

FOLKEHELSEPROFIL 2012

Sund



Hovudtrekk i folkehelse

All statistikk er basert på dataene som er satt ut på en spørreundersøkelse som er gjennomført i kommunen.

Om befolkninga

- Totalt antall innbyggere
- Gjennomsnittsalder
- Prosentandel kvinner

Levetid

- Gjennomsnittlig forventet levetid
- Levetid for menn
- Levetid for kvinner

Utdanning

- Prosentandel med høyere utdanning
- Prosentandel med mellomutdanning
- Prosentandel med lavere utdanning

Sjikt

- Prosentandel i ulike sosiale sjikter
- Prosentandel i ulike økonomiske sjikter

Utdanning

- Prosentandel med høyere utdanning
- Prosentandel med mellomutdanning
- Prosentandel med lavere utdanning

God oversikt - en forutsetning for god folkehelse

En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Heftets tittel: God oversikt - en forutsetning for god folkehelse.
En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand
og påvirkningsfaktorer

Utgitt: 10/2013

Publikasjonsnummer: IS-2110

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling levekår og helse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi Publikasjonsnummer: IS-2110

Illustrasjon: Folkehelseprofil utgitt av Folkehelseinstituttet

Forord

God folkehelse skapes gjennom god samfunnsutvikling. Samtidig er folkehelsen en viktig faktor for god utvikling. En rekke forhold i samfunnet påvirker folkehelsen, som bolig, utdanning, arbeid og fysiske og sosiale miljøer.

Kommuner og fylker trenger god oversikt over helsetilstand, påvirkningsfaktorer, folkehelseutfordringer og ressurser, slik at de kan planlegge og gjennomføre effektive tiltak. God oversikt bidrar til et mer treffsikkert folkehelsearbeid. De faktiske utfordringene legges til grunn for folkehelsearbeidet.


Oversikten baserer seg på ulike kilder. Nasjonale helsemyndigheter bidrar med opplysninger, men kommunene og fylkene besitter selv viktig informasjon. Informasjonen skal vurderes; hvorfor har situasjonen oppstått og hvor viktig antas situasjonen å være. Informasjonen skal legges til grunn for beslutninger, både for det løpende folkehelsearbeidet og for det langsiktige arbeidet knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven. Det vil være opp til kommunene og fylkeskommunene å organisere oversiktsarbeidet på hensiktsmessig måte.

Høsten 2011 ble det gjennomført en kartlegging av kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid. Den viste bl.a. at en stor andel av kommunene ikke hadde utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Gjennom kartleggingen uttrykte kommunene behov for mer kunnskap på området.

Denne veilederen er ment å møte noe av dette kunnskapsbehovet.

Når vi har høstet mer erfaring med det praktiske oversiktsarbeidet, og fått konkrete tilbakemeldinger om utfordringer kommuner og fylkeskommuner står overfor, kan det være aktuelt å revidere veilederen. Veilederen vektlegger prosesser i hvordan man kan skaffe seg god oversikt og forklaring til loverket heller enn metoder og detaljerte fremgangsmåter.

Kommunenes frie inntekter er styrket for å gi kommunene forutsetninger for å oppfylle folkehelseloven. Dette gir, sammen med krav i folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen, en forventning om at kommunenes arbeid med folkehelseoversikt gis prioritet. Kommuners og fylkeskommuners kjennskap til helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategien og det videre planarbeidet. På denne måten får folkehelsearbeidet en tydeligere politisk forankring og langsiktighet, og det legges til rette for samordning av de ulike kommunesektorenes innsats for folkehelsen.



Bjørn Guldvog
helsedirektør

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
2. Oversiktsarbeidet i praksis.....	6
2.1 Hvorfor oversikt?	6
2.2 Forankring av arbeidet	7
2.3 Hva menes med oversikt over helsetilstand og påvirknings- faktorer? (Definisjoner)	7
2.4 Hva innebærer oppgaven med å ha oversikt?	8
2.5 Særlig om løpende oversiktsarbeid	15
2.6 Koblingen mellom fireårsdokument og plan- og bygningsloven	17
2.7 Store og små kommuner, og data på kommunenivå	18
2.8 Særlig om fylkeskommunens oversikt	19
3. Nærmere om temaene/områdene oversikten skal inneholde.....	19
3.1 Den tematiske inndelingen	19
3.2 Hvilken informasjon kan være relevant innenfor de ulike temaene?	20
4. Nærmere om kilder til informasjon	26
4.1 Krav til hva oversikten skal baseres på	26
4.2 Opplysninger fra statlige helsemyndigheter	26
4.3 Opplysninger fylkeskommunen gjør tilgjengelig for kommunen	27
4.4 Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene	27
4.5 Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn	29
4.6 Spesielt om kilder til informasjon for fylkeskommunen	31
5. Organisering av oversiktsarbeidet	32
5.1 Ansvars plassering og forankring	32
5.2 Tverrsektorielt oversiktsarbeid.....	33
5.3 Avklare struktur for og ressurser til arbeidet.....	34
5.4 Kompetanse.....	34
5.5 Samordning og samarbeid mellom kommuner og fylkeskommune	35
5.6 Medvirkning	36
Vedlegg	37
Vedlegg 1: Folkehelseloven	37
Vedlegg 2: Forskrift om oversikt over folkehelsen	46
Vedlegg 3: Kort omtale av relevant lovgrunnlag	48

1. Innledning

Kommunesektoren har en helt sentral rolle i å fremme befolkningens helse gjennom bredden i kommunens ansvar. Kommunen har ansvar for å fremme folkehelse gjennom sine virkemidler, og folkehelseperspektivet skal inngå i planlegging og lokal samfunnsutvikling. Kommunene og fylkeskommunene er gitt forutsetninger for å følge opp dette ansvaret. Bl.a. har kommunene som en oppfølging av samhandlingsreformen og folkehelseloven fått tilført midler gjennom rammetilskuddet for å bygge opp kompetanse. Veksten i de frie inntektene skal gi kommunesektoren forutsetninger for å oppfylle folkehelseloven og å bidra til å nå målene i folkehelsemeldingen.¹ Etableringen av folkeheleprofilene til kommuner og fylkeskommuner fra 2012 er et stort skritt for å styrke kunnskapsgrunnlaget for det kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet. Disse skal utvikles videre.

Folkehelseloven § 1 Formål:

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.

Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning for å beskrive folkehelseutfordringer og ressurser, og nødvendig for å planlegge og gjennomføre tiltak. Folkehelseloven med forskrift stiller derfor krav til kommuners og fylkeskommuners oversikt.

Krav til oversikt er i hovedsak en videreføring av § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven av 1982 og § 4 i lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet av 2009.

Hensikten med veilederen er å bidra til forståelse av innholdet i krav i folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen, herunder krav om å ha nødvendig oversikt og til faglig forsvarlighet. Videre er hensikten å gi råd om hvordan arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kan utføres i praksis, i henhold til kravene. I veilederen legges det særlig vekt på §§ 5 og 21 i folkehelseloven («Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen/fylket»), i tillegg til forskriften. Lov og forskrift er gjengitt i hhv vedlegg 1 og 2. Omtale av annet lovverk med relevans for oversiktsarbeidet er omtalt i vedlegg 3.

Dette dokumentet vil bli supplert med eksempler fra kommuner og fylkeskommuner, som kan være til nytte i oversiktsarbeidet. Disse skal gjøres tilgjengelig på nett.

Kommunens og fylkeskommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer følger av folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen. Denne veilederen inneholder Helsedirektoratets råd og anbefalinger for arbeidet, og er ment som et pedagogisk hjelpemiddel for kommunen og fylkeskommunen. Helsedirektoratet er nasjonalt fagorgan på folkehelseområdet og har

1. Meld. St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar.

som oppgave å utvikle faglige normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Veilederen inneholder Helsedirektoratets vurderinger av hvordan regelverket bør fortolkes og hva som er god faglig praksis på området.

Veilederen retter seg først og fremst mot medarbeidere i kommunen og fylkeskommunen som skal arbeide med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. En annen sentral målgruppe for veilederen er kommunens og fylkeskommunens øverste ledelse, virksomhetsledere og medarbeidere med ansvar og oppgaver knyttet til folkehelsearbeid generelt og til kommunal og regional planlegging. Veilederen kan også være nyttig for fylkesmannen i forbindelse med veiledning og tilsyn.

I veilederen er det satt inn enkelte eksempler fra «Friskvik kommune» og «Friskland fylke». Disse er ment å illustrere problemstillinger som berøres.

2. Oversiktsarbeidet i praksis

2.1 Hvorfor oversikt?

Folkehelsen påvirkes av det samfunnet vi lever i. Det er ikke slik at den samlede folkehelsesituasjonen i en kommune, eller et fylke, eller i landet kun er summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger. Det er store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold skaper disse forskjellene, som vi kan påvirke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak. Kunnskap om disse samfunns- og miljømessige forhold er da en forutsetning for å ivareta innbyggernes helse.

Å fremme befolkningens helse er et viktig mål i seg selv. Det skaper mer velferd og livskvalitet for den enkelte. I tillegg er befolkningens helse av samfunnets viktigste ressurser. Dette innebærer at det er en samfunnsoppgave å forvalte denne ressursen på best mulig måte. Identifisering av folkehelseutfordringer og ressurser skal danne grunnlag for beslutninger i det løpende folkehelsearbeidet og i forbindelse med planlegging etter plan- og bygningsloven.

Som nevnt over er oppgaven med å ha oversikt ikke ny. Den har kommunene i praksis hatt siden 1860. Sundhedsloven av 1860 stadfestet at «Opmærksomhed» skulle rettes mot «Stedets Sundhedsforhold, og på hva derpaa kan have Indflydelse». Med andre ord, både helsetilstand og det som påvirker helsen (påvirkningsfaktorer eller determinanter).

Dette innebærer at kommuner har erfaring å bygge på. Med folkehelseloven gis arbeidet med å ha god oversikt ny aktualitet, spesielt fordi dette nå er knyttet nærmere til kommunens/fylkeskommunens planprosesser. Det er et krav at oversikten skal inngå som grunnlag for planstrategien, og ved fastsetting av mål og strategier. Oversikten er også grunnlag for folkehelseiltak og hensyn til folkehelse i det daglige arbeidet.

Tilstrekkelig oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre de folkehelseutfordringene man står overfor, både lokalt, regionalt og nasjonalt. God oversikt skal gjøre folkehelsearbeidet treffsikkert ved at det er de faktiske utfordringene som legges til grunn for folkehelsearbeidet. Oversikt gjør det mulig å kunne sammenlikne mellom kommuner, regioner og befolk-

ningsgrupper. Oversikt er også 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.

Kommunens oversikt er nødvendig for å kunne ivareta oppgaver etter folkehelse-loven §§ 1, 4, 6, 7, 9 og 28 på en forsvarlig måte. Tilsvarende skal fylkeskommunen ha oversikt for å ivareta sine oppgaver etter folkehelse-loven §§ 1, 20 og 21, jf. merknader til § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen. Disse bestemmelsene omfatter formålet med folkehelse-loven, kommunens og fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid, planlegging etter bestemmelser i plan- og bygningsloven, iverksetting av tiltak og kommunens oppgaver relatert til miljørettet helsevern og beredskap. Loven er gjengitt i vedlegg 1.

Oppsummert skal kommunens og fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer tjene to *hovedformål*:

1. Oversikten skal være grunnlag for beslutninger i folkehelsearbeidet som utøves «fra dag til dag»; som i forbindelse med utforming av tiltak og tilsyn etter miljørettet helsevern eller revisjon av planer utenom det fireårige planløpet etter plan- og bygningsloven. Beslutninger kan også dreie seg om å gå grundigere inn i et område som peker seg ut som særlig utfordrende eller positivt.
2. Oversikten skal utgjøre grunnlaget for beslutninger i forbindelse med langsiktig planlegging av folkehelsearbeidet, knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven.

For en nærmere omtale av grunnlag for og bruk av oversikt vises det til [Prop. 90 L \(2010-2011\) Lov om folkehelsearbeid \(folkehelse-loven\)](#), kapittel 13.1.4.

2.2 Forankring av arbeidet

Oversiktsoppgaven inngår som en del av kommunens helhetlige folkehelseansvar etter folkehelse-loven og omfattes dermed av de generelle kravene til kommunens styringssystem for oppfølging av folkehelse-loven, se bl.a. § 30 om internkontroll.

Dette innebærer at kommunens/fylkeskommunens ledelse er ansvarlig for å legge til rette for at oppgaven blir ivaretatt, herunder at kravene er tilstrekkelig kjent, at oppgavene er definert, at de som skal utføre oppgavene har nødvendig kompetanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene, samt at det er betryggende rutiner for forbedring dersom oppgavene ikke ivaretas som forutsatt.

2.3 Hva menes med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer? (Definisjoner)

Med *oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* menes oversikt over helse på befolkningsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsen til befolkningen og grupper i området. Med *helsetilstand* menes befolkningens helse målt ved ulike indikatorer, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.

Eksempler på forekomst av forebyggbare sykdommer er psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies og ulykkesskader. Eksempler på utbredte risikofaktorer er luftforurensning,

fysisk inaktivitet og overvekt. For å kunne si noe om helsetilstanden er det i tillegg nødvendig å ha informasjon om positive forhold som trivsel, ressurser, mestring, livskvalitet o.l., jf. det engelske begrepet well-being. Helse er mer enn fravær av sykdom. Helsetilstand er et resultat av sammensatte årsaker, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer.

Positive og negative *påvirkningsfaktorer* består av kjente forhold som virker inn på helsen. Påvirkningsfaktorer omfatter både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. Påvirkningsfaktorene representerer en stor bredde, og er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø.



Disse faktorene og deres relasjoner er fremstilt i en mye anvendt figur utarbeidet av Whitehead og Dahlgren allerede i 1991. Figuren viser at individuelle valg, med unntak av faktorer som alder, kjønn, biologi etc., påvirkes gjennom et sett av ytre faktorer - både i miljø og samfunn - positive som negative. Figuren illustrerer også at det må arbeides på mange nivåer, og i mange sektorer for å forebygge sykdom og fremme helse. I oversiktsarbeidet skal

det legges et fordelingsperspektiv til grunn, noe som vil innebære å være oppmerksom på hvordan de ulike påvirkningsfaktorene er fordelt i befolkningen. Dette vil i sin tur danne utgangspunkt for at kommunen og fylkeskommunen kan redusere helseforskjeller gjennom de virkemidler de har til rådighet.

2.4 Hva innebærer oppgaven med å ha oversikt?

Etter at ansvar og oppgaver er avklart kan det være naturlig å ha et første møte med de sentrale aktørene i arbeidet, som folkehelserådgiver, kommuneplanlegger, kommunelege, helsesøster, oppvekstkoordinator m.fl. for å lage en fremdriftsplan mv.

Ansvaret for folkehelsearbeidet, og oversiktsarbeidet som del av dette, er gjennom folkehelseloven lagt til kommunen/fylkeskommunen som sådan. Tidligere lå ansvaret til kommunen ved helsetjenesten. Jf. pkt. 2.2 må kommunen og fylkeskommunen derfor avklare hvor arbeidet med oversikt skal forankres og hvordan det skal organiseres. Organisering av oversiktsarbeidet er nærmere omtalt i kap. 5.

Oversiktsarbeidet vil samlet sett bestå av flere deloppgaver, som omtales videre i dette kapitlet. I modellen under er hovedelementer i oversiktsarbeidet skissert. Hver hovedoppgave må deles inn i ulike deloppgaver.

Fremskaffe informasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen - hva er status og trender?

Ut fra denne informasjonen vurdere konsekvenser og årsaksforhold, og definere hovedutfordringer og ressurser for kommunen/fylkeskommunen

Utarbeide grunnlag for beslutninger om tiltak/ videre innsats
a) På kort sikt
b) Knyttet opp til lang-siktig planlegging

2.4.1 Avklare hva en bør ha oversikt over

Som første fase kan det være naturlig å avklare hva kommunen/fylkeskommunen bør ha oversikt over, i henhold til de rammene som er satt gjennom forskrift om oversikt over folkehelsen. I utgangspunktet skal informasjonsbehovet vurderes uavhengig av hva kommunen/fylkeskommunen har av informasjon i dag. Dette for å unngå tendensen til å overfokuserer de forhold som en alt har oversikt over, og overse forhold som en ikke har informasjon om. Vi har også en tendens til å vektlegge klare data større vekt enn skjønnsmessige vurderinger.

Det vil alltid være slik at for noen områder vil det være gode data som kan benyttes, mens på andre områder er det mer skjønnsmessige vurderinger som må legges til grunn. Der det foreligger skjønnsmessige vurderinger på et viktig område bør det arbeides for å underbygge disse vurderingene med mer data.

Det kan være en idé å strukturere hva en bør ha oversikt over ut fra et skjema el.l., som sikrer at en fanger opp ønsker og behov for balanserte data fra de viktigste områdene som påvirker helsen, og ikke kun for risikofaktorer og helseatferd, og for sykdom og død. En slik struktur vil også kunne gjøre det enklere å avklare/følge med på hvilke kilder som benyttes.

Innhold og kilder:

Tema ↓	Kilder →	A Stat/fylkes- kommune	B Helse- og omsorgs- tjenester	C Andre lokalt
Befolknings- sammensetning Demografi, flytting, etnisitet...				
Oppvekst- og levekår Arbeid, inntekt, utdanning, boforhold				
Miljø Fysisk, kjemisk, biologisk, sosialt...				
Skader og ulykker Omfang av ulike skadetyper...				
Helserelatert atferd Levevaner...				
Helsetilstand Sykdommer, risikofaktorer, trivsel...				

Illustrasjonen her er et eksempel på en måte å strukturere en slik prosess på, men det anbefales at kommunen/fylkeskommunen finner sin måte å gjøre dette på ut fra egne vurderinger av hva som anses som nødvendig informasjon.

I dette arbeidet kan det også være aktuelt å ha dialog med frivillige organisasjoner og andre. Hva som tegner til å være folkehelseut-

fordringer vil være styrende for det videre dialogarbeidet i kommunen/fylkeskommunen.

Lov og forskrift gir noen rammer for oversiktens innhold på overordnet nivå. Forskrift om oversikt over folkehelsen presiserer i § 3 at kommunens og fylkeskommunens oversikt skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert atferd
- f) Helsetilstand

Eksempel:

I Friskvik kommune fikk folkehelsekoordinatoren i samarbeid med kommunearkivaren i oppdrag å opprette et eget system for dokumentasjon og oppbevaring av helsestatistikk og annen informasjon om folkehelsen. Fra før hadde kommuneoverlegen et system for å oppbevare meldinger om dødsfall, smittevernmeldinger, vedtak innen psykisk helsevern og innen miljørettet helsevern. Alt tallmateriale ble lagt inn elektronisk, og annen skriftlig informasjon ble scannet inn og samlet i et mappesystem som de kalte «Oversikt over folkehelsen i Friskvik». Folkehelsekoordinatoren fikk oppgaven med å sørge for løpende oppdatering og kvalitets-sikring av materialet.

Folkehelseloven §§ 5 og 21 bruker begrepene «helsetilstand» og «påvirkningsfaktorer». Kravet til oversiktens innhold i § 3 i forskriften omfatter informasjon om *både* helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Gjennom forskriften, § 3, fastslås altså temaene, eller områdene, kommunen og fylkeskommunen skal fremskaffe informasjon om og noe om hva som menes med disse. Dette er i noen grad utdypet i merknadene til forskriften. Hvilken informasjon som mer detaljert bør legges inn under hvert tema er ikke nærmere lov- eller forskriftsfestet. Forslag til hva som kan være relevant informasjon innenfor de ulike temaene fremkommer i kap. 3.

Forskriftens § 3 stiller videre krav om at kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes. Dette gjelder både helse og påvirkningsfaktorer i denne gruppen.

Kommunen og fylkeskommunen skal ha et bilde av *hovedtrekk* ved helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen/fylket, egnet til å definere folkehelseutfordringer og ressurser. En ramme, eller avgrensning, for hva som kan karakteriseres som tilstrekkelig informasjon om

helsetilstand og påvirkningsfaktorer vil være hvilken informasjon som kan hentes ut fra kildene som kommunen og fylkeskommunen er pålagt å benytte (jf. folkehelseloven §§ 5, 21).

2.4.2 Innhente informasjon

Når en har laget en liste over områder oversikten i kommunen og fylkeskommunen skal omfatte vil neste fase kunne bestå i å identifisere kildene for data for de ulike områdene.

Folkehelseloven stiller krav til hva oversikten skal baseres på, som et minimum.

For kommunen vises det til § 5, første ledd. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

For fylkeskommunen vises det til § 21, første ledd. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25
- b) relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunen med betydning for folkehelsen.

Kommunen og fylkeskommunen må sikre at informasjon fra disse kildene blir innhentet og vurdert.

Den enkelte kommune og fylkeskommune står i tillegg selvsagt fritt til å innhente informasjon også fra andre kilder.

Innhenting av informasjon kan gjøres på flere måter, som ved å fremskaffe foreliggende statistikk, rapporter mv., og gjennom samtaler/intervju/enkle spørreskjema mv.

Utveksling av informasjon mellom kommunen og fylkeskommunen bør være en løpende oppgave, jf. merknader til § 5 i forskrift om oversikt over folkehelsen.

2.4.3 Gjennomgang av informasjonen

Informasjonen skal gjøres egnet for å kunne identifisere kommunens og fylkeskommunens folkehelseutfordringer og ressurser slik at beslutninger kan fattes, enten dette dreier seg om å iverksette tiltak, fastsette mål, justere planer, utarbeide nye planer, eller å knytte folkehelsearbeidet opp mot en langsiktig samfunnsutvikling.

Det kan være hensiktsmessig å foreta en gjennomgang av materialet for å få et hovedinntrykk av helsetilstand og påvirkningsfaktorer og bedømme hvorvidt materialet er «tilstrekkelig» før en gjør et mer dyptgående arbeid med materialet der bl.a. sammenligninger og vurderinger av årsaker og konsekvenser inngår.

Sosial ulikhet i helse er et sentralt hensyn i gjennomgangen. I kommuner/fylker der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes. Folkehelseloven § 5 annet ledd, og forskrift om oversikt over folkehelsen, § 3, stiller krav om at disse forholdene er vurdert som del av oversikten.

Gjennomgå materialet for å danne hovedinntrykk. En gjennomgang av informasjonsmaterialet vil være forskjellig avhengig av om denne gjøres som del av det løpende oversiktsarbeidet (jf. forskriften § 4), eller som del av arbeidet med oversiktsdokumentet hvert fjerde år (jf. forskriften § 5). I en løpende sammenheng kan både materialet og problemstillingene være avgrenset. Gjennomgangen kan eksempelvis være knyttet til vurderinger av iverksetting av tiltak på et spesifikt område, f.eks. i forbindelse med en enkelt reguleringsplan eller et tiltak rettet mot ungdom. I en slik sammenheng vil det ikke nødvendigvis være behov for å foreta en omfattende gjennomgang av den samlede informasjonen som foreligger.

Ved utarbeidelse av oversiktsdokumentet hvert fjerde år, der hensikten er å komme frem til en samlet fremstilling av folkehelseutfordringer og ressurser i kommunen/fylket, kan det være hensiktsmessig å starte med en gjennomgang for å se etter trekk og tendenser.

Generelt kan det være gunstig å se den ulike informasjonen som er samlet inn i sammenheng. Den årlige folkehelseprofilen er f.eks. egnet til å få et inntrykk av status på enkelte områder som omfatter både helsetilstand og påvirkningsfaktorer, men må normalt ses i sammenheng med annen lokal/regional informasjon for at

et tilstrekkelig bilde av hovedtrekk kan dannes. Jo flere funn som peker i samme retning, dess sikrere kan en være på at dette representerer en reell utfordring eller ressurs.

Kvalitetsvurdere materialet. Det er relevant å vurdere om informasjonsmaterialet kvalitetsmessig har en viss standard, og er egnet for formålet. Det siktes ikke her til gjennomføring av statistiske tester eller bruk av andre vitenskapelige metoder, men mer til en kritisk bedømmelse. Det kan bl.a. stilles spørsmål som:

- * Er informasjonen tilstrekkelig for formålet?
- * Hvor sikker/usikker er informasjonen?
- * Har ulikheter i (tall)materialet åpenbare forklaringer?
- * Er informasjonen balansert, eller kan den være preget av spesielle interesser?
- * Dekker informasjonen en viss bredde av påvirkningsfaktorer?
(jf. § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen.)

2.4.4 Vurdere/analysere informasjonen

Forskrift om oversikt over folkehelsen, § 3, stiller krav om faglige vurderinger, herunder av årsaksforhold og konsekvenser. Det betyr bl.a. at informasjonen må relevansvurderes opp mot lokale/regionale forhold.

Kommunen og fylkeskommunen må sikre nødvendig kompetanse til å vurdere informasjonen. Vurderinger og skjønn må baseres på kunnskap om folkehelseutfordringers utbredelse og årsakssammenhenger.

Kommunen og fylkeskommunen skal sikre at vurderingene er uavhengig av faktorer som politikk og økonomi, jf. merknader til § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen. Det betyr at administrativ eller politisk ledelse ikke kan sette politisk «farge» på de vurderinger som gjøres og de konklusjoner som trekkes på bakgrunn av informasjonen.² På samme måte skal ikke økonomiske rammer eller begrensninger påvirke vurderingsarbeidet. Det er viktig med åpenhet om måten vurderingene er foretatt på.

Foreta sammenligninger. Å foreta sammenligninger kan være egnet for å oppnå en forståelse av tall og funn og for å få frem hovedtrekk. Sammenligninger med landsnivået og med andre kommuner vil kunne gi en bedre forståelse av situasjonen i kommunen. Kommunen vil i mange tilfeller selv ha forklaringen på eventuelle avvik og forskjeller fra deres kommune sammenlignet med landsgjennomsnittet eller andre kommuner. Det kan også være tilfelle at kommunen innehar informasjon om levekårsvariasjoner innad i kommunen som det er verdt å ta med i fortolkningen av folkehelsesituasjonen i kommunen.

Det er viktig i en analyseprosess å være klar over at selv om man i sammenligninger med andre kommer gunstig ut, for eksempel med lavere forekomst av en uheldig levevane, så kan potensialet for forebygging i kommunen likevel være betydelig på dette området. Det kan være at utfordringen er betydelig og forebyggbar i alle de sammenlignbare kommunene. Dette illustrerer at man i tillegg til sammenligninger må vurdere utfordringenes totale omfang og forebyggingspotensial.

Vurdere årsaksforhold og konsekvenser. Å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer omfatter å foreta faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser, jf. folkehelseloven § 5 annet ledd og forskrift om oversikt over folkehelsen § 3.

2. Kommuner eller fylker med parlamentarisk styre må organisere arbeidet med oversikt på en måte som ivaretar faglighet.



En *vurdering av konsekvenser* innebærer å ta stilling til *hvor viktig* en tilsynelatende utfordring er, dvs. om et forhold har stor betydning for folkehelsen. En *vurdering av årsaker* innebærer å ta stilling til *hvorfor* denne situasjonen har oppstått. Gjennom å vurdere årsaksforhold, kan en nærme seg områder som er aktuelle for tiltak.

Gjennom oversiktsarbeidet vil kommunen danne seg et bilde av situasjonen på følgende områder: a) befolkningssammensetning, b) oppvekst- og levekårsforhold, c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosiale miljø, d) skader og ulykker, e) helsereelatert atferd og f) helsetilstand, jf. kravet til oversiktens innhold i forskrift om oversikt over folkehelsen § 3.

En første grove vurdering vil være å identifisere viktige positive eller negative forhold som bør vurderes nærmere. Forhold som peker seg ut bør vurderes mer grundig.

Spørsmål for å vurdere konsekvenser og årsaker kan være:

1. Hvor viktig antas de ulike forholdene/situasjonen å være for befolkningens helse (positivt og negativt)? Hva kan være konsekvenser av ikke å gjøre noe med forholdene/situasjonen?

Vurderinger av konsekvenser vil omfatte å beskrive de menneskelige konsekvensene (hva dette innebærer i helse), men også kvantifiserte beregninger som kostnader/gevinster over tid. F.eks. kostnader relatert til lårhalsbrudd. Å vurdere konsekvenser handler om å forstå sammenhengen mellom beslutninger, tiltak og politikkutforming innen ulike sektorområder og de konsekvensene det kan få for befolkningens helsetilstand.

2. Er det spesifikke omstendigheter i kommunen/fylket (samfunnstrekk) som har ført til forholdene, situasjonen eller utviklingen, positivt og negativt?

Et eksempel kan være økt frafall i videregående skole, som kan ha sin årsak i bl.a. manglende satsing på elevenes læringsmiljø i kommunen/fylket. Med vurdering av årsaker menes ikke en eksakt identifisering av årsaker til sykdommer eller f.eks. sammenhenger mellom levekår og levevaner basert på lokale data i den enkelte kommune. Dette vil som oftest ikke være mulig. Hensikten er å bli oppmerksom på bakenforliggende årsaker til helse slik at folkehelsearbeidet kan orienteres mot årsakene til god eller dårlig helse heller enn mot å håndtere symptomer. Disse vurderingene må gjøres på bakgrunn av etablert kunnskap om påvirkningsfaktors betydning for helse.

3. Hva kan være aktuelle områder for tiltak/utvikling?

I arbeidet med vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser bør de som har kunnskap om ulike påvirkningsfaktorer involveres, altså fra ulike sektorer/virksomhetsområder.

Vurdere trekk som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen er sentralt i folkehelsearbeidet og en del av lovens definisjon av begrepet «folkehelsearbeid». Dette innebærer at folkehelsearbeidet ikke er fullstendig før en kan

Sosial ulikhet i helse:

Sosial ulikhet i helse er helseforskjeller som varierer systematisk langs sosiale dimensjoner. Statistisk sett er det slik at for hvert steg man beveger seg oppover den sosioøkonomiske stigen, jo bedre helse. Dette blir ofte omtalt som gradienten og gradientutfordringen. Helseforskjeller er et produkt av forskjeller i ressurser, levekår og muligheter, og forskjellene skapes i oppvekstmiljø, arbeidsliv, fritid o.l. De mest effektive tiltakene mot sosial ulikhet retter seg mot hele befolkningen, i form av tiltak som bidrar til sosial utjevning. Dette bør kombineres med mer målrettede tiltak overfor de mest utsatte gruppene.

si at en vurderer og tar hensyn til sosial fordeling av både utfordringer og løsninger/tiltak.

I vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunen og fylkeskommunen være spesielt oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, eller sosiale helseforskjeller, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen § 3 og merknader til denne paragrafen. Hensikten er at kommunen/fylkeskommunen skal ha bevissthet og kunnskap om hva bakenforliggende årsaker til og konsekvenser av ulike forhold kan bety for økte/reduerte sosiale ulikheter i helse i befolkningen.

Dersom en faktor som påvirker helse er sosialt ulikt fordelt, vil dette skape sosiale helseforskjeller. Dette kan gjelde mange påvirkningsfaktorer, alt fra levekårsforhold, nærmiljø, støy mv.

Det er godt dokumentert at sosial ulikhet i helse har sine grunnleggende årsaker i ulike levekårsforhold.⁴ Sosiale ulikheter i barns levekår og omgivelser i oppveksten vil eksempelvis påvirke blant annet utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen kan gi utslag i sosiale helseforskjeller i voksen alder.

Det er viktig å være oppmerksom på at uheldige forhold kan hope seg opp, dvs. at det er de samme befolkningsgruppene som har dårlige nærmiljøer, relativt trang økonomi, støyulemper osv. Derfor

bør en danne seg et helhetsbilde av fordeling av ressurser og ulemper i befolkningen lokalt og regionalt, herunder av mulige geografiske forskjeller.

2.4.5 Oppsummere status og identifisere folkehelseutfordringer og ressurser

En oppsummering av status for helsetilstand og påvirkningsfaktorer vil danne utgangspunkt for identifisering av folkehelseutfordringer og ressurser. Oppsummeringen kan f.eks. gjøres som del av eller i etterkant av vurderingsarbeidet. Det siktes her til en skriftlig, og relativt kortfattet, beskrivelse av hovedtrekkene ved kommunens/fylkeskommunens: a) befolkningssammensetning, b) oppvekst- og levekårsforhold, c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosiale miljø, d) skader og ulykker, e) helserelatert atferd og f) helsetilstand, jf. kravet til oversiktens innhold i forskrift om oversikt over folkehelsen § 3.

Arbeidet med vurderingene av informasjonen skal munne ut i en identifisering av kommunens og fylkeskommunens folkehelseutfordringer og ressurser, jf. folkehelseloven § 5, 2. ledd og forskrift om oversikt over folkehelsen § 3.

⁴ Jf. bl. a. St. Meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

En *utfordring* kan bety et tema, et område, et problem eller et problemkompleks som kommunen eller fylket bør ta tak i. En beskrivelse av utfordringen skal ikke i utgangspunktet omfatte forslag til løsning eller tiltak. Sosial ulikhet i helse bør alltid vurderes i tilknytning til utfordringsbildet.

En *ressurs* vil kunne betegnes som en positiv faktor, enten av fysisk, økonomisk eller menneskelig art. Ressurser kan både være menneskelige ressurser og kvaliteter i lokalsamfunnet. Om en bare ser etter utfordringer kan en komme til å overse viktige kvaliteter i lokalsamfunnet som virker fremmede på folkehelsa. En bør derfor også vurdere om det er forhold i kommunen/fylket som virker positivt inn på befolkningens helse og som det derfor bør hegnes om eller styrkes. Gode sosiale nettverk kan være et eksempel på en slik ressurs.

2.5 Særlig om løpende oversiktsarbeid

Det er ikke meningen at lokalt og regionalt oversiktsarbeid skal avgrenses til å være en engangsøkt hvert fjerde år. Skal folkehelsearbeidet være treffsikkert både mht. problemforståelse og mht. valg av løsninger må arbeidet være kontinuerlig og oppdatert.

Løpende oversiktsarbeid innebærer å jevnlig følge med på ulike kilder til informasjon, vurdere informasjonen og utforme grunnlag for beslutninger tilknyttet ulike planer og tiltak i kommunen/fylkeskommunen. Dette kan være underlag for beslutninger i flere faser av folkehelsearbeidet, bl.a. for å vurdere justeringer av eksisterende mål, strategier eller planer, som folkehelseinns spill til nye kommune-/fylkesplaner, sektorplaner eller som bakgrunn for å vurdere behov for snarlige tiltak. Løpende oversiktsarbeid er nødvendig for å fange opp ny vesentlig informasjon om helse tilstand og faktorer som påvirker helsen.

I periodene mellom planlovgivningens fireårsintervaller er det behov for å fange opp forhold av betydning for det langsiktige folkehelsearbeidet. Det er altså en nær sammenheng mellom løpende oversiktsarbeid og oversiktsdokumentet som skal utarbeides hvert fjerde år.

Det løpende oversiktsarbeidet bør utøves som del av kommunens og fylkeskommunens ordinære virksomhet og relateres til kommunens styringssystem.

Flere regelverk viser til samme krav om jevnlig å følge med på informasjon om helsetilstand og faktorer av betydning for helse. I det løpende oversiktsarbeidet er det vesentlig å se disse kravene i sammenheng slik at samordningsgevinster kan oppnås.

Sammenheng med miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern er del av det kommunale folkehelsearbeidet. Det er en nær sammenknytning mellom kap. 2 (kommunens ansvar) og kap. 3 (miljørettet helsevern) i folkehelseloven. Det kan ikke gjøres et klart skille mellom miljørettet helsevern og annet folkehelsearbeid.

Kravene om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven, § 5, og forskrift om oversikt over folkehelsen bør ses i sammenheng med folkehelselovens kap. 3 Miljørettet helsevern og forskrift om miljørettet helsevern. Som del av oppgavene med miljørettet helsevern skal kommunen ha oversikt over viktige miljøfaktorer i kommunen som forurensning, støy, sosiale miljøfaktorer, ulykkesrisiko osv., jf. § 5 i forskrift om miljørettet helsevern. (Bestemmelsene er gjengitt i vedlegg 3.) Denne bestemmelsen korresponderer med kravet til oversikt

etter forskrift om oversikt over folkehelsen, § 3. Her stilles det krav om å ha oversikt over fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.

Sammenheng med smittevernarbeidet. Etter smittevernloven, § 7-1, skal kommunen «...skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk».

Det er altså naturlig å se krav om oversikt etter smittevernloven i sammenheng med oversikt etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen. Konkrete tiltak etter smittevernloven baseres på informasjon om risiko og forekomst av bestemte smittsomme sykdommer. Informasjonsgrunnlaget for utvikling av smittevernplaner bør baseres på den samlede informasjonen kommunen besitter, herunder oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Sammenheng med beredskapsarbeidet. Folkehelseloven § 28 viser til beredskapsansvaret i henhold til annet lovverk, bl.a. helseberedskapsloven. Visse miljøfaktorer etter både folkehelseloven §§ 5 og 8 vil være relevante i en beredskapsammenheng, f.eks. ved ROS-analyse og plan- og tiltaksarbeid. Uttalt skredfare, flomrisiko osv. kan være gjenstand for en ROS-analyse, og kan samtidig være med i oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen.

Innhenting og systematisering av informasjon. I arbeidet med løpende oversikt vil det være naturlig å følge med på kilder til informasjon fortløpende, som på resultater fra gjennomførte undersøkelser (som Ungdata), fra tilsyn, oppmerksomhet i media, målinger av miljøforhold, den årlige folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet osv. Systematisering av informasjonen kan dreie seg bl.a. om oppdatering av oversikt på ulike områder og av kilder.

Vurdering av informasjonen. Informasjonsgrunnlaget skal i det løpende oversiktsarbeidet i prinsippet vurderes på samme måte som for arbeidet med fireårsdokumentet, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen § 3. I praksis vil likevel vurderingen av informasjonen som del av det løpende oversiktsarbeidet kunne være av mer avgrenset karakter. Eksempler kan være å vurdere konsekvenser for folkehelsen ved nedleggelse av arbeidsplasser, omlegging av veier eller kollektivtrafikk osv.

Dokumentasjon og tilgjengeliggjøring. I forskrift om oversikt over folkehelsen § 4 stilles det krav om at det løpende oversiktsarbeidet «dokumenteres på hensiktsmessig måte ...» Det betyr at det er fleksibilitet i kravet til dokumentasjon. I praksis vil et dokumentasjonskrav som regel bety en skriftliggjøring av informasjonen enten den er elektronisk eller papirbasert, og at denne kan gjenfinnes og legges fram ved behov. Hva som er hensiktsmessig må vurderes ut fra formålet med det løpende oversiktsarbeidet, arten av de aktuelle opplysningene, risikoforhold, praktiske hensyn osv. Det vil være ulike krav til og behov for dokumentasjon av oversikt over eksempelvis allmenfarlige smittsomme sykdommer, vegtrafikkulykker, mobbing som problem i skolen og endringer i befolkningens sammensetning. Faglige hensyn må ligge til grunn for dokumentasjon av det løpende oversiktsarbeidet.

Det stilles ikke krav om å gjøre den løpende oversikten allment tilgjengelig.

Eksempel:

I Friskvik kommune bestemte rådmannen å nedsette en arbeidsgruppe for å ta seg av arbeidet med oversiktsdokumentet etter folkehelseloven. Kommunestyret ble orientert om saken. Skolesjef, plankonsulent, leder av NAV-kontoret, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator ble utpekt til å sitte i gruppen. Plankonsulenten ble satt til å lede arbeidet. Arbeidsgruppen fikk et mandat om å legge fram et utkast til oversiktsdokument i samsvar med folkehelseloven og forskriften. Fristen var satt slik at dokumentet kunne ligge til grunn når kommunens planstrategi skulle drøftes. Gruppen fikk fullmakt til å innkalle og intervju virksomhetsledere og andre medarbeidere etter behov. Alle virksomhetsledere ble bedt om å bidra med nødvendig materiale. Gruppen fikk beskjed om å rapportere direkte til rådmannen.

2.6 Koblingen mellom fireårsdokument og plan- og bygningsloven

Hovedhensikten med oversiktsdokumentet som skal utarbeides hvert fjerde år er å forankre folkehelsearbeidet politisk, på tvers av sektorer og som en langsiktig satsing.

Folkehelseloven §§ 6 og 21 knytter folkehelsearbeidet opp mot plan- og bygningsloven § 7-1 (regional planstrategi) og § 10-1 (kommunal planstrategi). Et oversiktsdokument hvert fjerde år *skal* inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens og fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene *bør* inngå i strategien. Lovbestemmelsene beskriver overgangen til den politiske arena. Planstrategien er ikke en plan. Formålet med planstrategien er å klargjøre planoppgaver som bør startes opp eller videreføres for å legge til rette for ønsket utvikling i kommunen og fylket. Dette vurderes på bakgrunn av hva som er de viktigste utfordringene, herunder innen folkehelse. Planstrategien skal vedtas senest ett år etter at nytt kommunestyre og fylkesting er konstituert.⁴

Kommunen skal fastsette overordnede *mål og strategier for folkehelsearbeidet* (kommunens folkehelsepolitikk) som svar på de utfordringene som fremkommer av oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, jf. folkehelseloven § 6 annet ledd. Utgangspunktet skal være oversiktsdokumentet hvert fjerde år, eventuelt supplert med informasjon fremkommet i perioden mellom fireårsdokumentene.

Det er opp til kommunen å ta stilling til hvorvidt det skal utformes en egen folkehelseplan, eller om mål og strategier på folkehelseområdet skal synliggjøres gjennom øvrige planer, eksempelvis

kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Det er uansett en forutsetning at kommunens folkehelsepolitikk kommer tydelig fram og at denne blir vedtatt politisk, jf. merknader til folkehelselovens § 6 annet ledd. Mål og strategier skal i neste fase knyttes opp mot nødvendige tiltak, jf. folkehelselovens § 7.

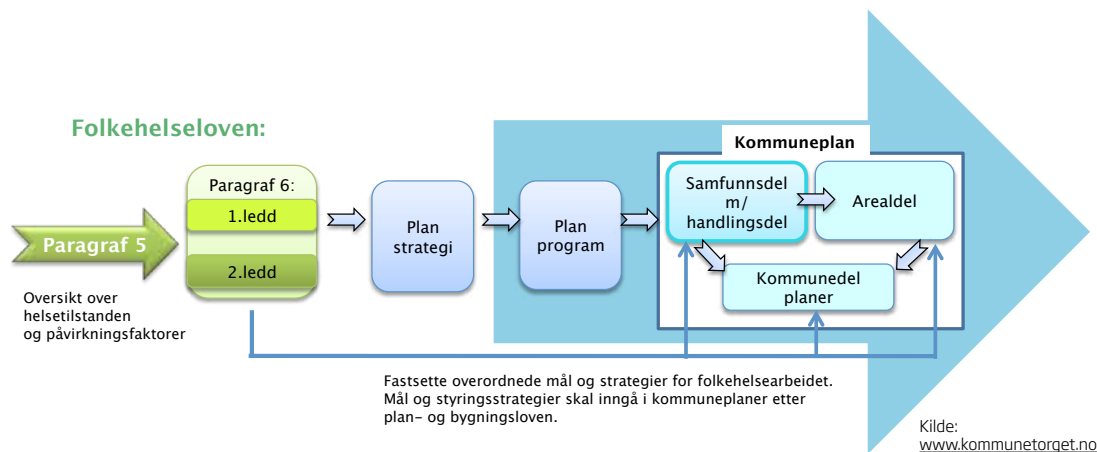
Sammenhengen mellom oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og planlegging etter plan- og bygningsloven er nærmere omtalt på www.kommune-torget.no.

Dokumentasjon/tilgjengeliggjøring. For at oversiktsdokumentet hvert fjerde år skal fungere som forutsatt må det foreligge i tide slik at det kan inngå som grunnlag

⁴ Det vises til veileder til hhv kommunal og regional planstrategi fra Miljøverndepartementet. Det vises også til Sametingets planveileder, en veileder for sikring av naturgrunnet for samisk kultur, næringsutøvelse og samfunnsliv ved planlegging etter plan- og bygningsloven (plandelen).

for kommunenes og fylkeskommunenes planstrategi, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen § 5. Dokumentet bør videre utformes med tanke på at det skal brukes av kommunal/regional planmyndighet, men også av ulike sektorer og andre som inngår i arbeidet med planstrategien.

Det er opp til kommunen og fylkeskommunen å avgjøre oppbygging, struktur og form på oversiktsdokumentet.



Selv om oversiktsdokumentet må være av et visst omfang vil det som regel være hensiktsmessig at kommunens og fylkeskommunens *ressurser og folkehelseutfordringer* fremstår som relativt kortfattede konklusjoner, i tillegg til at vurderingene fremkommer. Både planstrategi og overordnede planer som kommuneplaner og regionale utviklingsplaner skal være retningsgivende for samfunnsutviklingen.

Det fireårige oversiktsdokumentet skal etter § 8 i forskrift om oversikt over folkehelsen gjøres allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får anledning til å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen. I merknadene til paragrafen i forskriften vises det til at medvirkning er et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet, og at dette handler om muligheten for påvirkning av beslutninger som angår deres, dvs. befolkningens helse. Det vil være naturlig å benytte nettbaserte verktøy som for eksempel kommuners og fylkeskommuners hjemmesider o.l. Også presse og andre media kan benyttes til dette formålet.

I samiskspråklige kommuner bør oversikten foreligge på samisk. Det minnes i denne sammenheng om samelovens språkregler og forvaltningsområder for samiske språk. Aktuelle fylkesmenn og fylkeskommuner forutsettes å ha tilgang på samiskspråklig kompetanse til bruk i sin kommunikasjon med kommunene. Kommuner og fylker må for øvrig vurdere å oversette til andre språk, jf. språkpolitikken og medvirkningshensynet.

2.7 Store og små kommuner, og data på kommunenivå

I store kommuner og fylkeskommuner kan det være behov for mer detaljert statistikk enn i små kommuner, også utover data Folkehelseinstituttet bidrar med. Inntil videre er det lite tilgjengelig statistikk på bydelsnivå i folkehelseprofilen og kommunehelse statistikkbank. Det er likevel naturlig at for eksempel større bykommuner og fylker sørger for å belyse viktige ulikheter mellom bydeler eller andre geografiske områder. Ved innhenting og bearbeidelse av slike data kan det for større kommuner og fylker være nødvendig med kunnskap om statistisk analyse, ut over det denne veilederen bidrar med.

På viktige områder der data på kommunenivå ennå ikke kan fremskaffes, kan det være aktuelt å bruke et nivå basert på for eksempel fylkestall.

Noen kommuner er arealmessig store og sammensatte, men med et lite folketall, mens andre er små både i befolkning og areal. Jo mindre kommunene er, jo lettere kan det være å ha «oversikt», men samtidig kan problemstillinger knyttet til personvern/stigma være vesentlig. Slike avveininger må hver enkelt kommune (og også fylkeskommune) foreta ut fra lokal og regional kunnskap.

2.8 Særlig om fylkeskommunens oversikt

Kravene til oversiktens innhold er felles for kommunen og fylkeskommunen. Vektleggingen av de ulike temaene/områdene kan imidlertid variere ut fra at oversikten skal reflektere lokale/regionale forhold og hhv. kommunens og fylkeskommunens oppgaver og virkemidler.

Det er naturlig at fylkeskommunens oversikt relateres til regionalt utviklingsarbeid, overordnede regionale strategier og planer, i tillegg til de tjeneste- og ansvarsområder som ligger til fylkeskommunen (eks. videregående skoler og tannhelse-tjenesten). Tilsvarende vil oversikten for kommunene måtte tilpasses hva som er det kommunale område- og forvaltningsansvar.

Understøtte-rollen vis a vis kommunene gir fylkeskommunene en tilleggsoppgave og er nærmere omtalt i kap. 5.

3. Nærmere om temaene/områdene oversikten skal inneholde

Forskrift om oversikt over folkehelsen, § 3, setter krav til oversiktens innhold. Forskriften omtaler kort hva som menes med de ulike temaene som skal omfattes, men hvilken informasjon som mer detaljert bør inngå er ikke nærmere lov- eller forskriftsfestet. Dette kapittelet inneholder forslag til hva som kan være relevant informasjon innenfor de ulike temaene, og kan være nyttig å se til både ved innhenting og vurdering av informasjonen.

Forskriftens temainndeling i § 3, og merknadene til denne, inneholder begreper som kan beskrives på flere måter og være overlappende, men er likevel normerende i forhold til hva som kreves av innhold.

3.1 Den tematiske inndelingen

I følge forskriftens § 3 skal kommunen og fylkeskommunen ha oversikt over og gjøre vurderinger av følgende temaer/områder:

- a) befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert atferd
- f) helsetilstand

Folkehelseloven § 7 folkehelse- tiltak:

Tiltak kan bl.a. være 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

Fra lovgivers side er temaene ment å dekke bredden av forhold som har betydning for befolkningens helse. Temaene kan relateres til modellen til Whitehead og Dahlgren, jf. kap. 2.3.

Temaene må også ses i sammenheng både med områdene som er listet i folkehelseloven § 7 om folkehelseiltak og øvrige oppgaver som skal ivaretas etter folkehelseloven. For kommunene gjelder dette §§ 1 (formål), 4 (kommunens ansvar for folkehelsearbeid), 6 (mål og planlegging), 7 (folkehelseiltak), 9 (miljørettet helsevern) og 28 (beredskap). For fylkeskommunen gjelder dette §§ 1 (formål), 20 (fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid) og 21 (oversikt over helse-tilstand og påvirkningsfaktorer).

Både folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen bestemmer at kommuner og fylkeskommuner skal ta særlig hensyn til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale

helseforskjeller, jf. lovens §§ 5 og 21, og forskriftens § 3. Dette skal derfor også gjenspeiles i temaene.

3.2 Hvilken informasjon kan være relevant innenfor de ulike temaene?

Under er de enkelte temaene/områdene som skal inngå i oversikten kortfattet beskrevet. Videre besvares følgende spørsmål:

- * Hva kan være relevante eksempler på problemstillinger, eller undertemaer, til hvert tema?
- * Hva kan være aktuelle kilder for å innhente informasjon for å belyse disse problemstillingene/undertemaene?

Hensikten er å tydeliggjøre hva som kan ligge innenfor de ulike temaene. Verken problemstillingene/undertemaene eller kildehenvisningene skal oppfattes som uttømmende eller obligatoriske, men som tipslister og forslag. Hver kommune og fylkeskommune må selv ta stilling til hva som er nødvendig detaljnivå og omfang innenfor hvert enkelt tema. Ulike kilder er nærmere beskrevet i kapittel 4.

For samtlige tema/områder gjelder at det er aktuelt å ha informasjon om utvikling over tid.

a) Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Denne type informasjon er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men kan også være vesentlig i seg selv som del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen/fylket. Ikke minst vil utviklingen i befolkningssammensetningen kunne påvirke strategiske veivalg, som inkluderer folkehelse.

Eksempler på problemstillinger/undertema:	Kilder
<ul style="list-style-type: none"> › Folketallet som helhet, aldersgruppering, kjønnsfordeling. Erfaringstall de senere år samt prognose framover. › Er det spesiell vekst eller reduksjon innen enkelte aldersgrupper? Erfaringstall de senere år samt prognose framover. › Årlige fødselsrater. › Antall enpersonshusholdninger. › Etnisk sammensetning og utviklingen av denne. › Netto inn-/utflytting, om mulig flytting internt i kommunen/fylket. › Har kommunen/fylkeskommunen en betydelig samisk befolkningsgruppe?* 	<ul style="list-style-type: none"> › Folkehelseinstituttet › SSB › NAV › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk › Samiske fag- og forskningsmiljø

* I kommuner med samisk befolkning er det behov for å finne ut om det er spesielle utfordringer både når det gjelder helse og påvirkningsfaktorer i denne gruppen.

b) Oppvekst- og levekårsforhold

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med lavinntekt og inntektsforskjeller. Arbeid omfatter bl.a. tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygging. Utdanningsforhold omfatter f.eks. andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og de muligheter en har til å realisere disse på arenaer som skole, arbeid osv.

Eksempler på problemstillinger/undertema*:	Kilder
<ul style="list-style-type: none"> › Andel med lavinntekt. › Inntektsfordeling (målt gjennom Gini-koeffisient), avvik ifht sammenlignbare kommuner/fylker. › Tilgjengelighet til boliger (for ulike grupper). › Andel med boligsosiale ordninger. › Boligstandard, inkl. spesielle fordelingsmønstre by - land, blandet - ensartet osv. › Antall i arbeid og antall uføre i forhold til folketallet. › Sykefravær, trend de siste år. › Antall arbeidsledige, andel under 30 år. › Er det over- eller underskudd på arbeidsplasser? › Andel pendlere ut eller inn av kommunen/fylket. › Er det variasjon mellom ulike næringer? Hva er forholdet mellom offentlig og privat virksomhet? › Er det åpenbare arbeidsmiljøproblemer? Eksempler på arbeidsplasser med godt arbeidsmiljø, evt. spesielt samfunnsengasjement. › Skolestrukturen (antall, geografisk spredning), elevtall. › Hva er trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner? › Hvor mange elever fullfører videregående skole? › Barnehagedekning og barnehagemiljø. › Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste. 	<ul style="list-style-type: none"> › Folkehelseinstituttet › SSB › Arbeidstilsynet › Bedriftshelsetjenesten/STAMI › Verneombud › Fagorganisasjoner › NAV › Husbanken › Andre relevante departement/direktorat › Elevundersøkelsen (skoleporten.no) › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk › Lokale/regionale kartlegginger

*Miljøspørsmål knyttet til arbeidsplasser, skoler/barnehager og bo/nærmiljø kan også beskrives under fysisk/sosialt miljø, se neste tema

c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helsen. Eksempler er drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett og kvaliteter ved nærmiljøet som tilgang til friområder, friluftsområder osv. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 bør samordnes med oversikt etter folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen og komme inn under biologiske faktorer. Sosialt miljø kan omfatte organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser osv. Med begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø refereres det til kap. 3 i folkehelseloven.

Eksempler på problemstillinger/undertema:	Kilder
<ul style="list-style-type: none"> › Omfang av smittsomme sykdommer. › Drikkevannskvalitet. › Forekomst av radon. › Risiko for legionella og/eller annen biologisk forurensning. › Omfang av områder utsatt for støy. › Omfang av områder utsatt av luftforurensning. › Omfang av områder utsatt for annen forurensning. › Inneklima i skoler, barnehager og offentlige bygg. › I hvilken grad er skoleveger trygge? › I hvilken grad har kommunen/fylket gang- og sykkelveger, turstier osv.? › Hva er omfanget av områder for rekreasjon og friluftsliv, og hva er tilgjengeligheten til slike? › Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport. › Omfang av grøntarealer, og hvilken beplantning har disse med tanke på allergieksposering m.m. › Antall frivillige organisasjoner, medlemsforhold og rekruttering. › Omfang av sosiale risikomiljøer som rusmiljøer og kriminalitet. › Valgdeltakelse. › Omfang av kulturtilbud. › Omfang av sosiale møteplasser, lekeplasser osv. › Sosiale nettverk. › Sosial støtte. › Opplevelse av tilhørighet. 	<ul style="list-style-type: none"> › Folkehelseinstituttet › SSB › Klif, NILU, NIVA › Statens Strålevern › TØI › Arbeidstilsynet/STAMI › Statens helsetilsyn › Direktoratet for naturforvaltning › Andre relevante departement/ direktorat › Politiet › Organisasjoner › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk › Lokale/regionale kartlegginger

d) Skader og ulykker

Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft, målt i tapte leveår. Ulykker med personskader tar relativt mange unge liv, og er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Muligheten for å forebygge er gode og effekter av tiltak kan komme raskt. Oversikt over hvor og når ulykker inntreffer osv. kan bidra til økt oppmerksomhet mot forebygging og mer treffsikkerhet i tiltaksarbeidet.

Eksempler på problemstillinger/undertema*:	Kilder
<ul style="list-style-type: none"> › Antall personskader behandlet i sykehus. › Antall hoftebrudd behandlet i sykehus. › Spesielle ulykkespunkter, eller strekninger. › Spesielt utsatte skoleveger. › Skadeforekomst i skoler og barnehager, evt. også tannskader. › Antall drukningsulykker. › Omfang av arbeidsulykker. › Omfang av hjemmeulykker. › Antall omkomne i brann. › Antall fallulykker i sykehjem. 	<ul style="list-style-type: none"> › Folkehelseinstituttet › SSB › NAV › Arbeidstilsynet/STAMI › Lokale legevakter og legekontor › Omsorgstjenester › Spesialisthelsetjenesten › Bedriftsleger › Tannleger › Statens vegvesen › Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap › Andre relevante departement/direktorat › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk › Lokale/regionale kartlegginger

*Lokal forekomst av ulykker og skader er i svært varierende grad registrert, men nasjonale myndigheter arbeider med dette.

e) Helserelatert atferd

Med helselatert atferd menes helseatferd som har vist seg å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan være for eksempel fysisk aktivitet, ernæring og bruk av tobakk og rusmidler. Helselatert atferd kan også omfatte seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker.

Eksempler på problemstillinger/undertema:	Kilder
<ul style="list-style-type: none"> › Deltakelse i organisert og uorganisert fysisk aktivitet. › Andel voksne og barn som er fysisk aktive minimum 30/60 min. pr. dag. › Omfang av fysisk aktivitet i skolen. › Tilgang til områder for aktivitet. › Omfang av elever som går eller sykler til skolen. › Dagligrøyking (unge/voksne/gravide). › Antall skjenkesteder, serverings- og åpningstider for alkoholsalg. › Alkoholkonsum, tobakksbruk og annen rusmiddelbruk (f.eks. blant elever i ungdomsskole og videregående skole). › Trender omkring ungdommens seksualatferd, f.eks. bruk av kondom. › Mat og måltider i barnehager. › Tilgang på frukt og grønt i skolen. › Måltider på skolefritidsordninger/aktivitetsskoler og tilbud i skolekantiner. › Annen risikoatferd/helsefremmende atferd. 	<ul style="list-style-type: none"> › Folkehelseinstituttet › Helsedirektoratet › SIRUS › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk <ul style="list-style-type: none"> - helsestasjon - skole - barnehager - rus/psykisk - næring - annet › Organisasjoner › Lokale/regionale kartlegginger

f) Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, for eksempel risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte mål som sykefravær o.l.

Eksempler på problemstillinger/undertema:	Kilder
<ul style="list-style-type: none"> › Forekomst av forebyggbare sykdommer («folkesykdommer»). › Bekymringsfullt nivå av visse sykdommer, eller negativ utviklingstrend selv om kommunen/fylket for tiden ligger på nivå med, eller bedre an enn landet for øvrig. › Har befolkningen et høyt mestringsnivå, eventuelt målt indirekte gjennom sosial deltakelse som organisasjonstilhørighet, valgdeltakelse o.l. › Finnes data om trivsel eller selvopplevd helse? 	<ul style="list-style-type: none"> › Folkehelseinstituttet › Helsedirektoratet › NAV › Fylkeskommunens egen informasjon og statistikk › Kommunens egen informasjon og statistikk › Lokale undersøkelser/brugerundersøkelser

4. Nærmere om kilder til informasjon

Folkehelseloven §§ 5 og 21 bestemmer hva oversikten skal baseres på (som et minimum). I dette kapitlet er dette nærmere beskrevet. Loven stiller ikke krav til hvilke *spesifikke* kilder som skal benyttes. Det presiseres at kildene til informasjon som er nevnt nedenfor, utover de lovpålagte, må oppfattes som eksempler, ideer og forslag. Oppstillingen er heller ikke uttømmende.

4.1 Krav til hva oversikten skal baseres på

I følge folkehelseloven, § 5, skal kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blant annet baseres på:

- a) Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- b) Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og
- c) Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og samfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Tilsvarende skal fylkeskommunens oversikt, jf. lovens § 21, blant annet baseres på:

- a) Opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig
- b) Relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen

4.2 Opplysninger fra statlige helsemyndigheter

I følge folkehelseloven §§ 5 første ledd, bokstav a) og 21 første ledd, bokstav a) skal *kommunen og fylkeskommunen* basere sin oversikt på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet) skal etter folkehelseloven § 25 og forskrift om oversikt over folkehelsen § 6 gjøre tilgjengelig opplysninger fra sentrale registre som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikt. Fra 2012 er data tilgjengelig gjennom folkehelseprofilene og kommunehelsa statistikkbank. Nye folkehelseprofiler publiseres første kvartal hvert år sammen med årlig oppdatering av statistikkbanken. Folkehelseinstituttet arbeider kontinuerlig med å skaffe nye datakilder. Oppsett og nøkkeltall vil derfor variere noe fra år til år.

Folkehelseprofilene er unike rapporter for hver kommune og fylkeskommune. I profilene presenteres noen hovedtrekk ved befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer i form av korte tekster og enkle diagrammer. Profilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Med utgangspunkt i hvilke kommunedata som finnes i registrene, er nøkkeltallene valgt ut i fra et forebyggingspotensiale og kjente folkehelseutfordringer. Opplysningene er fortolket statistikk fra ulike nasjonale registre. Denne typen informasjon er særlig egnet for å se hovedtrekk, trender og utvikling over tid, og som grunnlag for sammenligninger. På Folkehelseinstituttets nettsider kan folkehelseprofilene lastes ned og de er nærmere beskrevet: www.fhi.no/folkehelseprofiler.

Kommunehelsa statistikkbank kan benyttes for mer detaljert statistikk. Statistikkbanken er et nettbasert verktøy der det finnes flere indikatorer, og det er muligheter for å vise statistikk fordelt på kjønn og aldersgrupper. Tallmaterialet kan fremstilles i form av tabeller, diagrammer eller kart. Statistikkbanken er tilgjengelig fra nettsiden: www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker/kommunehelsa.

Helsedirektoratet utarbeider økonomi- og aktivitetsdata for kommunene. Tallgrunnlaget gir kommunene anledning til å følge med på bl.a. bruken av spesialisthelsetjenester som de har medfinansieringsansvar for og bruk av fastleger og legevakt m.m. Det utarbeides også kostnadsdata for helsetjenester per kommune. Se: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner>.

4.3 Opplysninger fylkeskommunen gjør tilgjengelig for kommunen

Folkehelseslovens § 5 første ledd, bokstav a) bestemmer at *kommunen* også skal basere sin oversikt på informasjon fra fylkeskommunen. Fylkeskommunen besitter annen informasjon enn kommunen og denne er viktig i kommunens oversiktsarbeid. Eksempler er informasjon om tannhelse, videregående opplæring og samferdsel. Se også kap. 4.6.

Fylkesvise folkehelseundersøkelser (fylkeshelseundersøkelser) vil være nyttig informasjon for kommunene. Fylkeskommunene har imidlertid ikke plikt til å foreta egne folkehelseundersøkelser, men folkehelsesloven § 21 åpner for å kunne forskriftsfeste et slikt krav. Mange fylkeskommuner har likevel gjennomført slike undersøkelser eller planlegger å gjøre det.

4.4 Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Folkehelsesloven § 5 første ledd, bokstav b) gir bestemmelse om at *kommunen* skal basere sin oversikt på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil i hovedsak dreie seg om å skaffe informasjon om mulige folkehelseutfordringer basert på informasjon og vurderinger i tjenestene. Spørsmål som bør vurderes er hvorvidt forhold tjenestene oppfatter i møte med pasienter og brukere har sin opprinnelse i utviklingstrekk og utfordringer i lokalsamfunn og lokalmiljø. Tjenestene møter utfordringer som har oppstått utenfor tjenestene og kan ha kunnskap om samfunnsmessige årsaker til de utfordringene eller helseproblemene til enkeltmenneskene de møter.

Informasjonen fra tjenestene kan finnes i rapporter eller fremskaffes ved møter med tjenestene. Det må understrekes at den kunnskapen en er ute etter skal være relatert til forhold som påvirker folkehelsen. Informasjon om individer og grupper vil først og fremst være nyttig som grunnlag for å kunne si noe om samfunnsforhold, miljø og levekår. Det er viktig å være klar over at individbasert informasjon er underlagt strenge personvernregler og ikke uten videre kan trekkes ut og legges til grunn for kommunens oversikt.

I merknadene til folkehelseslovens § 5 første ledd, bokstav b) er det anført at kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene primært omfatter faglige, skjønsmessige vurderinger fra tjenestene om forhold i kommunene som har innvirkning på de utfordringene som tjenesten møter i sine aktiviteter. Bidragene fra tjenestene skal altså ikke primært være statistikk eller tallmateriale om tjenesteproduksjon o.l., men heller faglige erfaringsbaserte vurderinger av helsetilstanden og faktorer som påvirker helse.

Eksempel:

Mange i Friskvik kommune hadde i lengre tid vært bekymret for ungdomsmiljøet i kommunen. Det var mye uro, spesielt i helgene knyttet til alkoholmisbruk og voldskriminalitet. I forbindelse med oversiktsarbeidet etter folkehelse-loven ble en del virksomheter intervjuet, og kunne opplyse:

- * **Lensmannskontoret** bekreftet at det var mye og økende uro i kommunens bysentrums, spesielt kvelds- og nattetid i helgene.
- * **Helsestasjon for ungdom** hadde registrert et økende antall ungdom som hadde psykiske vansker og depresjoner.
- * **Tall fra Folkehelseinstituttet og fylkeskommunen** viste høyere frafallsprosent fra videregående skole enn fylkesgjennomsnittet.
- * **Videregående skole** innrømmet at skolen var temmelig nedslitt med dårlig inneliv og tendenser til hærverk. Det var gjort funn av narkotika i skolegården.

Kommunens næringsliv hadde få lærlingeplasser.

Samlet sett fant Friskvik kommune at ungdomsmiljøet representerte en stor utfordring for folkehelsen. Politikerne vedtok å igangsette arbeid med en egen ungdomsplan.

Under følger en opplisting av ulike tjenester som kan bidra med informasjon. *Listen skal ikke oppfattes som uttømmende eller obligatorisk*, men som tips og forslag.

Helse- og omsorgstjenester i kommunene omfatter en rekke tjenester, bl.a. helsestasjons-tjeneste og helsetjeneste i skoler, psykisk helsearbeid, svangerskaps- og barselomsorg, fastlegeordning og legevakt, og omsorgstjenester jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. De ulike tjenestene er organisert på forskjellig måte i kommunene. Organisasjonsstrukturen vil således ikke alltid avspeile hva som er helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenestene representerer et bredt tilfang av kunnskap, både om individer, grupper, miljøer, levekår og levevaner.

Fastlegene vil samlet ha et stort flertall av befolkningen på sine lister. Over tid vil fastlegene kunne danne seg oppfatninger om ulike bakenforliggende faktorer og deres innvirkning på helse og sykdom, for eksempel om psykososialt miljø, boforhold og sosiale relasjoner. Gjennom bedriftshelsetjeneste og arbeidsmedisinsk personell vil en kunne hente relevant kunnskap om forekomst av arbeidsrelaterede helseproblemer og årsaker til slike.

Forebyggende helsetjeneste, som for eksempel helsestasjoner og skolehelsetjeneste har en bred kontaktflate mot barn, familier, gravide og andre, noe som gir tjenesten en unik innsikt særlig i barn- og barnefamiliers situasjon. Dette er ikke bare knyttet til helseforhold, men også levekår, nettverk og fysisk og psykisk miljø, skoleforhold, barnehager osv.

Ulike omsorgstjenester, herunder habilitering/rehabiliteringstjenesten møter i likhet med den behandlende helsetjenesten enkeltpersoner og deres familier og pårørende. Tjenestene får innblikk både i boligmiljø, hjemmeforhold og individuelle sosiale relasjoner, rusmisbruk osv., samt i levekår, nærmiljø osv.

Spesialisthelsetjenesten har også i sin formålsparagraf å fremme folkehelsen. Videre har tjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven plikt til å gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 6-3. Det kan være naturlig for kommuner og fylkeskommuner å ta kontakt med

lokale eller regionale helseforetak for å få supplerende data, eventuelt også skjønnsmessige vurderinger.

4.5 Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn

I følge folkehelseloven § 5 første ledd, bokstav c) skal *kommunens* oversikt baseres på kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Informasjon om for eksempel oppvekstmiljø, bomiljø, arbeidstilknytning, utdanningsforhold, innflytting og utflytting, sosial integrering, næringsstruktur, antall salgs- og skjenkesteder for alkohol, skole- og barnehageforhold og sosiale nettverk er eksempler som faller inn under bokstav c).

Det finnes flere kilder til kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn, og disse vil variere mye mellom kommuner og regioner. Analyser av utviklingstrekk som er foretatt i forbindelse med kommuneplanlegging og situasjonsanalyse for andre formål, kan gi nyttig informasjon også for å vurdere folkehelse situasjonen i kommunen. Ulike sektorer har statistikk og kunnskap om utviklingstrekk på en rekke områder som har stor betydning for folkehelsen.

Situasjonsanalyse fra de ulike sektorer vil være av stor verdi for å vurdere folkehelseutfordringer. Under følger en oppstilling av ulike sektorer som kan bidra med informasjon. *Listen skal ikke oppfattes som uttømmende eller obligatorisk*, men som tips og forslag.

Kommunens miljørettet helsevern. Kommunens tilsyn med biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer kan danne grunnlag for lokal kunnskap om forhold som kan ha innvirkning på helsen i kommunen, herunder for eksempel informasjon om drikkevann, luftkvalitet og antall godkjente skoler og barnehager. Sammenhengen mellom oversikt etter lovens § 5, forskriftens § 3 og oppgaver etter miljørettet helsevern er nærmere omtalt i kap. 2.

Kommunale tjenester utover helse og omsorg vil kunne bidra med kunnskap gjennom sin kontaktflate og samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. For eksempel vil *teknisk sektor* gjennom sitt ansvar for boliger, infrastruktur, vedlikehold osv. komme i berøring med brukere og personell innen helse- og omsorg. Teknisk sektor vil som regel også ha kunnskap om fysiske miljøfaktorer som areal-disponering, bebyggelse, infrastruktur, næringsstruktur osv. Kommunale utviklings- eller plankontor o.l. vil kunne gjøre tilgjengelig materiale som viser utviklingstrekk over tid, både om befolkningen og den generelle samfunnsutviklingen.

Barneverntjenesten er ikke definert under helse- og omsorgstjenesten, men vil ha omfattende kjennskap til barn, ungdom og deres familier både via bekymringsmeldinger og tilfelle av omsorgssvikt, men også gjennom utadrettet virksomhet, feltarbeid o.l.

NAV forvalter en lang rekke velferdstilbud og tiltak. En del data, bl.a. om arbeidsledighet og uførhet er lagt inn i folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank. Regionale og lokale NAV-kontor vil kunne supplere med vesentlig informasjon, både i form av tallmateriale og kvalitative vurderinger. Den kommunale delen av NAV ivaretar saker som tidligere lå under kommunenes sosialtjeneste og vil ha en særlig oversikt over befolkningsgrupper med lav sosioøkonomisk status, herunder rusarbeid og boligsosiale utfordringer.

Eksempel:

Friskvik kommune inviterte tidlig i arbeidet med det fireårige dokumentet de store frivillige organisasjonene, velforeninger og andre interesserte til en kafédialog om hvordan innbyggerne har det i kommunen. Som «be-lønning» for fremmøte ble det gitt tilbud om hjelp til å informere om ulike lag og foreninger i en egen brosjyre til alle husstander, samt på kommunens hjemmeside. Under kafédialogen ble det stilt en del spørsmål, bl.a:

- * Antall medlemmer i organisasjonen
- * Rekrutteringssituasjon
- * Hva kan bidra til rekruttering?
- * Hva skal til for å beholde ledere?
- * «Terskler» for medlemskap?
- * Eksempler på gode sosiale nettverk
- * Eksempler på sosiale utfordringer, risikomiljøer o.l.
- * Eksempler på vanskelige forhold i nærmiljøet?
- * Behov hos spesielle grupper?

Oppvekstsektoren ved barnehager og skoler har omfattende kjennskap til barn, familier, oppvekstforhold og nærmiljø. Skolemiljø er en viktig faktor for trivsel og læring, og skolen vil således ha en helt spesiell mulighet for å avdekke ressurser og positive faktorer så vel som risiko-områder og sosial ulikhet i hele oppvekstfasen. De fleste steder vil skolen være tilknyttet pedagogisk- psykologisk tjeneste med spesialkompetanse.

Politi/lensmannskontor overvåker lokalmiljøet gjennom sin virksomhet, og vil ha kjennskap til rusmiljøer, kriminelle miljøer, utagering, områder med vanskelige boforhold, trafikkforhold, ulykkesrisiko osv. Politi/lensmannskontor kan også ha informasjon om ressurser av betydning for folkehelsen. Mange steder er det etablert gode samarbeidsstrukturer mellom politiet og kommunale tjenesteområder, f.eks. SLT-samarbeid.

Kultur- og frivillig sektor vil kunne gi nyttig informasjon om deltakelse og inkludering. En kartlegging og beskrivelse av kulturlivet både innenfor og utenfor offentlige rammer kan gi et godt bilde av lokalsamfunnets «energinivå», «overskudd» og «kreativitet».

Organisasjonslivet representerer viktige sosiale arenaer som nesten alltid stimulerer til felleskap og aktiviteter. Mange kommuner (og fylkeskommuner) lager egne oversikter over organisasjoner og virksomheter som legges ut via kommunale nettsider o.l. En henvendelse til organisasjonene kan gi informasjon om medlemstall, rekrutteringssituasjon, aktivitetstilbud, målgrupper osv. Organisasjonene er samtidig viktige arenaer for tiltak, enten hver for seg eller i samhandling med andre.

Fylkesmannen har gjennom sin rolle som statens representant i fylket omfattende kunnskap

om kommuner og fylker. Informasjonen kan foreligge i form av offentlige rapporter, årsmeldinger osv.

Kommunesektorens organisasjon KS står bak et eget verktøy «www.bedre-kommune.no» for måling av bl.a. tjenester, innbyggertilfredshet, lokaldemokrati, miljø og samfunnsindikatorer. KS har både et nasjonalt og regionalt apparat som kan bidra med viktig kunnskap.

Ulike former for *dialogmøter* kan være kilde til informasjon. Dette vil også være en form for medvirkning som er spesielt viktig på folkehelseområdet, da helse er nært knyttet til innbyggernes egne opplevelser av nærmiljø og samfunnsforhold.

Eksempler kan være:

- * Folkemøter/temamøter
- * Brukergrupper, foreldreutvalg, støtteforeninger
- * Kommunal råds- og utvalgsstruktur, eksempelvis ungdomsråd eller ungdommens kommunestyre, eldreåd, råd for funksjonshemmede osv.

NOVA/Ungdata. Med utspring i kommunenes behov for kartlegging av bl.a. helse, trivsel og rusmiddelbruk blant ungdom er det utviklet et eget nettbasert verktøy. Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser og er gratis. Ungdata gir kunnskap om helsetilstanden i ungdomsbefolkningen og faktorer som kan virke inn på denne. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt utviklings- og forebyggingsarbeid rettet mot ungdom. Temaene omfatter skole, familie, venner og fritidsaktiviteter samt spørsmål om helse, rus, kriminalitet og syn på framtida. Det er Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus) som har det faglige ansvaret for undersøkelsen, mens kommunen (eventuelt fylkeskommunen) står for den praktiske gjennomføringen. Se www.ungdata.no.

Befolkningsundersøkelser eller brede intervjuundersøkelser av grupper eller individer kan være nyttig, men også ressurs- og kompetansekrevende både hva angår utforming av spørsmål, utvalg og bearbeiding av statistisk materiale, tolkning av resultater, og ikke minst personvernhsyn.

4.6 Spesielt om kilder til informasjon for fylkeskommunen

Fylkeskommunens oversikt skal i følge folkehelseloven § 21 første ledd, bokstav a) baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig og b) på kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet. § 21 a), opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig, er omtalt i kap. 4.2.

Det vil være opp til fylkeskommunen å vurdere hvilken informasjon fra kommunene som vil bidra til at fylkeskommunen kommer frem til sine folkehelseutfordringer og ressurser. Det vil være naturlig å innhente informasjon relatert til bl.a. fylkeskommunens virksomhet og virkemidler i folkehelsearbeidet, som samferdsel, skole/utdanning, næringsutvikling, kultur osv.

Fylkeskommunene har ansvar for en rekke virksomheter og tjenester. Fylkeskommunene vil ut fra sine ansvarsområder og virksomheter kunne trekke ut informasjon fra disse, både i form av statistiske oversikter, beskrivelser av utviklingstrekk osv.

Den *offentlige tannhelsetjenesten* som er administrert gjennom fylkeskommunen er nevnt særskilt i folkehelseloven, jf. § 21 b). I tillegg til oversikt over selve tannhelsen hos barn, ungdom og visse utsatte grupper, har tannhelsetjenesten kunnskap om kosthold og røykevaner blant sine brukergrupper. Utbredelse av karies hos barn og unge er ofte direkte relatert til sosioøkonomiske faktorer. Tannhelsetjenesten, som leverandør av tannhelsestatistikk, gir derfor viktig kunnskap om sosiale faktorer og ulikhet i helse. Tannhelsesdata om barn og unge kan geografisk brytes ned helt til den enkelte skolekrets.

Det er grunn til å fremheve fylkeskommunens ansvar for *videregående opplæring*, som innebærer behov for oversikt over frafall, mobbing, miljøet i skolene, herunder

godkjenningsstatus etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler osv. Videre kan det være relevant å innhente informasjon om i hvilken grad skolene legger til rette for sunt kosthold, bl.a. ved kantiner, tilgjengelighet til friskt drikkevann, fysisk aktivitet osv.

Også for fylkeskommunen kan informasjon fra fylkesmannen og KS være relevant. Se nærmere omtale under kap. 4.5.

Fylkene forvalter ofte regionale utviklingsfond og forskningsfond, og mange har et samarbeid med universiteter, høyskoler, andre institusjoner, samt frivillige organisasjoner. Dette kan også være kilder til og representere nyttige bidrag i oversiktsarbeidet.

Fylkeskommunene har en eierandel i et registreringssystem med navnet «PANDA». Dette er i hovedsak et statistikk- og prognostisk verktøy med hovedfokus på befolkningsdata og næringsliv i fylket. Det er opp til hver fylkeskommune å vurdere hensiktsmessigheten ved dette og lignende verktøy.

5. Organisering av oversiktsarbeidet

Folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen stiller ikke krav til hvordan oversiktsarbeidet skal organiseres, med unntak av krav til kommunene om å ha samfunnsmedisinsk kompetanse og til fylkeskommunens understøtte-rolle overfor kommunene. Hver enkelt kommune og fylkeskommune må selv ta stilling til organisering av arbeidet. Dette kapitlet tar opp en del forhold det kan være nyttig å vurdere i denne sammenheng. Måten arbeidet organiseres på kan virke inn på resultatet som skal oppnås.

Et utgangspunkt for arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er informasjonsgrunnlaget. Som del av oversiktsarbeidet skal kommunen og fylkeskommunen etablere/videreutvikle rutiner (herunder ressurser og praktiske løsninger) som gjør det mulig å samle, oppdatere og gjenfinne informasjon som gir oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer samt vurderinger av denne informasjonen. Arbeidet bør være del av den ordinære virksomheten, hvilket kan bety å bruke eksisterende opplegg for å ivareta informasjon til bruk for styring og planlegging av kommunens og fylkeskommunens virksomhet. Videre korresponderer kravet om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer med krav til oversikt i arbeidet med miljørettet helsevern og smittevern. Det vil være formålstjenlig å avklare hvordan arbeidet med oversikt bør organiseres slik at det blir nyttig i flere sammenhenger, og for å unngå dobbeltarbeid.

Å ha gode rutiner for innhenting av informasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer bør være en del av kommunens og fylkeskommunens internkontroll med oppgaver etter folkehelseloven, jf. lovens § 30.

5.1 Ansvarsplassering og forankring

Det er etter folkehelseloven *kommunen og fylkeskommunen som sådan* som har ansvar for folkehelsearbeidet. Oversiktsarbeidet, som er del av dette, kan delegeres og løses på den måten kommunen/fylkeskommunen finner mest hensiktsmessig. Løsningene som velges må gi tilstrekkelig forankring inn mot sentral ledelse og de instanser som arbeider med plan- og utvikling for å ivareta kravet om at oversikts-

arbeidet skal inngå som grunnlag både for den løpende virksomheten og for arbeidet med overordnede strategier og planer.

Kommunen og fylkeskommunen må vurdere om det er formålstjenlig å fatte egne delegeringsvedtak, utarbeide mandat el.l. For å tydeliggjøre oversiktsarbeidets strategiske verdi opp mot politisk styringsnivå anbefales det uansett at ansvar, organisering og delegering gjøres kjent for, eller vedtas av, politiske organer. Det er også vesentlig at kommunen og fylkeskommunen gjør organisering og delegering kjent i organisasjonen for øvrig, da oversiktsarbeidet forutsetter mange involverte.

Organisering og styring av oversiktsarbeidet er et administrativt ansvar. Innhenting, sammenstilling og vurdering av oversiktsmaterialet er definert som en faglig oppgave. Hva som i oversiktsdokumentet hvert fjerde år defineres som kommunens/fylkets samlede folkehelseutfordringer og ressurser skal baseres på (tverr)faglige vurderinger og skal ikke påvirkes av aktuelle økonomiske eller politiske motiver eller situasjoner.

På den annen side er det viktig å presisere at overordnede og strategiske beslutninger og veivalg er politiske. Både drøfting av kommunal og regional planstrategi og planer etter plan- og bygningsloven, samt diskusjoner og vedtak om mål og strategier for folkehelsearbeidet, hører til den politiske arena.

Folkehelsearbeidet som utøves «fra dag til dag», og iverksetting av nødvendige strakstiltak, vil ofte ligge direkte på et administrativt- eller fagtjenestenivå. Det sier seg selv at de medarbeidere som er utpekt til å ta hånd om oversiktsarbeidet både i kommuner og fylker må sikres både kjennskap og legitimitet i forhold til planmyndighet og til administrativ og politisk beslutningsmyndighet.

5.2 Tverrsektorielt oversiktsarbeid

Opplysninger om helsetilstanden i befolkningen og ulike positive og negative påvirkningsfaktorer er sammensatte. Informasjonen skal hentes ut fra statlige, fylkeskommunale og kommunale kilder, og skal dekke mange samfunnssektorer. Folkehelseloven gjør det klart at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar og oversiktsarbeidet må speile det tverrsektorielle perspektivet. Det vises bl.a. til lovens § 4 tredje ledd og merknadene til § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen.

Det er viktig at organiseringen av arbeidet reflekterer behovet for tverrsektorielle bidrag til oversiktsarbeidet, herunder i vurderingen av materialet. Å sette sammen en arbeidsgruppe med deltakelse fra flere ulike (tjeneste)områder og ikke minst fra avdeling/enhet for plan og utvikling, eller tilsvarende, vurderes som hensiktsmessig både når det gjelder det løpende oversiktsarbeidet og arbeidet med oversiktsdokumentet hvert fjerde år. Kommuner og fylkeskommuner kan også vurdere å trekke inn deltakere utenom kommunal forvaltning, som frivillige organisasjoner, større virksomheter, statlige institusjoner osv. Ulike eksterne bidragsytere kan også delta i referansegrupper o.l.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste har et spesielt ansvar etter **helse- og omsorgstjenestelovens § 3-3** for å: «*bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelselovens § 5*».

Særlig kommunene kan ha ulike rådgiverfunksjoner, eksempelvis innen folkehelse, kultur og på rusområdet. Det kan være hensiktsmessig å vurdere hvordan disse funksjonene kan være en ressurs i oversiktsarbeidet.

5.3 Avklare struktur for og ressurser til arbeidet

Det *løpende oversiktsarbeidet* bør være del av ordinær virksomhet og planlegging, jf. merknader til § 4 i forskrift om oversikt over folkehelsen. Videre korresponderer krav til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer med krav til oversikt i annet lovverk. Det vil derfor være relevant å se oversiktsarbeidet i sammenheng med bl.a. miljørettet helsevern, smittevern og beredskap.

Ved avklaring av struktur for og ressurser til det løpende oversiktsarbeidet kan det være hensiktsmessig å vurdere bl.a. følgende:

- * På hvilken måte bør det løpende oversiktsarbeidet inngå som del av den ordinære virksomheten?
- * Hvem skal ha det praktiske ansvaret for det løpende oversiktsarbeidet?
- * Hvilke oppgaver skal evt. ligge til ulike enheter/virksomhetsområder og hvilke skal være samlet (f.eks. å følge med på kilder, registrere informasjon, oppdatere informasjonen, utforme grunnlag for beslutninger osv.)?
- * Hvordan sikre god kommunikasjon mellom de som har ansvar for hhv oversiktsarbeidet, planlegging og tiltaksutforming?
- * Hvem skal for øvrig involveres i arbeidet, og på hvilken måte?

Særlig i arbeidet med *oversiktsdokumentet hvert fjerde år*, som forutsetter en helhetlig vurdering av informasjonsmaterialet vil flere aktører måtte involveres. Dokumentet skal foreligge i tide til at det kan inngå som grunnlag for kommunens/fylkeskommunens planstrategi. I planleggingen av arbeidet kan det være nyttig å avklare:

- * Hvem har det praktiske ansvaret for utforming av det fireårige dokumentet?
- * Hvem skal involveres, og i hvilke faser?
- * Hvilke ressurser er det til arbeidet?
- * Hvilke (del)oppgaver skal utføres?
- * Hvilket tidsløp (milepæler) må legges?

For kommunene kan det være aktuelt å vurdere interkommunalt samarbeid for deler av oversiktsarbeidet. Med en stor andel små kommuner, kan det bl.a. ut fra ressurs-situasjonen være ønskelig å samarbeide på tvers av kommunegrenser. Det understrekes imidlertid at folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen stiller krav om at hver enkelt kommune må komme fram til folkehelseutfordringer og ressurser spesifikt for kommunen. Det kan likevel samarbeides om utvikling av verktøy for innhenting av informasjon osv., samt utveksles erfaringer og kompetanse.

5.4 Kompetanse

Det er behov for flerfaglig kompetanse og -bidrag til arbeidet. Det vil være behov for kompetanse i folkehelsearbeid generelt, til kompetanse knyttet til metode og vurdering av informasjon og til planarbeid. Kunnskap fra ulike tjenesteområder som skole, oppvekst, kultur, næringsliv, samferdsel osv. er viktig for å konkretisere sammenhengene mellom samfunnsutvikling på en rekke områder og folkehelsen i den enkelte kommune/fylkeskommune.

Etter folkehelseloven § 27 bokstav a) skal kommunen ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse, og det skal ansettes kommunelege som medisinskfaglig rådgiver, blant annet for å ivareta epidemiologiske analyser, jf. loven § 5 annet ledd. Kommunelegen har videre oppgaver som må ses i sammenheng med oversiktsarbeidet, bl.a. smittevern og miljørettet helsevern. Det er derfor naturlig at kommunelegen trekkes

Eksempel:

I Friskland fylke har et «partnerskap for folkehelsen» eksistert noen år som et forum for erfaringsdeling, prosjektsamarbeid og påfyll av ny kunnskap. Partnerskapsavtalen er blitt omarbeidet, og er nå forankret i folkehelseloven. Medlemmer av partnerskapet er fylkeskommunen og alle kommunene, tre frivillige organisasjoner, en høgskole, et lokalsykehus og to store bedrifter. Fylkesmannen deltar som observatør.

Partnerskapet er enige om å utforme en felles «verktøykasse» for oversiktsarbeidet i fylket.

inn i oversiktsarbeidet. Hvem som koordinerer og leder arbeidet, og som for øvrig trekkes inn, er avhengig av lokale forhold og personell- og kompetansesituasjonen. Det avgjørende vil være at kommunen og fylkeskommunen sikrer at oversiktsarbeidet ivaretas på en faglig forsvarlig måte.

Fylkeskommunen stilles ikke over for et tilsvarende profesjonskrav. Fylkeskommunen har et selvstendig ansvar for folkehelseoversikt på fylkesnivå, og også pådriver-, samordnings- og understøttefunksjoner overfor kommunene, jf. folkehelseloven §§ 20 og 21. De fleste fylkeskommuner har kompetanse i statistikk og samfunnsanalyse som det kan være god bruk for både i fylket og de tilhørende kommuner. Fylkeskommunens og kommunenes kompetanse vil best kunne utnyttes gjennom et tett samarbeid mellom flere, se nærmere om samordning under.

Noen kommuner og fylkeskommuner kan finne det nødvendig å benytte ekstern kompetanse fra for eksempel høgskole- eller forskningsmiljøer m.m. For å sørge for et godt eierskap til vurderingene anbefales det at ledelse av arbeidet forankres i kommunen/fylkeskommunen.

5.5 Samordning og samarbeid mellom kommuner og fylkeskommune

Etter folkehelseloven § 20 skal fylkeskommunen understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. I merknadene til lovens § 20 fremkommer det at en av oppgavene er å gjøre tilgjengelig relevante opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer som fylkeskommunen fremskaffer i medhold av § 21.

I fylkeskommunens oversikt skal det også inngå relevante opplysninger fra kommunene. Det er derfor sentralt å avklare kontakt og samarbeid mellom fylkeskommune og kommuner. Det anbefales at fylkeskommunen tar initiativ overfor kommunene i eget fylke for å få slike samarbeidsrutiner på plass.

For å ivareta understøtte-rollen forventes det også at fylkeskommunen har en viss oversikt over hvilke ressurser kommunen besitter, og behovet for støtte. Det vil være naturlig at fylkeskommunen tar initiativ overfor kommunene, og for eksempel innkaller til kontaktmøter.

Det kan være hensiktsmessig å utforme avtaler mellom fylkeskommunen og tilhørende kommuner, for eksempel «partnerskap for folkehelsen» eller andre samarbeidsformer på dette området. Det er ønskelig med gode arenaer for gjensidig utnyttelse og videreutvikling av hverandres kompetanse, og for konkret samarbeid i oversiktsarbeidet. Fylkeskommunen har fra før en veiledningsfunksjon overfor kommuner bl.a. når det gjelder kommuneplanarbeidet. For noen vil det kunne være hensiktsmessig å koordinere samarbeidet mellom fylket og kommunene om hhv. plan- og oversiktsarbeidet.

5.6 Medvirkning

Proposisjonen til folkehelseloven (Prop. 90 L, 2010-2011) betegner medvirkning (fra innbyggerne) som «et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet». Medvirkning er der betonet både i relasjon til oversiktsarbeidet, i planprosessen og i ulike aktiviteter og tiltak. En aktiv og tidlig involvering av befolkningen vil bidra til at viktig kunnskap inkluderes og til eierskap på tiltakssiden.

Forskrift om oversikt over folkehelsen stiller krav om at oversiktsdokumentet hvert fjerde år og folkehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet skal gjøres allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen, jf. § 8.

En egen kommunikasjonsstrategi kan forenkle og sikre informasjonsarbeidet og dialogen med befolkningen. Det kan være hensiktsmessig å invitere bl.a. frivillige organisasjoner og andre viktige samfunnsaktører lokalt til dialog og medvirkning om oversikts- og kartleggingsarbeidet. Ny informasjonsteknologi, bl.a. ulike sosiale medier, kan være egnede arenaer for medvirkning og innspill.

I kommuner med samisk befolkning må det legges til rette for medvirkning i spørsmål som gjelder denne gruppen og sørge for at verken språklige eller kulturelle barrierer hindrer medvirkning.

Vedlegg

Vedlegg 1: Folkehelseloven

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Jf. tidligere lov 19 juni 2009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Kapittel 1. Innledende bestemmelser

§ 1. Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2. Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder i tillegg for privat og offentlig virksomhet og eiendom når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Loven gjelder for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private der dette fastsettes i medhold av §§ 28 og 29.

§ 3. Definisjoner

I loven her menes med

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

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

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

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

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

§ 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.

§ 6. Mål og planlegging

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

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

§ 7. Folkehelseiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte 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 skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Kapittel 3. Miljørettet helsevern

§ 8. Virkeområde og forskrifter

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Departementet kan innenfor formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vann og vannforsyning, støy, omgivelseshygiene, forebygging av ulykker og skader mv. Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av dette kapittel overholdes.

§ 9. Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen, kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til et interkommunalt selskap.

Kommunens myndighet kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres.

§ 10. Meldeplikt og godkjenning

Departementet kan innenfor miljørettet helsevern, jf. § 8, gi nærmere bestemmelser om meldeplikt til, eller plikt til å innhente godkjenning fra, kommunen før eller ved iverksetting av virksomhet som kan ha innvirkning på helsen. Det samme gjelder ved endring av slik virksomhet. Kommunen kan ved godkjenning sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse, jf. §§ 1 og 8. Nærmere bestemmelser om godkjenning, herunder saksbehandlingsregler til utfylling av tjenesteloven, kan gis i forskriftene. Unntak fra tjenesteloven § 11 annet ledd kan bare gjøres når det er begrunnet ut fra tvingende allmenne hensyn.

For virksomheter som er underlagt melde- eller godkjenningsplikt, kan det i forskrift etter første ledd kreves at en vurdering fra et akkreditert inspeksjonsorgan skal fremlegges. Slik vurdering kan kreves innhentet ved nærmere bestemte tidsintervaller. Virksomheten dekker utgiftene til vurderingen fra det akkrediterte inspeksjonsorganet.

Dersom godkjenning eller vurdering fra akkreditert inspeksjonsorgan ikke foreligger, kan kommunen kreve virksomheten stanset. Stansing kan bare kreves dersom ulempe ved stansing står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

I forskriftene kan det bestemmes at fylkesmannen skal ha godkjenningsmyndighet dersom virksomheten berører flere kommuner. Berører virksomheten flere fylker, kan det bestemmes at departementet skal ha godkjenningsmyndigheten. For vann og vannforsyning kan det i forskrift bestemmes at annen statlig myndighet enn fylkesmannen skal ha godkjenningsmyndigheten. Det kan videre gis særskilte bestemmelser om klageordning i tilfeller hvor fylkesmannen, departementet eller annen statlig myndighet gir godkjenning.

Endret ved lov 22 juni 2012 nr. 46.

§ 11. Helsekonsekvensutredning

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

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

§ 12. Opplysningsplikt

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som kan ha innvirkning på helsen, en plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter dette kapittel. Når særlige grunner tilsier det, kan kommunen kreve at opplysningene gis av enhver som utfører arbeid for den som har opplysningsplikt etter første punktum. Opplysninger som nevnt i første punktum kan også kreves fra andre offentlige myndigheter uten hinder av taushetsplikt.

Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, skal av eget tiltak gi kommunen opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen kan dessuten pålegge den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, plikt til å gi allmennheten, kunder eller andre opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.

§ 13. Gransking

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter dette kapittel beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Granskingen kan gjennomføres av den som er delegert myndighet etter § 9 eller av kommunelegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

Den som utfører granskingen skal uhindret ha adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. Det kan kreves fremlagt dokumenter og materiale og kreves foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens gjøremål etter dette kapittel. Omkostninger forbundet med granskingen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten.

Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å gjennomføre gransking.

Ved gransking av virksomhet eller eiendom, skal den som utfører granskingen, først ta kontakt med representanter for virksomhetens ledelse.

§ 14. Retting

Kommunen kan pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen eller er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel. Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes.

Pålegget skal være skriftlig og inneholde en frist for når det skal være utført. Det skal rettes til den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan. Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan.

§ 15. Tvangsmulkt

Kommunen kan ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting av forhold etter § 14 ilegge adressaten for pålegget tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt. Tvangsmulkten må være fastsatt enten samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny frist for oppfyllelse av pålegget. Tvangsmulktens størrelse fastsettes under hensyn til hvor viktig det er at pålegget blir gjennomført og hvilke kostnader det antas å medføre. Tvangsmulkten tilfaller statskassen.

Tvangsmulkten er tvangsgrunnlag for utlegg.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om fastsettelse og beregning av tvangsmulkt.

§ 16. Stansing

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

§ 17. Overtredelsesgebyr

Departementet kan i forskrift fastsette at kommunen kan ilegge overtredelsesgebyr overfor den som forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelsene i §§ 10 til 14 og § 16. Det samme gjelder ved overtredelse av forskrifter gitt i medhold av §§ 8 og 10 når det er fastsatt i forskriften at overtredelse kan medføre slik sanksjon.

I forskrift etter første ledd kan departementet gi nærmere bestemmelser om hvilke overtredelser nevnt i første ledd som kan medføre overtredelsesgebyr. Videre skal forskriften gi nærmere bestemmelser om utmåling og betaling av gebyret, og det kan gis regler om rente og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyr ikke blir betalt ved forfall. Gebyret tilfaller statskassen.

Endelig vedtak om overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Foretak kan ilegges overtredelsesgebyr i samsvar med første til tredje ledd når over-

treddelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Dette gjelder selv om ingen enkeltperson kan ilegges overtredelsesgebyr.

§ 18. *Straff*

Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel. Medvirkning straffes på samme måte.

Har overtredelsen ikke medført helseskade eller kun ubetydelig fare for helseskade, skjer offentlig påtale kun etter begjæring fra kommunestyret selv.

§ 19. *Klage*

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommunelegen etter dette kapittel.

Kapittel 4. Fylkeskommunens ansvar

§ 20. *Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid*

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer, jf. § 21 annet ledd.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til § 21, jf. § 5 første ledd bokstav a. Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.

§ 21. *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket*

Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 25,
- b) relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer etter annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til fylkeskommunens oversikt, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.

Kapittel 5. Statlige myndigheters ansvar

§ 22. Statlige myndigheters ansvar

Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

§ 23. Fylkesmannens ansvar

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner.

§ 24. Helsedirektoratets ansvar

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 25.

§ 25. Nasjonalt folkehelseinstitutts ansvar

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal 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. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser om opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer bistå kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

Kapittel 6. Samarbeid, beredskap, internkontroll, tilsyn mv.

§ 26. Samarbeid mellom kommuner

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet. Den kommunen som mottar bistand skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre annet er avtalt eller bestemt i medhold av første ledd.

§ 27. Samfunnsmedisinsk kompetanse

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

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

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.

§ 28. Beredskap

Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. helseberedskapsloven § 2-1.

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter denne lovens kapittel 3, i samsvar med helseberedskapsloven. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, og om meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om miljøhendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. I forskrift kan videre gis nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse.

§ 29. Gjennomføring av avtaler med fremmede stater og internasjonale organisasjoner

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser for gjennomføring av avtaler på folkehelseområdet med fremmede stater og internasjonale organisasjoner.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement (IHR), herunder om etablering av

IHR-registre. IHR-registre kan inneholde helseopplysninger i aidentifisert eller i personidentifiserbar form, uten samtykke fra de registrerte. Det kan gis bestemmelser om plikt for helsepersonell, offentlige tjenestemenn og private til å melde eller varsle helseopplysninger til IHR-registre. Videre behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven.

Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om iverksetting av midlertidige og stående tiltak fra Verdens helseorganisasjon.

§ 30. Internkontroll

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven her overholdes.

Kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom i henhold til § 9 skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet.

§ 31. Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens og fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av §§ 4 til 9, 20, 21 og 27 til 30 i loven her.

Reglene i kommuneloven kapittel 10 A gjelder for tilsynsvirksomheten etter første ledd.

§ 32. Overordnet faglig tilsyn

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med loven her i henhold til § 31, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lov og forskrift.

§ 33. Videreføring av forskrifter

Forskrifter gitt eller videreført i medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om helse-tjenesten i kommunene kapittel 4a og § 7-9 gjelder også etter at loven her har trådt i kraft.

§ 34. Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.¹ Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.

§ 35. Endringer i andre lover

Fra det tidspunkt loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover: - - -

1. Fra 1 jan 2012 iflg. res. 24 juni 2011 nr. 637.

Vedlegg 2: Forskrift om oversikt over folkehelsen

Forskrift om oversikt over folkehelsen

Hjemmel: Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 28. juni 2012 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) § 5, § 8, § 21 og § 25 og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 7-11.

§ 1. Formål

Forskriften skal legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Forskriften skal bidra til samordning og standardisering av arbeid med oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder:

- a) kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikt etter folkehelseloven § 5 og § 21 og
- b) Nasjonalt folkehelseinstituttets arbeid med å gjøre tilgjengelig opplysninger etter folkehelseloven § 25 annet ledd.

§ 3. Krav til oversiktens innhold

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert atferd og
- f) helsetilstand.

Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Med helserelatert atferd menes for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler.

Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes.

§ 4. Løpende oversiktsarbeid

Kommuner og fylkeskommuner skal løpende ha oversikt over folkehelsen. Den løpende oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet.

§ 5. Krav om oversiktsdokument hvert fjerde år

Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10-1. Oversiktsdokumentet 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 oversiktsdokumentet. Fylkeskommunen skal understøtte kommunene, samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med sitt oversiktsdokument.

§ 6. Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre opplysninger fra nasjonale kilder tilgjengelige som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikter. Oppgaven omfatter blant annet å:

- a) utarbeide og presentere folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år og
- b) etablere og oppdatere en statistikkbank.

§ 7. Fylkeshelseundersøkelser

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal legge til rette for samordning av fylkeshelseundersøkelser blant annet ved å gjøre tilgjengelig maler for innhold og gjennomføring av slike undersøkelser.

Fylkeskommuner som gjennomfører fylkeshelseundersøkelser bør benytte maler etter første ledd.

§ 8. Informasjon og medvirkning

Oversiktsdokument etter § 5 og folkehelseprofil etter § 6 skal være allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.

§ 9. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. juli 2012.

Vedlegg 3: Kort omtale av relevant lovgrunnlag

Folkehelseloven

Loven er i sin helhet gjengitt i vedlegg 1. Det vises til lovproposisjonen, [Prop. 90 L \(2010-2011\)](#), for bakgrunnsinformasjon mv. lovproposisjonen inneholder også merknader til de enkelte lovbestemmelsene.

Forskrift om oversikt over folkehelsen

Forskriften er i sin helhet gjengitt i vedlegg 2. [Merknadene til de enkelte bestemmelsene](#) er gjengitt som del av forskriften på Lovdata.

Forskrift om miljørettet helsevern

[Forskrift om miljørettet helsevern](#) er hjemlet i folkehelseloven (§§ 2, 8, 10, 26). Miljørettet helsevern er en del av folkehelsearbeidet. Følgende hovedområder er sentrale: 1) Kontroll- og tilsynsoppgaver etter folkehelselovens kapittel 3. 2) Oppgaver knyttet til planlegging og forebygging. Forskriften har bestemmelse om at kommunen skal ha oversikt over positive og negative faktorer i miljøet som kan innvirke på befolkningens helse i kommunen (jf. § 5):

«Kommunen skal ha oversikt over positive og negative faktorer i miljøet som kan innvirke på befolkningens helse i kommunen. Oversikten skal i tilstrekkelig grad omfatte:

- a) Vurdering av aktuelle faktorer i miljøet, som for eksempel forurensning, støv, sosiale miljøfaktorer, ulykkesrisiko mv., og årsakene til deres opptreden*
- b) Vurdering av miljøfaktorenes helseeffekter på befolkningen*
- c) Forslag til mulige helsefremmende, forebyggende eller avbøtende tiltak*

Den instans i kommunen som får oppgaven etter første ledd, skal på bakgrunn av sin oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på denne, foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak og gi råd og uttalelser om helsemessige forhold overfor både andre fagmyndigheter, som for eksempel plan- og bygnings-, forurensnings- og produktkontrollmyndighetene, virksomheter og befolkningen for øvrig.»

Plan- og bygningsloven

[Plan- og bygningsloven](#) skal fremme bærekraftig utvikling og er et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i kommunens og fylkeskommunens planlegging, jf. § 3-1, bokstav f: planer skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller». Folkehelseloven er gjennom §§ 6 og 21 koplet direkte opp til plan- og bygningslovens kapittel 7 og 10 om regional og kommunal planstrategi og kapittel 11 om kommuneplan. Planstrategi er et hjelpemiddel for å fastlegge det videre planarbeidet i en valgperiode. Kommuneplanens samfunnsdel er verktøyet for kommunens helhetlige planlegging. Gjennom arbeidet med samfunnsdelen skal kommunen vektlegge viktige utfordringer og synliggjøre de strategiske valg kommunen tar. Kommuneplanens arealdel skal vise sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk.

Det er utarbeidet omfattende [veiledning](#) til denne loven som er offentliggjort fra Miljøverndepartementet. Se også www.kommunetorget.no.

Andre helselover

Forskrift om oversikt over folkehelsen er også hjemlet i smittevernloven (§ 7-11). I følge smittevernloven kapittel 7 skal kommunelegen ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen. Smittevernloven retter seg i stor grad mot helsetjenesten og har et tydelig individfokus, men inneholder også klare befolkningsaspekter. For eksempel vil en influensapandemi ha relevans til oversiktsarbeidet både etter folkehelseloven og etter smittevernloven. Ulike smittestoffer vil kunne komme inn under «biologiske faktorer» jf. kap. 3 i folkehelseloven, og vil falle inn under forskriftens innholdsbestemmelser. Smittevernloven inneholder for øvrig en del bestemmelser om ulike smitteverntiltak. Forebyggende tiltak og tjenester mv. skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 2 plikter kommuner, fylkeskommuner med flere å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester de er ansvarlige for. Plankravene er nærmere beskrevet i forskrift til loven, der det bl.a. heter at virksomheten gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skal skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Opplysninger som fremskaffes gjennom slike analyser kan være et nyttig supplement til oversikten etter folkehelseloven.

Gjennom alkoholloven er kommunene gitt verktøy til å begrense alkoholforbruket. Etter loven § 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 bl.a. alkoholbruk i kommunen.

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-3 har helse- og omsorgstjenestene plikt til å bidra i kommunens oversikts- og øvrige folkehelsearbeid. Dette er nærmere omtalt i veilederen.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) har i sin formålsparagraf (§1-1) å fremme folkehelsen. Videre har tjenesten plikt til å gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 6-3.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no