

Melhus



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Statistikken er fra siste tilgjengelige periode per oktober 2014.

Nye indikatorer i 2015:

- Utdanningsforskjeller i forventet levealder
- Utvidet indikator på drikkevann
- Laveste mestringsnivå i regning
- Overvekt blant kvinner
- Antibiotikabruk

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Avdeling for helsestatistikk
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelsa@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Colourbox og Scanpix
Bokmål, rettet versjon 29.05.2015
Batch 2905151027.2905151142.2905151027.2905151142.29/05/2015
12:49

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler



Noen trekk ved kommunens folkehelse

Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønnsammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene lavere enn i landet som helhet.

Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

Miljø

- Andelen personer som får vann fra vannverk som både har tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsløseleveranse ser ut til å være lavere enn landsnivået. Statistikken gjelder den delen av befolkningen som får vann fra rapportpliktige vannverk. Når man vurderer kommunens drikkevannsforsyning, må det tas hensyn til hvor stor del av befolkningen som er tilknyttet slike vannverk, se indikatornummer 12, forsyningsgrad.

Skole

- Frafallet i videregående skole er lavere enn landsnivået. Frafall er likevel en viktig folkehelseutfordring for mange kommuner som ligger bedre an enn landet. Les mer om frafall på midtsidene.
- Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i regning er høyere enn i landet som helhet.

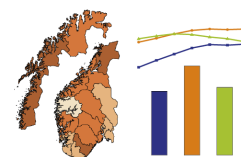
Levevaner

- På kommunenivå finnes det lite statistikk på levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, bruk av tobakk, alkohol og rusmidler. I folkehelseprofilen finnes data på røykevaner og overvekt blant kvinner ved svangerskapets begynnelse. Dette kan si noe om levevaner i hele kommunens befolkning. Indikatorene under temaområdet helse og sykdom kan også indirekte gi informasjon om levevaner i befolkningen. Se Norgeshelsa statistikkbank for levevanestatistikk på fylkesnivå.

Helse og sykdom

- Forventet levealder for kvinner er høyere enn i landet som helhet. Forventet levealder beregnes ut ifra dødelighetsrater de siste 15 årene.
- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Forskjellen i forventet levealder er en indikator på sosiale helseforskjeller i kommunen.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser i alderen 15-29 år er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt. Les om psykisk helse blant barn og unge på midtsidene.
- Andel som legges inn på sykehus med hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Denne indikatoren bør vurderes i sammenheng med andre indikatorer på hjerte- og karsykdom.

For flere indikatorer og mer detaljert statistikk se
Kommunehelsa statistikkbank,
khs.fhi.no



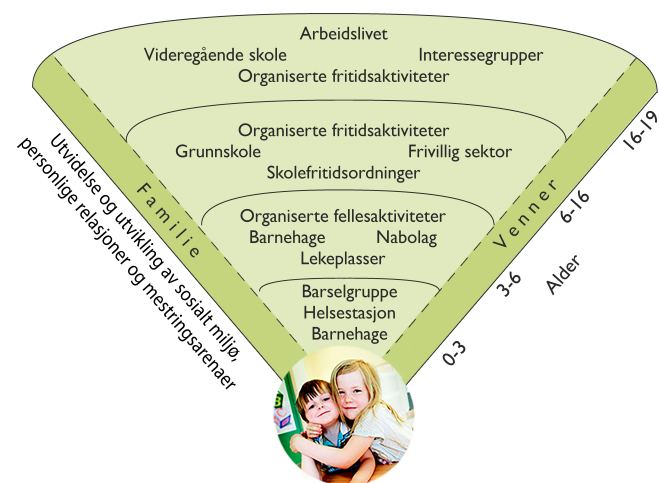
Tilrettelegging for god psykisk helse blant barn og unge

Å føle seg trygg, oppleve tilhørighet og det å trives i oppvekstmiljøet og lokalsamfunnet er grunnleggende betingelser for god psykisk helse gjennom hele livsløpet. Kommunens arbeid legger premissene for utviklingen av gode lokalsamfunn og kan dermed påvirke barn og unges psykiske helse.

Familie og nære venner er viktige personer for barn og unge i alle aldre. I løpet av oppveksten blir personer og relasjoner utenfor familien viktige. Kommunen har virkemidler til å skape gode rammer for barn og unge når de utvider sine sosiale omgivelser.

Lokalsamfunnet, kommunen og fylkeskommunen har betydelig innflytelse over mange arenaer der barn og unge ferdes. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet vil bli best dersom kommunen ser tiltak i et utviklingsperspektiv, og der ulike aktører trekker i samme retning, se figur 1.

Figur 1: Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid for psykisk helse på ulike alderstrinn (Øverland, 2014).



0–3 år: Helsestasjonen og barnehagen er viktige arenaer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I tillegg er mange barn og foreldre en del av uorganiserte nettverk.

3–6 år: Barnehagen og uorganiserte arenaer for lek og aktivitet som nabolag og lekeplasser er viktig. Mange barn begynner også med organiserte fritidsaktiviteter.

6–16 år: Barna utvider omgangskretsen sin, og det blir mer vanlig å delta i organiserte fritidsaktiviteter. Barn tilbringer mye tid både på skolen og i skolefritidsordningen (SFO). I tillegg spiller skolehelsetjenesten og den pedagogisk-psykologiske tjenesten en viktig rolle i det forebyggende arbeidet.

16–19 år: De fleste går i videregående skole. I tillegg utvikler mange et selvstendig forhold til organiserte og uorganiserte aktiviteter. Noen unge får også kontakt med arbeidslivet i denne perioden.

Nabolag og fritidsaktiviteter

Å vokse opp i nabolag og lokalsamfunn preget av fellesskap, sosial samhandling og organisasjonsaktivitet fremmer psykisk helse blant barn og unge. Tilhørighet til nabolaget kan være særlig viktig for sårbare grupper som kan ha mindre nettverk, slik som flyktninger, innvandrere, aleneforeldre og de som står utenfor viktige sosiale arenaer som skole og arbeidsliv.

Kommunen kan legge til rette for sosiale møteplasser, lekeplasser og «grønne områder» i nærheten av der folk bor, og slik bidra til gode nabolag og et godt oppvekstmiljø. Utbedring av boliger og boligstrøk kan øke stabiliteten og trivselen i nabolaget, noe som bidrar til å trekke lokalsamfunn i en helsefremmende retning.

Å delta i organiserte fritidsaktiviteter som idrettslag, musikkorps og andre frivillige organisasjoner kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse. Aktivitetene gir mulighet for at barn og unge kan samhandle med støttende voksne, etablere vennskap med jevnaldrende, gjøre en innsats mot felles mål og få mestingsopplevelser.

Tidlig innsats i barnehage og helsestasjon

I dag går 97 prosent av 3-5-åringene i barnehage. Barnehagen har gunstig effekt på barns språklige og sosiale utvikling. Særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og innvandrerbakgrunn har barnehagen stor betydning. Barnehagen kan derfor være en viktig arena for utjevning av sosiale helseforskjeller. Kvaliteten i barnehagen er vesentlig, og følgende er viktig for kvaliteten:

- Relasjonen mellom voksen og barn
- Innholdet i det pedagogiske tilbudet
- Utdanningsnivået blant personalet
- Antall barn per voksen
- Stabilitet i personalet

Barnehager og helsestasjoner kan fange opp og hjelpe barn som viser tegn til ulike psykiske plager, språk- eller atferdsproblemer. Å sette inn hjelpetiltak tidlig gir bedre mulighet for å unngå senere psykiske vansker og uheldig utvikling. Barnehager og helsestasjoner er også viktige for å veilede foreldre og eventuelt henvise familien videre.

Barselgrupper kan gi nybakte mødre et nettverk som har betydning for både henne selv og barnet i en viktig livsfase.

Helsemyndighetene anbefaler at kommunene samordner tjenester som er rettet mot barn og unge. Modellen «Familiens hus» er én måte å organisere en helhetlig familietjeneste på. Tjenester som ofte inngår i «Familiens hus» er skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, barnevernstjenesten og den pedagogisk-psykologiske tjenesten.

Psykisk helse – ikke bare plager og lidelser.

Begrepet psykisk helse omfatter også det helsefremmende perspektivet som følelsen av å trives og kapasitet til å mestre livets utfordringer.

Les mer om psykisk helse på www.fhi.no/tema/psykisk-helse

Skolen som arena for faglig og sosial utvikling

Trivsel på skolen er en av flere faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og trivsel er viktig for å kunne mestre utfordringer i skolehverdagen. Opplevelse av mestring styrker barns selvtillit og psykiske helse.

Figur 2 viser andelen 10.-klassinger som oppgir at de trives godt eller svært godt på skolen. Tallene blir vist både for kommune, fylke og landet som helhet.

Et belastende eller stressende skolemiljø vil øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager.

Figur 3 viser andel 10.-klassinger som oppgir at de føler seg mobbet på skolen. Tallene blir vist både for kommune, fylke og landet som helhet. Tallene for trivsel og mobbing kan skjule stor variasjon mellom ulike skoler i kommunen og dette må tas med i vurderingen av tallene.

Skolen kan bidra til å fremme elevenes psykiske helse gjennom å bygge opp et støttende sosialt miljø og fange opp elever med faglige vansker tidlig. Samarbeid med foreldre er også viktig. I tillegg finnes det ulike skoleprogrammer som har vist gode resultater, blant annet gjennom å øke elevenes kunnskap om psykisk helse, heve den sosiale mestringsfølelsen, styrke de sosiale ferdighetene og forebygge mobbing.

Frafall i videregående skole

Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet. Figur 4 viser kommunens utfordring med frafall i videregående skole sammenliknet med fylket og landet. Kommuneverdien kan skjule sosiale forskjeller mellom ulike grupper. Blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse.

Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Spesielt kan atferdsvansker i barndommen føre til dårligere skoleprestasjoner som igjen fører til økt risiko for frafall. Tiltak som styrker barn og unge som sliter med faglige og sosiale vansker vil være effektive i forebygging av frafall. Det forebyggende arbeidet bør starte tidlig og omfatte alle faser i utdanningsløpet.

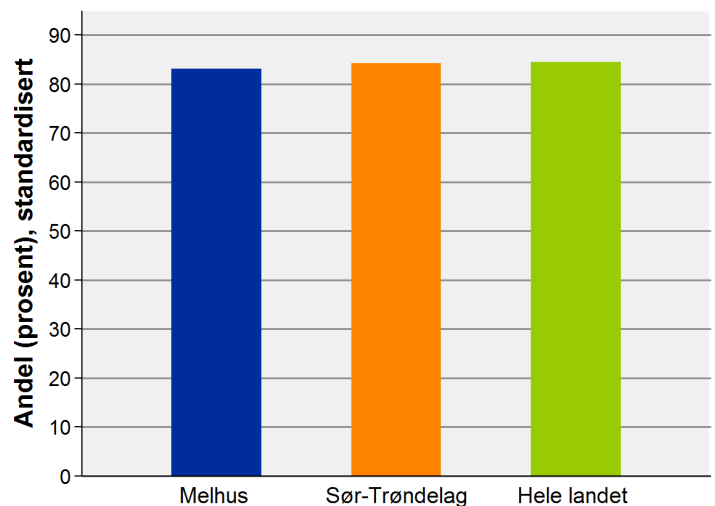
Aktuelle tiltak i kommunen er å satse på barnehager som bidrar til å styrke språk og sosiale ferdigheter. Videre er det viktig at skolen satser på god språkopplæring for alle, og med spesielle tiltak for elever som har lesevansker og andre læringsvansker. Også tiltak som styrker det sosiale miljøet på skolen kan forebygge frafall.

Frafallet i videregående skole er størst blant elever på yrkesfagene. Blant elever som står i fare for å falle fra har fleksible opplæringsløp og mer praksis for dem som strever med teoretiske fag, tett oppfølging og veiledning og samarbeid mellom skole og arbeidsliv, vist gode resultater.

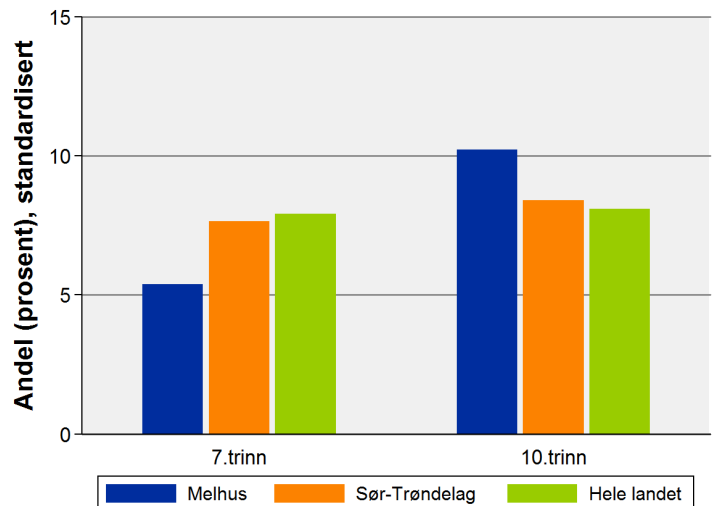
I arbeidet med frafall er det behov for helhetlig og langsiktig satsing med utstrakt samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner.

Finn en utvidet artikkel med referanser på www.fhi.no/folkehelseprofiler

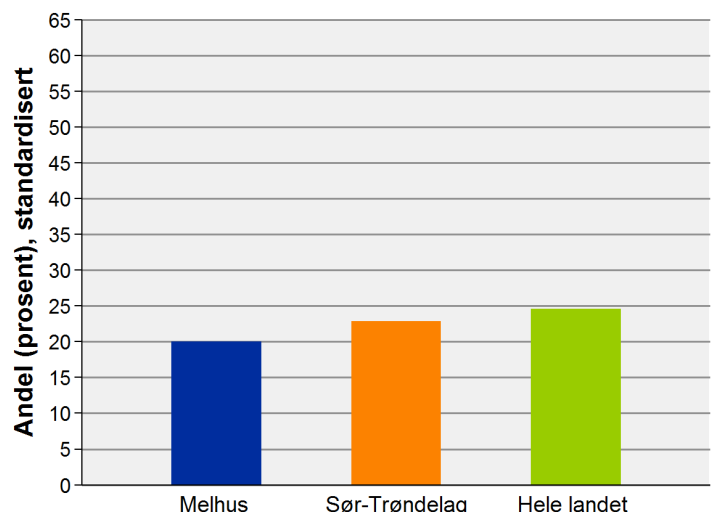
Figur 2. Andel 10. klassinger som trives svært godt eller godt på skolen (Elevundersøkelsen, 2008/09-2013/14).



Figur 3. Andel 7. og 10. klassinger som oppgir at de mobbes på skolen (Elevundersøkelsen, 2008/09-2013/14).



Figur 4. Andel som har sluttet på/ ikke bestått videregående skole, status fem år etter påbegynt opplæring (2011-2013).



Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommunen og fylket med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulike alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet
- Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet
- Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ▬ Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket

Halvsirkler: Kommuneverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halvsirkel i figurens ytterkant. En «grønn» verdi betyr at kommunen ligger bedre an enn landet som helhet, likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Melhus
Befolkning	1 Befolkningsvekst	1,1	1,1	1,1	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	25	22	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år	4	4,1	4,3	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	21	25	26	prosent	
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	84	87	83	prosent	
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	7	7,9	10	prosent	
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,2	2,6	2,7	-	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	2,2	1,9	2,3	prosent	
	9 Uføretrygdede, 18-44 år	2,5	2,7	2,5	prosent (a,k*)	
	10 Barn av enslige forsørgere	14	15	15	prosent	
Miljø	11 God drikkevannsforsyning	76	90	89	prosent	
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	73	89	89	prosent	
	13 Personskader, behandlet i sykehus	12	12	13	per 1000 (a,k*)	
Skole	14 Trives på skolen, 10. klasse	83	84	85	prosent (k*)	
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	10	8,4	8,1	prosent (k*)	
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	27	25	25	prosent (k*)	
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	32	27	27	prosent (k*)	
	18 Frafall i videregående skole	20	23	25	prosent (k*)	
Levevaner	19 Røyking, kvinner	13	11	14	prosent (a*)	
	20 Overvekt, kvinner	-	-	35	prosent	
Helse og sykdom	21 Forventet levealder, menn	78,9	78,3	77,9	år	
	22 Forventet levealder, kvinner	84,1	82,7	82,6	år	
	23 Utdanningsforskjell i forventet levealder	4,5	4,3	4,8	år	
	24 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 0-74 år	103	132	139	per 1000 (a,k*)	
	25 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	117	134	137	per 1000 (a,k*)	
	26 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	111	117	131	per 1000 (a,k*)	
	27 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	271	267	258	per 1000 (a,k*)	
	28 Hjerter- og karsykdom, primærh.tj.	83	91	105	per 1000 (a,k*)	
	29 Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus	18	17	18	per 1000 (a,k*)	
	30 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	31	32	34	per 1000 (a,k*)	
	31 Lungekreft, nye tilfeller	47	54	55	per 100 000 (a,k*)	
	32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	69	75	78	per 100 000 (a,k*)	
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	249	221	238	per 1000 (a,k*)	
	34 Vaksinasjonsdekning, MMR, 9-åring	93,1	96,1	94,5	prosent	

2905151027.2905151142.1653

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2013. 2. 2014. 3. 2014. 4. 2014, i prosent av befolkningen. 5. 2013, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 8. 2013, i prosent av befolkningen. 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. 11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsløyper. Omfatter rapportpliktige vannverk. 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 13. 2011-2013. 14/15. Skoleåret 2008/09-2013/14, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling. 16/17. Skoleåret 2011/12-2013/14. 18. 2011-2013. 19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk feil ved innrapportering. Fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m2 (basert på selvrapporert høyde og vekt før svangerskapet). Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert. 21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 24. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettlager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerte- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2011-2013. 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 31. 2003-2012. 32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2009-2013, vaksiner mot meslinger, kusma og røde hunder. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vannverksregisteret og Reseptregisteret. For mer informasjon, se khs.fhi.no