

Fylkeshelseundersøkelser blant voksne

Maler for innhold og gjennomføring

Fylkeshelseundersøkelser blant voksne

Maler for innhold og gjennomføring

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helse og ulikhet
Juni 2016

Tittel:

Fylkeshelseundersøkelser blant voksne
Maler for innhold og gjennomføring

Rapporten ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet 25.11.2014

Forfattere:

Liv Grøtvedt
Else-Karin Grøholt
Øyvind Hesselberg
Rune Johansen
Anne Reneflot

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sømmer

Layout omslag:

Per Kristian Svendsen

Foto omslag:

Colourbox

ISBN 978-82-8082-750-0 elektronisk utgave

Forord

Folkehelseinstituttet fikk høsten 2012 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide maler for standardisert gjennomføring av fylkesvise folkehelseundersøkelser blant voksne. Malene skulle beskrive innhold og gjennomføring av slike undersøkelser, inkludert utforming av spørreskjema og en beskrivelse av forløpet i datainnsamlingen fra planlegging til ferdig datafil. Folkehelseinstituttet ble også bedt om å vurdere behovet for en pilotundersøkelse.

Det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra ulike fagdivisjoner på Folkehelseinstituttet. En eksternt referansegruppe med representanter fra Nordland, Hedmark, Hordaland, Østfold og Oslo, samt Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund, Statistisk sentralbyrå, Senter for helsefremmende forskning (NTNU/HIST) og NTNU/HUNT ga også viktige innspill til arbeidet.

Spørreskjemaet ble sendt på høring til alle fylker. Dette førte til nyttige justeringer i det endelige spørreskjemaet som er trykt som vedlegg i denne rapporten. Endringer i spørreskjemaet kan likevel bli gjort i forbindelse med en eventuell pilotering.

Tre mulige modeller for gjennomføring av fylkesvise folkehelseundersøkelser blir presentert i rapporten. I tillegg vurderes behovet for en pilotstudie.

Rapporten ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 25.11.2014

Vi takker for godt samarbeid og nyttig medvirkning både fra fagdivisjonene internt og fra de som deltok i referansegruppen.

Innhold

Forord	3
Forkortelser brukt i rapporten	5
Sammendrag	6
Innledning	8
Organisering av arbeidet	9
Ulike metoder for datainnsamling	10
Valget mellom HIS og HES	11
Maler for innhold i folkehelseundersøkelser	12
Krav til innhold	12
Spørreskjemaet – hovedmodul og tilleggsmoduler	12
Form og gjennomføring av intervjuet	15
Fylkeshøring på innhold i spørreskjemaet	16
Spørsmålsbank	17
Maler for gjennomføring av folkehelseundersøkelser	18
Modeller for gjennomføring	18
Hvordan kan svarprosenten påvirkes?	23
Geografisk nivå og utvalgsstørrelse	24
Kan intervensjonsforskning integreres i folkehelseundersøkelser?	25
Pilotundersøkelse	26
Vedlegg 1: Spørreskjema – hovedmodul, endelig før pilot 22. november 2014	27
Vedlegg 2: Forholdet til data som finnes i andre datakilder	34
Vedlegg 3: Utdypende informasjon om modell for gjennomføring	37
Vedlegg 4: Folkehelseundersøkelser i andre skandinaviske land	39

Forkortelser brukt i rapporten

- AUDIT: Internasjonalt selvrapporteringskjema for identifisering av problemer med alkohol
- CATI: Computerassistert telefonintervju
- EHIS: Europeisk helse-intervju-undersøkelse/ European Health Interview Survey
- FHI: Folkehelseinstituttet
- FHUS: Folkehelseundersøkelser i fylkene/ fylkeshelseundersøkelser*
- Hdir: Helsedirektoratet
- HES: Health examination surveys
- HIS: Health interview surveys
- HUNT: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
- KoRus: De regionale kompetansesentrene for rusfeltet
- KS: Kommunesektorens organisasjon
- LKU: Levekårsundersøkelsen
- NTNU/HiST: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet/ Senter for helsefremmende forskning
- NTNU/HUNT: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet/ Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag
- REK: Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning
- SIRUS: Statens institutt for rusmiddelforskning
- SSB: Statistisk sentralbyrå

* Betegnelsen «folkehelseundersøkelse» beskriver undersøkelsene bedre enn «fylkeshelseundersøkelse», selv om dette siste brukes i forskrift til folkehelseloven.

Sammendrag

I arbeidet for bedre folkehelse er det behov for god oversikt over helsetilstanden i befolkningen. En del data om helse og helseforhold finnes i registre, men det mangler data på flere områder. Det er derfor behov for å samle inn data fra befolkningen om helse, trivsel, levevaner, sosial kontakt og levekår generelt. Foreliggende rapport beskriver maler for folkehelseundersøkelser (FHUS) i fylkene som skal bidra til framskaffe nødvendige data og samtidig gjøre undersøkelsene mest mulig sammenlignbare geografisk og over tid. Nasjonale planer for standardiserte FHUS vil gi en utvidet nytte sammenlignet med enkeltstående undersøkelser i hvert fylke.

Det foreslås at undersøkelsene gjennomføres som enkle intervjuundersøkelser uten fysiske målinger eller biologiske prøver. Undersøkelsene bør være personidentifiserbare, slik at data kan sammenstilles med nasjonale registre. Sammenstilling av data i FHUS med sosioøkonomiske data som utdanning, landbakgrunn og arbeidstilknytning vil gi et godt grunnlag for å følge med på folkehelsen. Samtidig vil det gi gode muligheter for å utarbeide oversikter over sosiale helseforskjeller i kommuner og fylker.

FHUS bør gjennomføres på en slik måte at de er sammenlignbare mellom fylker, med nasjonalt representative data og over tid.

I denne rapporten presenterer vi en hovedmodul til et felles spørreskjema, beregnet til bruk i alle fylker som vil gjennomføre en FHUS. Spørreskjemaet er utviklet mest mulig i tråd med forskriftskravet i oversiktsarbeidet, og er laget for å dekke behov for data som ikke allerede finnes i registre eller innhentes på annen måte. Alle fylkene anbefales å benytte den samme hovedmodulen, men kan ved behov supplere denne med tilleggsspørsmål.

I rapporten presenteres tre ulike juridisk gjennomførbare modeller for planlegging, datainnsamling og etterarbeid for en FHUS i flere fylker på omtrent samme tid. Fordeler og ulemper ved de ulike modellene for gjennomføring diskuteres i rapporten.

I modell 1 ligger ansvaret for gjennomføring på den enkelte fylkeskommune. Modellen er i tråd med formuleringene i Folkehelseloven og tilhørende forskrift, men ulempen er at man vil kunne få mange ulike leverandører av tjenester for datainnsamling, og det vil bli vanskelig å oppnå sammenlignbarhet mellom fylkene. Det vil dessuten bli vanskelig å oppnå et nasjonalt utvalg.

I modell 2 inngår fylkene en rammeavtale og finner en felles datainnsamler ved felles anbudsutlysning. En sentral aktør vil kunne ta ansvaret for koordinering og etterarbeid av data etter innsamlingen. Dette kan gi god sammenlignbarhet i den perioden avtalen varer, men det vil være en ulempe både for ressursbruk og sammenlignbarhet ved at nye rammeavtaler må inngås når nye fylker er klare for å gjennomføre en FHUS.

Modell 3 innebærer full statlig gjennomføring og finansiering, der staten v/ HOD kan gi både datainnsamlingen og oppgaven med koordinering og etterarbeid til et eller flere statlige organ. Modell 3 vil gjøre det lettere å få til mange sammenlignbare undersøkelser innenfor en gitt tidsperiode, og dermed også nasjonale tall. En mulig ulempe er at eierskap og kompetanseutvikling i fylker og kommuner kan svekkes.

God svarprosent har vært en viktig premissleverandør for arbeidet med malene. Det foreslås å gjennomføre korte, små intervjuundersøkelser med samme innhold over tid i samme fylke. På denne måten slipper folk unødig tidsbruk og rapporteringsbyrde og det vil være enklere å få folk til å svare. Ved å koble til registerdata på sosioøkonomi, vil også spørreskjemaet bli kortere.

FHUS bør gi ideelt sett gi data både på fylkes- og kommunenivå. De fleste fylker har mange små kommuner. Dersom egne tall for alle kommuner blir for kostnadskrevede, kan en løsning være at små nabokommuner slås sammen til litt større enheter.

Ved å redusere undersøkelsens omfang vil samlede kostnader ved undersøkelsen reduseres, og sjansen for å få med mange kommuner vil øke. Denne type folkehelseundersøkelser bør gi mest mulig korrekte opplysninger om forekomsten av ulike helseforhold. For å gi presise tall, er mange svar og høy svarprosent viktig. Høy svarprosent vil også øke muligheten for kommuner til å få egne tall.

Ved god oppslutning og god kvalitet kan FHUS også brukes til å belyse endringsprosesser, og kan bidra til å si noe om hvor vellykkede lokale forebyggende tiltak har vært.

På slutten av prosjektperioden startet vi planleggingen av en pilotundersøkelse i tre fylker, der vi ønsker å teste ut spørreskjemaet og en samarbeidsmodell mellom tre fylkeskommuner og FHI. Resultatene fra pilotundersøkelsen vil komme som en egen rapport.

Innledning

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk høsten 2012 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide maler for standardisert gjennomføring av folkehelseundersøkelser blant voksne i fylkene (FHUS), nærmere beskrevet i merknader til Forskrift om oversikt over folkehelsen (FOR 2012-06-28 nr. 692). Malene skal medvirke til å standardisere undersøkelsene slik at de blir mest mulig sammenlignbare geografisk og over tid, og skal gjelde både innhold (spørreskjema) og gjennomføring (fra planlegging av undersøkelsen til og med ferdig datafil).

Maler for innhold innebærer for eksempel utforming av spørreskjema med basismodul og evt. tilleggsmoduler. Maler for gjennomføring er retningslinjer for datainnsamling, prosedyrer for databehandling mv, og beskriver i grove trekk forløpet fra planlegging av undersøkelsen til ferdig datafil, evt. også tilrettelegging av tekniske løsninger.

Oppdraget inkluderte å gi råd og veiledning for slike undersøkelser og gjøre en vurdering av hva slags data som bør samles inn og hva som allerede finnes i andre datakilder. FHI ble bedt om å samarbeide med fylkeskommuner, Helsedirektoratet og andre relevante aktører. Behovet for en pilotstudie for testing av en basis spørreskjemamodul og maler for gjennomføring skulle vurderes.

Foreliggende rapport gir anbefalinger for innhold og gjennomføring av FHUS.

Organisering av arbeidet

Prosjektet har vært forankret i Avdeling for helsestatistikk, Divisjon for epidemiologi. Et sekretariat har ledet arbeidet, og har bestått av representanter fra Avdeling for helsestatistikk (Divisjon for epidemiologi) og Avdeling for helseovervåking og selvmordsforebygging (Divisjon for psykisk helse). En arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle divisjonene i FHI har bidratt til utarbeidingen av malene. En eksternt referansegruppe med representanter for fylkene Nordland, Oppland, Hordaland, Oslo og Østfold, Helsedirektoratet, KS, SSB, NTNU-HUNT og NTNU-HiST har gitt viktige innspill til arbeidet. I tillegg ble det gjennomført en høring i alle fylker på innholdet i undersøkelsen, eller nærmere bestemt hvilke spørsmål som skal inngå i spørreskjemaet til FHUS.

En viktig premissleverandør var en utredningsrapport fra 2010/ 2011 som ble overlevert Regionalsjefskollegiet i KS april 2011: «Fylkeskommunenes ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse». En arbeidsgruppe med representanter fra Østfold fylkeskommune, Østfold analyse, Nordland fylkeskommune, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helse – og omsorgsdepartementet var med på arbeidet med rapporten. I rapporten fra arbeidsgruppen ble det presentert et forslag til spørreskjema for fylkesvise helseundersøkelser for ungdom og et for voksne. Dette spørreskjemaet ble lagt til grunn for vårt videre arbeid.

En foreløpig prosjektplan ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 8. januar 2013. Endelig prosjektplan ble levert 8. mai 2013, og godkjent av departementet 18. juni 2013.

Høsten 2013 startet arbeidet med spørreskjemaet. Det har blitt avholdt tre møter i referansegruppen i løpet av prosjektperioden. Innhold i spørreskjemaet har fått mest plass på møtene, men modell for gjennomføring har også blitt drøftet.

Fylkeskommunene som ikke var representert i referansegruppen ble informert om status og utvikling i prosjektet på fylkessamlinger. Spørreskjemaet ble sendt på høring til alle fylkeskontakter 12. mai 2014, med tre ukers frist. Det kom inn svar fra 13 fylker, samt fra KoRus vest.

Sekretariatet på FHI har bestått av: Else-Karin Grøholt, Øyvind Hesselberg (fram til 1. februar 2014) og Liv Grøtvedt (alle Divisjon for epidemiologi), Anne Reneflot og Rune Johansen (begge Divisjon for psykisk helse).

Arbeidsgruppen på FHI har bestått av: Liv Grøtvedt, Øyvind Hesselberg (fram til 1. februar 2014), Else-Karin Grøholt, Anne Johanne Sjøgaard og Sidsel Graff-Iversen (alle Divisjon for epidemiologi), Anne Reneflot og Rune Johansen (Divisjon for psykisk helse), Liliane Myrstad (Divisjon for miljømedisin), Trude Margrete Arnesen og Hilde Kløvstad (Divisjon for smittevern), Per Trygve Normann (Divisjon for rettsmedisinske fag), Mette Molkte-Hansen (Divisjon for samfunnskontakt og instituttressurser).

Referansegruppen for prosjektet hadde følgende representanter:

Hanne Mari Myrvik (Nordland fylkeskommune)
 Wibeke Børresen Gropen (Oppland fylkeskommune)
 Kristin Iversen og Stian Ludvigsen (Hordaland fylkeskommune)
 Idunn Brekke (Oslo kommune)
 Gunilla Martinsson, Kjell Rennesund og Niels Kr. Rasmussen (Østfold fylkeskommune)
 Jorun Ramm (Statistisk sentralbyrå)
 Anne Gamme (Kommunenes sentralforbund)
 Ole Trygve Stigen (vara Ellen Marie Paulssen) (Helsedirektoratet)
 Steinar Krogstad (vara Jostein Holmen og Erik R. Sund) (NTNU/ HUNT)
 Monica Lillefjell (vara Geir Arild Espnes) (NTNU/ HiST, Senter for helsefremmende forskning)

Ulike metoder for datainnsamling

Postale spørreskjemaundersøkelser

Postale undersøkelser bruker et trykket spørreskjema i tiltalende layout. Når dette kommer tilbake vil det bli optisk lest (skannet) og en datafil kan lages. Fordelen med postale spørreskjemaundersøkelser er at de er relativt enkle og rimelige å gjennomføre når ferdig spørreskjema foreligger. Ulempen er at det ofte kan være vanskelig å oppnå en tilfredsstillende svarprosent.

Undersøkelser med personlig intervju

Undersøkelser med personlig intervju blir vanligvis gjennomført per telefon. Dersom det er avtalt tid med den som skal intervjues på forhånd kan et kort telefonintervju være en fordel både for forventet svarprosent og for å få mindre etterarbeid etter undersøkelsen.

Telefonintervju gjør det mulig å benytte computer-assistert intervju (CATI) der det ikke kreves punching eller skanning etter undersøkelsen, fordi dataene allerede ligger lagret i maskinen. En del feil blir automatisk forhindret ved at intervjuer og svarpersoner guides gjennom skjemaet. Avhengig av hva som svares, hopper programmet over overflødige spørsmål.

Kombinasjon av ulike metoder for datainnsamling

Noen ganger kan ulike datainnsamlingsmetoder kombineres i en og samme undersøkelse. SSBs Levekårsundersøkelse om helse gjør dette når de bruker både telefonintervju og et spørreskjema i posten. Spørreskjemaet i posten har da andre spørsmål enn telefonintervjuet. Spørsmål om psykisk helse og andre spørsmål som har blitt regnet som sensitive, har fått plass i det postale skjemaet. Dette kan være en fordel, siden man - sammenlignet med et telefonintervju - kan føle seg friere til å svare på sensitive spørsmål ved å krysse av på et spørreskjema, legge det i en frankert konvolutt og sende det til datainnsamler. Det blir likevel relativt komplisert å håndtere datainnsamlingen, og postskjemaet får vanligvis lavere svarprosent enn intervjudelen. Kombinasjonen av intervju og postalt spørreskjema kompliserer også etterarbeidet med datafilen.

Man kan også tilby å svare elektronisk ved å oppgi en lenke der man kan gå inn og svare. Dette kan være et alternativ til papirskjema i posten eller intervju. Metoden kan kombineres med intervju, ved at en elektronisk versjon av det samme spørreskjemaet utformes som en «applikasjon» for mobil, nettbrett eller PC. Hvis mange svarer elektronisk, vil dette kunne redusere kostnadene ved undersøkelsen i form av spart intervjutid eller redusert tidsbruk til skanning av skjema ved postskjema-undersøkelser. Ofte velger rundt 20 prosent å svare elektronisk. Vi vet foreløpig ikke om muligheten til å svare elektronisk kan påvirke svarprosenten positivt.

Valget mellom HIS og HES

Helseundersøkelser kan grovt sett deles i to ulike typer – Health Interview Survey (HIS) og Health Examination Survey (HES). Den førstnevnte samler inn data fra spørreskjema mens den sistnevnte også samler inn data fra fysiske målinger (for eksempel høyde, vekt, livvidde og blodtrykk) og blodprøver (for eksempel blodsukker og kolesterol). Vi har ikke noe nasjonalt system for HES undersøkelser, men Universitetet i Tromsø og NTNU har gjennomført denne typen undersøkelse med jevne mellomrom i henholdsvis Tromsø og Nord-Trøndelag (HUNT). HES-undersøkelser kunne gi viktig informasjon for fylkene om lokal utvikling av overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdom, spesielt fordi dette er forebyggbare helseproblemer. Teoretisk kunne en tenke seg en valgbar modul for fylkene, der de valgte måledataene, sammen med spørreskjemadata, kunne gi tilleggsinformasjon når det gjelder flere store folkehelseutfordringer. De som inviteres til FHUS kunne fått tilbud om å delta i en enkel HES (for eksempel ved å avlegge et besøk hos sin fastlege). I så fall måtte man ved pilotering vise at det er gjennomførbart, at man får tilstrekkelig deltakelse til undersøkelsen. HES er mer komplisert og kostnadskrevenne å gjennomføre enn en HIS. Det kan nok også være vanskeligere å rekruttere folk til å møte opp for å gjennomføre tester, prøver og målinger sammenlignet med å gjennomføre en kort intervjuundersøkelse. Se også høringsnotat til forskrift kap. 9.2.2.

Data fra helseundersøkelser med fysiske målinger og biologiske prøver er verdifulle både for helseovervåking og forskning. Vi vurderer det likevel i første omgang som mest hensiktsmessig å få etablert en HIS som FHUS i fylkene, og prosjektet ble avgrenset til å gjelde en enkel og kort undersøkelse uten blodprøver eller fysiske målinger.

Maler for innhold i folkehelseundersøkelser

Krav til innhold

Kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikt etter folkehelseloven beskrives i §§ 5 og 21 i forskrift til oversiktsarbeid som trådte i kraft 1. juli 2012. I § 3 beskrives *Krav til oversiktens innhold*. Her fremgår det at «...Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

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

Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Med helse relatert atferd menes for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler. Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser, og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt.

Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller...»

Informasjon som kommer fra registre blir i dag benyttet i folkehelseprofilene som FHI lager. Registerdata blir aggregert opp til kommunenivå der befolkningsgrunnlaget i kommunene er stort nok til det. Data fra registre alene er likevel ikke nok for å tilfredsstille behovet for å holde oversikt over folkehelseutfordringer i fylker og kommuner. Uavhengig av modell for FHUS og metode for datainnsamling vil det være behov for et spørreskjema. Spørreskjemaet vil gi et supplement med subjektive data for temaene helse relatert atferd, fysisk og sosialt miljø og data om helsetilstand.

I arbeidet med spørreskjemaet har vi lagt vekt på, og tatt hensyn til:

- Temaene i Forskrift om oversikt over folkehelsen
- Vurdering av hvilke data som er tilgjengelige i andre undersøkelser eller registre
- Arbeidsgruppen på FHI
- Diskusjonene på møtene referansegruppen
- Tilbakemeldinger fra referansegruppen på flere spørreskjema utkast pr. epost og telefon
- Høringen til alle fylkeskontakter i mai/juni 2014

Spørreskjemaet – hovedmodul og tilleggsmoduler

FHI har i samarbeid med medlemmene i referansegruppen utarbeidet et forslag til spørreskjema som bør benyttes i FHUS. Hovedspørreskjemaet (hovedmodulen) består av 31 spørsmål, og vi anbefaler at alle fylkene benytter dette når de gjennomfører FHUS. I tillegg til hovedmodulen er det også utarbeidet tilleggsmoduler som vil gjøre det mulig for fylker eller kommuner å velge ut ekstra spørsmål innenfor temaer som kan være spesielt aktuelle lokalt. Samtidig vil disse spørsmålene i størst mulig grad være validert og utprøvd i andre sammenhenger.

Alle spørsmål i hovedmodul og tilleggsmoduler er tilgjengelig fra en spørsmålsbank. Dersom fylkene velger ut tilleggsspørsmål fra denne spørsmålsbanken vil det også være sannsynlig at andre fylker eller kommuner velger samme spørsmål, slik at det blir mulig å sammenligne. Samtidig bør det være mulig å inkludere spørsmål som har vært brukt tidligere og som det enkelte fylke kanskje ser behov for å videreføre i nye undersøkelser.

Tilleggsspørsmålene vil bli videreutviklet over tid. En tilleggsmodul bør ikke overstige 5 minutters intervjuetid, av hensyn til svarprosenten og belastningen for den enkelte deltaker i undersøkelsen. Det kan lages forslag til 5 minutters moduler, der spørsmål som passer sammen settes sammen. Det vil også bli lagt inn valgbare enkeltspørsmål. Noen fylker og kommuner har lang erfaring med egne undersøkelser og helseprofiler, og vil ha ønske om å beholde noen tidsserier fra tidligere. Det bør det være mulighet for. Det er ikke tatt stilling til om spørsmålsbanken skal ha et begrenset antall tilleggsspørsmål, eller om den kan være i kontinuerlig utvikling. Arbeidet med tilleggsspørsmål og tilleggsmoduler vil fortsette framover i 2014 og 2015.

Nedenfor gis en kort gjennomgang av innholdet i spørreskjemaet til hovedmodul, jmf § 3 om krav til oversiktens innhold i forskrift om oversikt over folkehelsen.

a) Befolkningssammensetning

Opplysninger om alder og kjønn hentes fra Folkeregisteret. Telefonintervjuet vil begynne med et spørsmål om opplysningene (om alder og kjønn) fra Folkeregisteret er riktige. Tilsvarende må dette bekreftes hvis man velger å svare på elektronisk lenke i stedet for intervju. Spørreskjemaet til hovedmodul inneholder spørsmål om sivilstand, og om hvor mange personer man bor sammen med. Andre opplysninger om befolkningssammensetning finnes i registre.

b) Oppvekst og levekårsforhold

Skjemaet har ikke spørsmål om oppvekstforhold. Vi mener at dette temaområdet ivaretas av ungdomsundersøkelsene (Ungdata fra NOVA), og at det ikke er behov for å spørre om det i voksen-populasjonen.

Opplysninger om levekårsforhold kan hentes fra registre. I tillegg mener vi at spørsmål 1 og 2, som sier noe om trivsel og trygghet også sier noe om levekårene. Spørsmål 26 sier om boligen er støyutsatt eller ikke. Dette henger ofte sammen med levekårene også på andre områder. I tillegg sier spørsmål 30 noe om muligheten til å klare en uforutsett regning og gir viktig tilleggsinformasjon til faktisk inntekt.

Med personidentifikasjon vil vi kunne koble til opplysninger som utdanning, inntekt, pensjon og landbakgrunn for utdypende informasjon om sosial ulikhet i helseforhold. Personnummeret vil bli slettet eller kryptert etter datainnsamling og bare anonyme filer vil være tilgjengelig for analyse.

c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Spørsmål 7 gir informasjon om tilgjengelighet i egen bolig, nærmiljø, butikker, offentlige bygg og offentlig transport. Dette er informasjon som kan brukes lokalt, og resultatene kan gi uttrykk for om fysisk tilrettelegging for ulike arenaer er mangelfull eller ikke. Et lignende spørsmål var med i Opplandsundersøkelsen 2013, og har blitt noe endret som følge av høringsen i fylkene.

Spørsmål 26 om støy er en indikator på fysisk miljø. I spørsmålsbanken vil vi ha et mer utfyllende spørsmål om støy, i tillegg til spørsmål om luftforurensning. Dette vil være valgbare spørsmål, se avsnitt om tilleggsmoduler nedenfor. Grunnen til at vi ikke har dette med i

hovedmodulen er at det er få norske kommuner som har problemer med luftforurensning og støy. De fylker eller kommuner som mener at dette er en viktig påvirkningsfaktor hos dem, kan velge å ta det med som tilleggsspørsmål.

Det er flere spørsmål om sosialt miljø i hovedmodulen: Spørsmål 1 og 2 sier noe om hvordan man trives og om man føler seg trygg i nærmiljøet. Spørsmålene 11-13 er et anerkjent og validert instrument for sosial støtte som brukes både nasjonalt og internasjonalt. Spørsmål 14 handler om folks deltakelse i uorganiserte og organiserte aktiviteter og sier noe om sosialt miljø og om hvor aktivt folk velger å delta i samfunnet (lokalt eller sentralt).

d) Skader og ulykker

Skader rapporteres per i dag fra sykehus og poliklinikker til NPR, og fra fastleger og kommunale legevakter til KUHR. Rapporteringen er fortsatt mangelfull. Derfor ble spørsmålene 24-25 om skader inkludert i hovedmodulen.

e) Helserelatert atferd

I spørsmålene om fysisk aktivitet (15-17) kartlegges først stillesitting, deretter hyppighet av vanlig mosjon/ fysisk aktivitet, uten at vi sier noe om hvor anstrengende denne mosjonen skal være. Deretter kommer et spørsmål om varighet på denne aktiviteten. Vi mener at disse tre spørsmålene sier mye om hverdagsaktivitet, noe som ble framhevet av referansegruppen.

Det er inkludert ett spørsmål om kosthold (18), som også har blitt mye forenklet siden den første versjonen. Spørsmålet gir noen få enkle indikatorer på hvordan folk vektlegger et sunt kosthold.

Spørsmål 19 og 20 muliggjør enkel kartlegging for to viktige helsevaner, nemlig røyking og snusbruk. Tidligere røyking og snusbruk kan bety mye for framtidig helse og kan også være indikatorer for andre relaterte helsevaner.

Spørsmål 21-23 representerer et internasjonalt måleinstrument (AUDIT – tre første spørsmål) for å måle alkoholbruk. Her var det diskusjon om vi skulle spørre om 5 eller 6 alkoholenheter eller mer i spørsmål 23. Det er mulig at 5 enheter eller mer ville passe bedre for norske forhold og antatt størrelse på våre alkoholenheter. Vi har likevel valgt å spørre på samme måte som nasjonale undersøkelser fra SIRUS med 6 enheter.

Spørsmål 27 og 28 om selvrapportert høyde og vekt.

Det har vært vurdert å ta inn enkelte spørsmål om vaksiner, for eksempel om man har blitt vaksinert mot difteri, stivkrampe eller influensa, og hvor lenge det er siden at man ble vaksinert. Dette er informasjon som man ikke finner i registre og som kan være viktig lokal kunnskap for å vite om det er behov for å gå aktivt ut med informasjon til befolkningen om risikoen ved ikke å være vaksinert. Flere av fylkene ønsket imidlertid ikke å prioritere dette i spørreskjemaet, og det er derfor ikke inkludert spørsmål om vaksinasjon i hovedmodulen. Vaksinasjonsspørsmål inngår imidlertid som valgbare spørsmål i en av tilleggsmodulene.

f) Helsetilstand

Spørsmålene 3 og 4 er to enkle spørsmål om helse og tannhelse som har vist seg å si mye om vår helse og hvordan vi føler oss generelt. Spørsmålene er godt validert og utprøvd og er med i veldig mange undersøkelser nasjonalt og internasjonalt.

Spørsmål 5 har blitt brukt i Levekårsundersøkelsen om helse og gir en grov kartlegging av om man har en varig sykdom eller skade. Dersom man har en sykdom eller skade, følges det opp med et spørsmål om i hvilken grad dette eventuelt påvirker hverdagen.

Spørsmål 6 måler symptomer på psykiske plager, og er en minimumsversjon av et større spørsmålsbatteri som har vært brukt i andre undersøkelser i Norge og internasjonalt.

Spørsmålene 8-10 er tre spørsmål om «sense of coherence», om man i større eller mindre grad opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar. Den opprinnelige «salutogene» skalaen (med fokus på styrking av mestring) kom bl.a. fra A. Antonovsky (1979, 1987). Den korte versjonen med tre spørsmål ble utviklet og validert i Sverige, se mer dokumentasjon i spørsmålsbanken.

Det siste spørsmålet (31) om livstilfredshet ble utviklet til HUNT 1 og sier noe om både psykisk og fysisk helse.

Form og gjennomføring av intervjuet

Det anbefales å gjennomføre FHUS som intervjuundersøkelse, kombinert med mulighet til å svare på en elektronisk lenke. Et brev med informasjon om undersøkelsen sendes ut i forkant av at man blir kontaktet av en intervjuer. Metoden er valgt fordi det har vist seg svært vanskelig å oppnå en god svarprosent i undersøkelser der papirskjema sendes ut pr post sammen med en frankert svarconvolutt.

Arbeidsgruppen på FHI og referansegruppen var i utgangspunktet enige om noen prinsipper for undersøkelsene:

- Undersøkelsene gjennomføres som helseintervjuundersøkelser (HIS, Health Interview Survey) ved telefonintervju, uten helsesjekk eller biologiske prøver.
- Intervjuet vil bestå av en hovedmodul som er lik for alle fylker, og en valgbar tilleggsmodul med et begrenset antall spørsmål.
- Intervjuet bør være kort, og ikke ta mer enn 15-20 minutter totalt.

Ut fra våre beregninger vil det ta rundt 15 minutter å gjennomføre intervjuet. Spørsmålene er stort sett validert og/eller brukt tidligere i andre undersøkelser. Vi har lagt vekt på sammenlignbarhet med nasjonale undersøkelser. Det vil være verdifullt å ha mulighet til å sammenligne FHUS med nasjonale tall fra Levekårsundersøkelsen om helse fra Statistisk sentralbyrå, som fra 2015 går over til å bli en del av de europeiske intervjuundersøkelsene om helse (EHIS: European Health Interview Surveys).

Se Vedlegg 1 for hovedmodul til FHUS. I spørsmålsbanken kan man finne utdypende informasjon til de enkelte spørsmålene:

<http://www.norgeshelsa.no/webview/index.jsp?object=http://www.norgeshelsa.no:80/obj/fStudy/fhus-spmbank>

Målet var å lage en hovedmodul med 10 minutters intervjutid, men det var vanskelig å få plass til alle nødvendige temaer. Vi har nå en hovedmodul på ca. 15 minutters intervjutid. Samlet tidsbruk for hovedmodul og en eventuell tilleggsmodul vil bli på ca. 20 minutter. Det er viktig at undersøkelsen ikke tar mye av folks tid og erfaring fra de siste 10-20 år viser at det er liten vilje i befolkningen til å svare i ulike typer undersøkelser. Vi mener at foreliggende utkast til hovedmodul i stor grad vil dekke fylkenes behov og tette hull i tilgangen til data, der det ikke finnes registre eller andre datakilder. Se også Vedlegg 2 for forholdet til data som finnes i andre datakilder.

Fylkeshøring på innhold i spørreskjemaet

Det har vært tre møter i referansegruppen for FHUS høsten 2013 og våren 2014. Spørreskjemaet for hovedmodulen ble revidert flere ganger, og vi mottok innspill både internt fra FHI og fra referansegruppen. Etter siste møte i referansegruppen 4. april 2014 utarbeidet vi en spørreskjemaersjon som ble sendt på høring til alle fylkeskontakter 12. mai 2014. Frist for tilbakemelding var 2. juni. Vi mottok høringsvar fra 13 fylker og KoRus Vest (videresendt til KoRus fra Rogaland fylkeskommune). Svarene ble systematisert fylkesvis og etter nummer i spørreskjemaet. Alle fylker hadde også noen generelle kommentarer. Disse ble også satt inn fylkesvis i tabellen. Under revidering av spørreskjemaet var det et mål å hindre utvidelse av skjemaet. Vi fikk nyttige kommentarer på at enkelte spørsmål var ulogisk oppbygd eller hadde et vanskelig språk, og dette ble forbedret. Mange av fylkene ga også egne innspill til tema til tilleggsmoduler.

Noen punkter fra fylkenes innspill til hovedmodul:

- Generelt god tilbakemelding fra de fleste, godt helhetsinntrykk, god balanse, folkehelse relatert.
- Mange fremhevet viktigheten av å ha et kort spørreskjema.
- Eget spørsmål om psykisk helse savnes.
- Noen vil ha mer om levekår og mulighet for å belyse sosial ulikhet.
- Det kom gode innspill til forbedring av enkeltspørsmål.
- Flere ville ha mer om hvor mye folk går eller sykler, for eksempel til og fra jobb.
- Flere ønsket å ta inn spørsmål om skader og ulykker.

Noen punkter fra fylkenes innspill til tilleggsmoduler/ tilleggsspørsmål:

- Arbeidsmiljø (anerkjennelse, tilhørighet, trivsel, støy...)
- Søvnvaner/ søvnevansker
- Søkt hjelp for psykiske plager?
- Interesse for å endre helsevaner
- Hvordan vil du selv beskrive din fysiske form? Etter spørsmål 3 og 4, med samme svaralternativ som disse
- Skader og ulykker (i tillegg til spørsmål i hovedmodul)
- Nærhet til møteplasser, tilgang til rekreasjonsområder
- Hvor fornøyd er du med mulighetene til å drive med fysisk aktivitet i nærmiljøet?
- Tilretteleggelse for idrett og aktiviteter
- Hvor ofte bruker du utendørs anlegg, turterreng o.l. i nærheten av deg?
- Gang- og sykkelveier tilgjengelig også for rullator, barnevogn og rullestol
- Fysisk (eks. lukt, radon) og sosialt miljø
- Transportmiddel til arbeid-/skolereise – skille mellom sommer og vinter-halvår. Hvor lang reise?
- Ensomhet, spørsmål om identitet, føler at man er akseptert i sitt nærmiljø?
- Måltidsmønster
- Trygghet, kriminalitet, vold (fysisk og psykisk)
- Bruk av sosiale medier, nettspill, annen nettbruk
- Hvordan påvirker klima og årstider søvn, døgnrytme, helsevaner?

Høringsvarene ble innarbeidet og en revidert versjon av hovedmodulen med 31 spørsmål ble utarbeidet høsten 2014.

Spørsmålsbank

Spørsmålene i hovedmodulen legges inn i en spørsmålsbank hvor det ligger dokumentasjon for hvert enkelt spørsmål. Her kan man finne en nærmere beskrivelse av spørsmålet, man kan finne ut hvor det kommer fra og hvor det har vært brukt tidligere. Dersom det finnes referanser til artikler eller annen dokumentasjon, vil det opplyses om det. I tillegg oppgis søkbare nøkkelord for hvert spørsmål.

Dokumentasjon på spørsmålene til hovedmodulen finnes her:

<http://www.norgeshelsa.no/webview/index.jsp?object=http://www.norgeshelsa.no:80/obj/fStudy/fhus-spmbank>

Mulige tilleggsspørsmål legges også inn i banken. Tilleggsspørsmålene kan være spørsmål som ikke fikk plass til i hovedmodulen, som for eksempel utvidede og bedre spørsmål om kosthold, om fysisk aktivitet, eller om støy og luftforurensning. Det kan også være spørsmål og temaer som kom som innspill i fylkeshøringen.

Maler for gjennomføring av folkehelseundersøkelser

Mal for gjennomføring av FHUS beskriver forløpet i datainnsamlingen fra planlegging av undersøkelsen til og med ferdig datafil. Til dette arbeidet mener vi at det vil være nødvendig med en koordinerende instans mellom fylkene, og mellom fylkene og aktør for datainnsamling, og foreslår at en sentral eller statlig institusjon får ansvar for dette. Arbeidet omfatter:

1. Planlegging og koordinering
2. Datainnsamling
3. Etterarbeid

Mal for innhold og mal for gjennomføring henger nøye sammen.

Vi forutsetter at dataene skal kunne benyttes av FHI i Folkehelseprofiler og tilhørende statistikkbanker. Dette legger følgende føringer for innhold og gjennomføring av FHUS:

- Dataene fra de enkelte fylkene må være sammenlignbare
- Dataene fra de enkelte fylkene må kunne sammenlignes mot et tall for hele landet
- Dataene må være sammenlignbare over tid

Modell for gjennomføring vil påvirke både sammenlignbarheten mellom fylkene og regelmessigheten av gjennomføringen i de enkelte fylker. Dette påvirker i sin tur muligheten for å få et nasjonalt representativt utvalg å sammenligne fylkestallene med. Ved å sammenligne med andre fylker eller landstall kan fylkene lettere vurdere egne resultater opp mot andres, og få mål på hva som er sammenlignbart med resten av landet og hva som skiller seg ut i eget fylke.

Fylkeskommunene er gjennom Folkehelseloven og tilhørende forskrift ikke pålagt å gjennomføre FHUS. I følge loven er fylkeskommunene databehandlingsansvarlige, og har eierskap til de dataene som samles inn.

Fylkene kan altså velge ulike tidspunkt for gjennomføring av sin FHUS, eller ikke velge å gjennomføre i det hele tatt. Det blir derfor vanskelig å få et tilnærmet nasjonalt utvalg basert på FHUS i enkeltfylkene. Data fra et representativt utvalg av hele Norges befolkning som sikrer sammenlignbare tall på nasjonalt nivå vil være en klar fordel. Uten landstall vil sammenligningen måtte begrense seg til enkelte andre fylker som har gjennomført en undersøkelse på omtrent samme tid, for eksempel innenfor en treårsperiode. For å unngå sesongvariasjoner bør undersøkelsene gjennomføres omtrent på samme årstid i alle fylker. Modell for gjennomføring henger nært sammen med finansieringen av de ulike delene av FHUS.

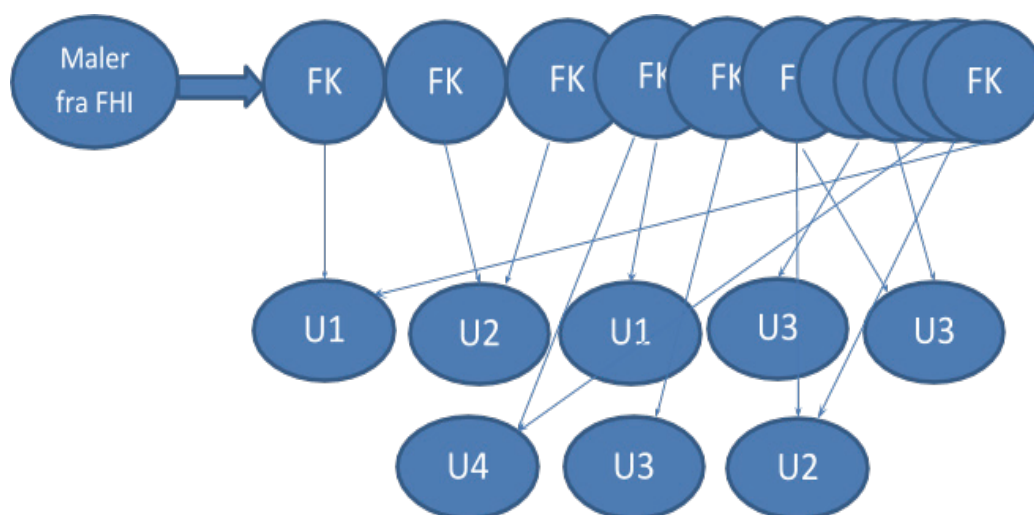
Modeller for gjennomføring

Nedenfor beskrives tre juridisk gjennomførbare modeller med noe ulike metoder for innsamling av data. Modellene danner grunnlaget for vårt forslag til modell for gjennomføring i en framtidig FHUS.

Modell 1: Fylkeskommunen er eneansvarlig for gjennomføring og finansiering

Modell 1 ligger nærmest dagens formuleringer i Folkehelselov med tilhørende forskrift om oversiktsarbeid. Modellen innebærer at fylkeskommunen (FK) alene finansierer FHUS, og legger til grunn at hver FK gjennomfører separate FHUS:

- FK planlegger undersøkelsen i tråd med malene fra FHI
- FK legger gjennomføringen av FHUS ut på anbud (de fleste fylker har ikke kompetanse til å gjennomføre FHUS selv)
- De ulike FK vil kunne velge ulike underkontraktører (U1, U2, U3, U4) til å gjennomføre hele eller deler av FHUS.



Styrke: Modell 1 er helt i tråd med formuleringene i Folkehelseloven.

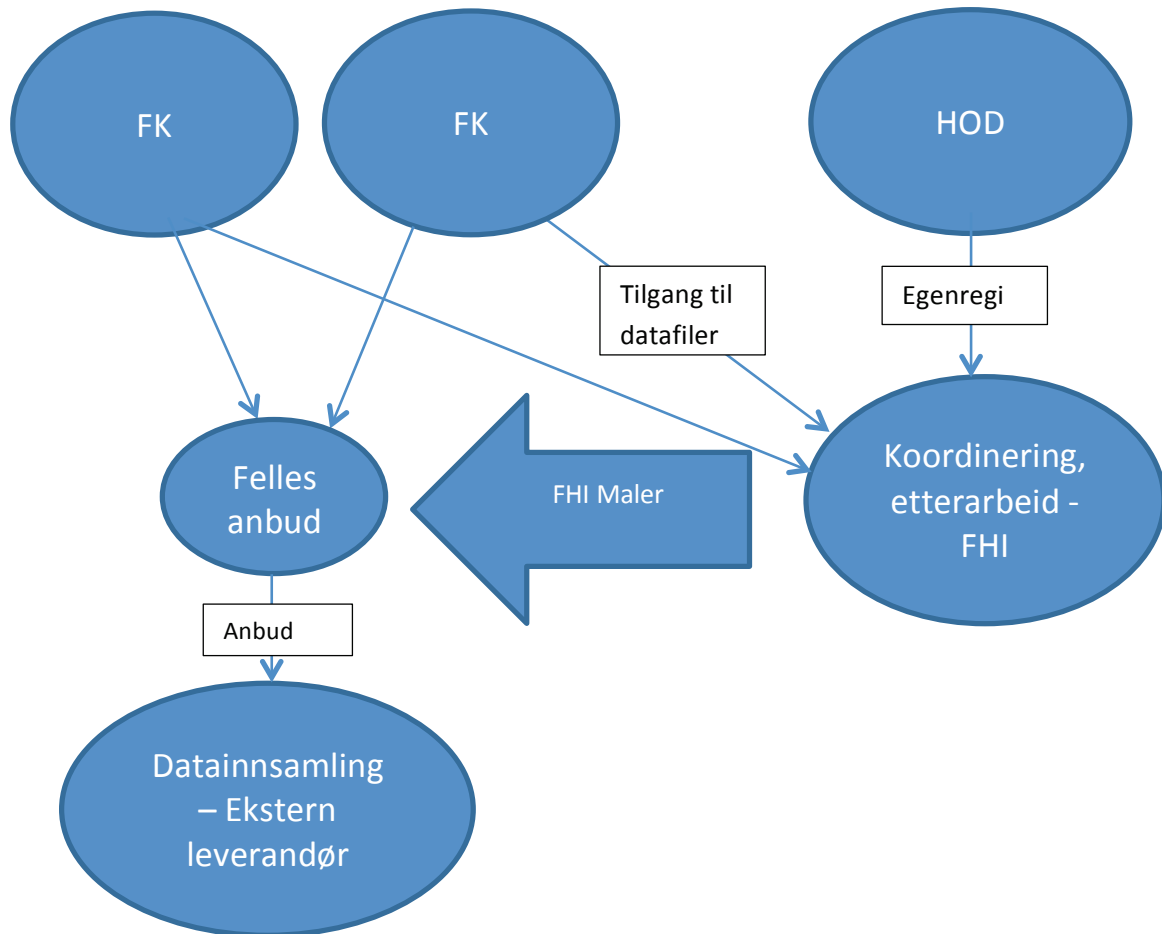
Svakhet: En modell hvor hver fylkeskommune selv har ansvaret for gjennomføring, vil resultere i at man får ulike leverandører av disse tjenestene i de forskjellige fylkeskommunene. Selv om én sentral institusjon (for eksempel FHI) tar ansvar for koordinering og etterarbeid, vil det bli vanskelig å oppnå sammenlignbare resultater med denne modellen. Det vil også bli vanskelig å lage nasjonale tall basert på FHUS fordi det er sannsynlig at det vil gå lang tid fra første til siste FK gjennomfører FHUS.

Modell 2: Statlig og fylkeskommunal gjennomføring og finansiering

Modell 2 innebærer at staten (HOD) og fylkeskommunen i fellesskap gjennomfører og finansierer folkehelseundersøkelsene:

- Fylkeskommunene inngår en rammeavtale og utlyser ett felles anbud for gjennomføring av FHUS i henhold til mal utarbeidet av FHI.
- På bakgrunn av anbudskonkurranse inngår fylkeskommunene sammen en avtale om gjennomføring med én valgt underkontraktør (U) for gjennomføring av hele eller deler av FHUS (for eksempel datainnsamling). Den valgte underkontraktøren kan være en privat aktør (for eksempel Gallup) eller en statlig aktør (for eksempel SSB). Rammeavtaler gjelder vanligvis for fire år. I denne perioden kan fylker som ønsker det, og har midler til det, gjennomføre en undersøkelse.
- Fylkeskommunene gir FHI tilgang til innsamlede data. Dette kan skje gjennom avtale mellom FHI og fylkeskommunene eller gjennom pålegg fra HOD.

- HOD finansierer FHI til å koordinere (evt. også bidra til å utarbeide tilbud i tråd med FHI-malene) og å utføre etterarbeid for alle fylker. Dette kan skje i HODs «egenregi» og uten at oppdraget settes ut på anbud. Egenregi er unntatt reglene om offentlige anskaffelser, fordi FHI anses som samme «juridiske person» som HOD.



Styrke: Modell 2 kan langt på vei sikre enhetlig gjennomføring og god sammenlignbarhet.

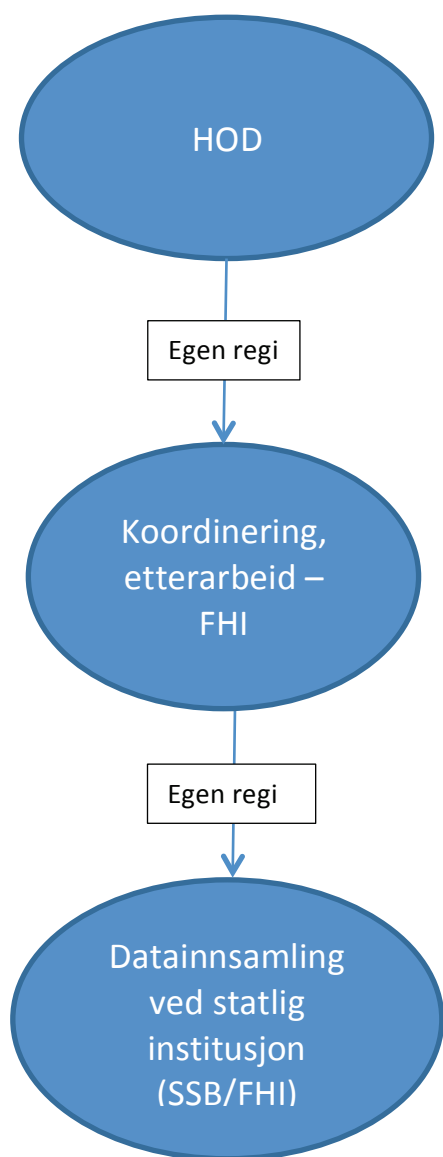
Svakhet: Det er en utfordring/ulempe at fylkene ikke har et felles samordnende organ. Etter en runde med gjennomføring av FHUS i noen fylker, må ny rammeavtale inngås mellom fylkene og nytt anbud utlyses neste gang noen fylker velger å gjennomføre FHUS. Dette vil være ressurskrevende og kan også påvirke sammenlignbarheten med tidligere undersøkelser.

Modell 3: Full statlig gjennomføring og finansiering

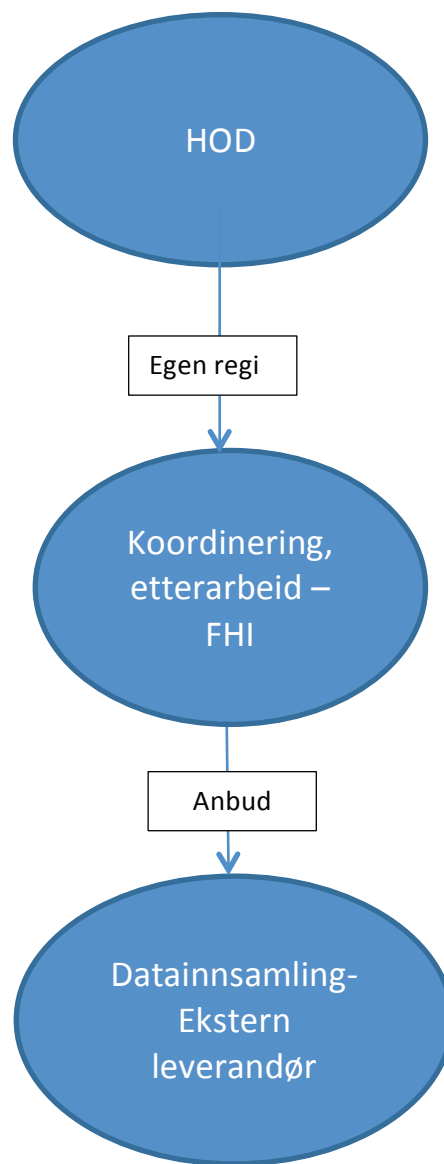
I tillegg til modell 1 og 2 kan en tenke seg en modell 3 med full statlig gjennomføring og finansiering. Staten v/ HOD kan inngå en databehandleravtale med fylkeskommunene og ved «egenregi» gi oppgaven med koordinering og etterarbeid til FHI. Et alternativ innenfor prinsippet om «egenregi» kan være datainnsamling i FHI eller et annet statlig organ (for eksempel SSB). Et annet alternativ kan være at HOD/ FHI også setter selve datainnsamlingen ut på anbud.

Styrke: I modell 3 blir fylkeskommunene bare involvert i undersøkelsens innhold

Alternativ 1:



Alternativ 2:



(spørreskjemaet), mens andre deler av gjennomføringen blir overtatt av staten. Dette kan medføre at alle fylker gjennomfører FHUS i en gitt tidsperiode, samt enhetlig gjennomføring og god sammenlignbarhet. Modellen gjør at man unngår nye rammeavtaler mellom fylkene og nye anbudsutlysninger hvert 4. år.

Svakhet: En ulempe ved modellen vil være at eierskap og kompetanseutvikling i fylker og kommuner kan svekkes. Eierskap og lokal kompetanseutvikling kan påvirke befolkningens innstilling, publisitet og svarprosent i undersøkelsene.

Etter vår vurdering vil man oppnå best sammenlignbarhet dersom én og samme institusjon gjennomfører datainnsamlingen i alle fylker, dvs. med modell 2 eller 3 nedenfor. Disse modellene sikrer også at etterarbeidet (tilrettelegging av dataene, inkludert vektning for ulikt utvalg i de enkelte fylkene) gjennomføres av én og samme institusjon.

HelseDirektoratet omtaler modell for gjennomføring i publikasjonen Samfunnsutvikling for god folkehelse, og framhever at en forskriftsendring med mulighet for sentralisering av data-behandlingsansvaret i FHUS bør vurderes. En sentralisert gjennomføring kan gi en tredelt rolle for fylkeskommunene; å mobilisere befolkningen til deltakelse, avklare tilleggsmoduler i spørreskjemaet, samt analyser og tilrettelegging av informasjon for kommuner og egen virksomhet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>

De tre modellene som er omtalt her blir nærmere utdypet i Vedlegg 3.

Hvordan kan svarprosenten påvirkes?

Det har vært jevnt synkende svarprosent i helseundersøkelser de siste tiårene. Dette er en trussel for datakvaliteten fordi det sjelden er tilfeldig hvem man får/ ikke får svar fra. Det har vist seg at grupper av befolkningen med høy utdanning og god inntekt har høyere svarprosent enn grupper med lav utdanning og inntekt. Kvinner svarer oftere på undersøkelser enn menn og yngre svarer sjeldnere enn eldre. De aller eldste er det også vanskelig å rekruttere. Alt dette gjør at en lav svarprosent kan gi data som ikke er representative for befolkningen.

Lav svarprosent på kommunenivå kan føre til ulike problemer. Tynt utvalg kan gi manglende statistisk kraft, resultatene kan bli ikke-signifikante og variasjonen kan bli for stor. Dette kan også gjøre det vanskelig å lage tabeller som er inndelt i undergrupper som kjønn, alder eller utdanning. Dermed vil nytten av dataene også reduseres. Uavhengig av modell er det viktig å gi god informasjon om formålet med og betydningen av undersøkelsen, sammen med informasjon om hvem som gjennomfører denne. Informasjon via aviser, radio, TV og internett kan virke positivt inn på svarprosenten ved at de som er trukket ut allerede har hørt om dette og om hva det skal brukes til. FHUS vil være en anledning til å få spalteplass til å formidle kunnskap lokalt om helsefremmende tiltak og aktiviteter. Sosiale medier gir nå også nye muligheter og nye arenaer for informasjon.

Svarprosenten kan ellers påvirkes positivt ved:

- Kort og tiltalende spørreskjema/ kort intervjuetid
- Flere purringer (2-3), også ved SMS/post o.l.
- Personlig kontakt og oppfølging av inviterte
- Ved intervju: Fleksibilitet m.h.t. intervjuetidspunkt
- Insentiver (små gaver, lodd etc.)
- Tidspunkt for gjennomføring (ikke juli eller desember)

Uansett type datainnsamling og metode for dette, vil svarprosenten komme til å bli en utfordring i framtidige FHUS. Det blir stadig vanskeligere å få folk til å være med på helseundersøkelser. I framtiden må det derfor påregnes ekstra ressursbruk for å legge en strategi som sikrer tilstrekkelig deltakelse og datakvalitet.

Geografisk nivå og utvalgsstørrelse

I merknader til forskrift om oversikt over folkehelsen står det under §7 Fylkeshelseundersøkelser: «...Fylkesvise folkehelseundersøkelser (fylkeshelseundersøkelser) vil være nyttige kilder til informasjon både for kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med å ha oversikt over folkehelsen. Gjennom folkehelseloven har staten en forpliktelse til å bistå kommunesektoren og legge til rette for folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner. ...»

Kommunene er i følge lov om folkehelsearbeid pålagt å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker helsa. Oversikten skal danne grunnlag for forebyggende tiltak og for å kunne fatte beslutninger av betydning for folkehelsa lokalt. Vi ser det derfor som viktig at FHUS blir en undersøkelse som også gir data på kommunenivå. Med tanke på at vi har mange små kommuner i Norge, kan noen små kommuner kanskje slås sammen med andre små kommuner i samme region. Av hensyn til samlet ressursbruk til datainnsamling, er det viktig at systemet med FHUS blir slik at kommunene ikke har behov for å gjennomføre egne undersøkelser i tillegg til FHUS.

Når et landsrepresentativt utvalg skal brytes ned på kommunenivå kan det medføre mange statistiske utfordringer for små kommuner. Risikoen for manglende representativitet på lokalt nivå øker. Små lokale utvalg kan dessuten medføre personvernmessige utfordringer. Hvis man har en anonymisert helseprofil fra en liten kommune der de fleste kjenner hverandre, må man være påpasselig med å presentere data på en slik måte at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes. En løsning kan være at data fra små nabokommuner med svært sammenfallende (helse)profil slås sammen.

Dersom alle norske kommuner skulle få egne tall om folkehelse, måtte man få data fra rundt 300 personer i 428 kommuner. Siden svarprosenten i beste fall kan komme opp i 60-65 prosent, må man invitere minst 500 personer fra hver kommune. Da kommer man opp i 214.000 inviterte til helseundersøkelser kanskje hvert 5. år. Muligens betyr dette at vi bør tenke fylker, store kommuner og regiontall for grupper av kommuner. Kostnadene vil kunne reduseres dersom datainnsamlingen gjennomføres med et kort spørreskjema/ intervju. Mulighet til å svare elektronisk kan også redusere kostnadene. Dersom spørreskjemaet blir for kort, kan man komme til en grense der man ikke klarer å innhente tilstrekkelig informasjon. Dersom man da ikke klarer å måle viktige parametre på befolkningens helse og trivsel, eller parametre som kan påvirkes ved lokalt folkehelsearbeid, kan kostnadene ved undersøkelsen komme til å overstige nytten.

Se også informasjon om folkehelseundersøkelser i Danmark og Sverige i Vedlegg 4.

Kan intervensjonsforskning integreres i folkehelseundersøkelser?

Når sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak skal iverksettes, bør det planlegges for evaluering av tiltak samtidig med at en planlegger selve tiltakene. I medisinsk klinisk forskning blir randomiserte, kontrollerte forsøk brukt for å finne effekten av medisiner eller andre behandlingsmetoder. I folkehelsearbeidet er tiltakene ofte rettet mot grupper eller mot hele befolkningen, og da vil det av praktiske grunner ofte være vanskelig å benytte slike forskningsdesign. En må derfor ta i bruk et bredere spekter av forskningsdesign når en skal evaluere folkehelseiltak. Forskningsbasert evaluering av tiltak er ressurskrevende. Derfor kan ikke alle tiltak evalueres forskningsmessig. En må prioritere å gjennomføre en forskningsmessig evaluering av tiltak som skal settes i verk i stor målestokk, tiltak som er nye og lovende, tiltak som en potensielt kan lære mye av å evaluere, og tiltak som er kontroversielle.

Tiltak gjennomføres både nasjonalt, i fylker og lokalt. Ikke bare de nasjonale tiltakene, men også de som gjennomføres i fylker og kommuner kan evalueres forskningsmessig. Hvis man vet om slike planer på forhånd, vil det også være mulig å legge inn planer om evaluering av tiltakene, og kanskje det vil være mulig å finne kontrollfylker eller kommuner som ikke gjør de samme endringene. Her kan standardiserte folkehelseundersøkelser i fylker og kommuner i årene framover komme til nytte. Regelmessige, standardiserte folkehelseundersøkelser hvert 4. år kan gi en god mulighet til å se på endringer i risikofaktorer og helsefremmende faktorer over tid. Undersøkelsene, som blant annet måler trivsel, sosial støtte, tilgjengelighet til offentlige tjenester, levevaner og levekår, kan bidra til å belyse endringsprosesser. I praksis kan det være vanskelig å vurdere effekter av enkelt-tiltak ut fra slike data. Men utviklingen over tid kan si noe om hvor vellykket den samlede innsatsen har vært på ulike områder og arenaer. Og forskjeller i utvikling mellom fylker og kommuner kan gi holdepunkter for å si noe om hvilken politikk og hvilke tiltak som har vært mest vellykkede. Slik kunnskap kan gi grunnlag for videre prioriteringer av den fylkesvise og lokale innsatsen innen folkehelsearbeidet.

Pilotundersøkelse

I oppdraget fra HOD om maler for FHUS ble vi også bedt om å vurdere behovet for en pilotundersøkelse i løpet av prosjektperioden. En pilotundersøkelse vil være verdifull både for å teste ut innhold og modell for gjennomføring.

Det planlegges nå en pilotundersøkelse i Aust-Agder, Vest-Agder og Vestfold fylker. Her blir maler for innhold (spørreskjemaet) testet i form av telefonintervju. Det vil også åpnes for å svare på en elektronisk lenke, for de som foretrekker det framfor et telefonintervju. Utvalget til undersøkelsen blir på (brutto) cirka 15.000 inviterte fordelt på de tre fylkene. I den modellen vi piloterer finansierer fylkene selve datainnsamlingen i undersøkelsen, mens FHI samarbeider med fylkene om planlegging og koordinering. Det er inngått en avtale mellom de tre fylkene og FHI. Gjennomføringen ligner dermed mest på modell 2 som beskrevet ovenfor. Undersøkelsen gjennomføres etter protokoll, men i mindre omfang. Det knytter seg spesiell interesse til oppnådd svarprosent.

Det er utarbeidet en detaljert avtale om samarbeid mellom partene. Rent praktisk har FHI stått for protokoll og REK-søknad. Kravspesifikasjonen for undersøkelsen ble utarbeidet i fellesskap (denne gjøres tilgjengelig etter anbudsperioden). Fylkene har ansvaret for anbudsutlysning og informasjonsarbeidet rundt undersøkelsen. Piloten planlegges i 2014 og gjennomføringen vil bli i 2015. I prosjektplanen av 8. mai 2013 ble det gjort noen kostnadsoverslag fra ulike typer undersøkelser. Eksakte tall for hva en undersøkelse vil koste kan først gis etter at pilotundersøkelsen er gjennomført.

Vedlegg 1: Spørreskjema – hovedmodul 22. november 2014

Invitasjonsbrev sendes ut på forhånd. Likevel gis en liten introduksjon av intervjuer om hva slags undersøkelse dette er, f.eks. at dette er en undersøkelse om folkehelse og om hvordan folk har det i sin kommune. Har du mulighet til å svare på noen spørsmål? Det vil ta ca 15 minutter. Tilsvarende informasjon skrives inn for dem som velger å svare på elektronisk lenke.

FOLKEHELSEUNDERSØKELSE I FYLKENE

Endelig før pilot, 22. november 2014.

1)

Intervjuer får opp bostedskommune fra personregister.

I hvilken grad trives du med å bo i...?

Kommunenavn, evt. bydel

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

2)

I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt...?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

3)

Hvordan vurderer du helsen din sånn i alminnelighet?

Vil du si at den er...

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

4)

Hvordan vurderer du tannhelsen din?

Vil du si at den er...

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

5)

Med varig menes sykdom eller lidelse som har vart i minst 6 måneder, eller nyere sykdom/ lidelse som du regner med vil bli varig.

Har du noen varig sykdom eller lidelse, noen medfødt sykdom eller sykdom som følge av skade?

- Ja
 Nei

HVIS JA:

Hvordan påvirker denne sykdommen (evt. funksjonsnedsettelsen) din hverdag?

- I høy grad
 I noen grad
 I liten grad
 Ikke i det hele tatt

6)

Nå kommer det en liste over ulike typer plager. I hvilken grad har du vært plaget av disse den siste uken?

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7)

Tenk på ditt nærmiljø og din kommune...

	Ja	Nei	Vet ikke
Opplever du at det er enkel tilgjengelighet til ...			
offentlige bygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kultur- og idrettstilbud (kino, spisesteder, bibliotek, svømmehall, idrettshall etc).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
butikker og andre servicetilbud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offentlig transport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at det er enkelt for deg...			
å bevege deg i og rundt egen bolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å bevege deg i ditt nærmiljø.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å komme deg til natur- og friluftsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
å finne og lese informasjon om offentlige tjenester.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nå kommer noen spørsmål om i hvilken grad man opplever livet som håndterbart og meningsfylt og om sosial støtte....

8)

Ser du en løsning på problemer og vanskeligheter som andre finner håpløse?

- Ja, som oftest
 Ja, i blant
 Nei

9)

Føler du at dagliglivet ditt er meningsfullt og givende?

- Ja, som oftest
 Ja, i blant
 Nei

10)

Opplever du at ting som hender deg i ditt daglige liv er vanskelig å forstå?

- Ja, som oftest
 Ja, i blant
 Nei

11)

Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

- Ingen
 1-2
 3-5
 Flere enn 5

12)

Hvor stor interesse viser andre for det du gjør? Vil du si at de viser...

- Stor interesse
 Noe interesse
 Verken stor eller liten interesse
 Liten interesse
 Ingen interesse

13)

Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det..

- Svært lett
 Lett
 Verken lett eller vanskelig
 Vanskelig
 Svært vanskelig

14)

Hvor ofte deltar du i ...

Aldri/ 1-3 ganger pr mnd/ ukentlig/ daglig

Uorganisert aktivitet som f.eks. klubb, møter

venner, trimturer med venner/ kolleger eller andre?

Organisert aktivitet/ frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller andre lignende ting?

15)

Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag?*Tenk på stillesitting i forbindelse med frokost, transport, jobb eller lignende, middag, TV/PC, lesing etc.*

16)

*Nå kommer noen spørsmål om mosjon og fysisk aktivitet. Med dette mener vi f.eks. at du går til jobb/skole, sykler, går på tur, driver med hagearbeid, trening etc. Tenk på de siste 12 måneder.***Hvor ofte driver du med mosjon? (Ta et gjennomsnitt)**

- Aldri
 Sjeldnere enn en gang i uka
 En gang i uka
 2-3 ganger i uka
 4-5 ganger i uka
 Omtrent hver dag

Hvis «aldri» eller «sjeldnere enn en gang i uka», hopp over neste spørsmål.

17)

Hvor lenge holder du på hver gang? (Ta et gjennomsnitt)

- Mindre enn 15 minutter 30 minutter – 1 time...
 15-29 minutter..... Mer enn 1 time.....

18)

*Så går vi over til spørsmål om kosthold.***Hvor ofte spiser eller drikker du?**

	Sjelden/aldri	1-3 ganger / måned	1-3 ganger /uke	4-6 ganger /uke	Daglig
Sukkerholdig brus/ leskedrikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt og bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker (inkludert salat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk (som pålegg eller middag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19)

*Så skal vi spørre litt om bruk av tobakk.**Velg ett av følgende alternativer om røyking:***Røyker du?**

- Daglig
 Av og til
 Ikke nå, men tidligere daglig
 Ikke nå, men tidligere av og til
 Har aldri røykt

20)

Velg ett av følgende alternativer om snus:

Bruker du snus?

- Daglig
 - Av og til
 - Ikke nå, men tidligere daglig
 - Ikke nå, men tidligere av og til
 - Har aldri brukt snus
-

21)

Så går vi over til spørsmål om alkohol. Vi tenker her på alle alkoholholdige drikker, som øl, vin, brennevin, rusbrus m.v.

I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte vil du si du har drukket alkohol?

- Aldri
- Månedlig eller sjeldnere
- 2-4 ganger i måneden
- 2-3 ganger i uken
- 4 ganger i uken eller mer

22)

Én enhet alkohol tilsvarer én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink:

Hvor mange alkoholenheter tar du på en "typisk" dag når du drikker alkohol?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller flere

23)

Én enhet alkohol tilsvarer én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink:

Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning?

- Aldri
 - Sjelden
 - Noen ganger i måneden
 - Noen ganger i uken
 - Nesten daglig
-

24)

Det følgende spørsmålet gjelder nye skader i denne perioden, ikke behandling av gamle skader. 'Oppsøkt lege' inkluderer både fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?

- Ja, en
 - Ja, flere
 - Nei
-

25)

*Hvis ja på spørsmål 24... Flere kryss er mulig.***Var skaden et resultat av en...**

- Trafikkulykke
 Arbeidsulykke
 Ulykke på skole eller i utdanning
 Hjemmeulykke
 Fritidsulykke (ikke organisert aktivitet).
 Ulykke i forbindelse med organisert sport- og idrett
 Voldshandling
 Annet

26)

Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy når du er hjemme?*Sett ett kryss for hver linje*

	Ikke plaget	Litt plaget	Middels plaget	Mye plaget	Ekstremt plaget
Støy fra vegtrafikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støy fra andre kilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27)

Hvor høy er du uten sko (oppgi i cm)?

_____ cm

28)

Hvor mye veier du uten klær og sko (oppgi i kg)?

(Hvis gravid, vekt før graviditet)

_____ kg

29)

Er du gift/samboer eller enslig?

- Gift/ samboer
 Enslig

Hvor mange personer bor du sammen med? *Regn bare med personer som du har felles husholdning med.*

30)

Har du (husholdningen) mulighet til å klare en uforutsett utgift på 10 000 kr i løpet av en måned, uten å måtte ta opp ekstra lån eller motta hjelp fra andre?*Ikke mulighet hvis det forutsetter salg av eiendeler. Mulighet hvis det kan dekkes ved å bruke oppsparte midler.*

- Ja
 Nei

31)

Alt i alt, - når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Svært fornøyd | <input type="checkbox"/> Nokså misfornøyd |
| <input type="checkbox"/> Meget fornøyd | <input type="checkbox"/> Meget misfornøyd |
| <input type="checkbox"/> Ganske fornøyd | <input type="checkbox"/> Svært misfornøyd |
| <input type="checkbox"/> Både /- og | |

Vedlegg 2: Forholdet til data som finnes i andre datakilder

Data fra nasjonale registre og mulighet for kobling til FHUS

FHUS bør være personidentifiserbare, slik at data kan kobles til nasjonale registre. Det må opplyses om planlagte koblinger i samtykkeerklæringen som følger undersøkelsen. Det er ønskelig at man skal kunne koble til sosiodemografiske registre i SSB med opplysninger om bl.a. arbeid, inntekt, utdanning, fødeland. En kobling til slike registre vil gi informasjon som imøtekommer «Krav om oversiktens innhold». Kobling til sosiodemografiske data vil gjøre det mulig å presentere resultater fra FHUS i grupper etter blant annet utdanning og inntekt uten å bruke plass og tid i spørreskjema eller intervju på dette. Slike registerkoblinger kan si noe om hvordan sykdom, symptomer eller påvirkningsfaktorer fordeler seg i ulike inntekts- eller utdanningsgrupper. Med en målsetting om utjevning av sosiale helseforskjeller, vil det være særlig viktig å vite noe om den sosiale fordelingen av påvirkningsfaktorer for helse, se også høringsnotat til forskrift kap. 9.2.2. Med dagens synkende svarprosent i ulike typer undersøkelser, blir det ofte satt inn ekstra ressurser for å øke svarprosenten og datakvaliteten, se også avsnittet nedenfor «Hvordan kan svarprosenten påvirkes?». Det er derfor god grunn til å utnytte innsamlede data til flere formål.

Noen av de sentrale helseregistrene, som for eksempel Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister, Reseptregisteret og Dødsårsaksregisteret brukes i dag aktivt inn i statistikk for Folkehelseprofiler (FHP), og mer data vil etter hvert kunne gjøres tilgjengelig på kommunenivå. Alle sentrale registre med personidentifikasjon kan i prinsippet kobles til FHUS uten at enkeltpersoner kan spores. Likevel vil det kunne være problemer knyttet til å samle mye sensitiv informasjon om enkeltpersoner ved å koble fra en rekke kilder. Det vil være en avveining om det er nødvendig eller viktig å be deltakerne om samtykke til å koble selve FHUS-dataene til sykdomsregistre, eller om det er tilstrekkelig å gjøre slike data tilgjengelige på kommunenivå i FHP.

Datainnhenting fra ulike kilder

I et framtidig system for datainnhenting kan FHUS bidra med informasjon som det er nødvendig å spørre folk om, og som ikke finnes i registre og andre datakilder. Man kan tenke seg et tredelt datainnhentingssystem, der FHUS og andre helseundersøkelser kan utgjøre én del, biologisk materiale en annen del, og kliniske data en tredje del. Både FHUS, biologiske og kliniske data vil da være utvalgsbasert. Registerdata kan komplettere FHUS og dermed bidra til gode og sammenlignbare data på kommune- og fylkesnivå.

Noen ganger kan det være nyttig å ha med spørsmål om faktorer som det finnes data om i andre kilder. Et eksempel på dette kan være støy. Vi kan få en oversikt over andel av befolkningen som er utsatt for trafikkstøy ved å bruke trafikktegnere og antall boliger som ligger nær trafikkerte veier. Ved bruk av et spørreskjema kan man få informasjon om hva slags type støy folk er utsatt for (støy fra veitrafikk, fly, nabo osv.) i tillegg til å få vite mer om hvem som er støyutsatt og om hvor plagsomt dette er. På samme måte kan Hoftebruddregisteret gi statistikk over hvor mange som har hatt hoftebrudd i en kommune eller et fylke, mens et spørreskjema kan gi informasjon om hvor mange som har smerter, plager eller nedsatt funksjon etter et hoftebrudd. Spørreskjema og registre/andre datakilder kan slik belyse to sider av samme sak.

Eksempler på **registre** som kan gi aggregerte data på fylkes- og kommunenivå:

- Reseptregisteret (brukes i folkehelseprofilene)
- Medisinsk fødselsregister
- Dødsårsaksregisteret
- Norsk pasientregister
- Kreftregisteret
- Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser
- Kvalitetsregistre, f.eks. Hoftebruddregisteret og Diabetesregisteret
- Meldingssystem for smittsomme sykdommer
- Forsvarets helseregister
- KOSTRA tall tannhelsen hos barn og unge i alderen 5, 12 og 18 år
- Vannverksregisteret

Datakilder som kan gi aggregerte data på fylkes- og kommunenivå

Eksempler på **andre datakilder** som kan gi aggregerte data på fylkes- og kommunenivå:

- Kontroll og utbetaling av helserefusjoner, KUHR
- Veitrafikkstøy
- Luftforurensning
- Register for matallergier
- Nedbrytingsstoffer fra alkohol, medikamenter og rusmidler i kloakk
- Veikantundersøkelser (individbasert) med analyse av ulike medikamenter og rusmidler

Data om helse og påvirkningsfaktorer fra andre undersøkelser

Tabellen nedenfor gir en oversikt over noen nyere norske undersøkelser med opplysninger om helse eller påvirkningsfaktorer for helse (gjennomført siden 2007).

I forhold til framtidige FHUS, vil særlig Levekårsundersøkelsen om helse (LKU) være aktuell som sammenligningsgrunnlag. Her finnes det data på nasjonalt nivå, og i prinsippet også på fylkesnivå, men utvalget er for lite til at fylkestall kan publiseres. Utkastet til spørreskjema som ble foreslått i Utredningsrapport 2010-2011 fra Kommunenes Sentralforbund: Fylkeskommunenes ansvar for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse, har brukt samme spørsmålsformuleringer som LKU det hvor det var mulig. På samme måte har vi i størst mulig grad brukt spørsmål fra LKU i arbeidet med å videreutvikle spørreskjemaet. Dette for å kunne sammenligne FHUS med nasjonale tall. Dette betyr samtidig en tilnærming til «European Health Interview Survey» (EHIS) siden LKU skal samkjøres med EHIS fra og med 2015. Vi har også vurdert HUNT, Tromsø og CONOR for sammenlignbare spørsmål med FHUS. HUNT og Tromsø leverer data inn til CONOR.

Vi har vurdert spørsmål fra flere av undersøkelsene som er nevnt i tabellen under.

Oversikt over noen undersøkelser som er gjennomført siden 2007

Navn på undersøkelsen	Ansvarlig institusjon	Metode for innsamling	Fysiske målinger	Bio-logisk materiale	Alder	Data på fylkesnivå	Periodisitet	Status-siste undersøkelse
HUNT Nord-Trøndelag	HUNT	Spørreskjema/ Fremmøte Buss/ faste lokaler	Høyde/vekt Liv/hoftevidde Blodtrykk	Blod	Voksne/ eldre	Fylkes-nivå Bare Nord-Trøndelag	Ca hvert 10. år	2008 Ny undersøkelse planlegges i 2017
Tromsø-undersøkelsen	Universitetet i Tromsø	Spørreskjema/ Fremmøte faste lokaler	Høyde/vekt Liv/hoftevidde Blodtrykk. + flere kliniske und.	Blod	Etter år 2000 ca. 30-90 år	Nei, bare Tromsø	Hvert 5.-6. år siden 1974	2007-08 Ny undersøkelse i 2015
Helse- og levekårsus. - Helse, omsorg og sosial kontakt	SSB	Besøks- /telefonintervju Postalt skjema			16+	Mulig med fylkesnivå, men krever større utvalg for tall etter alder og kjønn	Hvert 3.-4. år	2012
Reisevane-undersøkelsen/ m. tobakks-spørsmål	SSB/ HDir	Telefonintervju			16-79 år	Landsdel-Fylkestall ved å slå sammen flere år	Årlig/ kvartal	2012
Fysisk aktivitet blant voksne	HDir	Postalt spørreskjema (IPAQ)	Aktivitets-måler		18-65 år	Data trukket fra 129 kommuner, resultater gis for 5 landsdeler	Uregelmessig	2009
Livsløp, aldring og generasjon (LAG)	NOVA/ SSB	Spørreskjema/ intervju			40-79 år	Fire utvalgsområder, 24 kommuner og 6 bydeler i Oslo	Oppfølging hvert 5. år	2007-2008
Bruk av rusmidler i voksenalderen	SIRUS/SSB	Telefonintervju, spørreskjema om illegale rusmidler			15+	Nasjonalt representativ	Hvert 5. år	2012
Norgesprofilen (HEPRO) 2007, del av Eurohepro 2006-2007 Østfold helseprofil 2011-2012 en del av det inter-nasjonale prosjektet HEPROGRESS	Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, FHI	Spørreskjema			Norgesprofilen: 16-79 år Østfold helseprofil: 18-79 år	2007: 11 kommuner i ulike deler av landet. Østfold og Nordland fylker 2011-2012: Alle 18 kommuner i Østfold er med.	Norgesprofilen har blitt gjennomført i 2001 og 2007. Østfold helseprofil har blitt gjennomført i 1997, 2004, 2008 og 2012.	2007 2011-2012

Vedlegg 3: Utdypende informasjon om modell for gjennomføring

	Gjennomføring			
	Fylkeskommune	Sentral institusjon	Fordeler	Ulemper
Modell 1 Fylkeskommunal finansiering	Koordinerende rolle for egne FHUS i hvert enkelt fylke Gjennomføringen settes ut på anbud, og FK velger underkontraktører (U) for sin FHUS Arbeid med informasjonsstrategier	FHI har laget mal for gjennomføring av FHUS Ingen spesiell rolle i den praktiske gjennomføringen av FHUS, men kan gis ansvar for koordinering/etterarbeid.	Gunstig for å bygge opp/ beholde kompetanse lokalt En ferdig datafil analyseres videre lokalt/ regionalt Bidrar til å skape publisitet om undersøkelsen lokalt	Vanskelig å oppnå sammenlignbare resultater Mangler plan for nasjonalt representative data Usikkert hvor mange fylker som kan og vil gjennomføre en undersøkelse i løpet av f.eks. en treårsperiode. Data kan neppe brukes i FHP Hvert fylke må søke om godkjenning, avhengig av om data skal være anonyme eller ikke
Modell 2 Statlig og fylkeskommunal finansiering	Utlyser felles anbud i tråd med FHI-maler og velger én underkontraktør Koordinering i FK eller i KS? Finansierer tjenestene til datainnsamling Arbeid med informasjonsstrategier	FHI har laget mal for gjennomføring av FHUS FHI kan bidra i arbeidet med å lage anbud og evt. en felles søknad til Datatilsyn FHI får tilgang til innsamlede data (avtale med FK) HOD finansierer etterarbeidet i FHI (egenregi) slik at data bl.a. kan publiseres i Folkehelseprofiler	Sammenlignbare data mellom mange fylker i løpet av f.eks. 3 år Enklere å få til et nasjonalt utvalg enn med modell 1 Data kan sannsynligvis brukes i FHP En ferdig datafil overleveres fylkene for videre regionale analyser Mer engasjement lokalt ved at FK bidrar med egne penger Bidrar til å skape publisitet om undersøkelsen lokalt, noe som kan påvirke svarprosenten positivt	En del fylker kan velge å ikke gjennomføre undersøkelsen Problemer for FK med samordningen av en felles anbudsrunde og valg av én aktør?

<p>Modell 3</p> <p>Statlig finansiering</p>	<p>Inngår databehandleravtale med staten (HOD)</p> <p>Deltar i planleggingen av FHUS, inkludert spørreskjema via malene</p> <p>Ingen spesiell rolle i den praktiske gjennomføringen av FHUS. Får tilsendt ferdig bearbejdede data og datafil</p>	<p>HOD inngår databehandler-avtale med FK</p> <p>Koordinering og finansiering for alle FHUS</p> <p>Kan gjennomføre selv ved egenregi</p> <p>Kan sette datainnsamlingen ut på anbud</p> <p>Koordinering og etterarbeid i FHI</p>	<p>Sammenlignbare data mellom fylkene</p> <p>Alle fylker gjennomfører i løpet av f.eks. 3 år</p> <p>Sikrer et nasjonalt utvalg</p> <p>Data kan brukes i FHP</p> <p>Forenkler arbeidet med FHUS</p> <p>En ferdig datafil overleveres fylkene for videre regionale analyser</p>	<p>Mindre lokal kompetanseutvikling</p> <p>Ikke like lett å skape eierskap til FHUS lokalt</p>
--	--	---	---	--

Vedlegg 4: Folkehelseundersøkelser i andre skandinaviske land

Danmark: Den Nationale Sundhetsprofil

I Danmark er det gjennomført to store folkehelseundersøkelser i 2010 og 2013 i et samarbeid mellom de fem regionene, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. Undersøkelsene ble gjennomført i den voksne befolkningen 16 år og over, og omhandlet «sundhet og sygelighed», samt forhold av betydning for dette. Fokuset har vært på data som ikke er tilgjengelige i registre. Formålet i begge undersøkelsene har vært å beskrive forekomst, fordeling og utvikling av helsetilstand, helse relatert livskvalitet, helseatferd, sosiale relasjoner og legekontakter. Statens Institut for Folkesundhed utarbeider nasjonale helseprofiler og regionene utarbeider profiler for egne regioner og kommuner.

Det ble sendt ut et postalt spørreskjema med 54 felles kjernespmål. Hver region kunne i tillegg legge til egne spørsmål. Det var også mulig å besvare undersøkelsen på internett, og cirka 20 prosent valgte å gjøre det. Utvalget var begge år på rundt 300.000 personer brutto, inkludert både nasjonalt og regionale utvalg. Svarprosenten var 60 prosent i 2010 og 54 prosent i 2013. Statens Institut for Folkesundhed samlet inn til det nasjonale utvalget, og mottok også data fra regionene. Regionene sto selv for datainnsamlingen i egen region. Regionene utarbeidet analyser og rapporter for egen region og kommunene i regionen. Undersøkelsen ble også koblet til registerdata. Danmarks Statistik foretok vektning for (selektivt) frafall. Neste undersøkelse planlegges i 2017.

<http://www.danskernessundhed.dk/>

Sundhetsprofil fra Midtjylland 2013:

<http://www.cfk.rm.dk/projekter/befolkningsunders%c3%b8gelser/hvordan+har+du+det-c7->

Sverige: Folkhälsoenkäter

De svenske folkehelseundersøkelsene «Hälsa på lika villkor» har blitt gjennomført hvert år siden 2004 i hele befolkningen i alderen 16-84 år. Formålet med undersøkelsene er å følge med på helsetilstand og helseulikheter over tid, og bruke denne kunnskapen i det folkehelsepolitiske arbeidet.

Undersøkelsene gjennomføres av Statistiska centralbyrån (SCB) på oppdrag fra Folkhälsomyndigheten (før 1.1.2014: Statens folkhälsoinstitut). Den nasjonale delen av undersøkelsen består av 80-90 spørsmål, flere av dem med delspørsmål. Spørsmålene utarbeides av Folkhälsomyndigheten i samarbeid med SCB, og handler om helse, levevaner, økonomisk forhold, arbeidsforhold og om trygghet og sosiale relasjoner. Spørreskjemadata blir komplettert med registerdata.

Undersøkelsene blir gjennomført som en postal undersøkelse, der svarene skal sendes i retur i en vedlagt svarkonvolutt. Skjemaene leses maskinelt etterpå. Det er også mulig å svare elektronisk. I 2012 ble 20 prosent av svarene gitt som web-svar. Bruttoutvalget nasjonalt har vært 20.000 pr år, med en deltakelse på rundt 50 prosent. Det blir dessuten trukket tilleggsutvalg i landsting/regioner. Spørreskjemaet er på 75 spørsmål i 2014, og totalt utvalg nasjonalt og regionalt er på 150.000 personer i 2014.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/nationella-folkhalsoenkaten/>

www.fhi.no

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2016
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no