



FOLKEHELSEA I SKAUN 2014

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Skaun kommune

Utarbeidet mai 2014

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG	4
2	INFORMASJON OM OVERSIKTEN	5
2.1	Kilder og statistikk	5
2.2	Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser	6
2.3	Oppdatering	6
3	HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER	7
3.1	Befolkningssammensetning	7
3.1.1	Befolkningsendringer	7
3.1.2	Befolkningsframskriving	11
3.1.3	Etnisitet	13
3.1.4	Personer som bor alene	15
3.1.5	Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	16
3.1.6	Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak	17
3.2	Oppvekst- og levekårsforhold	18
3.2.1	Lavinntekt husholdninger	18
3.2.2	Arbeidsledighet	19
3.2.3	Nedsatt arbeidsevne	20
3.2.4	Sykefravær	21
3.2.5	Uføretrygd	23
3.2.6	Mottakere av sosialhjelp	25
3.2.7	Utdanningsnivå	27
3.2.8	Frafall videregående skole	29
3.2.9	Separasjoner	30
3.2.10	Barnevern	31
3.2.11	Pendling	32
3.2.12	Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	34
3.2.13	Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak	35
3.3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern) ...	36
3.3.1	Drikkevannskvalitet	36
3.3.2	Opplevelse av mobbing på skolen	38
3.3.3	Sosiale møteplasser og kulturtilbud	40
3.3.4	Gang – og sykkelveger	43
3.3.5	Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	44
3.3.6	Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak	45
3.4	Skader og ulykker	46
3.4.1	Sykehusinnleggelses etter ulykker inkl. hoftebrudd	46

3.4.2	Trafikkulykker.....	47
3.4.3	Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	49
3.4.4	Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak.....	50
3.5	Helserelatert atferd	51
3.5.1	Fysisk aktivitet.....	51
3.5.2	Kosthold	53
3.5.3	Røyking og snus.....	55
3.5.4	Alkohol	57
3.5.5	Vekt	59
3.5.6	Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	61
3.5.7	Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak.....	62
3.6	Helsetilstand.....	63
3.6.1	Trivsel og mestring.....	63
3.6.2	Diabetes	65
3.6.3	Hjerte- og karsykdommer	66
3.6.4	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma.....	68
3.6.5	Smerter	70
3.6.6	Muskel- skjelettlidelser	71
3.6.7	Psykiske lidelser.....	72
3.6.8	Smittsomme sykdommer	76
3.6.9	Kreft.....	77
3.6.10	Sykehusinnleggelser generelt	79
3.6.11	Tannhelse	80
3.6.12	Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	82
3.6.13	Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak.....	84
4	VEDLEGG.....	85
4.1	Oppdateringer og endringer.....	85
4.2	Årshjul - oppdatering.....	86

Foto:

TYD: forside, s. 6, 44, 62, 84

Anders By: s. 5, 16,

Kommunens egne bilder s. 17, 35

Tove Hellem: s.45

Folkehelseoversikten for Skaun kommune er utarbeidet av rådgiver Trude Wikdahl, i samarbeid med kommuneoverlege Helge Hatlevoll, ledende helsesøster Kirsti Riseth, controller Frode Haugskott og ledergruppa i Skaun kommune.

Mal for oversiktsdokumentet er utarbeidet av Hege Lorentzen, koordinator for samfunnsmedisin ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter og brukt med hennes tillatelse.

1 Bakgrunn og lovgrunnlag

Kommunen skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelse-loven, smittevernloven, forskrift om oversikt over folkehelsen (folkehelseforskriften), forskrift om miljørettet helsevern og forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og ressurser. I tillegg skal den inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Oversikten skal baseres på:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Krav til oversiktens innhold i henhold til folkehelseforskriften med eksempler fra merknadene til forskriften:

- Befolknings sammensetning: Antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet, flyttemønster
- Oppvekst- og levekårsforhold: Økonomiske vilkår (andel med høy- og lavinntekt, inntektsforskjeller), bo- og arbeidsforhold (tilknytning til arbeidslivet, sykefravær, uføretrygd) og utdanningsforhold (andel med høyere utdanning, frafall i videregående skole)
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø: Drikkevanns- og luftkvalitet, nærmiljø, tilgang til fri- og friluftsområder, sykkelveinett, antall støyplagede, oversikt over smittsomme sykdommer, organisasjonsdeltakelse, valgdeltakelse, kulturtilbud, sosiale møteplasser
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd: Fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler, risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker
- Helsetilstand: Informasjon om forekomst av sykdommer der forebygging er viktig som psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies

Dette dokumentet er den skriftlige oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Skaun kommune. Det ivaretar både kravet om å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene og kravet til å ha et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Oversikten er tilgjengelig for alle kommunens innbyggere på www.skaun.kommune.no/folkehelse

2 Informasjon om oversikten

2.1 Kilder og statistikk

Statistikk, tabeller og informasjon er hentet fra - eller basert på - tall fra:

- Folkehelseinstituttets statistiksider – kommunehelse og MSIS
- NAV
- Sør-Trøndelag fylkeskommune
- SSB og kostra
- Kommunens egne data (Ungdata, innbyggerundersøkelsen, egen registrering)

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Det er viktig å være oppmerksom på at tallverdien i flere av diagrammene ikke begynner på null. Det tydeliggjør forskjellene mellom kommunene, men kan også skape et bilde av at forskjellene er større enn de faktisk er.

Statistikk og helseoversikter kan ha stor nytteverdi i folkehelsearbeidet, men det er også knyttet store utfordringer til bruk av statistikken og tolkningen av den. Statistikken gir ofte et grunnlag for undring og spørsmål – heller enn fasitsvar og løsninger. Et eksempel som viser utfordringene er statistikk over økende bruk av kolesterolsenkende medikamenter i samfunnet. Dette kan tolkes på flere måter – det kan være flere personer som har høyt kolesterol enn tidligere, men det kan også være at flere med høyt kolesterol blir oppdaget eller at grensene for igangsetting med medikamentell behandling har blitt endret. Det kan også være en kombinasjon av alle faktorene. Statistikken som viser økning av medikamentell behandling gir oss lite informasjon om årsakene til denne økningen. Konklusjoner om årsaker blir ofte tolkninger!

Små kommuner har større utfordringer enn store når det gjelder utarbeidelse og tolkning av statistikk. Det skyldes bl.a. hensynet til personvernet og for lite datagrunnlag. Tilfeldige variasjoner fra år til år kan gi store utslag. Når variasjonene er store, blir det vanskelig å vurdere trender. Av den grunn brukes ofte et glidende gjennomsnitt – en middelvei av målinger over flere år. Da vil det være lettere å se trender – noe som oftest er viktigere enn å se på statistikk isolert for et enkelt år.

Ved sammenligning av datamateriell i denne oversikten, må en ta høyde for at forskjellene kan skyldes tilfeldig variasjon. For å sammenligne forskjellige kommuner eller se på utvikling over tid, er det viktig å bruke standardiserte verdier – da er påvirkning pga. alders- og kjønns sammensetning redusert. Det er angitt i diagrammene der verdiene er standardisert.



2.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser

Skaun kommune har i samarbeid med kommuneoverlege, gjennomført en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser for en rekke av parametrene i oversikten. Kommunen har i tillegg vurdert ressurser - de eksisterende helsefremmende og forebyggende tiltakene lokalt og regionalt i tillegg til mulige fremtidige tiltak.

Ved vurdering av årsaker er det, etter anbefaling i merknader til folkehelseforskriften, tatt utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som foreligger. I tillegg er vurderingen basert på lokale erfaringer.

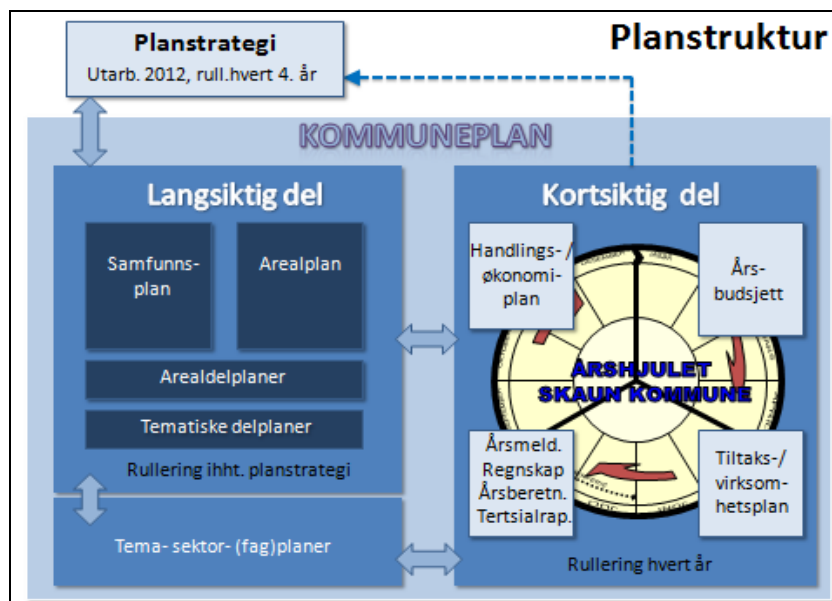
Vurderingen av årsaksforhold, konsekvenser og ressurser ble gjennomført på et utvidet ledermøte i Skaun kommune 9. mai 2014. Følgende var til stede på møtet: rådmann, enhetsledere skole, enhetsleder teknisk kontor, enhetsleder driftskontor, rådgiver plan, enhetsledere helse og mestring, stabsmedarbeidere, tillitsvalgte, ledende helsesøster og kommuneoverlege.

Oversikten er utarbeidet med en kort informasjon om kommunens tilstand og eventuelle risikoområder i en blå tekstboks under hvert tema. En grønn tekstboks gir begrunnelse for valg av indikator. Årsaker, konsekvenser og ressurser/helsefremmende og forebyggende tiltak er beskrevet på slutten av kapitlene for hver av de seks områdene befolknings sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, miljørettet helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø), skader og ulykker, helse relatert atferd og helsetilstand. Mange av tiltakene kunne vært plassert under flere områder. Et tiltak som for eksempel endrer helseatferden, vil på sikt påvirke helsetilstanden i befolkningen. For enkelhets skyld er tiltakene stort sett nevnt bare under ett område.

Som ledd i planprosesser er det viktig å evaluere eksisterende tiltak i kommunen. Oversikten over mulige fremtidige tiltak kan brukes som en idébank i kommunen.

2.3 Oppdatering

Rådgiver for helse har ansvar for oppdatering av folkehelseoversikten, i samarbeid med kommunelege og ledende helsesøster. Oppdatering før utarbeidelse av planstrategi ved årsskiftet 2015/2016 vil omfatte en bredere prosess i kommunen med ny vurdering av årsaker, konsekvenser og ressurser.



Figur 1: Skaun kommunes planstruktur

3 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

3.1 Befolkningssammensetning

3.1.1 Befolkningsendringer

Skaun kommune er en kommune i befolkningsmessig vekst, og fra 1986 har folketallet økt med 2082 innbyggere. Etter at ny E39 sto ferdig i 2005 har veksten skutt fart, og det har kommet 1329 nye innbyggere på disse ni årene. Dette tilsvarer en økning på 22 %. I 2013 var Skaun den kommunen med tredje størst vekst i fht folketallet i landet.

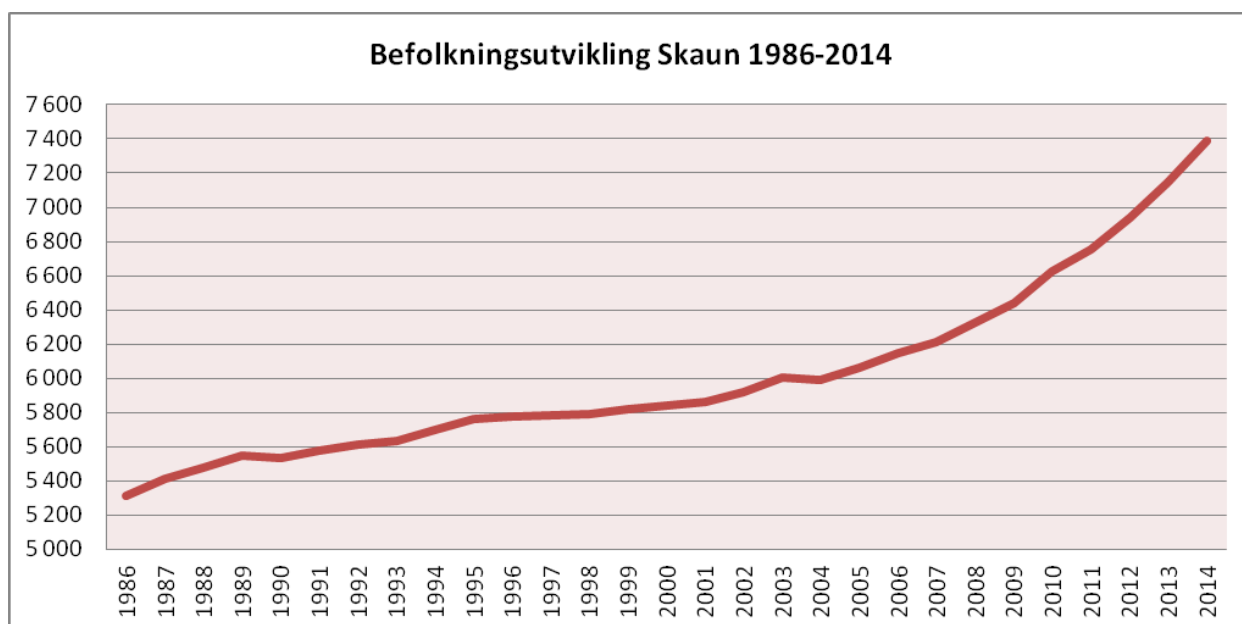
Antall levendefødte pr. år de siste ti årene har variert fra 83 til 112 – med et årlig gjennomsnitt på 94. De siste fem årene har gjennomsnittstallet vært 100 pr. år. Samtidig har antall netto tilflyttede innbyggere ligget på 140 de siste fem årene.

Pr. 1. januar 2014 er det 7392 innbyggere i Skaun – en økning på 249 innbyggere fra året før. 3122 innbyggere bor i Buvika, 2882 innbyggere i Børsa og 1388 innbyggere bor i Skaun. Prosentvis økning de siste fem årene utgjør 23,4 % for Buvika, 12,3 % for Børsa og 3,4 % for Skaun. Sør-Trøndelag fylke har 306 197 innbyggere pr 01.01.14.

Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den ene store indikatoren for regional utvikling.

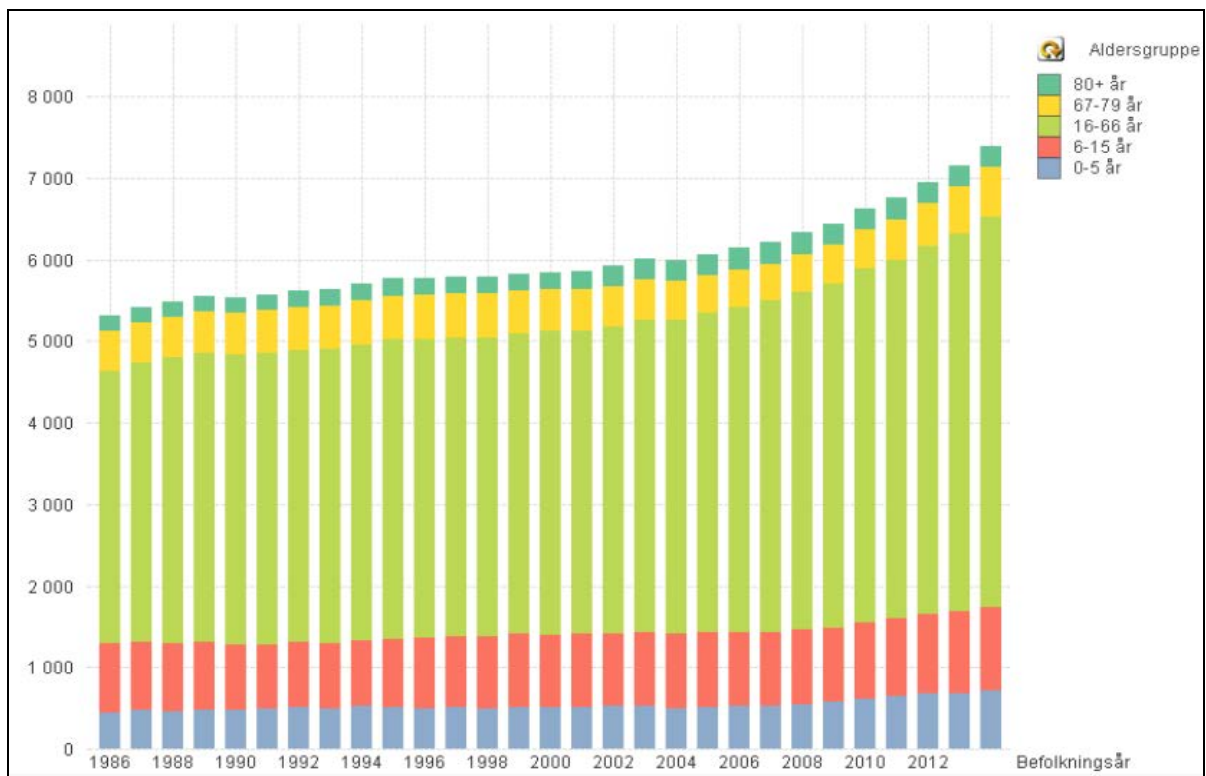
Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang og kvalitet av de ulike tjenestene som skal leveres til innbyggerne i fremtiden. Kilde: SSB, KS.

Diagram 3.1.1.1: Befolkningsutvikling, 1986 – 2014



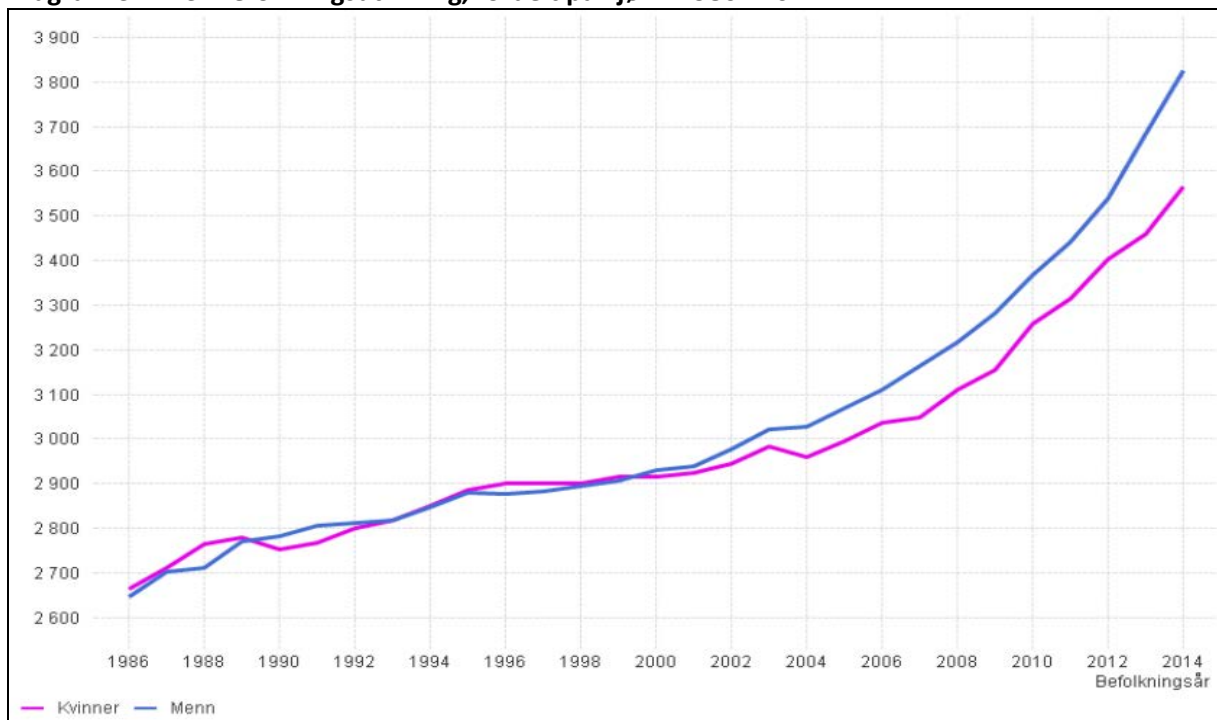
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB.

Diagram 3.1.1.2: Befolkningsutvikling, fordelt på aldersgrupper 1986 - 2014



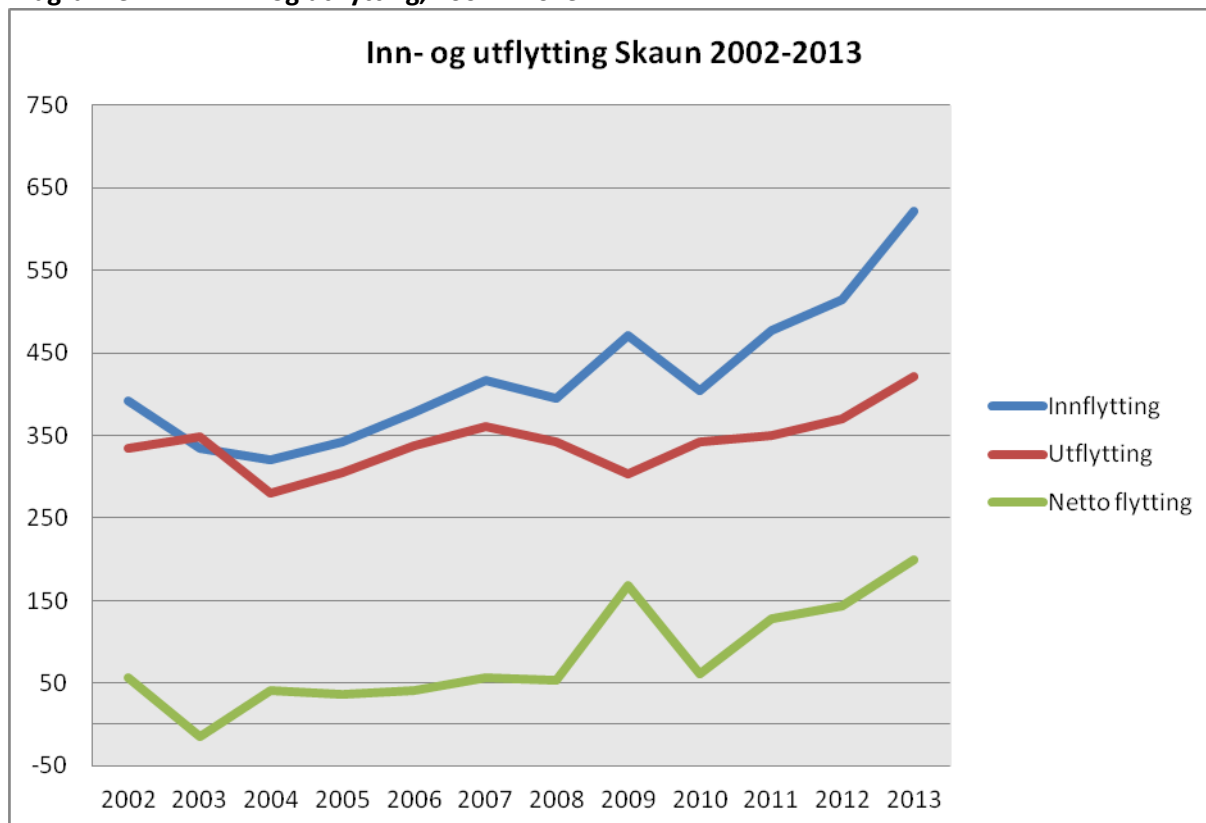
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB.

Diagram 3.1.1.3: Befolkningsutvikling, fordelt på kjønn 1986 - 2014



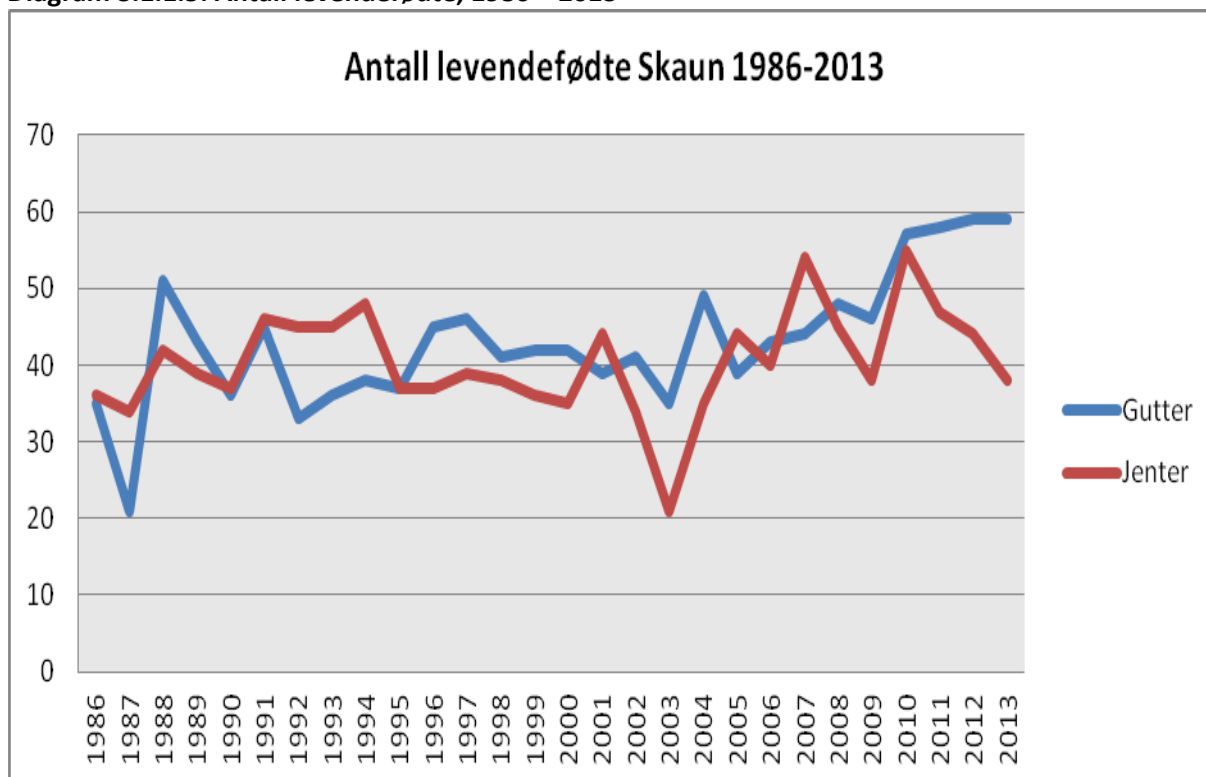
Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB.

Diagram 3.1.1.4: Inn- og utflytting, 2002 – 2013



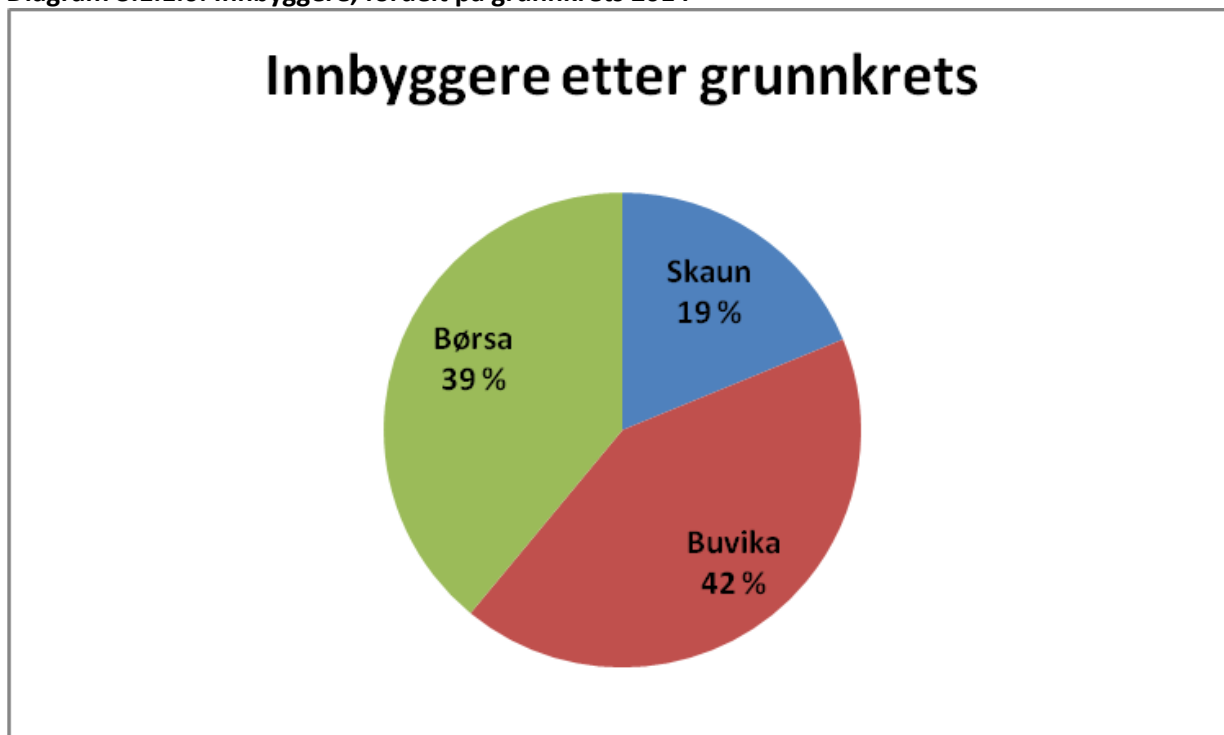
Antall personer som har flyttet inn og ut av kommunen. Kilde: SSB.

Diagram 3.1.1.5: Antall levendefødte, 1986 – 2013



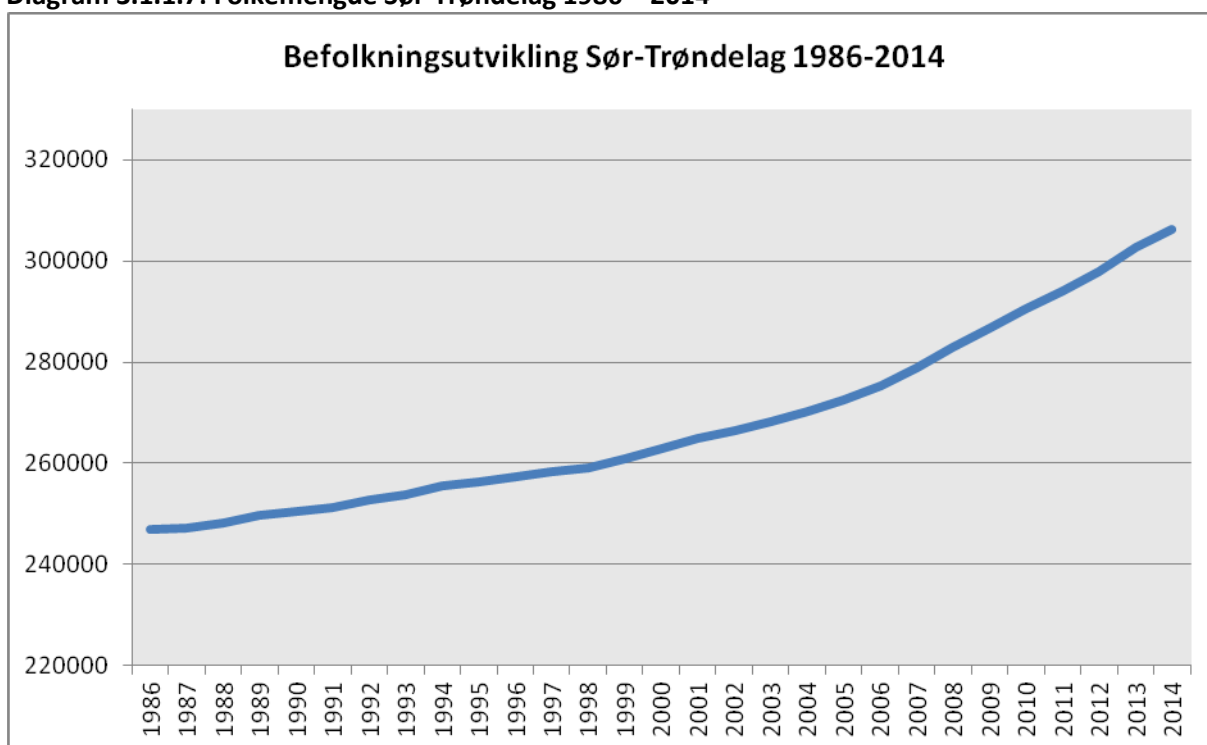
Antall levendefødte i løpet av ett år. Kilde: SSB.

Diagram 3.1.1.6: Innbyggere, fordelt på grunnkrets 2014



Andel innbyggere fordelt på grunnkrets 01.01.2014. Kilde: SSB.

Diagram 3.1.1.7: Folkemengde Sør-Trøndelag 1986 – 2014



Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB.

3.1.2 Befolkningsframskriving

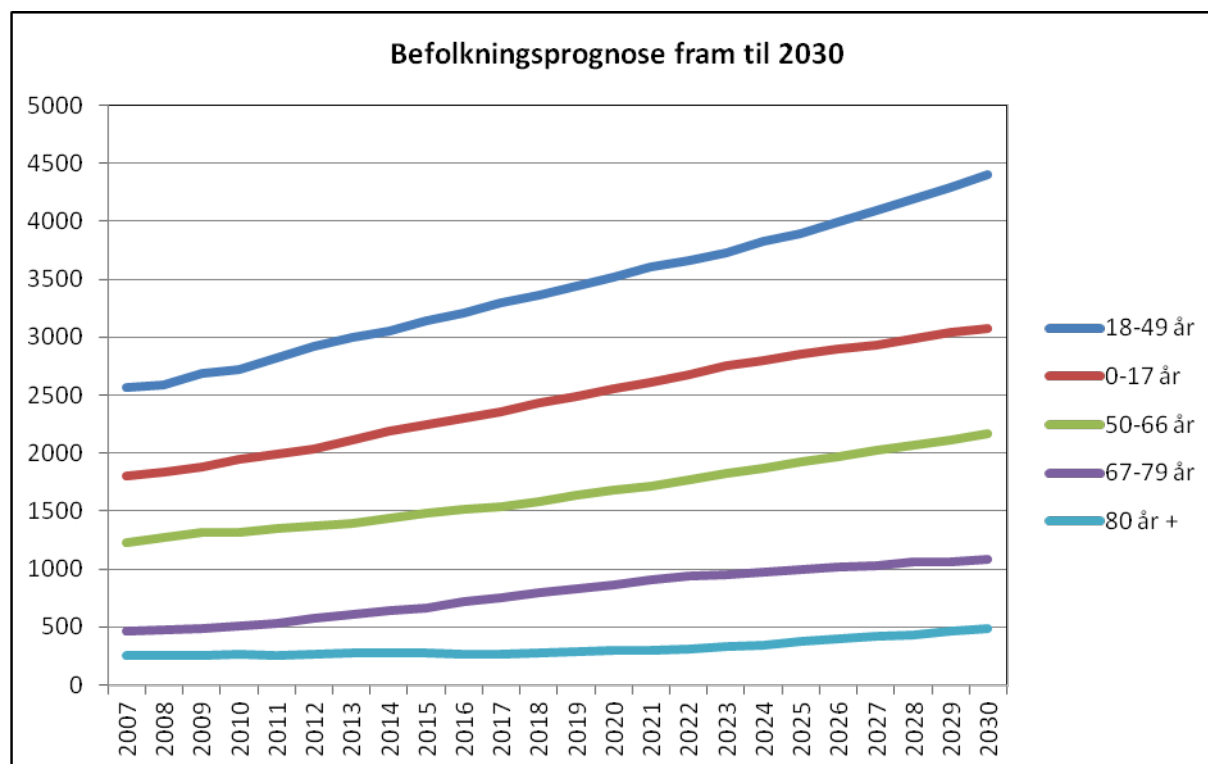
Befolkningsframskriving for Skaun viser en fortsatt økning av innbyggertallet frem til 2030. Det blir flere innbyggere i alle aldersgrupper, og gruppen i arbeidsfør alder er størst etterfulgt av gruppen barn og unge. Den prosentvise økningen er størst blant de eldre, og dette gjelder både blant de yngste eldre (67 – 79 år) og de eldste eldre (80+). Disse gruppene øker med henholdsvis 502 og 218 personer. Gruppen barn og unge øker med 1045 personer frem til 2030.

Skaun kommune har valgt å benytte Norconsults befolkningsprognose, som ble utarbeidet i 2012. Denne legger til grunn veksten de siste fem årene, etter at nye E39 var ferdigstilt. Norconsults prognose legger en høyere vekst til grunn, enn hva som er tilfellet for SSB sine befolkningsprognoser. Fortsatt vekst i befolkningen vurderes som positivt for Skaun.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Befolkningsframskrivinger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene.

Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Kilde: St.meld. nr. 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen

Diagram 3.1.2.1: Befolkningsprognose fram til 2030



Fremskrevet folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: Norconsult.

Tabell 3.1.2.2: Befolkningsfremskriving, 2012 - 2030

	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024	2026	2028	2030	Økning
0-17 år	2 033	2 186	2 306	2 433	2 550	2 678	2 801	2 901	2 990	3 078	51 %
18-49 år	2 916	3 052	3 212	3 366	3 513	3 662	3 822	3 989	4 191	4 407	51 %
50-66 år	1 370	1 433	1 521	1 583	1 684	1 769	1 872	1 968	2 066	2 164	58 %
67-79 år	578	643	717	797	865	938	977	1 020	1 067	1 080	87 %
80 år +	264	276	270	282	294	313	346	402	429	482	83 %
Totalt	7 161	7 590	8 026	8 461	8 906	9 360	9 818	10 280	10 743	11 211	57 %

Fremskrevet folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: Norconsult

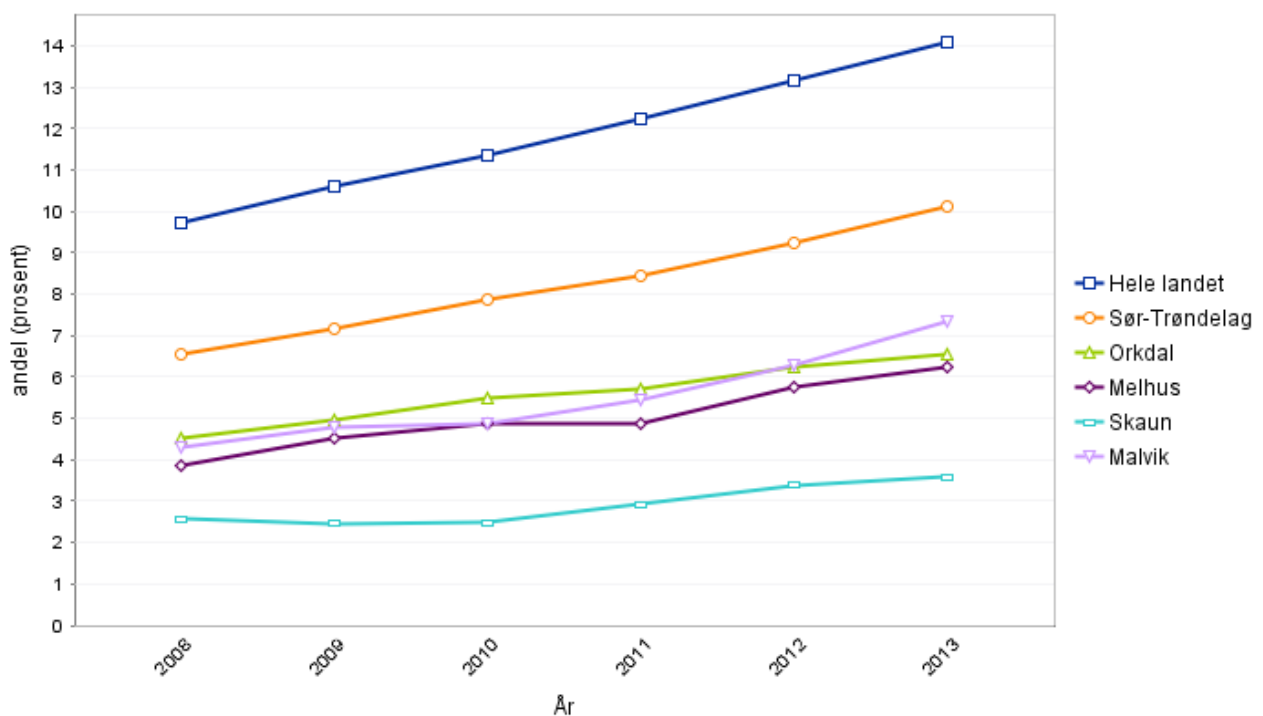
3.1.3 Etnisitet

Andelen innbyggere med innvandrerbakgrunn er betydelig lavere i Skaun enn både landet som helhet, fylke og sammenligningskommunene. De fleste innvandrerne i Skaun har europeisk landbakgrunn. Sør-Trøndelag fylke har en samlet andel innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn på 9 %, mens Skaun har en andel på 3,5 %. Dette vurderes derfor ikke som et risikoområde for kommunen.

Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd. Kilde: Folkehelseinstituttet

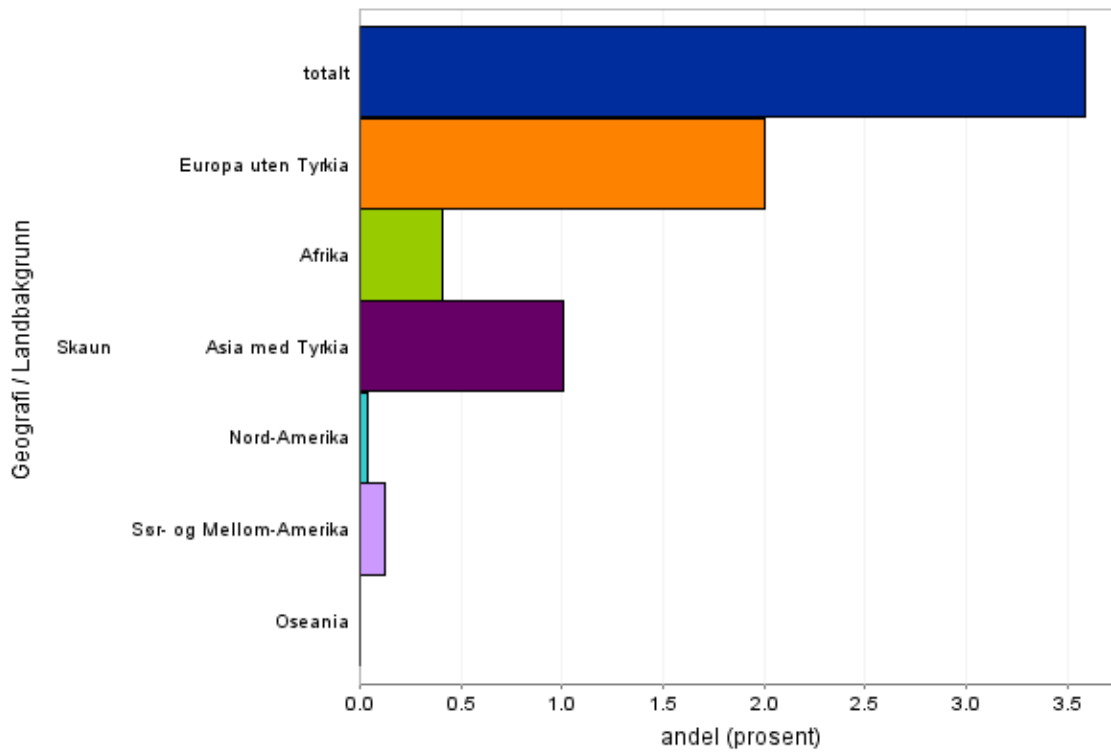
Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid.

Diagram 3.1.3.1: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2008 - 2013



Andel personer med to utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.1.3.2: Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre, etter landbakgrunn 2013



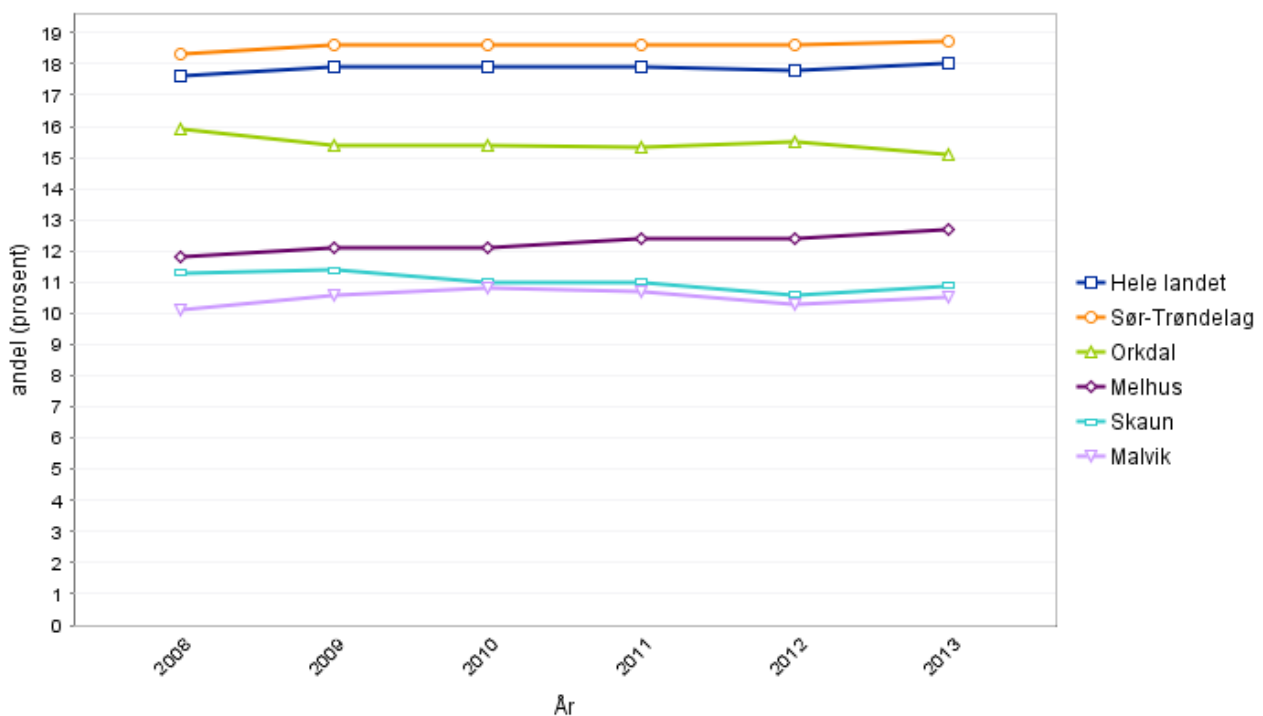
Andel personer etter landbakgrunn. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

3.1.4 Personer som bor alene

Andel personer som bor alene i Skaun er lavere i Skaun enn både fylke og land. Andelen èn-personhusholdninger i Skaun er 10,9 %, mens fylket har en andel på 18,7 %. Dette vurderes derfor ikke som et risikoområde for kommunen.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt.

Diagram 3.1.4: Personer som bor alene, 2008 - 2013



Andel personer som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelse statistikkbank.

3.1.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Folketall	Vekst på 23 % siste 10 år. 7392 innbyggere pr 01.01.14	Utflytting: Utdanning (videregående og høyere utdanning, muligheter for arbeid (for hele familien), behov for et større miljø, ønske om å være mindre synlig, kommunale tjenestetilbud. Tilflytting: Ny E 39 og nærhet til Trondheim. Trondheim vokser ut over sine grenser og Skaun oppleves for mange som en del av stor-Trondheim. God tilgang på attraktive arbeidsplasser i Trondheim. Tilgang på attraktive boliger og tomte; sjøtilgang, natur.	Press på infrastruktur (teknisk og sosial). Økte inntekter og tilførsel av menneskelige ressurser. Mange innbyggere uten tilknytning til kommunen kan medføre mangel på sosialt nettverk. Ressursene vokser ikke i takt med utviklingen. Ung befolkning – unngår forgubbing. En stadig voksende gruppe med friske eldre (bl.a. en ressurs som frivillige), men også et sykdomsbilde mer preget av kroniske og sammensatte helseproblemer – inkludert demens.
Netto-innflytting	Både innflytting og utflytting har økt de senere år, men antallet som flytter inn til kommunen er større enn det som flytter ut		
Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre	Lav andel – utgjør 3,5 % av innbyggerne		
Innbyggere under 66 år frem til 2030	Økning fra 6319 i 2012 til 9649 i 2030.		
Innbyggere over 67 år frem til 2030	Økning fra 842 til 1562, hvorav en økning på 218 personer over 80 år.	Lavere dødelighet og aldring av store fødselskull.	
Personer som bor alene	Relativ stabil andel, 11,1 % i 2008, 10,9 % i 2013.		Færre sosiale utfordringer.



3.1.6 Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak

Befolkningssammensetning: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- ★ Fløttardag som arrangeres årlig, hvor nye innflyttere inviteres til møte og rundtur i kommunen
- ★ Barselgruppe (helsestasjonen)
- ★ Familiesenter
- ★ Mange lag og foreninger
- ★ Aktivt idrettsmiljø
- ★ Integrering av innvandrere gjennom flyktningekonsulent, Bibliotek og Frivilligsentralen



Befolkningssammensetning: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- ★ Prioritere utvikling av gode oppvekst- og bomiljøer (politisk valg)
- ★ Få oversikt over hvilke grupper som flytter ut av og inn i kommunen
- ★ Øke graden av samarbeid med lag og foreninger
- ★ Øke fokuset på hjem – skolesamarbeid med fokus på inkludering
- ★ Videreutvikle fløttardagen
- ★ Etablere nettverk for småbarnsmødre i regi av frivillige
- ★ Legge til rette for frivillig innsats av en økende andel eldre
- ★ Boliger/bokollektiv tilpasset eldre

3.2 Oppvekst- og levekårsforhold

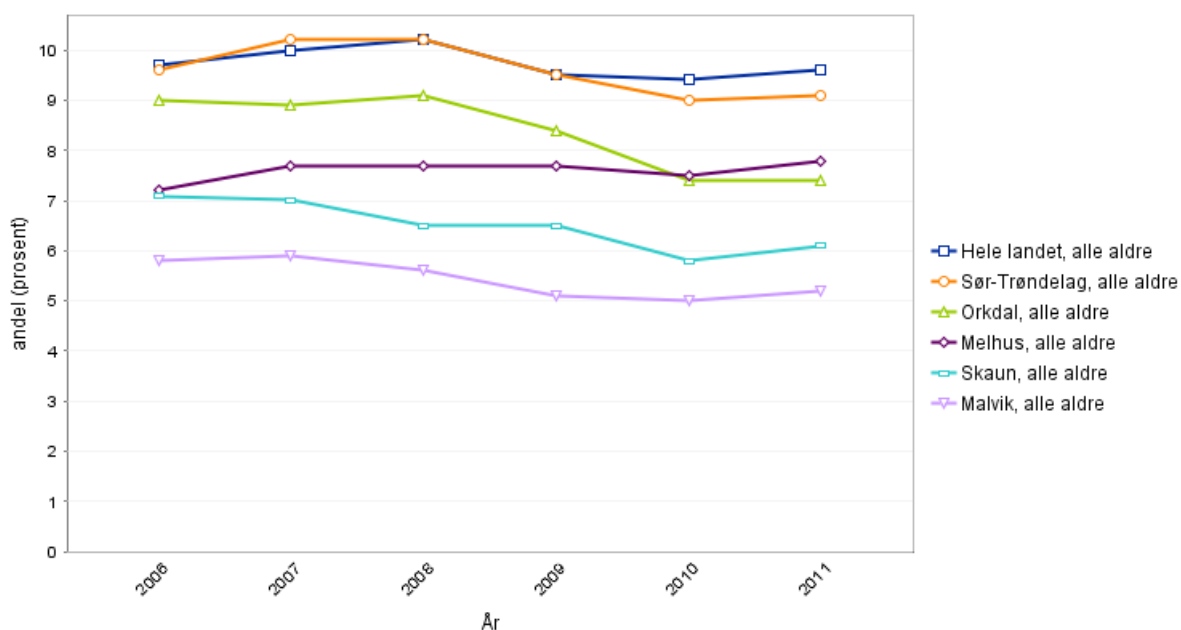
3.2.1 Lavinntekt husholdninger

Fra 2006 til 2011 har Skaun kommune hatt en reduksjon av andelen husholdninger med lavinntekt fra 7,1 % til 6,1 %. Skaun ligger under både land, fylke og to av sammenligningskommunene, mens Malvik kommune har en lavere andel husholdninger med lavinntekt enn Skaun.

Dette vurderer derfor ikke som et særskilt risikoområde i Skaun.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.

Diagram 3.3.1: Lavinntekt (husholdninger), 2006-2011



Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. Årlige tall.

EU-skala er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ulike ekvivalensskalaer vektlegger stordriftsfordeler ulikt. EU-skalaen er mye brukt, og i følge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$ ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

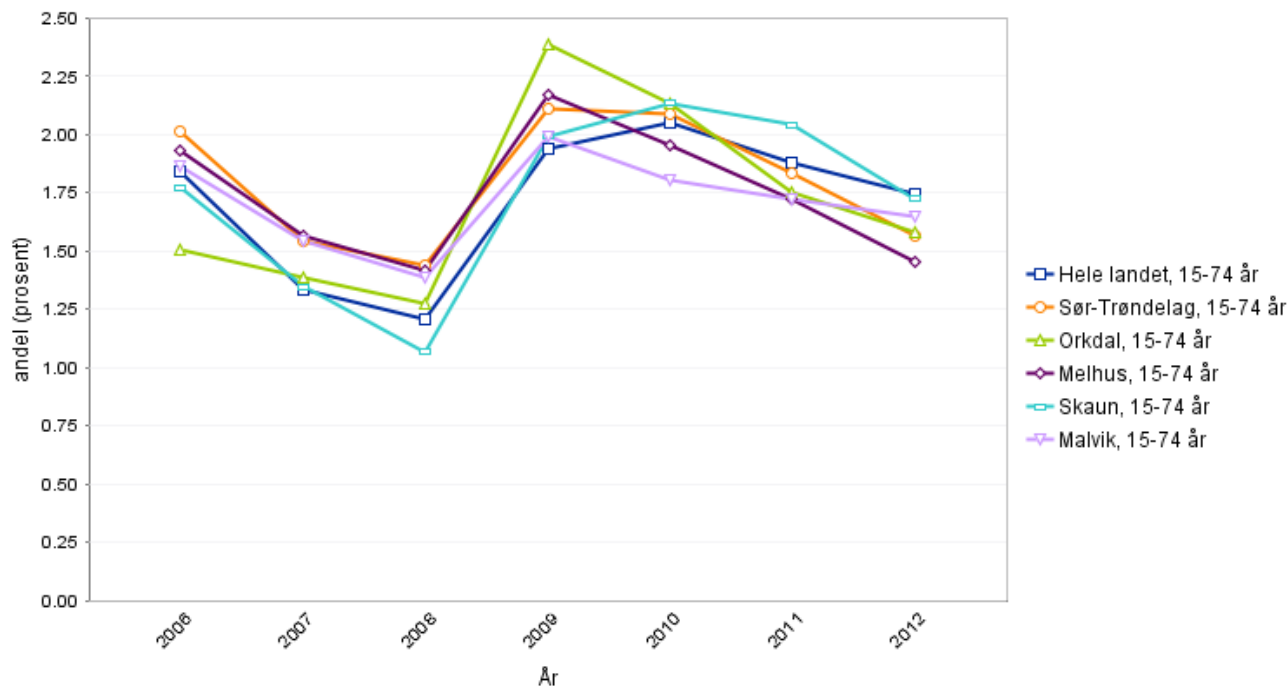
3.2.2 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Skaun har stort sett fulgt konjunktorene i landet som helhet. I 2012 var arbeidsledigheten på 1,7 %, noe som er likt med landet som helhet, men litt over fylke og sammenligningskommuner.

Arbeidsledighet vurderes ikke å være et særskilt risikoområde i Skaun.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt, og arbeidsledighet antas å kunne virke negativt inn på helsetilstanden.

Diagram 3.2.2: Arbeidsledighet, 2001-2012



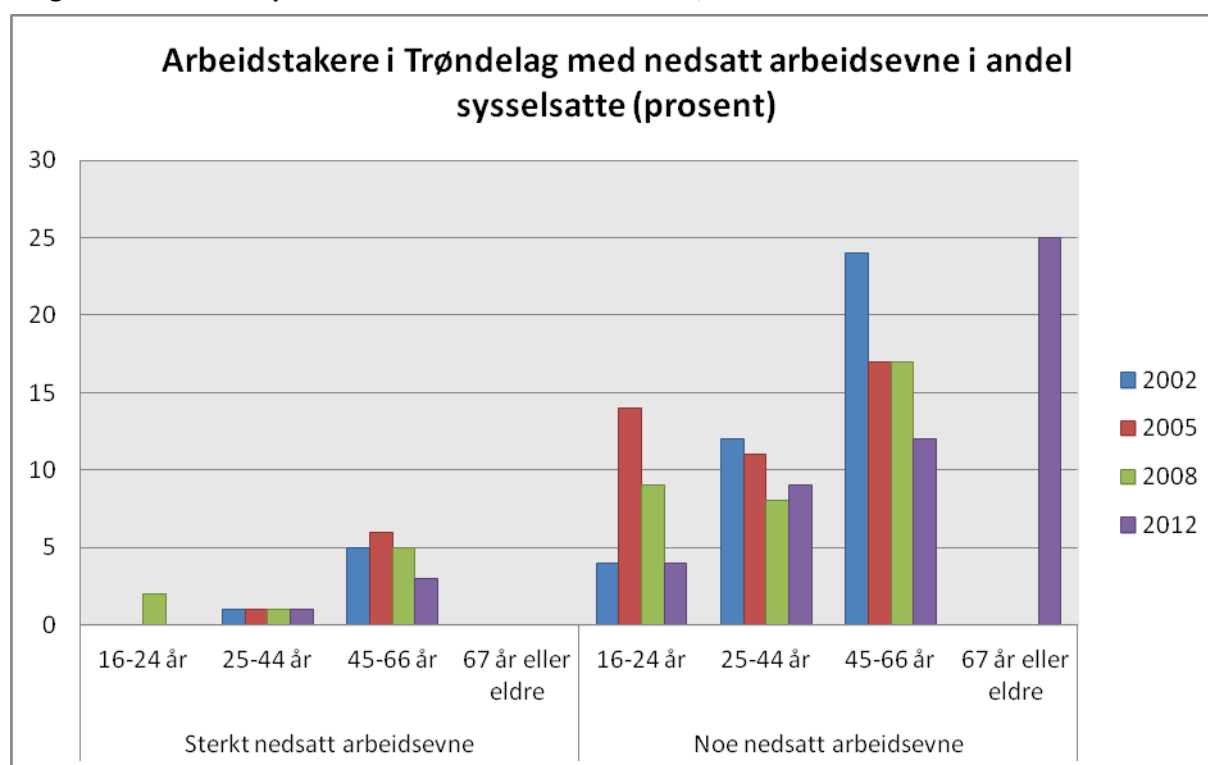
Registrerte arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken. Årlige tall. Statistikken omfatter alle personer som står registrert i NAVs arbeidssøkerregister enten som helt arbeidsledig eller som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak (vanlige arbeidssøkere i ordinære tiltak og yrkeshemmede i tiltak). Dette inkluderer også personer som identifiseres med såkalte D-nr i stedet for fødselsnummer, dvs. utenlandske personer uten oppholdstillatelse som er på korttidsopphold i Norge. Registrerte arbeidsledige omfatter i utgangspunktet alle aldre, men det er svært få under 16 år eller over 66 år. Arbeidsstyrken inkluderer personer i alderen 15-74 år. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommune helsa statistikkbank.

3.2.3 Nedsatt arbeidsevne

Andel personer med nedsatt arbeidsevne i Sør-Trøndelag har gått gradvis ned i de fleste aldersgruppene fra 2002 til 2012. Det er aldersgruppen over 67 år som står for den største andelen.

Har man først nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet. Kilde: Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011

Diagram 3.2.3: Andel personer med nedsatt arbeidsevne, 2002-2012



Andel personer i prosent av arbeidsstyrken med nedsatt arbeidsevne, begge kjønn, fordelt på alder og sterkt og noe nedsatt arbeidsevne. Nedsatt arbeidsevne gjelder personer som på grunn av fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming har vansker med å få arbeid. Kilde: SSB.

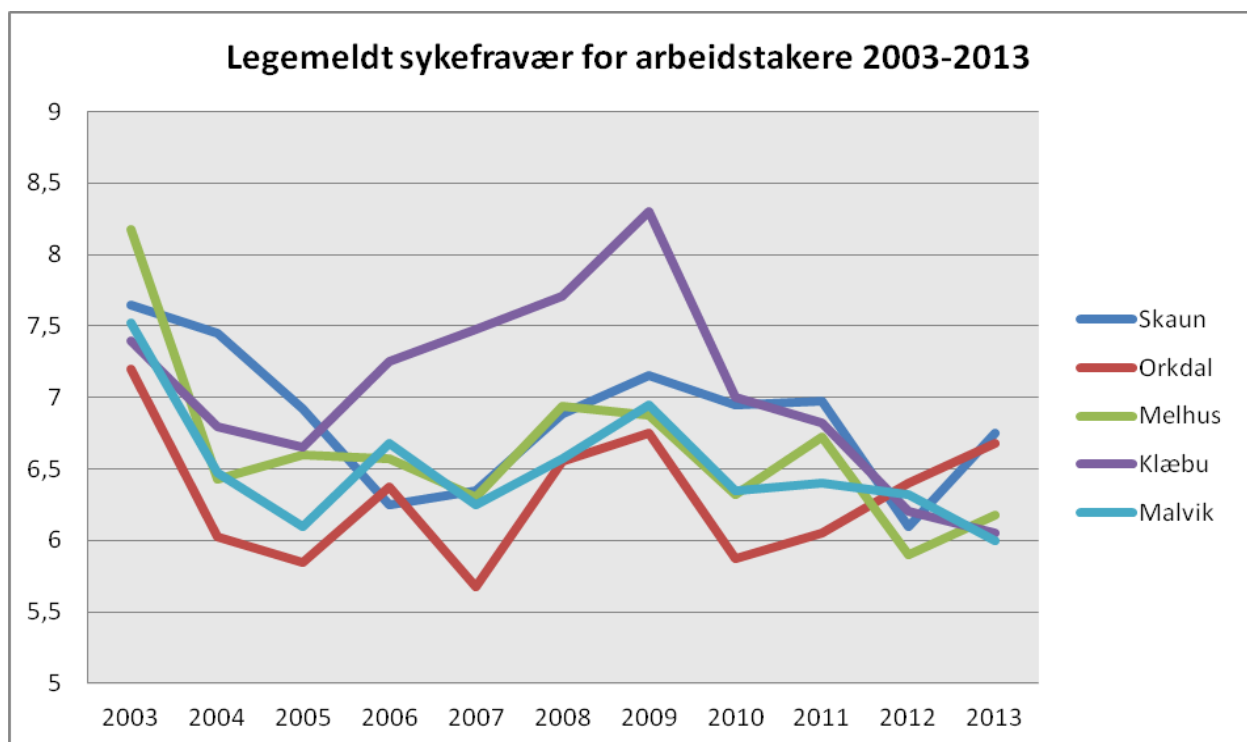
3.2.4 Sykefravær

Det har vært noe svingninger i legemeldt sykefravær blant innbyggerne i Skaun kommune etter 2003. Det var høyest i 2005 (7,7 %) og lavest i 2012 (6,1 %). I 2013 var sykefraværet på 6,8 %. Sykefravær vurderes å være et risikoområde for Skaun, da vi ligger høyere enn kommunene vi sammenligner oss med.

I 2013 utgjorde muskel- og skjelettlidelser 37,5 % av det totale legemeldte sykefraværet i Skaun. Psykiske lidelser utgjorde 14,7 % og sykdommer i luftveiene 12,4 %. Sykdommer i luftveiene har hatt en nedgang fra 21,7 % i 2009. Kilde: NAV Skaun

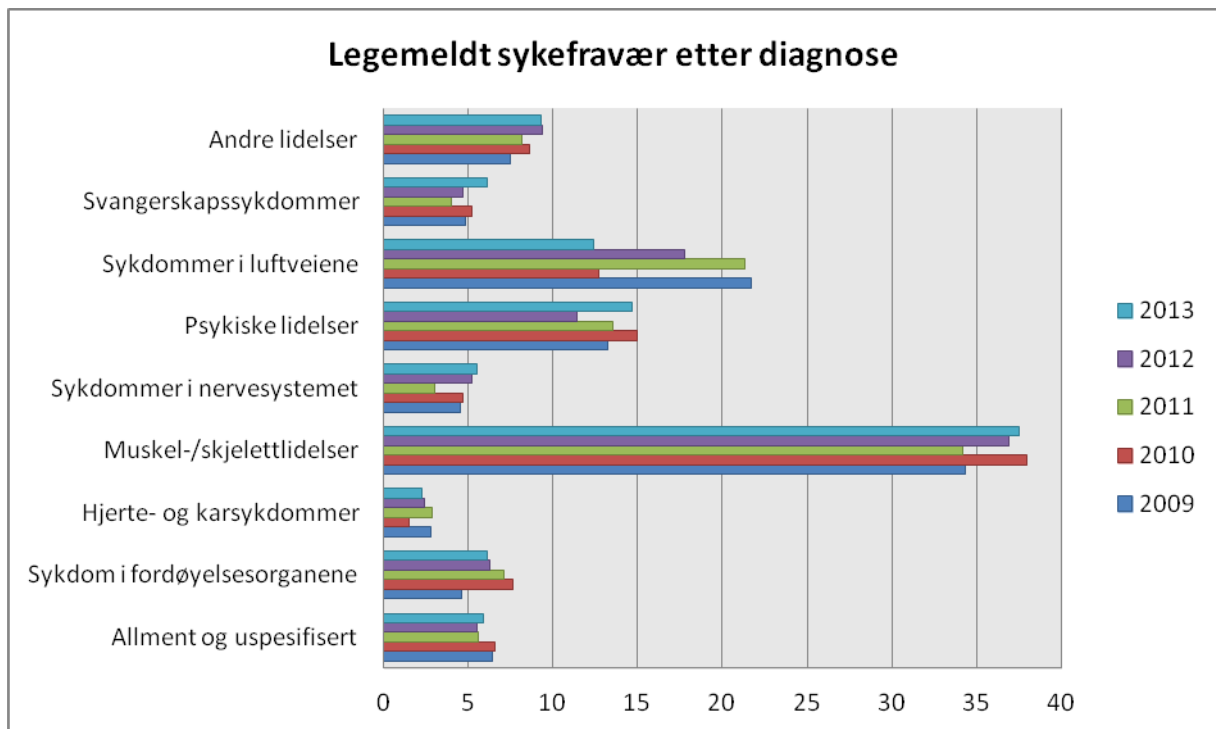
Sykefravær knyttet til muske- og skjelettlidelser – og psykiske lidelser - vurderes å være en risikofaktor i Skaun kommune.

Diagram 3.2.4.1: Legemeldt sykefravær, 2003-2013



Tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk, begge kjønn. År. Kilde: SSB:

Diagram 3.2.4.2: Legemeldt sykefravær etter diagnose, 2009 - 2013



Legemeldt sykefravær etter diagnose i Skaun. År. Kilde: NAV Skaun.

3.2.5 Uføretrygd

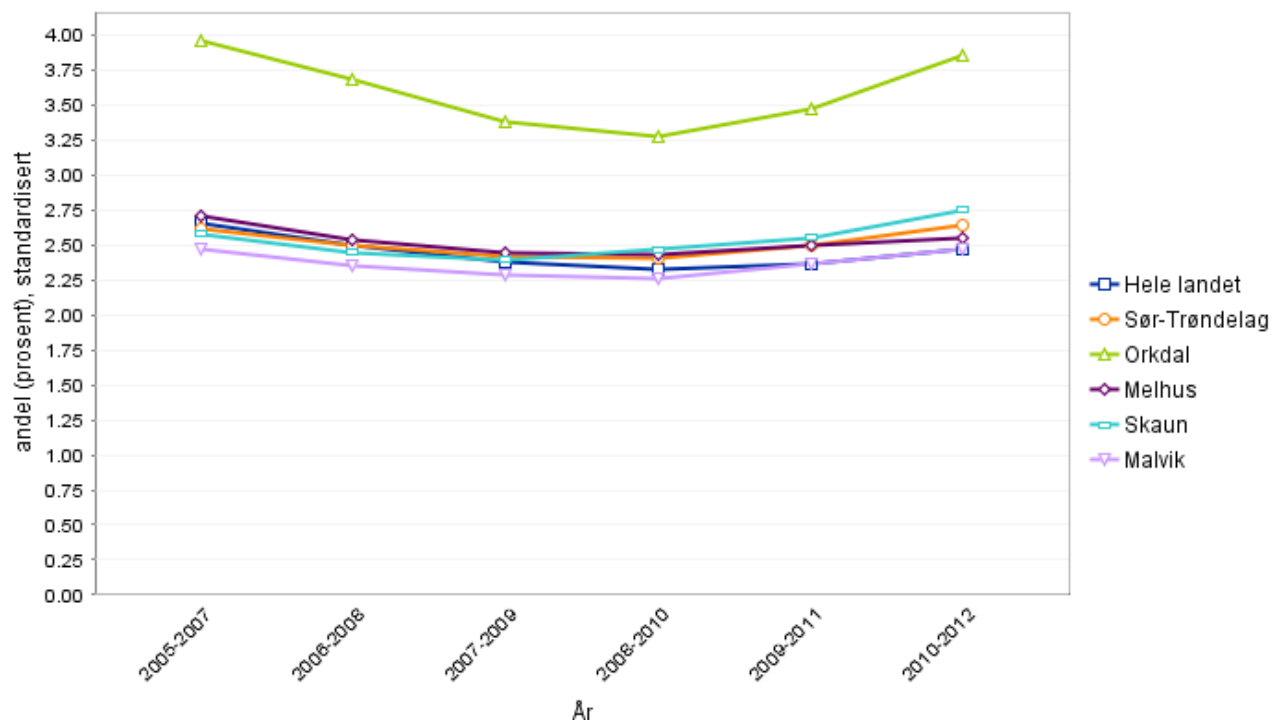
Andelen uføretrygdede i Skaun i alderen 18 – 66 år har holdt seg relativt stabilt fra 2005. Skaun ligger med 9,7 % høyere enn landet, men noe under fylket som har en andel på 9,9 %. Orkdal kommune ligger langt høyere enn sammenligningskommunene, fylke og land når det gjelder både unge og eldre uføre.

I Skaun er det flere kvinner enn menn som blir uføretrygdede, med henholdsvis 11,2 % kvinner og 8,3 % menn i 2010 – 2012. Når det gjelder andelen uføretrygdene mellom 18 – 44 år, ligger Skaun høyere enn både fylke og land. 2,7 % i denne gruppen er uføretrygdende i Skaun. Unge uføre vurderes å utgjøre et mulig risikoområde for Skaun kommune.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Gruppen uføretrygdede er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. Omfanget av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk eller psykisk), men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivå og jobbtilbudet i kommunen.

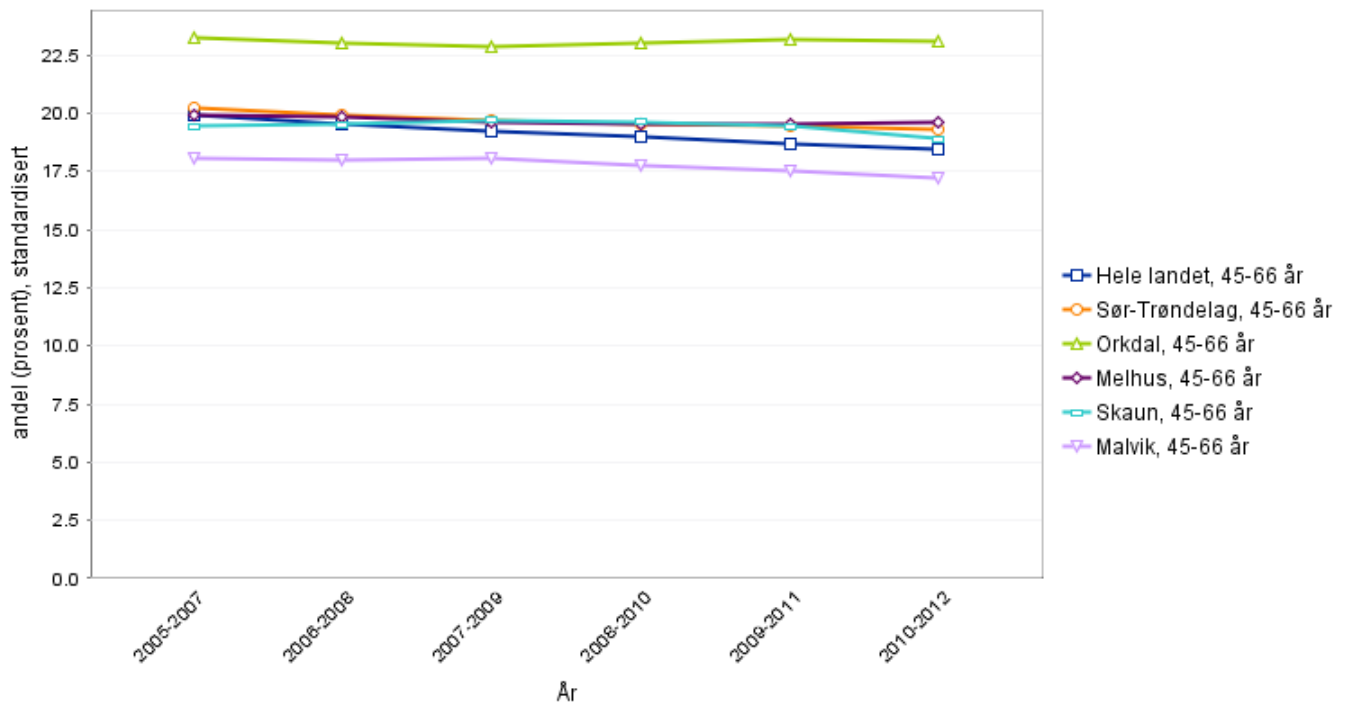
Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning, livsstilsfaktorer og andre sosiale faktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker uføretrygd.

Diagram 3.2.5.1: Uføretrygdede 18 – 44 år, 2006 - 2012



Antall uføretrygdede og andel uføretrygdede i prosent av befolkningen i alderen 45 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.2.5.2: Uføretrygdede 45 – 66 år, 2006 – 2012



Antall uføretrygdede og andel uføretrygdede i prosent av befolkningen i alderen 45 t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemming. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

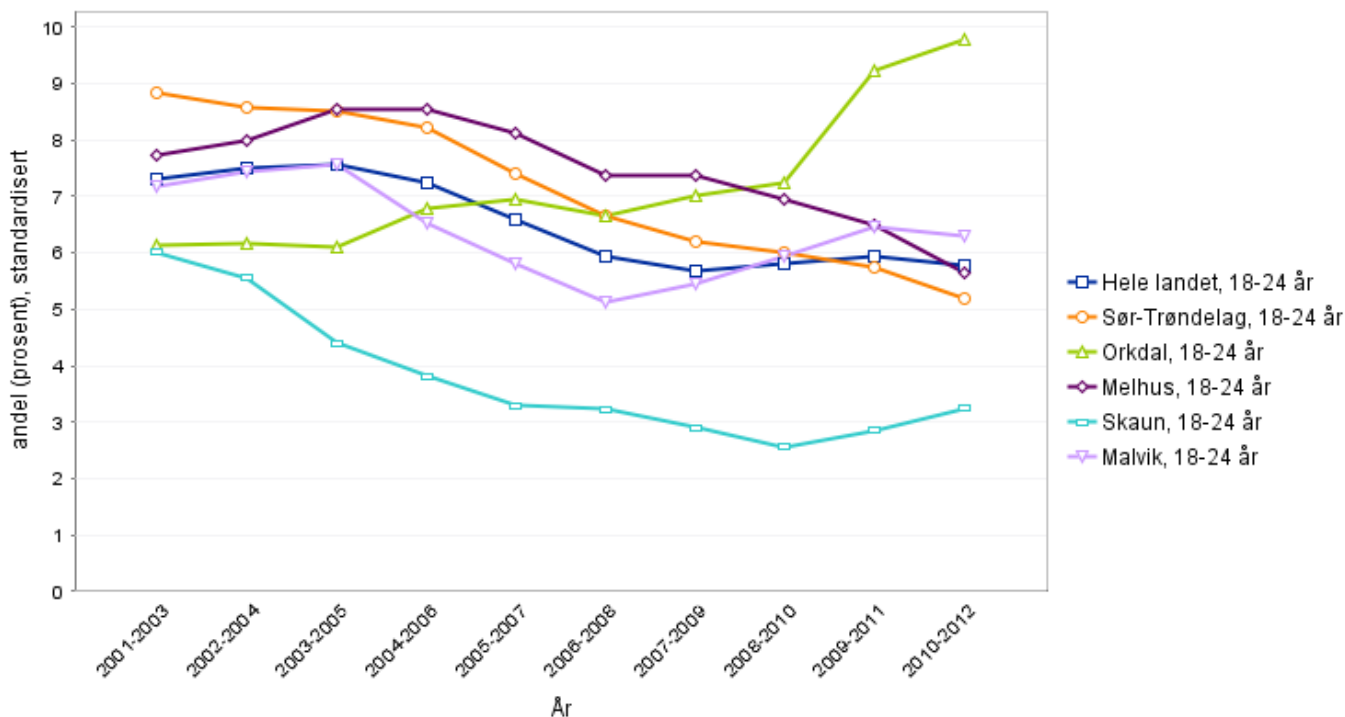
3.2.6 Mottakere av sosialhjelp

Mottakere av sosialhjelp har gått ned i Skaun i perioden 2001 – 2012. Det er spesielt gruppen 18 – 24 år som har hatt en reduksjon, fra 6 % til 3,2 % sosialhjelpsmottakere. Gruppen 25 – 66 år har redusert andelen fra 2,9 % til 1,8 %. Mottakere av sosialhjelp vurderes ikke å være et risikoområde for Skaun kommune.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Mottakerne av sosialhjelp er en utsatt gruppe psykososialt og materielt. De har ofte en mer marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, kortere utdanning og lavere bostandard enn befolkningen ellers. Det er også vist at det er langt større innslag av helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen ellers, og særlig er det en stor andel med psykiske plager og lidelser.

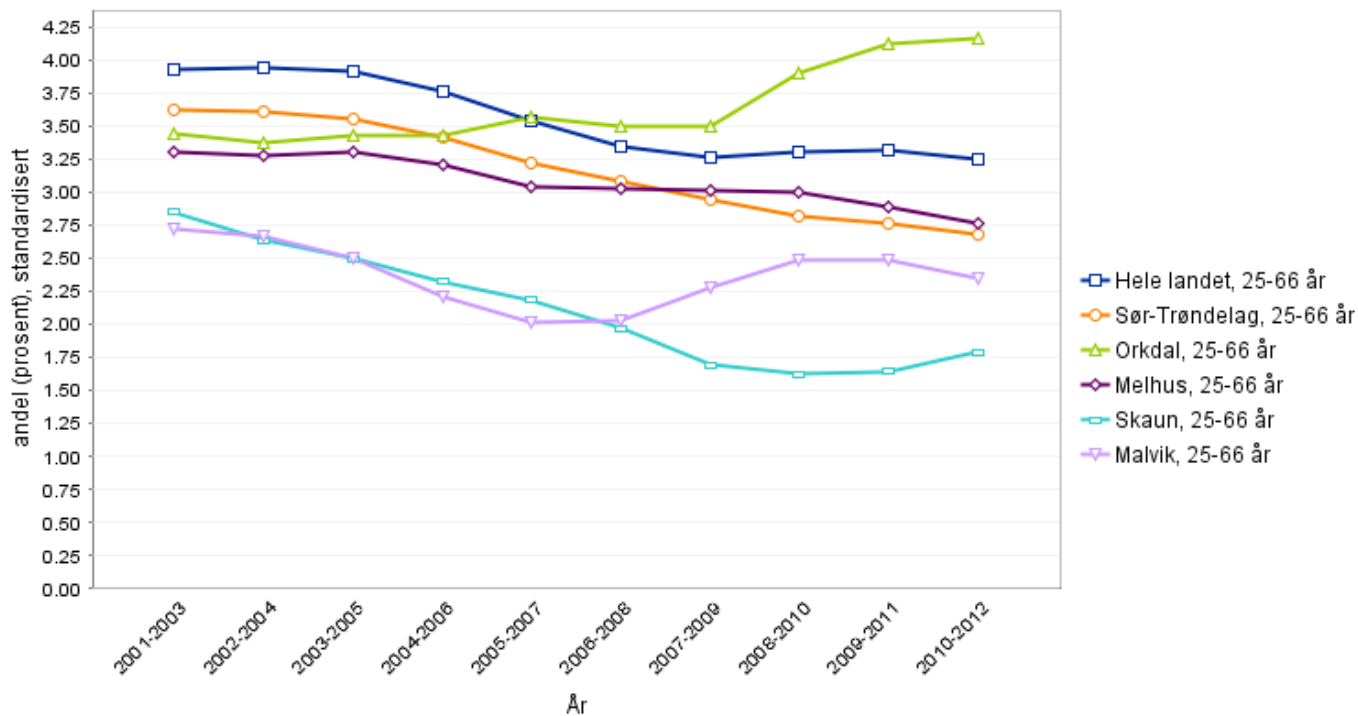
Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men også at sosialtjenesten legger ulik vekt på aktivisering av den enkelte og på tverrfaglig samarbeid.

Diagram 3.2.6.1: Mottakere av sosialhjelp, 18-24 år, 2001-2012



Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 18-24 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.2.6.2: Mottakere av sosialhjelp, 25-66 år, 2001-2012



Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 25-66 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

3.2.7 Utdanningsnivå

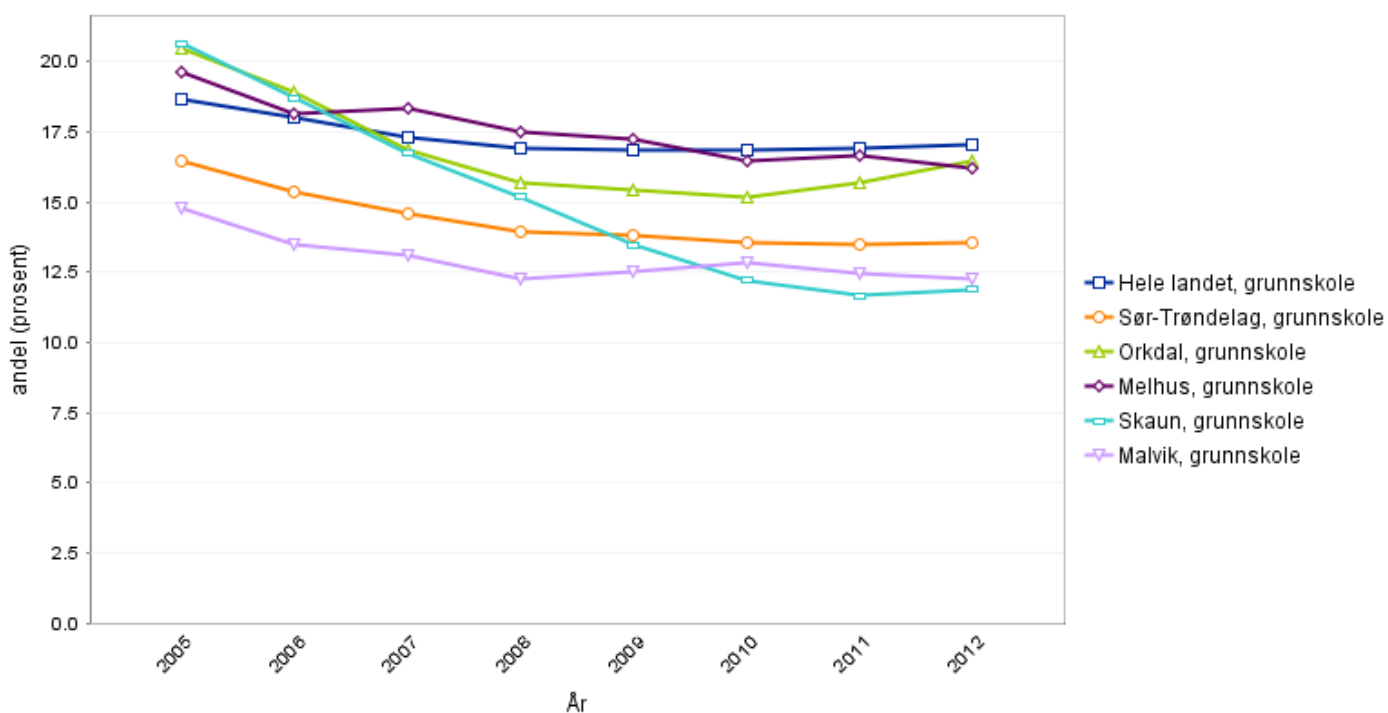
Andelen innbyggere i Skaun med grunnskole som høyeste utdanning har blitt redusert fra 21 % til 12 % i perioden 2005 – 2012. Denne reduksjonen er betydelig større enn hva som er gjeldende for land, fylke og sammenligningskommuner. Mens Skaun hadde høyest andel innbyggere med grunnskole som høyest fullførte utdanning i 2005, har kommunen lavest andel i sammenligningsgruppen i 2012!

Når det gjelder andelen innbyggere med videregående skole som høyeste utdanning har dette gått noe ned, mens andelen innbyggere med høgskole/universitet som høyeste utdanning har steget fra 29 % til 41 % fra 2005. Utdanning vurderes å være en styrke for kommunens folkehelse.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert.

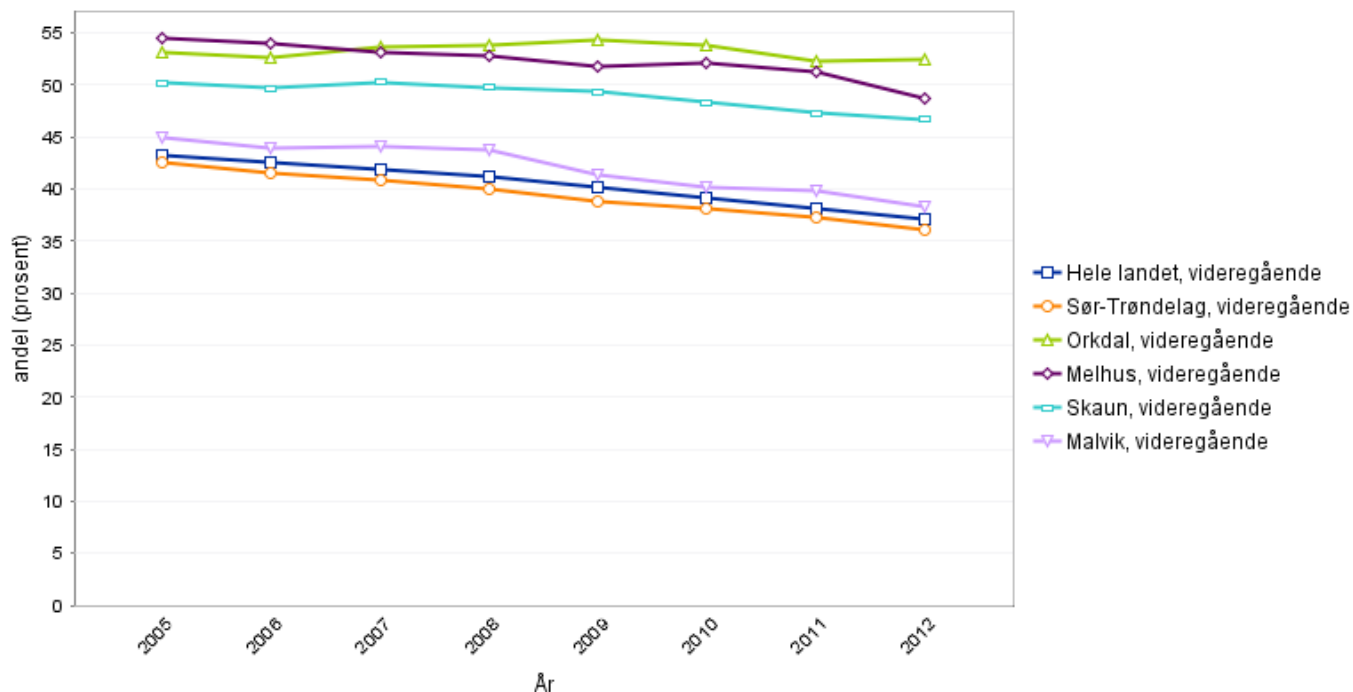
Sammenhengene mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er komplekse, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Tiltak rettet mot å redusere utdanningsforskjeller kan dermed bidra til å redusere ulikheter i folks helse. Fra et helsemessig ståsted er det viktig at utdanningssektoren lykkes med å tilrettelegge opplæringen slik at alle barn og unge kan få like gode muligheter til å lære og oppleve mestring. Kilde: Helsedirektoratet, 2012.

Diagram 3.2.7.1: Grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 2005-2012



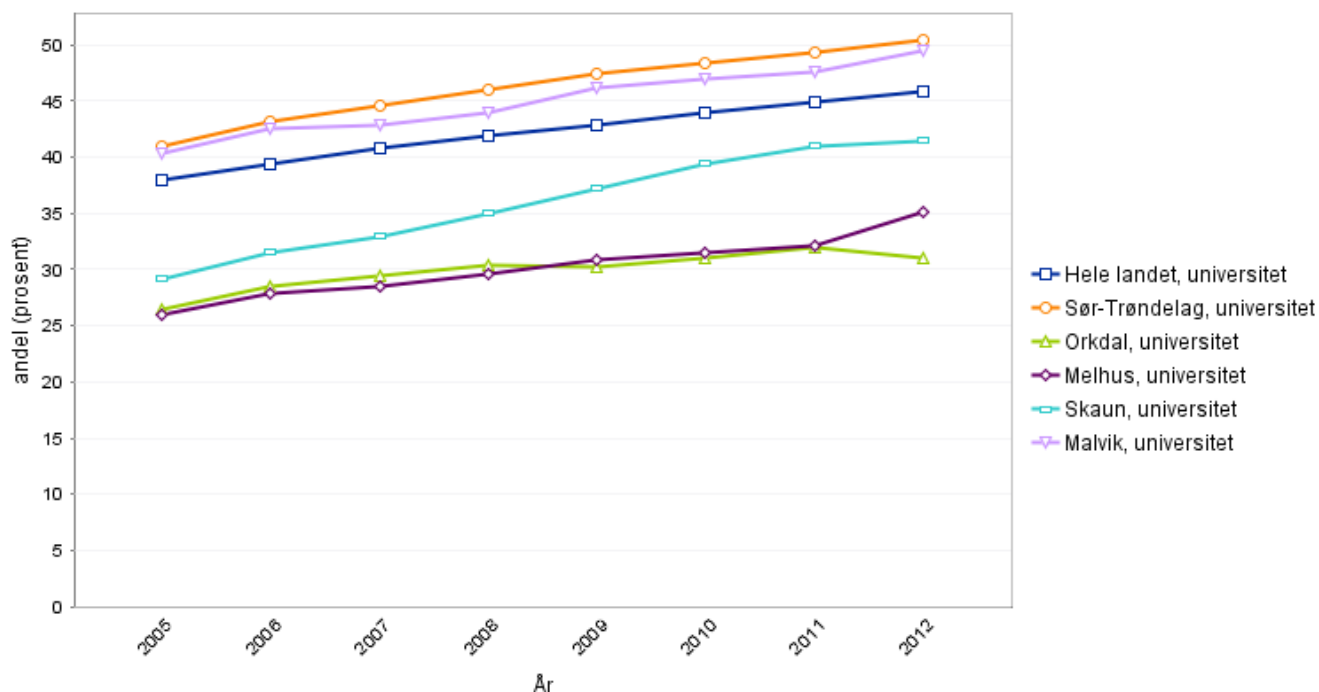
Andel personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.2.7.2: Videregående skole som høyeste utdanningsnivå, 30 – 39 år, 2005 – 2012



Andel personer med videregående skole som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank.

Diagram 3.2.7.3: Høgskole/universitet som høyeste utdanningsnivå, 30 – 39 år, 2005 – 2012



Andel personer med høgskole/universitet (120 studiepoeng eller mer) som høyeste fullførte utdanning i prosent av alle med oppgitt utdanningsnivå. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommune helsa statistikkbank.

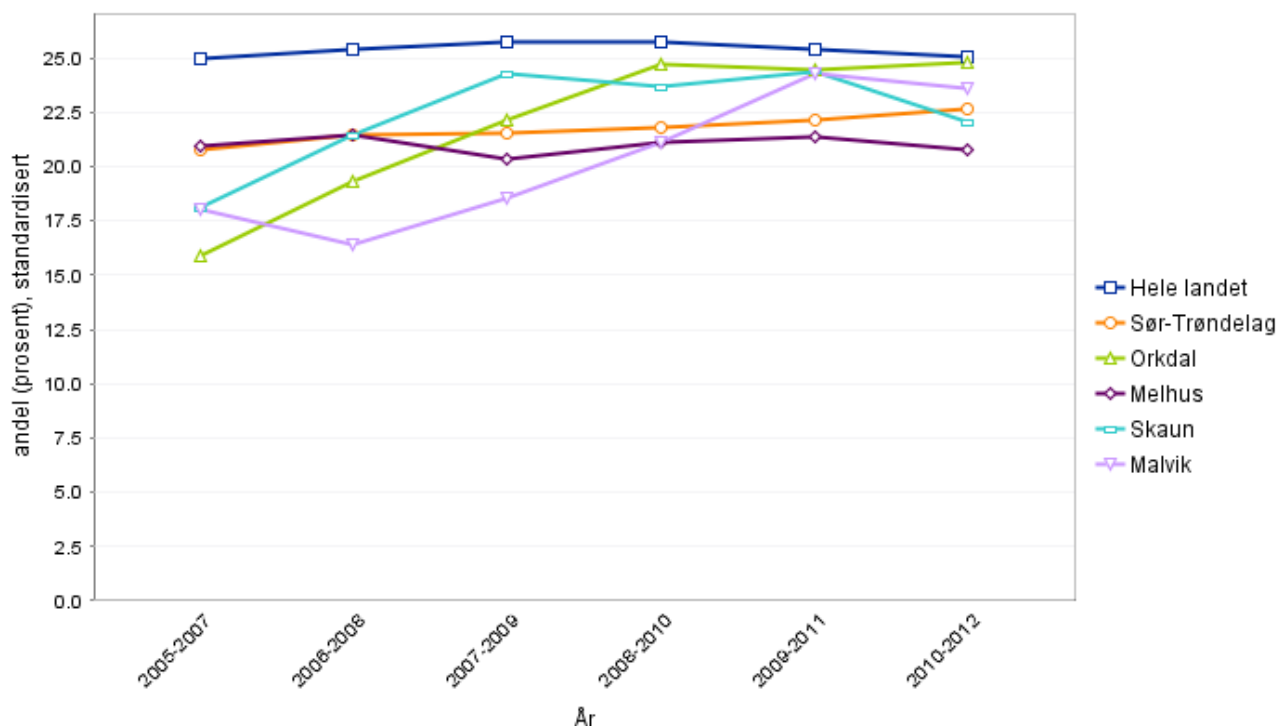
3.2.8 Frafall videregående skole

Frafallet i videregående skole for elever fra Skaun har økt fra 2005 – 2012. I 2012 lå frafallet på 22 %, og dette er nesten på linje med Sør-Trøndelag fylke som har et samlet frafall på 22,6 %. Landet som helhet hadde et frafall på 25 %. Frafall fra videregående skole vurderes å være et risikoområde for Skaun kommune.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Personer som ikke har fullført videregående utdanning antas å være vel så utsatt for levekårs- og helseproblemer som de som har valgt å ikke ta mer utdanning etter fullført ungdomsskole.

Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet. Undersøkelser har vist at det er sosial ulikhet i frafall fra videregående skoler i Norge. Dette vises for eksempel ved at blant ungdom som har foreldre med grunnskole som lengste fullførte utdanning, er andelen som dropper ut større enn blant ungdom som har foreldre med videregående eller lengre utdanning. Kilde: Helsedirektoratet

Diagram 3.2.8: Frafall i videregående skole, 2007-2012



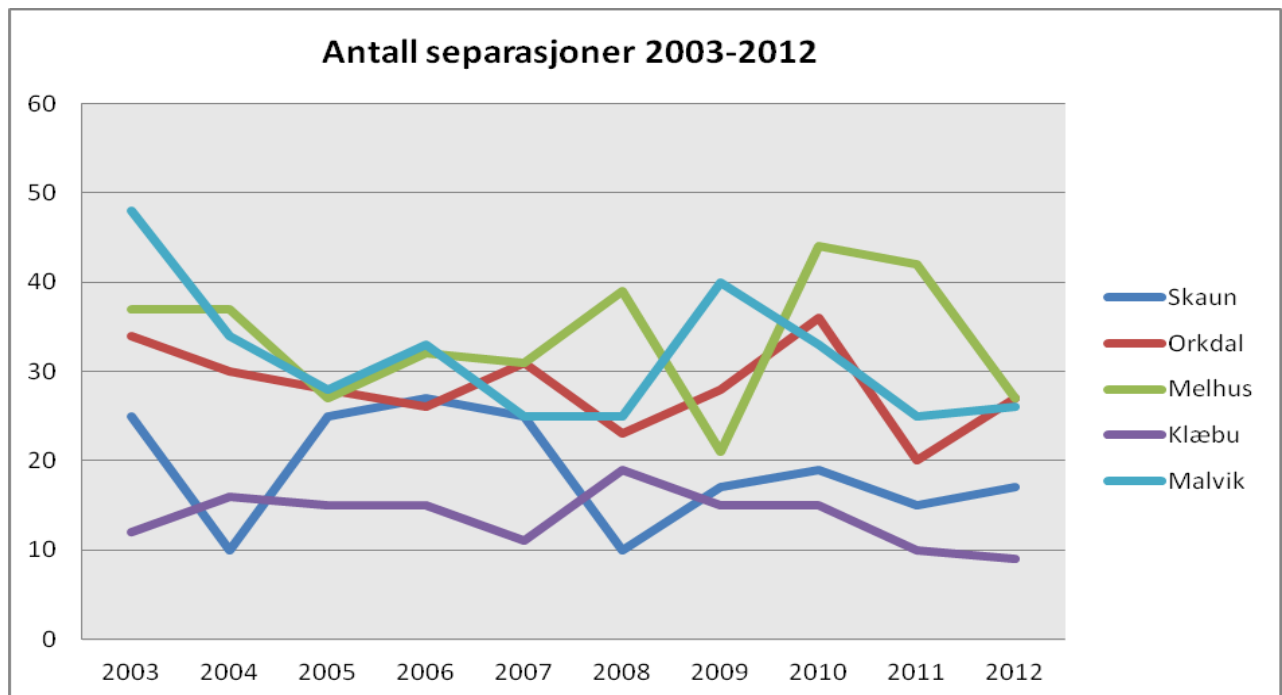
Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis. Andelen blir beregnet ut fra prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Personer som etter 5 år fortsatt er i videregående skole, regnes ikke som frafalt. Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank.

3.2.9 Separasjoner

Endringer i familiestruktur og økt forekomst av samlivsbrudd kan føre til at barn og ungdom blir utsatt for konflikter mellom foreldrene. I perioden 2003 – 2012 har det gjennomsnittlig vært 19 separasjoner og 15 skilsmisser pr år i Skaun. I årene etter 2006 har antall separasjoner i Skaun ligget lavere enn de fleste sammenligningskommunene.

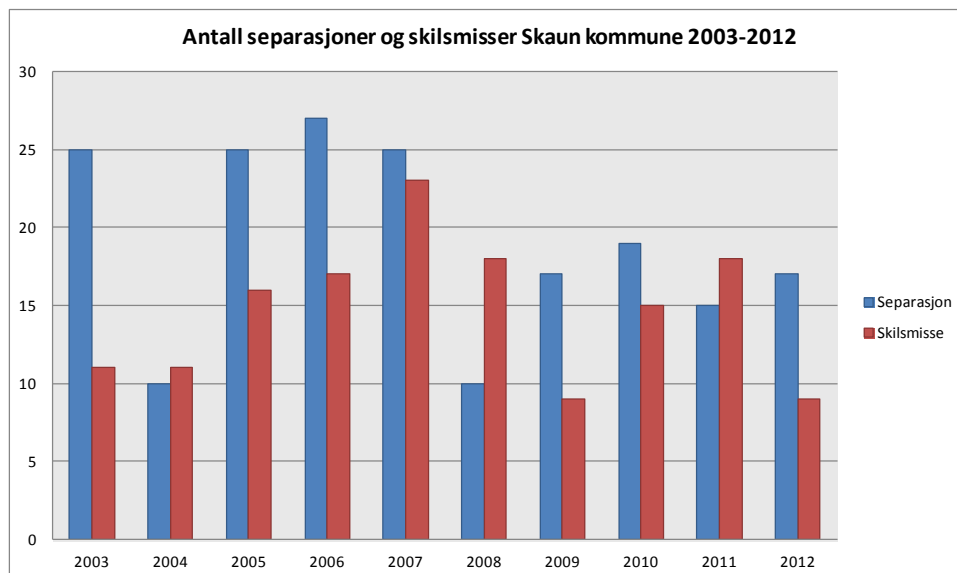
Tall fra SSB viser at i alt 10 158 par skilte seg i Norge i 2008, og det er anslått at ca 10 000 barn er involvert. Omtrent dobbelt så mang er involvert når man regner med barn av samboende foreldre. Delt bosted er blitt en mer vanlig omsorgsløsning, men det er fremdeles slik at de fleste barna bor hos mor etter et samlivsbrudd. Kilde: SSB.

Diagram 3.2.9.1: Antall separasjoner, 2003-2012



Antall separasjoner i kommunene. Kilde: SSB.

Diagram 3.2.9.2: Antall separasjoner og skilsmisser i kommunen, 2003-2012

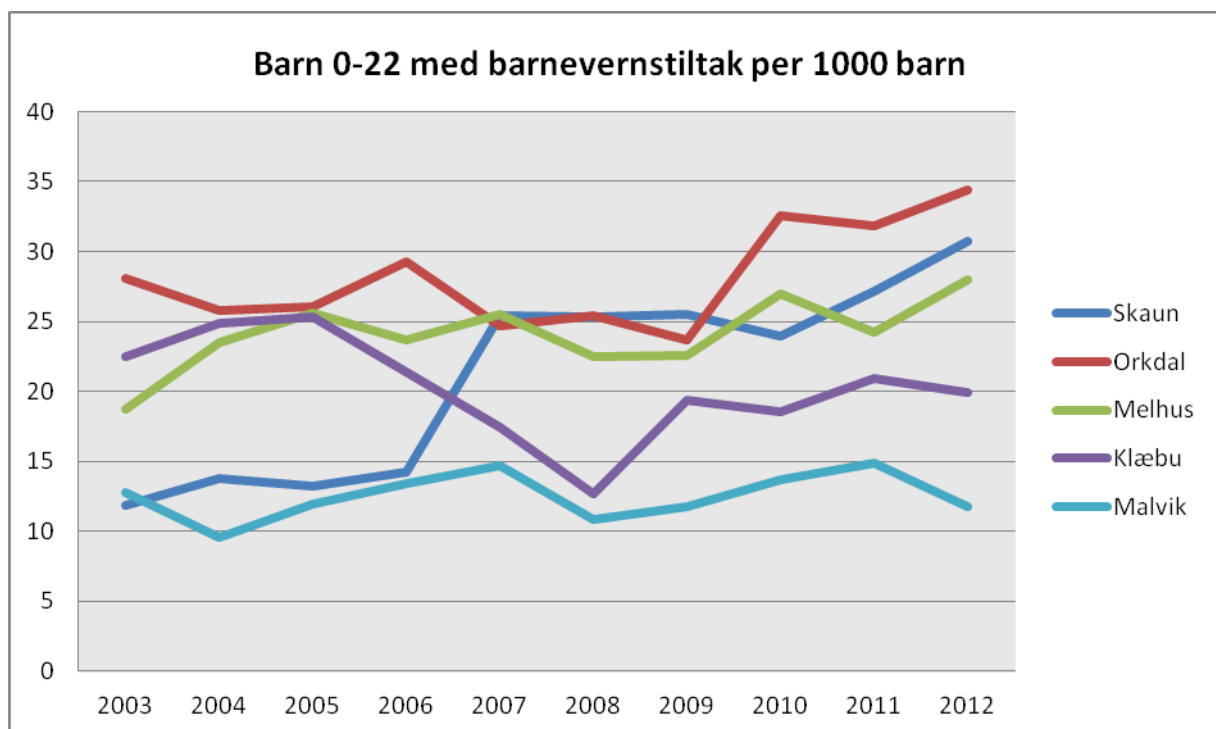


3.2.10 Barnevern

Fra 2003 til 2012 har antall barn med tiltak i barnevernet pr 1000 barn økt fra 12 til 31. Dette skjer parallelt med befolkningsveksten i kommunen. Skaun kommunes vekst i antall barnevernssaker følger den samme utviklingen som nabokommunene Orkdal og Melhus har, og det er verdt å merke seg at Malvik - som hadde samme utgangspunkt som Skaun – har gått i motsatt retning. Barn med tiltak i barnevernet vurderes å utgjøre en risikogruppe i Skaun kommune.

Jo tidligere en klarer å identifisere barn som er utsatt for risikofaktorer og sette i verk tiltak, jo større sannsynlighet er det for at barnet klarer seg bra. Risikofaktorer kan være foreldres psykiske sykdom eller rusmiddelmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige/trygdemottakere, fattigdom i familien osv. En indikasjon på tidlig identifisering kan være at helsestasjon, barnehage, skole eller NAV melder sin bekymring om et barn til barnevernet. Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2011, Helsedirektoratet.

Diagram 3.2.10: Barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 2003-2012



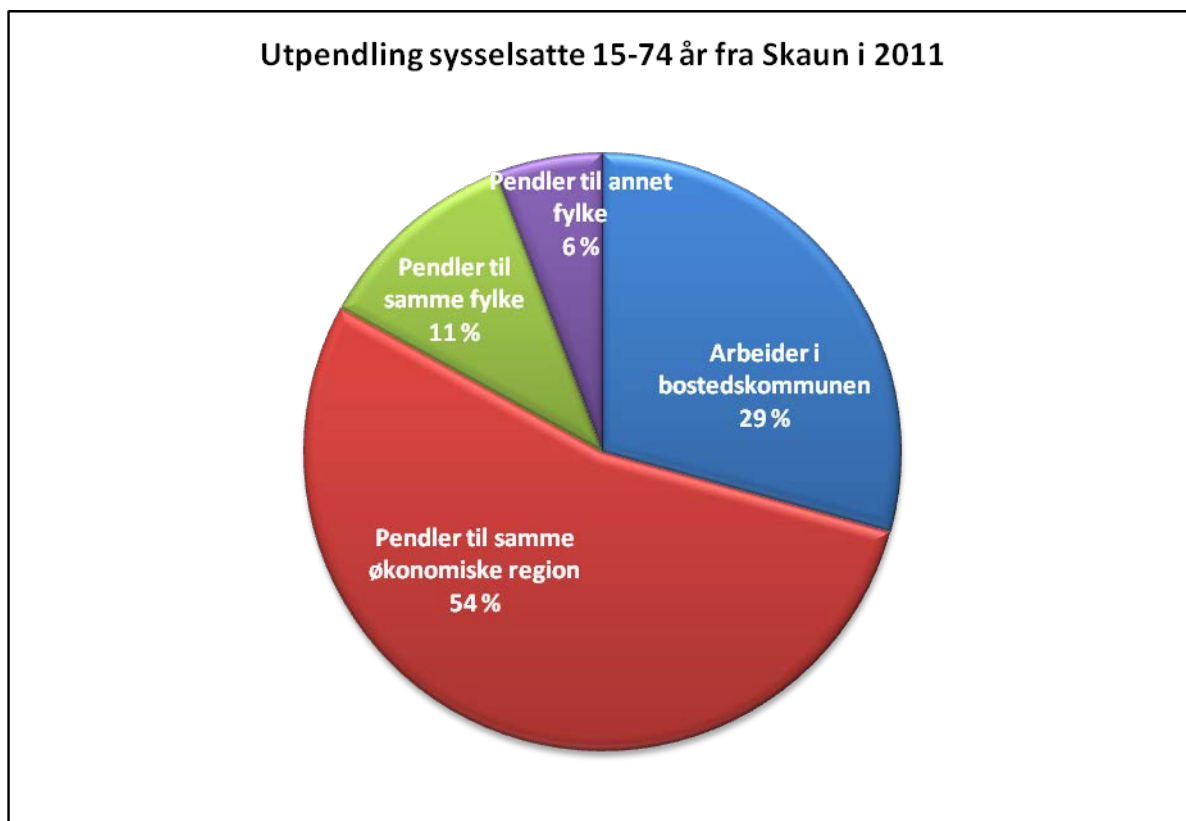
Antall barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet. Kilde: SSB / Kostra.

3.2.11 Pendling

Skaun har en utpendling på 70 %. Av disse pendler 54 % til samme økonomiske region, og andelen som arbeider i Trondheim er på 47,5 % prosent. Tilsvarende tall for Malvik er 57,4 %, mens Melhus har 48,1 % innpendling til Trondheim. Orkdal ligger langt lavere med en andel som pendler inn til Trondheim på 16,4 %.

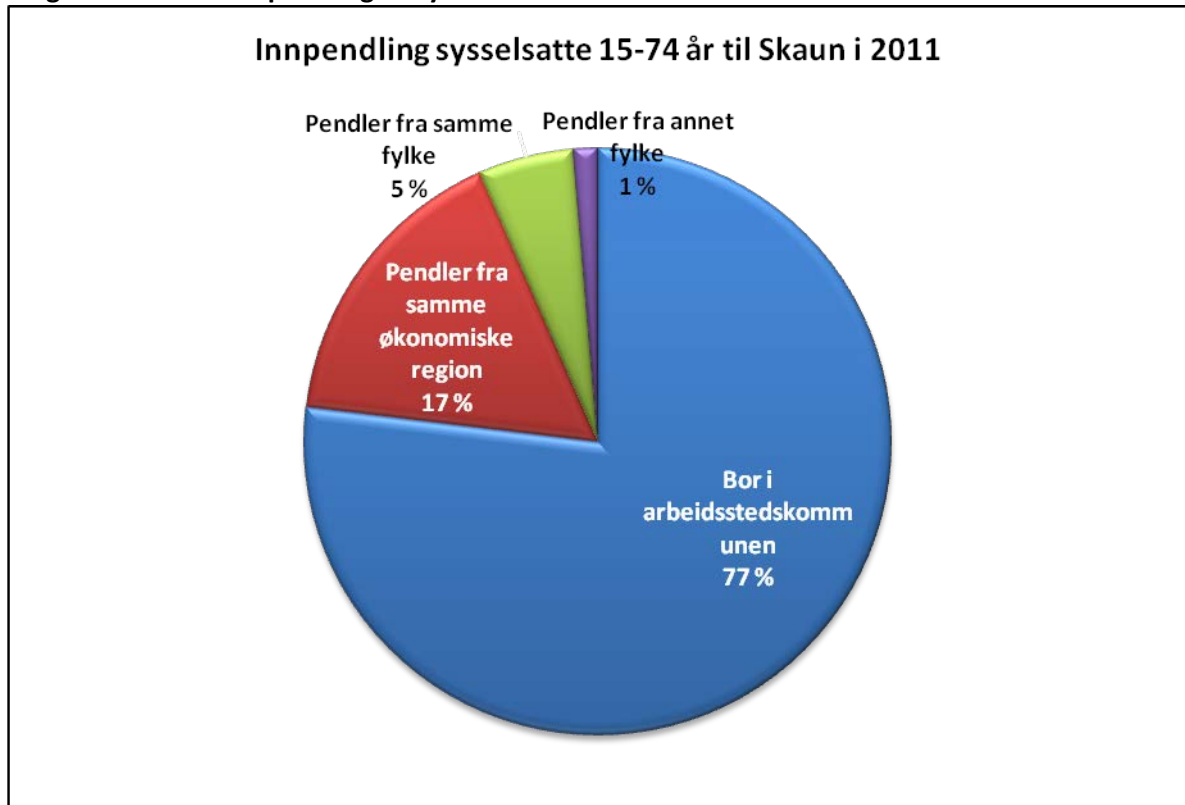
Totalt pendlet 15 752 arbeidstakere til Trondheim fra de omkringliggende kommunene i Trondheimsregionen i 2012. For første gang pendlet mer enn 4 000 motsatt vei. 4 091 bodde i byen og jobbet i nabokommunene. Prosentvis økte pendlingen omtrent like mye i begge retninger i 2012. Kilde: Trondheimsregionen

Diagram 3.2.11.1: Utpendling av sysselsatte 15 – 74 år



Andelen pendlere ut av Skaun i alderen 15 – 74 år i 2011. Kilde: SSB

Diagram 3.2.11.2: Innpendling av sysselsatte 15 – 74 år



Andelen pendlere inn til Skaun i alderen 15 – 74 år i 2011. Kilde: SSB

3.2.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Lavinntekt hus-holdninger	Gradvis reduksjon, fra 7,1 % i 2006 til 6,1 % i 2011.	Lav arbeidsledighet.	Lav inntekt medfører at barn ikke får deltatt i aktiviteter på lik linje med venner.
Arbeidsledighet	Stort sett fulgt konjunktorene i landet etter 2005. 1,7 % av arbeidsstyrken i 2012.	Andel med nedsatt arbeidsevne og uføretrygd påvirker arbeidsledigheten.	Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død.
Nedsatt arbeidsevne	Gradvis nedgang fra 2002, bortsett fra i gruppen over 67 år.	Årsakene er komplekse og sammensatte: fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livsstilsfaktorer, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå, holdninger til og praksis i forbindelse med sykmeldinger og uføretrygding, jobbtilbud i området og bortfall av arbeid for innbyggere uten høyere utdanning.	Arbeidsledighet kan ha en negativ innvirkning på helsetilstand.
Sykefravær, legemeldt 3. kvartal	6,8 % i 2013. 37,5% skyldes muskel- og skjelettplager.		Ved nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet.
Uføretrygd	9,7 % av befolkningen i alderen 18- 66 år i årlig gj.snitt 2010-2012.		Sosiale helseforskjeller.
Mottakere av sosialhjelp	Reduksjon i perioden 2001 – 2012. Spesielt gruppen 18 – 24 år som har hatt en reduksjon, fra 6 % til 3,2 %.		Kostnader for kommunen/ samfunnet.
Frafall videregående skole	Økning fra ca 18 % frafall i 2007 til 22 % i 2012.		Årsaker til frafall: Psykiske eller psykososiale problemer, manglende motivasjon, skole-tretthet, feilvalg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, rus-problemer, graviditet og barn.
Grunnskole høyeste utdanningsnivå	Nedgang fra 21 % i 2005 til 12 % i 2012. Økning i andelen med høgskole som høyeste utdanning fra 29 % til 41 % i samme periode.	Tilflytting av innbyggere med høgere utdanning. Nærhet til stort arbeidsmarked.	
Separasjoner	Fra 2003 til 2012 har det vært 19 separasjoner og 15 skilsmisser årlig.	Dårlig økonomi og generelle samlivsproblemer.	Psykiske plager og redusert funksjon voksne og barn.
Barnevern	Økning fra 12 barn som hadde undersøkelse eller tiltak i barnevernet i 2003 til 31 i 2012.	Flere familier med behov for bistand, lavere terskel for kontakt eller melding, barnevern fanger opp flere, ev. en kombinasjon i tillegg til interkommunalt samarbeid som fører til mer ressurser og større avstand (lettere å ta kontakt)	Tidlig identifisering og iverksettelse av tiltak for barn som er utsatt for risikofaktorer, øker sannsynlighet for at barna klarer seg bra.

3.2.13 Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak

Oppvekst- og levekårsforhold: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- ★ Familiesenter en gang pr måned
- ★ Prosjekt DelTa; tidlig innsats for å redusere alkohol og rusrelaterede skader
- ★ Økt fokus på tidlig innsats
- ★ Bibliotek med bøker, media og data-tjenester gratis til disposisjon for brukerne
- ★ Kommunen er IA bedrift – langtidsfrisk
- ★ Rådgivningstjenesten i ungdomsskolen
- ★ «Ny giv» - oppfølging av elever i ungdomsskolen som ikke har krav på spesialundervisning, men som har spesielle behov
- ★ Overgangsarbeid barneskole-ungdomsskole
- ★ Allsidig bomiljø

Oppvekst- og levekårsforhold: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- ★ Sommerjobb for ungdom i kommunen
- ★ Tiltak rettet mot situasjon til de som er uføretrygdet – brukes som en ressurs for kommunen
- ★ Kartlegge årsaker til frafall videregående bl.a. i forhold til kjønn
- ★ Kartlegge nærmere årsaker til økning av saker i barnevernet
- ★ Rutiner for oppfølging av familier ved samlivsbrudd
- ★ Øke skolehelsetjenesten
- ★ Økt samarbeid med frivillig sektor gjennom Frivilligesentralen



3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern)

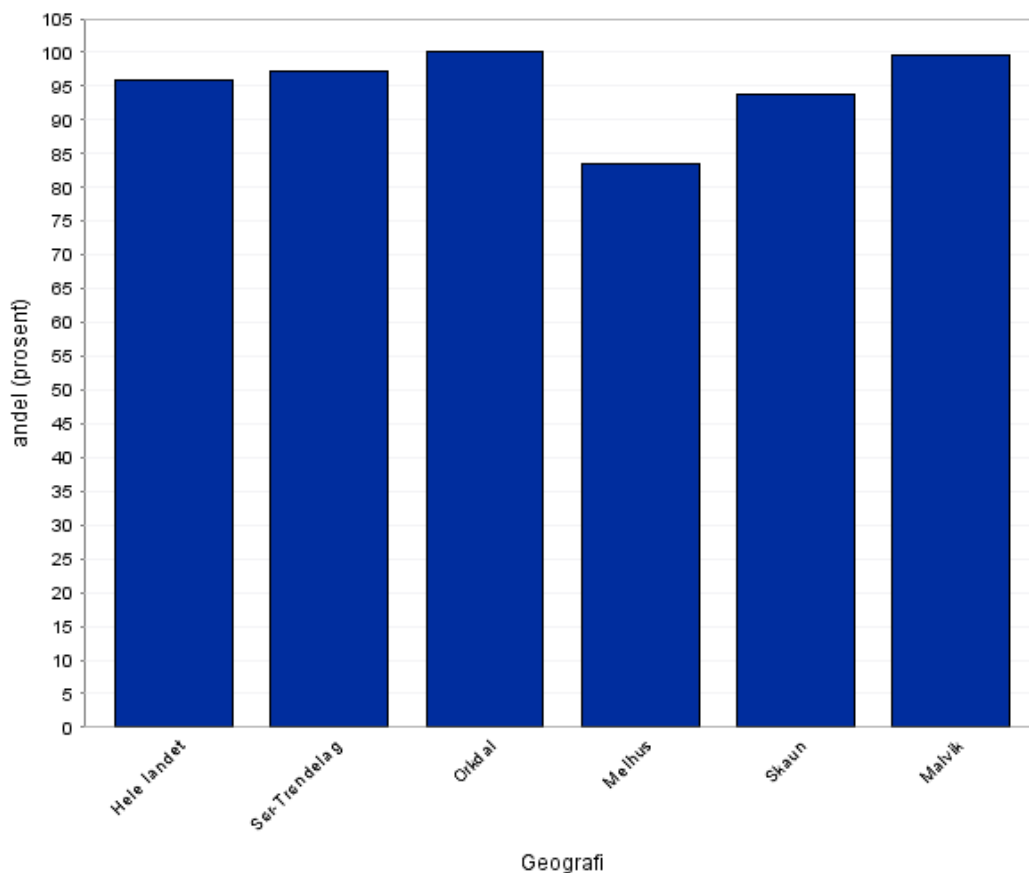
3.3.1 Drikkevannskvalitet

I 2012 var det tilfredsstillende analyseresultater for 93,8 % av personene som var tilknyttet vannverk inkludert i statistikken for Skaun. Tilfredsstillende analyseresultater innebærer overskridelser av grenseverdien i inntil 5 % av prøvene. Med andre ord må 100-95 % av resultatene være tilfredsstillende. Minst 12 prøver av E. coli/ koliforme bakterier må være rapportert. Kilde: Folkehelseinstituttet

Drikkevannskvalitet vurderes ikke å være et risikoområde for Skaun.

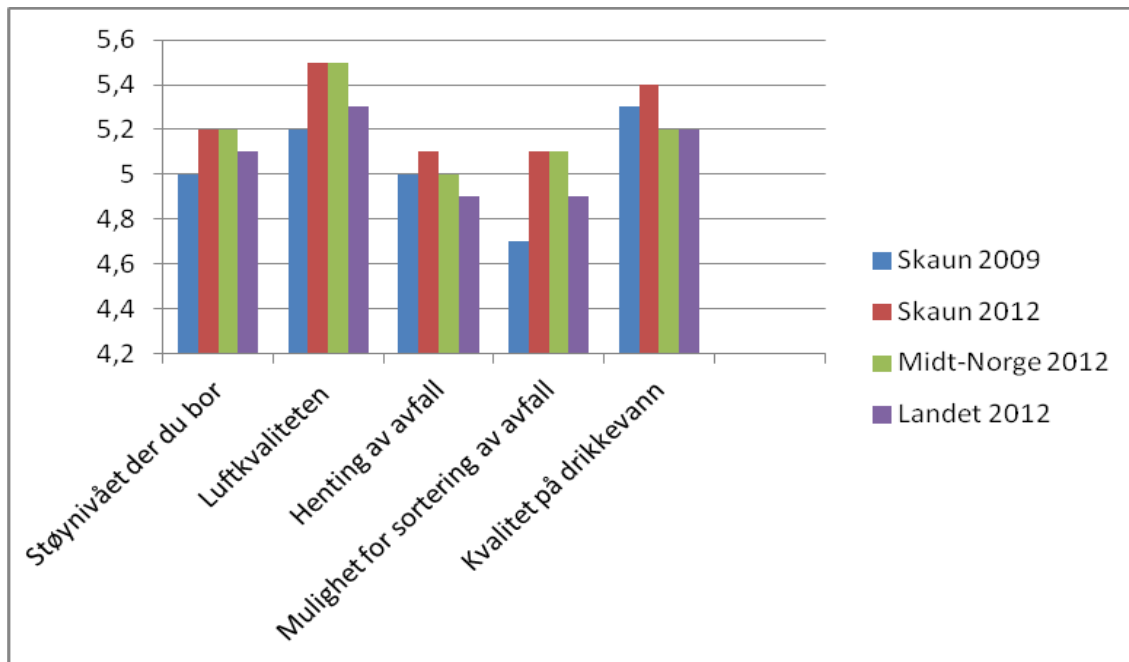
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametre for kontroll.

Diagram 3.3.1.1: Drikkevannskvalitet – analyseresultater mht. E. Coli, 2012



Andelen personer (prosent) tilknyttet vannverk med tilfredsstillende analyseresultater mht. E.coli/ koliforme bakterier. Analyseresultatene er basert på analyser av drikkevann mht. E. coli/koliforme bakterier ved vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander (etter Drikkevannforskriften). Årlige tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank.

Diagram 3.3.1.2: Opplevelse av bomiljø i kommunen



Tilfredshet blant kommunens innbyggere knyttet støy, luft, drikkevann og avfallshåndtering. Kilde: Innbyggerundersøkelsen i Skaun, 2009 og 2012

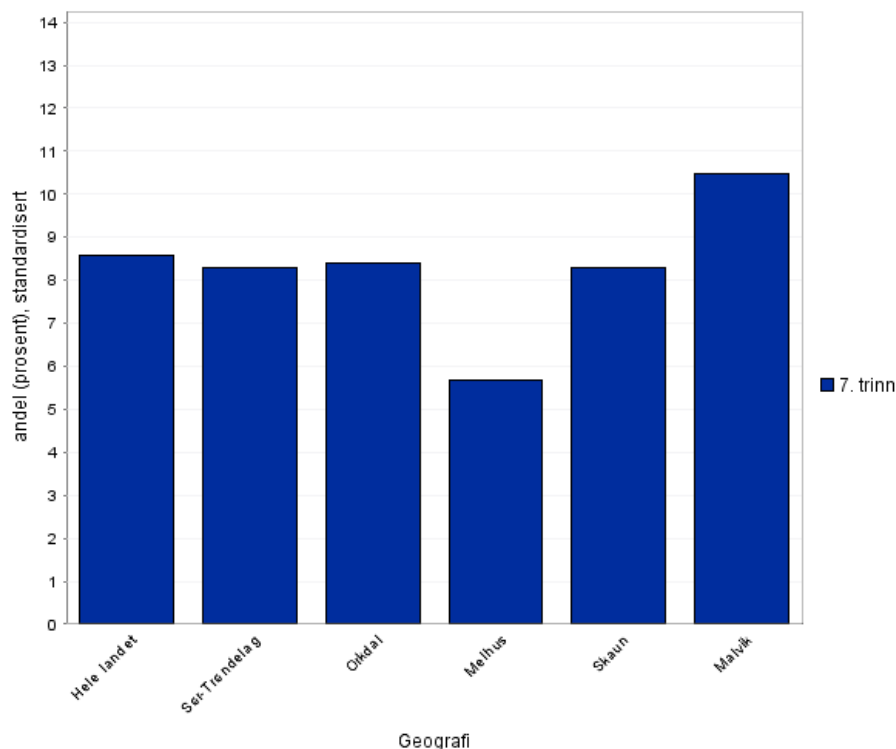
3.3.2 Opplevelse av mobbing på skolen

Folkehelseinstituttet henter inn tall fra Elevundersøkelsen og disse tallene viser at omfanget av opplevd mobbing ligger på 8,3 % for 7. trinn og 8,1 % blant 10. trinn i perioden 2007 – 2012. Dette innebærer at Skaun ligger på linje med landet som helhet når det gjelder opplevelse av mobbing på ungdomstrinnet. Mobbing vurderes å være et område å være særskilt oppmerksom på i Skaun kommune.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator er at mobbing er en vesentlig individuell risikofaktor for psykiske lidelser (Fosse 2006). Barn som mobbes har opptil sju ganger høyere risiko for psykiske plager som engstelse, depresjon, ensomhet og rastløshet, enn barn som ikke mobbes. Blant barn og unge som mobbes er også kroppslige helseplager som hodepine, ryggmerter, "vondt i magen" og svimmelhet, dobbelt så vanlig som blant andre barn. Jo oftere et barn blir mobbet jo større er risikoen for helseplager (Nordhagen 2005).

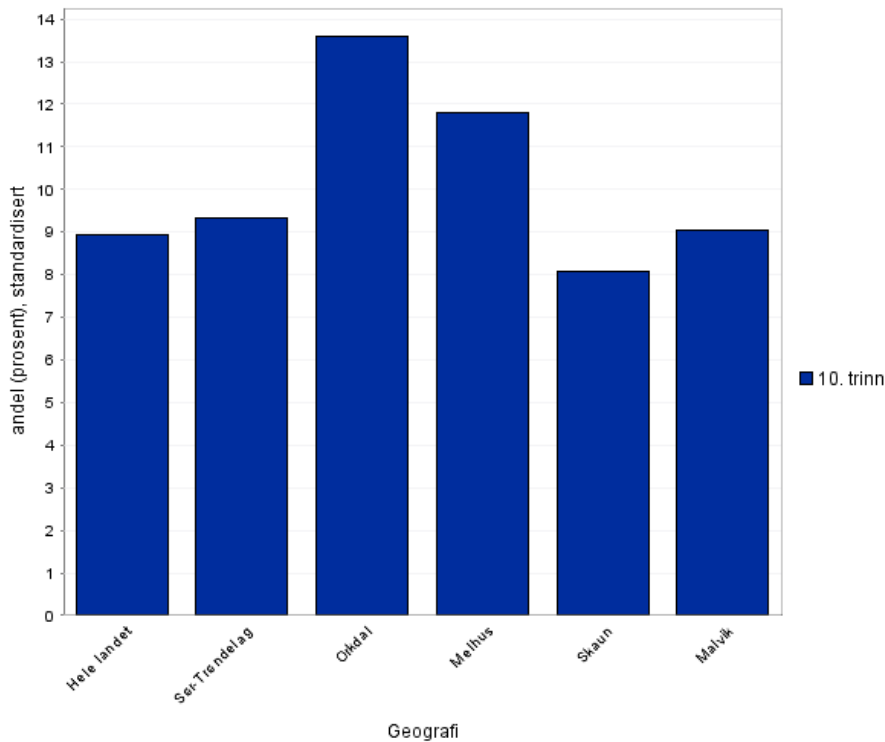
Sammenhengen mellom mobbing og helseplager understreker at det er viktig å forebygge mobbing i skolen. Det er dessuten viktig å følge med på statistikk over andelen som har vært utsatt for mobbing for å si om hvordan iverksatte tiltak fungerer, og for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Diagram 3.3.2.1: Mobbing på skolen, 7. trinn, 2007-2012



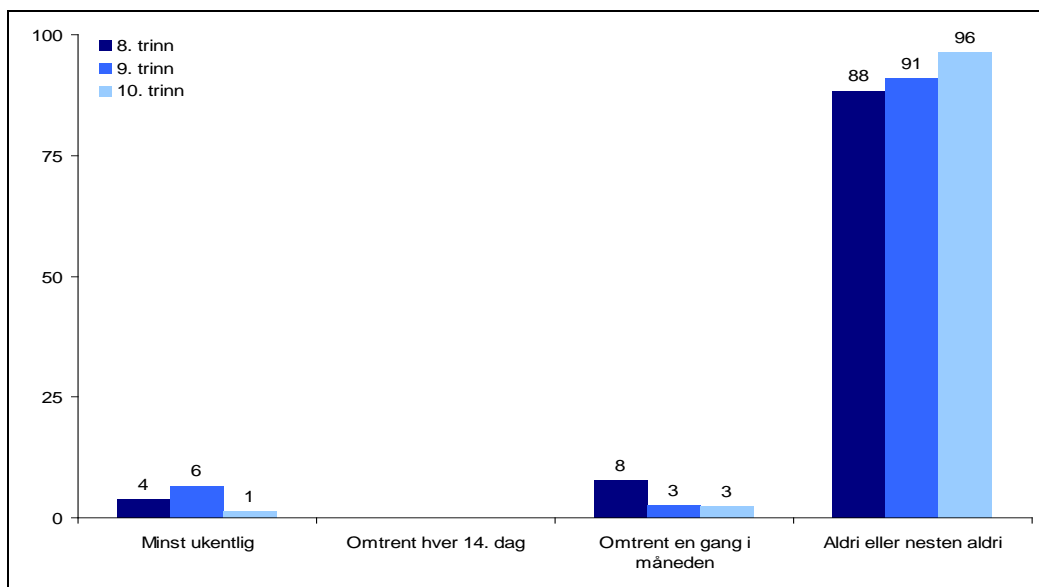
Andel elever i 7. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.3.2.2: Mobbing på skolen, 10. trinn, 2007-2012



Andel elever i 10. trinn i grunnskolen som har opplevd mobbing de siste månedene i prosent av alle elever som deltok i undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank

Diagram 3.3.2.3 Mobbing 8. – 10.trinn, 2013



Andel elever i 8., 9. og 10. trinn som oppgir at de er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre på skolen eller i fritiden. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013

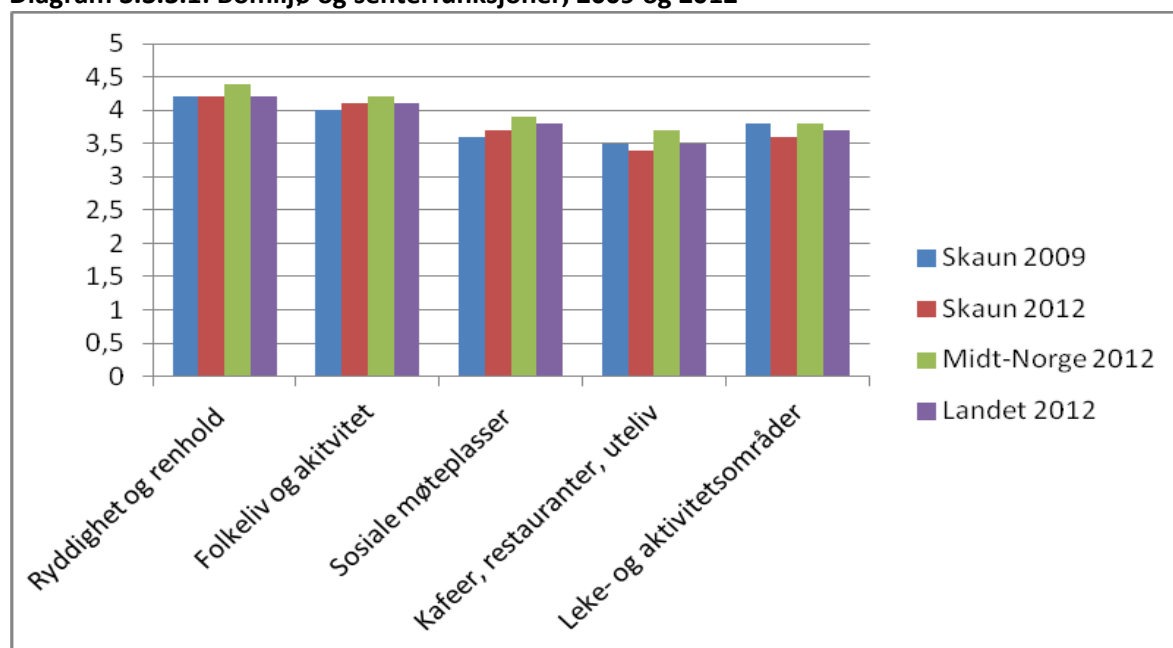
3.3.3 Sosiale møteplasser og kulturtilbud

Vekst i befolkningen kan påvirke omfanget av nyttilflyttede innbyggere med et mindre sosialt nettverk av venner og familie. Dersom de innflyttede i tillegg har sin arbeidsplass utenfor kommunen, vurderes det å være behov for å etablere møteplasser for denne gruppen. Skaun kommune har ikke en videregående skole, og dette medfører at innbyggere over 16 år reiser ut av kommunen for å ta utdanning og det er manglende arenaer for denne gruppen i kommunen. Manglende areaner for ungdom kan utgjøre en potensiell risiko for Skaun kommune.

Folkehelseinstituttet viser til flere undersøkelser som finner mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Støtte fra familie, naboer, venner og bekjente i lokalsamfunnet er positivt i seg selv, og vil i tillegg virke som en buffer ved negative livshendelser.

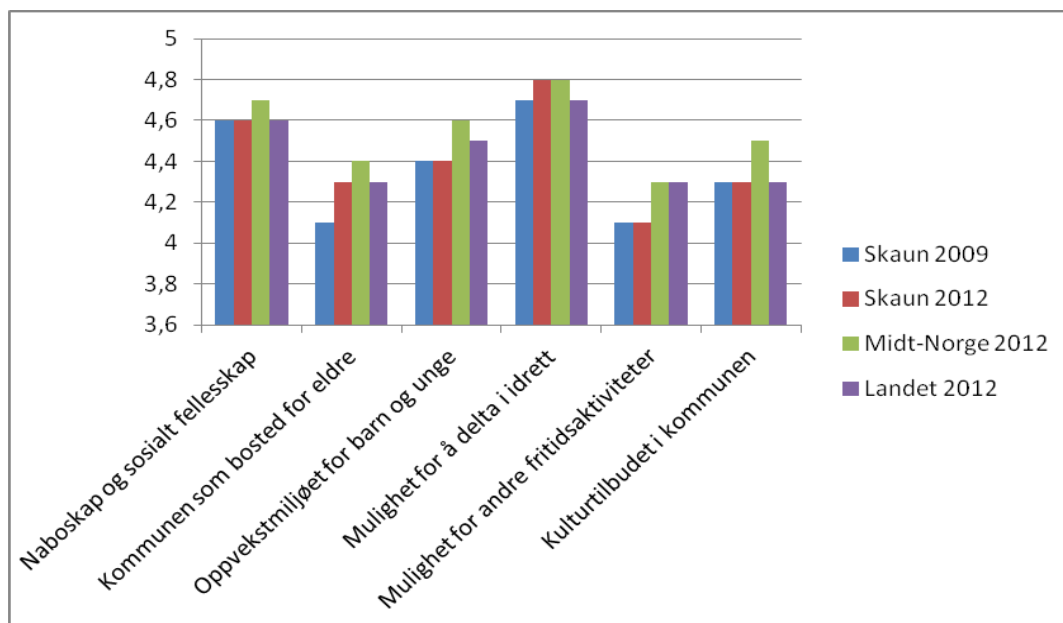
Sosiale møteplasser kan oppmuntre til at folk treffes og knytter kontakt. Dersom kommunen legger til rette for slike møteplasser, kan man styrke sosiale nettverk og dermed fremme helse og forebygge sykdom.

Diagram 3.3.3.1: Bomiljø og senterfunksjoner, 2009 og 2012



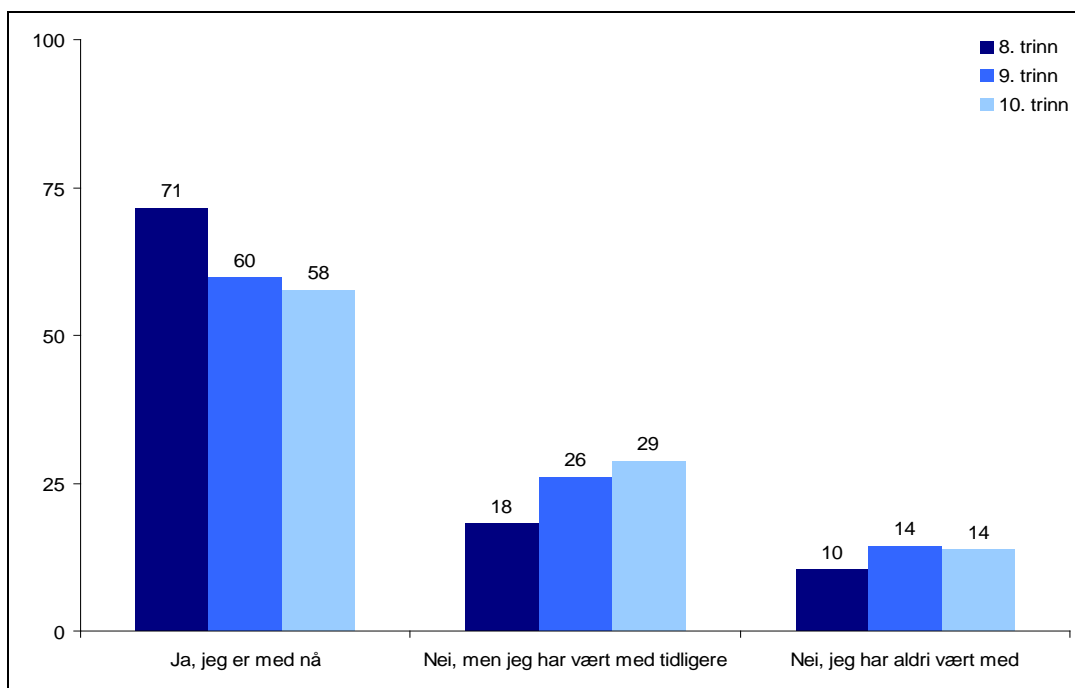
Tilfredshet blant kommunens innbyggere knyttet til bomiljø og senterfunksjoner. Kilde: Innbyggerundersøkelsen i Skaun, 2009 og 2012.

Diagram 3.3.3.2: Levekår, 2009 og 2012



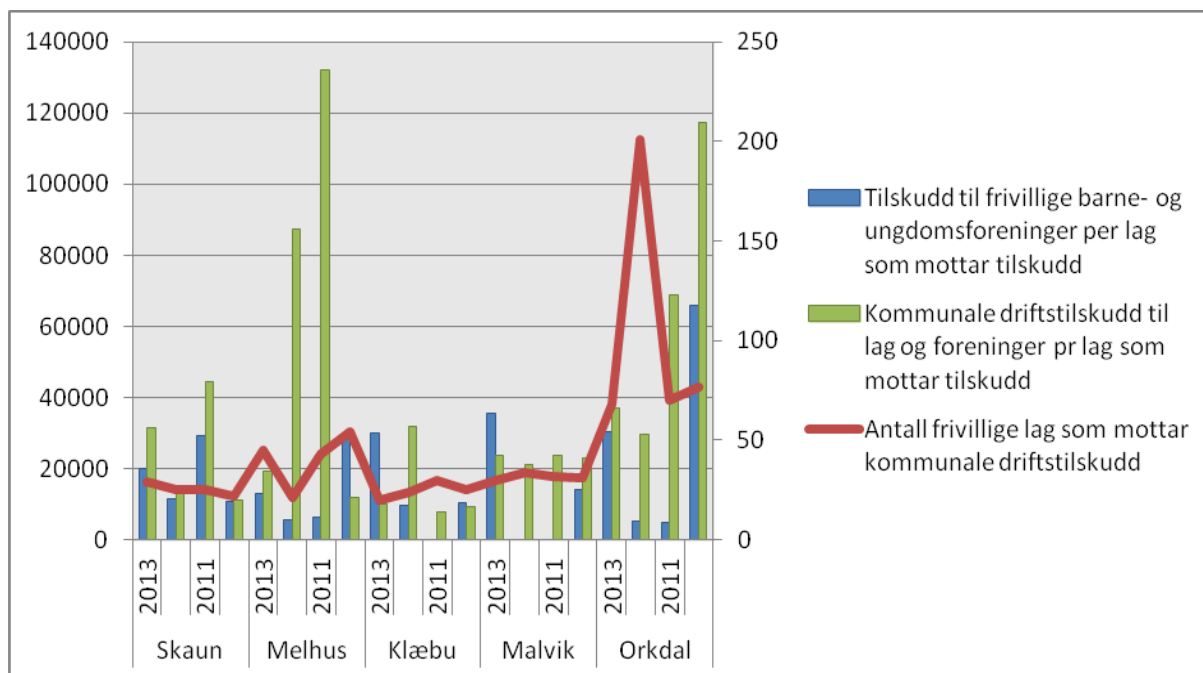
Tilfredshet blant kommunens innbyggere knyttet til kommunen som bosted, og mulighet for kultur, idrett og andre fritidsaktiviteter. Kilde: Innbyggerundersøkelsen i Skaun, 2009 og 2012.

Diagram 3.3.3.3: Organisert fritid, 8. – 10. trinn, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir at de er med eller har deltatt i organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter fylte 10 år. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.3.3.4: Tilskudd til frivillige lag og foreninger



Tilskudd til frivillige lag og foreninger. År. Kilde:SSB.

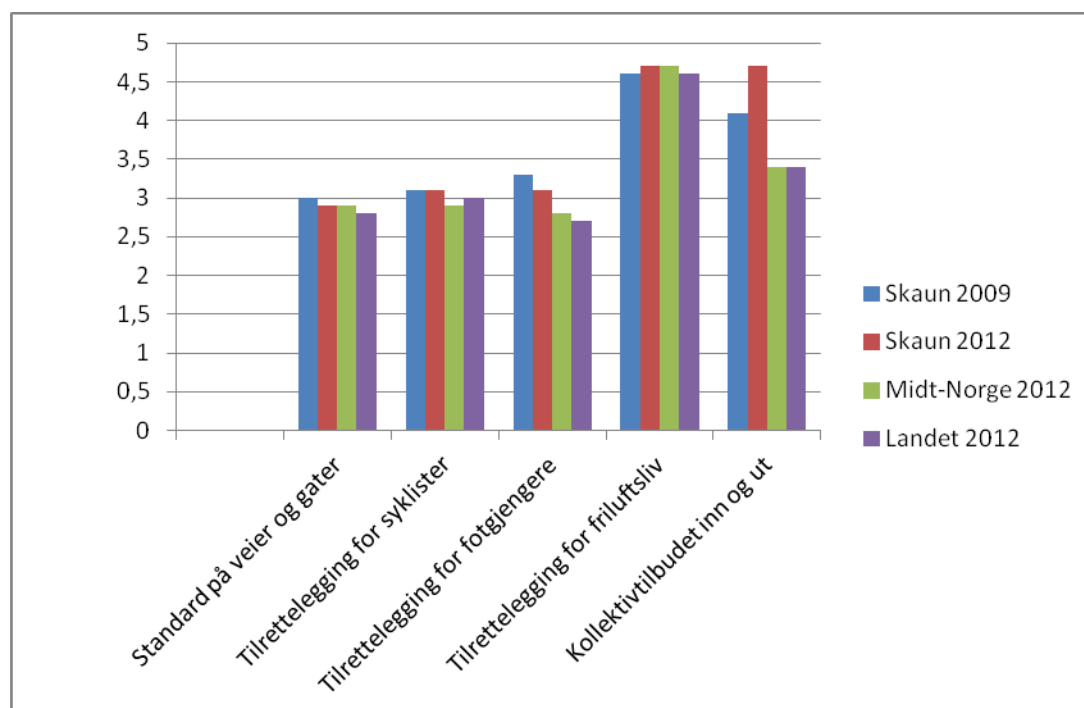
3.3.4 Gang – og sykkelveger

Trygge gang- og sykkelveger bidrar til at alle kan få sin daglige dose fysiske aktivitet på vei til jobb, skole eller på tur i nærmiljøet. Fordelene med å sykle og gå er mange, det er bra for helsa, praktisk, sosialt og miljøvennlig. For mange er gange og sykling også den aktiviteten som er mest praktisk å få til i hverdagen. Derfor ønsker Helsedirektoratet at det skal bygges enda flere sykkel- og gangveier enn det allerede er i Norge. Ved utbygging i Skaun, er det viktig å planlegge bomiljø som stimulerer til at flest mulig kan være i aktivitet på veil til jobb og skole.

Folkehelseinstituttet sier at trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet til nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er aktivitetssentre for unge og eldre, kultur- og samfunnshus, parker, turstier og lekeplasser

Tilgjengeligheten er avgjørende for at møteplassene skal bli brukt. For eksempel kan boligområder og møteplasser bindes sammen med gang- og sykkelveier. I tillegg kan kommunale publikumsrettede tilbud og møteplasser plasseres i nærheten av hverandre.

Diagram 3.3.4.1: Tilrettelegging for syklister og fotgjengere, 2009 og 2012



Tilfredshet blant kommunens innbyggere knyttet til tilrettelegging for syklister og fotgjengere. Kilde: Innbyggerundersøkelsen i Skaun, 2009 og 2012.

Diagram 3.3.4.2: Gang og sykkelveger, skiløyper, turstier og leke- og rekreasjonsareal 2010 - 2013

	2010	2011	2012	2013
Gang- og sykkelveier, antall km.	17	17	11	11
Oppkjørte skiløyper, antall km	30	30	30	100
Merkede turstier, antall km	500	500	500	500
Leke- og rekreasjonsareal, dekar	140	140	140	500

Antall km gang- og sykkelveger, oppkjørte skiløyper, merkede turstier og leke- og rekreasjonsareal. Kilde: SSB.

3.3.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Drikkevanns-kvalitet	93,8 % tilfredsstillende analyseresultater i 2012.		Risiko for smitte av for eksempel e.coli hvis ikke tilfredsstillende vannkvalitet.
Gang- og sykkelveier	Statistikken er noe mangelfull pr i dag. 11 km innrapportert i 2013.		Ved manglende gang- og sykkelveier: Barn kjøres til aktiviteter og skole. Mer forurensning. Mindre muligheter for fysisk aktivitet i hverdagen. Trafikksikkerhetsrisiko.
Skolemiljø – mobbing	Ca 8 % av elevene på 7. og 10. trinn opplevde at de ble mobbet (årlig gj.snitt) 2007-2012.	Sammensatte og komplekse forklaringer – avhengig av skolemiljøet, læringsmiljøet, hjemmemiljøet og individuelle faktorer.	Fysiske og psykiske plager. Reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet.
Sosiale møteplasser	Innbyggere i Skaun oppgir manglende fritidsaktiviteter utover idrett og manglende sosiale møteplasser.	Lite fokus på dette.	Ensomhet, psykiske plager.



3.3.6 Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak

Miljørettet helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø): Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- ★ Oppkjørte skiløyper og merkede turstier
- ★ Grønneset friluftsområde
- ★ Ungdomsklubb en kveld i uken
- ★ Helsestasjon for ungdom
- ★ Barselgrupper, helsestasjon
- ★ Frivilligsentralen arrangerer ulike aktiviteter som kvinnenettverk, datakurs for seniorer, lesesirkel for innvandrere
- ★ Vinterkulturuka
- ★ Mobbeplan for skoler og barnehager
- ★ Turkart for kommunen
- ★ Pilegrimsleden i Skaun (26 km lang)



Miljørettet helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø): Innspill til mulige fremtidige tiltak

- ★ Sette ned en tverrfaglig folkehelsegruppe som kan jobbe tverrsektorielt med folkehelse i kommunen og fremskaffe lokal statistikk til videre bruk i oversiktsarbeidet planarbeidet
- ★ Etablere gode rutiner i kommunen for målinger av offentlige bygg, som skoler og barnehager
- ★ Prioritere utbygging av gang- og sykkelveier
- ★ Tiltak i forhold til universell utforming
- ★ Bevisstgjøring og prioritering / tilrettelegging for gode sosiale møteplasser i kommunen

3.4 Skader og ulykker

3.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker inkl. hoftebrudd

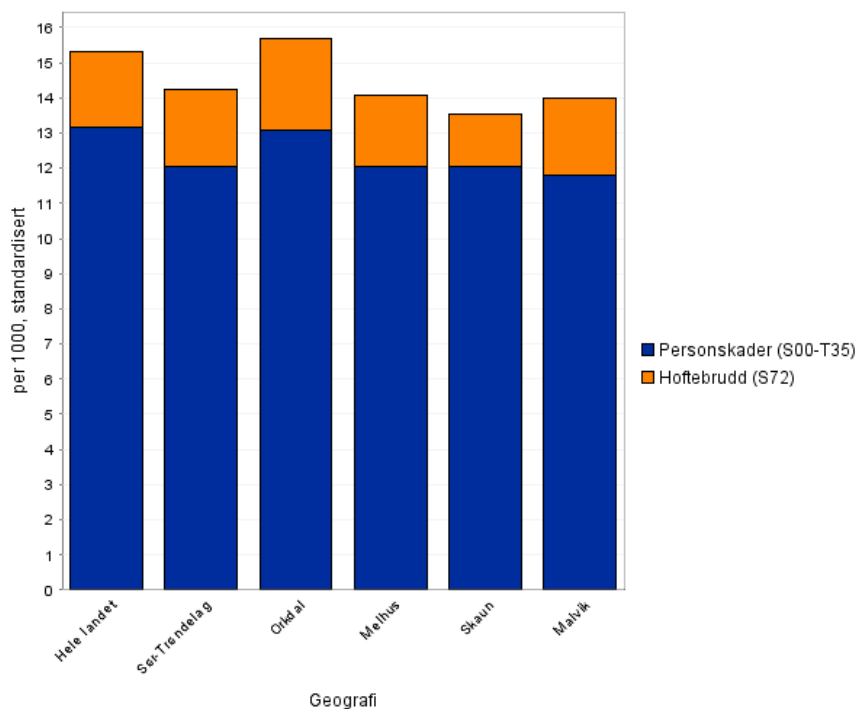
De fleste personskader skjer hjemme, og det er aldersgruppene 10-20 år og eldre over 70 år som skader seg oftest. I 2006 ble om lag 90 000 personer behandlet for skader og forgiftninger på norske sykehus. Antall dødsfall som følge av ulykker, er under 2000 per år og har gått ned de siste årene. Med en ulykke forstår vi en plutselig, ufrivillig og ikke planlagt hendelse som kan medføre skade. En ulykke kan føre til skade på mennesker, miljø og materiell og er uavhengig av menneskets vilje. Voldsskader og selvpåførte skader er ikke ulykkeskader. Kilde: Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator er at sykehusbehandlede personskader kan gi en pekepinn på viktige trekk ved helsetilstanden i kommunene. Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått ned siden 1950, er ulykkeskader fortsatt et 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. Et hoftebrudd har en kostnad på mellom kr 250 000,- og 1 million kroner, avhengig av om pasienten kan sendes rett hjem eller ikke. I Norge skjer det 9000 hoftebrudd pr år og 70 % av de som rammes er kvinner (Kilde: Trygge lokalsamfunn).

Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av skader og ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste skadene.

Diagram 3.4.1: Personskader og hoftebrudd i sykehus, 2012



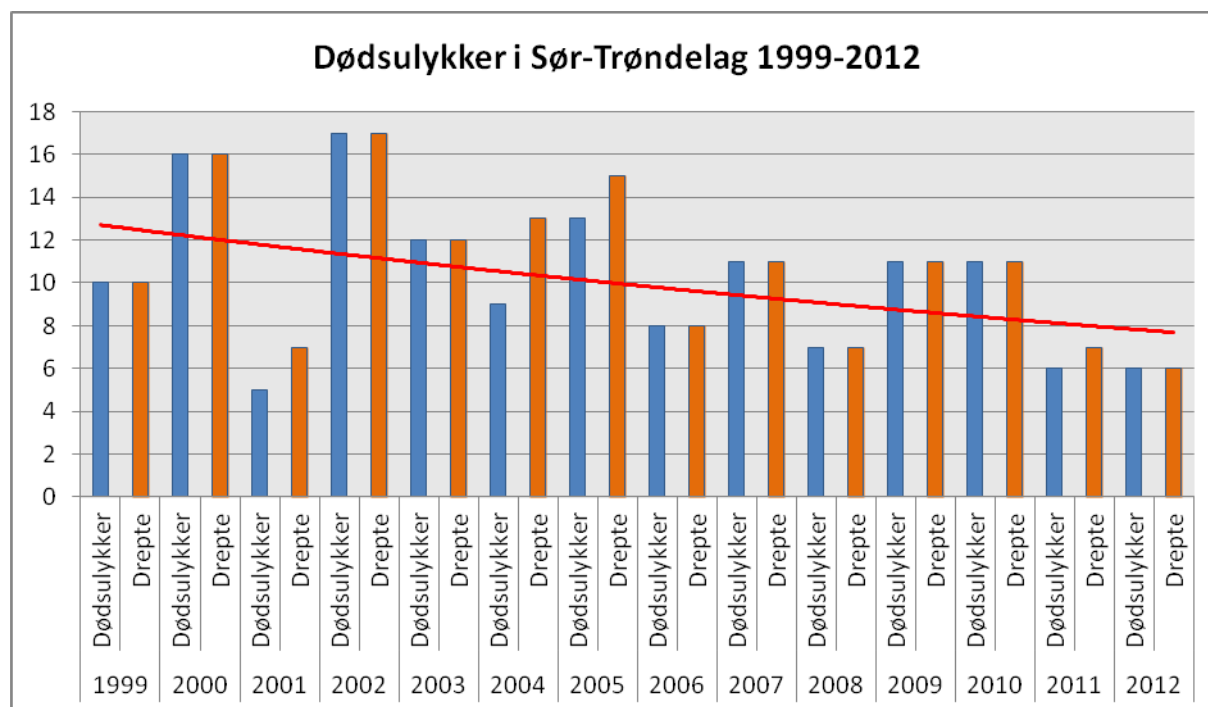
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år, knyttet til personskader og hoftebrudd. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles de kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Sykehusbehandlede Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

3.4.2 Trafikkulykker

Antall dødsulykker og antall drepte i trafikken i Sør-Trøndelag har litt redusert i perioden 1999-2012. Tall for 2013 viser imidlertid en økning av antall drepte. Nasjonale tall viser at det er flere menn enn kvinner som dør i trafikken og at antall drepte er størst i aldersgruppene 25 – 44 og 45 – 64 år. Kilde: Statens vegvesen. Det er ikke tatt med enge tall for Skaun kommune, da tallene er lett identifiserbare. Trafikkulykker er vurdert som et mulig risikoområde for Skaun, selv om ny E39 har bidratt til at kommunens vegstandard er bedret.

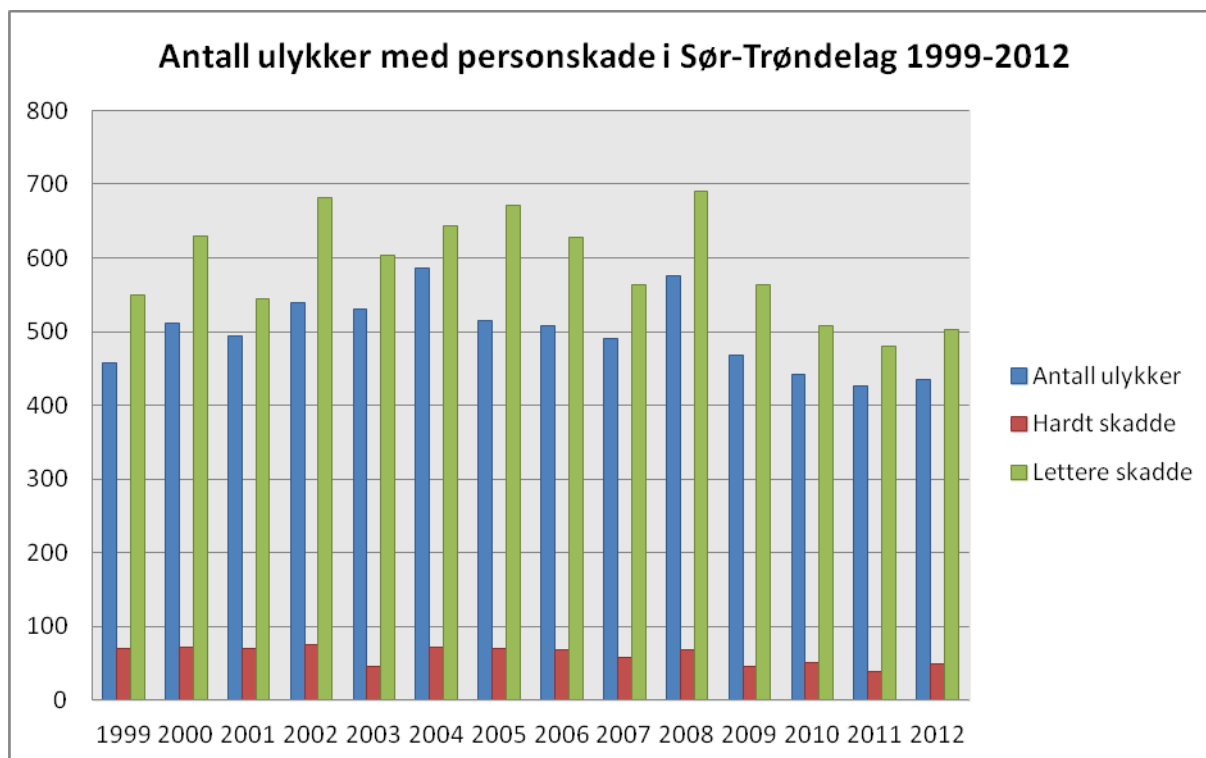
Ulykker som fører til personskade er en stor utfordring for folkehelsen. Personskader som følge av ulykker er nesten i samme størrelsesorden som kreft i Norge målt i tapte leveår. Spesielt for ulykker med personskader er at det tar relativt mange unge liv, og det er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Men våre muligheter for å forebygge ulykker er gode hvis det legges til rette for det, og effekten av tiltak kommer raskt. Kilde: Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014.

Diagram 3.5.2.1: Dødsulykker i veitrafikken i Sør-Trøndelag, 1999-2012



Antall dødsulykker og antall drepte i veitrafikken i Sør-Trøndelag 1999-2012. Kilde: SSB.

Diagram 3.5.2.2: Antall ulykker i veitrafikken med personskade, 1999-2012



Antall ulykker i veitrafikken med personskade i Sør-Trøndelag 1999-2013, fordelt på hardt og lettere skadde. Kilde: SSB

Tabell 3.5.2.3: Antall trafikkdrepte fordelt på kjønn, 2012 og 2013

	2012 Drepte	2013 Drepte
Mann	55	58
Kvinne	20	19

Antall drepte i trafikkuulykker i Norge, 2012 og 2013. Kjønn. Kilde: Statens vegvesen.

Tabell3.5.2.4: Antall trafikkdrepte fordelt på alder, 2012 og 2013

Alder	2012 Drepte	2013 Drepte
0-15	2	5
16-24	11	13
25-44	23	18
45-64	23	26
65+	16	15

Antall drepte i trafikkuulykker i Norge, 2012 og 2013. Aldersgrupper. Kilde: Statens vegvesen.

3.4.3 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser


	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Sykehusinnleggelses etter ulykker	12,1 innleggelses pr 1000 i årlig gjennomsnitt 2010-2012.	Indre faktorer: tidligere fall, medisinbruk, sykdommer, svekket gange og balanse, stillesittende liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekkede kognitive funksjoner og syn	Redusert funksjon og livskvalitet. Samfunnsøkonomiske konsekvenser (et hoftebrudd koster mellom 250.000 og en million kroner det første året).
	10 av innleggelsene skyldtes hoftebrudd.	Ytre faktorer: omgivelsesfaktorer (dårlig lys, glatte eller ujevne underlag, dårlig strøing om vinteren m.m.), dårlige sko og klær.	
Trafikkulykker	Gjennomsnittlig 6,5 dødsulykker i Sør-Trøndelag siden 2005.	Holdninger og bevissthet blant trafikkførere.	Store personlige og samfunnsmessige konsekvenser.


SKAUN KOMMUNE

Trenger du å trene balansen?

Bli med i treningsgruppe for seniorer!
Torsdager kl 11-12 på Moan klubbhus, 2 etg. Børsa
Oppstart 27.03.14

- Føler deg litt ustø og ønsker å få bedre balanse?
- Synes vinterføret har blitt en utfordring?
- Greier mindre i dag enn for ett år siden?
- Ønsker å komme i bedre form og bli sterkere?
- Er du 65+?



Klippekort 350,- kr/10 klipp. 1 mnd gratis prøveperiode.

For påmelding, ta kontakt med Guri Berg Rørvik, tlf. 72 86 73 78/913 43 506.

Tilbudet er et samarbeid mellom Fysio- og ergoterapitjenesten i Skaun kommune og Hjemmetjenesten/Aktive eldre i Skaun. Treningen foregår i stående og gående, og har hovedvekt på styrke i beina og balansetrening.

DAGTILBUD PÅ VENNETUNET 

Aktive eldre i Skaun

MANDAGER KL 10.30 - 15.00

Dagsplan:

- Enkel lunsj kl 11.00
- Trening i gruppe med Fysioterapeut 12.00 - 13.00
- Middag kl 14.30.

Pris pr dag 100,- som i sin helhet innebærer lunsj og middag.
Bestilles hos Hjemmetjenesten på forhånd.

Er dette tilbudet noe for deg?
Om du trenger – eller kan bidra med - skiss, så ta kontakt med
Hjemmetjenesten tlf. 72867362 eller 72867378
Frivilligsentralen tlf.: 94143066

FRIVILLIG  Dette er et samarbeid mellom prosjekt Aktive eldre i Skaun og Skaun frivilligsentral.

3.4.4 Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak

Skader og ulykker: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- ★ Risiko- og sikkerhetsanalyser og beredskapsplaner
- ★ Gode rutiner for strøing der kommunen har ansvar
- ★ Fallforebyggende grupper for eldre
- ★ Forebyggende hjemmebesøk for eldre
- ★ Åpent dagtilbud på Vennatunet
- ★ Informasjonssenter for seniorer
- ★ Trafikksikkerhetskampanje om rus og kjøring på 10. trinn



Skader og ulykker: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- ★ Kartlegging av årsaker til skader og ulykker i kommunen – for å kunne prioritere de rette forebyggende tiltakene uten å redusere et positivt høyt aktivitetsnivå
- ★ Utkjøring av strøsand til eldre
- ★ Tiltak som gjør det trygt å bevege seg i lokalsamfunnet, for eksempel følge opp handelsstanden/gårdeiere i forhold til strøing ved glatt føre
- ★ Flere tiltak for unge bilførere som reduserer risiko for ulykker

3.5 Helserelatert atferd

3.5.1 Fysisk aktivitet

I Ungdataundersøkelsen som ble gjennomført i Skaun kommune i 2013 oppgir om lag 19 % av elevene på 8., 9. og 10. trinn at de sjeldnere enn ukentlig er så fysisk aktive at de blir andpustne eller svette. Samtidig har 23 % av elevene på 3. trinn og 18 % av elevene på 8. trinn overvekt. For lite fysisk aktivitet og overvekt vurderes å utgjøre risikoområder i Skaun kommune.

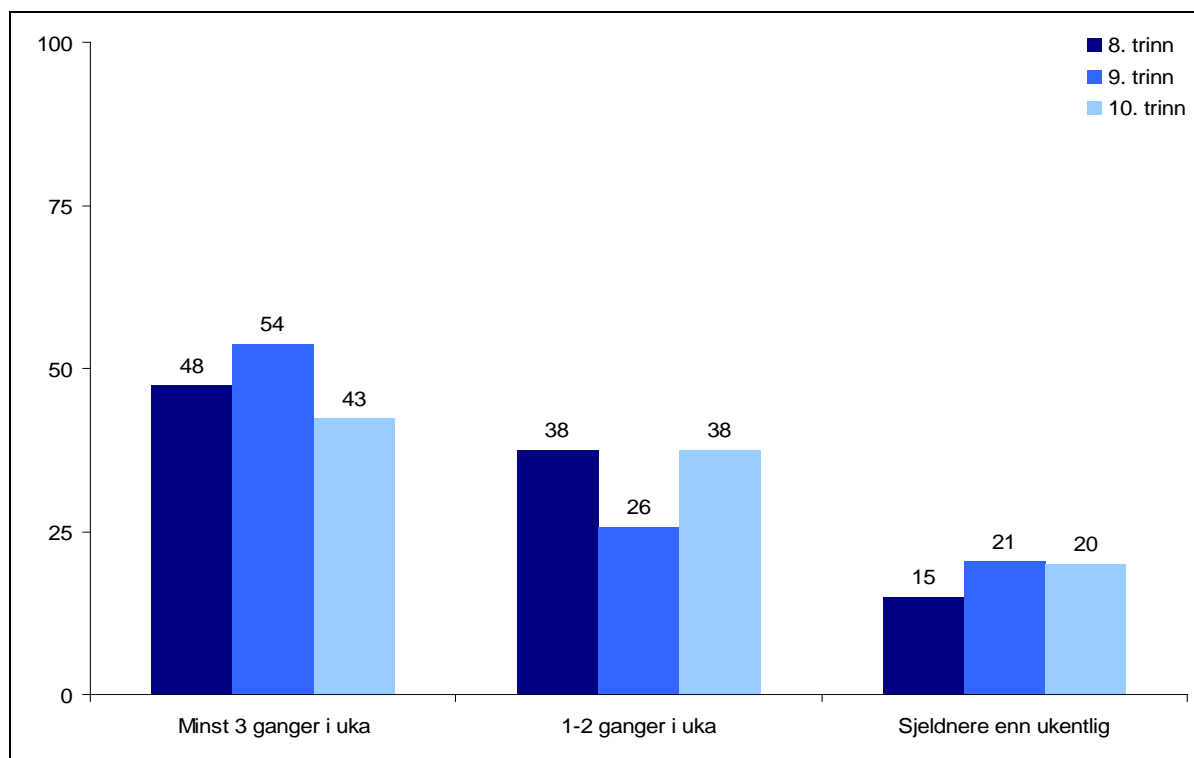
Helsedirektoratet anbefaler at barn og unge er fysisk aktive minimum 60 minutter av moderat eller høy intensitet hver dag. I tillegg bør barn og unge utføre aktivitet med høy intensitet minst tre ganger i uken, inkludert aktiviteter som gir økt muskelstyrke og styrker skjelettet.

Anbefalingene for voksne ligger på minst 150 minutter med moderat fysisk aktivitet per uke. Anbefalingen kan også oppfylles med minst 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. Voksne og eldre anbefales i tillegg øvelser som fører til økt muskelstyrke to eller flere dager i uken.

Eldre med nedsatt mobilitet bør gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og forebygge fall.

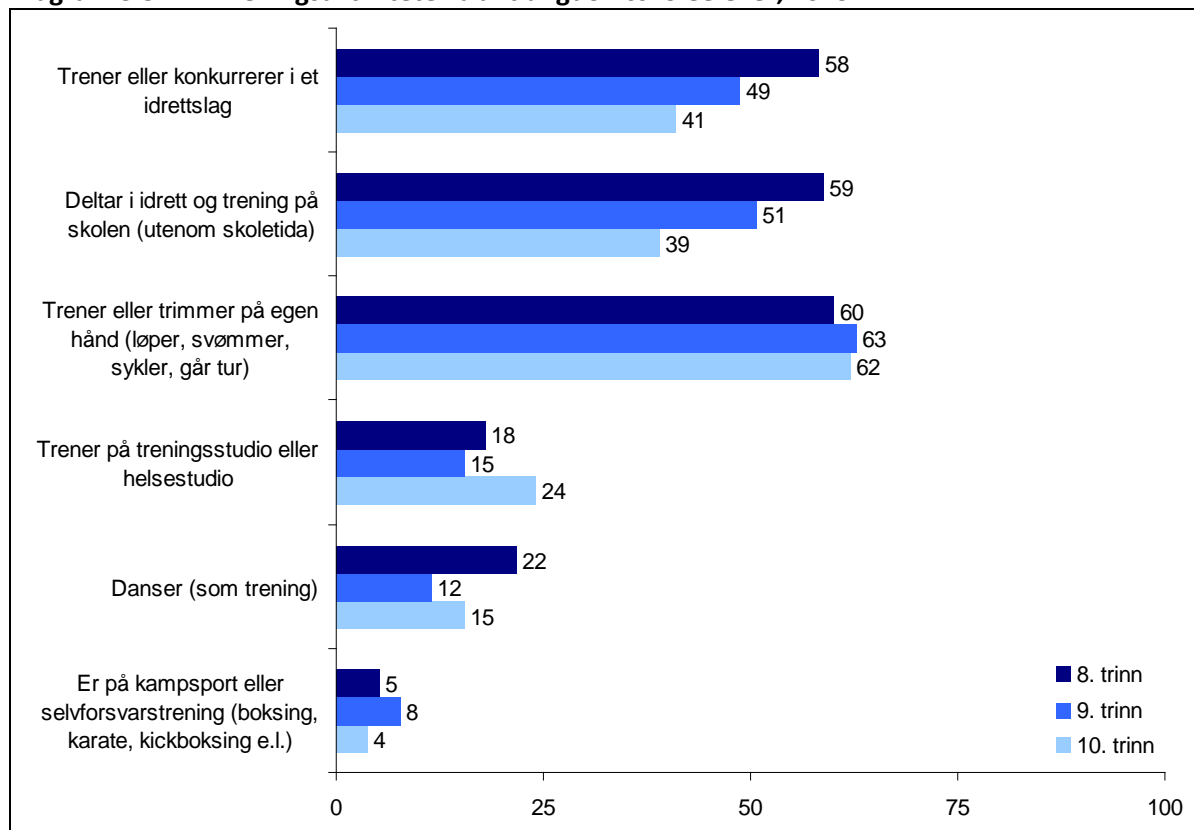
Både barn, voksne og eldre bør redusere den stillesittende tiden. Kilde: Helsedirektoratet.

Diagram 3.5.1.1: Fysisk aktivitet blant ungdomsskoleelever, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir hvor ofte de er så fysisk aktive at de blir slitne eller svette. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013

Diagram 3.5.1.2: Treningsaktiviteter blant ungdomskoleelever, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir ulike former for treningsaktiviteter. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Tabell 3.5.1.3: Andel elever i Skaun med skoleskyss

	2010	2011	2012	2013
Andel elever som får tilbud om skoleskyss	41,9	42	47,8	40,8

Andel elever i Skaun som får tilbud om skoleskyss. Kilde: SSB.

3.5.2 Kosthold

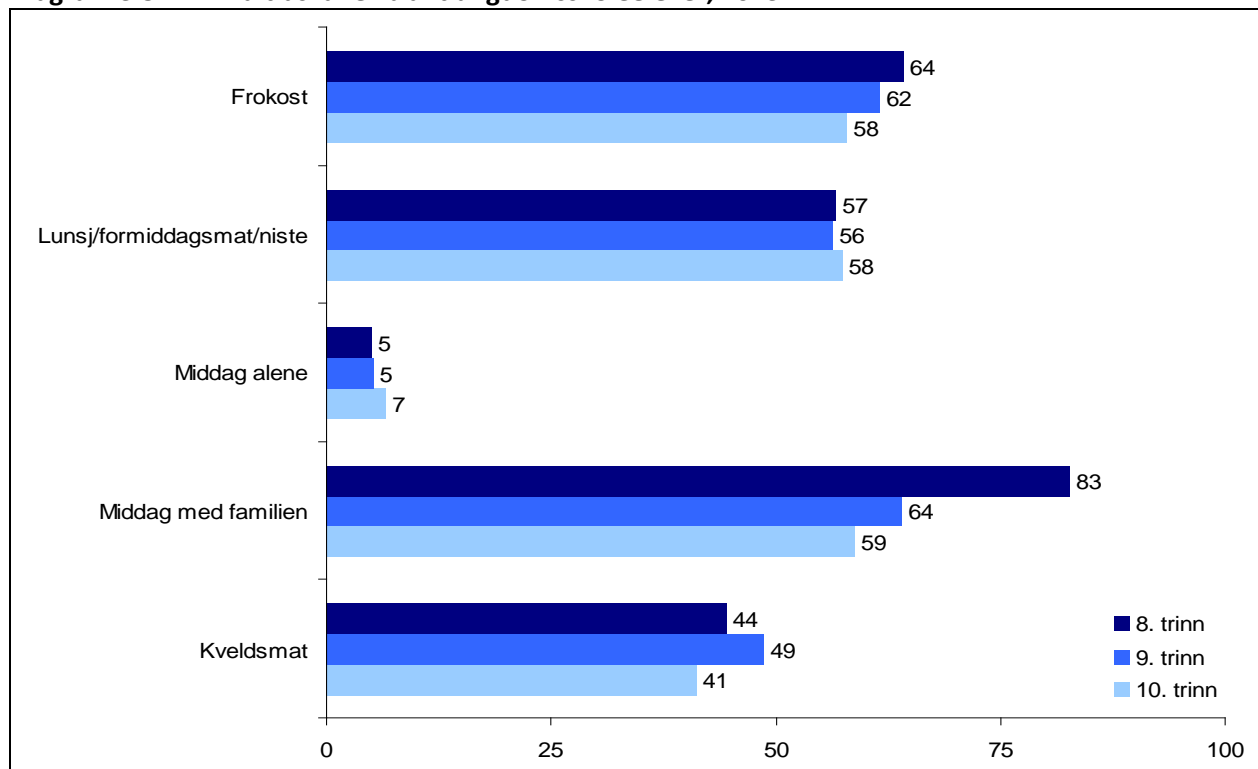
Frokost: I Ungdataundersøkelsen i Skaun fra 2013 oppga 61 % av ungdomsskoleelevene at de spiser frokost hver dag.

Lunsj: I samme undersøkelse oppga 57 % av elevene at de spiser lunsj daglig.

Kveldsmat: 44 % oppgir at de spiser kveldsmat hver dag.

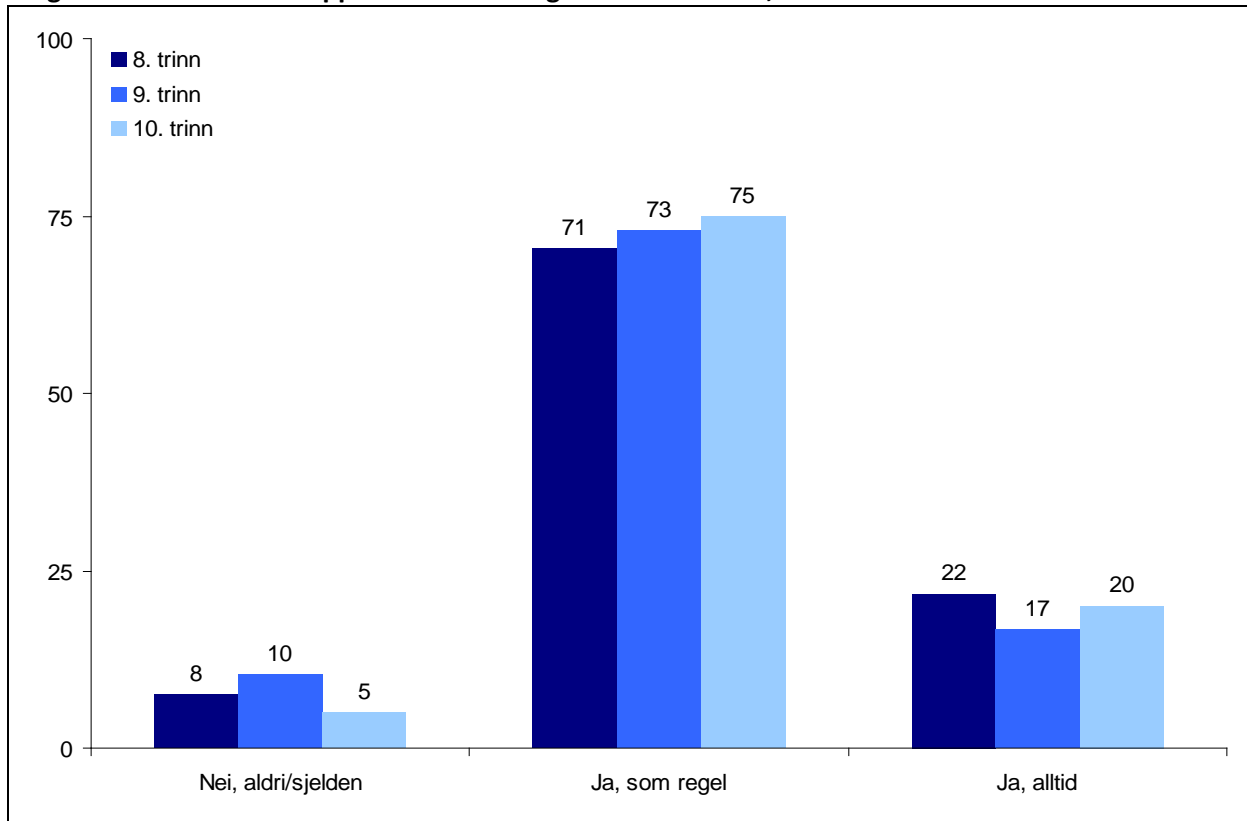
Helsedirektoratet anbefaler en god balanse mellom hvor mye energi som inntas gjennom mat og drikke og hvor mye som forbrukes gjennom fysisk aktivitet. Anbefalingene gjelder som tidligere inntak av minimum 5 porsjoner grønnsaker, frukt og bær daglig, grove kornprodukter, matvarer med lite salt og å unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags. Kilde: Helsedirektoratet

Diagram 3.5.2.1: Måltidsvaner blant ungdomsskoleelever, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir hvor ofte de spiser ulike måltider. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013

Diagram 3.5.2.2: Måltidsopplevelse blant ungdomsskoleelever, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir hvorvidt de opplever måltidene som hyggelige. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

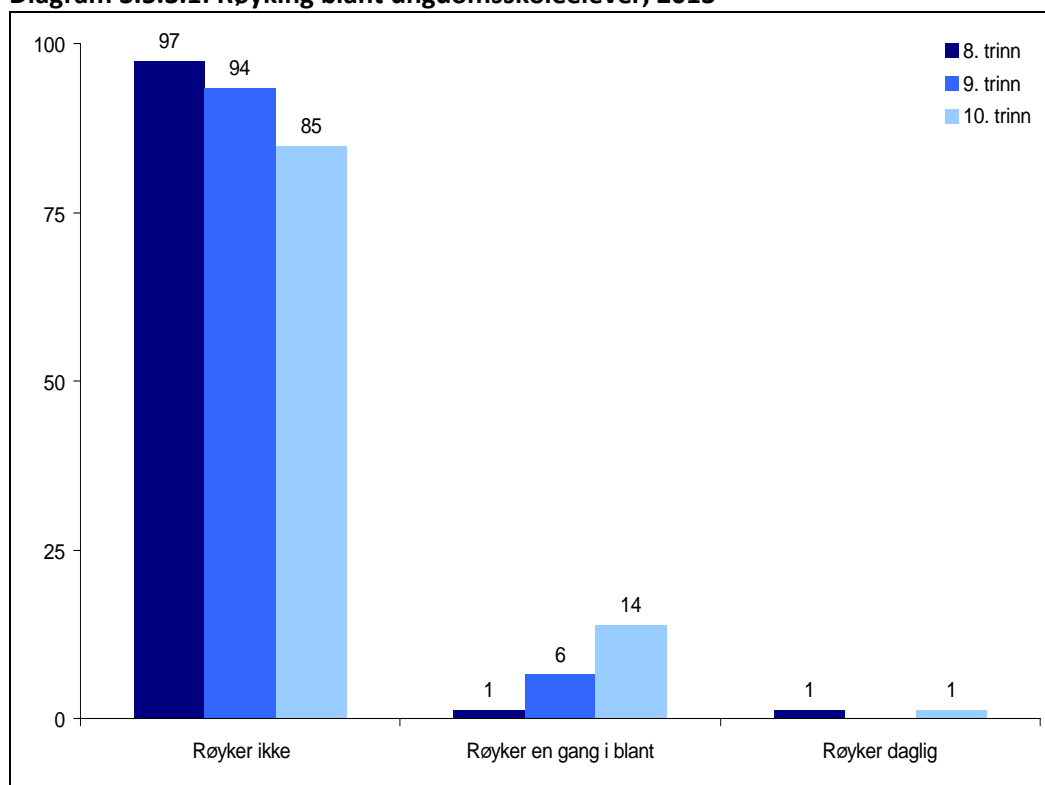
3.5.3 Røyking og snus

Røyking, gravide: Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet har vært i tilbakegang fra 1999 til 2012. Samtidig ligger andelen som røyker ved første svangerskapskontroll i Skaun på 16 % og er dermed høyere enn både fylke, land og sammenligningskommuner i 2012.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Omtrent halvparten av dem som røyker daglig i mange år, dør av sykdommer som skyldes tobakken. I tillegg rammes mange av sykdommer som fører til vesentlige helseplager og redusert livskvalitet. Studier viser at de som røyker daglig, i snitt dør 10 år tidligere enn ikke-røykere, og 25 prosent av dagligrøykerne dør 20-25 år tidligere enn gjennomsnittlig levealder for ikke-røykere.

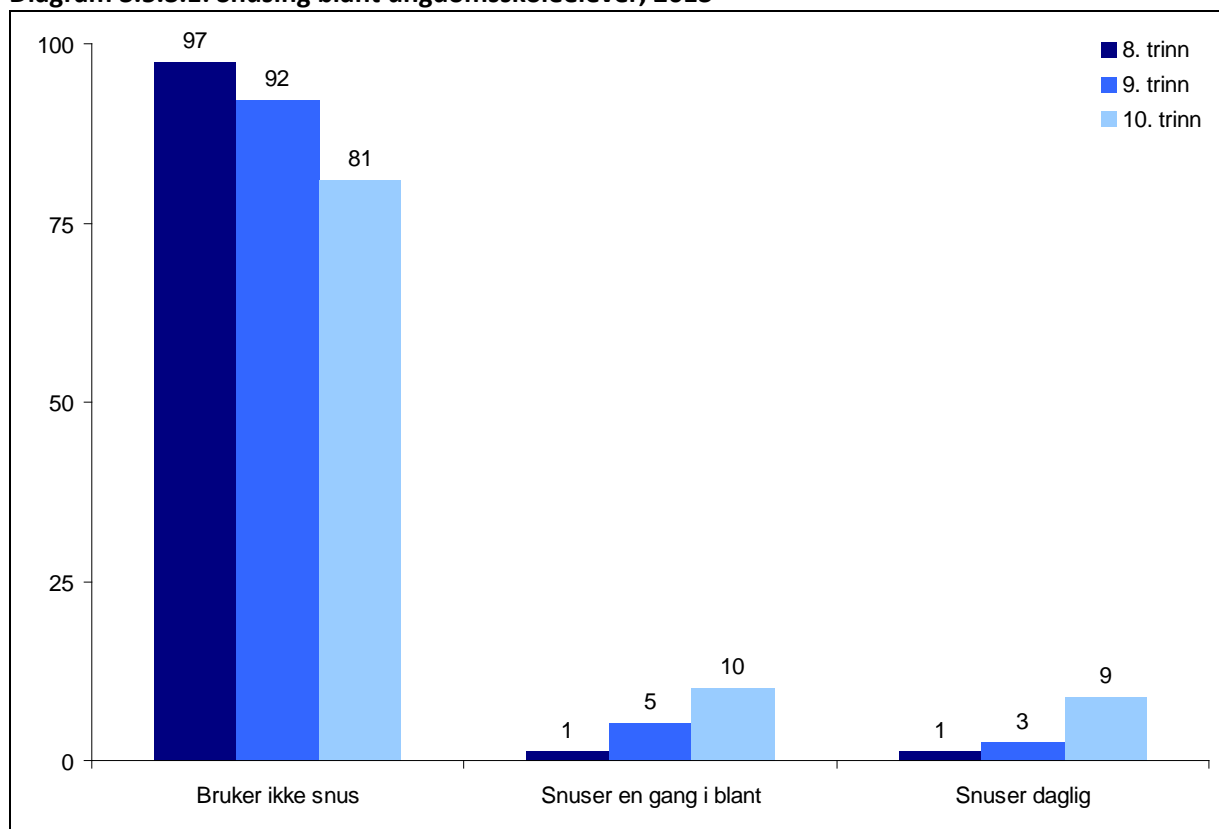
En rekke kvinner slutter å røyke når de blir gravide. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler bl.a. arbeid med familien som en enhet, fordi det ser ut til at farens røykemønster påvirker morens, og at de kvinnene som får støtte av barnefaren til å redusere forbruket, klarer det bedre.

Diagram 3.5.3.1: Røyking blant ungdomsskoleelever, 2013



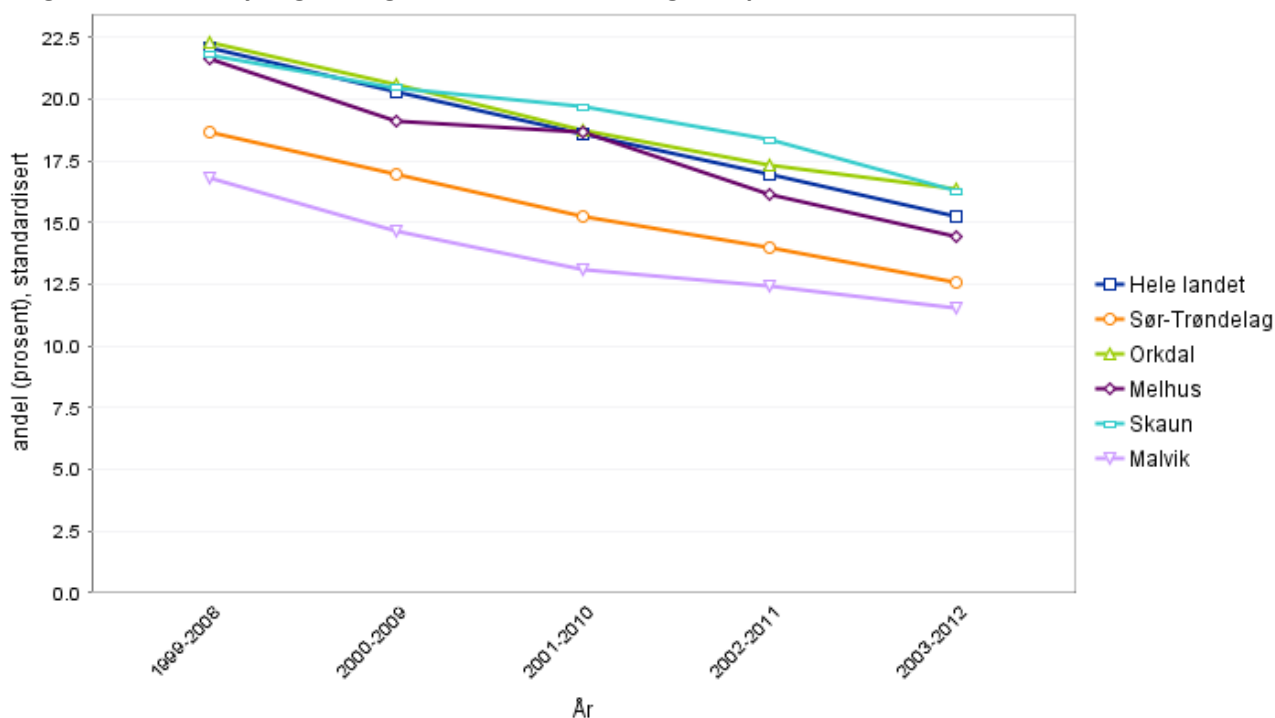
Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir hvor ofte de røyker. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.5.3.1: Snusing blant ungdomsskoleelever, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir hvor ofte de snuser. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.5.3.3: Røyking blant gravide ved første svangerskapskontroll, 1999 - 2012



Andel fødende som oppga at de røykte ved første svangerskapskontroll i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder (2006 og 2007 er ekskludert pga. teknisk feil ved innrapportering disse årene). Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

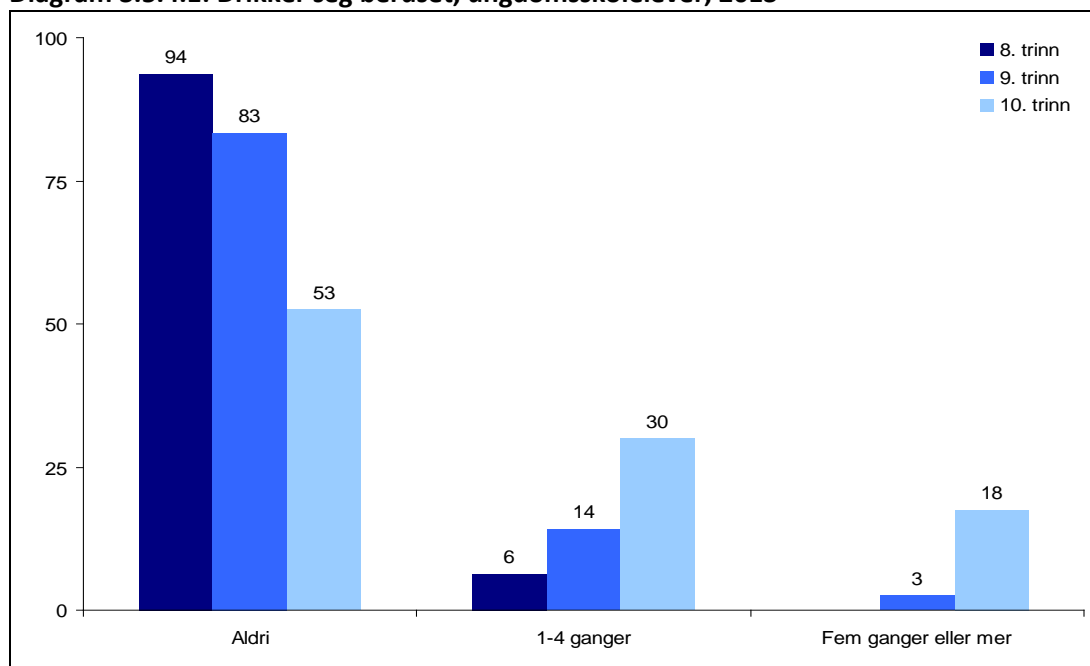
3.5.4 Alkohol

Gjennom BrukerPlankartleggingen i 2013 fant de kommunale helsetjenestene 40 brukere med rusproblemer. 25 av disse har daglig eller avtalt kontakt med barn. Ungdataundersøkelsen som ble gjennomført samme år viste at andelen unge som drikker seg beruset øker etter konfirmasjonsalder. I følge Kompetansesenter Rus Midt-Norge kan dette ha en sammenheng med kulturforskjeller mellom by og bygd, og at det på bygda fortsatt tillates inntak av alkohol etter konfirmasjonen. Foreldres holdninger til alkohol er viktige for hvorvidt ungdom drikker eller ikke og dette vurderes å utgjøre et risikoområde for Skaun kommune.

Kommunen har ansvar for forvaltning av alkoholloven. Den alkoholpolitiske handlingsplanen og kommuneplanen legger grunnlaget for en ansvarlig og forutsigbar alkoholhåndtering. Kommuner som tar en aktiv rolle overfor utelivsbransjen med kurs, kontroller og samarbeid, vil igjen få økt forståelse for regelverket og kommunens rolle.

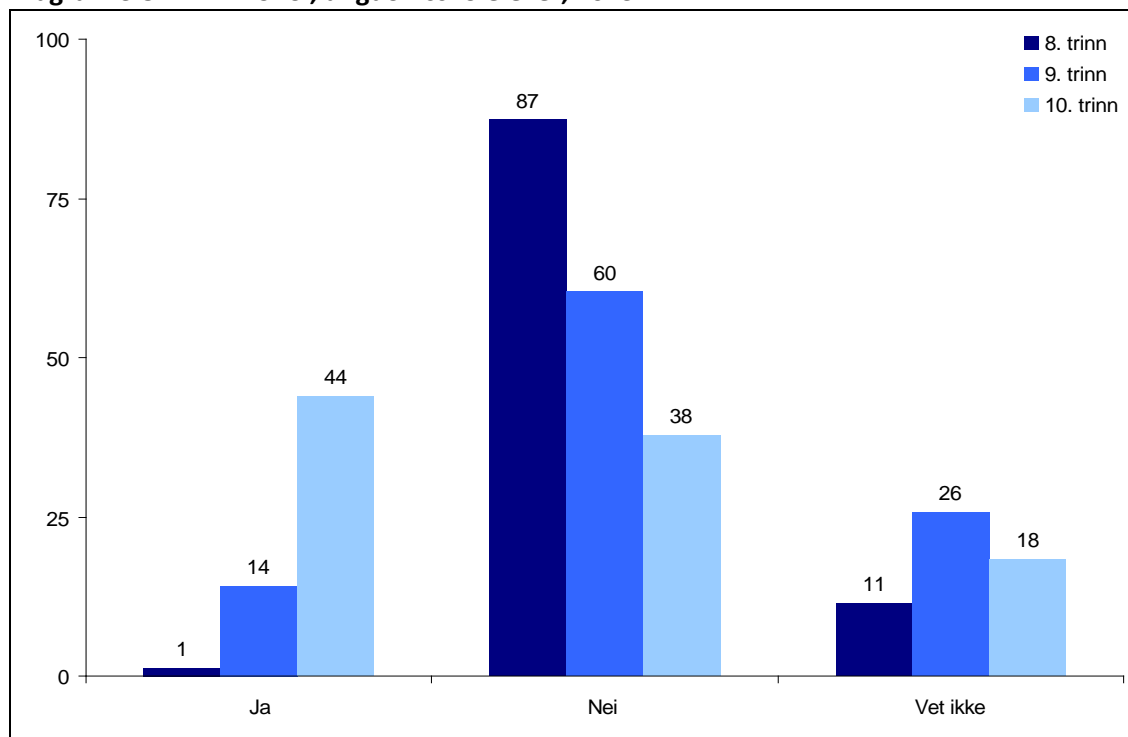
Kommunen, politiet og utelivsbransjen er sammen ansvarlig for å gi innbyggerne gode og trygge møtesteder. Ansvarlig alkoholhåndtering er mer enn næringspolitikk. Servering og salg av alkohol kan gi inntekter, arbeidsplasser og trivsel i kommunen, men også medføre store kostnader og menneskelige lidelser. Derfor skal kommunen ha folkehelseperspektivet med i alkoholpolitikken.
Kilde: Helsedirektoratet.

Diagram 3.5.4.1: Drikker seg beruset, ungdomsskolelever, 2013



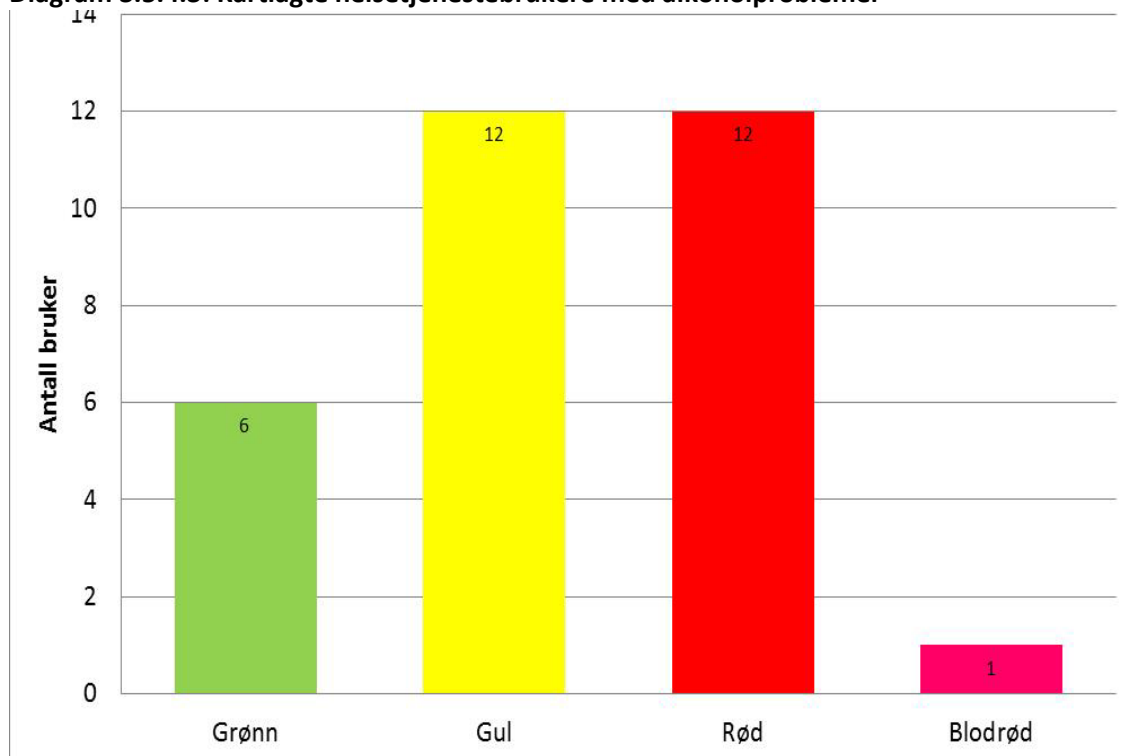
Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir om de har drukket seg beruset. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.5.4.2: Alkohol, ungdomsskolelever, 2013



Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir om de har drukket seg beruset. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.5.4.3: Kartlagte helsetjenestebrukere med alkoholproblemer



Antallet brukere av helsetjenestene i Skaun med rusmiddelmisbruk. Antall 40. Kilde: BrukerPlan 2013. BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmisbruk i kommunen. Røde variabler regnes som risikoområder.

3.5.5 Vekt

Vektregistrering i 2013 viser at 23 % av niåringer og 18 % av 14-åringer i Skaun er overvektige. Samtidig viser tall fra menn som er inne til sesjon at 27,2 % av de fra Skaun har en KMI som er over 25. Av nyfødte ligger 5 % over en fødselsvekt på 4,5 kg.

Overvekt vurderes å utgjøre et risikoområde for Skaun.

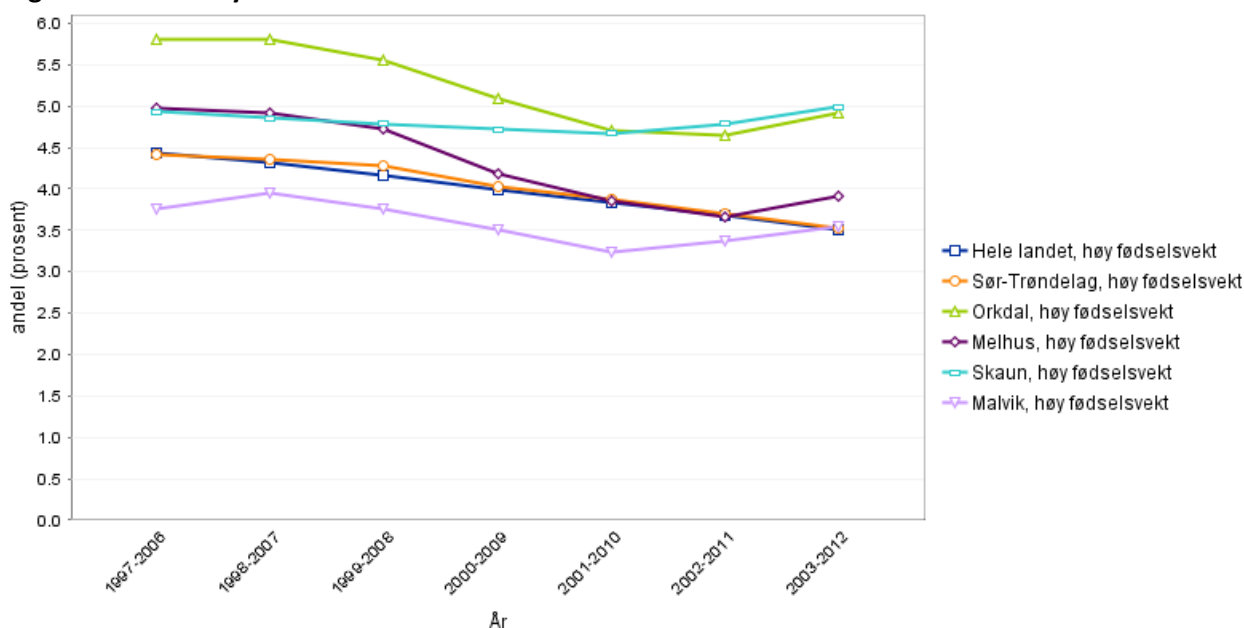
Verdens helseorganisasjon (WHO) har fastsatt grenseverdier for kroppsmasseindeks hos voksne, disse er ment å forene hensyn til alle typer av sykdom som har med vekt å gjøre og hensyn til individ og samfunn. Grenseverdiene benyttes også i helseovervåking.

KMI er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og er lik vekten delt på kvadratet av høyden. For eksempel vil en person som måler 1,60 m og som veier 55 kg få KMI på: $55 : (1,6 \times 1,6) = 55 : 2,56 = 21,5 \text{ kg/m}^2$. Eks: En person med høyde på 1,80 meter har i følge WHO's grenser normalvekt i området 60 til 81 kg, forstadium til fedme i området 81-97 kg og fedme ved vekt over 97 kg. Tilsvarende vil en person med høyde 1,65 m ha normalvekt i området fra 50 til 68 kg, forstadium til fedme i området 68-82 kg og fedme hvis vekten er over 82 kg.

WHO's KMI-tabell er utarbeidet for voksne og passer ikke for barn og unge. I 2006 publiserte WHO nye vekst- og vektkurver for barn i alderen 0 - 5 år. Disse er basert på 8000 friske barn som har fått morsmelk. Norge er ett av seks deltakende land.

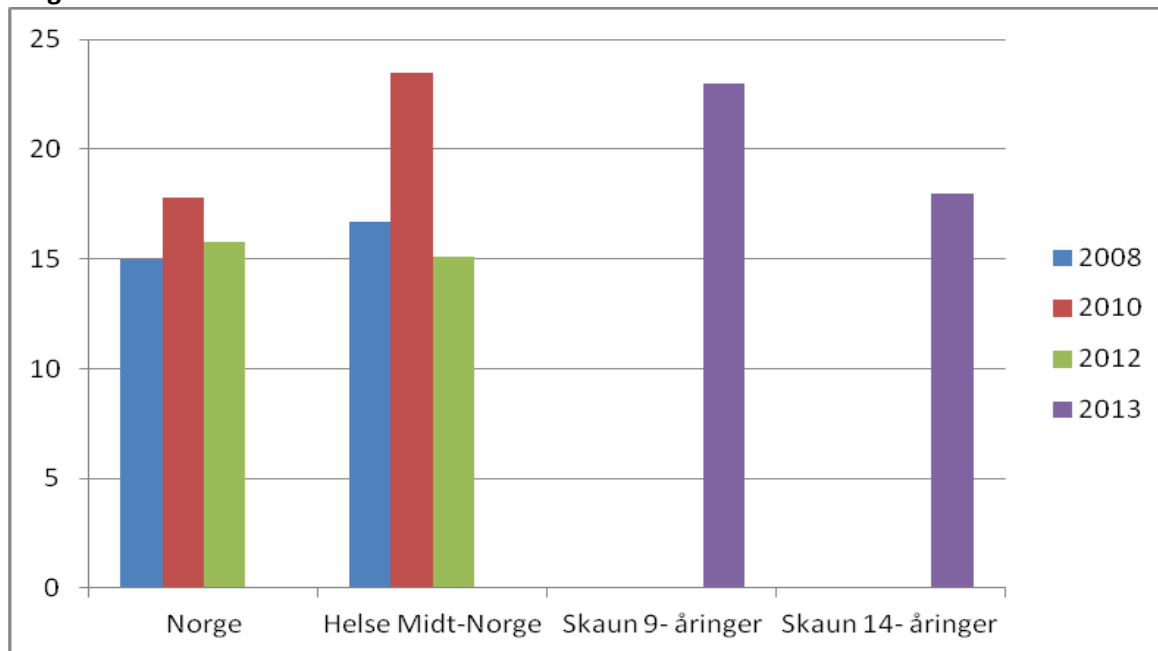
For større barn og unge har en internasjonal ekspertgruppe - International Obesity Task Force (IOTF) - utarbeidet KMI-tabeller med grenseverdier for overvekt og fedme for jenter og gutter i ulike aldre. Disse tar utgangspunkt i KMI-grensene for voksne. Grenseverdiene kalles også Cole's indeks. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Diagram 3.5.5.1: Høy fødselsvekt



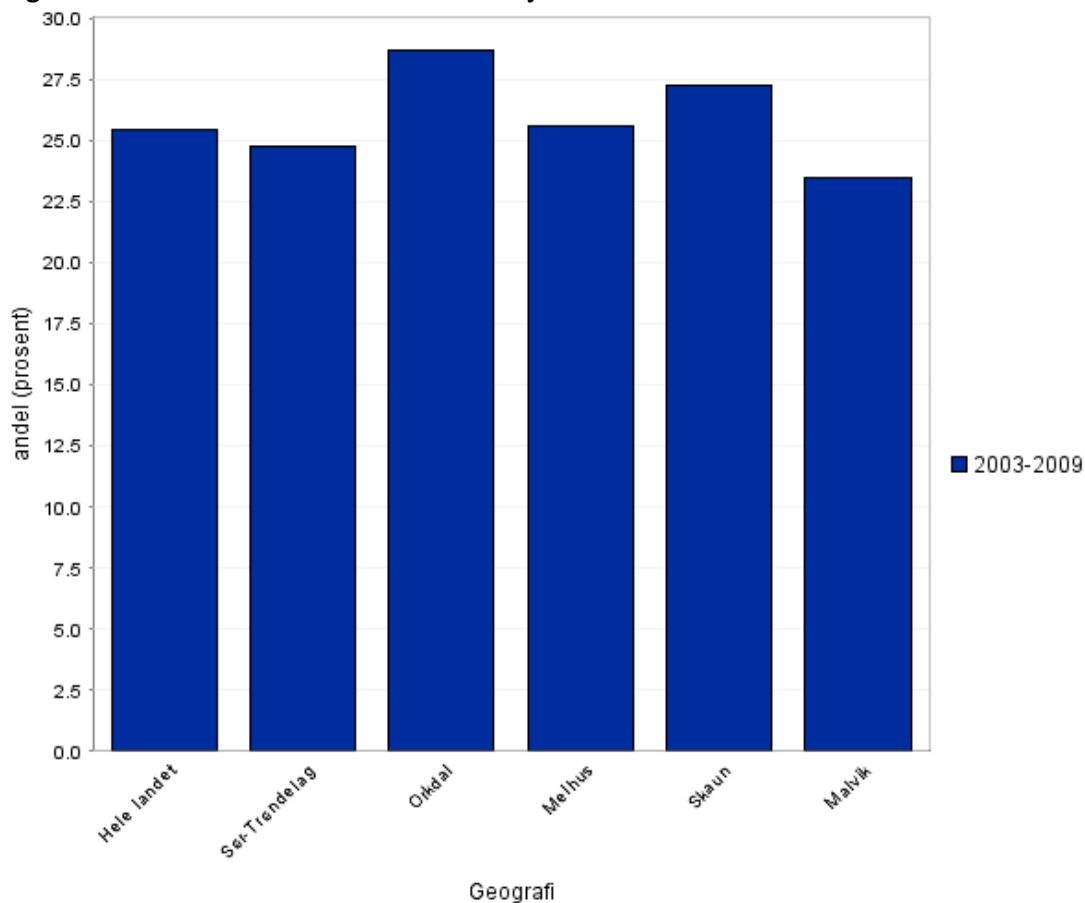
Andel fødte med høy fødselsvekt. Andelen er beregnet i prosent av alle fødte med fødselsvekt > 500 gram. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Høy fødselsvekt = 4500 gram eller høyere
Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.5.5.2: Overvekt barn



Andelen 9-åringer og 14-åringer med overvekt eller fedme i prosent av alle barn, sammenlignet med tall fra Barnevekststudien. Kilde: Tall fra skolehelsetjenesten i Skaun, 2013.

Diagram 3.5.5.3: Overvekt blant menn til sesjon 2003 - 2009



Andel menn på sesjon med overvekt eller fedme (dvs. KMI = 25(kg/m²)) i prosent av alle menn på sesjon. Statistikken viser 7 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelse statistikkbank.

3.5.6 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Fysisk aktivitet	I Ungdata- undersøkelsen oppga om lag 19 % av elevene på 8., 9. og 10. trinn at de sjeldnere enn ukentlig er så fysisk aktive at de blir andpustne eller svette. Over 40 % av elevene i Skaun har tilbud om skoleskyss.	Tid foran skjerm, kjøring til og fra aktiviteter og skole, mye organisert aktivitet – mindre hverdagsaktivitet. Foreldre mer inne med barn, mye fokus på sikkerhet og redsel for å gi utfordringer ute.	Dårlig motorikk. Utvikling av livsstilssykdommer på sikt.
Kosthold	Mer inntak av sukker i befolkningen.	Økt tilgang – økonomi og tilgjengelighet.	Dårligere tannhelse. På sikt utvikling av livsstilssykdommer.
	Litt over 60 % av ungdomsskoleelevene oppgir at de spiser frokost daglig.		Uten frokost – dårligere konsentrasjon, humør og arbeidslyst.
	Færre oppgir at de spiser lunsj.		Uten lunsj vil behovet for sukkerholdig mat og drikke lettere øke.
Røyking	Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet var 16 % i 2012 (10 års glidende gj.snitt). Gradvis nedgang etter 1999.		Nedgang gir mindre risiko for luftveissykdommer (astma, emfysem, bronkitt, kronisk obstruktiv lungesykdom), kreft og hjerte- karsykdommer og redusert dødelighet. Røyking under graviditet kan bl.a. føre til lav fødselsvekt og større risiko for luftveisinfeksjoner hos barna.
Alkohol	Økning av antall ungdommer som inntar alkohol etter konfirmasjonsalder. 40 helsetjenestebrukere som har rusmisbruk.	Får lov av foreldre. Holdninger i foreldregruppen er viktig for å utsette alkoholdebut. Sviktsone i alderen 16 – 26 år.	Skader og ulykker i ruspåvirket tilstand. Avhengighet. Isolasjon og nedstemthet. Sosiale konsekvenser.
Vekt	5 % av nyfødte har vekt over 4,5 kg. 23 % av 9-åringene og 18 % av 14-åringene har overvekt. 27,5 % av menn til sesjon har overvekt.	Mye stillesitting. Ubalanse mellom inntak av mat og drikke og fysisk aktivitet.	Livsstilssykdommer. Dårligere helsetilstand.

3.5.7 Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak

Helserelatert atferd: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- ★ Kulturskole
- ★ Oversikt over turkalender tilgjengelig på hjemmesidene til kommunen
- ★ Leirskole 7. klasse
- ★ Fødselsforberedende samtaler og hjemmebesøk til familier med nyfødte barn, helsestasjon / jordmortjeneste
- ★ Ammekyndig helsestasjon
- ★ Kosthold skole: lunsj på ungdomsskolen 1 gang pr mnd
- ★ Fysakkoordinator som skal koordinere aktiviteter
- ★ Kjærlighet og grenser i 7. trinn (foreldreveiledningsprogram)
- ★ Matombringing
- ★ Plan for utsatte barn og unge
- ★ Barnegrupper utsatte barn og unge/ barna av psykisk syke
- ★ Gruppe aktive barn (barn med overvekt)
- ★ Felles aktivitetskalender



Helserelatert atferd: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- ★ Felles kostholdsplan for barnehager, SFO og skolene
- ★ Tiltak som bidrar til at andel barn som spiser frokost øker, for eksempel muligheter for et måltid før oppstart på skolen
- ★ Lavterskeltilbud til barn og unge som er lite fysisk aktive
- ★ Tverrfaglig ressursuke på 1. trinn
- ★ Holdningsskapende arbeid i foreldregruppen – barnehage, skole, lag og foreninger
- ★ Økte ressurser til skolehelsetjenesten
- ★ Forebyggingspakker knyttet til overvekt/fysisk aktivitet

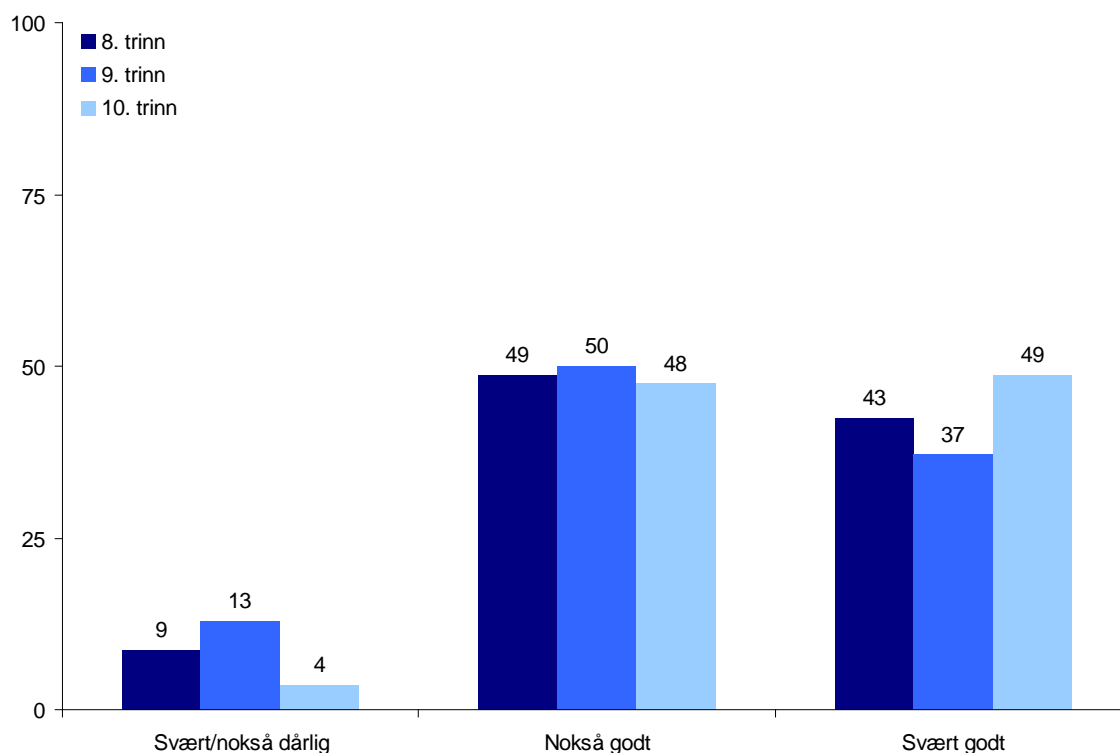
3.6 Helsetilstand

3.6.1 Trivsel og mestring

91 % av elevene på ungdomsskolen oppgir at de trives nokså godt eller svært godt på skolen. Mer enn 80 % oppgir at de er fornøyd med egne foreldre og ca 70 % er tilfredse med egen helse.

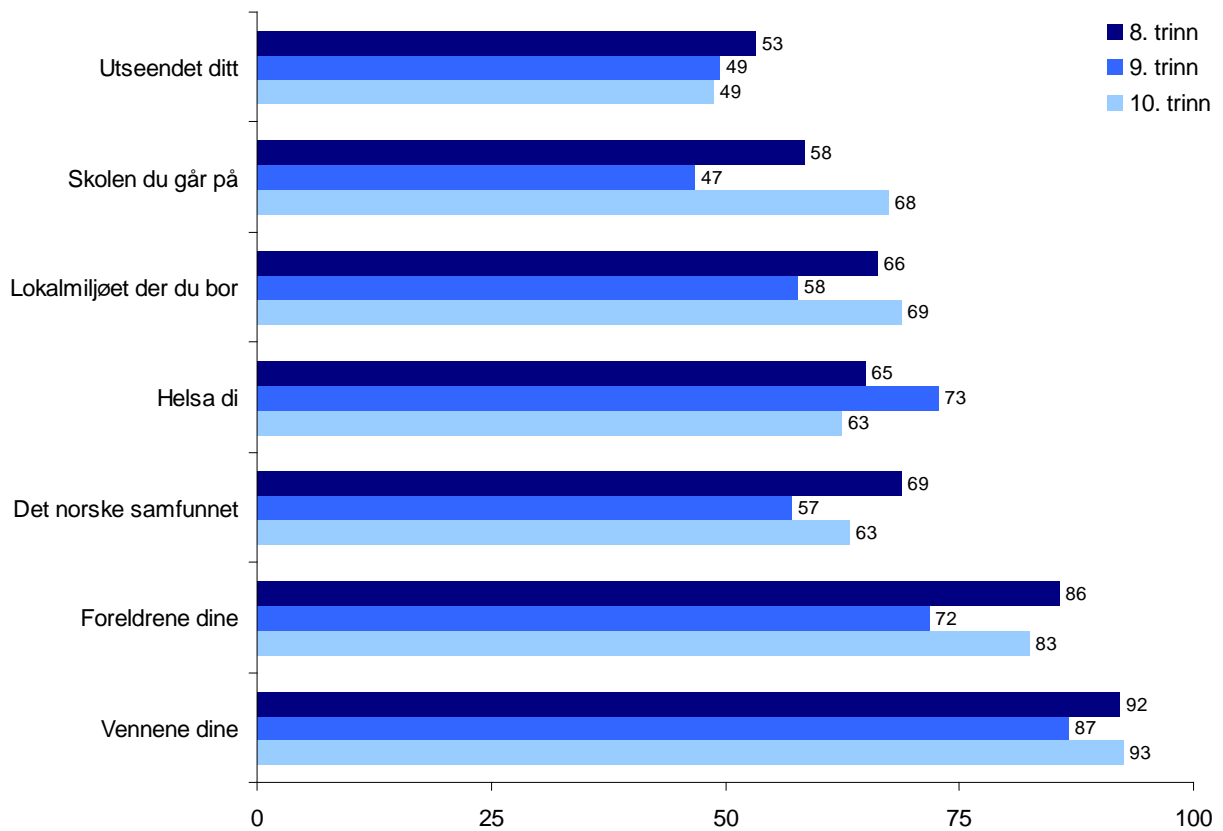
Trivsel på skolen er en av en rekke faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og dermed deres evne til å mestre de utfordringene skolehverdagen gir (Øia 2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009). Kilde: Folkehelseinstituttet.

Diagram 3.6.1.1: Trivsel på skolen, 8. – 10. trinn, 2013



Andel elever i 8. – 10. trinn som oppgir hvordan de trives på skolen. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.6.1.2: Trivsel med eget liv, 8. - 10. trinn, 2013



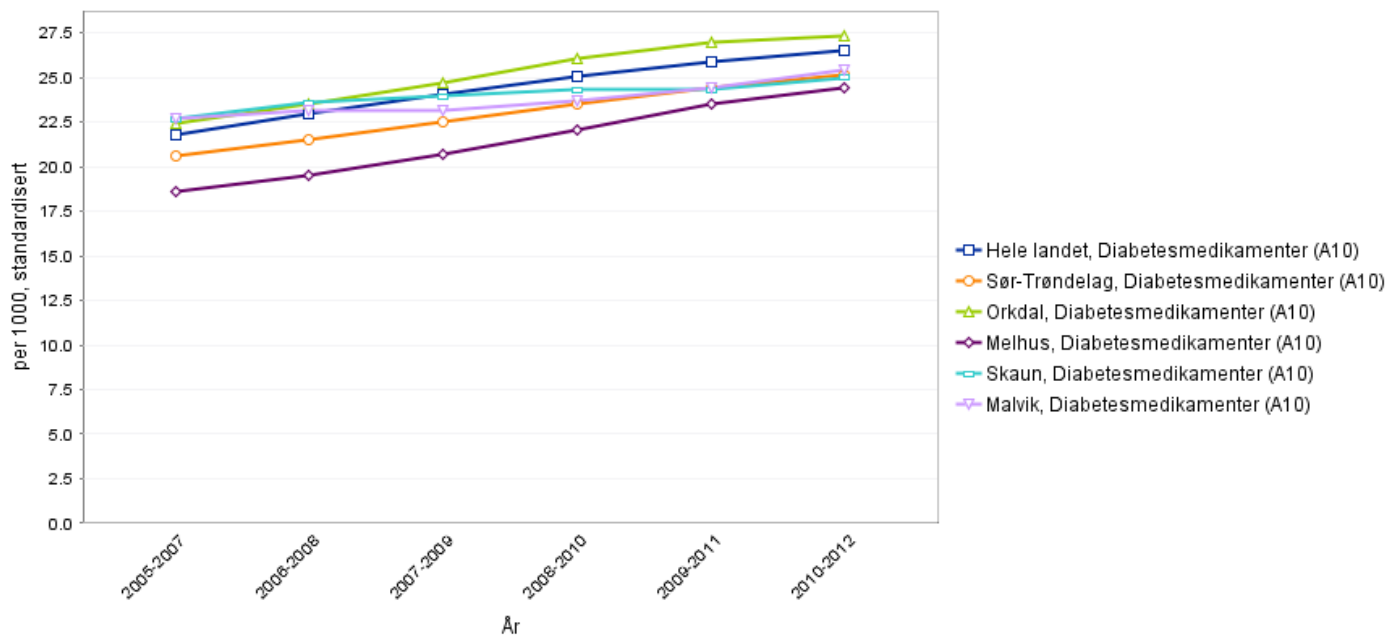
Andel elever i 8. – 10. trinn som oppgir trivsel med ulike sider ved eget liv. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013

3.6.2 Diabetes

Diabetesmedisiner, brukere 30-74 år: Skaun kommune har hatt en gradvis økning i bruk av diabetesmedisiner fra 2007 til 2012. I perioden 2010-2012 var det årlige gjennomsnittet på 25 per 1000 dvs. 187 personer som brukte disse medikamentene.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av type 2-diabetes er usikker og behandling av sykdommen varierer. Kosthold, mosjon og vektreduksjon kan for noen normalisere blodsukkeret og holde sykdommen under kontroll. Andre trenger medikamenter for å få ned blodsukkeret og bruk av midler til behandling av type 2-diabetes kan brukes som en indikator på forekomst av type 2-diabetes i befolkningen. Med årene kan imidlertid insulinproduksjonen reduseres, og det blir nødvendig med insulinsprøyter på samme måte som ved type 1-diabetes. Overvekt er en viktig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes og forekomst av type 2-diabetes kan derfor gjenspeile befolkningens levevaner.

Diagram 3.6.2: Bruk av legemidler til behandling av diabetes, 2007-2012



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 30-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

3.6.3 Hjerte- og karsykdommer

Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år: I Skaun kommune har det vært en økning i bruk av disse medikamentene fra 2007 til 2012. Økningen har vært større for menn enn kvinner, og det var nærmest like mange menn (122) som kvinner (128) per 1000 som brukte disse medikamentene i årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012.

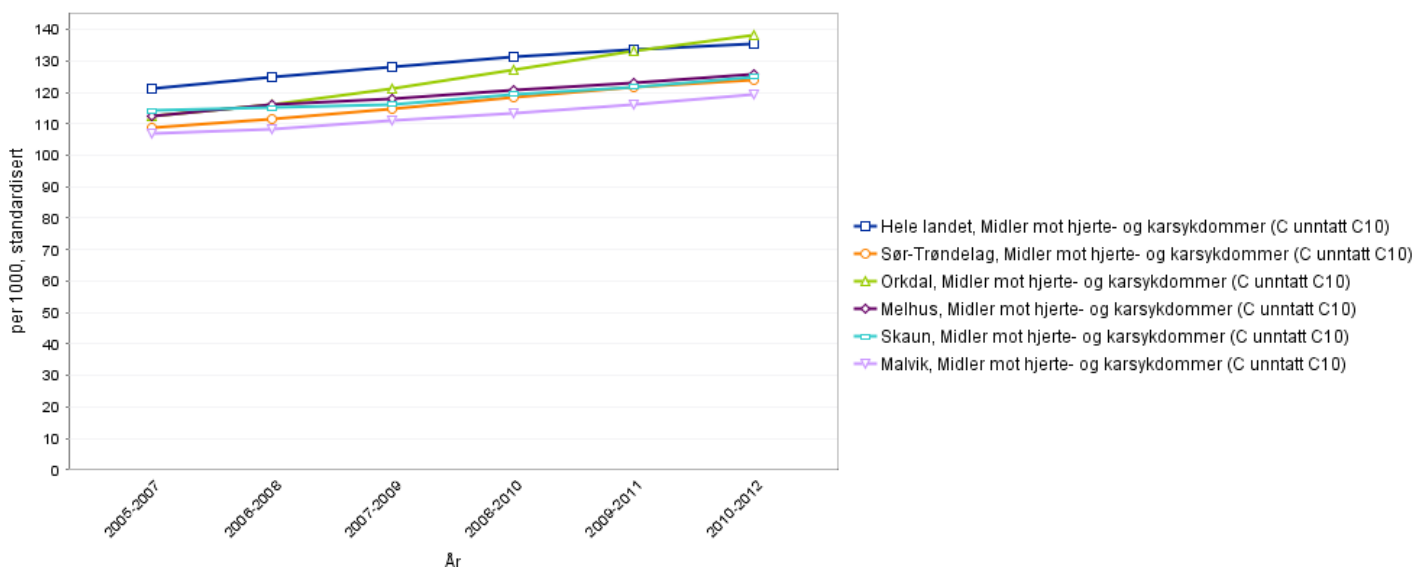
Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år: Det har det vært en gradvis økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter fra 2007 til 2012. Det var noen flere menn (59,5) enn kvinner (50,3) per 1000 som brukte disse medikamentene i årlig gjennomsnitt i 2010-2012. Andelen kvinner som tar kolesterolsenkende medikamenter har økt betydelig fra 2007, hvor 37,4 per 1000 brukte disse medikamentene.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: 15,3 pr 1000 ble i perioden 2010-2012 innlagt i sykehus grunnet hjerte- og karsykdommer.

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjerterkramper) og hjerneslag. Jo flere som er ikke-røykere, har et gunstig kosthold, mosjonerer daglig og har normal kroppsvekt, jo færre vil få infarkt i en befolkning. Kilde Folkehelseinstituttet

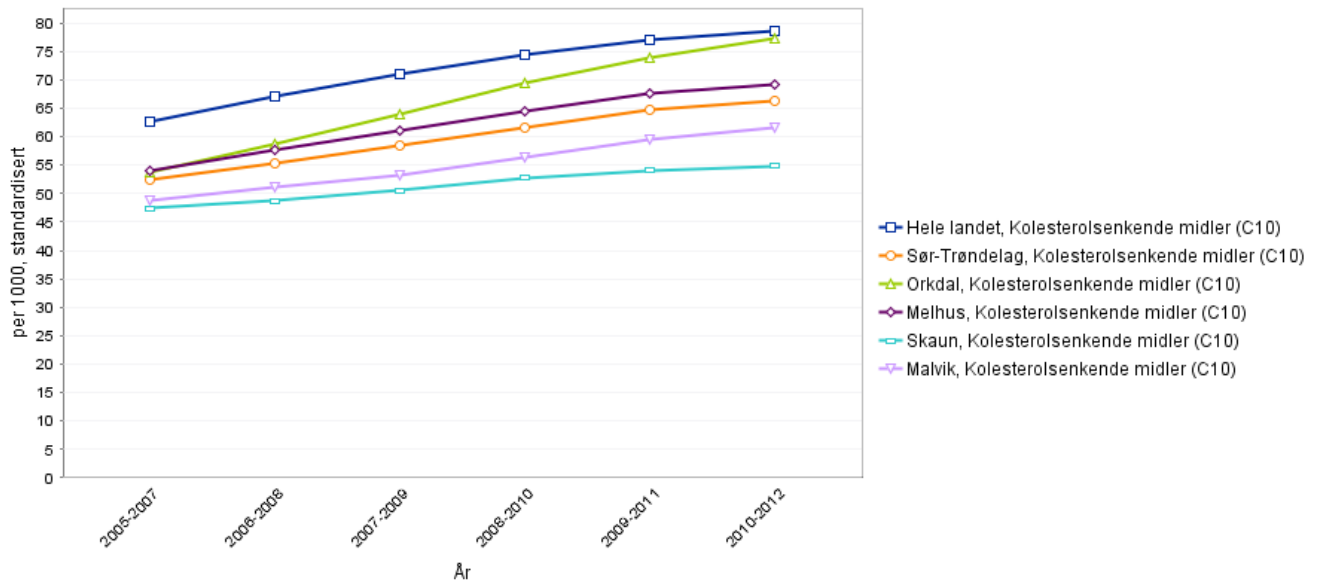
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange.

Diagram 3.6.3.1: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), 2007-2012



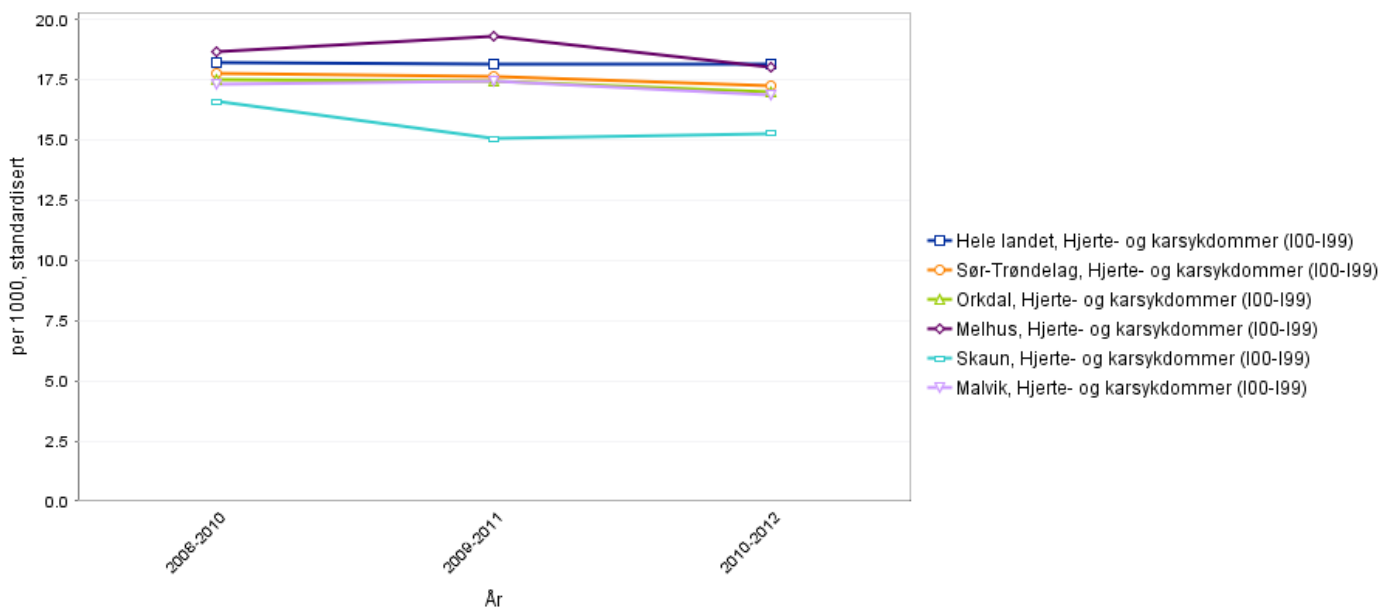
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.3.2: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 2007-2012



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.3.3: Bruk av spesialisthelsetjenesten hjerte-/karlidelser, 2010-2012



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

3.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

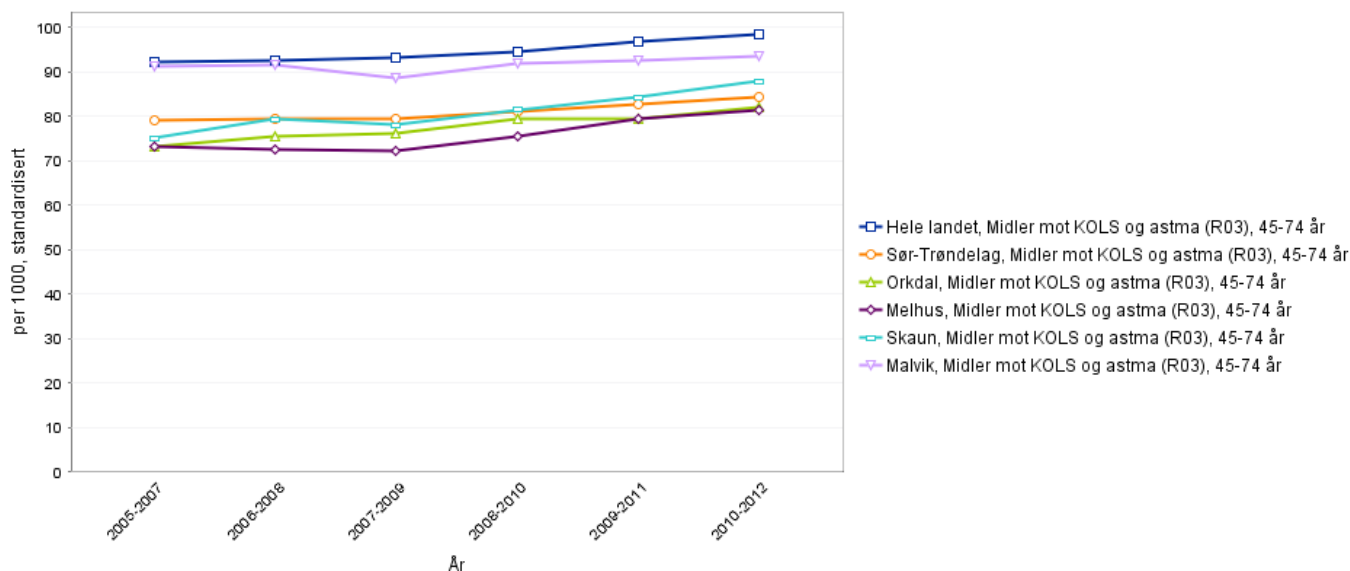
Medikamenter mot KOLS og astma: Det har en liten økning i bruk av KOLS og astmasmedisiner i aldersgruppen 45 – 74 år. I gruppen 0 – 44 år har det vært en endgang i bruken.

Bruk av spesialisthelsetjenesten: I perioden 2010-2012 var det rundt 9 personer som årlig hadde dag-, eller døgnopphold i spesialisthelsetjenesten med diagnosen KOLS. KOLS vurderes å være et mulig risikoområde for Skaun.

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at forekomsten av astma har økt de siste 20 årene, spesielt hos barn. Kilde: Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet

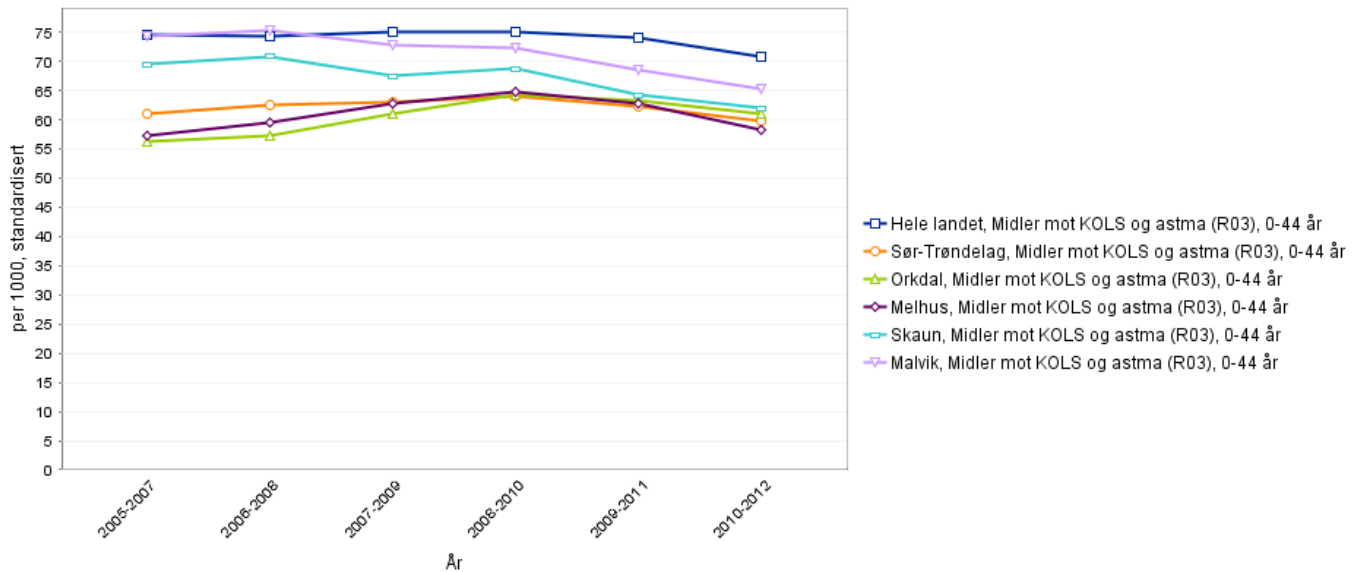
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle. Forekomst av KOLS øker med økende tobakksforbruk og antall røykeår, og kan si noe om røykevaner.

Diagram 3.6.4.1: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74 år, 2007-2012



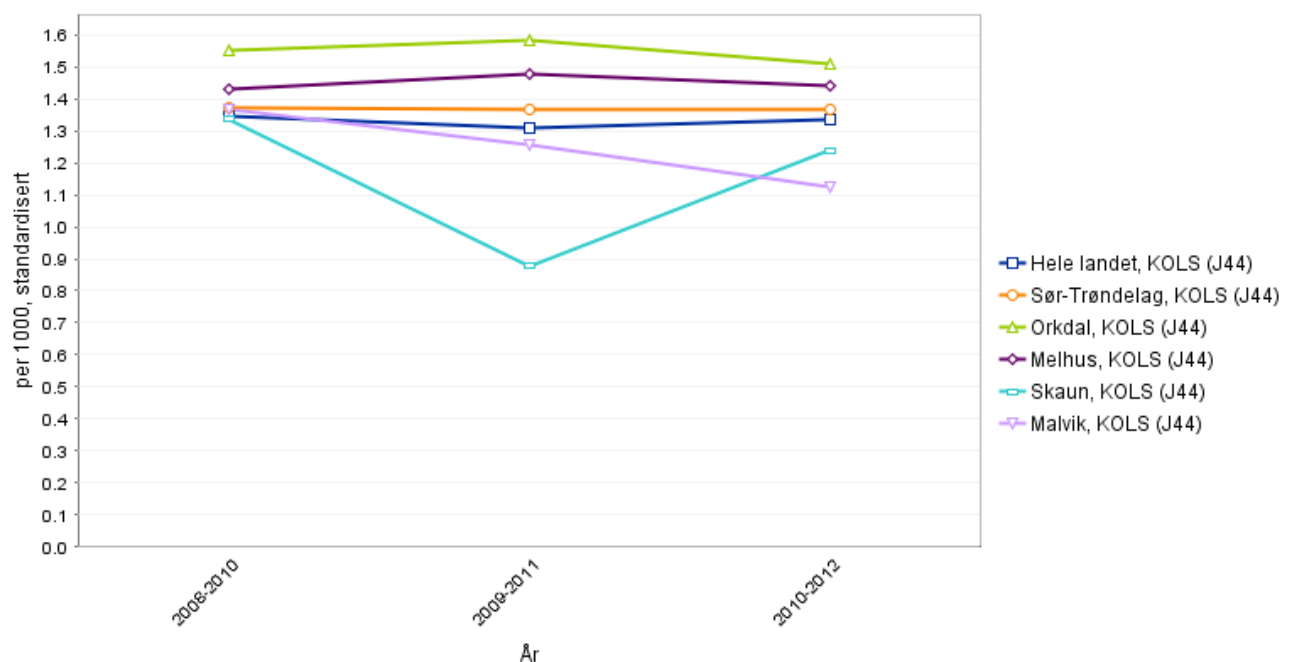
Bruk av KOLS og astmamedikamenter, begge kjønn, 45–74 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsetatistikkbank.

Diagram 3.6.4.2: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 0-44 år, 2007-2012



Bruk av KOLS og astmamedikamenter, begge kjønn, 0-44 år, per 1000 standardisert. 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.

Diagram 3.6.4.3: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 0-44 år, 2007-2012



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa statistikkbank.

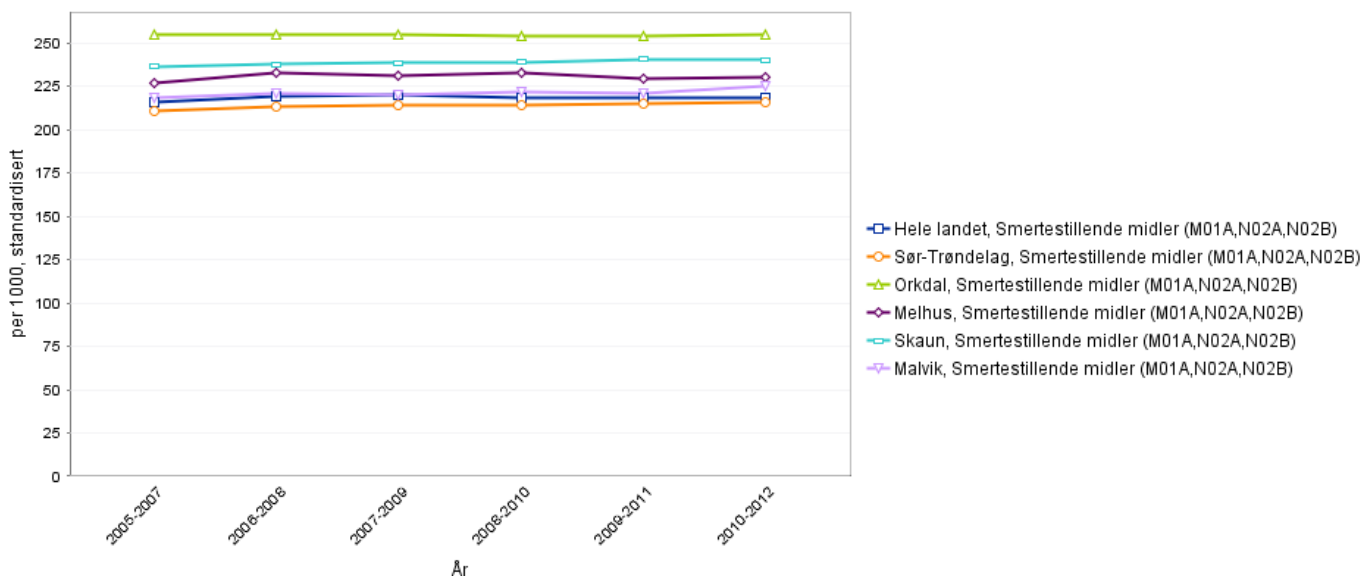
3.6.5 Smerter

Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år: Den totale bruken av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2012 i Skaun kommune har vært relativt stabil. Det er en høyere andel kvinner enn menn som tar ut resept på smertestillende. Ikke reseptbelagte smertestillende er ikke med i denne statistikken.

Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen. Anslagsvis 30 prosent av voksne har kroniske smerter i Norge i dag. Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken, men en rekke andre lidelser kan også føre til kronisk smerte. Forekomsten er høyere enn i mange andre europeiske land. Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har kroniske smerter, og kvinner er også i langt større grad enn menn sykemeldt og uføre som en følge av kronisk smerte. Kilde: Folkehelseinstituttet

Når det gjelder ikke-reseptbelagte medikamenter, viste en undersøkelse gjengitt i Tidsskrift for Den norske legeforening (Lagerløv P, Holager T, Helseth S et al. 2009) at ungdommens bruk av disse har økt. Undersøkelsen tydet på at smertestillende ble brukt mot «dagliglivets plager» som lett hodepine eller manglende væskeinntak.

Diagram 3.6.5: Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter, 2007-2012



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

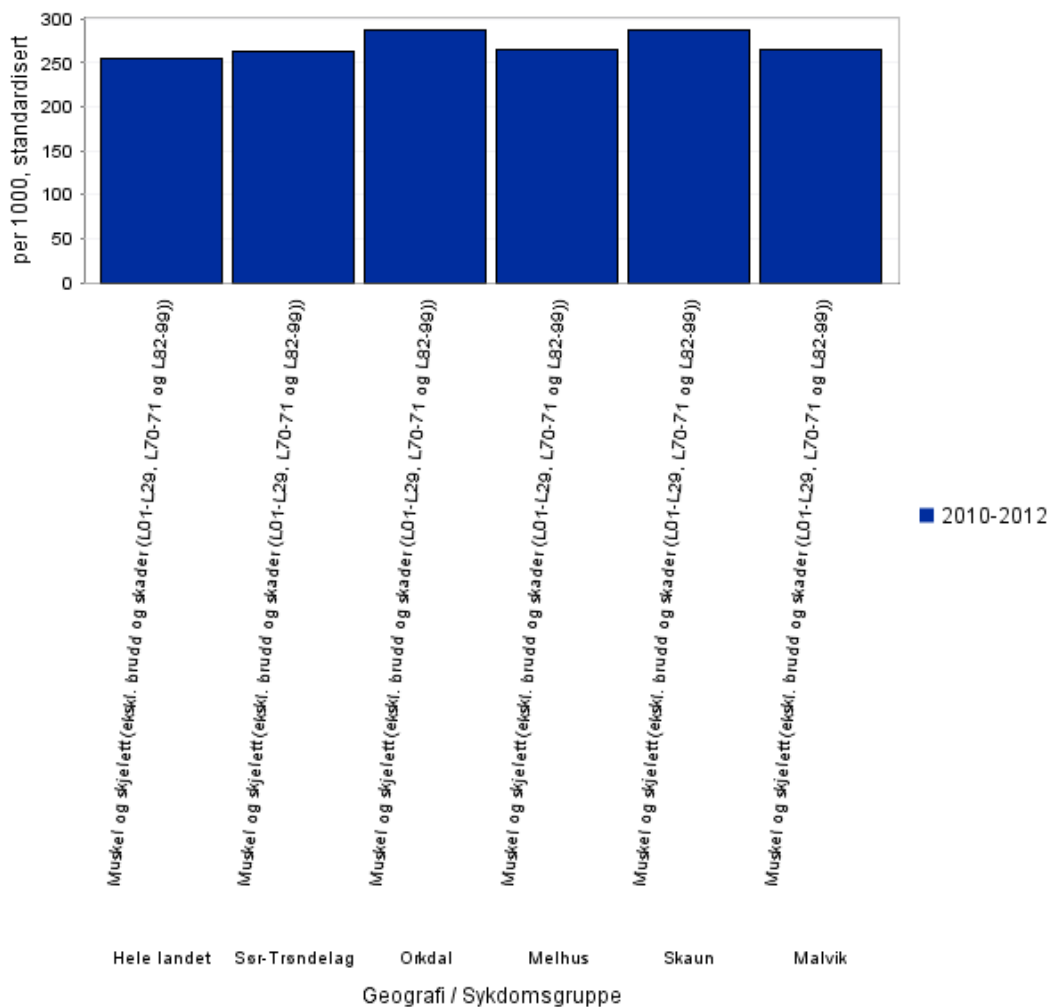
3.6.6 Muskel- skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten: 2145 personer med diagnose muskel- skjelettplager eller - sykdommer (ikke brudd) fra Skaun kommune var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012. Det tilsvarte 286 personer per 1000 innbyggere. Dette korresponderer med hovedårsaker til legemeldt sykefravær blant kommunens innbyggere og vurderes å utgjøre et risikoområde for kommunen.

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr23/2010.

Muskel- og skjelettlidelser, sammen med psykiske lidelser, er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Fysisk aktivitet kan forebygge muskel- og skjelettlidelser. Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram 3.6.6: Bruk av primærhelsetjenesten, muskel- skjelettlidelser, 2012



Andel personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICDPC-kodeverket. Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon(KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

3.6.7 Psykiske lidelser

Medikamenter mot psykiske lidelser, brukere 0-74 år: Bruken av antidepressiva, antipsykotika, sovemidler og beroligende midler har vært relativt stabil fra 2007 til 2012. Bruk av antidepressiva har gått noe ned, mens det er en liten økning i bruk av antipsykotika.

Bruk av primærhelsetjenesten: 948 personer fra Skaun kommune med diagnose psykiske symptomer eller lidelse var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012.

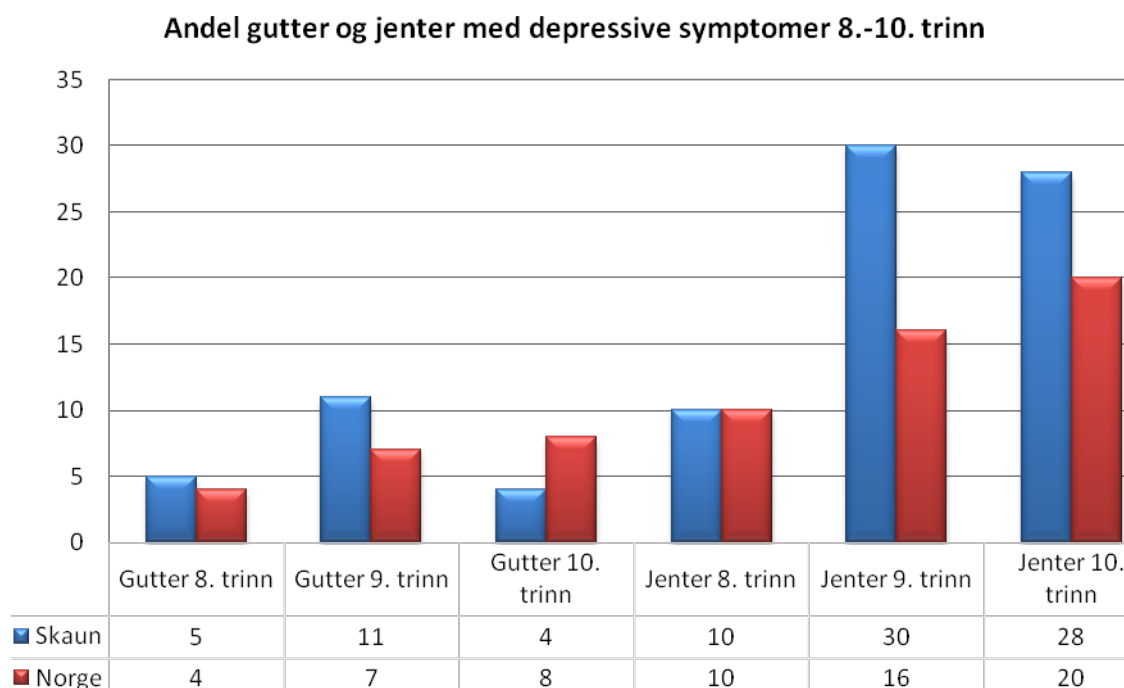
Ungdom med depressive symptomer: En høy andel jenter i 9. og 10. trinn oppga at de slet med depressive symptomer i Ungdataundersøkelsen i 2013.

Psykiske lidelser vurderes å være et risikoområde for Skaun kommune.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. Sett under ett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos både barn, unge og voksne, fulgt av depresjon. Økt dødelighet, sykmeldinger og uførepensjon er noen av de viktigste følgene av psykiske sykdommer.

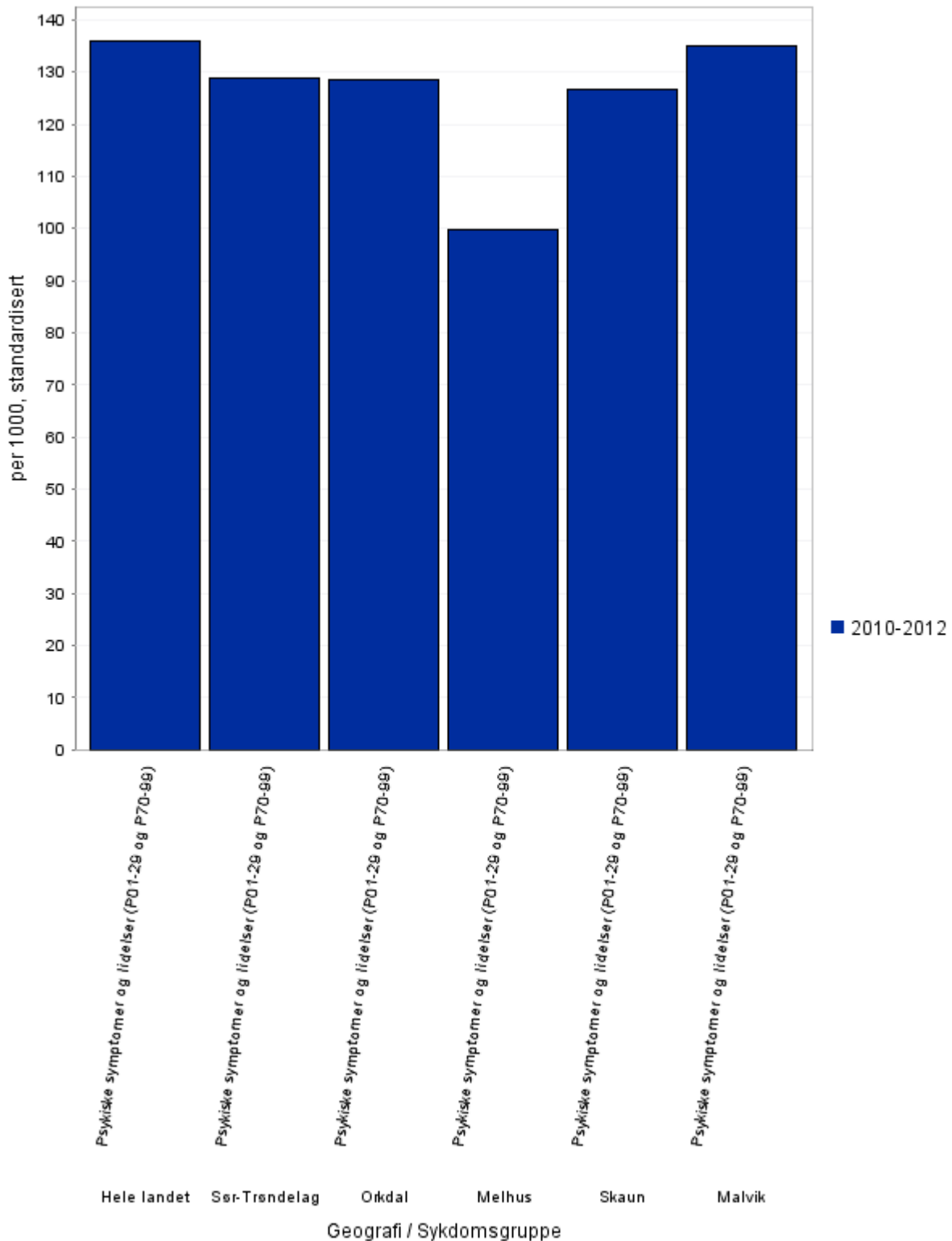
Sosial støtte og utviklet mestringsevne er de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. Kilde: Proposisjon til Stortinget (Folkehelseloven)

Diagram 3.6.7.1: Andel gutter og jenter med depressive symptomer, 2013



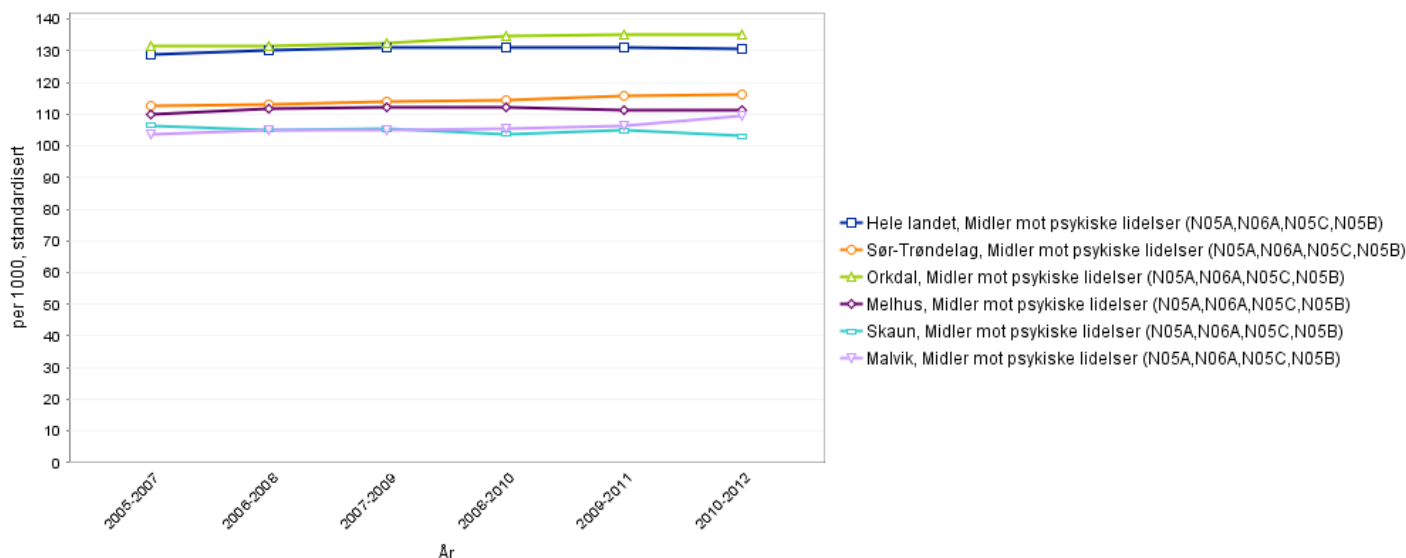
Andelen ungdom på 8., 9. og 10. trinn som oppgir at de har hatt depressive symptomer. Kilde: Ungdataundersøkelsen i Skaun, 2013.

Diagram 3.6.7.2: Bruk av primærhelsetjenesten, psykiatri, 2010-2011



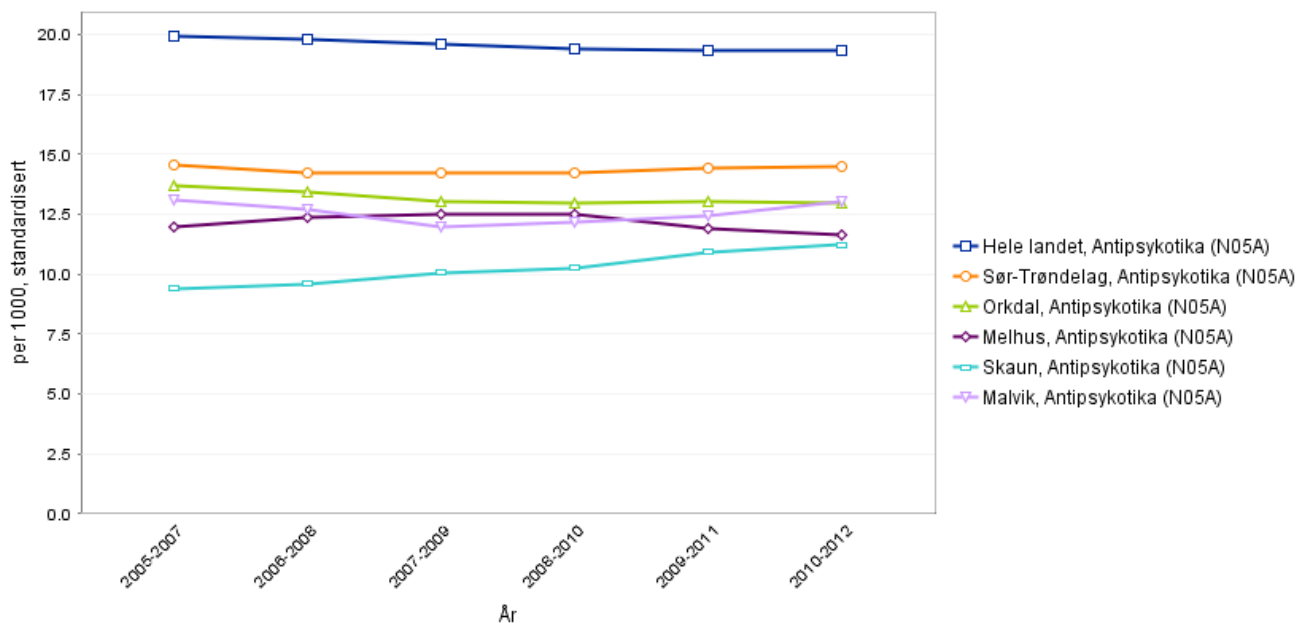
Antall unike personer 0-74 år i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.7.3: Bruk av antidepressiva, 2007-2012



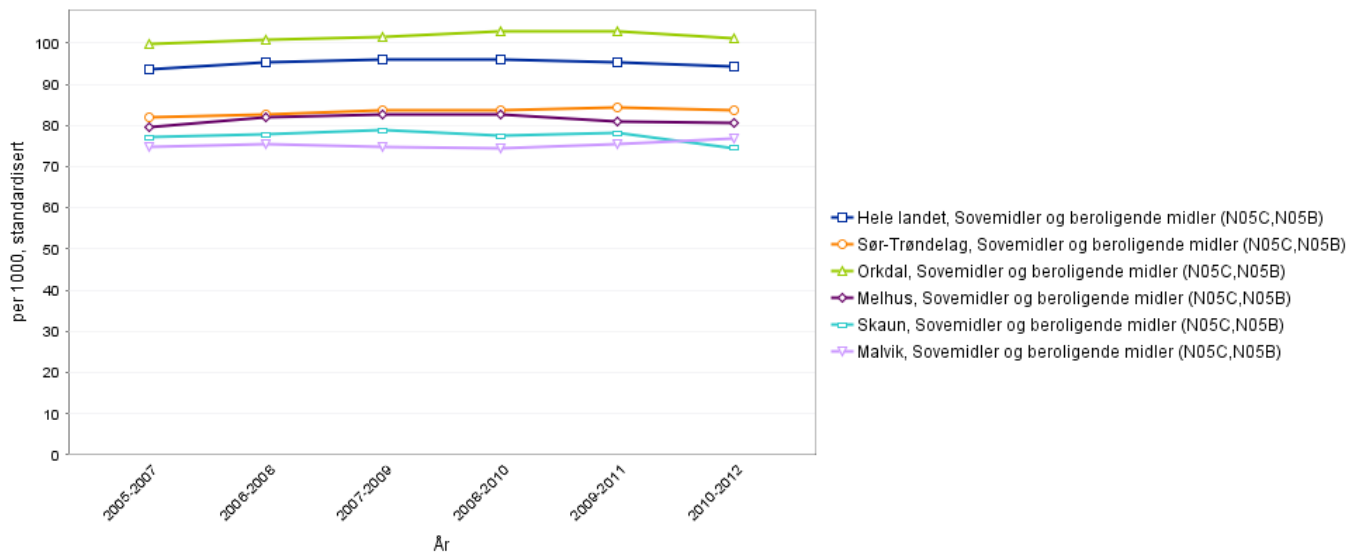
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.7.4: Bruk av antipsykotika, 2007-2012



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.7.5: Bruk av sovemidler og beroligende midler, 2007-2012



Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

3.6.8 Smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsdekning: I perioden 2008-2012 (årlig gjennomsnitt) var mellom 91 og 97 % av barna i 2 og 9 årsalderen i Skaun kommune fullvaksinerte.

Smittsomme sykdommer er ikke lenger det største folkehelseproblemet i Norge, men for å holde disse sykdommene i sjakk, er det svært viktig å opprettholde et godt smittevern og et effektivt vaksinasjonsprogram. Kilde: Folkehelseinstituttet

Tabell 3.6.8.1: Vaksinasjonsdekning, 2006-2012

År			2004-2008	2005-2009	2006-2010	2007-2011	2008-2012
Geografi	Alder	Vaksine					
Skaun	2 år	Difteri-vaksine	96,0	94,4	92,2	90,6	91,2
		Hib-vaksine	97,0	95,6	95,0	93,2	93,4
		Kikhoste-vaksine	96,0	94,4	92,2	90,6	91,2
		MMR-vaksine	94,0	93,6	94,4	94,0	94,2
		Polio-vaksine	95,8	94,2	92,0	90,4	91,2
		Stivkrampe-vaksine	96,0	94,4	92,2	90,6	91,2
	9 år	Difteri-vaksine	97,4	97,4	97,6	96,8	96,1
		Hib-vaksine	:	:	:	:	:
		Kikhoste-vaksine	97,2	97,4	97,6	96,8	96,1
		MMR-vaksine	94,6	95,4	95,6	95,4	95,1
		Polio-vaksine	97,0	97,0	97,4	96,6	96,1
		Stivkrampe-vaksine	97,4	97,4	97,6	96,8	96,1

Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, Haemophilus influenzae type B (Hib) og polio ved henholdsvis 2 og 9 års alder, i prosent av alle barn i aldersgruppen 2 år og 9 år. Statistikken viser 5 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 5-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsestatistikkbank.

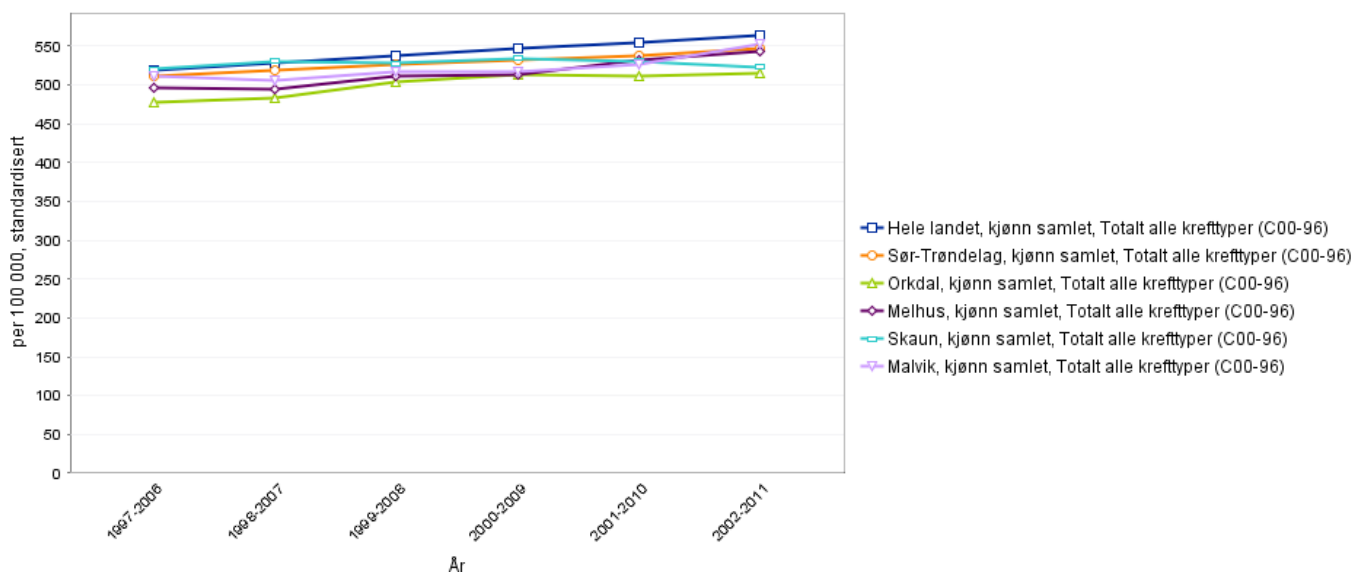
3.6.9 Kreft

Nye tilfeller av kreft: Antall krefttilfeller per 100 000 i Skaun kommune etter 1997 har vært relativt stabil, etter en liten økning på midten av 2000-tallet.

Kreftdødelighet, 0-74 år: Dødelighet pga. kreft har økt gradvis etter 1997 i Skaun kommune. Det er svært små tall og statistisk vanskelig å sammenligne, men Skaun ligger noe høyere enn både land, fylke og sammenligningskommuner når det gjelder dødelighet av kreft.

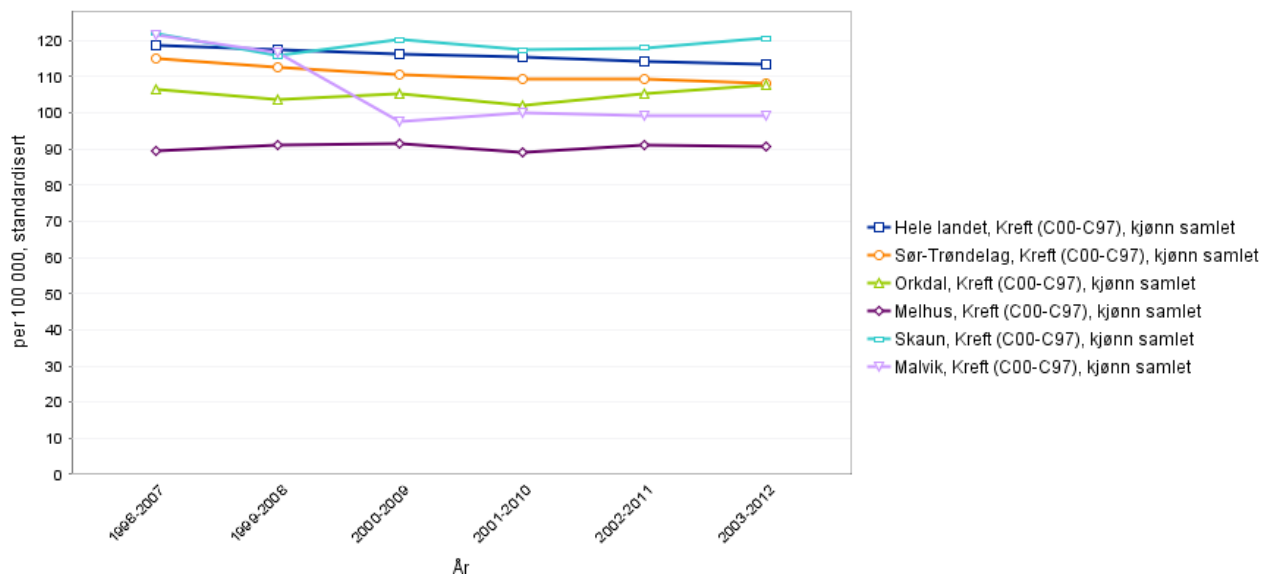
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram 3.6.9.1: Nye krefttilfeller, 1997-2011



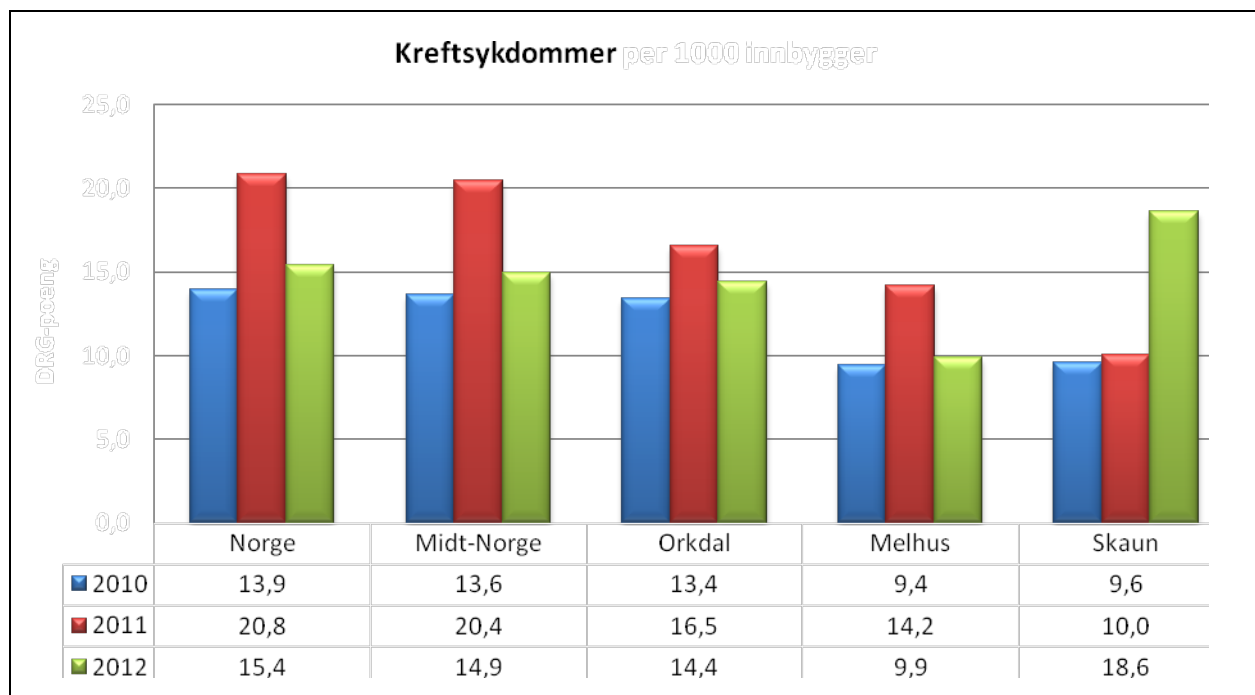
Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.9.2: Dødelighet av kreft, 1997-2011



Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 10-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.

Diagram 3.6.9.3: Innleggelse i spesialisthelsetjenesten knyttet til kreft, 2010 - 2012



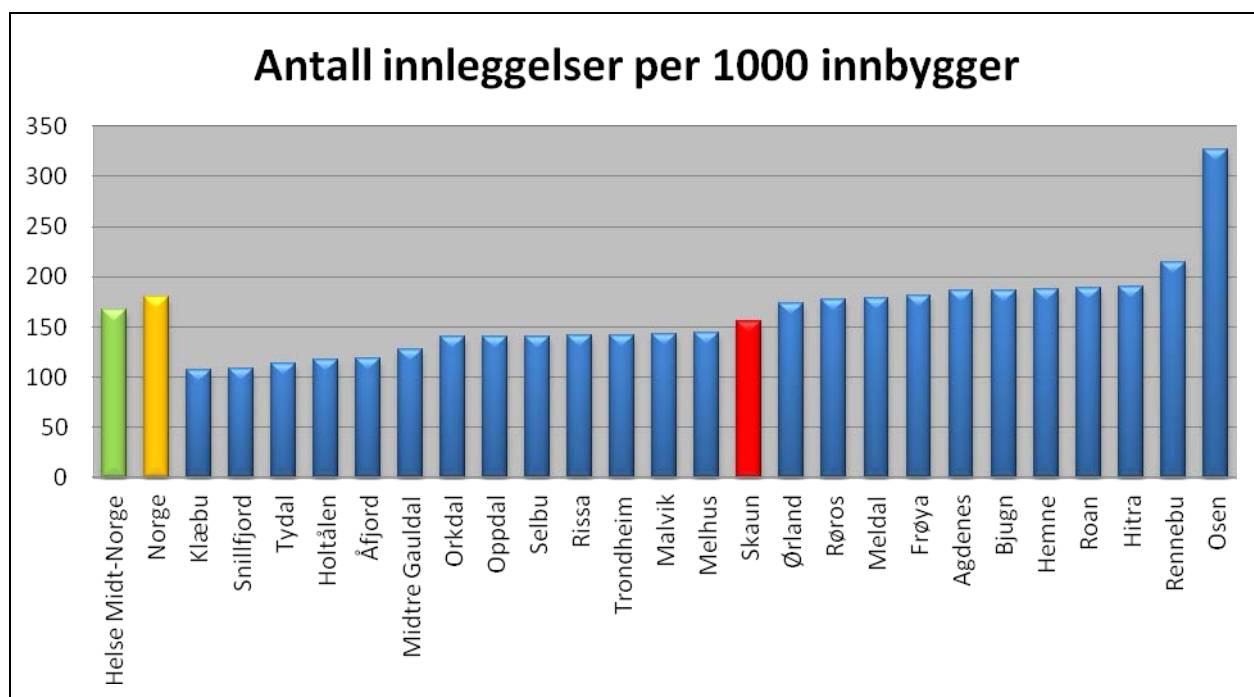
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år knyttet til kreft. Kilde: Helsedirektoratet, styringsdata

3.6.10 Sykehusinnleggelser generelt

Antall pasienter per 1000 som ble innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske avdelinger fra Skaun kommune ligger litt under lands- og fylkessnittet i 2012. I gjennomsnitt dreide det seg om 1140 personer fra kommunen. Innleggelse i sykehus vurderes som et område å holde fokus på fremover.

Befolkningens bruk av sykehus tjenester kan gi en viss pekepinn på viktige trekk ved så vel helsetjenester som helsetilstand i kommunene. Antall sykehusinnlagte kan gi innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Kilde: Folkehelseinstituttet

Diagram 3.6.10: Somatiske sykehusinnleggelser, antall personer, 2012



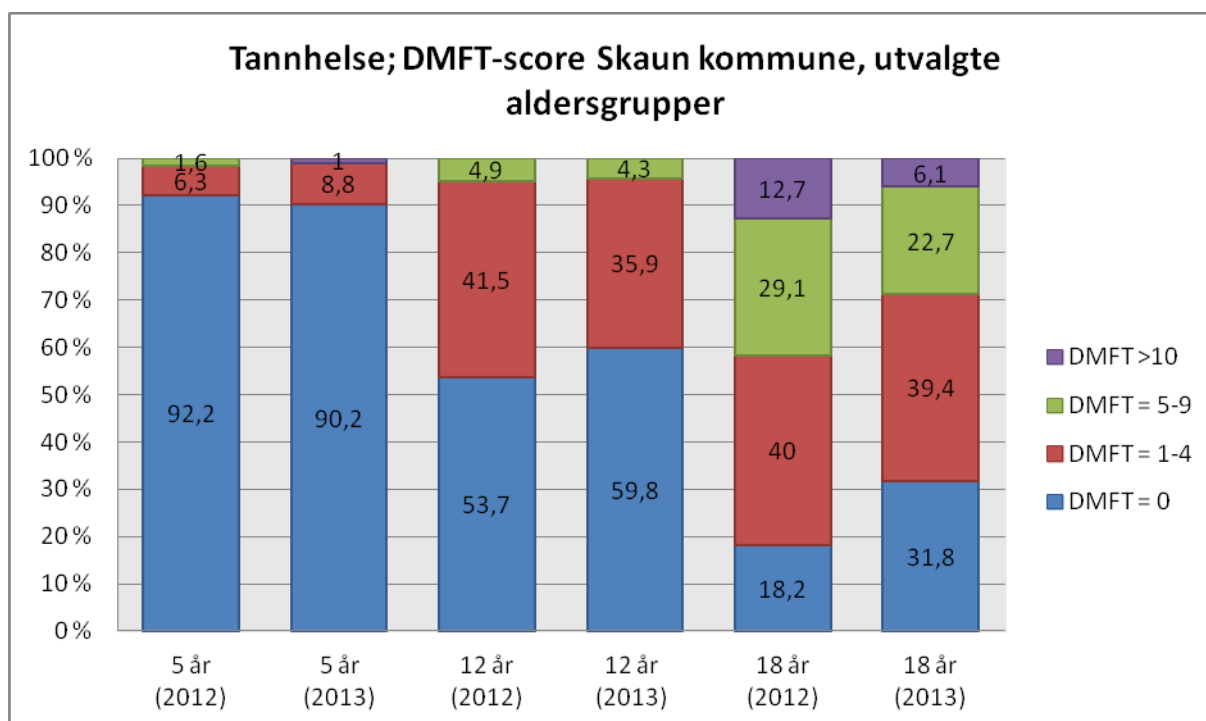
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Standardiserte tall. Kilde: Helsedirektoratet, styringsdata.

3.6.11 Tannhelse

I Skaun hadde 90,2 % av 5-åringene, 59,8 % av 12-åringene og 31,8 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2013. Det har vært en betydelig reduksjon fra 2012 til 2013 blant 18-åringene i Skaun.

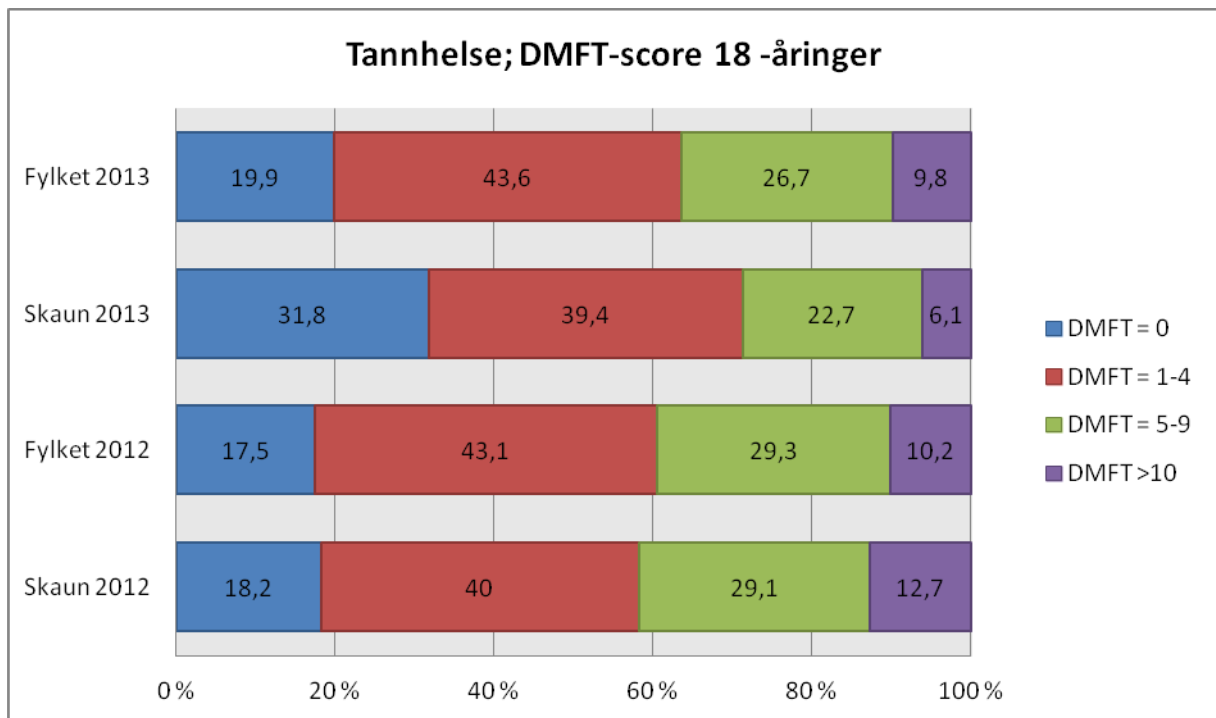
De siste 30 årene har det skjedd en betydelig bedring i tannhelsen. Flere barn og unge har ingen eller få "hull" i tennene. Blant voksne og eldre er det flere som har egne tenner i behold, og som klarer seg uten protese. Men fortsatt varierer tannhelsen med alder, økonomi, hvor i landet man bor og om man tilhører en utsatt gruppe eller ikke. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Diagram 3.6.11.1: Tannhelse blant barn og unge, 2012-2013



Andel 5-, 12- og 18-åringene uten behov for fyllinger, 2012-2013. DMF=0 betyr andel av årskullet som ikke har hatt behov for fyllinger. Kilde: Tannhelsetjenesten Skaun.

Diagram 3.6.11.2: 18-åringer uten behov for fyllinger, 2011-2013



Andel 18-åringer uten behov for fyllinger, 2012-2013. DMF=0 betyr andel av årskullet som ikke har hatt behov for fyllinger.
Kilde: Tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag.

3.6.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
Trivsel og mestring	91 % av elevene på ungdomsskolen oppgir at de trives nokså godt eller svært godt på skolen. Mer enn 80 % oppgir at de er fornøyd med egne foreldre og ca 70 % er tilfredse med egen helse.		Trivsel påvirker motivasjon for å lære, som igjen påvirker risikoen for frafall fra skolen.
Kroniske sykdommer generelt	Se de forskjellige lidelsene under.	Økning i bruk av medikamenter kan bety flere med lidelser, flere som fanges opp enn tidligere eller endret retningslinjer for behandling – eller en kombinasjon.	Alle kroniske sykdommer kan medføre redusert livskvalitet, økte kostnader for den enkelte og samfunnsøkonomiske konsekvenser.
Diabetes (sukkersyke)	Skaun kommune har hatt en gradvis økning i bruk av diabetesmedisiner fra 2007 til 2012. I perioden 2010-2012 var det årlige gjennomsnittet på 25 per 1000 dvs. 187 personer som brukte disse medikamentene.	Arv, overvekt, for lite fysisk aktivitet.	Skade av blodårer og indre organer, økt risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon, nyresvikt, nedsatt syn, nedsatt følsomhet i beina, impotens hos menn.
Hjerte- og karsykdommer	Økning i bruk av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer fra 2007 til 2012. Økning i bruk av kolesterol-senkende medikamenter fra 2007 til 2012.	Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og diabetes.	For tidlig sykdom og død.
Lungesykdommer	Små endringer i bruk av medikamenter mot kronisk obstruktive lungesykdommer og astma fra 2007 til 2012.	Røyking, luftforurensning i arbeidsmiljøet eller utendørs, arvelige faktorer, allergi og overfølsomhet.	Pustebesvær, hoste, tretthet, psykiske og sosiale konsekvenser.
Smerter	Stabil bruk av smertestillende medikamenter på resept fra 2007 til 2012.	Mange lidelser – kroniske muskelskjelettlidelser er blant de vanligste smertetilstandene.	Kroniske smerte-tilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen.
Muskelskjelettlidelser	2145 personer med diagnose muskelskjelettplager eller -sykdommer i kontakt med fastlege eller legevakt i i perioden 2010-2012.	Arv, over-, under- og feilbelastning, skader.	Redusert livskvalitet, sykefravær, uføretrygd.

Psykiske lidelser	Stabil bruk av medikamenter mot psykiske lidelser (anti-psykotika, antidepressiva, sovemidler og beroligende midler) fra 2007 til 2012.	Tap av nære relasjoner, samlivsbrudd, konflikter, psykiske plager, rusmisbruk eller vold i familien, mobbing på skolen, digital mobbing, ensomhet, traumatiske opplevelser, arvelige faktorer.	Nedsatt arbeidsevne, sykefravær, uføretrygd, større dødelighet. Konsekvenser for barn.
Smittsomme sykdommer	Vaksinasjonsdekning mellom 91 og 97 % for barn 2 og 9 år. Totalt sett få meldinger til Folkehelseinstituttet. Unntaket er genitale chlamydia-infeksjoner, antall varierer fra år til år.	Chlamydia – ubeskyttet sex, manglende kunnskap.	Chlamydia – problemer med å bli gravid og større risiko for graviditet utenfor livmoren.
Kreft	Relativt stabil utvikling i antall nye krefttilfeller etter 1995. Gradvis økning i kreftdødelighet fra 1995 til 2012.	Utvikling av kreft: Livsstilsfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet påvirker kreftrisiko Stabil dødelighet: bedre behandling, tidlig oppdagelse.	Lidelser og kostnader.
Tannhelse	90,2 % av 5-åringene, 59,8 % av 12-åringene og 31,8 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2013.		



3.6.13 Ressurser - helsefremmende og forebyggende tiltak

Helsetilstand: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- ★ Rådgivende samtaler / helseundersøkelser, helsestasjon og skolehelsetjeneste
- ★ Gruppesamtaler i grunnskolen, skolehelsetjenesten
- ★ Helsestasjon for ungdom
- ★ Tidlig innsats for barn utsatt for risiko, helsestasjon og barnevern
- ★ Barnevaksinasjonsprogram, helsestasjon



Helsetilstand: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- ★ Kartlegging av årsaker / diagnoser sykehusinnleggelser med fokus på forebygging
- ★ Styrke helsestasjon og skolehelsetjenesten
- ★ Etablere sosiale møteplasser, hvor nettverk kan bygges

4 Vedlegg

4.1 Oppdateringer og endringer

Siste utgave	Oppdatering/endring	Tidligere utgave
15.05.14	Oversiktsdokument for 2014 er ferdigstilt	

4.2 Årshjul - oppdatering

Oppdatering folkehelseoversikten

Rådgiver for helse har ansvar for:

- å ta kontakt med komuneoverlege innen utgangen av januar hvert år for å drøfte prosess i forbindelse med oppdatering
- løpende oppdatering

Det avtales en bred prosess for oppdatering og kompetanseheving i kommunen hvert 4. år i forkant av planstrategiarbeidet.

