

Rømskog



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 2015.

Nye indikatorer i 2016:

- Valgdeltakelse ved valget i 2015
- Indikatorer fra Ungdata-undersøkelsen
- Overvekt inkl. fedme fra nettbasert sesjon
- Frafall etter foreldrenes utdanningsnivå (figur på midtsidene)

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: Scanpix og Colourbox
Midtsidene: I samarbeid med Helsedirektoratet
Bokmål
Batch 0602161525.0602161705.0602161525.0602161555.06/02/2016
17:14

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Noen trekk ved kommunens folkehelse

Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke opplysninger som er tilgjengelig på kommunenivå. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- Valgdeltakelsen i kommunen var høyere enn i landet som helhet ved kommunestyre- og fylkestingsvalget i 2015. Valgdeltakelse kan si noe om samfunnsengasjementet i kommunen.

Levekår

- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen barn som bor i lavinntektshusholdninger.

Miljø

- Andelen personer som får vann fra vannverk som både har tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsløyper ser ut til å være lavere enn landsnivået. Når man vurderer kommunens drikkevannsforsyning, må det tas hensyn til at statistikken omfatter den delen av befolkningen som får vann fra rapportpliktige vannverk, se indikatornummer 11, forsyningsgrad.
- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2012-2014, eller tallgrunnlaget er utilstrekkelig for å vise tall på ensomhet. Utilstrekkelig betyr at tallene er for små eller at det mangler opplysninger om klasstrinn og kjønn som er nødvendige bakgrunnsvariabler for å kunne sammenlikne mot landsnivået. I Kommunehelsa statistikkbank finnes tall som ikke er justert for disse bakgrunnsvariablene.
- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2012-2014, eller det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen ungdomsskoleelever som er fornøyd med lokalmiljøet.

Skole

- Tallgrunnlaget for å vise statistikk på trivsel i skolen fra Elevundersøkelsen er utilstrekkelig.
- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk om frafall i videregående skole i kommunen.

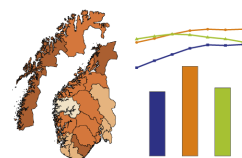
Levevaner

- Ungdata-undersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2012-2014, eller det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på andelen ungdomsskoleelever som er fysisk inaktive (andpusten eller svett sjeldnere enn én gang i uka).
- Andelen med overvekt inkludert fedme er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter (17 år).

Helse og sykdom

- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på sosiale helseforskjeller i kommunen, målt som forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper. Les mer om sosial ulikhet på midtsidene.

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



Utjevning av sosiale helseforskjeller: ikke bare hva vi gjør, men også hvordan

Alle faktorer som påvirker helsa, og som er sosialt ulikt fordelt i befolkningen, bidrar til å opprettholde sosiale ulikheter i helse. Ulikhetene varierer i tid og mellom ulike geografiske områder, og det forteller oss at det er mulig å redusere dem.

Sosiale ulikheter i helse vil si at vi ser systematiske helseforskjeller som følger inntekt og utdanningslengde. Forskjellene er uavhengige av kjønn og alder og gjelder blant annet forventet levealder, ulike sykdommer og levevaner som kosthold og røyking. De finnes i de fleste fylker og kommuner, men siden størrelsen på ulikhetene varierer, vet vi at det er mulig å redusere dem.

Helseforskjellene danner som regel en jevn gradient gjennom befolkningen. En gradient kan ses på som en stige og vil si at litt bedre sosioøkonomisk status gir (statistisk sett) litt bedre helse. Ikke bare har de nest fattigste bedre helse enn de aller fattigste. Vi ser også at de aller rikeste i gjennomsnitt har litt bedre helse enn de nest rikeste. Det samme gjelder når vi ser på sammenhengen mellom helse og utdanning; jo lengre utdanning, jo bedre helse.

Dersom vi skal utjevne helseforskjellene, må vi ha hele befolkningen i tankene. Et godt gjennomført tiltak kan samlet sett gi en betydelig folkehelsegevinst fordi det når frem til mange.

Tiltak kan være ment å treffe alle og gi mest nytte til de som har størst behov, men dersom en ikke undersøker og sikrer dette i den praktiske gjennomføringen kan resultatet bli at man forsterker i steden for å utjevne helseforskjeller.

Vi kan se på helsen som endepunktet i en årsakskjede hvor grunnleggende sosiale forhold som utdanning og økonomi sammen med miljøforhold, levevaner og, til slutt, helsetjenester påvirker helsen.

Tiltak for å bedre helse og utjevne helseforskjeller kan settes inn på alle leddene i denne årsakskjeden. Nøkkelen til å redusere helseforskjellene ligger ikke i noen få enkelttiltak, men i sammensatt innsats.

Innsatsområder for utjevning

Figur 1 illustrerer eksempler på aktuelle innsatsområder for å redusere sosiale helseforskjeller. Første del av figuren omfatter innsatsområder for å redusere ulikhet i grunnleggende sosiale forhold. Videre kan man rette innsatsen mot ulikheter i levevaner, sosial støtte og andre fysiske og sosiale miljøfaktorer som mer direkte virker inn på helsen. Siste del av figuren peker på at helsetjenester kan demme opp for ulikheter skapt tidligere i årsakskjeden og at innsats på dette området også er aktuelt for å oppnå likeverdig helse.

Tiltak på det første leddet gir potensielt stor gevinst fordi det kan virke positivt på hele årsakskjeden - de retter seg mot «årsakene til årsakene».

Figur 2 viser forventet levealder i tre utdanningsgrupper. Tallene blir vist både for kommune, fylke og landet som helhet. Utdanningsforskjellene i dødelighet, og dermed forventet levealder, kan betraktes som sluttsammen av mange små og store faktorer gjennom hele livsløpet.

Virker dagens tiltak?

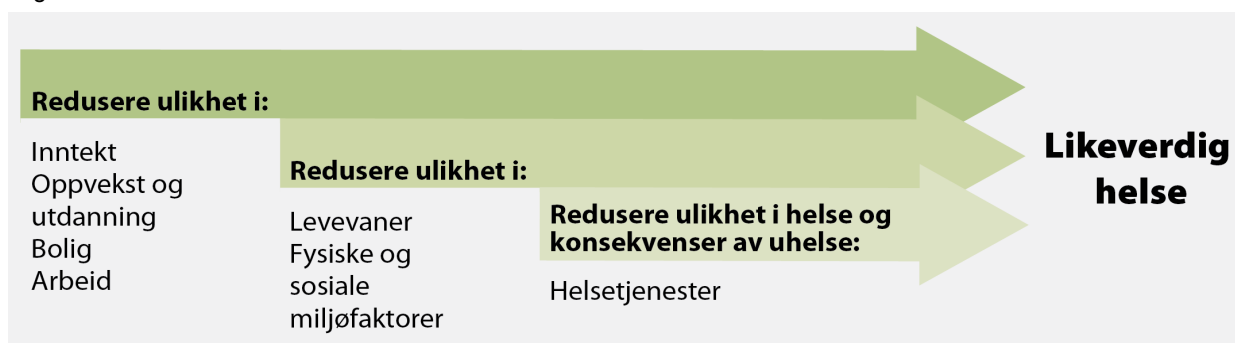
For å utjevne sosiale helseforskjeller trenger vi ikke nødvendigvis nye tiltak, men vi trenger å se på fordelingseffektene av det som allerede gjøres. Noen spørsmål som det kan være nyttig å reflektere over, er:

- Kan innsatsen eller tiltaket slå ulikt ut for ulike grupper?
- Er det økonomiske, sosiale eller fysiske barrierer som gjør at ikke alle kan nyttiggjøre seg tiltaket eller tjenesten?
- Krever bruk av tiltaket eller tjenesten spesielle kunnskaper eller ressurser som er ulikt fordelt i befolkningen?

Når man skal svare på disse spørsmålene er kunnskap om målgruppen og forhold i lokalmiljøet avgjørende. Eksempelene på neste side illustrerer hvordan et tiltak kan bli sosialt ulikt fordelt dersom det er opp til den enkelte å skaffe seg et gode.

Noen av eksemplene er basert på forskningsfunn og evalueringer, mens andre er lokale tiltak som ikke har vært evaluert.

Figur 1. Innsatsområder for å redusere sosial ulikhet i helse.



Eksempler: faktureringsrutiner, skolefrukt og leksehjelp

Lavinntektshusholdninger har større problemer med uforutsette regninger enn andre. En del kommunale avgifter og gebyrer faktureres ofte på årlig eller halvårlig basis og kan dermed komme som en stor og kanskje uforutsett utgift for en del husholdninger. Noen kommuner har endret faktureringsrutinene slik at man kan fakturere månedlig.

Tilskudd til kontingenter, utlån av utstyr og liknende tiltak kan gjøre det lettere for alle barn å delta på fotballtrening, kulturskole eller andre aktiviteter uavhengig av familiens ressurser. Figur 3 viser hvor mange dette kan ha betydning for i din kommune. Figuren viser andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Tallene vises også for fylket og landet som helhet.

En skolefruktordning som er gratis for alle, har vist seg å redusere sosial ulikhet både når det gjelder inntak av frukt og usunt snacks. Skolefrukt som må betales av foresatte, fører derimot til større sosiale forskjeller i fruktinntak.

Gratis leksehjelp er en ordning som ble innført for å redusere sosial ulikhet i læring, men en evaluering fra 2013 viste at den ikke bidro til dette. Hvorfor? Måten ordningen var innført på varierte mellom kommuner og skoler. Evalueringen antyder at de flinkeste elevene var de som best greide å benytte tilbudet.

Til sammenlikning viser forsøk med gratis kjernetid i barnehager at et systematisk og målrettet rekrutteringsarbeid var avgjørende for at også de barna som i utgangspunktet ikke gikk i barnehage skulle nyte godt av dette tilbudet.

Ulikheter i frafall

Figur 4 viser frafall i videregående skole fordelt etter foreldrenes utdanningsnivå.

På landsnivå ser vi i figuren at det er sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og frafall i videregående skole. Tallene er også vist for fylke og kommune. I vurderingen av disse tallene, er det viktig å være oppmerksom på at det også er forskjell i frafall mellom elever på yrkesfag og elever på studieforberedende fag, med høyere frafall blant yrkesfagelevne.

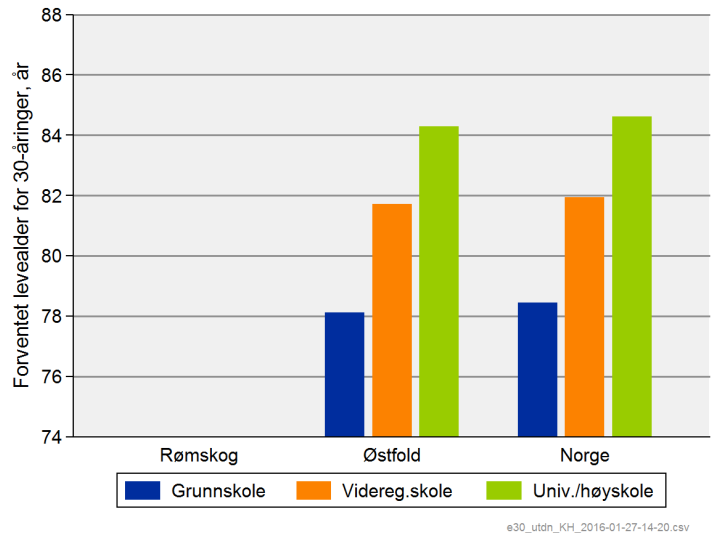
Gode faglige ferdigheter i grunnskolen øker sjansen for at eleven klarer å gjennomføre videregående skole. Arbeidet med å redusere frafall i videregående skole bør derfor starte i grunnskolen.

Kommunen kan også bidra ved å tilby flere lokale lærlingeplasser, enten direkte som arbeidsgiver, eller indirekte, ved for eksempel å stille betingelser til bedrifter i anbudskonkurranser.

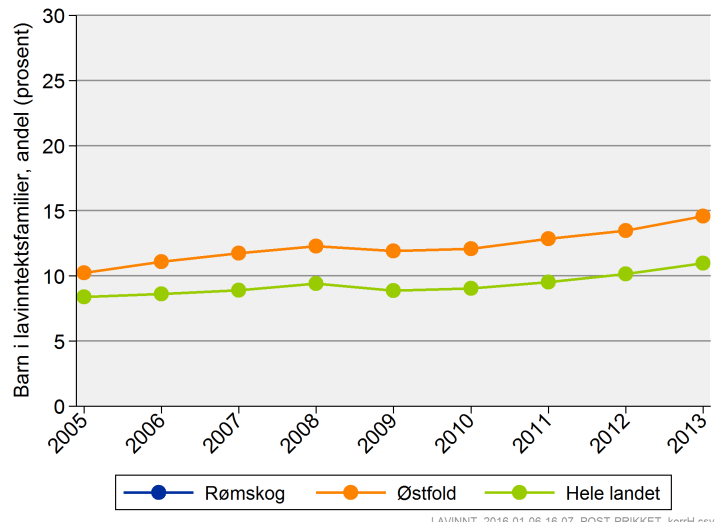
Finn en utvidet artikkel med referanser på www.fhi.no/folkehelseprofiler

Finn flere eksempler i Helsedirektoratets veivisere for lokalt folkehelsearbeid

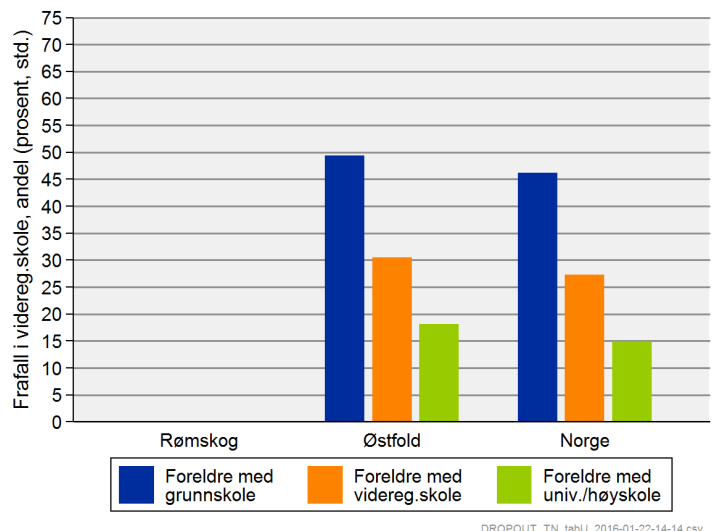
Figur 2. Forventet levealder ved 30 år etter utdanningsnivå (1999 - 2013).



Figur 3. Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt.



Figur 4. Andel som har sluttet på/ ikke bestått videregående skole, status fem år etter påbegynt opplæring, etter foreldrenes utdanning (2012-2014).



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 ulik alders- og kjønns sammensetning sammenlignet med landet. For å se på utvikling over tid, se Kommune helsa statistikkbank, khs.fhi.no. Her finnes også statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landnivået
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

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. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommune helsa statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommune helsa statistikkbank, khs.fhi.no.

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Rømskog
Befolkning	1 Befolkningsvekst	0	0,78	1,1	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	20,2	25,3	25,6	prosent	
	3 Valgdeltakelse 2015	78	55	60	prosent	
Levekår	4 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	85	77	83	prosent	
	5 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	-	15	11	prosent	
	6 Inntektsulikhet, P90/P10	2,2	2,6	2,7	-	
	7 Barn av enslige forsørgere	6,4	18	15	prosent	
	8 Arbeidsledige, 15-29 år (ny def.)	-	4,1	2,7	prosent	
9 Uføretrygdede, 18-44 år	-	3,8	2,6	prosent (a,k*)		
Miljø	10 God drikkevannsforsyning	29	94	92	prosent	
	11 Forsyningsgrad, drikkevann	86	91	89	prosent	
	12 Skader, behandlet i sykehus	12,2	13,7	12,8	per 1000 (a,k*)	
	13 Ensomhet, Ungdata	-	18	18	prosent (a,k*)	
	14 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungdata	-	68	70	prosent (a,k*)	
15 Medlem i fritidsorganisasjon, Ungdata	-	61	63	prosent (a,k*)		
Skole	16 Trives på skolen, 10. klasse	-	87	85	prosent (k*)	
	17 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	-	29	25	prosent (k*)	
	18 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	-	31	26	prosent (k*)	
	19 Frafall i videregående skole	-	28	24	prosent (k*)	
Levevaner	20 Fysisk inaktive, Ungdata	-	15	13	prosent (a,k*)	
	21 Overvekt inkl. fedme, 17 år	24	24	21	prosent (k*)	
	22 Alkohol, har vært beruset, Ungdata	-	13	14	prosent (a,k*)	
	23 Røyking, kvinner	-	13	10	prosent (a*)	
Helse og sykdom	24 Forventet levealder, menn	77,6	77,5	78,2	år	
	25 Forventet levealder, kvinner	-	82,2	82,8	år	
	26 Utdanningsforskjell i forventet levealder	-	4,9	4,8	år	
	27 Psykiske sympt./lid, primærh.t.j., 15-29 år	51	163	142	per 1000 (a,k*)	
	28 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	131	157	130	per 1000 (a,k*)	
	29 Muskel- og skjelett, primærhelsetjenesten	231	285	262	per 1000 (a,k*)	
	30 Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus	8,4	17,6	17,3	per 1000 (a,k*)	
	31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	16	39	35	per 1000 (a,k*)	
	32 Lungekreft, nye tilfeller	-	59	55	per 100 000 (a,k*)	
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	220	259	229	per 1000 (a,k*)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	-	95,2	94,7	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

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

1. 2014. 2. 2014, i prosent av befolkningen. 3. Avgitte stemmer i prosent av stemmeberettigede. 4. 2014, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utd.). 5. 2013, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 6. 2013, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 7. 2012-2014, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 8. 2014, ledige per januar mnd. (ny def.) i prosent av befolkningen. Def. avviker fra SSBs. 9. 2012-2014, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2014, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsløse. Omfatter rapportpliktige vannverk. 11. 2014, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 12. 2012-2014, u.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 14. 2012-2014, u.skole, svært eller litt fornøyd. 15. 2012-2014, u.skole, medlem ved undersøkelsestidspunkt. 16. Skoleåret 2009/10-2014/15. 17/18. Skoleåret 2012/13-2014/15. 19. 2012-2014, omfatter elever bosatt i kommunen. 20. 2012-2014, u.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 21. 2011-2014, KMI som tilsvarer over 25 kg/m², basert på selvrappertert høyde og vekt ved nettbasert sesjon. 22. 2012-2014, u.skole, drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset én gang eller mer ilt. siste 12 mnd. 23. 2010-2014, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 24/25. 2000-2014, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 26. 1999-2013, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 27. 2012-2014, brukere av fastlege og legevakt. 28. 2012-2014, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 29. 2012-2014, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 30. 2012-2014, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 32. 2004-2013. 33. 2012-2014, 0-74 år. 34. 2010-2014. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Reseptregisteret og Ungdata-undersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HiOA. For mer informasjon, se khs.fhi.no