

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid

Dokument 3:11 (2014–2015)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 741 870

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-322-8

Forsideillustrasjon: 07 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid

Dokument 3:11 (2014–2015)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:11 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*.

Riksrevisjonen, 29. juni 2015

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	8
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	10
4	Departementets oppfølging	11
5	Riksrevisjonens sluttmerknad	12
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden		13
Vedlegg 2: Statsrådets svar		17
Vedlegg 3: Rapport		23
1	Innledning	27
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	29
3	Revisjonskriterier	31
4	Hva karakteriserer folkehelsetilstanden i Norge?	36
5	I hvilken grad er det kommunale og regionale folkehelsearbeidet systematisk og langsiktig?	41
6	I hvilken grad understøtter de statlige virkemidlene folkehelsearbeidet lokalt og regionalt?	56
7	Vurderinger	75
8	Referanseliste	79

Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger.

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Undersøkelsen omfatter perioden fra og med 2012 til og med januar 2015.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller, og forebygger sykdom, skade eller lidelse. Ny folkehelselov ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen fordi Stortinget mente reformen i helsetjenesten måtte følges av en fornyet innsats rettet mot samfunnsforhold som påvirker helse. Folkehelseloven gir kommunene et klarere ansvar for folkehelse på tvers av sektorer og angir en arbeidsform med bestemte prosesskrav som skal sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig både i kommuner, i fylkeskommuner og i staten. De statlige aktørene – Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helse-tilsyn og fylkesmennene – har viktige oppgaver med å understøtte kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid. Denne undersøkelsen handler om hvordan dette arbeidet følges opp i praksis; hvordan folkehelsearbeidet foregår i kommuner og fylkeskommuner, og i hvilken grad de statlige virkemidlene virker etter sin hensikt.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 (folkehelseloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008 (plan- og bygningsloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. 423 L (2010–2011) om lov om folkehelsearbeid, jf. Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Innst. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Innst. 478 S (2012–2013) om folkehelsemeldingen, jf. Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar
- Innst. 11 S, jf. Prop 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettårene 2012, 2013 og 2014

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 19. mars 2015.

Departementet har i brev 22. april 2015 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev av 26. mai 2015 til Helse- og omsorgsdepartementet og statsrådets svar av 9. juni 2015 følger som vedlegg.

1 Hovedfunn

- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid.
- Arbeidet med folkehelse og folkehelse tiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid

Utbredelsen av ikke-smittsomme sykdommer har økt siden 1950-tallet og de sosiale helseforskjellene har blitt større. Et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid skal bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene og gi bedre helse for hele befolkningen.

Krav til systematikk i folkehelsearbeidet er beskrevet i folkehelseloven, og innebærer at kommunene skal utarbeide en kunnskapsbasert oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som legges til grunn for det videre arbeidet med folkehelsen. Oversikten skal benyttes i forbindelse med utforming av mål og strategier for folkehelse i kommunale planer og ved iverksettelse av tiltak rettet mot de viktigste, lokale utfordringene. Innsatsen skal evalueres og vurderes gjennom kommunenes egen internkontroll.

Undersøkelsen viser at 16 prosent av kommunene ikke har påbegynt arbeidet med å lage oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker denne. 59 prosent av kommunene er i gang med arbeidet. Om lag en firedel av kommunene har utarbeidet slik oversikt. Små kommuner har kommet noe kortere med oversiktsarbeidet enn større kommuner.

Undersøkelsen viser videre at det er variasjon med hensyn til hvor langt kommunene har kommet i arbeidet med å integrere folkehelse i kommuneplaner, slik både folkehelseloven og plan- og bygningsloven krever. Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen.

Kommunene har ifølge folkehelseloven en plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å bedre folkehelsen, og Stortinget har særlig pekt på det ansvaret som ligger i å utjevne helseforskjeller som følger av sosiale forhold. Undersøkelsen indikerer manglende samsvar mellom utfordringer og iverksatte tiltak i kommunene. Eksempelvis har mange kommuner identifisert store utfordringer på områder som gjelder levekår og sosial ulikhet, samtidig som tiltakene kommunen har iverksatt i begrenset grad er rettet mot disse utfordringene. Nesten halvparten av kommunene regner levekår og sosial ulikhet som en av de største folkehelseutfordringene, men bare 15 prosent oppgir å ha iverksatt flest tiltak på disse områdene.

Selv om folkehelseloven trådte i kraft i 2012, har store deler av innholdet, blant annet kravet om oversikt, inngått i tidligere helselovgivning. Riksrevisjonen mener i lys av dette at en kunne ha forventet at kommunene var kommet noe lenger i arbeidet med oversikten. Så lenge oversikten mangler, er det vanskelig å oppfylle kravene til systematikk i folkehelsearbeidet, blant annet når det gjelder utarbeidelse av planer, iverksettelse av tiltak og evaluering.

2.2 Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert

Flere statlige aktører har viktige roller når det gjelder å framskaffe og formidle kunnskap om folkehelse og folkehelsearbeid. Både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Fylkesmannen skal understøtte det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet som foregår lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen har også selv et ansvar for å evaluere sitt arbeid.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har siden 2012 utgitt folkehelseprofiler med data fra sentrale registre om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for kommuner og fylkeskommuner og tilbudt kurs i bruk av statistikkbank. Kommunene har i stor grad tatt folkehelseprofilen i bruk og mener den er nyttig for oversiktsarbeidet. Undersøkelsen viser likevel at mange kommuner og fylkeskommuner mener det mangler kunnskap på områder som har stor betydning for folkehelsen. De etterlyser særlig mer kunnskap om helsefremmende faktorer, levevaner og sosial fordeling av helse.

Undersøkelsen viser at flere kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som er effektive og kan bidra til å redusere de største, lokale folkehelseutfordringene, særlig når det gjelder utjevning av sosiale helseforskjeller. Folkehelseinstituttet bekrefter at det foreløpig foreligger for lite kunnskap om hvilke effekter ulike tiltak har for folkehelsen, og at dette er et område hvor kommunene trenger mer informasjon. En del kommuner opplever det som enklere å iverksette tiltak rettet mot levevaner, som har en mer direkte virkning på helse, enn tiltak som retter seg mot de bakenforliggende, strukturelle årsakene til sosial ulikhet i helse. Etter Riksrevisjonens vurdering har staten et viktig ansvar for å framskaffe og formidle kunnskap om folkehelse og hva som kan gjøres for å bedre denne. Kommunene har også selv et ansvar for å evaluere egen innsats. I undersøkelsen oppgir hver fjerde kommune at de ikke har evaluert egne folkehelseiltak.

Bredden i påvirkningsfaktorer på helse gjør det viktig å se mange faktorer i sammenheng. For å øke kunnskapen om folkehelse og sosial fordeling av helse i befolkningen, må blant annet demografiske og sosioøkonomiske forhold kunne kobles mot opplysninger om helse. Nasjonalt folkehelseinstitutt, som skal overvåke utviklingen i folkehelsen nasjonalt og legge til rette opplysninger som grunnlag for kommuner og fylkeskommuners oversiktsarbeid, opplyser blant annet at det mangler lovhjemmel for å sammenstille informasjon fra ulike registre, noe som gjør instituttets arbeid vanskelig.

Riksrevisjonen viser til forutsetningen om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert, og merker seg at det særlig er behov for mer forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om virkninger av folkehelseiltak.

2.3 Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren, og det er viktig at folkehelsearbeidet skjer gjennom bruk av ulike sektors virkemidler. Dette gjelder både for kommuner, fylkeskommuner og i staten. Stortinget har vist til folkehelselovens prinsipp om "helse i alt vi gjør" og viktigheten av at hensynet til befolkningens helse ivaretas i all politikk.

Undersøkelsen viser at 41 prosent av kommunene ikke har etablert et systematisk samarbeid om folkehelse på tvers av sektorer. Disse kommunene har i noe mindre grad utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og i noe mindre grad inkludert folkehelse i kommunale planer enn de som har etablert slikt samarbeid. Manglende forankring på tvers av sektorer trekkes av fylkeskommunene fram som en av de viktigste barrierene mot et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i fylket.

Kommuner og fylkeskommuner etterlyser en bredere forankring av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer hos statlige myndigheter. De mener økt ansvarliggjøring av sektorer utenfor helse vil tilrettelegge for økt satsing på tvers av sektorer også på lokalt og regionalt nivå. En gjennomgang av et utvalg tildelingsbrev til direktorater med sektoransvar som er viktig for folkehelsen, viser at helsehensyn i varierende grad er synliggjort og prioritert. Nettopp tildelingsbrev fra departementer til underliggende etater og embetsoppdrag til fylkesmennene, nevnes av kommuner og fylkeskommuner som eksempler på virkemidler som i større grad kan samordnes og utnyttes for å få til en bedre forankring av folkehelse på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet viser til et utstrakt samarbeid om folkehelse både i og utenfor sentralforvaltningen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det et ytterligere potensial for å forankre folkehelsearbeidet på tvers av ulike sektorer, både på statlig, regionalt og kommunalt nivå.

2.4 Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for det nasjonale folkehelsearbeidet, og skal sørge for at folkehelseovens formål og forutsetninger blir oppfylt. Departementet følger opp dette og understøtter folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner gjennom bruk av økonomiske, pedagogiske, juridiske og organisatoriske virkemidler.

Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmannsembetene har støttet folkehelsearbeidet lokalt og regionalt ved å bruke flere pedagogiske virkemidler. Helsedirektoratet har utviklet veiledere og tilrettelagt for erfaringsutveksling som skal hjelpe kommunene i det praktiske arbeidet. Fylkesmennene har tilbudt råd og veiledning og gjennomført tilsyn på vegne av Statens helsetilsyn.

Undersøkelsen viser at kommunene er positive til folkehelseoven, og at nær ni av ti kommuner mener den har ført til økt satsing på folkehelsearbeid lokalt. Selv om kommunene har fått styrket økonomi i forbindelse med folkehelsearbeidet og samhandlingsreformen, er det få økonomiske insentiver som fremmer satsing på det brede folkehelsearbeidet, og begrensede sanksjoner knyttet til manglende gjennomføring av dette.

I undersøkelsen gir et stort flertall av kommunene uttrykk for at de har behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer, og at bredden i arbeidet er krevende å håndtere. Undersøkelsen viser at kommunene som har kommet kort med oversiktsarbeidet oppgir manglende kapasitet og kompetanse som viktige årsaker til dette. I tillegg mangler kommunene kunnskap på områder som har relevans for folkehelsen.

Riksrevisjonen har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet mener det er nødvendig med aktiv oppfølging og videreutvikling av nasjonale tiltak som understøtter det lokale arbeidet, jf. Meld. St. 19 (2014–2015).

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

- legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelse tiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene

- bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet
- styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet

4 Departementets oppfølging

Statsråden opplyser i sitt svar av 9. juni 2015 at regjeringen vil legge vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget, bistå til implementeringen av folkehelseloven i kommunene og styrke arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer.

Statsråden viser til Riksrevisjonens vurdering av at folkehelsearbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert. I Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen* varsler regjeringen at det skal legges til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap. Viktige pågående prosesser er blant annet omorganisering og styrking av Folkehelseinstituttet, etablering av nytt folkehelseprogram i Norges forskningsråd, utvikling av et register for kommunale helse- og omsorgstjenester og styrket satsing på helsedata.

Siden kravene i folkehelseloven er knyttet til kommunenes plansyklus, er det ifølge statsråden ennå ikke mulig å få en komplett oversikt over status i kommunene. Statsråden er likevel enig i Riksrevisjonens anbefaling om tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet. I folkehelsemeldingen varsler regjeringen at den vil styrke arbeidet med å utvikle metoder og verktøy til bruk i lokalt folkehelsearbeid. Blant annet skal Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet videreutvikle henholdsvis folkehelseprofilene og veiviserne i lokalt folkehelsearbeid. Det skal legges til rette for mer systematisk evaluering av tiltak og formidling av god praksis. Departementet vil bygge opp kunnskap om kommunenes implementering, blant annet ved å gjennomføre kartlegginger hvert fjerde år, og Helsetilsynet vil regelmessig føre tilsyn med kommunenes oppfyllelse av folkehelseloven.

Statsråden viser til folkehelsemeldingens omtale av arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer. Regjeringen vil fastsette sektorvise indikatorer for å følge utviklingen og tilpasse politikken til nye utfordringer. Det er etablert en fast tverrdepartemental gruppe som blant annet skal sikre samordning av folkehelsetiltak på tvers av sektorer, og det skal gis ut en veileder til utrednings-instruksens krav om vurdering av konsekvenser for befolkningens helse og sosiale helseforskjeller. Departementet og underliggende etater vil bistå i det praktiske arbeidet med å utrede helsekonsekvenser i andre sektorer enn helse.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 23. juni 2015

Per-Kristian Foss

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Björg Selås

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

STATSRÅD BENT HØIE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse om folkehelsearbeid

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:X (2014-2015) Riksrevisjonens undersøkelse om folkehelsearbeid.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 19. mars 2015 og på departementets svar 22. april 2015. Departementets merknad er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dokumentet til Stortinget.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 9. juni 2015.

For riksrevisorkollegiet



Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg

Utkast til Dokument 3:X (2014-2015) Riksrevisjonens undersøkelse om folkehelsearbeid

Vedlegg 2

Statsrådets svar

**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**
Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Utsatt offentlighet
jf. revl. § 18(2)

Deres referanse
2014/00331-68

Vår referanse
13/4620

Dato
9. juni 2015

Riksrevisjonens undersøkelse om folkehelsearbeid – svar på utkast til Dokument 3

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. mai 2015 der det bes om en redegjørelse for hvordan Riksrevisjonens anbefalinger vil bli fulgt opp. Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet:

1. legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelse tiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene.
2. bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet.
3. styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet.

Anbefalingene fra Riksrevisjonen er i tråd med de utfordringene som beskrevet i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Regjeringen vil derfor legge vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget, bistå til implementeringen av folkehelseloven i kommunene og styrke arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer.

Om økt kunnskap om folkehelse

Jeg viser til Riksrevisjonens vurdering av at folkehelsearbeidet ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert. I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen varsler regjeringen at det skal legges til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap. Et effektivt folkehelsearbeid av god kvalitet må bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer, hva som påvirker helse og hvilke virkemidler og tiltak som har effekt. Skal kunnskapen komme til nytte i folkehelsearbeidet må den formidles og tas i bruk både nasjonalt og lokalt. Regjeringen vil derfor trappe opp innsatsen og videreutvikle nasjonale tiltak for å støtte det lokale folkehelsearbeidet gjennom sterkere faglig støtte til kommunen og videreutvikling av arbeidet med å spre metoder og verktøy.

Jeg vil spesielt nevne tre viktige pågående prosesser som er sentrale for å oppnå et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Det første gjelder omorganiseringen i den sentrale helseforvaltningen der Folkehelseinstituttet får en tydeligere og mer helhetlig ansvar for kunnskapsproduksjonen på helseområdet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (med unntak av avdelingen for kvalitet og pasientsikkerhet og sekretariatet for prioriteringsrådet), Statens institutt for rusmiddelforskning og sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet innlemmes i Folkehelseinstituttet. Organisasjonsendringen innebærer blant annet at Folkehelseinstituttet skal utvikles til å bli en tydeligere kunnskapsstøtteorganisasjon for Helsedirektoratet. En slik samling av kunnskapsproduksjonen vil gi positive synergieffekter når det gjelder faglig kompetanse, metodeutvikling, utnyttelse av registerdata og rekruttering.

For det andre vil det bli etablert et nytt stort folkehelseprogram i regi av Norges forskningsråd fra 2016. Det nye forskningsprogrammet gir mulighet for mer helhetlig og bedre samordnet forskning på folkehelseområdet. Jeg er spesielt opptatt av at forskningsprogrammet skal bidra til å utvikle og styrke tiltaksforskningen og stimulere til forskningsprosjekter på tvers av fagområder og politikkområder.

For det tredje har regjeringen bevilget midler til å utvikle et register for kommunale helse- og omsorgstjenester (KHOR). Registeret vil kunne inneholde opplysninger fra kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester vi i dag ikke har kunnskap fra, for eksempel fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten. KHOR vil kunne gi et bedret datagrunnlag for folkehelseprofilene og KommuneHelsa statistikkbank, for eksempel når det gjelder data om høyde og vekt hos barn.

I tillegg vil regjeringen styrke satsingen på helsedata gjennom oppfølgingen av Meld. St. 7 (2013–2014) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning, forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21, og Nasjonalt helseregisterprosjekt. Vi vil videreutvikle det nasjonale sykdomsbyrdeprosjektet ved Folkehelseinstituttet, og vurdere mulige ordninger for å finansiere større datainnsamlinger.

Om å understøtte det lokale og regionale folkehelsearbeidet

Folkehelseloven trådte i kraft midt i kommunens fireårige plansyklus. Kravene i loven er knyttet til denne syklusen. Etter loven er det krav til kommunene om et oversiktsdokument hvert fjerde år. Dette dokumentet vil ikke være på plass før midten av 2015. Det er derfor ennå ikke mulig å få en komplett oversikt over status i kommunene. Jeg er likevel enig i Riksrevisjonens anbefaling om tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet. Både Riksrevisjonens revisjon, Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med loven, samt evalueringer viser at det er en utfordring for mange kommuner å få på plass en god oversikt over sine folkehelseutfordringer.

Folkehelseinstituttet skal utvide innholdet i folkehelseprofilene med data på bydelsnivå og flere data om forhold som fremmer helse. Det har vært en svakhet ved folkehelseprofilene at geografiske forskjeller i store kommuner ikke synliggjøres. Videre arbeider instituttet med å inkludere flere indikatorer i KommuneHelsa statistikkbank, som inneholder nøkkeltall for kommuner.

Videre skal vi følge utviklingen i folkehelsearbeidet gjennom å etablere flere indikatorer i Kostra og gjennomføre kartlegginger hvert fjerde år. Helsetilsynet vil regelmessig føre tilsyn med kommunens oppfyllelse av folkehelseloven.

Folkehelsemeldingen varsler at regjeringen vil styrke arbeidet med å utvikle metoder og verktøy til bruk i lokalt folkehelsearbeid. Dette blir fulgt opp bl.a. gjennom etatsstyringen av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet skal bl.a. videreutvikle veiviserne i lokalt folkehelsearbeid, som praktisk hjelpemiddel til kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid, for å gjøre folkehelsearbeidet kunnskapsbasert og systematisk. Meldingen varsler også at vi vil bygge opp kunnskap om implementering i kommunene og legge til rette for mer systematisk evaluering av tiltak og formidling av god praksis.

Om arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer

Jeg vil vise til omtale av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen.

Regjeringen vil fastsette sektorvise indikatorer for å følge utviklingen i folkehelsepolitikken. Skal det være mulig å tilpasse den nasjonale politikken til nye utfordringer, er det behov for indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen av forhold som har stor betydning for befolkningens helse. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle slike indikatorer i nært samarbeid med andre statlige direktorater og fagmiljøer.

Jeg vil også vise til at det er etablert en fast tverrdepartemental gruppe på embetsnivå innen folkehelse. Denne gruppen er viktig å videreutvikle for å sikre effektiv samordning av folkehelseiltak på tvers av sektorer, herunder arbeidet med sektorvise indikatorer.

I forbindelse med revisjon av utredningsinstruksen skal Helse- og omsorgsdepartementet gi ut en veileder om oppfølging av instruksens krav om vurdering av konsekvenser for befolkningens helse og sosiale helseforskjeller. Departementet og underliggende etater vil bistå når det skal gjøres helsekonsekvensvurderinger innenfor andre sektorer.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3

Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse av offentlig
folkehelsearbeid

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	27
1.1	Bakgrunn	27
1.2	Mål og problemstillinger	28
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	29
2.1	Spørreundersøkelse	29
2.2	Intervjuer	29
2.3	Dokumentanalyse	30
3	Revisjonskriterier	31
3.1	Overordnede mål og føringer for folkehelsepolitikken	31
3.2	Statlige myndigheters ansvar	32
3.3	Fylkeskommunenes ansvar	33
3.4	Kommunenes ansvar	34
4	Hva karakteriserer folkehelsetilstanden i Norge?	36
4.1	Utvikling i helsetilstanden	36
4.2	Hvordan fordeler helsen seg i befolkningen?	38
5	I hvilken grad er det kommunale og regionale folkehelsearbeidet systematisk og langsiktig?	41
5.1	Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer	41
5.1.1	Kommunenes oversiktsarbeid	41
5.1.2	Kunnskap om sosiale helseforskjeller	43
5.1.3	De største folkehelseutfordringene	43
5.1.4	Fylkeskommunenes rolle i oversiktsarbeidet	45
5.2	Regionale og lokale planer	46
5.2.1	Kommunenes arbeid med planstrategi og plan	46
5.2.2	Fylkeskommunenes rolle i planarbeidet	47
5.3	Tiltak	48
5.3.1	Iverksatte folkehelseiltak	48
5.3.2	Evaluering	50
5.3.3	Finansiering av tiltak	51
5.3.4	Fylkeskommunens rolle ved iverksetting av tiltak	51
5.4	Samarbeid på tvers av sektorer	51
5.4.1	Samarbeid på tvers av sektorer i kommunen	51
5.4.2	Samarbeid på tvers av sektorer i fylkeskommunen	54
6	I hvilken grad understøtter de statlige virkemidlene folkehelsearbeidet lokalt og regionalt?	56
6.1	Nasjonalt folkehelseinstitutt	56
6.2	Helsedirektoratet	60
6.3	Statens helsetilsyn	65
6.4	Fylkesmannen	65
6.5	Helse- og omsorgsdepartementet	67

6.5.1	Lov og forskrift – systematikken i arbeidet	67
6.5.2	Styringsmål og styringsinformasjon	69
6.5.3	Styring og samarbeid på tvers av sektorer	72
6.5.4	Økonomiske virkemidler	73
7	Vurderinger	75
8	Referanseliste	79

Figuroversikt

Figur 1	Utvikling i forventet levealder i Norge. Kvinner og menn. 1950–2013	36
Figur 2	Forventet levealder etter kjønn og utdanningsnivå. 2006–2012	39
Figur 3	Forventet levealder per fylke. Kvinner og menn. 2006–2012	40
Figur 4	Oversikt over det systematiske folkehelsearbeidet	41
Figur 5	Har kommunen utarbeidet en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker den? I prosent	41
Figur 6	Andel kommuner som har benyttet ulike kilder i oversiktsarbeidet. Kommuner som helt eller delvis har utarbeidet oversikt. I prosent	42
Figur 7	På hvilke tre områder har kommunen de største folkehelseutfordringene? Andel av kommunene som har valgt kategoriene. I prosent	44
Figur 8	De tre største folkehelseutfordringene og tre områder med flest folkehelseiltak ifølge kommunene. Andel av kommunene som har valgt kategorien. I prosent	49
Figur 9	Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid for psykisk helse på ulike alderstrinn	52
Figur 10	Andel kommuner i hvert fylke som har etablert et systematisk samarbeid på tvers av sektorer. I prosent	53
Figur 11	Har kommuner som har etablert et systematisk samarbeid på tvers av sektorer, kommet lenger med folkehelsearbeidet enn andre kommuner? I prosent	54
Figur 12	I hvilken grad er folkehelseprofilen nyttig for kommunens oversiktsarbeid? I prosent	57
Figur 13	Har kommunen mottatt råd og veiledning fra Nasjonalt folkehelseinstitutt? I prosent	59
Figur 14	Har kommunen brukt informasjon fra Helsedirektoratet i folkehelsearbeidet? I prosent	60
Figur 15	Andelen kommuner i hvert fylke som har mottatt råd og veiledning fra Fylkesmannen i forbindelse med oversiktsarbeidet. I prosent	66

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	NCD-strategi – Noncommunicable Chronic Diseases	37
Faktaboks 2	Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	38
Faktaboks 3	Forebygging og folkehelsearbeid	74

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helse påvirkes av flere forhold, som fysiske forutsetninger, levevaner og bakenforliggende sosiale og miljømessige faktorer. Flere av de store folkesykdommene i Norge har sammenheng med livsstil og kan forebygges eller utsettes.

Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller og forebygger sykdom, skade eller lidelse. Folkehelsearbeidet omfatter ikke behandling i helsetjenesten.

Ny folkehelselov ble vedtatt av Stortinget som en del av samhandlingsreformen, med virkning fra 1. januar 2012. Stortinget mente at reformen i helsetjenesten måtte følges av en fornyet innsats rettet mot samfunnsforhold som påvirker helse. Målet var å øke den forebyggende innsatsen for å oppnå bedre helse og livskvalitet i hele befolkningen og få til en mer bærekraftig utvikling i helse- og omsorgssektoren.

En samlet strategi for folkehelsearbeidet ble presentert for Stortinget gjennom Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*.

Kommunene har en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Gjennom folkehelseloven er kommunene gitt et klarere ansvar for folkehelse på tvers av sektorer enn det som tidligere fulgte av kommunehelsetjenesteloven. Folkehelseloven angir en arbeidsform med bestemte prosesskrav som skal sikre at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert, langsiktig og systematisk. Store deler av folkehelseloven bygger på tidligere helselovgivning. Blant annet fikk kommunenes helsetjeneste allerede i 1987 ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og de faktorene som påvirker den. På bakgrunn av oversikten skulle helsetjenesten foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Fylkeskommunen skal være pådriver for det regionale folkehelsearbeidet og understøtte det lokale arbeidet. Fylkeskommunen skal også ivareta folkehelseperspektivet i egen planlegging og virkemiddelbruk.

Staten har et nasjonalt ansvar for å følge utviklingen i helsetilstand og påvirkningsfaktorer og sørge for at planlegging og iverksetting av nasjonale tiltak tar utgangspunkt i identifiserte folkehelseutfordringer. Sentrale myndigheter har også et ansvar for å bistå kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn og Fylkesmannen skal, gjennom sin virksomhet og sine virkemidler, støtte opp under og legge til rette for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid lokalt og regionalt.

Tidligere undersøkelser har vist at en del kommuner ikke har etablert et systematisk arbeid for bedre folkehelse.¹ Særlig har det vært svakheter i arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og i arbeidet med tverrsektoriell forankring av folkehelse i planer og tiltak.

Utfordringer med å få oversikt over innsats og resultater, kombinert med til dels svake statlige styringsvirkemidler, kan gi risiko for mangelfull oppfølging av det lokale og

1) Helgesen, M. og Hofstad, H. (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13.

regionale arbeidet. De statlige aktørene har viktige oppgaver knyttet til å bistå kommuner og fylkeskommuner, og dette gjør det viktig å få belyst i hvilken grad de statlige virkemidlene virker etter sin hensikt og bidrar til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid lokalt og regionalt.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter dette arbeidet.

Problemstillinger:

- 1 Hva karakteriserer folkehelsestanden i Norge?
 - a) Hvordan har den overordnede utviklingen i helsestanden vært?
 - b) Hvordan fordeler helsen seg i befolkningen?
- 2 I hvilken grad er det regionale og lokale folkehelsearbeidet systematisk og langsiktig?
 - a) I hvilken grad har henholdsvis kommuner og fylkeskommuner nødvendig oversikt over helsestanden og fordelingen av helse i befolkningen, og i hvilken grad har de oversikt over de positive og negative faktorene som kan påvirke helsestanden?
 - b) I hvilken grad er folkehelsearbeidet forankret i regionale og lokale planer?
 - c) I hvilken grad iverksetter kommunene nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringer?
 - d) I hvilken grad er folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner forankret på tvers av sektorer?
- 3 I hvilken grad understøtter de statlige virkemidlene et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid regionalt og lokalt?

Problemstillingen omfatter de virkemidlene for folkehelsearbeid som Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn og Fylkesmannen forvalter.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er hovedsakelig belyst gjennom en spørreundersøkelse til alle kommuner og fylkeskommuner, og gjennom intervjuer med et utvalg statlige aktører, fylkeskommuner og kommuner. Det er sendt spørrebrev til de fylkesmennene som ikke ble intervjuet. I tillegg er relevante styringsdokumenter og forskningsrapporter gjennomgått. Innsamling av data ble gjennomført fra februar 2014 til januar 2015.

2.1 Spørreundersøkelse

Det ble sendt et spørreskjema til alle kommuner. Formålet med spørreundersøkelsen var blant annet å kartlegge det lokale folkehelsearbeidet, kommunenes samarbeid med fylkeskommunene og kommunenes vurdering av statlige aktørers virkemiddelbruk på området. Skjemaet ble i juni 2014 sendt til kommunene, med oppfordring om at personer med kompetanse på folkehelseområdet fylte det ut. Spørreskjemaet, med noen tilpasninger, ble i august 2014 også sendt til bydelene i Oslo. 78 prosent av kommunene og 13 av 15 bydeler har svart på undersøkelsen. Det er noe større frafall blant de minste kommunene enn blant de større, men svarprosenten for små kommuner er likevel så høy at spørreundersøkelsen er representativ også for disse kommunene.

Det ble også sendt et spørreskjema til fylkeskommunene. Spørreskjemaet, med noen tilpasninger, ble også sendt Oslo kommune sentralt. Formålet med spørreskjemaet var å kartlegge det regionale folkehelsearbeidet, fylkeskommunenes bistand til kommunene og fylkeskommunens vurderinger av statlige aktørers virkemiddelbruk på folkehelseområdet. Alle fylkeskommunene og Oslo kommune har svart på undersøkelsen.

For å få en bedre forståelse av Fylkesmannens arbeid med å bistå det lokale og regionale folkehelsearbeidet ble det også sendt et spørrebrev til de 16 fylkesmannsembetene som ikke ble intervjuet, jf. punkt 2.2.

2.2 Intervjuer

Representanter for to fylkeskommuner og fem kommuner er intervjuet i forbindelse med undersøkelsen. Utvalget er gjort på bakgrunn av fylkesvise folkehelseutfordringer og informasjon om folkehelsearbeidet, og omfatter dessuten både små og store kommuner.

De to fylkeskommunene som er intervjuet, er Nordland og Hedmark. I begge fylkeskommunene er det gjennomført intervju med de ansvarlige for folkehelsearbeidet. Formålet med intervjuene var å utdype funn i spørreundersøkelsen og få bedre innsikt i det regionale folkehelsearbeidet.

Det er også gjennomført intervjuer med representanter for fylkesmennene i Nordland og Hedmark.

De fem kommunene som er intervjuet, er Rana, Fauske, Hamar, Ringsaker og Nord-Odal. Intervjuene er gjennomført med folkehelsekoordinator (eller tilsvarende), en

eller flere representanter fra berørte sektorer og i noen tilfeller kommuneoverlegen. Formålet med intervjuene var å utdype funn fra spørreundersøkelsen og å få bedre innsikt i det lokale folkehelsearbeidet. I tillegg er KS intervjuet.

Det er også gjennomført intervjuer med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Alle referatene fra intervjuene er verifisert.

2.3 Dokumentanalyse

I forbindelse med utarbeidelsen av revisjonskriterier og innsamlingen av data er blant annet følgende dokumenter gjennomgått:

- lover, budsjettproposisjoner og stortingsmeldinger, med tilhørende innstillinger
- tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og årsrapporter fra disse virksomhetene
- tildelingsbrev fra andre departementer til et utvalg underliggende virksomheter²
- tildelingsbrev og embetsoppdrag til fylkesmennene
- årsrapporter fra fylkesmennene i Nordland og Hedmark
- rundskriv, aktuelle veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet
- folkehelseprofilene til utvalgte kommuner og fylkeskommuner
- dokumenter utarbeidet av de intervjuede kommunene, blant annet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer samt kommuneplaner
- Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA), Statistisk sentralbyrå
- forskningsrapporter, evalueringer og faglitteratur

Formålet med dokumentanalysen har vært å vurdere Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging av statlige aktører for perioden 2012–2014 på folkehelseområdet. I tillegg har dokumentanalyse vært viktig for å utarbeide spørreskjema og intervjuguider i undersøkelsen, og for å gi en bedre forståelse av folkehelsearbeidet.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2014 et landsomfattende tilsyn om folkehelsearbeid i kommunene. Tilsynet ble gjennomført for å undersøke om kommunene har kommet i gang med det løpende oversiktsarbeidet. Samlerapporten fra tilsynet publiseres i mai 2015.

2) Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

3 Revisjonskriterier

3.1 Overordnede mål og føringer for folkehelsepolitikken

De overordnede målene for folkehelsearbeidet i Norge er angitt i § 1 i folkehelseloven. Her heter det at folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. På denne måten skal loven bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller.

Folkehelsearbeid er i § 3 i samme lov definert som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel og forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeid omfatter også samfunnets arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

I rundskriv I-6/2011 til loven vises det til at definisjonen avgrenser folkehelsearbeid fra behandling av syke i helsetjenesten. Tiltak overfor risikogrupper eller individer som er identifisert gjennom kliniske vurderinger, faller utenfor folkehelsearbeidet, mens tiltak rettet mot hele befolkningen, eller grupper innen befolkningen basert på en vurdering av påvirkningsfaktorer, anses som folkehelsearbeid. Forebygging i helse- og omsorgstjenesten er regulert av helse- og omsorgstjenesteloven.

Folkehelseloven § 1 viser til at loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Loven bygger på fem prinsipper, som helse- og omsorgskomiteen ga sin tilslutning til i Innst. 423 L (2010–2011):

- helse i alt vi gjør
- utjevning
- føre var
- medvirkning
- bærekraftig utvikling

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* er et av målene å redusere presset på helsetjenestene ved å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid. Helse- og omsorgskomiteen viser i Innst. 212 S (2009–2010) til at investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon over tid vil gi sparte helsekostnader, men at det likevel ikke er slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Det legges vekt på betydningen av å ha en bred tilnærming i arbeidet for å begrense og forebygge sykdom.

I Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* ble det formulert tre mål for folkehelsen i Norge:

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

Helse- og omsorgskomiteen sluttet seg til disse målene i Innst. 478 S (2012–2013).

3.2 Statlige myndigheters ansvar

Folkehelseloven § 22 pålegger statlige myndigheter i sin virksomhet å vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for at folkehelselovens formål og forutsetninger blir oppfylt. I folkehelsearbeidet er det viktig å legge til rette for at hensynet til befolkningens helse ivaretas på tvers av sektorer. Helse- og omsorgskomiteen viser i Innst. 478 S (2012–2013) til folkehelselovens prinsipp om «helse i alt vi gjør» og understreker at hensyn til befolkningens helse må ivaretas i all politikk. Å fremme helse og god livskvalitet må, ifølge komiteen, være en sentral oppgave på alle forvaltningsnivåer og i hele bredden av det offentlige aktivitet.

Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp at de statlige aktørene ivaretar sine oppgaver på folkehelseområdet i samsvar med de målene som framgår av Stortingets vedtak og forutsetninger. Departementet skal sikre at fastsatte mål og resultatkrav nås, og skal videre sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag på området.³ Helse- og omsorgsdepartementet må, for å kunne oppfylle sitt overordnede ansvar for politikkutforming og oppgaveløsning, innhente styringsinformasjon fra kommunene om arbeidet med å oppfylle nasjonale mål.

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn

Fylkesmannen skal ifølge folkehelseloven § 23 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. Folkehelseloven § 31 viser til at Fylkesmannen også skal føre statlig tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes oppfølging av sine plikter ut fra folkehelseloven. Det er Statens helsetilsyn som ifølge § 32 har det overordnede faglige tilsynet med loven.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal ifølge folkehelseloven § 24 følge med på forhold som påvirker folkehelsen, 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 et godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal også gi råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet til kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig.

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Ifølge folkehelseloven § 25 skal Folkehelseinstituttet overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, og drive forskning på folkehelseområdet.

Folkehelseinstituttet skal også gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre og annen relevant statistikk, og instituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i forbindelse med dette.

3) Reglement for økonomistyring i staten §§ 1, 4 og 6.

Etter § 6 i forskrift om oversikt over folkehelsen skal Folkehelseinstituttet utarbeide og presentere folkehelseprofiler for hver enkelt kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år, i tillegg til å etablere og oppdatere en statistikkbank.

I Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* framgår det at statistikken som gjøres tilgjengelig, må være mest mulig relevant for beslutninger og tiltak, og lett forståelig.

3.3 Fylkeskommunenes ansvar

Ifølge folkehelseloven § 20 skal fylkeskommunen fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene den er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer. Det som er fastsatt i loven for fylkeskommuner, gjelder også for Oslo kommune.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. Helse- og omsorgsdepartementet definerer i Prop. 90 L (2010–2011) partnerskap som "en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål". Det framgår samme sted at fylkesplanleggingen anses som et naturlig utgangspunkt for å opprette forpliktende samarbeidsavtaler – eller partnerskap – på tvers av nivåer og sektorer og med frivillige organisasjoner og næringsliv både i planprosessen og i gjennomføringen av handlingsprogram.

Oversikt over helsetilstanden i fylket

Ifølge folkehelseloven § 21 skal fylkeskommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorene som kan virke inn på den.

Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig, og relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet som har betydning for folkehelsen.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i fylket, blant annet ved å 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 skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene bør inngå i strategien.

Kravene til oversiktsarbeidet er nærmere beskrevet i forskrift om oversikt over folkehelsen. Her framgår det at oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av en rekke forhold, blant annet befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, helserelatert atferd og helsetilstand.

I forskriften § 4 heter det at fylkeskommunene skal ha løpende oversikt over folkehelsen. Ifølge § 5 i forskriften skal det hvert fjerde år utarbeides et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. I arbeidet med dette oversiktsdokument skal fylkeskommunen samarbeide og utveksle informasjon med kommunene.

Internkontroll

Ifølge folkehelseloven § 30 skal fylkeskommunen føre internkontroll for å sikre at krav som er fastsatt i eller i medhold av folkehelseloven, overholdes.

3.4 Kommunenes ansvar

Ifølge Innst. 478 S (2012–2013) er kommunen den mest sentrale aktøren i folkehelsearbeidet. Det framgår at folkehelseloven gir kommunesektoren et større og mer helhetlig ansvar for befolkningens helse og utfyller plan- og bygningsloven når det gjelder hvordan hensyn til helse kan ivaretas i kommunal planlegging.

Ifølge folkehelseloven § 4 skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene den er tillagt, blant annet ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

I Innst. 423 L (2010–2011) framhever helse- og omsorgskomiteen at prioritering av folkehelsearbeidet er avhengig av at plan- og budsjettarbeid klarer å ta høyde for de langsiktige helsegevinstene av forebyggende arbeid. Komiteen understreker betydningen av utviklingsarbeid for å sikre at investeringer i folkehelse ikke taper for mer kortsiktige tiltak med umiddelbart målbare effekter på andre felt.

Ifølge folkehelseloven § 4 skal kommunen også 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.

Oversiktsarbeidet i kommunen

Ifølge folkehelseloven § 5 er det en sentral oppgave for kommunene å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene⁴ og 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. Blant annet skal den inneholde en vurdering av konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Forskrift om oversikt over folkehelsen §§ 4 og 5 pålegger kommunene å ha løpende oversikt over folkehelsen og hvert fjerde år å utarbeide et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av de samme forholdene som er nevnt for fylkeskommunen.

Folkehelseloven § 27 krever at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta sine oppgaver etter loven.

4) Kravet om å bidra til kommunens oversiktsarbeid er også forankret i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Kommunens planlegging

Ifølge plan- og bygningsloven § 3-1 f skal kommunens planlegging blant annet fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst en gang i hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter at kommunestyret blir konstituert. Oversikten som er beskrevet i folkehelseloven § 5, skal ifølge folkehelseloven § 6 inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, og folkehelseutfordringene skal drøftes i denne. Oversikten skal gi et faglig grunnlag for politiske beslutninger og prioriteringer.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner⁵ fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor, med utgangspunkt i oversikten som følger av folkehelseloven § 5. I Innst. 423 L (2010–2011) understreker helse- og omsorgskomiteen viktigheten av at kommunenes målsettinger for folkehelse tiltakene gjøres konkrete og målbare.

Folkehelse tiltak

Ifølge folkehelseloven § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunenes folkehelseutfordringer. 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 har et spesielt ansvar for å iverksette tiltak på områder der kommunen har de største helseutfordringene, og der kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak.⁶ Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Helse- og omsorgskomiteen viser i Innst. 423 L (2010–2011) til det særlige ansvaret som ligger i å utjevne forskjeller som følger av sosiale forhold, og at det er nødvendig å satse på både generelle folkehelse tiltak rettet mot hele befolkningen og tilpassede tiltak rettet mot grupper i befolkningen med særlige risiko- og helseproblemer.

Internkontroll

Ifølge folkehelseloven § 30 skal kommunen føre internkontroll for å sikre at krav som er fastsatt i eller i medhold av folkehelseloven, overholdes.

5) Jf. plan- og bygningsloven kapittel 11.

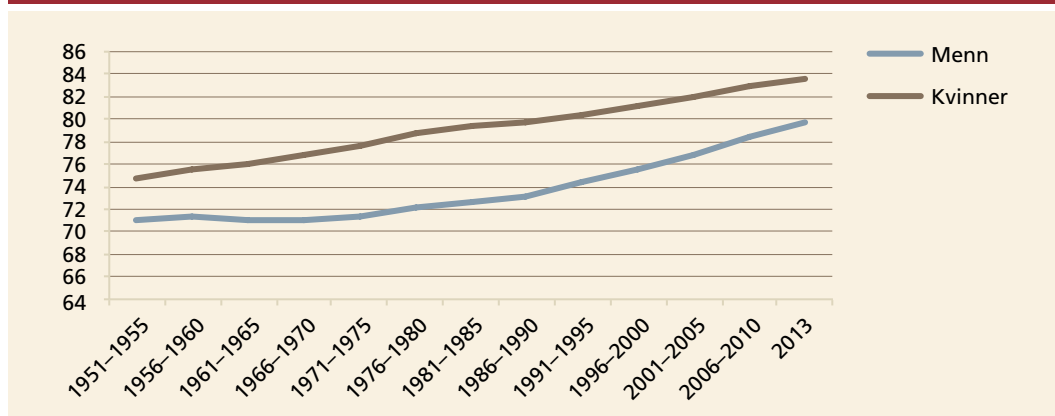
6) Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.

4 Hva karakteriserer folkehelseilstanden i Norge?

4.1 Utvikling i helsetilstanden

Første halvdel av 1900-tallet brakte med seg en generell samfunns- og velstandsutvikling, fall i spedbarnsdødeligheten og reduksjon i alvorlige infeksjonssykdommer. På 1950-tallet hadde Norge den høyeste forventede levealderen i verden.

Figur 1 Utvikling i forventet levealder i Norge. Kvinner og menn. 1950–2013



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 1 viser at økningen i forventet levealder for menn stagnerte i perioden 1955–1975. Dette skyldtes blant annet endringer i livsstil, økt bruk av tobakk og introduksjon av helsefarlig fett i kostholdet.⁷ Medisinske fremskritt bidro likevel til at levealderen økte i siste halvdel av 1900-tallet. Fra om lag 1985 og fram til 2013 har økningen i levealder vært sterkest for menn.

I 2013 var forventet levealder blant norske kvinner 83,6 år og 79,7 år for menn.⁸ Selv om levealderen i Norge er høy, har levealderen i enkelte andre land steget mer og er nå høyere.

Ifølge tall fra OECD i 2012 lå norske kvinner på en 15. plass i verden i forventet levealder, med Japan på topp (86,4 år). Norske menn lå på en 10. plass, mens Island hadde høyest forventet levealder for menn (81,6 år).⁹

Fra infeksjonssykdommer til ikke-smittsomme sykdommer

Utbredelsen av ikke-smittsomme sykdommer har økt siden 1950-tallet. Flere av sykdommene har et kronisk forløp, og kombinert med økt levealder innebærer det at flere lever med sykdom. Det endrede sykdomsbildet henger sammen med livsstil.

Hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2 og kronisk lungesykdom er ikke-smittsomme sykdommer, såkalte Noncommunicable Chronic Diseases (NCD-sykdommer), med stor utbredelse og/eller høy dødelighet.¹⁰ Sentrale risikofaktorer for sykdomsutvikling er tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for å redusere for tidlig død av disse ikke-smittsomme sykdommene innen år 2025, jf. NCD-strategien beskrevet i faktaboks 1.

7) Folkehelseinstituttet (2012): *Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år 1951–2010*. Rapport 2012:4.

8) Statistisk sentralbyrå (2014): Statistikkbanken.

9) OECD (2013): <http://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

10) NCD-strategien 2013–2017, Helse- og omsorgsdepartementet.

Om lag 17 prosent av den voksne befolkningen lever med helseproblemer knyttet til mer eller mindre alvorlig hjerte- og karsykdom.¹¹ Hjerte- og karsykdommer er fortsatt den vanligste dødsårsaken i Norge, selv om dødeligheten er betydelig redusert de siste 40 årene. Kreftforekomsten har økt betydelig de siste tiårene, dels fordi befolkningen har blitt eldre, dels som følge av nye diagnostiske metoder. Det registreres over 30 000 nye krefttilfeller hvert år, og prognoser fra kreftregisteret tyder på at antall krefttilfeller vil fortsette å øke, spesielt fra 2030. Det finnes ikke landsrepresentative data på antall nye tilfeller av diabetes type 2 per år, men økt medisinbruk indikerer at forekomsten stiger, og det anslås at om lag 230 000 voksne har sykdommen.¹² Forekomsten av kronisk lungesykdom, deriblant kols, har vært økende i Norge, særlig blant eldre kvinner. Tobakksbruk er årsak til 70–80 prosent av alle kolstilfeller.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at 80 prosent av forekomsten av hjerteinfarkt og 90 prosent av forekomsten av diabetes type 2 kan forebygges eller utsettes med endringer i kostholds-, røyke- og aktivitetsvaner.¹³ For kreft er anslaget rundt 30 prosent, men forebyggingspotensialet varierer med ulike kreftformer.

I tillegg til de nevnte NCD-sykdommene utgjør psykisk helse og ulike typer muskel- og skjelettlidelser betydelige utfordringer for folkehelsen. Psykiske lidelser er utbredt, og mellom 30 og 50 prosent av den voksne befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet.¹⁴ Flere unge har også psykiske helseproblemer, og andelen med psykiske helseplager ser ut til å ha økt bekymringsfullt, særlig blant unge jenter.¹⁵ Omtrent 30 prosent av befolkningen har kroniske smerter, og muskel- og skjelettsmerter utgjør hoveddelen. Både psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer er blant de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Selv om tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet, innebærer de store omkostninger for hvert enkelt individ og for samfunnet.

Faktaboks 1 NCD-strategi – Noncommunicable Chronic Diseases

I mai 2012 vedtok Verdens helseforsamling (WHA) målet om å redusere for tidlig død av NCD-sykdommene (hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer) med 25 prosent innen 2025. På bakgrunn av dette har Norge gjennom Helse- og omsorgsdepartementet laget en NCD-strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av disse fire store folkesykdommene. Sykdommene har mye felles, og det er et stort potensial for forebygging av sykdommene.

Ambisjonen med Norges NCD-strategi er at målet om 25 prosent reduksjon i for tidlig død (før fylte 75 år) av disse folkesykdommene nås før 2025. Dette målet er nedfelt i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Videre skal strategien bidra til at alle som rammes, får minst mulig plager og en begrenset sykdomsutvikling, slik at de kan leve et godt og langt liv med sykdommen.

De fem hovedgrepene i strategien er:

- videreføre og utvikle det primærforebyggende arbeidet
- tidlig diagnostikk
- økt vektlegging av sekundærforebygging
- sikre pasientforløp med god kvalitet på behandling og oppfølging i alle ledd
- styrke brukernes og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet: *NCD-strategi 2013–2017 "Forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer: hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft"*

11) Statistisk sentralbyrå: Helseforhold, levekårsundersøkelsen 2012: <http://www.ssb.no/helseforhold>

12) NCD-strategien 2013–2017, Helse- og omsorgsdepartementet.

13) Øverby, N., Tørstveit, M. og Høigaard, R. (2011): *Folkehelsearbeid*. Høyskoleforlaget.

14) Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014): Folkehelse rapporten 2014.

15) NOVA-rapport 10/14: Ungdata. Nasjonale resultater 2013.

4.2 Hvordan fordeler helsen seg i befolkningen?

Sosial ulikhet i helse

Alle land har helsevariasjoner som følge av blant annet genetiske og demografiske forhold. Hvis helseforskjeller er systematiske og sosialt frambrakt, omtales de som sosiale ulikheter i helse. I Norge har de sosiale ulikhetene i helse økt i forhold til på 1960-tallet.

Det er mange faktorer og politikkområder som påvirker helse og fordeling av helse. I den norske kunnskapsoversikten om sosial ulikhet i helse er områder som oppvekst, skole og utdanning, sysselsetting, arbeidsmiljø, inntekt og fattigdom, helsevaner og helsetjenester gjennomgått.¹⁶ Forskningen på sosiale helseforskjeller de siste tiårene viser at grunnleggende sosiale årsaker som utdanning, økonomi og/eller yrke, snarere enn individuelle risikofaktorer, ligger til grunn for de sosioøkonomiske mønstrene i helse. I 2006 ble det i Norge lagt fram en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, jf. faktaboks 2. Å utjevne sosiale helseforskjeller er en vesentlig nasjonal oppgave og inngår i de nasjonale målene for folkehelsepolitikken.¹⁷

Faktaboks 2 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

I St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller legges det vekt på at arbeidet for å motvirke sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak. Helsen i befolkningen skapes og fordeles gjennom oppvekst og skolegang, i arbeidsliv og øvrige levekår. Det er nødvendig å styrke den tverrsektorielle tilnærmingen i folkehelsearbeidet og arbeide for en jevnere sosial fordeling av ressurser, og dermed reduserte helseforskjeller.

Det ble i denne strategien presentert fire hovedgrep for å redusere helseforskjellene:

- redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller
- redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester
- målrettet innsats for sosial inkludering
- utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy

Utviklingen på innsatsområdene i St.meld. nr. 20 (2006–2007) følges opp gjennom et rapporteringssystem som skal gi oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet utgir rapporter på bakgrunn av dette.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*

I Norge har levealderen økt for alle utdanningsgrupper sammenlignet med 1960-tallet, men gruppen med høy utdanning har hatt den beste utviklingen. Det siste tiåret er det tendenser til at veksten i sosiale helseforskjeller flater ut.¹⁸

Utdanning påvirker også andre faktorer som yrke, arbeidsmiljø, inntekt- og levevaner. Det ser i tillegg ut til at bruk av primær- og spesialisthelsetjenester øker med lengde på utdanning og størrelse på inntekt.¹⁹

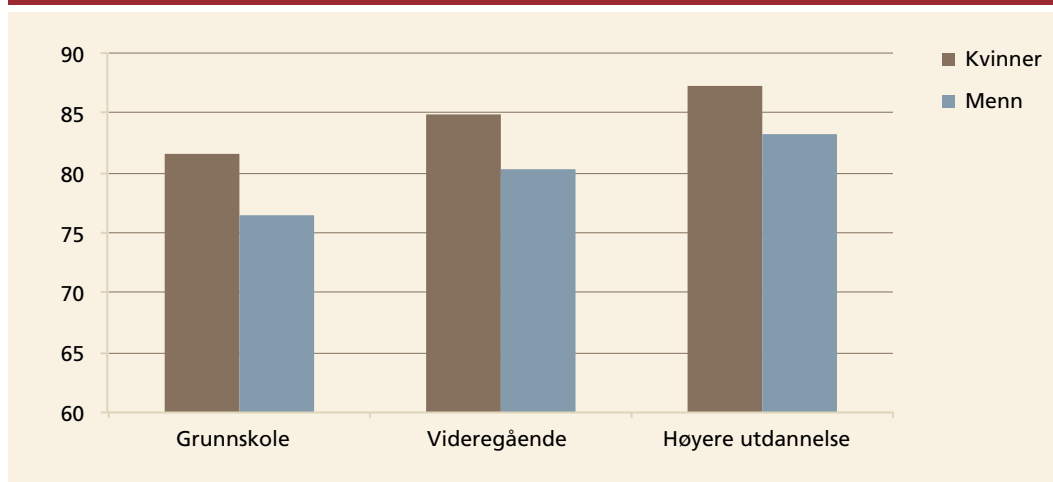
16) Dahl mfl. (2014): *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

17) Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

18) Dahl mfl. (2014): *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

19) St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 2 Forventet levealder etter kjønn og utdanningsnivå. 2006–2012



Kilde: Folkehelseinstituttet. Norgeshelse, basert på tall fra Statistisk sentralbyrå

Figur 2 viser at kvinner med universitetsutdanning kan forvente å leve rundt seks år lenger enn kvinner som har grunnskole som høyeste utdanning. Tilsvarende forskjell for menn er på omtrent sju år.

Forskjeller i dødelighet fordelt etter utdanningsnivå er størst for hjerte- og karsykdommer, og gapet har økt de siste tiårene. Dette forklares i første rekke med en nedgang i dødeligheten blant personer med høy utdanning.²⁰

Forekomsten av kreft, diabetes og kols er høyere hos personer med lav utdanning og inntekt enn hos personer med høy utdanning.²¹ I levekårsundersøkelser fra 2012 går det fram at andelen med sykdom i muskel- og skjelettsystemet var 18 prosent blant høyt utdannede og 28 prosent blant dem med lav utdanning.²²

Dødelighet avtar gradvis med stigende inntekt, og reduksjonen i dødelighet blir mindre jo høyere inntekten er.²³

En rekke faktorer i arbeidslivet kan også ha betydning for helsen, både fysiske, psykososiale og organisatoriske faktorer. Det er til dels store forskjeller i forventet levealder mellom yrkesgrupper.

Levevaner har stor betydning for helse. Røyking, fysisk inaktivitet og et usunt kosthold er mer utbredt i grupper med lav utdanning og inntekt enn i høyere sosiale lag.²⁴

Geografiske variasjoner

Det er geografiske variasjoner i helse og forventet levealder.

20) Dahl mfl. (2014): *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

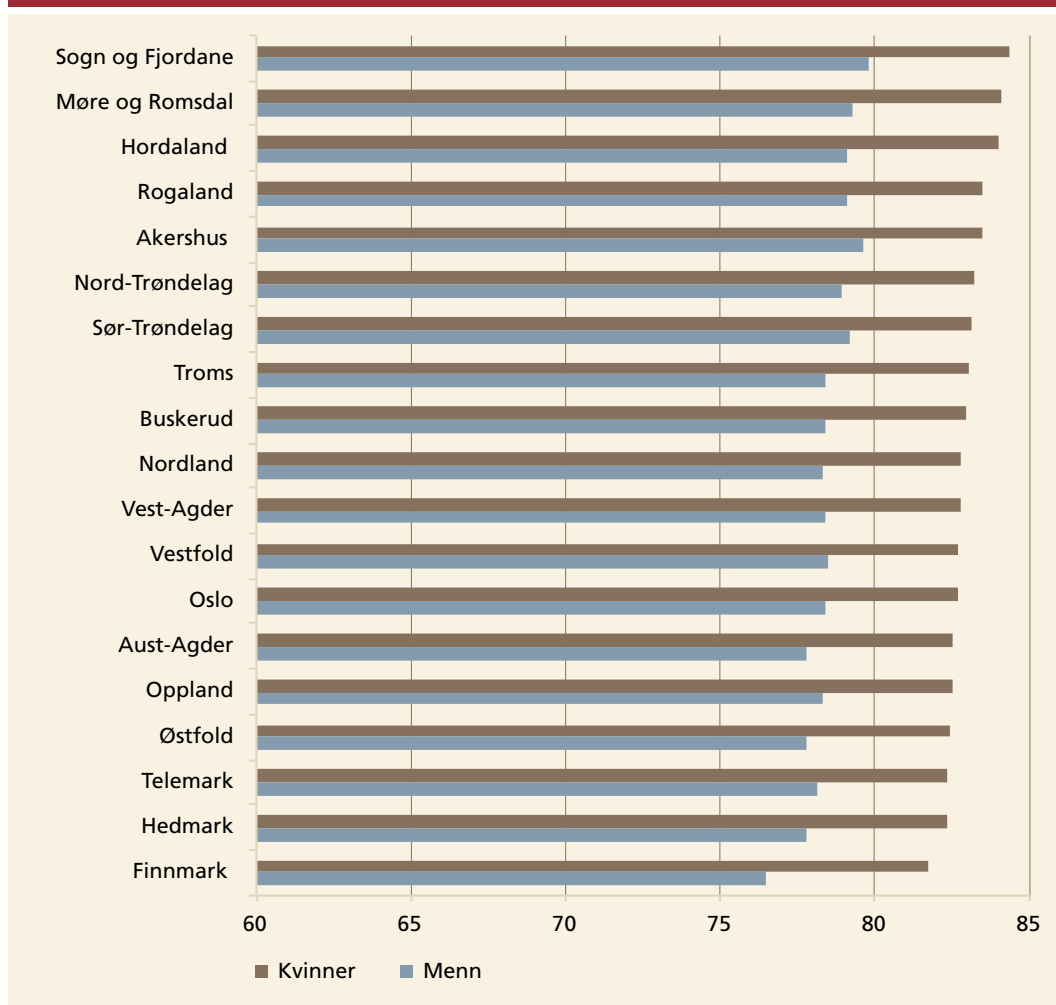
21) Folkehelseinstituttet (2014): *Folkehelse rapporten 2014*.

22) Samfunnsspeilet 5/2014: *Folkehelse i samhandlingens tegn*. Statistisk sentralbyrå.

23) <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/okonomi-lokalt-folkehelsearbeid>

24) Dahl mfl. (2014): *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Figur 3 Forventet levealder per fylke. Kvinner og menn. 2006–2012



Kilde: Folkehelseprofilene for 2014. Nasjonalt folkehelseinstitutt

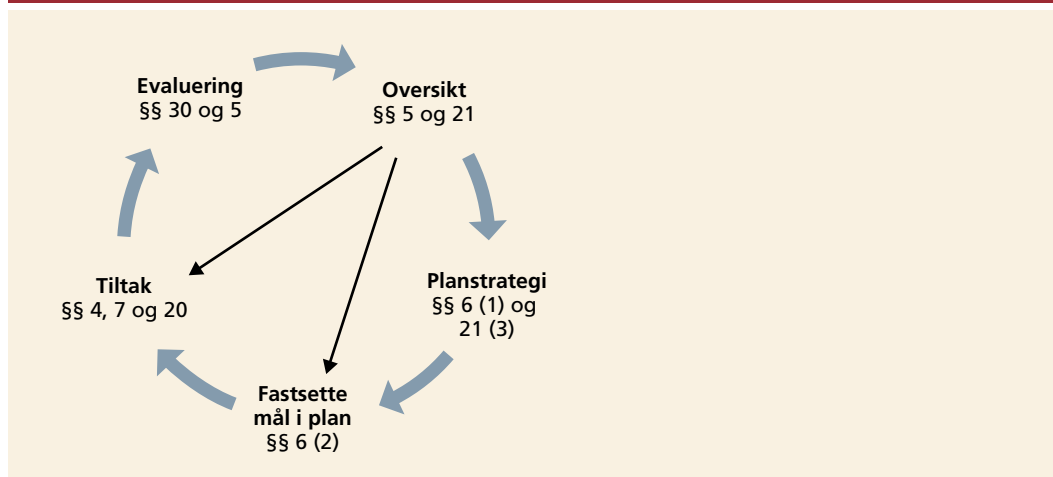
Figur 3 viser at den forventede levealderen for kvinner er høyest på Vestlandet og lavest i Finnmark, Telemark og Hedmark. Det er 3,3 års forskjell i levealder mellom menn i Finnmark og menn i Sogn og Fjordane, mens denne forskjellen er 2,6 år for kvinner.

De geografiske variasjonene er enda større blant kommunene. Forskjellen mellom høyeste og laveste forventede levealder i norske kommuner er om lag 5 år for både menn og kvinner. Den geografiske variasjonen i fordeling av helse gjør at folkehelsearbeidet må tilpasses lokale utfordringer.

5 I hvilken grad er det kommunale og regionale folkehelsearbeidet systematisk og langsiktig?

Et systematisk folkehelsearbeid innebærer at kunnskap om folkehelseutfordringer ligger til grunn for mål og strategier, og følges opp av nødvendige tiltak, jf. figur 4. Innsatsen skal evalueres, blant annet i lys av endringer i utfordringene og gjennom egen internkontroll i kommuner og fylkeskommuner.

Figur 4 Oversikt over det systematiske folkehelsearbeidet



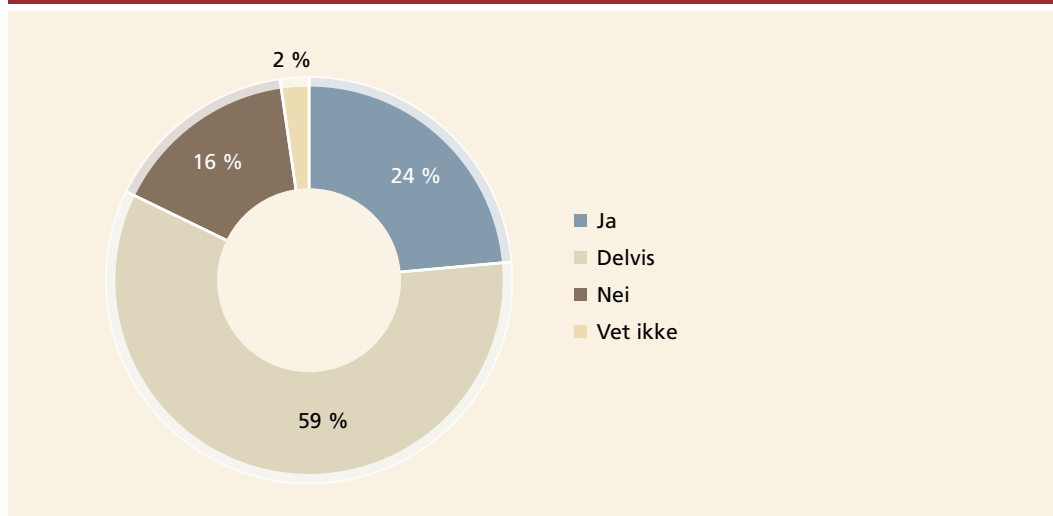
Kilde: Rundskriv I-6/2011 til folkehelseloven. Helse- og omsorgsdepartementet

5.1 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer

5.1.1 Kommunenes oversiktsarbeid

For å sikre at folkehelsearbeidet bygger på kunnskap, skal kommunene utarbeide en oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker den.

Figur 5 Har kommunen utarbeidet en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker den? I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 5 viser at 24 prosent av kommunene har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. 59 prosent oppgir at de har delvis oversikt, og at oversikten er under utarbeidelse. I denne gruppen inngår også kommuner som *bare* har oversikt over helsetilstanden, eller *bare* over påvirkningsfaktorene. 16 prosent av kommunene svarer at de ikke har påbegynt oversiktsarbeidet.

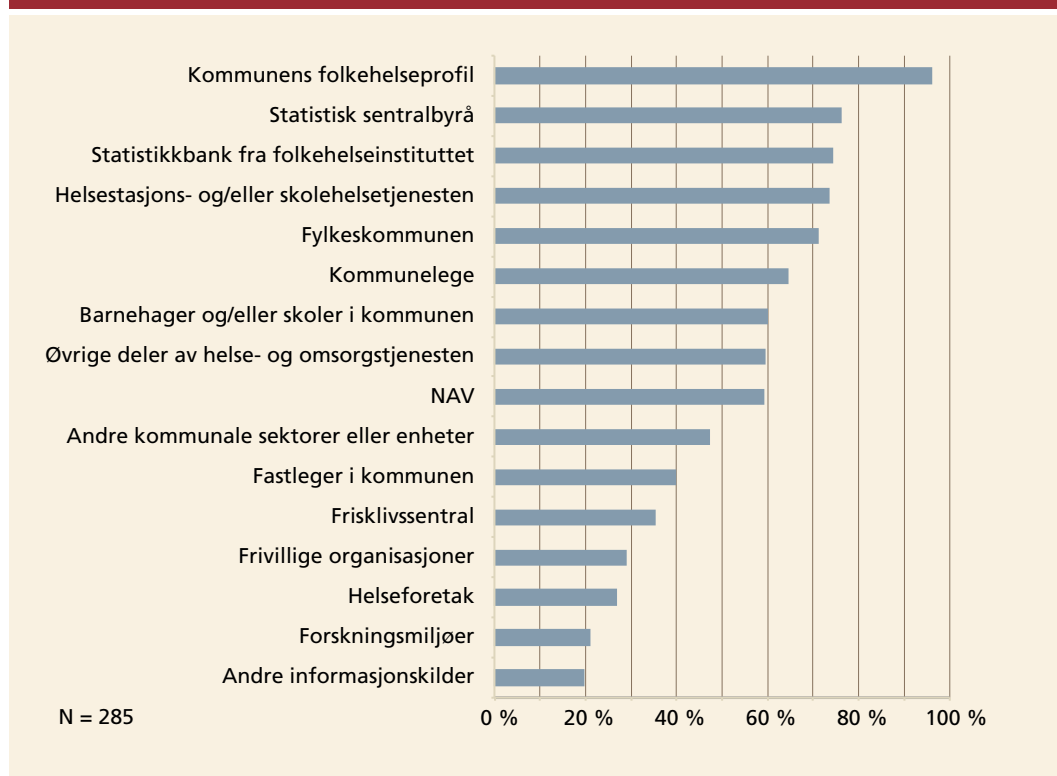
Oversiktsarbeidet har kommet noe kortere i små kommuner enn i mellomstore og store kommuner.²⁵ Andelen kommuner som svarer at de har oversikt, er 21 prosent i små kommuner, 28 prosent i mellomstore kommuner og 33 prosent i store kommuner.

Andelen kommuner som svarer at de ikke har påbegynt oversiktsarbeidet, er noe større i små kommuner enn i store kommuner.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn på folkehelseområdet bekrefter at flertallet av kommunene har kommet i gang med oversiktsarbeidet. Undersøkelser som NIBR har gjennomført i 2011 og 2014 viser også at det har vært en positiv utvikling i kommunenes oversiktsarbeid.

I intervjuer med kommuner og fylkeskommuner gis det uttrykk for at bevisstheten om oversiktsarbeidet har økt siden folkehelseloven trådte i kraft 1.1.2012.

Figur 6 Andel kommuner som har benyttet ulike kilder i oversiktsarbeidet. Kommuner som helt eller delvis har utarbeidet oversikt. I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 6 viser at kommunene bruker ulike kilder i oversiktsarbeidet. Folkehelseprofilene, som tilrettelegges for hver enkelt kommune og publiseres av Nasjonalt folkehelseinstitutt, er mest brukt. Nær alle kommunene som har påbegynt eller ferdigstilt oversikten, har brukt disse. Mange kommuner oppgir også å ha brukt andre data fra Folkehelseinstituttet og fra Statistisk sentralbyrå.

25) Kommunene er delt i tre grupper basert på innbyggertall: under 10 000, mellom 10 001 og 30 000 og mer enn 30 001.

Informasjon som staten tilrettelegger for kommunene, skal suppleres med andre, lokale kilder. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at noe færre nyttiggjør seg informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene sammenlignet med de statlige kunnskapskildene. Bruken varierer med ulike tjenesteområder. Den kilden som flest kommuner har vist til, er informasjon fra helsestasjons- og skolehelse-tjenesten (74 prosent), men det er også mange (60 prosent) som har benyttet informasjon fra barnehager, skoler og NAV.

5.1.2 Kunnskap om sosiale helseforskjeller

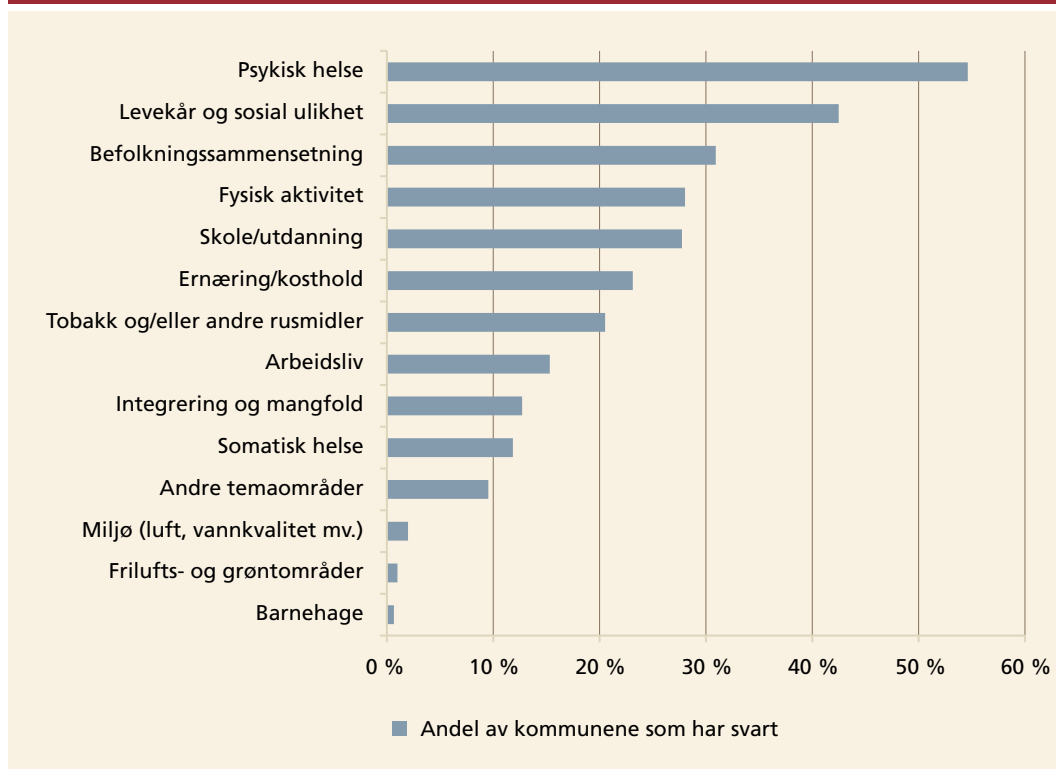
Kommunene har et spesielt ansvar for å følge med på faktorer som kan påvirke utviklingen av sosiale helseforskjeller. Flertallet av kommunene sier at de følger opp dette. I spørreundersøkelsen er 48 prosent helt enig og 33 prosent delvis enig i at de er særlig oppmerksomme på faktorer som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller. Blant de største kommunene er 72 prosent helt enig i at de er særlig oppmerksomme på dette. En sammenstilling av svarene kommunene gir, viser at kommuner som er opptatt av levekår og sosial ulikhet i oversiktsarbeidet, også i større grad enn andre kommuner peker på dette som en av de viktigste folkehelseutfordringene og som et av områdene hvor de har flest tiltak, jf. omtale under punkt 5.3.1. Fylkeskommunene legger også betydelig vekt på levekår og sosial ulikhet.

Samtidig framgår det av intervjuene at sosial ulikhet i helse er et område der det mangler viktig kunnskap, noe som gjør det vanskelig å få et godt overblikk over utvikling og utfordringer. Resultater fra undersøkelser fordeles ofte på variabler som alder og kjønn, og belyser i mindre grad sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer som utdanning og inntekt. Det er vanlig at kunnskap presenteres ved gjennomsnittsverdier som sier lite om fordeling mellom ulike grupper eller lag i befolkningen.

5.1.3 De største folkehelseutfordringene

Folkehelseperspektivet innebærer å ha et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse. Mens det tidligere var levevaner som sto i sentrum for det lokale folkehelsearbeidet, mener Helsedirektoratet at oppmerksomheten i økende grad rettes mot bakenforliggende, strukturelle forhold som påvirker atferden. Denne endringen finnes igjen i det lokale og regionale utfordringsbildet som kommuner og fylkeskommuner tegner.

Figur 7 På hvilke tre områder har kommunene de største folkehelseutfordringene? Andel av kommunene som har valgt kategoriene. I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 7 viser hvilke områder kommunene regner som sine største folkehelseutfordringer. De tre områdene som er valgt av flest kommuner, er psykisk helse, levekår og sosial ulikhet og befolkningssammensetning.

Levekår og sosial ulikhet nevnes hyppigst blant kommuner i Aust-Agder og Østfold og sjeldent i Sogn og Fjordane.

Spørreundersøkelsen viser også at levekår og sosial ulikhet oftere oppleves som en utfordring i store kommuner enn i små og mellomstore kommuner. Blant kommuner med over 30 000 innbyggere oppgir 64 prosent at levekår og sosial ulikhet er blant de største utfordringene, mens andelen små og mellomstore kommuner som oppgir dette, er rundt 40 prosent.

Fylkeskommunene oppgir levekår og sosial ulikhet, psykisk helse og skole/utdanning som de tre største utfordringene. Fylkeskommunene identifiserer altså langt på vei de samme folkehelseutfordringene som kommunene.

Utfordringer i oversiktsarbeidet

63 prosent av alle kommunene er helt eller delvis enig i at kravene til hva oversikten skal inneholde, er vanskelig å imøtekomme på grunn av manglende data. Kommunene etterlyser mer informasjon om blant annet helsefremmende påvirkningsfaktorer, livsstil og levevaner, i tillegg til økt kunnskap om sosiale helseforskjeller.

Alle de intervjuede kommunene og fylkeskommunene opplever oversiktsarbeidet som omfattende og mener at det krever betydelig tid og ressurser. Flere uttrykker at andre oppgaver må gå foran, og at kommunen ikke har nok kapasitet og kompetanse til å innfri de forventningene som ligger i lov og forskrift. De er usikre på detaljeringsgrad,

omfang og hvor de skal starte. Selv om de mener det er viktig at folkehelsearbeidet blir mer systematisk og kunnskapsbasert, uttrykker flere bekymring for at oppgaven med oversikt kan bli så omfattende at den vil kreve ressurser som bør brukes på andre viktige deler av folkehelsearbeidet.

16 prosent av kommunene har ikke påbegynt oversiktsarbeidet, jf. figur 5. De vanligste årsakene til at kommuner ikke har satt i gang oversiktsarbeidet, er mangel på personell og kompetanse. Dette er i hovedsak en utfordring for små kommuner. Et fylkesmanns-embete uttrykker at det bare er de store kommunene som har store nok fagmiljøer til å kunne lykkes med å innfri kravene i folkehelseloven.



Gode møteplasser og sosial støtte skaper trivsel og kan forebygge psykiske helseproblemer. Kilde: Colourbox

5.1.4 Fylkeskommunenes rolle i oversiktsarbeidet

I spørreundersøkelsen blant 18 fylkeskommuner og Oslo kommune sentralt, svarer åtte at de har utarbeidet regional oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, mens ti er i gang med arbeidet. Fylkeskommunene er noe mer kritiske til kunnskapsgrunnlaget på folkehelseområdet enn kommunene. Nesten alle respondentene er helt eller delvis enig i at kravene til hva oversikten skal inneholde, er vanskelige å imøtekomme på grunn av manglende data.

Fylkeskommunene skal understøtte kommunenes oversiktsarbeid, blant annet ved å gjøre opplysninger tilgjengelig for kommunene. I Helsedirektoratets rundskriv gis det føringer til fylkeskommunen om at samordning av kompetanse innen statistikk og analyse skal prioriteres.²⁶ Egne fylkesvise folkehelseundersøkelser omtales i lov og forskrift som en oppgave for fylkeskommunen. Slike undersøkelser vil være nyttige kilder til informasjon for både kommuner og fylkeskommuner i oversiktsarbeidet, og i forskriften uttrykkes en målsetting om å standardisere disse.

Åtte fylkeskommuner svarer at de har benyttet informasjon fra egne folkehelseundersøkelser i det regionale oversiktsarbeidet. I intervju gis det uttrykk for at slike

26) IS-1 2014 Nasjonale mål og prioriteringer fra Helsedirektoratet.

undersøkelser er tids- og kostnadskrevende, og at innhold og gjennomføring kan variere fra fylke til fylke.

Alle fylkeskommunene opplyser at de bistår i kommunenes oversiktsarbeid. I intervjuene framheves dette som en viktig del av støtten til det lokale folkehelsearbeidet. Eksempelvis arrangerer fylkeskommunene kurs og lager regionale statistikkpakker, de gir støtte når det skal utarbeides kommune- og fylkesstatistikk (inkludert statistikk fra fylkeskommunens egne tjenestoområder, men også andre), og tilbyr direkte råd og veiledning. Flere fylkeskommuner bruker hjemmesiden til å formidle kunnskap, noen utarbeider nyhetsbrev, og flere etablerer og viderefører partnerskap eller ulike typer fagnettverk.

Spørreundersøkelsen viser at 14 av fylkeskommunene er fornøyd med samarbeidet med kommunene om oversiktsarbeidet. Like mange mener de har tilstrekkelig oversikt over hvilken bistand kommunene trenger. Dette bekreftes langt på vei i kommuneundersøkelsen, der 73 prosent av kommunene mener at samarbeidet med fylkeskommunen om oversikt er godt. 85 prosent har mottatt råd og veiledning fra fylkeskommunen i oversiktsarbeidet, og hele 94 prosent vurderer dette som nyttig.

5.2 Regionale og lokale planer

5.2.1 Kommunenes arbeid med planstrategi og plan

Planstrategi

Oversikten som er beskrevet i punkt 5.1, skal ifølge folkehelseloven inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter plan- og bygningsloven. Planstrategien skal angi de planoppgavene kommunen bør starte opp eller videreføre for å legge til rette for en ønsket utvikling i kommunen.

71 prosent av kommunene har drøftet folkehelseutfordringer i planstrategien.

Fordi forrige planstrategi skulle foreligge kort tid etter at de nye bestemmelsene om oversikt trådte i kraft, det vil si ett år etter at nytt kommunestyre var konstituert (slutten av 2012), har kommunene i mange tilfeller utarbeidet planstrategien før oversiktsarbeidet ble iverksatt og ferdigstilt.

Kommuneplan

Med utgangspunkt i planstrategien skal det utarbeides en kommuneplan. Det er kommunens overordnede styringsdokument. Kommuneplanen skal legge vekt på viktige utfordringer for samfunnsutvikling og synliggjøre de strategiske valgene kommunen tar.²⁷

40 prosent av kommunene har ifølge spørreundersøkelsen både beskrevet folkehelseutfordringer og overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen. Andelen kommuner som har beskrevet både folkehelseutfordringer og overordnede mål og strategier, varierer mellom fylkene. Andelen er høyest i Telemark (71 prosent) og Sør-Trøndelag (60 prosent) og lavest i Finnmark (15 prosent).

Blant kommunene er 59 prosent helt eller delvis enig i at arbeidet med å inkludere folkehelse i plan har kommet kort. Det er en høyere andel av de minste kommunene (66 prosent) som oppgir dette, enn blant de største kommunene (39 prosent).

27) Veileder kommuneplanprosessen. T-1492. Miljøverndepartementet 2012.



Barn og unge er en viktig målgruppe i arbeidet med å forebygge helseproblemer og helseforskjeller.

Kilde: Colourbox

80 prosent av kommunene mener at lovkrav om folkehelse i plan har gjort folkehelsearbeidet mer langsiktig og systematisk. I intervju med fylkesmannsembetene framheves viktigheten av at lovkrav er forankret både i folkehelseloven og i plan- og bygningsloven. Det vises blant annet til at synet på folkehelse på denne måten har gått fra å dreie seg om problematikk knyttet til utsatte gruppers helse til å bli en generell oppgave i planleggingen.

De fleste fylkeskommunene svarer at kommunenes inkludering av folkehelse i plan varierer betydelig. Flere kommuner gir i intervju uttrykk for at kommuneplanen inneholder temaer som er relevante for folkehelsen, men det varierer i hvilken grad folkehelseperspektivet er synliggjort.

Fylkesmannsembetene bekrefter i intervju at det vil ta tid før kommunene får alt på plass når det gjelder folkehelse i plan. Fylkesmannen får oversendt alle kommunale og fylkeskommunale planstrategier og planer til uttalelse. Det er stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i arbeidet, og i hvilken kvalitet det er på planene.

5.2.2 Fylkeskommunenes rolle i planarbeidet

Kravene til oversiktsarbeidet og planstrategien er de samme for fylkeskommunen som for kommunen, men det er ikke noe krav om at fylket skal ha en samlet fylkesplan.

14 fylkeskommuner (inkludert Oslo) opplyser at de har utarbeidet planstrategier med grunnlag i oversikt over folkehelseutfordringene. Alle fylkeskommunene har delplaner eller regionale planer der folkehelse inngår. Fire av fylkeskommunene er helt eller delvis enig i at arbeidet med å inkludere folkehelse i plan har kommet kort.

Nesten alle fylkeskommunene mener at lovkrav om folkehelse i plan har gjort folkehelsearbeidet mer langsiktig og systematisk.

Fylkeskommunen bistår kommunene i planarbeidet, og 83 prosent av kommunene har mottatt råd og veiledning i forbindelse med dette. Bare fire prosent mener at dette

i liten grad var nyttig, og i underkant av 60 prosent mener at det var svært nyttig. Samarbeidet med kommunene om folkehelse i plan blir av fylkeskommunene ansett som godt.

5.3 Tiltak

5.3.1 Iverksatte folkehelsetiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringer kommunen har identifisert i oversiktsarbeidet.

Kommunene gjennomfører mange tiltak på ulike sektorområder som, direkte eller indirekte, virker helsefremmende og sykdomsforebyggende. Selv om kommunene har iverksatt tiltak som er relevante for folkehelsen, betyr ikke det at tiltakene trenger å være motivert av folkehelseutfordringer eller presentert som folkehelsetiltak. Dette gjør det utfordrende å avgrense hva som skal regnes som folkehelsetiltak, og kommunene kan vurdere dette ulikt.

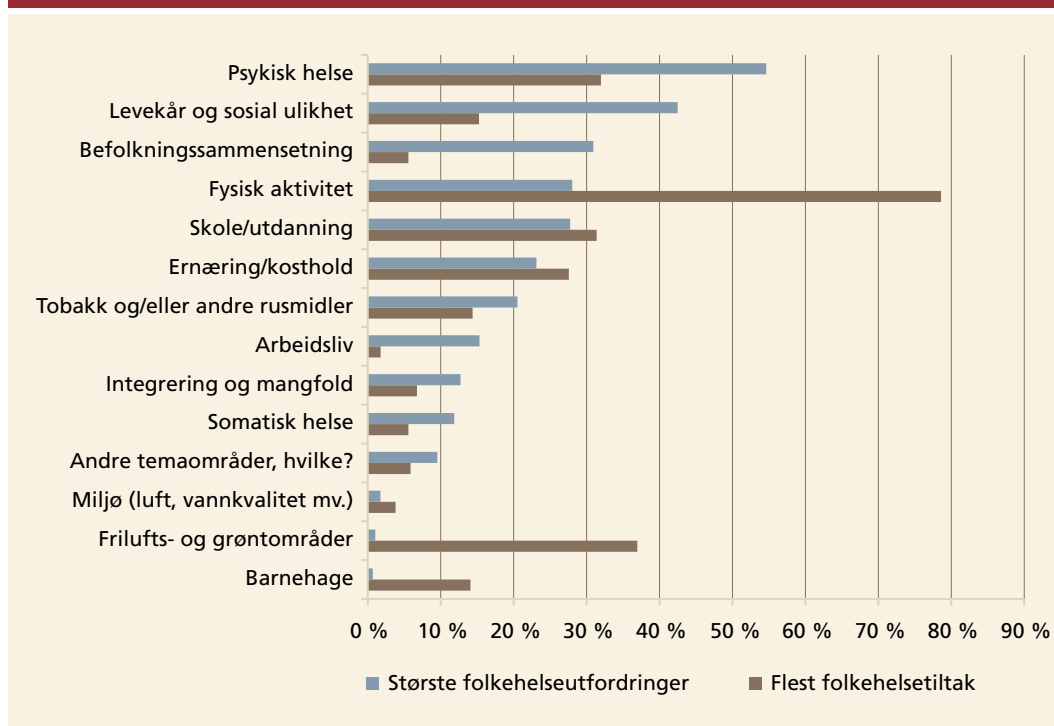
Bare fire prosent av kommunene svarer i spørreundersøkelsen at de ikke har folkehelsetiltak i perioden 2012–2014. 80 prosent av kommunene mener at lovkrav om iverksetting av nødvendige tiltak har ført til økt satsing på folkehelsetiltak.

Det skilles mellom befolkningsrettede og selektive folkehelsetiltak. De befolkningsrettede tiltakene rettes mot brede befolkningsgrupper uavhengig av individuell risiko for sykdomsutvikling. Eksempler på dette er vaksinasjonsprogrammer, informasjonskampanjer og forebyggende tilbud som er tilgjengelige for alle. De selektive tiltakene er ofte rettet mot utsatte grupper, som ungdom som står i fare for å utvikle rusavhengighet, eller som tilhører en gruppe med høy risiko for sykdom. De befolkningsrettede tiltakene, som er rettet mot mange, kan ha langt større effekt enn tiltak som har stor og målbar effekt på individnivå, men som treffer få. Dette regnes som et forebyggingsparadoks.²⁸

I spørreundersøkelsen oppgir 35 prosent av kommunene at de fleste av folkehelse tiltakene er befolkningsrettede, mens 19 prosent av kommunene har flest selektive tiltak. 41 prosent har omtrent like mange befolkningsrettede som selektive folkehelsetiltak.

28) Meld. St. 34 (2012–2013): *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 8 De tre største folkehelseutfordringene og tre områder med flest folkehelse tiltak ifølge kommunene. Andel av kommunene som har valgt kategorien. I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 8 sier noe om graden av samsvar mellom identifiserte utfordringer og iverksatte tiltak i kommunene. Figuren viser at mer enn halvparten av kommunene, 54 prosent, anser psykisk helse som en av de viktigste folkehelseutfordringene, mens det bare er 32 prosent som svarer at dette er blant de områdene der kommunen har iverksatt flest tiltak. Noe under halvparten av kommunene, 42 prosent, regner levekår og sosial ulikhet blant de største folkehelseutfordringene, mens bare 15 prosent har iverksatt flest tiltak på dette området. Flestparten av de kommunene som svarer at de har flest tiltak på området levekår og sosial ulikhet, har også trukket fram dette som en av de største folkehelseutfordringene i kommunen.

Motsatt viser figuren at mange kommuner har iverksatt flest tiltak på områder som i mer begrenset grad oppleves som utfordrende. Nær 40 prosent av kommunene nevner friluftsområder, og hele 80 prosent fysisk aktivitet, når de skal oppgi tre tiltaksområder hvor det er iverksatt flest tiltak.²⁹ Andre undersøkelser bekrefter at kommunene ofte prioriterer arbeidet med levevaner i folkehelsearbeidet.³⁰ I intervjuene forklares dette dels med historikk og dels med kommunenes muligheter. Kosthold og fysisk aktivitet er "klassiske" levevanetemaer som har inngått som sentrale deler av folkehelsearbeidet over lang tid. Dette er områder der de fleste kommunene har god kompetanse. Tiltakene er ikke så kostbare, og påvirkningen på sykdomsutvikling er målbar og godt dokumentert. Innsatsen vil også kunne bidra til å redusere kommunenes kostnader til medfinansiering i samhandlingsreformen. Det at satsingen kan plasseres innenfor tjenesteyting, kan gjøre den lettere å gjennomføre.

29) Kategoriene i undersøkelsen er ikke gjensidig utelukkende, og det kan derfor tenkes at enkelte tiltak innen for eksempel fysisk aktivitet også vil virke sosialt utjevnende.

30) Helgesen, M., Hofstad, H. og Schou, A. (2014): *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandreriike kommuner. NIBR-rapport 2014:21.

Ifølge KOSTRA har om lag 210 kommuner frisklivssentraler der personer med økt risiko for sykdom kan få hjelp til å mestre egen helse og endre levevaner. Siden frisklivssentralene ofte har personer med klinisk identifisert risiko som målgruppe, faller de utenfor folkehelsedefinisjonen. Men de er viktige tiltaksleverandører i kommunene som i stor grad regnes med som en del av det praktiske folkehelsearbeidet.

Tiltak som er rettet mot levevaner, kan også være lettere å gjennomføre enn tiltak som skal påvirke de bakenforliggende, strukturelle årsakene til sosial ulikhet i helse. Mer enn 60 prosent av kommunene er uenige i at de har nødvendige virkemidler for å utjevne sosiale helseforskjeller. Bare fire prosent av kommunene er helt enig i at de har de nødvendige virkemidlene. Dette gjelder i omtrent like stor grad for kommuner som har identifisert levekår og sosial ulikhet som en av de største folkehelseutfordringene, som for de andre.

Flere kommuner gir uttrykk for at de kommunale virkemidlene kommer til kort når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller, og de viser til betydningen av statlige strukturelle tiltak. Én kommune uttaler i intervju at sosial ulikhet i helse er en stor utfordring for kommunen fordi det krever at man påvirker grunnleggende samfunnsforhold som bidrar til sosiale helseforskjeller. Man må se på årsakene til disse forskjellene og ikke bare behandle de direkte påvirkningsfaktorene, som for eksempel røyking og usunn livsstil. Flere kommuner framhever at de mangler kunnskap om hvilke handlingsalternativer som er mest effektive for å oppnå utjevning, og at dette skaper en usikkerhet om hvilke tiltak som bør velges og faktisk virker.

De intervjuede fylkeskommunene bekrefter at det er utfordringer i det lokale arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, samtidig som forskjeller i levekår er en av de store folkehelseutfordringene. Også de intervjuede fylkesmannsembetene viser til utfordringer når det gjelder å utjevne sosial ulikhet i helse. Blant annet trekkes det fram at de kommunene som scorer dårlig på indikatorer for arbeidsliv, inntekt, enslige forsørgere mv. i folkehelseprofilen, kan ha svake virkemidler for å håndtere disse utfordringene.

5.3.2 Evaluering

At folkehelseiltak er kunnskapsbasert, vil si at tiltaket en gang har vært evaluert, og at evalueringen viser at det gir helsemessig effekt. Kommuner, fylkeskommuner og fylkesmannsembeter framhever i intervju at kommunene savner informasjon om hvilke tiltak som har best effekt på konkrete utfordringer de står overfor. Mangelen på kunnskapsbaserte tiltak er også framhevet som en utfordring i andre undersøkelser,³¹ og både Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet bekrefter i intervju at det er kunnskapsutfordringer på dette området. Samtidig er det krevende å måle effekter av folkehelsearbeidet.

Til tross for kunnskapsbehov knyttet til praktiske tiltak er 27 prosent av kommunene helt enig og 51 prosent delvis enig i at innretningen av folkehelseiltak er basert på kunnskap om hva som gir best effekt på folkehelsen.

En firedel av kommunene opplyser i spørreundersøkelsen at de evaluerer tilnærmet ingen av sine folkehelseiltak. Ytterligere en firedel svarer at de evaluerer under halvparten av tiltakene.

31) Helgesen, M. mfl. (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3. Abelsen, B. mfl. (2012): *Hva har samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?* NORUT Rapport 2012:9.

5.3.3 Finansiering av tiltak

Kommunene søker tilskuddsmidler blant annet gjennom Helsedirektoratet, Fylkesmannen og fylkeskommunen. Tre firedeler av kommunene er helt eller delvis enig i at tilskuddsmidler ofte styrer valg av folkehelse tiltak i kommunen. I vedlegg til en rapport fra Helsedirektoratet vises det til at et vesentlig trekk ved dagens folkehelsearbeid er at en stor del av aktiviteten er prosjektfinansiert.³²

I intervju vektlegges både positive og negative sider ved tilskuddsordninger. Kommunene opplever det som positivt at de gjennom økonomiske midler stimuleres til økt satsing. Uten dette ville flere tiltak ikke ha blitt iverksatt. Kommunene opplever også at det kan være lettere å videreføre tiltak som har en påviselig positiv effekt. Samtidig går det med mye tid til søknader og rapportering, og det er utfordrende å få tiltakene inn i ordinær drift når prosjektperioden er utløpt. Lengden på prosjektperiodene svarer ikke alltid med målet om langsiktig satsing.

5.3.4 Fylkeskommunens rolle ved iverksetting av tiltak

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene den er tillagt. Alle fylkeskommunene har opplyst at de har iverksatt tiltak innenfor eget forvaltningsområde, blant annet når det gjelder videregående skole og tannhelse-tjenesten, samt innenfor friluftsliv og fysisk aktivitet.

Fylkeskommunen skal være pådriver for og bistå i folkehelsearbeidet som foregår lokalt. 16 fylkeskommuner svarer at de bistår kommunene i arbeidet med folkehelse-tiltak.

Alle fylkeskommunene opplyser at de legger til rette for erfaringsutveksling mellom kommuner og fylkeskommuner, og de fleste forvalter tilskuddsordninger som kommunene kan søke på. Utover dette er inntrykket at fylkeskommunene arbeider forskjellig og i ulik grad følger opp kommunene når det gjelder å iverksette tiltak.

Kommunene bekrefter at fylkeskommunen yter bistand når kommunale tiltak skal iverksettes. Nær 80 prosent av kommunene sier de har mottatt råd og veiledning om tiltak fra fylkeskommunen. Over halvparten av disse mente dette i stor eller svært stor grad var nyttig, mens om lag en tredel mente at det var nyttig i noen grad.

5.4 Samarbeid på tvers av sektorer

5.4.1 Samarbeid på tvers av sektorer i kommunen

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren, og det er derfor viktig at folkehelsearbeidet forankres bredt og foregår på tvers av ulike sektorer.³³

Folkehelseloven stiller krav om at kommunen skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse. Spørreundersøkelsen viser at tre firedeler av kommunene, alene eller sammen med en annen kommune, har kommuneoverlege med samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er ikke noe krav i loven om at kommunen skal ha folkehelsekoordinator, men det er en anbefaling fra Helse- og omsorgsdepartementet.³⁴ 81 prosent av kommunene har folkehelsekoordinator alene eller sammen med en annen kommune. Andelen kommuner med folkehelsekoordinator har økt de siste seks årene.³⁵ Åtte av ti folkehelse-

32) Hofstad, H. (2014): *Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger*, vedlegg 1 i Rapport IS-2203, Helsedirektoratet.

33) Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. IS-1846.

34) Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

35) NIBR-rapport 2014:21 viser økning fra 61 prosent i 2008 til 74 prosent i 2011 og 85 prosent i 2014.

koordinatorer har en stillingsandel på 60 prosent eller mindre som er satt av til denne oppgaven.

Det varierer hvor oppgaven med å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er plassert. Oftest er oppgaven knyttet til sektor for helse og omsorg (38 prosent), mens noe over en firedel av kommunene har plassert denne oppgaven i rådmannens stab (28 prosent).

En god felles forståelse, god kompetanse og samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer trekkes i intervjuene fram som viktige suksessfaktorer i folkehelsearbeidet. Felles forståelse av folkehelse er avgjørende for å sikre en tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet, og for å sørge for at virksomheter, også utenfor helsesektoren, får et eierskap til folkehelsearbeidet.

Figur 9 Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid for psykisk helse på ulike alderstrinn



Kilde: Øverland, Nasjonalt folkehelseinstitutt

59 prosent av kommunene oppgir at de har etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. Med tverrsektorielt samarbeid menes her at det er nedsatt en tverrsektoriell arbeidsgruppe, et utvalg eller lignende som møtes jevnlig. 41 prosent av kommunene har ikke etablert et slikt samarbeid. Det er ikke vesentlige forskjeller mellom små og store kommuner når det gjelder etablering av tverrsektorielt samarbeid. Av intervjuene går det fram at folkehelsearbeidet har blitt mer tverrsektorielt enn det var tidligere, da det i større grad ble ansett som en oppgave for helsesektoren.

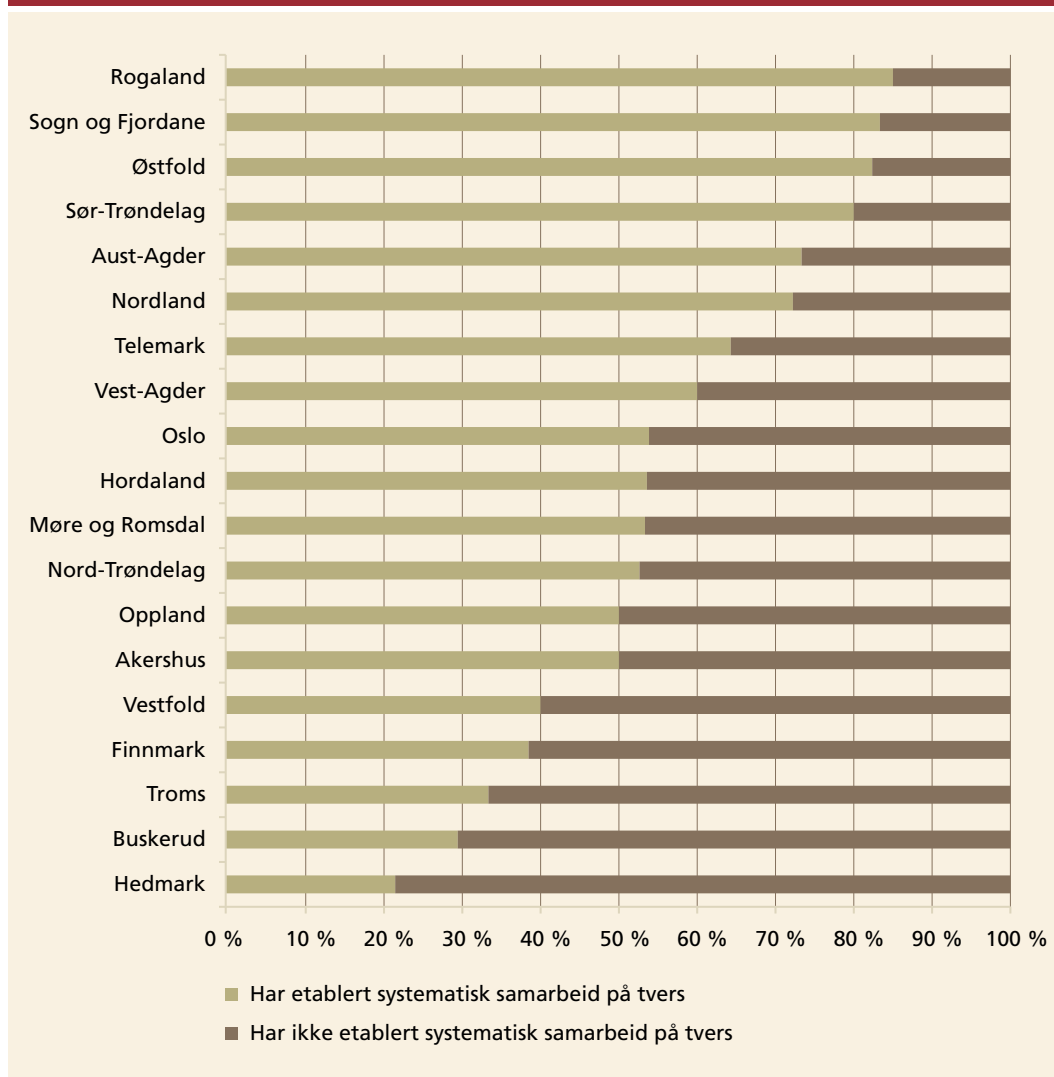
Det tverrsektorielle samarbeidet i kommunene dreier seg oftest om å vurdere nødvendige folkehelse tiltak, koordinere folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, delta i planprosesser og oversiktsarbeid og spre kunnskap om folkehelse internt i kommunen.

Det varierer mellom kommuner hvem som deltar i de tverrsektorielle samarbeidsgruppene. Oftest deltar folkehelsekoordinatoren, kommuneoverlegen, representanter for barnehage/skole og enhet for kultur/idrett.

I intervjuene og gjennom spørreskjemaene framheves viktigheten av et godt samarbeid med barnehage- og skolesektoren. Dette har blant annet sammenheng med at forebyggingspotensialet er stort når innsatsen rettes mot barn og unge, og gjennom skolen

kan man nå alle barn. Noen kommuner og fylkeskommuner oppgir i intervju at det har vært krevende å få til et godt samarbeid med utdanningssektoren. Dette kan ifølge informantene ha sammenheng med de mange forventningene som stilles til denne sektoren fra ulikt hold.

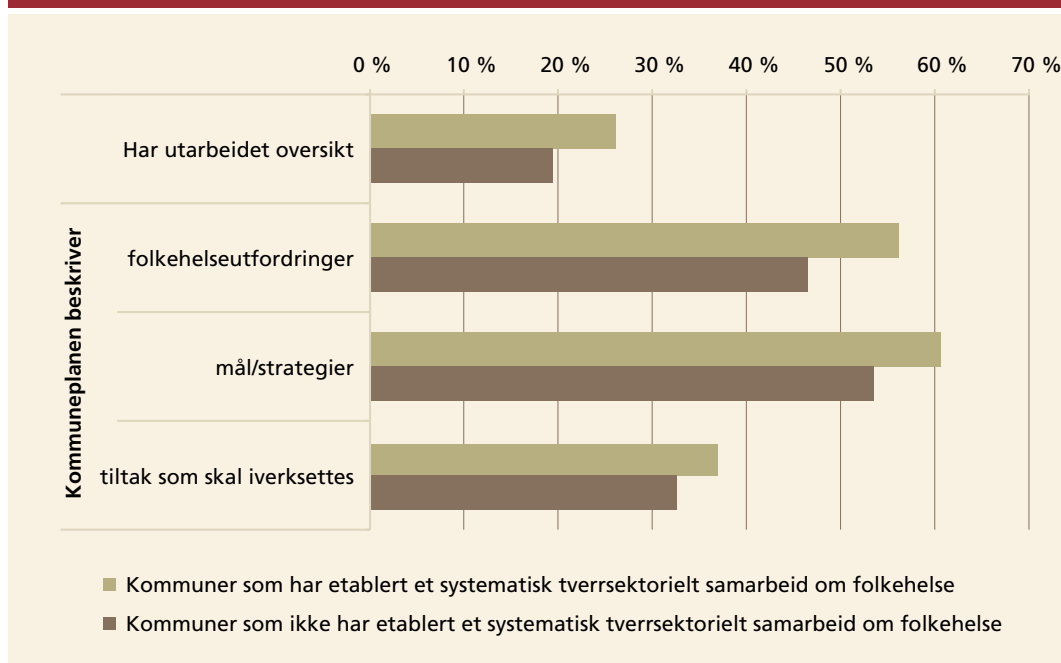
Figur 10 Andel kommuner i hvert fylke som har etablert et systematisk samarbeid på tvers av sektorer. I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Det framgår av figur 10 at det i fire fylker er færre enn 40 prosent av kommunene som har etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. I Rogaland, Sogn og Fjordane og Østfold har over 80 prosent av kommunene etablert et slikt samarbeid.

Figur 11 Har kommuner som har etablert et systematisk samarbeid på tvers av sektorer, kommet lenger med folkehelsearbeidet enn andre kommuner? I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene, Riksrevisjonen 2014

Figur 11 viser at blant kommunene som har etablert et samarbeid på tvers av sektorer, har noen flere utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer enn blant dem som ikke har etablert et slikt samarbeid. Tilsvarende har disse kommunene også kommet noe lenger i arbeidet med folkehelse i plan.

Ifølge flere av fylkesmannsembetene er det fortsatt en utfordring å få tilstrekkelig forståelse i kommunene for at folkehelsearbeidet skal være tverrsektorielt. Flere kommuner uttaler også at dette er vanskelig, men at god politisk forankring kan gi viktig drahjelp i arbeidet.

5.4.2 Samarbeid på tvers av sektorer i fylkeskommunen

I spørreundersøkelsen oppgir 15 av 19 fylkeskommuner (inkludert Oslo kommune) at de har etablert et systematisk samarbeid om folkehelsearbeidet på tvers av enheter og avdelinger. Mange fylkeskommuner oppgir manglende tverrsektorielt samarbeid som en av de største barrierene for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid lokalt og regionalt.

Alle fylkeskommunene har folkehelserådgivere med ansvar for å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylkeskommunen. Ifølge undersøkelsen varierer ressursbruken fra ett til ni årsverk i de ulike fylkeskommunene.

Fylkeskommunene oppgir at de, i arbeidet med å bistå folkehelsearbeidet i kommunene og bydelene, stimulerer kommuner og bydeler til et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Dette bekreftes også i intervju med fylkeskommunene.

Alle fylkeskommunene har eller har hatt egen partnerskapsavtale om folkehelse med kommuner i fylket. Med partnerskap menes her en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål. Elleve av fylkeskommunene mener at en partnerskapsavtale

med kommunene i stor eller svært stor grad er viktig for å få til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid i fylket.

Ni fylkeskommuner oppgir at de hadde en slik partnerskapsavtale tidligere, men at denne nå er avsluttet. I intervju ble dette blant annet begrunnet med innføringen av folkehelseloven og tydeliggjøringen av det statlige og kommunale ansvaret. Partnerskap kan være ressurskrevende å følge opp for fylkeskommunen. Noen fylkeskommuner mener også at folkehelse bør integreres i den øvrige virksomheten på en måte som gjør egne partnerskapsavtaler om folkehelse overflødig. Enkelte fylkeskommuner satser på å etablere og videreføre ulike fagnettverk med kommunene i stedet.

Flere av fylkeskommunene har også inngått partnerskap med andre enn kommunene, som for eksempel frivillig sektor, fylkesmannsembetet og universiteter/høyskoler.

6 I hvilken grad understøtter de statlige virkemidlene folkehelsearbeidet lokalt og regionalt?

6.1 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Folkehelseinstituttet har en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Instituttet skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker den, og drive forskning på folkehelseområdet. Folkehelseinstituttet skal bistå kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid ved å gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for lokale og regionale oversikter, i tillegg til å gi råd og veiledning i forbindelse med dette. De skal også gi råd om hvilke tiltak som kan virke helsefremmende eller sykdomsforebyggende.³⁶ Kunnskapsbasert folkehelse innebærer god kunnskap om helsetilstand, årsakssammenhenger og effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak. Folkehelseinstituttet skal bidra på alle disse områdene.

Informasjon til kommuner og fylkeskommuner – folkehelseprofiler

Folkehelseinstituttet forvalter statistikkbankene Norgeshelsa og Kommunchelsa, som inneholder nøkkeltall for landet, fylker, helseregioner og kommuner. Folkehelseinstituttet har også andre statistikkbanker som er knyttet direkte til helseregistre, blant annet Dødsårsaksregisteret, Hjerte- og karregisteret og Medisinsk fødselsregister.

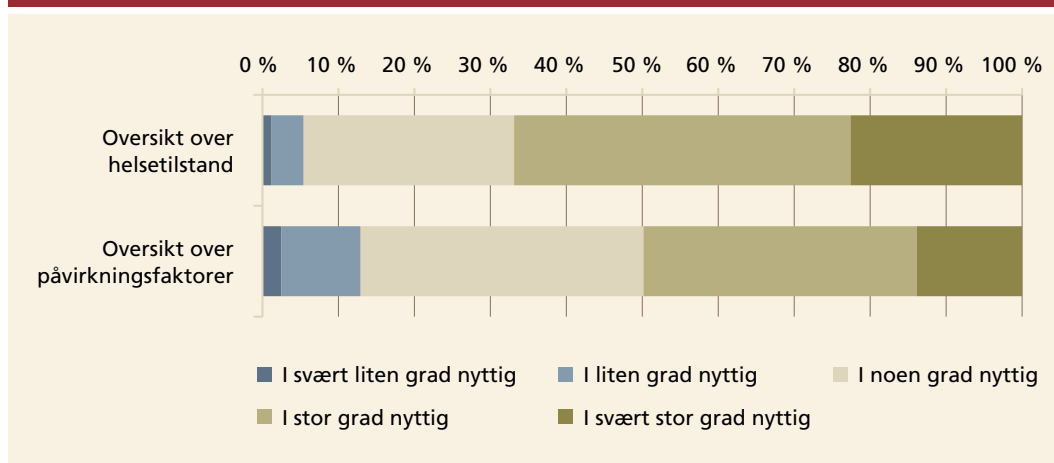
Siden 2012 har Folkehelseinstituttet utviklet egne *folkehelseprofiler* tilpasset hver kommune på bakgrunn av data fra registre og andre relevante datakilder. Instituttet har også utarbeidet profiler på fylkesnivå. Folkehelseinstituttet samarbeidet med Helsedirektoratet om utviklingen av profilene. Folkehelseprofiler for bydeler i de fire største byene skal publiseres fra 2015.

Folkehelseprofilene skal bidra til det systematiske arbeidet for bedre folkehelse i kommuner og fylkeskommuner ved å hjelpe lokale og regionale myndigheter med å identifisere folkehelseutfordringer. Profilene inneholder indikatorer om befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom, i tillegg til en nærmere presentasjon av utvalgte temaer som er relevante for folkehelsen. Enkeltindikatorene presenteres i et folkehelsebarometer for hver enkelt kommune. Dette gir kommunen mulighet for å se hvordan den plasserer seg i forhold til landet som helhet.

Folkehelseprofilen benyttes i stor grad på både lokalt og regionalt nivå. Som nevnt i punkt 5.1.1 oppgir nesten samtlige kommuner og fylkeskommuner som har påbegynt eller fullført oversiktsarbeidet, at de bruker folkehelseprofilen. Noen kommuner bruker profilen som eneste grunnlag for sin oversikt, men de fleste bruker den som én av flere kilder til informasjon.

36) Prop. 1 S (2014–2015) Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 12 I hvilken grad er folkehelseprofilen nyttig for kommunens oversiktsarbeid? I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 12 viser at de fleste kommunene opplever folkehelseprofilene som nyttige verktøy i oversiktsarbeidet, og det er få som mener det motsatte.³⁷ Informasjonen i profilen vurderes som noe mer nyttig for kommunenes oversikt over helsetilstand enn for oversikten over påvirkningsfaktorer.

I intervju bekrefter Nasjonalt folkehelseinstitutt at de har bedre oversikt over forekomst og utvikling av sykdom enn over påvirkningsfaktorer. Mange sykdomsdata registreres i sentrale helseregistre. Påvirkningsfaktorene må hentes fra ulike kilder som kan bygge på varierende registreringspraksis og ha ulik datakvalitet. For å framskaffe data på kommunenivå er det ifølge instituttet først og fremst registerdata og noen få nasjonale undersøkelser som kan benyttes.

Noen kommuner utdyper i intervju at de mener folkehelseprofilene gir et viktig førsteinntrykk og en god start på oversiktsarbeidet. Format og framstilling er oversiktlig og egnet for politisk framstilling og vurdering. Flere nevner at profilene vil få større informasjonsverdi når utviklingen kan ses over lengre tid.

Blant de kommunene som bare i noen eller liten grad ser nytteverdien av folkehelseprofilene, svarer den største gruppen at dette skyldes at nøkkeltallene i profilen er usikre. Dette gjelder først og fremst små kommuner der det kan oppstå statistisk usikkerhet på grunn av få enheter.

Mange kommuner og fylkeskommuner er også opptatt av at profilen mangler viktig informasjon. De mener sykdom vektlegges i for stor grad og helsefremmende faktorer i for liten grad. Disse respondentene etterlyser mer informasjon om forhold som gjelder kultur, barn og unge, sosial deltakelse, friluftsområder og trivsel. De ønsker også et bedre grunnlag for kunnskap om livsstil og levevaner. For eksempel er tall for røyking i profilen basert på antall gravide som på første svangerskapskontroll oppgir at de røyker.

Enkelte kommuner peker på at helsedataene kan være vanskelige å tolke, for eksempel når de knyttes opp mot medisinbruk. Én kommune spør seg hva det betyr at det skrives ut mer diabetes 2-medisiner i kommunen sammenlignet med landsgjennomsnittet. Skyldes det at forekomsten i kommunen reelt sett har økt, eller har det sammenheng med at flere er fanget opp tidlig og diagnostisert?

37) Bydelene i Oslo ble ikke stilt dette spørsmålet. Folkehelseprofil på bydelsnivå er først tilgjengelig fra 2015.

Flere kommuner oppgir at bruken av gjennomsnittsverdier gjør det vanskelig å vurdere om resultatene for den enkelte kommune er gode eller dårlige, og hvordan den sosiale fordelingen av helse er i kommunen. Folkehelseinstituttet gjør i folkehelseprofilen selv oppmerksom på at det å plassere seg bedre enn landsgjennomsnittet likevel kan innebære en folkehelseutfordring, siden landsgjennomsnittet ikke nødvendigvis representerer det ønskede nivået.

Folkehelseinstituttet er kjent med behovet for mer data om helsefremmende faktorer, men mener at det er vanskelig å skaffe gode data som kan presenteres på kommune-nivå. For eksempel kan data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse inneholde flere viktige indikatorer, men dette er en utvalgsundersøkelse med for få respondenter til at resultatene kan fordeles på kommunenivå. Folkehelseinstituttet viser også til juridiske begrensninger som har betydning for deres muligheter for å framskaffe gode data som er relevante for folkehelsen. Det mangler lovhjemmel for å sammenstille informasjon i helseregistre med opplysninger om sosiale og demografiske faktorer når formålet er å overvåke helsetilstanden i befolkningen. En slik kobling er nødvendig blant annet for å kunne studere sosial ulikhet i helse. Folkehelseinstituttet oppgir at det er svært tids- og ressurskrevende å få til slike koblinger. Prosesser knyttet til godkjenning av gjenbruk og utvidet bruk av koblede datasett er også ofte ressurskrevende og setter begrensninger for hvilke data Folkehelseinstituttet kan levere.

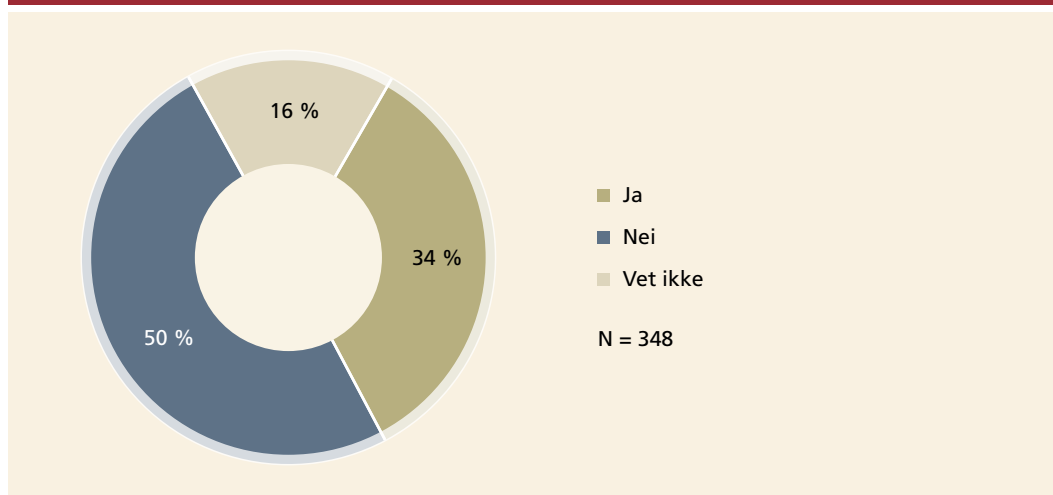
Både Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet erkjenner at det er hull i kunnskapsgrunnlaget på folkehelseområdet og understreker at det arbeides med å tilrettelegge for bedre informasjon til kommunene. Blant annet har Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utviklet forslag til en mal for befolkningsundersøkelser som fylkeskommunene kan ta i bruk for å bedre kunnskapsgrunnlaget regionalt. Som vist i punkt 5.1.4 har fylkeskommunene i varierende grad gjennomført slike undersøkelser. Malen vil kunne forenkle planlegging og gjennomføring av undersøkelsene, og legge til rette for å få mer sammenlignbare data.

Folkehelseinstituttet opplyser at folkehelseprofilene er under utvikling, og at viktige temaer er kommet til og vil fortsette å komme på plass etter hvert. I 2015 er det eksempelvis lagt til fem nye indikatorer, der utdanningsforskjeller i forventet levealder er en av dem.

Råd og veiledning

Folkehelseinstituttet har i regi av fylkeskommunene gjennomført kurs for kommunene om bruk av statistikkbanken og folkehelseprofilene. Instituttet har også i samarbeid med Helsedirektoratet arrangert samlinger for fylkeskommuner og fylkesmenn. I tillegg, er folkehelseprofiler ofte tema for foredrag på kurs og konferanser for kommuner, fylkeskommuner og andre relevante aktører.

Figur 13 Har kommunene mottatt råd og veiledning fra Nasjonalt folkehelseinstitutt? I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 13 viser at 34 prosent av kommunene har mottatt råd og veiledning (inkludert kurs og konferanser) fra Nasjonalt folkehelseinstitutt i forbindelse med oversiktsarbeidet, mens halvparten av kommunene ikke har det.

Av dem som har mottatt råd og veiledning, mener flertallet, 60 prosent, at det var nyttig, og 35 prosent mener at det var nyttig i noen grad.

Som omtalt i punkt 5.3.2 opplever kommunene at de mangler kunnskap om hvilke tiltak som gir best resultater, og som kan redusere identifiserte folkehelseutfordringer. Folkehelseinstituttet bekrefter i intervju at det foreløpig foreligger for lite kunnskap om effekter av tiltak på folkehelsen, og at dette er et område der kommunene trenger mer informasjon.

I 2014 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere et kompetansemiljø for å evaluere folkehelse tiltak.³⁸ Folkehelseinstituttet opplyser at de er i gang med dette. De skal blant annet evaluere statlige utviklingsprosjekter og samtidig tilby råd og veiledning til kommuner i forbindelse med evaluering av folkehelse tiltak.

Folkehelseinstituttet skal videre foreta kunnskapsoppsummeringer på folkehelseområdet. Instituttet utarbeider blant annet tematiske faktaark basert på oppsummert forskning. I tillegg har instituttet et ansvar for å publisere en folkehelse rapport hvert fjerde år. Tanken er at kommuner og fylkeskommuner kan bruke faktaark og folkehelse rapporter som supplerende informasjon til folkehelseprofilene. Også Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foretar kunnskapsoppsummeringer på folkehelseområdet. Folkehelseinstituttet opplever ikke at ansvarsdelingen med Kunnskaps-senteret er uklar. Sistnevnte har mer oppmerksomhet på kliniske studier og stiller mer spesifikke krav til forsøksdesign og metode. Dette metodeverket kan være vanskelig å bruke på flere av områdene innen folkehelse.

38) Prop. 1 S (2013–2014) Helse- og omsorgsdepartementet.

6.2 Helsedirektoratet

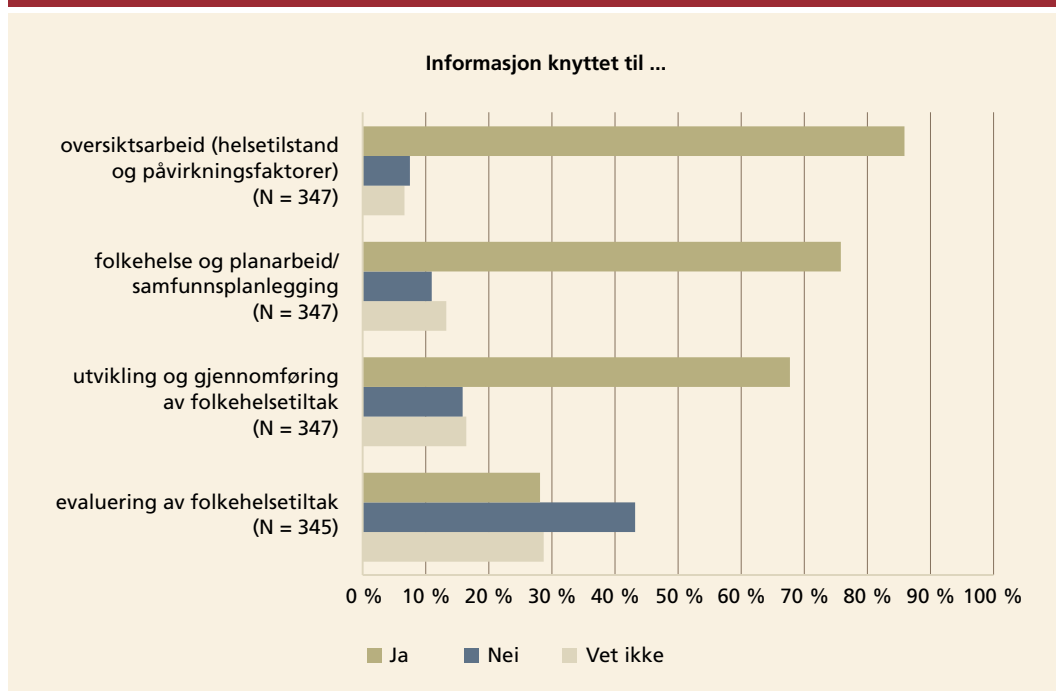
Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelseområdet og skal være en pådriver for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Direktoratet er regelverksforvalter og skal iverksette vedtatt politikk og gi råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet forvalter tilskuddsordninger som skal stimulere folkehelsearbeidet lokalt og regionalt.

Helsedirektoratet formidler nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet til kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn gjennom et årlig rundskriv.³⁹ Direktoratet formidler også embetsoppdrag til fylkesmennene på folkehelseområdet. Helsedirektoratet har opprettet fire nasjonale fagråd for å bistå direktoratet i spørsmål om forebygging og folkehelse.⁴⁰

Kommunene er i all hovedsak fornøyd med Helsedirektoratets arbeid på området. 61 prosent av kommunene mener direktoratet i stor grad er en pådriver for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, mens 31 prosent mener at direktoratet er det i noen grad.

Helsedirektoratet utarbeider rundskriv, veiledere, retningslinjer, rapporter mv. som blant annet er tilgjengelig på direktoratets nettsider.

Figur 14 Har kommunen brukt informasjon fra Helsedirektoratet i folkehelsearbeidet? I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene, Riksrevisjonen 2014

Figur 14 viser at flertallet av kommunene har brukt informasjon fra Helsedirektoratet i oversiktsarbeidet, i forbindelse med folkehelse i plan og i arbeidet med tiltak, mens et flertall av kommunene ikke har brukt informasjon fra direktoratet i forbindelse med evaluering. Det samme mønsteret finnes igjen i undersøkelsen blant fylkeskommunene.

39) Helsedirektoratet, rundskriv IS-1.

40) Fagråd for sosial ulikhet i helse, Nasjonalt råd for tobakksforebygging, Nasjonalt råd for fysisk aktivitet og Nasjonalt råd for ernæring.

Støtte til lokalt og regionalt oversiktsarbeid

Informasjon fra Helsedirektoratet er mest brukt i kommunenes arbeid med å utvikle oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. 86 prosent av kommunene og alle fylkeskommunene har benyttet slik informasjon. Støtten til oversiktsarbeidet har vært prioritert fra statens side.

Undersøkelsen blant kommuner og fylkeskommuner viser likevel at oversiktsarbeidet oppleves som krevende, og at det råder usikkerhet om omfang og detaljeringsnivå, jf. punkt 5.1.

I andre halvår 2013 ga Helsedirektoratet ut en veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.⁴¹ Hensikten med veilederen var å bidra til forståelse av innholdet i krav i folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen, i tillegg til å gi råd og veiledning knyttet til hvordan arbeidet kunne utføres i praksis.

Blant kommunene er det 63 prosent som har benyttet veilederen i oversiktsarbeidet, og samtlige fylkeskommuner har brukt den. 15 prosent av kommunene oppgir at veilederen kom for sent for deres oversiktsarbeid, og 9 prosent kjente ikke til den på tidspunktet for undersøkelsen.

I intervju med Helsedirektoratet går det fram at de har jobbet for å gjøre veilederen kjent, og at det ble gitt mye informasjon til kommunene gjennom Fylkesmannen da den ble publisert. Direktoratet sier at de har fått gode tilbakemeldinger på veilederen. I spørreundersøkelsen sier nærmere 70 prosent av de kommunene som har brukt veilederen, at den i stor eller svært stor grad var nyttig for oversiktsarbeidet. En firedel mener den har vært nyttig i noen grad.

I intervju med kommuner og fylkeskommuner utdypes erfaringer med veilederen, som de fleste mener gir mye generell informasjon og har vært til hjelp i oversiktsarbeidet. Det trekkes fram at veilederen har vært nyttig for å få oversiktsarbeidet satt i system.

Samtidig mener flere at veilederen er lite konkret når det gjelder detaljeringsgrad for oversikten, og hva som skal regnes som tilstrekkelig. Ikke minst gjelder dette for den *løpende* oversikten. Kommunene mener det er uklart hva som forventes av denne: hva den skal omfatte, og hvordan den skal dokumenteres.

Noen kommuner synes dessuten at krav til faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser er for dårlig beskrevet i veilederen. Flere sier at de savner konkrete eksempler. Helsedirektoratet erkjenner i intervju at veilederen har blitt noe teoretisk.



Oversikt over folkehelsen er grunnlaget for det systematiske folkehelsearbeidet.

Kilde: Helsedirektoratet

41) Helsedirektoratet (2013): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse*. Veileder IS – 2110.

Direktoratet forklarer at det har vært en lang prosess for å avgjøre hvor langt de skulle gå med hensyn til å gi praktiske eksempler i veilederen om oversiktsarbeidet. Eksempler kan virke normerende, og det var, ifølge direktoratet, delte meninger om dette i kommunene. Lokal tilpasning og variasjon er viktig i oversiktsarbeidet. Eksempler som var gode for noen, viste seg å ikke passe for andre.

Direktoratet er enig i at kravene til oversikt over folkehelsen er omfattende, og at listen for oversiktsarbeidet ble lagt høyt i arbeidet med lov og forskrift. Direktoratet ser at noen kommuner sliter med kompetansen. Samtidig mener direktoratet at oversiktsarbeidet ikke krever egen kunnskapsproduksjon i alle kommuner. For eksempel står det i forskriften at alle kommuner skal gi en faglig vurdering av årsaksforhold, men dette innebærer ikke at alle kommuner må iverksette undersøkelser for å påvise kausalsammenhenger. Der årsakssammenhenger er vist ved forskning, kan dette legges til grunn i de lokale vurderingene. Innsatsen kan dermed rettes inn mot påvirkningsfaktorene som kommunene kan forutsette vil ha konsekvenser for helsen. Helsedirektoratet erkjenner at det er mulig at de ikke har formidlet dette tydelig nok til kommunene, selv om det er omtalt i veilederen.

Direktoratet sier de vil prioritere å bygge erfaring med oversiktsarbeidet og innhente og spre eksempler. Det tas sikte på å revidere Helse- og omsorgsdepartementets forskrift og Helsedirektoratets veileder om noen år.

Støtte til arbeidet med folkehelse i plan

Planarbeidet er et viktig virkemiddel for å få til et tverrsektorielt samarbeid og skal blant annet sikre langsiktighet i folkehelsearbeidet.

Sentrale verktøy som er utviklet for å hjelpe kommunene med å ivareta helse i plan, er blant annet nettstedet kommunetorget.no. Dette skal være en praksisrettet veiledningstjeneste for å planlegge lokalt folkehelsearbeid, initiert og støttet av Helsedirektoratet og drevet av Kompetansesenter for rus, Nord-Norge. Helsedirektoratet har også utgitt en tips- og momentliste, *Folkehelse og kommuneplanlegging*, primært for fylkesmannsembetenes behandling av kommunale planer. Rådene baserer seg i stor grad på erfaringer fra utprøvningsprosjektet, Helse i plan, i Vestfold, Østfold og Møre og Romsdal. Fylkesmennene skal særlig prioritere at kommunene ivaretar helsehensyn i samfunnsplanlegging, noe Helsedirektoratet formidler i de årlige rundskrivene om nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet.

De største utfordringene knyttet til folkehelse i plan er, slik Helsedirektoratet ser det, å operasjonalisere folkehelsearbeidet. Planene beskriver ofte store perspektiver som i praksis følges opp med små tiltak. Det er ifølge direktoratet viktig at planene ikke bare blir ord.

I et drøftings- og prosessnotat om kompetansebehov i forbindelse med samhandlingsreformen og ny folkehelselov skriver Helsedirektoratet at det "først er i økonomiplanen man vil kunne se om planlagte folkehelse temaer vil kunne realiseres. Hvis ikke det bestemmes handlinger og settes av økonomi, da forblir alle gode intensjoner det navnet tilsier – bare en plan".⁴²

Helsedirektoratet erkjenner at de har få virkemidler for å følge opp kvalitet i planene, og at planene settes ut i livet.

42) Helsedirektoratets drøftings- og prosessnotat: *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud* (1. september 2011).

Støtte til arbeidet med tiltak

Helsedirektoratet skal utvikle nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, blant annet basert på hva som er effektive tiltak. 68 prosent av kommunene oppgir at de har brukt informasjon fra Helsedirektoratet i forbindelse med utvikling og gjennomføring av tiltak. Om lag halvparten av de kommunene som har brukt slik informasjon, mente denne i stor grad var nyttig. 35 prosent mente den var nyttig i noen grad.

I intervjuene etterlyser kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn mer informasjon om effekter av tiltak. Det er behov for mer forskning og dokumentasjon av hvilke tiltak som gir de beste resultatene på identifiserte folkehelseutfordringer og risiko. Flere savner klarere råd og anbefalinger om tiltak, blant annet for å utjevne sosiale forskjeller i helse. Blant kommunene er det 85 prosent som er helt eller delvis enig i at det er behov for veiledere fra Helsedirektoratet som konkretiserer hva som ligger i godt folkehelsearbeid.

Sommeren 2014 publiserte Helsedirektoratet en foreløpig versjon av nettsiden *Folkehelsekommune – veivisere i lokalt folkehelsearbeid*. Nettsiden skal være til hjelp i kommunenes systematiske og tverrsektorielle folkehelsearbeid. Det legges særlig vekt på å vise systematikken mellom identifiserte folkehelseutfordringer og valg av tiltak.

Nettveiviseren har en struktur som tar utgangspunkt i bestemte temaer, og den beskriver kunnskapsgrunnlag, regelverk, tiltak og eksempler. Nettveiviseren ble publisert etter at Riksrevisjonens spørreundersøkelse i kommuner og fylkeskommuner var gjennomført, og mottakelsen i kommunene er derfor ikke belyst i denne undersøkelsen. Under intervjuene med kommuner og fylkeskommuner var det svært få som kjente til nettveiviseren.



Ifølge forskning er fysisk aktivitet viktig i forebygging og behandling av over 30 sykdommer.

Kilde: Colourbox

Ifølge Helsedirektoratet har kommunene et bredt virkemiddelsett for å ivareta den oppgaven de er gitt gjennom folkehelseloven. En viktig oppgave for Helsedirektoratet er å synliggjøre dette virkemiddelsettet og handlingsrommet for *hele* kommunen, noe blant annet nettveiviseren skal bidra til.

Helsedirektoratet er forsiktig med å framheve at et bestemt tiltak vil gi en bestemt effekt, dels fordi slik kunnskap kan mangle og være usikker, og dels fordi direktoratet mener dette kan framstå som normerende. Direktoratet mener det må tas hensyn til lokal variasjon. Anbefalinger om tiltak er ofte mindre komplisert for tiltak knyttet til levevaner enn tiltak knyttet til for eksempel utjevning av sosial ulikhet i helse. I 2014 har Helsedirektoratet gitt ut flere anbefalinger knyttet til førstnevnte område, eksempelvis anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet.⁴³

Helsedirektoratet prøver å skape gode møteplasser for kommunene slik at de kan utveksle erfaringer med tiltak. Eksempler på slike møteplasser er den årlige folkehelsekonferansen som arrangeres i samarbeid med organisasjonen Sunne kommuner. I tillegg deltar Helsedirektoratet på regionale konferanser som arrangeres av Fylkesmannen og fylkeskommunen. Helsedirektoratet har også satt i gang tre erfaringsfylkesprosjekter for å generere lokal kunnskap om oversiktsarbeid, vurdering av helsekonsekvenser i lokalt arbeid og hvordan kommuner kan komme fra planer til konkrete tiltak. Erfaringsfylkesprosjektene følge-evalueres.

I merknadene til folkehelseloven står det at det på områder der det ikke foreligger god dokumentasjon og klare standarder, må være de lokale utfordringene som utløser handlingsplikten i kommunene. At man på enkelte områder ikke har konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger, vil dermed ikke fritta kommuner fra ansvaret for å møte problemene.⁴⁴

Av intervjuene med kommunene går det fram at de regner et bredt spekter av tiltak inn blant sine folkehelse tiltak. Folkehelse er ingen egen sektor; området består av tiltak på ulike sektorer. Tiltakene har ikke alltid sitt utspring i oversikt over folkehelseutfordringer eller lokale planer. I noen tilfeller er kommunene først blitt oppmerksomme på den virkningen tiltaket har på trivsel og helse etter at tiltaket har blitt satt i gang. Tiltakene evalueres i liten grad, jf. omtale under punkt 5.3.2.

Helsedirektoratet presiserer at dersom tiltak ikke er motivert av folkehelseutfordringer og ikke settes inn i en helsekontekst, kan det vanskelig sies å være del av et *systematisk* folkehelsearbeid. Tiltaket kan likevel virke helsefremmende.

Helsedirektoratet opplyser at de så langt har begrenset informasjon om hva som påvirker valg av tiltak eller kvaliteten på tiltak i kommunene.

Tilskudd

Helsedirektoratet forvalter flere tilskuddsordninger som er relevante for folkehelsearbeidet. Tilskuddene skal styrke og stimulere det praktiske arbeidet i kommuner og fylkeskommuner. I intervju oppgir Helsedirektoratet at de har to tilskuddsordninger som er spesielt rettet mot lokalt folkehelsearbeid etter folkehelseloven.⁴⁵ Andelen kommuner som i undersøkelsen sier de har søkt tilskudd til folkehelse tiltak fra Helsedirektoratet i årene 2012–2014, varierer fra 31 til 44 prosent. Det er en større andel av de store og mellomstore kommunene som har søkt, enn av de minste. Av de som søkte, har om lag 78 prosent mottatt tilskudd i 2012–2013. Undersøkelsen sier ikke noe om hvilke tilskuddsordninger som er lagt til grunn i svarene.

43) Helsedirektoratet (2014): *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. IS-2170.

44) Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*, merknader til de enkelte bestemmelsene.

45) Tilskuddsmidler til erfaringsfylkesprosjekter og tilskudd til folkehelse tiltak av nasjonal betydning.

6.3 Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn skal sammen med Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket (tidligere fylkeslegen) føre tilsyn med helse- og sosialtjenesten og helsepersonell. Statlig tilsyn innebærer å se til at krav i lover og forskrifter etterleves i praksis.

I 2014 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn om folkehelsearbeidet i kommunene. Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Statens helsetilsyn hadde det overordnede faglige ansvaret, mens tilsynet ble gjennomført av fylkesmennene.

Temaet for tilsynet var om kommunen har kommet i gang med det løpende oversiktsarbeidet, og om kommunen har sørget for forankring på tvers av sektorer og systematisk styring og kontroll av dette arbeidet. Det ble også gjort en bredere kartlegging som dannet grunnlag for en veiledende vurdering av status for kommunenes løpende oversiktsarbeid. En samlerapport fra det landsomfattende tilsynet publiseres i mai 2015.

6.4 Fylkesmannen

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og har en pådriverfunksjon for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Fylkesmannen skal som statens representant i fylket gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner. Fylkesmannen skal føre tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes oppgaver etter folkehelseloven. I tillegg har Fylkesmannen en viktig samordningsrolle som bindeledd mellom staten og kommunesektoren.

I Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets tildelingsbrev for 2012 og 2013 og Kommunal- og moderniseringsdepartementets tildelingsbrev til fylkesmannsembetene for 2014 understrekes Fylkesmannens ansvar for formidling og veiledning når det gjelder folkehelse.

I embetsoppdraget til fylkesmennene er det blant annet gitt følgende føringer på folkehelseområdet:

- medvirke til samordning av ulike politikkområder som har innvirkning på folkehelsen, innen de sektorene Fylkesmannen har et ansvar for, og med øvrige regionstatlige instanser (2012)
- gi råd og veiledning om oversikt, plan, tiltak og evaluering (2013 og 2014)
- sørge for at faglige standarder og anbefalte programmer, satsingsområder, kunnskapsbaserte metoder og effektive tiltak gjøres kjent for administrativ og politisk ledelse i kommuner og fylkeskommuner (2012, 2013 og 2014)
- vurdere folkehelsehensyn i kommunale og regionale planer i henhold til nasjonale forventninger (2012, 2013 og 2014)

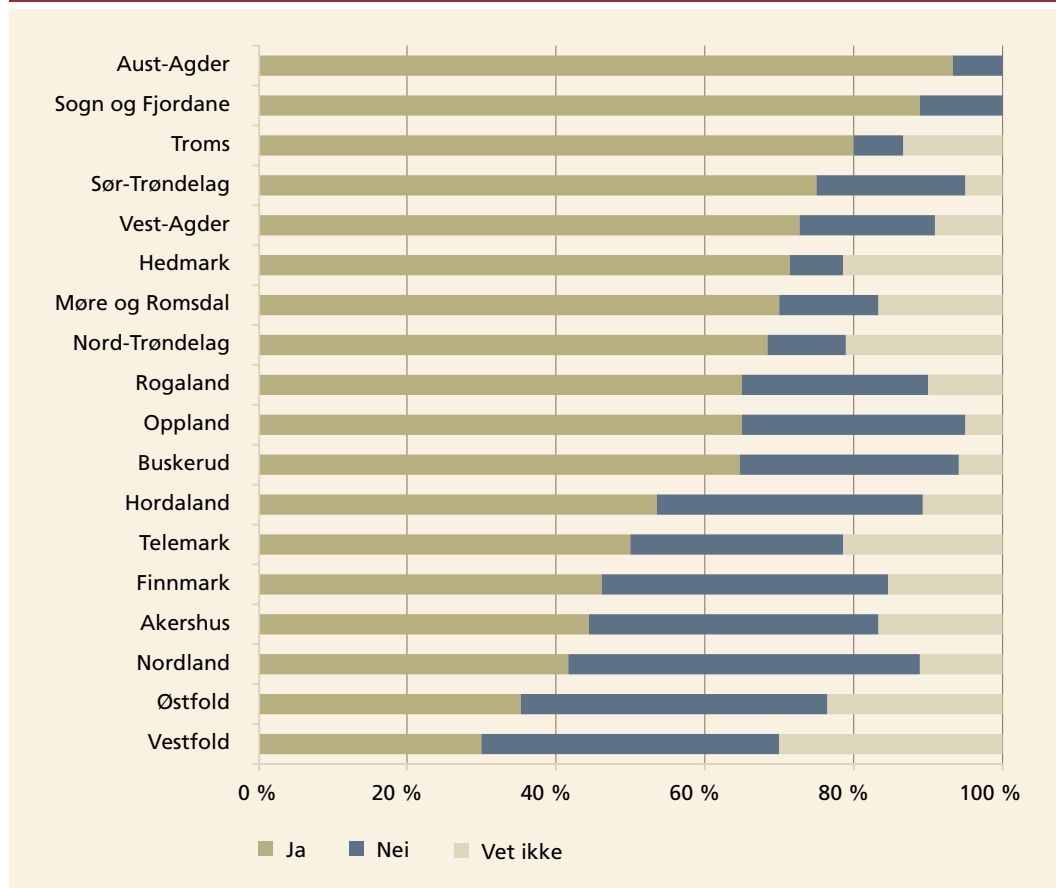
Den siste føringen inngår også i nasjonale mål og prioriteringer fra Helsedirektoratet til fylkesmennene for årene 2012–2014.

Råd og veiledning

40 prosent av kommunene opplever at Fylkesmannen er en pådriver for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, mens én av fem kommuner sier at de i liten grad opplever dette.

Godt over halvparten av kommunene har mottatt råd og veiledning fra Fylkesmannen i forbindelse med folkehelsearbeidet.⁴⁶ Dette gjelder både for oversiktsarbeidet, for helse i plan og for utvikling og gjennomføring av folkehelseiltak, men ikke for råd og veiledning knyttet til evaluering av folkehelseiltak, hvor andelen er betydelig lavere (26 prosent). De fleste kommunene opplever Fylkesmannens bistand som nyttig.

Figur 15 Andelen kommuner i hvert fylke som har mottatt råd og veiledning fra Fylkesmannen i forbindelse med oversiktsarbeidet. I prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til kommunene. Riksrevisjonen 2014

Figur 15 viser at andelen kommuner som har mottatt råd og veiledning i oversiktsarbeidet, varierer mellom 90 prosent i Aust-Agder og 30 prosent i Vestfold. Dette sier ikke nødvendigvis noe om hvor aktiv eller passiv det aktuelle fylkesmannsembetet er, det kan være et uttrykk for i hvilken grad kommunene i det aktuelle fylket etterspør råd og veiledning og deltar på kurs og konferanser.

Støtten til kommuner skjer ofte i form av råd og veiledning knyttet til oversiktsarbeid og uttalelser i forbindelse med kommunenes planstrategier og planer. Videre legger fylkesmannsembetene i intervju vekt på formidling av innhold i lov og forskrift samt nasjonale retningslinjer og veiledere. Fylkesmannen arrangerer konferanser for kommunene og har møter med ordførere og rådmenn.

Blant fylkeskommunene svarer drøyt halvparten at de ikke har mottatt råd og veiledning fra Fylkesmannen. Dette kan i noen tilfeller ha sammenheng med ressurs-situasjonen og at Fylkesmannen og fylkeskommunen i større grad regnes som likeverdige partnere.

46) Kurs og konferanser er her inkludert i råd og veiledning.

Fylkesmennene gir i intervju uttrykk for at det er kapasitetsproblemer i embetet når det gjelder å imøtekomme behovet for råd og veiledning, og at det har vært nødvendig med en streng prioritering av oppgaver. Ett av fylkesmannsembetene meldte i årsrapporten for 2012 at det ikke hadde vært mulig å gjennomføre oppdraget med å vurdere regionale og kommunale planer i henhold til folkehelseloven.

Flere fylkesmenn mener at det er vanskelig å tallfeste hvilke ressurser Fylkesmannen bruker for å bistå folkehelsearbeidet i kommunene og fylkeskommunene, fordi det er krevende å avgrense hva som skal inngå i betegnelsen folkehelsearbeid. Fylkesmennenes svar indikerer at det ikke har skjedd noen generell endring i ressursbruken etter at folkehelseloven trådte i kraft.⁴⁷ I intervjuene vises det til at det arbeides med folkehelse på tvers av avdelinger og enheter hos Fylkesmannen. Forankringen er likevel ofte sterkest i helse- og omsorgsavdelingen. Det er også i helse- og omsorgsdelen av embetsoppdraget at folkehelse er mest synliggjort.

Planuttalelser

Når det gjelder å ivareta embetsoppdragets oppgave med å vurdere helsehensyn i kommunale og regionale planer, opplyser Helsedirektoratet i intervju at fylkesmannsembetene synes å ha noe ulik praksis når det gjelder planuttalelser. Direktoratet har derfor tatt initiativ overfor fylkesmennene for å kartlegge praksis. Kartleggingen vil være et viktig grunnlag for å utvikle praksisen i embetene og for å formulere embetsoppdragene.

Samtidig uttaler Helsedirektoratet at Fylkesmannen ikke har det samme hjemmelsgrunnlaget til å uttale seg om kommuneplanenes samfunnsdel⁴⁸ som for arealdelen.⁴⁹

Tilskudd

Fylkesmannen forvalter flere tilskuddsordninger som kan knyttes til det praktiske folkehelsearbeidet i kommunene. Andelen kommuner som i undersøkelsen sier de har søkt tilskudd til folkehelseiltak fra Fylkesmannen for årene 2012–2014, varierer fra 41 til 52 prosent, nokså likt fordelt mellom de ulike kommunestørrelsene. Av disse har om lag 90 prosent mottatt tilskudd i 2012–2013. I intervju med representanter fra fylkesmannsembetene uttaler de at det ikke er tilfeldig hvilke kommuner som søker tilskuddsmidler hos Fylkesmannen, og at det finnes gjengangere både blant dem som søker, og blant dem som ikke gjør det.

6.5 Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for at folkehelselovens formål og forutsetninger blir oppfylt. Helse- og omsorgsdepartementet er etatsstyrer for Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

6.5.1 Lov og forskrift – systematikken i arbeidet

Folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen er viktige juridiske virkemidler som forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet. Til Helse- og omsorgsdepartementet hører også andre relevante lover, som smittevernloven, alkoholloven, strålevernloven, tobakkskadeloven og matloven.

47) Dette bygger på fylkesmannsembetenes svar på Riksrevisjonens brev 1. desember 2014.

48) Da plan- og bygningsloven ble fornyet i 2008, ble det understreket at kommuneplanen omfatter en samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Samfunnsdelen er verktøyet for kommunens helhetlige planlegging, jf. veileder, T-1492. Miljøvern-departementet 2012.

49) Fylkesmannen kan bare fremme innsigelse til kommuneplanens arealdel, jf. plan- og bygningsloven §§ 11-14 og 11-16.

Undersøkelsen viser at folkehelseloven blir vurdert som et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet, og at loven gjennomgående vurderes positivt av kommunene og fylkeskommunene.

Nær ni av ti kommuner mener at folkehelseloven har ført til økt satsing på folkehelsearbeid i kommunen. Flere legger vekt på at loven løfter folkehelse fra å være et helseansvar til å bli et tverrsektorielt ansvar for kommunen og fylkeskommunen som helhet. Vektlegging av kunnskap og oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, i tillegg til at helsehensyn skal inngå i kommunal planlegging, trekkes fram som svært viktig for å sikre systematikk og langsiktighet i arbeidet.

Nær alle fylkeskommuner er helt eller delvis enig i at folkehelseloven har tydeliggjort fylkeskommunens rolle og oppgaver i folkehelsearbeidet, selv om det også kommer fram i intervju at en god del ikke er nytt. Folkehelseloven har likevel styrket grunnlaget for arbeidet og forsterket systematikken.

Helsedirektoratet uttrykker i intervju at loven har formalisert deres mandat og gjort det lettere å få oppmerksomhet om folkehelse og folkehelsearbeid.

Nasjonalt folkehelseinstitutt mener at ansvaret for å tilrettelegge data for kommuner og fylkeskommuner har blitt klarere etter at loven kom, og trekker fram betydningen av at loven gjør folkehelsearbeidet til et felles ansvar der alle sektorer må bidra.

Lovens intensjoner kan likevel oppleves som krevende å innfri for kommuner og fylkeskommuner. I intervju med KS går det fram at kommunene i høringsuttalelsene til folkehelseloven ga uttrykk for at loven var "grenseløs". Det er et spørsmål om kommuner og fylkeskommuner opplever at de har tilstrekkelige rammebetingelser til å utføre de oppgavene loven skisserer. For eksempel oppgir godt over halvparten av kommunene at de er helt eller delvis uenig i at de har nødvendige virkemidler for å utjevne sosiale helseforskjeller, noe som er en sentral oppgave i folkehelsearbeidet. Dette bekreftes også i intervjuene. Flere kommuner opplever at det er vanskelig å få prioritert de brede, primærforebyggende tiltakene når så mange oppgaver oppleves som mer prekre og målbare. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer i intervju at kommunenes ansvar for å iverksette tiltak bare kan knyttes til det virkemiddelapparatet kommunen selv forvalter, og slik sett er begrenset. For å unngå at oppgaven blir grenseløs, er det – ifølge departementet – avgjørende å etablere gode systemer for å identifisere de mest vesentlige utfordringene og sikre systematikken i det videre arbeidet.

I intervju sier Helse- og omsorgsdepartementet at kompetansebehovet i kommunenes oversiktsarbeid må ses i sammenheng med kravet til samfunnsmedisinsk kompetanse. Departementet ønsker å tilrettelegge for gode prosesser i oversiktsarbeidet, og viser blant annet til at det er bevilget 30 mill. kroner til arbeidet med å opprette et kommunalt helse- og omsorgsregister. Ifølge departementet vil dette få stor betydning for kunnskapstilfanget på folkehelseområdet og kommunenes mulighet til å supplere statlige og fylkeskommunale undersøkelser med lokal kunnskap, slik loven forutsetter. Helse- og omsorgsdepartementet vil også legge fram en handlingsplan for oppfølging av den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg 21, der ett av målene er å få til økt utnyttelse av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet.⁵⁰

50) Helse- og omsorgsdepartementet (2014): *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.*

Folkehelseloven bygger i stor grad på tidligere helselovgivning. Dagens krav til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i lov og forskrift er i hovedsak en videreføring av bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven fra 1987, som igjen var en videreføring av enda eldre bestemmelser. Ved å konkretisere oppgaven og formålet og gi nødvendig støtte til kommunene fra fylkeskommuner og sentrale statlige aktører ønsket departementet å få oversiktsarbeidet til å fungere etter intensjonen.

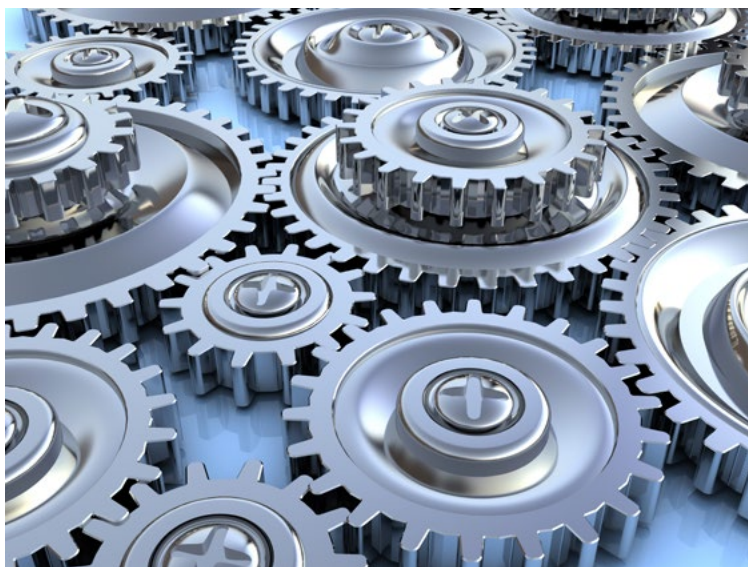
Å integrere helseperspektivet i plan- og bygningsloven er en viktig faktor i det systematiske folkehelsearbeidet. En fylkeskommune omtaler i intervju plan- og bygningsloven som "den viktigste folkehelseloven". Innfasingen av folkehelsearbeidet i plan-sykluser er årsaken til at Helse- og omsorgsdepartementet ikke forventer at kommuner og fylkeskommuner har laget den fireårige oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer før neste planstrategi skal utarbeides. Dette skal skje senest ett år etter at nytt kommunestyre er konstituert, det vil si i 2016. Statens helsetilsyns landsomfattende tilsyn med folkehelsearbeidet i kommunene tok hensyn til denne framdriften ved å legge vekten på om kommunene var *i gang med* et løpende oversiktsarbeid. Folkehelse skal inngå i de nasjonale forventningene til regional og lokal planlegging som Kommunal- og moderniseringsdepartementet formidler til kommuner og fylkeskommuner.

Departementet understreker at folkehelseloven er i en implementeringsfase, og at det ikke kan forventes at kommunene har innarbeidet et systematisk folkehelsearbeid (oversikt – plan – tiltak – evaluering) i denne perioden.

6.5.2 Styringsmål og styringsinformasjon

Det er etablert et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken som innebærer å overvåke folkehelsetilstanden og identifisere utfordringer, utvikle mål og strategier gjennom melding til Stortinget og forventninger til kommunesektoren, og iverksette tiltak samt evaluere og rapportere på aktivitet og måloppnåelse.⁵¹ En folkehelsepolitisk melding skal fremmes for Stortinget hvert fjerde år.

Helse- og omsorgsdepartementet pålegger i sin styring statlige helsemyndigheter å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid med kunnskap. Departementet understreker at de statlige aktørene skal understøtte et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.



Folkehelsearbeidet må samordnes på tvers av sektorer for å være effektivt.

Kilde: Colourbox

51) Meld. St. 34 (2012–2013): *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Det framgår av budsjettproposisjonen for 2013 for Helse- og omsorgsdepartementet at fylkesmennene skal følge med på hvordan kommunene følger opp folkehelseloven, inkludert fastsetting av mål og strategier for folkehelsearbeid som en del av kommune- og fylkesplanene og annet planverk. Gjennom råd, veiledning og tilsyn skal fylkesmennene bidra til at alle kommuner og fylkeskommuner får på plass oversikt over sine folkehelseutfordringer etter loven. Disse oversiktene skal blant annet gi grunnlag for planstrategiene som skal foreligge i 2016. Dette budskapet blir også gjentatt i tildelingsbrevet for 2014 fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til fylkesmannsembetene.

Blant de langsiktige målene som presenteres i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2012–2013, er *et sterkere lokalt folkehelsearbeid der folkehelseutfordringer er forankret og prioritert i det regionale og kommunale plan- og beslutningssystemet, samt tryggere og mer helsefremmende miljøer. Reduserte sosiale helseforskjeller* nevnes som en langsiktig målsetting for alle årene 2012–2014.

Det er bare for målet om forankring i plan- og beslutningssystemet det er utarbeidet styringsparametere.⁵² De øvrige styringsparameterne knytter seg i all hovedsak til langsiktige mål som angår levevanetemaer (fysisk aktivitet, kosthold, tobakksbruk mv.).

Fylkesmennene ble i 2012 bedt om å rapportere andelen kommuner som har fastsatt en folkehelsepolitikk (mål og strategier) i planer etter plan- og bygningsloven. En oppsummering av denne rapporteringen kom i april 2013. Det framgår her at det ikke var mulig å oppsummere andelen av kommuner som har fastsatt mål og strategier. Dette forklares delvis med at enkelte embeter ikke har framskaffet informasjon om eller har oppgitt dette, og delvis av variasjoner når det gjelder kvantifisering.

I årsrapporten til Helsedirektoratet for 2013 vises det til at det vil foreligge informasjon om forankring av folkehelse i kommunale planer gjennom KOSTRA-rapporteringen for 2013. Denne rapporteringen viser at få kommuner har svart på om de har folkehelse i plan. Bare 30 kommuner oppgir at de har gjeldende plan som fokuserer på folkehelse, 78 svarer at de ikke har det, og 320 kommuner har ikke rapportert på dette. Selv om KOSTRA-rapporteringen foreløpig har gitt lite informasjon, mener Helse- og omsorgsdepartementet at det vil bli en viktig kilde etter hvert.

Helsedirektoratet skriver i årsrapporten for 2013 at det ikke har oppdatert informasjon om kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det landsomfattende tilsynet med oversiktsarbeidet vil gi informasjon om hvor langt arbeidet har kommet i kommunene. Opplysninger om oversiktsarbeidet vil også inngå i KOSTRA-rapporteringen for 2014.⁵³

Helsedirektoratet skriver videre i årsrapporten for 2013 at de langsiktige målene gjør det krevende å vurdere hvorvidt resultater på folkehelseområdet er nådd. I vedlegg til Dokument 3:3 (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet* viser departementet til at det er metodisk komplisert og ressurskrevende å forsøke å måle i hvilken utstrekning Helsedirektoratets aktiviteter påvirker folkehelsen, og at det vil være for ressurskrevende å forsøke å innføre et årlig rapporterings- eller målesystem der det tas sikte på å angi overordnede effekter av direktoratets aktiviteter. Departementet ser at det kan være et behov for å få et bedre bilde av hvilken effekt direktoratets tiltak og produkter har for folkehelsen.

52) Styringsparametere beskriver direkte eller indirekte i hvilken grad virksomheten når sine mål i en gitt periode (eksempelvis et budsjettår). Styringsparametere kan være en kvantitativ størrelse eller resultatet av en kvalitativ vurdering. Kilde: Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten. DFØ 2006.

53) Statistisk sentralbyrå (2014): KOSTRA. Arbeidsgrupperapporter 2014. Notater 2014/30.

Helse- og omsorgsdepartementet erkjenner i intervju at det har vært lite rapportering om hvordan folkehelse er ivaretatt i regionale og lokale planer så langt. Kunnskapen om folkehelsearbeidet i kommunene er i hovedsak basert på evalueringsrapporter fra NIBR, samt dialog med Helsedirektoratet og folkehelserådgivere hos fylkeskommunen og fylkesmennene. Høsten 2011 ble det på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av kommunenes og fylkeskommunenes arbeid som omhandlet både organisering, ressursbruk, oversikts- og planarbeidet og tiltaksutforming i regi av NIBR.⁵⁴ I 2014 har NIBR gjennomført en ny undersøkelse om folkehelsearbeidet i kommunene.⁵⁵

Departementet har så langt lagt vekt på *oversiktsarbeidet* i kommuner og fylkeskommuner. Dette begrunnes med at oversikten er et fundament for at det videre folkehelsearbeidet skal bli systematisk og kunnskapsbasert. Plan og tiltak er ifølge departementet områder som må prioriteres i neste runde.

Når det gjelder arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, er det, utover henvisninger til det nasjonale målet, ikke gitt noen føringer på dette prioriterte området i nasjonale mål og prioriteringer eller i embetsoppdragene⁵⁶ til fylkesmannsembetene i perioden 2012–2014.

Siden 2009 har imidlertid Helsedirektoratet gitt ut en årlig rapport som viser utviklingen i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Rapporten inneholder et sett indikatorer som gjør det mulig å følge med innenfor en rekke samfunnssektorer. Indikatorene er utviklet med utgangspunkt i de målene som er satt i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Ifølge direktoratet var det vanskelig å finne indikatorer på sosial fordeling innenfor flere målområder ut fra den statistikken som forelå.⁵⁷ Helsedirektoratets rapport for 2012⁵⁸ gir begrenset informasjon om hvordan arbeidet med å utjevne sosiale forskjeller er ivaretatt i det lokale og regionale folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet har ifølge Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å delta i arbeidet med å etablere mål og indikatorer for å følge opp folkehelsearbeidet, basert på blant annet rapporteringen fra arbeidet med å utjevne helseforskjeller.

Departementet har gitt midler til å opprette et toårig læringsnettverk om forebygging av sosiale ulikheter, barn og unges problemer med mestring og lettere psykiske problemer, og frafall i videregående skole. KS skal fra 2014 tilrettelegge og drifte dette nettverket og sørge for at gode erfaringer samles og formidles til kommunene. I mars 2015 la Helse- og omsorgsdepartementet fram en ny folkehelsemelding, Meld. St.19 (2014–2015) *Mestring og muligheter*. Som grunnlag for denne meldingen, har Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om status i folkehelsearbeidet i Norge med råd og anbefalinger for å videreutvikle arbeidet.⁵⁹ Folkehelseinstituttet har utarbeidet en rapport om den nasjonale helsetilstanden og påvirkningsfaktorer.⁶⁰

54) Helgesen M. og Hofstad H (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baseline-undersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13.

55) Helgesen, M., Hofstad, H. og Schou, A. (2014): *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner*. NIBR-rapport 2014:21.

56) Under punktene oppdrag, resultatkrav og rapportering.

57) Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. IS-2203.

58) Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2012. Helsedirektoratet IS-2075.

59) Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Rapport IS-2203.

60) Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014): *Folkehelse rapporten 2014*.

Prioriteringer

Kommunenes innsats er avgjørende for å nå de nasjonale målene for folkehelsen. Helse- og omsorgsdepartementet må overfor kommunene foreta en avveining mellom de nasjonale hensynene som kan begrunne statlig styring, og de hensynene som begrunner lokal handlefrihet i folkehelsearbeidet.⁶¹ Kommunal autonomi veier ifølge Helse- og omsorgsdepartementet tungt, og departementet understreker hvor viktig det er å gi kommunene reell myndighet og handlingsrom til å velge gode løsninger som er tilpasset lokale forhold. Det er derfor opp til den enkelte kommune å foreta egne prioriteringer i folkehelsearbeidet basert på de lokale utfordringene og vurdering av egne ressurser, og planlegge og gjennomføre tiltak ut fra dette.

Bredden i hvilke faktorer som påvirker helse, kan være utfordrende å håndtere i praksis, og undersøkelser har vist at kommunene strever med mangfoldet og bredden i folkehelsearbeidet.⁶² I intervju med et fylkesmannsembete ble det uttrykt at "alle" er positive til folkehelse, og at budskapet var lett å omfavne i lokal og sentral politikk. Én kommune uttrykker at folkehelsefeltet kan virke noe utydelig og diffust, og at dette kan gi det lavere prestisje. En annen kommune erfarer at bredden gjør det vanskelig å gripe helheten og få til en felles forståelse for hva folkehelsearbeid innebærer på tvers av sektorer. Det beskrives som en generell utfordring at folkehelsefeltet er lite målbart, og at virkningene må ses over lang tid.

I spørreundersøkelsen sier et stort flertall av kommunene (79 prosent) seg helt eller delvis enig i at de har behov for klarere nasjonale føringer for å få til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Som nevnt i punkt 6.2., gir mange også uttrykk for at de har behov for retningslinjer/veiledere fra Helsedirektoratet som konkretiserer hva som ligger i godt folkehelsearbeid.

6.5.3 Styring og samarbeid på tvers av sektorer

Folkehelsearbeidet må involvere flere sektorer for å være effektivt, samtidig som departementer og virksomheter er sektororienterte. Så langt er kravet til å bidra i det brede oversiktsarbeidet hovedsakelig forankret i helselovgivningen.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til verktøy til helsekonsekvensutredning som skal videreutvikles i samarbeid med kommuner i Østfold. Dette skal synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak i ulike sektorer kan påvirke befolkningens helse og fordelingen av denne.

I undersøkelsen blant kommuner og fylkeskommuner peker flere på at det er utfordringer i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på statlig nivå som får konsekvenser for arbeidet i kommunesektoren. Staten oppleves som svært sektorisert. Helsemyndighetene er pådriver for store deler av arbeidet, mens andre departementsområder oppleves som mindre aktive. Som eksempel nevnes Kunnskapsdepartementet, som flere kommuner mener har viktige virkemidler på folkehelseområdet, men som i mindre grad synliggjør dette i sine føringer. Flere oppgir også at Helsedirektoratet kommer med signaler for folkehelsearbeidet, uten at andre direktorater følger opp med tilsvarende signaler nedover i forvaltningen på sine sektorområder. Flere fylkesmannsembeter har framhevet at dette kan være en utfordring for arbeidet med folkehelse i fylkesmannsembetet. Det kan være krevende å få andre sektorer i embetet til å ta del i målsettingene innenfor folkehelse, så lenge dette ikke gjenspeiles i embetsoppdragene på ulike sektorer.

61) Prop 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

62) Hofstad, H. (2014): *Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger* i Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. IS-2203.

En undersøkelse gjennomført av Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) viser blant annet at departementene selv mener de i liten grad bruker tildelingsbrevene til å stille samordnede mål- og resultatkrav til underliggende virksomheter i spørsmål som krever sektorovergripende svar.⁶³ Riksrevisjonen har gjennomgått tildelingsbrev til et utvalg direktorater som alle har samfunnsoppdrag som er relevante for folkehelsen. Gjennomgangen viser at folkehelseperspektivet i varierende grad inngår i disse tildelingsbrevene for årene 2012–2014. Det finnes få eksempler på føringer som har en uttrykt folkehelsemessig begrunnelse, og det er i varierende grad gjort koblinger til konsekvenser for befolkningens helse. Selv om tildelingsbrevene inneholder flere sektortiltak som kan virke helsefremmende, er det vanskelig å si at disse er synliggjort og inngår som en del av et *systematisk* folkehelsearbeid.

I intervju oppgir både Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet at de i stor grad samarbeider med andre sektormyndigheter. Departementet forsøker å gi likelydende styringssignaler på tvers nedover i de ulike sektorene, men erkjenner at dette er et utfordrende arbeid som krever samordning på tvers av flere departementer, og som nok ikke fullt ut er reflektert i tildelingsbrevene i dag.

6.5.4 Økonomiske virkemidler

Folkehelseloven er en del av samhandlingsreformen, og i intervju uttrykker Helse- og omsorgsdepartementet at reformen ga folkehelseområdet et betydelig løft.

For å sikre en bærekraftig utvikling for helsetjenesten har man med samhandlingsreformen overført behandlingsansvaret for noen pasientgrupper fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dersom ikke kommunene klarer å behandle disse pasientgruppene selv, har de fram til 2015 måttet være med og betale pasientenes behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har et medfinansieringsansvar. Formålet med dette var blant annet å redusere pasientveksten i spesialisthelsetjenesten og å få kommunene til i større grad å vri oppmerksomheten fra behandling til forebygging og tidlig intervensjon. Med samhandlingsreformen fikk kommunene også betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Samhandlingsreformen skal gjøre at kommunene får insentiver til å satse på forebygging og tidlig intervensjon. Kommunene har i tillegg fått tilført midler gjennom rammetilskuddet. I 2010 ble kommunene styrket med 230 mill. kroner i frie midler for å oppfylle folkehelseloven og for å nå målene i folkehelsemeldingen.⁶⁴ Regjeringen varslet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) at en større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene, blant annet for å ivareta behovet for økt forebygging og styrket folkehelsearbeid.⁶⁵

Finansieringssystemet gir ifølge Meld. St. 34 (2012–2013) begrensede insentiver til å prioritere forebyggende arbeid. Som en del av arbeidet med å utvikle folkehelseøkonomiske vurderinger skal Helsedirektoratet ifølge meldingen lage en veileder i folkehelseøkonomi for kommunene. I Prop. 1 S (2012–2013) fra Helse- og omsorgsdepartementet går det fram at det skal settes i gang et arbeid med å vurdere aktuelle økonomiske insitamenter for forebygging. Målet er at det er mest mulig samsvar mellom insitamenter for iverksetting av tiltak og samfunnsøkonomisk nytte. Departementet opplyser i intervju at det ikke vil bli utarbeidet en veileder i folkehelseøkonomi i tradisjonell forstand. Helsedirektoratet har fulgt opp ved å legge ut informasjon om økonomi på nettsiden "Folkehelsekommune – veivisere i lokalt folkehelsearbeid". Veiledningen på denne siden er ifølge departementet i kontinuerlig utvikling, og oppdatert kunnskap og eksempler legges ut etter hvert.

63) Difi-rapport (2014) *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning* 2014:07.

64) Prop. 1 S (2009–2010). Helse- og omsorgsdepartementet.

65) Kommuneproposisjonen for 2012. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter i intervju at de viktigste insentivene går mot individrettet sekundær- og tertiærforebygging som ligger utenfor folkehelsebegrepet. Det er ifølge departementet få økonomiske insentiver som går i retning av det brede, befolkningsrettede folkehelsearbeidet.

Tre av fire kommuner mener at kommuneøkonomien er en utfordring for det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet. Dårlig kommuneøkonomi nevnes også av fylkeskommunene som en av de tre viktigste barrierene for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Én fylkeskommune spør i intervju hvordan det kan sikres at ikke midlene bare går med til dyr behandling innen helsevesenet, men også prioriteres til det forebyggende arbeidet, og mener at det bør finnes en klarere kobling mellom utfordringene og de nasjonaløkonomiske målene.

I punkt 5.3.3 går det fram at mange kommuner mener økonomiske tilskuddsordninger har gjort det mulig å satse på folkehelse tiltak, og at tilskuddsordningene i forholdsvis stor grad styrer deres satsing på folkehelse tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet gir i intervju uttrykk for at merkostnadene ved innføringen av folkehelseloven ikke først og fremst knytter seg til egne, nye tiltak, men i større grad til måten kommunene skal jobbe med folkehelse på. Folkehelse tiltak må ses innenfor rammen av en bred innsats der sektorpolitikken også skal ivareta folkehelseformål. Det er vanskelig å bevilge egne midler til folkehelse – dette er ikke en egen sektor.

Selv om tilskudd kan ha en viktig funksjon og oppmuntre og initiere satsing, mener departementet at tilskuddsmidler aldri vil være svaret på folkehelseutfordringene, og alltid bare vil utgjøre en liten del av det store folkehelsearbeidet.

Faktaboks 3 Forebygging og folkehelsearbeid

Primærforebygging innebærer å styrke helsen og hindre utvikling av sykdom, skade eller lyte. Eksempler på dette er vaksinasjon, ulykkesforebygging og levekårsarbeid.

Sekundærforebygging innebærer å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall. Dette omfatter i) innsats i symptomfri fase (f.eks. screening), ii) innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse (tidlig intervensjon) og iii) innsats i klinisk, symptomgivende fase.

Tertiærforebygging innebærer innsats for å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helse-svikten som foreligger.

Folkehelsearbeidet omfatter primærforebygging og deler av sekundærforebygging. Tertiærforebygging ligger utenfor folkehelsearbeidet.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid. Rundskriv til kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn 1-6/2011.

7 Vurderinger

Flertallet av kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid

Kommunen er den mest sentrale aktøren i folkehelsearbeidet og skal fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene den er tillagt. Et systematisk folkehelsearbeid innebærer, ifølge lov og forskrift, at kommunene skal utarbeide en kunnskapsbasert oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Denne skal legges til grunn for utforming av mål og strategier for folkehelse i planer, og det skal iverksettes tiltak som møter de viktigste utfordringene. Systematikken er avgjørende for å håndtere bredden i folkehelsefeltet og for å oppnå resultater, både lokalt og knyttet til de nasjonale målene om bedre helse og høyere levealder. Undersøkelsen viser at under en firedel av kommunene så langt har utarbeidet en oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorene som påvirker den. Oversikten regnes som fundamentet i det systematiske folkehelsearbeidet. Så lenge denne mangler, er det vanskelig å oppfylle de øvrige kravene til systematikk i arbeidet med folkehelse i planer, tiltak og evalueringer.

Mange kommuner har kommet kort med oversiktsarbeidet

Kommuner og fylkeskommuner skal ha løpende oversikt over folkehelsen, og hvert fjerde år skal de utarbeide et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Mens 24 prosent av kommunene har utarbeidet en oversikt, svarer flertallet at de er i gang med oversiktsarbeidet. 16 prosent har ikke påbegynt arbeidet. Små kommuner ser i gjennomsnitt ut til å ha kommet noe kortere enn større kommuner.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for å hjelpe kommunene med å operasjonalisere og utføre oversiktsarbeidet. Selv om mange kommuner og fylkeskommuner har brukt denne og mener den er nyttig, gir både kommuner og fylkeskommuner uttrykk for at de er usikre på detaljeringsgrad, omfang og hvordan arbeidet best bør legges opp.

Selv om folkehelseloven trådte i kraft 1.1.2012, forventer ikke Helse- og omsorgsdepartementet at oversikten skal være på plass i kommuner og fylkeskommuner før ved tidspunktet for utforming av ny planstrategi. Planstrategien skal foreligge senest i 2016. En stor del av innholdet i folkehelseloven er imidlertid ikke nytt, verken for kommuner eller for fylkeskommuner. Blant annet har kommunehelsetjenesteloven inneholdt krav til oversikt siden 1987, mens helseperspektivet har vært inne i plan- og bygningsloven fra 2008. I lys av dette er det ikke urimelig å forvente at kommunene hadde kommet noe lenger i dette arbeidet.

Folkehelse inngår i varierende grad i kommunale planer

Kommunene skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor.

Undersøkelsen viser at folkehelse i varierende grad inngår i kommunale planer, og at nær 60 prosent av kommunene ikke har drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen. Det er betydelig variasjon mellom kommunene i ulike fylker. Om lag 60 prosent av kommunene mener selv at arbeidet med å inkludere folkehelse i plan er kommet kort. Selv om samarbeidet om folkehelse i større grad enn tidligere omfatter andre sektorer enn bare helse, er det

fortsatt en utfordring å få til folkehelsearbeid på tvers av sektorer. Mange av kommunene har ikke etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelse, og bredden i folkehelsearbeidet kan være krevende å håndtere og gjøre det vanskelig å få til en felles forståelse. Flere kommuner opplever manglende kompetanse på folkehelse i sektorer utenfor helse som en utfordring, og det etterlyses særlig et bedre samarbeid med utdanningssektoren.

Iverksatte tiltak møter ikke alltid de største utfordringene i kommunene

Med folkehelseloven følger en tiltaksplikt for kommunene, og også fylkeskommunene skal fremme folkehelse innen de oppgavene og med de virkemidlene de er tillagt. Stortinget har pekt på det særlige ansvaret som ligger i å utjevne forskjeller som følger av sosiale forhold.

Undersøkelsen viser at mange kommuner har flest tiltak rettet mot levevaner, selv når dette ikke samsvarer med de største utfordringene kommunen har identifisert. For eksempel regner 42 prosent av kommunene levekår og sosial ulikhet blant de største folkehelseutfordringene, mens bare 15 prosent har iverksatt flest tiltak på dette området. Tilsvarende er det under 30 prosent av kommunene som nevner fysisk aktivitet som viktigste utfordring, mens nærmere 80 prosent av kommunene har iverksatt flest tiltak på dette området. Manglende tiltak rettet mot sosial ulikhet kan ha sammenheng med at flere kommuner opplever at det er mer krevende å iverksette tiltak som skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller.

Folkehelsetiltak i kommunene finansieres ofte gjennom tilskuddsordninger som forvaltes av blant annet fylkeskommunen, Fylkesmannen og Helsedirektoratet. Selv om Helse- og omsorgsdepartementet mener tilskuddsmidlene bare utgjør en liten del av det store folkehelsearbeidet, sier nær tre firedeler av kommunene at de er helt eller delvis enig i at tilskuddsordninger ofte styrer valg av folkehelsetiltak i kommunen. Selv om støtten kan virke positivt på den lokale innsatsen, trekker kommunene også fram utfordringer knyttet til ressursbruk og det å videreføre satsingen i ordinær drift etter at tilskuddsordningen avsluttes. Dette innebærer at innretningen av tilskuddsordningene ikke nødvendigvis fremmer et langsiktig folkehelsearbeid lokalt.

Det foreligger ikke nok kunnskap om faktorer som påvirker helse, og om hva som er gode folkehelsetiltak

Folkehelsearbeidet skal være forankret i kunnskap om befolkningens helsetilstand, påvirkningsfaktorer og effekter av forebyggende og helsefremmende tiltak. Helsedirektoratet og Fylkesmannen har viktige pådriverroller for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet og skal gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner. Helsedirektoratet skal også utvikle nasjonale standarder for et godt folkehelsearbeid. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre informasjon tilgjengelig som grunnlag for det lokale og regionale oversiktsarbeidet og utvikle et kompetansemiljø for evaluering av tiltak. Statens helsetilsyn har en viktig rolle når det gjelder tilsyn og har faglig ansvar for det landsomfattende tilsynet med kommunenes oversiktsarbeid som ble gjennomført i 2014.

Undersøkelsen viser at kommuner og fylkeskommuner i hovedsak er fornøyd med støtten de får fra de statlige aktørene på folkehelseområdet, selv om mange fortsatt strever med å innfri kravene knyttet til oversikt, planer, tiltak og evaluering. Mange kommuner har brukt informasjon fra Helsedirektoratet, særlig om oversikt, plan og tiltak, og mener at direktoratet er en viktig pådriver for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Både kommuner og fylkeskommuner mener at de lokale og fylkesvise folkehelseprofilene fra Nasjonalt folkehelseinstitutt er nyttige verktøy i oversiktsarbeidet, og de forventer at nytteverdien vil øke når mer informasjon kommer på plass

og utviklingen kan vurderes over lengre tid. Godt over halvparten av kommunene opplyser at de har mottatt råd og veiledning (inkludert kurs og konferanser) fra Fylkesmannen. Tilsynet, som ble gjennomført av fylkesmannsembetene, vil bidra til økt kunnskap om status for og utfordringer i det lokale oversiktsarbeidet.

Råd og veiledning fra statlige aktører har så langt vært mest knyttet til arbeidet med å etablere oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Likevel opplyser mange fylkeskommuner og kommuner at de mangler kunnskap på sentrale områder som er relevante for folkehelsen, blant annet om helsefremmende faktorer, befolkningens levevaner og sosial fordeling av helse. Dette gjør det krevende å innfri forventningene til oversiktsarbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt bekrefter at det er svakheter i kunnskapsgrunnlaget på folkehelseområdet. Folkehelseinstituttet har begrensede muligheter til å koble opplysninger fra ulike registre til helseanalyseformål, og mangler blant annet hjemmel til å sammenstille data fra helseregistre med opplysninger om sosiodemografiske faktorer i andre registre. Informasjonen i folkehelseprofilen vurderes generelt som mer nyttig for kommunenes oversikt over helsetilstand enn over påvirkningsfaktorer.

Det mangler også kunnskap om hvilke tiltak som er effektive, særlig rettet mot utjevning av sosial ulikhet i helse. Dette gjør arbeidet vanskelig regionalt og lokalt. Nasjonalt folkehelseinstitutt bekrefter at det foreløpig finnes lite kunnskap om effektive folkehelseiltak, og at dette er et område der kommunene trenger mer kunnskap. Eksempler på godt folkehelsearbeid er i noen grad formidlet gjennom publikasjoner fra blant annet Helsedirektoratet og gjennom ulike konferanser og samlinger. Undersøkelsen viser likevel at det er behov for mer forskning og praktisk kunnskap om gode løsninger og arbeidsmetoder som kan hjelpe kommunene i arbeidet, særlig knyttet til oversikt og valg av tiltak som bidrar til bedre folkehelse for alle.

Bare vel en firedel av kommunene svarer at de har brukt informasjon fra Helsedirektoratet knyttet til evaluering av folkehelseiltak. Samtidig er det viktig at kommunene selv bidrar til å bedre kunnskapen om virkninger ved å evaluere egne tiltak. Undersøkelsen viser at hver fjerde kommune ikke har evaluert egne folkehelseiltak.

Folkehelsearbeidet er ikke tilstrekkelig forankret på tvers av sektorer

I folkehelsearbeidet er det viktig at hensynet til befolkningens helse ivaretas på tvers av sektorer. Folkehelseloven bygger på et prinsipp om "helse i alt vi gjør" og at det å fremme helse og livskvalitet er en sentral oppgave på alle forvaltningsnivåer.

Undersøkelsen viser at rundt 40 prosent av kommunene ikke har etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid, og at disse har kommet noe kortere med oversikts- og planarbeidet enn kommuner som har etablert et tverrsektorielt samarbeid. Manglende forankring av folkehelse på tvers av sektorer nevnes som en av de viktigste barrierene for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i fylkene.

Selv om Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet viser til et utstrakt samarbeid om folkehelse både i og utenfor sentralforvaltningen, etterlyser kommuner og fylkeskommuner en bredere tverrsektoriell forankring hos statlige myndigheter. De ønsker at felles føringer for å fremme folkehelsen i større grad formidles nedover i de ulike sektorene, og mener økt ansvarliggjøring av andre sektorer utenfor helse vil tilrettelegge for økt satsing på tvers av sektorer også på lokalt og regionalt nivå. Tildelingsbrev fra departementer til underliggende etater og embetsoppdrag til fylkesmennene nevnes av kommuner og fylkeskommuner som eksempler på virkemidler som i større grad kan benyttes for å gi felles føringer og forankre folkehelse på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. I tildelingsbrev fra et utvalg departementer til

underliggende etater i perioden 2012–2014 er helsehensyn i varierende grad synliggjort og prioritert.

Variierende kapasitet og kompetanse i kommunene er utfordringer for det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet

Et av målene med samhandlingsreformen er å styrke forebygging og legge til rette for en mer bærekraftig utvikling innen helse- og omsorgstjenestene. For å få til en slik utvikling, må folkehelsearbeidet prioriteres høyere og styrkes faglig, også i den enkelte kommune.

Undersøkelsen viser at kommuner og fylkeskommuner i all hovedsak har et positivt syn på kravene til lokalt og regionalt folkehelsearbeid i lov og forskrift. De juridiske virkemidlene har medført at roller og oppgaver har blitt klargjort, og at oppmerksomheten om folkehelsearbeidet har økt i kommuner og fylkeskommuner og i staten. Selv om loven er viktig og ser ut til å ha bidratt til en positiv utvikling, opplever flere kommuner at det er krevende å få til et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet understreker at loven er i en implementeringsfase, og at departementet er villig til å gi kommunene tid.

Bredden i de faktorene som påvirker helse, gjør at mange kommuner opplever folkehelsearbeidet som omfattende og vanskelig å håndtere i praksis. De kommunene som har kommet kort i oversiktsarbeidet, oppgir manglende kapasitet og kompetanse, som viktige årsaker til dette. Undersøkelsen viser at kommunene ønsker klarere nasjonale føringer på folkehelseområdet og retningslinjer som konkretiserer hva som ligger i godt folkehelsearbeid. Tiltakene som iverksettes i kommunene er ofte små og styrt av hvor det finnes tilskuddsmidler, og det kan være krevende å få til en langsiktig satsing.

Det er få økonomiske insentiver som oppmuntrer til å prioritere det brede, befolkningsrettede folkehelsearbeidet, og det vises til at satsing på dette området kan tape for mer kortsiktige problemstillinger. En høyere prioritering av folkehelsearbeidet i kommunene vil kunne føre til en friskere befolkning, og bidra til betydelige besparelser for samfunnet på sikt.

8 Referanseliste

Forskrifter

- Forskrift om reglement for økonomistyring i staten av 12. desember 2003 nr. 1938
- Forskrift om oversikt over folkehelsen av 28. juni 2012 nr. 692.

Lover

- Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008 (plan- og bygningsloven).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 (folkehelseloven).

Stortingsdokumenter

- St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Innst. 212 S (2009–2010) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*
- Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).*
- Innst. 423 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).*
- Prop. 115 S (2010–2011) *Kommuneproposisjonen 2012*
- Prop. 1 S (2011–2012) for Helse- og omsorgsdepartementet
- Innst. 11 S (2011–2012) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2012, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*
- Prop. 1 S (2012–2013) for Helse- og omsorgsdepartementet
- Innst. 11 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2013, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*
- Prop. 146 S (2012–2013) *Kommuneproposisjonen 2014*
- Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.*
- Innst. 478 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar.*
- Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet
- Innst. 11 S (2013–2014) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2014, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*

Rundskriv, veiledere og strategier

- *Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten* (2006). Veileder. Oslo: Direktorat for økonomistyring.
- *Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Rundskriv til kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn fra Helse- og omsorgsdepartementet* (2011). Rundskriv I-6/2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet (2012). Rundskriv IS–1/2012. Oslo: Helsedirektoratet.
- *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner med retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren* (2012). Veileder H–2277 B. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

- *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet (2013). Rundskriv IS-1/2013. Oslo: Helsedirektoratet.
- *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (2013)*. Veileder IS-2110. Oslo: Helsedirektoratet.
- *NCD-strategi 2013–2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (2013)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2014*. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet (2014). Rundskriv IS-1/2014. Oslo: Helsedirektoratet.

Styringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for årene 2012, 2013 og 2014
- Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Nasjonalt folkehelseinstitutt for årene 2012, 2013 og 2014
- Arbeids- og sosialdepartementets tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsdirektoratet for årene 2012, 2013 og 2014
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for årene 2012, 2013 og 2014
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets tildelingsbrev til Integrerings- og mangfoldsdirektoratet for årene 2012, 2013 og 2014
- Kunnskaps- og utdanningsdepartementets tildelingsbrev til Utdanningsdirektoratet for årene 2012, 2013 og 2014
- Årsrapport Fylkesmannen i Oslo og Akershus for årene 2012, 2013 og 2014
- Årsrapport Fylkesmannen i Hedmark for årene 2012, 2013 og 2014
- Årsrapport Fylkesmannen i Nordland for årene 2012, 2013 og 2014
- Embetsoppdrag til Fylkesmannen, Oppgaver under Helse- og omsorgsdepartementet (unntatt tilsynsoppgaver) for 2012, 2013 og 2014
- Fornyings-, administrasjons og kirkedepartementets tildelingsbrev kap. 1510 til fylkesmannsembetene 2012 og 2013
- Kommunal- og moderniseringsdepartementets tildelingsbrev kap. 1510 til fylkesmannsembetene 2014

Rapporter og artikler

- Strand Bjørn Heine og Asbjørn Steiro (2003): *Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993–2000*. Tidsskrift for den norske legeforening 2003; 123:2849-53. Oslo.
- Strand Bjørn H., Else Karin Grøholt, Olöf Anna Steingrimsdóttir, Tony Blakely, Sidsel Graff-Iversen og Øyvind Næss: *Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000* (2010). BMJ 2010;340:c654.
- *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (2010). Rapport IS-1846. Oslo: Helsedirektoratet.
- *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud* (2011). Drøftings- og prosessnotat. Rapport IS-1931. Oslo: Helsedirektoratet.
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K. og Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helgesen K. Marit og Hege Hofstad (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- *Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år 1951–2010 (2012)*. Rapport 2012:4. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2012*. (2013). IS-2075. Oslo: Helsedirektoratet.
- Linda M. Allertsen og Arne Jensen (2014): *Folkehelse i samhandlingens tegn*. Samfunnsspeilet 5/2014.
- Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2014:4 (2014). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Helgesen Marit, Hege Hofstad, Lars Christian Risan, Ingun Stang, Grete E. Rønningen, Catherine Lorentzen (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Schou Arild, Marit K. Helgesen og Hege Hofstad (2014): *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner*. NIBR-rapport 2014:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- *KOSTRA Arbeidsgrupperapporter 2014*. Notater 2014/30. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning* (2014). Difi-rapport 2014:07. Oslo: Direktorat for forvaltning og IKT.
- *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge* (2014). Rapport IS-2203. Oslo: Helsedirektoratet.
- *Ungdata. Nasjonale resultater 2013* (2014). NOVA-rapport 10/14. Oslo: NOVA.
- *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (2014). Rapport IS-2170. Oslo: Helsedirektoratet.

Internettsider

- *Folkehelseprofiler for 2012, 2013 og 2014*. Nasjonalt Folkehelseinstitutts nettsider: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>
- SSB (2013): Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2012. Statistisk Sentralbyrås nettsider: <http://www.ssb.no/helseforhold>
- Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/okonomi-lokalt-folkehelsearbeid>



Bakgrunn og mål for undersøkelsen.
Funn og anbefalinger.



241 344

Trykk: 07 Media 2015

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller og forebygger sykdom. Flere av de store folkesykdommene har sammenheng med livsstil og kan forebygges. Folkehelseloven gir fra 2012 kommunene et klarere ansvar for folkehelse på tvers av sektorer og skal sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig. De statlige aktørene har viktige oppgaver med å understøtte kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt.

Funn og anbefalinger

De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid

- Kun 24 prosent av kommunene har utarbeidet oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker denne.
- Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen.
- Nesten halvparten av kommunene mener at levekår og sosial ulikhet er blant de største folkehelseutfordringene, men bare 15 prosent har iverksatt de fleste av sine tiltak på disse områdene.

Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet

- Et stort flertall av kommunene har behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet.

Arbeidet med folkehelse og folkehelse tiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert

- Kommuner og fylkeskommuner mener det mangler kunnskap på områder som har stor betydning for folkehelsen, blant annet om helsefremmende faktorer, levevaner og sosial fordeling av helse.
- Flere kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som er effektive og kan bidra til å redusere de største lokale folkehelseutfordringene, særlig utjevning av sosiale helseforskjeller.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelse tiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap til og mellom kommunene.

Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse

- Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren. Likevel har 41 prosent av kommunene ikke etablert systematisk samarbeid om folkehelse på tvers av sektorer. Flere kommuner og fylkeskommuner etterlyser mer samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer i staten.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet.



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 52