbeidet.

I enkelte kommuner med mindre fagmiljø kan det ikke bare være hensiktsmessig, men også nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å sikre tilstrekkelig kompetanse på folkehelsearbeid, samt iverksette nødvendige forebyggende og helsefremmende tiltak. Dette gjennomføres imidlertid ikke alltid i praksis.

Den såkalte Mulighetsstudien for VA-sektoren utført av Oslo Economics, COWI og Kinei på oppdrag for Kommunal- og distriktsdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Helse- og

omsorgsdepartementet i 2022 gir eksempler på store skjevheter som kan utvikle seg på grunn av mangel på samarbeid. Det pekes på at det finnes flere eksempler på at vann- og avløpsinfrastrukturen følger kommunegrensen, snarere enn områder som er rasjonelle med tanke på befolkningsgrunnlag og effektiv utnyttelse av vannkilder. På bakgrunn av mangel på kompetanse og gjennomføringsevne særlig i små kommuner, ble en rekke kommuner og andre aktører spurt om hvorfor ikke flere kommuner velger å dele på et begrenset antall ressurser med kompetanse på drift av og investering i vann- og avløpssystemer. Flere kommunepolitikere fryktet at interkommunalt samarbeid vil medføre at kommunen mister de få arbeidsplassene de har i egen teknisk etat til nærliggende, større kommuner. Større kommuner ønsker ikke å gi fra seg kontroll til mindre kommuner ved samarbeid i interkommunale selskap. Det fremgår av samme undersøkelse at i 2020 varierte vann- og avløpsgebyret for en standardbolig i en gjennomsnittlig kommune fra 3 400 kroner inkl. mva. til 21 800 kroner inkl. mva. Uten endringer forventes det at variasjonen vil øke til et spenn som går fra 7 000 til 40 000 kroner for en standardbolig i løpet av en 20-års periode.

Norsk Vann har i rapport 281/2023 om mulige organisasjonsformer for den kommunale vann- og avløpssektoren omtale av ulike typer samarbeid og organisasjonsformer. I kapittel 4.5 er det gjort en vurdering av dette og hvilke begrunnelser kommuner oppgir for manglende samarbeid. Det er i hovedsak de samme begrunnelsene som kommer fram her som i mulighetsstudien. Mangel på tillit og styringsrisiko, men også at større fagmiljøer ses på som en trussel i stedet for å anses som en mulighet. Det fryktes konkurranse om arbeidskraften og er et ønske om å benytte høyt utdannet personell på tvers av ulike kommunale oppgaver. Samtidig vises det også til eksempler der samarbeid har lyktes og det gis i rapporten konkrete råd for kommuner som ønsker større grad av samarbeid.

Betydningen av interkommunalt samarbeid ble også trukket fram i Generalistkommuneutvalgets utredningen (NOU 2023: 9) som en av flere viktige forutsetninger for å kunne opprettholde generalistkommunesystemet framover.

Til tross for de svakheter som er påpekt ovenfor er departementet ikke kjent med at hjemmelen i dagens § 26 og den tidligere hjemmelen i daværende kommunehelsetjenestelov § 1-6 første ledd har vært brukt til å pålegge samarbeid. Dette kan skyldes at vilkårene er skjønnsmessige og at

det i forarbeidene framgår at man skal være tilbakeholdende med å benytte hjemmelen.

Samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver må likevel være organisert på en måte som sikrer at oppgavene etter loven blir ivaretatt. Folkehelsearbeidet må bygge på lokal kunnskap om behovene, utfordringene, ressursene og styrker i den enkelte kommune, og det er viktig at kommunens fokus på de særlige behov og utfordringer kommunen står overfor på folkehelseområdet ikke svekkes gjennom de samarbeidsordningene som etableres. Dette må likevel veies opp mot at kommunene faktisk ikke ser seg i stand til holde den nødvendige oversikten og reagere på dem på adekvat måte. Og dette igjen må ikke medføre at det blir unødvendig store forskjel-

ler i faktorer som påvirker helsen til befolkningen, også økonomiske, som ikke er begrunnet i de folkehelsemessige behovene til innbyggerne, men snarere forskjeller betinget av mangler i kommunenes kompetanse og økonomi.

Som grunnlag for å vurdere ev. pålegg kan være sikring av nødvendig kapasitet og kompetanse, eller hvor samarbeid kan bidra til å motvirke negativ utvikling og uakseptable forskjeller i helsestatus.

Det er ingen innvendinger i høringen til forslaget om å flytte bestemmelsen fra § 26 til § 7 d og departementet opprettholder dette tekniske grepet for å samle bestemmelser av betydning for kommunen på en bedre måte.

## 9 Helse og miljø i virksomhet og eiendom

### 9.1 Krav til virksomheter og eiendom

#### 9.1.1 Gjeldende rett

Krav til virksomheter og eiendommer er i medhold av folkehelseloven regulert i en rekke forskrifter, herunder forskrift om miljørettet helsevern, forskrift om miljø og helse i barnehager og skoler, forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet mv. og forskrift om badeanlegg, bassengbad og badstu mv. Krav til virksomhet og eiendom er også regulert i forskrifter som er hjemlet i folkehelseloven i tillegg til annet regelverk, for eksempel drikkevannsforskriften og forskrift om lagring og bruk av gjødsel mv.

I forskrift om miljørettet helsevern § 7 oppstilles det et generelt og grunnleggende krav til helsemessige forhold ved virksomhet og eiendom. Det følger av bestemmelsens første ledd at «[V]irksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe.» I tillegg til forskriftsbestemmelsen følger dette indirekte av § 14 i folkehelseloven, der det fremgår at «[K]ommunen kan pålegge forhold ved eiendom eller virksomhet rettet hvis forhold direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen. Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes».

Forholdet må være av en viss alvorlighet eller overstige et minstemål av akseptabel helserisiko, før det anses som en «helsemessig ulempe» etter forskrift om miljørettet helsevern § 7. En viss grad av alminnelig risiko må nødvendigvis aksepteres i samfunnet. Det aller meste kan utgjøre en potensiell fare for omgivelsene, men det er verken ønskelig eller praktisk mulig å regulere enhver mulig negativ helsemessig påvirkning. Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko, vil ikke omfattes av forskriften. Forhold som etter en helsefaglig vurdering må anses å være av liten betydning, vil altså være innenfor tålegrensen.

Det kan tenkes eksempler på forhold som kan være både irriterende og plagsomme, men som likevel ikke kan anses å være verre enn det man med rimelighet må tåle. En midlertidig påvirkning (kort varighet) av en negativ miljøfaktor er eksempel på et forhold som kan være uvesentlig i forhold til denne bestemmelsen. Et eksempel er at en virksomhet forårsaker et kortvarig støyforhold. Dette kan være sjenerende og forstyrrende for omgivelsene, men vil ofte ikke kunne betraktes som en «helsemessig ulempe». Kortvarige støyforhold vil normalt falle utenfor, med mindre støynivået er så høyt at det er fare for helseskade.

Bestemmelsen må også ses i sammenheng med forskriften § 3 om forholdet til annet regelverk. Det følger av bestemmelsen at «[H]elsehensyn skal så langt som mulig ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer. Der annet regelverk fastsetter helsebegrunnede krav eller normer, skal det tas utgangspunkt i disse ved vurderingen av hvorvidt forskriftens krav til helsemessig tilfredsstillende drift». Dette innebærer at folkehelselovens krav til virksomhet og eiendom har en sikkerhetsnettfunksjon og at hensynet til helse så langt som mulig skal ivaretas gjennom andre sektors regelverk. Annet regelverk kan stille helsebegrunnede krav, for eksempel byggeteknisk forskrift og forurensningsforskriften. Det samme gjelder for regulering av produkter som sådan, jf. matloven, alkoholloven, tobakkskadeloven, produktkontrollloven mv. Kravene til miljø og helse for virksomhet og eiendom i medhold av folkehelseloven vil i utgangspunktet ikke være strengere enn det som følger av slike myndighetskrav, forutsatt at de aktuelle krav eller normer i annet regelverk er basert på en vurdering av helserisiko. Der summen av flere faktorer vil kunne utgjøre en større helsefare enn faktorene vil gjøre enkeltvis, må det foretas en helhetsvurdering av hvorvidt forholdene til sammen er over tålegrensen.

Forskrift om miljørettet helsevern omfatter ikke forhold som oppstår i boliger og på fritidseiendommer, hvis ikke slike forhold kan virke inn på omgivelsene utenfor, jf. forskriften § 2 første

ledd. Forhold i en bolig som har innvirkning på andre, for eksempel leietakere eller naboer, og omgivelsene, omfattes derimot av forskriften. Begrunnelsen for dette er at det bør være opp til den enkelte å bestemme hvordan en vil innrette seg i eget hjem. For eksempel vil spørsmål om blant annet røyking, lufting og sosiale miljøfaktorer i egen bolig ikke være forhold denne forskriften skal regulere. Avgrensningen av forskriftens virkeområde, er ikke til hinder for at kommunen kan føre tilsyn i private boliger. Helsemessige forhold i boliger er en del av folkehelseloven kapittel 3, og har vært en del av virkeområdet siden sunnhetsloven.

### 9.1.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått at det generelle kravet om at virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe, flyttes fra forskrift til lov.

### 9.1.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene som uttaler seg om forslaget om å flytte krav til virksomheter og eiendommer fra forskrift til lov, støtter forslaget.

*Helsedirektoratet* uttaler i sitt høringssvar at:

«Direktoratet støtter forslaget om å flytte krav til virksomhet og eiendom fra forskrift til lov. Departementet bør vurdere om planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles bør kortes ned til planlegges, tilrettelegges og drives, i tråd med ordlyden som er valgt i forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger. Det bør vurderes om setningen om at «Helsehensyn skal så langt som mulig ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer» i forskrift om miljørettet helsevern § 3 bør flyttes fra forskrift til lov, på samme måte som er gjort for det det øvrige innholdet i forskriften § 3.»

*Bergen kommune* mener at kravet til virksomheter og eiendommer bør omfatte krav om å fremme helsen, og viser til krav om helsefremmende uteområder i forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger.

*Bærum kommune, Bydel Gamle Oslo og Alta kommune* mener det må tydeliggjøres hvilke virk-

somheter og eiendommer som omfattes av bestemmelsen. Alta kommune uttaler at:

«Alta kommune støtter departementets vurdering av at dette er av såpass grunnleggende karakter at det må inn i loven. Samtidig ser vi at det åpner opp for flere utfordringer og uklarheter, da det er bestemte krav om helse og miljø i virksomhet og eiendom uten å spesifisere type virksomhet og eiendom, hvem som har ansvar for å påse at kravene blir ivaretatt (eier, ansvarlig, drifter mv). Det gir heller ingen føringer for hvem den aktuelle virksomheten eller eiendommen medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe for. Alta kommune mener det må tydeliggjøres om kravet til virksomheter og eiendommer gjelder for befolkningen eller grupper av befolkningen, om det kan gjelde for et enkeltindivid, om det kan gjelde for ansatte på en arbeidsplass mv.»

*Nordre Follo kommune* peker på at krav til helsemessig ulempe kan gi for lav terskel for klager, og at det bør legges inn *betydelig, av en viss grad* eller lignende, og viser til formulering i forskrift om miljørettet helsevern § 7 annet ledd.

Bydel Gamle Oslo mener at kravet til virksomhet og eiendom ikke bør ligge i samme kapittel som kommunes virkemidler og at det er uklart hva som vil endres i forskrift om miljørettet helsevern når kravet flyttes, og viser til at forskriften § 7 annet og tredje ledd også er grunnleggende og ikke kan stå der alene. Bydel Gamle Oslo ber om at det ved revidering av forskrift sikres en god harmonisering og påses at bestemmelser ikke faller ut.

Flere høringsinstanser påpeker at forholdet til annet regelverk er viktig.

### 9.1.4 Departementets vurderinger

Departementet mener at det generelle kravet til at virksomhet og eiendom skal «planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe» er av såpass grunnleggende karakter, at kravet bør fremgå av selve loven. Selv om folkehelseloven og krav i medhold av denne ikke gir rettigheter for befolkningen, må det grunnleggende kravet til virksomhet og eiendom sees i sammenheng med statens oppfyllelse av Grunnloven § 112, som slår fast at alle har rett til et miljø som sikrer helsen, og andre internasjonale forpliktelser, slik de er

uttrykt gjennom menneskerettighetene og inngåtte internasjonale avtaler.

Det foreslås derfor at kravet flyttes fra forskrift om miljørettet helsevern § 7 til folkehelseloven kapittel 3, som ny § 8 første ledd. Det vurderes at de spesielle kravene knyttet til ulike miljøfaktorer fortsatt bør ligge i forskriften og utdyper innholdet i det generelle kravet.

Kravet til helsemessig tilfredsstillende drift er gitt som funksjonskrav, som betyr at det nærmere innholdet i funksjonskravet må søkes i faglige normer som gjelder på det aktuelle området. Ikke alle forhold som påvirker helsen, lar seg presisere ved faglige normer. Det kan eksempelvis være et særskilt tilfelle, eller at forholdet er en sum av mange påvirkningsfaktorer som gjør at man ikke kan gjøre eller ta utgangspunkt i en normering. Det må da foretas en helsefaglig vurdering basert på kunnskap.

Med helsemessig ulempe menes forhold som etter en helsefaglig vurdering kan påvirke helsen negativt og som ikke er helt uvesentlig. Dette følger av forskrift om miljørettet helsevern § 7 annet ledd. Forholdet må være av en viss alvorlighet eller overstige et minstemål av akseptabel helserisiko før det anses som en «helsemessig ulempe». Forhold som ikke går ut over dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av kravet. Forhold som etter en helsefaglig vurdering må anses å være av liten betydning, vil altså falle under tålegrensen.

Kravet omfatter fare for helseskade eller helsemessig ulempe for både befolkningen og enkeltindivider. Flere høringsinstanser påpeker at mange kommuner opplever å bruke uforholdsmessig mye tid på behandling av klager fra enkeltpersoner og savner en hjemmel for å avvise saker. Departementet viser til at bruk av virkemidlene etter folkehelseloven kapittel 3 i hovedsak er hjemler som kommunen *kan* benytte, etter en konkret vurdering av helserisiko og forholdsmessighet. Unntaket er stansing etter § 16, som krever at kommunen skal stanse virksomhet eller aktivitet dersom vilkårene er oppfylt. Dersom kommunen vurderer at helserisikoen er av liten betydning, og derfor faller under tålegrensen for akseptabel helserisiko, eller mener at bruk av virkemidlene ikke er forholdsmessig, kan kommunen velge å ikke følge opp saken. Kommunens avgjørelse om å ikke følge opp en sak er et enkeltvedtak selv om pålegg ikke blir gitt, jf. forskrift om miljørettet helsevern § 16 annet ledd. Et eventuelt behov for å endre på dette, må vurderes på et senere tidspunkt.

Departementet mener at kravene som nå følger av forskriften § 7 annet og tredje ledd, og som ikke er foreslått flyttet over til loven, vil supplere kravet i loven på samme måte som de spesielle kravene knyttet til ulike miljøfaktorer. Koblingen mellom loven og forskriften må ivaretas når forskriften skal revideres, og kan frem til da ivaretas gjennom veiledning. Dette gjelder både hva som menes med *helsemessig ulempe* og krav til beskyttelsestiltak og forholdsregler for å forebygge, hindre eller motvirke helseskade eller helsemessig ulempe.

Kravet gjelder for alle virksomheter og eiendommer, og det er den ansvarlige for virksomheten eller eiendommen som har plikt til å påse at kravene i forskriften etterlevs. Flytting av kravet innebærer ikke endring i hvem som har ansvar. Det er uttalt i Prop. 90 L (2010–2011) at forhold som innebærer en helserisiko kan være forårsaket av eiendom og virksomhet i vid forstand (for eksempel aktivitet). Den ansvarlige for eiendom og virksomhet etter folkehelseloven kapittel 3 kan være en enkeltperson, stiftelse, bo, forening eller annen sammenslutning, offentlig virksomhet, foretak, selskap, enkeltmannsforetak eller liknende.

Det foreslås videre at forholdet til annet regelverk som fastsetter helsebegrunnede krav eller normer, flyttes fra forskrift om miljørettet helsevern § 3 til folkehelseloven kapittel 3, for å synliggjøre bestemmelsens karakter av også å være et sikkerhetsnett.

Endringen vil i utgangspunktet ikke føre til nye krav som stilles til virksomhet og eiendom, da dette allerede er krav i forskrift om miljørettet helsevern. Virkeområdet til folkehelseloven er noe videre enn virkeområdet for forskrift om miljørettet helsevern. Departementet mener at det grunnleggende kravet til helsemessig tilfredsstillende virksomhet og eiendom likevel bør flyttes til loven.

Det presiseres at helsemessige forhold i boliger og fritidseiendommer er en del av det gjeldende virkeområdet til folkehelseloven, og forslaget innebærer ikke en endring av gjeldende rett. Kommunen som tilsynsmyndigheten bør imidlertid være tilbakeholden med å føre tilsyn og bruke virkemidlene etter loven ved miljømessige forhold i boliger og fritidseiendommer som kun påvirker beboeren selv og hvor eier selv bor i boligen eller bruker fritidseiendommen. Det faller i all hovedsak innenfor den enkeltes personlige handlefrihet å velge hvordan man vil innrette seg i eget hjem, med hensyn til blant annet inneklima, renhold, sosiale miljøfaktorer mv.



Selv om tilsyn med boliger og fritidseiendommer omfattes av folkehelseloven, må dette skje innenfor krav til privatlivets fred, jf. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 8 og Grunnloven § 102. Tilsyn inne i privatpersoners bolig er i utgangspunktet et inngrep i denne retten. Høyesterett har lagt til grunn at en forhåndsvarslet kontroll av privatbolig ikke er i strid med Grunnloven § 102 eller EMK artikkel 8. Kravene i EMK artikkel 8 og grunnloven § 102 innebærer altså at det ikke er adgang til å foreta uanmeldte tilsyn i private hjem, og tilsyn må derfor forhåndsvarsles.

Endringen vil også ha den konsekvens at kravet gjelder for virksomhet og eiendom på Svalbard. Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen § 10 regulerer folkehelselovens anvendelse for Svalbard. Folkehelseloven gjelder ikke for Jan Mayen. Etter denne forskriften gjelder folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern og § 29 (Gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner), § 31 (Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid) og § 32 (Overordnet faglig tilsyn). Forskrifter med hjemmel i folkehelseloven gjelder ikke for Svalbard. Det innebærer at forskrift om miljørettet helsevern ikke gjelder for Svalbard.

Det er lagt til grunn at forskriftene med tilhørende veiledning og helsefaglige normer vil kunne brukes som grunnlag ved vurderingen av lovens krav om helsemessig forsvarlig drift, og at sikkerhetsfunksjonen til miljørettet helsevern vil ivaretas gjennom at folkehelseloven kapittel 3 gjøres gjeldende og gir myndighetene kompetanse til å gripe inn der det er behov.

Departementet mener at det ikke er behov for tilpasninger av det grunnleggende kravet til virksomhet og eiendom til særlige forhold ved Svalbardsamfunnet. Departementet mener at det grunnleggende kravet som foreslås flyttes fra forskrift til lov i praksis ikke medfører noen reelle endringer for virksomheter i Svalbard da enhver virksomhet som ikke driver helsemessig tilfredsstillende, vil etter loven også i dag være gjenstand for lokalstyrets tilsyn, herunder kunne pålegges retting, stansing, tvangsmulkt mv. Videre er folkehelseloven ingen rettighetslov, som gir innbyggerne rettigheter til for eksempel sosiale eller helsemessige tjenester.

Departementet støtter Helsedirektoratets innspill om at forskriftens begreper *planlegges*, *bygges*, *tilrettelegges*, *drives* og *avvikles* bør kortes ned til planlegges, tilrettelegges og drives, i tråd med ordlyden som er valgt i forskrift om helse og miljø

i barnehager, skoler og skolefritidsordninger. Departementet mener dette vil bidra til konsistent begrepsbruk i krav til virksomhet og eiendom. I tillegg viser departementet til at *bygges* og *avvikles* anses omfattet av *planlegges*, *tilrettelegges* og *drives*.

Departementet mener at formulering i forskriften § 3 om at helsehensyn så langt som mulig skal ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer, ikke tas inn i lovens bestemmelse om krav til virksomheter og eiendommer. Departementet viser til at dette også følger av systematikken i §§ 5 til 7 om oversikt, plan og tiltak, og at eventuelle uklarheter kan ivaretas i veiledning til loven.

Departementet foreslår at hjemmel til å innføre forskrifter videreføres i bestemmelsen, i tråd med hvordan forskriftshjemmelen er formulert i gjeldende lov. I høringsnotatet ble det foreslått at forskriftshjemmelen skulle lyde: «Departementet kan innenfor formålene etter § 1, gi forskrifter om miljø og helse». Departementet mener at ordlyden i gjeldende bestemmelse er mer hensiktsmessig for å synliggjøre hva dette kan omfatte. Departementet foreslår derfor at gjeldende ordlyd i hovedsak videreføres. Det gjøres i tillegg justeringer som følge av endring av begrepet miljørettet helsevern til miljø og helse, og sosiale faktorer legges inn i opplistingen for å synliggjøre at dette inngår i miljø og helse og er innenfor formålene etter § 1.

## 9.2 Helsekonsekvensutredning

### 9.2.1 Gjeldende rett

Etter folkehelseloven § 11 kan kommunen 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.

### 9.2.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo i høringen å legge til i bestemmelsen om helsekonsekvensvurderinger i § 11 at også Helsedirektoratet, i tillegg til kommunene, kan pålegge en som planlegger eller driver

virksomhet å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Det ble foreslått at Helsedirektoratet skal ha en slik myndighet når virksomheten eller eiendommen berører flere kommuner, for eksempel virksomheter som driver på regionalt eller nasjonalt nivå. Det ble også presisert at slik utredning bare kan kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Det ble videre påpekt at pålegg om helsekonsekvensutredning som gis av Helsedirektoratet kan påklages til Helse- og omsorgsdepartementet.

### 9.2.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er delt i synet på forslaget om at myndighet til å kunne pålegge helsekonsekvensutredning, skal gis også til Helsedirektoratet. Det dreier seg bl.a. om hensikten er klar nok, om dette kan medføre uklar ansvarsdeling i forhold til kommunens myndighet og om klageadgang. Generelt er mange kommuner skeptiske til å gi staten myndighet som også kommunen har, da det kan føre til uklar rollefordeling.

*Helsedirektoratet* mener at utredning av helsekonsekvenser er viktig, og er åpne for at det kan være hensiktsmessig og nødvendig med en nasjonal hjemmel for dette, men mener likevel at forslaget bør utredes og begrunnes nærmere før en slik hjemmel innføres. Direktoratet uttaler:

«Det bør blant annet vurderes utdypet hva som er behovet, om det er Helsedirektoratet eller statsforvalter som bør ha en slik myndighet (eller andre statlige myndigheter som har ansvar for enkeltfaktorer som kan påvirke helsen negativt), hvordan myndigheten skal fungere opp mot kommunens myndighet, hvordan et slikt forslag kan påvirke kommunenes bruk av hjemmelen lokalt og hvordan hjemmelen må ses opp mot annet lovverk. [...] I tillegg er det et spørsmål hvilke virkemidler direktoratet har dersom virksomhet og eiendom ikke etterkommer pålegg om helsekonsekvensutredning. Slik vi ser det vil eneste virkemiddel for direktoratet være pålegg om stansing, dersom slik hjemmel innføres. Samtidig vil vilkåret for stansing om overhengende fare for helseskade neppe være oppfylt i alle tilfeller som kan begrunne en helsekonsekvensutredning. [...] Det bør derfor utredes nærmere hvilke hjemler som samlet sett er nødvendig.»

*Legeforeningen, Norsk Samfunnsmedisinsk forening, Bærum kommune, Kragerø kommune, Frøya kommune, Heim kommune og Ørland kommune* støtter ikke forslaget. *Frøya kommune, Heim kommune og Ørland kommune, Melhus kommune, Rindal kommune* uttaler alle at:

«Å gi Helsedirektoratet vedtaksmyndighet kan prinsipielt sett skape utfordringer knyttet til rollefordeling/-forståelse, både for kommunene, Helsedirektoratet og andre myndigheter. Kommunene, som har best kunnskap om lokale forhold, bør ha hovedansvaret for vedtak innenfor folkehelsen, mens Helsedirektoratet bør ha en støttende, rådgivende rolle. Kommunalt selvstyre og at myndigheten nærmest «problemet» håndterer saken bør være førende. Det er også uklart hva som ligger i «berører flere kommuner.»

*Kragerø kommune* uttaler:

«Det er også uklart hva som ligger i «berører flere kommuner». Vil Helsedirektoratet ha myndighet i saker som eksempelvis gjelder forurensning fra virksomhet lokalisert i en kommune, men som «berører» nabokommunen ved spredning via luft eller vann?»

*Bærum kommune* uttaler:

«HOD beskriver ikke i hvilke tilfeller det kan være aktuelt å benytte denne myndigheten. Det er også uklart hva HOD vil oppnå med en slik myndighet. For å opprettholde kommunes selvstyre og for at lokal kunnskap skal være endel av et beslutningsgrunnlag, må det utdypes og beskrives nærmere.»

*Bydel Gamle Oslo* støtter forslaget, men mener i likhet med flere andre høringsinstanser at lignende myndighet i så fall bør legges til ved de øvrige virkemiddelsbestemmelsene, og uttaler følgende:

«Hvis det f.eks. avdekkes helsemessige forhold som bør rettes opp i ved en helsekonsekvensutredning, og dette gjelder regionalt eller nasjonalt, vil det være mer effektivt om myndigheten til å pålegge retting legges til Helsedirektoratet enn til de enkelte kommuner. Bydel Gamle Oslo vil også legge til at det er et stort behov for veiledning på bruk av dette virkemiddelet. Virkemiddelet har potensiale til å kunne brukes mer av kommunen som et forebyg-

gende tiltak f.eks. i planprosesser, men ut fra det vi er kjent med brukes dette lite i dag, fordi det er usikkerhet rundt når og hvordan virkemiddelet kan benyttes.»

*Legeforeningen, Indre Østfold kommune og Drammen kommune* peker også på at statsforvalter bør vurderes som myndighet. Flere høringsinstanser ber departementet vurdere om heller statsforvalter bør peke ut hvilken kommune som skal følge opp saker som gjelder virksomheter eller eiendommer som berører flere kommuner.

*Drammen kommune* uttaler at:

«Når det nå foreslås at statlig nivå skal kunne pålegge helsekonsekvensutredninger er det av stor betydning med en tydelig ansvarsfordeling, inkludert hvem som følger opp at virksomhetene tar konsekvensen av det som fremkommer av utredningen. Det er uklart for Drammen hvorfor det er Helsedirektoratet som pålegger helsekonsekvensutredningen, ikke statsforvalter som kommunen vanligvis forholder seg til i denne type saker.»

*Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid* mener det er viktig at det gis veiledning om dette, og at det må belyses om dette forutsetter at kommuner har noe ansvar i forkant og i etterkant.

*Statsforvalter i Agder, Statsforvalter i Oslo, Midt-Telemark og Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid* uttaler at det må avklares hvem som er klageinstans for Helsedirektoratets vedtak.

#### 9.2.4 Departementets vurderinger

Departementet viser til det generelle ansvaret til virksomheter og eiendommer om ikke å medføre fare for helseskade eller helsemessig ulempe. Kravet til helsekonsekvensutredning er knyttet til at virksomheter eller eiendommer må kunne dokumentere, dersom folkehelsemyndigheten ber om dette, at de ikke uforholdsmessig påfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe, se omtale av dette under punkt 9.1.

Departementet mener at nærhetsprinsippet skal legges til grunn ved vurderingen av hvem som skal kunne pålegge helsekonsekvensutredninger. Dvs. at der virksomheter eller eiendommer klart opererer i en kommune, og hvor konsekvensen av virksomheten er i samme kommune, bør ikke Helsedirektoratet kunne kreve helsekonsekvensutredning. Tilsvarende mener departementet det er naturlig at kommuner samarbeider,

der konsekvensen av virksomheter eller eiendommer krysser kommunegrenser. Departementet viser her til bestemmelsen om interkommunalt samarbeid, dvs. dersom en kommune åpenbart ikke velger å følge opp et forhold med stor betydning for befolkningens helse og livskvalitet i nabo-kommunen, jf. kriteriene for stansing eller retting, kan Statsforvalter pålegge samarbeid, se punkt 8.8.

Hvordan virksomheter driver og er organisert kan imidlertid medføre at det er forhold det er krevende eller ikke hensiktsmessig at det er en enkelt kommune som følger opp. Selv om et hovedkontor ligger i en kommune, kan andre deler være helt andre steder i landet være berørt. Dessuten kan virkningen av aktiviteten være relativt moderat i enkeltkommuner, men være av stor betydning nasjonalt.

Enkelte høringsinstanser påpeker at eventuelle regional eller nasjonal myndighetsutøvelse også må omfatte tilsyn, stansing eller retting. Flere høringsinstanser påpeker at eventuell nasjonal myndighet etter folkehelseloven vil gi utfordringer knyttet til rollefordeling og -forståelse, både for kommunene, Helsedirektoratet og andre myndigheter. Departementet er enig i dette, og mener det per nå det ikke er aktuelt å vurdere å overføre stansing eller rettingsmyndighet til direktoratet. Dette bør utredes nærmere og høres ytterligere først. Når det gjelder myndighet til stansing ved helsekriser, se omtale under punkt 9.3.

Dersom en virksomhet av en viss størrelse opererer slik at det kan være av nasjonal betydning med hensyn til helse og livskvalitet, mener departementet dette primært kan reguleres med forskrift fastsatt av departementet. Eventuell regulering av større virksomheter som opererer nasjonalt, krever politisk vurdering og dermed utredning etter utredningsinstruksen og fastsettelse av departementet. Bestemmelsen om Helsedirektoratets myndighet er dermed avgrenset kun til dokumentasjonskrav avgrenset til forhold som kan være av vesentlig regional eller nasjonal betydning, jf. nærhetsprinsippet. Dette vil ikke utfordre kommunens myndighet etter folkehelse-loven. Departementet mener derfor at det ikke er naturlig at det er Statsforvalter som er myndighet, jf. bl.a. eksempelvis *Legeforeningen, Indre Østfold kommune og Drammen kommune* sine merknader.

På bakgrunn av høringsinnspillene foreslår departementet å presisere forslaget noe, hvor «berører flere kommuner» som foreslått i høringsnotatet, erstattes med «berører befolkningens helse og livskvalitet nasjonalt eller regio-

nalt». Og i tillegg legges til at dette gjelder dersom virksomheten i vesentlig grad kan direkte eller indirekte berøre befolkningens helse og livskvalitet.

Med dette menes at det må være rimelig grunn til at aktiviteten eller virksomheten er en folkehelseutfordring. Det kan for eksempel være digitale tjenester som skaper avhengighet, og som påvirker psykisk helse på en negativ måte. Her vises til veileder om helse og livskvalitet etter utredningsinstruksen. Flere stiller spørsmål om klage ved et slikt vedtak. Eventuelle pålegg fra Helsedirektoratet om helsekonsekvensutredning er et enkeltvedtak som kan påklages til Helse- og omsorgsdepartementet.

### 9.3 Stansing

#### 9.3.1 Gjeldende rett

Etter folkehelseloven § 16 skal kommunen hvis det oppstår forhold ved en virksomhet eller eiendom som medfører en overhengende fare for helseskade, stanse hele eller deler av virksomheten eller aktiviteten inntil forholdene er rettet eller faren er over. Stansingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

#### 9.3.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått nytt annet ledd hvor Helsedirektoratet gis hjemmel til stansing av virksomhet eller aktivitet i tråd med gjeldende regel i § 16 første ledd i tilfeller hvor flere kommuner er involvert.

#### 9.3.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er delt i synet på om myndighet til å kunne pålegge stansing bør gis til Helsedirektoratet.

*Helsedirektoratet* støtter at hjemler på statlig nivå kan være nødvendig, men mener at forslagene bør utredes ytterligere før det innføres. Direktoratet viser til forholdet til kommunens myndighet og andre regelverk, rekkevidden av gjeldende § 16 og behovet for å utrede et helhetlig virkemiddelapparat. Direktoratet uttaler at:

«I høringsnotatet nevnes stenging av skoler ved en atomhendelse som eksempel på et tilfelle som kan medføre pålegg om stansing fra Helsedirektoratet. Til dette påpekes det at atomhendelser vil kunne kreve stansing av alle

virksomheter og eiendommer i det aktuelle området som er rammet, ikke bare skoler. Dersom en atomhendelse berører flere kommuner og det er overhengende fare for helseskade for barn i skoler, vil dette også gjelde ved barnehager, fritidsarenaer, helsestasjon, barneverninstitusjoner mm. Dersom det er overhengende fare for helseskade for andre deler av befolkningen eller befolkningen generelt, vil direktoratet måtte vurdere stansing av virksomheter og eiendommer i samfunnet generelt. En slik hjemmel bør utredes grundig, og ses i lys av erfaringer fra pandemien. Gitt at ovennevnte problemstillinger gjennomgås, og det vurderes som hensiktsmessig å innføre en slik hjemmel, bør det ses til smittevernloven, der Helsedirektoratet også har hastekompetanse i situasjoner som berører hele eller deler av landet. [...] Direktoratet anbefaler at det gjøres en vurdering av om det er hensiktsmessig at risikoområder dekkes av annen særlovgivning eller om det bør omfattes av nytt hjemmelsgrunnlag i folkehelseloven. Iverksettelse av nasjonale tiltak ved smittevernhendelser skal primært reguleres av smittevernloven, som etablerer et helhetlig system for slike vurderinger, herunder rettsikkerhet, forholdsmessighetsvurderinger og angivelse av subjektens ansvar og roller.»

*Folkehelseinstituttet* uttaler at:

«Vi mener bestemmelsen er uklar, i og med at «helsekrise» ikke er definert. Det fremgår ikke om den gjelder alle helsekriser, eller bare de som skyldes miljøhendelser. Kan en epidemi som smitter mellom mennesker defineres som en miljøhendelse? Slik vi leser bestemmelsen, kan den for eksempel bety at Helsedirektoratet kan stenge alle landets skoler ved en epidemi med denne hjemmelen i stedet for med hjemmelen smittevernloven § 4-1. Dermed omgås smittevernloven § 1-5 sine krav til begrunnelse for et slikt tiltak. Vi foreslår at bestemmelsen enten avgrenses til miljøhendelser (strengt definert) eller at det innføres krav til vurderinger og begrunnelser liknende dem som finnes i smittevernloven § 1-5.»

*Legeforeningen, Bærum kommune, Kragerø kommune, Frøya kommune, Heim kommune og Ørland kommune* støtter ikke forslaget. Frøya kommune, Heim kommune og Ørland kommune uttaler alle at:

«Å gi Helsedirektoratet vedtaksmyndighet kan prinsipielt sett skape utfordringer knyttet til rollefordeling/-forståelse, både for kommunene, Helsedirektoratet og andre myndigheter. Kommunene, som har best kunnskap om lokale forhold, bør ha hovedansvaret for vedtak innenfor folkehelsen, mens Helsedirektoratet bør ha en støttende, rådgivende rolle. Kommunalt selvstyre og at myndigheten nærmest «problemet» håndterer saken bør være førende. Det er også uklart hva som ligger i «berører flere kommuner.»

Bærum kommune uttaler at:

«Det bør være helt unntaksvis, f. eks i form av tidspress eller ha betydelige helsekonsekvenser/ risiko. For å opprettholde kommunenes selvstyre og for at lokal kunnskap skal være endel av et beslutningsgrunnlag, er det behov for en tydelig beskrivelse av hvordan de berørte kommunene skal involveres og høres i situasjoner der slik myndighetsbruk er nødvendig.»

Kragerø kommune uttaler at:

«Det bør klargjøres hvordan Helsedirektoratet skal utøve myndigheten og saksbehandlingsregler ved slike vedtak. Kragerø kommune mener at Helsedirektoratet ikke bør kunne utøve en slik myndighet uten at aktuelle kommuner er involvert.»

*Bydel Gamle Oslo* støtter forslaget, men mener at lignende myndighet i så fall bør legges til ved de øvrige virkemiddelsbestemmelsene og at helsekriser bør defineres.

*Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet* støtter forslaget og viser til at dette vil bidra til raske og bedre koordinert respons på hendelser som kan utgjøre fare for liv og helse.

Legeforeningen og *Indre Østfold kommune* peker på at statsforvalter bør vurderes som myndighet.

Flere høringsinstanser påpeker at det må avklares hvem som er klageinstans for Helsedirektoratets vedtak.

### 9.3.4 Departementets vurderinger

Departementet mener at hjemmel for myndighet på statlig nivå til å gi pålegg om stansing av virksomhet og aktiviteter kan være nødvendig for å ivareta folkehelsen ved forhold og faktorer som berører flere kommuner. Flere høringsinstanser uttrykker støtte til dette.

Samtidig stiller høringsinstansene spørsmål om forhold som bør utredes nærmere. På bakgrunn av dette mener departementet at forslaget bør utredes ytterligere før en slik myndighet innføres. Det bør blant annet utredes vilkår for bruk av myndigheten, om det er behov for myndighet etter flere av bestemmelsene i kapittel 3 og forholdet mellom kommunal og statlig myndighet og regelverk.

## 10 Fylkeskommunens ansvar

### 10.1 Fylkeskommunens ansvar

#### 10.1.1 Gjeldende rett

Landets fylkeskommuner hadde fram til 1. januar 2002 ansvar for spesialisthelsetjenesten. Etter at spesialisthelsetjenesten ble gjort statlig, engasjerte flere fylkeskommuner seg i forebyggende og helsefremmende arbeid, bl.a. gjennom regionale partnerskap for folkehelse, som oppfølging av St. meld. nr.16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*. Fra 1. januar 2010 ble dette ansvaret uttrykt gjennom lov 19. juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Denne loven ble opphevet og innholdet tatt inn i gjeldende folkehelselov fra 1. januar 2012.

Fylkeskommunene har etter folkehelseloven § 20 flere oppgaver i folkehelsearbeidet. Bestemmelsen lyder:

«§ 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.»

Gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene har fylkeskommunene siden 2017 tilrettelagt for kunnskapsbasert utvikling av folkehelse tiltak. Dette omfatter å inngå formelle samarbeid med kommuner om tiltaksutvikling og å rekruttere miljøer som kan bidra med evaluering. Dette kan være forskningsmiljøer i universitets- og høyskolesektoren, instituttsektoren og ulike kompetansesentre. Programmet er innrettet mot å styrke

kommunenes systematiske folkehelsearbeid, som igjen bidrar til bedre psykisk helse og livskvalitet. Barn, unge, psykisk helse og rusforebygging er sentrale tema i programmet.

Sentrale virkemidler i gjennomføringen av programmet er knyttet til fylkeskommunens rolle slik den er definert i loven. Gjennom folkehelselovens § 20 annet ledd har fylkeskommunen en understøtter- og samordningsrolle overfor kommunene. I «Program for folkehelsearbeid i kommunene» har fylkeskommunen en utvidet funksjon ved å være bindeledd mellom helsemyndighetene og kommunene, i tillegg til å forvalte programmets tilskuddsordning på vegne av Helsedirektoratet. Fylkeskommunene har videre vært en viktig støttespiller for kommunene i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltakene som har blitt utviklet, og de har lagt til rette for kompetanseheving og nettverk, noe som har styrket kommunenes systematiske folkehelsearbeid.

I forskrift 28. juni 2012 nr. 692 om oversikt over folkehelsen § 5 annet ledd framgår det at fylkeskommunen skal understøtte kommunene, samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med sitt oversiktsdokument.

Rammene for fylkeshelseundersøkelser beskrives nærmere i § 7 fjerde ledd. Det framgår her i at Folkehelseinstituttet eller en fylkeskommune skal være dataansvarlig for behandlingen av helseopplysninger og andre personopplysninger i undersøkelser som gjennomføres med hjemmel i denne bestemmelsen. Forskriften er ikke oppdatert etter organisatoriske endringer i helseforvaltningen, men vil bli oppdatert i etterkant av Stortingets behandling av denne lovproposisjonen.

#### 10.1.2 Høringsnotatets forslag

De fleste foreslåtte endringer er fortrinnsvis gjort for å samle og tydeliggjøre forventningene til fylkeskommunene. Det gjelder blant annet den overordnede ansvarsbeskrivelsen i § 20 første ledd, internkontrollkravet i annet ledd, pådriverrollen i tredje ledd og understøttelsen av kommunenes folkehelsearbeid i fjerde ledd.

Høringsnotatet skisserte to materielle endringer i bestemmelsen om fylkeskommunens ansvar. Femte ledd inneholdt forslag til ny bestemmelse om fylkeskommunens rolle i å legge til rette for kunnskapsutvikling i det lokale folkehelsearbeidet, i samarbeid med ulike aktører. Sjette ledd inneholdt krav om å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant. Bestemmelsene ble forslått i høringsnotatet slik:

«§ 20 Fylkeskommunens ansvar for folkehelsen

Fylkeskommunen skal fremme befolkningens helse, livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen. Dette skal skje innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt.

Fylkeskommunen skal ha internkontroll etter reglene i kommuneloven § 25-1 med krav fastsatt i eller i medhold av denne loven.

Fylkeskommunen skal være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.

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 bidra til forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene, gjennom samarbeid med kommuner, stat, herunder statsforvalter, forsknings- og utviklingsinstitusjoner, helseforetak, næringsliv og frivillig sektor.

Fylkeskommunen skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant.»

I høringsnotatet foreslås det å ta inn i § 21 a tredje ledd et krav om at fylkeskommunen ved utforming og iverksetting av tiltak skal vektlegge hensynet til barns beste.

### 10.1.3 Høringsinstansenes syn

Det er generelt bred støtte til endringsforslagene som gjelder landets fylkeskommuner. Det gjelder både fra kommunene og fra fylkeskommunene selv:

«Møre og Romsdal fylkeskommune meiner at forslaget til revidering av folkehelseloven samla sett følgjer opp regionreforma frå 2020 og målet om å styrke fylkeskommunen si regionale samfunnsutviklar rolle og folkehelseansvar. Det er positivt.»

Det er generelt bred støtte til å lovfeste fylkeskommunens ansvar for å bidra til forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene. *KS* uttrykker at det «er positivt at folkehelseprogrammet gjøres varig ved at fylkeskommunens oppgaver som følger av programmet legges i loven». *Bergen kommune* støtter forslaget og mener at det er nyttig med muligheter for prosjektbasert utviklingsarbeid innen folkehelsearbeid både for å stimulere til utviklingsarbeid, og for å stimulere til forskning for å undersøke nærmere effekten av folkehelse tiltak slik at vi får økt kunnskap om hvilke tiltak som virker. *Trøndelag fylkeskommune* er positiv til at folkehelseprogrammet er foreslått lovfestet, og uttaler at «dette er et viktig grep for å utvikle det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet, og hvor fylkeskommunen har en nøkkelrolle for at det kan skje forskning og innovasjon i kommunene».

Flere høringsuttalelser peker på behovet for å utvikle rollen som moderator for forskning og innovasjon i det lokale folkehelsearbeidet. *Agder fylkeskommune* understreker at:

«for at fylkeskommunen skal kunne stimulere til forskning og innovasjon innen folkehelse tiltak i kommuner, må det sikres statlige støttestrukturer for kompetansebygging til fylkeskommunen om evaluering fra aktører som blant annet Folkehelseinstituttet (FHI). Fylkeskommunens rolle på folkehelseområdet som kontaktpunkt mot FoU- og kompetansemiljø må styrkes.»

*Agder fylkeskommune* mener at det er behov for å klargjøre fylkeskommunens rolle, og at det å bidra er utydelig. Fylkeskommunen mener at det er mer hensiktsmessig og mer presist å koble arbeidet med forskning og innovasjon opp til partnerskapsbegrepet som allerede anvendes i loven § 20. De forslår konkret at «Fylkeskommunen skal gjennom partnerskap støtte opp under forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene, gjennom samarbeid med kommuner, stat, herunder Statsforvalter, forsknings- og utviklingsinstitusjoner, helseforetak, næringsliv og frivillig sektor.»

*Buskerud fylkeskommune* støtter forslaget om at fylkeskommunen gis en formell rolle i forskningssystemet på folkehelseområdet, men oppfordrer på generelt grunnlag statlige myndigheter til en tverrdepartemental bevisstgjøring av hvilken rolle fylkeskommunene skal og ikke skal ha på forskningsområdet. Buskerud fylkeskommune er videre bekymret for manglende fullfinansiering av folkehelseprogrammet når det ikke gis prioritert som øremerkede midler i statsbudsjettet etter 2026.

Mange høringsinstanser har merknader til begrepsbruk i den konkrete bestemmelsen. Begrepsparet «forskning og innovasjon» utfordres i flere retninger. *Innlandet fylkeskommune* og *Vestland fylkeskommune* løfter frem alternativene «forskning og utvikling» og «forskning, utvikling og evaluering». *Nordre Follo kommune* mener at «innovasjon» bør defineres. Alternativt kan man bruke begrepene «forbedringsarbeid», «utvikling» eller «evaluering». Flere høringsuttalelser er skeptiske til om innovasjonsbegrepet fanger det som har vært viktig i folkehelseprogrammet.

Bestemmelsen stiller krav til fylkeskommunens samarbeid med en rekke aktører. Noen høringsinstanser foreslår å ta bort opplistingen, mens andre foreslår å supplere lista. *UiT Norges arktiske universitet* foreslår at utdanningsinstitusjonene nevnes. Flere universitetsmiljøer peker på viktigheten av at universitetene får en sentral rolle i samarbeidet med fylkeskommunene.

Mange høringsinstanser uttrykker tilfredshet med de fylkesvise folkehelseundersøkelsene (FHUS), blant annet *NTNU*:

«NTNU støtter at det tas inn en ny bestemmelse i folkehelseloven om at Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser. FHUS sammen med Tromsøundersøkelsen, HUNT og MoBa er viktige supplerende kilder til kunnskap om tematikker som ikke fanges opp i helseregistre og vil være en viktig del av kunnskapsberedskapen fremover.»

Både kommuner og fylkeskommuner peker på at de fylkesvise folkehelseundersøkelsene har gitt verdifulle data om lokale forhold, og de er positive til at Folkehelseinstituttet får et ansvar for økt regularitet. *Folkehelseinstituttet* mener at fylkeskommunenes ansvar for å gjennomføre slike undersøkelser med en viss regularitet og i samarbeid med FHI, bør inkluderes i § 20.

Folkehelseinstituttet og flere fylkeskommuner understreker likevel at det er behov for å vurdere

en ny finansieringsmekanisme for fylkesundersøkelsene. Det vises også til omtale i punkt 11.3.4.

Høringsinstansenes syn på reguleringen av fylkeskommunenes ansvar for å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant, er oppsummert i punkt 5.4.3. Det er både støtte til forslaget og innvendinger mot å trekke fram den samiske befolkningens spesielt. Sametinget foreslår at bestemmelsen endres til å gjelde «der det bor samer».

Flere høringsinstanser mener at prinsippet om barns beste bør legges til grunn for hele folkehelsearbeidet, herunder oversikt, plan og medvirkning, ikke bare tiltak, se punkt 4.3 om barnets beste.

#### 10.1.4 Departementets vurderinger

Fylkeskommunen har i dagens folkehelselov et overordnet ansvar for å fremme folkehelse. Dette overordnede ansvaret videreføres i revidert folkehelselov. Departementet legger til grunn at fylkeskommunens overordnede ansvar gjelder tilsvarende som kommuner og staten, og ansvaret er derfor i § 20 første ledd uttrykt på likelydende måte. Av bestemmelsen framgår at:

- «[F]ylkeskommunen skal
- fremme befolkningens helse og livskvalitet
  - fremme gode sosiale og miljømessige forhold
  - bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse
  - bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller
  - bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.»

Det overordnede ansvaret rammes inn av påfølgende setning, om at ansvaret «skal ivaretas innenfor de oppgavene og med de virkemidlene som fylkeskommunen er tillagt». I gjeldende lov § 20 er dette konkretisert «gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer». At rollene ikke er nevnt spesifikt i ny § 20 er ikke ment som en innsnevring av ansvaret.

På samme måte som kommunene har fylkeskommunene et krav om internkontroll etter folkehelseloven § 30, jf. reglene i Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner § 25-1. Departementet foreslår å samle bestemmelser om ansvar, ved å legge kravet internkontroll inn som nytt annet ledd i folkehelseloven § 20. Kravene i kommuneloven er nærmere forklart i *Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser* som beskriver krav om nødvendige rutiner og prose-



dyrer, avvikshåndtering, dokumentasjon og rapportering. Det vises også til punkt 4.2.1 i denne proposisjonen. Det vises også til Prop. 90 L (2010–2011), punkt 12.4.

Det følger av tredje ledd at fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. Med partnerskap menes her samarbeid mellom to eller flere parter som deler ansvar, ressurser og risiko for å oppnå et felles mål. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett og er nært knyttet til fylkeskommunen som regional utviklingsaktør.

Folkehelseprogrammet utløper ved utgangen av 2026. I Meld. St. 15 (2022–2023) står det at regjeringen vil formalisere fylkeskommunene sine oppgaver i programmet som en varig oppgave etter programperioden. Dette er på bakgrunn av de positive erfaringene med folkehelseprogrammet, som er uttrykt gjennom følgeevalueringen av programmet. Det vises også til arbeidet med et målrettet samfunnsoppdrag for inkludering av barn og unge. Departementet tar forbehold om at endringen først vil tre i kraft når det er budsjettmessig dekning for det.

Departementet mener at det er viktig å framheve fylkeskommunens rolle som bindeledd mellom kommuner og fagmiljøer for å styrke forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene. Fylkeskommunene har bidratt til kommunenes kunnskap om prosess og egevaluering, samt å etablere nettverk for kommuner for å styrke deres systematiske folkehelsearbeid. Det vil være opp til fylkeskommunene å organisere dette arbeidet på egnet måte, men departementet vurderer at det er positive erfaringer gjennom regionale samarbeidsorgan. Disse ble etablert for å forankre utviklingsarbeidet i kommunene og knytte forskningskompetanse til tiltakene, med deltakelse fra ledere på politisk nivå i fylkeskommunen og kommuner og fra høgskoler, universitet og kompetansesentre, statsforvalter, frivillige organisasjoner, ungdom og KS m.fl. Midtveiseevalueringen av programmet (NIBR 2022:5) fant at programmet har ført til at samarbeidet mellom fylkeskommunene og kompetansemiljøene har blitt bedre, fyldigere og mer langvarig. Samarbeidet har også ført til bedre tiltaksutvikling og kunnskapsheving med tanke på et systematisk folkehelsearbeid i kommunene.

Departementet er enig med Agder fylkeskommune om at fylkeskommunens rolle er å bygge partnerskap mellom kommuner, kunnskapsmiljøer og andre sentrale aktører i fylket om kunnskapsutvikling i kommunenes folkehelsearbeid.

Flere høringsinstanser har kommentert bruken av begrepet «forskning og innovasjon». Folkehelseprogrammet har hatt stor betydning for å bygge kunnskap om lokale folkehelse tiltak. Likeså mye som å finne opp nye typer tiltak, så har programmet bidratt til å i større grad dokumentere effektene og til kvalitetsforbedring. Departementet mener det er viktig å vektlegge evaluering som et sentralt element i kunnskapsbasert utvikling innen folkehelsearbeidet, både for få dokumentert effekten av utviklingsarbeidet, men også fordi dette er nødvendig for erfaringsoverføring. Departementet legger til grunn at folkehelseprogrammet har bidratt til kunnskap ut over forskningsbasert kunnskap, og hensyntar dette i en justert bestemmelse. Departementet vil likevel understreke verdien av evalueringer basert på vitenskapelige kriterier.

Det er stor variasjon mellom fylkene i hva slags fagmiljøer som finnes der. Bl.a. er det forskjeller mellom universitetene i omfanget av folkehelsevitenskapelige miljøer, forskningskompetanse på evalueringsmetodikk osv. Kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten har dels nasjonalt og dels regionalt ansvar, men har uansett en viktig rolle i å støtte kommunene med kompetanse. Alt i alt er det betydelige variasjoner mellom fylkene knyttet til hvilke fagmiljøer som det er aktuelt å bygge partnerskap med.

Bestemmelsen slik den ble formulert i høringsnotatet ga fylkeskommunene plikt til å involvere aktører som Statsforvalter, forsknings- og utviklingsinstitusjoner, helseforetak, næringsliv og frivillig sektor, mens de nevnte aktørene ikke har en tilsvarende plikt til å respondere positivt på fylkeskommunens initiativ. Departementet foreslår derfor å myke opp bestemmelsen, slik at den tar mer høyde for variasjoner mellom fylker, og partnernes egenbestemmelse.

I tråd med det ovennevnte foreslår departementet at tredje ledd endres på følgende måte:

«Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. Fylkeskommunen skal, gjennom samarbeid blant andre med kommuner, frivillig sektor, de regionale helseforetakene, kunnskapsmiljøer og myndigheter i fylket, støtte opp under forskning og utvikling, herunder evaluering, av folkehelsearbeidet i kommunene.»

Fylkeskommunene har en viktig rolle i gjennomføringen av fylkesvise folkehelseundersøkelser (FHUS). Departementet mener at det er positive

erfaringer med disse undersøkelsene, men at det er utfordringer knyttet til regularitet. Folkehelseinstituttet tillegges derfor et ansvar for å fremme regelmessighet, jf. § 25. Departementet mener at gjennomføringen av undersøkelsene fordrer et engasjement i fylket. Det er også viktig at andre prosesser i fylket kan ha betydning for verdien av og timingen for å gjennomføre en fylkesvis folkehelseundersøkelse, for eksempel at det i samme periode skal gjennomføres en større befolkningsbasert helseundersøkelse, slik som Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det vises ellers til punkt 4.2.4 og 11.3.4.

Fylkeskommunen har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og tiltak i beredskapssituasjoner, jf. nåværende lov § 28 første ledd. Bestemmelsen flyttes til ny § 20 sjette ledd. Fylkeskommunen skal innenfor sine oppgaver og med sine virkemidler bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, jf. § 20 første ledd. Dette omfatter blant annet risikovurderinger i fylkeskommunens oversikt etter § 21, på samme måte som kommunens oversikt, understøttelse av kommunens oversikt over risikoforhold etter § 5 og beredskapsmessige vurderinger som del av fylkeskommunens arbeid med planstrategi og regionale planer etter § 21 a. Det vises også til fylkeskommunens ansvar for å utarbeide beredskapsplan for tjenestene de er ansvarlig for, jf. helseberedskapsloven § 2-2, for eksempel tannhelsetjeneste, samt fylkeskommunens ansvar som planmyndighet. Det vises eksempelvis også til fylkeskommunens ansvar for beredskapsforberedelser og beredskapstiltak som eier av videregående skoler, etter forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger § 14.

I gjeldende forskrift om oversikt over folkehelsen er det kun kommuner som skal ha oppmerksomhet omkring folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Departementet ser det som naturlig at forventningen også gjelder fylkeskommunen. Det vises til nærmere omtale i kapittel 5.4.4.

Departementet foreslår at hensynet til barns beste følger av § 20 og formuleres i tråd med i Grunnloven og barnekonvensjonen, dvs. «I forbindelse med handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn», og ikke kun knyttes til utforming og iverksetting av tiltak. Dette er i tråd med høringsinnspill om at prinsippet om barns beste bør legges til grunn for hele folkehelsearbeidet, herunder oversikt, plan og medvirkning, se punkt 4.3 om barnets beste.

## 10.2 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket

### 10.2.1 Gjeldende rett

Det følger av folkehelseloven § 21 at fylkeskommunen har oversikt over folkehelseutfordringer i fylket, og at dette danner grunnlag for fylkesplaner:

«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.»

Forskrift om oversikt over folkehelsen utdyper fylkeskommunens ansvar for oversikt, og framhever dels et løpende oversiktsarbeid etter § 4 og dels krav om oversiktsdokument hvert fjerde år etter § 5.

Fylkeskommunen skal også tilgjengeliggjøre opplysninger til kommunenes oversiktsarbeid. Forskriften § 5 annet ledd stiller krav om at:

«Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet. Fylkeskommunen skal understøtte kommunene, samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med sitt oversiktsdokument.»

### 10.2.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet tre endringer i § 21. For det første er det i første ledd, bokstav a pekt på to nye kilder til opplysninger fra statlige helsemyndigheter. I tillegg til Helsedirektoratet, jf. § 24, pekes det på opplysninger fra Folkehelseinstituttet, jf. § 25 og de regionale helseforetakene, § 25a. I annet ledd ble det i høringsnotatet foreslått at oversikten skal danne grunnlag for å vurdere planbehov og tiltak.

I tillegg foreslo departementet å dele § 21 i to ulike paragrafer, henholdsvis for oversiktsarbeid, jf. § 21 og for planlegging og tiltak, jf. § 21a. Dette er etter modell fra slik regelverket er utformet for kommunene. Tredje ledd ble derfor foreslått flyttet til ny § 21a.

Samlet sett ble følgende paragraf foreslått:

«§ 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 § 24, 25 og 25.a,
- 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, som grunnlag til å vurdere planbehov og tiltak. Fylkeskommunen 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 fylkeskommunens oversikt, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.»

### 10.2.3 Høringsinstansenes syn

Generelt er de få som uttaler seg om forslag til endring i § 21.

*Agder fylkeskommune* «støtter at folkehelseoversikten skal være mer spisset og planrelevant».

*Buskerud fylkeskommune:*

«støtter forslaget om en avgrensning av oversiktsarbeidet etter hva som er relevant for planbehov, tiltak og handlinger for Buskerud. Dette gir fylkeskommunen et nødvendig handlingsrom til et målrettet folkehelsearbeid ut fra fylkets utfordringer, vedtatte politiske utviklingsmål i regional planstrategi og innenfor økonomiske rammer i årsbudsjett og økonomiplan.»

*Vestfold fylkeskommune* støtter ikke forslag til endringer og uttaler:

«Vestfold med store robuste kommuner, og med et etablert samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunene, vurderes det at gjeldende formuleringer om oversiktsarbeidet har fungert godt for folkehelsearbeidet. Det har også styrket kunnskapsgrunnlaget for samsfunnsplanlegging i kommunene og fylkeskommunen.»

*Innlandet fylkeskommune uttaler:*

«En endring i retning av å vektlegge «det som ansees som mest relevant» kan føre til at de som fatter beslutninger ikke får et helhetlig bilde av utfordringer og muligheter, at tiltak er valgt før folkehelseoversikten er laget eller at nye utviklingstrekk kan bli oversett. Innlandet fylkeskommune mener imidlertid at oversiktsarbeidet kan bli enklere for kommunene ved at statlige myndigheter og fylkeskommunen får et tydeligere ansvar for å understøtte kommunene. Det kan være bedre datagrunnlag, videreutvikling av folkehelse- og oppvekstprofilene, veiledningsmaterieell og eventuelt verktøy som sjekklister og forslag til maler. Folkehelseoversiktene skal gi nødvendig oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som påvirker denne. Folkehelseloven bør ikke stille krav om tiltak som en del av oversiktsarbeidet, eller legge inn formuleringer som skaper usikkerhet om hvorvidt tiltak skal være en del av dokumentet. En slik plikt/klarhet vil ikke bare «forstyrre» oversiktsarbeidet og analysen av viktige behov/utfordringer og ressurser, men også koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven.»

Vestfold fylkeskommune foreslår at fylkeskommunene får ny hjemmel til å søke om unntak fra taushetsplikten for tilgang til indirekte identifiserbare personopplysninger fra helseregistre, lignende den tilgangen som foreslås for Helsedirektoratet. Konkret foreslår Vestfold fylkeskommune følgende formulering i § 21:

«Når det er nødvendig for å utføre disse lovpålagte oppgavene, kan fylkeskommunene søke om unntak fra taushetsplikten for å få tilgang til indirekte identifiserbare personopplysninger fra sentrale helseregistre etter helseregisterloven § 11.»

### 10.2.4 Departementets vurderinger

Fylkeskommunene skal på tilsvarende måte som kommunene arbeide etter en systematikk med oversikt, planer, tiltak og evaluering. For å klargjøre dette er dagens bestemmelse om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket og krav til planlegging foreslått delt i to ulike paragrafer. Det fleste bestemmelsene er bare justert språklig eller plasseringsmessig. Nedenfor kommenteres bare de materielle endringene.

Første ledd bokstav a er utvidet med hensyn til kilder fra statlige aktører. I tillegg til statlige helsemyndigheter (Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) pekes det på opplysninger som de regionale helseforetakene gjør tilgjengelig. Det er ikke spesifikke krav til hva slags opplysninger de regionale helseforetakene skal gjøre tilgjengelig, og heller ikke i hvilken form de skal tilgjengeliggjøres. Dette vil fordre en nærmere dialog, i lys av fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør.

Departementet foreslår at oversikten «skal inneholde en vurdering av hvordan fylkeskommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov.» Det legges til grunn at denne vurderingen er en faglig vurdering, som kommer forut for politiske vurderinger.

Fylkeskommunen fungerer som en støttespiller og veileder for kommunene med hensyn til blant annet å tilgjengeliggjøre opplysninger som kommunene kan benytte i sine oversiktsarbeider. Kommunenes tilbakemelding er at arbeidet med oversikt over folkehelsen er ressurskrevende og at mange kommuner ikke har kompetansen og andre ressurser som er nødvendig for å gjøre et tilfredsstillende arbeid jf. lovens § 5, men også §§ 6 og 7. Fylkeskommunens understøtterrolle i det lokale folkehelsearbeidet er nødvendig for at kommunene skal ha like forutsetninger for å oppfylle lovens krav.

Lokale folkehelseutfordringer er normalt en del av større regionale og nasjonale utfordringstrekk. Det vil være arbeidsbesparende for kommunene om fylkesoversiktene foreligger i forkant av kommunenes arbeid med eget oversiktsdokument. Det vil frigjøre tid til analyser, fortolkning og medvirkningsprosesser. Departementet foreslår ikke å regulere en bestemt tidsplan for dette, men mener at dette bør avklares i en nærmere dialog mellom fylkeskommunene og kommunene i det enkelte fylke. Det vises til forskrift om oversikt over folkehelsen § 5 annet ledd.

Tilsvarende som for kommuner jf. § 5 foreslår departementet å erstatte tiltak, som var foreslått i

høringsnotatet, med en vurdering av hvordan fylkeskommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov. Dette for å få fram at det som skal vurderes som en del av oversiktsarbeidet er noe mer overordnet og bredere enn det som kan forstås av begrepet tiltak, og at utforming av konkrete tiltak kommer senere i planprosessen.

## 10.3 Mål og planlegging

### 10.3.1 Gjeldende rett

Bestemmelser om mål og planlegging er inntatt folkehelseloven § 20 tredje ledd. Det framgår her at:

«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.»

### 10.3.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble følgende foreslått som ny § 21a:

«§ 21 a Mål, planlegging og tiltak»

Oversikten over fylkets ressurser og folkehelseutfordringer etter § 21 annet ledd, skal, sammen med avklaring av planbehov og tiltak, inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse ressursene og utfordringene og hvordan fylkeskommunen kan møte disse bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

Fylkeskommunen skal fastsette fylkets folkehelseutfordringer som grunnlag for å ivareta fylkeskommunens ansvar etter § 20. Fylkeskommunen skal i regionale planer etter plan- og bygningsloven fastsette mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte fylkets folkehelseutfordringer og å nytte ressursene.»

### 10.3.3 Høringsinstansenes syn

Når det gjelder forslaget om at en avklaring av planbehov og tiltak skal inngå i arbeidet med fylkeskommunens planstrategi gjelder tilsvarende som for kommuner, jf. omtale av dette under punkt 8.3.4. De som uttaler seg om dette mener folkehelseloven ikke kan bruke «tiltak» i denne fasen av planarbeidet.

*Vestfold fylkeskommune* uttaler:

«Forslagene til endringer i § 6 og § 21 kan skape klarhet om funksjonen til kommunal planstrategi og regional planstrategi i plansystemet. Planstrategiene er dokumenter som ikke skal være orientert mot tiltak, jf. plan- og bygningsloven § 7 – 1 og § 10 – 1.»

*Agder fylkeskommune* påpeker at planloven bruker begrepet regional plan, ikke fylkesplan.

#### **10.3.4 Departementets vurderinger**

Departementet deler høringsinnspillene om at «tiltak» ikke bør stå i bestemmelsen om planstra-

tegi, men foreslår en mer generell formulering om en drøfting av hvordan fylkeskommunene kan møte utfordringene, slik at bestemmelsen blir: «En drøfting av utfordringene, og hvordan fylkeskommunen kan møte disse bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.»

Departementet foreslår videre at annet ledd lyder at «Fylkeskommunen skal i regionale planer etter plan- og bygningsloven fastsette mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte fylkets folkehelseutfordringer jf. § 21.» Dette innebærer at kommunens og fylkeskommunens bestemmelser blir mer like. Med unntak av Vestfold fylkeskommune som ønsker å beholde bestemmelsen i dag, er det generell støtte til disse endringene i høringen.

## 11 Statens ansvar

### 11.1 Statlige myndigheters ansvar

#### 11.1.1 Gjeldende rett

Formålet med folkehelseloven er i henhold til loven § 1 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». Den overordnede statlige forpliktelsen til å beskytte, fremme og utjevne befolkningens helse og livskvalitet er ikke eksplisitt uttrykt i loven § 22, men følger av lovens formålsbestemmelse.

Det statlige ansvaret er uttrykt gjennom kapittel 5 i folkehelseloven, dels gjennom en generell bestemmelse om statlige myndigheters ansvar og dels gjennom det spesifikke ansvaret til Statsforvalter, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Ansvaret til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er nærmere beskrevet i punkt 11.2 og 11.3.

I Prop. 11 L (2023–2024) omtales fordelingen av oppgaver og ansvar i den sentrale helseforvaltningen. I tillegg til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har Mattilsynet, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og Direktoratet for medisinske produkter oppgaver.

Folkehelseloven § 22 stiller krav om at «statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant». Med statlige virksomheter menes forvaltningsorganer, herunder departementer, det vil si alle virksomheter som er en del av staten som juridisk person. Disse skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

Det framgår av Prop. 90 L (2010–2011) at bestemmelsen ikke pålegger konkrete plikter og oppgaver, slik som flere av bestemmelsene i folkehelseloven gjør for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Bestemmelsen fastslår imidlertid at det generelle utgangspunktet om at alle sektorer har et folkehelseansvar, også gjelder på statlig nivå. Stortinget forutsatte i Innst. 423 L (2010–2011) at statlige myndigheter skal

velge en tilsvarende arbeidsform som er pålagt kommunene gjennom folkehelseloven.

Kravet til systematisk folkehelsearbeid i staten er ikke lovpålagt. Systematikken på nasjonalt nivå framgår i stedet av ulike stortingsmeldinger etter 2012. Helsedirektoratet skal i tråd med dagens folkehelselov § 24 «ha oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen, følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet, 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». Det vises til nærmere omtale i punkt 11.2.1.

#### 11.1.2 Høringsnotatets forslag

Gjennom høringsnotatet foreslo departementet en konkretisering av statlige myndigheters ansvar, gjennom fire nye ledd i loven § 22. Dagens bestemmelse ble foreslått videreført som nytt annet ledd. Departementet foreslo at bestemmelsen i sin helhet skulle lyde:

«Staten skal fremme befolkningens helse, livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.

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

Departementet skal ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, herunder en sammenstilt oversikt i hver stortingsperiode. Departementet skal regelmessig fastsette nasjonale folkehelseutfordringer som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk. Ved utforming og iverksetting av tiltak skal barnas beste vurderes og vektlegges. Store nasjonale folkehelseiltak bør effektevalueres.

Statlige helsemyndigheter skal bistå kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid med å fremme helse og livskvalitet og forebygge sykdom. Statlige helsemyndigheter skal legge til rette for samarbeid og dialog med frivillig sektor på en systematisk måte.

Statlige helsemyndigheter skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen, og vurdere tiltak der det er relevant.»

### 11.1.3 Høringsinstansenes syn

Det er generelt støtte til å tydeliggjøre statens folkehelseansvar. Støtten er blant annet begrunnet med at staten har mange virkemidler til å oppfylle formålet i loven. Det pekes av flere instanser på behovet for å konkretisere hvordan folkehelseloven skal forplikte på tvers av sektorer. *Folkehelseforeningen* påpeker at «det tverrdepartementale ansvaret må konkretiseres og tydeliggjøres». *Bergen kommune* påpeker at:

«formålet og forpliktelsene som nå stilles statlige myndigheter i revisjonen av folkehelseloven må i større grad gjenspeiles i fremtidige nasjonale budsjetter. Staten må gå foran og våge å investere mer i befolkningens helse og livskvalitet gjennom forebyggende og helsefremmende tiltak, særlig på det som handler om å redusere sosiale forskjeller i helse som folkehelseloven eksplisitt stiller krav om. Sosiale forskjeller er *rotårsaken* til ulikhet i helse. Her har staten sterke politiske virkemidler i form av skattepolitikk, utdanningspolitikk og arbeidslivspolitikk.»

Flere høringsinstanser mener at folkehelseloven bør fremme tverrsektorielt samarbeid på statlig nivå i større grad enn i dag. *Norsk nettverk for utdanning og forskning innen helsefremming* påpeker at:

«et tverrsektorielle fokus for folkehelsearbeid må sikres og styrkes, særlig på det statlige nivået. Prinsippet om 'helse i alt vi gjør' vektlegger at også Departementene innen andre fagområder må involveres i folkehelse.»

Flere andre høringsinstanser foreslår også at relevansvurderingen av når helsekonsekvenser skal vurderes, rammes inn på en tydeligere måte.

*Arbeidstilsynet* etterlyser en omtale av forholdet mellom folkehelse og arbeidshelse, og behovet for et samarbeid på disse områdene, samt til-

tak for å styrke samarbeidet. *Statens arbeidsmiljøinstitutt* mener at folkehelseloven burde:

«peke mer eksplisitt på hvilke typer forebyggende virkemidler som er aktuelle innenfor de ulike sektorene, slik at loven gir tydeligere føring på de ulike samfunnssektorenes forebyggende roller av betydning for samfunnsdriften og folkehelseaspektene av denne.»

Flere høringsinstanser peker på betydningen av å tydeliggjøre statens ansvar, for å gi bedre sammenheng mellom statens, fylkeskommunens og kommunens ansvar. Innspillene handler for det første om at en nasjonal oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, vil kunne være til hjelp i arbeidet i fylkeskommuner og kommuner i deres oversiktsarbeid. For det andre er det innspill om at fastsettelse av nasjonale folkehelseutfordringer kan gi hensiktsmessige føringer for regionalt og lokalt arbeid. *Skien kommune* framhever at:

«det er essensielt at statens arbeid fungerer som et førende og samlende grunnlag for fylkeskommuners og kommuners arbeid, slik at både oversikt, strategier, tiltak og evaluering på statlig nivå fungerer som overbygning og bakgrunn for samordning av arbeidet i fylkeskommuner og kommuner. Dette vil sørge for en bedre systematikk i folkehelsearbeidet på tvers av alle forvaltningsnivå, og en bedre utnyttelse av ressurser.»

*Lørenskog kommune* støtter departementets vurdering i at det er behov for helhetlige føringer for hva som skal være tema i folkehelseprofilene, hva som skal inngå i fylkeskommunal og kommunal planlegging, samt folkehelsepolitikk der tiltak veies opp mot andre samfunnsinteresser.

Flere innspill understreker at det er uklart hva som menes med «staten», og at lovproposisjonen bør klargjøre forskjellene og hva som menes med begrepene staten, statlige myndigheter, statlige helsemyndigheter og departementet. Det peker også på behovet for å klargjøre hvilket ansvar de ulike statlige helsemyndighetene har for å bistå kommuner og fylkeskommuner. *Helsedirektoratet* påpeker at forslag til § 22 om statlige myndigheters ansvar for folkehelsen er noe utydelig angående statens ansvar for beredskap knyttet til hendelser som omfattes av folkehelseloven.

Mange høringsinstanser framhever det som positivt at høringsnotatet vektlegger styrking av et

kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og mange instanser støtter forslaget om at store nasjonale folkehelseiltak bør effektevalueres. *Kristiansand og Bergen kommuner* er blant disse, som understreker at effektvurdering er særlig viktig dersom de nasjonale tiltakene fører til nye, pålagte oppgaver for kommunene. Flere peker likevel på at kravet til beregnet effekt av tiltak ikke må komme på bekostning av føre-var-hensyn.

*Folkehelseinstituttet* støtter presiseringen i forslaget om at staten har et særlig ansvar for at det legges til rette for at store nasjonale folkehelseiltak og reformer effektevalueres:

«Slike tiltak kan få stor innvirkning, men samtidig kan de være kostnadskreven, inngripende eller være forbundet med risiko. Effektevaluering av tiltak med høy grad av egenart vil også kunne bidra til det internasjonale kunnskapsgrunnlaget. Staten har bedre forutsetninger for å legge til rette for, og finansierte evalueringer enn kommunene. Staten kan for eksempel innføre tiltak i kommuner i randomisert rekkefølge, eller legge til rette for gradvis innføring av store nasjonale folkehelseiltak eller reformer som vil gjøre det mulig å evaluere effekten.»

*Kristiansand kommune* presiserer likevel at effektevaluering ikke nødvendigvis er tilstrekkelig:

«For store satsinger er samfunnsnytte interessant, og det kan være vanskelig å dokumentere, særlig dersom det dreier seg om komplekse tiltak som får langsiktige effekter. Det kan blant annet nevnes at det medisinske forskningsrådet i Storbritannia har tatt i bruk et nytt rammeverk for å evaluere komplekse intervensjoner.»

Høringsinstansene støtter prinsippet om barns beste og at krav til å legge barns beste til grunn fremgår av loven. Flere høringsinstanser mener at prinsippet om barns beste bør legges til grunn for hele folkehelsearbeidet, herunder oversikt, plan og medvirkning, se punkt 4.3 om barns beste.

#### 11.1.4 Departementets vurderinger

I Folkehelsemeldingen varslet regjeringen at den vil vurdere å presisere krav til det nasjonale folkehelsearbeidet, men ambisjonen var ikke nærmere konkretisert. Loven § 22 første ledd omhandler statens generelle forpliktelse til å:

a. «fremme befolkningens helse og livskvalitet

- b. fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c. bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse
- d. bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller
- e. bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.»

Forpliktelsen er den samme som er uttrykt for kommuner og fylkeskommuner, men skiller seg fra kommuners og fylkeskommuners ansvar ved at aktørene besitter ulike virkemidler. Bestemmelsen gjelder staten som helhet, som til enhver tid vurderer hensiktsmessige måter å oppfylle kravet på. Dette er parallelt med den overordnede ansvars plasseringen i kommuner og fylkeskommuner.

Samtidig er det viktig å framheve at folkehelseansvaret ikke bare gjelder generelt, men at det ligger en spesifikk forpliktelse til hver enkelt statlig myndighet. Dette er uttrykt gjennom forslag til nytt annet ledd, i tråd med gjeldende § 22, om at «statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant». Bestemmelsen forplikter alle statlige myndigheter, både i og utenfor helseforvaltningen. Det vises til nærmere omtale i Prop. 90 L (2010–2011). Ved vurderingen av *når det er relevant* å vurdere helsekonsekvenser, vil blant annet den nasjonale veilederen *Virkinger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen* være sentral.

I ny § 22 er også departementet og statlige helsemyndigheter tillagt ansvar. Ansvarer innebærer for det første å anvende de virkemidler som er lagt under departementets ansvarsområde, og for det andre å koordinere og fasilitere for tverrsektoriell innsats. Det vises til omtalen nedenfor av nasjonal oversikt over helse og livskvalitet som grunnlag for at regjeringen fastsetter en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk basert på nasjonale folkehelseutfordringer. Dette fordrer en tverrsektoriell tilnærming.

Helsedirektoratet er det myndighetsorganet på helseområdet som er tillagt flest oppgaver på folkehelseområdet, men også Direktoratet for medisinske produkter, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet og Mattilsynet er tillagt myndighetsfunksjoner. Folkehelseinstituttet er en vitenskapelig kunnskapsleverandør med et operativt fagansvar på noen områder, herunder gjennomførings-, overvåknings- og rådgivningsfunksjoner. I beskrivelsen av statlige helsemyndigheters opp-



gaver vil Folkehelseinstituttet kunne ha og få oppgaver.

Departementet ser det som uhensiktsmessig å regulere forholdet mellom departementet og etatene i folkehelseloven, og det samme gjelder forholdet mellom etatene. Instruks, årlige tildelingsbrev og annen styringsdialog, og samordning av disse, er mer hensiktsmessig her.

Statens og statlige myndigheters ansvar er tydeliggjort av følgende tre grunner

- at det er av nasjonal interesse,
- for å speile internasjonale forpliktelser og
- for å legge til rette for en helhetlig folkehelsepolitikk mellom samfunnsnivåene i Norge.

#### *Av nasjonal interesse*

En klargjøring av det statlige folkehelsearbeidet må for det første begrunnes ut fra samfunnsøkonomisk nytte og velferdsstatens bærekraft. En befolkning med god helse vil kunne avhjelpe en framtidig økt belastning på helse- og omsorgstjenesten og fremme sosial og økonomisk bærekraft gjennom økt yrkesdeltakelse. Departementet mener at det er av nasjonal interesse å fremme en befolkning med god helse. Høringsinstansene gir støtte til dette.

Helsedirektoratet publiserte 29. mai 2024 den nasjonale veilederen «Virksomheter på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen». Veilederen inneholder anbefalinger om hvordan statlig sektor kan bruke utredningsinstruksen i faglige vurderinger av virkninger for befolkningens helse og livskvalitet når en planlegger og utreder tiltak. Videre inneholder veilederen anbefalinger om hvordan liv og helse kan inkluderes og eventuelt verdsettes økonomisk i samfunnsøkonomiske analyser. Veilederen beskriver virkninger av tiltak som hovedsakelig initieres og iverksettes utenfor helsesektoren. Det vil si tiltak som retter seg mot den generelle befolkningen. Det vil også innebære tiltak som ofte har andre målsettinger enn helse, men (u-)helse kan likevel bli en konsekvens av tiltaket. At veilederen er en «temaveileder» innebærer at den gir sektorovergrepene anbefalinger innenfor et tema, og ikke veiledning innenfor en sektor.

Departementet legger til grunn at innsats for å forebygge sykdom og beskytte, fremme og utjevne befolkningens helse fordrer innsats i de fleste deler av staten, herunder i ulike statlige virksomheter, både i og utenfor helseforvaltningen. Det er behov for forpliktende samarbeid for å oppnå resultater på befolkningens helse og livs-

kvalitet, som også underbygges av høringsinstansene.

Departementet ser det som positivt at flere høringsinstanser, som Arbeidstilsynet og STAMI, ønsker et tettere samarbeid. Departementet mener likevel at en detaljert regulering gjennom folkehelseloven ikke er en egnet framgangsmåte for å oppnå mer tverrsektorielt samarbeid, og at et slikt samarbeid bør stimuleres på andre måter. Forslaget til folkehelselov § 22 første ledd understreker likevel statens samlede folkehelseansvar, som innebærer at regjeringen har en plan for å oppfylle forpliktelsen.

#### *Internasjonale forpliktelser*

Statens forpliktelser følger opp internasjonale forpliktelser, slik de er uttrykt gjennom menneskerettighetene og inngåtte internasjonale avtaler. Internasjonale avtaler er en sentral del av nasjonal folkehelsepolitikk. Sentrale forhold av internasjonal karakter som påvirker befolkningens helse, som tobakksindustri, smitte og forurensing, forutsetter internasjonale avtaler.

Helse er et globalt fellesgode. Gjennom samarbeid og koordinering ivaretas befolkningens helse i større grad enn det hvert enkelt land klarer å gjøre alene. Felles internasjonale reguleringer og investeringer i å forebygge, oppdage og respondere mot smittsomme sykdommer er også en sentral del av nasjonal helsesikkerhet. Internasjonale avtaler slik som tobakkskonvensjonen og protokollen om vann og helse, legger klare føringer for den nasjonale folkehelsepolitikken når det gjelder blant annet forebygging av tobakksskader og det å sikre trygt drikkevann.

Statens forpliktelser kan videre utledes av artikkel 12 i FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som erkjenner retten til den høyest oppnåelige standard for fysisk og mental helse. Denne artikkelen understreker også statenes forpliktelse til å ta skritt for å forbedre folkehelsen og forebygge, behandle og kontrollere sykdommer. Videre er retten til helse omtalt i barnekonvensjonen artikkel 24 og FNs konvensjon om avskaffing av alle former for diskriminering av kvinner artikkel 12. Retten til høyest oppnåelig helsestandard innebærer at staten har plikt til å respektere, verne og oppfylle denne retten. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater er en sentral folkerettslig bindende konvensjon om rettene til urfolk. Konvensjonen omhandler mange aspekt ved livet til urfolk, blant annet retten til helse.

Grunnloven § 112 slår fast at alle har rett til et miljø som sikrer helsen. Sommeren 2022 vedtok generalforsamlingen i FN resolusjon 48/13 om «The human right to a safe, clean, healthy and sustainable environment». Norge var et av 161 land som stemte for resolusjonen. Videre vedtok FNs menneskerettskonvensjon og FNs menneskerettsråd i oktober 2021 en resolusjon som anerkjenner tilgangen til et sunt og bærekraftig miljø som en universell rett.

#### *Helhetlig folkehelsepolitikk mellom samfunnsnivåene*

En tredje viktig begrunnelse for å lovfeste det systematiske folkehelsearbeidet i staten er at det står i relasjon til folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner. Folkehelseloven fungerer som en form for kontrakt mellom stat og kommunal sektor, ved at kommunenes og fylkeskommunenes forpliktelse til å ha oversikt, og iverksette tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer forutsetter at staten følger opp, både med støtte til kommunene og ved tiltak på statlig nivå, der det er det mest hensiktsmessige nivået. Det må derfor være forutsigbarhet i statens rolle overfor kommunal sektor.

Ved å klargjøre systematikken på statlig nivå skapes det mer forutsigbarhet for kommuner og fylkeskommuner for hva slags bistand disse kan forvente. Tilsvarende kan staten forvente større lokal innsats og resultater dersom staten tilbyr god støtte.

Departementet foreslår i forslag til § 22 tredje ledd et krav til departementet om et systematisk folkehelsearbeid på statlig nivå. Med departementet menes her Helse- og omsorgsdepartementet, men ved endringer i departementsstrukturen vil ansvaret følge ansvars plasseringen for folkehelseloven.

Det følger av bestemmelsen at departementet skal ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne.

Hva som er nødvendig må tolkes ut fra hva som er nødvendig for å ivareta statens ansvar. Blant annet skal oversikten inneholde informasjon både om helse og livskvalitet i befolkningen, og om de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Dette favner alt fra umiddelbare til bakenforliggende forhold som har betydning for å forhindre en negativ utvikling eller som kan stimulere en positiv utvikling.

Departementets ansvar må ses i sammenheng med faste oppdrag gitt til statlige helsemyndigheter som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Det vises blant annet til oppgaver som for-

valtning av de sentrale helseregistrene, befolkningsbaserte helseundersøkelser, sykdomsbyrdeanalyser, folkehelse rapporten og til utøvelsen av Helsedirektoratets følge-med-ansvar, jf. ny § 24 første ledd. Det legges til grunn at etatenes bidrag til departementets oversikt skal være offentlige og utarbeidet på en faglig uavhengig måte.

Oversikten er ment å danne grunnlag for at «departementet skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene, som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk». Formuleringen er noe justert etter høringen, for å ta høyde for behovet for nødvendig fleksibilitet over tid. Bestemmelsen innebærer et nytt grep i folkehelsepolitikken. Ved å fastsette hva som er nasjonale folkehelseutfordringer gjøres folkehelsepolitikken mer samordnet og målrettet mot spesielle utfordringer. Det legges til grunn at folkehelseutfordringene handler om definerte utfordringer knyttet til helse og livskvalitet i hele befolkningen eller bestemte grupper. Dette i motsetning til utfordringer i folkehelsearbeidet.

Mens en nødvendig oversikt vil ta utgangspunkt i statistiske og vitenskapelige kriterier, vil fastsettelsen av hva som er de største folkehelseutfordringene også bygge på politiske og verdime ssige vurderinger. Dette kan bestå i avveininger mellom å løfte fram sykdommer befolkningen dør av versus sykdommer de lever lenge med, mellom psykisk og somatisk sykdom og mellom utfordringer vi har og potensielt utfordringer vi kan få (dvs. helsetrusler). Det vises til den offentlige utredningen om prioritering av folkehelse tiltak, der ulike verddivurderinger i folkehelsepolitikken utredes.

Fastsettelsen av nasjonale folkehelseutfordringer vil for det første legge føringer for statlig folkehelsepolitikk. De definerte nasjonale folkehelseutfordringene vil gi mer målrettet innsats og innebære en forpliktelse for statlige myndigheter på tvers av sektorer.

De nasjonale utfordringene vil også kunne legge føringer for kommunesektorens arbeid, gjennom hvilke type veiledning som prioriteres fra statlige folkehelseaktører overfor kommunal sektor, innholdet i folkehelseprofiler, prioriteringer innen tilsyn og nasjonale forventninger til blant annet regional og kommunal planlegging.

En «samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk» kan utformes på ulike måter, men forutsetter retningsgivende, politiske avklaringer for folkehelsearbeidet, enten i et eget dokument eller som en del av et bredere anlagt dokument. I tråd med saksfeltets karakter vil det kreve en tverrsektoriell utforming, med forankring i regjeringen.

Siden 2013 har ulike regjeringer lagt fram jevnlig stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken.

Departementet foreslår at det i nytt fjerde ledd også presiseres at hensynet til barnets beste formuleres i tråd med Grunnloven og barnekonvensjonen. Dette er i tråd med høringsinnspill om at prinsippet om barns beste bør legges til grunn for hele folkehelsearbeidet, herunder oversikt, plan og medvirkning, se punkt 4.3 om barnets beste. Ved utredning av statlige tiltak som har direkte eller indirekte betydning for barn, følger det også av utredningsinstruksen at man skal vurdere hvilke virkninger tiltakene vil medføre for barn, jf. DFØs Veileder til utredningsinstruksen.

Departementet foreslår at «store nasjonale folkehelse tiltak bør effektevalueres». Krav til effektevaluering følger også av reglement for økonomistyring i staten § 16, og anbefales som del av utredninger etter utredningsinstruksen. Offentlige tiltak har ofte stor påvirkning på befolkningens hverdag, enten det gjelder lovreguleringer, skatter og avgifter, endringer i offentlige tilbud osv. Det er av stor betydning at statlige myndigheter evaluerer tiltak med sikte på å avklare om tiltaket faktisk har den intenderte effekten. På den måten kan en justere på tiltak i sin nåværende form som har liten effekt eller som innebærer en uforholdsmessig belastning på befolkningen. I høringen løfter flere kommuner fram et viktig tilleggsmoment, nemlig at effektivitet er særlig viktig dersom de nasjonale tiltakene fører til nye, pålagte oppgaver for kommunene.

Bestemmelsen angir ikke rettssubjektet som kravet er ment å gjelde for. Som hovedregel vil ansvaret for evaluering følge ansvaret for selve tiltaket. Ved beslutninger om et tiltak bør det settes av midler til evaluering av effekt. I en del tilfeller vil det kunne være hensiktsmessig å planlegge effektevalueringen i forbindelse med planleggingen av selve tiltaket for å styrke grunnlaget for å måle effekter.

Det settes ikke et eksplisitt krav til bruk av bestemte metoder for effektevaluering. Dette vil følge ordinære vitenskapelig standarder. Effektmålet vil normalt gjelde et helseutfall eller en sentral påvirkningsfaktor på helse og livskvalitet.

Det kan i en del tilfeller være lite hensiktsmessig eller vanskelig å gjennomføre en effektevaluering. Bestemmelsen er derfor utformet som et bør-krav, som innebærer at det må gjøres en konkret vurdering av hvorfor tiltak eventuelt ikke effektevalueres.

I tråd med vurderinger i punkt 8.4 vil det være vanskelig å definere nøyaktig hva som menes med et folkehelse tiltak. Dette vil derfor måtte vurderes

skjønnsmessig. Typiske eksempler vil likevel være større regelverksendringer eller nye satsinger i statsbudsjettet. Hva som er «stort» vil også måtte vurderes skjønnsmessig. Videre er noen tiltak lettere å effektevaluere enn andre. Hvor enkelt tiltak kan effektevalueres skal ikke påvirke prioritering av tiltak. Det er forventet nytte – etisk, politisk og samfunnsøkonomisk – som er det primære. Videre skal kostnader ved evalueringer ikke påvirke om tiltak blir iverksatt eller ikke. Bestemmelsen er derfor en intensjon om å legges til rette for evaluering i den grad det er mulig. Men «bør kravet» skal ikke tolkes motsatt, dvs. at kostnader eller mulighet for evaluering skal påvirke prioritering av folkehelse tiltak i første hånd.

Departementet foreslår i nytt fjerde ledd en ny bestemmelse om at «statlige helsemyndigheter skal bistå kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid med å fremme helse og livskvalitet og forebygge sykdom». Bestemmelsen er et konkret uttrykk for «samfunnskontrakten» mellom staten og kommunesektoren. Staten skal legge til rette for at kommuner og fylkeskommuner skal kunne utfylle sine ansvar på en hensiktsmessig og resurseffektiv måte. Det typiske vil være å stille kunnskap til disposisjon, som grunnlag for bedre lokale og regionale beslutninger.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med Helsedirektoratets ansvar, jf. forslag til § 24, som både inneholder roller som iverksetter av nasjonal politikk og myndighetsorgan gjennom normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Men også roller som understøtter og tilrettelegger kunnskap, eksempelvis gjennom folkehelseprofiler og veiledere i lokalt folkehelsearbeid. I mange tilfeller må Helsedirektoratets ansvar løses i samarbeid med statlige myndigheter i andre sektor for å få fram kunnskap og formidle denne i de aktuelle sektorenes kanaler. Oppvekstprofiler er et eksempel på dette.

I dagens folkehelselov er det krav til kommunene i § 4 om å «legge til rette for samarbeid med frivillig sektor». Statlige helsemyndigheter har så langt ikke hatt et slikt krav. Departementet mener at det er et uutnyttet potensial gjennom samarbeid på en mer systematisk måte. Det handler om at den offentlige folkehelsepolitikken kan nå ut til flere, men også at frivillige organisasjoners arbeid kan få mer kraft innenfor en bredere satsing. Departementet foreslår en ny bestemmelse for statlige helsemyndigheter forpliktelse til å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner på en systematisk måte.

Departementet oppfatter bred støtte til at statlige helsemyndigheter legger til rette for samarbeid med frivillig sektor på en systematisk måte. Folkehelsepolitisk råd er et viktig virkemiddel her. Departementene vil komme tilbake til innretning og sammensetning av rådet. Møteplass folkehelse er også en viktig del av et slikt systematisk samarbeid. Det vises for øvrig til punkt 5.3.4.

Departementet foreslår at «statlige helsemyndigheter skal være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samene, og vurdere tiltak der det er relevant». Det vises til nærmere omtale i punkt 5.4.4.

## 11.2 Helsedirektoratets ansvar

### 11.2.1 Gjeldende rett

Folkehelseloven ble endret i forbindelse med organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning, gjeldende fra 1. januar 2024. Det vises generelt til Prop. 11 L (2023–2024) Endringer i helselovgivinga (organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning).

Viktige begrunnelser for de organisatoriske endringene er blant annet bedre støtte til kommunene, bedre utnyttelse av helsedata og større synergier mellom det brede folkehelsearbeidet og arbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Ansvaret for folkehelseprofilene ble overført fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet.

Det ble lagt til grunn av Helsedirektoratet skal videreføres som en helhetlig myndighetsetat med «følge-med funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen folkehelseområdet. I tråd med dette er Helsedirektoratets ansvar beskrevet på følgende måte i § 24:

«Helsedirektoratet skal ha oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen, følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet, 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, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysnin-

gene skal være basert på statistikk. Folkehelseinstituttet har utarbeidet på grunnlag av de sentrale helseregistrene etter helseregisterloven §§ 19 flg., samt annen relevant statistikk. Direktoratet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

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

Helsedirektoratet har ansvar i flere lover utover folkehelseloven, som tillegger direktoratet en bred rolle i å fremme helse og trivsel for befolkningen. Dette gjelder blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, helseberedskapsloven og smittevernloven.

### 11.2.2 Høringsnotatets forslag

De foreslåtte endringene i § 24, innebærer ikke materielle endringer, med to unntak. Språket er forenklet, og ansvaret beskrives med utgangspunktet i etatens roller som faglig rådgiver, myndighetsorgan og iverksetter. Beskrivelsen er også oppdatert i tråd med gjeldende instruks for Helsedirektoratet. Helsedirektoratets beredskapsansvar fulgte tidligere av § 28, men inngår nå i den samlede ansvarsbeskrivelsen i § 24.

I høringsnotatet ble det foreslått at Helsedirektoratets ansvar for å ha *oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen*, endres til å *følge med på folkehelsen, herunder positive og negative påvirkningsfaktorer*. Endringsforslaget må ses i sammenheng med forslaget til endringer i § 22, der det foreslås at departementet skal *ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne*.

Det ble i høringsforslaget også foreslått en ny hjemmel for Helsedirektoratet til å kunne kreve indirekte identifiserbare personopplysninger fra sentrale helseregistre etter helseregisterloven § 11 og andre relevante offentlige kilder, og at disse kan innhentes for sammenstilling uten hinder av taushetsplikt. Forslaget til ny bestemmelse må ses i sammenheng med arbeidet med utarbeidelse av folkehelseprofilene og tilsvarende statistikkprodukter.

I høringsnotatet ble bestemmelsen foreslått gitt følgende ordlyd:

«Helsedirektoratet skal følge med på folkehelsen, herunder positive og negative påvirkningsfaktorer og gi kommuner, fylkeskommu-

ner, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell, næringsliv, frivillig sektor og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet skal bidra til å iverksette nasjonal politikk innen folkehelseområdet og fastsette og formidle nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21.

Når det er nødvendig for å utføre disse lovpålagte oppgavene, kan Helsedirektoratet kreve indirekte identifiserbare personopplysninger fra sentrale helseregistre etter helseregisterloven § 11 og andre relevante offentlige kilder. Opplysningene kan innhentes for sammenstilling uten hinder av taushetsplikt.

Helsedirektoratet har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.

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

### 11.2.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har synspunkter på forslagene til endringer i § 24.

*Helsedirektoratet* foreslår at formuleringen «fastsette og formidle» normer og standarder for godt folkehelsearbeid, endres til «utvikle, formidle og vedlikeholde» normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Dette vil være mer i tråd med generelle føringer fra departementet for Helsedirektoratets normerende rolle.

Helsedirektoratet uttrykker tilfredshet med hvordan direktoratets roller er beskrevet, men at deres rolle som bidragsyter i politikktutforming er nasjonalt er utydelig uttrykt:

«Direktoratet viser til kunnskapsgrunnlag til departementet hvert 4. år som grunnlag for neste folkehelsemelding. Dette arbeidet har vært en del av det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå slik det fremstilles i Folkehelsemeldingen. Dette grunnlaget er

ment å svare ut bestemmelsen i folkehelseloven om at Helsedirektoratet skal «følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet». I tråd med endringene i den statlige helseforvaltningen skal FHI sin rolle som kunnskapsprodusent revideres, og Helsedirektoratet skal i større grad fortolke og forstå utfordringsbildet og legge dette til grunn for «råd til regjeringa og andre» ( Meld.St.15 Folkehelsemeldinga). I forslaget til revidert lov, så er setningen om å følge med på folkehelseutfordringer fjernet fra § 24, uten at dette begrunnes i høringsnotatet. Vi mener dette samsvarer dårlig med fremstillingen i folkehelsemeldingen, og foreslår at setningen enten tas inn igjen, eller erstattes med en ny bestemmelse om Helsedirektoratets rolle som bidragsyter i utvikling av folkehelsepolitikken.»

Høringsinstanser som *Statistisk sentralbyrå* og *Folkehelseinstituttet* stiller spørsmål ved rammene for Helsedirektoratets innhenting av indirekte identifiserbare personopplysninger for å gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21.

Folkehelseinstituttet mener at dette medfører en for omfattende hjemmel. De oppfatter det som uklart om «disse lovpålagte oppgavene» kun viser tilbake på tredje ledd eller også til første og annet ledd. Folkehelseinstituttet foreslår at henvisningen begrenses til tredje ledd, at teksten endres til «denne oppgaven», og at tredje og fjerde ledd da kan slås sammen. Dette er i tråd med intensjonen med bestemmelsen slik de leser høringsnotatets kapittel 12.3.2.

Statistisk sentralbyrå (SSB) mener det er uklart hva som ligger i «andre relevante offentlige kilder» og om dette omfatter SSB. De påpeker at:

«dersom det inkluderer SSB, kan opplysninger bare utleveres fra SSB innenfor rammene i statistikkloven. SSB vil derfor påpeke at det her kan oppstå konflikt mellom bestemmelsen i forslag til ny folkehelselov § 24 om tilgang til opplysninger og statistikklovens bestemmelser om deling av data. Dersom det er ment at folkehelselovens § 24 skal gå foran statistikkloven, må dette utredes nærmere.»

#### 11.2.4 Departementets vurderinger

Det vises generelt til Prop. 11 L (2023–2024) Endringer i helselovgivninga (organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning). Justeringen i omtalen av Helsedirektoratets ansvar endrer ikke på ansvarsdelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Departementets forventninger til Helsedirektoratet følger av fastsatt Hovedinstruks for Helsedirektoratet og de årlige tildelingsbrevene.

Formålet med instruksene er å beskrive hvordan myndighet og ansvar er fordelt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Det framgår av instruksene at Helsedirektoratet er en myndighetsetat med følge-med-funksjoner, rådgivningsfunksjoner, forvaltningsoppgaver og regelverksfortolkning innen hele helse- og omsorgstjenesten, herunder digitalisering og folkehelseområdet. Videre er direktoratet tilsynsmyndighet for deler av regelverket innen alkohol- og tobakksområdet.

Helsedirektoratet operasjonaliserer sitt ansvar gjennom tre ulike roller:

- Faglig rådgiver: Helsedirektoratet er fagorgan innen folkehelseområdet. Direktoratet skal være en pådriver for kunnskapsbasert arbeid, og sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende.
- Forvaltningsrollen: Helsedirektoratet har en rekke forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelseområdet.
- Iverksetter av vedtatt politikk: Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt folkehelsepolitikk settes i verk i tråd med føringene som departementet gir.

Departementet foreslår å tydeliggjøre disse rollene i folkehelseloven. Formålet med å omtale rollene i folkehelseloven er for å klargjøre hva aktører som kommuner og fylkeskommuner kan forvente av Helsedirektoratet, og hvilke plikter andre aktører har overfor direktoratet.

Helsedirektoratets ansvar for å ha *oversikt over folkehelsen*, endres til å *følge med på folkehelsen*. Endringsforslaget må ses i sammenheng med forslaget til endringer i § 22, der det foreslås at departementet skal ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Det legges likevel til grunn at Helsedirektoratet fortsatt skal sammenstille faglig kunnskapsgrunn-

lag om befolkningens helse og fordelingen av denne, og om utviklingen i folkehelsearbeidet som grunnlag for departementets arbeid med nødvendig oversikt. Departementet legger til grunn at Helsedirektoratet skal være en viktig premissleverandør til utviklingen av framtidig folkehelsepolitikk, men ser det som hensiktsmessig å legge føringer for denne oppgaven gjennom instruks og årlige tildelingsbrev. En side ved det å følge med på folkehelsen er også å følge med på folkehelsearbeidet. Dette er presisert i § 24 første ledd i tråd med Helsedirektoratets høringssvar.

Helsedirektoratets rolle er videre å være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom å fastsette normer og standarder for godt folkehelsearbeid. De gjør dette ved å *utvikle, formidle og vedlikeholde*, jf. innspill fra Helsedirektoratet. På bakgrunn av det foreslår departementet en justert formulering i annet ledd, om å «utvikle, fastsette, formidle og vedlikeholde» normer og standarder for godt folkehelsearbeid. «Fastsette» er lagt til fordi dette går til kjernen i ansvaret. Departementet er enig i at det er viktig at normer og standarder for godt folkehelsearbeid gjennomgås jevnlig for å oppdatere dette basert på ny kunnskap og annet.

Departementet mener også at det er viktig å presisere at Helsedirektoratets rett til å kreve utlevering av indirekte identifiserbare personopplysninger er avgrenset til å gjelde når Helsedirektoratet skal gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Dagens tredje og fjerde ledd forslås derfor slått sammen til nytt tredje ledd i § 24, slik at denne avgrensningen tydeliggjøres.

#### Folkehelseprofiler mm

Helsedirektoratet har fra 1. januar 2024 fått ansvar for å gi ut årlige folkehelseprofiler for kommuner og fylker. Helsedirektoratet publiserer også andre produkter som omtaler helse og livskvalitet og påvirkning på denne, blant annet Oppvekstprofiler. Over tid kan det være aktuelt å lage tilsvarende produkter for andre målgrupper eller tema. Folkehelseloven har gitt legitimitet til å gi ut profilene, men erfaringene har samtidig vist at det har vært krevende å få utlevert data fra ulike registre og andre datakilder fordi hjemmelsgrunlaget for å få ut indirekte identifiserbare data har vært uklart.

For å kunne gi bedre støtte til kommunenes arbeid med oversikt foreslår departementet å gjøre enkelte justeringer i regelverket for å foren-

kle prosessen med å gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter. Departementet foreslår at Helsedirektoratet i folkehelseloven § 24 får en eksplisitt hjemmel for å kunne innhente og oppbevare indirekte identifiserbare personopplysninger for Helsedirektoratets oppgaver etter folkehelseloven.

Helsedirektoratet har behov for indirekte identifiserbare data for å kunne bearbeide og tilrettelegge statistikk til kommuner og fylkeskommuner. I mange tilfeller søkes det om dispensasjon fra taushetsplikt for å kunne innhente og behandle dataene. Slik folkehelseloven § 24 er utformet i dag gir den adgang til å innhente statistikk fra Folkehelseinstituttet samt annen relevant statistikk for å utføre de lovpålagte oppgavene. Det fremgår ikke at § 24 kan benyttes som hjemmelsgrunnlag for å innhente og oppbevare indirekte identifiserbare personopplysninger. Indirekte identifiserbare personopplysninger er opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personidentifiserbare kjennetegn er fjernet, men hvor opplysningene likevel kan knyttes til en enkeltperson, for eksempel gjennom en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, bosted mm.

Det er flere årsaker til at Helsedirektoratet har behov for indirekte identifiserbare data for å kunne bearbeide og tilrettelegge statistikk til kommuner og fylkeskommuner etter folkehelseloven § 24. Dette inkluderer blant annet:

- Tallene harmoniseres bakover i tid ved kommune- og fylkessammenslåinger. Enkelte kommunesammenslåinger omfatter for eksempel delinger av tidligere kommuner. Harmonisering bakover i tid ved slike kommunesammenslåinger krever tilgang til data på grunnkrets-nivå.
- Indirekte identifiserbare data gir fleksibilitet i bearbeiding og presentasjon av dataene. For eksempel kan data fordelt etter kjønn og 1-årige aldersgrupper aggregeres opp til ønskede aldersinndelinger.
- For å understøtte kommunene i deres arbeid med sosiale helseforskjeller er det behov for data fordelt etter ekstradimensjoner som for eksempel utdanning og landbakgrunn.
- Mange kommuner ønsker data på mindre geografisk enhet enn kommune (soner). For å kunne tilgjengeliggjøre statistikk på levekårsoner er det behov for data på grunnkrets-nivå.

Det hentes kun inn personopplysninger som er nødvendige for å oppnå formålet. All statistikk som publiseres er anonymisert.

For å kunne innhente og oppbevare indirekte identifiserbare personopplysninger kreves et rettslig grunnlag (behandlingsgrunnlag) i tråd med personvernforordningen (GDPR artikkel 6 nummer 1). Minst ett av vilkårene i artikkel 9 nummer 2 må i tillegg være oppfylt for å kunne behandle helseopplysninger.

Det er også behov for et supplerende rettslig grunnlag i nasjonal rett når det ikke foreligger samtykke fra deltakerne som inngår i datagrunnlaget. Det supplerende rettsgrunnlaget må være fastsatt i lov eller forskrift, evt. gjennom vedtak fattet i medhold av lov eller forskrift. Dispensasjon fra taushetsplikt er et eksempel på supplerende rettsgrunnlag.

Muligheten for å kunne benytte folkehelseloven § 24 som hjemmelsgrunnlag for innhenting og behandling av indirekte identifiserbare personopplysninger til arbeidet med folkehelseprofiler o.l. har vært etterspurt. Slik loven er utformet i dag fremgår det ikke at loven kan benyttes som et behandlingsgrunnlag for dette formålet.

Folkehelseloven § 24 om Helsedirektoratets ansvar presiserer at opplysningene som Helsedirektoratet skal tilgjengeliggjøre som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter «... skal være basert på statistikk som Folkehelseinstituttet har utarbeidet på grunnlag av de sentrale helseregistrene etter helseregisterloven §§ 19 flg., samt annen relevant statistikk...». I dette arbeidet vil Folkehelseinstituttet være én av flere registeransvarlige som skal utlevere data som Helsedirektoratet utarbeider statistikken fra. Eksempler på andre datakilder er Forsvarets helseregister og Utdanningsdirektoratets registre.

Departementet foreslår at bestemmelsen gir et rettslig behandlingsgrunnlag for å understøtte det lovpålagte ansvaret for å «... gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter...», jf. § 24. I dette arbeidet er det behov for å kunne innhente indirekte identifiserbare personopplysninger uten hinder av taushetsplikt fra sentrale helseregistre og andre relevante offentlige kilder. Praksis frem til nå er at det er innvilget dispensasjon fra taushetsplikt for tilgjengeliggjøring og behandling av indirekte identifiserbare opplysninger i arbeidet med profilene.

Departementet legger likevel til grunn at Helsedirektoratets rett til å kreve data ikke overstyrer krav i annet regelverk, slik som Statistikkloven.

## 11.3 Folkehelseinstituttets ansvar

### 11.3.1 Gjeldende rett

Det vises generelt til Prop. 11 L (2023–2024) Endringer i helselovgivning (organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning). Det ble her lagt til grunn at Folkehelseinstituttet skal videreutvikles til en spisset kunnskapsetat med ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning.

Det ble lagt til grunn at Folkehelseinstituttet innen fagområdene smittevern og miljømedisin fortsatt skal ha gjennomførings- og overvåkningsfunksjoner, inkludert registeranalyser og statistikk. Folkehelseinstituttet skal innen disse områdene ha mer operative funksjoner, inklusive rådgivningstjenester. Dette er dels reflektert gjennom endringene i smittevernloven, men også gjeldende § 25, annet ledd i folkehelseloven.

Folkehelseinstituttets ansvar i gjeldende lov er følgende:

«Folkehelseinstituttet skal drive forskning og oppsummere kunnskap på folkehelseområdet.

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

I forskrift om oversikt over folkehelsen § 7 fjerde ledd framgår det at Folkehelseinstituttet skal legge til rette for samordning av fylkeshelseundersøkelser, og en nærmere konkretisering av hvordan denne samordningen skal skje. Forskriften er ikke oppdatert etter organisatoriske endringer i helseforvaltningen. Forskriften vil bli oppdatert i etterkant av Stortingets behandling av denne lovproposisjonen.

Helseregisterloven § 11 inneholder oversikt over de sentrale helseregistrene. Hvert register har en egen forskrift som regulerer forvaltningen av registeret. Folkehelseinstituttet er, med unntak for Forsvarets helseregister, tillagt forvaltningsansvar for alle sentrale helseregistre. Det følger av helseregisterloven § 19, annet ledd at «dataansvarlige for helseregistre som er etablert med hjemmel i § 11 skal utarbeide og løpende offentliggjøre relevant statistikk som nevnt i første ledd».

Det følger av smittevernloven § 7-9 første ledd at «Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet skal overvåke den

nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser og drive forskning på smittevernområdet. Folkehelseinstituttet kan behandle helseopplysninger og andre personopplysninger som er nødvendig for å gjennomføre disse oppgavene».

### 11.3.2 Høringsnotatets forslag

Høringsnotatet inneholdt forslag til tre nye ledd som konkretiserer Folkehelseinstituttets ansvar, mens første ledd og det som ble nytt femte ledd innebar en videreføring av dagens bestemmelser.

Det ble som nytt annet ledd foreslått en ny bestemmelse om at «Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser. Undersøkelsene skal gjennomføres i samarbeid med landets fylkeskommuner.» Det ble vist til at forslaget må ses i lys av forskrift om oversikt over folkehelsen. Departementet viste til positive erfaringer med fylkesvise folkehelseundersøkelser, men uttalte at det er en utfordring at det ikke er et fast system for gjennomføringstidspunkt. I høringsnotatet ble det foreslått krav om at Folkehelseinstituttet skal tilstrebe en regelmessighet i disse undersøkelsene.

Gjennom Prop. 11 L (2023–2024) ble forvaltningsansvaret for de sentrale helseregistrene samlet på Folkehelseinstituttet. I samsvar med helseregisterloven § 19 ble det i høringsnotatet foreslått et nytt tredje ledd om at «Folkehelseinstituttet skal utarbeide og presentere statistikk fra helseregistrene og andre kilder. Folkehelseinstituttet skal være faglig uavhengig under utførelsen av disse oppgavene».

Kravet om faglig uavhengighet i utarbeidelsen og presentasjonen av statistikken må ses i sammenheng med måten Statistisk sentralbyrås faglige uavhengighet defineres i Statistikkloven § 18.

Det følger av smittevernloven § 7-9 at Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt, med ansvar for overvåkning, råd og veiledning. Det samme gjelder innenfor miljømedisin. Høringsnotatet inneholdt et forslag om at det i nytt fjerde ledd presiseres at «Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og har innenfor områdene smittevern og miljø og helse ansvar for overvåkning, råd og veiledning». Omtalen av Folkehelseinstituttets ansvar innenfor smittevern innebærer en dobbelhemling, men ble tatt med for å synliggjøre at ansvaret innen smittevern og miljø og helse er tilsvarende og sidestilt.



### 11.3.3 Høringsinstansenes syn

Det er mange høringsinstanser som har innspill til utformingen av § 25. *Folkehelseinstituttet* mener at «formidling» med fordel kunne vært inkludert i første ledd:

«(...) slik at ansvaret for formidling til beslutningstakere og befolkningen løftes opp sammen med andre ansvar og oppgaver, jf. omtale i kap. 12.3.2 i høringsnotatet. Formidling om sentrale folkehelse tema bygger befolkningens tillit til kunnskapen regjeringen legger til grunn i sine beslutninger, og til folkehelsearbeidet. Åpenhet rundt prosesser, arbeidsmetoder og resultater av kunnskapsinnhenting er et viktig og naturlig krav å stille til FHI som kunnskapsleverandør, i et velfungerende demokrati.»

Folkehelseinstituttet foreslår følgende ordlyd i § 25 første ledd: Folkehelseinstituttet skal forske, og oppsummere og formidle kunnskap innen folkehelseområdet.

De fleste innspillene gjelder en nærmere konkretisering av Folkehelseinstituttets ansvar, særlig knyttet til de fylkesvise folkehelseundersøkelsene.

Mange høringsinstanser er positive til at Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser. De positive erfaringene med undersøkelsene framheves av mange, herunder et flertall av fylkeskommunene. Det blir samtidig pekt på behovet for en annen modell for finansiering av gjennomføringen av undersøkelsene. Nedenfor er innspillet fra *Telemark fylkeskommune* gjengitt, som er innholdsmessig i tråd med innspill fra flere andre fylkeskommuner.

«Telemark fylkeskommune anerkjenner behovet for at folkehelsearbeidet må være kunnskapsbasert. Fylkeskommunen støtter at FHI (folkehelseinstituttet) tillegges ansvar for å regelmessige folkehelseundersøkelser, men understreker at både finansiering og gjennomføring må være et nasjonalt ansvar.»

Flere høringsinstanser trekker en parallell til finansiering av Ungdataundersøkelsene som finansieres gjennom et årlig tilskudd til Velferdsforskningsinstituttet NOVA på OsloMet.

Det er bred støtte til at de fylkesvise folkehelseundersøkelsene fortsatt skal gjennomføres i samarbeid med landets fylkeskommuner. *Univer-*

*sitetet i Innlandet* framhever at undersøkelsene også bør gjennomføres i samarbeid med lokale og regionale fagmiljøer.

*Trøndelag fylkeskommune* støtter endringsforslaget om at det blir en regularitet omkring de fylkesvise folkehelseundersøkelsene, men mener at det i loven i tillegg kan presiseres at Folkehelseinstituttet også har et ansvar for å legge til rette for samarbeid og samordning med store helseundersøkelser som Tromsundersøkelsen, Saminor og HUNT. *Nordland og Troms fylkeskommuner* uttrykker tilsvarende.

Flere høringsinstanser har innspill på innholdet i spørreskjemaet i de fylkesvise folkehelseundersøkelsene. *Agder fylkeskommune* foreslår fokus på eldre og minoritetsgrupper. *Taternes landsforening* peker på behov for data om nasjonale minoriteter. *Foreningen ME-foreldre* foreslår at det samles inn data om ME.

Flere instanser uttaler seg positivt til å tydeliggjøre Folkehelseinstituttets rolle med hensyn til å utarbeide og presentere statistikk fra helseregistrene og andre kilder. Folkehelseinstituttet støtter at regelverket fastslår at de skal være faglig uavhengig under utførelsen av disse oppgavene, men mener at premisset om faglig uavhengighet bør gjelde generelt:

«Den faglige uavhengigheten er knyttet til hvordan virksomhetene skal utføre sine oppgaver, ikke hvilke oppgaver som skal utføres. Når FHI skal løse en oppgave tildelt fra departementet, betyr det at valg av metode, utarbeidelse, konklusjon og formidling må bygge på faglig uavhengige vurderinger. En formulering som stadfester instituttets faglige uavhengighet, vil bidra til departementets og befolkningens tillit til instituttets leveranser. I en nasjonal og global samfunnsutvikling der alternativ kunnskap og påvirkningsprosesser med mindre åpne avsendere og kildeangivelser er i sterk utvikling, er en slik beskrivelse av FHI sin rolle særlig viktig. Det er nødvendig at faglig uavhengighet som et minimum lovfestes i statistikkproduksjon og -presentasjon.»

Også *Helsedirektoratet* mener at faglig uavhengighet bør gjelde for deres fagrolle.

*Statistisk sentralbyrå (SSB)* peker på ansvar og prosesser omkring nasjonalt flerårig program for offisiell statistikk. Programmet angir hvilke statistikkområder som skal dekkes og hvilke offentlige myndigheter som er ansvarlige for statistikkene. *SSB* uttaler at de har over lang tid hatt, og har også i det nåværende statistikkprogrammet for

perioden 2024 til 2027, ansvar for flere temaer innen helse og omsorg, blant annet «helse- og omsorgsforhold og levevaner» og «helse- og omsorgstjenester». SSB understreker at det er viktig at Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet fortsetter det gode samarbeidet for å avklare ansvarsdelingen, forhindre dobbeltarbeid og sikre et best mulig kunnskapsgrunnlag for brukerne.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet omtaler ansvarsdelingen mellom etatene innen smittevern, miljø og helse. Folkehelseinstituttet er tilfredse med omtalen, mens Helsedirektoratet mener at det er behov for å klargjøre ansvarsdelingen. Helsedirektoratet peker blant annet på ansvar for rådgivning og gjennomføringsoppgaver. Direktoratet mener også at Folkehelseinstituttets ansvar etter henholdsvis fjerde og femte ledd står i et uklart forhold til hverandre.

Helsedirektoratet uttaler blant annet:

«I høringsnotatet og i bestemmelser i forslag til revidert lov benyttes begrepene miljø og helse og miljømedisin, og disse begrepene gis rettsvirkninger i andre bestemmelser i loven, herunder eksempelvis for ansvarsfordelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Hva som omfattes av disse begrepene miljø og helse, og miljømedisin, eller hvordan de skal skilles fra begrepet folkehelse eller folkehelsearbeid, omtales ikke. Det bør innføres klare definisjoner for begrepene for å klargjøre ansvarsfordelingen mellom etater.»

#### 11.3.4 Departementets vurderinger

Det vises generelt til Prop. 11 L (2023–2024) Endringer i helselovgivninga (organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning). Justeringen i omtalen av Folkehelseinstituttets ansvar endrer ikke på ansvarsdelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

##### *Forske, oppsummere og formidle kunnskap*

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsene om at Folkehelseinstituttet skal drive forskning og oppsummere kunnskap på folkehelseområdet. Forskningsformidling er i utgangspunktet en del av det å drive forskning, men departementet mener at det påhviler et forsterket ansvar for forskere i etater i den sentrale helseforvaltningen til å formidle kunnskapen til beslut-

ningstakere og befolkningen. Departementet foreslår derfor å presisere dette i § 25 første ledd, ved at det framgår at «Folkehelseinstituttet skal forske, og oppsummere og formidle kunnskap innen folkehelseområdet».

##### *Fylkesvise folkehelseundersøkelser*

De fylkesvise folkehelseundersøkelsene (FHUS), gjennomføres i dag i et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene. Rammene for fylkeshelseundersøkelsene framgår av § 7 i forskrift om oversikt over folkehelsen. Folkehelseinstituttet har vært dataansvarlig og stått for datainnsamlingen, mens fylkeskommunene har bidratt til lokal og regional forankring av undersøkelsene. Undersøkelsene er samfinansiert, og gir gode data for fylket, men også for de enkelte kommuner. Over tid gir dataene verdifull informasjon på nasjonalt nivå. Samarbeidet mellom Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene er regulert gjennom samarbeidsavtaler.

Departementet oppfatter at det er gode erfaringer med disse undersøkelsene, men at det er utfordringer med regulariteten. I noen fylker er det gjennomført undersøkelser i flere omganger, mens andre fylkeskommuner ikke har gjennomført undersøkelser. Verdien av dataene vil øke dersom det blir en fast regularitet, for eksempel med gjennomføring hvert fjerde år, med om lag fire undersøkelser hvert år.

Departementet foreslår å ta inn en ny bestemmelse i § 25 annet ledd i folkehelseloven, om at «Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser». Det er forutsatt at dette fortsatt skal skje i samarbeid med landets fylkeskommuner. Bestemmelsen framhever Folkehelseinstituttets ansvar for å utvikle et fastere system omkring gjennomføringen av disse undersøkelsene, herunder om regelmessighet. Realiseringen av dette må skje i dialog med landets fylkeskommuner. Forslaget innebærer ikke endringer i modellen for finansiering av de fylkesvise folkehelseundersøkelsene.

Departementet oppfatter at rammene rundt folkehelseundersøkelsene er under stadig utvikling. En detaljert regulering av roller og ansvar for disse undersøkelsene vil kunne begrense en slik utvikling. Samarbeidsavtaler vurderes som en mer hensiktsmessig regulering. Når det gjelder spørsmålet om statlig finansiering av datainnsamlingen, så er dette noe som vil måtte vurderes mer konkret i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.

### Statistikk

Ny organisering innebærer at de sentrale helseregistrene nå er samlet ved Folkehelseinstituttet. Dette gjelder blant annet:

- Medisinsk fødselsregister
- Dødsårsaksregisteret
- Kreftregisteret
- Nasjonalt register for hjerte- og karlidelser
- Nasjonalt reseptbelagt legemiddelregister
- Meldingssystem for smittsomme sykdommer
- Nasjonalt vaksinasjonsregister
- Register for svangerskapsavbrudd
- Norsk pasientregister
- Kommunalt pasient- og brukerregister

Det overordnede målet med å samle helseregistrene er å oppnå bedre utnyttelse av helsedata. Samlingen av registermiljøene styrker grunnlaget for rasjonell bruk av kompetanse og ressurser for å oppnå nødvendig modernisering av teknologi og oppdaterte helseregistre. Samlingen av de sentrale helseregistrene legger også til rette for en styrket statistikkproduksjon, innenfor europeiske standarder. Retningslinjer for europeisk statistikk (European Statistics Code of Practice – CoP) er et felles rammeverk for kvalitet i den offisielle statistikken i hele Europa. Retningslinjene er nærmere omtalt på nettsidene til Statistisk sentralbyrå. Oppdatert og lett tilgjengelig statistikk fra de sentrale helseregistrene vurderes som viktig for den nasjonale, fylkesvise og kommunale oversikten over befolkningens helse og risikofaktorer.

Med oppdatert statistikk menes at dataene reflekterer den nåværende situasjonen. Dette betyr at informasjonen er relevant og tidsriktig, noe som er viktig for å ta informerte beslutninger. Med lett tilgjengelig menes at dataene er enkle å finne og bruke, for eksempel at statistikken er publisert på brukervennlige nettsider, er godt organisert og presenteres på en måte som er lett å forstå.

Departementet foreslår at Folkehelseinstituttets overordnede ansvar for å utgi statistikk fra de sentrale helseregistrene forankres i folkehelseloven. Dette korresponderer med ansvaret til Statistisk sentralbyrå i statistikkloven.

### Smittevern og miljømedisin

Gjennom Prop. 11 L (2023–2024) er det avklart at innenfor smittevern og miljømedisin vil Folkehelseinstituttet fortsatt ha operativt fagansvar, herunder gjennomførings-, overvåknings- og rådgivningsfunksjoner. Det er lagt til grunn at ansvaret både gjelder smittevern og miljømedisin. Siden

ansvar innen miljø og helseområdet er regulert av folkehelseloven, foreslår departementet å ta inn formuleringen også i folkehelseloven, gjennom et nytt ledd, som uttrykker at Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og har innenfor områdene smittevern og miljømedisin ansvar for overvåkning, råd og veiledning.

Det er også tiltak med betydning for smittevern som hjemles i folkehelseloven, for eksempel i forbindelse med legionellautbrudd.

### Eksponering for helseskadelige miljøfaktorer

Folkehelseinstituttet skal i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer bistå kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse. Dette er en videreføring av gjeldende rett. Det vises til Prop. 90 L (2010–2011).

## 11.4 De regionale helseforetakenes ansvar

### 11.4.1 Gjeldende rett

De regionale helseforetakenes ansvar i folkehelsearbeidet er i dag ikke regulert i folkehelseloven.

Det følger av spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a, tredje ledd at «Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som det eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade, og innretter sitt tjenestetilbud i samsvar med vilkårene i andre ledd».

Innholdet i denne bestemmelsen er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010–2011). I merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a konkretiseres spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade og lidelse i tre hovedområder: Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvåking av sykdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, samt helsefremming og forebyggingstiltak. Om det siste området heter det at spesialisthelsetjenesten bør gi informasjon til helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helsemyndighetene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper. Det fremgår også at spesialisthelsetjenesten bør ha kompetanse på, og gi råd vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, og at samhandling i bered-

skapsarbeid er en del av dette. Det samme følger av Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 12.3.4.2.

I vedtektene for de regionale helseforetakene er det i § 6 Hovedoppgaver bestemt at det regionale helseforetaket skal fastsette hvilke virksomheter som skal løse de enkelte hovedoppgavene innenfor blant annet områdene helsefremmende og forebyggende arbeid og helsemessig og sosial beredskap.

Det fremgår av folkehelseloven § 2 at lovens virkeområde også omfatter statlige myndigheter. De regionale helseforetakene er virksomheter som er eid av staten og som utøver offentlig myndighet. De regionale helseforetakene faller inn under begrepet statlig myndighet jf. folkehelseloven § 2 og er omfattet av lovens virkeområde.

#### 11.4.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått en ny § 25a som regulerer de regionale helseforetakenes ansvar. Det ble foreslått at:

«De regionale helseforetakene skal bidra med kunnskap om helsetilstanden til befolkningen i sin region, som grunnlag for statlig, fylkeskommunal og kommunal oversikt over befolkningens helse og forhold som påvirker denne.

De regionale helseforetakene skal samarbeide med kommunene om folkehelse, herunder beredskap innen miljø og helse og smittevern.»

Bestemmelsen tydeliggjør en konkret oppgave som allerede i dag løses av de regionale helseforetakene jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det vises også til omtale i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om helse- og omsorgstjenester.

#### 11.4.3 Høringsinstansenes syn

Departementet har mottatt fem hørings svar fra spesialisthelsetjenesten. Dette er *Helse Sør-Øst RHF*, *Helse Vest RHF*, *Helse Nord RHF*, *Helse Førde HF* og *Samisk Nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS)*. I tillegg er det innspill fra nasjonale myndigheter, kommuner og interesseorganisasjoner.

Spesialisthelsetjenesten støtter forslaget til lovregulering. Helse Vest RHF «stiller seg bak at folkehelselova får ei ny føresegn som tydeleggjer ei konkret oppgave som allereie følger av spesialisthelsetenestelova § 2-1 a. Helse Vest RHF er einig i at formålet med ei ny føresegn i lova «er en mer helhetlig regulering og legge til rette for

bedre samordning mellom foretakene og kommunene også på folkehelseområdet»». Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har tilsvarende formuleringer.

Helse Førde HF:

«framhever Samhandlingsbarometeret er et godt verktøy der våre samarbeidspartnere kan innhente mye av denne informasjonen: [www.samhandlingsbarometeret.no](http://www.samhandlingsbarometeret.no). Samhandlingsbarometeret er et verktøy og et felles kunnskapsgrunnlag for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helse Førde eier og drifter Samhandlingsbarometeret på vegne av Helse Vest, og har et team av forskere og analytikere som arbeider med publisering, analyse og formidling knyttet til barometeret.»

Helse Vest RHF etterlyser er nærmere konkretisering av annet ledd:

«De regionale helseforetakene skal samarbeide med kommunene om folkehelse, herunder beredskap innen miljø og helse og smittevern.» Kva som ligg i formuleringa «herunder beredskap innen miljø og helse og smittevern», er uklart og bør presiserast.»

*Helsedirektoratet* støtter forslaget om en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar og viser til at det kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet både på kommunalt, fylkeskommunalt og på statlig nivå. Samtidig viser Helsedirektoratet til at bestemmelsen kan føre til uklare ansvarsforhold:

«Dersom kommunene skal forholde seg til informasjon fra de regionale helseforetakene i tillegg til det statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene tilgjengeliggjør, bør det tydelig presiseres hva slags opplysninger de regionale helseforetakene skal bidra med.

(...)

Helsedirektoratet mener at forslaget om de regionale helseforetakenes oppgave som kilde til kunnskap til kommuners og fylkeskommuners oversiktsarbeid, kan medføre en uklar ansvarsdeling mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og fylkeskommunen.»

Andre høringsinstanser uttaler seg også positivt til bestemmelsen, men etterlyser en konkretise-

ring og utdypning. *Kommuneoverlegene i Telemark* peker på at:

«ansvaret for folkehelsearbeid hos helseforetakene bør gå ut over alene å produsere og kommunisere kunnskap til bruk i kommuners og fylkeskommuners oversikt over folkehelsen, og at begrepet «samarbeide» stiller for få krav til helseforetakenes arbeid med forebyggende og helsefremmende tiltak etter folkehelseloven. Vi mener det er viktig å bruke lovverket her til å stimulere også regionale helseforetak og helseforetak til å bidra med tiltak for å bedre folkehelsestanden i sitt nedslagsfelt, ved forebyggende og helsefremmende innsats ut over behandling og rehabilitering.»

*Norges fysioterapiforbund* uttaler at:

«Selv om ikke spesialisthelsetjenesten er en hovedaktør, ønsker NFF en ytterligere tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar i folkehelsearbeidet. Situasjonen i dag er at det er gjennomgående for lite systematikk i for eksempel å være helsefremmende sykehus, noe vi mener det nødvendig å løfte.»

#### 11.4.4 Departementets vurderinger

I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste* omtales regjeringens innsatser for å fremme helse og prioritere tidlig innsats for å dempe veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester og sikre bærekraftige tjenester i hele landet. Målet er blant annet gjennomgående forebyggende helse- og omsorgstjenester. Dette vil kreve systematikk, koordinering og helhetlig innsats på tvers av tjenestenivåene.

Med Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide regionale og lokale utviklingsplaner. Regional utviklingsplan er det regionale helseforetakets øverste strategiske dokument og angir ønsket utviklingsretning og tiltak for å møte fremtidige utfordringer. I de regionale utviklingsplanene vises det til at spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for forebygging der sykdom allerede har oppstått, men at kunnskapen tjenesten har, også kan brukes i primærforebyggende arbeid. Samarbeid mellom tjenesteområdene om forebygging og bidrag til bedre folkehelse omtales.

Folkehelseloven fungerer som en kontrakt mellom ulike forvaltningsnivåer for å sikre mer

effektive og samordnede tiltak for å beskytte befolkningen, fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Hovedansvaret for å fremme folkehelsen bør fortsatt ligge hos kommuner og fylkeskommuner. Arbeidet skal understøttes av spesialisthelsetjenesten gjennom rådgivning og utvikling og deling av kunnskap. Samhandling mellom tjenestenivåene kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for å få oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, samt for å iverksette effektive tiltak. I veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak framgår det at samarbeidsavtalen bør klargjøre ansvarsforhold ved samarbeidstiltak innenfor området helsefremmende og forebyggende arbeid og beskrive tiltak der samarbeid vurderes hensiktsmessig.

Spesialisthelsetjenesten har tilgang til store mengder data om helsetilstanden i befolkningen. Det pågår arbeid for å koble disse dataene til data fra kommunal helse- og omsorgstjeneste. Blant annet kan slike styringsdata bidra til å synliggjøre hvilke sykdommer og skader som krever sykehusbehandling. Spesialisthelsetjenesten har mye kunnskap om forhold som kan bidra til økt uhelse i befolkningen, men også kunnskap innenfor forebyggende tiltak. Det vises blant annet til skadelegevaktens bidrag til å sette fokus på skadeforebyggende tiltak. Det enkelte helseforetakets rolle kan avklares lokalt i samarbeid med kommunen. Kravet om å bidra med kunnskap til fylkeskommunene og kommunene er ikke ment å dublere det overordnede ansvaret som er lagt til statlige helsemyndigheter og fylkeskommune, men en forventning om at de regionale helseforetakene bidrar med sin kompetanse inn i det lokale og regionale folkehelsearbeidet.

Departementet foreslår at folkehelseloven får en ny bestemmelse som er harmonisert med spesialisthelsetjenesteloven, gjennom ny § 25a. Det foreslås i første ledd at «De regionale helseforetakene skal bidra med kunnskap om helsetilstanden til befolkningen i sin region, som grunnlag for statlig, fylkeskommunal og kommunal oversikt over befolkningens helse og forhold som påvirker denne.» Ansvaret kan oppfylles på ulike måter, både gjennom deling av data, formidling av kliniske erfaringer, forskningsresultater og fagrapporter. En eventuell nærmere konkretisering av bestemmelsen, slik flere høringsinstanser påpeker, vil kunne komme gjennom faglig normering fra Helsedirektoratet.

Departementet viser til dagens veileder om Krav til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Her står det blant annet at avtalene bør inneholde:

- Forebyggende og helsefremmende tiltak der samarbeid vurderes hensiktsmessig
- Samarbeid og tilbud om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, se rapport om fordringer og forbedringsområder for tilbud i helseforetak og kommuner og samhandlingen mellom tjenestenivåene
- Helseovervåkning, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- Samarbeid og forebyggende tiltak om folkehelse jf. folkehelseloven
- Samarbeid og forebyggende tiltak om helsekompetanse og informasjonsarbeid overfor befolkningen (flerspråklig)
- Forebyggende tiltak knyttet til de fire pasientgruppene som barn og unge, kronisk syke, eldre og personer med alvorlig psykiske lidelser og rus
- Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, herunder bistand ved miljøhendelser med helsemessige konsekvenser
- Samarbeid og forebyggende tiltak om smittevern og beredskapsarbeid
- Samarbeid med lag og organisasjoner

Departementet foreslår i annet ledd at «De regionale helseforetakene skal samarbeide med fylkeskommunene og kommunene om folkehelse, herunder beredskap innenfor miljø og helse og smittevern.» Bestemmelsen tydeliggjør en konkret oppgave som allerede i dag løses av de regionale helseforetakene jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det vises også til omtale i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om helse- og omsorgstjenester*.

## 12 Økonomiske og administrative konsekvenser

De foreslåtte endringene er vurdert etter krav i utredningsinstruksen og prinsipper for statlig styring av kommunesektoren. Det dreier seg i hovedsak om endringer i form og struktur som ikke har materielle eller prosessuelle konsekvenser for kommuner, fylkeskommuner, stat og virksomheter, se nærmere omtale under omtale av de vesentlige endringene.

Departementet foreslår noen justeringer i formålsbestemmelsen, i definisjonene og i formuleringene av kommunens, fylkeskommunens og statens ansvar. Formålet med endringene er å gjøre begrepsbruken i loven mer konsistent, herunder hva som menes med folkehelse.

Trivsel er i loven foreslått erstattet med livskvalitet. Dette er omtalt punkt 7.1 om formål. Her framgår det at livskvalitet i folkehelse-loven skal forstås slik at det ligger innenfor det som i dag defineres som folkehelse. Livskvalitet som går ut over forhold som berører befolkningens helse omfattes ikke av denne loven.

Lovforslaget innebærer å samle kommunens ansvar i kapittel 2 i loven, herunder flytte kommunens ansvar for tilsyn med virksomheter fra kapittel 3, og kommunens ansvar for beredskap, internkontroll og krav om kommuneoverlege fra kapittel 6. Dette innebærer ikke noen nye krav til kommunen som har økonomiske eller administrative konsekvenser. Flyttingen innebærer samtidig at krav til beredskapsplaner etter helseberedskapsloven også må omfatte deler av kapittel 2. Dette er avgrenset til kommunens tilsyn (jf. tidligere kapittel 3), kommunens beredskap og kommuneoverlege. Innen beredskap foreslås også å flytte fra forskrift til lov krav om iverksetting av nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser. For kommuner i Norge innebærer dette ingen endringer annet enn at grunnleggende krav fremstilles samlet.

Departementet foreslår at oversikten etter § 5 også skal inneholde en vurdering av hvordan kommunene kan møte utfordringene, herunder planbehov. Dette vil gjøre oversikten mer relevant, og innebærer at denne vurderingen skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi. Endringene innebærer at det er utfordringer som

det er mulig å gjøre noe med som det politisk primært skal tas stilling til. Dette vil også legge til rette for en mer spisset politisk bestilling til administrasjonen. Endringene vil også sikre en bedre politisk styring av kommunens og fylkeskommunens folkehelsearbeid.

I bestemmelsen om tiltak står det en rekke aktuelle tiltaksområder. Disse områdene står kun som *eksempler* på aktuelle tiltak. I listen over aktuelle tiltak er ensomhet, vold og overgrep samt smittevern lagt til som aktuelle tiltak. Dette er sentrale områder som også i dag omfattes av folkehelse-loven, men departementet mener det er en ubalanse i opplistingen ved at disse sentrale områdene ikke er nevnt. Endringen i opplistingen innebærer ikke en endring i omfang av forventninger til kommunen, men en mer balansert opplisting vil synliggjøre sentrale områder som det er viktig at kommunen vurderer tiltak innenfor.

Under bestemmelsen om kommunens, fylkeskommunens og statens ansvar er det lagt inn at barnets beste skal vurderes og vektlegges ved handlinger og avgjørelser som berører barn. Dette er ikke et nytt krav til kommune, fylkeskommune eller stat, jf. Grunnloven § 104 annet ledd og barnekonvensjonen, men er lagt inn i folkehelse-loven av pedagogiske grunner.

I bestemmelsen om beredskap er det foreslått et tillegg om at kommunen må sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap. Dette betyr ikke krav om økt beredskap for kommuneoverleger, men at kommunen må organisere oppgavene på en slik måte at beredskapsansvaret blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Dette kan blant annet skje gjennom planer for tilgjengelighet, avtale om samarbeid med andre kommuner eller andre. Dette kravet må sees i sammenheng med krav om internkontroll, dvs. at kommunen må kunne dokumentere at de ivaretar sitt beredskapsansvar på en forsvarlig måte. Departementet viser til Koronakommisjonens rapport del 2, som særskilt har vurdert kommunelegens situasjon.

Departementet foreslår en ny bestemmelse rettet mot kommunene om å medvirke og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelse-tiltak. Videre er det et nytt

ledd under fylkeskommunens ansvar om å bidra til forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene, gjennom samarbeid med kommuner, stat, herunder statsforvalter, forsknings- og utviklingsinstitusjoner, helseforetak, næringsliv og frivillig sektor. Fylkeskommunens ansvar er innenfor den rollen de har som regional utviklingsaktør. Kommunens ansvar for å legge til rette avgrenses til å følge opp dersom det foreligger finansiering til forskning som involverer kommunen, for eksempel ved midler fra det som i dag er folkehelseprogrammet, se under, eller andre midler fra Forskningsrådet mv.

Folkehelseprogrammet utløper ved utgangen av 2026. Det er forutsatt at oppgavene skal videreføres som en varig oppgave og at midlene legges i rammen til fylkeskommunene, men brukes på utvikling av lokale folkehelse tiltak. For 2024 er det bevilget 84,6 millioner kroner til tilskuddordningen i programmet over kapittel 714 post 60. Fylkeskommunens ansvar for å bidra til kunnskapsutvikling og kommunens medvirkning skal sees innenfor rammen av folkehelseprogrammet. Fylkeskommunens ansvar er da mer proaktivt enn kommunens slik som den rollen de har i dag i folkehelseprogrammet. Endringene innebærer at dagens aktivitet på området videreføres som en varig ordning og finansieres ved at dagens tilskuddsmidler til programmet legges inn i rammen. Departementet kommer tilbake til saken i ordinære budsjettprosesser og tar forbehold om at endringen først vil tre i kraft når det er budsjettmessig dekning for det.

I høringsnotatet er det foreslått å flytte fra forskrift til lov kravet om at virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helse-skade eller helsemessig ulempe. Denne endringen innebærer ikke noen nye krav til virksomheter eller til kommuner.

Forskrifter til folkehelseloven om miljø og helse gjelder ikke på Svalbard. Endringene medfører at også krav til virksomheter og eiendommer i utgangspunktet vil gjelde på Svalbard. Indirekte gjelder dette kravet også nå på Svalbard ved at lokalstyret kan pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet på Svalbard rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, jf. § 14 i nåværende lov. Forskrift om miljørettet helsevern inneholder i tillegg til den overordnede bestemmelsen som foreslås flyttet også en rekke mer detaljerte krav. Disse vil ikke

gjennom forskrift gjelde for Svalbard, men kun det overordnede kravet om helsemessig tilfredsstillende drift mv. Forskriftens bestemmelse er likevel som i dag å anse som normerende. Departementet mener at flyttingen av det grunnleggende kravet fra forskrift til lov i praksis ikke medfører noen reelle endringer for virksomheter på Svalbard, da enhver virksomhet som ikke driver helsemessig tilfredsstillende også i dag etter loven vil være gjenstand for lokalstyrets tilsyn, herunder kunne pålegges retting, stansing, tvangsmulkt mv.

Departementet foreslår å endre bestemmelsen om statens ansvar i tråd med dagens praksis. Stortinget forutsatte i Innst. 423 L (2010–2011) at statlige myndigheter skal velge en tilsvarende arbeidsform som er pålagt kommunene gjennom folkehelseloven. Dette innebærer å ha oversikt over folkehelsen og fastsette hva som er nasjonale folkehelseutfordringer, fastsette mål for å møte utfordringene og iverksette nødvendige tiltak i tråd med målene.

Helsedirektoratet får en ny hjemmel til å kunne kreve indirekte identifiserbare personopplysninger fra sentrale helseregistre etter helseregisterloven § 11 og andre relevante offentlige kilder. Hjemmelen vil effektivisere prosessen for Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet får hjemmel til å pålegge virksomheter som gjennom en aktivitet eller forhold i vesentlig grad kan påvirke befolkningens helse og livskvalitet nasjonalt eller regionalt å utrede de helsemessige konsekvensene av tiltaket eller forholdet. Bestemmelsen er ment som et sikkerhetsnett for å kunne etterspørre dokumentasjon, og dermed ansvarliggjøre virksomheter, der det er grunn til å tro at virksomheten på en negativ måte kan påvirke befolkningens helse og livskvalitet. Departementet legger til grunn at dette i liten grad skal medføre vesentlig nye oppgaver for Helsedirektoratet som vil påvirke deres virksomhet. Prioritering av dette må sees i sammenheng med hvordan direktoratet kan ivareta sitt samfunnsansvar på en mest mulig effektiv måte.

Folkehelseinstituttet får ansvar for å fremme regelmessighet for de fylkesvise folkehelseundersøkelsene. Oppgaven i seg selv innebærer å være i dialog med landets fylkeskommuner. Dersom Folkehelseinstituttet oppnår en klarere regularitet, vil det kunne effektivisere arbeidsprosessene ved instituttet. Kravet om å presentere statistikk er ikke en ny oppgave, men følger av helseregisterloven.



## 13 Merknader til bestemmelsene

### 13.1 Til endringene i folkehelseloven

#### Til § 1

Se generelle merknader i punkt 7.1. Paragrafen viderefører nåværende § 1 med enkelte materielle endringer. I tillegg er det gjort noen strukturelle og språklige endringer i bestemmelsen for å sikre konsekvent ordlyd i loven.

I *første ledd* er det tatt inn at formålet med loven er å bidra til en *bærekraftig* samfunnsutvikling. Begrepet omfatter både økonomisk, sosial og miljømessig bærekraft, og gjenspeiler prinsippet om bærekraftig utvikling. Utjevning av sosiale forskjeller i helse og livskvalitet bidrar til sosial bærekraft. Effektivt folkehelsearbeid skal også bidra til en bærekraftig velferdsstat, blant annet ved å forebygge sykdom, bidra til inkludering og arbeidsevne og opprettholde funksjonsevne lengst mulig.

Begrepet *trivsel* er byttet ut med begrepet *livskvalitet*. Internasjonalt benyttes i hovedsak det engelske ordet *wellbeing* når det knyttes til helse (health and wellbeing), og dette kan oversettes til både livskvalitet, velvære og trivsel. I denne loven benyttes *livskvalitet* som synonymt med det engelske *wellbeing*.

Begrepet omfatter både subjektive opplevelser som tilfredshet, glede, mestring og mening, og objektive forhold som arbeidsliv, trygghet, inntekt og arbeid, boligmiljø, nærmiljø, fellesskap og muligheter for selvutvikling.

I *annet ledd* er det lagt til at loven skal bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, som både samsvarer med definisjonen av folkehelsearbeid, myndighetenes plikter etter loven og er med på å understreke lovens beredskapsaspekt.

I *tredje ledd første punktum* er statlige helsemyndigheter endret til statlige myndigheter for å vise at folkehelsearbeidet må ivaretas tverrsektorielt. Det vises til merknadene til § 22.

I *tredje ledd, annet punktum* er det tilføyd at loven skal legge til rette for *kunnskapsbasert* folkehelsearbeid, i tillegg til at folkehelsearbeidet skal

være langsiktig og systematisk. Med *kunnskap* menes både kunnskap om utfordringer og tiltak etter vitenskapelige kriterier og kunnskap gjennom løpende kvalitetsarbeid og internkontroll, jf. også punkt 4.2.

#### Til § 2

I *fjerde ledd første punktum* erstattes begrepet *tjenestemenn* med *tjenestepersoner*. Se omtale i generelle merknader punkt 7.2. Dette er kun en språklig endring og innebærer ingen materiell endring av bestemmelsen. Henvisningen til § 28 erstattes av henvisning til § 7 b og 33 a som følge av at beredskapsbestemmelsen flyttes.

#### Til § 3

Se generelle merknader i punkt 7.3.

I definisjonen av folkehelse i bokstav a er *livskvalitet* tatt inn. Hva som ligger begrepet framgår av merknaden til § 1, se også punkt 7.1.4.

Definisjonen av folkehelsearbeid i bokstav b er endret. Med unntak av at livskvalitet er tatt inn, er endringene kun av språklig karakter, for å sikre konsekvent ordlyd i loven.

#### Til § 4

Se generelle merknader i punkt 8.1.

I *første ledd* og *annet ledd* gjøres språklige endringer slik at bestemmelsene i loven blir mer konsistente. Første ledd oppstilles punktvis av pedagogiske hensyn.

*Tredje ledd første punktum* er uendret. I *tredje ledd annet punktum* er det lagt inn at medvirkning også blant annet skal skje ved gjennomføring av tiltak. Dette gjelder både tiltak etter §§ 7 og 7 b, herunder kompenserende tiltak.

Etter *fjerde ledd* bør kommunen medvirke til, og tilrettelegge for, forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak. Kommunen bør utvise en aktivitet for å medvirke til forskning, og kommunene stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen bør understøttes.

Kravet til internkontroll i nåværende § 30 er flyttet til nytt *femte ledd* i denne paragrafen.

*Sjette ledd* presiserer det som allerede følger av Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen om at hva som er best for barnet skal være et grunnleggende hensyn i handlinger og avgjørelser som angår barn. Gjennom det nye tredje leddet synliggjøres kravet om å ta hensyn til barnets beste ved tolkningen av folkehelseloven og i folkehelsearbeidet. Det vises til generelle merknader i punkt 4.3.

I *syvende ledd* reguleres at kommuner med samisk befolkning skal være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samer. Ansvaret gjelder på befolkningsnivå, ikke på individnivå. Det er ikke nærmere definert hvor mange samiske innbyggere som kreves for at eventuelle utfordringer skal tas hensyn til, men folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i et populasjonsnivå og skal ha fokus på positive og negative faktorer som påvirker hele eller deler av den aktuelle populasjonen. Det vises til generelle merknader i punkt 5.4.

#### Til § 5

Se generelle merknader i punkt 8.2.

I *første ledd annet punktum bokstav a* tilføyes opplysninger som de regionale helseforetakene tilgjengeliggjør, i opplistingen av hva kommunen blant annet skal basere sin oversikt på. Dette speiles også i forslag til § 25 a om de regionale helseforetakenes ansvar. Eksempler på kunnskap kan være skadedata fra for eksempel skadelegevakten, slik de har i Oslo universitetssykehus. De regionale helseforetakenes ansvar er nærmere omtalt under merknader til § 25 a, se generelle merknader i punkt 11.4. I tillegg tilføyes henvisning til § 24, som må ses i sammenheng med direktoratets oppgave med å tilgjengeliggjøre statistikk som grunnlag oversikten etter § 5.

Det legges til i *første ledd annet punktum bokstav c* at kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn knytter seg til både positive og negative faktorer. Dette er harmonisert med første ledd første punktum hvor det står «oversikt over positive og negative faktorer». Dette er ikke en materiell endring, men en språklig presisering for å bidra til at positive faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn inngår som del av oversikten. Det vises til Prop. 90 L (2010–2011) punkt 13.1.4.1. Positive faktorer er helsefremmende faktorer som fysiske og sosiale kvaliteter i nærmiljø og omgivelser, som bl.a. gåvennlighet, trygg og aktiv framkommelighet, gode offentlige uterom og møteplasser, tilgang til

natur og grøntområder, ren luft og rent vann, aldersvennlighet, tilgjengelighet for alle mv. Det vises til de generelle merknadene i punkt 5.1 og 8.2.

I tillegg presiseres det i *bokstav c* at kunnskapen om miljø og lokalsamfunn omfatter *risikoforhold*. Dette er også en presisering og konkretisering av gjeldende krav i bestemmelsen. Se Prop. 90 L (2010–2011) kapittel 16.5.1 som legger til grunn at det i vurderingen av helseutfordringer etter § 5 ligger et implisitt krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter. Dette kan blant annet være industrivirksomheter med fare for kjemisk, biologisk eller radioaktiv forurensing, eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse.

Kommunen må ha tilstrekkelig oversikt over risikoforhold for å ivareta sitt ansvar etter loven, herunder gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av faktorer i miljøet og ekstraordinære hendelser som kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse, og legge den til grunn for sin beredskapsplanlegging. Krav til risiko- og sårbarhetsanalyse følger også av forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 3, som også gjelder for kommunens beredskapsplan etter folkehelseloven, i tråd med helseberedskapsloven § 2-2 første ledd annet punktum. Krav til risiko- og sårbarhetsanalyse er også regulert i forskrift om miljørettet helsevern. Risikoforhold omfatter også risiko for infeksjonssykdommer, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-2.

*Annet ledd annet punktum* er nytt. Bestemmelsen fastsetter at oversikten skal inneholde en vurdering av hvordan kommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov. Dette er en presisering for å bidra til at oversikten innrettes slik at den gir grunnlag for oppfølging i kommunen, herunder at den er relevant både for å kunne vurdere om kommunene har tilstrekkelige planer for å møte folkehelseutfordringene, men også at den kan brukes som grunnlag for å vurdere mål, strategier, handlinger og prioriteringer jf. § 6 annet ledd.

Vurdering av hvordan kommunene kan møte utfordringene innebærer involvering av flere sektorer, og kan også innebære medvirkning fra frivillige organisasjoner og andre. Det er likevel viktig at det i arbeidet med oversikt og vurderinger gjøres en faglig vurdering av hvordan kommunen kan og bør møte de folkehelseutfordringene som oversikten viser. Kommuneoverlegen, folkehelserådgivere, miljø- og helsepersonell og andre fagpersoner bør aktivt spille inn i disse vurderingene

og gi et godt faglig grunnlag for administrative og politiske vurderinger av hva kommunene kan og bør gjøre for å møte utfordringene. I tillegg til at oversikten skal være planrelevant skal den også være en del av kommunens løpende styringssystem på folkehelseområdet. *Oversikten skal være egnet* til å vurdere om det er behov for å iverksette eller korrigere tiltak fortløpende, herunder prioritering, bruk av virkemidler etter kapittel 3, råd og veiledning til andre sektorer eller myndigheter eller andre kommunale virkemidler, jf. § 4. Oversikten vil også være sentralt i arbeidet med å følge med på folkehelsearbeidet, og effekten av de tiltak og handlinger som kommunen iverksetter for å ivareta sitt folkehelseansvar.

#### Til § 6

Se generelle merknader i punkt 8.3.

*Første ledd første punktum* om planstrategi viderefører krav om at oversikten etter § 5 skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. I *første ledd annet punktum* er det gjort en presisering som fastslår at planstrategien bør inneholde en drøfting av hvordan kommunen kan møte folkehelseutfordringene.

Dette innebærer en drøfting av hvordan utfordringene kan følges opp, dvs. ikke bare drøfte problemene, men også vurdere løsninger på disse problemene.

Disse endringene harmoniserer med endringen i § 5 om at oversikten skal inneholde en vurdering av hvordan kommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov. Dersom det er behov for endringer i planer for å møte folkehelseutfordringene bør strategien å peke på strategisk retning, områder, nødvendige tiltak mv. på folkehelseområdet, som planene kan ta utgangspunkt i. For eksempel kan dette gjelde tiltak for å sikre opparbeiding av gang- og sykkelveier, turstier, bevaring av naturområder eller etablering av støytiltak.

I *annet ledd* viderefører delvis nåværende § 6 *annet ledd*, men det er lagt til at kommunen skal fastsette *handling*er og *prioriteringer*, i tillegg til mål og strategier. I tillegg erstattes *overordnede mål* med *mål*, da dette harmoniserer bedre med plan- og bygningslovens bestemmelse, og at *mål* blir mer konkret enn *overordnede mål*. Mål og strategier må være egnet til å møte utfordringene.

Det er i annet ledd lagt til at det også skal fastsettes *handling*er og *prioriteringer*. Dette innebærer at etter det er fastsatt mål og strategier, for eksempel i kommuneplanens samfunnsdel, må

det følges opp i egnede planer med aktiviteter og prioriteringer slik som i handlingsplan, vedtak om arealbruk og i økonomiplan, samt i etterfølgende budsjett.

#### Til § 7

*Folkehelseiltak* erstattes av *Tiltak* i bestemmelsens overskrift. Bakgrunnen for endringen er at mange tiltak som påvirker folkehelse og livskvalitet ikke først og fremst har folkehelse som formål, men likevel påvirker folkehelse og livskvalitet. Dette gjelder for eksempel anleggelse av vei, gang- og sykkelveier, regulering av boligområder mv.

I *første ledd første punktum* er henvisningen til § 5 tatt ut. Dette er ikke ment som en materiell endring, kun som en språklig forenkling av bestemmelsen.

I første ledd *annet punktum* legges til bomiljø- og nærmiljøkvaliteter, kosthold, smittsomme sykdommer, vold og overgrep, fremming av psykisk helse og forebygging av psykiske plager og lidelser, diskriminering og ensomhet.

Ordet «ernæring» erstattes med «kosthold» uten at dette innebærer realitetsendring.

#### Til § 7 a

Paragrafen er ny og viderefører i hovedsak nåværende § 9. Se generelle merknader i punkt 8.5.

I *første ledd første punktum* endres ordlyden fra «Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen» til «Kommunen skal føre tilsyn med virksomhet og eiendom som omfattes av kapittel 3 i loven».

Det tilføyes også at kommunen i forbindelse med tilsynet skal treffe nødvendige enkeltvedtak etter kapittel 3. Et tilsvarende krav ligger i nåværende forskrift om miljørettet helsevern. Kommunens tilsyn omhandler generell tilsynsoppfølging, og ikke kun å fatte enkeltvedtak. Dette er likevel synliggjort i bestemmelsen for å koble kommunens virkemidler i kapittel 3 opp mot tilsynsansvaret.

*Første ledd annet punktum* fastslår at kommunen skal prioritere sin tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko.

Henvisninger i *tredje* og *fjerde ledd* er endret som følge av endring i struktur.

I *femte ledd* videreføres hjemmel i nåværende § 8 for departementet til å gi forskrifter om kommunens tilsyn.

*Til § 7 b*

Paragrafen er ny og viderefører i hovedsak kravet i nåværende lov § 28. Paragrafen fastsetter krav til kommunens beredskapsarbeid knyttet til befolkningens helse.

*Første ledd første punktum* viderefører kravet i nåværende § 28 første ledd, se omtale i generelle merknader punkt 6.

*Første ledd annet punktum* er nytt og gjelder krav til kompenserende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følge av tiltak iverksatt for å håndtere situasjonen. Formålet med kravet er å sikre at konsekvenser for befolkningens helse, særlig for sårbare grupper, vurderes i beredskapssituasjoner.

*Første ledd tredje punktum* er også nytt og stiller krav til kommunen om å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap. Kravet må ses i sammenheng med § 7 c om samfunnsmedisinsk kompetanse.

Forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap innebærer at kommunen må sikre at de samfunnsmedisinske oppgavene blir ivaretatt på en forsvarlig måte også i beredskapssituasjoner. Dette kan bl.a. være planer for bruk av annen fagkompetanse og annet fagpersonell til oppgaver som ikke må utføres av kommuneoverlegen, omplassering av andre ressurser til kommuneoverlegefunksjonen og etablering av vaktordning når situasjonen tilsier at det er behov for det. Dette betyr ikke krav om økt beredskap for den enkelte kommuneoverlege, men at kommunen må organisere oppgavene på en slik måte at beredskapsansvaret blir ivaretatt på en forsvarlig måte, eksempelvis for å kunne bistå kommunens kriseledelse under hendelser eller for at kommuneoverlegen skal kunne utøve hastemyndighet, jf. § 7 a og motta varslinger der lov eller forskrift angir kommuneoverlegen som varslingsmottaker, jf. § 29.

*Første ledd fjerde punktum* er nytt og pålegger kommunen å innhente kommuneoverlegens medisinskfaglige råd om kommunens helsemessige beredskap etter loven. Kravet må ses i sammenheng med krav til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap, jf. første ledd tredje punktum og § 7 c første ledd bokstav a. Bestemmelsen innebærer at kommunen må involvere kommuneoverlegen i arbeidet med beredskapsplaner og krisehåndtering i nødvendig utstrekning, og bør ha rutiner for dette.

I *annet ledd* oppdateres henvisningen til aktuelle paragrafer som følge av at tilsynsbestemmelsen flyttes fra nåværende § 9 til § 7 a og at krav til

kommunens beredskap er flyttet fra nåværende § 28 annet ledd til denne bestemmelsen.

*Tredje ledd* er flyttet inn i loven fra forskrift om miljørettet helsevern § 5, og gjelder krav om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser. Miljøhendelser defineres vidt og inkluderer hele CBRNE-området, i tillegg til hendelser som er rent fysiske og ikke inkluderer farlige stoffer (for eksempel jordskred, flom eller andre naturkatastrofer som kan få betydning for befolkningens helse). Den internasjonale fellesbetegnelsen CBRNE-hendelse omfatter hendelser med kjemiske, biologiske, radioaktive eller nukleære stoffer eller eksplosiver. Miljøhendelser er altså hendelser med både biologiske, fysiske eller kjemiske stoffer, eller ukjente miljøfaktorer. Fysiske faktorer omfatter også radiologiske og nukleære miljøfaktorer. Miljøhendelser er hendelser uavhengig av påvirkningsfaktor, og omfatter både ulykker, vilde handlinger og andre situasjoner som kan utgjøre en helsetrussel. En miljøhendelse kan for eksempel være et utbrudd av sykdom eller enkelttilfeller av sykdom, kjemikaliehendelse, radioaktiv eller nukleær hendelse, eller annen miljøhendelse med ukjent opprinnelse.

Bestemmelsen reflekterer kommunens tiltakspåklit ved en miljøhendelse eller mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer. Kommunens tiltakspåklit må ses i sammenheng med virkemidlene i lovens kapittel 3 og tiltakspåkliten etter § 7.

*I fjerde ledd* videreføres den delen av forskriftshjemmelen i nåværende § 28 som kun gjelder kommunen. Den delen av forskriftshjemmelen i nåværende § 28 som gjelder flere subjekter enn kommunen, er plassert i ny § 33 a.

*Til § 7 c*

Paragrafen er ny og viderefører i hovedsak kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse i nåværende lov § 27. Se generelle merknader i punkt 8.7.

I *første ledd annet punktum* er *kommunelege* endret til *kommuneoverlege*. Videre er det i *første ledd annet punktum bokstav a* tatt inn at kommuneoverlegen blant annet skal ivareta medisinskfaglige råd innen helsemessig beredskap og vurdering av hvordan kommunen kan møte folkehelseutfordringer. I *bokstav b* er henvisningen til *miljørettet helsevern* endret til hastekompetanse i saker etter *denne loven*. Kravet innebærer at kommunen må involvere kommuneoverlegen i folkehelsearbeidet. Kravet til å bruke kommuneoverlegen som medisinskfaglig rådgiver innen helse-

messig beredskap må ses i sammenheng med kravet til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap i § 7 b første ledd tredje punktum og plikten til å innhente medisinskfaglige råd fra kommuneoverlegen innen helsemessig beredskap etter § 7 b første ledd fjerde punktum.

Bestemmelsen er endret for å tydeliggjøre at kommuneoverlegen må involveres i folkehelsearbeidet, både i det daglige og ved beredskapsplanlegging og beredskapssituasjoner. Samfunnsmedisinsk kompetanse og kommuneoverlegen må involveres der det er nødvendig.

Kommunen kan også bruke annen kompetanse inn i arbeidet, herunder samfunnspsykologisk kompetanse, helsefaglig kompetanse, miljømedisinsk kompetanse, eller bistand fra eksterne kompetansemiljø, for eksempel Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene. Kommunen må ansette en eller flere kommuneoverleger som medisinskfaglig rådgiver selv om bistand innhentes eksternt.

#### Til § 7 d

Paragrafen er ny og viderefører nåværende § 26 uten endringer i ordlyden.

#### Til § 8

Første og annet ledd i paragrafen er nye, se generelle merknader i punkt 9.1.

*Første ledd* stiller grunnleggende krav til at virksomheter og eiendommer skal planlegges, tilrettelegges og drives på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører helseskade eller helsemessig ulempe. Kravet er flyttet fra forskrift om miljørettet helsevern.

Kravet til helsemessig tilfredsstillende drift er utformet som funksjonskrav, som betyr at bestemmelsen viser til faglige normer som gjelder på det aktuelle området. Dette er nærmere omtalt i Prop. 90 L (2010–2011) i merknadene til § 14.

Med *helsemessig ulempe* menes forhold som etter en helsefaglig vurdering kan påvirke helsen negativt og som ikke er helt uvesentlig. Forholdet må være av en viss alvorlighet eller overstige et minstemål av akseptabel helserisiko, før det anses som en helsemessig ulempe. Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av kravet. Forhold som etter en helsefaglig vurdering må anses å være av liten betydning vil altså falle under tålegrensen. Der summen av flere miljøfaktorer vil kunne utgjøre en større helsefare enn miljøfaktorene vil gjøre enkeltvis, må det foretas en helhetsvurdering av hvorvidt for-

holdene til sammen er over tålegrensen. Kravet omfatter fare for helseskade eller helsemessig ulempe for både befolkningen og enkeltindivider.

Kravet gjelder for alle virksomheter og eiendommer, og det er den ansvarlige for virksomheten eller eiendommen som har plikt til å påse at kravene etterleves.

*Annet ledd* gjelder forholdet til annet regelverk. Dersom annet regelverk fastsetter helsebegrunnede krav eller normer, skal det tas utgangspunkt i disse ved vurderingen av om denne lovens krav til helsemessig tilfredsstillende drift er oppfylt. Dette innebærer at helse så langt som mulig skal ivaretas gjennom andre sektors regelverk. Krav i medhold av folkehelseloven vil i utgangspunktet ikke være strengere enn det som følger av slike myndighetskrav, forutsatt at de aktuelle krav eller normer i annet regelverk er basert på en vurdering av helserisiko.

*Tredje ledd* viderefører nåværende § 8 annet ledd, kun med språklige justeringer. Begrepet *miljø og helse* omfatter alle faktorer i miljøet som til enhver tid kan ha en innvirkning på helsen, både positive og negative faktorer, i tråd med nåværende § 8 første ledd. Bestemmelsen er omtalt i generelle merknader punkt 5.1.

#### Til § 9

Paragrafen oppheves og innholdet videreføres i hovedsak i § 7 a.

#### Til § 10

I *første ledd første punktum* erstattes begrepet *miljørettet helsevern* med *miljø og helse*. Videre erstattes begrepet *nærmere bestemmelser* med *forskrift*. Den nye ordlyden innebærer ikke materielle endringer, men en videreføring av departementets forskriftshjemmel, kun med språklige endringer.

#### Til § 11

Innholdet i *annet ledd* er nytt. Bestemmelsen gir Helsedirektoratet myndighet til å pålegge virksomheter som gjennom en aktivitet eller et forhold som i vesentlig grad kan påvirke befolkningens helse og livskvalitet nasjonalt eller regionalt, å utrede de helsemessige konsekvensene 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. Der en virksomhet i en kommune kun har konsekvenser for helse og livs-

kvalitet i denne kommunen, vil ikke Helsedirektoratet ha hjemmel til å pålegge utredning. Helsedirektoratets myndighet til å kreve en utredning er begrenset til tilfeller der virksomheten forårsaker eller kan forårsake et forhold, en situasjon e.l. som kan være en folkehelseutfordring regionalt eller nasjonalt.

#### Til § 12

I *første ledd første punktum* oppdateres henvisningen til aktuelle paragrafer som følge av at tilsynsbestemmelsen flyttes fra nåværende § 9 til § 7 a. I tillegg gjøres mindre språklige endringer.

#### Til § 13

I *første ledd første punktum* oppdateres henvisningen som følge av flyttingen av tilsynsbestemmelsen fra kapittel 3 til kapittel 2. I første ledd *annet punktum* erstattes henvisningen til nåværende § 9 med henvisning til § 7 a. Begrepet *kommuneoverlegen* erstatter *kommunelegen*.

I *annet ledd annet punktum* oppdateres henvisningen som følge av flyttingen av tilsynsbestemmelsen til kapittel 2.

#### Til § 14

I *første ledd første punktum* oppdateres henvisningen som følge av flyttingen av tilsynsbestemmelsen fra kapittel 3 til kapittel 2.

#### Til § 18

I *første ledd første punktum* oppdateres henvisningen som følge av at bestemmelsen om tilsyn flyttes fra kapittel 3 til kapittel 2.

#### Til § 19

I første ledd erstattes henvisningen til *kommunelegen* med *kommuneoverlegen*.

#### Til § 20

Se generelle merknader i punkt 10.1.

*Første ledd første punktum* er ny og fastslår fylkeskommunens ansvar for befolkningens helse og livskvalitet, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Bestemmel-

sen gjelder fylkeskommunen som helhet, på samme måte som ansvars plasseringen i kommuner og staten. Første ledd oppstilles punktvis av pedagogiske hensyn.

*Annet ledd* viderefører nåværende første ledd, kun med språklige endringer.

*Tredje ledd* er en videreføring av nåværende § 30 og gir fylkeskommunen ansvar for å ha internkontroll etter reglene i kommuneloven § 25-1 med krav fastsatt i eller i medhold av denne loven.

*Fjerde ledd, første punktum* viderefører nåværende § 20 annet ledd annet punktum.

*Fjerde ledd annet punktum* fastslår at fylkeskommunen gjennom samarbeid med blant annet kommuner, frivillige organisasjoner, regionale helseforetak og kunnskapsmiljøer og myndigheter i fylket, skal støtte opp under forskning og utvikling, herunder evaluering, av folkehelsearbeidet i kommunene. Ansvar et må ses i sammenheng med første punktum. Oppgaven bygger videre på det ansvaret som fylkeskommunene har hatt i Program for folkehelsearbeid i kommunene, der fylkeskommunene har koordinert arbeidet med tiltaksutvikling og -evaluering, i samspill med kommunene og kunnskaps- og forskningsmiljøer i fylket. Forskning og utvikling er brukt som begrepspar for å peke på at utviklingsarbeidet ikke bare må være etter vitenskapelige standarder. Evaluering av tiltak, herunder effektevaluering, er en viktig del av oppgaven knyttet til forskning og utvikling. Se generelle merknader i punkt 4.2. Innholdet i *femte ledd* videreføres uten endringer. *Sjette ledd* er nytt og viderefører nåværende § 28 første ledd for fylkeskommunen.

*Syvende ledd* presiserer det som allerede følger av Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen om at hva som er best for barnet skal være et grunnleggende hensyn i handlinger og avgjørelser som angår barn. Gjennom det nye syvende leddet synliggjøres kravet om å ta hensyn til barnets beste ved tolkningen av folkehelseloven og i folkehelsearbeidet. Se generelle merknader i punkt 4.3.

*Åttende ledd* regulerer at i fylker med samisk befolkning, så skal fylkeskommunen være oppmerksom på folkehelseutfordringer for samer. Ansvar et gjelder på befolkningsnivå, ikke på individnivå. Det er ikke nærmere definert hvor mange samiske innbyggere som kreves for at loven skal gjøres gjeldende, men folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i et populasjonsnivå og skal ha fokus på positive og negative faktorer som påvirker hele eller deler av den aktuelle populasjonen. Det vises til generelle merknader i punkt 5.4.

Med *særskilte* folkehelseutfordringer menes utfordringer som gjelder spesielt for samer, og som skiller seg fra utfordringene i befolkningen ellers. Kommunen og staten har tilsvarende ansvar, jf. §§ 4 sjuende ledd og 22 femte ledd. Ansvaret gjelder ikke på individnivå, men på befolkningsnivå. Se generelle merknader i punkt 5.4.

#### Til § 21

Se omtale i generelle merknader i punkt 10.2.

I *første ledd annet punktum bokstav a* er det tatt inn henvisning til §§ 24 og 25 a, i tillegg til § 25. Det innebærer at fylkeskommunens oversikt skal baseres på opplysninger fra Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakenes ansvar er nærmere omtalt i punkt 11.4 og i merknader til § 25 a.

I *annet ledd annet punktum* er det foreslått et nytt krav til at oversikten skal inneholde en vurdering av hvordan fylkeskommunen kan møte utfordringene, slik at oversikten blir plan- og styringsrelevant. Både for å vurdere om fylkeskommunen har tilstrekkelige planer for å møte folkehelseutfordringene, men også slik at oversikten kan brukes som grunnlag til å vurdere mål, strategier, handlinger og prioriteringer, jf. § 21 a. I tillegg til at oversikten skal være planrelevant skal den også være en del av fylkeskommunens løpende styringssystem på folkehelseområdet. Bestemmelsen tilsvarer foreslått krav til kommunen i § 5 annet ledd annet punktum.

#### Til § 21a

Paragrafen er ny og inneholder bestemmelser om mål og planlegging for fylkeskommunen. Bestemmelsene tilsvarer det som følger av § 6 for kommunen. Se generelle merknader i punkt 10.3.

*Første ledd* innebærer at fylkeskommunen som en del av arbeidet med regional planstrategi, skal foreta en gjennomgang av aktuelle planer som fylkeskommunen har for å vurdere om disse i tilstrekkelig grad er tilpasset til å møte folkehelseutfordringene jf. § 21. Dersom det er behov for endringer i fylkeskommunens planer for å møte folkehelseutfordringene, vil det være naturlig i planstrategien å peke på strategisk retning, områder, nødvendige tiltak mv. på folkehelseområdet, som planene kan ta utgangspunkt i.

Etter *annet ledd* skal fylkeskommunen fastsette mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte fylkets folkehelseutfordringer. Mål og strategier må være egnet til å møte utfordringene,

og være egnet til å styre etter, herunder vurdere måloppnåelse.

Det er i annet ledd lagt til at det også skal fastsettes *handling* og *prioriteringer*. Dette innebærer at etter det er fastsatt mål og strategier i regionale planer, så må dette følges opp i fylkeskommunens budsjett mv.

#### Til § 22

Innholdet i paragrafen er nytt, med unntak av videreføring av nåværende § 22 annet ledd.

Første, andre og tredje ledd er omtalt i punkt 11.1. Disse bestemmelsene må ses i sammenheng med ansvaret til statsforvalteren, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetakene, jf. §§ 23 til 25 a.

*Første ledd* gir staten ansvar for å fremme befolkningens helse og livskvalitet, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Bestemmelsen gjelder staten som helhet, på samme måte som ansvars plasseringen i kommuner og fylkeskommuner. Bestemmelsen tilsvarer kommunens og fylkeskommunens overordnede ansvar etter §§ 4 første ledd og 20 første ledd. Ansvaret følger av hvilke virkemidler som ligger på de ulike forvaltningsnivåene. Statens ansvar er både å bruke statlige virkemidler direkte, men også å legge til rette for at kommuner og fylkeskommuner kan ivareta sitt ansvar. Ansvar for internasjonalt samarbeid med betydning for folkehelse og livskvalitet ligger også til staten.

*Tredje ledd første punktum* gir departementet ansvar for nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Hva som er nødvendig oversikt må ses i forhold til statens ansvar og oppgaver.

Ansvaret etter bestemmelsen ligger til det departementet som har ansvar for folkehelseloven.

*Tredje ledd annet punktum* regulerer at departementet skal fastsette nasjonale folkehelseutfordringer som grunnlag for samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk, se punkt 11.1.4.

*Tredje ledd fjerde punktum* angir at store nasjonale folkehelse tiltak bør effektvalueres. Med *store nasjonale folkehelse tiltak* menes omfattende tiltak som har som mål å fremme befolkningens helse, i tråd med formålet i denne loven. Tiltakene

vil normalt enten komme gjennom regelverk- sendringer eller årlige statsbudsjett. Bestemmel- sen er ikke en forutsetning for å iverksette tiltak og skal ikke stå i veien for tiltak basert på vurde- ring av føre var-prinsippet. Krav til evaluering føl- ger også av utredningsinstruksen.

Etter *fjerde ledd første punktum* skal statlige helsemyndigheter bistå kommuner og fylkeskom- muner i deres arbeid. Bestemmelsen må ses i sammenheng med Helsedirektoratets ansvar etter § 24 og Folkehelseinstituttets ansvar etter § 25.

*Fjerde ledd annet punktum* regulerer forholdet til frivillig sektor, og gir departementet et ansvar for å legge til rette for samarbeid og dialog med frivilling sektor på en systematisk måte. Med *systematisk måte* menes krav til planmessighet og lang- siktig tenkning. Det vil også normalt fordre en organisering som legger til rette for jevning dialog med frivillig sektor. Se generelle merknader i punkt 5.3.

*Fjerde ledd tredje punktum* tydeliggjør at bar- nets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og i avgjørelser som berører barn, i tråd med Grunnloven § 104 og barnekonvensjo- nen.

*Femte ledd* stiller krav til at statlige helse- myndigheter er oppmerksomme på særskilte fol- kehelseutfordringer i den samiske befolkningen, og vurderer tiltak der det er relevant. Med *sær- skilte* folkehelseutfordringer menes utfordringer som gjelder spesielt for samer, og som skiller seg fra utfordringene i befolkningen ellers. Kommu- nen og fylkeskommunen har tilsvarende ansvar, jf. §§ 4 syvende ledd og 20 åttende ledd. Se generelle merknader i punkt 5.4.

#### Til § 23

*Annet ledd* er nytt og viderefører nåværende § 28 første ledd for statsforvalteren.

#### Til § 24

Paragrafen er endret som følge av at krav til over- sikt er flyttet til departementet i § 22 tredje ledd. Se omtale i generelle merknader i punkt 11.2.

Etter *første ledd* skal Helsedirektoratet fortsatt følge med på folkehelsen, herunder positive og negative påvirkningsfaktorer, som kan brukes som grunnlag for departementets arbeid med nødvendig oversikt. Helsedirektoratets ansvar for å gi informasjon, råd og veiledning om strategier

og tiltak i folkehelsearbeidet er videreført i første ledd *annet punktum*. Direktoratets ansvar for å følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet, viderefø- res som første ledd *annet punktum*.

I *annet ledd* gjøres en endring i formuleringen av ansvaret for å *utvikle, fastsette, formidle og vedli- keholde* nasjonale normer og standarder, for å tydeliggjøre at faglige normer også må formidles og vedlikeholdes. Det er også tydeliggjort at nor- mer og standarder for hva som er helsemessig til- fredsstillende etter loven § 8 er omfattet av hjem- melen, som del av godt folkehelsearbeid.

*Tredje ledd* gir Helsedirektoratet hjemmel til å innhente indirekte identifiserbare opplysninger som er nødvendige for å tilgjengeliggjøre statis- tikk som grunnlag for kommuners og fylkeskom- muners oversikter etter §§ 5 og 21, uten hinder av taushetsplikt. *Indirekte identifiserbare personopp- lysninger* er opplysninger der navn, fødselsnum- mer og andre personidentifiserbare kjennetegn er fjernet, men hvor opplysningene likevel kan knyt- tes til en enkeltperson, for eksempel gjennom en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, bosted mv. Det kan kun innhentes personopplysninger som er nødvendige for å oppfylle formålet. Der annet regelverk har egne hjemler for utlevering av indi- rekte identifiserbare personopplysninger, her- under helseregisterloven og statistikkloven, vil ikke bestemmelsen gå utover det som er omfattet av hjemmelsgrunnlagene etter disse regelver- kene.

*Fjerde ledd* viderefører kravene til Helsedirek- toratet som følger av nåværende § 28 første ledd.

#### Til § 25

Se omtale i generelle merknader i punkt 11.3 *Før- ste ledd* videreføres uendret.

*Annet ledd* gir Folkehelseinstituttet ansvar for å legge til rette for regelmessige fylkesvise folke- helseundersøkelser, og må ses i sammenheng med krav i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Det er forutsatt at kravet skal følges opp i samarbeid med landets fylkeskommuner.

*Tredje ledd* gir Folkehelseinstituttet en plikt til å utarbeide og presentere statistikk fra helseregis- trene og andre kilder. Dette korresponderer med ansvaret til Statistisk sentralbyrå (SSB) i statis- tikkloven. Andre kilder er blant annet statistikk fra befolkningsbaserte helseundersøkelser.



*Fjerde ledd* stadfester at Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt, som også følger av smittevernloven. Videre regulerer bestemmelsen at Folkehelseinstituttet har ansvar for overvåking, råd og veiledning innen smittevern og miljømedisin. Ansvaret må avgrenses mot ansvar for råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet, normer og standarder for godt folkehelsearbeid, som følger av Helsedirektoratets ansvar etter § 24.

*Femte ledd* videreføres uendret.

#### Til § 25 a

Paragrafen er ny og gir de regionale helseforetakene et ansvar for å bidra med kunnskap og en plikt til å samarbeide med kommunen og fylkeskommunen.

*Første ledd* gir de regionale helseforetakene ansvar for å bidra med kunnskap om helsetilstanden i befolkningen. Dette kommer også til uttrykk i § 5 bokstav b og § 21 som stiller krav om at kommunen og fylkeskommunen skal bygge sin oversikt over helsetilstanden blant annet på opplysninger fra de regionale helseforetakene. Eksempler på kunnskap kan være skadedata fra for eksempel skadelegevakten slik de har i Oslo universitetssykehus.

*Annet ledd* pålegger de regionale helseforetakene å samarbeide med kommunene og fylkeskommunene om folkehelse, herunder beredskap innen miljø og helse og smittevern.

Bestemmelsen tydeliggjør for kommunene en oppgave som allerede i dag løses av de regionale helseforetakene jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det vises også til omtale i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om helse- og omsorgstjenester, herunder merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, og Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid, kapittel 12.3.4.2. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med krav til samarbeidsavtale mellom kommunen og det regionale helseforetaket etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6. Avtalen skal blant annet omfatte samarbeid om forebygging, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 10.

De regionale helseforetakenes samarbeid med fylkeskommunene knytter seg blant annet til forskning og utvikling om folkehelseiltak i kommunene.

#### Til § 26

Paragrafen oppheves og innholdet videreføres i § 7 d.

#### Til § 27

Paragrafen oppheves og innholdet videreføres i § 7 c.

#### Til § 28

Paragrafen oppheves og innholdet videreføres i § 7 b for kommunen, § 20 sjettede ledd for fylkeskommunen, § 23 annet ledd for statsforvalteren, § 24 fjerde ledd for Helsedirektoratet, § 25 sjettede ledd for Folkehelseinstituttet. Departementets forskriftshjemmel er videreført i §§ 7 b fjerde ledd og 33 a.

#### Til § 29

I *tredje ledd* erstattes henvisningen til «kommunelegen» med «kommuneoverlegen».

#### Til § 30

Paragrafen oppheves og innholdet videreføres i § 4 femte ledd for kommunen og i § 20 tredje ledd for fylkeskommunen.

#### Til § 31

I *første ledd* oppdateres henvisningen til de paragrafene i loven statsforvalteren skal føre tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes plikter etter, slik at denne blir i tråd med ny paragrafnummerering.

#### Til § 33 a

Paragrafen er ny og viderefører forskriftshjemmelen i gjeldende § 28 tredje ledd. Den delen av forskriftshjemmelen i nåværende § 28 som kun gjelder kommunen, er plassert i ny § 7 b.

## **13.2 Til endringen i tobakksskadeloven**

#### Til § 29

I *første ledd første punktum* endres henvisningen til § 7 b og kapittel 3 i folkehelseloven, som følge av endret struktur i folkehelseloven.

### 13.3 Til endringen i helseberedskapsloven

---

*Til § 2-2*

I første ledd annet punktum endres henvisningen til §§ 7 a til 7 c og kapittel 3 i folkehelsesloven, som følge av endret struktur i folkehelsesloven.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et fremlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i folkehelsesloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap).

---

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i folkehelsesloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap) i samsvar med et vedlagt forslag.

---

## Forslag

### til lov om endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)

#### I

I lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

§ 1 *Formål*

Formålet med denne loven er å bidra til en *bærekraftig* samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder *livskvalitet*, gode sosiale og miljømessige forhold og *utjevner sosiale helseforskjeller*.

*Loven skal bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.*

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

§ 2 fjerde ledd skal lyde:

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige *tjenestepersoner* og private der dette fastsettes i medhold av §§ 7 b, 29 og 33 a.

§ 3 skal lyde:

§ 3 *Definisjoner*

I loven her menes med

- a. folkehelse: befolkningens helsetilstand og *livskvalitet* og hvordan *helse og livskvalitet* fordeler seg i en befolkning
- b. folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og *livskvalitet*, fremmer gode sosiale og miljømessige forhold, *utjevner sosiale helseforskjeller*, beskytter befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen og forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.

§ 4 skal lyde:

§ 4 *Kommunens ansvar*

Kommunen skal

- a. fremme befolkningens helse og *livskvalitet*
- b. fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c. bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse
- d. bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller
- e. bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som *direkte eller indirekte* kan ha negativ innvirkning på helsen.

*Ansvar* etter første ledd skal ivaretas innenfor de oppgavene og med de virkemidlene kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn ivaretas av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkningen skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid, deltagelse i planlegging og ved gjennomføring av tiltak. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

*Kommunen bør medvirke til, og tilrettelegge for, forskning og annen kunnskapsutvikling om folkehelse-tiltak.*

*Kommunen skal ha internkontroll etter reglene i kommuneloven § 25-1 med krav fastsatt i eller i medhold av denne loven.*

*I forbindelse med handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.*

*I kommuner med samisk befolkning, skal kommunen være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samer.*

§ 5 første ledd annet punktum bokstav a skal lyde:

- a. opplysninger som statlige helsemyndigheter, de regionale helseforetakene og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20, 24, 25 og 25 a,

§ 5 første ledd annet punktum bokstav c skal lyde:

- c. kunnskap om *positive og negative* faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som

kan ha innvirkning på befolkningens helse, herunder risikoforhold.

§ 5 annet ledd nytt annet punktum skal lyde:  
*Den skal også inneholde en vurdering av hvordan kommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov.*

§ 5 annet ledd nåværende annet punktum blir nytt tredje punktum.

§ 6 skal lyde:  
§ 6 *Mål og planlegging*

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

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette *mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte kommunens folkehelseutfordringer.*

§ 7 overskriften skal lyde:  
*Tiltak*

§ 7 første ledd skal lyde:  
Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens *folkehelseutfordringer*. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer og *bomiljø- og nærmiljøkvaliteter*, fysisk aktivitet, *kosthold, smittsomme sykdommer*, skader og ulykker, *vold og overgrep*, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk, *fremming av psykisk helse og forebygging av psykiske plager og lidelser, diskriminering og ensomhet.*

Nye §§ 7 a til 7 d skal lyde:  
§ 7 a *Tilsyn med virksomhet og eiendom*

Kommunen skal føre tilsyn *med virksomhet og eiendom som omfattes av kapittel 3, og i den forbindelse treffe nødvendige enkeltvedtak etter samme kapittel. Kommunen skal prioritere sin tilsynsvirksomhet etter en vurdering av helserisiko.*

Kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom etter første ledd skal dokumenteres særskilt, også uavhengighet og likebehandling i tilsynet.

Kommunens myndighet kan utøves av kommuneoverlegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter paragrafen her og kapittel 3 skal kunne utføres.

Kommunens ansvar og oppgaver *etter paragrafen her og kapittel 3* kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.

*Departementet kan gi forskrift om kommunens tilsyn etter paragrafen her.*

§ 7 b *Beredskap*

Kommunen har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i *beredskapssituasjoner*. Dette omfatter også *kompenserende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følge av tiltak iverksatt for å håndtere beredskapssituasjonen. Kommunen skal sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap. Kommunen skal innhente medisinskfaglige råd fra kommuneoverlegen om helsemessig beredskap etter denne loven, jf. § 7 c.*

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter denne lovens §§ 7 a til 7 c og kapittel 3, i samsvar med helseberedskapsloven. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

*Ved en miljøhendelse eller mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer, skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser.*

*Departementet kan gi forskrift om kommunens beredskap innen miljø og helse.*

§ 7 c *Samfunnsmedisinsk kompetanse*

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere *kommuneoverleger* som medisinskfaglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:

- samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7 d, herunder epidemiologiske analyser, *helsemessig beredskap og vurdering av hvordan kommunen kan møte folkehelseutfordringer*, og
- hastekompetanse på kommunens vegne i saker etter denne loven og smittevernloven.

Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommuneoverlege.

§ 7 d *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.

Kapittel 3 kapitteloverskriften skal lyde:

### **Krav til virksomheter og eiendommer og kommunens virkemidler**

§ 8 skal lyde:

§ 8 *Krav til virksomheter og eiendommer*

*Virksomheter og eiendommer skal planlegges, tilrettelegges og drives på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helse-skade eller helsemessig ulempe.*

*Der annet regelverk fastsetter helsebegrunnede krav eller normer, skal det tas utgangspunkt i disse ved vurderingen av om denne lovens krav til helsemessig tilfredsstillende drift er oppfylt.*

Departementet kan innenfor formålene etter § 1, gi forskrift om miljø og helse, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vann og vannforsyning, støy, omgivelseshygiene, forebygging av ulykker og skader, sosiale faktorer 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 oppheves.

§ 10 første ledd første punktum skal lyde:

Departementet kan innenfor miljø og helse, jf. § 8, gi forskrift om meldeplikt til, eller plikt til å innhente godkjenning fra, kommunen før eller ved iverksetting av virksomhet som kan ha innvirkning på helsen.

§ 11 annet ledd skal lyde:

*Ved virksomhet som i vesentlig grad kan berøre befolkningens helse og livskvalitet nasjonalt eller regionalt, kan Helsedirektoratet utøve myndighet etter første ledd.*

Nåværende annet ledd blir nytt tredje ledd.

§ 12 første ledd første punktum skal lyde:

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som kan ha innvirkning på hel-

sen, en plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysningene som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter § 7 a og dette kapitlet.

§ 13 første ledd skal lyde:

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter § 7 a og dette kapitlet, beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Granskingen kan gjennomføres av den som er delegert myndighet etter § 7 a, eller av kommuneoverlegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

§ 13 annet ledd annet punktum skal lyde:

Det kan kreves fremlagt dokumenter og materiale og kreves foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens gjøremål etter § 7 a og dette kapitlet.

§ 14 første ledd første punktum skal lyde:

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 § 7 a eller dette kapitlet.

§ 18 første ledd første punktum skal lyde:

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 kapitlet eller § 7 a.

§ 19 første ledd første punktum skal lyde:

Statsforvalteren avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommuneoverlegen etter dette kapitlet.

§ 20 skal lyde

§ 20 *Fylkeskommunens ansvar*

- Fylkeskommunen skal
- fremme befolkningens helse og livskvalitet
  - fremme gode sosiale og miljømessige forhold
  - bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse
  - bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller
  - bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.

*Ansvaret etter første ledd skal ivaretas innenfor de oppgavene og med de virkemidlene som fylkeskommunen er tillagt.*

*Fylkeskommunen skal ha internkontroll etter reglene i kommuneloven § 25-1 med krav fastsatt i eller i medhold av denne loven.*

Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. *Fylkeskommunen skal, gjennom samarbeid blant annet med kommuner, frivillig sektor, de regionale helseforetakene, kunnskapsmiljøer og myndigheter støtte opp under forskning og utvikling, herunder evaluering, av folkehelsearbeidet i kommunene.*

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til § 21, jf. § 5 første ledd bokstav a.

*Fylkeskommunen har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og tiltak i beredskapssituasjoner.*

*I forbindelse med handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.*

*I fylker med samisk befolkning, skal fylkeskommunen være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samer.*

§ 21 første ledd annet punktum bokstav a skal lyde:

a. opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter §§ 24, 25 og 25 a,

§ 21 annet ledd annet punktum skal lyde:

*Den skal inneholde en vurdering av hvordan fylkeskommunen kan møte utfordringene, herunder planbehov.*

§ 21 tredje ledd oppheves.

Nåværende fjerde ledd blir nytt tredje ledd.

Ny § 21 a skal lyde:

§ 21 a *Mål og planlegging*

Oversikten over fylkets folkehelseutfordringer etter § 21 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av utfordringene, og hvordan fylkeskommunen kan møte disse, bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

*Fylkeskommunen skal i regionale planer etter plan- og bygningsloven fastsette mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte fylkets folkehelseutfordringer, jf. § 21.*

Kapittel 5 kapitteleverskriften skal lyde:

### **Statens ansvar**

§ 22 skal lyde:

§ 22 *Statens ansvar*

*Staten skal*

- a. fremme befolkningens helse og livskvalitet
- b. fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c. bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse
- d. bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller
- e. bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.

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

*Departementet skal ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen, og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Departementet skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk. Store nasjonale folkehelseiltak bør effektevalueres.*

*Statlige helsemyndigheter skal bistå kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid med å fremme helse og livskvalitet og forebygge sykdom. Statlige helsemyndigheter skal legge til rette for samarbeid og dialog med frivillig sektor på en systematisk måte. I forbindelse med handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.*

*Statlige helsemyndigheter skal være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samene, og vurdere tiltak der det er relevant.*

§ 23 annet ledd skal lyde:

*Statsforvalteren har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner.*

§ 24 skal lyde:

§ 24 *Helsedirektoratets ansvar*

Helsedirektoratet skal følge med på folkehelsen, herunder positive og negative påvirkningsfaktorer og gi kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell, næringsliv, frivillig sektor og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. *Helsedirektoratet skal også følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet.*

Helsedirektoratet skal bidra til å iverksette nasjonal politikk innen folkehelseområdet, og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom å utvikle, fastsette, formidle og vedlikeholde nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid og hva som er helsemessig tilfredsstillende etter loven § 8.

Helsedirektoratet skal gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. *Når det er nødvendig for å utføre disse oppgavene, kan Helsedirektoratet kreve indirekte identifiserbare personopplysninger fra sentrale helseregistre etter helseregisterloven § 11 og fra andre relevante offentlige kilder. Opplysningene kan innhentes for sammenstilling uten hinder av taushetsplikt.*

*Helsedirektoratet har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner.*

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

§ 25 skal lyde:

**§ 25 Folkehelseinstituttets ansvar**

Folkehelseinstituttet skal *forske, oppsummere og formidle* kunnskap, innen folkehelseområdet.

*Folkehelseinstituttet skal legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser. Undersøkelsene skal gjennomføres i samarbeid med landets fylkeskommuner.*

*Folkehelseinstituttet skal utarbeide og presentere statistikk fra helseregistrene og andre kilder. Folkehelseinstituttet skal være faglig uavhengig under utførelsen av disse oppgavene.*

*Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og har innen områdene smittevern og miljømedisin ansvar for overvåkning, råd og veiledning.*

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

*Folkehelseinstituttet har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner.*

Ny § 25 a skal lyde:

**§ 25 a De regionale helseforetakenes ansvar**

*De regionale helseforetakene skal bidra med kunnskap om helsetilstanden til befolkningen i sin region, som grunnlag for statlig, fylkeskommunal og kommunal oversikt over befolkningens helse og forhold som påvirker denne.*

*De regionale helseforetakene skal samarbeide med fylkeskommunene og kommunene om folke-*

*helse, herunder beredskap innen miljø og helse og smittevern.*

§§ 26, 27 og 28 oppheves.

§ 29 tredje ledd første punktum skal lyde:

I forskrift etter første ledd kan det gis bestemmelser om plikt for ansatte som nevnt i annet ledd og fører av skip, luftfartøy og andre transportmidler til, uten hinder av taushetsplikt, å varsle *kommuneoverlegen* om helsetrusler som nevnt i annet ledd.

§ 30 oppheves.

§ 31 første ledd skal lyde:

Statsforvalteren skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av §§ 4 til 7 d, 20 til 21 a og 29 i loven her og kommuneloven § 25-1.

Kapittel 6 kapitteloverskriften skal stå mellom §§ 32 og 33 og lyde:

**Forskrifter og ikrafttredelse mv.**

Ny § 33 a skal lyde:

*§ 33 a Forskrift om meldeplikt, oppgaver og ansvar i beredskapssituasjoner*

Departementet kan gi forskrift om meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til statlige helsemyndigheter 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.

II

I lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakkskader skal § 29 annet ledd lyde:

Reglene vedrørende kommunens og Arbeids-tilsynets virksomhet som tilsynsorgan etter henholdsvis folkehelseloven § 7 a og kapittel 3 og arbeidsmiljøloven §§ 18-4 til 18-8 får tilsvarende anvendelse ved tilsyn etter paragrafen her.

## III

I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap skal § 2-2 første ledd annet punktum lyde:

Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven §§ 7 a til 7 c og kapittel 3.

## IV

Loven gjelder fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.







Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
publikasjoner.dep.no  
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: Departementenes sikkerhets- og  
serviceorganisasjon – 04/2025

