



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 1-2017

**FOLKEHELSEARBEID DELRAPPORT 1 -  
ARBEIDET MED OVERSIKT OVER HELSETILSTANDEN I KOMMUNEN**

GJERDRUM KOMMUNE

JANUAR 2017



# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>i</b>
Formål og problemstillinger	i
Revisjonens oppsummering	i
Revisjonens samlede vurdering og konklusjon	iii
Rådmannens uttalelse til rapporten	iii
Anbefalinger	iii
<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstillinger	2
1.3 Avgrensning	3
1.4 Kilder til revisjonskriterier	3
1.5 Oppbygging av rapporten	4
<b>2 Gjennomføring og Metode</b>	<b>5</b>
2.1 Datagrunnlag	5
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	5
<b>3 Koordinering og organisering</b>	<b>6</b>
3.1 Innledning	6
3.2 Revisjonskriterier	6
3.3 Fakta	7
3.3.1 Koordinering og organisering	7
3.3.2 Rutiner for organisering av arbeidet	9
3.4 Revisjonens vurdering	10
<b>4 Oversikt over helsetilstanden</b>	<b>11</b>
4.1 Innledning	11
4.2 Revisjonskriterier	11
4.2.1 Krav til samlet oversikt	12
4.2.2 Krav til oversiktens innhold	12
4.2.3 Krav til oversiktens kilder	13
4.3 Fakta	14
4.3.1 Samlet oversiktsdokument	14
4.3.2 Oversiktens innhold	15

4.3.3	Kilder til oversikten	21
4.4	Revisjonens vurdering	23
	<b>FIGURLISTE</b>	<b>25</b>
	<b>LITTERATUR OG KILDER</b>	<b>26</b>

# SAMMENDRAG

## Formål og problemstillinger

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

Revisjonens undersøkelse vil bli levert kontrollutvalget i to delrapporter. I denne rapporten, delrapport I, undersøkes hvordan kommunen har organisert arbeidet med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen, slik folkehelseloven krever. Delrapport II vil ta for seg hvordan mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet forankres i kommunens planverk.

Følgende problemstillinger er undersøkt i delrapport I:

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?

## Revisjonens oppsummering

Problemstilling 1. *I hvilken grad er folkehelsearbeidet koordinert, og forankret på tvers av kommunens sektorer?*

### Revisjonskriterier

- ⇒ Folkehelsearbeidet bør være koordinert på sentralt nivå i kommunen.
- ⇒ Folkehelsearbeidet må sikre forankring på tvers av sektorer
- ⇒ Det skal være etablert en internkontroll for folkehelsearbeidet som blant annet beskriver organisering, ansvars- og oppgavefordeling

Undersøkelsen av denne problemstillingen fokuserer først og fremst på kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden til befolkningen.

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. Oversikten spiller en viktig rolle for kommunens folkehelsearbeid av flere grunner:

- Den er et viktig grunnlag for å fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet
- 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

Kommuneoverlegen har det overordnede ansvaret for å koordinere folkehelsearbeidet i kommunen. Stillingen er plassert i stab under rådmann. Undersøkelsen viser at ved oppstarten av folkehelsearbeidet etter ny lov (2012) jobbet kommuneoverlegen alene med å utarbeide den lovpålagte oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Etter hvert ble arbeidet styrket og oversiktsdokumentet som ble ferdigstilt i november 2016 ble utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av kommuneoverlegen, samfunnsplanlegger og virksomhetsleder for helsestasjon, barnevern og frisklivssentralen.

Helsetilstanden i befolkningen påvirkes av en rekke samfunnsforhold. På samme måte kan innsikt om folkehelseutfordringer, og virkemidler for å styrke folkehelsen, ligge i andre av kommunens sektorer enn helsesektoren. Undersøkelsen viser at det er et potensiale for at kommunens ulike tjenesteområder og virksomheter involveres mer systematisk i kommunens arbeid med oversikt over folkehelsen.

Ifølge kommunens delegeringsreglement er oppgaver og myndighet etter folkehelseloven delegert fra kommunestyret, via rådmannen, til kommuneoverlegen. Revisjonen er ikke gjort kjent med andre rutiner for hvordan folkehelsearbeidet på overordnet nivå i kommunen skal organiseres og gjennomføres.

*Problemstilling 2. I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne?*

### Revisjonskriterier

- ⇒ Kommunen skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, som skal foreligge ved oppstart av planarbeidet
- ⇒ Oversikten skal tilfredsstillende krav til innhold i forskrift om oversikt over folkehelsen
- ⇒ Oversikten skal baseres på minimumskrav til bruk av kilder i folkehelseloven

Folkehelselovens § 5 krever at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene samt vurdere årsaker til og konsekvenser av utfordringene.

Gjerdrum kommune utarbeidet et oversiktsdokument høsten 2016. Dokumentet ble vedtatt av kommunestyret 30.11. 2016. Undersøkelsen viser at dokumentet gir et bilde av helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker denne, og i all hovedsak oppfylder krav i folkehelseloven og forskrift om innhold og kildebruk. Undersøkelsen viser imidlertid også at oversiktsdokumentet ikke var ferdigstilt til oppstart av kommunens arbeid med planstrategi.

## Revisjonens samlede vurdering og konklusjon

Arbeidet med folkehelse på overordnet nivå i Gjerdrum kommune, gir etter revisjonens vurdering et godt grunnlag for et folkehelsearbeid som er langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert. Viktig i den sammenheng er at det er utarbeidet et oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen som ivaretar krav til innhold og kildebruk som stilles i lov og forskrift.

Revisjonen vil samtidig peke på at det er et potensiale for at kommunens ulike tjenesteområder og virksomheter involveres mer systematisk i dette arbeidet. Dette vil etter revisjonens vurdering 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.

Revisjonen kan ikke se at det er utformet rutiner som nærmere beskriver organisering og oppgave- og ansvarsfordelingen på folkehelseområdet, utover delegeringsreglementet. Revisjonen anser slike rutiner som viktig for å sikre god internkontroll på området. Dette kan etter revisjonens vurdering også bidra til å sikre systematikk og langsiktighet i folkehelsearbeidet, og styrke involveringen fra kommunens ulike tjenesteområder.

## Rådmannens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport er forelagt rådmannen til uttalelse. Høringssvaret er mottatt i epost 30.1.2017. Det vises i svaret til at kommunen er enig i rapportens funn og konklusjoner. Det er i svaret vedlagt noen kommentarer til rapportens faktagrunnlag. Som følge av dette er det gjort enkelte justeringer i fakta.

## Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger:

1. Kommunen bør nedfelle skriftlig rutiner for organisering og ansvars- og oppgavefordeling i folkehelsearbeidet.
2. Kommunen bør vurdere tiltak for i større grad å sikre bred tverrsektoriell involvering i folkehelsearbeidet

Jessheim, 30.01.2017



Oddny Ruud Nordvik  
avdelingsleder forvaltningsrevisjon  
og selskapskontroll



Øyvind Nordbrønd Grøndahl  
prosjektleder forvaltningsrevisjon





# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Gjerdrum bestilte i møte 25.8.2016 (sak 19/16) en prosjektplan for en forvaltningsrevisjon av Gjerdrum kommunes folkehelsearbeid. Kontrollutvalget vedtok planen i møte 3.10.2016 (sak 26/16). Undersøkelsen er gjennomført i perioden oktober til januar 2016.

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.

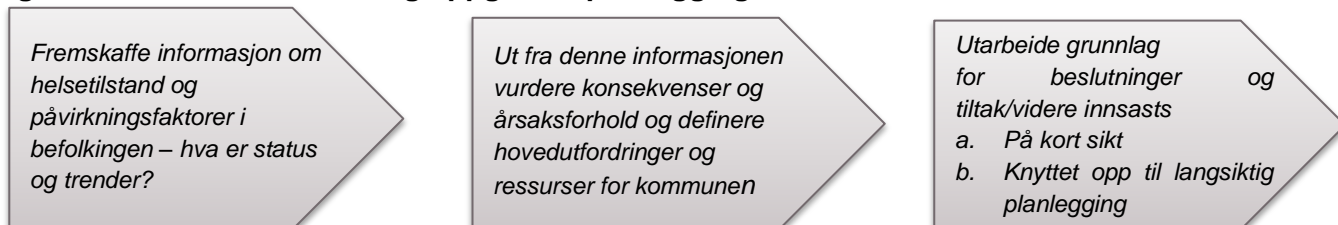
Det forventes at kommunen tar hensyn til de ulike påvirkningsfaktorene i hele sin virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, i tråd med prinsippet om «helse i alt vi gjør». For å lykkes med dette forutsettes en bred, tverrsektoriell innsats hvor alle kommunens 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 Gjerdrum kommune har et kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Kontrollutvalget vedtok i møte 25.8.2016 følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har kommunen nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne?
2. I hvilken grad er mål og strategier for folkehelsearbeidet forankret i kommunens planverk?
3. I hvilken grad har kommunen iverksatt tiltak for å møte folkehelseutfordringene i kommunen?
4. I hvilken grad er folkehelsearbeidet forankret på tvers av sektorer i kommunen?

I møte 19.12.2016 (sak 39/16) vedtok kontrollutvalget følgende justering av problemstillingene:

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. I hvilken grad er mål, strategier og tiltak i folkehelsearbeidet forankret i kommunens planverk?

Kontrollutvalget vedtok også at revisjonen svarer på kontrollutvalgets bestilling i to delrapporter. Del 1 av rapporten tar for seg problemstilling 1 og 2. Del to av rapporten tar for seg problemstilling. Denne besvares når revidert kommuneplan er vedtatt i kommunestyret i Gjerdrum.

### 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. Deretter følger to kapitler som hver tar for seg og besvarer de to problemstillingene i undersøkelsens første del. Innledningsvis i hvert kapittel presenteres revisjonskriteriene for problemstillingen, deretter følger fakta som skal besvare problemstillingen og til sist følger 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.

Revisjonen har gjennomgått og analysert kommunens oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Videre er det gjennomført intervju med tre sentrale medarbeidere i folkehelsearbeidet, hhv. kommuneoverlege, samfunnsplanlegger og virksomhetsleder for Helsestasjon, Barnevern og Frisklivssentralen. Intervjuene ga utfyllende informasjon om kommunens dokumentasjon i folkehelsearbeidet og organisering og gjennomføring av arbeidet. Intervjuene ga også informasjon om informantenes egne erfaringer med og vurderinger av folkehelsearbeidet i kommunen.

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 systemet 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 kriterier 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>➔ Folkehelsearbeidet bør være koordinert på sentralt nivå i kommunen.</li> <li>➔ Folkehelsearbeidet må sikre forankring på tvers av sektorer</li> <li>➔ Det skal være etablert en internkontroll for folkehelsearbeidet som blant annet beskriver organisering, ansvars- og oppgavefordeling</li> </ul>

### 3.3 Fakta

Problemstillingen omfatter først og fremst folkehelsearbeidet på overordnet nivå i kommunen, og da særlig arbeidet med den lovpålagte oversikten over helsetilstanden i kommunen.

#### 3.3.1 Koordinering og organisering

Revisjonen får opplyst i intervju at det er kommuneoverlegen som har hatt det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet. Stillingen er plassert i rådmannens stab.

Stillingen som kommuneoverlege har vært delt mellom Gjerdrum og Hurdal kommune, med hhv. 60 prosent stilling i Gjerdrum og 40 prosent i Hurdal. Siden høsten 2014 har stillingen i Gjerdrum kommune vært redusert til 30 prosent grunnet permisjon. Kommuneoverlegen sluttet i sin stilling i Gjerdrum 1.11.16. Det ble i intervju vist til at ansvaret på overordnet nivå fortsatt skal ligge hos kommuneoverlegen.

Folkehelseloven trådte i kraft 1.1.2012. Kommuneoverlegen opplyser i intervju at ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen først lå til ledende helsesøster, men at det etter hvert ble overført til kommuneoverlegen.

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 folkehelsearbeidet av flere grunner:

- Den er et viktig grunnlag for å fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet
- 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

Kommuneoverlegen opplyser i intervju at det ved oppstarten av folkehelsearbeidet etter ny lov ikke var klart definert hva som lå i folkehelsearbeidet og at hun hovedsakelig jobbet alene med å utarbeide oversikten over helsetilstanden i kommunen. Hun opplyser videre at dette ble et for omfattende arbeid å ha ansvar for alene og oversiktsdokumentet ble ikke ferdigstilt. Det foreløpige oversiktsdokumentet lå likevel til grunn for arbeidet med kommunedelplan for folkehelse som ble utarbeidet i 2014.

Etterhvert ble kommunens samfunnsplanlegger<sup>1</sup> samt virksomhetsleder Helsestasjon, Barnevern og Frisklivssentralen involvert i arbeidet med oversiktsdokumentet. Det opplyses i intervju at disse tre, siden 2015, har utgjort en arbeidsgruppe som i fellesskap har arbeidet videre med oversiktsdokumentet.

Kommuneoverlegen mener arbeidet med folkehelse er bedre organisert i dag enn i 2012, blant annet fordi det nå er flere som har et tydeligere ansvar. I intervju pekes likevel på at det er et generelt behov for mer kontinuitet og kapasitet i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren og folkehelsearbeidet forutsetter en bred, tverrsektoriell innsats. De ulike sektorenes bidrag i folkehelsearbeidet må derfor være godt koordinert.

Kommuneoverlegen opplyser i intervju at kommunen ikke har et system for å sikre at alle sektorer rapporterer informasjon som er relevant for det systematiske folkehelsearbeidet. Kommunens ulike sektorer har ikke vært systematisk involvert i selve arbeidet med oversiktsdokumentet. Utkast til dokument ble imidlertid sendt på høring til NAV, barnevern og helsestasjon for innspill og

---

<sup>1</sup> Stillingen som samfunnsplanlegger sorterer direkte under rådmannens og folkehelsearbeidet er en del av planleggingsansvaret i tillegg til andre oppgaver knyttet til samfunnsutviklingen i kommunen.



kommentarer. Det vises også til at kunnskap frembragt gjennom SWOT-analyser<sup>2</sup> som er gjennomført i kommunens tjenester som ledd i kommuneplanarbeidet, har vært nyttig informasjon i arbeidet med oversiktsdokumentet. Det at virksomhetsleder for helsestasjon, barnevern og frisklivssentralen har vært en av nøkkelpersonene i arbeidet med oversikten, har også bidratt til å sikre informasjon og faglige vurderinger fra disse tjenestene.

Det pekes i intervjuene på at det kan være hensiktsmessig å sette ned en tverrfaglig gruppe på tvers av kommunens sektorer. Dette kan etter informantenes syn bidra til en bredere forankring i organisasjonen og en mer helhetlig forståelse av folkehelseutfordringer i kommunen. Det understrekes overfor revisjonen at det gjøres mye godt folkehelsearbeid og at kommunen har en rekke tiltak for å forebygge folkehelseutfordringer. Det vises også til at rådmannen har vært godt involvert og løpende informert om oversiktsdokumentet og folkehelsearbeidet. Kommuneoverlegen peker på at fokuset og interessen for folkehelsearbeid er høy hos kommunens ledelse.

### **3.3.2 Rutiner for organisering av arbeidet**

Det fremgår av kommunens delegeringsreglement at kommunens oppgaver og myndighet etter folkehelsesloven er delegert fra kommunestyret, via rådmann til kommuneoverlegen.

Det vises i intervju med samfunnsplanlegger og virksomhetsleder helsestasjon, barnevern og frisklivssentralen til at delegeringsreglementet gir en beskrivelse av at ansvaret for folkehelsearbeidet likeverdig angår og involverer ulike virksomheter i kommunen. Det opplyses videre at rutiner for det overordnede folkehelsearbeidet ennå ikke er utarbeidet, mens det på virksomhetsnivå ligger rutiner på de fleste områder i kommunenes overordnede kvalitetssystem (TQM). Etter hva revisjonen kjenner til er det heller ikke utarbeidet mandat, arbeidsfordeling, fremdriftsplan o.l. for arbeidsgruppen som jobbet med oversikten over helsetilstanden. Samfunnsplanlegger og virksomhetsleder opplyser i intervju at det var faste arbeidsmøter i innledende faser av oversiktsarbeidet, men da dette var lite effektivt ble det endret til mer intensive arbeidsøkter som ble avtalt fortløpende.

Kommuneoverlegen viser i intervju til at Gjerdrum kommune er en liten og oversiktlig kommune og at skriftlige rutiner ikke har vært ansett som nødvendig. Hun viser imidlertid til at arbeidsgruppen som har jobbet med det overordnede folkehelsearbeidet har vært godt kjent med eget ansvar og oppgaver. Hun opplyser videre at det ellers i kommunen nok ikke er like klart definerte roller direkte relatert til folkehelsearbeid.

---

<sup>2</sup> SWOT-analysen er én av flere metoder bedrifter eller organisasjoner kan bruke for å analysere «nå-situasjonen». SWOT står for «Strengths, Weaknesses, Opportunities og Threats» <http://ndla.no/nb/node/77637?fag=52293>.

### 3.4 Revisjonens vurdering

Undersøkelsen viser at det organisatorisk er lagt til rette for koordinering av folkehelsearbeidet på sentralt nivå gjennom kommuneoverlegen som folkehelsekoordinator. Den viser videre til at folkehelsearbeidet etter hvert ble lagt til en egen arbeidsgruppe, som foruten kommuneoverlegen har bestått av samfunnsplanlegger og virksomhetsleder for helsestasjon, barnevern og frisklivsentral. Denne organiseringen legger etter revisjonens vurdering godt til rette for at folkehelseperspektivet ivaretas i kommunens overordnede planlegging, og for at kunnskap og innsikt om folkehelseutfordringer fra viktige deler av helsetjenesten er lett tilgjengelig.

Helsetilstanden i befolkningen påvirkes av en rekke samfunnsforhold. På samme måte kan innsikt om folkehelseutfordringer, og virkemidler for å styrke folkehelsen, ligge i andre av kommunens sektorer enn helsesektoren. Undersøkelsen viser at det til tross for at det er lagt godt til rette for en bred tverrsektoriell involvering i folkehelsearbeidet (gjennom en folkehelsekoordinator), er et potensiale for at kommunens ulike tjenesteområder involveres mer systematisk i kommunens arbeid med oversikt over folkehelsen.

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at beskrivelser av organisering og ansvars- og oppgavefordeling er viktig for å sikre god internkontroll på området. Ifølge kommunens delegeringsreglement er myndighet etter folkehelseloven delegert fra kommunestyret, via rådmannen, til kommuneoverlegen. Revisjonen er ikke gjort kjent med andre rutiner for hvordan folkehelsearbeidet på overordnet nivå i kommunen skal gjennomføres i praksis. Det bør vurderes om beskrivelser av organisering, ansvar og oppgaver på folkehelseområdet i større grad bør nedfelles skriftlig. Dette kan etter revisjonens vurdering bidra til å sikre systematikk og langsiktighet i arbeidet, og en god involvering fra kommunens ulike tjenesteområder.

## 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>3</sup> i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne<sup>4</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.

I lovproposisjonen (Prop. 90 L (2010-2011)) vises det 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>3</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>4</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 lovproposisjonen påpekes, 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 av dette. 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>5</sup> og de faktorer som påvirker helse (Helse- og omsorgsdepartementet, rundskriv I-6/2011 s. 28).

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

For at oversikten skal få en best mulig funksjon stilles det også krav om hvilket grunnlag oversikten skal baseres på (Prop. 90 L (2010-2011)). 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>6</sup>, statistikkbank for kommunehelse<sup>7</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, skjønsmessige 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>8</sup> (Ibid).

---

<sup>5</sup> I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt og yrke, kjønn, etnisitet og funksjonsevne.

<sup>6</sup> [www.fhi.no/folkhelseprofiler](http://www.fhi.no/folkhelseprofiler)

<sup>7</sup> [www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker/kommunehelse](http://www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker/kommunehelse)

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

På bakgrunn av redegjørelsen over utledes følgende kriterier 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 tilfredsstillere krav til innhold fastsatt i forskrift om oversikt over folkehelsen</li> <li>➔ Oversikten skal baseres på minimumskrav til bruk av kilder i folkehelseloven</li> </ul>

## 4.3 Fakta

### 4.3.1 Samlet oversiktsdokument

Folkehelseloven trådte i kraft 1.1.2012. Forskrift om oversikt over folkehelsen trådte i kraft 1.7.2012, og Helsedirektoratets veileder til arbeidet med oversikten ble utgitt i oktober 2013.

Kommunens første oversiktsdokument forelå i 2014. Dokumentet ble benyttet som grunnlag for utarbeidelse av kommunedelplan for folkehelse *Bedre helse for alle. Kommunedelplan for folkehelse i Gjerdrum 2014-2024*. Ett nytt oversiktsdokument forelå som utkast i august 2016 og ble senere vedtatt i kommunestyret 30.11.16.

Folkehelseloven stiller som krav at oversiktsdokumentet skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategiarbeid. Kommunens arbeid med planstrategi startet opp i 2015, ble sendt på høring september 2016 og vedtatt som veiledende av kommunestyret 09.11.16. Det vises i planstrategien til tre vedlegg:

- Vedlegg 1: Status – utviklingstrekk – utfordringsbilde
- Vedlegg 2: Oppfølging av regionale og statlige dokumenter med betydning for planleggingen i Gjerdrum kommune
- Vedlegg 3: Folkehelsenotat

Det vises i vedlegg 1 (s. 7) til vedlegg 3 for en grundigere gjennomgang av indikatorer knyttet til folkehelse. Oversiktsdokumentet (folkehelsenotatet) fulgte midlertid ikke som vedlegg verken i forbindelse med høringen eller kommunestyrets behandling av planstrategien 9.november 2016. I

saksfremlegget til planstrategien ble det vist til at oversiktsdokumentet (folkehelsenotatet) kom til å bli fremmet som egen sak i kommunestyremøte 30.11.16, grunnet behov for videre kvalitetssikring. Kommunestyret vedtok 30.11.16 dokumentet som kommunens oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen og som grunnlag for kommunens planstrategi 2016-2020.

I intervjuene pekes det på at arbeidsgruppen hadde som mål å ferdigstille oversiktsdokumentet til juni 2016 slik at dette kunne inngå i kommunens planstrategi, men at dette ikke ble mulig. Kommuneoverlegen viser i intervju til at begrensede ressurser til arbeidet med oversikten gjorde arbeidet sårbart og at det var utfordrende å prioritere arbeidet. Det pekes i intervju med samfunnsplanlegger og virksomhetsleder på at folkehelseutfordringene har vært tema i folkevalgte organer, blant annet i forbindelse med SWOT-analysene som kommunen gjennomførte i 2016.

### **4.3.2 Oversiktens innhold**

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. 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.). Revisjonen har her valgt å avgrense undersøkelsen til de områder hvor Gjerdrum skiller seg ut på Folkehelsebarometret.

Slik kommunen har valgt å strukturere oversikten redegjøres *det ikke gjennomgående for de forskriftsfestede temaene/områdene med samme benevnelser og i den rekkefølge* som forskriften stiller opp, og det er heller ikke et krav. Kommunen har i stedet valgt et format som tar utgangspunkt i folkehelsepolitisk rapport fra Helsedirektoratet som ble utgitt i 2015. Det pekes i intervju på at dette ga kommunen større fleksibilitet til å velge ut relevante indikatorer og innhente tallmateriale som var mer tilpasset lokale forhold. Dette har ifølge kommunen bidratt til at den ferdige rapporten har tydeligere og mer relevante indikatorer, som er lettere å begrunne og som også i større grad tydeliggjør ansvarsområder.

Revisjonens gjennomgang vil likevel ta utgangspunkt i forskriftens benevnelser og rekkefølge på temaer for lettere å kunne vurdere om kommunens oversikt innfrir de krav som forskriften setter. Helsedirektoratet ga i 2013 ut en veileder for arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Revisjonen har lagt denne til grunn for å få en bedre forståelse av hva som er ment med kravene som forskriften setter.

## **Status for helsetilstanden i befolkningen 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 veivalg som inkluderer folkehelse (Helsedirektoratet 2013).

Oversiktsdokumentet redegjør for sammensetningen i befolkningen med bakgrunn i alder, andel innvandrere og utdanning. I tillegg redegjøres for forventet befolkningsvekst generelt og i ulike aldersgrupper. Det vises til dokumentet «status, utviklingstrekk og utfordringsbilde» (vedlegg til planstrategi 2016) for mer utfyllende opplysninger om demografi og befolkningsendringer.

Det pekes i intervju på at utfordringer knyttet til temaet «demografi» ikke er utdypet i selve oversiktsdokumentet, men i et annet vedlegg til planstrategien.

### 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.

Innledningsvis i oversikten presenteres Folkehelsebarometret for Gjerdrum med nøkkeltall for levekår i Gjerdrum. Blant annet presenteres tall for inntekt, utdanning og arbeidslivstilknytning sammenlignet med landet og fylket. På nesten alle indikatorene ligger kommunen signifikant bedre an enn landet som helhet.

Oversiktsdokumentet redegjør videre mer i detalj for flere ulike forhold som berører oppvekst og levekår i Gjerdrum kommune i kapitlene 3, 7 og 8. Statistikken som benyttes sammenlignes (i all hovedsak) med kommunene på Øvre Romerike, landsgjennomsnittet og Akershus fylke. Det er benyttet statistikk fra kommunehelse statistikkbank, SSB, elevundersøkelsen til Utdanningsdirektoratet, Akershus statistikkbank, Akershus fylkeskommune og Gjerdrum kommune.

Innledningsvis i hvert kapittel beskrives betydningen av ulike indikatorer for helse, som for eksempel inntekt, tilknytning til arbeidslivet, trivsel på skolen, gjennomføring av videregående skole.

Oversiktsdokumentet inneholder informasjon om kommunen og kommunens befolkning på følgende områder:



- Inntektsnivå
- Inntektsfordeling
- Gjeld
- Barnehagedekning
- Kvalitet i barnehagen
- Trivsel, mobbing, relasjon til lærerne og fullføring av videregående skole
- Vedtak om spesialundervisning i grunnskolen
- Hjelpetiltak fra barnevernet og forebyggende helsetjenester i form av tall for helseundersøkelser på helsestasjonen.
- Utdanningsnivå
- Forebyggende helsetjenester for barn og unge.
- Arbeidsledighet
- Arbeidsavklaringspenger
- Varig uførepensjon
- Sykemeldte
- «Seniorer» i arbeidslivet

Det vises i dokumentet til at kommunen kommer godt ut på mange områder sammenlignet med øvrige kommuner på Øvre Romerike, fylket og landet. Det konkluderes med at Gjerdrum har positive nivå på mange områder innen oppvekst. Det vises blant annet til at kommunen har høy deltakelse i barnehage, også blant minoritetsspråklige, noe som kan virke forebyggende og bidra til økt mestring og redusert utenforskap i senere alder.

Det pekes også på områder hvor Gjerdrum skiller seg *negativt ut* fra sammenligningsgrunnlaget, eller på forhold som kommunen mener det er verd å merke seg.

- Fattigdom og gjeld
- Voksnetthet i barnehagene samt andel med pedagogisk utdannelse
- Trivsel i 7. trinn
- Opplevd støtte fra lærerne
- Frafall i den yrkesfaglige studieretningen

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).

Kommunen redegjør for mange av disse forholdene i oversikten. Innledningsvis presenteres Folkehelsebarometret med oversikt over noen utvalgte nøkkelindikatorer for miljø som drikkevannsforsyning, ensomhet, tilfredshet med lokalmiljøet m.m.

Oversikten tar videre for seg miljøforhold mer i detalj i kapittel 4 og 5. I kapittel 4 (sosial støtte, deltagelse og medvirkning) redegjøres for psykososiale påvirkningsfaktorer som sosial støtte, deltagelse og medvirkning og betydningen miljøet som omgir oss har for helse og livskvalitet. I kapittel 5 beskrives det fysiske miljøets betydning for helse.

Redegjørelsen er basert på tallmateriale fra SSB, KommuneHelse statistikkbank, Ungdata og Akershus fylkeskommune. Det pekes imidlertid på at det er vanskelig å finne statistikk på kommunenivå på flere av områdene og at dette gjør det vanskelig å få tilstrekkelig oversikt over tilstanden i kommunen. På noen områder presenteres kun statistikk for deler av befolkningen.

Deretter følger informasjon om kommunen og kommunens befolkning på følgende områder:

- tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng
- tilrettelegging for gående og syklende
- luftkvalitet
- miljørettet helsevern som vaksinasjonsdekning, eksponering for radon, drikkevannskvalitet og badevannskvalitet.
- sosial støtte (gode, nære relasjoner)
- deltagelse og medvirkning,
- sosial og kulturell deltagelse målt som deltagelse i kommunens musikk- og kulturskole og besøk i folkebibliotek.
- valgdeltagelse.

Oversikten presenterer tall som viser at kommunen ligger godt an på noen indikatorer og skiller seg negativt ut fra sammenligningsgrunnlaget på andre. Det pekes også på forhold som representerer en kilde til lokal bekymring/noe som er viktig å ta hensyn til. Blant annet fremkommer følgende:

- støy fra vei- og flytrafikk
- tilrettelagt vei for gående og syklende langs kommunal vei
- vaksinasjonsdekning for 9-åringer
- ensomhet, depressive følelser blant ungdom

#### 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.

Tilstanden når det gjelder skader og ulykker beskrives med utgangspunkt i tall fra Kommunehelse statistikkbank og redegjøres for i kapittel 5.5. Oversikten beskriver status på to områder hhv. sykehusinnleggelser som følge av hhv. lårhalsbrudd og sykehusinnleggelser som følge av skader og ulykker. For øvrig pekes det på at det er lite statistikk for forebygging av skader tilgjengelig på kommunenivå.

Gjennomgangen viser at Gjerdrum skiller seg negativt ut sammenlignet med øvrige kommuner på Øvre Romerike, landet og fylket når det gjelder lårhalsbrudd, bare Eidsvoll ligger høyere.

Tallene viser videre at kommunen har hatt en økning i antall sykehusinnleggelser som følge av skader i perioden 2010-2013 og at kommunen ligger over snittet for landet, fylket og de fleste av kommunene på Øvre Romerike.

### e. Helserelatert atferd

Med helsereelatert 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.

Kommunen redegjør i kapittel 6 (Sunne valg) for statistikk som viser ungdoms vaner når det gjelder tobakksbruk, bruk av alkohol, fysisk aktivitet og måltider. Redegjørelsen er basert på data fra Ungdataundersøkelsen (Ungdata 2015). Det vises til at det ikke finnes data på dette området for befolkningen som helhet på kommunenivå.

Det konkluderes med at det tyder på at befolkningen i Gjerdrum gjør sunne valg, med blant annet liten forekomst av overvekt (jf. bokstav f) og at dette kan henge sammen med høyt nivå på fysisk aktivitet og gode måltidsvaner. Det trekkes ikke frem spesielle utfordringer når det gjelder områdene som er redegjort for i oversikten. Det vises til at lite tilgjengelig statistikk for kommunen gjør konklusjonene usikre og det er heller ikke mulig å se utvikling over tid.

### 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 forebygg-bare sykdommer («folkesykdommer»), om det er bekymringsfullt nivå av visse sykdommer eller en negativ utvikling, men også data om trivsel eller selvopplevd helse (Helsedirektoratet 2013).

Dette temaet behandles dels innledningsvis i oversikten, dels i kapittel 6 under overskriften «Sunne valg».

Med utgangspunkt i Folkehelsebarometeret for Gjerdrum kommune gis en oversikt over det generelle overordnede bilde av helsetilstanden i kommunen. Barometeret inneholder blant annet informasjon om status for befolkningen når det gjelder forventet levealder, psykiske lidelser/muskel- og skjelettplager, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, lungekreft, antibiotikabruk og vaksinasjonsdekning.

Barometeret viser videre at Gjerdrum for de fleste av disse områdene ligger signifikant bedre an enn landet som helhet, eller på samme nivå. Gjerdrum skiller seg imidlertid negativt ut når det gjelder muskel- og skjelettsykdommer behandlet i primærhelsetjenesten. Folkehelsebarometeret (kommunehelsa statistikkbank) viser også at Gjerdrum skiller seg negativt ut sammenlignet både med fylket og landet når det gjelder hjerte-karsykdommer med behandling i primærhelsetjenesten. I tillegg har kommunen en noe høyere dødelighet som følge av lungelidelser/KOLS.

Status for helsetilstanden i befolkningen redegjøres videre for i kapittel 6. Gjennomgangen tar for seg statistikk som viser status for befolkningen sammenlignet med kommunene på Øvre Romerike, landsgjennomsnittet og Akershus fylke på følgende områder. Her redegjøres det nærmere for to forhold:

- Overvekt og fedme i befolkningen
- Overvekt blant gravide

Det vises til at statistikken tyder på at befolkningen i Gjerdrum gjør sunne valg med relativt sett liten forekomst av fedme og overvekt på de nasjonale indikatorene. Andelen overvekt og fedme på sesjon 1 i forsvaret er lavest blant kommunene på Øvre Romerike, landet og på snittet for Akershus. Andelen er imidlertid økende. For overvekt blant gravide kommer også Gjerdrum relativt godt ut, men i likhet med overvekt i befolkningen generelt, viser overvekt blant gravide en negativ tendens.

#### ***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.

I intervju vises det generelt til at kommunen har forholdt seg til nasjonale krav om at det skal gjøres en faglig vurdering av årsaksforhold og konsekvenser av folkehelseutfordringene. Det pekes på at vurderinger av årsakssammenhenger fremkommer i beskrivelsen av ulike folkehelseutfordringer i oversiktsdokumentet. Videre vises det til at mange av de faglige vurderingene i dokumentet er hentet fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Samtidig pekes det på at gode forklaringer av årsakssammenhenger også fordrer god informasjon fra de ulike tjenesteområdene lokalt.

Revisjonen gjengir nedenfor hvordan vurderinger av årsaker og konsekvenser er gjort på de områder hvor Gjerdrum skiller seg negativt ut fra landet og fylket, slik det fremgår av *Folkehelsebarometeret 2016* og *Folkehelsebarometeret*. Disse dataene refereres det til innledningsvis i kommunens oversiktsdokument (s.4-5).

Av Folkehelsebarometeret fremgår at det generelle bildet av folkehelsestanden i kommunen er god, men at kommunen skiller seg negativt ut når det gjelder muskel- og skjelettplager (basert på kontakt med primærhelsetjenesten). Folkehelsebarometeret (Kommunehelse statistikkbank) viser i tillegg at Gjerdrum skiller seg negativt ut når det gjelder hjerte-karsykdommer (basert på kontakt med primærhelsetjenesten).

I oversiktsdokumentet pekes det på at kommunens negative skår på disse områdene kan skyldes at disse lidelsene håndteres i primærhelsetjenesten i stedet for i spesialisthelsetjenesten. Videre vises det til at muskel- og skjelettlidelser utgjør den største andelen sykemeldte på landsbasis og at dette vil være et naturlig satsningsområde for Gjerdrum Frisklivssentral, som har kompetanse på å redusere og forebygge livsstilssykdommer. Det vises også til at kommunen bør se indikatoren i sammenheng med en vurdering av kapasitet og kompetanse innen fysikalsk behandling i kommunen. I kapittel 6 om sunne valg vises det overordnet til at det er en sammenheng mellom helseatferd som f.eks. fysisk aktivitet og forekomsten av ulike typer ikke-smittsomme sykdommer.

### **4.3.3 Kilder til oversikten**

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

Tabell 1 Bruk av kilder

Tema ↓	Kilder →	A Stat/fylkeskommune	B Kommunale helse- og omsorgstjenester	C Andre lokalt
<b>Befolkningssammensetning</b> Demografi, flytting, etnisitet osv		Akershus statistikkbank	-	-
<b>Oppvekst- og levekår</b> Arbeid, inntekt, utdanning, boforhold		Folkehelsebarometret SSB Kommnehelsa statistikkbank Utdanningsdirektoratet Akershus statistikkbank	I noen grad	I noen grad
<b>Miljø</b> Fysisk, kjemisk, biologisk, sosialt		Folkehelsebarometret SSB Kommnehelsa statistikkbank Utdanningsdirektoratet Akershus statistikkbank Ungdata	-	I noen grad
<b>Skader og ulykker</b> Omfang av ulike skadetyper		Folkehelsebarometret Kommnehelsa statistikkbank	-	-
<b>Helserelatert atferd</b> Levevaner		Folkehelsebarometret Ungdata	I noen grad	-
<b>Helsetilstand</b> Sykdommer, trivsel, risikofaktorer,		Folkehelsebarometre Kommnehelsa statistikkbank	I noen grad	-

Tabellen viser at kommunen for alle områder har benyttet statistikk fra stat og/eller fylkeskommune. For å beskrive helserelatert atferd er det i tillegg benyttet data fra, Ungdataundersøkelsen. Folkehelsebarometret gir nøkkeltall for alle områdene kommunen er pålagt å beskrive i oversikten, unntatt skader og ulykker. Tallene fra folkehelsebarometeret er beskrevet i innledningsvis i oversikten under overskriften «oversikt og overordnede betraktninger».

Kommunen peker selv på at oversikten hovedsakelig er basert på nasjonale kilder og at det kan «være lurt å ha en bredere prosess i kommuneorganisasjonen ved fremtidige revisjoner av dokumentet» (oversiktsdokument s. 11). Det vises til at det er benyttet lokal kunnskap om status for helsetilstand og påvirkningsfaktorer som fremkom gjennom SWOT-analyser som ble gjennomført i kommunens tjenester våren 2016.

Det vises i intervjuene til at kommunen har et forbedringspotensial med hensyn til å nyttiggjøre seg kunnskap og informasjon om lokale forhold som finnes i egen organisasjon. Det pekes videre på at det generelt har vært tidkrevende å innhente og analysere statistikk, og at det er en utfordring at det på en del områder ikke foreligger statistikk for Gjerdrum kommune. Det ble i tillegg pekt på viktigheten av gode verktøy for å kunne hente ut statistikk på lokalt nivå i kommunen, f.eks. gjennom bruk av ulike fagsystemer i kommunale tjenester.

Tross de begrensinger som trekkes frem, opplever kommunen generelt å ha god oversikt over folkehelsen. Det vises i intervju til at arbeidet med oversiktsdokumentet har bidratt til å identifisere særskilte folkehelseutfordringer, som blant annet overvekt, hjerte-kar sykdommer, psykisk helse barn og unge, samt frafall i videregående opplæring. Det vises også til at arbeidet med dokumentet har bidratt til å bekrefte inntrykk og erfaringer kommunen allerede har på flere områder, og gitt trygghet for at tiltak allerede er satt inn på riktige områder.

#### **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. Dokumentet er et viktig utgangspunkt for kommunens planlegging av mål og tiltak på området og skal bidra til å gjøre kommunens folkehelsearbeid så treffsikkert som mulig. Undersøkelsen viser at dokumentet ikke forelå ved oppstart av kommunens arbeid med planstrategi, slik folkehelseoven også krever, men ble vedtatt etter kommunestyrets behandling av planstrategi for 2016-2020.

Det kreves at oversikten over helsetilstanden i kommunen skal inneholde informasjon om bestemte temaer og samfunnsområder. Undersøkelsen viser at kommunens oversiktsdokument tilfredsstillende tilfredsstillende forskriftsfestede krav om innhold. Undersøkelsen viser videre at dokumentet i all hovedsak er basert på forskriftsfestede krav til bruk av kilder, men da først og fremst statlige og fylkeskommunale kilder og mindre grad lokale kilder.

Revisjonen er innforstått med at det kan være krevende fremskaffe lokal statistikk. Kommunen påpeker selv at det på mange områder heller ikke finnes informasjonen om Gjerdrum kommune i

nasjonale statistikker. Revisjonen vil peke på at en tettere og mer systematisk involvering av kommunens egne tjenester i folkehelsearbeidet, kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om lokale forhold. Dette kan etter revisjonens vurdering også gjøre det enklere å identifiseres årsaker til og konsekvenser av ulike folkehelseutfordringer i egen kommune.



## FIGURLISTE

Figur 1 Kommunens ansvar og oppgaver i planleggingen.....	2
Figur 2 Det "store" og det "lille" folkehelsearbeidet.....	3

## 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)

### **Rundskriv og veiledere**

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

### **Dokumenter fra Gjerdrum kommune**

Folkehelseoversikt Gjerdrum kommune 2016

Bedre helse for alle. Kommunedelplan for folkehelse i Gjerdrum 2014-2024

Planstrategi for Gjerdrum kommune 2016-2020

Saksfremlegg, vedtak av planstrategi for Gjerdrum kommune 2016-2020 (11605/2016-140)

### **Annet**

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

