



# **Kommunal helseplanlegging - en studie i statistikkgrunnlag**

**Kandidat nr. 25**

*SPL-6304 Helse og omsorg i plan*

*Prosjektoppgave  
Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning  
Universitetet i Tromsø  
Vår-semester 2013*

# Innhold

1 Innledning.....	3
1.1 Problemstilling.....	5
1.2 Avgrensning.....	6
2 Metode .....	7
3 Teori.....	9
3.1 Hva er helse? .....	9
3.2 Kartlegging av helse i befolkningen .....	10
3.2.1 Normalverdi .....	11
3.2.2 Dødelighetsstatistikk.....	11
3.2.3 Legemiddelstatistikk .....	12
3.2.4 Kontaktregistrering.....	12
3.2.5 Egenvurdert helse.....	12
3.3 Forbruk av- og etterspørsel på helsetjenester som indikator på helsetilstanden ..	12
3.4 Medikalisering.....	14
4 Drøfting.....	15
4.1 Forståelsen av helse-begrepet .....	15
4.2 Hva er normalverdi?.....	17
4.3 Målemetoder .....	20
4.3.1 Sykdomsregistre.....	20
4.3.2. Dødelighetsstatistikk.....	21
4.3.3. Legemiddelstatistikk .....	23
4.3.4 Kontaktregistrering.....	25
4.4 Hvordan viser forbruk av helsetjenester til befolkningens helsetilstand? .....	26
4.5 Sammenligning av flere indikatorer .....	29
5 Konklusjon.....	31
5.1 Implikasjoner for egen praksis .....	34
Litteraturliste .....	35
Kilde til figurene.....	38
Vedlegg: Folkehelseloven § 3 og § 5.....	40

## 1 Innledning

Samhandlingsreformen beskriver helseovervåking med oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer som grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. (Jfr. Samhandlingsreformen, punkt 6.9.1).

01.01.12 trådte ny Folkehelselov i kraft, som følge av Samhandlingsreformen. I henhold til Folkehelseloven skal kommunen i sitt arbeid med kommuneplaner, etter plan- og bygningsloven, fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet, som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor. Kommunene skal utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer til denne, som grunnlag for dette planarbeidet. Jfr. Folkehelseloven § 5. (Se vedlegg).

Folkehelseinstituttet skal gjøre opplysninger fra nasjonale kilder tilgjengelige, som kommunenes oversikter skal baseres på. (Jfr. Forskrift om oversikt over folkehelsen § 6, og Folkehelseloven § 25). Folkehelseinstituttet har med dette etablert *Kommunehelsa statistikkbank* og *Folkehelseprofiler* for hver enkelt kommune.<sup>1</sup>

Det er kommunenes oppgave å tolke statistikken, i arbeidet med å lage oversikt over befolkningens helse. Å tolke statistikk, særlig helsestatistikk, kan imidlertid være utfordrende. Jeg har selv erfart dette når jeg jobbet for Midt-Finnmark helsehus, der jeg kartla helsetilstanden til befolkningen for fire kommuner i Finnmark.

Inspirasjon til å skrive denne oppgaven fikk jeg primært fra Olav Helge Førde, dr. grad i samfunnsmedisin, sin forelesning ved "Helse og omsorg i plan"- studiet den 20.09.12, om «Endringer i folkehelsa og sosiale og geografiske skilnader i helse og helsetenesteforbruk». Førde ser med et kritisk blikk på anvendelsen av helsestatistikk, som vi har tilgjengelig i Norge. Jeg har erfart at noen kommuner limer folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet rett inn i kommuneplanen, uten å gjøre noen videre tolkning av hva statistikken forteller om helsetilstanden til befolkningen. Uten et godt arbeid med analyse av statistikken, sier statistikken i seg selv lite om helsetilstanden til befolkningen.

Stortingsmelding 34. (2012-2013) *Folkehelsemeldingen – god helse- felles ansvar* punkt 6.1 poengterer viktigheten av gode oversikter, for det videre plan arbeidet:

---

<sup>1</sup> Kommunehelsa statistikkbank og Folkehelseprofiler kan man finne på [www.fhi.no](http://www.fhi.no).

*God oversikt over helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning for å beskrive utfordringer og nødvendig for å planlegge og gjennomføre tiltak.*

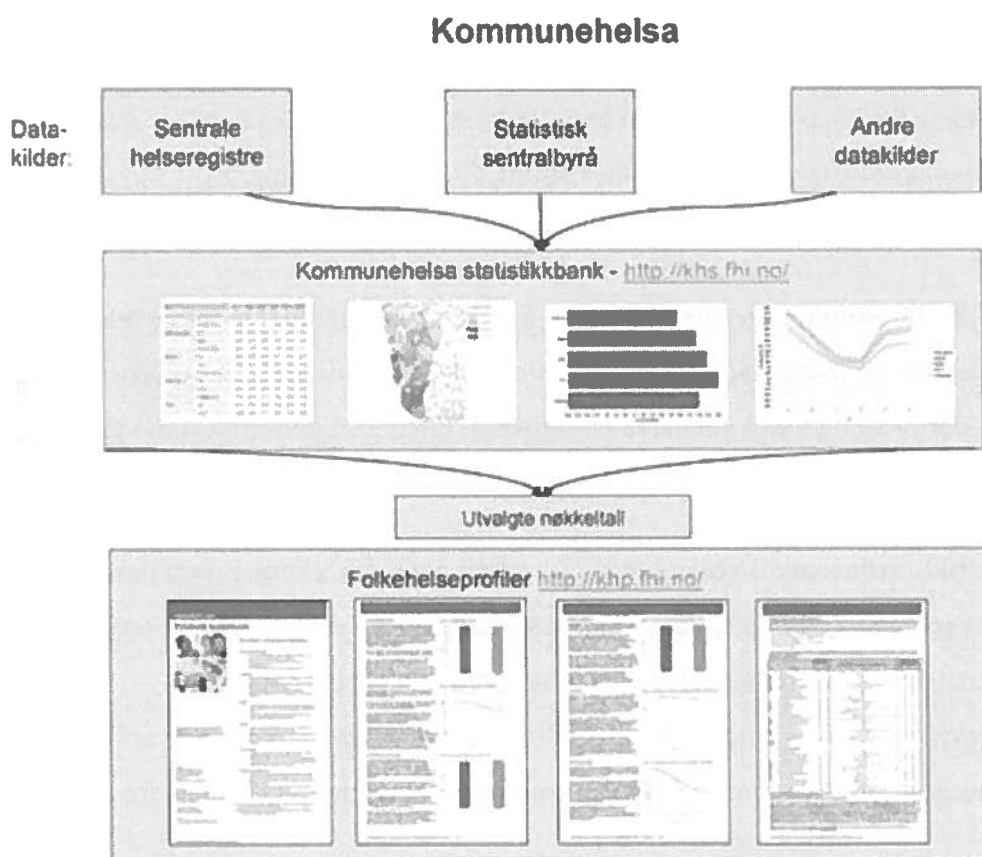
Oversiktene må altså gi et riktig bilde av befolkningens helse, og i hvert fall ikke være misvisende, for at kommunene skal kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt i planarbeidet.

Jeg vil i denne oppgaven se nærmere på de faglige utfordringene som kommunene vil møte på når de skal tolke statistikken fra Folkehelseinstituttets statistikkverktøy; Kommnehelse statistikkbank og Folkehelseprofiler. Denne oppgaven kan virke kritisk, og kan muligens også oppfattes som negativt innstilt, til Folkehelseinstituttets statistikkverktøy. Min erfaring er imidlertid at Folkehelseinstituttet har laget et meget godt og brukervennlig verktøy, ut i fra de data som er tilgjengelig i Norge. Denne oppgaven er derfor ikke ment for å kritisere Folkehelseinstituttet, men å belyse hvor viktig det er for kommunene å sette seg godt inn i hva statistikken *egentlig* forteller, før de setter i gang med å utarbeide oversikter over befolkningens helsetilstand. Helsestatistikken er nemlig full av feller, og det er viktig i kartleggingsarbeidet å være bevisst disse, for videre å kunne utarbeide gode planer.

## 1.1 Problemstilling

Hvilke begrensninger er det i målemetodene som er brukt i Folkehelseinstituttets «Kommunehelsa statistikkbank»<sup>2</sup> og «Folkehelseprofiler»<sup>3</sup>, når kommunene skal bruke disse til å lage oversikt over befolkningens helsetilstand? Jfr. Folkehelseloven § 5 a og b.

Når jeg i denne oppgaven omtaler Folkehelseinstituttets statistikkverktøy, så henviser jeg til Kommunehelsa statistikkbank og Folkehelseprofilene.



Dataflyt

Figur 1: Dataflyt fra datakilder til statistikkbank og profiler.

(Folkehelseinstituttet, 2013).

<sup>2</sup> Kommunehelsa statistikkbank inneholder statistikk om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i norske kommuner. Du kan lage tabeller og ulike typer diagrammer. Kilde: Folkehelseinstituttet (2013). Henvising: e)

<sup>3</sup> Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør Lov om folkehelsearbeid. Statistikken er fra siste tilgjengelige periode per oktober 2012 og er basert på kommunegrensene per 1.1.2013.

(Folkehelseinstituttet, 2013, henvising: f)

## 1.2 Avgrensning

Kartlegging av helsetilstanden og påvirkningsfaktorer til denne, er et stort tema. Jeg har derfor brukt de naturlige avgrensningene som finnes i lovteksten og folkehelseprofilene til Folkehelseinstituttet, for å spisse oppgaven.

Folkehelseinstituttet skriver i Folkehelseprofilene:

*I dag finnes det ikke nasjonale registre med gode data om levevaner. I folkehelseprofilen finnes det derfor mest statistikk knyttet til helsemål som sykdommer og dødsårsaker. Denne statistikken kan likevel være nyttig når vi ønsker å vurdere befolkningens levevaner. (Folkehelseinstituttet 2013, henvisning: a)*

Ettersom Folkehelseinstituttet skriver at det ikke finnes nasjonale registre med gode data om levevaner, ser jeg det som lite hensiktsmessig å drøfte målemetodene til disse faktorene. Jeg avgrenser meg derfor til og kun å fokusere på statistikk knyttet til helsemål som sykdommer og dødsårsaker.

Utvalg av statistikk: Alle etater i kommunen bør bidra i oversiktsarbeidet for å dekke alle områder som oversikten skal inneholde. Jfr Folkehelseloven § 5 c. og Forskrift om oversikt over folkehelsen §3. I denne oppgaven vil jeg imidlertid kun fokusere på *kommunehelsetjenesten*. Jfr Folkehelseloven § 5 b. Dette fordi denne oppgaven vil bli for omfattende dersom jeg trekker inn statistikken som primært er knyttet til de andre etatene i kommunen.

I Kommunehelsa statistikkbank ser vi at sykdomsgrupper som har mye fokus i Samhandlingsreformen er tatt med i statistikkverktøyet. Samtidig er det mange sykdomsgrupper som ikke er tatt med, som f. eks demens.<sup>4</sup> At flere diagnosegrupper ikke er tatt med i statistikkverktøyene til Folkehelseinstituttet er en åpenbar begrensning, når kommunehelsetjenesten skal bruke disse i kartleggingsarbeidet over helsetilstanden til

---

<sup>4</sup> «Personar med demens treng pleie og omsorgstiltak. Det er antekje at halvparten av alle demente personar i Noreg i dag bur i sjukeheim. Det er rekna med at tiltak for personar med demens vil koste ca. 18 milliardar kroner for året i 2020. Personar med demens er den største diagnosegruppa blant brukarane av kommunale omsorgstenester.» (Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning: b)

befolkningen. Jeg skal i denne oppgaven imidlertid se på begrensninger i målemetodene som er brukt i statistikkverktøyene, og jeg går derfor ikke videre inn og drøfter hvilke sykdomsgrupper som bør være med og eventuelt mangler i statistikken.

Datakvalitet: Jeg vil ikke vurdere den statistiske datakvaliteten for hver enkelt indikator i statistikken. Jeg ønsker å se mer overordnet på målemetodene, som er brukt i Folkehelseinstituttet statistikkverktøy, og hva disse kan anvendes til og hvilke begrensninger de har. F. eks kan datakvaliteten være meget god for antall type 2-diabetes legemiddelbrukere i en kommune. Men når kommunen skal bruke legemiddelstatistikk til å tolke hvor stor andelen diabetikere det er i befolkningen, kan målemetoden være problematisk å bruke til dette formålet.

Etikk og personvern: Jeg vil heller ikke komme inn på etikk og utfordringer med personvern ved bruk av statistikk, som kan være et tema ved statistikk for noen små kommuner, som følge av muligheter for persongjenkjennelse.

Helsebegrepet: Jeg vil peke på utfordringer som forskjellige forståelser av helsebegrepet gir kommunene, når de skal kartlegge helsetilstanden til befolkningen. Jeg vil derimot ikke forsøke å gi en definisjon på helsebegrepet, som bør brukes i denne konteksten.

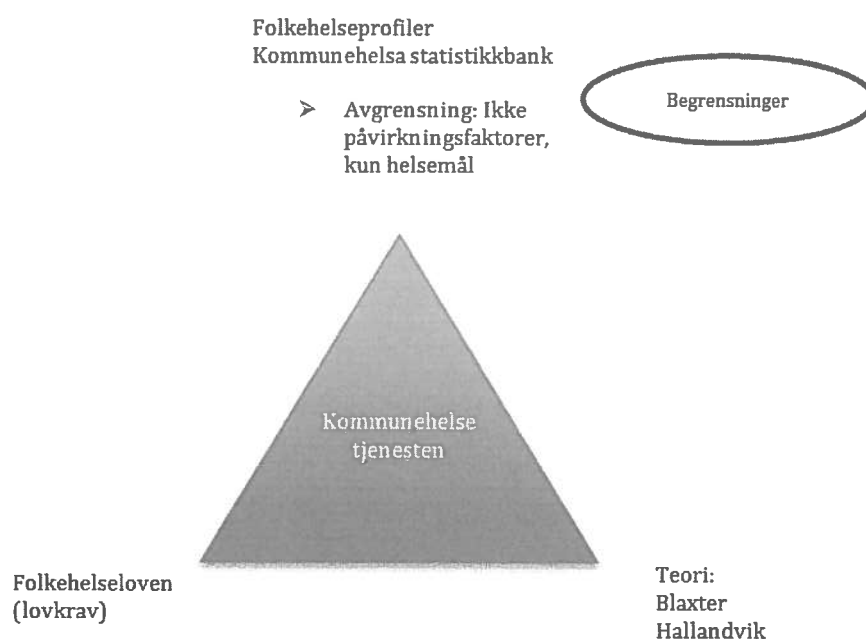
## 2 Metode

Selv om denne oppgaven i stor grad handler om helsestatistikk, er det en kvalitativt-studie.

Oppgaven er strukturert rundt tre områder:

- Krav som *Folkehelseloven § 5* pålegger kommunehelsetjenesten ved oversiktsarbeidet over befolkningens helsetilstand
- Folkehelseinstituttets *Kommunehelse statistikkbank* og *Folkehelseprofiler* som kommunene skal basere sine oversikter på. Her ser jeg på hvilke målemetoder som er brukt for å lage statistikken, og hvordan disse egner seg som grunnlag for å lage oversikter over helsetilstanden til befolkningen. Disse finner jeg på [www.fhi.no](http://www.fhi.no).
- *Teori* som jeg bruker til å vurdere begrensninger i statistikkverktøyene opp mot lovkrav. For å kunne drøfte målemetodene som er brukt i Folkehelseinstituttets

verktøy, samt for å se på kompleksiteten i helse-begrepet som problematiserer kartleggingsarbeidet, har jeg benyttet meg av teori fra Blaxters bok *Healt* (2010). Boken er imidlertid på engelsk og har også en engelsk vinkling på temaet. Den er derfor ikke heldekkende for forståelsen av helse begrepet og målemetoder i norsk konteksten. Jeg har derfor benyttet meg av Hallandviks bok *Helsetjenester og helsepolitikk* (2000) for å supplere Blaxters teori. Videre har jeg brukt Hallandviks teori for å drøfte sammenheng mellom forbruk, tilbud, etterspørsel og behov for tjenester, og hvordan disse faktorene påvirker helsestatistikken.



Figur 2: *Modell for oppgave.* Av: Kandidaten

Ovenfor ser vi modell for hvordan jeg har strukturert oppgaven. Modellen er brukt særlig mye i drøftingsdelen.

I tillegg har benyttet meg mye av forelesningsnotat og undervisningsmateriale fra Olav Helge Førde, dr. grad i samfunnsmedisin, sin forelesning ved Helse og omsorg i plan studiet den 20.09.12. Uten denne forelesningen ville denne oppgaven aldri kommet til.

I gjennom hele oppgaven har jeg også brukt artikler, rapporter og stortingsmeldinger, som jeg har funnet på internett. Årsaken til at jeg har benyttet meg av så mange kilder, er at temaet som jeg beskriver er så pass nytt, at det ikke finnes noen enkel teori som er heldekkende for emnet.



Verken Blaxter eller Hallandvik beskriver legemiddelstatistikk i sine teorier. Jeg har derfor benyttet meg av folkehelseinstituttets egen teori om legemiddelstatistikk. I drøftingsdelen har jeg støttet meg mye til forelesningsnotat fra Olav Helge Førde.

Under litteraturlisten har jeg har laget en egen side for kildehenvisning av figurer. Årsaken til dette er at det blir meget lange linker til henvisninger jeg har til Folkehelseinstituttets nettside. Noe som vil ta mye plass og se rotete ut i oppgaveteksten.

## 3 Teori

### 3.1 Hva er helse?

Hvordan vi definerer *helse begrepet* er viktig for de som prøver å kurere sykdom og de som har innflytelse på utformingen av helsetjenestene. (Blaxter, 2012)

Folks oppfatning av sin egen helse er ofte svært forskjellig fra den diagnosen legen setter. De to tilnæringsmåtene betegnes som subjektiv og objektiv helse. Disse to tilnæringsmåtene utfyller hverandre. (Hallandvik, 2010) Men helse er ikke bare fravær av sykdom; det kan også defineres fra et positivt syn.

Blaxter (2012) definerer dårlig helse ved å bruke disse begrepene; disease, illness, sickness og suffering, fysisk og mental svikt eller trauma.

Hallandsvik (2000) forklarer *disease* som legens diagnostisering og betegnes ofte som objektiv sykdom, mens Blaxter (2012) beskriver disease som medisinsk definert patologi. *Illnes* refererer til opplevelsen av å være syk og betegnes som subjektiv sykdomsforståelse, i følge Hallandsvik.

*Sickness* er den sosiale rollen for de som er definert som syke ("diseased" eller "ill"). (Blaxter, 2012). Sissel Graf Iversen definerer Sickness som rolleforventning til å være syk, der den generelle oppfatningen om syke-rollen er at man skal søke behandling. Deretter er oppfatningen at man er fritatt for alle plikter og kan forholde seg passiv. (Forelesningsnotat fra Helse og omsorg i plan studie, 20.09.12)

*Suffering* får vi ingen forklaring på fra verken Blaxter eller Hallandvik. Suffering oversettes til norsk som "lidelse" (Sørbø, 2008)

Helse er ikke et statisk begrep. Den større sosiale forståelsen av helse er under store forandringer. Ofte reflektert i utviklingen til vitenskap og teknologi. Ny teknologi kan utvide omfanget av helsetjenestene, ved at tilstander som tidligere ikke var mulig å behandle, nå kan behandles. Dermed blir også nye pasientgrupper skapt.

Det er også vanskelig å fastslå i hvilken grad helse er definert av myndighetene, som overvåker helsen i samfunnet, og- eller kommersielle interesser, som gjør helse til en handelsvare. (Blaxter, 2012)

Helse har til alle tider i historien vært et begrep som det er vanskelig å få tak på. Å lage en enkelt definisjon for helse, som passer for alle formål, virker umulig. (Blaxter, 2012)

### **3.2 Kartlegging av helse i befolkningen**

*Å måle helse* i samfunnet blir viktig når administrative og organisatoriske diskusjoner skal gjøres. Det er viktig ved bruk av all helsestatistikk, å tenke nøye igjennom, hva den egentlig forteller. Måling av helse er nemlig full av feller.

Det er vanskelig for individer å vite hvor god helse man har. Likeledes er det for de som utformer tjenestene, de som produserer helsetjenester og medisinske forskere, som trenger informasjon om helsetilstanden i samfunnet. Noen måler "disease" og noen måler "illness" eller "sickness".

Lik tilgang på helsetjenester gir ikke nødvendigvis likheter i helsetilstanden. Det meste av signifikant forskjell i helse mellom land, populasjoner, og grupper i det enkelte land, er heller ikke nødvendigvis genetisk eller på noen annen måte biologisk forklart. I Europa, herunder Norge, har ulikheter i helse derfor nesten utelukkende vært prøvd forklart ut i fra sosioøkonomiske klasser.(Blaxter, 2012)

#### *Naturlig grad av ulikheter i helse*

- Alle sammenlignbare studier i utviklede vestlige land viser at det er stor forskjell på forventet levealder i de ulike sosiale klassene. En studie i en rekke europeiske land(1998), der i blant Norge deltok, viste at sannsynligheten for å dø mellom en alder av 45 og 65 år for menn i "manual classes" sammenlignet med "non-manual classes" var omtrent like store (fem til syv ganger større) i alle landene.

- Opplevelse av "ill health" variere også mellom de sosiale klassene, men ikke alltid så mye som forskjellene i dødsratene mellom klassene skulle tilsi.
- Overalt i verden ser minoritets- og etniske grupper ut til å ha høyere dødsrater en majoritetsbefolkningen.
- I alle i-land lever kvinner lengre enn menn. Kvinner lider imidlertid generelt mer enn menn. Siden det til en viss grad er biologiske forskjeller, er det vanskelig å fastslå hva som kan kalles ulikheter.

(Blaxter, 2012)

### 3.2.1 Normalverdi

Et av de mest gjennomgående ideene når vi skal definere og måle helse har alltid vært å søke *normalen*. Hva som er normalt er imidlertid relativt i forhold til hvilken tid vi lever i, kulturen vi lever i og kunnskapsnivået i samfunnet på det gitte tidspunktet. Faktorer som alder, kjønn og miljøet som folk lever i har også innvirkning på hva som regnes som normalen.

Hva er normal helse? – normal for hva og hvem? Normal kan ha mange meninger:

Gjennomsnittlig, mest representativ, den hyppigste verdien, vanligste eller den beste? Snakker vi om gjennomsnittlig for en gitt populasjon eller et ideal? Perfekt er ikke bare umulig å oppnå, men også unødig å forsøke å nå.

Uansett hva man velger som mål for det normale, må det defineres. (Blaxter, 2012)

### 3.2.2 Dødelighetsstatistikk

Norge har lang tradisjon i å føre dødelighetsstatistikk. Slik statistikk gir oss et godt bilde over helsetilstanden over tid. Både fordi døden i seg selv er en absolutt tilstand og dermed temmelig pålitelig. Men dødeligheten sier ofte ikke så mye om dagens helsetilstand. Dette fordi vi bare får et bilde av betydningen av livstruende sykdommer, og ikke av sykdommer som en må leve med. Eksempel på sykdommer som ikke gir direkte utslag på dødelighetsstatistikk er leddplager og psykiske plager. Dødelighetsstatistikk gir dessuten et forsinket bilde på sykkelighet i dagens samfunn fordi flere sykdomskategorier har en relativt lang eksponeringstid. (Hallandvik, 2000)

### 3.2.3 Legemiddelstatistikk

Legemiddelstatistikken kan indirekte si noe om forekomsten av livsstilssykdommer, men data fra Reseptregisteret må tolkes varsomt. Forskrivningspraksis kan variere mellom kommuner, og et legemiddel brukes ofte mot flere ulike sykdommer.

(Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning c)

### 3.2.4 Kontaktregistrering

Kontaktregistrering av sykdom gjøres av de som oppsøker lege eller sykehus. Slike kartlegginger kan gi verdifull informasjon om pasientene, men vil ikke gi noe representativt bilde av befolkningens sykkelighet. Den begrenser seg nemlig til de som oppsøker helsevesenet. Uførestatistikk og sykehusstatistikk fungerer like mye som indikatorer på prosesser i samfunnet, blant annet et stadig hardere arbeidsmarked, som på sykdom i seg selv.

(Hallandvik, 2000)

### 3.2.5 Egenvurdert helse

Blaxter (2012) kaller egenvurdert helse for *Self-rated health*. Egenvurdert helse er en overraskende brukbar målemetode ved at det identifiserer folks sykdommer og gode helse ganske treffsikkert. Det er også en bra metode for å forutsi dødsrater.

Blaxter sier at svakhetene er størst på individuelle nivået. Noen oppgir at de har dårlig helse selv om objektive standarder tilsier at de har god helse, mens andre igjen oppgir å ha god helse der objektive standarder tilsier at de har dårlig helse. Opplevelse av "ill health" varierer også mellom de sosiale klassene, men ikke alltid så mye som forskjellene i dødsratene mellom klassene skulle tilsi. Målinger av "illness" der en måler selvopplevd helsetilstand medfører vanskeligheter for sammenligninger ved kulturelle forskjeller.

## 3.3 Forbruk av- og etterspørsel på helsetjenester som indikator på helsetilstanden

Kartlegging av sykdom og helseforhold i befolkningen er utgangspunktet når vi skal stille en kommunediagnose. Ofte måler vi *behov for helsetjenester* ved å se på *forbruk av helsetjenester*. Hallandvik (2000) beskriver hvordan forbruket av helsetjenester ikke bare påvirkes av sykdom og helseforhold i befolkningen, men også *tilbud og etterspørsel på helsetjenester*.

Det kan videre være vanskelig å skille fundamentale eller ”ekte” behov fra ”falske” behov for helsetjenester. Behov for overlevelse regnes som fundamentalt behov, mens tjenester som har et kosmetisk preg er ikke å regnes som fundamentale. Behovene mellom de to ytterpunktene er vanskelig å rangere. Mange har store plager uten å oppsøke helsevesenet. Andre er storforbrukere av helsetjenester, fordi de mener at de har langt igjen til fullstendig velvære (slik som Verdens helseorganisasjon definerer helse). Behov er også historisk og kulturbestemte. Forfedrene våre hadde høyere terskel for hva de regnet for ekte behov, enn det vi har i dag. Forventninger til helsetilstanden er med å definerer hvilke behov vi har. Behandlingsmulighetene på det gitte tidspunktet vil også styre hva vi definerer som behov. Nye behandlingsmuligheter skaper nye pasientkøer.

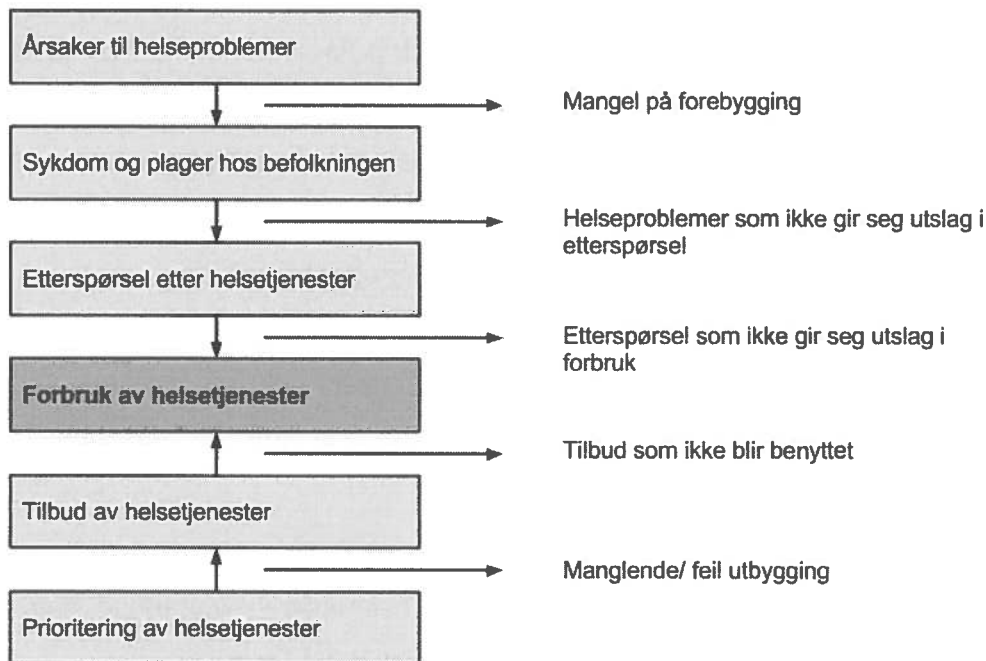
*Forbruk av helsetjenester er styrt av tilbud på helsetjenester. Erfaringer viser at tilbud skaper behov. Der det er tilbud på tjenester, blir de også brukt. Motsatt er det for manglende tjenester; der det mangler tilbud blir det ikke avdekket noe behov (dersom man kun måler behov ved å se på forbruk av helsetjenester).*

Hvilke helsetjenester som blir prioritert utbygd, styrer derfor også behovene for helsetjenester. Hvilke tjenester som blir prioritert, påvirkes av helsepersonell, forvaltningen, politiske myndighetene, media og profesjons- og pasientorganisasjoner. Behovene er dermed i mange tilfeller ”styrt”.

*Etterspørsel på helsetjenester styres av hvilke sykdommer og plager som finnes i befolkningen. Mangel på forebygging gir utslag på hvilke sykdommer og plager befolkningen har. Det kan derfor være viktigere å fokusere på årsaken til helseproblemer, enn selve sykdommen ved behovskartlegging.*

Samtidig er det ikke alle helseproblemer som gir utslag i etterspørsel. Motsatt går mange til lege uten å egentlig trenge det. Etterspørsel på helsetjenester kan i mange tilfeller fortone seg som nærmest grenseløs.

Forbruk og etterspørsel på helsetjenester kan indikere behov, men behøver altså ikke gjøre det. For å lage en behovsbeskrivelse må man derfor se sammenhengen mellom årsaks- og sykdomsbeskrivelse, samt etterspørsel, forbruk og tilbud på helsetjenester. Den enkelte faktor blir kun en indikator på behovet.



Figur 3: *Sammenheng mellom behovsindikatorer* (Hallandvik, 2000).

### 3.4 Medikalisering

Sykdomsuniverset utvides ved at sykdom er en del av en medisinsk imperialisme<sup>5</sup>. Et profesjonelt motivert driv, både materialistisk og intellektuelt, tar over mer og mer av hverdagslivet. Farmasiens pådrivere har også innflytelse på å tilføre nye behandlinger til en stor del av populasjon, som tidligere ikke ble definert som syke. Det er et diffust skille mellom medisinske og sosiale behov. Plastisk kirurgi er et eksempel på dette. Dette kan helt klart være pasient-drevne i stedet for lege-drevne prosesser. Pasient organisasjoner har også hatt innflytelse på utviklingen- og tilbudet på helsetjenestene. (Blaxter, 2012)

<sup>5</sup> Politikk som tar sikte på seg å dominere andre (Sørbø, 2008)

## 4 Drøfting

### 4.1 Forståelsen av helse-begrepet

Blaxter (2012) sier at forståelsen av *helse-begrepet* er viktig for de som prøver å kurere sykdom og de som har innflytelse på utformingen av helsetjenestene. Forståelse av helse-begrepet blir dermed viktig når kommunene i sitt planarbeid skal kunne prioritere og mål-rette tiltak mot befolkningens helse.

I *Folkehelseloven* defineres "folkehelse" som: *Befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i befolkningen.*

Vi ser at alle definisjonene er tuftet på ordet "helse". Hva helse-begrepet innebærer, er ikke definert i verken *Folkehelseloven*, *ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, eller *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. Forskriften utdyper § 5 i *Folkehelseloven*.

Man kan stille spørsmål til hvorfor staten ikke har laget en klarere definisjon på helse i lovteksten. Er det så innlysende hva som menes med helse at det ikke er nødvendig å definere? Åpenbart ikke. Folkehelseinstituttet gir heller ingen definisjon på helse i folkehelseprofilene. Folkehelseinstituttet refererer kun til påvirkningsfaktorer for helse etter Whitehead og Dahlgren's helse- modell i *Folkehelseprofiler 2013*.

Verdens Helseorganisasjon sin definisjonen av helse er:

*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*

(Verdens Helseorganisasjon, 2013)

Med denne definisjonen vil ingen i befolkningen per definisjon ha god helse, for det er ingen som er fullkommen. Når ingen i befolkningen kan defineres som å ha god helse, gir det kommunene et problem; tiltak må i teorien settes inn mot hele befolkningen.

Blaxter (2012) poengterer utfordringene med helsebegrepet ved befolkningsrettet helsearbeid. Han sier at helse har til alle tider i historien vært et begrep som det er vanskelig å få tak på. Et av de mest gjennomgående ideene har alltid vært å søke *normalen*. Men hva er normalt og i forhold til hva? Forståelsen av helsebegrepet og hva som er normalt, er ulikt mellom kulturer, sosiale klasser, forskjellige generasjoner, kjønn, hvordan kunnskapsnivået er i samfunnet på

det gitte tidspunktet, det enkelte individs subjektive syn- og helsepersonells objektive syn på helse. Videre blir samfunnets syn på hva helse er, påvirket av myndighetene som overvåker helsen til befolkningen, og medisinindustrien, som gjør helse til handelsvare. Å lage en enkelt definisjon for helse, som passer for alle formål, virker umulig. (Blaxter, 2012)

Fønnebø, (20.09.12) tar frem eksempler på definisjoner på helse, i sin undervisning i Helse og omsorg i plan studiet ved UiT, der han blant annet siterer Jackie Mason (amerikansk stand-up komiker):

*"It's no longer a question of staying healthy. It's a question of finding a sickness you like".*

Samfunnets forhold til helse er her satt i en humoristisk kontekst, men bak humoren ligger et dypere alvor; vi forandrer synet på helse og hvordan vi forholder oss til helsevesenet.

Jeg vil ikke prøve å komme frem til hvordan helse skal defineres når kommunene skal kartlegge helsetilstanden. Poenget mitt er å vise til at selve begrepet "helse" i Folkehelseloven, der den bruker begrepene *folkehelse* og *helsetilstand*, gir utfordringer når *Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand i befolkningen* Jfr. *Folkehelseloven § 5*. Det er rett å slett vrient å gi en god definisjon på hva kommunene *egentlig* skal kartlegge til oversikten.

Nils Aarsæther definerer et *wicked problem* som et uskikkelig problem som vi gjerne tar avstand fra. Det kan kjennetegnes med blant annet ved at det ikke er lett å innrømme at vi har det, det går ikke over av seg selv, løsninger på problemet må være sammensatte, og ingen har full plan eller oversikt over mulige løsninger. (Forelesning den 15.10.12, UiT). Definisjonen på helse, i kontekst med kartlegging av befolkningens helse, forstår jeg dermed å være et *wicked problem* slik Nils Aarsæther definerer sistnevnte begrep.

Min egen forståelse av et *wicked problem* er at problemet er som "en glatt fisk" som man prøver å holde rundt; selv om vi anstrenger oss for å få et godt grep om den, virker det umulig. Særlig når den stadig beveger seg i nye retninger. Slik er også helsebegrepet; selv om vi jobber med helse i det daglige, er det vanskelig å få et godt grep om det.

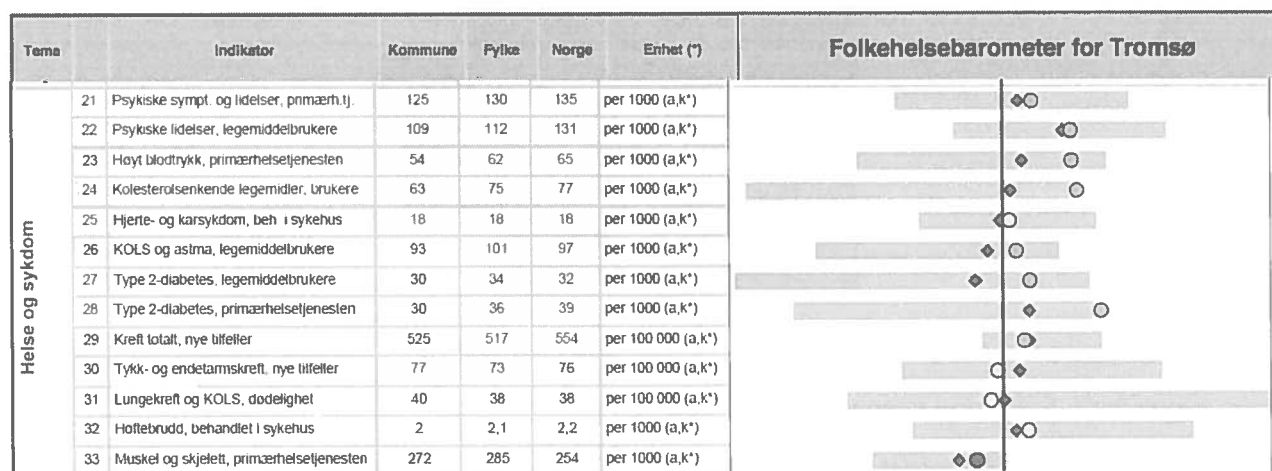


## 4.2 Hva er normalverdi?

Blaxter (2012) sier at en av de mest gjennomgående ideene omkring helsebegrepet har vært å søke normalen. Hva som er normalt er imidlertid relativt i fht hvilken tid og kultur vi lever i og hvilken kunnskap som finnes i samfunnet på det gitte tidspunktet. Faktorer som alder, kjønn og miljøet som folk lever i har også innvirkning på hva som regnes som normalt.

For at kommunene skal ha noe å sammenligne seg med bruker Folkehelseinstituttet landsgjennomsnittet som mål i kommunehelseprofilene. Men er en kommune «friskmeldt» på et område dersom den er bedre enn landsgjennomsnittet? Ikke nødvendigvis. Jeg vil gi et eksempel ved å bruk diabetes som et eksempel på dette:

Andelen diabetestilfeller i befolkningen øker stadig. (Folkehelseinstituttet, 2013) Bruker vi landsgjennomsnittet som normalverdi for diabetes, vil altså grensen for normalverdi også øke med tiden. Vi ser under et utklipp fra en folkehelseprofil til Tromsø kommune 2013, der type 2-diabetes, legemiddelbrukere og primærhelsetjenesten er tatt med som indikatorer:



Figur 4: Utklipp fra folkehelseprofil, Tromsø kommune, 2013 (Folkehelseinstituttet, 2013)

Kommentarer til figur ovenfor:

Folkehelseinstituttet kaller denne delen av folkehelseprofilen for *folkehelsebarometer*.

Fjerde kolonne fra venstre viser tall for Tromsø kommune, femte kolonne Troms fylke og sjette kolonne landsgjennomsnitt.

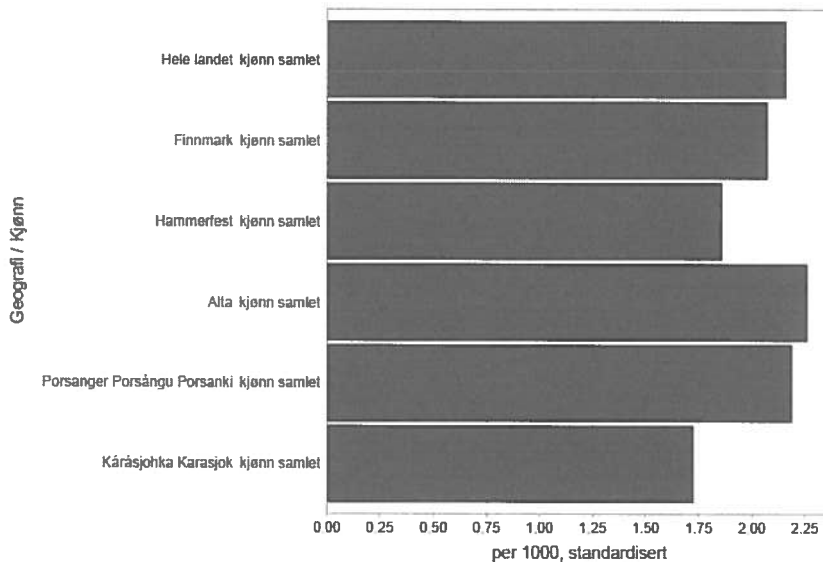
Den røde streken i folkehelsebarometeret indikerer landsgjennomsnittet og kan lett tolkes som normalen her. Verdier i folkehelsebarometeret vises i synkende skala.

Folkehelseinstituttet kommenterer følgende i folkehelseprofilene:

*En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig helseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. (Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning f)*

Et eksempel på at landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå kan vi se ved hoftebrudd. Søylediagrammet under er hentet fra Folkehelseinstituttets Kommunehelsestatistikkbank og viser at Finnmark fylke, Hammerfest kommune og Karasjok kommune har lavere andel hoftebrudd per 1000, enn hele landet for øvrig.

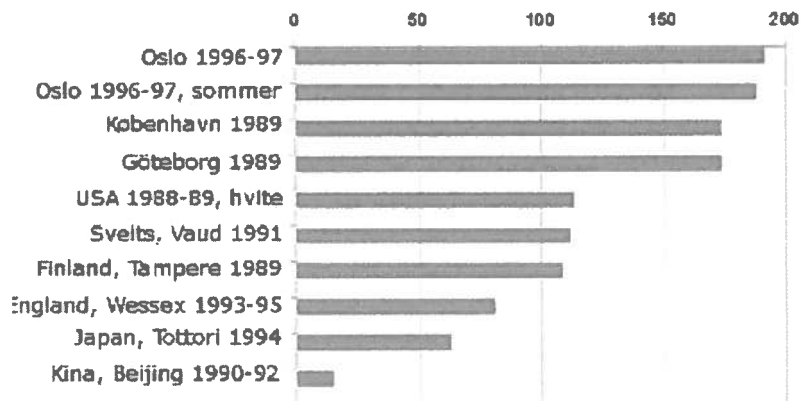
Spesialisthelsetjenesten, somatikk - 2009-2011, Hoftebrudd (S72), per 1000, standardisert



Figur 5: Hoftebrudd i kommuner, fylke og Norge (Folkehelseinstituttet, 2013)

Norge ligger imidlertid på verdenstoppen i antall hoftebrudd:

### Hoftebrudd i ulike land



Hoftebrudd hos kvinner i ulike land, antall per 10 000 observasjonsår (Lofthus 2001).

Figur 6: Hoftebrudd i ulike land

(Folkehelseinstituttet, 2013)

I søylediagrammet over ser vi at Oslo sammenlignet med andre byer i verden i antall hoftebrudd per 10 000. Normalverdien blir derfor relativ. Dette innebærer at selv om en kommune har færre hoftebrudd enn landet for øvrig, så ligger kommunen mest sannsynlig fortsatt på verdenstoppen i antall hoftebrudd per 1000 innbygger. Skal den enkelte kommune sammenligne seg med fylket, landsgjennomsnittet eller verden? Svaret på dette finner vi verken i Folkehelseloven, Forskrift om oversikt over folkehelsen eller i Folkehelseinstituttets statistikkverktøy.

Hoftebrudd kan også være svært alvorlig for den som utsettes for det og er kostbart for kommunene<sup>6</sup>

Hva som er normalverdi er altså ikke gitt, selv om det med første øyekast ser slik ut når vi leser folkehelseprofilene. Dette innebærer at kommunene får en utfordring med å vite hva de skal sammenligne seg med for å vite hva som er normalt.

<sup>6</sup> Det første året etter et hoftebrudd er det opptil 20 prosent overdødelighet blant pasientene. (...) En undersøkelse fra Oslo i 1996-97 viste at seks prosent av hoftebruddspasientene under 75 år og 33 prosent av pasientene over 85 år måtte flytte på sykehjem etter hoftebruddet. Halvparten av dem som kunne gå ved egen hjelp før bruddet, mistet denne ferdigheten etterpå. Kilde: Folkehelseinstituttet (2013) Henvising: g)

### 4.3 Målemetoder

Både St. meld. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009) punkt 6.9.1 og St. meld. 34. (2012-2013) Folkehelsemeldingen punkt 6.1 sier at god oversikt over helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning for å beskrive utfordringer, og nødvendig for å planlegge og gjennomføre tiltak. Å ha gode målemetoder for å utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand, er altså viktig.

Men hvilke målemetoder er brukt i Folkehelseinstituttet i sine statistikkverktøy, som kommunene skal bruke i arbeidet med å lage gode oversikter? Folkehelseinstituttet skriver i folkehelseprofilene at det ikke finnes nasjonale registre med gode data om levevaner. I folkehelseprofilen finnes det derfor mest statistikk knyttet til helsemål som sykdommer og dødsårsaker.

Går vi inn i Folkehelseinstituttets Kommnehelsa statistikkbank og Folkehelseprofiler, ser vi at statistikk som er knyttet til helsemål stort sett er sykehus statistikk, legemiddel statistikk og dødelighetsstatistikk. Kreftsykdommer er et unntak der vi også kan finne statistikk på antall nye tilfeller av kreftdiagnoser. Årsaken til at det finnes mer statistikk over kreftsykdommer er at vi i Norge har et eget Kreftregister.

Så hva kan statistikken som Folkehelseinstituttet bruker, egentlig si oss om befolkningens helsetilstand? La oss se nærmere på målemetodene;

#### 4.3.1 Sykdomsregistre

I følge St. meld. 34. (2012-2013) Folkehelsemeldingen pkt. 6.1.1 har vi to sykdomsregistre i Norge; Kreftregisteret og et ny etablert hjerte- og kar register. Hjerte- og kar registeret ble etablert med egen forskrift (Hjerte- og karregisterforskriften) i 2012 (Folkehelseinstituttet, 2013. Henvisning: j)

I Norge hindrer det sterke personvernet etableringen av flere sykdomsregistre. Sverige har til motsetning fra Norge enn rekke sykdomsregistre (Førde, Forelesningsnotat, UiT, 20.09.12). Kreftregisteret gir helhetlig oversikt over forekomst av kreft og ulike kreftsykdommer. (Folkehelsemeldingen pkt. 6.1.1). Dette er åpenbart en stor fordel for kommunehelsetjenesten i kartleggingsarbeidet. Begrensningen med slik statistikk er at sykdomsregistre kun registrerer negative faktorer i befolkningens helse. Statistikk som gir data på sykdom og død beskriver heller ikke folks funksjonsnivå (Blaxter, 2012). Hvordan definerer vi helsen til en som har

gjennomgått hjerteinfarkt for tre måneder siden? Før i tiden ble personer stort sett uførepensjonert etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt<sup>7</sup>. Nå er mange av disse i arbeid etter noen få måneder. Pasienters egne forventninger til mestring og om de kommer tilbake til arbeid eller ikke, etter et gjennomgått infarkt, er mer avgjørende for attføringen, enn selve sykdomstilstanden. Medisinske faktorer har bare en begrenset innflytelse på yrkesaktiviteten. Den medisinske behandlingen av hjertesykdom på sykehus retter oppmerksomheten i stor grad mot selve hjertet, og i liten grad mot pasienten. I rehabiliteringsarbeidet er det derimot et poeng i seg selv å ikke fokusere for mye på hjerte-sykdommen, men heller på personens ressurser og muligheter. (Mæland, 2006).

Vi ser at fokuset på de positive faktorene hos pasienter, er en viktig del av helsetilstanden som sykehusstatistikk ikke registrerer. Det ville i så måte være interessant med statistikk også fra rehabiliteringssentre, dersom det finnes datamateriale som setter fokus på de positive faktorene. Statistikk fra rehabiliteringssentre finnes imidlertid ikke i Folkehelseinstituttets statistikkverktøy.

#### 4.3.2. Dødelighetsstatistikk

I Norge har vi lang tradisjon for å føre dødelighetsstatistikk (Hallandvik, 2000)

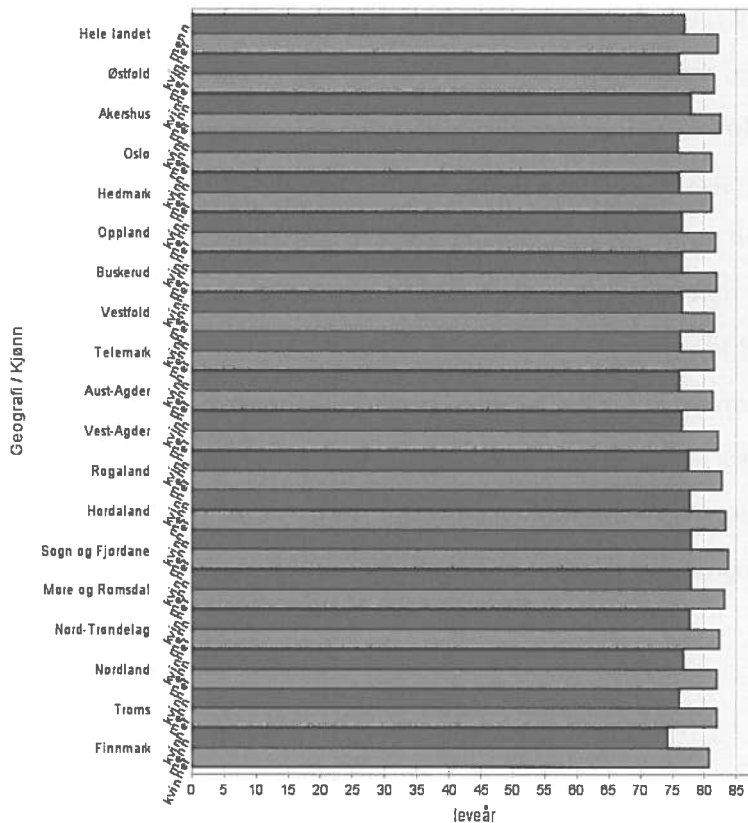
I kommunehelsestatistikkbank kan kommunene hente dødelighetsstatistikk for kreftsykdommer, hjerte- og kar sykdommer, KOLS og lungesykdom, og voldsomme dødsfall. Slik statistikk er nyttig fordi den gir oss et godt bilde over helsetilstanden over tid. Både fordi døden i seg selv er en absolutt tilstand og dermed temmelig pålitelig. (Hallandvik, 2000)

Førde (20.09.12.) sier at Norge er svært homogent mellom fylker i dødelighet. Vi ser et eksempel på dette i søylediagrammet under:

---

<sup>7</sup> Helt fram til 1960 årene ble hjerteinfarkt-pasientene behandlet som "skjøre egg" med strengt sengeleie i seks uker etter et infarkt. Dødeligheten var stor. "Behandlingsopplegget" på den tiden har mye av skylden for dette. (Mæland, 2006)

## Forventet levealder – 1995-2009, etter fylke



Figur 7: Forventet levealder, fylker i Norge

(Førde, 20.09.12, presentasjon fra forelesning, HO i plan studie)

Førde sier at det imidlertid er store geografiske forskjeller for dødelighet ved ischemisk hjerte-kar dødelighet, samt mellom Oslo øst og Oslo vest. (Forelesningsnotat, UiT, 20.09.12).

Svakheten ved å bruke dødelighetsstatistikken for å beskrive befolkningens helsetilstand er at den gir et forsinket bilde på sykkelighet i dagens samfunn, fordi flere sykdomskategorier har en relativt lang eksponeringstid. Dødelighetsstatistikk sier ikke så mye om lidelser som vi må leve med. Leddplager og psykiske plager er eksempler på slike lidelser. (Hallandvik, 2000) Lengre liv betyr større sannsynlighet for degenerative sykdommer, slik at sannsynligheten for økt lidelse i gjennom livet også øker. Opplevelse av "ill health" kan også variere mer mellom sosiale klasser, enn dødsratene mellom klassene. I Europa, herunder Norge, har ulikheter i helse derfor nesten utelukkende vært prøvd forklart ut i fra sosiale klasser. (Blaxter, 2012)

Vi ser altså at dødelighetsstatistikken i Folkehelseinstituttets verktøy er nyttig fordi den er absolutt og pålitelig, men den er begrenset til kun noen typer dødsårsaker. Samtidig er det generelt sett små geografiske forskjeller mellom fylkene i denne statistikken, med de unntak som er beskrevet ovenfor. Statistikken har dessuten sine svakheter når det kommer til å beskrive helsetilstanden til dagens befolkning og lidelser som befolkningen lever med.

#### 4.3.3. Legemiddelstatistikk

Folkehelseinstituttet skriver i sine Folkehelseprofiler at legemiddelstatistikk indirekte kan si noe om forekomsten av livsstilssykdommer. Med andre ord; statistikken kan altså ikke si noe direkte om antall sykdommer. Dette kan vi se et eksempel på fra folkehelseprofilene:

*Om lag 135 000 personer i aldersgruppa 0-79 år bruker legemidler mot diabetes i Norge i dag. I tillegg er det en del som behandles uten medisiner, og en andel som har diabetes uten å vite om det. **Vi kjenner ikke det totale antall diabetestilfeller.***

(Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning h)

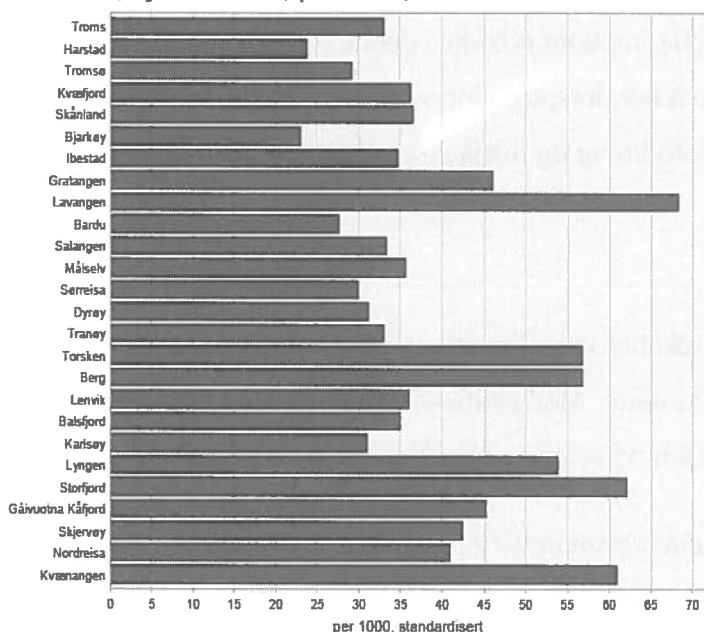
Videre står det i KommuneHelsa statistikkbank:

*Bruk av legemidler forskrevet på resept påvirkes av flere faktorer utenom sykdomsforekomst, blant annet tilgang til lege og forskrivningspraksis blant legene.*

(Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning i)

Førde gir i sin forelesning et eksempel, der forskrivningspraksis varierer mellom kommuner i Troms fylke:

Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) - 2008-2010, kjønn samlet, per 1000, standardisert



Likert til nesstar <http://hls.hi.no/nyhetsrom> | Oppbevarings: Følelsesstatistikk (hls.hi.no) | Kilde: Helsestatistikk, Følelsesstatistikk | Side 1 / 3

Figur 8: *Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes* (Førde, 20.09.12, presentasjon fra forelesning, HO i plan studie)

Det er store geografiske forskjeller i legemiddelbruken for type 2-diabetikere. Førde sier at forskjellen ikke kan forklares med sykkelighet, men ved andre forhold, så som at:

- Legen er flink til å oppdage sykdom hos pasientene.
- Kommunens befolkning har lettere for å oppsøke lege.
- Legen har lav terskel for å skrive ut medisiner. Hva som er årsaken til dette kan være mange, men Førde peker på særlig på medisinindustriens påvirkning på legenes praksis: Legenes beslutninger domineres hovedsakelig av medisinsk forskning. Forskningen på medisin domineres igjen av medisinindustrien. Medisinindustriens intensjoner er salg og profitt. Med andre ord er legenes beslutninger i stor grad påvirket av medisinindustriens interesser for profitt. Dette er en del av medikaliseringen av samfunnet.

Oppsummert ser vi at legemiddelstatistikk kun indirekte kan si noe om antall med en diagnose, og forteller oss lite om det faktiske antallet. Det er også mange påvirkningsfaktorer



som har stor innvirkning på forbruket av legemidler, enn det faktiske antallet med diagnose skulle tilsi. Det er tydelig at kommunehelsetjenestens evne til å være selvkritisk ovenfor egen praksis, og å tolke hva legemiddel statistikken egentlig forteller om helsetilstanden til befolkningen, blir svært viktig for at denne statistikken skal kunne være nyttig. I mot satt tilfelle vil den kunne være misvisende.

#### 4.3.4 Kontaktregistrering

I Kommunehelse statistikkbank og Folkehelseprofilene finner vi indikatorer for kontaktregistrering fra sykehusstatistikk og statistikk fra kommunehelsetjenesten. Sistnevnte er basert på HelseRefusjon(KUHR)-databasen<sup>8</sup> i HELFO. Folkehelseinstituttet skriver følgende om datakvaliteten på helserefusjon som kilde:

*Data med utgangspunkt i helserefusjonskrav har i liten grad vært brukt til å si noe om helsetilstanden i befolkningen tidligere, og vi vet foreløpig ikke nok om datakvaliteten. Det antas at tallene påvirkes av legenes diagnostiseringspraksis.*

(Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning k)

Å bruke kontaktregistrering fra kommunehelsetjenesten, blir dermed en usikker målemetode.

Hallandvik (2000) sier at kontaktregistrering av sykdom gjøres av de personer som oppsøker lege eller sykehus. Slike kartlegginger kan gi verdifull informasjon om pasientene, men vil ikke gi noe representativt bilde av befolkningens sykkelighet. Den begrenser seg nemlig til de som oppsøker helsevesenet. Blaxter (2012) sier at målemetoden registrerer ikke positive faktorer for helsen, kun de negative.

Når man skal bruke slik statistikk til å kartlegge befolkningens helsetilstand, er det også viktig å vite noe om hva som påvirket forbruket av helsetjenester. Jeg drøfter dette videre i neste avsnitt.

---

<sup>8</sup> KUHR står for Kontroll og Utbetaling av Helserefusjon. (Folkehelseinstituttet, 2013, henvisning k)

#### 4.4 Hvordan viser forbruk av helsetjenester til befolkningens helsetilstand?

Mye av statistikken i Folkehelseinstituttets verktøy er basert på registreringer gjort ved forbruk av helsetjenester. Det er derfor nødvendig å se på hvordan forbruk av helsetjenester gjenspeiler det faktiske behovet for helsetjenester, som er knyttet til sykdom eller helsesvikt.

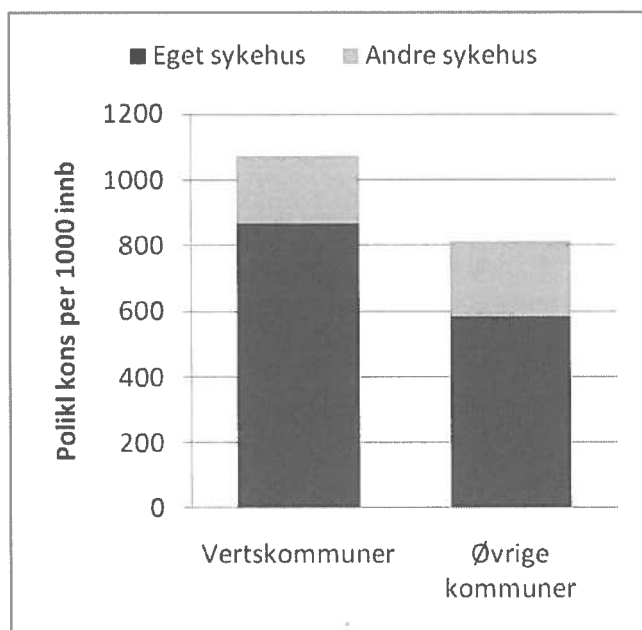
Forbruk av helsetjenester kan være et uttrykk for behovet for helsetjenester, som igjen kan være et uttrykk for sykdom eller helsesvikt i befolkningen. Men det er flere andre faktorer som styrer forbruket av helsetjenester. Vi ser i Blaxters teori at helse er et meget sammensatt og komplekst begrep. Hvordan folk definerer hva som er «normal» helse er relativt i fht den tid, miljø, kultur og sosioøkonomisk klasse man lever i. Folks syn på helse vil også påvirke hvordan de forholder seg til helsevesenet. Hallandvik forteller at absolutte behov knapt finnes. Vi ser videre i Hallandviks teori at det ikke nødvendigvis er sykdom og årsak til denne, som styrer etterspørselen på helsetjenester. Tjenestetilbud skaper etterspørsel. (Hallandvik, 2000) Desto større tilbudet er, desto større er behovet. (Førde, forelesningsnotat, HO i plan studie, 20.09.12) Nye behandlingsmuligheter skaper nye helsekøer. (Hallandvik, 2000) Medikaliseringen av samfunnet er med på å skape nye pasientgrupper og nye behov. (Blaxter,2012) Folk etterspør flere helsetjenester, men ikke nødvendigvis det de har behov for. Hallandvik (2000) gir et eksempel på at tilbud på helsetjenester ikke nødvendigvis er direkte reflektert i fra det faktiske behovet:

*Fysioterapitjenesten ble, som legetjenesten, et kommunalt ansvar i og med at kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984. Det er imidlertid et tankekors at utbyggingen av fysioterapitjenesten kan virke forholdsvis tilfeldig; de er vanskelig å påvise sammenheng mellom utbygging og behov i ulike typer kommuner.*

Førde sier at det er store og urimelige kontraster mellom geografiske områder med hensyn til forbruk av helsetjenester. At reisetid til sykehus har påvirkning på forbruket av sykehustjenester, kan vi se et eksempel på fremstilt i søylediagrammet under:

## Polikliniske kontakter 2007-2009

### Helse Nord



Figur 9: Polikliniske kontakter, Helse Nord

(Førde, 20.09.12, presentasjon fra forelesning, HO i plan studie)

Vi ser i søylediagrammet at vertskommuner for sykehus har en høyere andel polikliniske kontakter, enn andre kommuner.

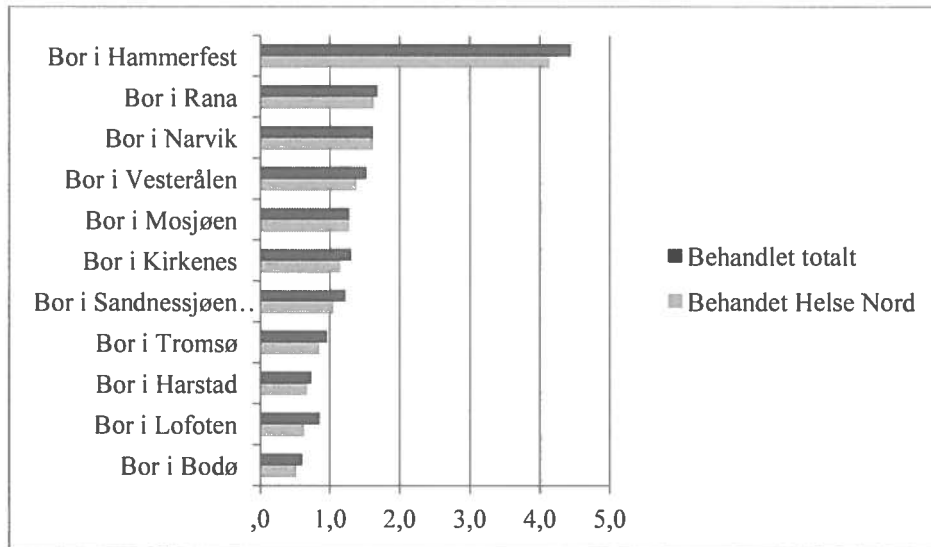
Sintef rapport 3/09 bekrefter også at geografisk avstand til sykehus påvirker sykehusbruken, når den konkluderer med at:

*Kommuner med kort reisetid til nærmeste akutt sykehus har i gjennomsnitt høyere sykehusbruk, enn kommuner med lang reisetid. Kort reisetid til nærmeste spesialiserte sykehus (sentralsykehus eller universitetssykehus) viser imidlertid motsatt tendens.*

Førde sier videre at overforbruk av helsetjenester er en kilde til uhelse og vil bli et viktig tema fremover for helse-Norge. Dette forbruket er i hovedsak framkalt av ulik medisinsk praksis. Antall sykehusinnlagte styres i stor grad av legens terskel for innleggelse. Førde viser et eksempel på et mulig overforbruk av helsetjenester, med statistikk over artroskopi av kneledd:

## Artroskopi av kneledd etter pasientens bosted.

### Opphold per 1000 innb. Helse Nord 2010.



Figur 10: Artroskopi av kneledd etter pasientens bosted  
(Førde, 20.09.12, presentasjon fra forelesning, HO i plan studie)

Her ser vi at pasienter fra Hammerfest har tre ganger så høyt forbruk som andre kommuner. Førde stiller spørsmål til om forbruket av tjenester er behovsstyrt eller tilbudsstyrt? Han konkluderer ikke hva svaret er, men sier at han ikke ser noen naturlig årsak til at innbyggere i Hammerfest har et så mye større behov for kne artroskopi sammenlignet med de andre kommunene i statistikken. (Olav Helge Førde, HO i plan forelesningsnotat, 20.09.12)

En annen faktor som påvirker forbruket, er økningen i antall «ryggen fri» og «for sikkerhets skyld» behandlinger, utført av leger. Leger er i mange tilfeller redd for å gjøre feil. Det er nemlig ingen som støtter legen som sier nei. Ikke en gang helseministeren og politikere i følge Førde. (Olav Helge Førde, HO i plan forelesningsnotat 20.09.12)

Oppsummert ser vi at det er vanskelig å rangere og skille ekte behov fra falske. På samme måte som helsebegrepet stadig er i forandring, blir etterspørselen og tilbudet på helsetjenester også det. Statistikk over forbruk av helsetjenester gir oss derfor et noe diffust bilde over befolkningens helsetilstand. Slik som Hallandvik (2000) sier i sin teori må man, for å lage en behovsbeskrivelse, se sammenhengen mellom årsaks- og sykdomsbeskrivelse, samt etterspørsel, forbruk og tilbud på helsetjenester. Den enkelte faktor blir kun en indikator på behovet.

## 4.5 Sammenligning av flere indikatorer

I denne oppgaven har vi sett flere eksempler på at målemetodene som er brukt i Folkehelseinstituttets statistikkverktøy, alle har sine begrensninger, som det er viktig å være observante på i oversiktsarbeidet.

Prosjektene Partnerskap for folkehelse og Helse i plan- Sluttrapport (Ouff, Bergem, m.fl., 2010) sier i punkt 6.4 følgende om «Utfordringer ved bruk av folkehelsedata»:

*Til liks med folkehelsekoordinatorene, ser mange kommuneleger utfordringer med kartlegging, tolkning og bruk av folkehelsedata. For det første må tall fra store databaser balanseres mot lokalkunnskap, (...) For det andre er det en utfordring å analysere dataene, og finne ut hva de egentlig betyr. Her mener de fleste kommunelegene at kommunene trenger hjelp.*

Vi har sett at enkelt indikatorer kan være vanskelig å tolke. Det kan være nødvendig å bruke flere indikatorer og kilder, for å få et sammensatt og en *nødvendig*<sup>9</sup> oversikt over helsetilstanden.

Dette bekrefter også Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen: «God helse - felles ansvar" punkt 6.1.2, "Statistikkbank og folkehelseprofil":

*Det er også behov for å kunne gjøre koblinger mellom data fra de ulike kildene*

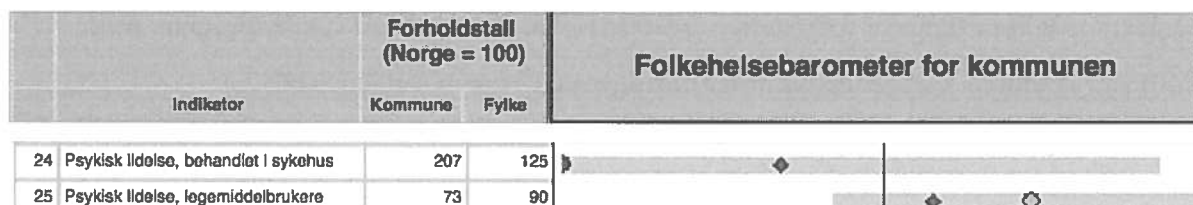
Jeg ta for meg et eksempel for å se på nødvendigheten av å gjøre koblinger mellom flere indikatorer i oversiktsarbeidet. Følgende eksempel er hentet fra erfaringer jeg gjorde ved et tidligere arbeid for Midt-Finnmark helsehus, der jeg i samarbeid med helsepersonell i kommunene kartla helsetilstanden for blant annet Karasjok kommune:

---

<sup>9</sup> Folkehelseloven § 5 krever at kommunene skal ha en nødvendig oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer til denne. Den krever imidlertid ikke at kommune skal ha en riktig, rett eller helhetlig oversikt.

Karasjok kommune har i Folkehelseprofilen 2012, over det dobbelte antallet innleggelser behandlet i sykehus for psykiske lidelser, sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Folkehelseinstituttet kaller denne delen av folkehelseprofilen for *folkehelsebarometer*:



Figur 11: *Folkehelsebarometer, psykisk lidelse, Karasjok kommune, 2012*  
(Folkehelseinstituttet, 2013)

I figuren ovenfor indikerer den røde streken i midten landsgjennomsnittet. Verdier i folkehelsebarometeret vises i synkende skala.

Det er stor kontrast mellom verdiene på indikatorene Psykiske lidelser behandlet i sykehus og Psykisk lidelse legemiddelbrukere. Rød prikk betyr at kommunen ligger dårligere an, enn landsgjennomsnittet. Grønn prikk indikerer at kommunen ligger bedre an, enn landsgjennomsnittet. Ser vi i kartlegging over Helsetilstand og påvirkningsfaktorer utført av Midt-Finnmark Helsehus (2012) forklarer kommunelege-1 i Karasjok det høye antallet psykiatri innleggelser, med at Karasjok er en så liten og gjennomsliktig kommune, at helsepersonell fanget opp de som har behov for psykisk helsehjelp på et tidligere stadium enn normalt, og gir innleggelser til de som faktisk hadde behov for dette. Når vi vet at en god samtale ofte kan erstatte en pille, særlig i psykiatrien, kan det se ut til at kommunelegen i Karasjok kan ha rett i sin tolkning: Det høye forbruket av psykiatri innleggelser har resultert i et lavere legemiddelforbruk.

Men er det høye forbruket av opphold i spesialisthelsetjenesten kun et resultat av et lite gjennomsliktig samfunn? Eller har nærheten til tjenestene innvirkning på dette? Karasjok

kommune er også en samisk kommune. Hvordan påvirker samisk befolknings syn på helse, forbruket av medisiner og helsetjenester<sup>10</sup>?

Det er sannsynlig mange svar på dette som alle blir til en del av sannheten. Poenget er uansett ikke å komme til bunn i årsaken til Karasjoks befolkning sitt forbruk av psykiatri behandlinger i spesialisthelsetjenesten og legemiddelbrukere, men å peke på at det kan være nødvendig å se flere indikatorer for samme sykdomsgruppe samtidig, for å se helhetsbildet for sykdomsgrupper. Lokale kunnskaper til helsepersonell kan snu forståelse av det vi leser ut av statistikken, fra at et rødt lys der vi kan tolke forbruket til noe negativt for helsetilstanden i kommunen, til at det er et resultat av gode helsetjenester. Noe som vises ved det grønne lyset på en annen indikator. En høy verdi på en indikator kan altså dra ned verdien på en annen indikator.

## 5 Konklusjon

Vi ser at alle målemetodene har sine begrensninger. Først og fremst er det en utfordring for kommunene å vite hvordan de i det hele tatt skal definere helse, for det er ikke noen god definisjon på dette i fra staten. Det blir vanskelig for kommunene å måle noe som man ikke klarer å få taket på hva *egentlig* er for noe. Helse kan dermed sies å være et ”wicked problem”. Videre er det en utfordring å vite hva som er normal helse, og hva kommunen skal sammenligne seg med når de skal måle helse i befolkningen; fylket, landsgjennomsnittet eller verden? Det finnes ikke noe godt svar på dette. Hva vi definerer som normal helse er nemlig relativt i fht den tid, kultur, miljø og sosioøkonomiske klasse vi lever i.

Vi måler ofte helsen ut i fra statistikk på hvor mye helsetjenester vi forbruker. Forbruket av helsetjenester øker imidlertid med medikaliseringen av samfunnet og den stadige endring i synet på hva normal helse er for noe. Mange behov innen helsetjenesten er også tillært eller ”styrte”. Legens praksis og geografisk avstand til nærmeste sykehus spiller også inn på

---

<sup>10</sup> Berit Bongo (2012), forteller i sin doktorgradsavhandling *Samer snakker ikke om sykdom* om hvordan samiske pasienter ikke ønsker å prate om sykdom, heller ikke med legen sin, slik som den norsk-etniske pasienten vanligvis gjør. Samer har ingen tradisjon for å utlevere seg for fremmede og sier ting mer indirekte. Legen må nesten se på den samiske pasienten med røntgenblikk, og høre godt etter og observere. Hvis ikke kan det i verste fall bli stilt gal diagnose. Dette fører ofte til kulturkollisjoner i møte med det norske helsevesenet. Kilde: Sagat, avisartikkel (06.02.13)

forbruket. Nye behandlingsmuligheter skaper nye behov. Økt tilbud fører til økt forbruk, noe som ofte tolkes som økte behov. Dermed bygges tjenestetilbudet ennå mer ut, som igjen skaper mer etterspørsel på helsetjenester. Behovene kan bli nærmest grenseløse, og absolutte behov finnes knapt.

Når vi måler helse gjennom å se på forbruk av tjenester og medisiner måler vi kun de negative faktorene av helsen. De positive faktorene kommer dermed ikke frem. Dette er kanskje den største og mest åpenbare begrensning av Folkehelseinstituttets statistikkverktøy. Forbruk av medisiner og helsetjenester sier også lite om hva vi *egentlig* trenger. Det kan nemlig være viktigere å fokusere på årsakene til sykdom og lidelse enn på selve sykdomstilstanden.

Dødelighetsstatistikk er nyttig fordi den er så konkret. Men den har også sine begrensninger ved at den gir et forsinket bilde på sykkelighet i dagens samfunn. Dette fordi flere sykdomskategorier har en relativt lang eksponeringstid. Dødelighetsstatistikk sier heller ikke så mye om lidelser som vi må leve med.

Sykdomsregistre vil kunne si mer om den faktiske helsetilstanden enn forbruk på tjenester og medisiner, og dødelighetsstatistikk. Det finnes imidlertid kun to sykdomsregistre i Norge; Kreftregisteret og det nye etablerte Hjerte- og kar registeret. Personvernet i Norge er hovedårsaken til at vi har så få sykdomsregistre.

Vi ser i flere eksempler på at det kan være vanskelig- og til og med misvisende – å kartlegge omfanget av sykdomsgrupper i kommunen ved å bruke kun enkelt indikatorer. Det er derfor nødvendig å gjøre koblinger mellom flere indikatorer.

I følge Blaxter (2012) er *egen vurdert helse* en overaskende treffsikker målemetode for å identifisere sykdommer, forutsi dødsrater og for å få frem positive faktorer ved helsen. For å kartlegge befolkningens helsetilstand vil denne målemetoden derfor være meget nyttig, der de andre målemetodene kommer til kort.

Denne målemetoden er dessverre ikke å finne i hverken kommunehelse statistikkbank eller folkehelseprofilene, på kommunenivå.

Det er viktig å nevne at begrensningene jeg har pekt på i statistikkverktøyene ikke skyldes Folkehelseinstituttets arbeidsinnsats. Tvert i mot opplever jeg verktøyene til



Folkehelseinstituttet som meget brukervennlige, samtidig som de har mange nyttige funksjoner. Begrensningene ligger i datakildene som Folkehelseinstituttet har tilgjengelig. I mangel på gode kilder, som f. eks sykdomsregistre, ser det ut til at Folkehelseinstituttet har hvert nødt å bruke mange ”kreative” løsninger for å hente fram datamateriale. Begrensninger som ligger i å bruke dette datamaterialet, for å kartlegge befolkningens helsetilstand, byr på utfordringer for kommunehelsetjenesten når helsepersonell skal tolke statistikken.

Måle metodene som datamaterialet er basert på er nemlig i mange tilfeller lite egnet til kartlegging av befolkningens helse.

Ettersom statistikken kan være så vanskelig å tolke blir kommunehelsetjenestens evne til å forstå statistikken meget viktig. Samhandlingsreformens slagord er ”rett behandling - på rett sted - til rett tid”. I forlengelsen av dette blir det, for å kartlegge befolkningens helsetilstand, viktig med ”rett kompetanse- på rett sted- til rett tid”. Bokstav b og c i folkehelseloven § 5 kan derfor ikke undervurderes i oversiktsarbeidet for å gjøre nødvendig analyse, der det er begrensninger i kommunehelsa statistikkbank og folkehelseprofilene.

## 5.1 Implikasjoner for egen praksis

Ved å skrive denne oppgaven har jeg fått en dypere forståelse av styrker og svakheter ved forskjellige metoder for å måle helse i befolkningen. Jeg har tidligere jobbet flere år i helsevesenet og har derfor trodd at jeg hadde en god forståelse for helse-begrepet. Det hadde jeg ikke. En stor oppdagelse med å skrive denne oppgaven har derfor vært hvor komplekst helse-begrepet er. Videre hvordan samfunnets mange og forskjellige forståelser av hva normal-helse er for noe, påvirker forbruket av helsetjenester. Selv om jeg har lært en god del om helsestatistikk og metoder for å måle helse i befolkningen, har jeg fått større forståelse for hvor lite jeg *egentlig* vet om emnet. Jeg har også fått en bedre forståelse for hvor viktig kunnskap om temaet er, for å kunne jobbe med folkehelse i planarbeidet.

Når jeg begynte på denne oppgaven var jeg i en jobb som Samhandlingsreform prosjektleder. I denne jobben kartla jeg helsetilstanden til fire kommuner. Dersom jeg den gang hadde hatt den kunnskapen som jeg nå har tilegnet meg gjennom å skrive denne oppgaven, ville kartleggingsarbeidet hvert mye lettere å gjennomføre, og viktigst av alt; kvaliteten på kartleggingen ville vært langt bedre. Jeg har nå byttet jobb og får dessverre ikke brukt kunnskapen aktivt i min arbeidshverdag, men håper å kunne bruke den i fremtiden. Jeg sitter nemlig igjen med en motivasjon og et ønske om å fordype meg mer i dette spennende emnet.

## Litteraturliste

Blaxter, Mildred, (2012) *Health* (2.utg), Cambrige, UK: Polity Press, s. 4-5: 21-27: 45: 57: 96-114: 161-162.

Bongo, Berit Andersdatter (2012) *Samer snakker ikke om sykdom*. Avhandling (Ph.d) Sagat, avisartikkel (06.02.13)

Folkehelseinstituttet (2013)

Henvisning:

a) *Folkehelseprofilar*.

<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=20&sp=1&PDFaar=2013>.

<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>. (Sist besøkt: 20.05.13.)

b) *Demens- faktaark*.

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5980:1:0:0:::0:0&MainContent\\_6263=6464:0:25,5981:1:0:0:::0:0&List\\_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5980:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6464:0:25,5981:1:0:0:::0:0&List_6212=6218:0:25,5987:1:0:0:::0:0) (Sist besøkt: 27.05.13)

c) *Folkehelseprofil- Hele og sykdom (legemiddelstatistikk)*

<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=2020&sp=1&PDFaar=2012>. (Sist besøkt: 27.05.13)

d) *Forekomst av diabetes- faktaark med helsestatistikk*.

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5862&MainContent\\_6263=6464:0:25,5863&List\\_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0) (sist besøkt: 25.05.13)

e) *Kommnehelsa statistikkbank*. <http://khs.fhi.no/webview/>.

f) *Folkehelseprofil*.

<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1902&sp=1&PDFaar=2013>. (Sist besøkt 28.05.13)

g) "Fakta om beinskjørhet og brudd – osteoporose". Link:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,5840&MainContent\\_6261=6464:0:25,5841&List\\_6212=6218:0:25,5848:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,5840&MainContent_6261=6464:0:25,5841&List_6212=6218:0:25,5848:1:0:0:::0:0). (Sist besøkt: 27.05.13)

h) *Forekomst av diabetes- faktaark med helsestatistikk*.

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157)

[=6263:0:25,5862:1:0:0:::0:0&MainContent\\_6263=6464:0:25,5863:1:0:0:::0:0&List\\_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0](#) (Sist besøkt: 27.05.13)

- i) *Kommunehelsa* <http://khs.fhi.no/webview/>. (Sist besøkt: 27.05.13)
- j) *Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser.*  
<http://www.fhi.no/helseregistre/hjerte-og-karregisteret>. (Sist besøkt: 28.05.11)
- k) *Kommunehelsa- definisjoner- Innsamling.*  
[http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?v=2&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FKUHRhjertekar&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FKUHRhjertekar\\_C1&mode=documentation&top=yes](http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?v=2&submode=ddi&study=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfStudy%2FKUHRhjertekar&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.16%3A80%2Fobj%2FfCube%2FKUHRhjertekar_C1&mode=documentation&top=yes). (Sist besøkt: 28.05.13)

*Forskrift om oversikt over folkehelsen*, Lovdata (2012) [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no),  
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20120628-0692.html>. (sist besøkt. 20.05.13.)

Førde, Olav Helge, dr. grad i samfunnsmedisin (20.09.12.), Forelesningsnotat ved Helse og omsorg i plan studiet, Universitetet i Tromsø

Graf Iversen, Sissel, Institutt for samfunnsmedisin (20.09.12) Forelesningsnotat fra Helse og omsorg i plan studie, Universitetet i Tromsø

Hollandvik, Jan-Erik, (2000) *Helsetjeneste og helsepolitikk*, (2.utg), Oslo: Gyllendal Akademisk, s. 45-52: 216-217.

*Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*, Lovdata (2012) <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-029.html>. (sist besøkt. 20.05.13)

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* Lovdata (2012), <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>. (Sist besøkt: 20.05.13)

Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*: Punkt 6.1- 6.1.1

Mæland, John Gunnar, (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2. Utg.): 12-13: 138-139.  
Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.

Nils Aarsæther, "Wicked problems". Forelesning den 15.10.12, Helse og omsorg i plan studie,  
Universitetet i Tromsø

Ouff, Bergem, m.fl., (2010)*Partnerskap for folkehelse og Helse i plan- Sluttrapport*  
Møreforskning Volda

Kalseth, Birgitte(2008), *SAMDATA, Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste-*  
*Rapport 3/09*, SINTEF, Teknologi og samfunn Helsetjenesteforskning, Trondheim

St. meld. 47 *Samhandlingsreformen* (2008-2009): Punkt 6.9.1

Sørbø, Håvard (2008). Versjon 0.13. *Iclue*, Elektronisk engelsk-norsk ordbok, norsk  
synonymordbok.

Vinjar, Fønnebø, professor i forebyggende medisin, (20.09.12), forelesningsnotat fra Helse og  
omsorg i plan studie, Universitetet i Tromsø

Verdens Helseorganisasjon (2013). <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. (Sist  
besøkt: 25.05.13)

Helsedirektoratet (2011). *Årsrapport 2010- prosjekt sykestuefinansiering*: 12. Oslo

Midt-Finnmark helsehus (2012) *Helsetilstand og påvirkningsfaktorer- Porsanger, Karasjok,*  
*Lebesby og Gamvik kommuner*: 57. Porsanger kommune, Lakselv.

## Kilde til figurene

Figur 1: *Dataflyt fra datakilder til statistikkbank og profiler. Folkehelseinstituttet (2013)*

”Folkehelseprofilar”. Link: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler> (Sist besøkt: 27.05.13)

Figur 2: *Modell for oppgave. Av: Kandidaten*

Figur 3: *Sammenheng mellom behovsindikatorer, Hallandvik (2000)* Kandidaten har selv laget figuren ut i fra primærkilde.

Figur 4: *Utklipp fra folkehelseprofil, Tromsø kommune, 2013* Folkehelseinstituttet (2013)

Link: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1902&sp=1&PDFaar=2013> (Sist besøkt: 27.05.13)

Figur 5: *Hoftebrudd i kommuner, fylke og Norge. Folkehelseinstituttet (2013)*

”Kommunehelsa”. Link:

[http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?charttype=T23&headers=AAR&measure=common&SYKDGRUPPEsubset=S72&KJONNsubset=0&layers=KJONN&layers=virtual&study=http://10.1.5.16:80/obj/fStudy/Sykehusinnleggelsegenerell-somatikk&GEOsubset=00%2C20%2C2004%2C2012%2C2020+-+2021&virtualsubset=MEIS\\_MA3\\_value&v=2&mode=cube&cube=http://10.1.5.16:80/obj/fCube/Sykehusinnleggelsegenerell-somatikk\\_C1&AARsubset=2010+-+2011&stubs=GEO&stubs=SYKDGRUPPE&submode=graph&GEOslice=00&SYKDGRUPPEslice=S72&KJONNslice=0&virtuallslice=MEIS\\_MA3\\_value&AARslice=2011&measuretype=4&top=yes](http://khs.fhi.no/webview/index.jsp?charttype=T23&headers=AAR&measure=common&SYKDGRUPPEsubset=S72&KJONNsubset=0&layers=KJONN&layers=virtual&study=http://10.1.5.16:80/obj/fStudy/Sykehusinnleggelsegenerell-somatikk&GEOsubset=00%2C20%2C2004%2C2012%2C2020+-+2021&virtualsubset=MEIS_MA3_value&v=2&mode=cube&cube=http://10.1.5.16:80/obj/fCube/Sykehusinnleggelsegenerell-somatikk_C1&AARsubset=2010+-+2011&stubs=GEO&stubs=SYKDGRUPPE&submode=graph&GEOslice=00&SYKDGRUPPEslice=S72&KJONNslice=0&virtuallslice=MEIS_MA3_value&AARslice=2011&measuretype=4&top=yes)

(Sist besøkt: 27.05.13)

Figur 6: *Hoftebrudd i ulike land. Folkehelseinstituttet (2013)* ”Fakta om beinskjørhet og brudd – osteoporose”

Link:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,5840&MainContent\\_6261=6464:0:25,5841&List\\_6212=6218:0:25,5848:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,5840&MainContent_6261=6464:0:25,5841&List_6212=6218:0:25,5848:1:0:0::0:0)

(Sist besøkt: 27.05.13)

Figur 7: *Forventet levealder, fylker i Norge*

Kilde: **Førde (20.09.12)** presentasjon fra forelesning, HO i plan studie

Figur 8: *Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes*

Kilde: **Førde (20.09.12)** presentasjon fra forelesning, HO i plan studie

Figur 9: *Polikliniske kontakter, Helse Nord*

Kilde: **Førde (20.09.12)** presentasjon fra forelesning, HO i plan studie

Figur 10: *Artroskopi av kneledd etter pasientens bosted*

Kilde: **Førde (20.09.12)** presentasjon fra forelesning, HO i plan studie

Figur 11: *Folkehelsebarometer, psykisk lidelse, Karasjok kommune, 2012.*

**Folkehelseinstituttet (2013)** "Folkehelseprofiler"

Link: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=2021&sp=1&PDFaar=2012>

(Sist besøkt: 27.05.13)

## Vedlegg: Folkehelseloven § 3 og § 5

### § 3. Definisjoner

I loven her menes med

- a) folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b) folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

### § 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold.