



MELHUS
KOMMUNE

Folkehelse i Melhus kommune

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Tatt til orientering av kommunestyret, Melhus kommune, 23.5.2017

Innhold

1. Sammendrag	6
1.1. Samlet oversikt, folkehelseutfordringer.....	7
2. Innledning	9
2.1. Bakgrunn	9
2.2. Om oversikten	11
2.2.1. Organisering av arbeidet med oversiktsdokumentet.....	11
2.2.2. Medvirkning.....	11
2.2.3. Oppbygging av dokumentet	11
2.2.4. Målgrupper for dokumentet	12
2.2.5. Dokumentets begrensninger.....	12
2.2.6. Statistikk og kilder	12
3. Befolkningsutvikling og – sammensetning	13
3.1. Folketall og befolkningsutvikling.....	13
3.1.1. Befolkningstall	13
3.1.2. Bakgrunn for befolkningsveksten.....	14
3.2. Befolkningens alderssammensetning, kjønn og sivile status	18
3.3. Oppsummering.....	20
3.3.1. Hovedpunkt	20
3.3.2. Utfordringer knyttet til befolkningsutvikling.....	21
4. Oppvekst- og levevilkår	22
4.1. Sammenheng mellom inntekt, arbeid og helse	22
4.1.1.inntekt og økonomiske levekår	22
4.1.2. Mottagere av sosialhjelp	23
4.1.3. Helse og arbeidsforhold	25
4.1.4. Arbeidsledige.....	26
4.1.5. Sykefravær og uføretrygd.....	27
4.1.6. Yrkesrelaterte helsebelastninger	28
4.2. Helse og boforhold	28
4.2.1. Bosettingsmønster	28
4.2.2. Boligtypefordeling og forventet boligbygging.....	31
4.2.3. Tilgjengelighet til boliger	31
4.3. Boligsosialt arbeid	31
4.3.1. Rammer og mål for kommunens boligsosiale arbeid.....	32
4.3.2. Status, bosatte i kommunale boliger	32
4.3.3. Boligsosiale hensyn i plassering av boliger.....	34
4.3.4. Startlån fra Husbanken.....	34

4.3.5.	Innvilgede søknader om bostøtte	35
4.4.	Utdanningsnivå.....	35
4.5.	Oppvekstvilkår for barn og unge	36
4.5.1.	Inntekt og oppvekstvilkår	36
4.5.2.	Frafall i videregående skole.....	38
4.5.3.	Læringsmiljø og elevprestasjoner i grunnskolen.....	38
4.5.4.	Barnehagedekning og barnehagemiljø.....	42
4.5.5.	Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste.....	44
4.5.6.	Barnevern	45
4.6.	Oppsummering.....	48
4.6.1.	Hovedpunkt	48
4.6.2.	Utfordringer.....	49
5.	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	50
5.1.	Fysisk miljø	50
5.1.1.	Økosystem – vårt livsgrunnlag	50
5.1.2.	Tilgang til matjord	51
5.1.3.	Vannressurser og drikkevannskvalitet	52
5.1.4.	Påvirkning fra radon	53
5.1.5.	Støy.....	54
5.1.6.	Lokal luftkvalitet	56
5.1.7.	Inneklima	57
5.1.8.	Trygg skolevei, gang- og sykkelveger.....	57
5.1.6	Tilgang på rekreasjons- og friluftsområder	59
5.2.	Biologisk miljø.....	60
5.2.1.	Smittsomme sykdommer	60
5.2.2.	Bruk av antibiotika.....	61
5.3.	Kjemisk miljø	62
5.3.1.	Fakta om miljøgifter	62
5.3.2.	Miljøledelse, Melhus kommune	63
5.4.	Sosialt miljø	63
5.4.1.	Deltagelse i organisasjoner og lag.....	64
5.4.2.	Kulturtilbud og sosiale møteplasser	64
5.4.3.	Valgdeltagelse	66
5.4.4.	Sosialt miljø og nærmiljø for ungdom.....	66
5.4.5.	Aleneboende	67
5.5.	Oppsummering.....	68
5.5.1.	Hovedpunkt	68
5.5.2.	Utfordringer.....	69

6. Skader, ulykker og vold	70
6.1. Generelt om skader og ulykker og vold.....	70
6.2. Overblikk, dødsulykker	71
6.2.1. Voldsomme dødsfall, Melhus.....	72
6.3. Trafikkulykker	72
6.3.1. Trafikkulykker, Melhus	73
6.4. Drukningsulykker	75
6.5. Brannulykker	75
6.5.1. Melhus.....	75
6.6. Arbeidsulykker.....	76
6.7. Forgiftninger	76
6.8. Hjemmeulykker, inkludert fallulykker	77
6.9. Uønskede hendelser i skole, barnehage og på fritiden.....	77
6.9.1. Skader og vold i skoler og barnehager, Melhus	78
6.10. Ulykker og vold i sykehjem, Melhus.....	78
6.11. Seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner, Melhus	78
6.12. Oppsummering.....	79
6.12.1. Hovedpunkt	79
6.12.2. Utdfordringer.....	80
7. Helserelatert atferd	81
7.1. Fysisk aktivitet	81
7.1.1. Fysisk aktivitet ungdom.....	82
7.1.2. Fysisk aktivitet, voksne	83
7.1.3. Fysisk aktivitet i skoler og barnehager	83
7.2. Kosthold.....	84
7.3. Tannhygiene og tannhelse	86
7.4. Bruk av tobakk og snus.....	86
7.5. Alkohol og rus.....	88
7.5.1. Alkohol og rus blant voksne i Melhus kommune	89
7.5.2. Alkohol og rus blant ungdom i Melhus kommune	89
7.6. Seksuell helse og - atferd.....	91
7.7. Kriminell atferd.....	92
7.8. Bruk av internett og dataspill	92
7.8.1. Risikofaktorer, dårlig psykisk helse	93
7.9. Oppsummering.....	94
7.9.1. Hovedpunkt	94
7.9.2. Utdfordringer.....	95
8. Befolkningens helsetilstand.....	96

8.1.	Historisk tilbakeblikk	96
8.2.	Sykdomsbyrden i dag	98
8.3.	Forekomst av somatisk sykdom	98
8.3.1.	Smittsomme sykdommer	98
8.3.2.	Kreft	100
8.3.3.	Hjerte og karsykdommer	102
8.3.4.	Diabetes.....	103
8.3.5.	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).....	104
8.3.6.	Muskel- og skjelettlidelser.....	105
8.3.7.	Sykdom og dårlig helse forårsaket av skader, ulykker og vold.....	105
8.3.8.	Lårbensbrudd og hoftebrudd	106
8.3.9.	Tannhelse	107
8.3.10.	Overvekt og fedme	108
8.3.11.	Astma og allergi.....	111
8.4.	Psykisk helse	112
8.4.1.	Voksnes psykiske helse.....	112
8.4.2.	Barn og unges psykiske helse	115
8.4.3.	Eldres psykiske helse	116
8.4.4.	Selv mord.....	116
8.5.	Befolkningens trivsels- og mestringsnivå	117
8.5.1.	Status på overordnet nivå	117
8.5.2.	Trivsel og mestring i Melhus kommune	118
8.5.3.	Trivsel og mestring blant ungdom.....	119
8.6.	Oppsummering.....	120
8.6.1.	Hovedpunkt	120
8.6.2.	Utfordringer.....	122
9.	Status, folkehelsearbeidet i Melhus kommune.....	123
9.1.	Innledning.....	123
9.2.	Kompetanse.....	123
9.2.1.	Generell kompetanse om folkehelse og folkehelsearbeid.....	123
9.2.2.	Samfunnsmedisinsk kompetanse	123
9.2.3.	Folkehelsekoordinator.....	124
9.3.	Folkehelse, ledelse	124
9.3.1.	Politisk nivå.....	124
9.3.2.	Administrativt nivå	125
9.4.	Planarbeid.....	125
9.4.1.	Kommuneplan	125
9.4.2.	Helse i plan	125

9.5.	Koordinering av folkehelsearbeidet	125
9.5.1.	Folkehelseforum.....	125
9.6.	Frivillige organisasjoner.....	126
9.7.	Deltagelse i faglige nettverk	126
9.7.1.	Sunne kommuner	126
9.7.2.	Faglig nettverk, Sør-Trøndelag Fylkeskommune	126
10.	Kildeoversikt.....	127
11.	Vedlegg	129
11.1.	Inntekt etter skatt for husholdninger etter husholdningstype	129
11.2.	Mottagere av sosialhjelp, Melhus	129
11.3.	Jobbhus.....	129
11.4.	Sysselsatte fordelt på arbeidssted, Melhus.....	130
11.5.	Befolkning i Melhus på grunnkrets nivå 2011-2016.....	130
11.6.	Vanskeligstilte på boligmarkedet, og handlingsplan, boligsosialt arbeid	131
11.7.	Familiesenteret, bakgrunn og innhold	132
11.8.	Hovedkategorier for økosystemtjenester	133
11.9.	Prosjekt Miljøtilsyn, økosystemtjenester og folkehelse.....	133
11.10.	Grenseverdier, becquerel, Verdens Helseorganisasjon (WHO)	133
11.11.	Informasjon, luftforurensende stoff.....	134
11.12.	Informasjon om de mest kjente miljøgiftene vi omgir oss med.....	134
11.13.	Indikatorer, sosial støtte.....	136
11.14.	Typer lag og organisasjoner, Melhus.....	136
11.15.	Utvikling, antall ulykker for menn og kvinner	137
11.16.	Skader/ulykker og vold, skoler, barnehager og sykehjem, Melhus.....	137
11.17.	Helsedirektoratets kostholdsråd	138
11.18.	Forbrukerinformasjon, sunne alternativer.....	138
11.19.	Forekomst av ulike kreftformer, Melhus og Norge.....	139
11.20.	Antall brukere og henvisninger, psykisk helsetjeneste 2010-2015.....	139
11.21.	Legemiddelbrukere, psykisk helse, Melhus/Sør-Trøndelag/Norge.....	140
11.22.	Vektstatistikk, 3. trinn og 8. trinn, Melhus kommune, 2012-2016	140

1. Sammendrag

Folkehelseloven av 2012 bygger på prinsippet «helse i alt vi gjør». Det betyr at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Kommunen er pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, og den skal legges til grunn for all planlegging i kommunen. De utfordringene det pekes på i dette dokumentet skal i neste omgang legge grunnlag for utarbeiding av plan for organisering av det videre folkehelsearbeidet i kommunen, inkludert anbefalte satsningsområder og tiltak.

På nasjonalt nivå har økonomisk vekst og økt velferd bidratt til redusert sykdomsbyrde knyttet til fattigdom og nød, kunnskapsmangel og dårlig hygiene. Dødeligheten knyttet til smittsomme sykdommer er derfor redusert, mens sykdom og død knyttet til livsstil har økt. Sykdom knyttes i økende grad til usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet. Vi spiser mat med for mye sukker, salt og usunt fett. Andel av befolkningen med overvekt har økt. Om lag halvparten av den voksne befolkningen har overvekt og fedme. Det er likevel slik at alle aldersgrupper i den norske befolkningen har fått bedre helse, selv om det fortsatt er sosiale helseforskjeller. Levealderen øker mest i grupper med lang utdanning og høy inntekt.

Utviklingen i Melhus gjenspeiler i grove trekk utviklingen på nasjonalt nivå. Melhus er en vekstkommune med økende kulturelt mangfold. Barn, unge og voksne i Melhus er sosialt aktive, og har god tilgang til friluftsområder og aktiviteter. Levealderen i befolkningen øker, og det gir en vekst i antall eldre i forhold til antall yrkesaktive. Det har vært en generell sentralisering i bosettingsmønsteret, og mange eldre har flyttet inn i leiligheter mer sentralt.

I Melhus er det færre med lavinntekt, inkludert barn fra lavinntektsfamilier, enn landet for øvrig, men sosiale helseforskjeller er likevel en økende utfordring. I Melhus er det også mindre frafall i videregående skole enn i fylket og landet for øvrig, men det er fortsatt en utfordring. Det er en generell økning i henvendelser til kommunens tjenester rettet mot barn og unge, uten at vi har fullgod oversikt over årsakene. Det er en økning i antall unge mellom 18-25 år som har behov for kommunal bolig.

Naturgrunnet er generelt truet av klimaendringer, overbeskatning og forurensning, inkludert spredning av miljøgifter. Det er fortsatt behov for konkrete data når gjelder ulike lokale påvirkningsfaktorer knyttet til miljø. Det er en økende utfordring med økt bruk av antibiotika, og kommunen ligger over fylkes- og landsnivå når det gjelder forskrivning av antibiotika på resept. Antibiotikaresistens er en økende global utfordring, og en trussel mot folkehelsen.

Skader og ulykker er en stor og viktig årsak til død og uhelse, og har store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det er 30 % av ulykkene som skjer i hjemmet, men fortsatt mangler lokale skadedata på mange områder som kan gi grunnlag for mer målrettet skadeforebygging. Vold og overgrep rammer mange, og betraktes som et folkehelseproblem både på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Røyking, stillesitting, usunt kosthold og for mye alkohol innvirker på forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer også i Melhus. Det resulterer i hjerte-karsykdommer, type 2 diabetes, kreft, kroniske luftveissykdommer og overvekt. Folkehelseprofilen for Melhus 2016 og 2017 viser at Melhus ligger dårligere an enn fylkes- og landsgjennomsnitt når det gjelder muskel- og skjelettlidelser. Allergi og overfølsomhetsreaksjoner er også et økende problem i befolkningen, særlig blant barn og unge. Alkoholforbruket blant ungdom i Melhus er høyere enn i landet for øvrig, og det er en større andel av ungdom under 18 år i Melhus som oppgir at de får tak i alkohol av voksne, inkludert egne foreldre.

1.1. Samlet oversikt, folkehelseutfordringer

Oversikten over utfordringer er her basert på informasjon og fakta i dette dokumentet. Utfordringene legges til grunn for videre planarbeid i Melhus kommune, inkludert egen plan for videre organisering av kommunes folkehelsearbeid. Dette vil også omfatte nærmere analyse av oversiktsdokumentet for å komme fram til overordnede mål for det videre arbeidet. Tiltak som i neste omgang skal innarbeides i Økonomi- og handlingsplan og deretter rapporteres på, vil bli utarbeidet og fulgt opp av de ulike virksomhetene i kommunen.

Utfordringer
Kunnskapsbasert folkehelsearbeid
Virksomhetene i kommunen sitter med viktige erfaringer på tema som ikke er kartlagt med tall/dokumentasjon. Det blir dermed vanskelig å sammenligne med andre kommuner og landsgjennomsnitt, og det blir også vanskelig å si noe om utviklingen over tid.
Befolkningsutvikling- og sammensetning
Befolkningsvekst er positivt, men setter krav til bl.a. planlegging, boligetablering og løpende utvikling av tjenester for å møte kapasitetsbehovet knyttet til en økende befolkning
I forhold til økningen i antall eldre blir det forholdsvis færre yrkesaktive. Dette får betydning for fremtidens økonomiske bæreevne og for tilgangen på arbeidskraft for å møte det økte behovet for helse- og omsorgstjenester
Økende andel innvandrere i befolkningen medfører større krav til at nærmiljø og lokalsamfunn skal være inkluderende
Oppvekst og levevilkår
Det er en utfordring at barn og unge vokser opp i lavinntektsfamilier
Det er en økning i antall søknader om kommunal bolig for unge mellom 18-25 år
Det har vært en betydelig økning i antall henvendelser til skolehelsetjenesten, men vi kjenner ikke årsakene godt nok
Det er en generell økning i antall barn i barnehagen som har behov for spesialpedagogisk hjelp, og det samme gjelder i skolen på de laveste klassetrinnene. Vi har ikke god oversikt over årsakene
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
Vi har begrenset tilgang på konkrete data når gjelder ulike lokale påvirkningsfaktorer knyttet til miljø
Forskning viser at nordmenn hadde mellom 6-7 ulike skadelige stoffer i kroppen for 60 år siden, mens vi i dag har mellom 200-400 miljøgifter i kroppen
Det er en økende utfordring med økt bruk av antibiotika, og kommunen ligger over fylkes- og landsnivå når det gjelder forskrivning av antibiotika på resept. Antibiotikaresistens er en økende global utfordring, og en trussel mot folkehelsen
Skader, ulykker og vold
Skader og ulykker er en stor og viktig årsak til død og uhelse, og har store samfunnsøkonomiske konsekvenser
Vi mangler lokale skadedata på mange områder som kunne gitt grunnlag for mer målrettet skadeforebygging
Det er 30 % av ulykkene som skjer i hjemmet. Det er en dominerende ulykkes-arena for alle aldersgrupper, men i størst grad for aldersgruppen 1-14 år, og de over 65 år. Det er et stort potensial for forebyggende arbeid gjennom tjenester rettet mot barn, unge og eldre
Vold og overgrep i nære relasjoner er vanskelig å avdekke, og det er grunn å tro at det er store mørketall
Helserelatert atferd
Stillesitting er en økende helseutfordring i alle aldre
Ungdata-undersøkelsen viser at et økende antall ungdommer bruker mellom 2-4 timer foran dataskjerm hver dag utenom skoletid
Kostholdet for mange inneholder for mye sukker, salt og mettet fett, og for lite frukt, grønnsaker, fisk

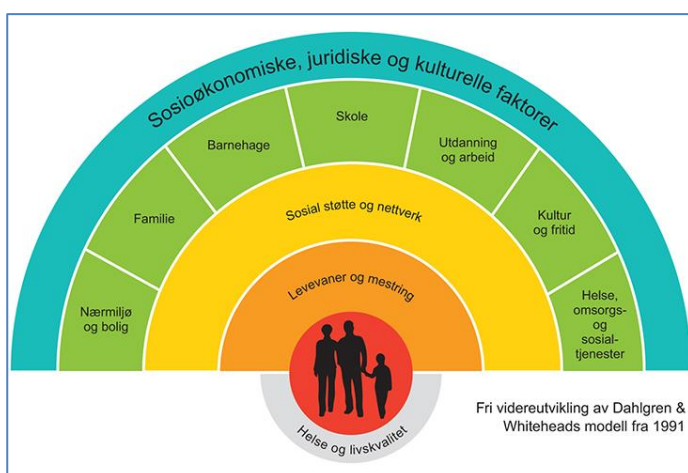
og grove kornprodukter
Alkoholforbruket blant voksne har økt med 40 % siden 90-tallet
Til tross for at det er straffbart å lage alkohol til ungdom under 18 år, oppgir 49 % av elevene på 1. videregående trinn i Melhus at de får alkohol av foreldrene
Flere ungdommer i Melhus har drukket seg beruset enn ungdom på landsbasis, og færre ungdommer drikker seg beruset der foreldre har en restriktiv holdning
Befolkningens helsetilstand
Livsstils-orienterte sykdommer knyttet til usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet er en økende folkehelseutfordring
Livsstils-orienterte sykdommer rammer flere med lav utdanning og lav inntekt
Folkehelseprofilen for Melhus 2016 og 2017 viser at Melhus her ligger dårligere an enn fylkes- og landsgjennomsnitt når det gjelder muskel- og skjelettlidelser
Sentio-undersøkelsen fra 2014 viser at det var 42 % av den voksne befolkningen i Melhus kommune som var overvektige, og det var 17 % med fedme. I perioden 2012-2016 var det også en økende andel av elevene i 8. trinn med overvekt og fedme
Det er økende problem i befolkningen knyttet til allergi og overfølsomhetsreaksjoner

2. Innledning

2.1. Bakgrunn

Den gjennomsnittlige levealderen i verden har økt som et resultat av økonomisk utvikling og god velferd, men det er fortsatt sosiale helseforskjeller både internasjonalt, nasjonalt og lokalt. Befolkningen i Melhus kommune omfattes likevel av en nasjonal og internasjonal trend der helseproblemer i økende grad har sammenheng med vår livsstil. Usunt kosthold i kombinasjon med mangel på fysisk aktivitet er en av de store utfordringene. Dette har bl.a. medført en økning i tilfeller av fedme/overvekt, hjerte-karsykdommer, diabetes og kreft. Det er også en økende andel av befolkningen som har psykiske plager.

Den generelle helsetilstanden i befolkningen påvirkes av våre individuelle levevaner, men har også sammenheng med ytre påvirkninger som enkeltindividet ikke uten videre rår over. Boforhold, arbeidsmiljø og utdanning kan ha innvirkning på folks helse. Vi kan også bli utsatt for helsepåvirkninger i form av smittsomme sykdommer, miljøgifter og kjemikalier i omgivelsene, eller gjennom mat og forbruksvarer. Et helhetlig folkehelsearbeid med vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, fordrer at vi ser individ og samfunn i sammenheng, slik figuren under viser.



Figur 1: Illustrasjon over påvirkningsfaktorer på folkehelse, Margaret Whitehead og Göran Dahlgren, 1991.

Tilrettelegging for god helse i befolkningen er en prioritert oppgave for nasjonale og lokale myndigheter. Dette omfatter også holdningskapende arbeid og informasjon som gjør det mulig for den enkelte å ta ansvar for egen helse. Tittelen på den stortingsmeldingen som legger føringer for dagens folkehelsearbeid og dette oversiktsdokumentet er derfor «God helse – felles ansvar». ¹ I tillegg tar arbeidet utgangspunkt i folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter», der fokuset i større grad rettes mot psykisk helse og livsstilsendring. ²

Kommunens ansvar for folkehelse er nedfelt i folkehelseloven. ³ Lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Det handler om å

Lov om folkehelsearbeid § 3, Definisjoner

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

¹ «God helse-felles ansvar», Meld. St. 34 (2012-2013), Folkehelsemeldingen

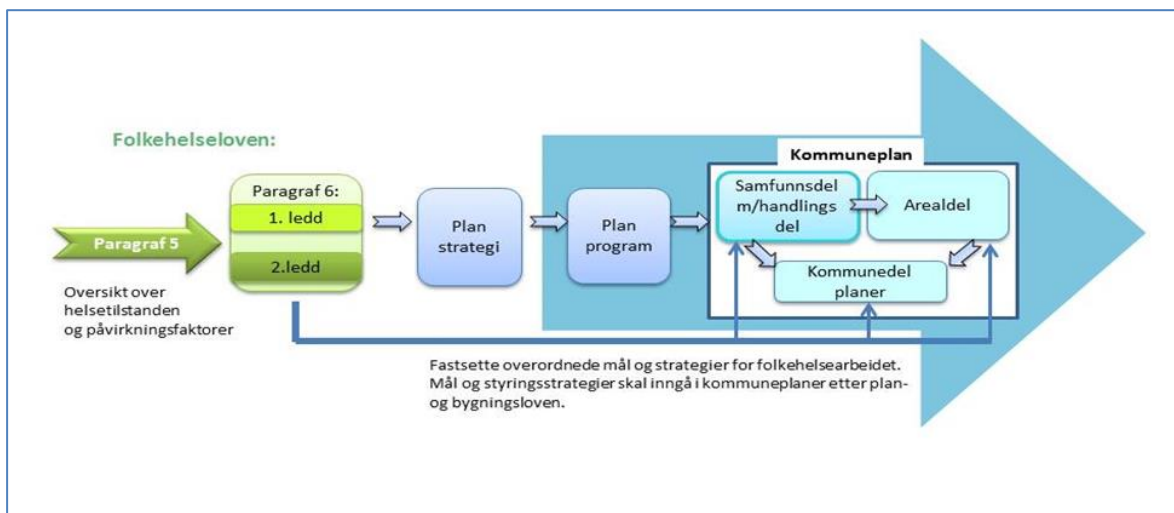
² Meld. St. 19 (2014-2015), Mestring og muligheter, Helse- og omsorgsdepartementet.

³ Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), Helse- og omsorgsdepartementet. Trådte i kraft 1.1.2012

fremme befolkningens helse og trivsel, bidra til gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Folkehelseloven bygger på prinsippet «helse i alt vi gjør». Det betyr at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Det legges også opp til en sterkere faglig forankring av folkehelsearbeidet for å sikre bedre resultater og ressursbruk. Kommunen er derfor pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Ut fra forskrift til loven skal det utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, og det skal legges til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i oversikten skal folkehelseutfordringene i kommunen beskrives, inkludert ressurser som kreves for å bedre helsetilstanden gjennom prioriterte tiltak. Det er ikke noe nytt at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over folks helse og hva som innvirker på den. Allerede i 1860 fikk kommunene gjennom «Sundhedsloven» ansvar for å rette oppmerksomheten mot «*hva der kan tjene til Sundhetstilstandens Fremme og Fjernelse af de Omstændigheder, som især befordre Udvikling af Sygelighed og Utbredelse af Sygdom*».

Oversiktsdokumentet etter dagens lovverk skal legges til grunn for kommunens planarbeid, slik figuren under viser. Dette er for å sikre at folkehelsearbeidet løftes opp på et overordnet og sektorovergripende nivå i kommunen.



Figur 2: Folkehelselovens innvirkning på kommunale planprosesser. Kilde: www.kommunetorget.no

Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10-1. Melhus kommune har vært forsinket med utarbeiding av oversiktsdokument, og det ligger derfor ikke til grunn for kommunens gjeldende planstrategi slik det forutsettes i loven. Det tas forbehold om dette i kommunens vedtatte planstrategi for 2016-2019.

Melhus kommune har også et mål om å utarbeide en plan for organisering av det overordnede folkehelsearbeidet. Målet er nedfelt i Økonomi og handlingsplan 2016-2019. Planen vil ta utgangspunkt i oversiktsdokumentet og det nåværende folkehelsearbeidet. I tillegg vil det legges vekt på de fem prinsippene for folkehelsearbeid slik det går frem av folkehelsemeldingen:

- 1) Utjevning
- 2) Helse i alt vi gjør
- 3) Bærekraftig utvikling
- 4) Føre-var
- 5) Medvirkning

2.2. Om oversikten

2.2.1. Organisering av arbeidet med oversiktsdokumentet

Arbeidet med oversiktsdokumentet har vært prosjektorganisert med gjennomføringsansvar lagt til utviklingsseksjonen. En egen rådgiver har vært prosjektleder og har hatt hovedansvar for det praktiske arbeidet med informasjonsinnhenting, bearbeiding og presentasjon. Kommuneoverlegen har bidratt i arbeidet, i kraft av sin rolle som kommunens samfunnsmedisinske rådgiver med et særlig fagansvar knyttet til kommunens systematiske folkehelsearbeid.

Prosjektet har vært organisert med egen styringsgruppe, prosjektgruppe/arbeidsgruppe og referansegrupper. Også eksterne virksomheter har gitt bidrag i arbeidet, og særlig nevnes Sør-Trøndelag fylkeskommune som har gitt kommunen betydelig faglig og praktisk støtte i arbeidet.

Styringsgruppen har bestått av:

Rådmann Katrine Lereggen, assisterende rådmenn Morten Bostad og Trude Wikdahl, leder utviklingsseksjonen Egil Johannes Hauge og kommuneoverlege Lene Stene Salberg. Prosjektleder Signy R. Overbye har vært sekretær for styringsgruppen.

Prosjektgruppen/arbeidsgruppen har bestått av:

Prosjektleder Signy R. Overbye, kommuneoverlege Lene Stene Salberg, virksomhetsleder for aktivitet og bevegelse Elisabeth Heggheim, enhetsleder helsestasjon- og skolehelsetjeneste Berit Granheim Karlsen, vikar for enhetsleder helsestasjon- og skolehelsetjeneste Bente Vikran Ingebrigtsen, miljøvernrådgiver Jan Henrik Dahl og rådgiver plan Kjersti Dalen Stæhli.

2.2.2. Medvirkning

I dette oversiktsdokumentet er det innhentet informasjon og erfaringer fra de fleste av kommunens virksomheter. Det legges også til grunn at oppfølgingen av de hovedutfordringene som løftes fram i dokumentet, inkludert prioriterte tiltak, vil skje i samarbeid med de virksomhetene som skal ha ansvar for gjennomføring.

Det kan nevnes at Melhus kommune deltar i prosjektet «Nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse» i regi av Sør-Trøndelag fylkeskommune. Prosjektet varer fra 2016-2017, og målet er gode medvirkningsprosesser i befolkningen. Melhus kommune vil prøve ut ulike metoder for medvirkning i forbindelse med ny områdeplan for Melhus sentrum.

2.2.3. Oppbygging av dokumentet

Dette oversiktsdokumentet er oppbygd etter mal for innhold i tråd med lov og forskrift, og en egen veileder fra Helsedirektoratet.⁴ I forskriften om oversikt over folkehelsen heter det at den skal inneholde informasjon og vurderingen om følgende forhold:

- a) Befolkningssammensetning
- b) Oppvekst- og levekårsforhold
- c) Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) Skader og ulykker
- e) Helserelatert atferd
- f) Helsetilstand

⁴ «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse», En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Helsedirektoratet, 10/2013

Oversiktsdokumentet inneholder informasjon og tallmateriale som gir et bilde på helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Melhus kommune, og som dermed gir grunnlag for å løfte fram hovedutfordringer som bør vektlegges i det videre folkehelsearbeidet. Informasjonen på kommunalt nivå er sammenlignet med utviklingen på regionalt og nasjonalt nivå der det har vært mulig. Informasjonen vil kunne innvirke på kommunens planlegging på kort og lang sikt, og skal legges til grunn for kommunens neste planstrategi i 2019. I mellomtiden har kommunen ansvar for en løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

2.2.4. Målgrupper for dokumentet

Med utgangspunkt i de utfordringene det pekes på i dokumentet, skal oversiktsdokumentet behandles av råd, utvalg og kommunestyre, for å komme fram til hva som skal prioriteres i det videre folkehelsearbeidet i kommunen. Dokumentet skal også sendes kommunens administrasjon for utarbeiding av tiltak på virksomhetsnivå med utgangspunkt i utfordringene det pekes på i dokumentet. Innholdet i dokumentet skal formidles til befolkningen på kommunens nettside skriftlig og ved direkte formidling, og vil da bli tilpasset ulike målgrupper.

2.2.5. Dokumentets begrensninger

De hovedutfordringene som er tatt med i samlet oversikt pkt. 1.1. tar utgangspunkt i oppsummeringene fra hvert kapittel. Den tverrfaglig sammensatte arbeidsgruppen som har vært involvert i arbeidet med oversiktsdokumentet har hatt begrenset tid til analyse og helsefaglige vurderinger av de fakta som går fram av dokumentet. Dette vil derfor inngå i det videre arbeidet, med mål om å komme fram til prioriterte hovedmål og satsningsområder. Prioriteringene vil ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- At de kan knyttes til målsetningen for dokumentet, som er oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- At de har sammenheng med nasjonale føringer og prioriterte folkehelseutfordringer
- At de omfattes av kunnskapsbasert dokumentasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- At prioriteringene er nødvendige ut fra viktige erfaringer i organisasjonen
- At prioriteringene kan være nødvendige ut fra «føre- vår-prinsippet»

Som nevnt innledningsvis, skal kommunen etter Folkehelseloven utarbeide et samlet oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hvert fjerde år som skal legges til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. I tillegg skal kommunen ha løpende oversikt over helsetilstanden. Faktorer som ikke er belyst i dette dokumentet kan bli vektlagt når oversikten skal revideres. Det vil også være mulig å løfte fram andre utfordringer og innspill etter i det fortløpende folkehelsearbeidet.

2.2.6. Statistikk og kilder

Det vises til egen oversikt over kilder i kap. 10.

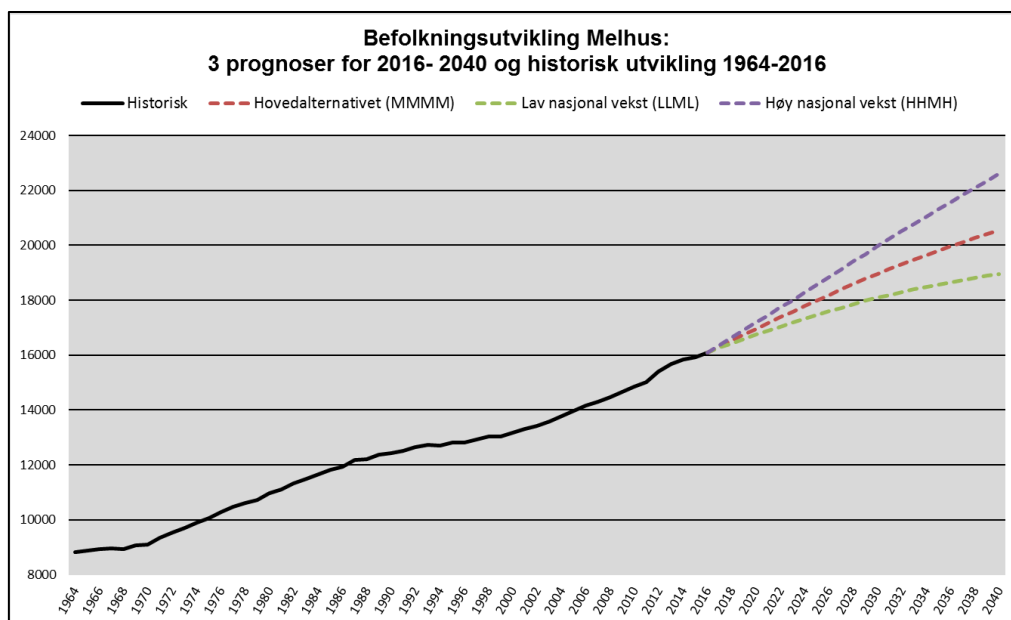
3. Befolkningsutvikling og – sammensetning

Kunnskap om befolkningstall og befolkningssammensetning er nødvendig for å si noe om utviklingen av befolkningstallet over tid, samt faktorer som alderssammensetning, sivilstatus, etnisitet og flyttemønster. Informasjon om befolkningssammensetningen er viktig for å få oversikt over geografisk og sosialt relaterte helseforskjeller. Det gir også grunnlagsinformasjon om kommunens skatteinngang og muligheter for en samfunnsplanlegging som kan bidra til å fremme god helse i befolkningen. Befolkningsvekst kan være et uttrykk for økt fruktbarhet og økt levealder i befolkningen, men det kan også være et uttrykk for økt tilflytning og /eller innvandring.

3.1. Folketall og befolkningsutvikling

3.1.1. Befolkningstall

I Norge har vi hatt en jevn vekst i befolkningstallet i etterkrigstiden. I 1950 var det registrert 3 249 954 innbyggere, og pr. 1. januar 2017 var det 5 258 317 innbyggere. Ut fra den forventede veksten i årene fremover, kan vi komme opp i nærmere 8 millioner innbyggere i 2100 dersom vi legger en normal vekst i befolkningstallet til grunn.



Figur 3: Befolkningstallet i Melhus kommune 1964-2016, og framskrivninger til 2040.

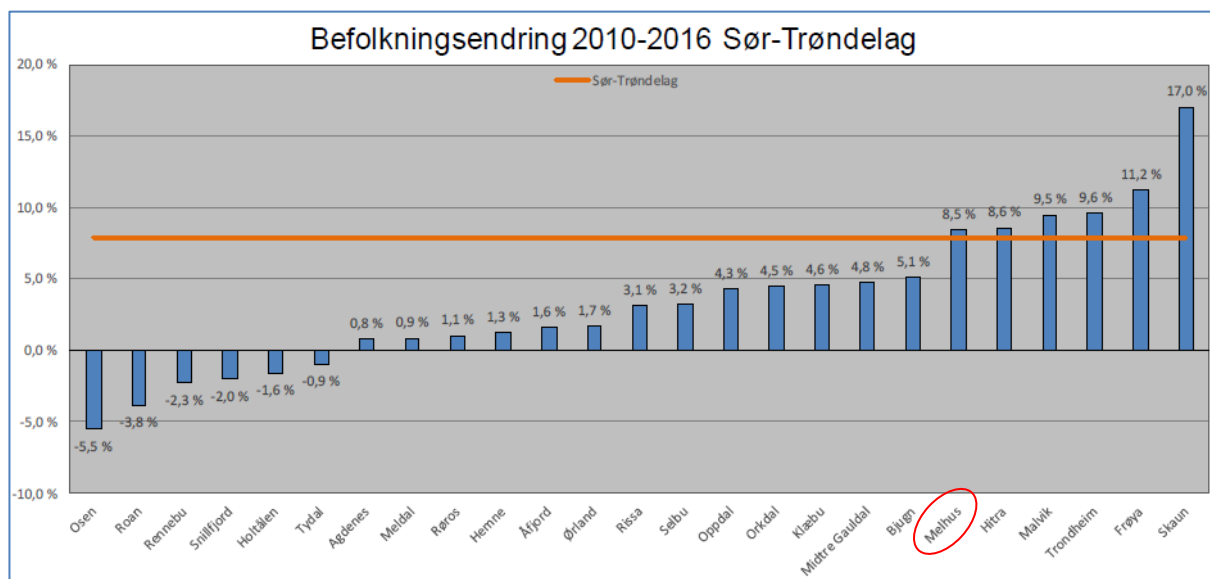
Kilde: SSB, Figur utarbeidet av STFK

Figuren over viser den historiske utviklingen i befolkningstallet i Melhus kommune etter kommunesammenslåingen i 1964 og frem til 2016. I 1964 var det 9000 innbyggere, og i 2016 var det steget til 16 096. Ifølge framskrivninger fra SSB vil befolkningstallet fortsette å stige. Med utgangspunkt i hovedalternativet (MMMM) vil det være godt over 20 000 innbyggere i kommunen i 2040. Den gjennomsnittlige befolkningsveksten i perioden 1964 til 2016 har vært på 1,2 %. Hovedalternativet til befolkningsprognosen for årene 2016-2040 kan gi en gjennomsnittlig vekst i befolkningen på 1,0 %. Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viste en befolkningsvekst på 0,45 %, mens oversikten for 2017 viser en befolkningsvekst på 1 %. Til sammenligning var snittet for Sør-Trøndelag i 2017 på 1,1 %, og på landsbasis 0,93 %.⁵

Figur 4 under viser at Melhus kommune var en av de seks kommunene i Sør-Trøndelag med størst befolkningsvekst i perioden 2010-2016. Pr. 1. januar 2016 var det 59,8 % av fylkets befolkning på

⁵ Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Melhus kommune, 2017. Informasjonen tar utgangspunkt i tall for 2014 og 2015.

313 370 innbyggere som bodde i Trondheim, og det betyr at 3 av 5 sør-trøndere nå bor i Trondheim. Økende sentralisering mot by og bynære tettsted og kommuner preger utviklingen.

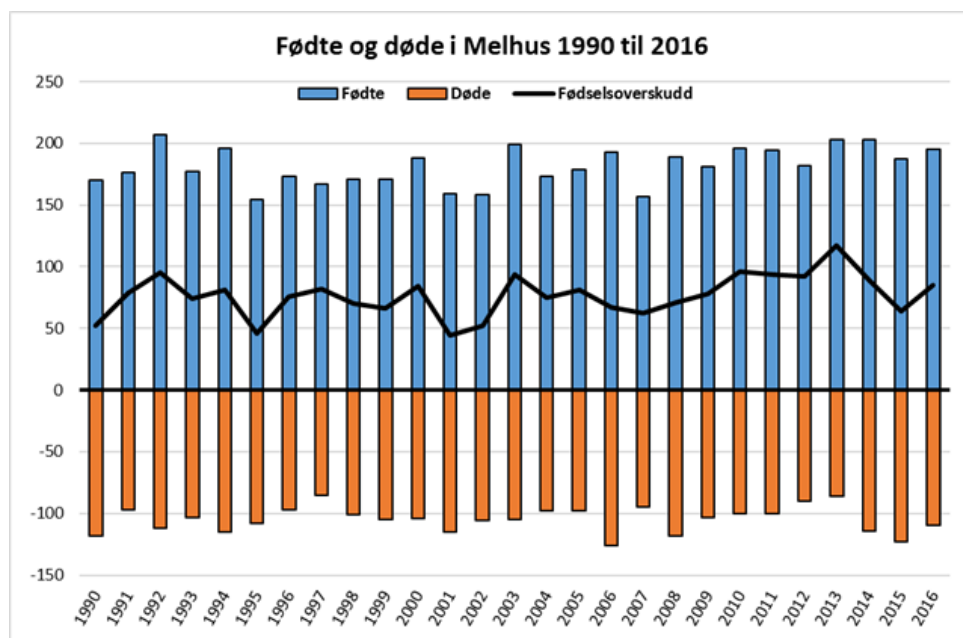


Figur4: Befolkningsendring i Sør-Trøndelag 2010-2016. Kilde: Trøndelag i tall 2016

3.1.2. Bakgrunn for befolkningsveksten

3.1.2.1. Fødselsoverskudd

Økt levealder gir befolkningsvekst på kort sikt, men for å sikre befolkningsvekst på lang sikt vil vi samtidig være avhengig av at det er en balanse mellom antall fødte og antall døde i samfunnet.



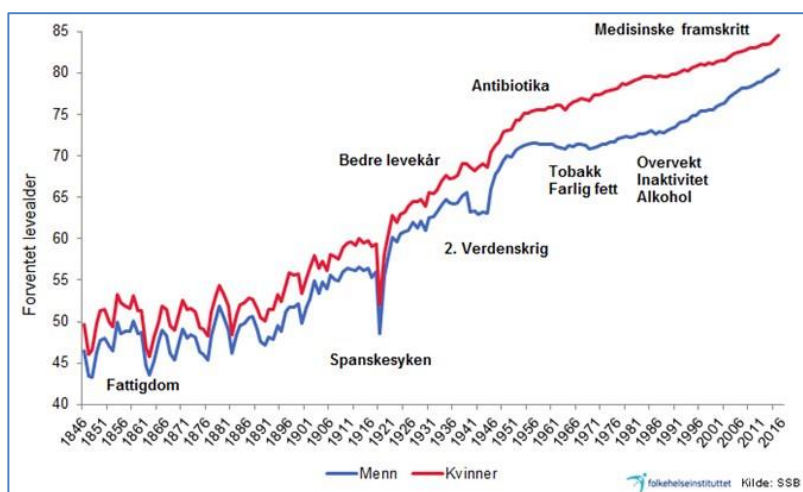
Figur 5: Antall fødte og døde i Melhus kommune, 1990-2016
Kilde: SSB

Dersom vi her konsentrerer oss om utviklingen i de siste tiårene i Melhus kommune, så har det vært et netto fødselsoverskudd på 43 % fra 2000 til 2016 (figur 5).

3.1.2.2. Økende levealder i befolkningen

Økende levealder bidrar til økende befolkningstall. Historisk sett så har den gjennomsnittlige levealderen her til lands steget jevnt og trutt for begge kjønn fra 1846 til 2015 (figur 6). Det er et uttrykk for bedre helse og lavere dødelighet i befolkningen. Dette henger igjen sammen med bedre

levekår, endret levemåte og bedre bedre smittevern. I tillegg har økende medisinsk hjelp gitt lavere barnedødelighet, og har resultert i at vi kan leve lenger til tross for sykdom.



Figur 6: Utviklingen i gjennomsnittlig forventet levealder i Norge fra 1846 til 2015. Kilde: Human mortality Database, SSB-tall for 2015

Undersøkelser viser at utdanningsnivå også påvirker levealderen, og Folkehelseoversikten fra Folkehelseinstituttet gir informasjon om utdanningsforskjell i forhold til forventet levealder. Oversikten for 2017 viser at forskjellen i forventet levealder ved 30 år mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning er 4,9 år på landsbasis. På fylkesnivå er forskjellen på 4,5 år, og i Melhus kommune er den på 4,8 år.

I 1846 var gjennomsnittlig levealder 50 år for kvinner og 48 år for menn. Folkehelseprofilen for 2017 viser at den er økt til 78,5 år for menn og 83 for kvinner. Vi har med andre ord hatt en formidabel økning i levealder, noe som gjør at andelen eldre i befolkningen har økt, og vil fortsette å øke i årene fremover. Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2017 viser at forventet levealder ligger litt over snittet for Sør-Trøndelag og landet. På nasjonalt nivå vil antall personer over 67 år mer enn fordobles fram mot 2050, og ut fra gjeldende prognoser vil dette også bli tilfelle i Melhus kommune, slik det går fram av tabell 2 under pkt. 3.2.

3.1.2.3. Innvandrere og flyktninger

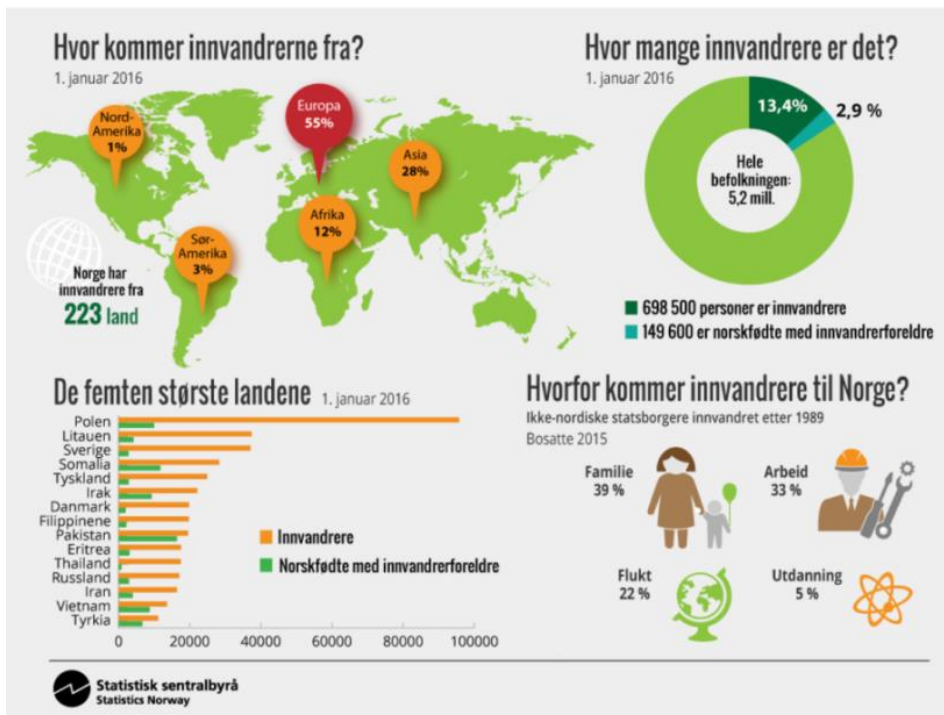


I tillegg til innenlands inn- og utflytting, vil antall innvandrere og flyktninger innvirke på befolkningstallet i kommunen. Informasjon om antall innvandrere og flyktninger og deres bakgrunn er viktig med tanke på tilrettelegging for god integrering og god helse i hele befolkningen.

Bilde fra internett merket for ikke-kommersiell bruk.

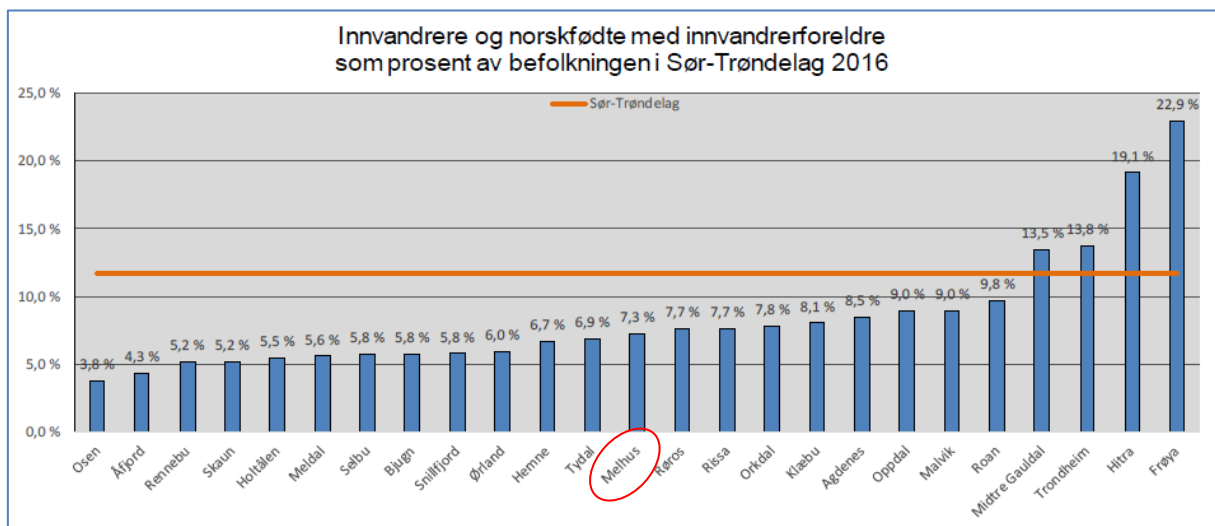
Oversikt fra SSB viser at innvandrere på nasjonalt nivå utgjorde 13,4 % av befolkningen på 5,2 millioner pr. 1. januar 2016. Det var 2,9 % av befolkningen i Norge som var norskfødte med innvandrerforeldre. Over halvparten av innvandrerne kommer fra Europa (55 %). Deretter følger Asia (28 %) og Afrika (12 %). Det er bare 3 % som er fra Sør-Amerika, mens 1 % er fra Nord-Amerika. Som det går fram av oversikten fra SSB, kommer de fleste europeiske innvandrerne til Norge fra Polen, Litauen og Sverige. Av ikke-nordiske statsborgere som har innvandret etter 1989, har flertallet

kommet av familiære grunner (39 %), mens 33 % har kommet for å jobbe i Norge. Det er 22 % som er kommet p.g.a. flukt fra andre land, og 5 % har kommet for å studere i Norge.

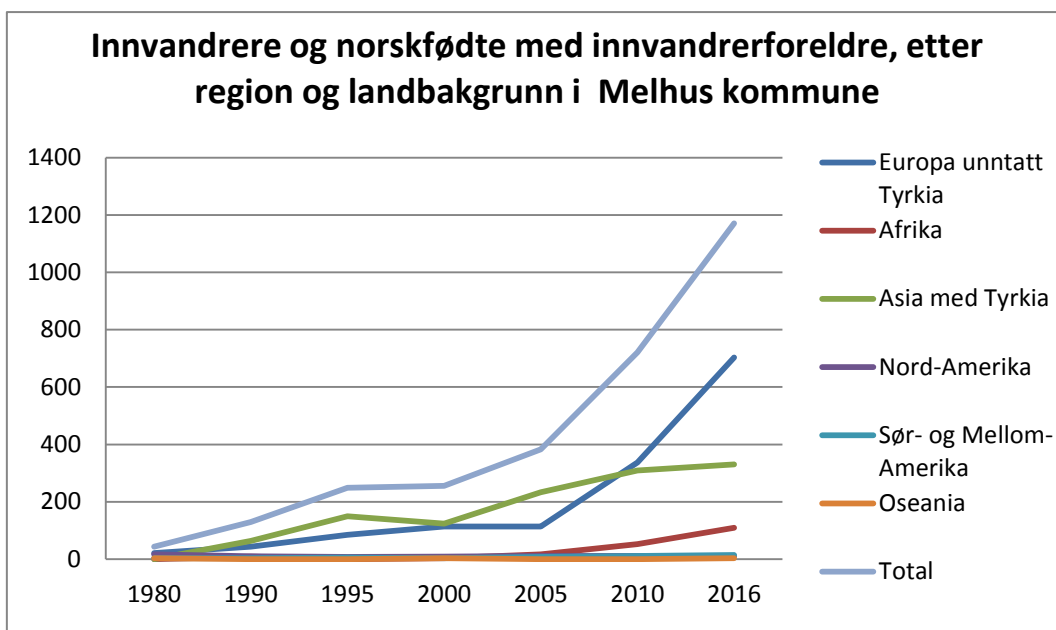


Figur 7: Oversikt over innvandrere i Norge pr. 01.01.16.
Kilde: SSB

I figur 8 under ser vi at Melhus kommune ligger under gjennomsnittet for Sør-Trøndelag når det gjelder andel innvandrere av det totale befolkningstallet. I Melhus kommune utgjør innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 7,3 % av befolkningen på 16 096 (1.1.2016), dvs. 1175 personer. Gjennomsnittet for Sør-Trøndelag på 11,7 %.



Figur 8: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som prosent av befolkningen i Sør-Trøndelag 2016. Kilde: Trøndelag i tall 2016



Figur 9: Innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Kilde: SSB.

Det er også slik i Melhus kommune at de fleste innvandrerne kommer fra Europa, noe som går fram av den mørkeblå streken i figuren over. I 2016 utgjorde denne gruppen 60 % av totalen. Deretter følger innvandrere fra Asia med Tyrkia på 28 %, Afrika på 9 %, Sør- og Mellom Amerika på 1,3 %, Nord-Amerika på 0,9 % og Oseania på 0,3 % (3 personer). I Melhus kommune har flyktninger utgjort en relativt liten andel av det totale antallet innvandrere.⁶ Fra 2005 til og med 2014 ble det bosatt om lag 15 flyktninger pr. år. I 2015 steg dette til 56 personer. Informasjon fra virksomheten Læring og tilrettelagt arbeid (LOTA) viser at det også var 56 bosatte flyktninger i 2016, hvorav 5 familiegjenforente. Det var forventet å ta imot 10 enslige mindreårige flyktninger i 2016, men på grunn av nedgangen i asylstrømmen hadde IMDI (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) ingen som Melhus trengte å bosette. Antallet flyktninger påvirkes av verdenssituasjonen. Oversikt fra LOTA viser hvordan krigssituasjonen i bl.a. Syria og Eritrea har påvirket situasjonen i Melhus kommune (Tabell 1). Mange av de flyktningene som kommer hit til landet har gjennomlevd ekstreme livssituasjoner som har konsekvenser for deres helse. Melhus kommunestyre har vedtatt å ta imot 40 flyktninger for bosetting i 2017, og av disse er 6 mindreårige flyktninger.

Bosetting av flyktninger i Melhus, etter nasjonalitet (inkl. familiegjenforente)				
Nasjonalitet	2013	2014	2015	2016
Afghanistan	2	1		
Rep. Kongo	4			
Ukraina			1	
Syria			33	33
Iran	1			
Eritrea	9	3	13	11
Etiopia	1	1	1	
Sudan		2	8	4
Kamerun		1		
SUM bosatte (eksl. Familiegjenforente)	17	8	56	48*
antall familiegjenforente				5
politisk vedtak om bosetting (familiegjenforente kommer i tillegg)	15	15	56	46

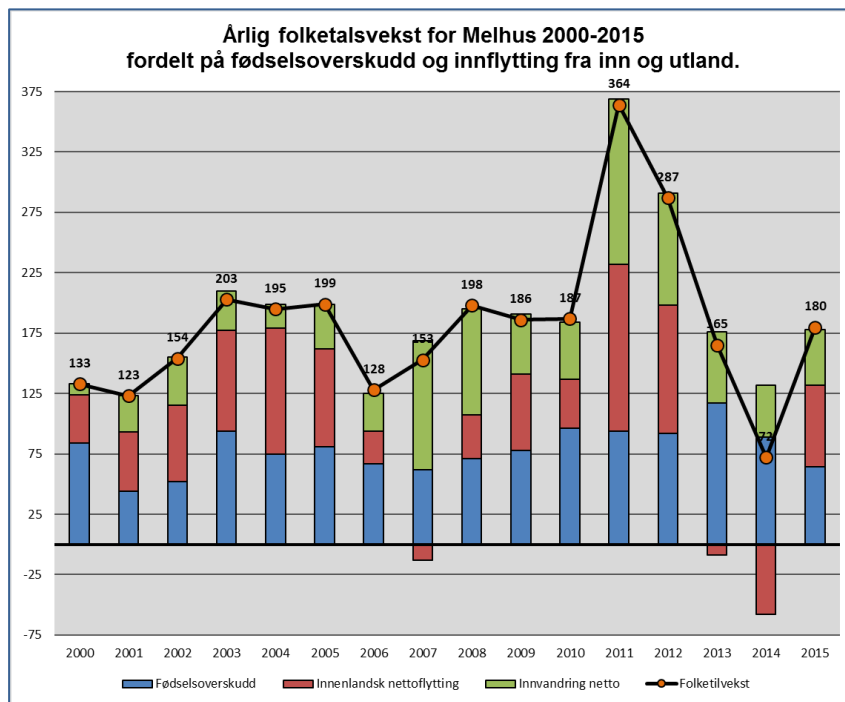
Tabell 1: Bosetting av flyktninger i Melhus kommune etter nasjonalitet, inkludert familiegjenforente. Kilde: Årsmeldinger, Læring og tilrettelagt arbeid (LOTA), Melhus kommune.

*Det ble bosatt 2 av 2017-kvoten på slutten av 2016.

⁶ Tall i årsmelding fra Melhus kommunes virksomhet, Læring og tilrettelagt arbeid.

3.1.2.4. Samlet framstilling, befolkningsutvikling i Melhus

Vi har sett at det ikke er en enkelt årsak til befolkningsveksten i Melhus kommune. Den skyldes en sammenheng mellom fødselsoverskudd, økt levealder og økt netto innflytting, slik det går fram av figur 10.



Figur: 10
Årlig befolkningsvekst i Melhus kommune fra 2000-2015 fordelt på fødselsoverskudd, og innflytting fra inn og utland. Kilde: SSB. Figur utarbeidet av STFK

I perioden 2000 -2015 har Melhus kommune hatt både fødselsoverskudd og flere innflyttere enn utflyttere. Den stabile befolkningsveksten skyldes da summen av fødselsoverskudd og netto innflytting. Tar man den samlede veksten fra 2000 og fram til i dag, så kommer 43 % av befolkningsveksten fra fødselsoverskuddet. Noe av dette skyldes altså at folk lever lenger, men også størrelsen på barnekullene. Resten av befolkningsveksten kommer fra netto innflytting (dvs. si at flere flytter inn enn de som flytter ut), hvorav 29 % er innvandring og 28 % er innenlands flytting. Av figuren ser vi at det var mer utflytting enn innflytting bare i 2007, 2013 og 2014. Netto innenlands flytting har variert i stor grad, og er vanligvis et speilbilde på ulike boligbyggeprosjekt i kommunen. Nullverdien i figuren er et uttrykk for hva situasjonen hadde vært dersom det hadde vært like mye innvandring som utvandring, like mange fødte som døde, og like mange innflyttere som utflyttere.

3.2. Befolkningens alderssammensetning, kjønn og sivile status

Oversikt over alderssammensetning, kjønn og sivil status i samfunnet er en forutsetning for planlegging av gode rammebetingelser for ulike grupper av befolkningen. Det er også viktig med tanke på forventet skatteinngang og finansiering av pensjoner, velferdsordninger og helse- og sosialtjenester.

Økende levealder innvirker på befolkningens alderssammensetning. Vi så i figur 3 s. 13 at befolkningstallet forventer å stige til om lag 20 000 innbyggere i 2040. Med utgangspunkt i forventet levealder og forventet fødselsoverskudd, viser tabell 2 (s. 19) at vi får den største endringen i aldersgruppen fra 80 år og oppover i perioden 2016-2040. Dersom vi tar med aldergruppen fra 67 år og oppover, vil denne gruppen utgjøre 3780 av den forventede befolkningen på 20 543 i 2040 (dvs. 18,4 % av befolkningen). I 2016 utgjorde denne aldersgruppen 14 % av befolkningen på 16096 personer. Vi ser at det blir en tilnærmet fordobling av antall personer i aldergruppen 80-90 år (fra 544 i 2016 til 1072 i 2040). Personer over 90 år vil øke fra 106 i 2016 til 288 i 2040.

Prognose (MMMM) for Aldersfordelt befolkning Melhus 2016-2040							
	2016	2020	2025	2030	2035	2040	Endring 2016-2040
0-5 år	1 243	1 291	1 395	1 428	1 428	1 434	191 15,4 %
6-12 år	1 512	1 561	1 649	1 757	1 833	1 836	324 21,4 %
13-15 år	664	670	690	713	775	801	137 20,6 %
16-19 år	892	867	872	912	934	1 008	116 13,0 %
20-44 år	5 219	5 514	5 868	6 155	6 286	6 269	1 050 20,1 %
45-66 år	4 306	4 561	4 718	4 921	5 107	5 415	1 109 25,8 %
67-79 år	1 610	1 814	1 930	2 018	2 240	2 420	810 50,3 %
80-89 år	544	543	712	893	981	1 072	528 97,1 %
90 år eller eldre	106	135	152	164	232	288	182 171,7 %
Total	16 096	16 956	17 986	18 961	19 816	20 543	4 447 27,6 %

Tabell 2: Prognose basert på hovedalternativ for aldersfordeling i befolkning, Melhus kommune, 2016-2040. Kilde: SSB

I forhold til økningen i antall eldre blir det forholdsvis færre yrkesaktive. Dette får betydning for fremtidens økonomiske bæreevne og for tilgangen på arbeidskraft for å møte det økte behovet for helse- og omsorgstjenester. Dersom vi ser på antall personer i yrkesaktiv alder fra 20-66 år så utgjorde dette 59 % av befolkningen på 16 096 i 2016. I 2040 vil denne gruppen ut fra prognosene i tabell 2 utgjøre tilnærmet 57 % av befolkningen. Her må det også tas forbehold om at en del av aldersgruppen 20-66 år er yrkespassive.

I 2015 ble det gjort en gjennomgang i kommunen for å utrede økonomi og tjenesteorganiseringen i de tre helse og omsorgsvirksomhetene, samt i Bo og avlastning. I rapporten fra Agenda Kaupang anslås det at andelen eldre over 80 år blir doblet fra 658 i 2015 til om lag 1 330 i 2040.⁷

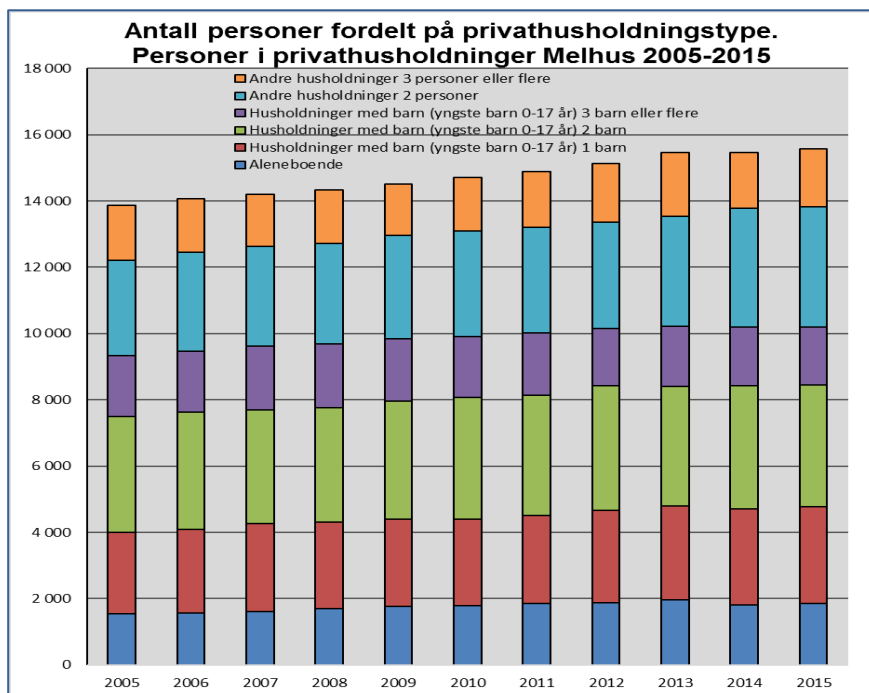
Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2017 viser framskrivning av den prosentvise andelen av befolkningen over 80 år i 2025, og viser at den vil bli på 4,8 %. Dette stemmer overens med tallene i tabellen over. Til sammenligning vil det på fylkesnivå bli 4,6 % og på landsnivå 4,8 %.

For å møte de fremtidige utfordringene med økende andel eldre i forhold til andel yrkesaktive, har Melhus kommune etablert prosjektet «Hundre år i eget hjem – aktiv i eget liv». Formålet med prosjektet er å innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i helse og omsorgstjenesten i Melhus.

Det er fra naturens side litt flere menn enn kvinner i samfunnet, noe som jevner seg ut når vi blir eldre. I Melhus kommune er det ingen skjevfordeling av menn og kvinner av betydning.

Når det gjelder befolkningens sivile status, så finnes det ingen fullstendig oversikt på kommunenivå fra SSB. Men vi har opplysninger om personer fordelt på privathusholdningstype (figur 11). Fordelingen på familietype i Melhus kommune har holdt seg relativt stabil og følger befolkningsutviklingen. Det har vært noe vekst i antall privathusholdninger med to personer. Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2015 viser at andelen som bor alene er lavere enn i landet for øvrig i aldergruppen 45 år og eldre. Dersom vi ser på tallene i figuren 11 (neste side) er det om lag 11-12 % av befolkningen som bor alene. Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2017 viser at det er 20,9 % av befolkningen i Melhus kommune over 45 år som bor alene. På fylkesnivå er det 25,1 % og på landsnivå 25,3 %.

⁷ Konsulentrapport fra Agenda Kaupang, 21.10.2015, Gjennomgang av økonomi og tjenesteordning i de tre helse og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning, Melhus kommune, s. 7.



Figur 11:
Kilde: SSB

Det finnes oversikt over inngåtte ekteskap og antall som blir skilt og separert, noe som får innvirkning på antall aleneboende og eneforsørgere. I løpet av de siste år har om lag 50 % av alle ekteskap gått i oppløsning her i landet, men er i ferd med å gå litt ned. Statistisk sett har det sett ut til at antall skilsmisser har økt i gode økonomiske tider, og at antallet har gått ned når økonomien går dårligere. Melhus kommune følger i stor grad den nasjonale utviklingen. Også på kommunenivå viser det seg at antallet skilsmisser gikk ned etter finanskrisen i 2008-2009. Etter den tid gikk antallet skilsmisser oppover igjen. I 2010 var det like mange som giftet seg som de som skilte seg. Det samme var tilfelle mellom 2005-2006, mellom 2011-2012, og i 2014.

Befolkningsutviklingen, antallet skilte og antallet personer fordelt på ulike privathusholdningstyper, vil innvirke på behovet for ulike typer boliger. Det vil igjen sette krav til kommunens areal- og boligplanlegging. Arealbruken blant annet til boligbygging er fastsatt gjennom arealdelen til kommuneplanen og reguleringsplaner.⁸

3.3. Oppsummering

3.3.1. Hovedpunkt

- Melhus kommune er en vekstkommune. Det har vært jevn befolkningsvekst siden 1964, og den forventes å fortsette med en årlig vekst på ca. 1 %.
- Ifølge framskrivninger fra SSB vil det bli over 20 000 innbyggere i kommunen i 2040. Bakgrunnen for befolkningsveksten er fødselsoverskudd, økt netto innflytting og økende levealder.
- Befolknings sammensetningen vil endres. Økende levealder vil gi forholdsvis flere eldre i forhold til yrkesaktive.
- Kommunen har hatt en økning i antall innvandrere fra 2005 og fram til i dag, hvorav de fleste kommer fra Europa, unntatt Tyrkia.

⁸⁸ Kommuneplanens samfunnsdel Melhus 2025, vedtatt av kommunestyret 21.10.09, og kommuneplanens arealdel 2013-2025 (planbeskrivelse og tilhørende plankart), vedtatt av kommunestyret 16.12.14. I henhold til Planstrategi for Melhus kommune 2016-2019 skal kommuneplanens samfunnsdel rulleres i 2019.

- Fra 2005 til og med 2014 ble det bosatt om lag 15 flyktninger pr. år. I 2015 ble det bosatt 56 personer, inkludert familiegjenforente, og i 2016 ble 53 personer bosatt, og det inkluderte familiegjenforente.

3.3.2. utfordringer knyttet til befolkningsutvikling

- Befolkningsvekst er positivt, men setter krav til bl.a. planlegging, boligetablering og løpende utvikling av tjenester for å møte kapasitetsbehovet knyttet til en økende befolkning
- I forhold til økningen i antall eldre blir det forholdsvis færre yrkesaktive. Dette får betydning for fremtidens økonomiske bæreevne og for tilgangen på arbeidskraft for å møte det økte behovet for helse- og omsorgstjenester
- Økende andel innvandrere i befolkningen medfører større krav til at nærmiljø og lokalsamfunn skal være inkluderende

4. Oppvekst- og levevilkår

Det er forsket på sammenhengen mellom oppvekst- og levevilkår i befolkningen og befolkningens helse. Det er tilgjengelig informasjon som underbygger at det er en sammenheng mellom helse og hvilke lokalsamfunn vi vokser opp i. I tillegg er det en sammenheng mellom helse og boforhold, inntekt og utdanning. På dette området har det offentlige et særlig ansvar for å bidra med helsefremmende og forebyggende helsearbeid og deretter tiltak som kan hindre sosiale helseforskjeller i befolkningen.⁹

4.1. Sammenheng mellom inntekt, arbeid og helse

Historisk sett har det vært en sammenheng mellom økende inntekt og bedre helse i befolkningen. God inntekt påvirker helsen direkte ved at det gir bedre mulighet for gode boforhold, god rekreasjon, godt kosthold og gode helsetjenester. I tillegg til direkte årsaksforklaringer med utgangspunkt i materielle forhold, benyttes også psykososiale forklaringer på sammenhengen mellom inntekt og helse ut fra den såkalte inntektsulikhetshypotesen. Den bygger på at store inntektsforskjeller i seg selv øker de psykososiale helsebelastningene fordi det bl.a. medfører mindre samhold og solidaritet, og mer kriminalitet i samfunnet. Ut fra denne hypotesen vil samfunn med store ulikheter i inntekt ha dårligere gjennomsnittshelse. Det kan også være bakenforliggende årsaker som påvirker både inntekt og helse. Et eksempel på dette kan være yrker med store arbeidsbelastninger som samtidig er lavinntektsyrker. Yrket påvirker med andre ord både helsen og inntekten. Utover dette kan sammenhengen mellom inntekt og helse forklares ved helsereelatert sosial mobilitet, dvs. at dårlig helse medfører lav inntekt. Dette er ikke så avgjørende for de som er i jobb og får tilpasset arbeidet til sin helsesituasjon, men det kan få stor betydning for de som må ut av arbeidslivet eller ikke kommer inn i arbeidslivet av helsemessige årsaker.¹⁰

4.1.1. Inntekt og økonomiske levekår

I Norge er inntektsforskjellene i befolkningen økende, selv om det ikke er noen stor økning. Det har derimot skjedd en endring når det gjelder hvilke grupper som har lavere inntekt. Det er færre eldre med lav inntekt, mens gruppen yngre øker. Det er også slik at enslige forsørgere, mennesker som mottar sosialhjelp og langtidssyke har større økonomiske problemer enn befolkningen generelt. I tillegg er det slik at om lag halvparten av barn fra lavinntektsfamilier har innvandrerbakgrunn.¹¹ Oversikt over fordelingen av inntekt etter skatt for husholdninger i den norske befolkningen, viser at eldre har hatt en inntekstvekst på 21 % de siste 5 år. Småbarnsfamilier har hatt en inntekstvekst på 8 % i samme periode. Aleneboende under 45 år, og enslig mor/far med barn mellom 0-17 år har hatt den laveste inntekstveksten på 5 %.¹²

I Melhus hadde 7,7 % av befolkningen lavinntekt i 2014, og det er under snittet for Sør-Trøndelag på 10 % (se figur 12). Lavinntekt defineres da som 60 % av medianinntekt (EU standard på lavinntekt).

Medianinntekt

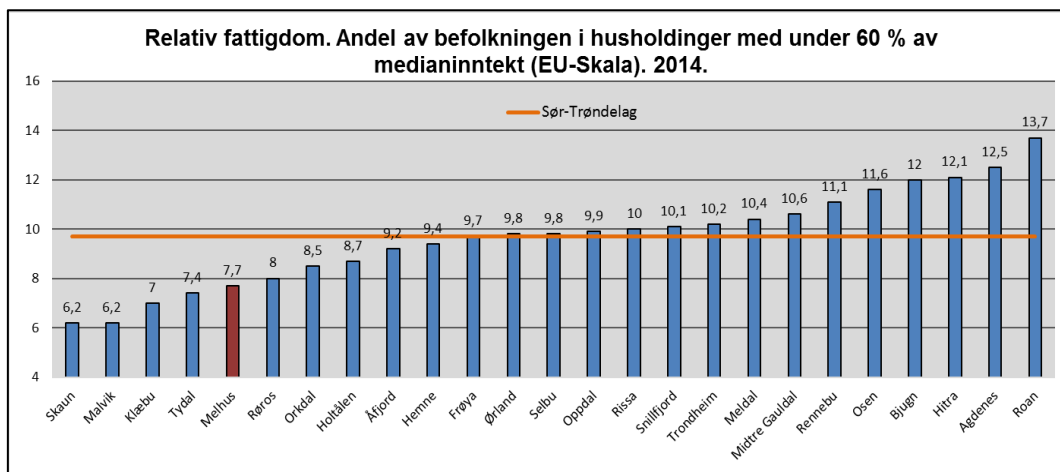
Inntekten til den personen som befinner seg midt i fordelingen når inntektene til alle personer i befolkningen er sortert stigende (eller synkende). Det vil altså være like mange personer med en inntekt over som under medianinntekten. Medianen må ikke forveksles med gjennomsnittet.

⁹ «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse», En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Helsedirektoratet, 10/2013, s. 21-22

¹⁰ Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet, s. 14

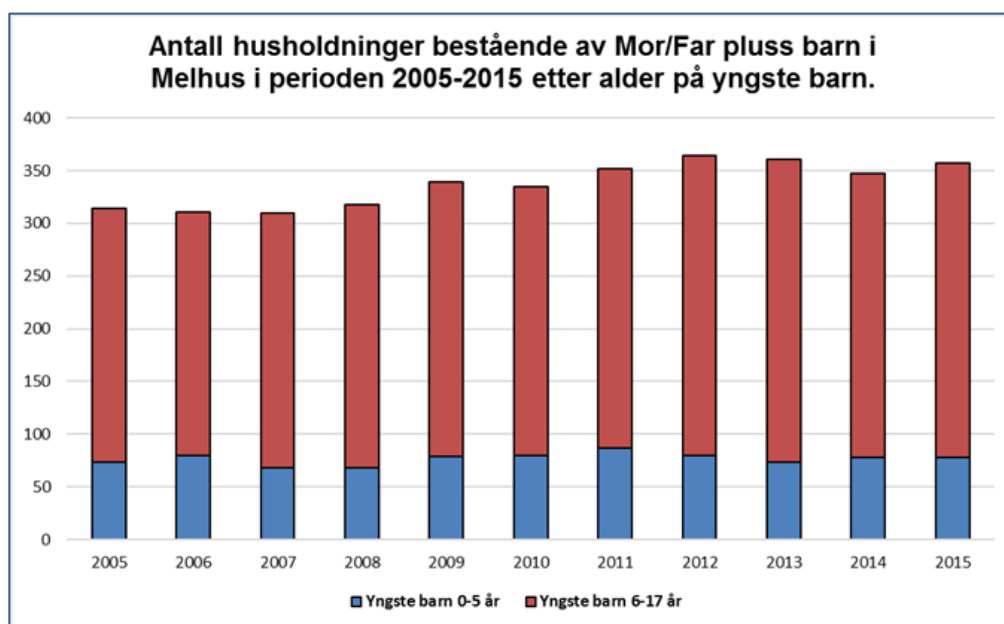
¹¹ Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet, s. 15

¹² Informasjon fra SSB. For mer informasjon om tallene, vises til vedlegg 1, kap. 11



Figur 12: Relativ fattigdom. Andel av befolkningen i husholdninger med under 60 % av medianinntekt 2014. Kilde: SSB. Figur utarbeidet av STFK.

Enslige forsørgere tilhører gruppen med lavest inntekstvekst i samfunnet vårt. Generelt sett har mange innen denne gruppen problemer med å komme inn på boligmarkedet, i tillegg til at dårlig økonomi kan begrense barnas muligheter på en del områder. Figuren under viser at antall eneforsørgere i Melhus kommune i perioden 2005-2015 varierte mellom 300 og 350. Gruppen eneforsørgere med barn fra 0-5 år var mindre enn de med barn mellom 6-17 år. Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Melhus kommune 2017 viste at det var færre barn av enslige forsørgere i Melhus kommune enn i landet for øvrig. I Melhus lå andelen på 13 %, mens andelen i Sør-Trøndelag og på landsnivå var på 15 %.

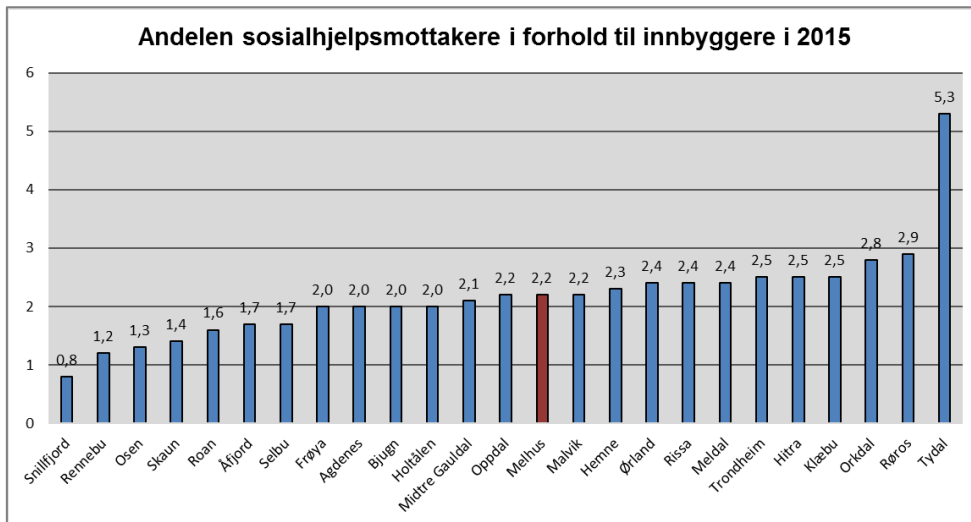


Figur 13: Antall husholdninger bestående av eneforsørgere med barn etter alder på yngste barn 2005-2015. Kilde: SSB/STFK

4.1.2. Mottagere av sosialhjelp

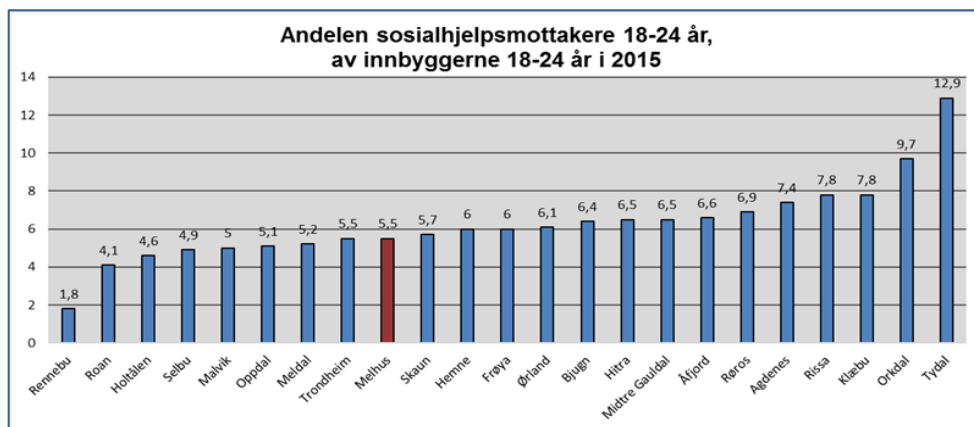
Informasjon fra NAV Melhus viser at antall mottakere av økonomiske sosialhjelp i snitt har ligget på 330 personer i perioden 2008-2015 (se vedlegg 2, kap. 11, 2. 129). Det utgjør om lag 2,2 % av innbyggerne, og ligger under landsgjennomsnittet som er på 2,6 %. I 2016 var det til sammen 343 mottakere av sosialhjelp, hvorav 176 menn og 167 kvinner.¹³

¹³ For mer informasjon vises det til tabell i vedlegg 2, kap. 11



Figur 14 viser at andelen sosialhjelpsmottakere i Melhus ligger midt i laget i forhold til de andre kommunene i Sør-Trøndelag. Snillfjord ligger nederst med 0,8 % og Tydal øverst med 5,3 %.

Figur 14: Andelen sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere i 2015. Kilde SSB. Figur utarbeidet av STFK.



Figur 15: Andelen sosialhjelpsmottakere av innbyggerne 18-24 år i 2015. Kilde SSB. Figur utarbeidet av STFK.

Pr. 1. januar 2015 var det 1 417 personer mellom 18-24 år i Melhus kommune, og av disse var det, slik figur 15 viser, 5,5 % som var sosialhjelpsmottakere, dvs. 78 personer. På landsbasis var det til sammenligning 6,2 % av denne aldersgruppen som var sosialhjelpsmottakere. Pr. november 2016 var det 89 ungdommer i Melhus kommune som mottok sosialhjelp i alderen 18-24 år, mens det var 170 personer i aldersgruppen 25-44 år. Andelen sosialhjelpsmottakere i aldersgruppen unge og unge voksne, var noe av bakgrunnen for opprettelsen av prosjektet «Ung og verdifull» i regi av NAV, som er et ikke-økonomisk handlingsmål i Økonomi og handlingsplanen for Melhus kommune 2016-2019. I tillegg til egenmidler, er prosjektet «Ung og verdifull» finansiert ved hjelp av barne- og fattigdomsmidler fra Fylkesmannen. NAV Melhus har med egenmidler og midler fra Fylkesmannen, opprettet et *Jobbhus*, et tilbud til personer som har behov for bistand for å komme seg ut i arbeid.¹⁴ Pr. november 2016 har til sammen 75 personer vært deltakere på Jobbhuset fordelt på følgende aldersgrupper:

- Ungdommer 18-25 år: Antall 31
- Voksne over 25 år: Antall 22
- Flykninger (alle aldre): Antall 22

NAV Melhus har også startet opp prosjektet *Jobbsjansen*, i samarbeid med Inkluderings- og moderniseringsdirektoratet (IMDI). Jobbsjansen retter seg mot innvandrerkvinner i alderen 18 – 55 år som trenger støtte og bistand for å komme ut i arbeidslivet. *Kvalifiseringsprogrammet* er et annet

¹⁴ For mer informasjon om *Jobbhus* vises til vedlegg 3, kap. 11, s. 129

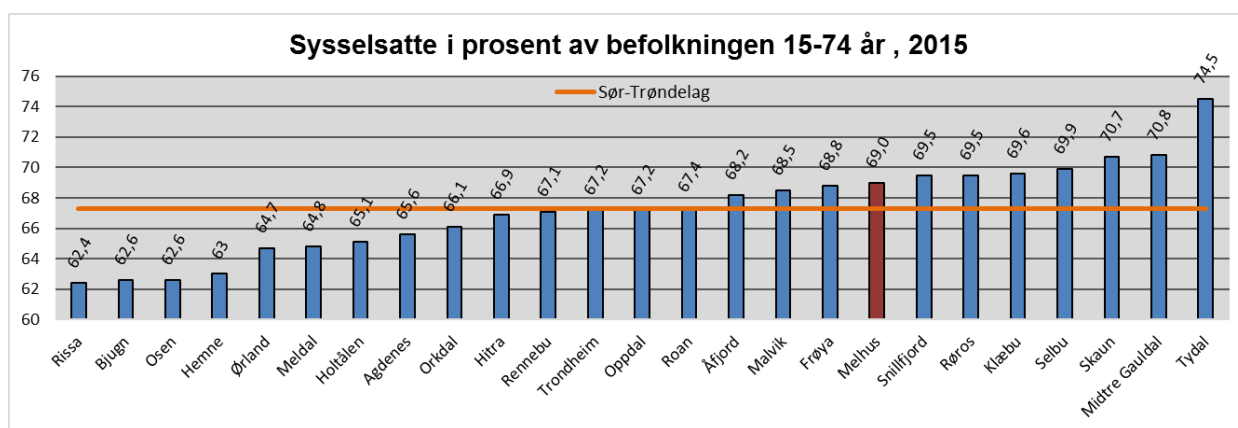
tilbud fra NAV Melhus til personer som har behov for bistand og oppfølging for å komme seg i arbeid og aktivitet. Det er tilpasset den enkeltes behov, og er ment å fremme arbeidsevnen og styrke muligheten for å komme seg ut i vanlig jobb. Det er 11 som har fått dette tilbudet i 2016.¹⁵

4.1.3. Helse og arbeidsforhold

På nasjonalt nivå rapporteres det om færre arbeidsmiljøbelastninger nå enn tidligere. Men det er fortsatt slik at arbeidstakere med kort utdanning er mer eksponert for fysiske og kjemiske arbeidsbelastninger. De med høyere utdanning er mer utsatt for psykososiale arbeidsbelastninger, samt muskel og skjelettplager som følge av stillesittende arbeid. Men selv om ulike yrker har ulike arbeidsbelastninger, er det slik at det å være i jobb i seg selv er helsefremmende. Man får deltatt i et sosialt fellesskap, får vært til nytte, og får utviklet seg faglig og personlig.¹⁶

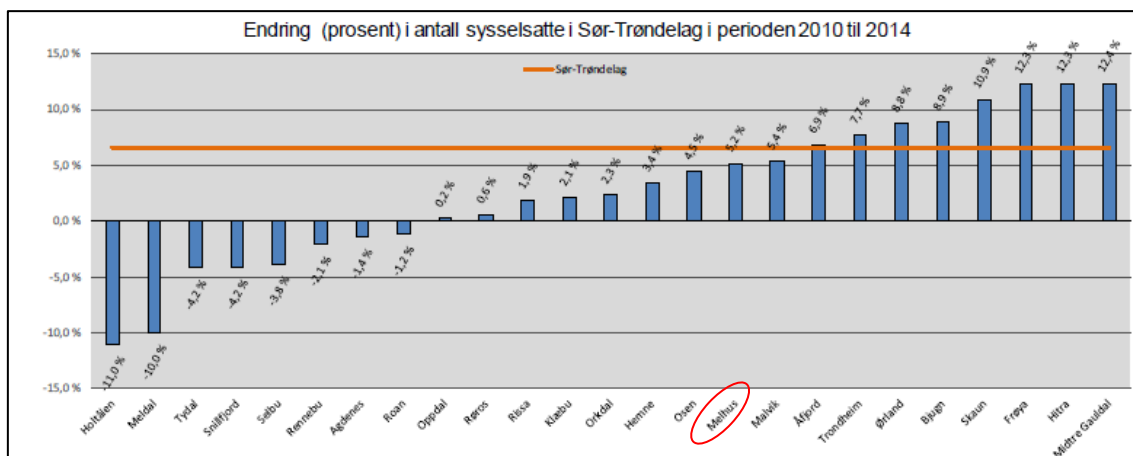
4.1.3.1. Næring og arbeidsplasser

I Melhus kommune utgjør sysselsatte 69 % av befolkningen (11 106 personer av en befolkning på 16 096, januar 2016), og kommunen ligger over snittet for Sør-Trøndelag på litt over 67 %.



Figur 16: Sysselsatte i prosent av befolkningen 15-74 år. Kilde SSB. Figur utarbeidet av STFK

Melhus kommune har likevel en arbeidsplassdekning på 58, hvor 100 indikerer balanse, dvs. at det er et arbeidsplassunderskudd i kommunen i forhold til sysselsatte. Mange pendler til Trondheim for å jobbe. I 2015 var det 5095 personer som pendlet ut av kommunen for å jobbe, og 1 761 som pendlet inn til kommunen på jobb. Selv om det er et arbeidsplassunderskudd i forhold til antall sysselsatte, så har det også vært en økning i sysselsettingen på 5,2 % i perioden 2010-2014 (figur 17).



Figur 17: Prosentvis endring i antall sysselsatte i Sør-Trøndelag i perioden 2010-2014. Kilde: Trøndelag i tall

¹⁵ Informasjon fra NAV, Melhus

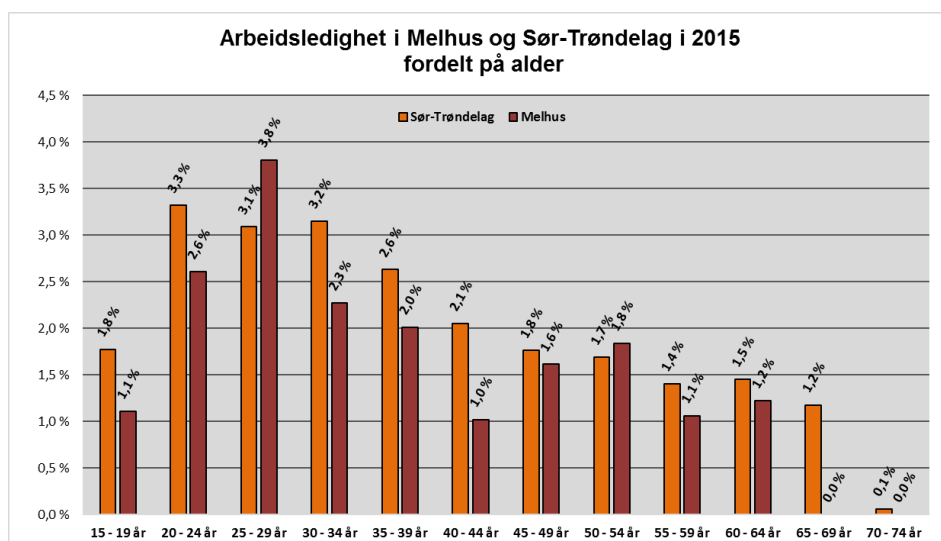
¹⁶ Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet, s. 120

Selv om dette ligger under snittet for Sør-Trøndelag på om lag 6,6 %, så var Melhus kommune den nest største kommunen i Sør-Trøndelag i antall registrerte bedrifter i 2015. Av disse utgjør landbruket 26,4 % og bygg/anlegg 14,8 %. Deretter følger varehandel med 10,3 % og omsetning/drift av fast eiendom med 6,6 % (SSB). Når det gjelder antall sysselsatte fordelt på næring, så er det fortsatt slik at det er flest sysselsatte i helse- og sosialtjenester (24 %), undervisning (13 %) og varehandel (13 %). Deretter følger bygg- og anleggsvirksomhet (10 %), industri (6 %) og landbruk, skogbruk og fiske (5,6 %).¹⁷

4.1.4. Arbeidsledige

Melhus kommune har relativt lav arbeidsledighet. På slutten av året i 2015 var det totalt 149 (gjennomsnittet for alle måneder i året) arbeidsledige i Melhus kommune, dvs. 1,8 % arbeidsstyrken.¹⁸ Tall fra NAV Melhus viser at det pr. oktober 2016 var 196 helt arbeidsledige i Melhus kommune, hvorav 93 kvinner og 103 menn. Det utgjorde totalt 2,3 % av arbeidsstyrken. I november 2016 var det til sammen 207 ledige, dvs. 2,4 % av arbeidsstyrken. I forhold til i november året før, har ledigheten steget med 36 personer. I NAV Sør-Trøndelag sin arbeidsmarkedsprognose for 2017, forventes det at ledigheten i fylket vil holde seg på nivå med fjorårets.¹⁹

Figur 18 viser prosentvis andel av de arbeidsledige fordelt på alder. Den viser at Melhus kommune ligger noe over snittet i Sør-Trøndelag for aldergruppen 25-29 år, og for gruppen 50-54 år. Det er vanskelig å si noe om årsaken til dette, og det kan skyldes tilfeldige variasjoner. Det er likevel grunn til å følge med på om dette vedvarer i årene fremover.



Figur 18: Arbeidsledighet i Melhus og Sør-Trøndelag i 2015 fordelt på alder.

I Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 oppgis det at andelen arbeidsledige i aldergruppen 15-29 år pr. januar 2014 var på 2,9 %. For Sør-Trøndelag var prosentandelen 2,4 %, og for landet var den 2,7 %. Det oppgis ikke slike tall i Folkehelseprofilen for 2017.

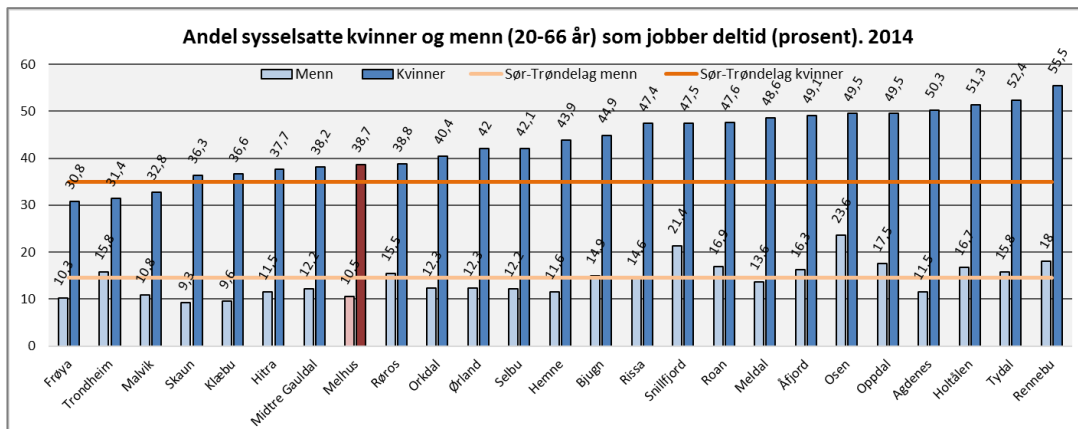
Av de sysselsatte i Melhus kommune var det 10,5 % menn mellom 20-66 år som jobbet deltid, og dette lå under snittet for Sør-Trøndelag på om lag 15 % (se figur 19). For kvinner var andelen deltidsansatte i Melhus kommune langt høyere enn for menn, med 38,7 % av de sysselsatte. Her lå Melhus kommune over snittet for Sør-Trøndelag på om lag 35 %. Vi kjenner ikke bakgrunnen for at

¹⁷ Kilde: Trøndelag i tall. For mer informasjon om antall sysselsatte fordelt på arbeidssted, vises til vedlegg 4, kap. 11, s. 130

¹⁸ Kilde: Panda analyseverktøy, Sør-Trøndelag Fylkeskommune. Arbeidsstyrken betyr de som er meldte arbeidsledige pluss de som er i arbeid.

¹⁹ Pressemelding fra NAV Sør-Trøndelag, 02.12.16.

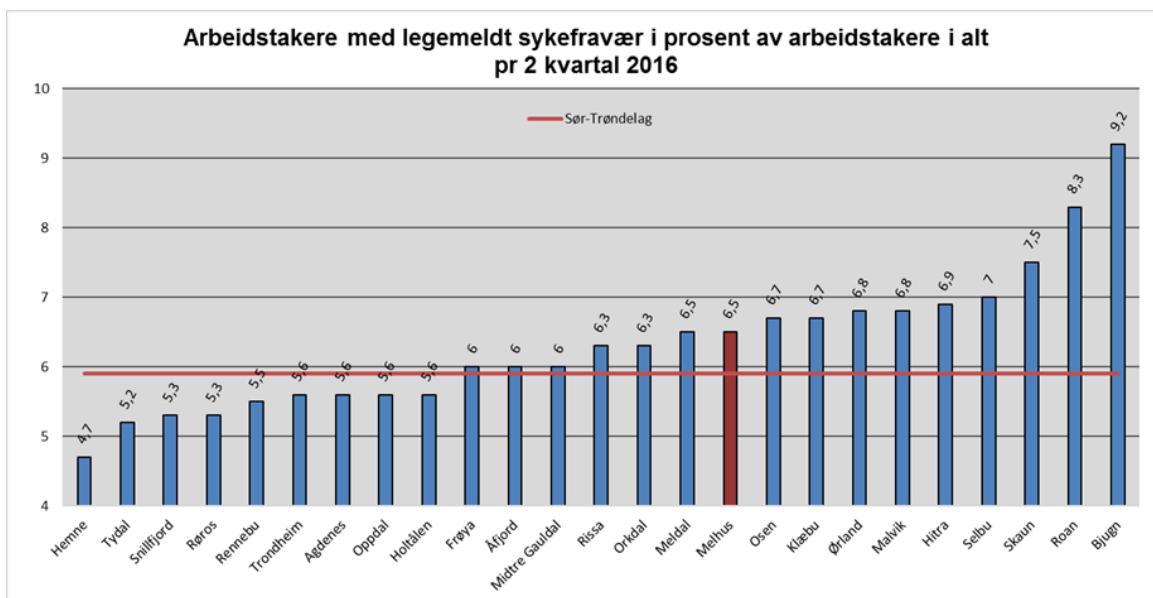
det er så vidt mange deltidsansatte i kommune, men med tanke på sammenhengen mellom lav inntekt og helseutfordringer, kan det være grunn til å undersøke dette nærmere.



Figur 19: Kilde SSB. Figur utarbeidet av STFK

4.1.5. Sykefravær og uføretrygd

Figur 20 under viser at det legemeldte sykefraværet i 2. kvartal 2016 i Melhus kommune var på 6,5 %, mens snittet for Sør-Trøndelag lå på litt under 6 %. Her lå Hemne nederst med 4,7 %, og Bjugn øverst med 9,2 %. På landsbasis var andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær 5,8 %. Det er en liten nedgang sammenlignet med samme kvartal i 2015, da fraværet var på 5,9 %.



Figur 20: Arbeidstakere med legemeldt sykefravær i prosent av arbeidstakere i alt pr. 2. kvartal 2016. Figur utarbeidet av STFK.

Informasjon fra SSB viser at det legemeldte sykefraværet i Melhus kommune stort sett har ligget over snittet for Sør-Trøndelag på nærmere 6 % i hele perioden 2000-2016, men det er ingen avvik av stor betydning.

Når det gjelder mottakere av uføretrygd, så ligger Melhus lavest av kommunene i Sør-Trøndelag, med 6,4 % av befolkningen mellom 18-67 år pr. 31. mars 2016 (1030 personer). Snittet for Sør-Trøndelag var på nærmere 10 %. Meldal lå øverst med 16,1 % av befolkningen. Pr. juli 2016, hadde Melhus kommune 1034 personer som mottok uføretrygd mellom 18-67 år.²⁰ Folkehelseprofilen for

²⁰ Informasjon fra SSB om mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen 18-67 år.

Melhus kommune 2017 viser at det var 2,7 % av befolkningen i aldersgruppen 18-44 år som var uføretrygdet, mens tallene på fylkes- og landsnivå lå på henholdsvis 2,8 % og 2,6 %.

4.1.6. Yrkesrelaterte helsebelastninger

Det har vært en omlegging i rapportering til SSB som gjør at det pr. dato ikke finnes tilgjengelige tall på sykefravær fordelt på næring for 2015 og 2016. Direktoratet for arbeidstilsynet gir imidlertid oversikt over antall rapporterte arbeidsrelaterte sykdommer etter næring. Statistikken er basert på meldte tilfeller av arbeidsrelatert sykdom fra arbeidsgivere og leger.²¹ Informasjonen benyttes til å kartlegge risikofylt- og belastende arbeidsforhold, og legger deretter grunnlag for utarbeiding av tiltak for å utbedre forholdene. I perioden 2011-2014 ble det meldt inn til sammen 10978 tilfeller på landsbasis. Det tas forbehold om at det er stor grad av underrapportering fra leger og arbeidsgivere generelt, og at de tallene og tendensene det her er snakk om ikke gir full oversikt over yrkesrelaterte helsebelastninger.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø (NOA) kartlegger derimot forholdet mellom arbeidsmiljø- og helse basert på levekårsundersøkelser. Kartleggingen danner utgangspunkt for utgivelse av Faktabok om arbeidsmiljø og helse. Selv om det her ikke er snakk om informasjon på kommunenivå, gir den grunnlag for å løfte fram utfordringer som gjelder befolkningen generelt. Faktaboken for 2015 viser at yrkesaktive i Norge generelt sett har gode arbeidsforhold og at utviklingen i norsk arbeidsmiljø går i positiv retning. Men det er likevel slik at de største helseutfordringene i omfang og kostnader som følge av redusert helse, sykefravær og uførhet er knyttet til muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager. Slike plager er årsak til 6 av 10 legemeldte sykefraværsdagsverk. I halvparten av disse tilfellene oppgis jobben (både mekaniske og psykososiale faktorer) som årsak til problemene. Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 og 2017 viser at kommunen lå betydelig dårligere an enn landet for øvrig når det gjaldt muskel- og skjelettplager i befolkningen mellom 0-74 år. Grunnlaget for informasjonen var registreringer og innrapportering fra fastleger og legevakt. Dette blir nærmere belyst i kap. 8.

4.2. Helse og boforhold

Boligpolitikken er en integrert del av velferdspolitikken, og er en prioritert faktor på linje med arbeid, helse og utdanning. Det er et mål for boligpolitikken at alle skal kunne bo trygt og godt.²² Det er særlig viktig for barn, og for deler av befolkningen med spesielle behov grunnet nedsatt helse- og funksjonsevne, dårlig økonomi og vanskelig tilknytning til arbeidslivet. Dette er også forhold som innvirker på bosettingsmønsteret.

4.2.1. Bosettingsmønster

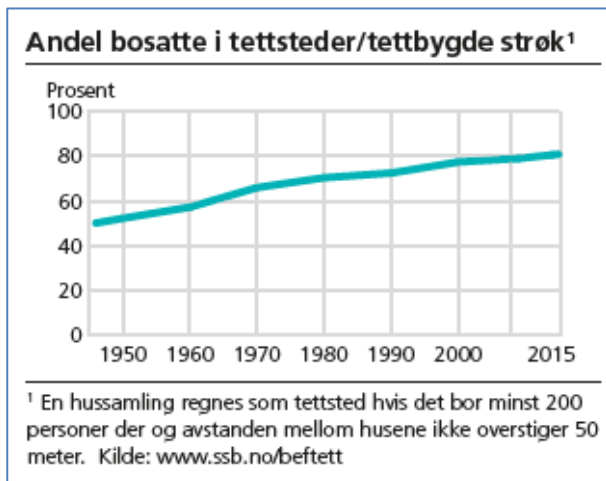
Bosettingsmønsteret har endret seg til alle tider i takt med folks virke knyttet til næring- og livsgrunnlag. Prisene i boligmarkedet og den geografiske plasseringen av boligene, påvirkes i dag av folks behov ut fra sivil status, nærhet til arbeidsplasser, nærhet til infrastruktur og ikke minst betalingsevnen i befolkningen.

4.2.1.1. Endring i primærnæringene og økende sentralisering

Rasjonalisering i primærnæringene har ført til færre ansatte i landbruk og skogbruk, og det har resultert i økende sentralisering. Dette er en utvikling som har pågått i flere tiår. I tiden etter 2. verdenskrig bodde om lag halvparten av befolkningen i tettbygde strøk, mens det i 2015 var 80 %.

²¹ Siden 1977 har registrering av arbeidsrelaterte sykdommer vært hjemlet i Arbeidsmiljøloven § 5-3, som sier at «enhver lege som igjennom sitt arbeid får kunnskap om en arbeidstaker som lider av yrkessykdom som er likestilt med yrkesskade etter folketrygdens § 13-14, eller annen sykdom som legen antar skyldes arbeidstakerens arbeidssituasjon, skal gi skriftlig melding om det til Arbeidstilsynet».

²² Folkehelsemeldingen, Meld. St. 34 (2012-2013), s. 55-56

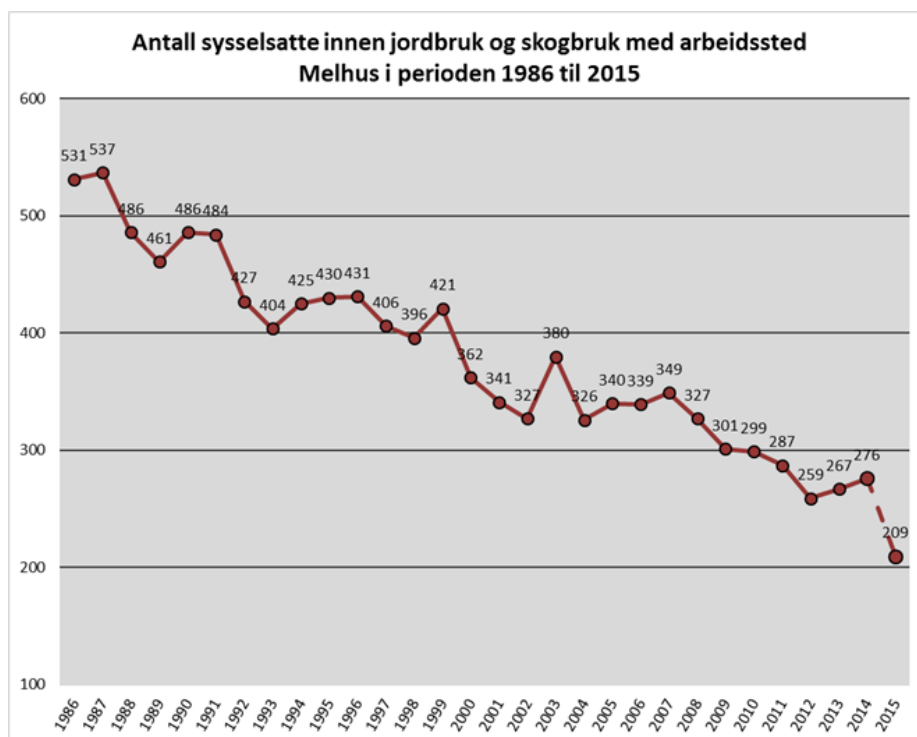


Figur 21: Andel bosatte i tettsteder/tettbygde strøk fra 1950-2015
Kilde: SSB



Ansatte i landbruket er blitt erstattet av maskiner i etterkrigstidens Norge. Siden 1960-tallet har det vært en økende sentralisering også i Melhus kommune, og stadig flere bor i tettsteder.²³ Færre jobber i landbruket, selv om Melhus kommune fortsatt er en av fylkets største landbrukskommuner. Vi har sett at mange pendler til og fra Trondheim for å jobbe.

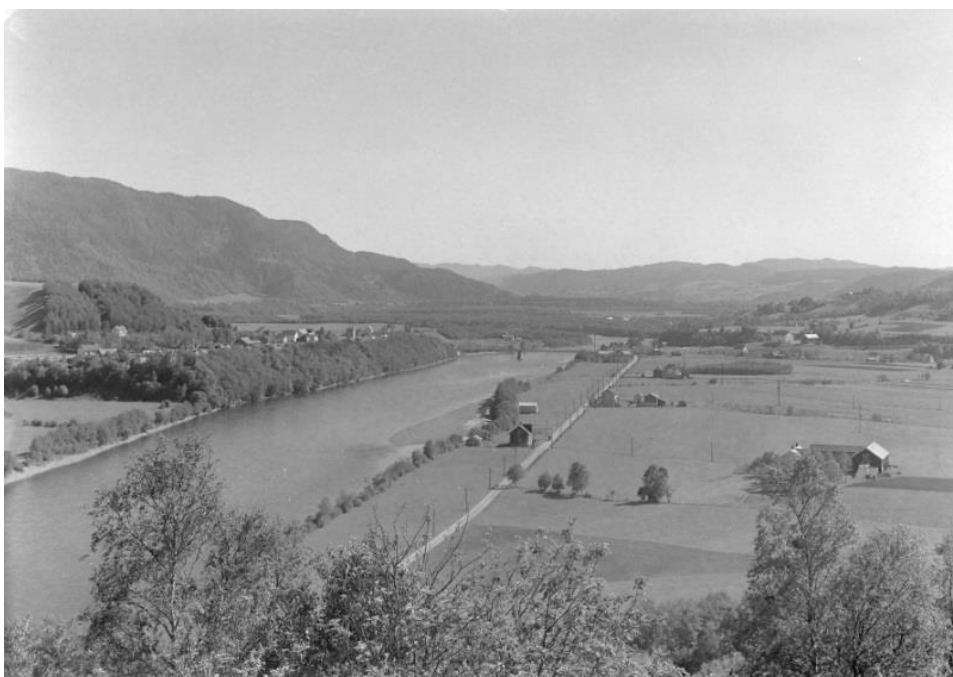
Kilde: Bildet er fra jordene mellom Melhus og Klett på 1950-tallet. Melhus Historielag



Figur 22 viser at det har vært en nedgang i antall sysselsatte i landbruket i Melhus kommune fra 531 til 209 i perioden 1986-2015.

Figur 22: Antall sysselsatte innen jordbruk og skogbruk, Melhus, 1986-2015. Kilde: SSB. Figur utarbeidet av STFK.

²³ En hussamling regnes som tettsted hvis det bor minst 200 personer der og avstanden mellom husene ikke overstiger 50 meter. Kilde: www.ssb.no/befteft



Kommunesenteret i Melhus kommune er nesten ikke til å kjenne igjen i forhold til slik det så ut på 1930-tallet. Bildet av Melhus tettsted er fra 1937. Dagens sentrumsområde ligger til venstre i bildet på østsiden av Gaula.

Kilde: Melhus Historielag

Tabellen under viser befolkningstall fra 2011-2015 fordelt på de ulike tettstedene og grunnkretsene i kommunen. Det gjøres oppmerksom på at Gåsbakken ikke er med i tabellen fordi bygda faller utenom SSBs definisjon på tettsted.²⁴ Her får vi bekreftet at det har vært en negativ befolkningsutvikling utenfor tettstedene, og at utviklingen varierer fra sted til sted. Med utgangspunkt i at mange jobber i Trondheim, er det naturlig at det er flest som bor i tettstedet Melhus ettersom det er nærmest byen. Det var 6003 bosatte her i 2015. Deretter følger Lundamo med 1071 og Ler med 587 innbyggere.

Den største prosentvise veksten i perioden 2011-2015 har vært på Storsand/Søberg, med 95,7 %. Deretter følger Hovin med 21,2 %. Det er kun Lundamo som tettsted som har hatt en negativ befolkningsutvikling. Variasjonen har i stor grad sammenheng med boligprosjekt.²⁵

Befolkning Melhus tettsteder pr 1 januar								
Tettsedskode	Navn på tettsted	2011	2012	2013	2014	2015	Endring 2011-2015	
6651	Melhus	5 401	5 540	5 894	5 987	6 003	602	11,1 %
6652	Kvål	471	476	477	475	475	4	0,8 %
6653	Ler	576	570	576	569	587	11	1,9 %
6654	Lundamo	1 126	1 135	1 079	1 070	1 071	-55	-4,9 %
6655	Hovin	617	644	669	738	748	131	21,2 %
6656	Korsvegen	475	477	532	529	514	39	8,2 %
6657	Storsand	230	250	445	441	450	220	95,7 %
	total tettsteder	8 896	9 092	9 672	9 809	9 848	952	10,7 %
	Melhus utenfor tettstedene	6 132	6 300	6 007	6 035	6 068	-64	-1,0 %
	Total Melhus	15028	15392	15679	15844	15916	888	5,9 %

Tabell 3: Befolkning i Melhus tettsteder pr. 1. januar 2011-2015. Kilde: SSB/STFK

²⁴ SSBs definisjon på tettsted: En hussamling skal registreres som et tettsted dersom det 1. Bor minst 200 personer der og 2. Avstanden mellom husene skal normalt ikke overstige 50 meter. Det er tillatt med et skjønsmessig avvik ut over 50 meter mellom husene i områder som ikke skal eller kan bebygges. Dette kan f.eks. være parker, idrettsanlegg, industriområder eller naturlige hindringer som elver eller dyrkbare områder. Husklynger som naturlig hører med til tettstedet tas med inntil en avstand på 400 meter fra tettstedskjernen.

²⁵ For mer informasjon om befolkningen i Melhus på grunnkretsnivå vises til vedlegg 5, kap. 11.

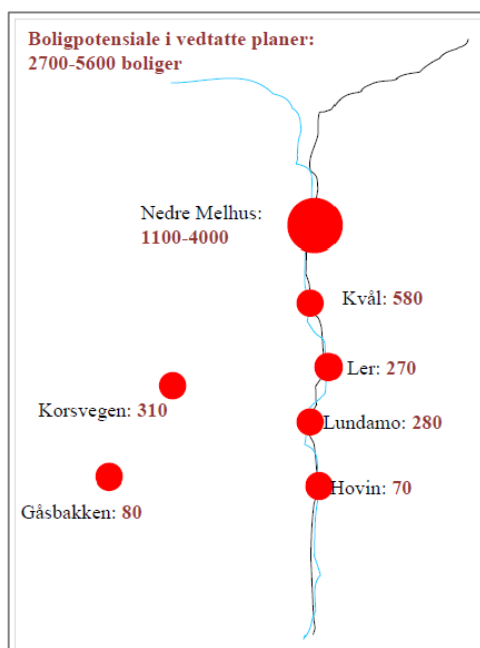
4.2.2. Boligtypefordeling og forventet boligbygging

I perioden 1999 til 2016 ble det bygd 1924 boliger i Melhus, og det er et snitt på 113 boliger i året. Med utgangspunkt i befolkningsprognose for Trondheimsregionen basert på middels vekst i befolkningsutviklingen, forutsettes at det bygges 4517 nye boliger i perioden 2017-2069, dvs. i snitt 86 nye boliger pr. år.²⁶

I perioden 2003-2012 ble det bygd flere småhus og blokker enn tidligere, mens andelen eneboliger gikk litt ned. I perioden fordelte boligbyggingen seg på 45 % eneboliger, 10 % blokker og 10 % annen bebyggelse. Men det er fortsatt slik at eneboliger utgjør den største andelen av boligmassen. I 2013 besto omtrent 70 % av den totale boligmassen i kommunen av eneboliger. Resterende 30 % var fordelt på småhus og blokk, med størst andel på småhus.²⁷

4.2.3. Tilgjengelighet til boliger

Under pkt. 3.1.4 så vi at andelen aleneboere øker i takt med befolkningsutviklingen. Som følge av økt levealder, forventes også en større andel eldre. I de senere år har det vært en trend at mange eldre har solgt sine eneboliger og flyttet inn i leiligheter mer sentralt. De siste tallene som underbygger dette er fra Helhetlig tiltaksplan for boligbygging fra 2015. Den viser at 62,8 % av eldre over 80 år bodde i eneboliger i 2001, mens prosentandelen var sunket til 48,6 % i 2009. På bakgrunn av denne utviklingen, anbefales det i kommunens helhetlige plan for boligbygging, at boligbyggingen i perioden 2013-2022 innrettes mot 40 % blokker og 25 % eneboliger. I tiltaksdelen for boligbygging pekes det på hvilke areal kommunen har for fremtidig boligbygging, og det er da snakk om sentrum i tettstedene, felt i tilknytning til tettsted og spredt boligbygging sør og vest i kommunen.



Figur 23 viser hvor mange potensielle boliger det kan bygges på i de ulike tettstedene i kommunen ut fra de arealene som er planavklarte. Inntil videre er dette tilstrekkelig i forhold til det forventede behovet for boliger i perioden 2017-2069.

Figur 23: Boligpotensial i vedtatte planer, Melhus kommune. Kilde: Helhetlig tiltaksplan for boligbygging, vedtatt i kommunestyret 05.05.15.

4.3. Boligsosialt arbeid

En god bolig er grunnlaget for en anstendig tilværelse, og dette ligger til grunn for den nasjonale boligpolitikken.²⁸ Den sosiale boligpolitikken er innrettet for å bedre forholdene for personer og husstander som har svak økonomi eller særskilte behov. Dette gjøres ved hjelp av lån, tilskudd og bostøtte. Det kan legges til at kommunen er forpliktet ved lov til å finne midlertidig botilbud til de som ikke klarer det selv.²⁹

²⁶ Boligpotensial forutsatt boligbygging. Kilde: Trondheimsregionen

²⁷ Helhetlig tiltaksplan for boligbygging, Melhus kommune, vedtatt av Melhus kommunestyre 05.05.15

²⁸ Folkehelsemeldingen (2012-2013), s. 54

4.3.1. Rammer og mål for kommunens boligsosiale arbeid

Følgende nasjonale mål for det boligsosiale arbeidet er fastsatt av regjeringen:

1. **Alle skal ha et godt sted å bo**
2. **Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet**
3. **Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv**

Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid «Bolig for velferd» ligger til grunn for kommunens boligsosiale arbeid.³⁰ Her gis følgende forklaring på hva boligsosialt arbeid innebærer:

Boligsosialt arbeid handler både om å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet. Arbeidet kan deles inn i operative og strategiske oppgaver. De operative oppgavene handler om å gi råd og veiledning, skaffe egnede boliger, tildele økonomisk støtte, iverksette bo- og nærmiljøtiltak, og å gi oppfølging og tjenester i hjemmet. De strategiske oppgavene handler om å sette langsiktige mål, utvikle tiltak og virkemidler for å nå disse målene, sette av økonomiske og faglige ressurser til arbeidet, og avgjøre hvor og av hvem de ulike operative oppgavene skal løses.

Vanskeligstilte på boligmarkedet

Personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egen hånd. Disse befinner seg i en eller flere av følgende situasjoner:

- Er uten egen bolig
- Står i fare for å miste boligen sin
- Bor i uegnet bolig eller bomiljø

En samarbeidsavtale med Husbanken region Midt-Norge danner rammen for kommunens nåværende boligsosiale arbeid. Kommunen er en såkalt programkommune tilknyttet Husbankens boligsosiale utviklingsprogram. Den første samarbeidsperioden med Husbanken var fra 2013-2016, og den nåværende avtalen er gjeldende for 2016-2020. Dette erstatter tidligere boligsosial handlingsplan så lenge avtalen gjelder.

Den nåværende avtalen danner utgangspunkt for årlige handlingsplaner for bolig og boligsosialt arbeid. Målet for arbeidet er å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet.³¹

4.3.2. Status, bosatte i kommunale boliger

Melhus kommune har to typer kommunale boliger for vanskeligstilte; gjennomgangsboliger og omsorgsboliger.

Omsorgsbolig:

Bolig er for personer som innfrir følgende to kriterier:

1. Funksjonsnedsettelse (både fysisk og psykisk)
2. Behov for tjenester (psykiatri, hjemmesykepleie, basebemanning/vedtak om tilgjengelig personellressurser)

Gjennomgangsbolig: Bolig med tre-årskontrakt for personer som ikke tilfredsstillt tildelingskriteriene for omsorgsbolig. Det kan være flyktninger, personer med lav bo-evne, økonomisk vanskeligstilte og personer som av ulike grunner ikke mestrer bolighverdagen.

Kriseboliger: En type gjennomgangsbolig med tre-måneders kontrakt for personer i en vanskelig livssituasjon som venter på gjennomgangsbolig, som opplever krise i familien og som er bostedsløse.

²⁹ Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, § 27 (Sosialtjenesteloven)

³⁰ Bolig for velferd, Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020), Kommunal og moderniseringsdepartementet

³¹ For utdyping av definisjonen på vanskeligstilte på boligmarkedet, og til hovedmål for gjeldende handlingsplan for programperioden 2013-2016, se **vedlegg 6**

Kommunen har i dag 67 gjennomgangsboliger, og 239 omsorgsboliger. I utgangspunktet legges det vekt på at bolig er et privat ansvar, og at kommunen kun prioriterer de mest vanskeligstilte på boligmarkedet. Det er nå flere boliger enn tidligere som er tilpasset gruppen rus og psykiatri, utviklingshemming og flyktninger. Felles inntaksteam i kommunen ser en økende søkermasse blant yngre med psykiske vansker. I 2017 vil det komme 30-35 nye gjennomgangsboliger. I praksis er det snakk om boliger for personer med lav bo-evne, økonomisk vanskeligstilte, flyktninger og personer med rus og psykiske lidelser. Kommunen har som mål å få til en rullering i boligmassen sånn at flere med behov slipper til. Dette gjøres ved at beboerne får relevant bo-veiledning slik at de settes i stand til å komme seg raskere over i egen privat boligkarriere (leie eller eie). Det er ansatt en egen bo-veileder i kommunen som jobber med arbeidstiltak, sosiale tiltak og aktiviteter, samt tiltak for bekjempelse av ensomhet blant vanskeligstilte. Det boligsosiale arbeidet i kommunen har erfaringsmessig vært noe fragmentert ettersom mange ulike virksomheter arbeider med innbyggere som er vanskeligstilte på boligmarkedet.

Antallet eldre over 80 år vil frem mot 2040 bli doblet (fra 658 til 1330 personer.) Dette vil øke etterspørselen etter omsorgsboliger, med mindre innbyggerne i større grad selv tar ansvar for bolig og egen alderdom. Videreføring av dagens praksis innebærer et behov for rundt 340 omsorgsboliger og institusjonsplasser i perioden frem til 2040. En vellykket satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne gi en reduksjon av behovet, kanskje ned mot 155 boliger og institusjonsplasser. Melhus kommune har som mål å evaluere egen omsorgsboligmasse og tilpasse denne til fremtidens behov. Dette arbeidet vil skje i 2017 og 2018.³²

Det er vanskelig å si noe om antall bosatte i kommunal bolig tilbake i tid, ettersom antallet personer endrer seg fra måned til måned. Det man derimot vet med sikkerhet er at antall flykninger har økt i kommunal boligmasse.

Personer bosatt i gjennomgangsboliger

Grunnlag for boligtildeling	Antall personer totalt	Antall barn/unge under 18 år (av total)
Flykning	110	53
Økonomisk vanskeligstilt	16	7
Psykiatri	10	0
Rus (kjent)	2	0
ROP (rus og psyk)	3	0
Andre vanskeligstilte inkl. sykdom	3	2
Sum	144	62

Tabell 4: Antall personer bosatt i gjennomgangs- boliger pr. 7. desember 2016. Kilde: Bygg og eiendom, Melhus kommune

Tabell 4 viser at det er til sammen 144 personer bosatt i gjennomgangsboliger pr. 7. des. 2016, og av disse er 76, 3 % flytninger. Det er 43 % av de bosatte som er barn og unge under 18 år. I tillegg til det som fremgår av registreringen over, benyttes private leieboliger til bosetting av flykninger, både enslige og familier. Uten tilgang på private boliger hadde ikke kommunen klart å gjennomføre kommunestyrets vedtak om bosetting av flyktninger. Tomgangstid ved rullering, vedlikehold og ombygging av boligene er ikke med i registreringen over.

³² Det vises til Agenda Kaupangs gjennomgang av økonomi og tjenesteorganiseringen av helse og omsorgstjenestene i Melhus kommune, rapport 21.oktober 2015. Rapporten ligger også til grunn for utfordringen beskrevet i prosjektet «Hundre år i eget hjem – aktiv i eget liv».

Personer bosatt i omsorgsboliger

Grunnlag for boligtildeling	Antall personer totalt	Antall barn
Nedsatt funksjonsevne/tjenester	171	
ROP (rus og psyk)	12	
Andre vanskeligstilte inkl. sykdom	2	4
Utviklingshemming	49	
Krisebolig	3	0
Sum	237	4

Tabell 5: Personer bosatt i omsorgsboliger, inkludert kriseboliger, Melhus kommune, pr. 7. desember 2016.

Tabell 5 viser at det er til sammen 237 personer bosatt i omsorgsboliger i Melhus kommune pr. 7. desember 2016, hvorav 72 % er personer med nedsatt funksjonsevne, og 21 % er utviklingshemmede. Det er 1,7 % av de bosatte i omsorgsboligene som er barn, og 5,1 % er personer med psykiatri/rus-problemer. Erfaringer fra felles inntaksteam for kommunal bolig gir indikasjon på at det er en økning i antall unge mellom 18-25 år som har behov for kommunal bolig. Det er foreløpig ingen dokumentasjon på dette, og heller ingen kunnskap om hva økningen evt. skyldes.

4.3.3. Boligsosiale hensyn i plassering av boliger

De fleste av flyktningene som kommer til kommunen er uten egen bil. Med unntak av nedre Melhus har tettstedene i Melhus et relativt dårlig utbygd kollektivtilbud.

Med unntak av noen få, bor derfor de fleste flyktningene i nedre Melhus. Dette har i tillegg sammenheng med at de da er i nærheten av Voksenopplæringen. Flyktninger uten bil som kommer over i lønnet arbeid med ugunstig arbeidstid, har også behov for å bo i nedre Melhus ettersom kollektivtilbudet her er bedre. Det er samtidig ønskelig å fortsette å bo i nedre Melhus hvor de har opparbeidet et sosialt nettverk mens de gikk på Voksenopplæringen, og hvor barna har opparbeidet et sosialt nettverk i skole og barnehage.

For å kunne bosette flyktninger, benyttes både kommunale og private boliger, og det har så langt ikke vært problemer med å skaffe tilgjengelige boliger.

Erfaringer fra det boligsosiale arbeidet i Melhus kommune viser at det er behov for boliger i det private markedet tilpasset de med lav inntekt i kombinasjon med godt kollektivtilbud. Dette kan også gjøre det lettere for ungdom å komme inn på boligmarkedet, samtidig som det ville gitt en mer variert alderssammensetning på befolkningen i tettstedene.

4.3.4. Startlån fra Husbanken

Husbanken gir mulighet for startlån og tilskudd til etablering slik at personer som ikke får lån i vanlige banker skal få en mulighet til å kjøpe egen bolig. Det gis også til personer som trenger hjelp til å beholde egen bolig. Startlånene fra Husbanken forvaltes av NAV.³³ Informasjon fra NAV Melhus viser hvor mange husstander som har fått utbetalt startlån i perioden 2008-2015 (tabell 6).

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Startlån fra husbanken	19	30	43	50	25	26	11

Tabell 6: Mottagere av startlån fra husbanken i Melhus Kommune 2008-2015. Kilde: NAV, avd. Melhus

³³ Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) omfatter både den statlige Arbeids- og velferdsetaten og de delene av kommunens tjenester som finnes på det enkelte NAV-kontor. Opprinnelig sto NAV for "Ny arbeids- og velferdsforvaltning". Det ble opprettet i juli 2006 og innebar en sammenslåing av tidligere Aetat (Arbeidsmarkedsetaten) og Trygdeetaten.

Det kan nevnes at regjeringen innførte endring i forskrift om startlån fra Husbanken i april 2014. Fra da av har startlån vært forbeholdt langvarig vanskeligstilte husstander og husstander med barn. Endring i forskrift har medført at det er færre husstander som får tildelt startlån. Større fokus på utnyttelse av sparepotensial i husholdningene, at ungdom i etableringsfasen ikke lenger er i målgruppa, samt høyere boligpriser er årsaker til at Melhus kommune har gitt færre lån.

4.3.5. Innvilgede søknader om bostøtte

Bostøtte er regulert gjennom egen lov om bostøtte. Formålet med den statlige bostøtten, som forvaltes av husbanken, er å sikre personer med lave inntekter og høye boliggifter en hensiktsmessig bolig. Det er NAV som forvalter søknader om bostøtte på kommunalt nivå. Årsrapport fra sosialtjenesten viser at det i snitt har vært 337 personer som har fått innvilget bostøtte fra Husbanken i perioden fra 2008-2016 i Melhus kommune (tabell 7).

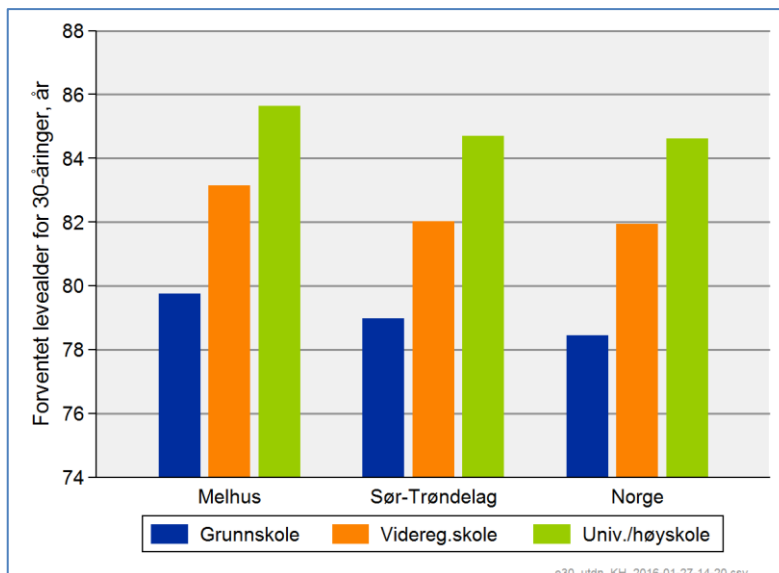
År	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mottatte søknader	409		462	490	441	430	499	538	516
Innvilget bostøtte	326	348	367	381	357	268	332	332	328

Tabell 7: Mottatte søknader og innvilget bostøtte, Melhus kommune, 2008-2015. Kilde: Årsmeldinger, Melhus kommune

I 2016 var det 63,5 % av søknadene som ble innvilget. Det var 188 søknader som ble avslått. Hovedårsaken til at mange ikke får innvilget støtte er at de ligger over øvre inntektsgrense fastsatt av regjeringen, og dermed ikke er berettiget slik støtte.

4.4. Utdanningsnivå

Når det gjelder forventet levealder, finnes dokumentasjon på at dette kan ha sammenheng med utdanning. Det finnes også ytterligere dokumentasjon på at barn fra familier med høyere utdanning har mindre frafall fra videregående skole enn de som kommer fra familier med lavere utdanning.

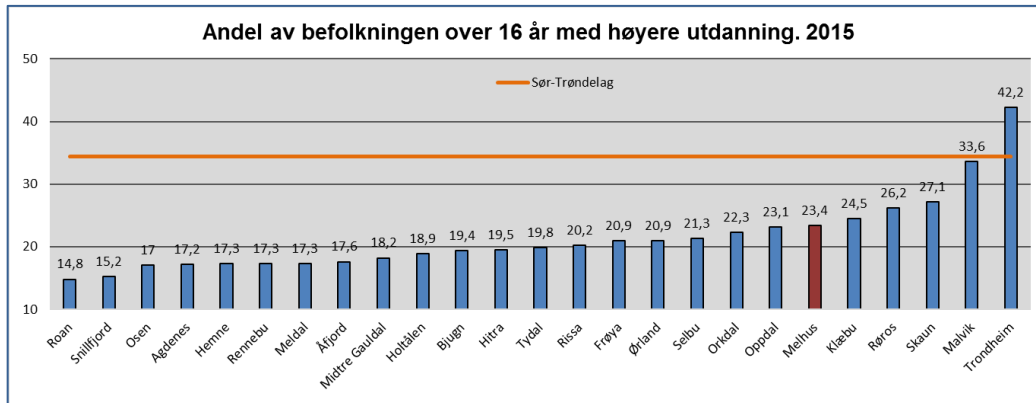


I figur 24 ser vi at forventet levealder for 30-åringer er høyere for de med høyere utdanning enn for de som bare har grunnskole eller videregående skole. Tallene for Melhus samsvarer med tendensen på regionalt og nasjonalt nivå.

Figur 24: Forventet levealder for 30-åringer, Melhus, Sør-Trøndelag og Norge.

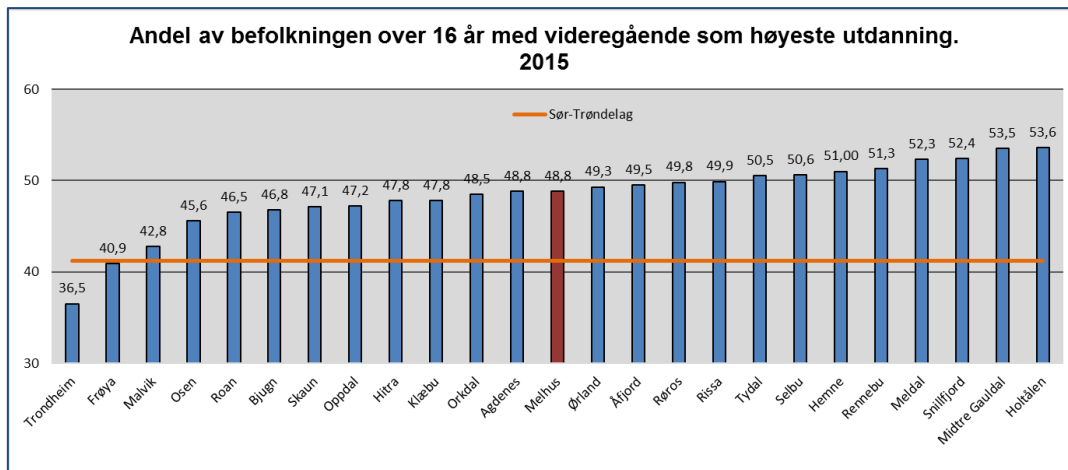
Kilde: Folkehelseprofil for Melhus kommune 2016, Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Melhus kommune 2016 viser at andelen av befolkningen mellom 30-39 år som har videregående skole eller høyere utdanning utgjør 84 %. Dette ligger over landsgjennomsnittet på 83 %, men under snittet for Sør-Trøndelag på 87 %. I profilen for 2017 var andelen for Melhus kommune på 84 %, mens den var henholdsvis 86 % og 82 % på fylkesnivå og nasjonalt nivå.



Figur 25: Andel av befolkningen over 16 år med høyere utdanning, 2015, kommuner i Sør-Trøndelag. Kilde: STFK

Figur 25 viser at det var 23,4 % av befolkningen over 16 år i Melhus kommune som hadde høyere utdanning i 2015. Dette ligger under snittet for befolkningen i hele Sør-Trøndelag på 34 %. Vi ser at det er Trondheim og Malvik kommuner som her drar opp snittet, med henholdsvis 42,2 % og 33,6 %. Det kan ha sammenheng med at mange ved universitet og høyskoler i Trondheim er bosatt der.



Figur 26: Andel av befolkningen over 16 år med videregående skole som høyeste utdanning, kommuner i Sør-Trøndelag 2015.

Dersom vi også ser på andelen i befolkningen over 16 år med videregående som høyeste utdanning, så gjelder det nærmere halvparten (48,8 %) av de over 16 år i Melhus kommune. Gjennomsnittet for befolkningen i hele Sør-Trøndelag lå her på om lag 41 %. Det finnes ikke tall som viser hvordan utdanningsnivået fordeler seg på de ulike tettstedene og distriktene i Melhus kommune. I Melhus er det altså god gjennomføringsgrad i forhold til VG skole, men i forhold til andre kommuner i Sør-Trøndelag er det færre som fortsetter med høyere utdanning.

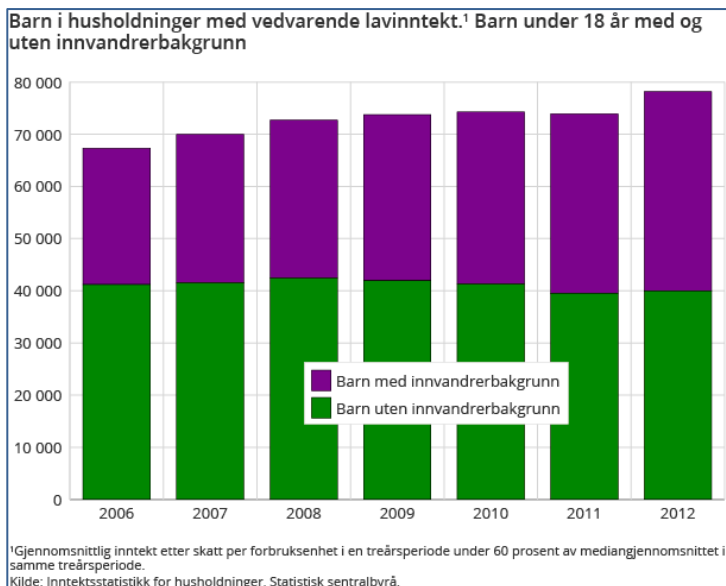
4.5. Oppvekstvilkår for barn og unge

Selv om norske barn er blant de friskeste i verden, er det likevel en utfordring at vi opplever sosiale helseforskjeller blant barn. Det er blant annet slik at barn fra familier med dårlig økonomi og lav utdanning er mindre fysisk aktiv, og har dårligere kosthold og tannhygiene. Det er videre en sammenheng mellom foreldrenes utdanning og inntekt og barns skoleprestasjoner. Barnehager, skoler, samt sosial- og helsevesen kan ha en viktig rolle for å utjevne sosiale helseforskjeller.³⁴

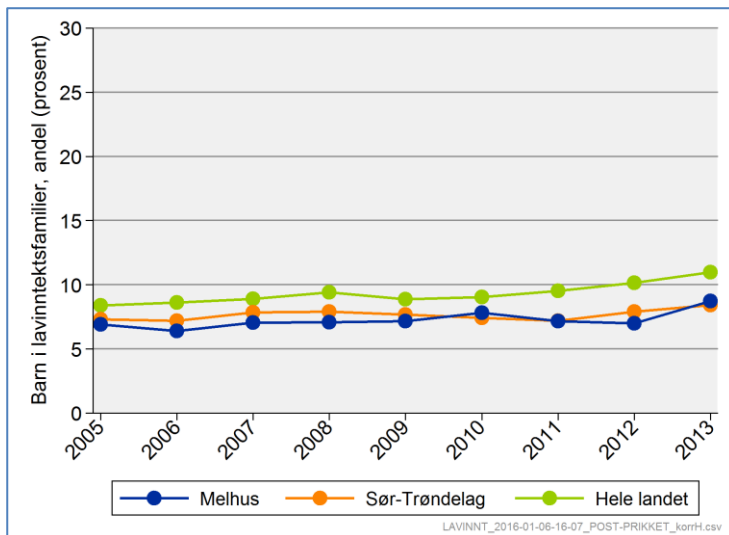
4.5.1. Inntekt og oppvekstvilkår

I figur 27 ser vi at det har vært et økende antall familier med vedvarende lav inntekt i Norge. I 2012 var det nærmere 80 000 av befolkningen. Vi ser at andelen innvandrere i denne gruppen er stigende.

³⁴ Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet, s.93-118



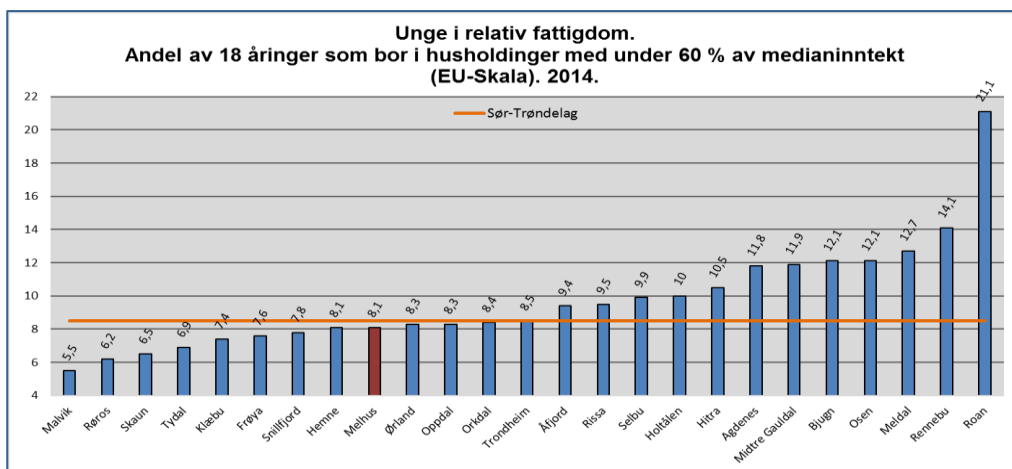
Figur 27. Barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Barn under 18 år med og uten innvandrerbakgrunn. Kilde: SSB



Figur 8 viser at den prosentvise andelen barn i lavinntektsfamilier i Melhus kommune var på 8,4 % i 2013. Dette var under snittet for landet på 11 % og noe over fylkessnittet. I perioden 2005 -2009 har Melhus kommune stort sett ligget under lands- og fylkesgjennomsnittet.

Figur 8: Barn i lavinntektsfamilier (andel i %). Kilde: Folkehelseprofil for Melhus kommune 2016/SSB

I figur 29, ser vi at Melhus kommune ligger under gjennomsnittet i fylket når det gjelder andel 18-åringer som bor i husholdninger med under 60 % av medianinntekt i 2014.



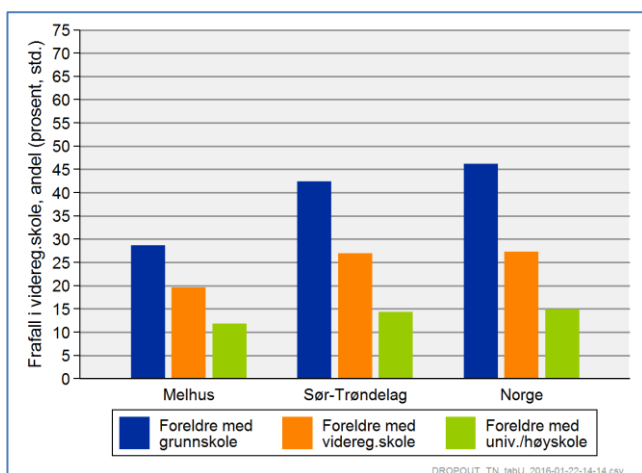
Figur 29: Unge i relativ fattigdom, Melhus kommune, 2014. Kilde SSB. Figur utarbeidet av STFK.

I folkehelseprofilen for Melhus kommune 2017 går det fram at 8,1 % av befolkningen i aldersgruppen 0-17 år bor i familier med lav inntekt (60 % av nasjonal medianinntekt). På fylkesnivå var gjennomsnittet på 8,5 %, mens det på landsnivå lå på 12 %. Melhus ligger altså godt an i forhold til

fylke- og landsgjennomsnitt. Men i tråd med Folkehelsemeldingen (2012-2013) er andelen barn og unge i lavinntektsfamilier uansett viktig å betrakte som en folkehelseutfordring. En undersøkelse av helsevaner blant ungdom i 2009 viste nemlig at det er vanligst blant de som har foreldre med lav utdanning og lav inntekt å rapportere om en eller flere helseplager daglig. Tilsvarende forskjeller gjaldt også dårlige vaner knyttet til kosthold og røyking. Barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt ser også ut til å være mer fysisk aktiv, og er oftere med på organisert lagidrett.³⁵

4.5.2. Frafall i videregående skole

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viser at frafallet i videregående skole var på 18 %, mens det var 24 % på landsbasis og 22 % i Sør-Trøndelag. Profilen for 2017 viste at det var 19 % i Melhus, 22 % i Sør-Trøndelag og 23 % på landsbasis. Melhus kommune ligger med andre godt an her. Men med utgangspunkt i at det er en klar sammenheng mellom forventet levealder og utdanning, fremhever folkehelseinstituttet at frafall i videregående er en utfordring det uansett bør tas tak i.³⁶



Figur 30 til venstre viser sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og ungdommers frafall i videregående skole. Frafallet i videregående blant ungdom der foreldrene har lav utdanning (den blå søylen) er lagt høyere enn blant ungdom med foreldre som har høy utdanning (den grønne søylen).

Figur 30:
Kilde: Folkehelseprofil for Melhus kommune 2016, Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet viser til at gode faglige ferdigheter i grunnskolen ser ut til å øke sjansen for at eleven klarer å fullføre videregående skole. Det legges derfor vekt på at arbeidet med frafall i videregående bør starte på grunnskolenivå. Melhus kommune deltar på årlige møter i regi av fylkeskommunen der status for frafall i videregående skole står på dagsorden, inkludert drøfting av tiltak med utgangspunkt i statusoversikt for grunnskolen. Eksempel på prioriterte tiltak er tilpasset undervisning for å løfte de på det laveste mestringsnivået. I tillegg prioriteres tiltak for å avdekke «unormalt» fravær slik at dette kan følges opp av skolen og andre instanser i kommunen.

4.5.3. Læringsmiljø og elevprestasjoner i grunnskolen



I tråd med opplæringsloven utarbeides en årlig tilstandsrapport om læringsmiljø og elevprestasjoner i grunnskolen i Melhus kommune basert på skolenes rapportering til rådmannen. Rapporten omfatter bl.a. elevenes læringsmiljø, læringsutbyttet, deres ferdigheter, samt fysiske rammer og ressurser i skolene. Rapporten legges fram for Komite for oppvekst og kultur.

Skoleavslutning ved Gåsbakken skole, juni 2015. Foto: Melhus kommune

³⁵ Folkehelsemeldingen, s. 34

³⁶ Folkehelseinstituttets folkehelseprofil, Melhus, 2016.

4.5.3.1. Skolestrukturen

I Melhus kommune er det i alt 11 skoler og oppvekstsentre.³⁷ Det var til sammen 1518 elever fordelt på grunnskolene i 2015. Det har vært en nedgang på 25 elever siden 2014, noe som sannsynligvis har sammenheng med at det er opprettet en privat ungdomsskole. Ut fra framskrivninger fra SSB forventes elevtallene ved Eid, Gåsbakken og Hovin skoler å holde seg stabile fram mot 2030. Ved de øvrige skolene forventes en vekst i elevtallene. Det forventes en vekst ved alle ungdomsskolene, med forbehold om at den private ungdomsskolen ved Øya kan trekke noen elever fra Lundamo ungdomsskoles opptaksområde.³⁸

4.5.3.2. Læringsmiljøet

Elevundersøkelsen benyttes som verktøy for kvalitetssikring og videreutvikling av elevenes læringsmiljø, og er en del av det nasjonale kvalitetsvurderingssystemet hjemlet i opplæringsloven. I Melhus kommune er det bestemt at elevundersøkelsen skal omfatte alle elever fra og med 5. trinn, og ikke bare 7. og 10. trinn, slik forskrift til loven forutsetter. Ved skolene i Melhus kommune er svarprosenten generelt sett høy, og gir derfor et godt bilde på elevenes læringsmiljø. Slik det går fram av tilstandsrapporten for 2015 viser elevundersøkelsen at barnetrinnet (5.-7. trinn) i Melhus kommune ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder trivsel og læringsmiljø, ut fra gitte indikatorer og indekser. Ungdomstrinnet ligger også over landsgjennomsnittet. Her har det vært en forbedring fra 2014, da tallene lå under landsgjennomsnittet. Med utgangspunkt i tidligere elevundersøkelser har det vært en forbedring på de fleste punkt på ungdomstrinnet fra 2014 til 2015.³⁹

Det blir også fremhevet i tilstandsrapporten at det er forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder elevenes opplevelse av enkelte faktorer. Det gjelder utdanning og yrkesveiledning på ungdomstrinnet. Her er guttene mer fornøyd enn jentene. På barnetrinnet skårer guttene dårligere på faktorene innsats, mestring og motivasjon. Ut fra tilbakemeldingene i elevundersøkelsen, skårer barnetrinnet dårlig på fysisk læringsmiljø, og det antas at dette har sammenheng med det fysiske miljøet på Gimse skole, der deler av bygningsmassen er fra 1950-tallet og utover.

4.5.3.3. Mobbing



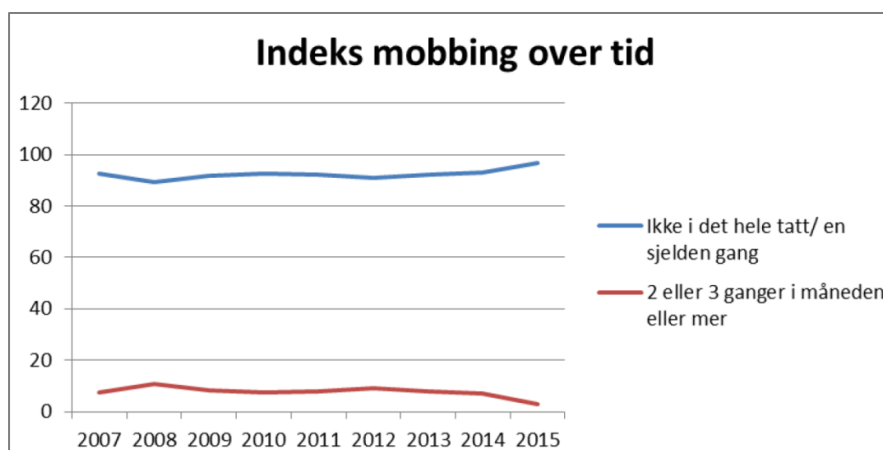
NTNU Samfunnsforskning AS har gjennomført en analyse av elevundersøkelsene når det gjelder mobbing, krenkelser og arbeidsro i skolen for perioden 2007-2015. Analysen viste at forekomsten av elever som opplevde seg mobbet holdt seg stabilt på nasjonalt nivå fra 2007-2011. Deretter var det en viss nedgang i 2012, og en markert nedgang i 2013.

Bilde fra internett merket for ikke-kommersiell bruk

³⁷ Grunnskolene består av Eid skole og barnehage, Flå skole og barnehage, Gimse skole, Gåsbakken skole og barnehage, Hovin skole- og barnehage, Høyeggen skole, Lundamo skole og barnehage, Rosmælen skole og barnehage og Brekkåsen skole. Det er til sammen tre ungdomsskoler. Eid skole og barnehage har elever fra 1-10 trinn. I tillegg er det ungdomsskole på Gimse i nedre Melhus og på Lundamo.

³⁸ Informasjonen er her hentet fra Trondheimsregionen

³⁹ En indikator består av ett spørsmål i undersøkelsen, mens indekser er satt sammen av to eller flere av de obligatoriske spørsmålene i elevundersøkelsen. Evalueringen som ligger til grunn her gjelder spørsmål til elevene innen følgende kategorier: trivsel, støtte fra lærer, støtte hjemmefra, vurdering for læring, læringskultur, mestring, motivasjon, elevdemokrati og medvirkning, felles regler, mobbing på skolen, fysisk læringsmiljø og innsats. For ungdomstrinnet er i tillegg følgende kategorier med: utdanning og yrkesveiledning, praktisk opplæring, variert opplæring og relevant opplæring.



Figur 31: Indeks, mobbing, Melhus kommune 2007-2015. Kilde: Vurdering av grunnskolen i Melhus 2015, Utviklingsseksjonen, tilstandsrapport fra Melhus kommune

For Melhus kommune viser figur 31 at andelen som aldri/sjelden har opplevd mobbing har økt fra 2014-2015, og at de som har opplevd å bli mobbet 2-3 ganger pr. måned eller mer har gått ned. Selv om Melhus kommune ligger godt an, så har kommunen som mål at det skal jobbes systematisk for å forebygge og avdekke mobbing.

4.5.3.4. Elevenes grunnleggende ferdigheter

Elevenes grunnleggende ferdigheter vurderes ut fra eksamensresultat og standpunktkarakterer. Grunnskolepoeng beregnes med utgangspunkt i standpunktkarakterene og eksamen i matematikk, engelsk, norsk hovedmål og norsk sidemål. Tilstandsrapporten for Melhus kommune 2015 viser at elevene lå i underkant av det nasjonale snittet når det gjaldt grunnskolepoeng.

Det gjennomføres også nasjonale prøver som gir grunnlag for å vurdere elevenes ferdigheter i lesing, regning og deler av faget engelsk. For 5. trinn blir resultatene delt inn i tre mestringsnivå, der det laveste er nivå 1. For Melhus viser resultatene i engelsk at det var færre elever på det laveste mestringsnivået i forhold til landsgjennomsnittet i 2015-2016, og at det her hadde vært en forbedring i forhold til året før. Andel elever på det mellomste mestringsnivået lå over landsgjennomsnittet i 2015-2016, og andelen elever på det høyeste mestringsnivået lå likt med landsgjennomsnittet. I lesing var det færre enn landsgjennomsnittet på det laveste mestringsnivået og på det mellomste mestringsnivået, mens kommunen lå over landsgjennomsnittet på det høyeste mestringsnivået. I regning var andelen elever på 5. trinn som lå på det laveste mestringsnivået over landsgjennomsnittet i 2015-2016, selv om det her var en forbedring fra året før. Andelen på mellomste mestringsnivå lå over landsgjennomsnittet, mens det var færre enn landsgjennomsnittet på høyeste mestringsnivå enn i landet for øvrig.

For ungdomstrinnet (8. og 9. trinn) er resultatene delt inn i fem mestringsnivå. Resultatene for Melhus viser at det var en generell bedring blant elevene i 8. trinn i 2015-2016 i forhold til året før. Det var færre elever på de laveste mestringsnivåene sammenlignet med landsgjennomsnittet, men det var fortsatt en lavere andel på det høyeste mestringsnivået.

For 9. trinn viste resultatene at elevene lå under snittet både i lesing og engelsk, og at andelen elever på de laveste mestringsnivåene lå over landsgjennomsnittet. I regning var det også flere enn landsgjennomsnittet på de laveste mestringsnivåene. Det var størst andel elever på de mellomste mestringsnivåene, mens det var færre enn landsgjennomsnittet på de høyeste mestringsnivåene.

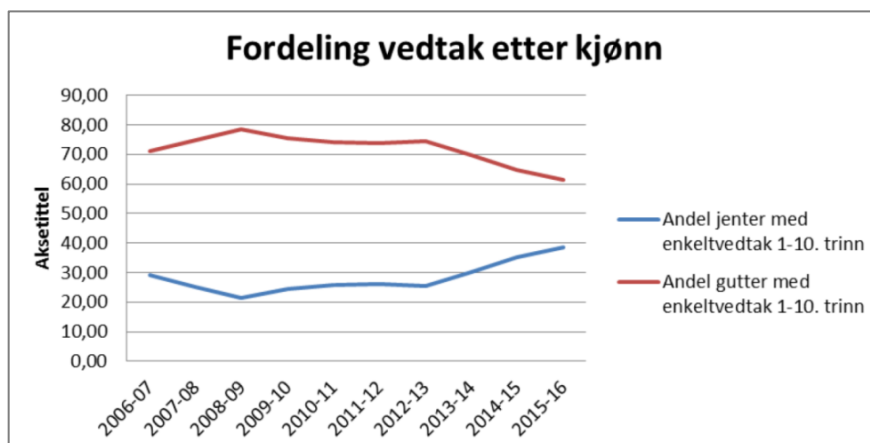
I Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Melhus 2016 går det fram at Melhus kommune lå noe over fylkes- og landsgjennomsnitt når det gjaldt andel elever i 5. trinn som var på laveste mestringsnivå i lesing, og litt under når det gjaldt regning. Profilen for 2017 viser at kommunen ligger over fylkes- og landsgjennomsnittet i begge fag.

4.5.3.5. Ressurssituasjon og fokus på spesialundervisning

Ressurssituasjonen i grunnskolen viser at gruppestørrelsen pr. lærer har gått noe opp på ungdomstrinnet siden 2010-11, og litt ned på barnetrinnet. Den reduserte gruppestørrelsen på barnetrinnet har sammenheng med økte overføringer i forbindelse med regjeringens satsning på prosjektet «Tidlig innsats». Det gir grunnlag for å styrke innsatsen for økte ferdigheter og godt læringsmiljø på et tidlig stadium. Det foreligger ingen dokumentasjon på at økt gruppestørrelse på ungdomsskolen har hatt negative konsekvenser for elevprestasjoner og læringsmiljø på ungdomstrinnet.

Oversikt over andel vedtak om spesialundervisning fra 1.-7. trinn, viser at det har vært en nedgang i antall vedtak totalt sett, men at det har vært en økning for de laveste klasstrinnene (1.-4. trinn). Det er også slik at timeantallet er høyere enn tidligere. I tilstandsrapporten for 2015 antydes det at dette kan ha sammenheng med at andelen barn med store utfordringer øker. Spesialundervisningen har derfor fått økt fokus, med forbedringer på tilbudets kvalitet og oppfølging av et økende antall elever med vedtak om spesialundervisning.

Dersom man ser på kjønnsfordelingen av det totale antallet vedtak om spesialundervisning i hele grunnskolen (1.-10. trinn), ser vi av figur 32 at andelen jenter øker, og andelen gutter går ned. Dette er spesielt for Melhus kommune, men som det ikke er noen entydig forklaring på. På landsbasis er det fortsatt slik at det er flere gutter enn jenter med vedtak om spesialundervisning. Det er ikke forsket i tilstrekkelig grad på dette til at det går an å si noe klart om årsakene.



Figur 32: Fordeling av vedtak om spesialundervisning etter kjønn, 2006-2016, Melhus kommune.

4.5.3.6. Miljørettet helsevern, skoler

Elevenes skolemiljø er regulert gjennom opplæringslovens § 9a og mer detaljert i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Bestemmelsene omfatter så vel fysisk som psykososiale miljøforhold. Det er skoleeier og virksomhetsleder som har ansvar for at elevene tilbys et helsefremmende og trygt opplæringsmiljø, samt at det utøves internkontroll. Skoler skal godkjennes og kommunen har tilsynsplikt når det gjelder skolebarns miljø.

Kravet om godkjenning og tilsyn etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. har eksistert siden 1995. Pr. mars 2017 er 7 av totalt 13 skoler (grunnskoler og videregående skoler) i Melhus godkjent etter regelverket.

Det har frem til nylig ikke vært gjennomført systematiske tilsyn etter helselovgivingen. I 2014 inngikk kommunen samarbeid med Trondheim kommune om bistand innen miljørettet helsevern. I perioden 2014-2016 ble det gjennomført tilsyn med alle skoler. Dette avdekket mange avvik og betydelige svakheter/svikt i skolenes systematiske arbeid med elevenes miljø. Det ble iverksatt et parallellt arbeid med kompetansehevende bistand for oppbygging av kvalitetssystem/internkontroll og ved utgangen av 2016 vurderes alle påpekte avvik som lukket og tilsynene er avsluttet. Det er imidlertid

fortsatt behov for implementering av den nye kunnskapen og det systematiske arbeidet med elevenes miljø og det ble derfor ikke funnet grunnlag for å gi godkjenning til flere skoler ved denne tilsynsrunden. Godkjenningsstatus vil bli vurdert på nytt ved neste tilsyn som er planlagt påbegynt i 2018.

4.5.4. Barnehagedekning og barnehagemiljø

I tråd med barnehageloven⁴⁰, skal barnehagene i samarbeid med hjemmene ivareta barnas behov for omsorg og lek. Men barnehagene anses også å være det første frivillige trinnet i barns utdanningsløp. Barnehagen skal derfor i tillegg fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling. Gode barnehager kan bidra til at barn fra ulike sosiale lag får et mer likeverdig utgangspunkt ved overgang til skole. Det legges også til grunn at barnehager med høy kvalitet kan bidra til å redusere frafall i skolen. Dette krever at ansatte har relevant kompetanse. Ikke minst for å ivareta på en god måte barn med behov for spesialpedagogisk hjelp. Med dette som utgangspunkt vurderes barnehagenes kvalitet og kompetanse ut fra gitte kriterier, som dekningsgrad i barnehagen for ulike aldersgrupper, andel barnehageansatte med pedagogisk utdanning og antall barn pr. ansatt i barnehagen.⁴¹

4.5.4.1. Barnehagedekning

I Melhus kommune er det til sammen 17 barnehager, hvorav 11 kommunale, 3 private og 4 private familiebarnehager. Etter at rett til barnehageplass trådte i kraft 1.1.2009, har Melhus kommune oppfylt retten hvert år. Pr. 31. desember 2016 hadde Melhus kommune 942 barnehageplasser i bruk, mens kapasiteten er på litt over 1000 plasser. Prognosene fram i tid, basert på befolkningsprognoser fra Trondheimsregionen, viser at det er behov for minst en ny barnehage i Melhus innen 2019, og at det største presset kommer på Kvål og sørover til Hovin.

4.5.4.2. Barnehagens miljø og faglige innhold



Kommunen har ansvar for å drifte barnehagene i henhold til gjeldende lover, og barnehagene skal være godkjent etter barnehageloven. Kommunen følger videre Kunnskapsdepartementets rammeplan for barnehager når det gjelder innhold og oppgaver i barnehagene. I tillegg legger strategien «Kompetanse for fremtidens barnehage» føringer for kommunens arbeid med å heve kvalitet og kompetanse i barnehagene.⁴² Strategien har ledet til utarbeiding av egen kompetanseplan i kommunen.⁴³

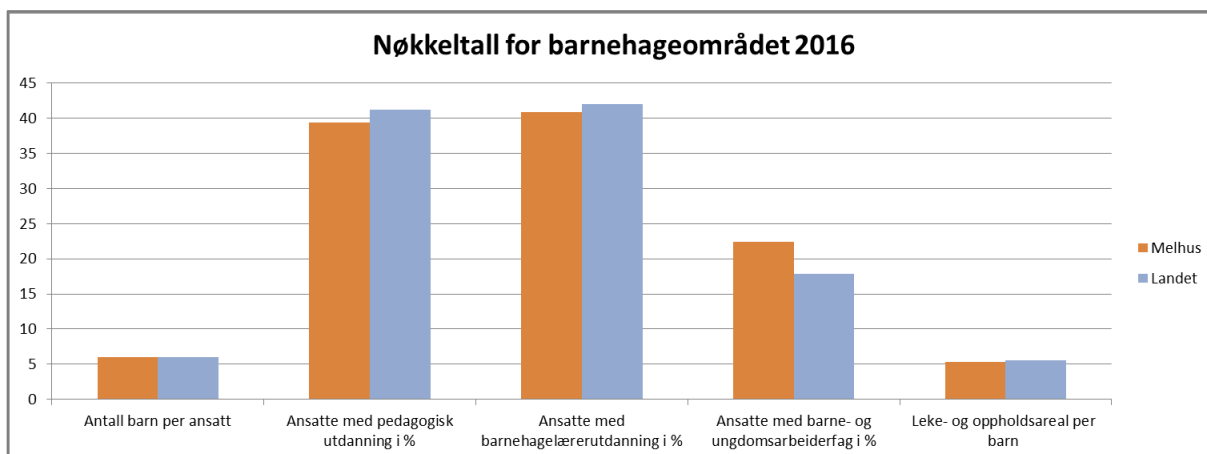
Skogstur i nærområdet til kosekroken barnehage, Melhus. Foto: Signy R. Overbye

⁴⁰ Lov om barnehager, som trådte i kraft 1.1.2006

⁴¹ Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet, s. 93-96

⁴² Kompetanse for framtidens barnehage – strategi for kompetanse og rekruttering 2014-2020. Kunnskapsdepartementet.

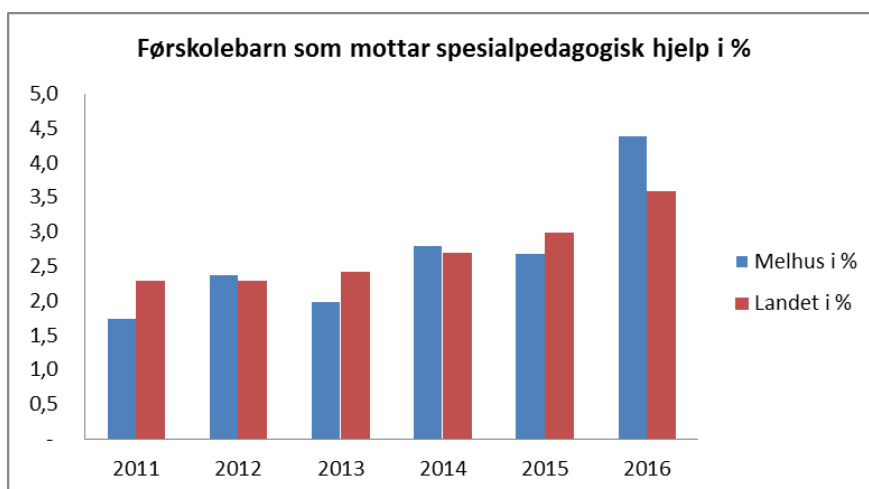
⁴³ Helhetlig kompetanseutviklingsplan, skole, barnehage og PPT 2015-2018, Melhus kommune.



Figur 33: Nøkkeltall for barnehageområdet Melhus kommune, 2016. Kilde: Årsrapport, barnehage/Utviklingsseksjonen, Melhus kommune.

Med utgangspunkt i kriteriene for vurdering av barnehagenes kvalitet, viser tall fra Melhus kommune at kommunen ligger omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder antall barn pr. ansatt. Kommunen ligger noe under landsgjennomsnittet når det gjelder ansatte med pedagogisk utdanning og barnehagelærerutdanning. Når det gjelder ansatte med barne- og ungdomsarbeidererfaring, ligger kommunen over landsgjennomsnittet, noe som kan forklares med at det har vært en satsning i kommunen på å få ufaglærte til å ta fagbrev. Kommunen ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder leke- og oppholdsareal, og har sammenheng med at alt tilgjengelig areal i dag er benyttet. Melhus kommune følger normen for areal pr. barn i barnehage.

4.5.4.3. Andel med spesialpedagogisk hjelp



Figur 34. Spesialpedagogisk hjelp til førskolebarn i %, Melhus kommune, 2011-2016. Kilde: Årsrapport, barnehage, Melhus kommune.

Det er en generell økning i antall barn i barnehagen som har behov for spesialpedagogisk hjelp. Figur 34 viser utviklingen i Melhus kommune og landet i perioden 2011-2016. Vi ser at Melhus kommune ligger under landsgjennomsnittet i 2011, 2013 og 2015, men at det for øvrig ligger over. Det har vært en relativt stor økning fra 2015-2016. Det er ikke kartlagt hvorvidt dette skyldes økende behov, om det har sammenheng med «normalitetsbegrepet» (hvor skal grensen gå for å få slik hjelp), om det skyldes flere meldte saker fra barnehagene eller om PP-Tjenesten oppdager flere med behov. Økningen i antall barn med spesialpedagogisk hjelp og hva som kan være årsakene til det er tatt tak i, og er nedfelt i kommunens økonomi- og handlingsplan.

4.5.4.4. Miljørettet helsevern, barnehager

Melhus kommune har per mars 2017 11 kommunale barnehager, 3 private og 4 familiebarnehager. Som for skoler er det barnehageeier og -drifter som har ansvar for ivaretagelse av barnehagebarnas miljø. Dette er også regulert i forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Krav om godkjenning og kommunens tilsynsplikt er tilsvarende som for skoler.

Som beskrevet for skoler, ble det i perioden 2014-2016 gjennomført tilsyn også med barnehagene i Melhus. Hovedfokus var på barnehagenes systematiske helsefremmende og forebyggende miljøarbeid. Det ble gjennomgående avdekket mange avvik og svakheter/svikt i barnehagenes systematiske arbeid med barnas miljø, dog med betydelig variasjon mellom de enkelte barnehagene. Det ble ikke avdekket store utfordringer med det fysiske innemiljøet, men gjennomgående et betydelig behov for økt kompetanse og systematisk jobbing med sikkerhet så vel i inne- som utemiljø. Også de kommunale barnehagene deltok i felles arbeid med skolene for å utarbeide kvalitetssystem/internkontrollsystem for barnas miljø. Ved utgangen av 2016 vurderes alle påpekte avvik som lukket og tilsynene er avsluttet. Da er også alle barnehager med unntak av 2 gitt godkjenning etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, selv om mange fortsatt har en jobb å gjøre med kompetanseheving, kvalitetssikring av risikoanalyser, samt implementering av gode rutiner knyttet til arbeid med barnas miljø.

4.5.5. Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Det er et lovkrav at kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og unge fra 0-20 år, og tilby gravide svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjonen. Formålet er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste.⁴⁴

År	2010	2012	2014
Andel nyfødte med hjemmebesøk	76%	79%	82%
Andel spedbarn med fullført helseundersøkelse innen 8.uke	100%	96%	99%
Barn med fullført helseundersøkelse i 1.trinn	92%	90%	94%

Tabell 8: Utvikling i antall barn i Norge som får helseundersøkelser tidlig i livet. Kilde: Folkehelsepolitisk rapport 2015

Helsestasjon og skolehelsetjenesten har en viktig rolle når det gjelder å nå barn og barnefamilier i alle deler av befolkningen. Tabell 8 viser at de aller fleste barn på landsbasis får undersøkelse tidlig, og et økende antall mottar også hjemmebesøk.

År	2013	2014	2015
Nyfødte med hjemmebesøk innen 2 uker	192 (92,3 %)	198(99 %)	185 (95,3 %)
Nyfødte med helseundersøkelse innen 8 uker	188 (90,4 %)	196 (98 %)	187 (96,4 %)
Helseundersøkelser i 1. trinn	187 (92,6 %)	194 (95,6 %)	177 (86,34 %)
Nyinnskrevne gravide	130	136	155

Tabell 9: Oversikt, ny-innskrevne gravide, samt antall barn i Melhus kommune som har fått helseundersøkelse, 2013-2015.

Tabell 9 viser oppfølgingen av de minste barna i Melhus kommune. Dersom vi tar utgangspunkt i sammenlignbare tall i 2014, lå Melhus kommune over landsgjennomsnittet når det gjaldt nyfødte med hjemmebesøk innen to uker, og litt under snittet for nyfødte med hjemmeundersøkelse innen 8 uker. Jordmor-ressursen ble økt i 2015, og gjorde det mulig å tilby hjemmebesøk av jordmor etter fødsel til førstegangsfødende⁴⁵. Den økte prioriteringen av arbeidet med de yngste barna og deres

⁴⁴ Kilde: Lovdata

⁴⁵ Økonomi og handlingsplan, Melhus kommune, 2016-2019, s. 83

familier har også inkludert kompetanseheving blant de ansatte på dette området. Alle tjenester knyttet til barn i alderen 0-5 år er organisert i tilknytning til Familiesenteret.⁴⁶ Erfaringer fra Familiesenteret viser at i overkant av ¾ av alle gravide i Melhus kommune går til jordmor. Helsestasjonen kartlegger mange gravide med psykiske vansker, og opplever at mange gravide med partner, trenger tettere oppfølging under svangerskapet, også etter at barnet er født. Melhus kommune lå litt over landsgjennomsnittet i 2014 når det gjaldt helseundersøkelse for barn i 1. skoletrinn. Lokale tall for 2015 viser derimot en nedgang i gjennomføringsgrad for samtlige tre målevariabler. Årsaken til dette er så langt ikke kartlagt, og vi vet ikke om trenden fortsetter i 2016.

Informasjon fra helsestasjonen viser at det er stort behov for oppfølging ut over det ordinære helsestasjonsprogrammet (se tabell 10). Noen tar selv kontakt med helsestasjonen for ekstra konsultasjoner, mens det andre ganger er helsestasjonen som ser behovet for ekstra oppfølging. Det tas forbehold om at det ikke finnes tall på antall faste konsultasjoner for skolehelsetjenesten i 2015.

Type tjeneste	Helsestasjon		Skolehelsetjeneste	
	2015	2016	2015	2016
Faste konsultasjoner	4085	3845		6489
Ekstra konsultasjoner	1950	1815	2037	2330

Tabell 10: Oversikt over faste og ekstra konsultasjoner, helsestasjon og skolehelsetjeneste, Melhus kommune, 2015-2016. Tallene for 2016 viser status pr. 27. november.

I skolehelsetjenesten er det et økende antall henvendelser, også fra foreldre og lærere. På bakgrunn av de mange ekstra henvendelsene, mangler skolehelsetjenesten ressurser til å følge opp antall saker ut fra det som kreves i henhold til veileder og retningslinjer for tjenesten.⁴⁷ I henhold til veileder, ligger Melhus kommune under kravet til kvalitet på skolehelsetjenesten på alle faktorer bortsett fra barnevaksinasjonsprogrammet.⁴⁸

Det er helsesøstrenes inntrykk at de økte henvendelsene til skolehelsetjenesten skyldes flere elever enn før med store utfordringer. Det er ikke gjort noen systematisk kartlegging av elevmassen i forhold til dette, men de har erfart at problemene ofte knytter seg til stress, søvnvansker, engstelse og andre psykiske plager, liten voksenkontakt og splittede familier. Også usikkerhet hos foreldrene i oppdragerrollen går igjen som en utfordring. Erfaringene fra skolehelsetjenesten samsvarer med resultat fra den såkalte Ungdata-undersøkelsen 2014 og erfaringene fra psykisk helsetjeneste.

4.5.6. Barnevern

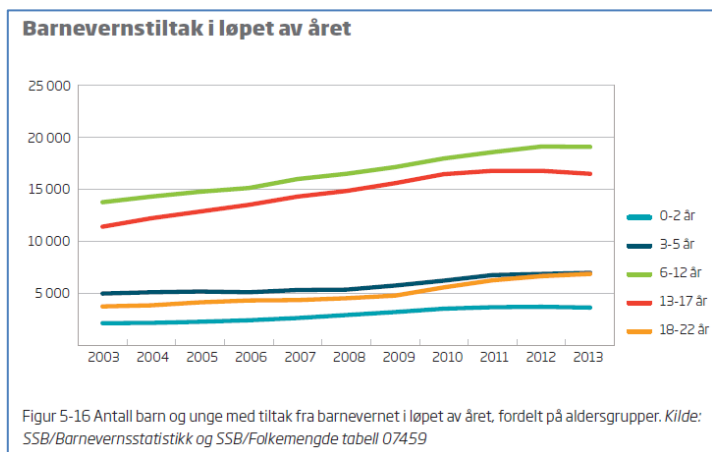
Det kan være mange ulike årsaker til at barn mottar tiltak fra barnevernet. En vanskelig barndom vil ofte prege barna resten av livet. Vanskelig oppvekst øker risikoen for psykiske problemer, ustabile arbeidsforhold, rusmisbruk og kriminalitet. En oversikt over omfanget av og aldersfordelingen av barn med tiltak fra barnevernet gir et grunnlag for å sette inn tiltak som kan gi barna en bedre og tryggere oppvekst.⁴⁹ Barneverntjenesten har ansvar for å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid i tråd med Lov om barneverntjenester.

⁴⁶ For mer informasjon om Familiesenterets bakgrunn og innhold, vises til vedlegg 7, kap. 11.

⁴⁷ Økonomi- og handlingsplan, Melhus kommune, 2016-2019, s. 84. Retningslinjer for tjenesten er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-2, og forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skoletjenesten.

⁴⁸ Det vises her til kartlegging i regi av fylkesmannen i Sør-Trøndelag. Det foreligger foreløpig ikke noe sammenlikningsgrunnlag eller landsgjennomsnitt.

⁴⁹ Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet, s. 112-113

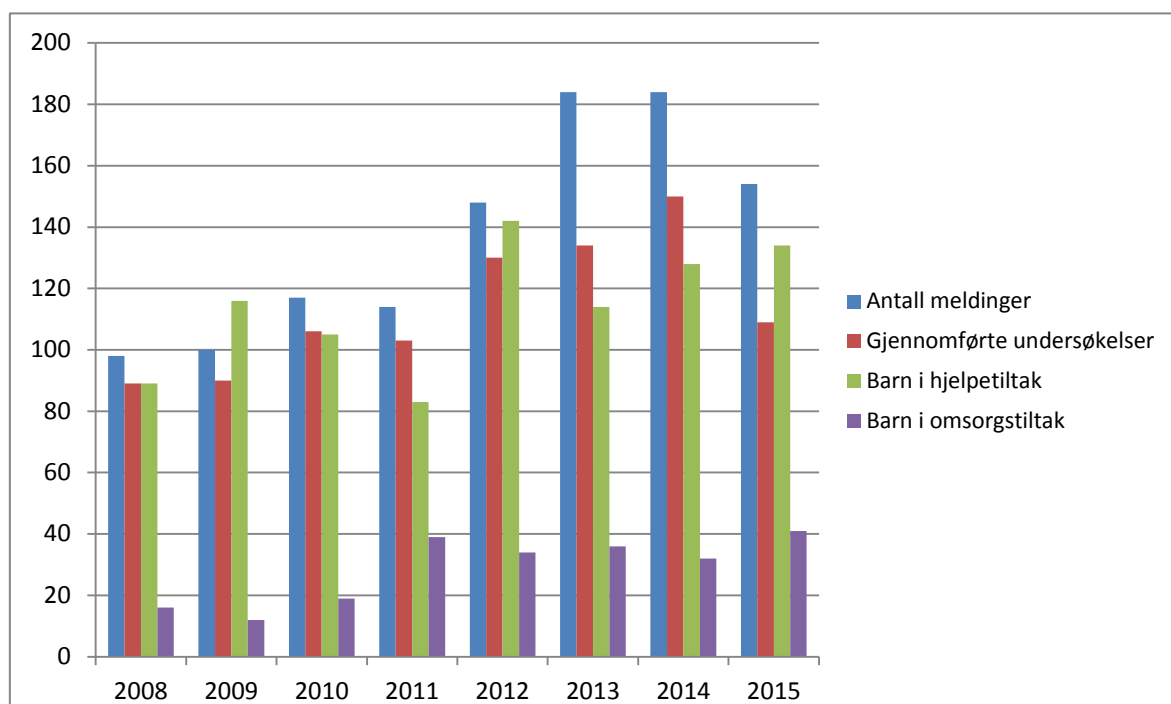


I figur 35 ser vi at det på landsbasis har vært en generell økning i antall barn og unge med tiltak fra barnevernet. Veksten har vært særlig stor for aldersgruppen 6-12 år.

Figur 35: Barnevernstiltak i løpet av året i perioden 2003-2013, Norge

Nasjonalt var det totalt sett 53 150 barn i denne aldersgruppen som mottok tiltak fra barnevernet i 2013. Deretter følger aldersgruppen 13-17 år, og det er faktisk denne gruppen som mottar flest tiltak dersom man ser på antall tiltak i forhold til befolkningen. I 2013 var det 51 av 1000 ungdommer i dette alderstrinnet som mottok tiltak fra barnevernet.

4.5.6.1. Barn med tiltak fra barnevernet, Melhus kommune 2008-2015

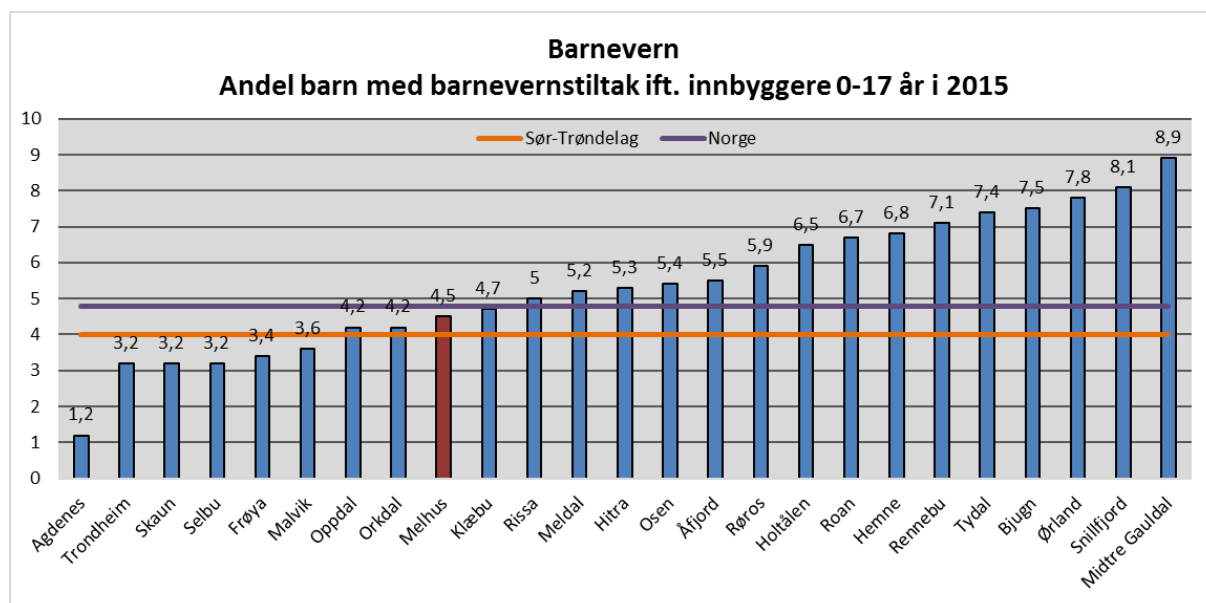


Figur 36: Antall barn med ulike typer tiltak fra barnevernet i Melhus kommune, 2008-2015. Kilde: Årsmelding, barnevernet, Melhus kommune.

Tall fra Familie og forebygging v/ Barneverntjenesten i Melhus kommune (figur 36) viser at det totale antallet meldinger (den blå søylen) til barnevernet økte fra 2008 til 2010. Deretter gikk det litt ned i 2011, før det igjen steg fra 2012 til 2014. I 2015 var antall meldinger på 154. Gjennomførte undersøkelser (rød søyle) har steget i takt med det totale antallet meldinger, men gikk ned fra 2014 til 2015. Andelen barn i hjelpetiltak (grønn søyle) har gått opp og ned i perioden. Hjelpetiltak kan da være råd, veiledning og samarbeid med andre instanser. Antallet barn der kommunen har overtatt omsorgen med fosterhjem (lilla søyle) har økt fra 16 i 2008 til 41 i 2015, og pr. desember 2016 var det 44 barn som kommunen hadde overtatt omsorgen for. Tallet har vært relativt stabilt siden 2011,

selv om det har gått noe opp og ned. Det foreligger ingen tall fra barneverntjenesten som viser aldersfordelingen på barn som har mottatt tiltak fra barnevernet.

Det har vært en generell økning i antall saker hos barneverntjenesten i Melhus kommune fra 2008-2014, med et økende antall kompliserte saker med høy alvorlighetsgrad, preget av rusmisbruk, psykiske vansker, vold og overgrepssproblematikk. Økningen av antall saker kan være et resultat av at det er økende antall barn med behov for hjelp i kommunen, men det kan også være et resultat av at man er blitt flinkere til å fange opp de som trenger hjelp. Antall meldinger og gjennomførte undersøkelser har gått noe ned i 2015, mens antallet barn med hjelpetiltak har økt noe.



Figur 37: Andel barn med barnevernstiltak ift. Innbyggere 0-17 år i 2015. Kilde: KOSTRA. Figur utarbeidet av STFK.

I 2015 lå andelen barn med tiltak fra barnevernet i forhold til innbyggere fra 0-17 år på 4,5 % i Melhus kommune. Det var noe over snittet for Sør-Trøndelag på 4 %, men under landsgjennomsnittet på nærmere 5 %. I figur 37 ser vi at Agdenes ligger lavest av kommunene i Sør-Trøndelag med 1,2 %, mens Midtre Gauldal ligger høyest på 8,9 %. Det tas forbehold om at disse tallene kan være vanskelig å tolke riktig fordi tjenesten kan være bygd opp forskjellig fra kommune til kommune. Det kan også handle om terskelen for å gi hjelpetiltak, og det kan handle om terskelen for å melde fra til barnevernet. Barneverntjenesten opplever at det ikke er tilstrekkelig med ressurser til å gi en tilfredsstillende behandling av det økende antallet saker etter gjeldende lovkrav. Dette skyldes blant annet nedbygging av tjenestetilbudet fra statlig barnevern. Tjenesten arbeider derfor med økt tverrfaglig samhandling og økende internkontroll i møte med de nye utfordringene.⁵⁰ Barneverntjenesten i Melhus vil i tiden fremover prioritere intern organisering og tiltaksutvikling, med særlig vekt på endringstiltak knyttet til veiledning overfor familier som sliter med omsorgsoppgaver i hverdagen. Dette er viktig for å nå målet om å hjelpe folk på lavest mulig nivå, og dermed hindre at kommunen må overta omsorgen for barna.

⁵⁰ Kilde: Økonomi og handlingsplan 2016-2019, Melhus kommune, kap. 4, s. 82

4.6. Oppsummering

4.6.1. Hovedpunkt

- I Melhus er det færre med lavinntekt enn det som er snittet for Sør-Trøndelag, og det er færre barn av enslige forsørgere enn i landet for øvrig. Det er også færre barn og unge i lavinntektsfamilier enn snittet for fylket og landet. Melhus ligger i tillegg under landsgjennomsnittet for mottakere av økonomisk sosialhjelp, og på linje med snittet for Sør-Trøndelag.
- Melhus kommune har relativt lav arbeidsledighet. Pr. november 2016 var det 207 ledige, og det utgjorde 2,4 % av arbeidsstyrken. I NAV Sør-Trøndelag sin arbeidsmarkedsprognose for 2017, forventes det at ledigheten i fylket vil holde seg på fjorårets nivå. Selv om sysselsettingsgraden er bra, har kommunen lav arbeidsplassdekning. Mange pendler ut av kommunen for å arbeide.
- Det legemeldte sykefraværet har stort sett ligget over snittet for Sør-Trøndelag på nærmere 6 % i hele perioden 2000-2016, men det er ingen avvik av stor betydning. Når det gjelder mottakere av uføretrygd, så ligger Melhus lavest av kommunene i Sør-Trøndelag.
- Det har vært en generell sentralisering i bosettingsmønsteret med økende befolkningstall i alle tettsteder med unntak av Lundamo. Det har vært en økende trend at eldre har solgt sine eneboliger og flyttet inn i leiligheter mer sentralt. Tall fra Helhetlig tiltaksplan for boligbygging viser at 62,8 % av eldre over 80 år bodde i eneboliger i 2001, mens prosentandelen var sunket til 48,6 % i 2009.
- Kommunen har i dag 67 gjennomgangsboliger, og 239 omsorgsboliger. Felles inntaksteam i kommunen ser en økning i antall unge mellom 18-25 år som har behov for kommunal bolig. Det boligsosiale arbeidet i kommunen har erfaringsmessig vært noe fragmentert ettersom mange ulike virksomheter arbeider med innbyggere som er vanskeligstilte på boligmarkedet. Det har vært en kraftig nedgang i antall startlån fra Husbanken. I 2015 ble nærmere 40 % av søknader om bostøtte avslått.
- I Melhus er det god gjennomføringsgrad i VG skole, men i forhold til andre kommuner er det færre som fortsetter med høyere utdanning.
- Melhus ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder trivsel og læringsmiljø. Elevundersøkelsen viser at andelen som aldri/sjelden har opplevd mobbing har økt fra 2014-2015, og at de som har opplevd å bli mobbet 2-3 ganger pr. måned eller mer har gått ned.
- Tilstandsrapporten for Melhus kommune i skoleåret 2015-2016 viser at elevene lå i underkant av det nasjonale snittet når det gjaldt grunnskolepoeng. Det omfatter fagene matematikk, engelsk, norsk hovedmål og norsk sidemål. Resultatene fra de nasjonale prøvene, som omfatter lesing, regning og deler av faget engelsk, viste at 5. trinn lå godt an i engelsk og lesing, men noe under landsgjennomsnittet i regning. Resultatene for 8. trinn viste en forbedring fra året før, men lå fortsatt lavere enn landsgjennomsnittet på høyeste mestringsnivå, men likt med snittet på det laveste mestringsnivået. For 9. trinn viste resultatene at elevene lå under snittet både i lesing og engelsk, og at andelen elever på de laveste mestringsnivåene lå over landsgjennomsnittet. I regning lå også flere enn landsgjennomsnittet på de laveste mestringsnivåene. Det var størst andel elever på de mellomste mestringsnivåene, mens det var færre enn landsgjennomsnittet på de høyeste mestringsnivåene.
- Pr. mars 2017 var 7 av totalt 13 skoler (grunnskoler og videregående skoler) i Melhus godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v., og alle barnehager med unntak av 2 er gitt godkjenning etter forskriften. Det ble ikke avdekket store utfordringer med det fysiske innemiljøet i barnehagene og skolene, men gjennomgående et betydelig behov for økt kompetanse og systematisk jobbing med blant annet risikovurderinger og sikkerhet så vel i inne- som utemiljø.
- De siste årene har det vært god dekning av barnehageplasser, men ut fra befolkningsprognoser øker behovet og det er behov for minst en ny barnehage innen 2019. Det er størst press i

sørdelen av kommunen. Det er en generell økning i antall barn i barnehagen som har behov for spesialpedagogisk hjelp.

- I 2014 lå Melhus over landsgjennomsnitt for gjennomførte hjemmebesøk hos nyfødte og helseundersøkelse 1. skoletrinn, mens vi lå litt under landsgjennomsnitt for helseundersøkelse innen 8 uker etter fødsel. Tall for 2015 viser en relativt betydelig nedgang i gjennomføringsgrad for samtlige tre målevariabler. Men årsaken til dette er ikke kartlagt. I skolehelsetjenesten er det et økende antall henvendelser, og det er helsesøstrenes inntrykk er at det skyldes flere elever enn før med store utfordringer. Men det er ikke gjort noen systematisk kartlegging av elevmassen i forhold til dette.
- Det har vært en generell økning i antall saker hos barneverntjenesten i Melhus kommune fra 2008-2014, med et økende antall kompliserte saker med høy alvorlighetsgrad, preget av rusmisbruk, psykiske vansker, vold og overgrepssproblematikk. I 2015 lå andelen barn med tiltak fra barnevernet noe over snittet for Sør-Trøndelag, men under landsgjennomsnittet.

4.6.2. utfordringer

- Det at barn og unge vokser opp i lavinntektsfamilier er en folkehelseutfordring selv om det er færre i Melhus enn i landet for øvrig.
- Økningen i antall søknader om kommunal bolig for unge mellom 18-25 år er en utfordring, og det er behov for ytterligere kartlegging av årsaksforhold, og om dette kan ses i sammenheng med erfaringer fra andre virksomheter i kommunen.
- Antallet eldre over 80 år vil frem mot 2040 bli doblet (fra 658 til 1330 personer) i forhold til nedgang i antall yrkesaktive.
- Det har vært en betydelig økning i antall henvendelser til skolehelsetjenesten, men vi kjenner ikke årsakene godt nok. Fordrer nærmere kartlegging av årsaker.
- Det er en generell økning i antall barn i barnehagen som har behov for spesialpedagogisk hjelp, og det samme gjelder i skolen på de laveste klassetrinnene. Vi har ikke god oversikt over årsakene.

5. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Tall fra Verdens helseorganisasjon (WHO) viser at dårlig fysisk, kjemisk og biologisk miljøkvalitet er direkte årsak til 14 % av sykdommer i Norge. WHO har beregnet at dette utgjør 73 000 tapte leveår med god helse og 7 500 dødsfall årlig. Kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og allergiske lidelser er eksempler på sykdommer som kan forårsakes av eller bli forverret p.g.a. dårlige miljøforhold. Eksempel på negativ miljøpåvirkning kan være dårlig drikkevannskvalitet, støy, luftforurensning og miljøgift. Eksempel på positiv miljøpåvirkning kan være gode nærmiljø og tilgang til friluftsområder. Miljøpåvirkning handler i tillegg om spredning av smittsomme sykdommer. Folks sosiale miljø omfatter f.eks. valgdeltagelse, kulturtilbud og sosiale møteplasser.⁵¹ Folkehelseovens kap. 3 om miljørettet helsevern omhandler de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Loven pålegger kommunen å føre tilsyn med disse faktorene og med at krav til virksomheter og eiendommer gitt i medhold av loven, overholdes.

5.1. Fysisk miljø

Både det naturlige og det menneskeskapte fysiske miljøet vi omgir oss med påvirker vår helse, trivsel og livskvalitet. Men ikke minst påvirker det våre livsbetingelser.

5.1.1. Økosystem – vårt livsgrunnlag

Mangfoldet av økosystem på jordkloden gir oss mennesker det vi trenger for å leve. Gjennom årtusener har vi stort sett tatt for gitt at det er slik, med forbehold om værissituasjoner og andre naturgitte endringer som har gjort at livet har vært truet. Gjennom flere tiår har vi erkjent at menneskers produksjons- og levemåter har så stor negativ innvirkning på oss selv og naturen at det truer evnen til reproduksjon og derigjennom menneskers liv og helse.

Naturgrunnlaget er truet av overbeskatning, forurensning og klimaendring. Og det er fortsatt slik at naturverdier som vi er avhengig av på kort og lang sikt ofres til fordel for kortsiktig økonomisk gevinst og næringsvirksomhet. Av den grunn har det oppstått et behov for å sette prislapp på naturverdier og tap av natur i økonomisk forstand, samtidig som man legger til grunn at naturen i seg selv har en egenverdi. Dette er bakgrunnen for at begrepet *økosystemtjenester* ble tatt i bruk av FN da den første økosystemstudien (Millenium Ecosystem Assessment – MA) ble lagt fram i 2005. I denne studien ble det offentliggjort forskningsresultat som viste at 15 av klodens 24 definerte økosystem var i nedgang.⁵² Begrepet økosystemtjenester er nytt og litt fremmed for mange, så her benyttes ordene livsgrunnlag og naturgrunnlag for å uttrykke det samme.

Kommunens ansvar som miljømyndighet er viktig med tanke på ivaretagelse av økosystem. Det legges derfor vekt på å kartlegge de ulike faktorene som har negativ innvirkning på miljø og helse, og som reduserer det naturgrunnlaget vi er avhengig av på kort og lang sikt. Melhus kommune har i dag oversikt over følgende miljøfaktorer som har negativ innvirkning på økosystem og/eller helse:

- Avfallsbål
- Avfallsfyllinger
- Ulovlig motorferdsel i utmark og vassdrag sommer og vinter
- Forurensede vassdrag
- Forurenset grunn

⁵¹ «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse», En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Helsedirektoratet, 10/2013, s. 22, og «God helse-felles ansvar», Meld. St. 34 (2012-2013), Folkehelsemeldingen, s. 43-44

⁵² NOU 2013:10, «Naturens goder – om verdier av økosystemtjenester», s. 9. Se informasjon om de fire hovedkategoriene av økosystemtjenester i vedlegg 8, kap. 11.

I Melhus kommune pågår et pilotprosjekt for å se miljøtilsyn, økosystemtjenester og folkehelse i sammenheng. Prosjektets hovedmål er å styrke kommunen som myndighetsutøver overfor innbyggerne og hindre negativ effekt av forurensning på helse og livsgrunnlag. Det legges også vekt på kunnskapsformidling for å gjøre sammenhengen mellom miljø og helse kjent for folk flest.⁵³ Mange er ikke klar over at retten til et miljø som sikrer helsen og som ivaretas for etter slekten, er nedfelt i grunnloven. Det samme gjelder retten til kunnskap om naturmiljøets tilstand og de konsekvensene inngrep i naturen har på helse og miljø.

Grunnloven § 112:

- **Enhver har rett til et miljø som sikrer helsen, og til en natur der produksjonsevne og mangfold bevares. Naturens ressurser skal disponeres ut fra en langsiktig og allsidig betraktning som ivaretar denne rett også for etter slekten.**
- **Borgerne har rett til kunnskap om naturmiljøets tilstand og om virkningene av planlagte og iverksatte inngrep i naturen, slik at de kan ivareta den rett de har etter foregående ledd.**
- **Statens myndigheter skal iverksette tiltak som gjennomfører disse grunnsetninger.**

5.1.2. Tilgang til matjord

Omdisponering av matjord

De siste 50 årene er det blitt omdisponert over en million dekar matjord i Norge. Hvert år de siste 20 årene har om lag 16 000 mål med matjord blitt bygget ned. Dette tilsvarer et område på nær 2 500 fotballbaner. I 2011 ble det omdisponert 6 600 dekar dyrket mark. Ett dekar (1000 m²) kan gi 352 kg hvete (2012), og det er nok til om lag 1000 brød hvert år. I henhold til Meld. St.9 (2011-2012) opprettholdes målet om å begrense omdisponeringen av jordbruksjord til under 6000 dekar pr. år.

Kilde: SSB og Meld. St. 9 (2011-2012)

I kjølvannet av klimaendringene, vil vannmangel, tørke og endrede værforhold skape utfordringer for verdens matproduksjon. Samtidig forventes det internasjonale befolkningstallet å stige fra om lag 7 milliarder i dag til om lag 9 milliarder innen 2050. Ifølge landbruksmeldingen «Velkommen til bords» anslår FNs matvareorganisasjon, FAO, at matproduksjonen internasjonalt av den grunn må økes med 70 % innen 2050. I Norge forventer Statistisk sentralbyrå (SSB) en befolkningsvekst på 20 % de neste 20 årene. Hovedmålet for landbrukspolitikken er derfor at matvareproduksjonen skal øke med 20 % de neste 20 årene for å bidra til nasjonal matsikkerhet.⁵⁴ Dersom dette målet skal nås er det avgjørende at matjord ivaretas.

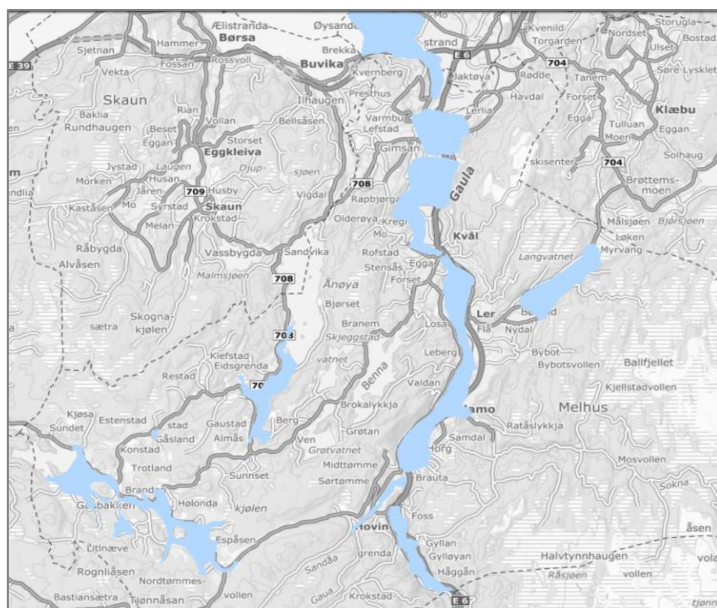


Dyrkamark utgjør kun 3 % av landarealet her i landet, og i landbrukskommunen Melhus utgjør jordbruksareal 10,9 % av landarealet. Men matjord, inkludert arealene med matkornjord har vært utsatt for utbyggingspress gjennom flere år. I perioden 2005 til 2015 ble 1 574 dekar dyrka og dyrkbar jord godkjent omdisponert etter jordloven og etter plan- og bygningsloven.

⁵³ For mer informasjon om prosjektet, vises til vedlegg 9, kap. 11.

⁵⁴ Meld. St.9 (2011-2012), landbruks- og matpolitikken. Velkommen til bords

5.1.3. Vannressurser og drikkevannskvalitet



Melhus kommune har rik tilgang på drikkevann fra overflatekilder. I tillegg har kommunen stor tilgang på grunnvannskilder, slik kartet viser (blå felt). Kommunen har bl.a. et av Norges største utnyttbare grunnvannsreservoar på Fremo på Ler. Grunnvanns-reservoaret har et antatt volum på 25 000 000 m³ (Rambøll 2007). Flere grunneiere har eierrettighetene til grunnvannsressursen, og ligger til grunn for Fremo grunneiervasslag.

Vasslaget på Fremo har inngått avtaler med Fremo vannverk og Klæbu vannverk. Vannverkene leverer drikkevann til hele befolkningen i Klæbu kommune og deler av Melhus kommune, hovedsakelig Flå. Det finnes også i dag mulighet for omkobling slik at Fremo vannverk kan levere reservevann til en del av kommunen i sør, dersom ordinær reservevanns-løsning fra Jonsvannet skulle svikte. Ellers utredes muligheten for bruk av grunnvannskilden på Fremo som en fremtidig reservevanns-kilde for Trondheim gjennom Klæbu vannverk.

Beskyttelse av denne store grunnvannskilden er derfor svært viktig. I arealdelen til Melhus kommunes kommuneplan er det lagt inn en egen sikringssone for grunnvannsforsyningen, og det er avtalt restriksjoner for arealbruken rundt grunnvannskilden for å hindre at den blir forurenset. Det er under utarbeiding en egen konsekvensutredning for Fremo, inkludert oppgradering av de hensyn som må tas for å opprettholde verdien av grunnvannskilden.



Tilgang på vann av tilfredsstillende kvalitet er en forutsetning for god helse. Rent vann er en livsnødvendighet for alle levende organismer. Vann av god kvalitet er også viktig for at folk skal velge vann fremfor mindre helsebringende drikkevarer. Melhus kommune som miljømyndighet har ansvar for tilsyn med vannforekomstene etter Forurensningsloven, spesifisert gjennom Vannforskriften.⁵⁵

Godt vann kjennetegnes av vann som er hygienisk tilfredsstillende og ikke inneholder fysisk, kjemiske eller biologiske komponenter som kan medføre helseskade. Dårlig drikkevann kan gi akutt sykdom,

⁵⁵ Følgende formål er nedfelt i Forskriftens § 1:

Formålet med denne forskriften er å gi rammer for fastsettelse av miljømål som skal sikre en mest mulig helhetlig beskyttelse og bærekraftig bruk av vannforekomstene.

Forskriften skal sikre at det utarbeides og vedtas regionale forvaltningsplaner med tilhørende tiltaksprogrammer med sikte på å oppfylle miljømålene, og sørge for at det fremskaffes nødvendig kunnskapsgrunnlag for dette arbeidet.

spesielt forårsaket av forurensing med sykdomsfremkallende mikroorganismer. Vann av dårlig kvalitet kan overføre smittsomme sykdommer som f.eks. omgangssyke, harepest, botulisme, leverbetennelse og legionella. Men vann kan også inneholde stoffer som gir mer langvarig påvirkning gjennom opphopning i kroppen. Det er stoffer som kan medføre kreft, allergi eller ha genskadende effekt. Forurensing av vann kan komme fra naturlige kilder som humus, radon, fluor m.m. Men det kan også dreie seg om kjemikalier som følge av lekkasjer eller vannbehandling. For å kunne begrense bruken av kjemisk vannbehandling er sikring av råvannskvaliteten svært viktig. For å sikre godt vann til forbruker må hele kjeden fra nedslagsfelt for råvann (overflatekilde eller fra grunnvann), via vannbehandling, distribusjonsnett og endepunkt sikres.

Mens dårlig vannkvalitet er en betydelig årsak til sykdom på verdensbasis, er det normalt sett god vannkvalitet i Norge. Men det er alltid mulighet for svikt og det er derfor viktig å sette høye krav til forvaltning av drikkevannsressurser, overvåkning, internkontroll og beredskap når det gjelder så vel drikkevannskvalitet som til forsyningsikkerhet.

I overkant av 11 000 (ca. 68 %) av kommunens innbyggere får i dag vann fra offentlig vannverk (Benna og Gåsbacken vannverk), øvrige fra større eller mindre private vannverk og brønner. Totalt får ca. 84 % av befolkningen drikkevann fra vannverk som frem til nylig var underlagt godkjenningsplikt fra Mattilsynet.

Med ny drikkevannsforskrift som trådte i kraft 1.1.2017 bortfalt godkjenningsplikten og nå kreves kun plangodkjenning for nye anlegg eller ved vesentlige endringer. Sikring av drikkevannskvaliteten vil fra nå av basere seg mer på vannverkens internkontroll, på registreringsordning, på kommunens ansvar for å hensynta drikkevann i planarbeid og ved tillatelser, samt Mattilsynets tilsynsaktivitet. Selv om det ikke har vært et krav, har også flere av de ikke godkjenningspliktige vannleverandørene regelmessig levert vannprøver til analyse og på den måten utøvet en god internkontroll på vannforsyningen. Drikkevannskvaliteten i Melhus regnes gjennomgående som god, selv om man ikke har fullgod oversikt over de mindre vannforsyningsanlegg og private brønner. Det har ikke vært utstedt kokepåbud for vann fra kommunale vannverk siden 2013 og det har heller ikke vært mistanke om utbrudd av smittsom sykdom forårsaket av forurenset drikkevann.

I 2015 ble det nye Benna vannverk satt i drift gjennom et samarbeid om reservevanns-forsyning med Trondheim kommune. Dette innebærer at Benna i Melhus og Jonsvannet i Trondheim er gjensidige reservevannskilder for de to kommunene. Trondheim kommune har driftsansvar for Benna vannverk, mens Melhus kommune har ansvar for drift av høydebassenger og vandistribusjonsanleggene i kommunen. Ca. 67 % av kommunens innbyggere får i dag sitt drikkevann fra Benna vannverk og har da tilsvarende reservevannforsyning fra Jonsvannet.

5.1.4. Påvirkning fra radon

Radon i luft måles i becquerel per kubikkmeter luft (Bq/m³), og radon i vann måles i becquerel per liter vann (Bq/l).

Radon er et radioaktivt grunnstoff, og er en usynlig og luktfri gass som dannes kontinuerlig i jordskorpa. Ifølge Statens Strålevern vil utendørs radonkonsentrasjon normalt sett være lav. Men dersom gassen siver inn i bygg og konsentreres kan den være kreftfremkallende.

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er radon den viktigste årsak til utvikling av lungekreft etter aktiv røyking. Det er derfor viktig at bygg har så lave radonnivå som mulig.

Radon finnes i varierende konsentrasjoner i berggrunn og jordsmonn. Byggegrunnen er den klart viktigste kilden til forhøyde radonkonsentrasjoner i bygninger. Radon dannes naturlig i berggrunnen og siver inn med jord-lufta gjennom sprekker og utettheter mellom byggegrunnen og bygningen. Husholdningsvann fra borebrønner i fast fjell kan inneholde høye konsentrasjoner av radon, og ved bruk av vannet til dusj, oppvaskmaskin og lignende vil radon frigjøres til inneluften. Bruk av stein som

byggemateriale kan bidra til radon i inneluft, men i Norge er dette sjelden en viktig kilde. Tilkjøpte masser, pukk og grus i byggegrunnen kan likevel bidra til problemer med radon i områder som ellers er lite utsatt.

Det eksisterer ingen god og systematisk oversikt over radonforekomster i Melhus. Det er imidlertid utarbeidet et nasjonalt aktsomhetskart for radon, basert på inneluftmålinger av radon og kunnskap om geologiske forhold.⁵⁶ Kartet er ment som et verktøy for kommunene i blant annet arealplanlegging. Ut fra det nasjonale aktsomhetskartet er det ingen store områder i Melhus som peker seg ut med stor sannsynlighet for radonforekomst, kun noen mindre områder ved Gåsbakken og langs Tømmesdalen. Dette utelukker imidlertid ikke at radon, under gitte betingelser uansett sted, kan oppkonsentreres i inneluft og likevel utgjøre en helserisiko. Det anbefales å måle radonnivået i alle boliger og bygninger hvor mennesker oppholder seg. Overskrider radonverdiene gitte grenser anbefales tiltak.⁵⁷ I skoler, barnehager og utleieboliger, som er omfattet av strålevernforskriften, stilles det bindende krav til radonnivåene.⁵⁸

Mange har målt radonforekomsten i egen bolig. Det finnes imidlertid ingen systematisk samling eller oversikt over disse dataene. Vinteren 2000/2001 ble det, i forbindelse med en landsomfattende undersøkelse, gjennomført en kartlegging av radon i inneluft i 6 % av boligene i Melhus. I 6,5 % av disse boligene ble det påvist en radonkonsentrasjon høyere enn anbefalt tiltaksnivå på 200 Bq/m³.⁵⁹

Bygg og eiendom i Melhus kommune gjennomførte radonmåling i alle kommunale bygg i 2013. Av alle skoler, barnehager, sykehjem, arbeidssenter etc. var det 7 bygg som så vidt var over grenseverdien på 200 Bq/m³. Det var 8 bygg som var over tiltaksgrensen på 100 Bq/m³. Det er gjennomført tiltak i de aktuelle byggene, blant annet ved utvidet driftstid på ventilasjonsanleggene. Kontrollmålinger vil skje i løpet av vinteren 2016-2017.

5.1.5. Støy

Støy er definert som uønsket lyd og lyd som kan gi helseskade. De viktigste kildene til støy i samfunnet er trafikk, tekniske installasjoner, industri, naboaktiviteter og bygge- og anleggsvirksomhet. Det er også grunn til å være oppmerksom på mulig skadelige effekter av en utvikling hvor lyd «på øret» blir stadig mer vanlig, spesielt blant barn og unge. Også høy lyd fra musikkanlegg og konsertstøy kan i gitte sammenhenger kunne utgjøre en helserisiko.

Eksponering for støy kan gi hørselsskade og øresus. Men støypåvirkning kan også gi en rekke andre helseskader og plager, så som stress, søvnforstyrrelser, mistriivsel, forhøyet blodtrykk, økt risiko for hjerte-karsykdom m.fl.

Støy rammer mange mennesker i Norge. Det er store individuelle forskjeller når det gjelder følsomhet for støy, og helseeffektene av støy avhenger også av en rekke andre faktorer enn selve støyen.⁶⁰

Det er et nasjonalt mål at støyproblemer skal forebygges og reduseres for å ivareta folks helse og trivsel. Det generelle målet er at støyplager skal reduseres med 10 % innen 2020 i forhold til 1999. I tillegg er det et konkret mål at antall personer utsatt for innendørs støy nivå over 38 dB skal reduseres med 30 % innen 2020 i forhold til i 2005.⁶¹

⁵⁶ Kilde: <http://geo.ngu.no/kart/radon/>

⁵⁷ Informasjon om anbefalte grenseverdier fra WHO finnes i vedlegg 10, kap. 11.

⁵⁸ Kilde: Statens strålevern <http://www.nrpa.no/radon>

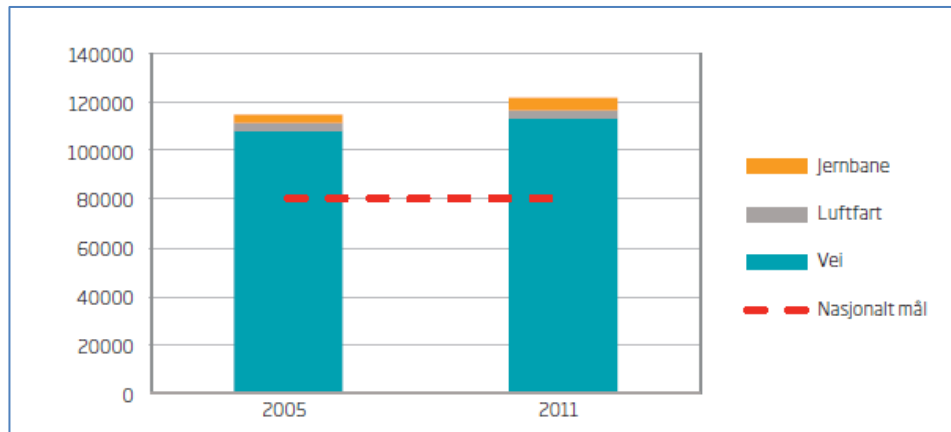
⁵⁹ Kilde: Rapport: Kartlegging av radon i Melhus kommune, Radon 2000/2001, Line Ruden, Gro Beate Ramberg, Katrine Ånestad, Terje Strand

⁶⁰ Kilde: Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/stoy---folkehelse rapporten-2014/#hovedpunkt>

⁶¹ Folkehelsepolitisk rapport 2015, s. 45-47.

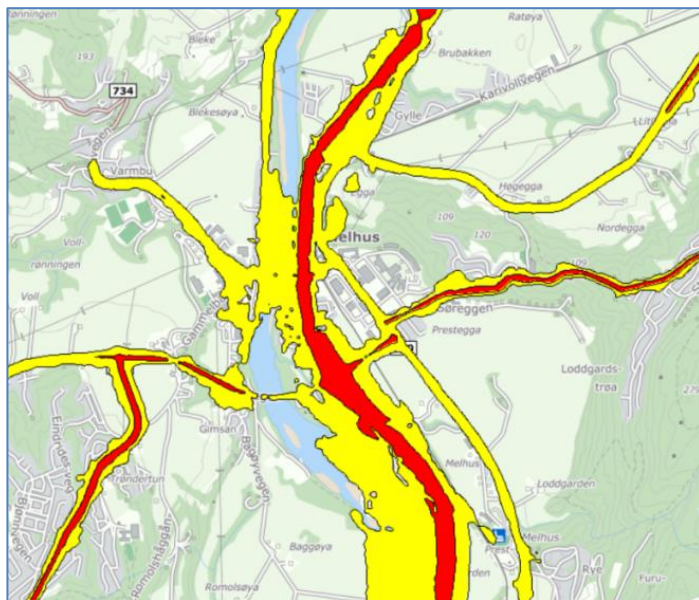
Indikatorer som benyttes for å måle støyproblemer i befolkningen er antall personer som er utsatt for en samlet støyplage (ut fra kartlagte kilder), og antall personer som er utsatt for støy over 38 desibel (dB) innendørs.

Desibel, forkortet dB, er måleenhet for lydtrykk. Forkortelsen dBA tilsvarer en desibel-skala som legger størst vekt på de frekvensene ørene våre oppfatter best, og som er mest brukt i støyregelverket.



Figur 38: Antallet personer utsatt for støy over 38 dBA har økt fra 2005 til 2011.
Kilde: SSB

Støy fra veitrafikk er den klart dominerende kilden til støyplager i samfunnet. Det er en generell økning i vegtrafikk, og flere og flere er bosatt i støyutsatte områder grunnet økende sentralisering. I figur 38 ser vi at det var 122 000 personer som var utsatt for støy over 38 dBA i 2011, og over 90 % av denne skyldtes støy fra vegtrafikk. I tillegg til trafikkerte veier, kan folk som bor langs jernbanelinje, grusuttak, pukkverk og skytebaner være utsatt. Støy i arbeidslivet utgjør den største risikoen for hørselstap i befolkningen.



Målinger fra Statens Vegvesen ligger til grunn for støykart i Melhus kommunes kartdatabase når det gjelder støy fra trafikk. Kartet viser et utsnitt av støysoner langs E6 og andre trafikkerte hovedveier i nedre Melhus. Gul sone betyr støy over 55 dB og rød sone har støy over 65 dB. Det er utarbeidet egne veiledere for støy som benyttes i forbindelse med arealplanlegging og bygging, i tillegg til det som gjelder i TEK 10 (Teknisk forskrift 10).

Det finnes ingen lokal oversikt over antall personer som bor i de ulike støysonene i Melhus kommune, og heller ingen fullstendig oversikt over innkomne klager på støy. Støy fra treningsstudio etablert i kombinasjon med bolig er imidlertid et økende problem, hvor kommunen i løpet av de siste 2 årene har mottatt flere klager fra beboere med treningsstudio i samme bygg.

5.1.6. Lokal luftkvalitet

Luftforurensning, også på lave nivåer, har helseskadelig effekt, og kan forårsake luftveislidelser, hjerte- og karsykdommer og kreft. Det kan også forverre situasjonen for mennesker som allerede er syke, og det kan påvirke fosterutviklingen når gravide puster inn forurenset luft. Ren luft er avgjørende for en god helse, og Verdens helseorganisasjon (WHO) har identifisert luftforurensning som en av de prioriterte miljøfaktorene med størst helsemessig betydning.

Kommunen har ansvar for den lokale luftkvaliteten i henhold til forurensningsforskriften (kap.7) etter Forurensningsloven. Kommunen fører hendelsesbasert tilsyn med at bestemmelsene i forskriften overholdes. I tillegg har kommunen oppgaver som lokal helse- og planmyndighet. Forskriftens formål er å beskytte helse og økosystemer og setter minstekrav til utendørs luftkvalitet.⁶² Forskriften stiller også krav til gjennomføring av målinger, utarbeidelse av tiltaksutredninger og tilgjengeliggjøring av informasjon til publikum.

Kommunen er gitt myndighet til å sørge for at det iverksettes tiltak for å sikre at kravene overholdes. Nasjonale mål og ambisjoner er førende for kommunens forvaltning og tilsyn, og det innebærer bl.a. at det ikke slippes ut mengder av stoff som kan skade helse og miljø. Dette omfatter svoveldioksid, nitrogendioksid, organiske flyktige løsemidler, ammoniakk og svevestøv fra partikler.⁶³ På nasjonalt nivå er årsmiddelkonsentrasjon av nitrogendioksid (NO₂) de siste fem årene, samt årsmiddelkonsentrasjonen av svevestøv (PM₁₀) de siste fem årene valgt ut som indikatorer for luftkvalitet. Disse utslippene har i stor grad sitt utspring i veitrafikk.⁶⁴ Miljødirektoratet har utarbeidet en egen veileder for håndtering av luftkvalitet etter forurensningsforskriften kap. 7.



Målinger av luftkvalitet gjennomføres stort sett i de større byene her i landet. Det er relativt stor trafikk langs E6 gjennom kommunen, og i Melhus sentrum er det stor gjennomgangstrafikk, særlig morgen og ettermiddag. Det har så langt ikke vært gjennomført målinger av luftkvalitet knyttet til veitrafikk i Melhus kommune.

Bilde fra internett merket for ikke-kommersiell bruk

Åpen brenning av avfall og brenning i småovner kan gi relativt store forurensende utslipp av tjærestoffer (PAH: polysykliske aromatiske hydrokarboner). Stoffene er giftige, kreftfremkallende og skadelige for menneskers og dyrs arvestoff. Røyk fra slik brenning rammer spesielt den delen av befolkningen som har kroniske luftveissykdommer eller allergiproblemer. For denne gruppen kan røykgasser føre til økt pustebesvær, akutte astmaanfall, eller være en ekstrabelastning ved at allergisymptomene forsterkes. Andre utslipp fra søppelforbrenning er dioksiner (betegnelse på en gruppe klor- og bromholdige stoffer med høy fettløselighet og lang nedbrytningstid i naturen) og tungmetaller.

⁶² Luft i tunneler, parkeringshus og lignende anses ikke som utendørs luft. Utendørs luft i områder hvor allmennheten ikke har alminnelig tilgang, omfattes heller ikke av forskriften. Dette gjelder for eks. inne på industriområder.

⁶³ For mer informasjon om stoffene, vises til vedlegg 11, kap. 11

⁶⁴ Folkehelsepolitisk rapport 2015, s. 42-45

Kommunen har ingen fullstendig oversikt over ulovlig brenning av avfall, men avdekker slik brenning med jevne mellomrom. Ulovlig søppelbål inneholder ofte svært skadelige stoffer fra bygge- og rehabiliteringsprosjekter. Ved å fastsette en lokal forskrift kan kommunen innskrenke den lovlige brenningen ved å forby brenning, eventuelt bare tillate det i enkelte områder i kommunen, til bestemte tider, ved å skjerme sårbare institusjoner osv.

Kommunen skal føre tilsyn med all form for åpen brenning og brenning av avfall i småovner. Dette gjelder også brenning som ikke regnes som vanlig forurensning og brenning av næringsavfall. Med "vanlig" forurensning fra åpen brenning menes for eksempel halmbrenning i jordbruket, flatebrenning i skogbruket, bråtebrenning, bålbrenning, St. Hansbål og brenning av små mengder tørt hageavfall fra egen hage. Også åpen brenning i form av grilling vil være omfattet. Med vanlig forurensning fra brenning av avfall i småovner menes for eksempel opptenning og brenning av avisopapir eller rent rivningstrevirke i vedovn.

Kommunen mottar klager fra befolkningen på lokale støvproblemer knyttet til grustak og pløyd landbruksjord. Det varierer hvem som mottar henvendelse i kommuneadministrasjonen, og det finnes ingen samlet oversikt over omfanget.

5.1.7. Inneklima

Innemiljø er viktig fordi vi oppholder oss store deler av tiden innendørs, det være seg hjemme, som barn i barnehage og skole, på arbeidsplass og ellers. Verdens Helseorganisasjon har definert innemiljø gjennom en rekke inneklimafaktorer, som blant annet omhandler temperatur, luftfuktighet, lukt, partikler i innelufta, belysning, støy, innredningenes egenskaper, estetikk, psykososiale forhold og mange fler. Inneklimafaktorene har på hver sin måte betydning for hvordan den enkelte vil oppleve inneklima i bolig og bygg. Inneklima er viktig for vår helse, trivsel og produktivitet. Et dårlig inneklima kan bidra til sykdom og plager hos mange mennesker, men personer med astma, allergi og andre overfølsomhetssykdommer er spesielt sårbare og kan få betydelige økte helseplager i bygg med dårlig inneklima. Men også friske personer kan få betydelige helseplager ved å oppholde seg over tid i bygg med dårlig inneklima. Vanligst er plager som gjentagende luftveisinfeksjoner, hodepine, unormal tretthet, tørr hud, tørre og såre slimhinner i øyne nese og hals, nedsatt konsentrasjon og arbeidsevne.⁶⁵

Ansvar for innemiljø i bolig er i utgangspunktet et privat anliggende. I bygninger hvor allmennheten har adgang eller oppholder seg, har eier og/eller drifter ansvar for at miljøet ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe. På arbeidsplasser har arbeidsgiver ansvar for å sikre sine ansatte et forsvarlig innemiljø.

I tråd med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. fører kommunen tilsyn med innemiljøet i barnehager og skoler. Det er ikke gjort systematiske kartlegginger av inneklima i de kommunale barnehagene og skolene, men etter tilsyn gjennomført i perioden 2014-2016 er det et inntrykk av at tilstanden i barnehagene og skolene i Melhus er rimelig bra. Det som hovedsakelig rapporteres som utfordring er opplevelse av «tung luft». I forbindelse med tilsyn er det gjennomført noen inneklimamålinger, som sjelden har vist for høye verdier av Co2 som indikasjon på dårlig luftskifte. Årsaken til den «tunge luften» er oftere forårsaket av for høy temperatur og høyt støvnivå i innemiljøet, faktorer som ofte lar seg regulere med enkle tiltak knyttet til bruken av lokalene.

5.1.8. Trygg skolevei, gang- og sykkelveger

Nasjonale mål for trafikksikkerhet ligger til grunn for Melhus kommunes trafikksikkerhetsplan for 2014-2017. Her er det formulert følgende 3 hovedmål:

⁶⁵Kilde: Norges Astma- og Allergiforbund <http://www.naaf.no>

1. Det ikke skal skje trafikkulykker ved skolene og ikke alvorlige trafikkulykker på veg til og fra skolene.
2. Samtlige veger (kommunale, riks- og fylkesveger) skal være riktig skiltet. Fartsnivået skal være tilpasset vegen, dens brukere og fartsnivået skal overholdes.
3. TS-opplæring til alle i grunnskoler og barnehager, samt holdningsskapende informasjon til øvrige del av kommunens innbyggere.

Det er videre formulert delmål som gjelder skoler spesielt:

- Kommunens ulike skoler og barnehager skal ha TS- undervisning tilpasset alder og lokale forhold.
- Redusere foreldrekjøring til skolene.

Melhus kommune har 10 barne- og ungdomsskoler fordelt på 7 tettsteder.⁶⁶ I tillegg har kommunen Melhus videregående skole, Trøndertun folkehøgskole, Rødde folkehøgskole og Øya videregående skole. I perioden 2004-2013 var det til sammen 360 politiregistrerte trafikkulykker i Melhus kommune. Det er ikke spesifisert om de hadde sammenheng med transport til og fra skoler. Se mer om dette i kap. 6. Det gjennomføres skolekjøring og sikringskjøring av skoleelever. Det er fylkeskommunens ansvar, men det blir organisert av kommunen. Første klasse har krav på skolekjøring når skolevegen er mer enn 2 km, og fra andre klasse når skolevegen er mer enn 4 km. For å sikre trygg skoleveg for de som sykler og går til skolen, er det behov for å investere i langt flere gang- og sykkelveger enn det kommunen har midler til å gjennomføre. Det er de viktigste tiltakene som til enhver tid blir prioritert. I perioden 2015-2019 er tre tiltak prioritert under Aksjon skoleveimidler, som hver har en kostnadsramme på 1 million kroner. Dette gjelder i prioritert rekkefølge:

1. Fv.712. Fremovegen, v/Fremo gård/Langmyrvegen v/nr. 433. Dette omfatter bredere busslomme m/busskur, anlegge gangveg frem til busstoppen, ca. 70 meter.
2. Fv.712. Fremovegen, rett nedenfor Frødalen v/nr. 361. Dette omfatter utbedring av busslommen, eller evt. å flytte den.
3. Fv.672. Lebergvegen, v/Stokkbrua. Dette omfatter Etablering av snuplass for skolebuss med «plattformer», samt belysning.

I tillegg til dette er det prioritert følgende tiltak på Fylkesveger, der ansvaret ligger hos Sør-Trøndelag Fylkeskommune:

Veg	Prioritet	Strekning/sted	Tiltak, kort beskrivelse
Fv.732	1	Hollumsvegen, Melhus	G/S-veg fra avkjøringen til Eindridesv (Capro) frem til Hollumskrysset
Fv.676	2	Lundadalsvegen, Lundamo	Fra E6 til Litjsten boligfelt
Fv.695	3	Langdalen, Kvål	G/S-veg fra kryss med Fv. 672 til Hermannstad
Fv.736	4	Åsvegen, Melhus	G/S-veg fra Lerli til Kvammen.
Fv.475	5	Hovin	G/S- veg Gaua boligfelt til Moagjerdet
Fv.712	6	Kaldvellandsvegen, Ler	G/S-veg fra E6 til Fremovegen 361 (Frødalen)

Tabell 11: Prioriterte tiltak på fylkesveger i Melhus kommune.

Kilde: Trafikksikkerhetsplan, Melhus kommune, 2014-2017

⁶⁶ Barne- og ungdomsskolene er: Gåsbakken (barneskole), Korsvegen (barne- og ungdomsskole), Hovin (barneskole), Lundamo (barneskole), Lundamo (ungdomsskole), Ler (barneskole), Kvål (barneskole), Høyeggen (barneskole), Brekkåsen (barneskole), Gimse (barne- og ungdomsskole).

Gang- og sykkelveger på kommunale veger, som Melhus kommune har ansvar for:

Veg	Prioritet	Strekning/sted	Tiltak, kort beskrivelse
Kv.6005	1	Nævsvegen, Gåsbakken	G/S-veg fra fylkesveg 475 til boligfeltet på Gåsbakken.
Kv.1102	2	Letesvegen	G/S-veg Hollum – Lete
Kv.5003	3	Åsaringen, Hovin	Belysning langs vege
	4	Diverse gang- og sykkelveger	Fysiske bommer og riktig skilting

Tabell 12: Prioriterte tiltak, gang og sykkelveger, Melhus kommune. Kilde: Trafikksikkerhetsplan, Melhus kommune, 2014-2017

Trafikksikkerhetsplanen gir en oversikt over 22 kartlagte strekninger på til sammen 3 mil hvor det er behov for gang- og sykkelveg, men som det ikke er midler til å prioritere i perioden 2015-2019. Disse er beregnet å ha en kostnad på til sammen 110-260 millioner kroner. Melhus kommune har ikke systematisk oversikt over om disse strekningene representerer utrygg skoleveg pr. i dag.

I påvente av at flere gang- og sykkelveger blir bygd, gjennomføres en rekke tiltak for å nå målet om at det ikke skal skje ulykker ved skolene, eller til og fra skolene. Eksempel på slike tiltak er holdningsskapende arbeid på skolene og blant folk flest, politikontroller og fartskontroller, informasjon gjennom helsestasjonene, vedlikehold, skilting og sikringstiltak i regi av teknisk drift, samt trafikksikkerhetsmessige hensyn gjennom arealplanleggingen.

I tillegg til at gang- og sykkelveger bidrar til god trafikksikkerhet, er det også svært viktig for å legge til rette for daglig fysisk aktivitet blant barn og unge.

5.1.6 Tilgang på rekreasjons- og friluftsområder



Tilgang på rekreasjons- og friluftsområder er viktig for å oppnå fysisk aktivitet, stillhet og livskvalitet, også for de med nedsatt funksjonsevne. Nærhet til parker og naturområder bidrar til mindre stress, bedre mental helse og økt levetid på tvers av sosiale skillelinjer.

Foto: Trond Are Berge

I følge Helsedirektoratet ønsker nordmenn flest å være mer ute i naturen, og det er utarbeidet følgende indikatorer på hva som er god tilgang på rekreasjon og friluftsliv for befolkningen:

- Andel boliger, skoler og barnehager som har trygg tilgang på leke- og rekreasjonsareal (minst 5 dekar) innen en avstand på 200 meter.
- Andel boliger, skoler og barnehager som har tilgang på nærturterreng (minst 200 dekar) innen en avstand på 500 meter.⁶⁷

⁶⁷ Folkehelsepolitisk rapport 2015, s. 57

Melhus kommune er rik på rekreasjons- og friluftsområder, og på kommunens nettside er det mulig å sjekke tilgjengelige friluftsområder på digitale kart. Det er derimot ikke kartlagt i hvor stor grad befolkningen har tilgang på slike områder i tråd med nasjonale indikatorer. Melhus kommune har under utarbeiding en egen Friluftspan.

Melhus kommune består av 7 ulike tettsteder, og bosetningen blir mer og mer sentralisert. Det skaper nye utfordringer når det gjelder tilgangen på rekreasjons- og friluftsområder i nærheten av der folk bor, og det er et mål for kommunen å vektlegge dette i nåværende og kommende områdeplaner og kommuneplanens arealdel.

5.2. Biologisk miljø

På samme måte som vi er avhengig av det biologiske miljøet for å overleve, kan det også være livstruende, noe dødelige smittsomme sykdommer et eksempel på. Klimaendringer vil kunne påvirke det biologiske miljøet og få negative helsekonsekvenser. Det er allerede erfart at ekstreme nedbørmengder kan føre til at drikkevannskilder blir utsatt for forurensning, noe som øker faren for vannbårne sykdommer.

Også utbredelsen av sykdomsbærende insekter endres og sykdommer kan derved dukke opp på nye steder. Eksempel på dette i Norge er utbredelsen av flått og flåttrelaterte sykdommer som stadig brer seg til nye områder lenger nord og inn i landet. Globalt gjelder det samme for utbredelsen av f.eks. malaria og denguefeber.

Det forventes også at sykdommer som overføres via mat og insekter øker i omfang, og at sykdommer som malaria flytter seg til nye områder på grunn av økende temperatur.⁶⁸

Mikroorganismer av ulike slag er en naturlig del av vårt biologiske miljø. Normalflora er betegnelsen på mikroorganismer som bakterier og sopp som naturlig finnes på menneskers hud og slimhinner. En godt utviklet og intakt normalflora er viktig som beskyttelse mot sykdomsfremkallende organismer. Bruk av antibiotika truer normalfloraen og har derfor uønskede effekter, selv om antibiotika også er en forutsetning for at vi i dag kan beskytte oss mot og nedkjempe potensielt farlige infeksjonssykdommer.

5.2.1. Smittsomme sykdommer

På 1800-tallet dominerte infeksjoner sykdomsbildet i Norge med lav levealder og høy spedbarnsdødelighet. Samfunnet var preget av fattigdom, dårlige boforhold, dårlig hygiene og dårlig ernæring. Epidemier tok livet av mange. Ut over 1900-tallet bedret levekårene og den generelle helsetilstanden i befolkningen seg betraktelig og med dette kom en dramatisk reduksjon i forekomsten av smittsomme sykdommer. Etter hvert fikk vi også vaksiner mot en rekke sykdommer, først og fremst mot barnesykdommene som tidligere hadde tatt mange barneliv. Også utvikling av antibiotika bidro til å redusere konsekvensen av alvorlige infeksjoner, men hovedårsaken til det endrede infeksjonsbildet var altså bedre livsvilkår.

I verdenssammenheng er infeksjonssykdommer fortsatt en betydelig utfordring. Mens man i Norge nesten har utryddet de vanligste barnesykdommene, tar disse fortsatt mange barneliv i fattige deler av verden. Likeså er malaria og tuberkulose årsak til stor sykkelighet og dødelighet i mange land. Stadig oppdages nye sykdommer man ikke har hverken vaksiner eller behandlingsmuligheter mot. I Norge er kontrollen med infeksjonssykdommer overveiende god. Vi har gode forebyggende tiltak, gode overvåkningssystemer, høy vaksinedekning, gode behandlingsmuligheter og ligger fortsatt rimelig godt an hva gjelder utbredelse av bakterier som har utviklet motstandsdyktighet mot antibiotika.

⁶⁸ Informasjon hentet fra www.miljostatus.no - Miljøinformasjon fra offentlige myndigheter

Imidlertid utgjør stadig økende reisevirksomhet, økt internasjonal handel og endrede leve- og matvaner et økende smittepress også i Norge. Ifølge Folkehelseinstituttet registreres årlig 5000-7000 tilfeller av mat og vannbårne sykdommer i Norge, og det er en lavere forekomst enn andre land i Europa. De mest utbredte næringsmiddelbårne infeksjonene er norovirus, campylobacter, salmonella og E.coli.⁶⁹ Godt internasjonalt samarbeid innen smittevernarbeid har økende fokus. Også økt innvandring medfører endringer i smittebildet. Forekomsten av tuberkulose har økt de senere årene og nå meldes det hvert år 350 – 400 tilfeller. Det er imidlertid lite nysmitte av tuberkulose. De fleste tilfellene oppstår hos personer født i land med høy forekomst av sykdommen, som har båret sykdommen «sovende» (latent) i seg og som så er blitt syke uten at de har smittet andre.⁷⁰

Årlig blir også mellom 5 og 10 % av befolkningen syk av influensavirus, med store variasjoner fra år til år. Det er også antydning at så mange som 900 dør årlig av influensa eller ledsagende komplikasjoner til sykdommen. De fleste av disse er eldre med alvorlig bakenforliggende sykdom. Årlig vaksinerings av personer med risiko for alvorlig sykdom og helsepersonell, samt generelle hygienetiltak, er de viktigste forebyggende tiltakene mht. influensa.⁷¹ Av seksuelt overførbare infeksjoner, er det klamydia-, genital herpes- og papilloma virusinfeksjoner som er de vanligste. Når det gjelder forekomst av HIV blir det påvist 250-300 nye tilfeller hvert år, hvorav 60 % av tilfellene er blant asylsøkere og familieinnvandrere fra land med høy forekomst av viruset.⁷²

Forekomst av smittsomme sykdommer i Melhus vil bli omtalt i kap. 8.

5.2.2. Bruk av antibiotika

Antibiotika er et fellesnavn på legemidler som hemmer vekst eller dreper bakterier og er viktige i behandling av alvorlige infeksjoner forårsaket av bakterier. Ofte brukes også antibiotika til å lindre plager og forkorte sykdomsforløpet ved infeksjoner som i utgangspunktet er selvbegrensende, særlig ved luftveisinfeksjoner. Antibiotika har ingen effekt på virus.

Bakterier har evne til å tilpasse seg sitt livsmiljø og da også evne til å endre egenskaper slik at de tolererer (blir motstandsdyktige mot) antibiotika. Bakterien utvikler da «resistens» mot den aktuelle antibiotikaklassen, og medisinen vil miste sin effekt mot denne bakterien. Dette kan få alvorlige følger i form av økt sykkelighet, økt dødelighet og også økte helsekostnader for samfunnet. Tiltak for å redusere risikoen for resistensutvikling hos bakterier, er ved mindre bruk av antibiotika og ved å bruke mest mulig smalspektrerte antibiotikaklasser. Det aller viktigste er å unngå bruk av antibiotika mot ufarlige infeksjoner som uansett vil gå over av seg selv. Eksempler på bakterier hvor vi har sett stadig økende forekomst av resistens er gule stafylokokker (MRSA), lungebetennelsesbakterier (pneumokokker) og tarmbakterier som E coli.⁷³

I forhold til mange andre land har Norge et moderat forbruk av antibiotika, men forbruket har likevel vært økende i Norge fra 2005 til 2012 med en svak nedgang i 2013 og 2014. Samtidig har det også vært en økning i bruken av bredspektrede antibiotika. Økt antibiotikabruk øker forekomsten av antibiotikaresistens. Det er utarbeidet en handlingsplan mot antibiotikaresistens. Denne har blant annet satt som mål at antibiotikabruken i helsetjenesten i Norge skal reduseres med 30 % innen 2020. En viktig bidragsyter her vil være fastleger og legevakter, som gjennom informasjon til

⁶⁹ Public health report, Food and waterborne diseases, Folkehelseinstituttet, oppdatert 10.01.17

⁷⁰ FHI <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tuberkulose---faktaark/>

⁷¹ FHI <https://www.fhi.no/sv/influensa/sesonginfluensa/influensa---faktaark/>

⁷² Folkehelse rapport, Infeksjoner/seksuelt overførbare infeksjoner i Norge, Folkehelseinstituttet, oppdatert 22.02.2017

⁷³ Helsedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/antibiotika> Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

pasienten og ved blant annet i større grad å ta i bruk såkalte «vent-å-se»-resepter ved enkle og ufarlige infeksjonssykdommer, kan redusere forbruket i primærhelsetjenesten.⁷⁴

Folkehelseprofilen for Melhus kommune i 2016 viser at det var 235 utleveringer av resepter på antibiotika pr. 1000 innbygger i aldersgruppen 0-79 år. På fylkesnivå var det tilsvarende 213 og på landsnivå 229. Melhus kommune lå altså over både fylkes- og landsnivå. Folkehelseprofilen for 2017 viste at det var en økning av antibiotikautlevering til 388 pr. 1000 innbyggere i Melhus kommune, og at kommunen fortsatt lå over fylkes- og landsnivå, med henholdsvis 357 og 379 utleveringer pr. 1000 innbyggere.

5.3. Kjemisk miljø

Kjemikalier kan føre til skade på helse og miljø både på kort og lang sikt. Det finnes om lag 50 000 kjemiske produkter i Norge bestående av mellom 8 000-10 000 ulike kjemikalier. Befolkningen påvirkes av stoffene bl.a. gjennom bruk av ulike forbruksvarer, eller via mat, vann og luft. I yrkeslivet kan arbeidere utsettes for slik påvirkning under produksjon, ved videre foredling eller ved bruk av produktet i yrkessammenheng.⁷⁵ Helse- og miljøskadelige kjemikalier som utgjør en trussel mot human helse og/eller miljø, betegnes som miljøgifter. Slike miljøgifter er lite nedbrytbare og er såkalt bioakkumulerende, dvs. at de hopper seg opp i levende organismer. De er i tillegg allergifremkallende og giftige for kroppen, og kan forårsake kreft, reproduksjonsskader og skader på menneskers og dyrs arvestoff. Akutte virkninger av kjemikalier er i stor grad kjent, også gjennom merkeordninger på varer. Langtidsvirkninger av miljøgifter vi omgir oss med er derimot mindre kjent. Det samme gjelder den samlede «cocktail-effekten» av ulike miljøgiftene vi omgir oss med. Det er et nasjonalt mål at utslipp og bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ikke skal føre til helseskader, samt skader på naturens evne til produksjon og selvfornyelse. Helsedirektoratet ønsker å få til et samarbeid på tvers av ansvarlige etater for å etablere gode indikatorer for kartlegging og måling av kjemikaliers effekt på helse og natur.⁷⁶

5.3.1. Fakta om miljøgifter

Forskning viser at nordmenn hadde mellom 6-7 ulike skadelige stoffer i kroppen for 60 år siden, mens vi i dag har mellom 200-400 miljøgifter i kroppen.⁷⁷ Stoffene kan ha alvorlige langtidsvirkninger på helse og miljø. Folkehelseinstituttet og Miljødirektoratet har god oversikt over de ulike kjemikaliene/miljøgiftene vi omgir oss med som forbrukere og i arbeidslivet. Vedlegg til denne oversikten viser en oversikt over noen av de mest kjente stoffene, hvor de befinner seg, og hvilken virkning de har på helse og miljø.⁷⁸

I de senere år er det blitt mer oppmerksomhet rundt disse miljøgiftene i befolkningen og i arbeidslivet. Miljøbevegelsen har gjennom flere år sørget for å sette temaet på dagsorden, og har sørget for nødvendige informasjonskampanjer. Offentlige myndigheter legger også større vekt på informasjon overfor publikum om forholdet mellom miljø og helse. Flere og flere produkter blir miljømerket, og flere virksomheter blir miljøsertifisert. Det er likevel slik at mye av informasjonen er nettbasert og krever at forbrukere og andre selv innhenter nødvendig informasjon. Den er relativt komplisert og lite tilgjengelig for befolkningen. Det er to offisielle miljømerker i Norge, som kan gjøre det enklere for befolkningen å velge miljøvennlige produkter, og det er det er Svanemerket og EU-

⁷⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/>

⁷⁵ Meld. St. 34, 2012-2013, Folkehelsemeldingen, s. 44

⁷⁶ Folkehelsepolitisk rapport 2015, s. 57

⁷⁷ Norsk institutt for luftforskning, NILU

⁷⁸ Det vises til informasjon om miljøgifter i vedlegg 12, kap. 11. Informasjonen er hentet fra www.erdetfarlig.no, Miljødirektoratet

Blomsten. Farlige kjemikalier skal ha faremerking på norsk. Den skal gi informasjon om mulige fysiske/kjemiske farer og effekter på helse og miljø, og nødvendige forholdsregler for å unngå slik skade når du bruker kjemiske produkter.⁷⁹



Svanemerket er det offisielle nordiske miljømerket, og er det mest utbredte i Norge. Det ble opprettet av Nordisk Ministerråd i 1989. Blomsten er EU sitt miljømerke, og tilsvarer Svanemerket.



Miljødirektoratet har utviklet nettsiden www.erdetfarlig.no Her er det mulig å lese om de farligste stoffene vi omgir oss med i hverdagen og hvilken effekt de har på helsen. På nettstedet vises til ulike informasjonsbrosjyrer, slik som den til venstre om barns kjemiske hverdag.

Det er ikke alle produkt som har informasjon om innhold som kan være skadelig for helse og miljø, men befolkningen har krav på å få informasjon om produktene ved henvendelse til produsent, importør eller forhandler. Denne retten til informasjon er nedfelt i produktkontroll-loven og i miljøinformasjonsloven.

5.3.2. Miljøledelse, Melhus kommune

Melhus kommune er miljøsertifisert etter ISO 14001, og er dermed forpliktet til å unngå helseskadelige kjemikalier og miljøgifter knyttet til bygg, drift og innkjøp av ulike produkt. Miljøvennlige anskaffelser er regulert gjennom den fylkeskommunale innkjøpsavtalen. Utover dette er kommunen forpliktet til å etterspørre miljøsertifiserte produkter fra andre leverandører så langt det lar seg gjøre. Miljøvennlige innkjøp omfatter også de rengjøringsmidlene som benyttes i kommunale bygg. I den sammenheng kan nevnes at Melhus kommune har erstattet en stor del av tidligere rengjøringsmidler ved overgangen til fiberkluter kombinert med vann.

Melhus kommunes arbeid med miljøledelse omfatter også miljøopplæring både av ansatte og politikere. Temaene varierer fra år til år, og opplæring om miljøgifter og den effekten det har på helse og miljø er ett av temaene som er med i plan for miljøopplæring i perioden 2016-2018. Melhus kommune hadde også lignende miljøopplæring av elever i grunnskolen gjennom prosjektet «Klima, miljø og livsstil» 2013-2014. Etter den tid har slik opplæring vært begrenset, utover det skolene selv er ansvarlig for. Melhus kommune driver i dag ingen forbrukerinformasjon overfor befolkningen, og det er ingen informasjon på kommunens nettside.

5.4. Sosialt miljø

Det å være en del av et sosialt miljø har stor betydning for helsen til folk i alle aldre. Studier viser at sosial støtte i seg selv virker helsefremmende. Det å vite at noen er der hvis noe skjer, det å ha noen å snakke med og det å bli sett av andre er viktig for de fleste. Det gjør oss bedre rustet til å takle motgang i livet. Studier viser at manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske

⁷⁹ For mer informasjon om faremerking, se Miljødirektoratets nettsted «Er det farlig» www.erdetfarlig.no

lidelser.⁸⁰ Sosiale nettverk kan bestå både av arrangerte nettverk knyttet til organisasjoner og lag, og av uformelle relasjoner med familie, venner og naboer. Summen av sosiale nettverk og relasjoner kalles gjerne samfunnets sosiale kapital. En vanlig definisjon på sosial kapital er at det består av nettverk og tillitt mellom mennesker, og det kan da være tillitt i personlige relasjoner, tillitt til staten eller tillitt til «folk flest».⁸¹

Med utgangspunkt i tidligere levekårsundersøkelser og indikatorer på sosial støtte, medvirkning, deltagelse og tillitt, har Statistisk sentralbyrå (SSB) utviklet forslag til nye indikatorer. Det er vanlig å skille mellom emosjonell støtte og instrumentell støtte. Med emosjonell støtte menes omfang og kvalitet på nære relasjoner. Instrumentell støtte handler om tilgang på hjelp knyttet til sykdom, vedlikehold og praktiske ting, samt hjelp i forbindelse med økonomiske utgifter.⁸²

5.4.1. Deltagelse i organisasjoner og lag

Mange får dekt sine sosiale behov gjennom medlemskap og deltagelse i frivillige organisasjoner eller lag med utgangspunkt i felles interesser. Indikatorer på sosiale deltagelse blant voksne og eldre kan være:

- Er aktivt med i noen organisasjoner
- Har utført gratisarbeid for organisasjon de siste 12 måneder
- Har deltatt i kulturelle aktiviteter – vært på kino, teater, opera, konsert, museum eller kunstutstillinger sammen med andre siste 12 måneder

Oversikt på kommunens nettside viser at det finnes til sammen 192 lag og foreninger registrert i Melhus.⁸³ Det finnes ingen oversikt over hvor mange medlemmer de ulike lag og foreningene har, men de representerer et stort mangfold av aktivitet for alle aldersgrupper.

5.4.2. Kulturtilbud og sosiale møteplasser

I tillegg til aktivitet knyttet til lag og foreninger, har Melhus kommune et bredt kulturskoletilbud. Det er kinotilbud hver søndag i tillegg til formiddagsvisninger en gang pr. måned. Kommunen er fast spillested for riksteateret, og det arrangeres konserter i regi av kommunen.

Det finnes ingen oversikt over sosiale møteplasser i kommunen, men det legges vekt på tilrettelegging for sosiale møteplasser i den pågående arealplanleggingen. Det er foretatt en friluftslivkartlegging, som også inkluderer omfanget av lekeplasser for barn.

Sentio-undersøkelsen Livsstil og helse fra 2014 omfattet folks deltagelse på kulturtilbud og arrangement de siste 6 månedene. Her var det 72 % som svarte at de ikke hadde besøkt museum eller kunstutstillinger, mens 26 % svarte at de hadde gjort det 1-5 ganger. Det var bare 2 % som svarte at de besøkte museum 1-3 ganger hver måned, og 1 % som svarte at de hadde gjort det mer enn 3 ganger i måneden. Når det gjaldt konserter, teater eller kino, var det 65 % som svarte at de hadde oppsøkt det 1-5 ganger de siste 6 månedene, og 25 % som svarte at de ikke hadde oppsøkt det i det hele tatt. Det var 8 % som svarte at de oppsøkte slike kulturtilbud 1-3 ganger hver måned, og 2 % som gjorde det mer enn 3 ganger i måneden. Deltagelse på aktivitet i kirke eller bedehus var også med i undersøkelsen, og her svarte 48 % at de hadde deltatt 1-5 ganger siste seks måneder, og 42 % at de ikke hadde oppsøkt det i det hele tatt. Det var 5 % som svarte at de deltok 1-3 ganger i måneden, og 4 % som svarte at de deltok mer enn tre ganger i måneden. Idrettsarrangement var det kulturtilbudet som var benyttet oftest. Her svarte riktignok 40 % at de ikke hadde deltatt de siste

⁸⁰ Berge og Falkum 2013, Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Gyldendal norsk forlag. Informasjonen er her hentet fra Folkehelsepolitisk rapport 2015, Helsedirektoratet

⁸¹ Folkehelsemeldingen, s. 56

⁸² For mer informasjon om ulike eksempler på indikatorer, vises til vedlegg 13, kap. 11

⁸³ For mer informasjon om hvilke typer organisasjoner som finnes, vises til vedlegg 14, kap. 11.

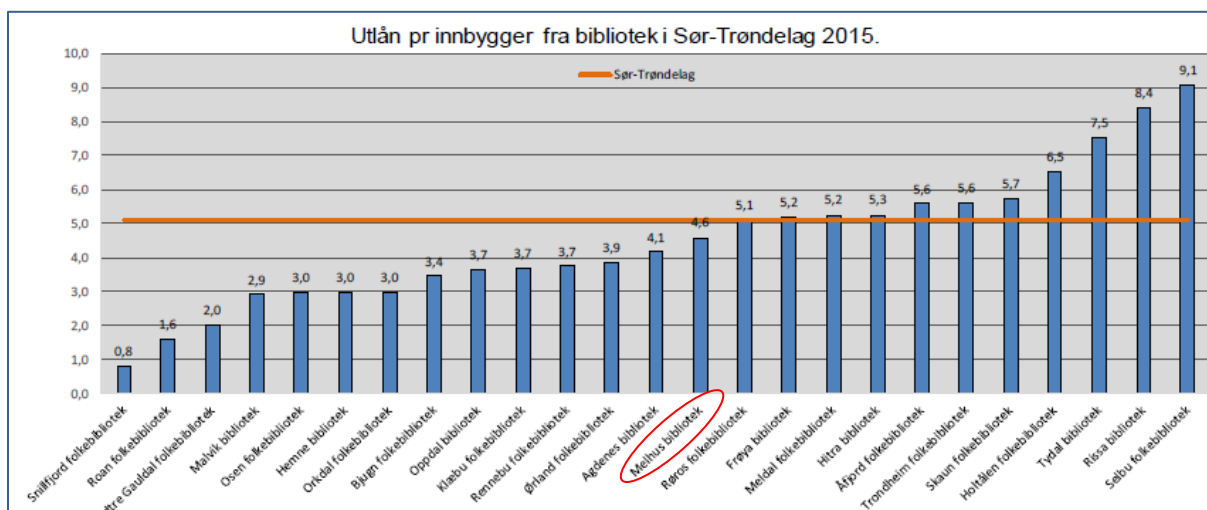
seks månedene, men det var 34 % som hadde deltatt 1-5 ganger siste seks måneder, 12 % 1-3 ganger i måneden, og 13 % mer enn tre ganger i måneden.

Når det gjaldt egne aktiviteter, så viste Sentio-undersøkelsen at friluftsliv er mest populært blant innbyggerne i Melhus kommune. Halvparten av de spurte hadde drevet med det mer enn tre ganger i måneden i løpet av de siste seks månedene. Det var innbyggerne i 50-årene som var mest aktive her. Svarprosenten var også på 79 % når det gjaldt trening og idrett i løpet av de siste seks månedene, og 54 % hadde drevet med det mer enn tre ganger i måneden. Dette avtar etter hvert som folk blir eldre. Det var langt færre av de spurte som hadde drevet med foreningsvirksomhet, musikk, sang og dans.

Det er grunn til å nevne at det kan være ulike barrierer på mikro og makronivå for deltagelse og medlemskap i kulturaktiviteter og organisasjonsliv. For voksne og eldre kan det på makronivå skyldes utformingen og tilgjengeligheten til de ulike aktivitetene. På mikronivå kan det skyldes både økonomi, dårlig helse eller funksjonshemming. For barn og unge kan det skyldes økonomi, funksjonshemming, men også kulturelle og religiøse forhold.

5.4.2.1. Bibliotek

Folkebiblioteket på Melhus rådhus er et sosialt treffpunkt for mange. Utlån av bøker er et uttrykk for hvor viktig dette kulturtilbudet er for mange mennesker, samtidig som det sier noe om befolkningens engasjement i ulike tema.



Figur 39. Utlån pr. innbygger fra bibliotek i Sør-Trøndelag 2015.

Figur 39 viser utlån av bøker pr. person ved de ulike bibliotekene i Sør-Trøndelag i 2015. Oversikten viser at det var 4,6 utlån pr. innbygger i Melhus kommune, og det ligger noe under snittet i Sør-Trøndelag på 5 utlån på et år. Det var størst utlån i Tydal, Rissa og Selbu med henholdsvis 7,5, 8,4 og 9,1 bøker. I Melhus var det 2 621 aktive lånerne i 2015, og de lånte i gjennomsnitt 28 bøker hver.

Ved Melhus bibliotek ble det lånt ut 67 936 bøker i 2014, hvorav 47 280 var barnebøker. I 2015 var det totale antallet utlån på 72 616 bøker, hvorav 51 111 var barnebøker. Det var 28 000 besøkende ved biblioteket både i 2014 og 2015. I tillegg til utlån av bøker, foregår en rekke andre aktiviteter i regi av biblioteket som bidrar til trivsel og tilhørighet for mange. Det arrangeres forfatterbesøk i tillegg til språkkafé for flyktninger hver 14. dag i samarbeid med frivillige. Dette startet i 2015, og pågår fortsatt, med stor oppslutning.

Norsk kulturindeks, utarbeidet av Telemarksforskning, viser en årlig oversikt over kulturtilbud og kulturaktivitet i norske kommuner, regioner og fylker. Indeksen er basert på registerdata fra en rekke

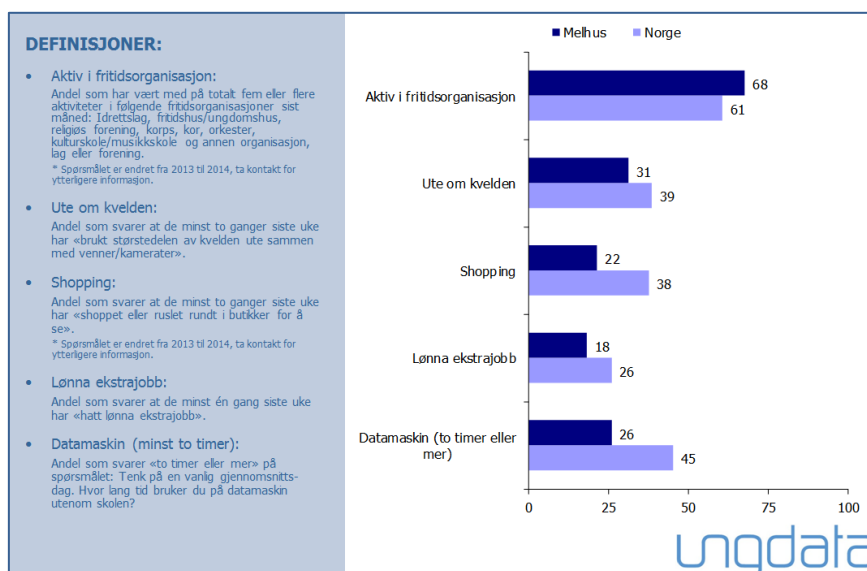
offentlige etater, interesseorganisasjoner og foreninger, og rangerer de 428 kommunene i Norge fra beste til dårligste kommune på ti ulike kategorier, som f.eks. konserter, kinotilbud, bibliotek, kultur for barn m.m. Røros ligger her på førsteplass, og Trondheim kommune på 10. plass. Melhus kommune ligger på plass 178. Det er til sammen 8 av de 25 kommunene i Sør-Trøndelag som ligger bedre an enn Melhus.⁸⁴

5.4.3. Valgdeltagelse

Høy valgdeltagelse er et uttrykk for folks deltagelse og engasjement for eget samfunn, og gjenspeiler et samfunn med høy grad av tillitt og sosial kapital. I Melhus kommune var valgdeltagelsen i 2015 på 61 %. Det var det samme for Sør-Trøndelag fylke. Valgdeltagelsen på landsbasis var på 60 %.⁸⁵

5.4.4. Sosialt miljø og nærmiljø for ungdom

Det er mulig å finne ut mer om ungdoms sosiale liv og miljø ved å se på resultat av Ungdata-undersøkelsen. Undersøkelsen innebærer at skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring svarer på spørsmål om ulike sider ved livet sitt. Undersøkelsene foregår i skoletiden og gjennomføres elektronisk. Det ble gjennomført en Ung Data-undersøkelse for Melhus kommune i 2014, og det vil bli gjennomført en ny undersøkelse i 2017.⁸⁶ Undersøkelsen gir bl.a. informasjon om hva ungdom bruker fritiden sin på. Svarprosenten var på 86 % i ungdomsskolen (598 elever) og 49 % på videregående (342 elever). Svarprosenten var på 52 % hos gutter, og 48 % hos jentene.



Ungdata-undersøkelsen gir oversikt over hva ungdom gjør på fritiden. Figur 40 (under) viser at det var flest ungdommer som svarte at de var aktivt med i en fritidsorganisasjon i 2014. I Melhus kommune var det 68 % som svarte dette, mens det på landsbasis var 61 %.

Figur 40: Oversikt over ungdoms aktivitet på fritiden, 2014. Kilde: Ungdata 2014.

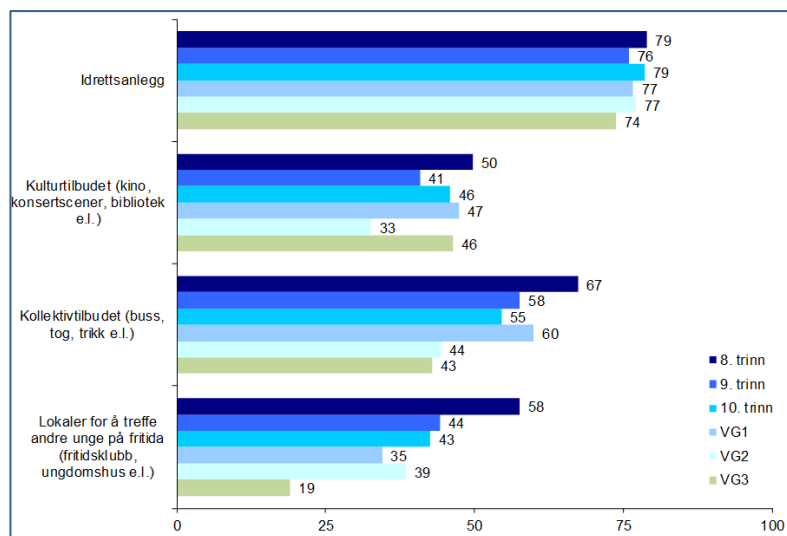
Det er grunn til å tro at fritidsaktivitetene er enda høyere enn det som går fram av denne undersøkelsen. Bakgrunnen for dette er de godt besøkte fritidsklubbene i kommunen. Det er klubb på Lundamo, som er åpent to ganger i uka, og en på Eid som er åpen en kveld pr. uke. Det er i snitt 40-60 besøkende ungdommer pr. kveld på disse to klubbene. I tillegg er ungdomstorget i Melhus sentrum åpent 4 dager pr. uke, og har et snittbesøk på 25 ungdommer daglig.

⁸⁴ Trøndelag i tall 2016, s. 106

⁸⁵ Folkehelseinstituttets Folkehelseprofil for Melhus kommune 2016.

⁸⁶ Ungdata er lokale ungdomsundersøkelser, som tilbys gratis til alle landets kommuner og fylkeskommuner. Siden 2010 har 330 000 ungdommer fra 375 kommuner deltatt i ungdataundersøkelsene. Ungdata gir dermed et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag. Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser. Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har ansvar for gjennomføringen av ungdataundersøkelsene i samarbeid med landets sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet KoRus.

Det var videre 31 % som svarte at de var ute om kvelden, og dette ligger under landsgjennomsnittet på 39 %. Det var også færre enn landsgjennomsnittet som oppga shopping og lønnet ekstrajobb som aktivitet på fritiden, og det har sammenheng med at det er begrenset med kjøpesenter i kommunen, og at det er lite tilgjengelige arbeidsplasser for ungdom ned til 16 år. Det er verdt å merke seg at det var 26 % som oppga at de daglig brukte to timer eller flere ved datamaskinen på fritiden. På landsbasis var det 45 % som oppga det samme.



Ungdata-undersøkelsen viser videre at 68 % av de spurte var fornøyd med lokalmiljøet sitt. Dette lå noe under fylkessnittet på 72 % og landsgjennomsnittet på 70 %. Den samme informasjonen basert på Ungdata-undersøkelsen er også med i Folkehelseprofilen for Melhus 2017.

Figur 41. Ungdoms opplevelse av eget nærmiljø, 2014.
Kilde: Ungdata-undersøkelsen, 2014.

Figur 41 viser at ungdom i Melhus kommune er særlig fornøyd med idrettsanleggene. De er også rimelig fornøyd med kollektivtilbudet, med forbehold om at dette varierer ut fra bosted og tilgjengelig tilbud. De er mindre fornøyd med kulturtilbudet og med tilgangen på lokaler der de kan treffes. Det er generelt sett flere i aldersgruppen fra ungdomsskolen som er fornøyd med nærmiljøet sitt enn de som er kommet opp i videregående skole.

«Ung Kultur Møtes» (UKM) er et nettverk av små lokale festivaler hvor ungdom kan delta med alle slags kulturuttrykk. UKM i Sør-Trøndelag hadde 1 146 innslag og 2 624 deltagere i 2016. Antall deltagere i Sør-Trøndelag har økt med 17,4 % siden 2010 og antall innslag har økt med 28,2 %. Det finnes oversikt over hvor stor andel av ungdom under 18 år som deltar fra hver kommune. Det var 4,8 % av denne gruppen som deltok fra Melhus kommune i 2016. Dette er relativt lavt sammenlignet med andre kommuner som Snillfjord med 25,4 %, Osen med 25,8 % og Holtålen med 28,5 %. Det var bare to av kommunene i Sør-Trøndelag som hadde lavere deltagelse enn Melhus.

5.4.5. Aleneboende

I Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 går det fram at det var 21,2 % av befolkningen som bodde alene av personer over 45 år. I fylket utgjorde denne gruppen 25,3 %, og i landet for øvrig 25,6 %. Profilen for 2017 viser at det på kommunalt nivå var gått ned til 20,9 %. På fylkesnivå var det gått ned til 25,2 %, og på landnivå til 25,3 %. Melhus kommune ligger under fylkesgjennomsnittet og landsgjennomsnittet, men det er uansett et faktum at det er en relativt stor gruppe mennesker. Folkehelseprofilen er basert på befolkningstallet i 2016, som i Melhus kommune var på 16 096 personer. Det var med andre ord 3 364 personer over 45 år som bodde alene. Det at mennesker bor alene betyr ikke dermed at de mangler sosialt nettverk og er ensomme. Men det finnes ingen informasjon om enliges sosiale liv og nettverk, deres deltagelse i organisasjoner og lag eller andre forhold som har sammenheng med deres generelle helsetilstand.

5.5. Oppsummering

5.5.1. Hovedpunkt

- Naturgrunnet er truet av overbeskatning, forurensning og klimaendringer, og kommunen har en viktig rolle som miljømyndighet for ivaretagelse av økosystemene. Det gjelder særlig matjord og vannressursene. Dyrkamark utgjør kun 3 % av landarealet her i landet, og i landbrukskommunen Melhus utgjør jordbruksareal 10,9 % av landarealet. Melhus kommune har rik tilgang på drikkevann. Kommunen har et av Norges største utnyttbare grunnvannsreservoar på Fremo på Ler.
- Spredning av miljøgifter har helseskadelig effekt på kort og lang sikt. Forskning viser at nordmenn hadde mellom 6-7 ulike skadelige stoffer i kroppen for 60 år siden, mens vi i dag har mellom 200-400 miljøgifter i kroppen. I tillegg til miljømerking av varer, legger offentlige myndigheter vekt på informasjon overfor publikum om forholdet mellom miljø og helse. Melhus kommune driver ikke opplysningsarbeid overfor befolkningen om miljøgifter, og det er ingen informasjon på kommunens nettside.
- Radongass oppkonsentrert i inneluft øker risikoen for kreft. Kontroll på radonnivå i boliger og andre bygninger hvor mennesker oppholder seg over tid er viktig.
- Støy kan gi psykisk stress, redusert søvnkvalitet og hørselsskader. Hovedkilden til støy for befolkningen i Norge er vegtrafikk. Andre kilder er bl.a. togtrafikk, industri, bergverksdrift og skytebaner. Støy fra treningsstudio etablert i kombinasjon med bolig, er et økende problem. Spesielt unge utsettes for mye og delvis høy lyd «på øret», for støy fra musikkanlegg og for konsertstøy.
- Luftforurensning, også på lave nivåer, har helseskadelig effekt, og kan forårsake luftveislidelser, hjerte- og karsykdommer og kreft. Det kan også forverre situasjonen for mennesker som allerede er syke, og det kan påvirke fosterutviklingen når gravide puster inn forurenset luft. Det er relativt stor trafikk langs E6 gjennom kommunen, og i Melhus sentrum er det stor gjennomgangstrafikk, særlig morgen og ettermiddag. Det har så langt ikke vært gjennomført målinger av luftkvalitet knyttet til veitrafikk i Melhus kommune.
- Det foreligger ingen fullstendig oversikt over ulovlig brenning av avfall i kommunen. Kommunen har mulighet til å forby brenning, eventuelt bare tillate det i enkelte områder i kommunen, til bestemte tider, for å skjerme bl.a. sårbare institusjoner. Kommunen mottar klager fra befolkningen på lokale støvproblemer knyttet til grustak og pløyd landbruksjord. Det varierer hvem som mottar henvendelse i kommuneadministrasjonen, og det finnes ingen samlet oversikt over omfanget.
- Melhus kommune har utarbeidet en egen trafikksikkerhetsplan for perioden 2014-17. Det finnes imidlertid ikke en systematisk oversikt over om de prioriterte strekningene for etablering av gang- og sykkelvei representerer utrygg skoleveg. Trygge skoleveier er viktig for å forebygge ulykker, redusere unødvendig kjøring av elever til skolen og dermed fremme økt fysisk aktivitet gjennom at elevene går/sykler til skolen.
- I forhold til mange andre land har Norge et moderat forbruk av antibiotika, men det har likevel vært en økning på 30 % over de siste tiårene. Dette har medvirket til medført at bakterier har utviklet resistens mot antibiotika. Det er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt. Folkehelseprofilen for Melhus kommune viser at kommunen ligger over fylkes- og landsnivå når det gjelder utleveringer av resepter på antibiotika pr. 1000 innbygger i aldersgruppen 0-79 år.
- Studier viser at manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Sosiale nettverk kan bestå både av arrangerte nettverk knyttet til organisasjoner og lag, og av uformelle relasjoner med familie, venner og naboer.
- Sentio-undersøkelsen fra 2014 viser at den voksne befolkningen er engasjert i kulturaktiviteter, som kino, teater og konserter. Det er likevel idrettsarrangement som interesserer de fleste. Den voksne befolkning låner noe færre bøker enn fylkesgjennomsnittet, men biblioteket er samtidig

en viktig sosial arena knyttet til forfatterbesøk og språkkafé for flyktninger. Når det gjelder egenaktivitet viser undersøkelsen at det er friluftsliv som er mest populært.

- Valgdeltagelse er uttrykk for samfunnsengasjement, og i Melhus kommune var valgdeltagelsen i 2015 på 61 %. Det var det samme for Sør-Trøndelag fylke. Valgdeltagelsen på landsbasis var på 60 %.
- Ungdata-undersøkelsen viser at 68 % av ungdommene i Melhus oppgir at de er aktive i frivillige organisasjoner, mens det på fylkesnivå er 61 %. Ungdom i Melhus er også aktive brukere av fritidsklubbene. Det er videre 68 % av de spurte var fornøyd med lokalmiljøet sitt

5.5.2. utfordringer

- Vi har begrenset tilgang på konkrete data når gjelder ulike lokale påvirkningsfaktorer knyttet til miljø.
- Forskning viser at nordmenn hadde mellom 6-7 ulike skadelige stoffer i kroppen for 60 år siden, mens vi i dag har mellom 200-400 miljøgifter i kroppen. Det er en utfordring at folk flest har manglende kunnskap om hvor miljøgiftene finnes og hvilke helseskadelige konsekvenser det kan ha.
- Det er en økende utfordring med økt bruk av antibiotika, og kommunen ligger over fylkes- og landsnivå når det gjelder forskrivning av antibiotika på resept. Antibiotikaresistens er en økende global utfordring, og en trussel mot folkehelsen.

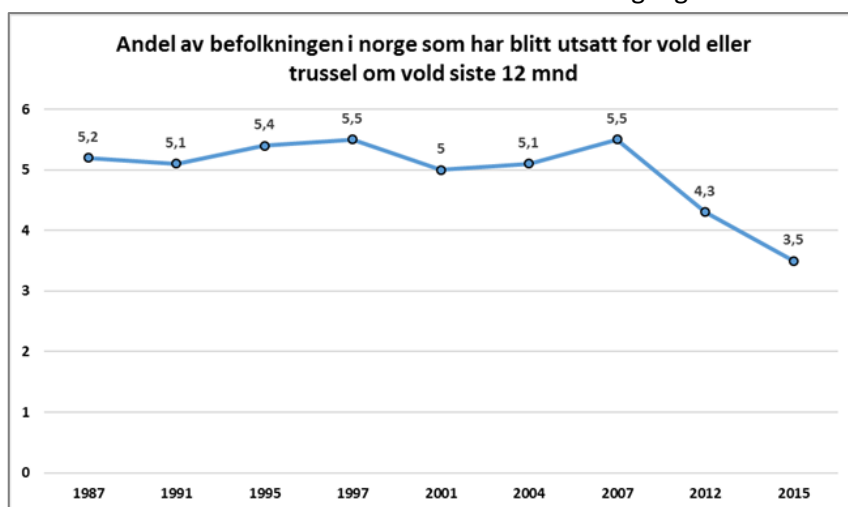
6. Skader, ulykker og vold

Forebygging av skader, ulykker og vold har positiv effekt på folkehelsen, og det er utarbeidet en nasjonal strategi for å styrke det tverrsektorielle forbyggende arbeidet for å få redusert antall skader og ulykker. Et viktig mål for strategien er å styrke kunnskapsgrunnlaget slik at det blir mulig å tallfeste reduksjonen av ulykker. Oversikt over når, hvor og hvordan ulykker skjer gjør det mulig å rette fokus mot tiltak som bidrar til å redusere antall ulykker på kort og lang sikt.⁸⁷ Det foreligger også en egen stortingsmelding (2012-2013) om bekjempelse av vold i nære relasjoner.⁸⁸ Dette kapitlet gir en oversikt over ulike skader, ulykker og vold. Sykdom, sykehusinnleggelse og dårlig helse som følge av skader ulykker og vold er omtalt i kap. 8, Befolkningens helsetilstand.

6.1. Generelt om skader og ulykker og vold

Barn og eldre er mest utsatt for ulykker og skader, og det viser seg også at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper. Vold og overgrep rammer mange, og betraktes som et folkehelseproblem både på nasjonalt og internasjonalt nivå.⁸⁹

Bruk av vold er i strid med norsk lov, og betraktes som et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå er det mulig å vise i hvilken grad befolkningen har vært utsatt for vold eller trussel om vold de siste 12 måneder. Slik det går fram av figur 42, har antall anmeldelser vært på om lag samme nivå i perioden 1987 til 2007. Etter det har det vært en markert nedgang.



Figur 42. Andel av befolkningen i Norge som har blitt utsatt for vold eller trussel om vold siste 12 måneder, 1987-2015. Kilde: SSB

Vold som foregår i nære relasjoner er ofte vanskelig å avdekke fordi den foregår i det skjulte. Men ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) har om lag 20 % av verdens kvinner og 5-10 % av menn vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, mens 25-50 % av alle barn har vært utsatt for fysisk mishandling. WHO har utpekt voldsforebyggende arbeid og forskning om vold, særlig mot kvinner og barn, som et prioritert folkehelseområde.

Definisjon, vold

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer vold som forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe.

⁸⁷ Ulykker i Norge, Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014. Utgitt av Departementene (<http://regjeringen.no/>)

⁸⁸ Meld. St. 15 (2012-2013), Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner

⁸⁹ Folkehelse rapport, Skader og ulykker i Norge, Folkehelseinstituttet, oppdatert 15.12.2016

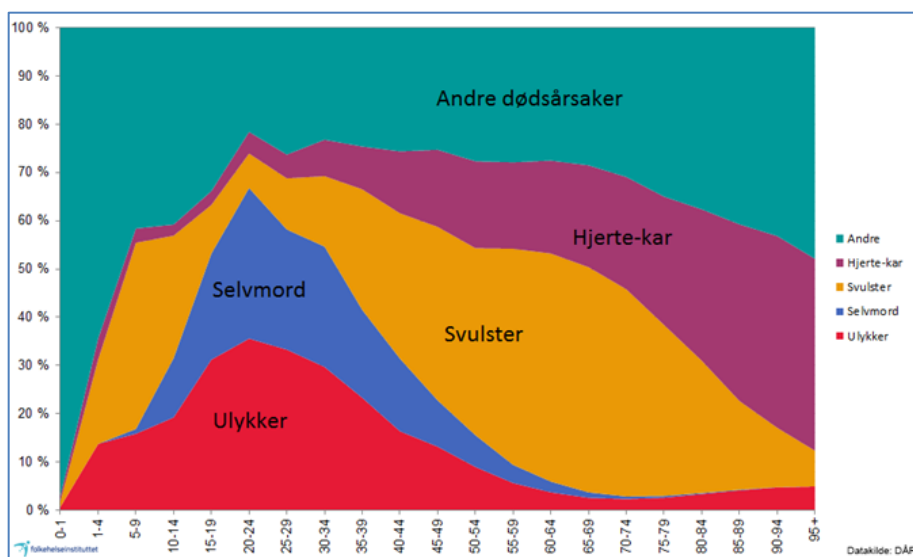
Vold betraktes som et stort samfunnsproblem, og får fysiske og psykiske konsekvenser for den som blir rammet. Regjeringen har derfor lagt fram flere handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Når det gjelder vold og overgrep i nære relasjoner i Melhus kommune er det belyst i pkt. 6.11

6.2. Overblikk, dødsulykker

Informasjon fra Helsedirektoratet viser at skader og ulykker er den vanligste dødsårsaken blant personer under 45 år. Dødsfallene er oftest knyttet til fall, forgiftningsulykker (inkludert overdoser) og trafikkulykker. Det er om lag 2 500 personer som dør hvert år som følge av skader i Norge.⁹⁰ Av disse utgjør selvmord om lag 500. For de som overlever ulykker kan det medføre store lidelser, redusert livskvalitet og redusert funksjonsevne.

Over tid har antall ulykkes-dødsfall gått nedover, og det har bl.a. sammenheng med reduserte antall trafikk- og drukningsulykker. Dødsulykker rammer flere menn enn kvinner, men samlet sett har det vært en reduksjon i antall dødsulykker både for menn og kvinner. Fra 1969 til 2015 falt antall ulykker blant menn fra 89 til 51 pr. 100 000 menn, og tilsvarer en nedgang på 40 %. Men det er likevel slik at flere menn dør grunnet ulykker i alle aldersgrupper. Menn dør oftere i trafikkulykker, men også oftere enn kvinner som følge av drukning og forgiftninger. Fire av fem overdosedødsfall skjer også blant menn. Når det gjelder dødsfall knyttet til fall og brann, er det mer jevnt fordelt mellom kjønnene.⁹¹

Figur 43 gir et bilde på dødsårsaker for ulike aldersgrupper i befolkningen, og benyttes her for å belyse dødsfall som følge av ulykker, inkludert selvmord. Dødeligheten av ulykker øker med alderen, og har sammenheng med bl.a. fall og bruddskader. Det er likevel ikke hovedårsaken til død blant eldre. De fleste eldre dør av sykdom. Antallet ulykkesdødsfall blant unge er lavere enn blant eldre, men når unge personer dør skyldes det ofte en ulykke. Det er derfor den hyppigste dødsårsaken i aldergruppen under 45 år. Det er 1 av 5 dødsfall blant menn under 25 år som skyldes ulykker.



Figur 43: Fordeling av utvalgte dødsårsaker etter alder, i prosent av alle dødsfall, gjennomsnitt i perioden 2010-2015. Svulster i hovedsak kreft. Kilde: Folkehelseinstituttet /Dødsårsaksregisteret.

⁹⁰ Informasjonen om skader er her basert på fakta fra Folkehelseinstituttet. Skader er da avgrenset til fysiske personskader, og utelater psykiske skader, materielle skader og skader på dyr. Belastningsskader og skader som skyldes kronisk eller langvarig eksponering (som fra kjemikalier, stråling, støy) utelates også her. Informasjon om ulykker fra Folkehelseinstituttet tar utgangspunkt i definisjon på ulykke som en ufrivillig hendelse karakterisert ved en hurtigvirkende kraft eller påvirkning som kan ytre seg i skade på kroppen (NOMESCO-Nordisk Medicinalstatistiske Komite 2007).

⁹¹ For mer informasjon om nedgangen i antall ulykker for menn og kvinner, vises til vedlegg 15, kap. 11.

6.2.1. Voldsomme dødsfall, Melhus

Det er mulig å hente ut informasjon på kommunenivå fra Folkehelseinstituttet over voldsomme dødsfall, med det er da uavhengig av dødsårsak, jf. tabell 13. Med voldsomme dødsfall menes dødsfall som inngår i gruppen ulykker og voldsom død, der døden er et resultat av ytre årsaker slik som skader og forgiftninger utløst av ulykker, villet egenskade (selvmord) og drap.⁹²

		2002-2011	2003-2012	2004-2013	2005-2014	2006-2015
hele landet	årlig antall	1422,4	1417,4	1409,2	1382,2	1373,5
	per 100 000 innbyggere	32,6	32,2	31,6	30,6	30,1
Sør-Trøndelag	årlig antall	74,8	72,1	72,4	71,2	71,7
	per 100 000 innbyggere	28,7	27,3	27,1	26,3	26,1
Melhus	årlig antall	3,4	3	2,8	2,5	2,6
	per 100 000 innbyggere	26	22,6	20,8	18,3	18,8

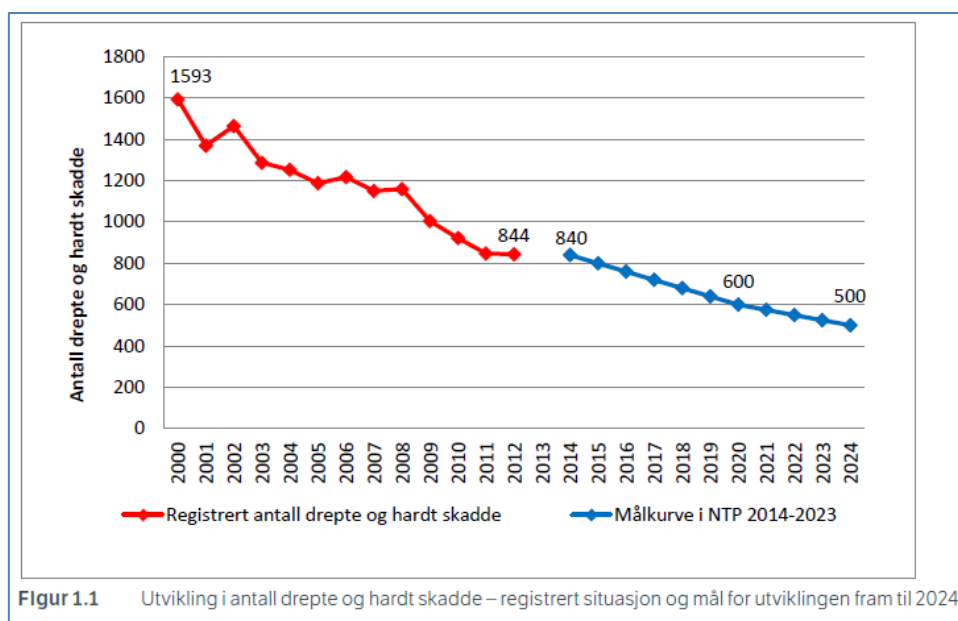
Tabell 13: Voldsomme dødsfall i Melhus kommune, gjennomsnitt pr. periode, og antall personer pr. 100 000 innbyggere. Kilde: Folkehelseinstituttet

Tabellen viser at det har vært en nedgang i antall slike dødsfall i Melhus kommune fra 2002 til 2015. Tallene viser gjennomsnittet i de aktuelle periodene i tabellen. Dersom man ser på antall pr. 100 000 innbyggere, så ligger Melhus kommune under det fylkeskommunale og nasjonale nivået i alle tidsperiodene i tabellen.

6.3. Trafikkulykker

Det har vært en jevn nedgang i antall dødsfall som følge av bilulykker og andre veitrafikkulykker etter 1970 som følge av systematisk trafikksikkerhetsarbeid gjennom flere år. I Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2014-2017, er det formulert en visjon om at **ingen skal bli drept eller skadd i trafikken**. Det er også satt et etappemål om at antall drepte og hardt skadde i vegtrafikken skal halveres innen 2024 sammenlignet med årene 2008-2011. I 2010 var det 1150 drepte og hardt skadde i trafikken. Målet er at det ikke skal være flere enn 500 i 2024.

Oversikt i Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet ble brukt i forbindelse med Stortingets behandling av Nasjonal Transportplan for 2010-2019. Den viser en positiv utvikling på vei mot målet.



Figur 44: Utvikling i antall drepte og hardt skadde – registrert situasjon og mål for utviklingen fram til 2024.

⁹² Artikkel, Beskrivelse av dødsfall som inngår i gruppen «ulykker og voldsom død», Folkehelseinstituttet, oppdatert 14.2.2012

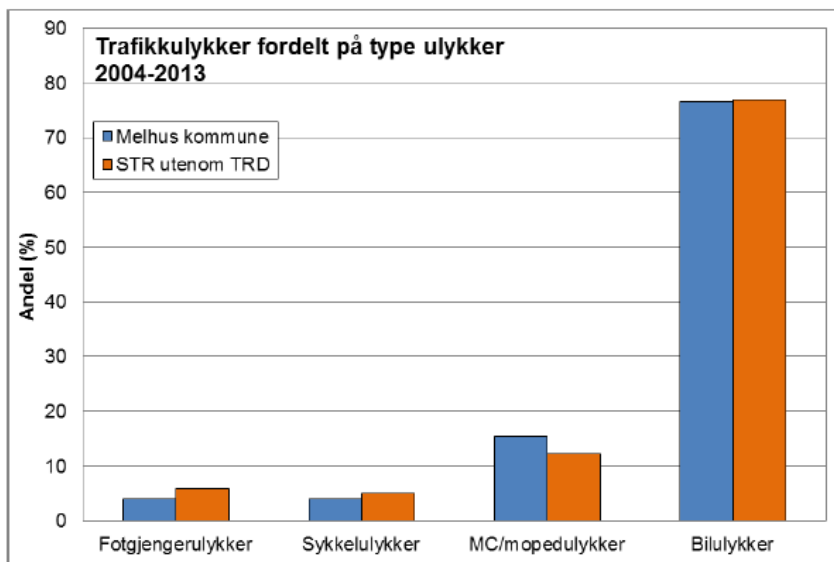


De viktigste årsakene til ulykker i trafikken er knyttet til bilførerne, og har å gjøre med manglende dyktighet, altfor høy fart, ruspåvirkning eller trøtthet. Andre årsaker er vanskelige veg- og tekniske forhold. Når ulykken først er ute, er det oftest bilførere som blir drept i trafikken. Men når det gjelder andre skader og lykker, så er det førere av motorsykkel, moped, tung motorsykkel og syklistene som er mest utsatt. Når det gjelder sykkelulykker er det fortsatt mangelfulle registreringer.⁹³

Bilde fra internett merket for ikke-kommersiell bruk

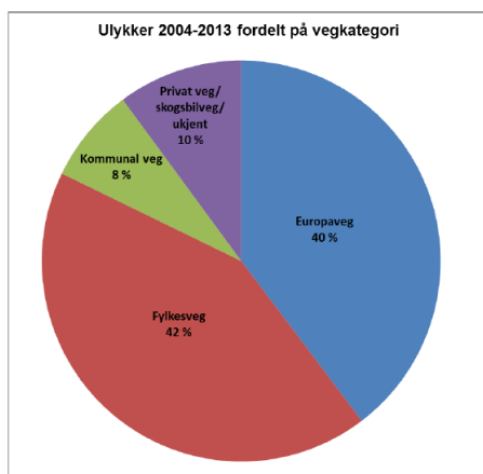
6.3.1. Trafikkulykker, Melhus

Nullvisjonen fra Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet ligger også til grunn for Melhus kommunes trafiksikkerhetsplan for 2015-2019 (jf. pkt. 5.1.5). Oversikt over politiregistrerte ulykker ligger til grunn for de prioriteringene av tiltak som går frem av planen.



Under pkt. 5.1.8 har vi sett at det var 360 trafikkulykker i Melhus kommune i perioden 2004-2014. Bilulykker utgjorde den største andelen av disse, slik figur 45 viser.

Figur 45. Trafikkulykker fordelt på type ulykker 2004-2013 i Melhus kommune sammenlignet med Sør-Trøndelag Fylke utenom Trondheim. Kilde: Trafiksikkerhetsplan 2015-2019.



Flertallet av ulykkene skjedde som vi ser av figur 46 på fylkesveger og E6. Under pkt. 5.1.8, om trygg skoleveg, har vi sett at det ikke finnes noen god oversikt over spesielt trafikkfarlige strekninger i Melhus kommune når det gjelder trygg skoleveg.

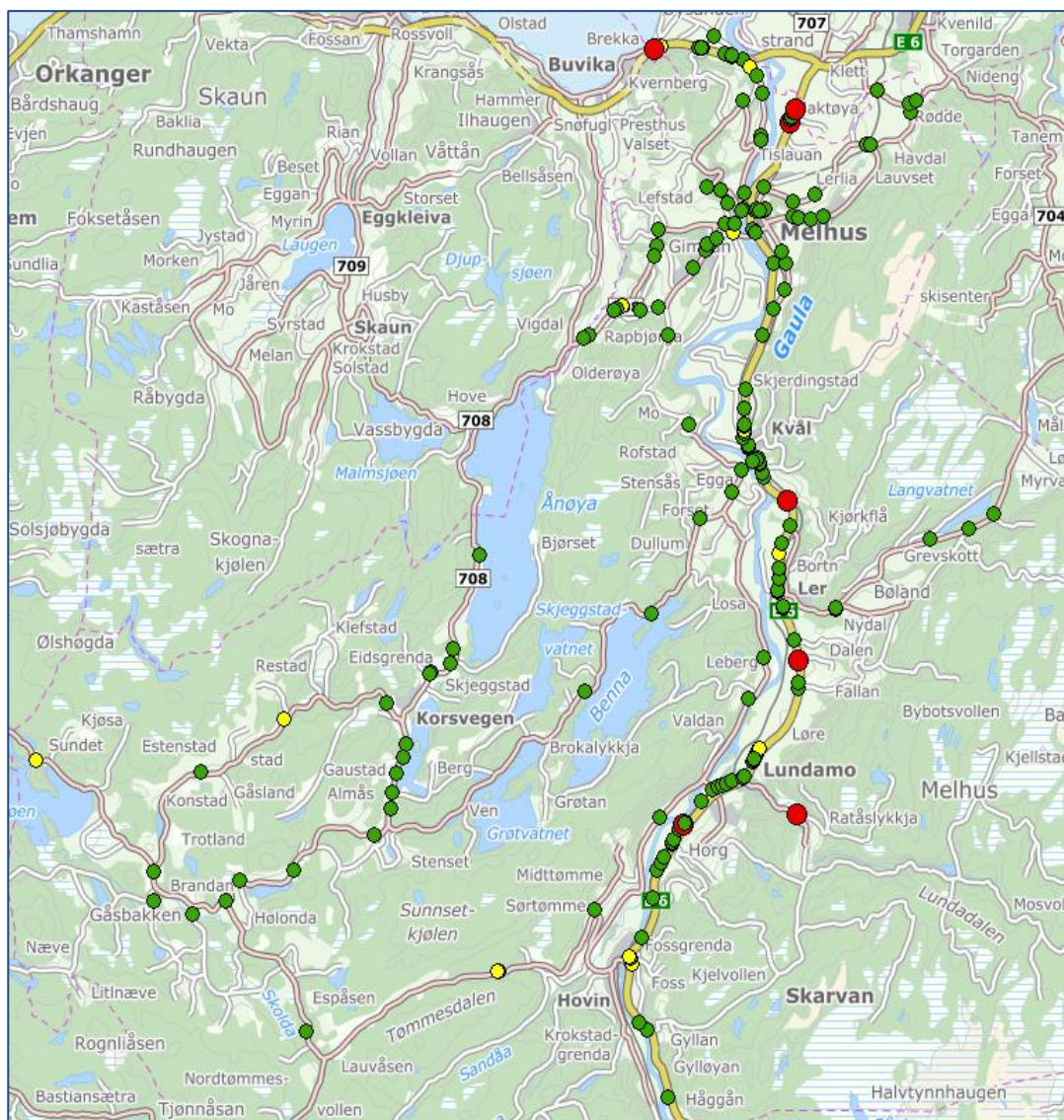
Figur 46: Ulykker fordelt på veg- kategori 2004-2013. Kilde: Trafiksikkerhetsplan 2015-2019.

⁹³ Folkehelse rapport, Skader og ulykker, Folkehelseinstituttet, oppdatert 15.12.2016

Trafikkulykker – alvorlighetsgrad

- Lettere skade
- Alvorlig skade
- Meget alvorlig skade
- Dødsulykke

Det finnes derimot kart (se under) som viser politiregistrerte trafikkulykker i Melhus kommune i perioden 2006-2015. Kartet viser hvor det har skjedd ulykker og hvilken alvorlighetsgrad de hadde ut fra fargekode. Med forbehold om at noen prikker står oppå hverandre og gir unøyaktig telling, viser oversikten at det var 130 ulykker med lettere skade, 13 med alvorlig skade og ingen med meget alvorlig skade. Det var 7 dødsulykker i perioden.



En oversikt fra SSB viser antall vegtrafikkulykker med personskaade i Melhus i perioden 2007-2016 (se tabell 14 s. 75). Den viser at det skjer dødsulykker relativt sjelden. Antall skade og hardt skade personer har gått ned i perioden. I Melhus har det i snitt vært 1,4 trafikkulykker med personskaade pr. 1000 innbyggere i året i perioden 2007-2016, og det er det samme for Sør-Trøndelag.⁹⁴

⁹⁴ Informasjon fra Sør-Trøndelag Fylkeskommune. Kilde: SSB

Veitrafikkulykker med personskade i Melhus										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ulykker	27	25	28	16	28	20	21	7	18	18
Dødsulykker	2	1	0	2	0	0	0	1	0	0
Drepte (personer)	2	1	0	2	0	0	0	1	0	0
Skadde i alt (personer)	46	46	57	26	38	26	27	8	23	16
Hardt skadde (personer)	10	5	1	7	2	0	1	1	1	0
Lettere skadde (personer)	26	37	51	17	35	24	25	7	22	12
Uoppgitt skadegrad (personer)	10	4	5	2	1	2	1	0	0	4

Tabell 14: Vegtrafikkulykker med personskade i Melhus, 2007-2016. Kilde: SSB

Når det gjelder jernbane, har Melhus kommune i sin Helhetlig ROS-analyse vurdert farlige jernbaneoverganger. Det er ikke registrert ulykker knyttet til slike overganger i kommunen. Lerli planovergang er den planovergangen i Norge med fjerde flest registrerte tilfeller av ulovlige passeringer mot rødt lys, mellom bommer som er på vei ned eller som ligger nede. Det var 28 hendelser pr. 15. desember i 2015.

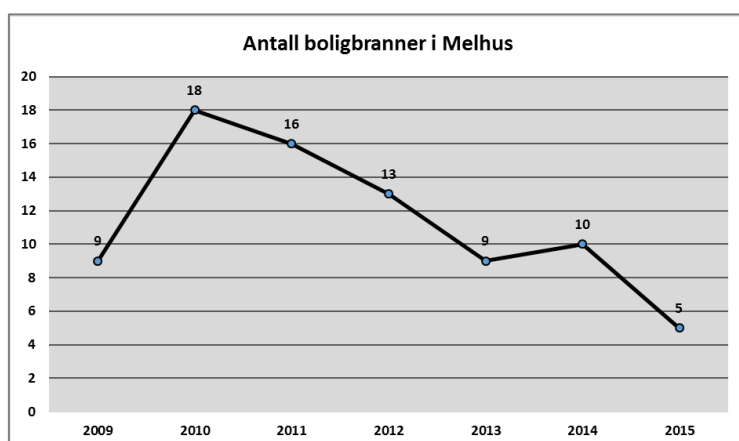
6.4. Drukningulykker

Informasjon fra Norsk pasientregister om type skade fordelt på alder i 2015, viser at kvelning og drukning rammet til sammen 73 personer. Norges svømmeforbund gjennomførte en undersøkelse i 2013 som viste at svømmeferdighetene til norske barn er mangelfulle, og at det kun er halvparten av alle 5. klassingene som greier å svømme minst 200 meter. Det er minstekravet for svømmedyktighet. Undersøkelsene avdekte også at innvandrerbarn fra ikke-europeiske land er dårligere til å svømme enn etnisk norske barn.⁹⁵ Når det gjelder drukningsulykker, så finnes det ikke statistikk på kommunenivå. Det var imidlertid 2 drukningsulykker i Sør-Trøndelag i 2016.

6.5. Brannulykker

Informasjon fra Direktoratet for sikkerhet og beredskap viser at det var 35 personer som omkom i brann i Norge i 2015, og det representerer en positiv nedgang i forhold til tidligere år. Av det totale antall branner utgjør brann i bolig flertallet, og forårsakes som regel av åpen ild og feil bruk av elektrisk utstyr.

6.5.1. Melhus



Det publiseres ikke statistikk fra SSB på kommunenivå om antall omkommende i brann. Direktoratet for sikkerhet og beredskap har imidlertid oversikt over antall boligbranner på kommunenivå. Den viser at antallet har gått fra 9 branner i 2009, til 18 i 2010, og deretter til 5 i 2015.

Figur 47: Antall boligbranner i Melhus kommune i perioden 2009-2015. Kilde: Direktoratet for sikkerhet og beredskap.

Gauldal Brann og Redning IKS har imidlertid andre tall enn de som går fram av oversikten fra DSB, og forklarer dette med at pipebranner tidligere ikke ble regnet som bygningsbrann. I en overgangsfase har rapporteringen til DSB vært noe unøyaktig, der noen pipebranner er blitt registrert som bygningsbranner og noen ikke.

⁹⁵ Folkehelse rapport, Skader og ulykker, Folkehelseinstituttet, oppdatert 15.12.2016

År	Boligbrann	Pipebrann	Brann i bygning totalt	Døde
2009	9	13	29	1
2010	8	12	24	0
2011	8	8	18	0
2012	6	9	18	0
2013	4	9	14	0
2014	5	5	15	0
2015	3	3	11	1
Sum	43	59	126	2

Tabellen fra Gauldal Brann og Redning IKS viser dermed at det var til sammen 43 boligbranner i perioden 2009 til 2015, og at det var to omkomne. Antall branner har gått jevnt nedover i perioden. Det var 9 boligbranner i 2009 og 3 i 2015.

Tabell 15: Branner, Melhus kommune 2009-2015 etter type brann og antall døde

6.6. Arbeidsulykker

Tall fra Arbeidstilsynet som omhandler arbeidsskadedødsfall er basert på registerdata, og er derfor mer pålitelige enn legemeldte innrapporteringer knyttet til yrkesrelaterte helsebelastninger. Tall fra Arbeidstilsynet viser at det i Norge var 32 arbeidsskadedødsfall i 2015, og dette er en nedgang i forhold til tidligere år. Det er verdt å merke seg at elleve av de 32 (35 %) som døde på jobb var utenlandske arbeidstakere, mens det i årene mellom 2011-2014 var 20 % av de omkomne som hadde utenlandsk statsborgerskap. Arbeidstilsynet tror bakgrunnen for dette kan ha sammenheng med risikofylte arbeidsoppgaver, språkproblemer, dårlig opplæring og mangel på verneutstyr.

Av ulykkene i 2015 var det flest knyttet til transport og lagring (9) og deretter jordbruk, skogbruk og fiske (7). Bygge- og anleggsvirksomheten hadde 6 dødsfall. Det var to dødsfall knyttet til både varehandel (inkludert reparasjon av motorvogner) og industri. Følgende kategorier hadde ett dødsfall i 2014: bergverksdrift, vannforsyning (inkludert avløps- og renovasjonsvirksomhet), informasjon og kommunikasjon, offentlig administrasjon og forsvar (inkludert trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning), samt kategori ukjent.

I tillegg til arbeidsskadedødsfall, viser informasjon fra Folkehelseinstituttet at det er om lag 90 000 arbeidsskader hvert år. Det er håndverkere, bønder, fiskere og sykepleiere som er mest utsatt. De fleste arbeidsskadene skjer i aldersgruppen 25-64 år, og deretter følger de i aldersgruppen 15-24 år. Det finnes ingen tilsvarende informasjon på kommunenivå.

6.7. Forgiftninger

Bruk av rusmidler, legemidler, kjemikalier og andre giftige stoffer, som gasser, plantevernmidler giftige sopp og planter er årsak til mange skader og dødsfall. Ifølge folkehelseinstituttets oversikt over skader og ulykker var det 320 personer her til lands som døde som følge av forgiftningsulykker i 2015. Av disse var overdosedødsfall en stor andel. Der det ikke er kjent hvorvidt forgiftningen har skjedd med hensikt eller som ulykke, blir det registrert som ulykke.

I forhold til andre land, kommer Norge relativt dårlig ut når det gjelder antall forgiftningsdødsfall, særlig overdosedødsfall. Det kan ha sammenheng med at Norge i større grad enn andre land har hyppige obduksjoner og dermed mer nøyaktige registreringer. I tillegg er det tradisjon for å sette stoffer som heroin, metadon og andre stoffer intravenøst, mens det i andre land er mer vanlig med sniffing og røyking. I tillegg er bruk av rusmidler årsak til mange andre ulykker. En undersøkelse av pasienter ved akuttmottaket på Oslo Universitetssykehus i 2016 viste at 1 av 3 pasienter var under påvirkning av ett eller flere rusmidler i skadeøyeblikket. Av disse var 26 % påvirket av alkohol, og da ofte i sammenheng med voldsskader og andre skader på serveringssteder. Ellers er alkohol og annen rus som vi har sett en kjent risikofaktor i trafikken. En undersøkelse fra 2014 viser at 4 av 10 bilførere

som omkom i trafikken i perioden 2001-2014 var ruspåvirket.⁹⁶ Det er ingen tilgjengelig informasjon om antall forgiftninger på kommunalt nivå.

6.8. Hjemmeulykker, inkludert fallulykker

Skader og ulykker kan skje overalt der vi ferdes. Store og dramatiske ulykker er naturlig nok det som dominerer mediebildet. Mange tenker derfor ikke på at så mye som 30 % av ulykkene faktisk skjer i hjemmet. Det er en dominerende ulykkes-arena for alle aldergrupper, men i størst grad for aldergruppen 1-14 år, og de over 65 år.⁹⁷

Blant barn og unge står åpne sår for 40 % av skadene. Blant de yngste barna i gruppen 0-4 år skyldes skadene oftest fall fra høyde, og deretter støt og fall, brannskader, forgiftninger og etseskader, samt kutt og skrubbsår. Blant voksne i yrkesaktiv alder er også ulykker i hjemmet mer utbredt enn arbeidsulykker. Ulykkene er ofte knyttet til bruk av maskin- og håndverktøy og til selve bygget, som gulv og trapper.

Over 30.000 eldre over 65 år her i landet skades hvert år så alvorlig i hjemmeulykker at de må behandles av lege. Rundt 900 dør. En stor del av ulykkene skyldes fall. I følge Sintef er fall den største årsaken til fysiske skader hos eldre i den vestlige verden. Mer enn halvparten av eldre over 80 år faller minst en gang i året. I mange av tilfellene fører det til bruddskader. Mange av fallulykkene utendørs har sammenheng med manglende strøing på vinters tid. Andre «fallfeller» er løse ledninger, teppekanter og dårlig merkede trapper. Det er ingen tilgjengelig offentlig informasjon på kommunenivå om hjemmeulykker og fallulykker.

6.9. Uønskede hendelser i skole, barnehage og på fritiden

Det er tidligere gjort en studie på skader behandlet ved legevakt eller sykehus i fire norske byer, og den viste at 9 % av jenter og 13 % av gutter fikk skade som følge av ulykke i barnehage eller på lekeplass i løpet av sine første syv leveår. I samme studie gikk det også fram at 22 % av jentene og 27 % av guttene ble skadet i en skoleulykke i alderen 6-14 år. Idretts- og sportsulykker var den hyppigst forekommende ulykkestypen i alderen 15-24 år. Det utgjorde 15 % av uønskede hendelser. Her var det ballspill som dominerte med 63 % av skadene, mens skisport inkludert snøbrett utgjorde 17 %.⁹⁸ En oversikt (tabell 16) fra Norsk pasientregister viser at barn/unge under 20 år hovedsakelig blir skadet i tilknytning til sports- og idrettsområde, i hjemmet og på skole, høyskole, universitet, barnehage og sfo.

	<20	20-39	40-59	60-79	80+	Totalt	
						Total	Antall
Bolig, boligområde	24,6	26,8	30,7	42,2	57,7	30,8	39 821
Vei, gate, fortau, gang-, sykkelvei	9,8	20,1	23,6	24,3	12,1	17,4	22 503
Sports-, idrettsområde	24,9	18,8	8,1	2,0	0,4	15,6	20 113
Skole, høyskole, universitet, barnehage, sfo	22,9	1,2	1,1	0,5	0,1	8,3	10 728
Fri natur, hav, sjø og vann	4,7	6,8	11,5	11,1	1,9	7,2	9 350
Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem, off kontor	0,6	1,6	1,6	2,7	17,4	2,4	3 050
Lekeplass	3,4	0,3	0,2	0,1	<0,1	1,3	1 652
Jordbruksbedrift, skogbruk	0,3	0,5	1,0	1,2	0,3	0,6	754
Annet skadested	6,2	20,0	17,1	11,7	6,8	13,0	15 504
Ukjent skadested	3,1	4,8	5,4	5,6	4,4	4,4	5 748
Totalt antall	43 370	36 762	25 162	16 073	7 856	100	129 223

Tabell 16: Skadested fordelt på aldersgrupper, 2015, prosenter. Kilde: Norsk pasientregister.

⁹⁶ Som over.

⁹⁷ Kunnskapsbase, miljø og helse, Folkehelseinstituttet, oppdatert 1.12.2015

⁹⁸ Kunnskapsbase, Miljø og helse, Ikke-dødelige personskader, Folkehelseinstituttet, oppdatert 1.12.2015

6.9.1. Skader og vold i skoler og barnehager, Melhus

Melhus kommune har oversikt over uønskede hendelser i form av skader, ulykker og vold i deler av egen organisasjon. Oversikten er basert på hendelser som er innrapportert som avvik/uønsket hendelse fra ansatte i virksomhetene.⁹⁹

I skoler og barnehager var det i årene 2015 og 2016 innrapportert 153 hendelser med skade på barn/elev, henholdsvis 86 i 2015 og 67 i 2016. Det var innrapportert 6 hendelser med vold mot elev i 2015, og 8 i 2016. Det var også innrapportert skade på ansatte i skoler og barnehager, og her var det 12 i 2015 og 14 i 2016. Når det gjaldt trussel/vold mot ansatte i skoler og barnehager, så var det 31 i 2015 og 17 i 2016.

Det har ikke vært mulig å finne dokumentasjon som gjør det mulig å sammenligne tallene fra Melhus kommune med forekomsten på landsnivå.

Når det gjelder vold, så viser Ungdata-undersøkelsen fra 2014 at det var 10 % av de spurte ungdommene fra 8. trinn til ut 3. trinn på VG skole som svarte at de hadde vært utsatt for trusler om vold. Dette var samme svarprosent som landsgjennomsnittet, mens det for Sør-Trøndelag lå på 9 %. Ungdata-undersøkelsen gir også informasjon om slåssing, og her oppgir 16 % av ungdommene i Melhus at de har vært involvert i slåsskamp. På landsbasis var det 16 %, og på fylkesnivå 18 %. Det var videre 7 % av ungdommene i Melhus som svarte at de hadde blitt skadet på grunn av vold. Dette var det samme som fylkesgjennomsnittet, og en prosent under landsgjennomsnittet.

6.10. Ulykker og vold i sykehjem, Melhus

Informasjon fra Personskaderegisteret viser at skader i alders- og sykehjem utgjør 9 % av de skadene som blir behandlet i sykehus eller legevakt for personer over 65 år. En stor del av ulykkene i alders- og sykehjem førte til alvorlige skader som bruddskader, hvorav 35 % var lårhalsbrudd.

Melhus kommune har også egen oversikt over innrapporterte ulykker og tilfeller av vold i sykehjem, med forbehold om at det kan forekomme underrapportering. Det var innrapportert 5 fall blant brukere i 2015 og 16 i 2016. Når det gjaldt skade på bruker var det 20 i 2015 og 8 i 2016. Det var også innrapportert trussel/vold mot brukere, og her var det 4 hendelser i 2015 og 7 i 2016. Når det gjaldt skade på ansatte, så var det innrapportert 4 hendelser i 2015 og 10 i 2016. Det var 8 hendelser med trussel/vold mot ansatte i sykehjem i 2015, mens det var 5 i 2016.¹⁰⁰

Det har ikke vært mulig å finne dokumentasjon som gjør det mulig uten videre å sammenligne tallene fra Melhus kommune med forekomsten på landsnivå. Det kan likevel være nyttig å videreføre kartleggingen i årene fremover for å kunne se utviklingen over tid.

6.11. Seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner, Melhus

Norske undersøkelser viser at mellom 8-22 % av jenter, og 1-14 % av gutter har vært utsatt for seksuelle overgrep. Videre viser en undersøkelse at 20 % av jentene og 14 % av guttene hadde opplevd fysisk vold i løpet av oppveksten.¹⁰¹ Med utgangspunkt i spørreundersøkelser gjennomført i løpet av de siste ti årene, antas det at mellom 75-150 000 mennesker her i landet årlig utsettes for vold i nære relasjoner. Videre er det mellom 6-8000 mennesker som oppsøker krisesentertilbudene og/eller anmelder forholdet til politiet.¹⁰²

⁹⁹ Tallene er hentet fra EQS, Melhus kommune, og er basert på innrapporterte tall fra virksomhetene.

¹⁰⁰ Informasjon fra EQS. Tabellene som ligger til grunn for informasjonen her, finnes i **vedlegg 16**

¹⁰¹ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

¹⁰² Meld. St. 15 (2012-2013), Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner

Informasjon fra Melhus Lensmannskontor viser at det ble behandlet 58 voldssaker i 2015, hvorav 11 gjaldt vold i nære relasjoner, og ett var drap. I 2016 var det til sammenligning 52 saker, hvorav 8 omhandlet vold i nære relasjoner. I 2016 var det i tillegg to saker med grov kroppsskade. Når det gjaldt seksuelle overgrep i Melhus, så var det 16 saker i 2015 og 8 saker i 2016.

Når det gjelder «vold og mishandling» så var det i Sør-Trøndelag 1 716 og 1 641 anmeldte lovbrudd i henholdsvis 2015 og 2016. Dette gir 5,5 og 5,2 anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger. Med utgangspunkt i tallene for Melhus kommune var det 3,6 og 3,2 saker per 1000 innbyggere.¹⁰³

I Sør-Trøndelag var det 483 og 414 anmeldte «seksuallovbrudd» i henholdsvis 2015 og 2016, noe som gir 1,6 og 1,3 anmeldte lovbrudd per 1000 innbygger. Med utgangspunkt i tallene på seksuelle overgrep i Melhus kommune tilsvarer det 1,0 og 0,5 saker per 1000 innbyggere.¹⁰⁴

6.12. Oppsummering

6.12.1. Hovedpunkt

- Informasjon fra Helsedirektoratet viser at skader og ulykker er den vanligste dødsårsaken blant personer under 45 år. Dødsfallene er oftest knyttet til fall, forgiftningsulykker (inkludert overdoser) og trafikkulykker. Oversikt over omfang og årsaker er en forutsetning for det forebyggende arbeidet.
- Barn og eldre er mest utsatt for ulykker og skader, og det viser seg også at personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for skader enn personer fra høyere sosioøkonomiske grupper. Vold og overgrep rammer mange, og betraktes som et folkehelseproblem både på nasjonalt og internasjonalt nivå.
- Forebyggende arbeid har bidratt til at antall ulykkes-dødsfall gått nedover, og det har bl.a. sammenheng med reduserte antall trafikk- og drukningsulykker.
- I 2010 var det i Norge 1150 drepte og hardt skadde i trafikken. Målet er at det ikke skal være flere enn 500 i 2024.
- Informasjon fra Folkehelseinstituttet viser at antallet voldsomme dødsfall i Melhus har gått ned fra 2002-2015, og ligger under det fylkeskommunale og nasjonale snittet.
- Det var 360 trafikkulykker i Melhus kommune i perioden 2004-2014. Bilulykker utgjorde den største andelen av disse. Flertallet av ulykkene skjedde på fylkesveger og E6. I Melhus har det i snitt vært 1,4 trafikkulykker med personskade pr. 1000 innbyggere i året i perioden 2007-2016, og det er det samme for Sør-Trøndelag.
- Undersøkelsene avdekte også at innvandrerbarn fra ikke-europeiske land er dårligere til å svømme enn etnisk norske barn. Når det gjelder drukningsulykker, så finnes det ikke statistikk på kommunenivå. Det var imidlertid 2 drukningsulykker i Sør-Trøndelag i 2016.
- Informasjon fra Direktoratet for sikkerhet og beredskap viser at det var 35 personer som omkom i brann i Norge i 2015. Antall branner har gått jevnt nedover i perioden 2009-2015. Det var 9 branner i 2009, og 3 i 2015. Det var to dødsfall grunnet brann i perioden.
- Nasjonalt er det 30 % av ulykkene som skjer i hjemmet. Det er en dominerende ulykkes-arena for alle aldergrupper, men i størst grad for aldergruppen 1-14 år, og de over 65 år. Mer enn halvparten av eldre over 80 år faller minst en gang i året. I mange av tilfellene fører det til bruddskader. Mange av fallulykkene utendørs har sammenheng med manglende strøing på vinters tid. Andre «fallfeller» kan være, løse ledninger, teppekanter og dårlig merkede trapper. Det er ingen tilgjengelig offentlig informasjon på kommunenivå om hjemmeulykker og fallulykker.

¹⁰³ Kilde: SSB tabell 08486. Informasjonen er her hentet fra Sør-Trøndelag Fylkeskommune.

¹⁰⁴ Som over

- Når det gjelder vold, så viser Ungdata-undersøkelsen for Melhus kommune 2014 at det var 10 % av de spurte ungdommene, fra 8. trinn til ut 3. trinn på VG skole, som svarte at de hadde vært utsatt for trusler om vold. Dette var samme svarprosent som landsgjennomsnittet, mens det for Sør-Trøndelag lå på 9 %. Andel elever som hadde vært involvert i slåssing lå under fylkes- og landsgjennomsnitt.
- Melhus kommune har oversikt over innrapporterte tilfeller av uønskede hendelser i skoler, barnehager og sykehjem i form av skader, ulykker av vold. Det har imidlertid ikke vært mulig å finne dokumentasjon som gjør det mulig å sammenligne tallene fra Melhus kommune med forekomsten på landsnivå. Det kan likevel være nyttig å videreføre kartleggingen i årene fremover for å kunne se utviklingen over tid.
-

6.12.2. utfordringer

- Skader og ulykker er en stor og viktig årsak til død og uhelse, og har store samfunnsøkonomiske konsekvenser.
- Vi mangler lokale skadedata på mange områder som kunne gitt grunnlag for mer målrettet skadeforebygging.
- Det er 30 % av ulykkene som skjer i hjemmet. Det er en dominerende ulykkes-arena for alle aldergrupper, men i størst grad for aldergruppen 1-14 år, og de over 65 år. Det er et stort potensial for forebyggende arbeid gjennom tjenester rettet mot barn, unge og eldre.
- Vold og overgrep i nære relasjoner er vanskelig å avdekke, og det er grunn å tro at det er store mørketall.

7. Helsereelatert atferd

Helsereelatert atferd handler om hvordan levestilene vår virker inn på helsen. Fysisk aktivitet i hverdagen, bruk av tobakk og rusmidler, og hva vi spiser er faktorer som innvirker på helsen. Det kan også handle om seksualatferd og risikoatferd som kan føre til skader og ulykker. Det er videre et faktum at bakenforliggende forhold som utdanning, inntekt og sosial posisjon i samfunnet innvirker på den helsereelaterte atferden.

Røyking, manglende fysisk aktivitet, usunt kosthold og for mye alkohol innvirker på forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer, samt skader knyttet til alkohol og rus. Målt i kvalitetsjusterte leveår, viser verdens helseorganisasjon at slike ikke-smittsomme sykdommer globalt utgjør den største sykdomsbyrden. Forebyggende helsearbeid er viktig for å redusere livsstilssykdommer. Forskning viser at over halvparten av alle krefttilfeller kan forebygges ved å legge om levevaner. Verdens helseorganisasjon vektlegger strategier for å begrense uønsket helsereelatert atferd, inkludert et internasjonalt indikatorrammeverk som gjør det mulig å kartlegge påvirkningsfaktorer og resultat av prioriterte tiltak på kort og lang sikt. Endrede levevaner forutsetter strategier som påvirker befolkningens individuelle valg bl.a. gjennom folkeopplysning. Men det har også sammenheng med de sosiale forholdene i samfunnet og befolkningens rammebetingelser for sunn helseatferd.¹⁰⁵

7.1. Fysisk aktivitet

Alle former for aktivitet og bevegelse i hverdagen er fysisk aktivitet, som idrett og mosjon, plenklipping, husarbeid, lek og kroppsarbeid. Fysisk aktivitet har en forbyggende effekt på en rekke sykdommer, samtidig som det virker positivt på humøret og gir rom for sosialt samvær. Informasjon fra Helsedirektoratet viser derimot at voksne bruker 60 % av sin våkne tid i ro uten fysisk aktivitet. Endrede arbeids- og levevaner har gjort stillesitting til en stor folkehelseutfordring. Selv om man trener på fritiden, kan det ikke kompensere for stillesitting i løpet av dagen på skole, jobb, på reise og foran TV og PC. Lange perioder uten noen form for fysisk aktivitet kan settes i sammenheng med utvikling av fedme, diabetes, ulike former for kreft, hjerte- og karsykdommer.

For å snu trenden med mer stillesitting og ro er det utarbeidet nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet for ulike aldergrupper.

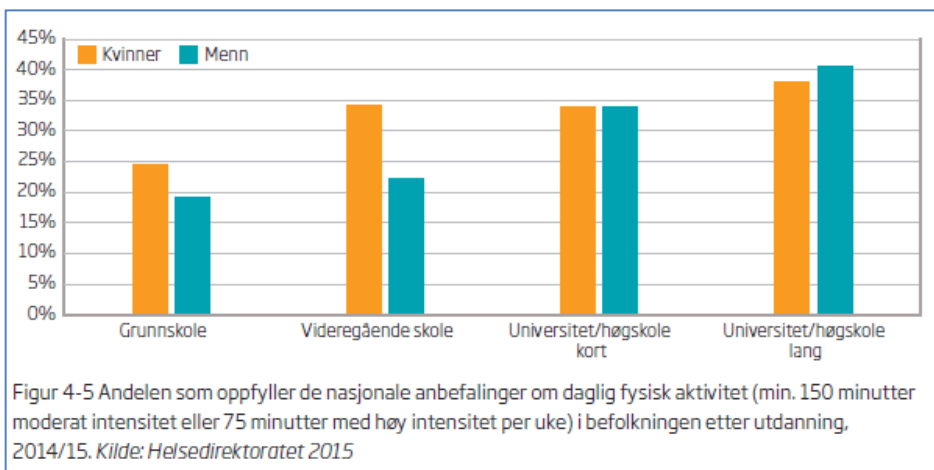
Nasjonale anbefalinger, fysisk aktivitet

- **Barn og unge bør være fysisk aktive i lek eller annen aktivitet minst 60 minutter hver dag. Minst tre ganger i uka bør aktiviteten være med høy intensitet, og inkludere aktiviteter som gir økt muskelstyrke og belaster skjelettet. Tiden i ro bør begrenses og stykkes opp med mer aktive perioder.**
- **Voksne bør være fysisk aktive i minst 150 minutter hver uke. Aktiviteten bør gjøre deg lett andpusten. Er aktiviteten av høy intensitet, som får deg å puste mye mer enn vanlig, holder det med minst 75 minutter hver uke. Anbefalingene kan også oppfylles med en kombinasjon, for eksempel 70 minutter moderat og 40 minutter med høy intensitet.**

Også når det gjelder fysisk aktivitet ser det ut til å ha sammenheng med utdanningsnivå. Figur 48 viser at de med høyere utdanning er mer aktive enn de med lav utdanning. En tredjedel av alle voksne kvinner og menn oppfyller den nasjonale anbefalingen om fysisk aktivitet. Kvinner er mer aktive enn menn i alle aldersgrupper. Menn med grunnskole eller videregående skole og kvinner med

¹⁰⁵ Folkehelsepolitisk rapport 2015. Informasjonen om sykdomsbyrde er hentet fra den globale sykdomsbyrdestudien under ledelse av Institute for Health Metrics and Evaluation (www.healthdata.org/gbd).

grunnskole som høyeste fullførte utdanning, er mindre aktive enn menn og kvinner i de øvrige utdanningsgruppene.



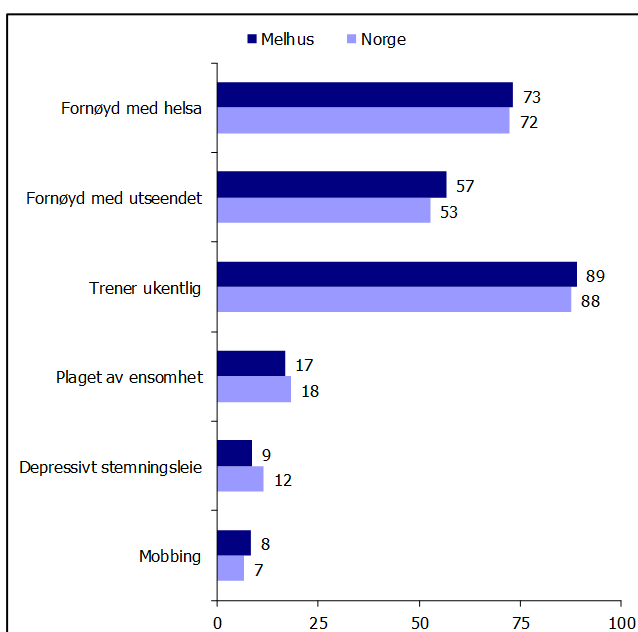
Figur 48: Andelen som oppfyller de nasjonale anbefalingene om daglig fysisk aktivitet. Kilde: Helsedirektoratet

For på kunne ha oversikt over graden av fysisk aktivitet for ulike aldersgrupper i samfunnet, er det utarbeidet følgende nasjonale indikatorer for måling av fysisk aktivitet og inaktivitet:

- Andelen som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet i befolkningen, etter kjønn og alder
- Andelen som oppfyller de nasjonale anbefalinger om daglig fysisk aktivitet i befolkningen, etter utdanningsnivå
- Gjennomsnittlig antall timer med daglig stillesitting, etter kjønn
- Selvrapportert fysisk aktivitet (aktive mer enn 60 minutter per dag) blant 6., 8. og 10.klassinger etter sosioøkonomisk status

7.1.1. Fysisk aktivitet ungdom

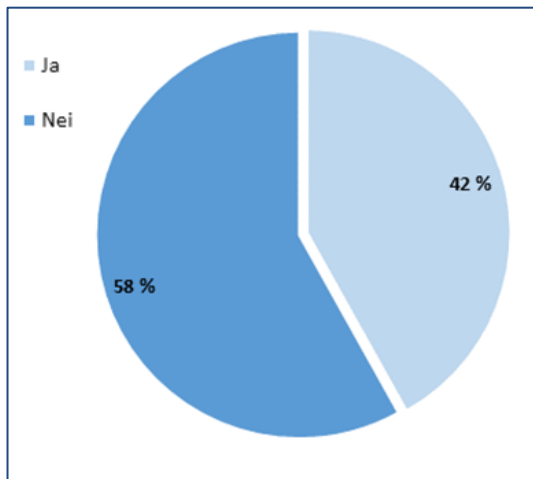
Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 og 2017 viser at 11 % av ungdom mellom 8. trinn og 3. videregående er fysisk inaktive, dvs. svett og andpusten mindre enn en gang pr. uke. På fylkesnivå og landsnivå 2017 svarer henholdsvis 12 % og 13 % det samme.



Figur 49 viser at 89 % av ungdommene i aldersgruppen fra 8. trinn -3. videregående svarer at de trener ukentlig slik at de blir andpusten og svett. Undersøkelsen tar ikke høyde for ulike svar ut fra sosioøkonomisk status.

Figur 49: Ungdoms opplevelse av egen helse og trivsel. Kilde: Ungdata-undersøkelsen 2014.

7.1.2. Fysisk aktivitet, voksne



Livsstil og helseundersøkelsen i Melhus kommune 2014 gir en pekepinn på den fysiske aktiviteten i kommunens voksne befolkning. Figur 50 viser at det er flere (58 %) som oppgir at de ikke mosjonerer en halvtime daglig enn de som gjør det (42 %). Undersøkelsen viser at det er flere menn enn kvinner i aldergruppen 50 år eller eldre som trener/mosjonerer hver dag, noe som avviker fra erfaringene nasjonalt. Det tas her forbehold om at dette er basert på den tidligere anbefalingen om daglig mosjon 30 minutter daglig.

Figur 50: Antall som trener eller mosjonerer en halvtime hver dag, Melhus kommune. Kilde: Sentio research.

Det finnes ingen tilgjengelige data på hvordan den fysiske aktiviteten fordeler seg i befolkningen i Melhus kommune ut fra utdanningsnivå, og heller ikke når det gjelder stillesitting etter kjønn. Under pkt. 5.4.2, har vi sett at mange oppgir friluftsliv og deltagelse i dans på spørsmålet om de selv har drevet med ulike aktiviteter de siste 6. månedene. Selv om dette ikke representerer daglig fysisk aktivitet, så kan det ha positiv helseeffekt.

7.1.3. Fysisk aktivitet i skoler og barnehager



Det er 11 kommunale barnehager, og 7 private barnehager i Melhus kommune. I barnehagene er det vanlig praksis med utetid og fysisk aktivitet i løpet av dagen. Av de kommunale barnehagene er Kosekroken, Tambartun og Presttrøa friluftsbarnehager med egne uteavdelinger. Det er en av de private barnehagene som er idrettsbarnehage.

Lek ved Strandvegen barnehage, Melhus

Forskning viser at fysisk aktivitet i løpet av skole- og barnehagedagen bidrar til å forbygge helseplager og at det også gir økt læringsutbytte.¹⁰⁶ I tillegg til kroppsøving i skolen, legges fysisk aktivitet inn i løpet av skoledagen som en del av kommunens FYSAK-arbeid. Melhus kommune har vært FYSAK-kommune siden 2004, men foretar ingen systematisk kartlegging av aktiviteten ved skolene. Det er derimot 7 av skolene som har registrert kontaktpersoner i Den fysiske skolesekken. Kommunen har ingen oversikt over antallet elever som går og sykler til og fra skolen i kommunen.

Melhus kommune har gjennomført barnetråkk-registreringer i regi av barneskolene, og viser hvor barn går til og fra skolen, og hvor de ønsker å oppholde seg. De fleste skolene har gjennomført slike registreringer, og en oppdatert kartlegging vil bli en del av kommunens Friluftspen som er under utarbeiding. Barnetråkkregistreringene representerer innspill fra barn som kan vektlegges i kommunens planlegging for å ivareta nåværende og ønskelige områder for fysisk utfoldelse i

¹⁰⁶ Lillejord, Sølvi, André Vågan, Lotta Johansson, Kristin Børte og Erik Ruud, «Hvordan fysisk aktivitet i skolen kan fremme elevers helse, læringsmiljø og læringsutbytte. En systematisk kunnskapsoversikt», Kunnskapssenter for utdanning, mai 2016

nærmiljøet. Registreringen av barnetråkk er delvis digitalisert, men er fortsatt ikke tilgjengelig for publikum på kommunens nettside.

7.2. Kosthold

Sunt kosthold i kombinasjon med fysisk aktivitet bidrar til å forbygge sykdommer som fedme, hjerte-karsykdommer, diabetes 2, kreft og benskjørhet. Selv om det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste tiårene, så inneholder kostholdet fortsatt for mye sukker, salt og mettett fett, og for lite frukt, grønnsaker, fisk og grove kornprodukter. Det er et nasjonalt mål å øke andelen av befolkningen som kjenner til og oppfyller de gjeldende anbefalingene for kosthold fra Helsedirektoratet.¹⁰⁷ For verdens helseorganisasjon WHO er det et mål å redusere saltinntaket i befolkningen med 30 % innen 2025.

For å kunne oppnå nasjonale og internasjonale mål innen kosthold, er det utarbeidet følgende indikatorer for å kartlegge status og oppnådde mål:¹⁰⁸

- Andelen som oppfyller nasjonale anbefalinger om kosthold (spiser minst to frukt og to grønnsaker om dagen), etter kjønn, alder og utdanningsnivå.
- Kjennskap til de nasjonale kostholdsanbefalingene etter kjønn og alder
- Andelen elever på 6., 8. og 10.trinn som spiser henholdsvis grønnsaker og frukt minst fem ganger i uken etter sosioøkonomisk status

Anbefalt saltinntak

Vi bør ikke spise mer enn 5 gram salt daglig. Det tilsvarer en teskje. Barn mellom 2-10 år bør ikke ha mer enn 4 gram daglig. Barn under 2 år bør ha enda mindre.

Kilde: Helsedirektoratet

Den norske befolkning spiser i gjennomsnitt 10 gram salt daglig, og er det dobbelte av det som er anbefalt. For mye salt i kroppen øker faren for høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, magekreft mm.¹⁰⁹ Om lag tre fjerdedeler av saltinntaket kommer fra industribearbeidet mat.

Helsedirektoratet har utarbeidet en egen tiltaksplan for reduksjon av saltinntaket i befolkningen. Her legges det bl.a. vekt på at saltinntaket i befolkningen bør måles (saltutskillelse i urinen), at det inngås samarbeid med matvarebransjen for å få ned forbruket i bearbeidet mat og at alle matvarer merkes med saltinnhold.

Sukkerforbruket i befolkningen har ifølge Helsedirektoratet gått ned de siste ti årene. Gjennomsnittlig inntak av tilsatt sukker er under 10 energiprosent hos voksne og over 10 energiprosent hos barn og unge. Inntaket av for mye sukker henger sammen med forbruk av sukkerholdige varer som brus, saft, godteri og juice.

Anbefalt sukker inntak

Det anbefales at inntaket av tilsatt sukker begrenses til under 10 energiprosent. Ved normal fysisk aktivitet vil 10 energiprosent tilsvare et inntak av tilsatt sukker på 60–70 gram per dag for menn og 50-55 gram per dag for kvinner. Kilde: Helsedirektoratet

Forbrukerinformasjon kan gjøre det lettere for folk å velge sunne alternativer, slik som merkene «Nøkkelhullet», «Brødskala 'n» og «Ø-merket» for økologisk mat.¹¹⁰

I løpet av de siste årene har kjennskapen til nasjonale kostholdsråd økt, men det er fortsatt en relativt lav andel som følger rådene. Her er det imidlertid forskjell på menn og kvinner, og det er også en sammenheng mellom folks kostholdsvaner og hvilken utdanning og sosioøkonomiske status de

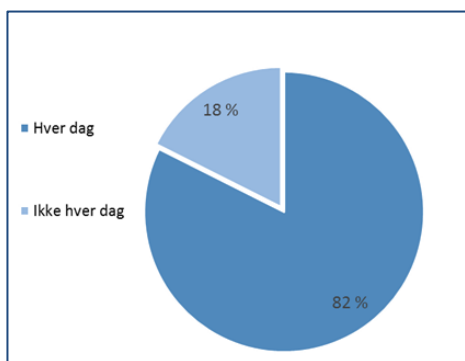
¹⁰⁷ Oversikt over de nasjonale kostholdsrådene fra Helsedirektoratet finnes i vedlegg 17, kap. 11

¹⁰⁸ Folkehelsepolitisk rapport 2015

¹⁰⁹ Informasjon fra Helsedirektoratet

¹¹⁰ For mer informasjon om de ulike forbrukermerkene for sunne alternativer, se vedlegg 18 , kap. 11

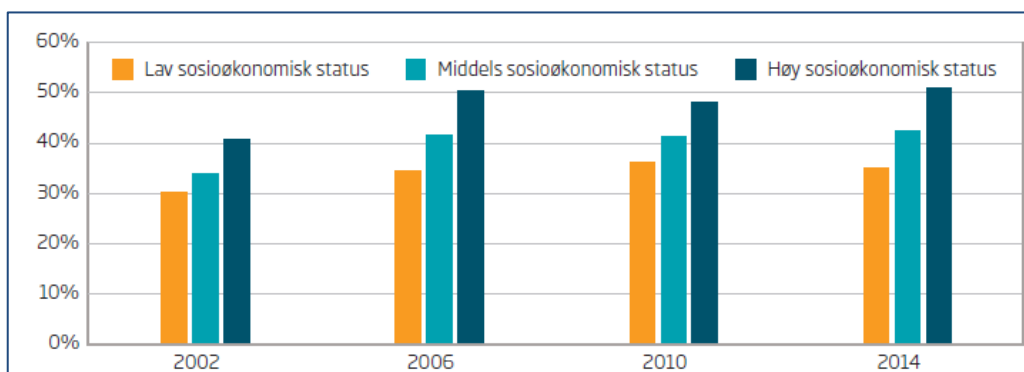
har. I 2015 var andelen som oppfyller de generelle kostrådene 5 % for menn og 13 % for kvinner.¹¹¹ Det finnes ingen tilgjengelig informasjon om befolkningen i Melhus kommunes kjennskap til de generelle kostholdsrådene. Det er heller ingen kostholdsråd tilgjengelig på kommunens nettside.



I følge Sentio-undersøkelsen om livsstil og helse i Melhus kommune 2014 var det 62 % av den norske befolkningen som spiste frukt, bær eller grønnsaker daglig. I Melhus kommune var det 82 % som svarte det samme, slik figur 51 viser.

Figur 51: Andel av befolkningen i Melhus kommune som spiste frukt, bær og grønnsaker daglig, 2014.

Utjevning av sosioøkonomisk status viser seg å være viktig også når det gjelder kostholdsvaner. Men det kan være en tidkrevende prosess. Kostholdsråd med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer blir derfor vektlagt av Helsestasjonen overfor foreldre med spebarn, og overfor barn og unge. Det vil også ha betydning at barn og unge får tilgang på sunn mat i skoler og barnehager. Det er utarbeidet retningslinjer for mat og måltider i barnehager og skole fra sosial- og helsedirektoratet. I Melhus kommune er det virksomhetsledernes ansvar å oppfordre til at den enkelte skole og barnehage følger retningslinjene. Det finnes ingen oversikt over mat-tilbudet i skoler og barnehager og i hvilken grad retningslinjer for mat og måltider blir fulgt opp. I løpet av de siste tiårene har det vært en vedvarende sosial forskjell i inntak av frukt og grønt blant ungdom (6, 8 og 10. klasse) avhengig av deres sosioøkonomiske bakgrunn. I 2012 var andelen som spiste frukt og grønt minst 5 dager i uka på 51 % blant ungdom med høy sosioøkonomisk status, mens den var på 35 % blant de med lav sosioøkonomisk status. Se figur 52.



Figur 52. Andelen elever på 6., 8. og 10.trinn som spiser henholdsvis grønnsaker og frukt minst fem ganger i uken, 2002-2014, etter sosioøkonomisk status. Kilde: Hemil-senteret 2014, UiB

Det finnes ingen oversikt pr. i dag over hvilke skoler i Melhus kommune som har frukt-ordning og rutinemessig kantinedrift, og i hvilken grad retningslinjene legges til grunn for de måltidene som blir tilbudt. Dette ble heller ikke kartlagt i forbindelse med tilsyn knyttet til miljørettet helsevern i 2014-16.

På samme måte som det finnes retningslinjer for mat og måltider i barnehage og skole, finnes en kosthåndbok med utgangspunkt i statens ernæringsråd for mat og måltid i helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjene legges til grunn for planlegging av kosthold i pleie og omsorg i

¹¹¹ Folkehelsepolitisk rapport 2015, s. 77-81

kommunen, men det legges vekt på tilpasning til et tradisjonelt norsk kosthold og ønsker fra brukerne.¹¹²

7.3. Tannhygiene og tannhelse

Det å ha god tannhelse gir god livskvalitet, og er viktig i omgang med andre, for å få spist uten problemer, og for taleevnen. I Norge er det generelt sett god tannhelse, særlig blant den del av befolkningen som er vokst opp med fluorskyll og fluortannkrem fra 1970- tallet og utover. Tannhelsen blant eldre er dårligere, ettersom de fleste vokste opp med dårligere oppfølging av tennene da de var unge. Kroniske sykdommer og bruk av medisiner gjør også at eldre har dårligere tannhelse enn de yngre. I 1975 hadde halvparten av de over 60 år ingen egne tenner. God behandling gjør likevel at flere eldre beholder sine egne tenner livet ut enn tidligere. I 2002 hadde andelen som ikke hadde egne tenner sunket til om lag 15 %.

I likhet med andre helsefaktorer, så er det sosiale forskjeller innen tannhelse. Det er også slik at psykisk utviklingshemmede og rusavhengige har større tannhelseproblemer enn resten av befolkningen. Blant barn og unge er kariesskader særlig utbredt blant barn med kroniske sykdommer og blant de som er utsatt for omsorgssvikt. Barn med innvandrerbakgrunn har også dårligere tannhelse, og det kan skyldes høyere sukkerforbruk og andre holdninger til tannhelse.¹¹³

Forskning viser at foreldre og foresatte har stor innflytelse på hva små barn spiser og drikker, og om de pusser tennene. Det viser seg også at det har effekt å gi informasjon og veiledning til småbarnsforeldre om hva som forebygger hull i tennene.¹¹⁴ Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonal faglig retningslinje for gode tannhelsetjenester til barn og unge.

I tråd med helsestasjonsprogrammet, skal barn i alderen 0-5 år undersøkes og evt. henvises til tannlege ved behov. Det foreligger ingen statistikk på hvor mange 2-åringer som henvises årlig. En undersøkelse fra 2003 viste at 87 % av treåringer hadde tenner som ikke hadde hatt karies (hull). Informasjon fra fylkene i 2014 viste at 73-86 % av femåringene, og 45-71 % av tolvåringene hadde tenner som det aldri har vært hull i. Andelen har vært økende i løpet av de siste 25 årene.¹¹⁵

7.4. Bruk av tobakk og snus

Bruk av tobakk som røyk og snus har negative helse-effekter. Røyking kan føre til kreft, kols, hjerte- og karsykdommer. Dersom man slutter reduseres risikoen fra første dag. Snusing øker risikoen for ulike kreftformer, uønskede svangerskapsutfall og diabetes, samt risiko for å dø etter hjerteinfarkt eller hjerneslag. I folkehelsemeldingen går det fram at om lag halvparten av dem som røyker daglig dør av sykdommer som skyldes de skadevirkningene det har. Med utgangspunkt i de store skadevirkningene, er det et nasjonalt og internasjonalt mål å hindre at unge begynner å røyke og snuse samtidig med at flest mulig i befolkningen greier å slutte. Nasjonale mål for røyking (2013-2016) er at andelen daglig røykere skal være under 6 prosent i aldersgruppen 16-24 år, og under 10 prosent i hele befolkningen. Når det gjelder daglig snusbruk skal det ikke være mer enn 25 prosent for menn og 11 prosent for kvinner i aldersgruppen 16-24 år og ikke mer enn 8 prosent for befolkningen generelt.¹¹⁶

For å kunne nå vedtatte mål, er det utarbeidet følgende indikatorer for kartlegging av status og måloppnåelse:

¹¹² Informasjon fra enhetsleder/kjøkkensjef, Kaare Qvenild, Virksomhet for institusjonsbaserte tjenester

¹¹³ Folkehelsemeldingen ((2012-2013), s. 31

¹¹⁴ Systematisk oversikt/oppsummert forskning, Effekt av foreldreopplæring for å forebygge karries hos førskolebarn, utgitt 2015, Folkehelseinstituttet

¹¹⁵ Fakta-ark, tannhelse, Folkehelseinstituttet

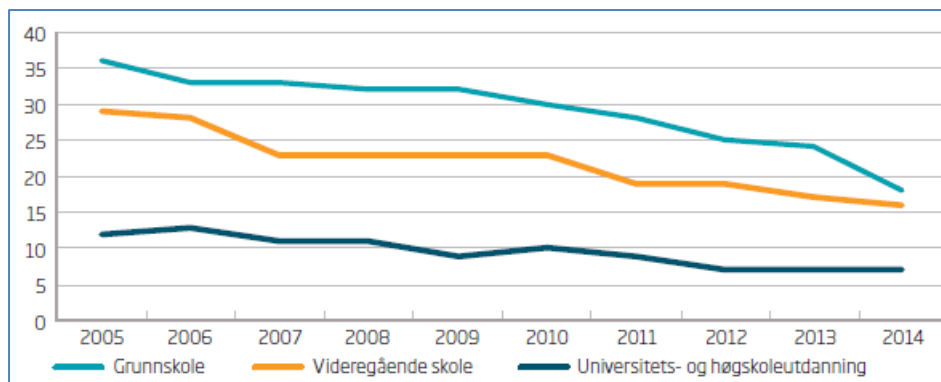
¹¹⁶ Folkehelsepolitisk rapport 2015

- Daglig røyking voksne 16-74 år etter utdanningsnivå (25-74 år)
- Daglig tobakksbruk (røyk og snus) blant unge (6.-10. klasse) etter sosioøkonomisk status

Her til lands har antall røykere gått ned, og det er færre unge som begynner å røyke. Det er grunnen til at gjennomsnittsalderen til dagligrøykere nå nærmer seg 50 år. Helsestasjonen i Melhus kommune har ikke aktivt kartlagt antall gravide som røyker i svangerskapet. Helseøstrene erfarer imidlertid at det er færre som røyker, men at antallet som bruker snus, har økt.

Ungdata-undersøkelsen viser at det er 2 % av de spurte fra ungdomsskolen som røyker i Melhus kommune, mens 4 % svarer at de snuser. På landsbasis er det henholdsvis 4 og 6 % som svarer det samme. På videregående nivå er det 4 % som svarer at de røyker, mens det på landsbasis er 8 % som svarer at de røyker. På videregående er det 22 % av Melhus-elevene som svarer at de snuser, og dette ligger over landsgjennomsnittet på 21 %.

Ungdata-undersøkelsen ga ingen informasjon om evt. forhold mellom snus- og røykevaner og sosioøkonomisk bakgrunn. Generelt sett er det flere med lav sosioøkonomisk bakgrunn som røyker, men utviklingen viser at andelen røykere går ned i alle grupper i samfunnet. Se figur 53.



Figur 53: Dagligrøyking blant voksne 16-74 år etter utdanning (25-74 år), 2005-2014. Kilde: SSB

Røykeloven

Røykeloven er det populære navnet på § 12 og dens forskrifter om vern mot passiv røyking. Det inngår i lov av 9. mars 1973 om vern mot tobakkskader, også kalt tobakkskadeloven. Paragraf 12 ble tilføyd tobakkskadeloven i 1988, og er senere blitt endret flere ganger.

Det er ingen tvil om at den såkalte «røykeloven» har hatt innvirkning på nedgangen i antall røykere her til lands. Den regulerer hvor det kan røykes for å unngå negative konsekvenser for andre.¹¹⁷

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viste at det var 9,8 % av kvinner i Melhus som røykte, mens det i Sør-Trøndelag er 7,7 % og på landsbasis 10 %. Profilen for 2017 viser at prosentandelen i Melhus var gått ned til 7,3 %. Det var likevel over fylkesgjennomsnittet på 6,6 %, mens det lå under landsgjennomsnittet på 9,1 %.

Sentio-undersøkelsen om Livsstil og helse fra 2014 viser at det var 13 % av kvinnene som røykte, mens det var 9 % av menn som oppga det samme. Det var totalt 11 % av befolkningen som røykte. Dette lå under landsgjennomsnittet på 17 % ut fra levekårsundersøkelsen i 2012. Sentio-undersøkelsen i Melhus viste at det var færrest røykere blant menn under 50 år, og blant de med lengst utdanning. Når det gjaldt snus, viser Sentio-undersøkelsen at det var 13 % som svarte at de gjorde det, og her

¹¹⁷ Lov om vern mot tobakkskader (tobakkskadeloven), www.lovdatab.no

var det flere menn enn kvinner, henholdsvis 19 % og 7 %. Det er også flere unge enn eldre som snuser. Ifølge undersøkelsen var det 27 % av menn under 50 år som brukte snus i 2014.

7.5. Alkohol og rus

Rusproblemer kan få store negative konsekvenser for den det gjelder, for pårørende og for samfunnet. Det er et overordnet mål for nasjonale myndigheter å redusere problemene gjennom å regulere tilgjengeligheten til rusmidler samtidig med et godt tjenesteapparat som kan fange opp og gi hjelp til de som trenger det.

Hyppig og høyt alkoholforbruk øker risikoen for høyt blodtrykk, hjerneslag, enkelte former for kreft, leversykdom og psykiske lidelser. Det var hovedårsak til 413 dødsfall og over 5000 sykehusinnleggelse i 2014. Andre rusmidler enn alkohol var kjent årsak til 248 dødsfall. I og med at alkohol også påvirker sentralnervesystemet, øker det risikoen for skader, ulykker og vold i tillegg til at det kan være avhengighetsskapende. Det kan nevnes at 25 % av drepte i trafikkuulykker i perioden 2001-2010 var påvirket av alkohol, og 14 % var påvirket av narkotika. Informasjon fra Folkehelsemeldingen anslår at mellom 50 000 til 150 000 barn lever med foreldre som har risikofyllt alkoholforbruk.¹¹⁸

Alkoholforbruket i den norske befolkningen har økt i etterkrigstiden. Forbruket er i dag ca. 40 % høyere enn det var tidlig på 90-tallet. Uregistrert forbruk fra grensehandel og avgiftsfri handel kommer i tillegg til dette. Økningen i alkoholforbruket har vært størst blant voksne over 50 år.¹¹⁹

Det har også vært en økning i bruk av andre rusmidler frem mot år 2000, men etter det har forbruket vært synkende. Legemidler som virker beroligende, søvngivende, angstdempende, smertestillende, eller krampestillende kan være vanedannende og kan misbrukes. Bruk av slike midler øker risikoen for å bli involvert i eller forårsake trafikkuulykker. Det kan imidlertid være vanskelig å finne hva som er forskriftsmessig bruk og misbruk. Informasjon fra Kripas viser at det kan være stor tilgang på illegale legemidler på markedet også her til lands.¹²⁰

Det er et nasjonalt mål å bremse økningen i alkoholforbruket i befolkningen og samtidig øke folks kunnskap om alkohol og helse. Det er videre et globalt mål å redusere skadelig alkoholbruk med 10 % innen 2025. Det er utarbeidet følgende indikatorer på alkoholforbruk som vil gjøre det mulig å ha oversikt over utviklingen:

- Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre
- Drikkefrekvens siste 12 måneder i ulike aldersgrupper
- Andel 15-16 åringer som har drukket alkohol noen gang, siste 12 måneder og siste 30 dager
- Andelen jenter og gutter på 6., 8. og 10. trinn som har vært full fire ganger eller mer, etter sosioøkonomisk status

Hovedansvaret for oppfølging av den enkelte ligger hos kommunen, og det er et mål å få til best mulig tverrsektorielt samarbeid til beste for de som trenger det. Arbeidet med rusomsorg er hjemlet i lov om kommunal helse og omsorgstjenester, der formålet er å fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.¹²¹

¹¹⁸ Kilde: SSB. Informasjonen er hentet fra Folkehelsemeldingen, s. 46

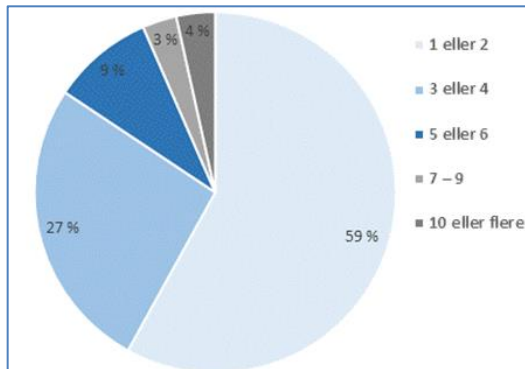
¹¹⁹ Folkehelse rapport, Alkohol og andre rusmidler, Folkehelseinstituttet www.fhi.no

¹²⁰ Som over, s. 47

¹²¹ Folkehelsemeldingen, s. 132-133

7.5.1. Alkohol og rus blant voksne i Melhus kommune

Det er mulig å si noe nærmere om voksnes alkoholvaner i Melhus med utgangspunkt i Sentio-undersøkelsen om livsstil og helse fra 2014. Her ble det tatt utgangspunkt i den nasjonale levekårsundersøkelsen fra 2012 som viste at 19 % av befolkningen i alderen 16 år og eldre drakk alkohol to eller flere ganger pr. uke. I Melhus kommune var det 17 % som svarte det samme. Undersøkelsen i Melhus viste at menn drikker oftere alkohol enn kvinner. Undersøkelsen viste videre at 44 % av de spurte drakk alkohol 2-4 ganger i måneden, mens 29 % drakk enda sjeldnere. Det var 10 % som svarte at de aldri drakk alkohol.



Sentio-undersøkelsen ga også informasjon om hvor mye befolkningen drikker når de først drikker, jf. figur 54. Det var 59 % som svarte at de drakk 1-2 alkoholenheter når de drikker, mens 27 % svarte at de drikker 3-4 enheter. Det var videre 9 % som svarte at de drakk 5-6 enheter når de først drakk.

Figur 54: Forbruk av alkohol i antall enheter, befolkning Melhus kommune 2014. Kilde: Sentio-undersøkelsen om livsstil og helse i Melhus kommune.

I Melhus kommune er det utsalg av alkoholholdige drikkevarer med maks 4,7 % volumprosent fra 11 dagligvarebutikker. Det er også eget vinmonopol, samt 9 serveringssteder med skjenkebevilling. Det er kommunestyret som innvilger bevillingene. Etter alkoholovens § 4-7 d, skal egen alkoholpolitisk handlingsplan (også kalt rus-politisk handlingsplan) være vedtatt før nytt kommunestyre behandler bevillingene for de neste fire år. Ruspolitisk plan 2011-2014 er under revidering i samarbeid med KoRus (Nasjonalt Kompetansesenter for Rus).

7.5.2. Alkohol og rus blant ungdom i Melhus kommune

Ved hjelp av Ungdataundersøkelsen fra 2014 er det mulig å si noe om forbruket av rusmidler og alkohol blant ungdom fra 8. trinn til og med 3. år på videregående. Undersøkelsen viser at det er få på 8. og 9. trinn som drikker, mens det øker i alle trinn etter konfirmasjonsalderen. Det gjelder også andelen som har vært beruset. Det er ikke så store kjønnsforskjeller i forhold til alkoholforbruk på ungdomsskolen. På videregående viser det seg at det er flest jenter som drikker av-og-til. Det er likevel få som svarer at de drikker hver uke.

Undersøkelsen viser generelt at det er 20 % av ungdomsskole-elevene og 65 % av elevene på videregående i Melhus kommune som svarer at de har drukket seg beruset, mens det på landsbasis er 14 og 56 % som svarer det samme. Det er videre 14 % av ungdomsskole-elevene og 43 % av elevene fra videregående som svarer at de kan skaffe hasj, mens det er 22 og 44 % på landsbasis. I Melhus kommune er det 2 % av ungdomsskole-elevene som svarer at de har prøvd hasj, mens det er 6 % fra videregående. Tallene på landsbasis ligger her på 3 og 9 %. Det er med andre ord alkohol som er det mest brukte rusmidlet blant ungdom i Melhus, og det ligger over landsgjennomsnittet.

Forholdet mellom foreldres grensesetting og beruselse siste 12 mnd			
	Får du lov til å drikke av foreldrene dine?		
	Ja	Nei	Vet ikke
Ikke beruset	10,7%	76,3%	12,9%
Beruset	55,1%	8,6%	23,7%

	Klassetrinn		
	8.trinn	9.trinn	10.trinn
Ikke beruset	94,1%	91,1%	56,8%
Beruset	5,9%	8,9%	43,2%

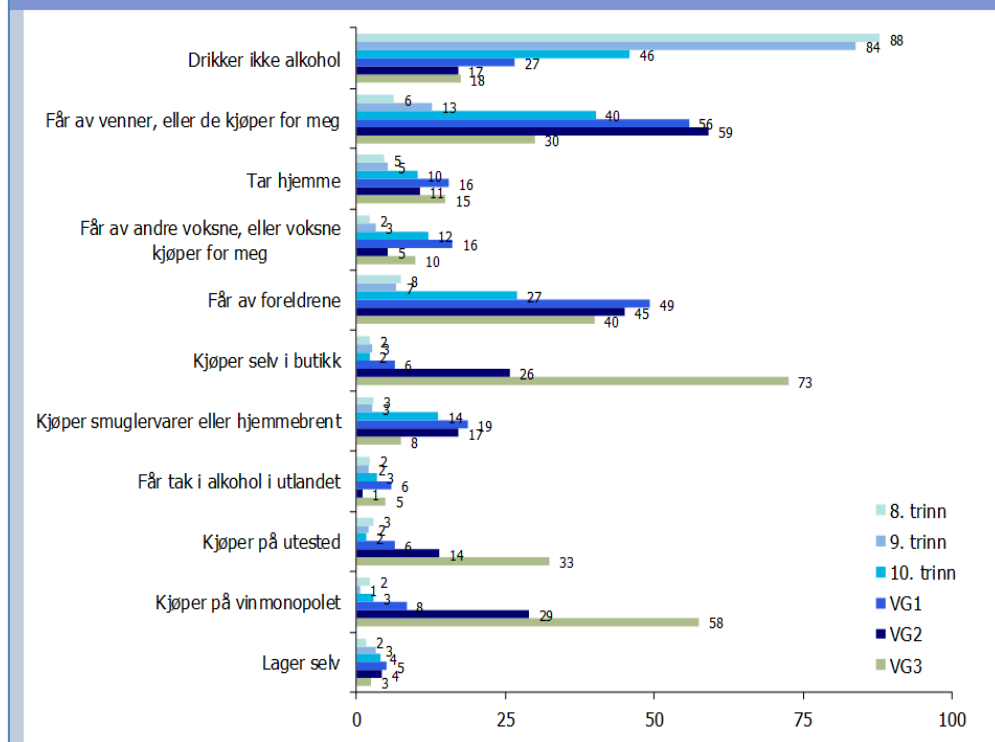
Ungdata-undersøkelsen omhandlet også om det er en sammenheng mellom forbruket av alkohol og foreldres grensesetting.

Tabell 17: Forhold mellom foreldres grensesetting og beruselse siste 12 måneder. Kilde: Ungdata-undersøkelsen

Tabell 17 viser at det hjelper å sette grenser. Langt færre ungdommer har drukket seg beruset når foreldrene ikke tillater drikking. Av de som får lov av foreldrene sine til å drikke alkohol så har faktisk 55,1 % vært beruset, mot «bare» 8,6 % om de sier nei.

A.4 Hvordan unge skaffer seg alkohol:

Dersom du bruker alkohol, hvordan får du tak i alkohol?



Figur 55: Hvordan unge skaffer seg alkohol.
Kilde: Ungdata-undersøkelsen

Elevene i Ungdata-undersøkelsen ble også spurt om hvordan de skaffer seg alkohol. Figur 55 viser at mellom 6 og 59 % får det av venner, eller at de kjøper det for dem. Mellom 2 og 16 % svarer at de får det av voksne, eller at de kjøper det for dem. Mellom 5 og 16 % svarer at de tar det hjemme. Det er naturlig nok flest fra 3. videregående som svarer at de kjøper alkohol selv. Det er verdt å merke seg at det er 3 til 19 % som svarer at de kjøper smuglervarer eller hjemmebrent, og det er 49 % av elevene på 1. videregående trinn (16-17 år) i Melhus som oppgir at de får alkohol av foreldrene.

Ungdata-undersøkelsen resulterte i at det ble laget en rus- og holdningsskapende kampanje – «Don't be a prick- don't get a prikk» i 2016. Den omhandlet langing av alkohol til mindreårige, og hvilke konsekvenser det har. Mange er ikke klar over at det er straffbart å gi alkohol til ungdom under 18 år, og at det er 20-årsgrense for sprit.

En del av kampanjen var derfor å informere på foreldremøter. Dette er blitt gjennomført i 2016 og 2017. I tillegg har det vært utdeling av informasjonsbrosjyrer utenfor Melhus-torget i forkant av langhelger. Russen er også blitt informert om konsekvensene av å lage alkohol til mindreårige.

Melhus kommune har en egen rusomsorgstjeneste, Rus- og Tiltakstjenesten, som er en del av virksomheten Familie og forebygging. Rustjenesten omfatter forebyggende arbeid, inkludert råd og veiledning til enkeltpersoner og familier om rus. Det omfatter i tillegg tiltak for de som trenger rusomsorg. Arbeidet skjer i samarbeid med bl.a. skoler, helsestasjon og lensmann.¹²² Informasjon fra Rustjenesten viser at antallet brukere har vært stabilt de senere år, men at det er grunn til å tro at

¹²² Økonomi og handlingsplan, Melhus kommune, 2016-2019, s. 86

omfanget av personer med rus- og psykiatri-lidelser er større enn antatt. Tjenesten har som mål å få kartlagt det totale antall personer, inkludert de som mottar helse- og omsorgstjenester, gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom psykisk helsetjeneste, Idrettsveien bofellesskap, samt helse- og omsorgstjenesten. I motsetning til Ungdata-undersøkelsen, baserer rustjenesten sine erfaringer på direkte kontakt med brukerne.

Rustjenesten har opplevd et økende problem med rus og sammensatte problem blant unge, og det var bakgrunnen for opprettelsen av Ungdomsteamet i 2014, med en fast ansatt. En del av arbeidet var å få kartlagt behovet for å jobbe forebyggende blant ungdom.

Ungdomsteamets målgruppe:

Ungdom i alderen 13-25 år som av ulike årsaker har økt risiko for å utvikle rusproblemer, uønsket adferd eller dårlig psykisk helse.

Praksis viser at det er avgjørende med forebyggende arbeid – og at arbeidet helst bør starte allerede i barnehagen.

I løpet av 2016 var det 51 ungdommer som var eller har vært omfattet av forebyggende tiltak, hvorav 25 i alderen 13-18 år som er inne i barnevernstjenesten. Rustjenesten opplever at dette er et høyt tall, selv om det pr. i dag ikke finnes godt sammenligningsgrunnlag med andre kommuner eller landsgjennomsnitt.

Erfaringer fra tjenesten viser at det er størst problemer knyttet til alkoholbruk, men at det også er signal på at det er et økende hasjmiljø i kommunen. Av de som har rusproblem, er det overvekt av gutter. Blant jentene er det mer psykiske lidelser. Rustjenesten erfarer at det er økt tilgang på rusmidler, også via internett. De som har tett kontakt med brukerne har et generelt inntrykk av at det er en sammenheng mellom menneskers rusproblemer og opplevelsen av ikke å mestre samfunnets krav og at de føler seg mislykket.

Erfaring viser at det også er økende behov for behandling av rusavhengige. Det henger blant annet sammen med at kommunen får økende ansvar for dette p.g.a. at tilbudet i andrelinjetjenestene, som f.eks. St. Olav, trappes ned. Her er terskelen for å få hjelp blitt høyere, samtidig som behandlingstiden er gått ned. Tjenesten samarbeider med Lade behandlingssenter knyttet til pårørendearbeidet, og har også ansatt en egen erfaringskonsulent for å styrke tjenestens kompetanse.

Rustjenesten har et ønske om å få kartlagt omfanget av rus, og da særlig alkoholforbruket, blant eldre. Bakgrunnen for dette er antall henvendelser fra pårørende, fra hjemmetjeneste og sykehjem, og det som kommer fram gjennom pårørendetilbudet i regi av rustjenesten. Tjenesten opplever at det er behov for forebyggende arbeid overfor denne gruppen på lik linje med ungdom. Det planlegges ny ruspolitisk handlingsplan i 2017.

7.6. Seksuell helse og - atferd

God seksuell helse og gode seksuelle relasjoner bidrar til å fremme mestring og helseatferd, og påvirker livskvaliteten. Det har sammenheng med selvbestemmelse, mestring og råderett over kropp og seksualitet. Et godt seksuelliv er avgjørende for folk i alle aldre. Informasjon og åpenhet om seksualitet, inkludert tilbud om rådgivning om seksuelle problemer bidrar til å forebygge seksuelle og relasjonelle problemer. Slik informasjon er spesielt viktig overfor ungdom som skal debutere seksuelt. Det er viktig for å bidra til gode opplevelser, for å hindre uønskede svangerskap og for å skape respekt for andres ønsker og grenser. Andre grupper kan ha særlig behov for kunnskap og informasjon, slik som mennesker med ulike former for funksjonshemming.

Unge voksne har et aktivt seksualliv og etablerer faste relasjoner. Informasjon fra Helsedirektoratet viser at det i 2011 var 67 % av personer mellom 16-79 år som levde i samliv, men at andelen som lever alene øker. Seksualitet og intimitet har betydning for folks følelse av tilhørighet og bekreftelse. Men for mange kan seksuallivet bety nye utfordringer i forbindelse med svangerskap, fødsel og småbarnsperioder.

Seksualitet som er forbundet med tvang, krenkelsers eller overgrep har negativ helseeffekt, og kan gi psykiske problemer. Det vises til forekomst av vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner slik det ble belyst i pkt. 6.11.

Informasjon om og bruk av prevensjon er viktig for å regulere egen fruktbarhet. Det var en nedgang i abortraten på 9,4 % mellom 2010-2013 for alle aldersgrupper. I 2013 var abortraten i Norge på 12,5 pr. 1000 kvinner i alderen 15-49 år, og har aldri vært lavere for kvinner under 20 år. Ifølge Helsedirektoratet har dette sammenheng med subsidiering og rett til rekvirering av prevensjonsmidler for helsesøstre og jordmødre til kvinner mellom 16 og 20 år. Det er også slik at antall tenåringsfødsler har sunket jevnt de siste 30 årene.

Helsestasjonen i Melhus erfarer at det er større åpenhet rundt sex enn tidligere, inkludert seksuell legning, som homofili og transseksualitet. Men samtidig opplever de økende grad av bekymringsfull atferd med deling av nakenbilder på internett og sosiale medier. Helsepersonell har også inntrykk av at ungdom debutterer seksuelt tidligere enn før, og at det er mer vanlig med deling av partnere. Mange blir påvirket av pornofilmer på internett, og det oppleves som lite trendy å bruke kondom. For å unngå graviditet praktiseres analsex. Flere og flere ungdommer oppsøker helsestasjonen for ungdom for å teste seg mot kjønnsykdommer. Seksualundervisningen i ungdomsskolen oppleves som svært mangelfull, og ungdom etterspør dette på helsestasjonen. Det finnes ingen tilgjengelig dokumentasjon på disse erfaringene fra helsestasjonen, og det er derfor vanskelig å si noe om omfanget og om det er avvikende i forhold til andre kommuner i regionen og i landet for øvrig.¹²³

7.7. Kriminell atferd

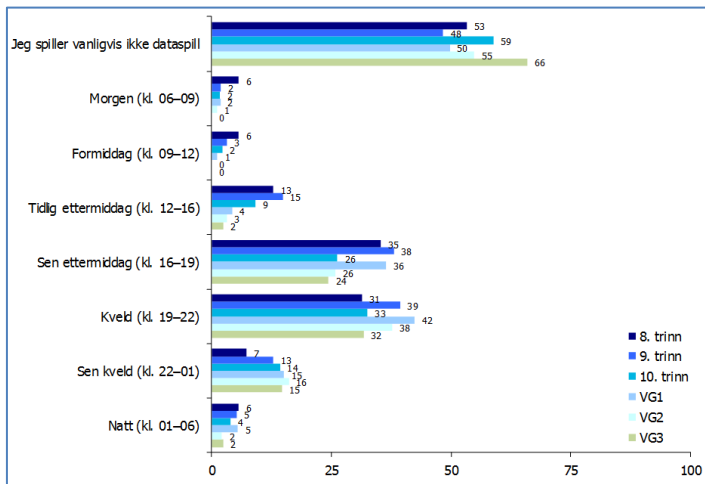
Ungdata-undersøkelsen viser at ungdom i Melhus ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder kriminelle forhold som nasking, innbrudd, tagging og slåssing. Vi har sett under pkt. 6.9.1 at 16 % av ungdommene oppga at de hadde vært involvert i slåssing. Det var det samme som landsgjennomsnittet og noe lavere enn fylkesgjennomsnittet. I tillegg til det som står om vold i kap. 6, kan det her nevnes at det er flere gutter enn jenter som rapporterer at de har begått kriminelle handlinger.

7.8. Bruk av internett og dataspill

Avhengighet knyttet til bruk av internett og dataspill er en relativt ny problemstilling. Bruk av dataspill og internett kan være utviklende og kontaktskapende, men mange av dagens unge opplever å bli avhengige i så stor grad at de gir opp skole, jobb og sosialt liv. I tillegg til søvnproblemer, kan avhengighet av internett og dataspill føre til isolasjon, sosial angst, depresjon og generell nervøsitet.¹²⁴

¹²³ Informasjon fra helsesøster Bente Vikran Ingebrigtsen, Helsestasjonen i Melhus

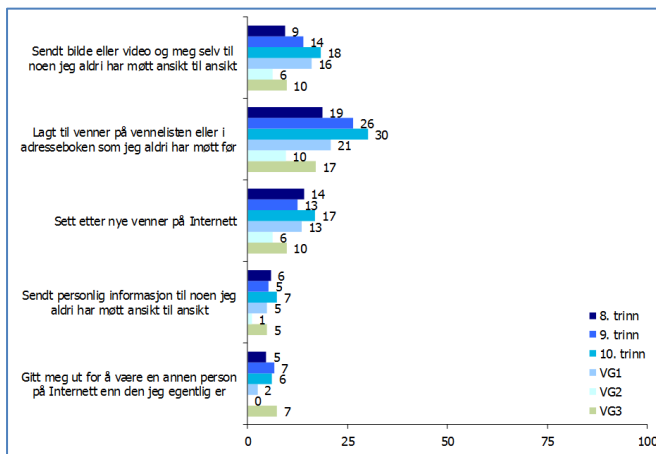
¹²⁴ Norsk helseinformatikk, utgitt av Norsk elektronisk legehåndbok.



Figur 56: Når på døgnet spiler du vanligvis dataspill? Spørsmål stilt til ungdom i Melhus. Kilde: Ungdata-undersøkelsen

I Ungdata-undersøkelsen går det fram at det var 26 % av ungdomsskoleelevene i 2014 som svarte at de bruker data minst to timer daglig. På videregående svarte 40 % det samme. På landsbasis svarte henholdsvis 45 % og 61 % det samme. Ungdommene i Melhus ble også spurt når på døgnet de holder på med dataspill, og her svarte det store flertallet sen ettermiddag og kveld (se figur 56). Det var mellom 2-6 % som svarte at de spilte om natten.

Siden 2014 har det vært en økning i antall timer foran skjermen, og Ungdata-undersøkelsen for 2016 viser at 1/3 av norsk ungdom på ungdomsskolen og videregående bruker over 4 timer foran skjerm hver dag, og det er utenom skolen.



Bruken av sosiale media er økende, også blant ungdom. Mange opplever at de kan bli mobbet gjennom sosiale media, og noen kan oppleve å bli utnyttet eller uønsket eksponert som resultat av uvettig bruk av internett. Ungdata-undersøkelsen gir en oversikt over hvilken type sosial kontakt ungdom har på internett (se figur 57).

Figur 57: Ungdoms sosiale kontakt på internett. Andel som svarte minst månedlig. Kilde: Ungdata-undersøkelsen

Figur 57 viser at mellom 6-18 % har sendt bilde eller av seg selv til noen de aldri har møtt fysisk, og det var mellom 10 og 30 % som svarte at de har lagt til venner som de aldri har møtt. Det var mellom 6-17 % som har sett etter nye venner på internett, mens det var 1-7 % som har sendt personlig informasjon til noen de aldri har møtt. Mellom 0-7 % svarte at de hadde gitt seg ut for å være en annen person på internett enn den de egentlig er. Helsestasjonen i Melhus kommune vektlegger mobilvett i sin kontakt med foreldre, barn og ungdom.

7.8.1. Risikofaktorer, dårlig psykisk helse

Det er økende kunnskap om hvilke faktorer som gir økt risiko for å utvikle psykiske problemer hos barn og unge. Det skyldes ofte summen av flere faktorer. I tillegg til genetiske forhold, innebærer temperament, sykdom og ruseksponering i svangerskap risikofaktorer på individnivå. Risikofaktorer i forhold til foresatte og nær familie er manglende nærhet i relasjonene, høyt konfliktnivå, rusproblemer, vold og trusler, skilsmisse, familiemedlemmers død, lav sosioøkonomisk status, fysisk og psykisk sykdom hos foresatte. Når det gjelder risikofaktorer i nettverk og samfunn, så er det snakk om utrygt nærmiljø med svake sosiale nettverk, dårlig skolemiljø, mobbing, barn som er flykninger eller lever i eksil, fattigdom, arbeidsledighet.

I Ungdata-undersøkelsen legges det vekt på at økende individualisering og press om å lykkes i skolen kan føre til psykiske problemer for ungdom, der angst og depresjon er mest utbredt. Forskning gir imidlertid ingen entydig dokumentasjon på dette, bortsett fra studier som viser at det er en økning i depressive symptomer blant jenter. Jenter oppsøker også hjelp i større grad enn gutter. I Ungdata-undersøkelsen gis det informasjon om at konfliktfylte forhold i hjemmet, mobbing, og liten grad av sosial støtte øker risikoen for dårlig psykisk helse.

Blant voksne kan dårlige levekår øke risikoen for rusproblemer og psykiske lidelser. Det er da snakk om faktorer som henger sammen med utdanning, yrke, og økonomi. Andre risikofaktorer som gir økt fare for psykiske problemer er samlivsproblemer, ensomhet, fravær av sosial støtte, lav mestringsevne og ubalanse mellom krav og kontroll.¹²⁵

7.9. Oppsummering

7.9.1. Hovedpunkt

- Røyking, manglende fysisk aktivitet, usunt kosthold og for mye alkohol innvirker på forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer, type 2 diabetes, kreft og kroniske luftveissykdommer, samt skader knyttet til alkohol og rus. Målt i kvalitetsjusterte leveår, viser verdens helseorganisasjon at slike ikke-smittsomme sykdommer globalt utgjør den største sykdomsbyrden. Forskning viser bl.a. at over halvparten av alle krefttilfeller kan forebygges ved å legge om levevaner.
- Endrede arbeids- og levevaner har gjort stillesitting til en stor folkehelseutfordring. Informasjon fra Helsedirektoratet viser at voksne bruker 60 % av sin våkne tid i ro uten fysisk aktivitet. Barn og unge bør være fysisk aktive i lek eller annen aktivitet minst 60 minutter hver dag i følge nasjonale anbefalinger. Voksne bør være fysisk aktive i minst 150 minutter pr. uke. Tidligere var det 30 minutter daglig som var anbefalingen.
- Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 og 2017 viser at 11 % av ungdom mellom 8. trinn og 3. videregående er fysisk inaktive, dvs. svett og andpusten mindre enn en gang pr. uke. På fylkesnivå og landsnivå 2017 svarer henholdsvis 12 % og 13 % det samme.
- Sentio-undersøkelsen i 2014 viste at det var flere voksne (58 %) som oppga at de ikke mosjonerer en halvtime daglig, enn de som gjør det (42 %).
- Sunt kosthold i kombinasjon med fysisk aktivitet bidrar til å forbygge sykdommer som fedme, hjerte-karsykdommer, diabetes 2, kreft og benskjørhet. Selv om det har skjedd en positiv utvikling i det norske kostholdet de siste tiårene, så inneholder kostholdet fortsatt for mye sukker, salt og mettett fett, og for lite frukt, grønnsaker, fisk og grove kornprodukter.
- I 2015 var andelen som oppfylte de generelle kostrådene 5 % for menn og 13 % for kvinner. I Melhus kommune finnes det ingen tilgjengelig informasjon om befolkningens kjennskap til de generelle kostholdsrådene.
- Alkoholforbruket i den norske befolkningen har økt i etterkrigstiden. Forbruket er i dag ca. 40 % høyere enn det var tidlig på 90-tallet. Uregistrert forbruk fra grensehandel og avgiftsfri handel kommer i tillegg til dette. Økningen i alkoholforbruket har vært størst blant voksne over 50 år. Det er et overordnet mål for nasjonale myndigheter å redusere problemene gjennom å regulere tilgjengeligheten til rusmidler. Samtidig er det mål å ha et godt tjenesteapparat som kan fange opp og gi hjelp til de som trenger det.
- Ungdata-undersøkelsen viser at det er 20 % av ungdomsskole-elevne og 65 % av elevene på videregående i Melhus kommune som svarer at de har drukket seg beruset, mens det på landsbasis er 14 og 56 % som svarer det samme.

¹²⁵ Informasjon hentet fra «Sammen om mestring», veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Helsedirektoratet, 2014

- Langt færre ungdommer har drukket seg beruset når foreldrene ikke tillater drikking. Av de som får lov av foreldrene sine til å drikke alkohol så har 55,1 % vært beruset, mot «bare» 8,6 % om de sier nei.
- Elevene i Ungdata-undersøkelsen ble også spurt om hvordan de skaffer seg alkohol. Over halvparten svarer at de får det fra venner, eller at de kjøper det for dem. Mange får også alkohol av voksne, inkludert foreldre.

7.9.2. utfordringer

Stillesitting er en økende helseutfordring i alle aldre.

Ungdata-undersøkelsen viser at et økende antall ungdommer bruker mellom 2-4 timer foran dataskjerm hver dag utenom skoletid

Kostholdet inneholder for mye sukker, salt og mettett fett, og for lite frukt, grønnsaker, fisk og grove kornprodukter.

Alkoholforbruket har økt med 40 % siden 90-tallet, og økningen er størst blant voksne over 50 år.

Til tross for at det er straffbart å lage alkohol til ungdom under 18 år, oppgir 49 % av elevene på 1. videregående trinn i Melhus at de får alkohol av foreldrene

Flere ungdommer i Melhus har drukket seg beruset enn ungdom på landsbasis, og færre ungdommer drikker seg beruset der foreldre har en restriktiv holdning

8. Befolkningens helsetilstand

Fravær av sykdom er viktig for opplevelsen av god helse, men det avhenger også av andre forhold. Dette gjenspeiles i definisjonen på helse fra Verdens Helseorganisasjon (WHO):

Definisjon på helse, WHO

«En tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom».

Verdens Helseorganisasjon, 1946

I definisjonen fra WHO legges det vekt på sammenhengen mellom fysiske, psykologiske og sosiale forhold, og ikke bare fravær av sykdom og fysisk svekkelse. Definisjonen har imidlertid vært gjenstand for debatt. Mange har ment at den fremstår mer som en definisjon på lykke enn helse, og at fraværet av lykke dermed blir ensbetydende med at man er syk.

Peter F. Hjorths helsedefinisjon

«God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav.»

14. aug. 2009

For å hindre en sykeliggjøring av befolkningen, har det vært behov for å presisere at livet kan oppleves som godt selv om man opplever motgang og sykdom. Det kan i stor grad handle om hvordan man evner å mestre livets utfordringer. Den norske professoren Peter F. Hjorth er en av de som har reflektert over helsedefinisjonen, og er kommet fram til en ny definisjon på helse.

Det er generelt sett god helse i den norske befolkningen, med økende levealder og reduksjon av dødelige sykdommer. Undersøkelser om egen-rapportert helse viser også at helsetilstanden er god. Det er likevel en utfordring å hindre en negativ utvikling som følge av livsstils-orienterte sykdommer knyttet til usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet. I følge Folkehelseinstituttet er angst og depresjon også blitt en folkesykdom. Forskning viser at livsstils-orienterte sykdommer rammer flere med lav utdanning og lav inntekt, og det er derfor et mål å utjevne slike sosiale helseforskjeller.

8.1. Historisk tilbakeblikk



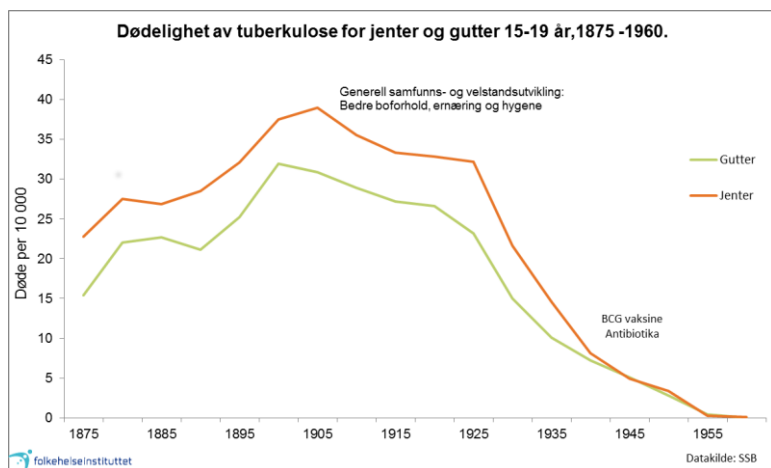
Sykdomsbildet i Norge har endret seg veldig gjennom de siste to århundrene. Smittsomme sykdommer som tuberkulose og andre infeksjonssykdommer knyttet til dårlig hygiene og boforhold, dominerte på 1800-tallet. Med økonomisk vekst, utjevning av levekår, medisinske gjennombrudd og folkehelstiltak ble disse sykdommene i stor grad bekjempet på 1900-tallet.

Edvard Munchs bilde «Syk pike» viser hvordan sykdom og lidelse har preget befolkningen i tidligere tider.

Det er naturlig at fravær av sykdom har vært fremtredende i definisjonen på helse. Sykdom og elendighet har preget mye av vår sosiale og økonomiske historie. Svartedauden brøt ut i Norge mellom 1348 og 1349, og deretter fulgte flere dødelige epidemier, som kopper, flekkyfus og dysenteri. Om lag 60 % av befolkningen døde. Omkring år 1500 levde det ca. 170 000 mennesker i Norge. Det var bare 40 % av folketallet 150 år tidligere. Et annet bilde på situasjonen var at det var om lag 64 000 gårdsbruk i Norge før pesten brøt ut, mens det i 1520 var redusert til 22 500 bruk. Et stort antall gårder ble stående tomme – og derfra kommer de mange steds- og gårdsnavnene som starter med øy- og øde.

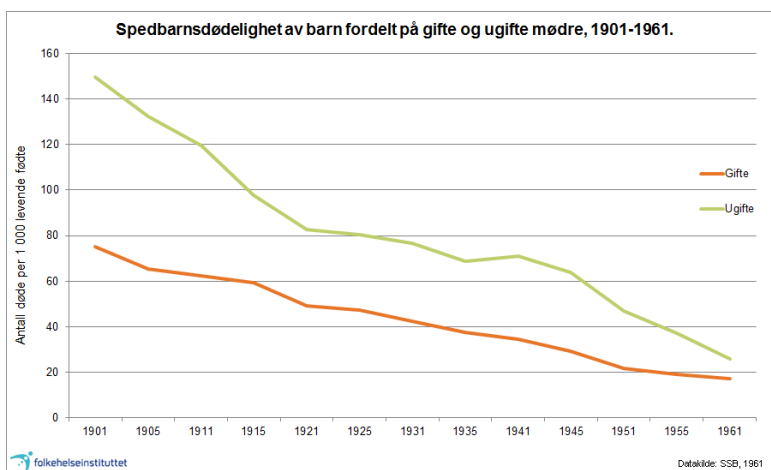
Fra midten på 1600-tallet avtok utbredelsen av de smittsomme sykdommene noe, og befolkningstallet steg sakte med sikkert som følge av fallet i dødelighet. Det skyldtes flere forhold, som bruken av sild og potet i kostholdet, økt bevissthet på helse og renslighet, og etter hvert tilgangen på vaksiner, bl.a. mot kopper. Folketallet var på om lag 1 million på begynnelsen av 1800-tallet, mens det økte til om lag 2 millioner i løpet av de neste hundre årene.

Med økende befolkningstall steg også kampen om jorda og det var fattige kår der mange hadde dårlig ernæring. Levealderen var i gjennomsnitt på 40 år, det var høy spedbarnsdødelighet, og fortsatt døde mange av smittsomme sykdommer som kolera, lepra, kjønnssykdommer, og tuberkulose. Utfordringene ble møtt med oppbygging av et offentlig helsevesen, og den såkalte Sunnhetsloven, forløperen til dagens Folkehelselov, ble vedtatt i 1860. Med loven fulgte de offentlige legenes ansvar for å ha løpende oversikt over sykdomstilstanden i befolkningen, og det ble opprettet egne sunnhetskommisjoner. Det ble også vedtatt en egen lov om vaksinasjon mot kopper. For behandling av psykisk syke ble Gaustad sykehus åpnet i 1855.



Figur 58 viser hvordan utbredelsen av tuberkulose ble redusert i aldersgruppen 15-19 fra 1875-1960. Reduksjonen var et resultat av bedre boforhold, bedre ernæring og bedre hygiene i tillegg til at det ble tatt i bruk antibiotika og BCG vaksine.

Figur 58: Dødelighet av tuberkulose for jenter og gutter 15-19 år, 1875-1960. Kilde: Folkehelse-instituttet



Utover på 1900-tallet gikk også spedbarns-dødeligheten ned (figur 59). Det var om lag 150 av 1000 levendefødte barn av ugifte mødre som døde i 1901, mens det i 1961 var nede på noe over 20 barn. Blant barn av gifte mødre var dødeligheten på noe over 70 i 1901 og under 20 i 1961.

Figur 59: Spebarns-dødelighet av barn fordelt på gifte og ugifte mødre fra 1901-1961. Kilde: Folkehelse-instituttet.

8.2. Sykdomsbyrden i dag

Sykdomsbyrde bergetes ut fra hvor mange som rammes av sykdom, hvor alvorlig den er for dem som rammes og om den fører til tidlig død. Summen av helsetap (ved sykdom) og tapte leveår (ved død) utgjør da den totale sykdomsbyrden i befolkningen. Folkehelseinstituttet utgir rapport med oversikt over dødelighet og sykkelighet (helsetap) i den norske befolkningen basert på tall fra norsk registerdata og helseundersøkelser. Rapporten omfatter til sammen 306 sykdommer.¹²⁶

De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i befolkningen er:			
Rangering	Årsak	Antall DALY i befolkningen	Andel av totalt antall DALY i befolkningen (prosent)
1	Korsrygg- og nakkesmerter	129 320	10,5
2	Hjerteinfarkt (iskemisk hjertesykdom)	87 466	7,1
3	Alzheimers sykdom og annen demens	47 068	3,8
4	Hjerneslag	44 972	3,6
5	Lungekreft	42 395	3,4
6	Fallskader	41 226	3,3
7	Kols	40 843	3,3
8	Angstlidelser	40 814	3,3
9	Depressive lidelser	40 308	3,3
10	Hudsykdommer	37 699	3,1

De tre viktigste årsakene til tapte leveår (ved død) i Norge er hjerteinfarkt, lungekreft og hjerneslag. Men dersom vi ser på den totale sykdomsbyrden som omfatter kombinasjonen av tapte leveår og helsetap, så er det korsrygg- og nakkesmerter, hjerteinfarkt, alzheimers sykdom og annen demens som utgjør de tre viktigste utfordringene.

Tabell 18: De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i befolkningen. Kilde: Rapport, Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013, Folkehelseinstituttet.

Bakgrunnen for at korsrygg- og nakkesmerter rangeres foran hjerteinfarkt er at dødelighet knyttet til hjerte- og karsykdom de siste 25 årene er redusert. Sykdomsbyrden knyttet til hjerneslag, fallskader, selvmord og nedre luftveisinfectionsjoner er også redusert. Det er bare et titalls sykdommer inkludert i rapporten hvor det har vært en økning i total sykdomsbyrde. Dette gjelder blant annet alzheimers, kols, lungekreft og prostatakraft.

8.3. Forekomst av somatisk sykdom

8.3.1. Smittsomme sykdommer

En fullstendig oversikt over forekomst av smittsomme sykdommer er ikke mulig å lage fordi de aller fleste infeksjonssykdommer er milde, ufarlige og selvbegrensende og noe som blir håndtert av den enkelte med enkle tiltak, evt. med fravær fra barnehage, skole og jobb. Det vanligste er øvre luftveissykdommer og mage-tarminfectionsjoner (mat- og vannbåren) forårsaket av virus eller bakterier. Voksne rammes av forkjølelse 1-2 ganger per år, barn under syv år rammes 7-9 ganger per år.¹²⁷

¹²⁶ Tallene i rapporten om sykdomsbyrden i Norge er hentet fra Global Burden of Disease Study 2013, som produserer sykdomsbyrdestatistikk for 188 land, inkludert Norge. De norske tallene kommer fra norske registerdata og helseundersøkelser.

¹²⁷ Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/rhinovirusinfeksjon--veileder-for/>

Norovirus er trolig den vanligste årsaken til de mat- og vannbårne sykdomstilfellene som er smittet innenlands. Mange smittes også gjennom vann og mat på reise i utlandet. For spedbarn med dårlig utviklet immunforsvar eller andre med svekket helse, kan også banale infeksjoner få alvorlige konsekvenser, som f.eks. mage-tarmsykdom, som raskt kan føre til uttørring, og influensa, som kan gi komplikasjoner.

Det er gjennomgående god oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet i Norge og de fleste tradisjonelle barnesykdommene er under god kontroll.¹²⁸ Likevel sees tid om annet lokale utbrudd også av disse, som f.eks. kusma og kikhoste. I 2012 var det en liten epidemi av kikhoste i Melhus med totalt 22 meldte tilfeller, dette mot 0-2 meldte per år i årene etter. I 2015/16 var det et større utbrudd av kusma i Trondheim kommune, med utgangspunkt i studentmiljøet. Melhus gikk stort sett klar av dette utbruddet. Årsaken til slike utbrudd kan være svikt i vaksinedekningen i befolkningen eller at sykdommen skyldes undertyper av virus som vaksinen ikke gir fullgod beskyttelse mot. Det er nødvendig med en vaksinasjonsdekning på 80-95 prosent for å holde en sykdom under kontroll med vaksiner. De mest smittsomme sykdommene må ha en vaksinasjonsdekning i befolkningen på 95 prosent.

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2017 viser at det var en vaksinasjonsdekning for meslinger i aldersgruppen 9 år på 94,2 %. Til sammenligning var den på fylkes- og landsnivå på henholdsvis 96,4 % og 94,8 %.

Årlig rammes mange av influensa og vaksinedekningen blant risikogrupperne og helsepersonell er fortsatt svært lav i forhold til WHO's anbefalinger om at minst 75 % av personer i risikogrupperne bør vaksinere seg. Infeksjoner som oppstår i forbindelse med et opphold i sykehus eller sykehjem går under samlebegrepet «sykehusinfeksjoner».¹²⁹

Typisk er infeksjoner i forbindelse med bruk av urinveiskatetre, lungebetennelse, sårinfeksjoner og andre infeksjoner i operasjonsområde. Det finnes også et eget registreringssystem for «sykehusinfeksjoner». Pasienter som er innlagt i helseinstitusjonene er i økende grad også utsatt for smitte med mikrober som er resistente mot antibiotika.

8.3.1.1. MSIS- Meldingssystem for smittsomme sykdommer

En rekke smittsomme sykdommer er meldepliktige til helsemyndighetene gjennom Folkehelseinstituttets meldesystem MSIS. I overkant av 60 ulike sykdommer meldes med full pasientidentitet fra laboratorium og lege, noen meldes uten pasientidentifikasjon og noen helt summarisk, bl.a. gjelder dette influensa.

I tillegg overvåkes *utbrudd* gjennom et eget varslingsystem. Et utbrudd betyr flere sykdomstilfeller enn forventet, og at man mistenker en felles smittekilde. Det er imidlertid stor underrapportering av utbrudd og spesielt vet man at det i befolkningen regelmessig forekommer mindre utbrudd av blant annet norovirus, virus som gir øyekatarr, streptokokkhalsbetennelser og streptokokkhudinfeksjoner (brennkopper). Også sykehjem er utsatt for utbrudd av norovirus, og i Melhus hadde man et noe lengre-varende utbrudd blant pasienter og ansatte ved Buen sykehjem vinteren 2016.

¹²⁸ Folkehelseinstituttet, Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, <http://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/sysvak/barnevaksinasjon---statistikk/>

¹²⁹ Folkehelseinstituttet [https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/infeksjoner-i-norge---folkehelse-og-sykdom/#sykehusinfeksjoner-hver-20-pasient-rammes](https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/infeksjoner-i-norge---folkehelse-og-sykdom/infeksjoner-i-norge---folkehelse-og-sykdom/#sykehusinfeksjoner-hver-20-pasient-rammes)

8.3.1.2. Forekomst av meldepliktige smittsomme sykdommer i Melhus

Meldepliktig sykdom	2012	2013	2014	2015	2016
Campylobacteriose	9	10	13	12	11
Chlamydiainfeksjon, genital	48	38	59	70	Ikke klare
Clostridium difficile			8	2	13
Cryptosporidose				2	4
E. coli EHEC			2	2	
E. coli-enteritt unntatt EHEC	2	1	1	1	1
Giardiasis			1		5
Gonore		2	3	1	1
Hepatitt B, kronisk				1	2
Hepatitt C	1	4	4	1	1
Influenza A (H1N1)	1				
Kikhoste	22	2		1	2
Legionellose	1				
Lyme borreliose					3
MRSA					4
MRSA-infeksjon	1	2			
Resistent enterokokk			4	1	
Salmonellose	3	1	4	5	5
Syst. gr. A streptokokksykdom	1	1	1	1	
Syst. gr. B streptokokksykdom	2		3	1	1
Syst. meningokokksykdom				2	
Syst. pneumokokksykdom	1	3			3
Tularemi		4	1	1	1
Virale infeksjoner i sentralnervesystemet	1	1	2	1	1
Yersiniose	1	1	1		

Tabell 19: Sammenstilling av smittsomme sykdommer hos beboere i Melhus, antall tilfeller innrapportert til MSIS årlig i perioden 2012 – 2016 <http://www.msis.no/>

Av tabellen fremgår at klamydiainfeksjoner er klart dominerende av de meldepliktige sykdommene. Forekomsten har vært økende fra 2013 til 2015, mens tallene for 2016 enda ikke er klare. Det er særlig personer i alderen 15-25 år som smittes. Klamydiainfeksjoner gir sjelden plager, og mange infeksjoner blir aldri oppdaget.

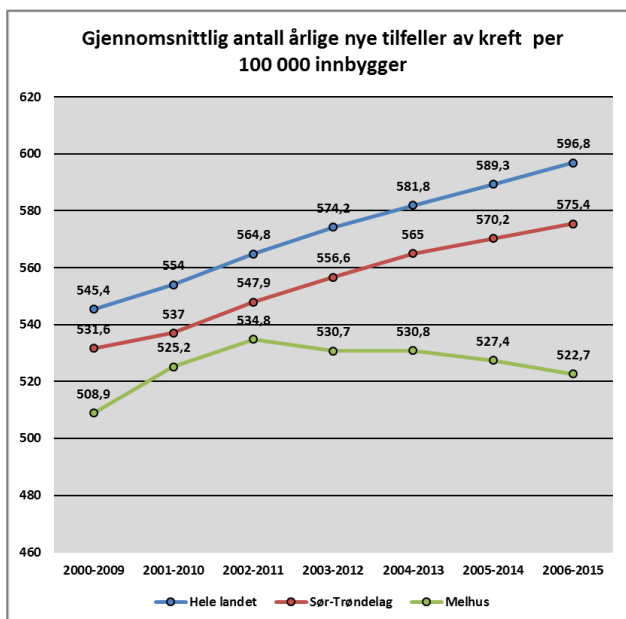
Nest hyppigst meldes sykdommer i gruppen som gir infeksjoner i mage/tarm (campylobacter, clostridium, cryptosporidier, E.coli, giardia, enterokokker, salmonella, yersinia). Informasjon gitt i legenes meldinger viser her at godt over halvparten av disse antas å være smittet i utlandet, først og fremst på turistreiser. Øvrige sykdommer forekommer sporadisk og med et fåtall tilfeller per år.

Kommuneoverlegen holder oversikt over forekomsten av meldepliktige smittsomme sykdommer blant innbyggerne, gjennom mottak av kopi av alle såkalte MSIS-meldinger som sendes inn fra leger og sykehus. Kommunen har ansvar for oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold etter smittevernloven §§7-1 og 7-2.

Ulike infeksjoner og sykdommer overføres ved seksuell kontakt, som hiv, gonoré, syfilis og klamydia. Informasjon om god seksualadferd i tillegg til bruk av prevensjon blir her viktig.

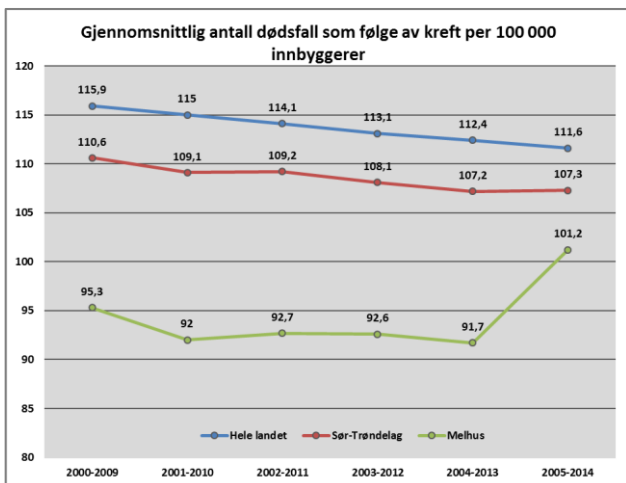
8.3.2. Kreft

Ifølge Folkehelseinstituttet har forekomsten av kreft økt de siste 50 år, men dødeligheten knyttet til kreft har endret seg lite i samme periode dersom man ser på antall dødsfall pr. 100 000 innbyggere korrigert for økt levealder. Det som likevel er tankevekkende er at de sosioøkonomiske forskjellene i kreftdødelighet har økt i løpet av de siste 40 år. Tall fra Kreftregisteret viser at det i 2013 var ca. 16 500 menn og 14 000 kvinner som fikk kreft.



Antall personer med kreft pr. 100 000 innbyggere har økt jevnt siden 2000, og det antas at om lag 40 % av befolkningen vil få kreft en eller annen gang i løpet av livet. Kreft er i likhet med astma, benskjørhet, diabetes og hjerte-karsykdommer en av våre folkesykdommer. I figur 60 ser vi derimot at antallet nye krefttilfeller Melhus har gått ned sammenlignet med antallet i Sør-Trøndelag og landsgjennomsnittet.

Figur 60: Gjennomsnittlig antall årlige tilfeller av kreft pr. 100 000 innbyggere 2000-2015. Kilde: Folkehelseinstituttet



Økningen av krefttilfeller har delvis sammenheng med at befolkningen blir eldre i tillegg til at nye metoder for å stille diagnosen gjør at flere tilfeller blir oppdaget. Samtidig med at det oppstår nye tilfeller, øker også andelen som overlever etter å ha fått diagnosen.¹³⁰

Figur 61: Gjennomsnittlig antall dødsfall som følge av kreft pr. 100 000 innbyggere. Kilde: Folkehelseinstituttet

Figur 61 viser at det har vært en nedgang i kreftdødeligheten både på fylkesnivå og på landsbasis i perioden 2000-2014. I Melhus kommune ser vi at dødeligheten gikk noe ned i perioden 2000-2001, og holdt seg stabil fra 2001-2004. Etter 2004 har derimot dødeligheten økt, og det kan ha sammenheng med økning i andel eldre i befolkningen.

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viser at det var 46 nye tilfeller av lungekreft pr. 1000 innbyggere, mens det regionalt og nasjonalt var 56 og 55 pr. 1000 innbyggere. I profilen for 2017 var det 43 nye tilfeller pr. 1000 innbyggere i Melhus kommune, mens det var 55 og 57 pr. 1000 innbyggere på regionalt og nasjonalt nivå.

Oversikt fra Kreftregisteret viser at de hyppigst forekommende kreftformene (antall tilfeller) i 2015 var prostatakreft, brystkreft, lungekreft, tykktarmskreft og føflekkreft. Blant menn er det lungekreft, prostatakreft og tykktarmskreft som tar flest liv, og hos kvinner er det lungekreft, brystkreft og tykktarmskreft. Informasjon fra Folkehelseinstituttet viser at det er en økende forekomst av føflekkreft, annen hudkreft, testikkelkreft og prostatakreft. Det har også vært en økning av lungekreft blant kvinner.¹³¹

¹³⁰ Folkehelsemeldingen (2012-2014) s. 27

¹³¹ For mer informasjon om forekomsten av ulike kreftformer, vises til vedlegg 19 , kap. 11.

Ifølge nye beregninger fra Kreftregisteret forventes antall krefttilfeller å øke med så mye som 40 % i løpet av de neste 15 årene. Dette betyr at i 2030 kommer så mye som 43 600 personer til å få en kreftdiagnose (17 900 kvinner, og 25 700 menn)¹³². Det forventes at økningen blir på 14 % i aldergruppen 50-69 år, mens den kan bli på 68 % i aldergruppen fra 70 år og oppover. Bakgrunnen for økningen er i følge Kreftregisteret at de store barnekullene som ble født i etterkrigsårene nå nærmer seg alderen der kreftforekomsten gjør seg gjeldende. Den forventede økningen i kreft blant eldre er løftet fram som en hovedutfordring i Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Kreftomsorgen blant de eldre forventes å bli en utfordring for sykehus-Norge, men også for kommunale helse- og omsorgstjenester.¹³³

Kjente risikofaktorer for å utvikle kreft er tobakk, usunt kosthold, fedme, manglende fysisk aktivitet, miljøfaktorer, overdreven soling og alkohol.¹³⁴

8.3.3. Hjerte og karsykdommer

Hjerte og karsykdommer var den dominerende dødsårsaken gjennom andre halvdel av 1990-tallet. Det var en stigning i antall dødsfall fra 1950 til 1970, men etter den tid var det en stor nedgang. I dag er antall dødsfall knyttet til hjerte og karsykdommer på linje med kreft dersom man ser på alle aldersgrupper i befolkningen. Men selv om det har vært en nedgang de siste 40 årene, er hjerte og karsykdommer fortsatt den vanligste dødsårsaken i Norge, og det gjelder særlig i aldergruppen fra 70 år og oppover. Trenden viser imidlertid at det forventes en ytterligere nedgang, og antallet hjerte- og kardødsfall kan komme til å bli lavere enn kreftdødsfallene i løpet av noen få år. Dette har allerede skjedd for aldergruppen under 70 år. Det har sammenheng med at det er flere som overlever sykdommen. Det var hele 99 % av pasientene under 50 år som fortsatt levde etter 28 dager fra de ble innlagt med akutt hjerteinfarkt. I aldersgruppen 50-70 år var det 97 % som fortsatt levde etter 28 dager, og for de i aldergruppen over 70 år var det 84 %.¹³⁵

Selv om antall dødsfall går ned, er det likevel slik at det forventes en økning i antall personer som får hjerte- og karsykdom. Det har sammenheng med økende andel eldre i befolkningen, og et økende antall yngre voksne som får akutt hjerteinfarkt.

Tidligere har det vært geografiske forskjeller i utbredelsen av hjerte- og karsykdom, med flest tilfeller i Nord-Norge, særlig Finnmark, men dette har jevnet seg ut. Det har også vært slik at det har rammet flere menn enn kvinner, men også dette er i ferd med å jevne seg ut. Den sosiale ulikheten i dødelighet av hjerte- og karsykdom er imidlertid økende. Det er langt færre med høy utdanning som får hjerte- og karsykdom.

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viste at det var 17,2 personer pr. 1000 innbyggere som var behandlet i sykehus for hjerte- og karsykdom, mens det på fylkes- og landsnivå var henholdsvis 16,5 og 17,3. I profilen for 2017 var antallet i Melhus økt til 17,6 pr. 1000 innbyggere, mens det på fylkes- og landsnivå var redusert til henholdsvis 15,0 og 16,7.

Vi har sett i kap. 7, Helse relatert atferd, at hjerte- og karsykdom har sammenheng med tobakksrøyking, høyt alkoholinntak, høyt blodtrykk, høyt nivå av skadelige fettstoffer i blodet og usunt kosthold. Kjente risikofaktorer er også overvekt og fedme, diabetes og manglende fysisk

¹³² Informasjon fra Kreftregisterets nettside www.kreftregisteret.no

¹³³ Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Helse og omsorgsdepartementet.

¹³⁴ Som over

¹³⁵ Folkehelse rapport, Hjerte- og karsykdommer i Norge, Folkehelseinstituttet, oppdatert 9.4.2015. Rapporten er basert på hjerte- og karregisteret 2012.

aktivitet. I noen tilfeller er genetiske faktorer hovedårsak. Undersøkelser viser at psykososiale forhold også kan påvirke risikoen for hjerte- og karsykdom.

Informasjon fra Folkehelseinstituttet viser at det er en nedgang i antall personer som røyker, og antall personer med høyt kolesterol og høyt blodtrykk. Det er derimot en økning i antall personer som er overvektige, og et økende antall personer med diabetes type 2.

8.3.4. Diabetes

Personer med diabetes har for høyt blodsukker, med mindre de har fått behandling. I Norge er det om lag 300 barn under 15 som årlig får diagnosen diabetes type 1. Blant voksne er det vanligst med diabetes type 2, og forekomsten øker kraftig med alderen. Med et økende antall eldre i befolkningen, øker også antallet mennesker som lever med diabetes. Om lag 200 000 personer anslås å ha diagnosen diabetes, og er betraktet som en av de store folkesykdommene. Selv om diabetes 2 hovedsakelig rammer personer over 40 år, er det også mange yngre som får diagnosen.

Hva er diabetes?

Det finnes to hovedtyper diabetes, type 1 og type 2-diabetes. Begge typene har sitt utspring i hormonet insulin, som er det sentrale hormonet i reguleringen av sukkeromsetningen i kroppen. Type 1-diabetes skyldes en feil i kroppens bukspyttkjertel, slik at kroppen ikke produserer insulin. Type 2-diabetes skyldes for lav insulinproduksjon eller nedsatt virkning av insulin. Forklaringen på type2-diabetes er ofte at det dreier seg om personer som over lang tid har hatt et usunt kosthold med for høyt inntak av sukker og fett. Det legger press på bukspyttkjertelen til å produsere mer insulin enn normalt. Denne overproduksjonen av insulin klarer bukspyttkjertelen å opprettholde i en del år, men på et tidspunkt makter ikke kjertelen dette lenger og produksjonen av insulin blir for lav, og det har utviklet seg type 2-diabetes. Kilde: Norsk elektronisk legehåndbok

Informasjon fra Reseptregisteret i Norge viser hvor mange som er medisinert for diabetes, og i tillegg viser informasjon fra fastlegepraksiser hvem som behandles for diabetes ved hjelp av endret kosthold og mosjon. Med utgangspunkt i samlet informasjon anslås at det er om lag 218 000 som har diagnosen diabetes her til lands, dvs. om lag 4,3 % av befolkningen. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) 2007/2008 viste at 5 % av mennene og 4 % av kvinnene over 20 år hadde diabetes (alle typer samlet).

Data fra HUNT viser også at andelen voksne med diabetes fra 20 år og oppover økte fra 2,9 % i 1984 til 4,3 % i 2008. Økningen kan skyldes at det blir flere nye tilfeller pr. år, at det er flere som blir diagnostisert, eller at de som har diabetes lever lenger med sykdommen.

Diabetes kan gi alvorlige komplikasjoner som kronisk nyresykdom, skade på netthinnen, fotsår, kroniske smerter og hjerte-karsykdom. Det er ikke kjent hva som er risikofaktorene til diabetes 1 utover arvelige anlegg. Når det gjelder diabetes type 2, så er fedme og manglende fysisk aktivitet de viktigste risikofaktorene. Diabetesforbundet har utarbeidet en test som viser hvor stor risiko man har for å utvikle type-2 diabetes¹³⁶. Her regnes risikoen ut fra alder, BMI, midjemål, fysisk aktivitet, inntak av frukt og grønnsaker, frukt eller bær, blodtrykk og om noen i familien har hatt diabetes.

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viser at legemiddelbrukere knyttet til diabetes 2 lå på 32 pr. 1000 innbyggere, mens det på fylkes- og landsnivå var henholdsvis 33 og 35. Informasjonen var basert på tall fra 2012-2014 i aldersgruppen 30-74 år, og omhandlet bruk av blodglukosesenkende midler, eksklusive insuliner. I Folkehelseprofilen for 2017 var antallet steget til 33 pr. 1000 innbyggere i Melhus kommune, mens det på fylkes- og landsnivå lå på 34 og 35 pr. 1000 innbyggere.

¹³⁶ <http://www.diabetesrisiko.no>

Sentio-undersøkelsen Livsstil og helse, Melhus kommune 2014, viste at 43 % av befolkningen hadde lav risiko for å utvikle diabetes type 2. For 41 % var risikoen forhøyet, mens 11 % hadde middels risiko. Det var 5 % av befolkningen som hadde stor risiko for å utvikle sykdommen. Det foreligger ikke lignende kartlegginger etter 2014 som gjør det mulig å se om dette har endret seg i positiv eller negativ retning.

8.3.5. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Hva er KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom)?

Kols er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene. Ved kols foreligger det en kronisk betennelse i slimhinnene i luftrørene (bronkiene).

Kilde: Norsk elektronisk legehåndbok

Beregninger av forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er basert på rapporteringer av luftveissymptomer og målinger av lungefunksjon. Det finnes ikke registre som kan benyttes til direkte beregning av antall KOLS-tilfeller i befolkningen. En undersøkelse basert på Reseptregisteret viser at 62 882 personer med KOLS-diagnose hadde fått foreskrevet lungemedisiner i 2009. Det antas da at dette representerer de som er mest plaget av sykdommen. KOLS er en hyppig dødsårsak, og var tredje hyppigste dødsårsak i 2012 etter hjerte- og karsykdom og kreft. KOLS-pasienter har også økende risiko for å få andre sykdommer som hjerte-karsykdom, lungekreft, depresjon og beinskjørhet.

Ulik vurdering av symptomer og lungefunksjon gjør at det trolig er en underrapportering, men en befolkningsundersøkelse i Hordaland i 1996-97 viste at om lag 7 % av befolkningen i aldersgruppen 26-82 år hadde KOLS. Mange av de som deltok i undersøkelsen ble undersøkt på nytt i 2003-2005, og funn fra undersøkelsen tydet på at utbredelsen hadde økt med 14 %.



Om lag 1 % av de som har KOLS har fått det som følge av en arvelig betinget enzymmangel (Alfa1-antitrypsin). Men i to av tre tilfeller skyldes KOLS røyking. Økende tobakksforbruk og antall røyke-år øker risikoen for å utvikle sykdommen. Andre årsaker til sykdommen kan være arbeidsmiljø med kvartsstøv og metallholdige gasser. Personer som arbeider i gruver og tunneler er også utsatt.

KOLS utvikler seg over mange år, og rammer flest over 40 år. Ettersom KOLS øker med økende alder, og at det forventes en økning i antall eldre, er det sannsynlig at det vil bli en økning i antall tilfeller i årene fremover. Det er flere menn enn kvinner som rammes. Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT) i perioden 1995-1997 viste at det var 11 % kvinner og 19 % menn som hadde KOLS. Forskjellen av avtagende, og det antas å ha sammenheng med befolkningens røykevaner. Det er ellers slik at personer med lav sosioøkonomisk status har større risiko for å utvikle KOLS.¹³⁷

Informasjon fra Folkehelseinstituttet (tabell 20, s. 105) viser at befolkningen over 45 år i Melhus kommune ligger noe over nivået på fylkes- og landsnivå når det gjelder antall personer pr. 1000 innbyggere som er behandlet for KOLS i spesialisthelsetjenesten.

¹³⁷ Folkehelse rapport, KOLS i Norge, Folkehelseinstituttet, oppdatert 9.4.2015

KOLS behandlet i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbyggere. Personer 45 år og eldre					
		2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015
Hele landet	begge kjønn	3,1	3,2	3,2	3,3
	menn	3	3,1	3,1	3,1
	kvinner	3,2	3,3	3,4	3,4
Sør-Trøndelag	begge kjønn	3,2	3,4	3,5	3,4
	menn	3,2	3,3	3,3	3,2
	kvinner	3,3	3,6	3,6	3,6
Melhus	begge kjønn	3,4	3,8	3,5	3,5
	menn	4	4,7	4,5	4,2
	kvinner	2,8	2,9	2,6	2,9

Tabell 20: KOLS behandlet i spesialisthelsetjenesten pr. 1000 innbyggere, Melhus, Sør-Trøndelag og Norge. Gjelder personer over 45 år. Kilde: Statistikkbank, kommunehelse, Folkehelseinstituttet.

8.3.6. Muskel- og skjelettlidelser

Det anslås at om lag 30 % av befolkningen i Norge har kroniske smerter. Selv om dette også inkluderer hodepine, mage- og underlivssmerter, smerter og skader etter operasjoner, og smerter tilknyttet hjerte- og karsykdommer, så utgjør muskel og skjelettsmerter hoveddelen. Forekomsten av kroniske smerter ligger langt over det som er vanlig i bl.a. Sverige og Danmark, og anses å være et stort folkehelseproblem. Undersøkelser viser også at det er årsak til halvparten av uføretilfellene. I 2012 var muskel- og skjelettlidelser også hoveddiagnose i 46 % av sykefraværet hos menn og 35 % hos kvinner. Samlet sett er det flest kvinner som har en muskel- og skjelettdiagnose. Det er også slik at kronisk smerte er mest utbredt blant personer med lav inntekt og lav utdanning. Man vet ikke for sikkert hvorvidt det har sammenheng med yrkesbelastning, sosiale eller økonomiske faktorer. Det er imidlertid slik at kronisk smerte gir to til fire ganger økt risiko for angst og depresjon. Samtidig gir det nedsatt funksjonsevne.

Folkehelseprofilen for Melhus 2016, viser at 279 pr. 1000 innbyggere hadde muskel og skjelettproblemer. Til sammenligning var det 273 på fylkesnivå og 262 på landsnivå. Det er basert på innrapporterte tall fra primærhelsetjenesten for aldersgruppen 0-74 år i perioden 2012-2014. Kommunen lå med andre ord dårligere an enn resten av landet. I Folkehelseprofilen for 2017 (basert på tall fra 2013-2015) var det 289 pr. 1000 innbyggere, mens det var 279 på fylkesnivå og 266 på landsnivå. Kommunen ligger altså fortsatt dårligere an enn resten av landet.

Sentio-undersøkelsen Livsstil og helse i Melhus kommune 2014, viser at 39 % av innbyggerne hadde kroppslige smerter som har vart i mer enn seks måneder. Av disse var det flere kvinner enn menn. I tillegg var det en større andel blant eldre enn blant yngre, og det var flere blant de med lav utdanning og lav inntekt. Videre viste undersøkelsen at det var flere med høy kroppsvekt som hadde slike smerter.

Kartlegging av risikofaktorer med tanke på helsefremmende og forbyggende arbeid for å redusere muskel- og skjelettlidelser avhenger av diagnose. Men det er likevel mulig å si på generelt grunnlag at slike plager har sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og også overvekt.

8.3.7. Sykdom og dårlig helse forårsaket av skader, ulykker og vold

Informasjon fra Folkehelseinstituttet basert på norsk pasientregister viser at i underkant av 300 000 personer i Norge får medisinsk behandling for skader i sykehus hvert år. Av disse får 185 000 også behandling i primærhelsetjenesten i form av annen skade, henvisning eller etterkontroll. Om lag 95 % av disse skadene skyldes ulykker, mens 5 % i hovedsak skyldes voldsskader. Det er også 440 000 personer som årlig får behandling hos fastlege eller legevakt for skader, og blir ferdigbehandlet der. Om lag 10 % av alle døgnopphold på norske sykehus skyldes personskader eller ulykker.

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016, viser at det var 11,6 personer pr. 1000 innbyggere som ble behandlet på sykehus som følge av skade i Melhus kommune i perioden 2012-2014. I Sør-Trøndelag fylke var det til sammenligning 11,9 personer, og på landsbasis 12,8 personer. Profilen for 2017 viser at det var 11,2 personer pr. 1000 innbyggere, mens det var 11,8 på fylkesnivå og 12,6 på landsnivå.

8.3.8. Lårbensbrudd og hoftebrudd

Lårbensbrudd, inkludert hoftebrudd, rammer særlig den eldre befolkningen, og flere kvinner enn menn. Et hoftebrudd er ofte dramatisk for den som rammes, ettersom det innebærer en risiko for tap av funksjon og økt avhengighet. De aller fleste kommer seg bra etter et hoftebrudd, men mellom 1 - 4 av tidligere selvhjulpne pasienter blir pleiepasienter og halvparten får redusert gangfunksjon. Informasjon fra Folkehelseinstituttet viser at det var en stigning på landsbasis i antall tilfeller av lårbensbrudd, inkludert hoftebrudd i perioden 2008-2012. Over 10 000 personer årlig var utsatt for slike brudd. Etter 2012 gikk antallet noe ned. Vi har sett i kap. 6 at mer enn halvparten av eldre over 80 år faller minst en gang i året. I mange av tilfellene fører det til bruddskader.

Norge er sammen med andre skandinaviske land på verdenstoppen i hoftebrudd hos kvinner, og det er en sammenheng mellom benskjørhet og benbrudd. Særlig kvinner vil ha nytte av daglig inntak av kalsium og vitamin D etter overgangsalderen for å hindre utvikling av benskjørhet. Det er også slik at regelmessig mosjon, som å gå eller jogge, fremmer dannelsen av nytt beinvev og bedrer muskelmassen. All mosjon er nyttig. Det å unngå røyking og større alkoholinntak, er også viktig for å sikre god ben- og muskelmasse.¹³⁸

Informasjon fra Folkehelseinstituttet gjør det mulig å vise en oversikt over antall hoftebrudd i befolkningen på kommunenivå.

Lårbensbrudd (inkl. hoftebrudd)					
	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014
Gjennomsnittlig årlig antall					
Hele landet	10533,2	10556,4	10585,3	10631,8	10448,4
Sør-Trøndelag	605,8	612,6	608	617,9	600,1
Melhus	26	27,3	26,7	30,3	30
Per 1000 innbyggere,					
Hele landet	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
Sør-Trøndelag	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1
Melhus	2,1	2,1	2	2,2	2,1

Tabell 21:
Gjennomsnittlig antall lårbensbrudd, inkludert hoftebrudd, i befolkningen i fem ulike tidsperioder fra 2008-2014. Tabellen viser også antall pr. 1000 innbyggere. Kilde: FHI

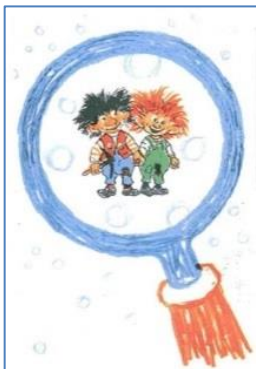
Tabellen viser at det i gjennomsnitt var mellom 26 og 30 personer som ble rammet av hoftebrudd i perioden 2008-2014 i Melhus kommune. Det var flere i perioden 2012-2014 enn i perioden 2008-2010. Dersom vi ser på antall personer pr. 1000 innbyggere, lå Melhus kommune tilnærmet likt fylkes- og landsnivå. I tillegg til at det medfører tapt helse for den som rammes, er det store kostnader knyttet til lårbensbrudd, og forbyggende arbeid blir derfor viktig.¹³⁹

¹³⁸ Kilde: Norsk helseinformatikk www.nhi.no

¹³⁹ Tall fra Folkehelseinstituttet viser at hvert hoftebrudd koster mellom 300 000 og 800 000 kr, ekskludert kostnader forbundet med økt tjenesteforbruk som følge av bruddet.

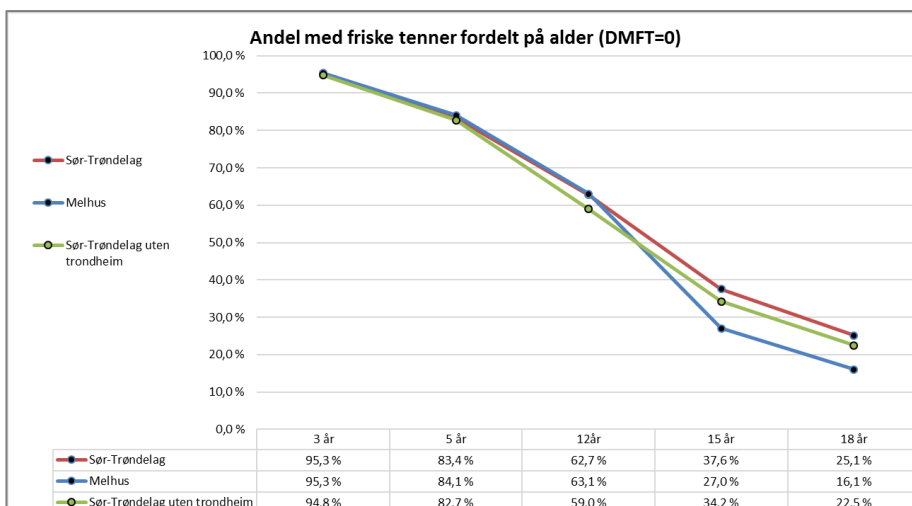
8.3.9. Tannhelse

Vi har sett i pkt. 7.4 at det å ha god tannhelse gir god livskvalitet, og er viktig i omgang med andre, for å få spist uten problemer, og for taleevnen.



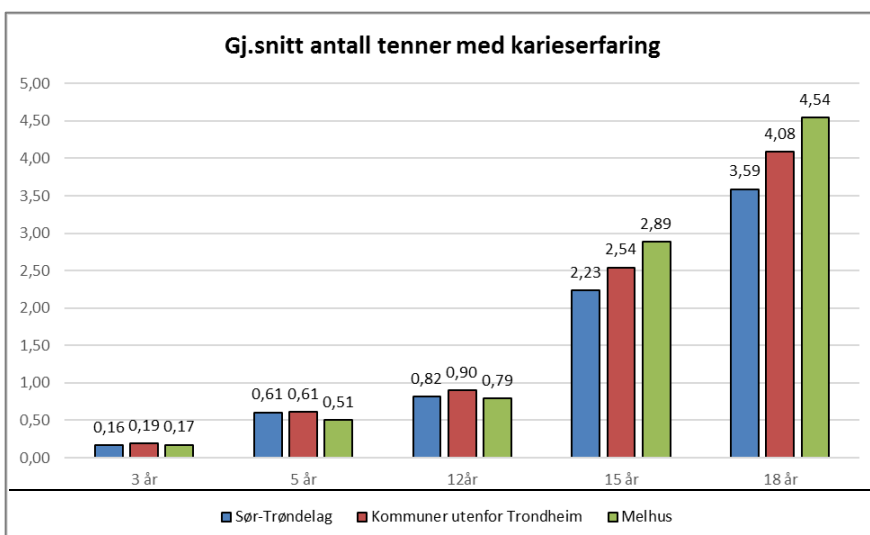
Karius og Baktus. Bilde fra internett merket for ikke-kommersiell bruk.

I figur 62 ser vi at det var om lag 95 % av barn i alderen 3 år i Melhus som hadde friske tenner, men at det går jevnt nedover frem til de er 18 år. Det er særlig etter 12-årsalderen at andelen barn med friske tenner går ned, og her ligger Melhus under fylkes- og landsgjennomsnittet.



Figur 62: Andel barn og unge med friske tenner fordelt på alder. Kilde: Fylkestannlegen/STFK.

I figur 63, som viser gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring, ser vi det samme hoppet fra 12-årsalderen og oppover. Også her ser vi at Melhus kommune ligger over fylkes- og landsgjennomsnitt.



Figur 63: Gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring hos barn og unge i aldersgruppe 3-18 år. Kilde: Fylkestannlegen/STFK.

8.3.10. Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er en av de største helseutfordringene i verden, og er utbredt både i industrialiserte rike land og i utviklingsland. Overvekt og fedme kan medføre redusert livskvalitet, og det øker også risikoen for metabolsk syndrom, hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2-diabetes, samt muskel- og leddplager.¹⁴⁰



Overvekt og fedme måles ut fra kroppsmasseindeks (KMI). Ofte brukes den engelske betegnelsen BMI (Body mass indeks), og betyr forholdet mellom en persons vekt i kg dividert med kvadratet av høyden i meter. KMI brukes til å angi grensene for normalvekt og vekt som kan representere sykdomsrisiko.

KMI for en person på 160 cm med vekt på 80 kg blir eksempelvis:

$$\frac{80 \text{ kg}}{1,60^2 (\text{høyde})} = 31,25 \text{ (KMI)}$$

BMI/KMI	Vektklasse
Under 18,5	Undervekt
18,5-24	Normalvekt
25-29	Overvekt
30-34	Fedme grad I
35-39	Fedme grad II
40 og over	Fedme grad III

Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en klassifisering av KMI for voksne, slik det går fram av fakta-boksen. Det tas forbehold om at mennesker med stor muskelmasse kan ha høy KMI og likevel lav fettprosent. De karakteriseres derfor ikke som overvektige.

Normalområdet for kroppsmasseindeks (KMI eller BMI) hos barn varierer med alder og kjønn. Vi bruker derfor begrepet iso-KMI, det vil si at beregnet KMI angis i forhold til hva verdien tilsvarer hos voksne. For å vurdere helserisiko knyttet til vekt/overvekt, ser man også på midjemål, fysisk aktivitet, kosthold og andre forhold som kan variere fra person til person.

Midjemål

Midjemål måles med vanlig målebånd der hvor midjen er smalest, og brukes sammen med BMI særlig knyttet til risiko for metabolsk syndrom og type 2 diabetes. Hos menn regnes midjemål over 94 cm som overvekt, og over 102 cm som fedme. Hos kvinner regnes midjemål over 80 cm som overvekt, og over 88 cm som fedme. Kilde: www.helsenorge.no

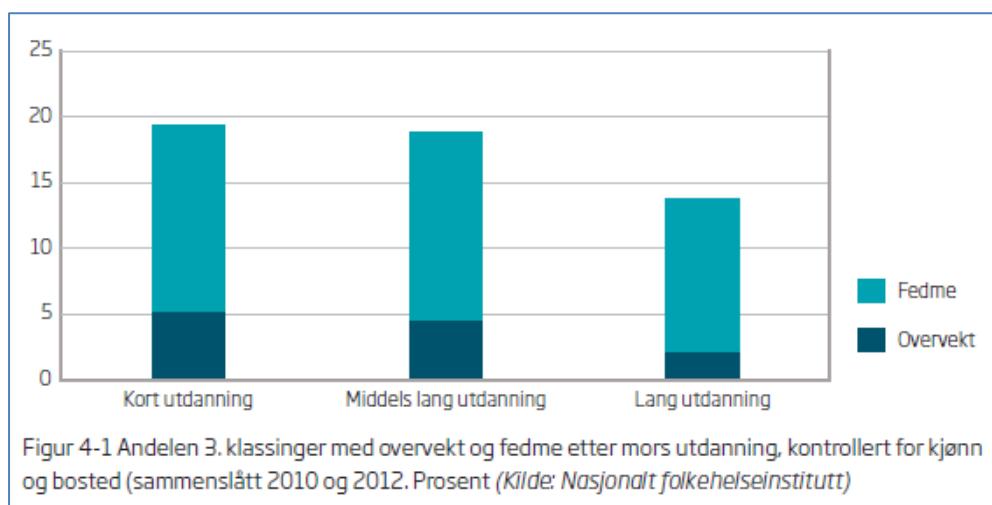
Nærmere 5 % av verdens befolkning (315 millioner mennesker) er rammet av fedme. Helseundersøkelser gjennomført i Norge i perioden 2000-2008 viste at 17 % av kvinnene og 20 % av mennene i alderen 40-45 år hadde fedme. Dersom man i tillegg tar med de som har overvekt, viser målinger at om lag halvparten av norske kvinner og menn i alderen 40-45 år hadde overvekt eller fedme. På slutten av 1960-tallet var det til sammenligning bare 5 % av mennene som hadde fedme.¹⁴¹

¹⁴⁰ Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten, 15-1735, Helsedirektoratet, s. 12. Metabolsk syndrom er en samling av forstyrrelser, slik som f.eks. høyt blodtrykk, som øker risikoen for å utvikle en rekke sykdommer.

¹⁴¹ Folkehelsemeldingen (2012-2013) s. 28-29

Vekstøkonomien i Norge og store deler av den vestlige verden har medført en nedgang i sysselsettingen i primærnæringene til fordel for en vekst i sekundær og tertiærnæringene. Det betyr mindre fysisk- og mer stillesittende arbeid. Tempoet på veksten har også påvirket alle næringer. Vi opplever økende tidspress, rører oss for lite, og spiser mer ferdigmat. Én konsekvens av utviklingen er økende overvekt og fedme. Det viser seg også at overvekt og fedme er mer utbredt i distriktet enn i byene, og er mer utbredt blant kvinner enn blant menn. Overvekt er i tillegg mer utbredt i enkelte innvandrergupper. Folk fra Vietnam har lav andel overvektige i forhold til folk fra Pakistan, Sri Lanka og Tyrkia. Det er også en sammenheng mellom overvekt og lav utdanning og lav inntekt.¹⁴²

Det viser seg at det er vanskelig og tidkrevende å oppnå varig vektreduksjon når man først er blitt overvektig, og det blir viktig med forebyggende arbeid for å stanse den negative utviklingen. Helsedirektoratets indikator på overvekt og fedme er derfor antall 3. klassinger med overvekt og fedme, fordelt etter mors utdanningsnivå.



Målinger av 3. klassinger i 2010 og 2012 viste at 16 % hadde overvekt og fedme. Det var en litt lavere andel blant barn med mødre som hadde lang utdanning, slik figur 64 viser.

Figur 64: Prosentandel 3. klassinger med overvekt og fedme etter mors utdanning, kontrollert for kjønn og bosted, 2010 og 2012. Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

8.3.10.1. Overvekt og fedme hos barn i Melhus

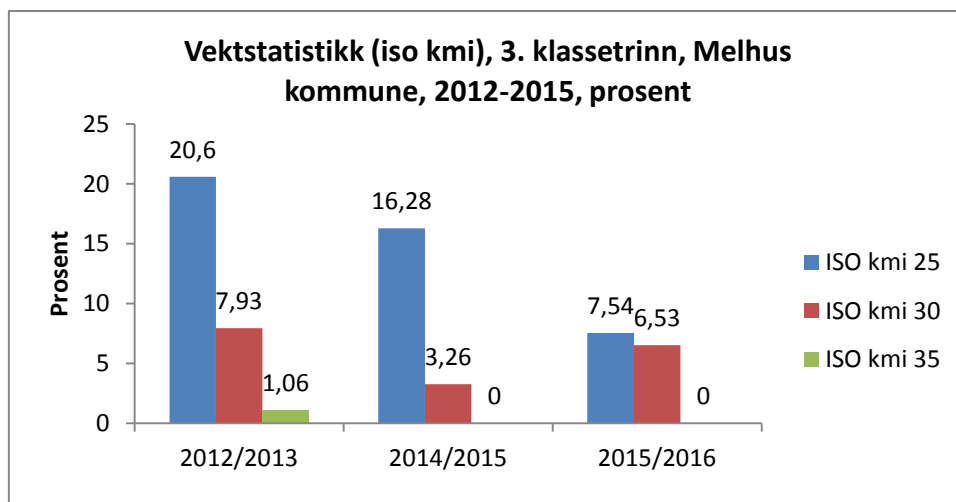
Overvekt og fedme i ung alder øker risikoen for helseplager i voksen alder, og det blir derfor viktig med forebyggende arbeid. Ved Helsestasjonen i Melhus kommune er det gjennomført måling og veiing av alle 3. og 8. klassinger 8 og 13 år i Melhus kommune for å få oversikt over elevenes kroppsmasseindeks (KMI).¹⁴³ Det tas forbehold om at målingene på lokalt nivå ikke er sett i sammenheng med mors utdanningsnivå.

Figur 65 under viser den prosentvise andelen elever (begge kjønn samlet) i de ulike vektclassene for 3. klassinger i de tre skoleårene fra skoleårene fra 2012-2016. Oversikten viser at andelen elever med overvekt (blå søyle) og fedme (rød søyle) har gått ned fra 2012/2013-2014/2015. Året etter var det igjen en stigning i antall barn med fedme. Det var 1,06 % av elevene som hadde fedme grad II i 2012/2013, og ingen fra 2013-2016.¹⁴⁴

¹⁴² Folkehelsemeldingen (2012-2013), s. 28-29

¹⁴³ Normalområdet for kroppsmasseindeks (KMI eller BMI) hos barn varierer med alder og kjønn. Derfor brukes begrepet iso-KMI, det vil si at beregnet KMI angis i forhold til hva verdien tilsvarer hos voksne. KMI 18-25 er normalvekt, KMI på 25-30 er overvekt, KMI på 30 og over er fedme (KMI 30-34 er fedme grad I, KMI 35-39 er fedme grad II, og KMI på 40 og over er fedme grad III).

¹⁴⁴ For mer detaljert informasjon om tallene som ligger til grunn for figuren, vises til vedlegg 22 , kap. 11

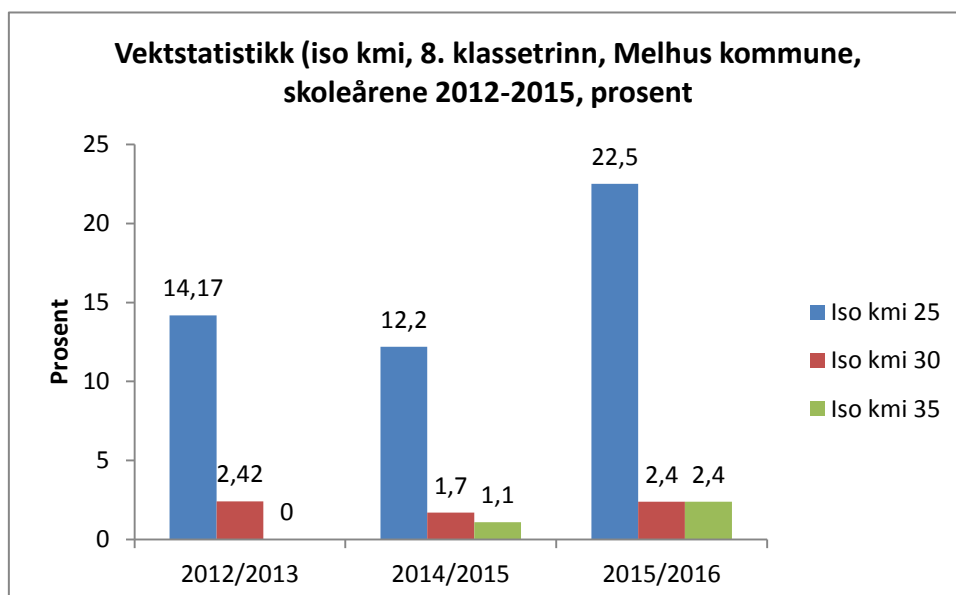


Figur 65:
Vektstatistikk (iso kmi), 3. klassetrinn, Melhus kommune, skoleårene 2012-2015. Kilde: Helsestasjonen, Melhus kommune

Vi har sett i figur 64 at det i 2010 og 2012 var 16 % av 8-åringene på landsnivå som hadde overvekt. Dette er noe under nivået for 3. klassinger i Melhus i samme periode. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at det var 11,6 % av 8-åringene som hadde overvekt i 2008. Det steg til 14,2 % i 2010 og sank deretter til 12,3 % i 2012. I helseregion Midt-Norge var andelen på de samme årene henholdsvis 13 %, 18,3 % og 10,8 %.¹⁴⁵

8.3.10.2. Overvekt og fedme hos ungdom, Melhus

Når det gjelder 8. klassinger (begge kjønn samlet), viser undersøkelsen fra Melhus kommune (figur 66) at det var 14,7 % av elevene i 2012/2013 som hadde overvekt (iso KMI 25). Deretter gikk det ned i skoleåret 2014/2015, for så å stige igjen i 2015/2016. Det var videre 2,42 % av elevene i 2012/2013 som hadde fedme (iso KMI 30), mens ingen hadde fedme grad I. I skoleåret etter var andelen med fedme gått ned, for deretter å stige i skoleåret 2015/2016. Andelen elever med fedme grad I (iso KMI 35) gikk fra 0 i 2012/2013 til 1,1 % i 2014/2015, for deretter å stige til 2,4 i 2015/2016.



Figur 66:
Vektstatistikk, 8. klassetrinn, Melhus kommune, skoleårene 2012-2015. Kilde: Helsestasjonen, Melhus kommune

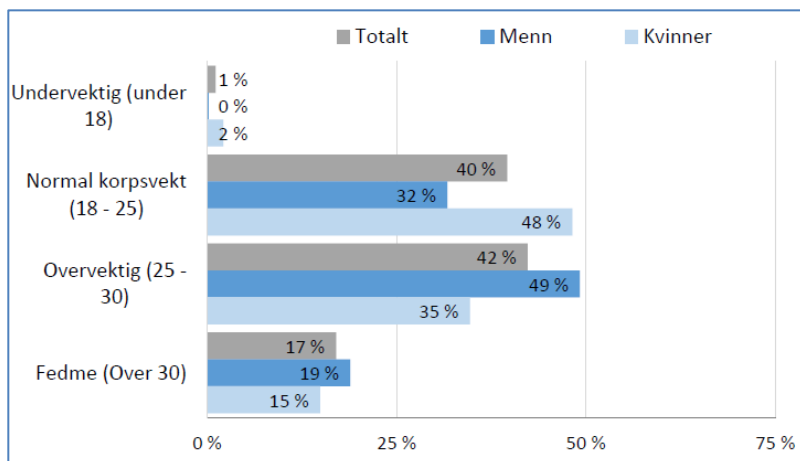
Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viser at 23 % av ungdom i alderen 17 år hadde utviklet overvekt, inkludert fedme. Det er noe over fylkesgjennomsnittet og landsgjennomsnittet som begge

¹⁴⁵ Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank

lå på 21 %.¹⁴⁶ Profilen for 2017 viser at det var gått opp til 25 % på kommunalt nivå, mens det på fylkesnivå og landsnivå var gått opp til 22 %.

8.3.10.3. Overvekt og fedme hos voksne, Melhus

I pkt. 7.1 har vi sett at det at var 17 % av kvinner og 20 % av menn i alderen 40-45 år som hadde fedme i Norge i perioden 2000-2008.



Sentio-undersøkelsen «Livsstil og helse» i 2014 viste oversikt over Melhus-befolkningens BMI, og det var da 40 % med normal kroppsvekt, mens 42 % var overvektige. Det var 17 % med fedme. Overvekt og fedme var noe mer utbredt blant menn enn blant kvinner.

Figur 67: BMI i befolkningen i Melhus kommune 2014. Kilde: Sentio research.

Andel overvekt og fedme ved sesjon 2012-2015				
		Overvekt og fedme	Overvekt	Fedme
Hele landet	kjønn samlet	22	15	7
	menn	24,1	15,3	8,8
	kvinner	19,9	14,7	5,1
Sør-Trøndelag	kjønn samlet	21,7	15,7	6
	menn	23,8	16,6	7,2
	kvinner	19,5	14,7	4,8
Melhus	kjønn samlet	25,1	17,9	7,2
	menn	26,3	17,8	8,5
	kvinner	23,9	18	5,9

Folkehelseinstituttet har offentliggjort informasjon om andelen 18-åringere på sesjon som hadde overvekt og fedme i perioden 2012-2015. Tabell 22 viser at 18-åringene fra Melhus lå over fylkes- og landsgjennomsnitt for begge kjønn samlet, og også for menn og kvinner hver for seg.

Tabell 22: Andel overvekt og fedme ved sesjon, 2012-2015, Melhus, Sør-Trøndelag og Norge. Kilde: KommuneHelse/Folkehelseinstituttet

8.3.11. Astma og allergi

Vi har sett at astma og allergi kan ha sammenheng med luftforurensning, dårlig innneklima, mat og påvirkning fra ulike kjemikalier.

Astma er en kronisk betennelses- eller irritasjonstilstand i luftveiene. Det kan utløses av flere ulike faktorer, som allergener (fellesbetegnelse på stoffer som kan fremkalle allergi og astma), luftveisinfeksjoner, anstrengelse og luftforurensning. Allergi skyldes en overreaksjon i immunsystemet i kontakt med ulike proteiner, metaller og kjemikalier. Det finnes også flere typer allergier, som høysnue, atopisk eksem, allergisk kontakteksem og matallergi.

¹⁴⁶ Informasjonen var basert på tall fra 2011-2014, KMI som tilsvarer over 25 kg/m², basert på selvrappertert høyde og vekt ved nettbasert sesjon. I profilen for 2017.

Det er fortsatt vanskelig å si noe klart om hovedårsakene til astma og allergi, og hvilke tiltak som kan bidra til å forebygge problemene. Det rammer særlig barn i den industrialiserte verden, og det rammer flere gutter enn jenter før puberteten. Når det gjelder astma, så spiller arv en stor rolle. I tillegg kan miljøfaktorer forårsake både astma og allergi, og det kan da være snakk om endret bakteriell sammensetning i kroppen, luftveisinfeksjoner i oppveksten og eksponering for allergener og miljøkemikalier.

Astma og allergi er en hyppig årsak til plager, særlig hos barn, i den industrialiserte del av verden. Det foreligger ingen landsdekkende undersøkelser i Norge på antall personer med astma og allergi. Men det finnes derimot ulike studier som dekker mindre geografiske områder som underbygger at det ser ut til å være en høy forekomst av astma og allergi i befolkningen, og at det har vært en økning de siste 20-30 årene. Undersøkelser tyder også på at det er mer astma blant personer med lav sosioøkonomisk status.¹⁴⁷ Ifølge Astma og allergiforbundet (NAAF) får mer enn 40 % av befolkningen allergiske reaksjoner en eller flere ganger i løpet av livet, og at 10-20 % er mer alvorlig rammet. Det anslås også her at forekomsten har økt de siste tiårene, og at det har sammenheng med livsstilsfaktorer og miljøet rundt oss.¹⁴⁸

8.4. Psykisk helse

Definisjon – psykisk helse

«Psykisk helse er en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker.»

Definisjon av psykisk helse fra Verdens helseorganisasjon (WHO)

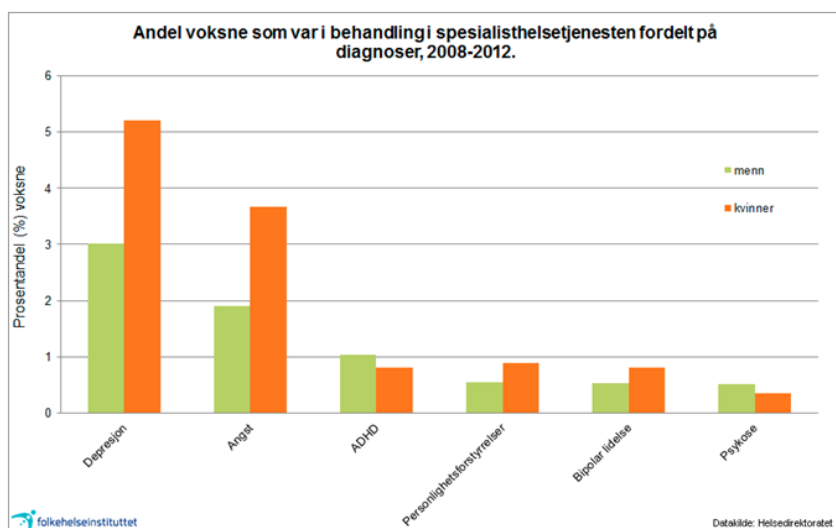
I Folkehelsemeldingen går det fram at om lag en fjerdedel av den norske befolkningen har en psykisk lidelse. Mellom en tredjedel og halvparten vil ha en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet. Dette inkluderer også lettere psykiske forstyrrelser som ikke nødvendigvis trenger behandling. De vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Folkehelseinstituttet oppgir at det var om lag 12 % av befolkningen i 2008 som kontaktet primærlege grunnet psykiske problemer, og at det var ca. 3 % som mottok behandling i psykisk helsevern mellom 2008 og 2012. Det er om lag 3 % som blir rammet av schizofreni og andre psykoser. Norske og internasjonale data viser at om lag 10 % av den norske befolkning lider av kroniske søvnplager, og at det har økt med 13 % det siste tiåret. Problemene omfatter også barn og unge. Problemene er mer utbredt blant kvinner enn menn, og det øker med alderen. Det er videre slik at personer med lavere inntekt og kort utdanning sliter mer med søvnevansker.

8.4.1. Voksnes psykiske helse

Av voksne som sliter psykisk i Norge, viser figur 68 (s. 113) at flesteparten har depresjon eller angst. I befolkningen er det flere kvinner som rapporterer om symptomer på psykiske lidelser enn menn, mens det er mer vanlig med ruslidelser og atferdsproblemer blant menn. Det er også slik at forekomsten av selvmord er to til tre ganger høyere blant menn enn blant kvinner, mens antallet selvmordsforsøk er større blant kvinner.

¹⁴⁷ Folkehelse rapport, Astma og allergi i Norge, Folkehelseinstituttet, oppdatert 9.4.2015

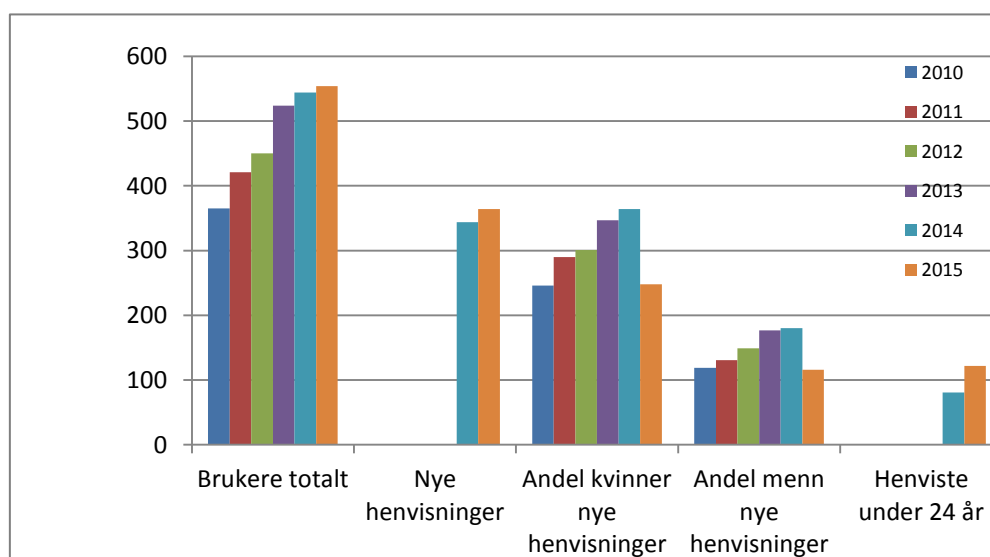
¹⁴⁸ Fakta om allergi på nettsiden til NAAF www.naaf.no



Figur 68: Andel voksne som var i behandling i spesialisthelsetjenesten fordelt på diagnoser, 2008-2012. Kilde: Helsedirektoratet

Beregninger fra helsetjenesten viser at det er mellom 4 -6000 personer som årlig behandles for selvmordsforsøk. Psykiske lidelser og atferdsproblemer er en av hovedårsakene til store helsekostnader, sykefravær og død. Forekomsten av psykiske lidelser har likevel vært relativt stabil de siste tiårene.

Rapporter fra psykisk helsetjeneste i Melhus kommune viser at antallet brukere av psykisk helsetjeneste vært økende i perioden 2010-2015. Det var 365 brukere i 2010, mens det var 554 i 2015. Det var omtrent dobbelt så mange henvisninger blant kvinner som blant menn i hele perioden. Se figur 69.



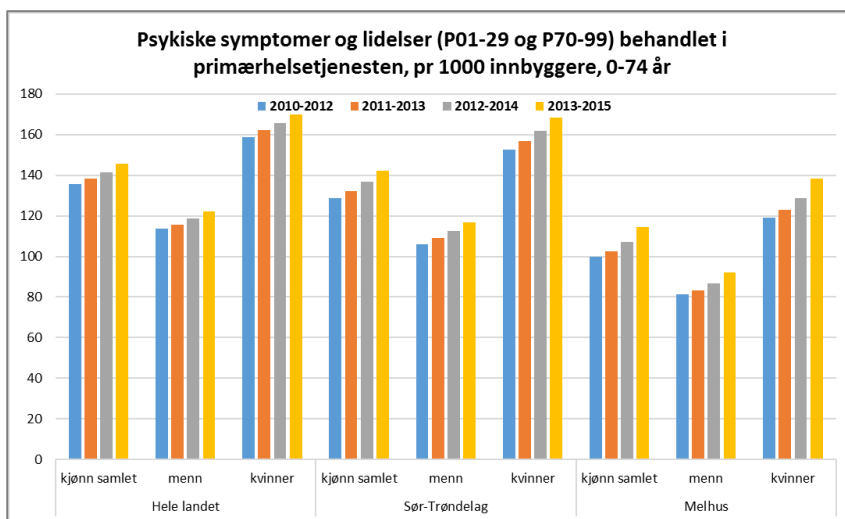
Figuren viser det totale antallet brukere, inkludert de som har hatt et tilbud fra tjenesten i flere år. Det tas forbehold om at figuren også omfatter andel henviste under 24 år.¹⁴⁹

Figur 69: Antall brukere og henvisninger, psykisk helsetjeneste, Melhus kommune, 2010-2015. Kilde: Tertial-rapporter, psykisk helsetjeneste, Melhus kommune.

Psykisk helsetjeneste i kommunen har grunn til å tro at økningen kan skyldes at terskelen for å søke hjelp er lavere enn tidligere. Det finnes ikke dokumentasjon på at det er flere psykisk syke enn tidligere. Det finnes heller ingen fullstendig oversikt over antallet voksne fra Melhus som er henvist til spesialisthelsetjenesten (Tiller Distrikts-psykiatriske senter) på grunn av psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Oversikten viser ikke hvor mange som årlig får avsluttet sin behandling.

¹⁴⁹ Kilde: Tertialrapporter, psykisk helsetjeneste, Melhus kommune. For mer detaljert informasjon om antall brukere og henvisninger, se vedlegg 20, kap. 11.

Dersom man ser på andel av 1000 innbyggere som har psykiske symptomer og lidelser i aldersgruppen 0-74 år, så viser figur 70 at Melhus kommune ligger lavere enn andelen på lands- og fylkesnivå for begge kjønn samlet, og for andelen menn og kvinner atskilt. Det er likevel grunn til å merke seg at antallet personer som får behandling for psykiske lidelser er stigende også i Melhus kommune.



Figur 70: Psykiske symptomer og lidelser behandlet i primærhelsetjenesten, pr. 1000 innbyggere, 0-74 år i perioden 2010-2015.
Kilde: Folkehelseinstituttet.

I tabell 23 er det mulig å se hvordan andelen pr. 1000 innbyggere som er behandlet for psykiske symptomer og lidelser, fordeler seg på ulike aldersgrupper. Oversikten viser at det er flest i aldersgruppen 15-29 år som er behandlet i primærhelsetjenesten for psykiske symptomer og lidelser. Deretter følger aldersgruppen 45-74 år. Antallet ligger under nivået på fylkes- og landsnivå.

	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	
hele landet	0-74 år	135,8	138,5	141,6	145,5
	0-44 år	119,9	122,2	124,9	128,2
	15-29 år	133,3	137,2	141,6	146,3
	45-74 år	163,2	166,2	169,7	174,4
Sør-Trøndelag	0-74 år	128,9	132,3	136,7	142
	0-44 år	114,7	118	122	127,4
	15-29 år	128,7	133,7	139,7	147,6
	45-74 år	153,1	156,6	161,2	166,1
Melhus	0-74 år	99,8	102,6	107,2	114,6
	0-44 år	99,7	102,6	105,3	112,6
	15-29 år	114,3	117,1	121,4	134,4
	45-74 år	99,2	101,9	109,8	117,5

Tabell 23: Psykiske symptomer og lidelser behandlet i primærhelsetjenesten pr. 1000 innbyggere.
Kilde: Folkehelseinstituttet

I Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 går det fram at det var 111 personer i aldersgruppen 0-74 år av 1000 innbyggere som var legemiddelbrukere grunnet psykiske lidelser og søvnproblemer. Her var det til sammenligning 117 på regionalt nivå og 130 på nasjonalt nivå.

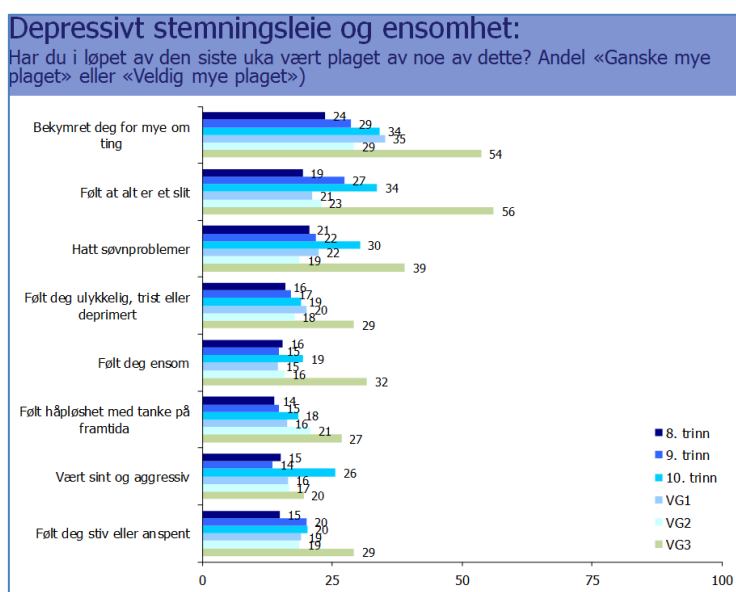
Sentio-undersøkelsen Livsstil og helse fra 2014 viser at det var 1 av 20 (5 %) av innbyggerne i Melhus kommune som ofte er nervøs og urolig, ensom og irritabel. Av de som var irritabel var andelen lavest blant personer i trettiårene og høyest blant personer i sekstiårene. Menn over 50 år er oftere nervøs, urolig og irritabel. Undersøkelsen viste videre at det var 4 % som ofte var nedfor/deprimert, og 3 % som var plaget av angst. Andelen som er nedfor, deprimert, ensom og plaget av angst er høyere blant de med lav inntekt. Det er videre slik at personer med lang utdanning er sjeldnere plaget av angst og er sjeldnere ensom sammenlignet med personer med lavere utdanning. Det er også slik at en større andel blant de med lang utdanning er oftere trygg og rolig.

8.4.2. Barn og unges psykiske helse

I Folkehelsemeldingen (2012-2014) går det fram at 15-20 % av barn mellom 3-18 år har nedsatt funksjonsevne grunnet psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Om lag halvparten av disse har en psykiatrisk diagnose som krever behandling. Det er omtrent like mange jenter og gutter som får angst og depresjon før puberteten. Det er noe flere gutter som får diagnosen ADHD. Det viser seg at barn som har betydelige psykiske lidelser i småbarnsalderen vil kunne plages med det i mange år. Det gjelder særlig de som lever under vanskelige forhold med vold, omsorgssvikt, overgrep og rusmisbruk. Etter puberteten øker omfanget av psykiske problemer for begge kjønn. Jentene får oftest plager med angst og depresjon, inkludert sosial angst og spiseproblemer. Blant guttene er atferdsproblemer mer utbredt.¹⁵⁰

Som figur 69 viste, utgjorde unge under 24 år en andel av det totale antallet brukere av psykisk helsetjeneste i de to årene hvor dette er kartlagt. I 2014 var det 81 henviste under 24 år, og i 2015 var det 122. Dette utgjør henholdsvis 15 og 22 % av det totale antallet brukere. Oversikten fra psykisk helsetjeneste viser ikke andel barn som er brukere av tjenesten.

I Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 går det fram at 121 pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-29 år hadde psykiske symptomer eller hadde psykiske lidelser. Oversikten er basert på tall fra primærhelsetjenesten (brukere av fastlege og legevakt). Til sammenligning var det 273 på regionalt nivå, og 262 på nasjonalt nivå. I Folkehelseprofilen for 2017 var dette tallet økt til 134 pr. 1000 innbyggere i Melhus kommune, mens det på regionalt og nasjonalt nivå har gått ned til henholdsvis 148 og 146 pr. 1000 innbyggere.



Blant ungdom i Melhus kommune viser Ungdata-undersøkelsen for 2014 at mellom 10 og 15 % av elevene fra 8.- til og med 3. VG, har brukt psykolog eller psykiater i løpet av de siste 12 månedene. Det var 9 % av ungdomsskoleelevene som oppga at de var mye plaget av depressive symptomer. På fylkesnivå og landsnivå var det til sammenligning 11 og 12 % som svarte det samme.

Figur 71: Andel elever i prosent på ungdomsskole og videregående skole som har opplevd depressivt stemningsleie og ensomhet. Kilde: Ungdata-undersøkelsen.

Undersøkelsen går også nærmere inn på hvilken type problemer ungdom sliter med. Det var som vi har sett tidligere 598 ungdomsskoleelever som svarte på undersøkelsen, og 342 på videregående. Figur 71 viser at elever på VG 3 sliter mest med samtlige problemkategorier bortsett fra den som gjelder «vært sint og aggressiv», som det viste seg å være 10. trinn på ungdomsskolen som slet mest med. Figuren viser generelt at det er relativt mange som opplever at de bekymrer seg for mye, at alt er et slit, og at de har hatt søvnproblemer ganske mye eller veldig mye. Tabell 23 foran viste at det var flest i aldersgruppen 15-29 år som hadde fått behandling for psykiske symptomer og lidelser. Vi har også sett at felles inntaksteam for kommunale boliger erfarer at det er økende antall søkere om kommunal bolig i aldersgruppen 18-25 år (jf. pkt. 4.3.2).

¹⁵⁰ Folkehelsemeldingen (2012-2014), s. 29

Psykiske problemer blant ungdom har fått mye oppmerksomhet nasjonalt. Selv om folkehelseprofilen og Ungdata-undersøkelsen viser at det er noe færre som sliter psykisk enn fylkes- og landsgjennomsnitt, så er det likevel grunn til å ta det på alvor.

8.4.3. Eldres psykiske helse

Vi har sett at levealderen øker og at det blir flere eldre i befolkningen. Det betyr at flere lever med ulike sykdommer gjennom flere år, og mange sliter også med psykiske lidelser. Kunnskapen om psykiske lidelser hos eldre over 65 år er imidlertid mangelfull. I følge folkehelsemeldingen (2012-2013) viser undersøkelser at mellom 4-8 % av eldre over 65 år kan ha alvorlig depresjon, og at om lag 25-35 % kan ha depressive plager. Helse- og levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå tyder likevel på at psykiske helseproblemer er mindre utbredt blant eldre enn blant yngre. I 2008 var det 6 prosent av de over 67 år som rapporterte om psykiske plager, mens 9 prosent av de i alderen 50-66 år rapporterte om slike plager. Det er videre slik at angst- og depresjonslidelser er forholdsvis jevnt fordelt gjennom livet i voksen alder. Forekomsten går litt ned etter pensjonsalderen, og det er en liten økning mot slutten av livet. Kjente risikofaktorer som innvirker på Eldres psykiske helse er tap av nære personer, svakt sosial nettverk og ensomhetsfølelse. Det er imidlertid manglende dokumentasjon på ensomhet blant eldre.¹⁵¹

Med utgangspunkt i tabell 23 s. 114, var det i Melhus 99,2 av 1000 innbyggere i aldersgruppen 45-75 år som hadde fått behandling i primærhelsetjenesten for psykiske symptomer og lidelser i perioden 2010-2012. I perioden 2013-2015 var det økt til 117,5.

Folkehelseinstituttet har oversikt over legemiddelbrukere pr. 1000 innbyggere.¹⁵² Den viser at det er langt flere i aldersgruppen 45-74 år i Melhus kommune som er brukere av sovemidler, angst- og depresjonsdempende midler, enn de som er i gruppen 0-44. Det er likevel færre enn på fylkes- og landsnivå. Tallene viser også at det er lagt flere kvinner enn menn som er legemiddelbrukere, men også her ligger tallene under fylkes- og landsnivå. Det må her tas forbehold om at dette gir et bilde på de som har vært hos lege med sine problemer. Det gir ikke nødvendigvis et fullstendig bilde på befolkningens psykiske helse. Mange som sliter med psykiske problemer døyver kanskje dette med alkohol og andre rusmidler. Tallene sier heller ikke noe om eldre over 80 år.

8.4.4. Selvmord

Det blir registrert i gjennomsnitt 530 selvmord pr. år i Norge. Det er om lag 150 kvinner og i underkant av 400 menn som velger å ta sitt eget liv. Det antas å være 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Av det totale antallet skjer om lag 60 % i aldersgruppen under 50 år, og da hovedsakelig over 15 år. Det er et ukjent antall ulykker som også kan være selvmord. Analyser fra Statens vegvesen viser at antall registrerte selvmord i trafikken er doblet fra 4 pr. år til 8 pr. år siden 2005.

Bakenforliggende årsaker til selvmord kan være alvorlig psykiske lidelser, personlig sårbarhet knyttet til lav selvfølelse og frykt for tap av anseelse. Det kan også ha sammenheng med kroppslig sykdom, som kroniske lidelser. Negative livshendelser kan også spille inn, som psykisk, fysisk og seksuelt misbruk i oppveksten, tap av ektefelle, samlivsbrudd, samt tap av arbeid og sosial posisjon.

I Norge, Sverige og Danmark har selvmordsraten jevnet seg ut i forhold til tidligere, og er nå på 11 pr. 100 000 innbyggere i alle tre land. Finland har fortsatt en høyere rate, med nesten 20 pr. 100 000. Selvmordsraten i Norge og de tre nordiske landene er på omtrent samme nivå som resten av Europa,

¹⁵¹ Folkehelse rapporten, oppdatert 9.4.2015, Folkehelseinstituttet

¹⁵² Tallene fra Folkehelseinstituttet er basert på utskrevne resepter på legemidler. Tabellen kan ses i vedlegg 21, kap. 11.

Nord-Amerika og Australia. I Øst-Europa, Russland, Kina, Japan og i andre land i Asia (med pålitelig statistikk) ligger selvmordsraten på 20-30 per 100 000.¹⁵³

Pr. dato finnes ingen oversikt over antall selvmord på kommunalt nivå. Vi har derimot sett at det finnes en oversikt over voldsomme dødsfall, jf. pkt. 6.2.1, s. 72.

8.5. Befolkningens trivsels- og mestringsnivå

Mål på befolkningens trivsels – og mestringsnivå gir et bilde på hvordan ulike forhold påvirker befolkningens helsetilstand, inkludert faktorer som fremmer god helse, slik det er kommet til uttrykk i kap. 4-7. Med utgangspunkt i Hjorths helsedefinisjon vil befolkningens trivsels- og mestringsnivå også være et uttrykk for hvordan vi mestrer å leve med sykdom og andre belastninger i livet, inkludert de faktorene som er belyst i dette oversiktsdokumentet.

Livskvalitet og trivsel er viktig for helsen generelt ved at det styrker motstandskraften i møte med belastninger i livet. Faktorer som gir god livskvalitet viser seg særlig å beskytte mot psykiske vansker som depresjon og angst. Det kan bidra til gode familierelasjoner, tryggere oppvekstvilkår og at man fungerer bedre på jobb. Livskvalitet og trivsel inkluderer både fysiske og psykiske livsbetingelser, og måles med utgangspunkt i objektive og subjektive forhold. Positive subjektive mål på psykisk helse kan være hvordan vi opplever lykke og tilfredshet med livet, mens negative subjektive mål kan omhandle angst og depresjon. Når det gjelder fysiske livsbetingelser, så antas det at økonomiske, politiske og sosiale stressfaktorer medfører reduksjon i livskvalitet og trivsel.¹⁵⁴

Mestring handler om evnen til å takle stress og negative opplevelser, og kan ha med personlighetstrekk og arvelige faktorer å gjøre. Men mestring er også miljøavhengig, og det kan bedres gjennom læring. Folkehelseinstituttet har gjort banebrytende undersøkelser på hvordan arv og miljø påvirker livstilfredshet, livskvalitet og psykisk helse. Undersøkelsene viser at miljøfaktorer påvirker oss mer enn gener i måten vi møter utfordringer på, og i hvilken grad vi opplever glede og velvære. Det er også slik at det påvirker oss forskjellig. Det viser seg at lykke er arvelig, og at gener styrer 80 % av stabiliteten i lykke over tid. Men det er likevel slik at miljøfaktorer kan ha like stor betydning som gener i hvordan vi mestrer livet her og nå, og kan bidra til at vi opplever tilfredshet og lykke til tross for at vi er genetisk disponert for det motsatte. Undersøkelser viser også at gener og miljø påvirker menn og kvinner forskjellig. Men til tross for at det er dokumentert at kvinner har og rapporterer om flere symptomer på angst og depresjon, oppgir de at de er like tilfredse med livet som menn. Det viser seg også at den genetiske betydningen for opplevelse av lykke får mindre betydning dersom man lever i et parforhold.¹⁵⁵

8.5.1. Status på overordnet nivå

Siden 1970-tallet har forskere gjennomført undersøkelser ved hjelp av intervju og spørreundersøkelser for å måle folks livskvalitet og trivsel, og de viser at livskvalitetsnivået i Norge har vært relativt stabilt siden 2005. Slike undersøkelser blir også vektlagt av Verdens Helseorganisasjon (WHO) og organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) fordi det er viktige indikatorer på samfunnsmessig utvikling og framgang på linje med økonomiske indikatorer. I tillegg til god politisk styring, antas det at sosial støtte og sosiale nettverk virker beskyttende på befolkningens livskvalitet i perioder preget av økonomiske og politiske utfordringer.

Det viser seg at nordiske land har høyest livskvalitet og lykke i verden, både blant voksne og ungdom. Når det gjelder mestring, så ligger Norge på det europeiske gjennomsnittet. Levekårsundersøkelser i

¹⁵³ Folkehelse rapport, Selvmord og selvmordsforskning, Folkehelseinstituttet, oppdatert 9.4.2015

¹⁵⁴ Folkehelse rapport, Livskvalitet og mestring i Norge, Folkehelseinstituttet, 2014, og artikkel om Livskvalitet og trivsel i Norge, Folkehelseinstituttet, 22.06.16

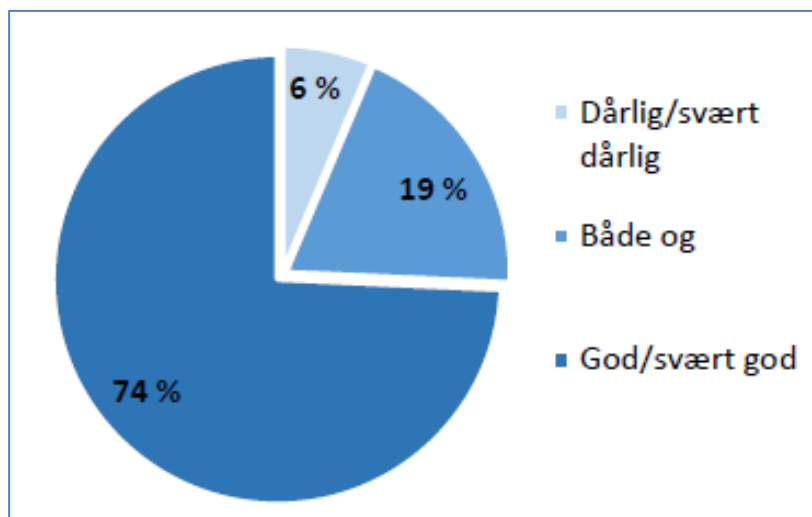
¹⁵⁵ Som over

Norge viser at mestringsnivået har vært relativt stabilt i perioden 2002-2012, og at om lag 9 av 10 personer rapporterer at de har høyt mestringsnivå. Lignende undersøkelse fra 2008 viste at 26 % av befolkningen opplevde at de hadde liten grad av kontroll og mestring i hverdagen. Andelen som svarte dette var særlig høy blant eldre.

I levekårsundersøkelsen om helseforhold fra SSB 2015, var det 79 % av befolkningen som svarte at de hadde svært god eller god helse, mens det var 81 % som svarte dette i Sør-Trøndelag. Det var 7 % på landsbasis som svarte at de hadde dårlig eller svært dårlig helse, mens det var 6 % som svarte dette i Sør-Trøndelag.

8.5.2. Trivsel og mestring i Melhus kommune

I Sentio-undersøkelsen Livsstil og helse fra 2014 ble befolkningen bedt om å svare på hvordan de opplever egen helse. Med utgangspunkt i 1016 spurte personer, var det 74 % som svarte at de opplevde egen helse som god/svært god, og 19 % som svarte at den var både/og (se figur 72). Det var 6 % av de spurte som svarte at egen helse var dårlig/svært dårlig.



Figur 72: **Hvordan er helsa di nå?** Melhus kommune 2014. Prosent (n=1016). Kilde: Sentio-undersøkelsen Livsstil og helse, Melhus kommune, 2014.

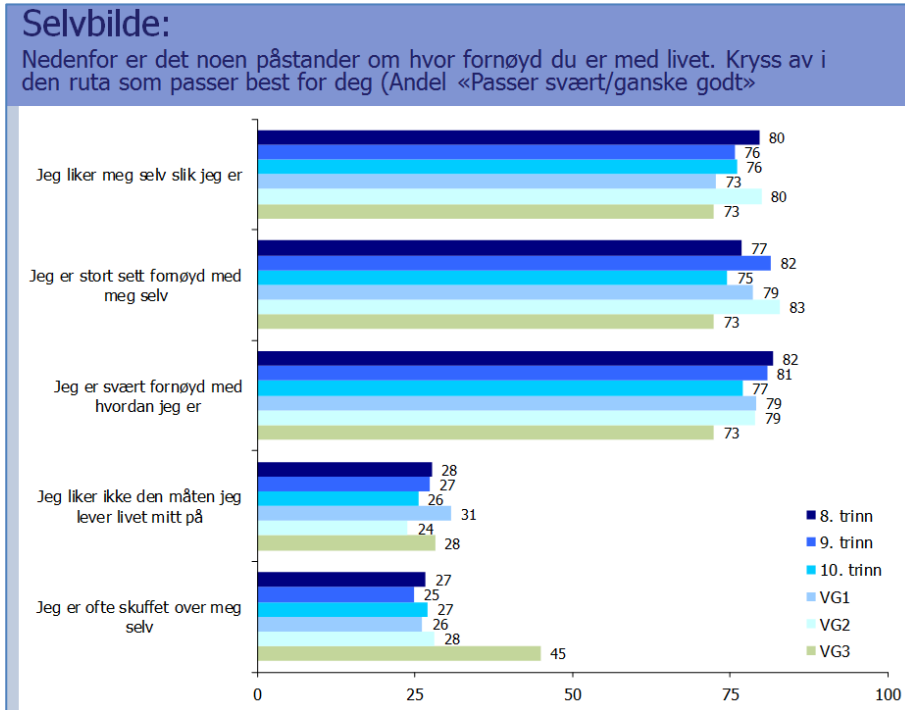
Det var menn under 50 år som hadde best selvrapportert helse. Andelen som opplevde god helse økte også med utdanningsnivå, inntekt og antall personer i husholdningen. Det var videre slik at de som hadde normal kroppsvekt hadde bedre selvrapportert helse enn de som var undervektige og overvektige.

Sentio-undersøkelsen omfattet i hvilken grad befolkningen trivdes i Melhus kommune. Det var 83 % av de spurte som svarte at de trivdes godt, og 73 % som svarte at man kan stole på sine medborgere. Det var imidlertid slik at personer i 40-årene hadde mindre tillitt til sine medborgere enn den eldre delen av befolkningen. Det var 64 % som svarte at de følte tilhørighet og fellesskap med de som bor her. Men også her var det slik at personer i 40-årene følte mindre fellesskap enn de eldre.

Når det gjaldt tilfredshet med tilværelsen, var det 56 % av de spurte i Sentio-undersøkelsen som svarte at de var svært fornøyd, mens 24 % svarte at de var noe fornøyd. Det var 13 % som svarte både/og, 4 % som var svarte noe misfornøyd, og 5 % som svarte svært misfornøyd. Undersøkelsen viste videre at personer med universitets- eller høyskoleutdanning i fire år eller mer var mer tilfreds med tilværelsen enn de som hadde lavere utdanning. Personer i BMI-kategorien fedme var også mindre tilfreds med tilværelsen enn de som tilhørte de andre BMI-kategoriene. Når det gjelder trivsel og sosiale nettverk, svarte 83 % av de spurte i Sentio-undersøkelsen at de trivdes god i Melhus. Det er i seg selv et uttrykk for faktorer som kan bidra til at mange opplever god livskvalitet, og som beskytter mot andre sykdommer, særlig psykisk sykdom.

8.5.3. Trivsel og mestring blant ungdom

Folkehelseprofilen for 2017 viser at 74 % av ungdomsskoleelevene i Melhus kommune er svært fornøyd eller litt fornøyd med helsa. På fylkesnivå og landsnivå svarer henholdsvis 73 % og 72 % det samme. Ungdata-undersøkelsen for Melhus kommune 2014 omhandler også helse og trivsel, og noe av resultatene er belyst under pkt. 8.4.2, om barn og unges psykiske helse. Ungdommene ble også spurt om hvor fornøyd de er med livet.

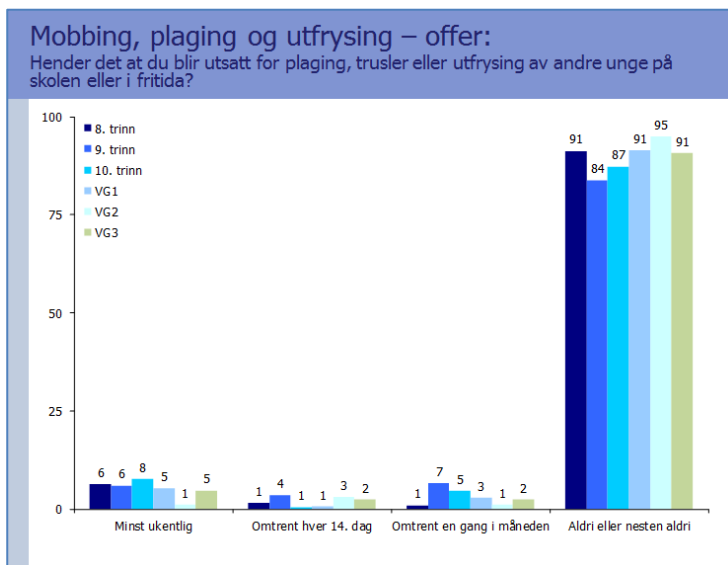


Figur 73: Andel elever i prosent på ungdomsskole og VG skole som rapporterer på eget selvbilde. Kilde: Ungdata-undersøkelsen

I figur 73 ser vi av svarene på de tre første spørsmålene at det store flertall av ungdommene liker seg selv slik de er, og er fornøyd med seg selv. Det er elevene på 3. videregående som skårer lavest på spørsmålene om de er fornøyd med seg selv. Bakgrunnsinformasjon fra Ungdata-undersøkelsen viste at guttene var mer positive til seg selv enn jentene. Det var en forskjell på ca. 20 % mellom kjønnene på de tre første spørsmålene.

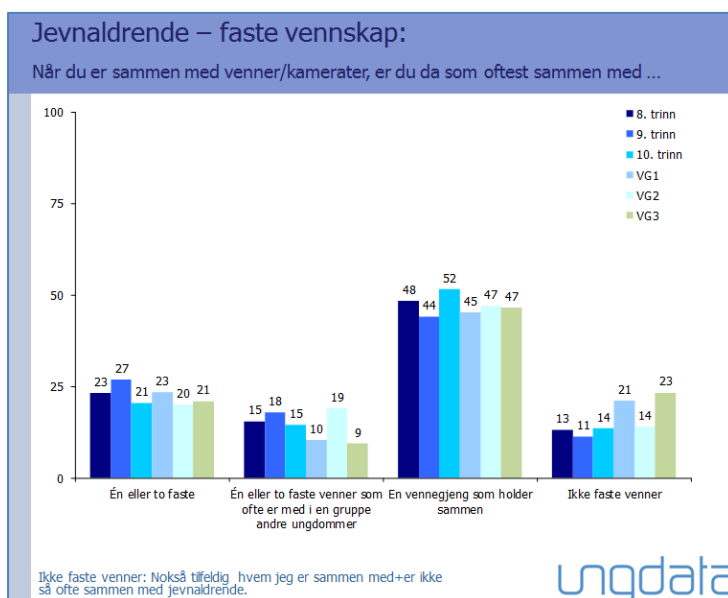
På de siste to spørsmålene er det 24- og 31 % av alle elevene som svarer at de ikke liker den måten de lever livet sitt på. Mellom 25 og 45 % svarer at de ofte er skuffet over seg selv. Også her er det elevene på 3. videregående som er mest skuffet over seg selv. I likhet med de tre første spørsmålene svarte gutter og jenter forskjellig. Jentene ligger betydelig over guttene. Kjønnforskjellene i svarene gjaldt både for både for ungdomsskolen og videregående. I undersøkelsen svarte også elevene på om de er fornøyd med egen helse. Her var det 73 % av ungdomsskole-elevne som svarte at de er fornøyd med egen helse, mens det på landsnivå var 72 %. På spørsmål om de var fornøyd med eget utseende, var det 57 % av ungdomsskoleelevene som svarte at de var fornøyd med eget utseende, mens det på landsnivå var 53 %. Det var 17 % av elevene som svarte at de var plaget av ensomhet, mens det på landsbasis var 18 % som svarte dette. Av elevene på VG skole var det 68 % som svarte at de var fornøyd med helsa, og 54 % som svarte at de var fornøyd med utseendet. På landbasis svarte henholdsvis 65 % og 50 % dette. Det var 17 % av elevene på VG i Melhus som svarte at de var plaget av ensomhet, mens 18 % på landsnivå svarte dette.

Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viser at 16 % av ungdom oppgir at de føler seg ensomme. Dette ligger under gjennomsnittet for Sør-Trøndelag og landet for øvrig, der 18 % oppgir det samme. Det er ikke med lignende tall i profilen for 2017. Profilen gir derimot informasjon om hvorvidt ungdom har fortrolige venner og om de føler seg mobbet og opplever utfrysing. Undersøkelsen gir også en pekepinn på om ungdom trives på skolen, som jo kanskje er den viktigste sosiale arenaen for barn og unge.



Figur 74 viser at det store flertallet av ungdom ikke opplever å bli mobbet, men det er uansett en utfordring at det er ungdom som opplever dette på skolen og i fritida. Der det i figuren oppgis minst ukentlig, betyr det både flere ganger i uka og en gang i uka.

Figur 74: Oversikt over ungdom som opplever å bli mobbet. Kilde: Ungdata-undersøkelsen, Melhus kommune 2014.



Folkehelseprofilen for Melhus kommune 2016 viser at 82 % av spurte 10. klassinger trives på skolen. Dette lå noe under snittet for Sør-Trøndelag på 84 % og landsgjennomsnittet på 85 %. I profilen for 2017 går det fram at dette har økt til 83 % i Melhus kommune, mens det på fylkesnivå var økt til 85 %, og at det fortsatt lå på 95 % på landsnivå.

Figur 75: Informasjon om ungdoms vennskap med jevnaldrende. Kilde: Ungdata-undersøkelsen.

Når det gjelder vennskap, så viser figur 75 at de fleste ungdommene har faste venner, og det er mange som oppgir at de har vennskap i et fellesskap med andre. Folkehelseprofilen for Melhus 2017 viser at 91 % av ungdomsskole-elevene har en fortrolig venn, mens det er 89,6 % på fylkesnivå og 90, 1 % på landsnivå.

8.6. Oppsummering

8.6.1. Hovedpunkt

- Det er generelt sett god helse i den norske befolkningen, med økende levealder og reduksjon av dødelige sykdommer. Det er likevel en utfordring å hindre en negativ utvikling som følge av livsstils-orienterte sykdommer knyttet til usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet. Forskning viser at livsstils orienterte sykdommer rammer flere med lav utdanning og lav inntekt, og det er derfor et mål å utjevne slike sosiale helseforskjeller. I følge Folkehelseinstituttet er angst og depresjon også blitt en folkesykdom.
- Sykdomsbyrden i dag er størst i sykdomsgruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel-skjelettsykdommer.

- Antall personer med kreft pr. 100 000 innbyggere har økt jevnt siden 2000, og det antas at om lag 40 % av befolkningen vil få kreft en eller annen gang i løpet av livet.
- Hjerter og karsykdommer var den dominerende dødsårsaken gjennom andre halvdel av 1990-tallet, og har sammenheng med tobakksrøyking, høyt alkoholinntak, høyt blodtrykk, høyt nivå av skadelige fettstoffer i blodet og usunt kosthold. Selv om det har vært en nedgang de siste 40 årene, er hjerter og karsykdommer fortsatt den vanligste dødsårsaken i Norge, og det gjelder særlig i aldergruppen fra 70 år og oppover.
- Andelen av befolkningen som får diabetes type 2 øker. Om lag 200 000 personer anslås å ha diagnosen diabetes, og er betraktet som en av de store folkesykdommene. Diabetes kan gi alvorlige komplikasjoner som kronisk nyresykdom, skade på netthinnen, fotsår, kroniske smerter og hjerter-karsykdom. Fedme og manglende fysisk aktivitet de viktigste risikofaktorene.
- KOLS er en hyppig dødsårsak, og var tredje hyppigste dødsårsak i 2012 etter hjerter- og karsykdom og kreft. KOLS-pasienter har også økende risiko for å få andre sykdommer som hjerter-karsykdom, lungekreft, depresjon og beinskjørhet. Om lag 1 % av de som har KOLS har fått det som følge av en arvelig betinget enzymmangel (Alfa1-antitrypsin). Men i to av tre tilfeller skyldes KOLS røyking.
- Det anslås at om lag 30 % av befolkningen i Norge har kroniske smerter, og i de fleste tilfeller skyldes det muskel og skjelettsmerter. Folkehelseprofilen for Melhus 2016 og 2017 viser at Melhus her ligger dårligere enn fylkes- og landsgjennomsnitt.
- Det var i gjennomsnitt mellom 26 og 30 personer som årlig ble rammet av hoftebrudd i perioden 2008-2014 i Melhus kommune. Dersom vi ser på antall personer pr. 1000 innbyggere, lå Melhus kommune tilnærmet likt fylkes- og landsnivå.
- I Folkehelsemeldingen går det fram at om lag en fjerdedel av den norske befolkningen har en psykisk lidelse. Mellom en tredjedel og halvparten vil ha en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet. Andelen av befolkningen med psykiske lidelser i alderen 0-74 år ligger likevel lavere i Melhus enn i fylket og landet.
- Blant ungdom i Melhus kommune viser Ungdata-undersøkelsen for 2014 at mellom 10 og 15 % av elevene fra 8.- til og med 3. VG, har brukt psykolog eller psykiater i løpet av de siste 12 månedene. Det var 9 % av ungdomsskoleelevene som oppga at de var mye plaget av depressive symptomer. Dette ligger likevel under fylkes- og landsnivå.
- Helseundersøkelser gjennomført i Norge i perioden 2000-2008 viste at om lag halvparten av norske kvinner og menn i alderen 40-45 år hadde overvekt eller fedme. Det øker også risikoen for å få hjerteinfarkt, hjerneslag, kreft, type 2-diabetes, samt muskel- og leddplager. Sentio-undersøkelsen fra 2014 viser at det var 42 % av den voksne befolkningen i Melhus kommune som var overvektige, og det var 17 % med fedme.
- Måling og veiing av 3. klassinger og 8. klassinger fra 2012-2015 viser at andel 3. klassinger med overvekt/fedme har gått noe ned fra 2012/2013-2014/2015. Året etter fortsatte nedgangen i andel elever med overvekt, mens den steg noe i forhold til fedme. I 8. trinn har det vært en kraftig økning i andel elever med overvekt. Det var 27,3 % av elevene i 8. trinn som hadde overvekt/fedme i skoleåret 2015/2016.
- Folkehelseprofilen for Melhus kommune viser at ungdom i alderen 17 år lå over fylkes- og landsgjennomsnitt i 2016 og 2017 når det gjaldt overvekt, inkludert fedme.
- I levekårsundersøkelsen om helseforhold fra SSB 2015, var det 79 % av befolkningen som svarte at de hadde svært god eller god helse, mens det var 81 % som svarte dette i Sør-Trøndelag. I Sentio-undersøkelsen var det 74 % som svarte at de opplevde egen helse som god/svært god, og 19 % som svarte at den var både/og. Det var 6 % av de spurte som svarte at egen helse var dårlig/svært dårlig. Ungdata-undersøkelsen viser at det også var 73 % av ungdommene som svarte at de var fornøyd med egen helse, mens det på landsnivå var 72 %.

8.6.2. utfordringer

Livsstils-orienterte sykdommer knyttet til usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet er en økende folkehelseutfordring.

Livsstils orienterte sykdommer rammer flere med lav utdanning og lav inntekt

Folkehelseprofilen for Melhus 2016 og 2017 viser at Melhus her ligger dårligere an enn fylkes- og landsgjennomsnitt når det gjelder muskel- og skjelettlidelser.

Sentio-undersøkelsen fra 2014 viser at det var 42 % av den voksne befolkningen i Melhus kommune som var overvektige, og det var 17 % med fedme. I perioden 2012-2016 var det også en økende andel av elevene i 8. trinn med overvekt og fedme.

Det er økende et problemer i befolkningen knyttet til allergi og overfølsomhetsreaksjoner, men det er behov for bedre dokumentasjon når det gjelder forekomst på kommunalt nivå.

9. Status, folkehelsearbeidet i Melhus kommune

9.1. Innledning

Etter virksomhetstilsyn fra Fylkesmannen høsten 2014, fikk kommunen tilbakemeldinger som omhandlet manglende oversiktsdokument og at ansvaret for folkehelse ikke var plassert på overordnet og sektovergripende nivå i organisasjonen. Oversiktsdokumentet er nå utarbeidet, med forbehold om at faktorer som ikke er belyst tas med i videre arbeid. Det er tatt forbehold om at slikt dokument ikke ligger til grunn for kommunens planstrategi for 2016-2019.

Dette dokumentet omhandler ikke hvordan det videre folkehelsearbeidet i kommunen skal organiseres. Det vil utarbeides en egen plan for organisering av det videre folkehelsearbeidet, med oppstart og ferdigstilling i løpet av høsten 2017. Det er bakgrunnen for at det her tas med en kort statusoversikt over dagens organisering, med forbehold om at det ikke omfatter alt som skjer av folkehelsearbeid i kommunens ulike virksomheter.

Som det går fram innledningsvis skal kommunen ha løpende oversikt over folkehelsestanden, og revidert oversiktsdokument skal foreligge hvert fjerde år. Dette fordrer et tverrfaglig og tverrsektorielt overblikk kombinert med en systematisk oversikt som representerer noe nytt i forhold til tidligere praksis. Prinsippet om «helse i alt vi gjør» legger nye føringer for arbeidet ved at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Spørsmålet er så om dagens organisering og kompetansenivå gjør det mulig å møte disse nye utfordringene.

9.2. Kompetanse

Prinsippet om «helse i alt vi gjør» fordrer en kompetanseheving i hele organisasjonen, men også i befolkningen generelt.

9.2.1. Generell kompetanse om folkehelse og folkehelsearbeid

For å kunne arbeide systematisk, kunnskapsbasert og koordinert med folkehelse spørsmål er det nødvendig at alle aktører har en felles plattform bygd på et minimum av kunnskap om folkehelse generelt og folkehelsearbeid spesielt. Dette gjelder så vel for politisk som administrativ ledelse på alle nivåer. Men det gjelder også de øvrige ansatte i kommunen som skal legge folkehelse til grunn for sitt arbeid. Også aktive i lag og foreninger, i idrett og kultur, har roller i folkehelsearbeidet og vil som viktige samarbeidspartnere for kommunen ha behov for kunnskap som grunnlag for felles forståelse og innsats. Og sist, men ikke minst har befolkningen som sådan behov for kunnskap om hvordan de selv gjennom gode valg kan være med og fremme egen og andres helse.

Kommunens ansvar for opplysning av befolkningen fremgår da også tydelig av folkehelselovens § 7 som bl.a. sier følgende: «Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom».

9.2.2. Samfunnsmedisinsk kompetanse

Lov om folkehelsearbeid setter krav til at kommunen må ha tilgang på nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse:

§ 27 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:

a) samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,

b) hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og

c) andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.¹⁵⁶

Begrepet «samfunnsmedisin» blir brukt både i snever (legetilknyttet) og i videre (tverrfaglig) betydning. Spesialiteten «samfunnsmedisin» er for leger, men andre faggrupper arbeider også med samfunnsmedisinske oppgaver, som f.eks. teknisk-hygienisk personell (miljørettet helsevern), helsesøstre, samfunnsvitere, jurister m.v. Fellesnevneren er en bred tilnærming til helse og sykdom, og til sammenhengen mellom medisin og samfunn. Mens helsetjenesten for øvrig er mest opptatt av enkeltpersoner her og nå, handler samfunnsmedisin om befolkningsgrupper, gjerne i et langt tidsperspektiv.¹⁵⁷

Melhus har i dag kommuneoverlege ansatt i totalt 100 % stilling, men 20 % av stillingen er avsatt til klinisk allmennt medisinsk arbeid som helsestasjonslege. I tillegg går en ikke ubetydelig andel av stillingen med til administrative oppgaver knyttet til ledelse av kommunens legetjenester, inklusive administrering av fastlegeordningen. Kommuneoverlegen er i dag organisert i utviklingsseksjonen, men med sine delegeringer gitt direkte fra rådmann.

Den øvrige spesifikke samfunnsmedisinske kompetansen i kommunen utgjøres i dag først og fremst av rådgiver innen miljørettet helsevern, i tråd med samarbeidsavtale med Trondheim kommune.

Helsesøstre innehar også betydelig samfunnsmedisinsk kompetanse i kraft av sin spesialistutdanning. Imidlertid synes direkte folkehelsearbeid, utenom det som inngår i helsestasjonsprogrammet, som f.eks. deltagelse i miljørettet helsevern og smittevernarbeid, å ha blitt mindre prioritert i tjenesten over tid. Unntak her er helsesøster med ansvar for tuberkulosekontroll og tjenestens medvirkning i smittevernberedskap.

9.2.3. Folkehelsekoordinator

Melhus kommune har så langt ikke hatt egen folkehelsekoordinator. En egen rådgiver i utviklingsseksjonen hatt ansvar for arbeidet med å få på plass denne oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Ansvaret har vært en del av en stilling som for øvrig omfatter klima, energi og næring. Arbeidet har skjedd i samarbeid med en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe. I en undersøkelse av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i 2011 oppga 74 % av kommunene at de hadde folkehelsekoordinator.¹⁵⁸

9.3. Folkehelse, ledelse

9.3.1. Politisk nivå

På politisk nivå er ansvaret for folkehelse plassert under komite for Helse og omsorg, og bidrar sånn sett til å opprettholde tidligere tenkning om at ansvaret for befolkningens helse hører hjemme i helsesektoren. Det er imidlertid kommunestyret som behandler oversiktsdokumentet etter at det har vært til behandling i alle komiteer, samt Eldreråd og Råd for personer med nedsatt

¹⁵⁶ Lovdata Folkehelseloven https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_2

¹⁵⁷ Det norske medicinske Selskab. Tidsskriftet *Michael* 2016;13
http://www.dnms.no/index.php?seks_id=237597&a=1&treeRoot=237591

¹⁵⁸ NIBR-rapport 2012:13
<https://evalueringsportalen.no/evaluering/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid-ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse/NIBR-rapport%20folkehelsearbeid.pdf/@@inline>

funksjonsevne. Kommunestyret har også vedtatt at alle politiske saker, der det er naturlig, skal vurderes med tanke på konsekvenser for folkehelse.

9.3.2. Administrativt nivå

9.3.2.1. Rådmannen

Rådmannen har det overordnede formelle ansvaret for befolkningens helse. Med dagens organisering er ansvaret for folkehelse plassert hos assisterende rådmann, med tilhørende komite for helse og omsorg.

9.3.2.2. Virksomhetene

Det pågår folkehelsearbeid i de fleste virksomheter i kommunen, men det foreligger ingen oversikt over dette arbeidet. Arbeidet med å koordinere det pågående arbeidet er heller ikke systematisert. Organiseringen av folkehelsearbeidet tar ikke utgangspunkt i skillet mellom det som er helse og omsorgsarbeid, og det som er helsefremmende og forebyggende helsearbeid.

9.4. Planarbeid

9.4.1. Kommuneplan

I kommuneplanens samfunnsdel Melhus 2015, vedtatt av kommunestyret 21.10.09, er det et eget punkt om folkehelse og forebygging. Nasjonale mål om flere leveår med god fysisk og psykisk helse legges her til grunn for folkehelsearbeidet. Det blir vektlagt at arbeidet må baseres på kunnskap om befolkningens helsetilstand. I planen legges det også til grunn at folkehelse er et felles ansvar mellom flere aktører. Dette står formulert på følgende måte:

Folkehelsearbeidet er ikke bare et kommunalt ansvar. Befolkningen sitter selv med de viktigste "nøkklene" for å påvirke egen helse. Satsningen på folkehelsearbeid må derfor skje i et samarbeid mellom kommunen, befolkningen, lag og foreninger, bedrifter og eksterne aktører (for eksempel fylkeskommunen). For Melhus kommune er det viktig å informere om mulighetene for fysisk aktivitet, friluftsliv og rekreasjonsmuligheter og stimulere samarbeidet med lag og foreninger. Folkehelseforum kan være en viktig aktør her.

9.4.2. Helse i plan

Kommuneplanen ble vedtatt før Folkehelseloven (2012), og omhandler derfor ikke de nye forutsetningene om at helse skal vektlegges i alt vi gjør. Ansvarlig kommuneplanlegger er plassert i utviklingsseksjonen, og har stått for arbeidet med den nye planstrategien, der folkehelseperspektivet nå er innarbeidet etter forutsetningene, med forbehold om at oversiktsdokumentet ikke ligger til grunn.

9.5. Koordinering av folkehelsearbeidet

Som nevnt har ikke kommunen i dag folkehelsekoordinator med ansvar for oversikt og koordinering av folkehelsearbeidet. Pr. i dag finnes ikke noe internt forum for koordinering av folkehelsearbeidet på tvers av fag og sektorer.

9.5.1. Folkehelseforum

Folkehelseforum ble opprettet av komite for Liv og lære i mars 2009, og det ble utarbeidet to handlingsplaner i perioden 2009-2015. Bakgrunnen for opprettelsen var at Melhus kommune hadde vært FYSAK- kommune siden 2004 og at en fra 2006 inngikk i Partnerskap for folkehelse i Sør-Trøndelag. En så behovet for et lokalt forum som kunne arbeide med folkehelse spørsmål og folkehelsearbeid i Melhus. Folkehelseforum skulle videreføre oppgavene som tidligere lå til FYSAK-arbeidsgruppa (fokus på fysisk aktivitet og kosthold). Folkehelseforum ble opprettet i samme periode

som arbeidet med Kommuneplanens samfunnsdel pågikk, og ettersom denne skulle ha folkehelse som en «rød tråd», ble temaene i samfunnsdelen også en struktur for handlingsplanen for Folkehelseforums arbeid.

Etter kommunevalget høsten 2015 ble det ikke oppnevnt nye medlemmer i Folkehelseforum. I tilknytning til det pågående arbeidet med utarbeiding av oversiktsdokument ble forumet evaluert. Her ble det pekt på at Folkehelseforum ikke hadde gitt den brede mobiliseringen på folkehelseområdet som var ønsket og forventet. Forumet hadde bidratt til å sette søkelys på aktuelle saker, men hadde i liten grad fungert som rådgivende organ i spørsmål som omhandler folkehelse. Noe av grunnen var at forumet hadde begrensninger i forhold til økonomi og gjennomføringskapasitet. Praktisk gjennomføring av tiltak falt ofte på ansatte i kommunen. I evalueringen ble det konkludert med at Folkehelseforum ikke bør videreføres i sin tidligere form og sammensetning, og at videre eksistens bør ses i sammenheng med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og deretter plan for organisering av det videre folkehelsearbeidet.

9.6. Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner står for mye godt folkehelsearbeid i kommunen, og dette er belyst i oversiktsdokumentet. Det eksisterer i dag ikke noe felles forum for samhandling mellom organisasjoner og lag og det som skjer i regi av kommunen. I forbindelse med evalueringen av Folkehelseforum, ble det påpekt at det vil være behov for å re-etablere et bredt sammensatt forum der politikere og representanter for organisasjoner og lag er med.

9.7. Deltagelse i faglige nettverk

9.7.1. Sunne kommuner

Melhus har vært medlem av Sunne kommuner siden 2004. Det het tidligere Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, og er det nasjonale nettverket knyttet til Verdens Helseorganisasjons (WHO) sitt Healthy Cities- nettverk i Europa. Det nordiske kontoret ligger i København, og det norske nettverket samarbeider med sine søsternettsverk i Sverige og Danmark i forhold til fokusområder og kompetanse. Siden 2004 har bl.a. helse i plan, sosial ulikhet i helse, tverrfaglig samarbeid og samfunnsplanlegging vært sentrale tema i arbeidet. Nettverket har bl.a. oversatt WHO sin publikasjon «Social determinants of health. The solid facts» (2005). Den norske tittelen ble «De harde fakta». De siste årene har Sunne kommuner hatt mye fokus på samfunnsplanlegging, politikeropplæring - og at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert.

9.7.2. Faglig nettverk, Sør-Trøndelag Fylkeskommune

Melhus kommune har et tett samarbeid med Sør-Trøndelag Fylkeskommune, og deltar i et fagnettverk med tema folkehelse sammen med flere andre kommuner. Melhus kommune er også med i samarbeidsprosjektet «Nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse». I tilknytning til dette prosjektet har kommunen et eget delprosjekt med tema helse i plan. Konkrete metoder for medvirkning benyttes her i forbindelse med ny områdeplan for Melhus sentrum, og erfaringene tas med i videre planarbeid.

10. Kildeoversikt

Informasjon og statistikk i dokumentet er hentet fra følgende kilder:

- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven), Lovdata
- Folkehelsemeldingen ((2012-2013), «God helse – felles ansvar»
- Folkehelsemeldingen (2014-2015), «Mestring og muligheter»
- Meld. St.9 (2011-2012), landbruks- og matpolitikken. Velkommen til bords
- Meld. St. 15 (2012-2013), Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner
- Statistisk sentralbyrå (SSB) og KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering/SSB)¹⁵⁹
- Folkehelseinstituttet, statistikkbank, kommunehelse
- Folkehelseinstituttet, Folkehelseprofiler for Melhus kommune 2016 og 2017
- Folkehelsepolitisk rapport 2015, Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet www.helsedirektoratet.no
- Folkehelseinstituttet, Folkehelse rapporter www.fhi.no
- NOU 2013:10, «Naturens goder – om verdier av økosystemtjenester, Klima og miljøvern departementet
- Norsk Helseinformatikk/Norsk elektronisk legehåndbok www.nhi.no
- Radoninformasjon fra Norges geologisk undersøkelser www.ngu.no og Statens strålevern www.nrpa.no
- Norges astma og allergiforbund www.naaf.no
- Norsk institutt for luftforskning, NILU www.nilu.no
- Miljødirektoratet www.miljodirektoratet.no inkludert nettsted «Er det farlig» www.erdetfarlig.no
- Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Helse og omsorgsdepartementet
- Miljøstatus www.miljostatus.no
- Kreftregisterets nettside www.kreftregisteret.no
- Lillejord, Sølvli, André Vågan, Lotta Johansson, Kristin Børte og Erik Ruud, «Hvordan fysisk aktivitet i skolen kan fremme elevers helse, læringsmiljø og læringsutbytte. En systematisk kunnskapsoversikt», Kunnskapscenter for utdanning, mai 2016
- «Sammen om mestring», veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Helsedirektoratet, 2014
- Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten, 15-1735, Helsedirektoratet
- Kompetanse for framtidens barnehage – strategi for kompetanse og rekruttering 2014-2020. Kunnskapsdepartementet
- Bolig for velferd, Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020), Kommunal og moderniseringsdepartementet
- Arbeidstilsynet
- Samarbeidsorganet Trondheimsregionen (befolkningsstatistikk)
- Sør-Trøndelag Fylkeskommune (Trøndelag i tall og Håndbok i folkehelsearbeid)
- Kommuneplanens samfunnsdel Melhus 2025, vedtatt av kommunestyret 21.10.09, og kommuneplanens arealdel 2013-2025 (planbeskrivelse og tilhørende plankart), vedtatt av kommunestyret 16.12.14.
- NAV Melhus
- Helhetlig kompetanseutviklingsplan, skole, barnehage og PPT 2015-2018, Melhus kommune

¹⁵⁹ SSB har flere prognosealternativ for befolkningsveksten. Hvert alternativ beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: Fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring. Alternativene navngis ut fra vekstforutsetningene for hver variabel. M=middels, L=lav, H=høy, K=konstant og 0=null.

- Ung data undersøkelsen 2014, i regi av NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) og KoRus (Kompetansesentrene for rusfeltet)
- Utdanningsdirektoratet (Elevundersøkelsen)
- Egne data fra kommunen (Økonomi og handlingsplan, årsmeldinger, natur- og miljøtilstand/påvirkningsfaktorer)
- «Livsstil og helse, Melhus kommune 2014», undersøkelse og rapport fra Sentio research.¹⁶⁰
- Konsulentrapport fra Agenda Kaupang, 21.10.2015, Gjennomgang av økonomi og tjenesteordning i de tre helse og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning, Melhus kommune

¹⁶⁰ Bakgrunn for undersøkelsen var samhandlingsreformen og målet om å vektlegge forebyggende helsearbeid fremfor reparerende helsearbeid. Kartleggingen ble gjennomført ved utsendelse av invitasjon til 4000 personer om å delta i en spørreundersøkelse. Av disse var det 1 036 som deltok og svarte. Det ble tatt høyde for kjønn og alder hos de som svarte.

11. Vedlegg

11.1. Inntekt etter skatt for husholdninger etter husholdningstype

Inntekt etter skatt for husholdninger etter husholdningstyper. Median ¹			
	Median inntekt etter skatt	Prosent ²	
	2014	2013 - 2014	2009 - 2014
Alle husholdninger	478 700	1,0	10,8
Aleneboende under 45 år	275 000	0,7	5,5
Aleneboende 45-64 år	309 200	1,1	10,5
Aleneboende 65 år og eldre	248 400	2,1	17,4
Par uten barn, eldste person under 45 år	569 100	1,0	1,5
Par uten barn, eldste person 45-64 år	707 600	2,0	16,3
Par uten barn, eldste person 65 år og eldre	533 100	2,2	21,1
Par med barn, yngste barn 0-6 år	721 700	1,1	8,2
Par med barn, yngste barn 7-17 år	831 400	1,4	11,8
Par med voksne barn, yngste barn 18 år og eldre	924 600	1,6	14,1
Enslig mor/far med barn 0-17 år	391 600	0,7	5,5
Enslig mor/far med voksne barn, 18 år og eldre	513 300	1,0	10,1

¹ Personer i studenthusholdninger er utelatt.
² I faste kroner

Inntekt etter skatt for husholdninger etter husholdnings-typer, Norge. Kilde: SSB

11.2. Mottagere av sosialhjelp, Melhus

Fordeling av økonomisk sosialhjelp og andre saker								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kvinnelige mottakere av økonomisk sosialhjelp	176	188	161	155	172	144	148	161
Månnlige mottakere av økonomisk sosialhjelp	163	179	173	177	146	159	158	187
Totalt antall mottakere av økonomisk sosialhjelp	339	367	334	327	318	303	306	348
Antall klienter med enkeltvedtak	551	593	606	616	588	644	610	626

Fordeling av økonomisk sosialhjelp og andre saker 2008-2015, Melhus kommune. Kilde: Årsrapporter, Melhus kommune

11.3. Jobbhus

Jobbhuset er et kurs hvor deltakeren selv skaper kurset. Jobbhuset er for alle og har en varighet på tre uker. Kursene er inndelt i tre ulike grupper:

- 1) kurs for ungdommer (18-25 år)
- 2) kurs for voksne (over 25 år)
- 3) kurs for flyktninger

Kurset vil kunne bistå deltakeren på veien mot arbeid, skole eller lærlingeplass. Det fokuseres på å kartlegge deltakernes styrker, ressurser og kompetanse. Temaer som er sentrale i kurset er motivasjon, kompetansekartlegging, karriereveiledning og arbeidslivets spilleregler.

11.4. Sysselsatte fordelt på arbeidssted, Melhus

Arbeidssted	Antall sysselsatte
Jord og skogbruk	209
Fiske, fangst, akvakultur	8
Bergverk	4
Industri	269
Elektrisitet, vann og renovasjon	66
Bygge- og anleggsvirksomhet	556
Varehandel, motorvogn-reparasjoner	611
Transport og lagring	309
Overnattings- og serveringsvirksomhet	50
Informasjon og kommunikasjon	28
Finansiering og forsikring	63
Tekniske tjenesteyting, eiendomsdrift	217
Forretningsmessig tjenesteyting	136
Offentlig administrasjon, forsvar, sosialforsikring	228
Undervisning	635
Helse- og sosialtjenester	1 225
Personlig tjenesteyting	139
Uoppgitt	48
Totalt	4 801

Tabellen til venstre gir en mer detaljert oversikt over antall sysselsatte fordelt på næring/arbeidssted i Melhus kommune pr. 4. kvartal 2015.

Kilde: Trøndelag i tall 2016, STFK.

11.5. Befolkning i Melhus på grunnkrets nivå 2011-2016

Befolkning Melhus grunnkretser pr 1 januar								
Grunnkretskode	Navn på grunnkrets	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2011-2016
16530101	Øysanden	246	349	304	243	226	204	-42 -17,1 %
16530102	Øyås	365	369	365	391	393	384	19 5,2 %
16530103	Varmbo	517	519	523	529	519	520	3 0,6 %
16530104	Sentrum vest	398	400	429	434	439	464	66 16,6 %
16530105	Romol	779	784	800	809	816	829	50 6,4 %
16530106	Gimse	863	877	874	907	922	940	77 8,9 %
16530107	Brekkrøa	254	244	246	237	245	247	-7 -2,8 %
16530108	Vollmarka	522	523	540	550	538	560	38 7,3 %
16530110	Kottum	122	120	118	126	124	133	11 9,0 %
16530111	Høllum	119	127	136	143	144	151	32 26,9 %
16530201	Rødde	327	318	335	350	350	342	15 4,6 %
16530202	Lerli	85	82	81	89	92	83	-2 -2,4 %
16530203	Skottvoll	456	495	490	486	483	501	45 9,9 %
16530204	Høyeggen	224	216	214	217	198	197	-27 -12,1 %
16530205	Løvset	1 131	1 208	1 323	1 332	1 355	1 362	231 20,4 %
16530206	Sentrum øst	916	957	977	1 023	1 045	1 137	221 24,1 %
16530207	Rye	263	261	263	243	253	258	-5 -1,9 %
16530208	Søberg	93	105	125	141	133	156	63 67,7 %
16530209	Vassfjellet	1	1	1	1	1	1	0 0,0 %
16530301	Skjerdingstad	82	94	71	81	81	75	-7 -8,5 %
16530302	Kvål	382	381	387	379	394	391	9 2,4 %
16530303	Kvålslykkja	190	187	181	184	177	166	-24 -12,6 %
16530304	Kregnes	351	335	340	345	345	356	5 1,4 %
16530305	Langdalen	349	367	381	381	386	394	45 12,9 %
16530401	Flå	99	100	111	110	111	110	11 11,1 %
16530402	Ler	654	638	652	638	653	652	-2 -0,3 %
16530403	Dal	142	149	164	168	162	161	19 13,4 %
16530404	Bøland	336	337	334	338	358	359	23 6,8 %
16530501	Løhre	206	201	198	210	205	199	-7 -3,4 %
16530502	Lundadalen	249	244	225	230	223	221	-28 -11,2 %
16530503	Lundamo sentrum	536	535	534	544	538	533	-3 -0,6 %
16530504	Leirtaket	452	462	463	451	453	447	-5 -1,1 %
16530505	Lyngen	125	141	143	139	141	139	14 11,2 %
16530506	Røskaft	171	180	168	172	173	172	1 0,6 %
16530507	Valdum	121	132	134	131	135	124	3 2,5 %
16530601	Foss	248	250	254	249	245	256	8 3,2 %
16530602	Hovinåsen	374	389	417	435	435	437	63 16,8 %
16530603	Hovin	167	185	195	241	247	276	109 65,3 %
16530604	Krogstad	147	152	150	147	152	141	-6 -4,1 %
16530605	Tømmesletta	330	334	332	335	344	323	-7 -2,1 %
16530606	Tømmesdalen	75	76	74	77	74	79	4 5,3 %
16530701	Eid	260	261	266	256	254	254	-6 -2,3 %
16530702	Eidsåsen	344	349	341	344	345	353	9 2,6 %
16530703	Gaustad	329	328	331	333	336	350	21 6,4 %
16530704	Krogstad	198	196	214	208	215	200	2 1,0 %
16530705	Trotland	318	317	302	312	304	313	-5 -1,6 %
16530706	Jåren	90	95	100	96	101	98	8 8,9 %
16539999	Uoppgitt grunnkrets	22	22	73	59	53	48	26 118,2 %
	Total	15 028	15 392	15 679	15 844	15 916	16 096	1 068 7,1 %

Kilde: SSB/STFK

11.6. Vanskeligstilte på boligmarkedet, og handlingsplan, boligsosialt arbeid

Vanskeligstilte på boligmarkedet

I nasjonal strategi «Bolig for velferd» er det gitt følgende forklaring på de tre gruppene som omfattes av begrepet vanskeligstilte på boligmarkedet.

Er uten egen bolig

- personer som mangler tak over hodet kommende natt
- personer som er henvist til akutt eller midlertidig overnatting, for eksempel døgnovernatting, pensjonat, krisesenter
- personer som er under kriminalomsorgen og skal løslates innen to måneder, og som ikke har egen eid eller leid bolig
- personer som er i institusjon og skal skrives ut innen to måneder, og som ikke har egen eid eller leid bolig
- personer som bor midlertidig hos venner, kjente eller slektninger
- personer med oppholdstillatelse i asylmottak som ikke er bosatt innen de fastsatte Tidsmålene. Dette er tre måneder for enslige mindreårige og barnefamilier, og seks måneder for voksne uten barn fra vedtak om opphold er fattet, til bosetting.

Står i fare for å miste boligen

- personer som er begjært utkastet, eller som bor i en bolig som er begjært tvangssolgt
- personer uten gyldig leiekontrakt (som dermed ikke er beskyttet av husleieloven)
- personer med boutgifter som ikke står i rimelig forhold til inntekten

Bor i uegnet bolig eller bomiljø

- personer som bor hos foreldre/foresatte, og situasjonen er uønsket og oppleves som et problem for minst en av partene
- personer som bor i bolig med dårlig fysisk standard
- personer som bor i bolig som ikke er tilpasset deres spesielle behov
- personer som bor i for liten bolig
- personer som bor i et belastet bomiljø

Hovedmål, handlingsplan for bolig og boligsosialt arbeid

Med utgangspunkt i nåværende avtale mellom Melhus kommune og Husbanken, utarbeides årlige handlingsplaner for bolig og boligsosialt arbeid. Følgende hovedmål er gjeldende for programperioden 2013-2016:

1. Den enkelte skal kunne bo i egen egnet bolig, helhetlig kartlegging av bolig, økonomisk- og oppfølgingsbehov. Melhus kommune gjør en særlig innsats ovenfor barnefamilier – boligen og nærområdet utgjør en viktig ramme for barn og unges oppvekst. En god bolig er med på å forebygge reproduksjon av sosial ulikhet. Utleieboliger til barnefamilier skal være av god kvalitet og i et trygt bomiljø. Kommunale boliger skal ligge i ordinære bomiljø, og i egnet avstand til for eksempel buss/tog, butikk, lege og off. tjenester.
2. Kommunen skal sørge for fleksible og differensierte boligtilbud. Innbyggernes rettmessige behov skal dekkes. MK skal bistå personer fra midlertidig bolig til varig bolig. Ustabile leieforhold eksisterer blant enkelte grupper, og kommunen skal hjelpe til å skaffe egnede boliger til sine innbyggere (privat og kommunalt). MK skal gi veiledning om det private leie og eie-markedet. MK skal aktivt benytte Husbankens virkemidler for å gi hjelp til å kjøpe egen bolig. Et veiledningsteam er opprettet, som består av NAV og Bygg og eiendom.
3. Forankring av det boligsosiale feltet på politisk, strategisk og operativt nivå i kommunen.

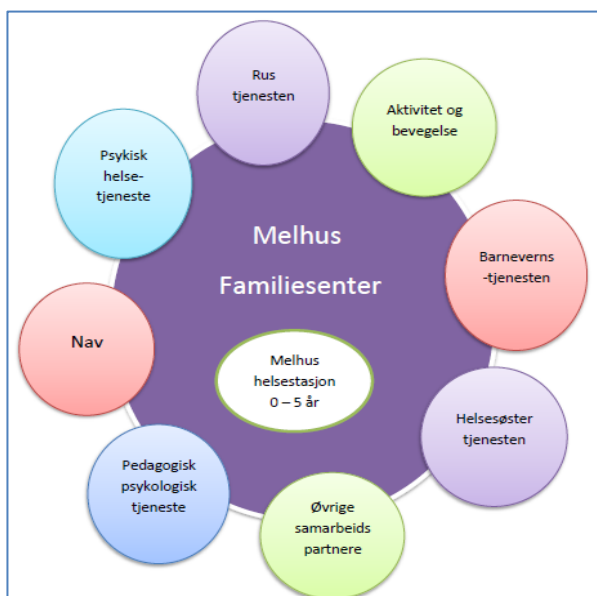
Boligsosiale problemer skal forebygges. Den enkelte innbygger som har rettmessige behov, vil ha rett til en selvstendig tilværelse i egen bolig. I tillegg skal prosjektet utarbeide en ny helhetlig metodikk for bosetting av kommunens vanskeligstilte. Metodikken handler om både boligfremskaffelse, bosetting, bo-trening og boligsalg, og baseres på en oppsøkende og proaktiv tilnærming av kommunens vanskeligstilte leietakere. Alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet. Melhus kommune skal arbeide med å forhindre utkastelser og kommunen skal gi oppfølging og tjenester i hjemmet.

4. Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv. Melhus kommune skal sikre god styring og målsetting av det boligsosiale arbeidet. Det skal planlegges for gode bomiljø til alle, og stimulere til nytenkning og sosial innovasjon. For eksempel velferdsteknologi, nye modeller for framtidens boligløsninger og lignende. Den boligsosiale kompetansen blant ansatte i de ulike tjenestene skal styrkes. Prosjektet skal gjennom prosjektperioden samordne arbeidet mellom aktuelle kommunale virksomheter, og få etablert en praksis som etter prosjektperioden skal gå over i drift. Gjennomgang av den strukturelle organiseringen av det boligsosiale arbeidet, og utvikling av arbeidsmetoder som gir bedre utnyttelse av boligsosiale virkemidler på operativt nivå.
5. Dette skal sikres gjennom økt kompetanse, bedre samhandling og bedre utnyttelse av sentrale og lokale virkemidler.

11.7. Familiesenteret, bakgrunn og innhold

Familiesenteret ble startet opp i februar 2014 som en oppfølging av regjeringens satsning på barn og unge og deres familier, der det ble tatt utgangspunkt i en modell for organisering kalt «Familiens hus». Målet for satsningen var å få til en bedre samordnet og tverrfaglig oppfølging av barn og familier med ulike hjelpebehov, og for å ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og ungdom. I Melhus kommune ble igangsetting av Familiesentermodellen vedtatt av kommunestyret i forbindelse med behandling av Økonomi- og handlingsplanen for 2008-2011. Det ble senere gitt bevilgninger til nødvendig ombygging for å få til planlagt samlokalisering i Melhus rådhus. Senteret ble åpnet i februar 2014, og tilbyr tjenester til familier med barn i alderen 0-5 år.

Familiesenteret er blitt et bindeledd mellom helsestasjon, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), psykisk helsetjeneste, barneverntjenesten, rus og tiltakstjeneste, aktivitet og bevegelse, samt NAV. Tjenestene er samlokalisert, noe som gjør det lettere for brukerne. Det gjennomføres ukentlige møter for å samordne status, erfaringer og oppgaver på tvers av tjenestene i tillegg til daglig samarbeid.



Familiesenteret har som hovedmål å bedre forutsetningene for utvikling, mestring, gode oppvekstvilkår og god helse hos barn, unge og deres familier. Familiesenteret er et lavterskeltilbud, hvor man ønsker å hjelpe gravide, barn og familier gjennom tverrfaglig, tidlig innsats.

11.8. Hovedkategorier for økosystemtjenester

Økosystemtjenester

Økosystemtjenestene er vanligvis kategorisert i fire hovedgrupper, noe som gjør det lettere å se hvorfor økosystembegrepet er viktig for å forstå sammenhengen mellom miljø, helse og livsbetingelser.

1. Forsyningstjenester (produserende tjenester), som mat, råvarer, vann, brensel og medisinske ressurser
2. Reguleringstjenester, som vannrensing, luftrensing, flom- og erosjonsbeskyttelse, pollinering og biologisk regulering av skadedyr og sykdommer.
3. Kulturelle tjenester, som opplevelser, rekreasjon og spenning
4. Støttende tjenester, som jorddannelse, resirkulering av næringsstoffer, primærproduksjon og ivaretagelse av det genetiske mangfoldet. Disse er nødvendige for de andre økosystemtjenestene

11.9. Prosjekt Miljøtilsyn, økosystemtjenester og folkehelse

Hovedmålet for prosjekt Miljøtilsyn, økosystemtjenester og folkehelse å utvikle en modell for miljøtilsyn hvor kunnskapsgrunnlag og formidling vektlegges i konkret saksoppfølging, om det er kjøreskader i skogbruket, forsøpling, vannforurensning eller annet som er grunnlag for kommunens myndighetsutøvelse. Prosjektet tar utgangspunkt i forurensningslovens formål § 1:

- «Denne lov har til formål å verne det ytre miljø mot forurensning og å redusere eksisterende forurensning, å redusere mengden av avfall og å fremme en bedre behandling av avfall.
- Loven skal sikre en forsvarlig miljøkvalitet, slik at forurensninger og avfall ikke fører til helseskade, går ut over trivselen eller skader naturens evne til produksjon og selvfornyelse.»

Vektleggingen av befolkningens kunnskapsgrunnlag gjennom formidling bidrar til å gjøre bakgrunnen for miljøforvaltningen kjent blant folk flest. Det bidrar også til at overordnede miljømål nedfelt i grunnloven følges opp.

11.10. Grenseverdier, becquerel, Verdens Helseorganisasjon (WHO)

Anbefalte grenseverdier, becquerel, fra WHO er:

- Tiltaksgrense på 100 Bq/m³
- Så lave nivåer som mulig – tiltak kan også være aktuelt under tiltaksgrensen
- Maksimumsgrenseverdi på 200 Bq/m³

Grenseverdien betyr den høyeste årsmiddelverdien som kan aksepteres i et oppholdsrom. For utleieboliger er grenseverdien forskriftsfestet i strålevernforskriften (§ 6 femte ledd). For øvrige boliger er grenseverdien en anbefaling gitt av Statens strålevern. Grenseverdien er satt til 200 Bq/m³. Tiltaksgrense er høyeste årsmiddelverdi som kan aksepteres før radontiltak skal gjennomføres. For utleieboliger er tiltaksgrensen forskriftsfestet i strålevernforskriften (§ 6 femte ledd). For øvrige boliger er tiltaksgrensen en anbefaling gitt av Statens strålevern. Tiltaksgrensen er satt til 100 Bq/m³.

11.11. Informasjon, luftforurensende stoff

Utslipp av stoff til luft som kan skade miljø og helse:

- Svoveldioksid (SO₂). Utslipp dannes ved forbrenning av stoffer som inneholder svovel, i hovedsak olje og kull, samt ved en rekke industriprosesser. I Norge er industri og bergverk de største utslippskildene.
- Nitrogendioksid (NO_x). NO_x er en fellesbetegnelse for nitrogenoksidene NO og NO₂. I Norge er olje- og gassvirksomheten den største utslippskilden i tillegg til utslipp fra fossile brensel knyttet til transport. Negative helseeffekter av utslippene er nedsatt lungefunksjon, og forverret astma og bronkitt.
- Organiske flyktige løsemidler (VOC). Dette er en fellesbetegnelse på en gruppe organiske forbindelser som på grunn av lavt kokepunkt, lett går over i gassfase. Gruppen består blant annet av klorerte løsemidler som har svært uheldige egenskaper for helse og miljø. Gassene kan gi allergireaksjoner. Ved reaksjon mellom flyktige organiske forbindelser og nitrogenoksider dannes det bakkenært ozon, som kan skade helse, vegetasjon og materialer. Mange av stoffene er nå strengt regulert. De viktigste kildene til utslipp av VOC er veitrafikk og petroleumsvirksomhet.
- Ammoniakk (NH₃). Dette er en nitrogenforbindelse med flere negative miljøeffekter. Jordbruket står for de største utslippene. Norge har forpliktet seg til å redusere utslippene av ammoniakk, slik at de tilsvarer 25 000 tonn i 2020. Ammoniakk (NH₃) er en fargeløs gass stikkende lukt. Ammoniakk gass løser seg lett i vann, en slik løsning kan være etsende. Ammoniakk gass kan gi irritasjonseffekter eller etseskader ved kontakt med øyne, luftveier eller hud.
- Svevestøv fra partikler (PM), som varierer i størrelse og sammensetning. Kjente utslippskilder er veitrafikk, særlig fra dieselmotorer, samt vedfyring, bålbrenning og fra industri. Svevestøv påvirker luftveisystemet, og kan forverrer lunge- og hjerte- karsykdommer. Støvet kan også ha innvirkning på nervesystemet, på foster-utvikling, samt gi stoffskifteforstyrrelser (som diabetes og fedme).

11.12. Informasjon om de mest kjente miljøgiftene vi omgir oss med

Navn på kjemisk stoff/miljøgift	Informasjon om stoffet	Virkning på helse og miljø
Klorparafiner	Fellesbetegnelse på en rekke stoffer som inneholder klor. Benyttes som bindemiddel i PVC-plast, flamme-hemmer i plast, gummi (bl.a. bildekk, og dermed kunstgressbaner) og tekstiler, mykgjørere i plast, gummi og maling. Stoffene finnes også i isolasjon og fugeskum.	Brytes sakte ned i kretsløpet og hoper seg opp i næringskjedene. Spres geografisk og er svært giftig for livet i vann. Stoffene er bl.a. funnet i fisk, fugl, morsmelk. Dyrestudier har også vist at stoffene kan føre til nedsatt vekst og forsinket utvikling. Kortkjedete klorparafiner er muligens kreftfremkallende.
Bromerte flammehemmere	Bromerte flammehemmere er fellesbetegnelsen på en rekke stoffer som tilsettes ulike produkter for å gjøre dem mindre brennbare. Benyttes i bl.a. tekstiler, arbeidstøy, madrasser, møbler, sengetøy, transportmidler, isolasjonsmaterialer, elektriske artikler, mobiltelefoner, plastmaterialer.	Enkelte bromerte flammehemmere er akutt giftige for livet i vann, og flere av stoffene brytes svært sakte ned i naturen og hoper seg opp i næringskjedene. Stoffene kan føre til leverskade, og er hormonforstyrrende, fruktbarhetsreduserende, fosterskadelige og kan gi skader på nervesystemet.
Grunnstoffet arsen	Arsenforbindelser tas opp og lagres i planter og dyr. Tidligere brukt i treimpregneringsmidler mot sopp og råte. Finnes i kretskort, LED-lys,	Ulike arsenforbindelser tas opp og lagres i planter og dyr i varierende grad. Arsenforbindelser kan være svært giftige – også for mennesker, og

	messing, fugemasse, tobakk, mineralgjødsel, PVC-plast, glassvarer, og bilbatterier.	kan dessuten forårsake kreft.
Tungmetallet bly	Bly er et tungt, bløtt og formbart metall. I tillegg er metallisk bly motstandsdyktig mot rust. Flere blyforbindelser brukes i glasurer til for eksempel keramikk og som fargestoff og rustbeskyttelsesmiddel i maling. Blyforbindelser brukes også som fargestoff og for å stabilisere kjemiske forbindelser i PVC-plast. Benyttes i f.eks. i Bilbatterier, ammunisjon, mobildeksler, rød og gul keramikk, maling, Elektriske og elektroniske varer, lysrør, lyspærer, trykkimpregnert materiale.	Bly tas opp i dyr og mennesker og er giftig. For mye bly i kroppen kan blant annet føre til skade på de røde blodlegemene og nervesystemet og kan forårsake ADHD, parkinson og autisme. Hjerneutviklingen hos fostre og små barn er spesielt utsatt for skader forårsaket av bly. Stoffet kan også skade evnen til å få barn. I tillegg er det svært giftig for livet i vann.
Tungmetallet kvikksølv	Grunnstoff som inngår i både uorganiske og organiske kjemiske forbindelser. Legeringer med andre metaller kalles amalgam og er blant annet brukt til tannfyllinger. Benyttes i sparepærer, lysstoffrør og barometer.	Kvikksølv kan hope seg opp i dyr og mennesker. Det kan føre til skader på nervesystemet, og kan forårsake ADHD, parkinson og autisme. Høye nivåer i morens blod, kan gi fosterskader. Kvikksølv kan dessuten gi kontaktallergi.
Ftalater (DEHP)	DEHP er en forbindelse i stoffgruppen ftalater som omfatter mange forskjellige stoffer. Er ikke kjemisk bundet, og kan derfor lekke ut til omgivelsene fra produkter mens de er i bruk, eller etter at de er kastet. Virker mykgjørende på plast. Finnes i støv/inneluft, og i PVC-plast, gummi, maling og lim.	DEHP kan skade evnen til å få barn og føre til skader på fosteret. Det forskes på om det er en sammenheng mellom eksponering for ftalater i husstøv og astma/allergi.
Bisfenyl-A (BPA)	BPA er den viktigste byggesteinen i polykarbonatplast (en type hardplast). Stoffet finnes i enkelte typer PVC-plast som herder, katalysator, bindemiddel og for å stabilisere kjemiske forbindelser i platen. BPA finnes også i ulike epoksyprodukter. Stoffet finnes bl.a. i gamle tåteflasker, elektriske apparater, CD-plater, drikkeflasker og matbokser.	Bisfenyl -A (BPA) er klassifisert som skadelig for øynene, irriterende for luftveiene, allergifremkallende ved hudkontakt, og kan skade evnen til å få barn. Stoffet kan være hormonforstyrrende og er skadelig for livet i vann.
Per- og polyfluorete stoffer (PFOS/PFOA/PFOA)	Per- og polyfluorete stoffer er syntetiske organiske stoffer med et høyt innhold av fluor. PFAS er en fellesbetegnelse på denne stoffgruppen. Stoffene benyttes i impregnering av klær og utendørstekstiler, maling og lakk, bonevoks, matemballasje, mat- og bakepapir, skismurning, elektronikk, tanntråd, glansmiddel til oppvaskmaskin m.m.	Per- og polyfluorete stoffer brytes svært sakte ned i naturen. Mengdene i miljøet vil derfor øke i takt med at vi lager og bruker slike stoffer. Spres geografisk. Stoffene er funnet blant annet i polartorsk, polarmåke, sel, reinsdyr og isbjørn. Noen av de per- og polyfluorete stoffene kan være giftige for livet i vann, gi fosterskader, skade evnen til å få barn og er sannsynligvis også kreftfremkallende. For PFOA er

		det muligens en sammenheng mellom konsentrasjoner i blodet og redusert fødselsvekt, økt kolesterol, sykdommen ulcerøs kolitt og stoffskiftesykdommer.
Triklosan	Triklosan har bakteriedrepende egenskaper og brukes gjerne for å hindre bakterieutvikling og vond lukt (antiodør). Stoffet benyttes i kosmetiske produkter (tannkrem, deodoranter, hånd- og dusjsåper), tekstiler (treningsklær), sko og såler, dyrepleieprodukter, plast- og matkontaktmaterialer, vaskemiddel (eks. blå Zalo).	Triklosan er svært giftig for livet i vann. Det er mulig at bruk av stoffet kan føre til at bakterier blir resistente mot antibiotika. Det kan for eksempel innebære at vanlige infeksjoner som vi i dag kan behandle med antibiotika, kan være farlige fordi antibiotikaen ikke lenger virker.

Kilde: Informasjonen er hentet fra www.erdetfarlig.no, Miljødirektoratet

11.13. Indikatorer, sosial støtte

Eksempler på indikatorer på emosjonell støtte blant voksne og eldre kan være følgende:

- Uten en fortrolig
- Fem eller flere personer de kan regne med hvis personlige problemer
- Lite tilfredsstillende samliv

Indikatorer på gode nære relasjoner for voksne kan være:

- Lever i parforhold
- Bor alene
- Liten familiekontakt
- Liten kontakt med venner på bosted/andre steder

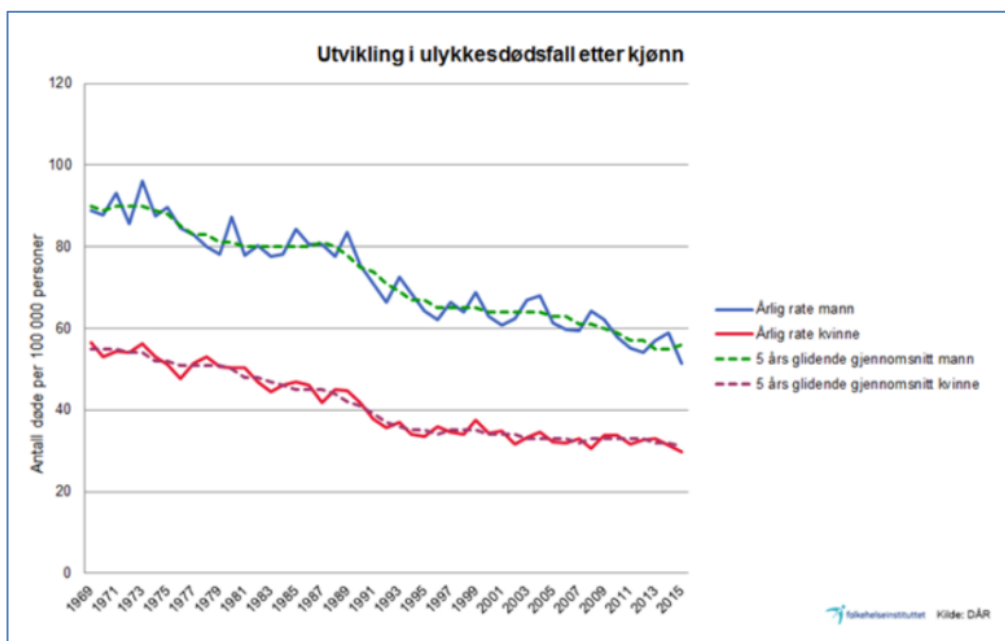
Den emosjonelle sosiale støtten er viktigst for barn og unge, og kan måles ved hjelp av følgende indikatorer:

- Barn (13-15 år basert på egne svar): Noen som står deg nær og som du kan snakke fortrolig med, innenfor eller utenfor familien
- Barn (13-15 år basert på egne svar): Litt eller mye plaget av følelse av ensomhet siste 14 dager

11.14. Typer lag og organisasjoner, Melhus

Det er 22 barne- og ungdomslag, som f.eks. 4H, Horg og Flå Bygdeungdomslag, Hølonda barnegospel og Lundamo Ungdomsklubb. Det er videre 28 sang- og musikklag spredt rundt i hele kommune, med alt fra barnegospel, kor- og songlag og musikkorps. Idrettslag har en viktig rolle for mange og det er 35 ulike lag i kommunen som favner tradisjonelle idrettsgrener som fotball, håndball, sykkel og ski, men også vannski, skotthyll og tae-kwon-do. I tillegg er det 48 ulike lag og foreninger som representerer et mangfold av aktivitet og interesser, som historielag, husflidslag, seniordans og danseklubber. Velforeninger er også et samlingspunkt for mange, og det er til sammen 59 slike foreninger i kommunen.

11.15. Utvikling, antall ulykker for menn og kvinner



Kilde: Folkehelseinstituttet, Dødsårsaksregisteret.

11.16. Skader/ulykker og vold, skoler, barnehager og sykehjem, Melhus

Skade/vold mot barn/elev i barnehage/skole

Hendelse	År 2015	År 2016	Sum
Skade - barn/elev	86	67	153
Vold mot elev	6	8	14
Sum	92	75	167

Skade/trussel/vold mot bruker i sykehjem

Hendelse	2015	2016	Sum
Fall bruker	5	16	21
Skade - tjenestemottaker/bruker	20	8	28
Trussel/vold mot tjenestemottaker/bruker	4	7	11
Sum	29	31	60

Skade/trussel/vold mot ansatt i barnehage/skole

Hendelse	2015	2016	Sum
Skade - ansatt	12	14	26
Trussel/vold mot ansatt	31	17	48
Sum	43	31	74

Skade/trussel/vold mot ansatt i sykehjem

Hendelse	2015	2016	Sum
Skade - ansatt	4	10	14
Trussel/vold mot ansatt	8	5	13
Sum	12	15	27

11.17. Helsedirektoratets kostholdsråd

Helsedirektoratets kostråd

1. Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.
2. Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.
3. Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag.
4. Spis grove kornprodukter hver dag.
5. Spis fisk til middag to til tre ganger i uken.
6. Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
7. La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
8. Velg matoljer, flytende margarin og myk margarin, fremfor hard margarin og smør.
9. Velg matvarer med lite salt, og begrens bruken av salt i matlagning og på maten.
10. Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
11. Velg vann som tørstedrikk.
12. Vær fysisk aktiv i minst 30 minutter hver dag.

11.18. Forbrukerinformasjon, sunne alternativer



Nøkkelhullet er en offentlig merkeordning utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Mattilsynet. for matvarer, og betyr at varen inneholder mer kostfiber og mindre fett, sukker og salt. Merkeordningen gjelder for ferdigpakke matvarer, men kan også benyttes på fisk, frukt, bær, grønnsaker selv om de ikke er pakket inn. Det er den enkelte virksomhets ansvar å sikre at den gjeldende lovgivningen på området er overholdt.

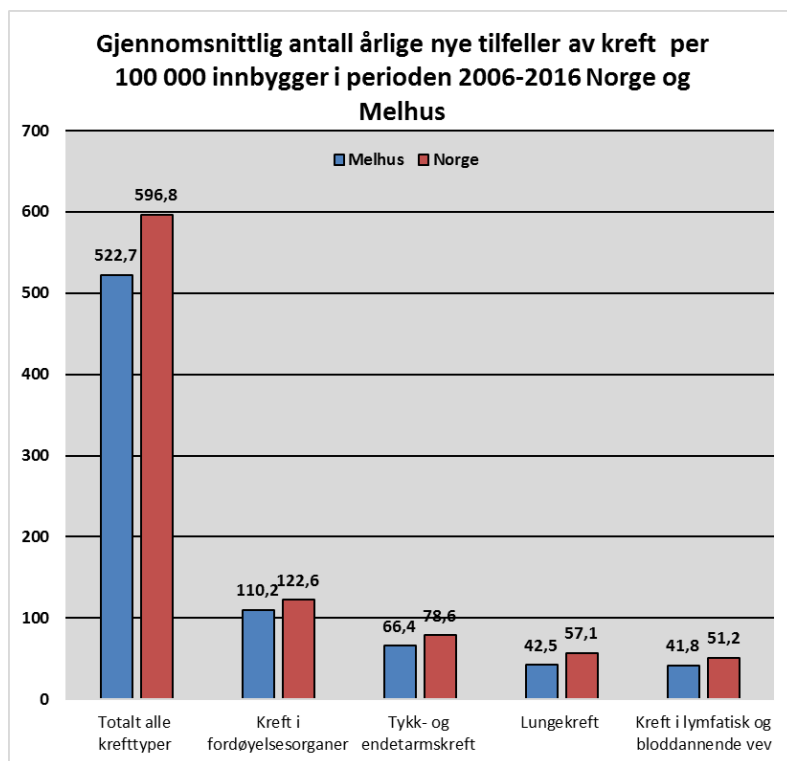


Brødskala 'n er en frivillig privat merkeordning som viser andel av sammalt mel og hele korn i brød. Merkene kan anvendes for brødvare, inklusive ferdigmikser til hjemmebaking og brødbaser til bakere. Merket kan brukes etter avtale med merke-eierne NHO mat og drikke.



Ø-merket er det offisielle norske økologimerket og gir en garanti for at en vare er økologisk dyrket. Merket setter krav til at det ikke er benyttet kunstgjødning eller sprøytemidler i produksjonen. Det innebærer også at det er strengere krav til dyrevelferd i produksjonen. Produktene godkjennes av medlemsorganisasjonen Debio i samarbeid med Mattilsynet.

11.19. Forekomst av ulike kreftformer, Melhus og Norge



Gjennomsnittlig antall årlige nye tilfeller av kreft pr. 100 000 innbygger i perioden 2006-2016, Norge og Melhus.

Kilde: Folkehelseinstituttet.

	Gjennomsnittlig antall årlige nye tilfeller av kreft per 100 000 innbygger						
	2000-2009	2001-2010	2002-2011	2003-2012	2004-2013	2005-2014	2006-2015
Melhus							
Totalt alle krefttyper	508,9	525,2	534,8	530,7	530,8	527,4	522,7
Kreft i fordøyelsesorganer	120,3	121,3	118,2	115,8	116,3	111	110,2
hvor av Tykk- og endetarmskreft	79,7	78,3	76	69,2	70	66,4	66,4
Lungekreft	49,6	52,6	51	47,1	46,2	46,1	42,5
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev	32,5	32,8	41,2	37,5	37,5	40,4	41,8
Brystkreft	:	:	:	:	:	:	:
Prostatakreft	:	:	:	:	:	:	:
Hele landet							
Totalt alle krefttyper	545,4	554	564,8	574,2	581,8	589,3	596,8
Kreft i fordøyelsesorganer	116,4	117,3	118	119,1	120,4	121,5	122,6
hvor av Tykk- og endetarmskreft	74,3	74,9	75,6	76,3	77,2	77,9	78,6
Lungekreft	51,7	52,8	53,9	55	55,5	56,4	57,1
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev	44,9	46,5	48	49	49,8	50,2	51,2
Brystkreft	58,8	59	59,5	59,5	59,8	60,3	60,9
Prostatakreft	:	:	:	:	:	:	:

Kilde: Folkehelseinstituttet.

11.20. Antall brukere og henvisninger, psykisk helsetjeneste 2010-2015.

Personer som har mottatt tjenester fra psykisk helsetjeneste								
År	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Brukere totalt		365	421	450	524	544		554
Nye henvisninger						344		364
Andel kvinner nye henvisninger		246	290	301	347	364		248
Andel menn nye henvisninger		119	131	149	177	180		116
Henviste under 24 år						81		122

Tabell: Antall brukere og henvisninger, psykisk helsetjeneste, Melhus kommune, 2010-2015.

Kilde: Tertialrapporter, psykisk helsetjeneste, Melhus kommune.

11.21. Legemiddelbrukere, psykisk helse, Melhus/Sør-Trøndelag/Norge

Legemiddelbrukere pr 1000 innbyggere i 2013-2015										
		kjønn samlet			menn			kvinner		
		0-74 år	0-44 år	45-74 år	0-74 år	0-44 år	45-74 år	0-74 år	0-44 år	45-74 år
hele landet	Antipsykotika (N05A)	20	13,4	31	18,3	13,2	26,9	21,9	13,6	35,3
	Antidepressiva (N06A)	56,8	35	93	39,6	25,4	63,6	74,7	45	123,1
	Sovemidler og angstdempende midler (N05B,N05C)	92,6	44,1	173	68,9	37,2	122,2	117,3	51,4	225
	ADHD-midler (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (N06BA)	7,7	11,1	2,1	9,2	13,4	2,2	6,1	8,6	2,1
Sør-Trøndelag	Antipsykotika (N05A)	15,6	11	23,4	14,5	10,8	20,7	16,8	11,1	26,1
	Antidepressiva (N06A)	48,4	29,2	80,2	31,8	20,2	51,5	65,7	38,9	109,5
	Sovemidler og angstdempende midler (N05B,N05C)	84,5	40,1	158,1	60,9	32,8	108,1	109,2	47,9	209,3
	ADHD-midler (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (N06BA)	8,7	12,9	1,8	10,5	15,7	1,8	6,9	10	1,7
Melhus	Antipsykotika (N05A)	12,1	8,5	18,1	10,8	9	13,9	13,4	7,8	22,5
	Antidepressiva (N06A)	46,8	29,5	75,6	29,9	19,8	46,8	64,6	39,7	105,3
	Sovemidler og angstdempende midler (N05B,N05C)	79,8	36,7	151,4	55,3	27,6	101,9	105,5	46,3	202,3
	ADHD-midler (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (N06BA)	9,6	:	:	12	:	:	7	:	:

Legemiddelbrukere pr. 1000 innbyggere i perioden 2013-2015. Kilde: Folkehelseinstituttet.

11.22. Vektstatistikk, 3. trinn og 8. trinn, Melhus kommune, 2012-2016

Vektstatistikk, 3.klasse-trinn, skoleåret 2012/ 2013. Antall elever totalt: 189 fordelt på 9 skoler

	Gutter 3. trinn	Jenter 3. Trinn	Totalt
Iso kmi 25	19	20	39 (20,6 %)
Iso kmi 30	7	8	15 (7,93 %)
Iso kmi 35	1	1	2 (1,06 %)
Totalt:	27	29	56 (29,62 %)

Vektstatistikk 3. trinn skoleåret 2014-2015. Antall elever totalt: 215 fordelt på 9 skoler

	Gutter 3. trinn	Jenter 3. trinn	Totalt
Iso kmi 25	15	20	35 (16,28 %)
Iso kmi 30	2	5	7 (3,26 %)
Iso kmi 35			
Totalt:	17	25	42 (19,53 %)

Vektstatistikk 3. trinn skoleåret 2015-2016. Antall elever totalt: 199 fordelt på 9 skoler

	Gutter 3. trinn	Jenter 3. trinn	Totalt
Iso kmi 25	6	9	15 (7,54 %)
Iso kmi 30	6	7	13 (6,53 %)
Iso kmi 35			
Totalt:	12	16	27 (13,57 %)

Vektstatistikk 8.klassetrinn Melhus kommune, skoleåret 2013/ 2014. Antall elever totalt: 247

	Gutter 8.trinn	Jenter 8. Trinn	Totalt
Iso kmi 25	16	19	35 (14,17 %)
Iso kmi 30	2	4	6 (2,42 %)
Iso kmi 35	0	0	0
Totalt:	18	23	41 (16,6 %)

Vektstatistikk 8.klassetrinn skoleåret 2014/ 2015 Melhus kommune. Antall elever totalt: 180

	Gutter 8.trinn	Jenter 8. Trinn	Totalt
Iso kmi 25	8(4,4 %)	14(7,8 %)	22(12,2 %)
Iso kmi 30	2(1,1 %)	1(0,6 %)	3(1,7 %)
Iso kmi 35	1 (0,6 %)	0	1(1,1 %)
Totalt:	11	15	26(14,4 %)

Vektstatistikk 8.klassetrinn skoleåret 2015/ 2016 Melhus kommune. Antall elever totalt: 164

	Gutter 8.trinn	Jenter 8. Trinn	Totalt
Iso kmi 25	8 (4,88 %)	6 (3,66 %)	14 (22, 5 %)
Iso kmi 30	2 (1,2 %)	2(1,2 %)	4 (2,4 %)
Iso kmi 35	2(1,2 %)	2(1,2 %)	4(2,4 %)
Totalt:	12(7,3 %)	10 (6,1 %)	22 (13,4 %)



Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.