

MERKNADER TIL FORSKRIFT OM OVERSIKT OVER FOLKEHELSEN

Merknadene er en veiledning for å utdype innholdet i den enkelte bestemmelse.

Merknadene er ikke rettslig bindende, men gir uttrykk for hva departementet har ment da forskriften ble gitt.

Til § 1 Formål

Folkehelseloven stiller krav om at kommuner og fylkeskommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Med oversikt over helsetilstanden i befolkningen menes en oversikt over helse på populasjonsnivå, jf. folkehelseloven § 3 bokstav a.

Forskriften utfyller folkehelselovens bestemmelser om oversiktsarbeid i §§ 5, 21 og 25, og det vises til Prop. 90 L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeid* kapittel 13 og merknader til bestemmelsene i kapittel 22.

Forskriftens formål er å legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. At folkehelsearbeidet drives *systematisk* innebærer at kommuner og fylkeskommuner gjennom sin oversikt over folkehelsen definerer sine ressurser og sine folkehelseutfordringer. Disse skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven, og som grunnlag for tiltak. At oversiktene gir et forsvarlig grunnlag for å identifisere ressurser og folkehelseutfordringer, er nødvendig dersom man skal nå målet om en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder reduserer sosiale helseforskjeller. Videre innebærer betegnelsen systematisk at arbeidet foregår planmessig, og ikke tilfeldig.

At folkehelsearbeidet er *kunnskapsbasert* innebærer at det bygger på faglig anerkjente metoder. Dette innebærer blant annet at folkehelsearbeidet bygger på kunnskap om de faktiske ressurser og folkehelseutfordringer lokalt, på fylkesnivå og nasjonalt.

Oversiktsarbeidet er således en forutsetning for at det øvrige folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert. Helsedirektoratet har i folkehelseloven § 24 fått i oppgave å være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Det sies i Prop. 90 L (2010-2011) side 104 at "*et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse*". Det vil være sammenheng mellom kravene om systematikk og kunnskapsbasis.

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

Til § 2 Virkeområde

Forskriftens virkeområde er kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med å ha oversikt, og Nasjonalt folkehelseinstituttets oppgave med å tilrettelegge og formidle informasjon til kommuner og fylkeskommuner. Forskriften er hjemlet i folkehelseloven §§ 5, 21 og 25 og smittevernloven § 7-11. Øvrige deler av folkehelsearbeidet reguleres direkte i loven, for eksempel forankring i plan, gjennomføring av tiltak og internkontroll med at lovens krav oppfylles.

Forskriften vil ikke gripe inn i regelverk som regulerer innsamling og videre behandling av person- eller helseopplysninger på individnivå, som for eksempel helseregisterloven, personopplysningsloven, helseforskningsloven, smittevernloven m.v. Formålet med oversikter over folkehelsen er å ha kunnskap om helsetilstand og årsaker til sykdom på populasjonsnivå til bruk i folkehelsearbeidet. Det er da ikke relevant eller nødvendig for kommunen og fylkeskommunen i sitt samlede oversiktsdokument (jf. forskriften § 5) å ha opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Etter helseregisterloven § 2 nr. 3 er anonyme opplysninger *”opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson.”*

Til § 3 Oversiktenes innhold

Bestemmelsen angir nærmere innholdet i folkehelseloven §§ 5 og 21 om ”nødvendig oversikt”, og hvilke elementer oversikten skal inneholde. Lovens bestemmelser om hva oversikten skal brukes til har betydning for både form og innhold. Kommunen skal ha nødvendig oversikt over folkehelsen for å kunne ivareta sine oppgaver etter folkehelseloven §§ 1, 4, 6, 7, 9 og 28 på en forsvarlig måte. Tilsvarende skal fylkeskommunen ha nødvendig oversikt for å ivareta sine oppgaver etter folkehelseloven §§ 1, 20 og 21. Folkehelseloven gjør det klart at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar og oversikten må speile det tverrsektorielle perspektivet.

Forskriften § 3 angir de tematiske områder kommunenes og fylkeskommunenes oversikter skal omfatte. Innholdsangivelsen vil kunne være overlappende og vil kunne beskrives på flere måter. At oversikten skal inneholde vurderinger innebærer at informasjon i seg selv ikke er tilstrekkelig, men må relevansvurderes etter lokale forhold. Det vises til at oversikt også omfatter skjønnsvurderinger og erfaringsbasert kunnskap, jf. folkehelseloven § 5 første ledd b og c.

Befolkningens helse påvirkes av et bredt sett av årsaker som spenner fra grunnleggende forhold/bakenforliggende faktorer som påvirker helsen som økonomi og levekår, via miljøfaktorer til helserelatert atferd. For at oversikten skal fungere i forhold til folkehelselovens mål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, er det en forutsetning at også oversikten har et slikt bredt spenn.

Folkehelseloven §§ 5 og 21 benytter begrepet påvirkningsfaktor, og innholdsangivelsen i forskriftens § 3 omfatter både opplysninger om helsetilstand og om påvirkningsfaktorer. I denne forskriften benyttes begrepet ”oversikt over folkehelsen” som samlebegrep.

I tråd med folkehelseloven omfatter begrepet påvirkningsfaktorer både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer. De fleste faktorene som nevnes i forskriften er i utgangspunktet nøytrale. For eksempel vil god tilgang til friområder i nærmiljøet være en helsefremmende faktor/beskyttelsesfaktor for helse, mens fravær av slike områder kan være en risikofaktor.

Oversikten skal inneholde opplysninger om befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Alle kommuner og fylkeskommuner skal ha kunnskap om disse tematiske områdene. Der kunnskap på et mer overordnet nivå gir indikasjon på at man har en spesiell utfordring eller mulighet, kan det være nødvendig å innhente mer kunnskap og foreta en nærmere vurdering.

Med *befolkningssammensetning* menes grunnlagsdata om befolkningen som kan omfatte antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster mv. Slike data er blant annet viktige for å kunne tolke de øvrige opplysningene i oversikten.

Oppvekst og levekårsforhold er nærmere angitt i bestemmelsens annet ledd og omfatter for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Økonomiske forhold kan omfatte andel med høy- og lavinntekt og inntektsforskjeller. Med arbeid menes blant annet tilknytning til arbeidslivet, sykefravær og uføretrygding.

Utdanningsforhold omfatter for eksempel andel med høyere utdanning og frafall fra videregående skole. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser og den muligheter en har til å realisere disse på arenaer som for eksempel skole og arbeid.

Indikatorer for *fysisk, biologisk og kjemisk miljø* kan være drikkevannskvalitet, luftkvalitet, nærmiljø, tilgang til friområder og friluftsområder, sykkelvegnett, antall støyplagede mv. Oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i kommunen etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 kan og bør inkluderes i oversikten og kommer inn under biologiske faktorer. Indikatorer på *sosialt miljø* kan være organisasjonsdeltagelse, valgdeltagelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser mv. Enkelte påvirkningsfaktorer kan klassifiseres under flere tema. Begrepene fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø viser til folkehelseloven kapittel 3 og definisjonen av miljørettet helsevern.

Med *helsereelatert atferd* menes atferd som har vist å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan være for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler. Det kan også omfatte for eksempel risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker.

Opplysninger om *helsetilstand* vil i hovedsak være informasjon om forekomst av forebyggbare sykdommer som psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies og ulykkesskader. Disse helseutfallene har ofte en sammensatt årsakskjede som involverer elementer fra flere av de andre temaene som er beskrevet i bestemmelsen.

Forskriften angir oversiktens innhold ut fra de tematiske områdene som oversiktene skal gi kunnskap om. Den kunnskap som skal inn i oversiktene vil komme fra ulike kilder og ha ulik form. Det følger av folkehelseloven §§ 5 og 21 hvilke kilder kommunen og fylkeskommunen skal basere sin oversikt på.

Oversikten skal gi en faglig vurdering av årsaksforhold og konsekvenser, og identifisere folkehelseutfordringer og ressurser. Oversikten skal gi det faglige grunnlaget for politiske beslutninger og prioriteringer. Med faglighet menes både krav til nødvendig kompetanse til å vurdere årsaker og konsekvenser, og at vurderingene er uavhengige med hensyn til for eksempel politikk og økonomi.

Vurdering av *konsekvenser* innebærer blant annet å bedømme hvor viktig aktuelle forhold eller utfordringer antas å være. I første rekke dreier det seg om å beskrive de menneskelige konsekvensene (hva dette innebærer i helse, sykdom, plagethet mv). Konsekvenser kan også være mer kvantifiserte beregninger av vunnet/tapte leveår i god helse, eller samfunnsøkonomiske kostnader/gevinster over tid.

Med vurdering av *årsaksforhold* menes en vurdering av hvorfor et forhold har oppstått. En slik vurdering vil ta utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som er avdekket. Avdekking av årsaksforhold danner et grunnlag for å kunne rette tiltak inn mot årsakene til et forhold istedenfor å håndtere symptomer. Årsakssammenhenger er ofte sammensatte, med flere nivåer (årsak til årsaker). Folkehelseutfordringer kan relateres til flere ledd i årsakskjeden. Ressurser er spesielt nevnt fordi det er relevant å trekke frem positive forhold som kan styrke folkehelsen.

I vurderingen av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunen og fylkeskommunen være spesielt oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi, (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne.

Kommuner og fylkeskommuner skal vurdere om det er grupper i befolkningen som står overfor spesielle folkehelseutfordringer. Slike utfordringer kan være knyttet til sosial ulikhet i helse, eller enkelte befolkningsgrupper med spesielle behov.

Forskriften presiserer at i kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes. Det kan være aktuelt å innhente erfaringer og kunnskap fra den samiske befolkningen selv som grunnlag både for å vurdere om det er grunn til å anta, og til selve vurderingen av de aktuelle folkehelseutfordringene. Det vil også være aktuelt å innhente erfaringer og kunnskap fra andre kilder som nevnt i folkehelseloven § 5 første ledd og for eksempel forskningsmiljøer som sitter med kunnskap om folkehelsen til den samiske befolkning.

Til § 4 Løpende oversikt

Kommuner og fylkeskommuner skal løpende ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å kunne ivareta sine oppgaver etter loven på en forsvarlig måte. Løpende oversikt er nødvendig i alle faser av folkehelsearbeidet, både planlegging, iverksetting av tiltak og evaluering. Løpende folkehelsearbeid innebærer også å ha oversikt for å kunne håndtere situasjoner som oppstår på en forsvarlig måte. Å vurdere kommunens/fylkeskommunens oversikt i forhold til folkehelseprofilene som kommer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt hvert år, vil være en del av det løpende oversiktsarbeidet. Der det er identifisert spesielle folkehelseutfordringer, vil det å følge med på utviklingen på området være en del av det løpende arbeidet.

Løpende oversiktsarbeid skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er blant annet at løpende oversiktsarbeid ofte vil inngå i eller ha nær sammenheng med ulike typer kommunal/fylkeskommunal planlegging og oppfølging. Det bør unngås at oversiktsarbeid blir en aktivitet som foregår frikoblet fra ordinær virksomhet og planlegging.

Hva som skal dokumenteres og i hvilken form det skal skje vil være en del av kommunens og fylkeskommunens løpende vurdering og vil følge av den generelle virksomhetsstyringen. Dokumentasjonskravet innebærer at kunnskap om hendelser av betydning for folkehelsen vurderes og formidles. Krav om dokumentasjon må vurderes i forhold til risiko, muligheter og sårbarhet. Omfang, hyppighet og form for dokumentasjon vil kunne variere. Hensiktsmessig dokumentasjon for det løpende oversiktsarbeidet kan for eksempel være en logg om luftforurensningsstatus som grunnlag for formidle helseinformasjon til befolkningen, eller godkjenningsstatus for skoler og barnehager som grunnlag for kommunens tilsyn.

Til § 5 Krav om oversiktsdokument hvert fjerde år

Forskriften stiller krav om at det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Dokumentet skal brukes som grunnlag for planlegging og styring for å forankre det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet bør bygge på det løpende oversiktsarbeidet, men ved utarbeidelse av oversiktsdokument forutsettes det en grundig og systematisk informasjonsheving. Det forventes også en helhetlig vurdering av konsekvenser og årsaksforhold, og identifisering av ressurser og folkehelseutfordringer. At dokumentet skal utformes hvert fjerde år, betyr at utviklingstrekk kan komme klarere frem.

For at dette dokumentet skal virke som forutsatt må det foreligge i tide til at det kan inngå som grunnlag for kommunens og fylkeskommunens planstrategi. Formen bør også innrettes slik at den er egnet til å brukes inn i arbeid med planstrategi og øvrige plan- og beslutningsprosesser.

Det er ikke et skarpt skille mellom den løpende oversikt og arbeidet med et samlet oversiktsdokument, da det løpende er et viktig grunnlag for den samlede oversikten og motsatt. Kommunen skal gi informasjon til fylkeskommunen som er relevant for

fylkeskommunens oversiktsdokument og motsatt. Av tidshensyn bør denne utvekslingen av informasjon være en løpende oppgave.

Til § 6 Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

Det finnes mye kunnskap om befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer i sentrale registre som både er relevante og nødvendige for å ha oversikt over folkehelsen.

Bestemmelsen konkretiserer innholdet i Nasjonalt folkehelseinstitutts plikt til å gjøre tilgjengelig opplysninger, jf. folkehelseloven § 25 annet ledd. Nasjonalt folkehelseinstitutt har en koordineringsrolle i forhold til andre etater og institusjoner som har relevant statistikk som bør formidles til kommunesektoren.

Første versjon av folkehelseprofilene ble sendt kommunene og fylkeskommunene i 2012. Profilene og statistikkbanken vil utvikles videre, og er å finne på Nasjonalt folkehelseinstitutts nettsider.

At nasjonal statistikk skal gjøres tilgjengelig gjennom folkehelseprofiler og statistikkbank betyr ikke at kommuner og fylkeskommuner ikke kan innhente ytterligere data selv enten fra sentrale registre eller på annen måte. Det vises for eksempel til at spesialisthelsetjenestens bidrag i folkehelsearbeidet er lovfestet gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a annet ledd. Det fremgår her at de regionale helseforetakene skal sørge for at spesialisthelsetjenesten blant annet bidrar med data og annen kunnskap til kommuner og fylkeskommuner. Dette er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010-2011) kapittel 43.

Til § 7 Fylkeshelseundersøkelser

Fylkesvise folkehelseundersøkelser (fylkeshelseundersøkelser) vil være nyttige kilder til informasjon både for kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med å ha oversikt over folkehelsen. Gjennom folkehelseloven har staten en forpliktelse til å bistå kommunesektoren og legge til rette for folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner. Som et ledd i dette får Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennom forskriften i oppgave legge til rette for samordning av fylkeshelseundersøkelser. I dette ligger en målsetting om å standardisere slike undersøkelser.

Verdien av fylkeshelseundersøkelser vil bli større dersom de kan brukes for å sammenlikne på tvers av fylkeskommuner, mellom kommuner i ulike fylker, og over tid. Dette forutsetter at undersøkelser blir standardiserte når det gjelder innhold og metode. Felles maler for undersøkelsene vil også være ressursbesparende sammenliknet med at hvert enkelt fylke skulle utarbeide disse på egenhånd.

Der fylkeskommunen initierer fylkeshelseundersøkelser som en del av sitt oversiktsarbeid etter folkehelseloven § 21, vil fylkeskommunen være databehandlingsansvarlig. Det følger av personopplysningsloven § 2 nr. 4 og helseregisterloven § 2 nr. 8 at den som bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene er (data)behandlingsansvarlig.

Databehandlingsansvarlig vil kunne delegere gjennomføring og databehandling til en

annen institusjon (databehandler). Der fylkeskommunen ikke selv står for gjennomføring og databehandling, vil kjøp av tjenester måtte vurderes opp mot regelverket om offentlige anskaffelser.

Oppgaven med å legge til rette for standardisering av fylkeshelseundersøkelser legges til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal blant annet å stå bak utforming av maler for innhold og gjennomføring av undersøkelser, og gi råd og veiledning på et generelt nivå. Publisering av data fra helseundersøkelsene kan blant annet skje via KommuneHelse statistikkbank. Analyser av data fra gjennomførte undersøkelser er ikke en del av den oppgaven Nasjonalt folkehelseinstitutt gis i forskriften.

Maler for innhold innebærer for eksempel utforming av spørreskjema med basismodul og eventuelle tilleggsmoduler. Innholdet i spørreskjemaet (basismodul) bør gjenspeile innholdsangivelsen i denne forskriften § 3 og bør ha vekt på temaområder som ikke kan skaffes gjennom registre eller andre datakilder.

Maler for gjennomføring vil være retningslinjer for datainnsamling, prosedyrer for databehandling m.v. En mal for datainnsamling beskriver i grove trekk forløpet i datainnsamlingen fra planlegging av undersøkelsen til og med ferdig datafil. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal samarbeide med fylkeskommuner, Helsedirektoratet og eventuelt andre relevante aktører når det utformes maler for innhold og gjennomføring.

Annet ledd gir ikke en plikt for fylkeskommuner til å benytte malene, men innebærer en forventning om at fylkeskommuner som gjennomfører slike undersøkelser vil benytte dem. Den enkelte fylkeskommune kan i tillegg til basismodul legge til tilleggsspørsmål ut fra egne behov og prioriteringer. Av hensyn til undersøkelsens kvalitet generelt og svarprosent spesielt bør basismodul samt tilleggsspørsmål tilpasses slik at det totale omfanget begrenses.

Når det gjennomføres fylkeshelseundersøkelser krever personvernregelverket (i hovedsak personopplysningsloven, helseregisterloven og helseforskningsloven) at innsamling og videre behandling av opplysninger har et behandlingsgrunnlag i lovverket. Behandling av opplysninger som kan knyttes til enkeltindivider, enten via personidentifiserende kjennetegn som fødselsnummer eller via koblingsnøkkel, forutsetter godkjenning i tråd med personvernregelverket. Dette kan være konsesjon fra Datatilsynet for opprettelse av et register. Dersom de innsamlede opplysningene skal brukes til medisinsk og helsefaglig forskning kreves godkjenning fra en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Til § 8 Informasjon og medvirkning

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

Kunnskap ligger til grunn for medvirkning i folkehelsearbeidet. Forskriften slår derfor fast at oversiktsdokument som utarbeides av kommuner og fylkeskommuner etter § 5 skal være allment tilgjengelig for frivillige organisasjoner og befolkningen. Det samme gjelder for folkehelseprofilene fra Nasjonalt folkehelseinstitutt etter § 6. Slik tilgjengeliggjøring vil ha to funksjoner, for det første vil den kunnskap som ligger i disse dokumentene bli kjent. Videre vil tilgjengeliggjøring legge til rette for medvirkning i det videre folkehelsearbeidet.

Det er viktig at datamaterialet blir presentert på en måte som ikke virker stigmatiserende. Det er derfor viktig å ha en bevissthet omkring hvordan datamaterialet settes sammen og bevissthet på hva slags formuleringer som brukes. Det anbefales at man unngår å lage samleindekser.