

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 24/3925
Vår ref.: 24/43139-5
Saksbehandler: Kjersti Halvorsen Engeseth
Dato: 16.01.2025

Høringsuttalelse - Forslag til endringer i Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

INNLEDNING

Helsedirektoratet ønsker med dette å gi sin tilbakemelding på utkast til høringsnotat til revidert folkehelselov som vi mottok 22.10.24. Revidert folkehelselov bør følges opp med utvikling av tverrsektoriell og samordnet veiledning til folkehelseloven og implementeringstiltak. Både veiledning og implementeringstiltak bør samkjøres på tvers av sektorer og ivareta sammenheng mellom folkehelseloven og annet relevant lovverk.

Helsedirektoratet ser positivt på flere av forslagene til endringer som fremkommer i notatet, men har samtidig kommentarer og innspill på områder der vi er uenige og mener det bør gjøres flere vurderinger.

Direktoratet legger til grunn at det ved utarbeidelse av nye og endrede bestemmelser følger merknader som utdyper og forklarer disse. Merknadene i Prop. 90 L (2010-2011) har til nå vært nyttige i forståelsen og formidlingen av folkehelseloven, og oppdaterte forarbeider med merknader vil være et viktig grunnlag for videre arbeid med veiledning til loven.

DEL 1: OVERORDNEDE RAMMER FOR REVISJON AV FOLKEHELSELOVEN

KAPITTEL 2 FORMÅL, DEFINISJONER OG LOVSTRUKTUR

Struktur på loven – samling av bestemmelser om kommunens ansvar

Direktoratet er positive til forslaget om å samle bestemmelser som gjelder kommunens ansvar. En samlet framstilling av kommunens ansvar vil bidra til å tydeliggjøre det samlede ansvaret på en helhetlig måte.

Konsistent ordlyd i loven

Det er positivt at lovens ordlyd gjennomgås med sikte på konsistent ordlyd på alle myndighetsnivå, både for å unngå tvil om hva som ligger i ansvar på ulike myndighetsnivå og for å sikre at loven er mest mulig pedagogisk for den brede målgruppen den retter seg mot. Samtidig er det viktig at de språklige endringene ikke innebærer realitetsendringer i

bestemmelsene, med mindre dette er bevisst og begrunnet. I høringsnotatet omtales at det ikke ment å gjøres endringer i meningsinnholdet knyttet til de språklige endringene. Det er også viktig at nye begreper som innføres blir definert, og harmoniseres mot annet regelverk, for å bidra til klarhet om roller, ansvar og oppgaver.

Nærmere om § 3 bokstav b om helsetrusler

I gjeldende folkehelselov inngår "beskytter mot helsetrusler" i definisjonen av folkehelsearbeid, jf. § 3b, og både kommunen og fylkeskommunen har etter gjeldende folkehelselov ansvar for å "beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen", jf. §4 og 20. Helsetrusler brukes også som begrep i § 29.

I høringsnotatet foreslås det at helsetrusler defineres som *"faktor, hendelse eller forhold som kan påvirke folkehelsen negativt av betydelig grad og som kan kreve tiltak for å beskytte folkehelsen, jf. forslag til ny § 3b. Det foreslås videre at beskyttelse mot helsetrusler tas inn i formålsbestemmelsen. Bruk av begrepet helsetrusler videreføres også i definisjonen av folkehelsearbeid.*

Direktoratet støtter at beskyttelse av befolkningens helse fremgår av formålsbestemmelsen, slik at formålsbestemmelsen gjenspeiler kravene som folkehelseloven stiller og loven blir konsistent i begrepsbruk.

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

Det kan vurderes om helsetrusler etter loven bør avgrenses til miljøhendelser eller eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, og ses mer i sammenheng med forslag til ny § 7 b.

Miljørettet helsevern- miljømedisin - miljø og helse

I høringsnotatet og i bestemmelser i forslag til revidert lov benyttes begrepene *miljø og helse* og *miljømedisin*, og disse begrepene gis rettsvirkninger i andre bestemmelser i loven, herunder eksempelvis for ansvarsfordelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Hva som omfattes av disse begrepene *miljø og helse*, og *miljømedisin*, eller hvordan de skal skilles fra begrepet *folkehelse* eller *folkehelsearbeid*, omtales ikke. Det bør innføres klare definisjoner for begrepene for å klargjøre ansvarsfordelingen mellom etater.

Forebygging og helsefremming

To sentrale begrep i tilknytning til folkehelsearbeidet er forebygging og helsefremming. Begrepene er ikke definert i gjeldende lov og vi tror det kan være hensiktsmessig å gi en bedre forståelse av begrepene og forholdet mellom disse to. Helsefremming blir omtalt som *"tiltak*

som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger folk utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom" (www.snl.no). Forholdet til det som omtales som primærforebygging kan bli uklart. Primærforebygging refereres til tiltak som iverksettes for å forhindre sykdom eller skade før de oppstår. Det kan være hensiktsmessig å gi noe innhold på forskjeller og likheter mellom begrepene. Samtidig benyttes forebyggingsbegrepet også i stor utstrekning i andre sektorer enn helse. En utfordring med dette er forståelse av innhold på tvers av sektorer og tjenester. Eksempelvis har barnevernsloven og helse og omsorgstjenesteloven begge bestemmelser om forebygging, men med forskjellige [tilnærminger og definisjoner](#). Dette kan resultere i ulike "logikker" og metoder for forebygging som kan vanskeliggjøre innsatsen og resultere i parallelle løp og overlapp mellom tiltak fra ulike sektorer. I rapporten om tverrsektorelt rusforebyggende arbeid blant barn og unge (Rapport, Helsedirektoratet 2024) adresserer konsekvensen av manglende felles forståelse av forebyggingsbegrepet på følgende måte: *"En sterkt sektorisert offentlig forvaltning på statlig nivå, forplanter seg nedover i forvaltningsnivåene og gjør det krevende å etablere og opprettholde en helhetstenkende praksis der barnets behov settes i sentrum for rusmiddelforebyggende tiltak og tjenester i kommunen."* Helsedirektoratet vurderer det som hensiktsmessig med en felles forståelse av begrep som i stor grad benyttes av ulike sektorer for økt grad av samsvar i tiltaksutformingen.

Livskvalitet – trivsel

Direktoratet støtter at folkehelseloven tar inn livskvalitet i formål og definisjon av folkehelsearbeid.

Departementet foreslår at livskvalitet erstatter trivsel. Departementet bør vurdere om forslaget kan påvirke folkehelselovens kobling til annet lovverk som bruker trivselsbegrepet, for eksempel opplæringsloven, og eventuelt vurdere om livskvalitet bør legges inn i loven i tillegg til trivsel. Det bør videre vurderes om livskvalitet skal defineres i loven. Dersom livskvalitet erstatter trivsel, bør forarbeidene til loven beskrive hvordan trivsel må ses som en del av livskvalitetsbegrepet.

Offentlige tjenestemenn

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 7 b og 29. Som et ledd i statens arbeid med å fremme likestilling og mangfold i alle sektorer, bør det derfor vurderes å bruke ordet *tjenesteperson(er)*.

KAPITTEL 3 PRINSIPPER

Departementet foreslår tre nye prinsipper; om barns beste, kunnskap og om samordning og samarbeid. Prinsippet om medvirkning er utdypet og sosial bærekraft er løftet tydeligere fram i prinsippet om bærekraftig utvikling. Helsedirektoratet er positiv til disse presiseringene og supplerer med tre nye prinsipper.

Barns beste

Departementet foreslår at det under bestemmelsen om tiltak jf. forslag til § 7 tredje ledd, presiseres at *ved utforming og iverksetting av tiltak skal barnas beste vurderes og vektlegges*. Tilsvarende krav foreslås for fylkeskommunene i § 21a, 3. ledd og for staten i § 22, 3. ledd.

Det er positivt at kravet om å vurdere hensynet til *barns beste* løftes frem spesielt, i tråd med det som allerede følger av Grunnloven og FNs barnekonvensjon, for å tydeliggjøre at hensynet til barnas beste alltid må vurderes. I 2024 ble kravet til å vurdere barns beste også innlemmet i [utredningsinstruksens](#) spørsmål 4: "*Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?*"

Barn og unge er fremtiden og satsing på barn og unges oppvekst kan gi langsiktige gevinster. Hensynet til barn og unges oppvekstvilkår er ett av formålene i plan- og bygningsloven. Hensynet til barn og unge er også hjemlet i Rikspolitiske retningslinjer for å styrke barn og unges interesser i planleggingen¹.

Direktoratet er samtidig opptatt av at loven gjelder likt for alle på tvers av alder. I årene framover med endringer i demografi vil hensynet til helse og mestring hos eldre være sentralt. I vedlegg 1 til [Meld. St. 15 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#), heter det at flere eldre fremtrer som den største enkeltutfordringen for folkehelsearbeidet framover.

Kunnskap

Kunnskapsbasert praksis er grunnleggende i folkehelsearbeidet, men det er samtidig viktig å legge til rette for at kunnskapen er beslutningsrelevant og ikke mer omfattende enn nødvendig. Det er videre generelt viktig at kunnskap er faglig uavhengig. Faglig uavhengighet er presisert i lovforslaget for FHI, jf. § 25 tredje ledd, men Hdir mener at faglig uavhengighet er viktig på alle nivå, i kommuner, fylker, departementet og direktorat.

En viktig kilde til kunnskap kommer fra innbyggerne selv og tjenestene. Helsedirektoratet mener det er viktig at innsikt fra medvirkning inkluderes som en del av arbeidet med et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet vil også fremheve viktigheten av å se kunnskap i sammenheng med føre var-prinsippet, som departementet også selv viser til i høringsnotatet. Direktoratet viser spesielt til hendelser og helsetrusler som kan oppstå raskt, og betydningen av at kommuner og andre myndigheter ved behov iverksetter tiltak selv om usikkerheten er høy og kunnskapsgrunnlaget svakt. Beslutninger må kunne tas raskt basert på tilgjengelig informasjon og den potensielle helsefaren.

Samordning og samarbeid

Det er noe uklart om samordning og samarbeid er foreslått som eget prinsipp, eller om samordning er foreslått slått sammen med prinsippet Helse i alt vi gjør. Helsedirektoratet foreslår samordning og samarbeid som eget prinsipp.

Det har lenge vært en erkjennelse av stadig mer sammensatte og komplekse utfordringer i forvaltningen, for eksempel innen klima, bærekraft, sosiale forskjeller og folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid er i sin kjerne tverrsektorielt, karakterisert som et "gjenstridig problem"² og krever innsats på tvers av samfunnsområder og forvaltningsnivåer.

På folkehelsefeltet er det stor oppmerksomhet om mer koordinert politikk på tvers av sektorer³, men det er samtidig utfordrende å få til. NIBR og NMBU har nylig gjennomført et forskningsprosjekt, på oppdrag fra Helsedirektoratet, om samordning av innsats om aktivitets-

¹ [Rikspolitiske retningslinjer for barn og planlegging - Lovdata](#)

² [Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging \(uio.no\)](#)

³ Se f. eks. [Meld. St. 15 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#), s. 16.

og aldersvennlig nærmiljøutvikling⁴. Det er forsket på hvordan samordning fungerer både vertikalt og horisontalt i forvaltningssystemet og samordning på tvers av og mellom departement, statsforvalter, fylkeskommune og kommune. Forskingen bekrefter manglende samordning – også internt i etater og virksomheter.

Riksrevisoren har nylig pekt på sektorisering som en barriere for å løse samfunnsutfordringer som går på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer⁵. Riksrevisoren viser til at sektoreringen springer ut av et behov for blant annet effektivisering gjennom spesialisering, og et behov for å plassere ansvar hos en statsråd overfor Stortinget. Ulempen er samtidig at det bidrar til sektorisering og silotenkning, hvor lojaliteten knyttes til sektorens interesser, ikke til helhetens interesser. Klima, rusproblemer, muligheten for at eldre kan bo hjemme er eksempler riksrevisoren viser til som trenger sammensatte og helhetlige tilnærminger.

Nevnte NIBR og NMBU-rapport bekrefter nettopp samordningsutfordringene riksrevisor løfter frem. NIBR og NMBU pekes samtidig på eksempler på fremmere for samordning og samarbeid. Det kan være institusjonelle rammer, tydeligere føringer, eller pålegg om samarbeid og samordning. Det vises også til at dette kan bidra til økt gjennomføringskraft.

Helsedirektoratet mener derfor at det er behov for at samordning og samarbeid etableres som et eget prinsipp i folkehelseloven. Vi mener en tydelig forventning og føring om dette bl.a. kan bidra til å styrke et gjennomføringsrettet i folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet foreslår i tillegg at samordning og samarbeid forankres på egnet et sted i loven, i tillegg til formålsbestemmelsen der samordning er nevnt. Direktoratet foreslår også et krav til medvirkning for fylkeskommunen og staten. Et krav til samarbeid, samordning og medvirkning kan for eksempel formuleres slik: "Det skal tilrettelegges for nødvendig samarbeid, samordning og medvirkning".

Et krav om å tilrettelegge for nødvendig samarbeid, samordning og medvirkning innebærer en plikt som følger behovet, men legger ikke føringer om hvordan.

KAPITTEL 4 FOLKEHELSE SOM DEL AV DET KOMMUNALE PLAN- OG STYRINGSSYSTEMET

Om helsekonsekvensutredninger

En av anbefalingene fra Riksrevisjonens gjennomgang av folkehelsearbeidet i 2015 var å styrke 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.

I gjeldende lov legger flere bestemmelser opp til at helsekonsekvenser skal vurderes, både § 5, 11 og 22. I tråd med Riksrevisjonens anbefaling, mener direktoratet at det bør vurderes hvordan vurdering av helsekonsekvenser kan komme tydeligere frem i lovens bestemmelser. På statlig nivå skal statlige myndigheter i sin virksomhet vurdere konsekvenser for at beslutninger i nødvendig utstrekning tar hensyn til hvilke helsekonsekvenser disse har eller kan få, i tråd med prinsippet om befolkningens helse der det er relevant, jf. gjeldende lov § 22, videreført i forslag til ny § 22. Det kan vurderes om tilsvarende setning også bør følge av kommunens og fylkeskommunens ansvar, for eksempel i tilknytning til § 4 annet ledd og § 20 første ledd, annen setning.

⁴ [Tverrsektorielt samarbeid i kommunene innen aktivitets- og aldersvennlige samfunn - OsloMet](#)

⁵ [Riksrevisors åpningstale: Spanner sektorprinsippet bein på løsningene?](#)

Etter folkehelseloven § 11 kan kommunen pålegge virksomhet og eiendom for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av et tiltak og forhold, etter en forholdsmessighetsvurdering. Det følger av forarbeidene at "Konsekvensutredninger, også i forhold til helse, skal skje etter plan- og bygningsloven der den kommer til anvendelse. Dette innebærer at det er viktig at helsefaglig kompetanse og vurderinger bringes inn i prosessen knyttet til å fastsette krav til konsekvensvurderinger og ved vurderinger av disse. Bestemmelsen i folkehelseloven § 11 vil primært komme til anvendelse for tilfeller der konsekvensutredningsbestemmelsene etter plan- og bygningsloven ikke gjelder". Dette illustrerer hvordan folkehelseloven kapittel 3 er et sikkerhetsnett der annet regelverk gjelder. Det følger av forskrift om miljørettet helsevern § 3 at "Helsehensyn skal så langt som mulig ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer." I forslaget til revidert lov foreslås det at deler av forskriften § 3 tas inn i forslaget til grunnleggende krav til virksomhet og eiendom allerede. Det bør i lys av dette vurderes om også setningen om at helsehensyn så langt som mulig skal ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer skal tas inn i loven, med en presisering om at helsekonsekvenser skal vurderes som del av dette. Dette kan knyttes til kravet til virksomhet og eiendom eller knyttet til kravet til mål og planlegging i § 6.

Forslag til nytt krav til kommunen om medvirkning og tilrettelegging for forskning mv.

Departementet foreslår en ny bestemmelse om kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling og det lokale folkehelsearbeidet. Bestemmelsen har inkludert blant annet dette kravet til kommunen:

"Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling som lokale folkehelseiltak"

Helsedirektoratet er kjent med at tilsvarende plikt til å medvirke og tilrettelegge for forskning i helse og omsorgstjenestelovens §8-3 Forskning *"Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten"*.

Vi opplever forslaget til bestemmelsen som et noe ensidig krav til kommunen slik ordlyden fremkommer. Direktoratet mener at kommunens nytte av et slikt krav bør komme tydeligere frem. Helsedirektoratet foreslår at det formuleres mer som et partnerskap mellom kommuner og FoU miljø. I utgangspunktet har kommuner og kunnskapsinstitusjoner ulike mandat og målsettinger de går inn i et slikt samarbeid med. Erfaringer fra Program for folkehelsearbeid i kommunene viser at det skapes mye kunnskap i å utvikle nye arbeids- og samarbeidsmetoder. Det å jobbe på tvers for å løse en felles utfordring har gjort at man har fått økt kunnskap om andre sektors arbeid og mandat og man har dermed utviklet nye måter å jobbe på. Videre vises erfaringer fra Programmet at samarbeid mellom kommuner og FoU/ kompetansemiljø har vært best i de tilfeller hvor en sammen har funnet frem til problemstillinger, utviklet tiltak og gjennomført evalueringer. Når kommunenes behov står i sentrum utvikles det tiltak og arbeidsmetoder som oppleves nyttige og varige for kommunens arbeid med folkehelseutfordringer. Helsedirektoratet foreslår følgende endringer:

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

Forslag om å flytte krav til internkontroll til kapittel 2

Direktoratet støtter departementets forslag om å inkludere at kommunen skal ha internkontroll etter reglene i kommunelovens §25-1 med krav fastsatt i eller i medhold av denne loven som en del av bestemmelsen om Kommunens ansvar for folkehelsen. Dette kan gjøre det tydeligere for kommunen at det systematiske folkehelsearbeidet inkluderes i internkontrollarbeidet i kommunen.. Vi vil likevel fremheve at det bør tydeliggjøres at evaluering i et systematisk folkehelsearbeid ikke er det samme som evaluering av tiltak, men en del av kommunens forbedringsarbeid gjennom internkontrollsystemet.

Forslag om å avgrense krav til oversikt til det som er relevant for planbehov og tiltak

Departementet foreslår at kravet til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, jf. § 5, endres slik at oversikten avgrenses til det som er relevant for planbehov, aktuelle tiltak og handlinger.

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å knytte det kommunale oversiktsarbeidet tettere mot utarbeidelse og iverksetting av nødvendige tiltak. Vi er enige i at oversiktsarbeidets konsekvenser for folkehelse og utjevning må være godt beskrevet og integrert i kommunens plan- og styringssystem. Dette vil kreve at folkehelseloven og plan- og bygningsloven må henge sammen også i den praktiske bruken av regelverket i kommunene. Samtidig ser vi at måten forslaget er utformet på kan gi noen uintenderte konsekvenser som vi kommenterer under. Det fremgår av §5 ledd og høringsnotatet at folkehelseoversikten skal spisses til det som er relevant for planbehov, aktuelle tiltak og handlinger. Dette begrunnes blant annet med tilbakemeldinger fra kommuner og fylker som bruker uforholdsmessig mye ressurser på oversiktsarbeidet og at dette går på bekostning av annet folkehelsearbeid. Helsedirektoratet ser at kommuner har store oversiktsdokument med mye statistikk og tilfeller hvor deler av statistikken ikke blir benyttet utover at det står i oversiktsdokumentet. Samtidig skal kommunene ivareta helse i alle sektorer, og nettopp det at folkehelseoversiktene er tverrfaglige og utarbeides på tvers av sektorer, har vært med på å støtte opp under «helse i alt vi gjør», og bidratt til å bygge forståelse for kommunenes ansvar i folkehelsearbeidet. Det blir derfor viktig i det videre folkehelsearbeidet å sikre nettopp det tverrsektorielle og bygge opp under det kunnskapsbaserte som viser at det er mange forhold som har betydning for å løse «samfunnsfloker». I den sammenheng kan «spissing mot det som det er aktuelt å gjøre noe med» bli uheldig i den forstand at kommunen kan unnlate å investere i å arbeide med "samfunnsfloker" fordi det går for mye tid og ressurser til dette, og derfor ikke aktuelt å prioritere. Hvis det er slik at kommunen av den grunn kan unnlate å investere tid og ressurser i kunnskapsbasert utvikling, evt. i samarbeid med andre kommuner, er det uheldig da kommunen kan gå glipp av store gevinster for den enkelte innbygger, kommunen og samfunnet på sikt.

Direktoratet mener det er viktig at kommunene har oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som påvirker og at dette kravet fremdeles ligger til grunn for arbeidet med planstrategi. Loven bør ikke avgrense kravet til oversikt, men den kan tydeliggjøre at der kommunen ser at det er utfordringer kan de fremskaffe ekstra kunnskap. Dette kan vises gjennom merknader til lov og forskrift med hva som er intensjonen med oversikten. Det vil også kunne tydeliggjøres gjennom veiledning.

I dagens oversiktsbestemmelse heter det at "kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne".

Helsedirektoratet mener dette er et viktig og tydelig krav som indikerer at kommunen skal fortsette å gjøre det som er bra og gir bedre helse i tillegg til å endre forhold som kan bli bedre. *"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."*(fra Høringsnotatet)

Helsedirektoratet anser det her som viktig at det kommer tydelig frem at det både er de positive og negative faktorene som skal føre til tiltak. Dersom det er et økende søkelys på utfordringsbildet, kan kommunenes helhetlige folkehelsearbeid reduseres og positiv utvikling kan stagnere.

Helseforetakene og spesialisthelsetjenestens rolle, jf. § 5a og 25 a

Departementet foreslår at kommunens oversikt (i tillegg til andre nasjonale kilder) skal blant annet baseres på opplysninger som de regionale helseforetakene tilgjengeliggjør, og at helseforetakenes rolle i folkehelsearbeidet reguleres i forslag til ny § 25 a. Vi ser positivt på tydeliggjøringen av spesialisthelsetjenestens rolle gjennom § 25 a. Dette kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet både på kommunalt, fylkeskommunalt og på statlig nivå.

Som det fremgår i høringsnotatet er "Spesialisthelsetjenesten (...) ikke en hovedaktør i folkehelsearbeidet, men bidrar gjennom særlig sekundær- og tertiærforebygging til å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen." Det presiseres at "Folkehelsen blir i stor grad påvirket av forhold utenfor helsetjenestene." Videre fremgår det at "spesialisthelsetjenesten bør gi informasjon til helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helsemyndighetene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper." Denne beskrivelsen av spesialisthelsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet er imidlertid ikke i tråd med den foreslåtte bestemmelsen i § 5 første ledd bokstav a om at kommunene *skal* basere sin oversikt på blant annet opplysninger som de regionale helseforetakene tilgjengeliggjør. Helsedirektoratet stiller spørsmål ved hvilken merverdi det er tenkt at opplysninger fra RHFene skal ha inn i kommunenes oversiktsarbeid utover informasjon fra de sentrale helseregistrene. Opplysninger fra de sentrale helseregistrene inngår i dag i statistikken som tilgjengeliggjøres i Helsedirektoratets folkehelseprofiler med tilhørende statistikkbank. Dersom kommunene skal forholde seg til informasjon fra de regionale helseforetakene i tillegg til det statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene tilgjengeliggjør, bør det tydelig presiseres hva slags opplysninger de regionale helseforetakene skal bidra med. Tilsvarende problemstilling gjelder for fylkeskommunene i § 21 første ledd bokstav a.

Slik forslaget foreligger nå om at opplysninger som de regionale helseforetakene tilgjengeliggjør skal benyttes i kommunenes og fylkenes oversikter, kan det bidra til at kommuner og fylker bruker mer tid på oversiktsarbeidet fremover. Det strider mot ambisjonen om å skape bedre balanse 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.

I høringsnotatet fremgår det at "Det kan avklares lokalt det enkelte helseforetakets rolle i samarbeidet med kommunen". Helsedirektoratet stiller spørsmål ved om det vil være mulig å avklare dette lokalt, jf. forslaget til endring i § 5 første ledd bokstav a om at kommunene *skal* basere sine oversikter blant annet på opplysninger fra de regionale helseforetakene.

Helsedirektoratet mener at forslaget om de regionale helseforetakenes oppgave som kilde til kunnskap til kommuners og fylkeskommuners oversiktsarbeid, kan medføre en uklar ansvarsdeling mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og fylkeskommunen.

Opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer, jf. §5 bokstav b

Etter lovens § 5 første ledd bokstav b skal oversikten blant annet baseres på opplysninger fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og [omsorgstjenesteloven § 3-3](#). Direktoratet støtter departementet i å opprettholde en speiling til helse- og [omsorgstjenesteloven § 3-3](#). Samtidig vil dette kunne forstås av kommunens som en avgrensing til å kun gjelde helse- og omsorgssektoren. Vi foreslår derfor følgende endring til "*kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og [omsorgstjenesteloven § 3-3](#) og annen relevant kunnskap fra alle kommunale sektorene.*", eventuelt tydeliggjøre kunnskap fra alle sektorer i kommunen i § 5 c.

Risikoforhold og henvisning til smittevernloven §§ 7-1 og 7-2, jf. §5 bokstav c

Det er foreslått å ta inn i kravet til oversikt i § 5 at kommunen skal ha kunnskap om positive og negative faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, *herunder risikoforhold*. Direktoratet støtter at risikoforhold synliggjøres i bestemmelsen.

I forslag til revidert lov er henvisning til smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 tatt inn i § 5 første ledd bokstav c, som et eksempel på en lov som gir kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, herunder risikoforhold. Direktoratet mener at forholdet mellom folkehelseloven og smittevernloven er viktig å tydeliggjøre. Det bør likevel vurderes om det er hensiktsmessig at loven henviser til smittevernloven, eller om forholdet til annet lovverk som gjelder spesifikke påvirkningsfaktorer heller bør beskrives i veiledning til loven. Folkehelseloven gjelder alle påvirkningsfaktorer på befolkningens helse, og må ses i sammenheng med en rekke lover og forskrifter, hvor smittevernloven kun er en av disse. Ulempen ved å vise til enkelte områder er at det kan svekke lovens overordnede karakter og kan gi et fokus på disse områdene uavhengig av hva er som behovet. Direktoratet vurderer at henvisningen til smittevernloven i § 5 første ledd bokstav c bør tas ut, og at folkehelselovens forhold til annet relevant lovverk, herunder smittevernloven, tydeliggjøres og omtales i veiledning til loven. Det vises også til at risikoforhold er et begrep som ikke er brukt i smittevernloven, og det kan være forvirrende at dette brukes som et eksempel knyttet til dette.

Smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 regulerer blant annet krav til kommunen om å ha oversikt over arten og omfanget av smittsomme sykdommer og krav til kommunelegen om å ha løpende oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen. I tillegg til oversikt, regulerer bestemmelsene flere andre krav til kommunen og kommunelegen, herunder krav til tiltak, plan, opplysning og tilsyn. Dersom henvisning i § 5 c opprettholdes, bør det vurderes om det er nødvendig og hensiktsmessig å vise til §§ 7-1 og 7-2 i sin helhet, eller om det er tilstrekkelig å vise til kravene til oversikt.

Dersom loven skal vise til bestemmelser i annet lovverk på ulike områder, bør det også vurderes å henviser til krav til forebyggende plan i barnevernloven § 15-1 og generell forebyggende virksomhet i sosialtjenesteloven § 12, som er viktige forebyggende og helsefremmende plikter som må ses i sammenheng med folkehelselovens bestemmelser.

Det kan også vurderes om loven bør ha en egen bestemmelse om forholdet til annet regelverk, med utgangspunkt i § 3 i forskrift om miljørettet helsevern.

Forslag om planbehov og tiltak som del av kommunens arbeid med mål og planlegging, jf. § 6

Departementet foreslår ny formulering av § 6:

"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".

Til § 6 første ledd om planstrategi

Planstrategien skal klargjøre hvilke planoppgaver kommunen skal jobbe med i kommunestyreperioden for å legge til rette for ønsket utvikling. Målet er å styrke den politiske styringen av prioriterte planoppgaver som bygger på en bred vurdering av kommunens utfordringer.

I Veileder til [Kommunal planstrategi - kommunestyrets redskap for å prioritere planoppgaver - regjeringen.no](http://kommunal.planstrategi-kommunestyrets.redskap.for.aa.prioritere.planoppgaver-regjeringen.no), presiseres at kommunal planstrategi ikke er en plan, men et verktøy for å avklare planoppgaver i kommunestyreperioden (s. 4). Hovedhensikten med planstrategien er at nye kommunestyrerepresentanter skal få et forhold til det overordnede kommuneplanarbeidet ved å ta stilling til om de ønsker å styre etter gjeldende kommuneplan, eller endre hele eller deler av den⁶. Planstrategien skal bidra til at det ikke planlegges mer enn nødvendig.

Til forslagene om at tiltak skal ligge til grunn for, og inngå, i planstrategien

Det skal ikke vedtas mål og strategier for kommunens utvikling i planstrategien, og slik Helsedirektoratet forstår det, heller ikke tiltak. Fastsettelse av mål og strategier gjøres i kommuneplanens samfunnsdel som har andre krav til prosess og medvirkning (s. 4 og 11)⁵. Avklaring av tiltak følger senere i planprosessen og er sentralt iblant annet handlingsdel/økonomiplan.

Helsedirektoratet støtter derfor ikke at "avklaring av tiltak" inngår som grunnlag for kommunal planstrategi. Helsedirektoratet støtter heller ikke at "aktuelle tiltak" bør inngå i strategien. Å legge til begrepet "tiltak" i sammenheng med kommunal planstrategi mener vi kan være uheldig ved å være et brudd med strukturen (planprosessen) i plan- og bygningsloven, selv om det siktes til tiltak på overordnet nivå (s. 22 i høringsnotatet). Helsedirektoratet mener folkehelseloven i størst mulig grad bør harmoniseres med plan- og bygningsloven, blant annet for å gjøre det enklere for kommunene med ett helhetlig system å forholde seg til.

Til forslaget om at det i grunnlaget for arbeidet med kommunal planstrategi "skal inngå av klaring av planbehov".

Helsedirektoratet er opptatt av at avklaring av planbehov på folkehelseområdet må sees i sammenheng med kommunens samlede kunnskap og informasjon. Det kan for eksempel være

⁶ NOU 2003, lest i Hanssen og Aarsæther 2018, s. 145.

kunnskap fra andre sektorer som ikke er fanget opp i oversiktsdokumentet, nasjonale føringer, synspunkter fra regionale statsetater, fylkeskommuner og nabokommuner. Helsedirektoratet forslår derfor at det heller står "vurdering av planbehov". Dette kan være vurderinger som kan bringes inn i videre drøftinger og avklaringer av planbehov sammen med øvrig informasjon og kunnskap i kommunen i videre planprosesser.

I høringsnotatet foreslås det en presisering av at det i grunnlaget for arbeidet med kommunal planstrategi, j. § 6 første ledd, skal inngå "strategiske drøftinger knyttet til folkehelse og utjevning" (s. 22, men dette er ikke i foreslått i lovteksten). Helsedirektoratet oppfatter dette forslaget som formålstjenlig, og forslår at dette legges til i lovteksten for å understøtte strategisk folkehelsearbeid. Strategisk arbeid i kommunene er en generell utfordring, men også nødvendig i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller i Norge, jf. Marmotrapporten.

Nytt forslag til § 6 første ledd, første og andre setning blir:

Oversikten etter § 5 annet ledd skal, sammen med *vurdering av planbehov og strategiske drøftinger knyttet til folkehelse og utjevning*, inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer og *utjevning* bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10- 1.

Innspillene til kommunal planstrategi gjelder tilsvarende for regional planstrategi, jf. § 21 første ledd.

Til § 6 andre ledd om kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11

Til forslaget om at "tiltak" legges til sammen med mål og strategier.

Kap. 11 i PBL hjemler at kommunen skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Samfunnsdelen skal være overordnet og forankre sektorens arbeid og bidra til helhet og samordning og fungerer som et styringsverktøy, herunder forankre mål og strategier. Økonomiplanen etter kommuneloven kan utgjøre handlingsdelen av kommuneplanen. Mål og strategier i samfunnsdelen speiles i økonomiplan/ handlingsdel og andre planer kommunen utarbeider gjennom operasjonalisering i konkrete tiltak og handlinger.

Helsedirektoratet støtter å supplere med "tiltak". Direktoratet ser at en slik endring kan bidra til at tiltak i større grad følges opp i økonomiplan/ handlingsdel og gjøre folkehelsearbeidet mer gjennomføringsrettet.

Forslag fra direktoratet om endret begrepsbruk

Videre i § 6 andre ledd heter det at kommunen skal "møte" utfordringene kommunene står overfor, jf. § 5. Helsedirektoratet foreslår å harmonisere språkbruken med plan- og bygningsloven og endre dette til "motvirke", jf. § 3-1-f i plan- og bygningsloven om at kommunen skal fremme helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Å motvirke utfordringer er samtidig mer proaktivt enn å møte dem, jf. lovens ambisjon om helsefremming.

Nytt forslag til § 6 andre ledd blir:

"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 *motvirke* de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5".

Innspillene til kommuneplaner gjelder tilsvarende for fylkeskommunen, jf. § 21 andre ledd. I høringsnotatet er begrepet "fylkesplaner" benyttet, men det foreslås å endre dette til "regionale planer" som er brukt i PBL.

Arealplanlegging

I høringsnotatet vises det til undersøkelser om at hensynet til folkehelse og utjevning kan tape i arealplanleggingen, for eksempel ift. barn og unge og behovet for å tydeliggjøre nasjonale folkehelseinteresser i arealplanleggingen løftes frem.

I forslagene til endringer i loven kan ikke direktoratet se at dette er tilstrekkelig ivaretatt, men se forslag til paragraf 7 om tiltak.

Tiltak

Helsedirektoratet synes det er positivt at bestemmelsen er endret fra folkehelseiltak til tiltak. Dette kan bidra til en økt tverrsektoriell inkludering i tiltaksutvikling- og bestemmelsen. Tiltak er ikke definert i loven. Direktoratet mener en definisjon av tiltak kan være nyttig for å bidra til en omforent forståelse av begrepet, herunder at begrepet ikke forstås for smalt og prosjektrettet eller forveksles med tiltak etter annet lovverk⁷.

Forslag til definisjon:

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

Som eksempel kan tiltak i Program for folkehelsearbeid i kommunene vises til. En betydelig andel her iverksetter tiltak for å videreutvikle kvaliteten i skole og barnehage, samt fritidsordninger. De er gjort for å styrke universelle tjenester. Det å ha gode universelle tjenester er et viktigst forebyggende grep.

Der hjemmel for tiltak og oppfølging følger av særlover som regulerer spesifikke områder/faktorer, for eksempel smittevernloven, vil disse særlovene utgjøre det primære rettsgrunnlaget, og folkehelseloven vil være et supplerende hjemmelsgrunnlag for kommuner eksempelvis gjennom bruk av virkemidlene i folkehelseloven kapittel 3. Det bør vurderes om dette bør fremgå av loven, og bør uansett komme tydelig frem i forarbeidene.

Tiltaksområder i §7

Departementet har i forarbeidet til folkehelseloven (2012) vært tydelige på at det er kommunens behov som skal legges til grunn for folkehelsearbeidet og at behovene er lokale. Kommunene har ulike behov og utfordringer. Direktoratet stiller spørsmål om hvordan departementet har vurdert hvilke utfordringer og påvirkningsfaktorer som skal listes opp i bestemmelsen. Det vises eksempelvis til demografisk utvikling som fører til flere eldre⁸,

⁷ Jf. f. eks. pbl. § 1-6. *Tiltak* Med tiltak etter loven menes oppføring, riving, endring, herunder fasadeendringer, endret bruk og andre tiltak knyttet til bygninger, konstruksjoner og anlegg, samt terrenginngrep og opprettelse og endring av eiendom, jf. [§ 20-1 første ledd bokstav a](#) til [n](#). Som tiltak regnes også annen virksomhet og endring av arealbruk som vil være i strid med arealformål, planbestemmelser og hensynssoner.

⁸ Undersøkelse om kommuners systematiske folkehelsearbeid Helsedirektoratet 2024 og *Bo trygt hjemme reformen*

arealbruk og transport som viktige faktorer av betydning for folkehelsen⁹ og natur og klima som påvirkningsfaktor¹⁰. Videre er behov for å tydeliggjøre nasjonale folkehelseinteresser i arealplanlegging¹¹. Det er viktig at forarbeidene til loven, og veiledning til revidert lov, er tydelig på at oppstillingen utgjør eksempler på påvirkningsfaktorer det kan knyttes tiltak til, og at tiltak må vurderes i forhold til hva det er behov for lokalt. Det er viktig å påpeke at tiltak, i formen de er foreslått listet opp, kan være overlappende. Tiltak om livsstilsfaktorer og psykiske helse er for eksempel også relevant mht. bakenforliggende faktorer. Det er også viktig at det omtales hvordan tiltak skal ivaretas etter annet regelverk der annet regelverk ivaretar oppfølgingen av påvirkningsfaktorer, for eksempel smittevernloven. Det bør vurderes om oppstillingen av tiltaksområder i § 7, der smittsomme sykdommer er listet opp, bør henvise til andre lover der disse ivaretar tiltaksområdene, slik at det blir tydelig for kommunen hvilket regelverk som primært skal anvendes.

Psykisk helse, vold og overgrep

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

Rasisme

Departementet ber i høringsnotatet om innspill på om også *rasisme* bør omtales som et tiltaksområde. Undersøkelser tyder på at rasisme og diskriminering er et omfattende problem og uheldig for både den fysiske og psykiske helsen, jf. blant annet FHI og SSB.

Slik sett er det gode grunner for å inkludere dette som et tiltaksområde. Vi mener det bør avklares om det er *rasisme* eller *diskriminering* som eventuelt er hensiktsmessig begrepsbruk. Se for eksempel: [Rasisme og diskriminering | IMDi](#). SSB benytter også *diskriminering* i livskvalitetsundersøkelsen, se: [En av fem opplever diskriminering – SSB](#).

Med forventninger til at kommunenes oversikt over folkehelsen i større grad skal fungere som grunnlag for å vurdere planbehov og *tiltak*, kan dette i sin tur stille økte forventninger til nasjonalt nivå om å fremskaffe og formidle virkningsfulle folkehelseiltak. Dette henger også sammen med kap. 16 om kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Ensomhet

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

⁹ Se blant annet [Høring – forslag til nye statlige planretningslinjer for arealbruk og mobilitet - regjeringen.no](#)

¹⁰ Se blant annet [Høring - forslag til reviderte statlige planretningslinjer for klima og energi](#) og [NOU 2024: 2 | samspill med naturen — Naturrisiko for næringer, sektorer og samfunn i Norge](#)

¹¹ [Særlig viktige nasjonale og vesentlige regionale interesser på folkehelseområdet som legges til grunn ved vurdering av planforslag - Helsedirektoratet](#). Se også [H-2/14 Retningslinjer for innsigelse i plansaker etter plan- og bygningsloven - regjeringen.no](#) og [Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023–2027 - regjeringen.no](#)

KAPITTEL 5 KOMMUNENS ANSVAR FOR MILJØ OG HELSE

Direktoratet støtter at bestemmelser om kommunens ansvar samles i kapittel 2, og at det i bestemmelsen om tilsyn henvises til kommunens virkemidler i kapittel 3. Direktoratet er enig med departementet i at dette kan bidra til at virkemidlene i loven ses i sammenheng.

Departementet foreslår at definisjonen av miljørettet helsevern tas ut, og erstattes med miljø og helse, for å integrere miljørettet helsevern mer helhetlig i folkehelseloven. Departementet peker på overlappende definisjoner av hhv. miljørettet helsevern etter gjeldende lov § 8 og folkehelsearbeid etter gjeldende lov § 3 b.

Direktoratet støtter departementets intensjon om å integrere miljørettet helsevern mer helhetlig i folkehelseloven.

Det følger av gjeldende lov § 8 at *"Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer."* Folkehelsearbeid er i gjeldende lov § 3 b definert som *"samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen."* Direktoratet vurderer at det som omfattes av miljørettet helsevern, også faller inn under definisjonen av folkehelsearbeid.

Spørsmålet blir om det er nødvendig å definere det som i dag omtales som miljørettet helsevern som noe eget innenfor folkehelsearbeidet, eller om formålet om å integrere miljørettet helsevern i folkehelsearbeidet best oppnås ved at begrepet tas ut av loven og at loven heller peker direkte på de oppgavene som inngår i det, som handler om rollen inn i det systematiske folkehelsearbeidet etter kapittel 2, godkjenning og tilsyn, og virkemidlene (helsekonsekvensutredning, retting, stansing mv.)

Direktoratet mener at det å ta bort miljørettet helsevern som begrep fra loven ikke nødvendigvis påvirker oppgavene og virkemidlene som følger av kapittel 2, 3 og 6. Samtidig er det viktig å påse at endringer i begreper ikke fører til en svekkelse eller nedprioritering av arbeidet.

Direktoratet mener at begrepet miljø og helse også kan oppfattes som mer diffust enn det gjeldende begrepet miljørettet helsevern, noe som ikke er hensiktsmessig. Dersom begrepet beholdes eller erstattes med miljø og helse, bør begrepet defineres i loven eller forarbeidene, og en definisjon bør formuleres i lys av definisjonen av folkehelsearbeid.

Dersom ansvar og oppgaver om tilsyn delegeres til et interkommunalt selskap, må kommunen sikre at tilsyn også blir vurdert som en integrert del av kommunens folkehelsearbeid, og sikre rutiner for at kunnskap og opplysninger fra tilsyn ivaretas i kommunens systematiske folkehelsearbeid.

Direktoratet mener det er hensiktsmessig at krav til virksomhet og eiendom viser til krav til miljø og helse, i tråd med formuleringer i forslagene til ny § 8 og endringer som allerede er gjort i forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger (som bør vurderes endret til forskrift om *miljø og helse* i barnehager, skoler og skolefritidsordninger for en konsekvent begrepsbruk). Dette er mer pedagogisk og forståelig for ansvarlige for virksomhet og eiendom, og i samsvar med formuleringer i andre lovverk som virksomhet og eiendom må forholde seg til, som for eksempel arbeidsmiljøloven og plan- og bygningsloven med tilhørende forskrifter.

Forståelse av begrepet miljø og helse har også en betydning for forholdet mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets oppgaver, se innspill til høringsnotatet kapittel 12. I forslag til ny bestemmelse om kommunens tilsyn er det foreslått at kommunen skal føre tilsyn med virksomheter og eiendom, og ikke *faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen*, som er formuleringen i gjeldende bestemmelse om tilsyn (§9). Endringene er ikke omtalt i høringsnotatet. Direktoratet vurderer at de språklige endringene kan innebære realitetsendringer i tilsynsansvaret, og ber derfor departementet om å vurdere dette.

KAPITTEL 6: KRAV TIL VIRKSOMHETER OG VIRKEMIDLER

Forslag om å flytte krav til virksomhet og eiendom fra forskrift til lov

Direktoratet støtter forslaget om å flytte krav til virksomhet og eiendom fra forskrift til lov. Departementet bør vurdere om *planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles* bør kortes ned til *planlegges, tilrettelegges og drives*, i tråd med ordlyden som er valgt i forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger.

Det bør vurderes om setningen om at "Helsehensyn skal så langt som mulig ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer" i forskrift om miljørettet helsevern § 3 bør flyttes fra forskrift til lov, på samme måte som er gjort for det øvrige innholdet i forskriften § 3.

Hjemmel til Helsedirektoratet om å pålegge virksomhet og eiendom å utføre helsekonsekvensutredning

Departementet foreslår at Helsedirektoratet skal ha hjemmel til å pålegge helsekonsekvensutredninger etter § 11 ved virksomhet eller eiendom som berører flere kommuner.

Direktoratet mener at utredning av helsekonsekvenser er viktig, og er åpne for at det kan være hensiktsmessig og nødvendig med en nasjonal hjemmel for dette. Likevel mener vi at forslaget bør utredes og begrunnes nærmere før en slik hjemmel innføres.

Det bør blant annet vurderes utdypet hva som er behovet, om det er Helsedirektoratet eller statsforvalter som bør ha en slik myndighet (eller andre statlige myndigheter som har ansvar for enkeltfaktorer som kan påvirke helsen negativt), hvordan myndigheten skal fungere opp mot kommunens myndighet, hvordan et slikt forslag kan påvirke kommunenes bruk av hjemmelen lokalt og hvordan hjemmelen må ses opp mot annet lovverk.

Dersom Helsedirektoratet skal tillegges myndighet av en slik karakter vil dette ha administrative og økonomiske konsekvenser for direktoratet, og skape en forventning om at myndigheten tas i bruk der det er hensiktsmessig. Administrative og økonomiske konsekvenser for Helsedirektoratet er ikke omtalt i høringsnotatet. Virkemidlene i folkehelseloven kapittel 3 kan brukes for alle forhold og faktorer i miljøet som kan ha en innvirkning på helsen, og vil omfatte alt fra vindkraft til pålegg til landsdekkende kjeder som driver ulike typer virksomhet (eksempler: frisørkjeder, barnehagekjeder, asylmottak), omreisende virksomhet og virksomhet som foregår

på tvers av kommunegrenser, eksempelvis tog, buss og båttransport. På bakgrunn av dette mener vi at dette vil ha betydelige konsekvenser for direktoratets oppgaver.

I tillegg er det et spørsmål hvilke virkemidler direktoratet har dersom virksomhet og eiendom ikke etterkommer pålegg om helsekonsekvensutredning. Slik vi ser det vil eneste virkemiddel for direktoratet være pålegg om stansing, dersom slik hjemmel innføres. Samtidig vil vilkåret for stansing om overhengende fare for helseskade neppe være oppfylt i alle tilfeller som kan begrunne en helsekonsekvensutredning. Kommunene har i gjeldende lov virkemidler som er nødvendige for å tvinge frem oppfyllelse av pålegg, herunder pålegg om retting og tvangsmulkt. Det bør derfor utredes nærmere hvilke hjemler som samlet sett er nødvendig.

KAPITTEL 7: BEREDSKAP

Beredskap er regulert i gjeldende folkehelselov §§ 28 og 29, og forskrift om miljørettet helsevern §§ 5 og 6. Etter folkehelseloven § 28 første ledd har kommunen, fylkeskommunen, statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet ansvar for nødvendige beredskapsforberedelses og for tiltak i beredskapssituasjoner. Etter annet ledd plikter kommunen å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver innen miljørettet helsevern. Folkehelseloven § 29 gjelder gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner, og bestemmelsen gir blant annet en generell hjemmel for gjennomføring av IHR uavhengig av om hendelsen skjer på atom-/strålevern, smittevern- og/eller kjemikalieområdet.

Forskrift om miljørettet helsevern § 5 gjelder kommunens helseberedskap ved miljøhendelser og § 6 gjelder krav om at kommunen skal varsle Folkehelseinstituttet og statsforvalteren ved helsetrusler som er uvanlig eller uventet for tid og sted, kan forårsake vesentlig sykdom, skade eller død, eller har rask og ukontrollert sykdomsspredning.

Departementet foreslår flere endringer i krav til beredskap etter folkehelseloven. Direktoratet kommenterer på forslagene under, men vil innledningsvis komme med noen generelle kommentarer.

Direktoratet vil fremheve at det er viktig at folkehelselovens beredskapsbestemmelser ses i sammenheng med øvrig regelverk som regulerer beredskap i Norge. Regelverket er fragmentert og uoversiktlig, og verken innretning eller begrepsbruk av harmonisert. Det er derfor viktig at departementet i revisjonen ivaretar sammenhengen med øvrig beredskapsregelverk, både i innretning og begreper. Dette gjelder både regelverk i og utenfor helsesektor, herunder helseberedskapsloven, smittevernloven, sivilbeskyttelsesloven, samfunnssikkerhetsinstruksen mv, og både nasjonalt og internasjonalt. Det vises eksempelvis til forståelse av begrepet helsekrise.

Forholdet mellom folkehelseloven og annet regelverk som regulerer beredskap bør omtales, herunder folkehelselovens karakter av å ha en sikkerhetsfunksjon der annet regelverk ivaretar en situasjon eller hendelse, eksempelvis smittevernloven, for å sikre en effektiv forebygging og håndtering av en hendelse. Folkehelseloven vil også være det primære regelverket i mange situasjoner, men for beredskapssituasjoner som er særregulert bør det ikke gis et inntrykk av at folkehelseloven er det primære hjemmelsgrunnlaget for iverksettelse av tiltak for å beskytte befolkningen.

Forslag om å flytte bestemmelser om beredskap fra forskrift til lov

Direktoratet støtter forslaget om å flytte vesentlige krav til beredskap fra forskrift til lov.

I forslaget foreslås det å kun flytte deler av kravene som nå er hjemlet i forskrift om miljørettet helsevern. Det bør vurderes om flere av leddene i forskrift om miljørettet helsevern §§ 5 og 6 bør flyttes. Vurderinger knyttet til dette bør uansett omtales i forarbeidene til revidert lov.

Forslag om krav til kompenserende tiltak

Det foreslås ny § 7b, hvor det av første og andre ledd fremgår at: *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.*

Direktoratet mener det er viktig å synliggjøre behovet for iverksettelse av kompenserende tiltak for å forebygge og begrense konsekvenser for befolkningens helse som følge av tiltak iverksatt for å håndtere en helsekrise.

Plikt til å iverksette kompenserende tiltak bør også gjelde likelydende for stat og fylkeskommune. For departementene følger en plikt til å iverksette *komprimerende tiltak som reduserer sannsynligheten for – og håndtere konsekvensene av - uønskede hendelser i egen sektor*, jf. Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet (Samfunnssikkerhetsinstruksen), men plikten bør likevel gjelde likelydende for alle myndighetsnivåer etter folkehelseloven.

Plikten til å iverksette kompenserende tiltak må ses i lys av den myndighet og de virkemidler kommunen fylkeskommunen og staten har. Eksempelvis kan myndighet og ansvar for tiltak ligge på statlige myndigheter, mens konsekvensene må forebygges og begrenses lokalt i kommuner og fylkeskommuner. Det vises for eksempel til nasjonale vedtak om stenging av barnehager og skoler under pandemien. Tilfellet kan også være at kommunen iverksetter nødvendige tiltak, som kan kreve kompenserende tiltak på statlig nivå, eksempelvis gjennom lov- og forskriftsendringer. Plikt til å iverksette kompenserende tiltak bør gjelde innenfor myndighetens faktiske ansvar, rolle og myndighet.

Det kan vurderes om det bør spesifiseres at det som skal forebygges og begrenses er *negative* konsekvenser for befolkningens helse, og om det her av pedagogiske årsaker bør fremheves at dette gjelder både *fysisk og psykisk* helse. Erfaringene fra pandemien viser at det er langt lettere å bedømme potensielle negative effekter for fysisk helse, men at potensielt negative effekter for psykisk helse både er vanskeligere å vurdere, men også for lett blir oversett i totalvurderingen.

Forslag om krav til at kommunen skal sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap og krav til at kommuneoverlegen skal gi faglige råd til kommunens helsemessige beredskap

Departementet foreslår at det i bestemmelsen om krav til samfunnsmedisinsk kompetanse, jf. gjeldende § 27 og ny § 7c, legges til at *Kommunen skal sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap*. I tillegg foreslås det at det i bestemmelsen om beredskap, jf. gjeldende § 28 og ny § 7b, legges til at kommunelegen *skal gi faglige råd til kommunens helsemessige beredskap etter denne loven*.

Direktoratet støtter forslaget, og for øvrig til kapittel 9 i dette høringssvaret om kommuneoverlege og samfunnsmedisinsk kompetanse.

Forslag om hjemmel til Helsedirektoratet om å stanse virksomhet eller aktivitet ved helsekrise

Departementet foreslår at det gis hjemmel i folkehelseloven til 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 ved helsekrise som berører flere kommuner*. Høringsnotatet omtaler ikke økonomiske og administrative konsekvenser ved forslaget. Direktoratet mener det er viktig med nødvendige hjemmelsgrunnlag for tiltak for statlige myndigheter ved hendelser, herunder atomhendelser, men også ved naturkatastrofer, kjemikaliehendelser eller lignende. Samtidig er det viktig at en slik inngripende hjemmel bør utredes og begrunnes nærmere før en slik hjemmel innføres. Direktoratet mener forslaget bør utredes ytterligere før en slik hjemmel innføres.

Forslaget gir direktoratet en hjemmel til stanse, men ingen plikt til å gjøre det, til forskjell fra kravet som stilles til kommunen. Kommunen har en plikt til å stanse virksomhet eller aktivitet dersom vilkårene i § 16 første ledd er oppfylt. Siden det er de samme, og noe strengere, vilkår som stilles for bruk av direktoratets hjemmel i forslaget til annet ledd, vil det i praksis innebære at kommunens plikt til å stanse inntreffer i alle tilfeller direktoratet kan vurdere å bruke hjemmelen. Det bør derfor utredes nærmere hvordan en slik hjemmel skal praktiseres i forhold til kommunens hjemmel.

Det er et vilkår i bestemmelsen at det foreligger *overhengende fare for helseskade ved virksomhet eller eiendom*. I tillegg fremgår det av forarbeidene til bestemmelsen (Prop. 90L (2011-2012)) at bestemmelsen er en sikkerhetsventil, og at andre virkemidler skal brukes først. For Helsedirektoratet vil eneste aktuelle virkemiddel være å gi pålegg om helsekonsekvensutredning etter § 11, forutsatt at en hjemmel for dette vedtas. Det bør derfor utredes nærmere hvilke hjemler som samlet sett er nødvendig.

Rekkevidden av Helsedirektoratets eventuelle myndighet vil med forslaget være begrenset til situasjoner der det oppstår *forhold ved en virksomhet eller eiendom*, jf. avgrensing av kommunens myndighet etter første ledd. Departementet bør vurdere rekkevidden av hjemmelsgrunnlaget i gjeldende § 16 knyttet til forhold som oppstår på og påvirker et større område, eksempelvis ved atomhendelser, kjemikaliehender og naturhendelser.

Det bør omtales hva som menes med *helsekrise* i forslaget, og om det er Helsedirektoratet som i så fall skal fatte beslutning om at det er slik krise. Helsekrise bør også vurderes i lys av definisjonen av helsetrusler i forslaget og i forhold til hvordan begrepet er brukt i forslag til ny § 7 b *Beredskap*. Begrepene må også ses i forhold til bruk av begrepene i annet regelverk og dokumenter om beredskap, både nasjonalt og internasjonalt.

Virkemidlene i folkehelseloven kapittel 3 er lagt opp til å rette seg mot bestemte virksomheter og eiendommer, gjennom bruk av enkeltvedtak. Dette kommer blant annet til uttrykk i forskrift om miljørettet helsevern og forslaget til ny § 7 a. Det vurderes om dette er hensiktsmessig at

ved stansing av virksomhet eller aktivitet i et større område, eller om dette bør gjøres gjennom forskrift.

Hvis slik hjemmel legges til Helsedirektoratet er det viktig at direktoratet til enhver tid settes i stand til å følge med, til å innhente nødvendige rapporter, med videre. Vi vurderer det derfor blant annet som nødvendig at forslag om at også Helsedirektoratet skal motta varsler fra kommunen, og at Helsedirektoratet kan innhente registerdata, blir gjennomført. I en hendelse vil imidlertid ikke varsler og registerdata alltid være tilstrekkelig som informasjonsgrunnlag. Gitt at det er Helse- og omsorgsdepartementet som kan iverksette rapportering for sektor jf. helseberedskapsloven § 2-3, og gitt at Helsedirektoratet slik vi forstår det ikke skal motta rapporter fra alle etater i sektor, er det viktig å vurdere hvor langt Helsedirektoratet kan komme i sine vurderinger uten at HOD har iverksatt rapportering, og eventuelt delt informasjon med direktoratet. Det vises til parallelle spørsmål på smittevernområdet.

I høringsnotatet nevnes stenging av skoler ved en atomhendelse som eksempel på et tilfelle som kan medføre pålegg om stansing fra Helsedirektoratet. Til dette påpekes det at atomhendelser vil kunne kreve stansing av alle virksomheter og eiendommer i det aktuelle området som er rammet, ikke bare skoler. Dersom en atomhendelse berører flere kommuner og det er overhengende fare for helseskade for barn i skoler, vil dette også gjelde ved barnehager, fritidsarenaer, helsestasjon, barneverninstitusjoner mm. Dersom det er overhengende fare for helseskade for andre deler av befolkningen eller befolkningen generelt, vil direktoratet måtte vurdere stansing av virksomheter og eiendommer i samfunnet generelt. En slik hjemmel bør utredes grundig, og ses i lys av erfaringer fra pandemien.

Gitt at ovennevnte problemstillinger gjennomgås, og det vurderes om hensiktsmessig å innføre en slik hjemmel, bør det ses til smittevernloven, der Helsedirektoratet også har hastekompetanse i situasjoner som berører hele eller deler av landet.

Nærmere om annen særlovgivning

Vi vurderer at det i flere særlover finnes hjemmel for nasjonalt nivå til å stenge virksomheter. Dette gjelder eksempelvis smittevernloven og delvis etter strålevernloven. Direktoratet anbefaler at det gjøres en vurdering av om det er hensiktsmessig at risikoområder dekkes av annen særlovgivning eller om det bør omfattes av nytt hjemmelsgrunnlag i folkehelseloven. Iverksettelse av nasjonale tiltak ved smittevernhendelser skal primært reguleres av smittevernloven, som etablerer et helhetlig system for slike vurderinger, herunder rettsikkerhet, forholdsmessighetsvurderinger og angivelse av subjektens ansvar og roller. Folkehelseloven er et supplerende hjemmelsgrunnlag for kommuner gjennom bruk av virkemidlene i folkehelseloven kapittel 3.

Ved atomhendelser bør det vurderes om Kongelig resolusjon om delegering av Kongens myndighet etter strålevernloven § 16 kan gi hjemmel for DSA/KUA (etter delegasjon) til å stenge virksomheter i akutt fase av en atomhendelse. Etter delegasjonen kapittel 4 kan det pålegges *sikring av områder som er eller kan bli sterkt forurensset, for eksempel i form av begrenning av tilgang og trafikk eller sikring og fjerning av radioaktive fragmenter*. Etter bestemmelsen kan DSA/KUA stenge områder, og de bør derfor også kunne gjøre det mindre, altså stenge virksomheter i et område.

Å etablere parallelle hjemmelsgrunnlag for stenging kan føre til uklar rolle- og ansvarsfordeling i alvorlige situasjoner som må håndteres raskt.

Nærmere om forholdet til helseberedskapsloven

Etter gjeldende folkehelselov § 28 plikter blant andre kommunen, statsforvalter og Helsedirektoratet å iverksette nødvendige tiltak og ha beredskapsplaner etter helseberedskapsloven §§ 2-1. Dette er foreslått videreført i forslag til §§ 7b, 23 og 24. Helseberedskapsloven § 2-1 angir at: *Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap.*

Bestemmelsen knytter altså ansvaret til den som har ansvar for *en tjeneste*, og eksempelvis Helsedirektoratet og statsforvalter er ikke nevnt som ansvarssubjekt i helseberedskapsloven eller i forskrift om krav til beredskapsplanlegging. Det bør derfor vurderes om henvisningen til helseberedskapsloven § 2-1 er hensiktsmessig, eller om den heller bidrar til uklarhet om roller og ansvar. Hva som ligger i de ulike myndighetenes ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner bør tydeliggjøres.

KAPITTEL 8 SMITTEVERN SOM DEL AV FOLKEHELSEARBEIDET

Det fremgår av høringsnotatet at erfaring fra pandemien viser betydningen av å se på smittevern som del av det tverrsektorielle kommunale arbeidet med å beskytte og fremme befolkningens helse. Departementet legger til grunn at forholdet til annet regelverk ikke har vært tydelig nok uttrykt, og at pandemien synliggjorde virkeområdet til folkehelseloven, som supplerende hjemmelsgrunnlag.

Videre beskrives at pandemien er et eksempel på hvordan en akutt smittevernhendelse har bred innflytelse på folkehelsen på ulike måter, og at helsefremmende innsats gjør befolkningen mer motstandsdyktige mot smittsomme sykdommer.

Et mål med revisjonen er derfor å løfte betydningen av sammenhengen mellom smittevern, beredskap og det generelle folkehelsearbeidet, og hvordan man kan jobbe forebyggende med disse problemstillingene.

Departementet legger til grunn at kommunenes folkehelseansvar i dagens folkehelselov er bredt, og favner beredskapsoppgaver og smittevern. I tråd med folkehelsemeldingen vil regjeringen blant annet sikre at det kommunale smittevernet er forankret på tvers av ulike sektorer, og at smitteverntiltak blir sett i et bredere folkehelse- og livskvalitetsperspektiv. I stortingsmeldingen om helseberedskap framgår 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.

Departementet legger videre til grunn at; *smittevernlovens krav til forebygging primært er 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.*

Direktoratet mener det er viktig å se smittevern som en del av folkehelsearbeidet, men fremhever at det samtidig er viktig å opprettholde en klar avgrensning mellom lovene for å sikre effektiv oppfølging. I forholdet mellom lovene er folkehelseloven et sikkerhetsnett til smittevernloven, som er den primære loven innen smittevern. Ved miljøspesifikke smittevernhendelser, som utbrudd av legionella, er folkehelseloven den primære hjemmel for å stenge og avgrense en smitekilde. Folkehelseloven er også den primære hjemmel for krav til hygiene og forebyggende smitte i virksomheter generelt, herunder i barnehager og skoler. Når det gjelder omtalen i høringsnotatet av plikten til å forebygge og iverksette tiltak mot smittsomme sykdommer etter smittevernloven, finner vi grunn til å presisere følgende: Formålet med smittevernloven jf. § 1-1 er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å *forebygge* dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet. Loven skal også ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.

Av forarbeidene til § 1-1 første ledd fremgår at (Ot. Prp. Nr. 91 (1992-1993): *Uttrykket «å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen», dekker hverandre delvis og er valgt spesielt for å framheve at befolkningen skal være sikret at det til enhver tid blir drevet forebyggende arbeid mot smittsomme sykdommer, også når slike sykdommer ikke opptrer eller sjelden opptrer.*

Det følger videre av forarbeidene til smittevernloven § 1-1 andre ledd at bestemmelsen understreker at det er helsetjenesten som har det primære ansvaret for arbeidet med de smittsomme sykdommene. Dette innebærer imidlertid ikke at helsemyndighetene selv skal iverksette alle tiltak, men at helsemyndighetene også plikter å påvirke andre myndigheters beslutninger av betydning for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av smittsomme sykdommer. *Eksempelvis er medvirkning fra og samarbeid med Statens næringsmiddeltilsyn, Statens forurensingstilsyn og veterinærmyndighetene viktig for å kunne utøve kontroll med utbredelsen av smittsomme sykdommer som overføres via matvarer og drikkevann eller fra dyr og andre kilder i miljøet. Når det gjelder sykdommer hvor sosiale faktorer er av betydning for smittespredning, vil sosialetaten ha viktige oppgaver gjennom støttetiltak, adferdspåvirkning m.m.* Videre tjener bestemmelsen som en presisering og påminnelse for andre forvaltningsorganer om at deres avgjørelser mest mulig bør være i tråd med prinsippene bak forebygging og tiltak mot smittsomme sykdommer.

I forarbeidene til smittevernloven § 1-1 tredje ledd presiseres at smittevernlovens vektlegging av rettssikkerhet kan være et viktig bidrag i det forebyggende arbeidet mot smittsomme sykdommer *ved å sikre integritetsvernet sammen med de smittedes alminnelige, sosiale og medborgerlige rettigheter.*

Smittevernloven § 7-1 første ledd pålegger kommunen blant annet å sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen er sikret *nødvendige forebyggende tiltak*. Det gjøres i ordlyden ingen avgrensning av omfanget av de forebyggende oppgavene. Det følger av forarbeidene til bestemmelsen (ot.prp. 91 1992-1993) at innen rammen av bestemmelsen vil kommunen ha betydelig handlefrihet med hensyn til prioritering og utbyggingsnivå for ulike tiltak innen smittevernet.

I paragraf 7-1 andre ledd pålegges kommunen blant annet plikt til for å sørge for at *individuell forebyggende tiltak blir satt i verk*, og kommunen skal *sørge for at andre tiltak etter smittevernloven, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven iverksettes.*

Av tredje ledd i § 7-1 følger: *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. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.* Forarbeidene beskriver at det er en krevende oppgave å bygge opp og drive et effektivt smittevern, herunder sørge for at kommunen står rimelig godt rustet på de mest aktuelle områder, og samtidig får mest mulig utbytte av sin ressursinnsats. Smittevernarbeidet må derfor foregå etter en plan som må inngå som en del av kommunens samlede plan for helsetjenesten. *Skal en slik plan bli et effektivt og hensiktsmessig redskap, må den omfatte både miljørettede og individrettede tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer.*

Smittevernloven § 7-2 gir videre en omfattende oppregning av de oppgaver kommunelegen i kommunen skal ha i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Oppgavene omfatter blant annet å utarbeide plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og tiltak, og *å utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen*, jf. § 7-2 andre ledd litra a og c.

Det er dermed klart at smittevernloven regulerer forebyggende arbeid utover det som beskrives i høringsnotatet. Planarbeid i forbindelse med smittsomme sykdommer skal gjennomføres etter smittevernloven, disse planene skal samordnes med andre planer, eksempelvis planer etter folkehelseloven, og tverrsektorielle behov skal ivaretas.

Smittevernloven er innrettet slik at den inneholder alle tiltak som kan bli nødvendige innen smittevernet. De fleste av tiltakene vil ikke rettes mot helsetjenesten slik høringsnotatet legger til grunn, men mot samfunnet ved befolkningen, virksomheter, eller enkeltpersoner, jf.

eksempelvis smittevernloven § 4-1. Smittevernlovens grunnprinsipper ivaretar rettssikkerhet, rettigheter og plikter, roller, ansvar og tiltak, i en helhet.

KAPITTEL 9 KOMMUNEOVERLEGE OG SAMFUNNSMEDISINSK KOMPETANSE

Direktoratet støtter departementets forslag om at det i bestemmelsen om samfunnsmedisinsk kompetanse tas inn at kommunen må sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk beredskap. Det støttes videre at i bestemmelsen tas inn at kommuneoverlegen som medisinskfaglig rådgiver for kommunen skal ivareta samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, helsemessig beredskap og forslag til tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Direktoratet støtter også at bestemmelsen flyttes til kapittel 2 om kommunens ansvar, som ledd i å samle bestemmelsene om kommunes ansvar. Direktoratet støtter også endringen fra *kommunelege* til *kommuneoverlege*.

Kommunen skal sørge for å inneha nødvendig faglig kompetanse for å ivareta et forsvarlig folkehelsearbeid. Selv om folkehelseloven krever samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta den medisinsk-faglige rådgivningen, må folkehelsearbeidet ivaretas i et samspill med andre fagdisipliner innenfor alle sektorer, herunder planfaglig kompetanse, folkehelsevitenskap, samfunnsvitenskapelig, helsefaglig kompetanse, teknisk kompetanse, samfunnspsykologisk kompetanse, juridisk kompetanse og kunnskap fra de ulike sektorene.

Utdanningsinstitusjoner har de senere årene utviklet seg i retning av økt tilbud om folkehelsevitenskapelige utdanninger, som også omfatter epidemiologi som fagfelt. Det kan være aktuelt for kommuner å samarbeide med kompetansemiljøer, for eksempel høyskoler, fylkeskommunen, helseforetak og/eller interkommunale enheter som kan bistå eller utføre epidemiologiske analyser for å sikre nødvendig faglighet. Folkehelsearbeidet krever også miljømedisinsk kompetanse, som per i dag i hovedsak er dekket av den arbeidsmedisinske spesialiseringen.

Kommunen må sørge for en hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom ulike fagpersoner i kommunen for å løse oppgavene på en effektiv, hensiktsmessig og helhetlig måte. Et eksempel på behov for tverrsektoriell kompetanse er kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom i kommunen etter folkehelseloven kapittel 3, som inneholder administrative, tekniske, medisinske og veiledningsoppgaver. Kommunens arbeid etter folkehelseloven, herunder oppgavefordeling og nødvendige rutiner for samarbeid mellom fagpersoner i kommunen skal være en del av kommunens internkontroll, jf. folkehelseloven § 30.

Samfunnspsykologisk kompetanse er sentral i det systematiske folkehelsearbeidet, herunder i evaluering av tiltak, og generelt i kommunens videreutvikling av et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Samfunnspsykologisk kompetanse kan være knyttet opp mot psykologer ansatt i kommunen, men også andre yrkesgrupper kan tilegne seg en viss kompetanse på området som gir relevante samfunnspsykologiske perspektiver inn i folkehelsearbeidet.

KAPITTEL 11 FYLKESKOMMUNEN

§ 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.

Omtalen av fylkeskommunens ansvar etter forslaget § 20 bør presisere at ansvaret også omfatter å identifisere, planlegge for å iverksette, eventuelt nødvendige kompenserende tiltak med de virkemidler fylkeskommunen er tillagt, jf. forslag til ny § 21 a.

Departementet foreslår en ny bestemmelse i § 20, 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. Som et utgangspunkt, skal fylkeskommunen ivareta folkehelsehensyn i de oppgaver den er tillagt og med de virkemidler som fylkeskommunene er tillagt. Forslaget om at fylkeskommunen gis en formell tilretteleggerrolle, hvor også forskning er inkludert, støttes. Begrunnelse er at det er ikke bare forskningsrollen som er viktig men vel så mye alt det andre. På den måten ivaretar vi erfaringene bygd opp gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene. Det er viktig at fylkeskommunene har en veiledende rolle og vil være en støttespiller til kommunenes folkehelsearbeid. Fylkeskommunen skal være pådriver for folkehelsearbeidet, og bidra med å samordne innsatsen i fylket. Forslaget støttes.

KAPITTEL 12 DET STATLIGE FOLKEHELSEARBEIDET

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 statlige forvaltningsorganer, herunder departementer, det vil si alle virksomheter som er en del av staten som juridisk person.

Av høringsnotatet fremgår at det i innspillmøter til lovarbeidet er 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 ubalanse mellom kommunenes ansvar og statens ansvar. Fordi 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.

Vi slutter oss til høringsnotatets beskrivelse av at tydelig rolle- og ansvarsbeskrivelse for statlig nivå er viktig for å bedre samordningen mellom det lokale og nasjonale folkehelsearbeidet. Vi støtter hensikten bak departementets forslag om at statens ansvar konkretiseres med et sett av oppgaver, etter modell av de kommunale forpliktelsene. Imidlertid mener direktoratet at dette ansvaret bør legges på departementene, slik at det tverrsektorielle perspektivet fremkommer tydelig. At det legges til regjeringen å vurdere hvordan kravene til staten skal oppfylles, og å bruke *staten* som subjekt, er lite presist. Dette kan føre til manglende måloppnåelse i det generelle folkehelsearbeidet.

Hvis det oppstår hendelser og disse kan håndteres ved virkemidlene i folkehelseloven, kan det også oppstå behov for tverrsektoriell bistand fra nasjonalt nivå, eksempelvis til iverksettelse av kompenserende tiltak som kommunene ikke har hjemmel eller midler til å iverksette. Forslag til § 22 om statlige myndigheters ansvar for folkehelsen er noe utydelig på statens ansvar for beredskap knyttet til hendelser som omfattes av folkehelseloven.

Gjeldende bestemmelse i § 22 stiller blant annet krav om at alle "statlige myndigheter i sin virksomhet skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant". Her kan det være forvirrende å vite når dette er relevant, og det foreslås en presisering: "krav om at alle statlige myndigheter i sin virksomhet vurderer helsekonsekvenser i sine vedtak, planer, evalueringer og strategier som kan ha relevans for folkehelsen direkte og indirekte."

Forslag til ny § 22 tar i bruk flere ulike ansvarssubjekter, hhv. staten, statlige myndigheter, statlige helsemyndigheter og departementet. Hvem som omfattes av de ulike bør tydeliggjøres.

Det bør vurderes om alle direktorater som har ansvar for bestemte faktorer som kan virke inn på helse og livskvalitet også bør ha ansvar for å følge med på de påvirkningsfaktorene de har et ansvar for, eksempelvis Statens strålevern sitt ansvar for å følge med på stråling og Miljødirektoratets ansvar for å følge med på luftkvalitet og støy innenfor sitt ansvarsområde. Tilsvarende bør det vurderes om alle departementene bør ha løpende oversikt over de positive og negative faktorene som kan virke inn på helse og livskvalitet i befolkningen, og som de respektive myndighetene har et ansvar for.

Direktoratet støtter departementet forslag om å konkretisere statens ansvar med likelydende beskrivelse med et sett av oppgaver, etter modell av de kommunale forpliktelser, slik det er uttrykt i kap. 2 i folkehelseloven. Det vil kunne bidra til å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og et felles ansvar for på tvers av forvaltningsnivåer på statlig nivå. Ikke minst er dette viktig for å lykkes i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Helsedirektoratets ansvar

Under §24 Helsedirektoratets ansvar er det foreslått følgende tekst "Helsedirektoratet skal bidra til å iverksette nasjonal politikk innen folkehelseområdet og fastsette og formidle nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid." Uttrykket å utvikle nasjonale normer og standarder er fjernet og erstattet med å fastsette og formidle. I ordlyden i brev fra HOD av 28. september gir følgende føring: Helsedirektoratet har som oppgave å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer. Det bør vurderes om ordlyden bør endres i tråd med formuleringer bruk i brev av 28.oktober.

12.2 Det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå

Helsedirektoratet støtter en klarere harmonisering av det nasjonale og det lokale folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratets roller er godt beskrevet, men i forslaget som nå foreligger kan det se ut som direktoratet mister en viktig rolle som bidragsyter i politikkutformingen nasjonalt. Tidligere har vi levert et tverrsektorielt kunnskapsgrunnlag til departementet hvert 4. år som grunnlag for neste folkehelsemelding. Dette arbeidet har vært en del av det systematiske folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå slik det fremstilles i Folkehelsemeldingen. Dette grunnlaget er ment å svare ut bestemmelsen i folkehelseloven om at Helsedirektoratet skal "*følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet*". I tråd med endringene i den statlige helseforvaltningen skal FHI sin rolle som kunnskapsprodusent rendyrkes, og Helsedirektoratet skal i større grad fortolke og forstå utfordringsbildet og legge dette til grunn for "råd til regjeringa og andre" (Meld.St.15 Folkehelsemeldinga). I forslaget til revidert lov, så er setningen om å følge med på folkehelseutfordringer fjernet fra § 24, uten at dette begrunnes i høringsnotatet. Vi mener dette samsvarer dårlig med fremstillingen i folkehelsemeldingen, og foreslår at setningen enten tas inn igjen, eller erstattes med en ny bestemmelse om Helsedirektoratets rolle som bidragsyter i utvikling av folkehelsepolitikken. På den måten vil det

være et bedre samsvar mellom lovens bestemmelse om Helsedirektoratets ansvar og det som formidles i stortingsmelding og andre styringsdokumenter.

Forholdet mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet §§ 24 og 25 innen smittevern og miljø og helse

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets ansvar er regulert i gjeldende lov og forslaget §§ 24 og 25.

Departementet viser til at ansvarsfordelingen mellom direktoratet og Folkehelseinstituttet er avklart gjennom Prop 11 L (2023-2024), og at *innenfor smittevern og miljømedisin vil Folkehelseinstituttet fortsatt ha operativt fagansvar, herunder gjennomførings-, overvåknings-, og rådgivningsfunksjoner*. Departementet foreslår derfor å ta inn et nytt ledd som uttrykker at *Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og har innenfor områdene smittevern og miljømedisin ansvar for overvåkning, råd og veiledning*. jf. Høringsnotatet. I forslaget til § 25 fjerde ledd er ikke begrepet *miljømedisin* tatt inn i bestemmelsen, men *miljø og helse*.

Direktoratet er opptatt av at etatene har tydelige rammer for oppgaver og ansvar, for å kunne vurdere behovet for ressurser, samarbeid og for å understøtte kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen på en god måte. Ansvarsfordelingen mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet bør være tydelig for å unngå overlap og sikre effektivt samarbeid. Direktoratet mener det er behov for noen tydeliggjøringer og avklaringer i ansvarsforholdene mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets har ansvar for råd og veiledning, og formuleringen som er foreslått i forslag til ny § 25 fjerde ledd bør derfor angi *hva* Folkehelseinstituttet skal gi råd og veiledning, og avgrenses mot det som Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning om etter § 24, og Helsedirektoratets ansvar etter smittevernloven. Det bør tydeliggjøres hva som ligger i at FHI skal ha et *operativt fagansvar*, sett i forhold til at både kommuner, Helsedirektoratet og staten, etter folkehelseloven eller som myndighet etter smittevernloven, også kan måtte fungere *operativt*. Dette vil eksempelvis være tilfellet før eller under en hendelse, og for å sikre tidsriktig iverksettelse av tiltak, herunder kompenserende tiltak. Alle etatene må videre være i stand til å foreta faglige vurderinger i tråd med sitt ansvar og sine oppgaver i det operative arbeidet. Etater som besitter myndighet til å iverksette tiltak, har også plikt til å foreta selvstendige faglige vurderinger. Dette gjelder eksempelvis for kommunen og Helsedirektoratet etter smittevernloven. Hvis Helsedirektoratet tillegges hjemmel til å gi pålegg til virksomhet og eiendom, må Helsedirektoratet gjøre selvstendige vurderinger knyttet til dette. Det bør også tydeliggjøres hva som menes med at FHI skal ha *gjennomføringsfunksjoner*. Vi vurderer at alle etater med ansvar og oppgaver innen folkehelsearbeidet eller smittevern, som kommuner og Helsedirektoratet, har gjennomføringsfunksjoner.

Nærmere om miljø og helse

Arbeid med og tiltak knyttet til *miljø og helse* er en integrert del av folkehelsearbeid, og miljø og helse bør være en integrert del av Helsedirektoratets ansvar for å *gi råd og veiledning om valg av strategier og tiltak i folkehelsearbeidet*. I høringsnotatet tas begrepet miljø og helse i bruk

som erstatning for begrepet miljørettet helsevern, som ikke er ensbetydende med begrepet miljømedisin. Det bør vurderes om Folkehelseinstituttets veiledningsansvar heller bør knyttes til *miljømedisin*, som er brukt som begrep i grunnlagsdokumenter for endringer i sentral helseforvaltning, eller *miljøfaktorer*, som brukes i gjeldende § 25 annet ledd. Departementet bør også tydeliggjøre hvordan nytt fjerde ledd skal forstås i lys av nytt femte ledd, som også følger av gjeldende lov.

Direktoratet må for å kunne ivareta sine myndighets- og forvaltningsoppgaver, i likhet med Folkehelseinstituttet, følge med på forhold i miljøet som kan ha en negativ innvirkning på helsen folkehelsearbeidet. Miljø og helse bør også ivaretas i direktoratets arbeid med "*... informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet*", jf. § 24 første ledd. Det vises til målet om å integrere miljørettet helsevern bedre i folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet skal etter § 24 gi råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet og fastsette og formidle nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Direktoratets ansvar for faglig normering innen *miljø og helse* bør inngå i det. Det bør tydeliggjøres om dette omfatter nasjonale normer og standarder for helsemessig tilfredsstillende virksomhet og eiendom.

Det påpekes også at ansvar for råd og veiledning innen miljø og helse vil også måtte gis av blant annet Direktoratet for strålevern og atomberedskap, Kriseutvalget for atomberedskap i akutt fase av en atomhendelse, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Mattilsynet. Dette gjelder både i daglig arbeid og i kriser.

Det anbefales at den foreslåtte angivelsen av etatenes ansvar gjennomgår og justeres i lys av dette, for å unngå uklarhet om ansvar og oppgaver.

Nærmere om smittevern

Departementet foreslår at det i forslag til ny § 25 fjerde ledd at FHI også innen smittevern skal ha ansvar for overvåkning, råd- og veiledning.

Når det gjelder rolle- og ansvarsfordelingen mellom FHI og Helsedirektoratet, gjelder at Helsedirektoratet er et myndighets- og forvaltningsorgan innen smittevernet. Ansvaret og oppgavene som Helsedirektoratet er tillagt stiller krav til direktoratets virksomhet, virkemidler og følge-med-ansvar på smittevernområdet, både i det daglige og i kriser.

Helsedirektoratets myndighetsoppgaver inkluderer ansvar for å følge med og ha en oppdatert oversikt innen smittevernet, herunder informasjon fra FHI og andre nasjonale og internasjonale kilder. Helsedirektoratet må ha oversikt eksempelvis for å kunne:

- gjøre selvstendige vurderinger av behovene innen smittevernet jf. Prop. 11 L (2023-24)
- vurdere om tiltak er nødvendige
- velge hvilke tiltak som bør iverksettes og om disse vil være forholdsmessige basert på tilgjengelig kunnskap og informasjon etter en helhetsvurdering
- understøtte departementet og andre etater dersom det er nødvendig

Helsedirektoratet kan blant annet gi råd eller veiledning innenfor smittevernet dersom direktoratet mener slike virkemidler er mest hensiktsmessige. At Helsedirektoratet kan benytte slike virkemidler er også en nødvendig konsekvens av at direktoratet må kunne benytte mindre

inngripende virkemidler enn tiltak etter loven, hvis dette etter en nødvendighets- og forholdsmessighetsvurdering finnes mest tjenlig.

Etter smittevernloven § 7-9 andre ledd skal FHI *gi smittevern faglige råd og bistand til helsepersonell, kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer.*

Som statens smitteverninstitutt skal FHI blant annet understøtte kommuner, Helsedirektoratet og departementet/regjeringen i deres myndighetsoppgaver gjennom å dele informasjon og kunnskap.

Det er dermed ikke samsvar mellom den foreslåtte formuleringen i § 25 fjerde ledd, og øvrig regulering og rolle- og ansvarsfordeling innen smittevernet. Hvis det var meningen å regulere deler av smittevernet som i dag ligger i smittevernloven i folkehelseloven, må beskrivelsen av Helsedirektoratets ansvar og oppgaver innen smittevernet speiles i folkehelseloven. Det samme gjelder for andre subjekter med ansvar og oppgaver innen smittevernet etter smittevernloven, da ansvars- og rollefordelingen innen smittevernet ikke samsvarer med subjektbeskrivelsen i folkehelseloven.

Det legges til grunn at eventuelle endringer i folkehelseloven ikke berører rekkevidden av smittevernloven.

Det anbefales at angivelse av etatenes ansvar vurderes nærmere i lys av dette, for å unngå uklarhet om ansvar og oppgaver.

KAPITTEL 15 HELSE I DEN SAMISKE BEFOLKNINGEN

Direktoratet er positive til departementets forslag til nye bestemmelser om at landets kommuner skal ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Det kan bidra til at hensynet til det samiske perspektiver i større grad ivaretas i det helhetlige langsiktige folkehelsearbeidet. En slik bestemmelse vil også kunne bidra til å styrke det systematiske folkehelsearbeidet i sin helhet.

Høringsnotatet avgrenser, eller definerer ikke spesifikke kommuner og fylkeskommuner som omfattes i en ny bestemmelse i loven. Det støttes av direktoratet. Dette sikrer at alle landets kommuner skal ha oppmerksomhet på den samiske befolkningen og at dette ikke avgrenses til kommuner og fylker definert inn i [Forvaltningsområdet](#) for samiske språk.

Departementet foreslår videre at landets fylkeskommuner (§ 20) og staten (§22) får en tilsvarende plikt på å ha oppmerksomhet på spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen. Dette vil være med på å bidra til at samiske perspektiver også på et regionalt og nasjonalt nivå styrkes og får mer fokus i folkehelsearbeidet. Ved å mer helhetlig inkludere lokalt, regionalt og nasjonalt nivå vil man kunne bidra til å legge forholdene mer til rette for at den samiske befolkningen kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv i tråd med Grunnloven- og ILO-konvensjonens forpliktelser.

KAPITTEL 16 KUNNSKAPSBASERT FOLKEHELSEARBEID

Helsedirektoratet støtter forslaget om at Helsedirektoratet får en eksplisitt hjemmel i § 24 fjerde ledd for å kunne innhente og oppbevare indirekte identifiserbare personopplysninger for Helsedirektoratets oppgaver etter folkehelseloven § 24. Folkehelseprofilene inneholde kun anonym statistikk, men i mange tilfeller er det nødvendig at grunnlagsdata er indirekte identifiserbare, for å kunne utarbeide statistikken. Det er avgjørende at ordlyden om "andre

offentlige kilder" beholdes slik det foreligger i forslaget til ny lovtekst, slik at hjemmelen ikke kun vil gjelde helseregistre.

Helsedirektoratets oppgaver med å gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunes oversikter omfatter i stor grad bearbeiding av grunnlagsdata og utarbeiding av statistikk. Arbeidet med folkehelseprofiler omfatter blant annet innhenting og tilrettelegging av indirekte identifiserbare personopplysninger fra ulike datakilder. Dataene bearbeides og tilrettelegges før de publiseres som anonym statistikk i profiler og statistikkbank.

Helsedirektoratet foreslår derfor å legge inn "utarbeide" i tillegg til "å gjøre tilgjengelig" i bestemmelsen i § 24 som beskriver Helsedirektoratets oppgave med å gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunes oversikter. Forslag til ordlyd:

"Helsedirektoratet skal utarbeide og gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21."

Det fremgår i høringsnotatet at "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." Helsedirektoratet støtter vurderingen om at faglig uavhengighet ligger til grunn for utarbeidelse av folkehelseprofilene, men mener det er svært uheldig at dette ikke fremgår av forslaget til lovtekst i §24 i revidert lov. Helsedirektoratet mener at prinsippet om faglig uavhengighet eksplisitt bør nevnes i forbindelse med utarbeidelse av folkehelseprofilene i §24. Det er positivt at det eksplisitt fremgår i beskrivelsen av Folkehelseinstituttets oppgaver med å utarbeide og presentere statistikk fra helseregistrene at "Folkehelseinstituttet skal være faglig uavhengig under utførelsen av disse oppgavene". Tolkningen ved å utelate prinsippet om faglig uavhengighet i §24 kan bli at faglig uavhengig ikke gjelder for Helsedirektoratets oppgaver med å gjøre tilgjengelig statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunes oversikter.

I høringsnotatet står det følgende: "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". Hva innebærer disse føringene for valg av tematikk i folkehelseprofilene? Vi presiserer at det her bør tydelig fremgå at valg av tematikk i folkehelseprofilene baseres på faglig uavhengig vurderinger. Nasjonale folkehelseutfordringer ligger naturlig til grunn for tematikken i folkehelseprofilene allerede i dag.

Oppdatert og lett tilgjengelig statistikk fra de sentrale helseregistrene er "viktig for den nasjonale, fylkesvise og kommunale oversikten over befolkningens helse og risikofaktorer".

Helsedirektoratet mener at også FHIs ansvar for å utlevere data fra helseregistrene kan nevnes eksplisitt i § 25 "Folkehelseinstituttet skal utarbeide og presentere statistikk fra helseregistrene og andre kilder". For at opplysningene som Helsedirektoratet skal utarbeide og tilgjengeliggjøre som grunnlag for kommuner og fylkeskommuners oversikter skal være oppdaterte, både faglig og i tid, er det avgjørende at Folkehelseinstituttet legger til rette for enkel og rask tilgang til oppdaterte data fra helseregistrene. Helsedirektoratet vil også ha behov for faglige innspill fra miljøet knyttet til helseregistrene og på folkehelseområdet. Helsedirektoratet foreslår derfor at Departementet vurderer om det skal legges inn en bestemmelse om at Folkehelseinstituttet skal samarbeide med Helsedirektoratet om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 24.

Helsedirektoratet støtter forslaget om fastere regularitet for gjennomføringen av fylkehelseundersøkelser i forslag til § 25. Folkehelseinstituttet får ansvar for å legge til rette for regelmessige fylkesvise folkehelseundersøkelser i samarbeid med fylkeskommunene. Det foreslås en ny bestemmelse i § 25, 2. ledd i folkehelseloven. Dette er positivt. Det forutsetter imidlertid at departementet sikrer at Folkehelseinstituttet og fylkeskommunene gis nødvendig og forutsigbar finansiering til å gjennomføre folkehelseundersøkelser i alle fylker. Videre støtter Helsedirektoratet vurderingen om at "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". Det vil blant annet bidra til at dataene på en bedre måte kan brukes og presenteres i Helsedirektoratets folkehelseprofiler og tilhørende statistikkbank.

Helsedirektoratet gjennomfører årlig en undersøkelse om kommunens systematiske folkehelsearbeid, som følge praktiske hensyn og mangel på egen hjemmel, sendes undersøkelsen ut sammen med den årlige tobakksundersøkelsen som er hjemlet i tobaksskadeloven. Departementet bør vurdere om folkehelseloven bør gi Helsedirektoratet en egen hjemmel for innhenting av opplysninger om kommunens systematiske folkehelsearbeid til statistiske formål.

I bestemmelsen om statlige myndigheters ansvar for folkehelsen, foreslås en bestemmelse om at store nasjonale folkehelseiltak bør effektevalueres. Helsedirektoratet mener alle tiltak må være godt utredet og kunnskapsbasert, og det bør være mulig å måle eller vurdere effekten av tiltak som iverksettes. Vi mener det ikke bør stilles krav til en bestemt form for evaluering. Det kan være utfordrende å effektevaluere folkehelseiltak, og det kan derfor være mer hensiktsmessig å vurdere andre metoder for evaluering av store nasjonale folkehelseiltak. Det er en allmenn oppfatning at befolkningens helse bestemmes av en rekke faktorer, herunder de samfunnskapte betingelsene for hvordan vi lever våre liv. Vårt mandat er å bidra til en helsefremmende samfunnsutvikling; i dette perspektivet er effekten av tiltak noe vi finner både på kort og lang sikt. Evalueringer eller vurderinger av folkehelseiltak fordrer derfor ulike metoder og tilnærminger.

KAPITTEL 17 SAMARBEID MED FRIVILLIGHETEN

Vi støtter forslaget om å styrke loven når det gjelder samarbeid med frivillige organisasjoner og mener at forslaget til ny bestemmelse om at *statlige helsemyndigheter skal legge til rette for samarbeid og dialog med frivillig sektor på en systematisk måte* (§ 22) er viktig.

I kap. 17.2 i høringsnotatet vises det til planene om å etablere et folkehelsepolitisk råd som har til formål å skape en arena der den politiske ledelsen og representanter fra brede samfunnsinteresser, herunder frivillig sektor, skal møtes for å drøfte folkehelsepolitikk (Folkehelsemeldinga 2022-2023). Vi oppfatter at dette vil være en (av flere) viktig arena for samarbeid og dialog.

Direktoratet vil også peke på frivillighetssentralene og deres viktige rolle i samarbeidet med frivilligheten. Frivillighetssentralene er en landsdekkende struktur, delvis eid av kommunene og som har en veldig viktig rolle som koordinator og brobygger mellom kommunen og frivilligheten.

Vennlig hilsen

Linda Granlund e.f.
direktør

Kjersti Halvorsen Engeseth
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk