

Høringsnotat

Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften)

Del I – Bakgrunn	4
1 Innledning	4
2 Høringsnotatets hovedinnhold	5
3 Gjeldende rett	7
3.1 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).....	7
3.2 Plan- og bygningsloven.....	9
3.3 Andre helselover	9
Del II – Departementets forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	10
4 Formål.....	10
4.1 Bakgrunn.....	10
4.2 Departementets vurderinger og forslag.....	10
5 Virkeområde	12
5.1 Bakgrunn.....	12
5.2 Departementets vurderinger og forslag.....	12
6 Kommuner og fylkeskommuners arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	13
6.1 Oversiktens innhold	13
6.1.1 Bakgrunn	13
6.1.2 Departementets vurderinger og forslag	13
6.2 Krav til dokumentasjon og utarbeidelse av oversiktsdokument	17
6.2.1 Bakgrunn	17
6.2.2 Departementets forslag.....	18
7 Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.....	21
7.1.1 Bakgrunn	21
7.1.2 Departementets vurderinger og forslag	21
8 Informasjon til befolkningen	22
8.1 Bakgrunn.....	22
8.2 Departementets vurderinger og forslag.....	23
9 Fylkeshelseundersøkelser	25
9.1 Bakgrunn.....	25
9.2 Departementets forslag	26

9.2.1	Nærmere om maler for innhold og gjennomføring	27
9.2.2	Målgrupper for fylkeshelseundersøkelsene: Hele befolkningen	28
9.2.3	Nærmere om juridisk behandlingsgrunnlag for fylkeshelseundersøkelser	28
10	Økonomiske og administrative konsekvenser	29
10.1	Bakgrunn	29
10.2	Departementets vurderinger og forslag	30
10.2.1	Formål med forskriften.....	30
10.2.2	Nærmere om kommunenes arbeid med oversikt.....	31
10.2.3	Nærmere om fylkeskommunens arbeid med oversikt.....	32
10.2.4	Nærmere om Nasjonal folkehelseinstitutt	32
10.3	Informasjon til befolkningen	33
Del III – Utkast til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften)		34
Vedlegg 1		36

Del I – Bakgrunn

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Forskriften vil hjemles i lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) som ble vedtatt av Stortinget 17. juni 2011 og som trer i kraft 1. januar 2012. Det følger av folkehelseloven §§ 5 og 21 at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over befolkningens helse og de faktorer som virker inn på denne. Forskriftsforslagets formål vil være å konkretisere arbeidet med, og innhold i oversiktene. Det også et mål med forskriften å legge til rette for samordning i det epidemiologiske arbeidet.

Frist for å avgi høringsuttalelse er 21. mars 2012. Høringsuttalelser sendes fortrinnsvis elektronisk til: postmottak@hod.dep.no. Departementet vil invitere til en høringskonferanse i Helsedirektoratets lokaler mandag 6. februar 2012.

Et av målene med samhandlingsreformen er en dreining i retning av mer folkehelsearbeid og forebyggende arbeid. Folkehelseloven er et av virkemidlene for å nå det målet. Til grunn for forslaget til forskrift ligger Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid og Innst. 423 L (2010-2011). Forskriften må også ses i sammenheng med samhandlingsreformens øvrige dokumenter; St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsmeldingen og Innst. 212 S (2009-2010), Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og Innst. 424 L (2010-2011), Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan og Innst. 422 S (2010-2011).

Forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer sendes på høring rett før folkehelseloven trer i kraft 1. januar 2012. Bestemmelsene i folkehelseloven §§ 5, 21 og 25 om å ha oversikt vil gjelde uavhengig av tidspunkt for ikraftsetting av denne forskriften. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil sende ut folkehelseprofiler til alle kommuner i januar 2012 og til alle fylkeskommunene i løpet av første halvår 2012. Departementet forventer at folkehelseprofilene, som vil inneholde fortolket statistikk på kommunenivå, vil initiere prosesser i kommuner og fylkeskommuner. Høringen av denne forskriften bør ses i lys av blant annet folkehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet.

Folkehelseloven vil fra den trer i kraft 1. januar 2012 også hjemle forskriftsverket som i dag følger av kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a om miljørettet helsevern. Departementet vil gjøre tekniske endringer i disse forskriftene som følge av ny hjemmelslov. En revisjon av miljørettet helsevern forskriftene ble signalisert i Prop. 90 L (2010-2011). Dette vil vurderes senere og sendes på høring på vanlig måte. Forskrifter til folkehelselovens bestemmelser om beredskap, og om gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement (IHR) vil også utarbeides senere.

Et praktisk eksempel

Et eksempel på hvordan lokale helsedata kan brukes til å bedre folkehelsen er den systematiske skaderegistreringen i Harstad. Harstad sykehus har fra 1. juli 1985 registrert alle skader som behandles poliklinisk eller med innleggelse. De data som registreres gir informasjon om hvor, hvordan og når ulykken og skaden skjedde.

Her fant man blant annet store forskjeller mellom politiets og sykehusets registreringer av skader og ulykker. Sykehusets registrering fanget opp ca. tre ganger så mange trafikkskadede personer som politiets.

Gode data fra skaderegisteret førte til flere målrettede og vellykkede skadeforebyggende programmer i Harstad. Det første satsingsområdet var forebygging av brannskader hos barn under fem år. Harstad sykehus hadde i perioden 1985–90 et forbruk av 72 liggedøgn (12 per år) for brannskadede barn under fem år med bostedsadresse Harstad. I perioden 1991–2009 var tilsvarende forbruk 39 liggedøgn (to per år).

Et annet satsingsområde var forebygging av trafikkulykker. Som følge av registreringen og analysene ble det iverksatt strukturelle endringer av det fysiske trafikkmiljøet, blant annet fartsdumper, sykkel- og gangveier og enveiskjørte gater, samarbeid med politi, Norges Automobilforbund og informasjonsblad til husstander om høy fart, barns sikkerhet og promillekjøring. I aldersgruppen 18-24 år ble trafikkskadene for bilførere dokumentert redusert med 30 %.

2 Høringsnotatets hovedinnhold

Høringsnotatets *kapittel 3* gir en redegjørelse for gjeldende rett med vekt på folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Kapitlene 4 til 10 inneholder departementets vurderinger og forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I *kapittel 4* foreslås det at forskriftens formål vil være å legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og å samordne og standardisere arbeidet med oversikter. I *kapittel 5* foreslås virkeområdet til forskriften å være kommuner og fylkeskommuners arbeid med oversikter, og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave i å tilrettelegge for disse.

Kapittel 6 inneholder forslag til bestemmelser om kommuners og fylkeskommuners arbeid med oversikt. Folkehelseloven stiller krav om at kommuner og fylkeskommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Forskriften regulerer nærmere hva som er nødvendig oversikt ved å sette krav til tematisk innhold i oversiktene. Det tematiske innholdet må ses i

sammenheng med temaene som listet i folkehelseloven § 7 om folkehelseiltak. I tillegg til opplysninger om helsetilstand, livsstil og miljøforhold, mener departementet forskriften skal gjøre det klart at ”nødvendig oversikt” omfatter bakenforliggende faktorer som påvirker helsen og fordelingen av helsen i befolkningen. Dette omfatter for eksempel oppvekst og levekårsforhold som økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning.

Departementet mener forskriften skal presisere form og funksjon for det løpende og for det langsiktige oversiktsarbeidet i kommunen. Det foreslås at det løpende oversiktsarbeidet skal dokumenteres på hensiktsmessig måte. Det foreslås ikke dokumentasjonskrav for fylkeskommunens løpende oversiktsarbeid. Både kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et dokument hvert fjerde år som grunnlag for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven.

Det følger av folkehelseloven at oversiktsarbeidet omfatter vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold som skal munne ut i en identifisering av lokale/regionale folkehelseutfordringer. Lovens krav om analyse, samt føringen om å være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller gjentas i forskriften av pedagogiske hensyn. Det foreslås videre i forskriften et krav om at kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk skal vurdere om det er spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning.

Det følger av folkehelseloven at kommunens og fylkeskommunens oversikter skal bygge på hverandre. I forskriften foreslås derfor en bestemmelse om samarbeid og informasjonsutveksling mellom kommuner og fylkeskommuner.

Kapittel 7 omtaler den nærmere reguleringen av opplysningene fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Folkehelseinstituttet skal hvert år utgi folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylke, og drifte en statistikkbank.

Medvirkning og deltakelse er et av prinsippene som ligger til grunn for folkehelseloven, og det følger av loven at kommuner skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. For å legge til rette for deltakelse, foreslår departementet i *kapittel 8* at dokumentet som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet skal være allment tilgjengelig. Det er viktig å presentere datamaterialet på en slik måte at det blir minst mulig stigmatiserende.

Kapittel 9 omhandler fylkeshelseundersøkelser. Loven gir blant annet hjemmel til å stille krav om innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser. For å legge til rette for samordning, foreslår departementet at Nasjonalt folkehelseinstitutt får ansvar for å sørge for utarbeidelse av maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser. Fylkeskommuner som gjennomfører undersøkelser bør benytte disse malene, slik at undersøkelser som gjennomføres blir mer samordnet og utnyttelsesgraden blir større.

Kapittel 10 gjør rede for forskriftsforslagets økonomiske og administrative konsekvenser.

Del III inneholder forslag til forskrift. I *vedlegg 1* gis en kort fremstilling av systemer for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Danmark, Sverige, Finland og England.

3 Gjeldende rett

3.1 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

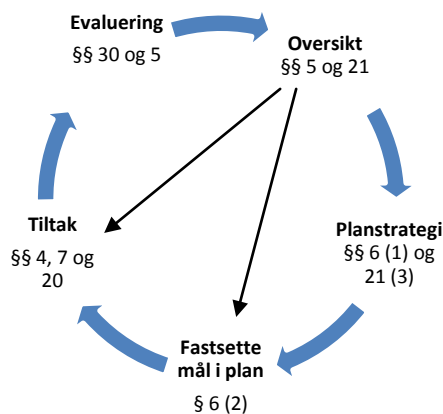
Folkehelseloven trer i kraft 1. januar 2012 og erstatter deler av kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Plikten til å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer videreføres fra begge disse lovene.

Oppgaven med å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er i folkehelseloven regulert i §§ 5, 21 og 25, som retter seg mot henholdsvis kommuner, fylkeskommuner og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Kommuner og fylkeskommuner har i loven likelydende krav, med unntak av at fylkeskommunen også kan pålegges å gjennomføre befolkningsundersøkelser (fylkeshelseundersøkelser). Oversiktsbestemmelsene gjør det klart at kommuner og fylkeskommuner skal ha ”nødvendig oversikt”, og loven angir kildene for informasjon. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig informasjon fra nasjonale kilder. Videre skal kommuner basere sin oversikt på kunnskap fra helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Fylkeskommuner skal basere sin oversikt på relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen. Oversiktsarbeidet omfatter innhenting av data, vurdering av konsekvenser og årsaker, og identifisering av folkehelseutfordringer.

Kommuners og fylkeskommuners ansvar etter folkehelseloven er knyttet til de faktiske folkehelseutfordringene lokalt og regionalt, hvilket vil bli definert i oversiktsarbeidet. Det vises til Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 13 blant annet på side 103:

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

Folkehelseloven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid jf. § 1. Kommunen og fylkeskommunen skal bruke alle sine virkemidler for å fremme folkehelse jf. §§ 4 og 20. Dette gjelder også for staten etter § 22. Folkehelseloven kapittel 2 og 4 angir arbeidsform for folkehelsearbeidet. Systematikken kan fremstilles ved at bestemmelsene i loven plasseres i form av en styrings sirkel, som illustrert i figur 1. Som det fremgår av sirkelen er oversikten grunnlaget for lovens øvrige bestemmelser.



Figur 1: Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet i kommuner

Folkehelseloven §§ 6 første ledd og 21 tredje ledd legger til grunn at oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1. Videre skal kommunen etter § 6 annet ledd fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor. Mål og strategier fastsettes gjennom kommuneplanarbeidet etter plan- og bygningsloven. I den forbindelse bør eksisterende politikk, prinsipper, organisasjon mv. gjennomgås for en vurdering av om disse er i samsvar med helseutfordringene kommunen står overfor.

Det følger av folkehelseloven § 7 at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan være tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Kommunen har videre som oppgave å føre tilsyn med faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helsen (miljørettet helsevern).

Det følger av internkontrollkravet i § 30 at kommunen løpende skal måle, overvåke og evaluere om folkehelsearbeidet er i tråd med regelverket og i forhold til de fastsatte målene.

Fylkeskommunens oppgave med å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er på samme måte som for kommunene knyttet til den funksjon oversikten skal ha etter folkehelseloven. Oversikten skal inngå som grunnlag for fylkeskommunens arbeid med planstrategi etter § 21 tredje ledd, og som grunnlag for å kunne fremme folkehelse innenfor sitt ansvarsområde etter § 20. Rollen som regional utviklingsaktør, oppgaven i å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og rollen som pådriver og samordner av folkehelsearbeidet i fylket, har betydning for hvordan fylkeskommunens oversiktsarbeid bør utformes.

Etter § 25 skal Nasjonalt folkehelseinstitutt gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Formålet med å gi Folkehelseinstituttet denne oppgaven er å gi kommunesektoren enkel tilgang til relevante og tilrettelagte data.

3.2 Plan- og bygningsloven

Plan- og bygningsloven er en sentral lov i folkehelsearbeidet. Oversikter etter folkehelseloven § 5 vil være et viktig grunnlag for kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven. Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i kommunens planlegging. Dette følger både av folkehelseloven og av plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd bokstav f om at planer skal ”*fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller*”.

Plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1 pålegger kommuner og fylkeskommuner å utarbeide kommunal planstrategi minst en gang hver valgperiode og vedta denne senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering. Fylkestingene skal i løpet av den samme perioden vedta en regional planstrategi som skal avklare de regionale planbehovene. Formålet med planstrategien er å gi en drøfting av strategiske valg knyttet til utvikling av lokalsamfunnet. Ut i fra dette skal man ta stilling til planbehov.

Alle kommuner skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, jf. pbl § 11-1. Om samfunnsdelen sier § 11-2 følgende:

”Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Den bør inneholde en beskrivelse og vurdering av alternative strategier for utviklingen i kommunen.

Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen.”

Kapittel 4 i plan- og bygningsloven omhandler generelle utredningskrav. Det stilles etter § 4-1 krav om at det i alle regionale planer og kommuneplaner, og for reguleringsplaner som kan ha vesentlige virkninger for miljø og samfunn, skal utarbeides et planprogram som grunnlag for planarbeidet. Planprogrammet skal blant annet omfatte en vurdering av behovet for utredninger. For planer som kan få vesentlige virkninger skal det etter § 4-2 i planbeskrivelsen gis en særskilt vurdering og beskrivelse (konsekvensutredning) av planens virkninger for miljø og samfunn.

3.3 Andre helselover

Flere andre lover gir bestemmelser om å følge med på utvikling av sykdom og forhold som påvirker helsen. Smittevernloven har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge og motvirke at de overføres. Kommunen har etter smittevernloven § 7-1 i oppgave å skaffe oversikt over arten og omfanget av smittsomme sykdommer i kommunen, og kommunelegen skal etter § 7-2 ha løpende oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen.

Gjennom alkoholloven er kommunene gitt verktøy til å begrense alkoholforbruket. Etter alkoholloven § 1-7d skal kommunene utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan, og de oppfordres til å utarbeide helhetlige ruspolitiske handlingsplaner. I arbeidet med handlingsplan og øvrige tiltak etter alkoholloven bør kommunen ha oversikt over blant annet alkoholbruk i kommunen.

Del II – Departementets forslag til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

4 Formål

4.1 Bakgrunn

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er en nødvendig forutsetning for folkehelselovens mål om kunnskapsbasert, langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Prop. 90 L (2010-2011) viser på side 104 til at:

”Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre de folkehelseutfordringene man står overfor, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Oversikt er videre nødvendig for å kunne sammenlikne mellom kommuner, regioner og befolkningsgrupper. En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse.”

I høringen av folkehelseloven var det mange høringsinstanser som kommenterte oversiktsbestemmelsene, og høringen viste at det er behov for samordning og standardisering av arbeidet med oversikt. Det vises blant annet til *Møre- og Romsdal fylkeskommune* som uttalte:

”Helseovervakinga bør samkøyrast på alle nivå, slik at data blir samanliknbare mellom fylke og kommunar. Her har det nasjonale nivået eit primæransvar for å ta ein koordinerande førarrolle. På fylkeskommunalt nivå merkar vi allereie eit trykk frå kommunane om å kome i gang med dette arbeidet. Vi forventar derfor at det snarleg blir etablert nasjonale standardar, slik at statistikk kan bli nytta på tvers av kommunegrenser og kan samanliknast over tid.”

Blant annet *KS Troms, Stokke, Selbu og Seljord kommuner* uttalte at det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet og la til grunn at statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt og at statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare. Sammenliknbarhet er også viktig i et internasjonalt perspektiv.

4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at forskriftens formål skal være å legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og å samordne og standardisere arbeidet med oversikter. At oversiktene gir et riktig bilde av utfordringene er nødvendig dersom man skal nå lovens forutsetning om et målrettet folkehelsearbeid, og på sikt redusert sykelighet. Forskriftsregulering skal bidra til å sikre at oversiktsarbeidet blir mer målrettet og effektivt. Dette innebærer blant annet å konkretisere nærmere i forskrift innholdet av ”nødvendig oversikt” i folkehelseloven §§ 5 og 21.

Forskriftsreguleringen vil også bidra til at oversiktsarbeidet i større grad blir standardisert, hvilket vil gjøre oversiktene mer anvendbare både for kommuner og for fylkeskommuner. Gode data som er sammenliknbare mellom kommuner, fylkeskommuner og over tid gir videre grunnlag for forskning og utvikling. Helse- og omsorgskomiteen legger i Innst. 424 L kapittel 2.3.5 til grunn at sammenliknbarhet er viktig.

”Komiteen mener det bør lages et system der en lett kan sammenligne helsedata med andre aktører for å kunne se utviklingen i egen kommune over tid, og slik at innbyggere og folkevalgte kan sammenligne sin kommune med andre. Komiteen mener dette kan bli viktig for økt kommunal innsats på dette feltet.”

Folkehelseloven skal legge til rette for samordning av folkehelsearbeidet, og lovens oversiktsbestemmelser i §§ 5, 21 og 25 forutsetter at det skal være informasjonsutveksling mellom kommuner, fylkeskommuner og Nasjonalt folkehelseinstitutt. For å få et helhetlig bilde av folkehelseutfordringene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, og for å sikre effektiv ressursutnyttelse, er det behov for samordning av det epidemiologiske arbeidet, både av hvem som bidrar med hva og når.

Det er videre et mål med denne forskriften å sikre at oversiktsarbeidet gir tilstrekkelig kunnskap om de bakenforliggende faktorer for helse, slik at sosiale helseforskjeller kan synliggjøres og gjøres noe med. Dette er i tråd med føringene i folkehelseloven.

Oversiktene er grunnlag for folkehelsearbeidet, men disse vil også være gode verktøy for annen planlegging i kommunen. Oversiktene etter folkehelseloven kan for eksempel ligge til grunn for kompetanseplaner som legger grunnlaget for kommunens rekrutteringsstrategier. I Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 17.6.2 trekkes spesielt frem at oversiktene bør brukes for å dimensjonere de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

”En oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning og faktorer som påvirker denne vil bidra til å synliggjøre dagens behov for tjenester og til å foreta fremskrivninger av behov for helse- og omsorgstilbud. Eksempler på informasjon fra kommunens oversikt som danner grunnlag for utvikling i tjenesteutforming kan være demografisk utvikling for eksempel utvikling i eldre- og barnepopulasjonen, andel minoriteter med spesielle behov, mennesker med funksjonsnedsettelse, forekomst og sosial fordeling av sykdom, miljø- og levekårsutfordringer, utviklingstrekk med hensyn til levevaner og boforhold. Oversikten blir dermed et viktig verktøy for at kommunen skal kunne ivareta sitt sørge-for-ansvar i henhold til § 3-1.”

5 Virkeområde

5.1 Bakgrunn

Folkehelseloven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Kapittel 3 om miljørettet helsevern gjelder også for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

5.2 Departementets vurderinger og forslag

Folkehelseloven §§ 5, 21 og 25 gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om oversiktsarbeidet i kommuner, fylkeskommuner og stat.

Det foreslås at forskriftens virkeområde etter § 2 skal være kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med å ha oversikt. Det foreslås videre at forskriften regulerer nærmere Folkehelseinstituttets oppgave i å tilrettelegge og formidle informasjon til kommuner og fylkeskommuner.

Denne forskriften vil ikke gripe inn i regelverk som regulerer innsamling og videre behandling av data, som for eksempel helseregisterloven, personopplysningsloven, helseforskningsloven eller smittevernloven. Formålet med oversiktene etter folkehelseloven er å ha kunnskap om helsetilstand og årsaker til sykdom på populasjonsnivå til bruk i folkehelsearbeidet. Det er da verken relevant eller nødvendig å ha opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Folkehelseloven legger til grunn at oversiktene som utarbeides for å nå dens formål, er statistikk, dvs. at data er anonyme. Det innebærer at oversiktene ikke vil inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Etter helseregisterloven § 2 nr. 3 er anonyme opplysninger *”opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson.”* Det vises til nærmere omtale under kapittel 6.2.2.3.

Det kan på sikt være aktuelt å utvide denne forskriften slik at den kan gi behandlingsgrunnlag for fylkeshelseundersøkelser til erstatning for konsesjon fra Datatilsynet og godkjenning fra REK, jf. høringsnotatets kapittel 9. En slik endring vil i tilfelle utredes særskilt og sendes på høring på vanlig måte.

6 Kommuner og fylkeskommuners arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

6.1 Oversiktens innhold

6.1.1 Bakgrunn

Det følger av blant annet folkehelselovens formålsbestemmelse i § 1 og av definisjonene i § 3 at folkehelsearbeid omfatter både fremming av helse, forebygging av sykdom og utjevning av sosiale helseforskjeller. Dette innebærer at oversikten skal inneholde både positive påvirkningsfaktorer og risikofaktorer. Loven forutsetter videre at oversiktene skal gi grunnlag for å vurdere status og utvikling i sosiale helseforskjeller. Det vises i Prop. 90 L (2010-2011) på side 201 til at påvirkningsfaktorer

”omfatter et bredt sett av faktorer på mange nivåer, slik som overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/ inntekstforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligsosiale forhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon mv.”

I høringen av folkehelseloven uttalte blant annet *Helsedirektoratet* at:

”Styrken i lovforslaget er at de prosessuelle kravene er langt mer konkret formulert. Det gjør det dermed enklere for kommunene og fylkeskommunene å vite hvordan kravet kan oppfylles. Dette gjelder først og fremst i forhold til hvor kommuner og fylkeskommuner skal få/ innhente data, i tillegg til kravet om skriftlighet og at dokumentet skal belyse konsekvenser, årsaksforhold og trender. Lovforslaget er imidlertid mindre konkret på hva som ligger i begrepene ”helsetilstand” og ”påvirkningsfaktorer”, og som en konsekvens av dette hva som ligger i ”til enhver tid ha oversikt” og for fylkeskommunene ”nødvendig oversikt” med unntak av at sosiale helseforskjeller skal vies spesiell oppmerksomhet.”

Videre var det en tydelig tilbakemelding fra høringen om at helsefremmende faktorer bør vektlegges i oversiktsarbeidet, ikke bare sykdom og livsstil. Blant annet uttalte *Hordaland fylkeskommune*:

”Helseovervakninga bør ha fokus på helsefremmande faktorar, ikkje berre livstilsfaktorar og sjukdom.”

6.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er ikke et mål i seg selv, men en forutsetning for å ivareta oppgavene etter loven. Hva som ligger i folkehelselovens krav om ”nødvendig oversikt” vil derfor følge av den funksjon oversikten og folkehelseutfordringene har etter lovens øvrige bestemmelser.

Departementet foreslår at forskriften § 3 gjør det klart at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å ivareta sitt ansvar etter

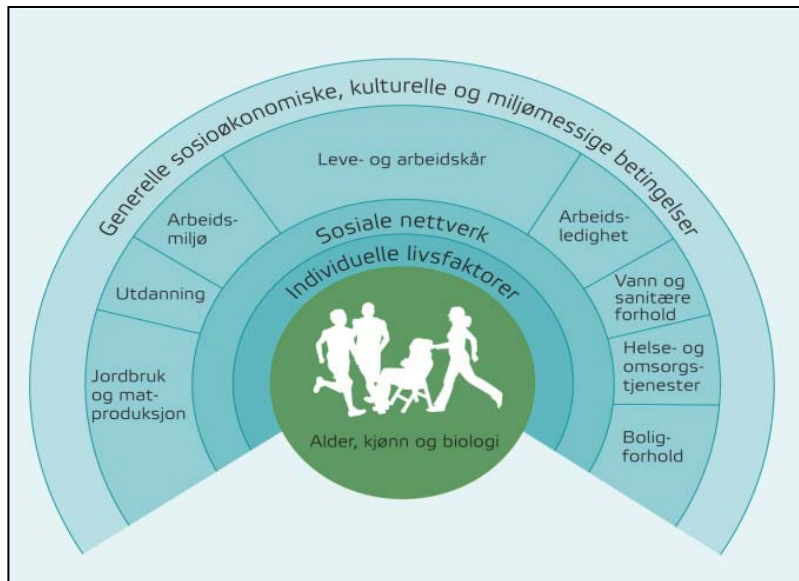
folkehelseloven §§ 4, 6, 7, 9 og 28. Tilsvarende foreslås i forskriften § 4 for fylkeskommunenes ansvar etter folkehelseloven §§ 20 og 21.

Departementet mener forskriften må synliggjøre at kommunens oversikter har to funksjoner; 1) å gi grunnlag for vurderinger av folkehelseutfordringene løpende, og 2) å gi grunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet. Eksempel på løpende oppgaver er miljørettet helsevern og smittevern. Utbrudd av smittsomme sykdommer og forurensning av luft eller drikkevann vil være folkehelseoppgaver som må håndteres når de oppstår. Løpende oversikt kan videre omfatte for eksempel vaksinasjonsstatus og potensielt forurensende virksomheter. Det langsiktige folkehelsearbeidet som skal forankres i planer etter plan- og bygningsloven forutsetter en mer helhetlig gjennomgang.

Departementet mener forskriften bør angi oversiktens innhold på et overordnet nivå. En detaljert oppstilling av innhold i oversiktene vil gi behov for revisjoner når man får ny kunnskap om påvirkningsfaktorer for helse. Videre vil en konkret innholdsangivelse bety at det i mindre grad blir anledning til å tilpasse oversiktens innhold ut fra lokale og regionale behov. Angivelsen av tematisk innhold vil ikke være uttømmende, og områdene vil være overlappende eller kunne beskrives på ulike måter. Forskriftsutkastets forslag vektlegger opplysninger om bakenforliggende faktorer som er nødvendige blant annet i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Departementet foreslår at temaene som angis i forskriftens §§ 3 og 4 er *”Oversikt skal inneholde opplysninger om helsetilstand, levevaner, befolkningssammensetning, oppvekst og levekår som for eksempel økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning, samt fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.”*

Det foreslås at det tematiske innholdet er knyttet til en årsakskjedemodell, som noe forenklet beskriver at overordnede samfunnsstrukturer sammen med lokale levekår og miljøforhold, bidrar til den enkeltes valg innenfor levebaneområdet. Årsakskjedemodellen kan illustreres gjennom Dahlgren og Whiteheads regnbuemodell i figur 2. I tillegg til opplysninger om befolkningens sammensetning, som for eksempel alderssammensetning og etnisitet, og data knyttet til helseutfall, vil temaene i folkehelseloven § 7 om folkehelseiltak danne et grunnlag for temainndelingen. Her beskrives områder som oppvekst- og levekårsforhold, herunder bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Hvor opplysningene skal komme fra følger direkte av loven §§ 5 første ledd og 21 første ledd. Både kommuner og fylkeskommuner skal basere sitt oversiktsarbeid på opplysningene som kommer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Kommunene skal i tillegg innhente opplysninger fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn. Fylkeskommunene skal innhente opplysninger fra tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunal virksomhet med betydning for folkehelsen. Opplysninger kan også komme fra for eksempel spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har gjennom en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd har fått i oppgave bidra i folkehelsearbeidet, blant annet ved å bistå med kunnskap inn i oversiktsarbeidet.



Figur 2: Påvirkningsfaktorer for helse. Dahlgren, G. og Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies

For å kunne identifisere lokale folkehelseutfordringer er det viktig å ha oversikt over helsetilstand, herunder forebyggbare sykdommer, plager og personskader som har stor utbredelse i befolkningen. Eksempler på dette er psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter, karies og ulykkeskader. Disse helseutfallene har ofte en sammensatt årsakskjede som involverer elementer fra flere av de andre punktene som er beskrevet i dette kapitlet.

Dersom forekomsten av enkelte helseutfall er høy i forhold til landsgjennomsnittet eller nærliggende kommuner, kan det være grunn til å vurdere situasjonen nærmere. Forekomst av forebyggbare helseutfall kan være en indikasjon på områder der kommunen har spesielle utfordringer.

Siden dødsårsaker gir et bilde av forutgående sykdommer og tilstander, kan også dødelighetsdata gi et bilde av helseutfordringene i kommunen. Forskjeller i forventet levealder mellom kommuner kan tyde på ulike betingelser for helse, og kan gi grunnlag for å lete etter bakenforliggende faktorer for slik ulikhet. Samtidig er det noen helseproblemer som synes mindre i dødsårsaksstatistikken, men som likevel utgjør en vesentlig del av sykdomsomsfanget. Dette gjelder for eksempel psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser.

Spørsmål som kan stilles er: Hva dør vi av, hva lider vi av, hva fører til sykemeldinger, og hva er fører til uførhet?

Grunnlagsdata om befolkningen er et sentralt utgangspunkt i arbeidet med gode oversikter. Befolknings sammensetning som blant annet antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivil status, etnisitet, flyttemønster mv. vil ha betydning for folkehelsen. Videre vil slike data ha betydning for tolkning av andre variable som sykkelighet, utdanningsnivå mv.

Inntekt og økonomi er noen av de mest grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Det er ikke nødvendigvis slik at mer penger gjør folk lykkeligere, men det er statistisk slik at bedre økonomi henger sammen med bedre helse over hele inntektsskalaen. Aktuelle indikatorer er blant annet andel med lavinntekt, inntektsforskjeller og uføretrygd.

Arbeid er en viktig sosial helsedeterminant fordi arbeid gir inntekt, sosialt fellesskap, struktur i hverdagen, og fordi det for mange gir en meningsfylt aktivitet. Å stå utenfor arbeidslivet, midlertidig eller permanent kan medføre dårligere økonomi og materielle levekår, sosial ekskludering og isolasjon, stigmatisering og nederlagsfølelse. Svak arbeidslivstilknytning og langvarig ekskludering fra arbeidslivet er hovedårsaken til fattigdom. Aktuelle indikatorer er blant annet arbeidsløshet, sykefravær og uføretrygdede.

Utdanning er utgangspunktet for, og medvirkende til, en rekke prosesser som bidrar til å fremme helse utover i det voksne livsløpet. Personer som har utdanning utover grunnskole har lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning. Utdanningsnivået kan også ha relevans i forhold til bruk av helsetjenester. Man vet for eksempel at personer med psykiske plager i mindre grad søker hjelp hvis de har lav utdanning, sammenlignet med dem som har høy utdanning. Utdanning er en form for menneskelig kapital som styrker individets mestningsressurser. Flere studier finner at følelsen av å ha kontroll varierer med utdanning. Aktuelle indikatorer er andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole.

Miljøet gir mennesker muligheter til utfoldelse, rekreasjon, kreativ virksomhet og fysisk aktivitet. På den annen side finnes også risikofaktorer for eksempelvis ulykker og skader, miljøforurensning som kan gi redusert trivsel eller sykdom mv. Overordnet kommune- og regionalplanlegging danner premisser for gode bolig- og nærmiljøer, trafikksikkerhet og trygge skoleveier, tilgjengelighet og tilrettelegging av friområder og friluftsområder, utvikling av arenaer for sosial kontakt og aktiviteter osv. Aktuelle indikatorer er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, antall støyplagede, tilgang til friområder og friluftsområder, sykkelvegnett mv.

Miljørettet helsevern er et eget ansvarsområde for kommunen etter folkehelseloven kapittel 3 som skal ha sin oppmerksomhet rettet mot både fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøfaktorer, og vil gjennom både proaktiv virksomhet (miljørettet folkehelsearbeid) og gjennom behandling av enkeltsaker påvirke helsen for større eller mindre grupper av befolkningen. Noen typer virksomhet er i forskrifter ilagt meldeplikt eller krav til godkjenning fra kommunen.

Smittevern er en oppgave for helsetjenesten i kommunen som er spesielt regulert i smittevernloven. Å ha oversikt over omfang og art av smittsomme sykdommer (biologiske miljøfaktorer) som forekommer i kommunen, herunder infeksjonsepidemiologiske forhold, er en oppgave etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2. Dette kan og bør integreres i oversiktene etter forskriftene her.

Sosial tilhørighet og nettverk handler om ulike fellesskap og kontaktflater, innen fritid, skole og arbeidsliv. Stimulerende og trygge fellesskap fremmer og beskytter først og fremst vår psykiske helse, men påvirker også kroppslig helse og velvære. Skoler,

kultursentra og lokalpolitiske arenaer danner viktige rammer og premisser for å fremme og utvikle levende lokalsamfunn. Aktuelle indikatorer er organisasjonsdeltagelse, valgdeltagelse, kulturtilbud mv.

Levevaner handler om helseadferd slik som kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og rusmidler mv. Det legges stor vekt på betydningen av at samfunnet legger til rette for at de sunne valgene blir enklere og mer attraktive. Aktuelle indikatorer er andel røykere blant unge, overvekt, alkoholforbruk mv.

6.2 Krav til dokumentasjon og utarbeidelse av oversiktsdokument

6.2.1 Bakgrunn

Folkehelseloven forutsetter at kommunen har løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, videre er oversikter gitt en mer konkret definert funksjon inn i det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelseloven §§ 5 og 21 stiller krav om at kommunene og fylkeskommunenes oversikter skal være skriftlige. Dette omtales i Prop. 90 L (2010-2011) på side 107-108:

”Oversikten skal være et grunnlag for kommunens overordnede planlegging og skal utformes på en slik måte at den kan brukes i kommunal planlegging og styring. Departementet mener at oversikten ifølge forslaget § 5 må foreligge som et skriftlig dokument, og at den bør ligge til grunn for kommunal planstrategi som synliggjør og problematiserer folkehelseutfordringer i kommunen. Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer inkl. analyse vil være en nødvendig forutsetning for utarbeidelse av utfordringsdokument når kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet, jf. forslag til § 6 annet ledd. Oversikten er grunnlag for utvikling av en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel, reguleringsplaner, kommunedelplaner mv. Oversikten kan også inngå som et av flere grunnlag for styring og prioritering av helse- og omsorgstjenestens arbeid, herunder planlegging og evaluering. Videre vil en løpende oppdatert oversikt være grunnlag for revidering av kommunens mål, strategier, handlingsprogram mv.”

I høringen av folkehelseloven var det flere som uttalte betydningen av at oversikten måtte være plan- og styringsrelevant. Blant annet uttalte *Haugesund kommune*:

”De variabler som kartlegges må videre være plan- og styringsrelevante, slik at viktige utfordringer kan bli identifisert og årsaksforhold synliggjøres”.

Fylkesmannen i Oppland uttaler:

”Når den enkelte kommunes helseutfordringer skal danne grunnlag for planer og strategier, vil det være ekstremt viktig at grunnlagsarbeidet har høy kvalitet og faglig standard som kan brukes som kommunalt planverktøy. Lovforslaget sikrer ikke i seg selv at et slikt kvalitetskrav kan innfris.”

6.2.2 Departementets forslag

Departementet foreslår at skriftlighetskravet i forskriften utformes forskjellig for det generelle løpende oversiktsarbeidet og for den oversikt som skal gi grunnlag for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Å stille formelle skriftlighetskrav til det løpende og generelle oversiktsarbeidet vil innebære at løpende oversikt blir lite fleksibelt og uhensiktsmessig. Det mer langsiktige og planforankrede folkehelsearbeidet forutsetter at man innhenter opplysninger og går dypere i analyser enn for det generelle løpende arbeidet. Departementet foreslår derfor at det formelle skriftlighetskravet rettes mot den oversikt kommunen og fylkeskommunen skal ha for å ivareta det systematiske og langsiktige arbeidet, for eksempel forankret i planstrategi og kommuneplaner.

Kravet til vurdering av konsekvenser og årsaksforhold og at oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene følger direkte av lovteksten. Departementet foreslår at dette også gjentas i forskriften av hensyn til sammenhengen. Forskriftsforslagets §§ 3 tredje ledd og 4 annet ledd viser spesielt til at kommunen og fylkeskommunen skal være oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Utgangspunktet for å utjevne sosiale helseforskjeller er å skaffe seg et bilde av den sosiale fordelingen av de faktorene som påvirker helse. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne.

Det er en forutsetning at det er faglige hensyn som ligger til grunn i oversiktsarbeidet og etter folkehelseloven skal oversikten gi det faglige grunnlaget for politiske beslutninger og prioriteringer. Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse ved å forestå analyser, og at vurderingene er uavhengige med hensyn til for eksempel politikk og økonomi. Dette vil ha betydning når kommunen skal fastsette mål og tiltak, men politikk og økonomi skal ikke påvirke analysen og den faglige delen av å identifisere folkehelseutfordringene etter § 5 i folkehelseloven.

For kommunene stiller folkehelseloven § 27 krav om at kommuner skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgavene etter folkehelseloven, og stiller krav om at det ansettes en kommunelege. Blant kommunelegens lovpålagte oppgaver nevner folkehelseloven § 27 første ledd bokstav a epidemiologiske analyser som skal gjøres i henhold til lovens § 5 annet ledd.

Fylkeskommunene har ikke krav samfunnsmedisinsk kompetanse på samme måte som kommunene. I enkelte fylkeskommuner, for eksempel i Østfold, er det etablert egne analyseenheter med god kompetanse både til å utarbeide og forestå analyser for fylkeskommunens oversikt, men også for å bistå kommuner i sitt oversiktsarbeid. Andre fylker har lagt analyse ut til utredningsinstitutter eller forskningsinstitutter som de er medeiere i. Videre er det i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samfunnsodontologisk kompetanse. Kompetansen brukes for eksempel til å analysere tannhelsesdataene, og til å vurdere forskjeller og behov for innsats for å utjevne store forskjeller i tannhelse og sosial ulikhet i tannhelse.

Stortinget har i sin behandling av folkehelseloven lagt til grunn at oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal synliggjøre folkehelseutfordringene for den samiske befolkning. Blant annet uttaler flertallet i komiteen i Innst. 423 L (2010-2011) at:

”Flertallet vil understreke at kunnskap om forhold av særlig betydning for folkehelsetilstanden i den samiske befolkning må synliggjøres. Kommuner med samisk befolkning vil i sine oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer vurdere om det er spesielle utfordringer både når det gjelder helse og påvirkningsfaktorer for den samiske befolkning.”

For å sikre at dette ivaretas foreslår departementet at det fremgår tydelig i forskriften at kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk skal vurdere om det er særlige folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen.

6.2.2.1 Oversiktsdokument som grunnlag for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet

Departementet foreslår at forskriften gir kommunen og fylkeskommunen plikt til å utarbeide et oversiktsdokument hvert fjerde år, jf. forskriftsforslaget §§ 3 tredje ledd og 4 annet ledd. En del av påvirkningsfaktorene for helse er faktorer som vil endres over tid, men hvor man normalt ikke vil se vesentlige endringer fra år til år. Over en periode på 4 år vil man imidlertid kunne se trender tydeligere. Til sammenlikning har Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelse 3-årige sykluser.

Selv om innholdet og kildene for oversiktsarbeidet i utgangspunktet vil være de samme for det løpende arbeidet som ved utarbeidelse av et dokument, legger departementet til grunn at hovedarbeidet i forhold til kunnskapsinnhenting gjøres i tilknytning til dokumentet som utarbeides hvert fjerde år. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil utarbeide folkehelseprofiler hvert år som gjøres tilgjengelig for kommuner og fylkeskommuner, men en systematisk innhenting av erfaringsbasert kunnskap etter §§ 5 b og c og 21 b skal gjøres i forbindelse med utarbeidelse av et dokument.

Folkehelseloven knytter oversikten opp til arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1. Planstrategi skal utarbeides det første året i hver valgperiode og vedtas av nytt kommunestyre og fylkesting senest ett år etter konstituering. For å sikre at dokumentet er plan- og styringsrelevant, og at kravene i forskrift er harmonisert med plan- og bygningsloven, mener departementet at tidsintervallene for utarbeidelse av dokumentet skal foreligge før oppstart av arbeidet med planstrategier etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1.

I arbeidet med oversikter vil viktig kunnskap fra kommunen måtte inngå i fylkesoversikter samtidig som fylkeskommunen har informasjon av betydning for den enkelte kommune. Departementet foreslår i forskriften at kommunen og fylkeskommunen skal samarbeide og utveksle informasjon. Fylkeskommunen skal påpeke særskilt forhold kommunen bør være oppmerksom på.

6.2.2.2 Dokumentasjonskrav for det generelle og løpende oversiktsarbeidet

Oversiktsarbeidet skal på samme måte som etter kommunehelsetjenesteloven sette kommunen i stand til å håndtere forhold med negativ helsepåvirkning når de oppstår. Det

generelle løpende oversiktsarbeidet vil gå fra mer beredskapsmessige forhold til å løpende vurdere om det skjer endringer i lokalsamfunn og helsetilstand hos befolkningen. For eksempel vil nedleggelse av en hjørnestensbedrift skape virkninger for lokalsamfunnet som kommunen må håndtere når det skjer, og slike virkninger kan få konsekvenser for lokale folkehelseutfordringer. Et løpende oversiktsarbeid er videre en del av forsvarlig ivaretagelse av kommunens oppgave med å føre tilsyn på miljørettet helsevernområdet. Et annet element i det løpende oversiktsarbeidet vil være å vurdere om folkehelseprofiler fra Nasjonalt folkehelseinstitutt som utarbeides hvert år gir grunnlag for endring av de faglige vurderingene i dokumentet som utarbeides hvert fjerde år.

Departementet foreslår at det løpende oversiktsarbeidet i kommunen skal dokumenteres på hensiktsmessig måte. Dette innebærer et mindre strengt dokumentasjonskrav enn for oversiktsdokumentet. Begrepet hensiktsmessig viser til at det skal være fleksibilitet i kravet til dokumentasjon. Løpende oversiktsarbeid og dokumentasjonskravet bør ses opp mot den internkontroll kommunen og fylkeskommunen skal føre for å sikre at krav fastsatt i folkehelseloven overholdes, jf. folkehelseloven § 30.

Fylkeskommunen har andre oppgaver og roller enn kommunen, og fylkeskommunens generelle løpende oversikt må tilpasses de oppgavene fylkeskommunen har. Etter lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet er oppgaven i å ha oversikt rettet primært mot det langsiktige og mer planforankrede folkehelsearbeidet. Forskriftsutkastet § 4 som regulerer fylkeskommunens oversiktsarbeid stiller derfor ikke dokumentasjonskrav utover utarbeidelse av et dokument hvert fjerde år. Dette betyr imidlertid ikke at fylkeskommunen kan unnlate å vurdere om det er grunnlag for å revidere de faglige vurderingene mellom hvert fjerde år, jf. forskriftsutkastet § 4 første ledd om at oversikten skal sette fylkeskommunen i stand til å ivareta sine oppgaver etter § 20.

6.2.2.3 Anonyme data

Dokument som utarbeides skal gi opplysninger om utviklingstrekk på befolkningsnivå, og de skal være anonyme. Anonyme opplysninger er opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson.

Anonyme opplysninger omfattes ikke av personopplysningsloven eller helseregisterloven. Dersom man i oversiktene skal innhente eller på annen måte behandle opplysninger som er knyttet til person, for eksempel ved at det foretas helseundersøkelser, vil reglene i personopplysningsloven, helseregisterloven og/eller helseforskningsloven gjelde.

I arbeidet med oversikter er det viktig at personvern og informasjonssikkerhet er kjent og blir ivaretatt. Selv om opplysninger ikke har identifiserbare kjennetegn om enkeltpersoner, kan det i enkelte tilfeller forekomme at kombinasjon av spesielle opplysninger (for eksempel angivelse av alder og bosted i en liten kommune) kan føre til at det er mulig å identifisere enkeltpersoner. Dette vil for eksempel bety at i de dataene som blir gjort tilgjengelig fra Folkehelseinstituttet for kommuner og fylkeskommuner, vil mindre kommuner finne at grupper kan bli slått sammen, for eksempel slik at man danner større geografisk område eller større gruppe med personer (slå sammen aldersgrupper).

7 Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

7.1.1 Bakgrunn

Folkehelseloven § 5 første ledd bokstav a og § 21 første ledd bokstav a slår fast at kommunale og fylkeskommunale oversikter skal bygge på de opplysningene som Nasjonalt folkehelseinstitutt gjør tilgjengelig, i tillegg til egne opplysninger. I høringen av loven var det mange som mente det var av stor betydning at dette ble regulert.

Lofotrådets arbeidsutvalg, kommunene *Moskenes, Flakstad, Vågan og Vestvågøy* uttalte at det er:

”særdeles viktig at Fylkeskommunene og Folkehelseinstituttet får en lovpålagt oppgave og understøtte kommunene med tilgjengelig data i en form som er meningsfull for kommunene i arbeidet med å fremme folkehelse. Her kan nevnes:

- Oversikt over befolkningsutvikling
- Helsetilstand i befolkningen
- Påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre
 - Utfordringene
 - Sammenlikning mellom kommuner, regioner og befolkningsgrupper.

En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og å analysere disse. Gjennom å gjøre et sett med nøkkeldata tilgjengelig for kommunen vil den ha bedre mulighet til å prioritere og å måle effekt av sine tiltak”.

7.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Folkehelseloven §§ 5 og 21 angir kildene kommuners og fylkeskommuners oversikter skal baseres på. Både kommuner og fylkeskommuner skal basere sitt oversiktsarbeid på opplysningene som kommer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Kommunene skal i tillegg innhente opplysninger fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn. Fylkeskommunene skal innhente opplysninger fra tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunal virksomhet med betydning for folkehelsen. I forslaget til forskrift gjentas ikke kildene for innhenting av opplysninger, men Folkehelseinstituttets oppgave i å gjøre tilgjengelig informasjon reguleres nærmere, av hensyn til forutberegnelighet for kommuner og fylkeskommuner.

Folkehelseinstituttet har gjennom folkehelseloven § 25 i oppgave å gjøre tilgjengelig relevant statistikk som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikt. På nasjonalt nivå er det flere sentrale registre med opplysninger som kan bidra til å gi kommunene en oversikt over folkehelseutfordringene de står overfor. I tillegg til helseregistre finnes det registre med data om forhold som arbeidsledighet, inntektstforhold,

demografiske og sosioøkonomiske data, fysiske miljøbelastninger, samt data om tjenester i norske kommuner. I forslaget til forskrift foreslås det at Folkehelseinstituttet skal utarbeide og presentere folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år, samt å etablere og oppdatere en statistikkbank.

Folkehelseprofiler utarbeides og sendes til kommunene første gang i januar 2012. Gjennom folkehelseprofilene vil kommuner og fylkeskommuner få fortolket statistikk fra data i sentrale registre. I KommuneHelse statistikkbank vil man få tilgang til mer detaljert statistikk. Dette systemet erstatter KommuneHelseprofiler som til nå har ligget på Helsedirektoratets nettsider.

Opplysningene som skal gjøres tilgjengelig vil ta utgangspunkt i eksisterende informasjon, men det er flere områder der vi i dag har lite kunnskap. Det gjelder for eksempel data fra primærhelsetjenesten og opplysninger om en del risikofaktorer. Arbeidet med helseindikatorer, statistikkbank og folkehelseprofiler vil være under kontinuerlig utvikling i årene framover. For en nærmere omtale av folkehelseprofilene og KommuneHelse statistikkbank vises det til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-6/2011.

8 Informasjon til befolkningen

8.1 Bakgrunn

Folkehelsearbeid handler blant annet om lokale prosesser, forankring og engasjement. Medvirkning fra befolkningen anses som et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet. Slik medvirkning kan for eksempel komme fra enkeltpersoner, lokale interessegrupper eller frivillige organisasjoner. Medvirkning handler blant annet om individers og lokalmiljøers påvirkning av beslutninger som angår deres helse, og mobilisering og styrking av egne krefter.

Flere høringsinstanser fremhevet i høringen av folkehelseloven behovet for at den kunnskap oversiktsarbeidet gir også gjøres tilgjengelig. Blant annet uttalte *Kreftforeningen* at:

”Det er bra at kommunens ansvar for til enhver tid å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen videreføres, jf. § 5. Denne oversikten må være skriftlig, som departementet foreslår, men også offentlig tilgjengelig for alle som er interessert i denne kunnskapen, slik som frivillige organisasjoner, forvaltning og folk flest. Dette bør understrekes i lovteksten i § 5 og tilsvarende for fylkeskommunen i § 21. Offentlig tilgjengelig informasjon muliggjør oppfølging og vurdering av kommunens prioriteringer og resultater innen folkehelsearbeidet.”

Norsk nettverk for helsefremming uttaler:

”Borgermedvirkning i prosesser relatert til folkehelsearbeid bør trekkes sterkere inn. Dette perspektivet er viktig for å unngå at folkehelsearbeid bare blir et anliggende for profesjonelle og politikere”.

Offentliggjøring av oversikten vil også bidra til å gjøre oversiktene bedre. *Den norske turistforening* uttaler:

”Vår erfaring er at kommunene kan mangle oversikt over alle positive og effektive tiltak som finnes i regi av frivillige organisasjoner og andre virksomheter. Dette har ført til bruk av unødvendige ressurser til igangsetting av parallelle tiltak i kommunal regi, der tiltaket og kompetansen allerede finnes innenfor frivillig sektor og der det i stedet hadde vært hensiktsmessig å benytte ressursene til å videreutvikle det eksisterende”

8.2 Departementets vurderinger og forslag

Folkehelseloven forutsetter at oversikter skal være tilgjengelig for kommunens politiske og administrative ledelse, kommunale sektorer/tjenesteområder og aktuelle samarbeidspartnere som for eksempel frivillig sektor. Oversikter vil også kunne ha en funksjon i forhold til den oppgave kommunen har om å gi informasjon, råd og veiledning til hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom, jf. lovens § 7 annet ledd.

Stortinget vektla dette i Innst. 424 L (2010-2011) kapittel 2.3.5:

”Komiteen mener det bør lages et system der en lett kan sammenligne helsedata med andre aktører for å kunne se utviklingen i egen kommune over tid, og slik at innbyggere og folkevalgte kan sammenligne sin kommune med andre. Komiteen mener dette kan bli viktig for økt kommunal innsats på dette feltet.”

Det er en klar tendens, både internasjonalt og nasjonalt, at det legges større vekt på at befolkningen skal ha tilgang til informasjon og til å delta i beslutningsprosesser som har betydning for miljø og helse. Miljøinformasjonsloven gir regler for hvordan en i beslutningsprosesser av betydning for miljøet skal sikre allmennheten innflytelse og deltakelse. Hensynene bak miljøinformasjonsloven vil i stor grad også gjelde for tilgjengeliggjøring av oversikter etter folkehelseloven. Det vises til Ot.prp. nr. 116 (2001-2002).

Hensynene som ligger til grunn for offentlighetsprinsippet i forvaltningen; demokratihensynet, demokratisk kontroll med forvaltningen og tillit til offentlige avgjørelser, gjør seg gjeldende også på dette området. Tilgang på informasjon har en egenverdi i et åpent, demokratisk samfunn. Særlig gjelder dette informasjon om forhold som er av grunnleggende betydning for den enkelte, for den enkeltes etterkommere og for livsbetingelsene lokalt og globalt. Slik informasjon handler om muligheten til å ta ansvar for eget liv, og for eget bidrag til utviklingen i det samfunnet en lever i.

Folkehelsearbeid er samfunnsutvikling, og av hensyn til lokaldemokrati og i tråd med prinsippet om offentlighet mener departementet det bør legges til rette for at oversikten

skal gjøres tilgjengelig for befolkningen og for frivillig sektor, som er en viktig aktør i folkehelsearbeidet.

Spesielt i små kommuner kan imidlertid publisering av individbasert statistikk på kommunenivå komme i konflikt med hensynene til anonymitet og i noen tilfeller virke stigmatiserende for enkelte grupper. Det er en selvfølge at kommunene må sikre at individbasert statistikk presenteres på en slik måte at anonymiteten ivaretas. Hensynet til stigmatisering handler imidlertid ikke om å ivareta anonymiteten til enkeltindivider, men heller om å unngå at definerte sosiale grupper opplever at de ensidig blir assosiert med problemer.

I hvilken grad individbasert statistikk oppfattes som stigmatiserende eller ikke, vil både avhenge av hvordan statistikken presenteres og størrelsen på gruppene statistikken omfatter. Inndeling av statistikk over levekårsproblemer og andre risikofaktorer etter for eksempel sosioøkonomisk status (inntekt, utdanning og yrke) kan i seg selv oppleves som stigmatiserende. Videre kan en slik oppdeling bidra til at gruppene blir relativt små og sammenhengene tilsvarende mer stigmatiserende. Samtidig er det fra et folkehelsepolitisk ståsted ønskelig at statistikken skal vise nettopp sosiale forskjeller, for å kunne gjøre noe med dem. Så lenge systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det nødvendig at denne fordelingen får oppmerksomhet i det lokale folkehelsearbeidet.

Det er derfor viktig at kommunen presenterer datamaterialet på en slik måte at det blir minst mulig stigmatiserende. Det handler både om hvordan datamaterialet settes sammen og hva slags formuleringer som brukes når de sosiale forskjellene beskrives. Det vil også være avhengig av hva slags egenskaper eller variable det er snakk om. Særlig kan det oppleves stigmatiserende når statistikken dreier seg om ulike indikatorer på sosiale problemer eller data om levevaner som tobaksbruk, overvekt og lignende. Det er spesielt når en opphopning av risikofaktorer knyttes til enkelte grupper at problemet med stigmatisering oppstår. I slike tilfeller er det spesielt viktig å være varsom når materialet presenteres. En løsning kan være å rette oppmerksomheten mot de samfunnsmessige årsakene til problemene, for eksempel å understreke at helseatferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt. Ofte virker bakenforliggende påvirkningsfaktorer (helsedeterminanter) som inntekt, utdanning, sosialt nettverk og oppvekstforhold, forhold i nærmiljøet som stimulerer helsefremmende levevaner osv. mindre stigmatiserende enn mer umiddelbare risikofaktorer som røyking, overvekt o.l. En annen løsning er å rette oppmerksomheten mot sosiale helseforskjeller som en gradientutfordring, heller enn ensidig å fokusere på de gruppene som kortest utdanning og lavest inntekt. En slik tilnærming kan også bidra til å vise at sosiale forskjeller i helse er en utfordring som berører hele befolkningen.

9 Fylkeshelseundersøkelser

9.1 Bakgrunn

Fylkeshelseundersøkelser/befolkningsundersøkelser blir i forarbeidene til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som trådte i kraft i 2010, og i forarbeidene til folkehelseloven løftet frem som en sentral metode i fylkeskommunens oversiktsarbeid. Prop. 90 L (2010-2011) viser på side 109 til at:

”Med utgangspunkt i egne behov og kommunenes behov vil det kunne være aktuelt at fylkeskommunene gjennomfører spørreundersøkelser i befolkningen i samarbeid med kommunene. Befolkningsundersøkelse basert på spørreskjema om helse og helserelaterede faktorer gir informasjon som man ikke får gjennom registrene. Eksempelvis kan spørreskjemaet inneholde noen få kjernesporsmål om fysisk og psykisk helse, funksjonsevne, kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og alkohol.”

Folkehelseloven § 21 fjerde ledd gir hjemmel for å kunne gi nærmere bestemmelser i forskrift om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innhold i og gjennomføring av slike undersøkelser.

Dersom fylkesvise undersøkelser gjennomføres som en del av folkehelsearbeidet, vil de kunne gi verdifull informasjon som ikke fanges opp i nasjonale registre. Informasjon fra fylkesvise undersøkelser vil være nyttig for utvikling av fylkesplanarbeidet, å vise regionale variasjoner innad i fylket, som et grunnlag for en prioritering innen regional utvikling, evaluering av fylkeskommunens folkehelsearbeid og til kommunenes og fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Det er gjennomført mange ulike helseundersøkelser på regionalt nivå i Norge som gir informasjon som er verdifulle tillegg til den kunnskap man får fra for eksempel sentrale registre og fra lokalt innhentet informasjon. De fleste av disse er gjennomført i nært samarbeid med kommunene i fylket. Noen av disse helseundersøkelsene gjentas med jevne mellomrom. Undersøkelsene varierer mye i tema og metode.

Etter at lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet trådte i kraft i 2010, ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle se nærmere på fylkeskommunens arbeid med oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Gruppen hadde representanter fra Østfold fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, Østfold analyse, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. En anbefaling fra gruppen er at alle fylker bør gjennomføre fylkeshelseundersøkelser på en standardisert måte og bruke et felles spørreskjema (basismodul). I rapporten¹ presenteres et forslag til spørreskjema for ungdom og et for voksne. Rapporten gir også en oversikt over eksisterende undersøkelser. Utredningen er et grunnlagsdokument for arbeidet med denne forskriften og dette høringsnotatet.

¹ Rapporten ”Fylkeskommunens ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse” – utredningsrapport 2010-2011. Forslag til spørreskjema ligger i rapportens vedlegg 8 og 9.

Flere høringsinstanser peker i høringen av folkehelseloven på behovet for å gjennomføre helseundersøkelser, blant annet *Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus, Midtre Gauldal kommuner* som uttaler:

”For å kunne drive målrettet arbeid med å utjevne sosiale ulikheter i helse er kommunene avhengige av å få data på levekårssonenivå regelmessig. Både strategimeldingen om sosial ulikhet i helse og Marmot-rapporten til WHO, lister opp 6 indikatorer som må være med i framtidige levekår-/helseundersøkelser. 2-3 av disse er indikatorer som bare kan framskaffes ved å spørre befolkningen (helseadferd, sosial integrering og helsetjenestetilbud). Dersom dette skal være overkommelig for kommunene framover, må kommunene få et tilbud tilsvarende det en har i Sverige. Der kan en bestille hele eller deler av en standardisert spørreundersøkelse fra staten som en kan sende ut til hele eller et representativt utvalg av befolkningen i kommunen. Bare ved å spørre befolkningen, kan en få fram data som sier noe om opplevelse av sammenheng, mestring og fysiske og sosiale omgivelseskvaliteter. En standardisert, nasjonal liste over livskvalitetsindikatorer vil også gjøre det lettere å sammenligne seg med andre kommuner.”

9.2 Departementets forslag

Departementet foreslår at Nasjonalt folkehelseinstitutt får i oppgave å sørge for utarbeidelse av maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser. Det foreslås at forskriften gir en føring, men ikke plikt, om at fylkeskommuner som selv initierer fylkeshelseundersøkelser benytter disse malene. Departementet gir i dette kapitlet i høringsnotatet en nærmere beskrivelse av opplegg for fylkeshelseundersøkelser også utover det som foreslås direkte forskriftsregulert. Innspill på dette punkt vil gi grunnlag for det videre arbeidet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Et viktig formål med forskriften er å sikre nødvendig standardisering og samordning. Verdien av fylkeshelseundersøkelser vil bli større dersom de kan brukes for å sammenlikne på tvers av regioner, mellom kommuner i ulike fylker og over tid. Dette forutsetter at undersøkelser som gjennomføres blir mer samkjørte enn de er i dag både når det gjelder innhold og metode. Felles maler for undersøkelsene vil også være ressursbesparende sammenliknet med at hvert enkelt fylke skulle utarbeide disse på egenhånd. Data fra standardiserte undersøkelser i fylkene vil også kunne anvendes på nasjonalt nivå.

Departementet foreslår at Nasjonalt folkehelseinstitutt i forskriften § 5 annet ledd får i oppgave å sørge for enhetlige rammer for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelsene. Dette innebærer at det legges til rette for felles spørreskjema, felles mal for datainnsamling og felles retningslinjer for analyse og rapportering. Departementet foreslår videre at forskriften gir føringer om at fylkeskommuner som gjennomfører fylkeshelseundersøkelser bør benytte disse malene, jf. forslaget § 4 tredje ledd. Det foreslås i denne omgang ikke å pålegge fylkeskommunene å gjennomføre fylkeshelseundersøkelser.

Departementet foreslår ikke at forskriften skal pålegge fylkeskommunene å benytte de utarbeidede malene, men § 4 tredje ledd gir en sterk forventning om at fylkeskommuner

som planlegger fylkeshelseundersøkelser vil benytte seg av malene som utarbeides. I høringen av folkehelseloven høsten 2010 ble behovet for standardisering løftet frem av mange høringsinstanser.

Departementet legger til grunn at Folkehelseinstituttet involverer relevante aktører, for eksempel fylkeskommuner og kommuner ved utforming av maler for innhold og gjennomføring, for eksempel ved å forelegge utkast til maler. Det kan også være nødvendig å gjennomføre pilotstudier med spørreskjema før maler om innhold og gjennomføring kan anbefales.

9.2.1 Nærmere om maler for innhold og gjennomføring

Innhold

Innholdet i spørreskjemaet (basismodul) bør gjenspeile temaområder som ikke kan skaffes gjennom registre eller andre datakilder. Aktuelle temaområder er helseforhold, positive og negative påvirkningsfaktorer for helse, helsetjenester og fornøydhet med slike tjenester, livshendelser og sosiale forhold.

Basismodulen bør benyttes som et verktøy for standardisering av fylkeshelseundersøkelsene. I tillegg vil Folkehelseinstituttet utarbeide retningslinjer for selve datainnsamlingen, siden dette er av stor betydning for å få sammenlignbare data.

Den enkelte fylkeskommune kan i tillegg til basismodul legge til tilleggsspørsmål ut fra egne behov og prioriteringer. Det kan vurderes om en spørsmålsbank for tilleggsspørsmål bør etableres. Formålet med en slik spørsmålsbank er å legge til rette for at det benyttes spørsmål som har blitt brukt tidligere, og har vist seg å fungere godt. I den grad "validerte" spørsmål eller spørsmålsbatterier finnes, bør disse legges inn i banken. Det vil da også (i noen grad) være mulig å sammenligne seg med andre fylker eller kommuner med hensyn til tilleggsmodulen.

Gjennomføring

Det er aktuelt at fylkeskommunene gjennomfører spørreundersøkelser i samarbeid med kommunene og nasjonale myndigheter. Fylkeshelseundersøkelser vil gi viktig tilleggsinformasjon som ikke finnes i registre. En mal for datainnsamling vil beskrive forløpet i datainnsamlingen fra planlegging av undersøkelsen til og med ferdig datafil. Folkehelseinstituttet tar sikte på å utforme en mal for ungdom og en mal for voksne. Eksempel på prosedyrer som kan bli beskrevet er utvalgstreking, utforming av invitasjonsbrev og samtykkeerklæring, metoder for datainnsamling, inkludert råd om tiltak for å få høyest mulig svarprosent og behandling av datafil, som utregning av svarprosent, eventuell vektning mv. Folkehelseinstituttet kan eventuelt også utarbeide mal for søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk eller søknad om konsesjon til Datatilsynet for fylkeskommuner som knyttes til standard spørreskjema.

Omfanget av undersøkelsene bør balansere mellom enkelhet og tilstrekkelig bredde. Undersøkelsene bør ikke være for omfattende og tidkrevende å svare på, da dette vil gi økt risiko for lavere svarprosent, mangelfulle svar og sannsynligvis økt risiko for sosialt skjev deltakelse. Enkle undersøkelser vil også gi større mulighet for repetert gjennomføring.

Den som bestemmer formålet med behandlingen av opplysninger er databehandlingsansvarlig. Der fylkeskommunen initierer fylkeshelseundersøkelser som en del av sitt oversiktsarbeid etter folkehelseloven § 21, vil fylkeskommunen være databehandlingsansvarlig. En databehandlingsansvarlig vil kunne delegerer gjennomføring og databehandling til en annen institusjon. Ideelt sett ville en datainnsamling gjennomført av en og samme institusjon være den beste garantien for sammenlignbare data i alle fylker, både for undersøkelser blant voksne og ungdom.

Aggregerte data fra fylkeshelseundersøkelser bør være tilgjengelig for anvendelse både på regionalt og nasjonalt nivå. Publisering kan skje på ulike måter som fylkeskommunen finner hensiktsmessig. Statistikken kan i tillegg publiseres via Kommunehelse statistikkbank, som forvaltes av Folkehelseinstituttet, jf. høringsnotatet kapittel 7.

9.2.2 Målgrupper for fylkeshelseundersøkelsene: Hele befolkningen

Det anbefales å samle inn personidentifiserbare data for den voksne del av befolkningen. Dette vil muliggjøre kopling til registre for sosioøkonomiske forhold og vil dermed også spare plass i spørreskjemaet. Personidentifiserbare data krever at det innhentes samtykke fra de registrerte. Helseundersøkelser som inkluderer fysiske målinger og biologiske prøver er adskillig mer ressurskrevende og kompliserte å gjennomføre enn spørreundersøkelser, og vil være mindre egnet til fylkeshelseundersøkelser i stor skala.

For ungdom vil data kunne samles inn anonymt på skolene ved PC-basert undersøkelse. Dette forutsetter et samarbeid med undervisningssektoren. Skolebaserte undersøkelser har som regel høy svarprosent. Ved anonym gjennomføring har 10. klassinger (15-16 åringer og eldre elever) egen samtykkekompetanse, og man slipper dermed å innhente samtykke fra foreldrene. Foreldrene bør informeres, og de kan nekte deltakelse dersom ungdommen er under 16 år.

Det bør tas hensyn til minoriteter med andre morsmål enn norsk. Spørreskjemaet bør oversettes til samisk i kommuner der dette er majoritetsspråk, og i kommuner med en vesentlig samisk befolkningsandel. I byer eller andre steder hvor det bor mange innvandrere bør spørreskjemaet oversettes til flere språk. Selv om mange kan norsk, kan terskelen for å svare senkes ved å tilby spørreskjema på flere språk.

9.2.3 Nærmere om juridisk behandlingsgrunnlag for fylkeshelseundersøkelser

Prop. 90 L (2010-2011) gjør det klart at forskriftshjemmelen i folkehelseloven § 21 fjerde ledd om befolkningsundersøkelser *”ikke omfatter nødvendig behandlingsgrunnlag etter helseforskningsloven og/eller helseregisterloven. Dette vil komme i tillegg”*.

Fylkeskommuner som gjennomfører fylkeshelseundersøkelser må sørge for at innhenting og videre behandling av opplysninger er i tråd med personvernregelverket. Det er ulike krav om undersøkelsene inneholder personidentifiserbare opplysninger eller ikke.

Behandling av opplysninger som kan knyttes til enkeltindivider, enten via personidentifiserbare kjennetegn som fødselsnummer eller via koplingsnøkkel, forutsetter godkjenning i tråd med personvernregelverket. Dette kan være godkjenning fra

Datatilsynet for opprettelse av et register eller godkjenning fra en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) dersom innsamlede opplysninger skal brukes til medisinsk og helsefaglig forskning.

Helseforskningsloven får anvendelse ved medisinsk og helsefaglig forskning som skaffer til veie ny kunnskap om sykdom eller helse. Den kommer da til anvendelse ved direkte kontakt med mennesker, ved bruk av helseopplysninger eller ved bruk av biologisk materiale. Ved innsamlet anonymt materiale får helseforskningsloven ikke anvendelse.

Selv om navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, kan det på fylkes- og kommunenivå i noen tilfeller være mulig å knytte opplysninger til enkeltpersoner, særlig ved bruk av små grupper i statistikken (bakveisidentifisering). Dette er det viktig å være oppmerksom på, slik at sensitive data ikke blir publisert eller på annen måte tilgjengeliggjøres.

Departementet vil på sikt vurdere om fylkeshelseundersøkelser skal gis behandlingsgrunnlag i forskrift med hjemmel i helseregisterloven § 7 i stedet for behandlingsgrunnlag ved konsesjon fra Datatilsynet eller godkjenning fra REK. Dette kan for eksempel gjøres ved å utforme et tilleggskapittel i denne forskriften. Forholdet til andre samtykkebaserte helseundersøkelser vil da vurderes nærmere.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

10.1 Bakgrunn

Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 21 gir redegjør for økonomiske og administrative konsekvenser ved ny folkehelselov, herunder krav knyttet til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Mange høringsinstanser uttalte seg om ressurser knyttet til høringen av folkehelseloven, blant annet i tilknytning til oversiktsoppgaven. *Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)* mener oversiktsarbeidet vil kreve en styrking av plan- og analysedelen i kommunen:

”KS ser behovet for at det utarbeides bedre oversikt over helsetilstanden i befolkningen til bruk i det lokale arbeidet. Analyser, strategier og systematiske tiltak vil imidlertid kreve en styrking av plan- og analyse delen i kommunene. KS mener at målene i folkehelseloven ikke kan nås uten betydelig økning i økonomiske og administrative ressurser til kommunene/fylkeskommunene.”

Krav til oversiktsarbeid er ikke nytt i folkehelseloven, men er en videreføring fra kommunehelsetjenesteloven. Manglende statlig tilrettelegging og uklare krav til hva oppgaven faktisk innebar medførte at oppgaven i mange kommuner ikke har blitt ivarettatt som forutsatt. I folkehelseloven ble krav til oversikt presisert, både i forhold til kilder oversikten skal baseres på, krav til analyse og det ble lagt til et krav om skriftlighet. Prop.

90 L (2010-2011) gir i kapittel 21.4.2. en nærmere redegjørelse for de økonomiske og administrative konsekvenser av folkehelselovens oversiktsbestemmelser:

"Forslaget til lovbestemmelse i folkehelseloven er [...] en konkretisering av gjeldende rett. Siden mange kommuner ikke har ivaretatt oppgaven, kan en konkretisering likevel kunne bli ansett som en skjerpelse av kravet."

"Fordi det legges opp til en klarere nasjonal støtte til kommuner vil dette i prinsippet føre til en forenkling for kommuner dersom de hadde ivaretatt sitt ansvar etter gjeldende bestemmelser [...] Det forutsettes også at ressurser som kommunene bruker i dag innen helseovervåkning, går til dette formålet".

Videre vises blant annet til tilskudd som er gitt i forbindelse med samhandlingsreformen, samt den kursendringen reformen innebærer:

"Forslaget til folkehelselov vil, slik den er utformet, ikke i seg selv medføre økte økonomiske kostnader for kommunene utover det som allerede er gitt i tilskudd til kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. Kommunene har også i dag ansvar for å fremme helse, og lovforslaget gir ingen rettigheter til noen, men er i stor grad prosessuell på samme måte som for eksempel plan- og bygningsloven. Kommunens ansvar for å ivareta folkehelse er en videreføring av gjeldende rett, men det er satt økt krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter."

"Departementet deler imidlertid høringsinstansenes syn om at det vil ha økonomiske konsekvenser å løfte folkehelsearbeidet vesentlig utover dagens nivå. St.meld. nr. 47 (2008-2009) og Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal- helse og omsorgsplan 2011–2015, slår fast at forebygging skal styrkes og at en større del av veksten i helsebudsjettet skal komme i kommunene. Det forutsettes at en del av denne veksten også brukes på tverrsektorielt folkehelsearbeid, der dette gir mest helse for pengene".

10.2 Departementets vurderinger og forslag

10.2.1 Formål med forskriften

Det fremgår av kapittel 4 i høringsnotatet at forskriften skal ha som formål å legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og samordne og standardisere arbeidet med oversikter. Arbeidet med oversikter er i dag i liten grad koordinert.

Ukoordinert oversiktsarbeid innebærer dobbeltarbeid, samtidig som oversiktene ikke kan bygge på hverandre, for eksempel at en ikke kan sammenlikne og måle utvikling over tid, noe som begrenser muligheten for å vurdere egne utfordringer i relasjon til andres, samt også evaluering, forskning og utvikling.

At oversiktene gir et godt bilde av utfordringene er avgjørende for at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert og for å sikre at ressursene brukes målrettet. Bedre samordning innebærer et bredere potensial for utnytting av oversiktene.

10.2.2 Nærmere om kommunenes arbeid med oversikt

Etter folkehelseloven skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Etter forskriften er dette presisert, blant annet for å synliggjøre faktorer som er årsaker til sosiale helseforskjeller. Videre vil det at oversiktsarbeidet blir mer samordnet gi bedre grunnlag for sammenlikninger mellom kommuner. Dette gjør oversiktene bedre egnet som styringsverktøy og kunnskap fra Folkehelseinstituttet, fylkeskommunenes og kommunenes oversikter kan utfylle hverandre. Dette kravet er knyttet til form og ikke omfang av arbeidet. Forskriften setter ikke krav til undersøkelser, kartlegginger, eller ytterligere krav til omfang av analyser mv. som ikke følger direkte fra folkehelseloven. I arbeidet med oversikt skal det tas utgangspunkt i eksisterende kunnskap og hva som gjøres tilgjengelig for kommuner. Dette innebærer at forslaget til forskrift ikke gir nye eller utvidede krav til kommunen som medfører økonomiske eller administrative konsekvenser. Forskriften vil bidra til en konkretisering av krav og innhold samt sikre nødvendig samordning og standardisering.

Helse- og omsorgsdepartementet mener i tillegg oversiktsarbeidet vil gi en gevinst ut over folkehelsearbeidet, både ved at kommunesektorens planlegging generelt får et bedre faglig grunnlag, og ved at oversikten kan gi bedre grunnlag for styring av tjenestene.

Etter § 3 tredje ledd i forskriftsforslaget er det et krav om at kommunen hvert fjerde år skal utarbeide et dokument som grunnlag for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Det følger av folkehelseloven § 5 at oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunene, herunder konsekvenser og årsaksforhold. Det er som en del av samhandlingsreformen forutsatt at kommunen prioriterer oppbygging av systemer som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen, jf. Prop. 90 L (2010-2011):

”Oversikt over folkehelseutfordringer er en forutsetning for riktigere prioriteringer og mer effektive tiltak. Derfor er det viktig å sette klarere krav til en slik gjennomgang. Dette var også lagt til grunn da kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen ble styrket med 230 millioner kroner i frie inntekter fra 2010. Det er forutsatt at kommunen prioriterer oppbygging av systemer som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen, jf. Prop. 1 S (2009–2010) og IS-1/2010”

Folkehelseloven stiller krav om nødvendig oversikt. Forskriften presiserer at oversiktsarbeidet har to elementer; løpende oversiktsarbeid og det mer langsiktige der det skal gjøres en helhetlig gjennomgang hvert fjerde år. Oversiktsarbeidet er en integrert del av de oppgavene blant annet kommunelege, miljørettet helsevern personell, folkehelsekoordinator mv gjør. Kravet etter kommunehelsetjenesteloven var at helsetjenesten ”til enhver tid” skal ha oversikt.

I forskriften er det satt krav til at Folkehelseinstituttet utarbeider og presenterer folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år, i tillegg til å etablere og holde oppdatert en statistikkbank. Det at ansvaret til Folkehelseinstituttet konkretiseres gjør at kommuner vil spare tid og ressurser på å

vurdere nasjonale kilder, og innhente data fra disse. Dette er ressurser som kan brukes til å innhente og vurdere opplysninger lokalt. I tillegg får kommunene et bedre verktøy til å foreta analyser blant annet gjennom statistikkbanken. Til sammen gir dette bedre forutsetninger og støtte for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Når det gjelder kommunens kompetanse og kapasitet til å foreta vurderingene av kommunens helseutfordringer vises til Prop. 90 L (2010-2011) kapittel 18 og til drøfting av omfanget av denne kompetansen i kommunene i proposisjonens kapittel 21.

Forslag til forskrift inneholder krav om at kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk skal vurdere om det er spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet mener dette følger av kommunens generelle oversiktsansvar og i arbeidet med å identifisere sine folkehelseutfordringer. Dette er konkretisert i forskriften som et hensyn som må inn i selve vurderingen i de aktuelle kommunene. Det ligger i dette ikke et eget krav om å gjøre egne kartlegginger mv. i den samiske befolkning, men kan baseres på egne kilder for eksempel fra helsetjenesten, ev. også baseres på forskning og utredninger foretatt blant annet av Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø.

10.2.3 Nærmere om fylkeskommunens arbeid med oversikt

Kravene til fylkeskommunene er tilsvarende som for kommuner. I praksis vil kravet til løpende oversikt være noe mindre, hvilket også gjenspeiles i forskriftsteksten. Det vises videre til omtalen av økonomiske og administrative konsekvenser som følger av folkehelseloven i Prop. 90 L (2010-2011). Forslaget til forskrift gir ikke nye eller utvidede krav til fylkeskommunen som medfører økonomiske eller administrative konsekvenser.

Det er i forskriften ikke satt krav til at fylkeskommunene skal gjennomføre befolkningsundersøkelser. Likevel er det slik at mange fylker planlegger å gjennomføre slike. Utforming av maler vil kunne gi en besparelse for fylkeskommuner som velger å bruke malene for innhold og gjennomføring som tilbys fra Folkehelseinstituttet.

En større samordning over tid, samt tilretteleggingen fra Folkehelseinstituttet antas å kunne medføre en besparelse for de fylkene som gjennomfører befolkningsundersøkelser. Maler for innhold og gjennomføring vil gi et bedre grunnlag for målrettede undersøkelser, bedre analyser, muligheter for å sammenlikne fylker og at de ulike fylkeshelseundersøkelsene kan sammenstilles til nasjonale representative oversikter som grunnlag for nasjonal politikk for å fremme befolknings helse.

10.2.4 Nærmere om Nasjonal folkehelseinstitutt

Folkehelseinstituttet har i folkehelseloven fått ansvar for å gjøre opplysninger tilgjengelig som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter. Videre har de etter loven ansvar for å gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse. I forslag til forskrift er dette ansvaret konkretisert ved krav om å utarbeide og presentere folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylke i løpet av første kvartal hvert år, og å drifte en statistikkbank. Folkehelseinstituttet har i løpet av 2011 arbeidet frem modellen

for folkehelseprofiler og statistikkbank, og vil i januar 2012 kunne presentere profilene for kommunene. Folkehelseinstituttet har fra 2011 fått tilført 4 millioner til dette arbeidet. Disse er fra 2012 lagt inn i instituttets ordinære driftsramme.

Videre foreslås det at Folkehelseinstituttet får ansvar for å utarbeide maler med beskrivelser av prosedyrer for datainnsamling, inkludert en anbefalt spørreskjemamodul, og prosedyrer for databehandling. Merkostnader for å gjennomføre denne oppgaven dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ordinære budsjettamme.

10.3 Informasjon til befolkningen

Det foreslås at oversiktsdokument som utarbeides skal gjøres allment tilgjengelig, blant annet for å legge til rette for medvirkning i folkehelsearbeidet fra frivillig sektor og befolkningen. Denne bestemmelsen vil ikke innebære økonomiske konsekvenser. Det ligger ikke i forskriften føringer om at kommunen og fylkeskommunen aktivt må gå ut med informasjon for eksempel i form av publikasjoner, kunngjøringer mv. Forskriftens krav vil være oppfylt ved at dokumentet for eksempel legges ut på kommunens hjemmesider, eller gis ut til de som etterspør dokumentet.

Del III – Utkast til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (folkehelseforskriften)

Fastsatt xx.xx.xxxx av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid §§ 5 tredje ledd, 21 fjerde ledd og 25 tredje ledd og lov om vern mot smittsomme sykdommer § 7-11.

§ 1 Formål

Forskriftens formål er å legge til rette for at folkehelsearbeidet, herunder arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, er systematisk og kunnskapsbasert. Forskriften skal bidra til samordning og standardisering av arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommuner, fylkeskommuner og ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

§ 2 Virkeområde

Forskriften gjelder kommuners og fylkeskommuners arbeid med å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative påvirkningsfaktorer. Forskriften gjelder også Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave med å gjøre tilgjengelig opplysninger etter folkehelseloven § 25 annet ledd.

§ 3 Kommunens arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å ivareta sitt ansvar etter folkehelseloven §§ 4, 6, 7, 9 og 28. Oversikt skal inneholde opplysninger om helsetilstand, levevaner, befolknings sammensetning, oppvekst og levekår som for eksempel økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning, samt fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

Kommunens oversikt skal både gi grunnlag for det løpende og for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Det løpende oversiktsarbeidet skal dokumenteres på hensiktsmessig måte.

Som en del av det langsiktige oversiktsarbeidet skal kommunen hvert fjerde år utarbeide et dokument. Dokumentet skal gi faglige vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk skal vurdere om det er spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 10-1. Dokumentet skal ikke inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 1.

Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med dokument etter tredje ledd.

§ 4 Fylkeskommunens arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å ivareta sitt ansvar etter folkehelseloven §§ 20 og 21. Oversikt skal inneholde opplysninger om helsetilstand, levevaner, befolknings sammensetning,

oppvekst og levekår som for eksempel økonomiske vilkår, arbeidsforhold og utdanning, samt fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

Som en del av det langsiktige oversiktsarbeidet skal fylkeskommunen hvert fjerde år utarbeide et dokument. Dokumentet skal gi faglige vurderinger av konsekvenser og årsaksforhold og identifisere folkehelseutfordringene i fylket. Fylkeskommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1. Dokumentet skal ikke inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 1.

For å sikre samordning og sammenliknbarhet bør fylkeskommuner som gjennomfører fylkesvise helseundersøkelser som et ledd i folkehelsearbeidet, benytte maler for innhold og gjennomføring utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt etter § 5 annet ledd.

I sitt arbeid med å understøtte kommunene i deres oversiktsarbeid, skal fylkeskommunen samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med dokument etter tredje ledd.

§ 5 Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger fra nasjonale kilder som grunnlag for kommuners og fylkeskommuners arbeid med oversikter etter forskriften §§ 3 og 4. Oppgaven omfatter blant annet å utarbeide og presentere folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år, og å etablere og oppdatere en statistikkbank.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal legge til rette for samordning og sammenliknbarhet av fylkeshelseundersøkelser, jf. § 4 fjerde ledd. Det innebærer å sørge for at det utarbeides maler med prosedyrer for datainnsamling, inkludert en anbefalt basis spørreskjemamodul, og prosedyrer for databehandling.

§ 6 Informasjon til befolkningen

Kommunens og fylkeskommunens oversiktsdokument etter §§ 3 og 4 og folkehelseprofiler fra Nasjonalt folkehelseinstitutt etter § 5 skal være allment tilgjengelig slik at frivillig sektor og befolkningen får kunnskap som grunnlag for å påvirke beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.

§ 7 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra den tid departementet bestemmer. Departementet kan sette i kraft de enkelte bestemmelser eller deler av bestemmelser til forskjellig tid.

Vedlegg 1

Andre lands systemer for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Danmark

Danmark har fra 2010 etablert en landsomfattende undersøkelse av den voksne befolknings helse og sykkelighet². Undersøkelsen skal gjentas hvert fjerde år, og er forankret i en avtale mellom regionale og statlige myndigheter samt kommunenes interesseorganisasjon (tilsvarende det norske KS). Undersøkelsen bygger på et felles spørreskjema med 52 kjernespmåsmål som er utsendt til 300 000 innbyggere over 16 år.

Hensikten med undersøkelsen er å få et verktøy som mer presist kan peke ut ”sundhedspotensialerne”, hvilke risikofaktorer som finnes, utbredelsen av disse i befolkningen, samt hvordan helse, trivsel og sykdom relaterer seg til utdannelse og samlivsstatus. Kommunene skal gjennom dette verktøyet bruke egne data til prioritering og planlegging av helsefremmende og forebyggende innsats. Data skal også benyttes til å overvåke utviklingen av befolkningens helse og evaluere innsats.

Helse- og sykkelighetsprofilen knyttes særlig til dominerende risikofaktorer som tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold og overvekt. Også mental helse er gitt særlig fokus.

Spørreskjemaene omhandler temaer som egenvurdert helse (”helbred”), fysisk og mental helse, stress, smerter/ubehag, tobakksrøyking, alkoholbruk, kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og sosiale relasjoner. Temaene knyttes til og analyseres i forhold til for eksempel kjønn og alder, utdannelse, arbeidsforhold, samlivsstatus, etnisitet og regiontilhørighet.

I tillegg har Danmarks Sundhetsstyrelse ansvar for en rekke registre innen helseområdet, se www.sundhedsdata.sst.dk. Registerne benyttes blant annet til helseovervåkning og – planlegging, samt til forskning og administrasjon. Registerne inneholder statistikk fra en rekke sektorer innen helsetjenesten, herunder blant annet sykehusbehandling, sengeplasser, fødsler, diabetes, kreft, tvang i psykiatrien, rehabilitering dødsårsaker, men også kommunale helseindikatorer og nøkkeltall om helsevesenet.

Sverige

Velferdsregnskap

I Sverige har Statens folkhälsoinstitut i samarbeid med 17 kommuner og landsting utarbeidet en modell for lokale velferdsregnskap (”välfärdsbokslut”) som skal understreke

² <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Sundhedsprofiler/DenNationaleSHP.pdf>

sammenhenger mellom viktige kommunale, velferdspolitiske områder og overvåke utviklingen på dem.

Lokale data, utfordringer og ønsker er utgangspunktet for valg av prioriterte områder. Deretter må det velges indikatorer på de ulike områdene. Indikatorene velges dels fra en liste av ni basisindikatorer, dels fra andre kilder. Basisindikatorene er tilgjengelige fra nasjonale databaser og kan brytes ned til kommunalt nivå.

De ni basisindikatorene er valgdeltakelse, likestillingsindeks, utdanningsnivå, arbeidssøkere, inntektsnivå, ferdigheter i videregående skole, barnefattigdom, arbeidshelse og skader og forgiftninger.

Tilleggsindikatorer må skaffes til veie fra andre kilder. Velferdsregnskapet er et dokument som gjør rede for prioriterte områder og indikatorer og holder dette opp mot kommunens mål. Det er tenkt innarbeidet som en integrert del av kommunens årsrapporteringer. Områder som behøver særlig oppmerksomhet identifiseres som forslag til forbedringsområder som følges opp gjennom beslutningsprosessene i kommunens ordinære mål- og budsjettarbeid.

Modellen for lokale velferdsregnskap bygger på de elleve nasjonale folkehelsemålene i Sverige, med særlig vekt på de fem første: deltagelse og innflytelse; økonomisk og sosial trygghet; trygge og gode oppvekstvilkår; bedre helse i arbeidslivet; sunne og sikre miljøer og produkter. Disse fem målene er av særlig relevans for offentlig velferdspolitik (mens de seks siste målene er mer orientert mot individuell atferd).

Kommunale basfakta

Statens folkhälsoinstitut lager årlige faktablad med statistikk som er tilgjengelig for alle kommunene i Sverige. Eksempler på informasjon som inngår på faktabladet er befolkning etter kjønn og alder (sammenliknet med län og land), innvandrerandel, barnefamilieandel, migrasjon, valgdeltakelse, en rekke økonomiske indikatorer, samt basisindikatorene nevnt tidligere.

Nasjonale folkehelseundersøkelser

Sverige gjennomfører årlig en nasjonal spørreundersøkelse om folkehelse. Basisutvalget for undersøkelsen er som regel 20.000 personer. Dette er ikke nok til at resultatene kan brytes ned til kommunenivå. Men hvert år inviteres landstingene (regionalt nivå) til å delta med tilleggsutvalg i undersøkelsen.

Finland

I Finland eksisterer en statistikk- og indikatorbank som heter SOTKANet som forvaltes av Instituttet for helse og velferd³. Hensikten med statistikk- og indikatorbanken er at den skal være til nytte for beslutningstakere og fagfolk innen sosial-, helse- og omsorgssektoren. SOTKANet inneholder informasjon fra og med 1990 om befolkningens

³ www.sotkanet.fi

velferd og helse i alle Finlands kommuner. Informasjonen er gratis og kan fås på nivåene: økonomisk region, landskap, len, sjukvårdsdistrikt og hele landet.

SOTKANet har ikke folkehelsearbeid som primære målområde, men inneholder en rekke indikatorer på helse og velferd. Totalt omfattes over 2000 statistikkopplysninger om blant annet befolkning, kommuneøkonomi, familier, bolig, sykdom, legemiddelbruk, dødelighet, tjenestebruk og tjenestetilbud innen helse og omsorg. Det kan fremskaffes informasjon i form av tall, grafiske figurer og kart på finsk, svensk eller engelsk. Indikatorbanken oppdateres årlig.

SOTKANet inneholder også datapakker som utarbeides av eksperter på sosiale spørsmål og helse og omsorgstjenester. Et eksempel på indikatorprosjekt som kan være relevant for folkehelsearbeid er indikatorene for helse og velferd. I tilknytning til indikatorene finnes informasjon om hvordan de bør tolkes. Datasettet ble utarbeidet gjennom et pilotprosjekt i samarbeid med tre kommuner. Målet var å komme frem til et felles sammenlignbart indikatorsett på tvers av kommuner. Data kan sorteres på aldersgrupper. I hver aldersgruppe har en valgt ut indikatorer som ble ansett sentrale for vurdering av velferd i aldersgruppen.

TEAvisary er et internasjonalt benchmarking system for forvaltning, planlegging og evaluering av folkehelsearbeid, som ble lansert i Finland i 2010⁴. TEAvisary består av en database med indikatorer på health promotion capacity (HPC) som er organisert i henhold til temaene engasjement, styring, overvåking, behovsanalyser, ressurser, praksis og medvirkning. Rammeverket kan tilpasses alle sektorområder og bygger på internasjonal litteratur om kapasitetsbygging innen folkehelsearbeid og kvalitetsarbeid.

Gjennom databasen får kommuner tilgang til HPC indikatorer for en eller flere kommuner eller regioner. Dataene har blitt samlet fra kommuner og fra nasjonale registre og søker å dekke alle relevante sektorer. Foreløpig inneholder databasen informasjon fra primærhelsetjenesten, skoledata og data om fysisk aktivitet. Nye data fra kommunene blir hentet inn i 2011. Dataene oppdateres hvert andre år.

England

I England har Helsedepartementet fått utviklet ett nettbasert system for presentasjon av helseinformasjon og rapporter på ulike geografiske nivåer, kalt Health Profiles⁵. De gir et øyeblikksbilde oversikt over helse for hver kommune og region i England. Helseprofiler produseres årlig av Association of Public Health observatorier (APHO) på oppdrag fra Department of Health. I systemet har man enkel tilgang til interaktive kart, data og man kan lage tilpassede rapporter på flere geografiske nivåer.

Health Profiles er utformet med hensikt å hjelpe lokale myndigheter og helsetjenesten ta beslutninger og legge planer for å bedre lokalbefolkningens helse og redusere

⁴ www.thl.fi/teaviisari

⁵ <http://www.apho.org.uk>

helseforskjeller. Profilene presenterer et sett med viktige helseindikatorer som viser hvordan området sammenlignet med den nasjonale og regionale gjennomsnitt.

Helseprofilene i rapportform er tilgjengelig på tre geografiske nivåer representert ved forskjellige farger, lokalt nivå (grønne), fylkesnivå (rød) og regionsnivå (blå).

Det presenteres totalt 32 indikatorer innenfor de 5 temaene demografi og sosiale forhold, barns og unges helse, voksnes helse og livsstil, sykdom og dårlig helse, og levealder og dødsårsaker.

Hver indikator som presenteres gjøres med en statistisk vurdering om man ligger over eller under landsgjennomsnittet. Indikatorene som presenteres er utviklet både fra register og fra undersøkelser.

En sentral datakilde er undersøkelsen Health Survey. Health Survey er en serie med årlige undersøkelser som begynte i 1991 med sikte på å overvåke helsetilstanden i befolkningen. Fullstørrelse undersøkelse består av rundt 16.000 voksne i alderen fra 16 år og over.

Utvalgsstørrelsen kan variere noe fra år til år med hensyn på aldersgrupper, etnisitet osv.

For hver deltaker inkluderer undersøkelsen et intervju og en fysisk undersøkelse av en sykepleier, der ulike fysiske målinger, tester og prøver av blod og spytt blir samlet inn.

Disse målingene gir opplysninger om kjente risikofaktorer forbundet med sykdom og objektiv validering for selvrapportert helseatferd.