



Rapport

## Utredning av konsekvenser for folkehelse

Holth & Winge



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

## Dokumentinformasjon

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

**Tittel:** Utredning av konsekvenser for folkehelse

**Utarbeidet av:** Holth & Winge og Institutt for folkehelsevitenskap, NMBU

**Dato:** 5. februar 2026

**Forsidebilde:** Travers

### Om Holth & Winge

Holth og Winge har spisskompetanse på plan- og bygningsrett og tilstøtende rettsområder. Firmaet besitter oppdatert kunnskap fra forskning og praksis, gjennom utredninger, kurs og undervisning.

[www.holthogwinge.no](http://www.holthogwinge.no)

[kontakt@howi.no](mailto:kontakt@howi.no)

---

### Om Institutt for folkehelsevitenskap, NMBU

Institutt for folkehelsevitenskap har omfattende kunnskap og bred forsknings- og metodekompetanse innen folkehelsefeltet. Instituttet utfører forskning av relevans for samfunns- og arealplanleggingen og det systematiske folkehelsearbeidet, og har solid erfaring med bidrags- og oppdragsforskning, undervisning og kursvirksomhet.

[www.nmbu.no/fakulteter/fakultet-landskap-og-samfunn/institutt-folkehelsevitenskap](http://www.nmbu.no/fakulteter/fakultet-landskap-og-samfunn/institutt-folkehelsevitenskap)

[camilla.ihlebak@nmbu.no](mailto:camilla.ihlebak@nmbu.no)

[emma.charlott.andersson.nordbo@nmbu.no](mailto:emma.charlott.andersson.nordbo@nmbu.no)

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
1.1 Tema og formål .....	4
1.2 Definisjoner og avgrensninger .....	5
1.3 Metodikk for arbeidet med rapporten .....	6
1.3.1 Juridisk analyse .....	6
1.3.2 Kartlegging av metodikk.....	6
1.3.3 Empiriske undersøkelser .....	7
<b>2 KRAVET OM ET FORSVARLIG KUNNSKAPSGRUNNLAG .....</b>	<b>9</b>
<b>3 PLAN- OG BYGNINGSLOVEN.....</b>	<b>11</b>
3.1 Tema og problemstilling.....	11
3.2 Plansystemet og planmyndighetene .....	11
3.3 Folkehelsehensynets stilling i plan- og bygningsloven .....	14
3.4 Krav til saksopplysning i kommunale planprosesser .....	15
3.5 Særlig om konsekvensutredninger .....	19
3.5.1 Formålet med konsekvensutredninger .....	19
3.5.2 Når kreves konsekvensutredning .....	20
3.5.3 Forskriftens krav til undersøkelser av folkehelse .....	22
3.5.4 Hvor detaljerte utredninger kreves?.....	25
<b>4 FOLKEHELSELOVEN .....</b>	<b>27</b>
4.1 Tema og problemstilling.....	27
4.2 Folkehelseloven og miljørettet helsevern .....	27
4.3 Helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven .....	28
4.3.1 Adgangen til å gi pålegg om helsekonsekvensutredning .....	28
4.3.2 Særlig om forholdet mellom utredningskravene i folkehelseloven og plan- og bygningsloven .....	30
4.3.3 Generelt om forholdet mellom folkehelseloven og annet regelverk.....	32
4.3.4 Grunnlag for pålegg om helsekonsekvensutredning .....	35
4.3.5 Påleggets krav til helsekonsekvensutredningen .....	38
4.4 Kort om oppfølging av pålegg om helsekonsekvensutredning .....	40
<b>5 FRA LOV TIL PRAKSIS: METODIKK FOR Å UTREDE KONSEKVENSER FOR FOLKEHELSEN .....</b>	<b>42</b>
5.1 Tema og problemstilling.....	42
5.2 Operasjonalisering av «Helse i alt vi gjør» .....	42
5.3 Definisjon og typer helsekonsekvensutredninger .....	43
5.4 Kartlegging av eksisterende metodikk .....	45
5.4.1 Innledning .....	45
5.4.2 Kartlagt metodikk og dens anvendbarhet og relevans .....	46
5.5 Erfaringer med utredninger av konsekvenser for folkehelse i praksis .....	50
5.5.1 Innledning .....	50
5.5.2 Kjennskap til, men lite bruk av eksisterende verktøy .....	50

5.5.3	Det utvikles egne veiledere og verktøy .....	51
5.5.4	Særlige utfordringer og områder med stort forbedringspotensial.....	53
5.5.5	Metodikk for utredninger ved pålegg etter folkehelseloven § 11 .....	54
<b>6</b>	<b>OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>56</b>
6.1	Oppsummering av hovedfunn .....	56
6.1.1	Regelverket .....	56
6.1.2	Metodikken .....	57
6.2	Anbefalinger for videre arbeid.....	59
6.2.1	Innledning .....	59
6.2.2	Veiledning om konsekvensutredning om folkehelse i planprosesser.....	59
6.2.3	Veileder om helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven .....	62
6.2.4	Spesifikke anbefalinger for videreutvikling av metodikk .....	63
6.2.5	Videreutvikling av Helsedirektoratets rolle.....	64
<b>7</b>	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>66</b>

## Sammendrag

Denne rapporten gir en gjennomgang av hvilke krav lovgivningen stiller til utredning av konsekvenser for folkehelse, med hovedvekt på slike utredninger som et ledd i offentlige beslutninger om arealbruk. Den undersøker både plan- og bygningsloven og folkehelseloven. Rapporten ser på hvordan regelverket følges opp i praksis, og redegjør for tilgjengelig metodikk for å utføre utredninger av konsekvenser for folkehelse. Formålet med rapporten er blant annet å gi et godt grunnlag for å videreutvikle Helsedirektorats rolle med å støtte opp under arbeidet med utredninger av konsekvenser for folkehelse, og tilrettelege for at slike utredninger kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget i offentlige beslutningsprosesser.

Arbeidet som presenteres i rapporten bygger på en juridisk analyse av lovverk, en kartlegging av metodikk basert på systematiske og strategiske litteratursøk og empiriske undersøkelser. De empiriske undersøkelsene inkluderer arbeidsverksteder og fokusgruppeintervjuer med relevante aktører, i tillegg til dokumentgjennomgang i form av eksempler fra kommunal planlegging.

Rapporten viser at plan- og bygningsloven og konsekvensutredningsforskriften fastsetter en rekke krav ved utredning av planforslag. Hensynet til folkehelse har i utgangspunktet god forankring i både loven og forskriften. Likevel gir regelverket få føringer eller krav med hensyn til hvilke forhold knyttet til folkehelsen som skal undersøkes i en konsekvensutredning. Dertil finnes det lite veileddning som viser hvordan konsekvenser for folkehelse skal undersøkes og vurderes som ledd i en konsekvensutredning. Resultatet er at det treffes beslutninger om arealbruk med manglende eller mangelfull kunnskap om helsekonsekvenser.

I forlengelsen av dette peker rapporten på at virkninger for folkehelsen ofte oppfattes som et abstrakt tema, noe som gjør det krevende å behandle i en konsekvensutredning. Dette fører til at det i praksis ofte blir gjort rede for temaer som er enklere å konkretisere og kvantifisere, for eksempel støy og luftforurensning, men at disse faktorenes betydning for folkehelsen i mindre grad blir belyst. Rapporten viser også at det er stor variasjon i hvordan kommunene legger opp planprosessene internt, og om personell med folkehelsefaglig kompetanse involveres, slik at man får sikret at konsekvenser for folkehelse blir utredet i tråd med regelverket.

Videre viser rapporten at konsekvensutredningsforskriften i liten grad skiller mellom utredning av konsekvenser for folkehelse i kommuneplanens arealdel og i reguleringsplaner. Samtidig kan det være store forskjeller med hensyn til hvilken informasjon og kunnskap kommunene trenger, når det skal tas stilling til ny arealbruk på de to plannivåene. Rapporten peker på at dersom konsekvensene for folkehelse ikke er tilstrekkelig utredet i kommuneplanens arealdel, men først blir kartlagt i en senere reguleringssplanprosess, er det fare for at kunnskapen får liten betydning for de vurderinger og prioriteringer som skal ta med hensyn til ønsket arealbruk.

Deretter redegjør rapporten for myndighetenes adgang til å pålegge en såkalt helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven<sup>1</sup> § 11, for å få utredet mulige helsemessige konsekvenser av planlagt eller eksisterende virksomhet eller forhold på en eiendom.

---

<sup>1</sup> Folkehelseloven er endret med virkning fra 1. januar 2026. Denne utredningen er i hovedsak skrevet høsten 2025, og tar derfor utgangspunkt i loven slik den da lød. Det er likevel henvist til de kommende endringene der det er sentralt.

Påleggsbestemmelsen inngår i virkemidlene i særlig kommunenes arbeid med miljørettet helsevern.

Rapporten synliggjør at utredning etter folkehelselovens bestemmelse i første rekke skal være et «sikkerhetsnett», til bruk i tilfeller der de aktuelle helsemessige konsekvensene ikke blir fanget opp gjennom krav som stilles i annet regelverk. Et eventuelt pålegg om utredning kan først gis etter en forholdsmessighetsvurdering, hvor det særlig skal ses hen til om samme forhold er utredet etter annet regelverk. Videre understreker rapporten at et eventuelt pålegg ikke bør trekkes inn som et tilleggsmoment i planprosesser hvor det er krav om konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven. Dersom plan- og bygningsloven stiller krav om konsekvensutredning, er det dette regelverket som må legges til grunn og benyttes for å sikre at helsemessige konsekvenser blir tilstrekkelig utredet i planprosessen.

Rapporten viser også at det hersker en del usikkerhet om når bestemmelsen i folkehelseloven kan og bør benyttes, og hva kommunen kan kreve at en utredning skal inneholde. Kommunene påpeker at de til dels mangler «bestillerkompetanse». Det kan dermed også være krevende å avgjøre om det man mottar er tilstrekkelig utredning av helsemessige konsekvenser.

Rapporten viser at det finnes et stort mangfold av tilnæringer, metoder og verktøy for å utrede konsekvenser for folkehelse. Dette dekker alt fra enklere sjekklistebaserte til omfattende veiledere, samt verktøy og metoder som eksplisitt har føkalklys på analyse av helsekonsekvenser, sosial ulikhet, innbyggerinvolvering i utredningsprosesser og kvalitetsvurdering av utredninger. Videre har det vært en fremvekst av ressurser for integrering av helseutredninger i andre konsekvensutredninger i løpet av det siste tiåret. Den store variasjonen i metodikk skyldes at veiledere og verktøy retter seg mot ulike anvendelsesområder og et bredt spekter av målgrupper. Dette reiser spørsmål om overførbarhet til norsk kontekst, og peker på behovet for tilpasning til nasjonale rammer og praksis, samt ulike formål og aktører. Metodikken som er kartlagt i den foreliggende rapporten, vil kunne danne et viktig utgangspunkt for videre arbeid.

Videre synliggjør rapporten at de ulike aktørene har varierende kjennskap til metodikk og tilgjengelige ressurser, og at disse brukes lite systematisk. Eksisterende veiledere oppleves som omfattende og lite konkrete, mens de eksisterende sjekklistene er for generelle til å være nyttige i konkrete prosjekter. På bakgrunn av dette utvikler både kommunene og konsulentene egne metoder, verktøy og veiledere. I tillegg viser rapporten at de ulike aktørene har begrenset erfaring med, eller kjennskap til, utredninger som gjennomføres etter pålegg i henhold til folkehelseloven § 11. Dette gjelder også metodikk som benyttes i slike utredninger.

Gjennomgående viser rapporten at aktørene har et stort behov for, og ønske om, mer veiledning om utredning av konsekvenser for folkehelse i kommunal planlegging og i saker etter folkehelseloven. Dette gjelder både veiledning om selve regelverket, organisering av prosessene i kommunen, og om metodikken. Avslutningsvis anbefaler rapporten derfor for det første at det utarbeides veiledning om utredning av konsekvenser for folkehelse som del av konsekvensutredning i planprosesser, integrert i de eksisterende KU-veilederne utarbeidet av Kommunal- og distriktsdepartementet og Miljødirektoratet. For det andre anbefaler rapporten at det utarbeides en separat veileder tilknyttet pålegg om helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven, som bør legges på Helsedirektoratets nettsider. For det tredje anbefaler

rapporten at det etableres en informasjonsplattform som gir en samlet fremstilling av hvordan konsekvenser for folkehelse kan vurderes som en del av plan- og beslutningsprosesser. Plattformen bør administreres av Helsedirektoratet og supplere veilederingen om konsekvensutredninger og helsekonsekvensutredninger.

Avslutningsvis understreker rapporten at Helsedirektoratet bør ta en mer aktiv rolle i å informere om kravene til utredning av konsekvenser for folkehelse og støtte de ulike aktørenes arbeid på dette området. For å sikre helhetlige og konsistente styringssignaler, anbefales det at Helsedirektoratet tar initiativ til å samordne veilederingen om utredninger av konsekvenser for folkehelse med andre direktorater. Videre er det avgjørende at Helsedirektoratet fungerer som pådriver og tilrettelegger for systematisk evaluering av både eksisterende og nye verktøy, og sikrer ressurser til å tilpasse internasjonale metoder og verktøy til norske rammer og praksis. Helsedirektoratet bør legge til rette for opplæring og kapasitets- og kompetansebygging blant ulike aktører, i samarbeid med relevante kompetansemiljøer. I tillegg anbefaler rapporten at Helsedirektoratet etablerer rutiner for årlig gjennomgang og oppdatering av veiledering, slik at man sikrer at nasjonale veiledere og metoder harmoniserer med internasjonale standarder og beste praksis.

# **1 Innledning**

## **1.1 Tema og formål**

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Direktoratet ønsker en vurdering og redegjørelse av hvilke krav lovverket setter når det gjelder utredning av konsekvenser for folkehelse, særlig som et ledd i offentlige beslutninger om arealbruk. I tillegg ønskes økt kunnskap og innsikt i hvordan regelverket blir praktisert, herunder hvilke eventuelle utfordringer som gjør seg gjeldende i praksis. Hensikten med rapporten er å frembringe ny kunnskap om regelverk, eksisterende metodikk og praksis, og med dette legge grunnlag for at direktoratet kan gi veileding til aktørene som skal kartlegge og vurdere hvilke konsekvenser arealbruksendringer kan ha for folkehelsen.

Rapporten gjør rede for og analyserer gjeldende regelverk, tilgjengelig metodikk for kartlegging av konsekvenser for folkehelse, samt hvordan reglene blir praktisert. Det er to utredningssystemer som analyseres, nemlig plan- og bygningslovens (tbl.) bestemmelser om konsekvensutredninger og folkehelselovens (fh.l.) bestemmelse om adgangen til å pålegge helsekonsekvensutredning.

Selv om det finnes rundt 30 lover som gir myndighetene hjemler til å treffe beslutninger om arealbruk, er plan- og bygningsloven uten tvil den loven som har størst betydning for hvordan arealene forvaltes. Rapporten ser nærmere på lovens plansystem, og behandler planlegging på statlig, regionalt og lokalt nivå, med hovedvekt på kommunale arealplaner. Et sentralt spørsmål er i hvilken grad lovens saksbehandlingsbestemmelser sikrer at konsekvenser for folkehelse blir utredet som et ledd i planprosesser. Det er særlig bestemmelsene om konsekvensutredning som danner grunnlag for analysen. Utredningen undersøker blant annet når loven setter krav om konsekvensutredning, og hvilke krav som stilles til kartlegging av virkninger for folkehelse i konsekvensutredninger på ulike plannivåer.

Når det gjelder folkehelseloven, er det spesielt bestemmelsen i lovens § 11 om adgangen til å pålegge en såkalt helsekonsekvensutredning som analyseres. Sentrale spørsmål her er når forvaltningen kan kreve en særskilt helsekonsekvensutredning, hva slags informasjon som kan kreves kartlagt, samt hvem som er gitt påleggsmyndighet.

I tillegg diskuterer rapporten sammenhengen mellom disse to utredningssystemene. Det sentrale spørsmålet er hvorvidt, og eventuelt i hvilken grad, de to lovene virker sammen eller uavhengig av hverandre. Dette har betydning for å klargjøre hvilket hjemmelsgrunnlag som gjør seg gjeldende når det gjelder myndighetenes rett og plikt til å sikre at beslutninger om arealbruk skjer på grunnlag av kunnskap om konsekvenser for folkehelse.

Deretter kartlegger og undersøker rapporten eksisterende metodikk og verktøy for å utrede konsekvenser for folkehelse, uavhengig av om utredningene gjennomføres med bakgrunn i krav i plan- og bygningsloven, folkehelseloven eller annet lovverk. Kartleggingen bygger både på internasjonal forskningslitteratur og metodikk innhentet fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner. I tillegg undersøkes hvilken metodikk som brukes i praksis i Norge, samt hvilke metodiske utfordringer et bredt utvalg aktører opplever i arbeidet med å utrede konsekvenser for folkehelsen. På bakgrunn av dette vurderer vi anvendbarheten og relevansen av eksisterende metodikk for utredninger av konsekvenser for folkehelse etter både plan- og bygningsloven og folkehelseloven.

De teoretiske undersøkelsene av både lovverk og metodikk suppleres med empiriske undersøkelser, både gjennom dialog med ulike aktører og gjennom dokumentstudier. Rapporten søker å avdekke hvorvidt, og i hvilken utstrekning, det er et spenn mellom lovgivers intensjon og praksis i forvaltningen og andre aktører, og eventuelle årsaker til dette. Der det finnes avvik, er spørsmålet om dette kan spores tilbake til svakheter i regelverket, i praksis eller en kombinasjon.

Samlet gir undersøkelsene grunnlag for å diskutere mulige tiltak for å sikre at konsekvensene for folkehelse blir integrert og synliggjort i saksgrunnlaget for beslutninger om arealbruk. Rapporten tydeliggjør hvordan forvaltningen og aktørene må tolke og praktisere regelverket, og gir konkrete anbefalinger om hvordan man kan viderefutvikle eksisterende praksis og metodikk slik at folkehelsehensyn ivaretas i plan- og beslutningsprosesser.

## 1.2 Definisjoner og avgrensninger

Rapporten handler om gjeldende regelverk om utredninger av konsekvenser for folkehelse, særlig i beslutninger om arealbruk, og metodikk for slike utredninger. Rapporten omtaler i hovedsak plan- og bygningsloven og folkehelselovens bestemmelser om slike utredninger.

I juni 2025 ble folkehelseloven vedtatt endret på flere punkter, med virkning fra 1. januar 2026. Denne rapporten skrives høsten 2025, og kommer derfor bare inn på disse endringene der det er relevant for rapportens tema. Rapporten legger likevel gjennomgående de kommende definisjonene av folkehelse og folkehelsearbeid til grunn, i folkehelseloven § 3 som vil lyde slik fra 1. januar 2026:

### § 3. Definisjoner

I loven her menes med

- a. folkehelse: befolkningens helsetilstand og livskvalitet og hvordan helse og livskvalitet fordeler seg i en befolkning
- b. folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og livskvalitet, fremmer gode sosiale og miljømessige forhold, utjewner sosiale helseforskjeller, beskytter befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, og forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.

I gjeldende fhl. § 3 bokstav a, er definisjonen av folkehelse «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Som vi skal se, er denne legaldefinisjonen av folkehelse også kommet til uttrykk i plan- og bygningsloven og i regelverket om konsekvensutredninger. Dette skaper en forbindelse mellom plansystemet og folkehelseloven, uten at det nødvendigvis er klart hvordan de to utredningssystemene virker sammen. Dette diskuteres i kapittel 4.3.2 nedenfor.

Flere steder i rapporten brukes begrepet «helsekonsekvensutredning». Dette er et begrep som kan ha to ulike betydninger. For det første kan det være en betegnelse på prosessen og metodikken som anvendes når man kartlegger hvilke virkninger et tiltak har, eller kan få, for folkehelsen. I praksis brukes begrepet både når det utarbeides en konsekvensutredning i medhold av plan- og bygningsloven, og der det blir gitt et pålegg om slik utredning etter

folkehelseloven § 11. For det andre brukes begrepet «helsekonsekvensutredning» om den særskilte *utredningen* som kan pålegges i medhold av folkehelseloven § 11. I denne betydningen er en «helsekonsekvensutredning» noe annet enn en konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven, selv om også denne inneholder en kartlegging av virkninger for folkehelsen.

Denne tvetydigheten kan skape grobunn for misforståelser i praksis, særlig med hensyn til hva som er korrekt hjemmelsgrunnlag for å kreve opplysninger om konsekvenser for folkehelse. Når vi bruker begrepet «helsekonsekvensutredning» i denne rapporten, skal vi derfor være tydelige på hva det siktes til.

### 1.3 Metodikk for arbeidet med rapporten

Vårt arbeid med rapporten har omfattet både juridisk utredning, kartlegging av metodikk for utredning av konsekvenser for folkehelsen, og empiriske undersøkelser.

#### 1.3.1 Juridisk analyse

Den rettslige analysen bygger på juridisk metode, hvor det er relevante rettskilder som lov, forskrift og forarbeider som danner grunnlag for drøftelsene. Hovedformålet med den juridiske utredningen har vært å tydeliggjøre hvilke rettslige krav som stilles til utredning av konsekvenser for folkehelse som ledd i offentlige beslutninger om ny eller endret arealbruk.

Den juridiske analysen er avgrenset til en vurdering av gjeldende rett (de lege lata). Det vil si at analysen søker å klargjøre innholdet i lover og forskrifter, tillegg til å vurdere reglene egnethet til å operasjonalisere lovgivers intensjoner. Det foretas derimot ikke en vurdering av mulige lov- eller forskriftsendringer (de lege ferenda). Rapportens funn og refleksjoner kan imidlertid danne grunnlag for at andre kan gjøre slike vurderinger, for eksempel som et ledd i revisjon av forskrift om konsekvensutredninger.

#### 1.3.2 Kartlegging av metodikk

Kartleggingen av eksisterende metodikk bygger på systematiske og strategiske litteratursøk i både vitenskapelige databaser og grå litteratur. For å identifisere metodikk og verktøy fra engelskspråklig forskningslitteratur, ble det gjennomført søk i de tverrfaglige databasene Web of Science, Scopus og PubMed, basert på en utarbeidet søkestrategi. Databasesøkene ble utført 27.08.2025, med et suppleringsøk 08.09.2025. Søkestrategien tok utgangspunkt i to søkermerter (helsekonsekvensutredning og metode) med tilhørende synonymer.

Gitt oppdragets omfang og behovet for å fange opp ny metodikk, ble søker begrenset til forskningslitteratur publisert de siste 10 årene og oversiktssartikler. Søket resulterte i 1411 referanser, som ble screenet i henhold til følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

- Artiklene måtte presentere eller vise til konkrete metoder, verktøy eller veiledere.
- Artiklene måtte være relatert til planleggings- og/eller beslutningsprosesser, herunder samfunns- og/eller arealplanlegging.
- Artiklene måtte omhandle verktøy og metoder av relevans for praksis, og ikke være rene forskningsvurderinger av helsekonsekvenser på generelt grunnlag.

- Artiklene måtte være fra industrialiserte land eller land i Europa.

Etter gjennomgang av tittel, sammendrag og fulltekst, satt vi igjen med 16 artikler, hvor referanselistene ble gjennomgått for ytterligere relevant litteratur. Dette resulterte i totalt 19 inkluderte forskningsartikler.

For å identifisere metodikk og verktøy fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner internasjonalt, ble det utført strategiske søk i Google i perioden 1. – 30. september. Følgende søkeord ble benyttet: «helsekonsekvensutredning», «health impact assessment», «hälsokonsekvensbedömningar» og «sundhedskonsekvensvurdering». Kun dokumenter og nettsider som inneholdt relevant metodikk, som veiledere, sjekklistebilder og analyseverktøy, ble inkludert. I tillegg ble verktøy utarbeidet av norske kommuner samlet inn fra deltakerne i arbeidsverkstedene. Den grå litteraturen er begrenset til dokumenter på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Totalt 38 dokumenter og nettsider ble inkludert.

All metodikk ble systematisk gjennomgått for å kartlegge kjennetegn og vurdere anvendbarhet og relevans. Sentral informasjon som år, opprinnelsesland, hvorvidt metodikken eller verktøyet var evaluert, hvilke prosessuelle trinn som inngår, anvendelsesområde, målgruppe og i hvilken grad sosial ulikhet ivaretas ble trukket ut og fremstilt i tabeller.

### *1.3.3 Empiriske undersøkelser*

De empiriske undersøksene omfatter både arbeidsverksteder og fokusgruppeintervjuer med relevante aktører, samt dokumentgjennomgang av praktiske eksempler. Formålet med de empiriske undersøksene har vært å klarlegge hvordan regelverket og metodikken oppfattes og benyttes i praksis.

#### *Arbeidsverksteder*

Vi har gjennomført to digitale arbeidsverksteder i prosjektet. Deltakere i arbeidsverkstedene var ansatte fra kommuner, statsforvalter og fylkeskommune som jobber med plansaker eller folkehelsetematikk, og ansatte fra private selskaper som jobber med utredning av konsekvenser for folkehelse.

Det første arbeidsverkstedet tok for seg hvilke utfordringer aktørene støter på i forbindelse med utredninger av konsekvenser for folkehelse, både med hensyn til regelverket og tilgjengelig metodikk. Det andre arbeidsverkstedet omhandlet muligheter, herunder hvilke tiltak som kan være aktuelle for å forbedre slike utredninger som et verktøy, og for å styrke arbeidet med utredning av konsekvenser for folkehelse i beslutninger om arealbruk generelt.

#### *Fokusgruppeintervjuer*

Det ble gjennomført totalt fire fokusgruppeintervjuer i prosjektet, med følgende fordeling av relevante aktører: folkehelsekoordinatorer og ansatte innen miljørettet helsevern, kommunale planleggere og private konsulenter, kommuneoverleger, og statsforvalter og fylkeskommune. Intervjuene ble gjennomført etter en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1), og gikk i dybden på ulike problemstillinger og temaer fra det første arbeidsverkstedet. Intervjuene ga grunnlag for de videre diskusjonene i det andre arbeidsverkstedet.

### *Dokumentgjennomgang*

I forlengelsen av den muntlige erfaringsinnhenting gjennom arbeidsverksteder og intervjuer, har vi også sett på noen eksempler av saker som gjelder utredning av konsekvenser for folkehelse. Dette er både eksempler vi har fått tilsendt fra deltakerne i arbeidsverksteder og intervjuer, og saker vi har funnet gjennom for eksempel elnnsyn.

Formålet har vært å få et visst innblikk i hvordan regelverket praktiseres i forvaltningen i konkrete enkeltsaker, og hvilke utfordringer som oppstår, samt hvordan aktørene håndterer eller utvikler metodikk for utredningene.

Eksemplene vi redegjør for i rapporten, dreier seg i hovedsak om helsekonsekvensutredninger etter folkehelseloven, eller metodikk og veiledere kommunene selv har utviklet knyttet til plansaker etter plan- og bygningsloven. Vi ønsket også å gjøre en gjennomgang av utførte konsekvensutredninger av folkehelse i kommunale plansaker, men det ble utfordrende å finne klare eksempler her. Dialogen vi har hatt med aktørene i prosjektet, viser at utredning av folkehelse som del av konsekvensutredning i plansaker, er fragmentert og ofte ikke utføres i tilstrekkelig grad.

## 2 Kravet om et forsvarlig kunnskapsgrunnlag

Et kjennetegn ved offentligrettlig lovgivning innen arealforvaltningsretten, er at bestemmelserne i all hovedsak setter krav til saksbehandlingen. Dette gjelder også plan- og bygningsloven, især lovens plandel. Gjennom krav til høring, medvirkning og utredninger, skal loven sikre at beslutninger om arealbruk bygger på et forsvarlig kunnskapsgrunnlag. Loven styrer imidlertid i liten grad hva utfallet av beslutningene skal bli. Hvilke hensyn og interesser som skal tillegges størst vekt – og dermed gis prioritet – er med andre ord ikke styrt av lovgivningen, men hører inn under forvaltningens faglige vurderinger og politiske prioriteringer.<sup>2</sup>

Det er et grunnleggende prinsipp i norsk forvaltningsrett at offentlig myndighetsutøvelse skal skje på grunnlag av et forsvarlig kunnskapsgrunnlag. Dette er slått fast i forvaltningsloven § 17 første ledd, som lyder:

Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.<sup>3</sup>

Bestemmelsen slår fast at det er forvaltningen som har ansvaret for at saken er tilstrekkelig opplyst. I arealforvaltningsretten vil det ofte være utbyggeren som skal fremskaffe opplysninger om konsekvenser av planer og tiltak. Blant annet er det forslagsstiller som skal bekoste og gjennomføre konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven, se forskrift om konsekvensutredninger (KU-forskriften) § 4. Etter folkehelseloven § 11 kan myndighetene gi pålegg om å gjennomføre en helsekonsekvensutredning for planlagt eller eksisterende virksomhet. Det er likevel myndighetene som har ansvaret for å sikre at saken er tilstrekkelig opplyst. Kravet i forvaltningsloven § 17 innebærer at det ansvarlige forvaltningsorgan alltid må kontrollere om det foreligger tilstrekkelig og korrekt informasjon før vedtak treffes. Om nødvendig skal forvaltningen gjøre egne undersøkelser eller kreve at forslagsstiller gjennomfører ytterlige undersøkelser.

Formuleringen «så godt opplyst som mulig» gir uttrykk for et strengt utredningskrav. Det er imidlertid sikker rett, slått fast i både rettspraksis og i juridisk teori, at kravet må tolkes i lys av forholdene i den enkelte sak. Det vil si at utredningsplikten skjerpes i takt med sakens alvorlighetsgrad. Denne forholdsmessighetsvurderingen gjelder i første rekke sakens betydning for borgerne. Jo mer alvorlige konsekvenser vedtaket kan ha for borgere, desto strengere er kravet til saksutredningen. Når det gjelder arealforvaltningen, vil de færreste vedtak ha betydning for borgenes rettsstilling. Det er snarere tale om vedtak som kan påføre ulykker overfor naboer og lokalbefolkning, ved at areal i deres nærmiljø blir omdisponert til andre bruksformål. I tillegg vil stlike beslutninger kunne ha negativ effekt for en rekke allmenne interesser, slik som natur, friluftsliv, kulturminner m.m. Det er ikke dermed sagt at forvaltningslovens krav til saksopplysning skal tolkes mindre strengt. Det er på det rene at det må foreligge et solid kunnskapsgrunnlag av mulige konsekvenser for allmennhetens interesser, før forvaltningen tar stilling til planer og tiltak som tilrettelegger for utbygging. Som vi skal se, er dette fanget opp i plan- og bygningsloven, hvor det stilles særskilte krav til utredninger ved behandling av saker som innebærer omdisponering av arealer.

---

<sup>2</sup> Det finnes også enkelte bestemmelser som begrenser forvaltningens handlingsrom til å treffe beslutninger basert på faglig eller politisk skjønn. Dette gjelder blant annet pbl. § 19-2 som fastsetter materielle vilkår for når kommunene har hjemmel til å gi dispensasjon.

<sup>3</sup> Tilsvarende krav er også fastsatt for vedtak av forskrifter, se fvl. § 37.

Om en sak er tilstrekkelig opplyst, er et spørsmål som skal avgjøres juridisk. Det innebærer at forvaltningen ikke er gitt fullmakt til å avgjøre dette basert på et forvaltingsskjønn. Når det gjelder kommunale vedtak, kan statsforvalter alltid overprøve om vedtaket er godt nok opplyst i en klagesak. Statsforvalter skal i prøvingen ikke legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret. Hensynet til det kommunale selvstyret er kun relevant ved prøving av kommunens faglige eller politiske skjønn, se fvl. § 34 andre ledd. Videre kan spørsmålet prøves fullt ut av Sivilombudet og domstolene. Dersom prøvingsinstansen kommer til at et vedtak er truffet på manglende eller mangelfullt kunnskapsgrunnlag, er dette en saksbehandlingsfeil som stort sett vil føre til ugyldighet. Manglende eller mangelfulle utredninger vil også være et grunnlag for å fremme innsigelse til kommunale arealplaner, se pbl. § 5-4 fjerde ledd og punkt 3.2 nedenfor.

I juni 2025 vedtok Stortinget ny forvaltningslov.<sup>4</sup> I § 44 finner vi kravet til saksutredning. Bestemmelsen har en noe annen utforming enn tidligere lov, men forarbeidene understreker at meningsinnholdet er det samme. Bestemmelsens første ledd lyder slik:

Forvaltningsorganet skal sørge for at saken er forsvarlig utredet før det fatter vedtak. Utredningens omfang skal tilpasses sakens karakter og hensynet til forsvarlig ressursbruk i forvaltningsorganet. I avveiningen skal det blant annet legges vekt på vedtakets betydning for partene og for eventuelle andre allmenne og private interesser og om det er behov for en rask avgjørelse.

Som vi ser, har lovgiver her tatt forholdsmessighetsvurderingen inn i bestemmelsen. Dermed er det synliggjort at forvaltningsorganet alltid skal foreta en konkret vurdering av utredningspliktens rekkevidde, basert på sakens karakter og potensielle virkninger. Som vi også kan se, er forholdsmessighetsvurderingen ikke avgrenset til betydningen for borgerne, men omfatter også sakens betydning for allmenne interesser.

Forvaltningslovens krav til saksutredning er likevel for vagt til å avgjøre hvilke krav som gjelder til kartlegging av konsekvenser for folkehelse innen arealforvaltningen. Det finnes derfor flere krav til utredninger i annen lovgivning. I denne utredningen skal vi se nærmere på kravene i plan- og bygningsloven og i folkehelseloven.

---

<sup>4</sup> Lov 20. juni 2025 nr. 81 om saksbehandling i offentlig forvaltning (forvaltningsloven). Loven har i skrivende stund ikke tredd i kraft.

### **3 Plan- og bygningsloven**

#### **3.1 Tema og problemstilling**

I dette punktet skal vi se nærmere på plan- og bygningslovens krav til saksbehandling ved planprosesser. Det sentrale spørsmålet er hvilke krav loven setter til utredning av konsekvenser for folkehelse ved beslutninger om arealbruk. Dette innebærer at vi må se på plansystemet som sådan, herunder de ulike planverktøyene som er fordelt mellom myndighetene på statlig, regionalt og lokalt nivå. Hovedtyngden vil likevel ligge på kommunale planprosesser, herunder de særskilte kravene som gjelder ved utarbeidelse av konsekvensutredninger.

#### **3.2 Plansystemet og planmyndighetene**

Det er en rekke lover som har betydning for hvordan arealene skal brukes. På den ene siden har vi lover som skal ivareta eller beskytte ulike hensyn knyttet til arealbruk, slik som naturmangfoldloven, friluftsloven, forurensningsloven og kulturminneloven. På den andre siden har vi lover som skal ivareta eller fremme ulike nærings- og samfunnsinteresser knyttet til arealbruk, slik som jordlova, skogbrukslova, reindriftsloven, mineralloven, veiloven, energilovgivningen m.fl. Slike sektorlover har avgrensede formål og hører inn under forskjellige myndigheter på ulike styringsnivåer i forvaltningsapparatet. Med andre ord står vi overfor et fragmentert og sektorisert forvaltningsområde.

Folkehelseloven er på sin side ingen typisk «areallov», men har likevel betydning for beslutninger knyttet til arealbruk. Koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven behandler vi nedenfor i punkt 3.4 og 4.3.

Plan- og bygningsloven kommer i en særstilling sammenlignet med sektorlovene. For det første er plan- og bygningsloven *sektornøytral*, ved at den i utgangspunktet likestiller alle hensyn og interesser. Plan- og bygningsloven skal sikre at alle samfunnsinteresser blir utredet og vurdert, og dermed danne grunnlag for kunnskapsbaserte interesseavveininger. For det andre er plan- og bygningsloven *sektorovergripende*. Det vil si at plan- og bygningsloven også skal legge rammen for de prosesser og beslutninger som treffes i medhold av sektorlovgivningen. Som det heter i pbl. § 1-1 andre ledd, skal planlegging etter loven «samordne statlige, regionale og kommunale oppgaver og gi grunnlag for vedtak om bruk og vern av ressurser». Plan- og bygningsloven kan også karakteriseres som en *prosesslov*, særlig lovens plandel. Det vil si at lovens bestemmelser i all hovedsak oppstiller krav til saksbehandlingen. Lovens saksbehandlingskrav skal sikre at beslutningene som treffes skjer på grunnlag av bred medvirkning og et forsvarlig kunnskapsgrunnlag. Utfallet av de interesseavveiningene og prioriteringene som tas, er på sin side ikke styrt av loven. Dette beror på planmyndighetenes faglige og politiske skjønn.

Ansvaret for planleggingen er fordelt på tre styringsnivåer – statlig, regionalt og kommunalt. Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) har ansvaret for planlegging på statlig nivå, og skal sikre ivaretakelse av nasjonale eller regionale interesser i planleggingen, se pbl. § 3-5 første ledd. Plan- og bygningsloven gir departementet flere verktøy for å sikre at nasjonale og regionale interesser blir ivaretatt i arealforvaltningen. Kapittel 6 gir hjemmel til å vedta nasjonale forventninger (§ 6-1), statlige planretningslinjer (§ 6-2), statlige planbestemmelser

(§ 6-3) og statlige planer (§ 6-4). Like viktig er statens rolle som medvirker og kontrollør i regionale og kommunale planprosesser.

Det er verdt å trekke frem at folkehelseperspektivet er gitt grundig omtale i Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2023-2027. I punkt 3.5 i de nasjonale forventningene fremheves planlegging som et sentralt virkemiddel for å ivareta folkehelse og utjevne sosiale forskjeller. Det uttales blant annet:

Samfunns- og arealplanleggingen kan bidra til bedre folkehelse. I spredtbygde områder har man ofte nært tilgang til natur og friluftsområder, med gode muligheter for utfoldelse og fysisk aktivitet i hverdagen. I tettbygde områder er det viktig å redusere helseeskadelig støy og luftforurensning og samtidig legge til rette for at flere kan gå og sykle ved daglige gjøremål, til og fra arbeid, skole og fritidsaktiviteter. Gå- og aktivitetsvennlige lokalsamfunn og nabolog fremmer fysisk og psykisk helse og livskvalitet. Personer med funksjonsnedsettelse møter fortsatt barrierer som hindrer likeverdige muligheter til aktivitet og deltagelse. Universell utforming skal legge til rette for deltagelse, likestilling og likeverd.

Videre oppstiller de nasjonale forventningene en rekke punkter som skal bidra til å klargjøre hvilke forventninger staten har til fylkeskommunenes og kommunenes ivaretakelse av folkehelsen i planleggingen:

#### **Regjerings forventninger**

19. Det legges til rette for å utvikle gode lokalsamfunn i bygd og by, i små tettsteder og spredtbygde områder med tilgang til boliger og tjenester i tråd med kommunale forutsetninger og behov.
20. I byer og tettsteder lokaliseres boliger, næringsvirksomhet, arbeidsplasser, handel og tjenestertilbud slik at de bidrar til å styrke stedenes attraktivitet og bygger opp under sentrumsfunksjonene. Sentrumsområdene utvikles og følges opp i samarbeid med private aktører og innbyggerne.
21. Det legges til rette for tilstrekkelig boligbygging i kommunene i tråd med lokale og regionale behov. Boligbyggingen bør bidra til gode og varierte boligtilbud og bomiljøer for alle.
22. Det legges til rette for boligtilbud for vanskeligstilte i ulike deler av kommunen. Eieretablering for vanskeligstilte vektlegges.
23. Det legges til rette for at eldre som ønsker det kan bli boende lenger i egen bolig. Kommunene ser utviklingen i helse- og omsorgstjenester i sammenheng med boligplanlegging og kommunens langsigtede økonomi.
24. Kommunene bruker arkitektur som et verktøy i samfunnsutviklingen og definerer lokale ambisjoner for arkitektur og byggeskikk. Stedenes sær preg, kulturmiljø og viktige landskapstrekk veklegges i by- og stedsutvikling.

25. Det settes av tilstrekkelige arealer av god kvalitet til grønnsentrer, uteområder og møteplasser som stimulerer til fysisk aktivitet, naturopplevelse og sosialt fellesskap, samtidig som byer og tettsteder utvikles gjennom fortetting og transformasjon.

26. Sykling og gange og kollektivtrafikk prioriteres i byer og tettsteder gjennom planlegging av helhetlig infrastruktur som er sammenhengende, tilgjengelig, attraktiv og trygg. I arbeidet med byvektstavler i de store byene skal hovedtyngden av vekst i boliger og arbeidsplasser komme i eller i nærheten av større knutepunkter for å bygge opp under nullvekstmålet, med de tilpasninger som følger av den enkelte avtale.

27. Det legges til rette for trygge skoleveier og aktivitetsvennlige nærmiljøer med varierte tilbud for lek og opphold for ulike aldersgrupper. Deltakelse i samfunnet for flest mulig sikres gjennom universell utforming av nye bygninger og uteområder.

28. Ved planlegging av barnehager og skoler vurderes lokalisering og arealbehov tidlig i planprosessen i samarbeid med relevante aktører.

29. Samfunns- og arealplanleggingen brukes som virkemidler for å utjevne forskjeller, forebygge levekårsutfordringer og sikre en sosial balansert utvikling gjennom boligbygging, lokalisering av teknisk og sosial infrastruktur og offentlige tjenester.

30. Det legges til rette for kultur, kunst, idrett og frivillighet i planleggingen og settes av tilstrekkelige arealer til kultur- og idrettsformål.

De nasjonale forventningene er ikke rettslig bindende, men skal følges opp i planleggingen etter plan- og bygningsloven, se pbl. § 6-1. Det innebærer at både fylkeskommuner og kommuner skal ta hensyn til de nasjonale forventningene ved utforming av deres egne planer. Kommuner som ikke følger de rammene som ligger i nasjonale forventninger, kan risikere å bli møtt med innsigelse.

Hva som ellers anses som særlig viktige nasjonale og vesentlige regionale interesser på folkehelseområdet, er også tydeliggjort i veilederen «Systematisk folkehelsearbeid» på Helsedirektoratets nettsider.<sup>5</sup> I veilederens kapittel 7 redegjøres det blant annet for mulige innsigelsesgrunnlag innenfor hovedkategoriene bokvalitet og universell utforming, barn og unge, lokal sosial bærekraft, og fysisk aktivitet. Ifølge veilederens kapittel 6, er det statsforvalterne som har innsigelsesmyndigheten på folkehelseområdet. Dette kan tolkes som om ingen andre organer kan fremme innsigelse med bakgrunn i hensynet til folkehelse. Denne avgrensningen er etter vårt syn en uheldig forenklet fremstilling av innsigelses-ordningen. Ifølge pbl. § 5-4 første ledd har regionale og statlige myndigheter rett til å fremme innsigelse innenfor deres saksområde. Etter bestemmelsens andre ledd, har også nabokommuner en innsigelsesrett dersom de blir berørt av planvedtak. Ettersom folkehelse er et sektorovergripende hensyn som skal ivaretas av flere offentlige organer, må disse også ha rett til å fremme innsigelse til kommunale planvedtak som kommer i konflikt med folkehelsehensyn. En veileder kan unsett ikke innskrenke kompetanse som er fastsatt i lovs form. At statsforvalter har fått i oppdrag å koordinere og samordne innsigelser, er selvsagt noe annet enn at det kun er statsforvalter som har rett til å fremme innsigelse for å sikre ivaretakelse av folkehelse i kommunale planvedtak.

Fylkeskommunene har ansvar for planleggingen på regionalt nivå, og skal bidra til å «stimulere den fysiske, miljømessige, helsemessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i en region», slik det heter i pbl. § 3-4 første ledd. Som man kan se, fremhever loven eksplisit at fylkeskommunene skal bidra til å stimulere den «helsemessige» utviklingen. Dette tyder på at lovgiver har ansett fylkeskommunene som en sentral aktør i arbeidet med å fremme folkehelse gjennom planleggingen. Regionale planer er fylkeskommunenes sentrale styringsverktøy. Dette er planer uten direkte rettsvirkninger, men som skal legges til grunn både av statlige sektormyndigheter og kommunene, se pbl. § 8-2. Fylkeskommunene har også hjemmel til å vedta regionale planbestemmelser, se pbl. § 8-5. En slik bestemmelse vil innebære at det innenfor et tidsrom på inntil 10 år settes forbud mot konkrete tiltak i nærmere geografisk avgrensede områder. I motsetning til regionale planer, vil en regional planbestemmelse ha rettslig virkning med hensyn til hva som er tillatt arealbruk.

I tillegg til rollen som planmyndighet, har fylkeskommunene en viktig rolle som veileder overfor kommunene, se pbl. § 3-2 fjerde ledd. Veiledningen kan skje i mange former. For det første vil de regionale planene i seg selv fungere som veiledende dokumenter med hensyn til de oppgaver kommunene skal utføre. Videre kan fylkeskommunene utarbeide temaveiledere, for eksempel innen folkehelse, som gir kunnskap om både faktiske forhold og rettslig handlingsrom. Fylkeskommunene kan også yte veiledning i form av å gjennomføre kurs og andre kompetansehevingstiltak for ansatte og folkevalgte i kommunene. I konkrete saker kan fylkeskommunene yte veiledning gjennom sin rolle som medvirker og høringsinstans.

---

<sup>5</sup> Systematisk folkehelsearbeid - Helsedirektoratet

Kommunene har ansvaret for den lokale planleggingen, og skal legge til rette for utvikling og samordnet oppgaveløsning i kommunen gjennom forvaltning av arealene og naturressursene i kommunen, og ved å gi grunnlag for gjennomføring av kommunal, regional, statlig og privat virksomhet, se pbl. § 3-3 første ledd. Det er kommuneplanen som utgjør det viktigste styringsdokumentet i kommunene. I kommuneplanens samfunnsdel skal de overordnede rammene for samfunnsutviklingen fastsettes, mens kommuneplanens arealdel skal fastsette fremtidig bruk av arealer. Områder avsatt til utbygging i kommuneplanens arealdel, skal som det klare utgangspunktet følges opp med reguleringsplaner som angir detaljerte krav til arealbruken innenfor planområdet. Både kommuneplanens arealdel og reguleringsplaner er rettslig bindende for arealbruken. Dette innebærer at det er kommunene som er gitt myndighet til å treffe beslutninger med rettslig bindende krav til hvordan arealene skal, og ikke skal, brukes.<sup>6</sup> Dette gir kommunene et betydelig ansvar med å sikre at planvedtak bygger på tilstrekkelig kunnskap om konsekvensene av de beslutninger som tas. Et av de sentrale spørsmålene i denne utredningen er hvilke krav regelverket setter når det gjelder utredning av konsekvenser for folkehelse ved kommunale planprosesser.

### 3.3 Folkehelsehensynets stilling i plan- og bygningsloven

Plan- og bygningslovens sektornøytrale utgangspunkt, innebærer at folkehelse er ett av flere hensyn som skal ivaretas i planleggingen. Loven løfter likevel frem folkehelse flere steder, blant annet i pbl. § 3-1 første ledd, som tydeliggjør hvilke oppgaver og hensyn som skal ivaretas i planleggingen. Det heter i bestemmelsens bokstav f at planleggingen skal bidra til å «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller». Lovgiver har dermed sett den viktige koblingen mellom planlegging og folkehelse, noe som også kommer tydelig frem i lovens forarbeider:

Samfunns- og arealplanleggingen legger vilkår for helsetilstanden i ulike grupper i befolkningen. En god samfunnsplanlegging styrker folkehelsen ved at den bidrar til å beskytte mot risikofaktorer og fremme faktorer som virker positivt på helse og livskvalitet, ikke minst ved at planlegging kan bidra til en mer rettferdig og jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.<sup>7</sup>

Lovgiver har også sett at lovens sektorovergripende karakter gjør planlegging til en egnet arena for å sikre at folkehelseperspektivet innlemmes på tvers av sektorområder:

Samfunnsplanlegging og utbygging vil ha konsekvenser for oppvekst- og levekår. Særlig er det i denne sammenheng viktig at loven og planleggingen er sektorovergripende, slik at tiltak og virkninger på de forskjellige samfunns- og politikkområder kan ses i sammenheng. Gjennom god arealplanlegging kan ulempene ved forerensning og støy begrenses, og befolkningen kan sikres et godt bomiljø og lettere tilgang til friluftsområder og urørt natur. Dette er forhold som har stor helsemessig betydning. Reglene om konsekvensutredning skal bidra til at også de helsemessige konsekvensene av planer og tiltak blir klarlagt og tatt i betraktning i

<sup>6</sup> Både staten og fylkeskommunene har hjemler til å treffe vedtak med rettslig virkning for arealbruken, se pbl.

§ 6-3, § 6-4, § 8-5 og § 13-4. Dette er imidlertid virkemidler som kun unntaksvis tas i bruk. I denne utredningen avgrenser vi derfor fremstillingen til kommunale arealplaner.

<sup>7</sup> Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) s. 180.

planleggingen. I tillegg vil plansystemet i loven legge til rette for en aktiv og målrettet planlegging i helse- og sosialsektoren regionalt og i kommunene.<sup>8</sup>

Med dette kan man konstatere at folkehelse er ment å utgjøre et sentralt hensyn i planleggingen, både i den strategiske samfunnsplasseringen og i den konkrete arealplanleggingen. For å sikre at lovgivars intensjoner operasjonaliseres i praksis, må det finnes bestemmelser i loven som sikrer at beslutninger om arealbruk skjer med tilstrekkelig kunnskap om konsekvenser for folkehelse. Det er dette vi skal undersøke i det følgende.

### **3.4 Krav til saksopplysning i kommunale planprosesser**

Som nevnt er utgangspunktet i forvaltningsretten at en sak skal være så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Plan- og bygningsloven inneholder flere bestemmelser som presiserer og tilpasser dette grunnleggende kravet til de særskilte forholdene som gjør seg gjeldende ved planlegging. Grovt sett kan man si at det er to hovedkrav til prosessene som skal sikre at planvedtak skjer på et forsvarlig kunnskapsgrunnlag. Dette er krav om medvirkning og krav om utredning av konsekvenser. Dette har blant annet kommet til uttrykk i formålsbestemmelsen i pbl. § 1-1, som i fjerde ledd slår fast at:

Planlegging og vedtak skal sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og myndigheter. Det skal legges vekt på langsigtede løsninger, og konsekvenser for miljø og samfunn skal beskrives. (våre understrekninger)

Medvirkning skal sikre at alle aktører som har interesser i arealforvaltningen, skal gis mulighet til å komme med innspill. Dette omfatter både offentlige aktører, innbyggere, næringsaktører, urfolk og interesseorganisasjoner. Dette skal ivaretas ved at planforslag alltid skal legges ut på høring. Når det gjelder offentlige aktører, har de ikke bare en rett til å medvirke i planprosesser. Plan- og bygningsloven § 3-2 tredje ledd slår fast at alle offentlige organer har «rett og plikt til å delta i planleggingen når den berører deres saksfelt». At offentlige organer har *plikt* til å medvirke, innebærer blant annet at de mister retten til å fremme innsigelser til planer dersom de har latt være å delta i planprosessen, se pbl. § 5-5 tredje ledd. Plan- og bygningslovens krav til medvirkning er, som saksbehandlingskrav for øvrig, såkalte minimumskrav. Det betyr at kommunen plikter å legge til rette for medvirkning, blant annet ved å sørge for både varsling til og høring av relevante aktører. Ut over dette står kommunene nokså fritt til å organisere planprosessen på en slik måte at man sikrer at aktører med relevant kunnskap gis mulighet til å komme med innspill i planprosessene.

Det er en rekke aktører som vil kunne bidra med kunnskap om folkehelse i kommunale planprosesser. For det første er dette kommunens egne ansatte, slik som kommunaleleger og folkehelsekoordinatorer. Det er av stor betydning at disse fagressursene trekkes inn i kommunens planprosesser på et tidlig stadium, slik at det kan gis innspill til både planprogram og utredningskrav.

---

<sup>8</sup> Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) s. 180.

Et sentralt poeng her når det gjelder både saksopplysning og medvirkning fra relevante aktører innad i kommunen, er at folkehelseloven § 6, jf. § 5, inneholder en direkte kobling mellom kommunens folkehelsearbeid til kommuneplanleggingen etter plan- og bygningsloven.<sup>9</sup>

Folkehelseloven § 5 slår blant annet fast at kommunen plikter å ha «nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne», og at oversikten skal «identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold.» Bestemmelsen viser gjennomgående til at det er «kommunen» som har en plikt til å ha en slik oversikt, og det nevnes i forarbeidene at kravene gjelder kommunen som sådan, og ikke bare kommunens helsetjeneste.<sup>10</sup>

Videre følger det av fhl. § 6 at oversikten etter § 5 skal inngå som del av grunnlaget i arbeidet med både kommunal planstrategi og kommuneplanen:

#### **§ 6. Mål og planlegging**

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

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

Forarbeidene til gjeldende folkehelselov synliggjør ytterligere forbindelsen mellom folkehelseloven og planleggingen etter plan- og bygningsloven. I spesialmerknadene til fhl. § 6 sies det:

*Første ledd knytter folkehelsearbeidet opp mot planarbeidet i kommunen. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide communal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering. Folkehelseutfordringene fremgår i dag ikke i opplistingen av temaer som bør inngå i communal planstrategi, men vil gjøre det gjennom § 6 første ledd i folkehelseloven. Kommunal planstrategi bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til utviklingen av komunesamfunnet. God folkehelse er både resultat av god samfunnsutvikling, og folkehelsen er en viktig faktor for god utvikling. Folkehelseloven § 6 utdypes plan- og bygningsloven ved å sette krav om at en oversikt over kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5 annet ledd, skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.<sup>11</sup>*

Bestemmelsene i fhl. §§ 5 og 6 skal altså supplere pbl. § 10-1 om communal planstrategi. Tilknytningen fremgår også i dag kun av folkehelseloven, og ikke av plan- og bygningslovens bestemmelse. Plan- og bygningsloven § 10-1 har stått uendret siden loven ble vedtatt, og omtaler ikke folkehelse som et av temaene som bør inngå i strategien, se bestemmelsens første ledd som lyder:

---

<sup>9</sup> Bestemmelsene blir noe endret fra og med 1. januar 2026, men hovedtrekkene er de samme, jf. Prop. 82 L (2024–2025) punkt 8.2 og 8.3.

<sup>10</sup> Prop. 90 L (2010–2011) side 207.

<sup>11</sup> Prop. 90 L (2010–2011) side 209.

Planstrategien bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden.

Heller ikke forarbeidene til plan- og bygningsloven er tydelige på at folkehelse bør være et tema for planstrategien, men viser kun kort til at:

I arbeidet med planstrategien kan kommunen bygge på kommunenes miljøstatus og indikatorer som rapporteres gjennom KOSTRA, samt sektorenes kunnskap om helse og miljøforhold, jf. § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven.<sup>12</sup> (vår understrekning)

Tilsvarende gjelder med hensyn til koblingen mellom folkehelseloven § 6 andre ledd og bestemmelsene om kommuneplan i plan- og bygningsloven kapittel 11. Som vist over, forutsetter fhl. § 6 andre ledd at de utfordringene som er identifisert gjennom helseoversikten etter fhl. § 5, skal følges opp gjennom at kommuneplanleggingen etter kapittel 11 fastsetter overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Forarbeidene til fhl. § 6 sier blant annet at:

Folkehelsearbeidet skal i henhold til annet ledd behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen. [...] Mål og strategier skal inngå i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven. Dette er lovfestede føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligger over sektor nivå.<sup>13</sup>

I plan- og bygningsloven kapittel 11 er folkehelse ikke omtalt i bestemmelsene om kommuneplanlegging, og spesialmerknadene til bestemmelsene i Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) nevner heller ikke folkehelse som et særskilt tema.

En svakhet i koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven, er etter vårt syn at den først og fremst handler om det strategiske nivået, og ulike mål og politiske føringer som skal fastsettes.

Dialogen vi har hatt med ulike aktører tilsier at kommunene følger opp føringerne i fhl. §§ 5 og 6 når det gjelder den kommunale planstrategien og kommuneplanens samfunnsdel. Det har blant annet blitt nevnt at statsforvaltere at kommunene generelt er gode til å følge opp tematikken, selv om kvaliteten på selve dokumentasjonen blant annet etter fhl. § 5 kan være varierende. Det kom likevel frem at oversikten over helsetilstanden og de mer strategiske vurderingene som gjøres i den kommunale planstrategien og kommuneplanens samfunnsdel, i mindre grad følges opp i selve arealplanleggingen. Oversiktene over helsetilstanden mv. etter fhl. § 5 brukes ikke aktivt i for eksempel utredninger til kommuneplanens arealdel. En kommuneoverlege påpekta videre at deres rolle er klar når det gjelder selve folkehelsearbeidet og pliktene etter fhl. §§ 5 og 6, men at når det kommer til helsekonsekvensutredning i faktiske plansaker, blir ansvaret og bruken av deres kompetanse mer uklar.

Videre fremkom det i våre samtaler med aktørene at kommunene organiserer planprosessene nokså ulikt med hensyn til å involvere personell med folkehelsekompetanse. Enkelte

---

<sup>12</sup> Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) s. 206.

<sup>13</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 210.

kommuner viste til at kommuneoverlegen og folkehelsekoordinator ofte blir konsultert i oppstart av planprosesser, og at deres faglige synspunkter blir tillagt stor vekt i planprosessens tidlige fase. Andre kunne fortelle at i deres kommuner blir ansatte med folkehelsekompetanse i liten grad involvert i planprosesser, og at dette svekker arbeidet med folkehelse. En av deltakerne uttrykte dette slik:

Jeg tror de fleste kommuner har tilstrekkelig kompetanse og ressurser, men de organiserer ikke arbeidet på en måte som er fornuftig, sånn at kommunelegene og folkehelsekoordinatoren, arealplanleggerne, de som jobber med skole og de som jobber med helse og sosial, faktisk setter seg ned rundt bordet og gjør de vurderingene.

Det kom også frem at mange opplever at det er liten forståelse for hvordan arealplanlegging kan være et virkemiddel for helsefremmende stedsutvikling og reduksjon av sosiale helseforskjeller. For å kunne integrere folkehelseperspektivet og prinsippet om «Helse i alt vi gjør» i planleggingen, er det behov for endringer i kommunene. En av kommuneoverlegene kommenterte at det virker som det må til et paradigmeskifte inn mot planavdelingene.

Utenfor kommunen, vil både fylkeskommunene og statsforvalter kunne bidra med kunnskap om folkehelse som et ledd i en planprosess. Plan- og bygningsloven setter krav til at både regionale og statlige myndigheter skal gis mulighet til å uttale seg om planforslag. Loven sier imidlertid ikke noe om hvilke aktører innenfor de regionale og statlige etatene som skal høres. Det kan dermed være noe tilfeldig om ansatte med folkehelsekompetanse hos fylkeskommunen og statsforvalter gis mulighet til å medvirke i kommunale planprosesser. En mulig løsning her, er at kommunen ber uttrykkelig om en uttalelse fra slike aktører.

Kommunens innbyggere skal også kunne medvirke til planer. Her er det imidlertid forskjeller mellom medvirkning til kommuneplanens arealdel og reguleringsplaner. Kommuneplanens arealdel sendes ikke direkte til kommunens innbyggere, men planoppstart blir kungjort offentlig, og planforslaget blir lagt ut til offentlig ettersyn. Det vil si at enhver kan komme med høringsuttaleser til kommuneplanens arealdel. Som det fremgikk av våre samtalér med kommunene, er det noe krevende å skape et engasjement i befolkningen når det gjelder rullering av kommuneplanens arealdel. For mange oppleves nok denne planen som lite relevant for de hensyn og interesser som angår dem. Innbyggere engasjerer seg først når det er tale om reguleringsplaner i deres nærmiljø, eventuelt når det søkes om tillatelse til utbygging på nabotomten. Da er det imidlertid mindre rom for å endre prosjektet, slik at verdien av høringsinnspillingene blir noe svekket. I et folkehelseperspektiv bør kommunene sørge for at innbyggernes meninger og synspunkter blir synligjort som et ledd i rullering av kommuneplanens arealdel. Dette kan for eksempel gjøres ved at kommunen ber om innspill om hvilke områder som anses som særskilt attraktive i nærmiljøet. Gjennom en slik kartlegging, kan kommunen få kunnskap om hvilke områder som ikke bør omdisponeres til utbyggingsformål, da områdene utgjør en viktig funksjon for nærmiljøet.

Etter vår vurdering er det behov for økt veiledning omkring hvordan kommunene kan organisere planprosessen for å sikre innspill og medvirkning fra personell med folkehelsekompetanse både internt i kommunen og fra andre myndigheter. Det er også behov for veiledning om hvordan kommunene kan organisere innspillsrunden ved rullering av kommuneplanens arealdel. Vi kommer nærmere tilbake til dette i punkt 6.2.

Når det gjelder kravet om å utrede konsekvenser av planer, er utgangspunktet at alle planer skal inneholde en beskrivelse av mulige virkninger. Dette følger av pbl. § 4-2 første ledd, som slår fast følgende:

Alle forslag til planer etter loven skal ved offentlig ettersyn ha en planbeskrivelse som beskriver planens formål, hovedinnhold og virkninger, samt planens forhold til rammer og retningslinjer som gjelder for området, jf. også § 11-8 a femte ledd. (vår understrekning)

Enhver plan skal med andre ord inneholde en beskrivelse av planens virkninger, uavhengig av om planen faller innenfor eller utenfor kravet om konsekvensutredninger. Dersom det vedtas en plan med manglende eller mangelfull omtalte av planens virkninger for folkehelse i planbeskrivelsen, vil dette kunne være en saksbehandlingsfeil.

Enkelte planer krever i tillegg en *konsekvensutredning*. Det vil si en særskilt utredning av planens virkninger for miljø og samfunn, som skal følge de særskilte kravene i forskrift om konsekvensutredninger. Hvilke planer som utløser krav om konsekvensutredning og hvilke krav forskriften setter til utredning av folkehelsen, er temaet i det følgende.

### **3.5 Særlig om konsekvensutredninger**

#### *3.5.1 Formålet med konsekvensutredninger*

Kravet om konsekvensutredning ved planer og tiltak ble innført i norsk lov i 1990. Reglene er implementert fra to EU-direktiver, som Norge er forpliktet til etter gjennom EØS-avtalen.<sup>14</sup> I dag følger kravet om konsekvensutredning av plan- og bygningsloven. Lovens kapittel 4 gjelder konsekvensutredning for arealplaner vedtatt i medhold av plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven er som nevnt en sektorovergripende lov, slik at ethvert tiltak som behandles etter sektorlovgivningen vil være underlagt krav om konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven. Dette gjelder for eksempel mineralutvinning, veiutbygging, akvakultur og enkelte former for energitiltak. Hvilke konsekvenser slike tiltak kan ha for folkehelsen, skal med andre ord fanges opp gjennom plan- og bygningslovens bestemmelser om konsekvensutredning. Dette gjelder også for tiltak som er unntatt fra plankrav i plan- og bygningsloven, det vil si anlegg for overføring og transport av elektrisk energi i det regionale eller nasjonale forsyningsnettet, se pbl. § 1-3 andre ledd. Slike tiltak er imidlertid underlagt krav om konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven kapittel 14. Disse kravene tilsvarer kravene til utredninger i planprosesser. I det følgende er det derfor krav om konsekvensutredninger ved arealplaner vi behandler.

Plan- og bygningslovens bestemmelser om konsekvensutredninger er av svært overordnet karakter. De detaljerte kravene er fastsatt i forskrift om konsekvensutredninger fra 2017 (KU-forskriften).<sup>15</sup> I denne utredningen er det derfor først og fremst forskriften som danner grunnlaget for den rettslige analysen.

Formålet med konsekvensutredninger er angitt i KU-forskriften § 1:

---

<sup>14</sup> Direktivene 2001/42/EF og 2014/52/EU.

<sup>15</sup> Forskrift om konsekvensutredninger 21. juni 2017 nr. 854. Forskriften er i skrivende stund under revisjon.

Formålet med forskriften er å sikre at hensynet til miljø og samfunn blir tatt i betrakning under forberedelsen av planer og tiltak, og når det tas stilling til om og på hvilke vilkår planer eller tiltak kan gjennomføres.

Formålet viser at bestemmelsene om konsekvensutredninger har et bredt nedslagsfelt. Bestemmelsene skal sikre kartlegging og vurdering av både miljø- og samfunnsinteresser. Dermed skiller de norske reglene seg fra EU-direktivene, hvor konsekvensutredninger i all hovedsak er et virkemiddel for å sikre utredning av miljøeffekten av planer og tiltak. I begrepet «samfunn» ligger også utredning av planer med virkninger for sysselsetting, næringsliv, barn- og unges oppvekstsvilkår mv. Ved å inkludere slike forhold i utredningsgrunnlaget, kan alle virkningene av planen fanges opp og vurderes. Når det gjelder folkehelse, vil dette inngå i både miljø- og samfunnshensyn. Som vi skal se senere, skal konsekvensutredningen omfatte en rekke forhold som både direkte og indirekte vil ha betydning for folkehelsen.

Formålsbestemmelsen viser også at hensyn til miljø og samfunn skal tas i betrakting, både underveis i prosessen og når det skal tas stilling til om og på hvilke vilkår planer eller tiltak skal gjennomføres. Informasjonen som fremskaffes gjennom konsekvensutredningen, skal med andre ord bidra til at man finner hensiktsmessige løsninger underveis i prosessen. Begrepet «konsekvensutredning» er altså noe mer enn et sluttprodukt. Det er like mye en betegnelse på en prosess, hvor man gjennom faktiske undersøkelser og medvirkning skal finne frem til de løsninger som i størst mulig grad ivaretar berørte miljø- og samfunnsinteresser.

### 3.5.2 *Når kreves konsekvensutredning*

Et sentralt spørsmål er når en plan utløser krav om konsekvensutredning, heretter også kalt KU-plikt. Utgangspunktet er fastsatt i plan- og bygningsloven § 4-2 andre ledd:

For regionale planer og kommuneplaner med retningslinjer eller rammer for framtidig utbygging og for reguleringsplaner som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn, skal planbeskrivelsen gi en særskilt vurdering og beskrivelse – konsekvensutredning – av planens virkninger for miljø og samfunn.

Som vi ser, skiller loven her mellom KU-plikt for overordnende planer og for reguleringsplaner. Dette bygger på, men korresponderer ikke fullt ut med, EU-direktivenes skille mellom strategisk konsekvensutredning og konsekvensutredning for tiltak. Lovgivers tanke er at i konsekvensutredningen ved overordnede planer, vil det særlig være virkningene av foreslalte utbyggingsstrategier og arealdisponering som skal vurderes, mens fokuset for detaljregulering vil være virkningene av den konkrete utbyggingen innenfor planområdet.<sup>16</sup>

Overordnede planer omfatter regional plan, kommuneplanens arealdel og områderegulering. For slike planer utløses KU-plikten dersom hele eller deler av planen «legger rammer eller retningslinjer for framtidig utbygging». KU-plikten utløses med andre ord der det er tale om å tilrettelegge for *ny utbygging*.

Når det gjelder reguleringsplaner, vil KU-plikten utløses dersom planen kan få «vesentlige virkninger for miljø og samfunn». Dette er et vagt kriterium som åpner opp for utstrakt rom for skjønn. Det er også problematisk å bruke et kriterium som knytter seg til mulige virkninger av

---

<sup>16</sup> Jf. Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) s. 188.

planen, all den tid det nettopp er dette en konsekvensutredning skal avdekke. Bestemmelsen suppleres imidlertid av KU-forskriften, som oppstiller detaljerte krav til når reguleringsplaner er underlagt KU-plikt. Forskriften skiller her mellom reguleringsplaner som alltid skal konsekvensutredes, og reguleringsplaner som kan pålegges konsekvensutredning etter en konkret vurdering. KU-forskriftens vedlegg 1 lister opp tiltak som alltid krever konsekvensutredning. Her åpnes det ikke opp for noen skjønnsutøvelse. Vedlegg 2 lister på sin side opp tiltak som krever en nærmere vurdering av KU-plikten. Her må ansvarlig myndighet foreta en konkret vurdering av hvorvidt reguleringsplanen kan medføre vesentlige virkninger for miljø og samfunn. KU-forskriften § 10 oppstiller nærmere kriterier for denne vurderingen. Av særlig interesse for vår del, er bestemmelsen intatt i § 10 tredje ledd bokstav f. Den slår fast at den beslutningen skal tas på grunnlag av en vurdering av:

konsekvenser for befolkningens helse, for eksempel som følge av vann- eller luftforurensning

Folkehelse er ikke nærmere definert i forskriften, men bestemmelsen bruker forurensning som eksempel. Dette innebærer at flere faktorer som er relevante for folkehelse, vil være relevante i vurderingen av om en reguleringsplan faller innenfor KU-plikten.

Stort sett vil enhver reguleringsplan som tilrettelegger for ny utbygging være underlagt krav om konsekvensutredning. Skulle det imidlertid oppstå tvil om kriteriene i § 10 er oppfylt når det gjelder folkehelse, må kommunen sørge for at det gjøres en kvalifisert vurdering på dette stadiet av saksgangen. En mangelfull vurdering av folkehelseperspektivet her, kan få store konsekvenser senere i planprosessen. Ved privatinitierte reguleringsplaner skal planinitiativet alltid gi en omtale om planen vil falte inn under kravet om konsekvensutredninger.<sup>17</sup> Om det er KU-plikt eller ikke, skal i utgangspunktet avgjøres på oppstartsmøtet. Det er i denne fasen det skal tas stilling til om planen vil kunne medføre «konsekvenser for befolkningens helse», slik det heter i KU-forskriften § 10. Dersom kommunen kommer til at det ikke er krav om konsekvensutredning, skal dette begrunnes, se KU-forskriften § 12 fjerde ledd. Denne beslutningen er såkalt prosessledende, og kan ikke påklages. Tas denne beslutningen uten at det er foretatt en vurdering av folkehelse, vil det utgjøre en saksbehandlingsfeil som senere kan lede til at planvedtak er ugyldig. Kommunene bør derfor sørge for at ansatte med folkehelsekompetanse trekkes inn i vurderingen av om planen utløser krav om konsekvensutredning, der dette er aktuelt. Dette synes også å være forutsatt i forarbeidene til folkehelseloven, som vi skal se nærmere på i kapittel 4. I merknadene til folkehelselovens § 11 sies det:

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 fast sette krav til konsekvensvurderinger og ved vurderinger av disse.<sup>18</sup>

Det er uklart i hvilken grad folkehelse faktisk blir vurdert ved spørsmålet om en plan er KU-pliktig. Dette vil trolig avhenge av i hvor stor grad kommunen involverer personell med helsefaglig kompetanse tidlig i planprosessen, herunder oppstartsmøtet ved private

---

<sup>17</sup> Se forskrift 12. august 2017 nr. 1950 om behandling av private forslag til detaljregulering etter plan- og bygningsloven § 1.

<sup>18</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 215.

planforslag. Som vi har nevnt ovenfor, har våre samtaler med kommunene vist at det er store variasjoner med hensyn til om og når helsefaglig kompetanse blir involvert i planleggingen. Involvering av slik kompetanse kan bidra til å identifisere ulike helsemessige forhold som må ivaretas i den enkelte plansaken, og om dette utløser KU-plikt.

Selv om en plan ikke faller inn under KU-plikten, vil det likevel være krav om å utrede virkningene av planen før vedtak treffes. Dette kan for det første utledes av pbl. § 4-2 første ledd som setter krav om at alle planer skal inneholde en planbeskrivelse. Som det fremgår av bestemmelsen, skal planbeskrivelsen blant annet inneholde en beskrivelse av planens virkninger. I de tilfeller en plan anses å falle utenfor KU-plikten, vil nok kravene til innholdet i planbeskrivelsen skjerpes. Kravet om utredninger kan også utledes av forvaltningsloven § 17, som krever at saken er så godt opplyst som mulig. Dette kravet gjelder uavhengig av om planen er underlagt KU-plikt eller ikke.

### *3.5.3 Forskriftens krav til undersøkelser av folkehelse*

I det følgende skal vi se nærmere på hvilke krav KU-forskriften setter til utredning av konsekvenser for folkehelse.

Innenfor temaene «miljø og samfunn» er det en rekke forhold som kan inngå i en konsekvensutredning. Utgangspunktet er likevel at konsekvensutredningen kun skal gjøre rede for beslutningsrelevante forhold. Dette kommer til uttrykk i KU-forskriften § 17 første ledd, hvor det heter:

Forslagsstiller skal utarbeide en konsekvensutredning som skal ta utgangspunkt i krav til dokumentasjon som følger av dette kapitlet. Konsekvensutredningens innhold og omfang skal tilpasses den aktuelle planen eller tiltaket, og være relevant for de beslutninger som skal tas. (vår understrekning).

For å avgjøre hvilke forhold som er relevante, og dermed skal inngå i konsekvensutredningen, må det foretas enkelte forundersøkelser. Dette skjer i form av at det skal utarbeides et forslag til planprogram. Etter pbl. § 4-1 skal det alltid utarbeides planprogram ved regionale planer, kommuneplaner og KU-pliktige reguleringsplaner. Planprogrammet skal blant annet gjøre rede for opplegg for medvirkning og behovet for utredninger. Det fremgår av KU-forskriften § 14 første ledd bokstav b, at planprogrammet skal inneholde en beskrivelse av hvilke temaer i forskriftens kapittel 5 som skal inngå i konsekvensutredningen. Som vi skal se om litt, inneholder KU-forskriften § 21 en liste over relevante utredningstemaer. Deriblant finner vi flere temaer som indirekte eller direkte gjelder folkehelse.

For å sikre at konsekvenser for folkehelsen inngår i konsekvensutredninger, er det av stor betydning at dette blir fanget opp allerede ved utarbeidelsen av planprogrammet. Ved fastsettelsen av planprogrammet er det av sentral betydning at kommunen ser hen til de føringerne som er satt i kommuneplanens samfunnsdel og planstrategi. Med dette kan det skapes et bindeledd mellom kunnskap og strategier om folkehelse på aggregert nivå, og de konkrente vurderingene som knytter seg til arealbruken i bestemte områder. Dette er videre i tråd med folkehelselovens §§ 5 og 6 som krever at kommunene integrerer folkehelse i planleggingen, se punkt 3.2 ovenfor. Ved at forslag til planprogram skal sendes på høring, gis aktører utenfor kommunen mulighet til å påpeke eventuelle mangler i planprogrammet med hensyn til folkehelseperspektivet.

Når det gjelder krav til innholdet i en konsekvensutredning, gir KU-forskriften § 21 en ikke-uttømmende liste over relevante temaer. Gjennom planprogrammet skal det være avklart hvilke av disse temaene som anses som beslutningsrelevante for det aktuelle planarbeidet. Flere av temaene i KU-forskriften § 21 er knyttet til folkehelse:

- forurensning (utslipper til luft, herunder klimagassutslipp, forurensning av vann og grunn, samt støy)
- friluftsliv,
- vannmiljø,
- tilgjengelighet for alle til uteområder og gang- og sykkelveinett
- barn og unges oppvekstvilkår
- arkitektonisk og estetisk utforming, uttrykk og kvalitet.

I tillegg er det inntatt et særskilt utredningskrav om folkehelse:

- befolkningens helse og helsens fordeling i befolkningen

Forskriften oppstiller med andre ord en rekke temaer som vil være relevante for å vurdere virkningene for folkehelse, såkalte helsedeterminanter. Disse skal beskrives samtidig som det skal gjøres en særskilt vurdering av virkningene for «befolkningens helse og helsens fordeling i befolkningen». Dermed fremstår det som noe uklart om helsedeterminanter som støy, friluftsliv, tilgjengelighet til uteområder m.m. skal skje løsrevet fra, eller ut ifra, et folkehelseperspektiv. Usikkerheten kan enten føre til at folkehelseperspektivet blir mindre synlig i konsekvensutredningene, eller til at det blir en unødvendig dobbeltbehandling.

Det er også verdt å merke seg at KU-forskriftens omtale av folkehelse langt på vei korresponderer med folkehelselovens nåværende definisjon av folkehelse. I folkehelseloven § 3 bokstav a er folkehelse definert som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Dermed skapes et bindeledd mellom KU-forskriften og folkehelseloven, noe som også tilsier at folkehelselovens bestemmelser kan være relevante når myndighetene skal fastsette krav til innholdet i en konsekvensutredning. Samtidig kan det oppstå usikkerhet med hensyn til hva som er korrekt hjemmelsgrunnlag for å kreve utredning av folkehelse i en konsekvensutredning. Skal utredningskravene utelukkende fastsettes i medhold av plan- og bygningsloven og KU-forskriften, eller kan myndighetene også kreve at det gjennomføres en særskilt helsekonsekvensutredning med hjemmel i folkehelseloven § 11? Som vi skal komme tilbake til nedenfor i kapittel 4, er det begrenset rom for å anvende folkehelseloven § 11 som ledd i en konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven.

I våre intervjuer ga flere av deltakerne uttrykk for at konsekvenser for folkehelse ikke blir belyst i konsekvensutredninger. Begrepet folkehelse oppleves som vagt, og det kan være uklart hva som egentlig skal utredes. Deltakerne hadde en klar opplevelse av manglende statlig styring på området, som særlig skaper utfordringer for kommunene med hensyn til å prioritere og operasjonalisere arbeidet med helsekonsekvensutredninger. Blant annet ble det fremhevet at det eksisterer klare og forpliktende nasjonale retningslinjer på områder som omhandler barn og unge, mens folkehelse fremstår som mer fragmentert, utydelig og mindre forpliktende. Det ble påpekt at mangelen på nasjonale føringer reflekteres i kommunal praksis, og at det er behov for mer presis og målrettet kommunikasjon fra statlige myndigheter når det gjelder forventninger til kommunenes arbeid med helsekonsekvensutredninger. Uten klare signaler

om formål og metodiske rammer risikerer man at slike utredninger blir nedprioritert eller fragmentert, og dermed mister sin funksjon.

I tillegg ga flere av deltakerne uttrykk for at det virker som om det ofte foreligger en generell oppfatning om at folkehelse i første rekke handler om den enkeltes helse og helsesektoren, fremfor at det er et sektorovergripende hensyn som kan og skal ivaretas på mange områder. Dette forplanter seg også til hvordan kommunene organiserer planprosessene. Som vi har vært inne på i punkt 3.4, er det store variasjoner mellom kommunene når det kommer til når og hvordan kommunens folkehelsefaglige og samfunnsmedisinske kompetanse blir involvert i planprosessene. Der disse involveres sent i prosessen, svekker det arbeidet med å vurdere konsekvenser for folkehelse i planleggingen. Samtidig bemerket også enkelte av kommunene at de ikke har tilstrekkelig «bestillerkompetanse» når de skal kreve utredninger, og heller ikke alltid kompetanse eller kapasitet til å kontrollere kvaliteten på de utredningene de mottar i plansakene. Dette fører til at det er de private aktørene som i stor grad legger rammen for hvilke temaer som skal utredes, og her er det store variasjoner i praksis med hensyn til om folkehelseperspektivet blir prioritert.

I forlengelsen av dette, kom det frem at sett i sammenheng med at det er mange hensyn som skal tas og forhold som skal vurderes i konsekvensutredninger, kommer folkehelse raskt lenger ned på listen. Det ble påpekt at det er enklere med utredninger av forhold som støy, forurensning, naturtap, o.l. Mange av disse faktorene har en betydning for folkehelsen, men utredningene av dem mangler en tydelig vurdering av betydningen og konsekvensen for helse.

Også konsulentene som utarbeider konsekvensutredninger nevnte at det oppleves vanskelig å få skilt ut konsekvenser for folkehelse om et eget tema. Det blir tidvis slik at man trekker ut erfaringer og konsekvenser fra andre forhold som er utredet, og setter dem sammen til en helsevurdering. Temaer her kan være både støy, luft, friluftsliv, trafikksikkerhet, lokale og regionale virkninger, mv.

For øvrig ble det i et av arbeidsverkstedene nevnt at det i hvert fall tidligere var relativt varierende kompetanse hos de som utførte utredninger av helsekonsekvenser, men at dette har bedret seg noe etter at kommunene ble flinkere til å etterspørre utredningene. Men selv i større firmaer i dag, er det begrenset med kompetanse til å gjøre slike utredninger.

Generelt er vårt inntrykk fra samtalene vi har hatt, at konsekvenser for folkehelse trolig ikke utredes i tilstrekkelig grad i alle plansaker hvor temaet er relevant. Flere av informantene viste til at det er et stort behov for veileding på området, som viser hvilke opplysninger knyttet til folkehelse som skal inngå i utredningene, samt hvilken metodikk som kan anvendes. Når det gjelder krav til metode, er KU-forskriften nokså vag, ved at § 17 tredje ledd kun slår fast:

Utredninger og feltundersøkelser skal følge anerkjent metodikk og utføres av personer med relevant faglig kompetanse.

Hva som er anerkjent metodikk, og hvilke kvalifikasjoner som kreves for å utføre utredningene, sies det intet mer om. I Miljødirektoratets veileder for konsekvensutredning, er det i beskrivelsen av temaet «Friluftsliv», sagt følgende om metodikk for utredning av folkehelse:

Det er i skrivende stund ikke en anerkjent metodikk for konsekvensutredninger av folkehelse. Dette temaet er Helsedirektoratets ansvarsområde.

En av konsulentene vi snakket med, viste til at de ofte gjør andre typer utredninger hvor de følger for eksempel Miljødirektoratets veileder eller Statens vegvesens håndbok, og at begge disse har en klar metodikk og er tydelige på hva som skal utredes og hvordan det skal gjøres. Dette mangler for utredninger av konsekvenser for folkehelse. Det ble klart etterlyst mer veiledning om hva som skal utredes og hvordan.

En sentral del av vårt oppdrag har vært å kartlegge eksisterende metodikk som brukes for å utrede konsekvenser for folkehelse. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

### ***3.5.4 Hvor detaljerte utredninger kreves?***

Som vi har sett, kan både regionale planer, kommuneplanens arealdel og reguleringsplaner være underlagt krav om konsekvensutredninger. Disse planene er av nokså ulik karakter, og detaljeringsgraden er svært forskjellig. Dette vil også ha betydning for hvordan virkninger for folkehelse skal inngå i konsekvensutredningene til slike planer. I dette punktet skal vi se nærmere på kravet til konsekvensutredning for henholdsvis kommuneplanens arealdel og reguleringsplaner, hvor vi skal forsøke å klargjøre hvor langt kravet om utredning av folkehelse rekker.

Kommuneplanens arealdel er en overordnet plan som dekker hele kommunens geografiske utstrekning. Det innebærer at planen må være grovmasket, og ikke ta for seg detaljert. Lovgivers intensjon er at det er kommuneplanens arealdel som skal danne grunnlaget for avgjørelser om hvordan arealene skal brukes, og at den detaljerte styringen skal ske gjennom reguleringsplaner. Plan- og bygningsloven setter krav om konsekvensutredning dersom kommuneplanens arealdel fastsetter rammer for framtidig utbygging. Ettersom kommuneplanen er en overordnet plan, slår KU-forskriften § 18 første ledd fast at konsekvensutredningen kan begrenses til å gjøre rede for virkningene «på et overordnet nivå».<sup>19</sup> Tanken er at konsekvensutredningen ved kommuneplanen skal gi tilstrekkelig grunnlag til å vurdere om og hvor det er ønskelig og forsvarlig med ny utbygging. Når dette er avklart, skal konsekvensutredningen til en påfølgende reguleringsplan gi kunnskap om hva som er gode utbyggingsløsninger innenfor det avsatte utbyggingsområdet.

I praksis kan det imidlertid være usikkerhet med hensyn til hvilke utredningskrav som gjelder ved de to plannivåene, herunder hva som er en egnet metodikk. Utgangspunktet må være at konsekvensutredningen ved overordnede planer må gi kommunen grunnlag til å treffe et forsvarlig vedtak om at området kan bebygges. I praksis er det imidlertid fare for at dette spørsmålet forskyves til reguleringsplaner, ved at kommunene ikke gjennomfører en tilstrekkelig konsekvensutredning ved kommuneplanens arealdel. Når kommunen behandler privatinitierte reguleringsplaner, vil det nok være en høyere terskel for at kommunene forkaster planforslaget. Dette gjelder særlig i de tilfellene hvor det private planinitiativet følger opp arealbruk fastsatt i kommuneplanens arealdel, og hvor forslagsstiller har investert både tid og

---

<sup>19</sup> Dette gjelder ikke dersom konsekvensutredningen gjelder konkrete tiltak. Da skal det gjennomføres en fullstendig og detaljert konsekvensutredning allerede ved kommuneplanens arealdel, se KU-forskriften § 18 første ledd andre punktum.

penger ved utarbeidelsen av planforslaget. Man kan si at kommunen i slike tilfeller føler seg politisk forpliktet til å vedta reguleringsplanen. Dermed vil kartlegging av negative konsekvenser på dette plannivået ha mindre betydning for de prioriteringer kommunene skal ta. Dette viser betydningen av at slik kunnskap innhentes ved rullering av kommuneplanens arealdel, fremfor at utredningen først skjer ved forslag til reguleringsplaner.

Det samme vil være tilfelle dersom kommunen skal ta stilling til private reguleringsplanforslag som er i strid med kommuneplanens arealdel. I slike tilfeller må konsekvensutredningen også fange opp de forhold som hører hjemme i den overordnede planleggingen, for eksempel hva som er de best egnede lokaliseringsalternativene for ny utbygging. Også her er faren at kunnskap om slike konsekvenser tillegges mindre vekt når disse skal vurderes som et ledd i reguleringsplaner, enn hva tilfellet ville ha vært om dette ble kartlagt som ledd i rullering av kommuneplanens arealdel.

Det er etter vår vurdering et stort behov for veiledning når det gjelder forholdet mellom konsekvensutredninger på ulike plannivåer. Vi kommer nærmere tilbake til innholdet i en slik veileder i punkt 6.2.

## 4 Folkehelseloven

### 4.1 Tema og problemstilling

I forrige kapittel har vi sett på plan- og bygningslovens krav til konsekvensutredninger i planprosesser, hvor konsekvenser for folkehelse er ett av flere temaer som eventuelt skal utredes. Disse bestemmelsene knytter seg til arealforvaltningen i kommunene, i form av utbyggingstiltak og andre arealbruksendringer som planlegges gjennomført en gang i fremtiden.

I det følgende skal vi se nærmere på det lovgivningen kaller for *helsekonsekvensutredning*, i folkehelseloven § 11. Dette er særskilte utredninger som skal redegjøre for «mulige helsemessige konsekvenser» av en planlagt eller pågående virksomhet, eller forhold på en eiendom. Slike utredninger kan pålegges med hjemmel i fhl. § 11. Sentrale spørsmål her er når slike utredninger kan pålegges, og hva slags forhold som kan kreves utredet. I tillegg ser vi nærmere på forholdet mellom slike utredninger og konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven, og eventuelle utredninger eller krav etter annet lovverk.

Først må vi imidlertid tydeliggjøre rammene rundt påleggsbestemmelsen i fhl. § 11, nemlig folkehelseloven som helhet og kapittel 3 om fagområdet miljørettet helsevern, hvor bestemmelsen er plassert.<sup>20</sup> Vi vil her kort bemerke at etter lovendringene som gjelder fra og med 1. januar 2026, er begrepet «miljørettet helsevern» erstattet av «miljø og helse». Kort sagt er bakgrunnen for denne endringen at man ønsker å integrere fagområdet bedre i det helhetlige folkehelsearbeidet.<sup>21</sup> I det følgende bruker vi imidlertid det gjeldende begrepet «miljørettet helsevern» og bestemmelsene om dette.

### 4.2 Folkehelseloven og miljørettet helsevern

Folkehelseloven er en sektorovergrepende lov som skal favne over alle samfunnsområder av betydning for folkehelsen. Loven skal «bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller», jf. lovens § 1. Folkehelseloven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, se fhl. § 2 første ledd. I tillegg gjelder kapittel 3 om miljørettet helsevern også «for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen», se fhl. § 2 andre ledd.

Folkehelseloven er ingen typisk arealforvaltningslov, men har likevel betydning for spørsmål knyttet til bruk og vern av arealer. Koblingen til plansystemet kommer også til uttrykk direkte i loven. Blant annet skal fylkeskommunene fremme folkehelse på regionalt nivå blant annet gjennom «regional utvikling og planlegging», se fhl. § 20 første ledd. Videre heter det i bestemmelsens andre ledd at fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å sørge for et relevant og oppdatert kunnskapsgrunnlag innen folkehelseopplysninger. Dette ansvaret korresponderer slik sett med fylkeskommunenes oppgaver etter plan- og bygningsloven. Som vi har sett i punkt 3.2 ovenfor, skal regional planlegging stimulere den helsemessige utviklingen i regionen, se pbl. § 3-4 første ledd.

---

<sup>20</sup> Som tidligere nevnt, tar utredningen utgangspunkt i regelverket slik det lød høsten 2025.

<sup>21</sup> Prop. 82 L (2024–2025) side 5.

Fylkeskommunene skal også veilede kommunene i deres planleggingsoppgaver, og dermed sikre at folkehelseperspektivet gis lokal forankring, se pbl. § 3-2 fjerde ledd.

Folkehelseloven fastslår at kommunene skal «fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting», se fhl. § 4 andre ledd. Bestemmelsen bygger på prinsippet om «Helse i alt vi gjør», og skal sikre at folkehelseperspektivet integreres i all saksforberedelse og myndighetsutøvelse. Lovens forarbeider fremhever blant annet at folkehelsen skal fremmes av kommunene gjennom deres rolle som samfunnsutvikler og planmyndighet.<sup>22</sup> Som vi har sett, skal dette blant annet skje ved at folkehelseutfordringer skal kartlegges og vurderes som et ledd i kommunale planprosesser, se fhl. §§ 5 og 6 punkt 3.4 ovenfor.

Gjennom bestemmelsene om miljørettet helsevern i lovens kapittel 3, er kommunens myndighetsutøvelse etter folkehelseloven til dels også direkte knyttet til bruk av arealene i kommunen. Miljørettet helsevern er en del av kommunens folkehelsearbeid. Virkeområdet for miljørettet helsevern er angitt i folkehelseloven § 8 første ledd:

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.

Forarbeidene til folkehelseloven tydeliggjør at det er miljøfaktorenes innvirkning på helsen som er det sentrale i miljørettet helsevern. Det understreses at også «sosiale miljøfaktorer» er en av faktorene som skal vurderes, og at dette blant annet omfatter «økonomiske og sosiale prosesser, bomiljø, arbeidsmiljø, sosiale nettverk, kontakt og tilhørighet.»<sup>23</sup> Videre presiserer forarbeidene at spesiallovgivning kan dekke de samme områdene som omfattes av miljørettet helsevern, og slår fast at:

I andre tilfeller der spesiallovgivning dekker et område vil bestemmelsene i folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern ofte få karakter av et sikkerhetsnett. Bestemmelsene vil også kunne fungere som et sikkerhetsnett der enkeltfaktorer ikke hver for seg utgjør en helserisiko men hvor summen av dem kan gjøre det.

Krav om særskilt helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven må ses i lys av dette, og vi kommer nærmere tilbake til denne tematikken i det følgende.

## 4.3 Helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven

### 4.3.1 Adgangen til å gi pålegg om helsekonsekvensutredning

I denne delen av utredningen er det folkehelseloven § 11 som utgjør kjernen av analysen. Bestemmelsen sier at:

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av

---

<sup>22</sup> Prop. 90 L (2010-2011), side 206.

<sup>23</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 213.

tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

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

Lovens utgangspunkt er at det er kommunen som kan pålegge en helsekonsekvensutredning, se § 11 første ledd. I tillegg åpner loven for at klageinstansen kan gi pålegg ved behandling av klagesaker. Statsforvalteren er klageinstans for kommunale vedtak etter fhl. kapittel 3, se fhl. § 19. Statsforvalteren kan altså pålegge helsekonsekvensutredning i forbindelse med klagesaksbehandling, men har ikke myndighet til å pålegge slik utredning utenom dette.

Fra og med 1. januar 2026, vil Helsedirektoratet få en viss mulighet til å gi pålegg om helsekonsekvensutredning. I endringslov av 20. juni 2025<sup>24</sup> ble det vedtatt et nytt andre ledd i folkehelseloven, som lyder slik:

Ved virksomhet som i vesentlig grad kan berøre befolkningens helse og livskvalitet nasjonalt eller regionalt, kan Helsedirektoratet utøve myndighet etter første ledd.

Helsedirektoratets myndighet er avgrenset til tilfeller der virksomheten forårsaker eller kan forårsake et forhold, en situasjon e.l. som kan være en folkehelseutfordring *regionalt eller nasjonalt*. Dersom konsekvensene bare berører én kommune, kan direktoratet ikke gi pålegg.<sup>25</sup> Der det er Helsedirektoratet som utøver påleggsmyndigheten, vil Helse- og omsorgsdepartementet være klageinstans.<sup>26</sup>

Pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11, må rettes til «den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom», og det fremgår av bestemmelsen at en eventuell utredning skal utføres for vedkommendes egen regning. Et pålegg er et enkeltvedtak, og kan påklages til statsforvalteren av den det er rettet mot, se fhl. § 19 og forskrift om miljørettet helsevern § 16 første ledd.<sup>27</sup>

Det er opp til påleggsmyndigheten å avgjøre om det faktisk skal gis pålegg. Dette innebærer at det skal gjøres en skjønnsmessig vurdering av om pålegg skal gis i det konkrete tilfellet. Likevel kan en kommunal beslutning om ikke å gi pålegg, påklages dersom noen har bedt kommunen om å gi slikt pålegg, se forskrift om miljørettet helsevern § 16 andre ledd, som lyder:

Har noen bedt kommunen gi pålegg om konsekvensutredning, retting eller stansing av virksomhet eller eiendom, jf. folkehelseloven § 11, § 14 og § 16, er avgjørelsen enkeltvedtak selv om pålegg ikke blir gitt. (vår understrekning)

Videre står det følgende i merknadene til forskriftsbestemmelsen:

---

<sup>24</sup> LOV-2025-06-20-69

<sup>25</sup> Prop. 82 L (2024–2025) side 115-116.

<sup>26</sup> Prop. 82 L (2024–2025) side 82.

<sup>27</sup> Se også Prop. 90 L (2010-2011) side 77.

Kommunens kompetanse etter § 6, jf. folkehelseloven kapittel 3 er såkalt «kan-kompetanse» med unntak av stansingsbestemmelsen i folkehelseloven § 16. Dette innebærer at kommunen kan finne at det ikke er hensiktsmessig [sic] å benytte virkemidlene, til tross for at et forhold er i strid med de materielle kravene etter denne forskriften kapittel 3 og kravet om forholdsressurs. Slik ikke-bruk av kompetanse vil være et enkeltvedtak som kan bringes inn for statsforvalteren etter forskriften § 16, jf. folkehelselovens § 19. Dette er en kodifisering av gjeldende rett.

Dette synliggjør at andre kan henvende seg til kommunen og anmode om at det blir pålagt en helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11. Dersom kommunen ikke gir slikt pålegg, vil denne avgjørelsen være et enkeltvedtak som kan påklages. Det vil da måtte være den som har bedt om pålegget, som kan være klager.

I samtalene vi har hatt med de ulike aktørene i prosjektet, ble det klart at flere er usikre på når påleggsbestemmelsen i fhl. § 11 kan og bør benyttes. Flere av kommunene påpekte at de er kjent med at den finnes, og at de oppfatter den som et slags «sikkerhetsnett» for tilfeller som ikke dekkes av utredninger etter plan- og bygningsloven, eller der slike utredninger ikke har dekket de aktuelle forholdene. Det kom også frem at bestemmelsen nok brukes i begrenset grad. Dette til dels fordi utredning av helsekonsekvenser skal dekkes etter plan- og bygningsloven, men også fordi man er usikre på bestemmelsens anvendelsesområde, når den faktisk bør brukes, samt hvilke utredningskrav som kan pålegges. Vi skal se nærmere på disse spørsmålene i det følgende.

#### *4.3.2 Særlig om forholdet mellom utredningskravene i folkehelseloven og plan- og bygningsloven*

Konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven og pålegg om helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven er to ulike utredningssystemer. Selv om det er flere likhetstrekk mellom disse utredningssystemene, er det også viktige forskjeller.

For det første er det en forskjell når det gjelder spørsmålet om hvordan rettsreglene kommer til anvendelse. Mens konsekvensutredning er et obligatorisk krav ved de fleste planer som legger til rette for ny utbygging, må helsekonsekvensutredning pålegges særskilt.

En annen forskjell er at et pålegg etter fhl. § 11 kan rette seg mot allerede eksisterende virksomhet og forhold, mens konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven gjelder *fremtidig* arealbruk. Pålegg etter fhl. § 11 kan imidlertid også rettes mot *planlagt* virksomhet, slik at det kan oppstå overlapp mellom kommunens rolle og ansvar etter de to regelsettene. Dette reiser blant annet spørsmål ved om kommunen for eksempel kan pålegge private aktører å utføre en helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 som ledd i behandlingen av private reguleringsplanforslag.

Dersom ordlyden i fhl. § 11 leses isolert, kan det være noe uklart om den skal benyttes helt uavhengig av plan- og bygningslovens krav til konsekvensutredninger. Forarbeidene til folkehelseloven understreker imidlertid at:

Konsekvensutredninger, også i forhold til helse, skal skje etter plan- og bygningsloven der den kommer til anvendelse. [...] Bestemmelsen i folkehelseloven § 11 vil primært komme til

anvendelse for tilfeller der konsekvensutredningsbestemmelsene etter plan- og bygningsloven ikke gjelder.<sup>28</sup>

Utgangspunktet er altså at bestemmelsen først og fremst skal benyttes i tilfeller som ikke omfattes av kravene om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven, men hvor det likevel er behov for en utredning av helsekonsekvenser. Det vil for det første kunne være for planer som ikke utløser plikten til konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven § 4-2 andre ledd. Videre vil pålegg om utredning kunne være aktuelt ved tiltak som ikke omfattes av arealplanlegging, og i tilfeller det er behov for å klarlegge konsekvenser av eksisterende virksomhet.

Det er etter vår oppfatning av sentral betydning at det i plansaker gjøres en grundig vurdering av om en plan utløser KU-plikt, og at konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven tar for seg aktuelle helsemessige konsekvenser. Utredningene må gi et dekkende bilde av disse konsekvensene, slik at man ikke står igjen med en «rest» som må dekkes opp gjennom tilleggsutredninger etter folkehelseloven. Vi har ikke kartlagt denne tematikken i utstrakt grad i arbeidet med utredningen, men har kommet over ett eksempel som er illustrerende for problemstillingen. Ålesund kommune har sendt varsel om pålegg om helsekonsekvens-utredning til Statens vegvesen i forbindelse med planarbeidet for fastsetting av ny trasé for E39 gjennom nedbørfeltet til Brusdalsvatnet, som er drikkevann for området.<sup>29</sup> I varselet skrives det blant annet:

Planen skal konsekvensutredes etter plan- og bygningsloven (pbl). Lovverket krever utredning av konsekvenser for miljø og samfunn, der også helseforhold i teorien skal ivaretas. Gjennom planprosessen har det vist seg at tiltakshaver og kommunen har svært ulik oppfatning av hvilken dokumentasjon som må ligge til grunn for en helsemessig forsvarlig beslutning i saken. Dette fremkommer av kommunens samlede tilbakemeldinger og innspill gjennom planprosessen, jf. også kommunens uttalelser til planprogrammet (vedlegg til plansak 148/24). På bakgrunn av dette anser kommuneoverlegen planprogrammets forslag til utredning av helsekonsekvenser for utilstrekkelig. I denne vurderingen ligger også at KU etter pbl ikke i tilstrekkelig grad er spisset for å sikre ivaretakelse av alle relevante helseaspekter. I saker med særlig potensial for folkehelsepåvirkning, hvilket veiutbygging i drikkevannets nedbørsfelt vil være, er det kommunens ansvar å sikre at helsekonsekvenser utredes best mulig etter relevant lovverk. Derfor vurderer kommuneoverlegen at en KU etter pbl gir et utilstrekkelig beslutningsgrunnlag, og at en supplerende HKU etter folkehelseloven er nødvendig for å fremskaffe et fullverdig bilde av helserelaterte aspekter.

En slik bruk av fhl. § 11 kan etter vår oppfatning være uheldig. Konsekvensene for folkehelsen bør utredes gjennom konsekvensutredningen som del av plansaken. Det bør være tydelig hva som skal utredes i plansaken, på en slik måte at den kommunale helsemyndigheten ikke må fremtvinge videre utredninger gjennom pålegg etter folkehelseloven. Dersom konsekvensutredningen skulle vise seg å være mangelfull, eller at kommunen i løpet av prosessen oppdager ytterligere behov for utredning av konsekvenser for folkehelse, gir KU-forskriften § 27 hjemmel til å pålegge tilleggsutredninger. En fremtidig veileder bør trekke opp

<sup>28</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 215.

<sup>29</sup> Ålesund kommune, saksref. 25/1058 og 25/8769, Forhåndsvarsel om pålegg om helsekonsekvensutredning. Ny E39 forbi Brusdalsvatnet i Ålesund kommune, datert 2. juni 2025.

så klare grenseganger som mulig på dette området, og tydeliggjøre kommunens handlingsrom og muligheter etter både plan- og bygningsloven og folkehelseloven.

I samtalene med ulike aktører ble det for øvrig fremhevet at når utredninger inngår som en integrert del av planprosesser etter plan- og bygningsloven, oppleves de som mer forpliktende og har større potensial for å påvirke utformingen av tiltak og prosjekter. I motsetning til dette er helsekonsekvensutredninger etter folkehelseloven et «sikkerhetsnett», noe som aktiveres sent i prosessen og dermed har begrenset innflytelse.

Vi kan etter dette slå fast at pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 fungerer på siden, og til dels uavhengig, av systemet om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Samtidig kan det være akkurat de samme forholdene som skal utredes, noe som kan skape usikkerhet med hensyn til hvilke bestemmelser som kan få anvendelse i konkrete saker. Denne usikkerheten forsterkes ved at fhl. § 11 slår fast at det kan gis pålegg om helsekonsekvensutredning for *planlagt virksomhet*. Ved utarbeidelsen av veiledningsmateriale, er det av sentral betydning at det gis en tydelig beskrivelse av forskjellen og sammenhengen mellom disse utredningssystemene.

#### *4.3.3 Generelt om forholdet mellom folkehelseloven og annet regelverk*

En vurdering av om det skal gis pålegg etter fhl. § 11, må ses i lys av at bestemmelsene i folkehelseloven i hovedsak skal være et «sikkerhetsnett». Dette har betydning både for om det skal kreves utredning, og for hvilke terskelverdier som skal legges til grunn i vurderingen av om helsemessige krav er oppfylt. Dette er tydeliggjort i forskrift om miljørettet helsevern § 3, som sier følgende:

Helsehensyn skal så langt som mulig ivaretas gjennom ordinære prosesser knyttet til planlegging og godkjenning av virksomheter og eiendommer. Der annet regelverk fastsetter helsebegrunnede krav eller normer, skal det tas utgangspunkt i disse ved vurderingen av hvorvidt forskriftens krav til helsemessig tilfredsstillende drift, jf. kapittel 3, er oppfylt.<sup>30</sup>

Når det gjelder selve kravene i annen lovgivning som skal være oppfylt, understrekner merknadene til forskriftsbestemmelsen at det er en forutsetning at disse kravene faktisk er basert på en vurdering av helserisiko, og sier at:

Det er altså *et krav at helsemessige implikasjoner ved et regelverk faktisk er tillagt vekt*, dersom det skal tas utgangspunkt i dette regelverket ved vurderingen av hvorvidt denne forskriftens krav til helsemessig tilfredsstillende drift skal anses oppfylt. Det vil ikke være nok at eksempelvis bare miljømessige implikasjoner er vurdert, eller at helse er nevnt som et hensyn uten at det reelt er tillagt vekt.

Dette betyr at dersom *helsebegrunnede* krav i annet regelverk er oppfylt, er utgangspunktet at også helsekravene etter folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern er oppfylt. Vurderingene etter annet regelverk skal gjøres av myndighetene som er ansvarlige for å håndheve dette, og kommunen både kan og må kan ta utgangspunkt i disse vurderingene i

---

<sup>30</sup> Bestemmelsens andre punktum om helsebegrunnede krav, blir inntatt i selve folkehelseloven i § 8 andre ledd fra 1. januar 2026.

forbindelse med eventuelt pålegg om helsekonsekvensutredning. Dette er likevel bare et utgangspunkt for vurderingene. Merknadene til forskriftens § 3 sier videre:

Uttrykket «tas utgangspunkt i» skal forstås slik at disse normene er gjeldende med mindre det foreligger særskilte forhold, for eksempel at enkelpersoner totalt sett blir utsatt for en ufersvarlig stor miljøbelastning. Det kan også være et samvirke av ulike forhold. Selv om slike krav eller normer fra andre myndigheter skal være utgangspunkt for vurdering av helserisiko, vil summen av flere miljøfaktorer kunne utgjøre en større helsefare enn miljøfaktorene vil gjøre enkeltvis. Her vil det måtte foretas en helhetsvurdering av hvorvidt forholdene til sammen er over tålegrensen.

Det må altså ses hen til de overordnede hensynene bak bestemmelsene om miljørettet helsevern, og at dette regelverket kan benyttes der andre typer regelverk ikke nødvendigvis fanger opp den *samlede* påvirkningen en virksomhet eller et forhold kan føre til. Forarbeidene til folkehelseloven påpeker følgende om miljørettet helsevern:

Fagområdet har videre en viktig funksjon som sikkerhet for befolkningen på områder der for eksempel annet regelverk ikke fanger opp viktige helsehensyn. Dette kan være for eksempel støyforhold som ikke fanges opp av forurensningsforskriften, blant annet konsertstøy. Regelverket innen miljørettet helsevern innebærer at det er en konkret vurdering av mulig helsekonsekvens i det enkelte tilfelle som skal være avgjørende for om det for eksempel skal kreves retting av et forhold i en virksomhet. [...] Selv om det er nasjonale grenseverdier for en del miljøforhold, for eksempel lokal luftforurensning og støy, kan det være forhold med helsekonsekvenser som ikke fanges opp ved slike grenseverdier. Det kan være en spesiell type forurensning med ekstra helsekonsekvens, det kan være støytopper på uheldige tider, det kan være dobbelteksposurer og det kan være at det er sårbare grupper som blir eksponert. Erfaringsvis fanger miljørettet helsevern i kommunene opp mange saker som faller mellom annet regelverk.<sup>31</sup>

Slik vi forstår forarbeidene her, vil påleggshjemmelen i fhl. § 11 dermed likevel kunne være aktuell der det er utført utredninger etter annet regelverk som dekker det samme området, men hvor disse utredningene ikke dekker *totalbildet* av samlede helsekonsekvenser.

Et illustrerende eksempel knyttet til de ovennevnte forholdene, finner vi i en sak fra Molde kommune.<sup>32</sup> Kommunen har varslet pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 til tre bedrifter, som alle har utslip til omrent samme sted i en fjord.<sup>33</sup> Alle bedriftene har fått utslipstillateler fra Miljødirektoratet. På grunn av dokumentasjon som viser forekomster av miljøgifter i fjorden, er Molde kommune imidlertid bekymret for de mulige helsemessige konsekvensene av de *samlede* utsippene.

Kommunen har henvendt seg til Miljødirektoratet om hvilke vurderinger som er gjort av helsemessige konsekvenser i forbindelse med utslipstillatelsene. Det fremgår av kommunens varsel om pålegg at Miljødirektoratet blant annet har gitt tilbakemelding om at de ikke er helsemyndighet, og ikke vurderer helserisiko. I tillegg vises det til at utsippene fra de ulike virksomhetene blandes før de går ut i fjorden, noe som gjør det vanskelig å isolere

<sup>31</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 142.

<sup>32</sup> Molde kommune, saksnr. 24/10696, dokument 6.

<sup>33</sup> Vi omtaler her kun ett av varslene.

effekten av hvert enkelt utslipp. På bakgrunn av dette, varsler kommunen pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11, og skriver blant annet:

Det er altså en forutsetning at de aktuelle normene eller tillatelsene etter annet regelverk, eksempelvis etter forurensningsloven, bygger på en eksplisitt vurdering av helserisiko. Når det ikke er gjort konkrete vurderinger av helserisiko, slik det fremgår av Miljødirektoratets uttalelse, har kommunen et ansvar etter folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern til å foreta en vurdering av om de samlede utslippene utgjør en helsemessig risiko.

[...]

I den foreliggende saken har Miljødirektoratet i sitt brev datert 29.10.2024 presistert at de ikke vurderer helserisiko, og dermed heller ikke har foretatt en samlet vurdering av de helsemessige konsekvensene av de tre tillatelsene som gjelder utslipp til Tingvollfjorden. Utslippene fra de tre virksomhetene samles i et utslipspunkt i fjorden, noe som også vanskeliggjør det å isolere effekten av hvert enkelt utslipp. Dette tilsier at det ideelt sett ville vært hensiktsmessig med en helhettig vurdering av mulige helsemessige konsekvenser. I lys av overstående er det derfor etter min vurdering hjemmelsgrunnlag i folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern for å kreve at virksomhetene som har utslipstillatelser gjennomfører en helsekonsekvensutredning. En helsekonsekvensutredning vurderes særlig viktig ettersom forurensningsmyndigheten ved Miljødirektoratet ikke har gjort vurderinger av helsemessig risiko knyttet til enkeltutslippen eller det samlede utslippet.

Her vises det altså både til at det er oppgitt fra ansvarlig myndighet at det aktuelle sektorregelverket ikke innebærer en konkret vurdering av helserisiko, samt at det heller ikke er gjort en vurdering av helsemessige konsekvenser av de *samlede* utslippene.

I tillegg til at folkehelselovens bestemmelse vil kunne benyttes for å sikre utredninger av et totalbilde som ikke nødvendigvis er dekket av særlovgivningens bestemmelser, må den også kunne benyttes der det i utgangspunktet er gjort tilstrekkelige utredninger, men forholdene etter hvert har endret seg. Det må tas høyde for at både konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven og eventuelle utredninger etter annet regelverk, kan ha vært utført flere år tilbake, og/eller at forholdene ved virksomheten og på eiendommen blir annerledes over tid. Forarbeidene til folkehelseloven viser at:

Der det på forhånd er foretatt en vurdering og avviing [sic] av forholdsressursene, kan man likevel vanskelig oversuke enhver følge av det endelige vedtaket. Situasjonen kan utvikle seg annerledes enn det som var forutsetningen på vedtakstidspunktet, eller det kan være ny allmennkunnskap som ikke forelå under prosessen og som gir grunnlag for en annen helsemessig vurdering. For slike tilfeller kan det være aktuelt å benytte folkehelselovens bestemmelser om miljørettet helsevern som sikkerhetsnett for å fange opp forhold som utgjør en helserisiko.<sup>34</sup>

Det at det er utført utredninger av tilsvarende forhold tidligere, vil altså naturlig nok være av mindre betydning dersom de faktiske forholdene har endret seg i ettertid, eller det foreligger ny kunnskap som kan ha betydning for vurderingene.

---

<sup>34</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 217.

#### *4.3.4 Grunnlag for pålegg om helsekonsekvensutredning*

Folkehelseloven § 11 fastslår at det kan gis pålegg til den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, om å «utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet» (vår understrekning). Forarbeidene presiserer at bestemmelsens formål er «å kunne vurdere mulige helsemessige konsekvenser av en planlagt eller eksisterende virksomhet.»<sup>35</sup>

Utgangspunktet her er at det ligger til virksomheten både å sikre og dokumentere at driften er i tråd med gjeldende regelverk. Dette følger i dag av forskrift om miljørettet helsevern § 7 første ledd som sier at «Virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulykke.» Fra og med 1. januar 2026 er dette løftet frem i selve lovteksten, i fhl. § 8 første ledd, med noen mindre presiseringer. Et eventuelt krav om utredning av helsemessige konsekvenser har dermed en logisk sammenheng med virksomhetens generelle ansvar.

Et krav om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11, vil i praksis kunne være en del av forvaltningens saksutredning. Forarbeidene sier at:

Bestemmelsen må sees i forhold til meldings- og godkjenningsbestemmelsen, jf. § 10, og rettingsbestemmelsen, jf. § 14. Det innebærer at det kan være aktuelt å pålegge helsekonsekvensvurdering før oppstart eller vesentlig endring av en virksomhet der det er rimelig grunn til å tro at denne kan medføre negative helsekonsekvenser av et visst omfang. Denne vurderingen kan da legges til grunn blant annet ved eventuell godkjenning, og kan sikre at virksomheten planlegges slik at de ikke risikerer et rettings- eller stansningsvedtak etter oppstart.<sup>36</sup>

Helsekonsekvensutredning vil dermed kunne utgjøre en del av beslutningsgrunnlaget i forbindelse med meldeplikt og godkjenning etter fhl. § 10, for å avklare om en planlagt virksomhet vil være i tråd med gjeldende regelverk, slik at virksomheten kan godkjennes, og for å unngå et senere pålegg om retting etter fhl. § 14. Meldepliktige virksomheter er etter forskrift om miljørettet helsevern § 14 første ledd kort sagt asylmottak, hospitser, campingplasser og andre lignende virksomheter, lokaler for undervisning og andre forsamlingslokaler, og virksomheter som foretar utslipps av avløpsvann. Samtidig fastslår forskriftens § 14 tredje ledd at det ikke er nødvendig med melding der virksomheten krever tillatelse gjennom vedtak etter plan- og bygningsloven, forurensningsloven eller annet lovverk som krever vurdering av helsekonsekvenser.

Påleggshjemmelen i fhl. § 11 er ikke avgrenset til utredninger som skal danne grunnlag for godkjenning etter fhl. § 10, og en helsekonsekvensutredning kan derfor også inngå som grunnlaget for vurdering av andre planlagte virksomheter eller forhold. Videre er det helt sentralt at en helsekonsekvensutredning kan være del av grunnlaget for å avgjøre om det skal gis rettingspålegg etter fhl. § 14 mot eksisterende virksomhet eller forhold.

---

<sup>35</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 215.

<sup>36</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 215.

Pålegg etter fhl. § 11 kan gjelde virkningen av både «virksomhet» og «forhold ved en eiendom». De samme begrepene benyttes i fhl. § 14 som gir hjemmel for pålegg om retting. I forarbeidenes merknader til sistnevnte bestemmelse bemerkes det at:

De fleste forhold har i praksis en eller annen form for tilknytning til virksomhet eller eiendom. Samferdsel vil falle under begrepet «eiendom eller virksomhet», for eksempel i form av infrastruktur eller kjøretøy. Virksomhetsbegrepet omfatter både kortvarige og langvarige aktiviteter, innretninger mv.<sup>37</sup>

Det må understrekkes at bestemmelsen ikke stiller krav om at det allerede skal være klart at virksomheten har eller kan få negative helsemessige konsekvenser. Det skal være «rimelig grunn til å tro» at dette vil forekomme. Dette er et utslag av «føre var»-prinsippet.

Bestemmelsen sier lite konkret om hva som kan utløse et behov for mulig pålegg. Av sitatet fra forarbeidene til bestemmelsen ovenfor, fremgår det at pålegg kan være aktuelt der det er rimelig grunn til å tro at virksomheten eller forholdet «kan medføre negative helsekonsekvenser av et visst omfang» (vår understrekning).<sup>38</sup> Dette må ses i sammenheng med sitatet fra forarbeidene inntatt avslutningsvis i punkt 4.2 ovenfor, hvor det fremgår at folkehelselovens bestemmelser kan brukes som «sikkerhetsnett for å fange opp forhold som utgjør en helserisiko» (vår understrekning). Bestemmelsen i fhl. § 11 er en videreføring av tidligere kommunehelsetjenesteloven § 4a-5, hvor forarbeidene kort fastslo at det kunne pålegges utredning av «muligheten av konsekvenser som er relevante etter regelverket om miljørettet helsevern».<sup>39</sup>

Etter vår vurdering må utgangspunktet dermed kunne være at pålegg kan gis dersom det er rimelig grunn til å tro at forholdet eller virksomheten ligger nær grenseverdiene til de kravene som følger av folkehelseloven kapittel 4 og forskrift om miljørettet helsevern. Dette kan for eksempel være støy, utslipps til luft, vann eller grunn, luktplager, mv. se forskriftens § 9, som gjelder helsemessige ulemper som virksomhet eller eiendom påfører omgivelsene. Det må videre kunne legges til grunn at det kan pålegges utredninger med hensyn til virkninger «internt» i virksomheten eller på eiendommen, jf. krav som fremgår av forskrift om miljørettet helsevern § 10 om helsemessige forhold i virksomheter og eiendommer. Folkehelseloven § 11 avgrenser ikke påleggsadgangen til forhold som påvirker *omgivelsene*, se også forskrift om miljørettet helsevern § 2 første ledd første punktum, som sier generelt at «[f]orskriften gjelder for private og offentlige virksomheter og eiendommer hvis forhold direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.» Unntak fra dette er forhold i boliger og fritidsboliger som bare har intern virkning, se forskriftens § 2 første ledd andre punktum. Merknadene til forskriftsbestemmelsen gir en rekke eksempler på virksomheter som kan falle inn under forskriften.

I de sakene vi har gjennomgått i de empiriske undersøkelsene, er det i hovedsak forurensning og støyplager for omgivelsene som har vært tema. Sakene har for øvrig hatt bakgrunn både i anmodning om helsekonsekvensutredning fra naboer e.l., og forhold kommunene selv har blitt oppmerksomme på.

<sup>37</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 216.

<sup>38</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 215.

<sup>39</sup> Ot.prp. nr. 60 (1993-94) side 33.

Det følger ellers av forarbeidene til folkehelseloven at det er en underliggende forutsetning for å gi pålegg at de eventuelle helsemessige konsekvensene vil være «av et visst omfang». Vi antar at dette må ses i lys av forskriften § 7 andre ledd, som definerer begrepet «helsemessig ulykke» som «forhold som etter en helsefaglig vurdering kan påvirke helsen negativt og som ikke er helt uvesentlig.» I merknadene til forskriftsbestemmelsen er dette nærmere utdypeet slik:

Med det menes at forholdet må være av en viss alvorlighet eller overstige et minstemål av akseptabel helserisiko, før det anses som en «helsemessig ulykke». En viss grad av alminnelig risiko må nødvendigvis aksepteres i samfunnet. Det aller meste kan utgjøre en potensiell fare for omgivelsene, men det er verken ønskelig eller praktisk mulig å regulere enhver mulig negativ helsemessig påvirkning. Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av forskriften. Forhold som etter en helsefaglig vurdering må anses å være av liten betydning vil altså falle understående.

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

I forarbeidene til de kommende lovendringene, skriver departementet at:

Kravet til helsekonsekvensutredning er knyttet til at virksomheter eller eiendommer må kunne dokumentere, dersom folkehelsemyndigheten ber om dette, at de ikke uforholdsmessig påfører fare for helseskade eller helsemessig ulykke, se omtale av dette under punkt 9.1.<sup>40</sup> (vår understrekning)

Det må dermed kunne legges til grunn at det er tilsvarende betraktninger som i merknadene til forskriftens § 7 som skal gjøres i vurderingen av om det er grunnlag for å gi pålegg.

Som tidligere nevnt vil Helsedirektoratet fra 1. januar 2026 også kunne gi pålegg. Her er det en forutsetning at virksomheten «i vesentlig grad kan berøre befolkningens helse og livskvalitet nasjonalt eller regionalt.» Vi går ikke nærmere inn på dette her.

Det følger videre av fhl. § 11 første ledd andre punktum at et pålegg om helsekonsekvensutredning bare kan gis når «ulykkene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.» Det skal altså foretas en forholdsmessighetsvurdering i avveiingen om det skal gis pålegg.

I forarbeidene til folkehelseloven er forholdsmessighet i hovedsak omtalt i tilknytning til fhl. § 14 om pålegg om retting. Det er presisert i forarbeidene at disse vurderingene også skal legges til grunn for fortolkningen av § 11.<sup>41</sup> Ordinære momenter i en forholdsmessighetsvurdering vil være hvilke konsekvenser pålegget vil ha for den det er rettet mot og hva som

<sup>40</sup> Prop. 82 L (2024–2025) side 81.

<sup>41</sup> Prop. 90 L (2010–2011) side 215.

kan oppnås, og hensynet til samfunnet for øvrig. Det må foretas en helhetsvurdering hvor blant annet nytten av utredningen må vurderes opp mot kostnadene ved å få den utført.

Et sentralt moment i forholdsmessighetsvurderingen vil være hvilke andre utredninger som skal gjøres, eller allerede er gjort, av de aktuelle konsekvensene. Bestemmelsen i folkehelseloven er som tidligere nevnt en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4a-5, hvor forarbeidene fastslo at et pålegg «må søkes samordhet med konsekvensutredninger etter annet regelverk».⁴² Tilsvarende følger av forarbeidene til folkehelseloven, hvor merknadene til fhl. § 14 sier at:

Kravet til forholdsmessighet og hensynet til forutberegnelighet og helhetlig planlegging tilsier at rettingskompetansen benyttes med varsomhet i tilfeller hvor det foreligger et planvedtak etter plan- og bygningsloven eller hvor det er gitt konsesjon eller godkjenning etter annet regelverk. Dette gjelder spesielt der det på forhånd er foretatt en vurdering av helsemessige konsekvenser og en forsvarlig avveiing av forholdsmessighet.<sup>43</sup>

Her er det en klar forutsetning om at vurdering av forholdsmessigheten av et pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 skal gjøres i lys av andre lovfestede krav om utredninger av samme forhold. Vi viser her til det som er sagt om forholdet til annet regelverk i punkt 4.3.2 og 4.3.3 ovenfor.

Stikkprøvene vi har gjort av saker på området, trekker i retning av at forvaltningen følger opp både det faktum at fhl. § 11 skal være et «sikkerhetsnett» som først kommer inn dersom det ikke foreligger tilstrekkelige konsekvensutredninger etter annet regelverk, og at det skal gjøres en forholdsmessighetsvurdering. Basert på dialogen vi har hatt med kommunene i dette prosjektet, er det likevel relativt tydelig at det er ønskelig med klar veileding om når det kan være aktuelt å gi pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11.

#### *4.3.5 Påleggets krav til helsekonsekvensutredningen*

Det konkrete innholdet i et pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 vil naturlig nok variere ut fra hva slags virksomhet eller forhold det dreier seg om, og hvilke helsemessige konsekvenser det er aktuelt å utrede. Sett i lys av det som er sagt ovenfor om grunnlag for pålegg og forholdsmessighet, må det kunne legges til grunn at pålegget bør stille relativt spesifikke krav til helsekonsekvensutredningen, samtidig som kravene ikke kan være uforholdsmessig omfattende.

Som vi har vært inne på tidligere, har våre informanter gitt uttrykk for at det er krevende å vite både når det er aktuelt med pålegg, og hva det egentlig skal gis pålegg om. Deltakerne fra kommunene har blant annet vist til at deres «bestillerkompetanse» ikke er tilstrekkelig, og at de ikke er sikre på hva de skal be om å få sendt inn. Dette kan etter vår vurdering kanskje føre til at påleggene blir både omfattende og samtidig vag. Samtidig har våre informanter fortalt at uklarheten i hva som skal kreves inn, ofte fører til at man aksepterer det som foreligger fra konsulentene.

---

<sup>42</sup> Ot.prp. nr. 60 (1993-94) side 34.

<sup>43</sup> Prop. 90 L (2010-2011) side 217.

I varselet i den tidligere nevnte saken fra Ålesund kommune om ny trasé for E39, se punkt 4.3.2, skriver kommunen at det vurderes pålegg om «full helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven § 11». Det vises til at konsekvensene for vannkilden og befolkningens helse på kort og lang sikt må utredes og at et 40-årsperspektiv er for kortsiktig for å fastslå langtidsvirkninger ved bruk av vannkilden for kommende generasjoner. Deretter skrives det:

Vi viser til Helsedirektoratets veileder Helsekonsekvensutredning for detaljering og innhold. Utredningen skal beskrive forhenværende, nåværende og fremtidig forurensning på følgende måte:

**1. Eksisterende forurensning:**

Akkumulert driftsforurensning fra veiens anleggstidspunkt (1970) og frem til i dag. Dette innebefører bl.a. mengde av tilført asfalt, veisalt, mikro- og nanoplast, tungmetaller og annen forurensning fra drift og bruk av veien. Støv og avsetninger fra denne type forurensning vil i stor grad være å finne igjen som avsetninger i jordsmønn og vegetasjon innen nedbørfeltet samt i bunnmedier, og utgjør en kontinuerlig forurensning som før eller senere vil få ná vannkilden. Størrelsen på tilført forurensning gjennom årene vil si noe om forurensningspotensialet, og dokumentasjon på dette må fremlegges.

**2. Forurensning i anleggsperioden**

Tilførte forurensninger ifølge punkt 1 vil få vannmassene raskere når de blir frigjort ved de omfattende gravearbeidene som er påkrevd for etablering av vei og renseanlegg. Konsekvenser og avbøtende tiltak må utredes.

**3. Driftssikkerhet og renseeffekt for aktuelle renseanlegg**

Konsekvenser ved svikt i renseprosess. Her må det også tas høyde for forurensningskomponenter som i dag er ukjente, men som tvinger seg frem av den generelle produktutviklingen. Kan alle fremtidige forurensningskomponenter fanges opp og rengjøres, eller kan det stilles spørsmål ved om dette er mulig?

**4. Fremtidig forurensning av drikkevannet**

Akkumulert driftsforurensning innen nedbørfeltet fra etablering av ny vei og i overskuelig fremtid, jf. punkt 1. Dette gjelder flygestøv og annen forurensning som ikke blir fanget opp av planlagte rensemetoder. SVV må utrede forurensningskomponenter som i dag er ukjente eller der vitenskapen har mangelfull kunnskap om forurensningspotensial og helseeffekt.

I den tidligere nevnte saken fra Molde kommune, knyttet til utslipp fra tre bedrifter som er gitt utslippsstillatelser, se punkt 4.3.3, skrives det følgende i varselet:

Helsekonsekvensutredningen skal inneholde som et minimum inneholde:

- Beskrivelse av utslipp og eksponering: Detaljert oversikt over samlede utslippsmengder, stoffer og eksponeringsveier.
- Identifisering av helsemessige påvirkninger: Analyse av mulige helseeffekter, inkludert for sårbare grupper.

- Risikovurdering: Sannsynlighet og alvorligetsgrad av helseskade. Risikovurderingen skal ta hensyn til øvrige utslipp, herunder utslippstillatelser gitt til Speira Recycling Services Norway AS og Veidekke industri AS.
- Tiltak: Forslag til tiltak for å redusere eller eliminere eventuell helserisiko.
- Oppfølgingsplan: Plan for overvåking og eventuelt evaluering av tiltak, inkludert ansvarlig person for gjennomføring og tidsrammer.
- Samfunnssdeltakelse: En beskrivelse av hvordan ulike interesser og berørte parter har blitt involvert i utarbeidelsen av helsekonsekvensutredningen, samt en oppsummering av innspill og bekymringer som er blitt fremmet.
- Konklusjon og anbefalinger: En oppsummering av hovedfunnene fra helsekonsekvensutredningen, inkludert eventuelle anbefalinger for videre planlegging, gjennomføring eller tiltak.
- Oversikt over involverte fagmiljøer og sakkyndige: Molde kommune ber om en oversikt over hvilke sakkyndige, interesser og andre som har vært involvert i arbeidet med helsekonsekvensutredningen.

Begge disse sakene viser at det kan stilles relativt omfattende og ulike krav. Det er etter vår oppfatning ikke helt åpenbare likhetstrekk mellom de to utredningene varsles pålagt. Det er heller ikke klart angitt hvilken metodikk e.l. mottakerne av de eventuelle påleggene forventes å legge til grunn for sine utredninger. Dette er bare to eksempler, men kan illustrere behovet for tydeligere veiledning for kommunene, slik at de får et bedre grunnlag for utformingen av pålegg.

#### **4.4 Kort om oppfølging av pålegg om helsekonsekvensutredning**

Det ligger utenfor denne utredningen å gå i dybden på hvordan kommunen eller andre påleggsmyndigheter skal følge opp et gitt pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11. Vi knytter likevel noen bemerkninger til dette på bakgrunn av innspill vi har fått fra aktørene vi har hatt samtaler med i prosjektet.

Der pålegget om helsekonsekvensutredning blir fulgt opp av den ansvarlige, slik at kommunen mottar en utredning i tråd med pålegget, bør oppfølgingen være nokså uproblematisk. Her vil kommunen kunne ta utgangspunkt i den mottatte utredningen, og bruke den som grunnlag i den videre saksbehandlingen, enten det handler om eksempelvis godkjenning etter fhl. § 10, eller om rettingspålegg etter fhl. § 14.

Der det oppstår utfordringer, er når pålegget om utredning ikke følges opp av den ansvarlige, slik at utredningen ikke utarbeides og/eller sendes inn. Enkelte av våre informanter har påpekt at de opplever at de ikke har virkemidler til å følge opp pålegget og sikre at utredningen faktisk utarbeides. Eksempelvis gjelder fhl. § 15 om mulighet til å gi tvangsmulkt bare der det er gitt

pålegg om retting etter fhl. § 14. Tilsvarende mulighet finnes ikke for pålegg om helsekonsekvensutredning.

En av kommuneoverlegene fortalte at de hadde varslet og gitt pålegg til en større offentlig aktør i forbindelse med en planlagt virksomhet. Aktøren var negativ til å skulle utarbeide en slik utredning, og svarte med relativt omfattende juridiske innspill. Kommunen hadde da ikke nevneverdige virkemidler til å få denne på plass. Saken løste seg etter hvert fordi den planlagte virksomheten likevel ikke skulle gjennomføres, men er likevel illustrerende for en svakhet i systemet her.

Det ble fremhevet at disse utfordringene særlig oppstår i møte med store virksomheter med betydelige ressurser og juridisk kompetanse. Lokale bedrifter håndterer dialog om folkehelsetiltak relativt greit, mens større aktører har vist seg langt mer krevende å følge opp. Dette reiser spørsmål om hvorvidt dagens lovverk gir kommunene tilstrekkelig virkemidler til å sikre gjennomføring av helsekonsekvensutredninger etter fhl. § 11 i praksis.

## **5 Fra lov til praksis: Metodikk for å utrede konsekvenser for folkehelsen**

### **5.1 Tema og problemstilling**

I dette kapittelet retter vi oppmerksomheten mot eksisterende metodikk for å utrede og vurdere konsekvenser for folkehelsen i forbindelse med planlegging og gjennomføring av tiltak. Et sentralt spørsmål her er hva som finnes av metodikk internasjonalt og i andre nordiske land. I tillegg ser vi nærmere på hvilken metodikk som brukes i dagens praksis i Norge, samt hvilke metodiske utfordringer et bredt utvalg av relevante aktører opplever i arbeidet med å utrede og vurdere konsekvenser for folkehelsen. I lys av litteraturlitteraturen og de empiriske undersøkelsene vurderer vi metodikkens anvendbarhet og relevans for å utrede konsekvenser for folkehelse etter plan- og bygningsloven og etter folkehelseloven § 11. Gjennomgående i dette kapittelet benyttes begrepet «helsekonsekvensutredning» som en betegnelse på prosessen og metodikken som anvendes når man kartlegger hvilke virkninger et tiltak eller en plan har, eller kan få, for folkehelsen. Dette gjelder uavhengig av om utredningen gjennomføres etter plan- og bygningsloven eller folkehelseloven.

I det følgende vil vi først tydeliggjøre bakteppet for metodikken, samt definere og beskrive ulike typer helsekonsekvensutredninger. Dette gir et grunnlag for å forstå hvordan metodiske tilnærminger er utviklet og anvendt i praksis. Deretter følger en gjennomgang av kartlagt metodikk og verktøy fra både forskningslitteraturen, aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner, samt en diskusjon av metodikkens og verktøyenes anvendbarhet og relevans. Avslutningsvis presenterer vi empiriske funn fra arbeidsverksteder og fokusgruppeintervjuer som relaterer seg til direkte til erfaringer med metodikk.

### **5.2 Operasjonalisering av «Helse i alt vi gjør»**

Folkehelseloven og folkehelsearbeidet i Norge er basert på fem grunnprinsipper, hvorav prinsippet om «Helse i alt vi gjør» er et av disse.<sup>44</sup> «Helse i alt vi gjør» er en anerkjent tverrsektoriel tilnærming som har som mål å innlemme folkehelsehensyn i planleggings- og beslutningsprosesser på tvers av ulike samfunnssektorer. Tilnærmingen vektlegger også at tverrsektorielle strategier må anvendes for å møte dagens folkehelseutfordringer, inkludert sosial ulikhet i helse. «Helse i alt vi gjør» bygger på en forståelse av at helse og livskvalitet i befolkningen påvirkes av en rekke faktorer utenfor helsesektoren, slik som utdanning, transport, bolig, miljø og klima. Dette betyr at planer, politikk og tiltak som utvikles i andre sektorer enn helse kan ha direkte konsekvenser for folkehelsen.<sup>45</sup>

Prinsippet om «Helse i alt vi gjør» kan innlemmes og ivaretas i praksis gjennom ulike mekanismer, prosesser og verktøy. I folkehelseloven er prinsippet om «Helse i alt vi gjør» gjenspeilet ved at ansvaret for folkehelsen i hovedsak er lagt til kommunen som helhet, ikke bare til helsetjenesten.<sup>40</sup> Etter folkehelseloven § 4 andre ledd skal kommunen, som nevnt, fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Den mest anerkjente metoden

<sup>44</sup> Prop. 90 L (2010-2011), side 48-49.

<sup>45</sup> WHO (2014). The Helsinki statement on health in all policies. Helsinki: WHO and Ministry of Social Affairs and Health Finland.

for å ivareta og operasjonalisere prinsippet om «Helse i alt vi gjør» i planleggings- og beslutningsprosesser er å gjennomføre utredninger av konsekvenser for folkehelsen. Internasjonalt omtales dette som Health Impact Assessment (HIA).<sup>46</sup> På norsk brukes ofte begrepet helsekonsekvensutredning, men det finnes en viss begrepsforvirring knyttet til dette, noe vi vil utdype i det følgende.

### 5.3 Definisjon og typer helsekonsekvensutredninger

For å kunne forstå metodikk og verktøy som beskrives i forskning og praksis, er det nødvendig å klargjøre hvordan helsekonsekvensutredninger defineres og omtales i litteraturen. En slik avklaring gir et rammeverk for å kunne vurdere metodikkenes anvendelsesområder. Det gir også grunnlag for å identifisere styrker, svakheter og begrensninger, samt hvordan ulike verktøy på sikt kan tilpasses norske forhold og lovverk.

En anerkjent definisjon av helsekonsekvensutredninger som benyttes i både forskning og praksis er følgende:

«En helsekonsekvensutredning er en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy for å vurdere i hvilken grad en politikk, en plan, et program eller et prosjekt kan påvirke helsen til en befolkning, samt hvordan disse virkningene fordeles i en befolkning».<sup>47</sup>

Det er vanlig å skille mellom tre typer helsekonsekvensutredninger etter omfang, herunder raske, utvidete og omfattende. Omfanget av en utredning vil avhenge av flere forhold. Blant annet vil tilgjengelig tid og ressurser, sannsynlighet for, og omfang av, forventede helsekonsekvenser, og planen eller tiltakets fotavtrykk (f.eks. antall berørte personer og geografisk omfang) og sosiale betydning spille inn.<sup>48</sup>

De utvidete og omfattende utredningene skal alltid følge en trinnvis prosess. Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet en metodikk som omfatter seks trinn:<sup>49</sup> 1) screening (rask vurdering for å avgjøre om en utredning er nødvendig), 2) scoping (definere omfang, hvilke helseeffekter som skal vurderes, populasjoner, og tidsramme), 3) vurdering (innsamling av data, analyse og estimering av påvirkningene), 4) rapportering og anbefalinger, 5) beslutningstaking og 6) overvåking og oppfølging (sikre at anbefalingene følges opp og evaluere faktisk effekt). Gjennom hele prosessen vektlegges medvirkning fra berørte innbyggergrupper for å sikre legitimitet og lokal forankring. WHO viser til at ulike metoder kan brukes i vurderingsfasen, slik som risikovurdering og kost-nytte-analyser. I tillegg viser de til mer generell metodikk og ressurser som kan brukes ved vurdering av politikk og i

---

<sup>46</sup> Lynch, H. m.fl. (2025). Health impact assessments should be mandatory for all relevant government policies. *Health Policy*, 105436.

<sup>47</sup> Lehto, J., & Ritsatakis, A. (1999). Gothenburg consensus paper: Health Impact Assessment Main concepts and suggested approach. Brussels: European Centre for Health Policy/WHO.

<sup>48</sup> Harris, P. m.fl. (2007). *Health Impact Assessment: A Practical Guide*. Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE).

<sup>49</sup> World Health Organization Regional Office for Europe (2023). *A place in the public health toolbox: policy brief on health impact assessments and incorporating health into environmental assessments*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe

konsekvensutredninger for miljø og klima. I Norge har Helsedirektoratet beskrevet en femtrinnsprosess, som vist i figur 1.<sup>50</sup>



Figur 1. Prosessuelle trinn for utarbeidelse av en helsekonsekvensutredning slik Helsedirektoratet beskriver det.

Raske utredninger, som navnet tilsier, gjennomføres på kort tid. De følger ofte forenklede versjoner av de fire første trinnene i den trinnvise prosessen beskrevet over, med særlig vekt på det første trinnet. Utredningene utføres gjerne som en «skrivebordsøvelse», basert på allerede tilgjengelig data og informasjon. Det innebærer at analyser og estimering av potensielle helseeffekter (trinn 3) i stor grad er nedskalert eller helt utelatt.<sup>51,52</sup> Raske utredninger tar derfor ofte utgangspunkt i konkrete sjekklistebrett.<sup>53</sup> Spekteret av metodikk og verktøy som finnes favner imidlertid mye bredere enn sjekklistebrett, og dette skal vi se nærmere på i neste underkapittel.

Et viktig poeng som kom frem under et av arbeidsverkstedene, var at den trinnvise prosessen og definisjonen ikke nødvendigvis oppleves å være koblet til et bestemt lovverk. I stedet beskrives det som en generell fremgangsmåte for å vurdere konsekvenser for folkehelse. Som en informant uttrykte det:

<sup>50</sup> Helsedirektoratet (2017). Helsekonsekvensutredning [nettddokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 31. januar 2017). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsearbeid-i-kommunen/helsekonsekvensutredning>

<sup>51</sup> WHO. (2016). Glossary of terms used for health impact assessment (HIA). Geneva: WHO.

<sup>52</sup> Kenny, T. m.fl. (2025). Routemap for health impact assessment implementation: scoping review using the consolidated framework for implementation research. *Health Promotion International*, 40(3).

<sup>53</sup> Fischer, T. B. m.fl. (2021). Health impact assessment in spatial planning in England—types of application and quality of documentation. *Environmental impact assessment review*, 90, 106631.

«Det er en måte å gå fram for å klarlegge konsekvensene på, om vi putter det inn etter plan- og bygningsloven eller folkehelseloven spiller for så vidt ikke noe rolle. Det er en måte å jobbe på.»  
(Plankonsulent)

Denne uttalesen understreker at metodikk for helsekonsekvensutredninger, slik det beskrives og presenteres i litteraturen, ikke nødvendigvis er knyttet til én spesifikk juridisk ramme. Metodikken bør heller forstås som en fleksibel tilnærming for å synliggjøre konsekvenser for folkehelsen i ulike beslutningsprosesser. Det mest sentrale spørsmålet blir derfor hvordan denne metodikken kan implementeres og tilpasses praktisk bruk, med utgangspunkt i kontekstuelle forhold og gjeldende lovverk. For det er nettopp her en stor del av utfordringen ligger, som vi vil se nærmere på i kapittel 5.5.

Selv om den nevnte definisjon og tilhørende metodikk ikke fremstår som knyttet til en spesifikk juridisk ramme, viser dialogen med ulike aktører at begrepet helsekonsekvensutredning i seg selv ikke alltid fungerer godt som et overordnet paraplybegrep i praksis. Det er både begrepsforvirring og manglende felles forståelse. Flere aktører oppgir at når det er snakk om utredninger etter plan- og bygningsloven, benytter kommunene i mange tilfeller andre betegnelser, som helsekonsekvensvurdering eller folkehelsevurdering. Den manglende enhetlige anvendelsen av begreper skaper utfordringer i implementeringen av prinsippet «Helse i alt vi gjør», som en informant uttrykte det:

«Et veldig viktig premiss for videre diskusjon er dette med begreper og begrepsavklaringer, og ikke minst hvordan de tolkes og snakkes om internt i kommunen. Fordi dette med folkehelsevurderinger og helsekonsekvensutredning svinger. Det er et spektrum her, men som skal stå i stil med de politiske sakene og planene som skal vurderes.» (Kommuneoverlege)

Dette understreker behovet for å utarbeide tydelige definisjoner og begrepsavklaringer, slik at en felles terminologi kan brukes på tvers av kommuner og sektorer. En veileder som viser hvordan begrepene kan operasjonaliseres i ulike planprosesser, med referanser til relevant lovverk, vil være et sentralt virkemiddel.

## 5.4 Kartlegging av eksisterende metodikk

### 5.4.1 Innledning

Det finnes et mangfold av veiledere, metoder og verktøy for å utrede helsekonsekvenser internasjonalt.<sup>54</sup> En sentral forklaring på dette er at prinsippet om «Helse i alt vi gjør» implementeres ulikt på tvers av land.<sup>55</sup> Disse forskjellene gjenspeiler både politiske prioriteringer, institusjonelle rammer og tradisjoner for tverrsektorielt samarbeid.<sup>56</sup> Den store variasjonen i metodikk kan videre tilskrives flere forhold.

<sup>54</sup> McDermott, R. m.fl. (2024). A systematic review of whether Health Impact Assessment frameworks support best practice principles. *Public Health*, 233, 137-144.

<sup>55</sup> Shankardass, K. m.fl. (2018). The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Res Policy Sys* 16, 26.

<sup>56</sup> Greer, S. L., & Lillvis, D. F. (2014). Effective political strategies in public health. *Eurohealth*, 20(2), 21-24.

For det første kommer det an på hva som utløser behovet for en utredning, og valget av tilnærming vil avhenge av om det er politikk, planer eller konkrete tiltak som skal utredes. For det andre varierer det hvorvidt helsekonsekvensutredninger er lovpålagt eller frivillige, og det er kun et begrenset antall land i Europa som har innført lovpålagte krav om dette.<sup>57</sup> Konsekvensutredninger for miljø og klima er imidlertid i større grad forankret i lovgivningen i den europeiske regionen, men integreringen av folkehelseperspektivet i disse lovpålagte utredningene varierer betydelig mellom land.<sup>58</sup> For det tredje spiller det en avgjørende rolle hvilke definisjoner av «helse» og «folkehelse» som ligger til grunn. Noen tilnæringer vektlegger kun objektive helseutfall, andre innlemmer subjektive dimensjoner og livskvalitet, mens enkelte setter søkelys på sosial ulikhet. En systematisk gjennomgang av over 300 strategiske miljøvurderinger og konsekvensutredninger for miljø og klima i WHO-regionen for Europa viste at de fleste helsevurderingene gjort i utredningene (80%) fulgte en snever, biomedisinsk forståelse av helse.<sup>59</sup> I tillegg varierer metodikken i henhold til om det anvendes kvalitative eller kvantitative metoder, og om det er rene helseutfall eller determinantperspektiv som legges til grunn.<sup>60</sup> Et annet viktig forhold som spiller inn er hvorvidt man ønsker å sikre medvirkning fra berørte grupper, eller gjennomføre ekspertbaserte utredninger.<sup>61</sup>

Denne heterogeniteten reiser viktige spørsmål om overførbarheten av eksisterende metodikk til den norske konteksten. Videre finnes det relativt få studier i den vitenskapelige litteraturen som presenterer metodikk og verktøy som brukes i direkte tilknytning til planleggings- og beslutningsprosesser. Majoriteten av metodikk og verktøy, også den som vi har kartlagt, er derfor hentet fra den grå litteraturen. Det vil si dokumenter utarbeidet av myndigheter, offentlige organer og institusjoner nasjonalt og internasjonalt.<sup>34</sup> Dette reiser ytterligere noen spørsmål om kunnskapsgrunnlaget bak, og kvalitetssikring av, eksisterende veiledere, metodikk og verktøy. Dette vil vi se nærmere på i kapitlene under.

#### 5.4.2 Kartlagt metodikk og dens anvendbarhet og relevans

Etter gjennomgangen av litteraturen identifiserte vi 19 relevante forskningsartikler. I tillegg identifiserte vi 38 veiledere, sjekklisten og ressurser knyttet til helsekonsekvensutredninger fra globale aktører som WHO, International Association for Impact Assessment (IAIA) og European Public Health Association (EUPHA). Videre var det et rikt tilfang av veiledere og ressurser fra Storbritannia, Irland, Wales og Skottland. Det ble også funnet en rekke dokumenter fra Danmark, Sverige og Norge. Alle de identifiserte artiklene og dokumentene ble systematisert i seks ulike tabeller basert på metodikkens karakter (se vedlegg 2-7). I de følgende avsnittene gir vi en kort beskrivelse av hovedtrekkene ved metodikken, samt dens anvendbarhet og relevans.

---

<sup>57</sup> WHO. (2023). Implementation of health impact assessment and health in environmental assessment across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

<sup>58</sup> WHO. (2022). Learning from practice. Case studies of health in strategic environmental assessment and environmental impact assessment across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

<sup>59</sup> Negaard, A. (2015). Om helsekonsekvensutredninger: En oppsummering av norske og internasjonale kunnskaper. Høgskolen i Østfold Oppdragsrapport 2015:7.

<sup>60</sup> Harris-Roxas, B., & Harris, E. (2011). Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 31(4), 396-403.

### *Screeningverktøy og sjekklister*

Totalt ble 12 artikler og dokumenter som beskriver konkrete screeningverktøy og sjekklister identifisert, hvorav syv stammer fra forskningslitteraturen og fem fra den grå litteraturen (se vedlegg 2). Screeningverktøy og sjekklistene fra forskningen har sin opprinnelse i Canada, England, Frankrike eller Italia, og majoriteten av disse (n = 5) er evaluert. Alle verktøyene fra den grå litteraturen er utviklet i norske kommuner og fylker, men det er kun sjekklisten «Vurdering av folkehelse og levekår i politiske saker» fra Østfold som er evaluert (se vedlegg 2).

Flere av screeningverktøyene og sjekklistene er utformet for eksplisitt bruk på trinn 1 og/eller trinn 2 i helsekonsekvensutredningsprosessen. Hele åtte verktøy dekker trinn 1-3 eller trinn 1-4 (se figur 1) i forenklet form, noe som gjør dem egnet for å gjennomføre «skrivebordsbaserte», raske utredinger. De fleste av screeningverktøyene og sjekklistene kan anvendes til vurdering av helsekonsekvenser i politiske saker, saksfremlegg og planforslag, mens kun ett verktøy er tilpasset vurderinger av overordnede planer. Målgruppene for verktøyene varierer, men majoriteten av screeningverktøyene og sjekklistene er egnet for planleggere, beslutningstakere og saksbehandlere. De fleste (n = 10) inkluderer vurderinger av sosial ulikhet i helse, om enn i ulik grad og omfang (se vedlegg 2).

At fem verktøy stammer fra norske kommuner og fylker viser at det allerede finnes en viss praksis og kompetanse nasjonalt. Dette gir et godt utgangspunkt for videre utvikling og harmonisering av metodikk. Samtidig er kun ett norsk verktøy evaluert, noe som indikerer et behov for systematisk dokumentasjon av anvendbarhet og brukervennlighet. Dette er avgjørende for å sikre legitimitet til metodikken. At så mange av de identifiserte verktøyene, også de norske, dekker trinn 1-4 i forenklet form, gjør dem anvendelige i kommunal planlegging. I tillegg er det positivt at de fleste verktøyene inkluderer vurderinger av sosial ulikhet i tråd med norske folkehelsemål og lovverk. Likevel bør det vurderes om dagens verktøy gir tilstrekkelig detaljerte vurderinger for å identifisere og redusere sosiale ulikheter.

### *Veiledere og verktøykasser for helsekonsekvensutredninger*

I gjennomgangen ble det identifisert til sammen 24 artikler og dokumenter som omhandlet veiledere og verktøykasser for helsekonsekvensutredninger (se vedlegg 3). To vitenskapelige artikler ble funnet, hvorav én oversøksartikkel som vurderte en rekke eksisterende veiledere og verktøykasser internasjonalt. I den grå litteraturen ble det identifisert én verktøykasse og 21 veiledere. De fleste av disse inneholdt forslag til sjekklister og nyttige verktøy knyttet til helsekonsekvensutredningsprosessen, hvorav åtte var evaluert. Det ble identifisert globale og europeiske veiledere, samt nasjonale veiledere fra en rekke land som Norge, Sverige og Danmark, Storbritannia, Irland, USA, Canada og Australia. I tillegg fikk vi gjennom deltakerne i arbeidsverkstedene tilgang til veiledere utarbeidet av Stavanger og Nordre Follo kommuner (se vedlegg 3).

De fleste av de identifiserte veilederne harmonerer med WHO sin veileder for helsekonsekvensutredninger med seks trinn som tidligere beskrevet i kapittel 5.3, men antall trinn i prosessene som er beskrevet i de ulike veilederne varierer (se vedlegg 3). De fleste veilederne (n=13) kan klassifiseres som universelle og vil i prinsippet kunne anvendes på alt fra overordnede planer til mindre planforslag og reguleringsplaner. To av veilederne er spesifisert til å gjelde helsekonsekvensutredninger knyttet til politiske saker og saksfremlegg, en er knyttet til utviklingsprosjekter i global kontekst, en er knyttet til urban utvikling og en er knyttet

til arealplanlegging. Begge veilederne fra norske kommuner retter seg inn mot planforslag og reguleringsplaner (se vedlegg 3). Når det gjelder målgrupper for veilederne, så er det varierende om disse beskrives, men der det beskrives retter de fleste seg inn mot offentlige beslutningstakere og saksbehandlere på ulike nivåer. Det er interessant å merke seg at alle veilederne har med noe om sosial ulikhet i helse, men dette varierer fra å kun nevne betydningen av dette i innledende tekst eller å kun inkludere noen sosiale determinanter i foreslalte sjekklisten, til å ha med sosiale ulikheter i helse som et gjennomgående prinsipp eller som et eget temaområde som skal vurderes. Det ser imidlertid ut som bevisstheten rundt sosial rettferdighet er økende, og i de nyere veilederne er det et økende og mer integrert fokus på sosiale helsedeterminanter og sosiale ulikheter i helse. Det er også et tydelig og gjennomgående fokus på å vurdere hvilke konsekvenser en aktuell sak eller tiltak har på de mange faktorene som påvirker helsen, altså helsedeterminantene, snarere enn på helseutfall i seg selv.

Hvis man ser på hvilke land som har publisert veiledere og verktøykasser de siste årene, så er det særlig ulike deler av Storbritannia, som Wales, Skottland, og England, Irland, USA, og Canada som utmerker seg. Det er verdt å merke seg at flere av de nyere veilederne retter fokus på integrering av helsevurderinger i andre konsekvensutredninger og da særlig konsekvensutredninger for miljø og klima. Det er også verdt å merke seg at de veilederne som vi har fått fra de to norske kommunene, ser ut til å være knyttet nærmere opp mot planforslag og reguleringsplaner enn mer overordnede planer. Dette kan nok gjenspeile behovet for mer brukervennlige og hands-on veiledere og verktøy i en kommunal hverdag enn hva den nasjonale norske veilederen legger opp til.

#### *Metoder og verktøy for analyser og vurderinger av helsekonsekvenser*

Det ble identifisert 14 artikler og dokumenter som beskriver konkrete verktøy og metoder for analyse og vurdering av helsekonsekvenser, hvorav åtte er hentet fra forskningslitteraturen og resterende fra den grå litteraturen (se vedlegg 4). Analyse- og vurderingsmetodikken har opprinnelse i flere land, inkludert Australia, Canada, Frankrike, Italia, USA og Sverige. I tillegg finnes globalt anvendbar metodikk utviklet av WHO, som Health Economic Assessment Tool og Health Equity Assessment Toolkit. De mest brukte verktøyene og metodene er risikovurdering, Health Economic Assessment Tool og Integrated Transport and Health Impact Modelling Tool. Av alle identifiserte verktøy er det kun Health Economic Assessment Tool som er evaluert.

All metodikk gitt i vedlegg 4 er utviklet for bruk på trinn 3. Flere av metodene er omfattende modelleringsverktøy, som benyttes i mer omfattende helsekonsekvensutredninger. Majoriteten av metodikken ( $n = 8$ ) kan anvendes for vurdering av helsekonsekvenser i planforslag (reguleringsplaner), mens verktøyet Dynamic Modeling for Health Impact Assessment (DYNAMO-HIA) er tilpasset vurdering av politikk. Målgruppene er i liten grad spesifisert, men der det er tydeliggjort, nevnes statistikere, epidemiologer og folkehelseanalytikere. Dette innebærer at bruk av metodikken krever kompetanse i datahåndtering, statistikk og kvantitativ analyse. Rett over halvparten av artiklene og dokumentene ( $n = 8$ ) beskriver hvordan metodene kan ta høyde for sosial ulikhet i helse. Dette gjøres blant annet ved å stratifisere data i henhold til sentrale indikatorer som utdanning og inntekt, samt ved å vurdere effekter for ulike befolkningsgrupper separat.

Metodene krever, som nevnt, analytic kompetanse og tilgang til relevante data. Dette kan være en utfordring for norske kommuner, særlig for dem med begrensete ressurser og kompetanse. I tillegg bør det vurderes hvilke lovpålagte prosesser disse metodene er mest aktuelle for. Etter vår vurdering bør det utvikles veiledning som tilbyr både enkle og noe mer avanserte metoder tilpasset ulike kommunale behov og gjeldende juridiske rammer. I tillegg er kun ett verktøy evaluert, noe som understreker et behov for systematisk testing og tilpasning til norske forhold, datatilgjengelighet og folkehelseprioriteringer.

#### *Verktøy og metoder for innbyggerinvolvering i utredninger*

I tillegg til at betydning av innbyggerinvolvering ble beskrevet i flere av de identifiserte veilederne for helsekonsekvensutredninger, ble det også i litteratursøket identifisert to dokumenter som spesifikt omhandlet innbyggerinvolvering som en del av en slik utredning (se vedlegg 5). I en vitenskapelig artikkel fra 2017 beskrives ulike metoder for kunnskapsinnhenting, inkludering og kapasitetsbygging ved hjelp av innbyggerinvolvering. Det andre dokumentet er en temaliste fra Skottland utarbeidet av Public Health Scotland Health Impact Assessment Support Unit (HIASU) som kan brukes på arbeidsverksteder der ulike interesser jobber sammen for å identifisere mulige påvirkninger og konsekvenser. I begge dokumentene finnes et fokus på sosial ulikhet ved å legge vekt på å inkludere sårbare grupper eller å spesifikt vurdere helsekonsekvenser for sårbare grupper (se vedlegg 5).

#### *Verktøy og metoder for kvalitetssurdering av helsekonsekvensutredninger*

Det ble kun identifisert ett omfattende rammeverk med tilhørende verktøy og kriterier for kvalitetssikring av helsekonsekvensutredninger i den grå litteraturen. Metodikken er utviklet av Public Health Wales gjennom Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU). Den identifiserte forskningsartikkelen beskriver prosessen med å utvikle og evaluere dette rammeverket (se vedlegg 6).

Rammeverket inneholder vurderingskriterier som sammenfaller med de prosessuelle trinnene i utarbeidelsen av en helsekonsekvensutredning. Etter vår vurdering er verktøyet universelt anvendbart. Dette fordi det kan benyttes for å vurdere utredninger utført av både politikk og planer på ulike nivå. Videre kan det benyttes av en bred gruppe aktører, inkludert planleggere, saksbehandlere, beslutningstakere, konsulenter, innbyggere og andre som kvalitetssikrer utredningsarbeidet. I tillegg gir rammeverket mulighet til å vurdere om en helsekonsekvensutredning ivaretar sosial ulikhet i helse, ettersom det inneholder konkrete vurderingskriterier for dette.

Det finnes ingen standarder for kvalitetssikring av helsekonsekvensutredninger i Norge. Et rammeverk som dette kan derfor bidra til å sikre konsistens og kvalitet i utredningsarbeidet, og dermed styrke utredningenes legitimitet i beslutningsprosesser. Det er også en styrke at dette rammeverket er universelt anvendbart, egnet for ulike aktører og innehar vurderingskriterier for sosial ulikhet i helse. Samtidig vil vi påpeke at selv om verktøyet er universelt anvendbart, må det tilpasses norske juridiske rammer og planprosesser slik at det harmoniserer med utredninger av konsekvenser for folkehelse som gjennomføres etter henholdsvis plan- og bygningsloven og folkehelseloven.

#### *Ressurser for integrering av helsevurderinger i andre konsekvensutredninger*

I arbeidet med å identifisere ulike metoder og verktøy ble det funnet noen ressurser som spesifikt omhandler helsevurderinger integrert i andre konsekvensutredninger, og hvordan

folkehelseansvarlige kan jobbe for å bidra inn i disse (se vedlegg 7). En vitenskapelig artikkel fra Italia presenterer en veileder og ulike verktøy for å innlemme folkehelseurderinger i andre konsekvensutredninger slik som strategiske miljøvurderinger og konsekvensutredninger for miljø og klima (se vedlegg 7). Et notat fra Public Health England og en veileder utarbeidet av International Association for Impact Assessment (IAIA) og European Public Health Association (EUPHA) har som mål å øke bevisstheten blant folkehelseansvarlige og helsemyndigheter om hvordan man kan bidra inn i konsekvensutredninger for miljø og klima. En nettressurs med fire policy-notater utviklet av WHO fokuserer også på hvordan helse - og livskvalitetsvurderinger bedre kan innlemmes i konsekvensutredninger for miljø og klima (se vedlegg 7). Disse dokumentene og nettressursene kan være relevante å undersøke nærmere hvis man i en norsk kontekst ønsker å styrke helseurderinger gjennom konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven.

## 5.5 Erfaringer med utredninger av konsekvenser for folkehelse i praksis

### 5.5.1 Innledning

Forskning peker på flere sentrale utfordringer knyttet til utarbeidelse og gjennomføring av helsekonsekvensutredninger. For det første er det behov for økt myndighetsinvolvering for å sikre gjennomføring. For det andre kreves det tverrsektorelt samarbeid. For det tredje er det behov for mer effektive prosesser, og eksisterende metodikk må utvikles til å bli mer universelt anvendbar.<sup>57,58</sup> Det har blitt understreket et betydelig behov for å revurdere gjeldende standarder og metoder for utredninger av konsekvenser for folkehelse for å sikre bruk av kunnskapsbasert metodikk som er relevant for dagens praksis. I tillegg poengteres det at konkret veiledning om praktisk implementering av spesifikke metoder og verktøy må være tilgjengelig.<sup>61,62</sup> Dette er særlig nødvendig fordi det ofte er aktører uten folkehelsefaglig bakgrunn som utfører utredningene og som har beslutningsmyndighet. Verktøy som støtter samtlige involverte aktører i å forstå og integrere helseeffekter og sosiale helseforskjeller i planleggings- og utredningsarbeid er derfor avgjørende.<sup>63</sup> Empiriske funn fra arbeidsverkstedene og fokusgruppeintervjuene underbygger disse utfordringene og behovene.

### 5.5.2 Kjennskap til, men lite bruk av eksisterende verktøy

De ulike aktørene som deltok i arbeidsverkstedene og fokusgruppeintervjuene hadde i varierende grad kjennskap til helsekonsekvensutredninger, inkludert eksisterende metodikk og verktøy. Det ble vist til ressurser og verktøy fra WHO, Helsedirektoratets nettside, og ulike sjekklister som kommunene selv hadde utarbeidet. Selv om aktørene vet hvor informasjon finnes og hvilke verktøy som er tilgjengelige, brukes dette i liten grad systematisk i utredningsarbeidet. Dette skyldes flere forhold. For det første oppfattes dagens veiledning for å utrede konsekvenser for folkehelse, slik det presenteres på Helsedirektoratets nettsider, som svært omfattende og lite konkret. Det er derfor ikke relevant å forholde seg til dette i

<sup>61</sup> Harris-Roxas, B. m.fl. (2012). Health impact assessment: the state of the art. *Impact assessment and project appraisal*, 30(1), 43-52.

<sup>62</sup> Mahboubi, P. m.fl. (2015). Challenges and opportunities of integrating human health into the environmental assessment process: the Canadian experience contextualised to international efforts. *Journal of Environmental Assessment Policy and Management*, 17(04), 1550034.

<sup>63</sup> Cartier, Y. m.fl. (2015). Tool for assessing health and equity impacts of interventions modifying air quality in urban environments. *Evaluation and program planning*, 53, 1-9.

praksis. For det andre oppleves sjekklistene å ha begrenset nytte i konkrete prosjekter, noe som kom tydelig frem i dialogen under et av arbeidsverkstedene:

«Det finnes jo diverse sjekklister og så videre. Men min opplevelse er at de aller fleste sjekklistene er på altfor grovt nivå til at det er nyttig når du kommer ned på konkrete prosjekter.»  
(Plankonsulent)

I tillegg til eksisterende veiledere og tilgjengelige ressurser nevnes mer spesifikke verktøy, som Health Economic Assessment Tool. Dette er mer avansert metodikk som konsulenter har kjennskap til og benytter når de utarbeider mer omfattende utredninger på oppdrag fra kommunene. Når en kommune bestiller en helsekonsekvensutredning og planen for gjennomføring skal legges (trinn 2), brukes sosioøkologiske modeller som verktøy. Disse modellene bidrar til å forstå hvordan helse påvirkes av faktorer på ulike nivåer, inkludert sosiale, miljømessige, økonomiske og politiske forhold.<sup>64</sup> Konkret benyttes de sosioøkologiske modellene for å identifisere hvilke påvirkningsfaktorer og helseutfall som er relevant å vurdere nærmere i det gitte prosjektet. Utover dette fremkom det ingen referanser til bruk av annen spesifikk metodikk fra forskning, myndigheter eller offentlige organer og institusjoner.

### 5.5.3 *Det utvikles egne veiledere og verktøy*

Erfaringene viser at eksisterende veiledere og verktøy ofte oppleves som utilstrekkelige for å sikre en helhetlig tilnærming. Mange aktører forteller om initiativ for å løfte og systematisere arbeidet med å ivareta og utrede konsekvenser for folkehelse. I lys av overnevnte svakheter og den begrensede relevansen av eksisterende verktøy, har flere kommuner valgt å utvikle egne verktøy, prosedyrer og veiledere basert på lokale utfordringer og planpraksis. Dette omfatter verktøy og veileddning for vurdering av konsekvenser for folkehelse knyttet til reguleringsplaner og politiske saksframlegg.

Et godt eksempel på dette er fra en kommune som først forsøkte å utvikle en sjekkliste for å utrede konsekvenser for folkehelse i reguleringsplaner. Sjekklisten inneholdt temaer som ble vurdert som relevante og hensiktsmessige å vurdere. Erfaringene viste imidlertid at sjekklisten ble oppfattet som overfladisk og lite integrert i selve planprosessen. Utbyggere fylte den ut etter innsendelse av planforslag, og uten at folkehelseperspektivet ble innarbeidet i selve planarbeidet. Det er bred enighet i forskningen om at helsekonsekvensutredninger er mest nyttige når de gjennomføres før et forslag/plan ferdigstilles,<sup>65</sup> noe også var informanter uttrykker. Dette var bakgrunnen for at kommunen gikk bort fra sjekklisten og i stedet utviklet en mer helhetlig veileder for folkehelse i reguleringsplanprosessen. Behovet for mer veileddning rundt hvordan konsekvenser for folkehelse skal vurderes og ivaretas i praksis ble tydelig uttrykt av en rådgiver:

«Det var vel tilbakemeldinger fra plan og utbygging at de ikke vil ha flere sjekklinger, men det kunne være nyttig med en veileder. Altså noe mer veileddning rundt hva som er viktig å tenke på

---

<sup>64</sup> Dyar, O. m.fl. (2022). Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future. *Scand J Public Health*, 50:1047–58.

<sup>65</sup> Callway, R. m.fl. (2023). Integrating health into local plans: A comparative review of health requirements for urban development in seven local planning authorities in England. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4079.

når det gjelder folkehelse. Så vi begynte å skrive på en veldig kortfattet veileder.» (Rådgiver, miljørettet helsevern).

Den samme kommunen har i tillegg innført en bestemmelse i kommuneplanen som angir hva som skal følge en reguleringsplan. I bestemmelsen står det eksplisitt at det skal gjøres en vurdering av konsekvenser for folkehelsen. Videre prioriterer alltid avdeling for samfunnshelse å gi en uttalelse når de utarbeidede planbeskrivelsene skal behandles. I uttalelsen tar man utgangspunkt i den samme veilederen som utbyggerne forholder seg til. Denne praksisen illustrerer hvordan kommunen har forsøkt å styrke arbeidet med vurdering av konsekvenser for folkehelsen ved å kombinere veiledning med formelle bestemmelser som er integrert i reguleringsplanprosessen.

Folkehelsearbeidet skal ifølge folkehelseloven i hovedsak omfatte tre likeverdige områder; forebygging, helsefremming og utjevning av sosiale ulikheter i helse. I den reviderte folkehelseloven, som trer i kraft 1. januar 2026, styrkes i tillegg betydningen av livskvalitet som mål for folkehelsearbeidet. Dette betyr at når konsekvenser for folkehelse skal utredes behøves det nye og mer egnede verktøy som ikke bare vurderer objektive risikofaktorer for sykdom, slik som støy og luftforurensning. Utredningene må også omfatte subjektive forhold som livskvalitet og fordeling av helsekonsekvenser mellom ulike sosioøkonomiske grupper i befolkningen. I dagens praksis baserer helsekonsekvensutredninger seg ofte på eksisterende tematiske utredninger knyttet til støy, luftforurensning, trafikksikkerhet og friluftsliv. For å ivareta alle dimensjonene, herunder forebygging, helsefremming og sosial utjevning, erfarer informantene at det kreves ulike tilnæringer og vurderingskriterier. For å få til dette i praksis har enkelte derfor utviklet egne metodiske tilnærninger. Som en plankonsulent uttrykte det:

«Da lagde vi vår egen metodebeskrivelse [...]. I den så listet vi opp en del ting som vi beskriver det vi ønsker å se på innenfor de ulike folkehelseområdene.» (Plankonsulent)

I flere kommuner pågår det også arbeid med å utvikle metodikk og prosedyrer for vurdering av konsekvenser for folkehelse i politisk saksbehandling. Det poengteres at en systematisk gjennomgang av politiske saker og kunnskapsgrunnlaget som legges frem for de folkevalgte er noe som bør prioriteres. Selv om ting tar tid, har det vært en positiv utvikling på dette området. En kommuneoverlege forteller om tidligere begrenset involvering i den generelle saksgangen i planleggingsarbeid, med mindre det handlet om saker som fastlegeordningen eller legevakt. I dag er folkehelseperspektivet tydeligere integrert i plan- og samfunnsutviklingsarbeid, og det er utviklet egne mål og rutiner med konkrete punkter som skal gjennomgås med tanke på å oppfylle prinsippet om «Helse i alt vi gjør».

Når en sak skal opp til politisk behandling, utarbeides et saksframlegg som skal gi politikerne et godt beslutningsgrunnlag. Flere kommuner oppgir at de har forsøkt å integrere vurderinger av konsekvenser for helse, folkehelse eller sosial bærekraft i saksframleggene, og mener at dette bør være en standardisert del av malen. En slik standardisering av sjekklistene for politiske saker har tidligere vært utprøvd i fire Østfoldkommuner med godt resultat.<sup>66</sup> I intervjuene kom det også frem at andre kommuner har lykkes med dette, mens andre har ikke kommet like

---

<sup>66</sup> Dahlgren, K. & Ese, J. (2015) Fra folkehelse i alt vi gjør, til folkehelse på 1-2-3. Følgeevaluering av pilotprosjekt med helsekonsekvensvurderinger i fire østfoldkommuner. Rapport, Høgskolen i Østfold.

langt. En kommune viste til en egenutviklet sjekkliste som skal brukes ved utarbeidelse av saksframlegg. Alle som utarbeider saksframlegg skal gjøre en vurdering av folkehelse, og ved behov skal kommunens samfunnsmedisinske kompetanse trekkes inn. I hvor stor utstrekning dette anvendes er imidlertid usikkert.

Selv om kommunene utvikler egne verktøy for å løse de metodiske utfordringene som oppstår i både reguleringsplanprosesser og politisk saksbehandling påpekes det til stadighet i våre samtaler med informantene at det er behov for veiledning.

«Hvis veileddningen hadde vært god, så hadde vi jo ikke trengt å utarbeide vår egen metodikk tenker jeg.» (Rådgiver, miljørettet helsevern)

En sentral utfordring med den manglende veileddningen er at metodikken oppleves å være svært omfattende og at det innebærer krevende prosesser. Det henvises til metodikk og veileder fra Miljødirektoratet, som mange opplever fungerer godt. Det etterspørres noe lignende for folkehelse, og veilederen må helt konkret omsette hva som skal ivaretas knyttet til folkehelse i planarbeidet.

#### *5.5.4 Særlige utfordringer og områder med stort forbedringspotensial*

Gjennom våre samtaler med de ulike aktørene har vi identifisert noen særlige utfordringer og områder med stort forbedringspotensial i dagens praksis. Dette knytter seg til utredning av konsekvenser for folkehelse av overordnede planer, vurdering og estimering av helseeffekter, datatilgang og ivaretakelse av sosial ulikhet i helse.

Forskning viser at utredninger av konsekvenser for folkehelse gjennomføres i mindre omfang av fylkeskommunale og overordnede kommunale planer.<sup>67</sup> Dette er også noe våre informanter erfarer. I praksis er det mest vanlig at konsekvensutredninger gjøres for enkelområder som foreslås inn i kommuneplanens arealdel, for eksempel ved nye utbyggingsområder. Behovet for et bredere utredningsperspektiv knyttet til folkehelse er tydelig. Informantene etterlyser utredning av konsekvenser for folkehelse på overordnet nivå for kommuneplanen som helhet, inkludert samfunnssdelen. Selv om folkehelseloven innfører prinsippet om «Helse i alt vi gjør» og forskriften og Helsedirektoratets veileddning stiller krav om at folkehelse skal vurderes for alle typer planer, viser praksis at dette sjeldent skjer i større planarbeid. Dette gjelder både kommuneplanens arealdel og samfunnssdelen, samt regionale planer som areal- og transportplaner. Manglende systematisk arbeid med å utrede konsekvenser for folkehelse i disse planene gjør at også folkehelseperspektivet kan bli fraværende i strategiske beslutninger.

En særlig utfordring ved utredning av konsekvenser for folkehelse, som informantene trekker frem, gjelder vurdering og estimering av helseeffekter (trinn 3). Selv om man ofte har god oversikt over påvirkningsfaktorene, er det krevende å vurdere de faktiske konsekvensene for helse og livskvalitet. Videre ga også noen av informantene uttrykk for at selv om man kunne frembringe denne kunnskapen, så var erfaringen at andre hensyn ofte veier tyngre. Særlig oppleves det utfordrende å vurdere samspillseffekter. Samspillseffekter handler om hvordan ulike påvirkningsfaktorer virker sammen og skaper en samlet helseeffekt

<sup>67</sup> Cole, B. m.fl. (2019). Health impact assessment of transportation projects and policies: living up to aims of advancing population health and health equity? *Annual review of public health*, 40(1), 305-318.

som kan være større eller mer kompleks enn summen av enkeltfaktorene. Uten tydelige vurderinger og forslag til avbøtende tiltak, risikerer man at helsekonsekvensene blir lagt til side. Som en informant uttrykte:

«[...] men neste trinn er jo hvilke konsekvenser får det faktisk for helse og trivsel? Det er jo der det vanskelige ligger, ikke sant? [...] Sånn at vi tenker det er veldig sånn fakta opplyst, men at man på en måte kanskje mangler den der tydelige vurderingen på betydningen og konsekvensen for helse.» (Seniorrådgiver, Statsforvalteren)

I forlengelsen av dette vises det også til at datatilgang er en betydelig utfordring. Det er vanskelig å få tilgang til relevante og detaljerte data på f.eks. grunnkretsnivå, noe som begrenser muligheten for å kartlegge og visualisere helsekonsekvenser på en meningsfull måte for arealplanleggere. Folkehelseoversiktene er ofte ikke tilpasset planfaglig bruk, og det mangler kompetanse til å fremstille sammenhenger på en forståelig måte.

Et sentralt forbedringsområde i dagens praksis er å ivareta sosial ulikhet i helse. I tråd med definisjonen av helsekonsekvensutredninger bør vurderinger av konsekvenser for folkehelse inkludere et sosial fordelingsperspektiv. Våre funn fra intervjuene viser imidlertid at dette i liten grad blir systematisk ivaretatt og vurdert. I den grad det forekommer, skjer det sporadisk og ikke forankret i konkret metodikk. Flere informanter beskriver sosial ulikhet som et tema som sjeldent adresseres i konkrete planprosesser, noe også forskning viser<sup>68</sup>:

«[...] for utjevning av sosiale helseforskjeller blir ikke snakket om, og det blir ikke tatt inn i prosjekter. Det er knapt nok nevnt.» (Planlegger)

«[...] sosial ulikhet er den grå skyen som ingen klarer å forholde seg til, og i hvert fall ikke en utbygger.» (Folkehelsekoordinator)

Dette peker på et betydelig gap mellom lovpålagte mål om utjevning av sosiale helseforskjeller og faktisk praksis. Selv om litteraturgjennomgangen identifiserte at sosial rettferdighet er et fokusområde i mange av de nyere internasjonale veilederne, så oppleves det lokalt at manglende metodikk og verktøy gjør det utfordrende å integrere fordelingsperspektivet i plan- og utredningsarbeidet.

### *5.5.5 Metodikk for utredninger ved pålegg etter folkehelseloven § 11*

Funnene viser at ytterst få av informantene har erfaring med, eller kjennskap til, utredninger som gjennomføres etter pålegg i henhold til fhl. § 11. Dette gjelder også metodikk som benyttes i slike utredninger. Dette samsvarer godt med tidligere nevnte funn om lav praktisering av bestemmelsen i kommunal planlegging.

Vi har derfor sett nærmere på et konkret eksempel på en helsekonsekvensutredning gjennomført av Tromsø kommune hjemlet i fhl. § 11. Dette er ett av få eksempler på slike utredninger. Utredningen gjaldt anløp av reaktordrevne fartøy ved Tønnes industrihavn. I dokumentet presiseres det at utredningen er gjennomført som en forenklet prosess, begrunnet

---

<sup>68</sup> Fox, M. A., Sinkar, S., & Bechard, M. (2023). Health and equity in transportation health impact assessments: A retrospective analysis. *Journal of Transport & Health*, 32, 101675.

med behovet for rask fremdrift. Det henvises til definisjonen av helsekonsekvensutredninger som er presentert i kapittel 5.3 i denne rapporten, og utredningen bygger på en utvidet forståelse av helsebegrepet som omfatter både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner. Utredningen er ut av en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av rådgiver for folkehelse, kommuneplanlegger og rådgiver innen miljørettet helsevern, med bistand fra Universitetet i Tromsø og NMBU.

For å støtte vurderingen av helsekonsekvenser har kommunen benyttet Helsedirektoratets veileder og sjekkliste over påvirkningsfaktorer. Utredningen inneholder en generell del og en spesifikk del. I den generelle delen gjøres en gjennomgang av helseeffekter knyttet til stråling og forurensing basert på eksisterende forskningslitteratur. Dette etterfølges av et skjema med en konkret vurdering av helsekonsekvensene for det aktuelle prosjektet, utarbeidet i tråd med sjekklisten. Det opplyses at skjemaet er tilpasset scenariet om bruk av kommunens havn til anløp av reaktordrevet fartøy.

Det er ikke oppgitt i dokumentasjonen hvem som tok initiativ til at det skulle utføres en helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11. Videre er det uvisst hvordan utredningen ble benyttet i videre prosesser og hvordan den påvirket beslutninger knyttet til saken. Vi har heller ikke kunnskap om hvilke erfaringer man gjorde seg med metodikken som ble benyttet. I videre arbeid med veiledning og metodikk for denne type helsekonsekvensutredninger etter fhl. § 11 vil derfor Tromsø kommune være en interessant aktør å innhente erfaringer fra.

## **6 Oppsummering og anbefalinger**

### **6.1 Oppsummering av hovedfunn**

#### **6.1.1 Regelverket**

Denne rapporten har undersøkt hvilke krav lovgivningen setter til utredning av konsekvenser for folkehelse ved offentlige beslutninger som innebærer arealbruksendringer. Det er særlig to lover har vært gjenstand for en juridisk analyse.

For det første har vi sett at plan- og bygningslovens bestemmelser om konsekvensutredninger, som er nærmere spesifisert i KU-forskriften, fastsetter en rekke krav ved utredning av planforslag. Hensynet til folkehelse har god forankring i både loven og forskriften. Blant annet skal virkningene for folkehelse alltid vurderes dersom det er tvil om en reguleringsplan er KU-pliktig eller ikke. I tillegg skal konsekvenser for folkehelse inngå i selve utredningen, der dette er relevant. Utover dette, gir KU-forskriften ingen føringer eller krav med hensyn til hvilke forhold knyttet til folkehelsen som skal undersøkes. Arealbruksendringers betydning for folkehelsen er et meget omfattende tema, og i mangel på rettslig styring må utredningskravene fastsettes fra sak til sak. I praksis blir virkninger for folkehelsen ofte oppfattet som et abstrakt tema, noe som gjør det krevende å behandle dette i en konsekvensutredning. Dette fører til at det ofte blir gjort rede for de konsekvensene som kan konkretiseres og til dels kvantifiseres, slik som støy, tap av nærmatur, økt luftforurensning m.m., uten at analysen i tilstrekkelig grad knyttes konkret til virkninger for folkehelsen. Våre undersøkelser viser at det er et stort behov for veileddning på området, slik at både myndighetene og de private aktørene kan få råd om hvordan konsekvenser for folkehelse kan utredes som et ledd i planprosesser.

Vi har også sett at KU-forskriften i liten grad skiller mellom utredning av folkehelse i kommuneplanens arealdel og i reguleringsplaner. Samtidig kan det være store forskjeller med hensyn til hvilken informasjon og kunnskap kommunene trenger, når det tas stilling til ny arealbruk på disse plannivåene. Når det gjelder kommuneplanens arealdel, skal en konsekvensutredning gi kunnskap om hvorvidt det er ønskelig og forsvarlig at et område blir omdisponert til ny utbygging. Her er det av sentral betydning at konsekvensutredningen gir tilstrekkelig informasjon om hvilken effekt utbygging i området vil kunne ha for folkehelsen. I dette ligger også at det må gjennomføres en undersøkelse av relevante og realistiske lokaliseringsalternativer. En utredning på dette plannivået muliggjør også at kommunen kan vurdere arealbruken i kommunen under ett, og dermed også ta hensyn til hvordan folkehelsen fordeler seg i kommunen. Når kommunen skal ta stilling til en reguleringsplan, stilles det krav til en mer detaljert konsekvensutredning. Her må konsekvensutredningen vise virkningene for folkehelsen ved ulike utbyggingsløsninger innenfor planområdet. Dette kan gjelde plassering av bygg, byggenes høyde, om visse områder skal bevares osv. Konsekvensutredning skal gi kommunen kunnskap om hva som vil være den beste utbyggingsløsningen for å sikre fellesskapets interesser. Dersom konsekvensene for folkehelse ikke er utredet i kommuneplanens arealdel, men først blir kartlagt i en reguleringsplanprosess, er det fare for at kunnskapen får liten betydning for de vurderinger og prioriteringer som skal ta med hensyn til ønsket arealbruk.

Utredningen har også sett nærmere på myndighetenes rett til å pålegge såkalt helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11. Bestemmelsen gir i hovedsak kommunen adgang til å pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en

eiendom, å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet, under visse forutsetninger.

Folkehelselovens bestemmelse innebærer et særskilt utredningssystem, som i første rekke skal være et «sikkerhetsnett» der de aktuelle helsemessige konsekvensene ikke blir fanget opp gjennom krav som stilles i annet regelverk. Oppfølging etter folkehelseloven skal ta utgangspunkt i helsemessige krav som er lagt til grunn i særlovgivning, og ikke minst kan et eventuelt pålegg om utredning etter fhl. § 11 først gis etter en forholdsregelmessighetsvurdering, hvor det særlig skal ses hen til om samme forhold er utredet etter annet regelverk.

Et eventuelt pålegg om helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 bør ikke blandes inn i planprosesser med krav om konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven. Dersom plan- og bygningsloven stiller krav om konsekvensutredning, er det dette regelverket som må legges til grunn og benyttes for å sikre at helsemessige konsekvenser blir tilstrekkelig utredet i planprosessen. Utredninger etter fhl. § 11 skal ikke trekkes inn som et tilleggsmoment for å få utredet de helsemessige konsekvensene. Det er sentralt at en eventuell fremtidig veileder om utredning av konsekvenser for folkehelse tydeliggjør dette, og klart trekker opp grensegangen mellom de to regelverkene og gir eksempler på når hvert av de to regelsettene kommer til anvendelse.

### **6.1.2 Metodikken**

Denne utredningen har også kartlagt og gjennomgått eksisterende metodikk og verktøy for å utrede konsekvenser for folkehelse i forbindelse med planlegging og gjennomføring av tiltak. Kartleggingen bygger på eksisterende forskningslitteratur, dokumenter fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner, samt erfaringer fra praksisfeltet. Til sammen har dette bidratt til å belyse mangfoldet av tilnærninger og verktøy, kompleksiteten i utredningsarbeidet og utfordringer knyttet til praktisk implementering og gjennomføring.

Rent metodisk forstås begrepet helsekonsekvensutredninger som en strukturert prosess for å vurdere hvordan planer, tiltak eller politikk påvirker befolkningens helse og livskvalitet, samt fordelingen av helseeffekter. Metodikken er ikke knyttet til én juridisk ramme, og når utredninger skal utføres i praksis kan ulike prosedyrer, metoder og verktøy anvendes. Selv om metodikken ikke er knyttet til en spesifikk juridisk ramme, fungerer ikke begrepet helsekonsekvensutredning særlig godt som et paraplybegrep i praksis. Dette resulterer i begrepsforvirring, manglende felles forståelse og utfordringer med å implementere prinsippet om «Helse i alt vi gjør». En veileder som viser hvordan begrepene kan operasjonaliseres i ulike planprosesser, med referanser til relevant lovverk, vil være et sentralt virkemiddel for å kunne løse denne utfordringen.

Vår kartlegging og gjennomgang av litteratur viser et stort mangfold av tilnærninger, metoder og verktøy for helsekonsekvensutredninger. Dette dekker alt fra enklere sjekklistebøker til omfattende veiledere, samt verktøy og metoder som eksplisitt har søkelys på analyse av helsekonsekvenser, sosial ulikhet, innbyggerinvolvering i utredningsprosessen og kvalitetsvurdering av utredninger. Det ser også ut til å ha vært en fremvekst av ressurser for integrering av helsevurderinger i andre konsekvensutredninger i løpet av det siste tiåret. WHO Europe og EUPHA utvikler kontinuerlig nye ressurser for nettopp dette.

Fra gjennomgangen vi har gjort, kan det se ut som deler av Storbritannia som bl.a. England, Wales og Skottland, fører an i Europa hva gjelder implementering og utvikling av metodikk for helsekonsekvensutredninger. I Norden synes det å ha skjedd lite på metodikkfronten de senere år, noe som også er pekt på i forskning.<sup>69,70</sup>

Denne store variasjonen i metodikk skyldes at veiledere og verktøy retter seg mot ulike anvendelsesområder og et bredt spekter av målgrupper. Dette reiser videre spørsmål om overførbarhet til norsk kontekst, og peker på behovet for tilpasning til nasjonale rammer og praksis, samt ulike formål og aktører. I tillegg viser kartleggingen at majoriteten av metoder og verktøy ikke er evaluert og kvalitetssikret. Dette innebærer usikkerhet knyttet til kunnskapsgrunnlaget bak. Dette betyr imidlertid ikke at eksisterende metodikk og verktøy er irrelevante. Tvert imot legger den et viktig utgangspunkt for videre utvikling og tilpasning til norsk planleggingspraksis. Internasjonalt er det økende fokus på sosial ulikhet og integrering av helse i andre konsekvensutredninger, noe som gir et godt grunnlag for videre utvikling av arbeidet med helsekonsekvensutredninger nasjonalt.

Videre viser våre undersøkelser at de ulike aktørene har varierende kjennskap til metodikk og tilgjengelige ressurser, og disse brukes lite systematisk. Med unntak av noen spesifikke verktøy som benyttes ved mer omfattende utredninger i regi av konsulentene, er det få referanser til bruk av metodikk fra forskning eller andre aktuelle myndigheter. Eksisterende veiledere oppleves som omfattende og lite konkrete, mens de eksisterende sjekklistene er for generelle til å være nytte i konkrete prosjekter. På bakgrunn av dette utvikler både kommunene og konsulentene egne metoder, verktøy og veiledere for å vurdere konsekvenser for folkehelse i regulariseringsplaner og politiske saksfremlegg. Erfaringene viser også at sjekklistene og veiledere alene er utilstrekkelige og i liten grad blir brukt, noe som også er funnet for andre land.<sup>71,72</sup> Flere aktører pekte på at veiledere som er integrert i planprosessen vil kunne gi bedre resultater. De ulike aktørene har begrenset erfaring med, eller kjennskap til, utredninger som gjennomføres etter pålegg i henhold til fhl. § 11. Dette gjelder også metodikk som benyttes i slike utredninger.

Noen særlige utfordringer og områder med stort forbedringspotensial peker seg ut i de empiriske undersøkelsene. For det første gjøres utredninger av konsekvenser for folkehelse sjeldent i fylkeskommunale og overordnede kommunale planer. Det etterlyses systematiske vurderinger av folkehelsekonsekvenser i kommuneplanens samfunns- og arealdel, for å sikre at folkehelseperspektivet integreres i strategiske beslutninger. For det andre er det store metodiske utfordringer knyttet til vurdering og estimering av helseeffekter, særlig når det kommer til samspillseffekter mellom ulike påvirkningsfaktorer. Manglende tydelige vurderinger gjør at folkehelseperspektivet blir nedprioritert. I forlengelsen av dette vises det også til utfordringer med datatilgang, som gjør det vanskelig å fremstille sammenhenger mellom

<sup>69</sup> Berensson, K., & Tillgren, P. (2017). Health impact assessment (HIA) of political proposals at the local level: successful introduction, but what has happened 15 years later?. *Global Health Promotion*, 24(2), 43-51.

<sup>70</sup> Johnsdatter Kræmer, S. R., Theilgaard Nikolajsen, L., & Gulis, G. (2014). Implementation of health impact assessment in Danish municipal context. *Central European journal of public health*, 22(4), 211-214.

<sup>71</sup> Lynch, H., Holdroyd, I., Black, D., Cave, B., Harris-Roxas, B., Haigh, F., O'Mullane, M., Stevenson, A., Vohra, S., Ford, J. (2024). Making Health in All Policies a reality: A call for Health Impact Assessments across government to improve health and address health inequalities. Health Equity Evidence Centre; 2024.

<sup>72</sup> WHO. (2023). Implementation of health impact assessment and health in environmental assessment across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

påvirkningsfaktorene og helseutfall på en forståelig og hensiktsmessig måte. For det tredje viser våre funn at vurderinger av sosial ulikhet i helse skjer sporadisk og uten forankring i konkret metodikk.

## 6.2 Anbefalinger for videre arbeid

### 6.2.1 Innledning

De forutgående kapitlene viser at det er en klar grunntanke om at prinsippet om «Helse i alt vi gjør» skal følges opp i beslutninger om arealbruk og i drift av virksomheter mv. Lovgiver har klart forutsatt at konsekvenser for folkehelse er ett av temaene som skal utredes i en konsekvensutredning i planprosesser etter plan- og bygningsloven. Videre er det gitt en «sikkerhetsventil» til oppfølging av tiltak og virksomhet gjennom påleggsbestemmelsen i folkehelseloven § 11. Samtidig er det liten tvil om at det i praksis er flere uklarheter med hensyn til når regelsettene etter plan- og bygningsloven og folkehelseloven står inn, hvilke krav som stilles til utredningene, og ikke minst hvilken metodikk som skal legges til grunn for ulike utredninger. Som vist ovenfor, mener vi at disse utfordringene i stor grad kan løses gjennom utarbeidelse av veilederne som tar for seg sentrale krav og problemstillinger. Vi anbefaler derfor at det utarbeides følgende:

- Veiledning om utredning av konsekvenser for folkehelse som del av konsekvensutredning i planprosesser, se punkt 6.2.2. Denne veiledningen bør inngå som del av de eksisterende KU-veilederne utarbeidet av Kommunal- og distriktsdepartementet og Miljødirektoratet.
- En veileder om helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven, se punkt 6.2.3. Denne veilederen bør publiseres på Helsedirektorats nettsider.
- En informasjonsplattform på Helsedirektorats nettsider som gir en samlet fremstilling av hvordan konsekvenser for folkehelse kan vurderes som en del av plan- og beslutningsprosesser, se punkt 6.4.2. Denne plattformen kan supplere den konkrete veiledningen om konsekvensutredninger og helsekonsekvensutredninger ved å gi mer detaljert informasjon om metodikk, eksempler, ressurser og kilder.

Det synes også som det generelt er for lite oppmerksomhet rundt kravene om utredninger av konsekvenser for folkehelse, særlig når det gjelder at hensynet til folkehelse er likestilt med andre hensyn som skal utredes i planprosesser. I tillegg til de konkrete veilederne, mener vi at Helsedirektoratet kan ha en mer aktiv rolle som pådriver på dette området, og derigjennom styrke sin rolle med å støtte opp under arbeidet med utredning av konsekvenser for folkehelse som ledd i offentlige beslutninger om ny eller endret arealbruk. Vi kommer nærmere tilbake til dette i punkt 6.2.5.

### 6.2.2 Veiledning om konsekvensutredning om folkehelse i planprosesser

Vi anbefaler at det utarbeides veiledning om utredning av konsekvenser for folkehelse i planprosesser, som en del av konsekvensutredning etter KU-forskriften. Ettersom dette vil være en del av den samlede konsekvensutredningen til en arealplan, må temaet ses i sammenheng med de øvrige temaene som konsekvensutredningen skal dekke.

I skrivende stund finnes det to veiledere om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Den første er utgitt av Kommunal- og distriktsdepartementet<sup>73</sup>, mens den andre finnes på Miljødirektoratets<sup>74</sup> nettsider. Mens KDDs veileder i stor grad handler om hvordan KU-forskriften skal tolkes og håndheves, er Miljødirektoratets veileder i større grad innrettet mot praktiske råd for gjennomføring av konsekvensutredninger. Ingen av veilederne inneholder særlig omtale av folkehelse som utredningstema eller hvilke påvirkningsfaktorer på helse og livskvalitet som skal vurderes. Etter vår vurdering bør Helsedirektoratet arbeide for at hensynet til folkehelse integreres i disse to veilederne, og at det tydeliggjøres hvilke påvirkningsfaktorer som minimum bør vurderes, samt hvilken metodikk som skal benyttes. Vi kommer nærmere tilbake til dette i punkt 6.2.4. En slik integrert tilnærming er i tråd med nyere veiledere internasjonalt. I tillegg vil dette være en mer praktisk løsning sammenlignet med at det eventuelt utarbeides en tredje, separat, veileder. Vår erfaring er at det finnes svært mye veiledningsmateriale som forvaltningen må forholde seg til. Det kan dermed være vanskelig å holde oversikt over alle råd og anbefalinger som gis.

Vår vurdering er videre at de fleste råd som skal gis når det gjelder folkehelsehensyn i konsekvensutredninger, bør komme til uttrykk i Miljødirektoratets veileder. Behovet for veiledning er nemlig størst når det gjelder praktiske råd knyttet til organisering og gjennomføring av planprosesser og utredningsarbeidet. Der det skal gis veiledning om hvordan selve KU-forskriftens skal tolkes, bør dette komme til uttrykk i KDDs veileder. På sikt bør myndighetene også koordinere veiledningen innenfor konsekvensutredning, hvor målet er at all veiledning samles ett sted. Den digitale løsningen Miljødirektoratet har valgt for sin veileder, vil etter vår vurdering være mer anvendbar enn den mer klassiske løsningen KDD har valgt hvor all tekst er samlet i ett dokument. I det følgende omtaler vi veiledning om konsekvensutredning, uten at vi skiller mellom de to nevnte veilederne.

Veiledningen bør ta for seg de ulike utfordringene vi har pekt på i kapittel 3, altså både hvordan planprosessen i seg selv bør legges opp for å sikre at folkehelse tas med som et tema, og hva konsekvensutredningen i seg selv skal inneholde. I tillegg bør veiledningen inneholde tydelige definisjoner og begrepsavklaringer omkring helsekonsekvensutredninger og helsevurderinger. Dette for å ivareta begrepsforvirringen som praksisfeltet peker på i kapittel 5, og for å sikre at det utvikles en felles terminologi som kan brukes på tvers av sektorer.

Veiledningen bør både gi råd om hvordan intern medvirkning i kommunen kan skje, for å sikre at personell med folkehelsekompetanse involveres i planprosessen som helhet, helt fra oppstarten med kommunal planstrategi og frem til en reguleringsplan blir vedtatt. Videre bør den vise hvordan kommunen kan bidra til å sikre at personell med folkehelsekompetanse i fylkeskommunen og hos statsforvalter gis mulighet til å bidra med faglige innspill, og hvordan disse myndigheten også selv må sikre at de bidrar med relevant kompetanse i planprosessene.

Det er av sentral betydning at veiledningen skiller mellom ulike planprosesser. Når det gjelder rullering av kommuneplanens arealdel, kan det gis råd om hvordan interne og eksterne aktører med folkehelsekompetanse kan bidra med kunnskap ved utforming av planprogrammet og ved gjennomføringen av konsekvensutredning for nye utbyggingsområder. Veiledning til

<sup>73</sup> Veileder om konsekvensutredning for planer etter plan- og bygningsloven

<sup>74</sup> Konsekvensutredning av klima og miljø, Miljødirektoratets veileder M-1941.

reguleringsplanprosesser bør på sin side vise hvordan folkehelseperspektivet kan få en tydeligere forankring tidlig i planprosessen, for eksempel i form av organisering av oppstartsmøtet. I begge tilfeller bør veilederingen gi råd om hvordan aktører med folkehelsekompetanse kan bidra med å kvalitetssikre konsekvensutredninger som er gjennomført.

Videre kan veilederingen gi råd om hvordan kommunene kan organisere innspillsrunden for innbyggere, utbyggere og andre aktører ved rulling av kommuneplanens arealdel, slik at det ikke kun mottas innspill om nye utbyggingsområder. Vel så viktig vil være å få innspill på hvilke områder som anses som særlig verdifullt å bevare ubevart for å sikre tilgjengelig natur i nærmiljøet.

Veilederingen må tydeliggjøre hva som kreves av utredning til kommuneplanens arealdel, og hva som skal utredes til en reguleringsplan. Når det gjelder spørsmålet om konsekvenser for folkehelse, og hvordan dette skal trekkes inn og vurderes i planprosessene, kan veilederen ta utgangspunkt blant annet i følgende scenarioer:

1. Kommunen vurderer å avsette et område til utbygging i kommuneplanens arealdel. Konsekvensutredningen må i så fall vurdere virkningene av selve utbyggingstiltaket for folkehelsen. Utredningen skal kunne gi tilstrekkelig grunnlag til å ta stilling til om det er forsvarlig og ønskelig i et folkehelseperspektiv at utbygging skjer. I dette ligger også at det må foretas en utredning av relevante og realistiske lokaliseringsalternativer. Et viktig poeng er at kommunen må utrede og vurdere hvordan ny eller endret arealbruk kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i samfunnet. Dette har sammenheng med hva slags boliger som skal bygges, samt lokaliseringen av bygg for offentlig tjenesteyting. Ved at slike vurderinger kan skje som ledd i rulling av kommuneplanen, vil kommunen også kunne foreta en utredning av relevante og realistiske lokaliseringsalternativer.
2. Det er igangsatt et arbeid med en reguleringsplan som følger opp kommuneplanens arealdel om utbygging. Her er det politisk avklart at det er ønskelig med ny utbygging. Et viktig spørsmål er imidlertid om denne beslutningen ble truffet på et forsvarlig kunnskapsgrunnlag. Ble det gjennomført en konsekvensutredning ved rulling av kommuneplanens arealdel for det konkrete området? Foreligger det oppdatert kunnskap om konsekvensene for folkehelse ved at området blir omdisponert til utbygging? Hvis ikke, må dette kartlegges som et ledd i konsekvensutredningen av reguleringsplanen. Hvis det foreligger tilstrekkelig kunnskap i den tidlige konsekvensutredningen, kan utredningen til reguleringsplanen avgrenses til temaer som er relevant for ulike utbyggingsløsninger, slik at folkehelsehensyn ivaretas på best mulig vis. Dette vil typisk være å sikre støydempende tiltak, sikre grøntområder, sikre sosiale møteplasser, utforming av bebyggelse osv. I tillegg vil det være nødvendig å sikre at hensynet til ulike sosiale grupper er ivaretatt slik at utbyggingen ikke fører til økte sosiale forskjeller. Hvis det ikke foreligger kunnskap om konsekvensene for folkehelse før reguleringsplanen skal utredes, er det viktig at det gis veileding om hvilke særskilte utredningstemaer som da må dekkes. Her må konsekvensutredningen fange opp og gi kunnskap om de forhold som skulle vært utredet og vurdert på overordnet nivå. Veilederingen bør vise at dette kan være en krevende øvelse all den tid

reguleringsplanforslaget gjelder et bestemt område, og dermed forklare fordelene ved at arealbruken er avklart på et forsvarlig kunnskapsgrunnlag i kommuneplanens arealdel.

3. Det er igangsatt et arbeid med reguleringsplan i et område avsatt til landbruks-, natur- og friluftsområder, samt reindrift (LNFR) i kommuneplanens arealdel. Da er det ikke foretatt en konsekvensutredning fra før. Også her må konsekvensutredningen som utarbeides for reguleringsplanen både fremskaffe kunnskap om det er forsvarlig å iverksette tiltaket, samt hvordan utbyggingen kan skje på en mest mulig skånsom måte. Konsekvensutredningen må også gjøre rede for relevante og realistiske lokaliseringalternativer. En veileder bør også her fremheve ulempene ved at konsekvenser for folkehelse skal utredes og vurderes uten at dette først er avklart i en overordnet plan.

Veiledningen bør også tydeliggjøre at dersom det er krav om konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven, er det denne utredningen som fullt ut skal dekke utredningen av konsekvensene for folkehelse. Kommunen må påse at selve konsekvensutredningen er grundig nok, og ikke trekke inn helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven som en ekstra utredning her.

Vi finner også at det er et behov for veiledning om hvordan kunnskap om folkehelsekonsekvenser kan brukes i den praktiske planleggingen. Særlig relevant er veiledning om hvordan planbestemmelser kan utformes for å sikre utbyggingsløsninger som i større grad ivaretar folkehelsen. Dette faller imidlertid utenfor det foreliggende oppdraget.

#### *6.2.3 Veileder om helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven*

Det bør utarbeides en egen veileder om helsekonsekvensutredning etter folkehelseloven § 11, som legges på Helsedirektoratets nettsider. Dette er et særskilt utredningssystem etter folkehelseloven, og veiledningen her bør derfor ikke kobles direkte til Miljødirektoratets veileder om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven.

Det er sentralt at veilederen trekker klart opp grensegangen mellom bruken av pålegg av helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11 og konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Veilederen må tydeliggjøre i hvilke prosesser det vil være aktuelt å bruke fhl. § 11, og gi klare eksempler på type tilfeller hvor pålegg bør vurderes.

Veilederen bør samtidig synliggjøre hvordan prosessene i kommunen kan legges opp på dette området, og hvordan annet personell enn de med folkehelsekompetanse kan bidra her. Selv om slike utredninger pålegges etter folkehelseloven, og det typisk vil være kommuneoverlegen som vedtar pålegget, kan det være andre tjenestemråder i kommunen som har kunnskap om behovet for utredning av planlagte forhold og virksomheter som ikke omfattes av planprosesser.

Videre bør veilederen omtale forholdet til andre regelverk som stiller helsebegrunnede krav som kanskje vil gjøre det unødvendig med ekstra utredning etter fhl. § 11, og utfordringene med samlede virkninger og krysseffekter, og hvordan dette skal håndteres.

I tillegg er det sentralt at veilederen tydeliggjør hva kommunen skal og kan be om i et eventuelt pålegg, og hvilke krav de kan stille til helsekonsekvensutredningene og om hvilken metodikk som må benyttes.

#### *6.2.4 Spesifikke anbefalinger for videreutvikling av metodikk*

I tillegg til anbefalingene over om veiledning om utredning av konsekvenser for folkehelse i planprosesser og helsekonsekvensutredning etter fhl. § 11, gir vi her mer spesifikke anbefalinger om hvordan man kan innrette metodikken knyttet til dette.

Vi anbefaler at det utvikles en informasjonsplattform på Helsedirektoratets nettsider som gir en samlet fremstilling av hvordan konsekvenser for folkehelse kan vurderes som en del av plan- og beslutningsprosesser i Norge. Plattformen bør samle og beskrive relevant lovverk, vise koblinger til utredninger av konsekvenser for folkehelse etter plan- og bygningsloven og helsekonsekvensutredninger etter folkehelseloven, samt inneholde verktøykasser med ulike metoder, verktøy, eksempler, ressurser og kilder. Dette er viktig for å sikre at plattformen kan fungere som et supplement til den konkrete veiledningen om konsekvensutredninger og helsekonsekvensutredninger som er anbefalt i punkt 6.2.2 og 6.2.3. Utformingen av en slik digital plattform bør bygge på nyere internasjonale plattformer og modeller identifisert i denne rapporten, men må harmoniseres med norske juridiske rammer og planprosesser.

På en slik digital plattform bør ulike ressurser som screeningverktøy, sjekklistebrikker, verktøy og metoder for analyse, medvirkning og kvalitetssikring av helsekonsekvensutredninger samles og knyttes til veiledning for de to vurderingsinnretningene som er beskrevet over. Sjekklistebrikker og verktøy bør omfatte både enkle maler og mer avanserte versjoner tilpasset ulike kommunale behov. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å utvikle egne prosedyrer, sjekklistebrikker og verktøy for ulike nivåer i kommunal planlegging og saksbehandling, samt for fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. Metodikk på kommunalt nivå må utarbeides i tett samarbeid med aktuelle aktører som planleggere, folkehelsekoordinatorer og -rådgivere, kommuneoverleger, andre kommunale saksbehandlere og beslutningstakere. Dette for å sikre at metodene er praktisk anvendbare og at de tas i bruk.

Videre er det behov for systematisk evaluering av metodikk som allerede benyttes i norske kommuner. Sammen med eksisterende kunnskapsgrunnlag kan dette bidra til utvikling av gode prosedyrer og et minimums indikatorsett som skal vurderes i ulike saker. Basert på kartleggingen er det etter vår vurdering viktig at sjekklistebrikker og verktøy ikke bare vurderer objektive risikofaktorer for sykdom, slik som støy og luftforurensning, men også inkluderer vurderingskriterier for sosiale determinanter og sosial ulikhet i helse. Selv om praksisfeltet etterlyser metoder for kvantifisering av helseeffekter, flere objektive grenseverdier og kunnskap om samspillseffekter for å legitimere helsekonsekvenser, er det begrenset med metodikk for dette per i dag. For en rekke helsedeterminanter og helseutfall kan vi i tillegg anta at slik kunnskap og metodikk ikke vil foreligge med det første. Det er derfor viktig at nasjonale myndigheter tør å sette kraft bak forventningene om at ulike påvirkningsfaktorer allikevel skal vurderes og hensyntas, og at helsefremming løftes opp som like viktig som forebygging. I mange tilfeller finnes det solid forskningsmessig dokumentasjon for sammenhengen mellom bestemte påvirkningsfaktorer og helse og livskvalitet uten at det lar seg kvantifisere på lik linje med mer objektivt målbare faktorer, som støy og luftforurensning.

På bakgrunn av erfaringene identifisert i denne rapporten, anbefaler vi avslutningsvis at det nasjonalt prioriteres å gjøre relevante data og indikatorer for helse, livskvalitet, levekår og sosial ulikhet mer tilgjengelig. I tillegg bør data om sentrale påvirkningsfaktorer gjøres tilgjengelige på et mer detaljert geografisk nivå enn i dag. Dette ville kunne være til hjelp i kommunenes arbeid når de fortløpende skal gjøre vurderinger av konsekvenser for folkehelse i ulike plansaker, enten det skjer etter plan- og bygningsloven eller folkehelseloven.

#### *6.2.5 Videreutvikling av Helsedirektoratets rolle*

Utarbeidelse av de ovennevnte veilederne og videreutvikling av metodikk vil etter vår vurdering være helt sentralt for det konkrete arbeidet i kommunene. Samtidig er det et tydelig behov for økt bevisstgjøring om kravene til utredning av konsekvenser for folkehelse i kommunale planprosesser på et mer generelt grunnlag blant alle aktører. Etter vår oppfatning både kan og bør Helsedirektoratet videreutvikle sin rolle som pådriver og støtte for disse aktørene.

Våre undersøkelser har vist at mange kommuner og andre aktører etterlyser mer presis og målrettet kommunikasjon fra statlige myndigheter om forventninger til arbeidet med å utredne konsekvenser for folkehelse, se for eksempel punkt 3.5.3. Manglende tydelige signaler om formål og metodiske rammer kan føre til at slike utredninger ofte blir nedprioritert eller fragmentert i planprosessene, og dermed mister sin funksjon. For å styrke dette arbeidet i Norge anbefaler vi at Helsedirektoratet tar en førende rolle i kommunikasjon, utvikling, implementering og kvalitetssikring av veiledning og metoder. Det vil være helt avgjørende at Helsedirektoratet er en pådriver og tilrettelegger for systematisk evaluering av både eksisterende og nye ressurser og verktøy som utvikles nasjonalt. Helsedirektoratet må samtidig sikre at det settes av tid og ressurser til å tilpasse internasjonale metoder og verktøy til norske rammer og praksis.

Når rammeverk, veiledere og metoder er utviklet, bør Helsedirektoratet sørge for opplæring og kapasitets- og kompetansebygging gjennom ulike plattformer, i samarbeid med relevante kompetansemiljøer. Dette kan inkludere kurs, seminarer, webinarer og praktisk bistand til kommuner i utredningsarbeidet. I lys av våre anbefalinger om veiledning og metodikk vil det være behov for å styrke kompetansen blant folkehelseaktører om hvordan de kan bidra inn i konsekvensutredninger for miljø og klima. Likeledes vil det være behov for å øke kompetansen blant planleggere og beslutningstakere om påvirkningsfaktorer på helse og livskvalitet og hvordan planlegging kan fremme god helse, livskvalitet og bidra til å redusere sosial ulikhet.

Helsedirektoratet bør også ta en førende rolle i koordinering og samordning på tvers av forvaltningsnivåer. Dette innebærer tydelige styringssignaler fra nasjonalt nivå, initiativ til samarbeid i forvaltningssystemet og koordinering av innsats mellom stat, fylkeskommune, kommune og sektorer. Helsedirektoratet bør ta initiativ til å samordne veiledningen om utredninger av konsekvenser for folkehelse etter plan- og bygningsloven med andre direktorater for å sikre helhetlige og konsistente styringssignaler.

Vi anbefaler at Helsedirektoratet i det videre arbeidet anvender kunnskap fra fullførte og pågående prosjekter av relevans for utredninger av konsekvenser for folkehelse, herunder «Kartlegging av indikatorer for gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer» og «Verdsetting av den helsemessige betydning av natur- og grøntområder». Helsedirektoratet bør se ulike prosjekter i sammenheng, da disse kan være relevante for å utvikle metoder og verktøy. For eksempel kan

indikatorer for aktivitetsvennlige nærmiljøer og helserelatert verdsettingsmetodikk for grøntområder benyttes av kommunene som konkrete verktøy i utredningsprosesser. Ved å bygge på eksisterende kunnskap og prosjekter unngår man samtidig dobbeltarbeid og sikrer mer effektiv ressursbruk.

Avslutningsvis bør Helsedirektoratet følge med på internasjonale trender og utvikling av metodikk. Vi anbefaler at det etableres rutiner for årlig gjennomgang og oppdatering av veileding, slik at man i større grad kan sikre at nasjonale veiledere og metoder harmoniserer med internasjonale standarder og beste praksis.

## **7 Vedlegg**

Vedlegg 1 - Semistrukturert intervjuguide til fokusgruppeintervjuer

Vedlegg 2-7 - Kartlagt metodikk

## **Semistrukturert intervjuguide til fokusgruppeintervjuer**

(Folkehelsekoordinatorer og ansatte innen miljørettet helsevern, kommunale planleggere og private konsulenter, kommuneoverleger, og statsforvalter og fylkeskommune.)

### **1. Overordnede erfaringer med utarbeidelse og bruk av utredninger av konsekvenser for folkehelse (til alle)**

- Deltakernes roller og positive/negative erfaringer i arbeidet med utredning av konsekvenser for folkehelse i planprosesser.
- Hva gjør det eventuelt krevende å ivareta folkehelse og hensynet til sosial ulikhet?
- Hvordan oppleves samarbeidet mellom ulike aktører i prosessene?
- Hvordan brukes utredningene i beslutningsprosesser?
- Opplever dere utredningene som et nyttig verktøy med reell innflytelse?

### **2. Erfaringer knyttet til § 11 i folkehelseloven (til alle)**

- Opplever dere at det fremgår klart når en HKU kan pålegges etter fhl. § 11?
- Hvordan forstår dere bestemmelsen i § 11 om rimelig forhold mellom ulemper og helsemessige hensyn?
- Hvilken erfaring har dere med bruken av § 11?
- Når brukes bestemmelsen, trekkes den inn i planprosesser?
- Har dere brukt § 11 for helsemessige hensyn knyttet til påvirkningsfaktorer på helse som ikke er av fysisk eller kjemisk karakter?
- Helsedirektoratet vil få myndighet til å pålegge HKU i enkelte tilfeller, tanker om denne endringen?

### **3. Metoder og verktøy (til alle)**

- Har dere kjennskap til eksisterende veiledere fra WHO og Helsedirektoratet?
- Hvordan bruker dere veilederne, hva fungerer godt/mindre godt?
- Følger dere trinnene i HKU-prosessen?
- Hva er eventuelt grunnen til at man ikke anvender dette?

### **4. Støtte og behov i arbeidet (til alle)**

- Hva skal til for at utredningene blir et proaktivt verktøy for å ivareta folkehelsehensyn i kommunale planprosesser på ulike nivåer?
- Hva slags dokumentasjon eller form på en utredning mener dere er nødvendig for å sikre at folkehelsehensyn ivaretas i beslutningene?
- Hva er nyttig i deres jobb for å styrke arbeidet med og bruken av utredninger?
- Hvilke verktøy savner dere?
- Konkrete forslag til hvordan HKU-arbeidet kan utvikles videre?

### **Særskilt til planleggere/konsulenter**

- Hvordan utføres en utredning av konsekvenser for folkehelse:
  - hvordan vurderes og vektes ulike effekter og hensyn?
  - hvilke metoder/verktøy brukes?
  - opplever dere utfordringer med å dokumentere og kommunisere helsekonsekvenser?
- Hvordan kvalitetssikres utredningene i kommunen?
- Hvordan sikrer dere at helsekonsekvenser faktisk blir utredet/vurdert i en plansak?

### **Særskilt til kommuneoverleger/folkehelsekoordinator/miljørettet helsevern**

- Hvordan er innholdet og omfanget av HKUer etter fhl. som dere mottar?
- Involveres dere i kommunens egne prosesser med utredning av konsekvenser for folkehelse?
  - Hvordan gjør dere dette?
  - Bruker dere noen konkrete metoder/verktøy?

### **Særskilt til statsforvalter/fylkeskommune**

- Som statlig/regional myndighet, hvordan følger dere opp at konsekvenser for folkehelse utredes i kommunal planlegging?
- Har dere mulighet til å kontrollere kvaliteten på slike utredninger?
- Involveres dere i (kommunale) prosesser med utarbeidelse av utredninger?

**Vedlegg 2.** Oversikt over identifiserte screeningverktøy og sjekklistebrikker. Fargekodene indikerer om metodikk/veileder er hentet fra forskningslitteraturen (grønn) eller fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner (grå).

SCREENINGVERKTØY OG SJEKKLISTER								
Kjennetegn				Anvendbarhet og relevans				
Ref.	År	Land	Om verktøyet eller metodikken	Evaluert	Trinn	Anwendelsesområde	Målgruppe	Sosial ulikhet
1	2015	Canada/England	Med utgangspunkt i en litteraturgjennomgang, idémyldring og konsultasjon med eksperter ble det utviklet et verktøy for å vurdere helsekonsekvenser av politikk og tiltak som påvirker luftkvalitet. I verktøyet reises det noen generiske spørsmål som både omhandler vurdering av selve tiltaket og eventuelle bøtende tiltak.	Ja	Screening Scoping	Politiske saker/saksfremlegg, planforslag (reguleringsplaner)	Planleggere, beslutningstakere, saksbehandlere	Verktøyet addreserer sårbare grupper og har fokus på hvordan man kan redusere konsekvenser for disse gruppene.
2	2016	Canada	Artikkelen identifiserer og analyserer 10 ulike scopingverktøy. Analysen viste at eksisterende scopingverktøy mangler en systematisk metode for å prioritere helsedeterminanter. På bakgrunn av overnevnte svakhets ved eksisterende verktøy ble HIA Systematic Scoping Tool utviklet. Formålet med verktøyet er å gi en strukturert og transparent metode for å prioritere helsedeterminanter som skal utredes nærmere i en HKU. Verktøyet består av en beslutningsmatrise der påvirkningsgrad, offentlig bekymring og datatilgjengelighet skal vurderes for å kunne planlegge en utredning. Verktøyet er implementert i Microsoft Excel for praktisk anvendelse.	Nei	Scoping	Politiske saker/saksfremlegg, planforslag (reguleringsplaner)	Planleggere, konsulenter, saksbehandlere	Ikke fokus på sosial ulikhet.
3	2016	Italia	Artikkelen presenterer et screening- og et scopingverktøy som er innlemmet i en veileder. Screeningverktøyet anvendes for å velge aktuelle planer, forslag og tiltak som skal utredes basert på kontekst, tilgjengelige ressurser og prioriteringer. Scopingverktøyet anvendes for å planlegge og vurdere mulige helseeffekter av planer og tiltak. Verktøyet dekker 33 faktorer, inndelt etter sosioøkonomiske, strukturelle og individuelle forhold. For hver faktor skal helseeffekten vurderes på en 5-punkt skala, som strekker seg fra -2 (svært negativ) til +2 (svært positiv).	Ja	Screening Scoping Vurdering Rapportering	Overordnede planer, planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Scopingverktøyet inneholder en liste med sårbare grupper, og for hver faktor som vurderes skal mulige sårbare grupper identifiseres og angis.

4	2017	England	Artikkelen presenterer screeningverktøyet UrHIST. Verktøyet benyttes i den innledende fasen av en utredning for å identifisere om en gitt politikk kan ha konsekvenser for folkehelsen, og om en omfattende HKU bør gjennomføres. UrHIST inneholder en liste med 36 helsedeterminanter der effekter på helse vurderes som sannsynlig, usannsynlig eller uvisst. Dersom en sannsynlig effekt på helse identifiseres skal det oppgis hvilke grupper som påvirkes i størst grad. I tillegg ble UrHIA utviklet, og dette er en veileder (se ref. 23)	Ja	Screening	Politiske saker/saksfremlegg	Beslutningstakere, saksbehandlere	Verktøyet inneholder en liste med ulike grupper i befolkningen. Når effekter på helse identifiseres skal det oppgis hvilke grupper som påvirkes i størst grad.
5	2022	Frankrike	Artikkelen presenterer screeningverktøyet URBAN-ISS. Verktøyet anvendes for å identifisere planer som bør gjennomgå en mer omfattende HKU. URBAN-ISS består av 9 ulike dimensjoner relatert til livsstil, sosiale faktorer, tilgang til kulturelle tilbud, arbeid og helsetjenester, samt andre fysiske miljøforhold. Totalt 22 ulike spørsmål skal besvares i screeningprosessen, og eksempler medfølger hvert spørsmål som veiledning.	Ja	Screening	Planforslag (reguleringsplaner)	Planleggere, saksbehandlere	Hvert av de 22 spørsmålene skal besvares for ulike sosiale grupper i befolkningen for å tydeliggjøre sosiale ulikheter.
6	2023	Canada/Iran	Artikkelen beskriver utviklingen av sjekklisten HEIA for rapportering på beslutningsnivå. HEIA skal belyse hvordan et konkret tiltak påvirker sosial ulikhet i befolkningsgrupper. Verktøyet består av fem deler knyttet til de prosessuelle trinnene.	Ja	Screening Vurdering Rapportering	Politiske saker/saksfremlegg	Beslutningstakere	Verktøyet har fokus på sosial ulikhet, og konsekvenser skal vurderes for ulike sosiale og sårbare grupper.
7	2023	England	Artikkelen identifiserte scopingverktøyet London HUDU HIA framework. Verktøyet inneholder en matrise for å vurdere helseeffekter av planer og tiltak. Matrisen dekker 11 temaer med fokus på det fysiske miljøet. Helseeffekter vurderes som positive, negative, nøytrale eller usikre. Når en påvirkning er identifisert skal det anbefales tiltak for å redusere negative eller forsterke positive effekter. Verktøyet inneholder også en veilerende del med eksempler på forhold som vil kunne påvirke helse og livskvalitet, samt støttende informasjon og referanser.	Nei	Scoping Vurdering Rapportering	Overordnede planer, planforslag (reguleringsplaner)	Planleggere, utbyggere, konsulenter, innbyggere og frivillige organisasjoner	Har med enkeltpørsmål om sosial ulikhet i sjekklisten.

8	Uten år	Norge	Sjekkliste fra Nordre Follo kommune med tre dimensjoner; beliggenhet og ytre miljø (5 faktorer), bolig og uteområdet (5 faktorer) og nærmiljø (4 faktorer). Sjekklisten skal fylles ut ved planinitiativ for å søre ut hvordan faktorene skal ivaretas. Sjekklisten fylles ut ved planforslag for å søre ut hvordan det faktisk løst og hvor er dette beskrevet i planmaterialet.	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Planforslag (reguleringsplaner)	Forslagsstiller og planforslag	Sjekklisten har et spørsmål om boligsosiale behov. Forslagsstiller skal også vurdere om planen bidrar til å utjævne eller øke sosiale forskjeller.
9	Uten år	Norge	Sjekkliste fra Molde kommune med fire dimensjoner; fysiske forhold (4 faktorer), miljøfaktorer (5 faktorer), sosiale forhold (4 faktorer) og andre viktige tema (4 faktorer slik som universell utforming og trygghet). Konsekvenser for helsen vurderes som nøytrale, negative eller positive, og kompenserende tiltak skal vurderes.	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Planforslag (reguleringsplaner)	Forslagsteller, planforslag og prosjekter	Sjekklisten inneholder et eget vurderingspunkt om sosial ulikhet.
10	2015	Norge	Sjekklisten «Vurdering av folkehelse og levekår i politiske saker» er utviklet i et pilotprosjekt i Østfold. I sjekklisten skal konsekvenser for en rekke faktorer fordelt på tre dimensjoner vurderes; livsstilsfaktorer (6 faktorer), sosiale miljøfaktorer (11 faktorer) og fysiske forhold (9 faktorer). Negative og positive konsekvenser vurderes, samt konsekvenser for utsatte grupper.	Ja	Screening Vurdering Rapportering	Politiske saker/saksfremlegg	Saksbehandlere i kommunen	Sjekklisten har en egen kolonne for vurdering av konsekvenser for utsatte grupper.
11	2019	Norge	Sjekkliste fra Haugesund kommune med fem dimensjoner; fysiske forhold (9 faktorer), miljøfaktorer (7 faktorer), livsstilsfaktorer (5 faktorer), sosiale faktorer (12 faktorer) og andre relevante faktorer (6 faktorer slik som klima og økonomi). Negative og positive konsekvenser skal vurderes, samt mulige forsterkende, avbøtende eller kompenserende tiltak skal beskrives.	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Planforslag (reguleringsplaner)	Forslagsteller, planforslag og prosjekter	Sjekklisten nevner vurdering av sosiale ulikheter overordnet og integrerer faktorer knyttet til sosial ulikhet i selve vurderingen.
12	2025	Norge	Sjekkliste fra Oslo kommune med seks dimensjoner; støy (5 faktorer), luft (3 faktorer), nærmiljøkvalitet (2 faktorer), mobilitet (3 faktorer), kvaliteter inne (4 faktorer) og kvalitet ute (3 faktorer). Graderes på 5-punkt skala fra «i svært liten grad tilfredsstillende» til «svært stor grad tilfredsstillende».	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Planforslag (reguleringsplaner)	Forslagsteller, planforslag og prosjekter	Ikke fokus på sosial ulikhet

**Forkortelser:** HIA, Health impact assessment; UrHIST, Urban HIA screening tool; UrHIA, Urban HIA methodology; URBAN-ISS, Urbanisme et Inégalités Sociales de Santé; HKU, Helsekonsekvensutredning; HEIA, Health Equity Impact Assessment; HUDU, Healthy Urban Development Unit.

**Vedlegg 3.** Oversikt over identifiserte veiledere og verktøykasser. Fargekodene indikerer om metodikk/veileder er hentet fra forskningslitteraturen (grønn) eller fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner (grå).

VEILEDERE OG VERKTØYKASSER								
Kjennetegn				Relevans og anvendbarhet				
Ref.	År	Land	Om verktøyet eller metodikken	Evaluert	Trinn	Anvendelsesområde	Målgruppe	Sosial ulikhet
13	2019	Canada	Artikkelen viser til EFHIA. Rammeverket ble utviklet gjennom Australasia samarbeidet i 2004, og har senere blitt tilpasset ulike kontekster. EFHIA tar utgangspunkt i de prosessuelle trinnene, og har fokus på differensierede effekter mellom befolkningsgrupper og hvorvidt disse forskjellene er urettferdige/kan unngås. Målet er å identifisere og redusere utilsiktede konsekvenser som kan forsterke helseulikheter.	Ja	Screening Scoping Identifisering Vurdering Anbefaling og beslutningstaking Evaluering og oppfølging	Politiske saker/saksfremlegg, planforslag (reguleringsplaner)	Planleggere, saksbehandlere og beslutningstakere på alle nivåer, lokalsamfunnet og andre interessenter	Differensierer mellom grupper, for å kunne identifisere, vurdere og redusere konsekvenser som kan forsterke sosiale ulikheter.
14	2024	Se neste kolonne	Artikkelen identifiserer og vurderer eksisterende veiledere og verktøykasser for HKU, hvorav 20 av disse er av relevant for planlegging: 1) Mersey Guidelines for HIA (England, 2001) 2) European Policy HIA: A Guide (EU, 2004) (se ref. 17) 3) A Guide to HIA: A Policy tool (New Zealand, 2005) 4) Rapid HIA Toolkit (USA, 2007) 5) HIA: A Practical Guide (Australia, 2007) 6) Whanau Ora HIA (New Zealand, 2007) 7) Introduction to Health Impact Assessment (IFC, 2009) (se ref. 21) 8) HIA: A Guide for Practice (USA, 2011) 9) A HIA Toolkit. A Handbook to conducting HIA (USA, 2011) 10) Mental Well-Being Impact Assessment (England, 2011) 11) HIA: A Practical Guide (Wales, 2012) 12) UrHIA (England, 2015) (se ref. 23) 13) Technical Guidance for HIA in Alaska (USA, 2015) 14) Health Inequalities Impact Assessment (Skottland, 2016) 15) HIA Toolkit for Planners (USA, 2016) (se ref. 25) 16) HIA Guidance for Practitioners (Skottland, 2016) 17) Planning Guidance for HIA (Skottland, 2017) 18) HIA in transport related to children (Spania, 2020)	Ja	De ulike veilederne dekker de ulike trinnene	Politiske saker/saksfremlegg, planforslag (reguleringsplaner)	Veilederne har ulike målgrupper, men de fleste er utarbeidet for beslutningstakere og saksbehandlere på ulike nivåer.	Kun to av veilederne ivaretar sosial ulikhet godt, mens 11 scorer middels. De resterende syv scorer dårlig når det gjelder ivaretakelse av sosial ulikhet.  <u>Godt: 6) og 10)</u>  <u>Middels: 2), 3), 5), 8), 9), 11), 12), 14), 16), 17) og 20)</u>  <u>Dårlig: 1), 4), 7), 13), 15), 18) og 29)</u>

			19) HIA Guidance: A Manual and Technical Guidance (Irland, 2021) (se ref. 29 og 30) 20) HIA and Local Development Plans: A Toolkit for Practice (Wales, 2021) (se ref. 32)					
15	Uten år	Norge	Veileder for saksbehandlere utarbeidet av Stavanger kommune basert på nasjonal strategi for sosial utjevning og WHC-prinsipper. Gir en innføring i hvorfor og når HKU bør utføres. Veilederen dekker følgende tema familie og oppvekstvilkår, skole og utdanning, arbeidsliv og arbeidsmiljø, levestandard og helsekompetanse, bomiljø og nærmiljø, sykdomsforebygging, inkludering og mangfold og klima og miljø.	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Planforslag (reguleringsplaner)	Kommunale saksbehandlere	Utjevning av sosial ulikhet trekkes frem i veilederen. Flere sosiale determinanter er også inkludert i temaene.
16	Uten år	Wales	Veileder for HKU i fem trinn fra Public Health Wales, Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU). Inneholder sjekklistor for blant annet determinanter for helse og livskvalitet og sårbare grupper.	Nei	Screening Scoping Vurdering Anbefalinger Monitorering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Inkluderer en egen sjekkliste for sårbare og utsatte grupper.
17	2004	Europa	Veileder for HKU av EU politikk utarbeidet av Europakommisjonen. Veilederen viser til en utredningsprosess i seks trinn og forestår tre ulike omfang på vurderinger, herunder skrivebordsbaserte, raske og omfattende.	Ja	Screening Scoping Vurdering Rapportering Monitorering Evaluering	Politiske saker/saksfremlegg og prosjekter i EU	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Sosial ulikhet skal ivaretas gjennom hele prosessen.
18	2005	Sverige	Veileder for HKU utviklet av Statens folkhelseinstitut i fem trinn. Veilederen viser til eksempler på temaområder og sjekklistor, og har fokus på sosial og miljømessig bærekraft.	Nei	Screening Planlegging Analyse Sammenstilling og anbefalinger Oppfølging og evaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Sosial ulikhet skal ivaretas gjennom hele prosessen. Sjekklisten inneholder også eget spørsmål om sosial ulikhet.
19	2007	Australia	Veileder for HKU fra Australia med seks trinn. Veilederen presenterer flere case studier, screeningverktøy og sjekklistor.	Ja	Screening Scoping Identifisering Vurdering Anbefalinger Evaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Veilederen har med sosial ulikhet som et veileddende prinsipp.

20	2008	Danmark	Veileder for hvordan gjennomføre en HKU basert på de seks trinnene beskrevet av WHO fra Sundhetsstyrelsen.	Nei	Screening Scoping Analysering Rapportering Anbefalinger Evaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Sosial ulikhet fremheves som en av flere grunner for hvorfor HKU er viktig.
21	2009	Global	Veileder om god praksis for potensielle helseeffekter i lokalsamfunn som følge av prosjektutvikling utviklet av International Finance Corporation (IFC). Veiledingen støtter IFC sine ytelsesstandarder for sosial og miljømessig bærekraft, og følger en seks-trinns prosess.	Ja	Screening Scoping Risikovurdering Handlingsplan Implementering Evaluering	Utviklingsprosjekter	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Sosial ulikhet ligger til grunn i et globalt-sør-perspektiv.
22	2010	UK	Veileder fra helsedepartementet for hvordan utføre en HKU av offentlig politikk med forslag til sjekkliste.	Nei	Screening Identifisering Prioritering Analysering Anbefalinger	Politiske saker/saksfremlegg	Politiske beslutningstakere	Ikke fokus på sosial ulikhet, men noen sosiale determinanter er inkludert.
23	2015	England	Veilederen UrHIA er utviklet ved Universitetet i Liverpool for omfattende HKU med 11 prosesstrinn. Veilederen inneholder også forslag til sjekklisten UrHIST og verktøy.	Ja	Screening Scoping Policy analyse Hetsprofil Datainnsamling Analyse Anbefalinger Prosessevaluering Monitøring Effektevaluering Resultatevaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Har med enkeltpørsmål om sosiale determinanter i sjekklisten.
24	2016	Skottland	Veileder for HKU fra Scottish Health and Inequity Impact Assessment network (SHIAN) i seks trinn. Inneholder også en sjekkliste med fokus på ulike grupper i befolkningen, helseatferd, sosialt miljø, fysisk miljø, tilgang til tjenester og sosial ulikhet.	Nei	Screening Scoping Organisering Anbefalinger monitøring	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Sosial ulikhet skal ivaretas gjennom hele prosessen. Et eget spørsmål om sosial ulikhet i sjekklisten.
25	2016	USA	Veileder utviklet av American Planning Association som følger WHO sine seks trinn. Inneholder også eksperttips og en omfattende liste med ressurser og ulike sjekklisteler.	Ja	Screening Scoping Vurdering Anbefalinger Rapportering Monitøring	Kommuneplaner, planforslag, prosjektplaner og politiske saker	Planleggere	Ikke fokus på sosial ulikhet, men noen sosiale determinanter er inkludert.

26	2017	Norge	Veileder for HKU i fem trinn fra Helsedirektoratet. Har en sjekkliste som dekker inntekt og levekår, miljøfaktorer, oppvekst og utdanning, arbeid og sysselsetting, bolig og nærmiljø, transport og infrastruktur, mat og ernæring, helse- og omsorgstjenester, samt deltagelse og inkludering.	Nei	Screening Scoping Vurdering Rapportering Oppfølging	Overordnede planer, planforslag (reguleringsplaner)	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Ikke fokus på sosial ulikhet, men sosiale determinanter er inkludert i sjekklisten.
27	2019	England	Veileder for HKU i fem trinn utviklet av NHS London HUDU Inkluderer en sjekkliste med 11 dimensjoner som skal vurderes for relevans og potensielle helsekonsekvenser (se ref. 7).	Nei	Screening Scoping Vurdering Rapportering Oppfølging	Overordnede planer, planstrategier, planforslag, (reguleringsplaner) og byfornyning	Utviklere, konsulenter, lokale myndigheter, innbyggere og organisasjoner	Har med enkeltpørsmål om sosial ulikhet i sjekklisten.
28	2020	England	Veileder fra Public Health England som viser hvordan HKU kan brukes i planleggingssystemet for å identifisere helsemessige fordeler og ulemper ved planer og utviklingsprosjekter. Veileddningen beskriver helseutfall som påvirkes av planlegging, hvordan disse kan optimaliseres gjennom planutvikling og planleggingssøknader, samt hvordan helse kan vurderes i andre typer konsekvensutredninger.	Nei	Screening Scoping Vurdering	Overordnede planer, planforslag (reguleringsplaner)	Offentlige helse- og planleggings-team i kommuner, utbyggere og konsulenter	Sosial ulikhet i helse er en av flere faktorer som skal vurderes.
29	2021	Irland	Veileder for omfattende HKU i sju trinn fra Institute of Public Health Irland. Veilederen dekker helsekonsekvensutredninger og vurdering av konsekvenser for helse i konsekvensutredninger for miljø og klima.	Ja	Screening Scoping Analyse Rapportering Implementering Monitøring Evaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer, innbyggere, organisasjoner og praktikere	Sosial ulikhet skal ivaretas gjennom hele prosessen.
30	2021	Irland	Verktøykasse for HKU fra Institute of Public Health Irland. Inneholder flere sjekklistebilder og verktøy knyttet til de fire første trinnene av HKU.	Ja	Screening Scoping Analyse Rapportering	Universell verktøykasse for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer, innbyggere, organisasjoner og praktikere	Sosial ulikhet skal ivaretas gjennom hele prosessen.
31	2021	USA	Veileder basert på best practice prinsipper fra International Association for Impact assessments.	Nei	Screening Scoping Vurdering Rapportering Monitøring Evaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Har med sosial ulikhet som et veiledende prinsipp

32	2021	Wales	Veileder og verktoysett utviklet av Public Health Wales, WHIASU, for planleggingssektoren og folkehelsemyndighetene. Formålet med veilederen og verktoysettet er å maksimere helse og livskvalitet gjennom arealplanlegging.	Ja	Screening Scoping Vurdering Anbefalinger Monitorering	Overordnede planer, planforslag (reguleringsplaner)	Folkehelse- rådgivere, arealplaneleggere, andre planleggere og rådgivere innen miljørettet helsevern	Sosial ulikhet skal ivaretas gjennom hele prosessen.
33	2023	Europa	Veileder for HKU fra WHO i seks trinn. Gjennom hele prosessen vektlegges medvirkning av berørte innbyggergrupper, for å sikre legitimitet og lokal forankring.	Nei	Screening Scoping Vurdering Rapportering Beslutningstakring Overvåking	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Sosial ulikhet fremheves som en av flere grunner for hvorfor HKU er viktig.
34	2024	Canada	Veileder for omfattende HKU i syv trinn fra Health Canada. Inneholder en rekke sjekklistér og oversikt over helsedeterminanter.	Nei	Screening Scoping Analyse Rapportering Implementering Monitorering Evaluering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere og saksbehandlere på alle nivåer	Har fokus på sosiale determinanter i innledningen.
35	2025	Skottland	Veileder utviklet av Public Health Scotland Health Impact Assessment Support Unit og SHIIAN som dekker seks trinn.	Nei	Screening Scoping Interessent- verksted Vurdering Anbefalinger Monitorering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Praktikere	Har med sosial ulikhet som et fokusområde.
36	2025	Norge	Veileder utarbeidet av Nordre Follo for helsevurderinger i reguleringsplanprosessen. Tar utgangspunkt i kommunens folkehelseutfordringer og dekker ulike temaområder som kan være viktige å vurdere, herunder inkluderende boligområder og boliger, møteplasser, felleslokaler og -løsninger, opplevd trygghet, gode og tilgjengelige uteområder, grøntområder og vegetasjon, tilgang til nærområder og tjenester, støy, sol, skygge og dagslys.	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Planforslag (reguleringsplaner)	Forslagsstiller og saksbehandlere i kommunen	Ikke fokus på sosial ulikhet, men temaene dekker sosiale determinanter.

**Forkortelser:** EFHIA, Equity-Focused Health Impact Assessment; HKU, Helsekonsekvensutredning; HIA, Health impact assessment; WHO, Verdens helseorganisasjon; UrHIA, Urban HIA methodology; UrHIST, Urban HIA Screening Tool; IFC, International Finance Corporation; SHIIAN, Scottish Health and Inequity Impact Assessment network; NHS, National Health Service; HUDU, Healthy Urban Development Unit; WHIASU, Wales Health Impact Assessment Support Unit.

**Vedlegg 4.** Oversikt over identifiserte verktøy og metoder for analyser og vurderinger av helsekonsekvenser. Fargekodene indikerer om metodikk/veileder er hentet fra forskningslitteraturen (grønn) eller fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner (grå).

VERKTØY OG METODER FOR ANALYSER OG VURDERINGER AV HELSEKONSEKVENSER								
				Relevans og anvendbarhet				
Ref.	År	Land	Om verktøyet eller metodikken	Evaluert	Trinn	Anvendelsesområde	Målgruppe	Sosial ulikhet
37	2018	Global	<p>Artikkelen oppsummerer forskningsstatus for HKU innen transportplanlegging fra 8 forskjellige land. Følgende fem kvantitative verktøy for bruk i vurderingsarbeidet ble identifisert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Economic Assessment Tool</li> <li>• Integrated Transport and Health Impact Model Tool</li> <li>• Healthy Development Measurement Tool</li> <li>• Pedestrian Environmental Quality Index</li> <li>• Bicycle Environmental Quality Index</li> </ul>	Nei	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Over 75% av HKU vurderte hvordan determinanter påvirket sosial ulikhet. 85 % av HKU identifiserte spesifikke sårbare grupper.
38	2019	Canada	<p>Artikkelen viser til Health Economic Assessment Tool (se ref. 46) og DYNAMO-HIA, og sistnevnte omtales nærmere her. DYNAMO-HIA er et generisk og fritt tilgjengelig programvareverktøy utviklet for å estimere langsiktige helseeffekter av endringer i risikofaktorer i befolkningen. Anvendelig i hele EU.</p>	Ja	Vurdering	Politikk	Kan brukes av en rekke aktører, men krever teknisk kompetanse og at data er tilgjengelig.	Kan ta hensyn til sosiale ulikheter, men data må være tilgjengelig for å kunne stratifisere i undergrupper.
39	2020	Italia	<p>Artikkelen viser til metodikk for å beregne helsekonsekvenser av luftforurensning i HKU, herunder tilskrivbar risiko, tilskrivbar andel, befolkningstilskrivbar andel og absolutt økning i sykdomsforekomst i populasjonen grunnet eksponeringen.</p>	Nei	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Epidemiologer og statistikere	Kan ta hensyn til sosiale ulikheter, men data må være tilgjengelig for å kunne stratifisere i undergrupper.
40	2021	Australia	<p>Artikkelen presenterer planleggingsstøttesystemer for bruk i utredningsarbeid. PPS er datadrevne geovisualiseringsverktøy som består av romlige data, modeller og geovisualisering. Systemene muliggjør dynamisk simulering, testing og vurdering av planer og tiltak. Helseutfall av interesse kobles til romlige data for å evaluere de potensielle effektene av ulike planer. Tre ulike programvareapplikasjoner kan benyttes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CommunityViz (<a href="https://communityviz.com/">https://communityviz.com/</a>)</li> <li>• Envision Tomorrow (<a href="https://envisiontomorrow.org/">https://envisiontomorrow.org/</a>)</li> <li>• Urban Footprint (<a href="https://urbanfootprint.com/">https://urbanfootprint.com/</a>)</li> </ul>	Nei	Vurdering	Overordnede planer, planforslag (reguleringsplaner)	Kan brukes av en rekke aktører involvert i plan- og beslutningsprosesser, men krever tilgang til GIS verktøy og tilstrekkelig teknisk kompetanse.	Ikke fokus på sosial ulikhet

41	2021	Frankrike	Artikkelen presenterer et rammeverk for å vurdere samhørighet (social cohesion) i utredninger for planleggingsformål. Rammeverket dekker både fysiske og sosiale aspekter og tar sikte på å vurdere faktorer som tilgang på og type offentlig rom, tilgjengelighet til offentlige rom, gavvenlighet, variasjon i funksjoner, sosialt mangfold og opplevelse av trygghet og tilhørighet.	Nei	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Ikke fokus på sosial ulikhet
42	2023	Global	Artikkelen sammenstiller modelleringsmetoder for HKU innen transportplanlegging og kartlegger i hvilken grad konsekvenser for sosial ulikhet er vurdert når ulike modelleringsmetoder benyttes. Følgende verktøy ble identifisert, hvorav de tre førstnevnte er mest brukt på tvers av studier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komparativ risikovurdering</li> <li>• Health Economic Assessment Tool</li> <li>• Integrated Transport and Health Impact Model Tool</li> <li>• Kost-nytte analyser</li> <li>• Multi-state life table</li> <li>• Cohort Markov-modell</li> <li>• Skaderisikomodell</li> <li>• DYNAMO-HIA</li> <li>• TAPAS model</li> <li>• Blue Active Tool</li> </ul>	Nei	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Flere av metodene tar høyde for differensierte effekter av ulike faktorer på helse i befolkningen.  Studiene som benyttet kost-nytte analyser, skaderisikomodell, Blue Active Tool og TAPAS tok ikke høyde for sosial ulikhet.
43	2023	USA	Artikkelen presenterer en gjennomgang av utførte HKU knyttet til transportplanlegging i USA. Formålet var å undersøke hvordan sosial ulikhet ble ivaretatt i planene, og hvilke metoder som ble brukt. Metodene som ble identifisert var: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografiske data om befolkningen</li> <li>• Spørreundersøkelser</li> <li>• Litteraturgjennomganger</li> </ul>	Nei	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Metodikken skal ivareta sosial ulikhet i både datagrunnlag og anbefalinger.
44	2025	Global	Artikkelen kartlegger metoder for å vurdere sosiale ulikheter i HKU. Kvantitative tilnærmingar, inkludert modellering av sammenhenger mellom eksponering og et utfall og GIS kartlegging, blir ofte brukt. Kvalitative metoder, som fokusgrupper, intervjuer og deltakerorienterte verktøy gir informasjon om sårbarere befolkningsgruppars erfaringer med lokale tiltak.	Nei	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Alle metodene tar høyde sosial ulikhet. Dette ble imidlertid gjort på svært forskjellige måter i de ulike studiene.

45	Uten år	Global	Health Equity Assessment Toolkit er et programvareverktøy som gjør det mulig å utforske, analysere og rapportere helseulikheter. Verktøyene er utviklet av WHO. Ulikheter kan vurderes gjennom disaggregert data og oppsummerende mål for helseulikhet, visualisert i interaktive grafer, kart og tabeller. Resultatene kan eksporteres og lagres i ulike formater.	Nei	Vurdering	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	Utviklet for å måle sosial ulikhet.
46	Uten år	Global	Health Economic Assessment Tool er et brukervennlig, nettbasert verktøy utviklet av WHO som brukes til å estimere helse- og økonomiske konsekvenser av økt gange og sykling.	Ja	Vurdering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert
47	2008	Sverige	Introduksjon til kvantitative metoder i HKU av Statens folkhälsoinstitut med särlig fokus på kost-nytte analyser.	Nei	Vurdering	Ikke spesifisert	Folkehelse-analytikere, beslutningstakere	Ikke spesifisert
48	2010	UK	Veileder for hvordan kvantifisere helsekonsekvenser av politikkutforming utarbeidet av Helsedepartementet i Storbritannia.	Nei	Vurdering	Universell veileder for bruk på alle nivåer	Beslutningstakere, analytikere, spesialister	Veilederen har et eget kapittel om equity
49	2011	Sverige	Oversikt utarbeidet av Statens folkhälsoinstitut over tilgjengelige metoder for kvantitative vurderinger og analysemetoder for miljø og fysisk aktivitet. Oversikten redegjør for ulike måle - og analysemetoder.	Nei	Vurdering	Alle nivåer	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert
50	2016	USA	Samling utviklet av U.S. Environmental Protection Agency som inkluderer verktøy og ressurser knyttet til selve utredningsprosessen, samt verktøy som kan brukes til å samle inn og analysere data, etablere en grunnprofil, vurdere potensielle helseeffekter og fastsette referanseverdier og indikatorer for overvåking og evaluering.	Nei	Vurdering	Ikke spesifisert	Alle aktører involvert i HKU.	Ikke spesifisert

**Forkortelser:** HKU, Helsekonsekvensutredning; DYNAMO-HIA, Dynamic Modeling for Health Impact Assessment; PPS, planleggingsstøttesystemer; TAPAS, Transportation, Air Pollution and Physical Activities model; GIS, geografiske informasjonssystemer; UK, United Kingdom.

**Vedlegg 5.** Oversikt over identifiserte verktøy og metoder innbyggerinvolvering i helsekonsekvensutredninger. Fargekodene indikerer om metodikk/veileder er hentet fra forskningslitteraturen (grønn) eller fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner (grå).

METODIKK FOR INNBYGGERINVOLVERING I HELSEKONSEKVENSUTREDNINGER								
Kjennetegn				Relevans og anvendbarhet				
Ref.	År	Land	Om verktøyet eller metodikken	Evaluert	Trinn	Anvendelsesområde	Målgruppe	Sosial ulikhet
51	2017	Global	<p>Artikkelen viser til tre kategorier med metoder som brukes for innbyggerinvolvering i HKU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoder for kunnskapsimhenting; intervjuer, innbyggermøter, spørreundersøkelser, arbeidsverksted, photovoice, walk-alongs</li> <li>• Metoder for å sikre inkludering av lokalsamfunn i prosesser: styringsgruppermøter, høringer, kommunikasjon og lokalsamfunnsutvalg</li> <li>• Metoder for å bygge kapasitet i lokalsamfunnet om utredninger: kursvirksomhet</li> </ul>	Nei	Ikke spesifisert	Politiske saker/saksfremlegg, planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Avhengig av utredningenes fokus kan metodikken brukes på ulike grupper og sikre at sårbare grupper også er inkludert i prosessene.
52	2025	Skottland	<p>Temaliste fra Public Health Scotland Health Impact Assessment Support Unit ment som et hjelpemiddel for å identifisere potensielle påvirkninger i arbeidsverksteder med ulike aktører. Temalisten kan også brukes som del av vurderingsfasen for å avgjøre om man skal gjennomføre en HKU. Tema som blir listet opp er: hvilke populasjoner som blir berørt og hvordan (med fokus på sårbare grupper), positive og negative konsekvenser av helsedeterminanter og hvilke grupper som vil påvirkes (økonomisk miljø, sosialt miljø, sted og fysisk miljø, tilgang til og kvalitet på tjenester, og kommersielle og miljømessige påvirkninger på helse).</p>	Nei	Screening Vurdering Rapportering	Stakeholder workshops	Ikke spesifisert	Sosial ulikhet er et av temaene.

**Forkortelser:** HKU, Helsekonsekvensutredninger.

**Vedlegg 6.** Oversikt over identifiserte verktøy og metoder for kvalitetsvurdering av helsekonsekvensvurderinger. Fargekodene indikerer om metodikk/veileder er hentet fra forskningslitteraturen (grønn) eller fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner (grå).

VERKTØY OG METODER FOR Å KVALITETSVURDERING AV HELSEKONSEKVENSVURDERINGER								
Kjennetegn				Relevans og anvendbarhet				
Ref.	År	Land	Om verktøyet eller metodikken	Evaluert	Trinn	Anvendelsesområde	Målgruppe	Sosial ulikhet
53	2019	Wales	<p>Artikkelen presenterer et rammeverk med tilhørende verktøy for kvalitetsvurdering av HKU. Verktøyet er utformet i samsvar med myndighetenes prioriteringer i Wales, men inneholder mange prinsipper for kvalitetsvurdering som kan anvendes i praksis i andre land. Formålet med rammeverket og verktøyet er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å bidra til en felles forståelse av hvordan en utredning av høy kvalitet ser ut.</li> <li>• Sikre at kunnskapen som benyttes for å informere beslutninger som påvirker helse og livskvalitet er solid og inkluderende.</li> <li>• Sikre at folk får mulighet til å delta i beslutninger.</li> <li>• Sikre at helse, livskvalitet og sosial ulikhet er vurdert på en helhetlig, systematisk og solid måte.</li> </ul> <p>Verktøyet er utformet som en vurderingsmatrise, med tilhørende veiledning (se ref. 54).</p>	Ja	<p>Ikke relevant (verktøyet inneholder vurderingskriterier som i stor grad sammenfaller med de prosessuelle trinnene).</p>	<p>Kan anvendes på et bredt spekter av HKU, inkludert de som vurderer politikk, overordnede planer og planforslag (reguleringsplaner).</p>	<p>Planleggere, saksbehandlere, beslutningstakere, konsulenter, andre som kvalitetssikrer utredninger og innbyggere.</p>	<p>Verktøyet inneholder vurderingskriterier som ivaretar sosial ulikhet i helse.</p>
54	2017	Wales	Rammeverk og verktøy med kriterier for kvalitetssikring av HKU utviklet av Public Health Wales, Wales Health Impact Assessment Support Unit (se ref. 53).	Ja	<p>Ikke relevant (verktøyet inneholder vurderingskriterier som i stor grad sammenfaller med de prosessuelle trinnene).</p>	<p>Kan anvendes på et bredt spekter av HKU, inkludert de som vurderer politikk, overordnede planer og planforslag (reguleringsplaner).</p>	<p>Planleggere, saksbehandlere, beslutningstakere, konsulenter, andre som kvalitetssikrer utredninger og innbyggere.</p>	<p>Verktøyet inneholder vurderingskriterier som ivaretar sosial ulikhet i helse.</p>

**Forkortelser:** HKU, Helsekonsekvensutredninger.

**Vedlegg 7.** Oversikt over andre ressurser for integrering av helsevurderinger i andre konsekvensutredninger. Fargekodene indikerer om metodikk/veileder er hentet fra forskningslitteraturen (grønn) eller fra aktuelle myndigheter, offentlige organer og institusjoner (grå).

RESSURSER FOR INTEGRERING AV HELSEVURDERINGER I ANDRE KONSEKVENSETREDNINGER								
Kjennetegn				Relevans og anvendbarhet				
Ref.	År	Land	Om verktøyet eller metodikken	Evaluert	Trinn	Anvendelsesområde	Målgruppe	Sosial ulikhet
55	2019	Italia	Artikkelen viser til utviklingen av en veileder og konkrete verktøy for å innlemme vurderinger av helsekonsekvenser i kvensutredninger for miljø og klima. Veilederen er utviklet basert på eksisterende forskning, og tar utgangspunkt i de prosessuelle trinnene fra WHO. Veilederen inneholder informasjon om hva en HKU er og dens formål. I tillegg beskrives det politiske og juridiske rammeverket som ligger til grunn, og det gis en innføring i helse og helsedeterminanter. Prosedyrer og verktøy som støtter de ulike prosessuelle trinnene er gitt i veilederen.	Nei	Screening Scoping Vurdering Rapportering Monitorering	Planforslag (reguleringsplaner)	Ikke spesifisert	Ulike grupper i befolkningen som påvirkes skal identifiseres og karakteriseres.
56	2017	England	Notat fra Public Health England der målet er å øke bevisstheten blant folkehelseansvarlige om kvensutredninger for miljø og klima. Notatet beskriver når og hvordan folkehelseteam kan bidra i prosessen etter at endringer i loververket i England presiserer at "befolknign og menneskers helse" er blant temaene som skal vurderes i en konsekvensutredning for miljø og klima.	Nei	Ikke relevant	Konsekvensutredning for miljø og klima	Folkehelserådgiver og koordinatorer	Ikke spesifisert
57	2020	Europa	Veileder utarbeidet av IAIA og EUPHA for praktikere og andre relevante instanser for å kunne vurdere folkehelsehensyn i konsekvensutredninger for miljø og klima.	Nei	Ikke relevant	Konsekvensutredning for miljø og klima	Helsemyndigheter	Sosial ulikhet er løftet frem som viktig tema.
58	2023	Europa	Nettressurs utviklet av WHO med fire policy-notater for politiske beslutningstakere. Notatene omhandler helsekonsekvensutredninger; hvordan helse og trivsel kan innlemmes ytterligere i andre konsekvensutredninger; og hvordan slike vurderinger henger sammen med folkehelsepraksis.	Nei	Ikke relevant	Planer på alle nivå, konsekvensutredning for miljø og klima	Politiske beslutningstakere	Ikke spesifisert

**Forkortelser:** HKU, Helsekonsekvensutredninger; IAIA, Association for Impact Assessment; EUPHA, European Public Health Association.

## Referanser

1. Cartier, Y., Benmarhnia, T., & Brousselle, A. (2015). Tool for assessing health and equity impacts of interventions modifying air quality in urban environments. *Evaluation and program planning*, 53, 1-9.
2. McCallum, L. C., Ollson, C. A., & Stefanovic, I. L. (2016). Prioritizing health: a systematic Approach to scoping determinants in Health Impact Assessment. *Frontiers in Public Health*, 4, 170.
3. Bert, F., Gualano, M. R., Di Stanislao, F., Siliquini, R., Tozzi, Q., Pizzuti, R., ... & HIA Collaborating Group. (2016). Development of guidelines for health impact assessment in Southern Italy. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22(4), 395-402.
4. Pennington, A., Dreaves, H., Scott-Samuel, A., Haigh, F., Harrison, A., Verma, A., & Pope, D. (2017). Development of an Urban Health Impact Assessment methodology: indicating the health equity impacts of urban policies. *The European Journal of Public Health*, 27(suppl\_2), 56-61.
5. Bretagne, G., Blanc-Février, J., & Lang, T. (2022). Tackling social inequalities in health: acceptability and feasibility of a systematic approach toward health impact assessment of urban projects. *Global Health Promotion*, 29(2), 5-13.
6. Olyaeemanesh, A., Takian, A., Mostafavi, H., Mobinizadeh, M., Bakhtiari, A., Yaftian, F., ..., & Mohamadi, E. (2023). Health Equity Impact Assessment (HEIA) reporting tool: developing a checklist for policymakers. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 241.
7. Callway, R., Le Gouais, A., Bird, E. L., Chang, M., & Kidger, J. (2023). Integrating health into local plans: A comparative review of health requirements for urban development in seven local planning authorities in England. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4079.
8. Nordre Follo kommune. (u.å). Helsekonsekvensvurdering (HKV) for plansaker.
9. Molde kommune. (u.å). Folkehelsevurdering
10. Dahlgren, K. & Ese, J. (2015). Fra folkehelse i alt vi gjør, til folkehelse på 1-2-3. Følgeevaluering av pilotprosjekt med helsekonsekvensvurderinger i fire østfoldkommuner. Rapport, Høgskolen i Østfold. Tilgjengelig fra: <https://ostfoldhelsa.no/wp-content/uploads/2016/07/Foelgeevalueringsrapporten.pdf>
11. Haugesund kommune. (2019). Konsekvenser for folkehelse i plansaker. En enkel helsekonsekvensvurdering av planforslag og prosjekter.
12. Oslo kommune. (2025). Mal for folkehelsevurdering.
13. Buse, C. G., Lai, V., Cornish, K., & Parkes, M. W. (2019). Towards environmental health equity in health impact assessment: innovations and opportunities. *International journal of public health*, 64(1), 15-26.
14. McDermott, R., Douglas, M. J., Haigh, F., Takemon, N., & Green, L. (2024). A systematic review of whether Health Impact Assessment frameworks support best practice principles. *Public Health*, 233, 137-144.
15. Stavanger kommune. (u.å). Helsekonsekvensutredning: En kortversjon\* av veileder for saksbehandlere". Tilgjengelig fra: [https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/helse-og-omsorg/folkehelse/folkehelsestrategi-2023/helsekonsekvensutredning\\_-en-veileder-til-saksbehandlere-2.pdf?e=KMVMQ](https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/helse-og-omsorg/folkehelse/folkehelsestrategi-2023/helsekonsekvensutredning_-en-veileder-til-saksbehandlere-2.pdf?e=KMVMQ)
16. Public Health Wales, Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU) (u.å). Health Impact Assessment A practical guide. Tilgjengelig fra: [https://phwwhocc.co.uk/whiasu/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/HIA\\_Tool\\_Kit\\_V2\\_WEB-1.pdf](https://phwwhocc.co.uk/whiasu/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/HIA_Tool_Kit_V2_WEB-1.pdf)

17. European Policy Health Impact Assessment – A Guide. (2004). Tilgjengelig fra:  
[https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_a6\\_frep\\_11\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a6_frep_11_en.pdf)
18. Statens folkhälsoinstitut. (2005). Vägledning för Hälsokonsekvensbedömningar. Med fokus på social och miljömässig hållbarhet.
19. Harris, P., Harris-Roxas, B., Harris, E., & Kemp, L. (2007). Health Impact Assessment: A Practical Guide, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. Tilgjengelig fra:  
[https://www.globalgovernancewatch.org/docLib/20140206\\_Health\\_Impact\\_Assessment\\_A\\_Practical\\_Guide.pdf](https://www.globalgovernancewatch.org/docLib/20140206_Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf)
20. Sundhedsstyrelsen. (2008). Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis. Tilgjengelig fra: <https://www.sst.dk-/media/Udgivelser/2008/CFF/sundhedskonsekvens/Sundhedskonsekvensvurdering2008,-d-.pdf.ashx>
21. International Finance Corporation. (2009). Introduction to Health Impact Assessment. Tilgjengelig fra:  
<https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/mgrt/healthimpact.pdf>
22. Department of Health and Social Care, UK. (2010). Health Impact Assessment of Government Policy. Tilgjengelig fra:  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c70f4ed915d48c240fbfc/dh\\_120110.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c70f4ed915d48c240fbfc/dh_120110.pdf)
23. Dreaves, H., Pennington, A., & Scott-Samuel A. (2015). Urban Health Impact Assessment methodology (UrHIA). Liverpool: IMPACT, University of Liverpool. Tilgjengelig fra: [https://liverrepository.liverpool.ac.uk/2018902/1/Urban\\_HIA\\_guide\\_2015.pdf](https://liverrepository.liverpool.ac.uk/2018902/1/Urban_HIA_guide_2015.pdf)
24. American Planning Association (APA) (2016). Health Impact Assessment Toolkit for Planners. Tilgjengelig fra: [https://planning-org-uploaded-media.s3.amazonaws.com/publication/download\\_pdf/Health-Impact-Assessment-Toolkit.pdf](https://planning-org-uploaded-media.s3.amazonaws.com/publication/download_pdf/Health-Impact-Assessment-Toolkit.pdf)
25. Douglas, M. (2016). Health impact assessment guidance for practitioners. Scottish health and inequality impact assessment network (SHIAN). Tilgjengelig fra: <https://www.scotphn.net/wp-content/uploads/2015/11/Health-Impact-Assessment-Guidance-for-Practitioners-SHIAN-updated-2019.pdf>
26. Helsedirektoratet. (2017). Helsekonsekvensutredning. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsearbeid-i-kommunen/helsekonsekvensutredning>
27. NHS London Healthy Urban Development Unit (HUDU). (2019). Rapid Health Impact Assessment Tool. Tilgjengelig fra:  
<https://www.healthyurbandevelopment.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/10/HUDU-Rapid-HIA-Tool-October-2019.pdf>
28. Public Health England. (2020). Health Impact Assessment in spatial planning. A guide for local authority public health and planning teams.  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f93024ad3bf7f35f184eb24/HIA\\_in\\_Planning\\_Guide\\_Sept2020.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f93024ad3bf7f35f184eb24/HIA_in_Planning_Guide_Sept2020.pdf)
29. Pyper, R., Cave, B., Purdy, J. & McAvoy, H. (2021). Health Impact Assessment Guidance: A Manual. Standalone Health Impact Assessment and health in environmental assessment. Institute of Public Health. Dublin and Belfast. Tilgjengelig fra:  
[https://publichealth.ie/sites/default/files/resources/HIA%20Guidance%20A%20Manual\\_2.pdf](https://publichealth.ie/sites/default/files/resources/HIA%20Guidance%20A%20Manual_2.pdf)
30. Pyper, R., Cave, B., Purdy, J. & McAvoy, H. (2021). Health Impact Assessment Guidance: Technical Guidance. Standalone Health Impact Assessment and health in environmental assessment. Institute of Public Health. Dublin and Belfast. Tilgjengelig fra:  
[https://publichealth.ie/sites/default/files/resources/HIA%20Guidance%20A%20Manual\\_2.pdf](https://publichealth.ie/sites/default/files/resources/HIA%20Guidance%20A%20Manual_2.pdf)

31. Winkler, M.S., Viliani, F., Knoblauch, A.M., Cave, B., Divall, M., Ramesh, G., Harris-Roxas, B. & Furu, P. (2021). Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Special Publication Series No. 5. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment. Tilgjengelig fra: <https://iaia.org/wp-content/uploads/2025/02/BEST-PRACTICE-HIA.pdf>
32. Public Health Wales, Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU). (2021). Health Impact Assessment (HIA) and Local Development Plans (LDPs): A Toolkit for Practice. Tilgjengelig fra: <https://phw.nhs.wales/publications/publications1/health-impact-assessment-hia-and-local-development-plans-lbps-a-toolkit-for-practice/>
33. WHO Regional Office for Europe. (2023). A place in the public health toolbox: policy brief on health impact assessments and incorporating health into environmental assessments. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2023-8254-48026-71136>
34. Health Canada. (2024). Interim Guidance: Health Impact Assessment of Designated Projects under the Impact Assessment Act. Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada, Ottawa, Ontario. Tilgjengelig fra: [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2025/sc-hc/H129-134-2024-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2025/sc-hc/H129-134-2024-eng.pdf)
35. Public Health Scotland Health Impact Assessment Support Unit (HIASU) & Scottish Health and Inequalities Impact Assessment Network (SHIIAN). (2025). A Guide to Health Impact Assessment. Tilgjengelig fra: <https://publichealthscotland.scot/publications/a-guide-to-health-impact-assessment/>
36. Nordre Follo kommune. (2025). Folkehelse i reguleringsplanprosessen. Veileder.
37. Waheed, F., Ferguson, G. M., Ollson, C. A., MacLellan, J. I., McCallum, L. C., & Cole, D. C. (2018). *Health Impact Assessment of transportation projects, plans and policies: A scoping review*. *Environmental Impact Assessment Review*, 71, 17-25.
38. Buse, C. G., Lai, V., Cornish, K., & Parkes, M. W. (2019). Towards environmental health equity in health impact assessment: innovations and opportunities. *International journal of public health*, 64(1), 15-26.
39. Faustini, A., & Davoli, M. (2020). Attributable risk to assess the health impact of air pollution: advances, controversies, state of the art and future needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4512.
40. Hooper, P., Boulange, C., Arciniegas, G., Foster, S., Bolleter, J., & Pettit, C. (2021). Exploring the potential for planning support systems to bridge the research-translation gap between public health and urban planning. *International journal of health geographics*, 20(1), 36.
41. Romagon, J., & Jabot, F. (2021). The challenge of assessing social cohesion in health impact assessment. *Health Promotion International*, 36(3), 753-764.
42. Mizdrak, A., Tatah, L., Mueller, N., Shaw, C., & Woodcock, J. (2023). Assessing the health impacts of changes in active transport: An updated systematic review. *Journal of transport & health*, 33, 101702.
43. Fox, M. A., Sinkar, S., & Becharde, M. (2023). Health and equity in transportation health impact assessments: A retrospective analysis. *Journal of Transport & Health*, 32, 101675.
44. Properzi, S., Coa, A. A., Fiorilla, C., & Pasetto, R. (2025). Exploring methods to assess environmental health inequalities in health impact assessments of local interventions: a systematic review within the JA PreventNCD project. *Frontiers in Public Health*, 13, 1546394.
45. WHO. (u.å.). Health Equity Assessment Toolkit. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/data/inequality-monitor/assessment\\_toolkit](https://www.who.int/data/inequality-monitor/assessment_toolkit)
46. WHO. (u.å.). Health Economic Assessment Tool for walking and cycling. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/tools/heat-for-walking-and-cycling>

47. Brodin, H. & Hodge, S. (2008). A guide to quantitative methods in health impact assessment. Statens folkhälsoinstitut R2008:41. Tilgjengelig fra: <https://healthimpactassessment.pbworks.com/f/Guide+to+quantitative+methods+in+HIA++SNIPH+Sweden++2008.pdf>
48. Department of Health, UK. (2010). Quantifying health impacts of government policies. A how-to guide to quantifying the health impacts of government policies. Tilgjengelig fra: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216003/dh\\_120108.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216003/dh_120108.pdf)
49. Statens folkhälsoinstitut. (2011). Metoder för kvantitativa hälsokonsekvensbedömningar (HKB) miljö och fysisk aktivitet. Tilgjengelig fra: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/pdf/10.5555/20123039654>
50. U.S. Environmental Protection Agency. (2016). The Health Impact Assessment (HIA) Resource and Tool Compilation: A Comprehensive Toolkit for New and Experienced HIA Practitioners in the U.S. Tilgjengelig fra: [https://www.epa.gov/sites/default/files/2017-07/documents/hia\\_resource\\_and\\_tool\\_compilation.pdf](https://www.epa.gov/sites/default/files/2017-07/documents/hia_resource_and_tool_compilation.pdf)
51. Den Broeder, L., Uiters, E., Ten Have, W., Wagelmakers, A., & Schuit, A. J. (2017). Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature. *Environmental Impact Assessment Review*, 66, 33-42.
52. Public Health Scotland Health Impact Assessment Support Unit (HIASU). (2025). Health Impact checklist. Tilgjengelig fra: <https://publichealthscotland.scot/publications/health-impact-checklist/>
53. Green, I., Gray, B. J., Edmonds, N., & Parry-Williams, L. (2019). Development of a quality assurance review framework for health impact assessments. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 37(2), 107-113.
54. Wales Health Impact Assessment Support Unit. (2017). Quality Assurance Review Framework for Health Impact Assessment. Tilgjengelig fra: [https://phwwwhocc.co.uk/whiasu/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/QA\\_Interactive\\_PDF\\_version\\_eng.pdf](https://phwwwhocc.co.uk/whiasu/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/QA_Interactive_PDF_version_eng.pdf)
55. Linzalone, N., Bianchi, F., Curzio, O., Serasini, L., Natali, M., & T4HIA Project Working Group. (2019). Theory and practice to integrating health in environmental assessment: Synthesis of an experience with stakeholders to deliver a national HIA guideline. *Environmental Impact Assessment Review*, 77, 49-59.
56. Public Health England. (2017). Health and Environmental Impact Assessment: A Briefing for Public Health Teams in England. Tilgjengelig fra: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82312440f0b6230269b540/Health\\_and\\_environmental\\_impact\\_assessment.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82312440f0b6230269b540/Health_and_environmental_impact_assessment.pdf)
57. Cave, B., Claßen, T., Fischer-Bonde, B., Humboldt-Dachroeden, S., Martín-Olmedo, P., Mekel, O., Pyper, R., Silva, F., Viliani, F., Xiao, Y. (2020). Human health: Ensuring a high level of protection. A reference paper on addressing Human Health in Environmental Impact Assessment. As per EU Directive 2011/92/EU amended by 2014/52/EU. International Association for Impact Assessment and European Public Health Association. Tilgjengelig fra: <https://db.eupha.org/repository/sections/HIA/Human%20Health%20Ensuring%20Protection%20Main%20and%20Appendices.pdf>
58. WHO. (2023). Policy briefs on health impact assessments and incorporating health into environmental assessments: an overview. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8253-48025-71135>.