

RAPPORT

# KOMMUNESEKTORENS ARBEID MED FOLKEHELSEOVERSIKTEN

BEHOV FOR FORENKLING OG SKREDDERSYDDE DIGITALE VERKTØY



**MENON-PUBLIKASJON NR. 62/2024**

Av Simen Pedersen, Mathie Rødal, Liva Myrvold Holmdal og Iselin Kjelsaas



## Forord

På oppdrag for Akershus fylkeskommune og ni kommuner har Menon Economics kartlagt det langsiktige og løpende oversiktsarbeidet innenfor folkehelse i kommuner og fylkeskommuner.

Prosjektet har vært ledet av Simen Pedersen, med Mathie Rødal og Liva Myrvold Holmdal som prosjektmedarbeidere. Iselin Kjelsaas har vært aktiv kvalitetssikrer. Arbeidet er gjennomført i perioden fra februar 2024 til april 2024.

Vår kontaktperson har vært Karine Heidi Berentsen i Nordre Follo kommune som er prosjektleder. Ellers takker vi for nyttige innspill fra prosjekteier Inger Johanne Strand (Akershus Fylkeskommune) og arbeidsgruppen, som utover Karine Heidi Berentsen, består av Geir André Dalhus (Vestby kommune), Bente Sperlin (Ås kommune), Terhi Urhonen (Nesodden kommune), Svein Neerland (Nittedal kommune) og Mette Daapan (Larvik kommune).

Vi takker for et spennende og viktig oppdrag!

---

April 2024

Simen Pedersen  
Prosjektleder  
Menon Economics

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>1 BAKGRUNN, PROBLEMSTILLINGER, BEGREPER OG METODE</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Problemstillinger	6
1.3 Begreper	7
1.4 Metode	8
<b>2 SVARANDEL OG STATISTISK FEILMARGIN</b>	<b>9</b>
2.1 Kommuner	9
2.2 Fylkeskommuner	10
<b>3 UTVALGTE RESULTATER FOR KOMMUNER</b>	<b>11</b>
3.1 Utarbeidelse og oppdatering av folkehelseoversikten	11
3.2 Forankring av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen	12
3.3 Kunnskapskilder, dokumentasjon og tilgjengeliggjøring	13
3.4 utfordringer ved utarbeidelsen av folkehelseoversikten	13
3.5 Evaluering av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen	15
3.6 Mulighetsrommet for at digitale verktøy kan forenkle arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten	16
<b>4 UTVALGTE RESULTATER FOR FYLKESKOMMUNER</b>	<b>19</b>
4.1 Kjennetegn ved det systematiske folkehelsearbeidet i fylkeskommunene og utarbeidelsen av folkehelseoversikten	19
4.2 utfordringer ved utarbeidelsen av folkehelseoversikten	20
4.3 Mulighetsrommet for at digitale verktøy kan forenkle arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten	22
<b>REFERANSELISTE</b>	<b>23</b>
<b>VEDLEGG 1 – SPØRREUNDERSØKELSEN</b>	<b>24</b>
V1.1 Utsendelsestekst	24
V1.2 Spørreundersøkelsen	25
<b>VEDLEGG 2 – FRAFALLSANALYSE</b>	<b>36</b>
<b>VEDLEGG 3 – FIGURER</b>	<b>38</b>
V3.1 Kjennetegn ved den som svarer	38
V3.2 Ressurser og organisering av det systematiske folkehelsearbeidet	40
V3.3 Utarbeidelsen av folkehelseoversikten	42
V3.4 utfordringer knyttet til arbeidet med folkehelseoversikten	52
V3.5 Digitale verktøy og dataprogrammer som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten	54

## Sammendrag

Basert på en spørreundersøkelse til alle kommuner og fylkeskommuner, finner vi at det er store variasjoner mellom kommuner og fylkeskommuner i hvor langt de har kommet i det systematiske folkehelsearbeidet. Vi finner at de aller fleste kommuner og fylkeskommuner benytter folkehelseoversikten som et kunnskapsgrunnlag inn i planstrategien og at flere ulike tjenesteområder involveres i utarbeidelsen av folkehelseoversikten. Det er imidlertid stor strekk i laget når det gjelder ressurser som legges ned i arbeidet. Det kan forklare variasjoner i kvaliteten på, og forankringen av, det systematiske folkehelsearbeidet generelt, og folkehelseoversikten spesielt. Digitale verktøy kan gi støtte til og effektivisere arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten. Over halvparten av kommunene og halvparten av fylkeskommunene oppgir manglende tilgang til egnede digitale verktøy som en utfordring for å lage en god folkehelseoversikt.

Alle kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden til befolkningen i tråd med folkehelseloven §§ 5 og 21. Kommunen og fylkeskommunen skal særlig være oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Folkehelseoversikten skal inngå som et grunnlagsdokument i arbeidet med kommunens og fylkeskommunens planstrategi, som skal vedtas innen ett år etter at kommunestyret og fylkestinget er konstituert, jf. plan- og bygningsloven §§ 10-1 og 7-1. Både den kommunale og fylkeskommunale oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i henholdsvis kommunen og fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Med bakgrunn i folkehelseoversikten skal det utarbeides overordnede mål og strategier for det systematiske folkehelsearbeidet og igangsetting av nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringer.

### Det er store variasjoner mellom kommuner og mellom fylkeskommuner

Tidligere undersøkelser gjennomført av by- og regionforskningsinstituttet NIBR viser at det er stor variasjon mellom kommuner i hvor langt de har kommet i det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2019). Vår spørreundersøkelse til alle kommuner og fylkeskommuner understøtter langt på vei denne konklusjonen. Vi finner at det er stor variasjon mellom kommuner og fylkeskommuner i:

- hvor hyppig de oppdaterer folkehelseoversikten
- hvor mange ansatte som har vært involvert i å utarbeide folkehelseoversikten
- samlet tidsbruk i å utarbeide folkehelseoversikten
- omfanget av kilder som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten
- bruk av digitale verktøy i utarbeidelsen av folkehelseoversikten
- hvilken grad arbeidet er forankret i politisk og administrativ ledelse
- hvilken grad arbeidet er forankret i de overordnede planene
- hvilken grad de evaluerer det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen

Det er imidlertid positivt at de aller fleste kommuner og fylkeskommuner benytter folkehelseoversikten som et kunnskapsgrunnlag inn i planstrategien og at det er bred involvering av tjenesteområder når folkehelseoversikten utarbeides.

### Kapasitet til å gjennomføre og forankre folkehelsearbeidet er en sentral utfordring

Vi finner at kapasitet til å gjennomføre og forankre det systematiske folkehelsearbeidet oppleves som sentrale utfordringer for en betydelig andel av kommunene og fylkeskommunene. Det er derfor grunn til å tro at en betydelig andel av kommunene og fylkeskommunene ikke gir det systematiske folkehelsearbeidet tilstrekkelig

prioritet. Dette funnet understøttes av at et mindretall av kommunene har forankret det systematiske folkehelsearbeidet tilstrekkelig i kommuneplanens handlingsdel og årsbudsjett. Det kan være en rekke underliggende årsaker til at det systematiske folkehelsearbeidet har lav prioritet i mange kommuner. En forklaring kan være at kommunesektoren står overfor en lang rekke lov- og forskriftskrav som skal oppfylles og at omfanget av kravene er uoversiktlig. Eksempelvis anslår Pedersen mfl. (2022) at kommunene står overfor flere tusen lov- og forskriftskrav og at det ikke finnes en totaloversikt over lov- og forskriftskravene som kommunene skal oppfylle. En annen forklaring kan være at lovkravene som knytter seg til folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner er relativt nylig innført (januar 2012) og at kommunenes og fylkeskommunenes bevissthet om folkehelseoppgavene er mangelfull.

## Relevante digitale verktøy vil sannsynligvis øke kvaliteten på folkehelsearbeidet

Digitale verktøy kan gi støtte til, og effektivisere arbeidet med, å utarbeide folkehelseoversikten. Siden kapasitet til å gjennomføre arbeidet er en sentral utfordring, kan tilgang til bedre digitale verktøy øke kvaliteten på to måter. Enten direkte ved at man får oppdatert tilgang til data og støtte til å tolke resultatene og/eller indirekte ved at man frigjør kapasitet som kan benyttes til å gjøre andre deler av det systematiske folkehelsearbeidet bedre. Over halvparten av kommunene og halvparten av fylkeskommunene oppgir manglende tilgang til egnede digitale verktøy som en utfordring for å lage en god folkehelseoversikt. Kommunene og fylkeskommunene vurderer følgende funksjonalitet som spesielt viktig å ha tilgang til i digitale verktøy som benyttes i arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten:

- felles arbeidsflate internt i kommunen/fylkeskommunen til å innhente statistikk og tolke resultater
- dynamiske tabeller / statistikk (automatisk oppdatering)
- enkelt å velge ut / fremheve prioriterte områder

## Avsluttende betraktninger

Tilgang på digitale verktøy som dekker det identifiserte behovet løser sannsynligvis ikke kapasitetsutfordringene alene. For at kommunesektoren skal løse de systematiske folkehelseoppgavene på en god måte i fremtiden er vår vurdering at lovverket må legge til rette for god samhandling i mellom forvaltningsnivåer i offentlig sektor og mot frivillig sektor. Et konkret eksempel på behov for forenkling i lovverket er at fylkeskommunene i tråd med folkehelseloven § 20 skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. Samtidig skal den kommunale og fylkeskommunale folkehelseoversikten inngå som grunnlag for arbeidet med regionale og lokale planstrategien, i tråd med folkehelseloven § 6 og § 21. Den lokale og regionale planstrategien skal oppdateres minst hvert fjerde år (valgperiode) og vedta planstrategien senest ett år etter konstituering av nytt kommunestyre/fylkesting, i tråd med plan- og bygningsloven § 10-1 og § 7-1. Vår vurdering er at folkehelseloven ikke tilrettelegger for at fylkeskommunene skal understøtte kommunene i det systematiske folkehelsearbeidet generelt og folkehelseoversikten spesielt. Skal kommunene ha nytte av den regionale folkehelseoversikten bør den helst være tilgjengelig for kommunene før konstituering av nytt kommunestyre (hvert fjerde år). Det vil være ressursbesparende hvis kommunene slipper å hente inn data på egenhånd, men kan trekke ut kommunens utfordringsbilde fra fylkeskommunenes og jobbe systematisk videre med det.

En siste betraktning er at folkehelsen i en kommune eller fylkeskommune henger tett sammen med andre helsemessige og sosiale utfordringer som fattigdom/inntektsulikhet, utdanningsnivå, utenforskap og behovet for kommunale tjenester. Det er derfor fare for at det systematiske folkehelsearbeidet ikke i tilstrekkelig grad ses i sammenheng med helsefremmende og annen forebyggende innsats på helse- og velferdsområdet. Resultatet kan være at kommunene og fylkeskommunene forebygger symptomer istedenfor å jobbe for å løse rotårsakene på problemene og/eller utløse dobbeltarbeid på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

## Spørsmål til innretning på det systematiske folkehelsearbeidet i kommunal sektor

Avslutningsvis har vi valgt å stille noen åpne spørsmål som vi mener det er sentralt å stille i det videre arbeidet med å utvikle innretningen på det systematiske folkehelsearbeidet. Er det hensiktsmessig at:

- 357 kommuner og 15 fylkeskommuner samler inn folkehelsesdata fra ulike kilder hver for seg?
- Hver og én kommune og fylkeskommune bruker tid på å analysere seg frem til et lokalt utfordringsbilde i det systematiske folkehelsearbeidet?
- Folkehelseloven legger opp til at kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide folkehelseoversikten samtidig?
- Folkehelseloven detaljregulerer hvordan kommuner og fylkeskommuner skal jobbe med systematisk folkehelsearbeid?

Man kan også stille seg spørsmål om bruk av kunstig intelligens på sikt kan anvendes til å effektivisere det systematiske folkehelsearbeidet.

# 1 Bakgrunn, problemstillinger, begreper og metode

Alle kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden til befolkningen i tråd med folkehelseloven §§ 5 og 21. Det er behov for kunnskap om hvordan prosessen knyttet til lokalt og regionalt kunnskapsgrunnlag iht. folkehelseoversikten kan gjøres enklere, mer tilgjengelig og bidra til økt forankring og samhandling på området. Menon har derfor gjennomført en spørreundersøkelse til alle kommuner og fylkeskommuner. Undersøkelsen har som formål å kartlegge hvordan kommunal sektor jobber med det systematiske folkehelsearbeidet, prosessen med å utarbeide folkehelseoversikten, utfordringer i arbeidet og mulighetsrommet som ligger i å digitalisere arbeidet.

## 1.1 Bakgrunn

Alle kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden til befolkningen i tråd med folkehelseloven §§ 5 og 21. Kommunen og fylkeskommunen skal særlig være oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Folkehelseoversikten skal inngå som et grunnlagsdokument i arbeidet med kommunens og fylkeskommunens planstrategi, som skal vedtas innen ett år etter at kommunestyret og fylkestinget er konstituert, jf. plan- og bygningsloven §§ 10-1 og 7-1.

Både den kommunale og fylkeskommunale oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i henholdsvis kommunen og fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Med bakgrunn i folkehelseoversikten skal det utarbeides overordnede mål og strategier for det systematiske folkehelsearbeidet og igangsetting av nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringer.

Kravene til folkehelseoversikten er de samme for alle kommuner og fylkeskommuner. Samtidig er det i dag opp til hver enkelt kommune og fylkeskommune hvordan de ønsker å utarbeide folkehelseoversikten og å innhente og bearbeide data som grunnlag for oversikten. Det mangler kunnskap om hvordan denne prosessen foregår i dag, hva kommuner og fylkeskommuner opplever som utfordrende med prosessen og hvorvidt verktøy eller andre tiltak kan forenkle arbeidet med folkehelseoversikten. Tidligere undersøkelser gjennomført av by- og regionforskningsinstituttet NIBR viser at det er stor variasjon mellom kommuner i hvor langt de har kommet i det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2019). På oppdrag fra prosjektet Digitalisering av folkehelseoversikten som eies av Akershus fylkeskommune og ni kommuner er det satt i gang et forprosjekt med å kartlegge behov og problemstillinger ved å digitalisere det langsiktige og løpende oversiktsarbeidet innenfor folkehelse. Det er behov for kunnskap om hvordan prosessen knyttet til lokalt og regionalt kunnskapsgrunnlag for å utarbeide folkehelseoversikten kan gjøres enklere, mer tilgjengelig og bidra til økt forankring og samhandling på området. Resultatet av undersøkelsen vil brukes som en del av kunnskapsgrunnlaget i evalueringen av prosjekt Digitalisering av folkehelseoversikten, og om mulig berede grunnen for et større nasjonalt FoU-prosjekt.

## 1.2 Problemstillinger

Menon Economics har fått i oppdrag å kartlegge behov og problemstillinger i kommunenes og fylkeskommunenes systematiske folkehelsearbeid. Helt overordnet har vi vært ute etter å kartlegge følgende i kommuner og fylkeskommuner:

- Kjennetegn ved det systematiske folkehelsearbeidet (organisering, ressursbruk og forankring)

- Utarbeidelsen av folkehelseoversikten (bidragsyttere, kunnskapskilder, dokumentasjon, tilgjengeliggjøring og evaluering)
- Utdfordringer ved utarbeidelsen av folkehelseoversikten
- Mulighetsrommet for at digitale verktøy kan forenkle arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten

### 1.3 Begreper

**Folkehelseoversikten.** Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden til befolkningen i tråd med folkehelseloven §§ 5 og 21. Vi har valgt å kalle denne oversikten for folkehelseoversikten.

**Systematisk folkehelsearbeid.** Det systematiske folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner kan defineres som de aktivitetene som er listet opp i Tabell 1.1.

**Hesledirektoratet sin veileder:** Helseledirektoratet utarbeidet i 2013 en veileder «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» som skal bistå kommunene i deres oversiktsarbeid. Helseledirektoratet har basert på erfaringer fra folkehelsearbeidet utarbeidet en revidert veileder «Systematisk folkehelsearbeid». (Helseledirektoratet, 2019).

Tabell 1.1 Systematisk folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner

Kommuner	Fylkeskommuner
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skaffe nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, slik at kommunen får et tydelig bilde av hva som er de lokale folkehelseutfordringer i den enkelte kommune, jf. folkehelseloven § 5.</li> <li>• Benytte oversikten over folkehelsestatus som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. folkehelseloven § 6 første ledd.</li> <li>• Drøfte kommunens folkehelseutfordringer i lokal planstrategi, jf. folkehelseloven § 6 første ledd og plan- og bygningsloven § 10-1.</li> <li>• Fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer, jf. folkehelseloven § 6 annet ledd og plan- og bygningsloven kapittel 11.</li> <li>• Forankring av mål og strategier i planprosessene etter plan- og bygningsloven.</li> <li>• Iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale folkehelseutfordringer, jf. folkehelseloven § 7.</li> <li>• Vurdere forbedringsområder i kommunens folkehelsearbeid, jf. folkehelselovens § 30 og § 5.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene i fylket, jf. folkehelseloven § 20 annet ledd.</li> <li>• Skaffe nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, jf. folkehelseloven § 21.</li> <li>• Benytte oversikten over folkehelsestatus som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi, jf. folkehelseloven § 21 tredje ledd.</li> <li>• Drøfte folkehelseutfordringer i fylket i regional planstrategi, jf. folkehelseloven § 21 tredje ledd og plan- og bygningsloven § 7-1.</li> <li>• Iverksette nødvendige tiltak for å møte regionale utfordringer, jf. folkehelseloven §20 første ledd.</li> <li>• Vurdere forbedringsområder i kommunens folkehelsearbeid, jf. folkehelselovens § 30 og § 5.</li> </ul>



## 1.4 Metode

For å svare på problemstillingene har vi sendt ut en landsdekkende spørreundersøkelse til folkehelsekoordinatorer og -ansvarlige i alle norske kommuner og fylkeskommuner. Spørsmålene som ble stilt ble utarbeidet i samråd med prosjektgruppa fra prosjektet Digitalisering av folkehelseoversikten som eies av Akershus fylkeskommune og ni kommuner. Det ble også gjennomført to pilotintervjuer for å sikre at spørsmålene var treffende og forståelige. Spørsmålene er dokumentert i vedlegg 1.

## 2 Svarandel og statistisk feilmargin

Vi har sendt ut en felles spørreundersøkelse til kommuner og fylkeskommuner. Vi har oppnådd en svarprosent på henholdsvis 47 og 73 prosent for kommuner og fylkeskommuner. Kommunene som har svart på spørreundersøkelsen har en høyere sentralitetsgrad og en høyere befolkningsvekst enn de som ikke har besvart undersøkelsen. Disse skjevhetene må tas høyde for i tolkningen av resultatene.

### 2.1 Kommuner

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til folkehelsekoordinatorer eller tilsvarende i alle landets 357 kommuner<sup>1</sup> og ble besvart og fullført av 169 kommuner. Svarandel for spørreundersøkelsen samlet var altså på 47 prosent. Vi anser dette som en svært høy svarprosent, sett opp mot tilsvarende spørreundersøkelser.

Mer interessant enn svarandelen er den statistiske feilmarginen. Vi finner at den statistiske feilmarginen utgjør +/- 5 prosent. En statistisk feilmargin på 5 prosent betyr at vi kan være 95 prosent sikre på at dersom alle folkehelsekoordinatorer eller tilsvarende hadde svart på undersøkelsen, ville svarene falle innenfor +/- 5 prosent av svarene i denne spørreundersøkelsen. Selv om det alltid er et mål å få en lavest mulig statistisk feilmargin, er vår vurdering at feilmarginen er tilstrekkelig lav. Det er imidlertid viktig å vurdere representativiteten i utvalget som har svart, slik at vi har innsikt i eventuelle skjevheter når vi skal analysere resultatene.

Tabell 2.1 Spørreundersøkelse til folkehelsekoordinatorer og tilsvarende i norske kommuner - svarandel og statistisk feilmargin

Antall kommuner som har fullført undersøkelsen	Antall undersøkelsen er sendt til (totalpopulasjon)	Svarandel, i prosent	Statistisk feilmargin, i prosent*
169	357	47,3	+/- 5

\*Den statistiske feilmarginen uttrykker påliteligheten av et tall og kan tolkes som at vi kan være 95 prosent sikre på at dersom totalpopulasjonen hadde avgitt svar, så ville svarene falle innenfor +/- 5 prosent av svarene i denne undersøkelsen. Kilde: Menon Economics

Den største og viktigste usikkerheten ved analyseresultatene fra en utvalgsundersøkelse som dette er at de som har svart på spørreundersøkelsen systematisk skiller seg fra de som ikke har svart, i dimensjoner som bidrar til at svarene på spørsmålene ikke gir et representativt bilde. En hypotese kan eksempelvis være at de som har svart på spørreundersøkelsen generelt er mer opptatt av folkehelse spørsmål og derigjennom i større grad representerer kommuner som har gjennomfører et godt systematisk folkehelsearbeid. Det betyr at det er fare for skjevheter i utvalget gjennom at svarene på spørsmålene i spørreundersøkelsen generelt beskriver færre utfordringer med det systematiske folkehelsearbeidet enn hva som reelt sett er tilfelle i kommune-Norge.

Utvalget av kommuner som har inngått i spørreundersøkelsen kan videre blant annet være skjevt i dimensjoner som kommunestørrelse (innbyggertall), sentralitetsgrad, økonomisk handlingsrom, befolkningsendring siste fem år. For disse dimensjonene har vi ved hjelp av tosidige t-tester undersøkt om det er signifikante forskjeller mellom kommuner som har besvart spørreundersøkelsen og kommuner som ikke har besvart spørreundersøkelsen (men har mottatt den), se vedlegg 2 for en nærmere beskrivelse av t-testen og resultatene fra t-testen. Vi finner noen

<sup>1</sup> I Oslo kommune er folkehelsearbeidet delegert til bydelene.

systematiske forskjeller mellom kommuner som har besvart spørreundersøkelsen, og dermed inngår i utvalget vårt, og kommunene som ikke har besvart spørreundersøkelsen. Kommunene som har besvart undersøkelsen har en sterkere utvikling i innbyggertall og har en høyere sentralitetsgrad. Det er viktig å understreke at det er en tydelig sammenheng mellom sentralitetsgrad og antall innbyggere. Forskjellene er statistisk signifikante. Implikasjonene av forskjellene mellom de kommunene som har besvart og ikke besvart undersøkelsen er at vi må ta høyde for dette når vi tolker resultatene.

## 2.2 Fylkeskommuner

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til folkehelsekoordinatorer eller tilsvarende i alle landets 15 fylkeskommuner og ble besvart og fullført av 11 fylkeskommuner. Svarandel for spørreundersøkelsen samlet var altså litt over 73 prosent. Mer interessant enn svarandelen er den statistiske feilmarginen. Vi finner at den statistiske feilmarginen utgjør +/- 16 prosent. Vi vurderer at feilmarginen er tilstrekkelig lav.

**Tabell 2.2** Spørreundersøkelse til folkehelsekoordinatorer og tilsvarende i norske fylkeskommuner - svarandel og statistisk feilmargin

Antall fylkeskommuner som har fullført undersøkelsen	Antall undersøkelsen er sendt til (totalpopulasjon)	Svarandel, i prosent	Statistisk feilmargin, i prosent*
11	15	73,3	+/- 16

*\*Den statistiske feilmarginen uttrykker påliteligheten av et tall og kan tolkes som at vi kan være 95 prosent sikre på at dersom totalpopulasjonen hadde avgitt svar, så ville svarene falle innenfor +/- 16 prosent av svarene i denne undersøkelsen. Kilde: Menon Economics*

## 3 Utvalgte resultater for kommuner

Svar fra kommuner på spørreundersøkelsen vår taler for at det er store variasjoner mellom kommuner i hvor ofte de utarbeider/oppdaterer folkehelseoversikten. Majoriteten av kommunene oppgir at de har en god forankring av utfordringsbilde og prioriterte folkehelseindikatorer i kommuneplanens samfunnsdel, men forankringen i kommuneplanens handlingsdel og årsbudsjettet varierer. Kommuneplanens handlingsdel og årsbudsjettet fanger opp økonomiske prioriteringer av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen. Det er grunn til å tro at en betydelig andel av kommunene ikke prioriterer tilstrekkelig med ressurser til det systematiske folkehelsearbeidet. Dette understøttes av at kapasitet til å gjennomføre og forankre det systematiske folkehelsearbeidet oppleves som sentrale utfordringer for en betydelig andel av kommunene.

Over halvparten av kommunene oppgir manglende tilgang til egnede digitale verktøy som en utfordring. Digitale verktøy og dataprogrammer kan gi støtte til arbeidet med folkehelseoversikten, og bidra med å effektivisere arbeidet. Kommunene vurderer at felles arbeidsflate internt i kommunen (til å innhente statistikk og tolke resultater) og dynamiske tabeller / statistikk (automatisk oppdatering) er den viktigste funksjonaliteten som det digitale verktøyet bør ha for fremtidens arbeid med folkehelseoversikten.

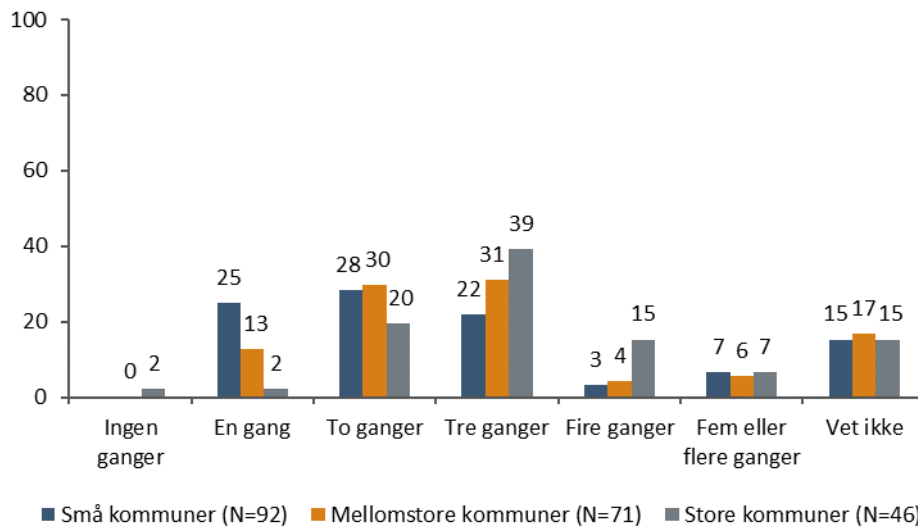
Alle resultatene fra spørreundersøkelsen til kommunene og fylkeskommunene er dokumentert i vedlegg 3. I dette kapitlet har vi oppsummert utvalgte funn fra kommuneundersøkelsen. Til forskjell fra resultatene vist i vedlegget, har vi i dette kapitlet valgt å fordele flere av svarene etter Statistisk sentralbyrå sin standard for kommunestørrelse. Dette har vi gjort fordi vi tror det kan være mer krevende å få til et godt systematisk folkehelsearbeid, herunder utarbeide folkehelseoversikten, i en liten kommune enn i en stor.

### 3.1 Utarbeidelse og oppdatering av folkehelseoversikten

Som omtalt i kapittel 1, skal alle kommuner utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden til befolkningen i tråd med folkehelseloven § 5. Folkehelseoversikten skal inngå som et grunnlagsdokument i arbeidet med kommunens planstrategi, (folkehelseloven § 6), og planstrategien skal vedtas senest innen ett år etter at kommunestyret er konstituert. Det innebærer at folkehelseoversikten i utgangspunktet skal utarbeides og oppdateres minst hvert fjerde år. Siden lovkravet om å utarbeide og oppdatere folkehelseoversikten ble innført januar 2012, har de fleste kommuner utarbeidet og oppdatert folkehelseoversikten flere ganger. Resultatene fra undersøkelsen viser at store kommuner i større grad oppdaterer folkehelseoversikten enn mellomstore og små kommuner, se Figur 3-1. Det er som forventet basert på at tidligere utredninger som viser at små kommuner har større utfordringer med å oppfylle lovpålagte oppgaver enn store kommuner (Pedersen m.fl., 2022 & NOU 2023: 9). Det er imidlertid verdt å merke seg at det finnes flere små og mellomstore kommuner som har oppdatert folkehelseoversikten fem ganger eller mer. Det taler for at det er store variasjoner mellom kommuner når det gjelder oppdatering av folkehelseoversikten for alle kommunestørrelser.

Figur 3-1

Antall ganger kommunen oppgir å ha utarbeidet og oppdatert folkehelseoversikten, jf. folkehelseloven § 5, siden lovkravet ble innført 01.01.2012, fordelt på kommunistørrelse

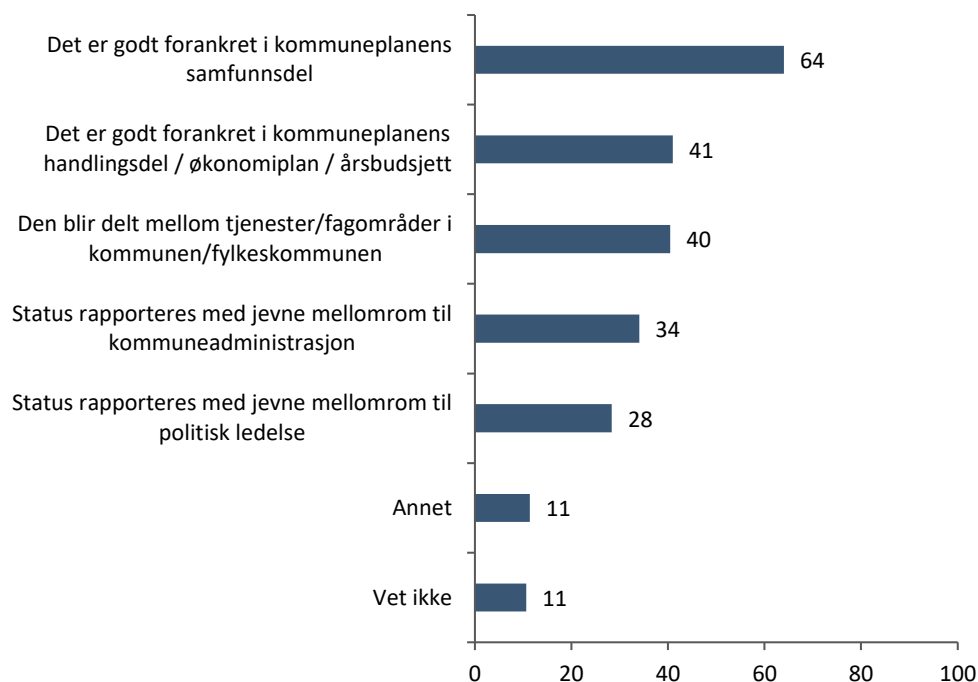


Små kommuner er definert som kommuner med innbyggertall under 5000, store kommuner er definert som kommuner med innbyggertall med 20 000 eller mer. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

### 3.2 Forankring av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen

Mål og strategier for det systematiske folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Majoriteten av kommunene oppgir at de har en god forankring av utfordringsbilde og prioriterte folkehelseindikatorer i kommuneplanens samfunnsdel, se Figur 3-2. Figuren viser også at under halvparten av kommunene oppgir at de har god forankring i kommuneplanens handlingsdel /årsbudsjett. Basert på at forankring i kommuneplanens handlingsdel og årsbudsjettet fanger opp de økonomiske prioriteringene av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen er det grunn til å tro at en betydelig andel av kommunene ikke prioriterer tilstrekkelig med midler til det systematiske folkehelsearbeidet. Det er også bekymringsfullt at kun to av fem kommuner som har svart på undersøkelsen oppgir at utfordringsbildet blir delt mellom tjenester/fagområder og at kun et mindretall av kommunene rapporterer utfordringsbildet til kommuneledelsen.

**Figur 3-2** På hvilken måte utfordringsbildet kommunen har og prioriterte folkehelse-indikatorer følges opp. Flere svar mulig. I prosent av alle som har svart.



N=142. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelen overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

### 3.3 Kunnskapskilder, dokumentasjon og tilgjengeliggjøring

For å utarbeide/oppdatere folkehelseoversikten er kommunene avhengige av å benytte ulike kunnskapskilder. Nærmest alle kommuner benytter flere kunnskapskilder, og i gjennomsnitt har kommunene tatt i bruk syv av tretten oppgitte kunnskapskilder i utarbeidelsen av folkehelseoversikten. Kun et fåtall kommuner har brukt mindre enn fire kilder eller mer enn ti kilder. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at kommunestørrelse henger sammen med antall kunnskapskilder som tas i bruk, hvor store kommuner oppgir et høyere antall enn små kommuner, med et gjennomsnitt på henholdsvis 7,8 og 6,5 kunnskapskilder. Selv om forskjellene er små kan det indikere at store kommuner benytter seg av et bredere kunnskapsgrunnlag i sitt systematiske folkehelsearbeid. Nesten alle kommuner har oppgitt at de bruker folkehelse og -oppvekstprofil fra FHI, elevundersøkelsen og ungdatabank, samt SSB statistikkbank (herav KOSTRA) og kommune- og fylkeskommune statistikkbank, se Figur V3-14.

Kommunene vurderer tilgjengelige kilder innenfor områdene befolknings sammensetning og oppvekst og levekårsforhold i hovedsak som gode. For resterende områder oppgir flertallet av kommuner at tilgjengelige kilder kan bli bedre. Innenfor områdene skader og ulykker, kvalitativ kunnskap og statistikkgrunnlag fra tjenester i kommunen/fylkeskommunen er det omtrent like mange kommuner som oppgir at tilgjengelige kilder er gode som dårlige, se Figur V3-16.

### 3.4 Utfordringer ved utarbeidelsen av folkehelseoversikten

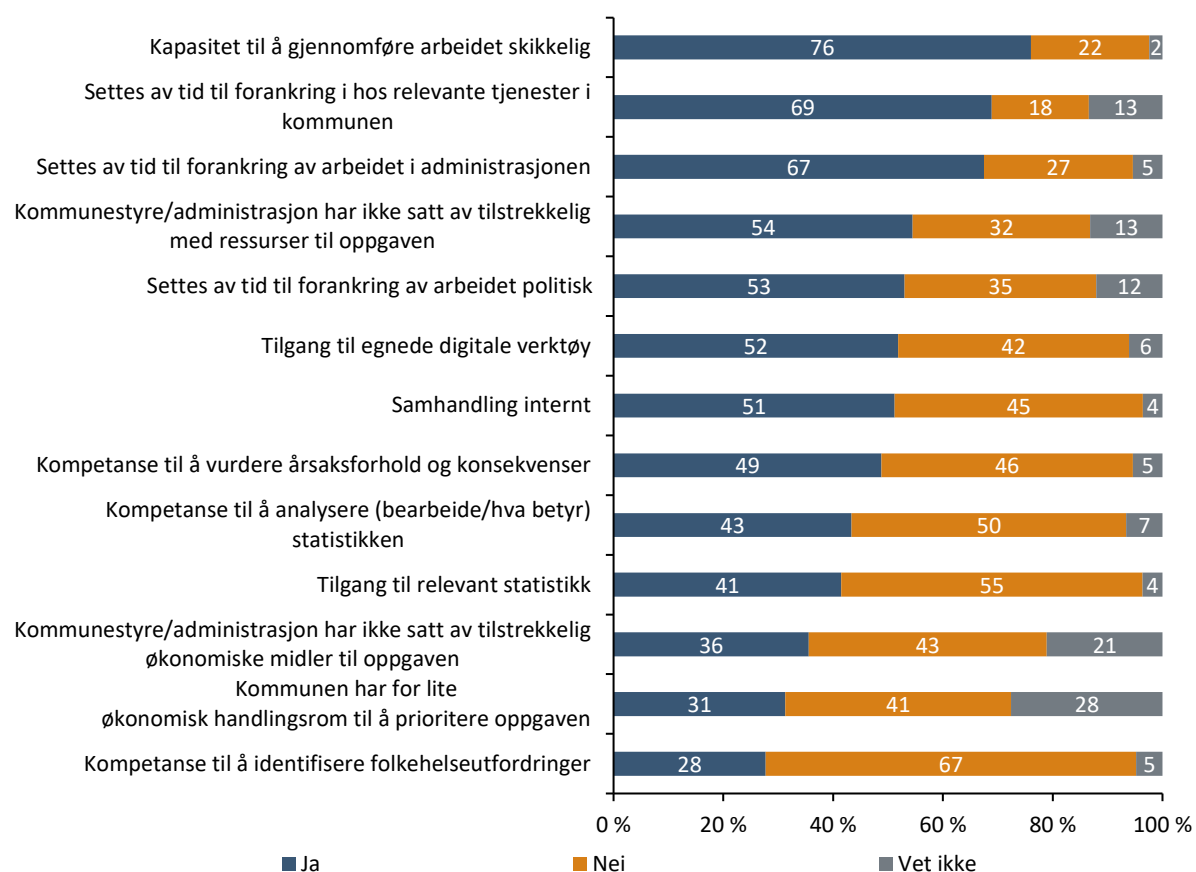
Det kan være en rekke utfordringer med å lage en god folkehelseoversikt. Det systematiske folkehelsearbeidet er et arbeid som krever at det settes av nok tid og ressurser til både gjennomføring og forankring, samt at de

ansatte som arbeider med dette har relevant kompetanse. Det systematiske folkehelsearbeidet krever også at kommunen har tilgang til relevant statistikk og egnede digitale verktøy.

Figur 3-3 viser at tid til å utarbeide folkehelseoversikten er en grunnleggende utfordring. Et flertall av kommunene oppgir at kapasiteten til å gjennomføre arbeidet skikkelig, tid til forankring hos relevante tjenester i kommunen, og tid til forankring av arbeidet i administrasjonen og kommunestyre/administrasjon representerer de største utfordringene. Over halvparten av kommunene oppgir tilgang til egnede digitale verktøy som en utfordring.

Det er relativt flere store enn små kommuner som trekker frem at forankring er en utfordring, dette gjelder særlig tid til forankring av arbeidet politisk. En utfordring de små kommunene oftere trekker frem enn store kommuner er tilgangen til digitale verktøy og kompetanse til å vurdere årsaksforhold og konsekvenser, samt kompetanse til å identifisere folkehelseutfordringer. Dette kan tyde på at små kommuner opplever at gjennomføringen av det systematiske folkehelsearbeidet er mer krevende, mens de store kommunene synes forankringen av det systematiske folkehelsearbeidet er mer krevende.

**Figur 3-3 Kommunens opplevde utfordringer med å lage en god folkehelseoversikt. I prosent av alle kommunene som har svart.**

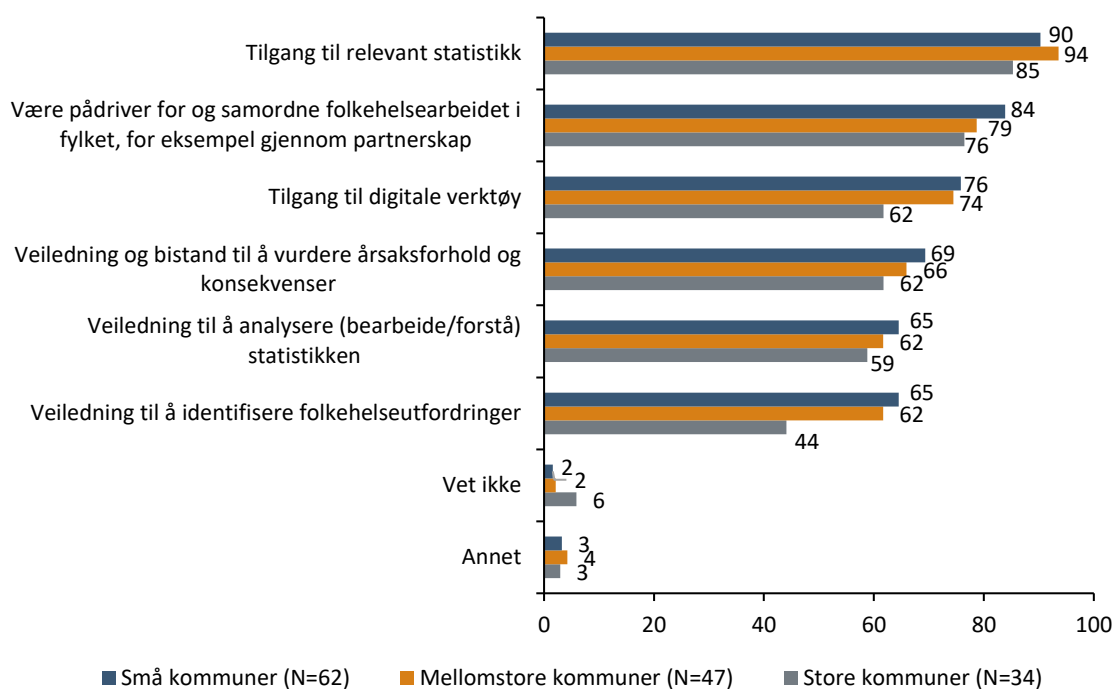


N = 163 - 168. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Folkehelseloven § 20 stiller krav om at fylkeskommunen skal understøtte det systematiske folkehelsearbeid i kommunene. Fylkeskommunen kan understøtter utarbeidelsen av folkehelseoversikten på en rekke måter,

gjennom tilgang til relevant statistikk eller digitale verktøy, samt veiledning og samordning av arbeidet. Flest kommuner ønsker at fylkeskommunen understøtter kommunen i utarbeidelsen av folkehelseoversikten gjennom tilgang til relevant statistikk. Dette gjelder uavhengig av kommunestørrelse, se Figur 3-4. Av de oppgitte alternativene, er det færrest som oppgir at de ønsker at fylkeskommunen skal bistå med veiledning til å identifisere folkehelseutfordringer.

**Figur 3-4** På hvilken måte kommunen ønsker at fylkeskommunen skal understøtte utarbeidelsen av folkehelseoversikten, fordelt på kommunestørrelse. Flere svar mulig.



Små kommuner er definert som kommuner med innbyggertall under 5000, store kommuner er definert som kommuner med innbyggertall med 20 000 eller mer. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

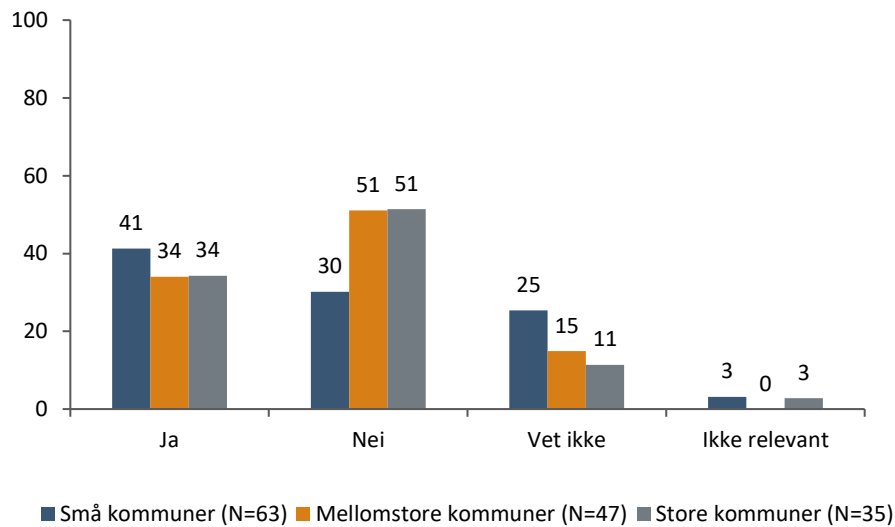
### 3.5 Evaluering av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen

Ifølge folkehelseloven §§ 30 og 5 skal det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen og fylkeskommunen evalueres. Hensikten med å evaluere er å sikre kontinuerlig læring og utvikling i arbeidet. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder som skal bistå kommunene i deres oversiktsarbeid «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse». Det at kommuner evaluerer sitt systematiske folkehelsearbeid i tråd med Helsedirektoratets veileder er en indikator på at kommunene følger nasjonale normer og standarder for et godt systematisk folkehelsearbeid, og at de sikrer kontinuerlig læring og utvikling i arbeidet. Flertallet av kommuner oppgir at det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen ikke blir evaluert i tråd med Helsedirektoratets veileder, se Figur 3-5. I tolkningene av disse resultatene må man være varsom for at de som har svart kan legge forskjellige betydninger av hva som menes med å evaluere arbeidet.



Figur 3-5

Hvorvidt det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen er evaluert i tråd med Helsedirektoratets veileder, fordelt på kommunestørrelse



Små kommuner er definert som kommuner med innbyggertall under 5000, store kommuner er definert som kommuner med innbyggertall med 20 000 eller mer. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

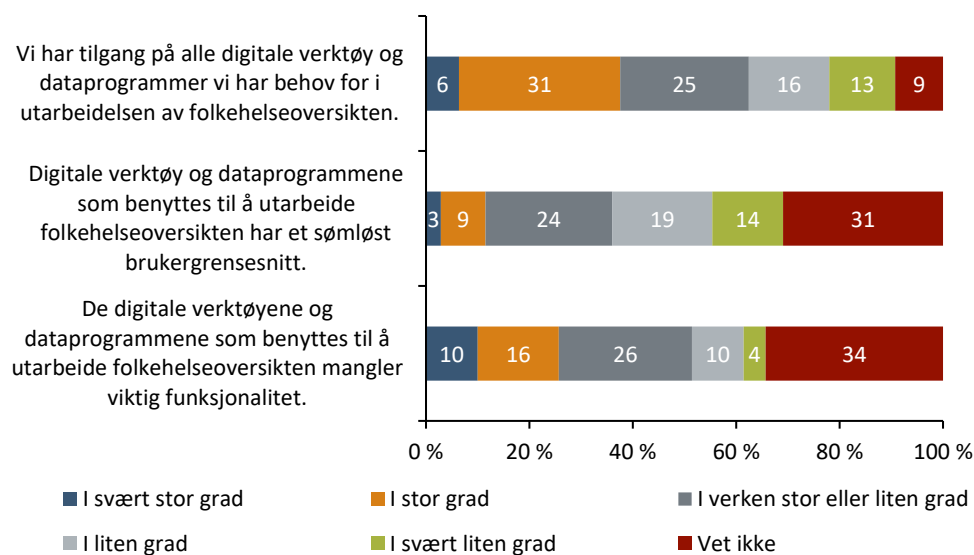
### 3.6 Mulighetsrommet for at digitale verktøy kan forenkle arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten

Digitale verktøy og dataprogrammer kan gi støtte til arbeidet med folkehelseoversikten, og bidra med å effektivisere arbeidet. Det er en rekke ulike verktøy og programmer som kan tas i bruk og som trolig gir ulik grad av støtte inn i det systematiske folkehelsearbeidet.

Kommunene blir bedt om å vurdere hvorvidt ulike digitale verktøy og dataprogram gir tilstrekkelig støtte til det systematiske folkehelsearbeidet. Blant verktøyene og programmene som er listet opp, ble Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint) vurdert til å gi tilstrekkelig støtte til det systematiske folkehelsearbeidet av flest kommuner. For samtlige oppførte verktøy og programmer, med unntak av programmene fra Microsoft Office, oppgir majoriteten av kommunene at verktøyet/programmet ikke benyttes/ikke er relevant, eller at de ikke vet hvorvidt verktøyet/programmet gir tilstrekkelig støtte. Dersom vi ser bort fra kommunene som har svart benyttes ikke/ikke relevant eller vet ikke, er Framsikt sin planmodul og analysemodul i hovedsak vurdert til å gi tilstrekkelig støtte, mens GIS (geografisk informasjonssystem), dataprogram for statistisk analyse, Power BI og KOMPAS i hovedsak er vurdert til å i liten eller svært liten grad gi tilstrekkelig støtte, se Figur V3-28.

I hvilken grad digitale verktøy gir støtte til det systematiske folkehelsearbeidet avhenger blant annet av kommunenes tilgang på digitale verktøy og programmer, hvorvidt tilgjengelige verktøy og programmer har nødvendig funksjonalitet og hvorvidt de er enkle eller vanskelige å ta i bruk. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at kommunene i hovedsak har tilgang på alle digitale verktøy og dataprogrammer de har behov for i utarbeidelsen av folkehelseoversikten, se Figur 3-6. Det er likevel flere kommuner som oppgir at de digitale verktøyene og dataprogrammene som benyttes i stor eller svært stor grad mangler viktig funksjonalitet. Det ser også ut til at det er forbedringspotensial knyttet til brukergrensesnittet til digitale verktøy og dataprogrammer som benyttes. Flere av kommunene oppgir at digitale verktøy og dataprogrammene som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten i liten eller svært liten grad har et sømløst brukergrensesnitt, se Figur 3-6.

**Figur 3-6** I hvor stor grad kommuner er enig i ulike påstander om digitale verktøy og dataprogrammer brukt i utarbeidelsen av folkehelseoversikten.

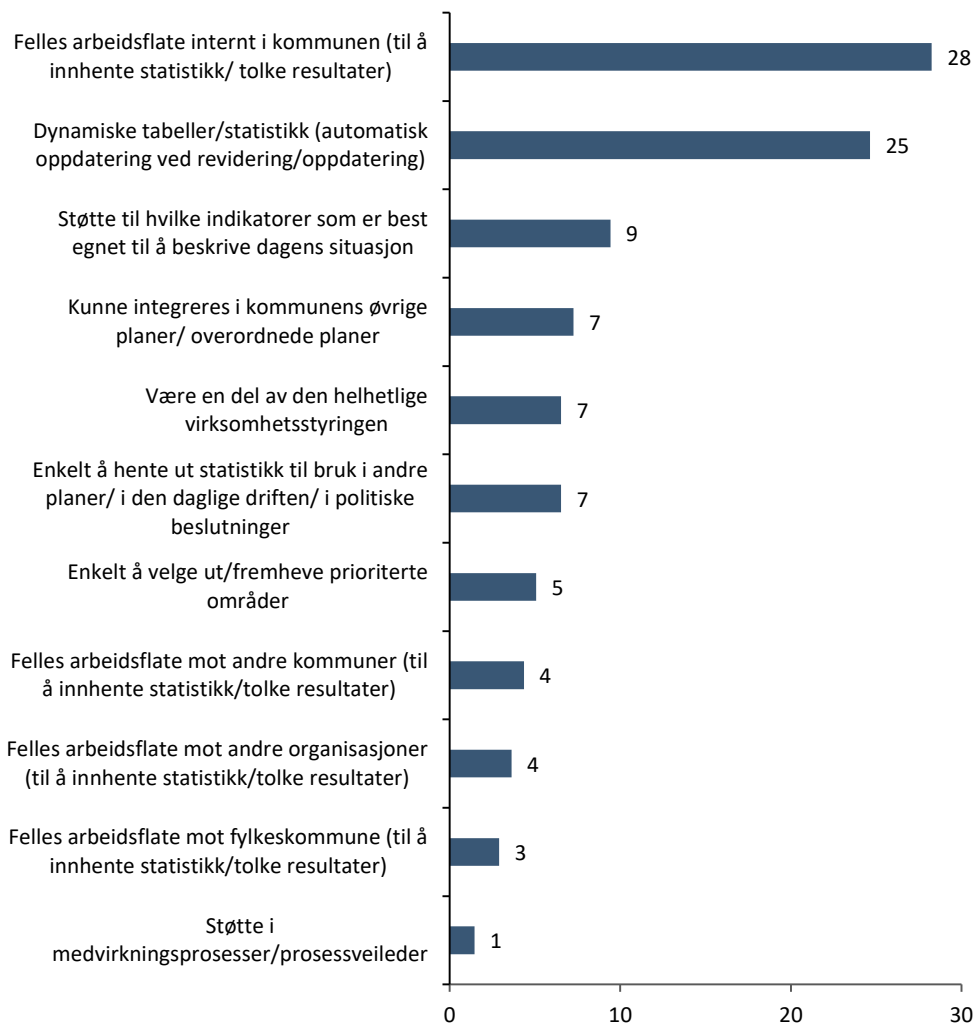


N = 139 – 141. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Kommunene vurderer at felles arbeidsflate internt i kommunen (til å innhente statistikk/tolke resultater) og dynamiske tabeller/statistikk (automatisk oppdatering ved revidering/oppdatering) er den viktigste funksjonaliteten som dataprogram bør ha for fremtidens arbeid med folkehelseoversikten, se Figur 3-7.

Figur 3-7

Kommunenes vurdering av viktigste funksjonalitet i dataprogrammer som benyttes i fremtiden til å utarbeide folkehelseoversikten, i prosent



N=149. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

## 4 Utvalgte resultater for fylkeskommuner

Fylkeskommunenes svar på spørreundersøkelsen vår sammenfaller med kommunenes svar. Det er også for fylkeskommunene stor variasjon i hvor ofte folkehelseoversikten er oppdatert. Samtlige fylkeskommuner oppgir i åpne svar at folkehelseoversikten var en del av grunnlaget for den siste utarbeidede planstrategien i fylkeskommunen. Majoriteten av fylkeskommunene oppgir at det er utfordringer knyttet til samhandling internt, kapasitet til å gjennomføre arbeidet skikkelig og tid til forankring hos relevante tjenester i fylkeskommunen. I tillegg oppgir over halvparten av fylkeskommunene utfordringer knyttet til tid til forankring av arbeidet i administrasjonen og tid til forankring politisk. Det er dermed utfordringer knyttet til kapasitet og tid som ser ut til å være mest fremtredende i arbeidet med folkehelseoversikten i fylkeskommunene.

Halvparten av fylkeskommunene oppgir tilgang til egnede digitale verktøy som en utfordring. Digitale verktøy og dataprogrammer kan gi støtte til arbeidet med folkehelseoversikten, og bidra med å effektivisere arbeidet. Fylkeskommunene vurderer at felles arbeidsflate internt i kommunen (til å innhente statistikk og tolke resultater) og at det gjøres enkelt å velge ut / fremheve prioriterte områder er den viktigste funksjonaliteten som det digitale verktøyet bør ha for fremtidens arbeid med folkehelseoversikten.

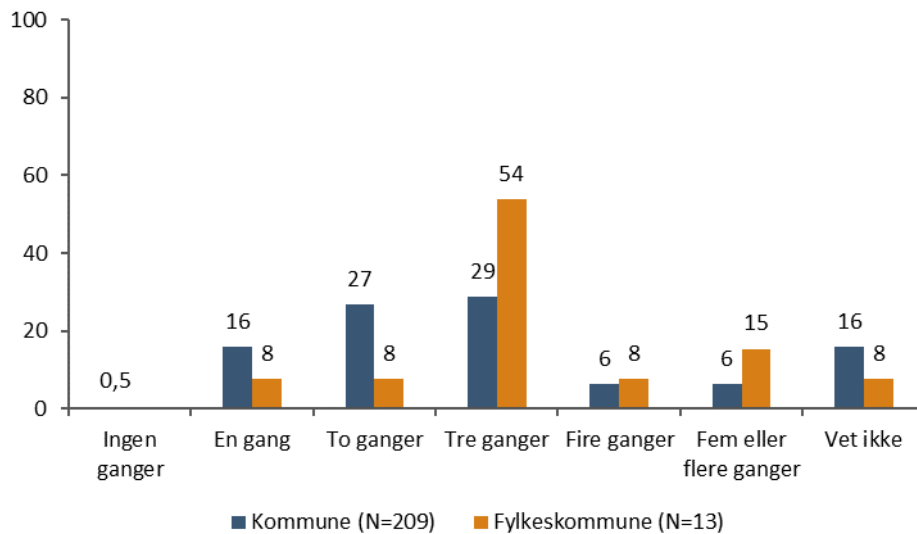
Alle resultatene fra spørreundersøkelsen til fylkeskommunene er dokumentert i vedlegg 3. Vi har imidlertid valgt å hente ut de funnene vi mener er spesielt viktig, og oppsummerer disse i dette kapittelet.

### 4.1 Kjennetegn ved det systematiske folkehelsearbeidet i fylkeskommunene og utarbeidelsen av folkehelseoversikten

Som omtalt i kapittel 1, skal fylkeskommunene følge folkehelseloven § 21 utarbeide et oversiktsdokument over helsetilstanden til fylkeskommunens befolkning. Folkehelseoversikten skal følge folkehelseloven § 6 inngå som et grunnlagsdokument i arbeidet med fylkeskommunens planstrategi, som skal vedtas senest innen ett år etter at fylkestinget er konstituert. Det store flertallet av fylkeskommunene oppgir å ha utarbeidet/oppdatert folkehelseoversikten tre eller flere ganger siden lovkravet ble innført i 2012, se Figur 4-1. Samtlige fylkeskommuner oppgir i åpne svar at folkehelseoversikten var en del av grunnlaget for den siste utarbeidede planstrategien i fylkeskommunen.

Figur 4-1

Antall ganger kommunen oppgir å ha utarbeidet og oppdatert folkehelseoversikten, jf. folkehelseloven § 5 / folkehelseloven § 21, siden lovkravet ble innført 01.01.2012



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten

I tillegg til å utarbeide folkehelseoversikt for fylket, skal fylkeskommunene ifølge folkehelseloven § 20 understøtte det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene. Fylkeskommunene oppgir i gjennomsnitt å ha oppdatert folkehelseoversikten oftere enn kommunene, se Figur 4-1. Dette indikerer at fylkeskommunene i mange tilfeller ligger i forkant med det systematiske folkehelsearbeidet, og dermed har et godt utgangspunkt for å støtte kommunen i deres systematiske folkehelsearbeid.

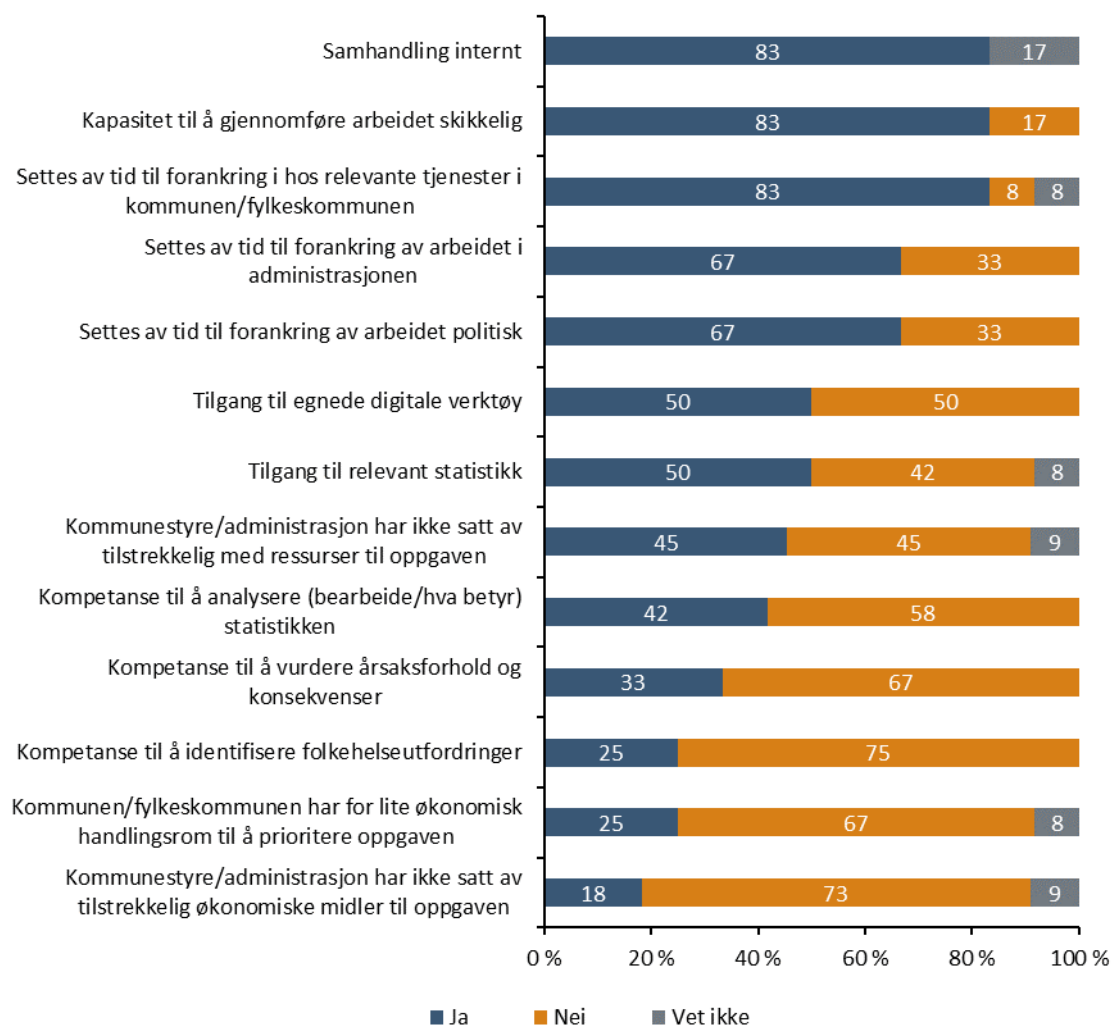
I likhet med kommunene skal fylkeskommunene, ifølge folkehelseloven §§ 30 og 5, evaluere arbeidet med folkehelseoversikten. Som nevnt i kapittel 3, har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder som skal bistå kommunene i deres oversiktsarbeid. Kun halvparten av fylkeskommunene oppgir at det systematiske folkehelsearbeidet blir evaluert i tråd med Helsedirektoratets veileder, se Figur V3-25. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer dermed at mange fylkeskommuner går glipp av viktig læring som er nødvendig for å forbedre arbeidet ytterligere.

Ifølge Prop. 90 L (2010-2011) er det systematiske folkehelsearbeid en oppgave for alle sektorer. Dette innebærer involvering av alle sektorer i det systematiske folkehelsearbeidet og at tverrfaglig arbeid er sentralt. Rett over halvparten av fylkeskommunene oppgir at det er en tverrfaglig gruppe som utarbeidet den siste folkehelseoversikten, se Figur V3-13. Majoriteten av fylkeskommunene oppga i åpne svar at flere avdelinger var involvert i prosessen med arbeidet, samt at de kom med konkrete bidrag i prosessen. Det er imidlertid noe variasjon i hvilke avdelinger som deltar i de ulike fylkeskommunene, samt variasjon i hvor aktive de ulike avdelingene er i arbeidet.

## 4.2 utfordringer ved utarbeidelsen av folkehelseoversikten

Majoriteten av fylkeskommunene oppgir at det er utfordringer knyttet til samhandling internt, kapasitet til å gjennomføre arbeidet skikkelig og tid til forankring hos relevante tjenester i fylkeskommune, se Figur 4-2. I tillegg oppgir over halvparten av fylkeskommunene utfordringer knyttet til tid til forankring av arbeidet i administrasjonen og tid til forankring politisk. Det er dermed utfordringer knyttet til kapasitet og tid som ser ut til å være mest fremtredende i arbeidet med folkehelseoversikten. At administrasjonen ikke setter av tilstrekkelige økonomiske midler til oppgaven ser ut til å være minst problematisk.

**Figur 4-2** Fylkeskommunens opplevde utfordringer med å lage en god folkehelseoversikt, i prosent av alle fylkeskommunene som har svart

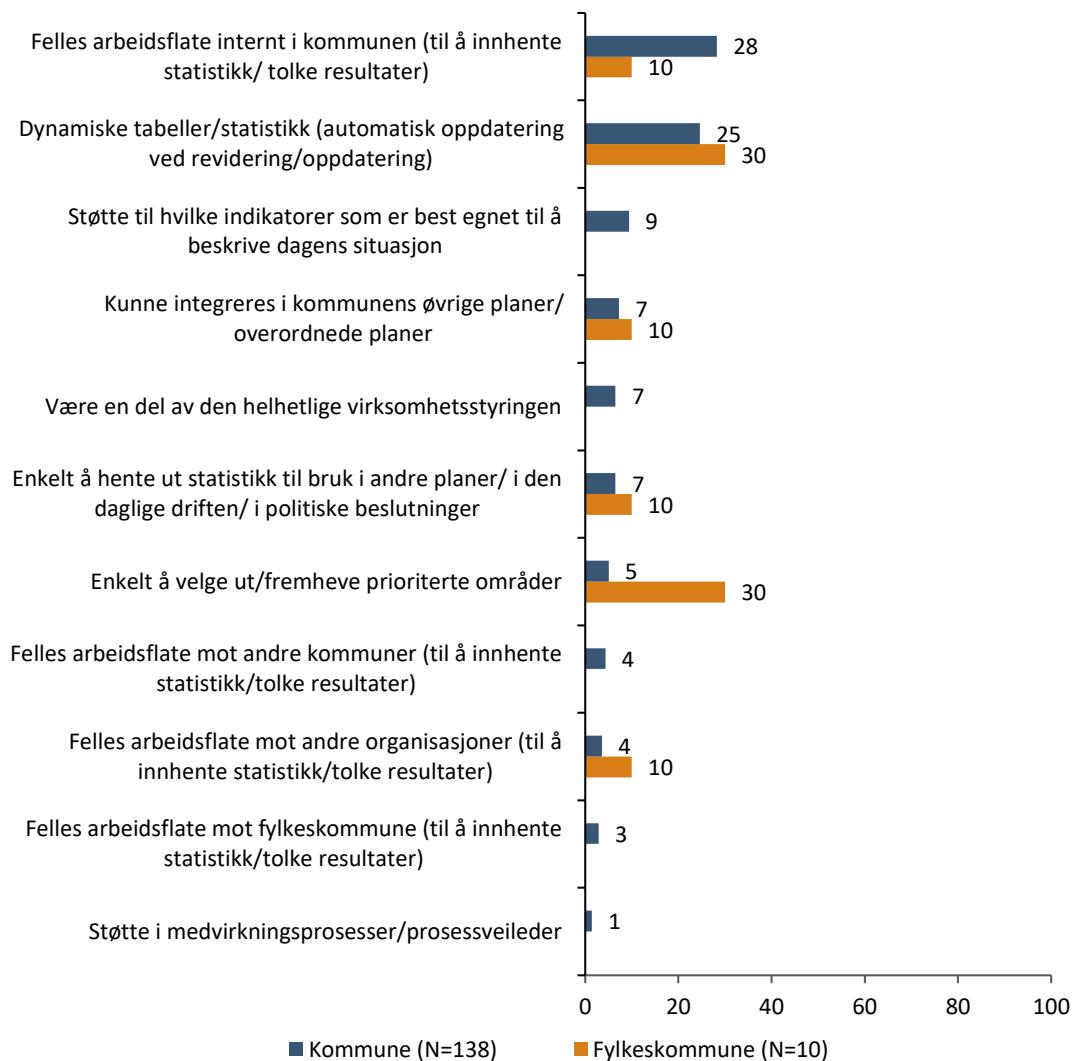


N=11-12. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

### 4.3 Mulighetsrommet for at digitale verktøy kan forenkle arbeidet med å utarbeide folkehelseoversikten

Det fylkeskommunene vurderer som den viktigste funksjonaliteten de skulle ønske et tilpasset dataprogram hadde, med tanke på fremtidens arbeid med å utarbeide folkehelseoversikten, er dynamiske tabeller/statistikk (automatisk oppdatering ved revidering/oppdatering) og at det er enkelt å velge ut/fremheve prioriterte områder, se Figur 4-3.

**Figur 4-3** Svar på spørsmålet: Tenk på fremtidens arbeid med å utarbeide folkehelseoversikten. Hva slags funksjonalitet skulle du ønske at et tilpasset dataprogram hadde? Ranger fra mest viktig til minst viktig. Andel som har rangert gitt funksjonalitet som nr. 1.



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

## Referanseliste

Helsedirektoratet. (2019). *Systematisk folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/metode-og-prosess>

NOU 2023: 9. (2023). *Generalistkommunesystemet - Likt ansvar - ulike forutsetninger*. Kommunal- og distriktdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-9/id2968517/>

Pedersen, S., Kjelsaas, I., Halvorsen, C. A., & Aalen, P. (2022). *Ståa i norske kommuner*. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2022-46-Staa-i-norske-kommuner.pdf>

Prop. 90 L. (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/sec1>



# Vedlegg 1 – Spørreundersøkelsen

## V1.1 Utsendelsestekst

**Tittel: Undersøkelse om folkehelseoversikten**

Hei,

På oppdrag fra prosjektet Digitalisering av folkehelseoversikten som eies av Akershus fylkeskommune og ni kommuner kartlegger Menon Economics hvordan kommuner jobber med folkehelseoversikten i kommuner og fylkeskommuner. Vi er spesielt opptatt av kunnskap om hvordan prosessen knyttet til lokalt og regionalt kunnskapsgrunnlag iht. folkehelseoversikten kan gjøres enklere, mer tilgjengelig og bidra til økt forankring og samhandling på området. Resultatet av undersøkelsen vil brukes som en del av kunnskapsgrunnlaget i evalueringen av prosjektet, og om mulig berede grunnen for et større nasjonalt FoU-prosjekt. Vi trenger derfor hjelp av deg!

Målgruppen for undersøkelsen er folkehelsekoordinatorer og -rådgivere i kommuner og fylkeskommuner. **Om du mener at en annen person i kommunen eller fylkeskommunen du representerer er bedre egnet til å besvare denne undersøkelsen, vennligst videresend den til vedkommende.**

Alle svar blir konfidensielt behandlet i henhold til EUs personvernforordning (GDPR). Det vil si at ingen svar kan spores tilbake til den enkelte respondent.

Trykk her for å starte spørreundersøkelsen: [SURVEY\_LINK]

Vi ber deg svare så snart du har anledning, og **ikke senere enn fredag 22.03**. Enkelte spørsmål og svaralternativer passer kanskje ikke helt med din situasjon. Vi ber deg likevel svare så godt du kan ved å velge svaralternativer som ligger nærmest din egen oppfatning. **Det vil ta cirka 15-20 minutter å fylle ut spørreundersøkelsen.**

Dersom du har spørsmål om undersøkelsen eller har tekniske utfordringer, kan du kontakte Mathie Rødal i Menon Economics på e-post: mathie.rodal@menon.no eller på telefon 45 40 41 67.

Dersom du har spørsmål om formål og prosjektet for øvrig ta kontakt med prosjektleder Heidi Berentsen. Ta også kontakt med henne dersom du ønsker å ha en word-fil av spørreundersøkelsen. Hun kan nås på e-post: heidi.berentsen@nordrefollo.kommune.no eller på telefon 90 10 27 08.

Takk for at du tar deg tid til å svare på undersøkelsen!

Med vennlig hilsen,

Simen Pedersen

Prosjektleder, Menon Economics

## V1.2 Spørreundersøkelsen

### Introdel

#### Informasjon om databehandling [Tekstboks]

I henhold til EUs personvernforordning (GDPR) vil personinformasjon som knytter svarene til deg slettes innen seks måneder.

Menon Economics sin GDPR-kontakt:

Navn: Hebe Brunvand

E-post: [hebe@menon.no](mailto:hebe@menon.no)

Hvis du trykker på neste, godtar du at vi behandler dine personopplysninger i henhold til informasjonen gitt over.

**I spørreundersøkelsen er det mulig å bla seg frem og tilbake. Det er imidlertid ikke mulig å avslutte utfylling og fortsette igjen senere.**

#### Informasjon til deg som svarer på undersøkelsen [Tekstboks]

Flere av spørsmålene i spørreundersøkelsen sammenfaller med spørsmål som stilles av Helsedirektoratet i sin årlige kartlegging av kommunenes systematiske helsearbeid. Det muliggjør krysskoblinger mellom status på folkehelseområdet og behovene kommunene din kommune har. I undersøkelsen benyttes begrepet folkehelseoversikten for det 4-årige oversiktsdokumentet.

#### 1. Hvilken type organisasjon representerer du? [Obligatorisk]

- Kommune
- Fylkeskommunene

#### 2. Hvilken stilling har du i virksomheten du er ansatt i? Hvis du er ansatt i en rådgiver eller seniorrådgiverstilling og har stillingstittelen folkehelsekoordinator oppgi folkehelsekoordinator.

- Leder (kommunedirektør, avdelingsleder eller enhetsleder)
- Folkehelsekoordinator
- Rådgiver/seniorrådgiver
- Annet, vennligst spesifiser her:

---

#### 3. Hvor mange ganger har kommunen/fylkeskommunen du representerer utarbeidet og oppdatert folkehelseoversikten, jf. folkehelseloven § 5 / folkehelseloven § 21, siden lovkravet ble innført 01.01.2012?

##### [Obligatorisk]

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 eller mer

Vet ikke

**Systematisk folkehelsearbeid i kommunen [Tekstboks – betinget på at man har svart kommune på spørsmål 1, på samme side som spørsmål 4]**

Systematisk folkehelsearbeid i kommunen kan defineres som følgende aktiviteter:

- Skaffe seg en overordnet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, slik at kommunen får et tydelig bilde av hva som er de lokale folkehelseutfordringer i den enkelte kommune.
- Benytte oversikten over folkehelseutfordringer som grunnlag for arbeidet med planstrategier.
- Drøfte kommunens folkehelseutfordringer i lokal planstrategi.
- Fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer.
- Forankring av mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.
- Evaluering av iverksatte tiltak til læring og forbedring av arbeidet.

**4. Dette spørsmålet kan være krevende å svare på. Kan du etter beste evne anslå hvor mange ansatte og årsverk jobber med systematisk folkehelsearbeid i kommunen du representerer? Oppgi svar for 2023. Hvis du ikke kan resonere deg frem til anslag trykk deg videre uten å svare på spørsmålet. [Betinget på at man har svar kommunen på spørsmål 1]**

	Antall
Ansatte	Format – Numerisk
Årsverk	Format – Numerisk

**Systematisk folkehelsearbeid i fylkeskommunen [Tekstboks – betinget på at man har svart fylkeskommune på spørsmål 1, på samme side som spørsmål 5]**

Systematisk folkehelsearbeid i fylkeskommunen kan defineres som følgende aktiviteter:

- Gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene i fylket.
- Oversikten over folkehelseutfordringer inngår i grunnlag for arbeidet med fylkets planstrategi.
- Drøfting av folkehelseutfordringer i fylket i regional planstrategi.
- Fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte fylkets folkehelseutfordringer.
- Forankring av mål og strategier i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Iverksette nødvendige tiltak for å møte regionale utfordringer.
- Evaluere iverksatte tiltak.

**5. Dette spørsmålet kan være krevende å svare på. Kan du etter beste evne anslå hvor mange ansatte og årsverk jobber med systematisk folkehelsearbeid i fylkeskommunen du representerer? Oppgi svar for**

2023. Hvis du ikke kan resonere deg frem til anslag trykk deg videre uten å svare på spørsmålet. [Betinget på at man har svar fylkeskommunen på spørsmål 1]

	Antall
Ansatte	Format – tall uten desimal
Årsverk	Format – tall med desimal

6. Hvor er ansvaret for det systematiske folkehelsearbeidet plassert i kommunen organisasjonskart?

[Betinget på at man har svart kommune på spørsmål 1]

- Sektorovergripende avdeling/stab
- Oppvekst og utdanning
- Helse, omsorg og velferd
- Kultur, idrett og frivillighet
- Plan, areal, næring og samferdsel
- Annet, vennligst spesifiser her:

7. Kan du utdype samhandlingen mellom de ulike avdelingene/tjenesteområdene internt, når det gjelder arbeidet med folkehelseoversikten og planstrategi i kommunen/fylkeskommunen:

8. Kan du utdype samhandlingen mellom de ulike avdelingene/tjenesteområdene når det gjelder det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen/fylkeskommunen:

Filter A - Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3

9. Hvordan ble den siste utarbeidede folkehelseoversikten forankret i politisk i kommunen/-fylkeskommunen? Flere svar mulig.

- Politisk vedtak
- Politisk orienteringssak
- Vedlegg til planstrategien
- Ikke behandlet [eksklusivt svaralternativ]
- Vet ikke [eksklusivt svaralternativ]

10. Hvordan ble den siste utarbeidede folkehelseoversikten forankret i kommunens/fylkeskommunens administrative ledelse?

- Administrativt beslutning/vedtak
- Administrativ orienteringssak
- Ikke behandlet
- Vet ikke
- Annet, vennligst spesifiser her: ...

**11. Er folkehelseoversikten en del av grunnlaget for den siste utarbeidede planstrategien i kommunen/fylkeskommunen?**

- Ja, folkehelseoversikten har vært en del av et felles kunnskapsgrunnlag i utarbeidelsen av planstrategi
- Ja, folkehelseoversikten er et eget kunnskapsgrunnlag (dokument) som inngår i det faglige grunnlaget for utarbeidelsen av planstrategi
- Nei, folkehelseoversikten inngår ikke som en del av kunnskapsgrunnlaget som lå til grunn for planstrategien
- Vet ikke

Filter A – Slutt

**12. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen du representerer. Var følgende avdelinger i kommunen involvert i prosessen med å utarbeide oversikten? [Betinget på kommune i spørsmål 1 og av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]**

	Ja	Nei	Vet ikke
Sektorovergripende avdeling/stab			
Oppvekst og utdanning			
Helse, omsorg og velferd			
Kultur, idrett og frivillighet			
Plan, areal, næring og samferdsel			
Andre avdelinger			

**13. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i fylkeskommunen du representerer. Hvilke avdelinger i fylkeskommunen var involvert i prosessen med å utarbeide oversikten? [Betinget på fylkeskommune i spørsmål 1 og ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]**

---

**14. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen du representerer. Kom følgende avdelinger i kommunen med konkrete bidrag i prosessen med å utarbeide oversikten? [Betinget av at man har svart kommune på spørsmål 1 og ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]**

	Ja	Nei	Vet ikke

Sektorovergripende  
avdeling/stab

Oppvekst og utdanning

Helse, omsorg og velferd

Kultur, idrett og  
frivillighet

Plan, areal, næring og  
samferdsel

Andre avdelinger

15. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i fylkeskommunen du representerer. Hvilke avdelinger i fylkeskommunen kom med konkrete bidrag i prosessen med å utarbeide oversikten? [Betinget av at man har svart fylkeskommune på spørsmål 1 og ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

16. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen du representerer. Deltok følgende avdelinger i en tverrfaglig gruppe som utarbeidet folkehelseoversikten? [Betinget av at man har svart kommune på spørsmål 1 og ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

	Ja	Nei	Vet ikke
Sektorovergripende avdeling/stab			
Oppvekst og utdanning			
Helse, omsorg og velferd			
Kultur, idrett og frivillighet			
Plan, areal, næring og samferdsel			
Andre avdelinger			

17. Var det en tverrfaglig gruppe som utarbeidet folkehelseoversikten? [Betinget av at man har svart fylkeskommune på spørsmål 1 og av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

- Nei  
 Vet ikke  
 Ja, vennligst spesifiser her: ...

18. Hvilke kunnskapskilder ble benyttet til å utarbeide den siste folkehelseoversikten som kommunen/fylkeskommunen utarbeidet? Flere svar mulig. [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

- Kommunehelse statistikkbank

- Norgeshelse statistikkbank
  - Folkehelseprofil og oppvekstprofil fra FHI, elevundersøkelsen og ungdata
  - Bufdir
  - SSB Statistikkbank (herav KOSTRA)
  - Husbanken
  - NAV
  - Lokal statistikk fra tjenesteområdene
  - Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i lokalsamfunnet
  - Egne utvalgsundersøkelser til voksne innbyggere
  - Egne utvalgsundersøkelser til unge innbyggere
  - Egne utvalgsundersøkelser til mottakere av tjenester
  - Vet ikke [eksklusivt svaralternativ]
  - Annet [eksklusivt svaralternativ]
  - Lokal statistikk fra ulike tjenesteområder, vennligst spesifiser tjenesteområdene her:
- 

**19. I utarbeidelsen av folkehelseoversikten er det behov for data innenfor ulike områder. Hvordan vurderer du tilgjengelige kilder til data på følgende områder?**

	God	Kan bli bedre	Dårlig	Vet ikke
Befolkningssammensetning				
Oppvekst- og levekårsforhold				
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø				
Skader og ulykker				
Helserelatert atferd				
Helsetilstand				
Statistikkgrunnlag fra tjenester i kommunen/fylkeskommunen				
Kvalitativ kunnskap				

**20. På hvilken måte følges utfordringsbildet kommunen har og prioriterte folkehelseindikatorer opp? Flere svar mulig. [Betinget av at man har svart kommune på spørsmål 1 og ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]**

- Det er godt forankret i kommuneplanens samfunnsdel
- Det er godt forankret i kommuneplanens handlingsdel / økonomiplan / årsbudsjett
- Status rapporteres med jevne mellomrom til kommuneadministrasjon
- Status rapporteres med jevne mellomrom til politisk ledelse
- Den blir delt mellom tjenester/fagområder i kommunen/fylkeskommunen
- Vet ikke [eksklusivt svaralternativ]
- Annet, vennligst spesifiser her:

21. På hvilken måte følges utfordringsbildet fylkeskommunen har og prioriterte folkehelseindikatorer opp? Flere svar mulig. [Betinget av at man har svart fylkeskommune på spørsmål 1 og ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

- Regional planstrategi
- Regional plan
- Regional plan følges opp gjennom fagspesifikke handlingsprogram.
- Plansamarbeid mellom kommuner
- Regionalt planforum
- Vet ikke [eksklusivt svaralternativ]
- Annet, vennligst spesifiser her:

Filter B – [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

22. Hvordan blir folkehelseoversikten dokumentert og tilgjengeliggjort? Flere svar mulig.

- Som PDF på kommunens hjemmeside
- WEB-format som en del av kommunens/fylkeskommunens hjemmeside
- Ved bruk av planmodulen i Framsikt
- Den blir delt mellom tjenester/fagområder i kommunen/fylkeskommunen
- Vet ikke [eksklusivt svaralternativ]
- Annet, vennligst spesifiser her:

23. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet/oppdatert i kommunen/fylkeskommunen du representerer. Kan du anslå hvor mange ansatte som var involvert i å utarbeide/oppdatere dokumentet?

Numerisk format

24. Hvis du ønsker, kan du utdype her: [vis på samme side som forrige]

Utarbeidelsen/oppdateringen av folkehelseoversikten kan bestå av flere aktiviteter [Tekstboks – betinget på at man har svart kommune på spørsmål 1]

Relevante aktiviteter som kan inngå i arbeidet er:

- Møter i prosjektgruppa
- Innsamling av kvalitative og kvantitative data
- Analyse av innsamlede data
- Skrivning
- Forankring mot andre tjenesteområder og ledelse
- Kvalitetssikring



25. Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen/fylkeskommunen du representerer. Kan du anslå hvor mange timer som gikk med til arbeidet med å utarbeide/oppdatere folkehelseoversikten? Ta utgangspunkt i alle som jobbet med å utarbeide/oppdatere oversikten når du svarer. Hvis du ikke kan resonere deg frem til anslag trykk deg videre uten å svare på spørsmålet.

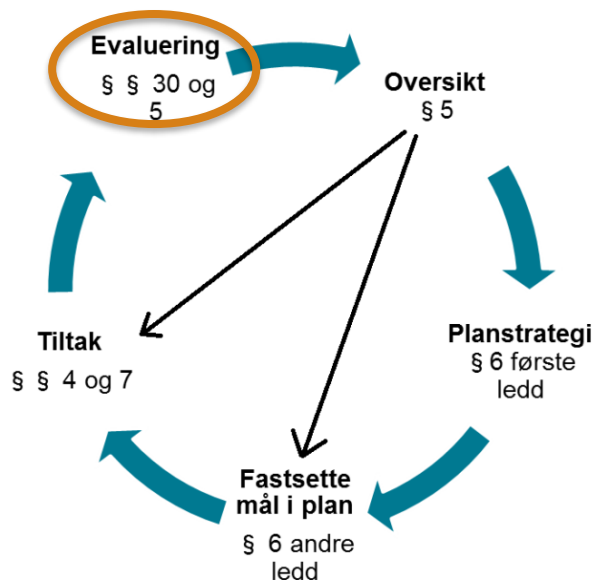
Numerisk format

26. Folkehelseloven § 20 stiller krav om at fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeid i kommunene. På hvilken måte ønsker du at fylkeskommunen skal understøtte kommunen du representerer i utarbeidelsen av folkehelseoversikten? Flere svar mulig. [Betinget av at man har svart kommune på spørsmål 1]

- Tilgang til relevant statistikk
- Tilgang til digitale verktøy
- Veiledning til å analysere (bearbeide/forstå) statistikken
- Veiledning til å identifisere folkehelseutfordringer
- Veiledning og bistand til å vurdere årsaksforhold og konsekvenser
- Være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap
- Vet ikke [eksklusivt svaralternativ]
- Annet, vennligst spesifiser her:

Evaluering av det systematiske folkehelsearbeidet [Tekstboks – på samme side som neste]

Ifølge Folkehelseloven § § 30 og 5 skal det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen og fylkeskommunen evalueres.



27. Er det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen/fylkeskommunen evaluert i tråd med Helsedirektoratets veileder?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Ikke relevant, vi jobber ikke med systematisk folkehelse i kommunen/fylkeskommunen

Filter B - Slutt

**28. Det kan være en rekke utfordringer med å lage en god folkehelseoversikt. Opplever du utfordringer med følgende?**

	Ja	Nei	Vet ikke
Tilgang til egnede digitale verktøy			
Tilgang til relevant statistikk			
Samhandling internt			
Kapasitet til å gjennomføre arbeidet skikkelig			
Kompetanse til å analysere (bearbeide/hva betyr) statistikken			
Kompetanse til å identifisere folkehelseutfordringer			
Kompetanse til å vurdere årsaksforhold og konsekvenser			
Settes av tid til forankring av arbeidet i administrasjonen			
Settes av tid til forankring av arbeidet politisk			
Settes av tid til forankring i hos relevante tjenester i kommunen/fylkeskommunen			
Kommunestyre/administrasjon har ikke satt av tilstrekkelig med ressurser til oppgaven			
Kommunestyre/administrasjon har ikke satt av tilstrekkelig økonomiske midler til oppgaven			
Kommunen/fylkeskommunen har for lite økonomisk handlingsrom til å prioritere oppgaven			

**29. Er du kjent med at det er andre utfordringer i arbeidet med å utarbeide/oppdatere folkehelseoversikt? Skriv ned disse utfordringene i tekstboksen under. [På samme side som spørsmål 28]**

---

**Digitale verktøy og dataprogrammer som kan benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten [Tekstboks –på samme side som neste] [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]**

I arbeidet med folkehelseoversikten er det ofte behov for bruk av ulike digitale verktøy og dataprogrammer.

**30. I hvilken grad gir følgende digitale verktøy og dataprogrammene dere benytter tilstrekkelig med støtte i arbeidet med folkehelseoversikten? [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]**

	I svært liten grad	I liten grad	I verken stor eller liten grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Benyttes ikke / ikke relevant
Word							
Excel							

PowerPoint							
Microsoft Power BI							
Dataprogram for statistisk analyse (eksempelvis STATA, Python og SPSS)							
Framsikt - analysemodulen							
Framsikt - planmodulen							
GIS (geografisk informasjonssystem)							
KOMPAS (plan- og analysesystem, prognoseverktøy)							
Andre digitale verktøy og dataprogrammer							

31. Hvilke andre digitale verktøy og dataprogrammer benytter dere i arbeidet med folkehelseoversikten? Vennligst spesifiser her: [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3, på samme side som forrige og av at man ikke svarer vet ikke og benyttes ikke/ikke relevant for andre digitale verktøy og dataprogrammer i spørsmålet over.]

32. Hvor enig er du i følgende påstander? [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3]

	I svært liten grad	I liten grad	I verken stor eller liten grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
Vi har tilgang på alle digitale verktøy og dataprogrammer vi har behov for i utarbeidelsen av folkehelseoversikten.						
Digitale verktøy og dataprogrammene som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten har et sømløst brukergrensesnitt.						
De digitale verktøyene og dataprogrammene						

som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten mangler viktig funksjonalitet.						
----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

**33. På forrige spørsmål oppga du at: De digitale verktøyene og dataprogrammene som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten i stor grad mangler viktig funksjonalitet. Kan du spesifisere hva slags funksjonalitet som mangler? [Betinget av at man ikke har svart 0 eller vet ikke på spørsmål 3 og at man oppgir i stor/svært stor grad på påstanden knyttet til funksjonalitet i forrige spørsmål.]**

**34. Tenk på fremtidens arbeid med å utarbeide folkehelseoversikten. Hva slags funksjonalitet skulle du ønske at et tilpasset dataprogram hadde? Ranger fra mest viktig til minst viktig.**

- Felles arbeidsflate internt i kommunen (til å innhente statistikk/ tolke resultater)
- Felles arbeidsflate mot andre kommuner (til å innhente statistikk/tolke resultater)
- Felles arbeidsflate mot fylkeskommune (til å innhente statistikk/tolke resultater)
- Felles arbeidsflate mot andre organisasjoner (til å innhente statistikk/tolke resultater)
- Støtte til hvilke indikatorer som er best egnet til å beskrive dagens situasjon
- Enkelt å velge ut/fremheve prioriterte områder
- Støtte i medvirkningsprosesser/prosessveileder
- Enkelt å hente ut statistikk til bruk i andre planer/ i den daglige driften/ i politiske beslutninger
- Være en del av den helhetlige virksomhetsstyringen
- Kunne integreres i kommunens øvrige planer/ overordnede planer
- Dynamiske tabeller/statistikk (automatisk oppdatering ved revidering/oppdatering)

**35. Er det annen type funksjonalitet du skulle ønske at et tilpasset dataprogram hadde? Vennligst utdyp.**

**[På samme side som over]**

**36. Dette er det siste spørsmålet i undersøkelsen. Har du annen informasjon du ønsker å legge til? [Hopp til «Trykk på "Avslutt" for å avslutte spørreundersøkelsen»]**

**Trykk på "Avslutt" for å avslutte spørreundersøkelsen**

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene!

## Vedlegg 2 – Frafallsanalyse

For å sikre at konklusjonene vi kommer fram til er mest mulig generaliserbare for alle kommunene, er det viktig med høyest mulig grad av representativitet, altså at kommuner som besvarer undersøkelsen og kommuner som ikke besvarer ikke skiller seg systematisk fra hverandre. Alle kommuner har fått tilsendt spørreundersøkelsen, men hvorvidt de velger å svare er opp til hver enkelt kommune. Dersom for eksempel kommuner som generelt er mer opptatt av folkehelse spørsmål, og derigjennom i større grad gjennomfører et godt systematisk folkehelsearbeid, har svart på spørreundersøkelsen, vil det kunne skape systematiske skjevheter i utvalget.

Vi ser på dimensjonene kommunestørrelse (innbyggertall), sentralitet, endring i innbyggertall og kommunenes handlingsrom per innbygger (frie korrigerede inntekter). For disse dimensjonene har vi ved hjelp av tosidige t-tester undersøkt om det er signifikante forskjeller mellom kommuner som har besvart spørreundersøkelsen og kommuner som ikke har besvart spørreundersøkelsen (men har mottatt den). Tekstboks A-1 beskriver hva en tosidig t-test for representativitet omfatter.

### Tekstboks A-1 Tosidig T-test for representativitet

Med en tosidig t-test undersøker vi om det er signifikante forskjeller i gjennomsnittlig størrelse på utvalgte variabler (her kommunestørrelse i form av antall innbyggere, sentralitetsgrad, befolkningsutvikling, økonomisk handlingsrom og antall selveiere) mellom to grupper. For å vurdere utvalgets representativitet undersøker vi om kommuner som har svart på spørreundersøkelsen skiller seg fra kommuner som ikke har svart. Selv om vi finner at gruppene skiller seg fra hverandre og at skillet er statistisk signifikant, er det ikke dermed sagt at det representerer en kausal sammenheng. Det er derfor viktig å være varsom med å trekke for tydelige konklusjoner. Det kan for eksempel være at korrelasjonen er et uttrykk for tilfeldigheter, eller at det finnes underliggende forklaringer som vi ikke har data for eller har greid å identifisere.

Tabell A-2 viser at det er noen systematiske forskjeller mellom kommuner som har besvart spørreundersøkelsen, og dermed inngår i utvalget vårt, og kommunene som ikke har besvart spørreundersøkelsen. Kommunene som har besvart undersøkelsen har en sterkere utvikling i innbyggertall og har en høyere sentralitetsgrad. Kommunene som har svart har i gjennomsnitt en voksende befolkning, mens kommunene som ikke har besvart har en synkende befolkning. Kommunene som har besvart undersøkelsen er også mer sentrale enn de kommunene som ikke har besvart undersøkelsen. Det er viktig å understreke at det er en tydelig sammenheng mellom sentralitetsgrad og antall innbyggere. Forskjellene er statistisk signifikante. Implikasjonene av forskjellene mellom de kommunene som har besvart og ikke besvart undersøkelsen er at vi må ta høyde for dette når vi tolker resultatene.

Tabell A-2 Resultater av tosidig t-test blant kommuner som har gjennomført undersøkelsen og blant kommuner som ikke har gjennomført undersøkelsen

Variabel	Antall kommuner		Gjennomsnittlig verdi		T-verdi	Signifikant forskjell**
	Besvart	Ikke besvart	Besvart	Ikke besvart		
Antall innbyggere	168	187	16184	11022	- 1,84	Nei

Utvikling innbyggertall (siste 5 år)	167	183	0,04	-1,57	-3,14	Ja
SSBs sentralitetsindeks	168	187	667,1	620	-3,16	Ja
Økonomisk handlingsrom*	168	187	105,7	109,1	1,63	Nei

*\*Vi har benyttet frie korrigerede inntekter per innbygger som indikator på kommunenes økonomiske handlingsrom. \*\*Med 5 prosent signifikansnivå. Oslo kommune er ikke med i resultatene i t-testen som vises i tabellen. Dette er fordi Oslo har en stor innvirkning på gjennomsnittlig verdi til tross for at det kun representerer en observasjon. Resultatene rundt signifikans er ikke påvirket av at vi har tatt ut Oslo fra t-testen. Kilde: Menon Economics.*

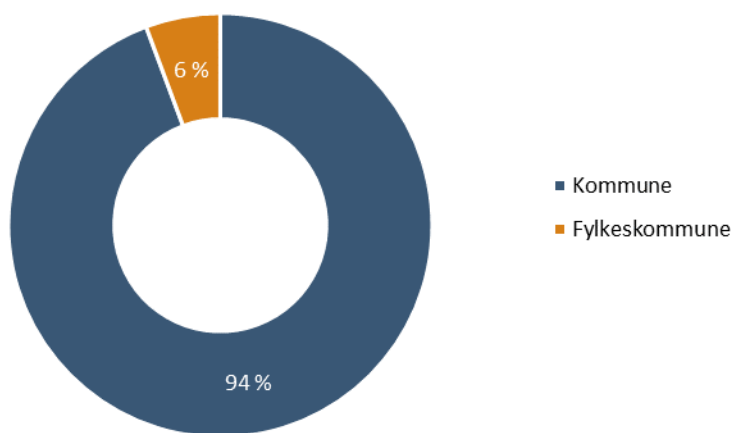
Vi har undersøkt skjevheter i følgende dimensjoner (med tilhørende kilder):

- *Kommunestørrelse* - Innbyggertall per 1. januar 2023 fra Statistisk sentralbyrås statistikkbank.
- *Sentralitetsgrad* - Statistisk sentralbyrås sentralitetsindeks fra 0 til 1 000, der Oslo representerer kommunen med høyest sentralitetsgrad lik 1 000.
- *Økonomisk handlingsrom* - beregnede oppgavekorrigerede frie inntekter i 2023 fra Grønt hefte.
- *Vekst eller nedgang i innbyggertall* - Endringen i innbyggertall fra 1. januar 2017 til 1. januar 2022 fra Statistisk sentralbyrås statistikkbank.
- *Partifragmentering* – Grad av partifragmentering kan fanges opp ved å beregne den såkalte HerfindahlHirschman-indeksen (HHI), summen av kvadrerte andeler av representantene hvert politiske parti har i kommunestyret. Indeksen gir et tall mellom 0 og 1. Hvis indeksen innehar verdien 1, betyr det at det er ett parti i kommunestyret, mens hvis verdien er 0, er det uendelig mange partier i kommunestyret.

## Vedlegg 3 – Figurer

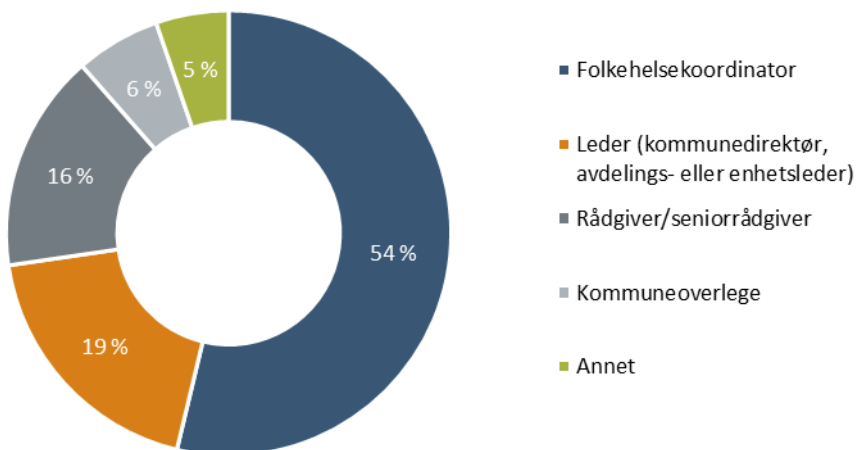
### V3.1 Kjennetegn ved den som svarer

Figur V3-1 Svar på spørsmålet: Hvilken type organisasjon representerer du? i prosent av alle som har svart.



N=228. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

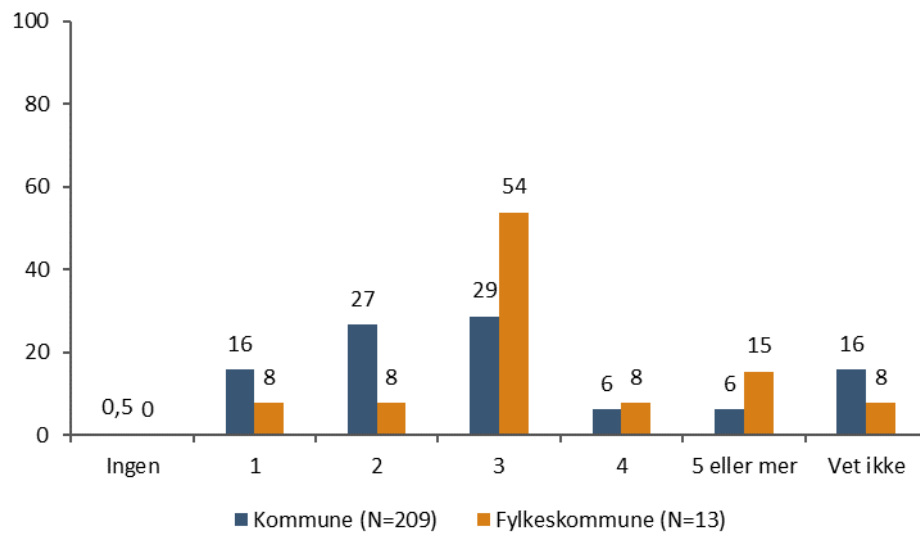
Figur V3-2 Svar på spørsmålet: Hvilken stilling har du i virksomheten du er ansatt i? i prosent av alle som har svart.



N=227. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-3

Svar på spørsmålet: *Hvor mange ganger har kommunen/fylkeskommunen du representerer utarbeidet og oppdatert folkehelseoversikten, jf. folkehelseloven § 5 / folkehelseloven § 21, siden lovkravet ble innført 01.01.2012?*, i prosent av alle som har svart.

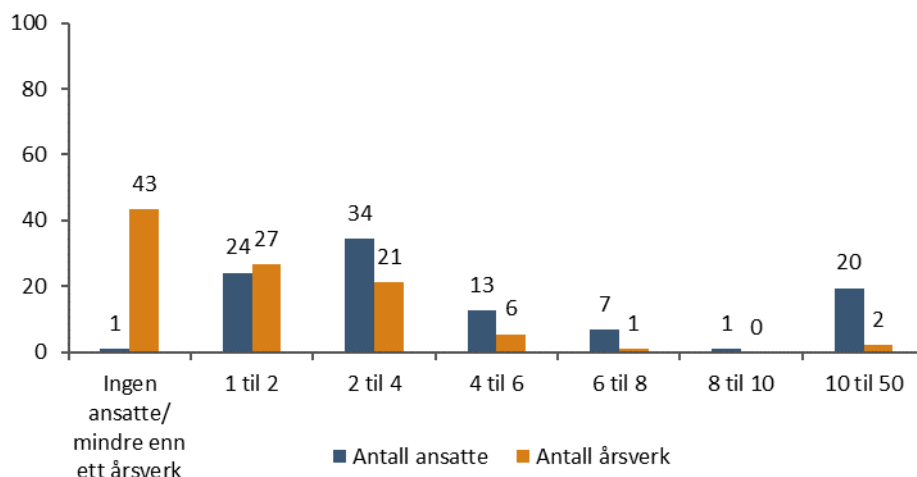


Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.



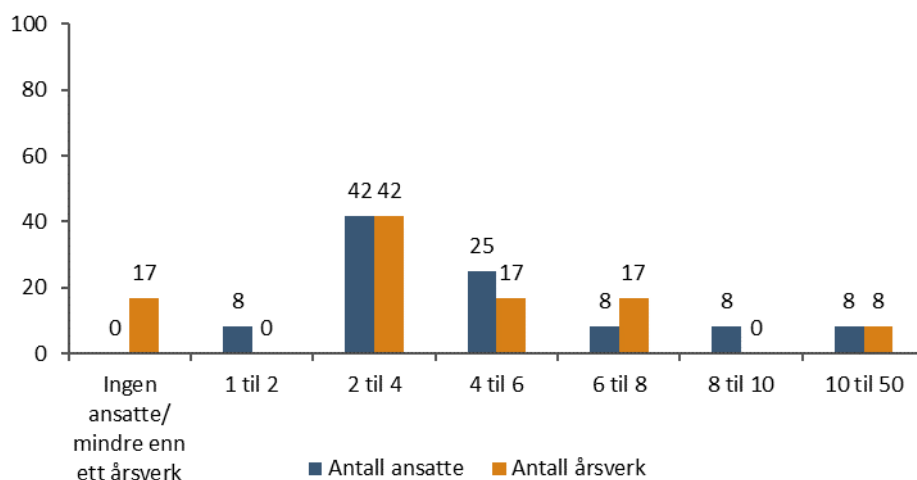
## V3.2 Ressurser og organisering av det systematiske folkehelsearbeidet

Figur V3-4 Kommunenes svar på spørsmålet: *Kan du etter beste evne anslå hvor mange ansatte og årsverk jobber med systematisk folkehelsearbeid i kommunen du representerer? Oppgi svar for 2023, i prosent av alle<sup>2</sup> kommunene som har svart.*



N=87-90. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-5 Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *Kan du etter beste evne anslå hvor mange ansatte og årsverk jobber med systematisk folkehelsearbeid i fylkeskommunen du representerer? Oppgi svar for 2023. Antall årsverk, i prosent av alle fylkeskommunene som har svart.*

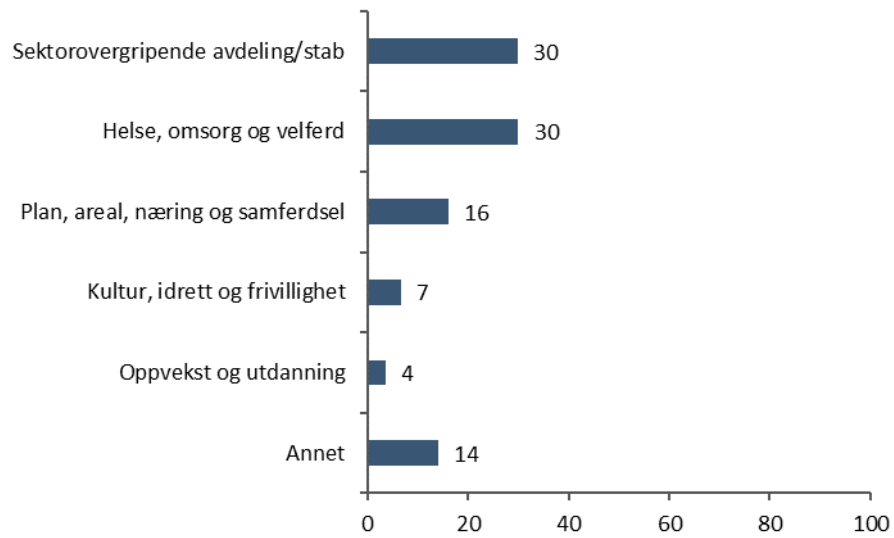


N=12. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

<sup>2</sup> De som har oppgitt flere årsverk enn ansatte er ikke inkludert i figuren. Det samme gjelder de kommunene som har oppgitt over 50 ansatte/årsverk da deres svar avviker i stor grad fra de øvrige kommunenes svar.

Figur V3-6

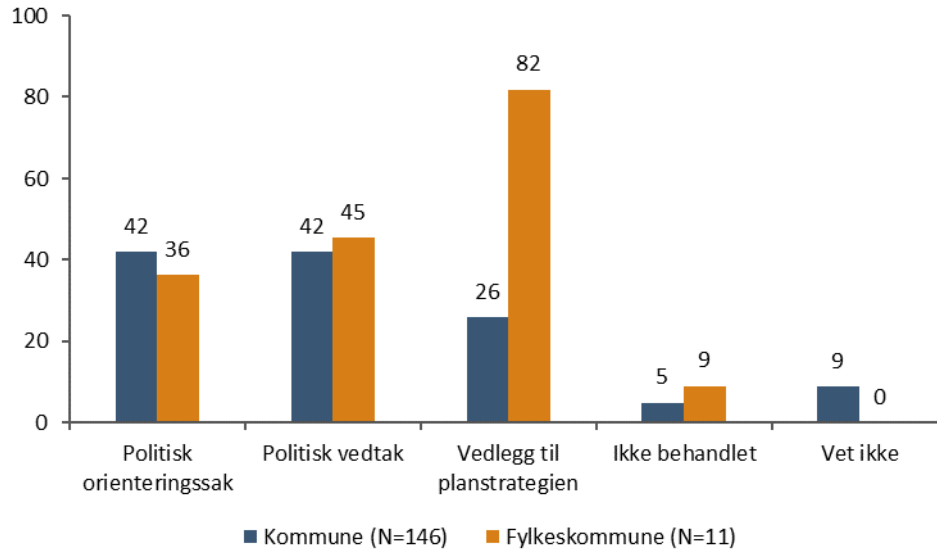
Svar på spørsmålet: *Hvor er ansvaret for det systematiske folkehelsearbeidet plassert i kommunen organisasjonskart? Oppgi svar for 2023, i prosent av alle som har svart.*



N=195. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

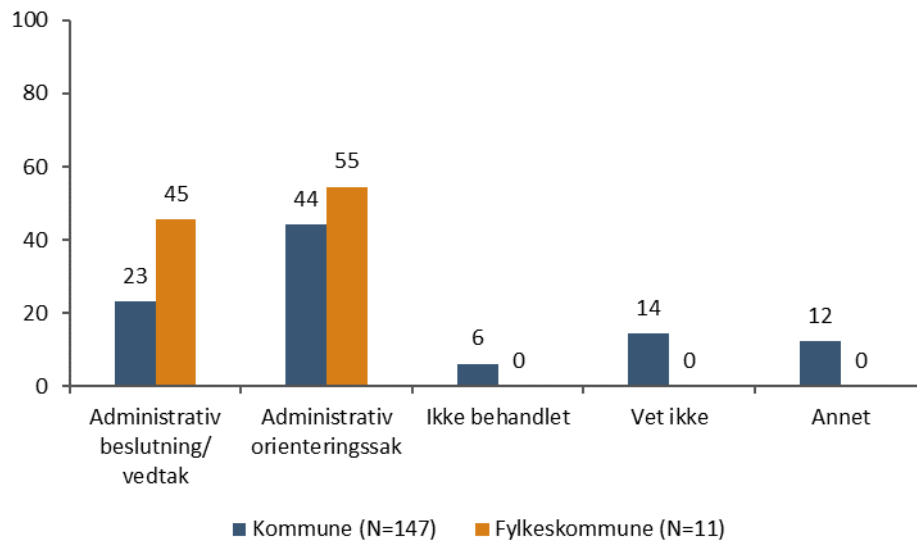
### V3.3 Utarbeidelsen av folkehelseoversikten

Figur V3-7 Svar på spørsmålet: *Hvordan ble den siste utarbeidede folkehelseoversikten forankret politisk i kommunen/-fylkeskommunen? Flere svar mulig.* I prosent av alle som har svart.



Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

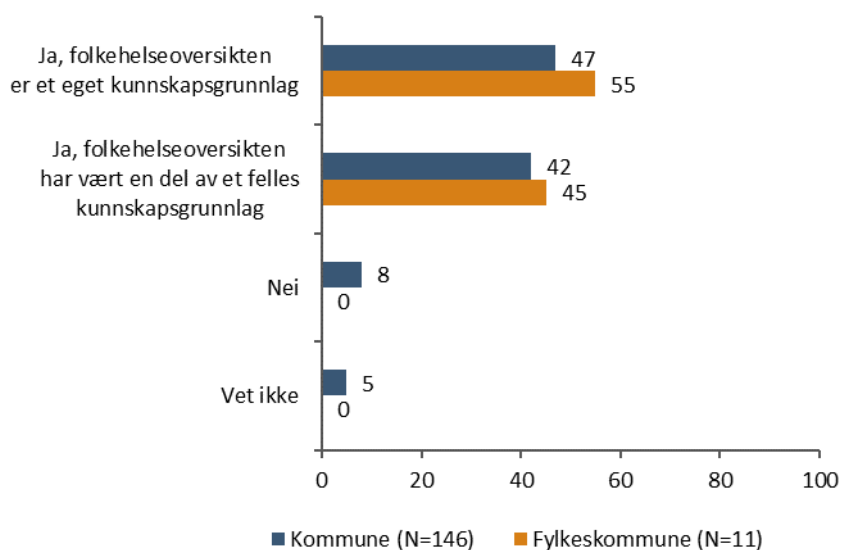
Figur V3-8 Svar på spørsmålet: *Hvordan ble den siste utarbeidede folkehelseoversikten forankret i kommunens/fylkeskommunens administrative ledelse?* I prosent av alle som har svart.



N=195. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-9

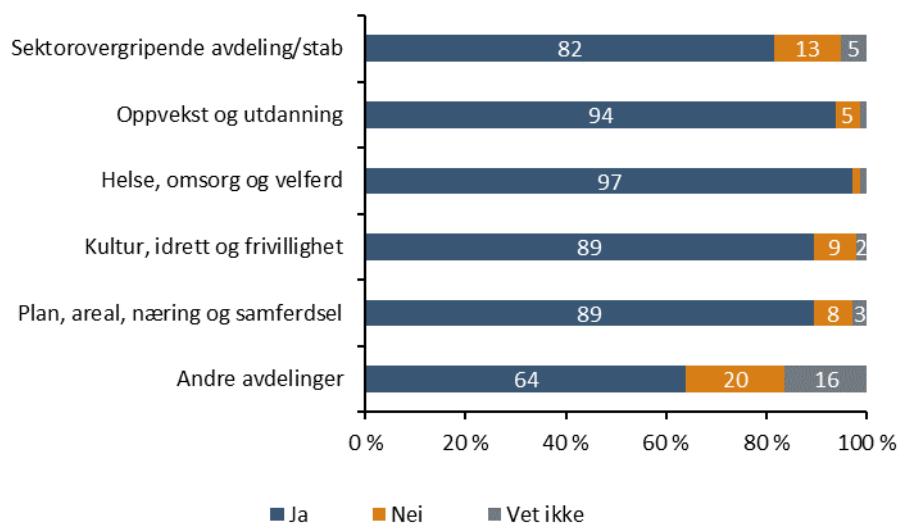
Svar på spørsmålet: *Er folkehelseoversikten en del av grunnlaget for den siste utarbeidede planstrategien i kommunen/fylkeskommunen?* I prosent av alle som har svart.



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-10

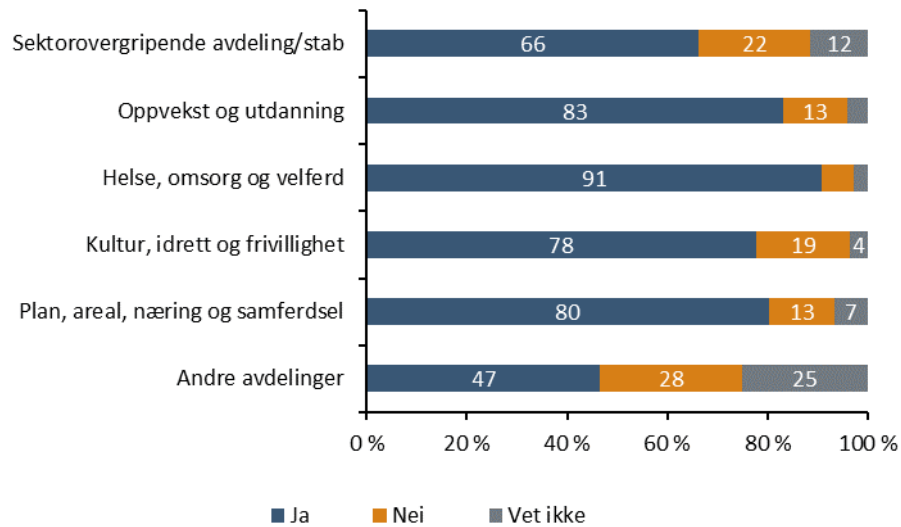
Svar på spørsmålet: *Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen du representerer. Var følgende avdelinger i kommunen involvert i prosessen med å utarbeide oversikten?* I prosent av alle som har svart.



N=86-145. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-11

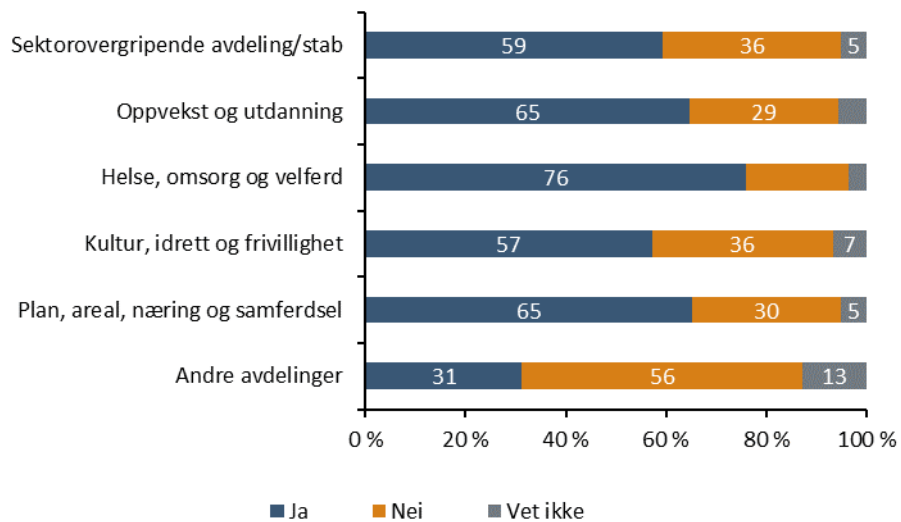
Svar på spørsmålet: *Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen du representerer. Kom følgende avdelinger i kommunen med konkrete bidrag i prosessen med å utarbeide oversikten? I prosent av alle som har svart.*



N=88-143. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

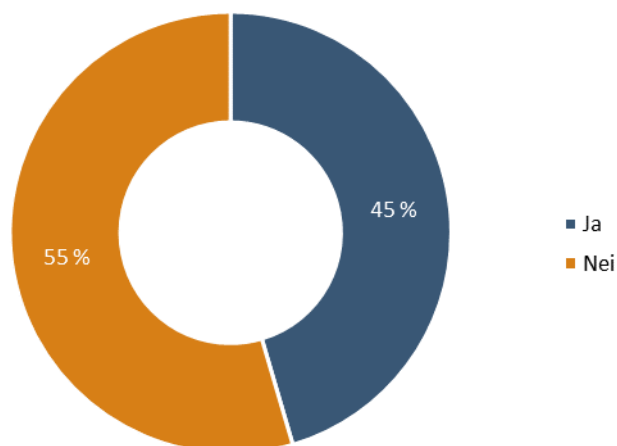
Figur V3-12

Svar på spørsmålet: *Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen du representerer. Deltok følgende avdelinger i en tverrfaglig gruppe som utarbeidet folkehelseoversikten? I prosent av alle som har svart.*



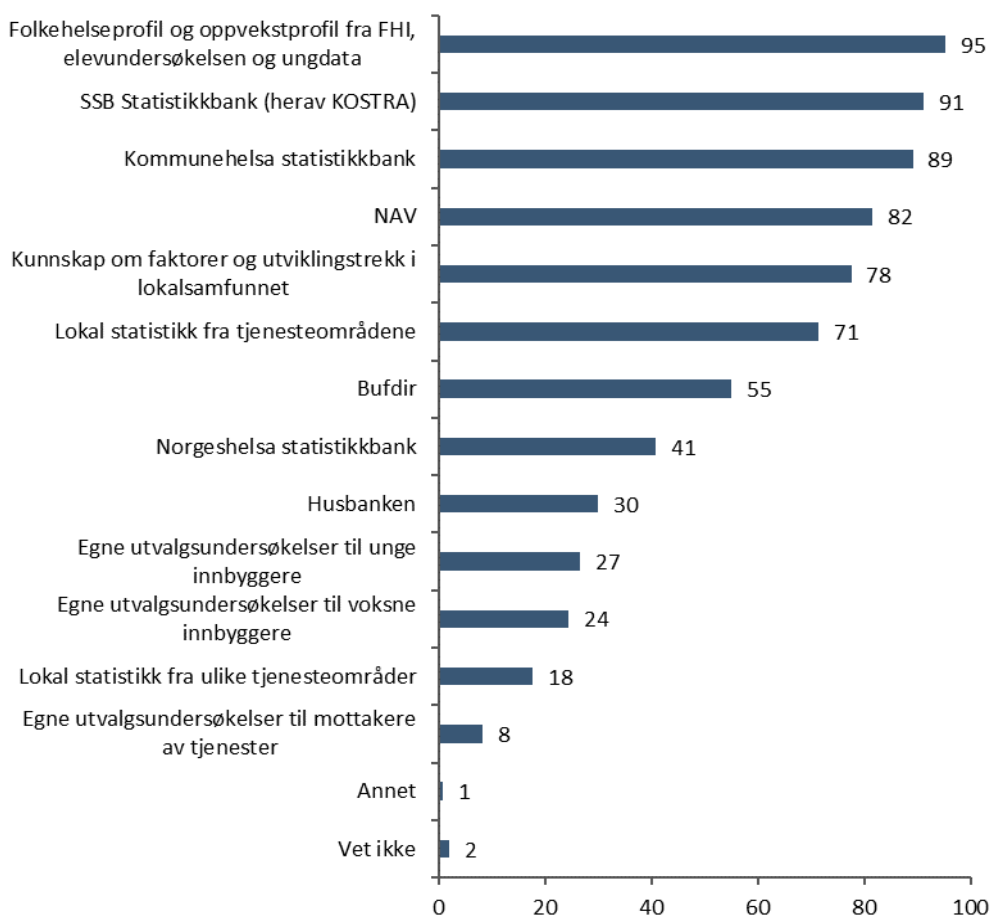
N=93-141. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

**Figur V3-13** Svar på spørsmålet: *Var det en tverrfaglig gruppe som utarbeidet folkehelseoversikten?* I prosent av alle som har svart.



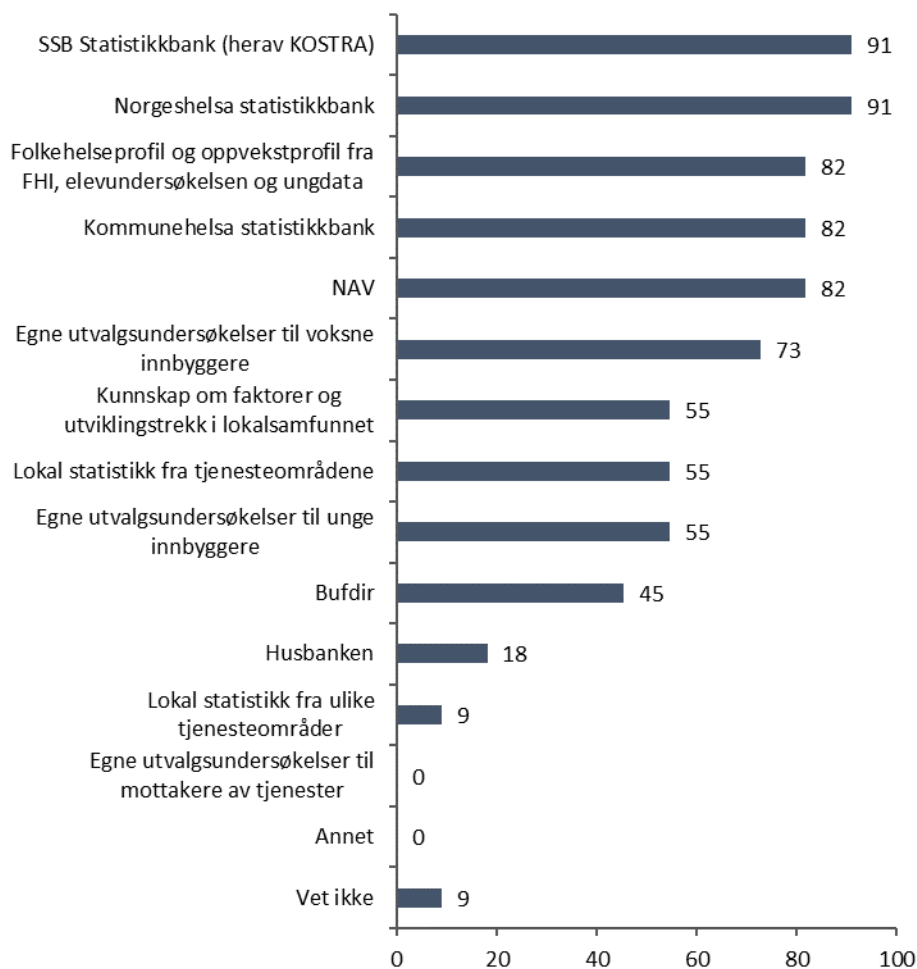
N=11. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

**Figur V3-14** Kommunenes svar på spørsmålet: *Hvilke kunnskapskilder ble benyttet til å utarbeide den siste folkehelseoversikten som kommunen/fylkes-kommunen utarbeidet?* Flere svar mulig. I prosent av alle kommunene som har svart.



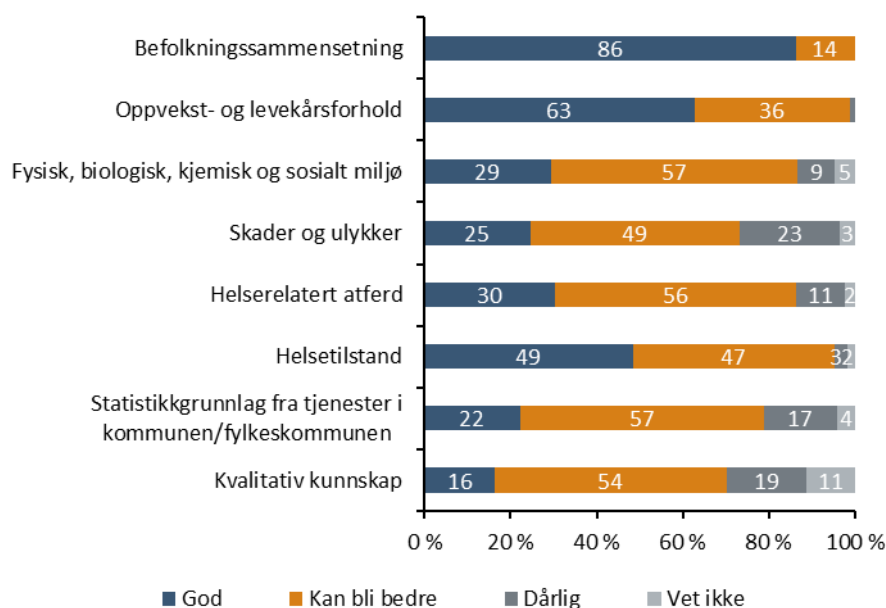
N=147. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

**Figur V3-15** Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *Hvilke kunnskapskilder ble benyttet til å utarbeide den siste folkehelseoversikten som kommunen/fylkes-kommunen utarbeidet? Flere svar mulig.* I prosent av alle fylkeskommunene som har svart.



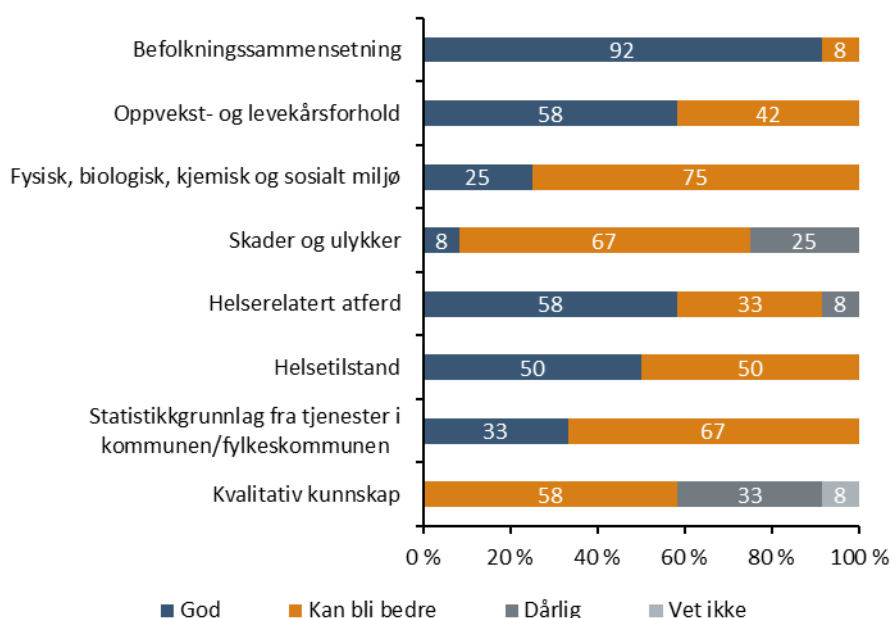
N=11. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

**Figur V3-16** Kommunenes svar på spørsmålet: *I utarbeidelsen av folkehelseoversikten er det behov for data innenfor ulike områder. Hvordan vurderer du tilgjengelige kilder til data på følgende områder?* I prosent av alle kommunene som har svart.



N=171-175. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

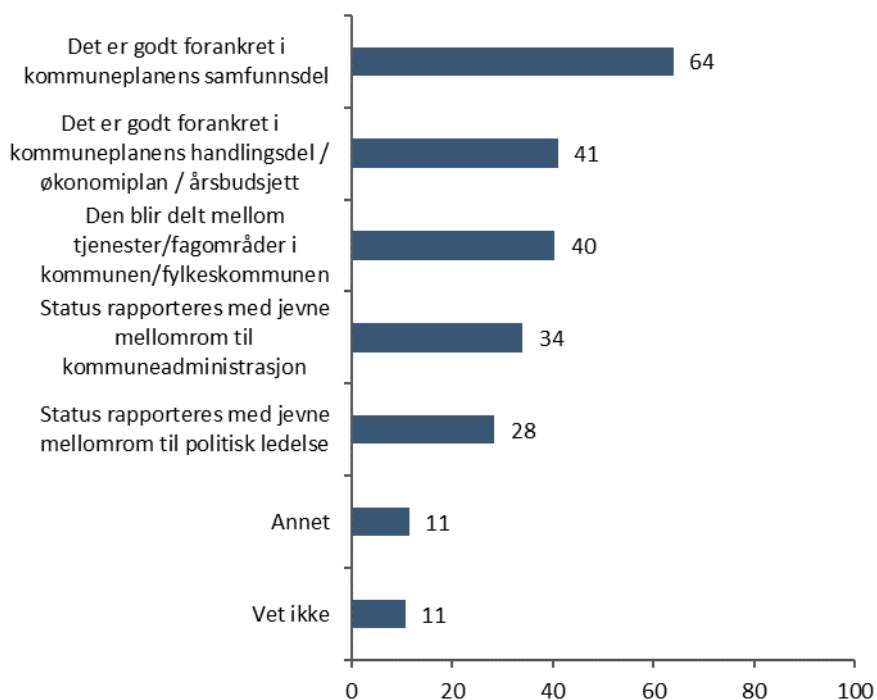
**Figur V3-17** Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *I utarbeidelsen av folkehelseoversikten er det behov for data innenfor ulike områder. Hvordan vurderer du tilgjengelige kilder til data på følgende områder?* I prosent av alle fylkeskommunene som har svart.



N=12. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

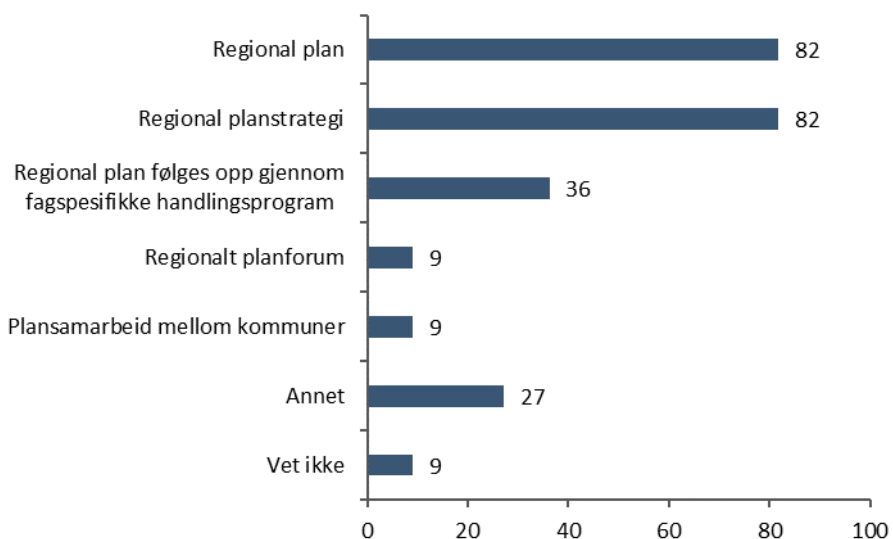


**Figur V3-18** Svar på spørsmålet: *På hvilken måte følges utfordringsbildet kommunen har og prioriterte folkehelseindikatorer opp? Flere svar mulig. 1 prosent av alle som har svart.*



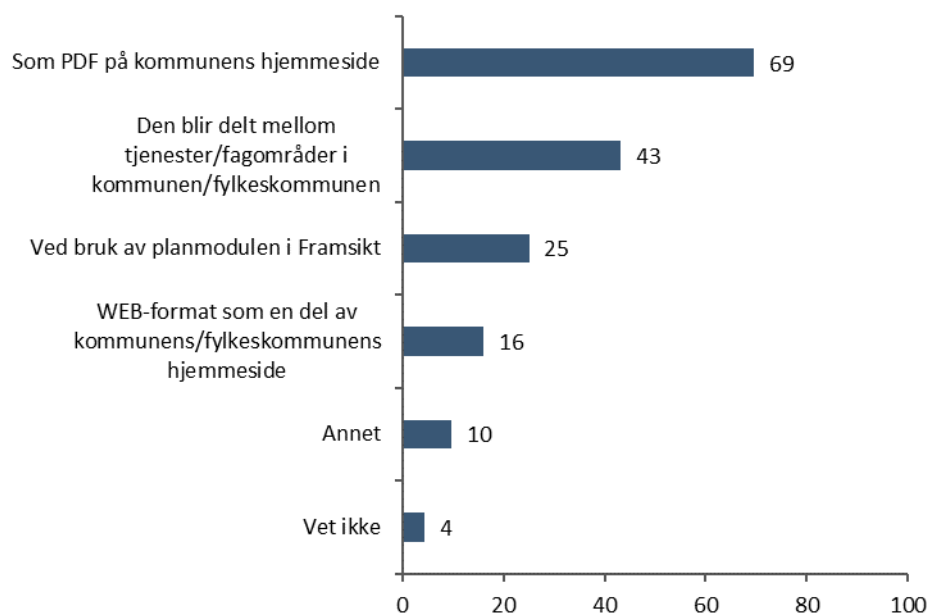
*N=142. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.*

**Figur V3-19** Svar på spørsmålet: *På hvilken måte følges utfordringsbildet fylkeskommunen har og prioriterte folkehelseindikatorer opp? Flere svar mulig. 1 prosent av alle som har svart.*



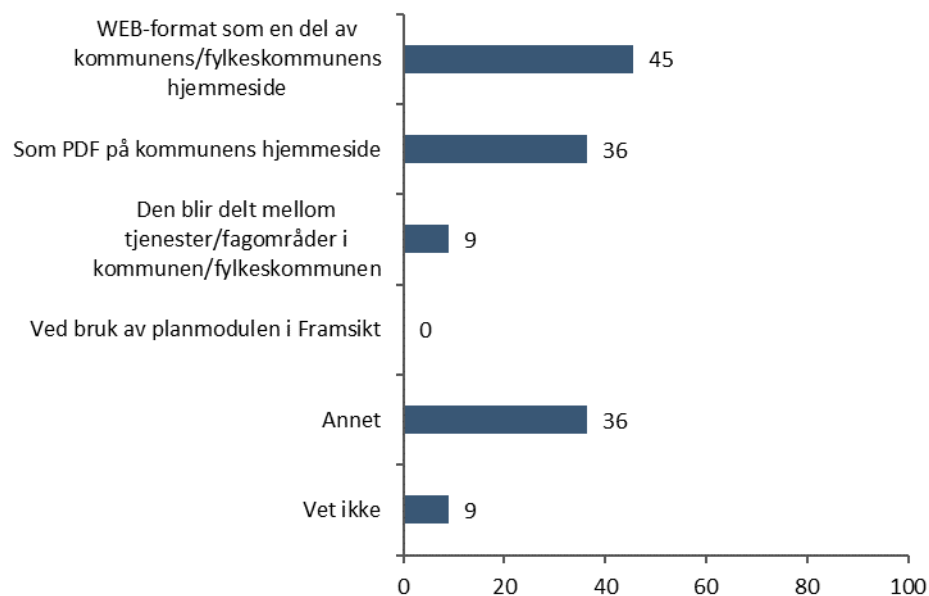
*N=11. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.*

**Figur V3-20** Kommunenes svar på spørsmålet: *Hvordan blir folkehelseoversikten dokumentert og tilgjengeliggjort?* Flere svar mulig. I prosent av alle kommunene som har svart.



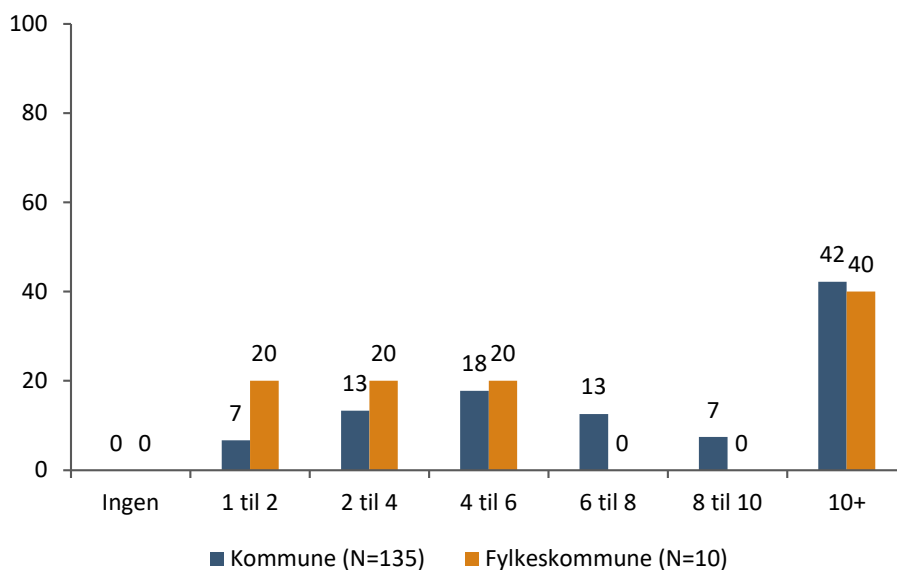
N=145. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

**Figur V3-21** Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *Hvordan blir folkehelseoversikten dokumentert og tilgjengeliggjort?* Flere svar mulig. I prosent av alle fylkeskommunene som har svart.



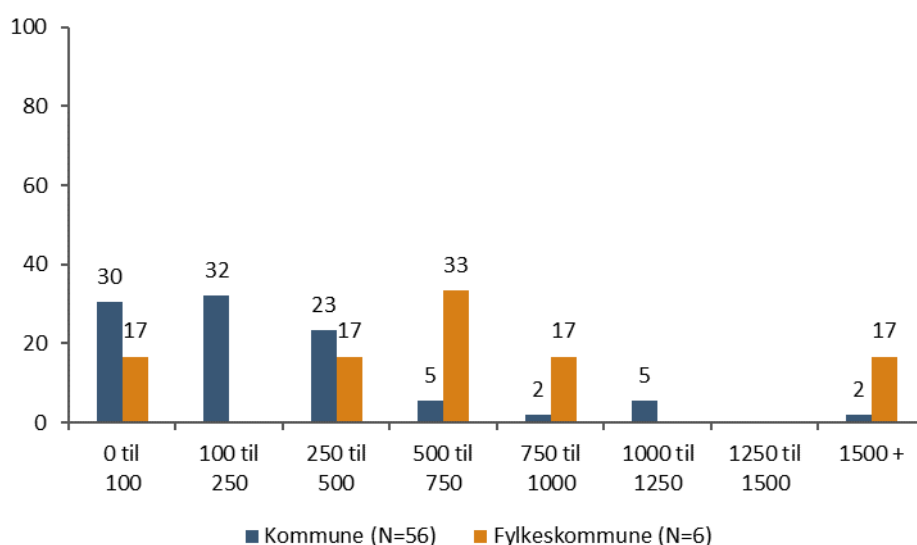
N=11. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelene overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

**Figur V3-22** Svar på spørsmålet: Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet/oppdatert i kommunen/fylkeskommunen du representerer. Kan du anslå hvor mange ansatte som var involvert i å utarbeide/oppdatere dokumentet? I prosent av alle som har svart.



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

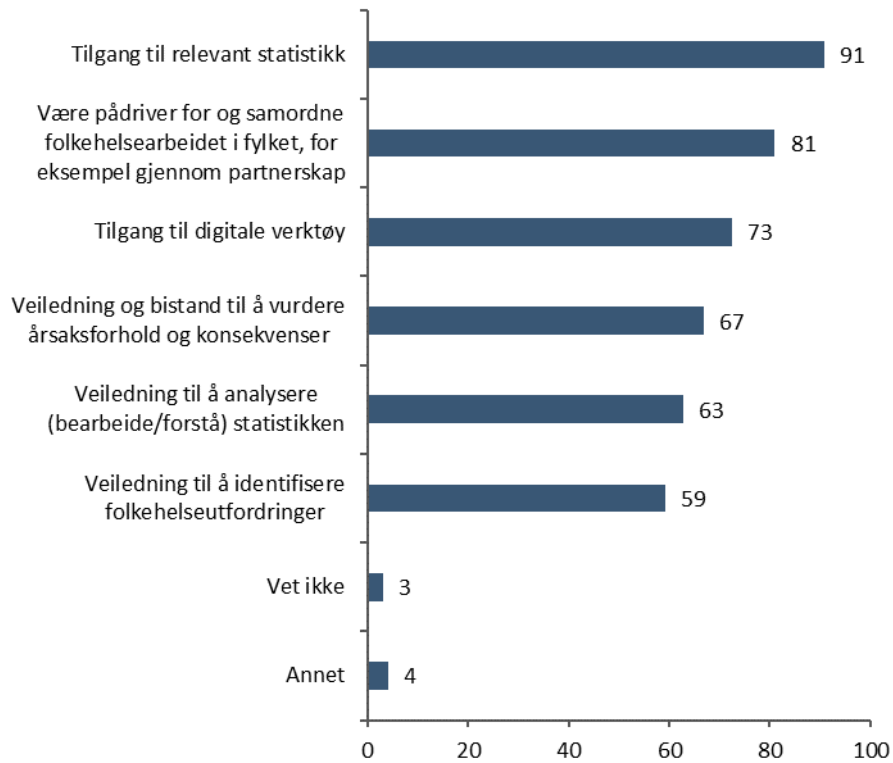
**Figur V3-23** Svar på spørsmålet: Tenk på den siste folkehelseoversikten som ble utarbeidet i kommunen/fylkeskommunen du representerer. Kan du anslå hvor mange timer som gikk med til arbeidet med å utarbeide/oppdatere folkehelseoversikten? Ta utgangspunkt i alle som jobbet med å utarbeide/oppdatere oversikten når du svarer. I prosent av alle som har svart.



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-24

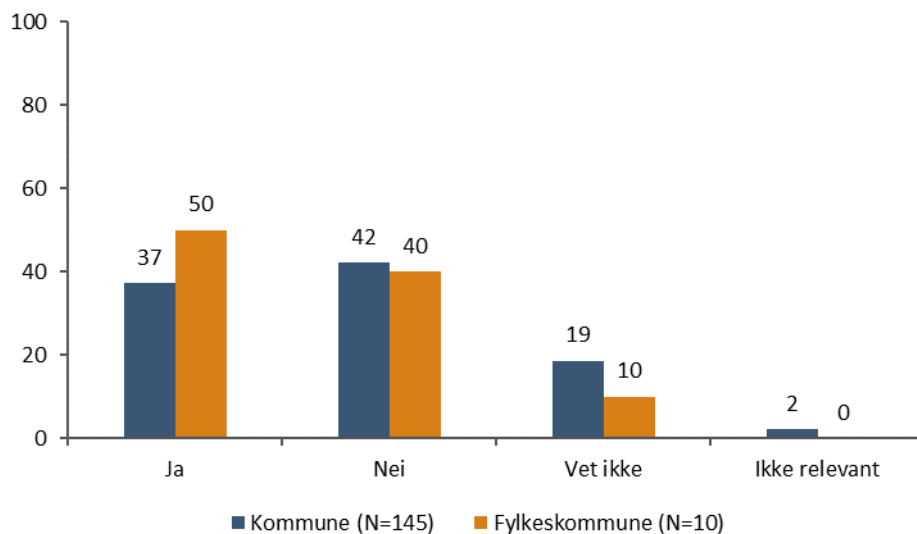
Svar på spørsmålet: *Folkehelseloven § 20 stiller krav om at fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeid i kommunene. På hvilken måte ønsker du at fylkeskommunen skal understøtte kommunen du representerer i utarbeidelsen av folkehelseoversikten? Flere svar mulig. I prosent av alle som har svart.*



N=143. Flere svaralternativer var tillatt, følgelig kan summen av andelen overstige 100 prosent. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-25

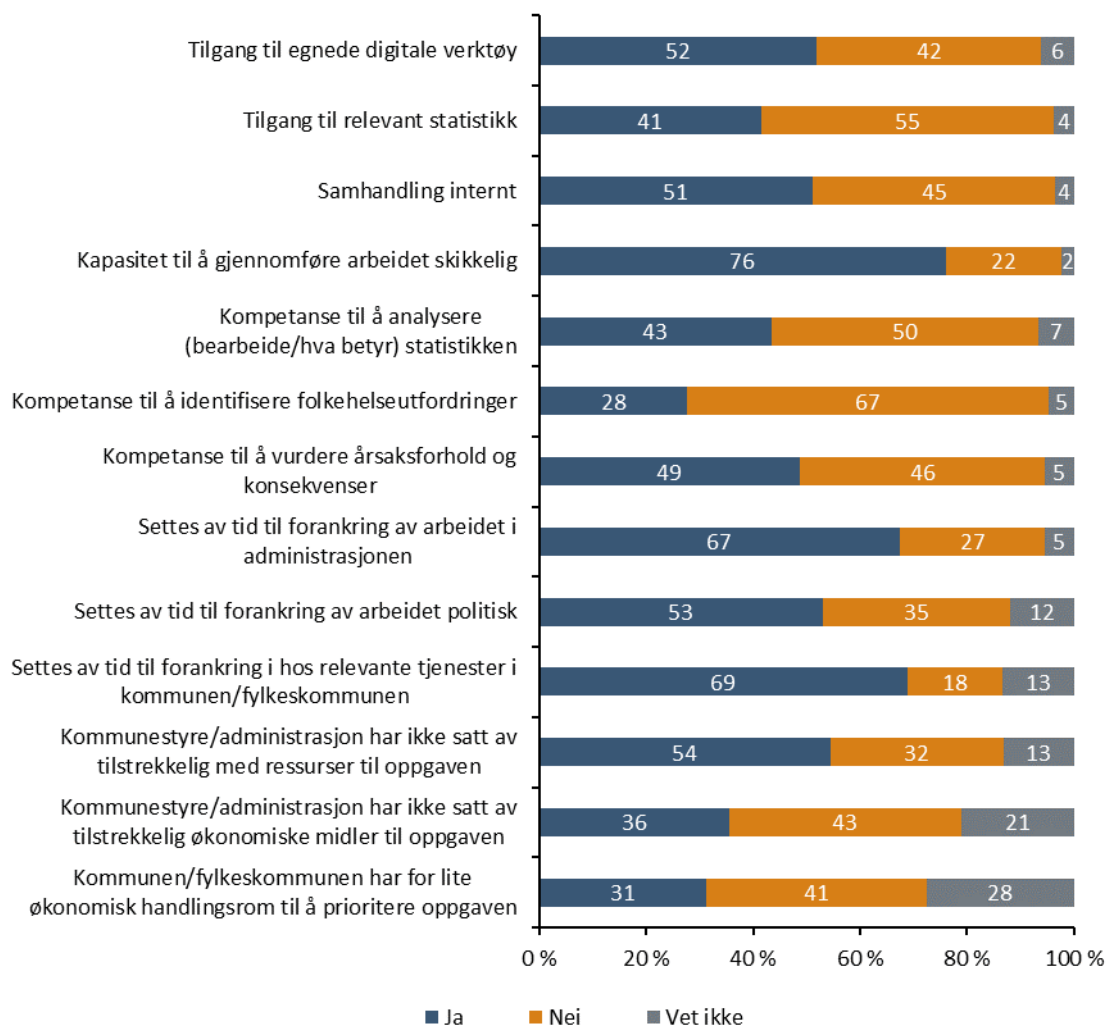
Svar på spørsmålet: *Er det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen/fylkeskommunen evaluert i tråd med Helsedirektoratets veileder? I prosent av alle som har svart.*



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

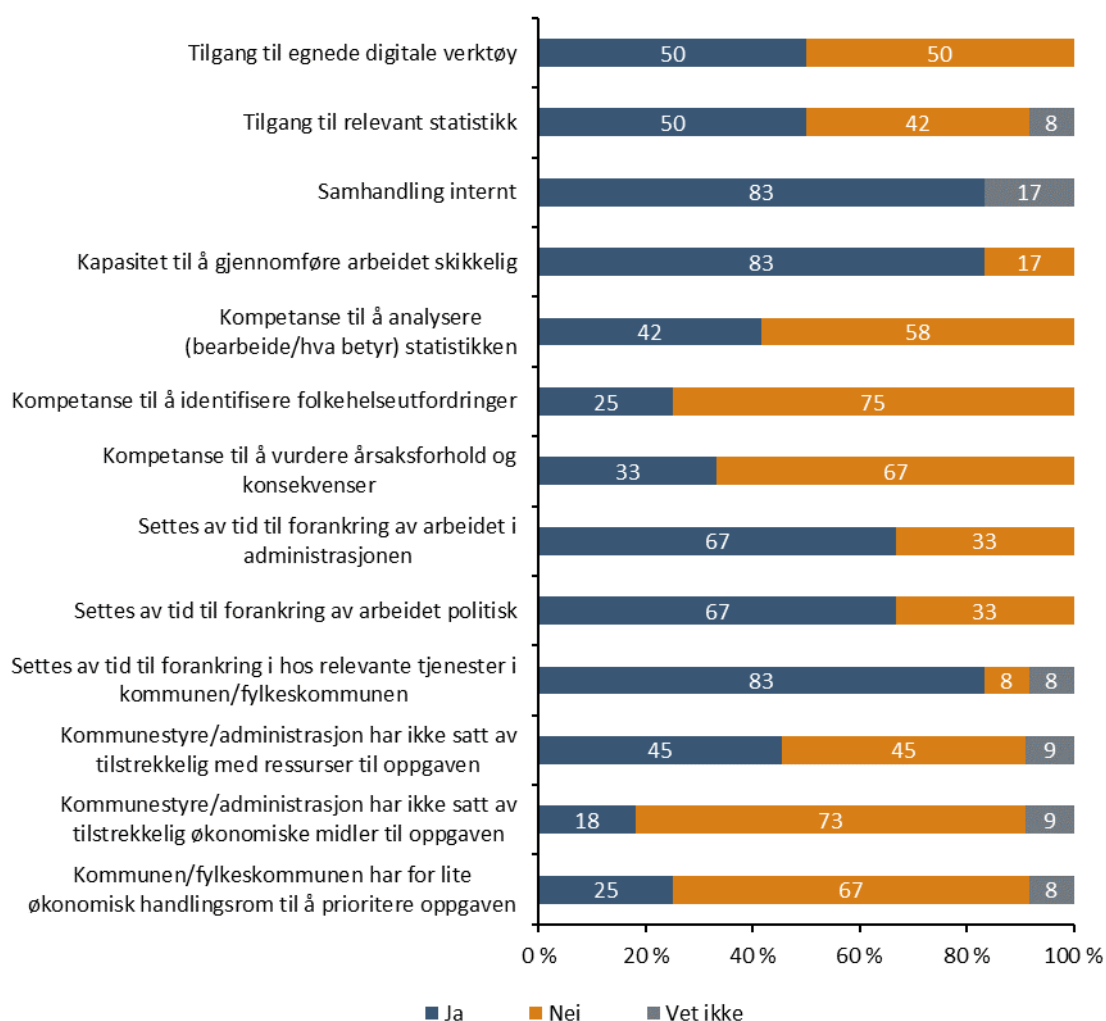
### V3.4 Utfordringer knyttet til arbeidet med folkehelseoversikten

Figur V3-26 Kommunenes svar på spørsmålet: *Det kan være en rekke utfordringer med å lage en god folkehelseoversikt. Opplever du utfordringer med følgende?* I prosent av alle kommunene som har svart.



N=163-168. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

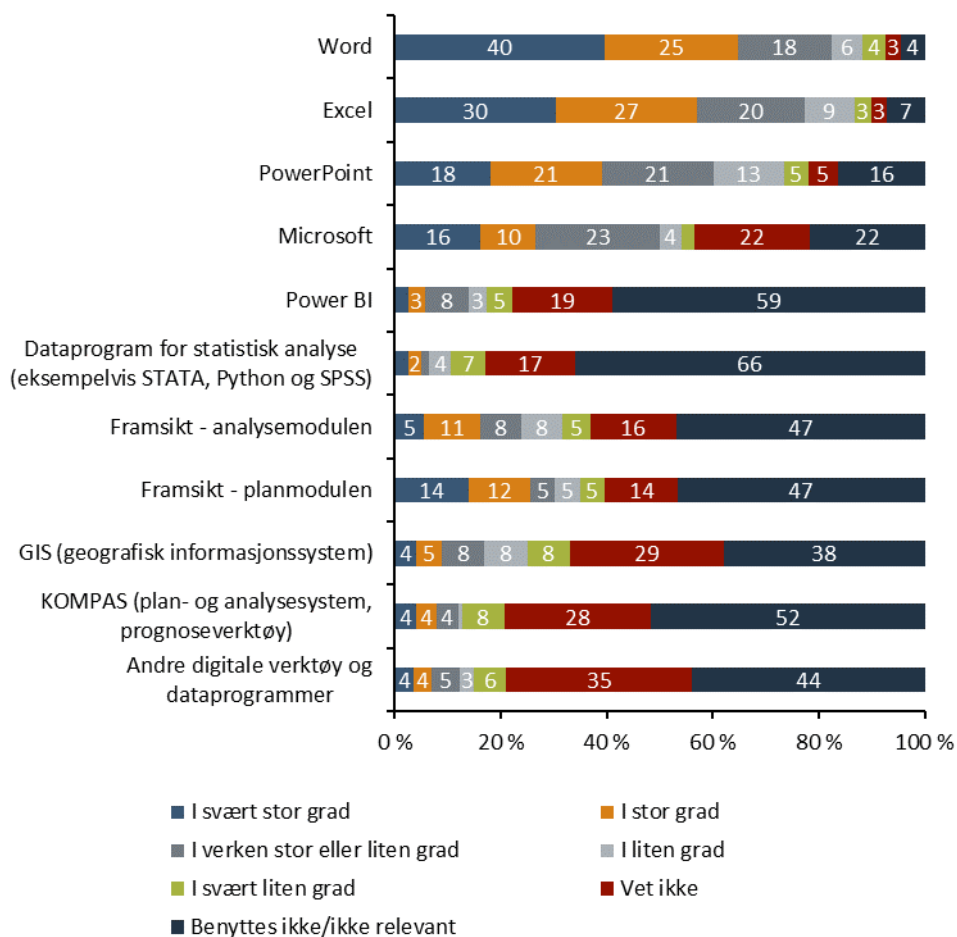
**Figur V3-27** Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *Det kan være en rekke utfordringer med å lage en god folkehelseoversikt. Opplever du utfordringer med følgende?* I prosent av alle fylkeskommunene som har svart.



N=11-12. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

## V3.5 Digitale verktøy og dataprogrammer som benyttes til å utarbeide folkehelseoversikten

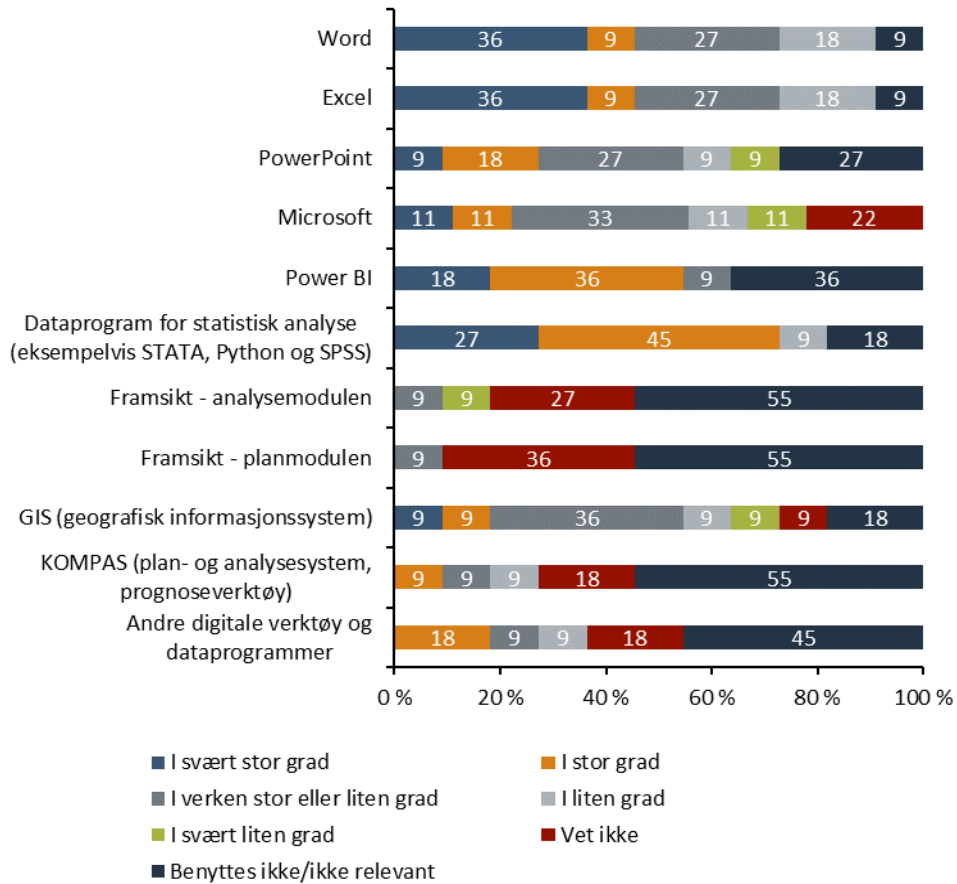
Figur V3-28 Kommunenes svar på spørsmålet: *I hvilken grad gir følgende digitale verktøy og dataprogrammene dere benytter tilstrekkelig med støtte i arbeidet med folkehelseoversikten?* I prosent av alle kommunene som har svart.



N=114-136. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-29

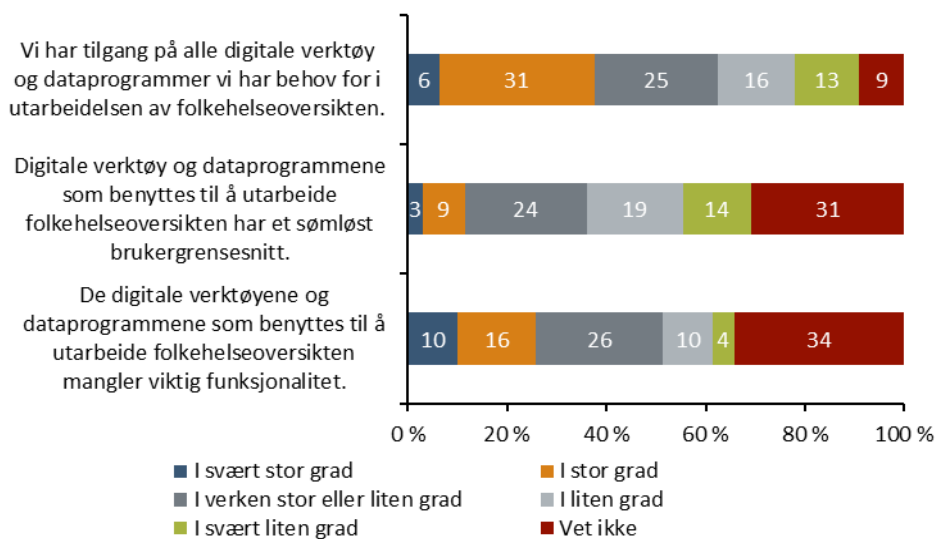
Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *I hvilken grad gir følgende digitale verktøy og dataprogrammene dere benytter tilstrekkelig med støtte i arbeidet med folkehelseoversikten?* I prosent av alle fylkeskommunene som har svart.



N=9-11. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

Figur V3-30

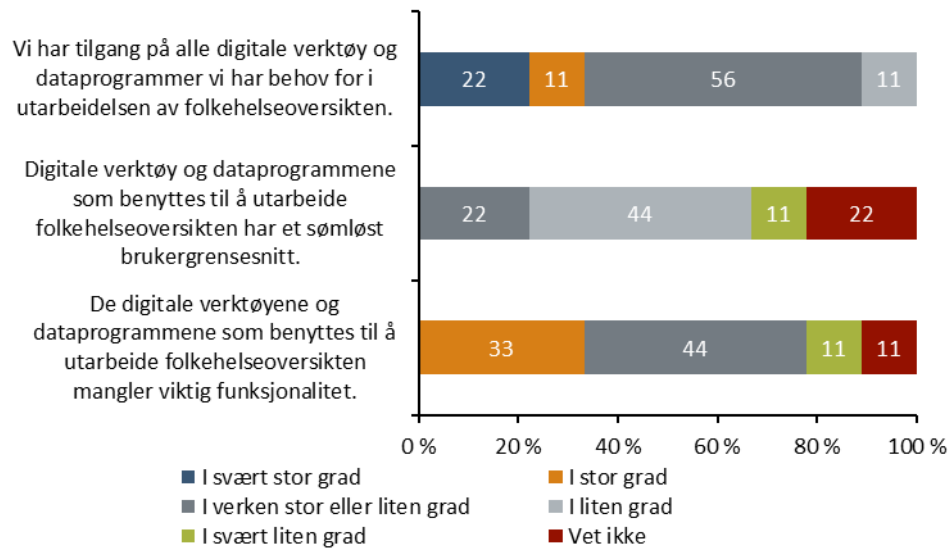
Kommunenes svar på spørsmålet: *Hvor enig er du i følgende påstander?* I prosent av alle kommunene som har svart.



N=139-141. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.



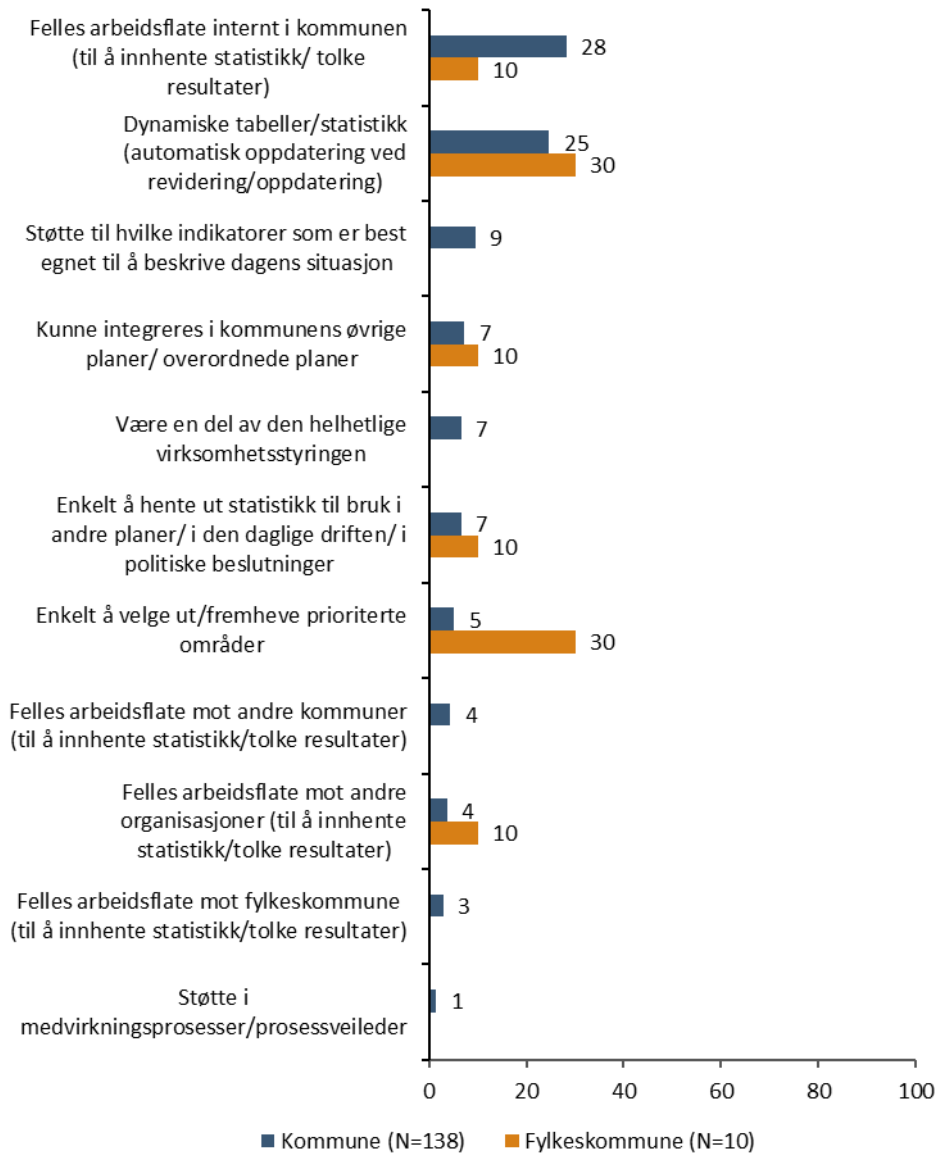
Figur V3-31 Fylkeskommunenes svar på spørsmålet: *Hvor enig er du i følgende påstander?* I prosent av alle fylkeskommunene som har svart.



N=9. Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.

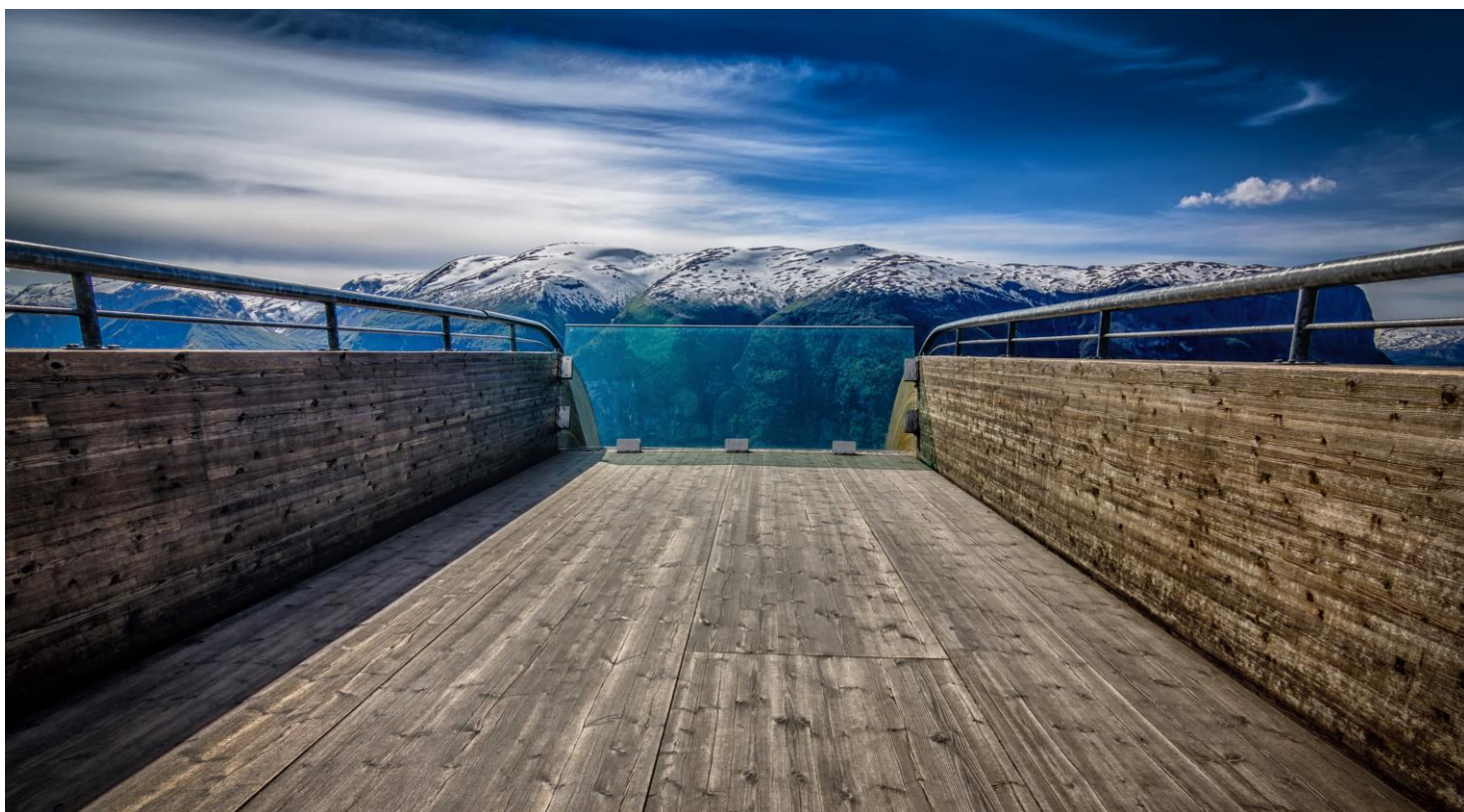
Figur V3-32

Svar på spørsmålet: *Tenk på fremtidens arbeid med å utarbeide folkehelseoversikten. Hva slags funksjonalitet skulle du ønske at et tilpasset dataprogram hadde? Ranger fra mest viktig til minst viktig. Andel som har rangert gitt funksjonalitet som nr. 1, i prosent av alle som har svart.*



Kilde: Spørreundersøkelse om folkehelseoversikten.





Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside [www.menon.no](http://www.menon.no).

+47 909 90 102 | [post@menon.no](mailto:post@menon.no) | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | [menon.no](http://menon.no)