



**Folldal  
kommune**

# **Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Folldal kommune 2013-2015**



Vedtatt mai 2015, k-sak 17/15

## Innholdsfortegnelse

<b>1 BAKGRUNN OG LOVGRUNNLAG .....</b>	<b>4</b>
<b>2 INFORMASJON OM OVERSIKTEN .....</b>	<b>5</b>
2.1 Kilder og statistikk .....	5
2.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser .....	5
2.3 Oppdatering .....	6
<b>3 HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1 Befolkningssammensetning .....</b>	<b>6</b>
3.1.1 Befolkningsendringer	6
3.1.2 Befolkningsframskriving	10
3.1.3 Etnisitet	10
3.1.4 En-personhusholdninger	12
3.1.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	13
3.1.6 Resurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	14
<b>3.2 Oppvekst- og levekårsforhold .....</b>	<b>15</b>
3.2.1 Lavinntekt husholdninger	15
3.2.2 Inntektsulikhet	16
3.2.3 Arbeidsledighet	17
3.2.4 Nedsatt arbeidsevne	18
3.2.5 Sykefravær	20
3.2.6 Uføretrygd	21
3.2.7 Mottakere av sosialhjelp	21
3.2.8 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	24
3.2.9 Frafall videregående skole	25
3.2.10 Skilsmisser	26
3.2.11 Barnevern	27
3.2.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	28
3.2.13 Resurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	29
<b>3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø .....</b>	<b>30</b>
3.3.1 Drikkevannskvalitet	30
3.3.2 Gang- og sykkelveier	31
3.3.3 Opplevelse av mobbing på skolen	33
3.3.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	34
3.3.5 Resurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	35
<b>3.4 Skader og ulykker .....</b>	<b>35</b>
3.4.1 Sykehusinnleggelses etter ulykker	35
3.4.2 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	37
3.4.3 Resurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	37
<b>3.5 Helserelatert atferd .....</b>	<b>37</b>
3.5.1 Fysisk aktivitet	37
3.5.2 Kosthold	38
3.5.3 Røyking og bruk av snus	38
3.5.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	39
3.5.5 Resurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	40
<b>3.6 Helsetilstand .....</b>	<b>40</b>
3.6.1 Trivsel og mestring	40
3.6.2 Diabetes	44
3.6.3 Hjerte- og karsykdommer	45

3.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma	48
3.6.5 Smerter	50
3.6.6 Muskel og skjelettlidelser	51
3.6.7 Rus- og psykiske lidelser	52
3.6.8 Smittsomme sykdommer	56
3.6.9 Kreft	57
3.6.10 Sykehusinnleggelse generelt	59
3.6.11 Tannhelse	61
3.6.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser	62
3.6.13 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak	65
<b>4.0 Oppsummering av utfordringsbildet i Folldal kommune .....</b>	<b>66</b>
4.1 Fremtidig folketall og befolkningssammensetning	66
4.2 Levevaner	67
4.3 Fysisk miljø	67
4.4 Psykososialt miljø	68
<b>5.0 Veien videre .....</b>	<b>69</b>

# 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, smittevern\_loven, 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 folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere 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
- Helse relatert 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: psykiske lidelser, hjerte- karsykdommer, type-2 diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies, ulykkesskader

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omhandler kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstand og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjonen.

**Dette dokumentet er den skriftlige oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Folldal 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 på

<http://www.folldal.kommune.no/5534.3650.Planer.html>

## 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
- Utdanningsdirektoratet - skoleporten
- NAV
- Hedmark fylkeskommune
- Fylkesmannen i Hedmark
- Sykehuset Innlandet
- SSB
- Kostra
- Kommunen

Kilden er angitt i de enkelte tabellene/diagrammene.

Det er viktig å være oppmerksom på at tallverdien i mange 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. Samtidig er det viktig å huske at et spesielt høyt eller lavt resultat et år, kan gi store utslag i gjennomsnittsverdiene.

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.

For ytterligere statistikk og oversikter vises det til:  
[nglms.no/samfunnsmedisin](http://nglms.no/samfunnsmedisin) og [folkehelse/statistikk](http://folkehelse/statistikk) og folkehelseprofil for Folldal 2015

### 2.2 Årsaksforhold, konsekvenser og ressurser

Kommunen har gjennomført en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser for en rekke av parameterne i oversikten. Kommunen har også 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 baseres vurderingen på lokale erfaringer.

Årsaker, konsekvenser og ressurser/helsefremmende og forebyggende tiltak er beskrevet i slutten av kapitlene for hver av de seks områdene befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, miljørettet helsevern (fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø), skader og ulykker, helserelatert 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 enkelthets skyld er tiltakene stort sett nevnt bare under ett område.

## **2.3 Oppdatering**

Ny oppdatering skal utarbeides hvert fjerde år i forbindelse med det nye kommunestyret og danne grunnlag for revidering av planstrategi. I tillegg vil mindre oppdateringer gjennomføres fortløpende. Den skal ivareta kommunens behov for å ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringene i tillegg til et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Ansvarlig for oppdatering: Faggruppe/fagteam for folkehelse

# **3 Helsetilstand og påvirkningsfaktorer**

## **3.1 Befolkningssammensetning**

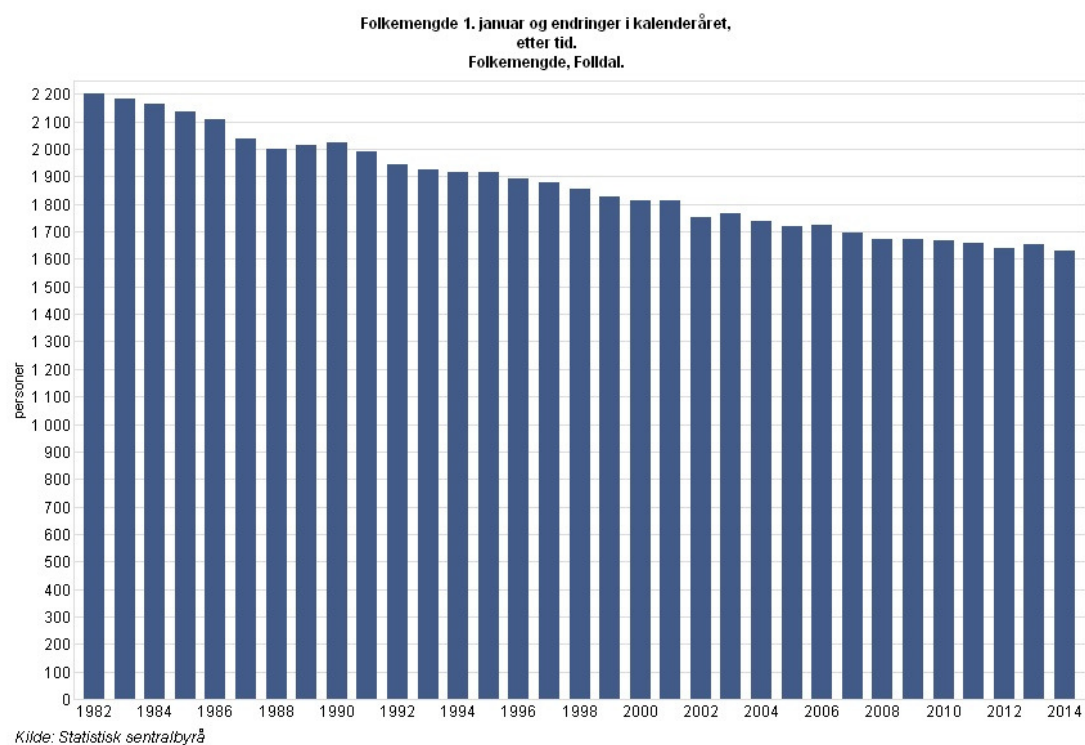
### **3.1.1 Befolkningsendringer**

Folketallet i Folldal kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år, med en positiv tilvekst i 2012, ble det en tilbakegang i 2013. Fødselsoverskuddet har vært negativt (dvs. færre er blitt født enn dødd i kommunen) i flere tiår. Det varierer fra år til år om nettoinnflytting har vært positiv eller negativ.

Pr. 1. januar 2012 var det 1641 innbyggere i Folldal, pr 1. januar 2013 var innbyggertallet 1654 og pr. 1 januar 2015 var det 1597 innbyggere.

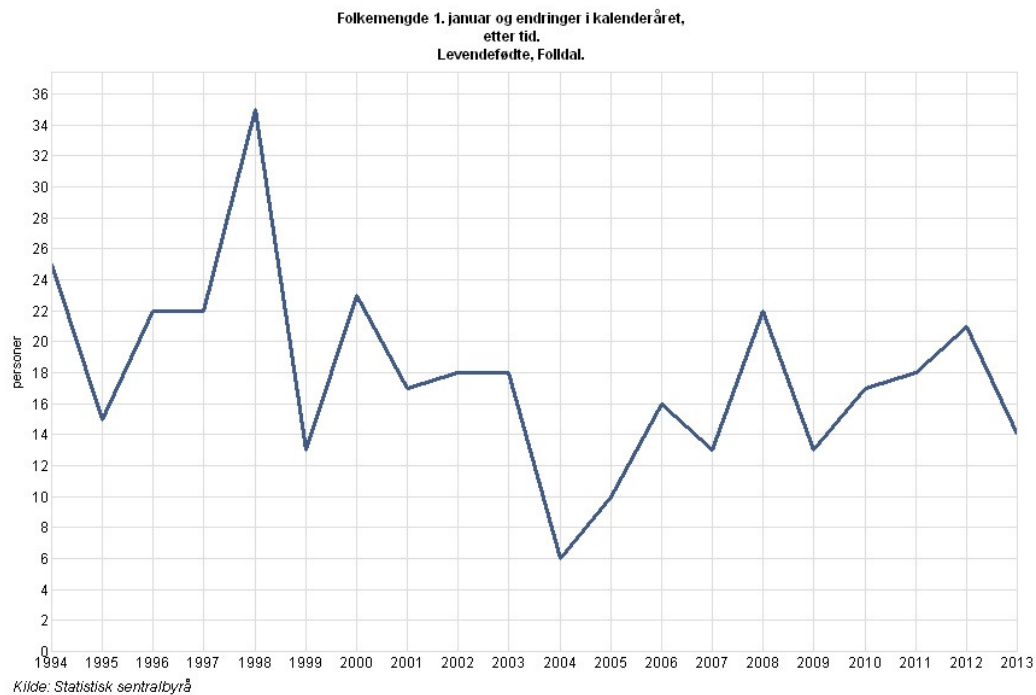
Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den ene store indikatoren for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold bl.a. kommunens inntektsgrunnlag og tilgang på arbeidskraft. Utvikling i antall innbyggere har betydning for kommunens planer når det gjelder omfang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

### Diagram 3.1.1.1: Folkemengde, 1982-2014

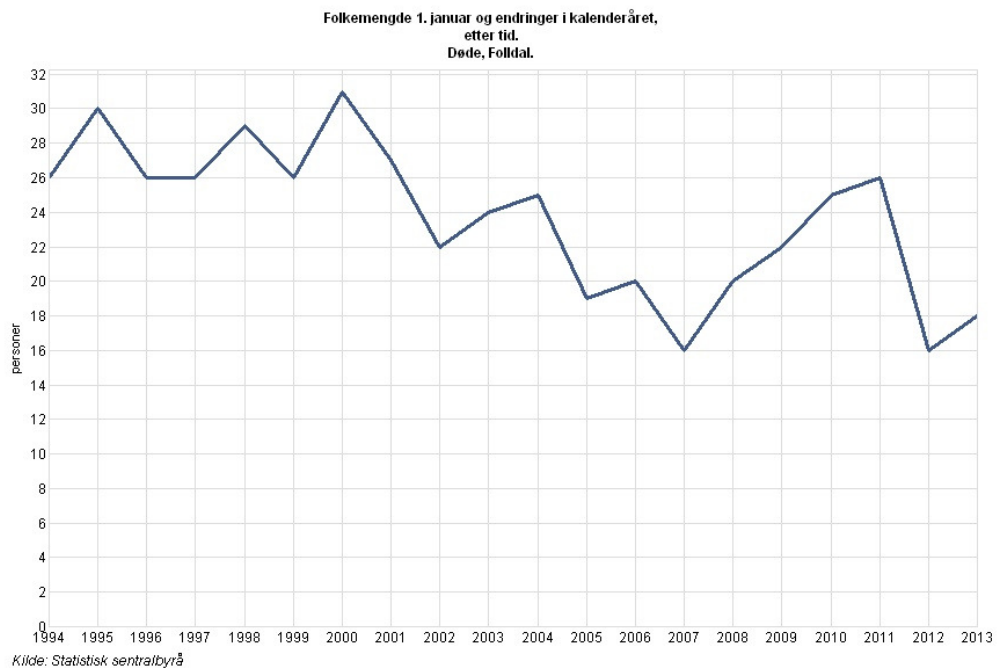


Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB

### Diagram 3.1.1.2 Levendefødte, 1994-2013



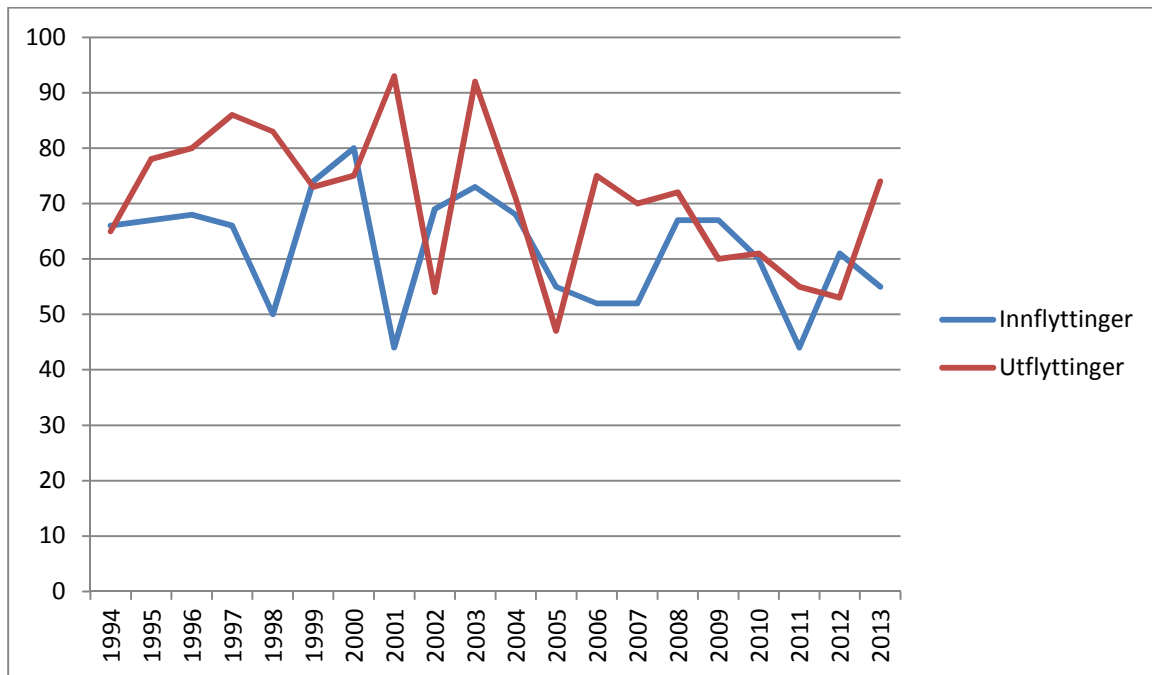
### Diagram 3.1.1.3 Antall døde, 1994-2013





### Diagram 3.1.1.4: Innflyttinger og utflyttinger, 1994-2013

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



Kilde: Statistisk sentralbyrå

### 3.1.2 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskriving for Folldal kommune viser en reduksjon av innbyggertallet frem til 2040. Det er hovedsakelig de yngre aldersgruppene som går ned, mens gruppen 65 – 79 og 80 år + øker. Det kritiske er nedgang i grupper som gir skatteinntekter, samt at områdene for helse og omsorg får økt antall brukere. De største utslagene kommer etter 2020. Prognosen tilsier at de yrkesaktive reduseres jevnt og trutt, mens antallet i de eldste gruppene stabiliseres og dels reduseres frem til 2020, for deretter å øke kraftig.

Med endret alderssammensetning vil sykdomsbildet i kommunen sannsynligvis bli mer preget av kroniske og sammensatte helseproblemer – inkludert demens - enn i dag.

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

**Tabell 3.1.2: Befolkningsframskriving, 2012–2040**

Årstall	2012	2015	2020	2025	2030	2040
<b>Alder</b>						
<b>alle aldre</b>	1641	1620	1600	1572	1534	1507
<b>0-4</b>	84	74	68	68	66	64
<b>5-9</b>	81	84	81	73	73	70
<b>10-14</b>	104	90	90	83	75	75
<b>15-19</b>	104	101	88	84	79	75
<b>20-24</b>	92	87	89	79	76	69
<b>25-44</b>	333	341	318	306	309	283
<b>45-64</b>	472	424	451	420	396	373
<b>65-74</b>	190	249	233	215	239	218
<b>75-79</b>	67	66	81	130	74	101
<b>80+</b>	114	104	101	114	167	178

Framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2012. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Kilde: Kommunehelse

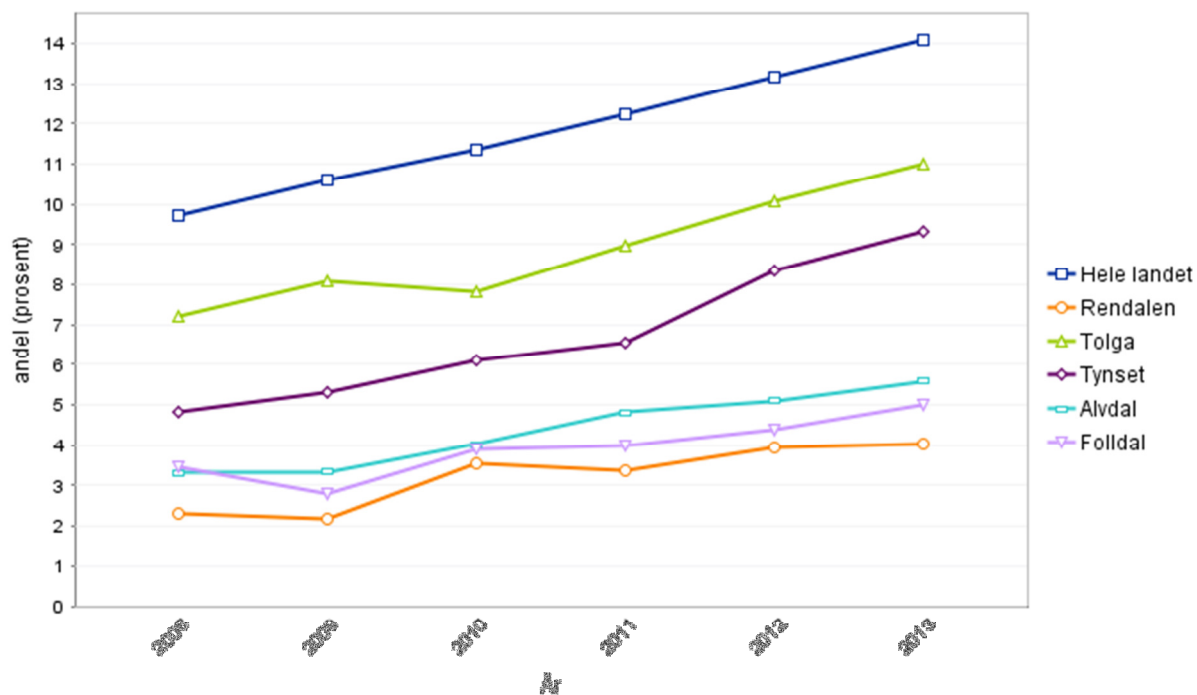
### 3.1.3 Etnisitet

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Folldal kommune har vært relativt stabil i årene etter 2008. Tallene er jevnt over lave, noe som gjør at små endringer tilsynelatende gir store utslag på statistikken. Det ligger an til at det blir noe vekst i andelen innvandrere i 2014 og videre da det er bestemt å ta i mot flere flyktninger fremover.

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.

På landsbasis er det 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

**Diagram 3.1.3: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2008-2013**



Andel personer med to utenlands fødte foreldre og fire utenlands fødte besteforeldre registrert bosatt i Norge per 1. januar hvert år, i prosent av befolkningen. Asylsøkere og personer på korttidsopphold i Norge er ikke med. Tallet for Folldal er 5 % i 2013

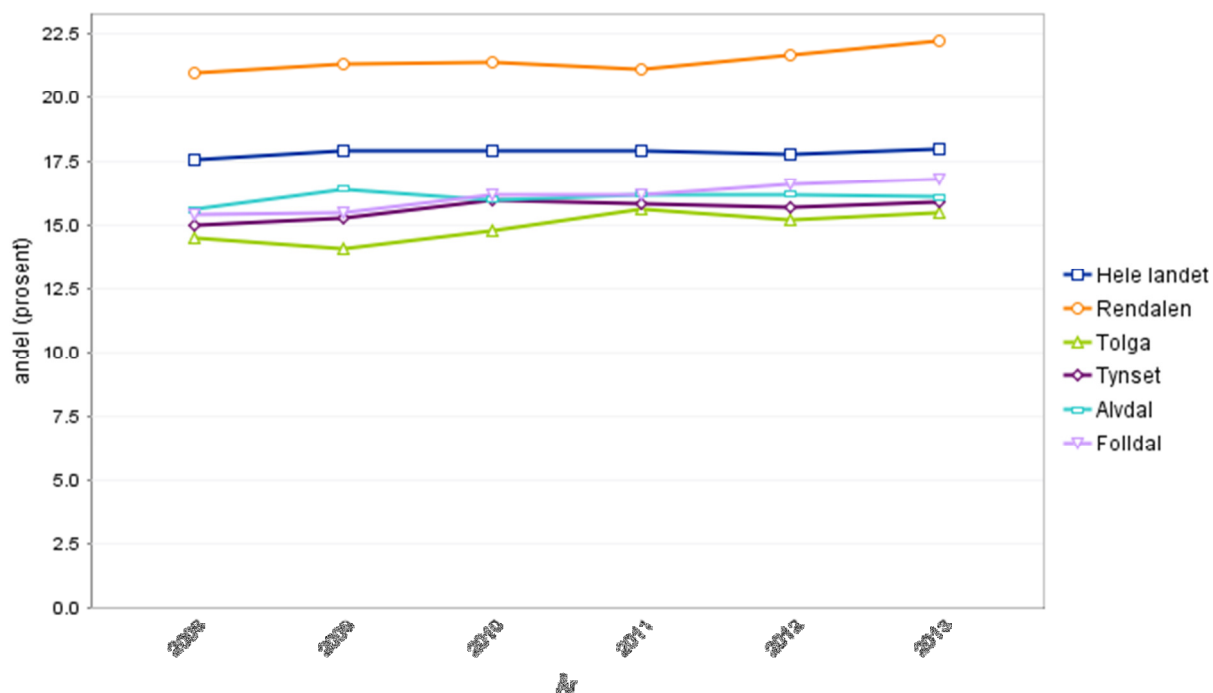
(Kilde: KommuneHelsa)

### 3.1.4 En-personhusholdninger-personer som bor alene

Andel en-personhusholdninger i Folldal de siste årene har vært relativt stabil. I 2013 var andelen på om lag 16,8 %, noe som er litt lavere enn i landet som helhet som hadde 18,0 %. I forhold til de fleste kommunene i Nord-Østerdal, ligger andelen i Folldal noe høyere.

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

**Diagram 3.1.4: En-personhusholdninger, 2008-2013**



Andel personer som bor i en-personhusholdninger i prosent av befolkningen per 1. januar. Folldal: 16,8 % i 2013.

(Kilde: Kommnehelsa)

### 3.1.5 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

	Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<b>Folketall</b>	Fra 1992 til 2014 har folketallet blitt redusert med 570 personer. pr. 1. Januar 2014: 1631	<p>Utflytting: Utdanning (videregående og høyere utdanning), etablering av familie, muligheter for arbeid (for hele familien), fagmiljø, behov for et større miljø, ønske om å være mindre synlig, andel bruk i landbruket går ned, lite mangfold i fritidstilbud i forhold til andre steder.</p> <p>Tilflytting: Flyktninger som kommer flytter p.g.a. mangel på arbeid og manglende integrering.</p> <p>Lavere dødelighet, lavere fruktbarhet og aldring av store fødselskull</p>	<p>Utfordringer i forhold til arbeidskraft i kommunen.</p> <p>Helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske</p>
<b>Nettoinnflytting</b>	Variasjon fra år til år om den har vært positiv eller negativ, mest negativ.		<p>Utfordringer i forhold til Toleranse, integrering, sosial tilhørighet.</p>
<b>Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre</b>	Økning på 1-2 personer fra 2009-2013 (5% av innbyggerne i 2013)		<p>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.</p>
<b>Innbyggere Under 66 år frem Til 2040</b>	Nedgang på 261 personer		<p>Utfordringer og større press på bl.a helse- og omsorgstjenester</p>
<b>Innbyggere over 67 år frem til 2040</b>	Økning på 126 personer totalt. (64 flere over 80 år)		
<b>Personer som bor alene</b>	Liten økning de siste årene, 16,8% i 2013		For lite grunnlag til å konkludere.

### 3.1.6 Ressurser – helsefremmede og forebyggende tiltak

#### Befolknings sammensetning: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- **Bolyst:**
  - Spredt boligbygging, mulighet for store tomter
  - Attraktivt Folldal sentrum
  - Allsidig kulturliv - rundt 100 frivillige lag og foreninger i kommunen
  - Trygge oppvekstvilkår
  - Mottagelse av tilflyttere
  - Allsidige friluftslivsmuligheter

#### Befolknings sammensetning: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- **Tiltak for å:**
  - Øke bolyst
  - Få flere arbeidsplasser til bygda – stimulere til utvikling av allsidig arbeidstilbud – se regionen under ett
  - Få ungdom tilbake til bygda/ beholde ungdommen i bygda
  - Øke bruken av frivillige i helse- og omsorgstjenesten
  - Opprettholde et godt helsevesen
  - Videreføre tilflytterkampanjer

## 3.2 Oppvekst- og levekårsforhold

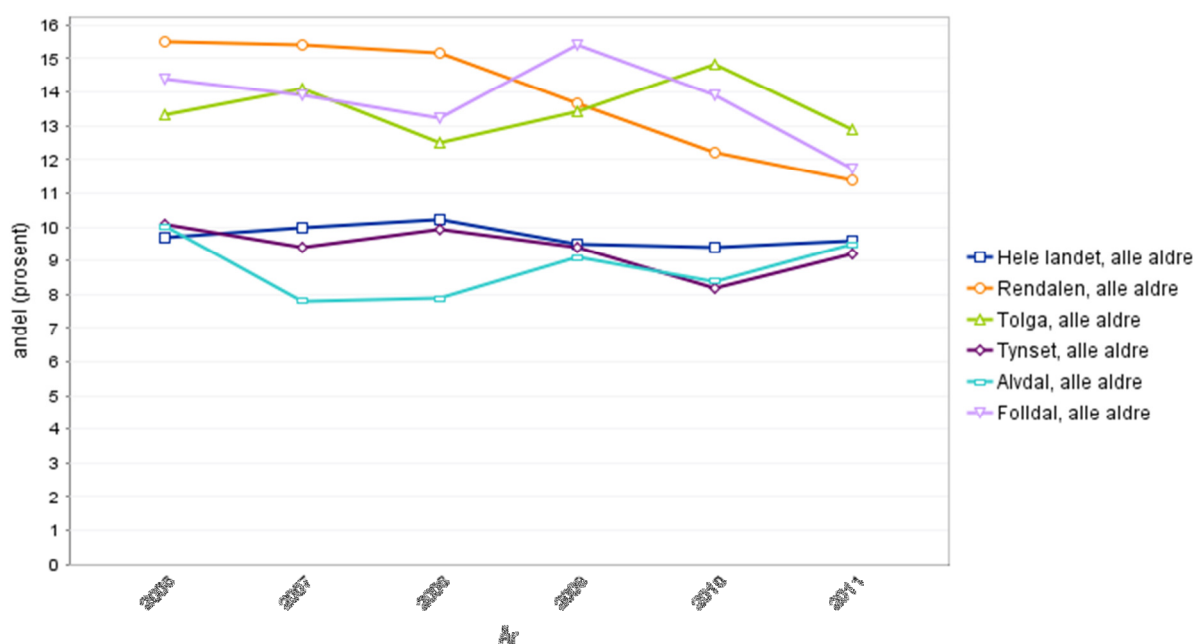
### 3.2.1 Lavinntekt husholdninger

I perioden 2006-2008 hadde Folldal en gradvis reduksjon av lavinntekt husholdninger, imidlertid viser tabellen en økning fra 2008 – 2009 med en reduksjon igjen i 2010 og 2011. Folldal hadde i 2009 den høyeste andelen av husholdninger med lav inntekt i Nord-Østerdalen, men ikke i 2011.

Andelen personer med lav inntekt er høyere enn i landet som helhet, og denne indikatoren gir en tydelig negativt utslag på «Folkehelsebarometeret for Folldal» utgitt av Folkehelseinstituttet. ([Vurdere andel private/enkeltmannsforetak/gårdbrukere i denne sammenheng? Hva oppgis som inntekt?, 16.08.13 bk](#))

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 3.2.1: Lavinntekt husholdninger, 2006-2011**



Personer i husholdninger med inntekt under 60 % av 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 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 2,1 (1 + 0,5 + 0,3 + 0,3) ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU-skalaen.

Folldal: 15,4 % i 2009, 11,7 % i 2011. Gjennomsnitt i Norge i 2011 er angitt til 9,6 %

(Kilde: Kommnehelsa)

### 3.2.2 Inntektsulikhet

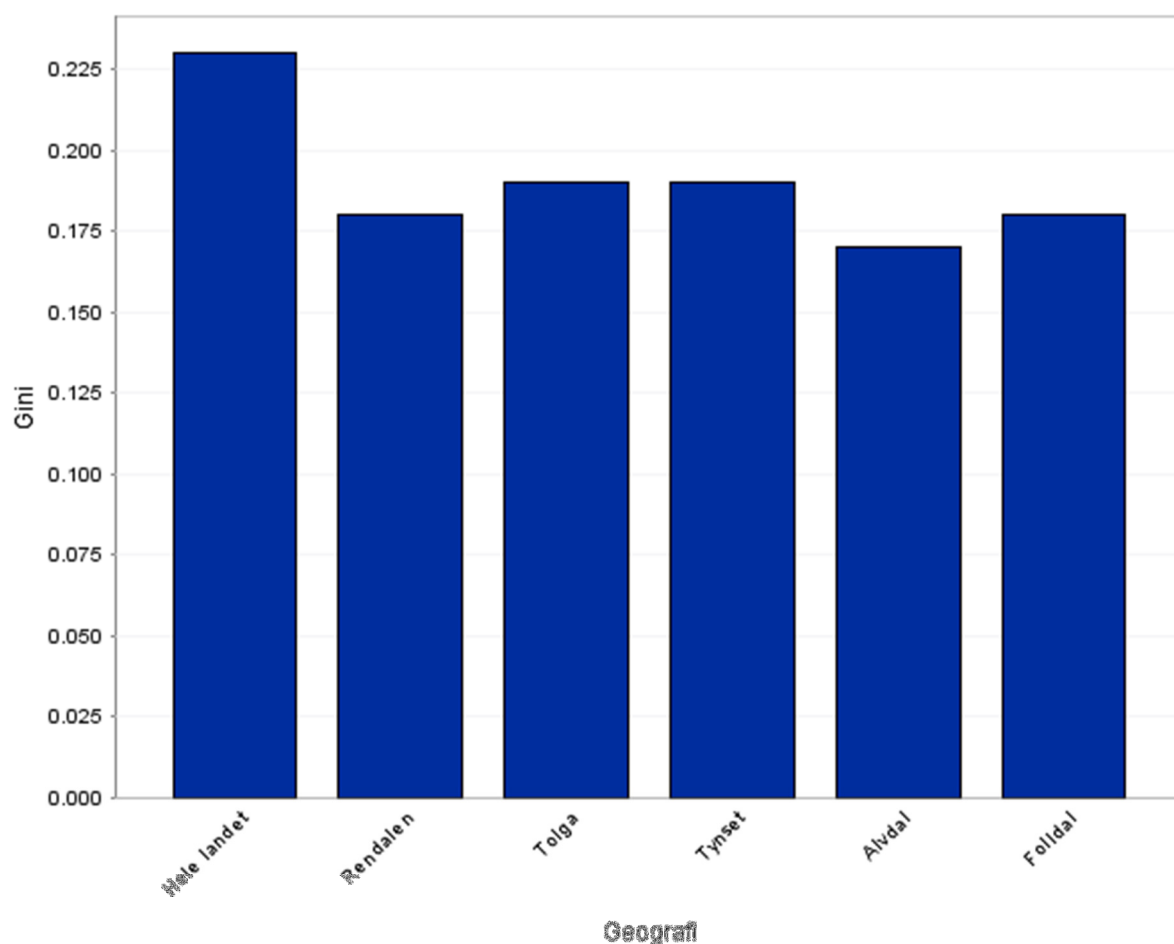
I 2011 var inntektsulikheten i Folldal noe lavere enn i landet som helhet, men omtrent på samme nivå som i de øvrige kommunene i Nord-Østerdalen.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse. Likhet i fordelingen av økonomiske ressurser påvirker antakelig andre samfunnsmessige forhold positivt. Man kan anta at stor økonomisk ulikhet i et samfunn kan lede til økt kriminalitet, kulturelle forskjeller og politiske konflikter mellom ulike grupper i samfunnet.

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

Kilde: NOU 2009: 10. Fordelingsutvalget: Finansdepartementet 2009.

**Diagram 3.2.2: Inntektsulikhet, 2011**



Inntektsulikhet beskrevet med Gini-koeffisienten. Gini-koeffisienten beskriver inntektsulikhet og varierer fra 0 til 1. Jo større koeffisienten er, desto større er inntektsulikheten. Denne tar utgangspunkt i forholdet mellom de kumulative andelen av befolkningen rangert etter stigende inntekt, og den kumulative andelen av inntekten som de mottar. (Kilde: KommuneHelse)



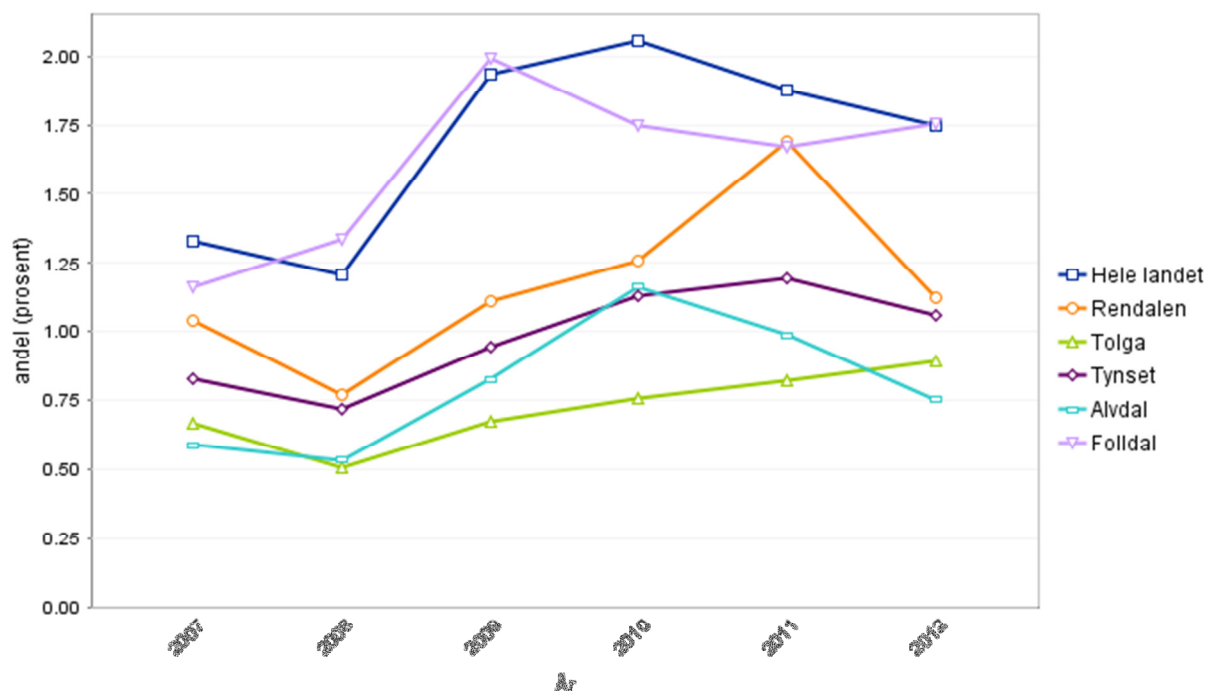
Gini-koeffisienten blir påvirket av ekstremverdier, for eksempel noen få personer med svært høy inntekt.

### 3.2.3 Arbeidsledighet

Arbeidsledigheten i Folldal har i perioden 2007-2012 hovedsakelig vært lavere enn i landet som helhet. I 2009 økte arbeidsledigheten, men gikk ned i 2010. I 2012 er Arbeidsledigheten i Folldal tilnærmet lik arbeidsledigheten i landet som helhet, men noe høyere enn i kommunene vi sammenlikner oss med. Fra å være på 1,1% i 2007 er arbeidsledigheten på 1,8% i 2012.

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 3.2.3: Arbeidsledighet, 2007-2012**



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. Referansetidspunktet er ved utgangen av måneden. 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. Folldal: 1,8 % i 2012

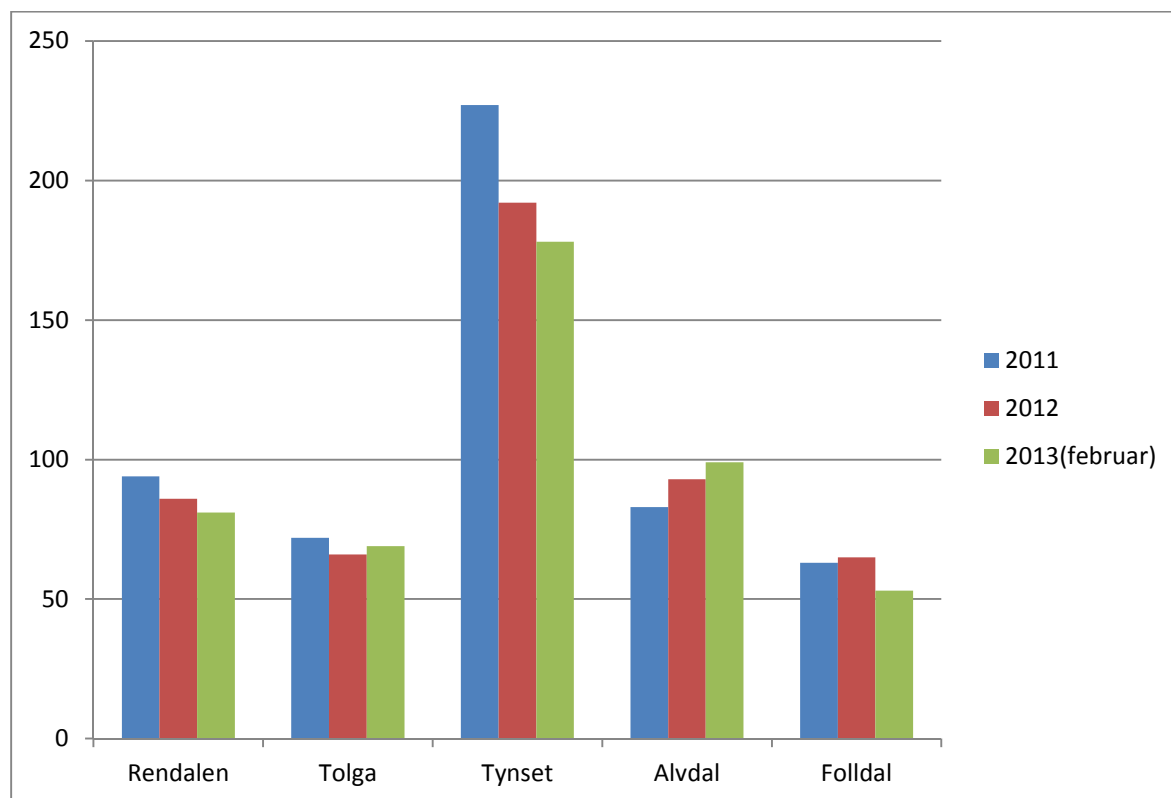
Kilde: Kommunehelset

### 3.2.4 Nedsatt arbeidsevne

Pr. februar 2013 var det 53 personer med nedsatt arbeidsevne i Folldal, og dette tilsvarer ca. 5% av arbeidsstyrken i kommunen. Andel og antall personer var lavere enn i 2012.

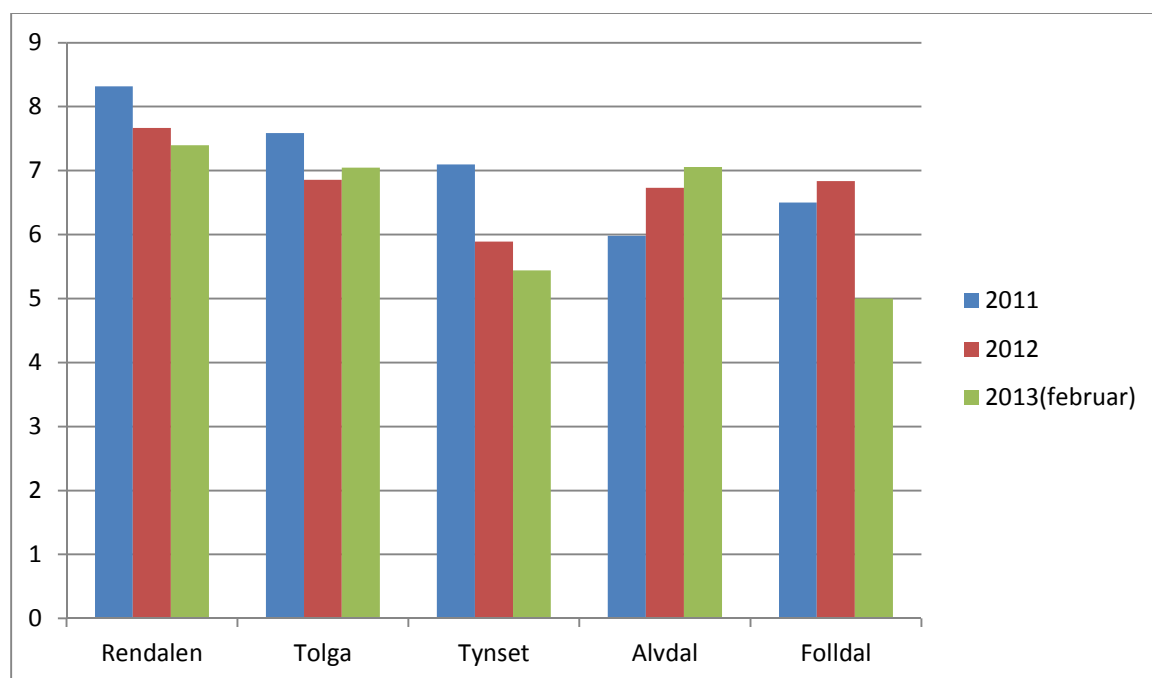
Har man først nedsatt arbeidsevne, øker risikoen for langvarig sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet. Kilde: Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011

**Diagram 3.2.4.1: Antall personer med nedsatt arbeidsevne, 2011-2013**



	Rendalen	Tolga	Tynset	Alvdal	Folldal
2011	94	72	227	83	63
2012	86	66	192	93	65
2013 (februar)	81	69	178	99	53

**Diagram 3.2.4.2: Andel med nedsatt arbeidsevne i prosent av arbeidsstyrken, 2011-2013**



	Rendalen	Tolga	Tynset	Alvdal	Folldal
2011	8,319	7,587	7,096	5,980	6,502
2012	7,665	6,854	5,891	6,729	6,835
2013(februar)	7,397	7,048	5,442	7,056	5,0

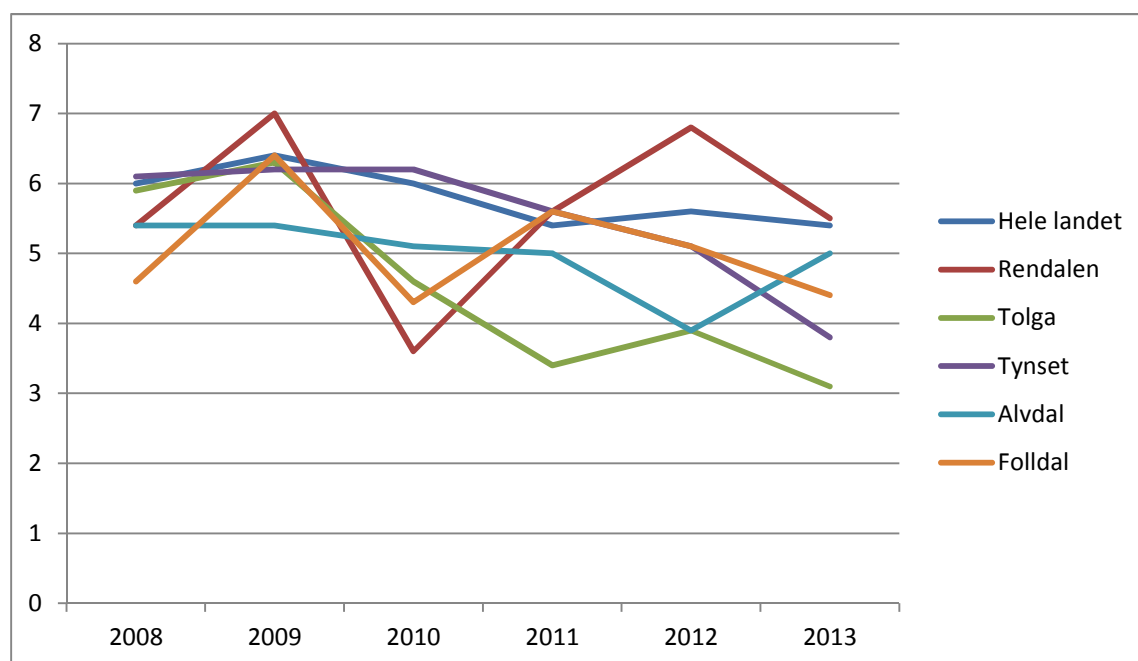
Forklaring til diagram 3.2.4 og 3.2.5: Antall personer og andel i prosent av arbeidsstyrken med nedsatt arbeidsevne, begge kjønn. Nedsatt arbeidsevne gjelder personer som på grunn av fysisk, psykisk eller sosial funksjonshemming har vansker med å få arbeid. Regelverksendring med blant annet innføring av arbeidsavklaringspenger gir brudd i statistikken fra 1. mars 2010. Tallene for 2010 er gjennomsnitt for perioden mars til desember. Tallene er ikke standardisert. Kilde: NAV

### 3.2.5 Sykefravær

Sykefraværet (legemeldt) har gått noe opp og ned blant innbyggerne i Folldal kommune fra 2008 til 2011, etter den tid har tallet vært synkende. Sykefraværet var høyest i 2009 (6,4%) og lavest i 2010(4,3%) I 2013 var sykefraværet i Folldal kommune 4,4%

I 2012 utgjorde muskel- og skjelettlidelser ca. 42 % og psykiske lidelser ca. 19 % av det totale legemeldte sykefravær i Hedmark. Sykefraværet i Norge lå på 5,4% i 4. kvartal 2013 Kilde: NAV Hedmark.

**Diagram 3.2.5: Legemeldt sykefravær i prosent 4.kvartal , 2008-2013**



	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hele landet	6,0%	6,4%	6,0%	5,4%	5,6%	5,4%
Rendalen	5,4%	7,0%	3,6%	5,6%	6,8%	5,5%
Tolga	5,9%	6,3%	4,6%	3,4%	3,9%	3,1%
Tynset	6,1%	6,2%	6,2%	5,6%	5,1%	3,8%
Alvdal	5,4%	5,4%	5,1%	5,0%	3,9%	5,0%
Folldal	4,6%	6,4%	4,3%	5,6%	5,1%	4,4%

Tapte dagsverk på grunn av egen sykdom i prosent av avtalte dagsverk, begge kjønn. År. Korrigerte tall for 2008 p.g.a endring i næringsstandard. Kilde: NAV.no SSB.

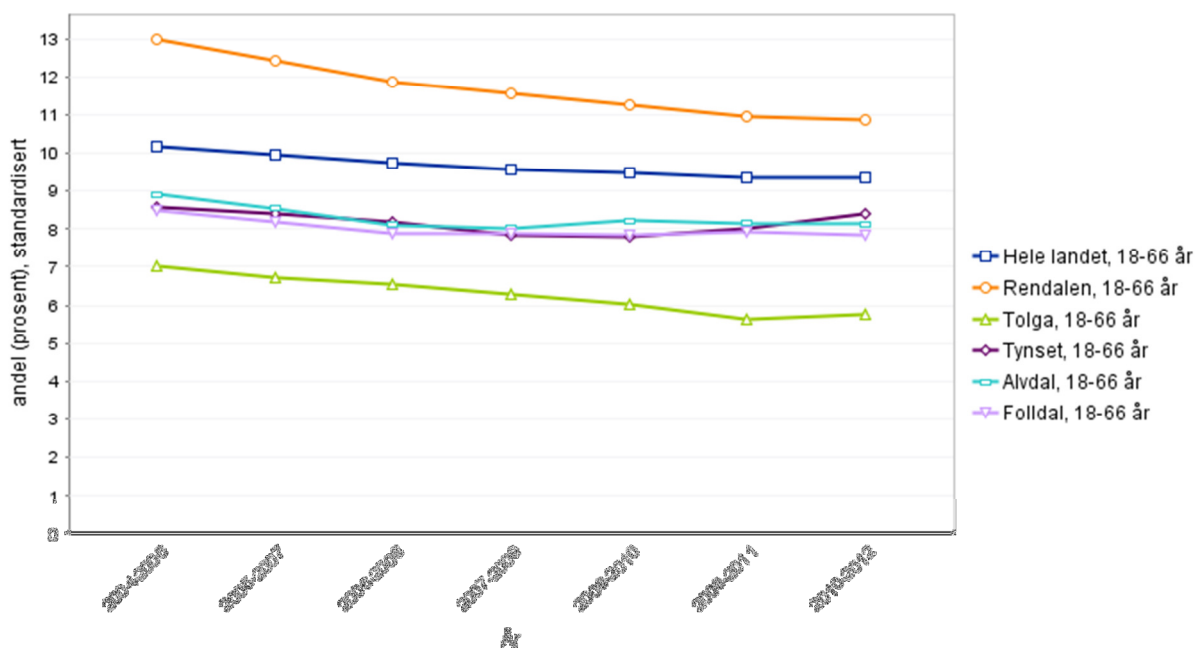
### 3.2.6 Uføretrygd

Andelen uføretrygdde fra 18-66 år i Folldal kommune har vært relativt stabil fra 2004-2012. I perioden 2010-2012 var 7,8% av nevnte aldersgruppe uføretrygdet i kommunen (årlig gjennomsnitt). Det er så få personer at antallet er anonymisert.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Gruppen uføretrygdde 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. Kilde: NAV

**Diagram 3.2.6: Uføretrygdde, 3 års glidende gjennomsnitt 2004-2012**



Antall uføretrygdde og andel uføretrygdde i prosent av befolkningen i alderen 18 - 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder). Folldal: 7,8% i 2012  
Kilde: Kommunehelset

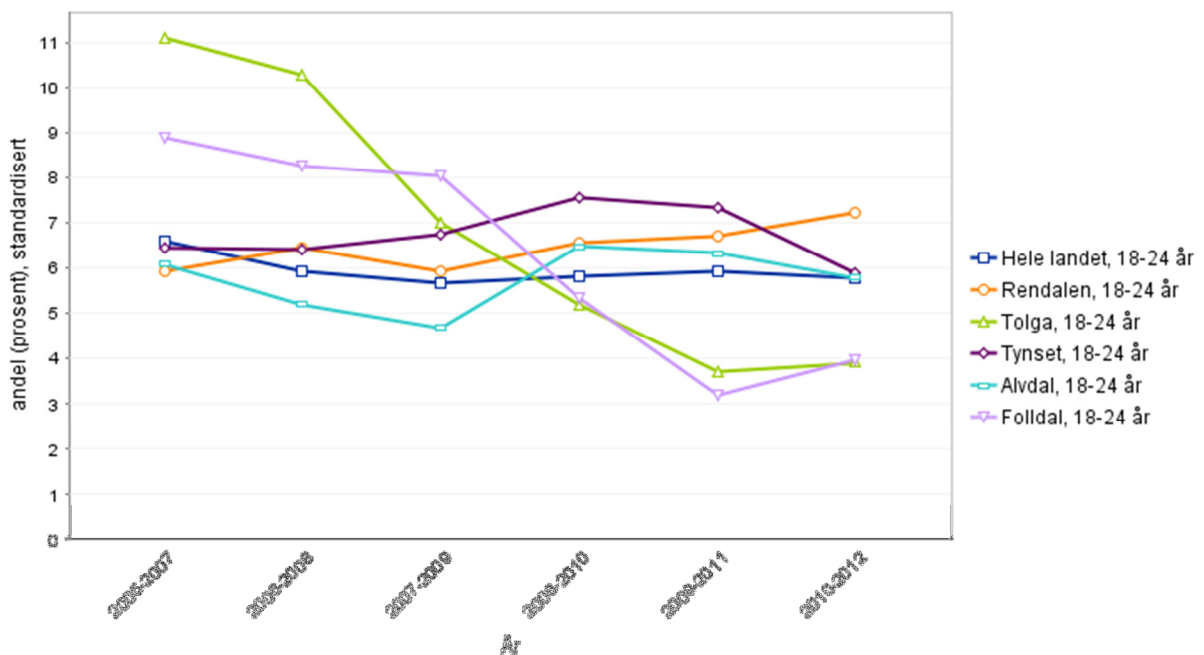
### 3.2.7 Mottakere av sosialhjelp

Etter 2007 og frem til 2011 har det vært en nedgang i andelen mottakere av sosialhjelp i Folldal kommune i aldersgruppen 18-24 år (fra 8,9 - 4%). I aldersgruppen 25-66 år har andelen vært relativt stabil, variert mellom 5 og 4,2%. I perioden 2010-2012 var andelen 4% (5,3personer) i den yngste gruppen og 4,2% (32,7) i den eldste. Det var totalt 38 personer som mottok sosialhjelp i kommunen i årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012.

Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Mottakere 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 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.

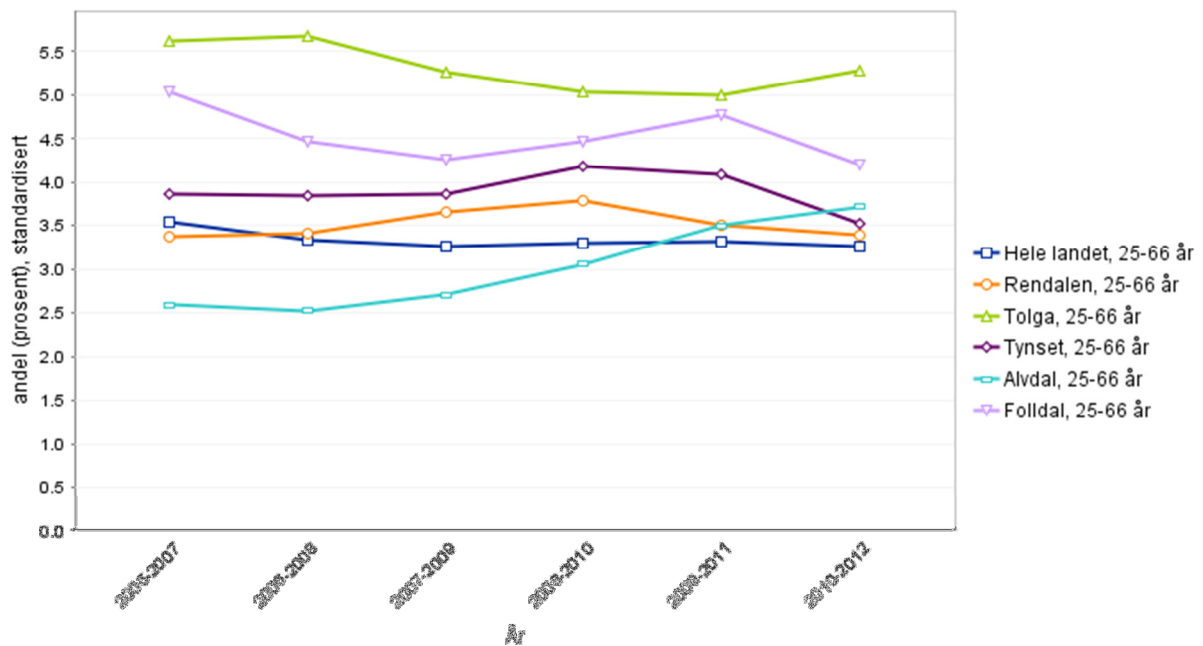
Utbredelsen av sosialhjelp i totalbefolkningen er et uttrykk for pågangen på det kommunale hjelpeapparatet fra personer som for kortere eller lengre tid er avhengig av økonomisk støtte til livsopphold. Lang tids avhengighet av sosialhjelp kan bl.a. gjenspeile et lokalt vanskelig arbeidsmarked, men at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

### 3.2.7.1: Mottakere av sosialhjelp, 18-24 år , 3 års glidende gjennomsnitt



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

### 3.2.7.2 Mottakere av sosialhjelp, 25-66 år, 3 års glidende gjennomsnitt 2005-2012



Andelen sosialhjelpmottakere i alderen 25-66 år i løpet av året i forhold til folkemengden. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Komunnehelsa statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

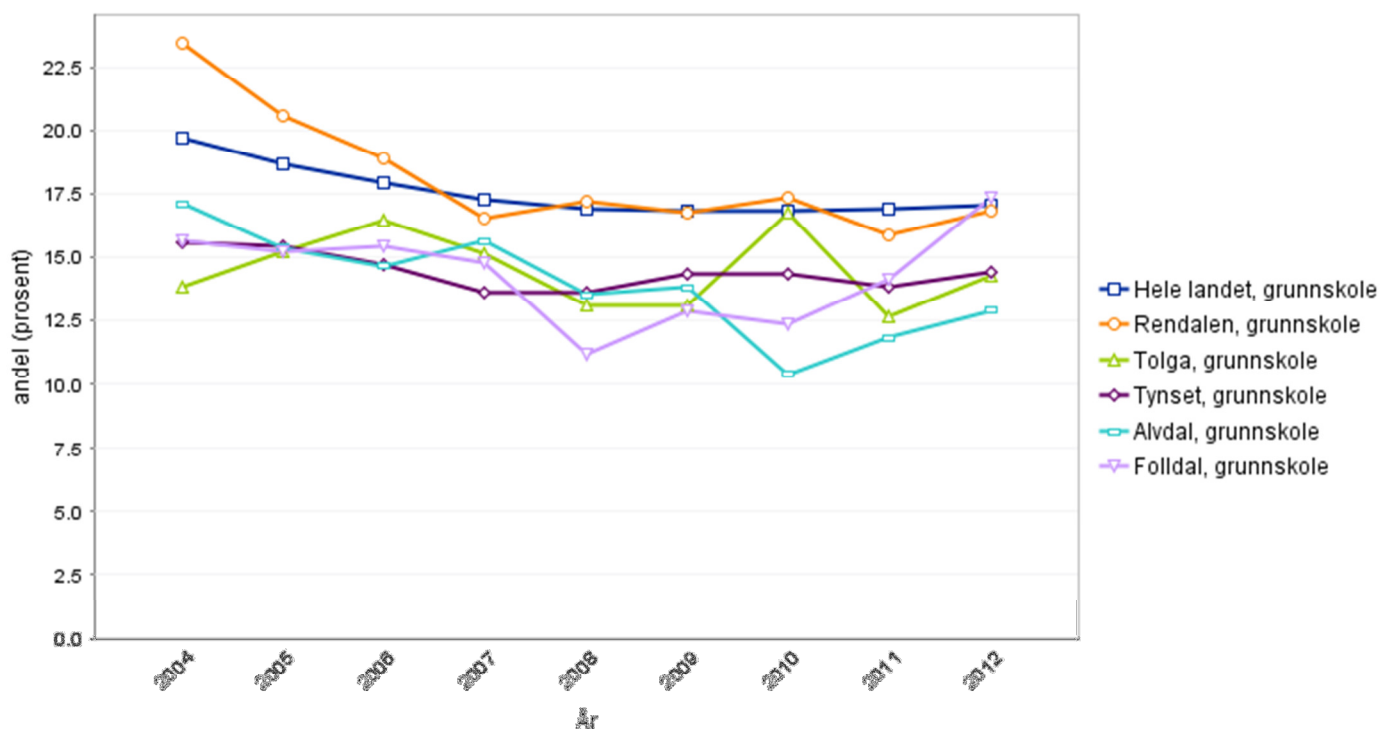
### 3.2.8 Grunnskole som høyeste utdanningsnivå

Folldal kommune har hatt en reduksjon i andel personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå fra 2004-2008. Reduksjonen var i 2008 den største i forhold til de kommunene vi sammenlikner oss med. Fra 2009 er tallet stigende igjen og er på samme nivå som landet som helhet og høyere enn sammenlikningskommunene.

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. Sagt litt enklere: læring gir mestring, mestring gir helse. (Elstad 2008) 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 3.2.8: Grunnskole som høyeste utdanning, 30-39 år, 2004-2012**



Andelen personer med grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning i prosent av de med oppgitt utdanningsinformasjon. Årlige tall. Kilde: KommuneHelse



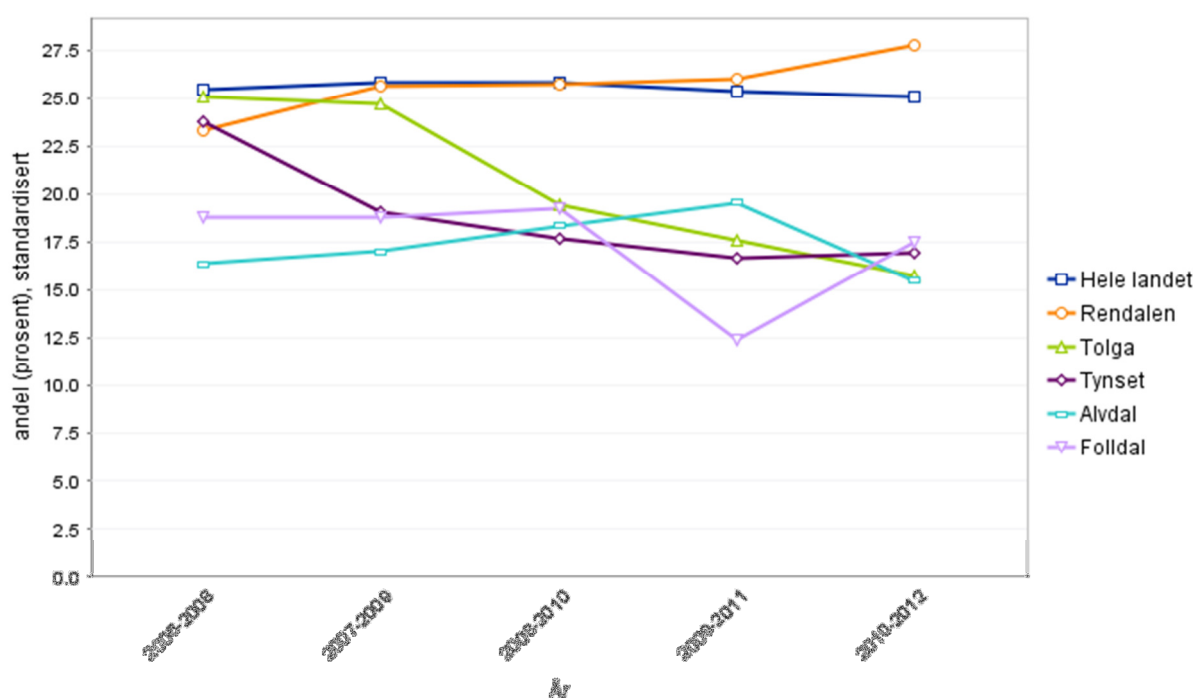
### 3.2.9 Frafall videregående skole

Frafallet i videregående skole for elever fra Folldal ser ut til å ha økt fra 2009. I perioden 2010-2012 (årlig gjennomsnitt) var frafallet på rundt 17,5 % og lavere enn i landet som helhet, men noe høyere enn de kommunene vi sammenlikner oss med.

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 3.2.9: Frafall i videregående skole, 3års- glidende gjennomsnitt 2008-2012**



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 i 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 er i prosent av alle som startet grunnkurs i videregående opplæring det året. Statistikken viser 2 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 2-årsperioder). Kilde: Kommunehelsa

### 3.2.10 Skilsmisser

I perioden 2004-2013 varierte antallet skilsmisser og separasjoner i kommunen stort sett mellom 3-4 årlig. I 2009 var tallet 5. Statistikken gir ikke oversikt over samlivsbrudd blant samboere.

Undersøkelsen "Parental Divorce: Psychological distress and adjustment in adolescent and adult offspring", et arbeid gjort ved Folkehelseinstituttet viste bl.a. følgende:

- Mange opplever angst og depresjon som følge av egen skilsmisse
- Skilsmisse kan føre til angst og depresjon hos barn når de blir voksne
- Jenter som opplever samlivsbrudd har en mer negativ utvikling mht symptom på angst og depresjon, selvfølelse, velvære og skoleproblem enn de som ikke opplever samlivsbrudd

Samlivsbrudd gir høy risiko for langvarig arbeidsuførhet og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt. Kilde: Folkehelseinstituttet

**Diagram 3.2.10: Antall skilsmisser og separasjoner i kommunen, 2004-2013**



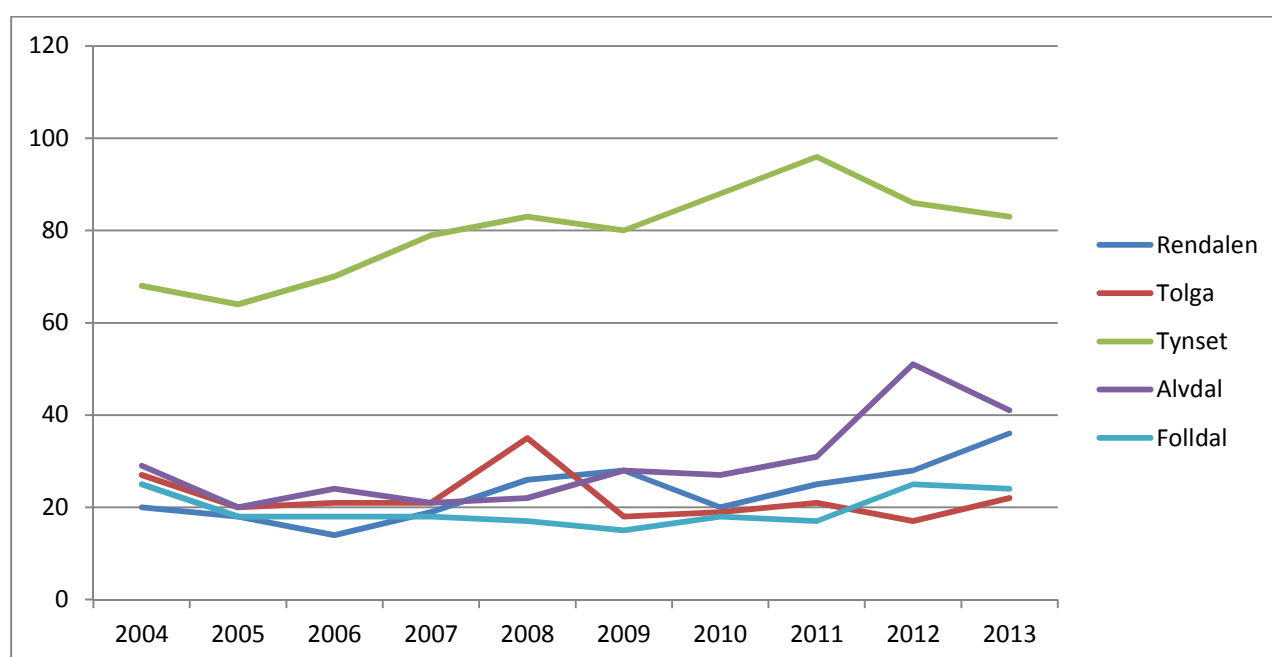
Skilsmisser etter mannens bosted ved hendelsen. Alle ett- og to tall er satt til null eller tre for å ivareta personvernet. Kilde: SSB

### 3.2.11 Barnevern

I perioden 2005-2013 har antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet variert mellom 18 og 24. I Folldal kommunen ser det ut til å være lite svingninger fra år til år, men en økning i 2012 og 2013 av antall saker.

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 3.2.11: Barn med undersøkelse eller tiltak i barnevernet, 2004-2013**



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rendalen	20	18	14	19	26	28	20	25	28	36
Tolga	27	20	21	21	35	18	19	21	17	22
Tynset	68	64	70	79	83	80	88	96	86	83
Alvdal	29	20	24	21	22	28	27	31	51	41
Folldal	25	18	18	18	17	15	18	17	25	24

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

### 3.2.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status		Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<b>Lavinntekt hus- holdninger</b>	Totalt sett har det vært en nedgang fra 15,4% i 2009 til 11,7% i 2011.	Lav arbeidsledighet, Stabilt arbeidsmarked	Lav inntekt kan medføre at barn ikke får delta i aktiviteter på lik linje med andre barn.
<b>Arbeids- ledighet</b>	Omtrent som landet som helhet.	Nedgang i innbyggertall kan virke inn på arbeidsledigheten.	Kan også øke sannsynligheten for dårlig selv- opplevd helse, sykdom og for tidlig død.
<b>Nedsatt Arbeidsevne</b>	5% av befolkningen	Stabilt næringsliv: landbruk og noen bedrifter med flere ansatte	Høy sysselsetting kan ha positiv innvirkning på helse.
<b>Sykefravær (legemeldt, 4. kvartal)</b>	Noe svingninger, synkende etter 2011 4,4% i 2013	Pendlervillighet i befolkningen	Ved nedsatt arbeidsevne øker risikoen for langvarig syke- fravær og tidlig tilbaketrekning fra arbeidslivet.
<b>Uføretrygd</b>	Stabilt tall. 7,8% av befolkningen i 2012 i alderen 18-66 år.	Årsakene er komplekse og sammensatte: fysisk og psykisk sykdom, belastninger i livssituasjon, livsstilsfaktorer, usikker arbeidssituasjon, utdanningsnivå.	Redusert funksjon og psykiske plager voksne og barn.
<b>Mottakere av Sosialhjelp</b>	Nedgang i antall mottakere i alderen 18-24 år. Stabilt 25-66år. 38 personer 8-66 år i årlig gjennomsnitt i 2010-2012	Praksis og holdninger rundt sykemeldinger og uføretrygd.	Tidlig innsats kan bidra til at barn utsatt for risiko- faktorer klarer seg bra
<b>Grunnskole Som høyeste utdanning</b>	Nedgang til 2008 og deretter økning (alder 30-39 år). 17% i 2012		
<b>Frafall Videre- gående skole</b>	Økning fra 2009-2012. 17,5% i 2012.	Tilgang til studieplasser er større.	
<b>Separasjoner</b>	Fra 0-6 årlig fra 2006-2013	Ukjent årsak	

<b>Barnevern</b>	En økning i 2012-2013 i antall saker. 24 saker i 2013.	Redusert funksjon og psykiske plager hos barn
		Tidlig innsats kan bidra til at barn utsatt for risiko-faktorer klarer seg bra

### 3.2.13 Ressurser- helsefremmede og forebyggende tiltak

#### Oppvekst- og levekårsforhold: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- Lag og foreninger, som for eksempel idrettslag, 4-H, pensjonistforening, turlag osv..
- Kulturskolen
- Fritidsklubben
- Frivilligsentralen
- Kommunen er IA bedrift
- Frisklivsentralen
- Folldal friskliv
- Skolehelsetjenesten – helsesøster, lege og sosionom
- Videreføring av foreldreveiledningsprogram

#### Oppvekst- og levekårsforhold: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- Fortsette de fritidsaktivitetene som er i kommune og holde prisen nede
- Tiltak rettet mot ungdom som ikke deltar i idrett og musikk
- Øke helsesøster-/skolehelsetjeneste inklusive psykiatri
- Undersøkelsen «Ung data» - kan gi oversikt i forhold til mulige fremtidige tiltak
- Videreutvikle fritidsklubben

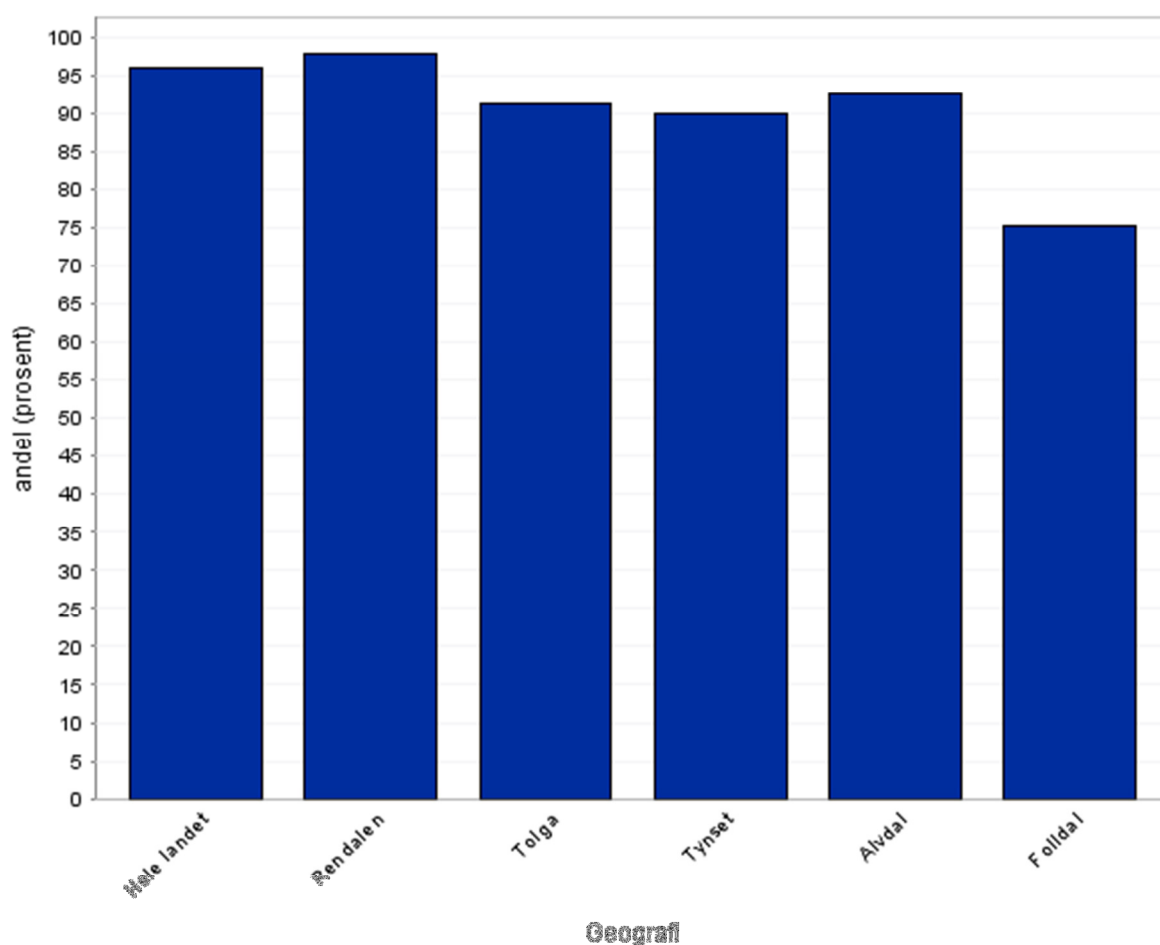
### 3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

#### 3.3.1 Drikkevannskvalitet

Dataene omfatter både kommunale og private vannverk, og noen er små. I 2007 var det tilfredsstillende analyseresultater for 100 % av personene som var tilknyttet vannverk. Det kan se ut som det ikke har vært tilfredsstillende analyseresultater i Folldal kommune, 75%, men årsaken til tallet kan være usikre analyseresultater p.g.a. færre prøver (under 12). ("Usikre analyseresultater": Vannverk som har 100-95 %tilfredsstillende prøver, men som har færre enn 12 prøver, eller vannverk som har tatt mellom 12 og 19 prøver og som har ett avvik. Kan gjelde vannverk med dispensasjon fra lokalt mattilsyn.) Det er ikke meldt om noen avvik i forhold til analyseresultater og det er ikke vært påvist E.coli/koliformebakterier fra noen av vannverkene i kommunen.

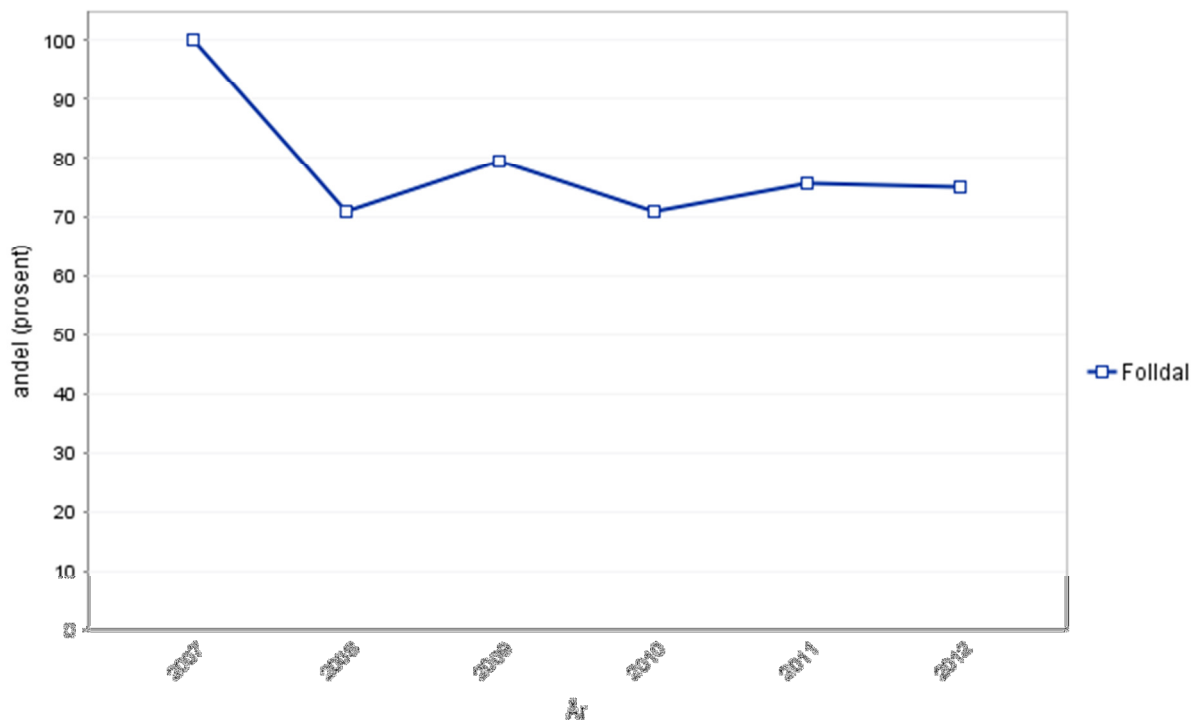
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen, og E.coli er en av de mest sentrale parametere for kontroll.

**Diagram 3.3.1.1: Drikkevannskvalitet – analyseresultater mht. E. Coli, andel (prosent) 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: Kommunehelse

**Diagram 3.3.1.2: Drikkevannskvalitet – analyseresultater mht. E. Coli, andel (prosent) 2012**



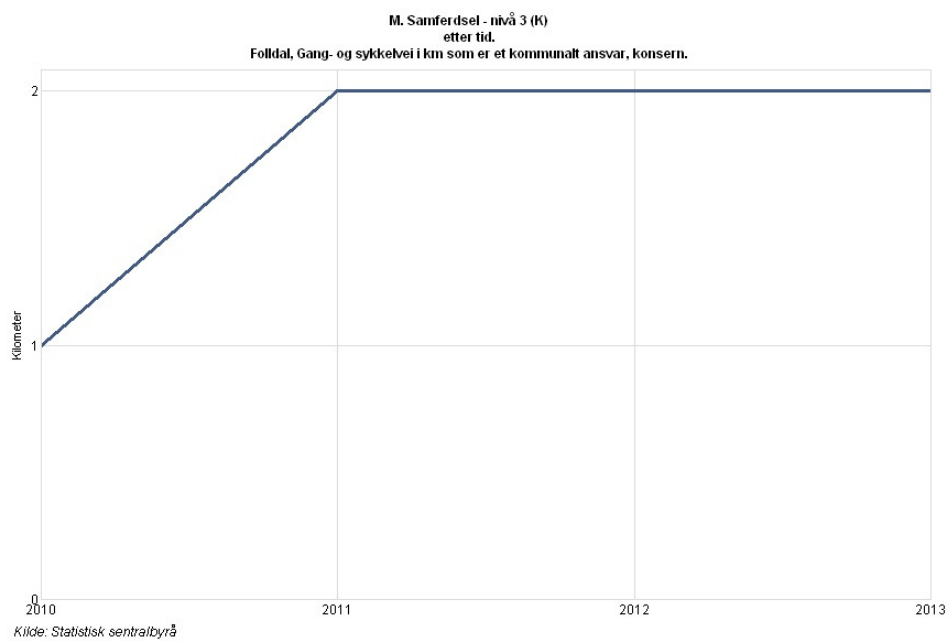
Andelen personer (prosent) tilknyttet vannverk med tilfredsstillende analyseresultater mht. E.coli/koliforme bakterier. Analyseresultatene er basert på analyser av drikkevann mht. E. coli/koliforme bakterier ved vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander (etter Drikkevannforskriften).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

### 3.3.2 Gang- og sykkelveier

I Folldal var det 2 km gang- og sykkelvei i 2013.

Gang- og sykkelveier kan være viktige indikatorer som synliggjør kommunens tilrettelegging av fysisk aktivitet i nærmiljøet og i kommunen generelt. Gang- og sykkelveier gjør det mulig å øke hverdagsaktiviteten ved å gå eller sykle til skole, jobb og fritidsaktiviteter på en aktiv, trygg og miljøvennlig måte. Kilde: Kommunebilder 2011, Fylkesmannen i Oppland

### Diagram 3.3.2: Antall kilometer gang- og sykkelveier, 2011



Diagrammet er hentet fra Kostra. SSB.



### 3.3.3 Opplevelse av mobbing på skolen

I perioden 2006-2012 var det årlige gjennomsnittstallene for mobbing på skolen 7. trinn i Folldal kommune sannsynligvis så små at de er blitt anonymisert. Det samme gjelder for årlig gjennomsnitt på 10. trinn.

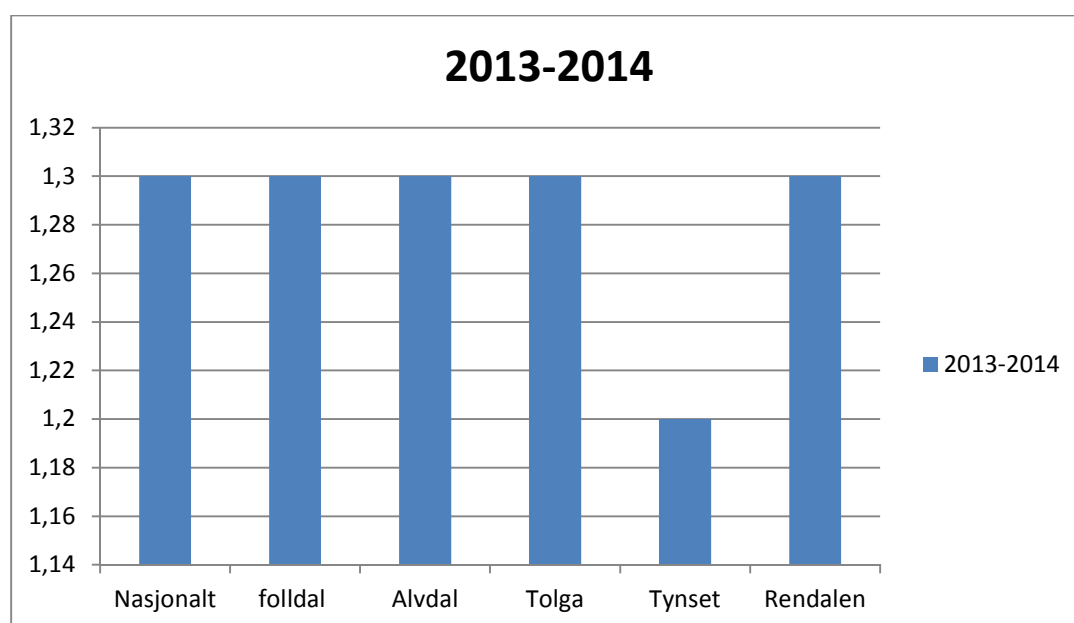
I Elevundersøkelsen finnes det noen tall. De viser at i Folldal på 7. trinn ligger mobbing på samme nivå 1,3 ( på en skala fra 1-5, hvor ved mobbing lav verdi vil si lite mobbing) som landet for øvrig og de fleste andre kommuner . Ved 10. trinn er tallet 1,4 og er en anelse høyere.

En studie i 2011 blant nærmere 9000 ungdommer og deres foreldre, peker ut problemer med skolerestater og mobbing på skolen som viktige risikofaktorer for psykiske vansker blant ungdom: Kilde: Folkehelseinstituttet.

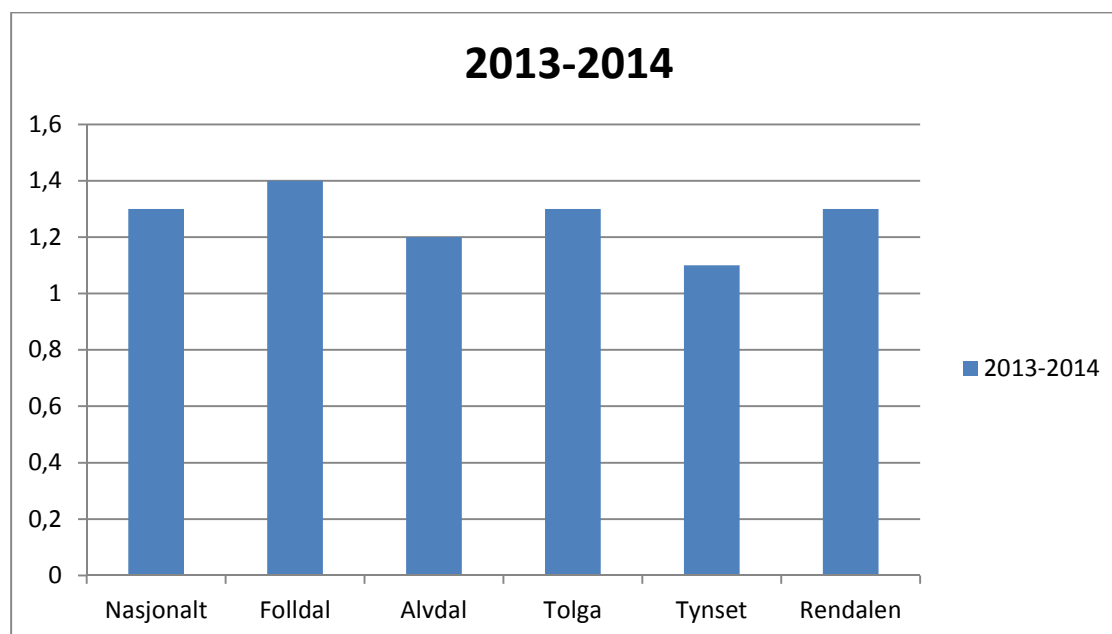
I Elevundersøkelsen brukes begrepet mobbing som: " gjentatt negativ eller ondsinnet atferd fra en eller flere rettet mot en elev som har vanskelig for å forsvare seg. Gjentatt erting på en ubehagelig og sårende måte er også mobbing".

#### Diagram 3.3.3.1 Mobbing på skolen, 7. trinn, 2013-2014 basert på elevundersøkinga

Elevundersøkinga er ei nettbasert spørjeundersøking som blir gjennomført kvart år. Her får elevane seie meininga si om læringsmiljøet og dei tilhøva som er viktige for å lære og trivast på skolen



**Diagram 3.3.3.2 Mobbing på skolen, 10 trinn. 2006-2012**



Forklaring til diagrammer 3.3.3.3. og 3.3.3.4 Skala: 1-5. Høg verdi vil seie positivt resultat for alle indeksane unntateke mobbing. Når det gjeld mobbing, vil låg verdi seie lite mobbing.  
Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten.

### 3.3.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<b>Drikkevanns-Kvalitet</b> Statistikk viser ikke 100% tilfredsstillende analyse-resultater, men det er ikke påvist noen avvik.	En stor del av befolkningen i Folldal er ikke tilknyttet offentlig godkjente vannverk. Dette kan virke inn på statistikken og gi et feilaktig inntrykk.	Risiko for smitte dersom ikke tilfredsstillende vannkvalitet
<b>Gang- og Sykkelvei</b> Lite utbygd i Folldal, 2 km utbygd gang- og sykkelvei.		Lavere trafiksikkerhet Mer biltrafikk. Unger kjøres til aktiviteter og skole
<b>Skolemiljø-Mobbing</b> Elevundersøkelsen viser at tallene er omtrent som i nabokommunene		Fysiske og psykiske plager. Utestengning Reduksjon av funksjons-evne og tap av livskvalitet og redusert psykisk helse.

### 3.3.5 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

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

- Måling av vannkvalitet
- Måling av radon
- Kontinuerlig jobbing med oppvekstmiljøet
- Elevundersøkelse 7. til 10. trinn
- Folkehelsekoordinator
- Oppkjørte skiløyper og merkede turstier
- « Ung data» - undersøkelsen

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

- Øke lengde med gang og sykkelvei, evt. alternative ferdselsveier opprustes
- Forebygging ved å involvere psykiatrisk sykepleier og helsesøster

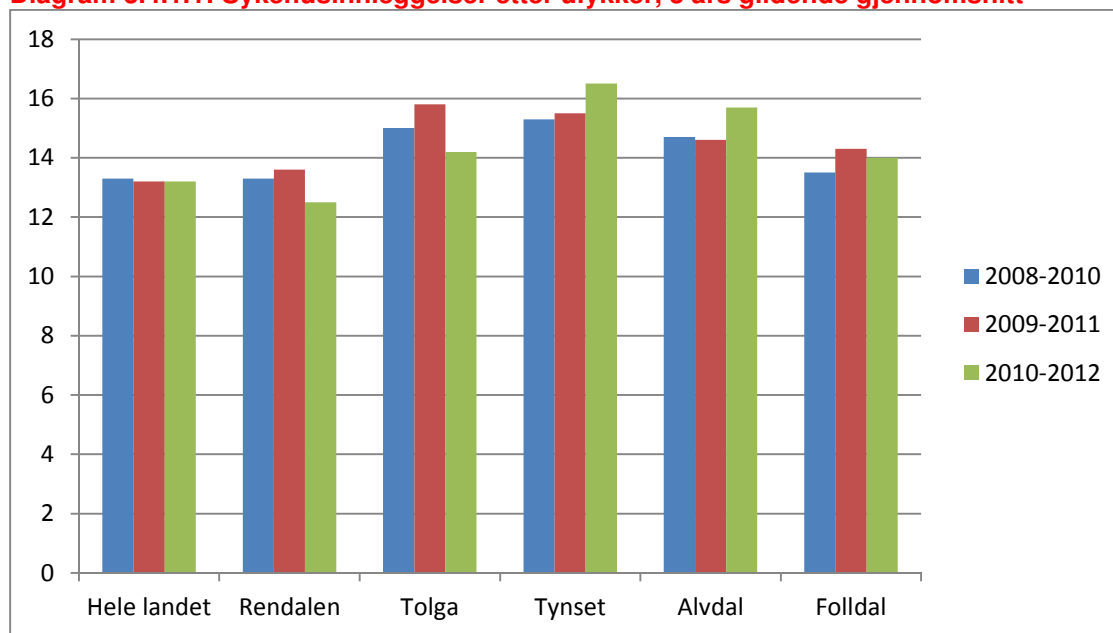
## 3.4 Skader og ulykker

### 3.4.1 Sykehusinnleggelser etter ulykker

I perioden 2010-2012 ble det lagt inn 27 personer (i årlig gjennomsnitt) fra Folldal på sykehus etter ulykker. Det er 14 innleggelser per 1000 innbyggere. Landet som helhet hadde 13,3. Når det gjelder hoftebrudd, er Folldal blant de som har høyest andel, men det er små tall. 6 av innleggelsene i Folldal skyldtes hoftebrudd (gjennomsnitt).

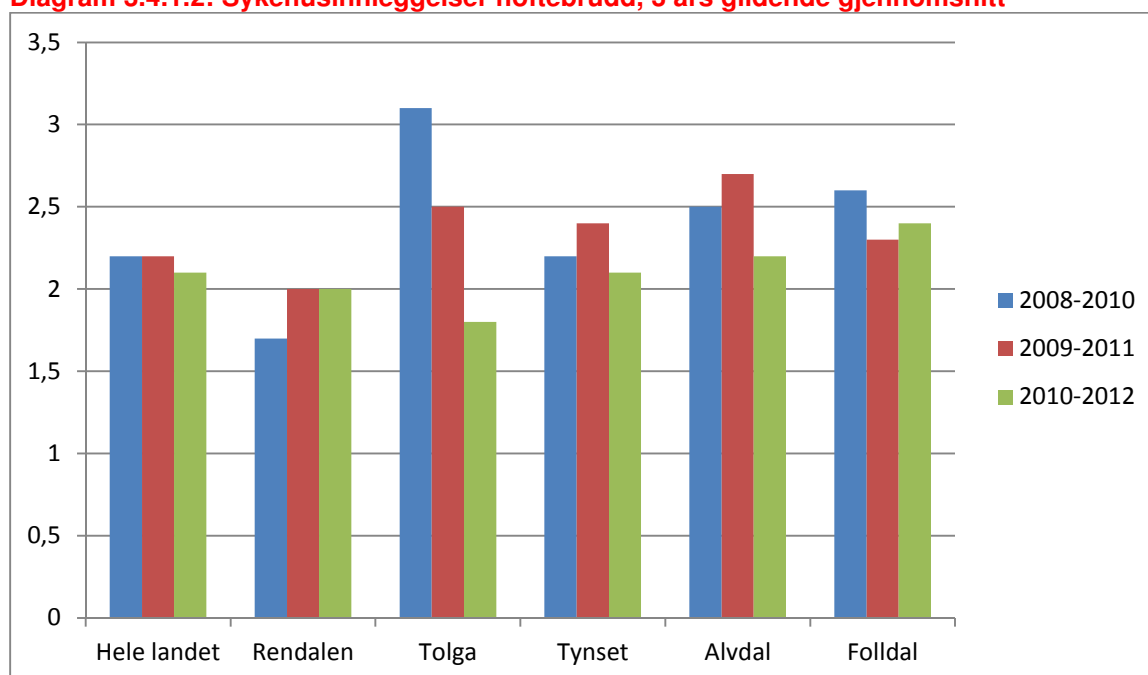
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Selv om dødeligheten av skader og ulykker har gått nedover siden 1950-tallet er ulykkesskader fortsatt et helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre. Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv. Det er et betydelig potensial for forebygging av ulykker. Sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkesskadene.

**Diagram 3.4.1.1: Sykehusinnleggelser etter ulykker, 3 års glidende gjennomsnitt**



Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus med skader per 1000innbyggere per år. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. KommuneHelsa statistikkbank

**Diagram 3.4.1.2: Sykehusinnleggelser hoftebrudd, 3 års glidende gjennomsnitt**



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).

### 3.4.2 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser	
<b>Sykehus- inn- leggelser etter ulykker</b>	27 personer innlagt i årlig gjennomsnitt 2010-2012	Ytre faktorer.  Mangelfull strøing  Dårlig belysning, glatte og ujevne underlag. Feil fottøy  Indre faktorer: tidligere fall, Medisinbruk, sykdommer, svakete gange og balanse, stille- sittende liv, frykt for fall, mangelfull ernæring, svekkede kognitive funksjoner og syn.	Redusert funksjon og Livskvalitet  Samfunnsøkonomiske Konsekvenser ( et hofte- brudd koster mellom kr 300 000 og en million kroner det første året)

### 3.4.3 Ressurser- helsefremmende og forebyggende tiltak

#### Skader og ulykker: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- Frisklivsentral
- Folldal Friskliv
- Gruppetiltak fysisk aktivitet (frivillige lag og foreninger bl.a. LHL Folldal)
- Folldal Turlag
- Folldal Frivilligsentral
- Fallforebyggende arbeid i institusjon
- Satsing på hverdagsrehabilitering
- Kosthold og ernæring

#### Skader og ulykker: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- Trygge hjemmemiljø for eldre, tidligere bruk av hjelpemidler
- Styrke brøyting og strøing
- Gang- og sykkelveier
- God kontroll innen HMS- arbeid bl.a innen landbruk
- Innføring av bedre velferdsteknologi inklusive trygghetsalarmer

## 3.5 Helserelatert atferd

### 3.5.1 Fysisk aktivitet

**Fysisk aktivitet:** Det er liten oversikt over levevaner blant skoleungdom i Folldal kommune, deriblant fysisk aktivitet. Det er lagt opp til gjennomføring av kartlegging i «Ungdata», som skolen skal gjennomføre i 2015. Når den er gjennomført, vil man kunne få en bedre oversikt over dette.

Fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Faglige anbefalinger for barn og unge er minst 1 time daglig fysisk aktivitet fra moderat til intensiv aktivitet og 30 minutter for voksne. Kilde: Helsedirektoratet

### 3.5.2 Kosthold

Det er liten oversikt over levevaner blant skoleungdom i Folldal kommune , også når det gjelder kosthold. Det er i 2015 lagt opp til gjennomføring av kartlegging i «Ung data» på skolen. Når den er gjennomført, vil man kunne få en oversikt over dette.

Mange barn får i seg for mye sukker gjennom brus eller saft. En halv liter brus eller saft inneholder cirka 50 gram sukker. Det tilsvarer 25 sukkerbiter. Kilde: Matportalen.no, Helsedirektoratet

### 3.5.3 Røyking og bruk av snus

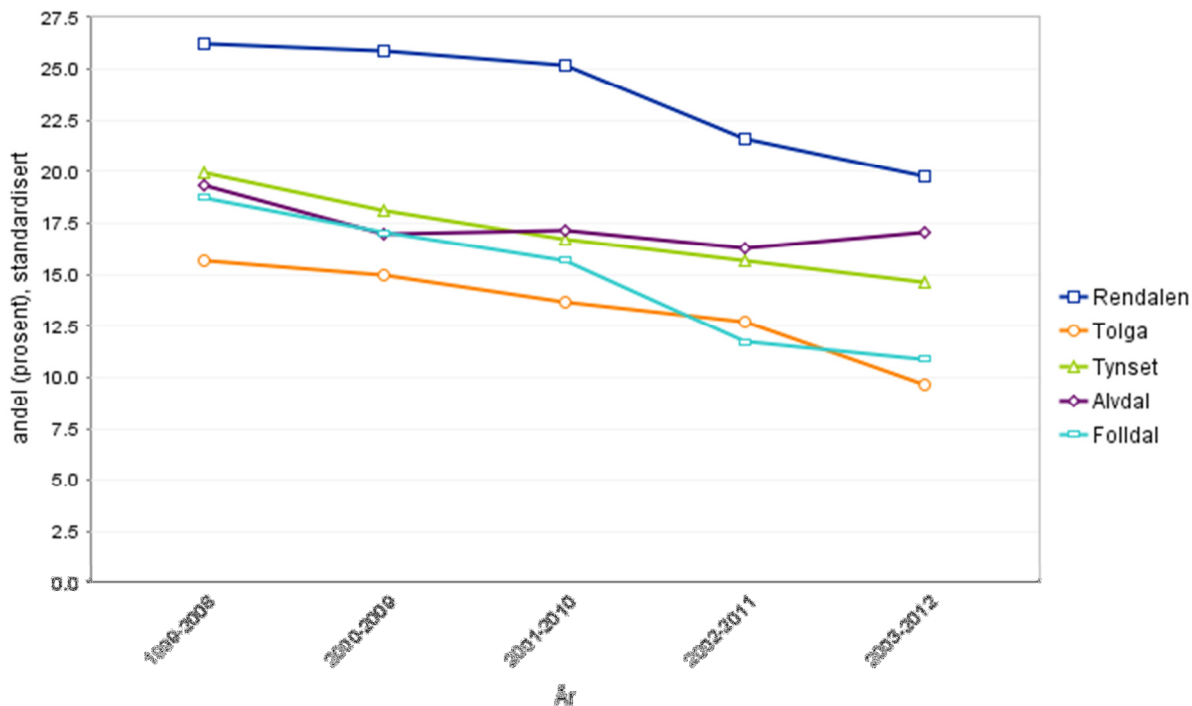
**Røyking, gravide:** Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet i Folldal har hatt noe tilbakegang i perioden 2008 til 2012. 10 års glidende gjennomsnitt gir en andel på 11 % i 2012. Det er lavere enn andelen i landet som helhet (20 %).

Det er liten oversikt over skoleelevers vaner i forhold til røyking og bruk av snus. Dette er også et tema som vil bli tatt opp i kartleggingen «Ung data» i 2015.

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, gravide kvinner, 2008–2012**



Andel fødende som oppga at de røykte ved svangerskapets begynnelse i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt Kilde: Kommunehelsa

### 3.5.4 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<b>Fysisk Aktivitet</b> Har ikke oversikt per i dag	Har ikke grunnlag for vurdering	Mangler data
<b>Kosthold</b> Har ikke oversikt per i dag	Har ikke grunnlag for vurdering	Mangler data
<b>Røyking og bruk av snus</b> Røyking blant kvinner ved start av svangerskapet var 11% i 2012 (10 års glidende gj. snitt)		Nedgang gir mindre risiko for Luftveissykdommer (astma Emfysem, bronkitt, kronisk Obstruktiv lungesykdom), kreft og hjerte-karsykdommer og redusert dødlighet  Røyking under graviditet kan bl.a. føre til lav fødselsvekt og større risiko for luftveisinfeksjoner hos barna

### 3.5.5 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

#### Helserelatert atferd: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- 
- Frisklivstilbud
- Frisklivsentralen: Tilbud om røykesluttkurs, bra mat kurs og fysisk aktivitet
- Fokus på kosthold og fysisk aktivitet i oppvekstmiljø
- Frukt – og melkeordning på skolen
- Aktivitetstilbud på frivilligsentralen
- Helsestasjonstilbud
- Kulturskoletilbud
- Svømmeopplæring
- Lavterskeltilbud «Rusle og tusle»
- Lag og foreninger for eksempel LHL , 4H og Helselaget
- Varmtvannsbasseng
- Merking og tilrettelegging av turstier og sykkelstier

#### Helserelatert atferd: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- Ung data – undersøkelsen kan gi oversikt over eventuelle fremtidige tiltak
- Videreutvikle Frisklivstilbud, også for barn og unge
- Kantinetilbud på skolen

## 3.6 Helsetilstand

### 3.6.1 Trivsel og mestring

Trivsel i skolen på 7. og 10. trinn i Folldal viser fra 2006-07 til 2011-12 forskjell på 7. og 10. trinn. På 7. trinn er trivselen høyere enn på 10. trinn. I 2012 viste et tall på 90,5 % på god trivsel for 7. trinn (5 års glidende gjennomsnitt), mens tallet for 10. trinn viste 87,8%. Elevundersøkelsen i 2013-2014 viser samme tendens. Da var trivselen for 7. trinn 4,3( på en skala på 1-5, høy verdi er best), og for 10. trinn var 3,8.

For mestring er det bare tall fra elevundersøkelsen (« Skoleporten» 2013-2014). Verdiene for 7. trinn er jevne, 4 og 4,1, omregnet vil det at ca. 80% opplevde mestring på skolen.

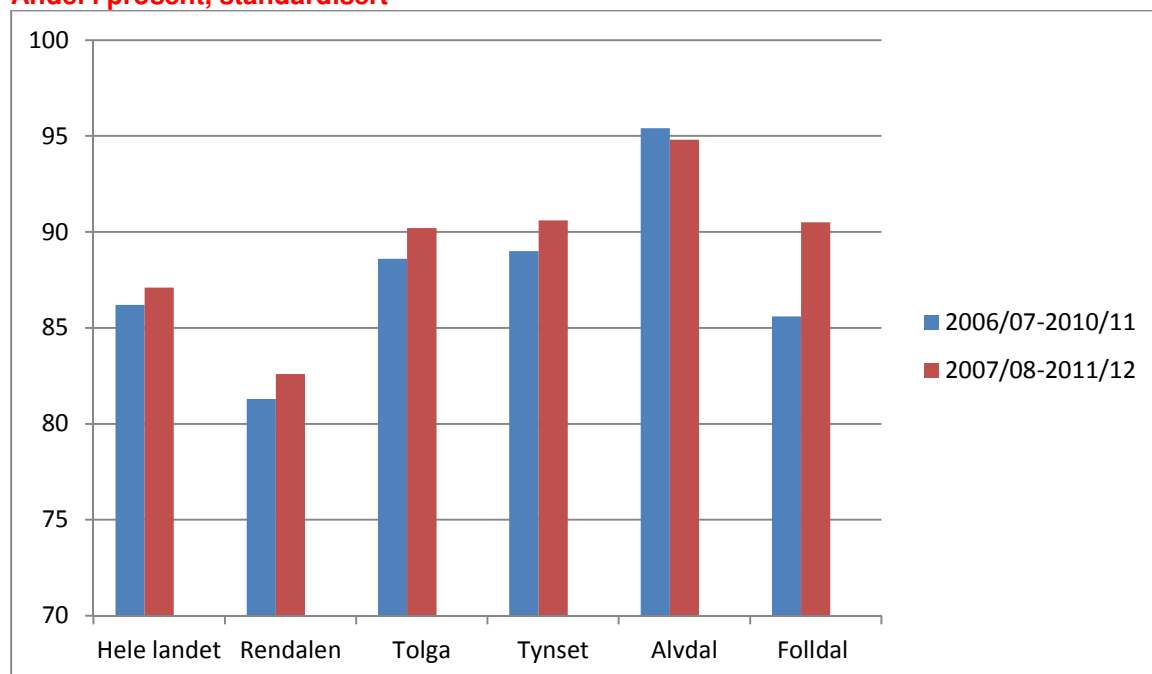
Det er vanskelig å uttale seg om trender da diagrammene fra "Skoleporten" ikke viser glidende gjennomsnitt.

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

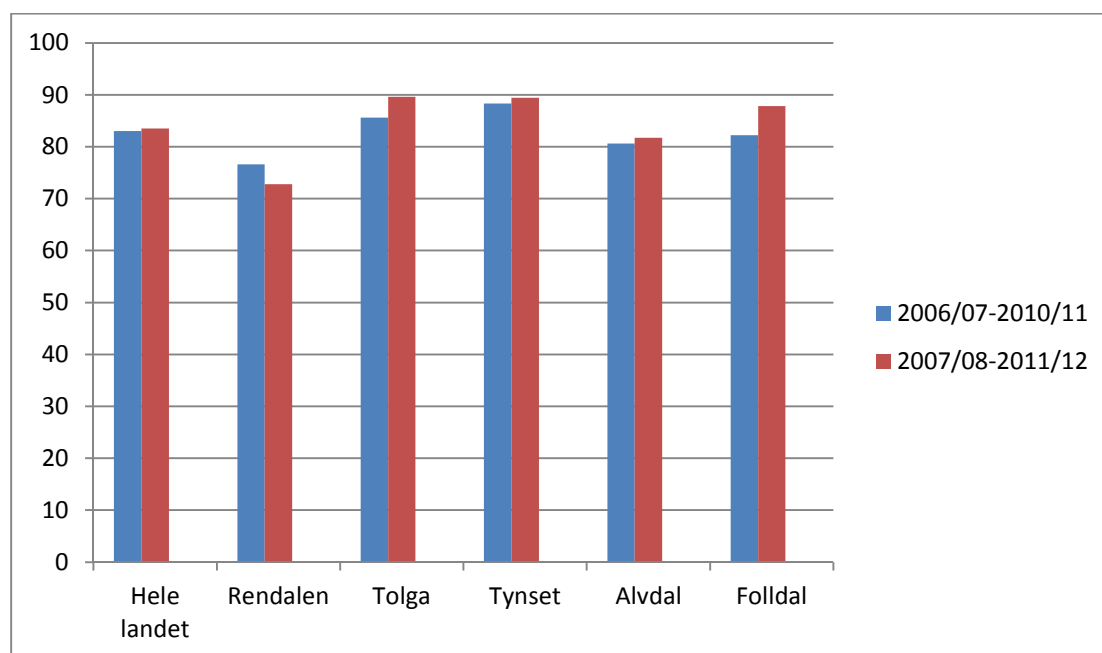


2011). Dette kan på lengre sikt ha betydning for frafallet blant elever i den videregående skolen, hvor hull i kunnskapsgrunnlaget fra ungdomsskolen er en viktig medvirkende årsak til frafall. Videre kan skoletrivsel knyttes til livstilfredshet, spesielt for jenter (Danielsen m.fl, 2009). Kilde: Folkehelseinstituttet

**Diagram 3.6.1.1: Trivsel på skolen 7. trinn, 5 års glidende gjennomsnitt  
Andel i prosent, standardisert**



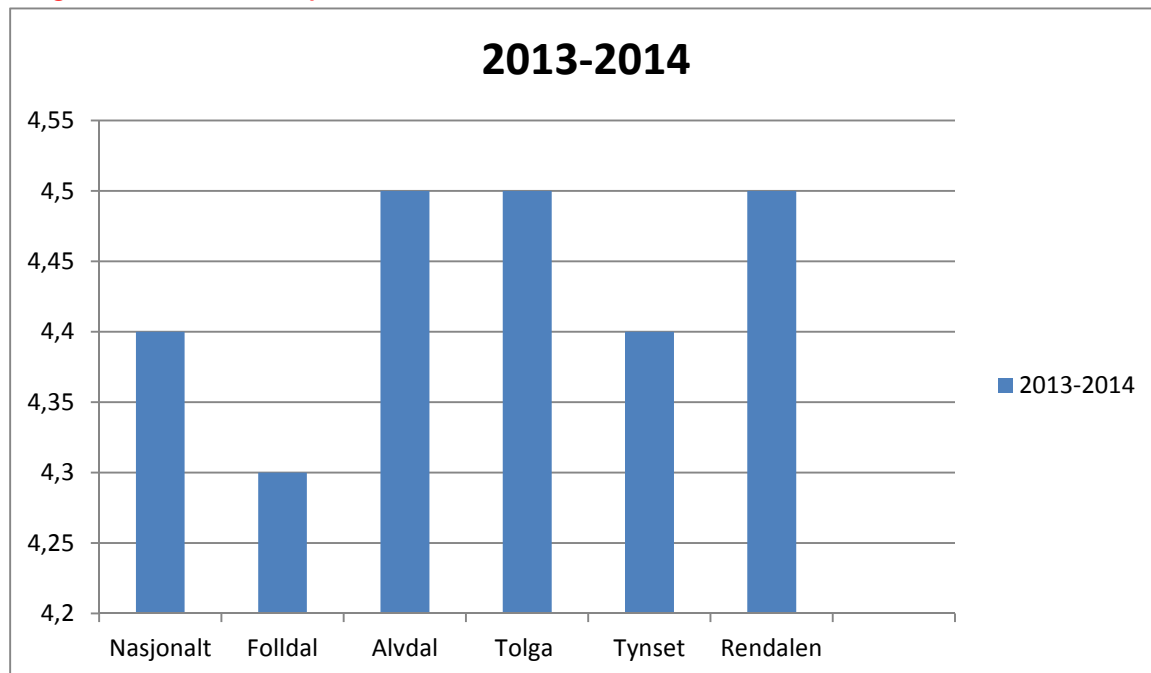
**Diagram 3.6.1.2 Trivsel på skolen , 10. trinn , 5 års glidende gjennomsnitt  
Andel i prosent, standardisert**



Forklaring diagram 3.6.1.1 og 3.6.1.2: Andel elever som trives godt på skolen i prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Statistikken viser 5 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for

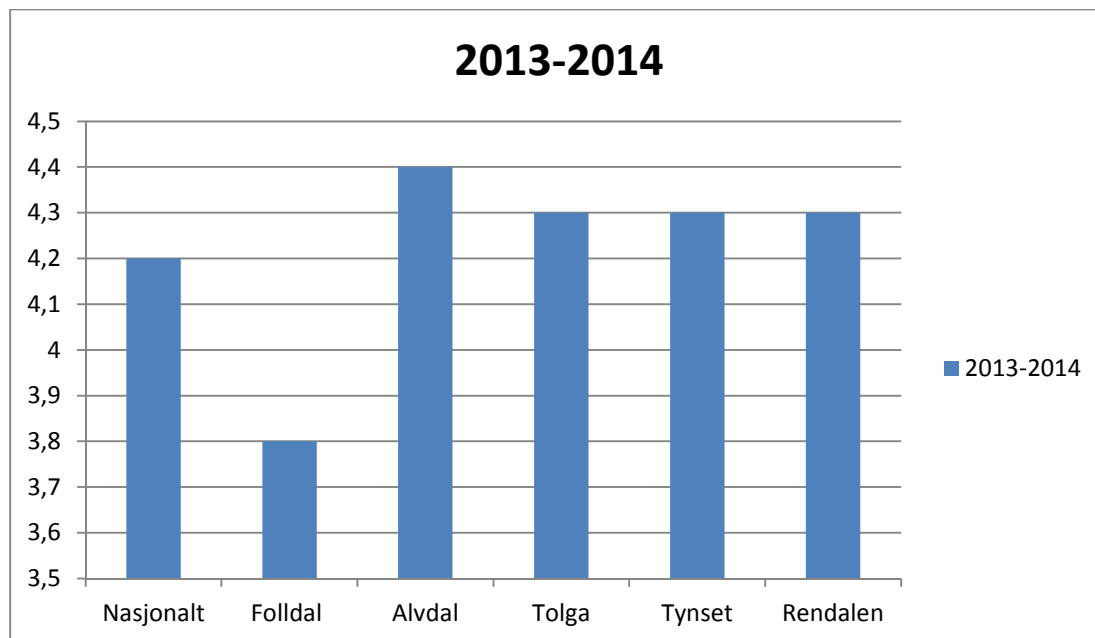
overlappende 5-årsperioder). De angitte årstallene er siste årstall (våren) i hvert skoleår.  
Kilde: Kommunehelsa

**Diagram 3.6.1.3: Trivsel på skolen , 7. trinn 2013-2014 Elevundersøkelsen i 2013**



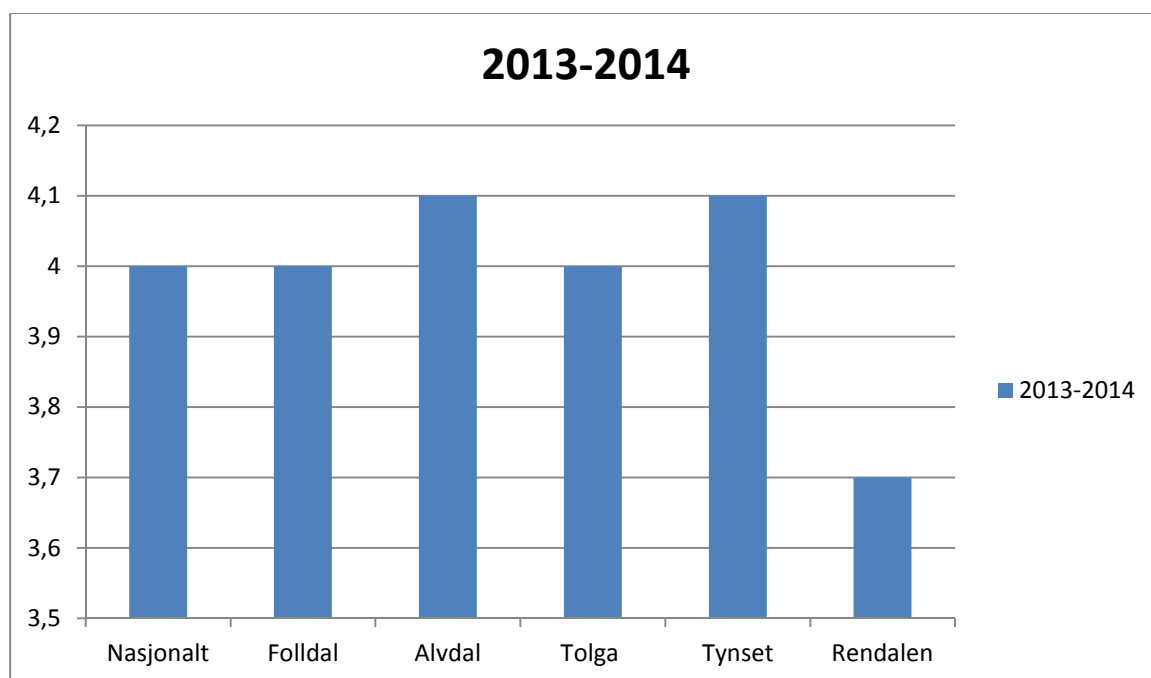
Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

**Diagram 3.6.1.4: Trivsel på skolen, 10. trinn, 2013-2014 Elevundersøkelsen i 2013**

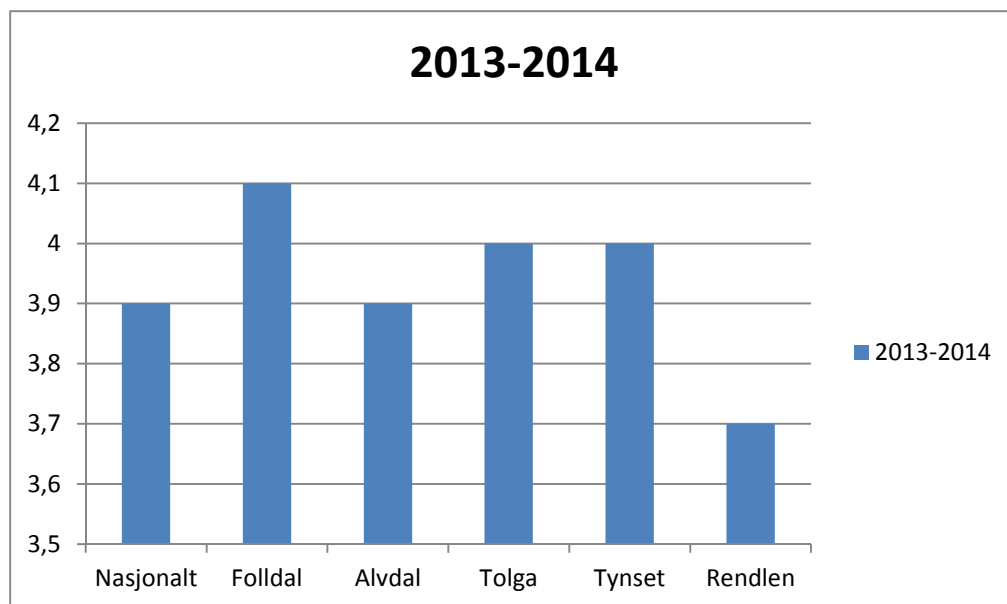


Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten

**Diagram 3.6.1.5: Opplevelse av mestring på skolen, 7. trinn, 2013-2014 Elevundersøkelsen i 2013**



**Diagram 3.6.1.6: Opplevelse av mestring på skolen, 10. trinn, 2013-2014 Elevundersøkelsen i 2013**



Forklaring til diagrammer 3.3.6.5 og 3.3.6.6.

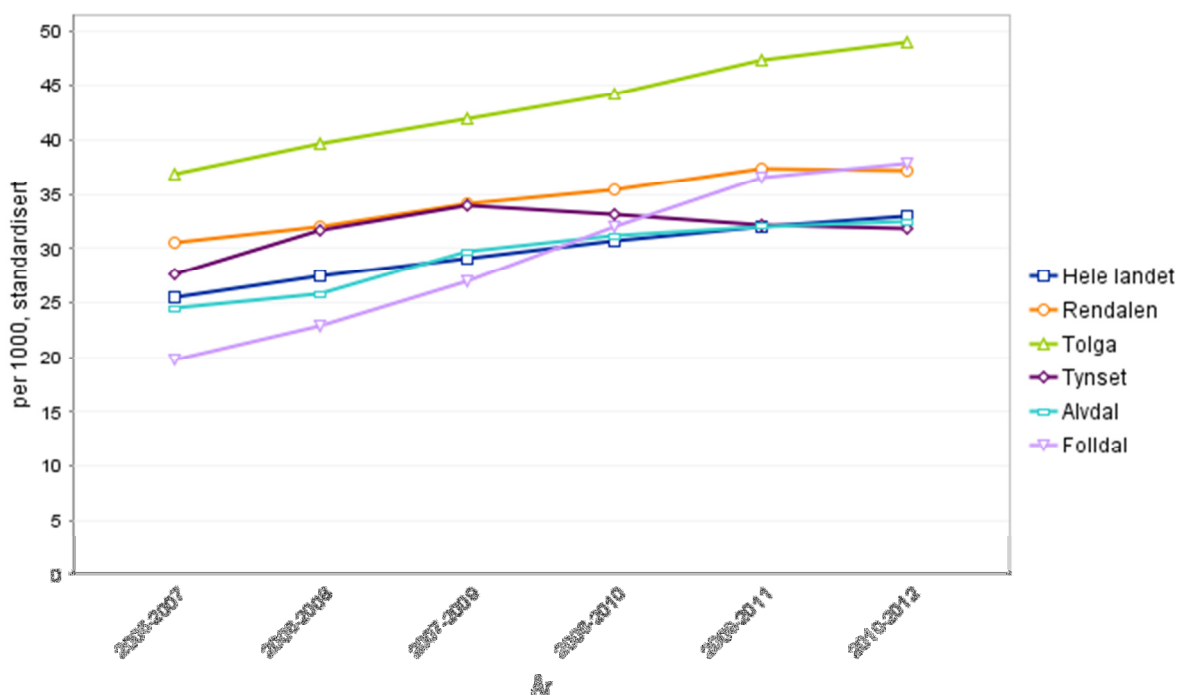
Skala: 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Opplevelse av mestring er relatert til undervisning, lekser og arbeid på skolen. Kilde: Utdanningsdirektoratet, skoleporten.

### 3.6.2 Diabetes

**Diabetesmedisiner, brukere 30-74 år:** Folldal kommune har hatt en gradvis økning i bruk av diabetesmedisiner i perioden 2007–2012. I perioden 2010-2012 var det årlige gjennomsnittet på 37,9 per 1000 dvs. 42,3 personer i alderen 30–74 år som brukte diabetesmedisiner mot diabetes type 2. Etter 2009 ligger bruken av diabetesmedisin høyere enn gjennomsnittet i hele landet. Det er høyere andel menn enn kvinner som bruker denne medisinen.

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 3.6.2.1: Bruk av legemidler til behandling av type 2-diabetes, 3 års glidende gjennomsnitt (unntatt insulin) 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: Kommunehelset

### 3.6.3 Hjerte- og karsykdommer

**Medikamenter mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), brukere 0-74 år:** I Folldal kommune har det vært en relativt stabil bruk av disse medikamentene fra 2007 til 2012. Bruken er noe mindre enn i landet som helhet og de kommunene vi sammenlikner oss med. I 2006-2007 var det 119 per 1000 som brukte disse medikamentene i årlig gjennomsnitt og i perioden 2010-2012 var tallet 124. I samme periode var det henholdsvis 217 og 228 personer som hentet ut minst en resept på legemidler mot hjerte- og karsykdommer (3 års glidende gjennomsnitt).

**Kolesterolsenkende medikamenter, brukere 0-74 år:** Det har vært en gradvis økning i bruk av kolesterolsenkende medikamenter fra 2007 til 2012. Økningen ser ut til å ha vært noe større enn i landet som helhet, men utgangspunktet var lavere. I perioden 2005-2007 var det 98 personer (årlig gjennomsnitt) som brukte kolesterolsenkende medikamenter. I perioden 2010-2012 var det 155 personer.

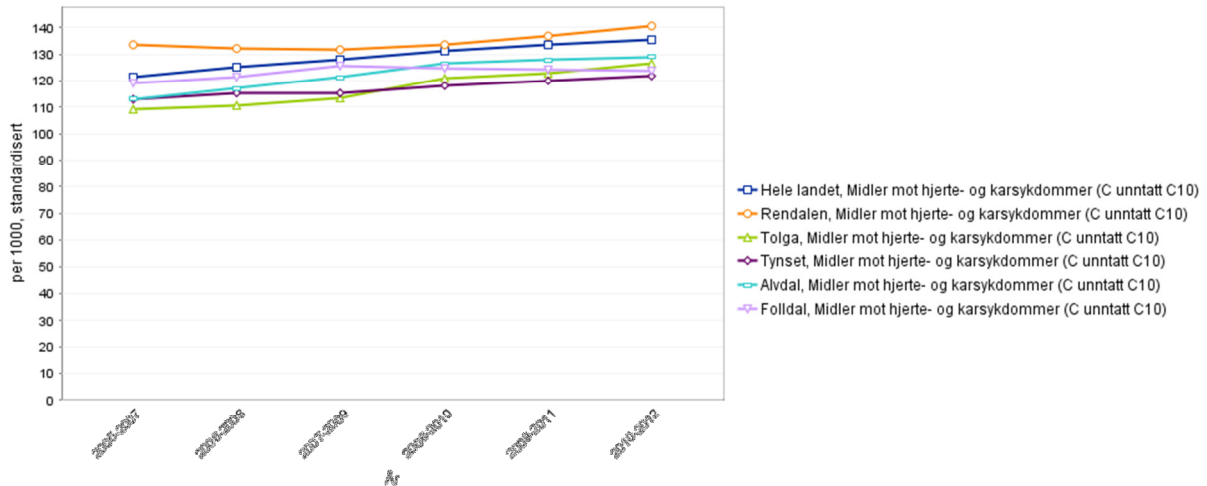
**Sykehusinnleggelser:** I perioden 2010-2012 skyldtes 33 (20,3 menn, 12,7 kvinner) innleggelser i årlig gjennomsnitt hjerte-/karlidelser. Innleggelser per 1000 var av de lavere i forhold til de kommunene vi sammenlikner oss med og lavere enn landet som helhet.

**Dødelighet:** Det har vært en gradvis reduksjon i dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer i Folldal fra 1998 til 2012. Reduksjonen i dødelighet har vært større for menn enn kvinner. Dødeligheten pga. hjerte- og karsykdommer er lavere i Folldal enn i landet som helhet og enn to av de sammenliknbare kommunene. De siste tallene er for små til at det mulig å sammenlikne. I 2010-2012 var tall for dødelighet for personer pga. hjerte- og karsykdom i årlig gjennomsnitt så små at de er anonymisert.

Hjerte- og karsykdommer omfatter blant annet hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekramper) 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

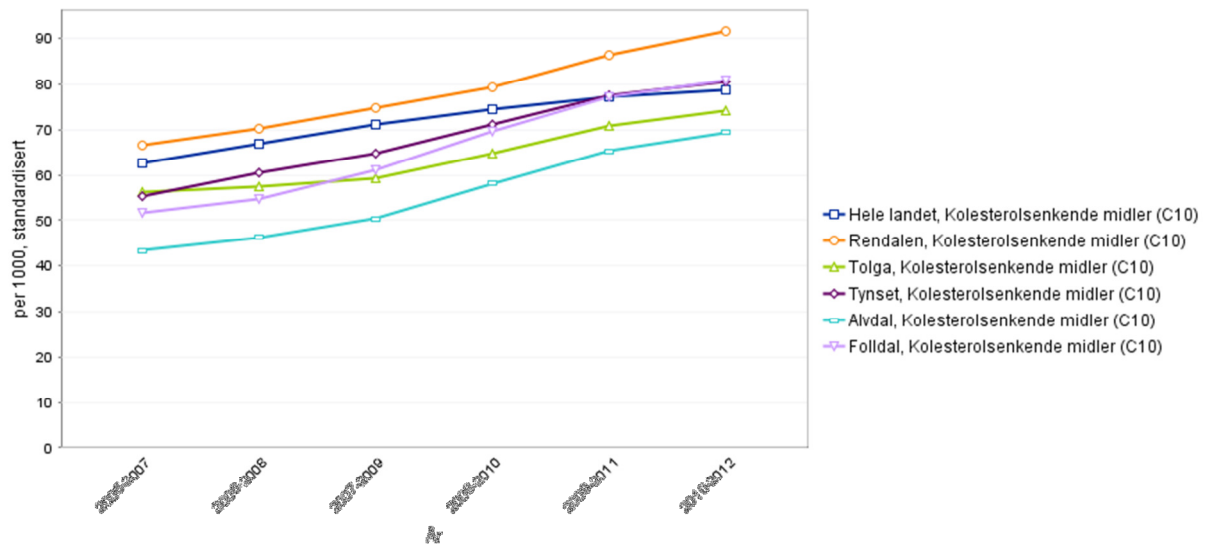
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Utbredelsen av hjerte- og karsykdom kan gi informasjon om befolkningens levevaner. Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene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

**Diagram 3.6.3.1: Bruk av midler mot hjerte- og karsykdommer (unntatt kolesterolsenkende midler), 3 års glidende gjennomsnitt (2007-2012)**



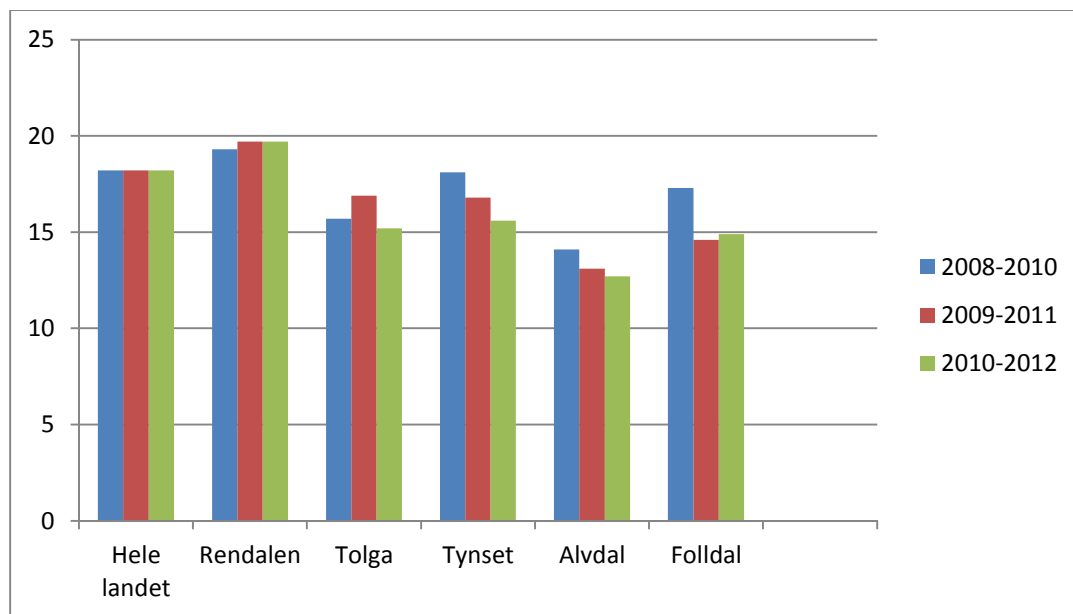
Brukerne av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

**Diagram 3.6.3.2: Bruk av kolesterolsenkende medikamenter, 3 års glidende gjennomsnitt, 2007-2012**



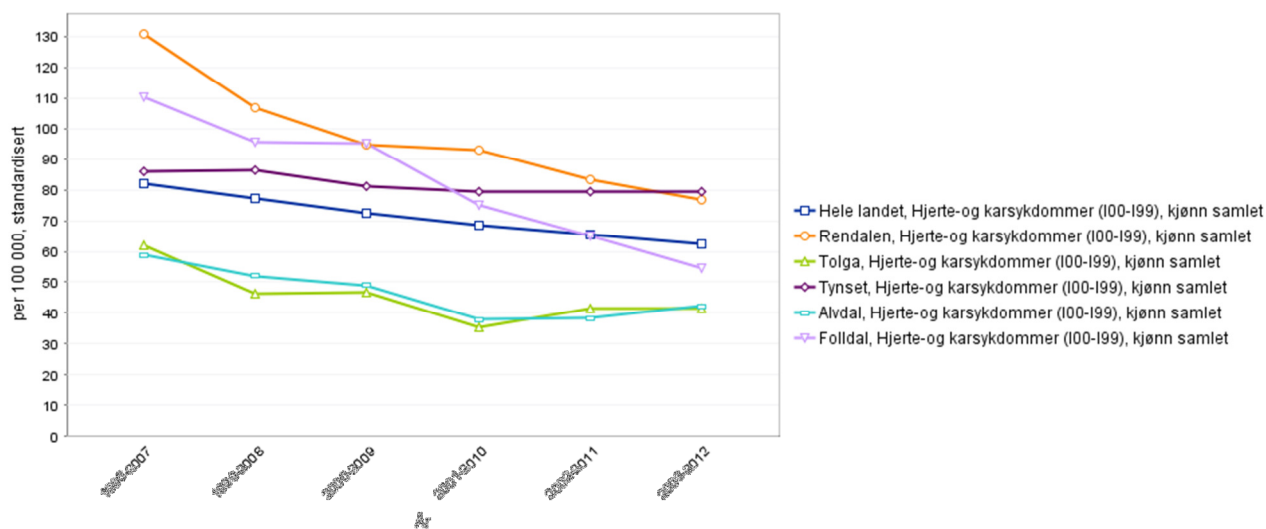
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

**Diagram 3.6.3.3: Bruk av spesialisthelsetjenesten Sykehusinnleggelser hjerte-/karlidelser, 3 års glidende gjennomsnitt (per 1000, standardisert)**



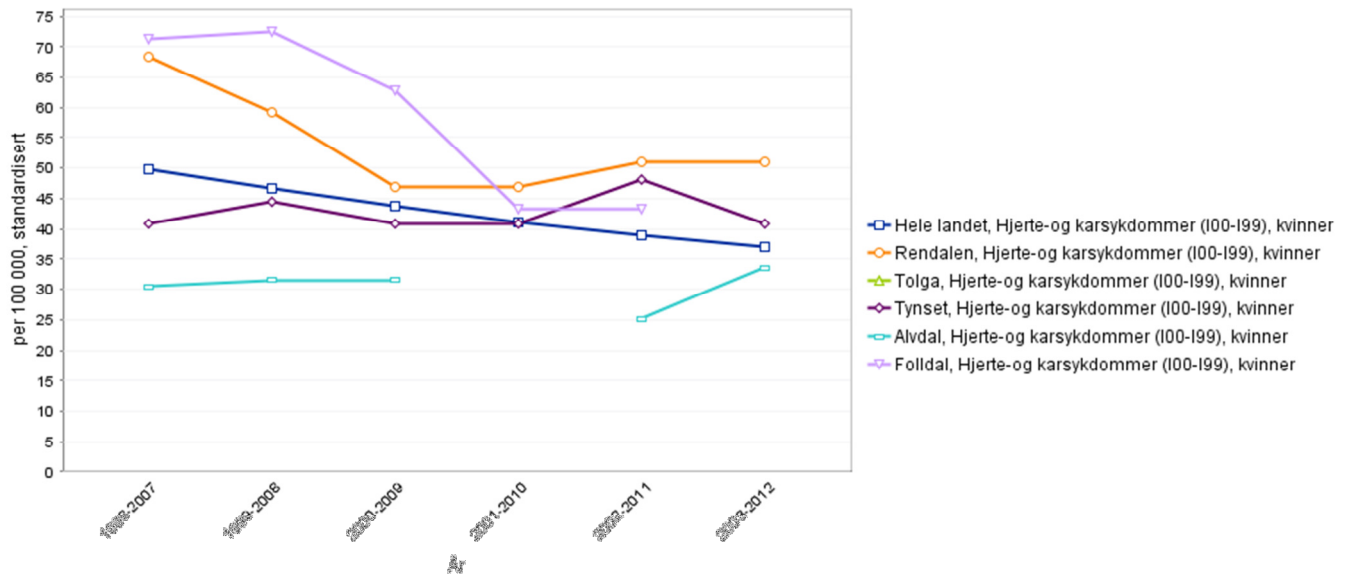
Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende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

**Diagram 3.6.3.3: Dødelighet hjerte-/karsykdom, 10 års glidende gjennomsnitt, 1998-2012**



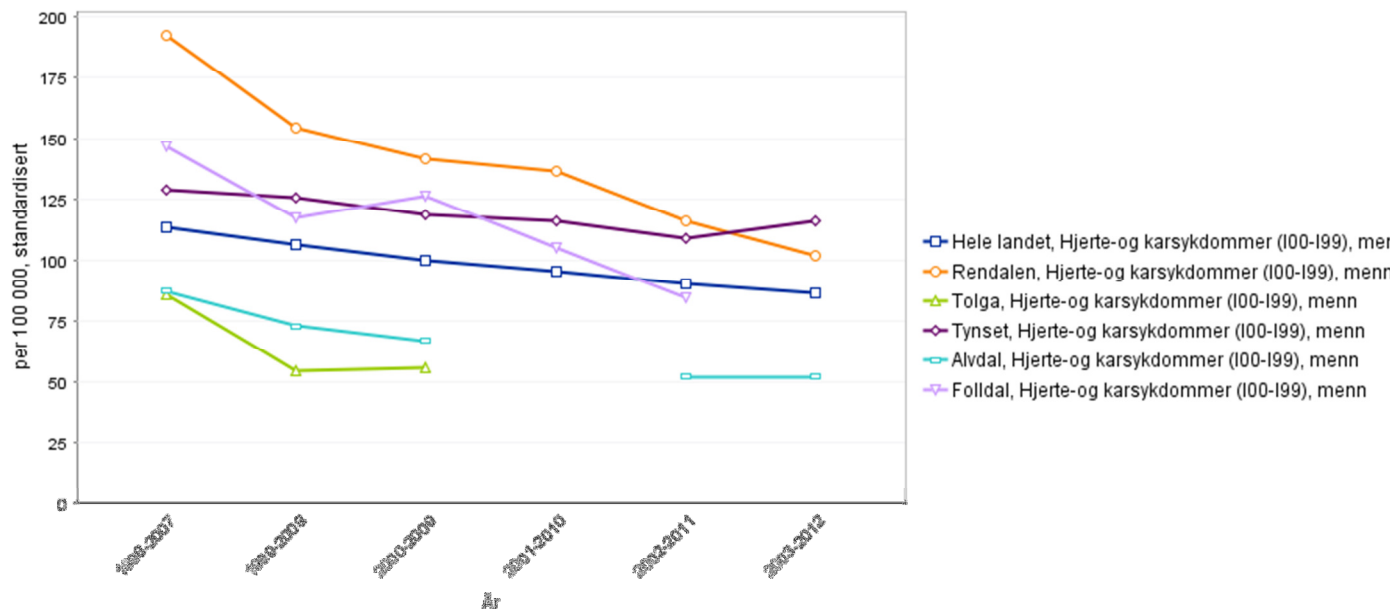
Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Kommunehelsa

**Diagram 3.6.3.4: Dødelighet hjerte-/karsykdom, kvinner, 10 års glidende gjennomsnitt, 1998-2012**



Dødelighet hjerte- karsykdom, kvinner, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa. Tallene for Folldal i 2012 er anonymisert.

**Diagram 3.6.3.5: Dødelighet hjerte-/karsykdom, menn, 10 års glidende gjennomsnitt, 1998-2012**



Dødelighet hjerte- karsykdom, menn, per 100 000 standardisert. 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: KommuneHelsa. Tallene for Folldal i 2012 er anonymisert.

### 3.6.4 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma

**Medikamenter mot KOLS og astma, brukere 45-74 år:** Det har vært en liten økning i bruken av disse medikamentene i Folldal kommune fra 2007 til 2012.



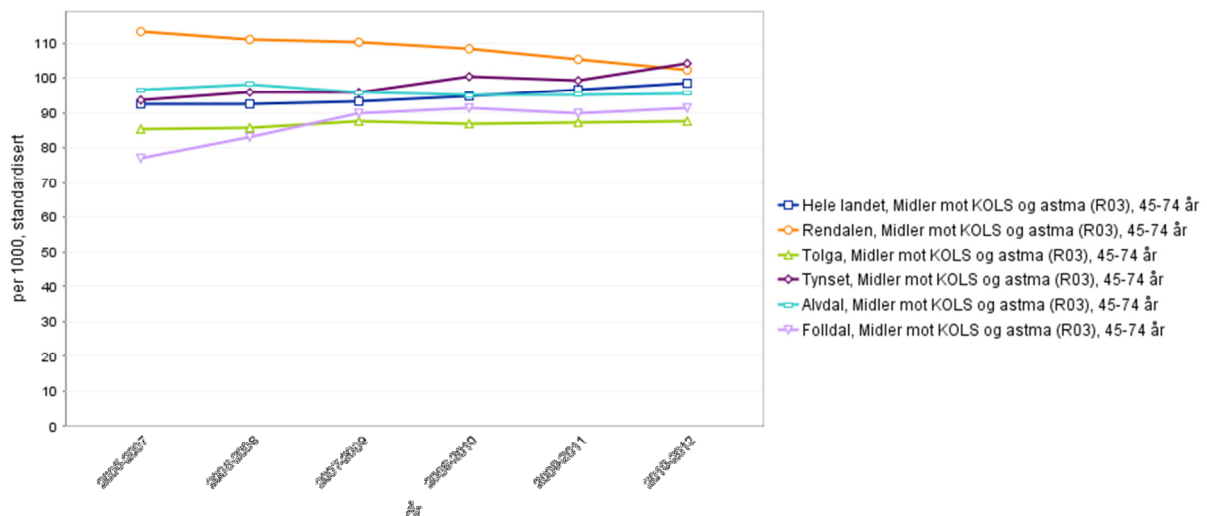
Bruken er noe lavere enn de øvrige kommunene og i landet som helhet. Forskjellen mellom kommunene vi sammenlikner oss med er fra 104,1- 87,6 (per 1000 standardisert, 3års glidende gjennomsnitt). I perioden 2010-2012 ble det hentet ut minst en resept av 95 personer i årlig gjennomsnitt, ca. 53 menn og 42 kvinner.

**Sykehusinnleggelser** Folldal kommune hadde i 2012 svært få sykehusinnleggelser som skyldtes KOLS eller astma, 3-4 personer gjennomsnittlig per 1000, 3 års glidende gjennomsnitt.

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

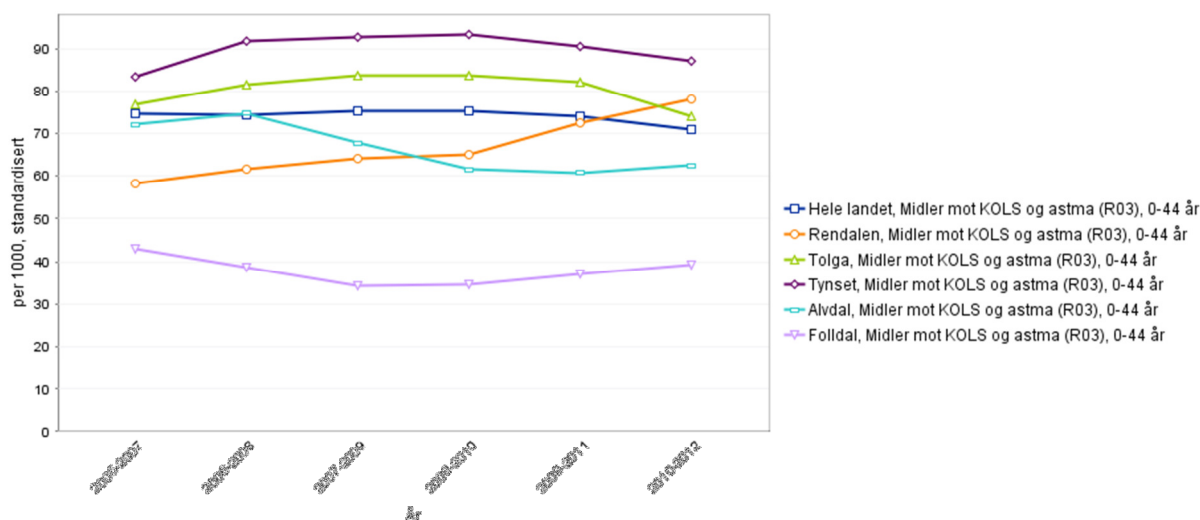
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Om lag 200 000 nordmenn har trolig KOLS, av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking som forklarer to av tre tilfeller, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper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

**Diagram 3.6.4.1: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 45-74år, 3 års glidende gjennomsnitt 2007-2012**



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

**Diagram 3.6.4.2: Bruk av KOLS og astma medikamenter, 0-44 år, 3 års glidende gjennomsnitt 2007-2012**



### 3.6.5 Smerter

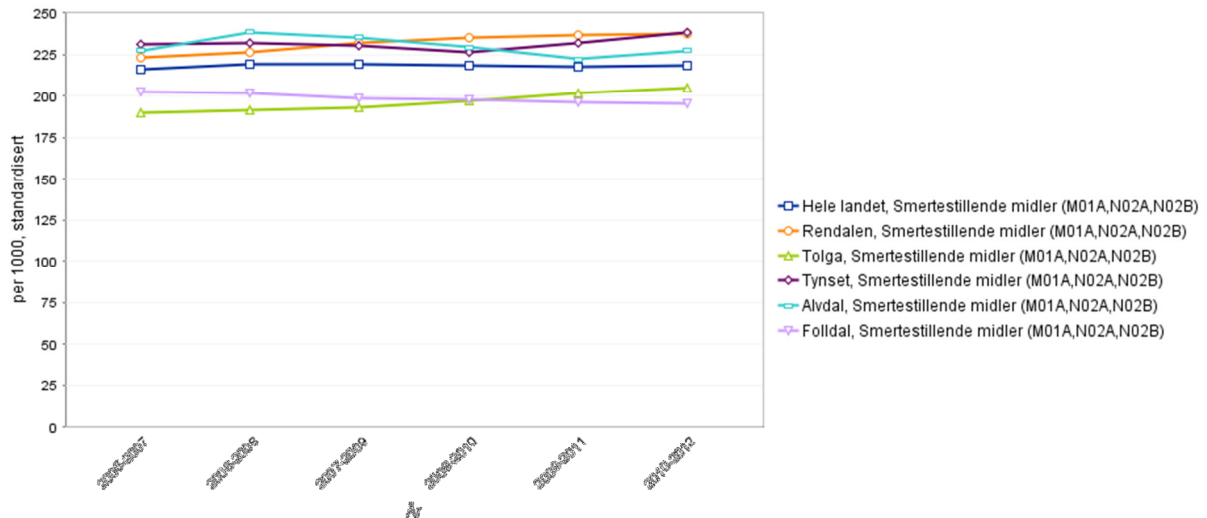
**Smertestillende medikamenter, brukere 0-74 år:** Det har vært stabile tall i forhold til bruk av andre smertestillende medikamenter, antydning til nedgang (dvs. smertestillende utenom opoider og betennelseshemmende medikamenter), på resept i Folldal kommune. I årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012 var bruken på et lavere nivå enn i landet som helhet og lavere enn i de kommunene vi sammenlikner oss med. Det ble i årlig gjennomsnitt hentet ut minst en resept av 163 kvinner og 142 menn i denne perioden (305 personer totalt).

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 3.6.5.1 Bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter, 0-74 år, 3 års glidende gjennomsnitt 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: Kommunehelsetjeneste

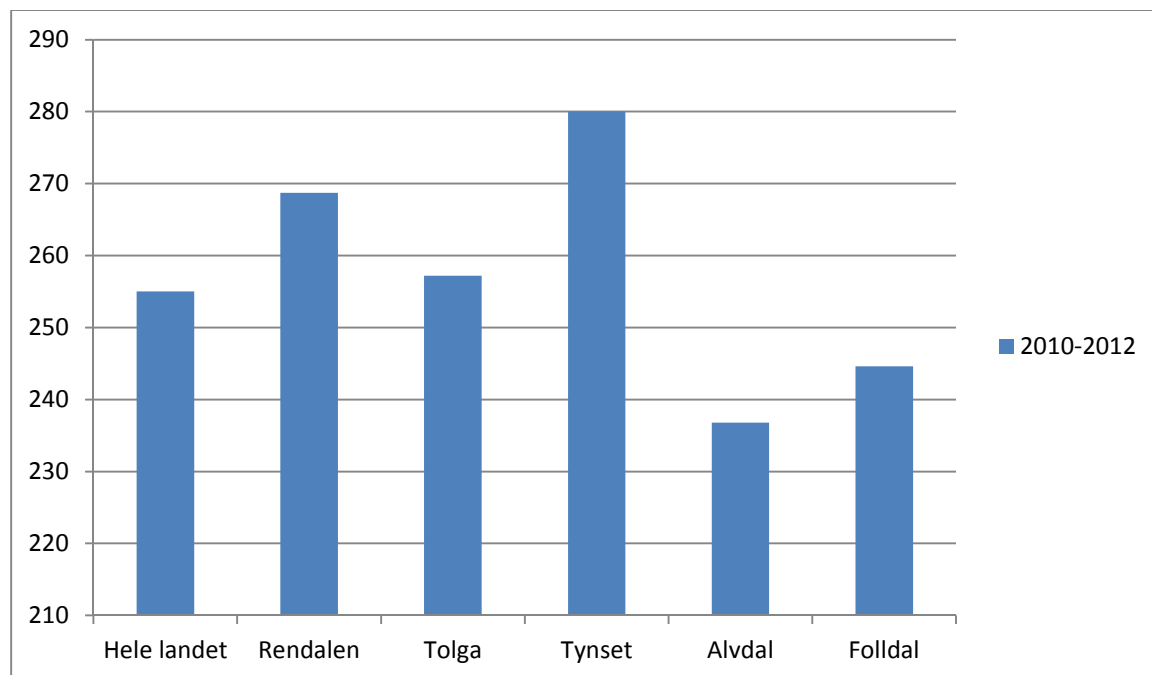
### 3.6.6 Muskel- skjelettlidelser

Bruk av primærhelsetjenesten: 375 personer med diagnose muskel-skjelettplager eller – sykdommer (ikke brudd) fra Folldal kommune var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012. Det tilsvarte 245 personer per 1000 innbyggere (3 års- glidende gjennomsnitt). Tallet er noe lavere enn landet for øvrig og i forhold til de fleste av de kommunene vi sammenlikner oss med.

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og – helsetilbud. Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 23/2010.

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 3.6.5.1 Bruk av primærhelsetjenesten, muskel-skjelettlidelser, 3 års glidende gjennomsnitt. Per 1000, standardisert**



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)

Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank

### 3.6.7 Rus og Psykiske lidelser

**Medikamenter mot psykiske lidelser, brukere 0-74 år:** Fra 2010 til 2012 har det vært en meget liten økning i bruk av antipsykotika i Folldal kommune. Når det gjelder antidepressiva, sovemedisiner og beroligende, har det vært en nedgang i samme periode. Det er flere kvinner enn menn som bruker medikamenter mot psykiske lidelser. 102 kvinner og 68 menn hentet ut minst en resept i perioden 2010-2012 (årlig gjennomsnitt)

Tallet i Folldal kommune ligger totalt sett noe lavere enn landet som helhet i de siste årene.

Medikamentbruk og innleggelser viser ikke andel i befolkningen som har lettere psykiske plager og lidelser.

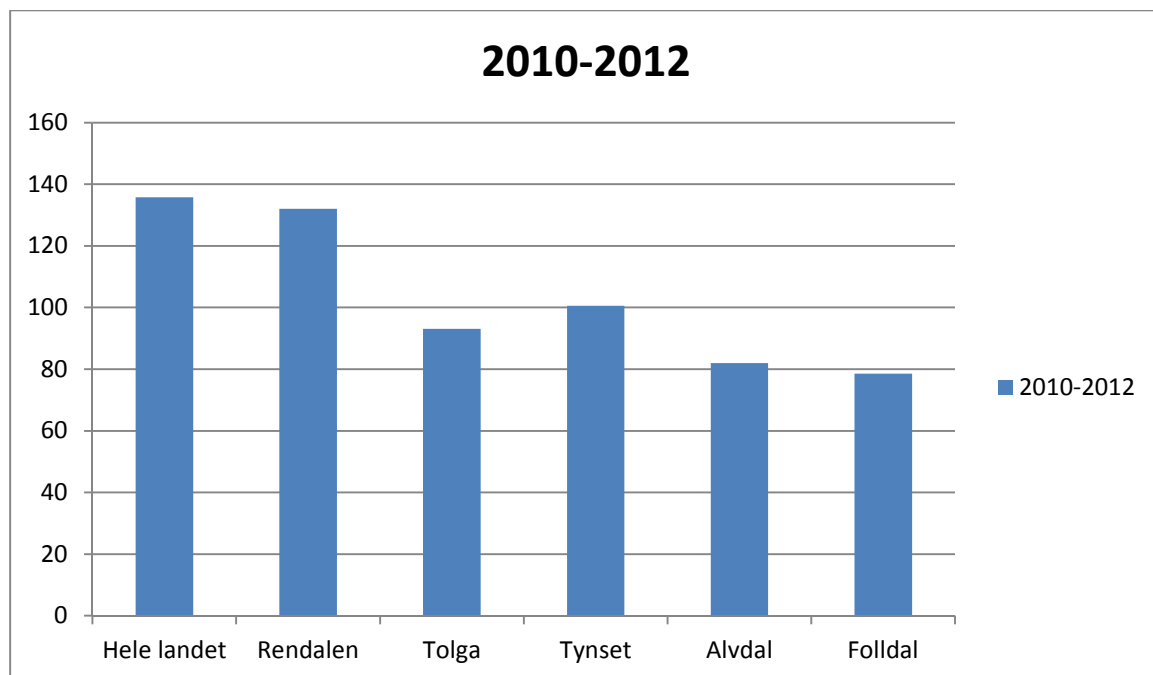
#### **Bruk av primærhelsetjenesten:**

79 personer fra Folldal kommune med diagnose psykiske symptomer eller lidelse var i kontakt med fastlege eller legevakt i årlig gjennomsnitt i perioden 2010-2012.

**Rus:** Det er gjort en kartlegging av rusmisbruk i kommunen i 2014. Det er ca. 1,16% andel av befolkningen over 18 år som er registrert. Det er ikke mange tyngre rusmisbrukere i kommunen. Alkohol og medisiner er de største områdene for misbruk. Det er flere menn enn kvinner som er misbrukere. Ellers er tallene i kommunen så små at de er anonymisert.

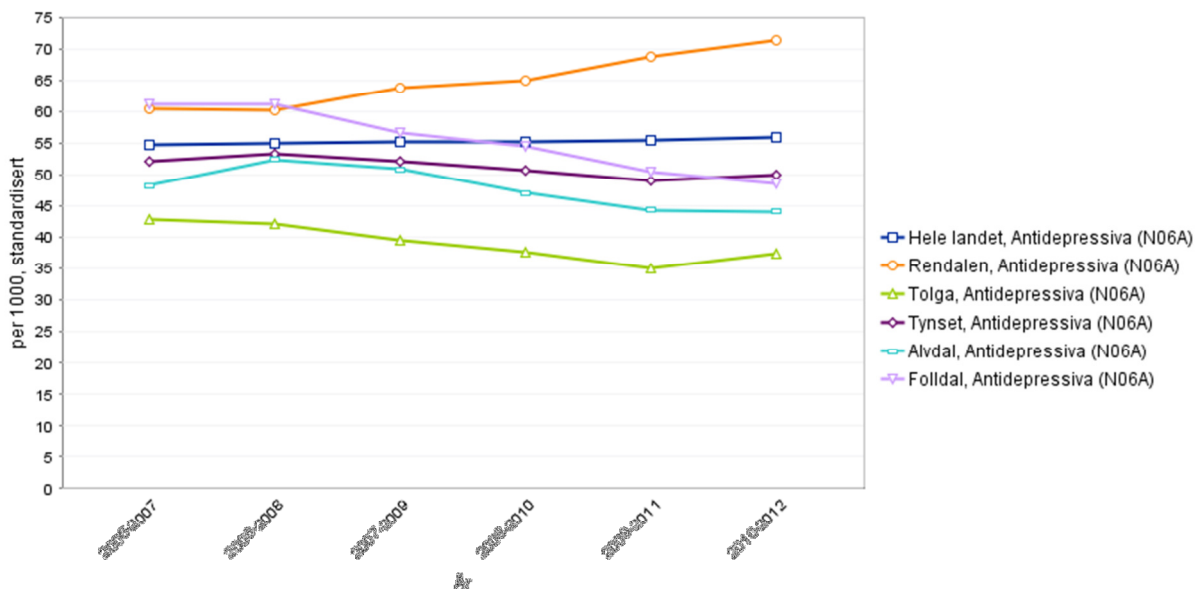
Folkehelseinstituttets begrunnelse for valg av indikator: Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er stabil, og er svært vanlig i befolkningen. Ca. en tredel av voksne har en psykisk lidelse i løpet av et år (inkludert alkoholmisbruk), mens 8 % av barn og unge til en hver tid har en psykisk lidelse. 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.

**Diagram 3.6.7.1: Bruk av primærhelsetjenesten, 3 års gjennomsnitt, (per 1000 standardisert) 2010-2012**



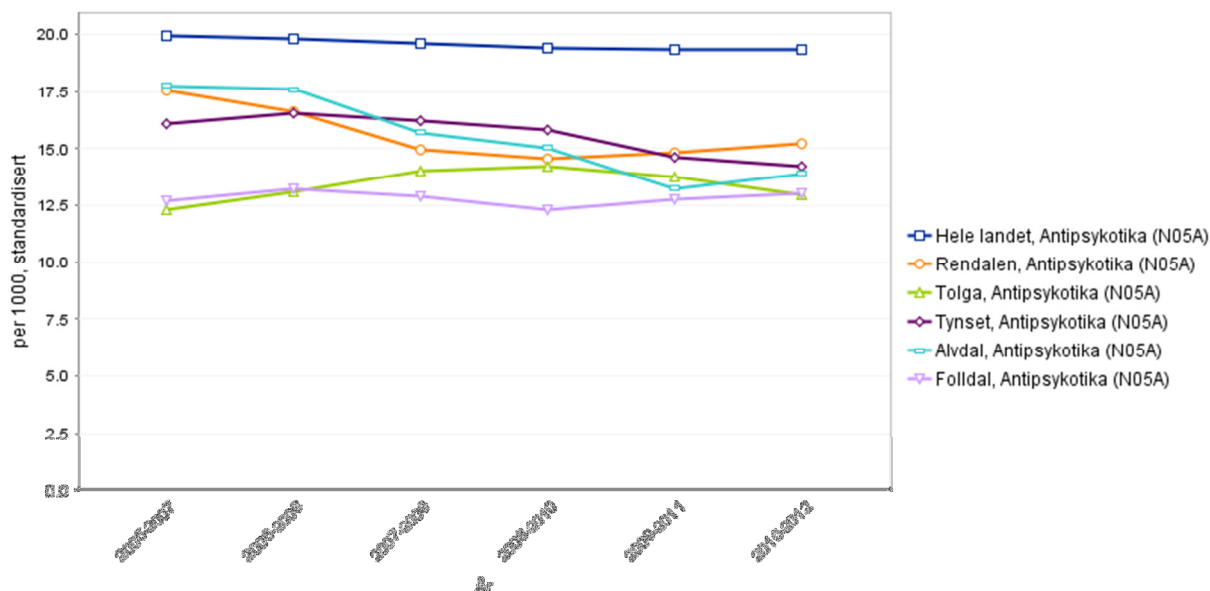
Antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder) Kontakter med primærhelsetjenesten er klassifisert etter ICPC-kodeverket. Dataene er hentet fra: Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)-databasen i HELFO, Helsedirektoratet. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank.<http://khs.fhi.no>

**Diagram 3.6.6.3: Bruk av antidepressiva, 3 års glidende gjennomsnitt 2007-2012**



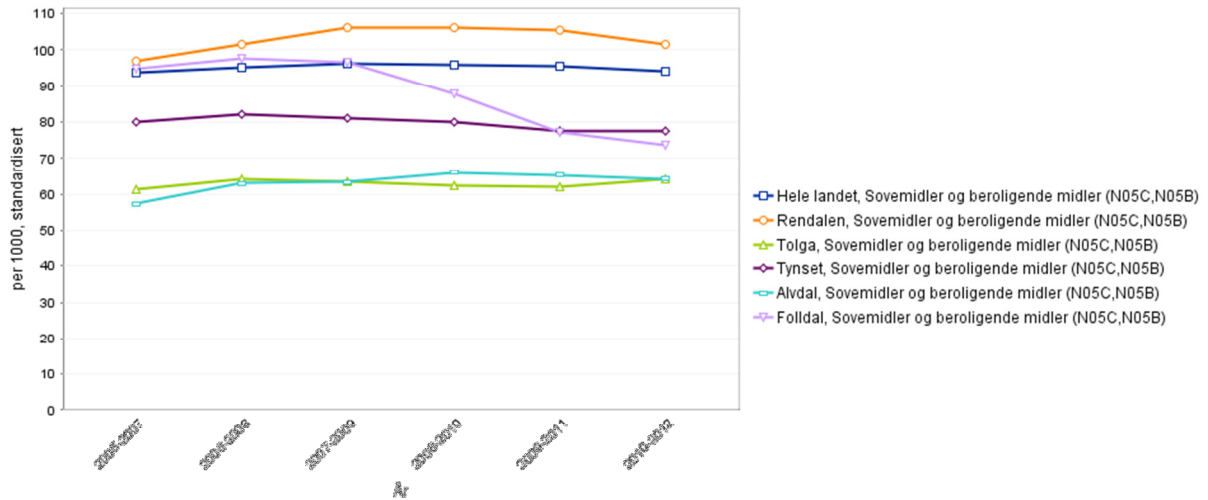
Brukere av legemidler utlevert på resept til personer 0-74 år. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst en resept i kalenderåret. Dersom en bruker henter ut flere resepter på samme legemiddel telles vedkommende som bruker bare en gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt. Per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

**Diagram 3.6.7.4: Bruk av antipsykotika, 3 års glidende gjennomsnitt, 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: Kommunehelse

**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: Kommunehelsa

### 3.6.8 Smittsomme sykdommer

**Vaksinasjonsdekning:** I perioden 2008-2012 (årlig gjennomsnitt) var ca.. 93% av barna i 2 års alderen fullvaksinerte mot difteri, kikhoste, polio og stivkrampe. Øvrige tall mangler. Helsestasjonen er av den formening om at tallet er noe høyere.

#### Meldte smittsomme sykdommer:

Det er totalt sett få smittsomme sykdommer som blir meldt til Folkehelseinstituttet (lovpålagte meldinger) fra de kommunene som er bakgrunn for statistikken. Unntaket er genitale chlamydiainfeksjoner og kikhoste. Antall varierer fra år til år – høyeste antall for et enkelt år i 2012/2013 er 26/14 for chlamydia og 27/11 for kikhoste.

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 – andel (prosent), 5 års glidende gjennomsnitt**

År			2004-2008	2005-2009	2006-2010	2007-2011	2008-2012
	Alder	Vaksine					
2 år		Difteri-vaksine	95,8	95,6	94,0	94,4	93,2
		Hib-vaksine	:	:	:	:	:
		Kikhoste-vaksine	95,8	95,6	94,0	94,4	93,2
		MMR-vaksine	:	:	:	:	:
		Polio-vaksine	95,8	95,6	94,0	94,4	93,2
		Stivkrampe-vaksine	95,8	95,6	94,0	94,4	93,2
9 år		Difteri-vaksine	92,0	93,0	90,0	91,8	93,6
		Hib-vaksine	:	:	:	:	:
		Kikhoste-vaksine	90,8	93,0	90,0	91,8	93,6
		MMR-vaksine	91,8	92,8	89,8	92,6	93,6
		Polio-vaksine	92,4	93,0	90,0	91,8	93,6
		Stivkrampe-vaksine	92,8	93,8	90,8		

Andelen barn som er fullvaksinerte mot henholdsvis meslinger, kuma, røde hunder (MMR), kikhoste, difteri, stivkrampe, polio og Haemophilus influenzae type B (Hib) 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. Kommunehelsa statistikkbank.

**Tabell 3.6.8.2 MSIS meldinger smittsomme sykdommer samlet i nevnte kommuner samlet, 2008-2013**

SYKDOM	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Campylobacteriose</b>	7	4	13	13	6	8
<b>Chlamydiainfeksjon, genital</b>	32	22	29	39	26	14
<b>E. coli-enteritt</b>	-	-	-	1	-	1
<b>Giardiasis</b>	1	2	2	1	-	1
<b>Hepatitt A</b>	-	-	-	1	-	1
<b>Hepatitt B, kronisk</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Hepatitt C</b>	8	6	4	-	1	2
<b>Kikhoste</b>	94	47	6	42	27	11
<b>MRSA-infeksjon</b>	-	3	5	3	-	2
<b>Salmonellose</b>	2	4	5	1	1	2
<b>Syst. gr. A streptokokksykdom</b>	-	-	-	1	-	-
<b>Syst. H. influenzae-sykdom</b>	-	-	-	-	2	1
<b>Syst. pneumokokksykdom</b>	1	2	5	4	2	3
<b>Yersiniose</b>	-	-	-	-	-	-

Tabellen viser antall tilfeller diagnostisert i tidsrommet 01.2008-12.2013 for Alvdal, Folldal, Rendalen, Tolga og Tynset. Kommunene er slått sammen p.g.a. lite tallmaterieell for den enkelte kommune. Folkehelseinstituttet, MSIS

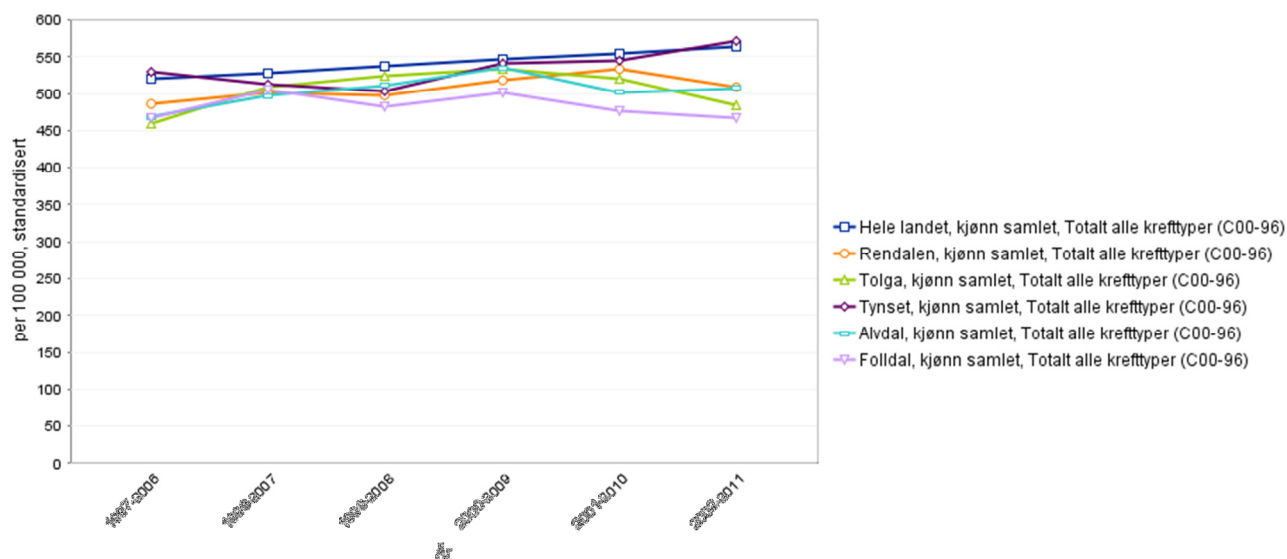
### 3.6.9 Kreft

**Nye tilfeller av kreft:** Antall nye krefttilfeller per 100 000 innbyggere etter 2000-2009 har hatt en svak nedgang. I perioden 2002-2011 var det 11 personer i kommunen som fikk diagnosen kreft (nye tilfeller) årlig gjennomsnitt

**Kreftdødelighet, 0-74 år:** Det er svært små svingninger i dødelighet fra år til år i Folldal kommune, med en svak økning siden 1999, men det er små tall og statistisk vanskelig å sammenlikne. Antall dødsfall i årlig gjennomsnitt i perioden 2006-2012 var rundt 2.

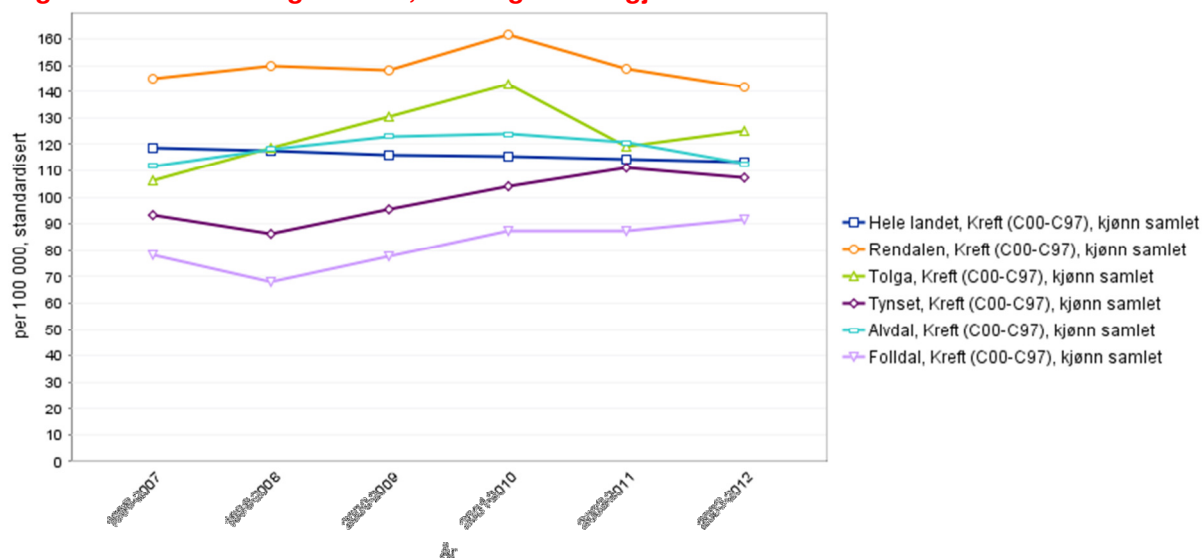
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Kreftforekomsten har økt. Det er større sosioøkonomiske forskjeller i kreftdødelighet i dag enn for 40 år siden, spesielt i forhold til lungekreft. Kilde: Folkehelseinstituttet

**Diagram 3.6.9.1: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt**



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

**Diagram 3.6.9.2: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 2007-2012**



Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelsa Statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

### 3.6.10 Sykehusinnleggelser generelt

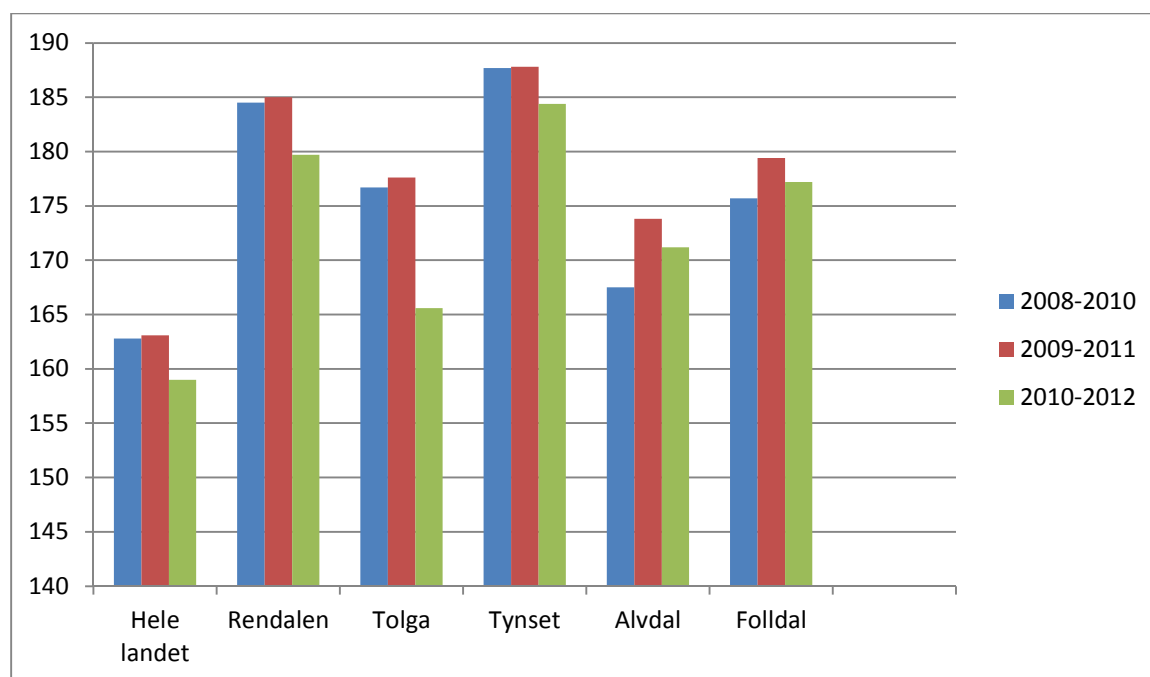
Antall pasienter per 1000 innbyggere som ble innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske avdelinger fra Folldal kommune hadde en liten nedgang de siste 3 årene før 2013. I årlig gjennomsnitt i perioden 2010 til 2012 i Folldal kommune dreide det seg om 177 personer fra kommunen, 3 års glidende gjennomsnitt.

Antall liggedøgn har gått ned fra 2010 til 2012, fra en verdi på 1051 til 809. Gjennomsnittlig antall liggedøgn er i 2012 på 1,3.

Samtidig er det samme tallet med sykehusinnleggelser i somatiske avdelinger høyere i Folldal kommune enn i hele landet.

Befolkningens bruk av sykehustjenester 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

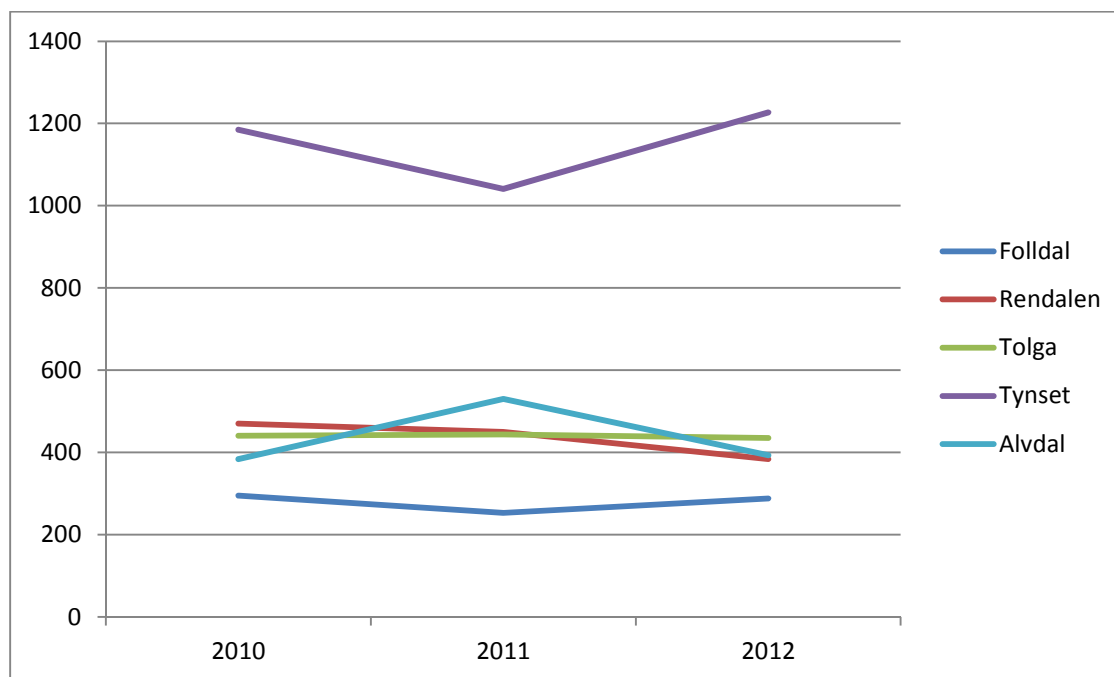
**Diagram 3.6.10.1: Somatiske sykehusinnleggelser, antall personer per 1000 innbyggere, 3 års glidende gjennomsnitt**



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). Tallene omfatter ikke opphold av friske nyfødte eller keisersnitt/forløsning. Standardiserte tall. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

### Diagram 3.6.10.2 Antall innleggelser i somatisk sykehus i tidsrommet 2010-2012

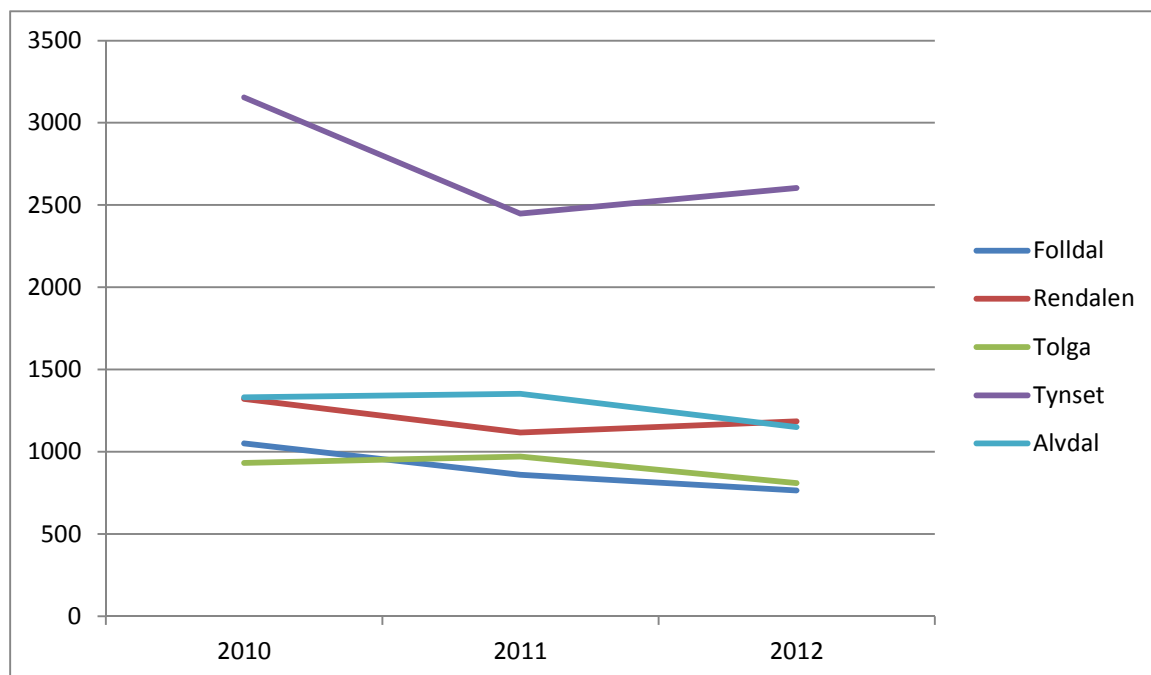
Alle aldersgrupper



Kilde: Helsedirektoratet

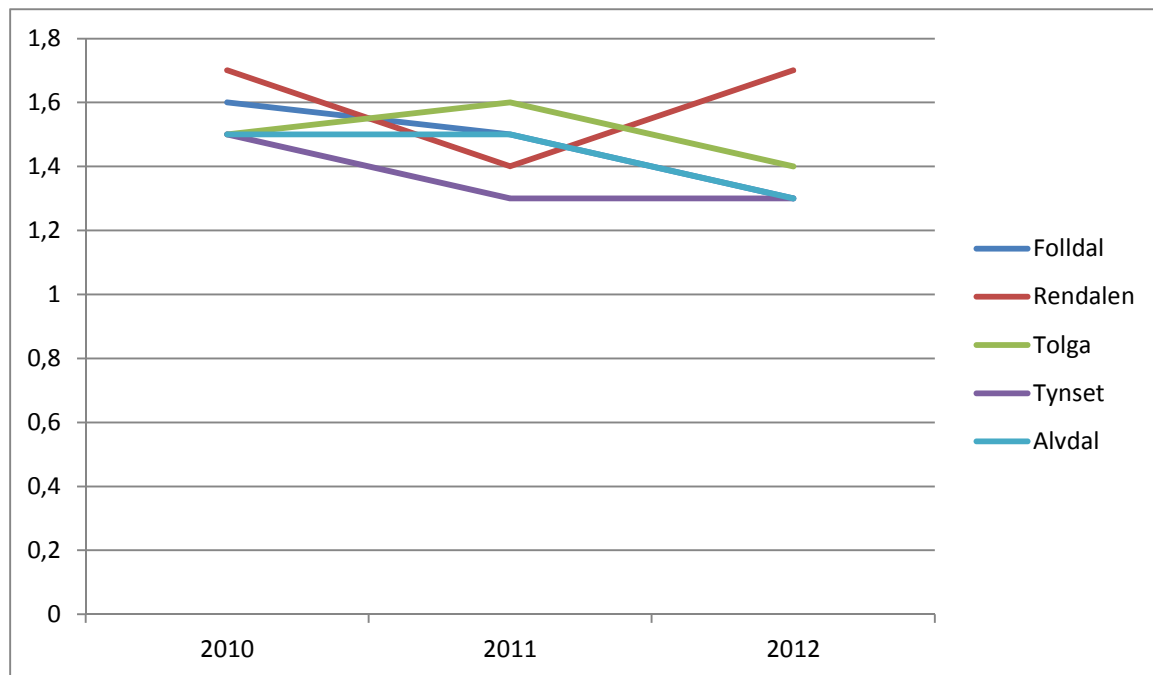
### Diagram 3.6.10.3: Somatiske sykehusinnleggelser, antall liggedøgn, 2010-2012

Alle aldersgrupper:



Kilde: Helsedirektoratet

**Diagram 3.6.10.4: Somatiske sykehusinnleggelser, gjennomsnittlig liggedøgn, 2010-2012**  
Alle aldersgrupper



Kilde: Helsedirektoratet

### 3.6.11 Tannhelse

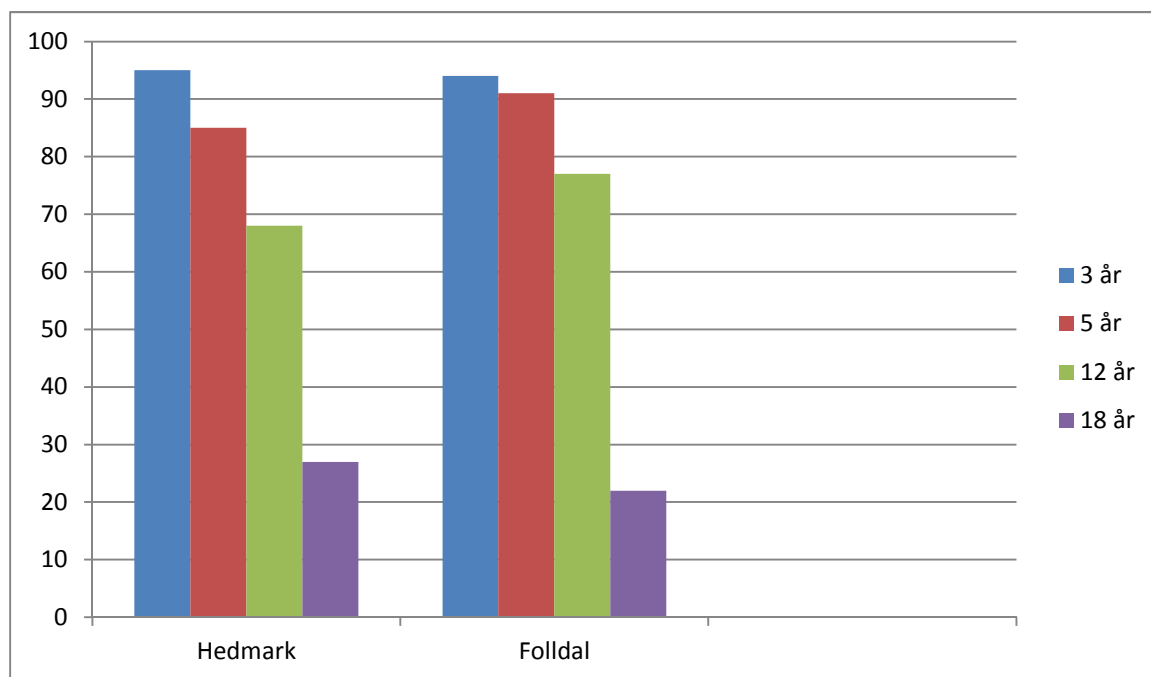
I Folldal hadde 91 % av 5-åringene, 77 % av 12-åringene og 22 % av 18-åringene ikke hatt behov for fyllinger i 2012. I Hedmark samme år var tallene 85 %, 68 % og 27 %.

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: Andelen med «null hull» uten behov for fyllinger, i enkelte årstrinn i 2013

Andel 5-, 12- og 18-åringer uten behov for fyllinger i 2012 DMF=0 betyr andel av årskullet som ikke har hatt behov for fyllinger. Kilde: Fylkestannhelsetjenesten i Hedmark



### 3.6.12 Vurdering av årsaksforhold og konsekvenser

Follidal legekontor har en del pasienter fra andre kommuner som kan påvirke statistikken.

\* Hentet ut minst en resept av personer i alder 30-74år \*\*Hentet ut minst en resept av personer i alder 0-74 år

Status	Mulige årsaker	Mulige konsekvenser
<b>Trivsel</b> 85,6 % av elevene på 7.trinn trivdes godt på skolen i årlige gj.snitt 2007-2011 og 90,5 % i 2008-2012. På 10. trinn var tallene 82,2% og 87,8%		Trivsel påvirker Motivasjon for å lære, som igjen påvirker risikoen for frafall fra skolen
<b>Kroniske Sykdommer, generelt</b> Se de forskjellige lidelsene	Se de forskjellige Lidelsene. Men 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
<b>Diabetes</b> Gradvis økning i bruk av legemidler mot diabetes type 2 etter 2007 med en	Genetikk Lite aktivitet	Skade av blodårer og indre organer, økt risiko for

	<p>stabilisering etter 2011. 42 personer (per 1000)årlig gj.snitt 2010- 2012.*</p> <p>33 personer som brukte medisiner i samme tidsrom</p>	<p>Overvekt</p> <p>Usunt kosthold</p>	<p>hjerteinfarkt, hjerneslag og amputasjon, nyresvikt, nedsatt syn, nedsatt følsomhet i bena, impotens hos menn</p>
<b>Hjerte-og Karsyk-Dommer</b>	<p>Stabil bruk av medikamenter mot hjerte- og karsykdommer fra 2007-2012. 228 personer , årlig gj.snitt 2010-2012.**</p> <p>Økning i bruk av kolestrolsenkende medikamenter fra 2007 til 2012. 155 personer, årlig gj.snitt 2010-2012.**</p> <p>67 personer hos fastlege/ Legevakt med diagnose hjerte-karsykdom 2010-2012, årlig gj.snitt</p> <p>33 innleggelser i spesialisthelsetjenesten samme periode</p> <p>Gradvis dødelighet etter 1998</p>	<p>Arvelige faktorer i samspill med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolestrolnivå og diabetes.</p> <p>Inaktivitet, fedme og dårlig kosthold</p>	<p>Redusert livskvalitet, for tidlig sykdom og tidlig død.</p>
<b>Lunge-sykdommer</b>	<p>Rel. stabilt bruk, men en liten økning i bruken av medikamenter mot obstruktive lungesykdommer og astma fra 2007-2012. 95 personer, årlig gj.snitt 2010-2012</p>	<p>Røyking, luftforurensing i arbeidsmiljøet eller utendørs, arvelige faktorer, allergi og overfølsomhet</p> <p>God luftkvalitet, utfordringer med kaldt vær</p>	<p>Pustebesvær, hoste, tretthet, psykiske og sosiale konsekvenser.</p> <p>Redusert livskvalitet. Risiko for lungeinfeksjon</p>
<b>Smerter</b>	<p>Relativt stabil bruk av av Smertestillende Medikamenter på resept fra 2007-2012, ev. med en svak nedgang, 305 personer, årlig gj.snitt 2010-2012 **</p>	<p>Mange lidelser – kroniske muskel-skjelettlidelser blant de vanligste smertetilstandene</p>	<p>Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen</p>
<b>Muskel-Skjelettlidelser</b>	<p>375 personer med muskel-skjelettlidelser hos fastlege eller legevakt, årlig gj.snitt 2010-2012</p>	<p>Arv, over-, under-, og feilbelastning , skader overvekt og stress, psykiske lidelser og rus Inaktivitet</p>	<p>Redusert livskvalitet, sykefravær, uføretrygd</p>

<p><b>Psykiske Lidelser og rus</b></p>	<p>Svak økning i bruk av anti-psykotika, nedgang i bruk av antidepressiva, sovemidler og beroligende midler fra 2010-2012 102 kvinner og 68 menn, årlig gj.snitt 2010-2012**</p> <p>79 personer i kontakt med Fastlege/legevakt, årlig gj.snitt 2010-2012</p> <p>Når det gjelder rus, er det Ca. 1,16% av befolkningen registrert som rusmisbrukere. Alkohol og medisiner utgjør størst misbruk, noe cannabis</p> <p>Små tall i forhold innleggelser i spesialisthelsetjenesten</p>	<p>Oppvekstmiljø, tap av nære relasjoner, Samlivsbrudd, konflikter, psykiske plager, rusmisbruk eller vold i familien, mobbing på skolen, digital mobbing, ensomhet, traumatiske opplevelser, arvelige faktorer.</p> <p>Risiko for smittsomme sykdommer</p>	<p>Nedsatt arbeidsevne, sykefravær, uføretrygd, større dødelighet.</p> <p>Konsekvenser for barn.</p> <p>Fysisk/kroppslig besvær.</p>
<p><b>Smitt-Somme sykdommer</b></p>	<p>Vaksinasjonsdekning ca. 93 % for de forskjellige vaksinene</p> <p>Totalt sett få meldinger til Folkehelseinstituttet, unntaket er genitale chlamydiainfeksjoner, antall varierer fra år til år – høyeste antall i et enkelt år i perioden 2002-2012 var 39.</p>	<p>Helsestasjonen når nesten alle barn i kommunen</p> <p>Chlamydia – ubeskyttet Sex, manglende kunnskap</p>	<p>Lite smitte i befolkningen</p> <p>Chlamydia – Problemer med å bli gravid og større risiko for graviditet utenfor livmoren</p>
<p><b>Kreft</b></p>	<p>Svak nedgang i nye tilfeller (men obs. små tall)- 11 nye tilfeller i årlig gj.snitt</p> <p>Små svingninger i kreftdødelighet fra 1999, antydning til økning, men obs små tall (ca. 2 i årlig gj.snitt)</p>	<p>Utvikling av kreft: Livsstilsfaktorer som røyking, stoffer i miljøet, fedme, kosthold, alkohol, infeksjoner og fysisk aktivitet påvirker kreftrisiko. Genetiske årsaker</p> <p>Stabil dødelighet: bedre behandling, tidlig oppdagelse</p>	<p>Lidelser og kostnader</p>
<p><b>Sykehus-Inn-Leggelser</b></p>	<p>Antall sykehusinnleggelser er gjennomsnittlig høyere enn i resten av landet</p> <p>Liten nedgang fra 2010-2012. 177 personer inn-</p>	<p>Geografisk avstand kan gi lavere terskel i forhold til sykehusinnleggelser. Høy gjennomsnittsalder kan gi flere innleggelser.</p> <p>Nedgang i forhold til</p>	



	lagt somatiske avdelinger årlig gj.snitt 2010-2012	innleggelser i kommunen kan være stabilere legedekning og god fungerende pleie- og omsorgstjeneste	
r	<b>Tannhelse</b> 91% av 5-åringene, 77% Av 12-åringene og 22% Av 18-åringene hadde ikke hatt behov for fyllinger i 2013.	Godt samarbeid med foresatte og helsetjenesten v/helsestasjon og tannhelsetjenesten.	God tannstatus i befolkningen.

### 3.6.13 Ressurser – helsefremmende og forebyggende tiltak

#### Helsetilstand: Helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen

- Svangerskapskontroll (jordmor eller lege)
- Hjemmebesøk (jordmor eller helsesøster)
- Rådgivende samtaler/helseundersøkelser (helsestasjon og skolehelsetjeneste)
- Barnevaksinasjonsprogram (helsestasjon)
- Vaksinerings av utsatte grupper, reisevaksinerings og yrkesvaksinerings (helsestasjon)
- Smittevernarbeid
- Psykiatrigruppe
- Frisklivsentralen
- Demensteam
- LHL – forskjellige grupper
- Støttegruppe psykiatri
- Rusteam
- Hverdagsrehabilitering
- Kost og ernæring

#### Helsetilstand: Innspill til mulige fremtidige tiltak

- Opprette folkehelsesteam
- Legge opp til prosjekter for tiltak mot enkeltgrupper av befolkningen
- Utvikle demensteamets oppgaver og tidsbruk
- Videreutvikle arbeidet i rus- og psykiaritjenesten, med mer forebyggende tiltak i skolen
- Opprettholde en god legedekning
- Øke helsesøsterressurs

## 4.0 Oppsummering av utfordringsbildet Folldal kommune

Oppsummeringen nedenfor baseres på datagrunnlag i foregående kapitler og nasjonale føringer innen folkehelsesatsing. Det er gjennomført drøftinger med folkehelsekoordinator, helsesøster, kommunefysioterapeut, skole, NAV, kommunelege I og enhetslederne.

Hovedtrekk i kartleggingen viser Folldal som en god kommune å bo og vokse opp i. Utfordringsbilde skiller seg ikke nevneverdig fra landsgjennomsnittet eller fylket. Det minnes om kapittel 2.1 som påpeker små kommuners utfordringer når det gjelder utarbeiding og tolkning av statistikk. Det er årsaken til at det for eksempel i tabell 3.6.8.2 er valgt å legge frem samlet tall for kommunene som er beskrevet under tabellen.

Avsnittene 4.1. til og med 4.4. oppsummerer funn i 4 hovedområder:

### 4.1 Framtidig folketall og befolkningssammensetning

Folketallet i Folldal har vært i gradvis tilbakegang i mange år. Etter en positiv tilvekst i 2012, ble det en tilbakegang i 2013. Befolkningsframskriving til 2040 viser en reduksjon til 1507 i 2040. Går man dypere inn i tallene og ser på aldersfordelingen, viser framskrivingen en økning i antall innbyggere for aldersgruppene 75 år og oppover. For alle aldersgrupperingene mellom 0-74 år viser framskrivningen nedgang i folketallet. Det vil gi store utfordringer inne pleie- og omsorg.

Befolkningssammensetningen innebærer vansker med å ivareta omsorgsoppgaver, særlig til de eldre. Vi vil oppleve mangel på arbeidskraft i forhold til omsorgsbehov. Allerede nå er det knapphet på arbeidskraft innen dette feltet, spesielt sykepleiere.

#### Strategier:

- Legge til rette for allsidig næringsliv i kommunene og i regionen
- Legge til rette for gode oppvekstvilkår
- Attraktiv boligpolitikk
- Rekruttere helsepersonell

#### Fokusområder:

- Spredt bebyggelse med mulighet for store tomter
- Attraktivt Folldal sentrum
- Trygge oppvekstvilkår
- Videreutvikling av barnehage og skolesektor
- Allsidig kulturliv
- Aktive grender/nærmiljøer
- Videreutvikle rusteamet

## 4.2 Levevaner

Levevaner dreier seg om individets helseatferd, særlig i forhold til kosthold, røyking, fysisk aktivitet og rus. Mulighet til å velge helsebringende levevaner handler om kunnskap om helsefremmende atferd, økonomisk mulighet til å velge helsefremmende levevaner, motivasjon og kulturelle preferanser.

Datagrunnlaget rundt livsstilssykdommer som muskel- og skjelett, diabetes, KOLS, hjerte-kar, psykisk helse og rus skiller seg ikke negativt ut når man sammenlikner seg med landsgjennomsnittet. Med den bakgrunn ser det ut som Follidal kommune bør følge de nasjonale anbefalingene for folkehelseiltak.

Da det er liten oversikt over levevaner blant skoleungdom, er kartleggingen i «Ungdata», som skolen skal gjennomføre i 2015 av stor viktighet. Når den er gjennomført, vil man kunne legge strategier i forhold til eventuelle funn som blir gjort her.

Se på mulighetene for å øke tilbudet på Frisklivsentralen.

### Strategier:

- Helseopplysning
- Tidlig intervensjon for å medvirke til økt fysisk aktivitet
- Tidlig intervensjon for valg av sunt kosthold
- Tidlig intervensjon i tobakks- og rusforebyggende arbeid

### Fokusområder er:

- Ernæring
- Tobakks- og rusforebygging
- De som står i fare for å utvikle sykdom relatert til livsstil
- Fysisk aktivitet
- Gang- og sykkelveier
- Allsidig aktivitetstilbud
- Videreføre og videreutvikle Frisklivssentraltilbudet
- Fysisk aktivitet i barnehage og skole/rammetimetall kroppsøving

## 4.3 Fysisk miljø

Det fysiske miljøet er viktige rammer for vårt hverdagsliv. Lokalisering av bolig, skole, arbeidsplasser, forretninger, rekreasjonsområder og lignende arenaer er av avgjørende betydning for aktivitet i hverdagen. Tilgjengelighet uavhengig av bil øker tilgjengeligheten for barn og eldre. Å planlegge med tanke på aktiv transport som det å gå og sykle er viktig.

### Strategier:

- \* Folkehelseperspektiv hensyntas i alle former for arealplanlegging

### Fokusområder er:

- \* Nærhet til hverdagsfunksjoner
- \* Mulighet til å gå eller sykle og benytte kollektivtransport
- \* Universell utforming
- \* Skade og ulykkesforebyggende arbeid
  - \* Satse på forebygging av fallulykker blant eldre
  - \* Belysning gater og plasser
  - \* Trafikksikkerhetsplan
  - \* Gang- og sykkelveier

## 4.4 Psykososialt miljø

Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk er de vanligste psykiske lidelser. De er også blant verdens dyreste sykdommer. 8% av alle barn og unge i Norge i alderen 3-18 år har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Psykiske lidelser kan forebygges. God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Forskning viser at mellommenneskelige relasjoner har stor betydning for folkehelsen. Opplevelsen av å leve det gode liv i Folldal vil forutsette et samfunn med gode og støttende miljøer og sterke sosiale nettverk, et samfunn som legger til rette for sosial tilhørighet og trygghet.

Kartleggingen viser noe redusert kvalitet på trivsel fra 7. til 10. trinn i skolen

### Strategier:

- \* Samarbeide tett med lag og foreninger som arenaer for å utjevne helseforskjeller
- \* Styrke barnehage, skole og helsestasjonens innsats for forebyggende og helsefremmende arbeid
- \* Kompetanseheving om rus og psykisk helse

#### Fokusområder er:

- \* Barnehage og skole
- \* Arbeidsliv
- \* Nærmiljø
- \* Tilflyttere

## 5.0 Veien videre

Folldal kommune har gjennomført den første kartleggingen av folkehelseutfordringer i kommunen. Ved valg av statistikkgrunnlag er det tatt utgangspunkt i områdene omhandlet i «Forskrift om oversikt over folkehelsen». I kapittel 4 er det forsøkt å komme med en kort oppsummering og det er konkludert med følgende

#### 4 innsatsområder:

- \* Folketall og befolkningssammensetning
- \* Levevaner
- \* Fysisk miljø
- \* Psykososialt miljø

Dokumentet anbefales å være et grunnlagsdokument i det videre arbeidet med kommunal planstrategi. Det anbefales at det blir utarbeidet et handlingsprogram som gir føringer innen folkehelse og at føringene har fremtredende plass i alt planarbeid.