

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 13 - 2017

## **FOLKEHELSEARBEID**

EIDSVOLL KOMMUNE

OKTOBER 2017



# INNHold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>SAMMENDRAG</b>                                | <b>5</b>  |
| Formål og problemstillinger                      | 5         |
| Revisjonens oppsummering                         | 6         |
| Koordinering og organisering                     | 6         |
| Oversikt over helsetilstanden                    | 7         |
| Mål og strategier i kommunens planverk           | 8         |
| Samarbeid med frivillig sektor                   | 8         |
| Helseinformasjon                                 | 9         |
| Revisjonens samlede vurdering og konklusjon      | 9         |
| Rådmannens uttalelse til rapporten               | 10        |
| Revisjonens anbefalinger                         | 10        |
| <b>1 Innledning</b>                              | <b>11</b> |
| 1.1 Bakgrunn                                     | 11        |
| 1.2 Formål og problemstillinger                  | 12        |
| 1.3 Avgrensning                                  | 12        |
| 1.4 Kilder til revisjonskriterier                | 13        |
| 1.5 Oppbygging av rapporten                      | 13        |
| <b>2 Gjennomføring og Metode</b>                 | <b>15</b> |
| 2.1 Datagrunnlag                                 | 15        |
| 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet           | 15        |
| <b>3 Koordinering og organisering</b>            | <b>16</b> |
| 3.1 Innledning                                   | 16        |
| 3.2 Revisjonskriterier                           | 16        |
| 3.3 Funn   | 17        |
| 3.3.1 Organisering, ansvars- og oppgavefordeling | 17        |
| 3.3.2 Organisering og koordinering i praksis     | 18        |
| 3.4 Revisjonens vurdering                        | 21        |
| <b>4 Oversikt over helsetilstanden</b>           | <b>23</b> |
| 4.1 Innledning                                   | 23        |
| 4.2 Revisjonskriterier                           | 23        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4.2.1    | Krav til samlet oversikt                                | 24        |
| 4.2.2    | Krav til oversiktens innhold                            | 24        |
| 4.2.3    | Krav til oversiktens kilder                             | 25        |
| 4.3      | Funn  | 26        |
| 4.3.1    | Samlet oversiktsdokument                                | 26        |
| 4.3.2    | Innhold i oversikten                                    | 27        |
| 4.3.3    | Kilder til oversikten                                   | 31        |
| 4.4      | Revisjonens vurdering                                   | 33        |
| <b>5</b> | <b>Mål og strategier i kommunens planverk</b>           | <b>35</b> |
| 5.1      | Innledning  | 35        |
| 5.1.1    | Planstrategi  | 35        |
| 5.1.2    | Mål og strategier i overordnet planverk                 | 36        |
| 5.2      | Funn  | 36        |
| 5.2.1    | Planstrategi  | 36        |
| 5.2.2    | Mål og strategier i overordnet planverk                 | 37        |
| 5.3      | Revisjonens oppsummering                                | 38        |
| <b>6</b> | <b>Samarbeid med frivillig sektor</b>                   | <b>39</b> |
| 6.1      | Revisjonskriterier                                      | 39        |
| 6.2      | Funn  | 40        |
| 6.2.1    | Partnerskapsavtaler                                     | 40        |
| 6.2.2    | Gratis ordninger for leie og bruk av kommunale bygg     | 41        |
| 6.2.3    | Årlige økonomiske tilskudd til kultur- og idrettsformål | 41        |
| 6.2.4    | Lokalt musikkråd og idrettsråd                          | 41        |
| 6.3      | Revisjonens vurdering                                   | 42        |
| <b>7</b> | <b>Helseinformasjon</b>                                 | <b>43</b> |
| 7.1      | Revisjonskriterier                                      | 43        |
| 7.2      | Funn  | 44        |
| 7.2.1    | Friskliv- og mestringssenter                            | 45        |
| 7.2.2    | Helsestasjonstjenester                                  | 45        |
| 7.2.3    | Fastlegene  | 46        |
| 7.3      | Revisjonens vurdering                                   | 46        |
|          | Figurliste  | 47        |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Litteratur og kilder           | 48 |
| Vedlegg Rådmannens høringssvar | 50 |

## SAMMENDRAG

### Formål og problemstillinger

Ny folkehelselov, som trådte i kraft i 2012, gir kommunene et klarere ansvar for folkehelse på tvers av sektorer. Loven angir også en arbeidsform med bestemte prosesskrav som skal sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig.

Det er et krav i folkehelseloven § 5 at kommunen skal utarbeide en oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten spiller en viktig rolle, på flere måter. Den skal danne grunnlaget for fastsettelse av mål og tiltak i folkehelsearbeidet, den skal bidra til å synliggjøre sektoransvar og gjøre folkehelsearbeidet mer effektivt og treffsikkert, og den skal sikre at arbeidet forankres politisk og på tvers av sektorer.

Formålet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad Eidsvoll kommune har et kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Følgende problemstillinger besvares i undersøkelsen:

1. I hvilken grad er folkehelsearbeidet koordinert og forankret på tvers av kommunens sektorer?
2. I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne?
3. På hvilken måte vil kommunen forankre mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet i kommunens planverk?
4. I hvilken grad legger kommunen til rette for samarbeid med frivillig sektor?
5. I hvilken grad gir kommunen informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom?

## Revisjonens oppsummering

### Koordinering og organisering

| Problemstilling 1   | Revisjonskriterier   |
|---|--|
| I hvilken grad er folkehelsearbeidet koordinert, og forankret på tvers av kommunens sektorer? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Det skal være etablert en internkontroll for folkehelsearbeidet som blant annet beskriver organisering og ansvars- og oppgavefordeling i folkehelsearbeidet</li> <li>➔ Folkehelsearbeidet bør være koordinert på overordnet nivå i kommunen.</li> <li>➔ Folkehelsearbeidet bør forankres på tvers av sektorer.</li> </ul> |

Det i undersøkelsen lagt til grunn at folkehelsearbeidet bør være koordinert på overordnet nivå i kommunen og forankret på tvers av sektorer. Undersøkelsen viser at det i utgangspunktet er godt lagt til rette for koordinering av folkehelsearbeidet gjennom en egen stilling som folkehelsekoordinator (20 prosent stilling), slik det er anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet. Stillingens plassering i kommunens ledergruppe legger etter revisjonens vurdering også godt til rette for en forankring av folkehelsearbeidet på overordnet nivå i kommunen. Samtidig kan det fremstå som noe uklart hvilke rolle og oppgaver som ligger til stillingen som folkehelsekoordinator.

Arbeidet med utarbeidelse av det lovpålagte oversiktsdokumentet er ifølge utkast til reglement for videre delegering delegert til virksomhet helse og bistand (folkehelsekoordinator). I praksis var det imidlertid planavdelingen i virksomhet kommunal forvaltning som tok på seg hovedansvaret for å utarbeide oversikten og koordinere innspill fra de ulike virksomhetene.

Undersøkelsen viser at Eidsvoll kommune står overfor mange folkehelseutfordringer. Revisjonen vil understreke at en bred tverrsektoriell involvering hvor kommunen tar i bruk sin samlede kompetanse og tilgjengelige virkemidler i alle sektorer, er avgjørende for å lykkes med et godt folkehelsearbeid.

Undersøkelsen viser at flere av kommunens øvrige tjenesteområder bidro med innspill og kommentarer i arbeidet med å utarbeide oversikten over helsetilstanden i kommunen. Etter revisjonens vurdering er det likevel et potensiale for at kommunens ulike tjenesteområder involveres mer systematisk det videre oversiktsarbeidet. Det er også revisjonens vurdering at det er et potensiale for i større grad å involvere kommunens helse- og omsorgstjenester dette arbeidet, herunder kommuneoverlegen. Revisjonen vil i den sammenheng peke på at folkehelseloven § 27 forutsetter samfunnsmedisinsk kompetanse og rådgivning for å ivareta kommunens folkehelsearbeid. Det er også grunn til å peke på at kommunens helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 er pålagt å bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstanden.

Folkehelseloven § 30 inneholder en bestemmelse om internkontroll. Det er i undersøkelsen lagt til grunn at internkontrollen blant annet bør beskrive organisering og ansvars- og oppgavefordeling i folkehelsearbeidet. Undersøkelsen viser at internkontrollen på folkehelseområdet er under arbeid, men ikke slutført. Det er startet et arbeid med å utarbeide oversikt over ansvar og oppgaver på området. Det er også laget et utkast til administrativ delegering. Revisjonen mener det er viktig at kommunen slutfører arbeidet med internkontroll for folkehelsearbeidet, som tydeliggjør ansvars- og oppgavefordelingen på området og bidrar til å sikre etterlevelse av krav i lov og forskrift.

### **Oversikt over helsetilstanden**

| Problemstilling 2   | Revisjonskriterier  |
|---|---|
| I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som påvirker denne? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal foreligge ved oppstart av planarbeidet</li> <li>➔ Oversikten skal tilfredsstillende krav til innhold fastsatt i forskrift om oversikt over folkehelsen</li> <li>➔ Oversikten skal baseres på minimumskrav i lov og forskrift til bruk av kilder.</li> </ul> |

Undersøkelsen viser at kommunen har oppfylt folkehelselovens krav om at det skal utarbeides et eget oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker denne. Undersøkelsen viser samtidig at dokumentet ikke forelå ved oppstart av kommunens arbeid med planstrategi, slik folkehelseloven krever, men ble vedtatt nesten ett år etter kommunestyrets behandling av planstrategi for 2016-2019.

Det er forventet at oversikten over helsetilstanden inneholder informasjon om bestemte temaer og samfunnsområder. Undersøkelsen viser at kommunens oversiktsdokument i all hovedsak tilfredsstillende forskriftsfestede krav om innhold. Det er også en forventning om at kommunen skal vurdere årsaker til helsetilstanden på ulike områder og mulige konsekvenser. Revisjonen vurderer at dette kravet i liten grad er oppfylt.

Undersøkelsen viser videre at oversiktsdokumentet i all hovedsak er basert på forskriftsfestede krav til bruk av kilder, men da først og fremst statlige og fylkeskommunale kilder og i mindre grad lokale kilder, som f.eks. informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Revisjonen vil peke på at en tettere og mer systematisk involvering av kommunens egne tjenester i folkehelsearbeidet, herunder kommuneoverlege og helse- og omsorgstjenester, vil kunne bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om lokale forhold. Dette kan etter revisjonens vurdering også gjøre det



enkler å identifisere årsaker til og konsekvenser av ulike folkehelseutfordringer i kommunen, noe som igjen er viktig for å sikre effektive og målrettede tiltak.

Revisjonen er innforstått med at det kan være krevende å fremskaffe lokal statistikk. Kommunen peker selv på at det på mange områder heller ikke finnes informasjon om Eidsvoll kommune i nasjonale statistikker. Revisjonen ser positivt på at Eidsvoll kommune planlegger å styrke arbeidet på dette området, blant annet gjennom deltagelse i Ungdata-undersøkelsen.

### **Mål og strategier i kommunens planverk**

*Problemstilling 3: På hvilken måte vil kommunen forankre mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet i kommunens planverk?*

Undersøkelsen viser at kommunens planstrategi ikke er basert på oversiktsdokumentet over helsetilstanden, som forelå i etterkant av at strategien ble vedtatt. Planstrategien omhandler likevel folkehelseutfordringer, men da basert på folkehelsestrategien fra 2014 og enkelte andre kilder.

Opplegget for det videre planarbeidet, herunder forankring av mål for folkehelsearbeidet, var pr. juni 2017 ikke endelig fastsatt. Undersøkelsen viser imidlertid at kommunen allerede har etablert en egen administrativ folkehelsegruppe, som skal følge opp arbeidet med å utforme overordnede mål og strategier for kommunens folkehelsearbeid.

### **Samarbeid med frivillig sektor**

| Problemstilling 4  | Revisjonskriterier  |
|--|---|
| I hvilken grad legger kommunen til rette for samarbeid med frivillig sektor? | ➔ Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. |

Revisjonens er innforstått med at omfanget av kommunens samarbeid med frivillig sektor, og hvordan samarbeidet tilrettelegges, må kommunen selv ta stilling til ut fra lokale hensyn og behov.

Undersøkelsen viser at kommunen legger til rette for samarbeid med frivillig sektor på mange måter, også med et folkehelseperspektiv. Undersøkelsen viser også at det er etablert flere ordninger og arenaer for samarbeid og dialog. Det vurderes som positivt at kommunen har tatt i bruk partnerskapsavtaler med lag og foreninger, slik det ble anbefalt i forslaget til ny folkehelselov.

**Helseinformasjon**

| Problemstilling 5  | Revisjonskriterier   |
|--|--|
| I hvilken grad gir kommunen informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen og den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom | ➔ Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen og den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. |

Kommunen gir informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen og den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Fastlegene, helsestasjon og friskliv- og mestringssenteret er viktige tjenester i den sammenheng. Her vil informasjon om helse skje som en naturlig del av kontakten med den enkelte bruker og pasient.

Undersøkelsen viser at kommunen informerer bredt til befolkningen om ulike tiltak og tilbud som kan bidra til å styrke folkehelsen, blant annet på kommunens hjemmeside. Det er etter revisjonens vurdering også grunn til å se positivt på tilbudene om støtte til livsstilsendringer som gis gjennom kommunens Friskliv- og mestringssenter. Det er også positivt at kommunen har jobbet aktivt opp mot fastlegene for å informere om dette tilbudet og viktigheten av å henvise til senteret. Kommunen peker selv på at det kan være utfordrende å nå enkelte befolkningsgrupper med informasjon om frisklivssenteret og tilbudet der, som til ungdom og familier med et overvektsproblem. Revisjonen mener det er viktig at informasjon om tilbudet på frisklivssenteret også når disse gruppene.

Undersøkelsen viser at ansvaret for helseopplysning er delegert til virksomhet for helse og bistand. Revisjonen mener at det er viktig at kommunen også tydeliggjør hvilke andre tjenester og virksomheter som har et ansvar for helseopplysning.

**Revisjonens samlede vurdering og konklusjon**

Eidsvoll kommunes egen kartlegging av helsetilstanden viser at det er til dels betydelige folkehelseutfordringer i kommunen. Etter revisjonens vurdering kan dette gi grunn til en forsterket innsats i folkehelsearbeidet fra kommunens side.

Undersøkelsen viser at det er utarbeidet en oversikt over helsetilstanden i kommunen som i det alt vesentlige ivaretar krav i lov og forskrift til innhold og kildebruk. Dette gir etter revisjonens vurdering et godt utgangspunkt for et folkehelsearbeid som er kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig.

Etter revisjonens vurdering viser undersøkelsen samtidig at det er et potensiale for at kommunens ulike tjenesteområder involveres mer systematisk i folkehelsearbeidet. Dette vil kunne bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om lokale forhold med betydning for folkehelsen, og også kunne gjøre det lettere å identifisere årsaker til og konsekvenser av ulike folkehelseutfordringer i kommunen. Det

er etter revisjonens vurdering særlig viktig at folkehelsearbeidet får en tydelig forankring hos folkehelsekoordinator, kommuneoverlege og kommunens helse- og omsorgstjenester.

### Rådmannens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvaret er mottatt 30.10.2017 og er i sin helhet vedlagt rapporten.

Det pekes i svarbrevet på behov for enkelte tillegg og presiseringer i rapportens faktagrunnlag. Dette har revisjonen tatt hensyn til. Det pekes videre på at «Utkast til reglement for videredelegering» som ble forelagt revisjonen, var et utkast som ble ferdigstilt og endret sensommeren 2017. De endringer som ble gjort vil ifølge kommunen sikre en bred tverrfaglig forankring av ansvaret for det kommunale folkehelsearbeidet.

Det vises i svarbrevet også til at den rollen kommuneoverlegen har hatt i folkehelsearbeidet skyldes ekstraordinære forhold det siste 1 ½ året, og således ikke er representativ for hvordan kommunen vanligvis organiserer arbeidet.

### Revisjonens anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen blir revisjonens anbefalinger:

1. Kommunen bør ferdigstille arbeidet med å etablere en internkontroll for folkehelsearbeidet.
2. Kommunen bør sikre at folkehelsearbeidet forankres i alle kommunens sektorer.
3. Kommunen bør sikre at mål og tiltak for folkehelsearbeidet svarer på de folkehelseutfordringer som er identifisert i oversiktsdokumentet.

Jessheim, 31.10.2017



Oddny Ruud Nordvik  
avdelingsleder forvaltningsrevisjon  
og selskapskontroll



Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
prosjektleder forvaltningsrevisjon

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Eidsvoll bestilte i møte 12.12.2016 (sak 53/16) en prosjektplan for en forvaltningsrevisjon av Eidsvoll kommunes folkehelsearbeid. Kontrollutvalget vedtok planen i møte 13.02.17 (sak 53/16). Undersøkelsen er gjennomført i perioden mai 2017 til september 2017.

Kommunens ansvar for folkehelsearbeid er regulert i lov om folkehelsearbeid (Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)). Loven trådte i kraft 1. januar 2012 og er en del av Samhandlingsreformen. Loven bygger på og er samordnet med plan- og bygningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, rundskriv 1-6/2011). I folkehelselovens formålsparagraf (§ 1) heter det:

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

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

Med en samfunnsutvikling som «fremmer folkehelse» tydeliggjøres det som er målet med loven; det å gjøre noe med de ulike faktorene i samfunnet som kan ha innvirkning på folkehelsen. Dette er kommunen pålagt å gjøre gjennom å bruke de virkemidler den har til rådighet, samtidig som folkehelseperspektivet skal inngå i planlegging og lokal samfunnsutvikling.

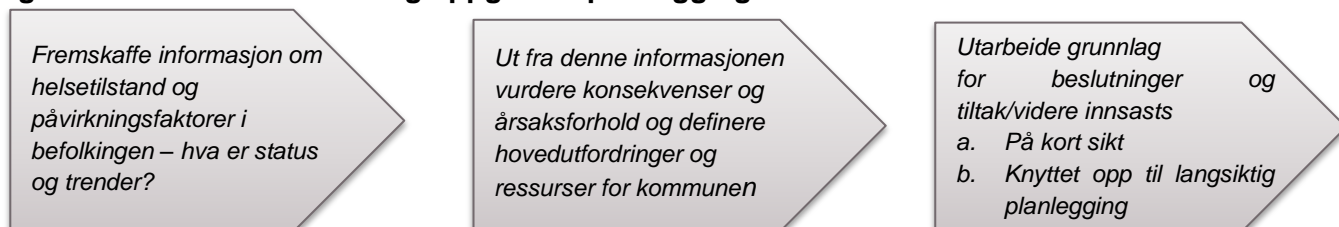
Det forventes at kommunen tar hensyn til de ulike påvirkningsfaktorene i hele sin virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, i tråd med prinsippet om «helse i alt vi gjør». For å lykkes med dette forutsettes en bred, tverrsektoriell innsats hvor alle kommunens sektorer bidrar. For å sikre en bred innsats, er ansvaret for folkehelsearbeidet lagt til kommunen som sådan og ikke som tidligere, til helsetjenesten. Derfor skal også mål og strategier for folkehelsearbeidet behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen (Prop. 90 L (2010-2011), s. 120)).

Folkehelseloven angir en arbeidsform med bestemte prosesskrav som skal sikre at folkehelsearbeidet blir *systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig*. Med «systematisk» menes at kommunen gjennom sin oversikt over folkehelsen definerer sine ressurser og sine folkehelseutfordringer og at arbeidet foregår planmessig og ikke tilfeldig. Med «kunnskapsbasert» menes at oversiktsarbeidet bygger på faglig anerkjente metoder (Gyldendal rettsdata, note 19 til folkehelseloven § 5). Det kreves at kommunen har oversikt over helsetilstanden til befolkningen og de faktorer som påvirker denne. Oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer skal dernest

ligge til grunn for arbeidet med kommunens planstrategi og videre danne grunnlag for fastsetting av mål og strategier gjennom kommuneplanarbeidet.

Kommunens ansvar og oppgaver i planleggingen av folkehelsearbeidet kan illustreres ved hjelp av følgende figur:

**Figur 1 Kommunens ansvar og oppgaver i planleggingen**



Kilde: Helsedirektoratet 2013

## 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere i hvilken grad Eidsvoll kommune har et kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Kontrollutvalget vedtok i møtet 13.02.17 (sak 2/17) følgende problemstillinger:

6. I hvilken grad er folkehelsearbeidet koordinert og forankret på tvers av kommunens sektorer?
7. I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne?
8. På hvilken måte vil kommunen forankre mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet i kommunens planverk?
9. I hvilken grad legger kommunen til rette for samarbeid med frivillig sektor?
10. I hvilken grad gir kommunen informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom?

## 1.3 Avgrensning

Folkehelsearbeid er i undersøkelsen avgrenset mot og omhandler ikke kommunens forebyggende og behandlende tjenester på individnivå (Rundskriv I-6/2011, Helse- og omsorgsdepartementet). Forskjellen mellom disse to perspektivene kan illustreres ved hjelp av følgende figur:

Figur 2 Det "store" og det "lille" folkehelsearbeidet



Kilde: Fylkesmannen i Buskerud

Undersøkelsen tar dermed ikke for seg kommunens tjenester innen helse- og omsorgssektoren.

## 1.4 Kilder til revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de normer og krav som stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er med andre ord den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot, og grunnlaget for revisjonens vurderinger. Revisjonskriterier kan utledes fra lover, forskrifter og andre retningslinjer fra nasjonale myndigheter, kommunens egne rutiner og hva som ansees som god forvaltningsskikk på området.

I denne undersøkelsen er kriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov av 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)
- Forskrift 28. juni 2012 nr. 692 om oversikt over folkehelsen
- Rundskriv I-6/2011, Helse- og omsorgsdepartementet
- Veileder IS-2110, Helsedirektoratet 2013

## 1.5 Oppbygging av rapporten

Kapittel to redegjør for undersøkelsens metode og datagrunnlag. I kapittel 3 besvares undersøkelsenes første problemstilling om koordinering og forankring. Deretter følger tre kapitler som hver tar for seg og besvarer de tre neste problemstillingene som omhandler hhv. kommunens oversikt over helsetilstanden i befolkningen, folkehelsemål i kommunens planverk, tilrettelegging for

samarbeid med frivillig sektor og til slutt, kommunens ansvar for helseopplysning. Innledningsvis i hvert kapittel presenteres revisjonskriteriene for problemstillingen, deretter følger en gjennomgang av revisjonens funn og revisjonens vurdering.

Revisjonens samlede vurdering og konklusjon, samt anbefalinger, er presentert i rapportens sammendrag først i rapporten.

## 2 GJENNOMFØRING OG METODE

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 - *Standard for forvaltningsrevisjon* fastsatt av styret i Norges kommunerevisorforbund.

### 2.1 Datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse og intervjuer med ansatte i kommunen med ansvar for folkehelsearbeidet.

Dokumentanalysen omfatter blant annet gjennomgang av kommunens internkontroll når det gjelder deler av folkehelsearbeidet, oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, samarbeidsavtaler, rapporteringer til fylkeskommunen, planer, strategier m.m.

Det er gjennomført intervju med hhv. plansjef, virksomhetsleder helse og bistand, virksomhetsleder kommunal forvaltning og virksomhetsleder kultur. Intervjuene gav utfyllende informasjon om folkehelsearbeidet i kommunen. I tillegg har revisjonen mottatt informasjon fra assisterende rådmann og kultursjef i e-post/brev.

Det ble skrevet referat fra intervjuene og informantene har fått anledning til å korrigere og rette opp eventuelle feil og misforståelser. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

### 2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved nøyaktighet under datainnsamling og databehandling. Gyldighet betegner dataenes relevans med hensyn til å besvare undersøkelsens problemstillinger. Revisjonen mener at dataene som rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger og konklusjoner.



## 3 KOORDINERING OG ORGANISERING

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet besvares undersøkelsens første problemstilling:

I hvilken grad er folkehelsearbeidet koordinert, og forankret på tvers av kommunens sektorer?

Først i kapitlet utledes revisjonskriteriene som kommunens praksis holdes opp mot og som er grunnlaget for revisjonens vurderinger. Deretter presenteres funnene i undersøkelsen og til slutt følger revisjonens vurdering.

### 3.2 Revisjonskriterier

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren og folkehelsearbeidet forutsetter derfor en bred, tverrsektoriell innsats. For å sikre dette, er ansvaret for folkehelsearbeidet lagt til kommunen som sådan (både politisk og administrativ ledelse) og ikke som tidligere, til helsetjenesten (folkehelseloven § 4, og merknadene til § 3 i forskrift om folkehelsen).

Det stilles ikke krav til hvordan kommunen organiserer folkehelsearbeidet, utover at kommunen skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse og ansette kommunelege som medisinskfaglig rådgiver (folkehelseloven § 27). I veileder til oversiktsarbeidet pekes det på viktigheten av at arbeidet reflekterer behovet for tverrsektorielle bidrag i folkehelsearbeidet, særlig gjelder dette arbeidet med oversiktsdokumentet hvert fjerde år (Helsedirektoratet 2013). De ulike sektorenes bidrag i folkehelsearbeidet må derfor være godt koordinert.

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at kommunen har en folkehelsekoordinator, men det er ikke et krav i loven (Prop. 90 L, (2010-2011)). Tanken er at en folkehelsekoordinator vil styrke det tverrsektorielle samarbeidet og den politiske forankringen av arbeidet. Helsedirektoratet mener det kan være hensiktsmessig å sette sammen en arbeidsgruppe med deltagelse på tvers av tjenestene i kommunen (Helsedirektoratet 2013). Den organisering som velges må også gi tilstrekkelig forankring i ledelsen og de instanser som arbeider med plan og utvikling (Helsedirektoratet 2013). Kommunens helse- og omsorgstjeneste har etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-3 et spesielt ansvar for å bidra i folkehelsearbeidet.

En undersøkelse gjennomført av Riksrevisjonen (Dokument 3:11, 2014-2015) viser at det varierer hvor oppgaven med å ivareta det tverrsektorielle arbeidet med folkehelsen er plassert. En del kommuner har plassert oppgaven i rådmannens stab, andre til sektor for helse og omsorg. Det vises i undersøkelsen til at *felles forståelse* av folkehelse er avgjørende for å sikre en tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet og for å sørge for felles eierskap til arbeidet. *God kompetanse* og

samarbeid på tvers av sektorer trekkes også frem som viktige suksessfaktorer for en tverrsektoriell forankring.

Folkehelseloven har en egen internkontrollbestemmelse (§ 30). Bestemmelsen bygger på det generelle prinsippet for internkontroll etter kommuneloven § 23 nr. 2 og som innebærer at kommunen har tilstrekkelig styring med etterlevelse av bestemmelsene i folkehelseloven. Dette innebærer blant annet at regelverket er til strekkelig kjent blant de ansatte, at oppgavene er definert, at kommunen har nødvendig kompetanse og at det ellers er rutiner som sikrer at oppgavene ivaretas og svikt unngås (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, s. 33). Dette omfatter også rutiner for å sikre et godt samarbeid mellom kommunens sektorer.

På bakgrunn av redegjørelsen over utledes følgende revisjonskriterier for problemstilling 1:

| Problemstilling 1   | Revisjonskriterier  |
|---|---|
| I hvilken grad er folkehelsearbeidet koordinert, og forankret på tvers av kommunens sektorer? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Det skal være etablert en internkontroll for folkehelsearbeidet som blant annet beskriver organisering og ansvars- og oppgavefordeling i folkehelsearbeidet.</li> <li>➔ Folkehelsearbeidet bør være koordinert på overordnet nivå i kommunen.</li> <li>➔ Folkehelsearbeidet bør forankres på tvers av sektorer.</li> </ul> |

### 3.3 Funn

Problemstillingen er avgrenset til hovedsakelig å gjelde arbeidet med den lovpålagte oversikten over helsetilstanden i kommunen og kommunens ansvar for ivareta den tverrsektorielle innsatsen i dette arbeidet.

#### 3.3.1 Organisering, ansvars- og oppgavefordeling

Revisjonen ba kommunen om en beskrivelse av internkontrollen med hensyn til etterlevelse av kravene i folkehelseloven generelt (jf. § 30 i folkehelseloven) og særlig med fokus på internkontroll når det gjelder arbeidet med oversikten over helsetilstanden hvert fjerde år og ivaretagelse av den tverrsektorielle innsatsen i oversiktsarbeidet.

Assisterende rådmann viser til at internkontroll på folkehelseområdet Folkehelse – ansvar og oppfølging (rutine i kvalitetssystemet TQM under arbeid), er under arbeid og ikke slutført, men at

det er laget en foreløpig oversikt over ansvar og oppgaver. Revisjonen har også mottatt utkast til reglement for videredelegering<sup>1</sup>.

Den foreløpige oversikten over ansvar og oppgaver viser til at den inneholder oversikt over kommunens lovpålagte oppgaver innen folkehelse med eksempler på helsefremmende og forebyggende oppgaver og de tiltak som er rettet mot befolkningen generelt.

Revisjonens gjennomgang av oversikten viser at den inneholder en opplisting av de krav som stilles i lov og forskrift til kommunens folkehelsearbeid og hvordan disse kravene skal følges opp i planer, rapporter og andre dokumenter. Oversikten viser etter hva revisjonen kan se ikke til hvor ansvaret for de ulike oppgavene, f.eks. utarbeidelse av oversikt over helsetilstanden, ligger, hva ansvaret innebærer eller hvilke oppgaver som skal utføres. Det vises imidlertid til at internkontroll etter § 30 i folkehelseloven følges opp av «kommuneoverlege og aktuelle virksomheter».

Utkastet til delegeringsreglement viser at kommunens ansvar for folkehelsearbeid etter § 4 i folkehelseloven er delegert til samtlige av kommunens virksomheter. Dette er i tråd med kravet om at folkehelsearbeidet er lagt til kommunen som sådan. Det er også i tråd med kravet om at kommunen skal «fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting» og kommunens folkehelsestrategi «Helse i alt vi gjør». Ansvaret etter § 4 er også delegert til kommuneoverlegen.

Virksomhet helse og bistand er i tillegg delegert ansvaret for kravene i lovens § 5,6,7,9,26 og 27.

- § 5 omhandler kravet til at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden.
- § 6 omhandler kravene til at oversikten skal inngå som grunnlag i kommunens planstrategi
- § 7 omhandler kravet til å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens utfordringer
- § 9 omhandler delegering av myndighet til å føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen
- § 26 omhandler samarbeid mellom kommuner.
- § 27 omhandler kravet til nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse.

Virksomhet kommunal forvaltning er i tillegg til § 4, også delegert § 6 om mål og planlegging i kommunens planverk.

### **3.3.2 Organisering og koordinering i praksis**

Kommunen har organisert arbeidet med folkehelsen med en folkehelsekoordinator i 20 prosent stilling som deles mellom virksomhetsleder helse og bistand (10 prosent) og kommuneoverlege (10 prosent). Begge stillingene er direkte underlagt rådmannen og begge er en del av kommunens ledergruppe.

---

<sup>1</sup> Reglementet bygger på Eidsvoll kommunes Delegeringsreglement, vedtatt av kommunestyret 4.4.2017, samt Økonomireglementet vedtatt av kommunestyret 09.05.17.

Virksomhetsleder helse og bistand opplyser i intervju med revisjonen at koordinatorstillingen for hennes del består i å koordinere henvendelser som kommer til kommunen vedrørende folkehelse<sup>2</sup>. En annen del av arbeidet omhandler oppfølging av partnerskapsavtalen med fylkeskommunen hvor kommunen årlig mottar 110 000 kr i folkehelsemidler<sup>3</sup>. Som folkehelsekoordinator har hun også som oppgave å delta i kommunens ulike arbeidsgrupper hvor planlegging og utvikling av kommunen er et tema. Virksomhetsleder viser til at kommuneoverlegens oppgaver som folkehelsekoordinator i prinsippet er mye de samme, men at det er i hun som i praksis utfører oppgavene. Oppgavene til stillingen som folkehelsekoordinator er ikke beskrevet i den skriftlige dokumentasjonen revisjonen har mottatt.

Virksomhetsleder opplyser videre at det er vanskelig å ivareta oppgaven som folkehelsekoordinator fullt ut innenfor en stilling på 20 prosent og at en folkehelsekoordinator på heltid ville gjort det enklere å tenke folkehelse i et langsiktig perspektiv. I den årlige rapporteringen til fylkesmannen pekes det på at ressursene er for små til å ha et «aktivt og oppsøkende engasjement» og at det kan være en utfordring å prioritere deltagelse i Fylkesmannens folkehelsemøter. På den annen vises det også til at små ressurser tvinger frem en innsats fra samtlige av lederne i rådmannens ledergruppe (rapportskjema – partnerskap for folkehelse 2015, 2016).

Virksomhetsleder mener at rådmannens ledergruppe er et viktig fora for å sikre kontinuerlig fokus på folkehelsearbeidet. Hun mener folkehelse er høyt på agendaen og at innspill om folkehelse blir lyttet til og tatt hensyn til. Virksomhetsleder understreker imidlertid viktigheten av å holde fokuset på folkehelse «varmt» og ikke glemme at f.eks. drift av veier, bygging av boliger og utvikling av tettsteder har betydning for folkehelsen. Likeledes kan det å fjerne en fotballbane, avvikle skiløypekjøring o.l. få negative konsekvenser for folkehelsen.

Folkehelseloven stiller krav om at det hvert fjerde år skal utarbeides et skriftlig dokument som identifiserer folkehelseutfordringene i kommunen og som vurderer årsaker til og konsekvenser av utfordringene (jf. kapittel 4). Oversikten spiller en viktig rolle for folkehelsearbeidet av flere grunner:

- Den er et viktig grunnlag for å fastsette mål og tiltak for folkehelsearbeidet i kommuneplanen og annet planverk
- Den synliggjør hvilke sektorer som har ansvar for hva og gir grunnlag for å gjøre folkehelsearbeidet mest mulig effektivt og treffsikkert
- Den forankrer folkehelsearbeidet politisk, på tvers av sektorer og som en langsiktig satsning i kommunen

---

<sup>2</sup> Henvendelser kan dreie seg om invitasjon til seminarer, kurs, informasjon/retningslinjer/veiledere fra direktorat og Fylkesmannen, utbygging- og reguleringsplaner fra fylkeskommunen osv.

<sup>3</sup> Dette er midler kommunen fordeler til lag og foreninger til tiltak som fremmer befolkningens helse.

Oppgaven med å utarbeide oversiktsdokumentet er i kommunens utkast til videredelegering delegert til virksomhet helse og bistand. Revisjonen får opplyst at arbeidet med å utarbeide oversiktsdokumentet ble koordinert, og hovedsakelig utarbeidet av, planavdelingen i virksomhet kommunal forvaltning. Leder for planavdelingen viser i intervju til at avdelingens ansvar for kommuneplanen bidro til at avdelingen tok initiativ til, og ansvaret for utarbeidelse av oversiktsdokumentet. Revisjonen opplyses om at det ikke var avsatt egne ressurser til arbeidet med å utarbeide oversikten.

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren og folkehelsearbeidet, inkludert den lovpålagte oversikten over helsetilstanden i befolkningen, forutsetter en bred, tverrsektoriell innsats, jf. kravet i folkehelseovens § 4. De ulike sektorenes bidrag i folkehelsearbeidet generelt og i oversiktsarbeidet spesielt, må derfor være godt koordinert.

Virksomhetsleder for helse og bistand opplyser i intervju at folkehelsearbeidet i kommunen fikk en «kick-start» i forbindelse med KS sine folkehelsenettverkssamlinger i 2015/2016. Her var representanter fra flere av kommunens virksomheter med, blant annet kultur, kommunal forvaltning, familiens hus og helse og bistand, i tillegg til noen politikere<sup>4</sup>. Folkehelsearbeidet fortsatte deretter med en workshop i desember 2015, hvor flere av kommunens virksomheter var representert, blant annet helse og bistand, familiens hus, helsestasjon/forebyggende tjenester og kommunal forvaltning. Formålet med workshopen var å forankre folkehelsearbeidet i de ulike tjenesteområdene og skape en felles forståelse av folkehelsebegrepet. Revisjonen har fått oversendt agendaen for workshopen samt de innspill og synspunkter som fremkom gjennom workshopen. Workshopen hadde følgende temaer på agendaen:

- Begrepet folkehelse
- Krav til kommunene om å ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- Hvordan lykkes med å gjøre folkehelsearbeidet i kommunen helhetlig, strategisk og tverrsektorielt?
- Lokal informasjon om folkehelsen

I workshopen ble det blant annet diskutert hva som var dagens utfordringer i kommunen og utfordringer med å tanke på å nå de mål som settes. Situasjonen i kommunen ble blant annet beskrevet som lite samarbeid på tvers, lav bevissthet og politisk fokus på folkehelse, samt lite ressurser.

---

<sup>4</sup> Det er også flere etablerte samarbeidsfora mellom kommunene på Øvre Romerike i folkehelsearbeidet. Blant annet deltar kommunen i Folkehelsenettverket på øvre Romerike (FØR). Nettverket samarbeider om ulike folkehelseiltak, som f.eks. Verdensdagen for psykisk helse. I tillegg samarbeides det gjennom Helseledernettet på Øvre Romerike. Nettverket tar blant annet opp felles utfordringer og satsningsområder på folkehelseområdet. Kommunen deltar også i Samarbeidsutvalget mellom AHUS og de 21 kommunene i opptaksområdet.

Planavdelingen organiserte det videre arbeidet med oversiktsdokumentet, og gjennomførte 2-3 møter med representanter for det som beskrives som en «arbeidsgruppe» i folkehelsearbeidet. Arbeidsgruppen besto i henhold til rapportering til fylkesmannen i 2017 av representanter fra helse og bistand, familiens hus, skole/barnehage, kultur og kommunal forvaltning. Revisjonen får opplyst at deltagerne i gruppen bidro med innspill og kommentarer underveis i arbeidet med dokumentet. Plansjefen peker imidlertid på at det kunne være en utfordring å «få med folk» i arbeidet. Kommuneoverlegen var etter det revisjonen får opplyst ikke involvert i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Arbeidsgruppen hadde ikke noe formelt mandat, og arbeidet etter det revisjonen får opplyst i liten grad etter styringssignaler eller føringer fra kommunens ledelse. Leder av planavdelingen viser til at assisterende rådmanns deltagelse innledningsvis i arbeidet var forankringen oppover i administrasjonen. Oversikten ble oversendt rådmannen før den gikk til politisk behandling. Oversiktsdokumentet ble videre behandlet politisk i alle politiske råd og utvalg, med en egen temasak i hovedutvalg for helse og omsorg. Dokumentet ble vedtatt av kommunestyret 7.3.2017.

### 3.4 Revisjonens vurdering

Det i undersøkelsen lagt til grunn at folkehelsearbeidet bør være koordinert på overordnet nivå i kommunen og forankret på tvers av sektorer. Undersøkelsen viser at det i utgangspunktet er godt lagt til rette for koordinering av folkehelsearbeidet gjennom en egen stilling som folkehelsekoordinator, slik det er anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet. Stillingens plassering i kommunens ledergruppe legger etter revisjonens vurdering også godt til rette for en forankring av folkehelsearbeidet på overordnet nivå i kommunen. Samtidig kan det fremstå som noe uklart hvilke rolle og oppgaver som ligger til stillingen som folkehelsekoordinator.

Arbeidet med utarbeidelse av det lovpålagte oversiktsdokumentet er ifølge utkast til reglement for videre delegering delegert til virksomhet helse og bistand (folkehelsekoordinator). I praksis var det imidlertid planavdelingen i virksomhet kommunal forvaltning som tok på seg hovedansvaret for å utarbeide oversikten og koordinere innspill fra de ulike virksomhetene.

Undersøkelsen viser at Eidsvoll kommune står overfor mange folkehelseutfordringer. Revisjonen vil understreke at en bred tverrsektoriell involvering hvor kommunen tar i bruk sin samlede kompetanse og tilgjengelige virkemidler i alle sektorer, er avgjørende for å lykkes med et godt folkehelsearbeid.

Undersøkelsen viser at flere av kommunens øvrige tjenesteområder bidro med innspill og kommentarer i arbeidet med å utarbeide oversikten over helsetilstanden i kommunen. Etter revisjonens vurdering er det likevel et potensiale for at kommunens ulike tjenesteområder involveres mer systematisk det videre oversiktsarbeidet. Det er også revisjonens vurdering at det er et potensiale for i større grad å involvere kommunens helse- og omsorgstjenester dette arbeidet, herunder kommuneoverlegen. Revisjonen vil i den sammenheng peke på at folkehelseloven § 27 forutsetter samfunnsmedisinsk kompetanse og rådgivning for å ivareta kommunens folkehelsearbeid. Det er også grunn til å peke på at kommunens helse- og omsorgstjenester etter

helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 er pålagt å bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstanden.

Folkehelseloven § 30 inneholder en bestemmelse om internkontroll. Det er i undersøkelsen lagt til grunn at internkontrollen blant annet bør beskrive organisering og ansvars- og oppgavefordeling i folkehelsearbeidet. Undersøkelsen viser at internkontrollen på folkehelseområdet er under arbeid, men ikke slutført. Det er startet et arbeid med å utarbeide oversikt over ansvar og oppgaver på området. Det er også laget et utkast til administrativ delegering. Revisjonen mener det er viktig at kommunen slutfører arbeidet med internkontroll for folkehelsearbeidet, som tydeliggjør ansvars- og oppgavefordelingen på området og bidrar til å sikre etterlevelse av krav i lov og forskrift.

## 4 OVERSIKT OVER HELSETILSTANDEN

### 4.1 Innledning

I dette kapittelet besvares undersøkelsens andre problemstilling:

I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som påvirker denne?

I første del av kapitlet utledes revisjonskriteriene som kommunens praksis måles opp i mot. Deretter presenteres funn og til slutt i kapitlet revisjonens vurdering.

### 4.2 Revisjonskriterier

Folkehelselovens § 5 krever at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden<sup>5</sup> i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne<sup>6</sup>. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, samt vurdere årsaker til og konsekvenser av utfordringene. Lovkravet er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven §§ 1-4 og 4a-2.

I lovproposisjonen vises det til at oversikten er en forutsetning for å kunne måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av tiltak og for å måle effekt av tiltak (Prop.90 L (2010-2011)). Oversikten bidrar også til å synliggjøre hvilke sektorer som har ansvar for hva, noe som gir grunnlag for å gjøre folkehelsearbeidet mest mulig effektivt og treffsikkert (Ibid, s. 48). Dokumentet er også viktig med tanke på å forankre folkehelsearbeidet politisk, på tvers av sektorer og som en langsiktig satsning i kommunen (Helsedirektoratet 2013). Det stilles krav om at oversikten skal være skriftlig.

Det vises i lovproposisjonen (Prop. 90 L (2010-2011)) videre til at det er viktig at oversikten har en slik form at den er plan- og styringsrelevant, blant annet slik at oversikten kan legges til grunn for den kommunale planstrategien. Dette innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, at konsekvensene er vurdert og årsaksforhold så lang som mulig er kartlagt (Ibid).

---

<sup>5</sup> Med oversikt over helsetilstanden i befolkningen menes en oversikt over helse på populasjonsnivå. Helse på populasjonsnivå kan måles på mange ulike måter, som f.eks. ved mål på dødelighet, forventet levealder, ulike former for sykkelighet som f.eks. muskel- og skjelettlidelser eller diabetes type 2, men også som selvopplevd helse/trivsel eller som fravær av sykdom. Mer indirekte kan det f.eks. måles i form av omfanget av uføretrygd (Prop. 90 L (2010-2011) s. 207; Rundskriv I-6/2011 s. 27).

<sup>6</sup> Med påvirkningsfaktorer menes et bredt spekter av faktorer som påvirker helsen enten negativt eller positivt (Rundskriv I-6/2011 s. 28). I rundskrivet nevnes blant annet levekår som eksempelvis oppvekstforhold eller fattigdom/inntektsforhold, utdanning, arbeid og arbeidsmiljø, boligsosiale forhold og levevaner som alkoholvaner, røyking, fysisk aktivitet og ernæring. Tilgang på gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon er også faktorer som nevnes.



### **4.2.1 Krav til samlet oversikt**

Det følger av forskrift at kommunen skal ha løpende oversikt over folkehelsen og hvert fjerde år utarbeide et samlet oversiktsdokument (forskrift om oversikt over folkehelsen §§ 4 og 5).

Det løpende oversiktsarbeidet skal dokumenteres på en hensiktsmessig måte og som en del av kommunens ordinære virksomhet. Det samlede oversiktsdokumentet skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet, og skal etter § 6 i folkehelseloven inngå i kommunens arbeid med planstrategi. Revisjonen legger til grunn at oversikten skal foreligge som et skriftlig dokument ved oppstart av arbeidet med kommunens planstrategi.

I forslaget til folkehelselov pekes det på at for at arbeidet skal være effektivt forutsettes gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse (Prop.90 L (2010-2011)).

### **4.2.2 Krav til oversiktens innhold**

I forskrift om oversikt over folkehelsen § 3 stilles det som krav at oversikten skal inneholde opplysninger om og vurderinger av følgende områder:

- a. *befolknings sammensetning*
- b. *oppvekst og levekårsforhold*
- c. *fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø*
- d. *skader og ulykker*
- e. *helse relatert atferd og*
- f. *helsetilstand*

Temaene er ment å dekke bredden av forhold som har betydning for befolkningens helse og må ses i sammenheng både med områdene som er listet i folkehelseloven § 7 om folkehelse tiltak og øvrige oppgaver som skal ivaretas etter folkehelseloven (Helsedirektoratet 2013).

Hvilken informasjon som mer detaljert bør legges inn under hvert enkelt område er ikke nærmere definert i lov eller forskrift. Den enkelte kommune må selv ta stilling til hva som er nødvendig detaljnivå og omfang av informasjon innenfor hvert tema. Målet er at kommunen skal ha et bilde av hovedtrekk ved helsetilstanden og påvirkningsfaktorer egnet til å definere folkehelse utfordringer og ressurser (Ibid. s. 10 ). Helsedirektoratet beskriver i en veileder hva lovgiver har ment med de ulike temaene kommunen er påkrevd å innhente opplysninger om og gir eksempler på type informasjon, og kilder til informasjon, som kan være relevant å benytte seg av (Helsedirektoratet 2013).

I tillegg til å redegjøre for status for helsetilstanden i kommunen skal kommunen vurdere årsaker til tilstanden på ulike områder og mulige konsekvenser. I veileder til oversiktsarbeidet (Ibid., s. 12) understrekes at informasjonen kommunen har samlet inn må relevansvurderes opp mot lokale forhold. Vurderingen skal være uavhengig av faktorer som politikk og økonomi (forskrift § 2, merknader). Selv om kommunen kommer godt ut i sammenligninger med andre kommuner, fylket

osv., kan det være at potensialet for forebygging i kommunen likevel er stort (Helsedirektoratet 2013, s.12). I sammenligninger må man derfor vurdere utfordringens totale omfang og forebyggingspotensial.

Både folkehelseloven og forskriften viser til at kommunen særlig skal være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Oversikten skal derfor så langt det lar seg gjøre speile fordelingen av helse i befolkningen slik at man får et bilde av den sosiale fordelingen av en helseutfordring<sup>7</sup> og de faktorer som påvirker helse (Helse- og omsorgsdepartementet, rundskriv I-6/2011 s. 28).

### **4.2.3 Krav til oversiktens kilder**

Folkehelseloven krever at oversikten som et minimum skal baseres på opplysninger og kunnskap fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen (folkehelseloven § 5a, b). Eksempler på slike kilder er folkehelseprofiler<sup>8</sup>, statistikkbank for kommunehelse<sup>9</sup> og Norsk pasientregister. Disse kildene har informasjon om forekomst av sykdom (som f.eks. hjerte-karsykdommer og kols), og skader og ulykker i kommunene. Fylkeskommunen har blant annet informasjon om tannhelse, videregående opplæring og samferdsel. Mange fylkeskommuner gjennomfører også egne folkehelseundersøkelser som kan være nyttig informasjon i kommunens oversiktsarbeid (Helsedirektoratet 2013).

Loven krever videre at oversikten skal baseres på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (folkehelseloven § 5 c). Det siste dreier seg først og fremst om informasjon om mulige folkehelseutfordringer og hva som forårsaker disse, basert på faglige, skjønnsmessige vurderinger eller situasjonsanalyser fra tjenestene. Informasjon fra tjenestene kan finnes i rapporter eller fremskaffes ved møter med tjenestene (Helsedirektoratet 2013). Helsedirektoratet viser i veileder til at også KS kan bidra med nyttig innsikt i arbeidet med oversikten. Det samme kan ulike former for befolkningsundersøkelser som f.eks. Ungdata<sup>10</sup> (Ibid).

---

<sup>7</sup> I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt og yrke, kjønn, etnisitet og funksjonsevne.

<sup>8</sup> [www.fhi.no/folkhelseprofiler](http://www.fhi.no/folkhelseprofiler)

<sup>9</sup> [www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker/kommunehelse](http://www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker/kommunehelse)

<sup>10</sup> [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no)

På bakgrunn av redegjørelsen over utledes følgende revisjonskriterier for problemstilling 2:

| Problemstilling 2   | Revisjonskriterier  |
|---|---|
| I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som påvirker denne? | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal foreligge ved oppstart av planarbeidet</li> <li>➔ Oversikten skal tilfredsstillende krav til innhold fastsatt i forskrift om oversikt over folkehelsen</li> <li>➔ Oversikten skal baseres på minimumskrav i lov og forskrift til bruk av kilder.</li> </ul> |

## 4.3 Funn

### 4.3.1 Samlet oversiktsdokument

Eidsvoll kommune utarbeidet i 2014 en folkehelsestrategi for kommunen, som ble vedtatt av kommunestyret 17.06.14. Det pekes her på at strategiens overordnede mål er å implementere folkehelse i alle kommunens områder og at kommunen skal tenke «helse i alt vi gjør». Det vises videre til at et mål er å utarbeide en skriftlig oversikt over helsetilstanden i kommunen.

Ifølge § 6 i folkehelseloven skal den skriftlige oversikten inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Ifølge kommunens folkehelsestrategi fra 2014 skal oversikten foreligge før kommunal planstrategi hvert 4. år.

Kommunens planstrategi 2016-2019 og planprogram for kommuneplan 2016-2030 ble vedtatt av kommunestyret 14.6.2016. Oversiktsdokumentet ble først vedtatt av kommunestyret 7.3.2017 og forelå således *etter* at planstrategien ble vedtatt. Oversikten ble tatt til orientering, som grunnlag for revisjon av kommuneplanens samfunnsdel og arealdel.

Leder av planavdelingen bekrefter i intervju at arbeidet med oversiktsdokumentet ikke var påbegynt før arbeidet med planstrategien var satt i gang, høsten 2015/vinter 2016. Plansjefen viser til at planstrategien også omfatter temaer knyttet til folkehelse, men at den først og fremst bygger på eksisterende folkehelsestrategi og noe informasjon fra virksomhetene.

I fylkesmannens uttalelse til kommunens planstrategi 2016-2019 og forslag til planprogram for kommuneplanen 2016-2020 påpekes det at kommunen mangler et oversiktsdokument og at dette skal ligge til grunn for konsekvenser, årsaksforhold og prioriteringer i planstrategien. Fylkesmannen peker også på at det savnes en oversikt og prognose mht. behov for offentlige tjenester, boliger og institusjonsplasser. Videre pekes det på at morgendagens helse- og omsorgsutfordringer bør

framkomme og konkretiseres både i handlingsprogrammet og i lokale helse- og omsorgsplaner som del av kommuneplanarbeidet.

### 4.3.2 Innhold i oversikten

I dette avsnittet gjennomgås nærmere innholdet i oversiktsdokumentet, sett opp mot krav i forskrift til kildebruk og anbefalinger om tematikk og innhold i veileder fra Helsedirektoratet.

Innledningsvis i dokumentet redegjøres det for folkehelsebegrepet og kravet som stilles til kommunene om å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og positive og negative faktorer som påvirker helsetilstanden. Det vises til at oversiktsdokumentet skal være et grunnlagsdokument som skal være utgangspunkt for vurderinger og prioriteringer i kommunens folkehelsearbeid. Det vises videre til at dokumentet ikke er en plan for folkehelsearbeidet med mål, strategier eller tiltak, men et hjelpemiddel for å utforme overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen.

Eidsvoll kommune er i oversikten sammenlignet med de øvrige kommunene på Øvre Romerike, og med gjennomsnittet for hhv. Akershus fylke og for landet; avhengig av hvilke sammenligningstall som har vært tilgjengelig.

Revisjonen gjennomgår i dette avsnittet to krav som vedrører oversikten. For det første undersøkes om oversikten inneholder en *redegjørelse av status for helsetilstanden og påvirkningsfaktorer* i kommunen og om redegjørelsen er basert på de krav til kilder som forskriften setter. For det andre undersøkes om kommunen gir en *vurdering av årsaker til og konsekvenser* av folkehelseutfordringene. En vurdering av *konsekvenser* innebærer å ta stilling til hvor viktig en utfordring er for folkehelsen. En vurdering av *årsaker* innebærer å ta stilling til hvorfor denne situasjonen har oppstått (Helsedirektoratet 2013, s. 13). Helsedirektoratets veileder understreker at selv om man i sammenligninger med andre kommer gunstig ut, kan potensialet for forebygging likevel være betydelig. I tillegg til sammenligninger må man derfor vurdere utfordringens totale omfang og forebyggingspotensial (Ibid.).

### Status for helsetilstanden og påvirkningsfaktorer

#### a. Befolkningssammensetning

Med befolkningssammensetning menes grunnlagsdata som f.eks. antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster osv. Veilederen viser til at dette er informasjon som er viktig i vurderingen av øvrig informasjon, men som også kan være vesentlig i seg selv som en del av utfordringsbildet for folkehelsen i kommunen. Utviklingen i befolkningssammensetning vil også påvirke strategiske valg som inkluderer folkehelse (Helsedirektoratet 2013).

Oversiktsdokumentet redegjør for sammensetningen i befolkningen med bakgrunn i alder, andel innvandrere og husholdningstype. Det redegjøres også for befolkningsvekst og årsaker til dette, fremskrevet aldersfordelt folketall og befolkningsprognose for Eidsvoll frem mot 2030 (Kilde:

Akershus statistikkbank). Det vises til at prognosen konkluderer med at antall innbyggere over 80 år forventes nesten å fordobles innen 2030. Samtidig forventes en sterk vekst i antall barn i alderen 0-15 år.

### b. Oppvekst- og levekårsforhold

Helsedirektoratets veileder (2013) viser til at oversikten på dette området er ment å beskrive blant annet økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold.

Kapittel 4.1 i oversikten inneholder en gjennomgang av utdanningsnivået blant innbyggerne i kommunen, husholdningsinntekt, kommunale boliger, barnevern, elevprestasjoner, trivsel i barneskole, andel sysselsatte, arbeidsledige, mottakere av uføretrygd og pendling/arbeidsreiser. De fleste indikatorer sammenlignes med tilsvarende i ØRU-kommunene, fylket og landsgjennomsnittet.

Det pekes på mange områder hvor Eidsvoll skiller seg *negativt ut* fra sammenligningsgrunnlaget. Blant annet pekes det på at:

- Befolkningen i Eidsvoll har lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet for Akershus.
- Utdanningsnivået har ikke økt tross befolkningsvekst
- Frafallet i videregående skole er høyere enn for fylket (2012-2014).
- Trivselen blant elever i barne- og ungdomskolen er lavere enn gjennomsnittet for Akershus og landet
- Arbeidsledigheten blant unge i alderen 15-29 er høyere enn landsgjennomsnittet og snittet for fylket
- Andel uføretrygdede er høyere enn både landsgjennomsnittet og snittet for fylket og samtlige kommuner på Øvre Romerike
- Kommunen har nest lavest medianinntekt av kommunene på øvre Romerike og er blant kommunene med den høyeste andelen som lever under EUs fattigdomsgrense.
- Har flest kommunalt disponerte boliger per 1000 innbyggere på øvre Romerike

### c. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Eksempler på miljøforhold som har effekt på helsen kan være drikkevannskvalitet, luftkvalitet, grad av støy, sykkelvegnett, tilgang til friluftsområder, omfang av sosial støtte, sosiale nettverk, opplevelse av tilhørighet, valgdeltagelse m.m. (Helsedirektoratet 2013).

I oversikten redegjøres det for klimagassutslipp i kommunen, støy, drikkevannsforsyning, nærmiljø og kvaliteter, museer og turistattraksjoner, veg og bane, gang og sykkelveier, sykkelparkering, deltagelse i kultur og idrett samt valgdeltagelse.

Redegjørelsen viser blant annet at:

- Utvikling av klimagassutslipp fra veitrafikk og fra dieseldrevne motorredskaper har vært negativ
- Kommunen er eksponert for flystøy og støy fra E6, selv om ingen boligområder ligger tett ved E6
- Kommunen har gode resultater når det gjelder forsyningsgrad og kvalitet på drikkevannet
- Kommunen har et nærmiljø som ligger godt til rette for fysisk aktivitet, natur- og kulturopplevelser, men det er et potensial for mer tilrettelegging for sykling
- Økning av medlemskap innen idretten har økt i forhold til befolkningsveksten og sett i forhold til mange andre kommuner
- Valgdeltagelsen er lavere enn snittet for landet og fylket

### d. Skader og ulykker

Veilederen viser til at det her er ment skader og ulykker som fører til personskader og som er en stor utfordring for folkehelsen. Eksempler på forhold som kan være relevant beskrive her er antall personskader behandlet på sykehus, antall hoftebrudd behandlet på sykehus, spesielle ulykkespunkter/strekninger, skadeforekomst i barnehager/skoler og omfang av ulike former for ulykker f.eks. arbeidsulykker, hjemmeulykker.

Dette punktet er ikke behandlet i oversiktsdokumentet.

### e. Helserelatert atferd

Med helselatert atferd menes helseatferd som har vist seg å ha innvirkning på et helseutfall (Helsedirektoratet 2013). I veileder til arbeidet med oversikten nevnes fysisk aktivitet, ernæring samt, bruk av tobakk og rusmidler, seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker.

Veilederen gir eksempler på en rekke indikatorer på forhold som hører inn under dette temaet, som andel barn/voksne som er aktive i tråd med myndighetens anbefalinger, tilgang på områder for aktivitet, daglig røyking, alkohol- og tobakkskonsum, deltagelse i organisert- og uorganisert aktivitet, mat og måltider i barnehagen, skolen og SFO.

Under dette punktet redegjøres det for helse, trivsel og rusmiddelbruk blant unge, fysisk aktivitet blant voksne og eldre, overvekt og til slutt helsefremmende kommunale institusjoner.

I redegjørelsen vises det til at Eidsvoll har lite informasjon/statistikk om helselatert adferd og trivsel på kommunenivå blant ungdom, blant annet fordi kommunen ikke deltar i Ungdataundersøkelsen. Det pekes på at dette er et område som må prioriteres i fremtiden.

Det vises videre til at Eidsvoll ikke har tall når det gjelder den voksne befolkningens vaner og livsstil knyttet til fysisk aktivitet og trening, men at tall for landet som helhet viser at rundt tre av ti voksne oppfyller anbefalingene til fysisk aktivitet. Kvinner er mer aktive enn menn og aktivitet og utdanningsnivå henger sammen. Det vises til slutt i dette avsnittet til at kommunens overhyppighet av livsrelaterte sykdommer må ses i sammenheng med utdanningsnivået i kommunen.

Når det gjelder overvekt/fedme blant kvinnene i Eidsvoll peker kommunen seg negativt ut med den høyeste andelen gravide med overvekt/fedme blant kommunene på Øvre Romerike, fylket og landet. Overvekt blant gravide regnes som en indikator for overvekt i befolkningen. Eidsvoll har også litt høyere andel overvektige enn landsgjennomsnittet når det gjelder overvekt/fedme blant vernepliktige (sesjon 1).

Til slutt under dette punktet vises det til eksempler på helsefremmende kommunale institusjoner i Eidsvoll, som friskliv- og mestringssenter, Gladbakk aktivitetssenter, Eidsvoll frivilligsentral og Solsiden.

### f. Helsetilstand

Med helsetilstand menes befolkningens helse målt ved ulike mål, f.eks. risikofaktorer, forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser eller mer indirekte som mål som sykefravær o.l. Eksempler på tema som hører inn under begrepet helsetilstand og som trekkes frem i veilederen er blant annet forekomst av forebyggbare sykdommer («folkesykdommer»), om det er bekymringsfullt nivå av visse sykdommer eller en negativ utvikling, men også data om trivsel eller selvopplevd helse (Helsedirektoratet 2013).

Under dette punktet presenteres tall for forventet levealder i kommunen, dødsårsaker, kontakt med fastlege, sykehusinnleggelse (somatiske lidelser), psykisk helse og Type 2- diabetes.

Redegjørelsen viser at Eidsvoll skiller seg negativt ut på flere områder. Blant annet viser tall at:

- Eidsvoll har lavere forventet levealder enn landsgjennomsnittet
- Kommunen ligger i toppsjiktet av kommunene i fylket når det gjelder hjerte- og karsykdommer og har røde negative verdier på folkehelsebarometret også på kreft og voldsomme dødsfall.
- Kommunen har høyest andel sykehusinnleggelse per 1000 innbyggere blant kommunene på Øvre Romerike og snittet for Akershus
- Eidsvoll har den høyeste forekomsten av diabetes-2 legemidler i landet, fylket og blant kommunene på øvre Romerike.
- Den hyppigste årsaken til å oppsøke fastlege er muskel- og skjelettsykdommer
- Eidsvoll har også den høyeste andelen sykehusinnleggelse som følge av muskel- og skjelettsykdommer på Øvre Romerike. Tilsvarende gjelder hjerte- karsykdommer.
- Sammenlignet med kommunene på Øvre Romerike oppsøker en større andel av befolkningen lege i forbindelse med psykiske symptomer og lidelser, kun forbigått av Hurdal.

- Andelen med psykiske symptomer og lidelser blant unge i alderen 15-29 år er betraktelig høyere enn i landet som helhet.

I oversiktsdokumentets oppsummering vises det blant annet til at en større andel innbyggere i Eidsvoll, enn det gjennomsnittet for landet og fylket tilsier, ser ut til å leve med helseplager i hverdagen. Det vises også til at Eidsvoll ofte havner på den venstre «minussiden» i folkehelsebarometeret.

### **Kommunens vurdering av årsaker og konsekvenser**

I tillegg til å redegjøre for helsetilstanden og påvirkningsfaktorer skal oversiktsdokumentet også inneholde en vurdering av årsaker til og konsekvenser av status innenfor et område. I følge veilederen (Helsedirektoratet 2013) innebærer en vurdering av konsekvenser å ta stilling til om et forhold har stor betydning for folkehelsen, mens en vurdering av årsaker innebærer å ta stilling til hvorfor denne situasjonen har oppstått.

Innenfor hvert område i oversikten innledes det med å peke på sammenhenger mellom det aktuelle området som beskrives og helse og livskvalitet. Det pekes på at

- oppvekst- og levekårsforhold (som utdanning, økonomi, bo- og arbeidsforhold) er viktige premisser for helse og livskvalitet.
- miljøforhold har betydning for helsen, som drikkevannskvalitet, luftkvalitet, støy, kvaliteter ved nærmiljø som gang- og sykkelveier osv.
- at helserelatert adferd/livsstil og levevaner/ernæring, fysisk aktivitet, bruk av tobakk og rusmidler mm. har innvirkning på helsen

I oppsummeringen, punkt 8, pekes det på at utbredelse av sykdom og lidelser blant annet har direkte innvirkning på omfanget av uføretrygdede som for Eidsvolls eldre befolkning er høyere enn for landet og fylket. Det vises også til at Eidsvoll har en forholdsvis lavt utdannet befolkning. Det gis ingen konkrete vurderinger av årsaker til helseutfordringene på befolkningsnivå i Eidsvoll og ikke hvilke konsekvenser dette kan komme til å få for kommunen ut over dette.

Leder av planavdelingen peker i intervju på at det kunne vært jobbet mer med analyser av årsaker til og konsekvenser av ulike folkehelseutfordringer. Dette ville ifølge leder vært nyttig som et grunnlag for å kunne utforme mål og tiltak i kommunens planverk. Samtidig peker hun på at årsaks- og konsekvensanalyser er tids- og ressurskrevende, og at planavdelingen ikke har de faglige forutsetningene som skal til for å gjøre slike analyser. Leder påpeker at slike analyser ville krevd en større helsefaglig involvering i oversiktsarbeidet.

### **4.3.3 Kilder til oversikten**

I tabellen under har revisjonen systematisert kommunens bruk av kilder, sett opp mot de krav til kildebruk som forskriften setter og etter forskriftens krav til temaer som skal inngå i oversikten.



Tabell 1 Bruk av kilder

| Tema<br>↓   | Kilder → | A<br>Stat/fylkeskommune  | B<br>Kommunale helse- og omsorgstjenester | C<br>Andre lokalt   |
|---|----------|--|---|---|
| <b>Befolkningssammensetning</b><br>Demografi, flytting, etnisitet osv                 |          | Folkehelsebarometret<br>Akershus fylkeskommune, statistikkbank   | -   | Utbyggingspotensial i skolekretsene, planstrategien 2016-2030 |
| <b>Oppvekst- og levekår</b><br>Arbeid, inntekt, utdanning, boforhold                  |          | Folkehelsebarometret<br>SSB<br>Kommunehelsa statistikkbank (FHI)<br>Utdanningsdirektoratet (skoleporten.udir.no)<br>Akershus fylkeskommune, statistikkbank |   | I noen grad   |
| <b>Miljø</b><br>Fysisk, kjemisk, biologisk, sosialt                                   |          | Folkehelsebarometret<br>SSB<br>Akershus fylkeskommune, statistikkbank<br>Miljøstatus.no  | -   | I noen grad (info om nærmiljø, museer, idrett etc.)           |
| <b>Skader og ulykker</b><br>Omfang av ulike skadetyper (punktet mangler i oversikten) |          | -  | -   | -   |
| <b>Helserelatert atferd</b><br>Levevaner  |          | Folkehelsebarometret<br>Kommunehelsa statistikkbank (FHI)<br>Helsedirektoratet   | -   | -   |
| <b>Helsetilstand</b><br>Sykdommer, trivsel, risikofaktorer,                           |          | Folkehelsebarometret<br>Kommunehelsa statistikkbank (FHI)<br>Akershus statistikkhefte  | I noen grad                               | -   |

Tabellen viser at kommunen har benyttet statistikk fra stat og/eller fylkeskommune for å belyse helsetilstanden på alle pålagte områder, med unntak for området «skader og ulykker». Dette temaet er ikke behandlet i dokumentet.

Oversiktsdokumentet er i liten grad basert på informasjon og data fra kommunens egne sektorer herunder helse- og omsorgssektoren. Leder for planavdelingen opplyser i intervju at de i innhenting av informasjon til oversiktsdokumentet vektla å bruke kvantitative data og i mindre grad kvalitative og vurderende data fra kommunen internt. Dette fordi det var et ønske om å basere oversikten på «objektive fakta».

Virksomhetsleder helse og bistand og folkehelsekoordinator bekrefter at oversikten inneholder lite informasjon fra helse – og omsorgstjenestene og at dette har sammenheng med at kommunen mangler statistikk over lokale forhold. Kommunen har ikke deltatt i Ungdata- undersøkelsen som årlig gjennomføres av NOVA og som kunne ha gitt mye informasjon om ungdom, psykisk helse, spisevaner, fysisk aktivitet osv.<sup>11</sup>

Kommunen viser i oversiktsdokumentet til at det ikke har vært prioritert å bruke ressurser på statistikk- og analysearbeid og at de derfor mangler informasjon på enkelte områder (jf. kap. 6.1 i oversiktsdokumentet). De peker også på at kommunen fremover må prioritere dette da dette er viktig informasjon i det forebyggende arbeidet. Avdelingsleder i planavdelingen opplyser til revisjonen at kommunen skal være med i NOVA's ungdomsundersøkelse ved neste anledning.

#### 4.4 Revisjonens vurdering

Undersøkelsen viser at kommunen har oppfylt folkehelseovens krav om at det skal utarbeides et eget oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker denne. Undersøkelsen viser samtidig at dokumentet ikke forelå ved oppstart av kommunens arbeid med planstrategi, slik folkehelseoven krever, men ble vedtatt nesten ett år etter kommunestyrets behandling av planstrategi for 2016-2019.

Det er forventet at oversikten over helsetilstanden inneholder informasjon om bestemte temaer og samfunnsområder. Undersøkelsen viser at kommunens oversiktsdokument i all hovedsak tilfredsstillende forskriftsfestede krav om innhold. Det er også en forventning om at kommunen skal vurdere årsaker til helsetilstanden på ulike områder og mulige konsekvenser. Revisjonen vurderer at dette kravet i liten grad er oppfylt.

---

<sup>11</sup> Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved høgskolen i Oslo og Akershus har ansvar for gjennomføring av undersøkelsene.

Undersøkelsen viser videre at oversiktsdokumentet i all hovedsak er basert på forskriftsfestede krav til bruk av kilder, men da først og fremst statlige og fylkeskommunale kilder og i mindre grad lokale kilder, som f.eks. informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Revisjonen vil peke på at en tettere og mer systematisk involvering av kommunens egne tjenester i folkehelsearbeidet, herunder kommuneoverlege og helse- og omsorgstjenester, vil kunne bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om lokale forhold. Dette kan etter revisjonens vurdering også gjøre det enklere å identifisere årsaker til og konsekvenser av ulike folkehelseutfordringer i kommunen, noe som igjen er viktig for å sikre effektive og målrettede tiltak.

Revisjonen er innforstått med at det kan være krevende å fremskaffe lokal statistikk. Kommunen peker selv på at det på mange områder heller ikke finnes informasjon om Eidsvoll kommune i nasjonale statistikker. Revisjonen ser positivt på at Eidsvoll kommune planlegger å styrke arbeidet på dette området, blant annet gjennom deltagelse i Ungdata-undersøkelsen.

## 5 MÅL OG STRATEGIER I KOMMUNENS PLANVERK

### 5.1 Innledning

Dette kapitlet omhandler undersøkelsens tredje problemstilling:

På hvilken måte vil kommunen forankre mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet i kommunens planverk?

Det kreves at folkehelsearbeidet forankres politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen. Folkehelsearbeidet skal dermed forankres i planprosessene etter plan og bygningsloven.

Problemstillingen er avgrenset til å gjelde kommunens planstrategi samt kommuneplanen med samfunnsdel og arealdel. Problemstillingen er deskriptiv og uten kriterier ettersom kommuneplanen er under revidering og ikke forventes ferdigstilt før i løpet av 2. kvartal 2018. Undersøkelsen tar derfor for seg hvordan kommunen *ser for seg* at det som fremkommer som utfordringer på folkehelseområdet skal ivaretas gjennom mål og ev. tiltak i kommuneplanen. Revisjonen har i den forbindelse gjennomført intervjuer med virksomhetsleder for kommunal forvaltning og leder for planavdelingen.

Selv om problemstillingen ikke tar utgangspunkt i bestemte kriterier som kommunens praksis måles opp i mot, vil vi likevel redegjøre for de krav som stilles til frankring av folkehelsearbeidet i kommunens overordnede planverk.

#### 5.1.1 Planstrategi

Etter plan- og bygningsloven § 10-1 skal kommunen utarbeide kommunal planstrategi minst én gang hver valgperiode og vedta den senest innen ett år etter kommunestyrets konstituering.<sup>12</sup>

Ifølge folkehelseloven § 6 skal kommunens oversikt over helsetilstanden inngå som *grunnlag* for arbeidet med kommunens planstrategi, noe som innebærer at den må foreligge ved oppstart av planstrategiarbeidet. (jf. kapittel 4.2.1 og 4.3.1). Det slås også fast at en drøfting av kommunens helseutfordringer bør inngå i strategien, jfr. plan- og bygningsloven § 10-1. Dette innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, at konsekvensene er vurdert og årsaksforhold så langt som mulig er kartlagt (Ibid). En slik drøfting skal bidra til å sikre politisk frankring og langsiktighet i

---

<sup>12</sup> Formålet med den kommunale planstrategien er å sette fokus på de planoppgaver kommunen bør starte opp eller videreføre for å legge til rette for en positiv utvikling i kommunen. Kommunal planstrategi er ikke en plantype, men et hjelpemiddel for kommunen til å fastlegge det videre planarbeidet. [https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger\\_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i-/kapittel-10-kommunal-planstrategi/-10-1-kommunal-planstrategi/id556778/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i-/kapittel-10-kommunal-planstrategi/-10-1-kommunal-planstrategi/id556778/)

folkehelsearbeidet, samtidig som det legges til rette for samordning av de ulike sektorenes folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, rundskriv 1-6/2011, s. 32).

### **5.1.2 Mål og strategier i overordnet planverk**

Ifølge folkehelseloven § 6, annet ledd, skal kommunen i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Disse skal være egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten over helsetilstanden (jfr. § 5). Mål og strategier skal behandles politisk som ledd i de alminnelige planprosesser i kommunen. Dette skal bidra til å sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og at ansvaret for folkehelsearbeidet blir liggende over sektornivå (Prop. 90 L (2010-2011) s. 121).

Kommuneplanen skal videre ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og skal revideres årlig (Plan og bygningsloven § 11-1 ).

Etter folkehelselovens § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan f.eks. være tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforholdene i kommunen, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, alkohol- og rusmiddelbruk. Dette er områder som er viktige for folkehelsen og som det er viktig at kommunen har fokus på. Det forutsettes i forarbeidene til folkehelseloven at tiltakene fastsettes i kommuneplanens handlingsdel (Prop. 90 L (2010-2011) s. 121).

## **5.2 Funn**

### **5.2.1 Planstrategi**

Kommunens planstrategi for 2016-2019 ble vedtatt av kommunestyret 14.6.2016.

I henhold til folkehelseloven bør kommunen drøfte folkehelseutfordringene i planstrategien. Dette innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, at konsekvensene er vurdert og årsaksforhold så lang som mulig er kartlagt. Drøftelsen skal baseres på kommunens oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning (se kapittel 4.2.1 og 4.3.1). Ettersom denne ikke forelå ved oppstart av planstrategiarbeidet er ikke planstrategien basert på dette dokumentet.

Det redegjøres likevel i planstrategien (kapittel fire) kort for noen av kommunens folkehelseutfordringer, basert på kommunens folkehelsestrategi fra 2014, folkehelseprofilen for 2016 (folkehelseinstituttet) og Akershus fylkeskommunens statistikk fra 2014.

I planstrategien s. 29 om sentrale temaer og problemstillinger i kommuneplanen pekes det på at påfølgende kommuneplanprosess vil ta sikte på å utarbeide en tilstrekkelig oversikt for å kunne utforme overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet.

### 5.2.2 Mål og strategier i overordnet planverk

#### Status for arbeidet med kommuneplanen

Revisjonen får opplyst i intervju med virksomhetsleder kommunal forvaltning at arbeidet med rullering av kommuneplanen per medio august 2017 er satt på vent. Hun viser til at dette har sammenheng med at planavdelingen p.t. jobber med flere store kommunale arealplaner bestilt av politikere, hhv. kommunedelplan for Råholt, områderegulering for Sundet og områderegulering for Vilbergområdet.

Revisjonen opplyses videre om at det er varslet oppstart av arbeidet med kommuneplanen og at planstrategi og planprogram er vedtatt. Videre vises det til at det så langt er avholdt arbeidsmøter med alle virksomhetene i kommunen når det gjelder arealdelen av kommuneplanen. Virksomhetsleder opplyser at hun håper de vil klare å begynne på planen i løpet av året/første halvdel av 2018, etter at de har fått «landet» de andre planene som det nå jobbes med.

#### Folkehelse i kommuneplanen

I planstrategien 2016-2019 vises det til at det på bakgrunn av folkehelseutfordringene er behov for å arbeide systematisk med folkehelse, slik at dette integreres i det overordnede plansystemet. Når det gjelder den kommende kommuneplanens samfunnsdel har kommunen avgjort at den skal struktureres etter virksomhet og ikke tematisk som i dag. Dette er rammer som er lagt av rådmannen. Virksomhetsleder kommunal forvaltning viser til at det har vært diskutert som en mulighet å ha med et fast punkt i planen om folkehelse for hver enkelt virksomhet. Etter virksomhetsleders oppfatning kan dette bidra til å øke bevisstheten om folkehelse i den enkelte virksomhet, samt tydeliggjøre at ansvaret for folkehelse er et felles ansvar. Hun tror også kommuneplanen vil fungere bedre som et styringsdokument med en slik struktur.

Virksomhetsleder viser videre til at folkehelse også er viktig i arealplanleggingen i kommunen og ikke bare i samfunnsutviklingen. Etter hennes oppfatning er det viktig at folkehelse også er tema i all arealplanlegging i tråd med kommunens overordnede strategi «helse i alt vi gjør». Hun viser til at planavdelingen har fokus på å få dette til i all planlegging. Virksomhetsleder nevner f.eks. viktigheten av å sikre store og sammenhengende grøntarealer og uteoppholdsarealer som inviterer til lek og aktivitet, sikre gode møteplasser både i sentrumsområder og i boligområder, samt god bokvalitet/boligmiljø for ulike brukergrupper.

#### Organisering av arbeidet med kommuneplanen

Det er kommunal forvaltning/planavdelingen som har ansvaret for utarbeidelse av kommuneplanen, men det er så langt (juni 2017) ikke fastlagt hvordan arbeidet med samfunnsdelen skal organiseres og hvem som skal involveres utover kommunal forvaltning og planavdelingen (intervju med plansjefen 22.06.17). I kommunal planstrategi (2016-2019) vises det til at det allerede er opprettet en administrativ folkehelsegruppe som skal følge opp arbeidet med å utforme overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Virksomhetsleder for kommunal forvaltning ser for seg at planavdelingen vil innkalle til arbeidsmøter med alle virksomhetene i kommunen, slik det ble gjort i arbeidet med arealdelen av kommuneplanen. Rent praktisk ser hun for seg at planavdelingen lager

strukturen i planen og at den enkelte virksomhet produserer innholdet for sin virksomhet og utarbeider mål i tråd med de helseutfordringene som fremkommer av oversikten. Det vil være leder for planavdelingen og virksomhetsleder kommunal forvaltning som vil ha ansvar for å koordinere arbeidet. Hun viser imidlertid til at det vil være opp til rådmannen hvordan dette endelig skal gjennomføres.

### **5.3 Revisjonens oppsummering**

Undersøkelsen viser at kommunens planstrategi ikke er basert på oversiktsdokumentet over helsetilstanden, som forelå i etterkant av at strategien ble vedtatt. Planstrategien omhandler likevel folkehelseutfordringer, men da basert på folkehelsestrategien fra 2014 og enkelte andre kilder.

Opplegget for det videre planarbeidet, herunder forankring av mål for folkehelsearbeidet, var pr. juni 2017 ikke endelig fastsatt. Undersøkelsen viser imidlertid at kommunen allerede har etablert en egen administrativ folkehelsegruppe, som skal følge opp arbeidet med å utforme overordnede mål og strategier for kommunens folkehelsearbeid.

## 6 SAMARBEID MED FRIVILLIG SEKTOR

Frivillige organisasjoner anses for å ha en viktig rolle i folkehelsearbeidet, både ved at det er en verdi i seg selv for den enkelte å engasjere seg frivillig, og i kraft av de tilbudene og tjenestene som organisasjonene tilbyr i samfunnet (Prop.90 L (2010-2011)).

I dette kapittelet besvares problemstilling fire i undersøkelsen:

I hvilken grad legger kommunen til rette for samarbeid med frivillig sektor?

I denne delen av undersøkelsen ses det nærmere på kommunens tilrettelegging for samarbeid med frivillig sektor. Undersøkelsen avgrenses til å undersøke tilretteleggingen sett fra kommunens ståsted, og beskriver enkelte av virkemidlene som er etablert for samarbeid med frivillig sektor.

### 6.1 Revisjonskriterier

I forslaget til ny folkehelselov (Prop.90 L (2010-2011)) pekes det på at de frivillige organisasjonenes størrelse, ressurser og hovedmål vil variere og således også deres kapasitet når det gjelder folkehelsearbeid. Det pekes også på at det er liten tvil om at det ligger et stort potensial i at det offentlige samarbeider med organisasjoner når folkehelsearbeidet skal planlegges og gjennomføres, og at man samlet vil kunne nå bredere ut og oppnå bedre totale resultater.

Folkehelseloven § 4, tredje ledd, tredje punktum regulerer særskilt forholdet til frivillig sektor og andre aktører, så vel offentlige som private. Disse har i utgangspunktet ingen plikt til å samarbeide med kommunen og loven legger derfor opp til at kommunen legger til rette for et samarbeid. Bestemmelsen inngår som en del av kommunens ansvar for medvirkning til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av andre myndigheter og virksomheter, jf. § 4, tredje ledd, første punktum. Omfanget av samarbeidet og hvordan samarbeidet tilrettelegges, må den enkelte kommune selv ta stilling til ut fra lokale hensyn og behov (Innst. 423 L (2010-2011)).

Det vises i lovforslaget til at prinsippene for samarbeid med frivillig i hovedsak er de samme som for det tverrsektorielle samarbeidet og at viktige virkemidler blant annet er partnerskapsavtaler og dialogarenaer (Prop.90 L (2010-2011)). Departementet definerer partnerskapsavtale 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*" (Prop.90 L (2010-2011), kapittel 8.2.3)).



På bakgrunn av dette utledes følgende revisjonskriterium for problemstilling 4:

| Problemstilling 4  | Revisjonskriterier  |
|--|---|
| I hvilken grad legger kommunen til rette for samarbeid med frivillig sektor? | → Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. |

## 6.2 Funn

Rådmannen viser i brev (u.d.) til revisjonen til at kommunen generelt har et tett samarbeid med frivillig sektor og at dette særlig gjelder området idrett/kultur og Frivillighetssentralen.

Rådmannen redegjør i brevet for følgende virkemidler når det gjelder å legge til rette for et samarbeid for å fremme folkehelse og trivsel:

- partnerskapsavtaler med en rekke frivillige organisasjoner
- gratis ordninger for leie og bruk av kommunale bygg
- årlige økonomiske tilskudd til kultur- og idrettsformål
- lokalt musikkråd, høringsråd i saker som angår kulturbygg
- lokalt idrettsråd, høringsråd i saker som angår idrettsanlegg

De ulike tiltakene/ordningene utdypes nærmere i de neste punktene.

### 6.2.1 Partnerskapsavtaler

Kommunen har inngått partnerskapsavtaler med blant andre Eidsvoll og Hurdal Røde kors, løpsklubben 1814, Eidsvoll korforening og Mistbergets venner. Ordningen administreres av Eidsvoll frivillighetssentral.<sup>13</sup> I prosedyren for partnerskapsavtaler vises det til at partene i samarbeidet skal samhandle om tiltak/aktiviteter som bidrar til trivsel og utvikling i kommunen. Frivillighetssentralen har ansvar for å rekruttere og motivere lag eller foreninger til å inngå partnerskap og informere om ordningen. Frivillighetssentralen ved leder og styret vurderer søknadene om partnerskap. Det tildeles årlig tilskudd på mellom 5000-20 000 kroner til den enkelte forening/organisasjon og det inngås en kontrakt om partnerskap. Eksempler på aktiviteter som tilbys gjennom slike avtaler er blant annet besøkstjenesten, leksehjelp, vedlikehold av turløyper, gågruppe, aktivitetstilbud for ungdom, hyggekvelder og konserter på sykehjem ([www.frivillighetssentralen-eidsvoll.no](http://www.frivillighetssentralen-eidsvoll.no)).

<sup>13</sup> Eidsvoll frivilligsentral er kommunal enhet med tilhørighet i virksomheten Helse og bistand, avdeling for Folkehelse, fysio- og ergoterapi.

Kommunen har også inngått partnerskap for folkehelse med Akershus fylkeskommune. Som en del av denne ordningen kan lag og foreninger også søke om tilskudd på inntil kr 10 000 kroner (totalt tilskudd 110 000, 2017). Størrelsen på tilskuddet er avhengig av hvor stor andel av befolkningen tiltaket treffer og om det er gratis og tilgjengelig over tid (Rapport partnerskap for folkehelse, 2016). «Vi bryr oss om Eidsvoll», Eidsvoll turn, Minnesund vel, Mistbergets venner, Gladbakk seniordans var blant de som fikk tildelt midler i 2016. Det er utarbeidet en egen prosedyre for partnerskap for folkehelse. Det er folkehelsekoordinator og virksomhetsleder for helse og bistand som koordinerer avtalen med fylkeskommunen og som saksbehandler søknadene om støtte.

### **6.2.2 Gratis ordninger for leie og bruk av kommunale bygg**

Kultursjefen i kommunen opplyser til revisjonen at alle lag og foreninger har gratis leie til øvelser, trening og møter. Råholt bad legger f.eks. til rette for frivillige ved at lokal svømme- og dykkeklubb ikke betaler for leie til trening. Tilsvarende gjelder andre idrettslag. Videre har kommunale brukergrupper som «Frisklivssentralen», «avd. ergo- og fysioterapi» og «bolig og fritid med bistand» gratis leie av lokaler.

Når det gjelder spesifikke arrangementer praktiseres delvis gratis utleie avhengig av hvilket lokale det gjelder. Kultursjefen opplyser også at enkelte foreninger med stor utstyrsbeholdning disponerer kommunale lagerrom.

### **6.2.3 Årlige økonomiske tilskudd til kultur- og idrettsformål**

Kultursjefen opplyser videre at Hovedutvalget for kultur og oppvekst fordeler årlige tilskudd i henhold til vedtatt tilskuddsordning (3,1 millioner i 2017) til kultur og idrettsformål. Hun viser også til at Eidsvoll ligger på 33. plass på kommunebarometeret når det gjelder parameteren driftstilskudd per innbygger for 2016. Kommunebarometeret viser også at andelen av de totale kulturutgiftene som overføres til frivillige de siste årene har ligget på rundt 7 prosent av de samlede driftsutgiftene til kultur (Kommunal rapport, kommunebarometeret 2017). Dette er på samme nivå som de øvrige kommunene på Øvre Romerike (ibid.).

De årlige tilskuddene gis til ulike foreninger som blant annet korps, idrettslag, ungdomsarbeid, og tiltak for eldre i regi av pensjonistforeninger. Det gis også tilskudd til opprustning av forsamlingslokaler, lekeplasser, sang- og musikklag, både i forbindelse med prosjekter og arrangement. Videre gis stipend for mennesker med nedsatt funksjonsevne og kultur- og idrettsstipend. I tillegg til dette kommer spillemidler til idrettsanlegg.

### **6.2.4 Lokalt musikkråd og idrettsråd**

Kommunen benytter også det lokale musikkrådet og idrettsrådet som høringsparter i saker som omhandler hhv. kulturbygg og idrettsanlegg. Kultursjefen opplyser at musikkråd og idrettsråd involveres i planleggingsfasen for å sikre medvirkning som tar hensyn til lokalt kultur- og idrettsliv. Dette gjelder også bygg hvor hovedvekten av bygget har annen funksjon, f. eks skole, men hvor deler av bygget er tilrettelagt med kultur- og idrettsfunksjoner som f.eks. gymsal, fremføringsarena, øverom osv.

Idrettsrådet har en egen vedtatt samarbeidsavtale med kommunen hvor det er stadfestet at idrettsrådet har en rådgivende rolle og høringsrett overfor kommunal forvaltning i saker om berører idretten, og at alle saker av interesse for idrettsrådets medlemmer skal forelegges idrettsrådet for uttalelse. Dette gjelder f. eks. fordeling av midler avsatt til idrettsformål, treningstimer i haller, kommunedelplan, prioritering av spillemidler, samt innspill til kommunens årlige budsjett. Idrettsrådet har ifølge avtalen årlige møter med politisk utvalg for å sikre god informasjon og dialog.

I tillegg til viser kultursjefen til at kommunen legger til rette for samarbeid med frivillig sektor også på andre måter, som blant annet:

- Kommunen bistår med utlån av utstyr til foreningslivet.
- Eidsvoll historielag er høringspart i forb. med reguleringsplaner.
- Kommunens kultursektor samarbeider med foreningslivet årlig i tilknytning til ulike arrangement hvor de involveres som f. eks. underholdningsinnslag, f.eks. 8. mai og 17. mai
- Kulturskolen har samarbeid med foreninger om enkelte tilbud, som f. eks. allkulturtilbud til flerkulturelle, i tillegg til samarbeid med alle kommunens skolekorps.
- Den Kulturelle skolesekken, innebærer samarbeid med skole og frivillig kulturliv, hvor flere foreninger har utviklet egne pedagogiske undervisningsprosjekt for skolen
- Den Kulturelle Spaserstokken, har blant annet omfattet innslag fra kulturskolen på diverse helsetun, samt et eget seniorkor med fokus på sangglede og bevegelse.

### 6.3 Revisjonens vurdering

Revisjonens er innforstått med at omfanget av kommunens samarbeid med frivillig sektor, og hvordan samarbeidet tilrettelegges, må kommunen selv ta stilling til ut fra lokale hensyn og behov.

Undersøkelsen viser at kommunen legger til rette for samarbeid med frivillig sektor på mange måter, også med et folkehelseperspektiv. Undersøkelsen viser også at det er etablert flere ordninger og arenaer for samarbeid og dialog. Det vurderes som positivt at kommunen har tatt i bruk partnerskapsavtaler med lag og foreninger, slik det ble anbefalt i forslaget til ny folkehelselov.

## 7 HELSEINFORMASJON

### 7.1 Revisjonskriterier

I henhold til § 7 i folkehelseloven om folkehelse tiltak skal kommunen gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. I lovproposisjonen (Prop.90 L (2010-2011)) vises det til at helseopplysning er et pedagogisk virkemiddel overfor enkeltpersoner, grupper i befolkningen eller hele befolkningen for å fremme helse og forebygge sykdom. Det vises til at pedagogiske virkemidler alene kan ha begrenset effekt på adferd og være mer effektivt på noen områder enn på andre. Slike tiltak kan imidlertid være en viktig del av et helhetlig folkehelsearbeid.

Videre pekes det på at helseopplysning ikke bare innebærer kunnskapsformidling, men også bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd (Ibid.). Helseopplysning kan brukes både til styrke befolkningens muligheter til å fremme egen helse og til å skape forståelse for samfunnsmessige tiltak, som f.eks. regulering av eksponering for forurensing, ulykkesforebyggende tiltak, tilgang på nærområder for aktivitet osv. (Prop.90 L (2010-2011)).

Det pekes i kommentar til loven på at bestemmelsen presiserer kommunens ansvar for helseopplysning og at den må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven og kommunens ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester og helsefremmende og forebyggende arbeid<sup>14</sup> (Note 33, Norsk lovkommentar, 29.5.2017). I lovproposisjonen vises det til at helseopplysningsarbeid med fordel kan kombineres med andre tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som f.eks. helsestasjon, helsetjenester i skoler, fastlege mv. Det understrekes at helseopplysning ikke er en oppgave for helsetjenesten alene, men at det som på mange andre områder er behov for samarbeid (Prop.90 L (2010-2011)). I følge proposisjonen bør helseopplysning rette seg mot arenaer der man når aktuelle målgrupper i skole, fritid og arbeid, og ulike virkemidler kan tas i bruk.

| Problemstilling 5  | Revisjonskriterier   |
|--|--|
| I hvilken grad gir kommunen informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen og den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom | ➔ Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen og den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. |

14 Jf. § 3-2 1 og 2, om plikt til å tilby helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste samt svangerskaps- og barselomsorgstjenester og § 3-3 om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Undersøkelsen er avgrenset til å gi en kort beskrivelse av hvordan kommunen på overordnet nivå gjennom sine helsetjenester ivaretar kravet til helseopplysning i folkehelselovens § 7.

### 7.2 Funn

I utkastet til delegeringsreglement er det virksomhet helse og bistand som er delegert ansvaret for helseopplysning. Virksomheten omfatter 5 avdelinger; hhv avdeling rus og psykisk helse, avdeling avlastning, avdeling ambulerende miljøarbeid, avdeling folkehelse, fysioterapi og ergoterapi og avdeling aktivitet og bistand. I epost til revisjonen viser assisterende rådmann til at det ferdige oversiktsdokumentet vil benyttes videre når mål og tiltak relatert til folkehelseutfordringene skal defineres i kommunens planverk og budsjett.

Både rådmann og virksomhetsleder helse og bistand trekker særlig frem fastlegen, friskliv- og mestringssenteret og helsestasjonen som særlig sentrale når det gjelder helseopplysning til den enkelte. I tillegg vises det til at de institusjonsbaserte tjenestene, boliger og ambulerende tjenester gir råd og veiledning til brukerne.

Når det gjelder informasjon til befolkningen som helhet viser rådmannen til at kommunen informerer om helsefremmede tiltak, f.eks. ulike fritidstilbud, turstier og skiløyper på sin hjemmeside som er den viktigste informasjonskanalen ut til befolkningen.

Virksomhetsleder helse og bistand opplyser i intervju at de virksomheter som har ordinære ansvarsoppgaver også er ansvarlig for helseopplysning knyttet til virksomhetens område. Eksempelvis opplyser Familiens hus om vaksinasjonsprogram, kommunal teknikk opplyser om drikkevannskvalitet og kommuneoverlegen informerer om smittevernsbehov. Videre er kommunens fokus når det gjelder informasjon på befolkningsnivå å informere befolkningen om positive påvirkningsfaktorer gjennom å vise til hvilke tilbud som finnes i kommunen og oppmuntre til å ta disse i bruk. Tilbudene omfatter alt fra turstier, kor og korps til idrettsforeninger, frivillighetsentral osv. Lag og foreninger kan selv publisere informasjon på kommunens hjemmesider. Kommunens hjemmeside og annonseringer i lokalavisene er sentrale formidlingskanaler.

Virksomhetsleder peker videre på at kommunens fokus ligger på å stimulere til at folk tar ansvar selv, og deltar via lag og foreninger og holder seg friske. Virksomhetsleder påpeker at det er vanskelig å vite hva som er forventet av kommunen når det gjelder informasjon på befolkningsnivå og hva slags informasjon som skal prioriteres. Når det gjelder spesiell informasjon knyttet til kommunens ansvar for smittevern, vaksine osv. opplever hun at kommunens ansvar er tydeligere. I tilfeller av forurenset drikkevann eller smittsom hjernehinnebetennelse, benyttes både kommunens hjemmesider og aviser for å nå ut til befolkningen.

I det følgende redegjøres kort for de tjenestene som kommunen mener er særlig sentrale når det gjelder helseopplysning til den enkelte.

### **7.2.1 Friskliv- og mestringssenter**

Friskliv- og mestringssenteret er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Tjenesten tilbyr hjelp og støtte til personer som ønsker å endre livsstil knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Tilbudet gis både gjennom individuelle samtaler og i grupper og spenner fra trening i basseng, til turgruppe ute, styrketrening, yoga/avspenning og veiledning. Virksomhetsleder helse og bistand viser til at tilbudet kommunen gir er i tråd med Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivsentraler.

Både leger, annet helsepersonell og NAV kan henvise til Frisklivssentralen, eller man kan selv ta kontakt. Virksomhetsleder for helse og bistand opplyser at frisklivssentralen over to år har drevet oppsøkende virksomhet overfor fastlegene for å motivere til å henvise til friskliv gjennom såkalt «frisklivresept». Hun peker på at det varierer hvor «flinke» fastlegene er, men at mange henviser pasienter til friskliv- og mestringssenteret. Frisklivsresepten varer i 12 uker og starter med en strukturert helsesamtale (<https://www.eidsvoll.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/friskliv--og-mestringssenter/#heading-h3-2>).

Virksomhetsleder for helse og bistand peker på at målgruppen for friskliv- og mestringssentret er de som er i et tidlig sykdomsforløp og som gjennom livsstilsendring kan forebygge videre sykdom. Hun opplyser videre at typiske målgrupper er personer med diabetes, hjerte-kar sykdommer, muskel- og skjelettplager etc. og som har stor nytte av å endre livsstil. Hun opplyser også om at enkelte grupper kan være vanskelig å nå, som f.eks. familier som sliter med et overvektsproblem og ungdom. Dette kan ha sammenheng med at sentret er samlokalisert med Gladbakk aktivitetssenter for eldre og frivillighetssentralen påpeker hun. Virksomhetsleder understreker derfor viktigheten av å klare å nå denne målgruppen gjennom kommunens skolehelsetjeneste.

### **7.2.2 Helsestasjonstjenester**

Helsestasjonstjenestenes overordnede mål er å arbeide for å fremme barn og unges helse og trivsel, samt forebygge sykdom og skade (<https://www.eidsvoll.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/helsestasjonstjenester/>). Kommunens helsestasjonstilbud er inndelt i hhv. jordmortjenester, helsestasjon for barn i 0-5 år, helsestasjonsprogrammet, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og smittevern.

Jordmortjenesten tilbyr gravide med partner informasjon og veiledning om svangerskapet, fødselen og det å bli foreldre. Helsestasjonen for alle barn i aldersgruppen 0 – 5 år tilbyr hjemmebesøk eller besøk på helsestasjonen til alle nybakte foreldre, samt konsultasjoner med helsesøster og/eller lege. Besøkene/konsultasjonene inneholder råd og veiledning, veiing, og vaksinasjon etter gjeldende vaksinasjonsprogram fra Folkehelseinstituttet osv.

Skolehelsetjenesten er en tjeneste til alle elever i grunnskole og videregående skole. Tjenesten har som mål å forebygge sykdom og skade, samt å fremme elevens totale helse, fysisk, psykisk og sosialt. Helsestasjon for ungdom tilbyr informasjon, råd og veiledning til ungdom mellom 13-24 år.

### **7.2.3 Fastlegene**

Kommunen viser til at kommuneoverlegen har dialog med fastlegene både gjennom de faste samarbeidsmøtene, møter i allmennlegeutvalget og ved «kontormøter» på det enkelte legekantor. Folkehelse er et diskusjonstema særlig i relasjon til fastlegens mulighet til å skrive ut «grønn resept» med henvisning til frisklivssentralen (jf. 7.2.1). Assisterende rådmann viser til at det på bakgrunn av at Eidsvoll har en utfordrende folkehelseprofil har vært viktig for kommunen at alle fastlegene aktivt benytter Frisklivssentralens tilbud som retter seg mot kosthold og livsstil.

## **7.3 Revisjonens vurdering**

Kommunen gir informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen og den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Fastlegene, helsestasjon og friskliv- og mestringssenteret er viktige tjenester i den sammenheng. Her vil informasjon om helse skje som en naturlig del av kontakten med den enkelte bruker og pasient.

Undersøkelsen viser at kommunen informerer bredt til befolkningen om ulike tiltak og tilbud som kan bidra til å styrke folkehelsen, blant annet på kommunens hjemmeside. Det er etter revisjonens vurdering også grunn til å se positivt på tilbudene om støtte til livsstilsendringer som gis gjennom kommunens Friskliv- og mestringssenter. Det er også positivt at kommunen har jobbet aktivt opp mot fastlegene for å informere om dette tilbudet og viktigheten av å henvise til senteret. Kommunen peker selv på at det kan være utfordrende å nå enkelte befolkningsgrupper med informasjon om frisklivssenteret og tilbudet der, som til ungdom og familier med et overvektsproblem. Revisjonen mener det er viktig at informasjon om tilbudet på frisklivssenteret også når disse gruppene.

Undersøkelsen viser at ansvaret for helseopplysning er delegert til virksomhet for helse og bistand. Revisjonen mener at det er viktig at kommunen også tydeliggjør hvilke andre tjenester og virksomheter som har et ansvar for helseopplysning.

## Figurliste

|  |    |
|--|----|
| Figur 1 Kommunens ansvar og oppgaver i planleggingen.....  | 12 |
| Figur 2 Det "store" og det "lille" folkehelsearbeidet..... | 13 |



## Litteratur og kilder

### **Lover, forskrifter og forarbeider**

LOV-2011-06-24 nr. 29 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

LOV-2008-06-27 nr. 71 Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

FOR-2012-06-28 nr. 692 Forskrift om oversikt over folkehelsen

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

Innst. 423 L (2010-2011) om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

### **Rundskriv, veiledere m.m.**

Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven), Helse- og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-6/2011

God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Helsedirektoratet IS-2110

[https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger\\_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-10-kommunal-planstrategi/-10-1-kommunal-planstrategi/id556778/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-10-kommunal-planstrategi/-10-1-kommunal-planstrategi/id556778/)

### **Dokumenter og annen informasjon fra Eidsvoll kommune**

Helse i alt vi gjør! Folkehelsestrategi Eidsvoll kommune, 2014

Oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Eidsvoll kommune 2016

Planstrategi 2016-2019 og Planprogram for kommuneplan 2016-2030

Reglement for videredelegering – utkast

Folkehelse – ansvar og oppfølging (rutine TQM under arbeid)

Prosedyre for partnerskap for folkehelse

Prosedyrer for partnerskapsavtaler ved Frivillighetssentral

Rapportskjemaer – partnerskap for folkehelse, 2015 og 2016

[www.frivillighetssentralen-eidsvoll.no](http://www.frivillighetssentralen-eidsvoll.no).

<https://www.eidsvoll.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/friskliv--og-mestringssenter/#heading-h3-2>.

<https://www.eidsvoll.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/helsestasjonstjenester/>.

**Annet**

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid, Dokument 3:11 (2014-2015)

Kommunal rapport, kommunebarometret 2017.

## Vedlegg Rådmannens hørings svar



**Eidsvoll kommune**  
Rådmannen

### Forvaltningsrevisjonsrapport folkehelse – innspill til foreløpig rapport.

Vi viser til foreløpig rapport.

Vi har gått igjennom rapporten og har følgende kommentarer:

#### **Vedr. ansvarsområder:**

Innledningsvis i sammendraget /revisjonens oppsummering (s.2) står det at kommunen har en egen stilling som folkehelsekoordinator. Det bør modereres, kommunen har 20% stilling som folkehelsekoordinator.

Det påpekes at dokumentasjon; «Utkast til reglement for videredelegering» var under arbeid. Dette var et utkast. Reglementet er ferdigstilt og endret, det ble på sensommeren gjennomgått i rådmannens ledergruppe og en del feil ble oppdaget og rettelser er gjort etter innspill.

#### *Følgende er korrigeret:*

- Alle virksomhetsledere har i den nåværende utgaven delegert ansvar for Folkehelseloven §§ 4,5,7
- Virksomhetsleder Kommunal forvaltning har delegert ansvar for Folkehelseloven § 6 (Mål og planlegging, oversikten skal inngå som grunnlag for planstrategi)
- Kommunelegen er delegert ansvar for Folkehelseloven §§ 9 (Kommunens oppgaver tilsyn knyttet til miljørettet helsevern) og 27 (Samfunnsmedisinsk kompetanse)
- Rådmann/ass. rådmann er ansvarlig for Folkehelseloven § 28 (Beredskap)

Dette sikrer en bred tverrfaglig forankring av ansvaret for det kommunale folkehelsearbeidet. Samtlige virksomheter er nå delegert ansvar for kommunens folkehelsearbeid (4), bidrag til oversikt over helsetilstanden (5) og iverksettelse av nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene og bidra til helseopplysning (7).

I intervjuet med virksomhetsleder for Helse og bistand, ble det orientert om at de virksomheter som har ordinære ansvarsoppgaver også er ansvarlig for helseopplysning knyttet til virksomhetens område, f.eks Familiens hus opplyser om vaksinasjonsprogram, Kommunal teknikk opplyser om drikkevannskvalitet, kommuneoverlegen informerer om smittevernsbehov osv. Det ble videre orientert om at kommunens hjemmesider er sentrale i denne opplysningsvirksomheten, samt annonseringer i lokalavisene. Denne informasjonen er noe utydelig i kap 7.2 Funn.

### **Vedr. arbeid med oversiktsdokumentet:**

Vi savner noe informasjon om arbeidet med oversiktsdokumentet. I intervju med virksomhetsleder Helse og bistand, ble det orientert om kommunens deltakelse i KS-nettverk folkehelse med flere ledere på ulike nivå fra Eidsvoll kommune. Følgende er gjengitt fra referatet fra intervjuet:

*«VL forteller at folkehelsearbeidet i kommunen fikk en «kick-start» i forbindelse med KS sine folkehelsenettverksamlinger (3-4 samlinger i 2015/2016). Her var representanter fra flere av kommunens virksomheter med; kultur, kommunal forvaltning, familiens hus, helse og bistand, med flere. VL viser til at samlingene i regi av KS fikk kommunen i gang med arbeidet med oversikten (nettverket eksisterer ikke lenger).*

*Etter dette ble det arrangert en workshop i kommunen med temaet folkehelse initiert av plansjefen og deltakerne i KS nettverket. Her deltok også andre fra kommunen, samt noen politikere. VL opplyser at de som deltok i KS sine samlinger etter hvert ble en arbeidsgruppe som møttes flere ganger i forbindelse med arbeidet med oversiktsdokumentet, da hovedsakelig for å kommentere og komme med nye innspill til utkastene.»*

### **Vedr. samarbeid med øvrige kommuner og AHUS:**

Det fremgår i liten grad at kommunen samarbeider med øvrige kommuner på Øvre Romerike og AHUS om folkehelseutfordringer. I intervjuet med virksomhetsleder Helse og bistand ble det opplyst om at kommunen deltar i folkehelsenettverket FØR, det vises til referatet fra intervjuet: *«Folkehelsenettverket på øvre Romerike (FØR). Dette er et interkommunalt samarbeid for kommunene på øvre Romerike. Eidsvoll er representert med Anne Guri Sander Dal, leder på Gladbakk aktivitetssenter, frivillighetssentral og frisklivsenter. Hun har god oversikt over helsefremmende arbeid i kommunen og de tilbud som befolkningen benytter seg av. Nettverket samarbeider om ulike folkehelse tiltak, f.eks. verdensdagen for psykisk helse.»*

Videre ser vi at to eksterne samarbeidsfora ikke er nevnt i rapporten. Disse foraene ble det informert om i det innledende møte. Det gjelder Helseledernettet Øvre Romerike som består av kommunalsjef/helseledere fra hver av de 6 kommunene på Øvre Romerike, møter 1 g pr mnd. Felles utfordringer og satsingsområder på folkehelseområdet er fast tema.

Samarbeidsutvalget mellom AHUS og de 21 kommunen i opptaksområdet: består av øverste ledelse fra kommunen og AHUS divisjonene, møter 4-5 ganger årlig.

### **Vedr. kommuneoverlegens rolle.**

En siste kommentar gjelder kommuneoverlegens rolle i folkehelsearbeidet. Det påpekes i rapporten som et forbedringstiltak at kommuneoverlegen bør ha en tydeligere rolle. Dette er vi selvfølgelig enig i, men situasjonen det siste 1 ½ året har vært preget av at kommuneoverlegen delvis har vært i permisjon og at vi fra mai i år deler kommuneoverlege med Hurdal. Dette betyr at det har vært en ekstraordinær situasjon som ikke er representativ for hvordan vi normalt organiserer arbeidet.

Eidsvoll 30.10.2017.

Marte Hoel  
Assisterende rådmann

