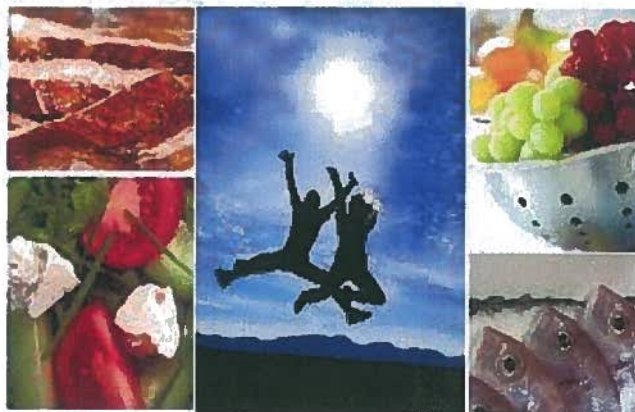




## FOLKEHELSEUTFORDRINGER I OPPDAL



## Innholdsfortegnelse

### Forord

<b>1. Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 Folkehelseloven og krav til kommunen.....	3
1.2. Definisjoner.....	4
1.3 . Kartleggingsverktøy.....	6
1.4. Sammendrag.....	7
<b>2. Kort om nasjonale folkehelseutfordringer</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Folkehelseutfordringer i Oppdal</b> .....	<b>13</b>
3.1 Befolkningen.....	14
3.2 Levekår.....	15
3.3 Levevaner.....	17
3.3.1 Psykisk helse.....	17
3.3.2 Fysisk aktivitet.....	19
3.3.3. Livsstilssykdommer.....	22
3.3.4. Overvekt.....	23
3.3.5. Kosthold.....	24
3.3.6. Røyking.....	25
3.3.7. Rus og Alkoholforbruk.....	25
3.3.8. Tannhelse .....	26
3.3.9. Miljø.....	26
3.3.9. Sykdom / smittevern.....	28
<b>4. Tiltak</b> .....	<b>30</b>
<b>5. Organisering og videre arbeid med folkehelse.</b> .....	<b>31</b>
<b>6. Strategier i folkehelsearbeidet</b> .....	<b>33</b>
<b>7. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid</b> .....	<b>34</b>
<b>8. Vedlegg: Folkehelseprofilen for Oppdal</b> .....	<b>35</b>

# Forord

Ny folkehelselov fra 01.01.12 gir kommunen krav om å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Oversikten skal inngå som grunnlag for drøfting av folkehelseutfordringene i kommunen, som skal munne ut i folkehelseiltak.

Med bakgrunn i dette opprettet rådmann ei arbeidsgruppe med et mandat til å kartlegge nåsituasjonen og status for folkehelsen, beskrive de viktigste utfordringene og tiltakene. Utredningen skal legges fram som et underlag til handlingsprogrammet .

**Arbeidsgruppen har bestått av:** *Arild Hoel(Enhetsleder i POFog leder i arbeidsgruppa ),Anne Kristin Loeng (enhetsleder i helse og familie), Ingrid Lien (organisasjonssjef), Monica Flor(fagansvarlig helse), Arne Opdahl(fastlege) og Vigdis I Thun(sp.sykepleier i folkehelse og sekretær i arbeidsgruppa)*

For å kunne kartlegge nåsituasjonen og folkehelsestatusen i kommunen har vi benyttet ulike kartleggingsverktøy (se kap. 3) samt involvert fagpersoner i kommunen. Vi har bedt fagpersoner kartlegge ulike indikatorer innenfor eget fagområde som har vært relevant i forbindelse med utredningen. Folkehelseprofilen for Oppdal er lagt til grunn, men for barn og unge har ungdomdata vært det viktigste kartleggingsverktøyet.

Fagpersoner har også deltatt i en ide`dugnad for å vurdere om de utfordringene vi ser stemmer med fagfolkene sine inntrykk. Ungdata er gjennomført ved ungdomsskolen og videregående skole og gir verdifulle opplysninger om ungdommers helse og levevaner. Vi har hatt en egen arbeidsgruppe(helsesøstre, rektorer, PPT, enhetsleder helse og familie, organisasjonssjef og folkehelsekoordinator), skolemiljøutvalg samt ungdomsrådet som har bearbeidet resultatene fra ungdomdata undersøkelsene. Deres uttalelser ligger til grunn for beskrivelsen av utfordringene og vurderingene i utredningen. Ungdatat skal gjentas om et par år og vi vil da se i hvilken retning levevaner og helse for ungdomsgruppa utvikler seg.

Folkehelseutfordringene som kommer fram i utredningen vil knyttes direkte inn mot samfunnsdelen i kommuneplanen. Folkehelse er en av tre suksessfaktorer inn mot utvikling av fokusområdet livskvalitet i kommuneplanen. Samfunnsdelen i kommuneplanen har hovedvekten på barn og unge og det er derfor naturlig at utredningen også har samme hovedfokus.

Denne utredningen er første steg i et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid skal være synlig i alle enheter, **helse i alt vi gjør**. Dette vil kreve at vi har oversikt og arbeider flerfaglig og tverretattlig både innen kommunen, med næringslivet, politikere og frivillige lag og organisasjoner. **Politisk engasjement og beslutninger vil være vesentlig for å få folkehelsearbeidet vellykket**

Folkehelse framholdes i mange sammenhenger som politikernes viktigste oppgave. Alt vi foretar oss har konsekvenser for folkehelsen. Det være seg skolepolitikk, kulturpolitikk, reguleringsplaner eller næringspolitikk. Det handler om hvordan vi legger forholdene tilrette for en utvikling som fremmer helse, som gjør at vi holder oss friske og en utvikling som gjør oss bedre i stand til å leve et godt liv.

# 1. Innledning

Regjeringens overordnede mål for folkehelsearbeidet i Norge er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Norge er et av verdens beste land å bo i. Vi har stort sett de materielle godene vi trenger for å leve det gode liv. Likevel trenger vi av og til noen til å dytte oss i riktig retning for å unngå skader og sykdommer. Samfunnet har forandret seg i rekordfart, og teknologien har overtatt mange av de oppgavene vi tidligere gjorde med muskelkraft. Kommunikasjon mellom mennesker foregår på en helt annen måte, og vi "snakker" mer på nett enn ansikt til ansikt.

Det er store forskjeller i levevaner og helsetilstand i befolkningen. Helse påvirkes av mange faktorer som ligger utenfor helsesektoren, for eksempel utdanning, økonomi, bo forhold, støy, luftforurensning, arbeid og arbeidsmiljø, skolemiljø. Dette krever at vi har et flerfaglig, tverrsektorielt samarbeid.

Det helsefremmende, befolkningsrettede og primærforebyggende arbeidet i kommunen ligger altså i hovedsak til andre etater enn helsesektoren. **Dette vil kreve at man øker kunnskapen om folkehelse i hele kommunen og hos politikerne.** Det må skje en holdningsendring og vi skal fra nå tenke "helse i alt vi gjør" når vi prioriterer og planlegger arbeidet. **Utjevning av sosiale helseforskjeller bør ligge som et grunnlag for alle helsefremmende og forebyggende tiltak som blir gjennomført.**

Helsesektoren som har hatt hovedfokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i mange år skal fortsette med dette, men skal nå samarbeide tverretattlig og flerfaglig med etater som kanskje ikke har samme tradisjon for å tenke helsefremmende og forebyggende. Her må vi bygge opp gode strukturer i Oppdal, slik at slikt samarbeid blir naturlig, systematisk og forpliktende.

God helse betyr mye samfunnsøkonomisk. Ved å legge til rette for helsefremmende aktiviteter på et tidlig tidspunkt kan vi spare millioner av kroner på lang sikt. En ungdom som dropper ut av skolen og blir gående på trygd resten av livet, koster samfunnet gjennomsnittlig 12 - 13 millioner. Med relativt små summer ønsker man å legge tilrette slik at flest mulig kan ha en mulighet til å fullføre videregående skole eller få et annet tilbud.

## ***1.1. Folkehelseloven og krav til kommunen.***

Utredningen som følger bygger på den nye folkehelseloven fra 01.01.12. Den nye folkehelseloven har som mål og bidra til en **samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller.**

Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykiske og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Den nye loven inneholder fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. ***Utjevne sosiale helseforskjeller, helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre-var prinsippet og medvirkning.***

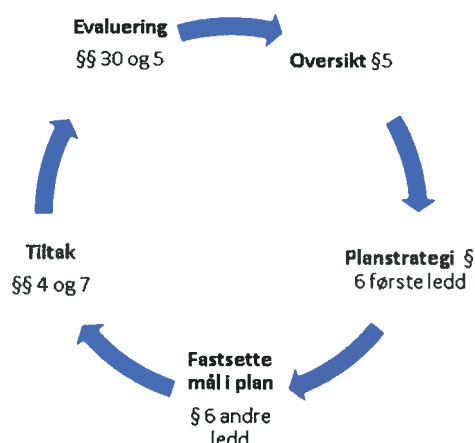
Helsehensyn skal integreres i alle sektorer i kommunen. Det blir også viktig å tenke på å utjevne sosiale helseforskjeller i det vi gjør uten at gjennomsnittshelsen eller helsen til høyere sosiøkonomiske grupper blir dårligere.

En bred samfunnsmessig tilnærming innebærer at det tas hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer i tråd med prinsippet om "helse i alt vi gjør".

Folkehelsearbeidet må ses i et langsiktig perspektiv og det er vesentlig at det ikke bare er tiltak med umiddelbar virkning eller virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen langt fram i tid jfr. bærekraftprinsippet i folkehelsearbeidet.

Kommunens krav til det systematiske folkehelsearbeidet er bygget opp som en **styringssirkel**, tilpasset plan- og bygningsloven. Denne sirkelen følger kommunens plansyklus på 4 år og skal rulleres minst hvert 4 år i forbindelse med planstrategiarbeidet. I tillegg skal det foregå et kontinuerlig oversiktsarbeid.

#### Styringssirkelen i det systematiske folkehelsearbeidet:



Folkehelseloven § 6 legger til grunn at oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1. Når folkehelseutfordringene er identifisert, skal man vurdere hvilke konsekvenser dette har for folkehelsen og årsaksforholdene rundt utfordringene. Videre skal kommunen etter § 6 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor. Det skal så settes inn nødvendige, effektive tiltak basert på kjente nasjonale normer og standarder.

## 1.2. Definisjoner

### **Folkehelse:**

*Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.*

### **Folkehelsearbeid:**

*Samfunnets innstatts for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykiske og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.*

### **Forebyggende arbeid:**

*Alt som gjøres for å skape gode, trygge lokalsamfunn som retter seg mot å snu, begrense, stanse en negativ utvikling. Forebygging handler både om å støtte opp under en positiv utvikling uten at det er identifisert noe problem, men også stanse en negativ utvikling med et identifisert problem.*

**Primærforebygging** retter seg mot alle for å hindre at problemer eller en negativ utvikling oppstår. Dette kan for eksempel være MOT(program for ungdom til å mestre og ha mot til å si egen mening) , FRI (program mot røyking i ungdomsskolen), frukt ordning på skoler, FYSAK i skolen(fysisk aktivitet i skolen ), SPRÆK(aksjon aktiv skolevei og arbeidsvei i Oppdal), jenter og gutter i fokus( informasjon om kost, fysisk aktivitet og psykisk helse for 7 og 8 klasse i Oppdal), gang og sykkelveier, sosiale møteplasser, gode lekeareal i boligfelt, gratis aktiviteter for barn og unge, trafiksikre skoleveier, oppmerkede stier og løyper, godt utviklede skolegårder osv.

**Sekundærforebygging** er arbeid som rettes mot grupper der det allerede har oppstått et problem/utfordring/symptom og hvor tiltaket går på å begrense eller stoppe utviklingen. Dette er for eksempel tiltak til barn som har foreldre med psykiske sykdommer eller er alkoholikere, KID kurs(mestringskurs for personer med angst/depresjon)frisklivssentral (for personer med behov for livsstilsendring når det gjelder kost, fysisk aktivitet, røyking m.m), røykfrikurs m.m.

**Tertiærforebygging** er tiltak som retter seg mot enkeltindivider eller grupper der problemer, sykdom eller negativ utvikling har oppstått. Målet er ofte å begrense, stabilisere og motvirke forverring eller videre utvikling av sykdom, plager eller problemer f.eks. mestringsgrupper i forhold til kreft, diabetes, KOLS. Treningsgrupper etter hjerneslag.

### **Helsefremming:**

*Er prosessen med å bidra til at mennesker øker kontroll over, og bedrer helse si og dermed gjøres i stand til å leve et aktivt og produktivt liv med god livskvalitet (Ottawa Charter for helth promotion 1986)*

### **Positive og negative påvirkningsfaktorer:**

Påvirkningsfaktorer - positive eller negative - omfatter et bredt sett av faktorer som påvirker helse vår, feks, overordnede samfunnsstrukturer, levekår som oppvekstforhold, fattigdom/inntektsforhold, utdanning og miljøforhold i skole, arbeid og arbeidsmiljø, boligforhold, levevaner som røyking, ernæring, fysisk aktivitet, alkoholvaner, annen rusmiddelbruk, tilgang på sosiale møteplasser eller gode nærområder, risikoområder for ulykker, støyforhold, forurensningssituasjon, fritid, lag og organisasjoner, kulturtilbud.

### **1.3. Kartleggingsverktøy**

Utredningen er basert på opplysninger fra statlige helsemyndigheter og kartlegging i egen kommune. Under følger ei liste over det som er benyttet av kartleggingsverktøy.

#### ***Folkehelseprofilen for Oppdal***

Kunnskapsverktøy utviklet av folkehelseinstituttet for hver kommune. Denne vil revideres og komme ut hvert år. Den er ikke ferdig utviklet og mangler svar på noen indikatorer, men gir et oversiktsbilde for kommunen. Inneholder indikatorer på befolkning, levekår, miljø, skole, helse og sykdom.

#### ***Nøkkeltall for helsesektoren***

Årlig rapport fra helsedirektoratet om status og utviklingstrekk i helsesektoren inkludert folkehelse.

#### ***HUNT, helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag***

Gjennomført i HUNT 1(1984 - 86), HUNT 2 (1995 - 1997) og HUNT 3 ( 2006 - 2008) Måleindikatorer er somatisk helse, levevaner, psykisk helse, livskvalitet, sosiale forhold og har egne ung HUNT undersøkelse. Utviklinga i Nord - Trøndelag og i Norge generelt følger hverandre tett.

#### ***Barnevekststudiet***

Studiet er et samarbeid mellom helsedirektoratet, folkehelseinstituttet og kommuner for å overvåke vekstutvikling blant 3 klassinger. Undersøkelsen startet i 2008 og fortsetter annen hvert år framover.

#### ***Ungdata for Oppdal***

Undersøkelse gjennomført i ungdomsskolen og ved videregående skole i Oppdal høsten 2011. Undersøkelsen har en svarprosent på 71 % på ungdomsskolen og 75% ved OVS. Det er svart på spørsmål om familien, skole, fysisk og psykisk helse, mobbing, fritid, organisasjoner, tobakk og rus, ulovlige aktiviteter. Undersøkelsen vil bli gjentatt om et par år.

#### ***Spørreundersøkelse om lunsjvaner ved ungdomsskolen i 2011***

Gjennomført av miljørettet helsevern våren 2011.

#### ***Kartlegging av helsetilstanden hos 75 - åringer i Oppdal***

Prosjekt i hjemmetjenestene i 2011/2012

#### ***Tilstandsrapport i Oppdalsskolene***

Årlig rapport om status i skolene i Oppdal. Måleindikatorer som går på bl.a. læringsmiljø (mobbing, trivsel, mestring, motivasjon osv)

#### ***Kartlegging av ulike indikatorer hos faggrupper i Oppdal kommune***

Det er her utviklet spørsmål/måleindikatorer til alle fagansvarlige i helse, NAV, alle fysioterapeuter, leger, skoler og barnehager, kreftsykepleier, fagansvarlig kultur, miljørettet helsevern, kommunelegen.

## 1.4. Sammendrag

Ny folkehelselov fra 01.01.12 stiller krav om at kommunen nå må ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Med bakgrunn i dette opprettet rådmann ei arbeidsgruppe med et mandat om å kartlegge nåsituasjonen og status for folkehelsen. Utredningen legges fram som et underlag til handlingsprogrammet.

Bakgrunnen for folkehelseutfordringene som her presenteres er basert på ulike kartlegginger som er gjennomført i Oppdal kommune, samt folkehelseprofilen for Oppdal.(se kap 1.3 om kartleggingsverktøy)

Tiltakene inn mot utfordringene gjenspeiles i kommunenes overordnede målkart og de enhetsvise målkartene.

Utredningen viser i hovedtrekk de negative påvirkningsfaktorene i Oppdal og kartlegger hvor vi skal legge hovedtrykket. De positive påvirkningsfaktorer som er knyttet til utfordringene er ikke utredet godt nok.

Under følger et sammendrag av hovedutfordringene i Oppdal:

- **Øke den fysiske aktivitet hos hele befolkningen spesielt hos barn og unge.** Dette med bakgrunn i ungdatabase for Oppdal som har vist at 30 % av ungdommene er fysisk inaktive. Vi kan også se at 30 % av ungdommene ikke er fornøyd med helsa si, noe vi antar hører sammen med at de er i dårlig fysisk form og ikke er fornøyd med det. Kartlegging viser en tredobbling av henvisninger til med.rehab av motorisk usikre barn fra 2009 til i dag, hvor halvparten handler om forsinket utvikling som kan ha sammenheng med mindre fysisk stimulering. Det er en økning i henvisninger fra ungdom i Oppdal under 19 år til fysioterapeuter iløpet av de siste årene, som også kan handle om mer databruk og mindre fysisk aktivitet. Aktivitetsstøtten til frivillige lag og organisasjoner i Oppdal har gått litt ned de siste årene. Fastlegene ser en klar tendens og har anslått at ca 40 % av konsultasjonene har en livsstilsrelatert plage/sykdom som handler om overvekt, inaktivitet eller røyking.Vi ser også at muskel –og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær i Oppdal, og at denne har gradvis økt de siste årene. Her vet vi at fysisk aktivitet er både forebyggende, lindrende og behandlende.

Forskning viser også at fysisk aktivitet gir samfunnsøkonomiske fordeler og at de som er fysisk aktivt lever lengre og er friskere enn de som er inaktive. **For å kunne bedre folkehelsen er det avgjørende å kunne øke den fysiske aktiviteten hos hele befolkningen.**

- **Økning av livsstilssykdommer/plager.** Fastlegene ser en tendens og anslår at ca 40 % av konsultasjonene er livsstilsrelaterte. Spesialisthelsetjenesten har ikke mulighet til å behandle og veilede alle som har livsstilsrelaterte plager og sykdommer. Leger som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten for livsstilsrelaterte plager blir henvist til å benytte Frisklivssentral i egen kommune. Kommunen mangler tilbud til denne gruppa, en frisklivssentral som er et anbefalt tiltak fra helsedirektoratet.



- **Psykisk helse hos barn og unge.** Tilstandsrapporten for Oppdalsskolene viser at det er en økning i antall som føler seg mobbet på ungdomsskolen. Ca 18 % av ungdommene føler seg trist, lei seg og deprimert. Hos barn under 13 år er det økning i samspillsproblemer i familien og grensesetting, samt at stadig flere føler at de ikke mestrer skolehverdagen. Helsesøstrene merker en økning av henvendelser der stadig yngre barn tar kontakt.
- **Redusere alkoholbruk hos voksne og ungdommer.** Ungdata viser at ungdom i Oppdal ligger litt over gjennomsnittet i å drikke seg synlig beruset og at elevene ved OVS drikker ofte. Alkoholbruk henger også sammen med voldsbruk, ulykker, skader, sosiale og psykiske problemer. Det blir viktig og reduserer alkoholkonsumet generelt i befolkningen samtidig som man fokuserer på å utsette debutalderen for alkoholforbruk.
- **Kosthold hos barn og unge.** Vi ser ut ifra kartlegging at det er klar tendens i at kostholdsvanene endrer seg til det dårligere med **alderen** og at det er **kjønnforskjeller**. Gutter ved ungdomsskolen kjøper mer på godteri på Butikk/bensinstasjon i lunsjen og drikker mye mer brus/cola enn jentene. Det er flere jenter enn gutter som spiser frokost, og det er flere som spiser frokost i 8 klasse mot 10 klasse. Kun ca 20 % av elevene ved OVS spiser frukt og grønnsaker daglig mot ca 30 % ved ungdomsskolen. Dette er lavt når man sammenstiller det med Helsedirektoratets anbefalinger om "5 om dagen".
- **Overvekt hos barn og unge.** Helsestasjonen har kartlagt en økning i overvekt hos 2 klasse elever på 4 % fra 2006 til 2011. I 2011 var 19 % av 2 klassingene overvektige. Dette stemmer med resultatene fra barnevekststudiet og resten av landet. Overvekt hos barn er komplekst og handler mye om samspillsproblematikk og grensesetting.
- **Flere med kroniske sykdommer og et hjelpebehov.** Eldre vil helt klart være en ressurs framover, men en del vil også få kroniske sykdommer og et hjelpebehov. Det er viktig å arbeide helsefremmende og forebyggende inn mot denne aldersgruppa slik at man legger forholdene tilrette slik at de kan klare seg selv lengst mulig. Informasjon og økt kunnskap gjennom **helsestasjon for eldre** er et tiltak. Det blir også viktig å legge forholdene tilrette slik at de eldre kan få fungere som en ressurs i bl.a. frivillig arbeid.
- **Husstander med radonforekomster over tiltaksnivå.** Statens strålevern har senket tiltaksgrensa for radon fra 200 bq/m<sup>3</sup> til 100Bq/m<sup>3</sup>. Dette gjør at flere husstander kommer inn under tiltaksgrensa enn før. Det bør gjennomføres utvidet kartlegging i risikoområdene.
- **Reduksjon av antall personer i risikogrupper som tar Influensavaksine.** Viktig å øke innsatsen for å få flere vaksinert for å unngå at personer i risikogrupper blir syke. Dette vil gi færre henvisninger og innleggelser til spesialisthelsetjenesten. Sykdom hos personer i risikogrupper vil også forringe livskvaliteten hos disse over lang tid.
- **Sosiale helseforskjeller.** Ulikheter i levekår gir ulikheter i helse. Ulikhetene følger en gradient gjennom hele befolkningen: Jo høyere sosioøkonomisk status, jo bedre helse. Mye av helseforskjellene ligger i arbeid og utdanning. Det er derfor viktig å videreføre det gode arbeidet som gjøres ved Oppdal videregående skole, samt arbeide med forebyggende tiltak

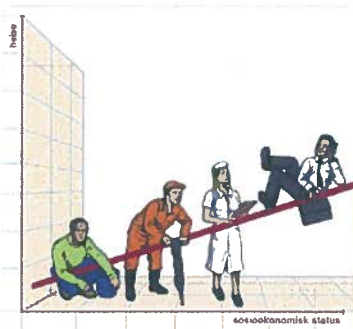
mot dette helt ned i barnehage, barne- og ungdomsskolen. Det blir viktig å videreføre arbeidet med å få flest mulig inkludert i arbeidslivet i Oppdal.

I denne utredningen er det beskrevet et forslag om videre arbeid. (kap 4) Det blir viktig å videreutvikle den **flerfaglige folkehelsegruppa** som har fungert i mange år, og at den blir **politisk forankret er avgjørende**. For å kunne arbeide holdningsskapende, opplysende, veiledende og utviklende i samhandling med alle enhetene, frivillige lag og organisasjoner, næringslivet og politikere i kommunen, er det viktig å ha ei folkehelsegruppe med deltakelse fra alle nevnte instanser.

Videre vil en handlingsplan om folkehelse være et godt verktøy for å kunne utvikle gode tiltak som er basert på helsedirektoratets standarder og normer for hva som er effektive tiltak. Den vil også utrede nærmere de positive påvirkningsfaktorer med mål og strategier på hvordan man kan utvikle dem. (se kap. 4 )

## 2. Kort om Nasjonale utfordringer innen folkehelse

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Men helsegevinsten har vært størst for dem som allerede hadde den beste helsen - de med lang utdanning, god inntekt og som lever i parforhold. Derfor har forskjellene i helse økt, særlig de siste ti årene. Vi ser også at dødeligheten har gått ned og at dødeligheten synker mer hos ikke-fattige enn hos fattige. Vi ser at levevaner påvirkes bl.a. av levekår, etnisitet og sosioøkonomisk status. Levekår som oppvekstforhold, bomiljø, utdanning, inntekt påvirker levevanene. Både ved vekt, fysisk aktivitet, utdanning, kostholdsvaner, røyking og alkoholvaner ser vi markante forskjeller i forhold til sosioøkonomisk status. Eksempelvis ser man at ca 40 % av de med kun grunnskoleutdanning er dagligrøykere mot ca 10 % av de med høyskoleutdanning. Mye helseatferd er knyttet opp til utdanning. Menn med kun grunnskoleutdanning har en forventet levealder på 74,5 år (80,6 Kvinner), mens menn med universitets- og høyskoleutdanning kan forvente å bli 81,8 år. (85,8 Kvinner) Det ligger derfor mye helse i å øke innsatsen for å få flere til å fullføre videregående skole og flere i arbeid. **Tydeligere sosiale helseforskjeller er en stor folkehelseutfordring.**



Norske barn og unge har gjennomgående god helse, men man ser likevel helseforskjeller hos barn og unge og at de er knyttet til foreldrenes inntekt, utdanning og sivile status. Vi ser altså klare sammenhenger mellom levevanene og sosioøkonomisk status hos voksne og at dette gjenspeiler seg hos barna deres. Forskning viser at barn med foreldre med lav utdanning og inntekt er mindre fysisk aktiv, drikker mer brus, er mer overvektig osv.

Nesten 10 prosent av befolkningen lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Blant kvinner på 65 år og over, havner 21 prosent under lavinntektsgrensen.

Vi ser en veldig positiv utvikling i forhold til røyking. **Færre røyker både blant voksne og unge.** Blant unge ble røykingen halvert fra 2005 til 2010. 19 % av den voksne befolkningen og 12 % av ungdom røyker.

Hjerte/kar sykdommer har gått ned, noe som handler om flere faktorer, nedgang i røyking, bedre kosthold, bedre behandlingsmetoder og medisin.

Det store utfordringsbildet nasjonalt sett er at sykdomsutviklingen i økende grad har blitt knyttet opp til levevaner som påvirker risiko for sykdom som feks. hjerte-/karsykdom, kreft, diabetes, KOLS og rusavhengighet. En stadig større del av sykdomsbyrden er kronisk og av sammensatte lidelser. Selv om det settes inn effektive tiltak for å redusere dagens helseutfordringer vil denne utviklingen fortsette. Først og fremst fordi befolkningen blir eldre, men også fordi medisinske fremskritt gjør at flere overlever med sykdom som de tidligere ville dø av og fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt.

**Livsstilssykdommene** vil øke på i årene framover. Beregninger viser at KOLS innen 2020 vil være den tredje viktigste dødsårsaken. Vi har iløpet av de siste 10 årene fått en tredobling av forekomsten av diabetes type 2 og det er stadig yngre som får sykdommen. Pga økt risiko for hjerte og karsykdommer hos diabetikere vil mange ha reduserte leveutsikter. Dødeligheten av visse typer hjertesykdommer er dobbelt så høy hos de som har diabetes som de som ikke har det.

**Overvekt.** Vi har nå en dobling av fedme i Norge de siste 20 årene. Vi ser at mye av årsaken er lite fysisk aktivitet og dårlig kosthold. Det som er bekymringsfullt er at vi følger hakk i hæl med USA og andre land, men ingen land har gode erfaringer med å snu trenden. Vi har en økning i overvektige menn fra 50 % (HUNT 1) - 75 % (HUNT 3), og en økning hos kvinner fra 43 % (HUNT 1) - 61% (HUNT 3). Det er spesielt stor økning blant menn, samtidig som gruppa med fedme øker.

Fedme utgjør også et alvorlig helseproblem i barne- og ungdomsalder, både når det gjelder fysiske og psykiske plager. Ung HUNT viser at **20 %** av jentene i u. skolen og **25 %** i vg.skole er overvektig/fedme og **22%** av guttene i u.skolen og **27%** i vg. skole er overvektig/fedme.

Fra 2008 til 2010 økte andelen tredjeklassinger med overvekt og fedme fra **16 til 19 %** (barnevekststudien)

Risikoen for at overvektige barn skal ta dette med seg inn i voksenlivet, øker med barnas alder. Blant 10 til 14-åring er det **80 %** sjanse for å bli overvektig som voksen. Barn av foreldre som er overvektig har **80 %** sjanse til å bli overvektig selv.

**Fysisk aktivitet.** Vårt velstandssamfunn har ført til at aktivitetsnivået har sunket for hele befolkningen. Vi har mye mer stillesittende jobber, teknologien har utviklet mange hjelpemidler som gjør at vi sitter mer i ro på fritiden og datateknologien er blitt en "tids tyv" som gir konkurranse til fysisk aktivitet for både store og små. **Spesielt urovekkende er det at aktivitetsnivået hos 9 åringer har sunket.** De skal ennå være i lek og det er bekymringsfullt. HUNT undersøkelser viser også at aktivitetsnivået synker drastisk fra 9 års alderen (ca 70 %) til 15 års alderen (45%). Kun 45 % av jentene på 15 år er i bevegelse opp til anbefalt nivå. Vi ser at det synker ytterligere til videregående skole. Vi vet også at 15 åringer gjennomsnittelig bruker 40 timer til stillesitting ved data o.l. pr uke, og dette i tillegg til at de skal sitte på skolen. **Sammenlignet med aldersgruppen 65–85 år bruker 15-åringene en større del av dagen til stillesitting.**

*Kun 20 % av den voksne befolkningen er fysiske aktive opp til anbefalt nivå som er 30 min.pr. dag.*

*Kun 45 % av jentene på 15 år er fysisk aktive opp til anbefalt nivå på 60 min. pr. dag*

*Aktivitetsnivået for 9 åringer er sunket, spesielt for jenter.*

*Betydelig økning av overvekt i nesten alle aldersgrupper. Flere menn enn kvinner med fedme.*

Velferdsgevinst av fysisk aktivitet er leveår og livskvalitet. **De som er fysisk aktive, lever lengre og er mindre syke enn de som er lite fysisk aktive.** I et livsløpsperspektiv kan **man spare 8 kvalitetsjusterte leveår** ved å øke aktivitetsnivået fra inaktiv til aktiv. Den potensielle velferdsgevinsten for en person som er 65 år og som øker sitt fysiske aktivitetsnivå fra inaktiv til aktiv, vil være 3,5 leveår. Det viser at det er ikke for seint å bli fysisk aktiv og at det er viktig i alle aldersgrupper.

Hvis en million nordmenn øker det fysiske aktivitetsnivået med 10-15 minutters gange i moderat tempo, vil den potensielle velferdsgevinsten i et livsløpsperspektiv være 50 000 kvalitetsjusterte leveår. **Et kvalitetsjustert leveår verdisettes til 500 000 kroner!** Velferdsgevinsten består i flere friske leveår uten økning i helse- og omsorgsutgiftene. Dette gir mulighet for flere år i produktivt arbeid. Den potensielle produksjonsgevinsten kommer i tillegg til velferdsgevinsten. Verdien av flere friske leveår er større enn kostnaden ved pensjon.

Vi ser at hverdagsaktivitetene har delvis forsvunnet, dette er nok en av hovedårsakene til at vi er mindre fysisk aktive. Vi kjører mye mer bil enn før. Ca 60 % av alle 1 klassinger blir kjørt til skolen. Ca 30 % av elevene som har 500m – 1 km skolevei blir kjørt av foreldrene og **over halvparten av all forflytning under 1 km gjøres med bil.**

**Psykiske plager og lidelser** kan føre til redusert funksjonsevne i hjem og skole/arbeid og tap av livskvalitet. Nærmere 50 % av befolkningen får en psykisk lidelse/problemer i løpet av livet. 20 - 30 % har hatt en slik lidelse/problem det siste året. Det er en klar sammenheng mellom mobbing og psykiske plager. WHO fastslår at 44 % av samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser skyldes **depresjon**. Dette har store samfunnsmessige konsekvenser bl.a. **fordi depresjon oppstår i ung alder, rammer mange og fører ofte til langtidssykefravær.**

**Muskel -og skjelettplager** er utbredt og utgjør også et relativt stort helseproblem, særlig blant kvinner. Dette er plager og lidelser som ofte er kroniske og nesten **halvparten av sykefraværet** og en tredjedel av antallet uføretrygdede er knyttet til denne diagnosegruppen. **For nær alle grupper og tilstander av muskel- og skjelettplager ser fysisk aktivitet ut til å kunne forebygge, utsette eller lindre plagene.**

**Alkohol og rusmidler.** Alkohol er en av **de vanlige årsakene til uførhet, sykdom og død.** Kvinner har økt sitt forbruk mer enn menn. Selv om norske ungdommer ikke drikker så ofte som ungdom ellers i Europa, så drikker de seg oftere fullere, noe som øker risikoen for uønskede hendelser som vold, ulykker og skader.

**Ernæring.** De siste årene har det vært en bedring med tanke på kostholdet. Forbruket av frukt og grønnsaker har økt ca 30 %, men er fortsatt for lavt i forhold til det som er anbefalt. Sukkerforbruket har minsket med 30 %. Forbruket på kjøtt har gått opp 40 % og kostens innhold av salt er dobbelt så høy som anbefalt.

### 3. Folkehelseutfordringer i Oppdal

Vi bor i et av verdens rikeste land og Oppdal er ei bygd som har mange positive påvirkningsfaktorer på helse. Mye tyder på at vi har det bra i Oppdal. Det kan vi bl.a. se gjennom **innbyggerundersøkelsen** som ble gjennomført i 2011, hvor 303 personer over 18 år deltok. Ut ifra tallene er innbyggerne veldig fornøyd med det meste. Her er det tre hovedområder, **kommunens omdømme som tjenesteleverandør, som bosted og tillit til at lokaldemokratiet fungerer**. Resultatene viser full skår på både feks. skole, barnehage, hjemmetjeneste, fritidstilbud til ungdom, kultur, trygg kommune å bo i.

Ungdata fra Oppdal, 2011 viser at de aller fleste trives godt på skolen(95,4 % u. skolen /97,7 % ovs). **De aller fleste har et tett, nært og tillitsfullt forhold til foreldra sine.(over 95 %). Mange er fornøyd med foreldra sine (77,8 % u.skolen og 85 % ovs) og mange er fornøyd med vennene sine (86,2 % u. skolen og 87,7 % ovs).** De aller fleste har en venn de kan stole på. De aller fleste ungdommene ser også lyst på fremtiden.

Folkehelseprofilen for Oppdal gir et godt bilde av Oppdal. Vi er målt på indikatorer i befolkningen, om levekår, miljø, skole, helse og sykdom. Alle data er ikke med og det er litt mer usikkert med kommuner under 10 000 innbyggere, men det som er kommet fram viser at vi i hovedtrekk følger landsgjennomsnittet.

Dette indikerer at vi har gjennomført og gjør mye forebyggende og helsefremmende arbeid og at mange har et bevisst forhold til dette allerede.

**Selv om vi nå ser at mye er bra i Oppdal og har mange positive påvirkningsfaktorer som kan videreutvikles har vi folkehelseutfordringer på lik linje med andre kommuner.** Vi vet at ikke alle har samme forutsetning for å opprettholde god helse og livskvalitet og gjennom kartlegging ser vi at vi har grupper som er utsatt for å få eller har dårligere helse også i Oppdal. Oppdal har også utfordringer på lik linje med hele nasjonen i forhold til sosial ulikhet i helse.

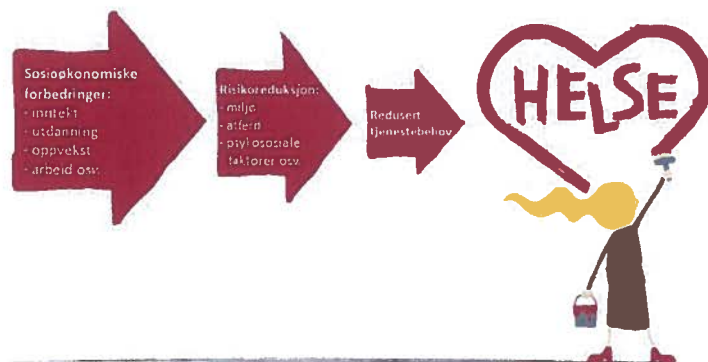
*Mye tyder på at vi har det bra i Oppdal*

*Innbyggerundersøkelsen viser at innbyggerne er fornøyd med kommunens omdømme, som tjenesteleverandør, som bosted og har tillit til at lokaldemokratiet fungerer.*

*Folkehelseprofilen for Oppdal viser at vi ligger rundt landsgjennomsnittet på de indikatorer vi er målt på.*

*Ungdata viser at ungdommene ser lyst på fremtiden og at de aller fleste har et nært og tillitsfullt forhold til foreldrene sine.*

*De aller fleste har også en venn.*



Sosioøkonomiske forbedringer vil gi reduserte tjenestebehov og bedre folkehelse (figur 3)

I utvikling av tiltak bør kunnskap om utjevning av sosiale ulikhet i helse ligge til grunn.

Under følger kartlegging gjennomført fra fagfolk i helsesektoren i Oppdal, undersøkelser gjennomført i Oppdal, folkehelseprofilen for Oppdal. Kartleggingen gir oss en oversikt over folkehelseutfordringer i Oppdal som sammenstilles med data fra nasjonale undersøkelser om samme tema.

### 3.1. Befolkningen

**Økende antall eldre.** Vi har i Oppdal 1217 personer over 67 år. Folkehelseprofilen viser at Oppdal har en høyere andel over 80 år enn landsgjennomsnittet (**367 personer**). Om 40 år vil vi ha dobbelt så mange eldre som nå. I dag er det om lag 5 yrkesaktive per alderspensjonist, om 30 år vil det være rundt 2,5. Dette innebærer at vi er nødt til å tenke helsefremmende og forebyggende inn mot denne gruppa og da spesielt fra de blir pensjonister og oppover. Dette er ei stor ressursgruppe, men vi ser også ei økende gruppe som trenger hjelp og færre hender som kan hjelpe. Mange av disse vil få kroniske sykdommer, men det betyr ikke at de trenger å ha dårlig livskvalitet for det. Det å mestre sykdommer og lære seg å leve med den vil bli vesentlig. De fleste eldre vil ha nytte av veiledning, informasjon og bistand til å mestre situasjonen for å kunne ha så god livskvalitet som mulig for å være selvhjulpen.

*Vi vet at ikke alle har samme forutsetning for å opprettholde god helse og livskvalitet. Gjennom kartlegging i helsesektoren ser vi at vi har grupper som er utsatt for å få eller har dårligere helse også i Oppdal.*

Hjemmetjenestene har hatt et prosjekt i 2011/2012 hvor de har kartlagt helsa til 45 av 50 personer på 75 år. Det viser seg at alle i denne gruppa klarer seg uten hjelp fra hjemmetjenesten og mange er ressurssterke og spreke. De fleste er aktive på fritiden med ulike hobbyer og trimmer eller rører seg jevnlig. Alle har et nettverk og ingen føler seg ensom. De ønsker å være mest mulig selvstendige i fremtiden og ønsker veiledning, informasjon om det å bli gammel, en "helsestasjon" for eldre. En del er utrygg på sin egen helsesituasjon og mange etterlyser en helsestasjon for eldre som kan gi opplysning om det å bli eldre, rettigheter man har, helseopplysning, sosial møteplass, trimgruppe m.m.

Vi vil også ha mange friske og ressurssterke "unge" eldre, som blir en viktig ressurs inn mot frivillig arbeid. Frivillig arbeid er en positiv påvirkningsfaktor i seg selv. Det å drive frivillig arbeid bidrar til sosial samhørighet, øker selvtilliten, man blir betydningsfull, øker det sosiale nettverket m.m.

Fra 2008 til i dag er det kommet 43 voksne flyktninger og 15 barn. Målsettingen for 2012 er å bosette 15 nye flyktninger. Totalt har vi 5,8 % som er innvandrerbefolkning. Dette er under landsgjennomsnittet og gjennomsnittet i fylket. Vi vet at flyktninger har en annen helsestatus enn nordmenn og er ei gruppe vi må vurdere nærmere med tanke på sosiale helseforskjeller. Språklige og kulturelle utfordringer gjør at det kan være vanskelig å komme inn i det sosiale liv, spesielt for voksne og ungdom. Barna klarer seg ofte bedre da de lærer språket raskere og får en naturlig sosial arena på skole og barnehage. Den vestlige velstandsverden er ikke alltid like enkel å forholde seg til for denne gruppen. Nye levevaner som ikke er så sunne er utfordringer. Gjennom kartlegging i flyktningetjenesten kom det fram at det er et stort behov for informasjon og veiledning i forhold til bl.a. levevaner som ernæring og fysisk aktivitet. Aktiviteter som koster penger blir ofte ikke prioritert i denne gruppa og dette går ofte utover barna. Det arbeides godt med integrering og det er viktig å tenke tiltak som utjevner sosiale helseforskjeller. Her vil både en familiesentral og en frisklivssentral kunne virke positivt inn, men også tiltak som utjevner sosiale helseforskjeller, bl.a. å få de inkludert i arbeidslivet.

I Oppdal er det 1695 barn og unge under 19 år. **Dette er gruppa som skal ha hovedfokus i folkehelsearbeidet framover.** For å kunne snu den uheldige utviklingen vi ser, er det viktig å starte med barn og unge. Det er her vi har størst potensiale i forhold til forebygging, men det er også her vi må ha mest tålmod i å forvente resultat, for de trenger man ikke å se før om 10 -15 år. Gode vaner dannes i barneårene og det blir viktig at disse er innarbeidet når man når ungdomstiden. Det er vanskelig å endre vaner i ungdomstiden, da har de ofte mer enn nok med å fungere i forhold til utvikling. Gode oppvekstvilkår danner grunnlaget for god helse i det voksne liv.

For ungdom har vi nå ungdatabasen som et nyttig verktøy som har gitt oss et godt utgangspunkt for å se utfordringene. Helsestasjonstjenesten mangler journalsystem/metoder for statistikk av betydning i kommunens helsekartlegging for den yngste gruppe fra 0 - 13 år. Vi må støtte oss til nasjonale føringer og lytte til fagfolkenes vurderinger og se etter tendenser. Bred satsing i denne aldersgruppa er vesentlig for å lykkes i folkehelsearbeidet, slik at man på sikt får reduksjon i livsstilssykdommer/plager som koster samfunnet for mye. Det er her vi legger grunnlaget for god helse i voksen alder.

### **3.2. Levekår**

**Folkehelseprofilen for Oppdal** viser at vi ligger rundt landsgjennomsnittet både når det gjelder andel personer i husholdninger med lav inntekt og andelen med kun grunnskole som utdanning. Dette vet vi påvirker levevanene og helsa til folk.

**Frafallet fra videregående skole for Oppdal er lavt i forhold til landsgjennomsnittet.** Årsaken til dette er sammensatt. OVS er en liten og oversiktlig skole og det er helt klart en fordel. Elevene får tett oppfølging ved fravær fra kontaktlærer/elevtjeneste. Skolen deltar også i ansvarsgruppearbeid. Elever som har utfordringer får individuelle tilrettelegginger underveis. Tverretattlig samarbeid om enkeltelever er også et veldig viktig tiltak. Dette kan være samarbeid med helsesøster, psykiatrisk sykepleier, PPTog NAV. Derfor vil det være viktig og fortsette med de gode tiltakene på OVS slik at man kan opprettholde det lave antallet som faller fra ved OVS.



Ifølge folkehelseprofilen er vi litt over landsgjennomsnittet når det gjelder **uføretrygdede** under 45 år. En oversikt fra NAV viser at det er i alt 534 personer i Oppdal med uføretrygd. Det er **20 personer** med ung ufør. (20 - 29 år). Vi ser at det er relativt jevnt kjønnsfordelt, men flere menn enn kvinner fram til 40 års alderen. Deretter kan man se en dobling av antall kvinner kontra menn fra 45 år og oppover. 133 personer har en gradert uføretrygd mens 401 har 100 % uføretrygd. Vi vet at **arbeid er en viktig positiv påvirkningsfaktor på helse**. De som mottar uføretrygd vil også oftest ha mindre inntekt enn når man er i arbeid, og man vet også at det kan påvirke det psykiske og sosiale liv. Hovedårsaken til at unge blir ufør er psykiske plager/sykdommer.

**Arbeidsledigheten er lav for Oppdal.** 75 personer er helt uten arbeid og 46 er delvis sysselsatt. Personer som har liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn den øvrige befolkningen, derfor er dette en positiv utvikling for Oppdal.

**Vi ser at stadig flere får økonomisk veiledning/rådgivning fra NAV.** I 2010 ble det i Oppdal registrert **52 brukere** og i 2011 **90 brukere**. Dette er en økning som kan skyldes at tilbudet er forholdsvis nytt. Tilbudet vil også føre til at mange i denne gruppa unngår sosialstønad. Dette er ei gruppe hvor man kan se sosiale helseforskjeller. I samtale med ansatte ved NAV kom det fram at mange av disse har behov for livsstilsveiledning og en del har rusproblemer. De ansatte ser også en tendens til økning av ungdommer som trenger økonomisk veiledning.

Oppdal ligger rundt landsgjennomsnitt når det gjelder sykefravær og har lav arbeidsledighet. Dette er positive faktorer for helsa. Men for 4 kvartal 2011 for Oppdal ser vi en **klar nedgang i sykefraværet**. Vi ser også at det er muskel - og skjelett lidelser som er hyppigste årsak til sykefraværet og har hatt en økning. (53,5 %), mens sykefraværet forårsaket av psykiske lidelser har gått ned (12,5 %). Selv om arbeid kan være slitsomt både fysisk og psykisk gir det også sosial kontakt, mulighet til å utfolde seg og en struktur på livet som mange ikke klarer å få på annen måte.

**Familiemønsteret er i stadig endring.** De siste årene har vi hatt store endringer i pardanning og paroppløsning. I 2011 var 7,2 % skilte og separerte og det er det 2,2 % som er enslige forsørgere. Vi vet at dette er forhold som påvirker helsa spesielt til barn, men også voksne. Dette er både under landsgjennomsnittet og snittet for fylket.

**Ifølge kartlegginga i barnevernet har hatt en økning i barnevernshenvendelser fra 59 i 2009 til 78 i 2011.** Dette er noe som helt klart vil påvirke både den fysiske og psykiske helsa både til de voksne og særlig barna. Årsaken til denne økningen er sammensatt, men handler økt bemanning som gir økte muligheter til tidlig avdekking og økt innsats. Flere saker som er komplekse, med flere søsken som trenger hjelp samtidig, både etnisk norske og etisk ikke-norske.

*Frafallet fra videregående skole er lavt i forhold til landsgjennomsnittet. Viktig og videreføre det gode forebyggende arbeidet som foregår ved OVS, men også ha fokus på dette helt fra barnehagenivået.*

*Nedgang i sykefraværet for 4 kvartal 2011*

*Muskel- og skjelettlidelser den hyppigste årsaken til sykefravær.*

*Lav arbeidsledighet i Oppdal*

*Økonomisk veiledning/rådgivning i NAV, et godt forebyggende tiltak*

### 3.3. Levevaner

#### 3.3.1. Psykisk helse

Folkehelseprofilen for Oppdal viser at Oppdal ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder utskrivning av medisin til personer med angst/depresjon. Dette indikerer ikke at Oppdal har færre personer med disse plagene/lidelsene, men det kan vise en bevisst holdning hos legene om å benytte andre behandlingsmåter som samtale hos lege og godt sekundærforebyggende arbeid i psykisk helsearbeid i Oppdal.

Ungdata for Oppdal viser som tidligere nevnt at de aller fleste trives godt på skolen og har et tett, nært og tillitsfullt forhold til foreldra sine. (over 95 %). Mange er fornøyd med foreldra og vennene sine. De aller fleste har en venn de kan stole på og det er venner og mor de fleste går til når de trenger noen å prate med. De aller fleste ungdommene ser også lyst på fremtiden.

Ungdata viser også at en del ungdommer har utfordringer når det gjelder psykisk helse. **Hele 18 % ved ungdomsskolen og 15,2 % ved OVS føler at de ofte er ulykkelig, trist og deprimert.** Ca 15 % føler seg ensom og 7-8 % har ikke en venn de kan stole på. Ca 12 % sier at det er helt tilfeldig hvem de er sammen med. Vi ser at depresjon er en av de psykiske plagene som øker. Disse plagene starter ofte i ungdommen, men også tidligere. Årsakene til dette er mange og sammensatte. Men tiden vi lever i påvirker nok også dette. Kommunikasjon mellom mennesker har en dreining fra å møtes på ulike sosiale arenaer til å benytte data som sosialt mediet. Sosial kontakt og fysisk aktivitet får sterk konkurranse av data, dataspill, dvd o.l.

Videre ser vi at 9,4 % ved ungdomsskolen og 5,5 % ved OVS sier at de blir utsatt for utfrysing, plaging eller trusler. Det er også **18 % ved ungdomsskolen og 9,7 % ved OVS som sier at de iløpet av det siste året er blitt slått.** Men vi ser også at det kun er 1,5 % som mener de er med på utfrysing, plaging eller trusler.

Det er klare sammenhenger med mobbing og psykiske plager.

**Tilstandsrapporten for Oppdalsskolene viser at antall som føler seg mobbet ved ungdomsskolen siste året har steget.** Vi ser også at relativt mange ved ungdomsskolen føler seg ofte trist, lei seg eller deprimert. Det blir her viktig å arbeide med skolemiljø, trivsel og trygghet, mestring i skolehverdagen og mot til å si ifra. Dette er også viktig arbeid for å hindre frafall fra videregående skole.

Veldig mange uttrykker at alt er et slit (30 %) Dette sier ungdommene er en sjargong og de er usikker på hva de selv har lagt i det.

*Familesentralen, et flerfaglig tjenestetilbud til familier, som bl.a. skal fremme mestring og god helseutvikling hos barn, unge og familiene.*

*Tilstandsrapporten for Oppdalsskolene viser at antall som føler seg mobbet ved ungdomsskolen siste året har steget.*

*18 % av elevene ved ungdomsskolen føler seg ulykkelig, trist og lei seg*

*Skoleprogram som feks. Zippys venner, alle har en psykisk helse og venn 1 som går inn mot psykisk helse i alle skoler*

*"KID"kurs kjøres regelmessig, et kurs i mestring av depresjon.*

Gjennom ungdomdata sier mange (30,9 % ved OVS og 25 % ved ungdomsskolen) at de bekymrer seg for mye. Samtidig vet vi at de aller fleste går til en venn eller mor når de har problemer/bekymringer. Mobbing kan selvsagt gi bekymringer og ut ifra kartlegging fra skolehelsetjenesten har en del ungdommer store belastninger med ulike familieforhold og samspillsproblemer som også kan gi bekymring. Det er også slik at det er naturlig for alle å bekymre seg i perioder.

Ungdommene selv uttrykker at fysisk helse og psykisk helse påvirker hverandre. 70 % av ungdommene er fysisk aktive, men en resterende 30 % er ganske inaktiv. Dette vil helt klart påvirke den psykiske helsa. Dersom flere av de inaktive kunne delta i en aktivitet, ville det både gitt bedre fysisk helse men også kanskje resultert i nye sosiale relasjoner og bedre psykisk helse.

Det kjøres ulike skoleprogram inn mot psykiske helse, både på barneskolen, ungdomsskolen og videregående skole. ( Zippys venner, alle har en psykisk helse og venn1)

Vi ser også utfordringer hos den yngste aldersgruppa når det gjelder psykisk helse. I og med at vi ikke har konkrete målinger for denne aldersgruppen 0-13 år, blir det viktig å se på utviklingen fagfolkene opplever i det daglige arbeidet. Vi ser en tendens også i denne gruppa. Helsestasjonen opplever en økning i henvendelser knyttet til **psykiske vansker, overvekt, samspillsproblemer i familien eller at man ikke mestrer de krav en møter i skolehverdagen**. Det er økt antall foreldre som henvender seg med behov for foreldreveiledning. Dette handler ofte om samspillsproblemer og grensesetting. Familier mottar i økende grad et tverrfaglig tjenestetilbud. Helse og familie har med bakgrunn i bl.a. dette etablert en **familiesentral**. **Familiesentralen** består av en flerfaglig sammensatt gruppe fra helsestasjonen, psykisk helse, PPT; barnevernet og merkantil. Tjenestetilbudet skal bidra til å **fremme mestring og god helseutvikling, samt forebygge utviklings- og helserelaterte vansker hos barn-, unge og deres familier**. Familiesentralen skal være et lett tilgjengelige, flerfaglige og helhetlige tjenestetilbud basert på brukers behov, med intensjon om å styrke brukers mestringskompetanse. Familier med barn i alderen 0-6 år er hovedmålgruppen. I tillegg gis det gruppetilbud til barn i risiko, ut i fra nasjonale satsningsområder og lokale erfaringer. Dette er feks. **åpen Barnehage** i familiesenterets lokaler hver onsdag mellom kl. 09.30 – 12.30. **BAPP grupper** - grupperetta tilbud til barn av psykisk syke og rusavhengige i alderen 6-12 år, med formål å øke barnets mestringskompetanse. **EPDS** - en tverrfaglig modell for å kartlegge psykisk helse og fødselsdepresjon hos gravide og småbarnsforeldre. **Webster Stratton** - tilbud om foreldreveiledningsprogram til småbarnsforeldre i form av kurskvelder.

Skolehelsetjenesten erfarer en markant økning i forhold til barn og unge som opplever belastninger i livet. Antall barn som opplever eller har opplevd alvorlig sykdom i familien og tap av omsorgspersoner har økt fra 2005. Stadig yngre elever oppsøker helsesøster. Det er i denne forbindelsen dannet en flerfaglig gruppe for barn/unge som har mistet en av sine nærmeste pårørende.

Det er ca 30 henvisninger om oppfølging av ungdom under 18 år.

Det er ca 225 som er henvist til oppfølging i forhold til psykiske plager/lidelser hos psykisk helsearbeid. Dette har vært forholdsvis stabilt de siste 2 årene. For den voksne befolkningen finnes en rekke sekundærforebyggende tiltak "huset" og KID kurs og individuelle samtaler er viktige tiltak mot den voksne befolkningen.



### 3.3.2. Fysisk aktivitet

Som tidligere nevnt er fysisk inaktivitet en av de største helseutfordringene våre. Oppdal kommune har unike muligheter med flott natur og friluftsområder som innbyr til fysisk aktivitet. Feks har gang og sykkelvei fra sentrum til Midtbygda synlig ført til mer fysisk aktivitet blant de som bor langs veien, men påvirker også befolkningen som ønsker å gå/sykle fra områdene rundt også fra sentrum. Oppdal har også mange frivillige lag og organisasjoner som tilbyr fysisk aktivitet, samt to treningssenter. Oppdal er en FYSAK kommune og har folkehelsekoordinator som har samhandlet med frivillige lag og organisasjoner, næringslivet, bedriftshelsetjenesten samt andre enheter i kommunen, fylkeskommunen om befolkningsrettede tiltak inn mot skoler, barnehager og hele befolkningen for å øke og legge tilrette for fysisk aktivitet og sunnere kosthold.

Ungdata for Oppdal viser at ca 70 % av ungdommene er med i et organisert treningsopplegg, trener alene eller på treningsstudio. 30 % av ungdommene i Oppdal er inaktive, dvs at de aldri er fysisk aktive hverken i noe idrettslag eller at de trimmer alene. 30 % sier også at de er misfornøyd med helsa si. Det å være i dårlig fysisk form kan helt klart ha sammenheng med å være misfornøyd med helsa. Dette kan også knyttes til psykisk helse. Ca 55 % sier at de aldri, sjelden eller et par ganger pr. mnd trimmer på egen hånd. Dette stemmer vel med de nasjonale utfordringene med at ca 50 % av ungdommene ikke er fysisk aktive opp til anbefalt mengde pr. dag. Ungdommene uttrykker selv at den psykiske og fysiske helsa henger sammen.

Ifølge ungdatabar har Ca 14 – 19 % ofte vondt i hodet, smerter i skuldre/nakke, muskel/leddsmerter. Dette stemmer også med resultatene i unghunt på området. Dette kan naturlig ha sammenheng med å være i veldig dårlig fysisk form. Vi ser også at de som er inaktive ofte bruker mer tid på data som også kan gi slike symptomer. Dette er en dårlig tendens hos ungdommene, spesielt når vi vet at muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær også i Oppdal. Forskning viser også at for nær alle grupper og tilstander av muskel- og skjelettplager ser fysisk aktivitet ut til å kunne forebygge, utsette eller lindre plagene.

Vi ser at fra ungdomsskolen til videregående skole går deltakelsen i organisert aktivitet i idrettslag minst en gang pr. mnd ned fra 69 % til 53 %. Dette viser et frafall fra organisert idrett fra ungdomsskole til videregående skole. Dette er et kjent funn og hovedårsaken til dette er at det blir mer spisset mot konkurranse og mange unge føler at de ikke strekker til og er gode nok. Mange deltar også i idrett for det sosiale og slutter når det blir for store krav til prestasjon. Fagansvarlig for kultur har kartlagt at aktivitetsstøtten som lag og foreninger får ved aktivitet har gått litt ned fra 2009 til 2011. Dvs at det er litt færre som deltar i lag og foreninger enn før.

*30 % av ungdommene i Oppdal er inaktive, dvs at de aldri er fysisk aktive hverken i noe idrettslag eller at de trimmer alene.*

*Ca 55 % sier at de aldri, sjelden eller et par ganger pr. mnd trimmer på egen hånd.*

*30 % sier også at de er misfornøyd med helsa si.*

*Fysioterapeutene ser også en tredobling av henvisninger fra barn med nedsatt motorikk*

Ungdata viser også at **databruken og stillesittende aktiviteter øker** fra ungdomsskolen til OVS. 32,1 % av elevene ved ungdomsskolen bruker over 3 timer på data etter skolen pr. dag. Dette øker til 41,4 % hos elevene ved videregående skole. Vi ser også at ca 15 % av elevene bruker over 3 timer pr dag på dataspill. Vi ser at 43,2 % av ungdomsskoleelevene ikke bruker tid på DVD, mens kun 27,7 % av OVS elevene sier det samme. Elevene har selv uttalt at de som er fysiske aktive bruker mindre tid på data/TV og stillesittende aktiviteter. Undersøkelser har vist at gutter rundt 15 års alderen bruker gjennomsnittelig ca 44 timer pr. uke på data. Det er mye læring ved riktig bruk av data og dataspill, men når bruken kommer ut av kontroll kan dette gi spillavhengighet og påvirke helse i negativ retning. Mange opplever at døgnrytmen kan bli forskyvet når man har dataspill som hobby.

Fysioterapeutene i Oppdal har kartlagt at antall henvisninger fra ungdom fra 13 - 18 år har **økt** fra 105 personer i 2009 til 160 personer i 2011. Dette kan ha sammenheng med flere idrettsskader eller opptrening etter operasjoner. Det kan også ha sammenheng med at vi i vårt velferdssamfunn oppsøker helsehjelp raskere om vi "kjenner på noe" enn før. Men en del av henvisningen kan også ha sammenheng med inaktivitet og kanskje mer databruk som kan føre til hodepine, stramme/vonde muskler i skuldre og nakke. Fra ungdatabruken ser vi at 14 % - 19 % plages ofte med hodepine, nakke/skuldersmerter, samt ledd og muskelsmerter.

Fysioterapeutene i Oppdal ser også **en tredobling av henvisninger på barn med nedsatt motorikk fra 21 henvisninger i 2009 til 60 henvisninger i 2011**. Dette kan ha sammenheng med mindre aktivitet og mindre allsidig stimulerende aktivitet hos små barn. Vi ser at over 50 % av henvendelsene i 2011 handler om forsinket utvikling som kan skyldes lite stimulering gjennom fysisk aktivitet. Nasjonalt ser man at aktivitetsnivået til 9 åringer går ned.

Aktiviteten hos barn har endret seg de siste 20 årene fra å leke i naturen og oppe i trea i nærområdet til voksenstyrt aktivitet gjerne i idrettshall. Barn trenger å få brukt kroppen i variert lek og bevegelse utendørs. Utendørsaktiviteter gir barna andre utfordringer, blant annet lærer de å beherske balanse og utvikle gode grunnmotoriske funksjoner. Barn som bare beveger seg på flatt underlag, mister noe i forhold til å mestre balanse. Å hoppe fra stein til stein og klatre i trær, legger et godt fundament for barnets motoriske utvikling. Undersøkelser viser også at aktivitetsnivået i voksenstyrt aktivitet er lavere enn når de styrer leken selv.

Fysisk aktivitet har god effekt i alle aldre. Styrketrening for eldre vil bedre gangfunksjon og balanse som vil være direkte **fallforebyggende**, samt øker evnen til å gå i trapper og dermed kan bo lengre hjemme. Dette vil øke livskvaliteten til eldre og bidra til at de kan bli mer selvhjulpne klare seg bedre hjemme og trenger mindre hjelp. Ved å forebygge et fall i hjemmet som forhindrer et lårhalsbrudd, kan vi spare samfunnet for enorme summer, i tillegg til de enorme belastningene dette påfører den enkelte og de pårørende. **80 % av alle skader og ulykker blant eldre skyldes fall.**

*Skoler og barnehager er de viktigste arenaene for å få økt den fysiske aktiviteten hos barn og unge*

*Godt tilrettelagt skolegårder og utearealer som er tilpasset ulike ferdigheter, kjønn og alder, samt nok tid til fysisk aktivitet er et av de viktigste tiltakene for å øke den fysiske aktiviteten hos barn og unge.*

**Skoler og barnehager er de viktigste arenaene for å få økt den fysiske aktiviteten hos barn og unge.** Her når vi alle. I Oppdal er det store variasjoner i forhold til hvor mye "FYSAK" tid hver enkelt skole har. Ungdomsskolen har 25 min to til tre dager i uka. For 30 % av elevene er dette den fysiske aktiviteten de får i løpet av uka! **Det sier noe om hvor viktig det er at vi får mer FYSAK(fysisk aktivitet) inn i skolen.** For barneskolene har noen skoler har 25 min pr dag for de minste elevene mens andre skoler har opp til 60 min pr dag for hele skolen. Noen har fordelt 40 min pr uke til kun 4 – 7 klasse, mens andre har gitt det til alle klassene.

Tendensen de siste 20 årene er at det har blitt stadig mindre tid til fysisk aktivitet i skolen. For 10 år siden var det en utedag pr. uke for de minste, nå er det ingen faste dager og det er varierer fra skole til skole. **Det er nå godt dokumentert at fysisk aktivitet øker konsentrasjon og læreevne.**

**Godt tilrettelagt skolegårder og utearealer som er tilpasset ulike ferdigheter, kjønn og alder, samt nok tid er et av de viktigste tiltakene** for både å kunne utjevne sosiale helseforskjeller knyttet til fysisk aktivitet hos barn og unge, men også øke den fysiske aktiviteten hos alle. I Oppdal har vi flotte uteområder rundt skolene og barnehagene og man må planlegge, utnytte og videreutvikle de arealene og fasilitetene man har slik at det kan gi utfordring og innby til fysisk aktivitet for alle i forhold til alder, kjønn og ferdigheter. Attraktive skolegårder vil også bli benyttet i fritiden og vil være lavtersektilbud til de som ikke er med på organisert trening.



Oppdal har vært en **FYSAK kommune** fra 2003 og har hatt en 50 % stilling til FYSAK koordinator. Denne er nå i år redusert til 30 %. Vi har nå gått over til å kalle det en folkehelsestilling, da arbeidet har utviklet seg fra å arbeide for å øke den fysiske aktiviteten til å se mer helheten i folkehelsen. Arbeidet har gått ut på å implementere folkehelse inn i alle saker, informere, veilede og drive holdningsendring. Det har vært viktig å utvikle samarbeid med andre etater om befolkningsrettede tiltak som har nådd store deler av befolkningen. FYSAK koordinator har ledet og drevet en frivillig nedsatt folkehelsegruppe som har bestått av ivrige ildsjeler fra ulike etater, kjørt jevnlig møter med frivillige lag og organisasjoner om folkehelse tiltak, bistått inn mot skolene i forbindelse med FYSAK/kosthold og hatt jevnlig møter med barnehagene, foredrag og veiledning inn mot barnehager, frivillige organisasjoner m.m. Ut ifra folkehelsegruppa har det utviklet seg flerfaglige befolkningsretta tiltak som feks. jenter og gutter i fokus, aktiv arbeidsvei/skolevei,

*"Mil etter mil i god Oppdalsstil", et eksempel på samhandling mellom skole, FYSAK koordinator og frivillig org., samt næringsliv for å øke den fysiske aktiviteten i skolen.*

*ksjon skolevei, "SPRÆ", en samhandling mellom skole, FYSAK koordinator, teknisk etat, næringslivet og fylket om å øke hverdagsaktiviteten ved å gå/sykle til skolen.*

*"Jenter og gutter i fokus", Samhandling mellom bl.a. helsestasjonen, med. rehab, FYSAK koordinator, tannhelsetj., frivillig organisasjoner for å gi elevene kunnskap som kan hjelpe dem å ta sunne valg*

julegavetrim, kommunekampen, førskoleuka, påvirket søknader til gapahuker og stinett. Grappa har samarbeidet med idrettslag, skole, næringslivet om flere prosjekt som har hatt som mål å øke den fysiske aktiviteten blant barn og unge. Dette er bl.a. "mil etter mil i god Oppdalsstil", O- kart for Oppdalskolene m.m. Samhandling som dette vil bli vesentlig for å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen framover.



Frivillige lag og foreninger er en av de viktigste positive påvirkningsfaktorene vi har. Det blir viktig for kommunen å spille på lag og legge forholdene tilrette for at de skal kunne drive med arbeidet sitt på en best mulig måte. Folkehelsestillingen skal være bindeleddet mellom frivillige lag og organisasjoner og kommunen. Vi har hatt flere samarbeid med idrettslag og næringsliv i enkelte tiltak for å øke den fysiske aktiviteten hos barn og unge. Dette gjelder både "mil etter mil i god Oppdalsstil", samt aksjon skolevei /arbeidsvei. **Aktiv skolevei** har vært et befolkningsrettet tiltak med oppfordring om å la elevene få gå /sykle til skolen for å øke hverdagsaktiviteten i befolkningen. Prosjektet har også rettet seg mot foreldre og arbeidslivet.



### 3.3.3. Livsstilssykdommer

Folkehelseprofilen for Oppdal sier noe om at det skrives ut mindre medikament for angst/depresjon, diabetes og KOLS enn landsgjennomsnittet. Men den sier samtidig at de er vanskelig å benytte slik statistikk for å se på forekomst av livsstilssykdommer.

Dette trenger ikke å indikere at vi har mindre av disse sykdommene. Det kan også si noe om at Oppdal driver godt sekundær/tertiærforebyggende arbeid inn mot angst og depresjon, med samtaler hos lege og/eller hos fagpersoner i psykisk helse. Stadig fler benytter seg av sekundær eller terciærforebyggende tiltak som "huset", som er et åpent dagtilbud til personer med psykiske plager/lidelser. Dette kan føre til reduksjon i medisinfbruk.

*Ca 40 % av alle konsultasjoner hos fastlege dreier seg om livsstilsrelaterte plager/sykdommer.*

*Helsedirektoratet anbefaler alle kommuner om å opprette en Frisklivssentral, som er et helsetilbud og en del av kommunehelsetjenesten. Dette er et helsetilbud inn mot alle som har livsstilsrelaterte plager og sykdommer slik at de får hjelp til endring og mestring av levevaner.*

*Frisklivssentraler skal forankres politisk.*

*Oppdal kommune har ingen frisklivssentral.*

Vi vet at disse sykdommene har økt de siste ti årene og at det bare vil akselerere. Legene på Oppdal har gjennom kartleggingen i forbindelse med denne utredningen rapportert at ved ca **40 % av alle konsultasjonene dreier det seg om livsstilsrelaterte plager/sykdommer**. Det ble her sett på risikofaktorer som inaktivitet, overvekt og røyking. Fastlegene rapporterer også at en god del av disse pasientene har dårlig økonomi og det derfor er vanskelig å "sluse" dem inn i treningsaktiviteter som koster, feks treningssenter. De trenger også tett veiledning og oppfølging for å få til endring. Dette gjenspeiler vel det vi vet om levevaner og sosioøkonomiske status. Ernæring, tobakk, alkohol, overvekt og fysisk aktivitet viser en helt klar sosial fordeling, slik at usunne livsstilsvaner opptrer hyppigere hos gruppene med lavest sosioøkonomisk status.

Legene har også registrert at de ved å henvise disse pasientene til spesialisthelsetjenesten får svar tilbake om at dette må løses ved **frisklivssentralen i egen kommune**. Spesialisthelsetjenesten vil ikke ha mulighet til å hjelpe alle med livsstilsplager/sykdommer framover og det forventes nå at kommunene skal ha frisklivssentraler som kan hjelpe denne pasientgruppen som vil komme til å øke i årene framover. Pasienter med eller som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer vil være sårbare for eventuelle sykehusinnleggelses. Det vil være mye helse og økonomi ved å hjelpe denne gruppa med å endre livsstil slik at vi forhindrer innleggelses. Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner oppretter en frisklivssentral og at det vil være et viktig tilbud til denne pasient/bruker gruppa. Dette vil også være et tiltak for å utligne sosiale helseforskjeller.

Vi vet at Oppdal vil få flere med livsstilssykdommer. Dette da vi nå vil få effekt av livsstilen som folk har hatt de siste årene. KOLS, diabetes, muskel- og skjelettlidelser vil sannsynligvis øke i de kommende årene. I en sykefraværstatistikk for 4 kvartal i 2011 for Oppdal, ser vi at 53 % av sykefraværet skyldes muskel- og skjelettlidelser som er den hyppigste årsaken til sykefravær. Vi ser også at det har vært en stigning av dette de siste årene. Vi har psykiske lidelser som nummer to. Lungelidelser som feks. KOLS er også på vei oppover.

### 3.3.4. Overvekt

Helsestasjonen har kartlagt overvekt hos 2 trinns elever i 2006 og 2011. I 2006 var 15 % av 2 klassingene overvektig. Dette steg til 19 % i 2011, en økning på 4 %. Dette viser at Oppdal ligger som resten av landet (barnevektstudiet) når det gjelder barn og overvekt og at det er viktig å ta dette på alvor. Vi ser at overvekt hos barn og unge ikke bare handler om fysisk aktivitet og kosthold, men også om samspill i familien og manglende grensesetting. Når et barn blir overvektig blir det viktig med et tett samarbeid med familien. Man ser også ofte at det er flere overvektige i en familie, og derfor blir livsstilsendring viktig for hele familien.

Helsestasjonen har også kartlagt overvekt hos gravide. I 2011 hadde 38 % gravide en BMI > 25. Forskning viser at en kvinne som er overvektig i svangerskapet, har større risiko for å utvikle svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes. Det er også økt sjanse for komplikasjoner under fødselen i tillegg til at fostervekten ofte er høy. Barn av overvektige mødre har økt risiko for å bli overvektige eller få diabetes senere i livet.

Fastlegene har kartlagt at ca 40 % av alle pasienter har behov for livsstilsrelatert veiledning på overvekt, inaktivitet eller røyking.

*En økning av overvekt hos barn 2 klasse fra 2006 til 2011 på 4 %. Dette stemmer med barnevektstudiet.*

*38 % av de gravide er overvektig*





### 3.3.5. Kosthold.

Ut ifra ungdatabeser vi en tendens på at både kostholdsvaner og spisevaner endrer seg i takt med alderen. Dette ser vi også ved spørreundersøkelsen som ble gjennomført ved ungdomsskolen i 2011.

Ungdata viser at 81,8 % av alle elever ved ungdomsskolen og 67,9 % ved OVS spiser frokost daglig. Det er 70 % ved ungdomsskolen og 56,7 % ved OVS som daglig spiser lunsj.

Ved å se på undersøkelsen gjennomført av miljørettet helsevern ved ungdomsskolen, ser vi at det er både kjønnsforskjeller og aldersforskjeller i forhold til spisevaner. Denne viser at 81 % av guttene i 8 klasse spiser frokost hver dag, mens andelen har gått ned til 71 % i 10 klasse. Det er 16 % færre som spiser frokost blant 10 klassinger enn for 8 klassinger. Vi kan også se at det er flere jenter enn gutter som spiser frokost. Vi ser at det er guttene som drikker brus og særlig cola. 93 % av jentene sier at de aldri kjøper seg brus, mens kun 31 % av guttene sier det. **Tendensen er altså at det er flere gutter enn jenter som ikke spiser frokost, at vanene endrer seg til det dårligere med alderen, at det er flere gutter enn jenter som drikker brus og kjøper seg oftere godteri på butikk/bensinstasjon i langfriminuttet.**

Ungdomsskolen har ikke elevkantiner. Domus og Statoil er trekkplaster i langfriminuttet. I tillegg til at det er mange usunne fristelser fungerer det som en sosial møteplass for ungdommene. En elevkantiner er helt klart en positiv påvirkningsfaktor for både kosthold og skolemiljø.

OVS har fått til en god elevkantiner med mange gode sunne alternativer og har skapt en god sosial ramme, slik at det er blitt en populær møteplass for elevene. Skolen ligger også lengre unna sentrum, og det er ikke noe miljø for å gå på Domus/Statoil for å kjøpe noe i langfri.

Ungdata viser også at det er forskjell på hvor mye frukt og grønnsaker ungdommene spiser. Dette henger også sammen med alder. Ungdomsskoleelevene spiser mer frukt og grønnsaker enn elevene ved OVS. Ungdomsskolen har fruktordning hvor alle elevene får frukt daglig, men det viser at 70 % av elevene kanskje ikke tar imot tilbudet om frukt de får på skolen? Det blir overført statlige midler til kommunene for dette tiltaket.

Barneskolen har fruktordning der de foreldre som ønsker det kjøper frukt abonnement. Dette gir helt klart forskjeller på foreldre som prioriterer dette og ikke. Dette er med på å skape sosiale helseforskjeller.

Anbefalingene fra helsedirektoratet sier at vi bør spise 5 frukt/grønnsaker pr.dag. Undersøkelser viser at vi ikke klarer å oppfylle dette og må øke inntaket.

*OVS har elevkantiner og økt fokus på å tilby sunt kosthold.*

*Barnehager har økt fokus på sunt kosthold. Mange har gjennomført bl.a. fiskeprellkurs og har økt tilbudet om fisk i kostholdet i barnehagen.*

*Kun 30 % av ungdommene spiser frukt hver dag. "Anbefalingene sier 5 om dagen"*

*Matvanene hos ungdomsskoleelevene endrer seg til det dårligere med alderen*

*Ungdomsskolen har nesten helt røykfritt miljø!*

Gode kostholdsvaner tidlig i barneårene er viktig for hvordan helsa skal bli i voksen alder. Kostholdsvanene påvirkes ofte av tilgjengelighet og pris. Hva er lett tilgjengelig? Hva er prisen? Hva er det som serveres og er mest tilgjengelig hjemme, i kantiner, restauranter, butikker.

Barnehagene har i løpet av de siste årene fått mye mer fokus på sunt kosthold. Barna tilbringer mye mer tid på barnehagen nå enn før. For mange av de minste barna har de flere måltider i barnehagen enn hjemme. I Oppdal er det store variasjoner når det gjelder tilbud om varm mat. Noen barnehager serverer varm lunsj 2 - 3 dager i uka, mens andre barnehager ikke serverer varme måltid. FYSAK har kjørt flere kostholdskurs inn mot barnehagene og SFO, bl.a. fiskesprellkurs. Sunt kosthold i barnehagene vil være et viktig helsefremmende tiltak også framover. Barnehagene i Oppdal er sukkerfri, dvs at de ikke serverer kaker, saft og sukkerholdige godsaker.

### 3.3.6. Røyking

Ungdomsskolen har fått et nesten helt røykfritt miljø! De har i mange år kjørt FRI kampanje som går hele året. FRI er et treårig skoleprogram for ungdomsskolen. Programmet handler først og fremst om tobakk, men metodene man lærer kan brukes på flere livsstilsområder. Dette viser nok at FRI kampanjen og røyke forebyggende arbeid på ungdomsskolen er vellykket.

Ved Oppdal videregående skole kommer det fram at 20 % røyker. Dette er over landsgjennomsnittet på 12 %. Ikke alle røyker daglig, men når man røyker av og til står man i faresonen for å bli dagligrøyker. Det blir derfor viktig å komme inn med røykeforebyggende tiltak på OVS. Ut i fra undersøkelsen ser vi at det er flere mødre enn fedre som røyker både på ungdomsskolen og ved OVS. Dette følger de nasjonale trekkene med at kvinner henger litt etter med å kutte røyken.

### 3.3.7. Rus og alkohol

Ifølge ungdata sier 48 % i ungdomsskolen at de ikke får lov hjemme å drikke før fylte 18 år. Det kan tyde på at over halvparten av elevene har foreldre som enten synes det er greit eller som ikke har kommunisert det tydelig nok at dette ikke er akseptert. I undersøkelsen kommer det fram at noen foreldre har grense på 16 år eller at det er ok å bruke alkohol om man oppfører seg bra. 12,3 % har drukket seg tydelig beruset, noe som er over landsgjennomsnittet.

Ungdommene sier også noe om at de som ikke drikker gjør det stort sett (over 70 %) fordi foreldrene er strenge på det. Foreldrenes holdning til alkohol og grenser er tydelig med på å minske alkoholbruken for elevene i ungdomsskolen. Samtidig er det også en kultur for å få lov til å drikke når man er blitt konfirmert. Dette er holdninger som sitter igjen hos både ungdom og foreldre.

Ved Oppdal videregående skole er selvsagt mange elever blitt 18 år og har "lov" til å drikke alkohol, men likevel er de aller fleste elevene i 1 og 2 året på videregående under 18 år. Ung data viser at Ca 50 % sier at de får tak i alkohol ved at venner kjøper for dem. Dette er nok de som er under 18 år. 31 % sier at de tar alkohol hjemmefra eller at de voksne kjøper for dem.

*Ungdommene i Oppdal ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder å drikke seg overstadig beruset og elevene ved OVS drikke ofte*

*Mange føler et drikkepress.*

Foreldrene til elevene på videregående har andre holdninger enn foreldrene til ungdomsskoleelevene. På ungdomsskolen mener 48,4 % at barna ikke får drikke alkohol før fylte 18 år og ved videregående mener 26,8 % av foreldrene at barna ikke får drikke alkohol før fylte 18 år.

Mye tyder også på at det er et drikkepress, da 40 % sier at de av og til blir direkte oppfordret av andre unge til å drikke. I en vennegjeng på videregående kan det være blanding av alder, der noen har "lov" og drikke og andre ikke. Det er selvsagt en stor utfordring å stå imot et drikkepress i en slik vennegjeng.

Oppdal ligger også over landsgjennomsnittet når det gjelder å drikke så mye at man har kjent seg beruset. Resultatene viser at så mye som 60 % ved videregående skole sier de drikker ukentlig. Ungdomsrådet har uttalt at de ikke kjenner seg igjen i disse tallene.

Det er veldig få som har prøvd noe form for stoff på ungdomsskolen. Men at det er noen som sniffer lim på ungdomsskolen. På OVS er det 8,3 % som har prøvd hasj/marihuana/cannabis.

Utfordringene her er å skape gode holdninger hos både foreldre og ungdommene. Det må arbeides med å få trygge ungdommer som har mot til å mestre situasjoner og si nei. Det er også viktig å se rusforebyggende arbeid i lys av ruspolitisk handlingsplan som er under rulling. Forskning viser at det er viktig å utsette alkohol debuten og at foreldrene har en klar mening om at alkohol ikke er akseptert før 18 år.

**Ungdomsskolen har i flere år hatt MOT**, som er et holdnings skapende program for å få elevene til å få mot til å si sin mening inn mot rus, røyking, mobbing m.m. Ungdomsskolen har ikke prioritert dette lengre, men det anbefales at de inn mot disse utfordringene etablerer et skoleprogram inn mot rus, psykisk helse og mobbing. Det bør her prioriteres å benytte et program som er anbefalt fra Helsedirektoratet.

### 3.3.8. Tannhelsetjeneste

Barn og unge i Oppdal ligger rundt landsgjennomsnittet når det gjelder karies. Oppdal tannklinikk mener å se en økning i karies tilfeller når barna begynner på ungdomsskolen og oppover. Dette kan vel ha sammenheng med at de begynner selv å kjøpe mat, drikke og godteri. Tannhelsetjenesten har vært fast medlem i folkehelsegruppa og har bidratt i flere tverrfaglige forebyggende og helsefremmende tiltak som har vært rettet mot barn og unge. Tannlegetjenesten er en ypperlig arena for forebygging og helsefremming, da de når alle.

### 3.3.9. Miljø

Oppdal er ei bygd med langt mindre negative påvirkningsfaktorer når det gjelder miljø enn en by. Vi har lite industri som forurensere og mindre biltrafikk. Vi har E6 som går gjennom sentrum og som gir en del støypoblemer for bebyggelsen som ligger inntil denne. Vegvesenet gjør støyberegninger og gjennomfører tiltak mot dette.

*Gang - og sykkelveier viktig positiv påvirkningsfaktor for å øke den fysiske aktiviteten i hele befolkningen.*

*Grønne "lunger" i sentrum, nok leke og oppholdsareal i byggefelt, grønne korridorer opp til friluftsområder, trafiksikkerhet, sosiale møteplasser er eksempler på positive påvirkningsfaktorer som må forsterkes framover*

Det blir stadig mer fortetning i sentrum. Det er viktig å tenke støyforebyggende tiltak, trafiksikkerhet, nok og godt tilrettelagt leke og uteareal med sosiale møteplasser for alle aldre.

Oppdal har fått flere gang- og sykkelveier. Dette er viktige positive påvirkningsfaktorer på helsa. Dette er også viktig slik at barna får mulighet til å gå/sykle til skole/fritidsaktiviteter. Trafiksikkerhet rundt skolene og i sentrum er viktig for å få folk til å velge å gå/sykle framfor å kjøre bil. Fremdeles mangler flere strekninger gangvei også ved skolene/grendene. Dette ser vi feks. langs E6 fra sentrum og til Engan.

Grønne korridorer og muligheter for å komme seg opp i friluftsarealene fra sentrum uten å passere mange veier og boligfelt er vesentlig. Alle nye byggefelt bør ha grønne korridorer der man kan opparbeide stier og snarveier opp til friluftsområde. Det bør tenkes friområde, leke og oppholdsareal og gode sosiale møteplasser, samt trafiksikkerhet og gang- og sykkelvei i tilknytning til alle boligfelt. Dette vet vi er positive påvirkningsfaktorer på helsa.

**Sosiale møteplasser.** I Oppdal sentrum har vi bl.a. skateparken, kunstgressbanen, naturlekeplassen, lysløypa og lionsløypa. Dette er en "gullgruve" for folkehelse i sentrumsområdet som er flotte møteplasser for barn og unge, men også for hele befolkningen. Skolene i sentrum er knyttet inn til dette området og derfor er det også viktig og bevare og videreutvikle området som friområde. Det har iløpet av de siste 10 årene blitt etablert leilighetshus i Vikaveien og sentrumsområdet. Disse er universalt tilpasset og det er mange eldre som har etablert seg her. Lysløypa og Lionsløypa som er universalt tilpasset er viktige rekreasjonsområder også for denne gruppa. Ved å tilpasse den stien og brua over Aalma, slik at den blir universalt tilpasset kan området benyttes av enda flere. Grønne lunger med møteplasser for rekreasjon og aktivitet for alle aldre i sentrum og ute i grendene er helsefremmende faktorer som finnes og som må videreutvikles. Sosiale møteplasser i boligfelt er av betydning for utvikling av sosiale relasjoner og følelse av tilhørighet og den psykiske helsa for folk. Nye boligfelt skal ha stort nok og godt **tilrettelagt leke - og oppholdsareal.**

**Trafiksikkerhet.** Oppdal har en utfordring med E6 som går gjennom bygda. Spesielt er det utfordringer i Drivdalen, der det skjer mest ulykker og vi har i år også hatt dødsulykke. Sentrum i Oppdal har også utfordringer og da spesielt i vinter- og påskeferie da vi kan tredoble folketallet. Dette gjør at vi får flere biler og mer kjøring og flere myke trafikanter. For at flest mulig skal kunne gå og sykle til jobb og skole er skoleveien vesentlig. Alle har ikke gang- og sykkelvei til skolen og en del har sikringsskyss. Utfordringer i sentrum er smale fortau, uoversiktlig, lastebiler og biler som parkerer på fortau og sperrer veien for myke trafikanter slik at de må gå ut i veibanen. Trafiksikkerhet handler også om forebyggende arbeid inn mot spesielt gutter i alderen 16 - 24 år. "Vi skal rive trollveggen.", fylkets plan for og "rive" statistikken på ulykker som denne aldersgruppa viser.

**Radon** er en radioaktiv gass som naturlig finnes i bergarter og mineraler. Dersom radongassen kommer inn har den uheldige helseeffekter. Radon kan i verste tilfeller gi lungekreft. Dette vil helt

*Statens strålevern har senket tiltaksgrensa fra 200 bq/m<sup>3</sup> til 100 bq/m<sup>3</sup>. Dette gjør at flere husstander kommer inn under tiltaksgrensa.*

*Ca 50 % av boligene i "risikoområdet" har målt radonverdier som er over tiltaksnivået*

klart ha sammenheng med hvor høy radonkonsentrasjonen er og hvor lenge man har bodd i huset. Det har iløpet av de siste 10 årene vært gjennomført to større radonundersøkelser i Oppdal, i 2001 og 2005. Det ble til sammen målt radonnivå i 500 boliger. Resultatene viser at 11 % av boligene var mellom 200 - 400 Bq/m<sup>3</sup>. 3,2 % av boligene var over 400 Bq/m<sup>3</sup>. Statens strålevern gikk i 2009 ut med nye anbefalinger om å senke tiltaksgrensa fra 200 til 100 Bq/m<sup>3</sup>. Dette førte til at 17 % av de 500 boligene som er målt kom inn under tiltaksgrensen på 100 Bq/m<sup>3</sup>. Det er ut ifra dette gjennomført en kartlegging og laget et kart over forekomstene i Oppdal. Tendensen viser at det er målt flest radonverdier over tiltaksgrense fra sentrum sør for Aalma og mot Vollan/Spæla. Vi har fra 2005 anbefalt husstander som spesielt er i de mest utsatte områdene om å måle husene sine. Det er nå målt ca 90 husstander i "risikoområdet "og **50 % av disse har for høye verdier.**

**Arbeidsmiljø hos barn.** Alle barn har rett til et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø jfr. både forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler og opplæringsloven kap 9A. **Et godt arbeidsmiljø har mye å si for helseutvikling til barn.** Miljørettet helsevern har siden "arbeidsmiljøloven for barn" kom i 1996 arbeidet for godkjenning av skoler og barnehager. Det har foregått kontinuerlig arbeid for å få like god standard på alle skoler og barnehager.

Nesten alle barnehager er nå godkjent. Det har vært en utvikling fra å ha mange korttidsbarnehager til at alle barnehagene nå er heltidsbarnehager. Mange barnehager er etablert i bolighus og andre lokaler som ikke har vært bygd for barnehage. Mange av disse har fått krav som gjør at de har økt standarden på barnehagen, slik at de har fått mer lik standard.

*Et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø er viktig for god helseutvikling for barn*

Når det gjelder skolene, er det Midtbygda og Drivdalen skole som mangler godkjenning og de har "ventet" på en renovering for å kunne bli godkjent i mange år. Skolen er i utvikling og disse trenger et "løft" for å få samme standard som de andre og lokaler som er tilpasset dagens undervisningsmåter. Lønset og Aune barnskole vil bli godkjent i løpet av 2012.



### **3.3.10. Sykdom/smittevern**

**Kreft.** Ut ifra informasjon fra kreftsykepleier er antall krefttilfeller i Oppdal som landsgjennomsnittet. Man kan heller ikke se at Oppdal peker seg ut i noen retning når det gjelder type kreft, samt kjønn og alder i forhold til krefttilfeller. I Oppdal har vi en kreftsykepleier i 40 % stilling. Dette er en viktig ressurs inn mot de som får diagnosen kreft, men også for pårørende. Omtrent 60 prosent av alle som får en kreftdiagnose, blir friske. Langtidsfølger etter en kreftbehandling kan være av både fysisk og psykisk karakter. Langtidsfølgene kan påvirke livskvaliteten og defineres som et helseproblem. Noen bivirkninger melder seg umiddelbart etter behandling og kan vare i mange år, men de kan også oppstå ett år eller senere etter avsluttet behandling. Heldigvis er det slik at stadig flere blir friske av kreft. Sekundærforebyggende tiltak inn mot denne gruppa, slik at de får hjelp til mestring av situasjonen for å kunne få god livskvalitet blir viktig framover.

**Influensavaksinering.** Vaksinasjonsdekningen av influensa for personer i risikograppa har i de siste årene gått ned fra 700 vaksiner i 2008 til 550 vaksiner i 2011. Influensavaksine er et godt forebyggende tiltak til personer i risikograppa. Personer som får influensa i risikograppa er disponert for å få tilleggssykdommer som ofte kan kreve sykehusinnleggelse og forringe livskvaliteten i lang tid framover. Dette er en belastning for den som er syk, men vil også belaste samfunnet økonomisk.

**Vannkvalitet.** Oppdal har 1 kommunalt og 20 private vannverk. Folkehelseprofilen for Oppdal viser at vi har få resultat av vannprøver fra disse vannverkene slik at det er vanskelig å si noe om hvordan vannkvaliteten er hos disse. Det er Mattilsynet som har tilsynsansvar for vannverkene. Dette er noe som må kartlegges nærmere. Det kommunale vannverket tar jevnlig vannprøver og kan dokumentere god kvalitet.

**Legionella.** Dette er en bakterie som naturlig finnes i vann og natur. Innretninger som kjøletårn, dusjanlegg, boblebad, mobile vaskeanlegg m.m. kan ved rette betingelser gi oppvekst og man kan da spre legionella via aerosol til mennesker som da kan bli alvorlig syke. Godt forebyggende arbeid vil kunne hindre dette. Systemrevisjon i skoler og barnehager jfr. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, "barnas arbeidsmiljølov" har avdekt at det er få som har gode rutiner for legionellaforebyggende arbeid. Dette viser at man må arbeide med kunnskap og veiledning innen området. I Oppdal må man øke oppmerksomheten rundt dette ved bl.a. skoler og barnehager, hoteller og overnattingsbedrifter, kjøletårn( Fjellfor BA), badeanlegget og idrettshallen.

## 4. Tiltak

Tiltak inn mot de ulike utfordringene blir beskrevet i kommunens overordnede målkart og enhetenes egne målkart. Handlingsplanen må inneholde forslag til langsiktige befolkningsretta tiltak som er anbefalt fra helsedirektoratet. Helsedirektoratet utvikler nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, blant annet basert på hva som er effektive tiltak. Jfr folkehelseloven § 7 har kommunen plikt til å sette inn tiltak mot identifiserte utfordringer i kommunen. Vi vil også gjennom handlingsplanen få bedre oversikt over hva som gjøres av folkehelsearbeid i kommunen og de positive påvirkningsfaktorer som finnes i Oppdal. Noen av tiltakene framover vil nok være å forsterke og videreutvikle allerede eksisterende arbeid.

## 5. Organisering og videre arbeid med folkehelse

Folkehelseutredningen som her blir presentert har konsentrert seg mot de negative påvirkningsfaktorene vi har i Oppdal. Dette da det har vært for kort tid for både arbeidsgruppa og enhetene til å få samlet inn informasjon om positive påvirkningsfaktorer i Oppdal. Positive påvirkningsfaktorer blir nevnt, men er ikke fullstendig utredet. **De positive påvirkningsfaktorene er viktige å få fram, da disse beskriver det som gjør at en befolkning har god helse. Et helsefremmende tiltak kan være å gjøre mer av det man allerede utfører.** Hva er det som gjør at vi har det bra i Oppdal og hvordan bygge videre på det? Dette bør utredes videre og komme fram i en handlingsplan for folkehelse som er nevnt under kap.4

### **Politisk forankret folkehelsearbeid**

Kommunen skal drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Grunnlaget for dette arbeidet vil være å legge tilrette for et flerfaglig og fleretatlig samhandling, gjennom bl.a. å opprette naturlige strukturer for samhandling, for eksempel opprettelse av folkehelsegrupper. Det må også utarbeides en handlingsplan for arbeidet framover. For å lykkes i dette må det være politisk forankret.

### **Fleretatlig folkehelsegruppe.**

Det bør opprettes ei flerfaglig og fleretatlig folkehelsegruppe som kan bestå av personer fra flere etater som for eksempel administrasjonen, teknisk etat, plan og forvaltning, bygg og eiendom, helse og familie, skole, barnehage, NAV, frivillige lag og organisasjoner, politikere, politiet, hjemmetjenestene, kommunelege 1. **Grappa må ha et mandat og opprettes politisk.** Dette vil ansvarliggjøre deltakerne og tydeliggjøre arbeidet. Grappa skal vurdere samhandling rundt befolkningsretta tiltak inn mot de utfordringene som er presentert i utredningen. Grappa skal også bidra til å vurdere både positive og negative påvirkningsfaktorer i samfunnet som kan ha innvirkning på helsa. Denne grappa kan møtes et par ganger pr. år.

### **Flerfaglig folkehelsegruppe med hovedfokus på barn og unge.**

Det bør også opprettes ei folkehelsegruppe som består av fagpersoner fra helsesektoren, skoler og barnehager. Hovedfokuset i folkehelsearbeidet skal være rundt barn og unge og det er derfor naturlig at vi tar med de viktigste arenaene for denne grappa, nemlig skoler og barnehager. Kommunehelsetjenesten er fremdeles den etaten som utfører mest forebyggende helsearbeid, men som driver mer mot høyrisikogrupper enn resten av kommunen. Arbeid direkte ut mot spesielt barn og unge som er i risikozonen vil være viktig framover og samhandling med skoler og barnehager blir derfor viktig. Denne grappa skal også arbeide med befolkningsretta tiltak og dette skal samkjøres med den tverretatlige grappa.

**Arbeidsgrupper.** Ut i fra disse gruppene kan det dannes egne arbeidsgrupper inn mot en utfordring eller enkelte tiltak. Dette kan være FYSAK i skolen gruppe, gruppe rundt frivillige lag og organisasjoner, trafiksikkerhet, gruppe for eldre, etc.

*Politisk forankret folkehelsearbeid er viktig for å lykkes.*

*Folkehelsegruppe for å ha oversikt og videreutvikle folkehelsearbeidet*

*Folkehelsekoordinator som organiserer og leder folkehelsearbeidet*

*Handlingsplan for folkehelse*



**Folkehelsekoordinator.** Helsedirektoratet anbefaler å ansette "folkehelsekoordinatorer" som organiserer og leder forlehelserarbeidet. Oppdal har vært en FYSAK kommune siden 2003 og har hatt en 50 % stilling. Denne er nå redusert til 30 %. For å kunne møte de nye oppgavene og utfordringene som kommer i ny folkehelselov bør stillingen økes.

"Folkehelsekoordinator" er ansatt i plan og forvaltning og har også ansvar for miljørettet helsevern. Dette er fagfelt som overlapper hverandre og er en fornuftig plassering av folkehelsearbeidet.

### **Handlingsplan**

Det må utarbeides en handlingsplan for folkehelse med hovedvekt på barn og unge. Dette for å få oversikt over langsiktige og kortsiktige mål og tiltak som gjennomføres i de ulike enheter, samt og sikre at de tiltak som blir gjennomført er i tråd med helsedirektoratets anbefalinger i forhold til utfordringer.

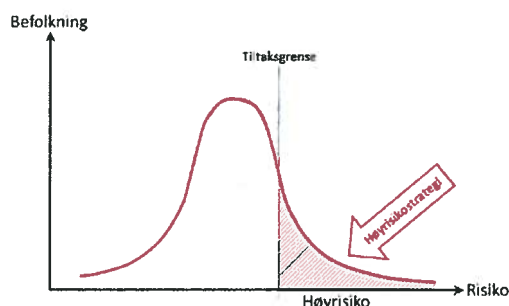
Planen bør inneholde:

- Oversikt over kortsiktige og langsiktige mål og tiltak mot utfordringene som er presentert i denne utredningen
- Strategier for å nå målene.
- Oversikt over tiltak man allerede har inn mot utfordringene
- Oversikt over positive påvirkningsfaktorer i Oppdal
- Mål for å øke/bedre de helsefremmende faktorene vi allerede har

## 6. Strategier i folkehelsearbeidet

Kommunen må ha klare strategier for folkehelsearbeidet. Dette må komme fram i handlingsplanen som blir utarbeidet. Litteratur om folkehelsearbeid viser at satsing på flere arenaer og nivå med flere strategier og tiltak samtidig gir best resultat. Det betyr at man må arbeide individrettet, samfunnsrettet og politisk samtidig. Befolkningsstrategier er viktigst, men folkehelsearbeidet må også definere strategier og tiltak for å forebygge sykdom i høyrisikogrupper.

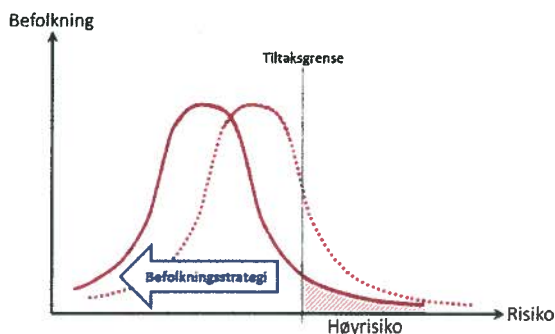
En **høyrisikostrategi** innebærer at helsetjenesten griper inn hos de gruppene som har størst risiko til å utvikle sykdommer og plager (figur 1). Innsatsen konsentreres omkring relativt få personer. Eksempel på dette vil kunne være tiltak rettet mot de med sterk overvekt for å hindre utvikling av type 2-diabetes, eller å få røykere til å slutte å røyke for å hindre utvikling av kols. Et annet eksempel kan være tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom for å forebygge utvikling av psykiske plager blant disse barna.



Høyrisikostrategi (figur 1)

En **befolkningsstrategi** innebærer at de bakenforliggende årsakene til sykdommen og plager reduseres. Målet er å forskyve risikofordelingskurven mot et lavere nivå (figur 2). For å oppnå dette må mange endre sine levevaner, uansett hvilket risikofaktornivå de måtte ha. Summen av mange små individuelle risikoreduksjoner vil samlet føre til en lavere forekomst av sykdom i befolkningen sett under ett. Med hensyn til inaktivitet vil det innebære å øke den fysiske aktiviteten for alle i befolkningen. Med tanke på røyk vil det innebære å gjennomføre tiltak for at flere ikke starter å røyke.

Høyrisikostrategien er ressurskrevende og tar svært mye av helsekronene. En dreining av økte ressurser og tiltak i retning befolkningsstrategi krever en annen samfunnsregulering enn vi har i dag, og dette er et politisk spørsmål.



Befolkningsstrategi (figur 2)

## 7. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Gjennom ny folkehelselov er det kommet krav om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. Det må utvikles gode metoder for å vurdere om befolkningsretta tiltak og tiltak mot risikogrupper har effekt. Dette må også komme fram i forbindelse med handlingsplanen.

Videreføring av kartlegging av ungdomdata vil bli viktig for å kunne følge med utviklinga framover. Ved å kjøre denne undersøkelsen hvert andre år vil man kunne følge utviklingen. Ved å sette inn både befolkningsretta tiltak, samt høyrisikotiltak kan man se om utviklingen endrer seg.

Evaluering av tiltak og synliggjøring av økonomisk fordeler ved forebygging/helsefremming vil være viktig framover.



# Oppdal



Fra 1. januar 2012 trer lov om folkehelsearbeid i kraft. Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som kan påvirkes.

Utgitt av  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Avdeling for helsestatistikk  
Postboks 4404 Nydalen  
0403 Oslo  
E-post: [kommnehelsa@fhi.no](mailto:kommnehelsa@fhi.no)

Redaksjon:  
Geir Stene-Larsen (ansv. redaktør)  
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)  
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler  
Forsidefoto: Colourbox  
Bokmål

Elektronisk distribusjon:  
[www.fhi.no/kommnehelsa](http://www.fhi.no/kommnehelsa)

## Hovedtrekk i kommunens folkehelse

All statistikk er basert på kommunegrenser i 2011. Temaområdene er valgt ut i fra et forebyggingspotensial, det gjelder også området helse og sykdom. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning.

### Om befolkningen

- Det har vært befolkningsvekst i kommunen i 2010.
- Kommunen har en høyere andel eldre over 80 år enn landsgjennomsnittet.
- Forventet levealder for menn er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

### Levekår

- Andelen med grunnskole som høyeste utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.
- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet når det gjelder andelen personer i husholdninger med lav inntekt.
- Arbeidsledigheten er lavere enn landsgjennomsnittet.
- Andel uføretrygdede under 45 år er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

### Miljø

- Andel personer tilknyttet vannverk med forskriftsmessig tilfredsstillende analyseresultat mhp E. coli, i prosent av befolkning tilknyttet rapportpliktig vannverk, ser ut til å være lavere enn ellers i landet. Kan skyldes manglende rapportering.
- Antall som legges inn på sykehus for personskader etter ulykker er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

### Skole

- Ungdom trives bedre på skolen enn det som er vanlig ellers i landet, vurdert etter trivsel hos 10.-klassinger.
- Andelen 5.-klassinger på laveste mestringsnivå i lesing er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.
- Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

### Levevaner

- Røyking i kommunen er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter andelen gravide som røyker ved første svangerskapskontroll. Vi har ikke tall for resten av befolkningen.
- Tall for overvekt på kommunenivå er under utarbeidelse.

### Helse og sykdom

- Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet.
- Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus.
- KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år).
- Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

## Sosial ulikhet i helse

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Store forskjeller i utdanning og inntekt kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen.

Figur 1 er et bilde på inntektsulikhet i kommunen i 2009 sammenlignet med landet. Inntektsulikhetens målet (Gini-koeffisienten) som vises varierer mellom 0, som vil si at det ikke er inntektsforskjeller, og 1, som vil si at én person eier all inntekt eller formue i kommunen. Gini-koeffisienten blir sterkt påvirket av ekstremverdier, for eksempel hvis få personer har svært høy inntekt. Den må derfor tolkes med varsomhet.

## Arbeidsdeltakelse og sykefravær

Lange sykmeldinger øker risikoen for senere uførepensjon. Etter uføretrygging er det ofte mindre sjanse for å komme tilbake til arbeidslivet igjen.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er ofte sammensatte. Det er derfor viktig å tolke arbeidsledighet, sykefravær og uførhet i lys av kunnskap om lokale forhold.

Figur 2 viser andel uføretrygdde under 45 år i kommunen sammenlignet med landet (treårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2010 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2008-2010.

Dagens velferdsordninger gir den enkelte et viktig sikkerhetsnett, men det kan også være uheldig for helsa dersom man ikke lenger har et arbeid å gå til. Man mister blant annet det sosiale nettverket som man har på jobben. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har ofte dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land.

## Skolemiljø og utdanning

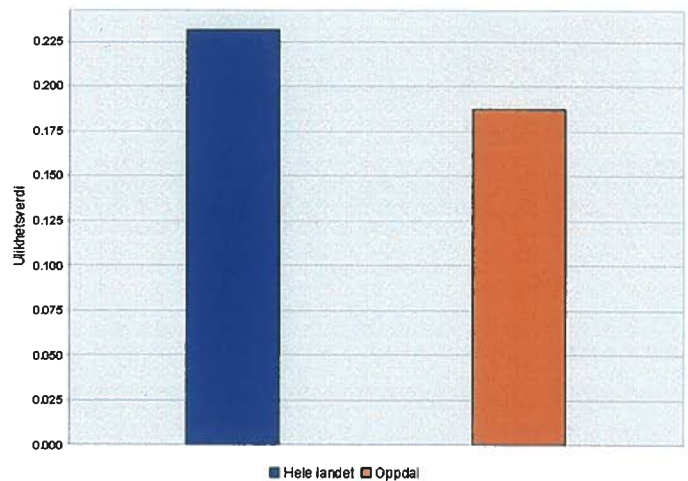
Trivsel i undervisningssituasjonen påvirker elevenes motivasjon for læring og deres evne til å mestre faglige utfordringer. Trivsel og skoleprestasjoner i grunnskolen påvirker dermed mulighetene til å fullføre videregående utdanning. Gruppen som faller ut av videregående skole, har oftere dårligere helse, mindre sunne levevaner og dårligere økonomi.

Utdanning bidrar til å fremme helse videre i livet gjennom arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen er dessuten en viktig sosial arena som gir venner, fellesskap og følelse av tilhørighet.

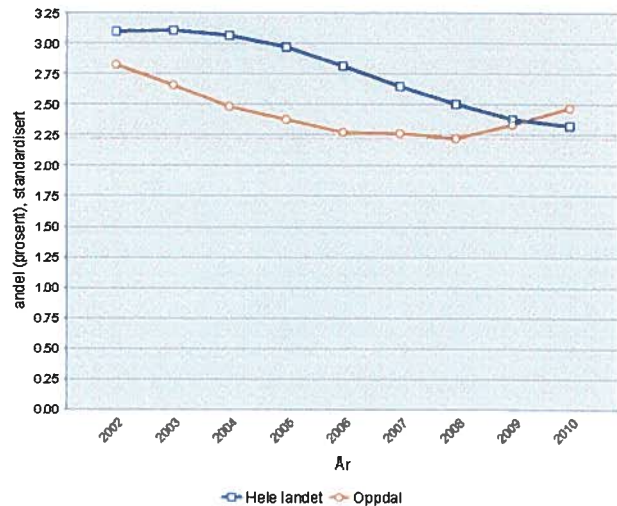
Data om faglige ferdigheter, trivsel og fravær av mobbing i barne- og ungdomsskolen kan sammen gi en bredere forståelse av skolemiljøet i kommunen og peke på områder for å forebygge frafall i videregående skole.

Figur 3 viser andel elever på 10. trinn som trives på skolen i 2011. Kommunen er sammenlignet med landet, og tallene er standardisert for kjønn. Året 2011 betyr her et femårig gjennomsnitt for perioden 2007-2011. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

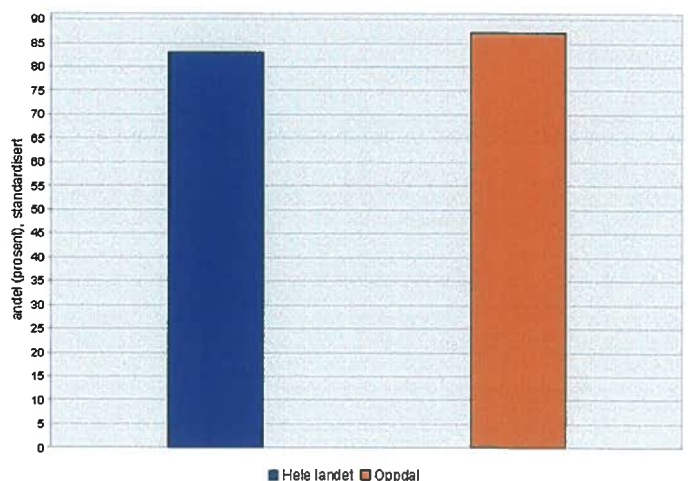
Figur 1. Inntektsulikhet, 2009



Figur 2. Uføretrygdde under 45 år, 2002-2010



Figur 3. Trivsel på skolen, 10. trinn, 2011



## Skader og ulykker

Dødeligheten av skader og ulykker har gått jevnt ned siden 1950-tallet. Likevel er skader og ulykker fortsatt et betydelig helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre.

Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. En sterkt medvirkende årsak til brudd blant eldre, særlig for kvinner, er lav benmasse (osteoporose). Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv.

Figur 4 viser personskader etter ulykker behandlet i sykehus (alle aldre) i 2010. Kommunen er sammenlignet med landet, og tallene er standardisert for alder og kjønn. Året 2010 betyr her et treårig gjennomsnitt for perioden 2008-2010. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Statistikk over dødsårsaker og sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkeskadene. I tillegg er det mange mindre alvorlige ulykkeskadene. Det arbeides med å få bedre oversikt over ulykker og skader i Norge.

## Levevaner

Røyking er den levevanen som i dag har størst betydning for folkehelsen. Selv om andelen røykere har gått ned, røyker fortsatt en stor del av befolkningen. Hos eldre ser vi at mange rammes av røykerelaterte sykdommer som lungekreft, kols og hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av slike sykdommer i kommunen sier noe om tidligere års levevaner, se også punktet "helse og sykdom" nedenfor.

Figur 5 viser røyking blant gravide ved første svangerskapskontroll i kommunen sammenlignet med landet (tiårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder). Året 2010 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2001-2010. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Fysisk aktivitet, kosthold, sosiale aktiviteter og bruk av rusmidler er eksempler på andre levevaner som har stor betydning for fysisk og psykisk helse i alle aldersgrupper. Tilrettelegging for fysisk aktivitet, gode nærmiljøer og stimulering av sosiale aktiviteter er eksempler på områder hvor kommunen har muligheter til å påvirke folkehelsen på en positiv måte.

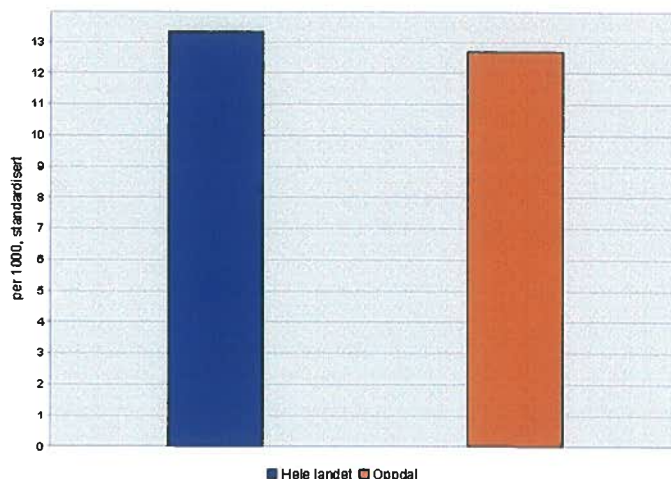
## Helse og sykdom

Forekomsten av hjerte- og karsykdommer, kols, diabetes og røykerelaterte kreftsykdommer forteller noe om befolkningens tidligere levevaner. Vi har imidlertid lite statistikk om forekomst av livsstilssykdommer i kommunene.

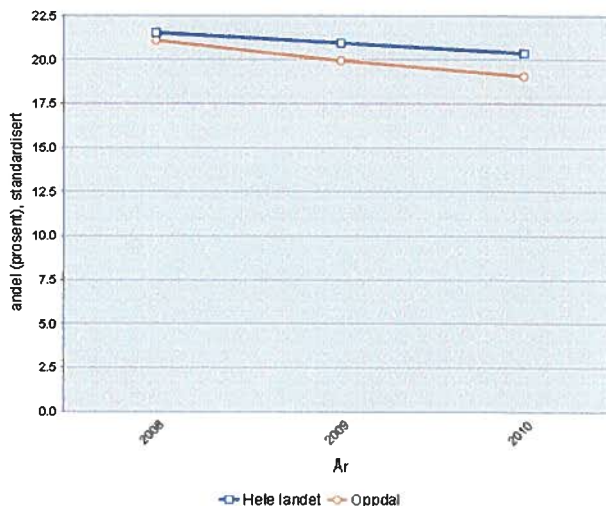
Figur 6 er basert på dødsårsaksregisteret og viser utviklingen i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i aldersgruppen 0-74 år. Kommunen er sammenlignet med landet (tiårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2009 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2000-2009. Hvis dødeligheten er høy, er det ofte et signal om høy sykkelighet av blant annet infarkt og hjerneslag. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Også 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.

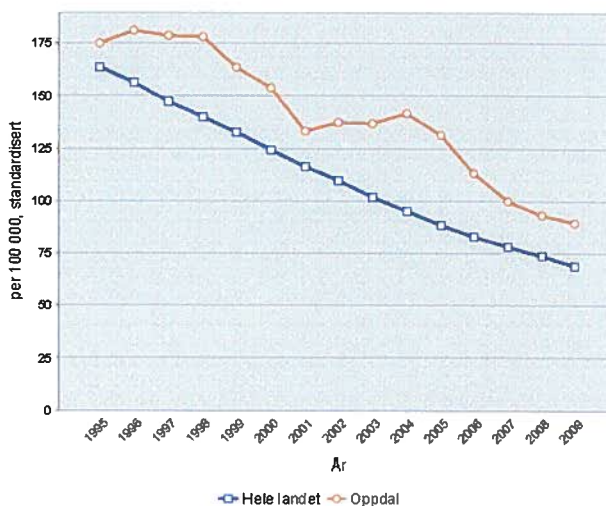
Figur 4. Sykehusbehandlede ulykkeskader, 2010



Figur 5. Røyking ved første svangerskapskontroll, 2008-2010



Figur 6. Dødelighet av hjerte- og karsykdom, 1995-2009



## Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommune og fylke med landstall. Kommuner og fylker kan ha en alders- og kjønnsammensetting som avviker fra landsgjennomsnittet, og dette tas det hensyn til i tallkolonnene til venstre og i figuren. I kolonnene til høyre finner du nøkkeltallets omfang uten alders- og kjønnskorrigerings.

Figuren fremstiller forholdstallene på en skala som øker fra 50 til 200 eller synker fra 200 til 50, avhengig av indikator. Forholdstall som er lavere enn 50 eller høyere enn 200 vises som en halvsirkel i figurens ytterkant. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se [www.fhi.no/kommunehelsa](http://www.fhi.no/kommunehelsa)

- Kommunen ligger bedre an enn landet for øvrig dette året/denne perioden
- Kommunen ligger dårligere an enn landet for øvrig dette året/denne perioden
- Testen viser at det er usikkert om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Gjennomsnittsverdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- | Gjennomsnittet for Norge

"Grønn" verdi for et helsemål kan likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen, da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelsa statistikkbank. Les mer på [www.fhi.no/kommunehelsa](http://www.fhi.no/kommunehelsa) og se Kommunehelsa statistikkbank <http://khs.fhi.no>.

Tema	Indikator	Forholdstall (Norge = 100)		Folkehelsebarometer for kommunen			Observerte verdier (ikke standardisert)		
		Kommune	Fylke	Kommune	Fylke	Norge	Kommune	Fylke	Norge
Om befolkningen	1 Fødtle	90	105				11	13	13
	2 Befolkningsvekst	-	-				1,3	1,2	1,3
	3 Befolkning i yrkesaktiv alder	96	101				64	68	67
	4 Befolkning over 80 år	119	95				5,3	4,3	4,5
	5 Befolkning over 80 år, framskrevet	118	93				4,9	3,8	4,1
	6 Forventet levealder, menn	100	101				77	77	77
	7 Forventet levealder, kvinner	101	100				83	82	82
Levekår	8 Grunnskole som høyeste utdanning	101	82				15	12	15
	9 Lavinntekt	100	100				9,5	9,5	9,5
	10 Inntektsulikhet, Gini	81	92				0,19	0,21	0,23
	11 Arbeidsledige	76	100				2,2	2,9	2,9
	12 Uføretrygdede	106	103				2,5	2,3	2,3
	13 Barn av enslige forsørgere	81	98				13	16	16
Miljø	14 Forskriftsmessig drikkevann mhp E.coli	88	105				76	91	86
	15 Personskader, behandlet i sykehus	95	92				13	12	13
Skole	16 Trives på skolen, 10. kl.	105	101				87	83	83
	17 Mobbes på skolen, 10. kl.	50	105				4,6	9,3	8,9
	18 Laveste mestringsnivå i lesing	93	98				25	26	27
	19 Frafall i videregående skole	83	86				21	22	26
Levevaner	20 Røyking, kvinner	94	81				19	16	20
	21 Overvekt	-	-				-	-	-
Helse og sykdom	22 Sosial ulikhet i dødelighet	-	-				-	-	-
	23 Behandlet i sykehus	83	99				138	161	163
	24 Psykisk lidelse, behandlet i sykehus	57	101				16	28	28
	25 Psykisk lidelse, legemiddelbrukere	70	87				96	113	131
	26 Hjerte-karsykdom, behandlet i sykehus	81	97				16	17	18
	27 Hjerte-karsykdom, dødelighet	128	101				99	68	69
	28 KOLS, behandlet i sykehus	53	103				1,8	3,3	3,2
	29 KOLS og astma, legemiddelbrukere	78	86				76	81	95
	30 Kreft, dødelighet	72	96				90	106	113
	31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	80	94				27	29	31
	32 Hoftebrudd, behandlet i sykehus	109	101				2,7	2,1	2,2
	33 Lav fødselsvekt	101	91				5,2	4,7	5,1
	34 Høy fødselsvekt	99	100				3,7	3,9	3,8

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

Forkortelser: IAS=Indirekte aldersstandardisering, IKS=Indirekte kjønnsstandardisering

1. Per 1000, 2010. 2. %, 2010. 3. %, 16-66 år, 2011. 4. %, 2011. 5. % i 2020. 6/7. Beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 15 års gjennomsnitt, 2009.8. %, 30-39 år, IAS, IKS, 2010. 9. % personer som bor i husholdninger med inntekt lavere enn 60 % av medianinntekt (EU), 2009. 10. Mål på inntektsforskjeller. Skala 0-1 der høyere verdi indikerer større ulikhet, 2009. 11. % av personer i arbeidsstyrken, 2010. 12. %, 18-44 år, IAS, IKS, 2010. 13. % av alle barn det betales barnetrygd for, 2010. 14. Andel personer tilknyttet vannverk med forskriftsmessig tilfredsstillende analyseresultater m.h.p. E.coli i prosent av befolkning tilknyttet rapportpliktig vannkilde, 2009. 15. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 16. %, 5-årig gjennomsnitt, IKS, 2011. 17. %, 5-årig gjennomsnitt, IKS, 2011. 18. % av 5. klassinger, 2-årig gjennomsnitt, IKS, 2010. 19. %, 2-årig gjennomsnitt, 2010. 20. % av kvinner på første svangerskapskontroll, 10-årig gjennomsnitt, IAS, 2010. 21. Data mangler. 22. Data mangler. 23. Per 1000, ekskl. psykiatrisk sykehus, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 24. Inkludert polikliniske konsultasjoner, per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 25. Per 1000, 0-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 26. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 27. Per 100 000, 0-74 år, 10-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2009. 28. Per 1000, >45 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 29. Per 1000, 45-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 30. Per 100 000, 0-74 år, 10-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2009. 31. Per 1000, 30-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 32. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 33. %, 10-årig gjennomsnitt, 2010. 34. %, 10-årig gjennomsnitt, 2010.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Dødsårsaksregisteret, NAV, Utdanningsdirektoratet, Vannverksregisteret, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister og Reseptregisteret. For mer informasjon om indikatorene, se <http://khs.fhi.no>

# Referanser

1. Nøkkeltall for helsesektoren, Helsedirektoratet 2011
2. "Folkehelse i endring", Helseundersøkelsene i Nor - Trøndelag (HUNT), 2011
3. Barns vekst i Norge (barnevekststudiet), Folkehelsesinstituttet 2009
4. Ungdata, Oppdal kommune 2011
5. Innbyggerundersøkelse for Oppdal, 2011
6. Tilstansrapport for Oppdalsskolene, Oppdal kommune 2011
7. Lunsjvaner for elevene ved Oppdal Ungdomsskole, miljørettet helsevern, Oppdal kommune 2011
8. Folkehelseprofilen for Oppdal, Folkehelseinstituttet 2011