



Helse- og  
omsorgsdepartementet

# Høringsnotat

18.10.2024

## **Endringer i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid**

Høringsfrist: 18.01.2025

## Innhold

Del 1: Overordnede rammer for revisjon av folkehelseloven.....	5
1 Beskytte, fremme og utjevne helse og livskvalitet .....	5
1.1 Mål med revisjonen av folkehelseloven .....	5
1.2 Helseutfordringer og muligheter .....	7
1.3 Erfaringer og evalueringer .....	10
1.4 Oppfølging av stortingsdokumenter mv.....	11
1.5 Det viktigste endringene i folkehelseloven.....	13
2 Formål, definisjoner og lovstruktur .....	13
2.1 Gjeldende rett.....	13
2.2 Departementets vurderinger og forslag.....	14
3 Prinsipper mv .....	16
3.1 Gjeldende rett.....	16
3.2 Departementets vurderinger og forslag.....	16
Del 2: Oppgaver og ansvar for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter .....	20
4 Folkehelse som en del av det kommunale plan- og styringssystemet.....	20
4.1 Gjeldende rett.....	20
4.2 Departementets vurderinger og forslag.....	21
5 Kommunens ansvar for miljø og helse.....	23
5.1 Gjeldende rett.....	23
5.2 Departementets vurderinger og forslag.....	23
6 Krav til virksomheter .....	24
6.1 Gjeldende rett.....	24
6.2 Departementets vurderinger og forslag.....	26
7 Beredskap.....	28
7.1 Gjeldende rett.....	28

7.2	Departementets vurderinger og forslag.....	29
8	Smittevern.....	30
8.1	Gjeldende rett.....	30
8.2	Departementets vurderinger og forslag.....	31
9	Kommuneoverlege og samfunnsmedisinsk kompetanse .....	31
9.1	Gjeldende rett.....	31
9.2	Departementets vurderinger og forslag.....	32
10	Interkommunalt samarbeid.....	34
10.1	Gjeldende rett .....	34
10.2	Departementets vurderinger.....	34
11	Fylkeskommunen.....	36
11.1	Gjeldende rett .....	36
11.2	Departementets vurderinger og forslag.....	37
12	Det statlige folkehelsearbeidet.....	39
12.1	Forpliktelsen til å beskytte, fremme og utjevne helse .....	39
12.1.1	Gjeldende rett .....	39
12.1.2	Departementets vurderinger og forslag.....	40
12.2	Det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå .....	42
12.2.1	Gjeldende rett .....	42
12.2.2	Departementets vurderinger og forslag.....	43
12.3	Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets ansvar .....	44
12.3.1	Gjeldende rett .....	44
12.3.2	Departementets vurderinger og forslag.....	46
13	Spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet .....	49
13.1	Gjeldende rett .....	49
13.2	Departementets vurderinger og forslag.....	50
Del 3: Andre områder som er vurdert revidert .....		52

14	Psykisk helse i folkehelsearbeidet.....	52
14.1	Gjeldende rett .....	52
14.2	Departementets vurderinger og forslag.....	52
15	Helse i den samiske befolkningen.....	54
15.1	Gjeldende rett .....	54
15.2	Departementets vurderinger og forslag.....	55
16	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid.....	57
16.1	Gjeldende rett .....	57
16.2	Departementets vurderinger og forslag.....	57
17	Samarbeid med frivillige organisasjoner .....	60
17.1	Gjeldende rett .....	60
17.2	Departementets vurderinger og forslag.....	60
18	Økonomiske og administrative konsekvenser .....	62
18.1	Formål, definisjoner og struktur.....	62
18.2	Bestemmelsene som omfatter det kommunale plan- og styringssystemet.....	62
18.3	Bestemmelsen om tiltak.....	63
18.4	Kommuneoverlege og beredskap .....	63
18.5	Forskning og kunnskap .....	63
18.6	Krav til virksomheter.....	64
18.7	Statens ansvar.....	64
18.8	Fylkesvise folkehelseundersøkelser .....	65

# **Del 1: Overordnede rammer for revisjon av folkehelseloven**

## **1 Beskytte, fremme og utjevne helse og livskvalitet**

### **1.1 Mål med revisjonen av folkehelseloven**

Det er et samfunnsansvar å sikre at alle har gode forutsetninger for et godt liv med god helse. God helse og gode levekår henger sammen, og folkehelsearbeidet må legge til rette for en bedre helse for alle. Dette vil også bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Helsevanene som etableres tidlig i livet påvirker sjansene til å lykkes i skolen og i arbeidslivet. Gode og inkluderende samfunn gir trygghet og mulighet for mestring og deltakelse for alle. Folkehelsen skapes gjennom et bredt sett av virkemidler og gjennom felles innsats i alle sektorer. Det forebyggende og helsefremmende arbeidet er et felles ansvar, både på statlig og regionalt nivå, men også i nærmiljøet og lokalsamfunnet bør det skje i samarbeid mellom kommunen, frivillige organisasjoner, private og næringslivet. En god folkehelsepolitikk er viktig for den enkelte og en forutsetning for et bærekraftig velferdssamfunn.

Selv om folkehelsen i Norge generelt er god, er det fremdeles store sosiale helseforskjeller. De som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblemer enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi. Noen grupper er særlig utsatt, som deler av innvandrerbefolkningen.

Folkehelseloven danner et viktig rammeverk for folkehelsepolitikken, både i kommunene, fylkeskommunene og i staten. Den bidrar til systematikk, forutsigbarhet og sammenheng i folkehelsearbeidet, både på tvers av forvaltningsnivåer og mellom ulike sektorer.

Folkehelseloven trådte i kraft 1. januar 2012 og erstattet folkehelsedelen av kommunehelsetjenesteloven, samt lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven regulerer statlige, fylkeskommunale og kommunale oppgaver for å forebygge sykdom, fremme helse og trivsel, samt utjevne sosiale helseforskjeller.

Folkehelseloven har nå virket i over 10 år, og gjennom mer enn 2 planperioder i kommunen. 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.

Evalueringene og erfaringene fra pandemien viser samtidig forbedringsområder som kan utvikle folkehelsearbeidet videre.

Siden lovens ikrafttredelse har det skjedd betydelige samfunnsendringer. Demografiske endringer innebærer flere eldre og flere med innvandrerbakgrunn. Sosiale endringer med digital kommunikasjon på individ og systemnivå, økt digitalisering av tjenester, sentralisering og andre sosiale og sosiokulturelle endringer påvirker den norske befolkningen. Dette er endringer som kan påvirke folkehelsen og endre utfordringsbildet,

og hvordan kommuner og andre aktører kan arbeide med folkehelse. Det gir også behov for nyskaping i tiltak- og politikktutvikling for å beskytte og fremme helsen.

Retten til helse er en grunnleggende menneskerettighet som anerkjenner at alle mennesker har rett til den høyest oppnåelige standarden for fysisk og mental helse. Denne retten er nedfelt i flere internasjonale dokumenter, inkludert FNs verdenserklæring om menneskerettigheter og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Retten til helse omfatter ikke bare fravær av sykdom, men også tiltak for å fremme helse og trivsel. Menneskerettighetene rammer inn innsatsen for å beskytte, fremme og utjevne helse og livskvalitet. Gjennom revisjonen av folkehelseloven vil departementet understreke denne forpliktelsen, både for kommuner, fylkeskommuner og for staten.

Frivillige organisasjoner, sivilsamfunnet, lag og foreninger yter et betydelig bidrag til befolkningens helse. Mange organisasjoner har som uttalt mål å forebygge sykdommer, å fremme god livskvalitet eller å bedre levekårene til utsatte grupper. De har «tilgang» til arenaer som det offentlige har vanskelig for å nå ut på. Folkehelsepolitikken til kommuner, fylkeskommuner og staten vil virke bedre gjennom å legge til rette for samarbeid med frivilligheten på en systematisk måte, og tilsvarende for frivillige organisasjoners arbeid. Departementet foreslår å styrke det offentliges forpliktelse til å legge til rette for slik samarbeid.

Erfaringen fra pandemien viser viktigheten av å se på smittevern som del av det tverrsektorielle kommunale arbeidet med å beskytte og fremme befolkningens helse. Forholdet til annet regelverk har ikke vært tydelig nok uttrykt. Pandemien synliggjorde virkeområdet til folkehelseloven, som supplerende hjemmelsgrunnlag.

Pandemien er et eksempel på hvordan en akutt smittevernhendelse har bred innflytelse på folkehelsen på ulike måter. Personer med ikke-smittsomme sykdommer hadde høyere risiko for alvorlig sykdom og død av covid-19, noe som illustrerer at smittsomme sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer må sees i sammenheng i folkehelsearbeidet. Helsefremmende innsats gjør befolkningen mer motstandsdyktige mot smittsomme sykdommer. Et mål med revisjonen er å løfte betydningen av sammenhengen mellom smittevern, beredskap og det generelle folkehelsearbeidet, og hvordan man kan jobbe forebyggende med disse problemstillingene. Folkehelsepolitikken må beskytte, fremme og utjevne helse og livskvalitet.

Erfaringene fra pandemien har vist at det er nødvendig å bruke kompetanse riktig. Koronakommisjonens rapport 2 pekte på behovet for en klargjøring av kommuneoverlegens funksjon og organisering i kommunen. Departementet følger opp dette gjennom forslag til revidert folkehelselov.

Folkehelsearbeid er langsiktig innsats, ofte med gevinster fram i tid. Dette fordrer et systematisk folkehelsearbeid. Departementet foreslår å styrke det systematiske arbeidet på flere måter.

Staten forplikter seg til et systematisk folkehelsearbeid, slik staten forventer av kommuner og fylkeskommuner. Departementet foreslår nye bestemmelser som stiller krav om nasjonal oversikt over folkehelseutfordringer og politisk forankring og oppfølging. Store

nasjonale folkehelse tiltak bør effektevalueres. De regionale helseforetakenes folkehelseansvar defineres nærmere i denne revisjonen.

Kommunenes folkehelseansvar i dagens folkehelse lov er bredt, og favner beredskapsoppgaver, smittevern, oppgaver innen miljø og helse, og tiltak for å fremme gode levevaner og levekår og å bidra til høy livskvalitet. Ansvar framgår av ulike bestemmelser i ulike deler av dagens folkehelse lov. Departementet foreslår å samle bestemmelser om kommunens ansvar, slik at det samlede ansvaret tydeliggjøres.

Formålet med folkehelseoversikter er ikke å samle kunnskap, men å legge til rette for gode beslutninger og styring. Departementet har fått tilbakemeldinger på at mange kommuner bruker mye tid og ressurser på dette arbeidet. Verdien av kunnskap øker når den anvendes. Det handler både om å tilrettelegge kunnskapen for politiske beslutninger, men også om å dele erfaringer mellom kommuner og mellom forvaltningsnivåene. Et viktig grep i revisjonen av folkehelse loven er å framheve at folkehelseoversikten skal mer spisset mot det som er aktuelt å gjøre noe med.

Departementet foreslår at statlige myndigheter og fylkeskommunene får et tydeligere ansvar for å understøtte kommunenes arbeid. Dette handler om å gjøre tilgjengelig styringsdata, men også mer kunnskap om folkehelse tiltak. Siden folkehelse loven kom i 2012 har det vært en forsterket satsing på kunnskapsbasert arbeid. I den første perioden var dette særlig knyttet til bedre styringsdata til kommuner og fylkeskommuner, blant annet gjennom satsinger på folkehelse profiler og fylkesvise folkehelse undersøkelser. De senere årene har det vært investert betydelig i systematisk utprøving og evaluering av lokale folkehelse tiltak, gjennom Program for folkehelse arbeid i kommunene. Gjennom jevnlig (4-årige) folkehelse meldinger introduseres også ulike satsinger, strategier og handlingsplaner som er med på å utvikle virkemidler og treffsikkerheten i folkehelse arbeidet på ulike arenaer og sektorer, blant annet Program for et aldersvennlig Norge, Handlingsplan for fysisk aktivitet, Kostholdsplan m.m. Gjennom revisjon av folkehelse loven er ambisjonen å videreutvikle det kunnskapsbaserte folkehelse arbeidet, gjennom økt vektlegging av beslutningsgrunnlag og forskningsbasert evaluering av tiltak.

Selv om erfaringene med loven i hovedsak er gode er det gjort erfaringer som danner grunnlag for å justere lovteksten. Det vises generelt til omtalen i kapittel 1.3. For en helhetlig beskrivelse av folkehelse loven vises til Prop. 90 L (2010-2011). Høringsnotatet omtale bare endringer i loven, og begrunnelse for disse.

## **1.2 Helseutfordringer og muligheter**

Som et utgangspunkt for folkehelse arbeidet ligger premisset om at det er et stort potensial for å fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen. De tre nasjonale folkehelse målene illustrerer en bred og tverrsektoriell forståelse av folkehelse politikken:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Norge er i dag blant landene i verden med både høyest forventet levealder og flest forventede friske leveår<sup>1</sup>. 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. Forskjellene gjelder for nesten alle fysiske og psykiske sykdommer<sup>2</sup>. 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 man kan påvirke, viser beregninger fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet. Tobakk og høyt blodtrykk er 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 levealderen ytterligere i fremtiden dersom vi lykkes med å eliminere risikofaktorene røyking, usunt kosthold, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, høyt blodsukker og høy BMI frem mot 2050, se figur 1.1.

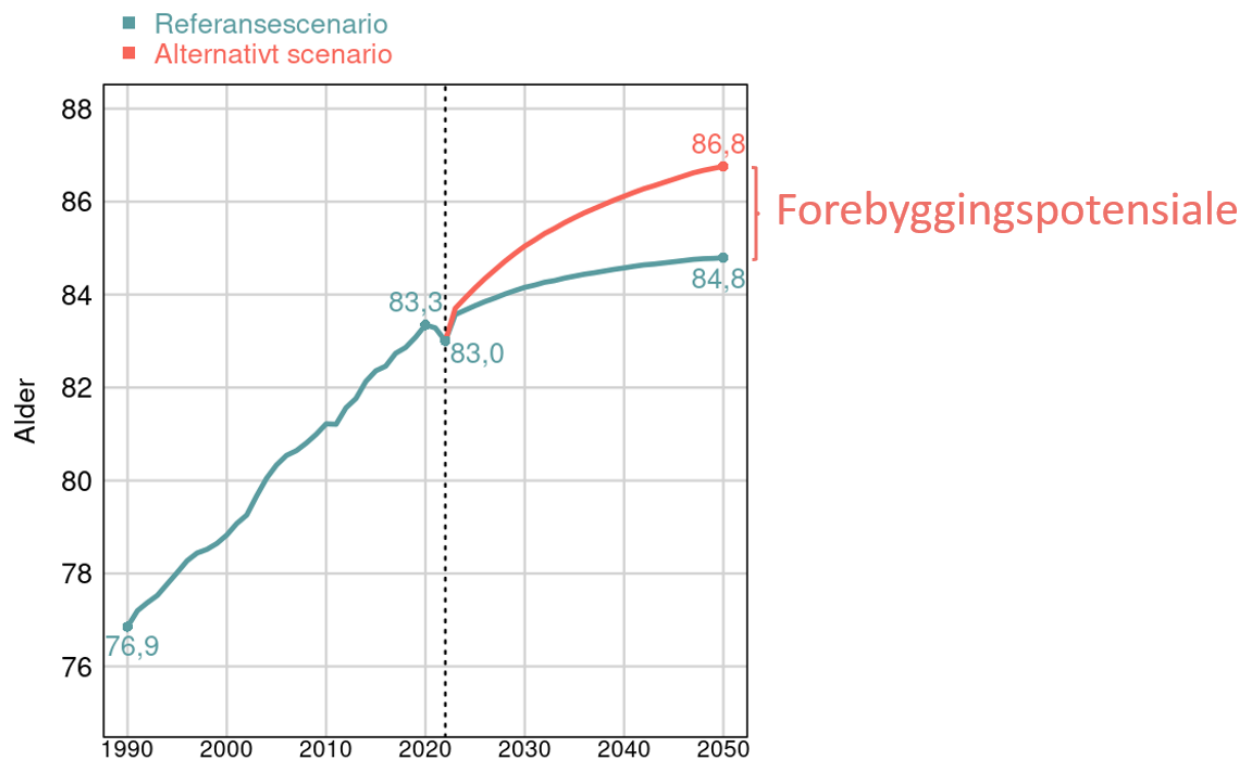
---

<sup>1</sup> [FHI \(2024\): Sykdomsbyrde i Norge](#)

<sup>2</sup> [Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelse rapporten, FHI](#)



Figur 1.1 Historisk utvikling i forventet levealder i Norge for perioden 1990-2021 med videre utvikling frem mot 2050



Historisk utvikling i forventet levealder i Norge for perioden 1990-2021 med videre utvikling frem mot 2050 ved referanse-scenariot (blå linje) og et alternativt scenario med gradvis eliminering av viktige risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer (rød linje). Kilde: Global Burden of Disease Study (GBD 2021).

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 og/eller seksuelle overgrep. For barn og unge omfatter voldsbegrepet også omsorgssvikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, langvarige og potensielt livstruende.

Kvinner rammes f.eks. mer av psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettlidelser og fallulykker i nærmiljø og hjemmet, i tillegg til store folkehelseutfordringer som begge kjønn deler, som kreft og hjerte- og karsykdom. Menn dør oftere om følge av rus, psykisk uhelse, 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 er spesielt utsatt, og 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, det beskytter mot ensomhet.

Folkehelselovens formål og bestemmelser understreker 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 mm) er andre sentrale folkehelseutfordringer kommunene peker på.

### 1.3 Erfaringer og evalueringer

Evalueringer (blant annet av Folkehelseprogrammet), 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. Videre brukes denne oversikten generelt i arbeidet med planstrategi og iverksetting av folkehelse tiltak. Evalueringene peker også på forbedringsområder som kan utvikle folkehelsearbeidet videre.

Kommunene trenger verktøy for løse sine folkehelseutfordringer. Siden 2012 har FHI utgitt folkehelseprofiler slik at kommuner og fylker kan følge med på indikatorer knyttet til helse og faktorer som påvirker denne. FHI 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 folkehelsearbeidet og 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 psykisk helse var blant deres største folkehelseutfordringer. Helsedirektoratets sektorrapport i 2021 viser at over 60 prosent av kommunene rapporterer om psykisk helse 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

Det var landsomfattende tilsyn med folkehelseloven i 2014 om arbeid i kommunene med oversikt over folkehelsen, i 2019 om barnas arbeidsmiljø (miljørettet helsevern i barnehager og skoler). I 2024 pågår det tilsyn om kommunens arbeid for å fremme god psykisk helse hos barn og unge.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratets kartlegging av kommuners systematiske folkehelsearbeid viser fra 2023 rundt halvparten (56 prosent) har gjennomgått og vurdert folkehelsearbeid jamfør folkehelselovens §30 om internkontroll. Videre sier i overkant av 40 prosent av disse hva kommunen ønsker å jobbe videre med og 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 helsedeterminantene 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 det kan gjøres mer og det kan gjøres bedre. Dette innebærer blant annet å styrke det tverrsektorielle samarbeidet for å løfte og utjevne befolkningens helse.

Koronakommisjonen del 2 (*NOU 2022:5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*) påpekte også flere forbedringspunkter. Bl.a. trekker fram at kommunelegefunksjonen ikke var godt nok rustet til å håndtere pandemien, og at kommunelegen fikk en krevende arbeidssituasjon.

## 1.4 Oppfølging av stortingsdokumenter mv.

I forbindelse med innspill til folkehelsemeldingen ble det bedt om innspill til ev. regelverksendringer på folkehelseområdet. Dette dannet utgangspunktet for omtale av revisjon av loven i meldingen. I meldingen står det bl.a. at regjeringen vil

1. *vurdere å presisere krav til det nasjonale folkehelsearbeidet og arbeidet med utjamning av sosiale helseforskjellar*
2. *vurdere betre samordning av folkehelseloven og sosialtjenesteloven for å fremje 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 revisjon av loven omtalt:

*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.*

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

Meld. St. 5 (2023-2024) *Helseberedskapsmeldingen* løfter frem betydningen av god folkehelse om 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* 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.

## **1.5 Det viktigste endringene i folkehelseloven**

Forslaget til revidert folkehelselov inneholder endringer som skal bidra til å klargjøre ansvar, legger bedre til rette for samarbeid, helhet og systematikk, men inneholder ingen vesentlig endringer i grunnleggende ansvar og oppgaver for kommune, stat og virksomheter.

Det viktigste endringene i forslaget til revidert folkehelselov er følgende:

- Kommunens ansvar for folkehelse, som er spredt flere steder i dagens lov, samles i kapittel 2. Dette omfatter bl.a. at kommunens ansvar innen miljørettet helsevern i dag som står i kapittel 3 flyttes og harmoniseres med det øvrige folkehelsearbeidet.
- På bakgrunn av koronakommisjonen og utvalgets rapporter tydeliggjøres beredskapsbestemmelsene, herunder at enkelte bestemmelser som var i forskrift flyttes til lov, samt krav til forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap.
- Det systematiske folkehelsearbeidet justeres på to måter. Det stilles nye krav til at forslag til tiltak inngår i kommunale og fylkeskommunale beslutningsgrunnlaget. Kravet om evaluering av folkehelsearbeidet tydeliggjøres.
- Folkehelseprogrammet gjøres varig ved at fylkeskommunens oppgaver som følger av programmet legges i loven.
- To nye hensyn løftes fram spesielt. Dette gjelder kravet om å vurdere hensynet til barns beste, og til å vurdere situasjonen for den samiske befolkningen
- 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.

## **2 Formål, definisjoner og lovstruktur**

### **2.1 Gjeldende rett**

Dagens lovstruktur er en helhetlig regulering av folkehelsearbeidet som omfatter alle tre forvaltningsnivåene; kommune, fylkeskommune og stat, men på statlig nivå primært statlige helsemyndigheter. 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, fremfor å stille krav om bestemte tiltak innenfor ulike innsatsområder som for eksempel alkohol- og tobakksforebygging, fysisk aktivitet mv. Viktige elementer

i det systematiske folkehelsearbeidet er konkretisering av oversikt over helseutfordringer og forankring på politisk nivå gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven.

Kapittel 1 omfatter innledende bestemmelser som formål virkeområdet og definisjoner. Kapittel 2 er kommunens ansvar. Kapittel 3 er miljørettet helsevern, som også omfatter kommunens ansvar for miljørettet helsevern. Kapittel 4 er fylkeskommunes ansvar og kapittel 5 er statlige myndigheters ansvar. Kapittel 6 er om 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.

Prop. 90 L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeidet* 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 mm. og derved inngikk som en del av folkehelsearbeidet. Begrepsbruken var også en videreføring fra 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.

I de siste 10 årene har det pågått et omfattende utredningsarbeid omkring livskvalitet og livskvalitetsmåling. Regjeringa varslet i folkehelsemeldingen «ein nasjonal livskvalitetsstrategi i 2024, med mål om å jamne ut sosiale forskjellar i livskvalitet, og som kan gi eit betre heilskaplig mål på samfunnsutviklinga som speglar befolkninga si oppleving av kva som er viktig for eit godt liv». Strategien skal bidra til å gi et bedre, helhetlig mål på hvordan livskvalitet kan brukes som et mål på og for samfunnsutviklingen i Norge.

Internasjonalt benyttes «wellbeing» om livskvalitet. 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, inntekt og arbeid, boligmiljø, nærmiljø og trygghet. De subjektive og objektive komponentene i livskvalitet påvirker hverandre. I WHO-sammenheng vanlig å bruke begrepsparet «health and wellbeing», helse og livskvalitet.

Livskvalitet som mål går utover forhold som berører befolkningens helse. Folkehelseloven rammer derfor bare delvis inn innsats for å fremme livskvalitet.

## **2.2 Departementets vurderinger og forslag**

Under formål, definisjoner og ansvar til kommuner, fylkeskommuner og stat er folkehelsearbeid noe ulikt formulert selv om det innholdsmessig er ment å være likt.

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

Videre forslår departementet å samle bestemmelsene om kommunenes ansvar til kapittel 2. Gjennom innspillmøter mv. har departementet fått tilbakemelding om at det er vanskelig å få en helhetlig oversikt i loven om kommunens ansvar og oppgaver, da dette står på mange 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 internkontroll flyttes til kapittel 2. Dette slik at alle bestemmelsene knyttet til kommuners systematiske folkehelsearbeid samles i kapitlet «kommunens ansvar», herunder hvilke oppgaver som omfattes av kommunens internkontroll.

Forslaget er også å flytte to bestemmelser i forskrift om miljørettet helsevern til folkehelseloven. Dette gjelder 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. Det samme gjelder bestemmelsen i forskrift om miljørettet helsevern om «*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*», som flyttes til beredskapsbestemmelsen i folkehelseloven. Begrunnelsen for dette er at bestemmelsene fastsetter grunnleggende ansvar. Selv om dette ikke medfører en reell endring i krav til virksomheter, er dette likevel en tydeliggjøring av ansvaret for å beskytte mot helseskade.

Departementet foreslår å ta bort trivselsbegrepet ut av folkehelseloven. Trivsel erstattes av begrepet livskvalitet, som i perioden siden folkehelseloven kom i 2012 har fått et mer distinkt innhold. Moderniseringen av språket vurderes ikke å ha materiell betydning. Det betyr at livskvalitet skal forstås i folkehelseloven er innenfor det som i dag defineres som folkehelse. Livskvalitet som går utover forhold som berører befolkningens helse omfattes ikke av denne loven.

Folkehelse og folkehelsearbeid beholdes som de overordnede begrepene i loven, som utdypes der det er egnet med begrepsparet «helse og livskvalitet», med en tydelig referanse til språkbruken på engelsk. I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig å bruke helsebegrepet alene, for eksempel i sammenheng med fare for liv og helse. På bakgrunn av dette foreslår departementet at ny formålsbestemmelse blir:

*Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse herunder livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og utjevner sosiale helseforskjeller.*

*Loven skal bidra til å beskytte befolkningen mot helsetrusler og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og 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.*

### **3 Prinsipper mv**

#### **3.1 Gjeldende rett**

I Prop. 90 L (2010-2011) 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 disse prinsippene. Prinsippene står ikke direkte i loven, men flere av bestemmelsene i loven er en operasjonalisering av disse prinsippene. Formålet i loven om å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller (§ 1) og krav om at kommunene skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (§5), bygger på prinsippet om utjevning. Bærekraftig utvikling kommer også til uttrykk i formålsbestemmelsen, gjennom bruk av begrepet langsiktig (§ 1). Kravet om at kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt (§ 4) bygger på prinsippet om helse i alt vi gjør. Helse i alt vi gjør ligger også til grunn for virkemidlene som skal sikre samordning av tiltak mellom sektorene og mellom forvaltningsnivåene (§§ 4-7 og §§ 20-25) og er grunnlaget for at ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen ble lagt til kommunen som sådan, og ikke til helse- og omsorgstjenesten. Føre-var kommer til anvendelse ved fastsetting av normer for godt folkehelsearbeid (§ 24) og til uttrykk i virkemidlene etter kapittel 3 gjennom vilkåret om helserisiko (§§ 11-17) og hva som er nødvendige folkehelseiltak (§ 7).

Det vises til prop. 90 L (2010-2011) for beskrivelse av de ulike prinsippene. Innholdet i prinsippene må også ses i lys av kunnskapsutviklingen på området siden gjeldende folkehelselov ble innført.

#### **3.2 Departementets vurderinger og forslag**

Departementet foreslår at de fem prinsippene som nevnt over fortsatt legges til grunn som grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. I tillegg til de fem etablerte prinsippene foreslår departementet også at prinsipper om kunnskap og om barns beste-vurderinger bør legges til grunn

*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.



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 deltagelse og medvirkning fra befolkningen<sup>3</sup>.

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 klimatilpasning, naturmangfold og et trygt, rent og giftfritt miljø for alle er viktig for befolkningens helse og fordeling av helse. I et folkehelseperspektiv, og for å sikre sosial bærekraft, må klimaomstillingen og fordeling av natur og miljøgoder være sosialt rettferdig.

#### *Helse i alt vi gjør og samordning*

I dagens prinsipp om helse i alt vi gjør gjelder implisitt også samarbeid og samordning, men dette er ikke tydeliggjort. Departementet foreslår at dette tydeliggjøres, ved at det under prinsippet om at helse skal ivaretas i alle sektorer og på alle forvaltningsnivå (helse i alt vi gjør) at disse skal så langt det er hensiktsmessig samordne sin virksomhet. For å legge til rette for en helhetlig samfunnsmessig innsats i folkehelsearbeidet, er et hovedformål med loven å sikre forsvarlig samordning av folkehelsearbeidet (§ 1). Kommunene skal blant annet samarbeide med andre myndigheter, virksomheter og frivillig sektor (§ 4), fylkeskommunene skal samordne folkehelsearbeidet (§20) i fylket gjennom sin pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet og departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner (§ 7.d. i utkast til revidert lov).

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.

Det skjer mye samarbeid og samordning på statlig, regionalt og kommunalt nivå, men det er krevende å få det til i praksis. Det er behov for å tydeliggjøre samordning og samarbeid som forutsetninger for et effektivt og forsvarlig folkehelsearbeid, og departementet foreslår samordning og samarbeid som prinsipp for gjennomføring av folkehelsearbeid.

---

<sup>3</sup> Hofstad og Bergsli (2017) Folkehelse og sosial bærekraft, en sammenlikning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger, NIBR-rapport 2017:15.

### *Medvirkning*

Medvirkning handler om at de som bruker en tjeneste, er med på å påvirke hvordan tjenesten skal være. De fleste folkehelse tiltak er imidlertid ikke brukerrettede tjenester på individnivå, men samfunnsrettede tiltak, rettet mot en større befolkningsgruppe.

Medvirkning er likevel viktig, blant annet gjennom innbyggerdialog og samarbeid med lag og foreninger.

Dagens folkehelselov §4, 3. 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, og at det med fordel kan skje mer systematisk.

Departementet foreslår at kravet om medvirkning ikke bare skal gjelde kommunene, men også fylkeskommunen og staten. Det vises til kapittel 17, som omtaler de konkrete forslagene.

### *Kunnskap*

Kunnskap er nødvendig for å kunne ta gode beslutninger, på lokalt, regionalt og statlig nivå. Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid bidrar også til bedre måloppnåelse og bedre ressursbruk. Det foreslås derfor at kunnskap tas inn som et prinsipp i bestemmelsen om grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. Prinsipp om kunnskap må også ses i sammenheng med føre var-prinsippet.

Selv om kunnskap ikke er uttalt som et grunnleggende prinsipp for gjeldende folkehelselov, ligger kunnskap som grunnlag for et godt folkehelsearbeid til grunn for systematikken i folkehelseloven. Det vises blant annet til kravet til oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen, jf. §§ 5, 21, 24, Helsedirektoratets ansvar for å tilgjengeliggjøre statistikk til kommuner og fylkeskommuner, jf. § 24 og Folkehelseinstituttets ansvar for forskning og kunnskapsoppsummeringer på folkehelseområdet, jf. § 25. Kunnskapsproduksjon skjer i arbeidet med å ha 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.

Departementet foreslår forsterke innsatsen for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Det vises til omtalen i kapittel 16.

### *Barnas beste*

Departementet foreslår at hensynet til barnas beste skal legges til som en sentral føring i tolkningen av loven, i tråd med det som allerede gjelder etter grunnloven § 104. Det følger av grunnloven § 104 at "*Ved handlingar og i avgjerder som vedkjem born, skal kva som er best for barnet, vere eit grunnleggjande omsyn*". Departementet mener at dette vil synliggjøre kravet om å ta hensyn til barns beste i folkehelsearbeidet. Vurderinger av

barns beste må også ses i sammenheng med de prinsipper folkehelsesloven allerede bygger på. Departementet foreslår at det under bestemmelsen om tiltak, jf. forslag til nytt 3. ledd i § 7 at ved utforming og iverksetting av tiltak skal barnas beste vurderes og vektlegges. Tilsvarende foreslås det krav til fylkeskommunene i §21a, 3. ledd og til staten i §22, 3. ledd.

## **Del 2: Oppgaver og ansvar for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter**

### **4 Folkehelse som en del av det kommunale plan- og styringssystemet**

#### **4.1 Gjeldende rett**

Det som påvirker befolkningens helse og livskvalitet og fordelingen av denne er et resultat av en rekke faktorer i mange sektorer, slik som bolig, skole, handel, tjeneste- og fritidstilbud, arealbruk og transport. De sektorene som sitter med 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/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. Folkehelseloven 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.

§§ 4-7 er sentrale bestemmelser i dagens folkehelselov. § 4 beskriver 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. § 5 setter krav til kommunens oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. § 6 setter krav til anvendelsen av oversikten som grunnlag for kommunal planstrategi og at kommunene må fastsette mål og strategier for å møte sine folkehelseutfordringer. § 7 setter krav til å iverksette tiltak for å møte utfordringene.

Etter plan- og bygningsloven er kommunal planstrategi det eneste dokumentet eller loven som regelmessig (hvert 4. år) må politisk behandles. At folkehelseutfordringene inngår der, er dermed viktig for god politisk forankring. 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, med handlingsdel/ økonomiplan, og en arealdel. Mål og strategier om folkehelse og utjevning integreres, avveies og samordnes med andre interesser i samfunnsdelen. Samfunnsdelen legger føringer for prioriteringer i handlingsdel/ økonomiplan, dvs. også sektorenes virksomhet, arealplanleggingen og tiltak generelt.

§§ 20 og 21 viser til hhv. fylkeskommunenes ansvar, herunder om understøttelse av kommunene, tilsvarende i § 23 om statsforvalters ansvar.

## 4.2 Departementets vurderinger og forslag

I innspill til folkehelsemeldingen var det en klar tilbakemelding om behovet for bedre samordning mellom det systematiske folkehelsearbeidet og plan- og styringssystemet til kommunen. 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, bl.a. som oppfølging av folkehelseloven. Rapportene viser utvikling av fagområdet og gir et bilde av status for lokalt folkehelsearbeid i dag.<sup>4</sup> Selv om folkehelse er relativt godt ivaretatt på planstrategi nivå, er det mindre ivaretatt i andre planer hvor ansvar til de ulike sektorene er mer konkret beskrevet, herunder også 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 ut over kvaliteten og ressursbruken i tjenesten. Det er fortsatt mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringer på dagsorden 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 hensynet til barn og unge mot andre interesser<sup>5</sup>. 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 og sentralt for å ivareta folkehelse og fordeling i oversiktsarbeid, planlegging, forvaltning og tjenesteyting i kommunene, i tillegg til understøttelse av kommuner med størst behov.

---

<sup>4</sup> [Status for systematisk folkehelsearbeid i kommunene - Helsedirektoratet](#); Hofstad, H. (2018). *Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp?* Oslo; Hanssen og Aarsæther (2018a). *Plan- og bygningsloven – fungerer loven etter intensjonene?* Oslo, Universitetsforlaget. Hanssen og Aarsæther (2018b). *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo, Universitetsforlaget. Helsedirektoratet (2015) [Folkehelsepolitisk rapport 2015 Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet](#), Rapport 2015, [Helsedirektoratet \(2017\) Folkehelsepolitisk rapport 2017 Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet](#), Rapport 2017, Helsedirektoratet (2021) [Sektorrapport om folkehelse](#), Rapport 2021

<sup>5</sup> [ODA Open Digital Archive: Hvordan ivaretas hensynet til barn og unge i planlegging etter plan- og bygningsloven \(2008\)? \(oslomet.no\)](#)

Når det gjelder arbeidet med kommunale oversikter over folkehelseutfordringer er det gjort en stor jobb i kommunene. Evalueringer har vist at mange kommuner bruker mye tid og ressurser med å lage oversikter. Dette er også regulert i [egen forskrift](#).

Folkehelseprofilene inngår som et sentralt element og er en viktig faktor for å dytte dette i gang. Godt kunnskapsbasert folkehelsearbeid er viktig, men mye arbeid med oversikter kan ses på som unødvendig dersom disse ikke får den betydningen som forutsatt. Det kan være en ubalanse mellom det å jobbe med oversikter og vurderinger om årsaker på den ene siden, og det å utvikle og iverksette effektive tiltak på den andre siden.

Departementet foreslår at oversikt bestemmelsen endres slik at oversikten avgrenses til det som er relevant for planbehov, aktuelle tiltak og handlinger. Det er ikke oversikten i 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.

Det bør legges til rette for at anbefalingene danner grunnlag for politiske vurderinger. Kommuneoverlegen bør aktivt spille inn i disse vurderingene, og sammen med folkehelserådgivere, miljø- og helsepersonell og andre fagpersoner gi et godt faglig grunnlag for administrative og politiske vurderinger av tiltak.

Forslag til løsninger bør komme klarere frem som en del av arbeidet med kommunal planstrategi, og føringer for kommunenes planarbeid. Kommunal planstrategi skal resultere i et forslag om kommunens planbehov for neste fireårsperiode som legges frem politisk. I dagens § 6 står det at oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Departementet mener det ikke er aktuelt å sette et konkret krav til innholdet i planstrategien i folkehelseloven, men til hva som skal være grunnlaget for strategien. Departementet foreslår at det legges til en presisering i at det som grunnlag i arbeidet med kommunal planstrategi skal inngå en avklaring av planbehov på folkehelseområdet og strategiske drøftinger knyttet til folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Videre foreslår departementet at det legges til en setning i revidert lov § 6 andre ledd at kommunen i sitt arbeid med kommuneplaner skal ta stilling til tiltak - i tillegg til mål og strategier som står i dagens bestemmelse. Dette dreier seg en vurdering av tiltak på overordnet nivå, slik at det er egnet til å innarbeides i kommuneplanens handlingsdel.

Departementet foreslår en ny bestemmelse om kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling og det lokale folkehelsearbeidet. Det vises til nærmere omtale i kapittel 16.2.

Departementet foreslår en ny bestemmelse om at det ved utforming og iverksetting av tiltak skal vurderes og vektlegges hensynet til barnas beste. Det vises til veiledning til Barneloven.

## 5 Kommunens ansvar for miljø og helse

### 5.1 Gjeldende rett

Miljørettet helsevern er definert i § 8 i folkehelseloven: «<...> 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».

Etter folkehelseloven § 9 skal kommunen føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap. Kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom etter første ledd skal dokumenteres særskilt, også uavhengighet og likebehandling i tilsynet.

Forarbeidene til folkehelseloven forklarer historikken bak miljørettet helsevern-begrepet, jf. Prop. 90 L, pkt. 12.1.1. «Begrepet miljørettet helsevern kom inn i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 ved en endring i 1987, da § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern kom inn i loven. Det erstattet da det tidligere begrepet ”helserådstjenesten”. Helserådstjenesten var et vidt definert begrep som omfattet det meste av det vi i dag kan kalle folkehelsearbeid. I Ot.prp. nr. 66 (1981-82) uttales det at bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven om helserådstjenesten ikke innebærer noen reell endring av de tidligere helserådenes oppgaver. Da begrepet helserådstjenesten så ble endret til miljørettet helsevern i 1987 er det flere steder i motivene vist til at dette ikke innebærer noen innsnevring av virkeområdet for den tidligere helserådstjenesten, altså at begrepet miljørettet helsevern fortsatt omfatter alt som kan ha innflytelse på sunnhetsstanden, jf. sunnhetsloven § 1.» For eksempel er ernæringsarbeid og arbeid med sosiale miljøfaktorer nevnt eksplisitt i forarbeidene til loven som en del av miljørettet helsevern.

### 5.2 Departementets vurderinger og forslag

Folkehelseloven kom som et resultat av samhandlingsreformen. Kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven, som omfattet miljørettet helsevern, ble flyttet uten å gjøre større endringer over i folkehelseloven (kapittel 3) da kommunehelsetjenesteloven ble opphevet og erstattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelseloven. Dette medførte at miljørettet helsevern ikke helt ble helhetlig integrert i folkehelseloven. Kapittel 3 (miljørettet helsevern) inneholder definisjon av miljørettet helsevern, som har stor overlapp med folkehelsearbeid som er definert i kapittel 1. Videre inneholder kap. 3 kommunens ansvar, til tross for at kapittel 2 også omfatter kommunens ansvar. At loven ikke er helt konsistent svekker betydningen av den. Bestemmelser om kommunens ansvar er i folkehelseloven spredt på kapittel 2. Kommunens ansvar, kapittel 3. Miljørettet helsevern og kapittel 6. Samarbeid, beredskap, internkontroll, tilsyn mv. På innspillmøte om revisjon av folkehelseloven høsten 2023 kom det innspill om at kommunens ansvar etter loven er fragmentert, og det kommer ikke tydelig nok frem at kommunen har ansvar for kapittel 3 om miljørettet helsevern.

På bakgrunn av dette foreslår departementet å ta ut definisjonen av miljørettet helsevern i kapittel 3, men erstatte begrepet miljørettet helsevern med begrepet miljø og helse. Dette er allerede gjort i forskrift om miljø og helse i barnehager og skoler.

Departementet foreslår å samle disse i kapittel 2, slik at bl.a. kommunens ansvar for tilsyn med virksomheter og eiendommer står under kapitlet om kommunens ansvar. Videre foreslår departementet at bestemmelsene om samarbeid mellom kommuner, jf. dagens § 26, kommunens ansvar for samfunnsmedisinsk kompetanse, jf. § 27, kommunens ansvar for beredskap etter folkehelseloven, jf. § 28 og krav til internkontroll jf. § 30 flyttes til kapittel 2.

Ved å samle kommunens ansvar innen folkehelse, herunder tilsyn og beredskapsbestemmelsene i kapittel 2 blir det mer synlig hvilke virkemidler kommunen har, også politisk, for å ivareta sitt ansvar med å beskytte og fremme helsen, og at kommunen ser bruk av virkemidlene i sammenheng.

Videre er virkemiddelbestemmelsene, og krav til virksomheter i praksis anvendt smalere enn det som var opprinnelig ment. I dag er dette primært knyttet til fysiske og kjemiske faktorer som støy, inneklimate og ulykker, mens psykososiale og adferdsmessige miljøfaktorer i mindre grad vurderes, selv om disse faktorene potensielt kan medføre større helseskade i befolkningen og vil være dekket av kommunens ansvar etter kap. 2.

Omgivelsene kan påvirke helsa vår. For eksempel påvirker faktorer i matomgivelsene våre, som tilgjengelighet, befolkningens spisevaner, kosthold og helse. Selv om det er vanskelig å etablere en årsakssammenheng mellom tilbydere av hurtigmat nær skoler og økt risiko for fedme blant barn, har internasjonale studier funnet at nærhet til hurtigmattilbydere er assosiert med økt kroppsvekt. Norske data antyder at å vokse opp i et nabolag som har tilbydere av hurtigmat øker kroppsmasseindeksen.

Gitt den sterke sammenhengen mellom å ha fedme som barn og økt risiko for fedme som voksen i tillegg til den økte risikoen for ikke-smittsomme sykdommer, mener departementet at det også i dag er hjemmel etter loven å stille krav til miljøforhold som påvirker adferd, jf. § 8 i dagens bestemmelse «faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen». Det kan f.eks. være aktuelt å stille krav til virksomheters beliggenhet for å ikke medføre helseskade eller helsemessig ulempe, særlig med hensyn til barn. Steder i England og USA har f.eks. innført restriksjoner på tilbydere av hurtigmat rundt skoler.

Det foreslås ingen regelverksendringer knyttet til dette, men ivaretas ved veiledning.

## **6 Krav til virksomheter**

### **6.1 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 m.v. 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 gjødsel varer mv. av organisk opphav.

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 *«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.»* I tillegg til forskriftsbestemmelsen er det en indirekte bestemmelse i loven, jf. § 14 i folkehelseloven, der *"Kommunen 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 falle under 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 helt kortvarig støyforhold. Dette kan være sjenerende og forstyrrende for omgivelsene, men vil ofte ikke kunne betraktes som en «helsemessig ulempe». Helt kortvarige støyforhold vil normalt falle utenfor, med mindre støynivået er så høyt at det er fare for helseskade.<sup>6</sup>

Kravet er også avgrenset mot regulering av produkter som sådan, som er regulert på annen måte, jf. matloven, alkoholloven, tobakkskadeloven, produktkontroll loven mv.

Bestemmelsen må også ses i sammenheng med forskriften § 3 om forholdet til annet regelverk. Det følger av bestemmelsen at *«Helsehensyn 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 kravene til virksomhet og eiendom har en sikkerhetsnettfunksjon og at hensynet til helse så langt som mulig skal ivaretas gjennom andre sektors regelverk. At helsekonsekvenser skal utredes og tillegges vekt i beslutninger innen alle sektorer i kommune, fylkeskommune og stat følger av

---

<sup>6</sup> Departementets merknader til § 7 i forskrift om miljørettet helsevern

folkehelseloven § 4, § 20 og § 22, og gjenspeiler prinsippet om «helse i alt vi gjør»/Health in All Policies. Annet regelverk kan stille helsebegrunnede krav, for eksempel byggeteknisk forskrift og forurensningsforskriften. 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 miljøfaktorer vil kunne utgjøre en større helsefare enn miljøfaktorene vil gjøre enkeltvis, må det foretas en helhetsvurdering av hvorvidt forholdene til sammen er over tålegrensen<sup>7</sup>.

Kravet til virksomhet og eiendom knytter seg til helsemessige hensyn, og ikke andre hensyn, for eksempel økonomiske hensyn eller behovet for helhetlig planlegging. Dette vil imidlertid ha betydning for bruk av virkemidlene i kapittel 3, herunder krav til forholdsmessighetsvurderinger, og vurderinger etter plan- og bygningsloven, herunder krav til konsekvensutredninger, der konsekvenser for befolkningens helse og fordeling av den er en av flere typer konsekvenser som skal vurderes.

## 6.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vurderer at det generelle kravet til virksomhet og eiendom om «*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. Det foreslås derfor at kravet flyttes fra forskrift om miljørettet helsevern § 7 til folkehelseloven kapittel 3. 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 i dag en rettslig standard, som betyr at bestemmelsen viser til faglige normer som gjelder på det aktuelle området. Dette er nærmere omtalt i prop. 90 L (2010-2011).

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.

Endringen vil i utgangspunktet ikke føre til nye i 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.

For det første gjelder kravene i forskrift om miljørettet helsevern ikke miljømessige forhold som oppstår i boliger og på fritidseiendommer, hvis ikke slike forhold kan virke inn på omgivelsene utenfor, jf. forskriften § 2 første ledd. Miljømessige forhold som oppstår i boliger og fritidseiendommer, og som kun har innvirkning på beboerne, skal altså ikke omfattes av forskriften. Forhold i en bolig har innvirkning på andre, for eksempel leietakere eller naboer, og omgivelsene for øvrig, omfattes av forskriften.

---

<sup>7</sup> Departementets merknader til § 3 i forskrift om miljørettet helsevern

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 etter sunnhetsloven.

Departementet vurderer at det grunnleggende kravet til helsemessig tilfredsstillende virksomhet og eiendom likevel bør flyttes til loven, og at avgrensningen mot forhold av ren privat karakter uten påvirkning på andre kan ivaretas gjennom presisering i forarbeidene til loven. Departementet foreslår at dette ivaretas ved at det i forskrift kan gis unntak i bestemmelsen for miljømessige forhold i boliger og fritidseiendommer der forholdene kun påvirker den som er ansvarlig for forholdet, tilsvarende som i dag.

For det andre vil endringen 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. I forarbeidene til forskrift om anvendelse av helselover – og forskrifter for Svalbard og Jan Mayen er det fremhevet 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. Det er også fremhevet at dersom forskrifter skal gjøres gjeldende, bør det gjøres enkelte tilpasninger som kan ivareta de særlige forhold ved Svalbardsamfunnet og som var ivarettatt i sunnhetsforskriften, frem til den ble opphevet i forbindelse med forskriftsendringene i 2015.

Departementet vurderer at behovet for tilpasninger til særlige forhold ved Svalbardsamfunnet i hovedsak er knyttet til de deler av forskrift om miljørettet helsevern som omhandler kommunens arbeid og virkemidler, jf. forskriften kapittel 2, og at kravene til virksomhet og eiendom i forskriften kapittel 3 og 3a i stor grad tilsvarer krav som tidligere framgikk av den opphevede sunnhetsforskriften.

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 lokalstyres tilsyn, herunder kunne pålegges retting, stansing, tvangsmulkt mv.

Departementet foreslår at å legge til i bestemmelsen om helsekonsekvensvurderinger at også Helsedirektoratet, i tillegg til kommunene, kan pålegge en som planlegger eller driver virksomhet å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet.

Dette gjelder forhold som går ut over enkeltkommuner, f.eks. virksomheter som driver regionalt eller nasjonalt. Det vil fortsatt fremgå i bestemmelsen at dette bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes. Dette må ses i sammenheng med grunnleggende krav til virksomheter og eiendom om å ikke medføre fare for helseskade eller helsemessig ulempe, og at virksomhetene må kunne dokumentere at de oppfyller dette kravet.

Pålegg om helsekonsekvensutredning som gis av Helsedirektoratet kan påklages til Helse- og omsorgsdepartementet

## 7 Beredskap

### 7.1 Gjeldende rett

Kommunen har ansvar for å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Dette omfatter også nødvendige beredskapsforberedelser, samt å beskytte befolkningen mot helseskader i kriser.

Etter folkehelseloven § 28 første ledd skal *kommunen, fylkeskommunen, statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet ha ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.*<sup>8</sup> Kapittel 2 og 3 i folkehelseloven omfattes av helseberedskapsloven, men planplikten jf. § 2-2 i helseberedskapsloven omfatter i dag kun kapittel 3 (miljørettet helsevern).

Kommunene skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Dette betyr også oversikt over potensielle trusler mot folkehelsen. Kommunen skal etter kapittel 3 i dag ha tilsyn med faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Dette innebærer både å ha oversikt og iverksette nødvendige tiltak, herunder gi pålegg om retting eller stansing av virksomheter.

I prop. 90 L (2010-2011) står det at i vurdering av helseutfordringer etter § 5 ligger det implisitt et krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter. Dette kan blant annet være industrivirksomheter med fare for kjemikalie, biologisk, radioaktiv forurensing, eller annen type risiko som kan være en trussel mot befolkningens helse. Videre vil kommunen etter § 7 (krav til å iverksette tiltak) også måtte vurdere beredskap knyttet til risiko for ekstraordinære hendelser med betydning for folkehelsen.

Etter forskrift om miljørettet helsevern skal kommunen gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på befolkningens helse, og legge det til grunn for sin mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til

---

<sup>8</sup> Henvisningen til helseberedskapsloven § 2-1 er feil for fylkeskommunen og Folkehelseinstituttet, fordi disse organene ikke har ansvar etter helseberedskapsloven. Dette blir rettet i revisjonen.

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. Dette omfatter også tilfeller der eiendommen eller virksomheten befinner seg i et område som er eksponert for negative miljøfaktorer eller der det vil medføre fare for helseskade å bevege seg til virksomheten eller oppholde seg i eller i nærheten av virksomheten eller eiendom.

Kommunelegen har hastekompetanse på vegne av kommunen i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, og har blant annet ansvar for epidemiologiske analyser, jf. smittevernloven.

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 å bruke sine virkemidler. Men staten kan fastsette forskrifter også i en krisesituasjon, f.eks. stenge (forby) bestemte type virksomheter eller aktiviteter, eller sette krav til drift. Men det er kommunen som er tilsynsmyndighet.

## 7.2 Departementets vurderinger og forslag

For å synliggjøre at kommunens ansvar for å ha oversikt også omfatter forhold av beredskapsmessig karakter foreslår departementet i bestemmelsen om oversikt, jf. § 5 å presisere at dette også omfatter risikoforhold, samt vise til smittevernlovens bestemmelse om oversikt.

Forskrift om miljørettet helsevern beskriver kommunens beredskapsansvar for alle CBRNE-hendelser samlet. I lys av behovet for beredskapsforberedelser og tiltak også for miljøhendelser som en trussel mot folkehelsen, foreslår departementet å flytte bestemmelsen om beredskap i forskriften til folkehelseloven for å gjøre plikten mer synlig. Krav i forskrift om miljørettet helsevern § 5 annet ledd, første setning; *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* flyttes til beredskapsbestemmelsen i folkehelseloven. Departementet forslår også at § 6 i forskriften som omfatter varsling tas inn i lov.

Ved helsekriser, slik som en atomhendelse eller smittevernhendelse vil tiltak for å håndtere hendelsen, slik som stenging av virksomheter mv. kunne ha andre negative konsekvenser for befolkningens helse generelt og for enkelte grupper spesielt. Oversikt over befolkningens helse, jf. forslag til revidert bestemmelse i folkehelselovens § 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,

eller forsterke oversikten, slik at konsekvenser av tiltakene blir korrigert eller kompensert forløpende med andre folkehelseiltak, jf. § 7. Dette gjelder også krav til fylkeskommunen og statens oversikt, jf. §§ 21, 22, 24 og 25. Tiltaksplikten for å ivareta befolkningens helse jf. § 7 vil også omfatte ev. nødvendige kompenserende tiltak etter lovens formål, spesielt § 1 andre ledd: *Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.*

Departementet understreker at tiltak med hjemmel i folkehelseloven også skal omfatte kompenserende tiltak i kriser. Tilsvarende gjelder statens tiltaksplikt.

Som følge av forslaget om å samle kommunens ansvar i kapittel 2, følger det at planplikten etter helseberedskapsloven som nå er avgrenset til kapittel 3 i loven, flyttes til deler av kapittel 2.

Etter dagens bestemmelser er myndigheten etter kapittel 3 kun lagt til kommunen, om f.eks. å stenge eller kreve retting av virksomheter som medfører en overhengende fare for helseskade. Ved en større miljøhendelse som truer liv og helse, kan det være aktuelt å stenge bestemte virksomheter over et større geografisk område. Dette kan f.eks. være å stenge skoler ved en atomhendelse. Departementet foreslår at det gis hjemmel i folkehelseloven for at Helsedirektoratet ved spesielle situasjoner kan utøve myndighet i helsekriser. Dette foreslås kun å gjelde stansingsbestemmelsen jf. forslag til § 16 i revidert lov. Hjemmelen skal kun benyttes dersom det er overhengende fare for liv og helse, og som berører flere kommuner.

## **8 Smittevern**

### **8.1 Gjeldende rett**

Miljørettet helsevern kan også omfatte smitteverntiltak, jf. dagens definisjon (bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer). Ved miljøspesifikke smittevernhendelser, som utbrudd av legionella, er folkehelseloven den primære hjemmel for å stenge og avgrense en smittekilde. Folkehelseloven er også den primære hjemmel for krav til hygiene og forebyggende smitte i virksomheter generelt. Smittevernlovens krav til forebygging er primært rettet mot smitte i helsetjenesten, blant annet ved forhåndsundersøkelser. Videre regulerer smittevernloven vaksinasjon. Både individrettede og befolkningsrettede tiltak etter smittevernloven er knyttet til håndtering av hendelser og utbrudd av smittsomme sykdommer, og ikke for grunnleggende forebyggende smittevernarbeid.

For andre smittevernhendelser fungerer folkehelseloven mer som et sikkerhetsnett, dvs. den kan fange opp alle typer biologiske faktorer. Videre er det i forskrift også regulert smittevern i skoler og barnehager, 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, som gjør at kommunene har et bredere sett av virkemidler også i en smittevernhendelse, spesielt der situasjonen tilsier å sette krav til virksomheter og eiendom.

## 8.2 Departementets vurderinger og forslag

Smittevern er en sentral del av kommunens og statens ansvar etter folkehelseloven til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkningen på befolkningens helse. Videre er det en sammenheng mellom smittevern og andre områder innen folkehelsearbeidet. Risiko for sykdom og død ved en smittevernhendelse er påvirket av den generelle helsetilstanden i befolkningen.

Departementet foreslår at det i § 5 i folkehelseloven vises til smittevernlovens bestemmelse om kommunens og kommuneoverlegens ansvar til å ha oversikt over art og omfang av smittsomme sykdommer.

Videre foreslår departementet å legges smittevern inn i folkehelselovens § 7 om at kommunen må iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer.

Det vil gi føringer for § 6 om mål og planlegging. Det kan ha betydning for at kommunene har planer for å gi befolkningen tilbud om vaksiner i de nasjonale vaksinasjonsprogrammene som en del av kommunens handlingsdel. Dette, i tillegg til § 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. Som nevnt over må en helhetlig plan for å forebygge og begrense smitte også gjelde virksomheter og eiendom som ikke er helse- og omsorgstjenester.

## 9 Kommuneoverlege og samfunnsmedisinsk kompetanse

### 9.1 Gjeldende rett

Dagens bestemmelse i folkehelseloven er:

*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*

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.

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 folkehelse, herunder beredskap i helse- og omsorgstjenesten og forholdet til den akuttmedisinske kjeden/legevaktjeneste. En nærmere beskrivelse av innhold i de samfunnsmedisinske oppgavene er beskrevet i Prop 90 L (2010-2011) og gjentas ikke her.

Kommunelegefunksjonen er særskilt vurdert av Koronakommisjonen, se *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. Bl.a. uttaler kommisjonen:

*«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»*

Departementet har gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å utgi en veileder rettet mot kommunens ledelse om klargjøring av de samfunnsmedisinske oppgavene. Formålet er å ansvarliggjøre kommunens ledelse. Som en del av oppdraget skal de også foreslå endringer i lov og forskrift som er aktuelle for å legge til rette for å innhente og benytte kommuneoverlegens medisinskfaglige vurderinger og råd i kommunens saksbehandling. Helsedirektoratet har etablert en arbeidsgruppe bestående av representanter bl.a. fra kommunal sektor og ulike fagmiljøer. Utkast til veileder har vært på høring med frist 15.oktober 2024.

## **9.2 Departementets vurderinger og forslag**

Kommunelegefunksjonen har siden sunnheitsloven av 1860 vært sentral i å fremme folkehelsen og å sikre befolkningen mot helsefare. Samfunnsrettede tiltak er grunnleggende for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Koronakommisjonen del 2 (NOU 2022:5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*) trekker fram 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 trekker fram betydningen av å ha et fagmiljø, noe som kan være vanskelig å opprettholde i mindre kommuner. Koronakommisjonen mener 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, som viste at 57 prosent av kommunene ikke hadde kontinuitetsplaner som ivaretar kommunelegefunksjonen. Manglende kontinuitetsplaner medfører en sårbarhet under kriser.



I folkehelsemeldingen står det bl.a. 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 bl.a. ved tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse innen smittevern, miljømedisin og strålevern. Kommuneoverlegene og samfunnsmedisinsk kapasitet og kompetanse er en kritisk faktor. I stortingsmeldingen fremgår 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 håndtere større helsekriser (utbrudd, miljøhendelse mv). Departementet foreslår at det i bestemmelsen om samfunnsmedisinsk kompetanse tas inn et tillegg om at kommunen må for å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap Dette kan bl.a. omfatte bruk av annen fagkompetanse/personell til oppgaver som ikke må utføres av kommuneoverlegen, omplassering av andre ressurser til kommunelegefunksjonen og etablering av vaktordning når krisen tilsier at det er behov for det.

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, eksempelvis for å kunne bistå kommunens kriseledelse under hendelser. Gjennom samarbeid kan kommunene sikre økt kapasitet og kontinuitet. Samarbeid om kommuneoverlegefunksjonen 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.

Å ivareta de samfunnsmedisinske oppgavene på en forsvarlig måte er kommunens ansvar og inngår kommunens krav til internkontroll. At kommunen har ansvar for de samfunnsmedisinske oppgavene, innebærer bl.a. å gi kommuneoverlegen forutsetninger for å ivareta sine oppgaver. Dette kan både handle om organisatorisk plassering, delegasjon av myndighet og at det er tilstrekkelig kapasitet.

Det kan være gjennom et tilstrekkelig antall kommuneoverlegestillinger, interkommunalt samarbeid, og med bruk av andre yrkesbakgrunner som miljømedisin i tillegg til samfunnsmedisin for å håndtere samfunnsmedisinske oppgaver. Det må også foreligge planer for kontinuerlig bemanning, og for oppskalering av samfunnsmedisinsk kapasitet ved hendelser som krever flere ressurser over tid, f.eks. 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.

For å tydeligere får frem i loven at ansvaret ligger hos kommunen som sådan, foreslår departement å flytte bestemmelse om kommuneoverlege fra kapittel 6 til kapittel 2 som omhandler kommunens ansvar. Videre foreslås at det i bestemmelsen om beredskap § 7b 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.

## 10 Interkommunalt samarbeid

### 10.1 Gjeldende rett

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 [Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven \(regjeringen.no\)](#) kapittel 2. Hovedprinsippet er at kommunene står fritt og at eventuelle samarbeid skal være frivillige. Det som omhandles videre her er samarbeid mellom kommuner for å løse lovpålagte oppgaver, herunder myndighetsutøvelse, etter folkehelseloven. Slikt samarbeid mellom kommuner for å sikre etterlevelse av folkehelseloven og for å forbedre og lette folkehelsearbeidet i den enkelte kommune, behøver imidlertid ikke innebære at 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.

### 10.2 Departementets vurderinger

Som også påpekt i motivene 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 er 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. Men dette gjennomføres ikke alltid i praksis.

Den såkalte Mulighetsstudien for VA-sektoren<sup>9</sup> 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 i særlig 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 gjøre 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<sup>10</sup> 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 frem 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 frem i Generalistkommuneutvalgets utredningen (NOU 2023: 9)<sup>11</sup> som en av flere viktige forutsetninger for å kunne opprettholde generalistkommunesystemet fremover.

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 fremgår 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 og mulighetene i den enkelte kommune, og det er viktig at kommunens fokus på de særlige behov og utfordringer kommunen står

---

<sup>9</sup> [mulighetsstudie-for-va-sektoren-rapport-oslo-economics.pdf \(regjeringen.no\)](#)

<sup>10</sup> [Mulige organisasjonsformer for den kommunale vann- og avløpssektoren | Norsk Vann](#)

<sup>11</sup> [NOU 2023: 9 - regjeringen.no](#)

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 forskjeller 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.

## **11 Fylkeskommunen**

### **11.1 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, gjennom partnerskap for folkehelse. Fra 1. januar 2010 ble dette ansvaret uttrykt gjennom Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Denne loven ble opphevet og innholdet lagt inn i gjeldende folkehelselov fra 1. januar 2012.

Fylkeskommunene har flere oppgaver som er regulert i kapittel 4 i folkehelseloven. Fylkeskommune skal for det første ivareta folkehelsehensyn gjennom de oppgaver fylkeskommunen er tillagt. Dette gjelder blant annet videregående opplæring, tannhelsetjenesten, forvaltning av veinettet, kulturfeltet mm.

Fylkeskommunen har også ansvar utover egen virksomhet, gjennom dens regionale rolle. Det følger av loven at fylkeskommunen har oversikt over folkehelseutfordringer i fylket, og at dette danner grunnlag for fylkesplaner. De har også et ansvar inn i det lokale folkehelsearbeidet i kommunene. Fylkeskommunen skal tilgjengeliggjøre opplysninger til kommunenes oversiktsarbeid. De skal bistå i gjennomføring av kommunalspesifikke undersøkelser samt analyser og vurderinger. De spiller videre en rolle i å formidle plan- og styringsrelevante data til kommuner med utgangspunkt i nasjonale og regionale oversikter.

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.

Fylkeskommunene bør i denne sammenheng ha et spesielt ansvar for kommuner som vil

ha størst nytte av det. Det er derfor viktig at fylket har tydelige rammer for sin understøtterrolle av kommunene.

Gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene har fylkeskommunene siden 2017 hatt en tilrettelegger for kunnskapsbasert utvikling av folkehelseiltak. Dette omfatter å inngå formelle samarbeid med kommuner om tiltaksutvikling og å rekruttere miljøer som kan bistå med å legge tiltakene til rette for 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 2. ledd har fylkeskommunen en understøtter- og samordningsrolle for 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. De har videre vært en viktig støttespiller for kommunene i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltakene som har blitt utviklet og har lagt til rette for kompetanseheving og nettverk, noe som har styrket kommunenes systematiske folkehelsearbeid.

## **11.2 Departementets vurderinger og forslag**

Fylkeskommunene skal på tilsvarende måte som kommunene skal 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 bestemmelser. Det fleste bestemmelsene er bare justert språklig eller plassering. Nedenfor kommenteres bare de materielle endringene.

Fylkeskommunen har i dagens folkehelselov et overordnet ansvar for å fremme folkehelse. Dette overordnede ansvaret videreføres i revidert folkehelselov. Departementet mener at fylkeskommunens overordnede ansvar gjelder tilsvarende som kommuner og staten, og ansvaret er derfor i §20, 1. ledd uttrykt på likelydende måte, om at «Fylkeskommunen skal fremme befolkningens helse, livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og 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». Det overordnede ansvaret rammes inn av påfølgende setning, om at dette «skal skje innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt».

På samme måte som kommunene har fylkeskommunene et krav om internkontroll etter folkehelseloven §30, jf. reglene i kommuneloven § 25-1. Departementet foreslår å samle bestemmelser om ansvar, ved å legge kravet internkontroll inn som nytt 2. ledd i §20.

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 ønskelig med en tydeligere struktur og en fastere regularitet i gjennomføring av undersøkelsene. Det vises til nærmere omtale av dette i kapittel 16.2.

Folkehelseprogrammet utløper i utgangen av 2026. Departementet legger til grunn at satsingen skal videreføres, men at midlene legges i rammen til fylkeskommunene. Dette er på bakgrunn av de positive erfaringene med folkehelseprogrammet, uttrykt gjennom følgeevalueringen av programmet. For å tydeliggjøre den ordinære oppgaven foreslår departementet en bestemmelse om at fylkeskommunen skal bidra til forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene, gjennom samarbeid med kommuner, stat, herunder statsforvalter, forsknings- og utviklingsinstitusjoner, helseforetak og næringsliv og frivillig sektor. Bestemmelsen innebærer en forpliktelse til å videreføre de oppgaver som fylkeskommunene har hatt i perioden, uttrykt gjennom årlig tildelingsbrev fra Helsedirektoratet. Bestemmelsen er likevel formulert mer åpent, for å legge til rette for regionalt handlingsrom.

Departementet mener at det er viktig å framheve fylkeskommunens rolle som moderator mellom kommuner og fagmiljøer for å styrke forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet i kommunene. Det vil være opp til fylkeskommunene å organisere dette arbeidet på egnet måte, men departementet vurderer at det er positive erfaringer gjennom regionale samarbeidsorgan, som har lagt til rette for involvering og samarbeid mellom mange aktører. Midtveiseevalueringen av programmet (NIBR 2022:5) fant at programmet har ført til at samarbeidet mellom fylkeskommunene og FoU/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 har i dialog med KS og fylkeskommunene bedt om et konkret innspill til hvordan folkehelseprogrammet skal videreføres etter endt programperiode. Innspillet er varslet i løpet av høsten 2024. Departementet vil legge betydelig vekt på dette innspillet i arbeidet med en lovproposisjon.

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 og staten. Det er likevel slik at plikten er avgrenset til fylker med en viss andel samisk befolkning. Dette gjelder særlig Innlandet, Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark, men kan også være aktuelt i andre deler av landet, for eksempel Oslo.

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 forslår 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 foreslås tilsvarende som for kommuner at oversikten og avklaringer av planbehov også inneholder faglige anbefalinger om tiltak for å møte folkehelseutfordringene. Det vises til omtalen i kapittel 4.

Departementet foreslår en ny bestemmelse om at det ved utforming og iverksetting av tiltak skal vurderes og vektlegges hensynet om barnas beste. Det vises til veiledning til Barneloven.

## 12 Det statlige folkehelsearbeidet

### 12.1 Forpliktelsen til å beskytte, fremme og utjevne helse

#### 12.1.1 Gjeldende rett

Folkehelseloven regulerer ansvaret til en rekke aktører, både virksomheter, kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Det statlige ansvaret er særlig uttrykt gjennom kapittel 5 i folkehelseloven.

Folkehelseloven § 22 stiller krav om at alle 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 (2011-2012) at bestemmelsen ikke pålegger konkrete plikter og oppgaver, slik som flere av bestemmelsene i folkehelseloven gjør for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, men den fastslår at det generelle utgangspunktet om at alle sektorer har et folkehelseansvar, også gjelder på statlig nivå. Stortinget forutsatte i Innst. 423 L (2010-2011) at statlige myndigheter skal velge en tilsvarende arbeidsform som er pålagt kommunene gjennom folkehelseloven.

Helsedirektoratet publiserte 29. mai 2024 den nasjonale veilederen [Virkninger 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 inneholde 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 sektorovergripende anbefalinger innenfor et tema, og ikke veiledning innenfor en sektor.

### 12.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Formålet med folkehelseloven 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». Den statlige forpliktelsen til å beskytte, fremme og utjevne befolkningens helse og livskvalitet er ikke eksplisitt uttrykt.

I Folkehelsemeldingen varslet regjeringen at den vil vurdere å presisere krav til det nasjonale folkehelsearbeidet, men ambisjonen er ikke nærmere konkretisert. En klargjøring av det statlige folkehelsearbeidet må 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 vurderer altså at det er i statens egeninteresse å fremme en befolkning med god helse.

«Barnas beste» vurdering foreslås som en føring i både det statlige, fylkeskommunale og kommunale folkehelsearbeidet. Det vises til omtale i kapittel 3.2.

Forpliktelsene må også forstås innenfor rammene av menneskerettigheter og inngåtte internasjonale avtaler, men også i relasjon til forventninger til kommuner og fylkeskommuner. Det er ikke annet regelverk som uttrykker dette eksplisitt, heller ikke dagens bestemmelser i folkehelseloven, utover lovens generelle formål. I folkehelseloven har kommuner og fylkeskommuner allerede et slikt eksplisitt krav.

Statens forpliktelser følger av internasjonale forpliktelser, slik de er uttrykt gjennom menneskerettighetene og inngåtte internasjonale avtaler slik som tobakkskonvensjonen og det internasjonale helsereglementet (IHR). Statens forpliktelser kan 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. Det finnes også konvensjonsbestemmelser som ikke omtaler retten til helse direkte, men som likevel er relevante i folkehelsearbeidet. Et eksempel på dette er bestemmelser fra Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) om retten til liv, retten til frihet og trygghet og retten til respekt for privatliv og familieliv.

I tillegg til det som er nevnt ovenfor forplikter Europarådets konvensjon om forebygging og motarbeidelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbul-konvensjonen) stater til å følge opp med tiltak for en helhetlig politikk, forebygging, bistand, vern og straffeforfølgning.

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. Det vises til kapittel 15.2.



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.

Internasjonale avtaler slik som tobakkskonvensjonen og protokollen om vann og helse, legger klare føringer for den nasjonale folkehelsepolitikken når det gjelder forebygging av tobakksskader.

Internasjonale forpliktelser om retten til helse kan bidra til å støtte opp under eksisterende folkehelseiltak og underbygge at nye tiltak blir iverksette. I noen tilfeller står ulike hensyn mot hverandre. Det gjelder blant annet i balansen mellom den individuelle friheten og behovet fellesskapet har for trygghet, og i balansen mellom motstridende individuelle retter. Det må gjøres konkrete vurderinger i den enkelte saken når disse hensynene skal veies mot hverandre.

Det er i innspillmøter mv gitt innspill om at statens forpliktelse til å forebygge sykdom og å fremme helse og livskvalitet er uttrykt på en uforpliktende måte og at det er en ubalanse mellom kommunenes ansvar og statens ansvar. Siden virkemidlene for å forebygge sykdom og fremme helse og livskvalitet i stor grad befinner seg utenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde, er det pekt på nødvendigheten av å forankre ansvaret bredt i staten og ikke bare i helseforvaltningen.

Departementet foreslår at folkehelseloven eksplisitt uttrykker statens forpliktelse for å bidra til å beskytte, fremme og utjevne befolkningens helse og livskvalitet, tilsvarende kravet til kommuner og fylkeskommuner. Kravet gjelder staten generelt, og det vil være opp til regjeringen å vurdere hvordan kravet skal oppfylles. Dette er tilsvarende som kravet til kommuner og fylkeskommuner.

Hensynet til befolkningens helse og livskvalitet og forhold som virker inn på denne vil berøres i en rekke saker. Det er i mange kommuner innført et fast system for å vurdere folkehelsekonsekvenser i alle politiske saker. Tilsvarende kan det være relevant å gjøre vurderinger på statlig nivå. Det normale bør være at slike vurderinger gjøres, selv om hensynet til helse og livskvalitet i en del tilfeller bør tillegges liten vekt. Hvor stor betydning et tiltak har for befolkningens helse og livskvalitet og hvilken vekt hensynet skal tillegges, sett opp mot andre hensyn, beror på en forholdsmessighetsvurdering. Departementet foreslår å videreføre dagens bestemmelse om at «statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant».

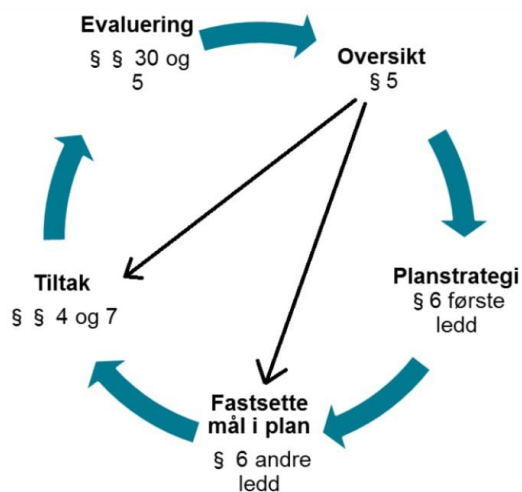
## 12.2 Det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå

### 12.2.1 Gjeldende rett

Et systematisk folkehelsearbeid på nasjonalt nivå innebærer at staten har oversikt over helsetilstanden til befolkningen og de faktorer som påvirker helsetilstanden. Denne kunnskapen og identifiserte folkehelseutfordringer skal legges til grunn i arbeidet med nasjonal folkehelsepolitikk, gjennom å fastsette mål, å iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene og evaluere resultatene. Metodikken omtales gjerne som Demings sirkel innenfor kvalitetsforbedrende prosesser.

Kommuners forpliktelse til et systematisk folkehelsearbeid – uttrykt gjennom ansvar beskrevet i folkehelseloven er i mange sammenhenger illustrert på følgende måte.

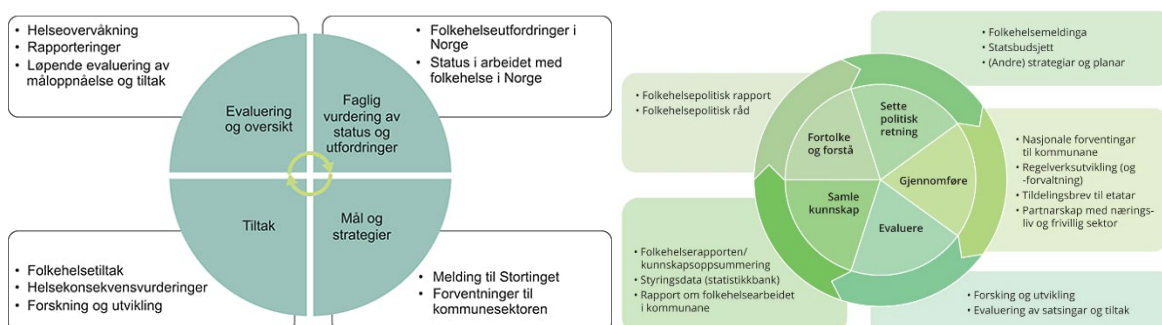
Figur 12.1 Illustrasjon av systematikken i det kommunale folkehelsearbeidet



Det statlige systematiske folkehelsearbeidet er beskrevet i flere folkehelsemeldinger. På litt ulikt vis framheves ansvaret for å ha

- en nasjonal oversikt over folkehelseutfordringer
- Å sette politisk retning
- Iverksette tiltak
- Evaluere og samle ny kunnskap og erfaringer som grunnlag for ny politikk.

Figur 12.2 Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå



Figurene er benyttet i henholdsvis Meld St 34 (2012-2013) God helse – felles ansvar og Meld St 12 (2022-2023) Folkehelsemeldingen - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar

Det statlige ansvaret er ikke beskrevet samlet i folkehelseloven, men elementer inngår. Helsedirektoratets ansvar i § 24 inneholder viktige delprosesser i det systematiske folkehelsearbeidet på statlig nivå, gjennom å *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.*

Gjennom å regulere Helsedirektoratets ansvar legges det et tydelig faglig uavhengig grunnlag for politiske beslutninger. Det har de senere årene blitt utviklet metoder for å beskrive folkehelseutfordringene. Sykdomsbyrdeberegninger gir en samlet oversikt over folkehelsen ved å beskrive hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer en befolkning gjennom for tidlig død og tid levd med helsetap. Det foreligger likevel ikke et normativt dokument som uttrykker hva som er de nasjonale folkehelseutfordringene i Norge i dag. Det vises også til omtalen av nylige endringer i arbeidsdelingen i den sentrale helseforvaltningen.

Folkehelseloven stiller ikke krav til politiske vurderinger på statlig nivå av de definerte folkehelseutfordringene. Vurderingene er likevel i praksis foretatt i forbindelse med stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken hvert fjerde år. Her er det også fastsatt nasjonale folkehelsemål. Folkehelsemeldingene gir også de overordnede rammene for tiltak, konkretisert gjennom årlige statsbudsjett.

### **12.2.2 Departementets vurderinger og forslag**

Folkehelseloven har siden den kom hatt et klart fokus på kunnskapsbaserte beslutninger og tiltak. Dette har bidratt til troverdighet og gjennomslagskraft, og bør videreføres.

Departementet foreslår å gjøre noen tilpasninger i dagens regelverk, der den ikke fungerer optimalt og å gjøre nødvendige endringer i tråd med endret ansvarsfordeling i sentral helseforvaltning etter gjennomgangen i 2023. Departementet har siden folkehelseloven kom i 2012 i hovedsak arbeidet i tråd med systematikken som det er forventet at kommuner og fylkeskommuner skal arbeide etter.

Tydelige roller og ansvar vurderes som viktig for å bedre samordningen mellom det lokale og nasjonale folkehelsearbeidet. 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 ovenfor kommunal sektor.

Støtte til kommuner omfatter i dag statistikk på kommunalt nivå som grunnlag for lokal planlegging, gjennom folkehelseprofiler, statistikkbanker, fylkeshelseundersøkelser mm. Samarbeidet mellom FHI og landets fylkeskommuner om de fylkesvise folkehelseundersøkelsene, med data på kommunenivå illustrerer samspillet mellom

forvaltningsnivåene. I tillegg omfatter dette å stimulere til lokal tiltaksutvikling, gjennom satsinger som Program for folkehelsearbeid i kommunene, Program for et aldersvennlig Norge 2030 og ulike strategier og handlingsplaner. Gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene har det også vært et viktig utviklingsarbeid for å styrke evaluering av folkehelseiltak, dels gjennom å spre erfaringer med egnevaluering og dels om evaluering etter vitenskapelige metoder.

Departementet foreslår at statens ansvar konkretiseres med et sett av oppgaver, etter modell av de kommunale forpliktelsene, slik de er uttrykt i kapittel 2 i folkehelsesloven. Dette innebærer å tydeliggjøre departementets ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og forhold som påvirker denne, som grunnlag for å fastsette nasjonale mål for folkehelsepolitikken og å gjennomføre nødvendige tiltak. Dette kravet vurderes i dag bare å være delvis oppfylt. Det er et omfattende datagrunnlag og statistikk om folkehelseutfordringer i Norge, men det foreligger ikke en entydig faglig anbefaling om hvilke folkehelseutfordringer det er størst grunn til å gripe fatt i gjennom nasjonal politikk. Tilsvarende inneholder ikke gjeldende folkehelsemelding en konkret beskrivelse av hva regjeringen vurderer som de største folkehelseutfordringene i Norge fremover, og folkehelsemålene står ikke i et eksplisitt forhold til utfordringene.

De fylkesvise folkehelseundersøkelsene er viktige for å få fram lokale data om helse og livskvalitet og påvirkningsfaktorer. Undersøkelsene gir mulighet til å belyse forskjeller mellom samisk og øvrig befolkning. Undersøkelsene gjennomføres av Folkehelseinstituttet, i et samarbeid mellom FHI og landets fylkeskommuner. En utfordring i dag er at undersøkelsene gjennomføres med ujevne mellomrom. Det vises til omtale i kapittel 16.2.

Ved å tydeliggjøre de ulike fasene i statens folkehelsearbeid om oversikt, plan og tiltak for staten vil den nasjonale folkehelsepolitikken få mer forutsigbare rammebetingelser. Det vil også kunne gi mer helhetlig og prioriterte føringer for valg av tematikk i folkehelseprofilene, nasjonale forventninger til kommunal og fylkeskommunal planlegging og til forventninger og forpliktelser overfor andre statlige myndigheter. Også for den statlige folkehelsepolitikken vil forholdsmessighet gjelde, dvs. at tiltak må avveies opp mot andre samfunnsinteresser.

I tråd med forpliktelsen om at kommunenes folkehelsearbeid skal være kunnskapsbasert, vil tilsvarende prinsipper gjelde for staten, se kapittel 16. Det er et betydelig behov for at nasjonale folkehelseiltak effekt-evalueres, for å sikre en best mulig ressursutnyttelse på lang sikt.

## **12.3 Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets ansvar**

### **12.3.1 Gjeldende rett**

Bestemmelsene i kapittel 5 regulerer oppgaver og arbeidsdeling i den statlige helseforvaltningen, for Statsforvalter, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. I Prop L 90 (2011-2012) 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 ble endret i forbindelse med organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning, gjeldende fra 1. januar 2024. 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.

Det er lagt til grunn av Helsedirektoratet skal videreføres som en helhetlig myndighetsetat med «følge-med funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen folkehelseområdet. Folkehelseinstituttet skal videreutvikles til en spisset kunnskapsetat med ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning.

Innenfor smittevern og miljømedisin vil imidlertid Folkehelseinstituttet som i dag ha operativt fagansvar, herunder gjennomførings- og overvåknings-, og rådgivningsfunksjoner. Regelverksfortolkning og formelle myndighetsoppgaver vil samles i Helsedirektoratet. Det vises generelt til Prop. 11 L (2023–2024) Endringer i helselovgivinga (organisatoriske endringer i sentral helseforvaltning).

Ny organisering innebærer at de sentrale helseregistrene nå er samlet ved FHI. 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 dette grepet 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. Oppdatert og lett tilgjengelig statistikk fra de sentrale helseregistrene vurderes som viktig for den nasjonale, fylkesvise og kommunale oversikten over befolkningens helse og risikofaktorer.

En viktig forutsetning for å utvikle et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner har vært å utvikle og utgi årlige folkehelseprofiler. Fra 1.1.2024 har Helsedirektoratet blant annet et lovpålagt ansvar for å "... gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21 ...". Bestemmelsene pålegger kommune og fylkeskommune å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i egen region. Som del av Helsedirektoratets lovpålagte ansvar publiseres folkehelseprofiler for alle landets kommuner og fylkeskommuner.

Arbeidet omfatter innhenting og tilrettelegging av indirekte identifiserbare personopplysninger fra ulike datakilder, bla. de sentrale helseregistrene i Folkehelseinstituttet, registre i Statistisk sentralbyrå, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket, Arbeids- og Velferdsdirektoratet og Norsk Senter for Forskningsdata. Dataene bearbejdes og tilrettelegges før de publiseres som anonym statistikk i profiler og statistikkbank.

Folkehelseprofilene skal bare inneholde anonym statistikk, men i mange tilfeller er det nødvendig med grunnlagsdata kan være indirekte identifiserbare, for å kunne utarbeide statistikken.

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

Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets ansvar ble gjennomgått i 2023, i forbindelse med ny organisering av sentral helseforvaltning. Dette tilsier at det er et begrenset behov for å vurdere disse bestemmelsene på nytt. Lovrevisjonen i 2023 legges til grunn her, og det legges ikke opp til endring av ansvarsforholdene mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i denne omgang.

Departementet vurderer likevel at det er behov for å justere bestemmelsene i lys av forslaget om lovfesting av et systematisk folkehelsearbeid på nasjonalt nivå.

Departementet har også fått tilbakemeldinger på at beskrivelsen av ansvaret til Helsedirektoratet kan forenkles, slik at ansvaret kommer tydeligere fram.

Når det gjelder Folkehelseinstituttet foreslår departementet 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, med departementet mener at det påhviler et forsterket ansvar for forskere i etater i den sentrale helseforvaltningen til å formidle kunnskapen til beslutningstakere og befolkningen. Departementet foreslår derfor å presisere dette i bestemmelsen. Gjennom Prop 11 L (2023-2024) er det avklart at innenfor smittevern og miljømedisin vil Folkehelseinstituttet fortsatt ha operativt fagansvar, herunder gjennomførings- og 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.

Folkehelseinstituttet har en viktig rolle i gjennomføringen av fylkesvise folkehelseundersøkelser (FHUS). Departementet mener at det er positive erfaringer med disse undersøkelsene, men at det er ønskelig med en tydeligere struktur og en fastere regularitet i gjennomføring av undersøkelsene. Det vises til nærmere omtale av dette i kapittel 16.2.

Samlingen av de sentrale helseregistrene legger til rette for mer oppdatert og tilgjengelig statistikk. Folkehelseinstituttet får gjennom dette en overordnet rolle innen helsestatistikk.

Den nye rollen legger til rette for at helseregistrene i større grad kan benyttes til offisiell statistikk, i tråd med det nasjonale statistikkprogrammet og europeiske standarder for statistikkproduksjon. Departementet foreslår at Folkehelseinstituttets ansvar for å utgi statistikk fra de sentrale helseregistrene forankres i folkehelseloven. Dette korresponderer med ansvaret til Statistisk sentralbyrå (SSB) i Statistikkloven. Folkehelseinstituttets ansvar for helsestatistikk skal ytterligere konkretiseres i neste revisjon av det nasjonale statistikkprogrammet, fra 2027.

Helsedirektoratet utfører oppgaver innen 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 folkehelse området.

**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.

Helsedirektoratet har fra 1. januar 2024 fått ansvar for å gi ut årlige folkehelseprofiler for kommuner og fylker. 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 hjemmelsgrunnet for å få ut indirekte identifiserbare data har vært uklart.

Departementet foreslår å gjøre enkelte justeringer i regelverket for å forenkle prosessen med å utarbeide årlige folkehelseprofiler til kommuner og fylkeskommuner.

Departementet foreslår at Helsedirektoratet får en eksplisitt hjemmel for å kunne innhente og oppbevare indirekte identifiserbare personopplysninger for Helsedirektoratets oppgaver etter folkehelseloven § 24.

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 bla:

- 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.

Indirekte identifiserbare personopplysninger fra de sentrale helseregistrene kan utleveres med hjemmel i helseregisterloven, for eksempel etter § 19 e etter vedtak om dispensasjon fra taushetsplikt som supplerende rettsgrunnlag. Supplerende rettsgrunnlag for utlevering av indirekte identifiserbare personopplysninger fra kilder som ikke er dekket av helseregisterloven må imidlertid finnes i annet regelverk. Et eksempel på dette er tilgjengeliggjøring av opplysninger fra Utdanningsdirektoratet som har hjemlet dette i forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 4.

Muligheten for å kunne benytte folkehelseloven § 24 som hjemmelsgrunnlag for innhenting og behandling av indirekte identifiserbare personopplysninger til arbeidet med folkehelseprofiler 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 Utdanningsdirektoratet.

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.

## 13 Spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet

### 13.1 Gjeldende rett

Folkehelsen blir i stor grad påvirket av forhold utenfor helsetjenestene. Spesialisthelsetjenesten er ikke en hovedaktør i folkehelsearbeidet, men bidrar gjennom særlig sekundær- og tertiærforebygging til å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen. I folkehelsemeldingen står det at regjeringen vil definere nærmere hvilken rolle spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene skal ha.

Av spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 fremgår det blant annet at lovens formål er å fremme folkehelsen, og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming.

Videre følger det 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 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.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> [Prop. 91 L \(2010–2011\) \(regjeringen.no\)](#)

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.<sup>13</sup>

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.

## 13.2 Departementets vurderinger og forslag

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 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) 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.<sup>14</sup>

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

---

<sup>13</sup> [Vedtekter for regionale helseforetak - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

<sup>14</sup> Se for eksempel Helse Sør-Øst RHF, Regional utviklingsplan 2040, del 1 Trender og satsningsområder og Helse Nord RHF, Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038, Sammen og helse i nord, del 1 Analyse og veivalg.

kunnskap om forhold som kan bidra til økt uhelse i befolkningen, men også kunnskap innenfor forebyggende tiltak. Det kan avklares lokalt det enkelte helseforetakets rolle i samarbeidet med kommunen.

Departementet foreslår at folkehelseloven får en ny bestemmelse som er harmonisert med spesialisthelsetjenesteloven, gjennom ny §25a. Det foreslås her 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.

## **Del 3: Andre områder som er vurdert revidert**

### **14 Psykisk helse i folkehelsearbeidet**

#### **14.1 Gjeldende rett**

Det vises til innledning om psykisk helse som en av kommunenes største folkehelseutfordringer.

Psykisk helse er omtalt i prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid. 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. Departementet vurderer at dette fortsatt er relevante problemstillinger og tiltak. Samtidig har det de siste ti årene skjedd stor utvikling innen psykisk helse-feltet og i tjenester for å bedre psykisk helse. Vi får stadig mer kunnskap om psykisk helse. Til tross for dette har andelen barn og unge som er registrert med diagnosekoder med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten 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 når de er blitt pensjonister. I juni 2023 la regjeringen frem en Meld St 23 (2022-2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. Planen inneholder tre store innsatsområder. De to første er helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid og gode tjenester der folk bor. På denne bakgrunn er det behov for å i større grad synliggjøre psykisk helse som en del av folkehelse- og systemarbeid i kommunene og hvordan psykologisk kunnskap kan være et bidrag i arbeidet.

Fra 1. januar 2020 ble alle kommuner pålagt å knytte til seg psykologkompetanse. Tall fra både SSB (Kostr), 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.

#### **14.2 Departementets vurderinger og forslag**

For å understreke kommunens mandat til å sette inn tiltak for å fremme psykisk helse foreslår departementet at psykisk helse legges inn i listen over tiltaksområder i kap. 2, §7. Departementet viser videre til at psykisk helse også må vurderes som en del av kommunens beredskap ved helsekriser, se kapittel 7 om beredskap.

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 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, eller foreldrestøttende tiltak gjennom forebyggende og helsefremmende tjenester.

Departementet anbefaler bruk av Helsedirektoratets veileder Psykisk helsearbeid barn og unge som kom i 2023. I veilederen anbefales det blant annet at psykisk helse for barn og unge skal inngå i kommunens oversiktsarbeid og planer, og være en del av kommunens folkehelsearbeid. Videre at det bør tas hensyn til grupper som statistisk sett kan ha forhøyet risiko for å utvikle psykiske plager og/eller utsettes for vold eller overgrep. Risikofaktorer kan være å vokse opp i vedvarende lavinntekt, eller 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 å ha en tilgjengelig oversikt over kommunens helhetlige tilbud til barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer og/eller som er utsatt for belastende livshendelser, og deres familie.

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. 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 levekår. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing (2017-2026) for å utvikle kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Satsingen skal bidra til å styrke kommunens langsiktige og systematiske folkehelsearbeid. Programmet skal særlig bidra til å innlemme psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet og fremme lokalt rusforebyggende arbeid. Et eksempel på et tiltak under programmet som har fungert godt er innovasjonsprosjektet "Sammen for de minste" i Bergen kommune. Målet er å utvikle en digital opplæringsmodul for å øke felles kunnskap om barnesyn, barns rettigheter og barns psykiske helse i oppveksttjenestene for blant annet å styrke samarbeid og kompetanseutveksling hos alle i kommunen som jobber med barn mellom 0 og 6 år. I Larvik kommunes arbeides det med å styrke ansattes og foreldres kompetanse på å forebygge vold og overgrep. Kommunen jobber opp mot barnehageansatte, barnehagebarn og deres foresatte og har utviklet programmet "jeg er meg". Resultatene viser at ansatte opplever at de har bedre kompetanse på å snakke om kropp, seksualitet og følelser med barn og barn har fått økt kunnskap om de samme temaene. Det rapporteres om at foresatte har fått økt kompetanse om de samme temaene og de har måttet lage egne flerkulturelle moduler. Et annet eksempel er Frøya kommune som driver prosjektet *ØYA - det trengs ei hel øy for å oppdra et barn*. Prosjektet kom i gang etter en idedugnad med næringsliv, politikere, foreldre, ungdom, ansatte i kommunen og fylkeskommunen. Prosjektet fokuserer på å styrke voksenrollen blant annet gjennom et foreldreveiledningsprogram, og gjennom dette

bygge trygge og robuste barn og unge med god helse. Prosjektet innebærer også felles foreldremøteplan for alle skoler og barnehager. Disse eksemplene viser hvordan kommuner har klart å innlemme psykisk helse og/eller rusforebygging som en del av det lokale folkehelsearbeidet.

Departementet foreslår å legge inn vold og overgrep inn i bestemmelsen over aktuelle tiltak. Gjennom folkehelseprogrammet har bl.a. 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. Et grunnleggende prinsipp i folkehelsearbeidet er at den som har virkemidler har ansvar. Dvs. at 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.

Departementet har også vurdert å inkludere rasisme som et aktuelt tiltaksområde etter §7. Personer som opplever rasisme og diskriminering, rapporterer om mer psykiske plager enn de som ikke gjør det. Diskriminering kan også få konsekvenser for den fysiske helsen<sup>15</sup>. I tillegg til befolkningen med innvandrerbakgrunn, rapporteres det om rasisme rettet mot urfolk og nasjonale minoriteter. Departementet ber om innspill på om rasisme bør omtales som et tiltaksområde etter folkehelseloven §7.

## 15 Helse i den samiske befolkningen

### 15.1 Gjeldende rett

Folkehelsearbeidet i Norge skal også fremme god helse i den samiske befolkningen. Heller enn å utvikle egne tiltak for den samiske befolkningen er hovedstrategien at samiske perspektiver i større grad skal prege folkehelsepolitikken, slik at samiske perspektiver blir tatt hensyn til. 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 ivaretatt.

Det mangler informasjon om hvor stor andel den samiske befolkningen utgjør av befolkningen i Norge. Samer er bosatt over hele landet, men særlig i kommuner fra Engerdal i Innlandet og nordover. I fire-fem kommuner i Finnmark utgjør den samiske befolkningen majoriteten av innbyggerne.

Samer har et sterkt menneskerettslig vern av sin kulturutøvelse, i form av bl.a. tradisjonelle næringer. Vernet står sterkt både i 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

---

<sup>15</sup> Spilker RS, Kumar BN, Diaz E, Kjøllesdal M, Straiton ML, Ali W, et al. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge, Folkehelseinstituttet.

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 forholdene til rette for at den samiske folkegruppen kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv.

Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport peker på fornorskingsprosesser som har vært en betydelig belastning for samisk befolkning og samisk kultur, med antatte helsekonsekvenser. Utgangspunktet for arbeidet framover er en folkehelsepolitikk som gir den samiske befolkningen god helse og livskvalitet, men som også tar vare på og utvikler samiske språk, kultur og samfunnsliv.

Hensynet til samiske folkehelseutfordringer og til samisk språk, kultur og samfunnsliv er i dag ikke omtalt i folkehelseloven direkte, men inngår i Forskrift om oversikt over folkehelsen §3, 3. 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. Kravet gjelder heller ikke alle kommuner med samisk befolkning, bare 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. Siden det er opp til den enkelte kommune å gjøre disse vurderingene kan kravet i regelverket oppfattes som uforpliktende.

## **15.2 Departementets vurderinger og forslag**

Regjeringen varslet i den samiske folkehelsemeldingen at den i forbindelse med revisjonen av folkehelseloven vil vurdere hensynet til samiske befolkningen.

Departementet har ikke foretatt en gjennomgang av i hvilken grad kommunale folkehelseoversikter vurderer spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Inntrykket er likevel at dette skjer i begrenset grad, blant annet på grunn av at kunnskapsgrunnet 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.

Selv om det ikke er et krav som gjelder fylkeskommunene, så har Troms fylkeskommune belyst utfordringer i den samiske befolkningen i sin folkehelseoversikt fra 2024, og Nordland fylkeskommune en kort omtale av spesielle samiske helseutfordringer i sitt oversiktsdokument. I forbindelse med utforming av Meld St 12 (2023-2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv* utarbeidet Folkehelseinstituttet og Senter for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet en rapport om *Helse i den samiske befolkningen*. Rapporten er et kapittel i Folkehelse rapporten, og vil oppdateres jevnlig. Rapporten kan ses på som en nasjonal oversikt over folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen.

Departementet foreslår en bestemmelse om kommunens ansvar om å klargjøre når en skal vurdere samiske folkehelseutfordringer, til kommuner og fylkeskommuner med en viss andel samisk befolkning. Det legges til grunn at det mangler en oversikt i dag om hvem

som er samer og hvor de bor. Samiske språkferdigheter er ikke synonymt med å være same, da mange samer har mistet språket. De har likevel et kulturfellesskap, og kan ha særegne folkehelseutfordringer. Det vises generelt til Folkehelseinstituttets Folkehelse rapport, og kapitlet om Helse i den samiske befolkningen. Resultater fra Saminor 3 og fra fylkesvise folkehelseundersøkelser vil bidra til å bedre lokale data.

Departementer foreslår en ny bestemmelse i §4, 5. ledd om at Kommunen skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant.

Videre foreslår departementet at landets fylkeskommuner i (§ 20, 7. ledd) og staten (§22, 4. ledd) får en tilsvarende plikt på å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen.

Den samiske folkehelsemeldingen omtalte kun den samiske befolkningen, ikke de nasjonale minoritetene i Norge (kvener, skogfinner, jøder, rom og romani). Norske myndigheter har forpliktet seg til å arbeide for at de ulike nasjonale minoritetene kan bevare sin tradisjon, religion, kultur og sitt språk på en slik måte at det fremmer toleranse, respekt og dialog. FNs konvensjon om politiske og sivile rettigheter, artikkel 27 står det at «I de stater hvor det finnes etniske, religiøse eller språklige minoriteter, skal de som tilhører slike minoriteter ikke nektes retten til, sammen med andre medlemmer av sin gruppe, å dyrke sin egen kultur, bekjenne seg til og utøve sin egen religion, eller bruke sitt eget språk». Sannhets- og forsoningskommisjonen belyste situasjonen for de fleste av disse gruppene og foreslo tiltak.

Departementet foreslår i denne omgang ikke å lovfeste et krav om å ha oversikt over spesielle folkehelseutfordringer innenfor de nasjonale minoritetene. Det vil i mange tilfeller være vanskelig å skille ut disse gruppene ut av en større populasjon. I kommuner med en betydelig andel av befolkningen fra en nasjonal minoritet bør det likevel 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 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 rik kunnskapskilde, med høy relevans for folkehelsearbeidet i aktuelle kommuner.

Når det gjelder forpliktelsen til å vurdere samiske hensyn i utforming av folkehelse tiltak, så vises det generelt til Sameloven.



## **16 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid**

### **16.1 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 folkehelsearbeid til grunn for systematikken i folkehelseloven. Det vises blant annet til kravet til oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen, jf. §§ 5, 21, 24, Helsedirektoratets ansvar for å tilgjengeliggjøre statistikk til kommuner og fylkeskommuner, jf. § 24 og Folkehelseinstituttets ansvar for forskning og kunnskapsoppsummeringer på folkehelseområdet, jf. § 25. Kunnskapsproduksjon skjer i arbeidet med å ha 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.

### **16.2 Departementets vurderinger og forslag**

Departementet vurderer at det har skjedd en omfattende kunnskapsproduksjon siden folkehelseloven kom i 2012. Både på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå har en langt bedre oversikt over folkehelseutfordringene. 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 kapittel 12.3.

Mye relevant informasjon inngår ikke i helseregistrene. Dette gjelder blant annet forhold knyttet til selvpoplevd 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. Rammene for fylkeshelseundersøkelsene er regulert av Forskrift om oversikt over folkehelsen, §7. 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 vurderer 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, 2. 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 FHI's 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 vurderer at de største utfordringene omkring kunnskapsbasert folkehelsearbeid framover er knyttet til å manglende kunnskap om folkehelse tiltak, herunder om effekter av ulike tiltak.

Evaluerings er en del av kunnskapsutviklingen. Dette gjelder også erfaringsbasert kunnskap som er satt i system. Kommunens systematiske folkehelsearbeid etter folkehelseloven er visualisert gjennom en sirkel som består av 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. Hensikten med evaluering av kommuners systematiske folkehelsearbeid er for kommuner 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. Helsedirektoratets kartlegging 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 disse 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.

Departementet foreslår at revidert folkehelselov uttrykker kravet til kunnskapsbasert arbeid mer eksplisitt. På statlig nivå foreslås det en bestemmelse om at store nasjonale folkehelse tiltak bør effektevalueres. Denne type studier er viktige, ikke bare i norsk sammenheng, men også for å bygge opp kunnskapen internasjonalt omkring virkningsfulle tiltak. En slik bestemmelse er ikke som en forutsetning for å iverksette tiltak og må ikke stå i veien for iverksetting av forholdsmessige tiltak, jf. også prinsippet om føre var.

Landets fylkeskommuner har spilt en viktig rolle i Program for folkehelsearbeid i kommunene, som en moderator og bindeledd mellom kommuner og forsknings- og kunnskapsmiljøer. Folkehelseprogrammet ble etablert i 2017 og skal virke over 10 år. Departementet legger til grunn at midlene som fordeles til lokal tiltaksutvikling etter programperioden skal inngå i rammen til landets fylkeskommuner. Departementet foreslår at fylkeskommunene bør tillegges en oppgave i å stimulere til forskning og innovasjon innen folkehelse tiltak i kommuner. Oppgaven vurderes finansiert gjennom innlemmingen av midlene fra folkehelseprogrammet i rammen til fylkeskommunene, og vil kunne bygge videre på de strukturer som fylkeskommunen har bygd opp de senere årene med regionale samarbeidsorgan mellom kommuner og forskningsmiljøer i regionen. Oppgaven vil bygge på fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør. Det vises også til omtale i kapittel 11.2.

Departementet foreslår en ny bestemmelse i folkehelseloven §4, 4. ledd som gir kommunene en plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning og annet kunnskapsutvikling om lokale folkehelse tiltak. 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. Det vises til forklaring i Prop 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal etter forslaget utvise en aktivitet for å oppfylle plikten til å medvirke til forskning. Departementet mener imidlertid at kommunene bør stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirkningsansvar 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 kommunene folkehelsearbeid
- delta i samarbeid med forskningsinstitusjonene, universitets- og høyskolesektoren, relevante forskningsinstitutter og helseforetakene
- utvikle samarbeid med andre kommuner

Det er samtidig viktig at en slik ny forpliktelse understøttes av statlige tiltak som legger til rette for at kommunene kan oppfylle et slikt krav. Svak statlig understøttelse vil senke kravene til kommunal oppfølging, og motsatt. 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.

Faglig uavhengighet er en forutsetning for å produsere kunnskap av god kvalitet og med faglig legitimitet. Det foreslås derfor som 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.

## **17 Samarbeid med frivillige organisasjoner**

### **17.1 Gjeldende rett**

Folkehelseloven har i dag en bestemmelse i §4, 3. ledd som sier at kommunen skal 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 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 på innspillmøter og skriftlig. Regjeringen varslet i folkehelsemeldingen at den vil ta initiativ et folkehelsepolitisk råd, der representanter for frivillige organisasjoner deltar.

### **17.2 Departementets vurderinger og forslag**

Deltakelse i frivillig arbeid kan spille en viktig rolle for god livskvalitet gjennom livet. Deltakelse i ulike fritidsaktiviteter og frivillighet gir mulighet til å gjøre noe sammen med andre, være en del av et fellesskap, få nye venner, være aktive og oppleve mestring, og frivilligheten er et mål i seg selv. Frivillighet handler om å utvikle hele mennesket og skape ressurser for livet, både for de som gir og får. En mangfoldig frivillighet, der kultur 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. Frivilligheten har også roller i den norske beredskapsmodellen og med på å skape robuste lokalsamfunn. Ensomhet er en folkehelseutfordring, her kan en inkluderende frivillighet spille en viktig rolle.

Statlig frivilligpolitikk og frivillige organisasjoner selv vektlegger at frivillige organisasjoner skal være inkluderende og gi like muligheter for deltakelse uansett kjønn, etnisitet, livssyn, seksuell orientering, funksjonsevne og sosioøkonomisk bakgrunn. Det er viktige sosiale forskjeller i deltakelse, og både myndigheter og frivillige organisasjoner arbeider for å gjøre det lettere å delta i frivillige aktiviteter.

For at frivilligheten skal fungere som en ressurs, for den enkelte og i samfunnet, er det ofte behov for samarbeid mellom frivillig sektor og kommunene. En etablert samarbeidskultur har blitt rangert som den viktigste suksessfaktoren for offentlig-frivillig samarbeid, mens dårlig informasjonsflyt har blitt rangert som den største barrieren for slikt samarbeid.

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

Departementet vurderer at det påhviler offentlig sektor å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner. Hva samarbeidet skal handle om og hvordan det skal organiseres vil avhenge av den dialogen mellom offentlig sektor og de frivillige organisasjonene.

Departementet mener at det er et uutnyttet potensial gjennom samarbeid på en mer systematisk måte. Det handler både om at stat og kommuners folkehelsepolitikk kan nå ut til flere, men også at frivillige organisasjoners arbeid kan få mer kraft innenfor en bredere satsing. Departementet er likevel i tvil om regelverksendring er en hensiktsmessig metode for å fremme samarbeid med frivillige organisasjoner på en mer systematisk måte. Løsningene for samarbeid må finnes lokalt, og kan utgangspunkt i samarbeidsavtaler og partnerskap for å nå mål, for eksempel der lag og foreninger har andre muligheter enn det offentlige til å nå ut til bestemte deler av befolkningen.

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

Det legges til grunn at en lokal frivillighetspolitikk bør inneholde virkemidler som tilrettelegger for frivilligheten. Det trekkes særlig fram behov for kontakt- og informasjonsmuligheter 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.

Departementet vurderer at begrunnelsen for samarbeid med frivillige organisasjoner er like sterk på statlig nivå. Departementet foreslår en ny bestemmelse for statlige helsemyndigheter forpliktelse til å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, *på en systematisk måte*. Det vises i den forbindelse til planene for å etablere et folkehelsepolitisk råd. Dette er nærmere omtalt i Meld St 15 (2022-2023) Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.

## **18 Økonomiske og administrative konsekvenser**

De foreslåtte endringene er vurdert etter krav i utredningsinstruksen og prinsipper for statlig styring av kommunesektoren. Denne lovrevisjonen er i hovedsak endring i form og struktur som ikke har materielle eller prosessuelle konsekvenser for kommunene, fylkeskommunene, stat og virksomheter, se nærmere omtale under omtale av de vesentlige endringene.

### **18.1 Formål, definisjoner og struktur**

Departementet foreslår noen justeringer i formålsbestemmelsen, i definisjoner og i formuleringene av kommunens, fylkeskommunen og statens ansvar. Formålet med endringene er å gjøre begrepene anvendt i loven mer konsistent, herunder hva som menes med folkehelse. Det er ikke ment å være en reell endring i innhold.

Trivsel er i loven er foreslått erstattet med livskvalitet. Dette er omtalt i kapittel 2. Her fremgår det at slik livskvalitet skal forstås i folkehelseloven er innenfor det som i dag defineres som folkehelse. Livskvalitet som går utover forhold som berører befolkningens helse omfattes ikke av denne loven.

Lovforslaget innebærer å samle kommunenes ansvar i kapittel 2 i loven, herunder flytte kommunens ansvar for tilsyn med virksomheter fra kapittel 3, 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 kommunes 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 nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser. For kommuner i Norge innebærer dette ingen endringer annet at grunnleggende krav fremstilles samlet, men ved å flytte fra forskrift til lov betyr det at krav om risiko og sårbarhetsanalyser og krav om tiltak blir tydeliggjort også for lokalstyret i Svalbard i folkehelseloven. Dette er en konkretisering av dagens bestemmelse om at kommunen (herunder lokalstyret på Svalbard) skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Kapittel 3 i dag omfattes av helseberedskapsloven. Helseberedskapsloven gjelder på Svalbard. Det innebærer at krav til beredskapsplanlegging innen miljø og helse med hjemmel i folkehelseloven og helseberedskapsloven også i dag gjelder på Svalbard.

### **18.2 Bestemmelsene som omfatter det kommunale plan- og styringssystemet**

Departementet foreslår at det i krav til oversikt, jf. § 5 at oversikten skal være som grunnlag for å vurdere planbehov og tiltak. Dette er en avgrensning av krav til oversikt, slik at oversikten blir mer relevant. Tilsvarende foreslås endringer i § 6 om avklaring av planbehov og tiltak 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 bestilling politisk til administrasjonen. Videre mener departementet dette innebærer at arbeidet med oversikter også kan bli mer avgrenset og knyttet til områder som er aktuelt med tiltak – og dermed redusere omfanget av arbeidet etter § 5. Endringene vil også sikre en bedre politisk styring av kommunens og fylkeskommunens folkehelsearbeid.

### **18.3 Bestemmelsen om tiltak**

I bestemmelsen om tiltak står det en rekke aktuelle tiltaksområder. Disse områdene står kun som *eksempler* på aktuelle tiltak, men har en viss føring ved at det forventes at de områdene som listes opp blir vurdert. I listen over aktuelle tiltak er ensomhet, vold og overgrep samt smittevern lagt til som aktuelle tiltak. Dette er områder som også i dag omfattes av folkehelseloven, men departementet mener det er en ubalanse i opplistingen ved at disse sentrale områdene ikke er nevnt. Endring i opplistingen innebærer ikke en endring i omfang av forventninger til kommunen, men en mer balansert opplisting vil bidra til bedre prioritering.

Under bestemmelsen om tiltak er det lagt inn at ved utforming og iverksetting av tiltak skal barnas beste vurderes og vektlegges. Dette er ikke et nytt krav til kommune, fylkeskommune eller stat, jf. bl. Grunnloven § 104 annet ledd, men er lagt inn i folkehelseloven av pedagogiske grunner.

### **18.4 Kommuneoverlege og beredskap**

I bestemmelsen om samfunnsmedisinsk kompetanse er det foreslått et tillegg om at kommunen må for å sikre forsvarlig beredskaps mot helsetrusler ha planer og nødvendige avtaler. 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. 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.

### **18.5 Forskning og kunnskap**

Departementet foreslår en ny bestemmelse rettet mot kommunene om å medvirke og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak. 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 og næringsliv og frivillig sektor. Fylkeskommunens ansvar er innenfor den rollen de har som regional utviklingsaktør. Kommunens ansvar til å legge til rette avgrenses til å følge opp dersom det foreligger finansiering til forskning som involverer kommunen, f.eks. ved midler fra

det som i dag er folkehelseprogrammet, se under, eller andre midler fra forskningsrådet mv.

Folkehelseprogrammet utløper i 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. Ansvar til fylkeskommunene til 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.

## **18.6 Krav til virksomheter**

I høringsnotatet er det foreslått å flytte kravet fra forskrift til lov 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. Denne endringen innebærer ikke noen nye krav til virksomheter eller til kommunen.

Forskrifter til folkehelseloven om miljø og helse gjelder ikke på Svalbard. Endringene medfører også at 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 dagens lov. Forskrift om miljørettet helsevern inneholder i tillegg til den overordnede bestemmelsen som foreslås å flyttes 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 et normativt dokument til å tolke bestemmelsen i loven. 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 lokalstyres tilsyn, herunder kunne pålegges retting, stansing, tvangsmulkt mv.

## **18.7 Statens ansvar**

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 regelmessig å ha oversikt over folkehelsen og fastsette hva som er våre folkehelseutfordringer, fastsette mål for å møte utfordringene og iverksette nødvendige tiltak i tråd med målene.



Dette har vært fulgt opp siden gjennom regelmessige oppdatering av oversikter, fastsetting av mål og vurdering av tiltak bl.a. gjennom folkehelsemeldinger hvert 4 år. Dette er nærmere omtalt i kapittel 12, herunder begrunnelse for forslaget. Siden dette er i tråd med dagens praksis og ansvar medfører dette ingen administrative eller økonomiske konsekvenser.

Endringene i bestemmelsen om Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er i tråd med endringer i den sentrale helseforvaltning.

Departementet foreslår en ny bestemmelse om regionale helseforetaks ansvar. Denne bestemmelsen speiler bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven. Formålet med å legge en tilsvarende bestemmelse i folkehelseloven er en mer helhetlig regulering og legge til rette for bedre samordning mellom foretakene og kommunene også på folkehelseområdet, se kapittel 13.

## **18.8 Fylkesvise folkehelseundersøkelser**

De fylkesvise folkehelseundersøkelsene gjennomføres i dag i et samarbeid mellom FHI og de ulike fylkeskommunene, og begge parter bidrar økonomisk, både med forskertid til forberedelser og rapportering og for å dekke kostnader ved utsendelser av og purring på digitale spørreskjema. Departementet foreslår ikke endringer i arbeidsdelingen mellom FHI og fylkeskommunene, men tillegger FHI et større ansvar for å legge til rette for en fast regularitet.

# Forslag til lov om endringer i folkehelseloven

## I

I lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) gjøres følgende endringer:

§ 1 skal lyde:

### § 1 *Formål*

*Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse herunder livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og utjevner sosiale helseforskjeller.*

*Loven skal bidra til å beskytte befolkningen mot helsetrusler 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 og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2 fjerde ledd skal lyde:

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 7 b og 29.

§ 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. *Helsetrusler*: faktor, hendelse eller forhold som kan påvirke folkehelsen negativt av betydelig grad og som kan kreve tiltak for å beskytte folkehelsen.
- c. *folkehelsearbeid*: 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.

§ 4 skal lyde:

### § 4 *Kommunens ansvar for folkehelsen*

Kommunen skal fremme befolkningens helse, livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal ivareta ansvaret etter første ledd innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

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

*Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om lokale folkehelseiltak.*

*Kommunen skal ha oppmerksomhet rettet mot spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen der det er relevant.*

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

§ 5 første ledd bokstav a skal lyde:

opplysninger som statlige helsemyndigheter, *de regionale helseforetakene* og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20, 25 og 25 a,

§ 5 første ledd bokstav c skal lyde:

kunnskap om *positive og negative* faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, *herunder risikoforhold, jf. blant annet smittevernloven §§ 7-1 og 7-2.*

§ 5 andre ledd første punktum skal lyde:

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold *som grunnlag til å vurdere planbehov og tiltak.*

§ 6 skal lyde:

§ 6 *Mål og planlegging*

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.

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.

§ 7 skal lyde:

§ 7 *Tiltak*

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til:

- a. *bakenforliggende påvirkningsfaktorer* som oppvekst- og levekårsforhold, bolig, utdanning, arbeid og inntekt, samt fysiske og sosiale miljøer,

- b. *livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, kosthold, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk,*
- c. *fremming av psykisk helse og forebygging av psykiske plager og lidelser, ensomhet, vold og overgrep,*
  
- d. *andre helsetrusler som skader og ulykker, og smittsomme sykdommer.*

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

*Ved utforming og iverksetting av tiltak skal barnas beste vurderes og vektlegges.*

Nye § 7 a til § 7 d skal lyde:

*§ 7 a Kommunens tilsyn med virksomheter og eiendom*

*Kommunen skal føre tilsyn med virksomheter 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 *denne bestemmelse* og kapittel 3 skal kunne utføres.

Ansvar og oppgaver *etter denne bestemmelsen og kapittel 3* kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.

*§ 7 b Beredskap*

Kommunen har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1. *Dette omfatter også kompenserende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følge av tiltak iverksatt for å håndtere helsekrisen. Kommuneoverlegen jf. § 7 c skal gi faglig råd til kommunens helsemessig beredskap etter denne loven.*

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter denne lovens § 7 a tredje ledd, § 7 b tredje ledd, § 7 b fjerde ledd, og 7 c, i samsvar med helseberedskapsloven. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

*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. Kommunen skal også vurdere behovet for kompenserende tiltak som følge av tiltak som blir iverksatt.*

*Kommunen skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, varsle statsforvalteren, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om helsetrusler omfattet av § 5, 1. ledd som er*

*uvanlig eller uventet for tid og sted, kan forårsake vesentlig sykdom, skade eller død, eller har rask og ukontrollert sykdomsspredning.*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap *med faktorer i miljøet*, og 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.

#### *§ 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:

- a. samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7 d, herunder epidemiologiske analyser, *helsemessig beredskap og forslag til tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer*,
- b. hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen *denne loven og smittevernloven*.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av *kommuneoverlege*. *Kommunen skal sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap.*

#### *§ 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.

§ 8 skal lyde:

#### *§ 8 Krav til virksomheter og eiendommer*

*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.*

*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 forskrifter om *miljø og helse*.

§ 9 oppheves.

§ 10 første ledd første punktum skal lyde:

Departementet kan innenfor *miljø og helse*, jf. § 8, gi nærmere bestemmelser om meldeplikt til, eller plikt til å innhente godkjenning fra, kommunen før eller ved iverksetting av virksomhet som kan ha innvirkning på helsen.

§ 11 andre ledd skal lyde:

*Ved virksomhet eller eiendom som berører flere kommuner kan Helsedirektoratet utøve myndighet etter denne bestemmelsen.*

§ 11 nåværende andre 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 helsen, en plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter § 7 a og dette kapittel.

§ 13 første ledd skal lyde:

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter § 7 a og dette kapittel 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 andre ledd andre 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 kapittel.

§ 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 og dette kapittel.

§ 16 nytt andre ledd skal lyde:

*Ved en helsekrise som berører flere kommuner kan Helsedirektoratet utøve myndighet etter denne bestemmelsen.*

§ 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 kapittel og § 7 a.

§ 19 første ledd første punktum skal lyde:

Statsforvalteren avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller *kommuneoverlegen* etter dette kapittel.

§ 20 skal lyde:

## § 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 og 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.*

§ 21 første ledd bokstav a skal lyde:

opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter §§ 24, 25 og 25 a,

§ 21 andre ledd første punktum skal lyde:

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold, *som grunnlag til å vurdere planbehov og tiltak.*

§ 21 nåværende tredje ledd oppheves.

§ 21 nåværende fjerde ledd blir nytt tredje ledd.

Ny § 21 a skal lyde:

§ 21 a *Mål, planlegging og tiltak*

Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer etter § 21 skal, *sammen med avklaring av planbehov og tiltak*, inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene og *aktuelle tiltak* 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 fylkesplaner etter plan- og bygningsloven fastsette mål, strategier og tiltak for å møte fylkets folkehelseutfordringer.*

*Ved utforming og iverksetting av tiltak skal barnas beste vurderes og vektlegges.*

Kapittel 5 kapitteloverskriften skal lyde:

Statens ansvar

§ 22 skal lyde:

*§ 22 Statlige myndigheters ansvar for folkehelsen*

*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.*

§ 23 nytt andre ledd skal lyde:

*Statsforvalteren har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.*

§ 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 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.

§ 25 skal lyde:

*§ 25 Folkehelseinstituttets ansvar*

Folkehelseinstituttet skal drive forskning og oppsummere 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 innenfor områdene smittevern og miljø og helse 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.

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 kommunene om folkehelse, herunder beredskap innen miljø og helse og smittevern.

§§ 26, 27, 28 og 30 oppheves.

Kapittel 6 kapitteloverskriften skal stå mellom §§ 32 og 33 og lyde: Ikrafttredelse mv.

## II

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer.