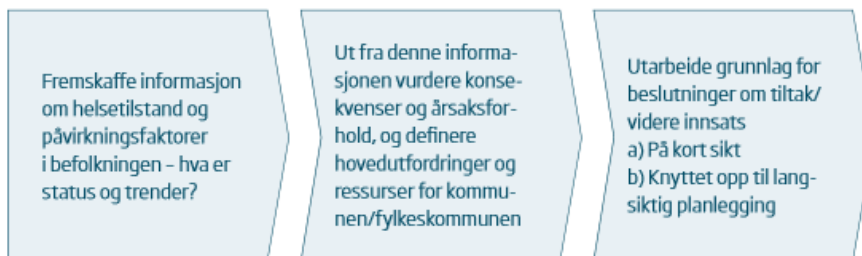


## Folkehelse i Midtre Gauldal

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i  
Midtre Gauldal kommune



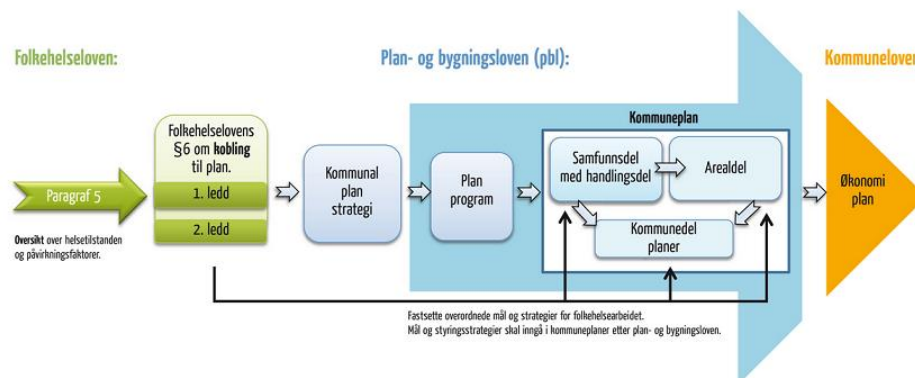
# Innledning

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

Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringer og ressurser. I tillegg skal den inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år, som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier. Oversikten skal kunne ut i at faktorer som påvirker folkehelsen på en lettfattelig måte presenteres for befolkning og politikere, slik at prioriteringer kan gjøres på riktig grunnlag når kommunens planer legges. Oversiktsdokumentet og folkehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet skal gjøres allment tilgjengelig, slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen. Oversikten skal oppdateres jevnlig.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å beskrive folkehelseutfordringer og ressurser, og for deretter å planlegge og gjennomføre tiltak. Oversikten skal legges til grunn i kommunens planarbeid.



Trondheimserklæringens<sup>1</sup> fokus på sosial ulikhet fra august 2014 er en god retningsgiver i folkehelsearbeidet: «*Rettferdig fordeling av helse og trivsel – et politisk valg*».

Folkehelselovens forskrifter legger føringer for hva som minimum skal inngå i oversikten:

- a) **Befolkningssammensetning**
- b) **Oppvekst- og levekårsforhold**

<sup>1</sup> Trondheimserklæringen (2014): <http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tpj/nfh-6/assets/trondheim/trondheimserklæringen-konferansenversjon-3-uredigert-29-august-2014.pdf>

c)Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

d)Skader og ulykker

e)Helserelatert atferd

f)Helsetilstand

Dette dokumentet er bygd opp ut fra disse 6 temaområder med underpunkt. Etter hvert kapittel foreligger et sammendrag hvor ressurser og utfordringer er beskrevet. (Temaområdene og indikatorene er valgt ut av Folkehelsedirektoratet ut fra et forebyggingspotensiale).

Det ble avholdt Ungdataundersøkelse i februar i år. «Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjema-undersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen er Ungdata godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom» (ungdata.no). Det er Kompetansesenter rus Midt Norge og NOVA som samler inn og analyserer data.

Det er kommunens folkehelsekoordinator som har utarbeidet oversikten. Bidragsytere er kommunens fagfolk, Sør- Trøndelag fylkeskommune, tilgjengelig statistikk fra statlige instanser.

Det refereres til HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag). Dette fordi  
*«Utviklingen av folkehelse i Nord-Trøndelag fylke og i Norge følger hverandre tett. (...) Derfor er befolkningen i fylket som en indikatorpopulasjon å regne i nasjonal sammenheng. (...) Rapporten er derfor av stor interesse for både lokale, regionale og nasjonale myndigheter»*  
(HUNT - Krokstad, 2011).

## **Oppsummering av helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Midtre Gauldal.**

Følgende punkter ansees å være hovedutfordringer for folkehelsearbeidet i Midtre Gauldal kommune kommende år:

Overvekt i befolkningen.

Rus blant ungdom.

Ungdommens psykiske helse.

Folkehelsebarometret utgitt av Folkehelseinstituttet har 5 indikatorer i Midtre Gauldal som de uttrykker bekymring for på sin liste:

Regning 5. klasse.

Drikkevannsforsyning.

Muskel-skjellettproblematikk.

Antall brukere av legemidler mot diabetes 2.

Antall brukere av antibiotika.

Punktene er beskrevet senere i denne rapporten.

10. april 2015

Kristin Myklevoll

Folkehelsekoordinator

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Befolkningssammensetning .....</b>	<b>6</b>
1.1	Folketall og befolkningsutvikling .....	6
1.2	Aldersfordeling i befolkningen .....	8
1.3	Framskrevne tall .....	9
1.4	Folketall kommunesentrum/distriktene .....	10
1.5	Aleneboere.....	11
1.6	Innvandring.....	11
1.7	Oppsummering - befolkningssammensetning .....	14
<b>2</b>	<b>Oppvekst- og levekårsforhold.....</b>	<b>15</b>
2.1	Boliger/boligområder .....	15
2.1.1	Status - kortsiktig.....	15
2.1.2	Status - langsiktig .....	16
2.2	Barnehagedekning.....	16
2.3	Grunnskole.....	16
2.3.1	Resultater/nasjonale prøver .....	16
2.3.2	Trivsel - elever .....	18
2.3.3	Trivsel personale .....	19
2.3.4	Tilfredshet foreldre .....	19
2.4	Utdanning i befolkningen.....	19
2.4.1	Utdanningsnivå i Midtre Gauldal .....	19
2.4.2	Frafall videregående skole .....	21
2.4.3	Høyere utdanningsnivå – eksempler på ringvirkninger.....	23
2.5	Legedekning .....	25
2.6	Arbeidsmarkedet i kommunen.....	25
2.7	Inn- og utpendling .....	26
2.8	Inntekt .....	26
2.9	Sysselsetting.....	29
2.10	Arbeidsledighet .....	29
2.11	Sykefravær .....	30
2.12	Uføre.....	31
2.13	Skilsmisser.....	32
2.14	Barnevern .....	33
2.15	Sosialhjelpsmottakere .....	33
2.16	Kultur.....	34
2.17	Frivillighet .....	35

2.18	Oppsummering - oppvekst- og levekårsforhold.....	37
<b>3</b>	<b><i>Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø.....</i></b> <i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>	
3.1	Radon .....	39
3.2	Landbruksnæringens rolle i folkehelsearbeidet.....	41
3.3	Drikkevann .....	42
3.4	Tilgang friluftsområder .....	43
3.5	Gang- og sykkelvegnett.....	44
3.6	Skoleskyss .....	44
3.7	Forurensning vassdrag .....	45
3.8	Oppsummering - fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø .....	45
<b>4</b>	<b><i>Skader og ulykker .....</i></b>	<b>46</b>
4.1	Landbruket - skader/ulykker .....	46
4.2	Bygg- og anleggsvirksomhet - skader/ulykker .....	46
4.3	Omkomne i voldssomme dødsfall og ulykker .....	46
4.4	Anmeldte lovbrudd.....	47
4.5	Oppsummering - skader og ulykker .....	47
<b>5</b>	<b><i>Helserelatert atferd.....</i></b>	<b>48</b>
5.1	Fysisk aktivitet - voksne .....	48
5.2	Fysisk aktivitet - barn.....	49
5.2.1	Frafall organisert idrett .....	49
5.3	Røyking .....	50
5.4	Snusbruk .....	51
5.5	Alkohol.....	51
5.5.1	Alkohol og ungdom .....	52
5.6	Narkotika .....	54
5.7	Oppsummering - helserelatert atferd .....	55
<b>6</b>	<b><i>Helsetilstand.....</i></b>	<b>56</b>
6.1	Tannhelse.....	56
6.1.1	Friske tenner 5-/12- og 18-åringer .....	57
6.2	Overvekt .....	58
6.2.1	Overvekt barn.....	59
6.2.2	Tall fra Midtre Gauldal kommune .....	60
6.2.3	Overvekt barn - sosioøkonomiske forskjeller.....	61
6.3	Fødselsvekt .....	62
6.4	Undervekt - barn .....	63

<b>6.5</b>	<b>Overvekt voksne</b> .....	<b>63</b>
<b>6.6</b>	<b>Psykiatri</b> .....	<b>67</b>
6.6.1	Ungdommens psykiske helse .....	69
<b>6.7</b>	<b>Bruk av smertestillende</b> .....	<b>70</b>
<b>6.8</b>	<b>Oppsummering - helsetilstand</b> .....	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>73</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>76</b>

# 1 Befolkningssammensetning

Valg av indikator:

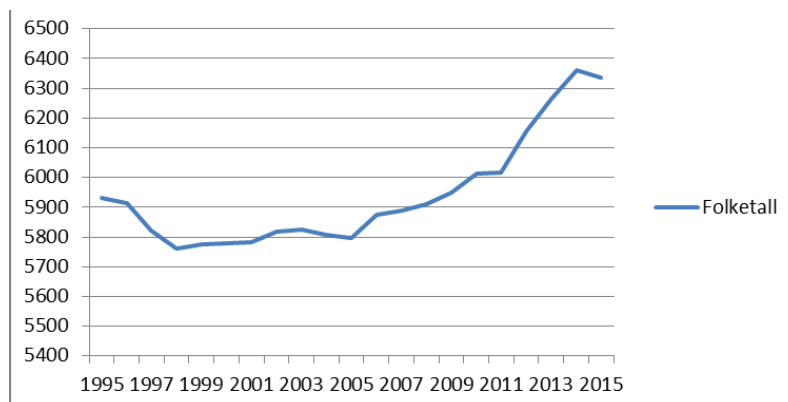
Kunnskaper om utviklingen om befolkningssammensetningen vil kunne påvirke strategiske valg som omhandler folkehelse. Befolkningsutvikling blir gjerne sett på som den ene store indikatoren for regional utvikling. Ønsket om befolkningsvekst har sammenheng med flere forhold, bl.a. kommunens inntektsgrunnlag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

## 1.1 Folketall og befolkningsutvikling

Folketallet i Midtre Gauldal kommune har vært økende de siste 10 årene, hovedsakelig på grunn av arbeidsinnvandring fra Europa. Etter 1997 har det blitt 582 flere innbyggere i kommunen. Fødselsoverskuddet var negativt fram til 2011 (dvs. færre fødte enn døde i kommunen).

1. januar 2014 var det 6361 innbyggere i Midtre Gauldal (ssb.no).

Kommunen hadde ei positiv befolkningsutvikling i perioden 2005-2014. Fra 1. januar 2014 til 1. januar 2015 gikk folketallet ned med 25 personer (SSB).

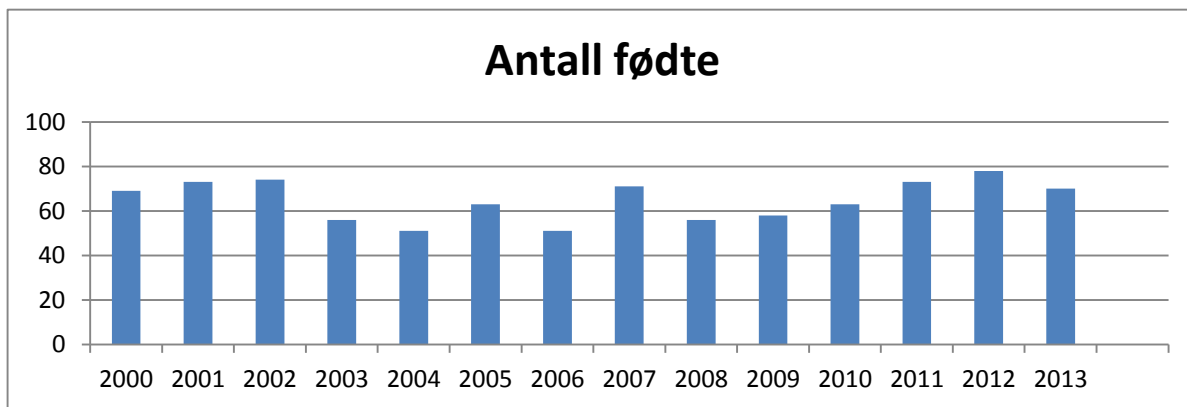


Figuren viser at folketallet økte jevnt fra år 2000 fram til i fjor. Økningen var på 10,1 %. Sammenlignet med andre kommuner i Sør-Trøndelag har Midtre Gauldal kommune var det ei forholdsvis stor økning. Fødselsunderskuddet har vært på 6 personer pr. år i denne perioden. Nettotilflyttingen på 48 personer pr. år utgjør altså befolkningsøkningen i perioden (Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014). Den positive utviklinga varte fram til 2014.

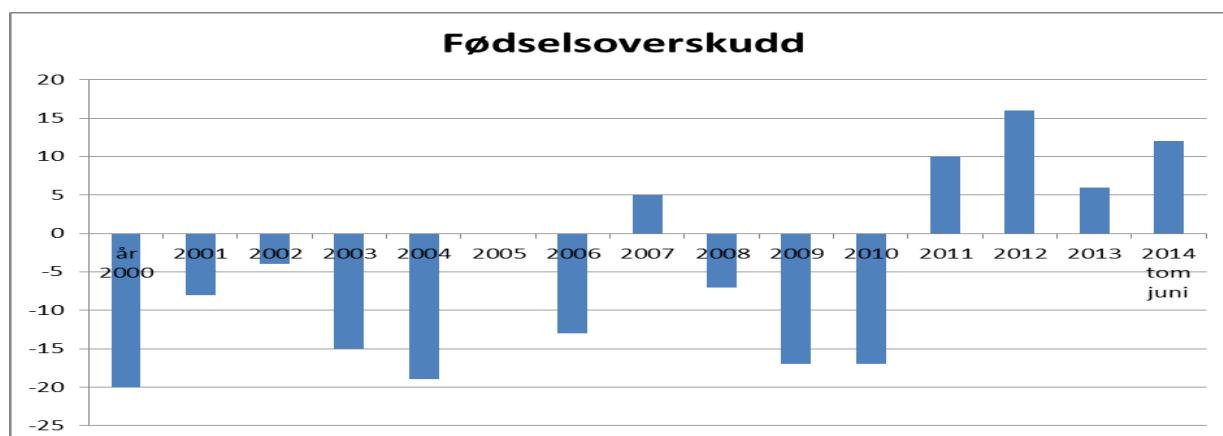
Det er grunn til å tro at både økning og nedgang i hovedsak har å gjøre med behovet for arbeidskraft til en av de største bedriftene på Støren, Norsk Kylling. Det er arbeidsinnvandring av polakker og slovakker, samt noe innenlandsk innflytting de siste årene som utgjør økningen som har vært (Á. Balto, 2013).

Statistisk sentralbyrås prognoser (siste: november 2014) tilsier at befolkningen vil fortsette å øke. Det er grunn til å tro at utviklingen på slaktekyllingmarkedet vil spille inn på befolkningsvekst/-nedgang i kommunen.

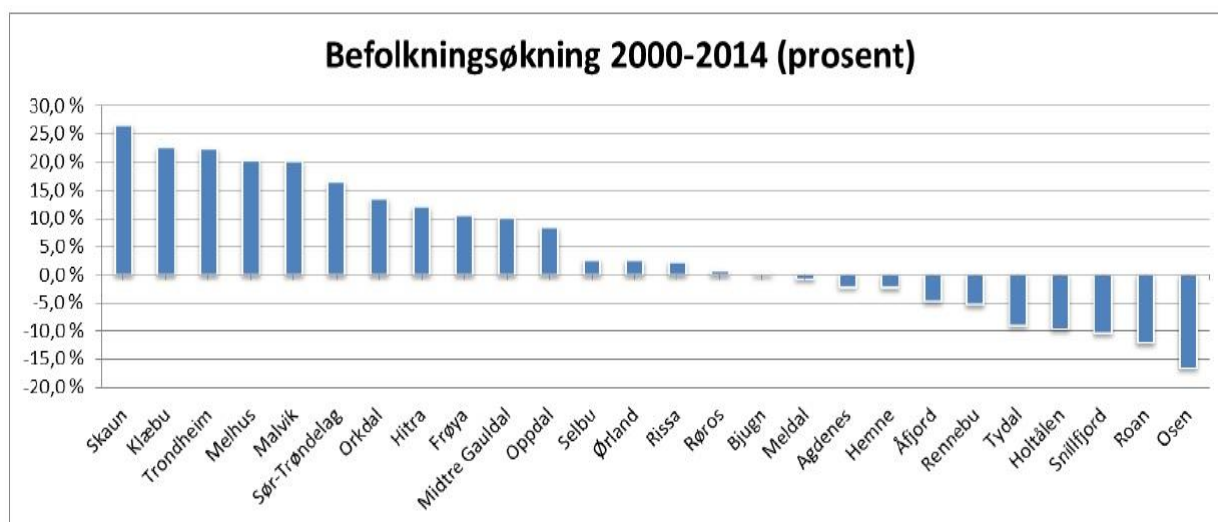
Figurene under viser at uten arbeidsinnvandring ville folketallet i kommunen vært nedadgående, fordi fødselsoverskuddet har vært negativt i flere år:



Antall levende fødte pr. år i Midtre Gauldal varierer fra 51 til 78, gj.sn. pr. år ca. 65. Likevel vil det enkelte år bli negativt overskudd (antall døde er flere enn antatt fødte). Kilde: SSB (statistisk sentralbyrå).



Midtre Gauldal sammenlignet med resten av kommunene i Sør-Trøndelag:

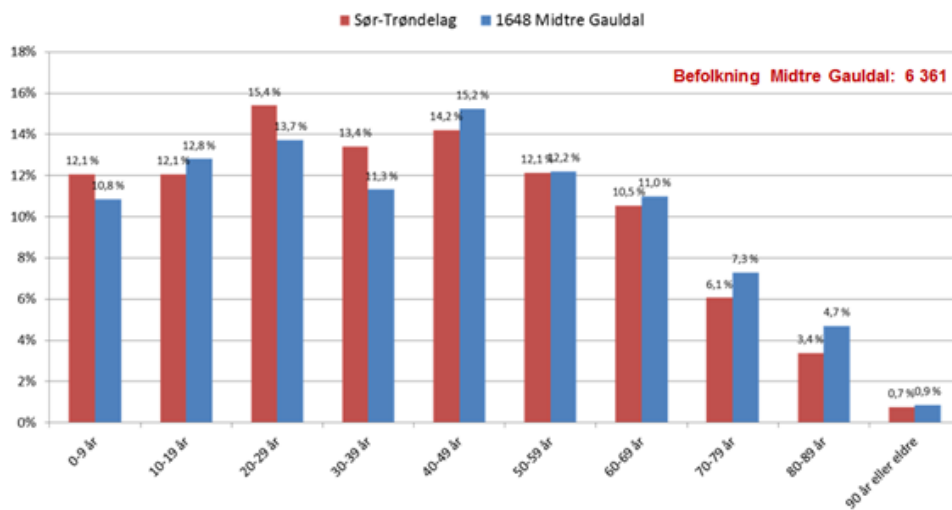


Befolkningsøkning pr. kommune i Sør-Trøndelag. Midtre Gauldal har hatt ca. 10 % befolkningsøkning i perioden 2000-2014. Kilde: Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Statistikkhefte for Sør-Trøndelag.



## 1.2 Aldersfordeling i befolkningen

Befolkningssammensetningen i Midtre Gauldal kommune i 2014 var slik:



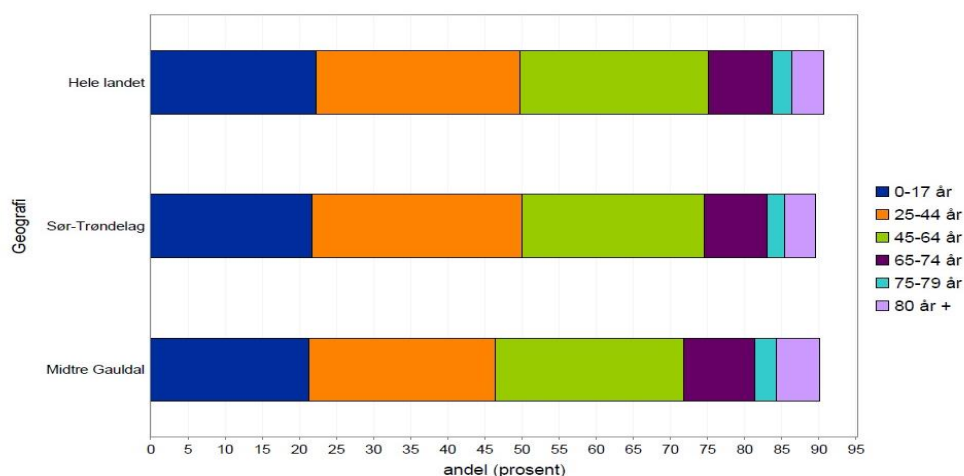
Kilde: SSB

Kilde: NAV Midtre Gauldal/SSB

Vi ser av histogrammene at det i Midtre Gauldal er flere personer i aldersgruppen fra 60 år og eldre enn det er i Sør-Trøndelag totalt.

Av figuren nedenfor ser vi at Midtre Gauldals befolkning er eldre enn landet for øvrig (år 2013):

	65-74 år	80+
<b>Midtre Gauldal</b>	9,6 %	5,9 %
<b>Sør-Trøndelag</b>	8,4 %	4,2 %
<b>Norge</b>	8,7 %	4,4 %



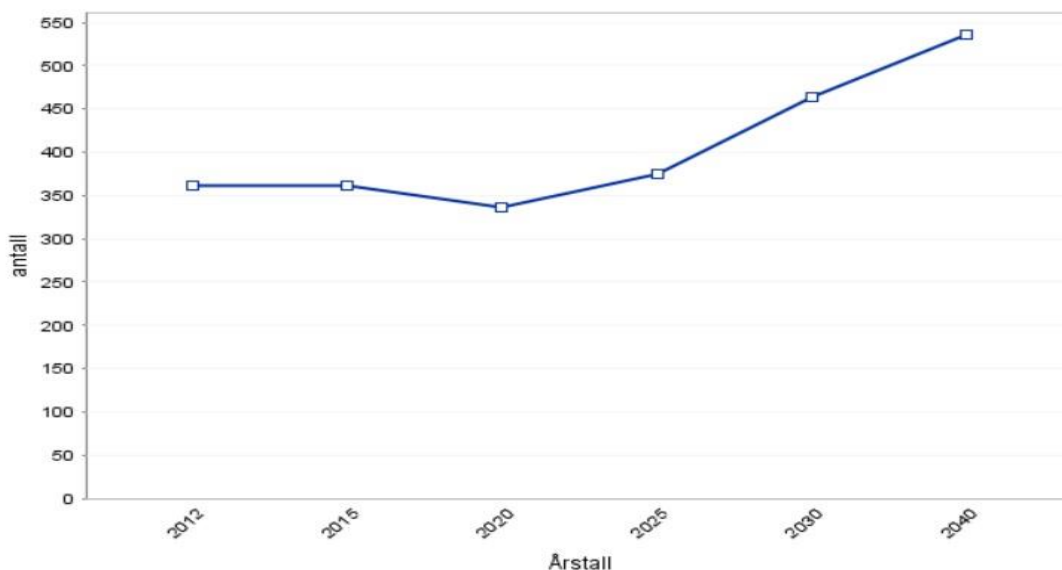
Tall fra 2013 (Folkehelseinstituttet) viser at andelen unge (0-17 år) i vår kommune er ganske lik andelen i Sør-Trøndelag fylke (21,3/21,8 %) og for landet totalt (22,2 %). For aldersgruppen som er i arbeidsdyktig alder er tallet litt lavere i Midtre Gauldal (50,4 %), mot Sør-Trøndelag og landet for øvrig 52,8 %.

### 1.3 Framskrevne tall

Valg av indikator: Befolkningsframskrivninger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig verktøy for planlegging i kommunene, blant annet framtidig tjenestebehov (fhi.no).

Tall fra Folkehelseinstituttet/ssb viser at andelen eldre over 80 år i år 2020 er estimert til å være høyere enn i landet som helhet. I 2020 forventes det at 4,9 % av befolkningen i Midtre Gauldal er over 80 år (i dag 5,9 %). Framskrivningene viser utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene.

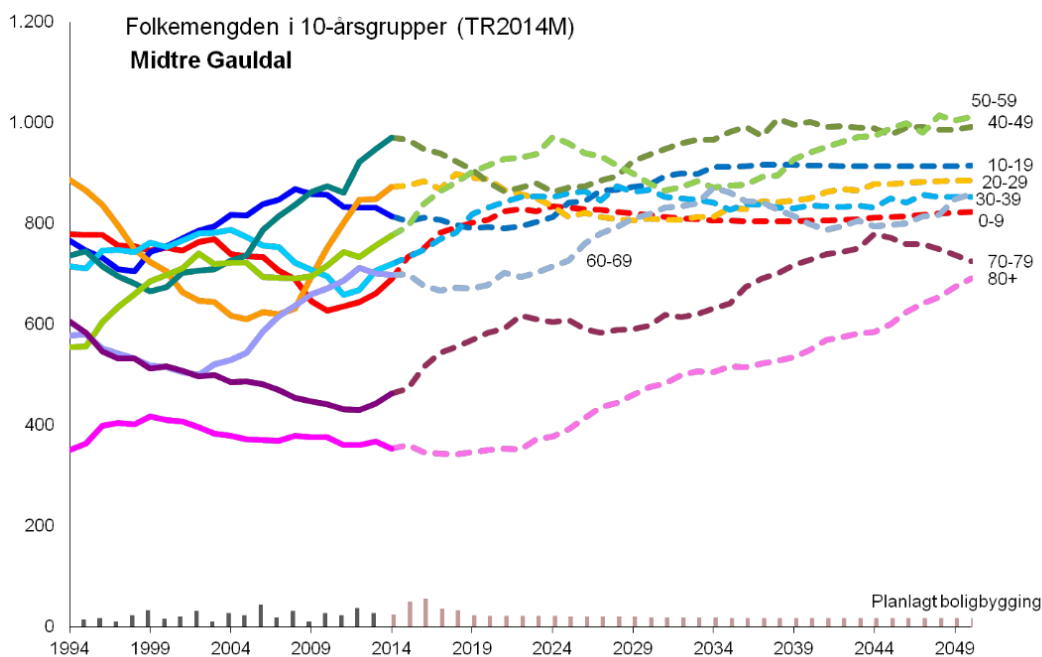
**Linjediagrammet viser framskrevet folkemengde over 80 år for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2012:**



Antallet personer over 80 år vil, ifølge beregningene til statistisk sentralbyrå, øke med cirka 200 stk. innen 2040. Dette utgjør ca. 6,4 % av befolkningen.

80 +	2020	2030	2040
Midtre Gauldal	4,9 %	6 %	6,4 %
Sør-Trøndelag	3,85 %	5,51 %	6,8 %
Norge	4,12 %	5,75 %	7,12 %

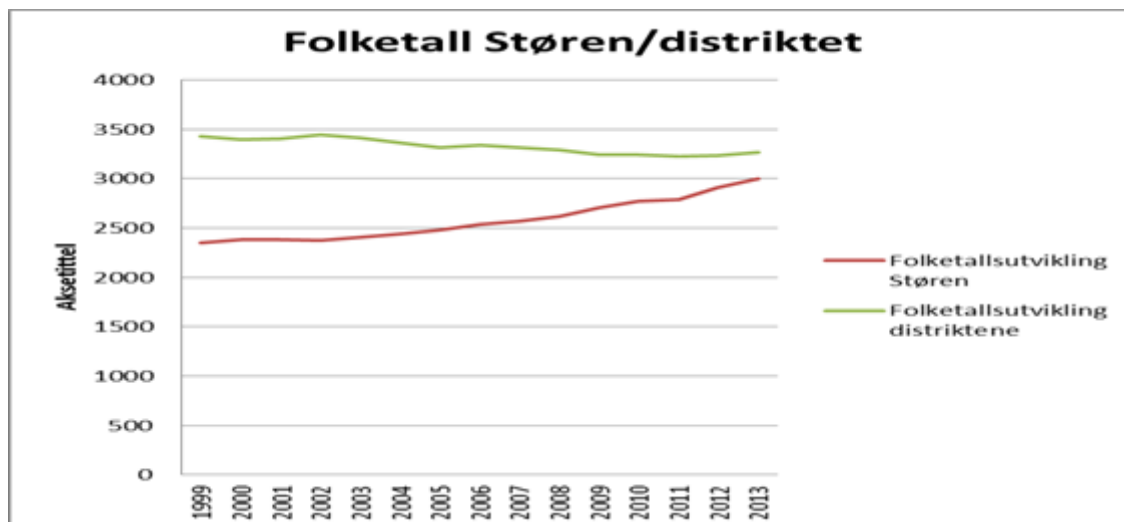
Prognosen nedenfor er laget av trondheimsregionen.no og har sitt utgangspunkt i tidligere forventet befolkningsøkning.



### 1.4 Folketall kommunesentrum/distriktene

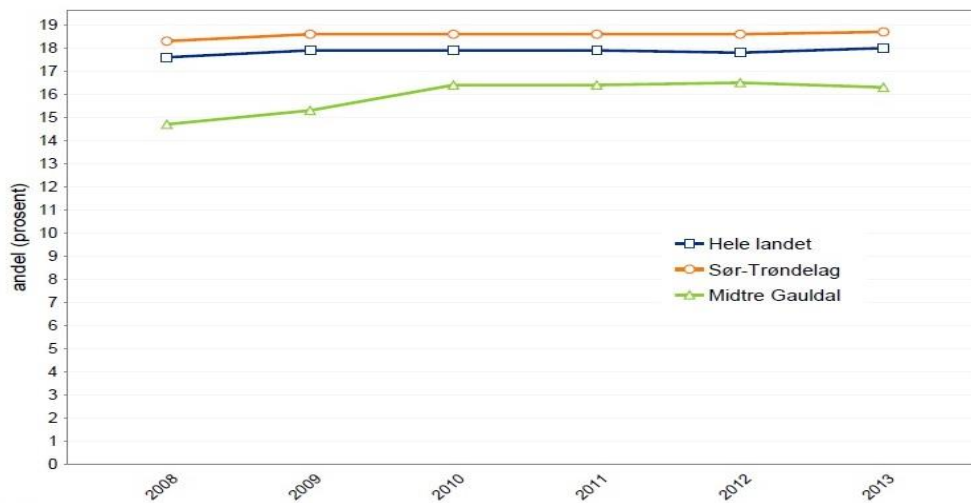
Befolkningsveksten har kommet i kommunesenteret Støren, mens de andre delene av kommunen har opplevd stabil eller nedadgående befolkningsutvikling (Å. Balto, 2013).

Det er Støren og Soknedal som har den største økningen i folketall, det er en nedgang i Hauka. I Budal og Singsås er folketallet stabilt.



## 1.5 Aleneboere

Valg av indikator: Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk, helsemessig og sosialt. Levekårsundersøkelsen i 2002 tyder på at de som bor alene, vurderer sin egen helse som dårligere enn de som bor sammen med noen (Store norske leksikon).



Figur 1: Kilde: Folkehelseinstituttet.

Vi ser av figuren at andelen som bor alene i Midtre Gauldal er lavere enn i landet for øvrig.

## 1.6 Innvandring

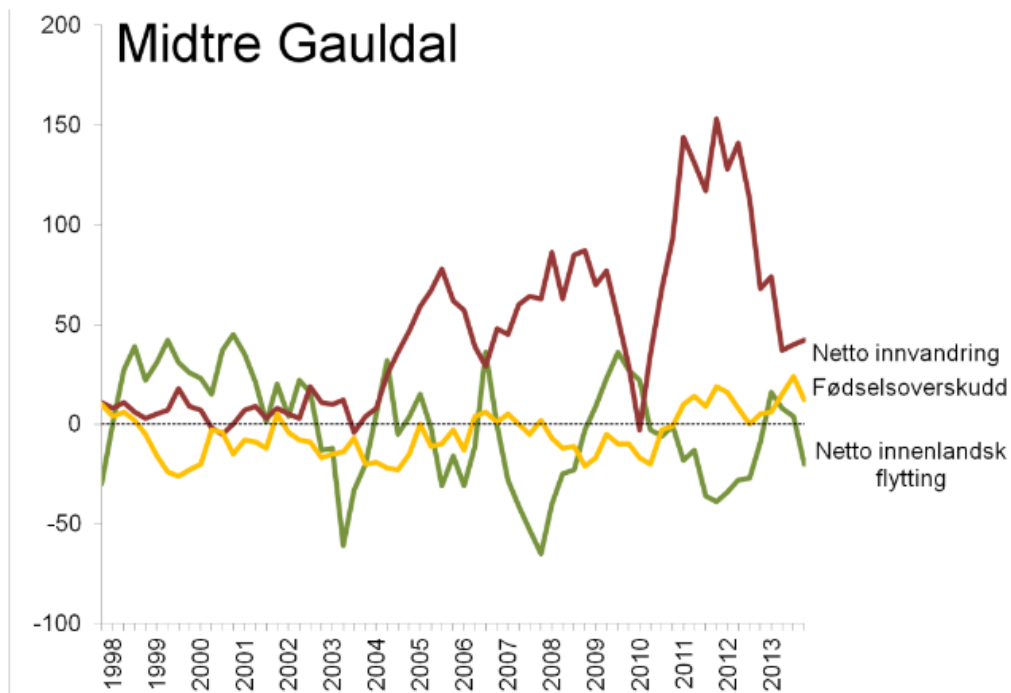
Valg av indikator: Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseatferd (Folkehelseinstituttet).

*«Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge, eller personer som er født i Norge, men som har to utenlandsfødte foreldre» (SSB).*

Begrepet innvandrer blir derfor en samlebetegnelse som inkluderer både flyktninger, arbeidsinnvandrere og alle andre innvandrere (Strategiplan for bosetting og integrering av innvandrere i Midtre Gauldal kommune 2012-2015, 2011).

Uten innvandring ville folketallet i Midtre Gauldal vært nedadgående.

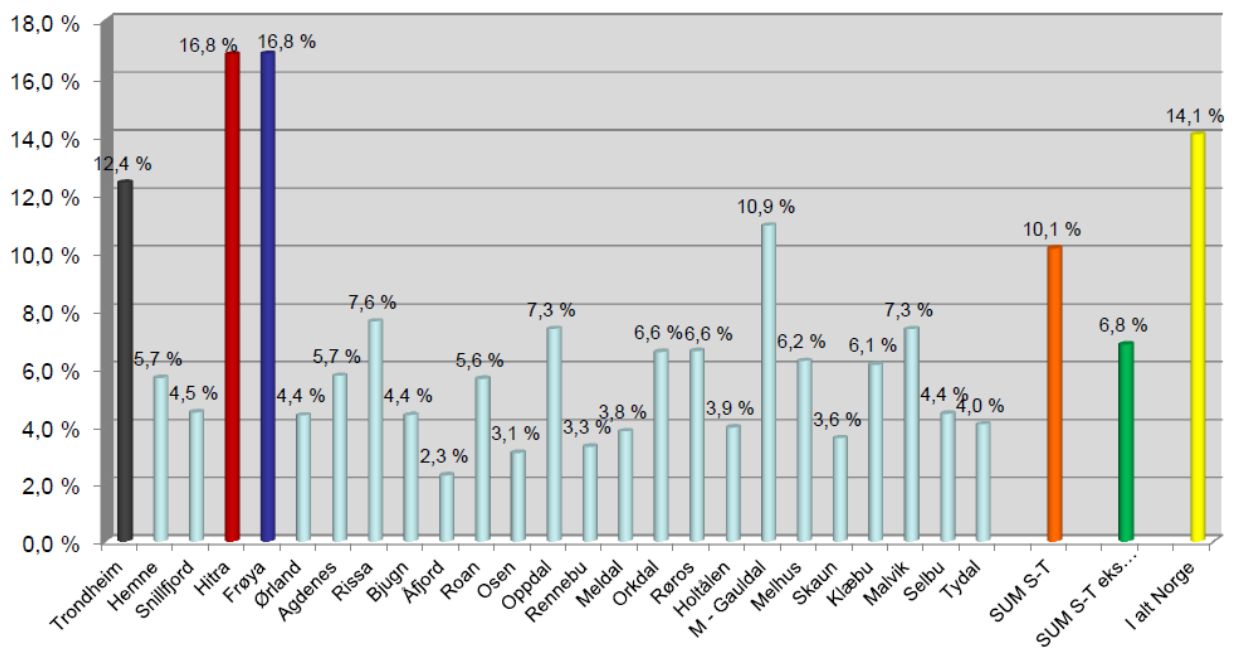
Diagrammet under viser hvor stor betydning arbeidsinnvandring har hatt å si for befolkningsveksten i kommunen:



Figur 12: Fødselsoverskudd, netto innenlands flytting og netto innvandring siste fire kvartal. Midtre Gauldal

Kilde: <http://trondheimsregionen.no>

Midtre Gauldal kommune har mange utenlandske statsborgere sammenlignet med andre sør-trønderske kommuner:



Figur 2: Utenlandske statsborgere. Kilde: J.T. Vik, Et folkehelseforedrag fra Sør-Trøndelag Fylkeskommune.

## Innvandrere i Midtre Gauldal pr. 1.1. 2012<sup>2</sup>

Polen	157
Sverige	10
Tyskland	14
Irak	16
Litauen	40
Somalia	11
Thailand	12
Slovakia	164
Latvia	25

---

### **Kommunens fagfolk har vurdert helserelaterte utfordringer for innvandrere som kommer til kommunen:**

- vansker med å etablere nødvendige sosiale nettverk (pga. språkvansker eller vanskelig tilgjengelige informasjonskanaler eller manglende viten om lag/foreninger).
- Mangel på sosiale nettverk kan føre til ensomhet og sosial isolasjon for både voksne og barn. Det viser seg at særlig ungdommer i arbeidsinnvandrerfamilier har ekstra utfordringer når det gjelder trivsel (jfr. rapport fra Frøya kommune).
- For flykninger spesielt: krigs- og flukterfaringer kan medføre angst og andre psykiske plager. Undersøkelser viser generelt at flyktningegrupper har større forekomst av psykiske plager sammenlignet med etniske nordmenn.
- Manglende kunnskap om norsk helsevesen og hva det kan tilby i forhold til både fysiske og psykiske helseplager fører til at en ikke søker hjelp i tide.
- Manglende tillit til offentlige tilbud basert på erfaringer fra heimlandet fører til at en ikke henvender seg til helsevesenet for å få hjelp.
- Info om helsehjelpstilbud foreligger bare på norsk.
- Infokanaler som benyttes er vanskeligere tilgjengelig for innvandrere.

---

<sup>2</sup> Kilde: Trondheimsregionen.no. Verdier i celler med færre enn 10 personer er slettet av personvern hensyn.

## 1.7 Oppsummering - befolknings sammensetning

### UTFORDRINGER

Befolkningsøkning er ønskelig i en kommune. Befolkningsøkning fører til større skatteinnngang, mer variert sosialt miljø og mangfold. Statistisk sentralbyrå beregner en økning i befolkningen i kommunen Økningen som har vært de siste årene i Midtre Gauldal skyldes for en stor del arbeidsinnvandring til bedriften Norsk Kylling. Dette betyr at folketallet til en viss grad er avhengig av konjunktorene i kyllingmarkedet. Foreløpige tall viser en liten nedgang i folketallet for siste del av 2014. Nedgangen kan innvirke på de fleste befolkningsframskrivninger.

Antall innbyggere over 80 år vil stige i mange år framover. Prognosene tilsier at kommunen sannsynligvis vil ha flere i aldergruppen 80+ enn landet for øvrig i 2020 og 2030, deretter vil tallet ligge under landsgjennomsnittet.

- Vedr. voksenopplæringen til innvandrere: Klasseromstørrelsen en utfordring (Bjørnli, 2014).

- «Støren barneskole har mange minoritetsspråklige elever hvorav de aller fleste er barn av arbeidsinnvandrere. Dette er en utfordring både pedagogisk og med tanke på ressurser» (ibid).

- Barnehagene på Støren har ikke kapasitet til å ta inn barn utover de som har rettigheter etter barnehageloven. Flyktninger kan bosettes når som helst på året og har umiddelbart behov for barnehageplass (ibid).

- Skape trivsel, livskvalitet og gode levekår for alle innvandrere (Strategiplan for bosetting og integrering av innvandrere i Midtre Gauldal kommune 2012-2015, 2011).

### NÅVÆRENDE RESSURSER/HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK

**Visjon: Midtre Gauldal kommune – kreativ og raus.**

Færre aleneboere i kommunen enn ellers i landet.

Flytninger og arbeidsinnvandrere er en del av befolkningsveksten.

Bolyst/inkluderingsprosjektet i Midtre Gauldal mai 2014 – 31.12.2015: Skape stedstilhørighet for alle innvandrere, men ekstra fokus på ungdom og flyktninger.

«Kommuneplanen har som mål at arbeidsinnvandrere og flyktninger skal integreres med tanke på varigbosetting. Strategien er at innvandrere skal dekke en del av arbeidskraftbehovet i kommunen. Integrering- og inkluderingsarbeidet må legges opp slik at innvandrerne velger å bosette seg i kommunen og bidrar til verdiskapning og vekst» (Strategiplan for bosetting og integrering av innvandrere i Midtre Gauldal kommune 2012-2015, 2011).

NAV Midtre Gauldal kommune og voksenopplæringen arbeider aktivt med å kvalifisere flyktningene og bistå dem inn i arbeidslivet. Planlegging og samhandling har ført til at det har vært tilstrekkelig antall boliger i bosettingsperioden 2012-2015 (Bjørnli, 2014).

«Helsestasjonen får overført midler tilsvarende en 30 % stilling for å følge opp flyktninger (hvorav 20 % er fast). Dette kan økes i henhold til behov dersom det skal bosettes flere flyktninger» (ibid).

## 2 Oppvekst- og levekårsforhold

Valg av indikator: Oppvekst- og levekårsforhold er viktige premisser for folkehelse. **Sosiale helseforskjeller** skal avdekkes og gis stor oppmerksomhet. Trondheimserklæringa<sup>3</sup> sies å ha gitt en ny standard for nordisk folkehelsearbeid. Erklæringa påpeker at **rettferdig fordeling av helse og trivsel er et politisk valg**.

Vi har god folkehelse i landet vårt, men den kan stadig bli bedre. Livsstilssykdommer reduserer helsa til mange, og de sosiale forskjellene i samfunnet spiller en rolle her. Det er derfor viktig å identifisere slike forskjeller i lokalsamfunnet.

### 2.1 Boliger/boligområder

Valg av indikator:

*«Bolig er et grunnleggende velferdsgode og en viktig faktor for den enkeltes helse og trivsel. Videre er bolig en forutsetning for deltagelse i utdanning og arbeidsliv, og i samfunnslivet for øvrig» (Helsedirektoratet).*

Tilknytning til sted og tilhørighet har betydning for folks helse (Helgesen, 2014).

*«Ett av boligpolitikkenes hovedmål og hovedstrategier er å legge til rette for at boligmarkedene skal fungere best mulig. Et velfungerende boligmarked skal ideelt imøtekomme alle behov for bolig på en økonomisk effektiv, sosial rettferdig og miljøvennlig måte» (ibid).*

I Midtre Gauldal var 78 % av boligmassen eneboliger i 2011 (Á. Balto, 2013).

I kommunens handlingsprogram med økonomiplan (2015-2018) står det at det skal tilrettelegges for nye boområder for et mangfoldig bomiljø som bidrar til å utjevne sosiale forskjeller.

I forslaget til «Planprogram for kommuneplan 2014-2030», samfunns - og arealdel, boligstrategi, foreslås det å satse på bedre og mer boligbygging.

#### 2.1.1 Status - kortsiktig

Singsås: 7 ledige byggeklare boligtomter i Singsås boligfelt («Gruva»).

Budal: 1 ledig tomt i Enodd boligfelt, her er det også 2 -3 ledige tomter i privat boligfelt.

Soknedal: 9 nye boligtomter under utbygging i Nyhus boligfelt, det vil bli 11 ledige byggeklare tomter når utbyggingen blir ferdig. Et byggefirma som har fått tildelt tomter i Nyhus boligfelt, planlegger leilighetsbygg. Når utbygging er ferdig i vår vil det lyses ut ledig byggeklart areal i Nyhus boligfelt som er klargjort for tett bebyggelse.

Støren: Noen få tomter i Frøset boligfelt, det er inngått avtale med utbygger som planlegger flere leiligheter i 2 (kanskje 4) nye firemannsboliger. Det arbeides med klargjøring av ytterligere 6 boligtomter på Frøset på Støren.

---

<sup>3</sup> Trondheimserklæringa: Ved den 11 nordiske folkehelsekonferansen i Trondheim, Norge 26-29 august 2014 ble de 747 deltakerne, (...) som er engasjert i ulike roller lokalt, regionalt og nasjonalt i Norden, enige om følgende uttalelse: **Rettferdig fordeling av helse og trivsel – et politisk valg!**



## 2.1.2 Status - langsiktig

Det er avsatt nye areal til boligformål i kommunedelplanene.

## 2.2 Barnehagedekning

I 2013 var dekningsgraden i alderen 1-5 år: 91,8 % (barn som har lovfestet rett til barnehageplass). Landssnittet er 90,8 % og snittet for Sør-Trøndelag er 93,8 % (KOSTRA).

Høsten 2014: alle som hadde lovfestet rett til barnehageplass (født innen 31.08.13) fikk plass i barnehagene. I tillegg fikk noen uten lovfestet rett tildelt plass. Av de uten rett ble minoritetspråklige barn prioritert.

Pr. oktober -14: ca. 20 barn på venteliste som ønsker oppstart i barnehagen i løpet av høsten 2014/vinteren 2015 (Grøtten, 2014).

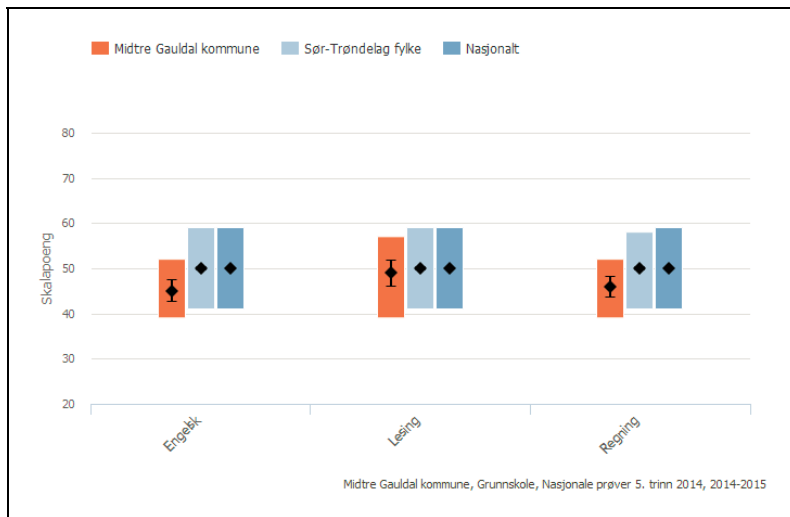
## 2.3 Grunnskole

### 2.3.1 Resultater/nasjonale prøver

Folkehelseinstituttets folkehelsebarometer for Midtre Gauldal viser at 5. klassingene i Midtre Gauldal hadde signifikant dårligere resultat på nasjonale prøver i regning og engelsk enn 5. klassingene i landet for øvrig i 2014-2015.

Indikator og nøkkeltall	Midtre Gauldal kommune	Sør-Trøndelag fylke	Nasjonalt
Engelsk	45	50	50*
Lesing	49	50	50
Regning	46	50	50

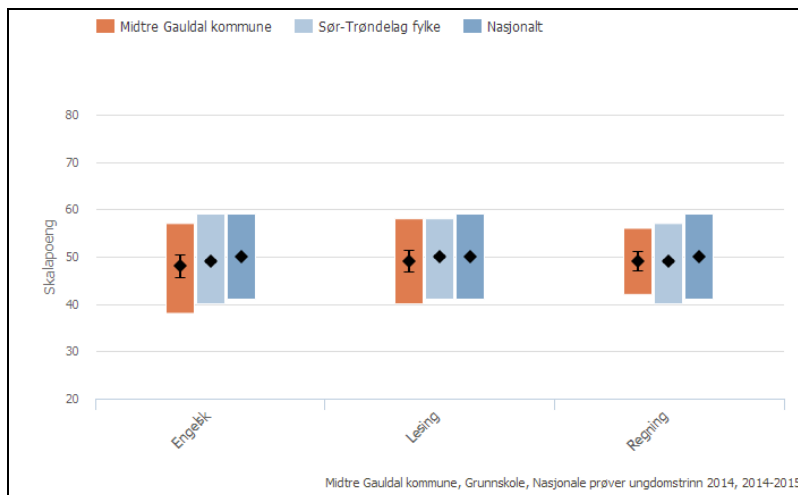
\*Nasjonalt snitt = 50



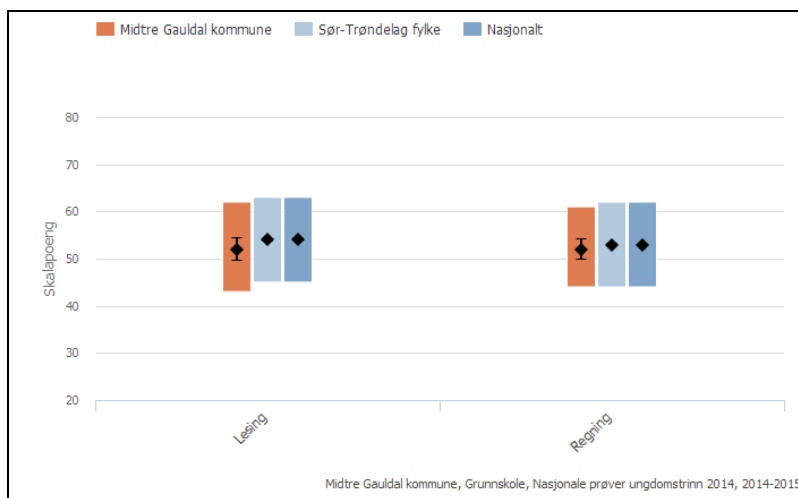
Kilde: skoleporten, udir.no

For ungdomsskolen ligger resultatene litt under fylkes- og landsgjennomsnitt, men det er forbedrede resultater over år:

Trinn 8, 2014-2015:



Trinn 9, 2014-2015:



## 2.3.2 Trivsel - elever

Elevundersøkelsen 2013-14 (7. og 10. trinn) dokumenterer at elevene vurderer sitt læringsmiljø og skolemiljø som bedre enn landsgjennomsnittet (7.trinn), eller som landsgjennomsnittet (10.trinn).

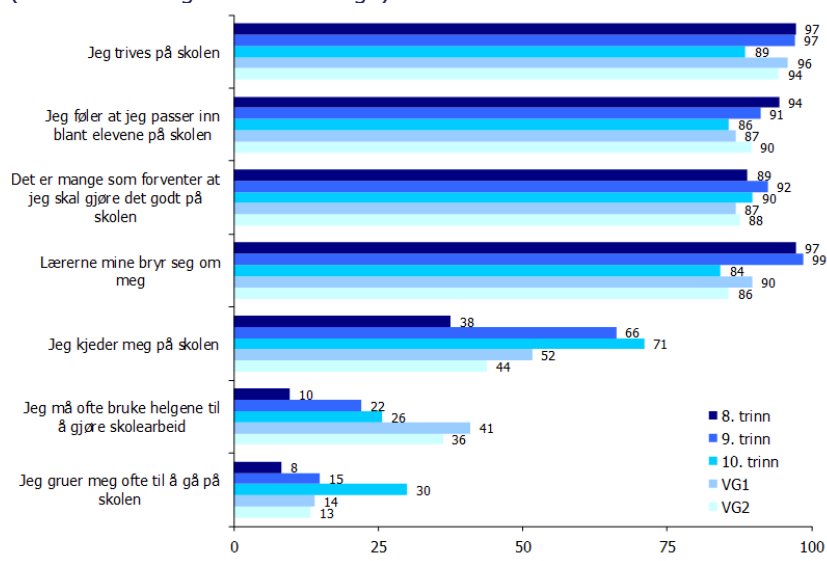
Ungdata 2015: Under avsnittet «Skole – trivsel og arbeidspress» skulle elevene besvare spørsmålene nedenfor. I 8. og 9. trinn svarte 97 % av elevene ved Støren ungdomsskole at de trives på skolen, på 10. trinn svarte 89 % at de trives.

Henholdsvis 97%, 99% og 84 % var enige i at lærerne bryr seg om elevene.

Skole – trivsel og arbeidspress:

Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen?

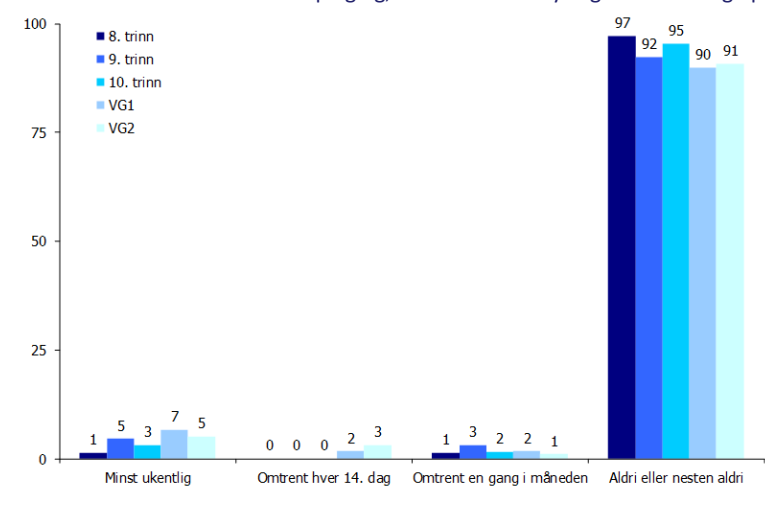
(Andel «Helt enig» eller «Litt enig»)



92 – 98 % av elevene ved Støren ungdomsskole svarer at de aldri eller nesten aldri blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida:

Mobbing, plaging og utfrysning – offer:

Hender det at du blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?



### 2.3.3 Trivsel personale

Medarbeiderundersøkelse skolepersonale: Resultater over landsgjennomsnitt (2013).

### 2.3.4 Tilfredshet foreldre

Brukertilfredshet – foreldre: Resultater på og over landsgjennomsnitt (2013).

## 2.4 Utdanning i befolkningen

Valg av indikator: Sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert. Sammenhengen mellom befolkningens utdanningsnivå og helse er kompleks, men forskere har identifisert to hovedmekanismer. For det første påvirker utdanning de levekår mennesker lever under gjennom livsløpet. For det andre bidrar læring til utvikling av en sterkere psykisk helse, som igjen påvirker menneskers fysiske helse i positiv forstand. Kilde: Helsedirektoratet.

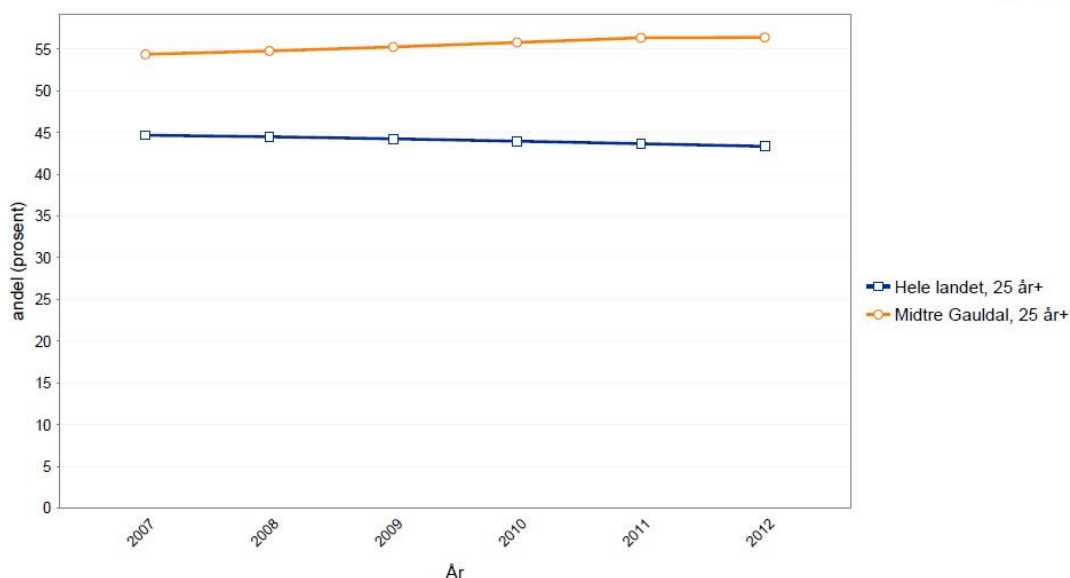
Kort utdanning innebærer ofte en høyere risiko for belastende arbeidsmiljø, uføretrygd, arbeidsledighet, helsetilstand (Helsedirektoratet, 2014), overvekt (inkludert barns overvekt) (Bjelland, 2011).

### 2.4.1 Utdanningsnivå i Midtre Gauldal

#### Videregående skole

Linjediagrammet (under) viser at 56 % av befolkningen i Midtre Gauldal kommune har videregående skole som høyeste utdanning, landsgjennomsnittet er på 43 % (2012).

Høyeste fullførte utdanningsnivå - videregående , andel (prosent)



#### Høyere utdanning

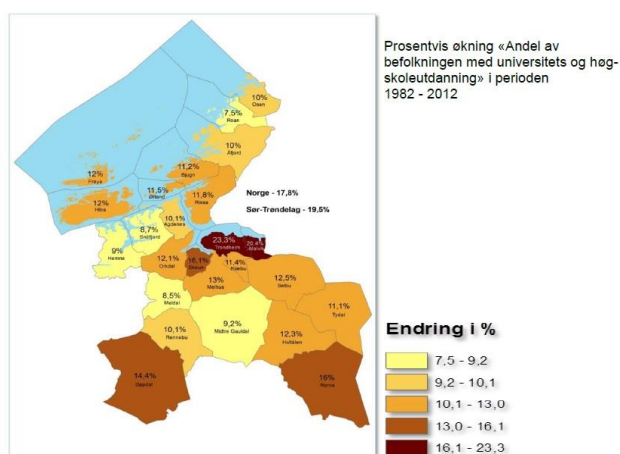
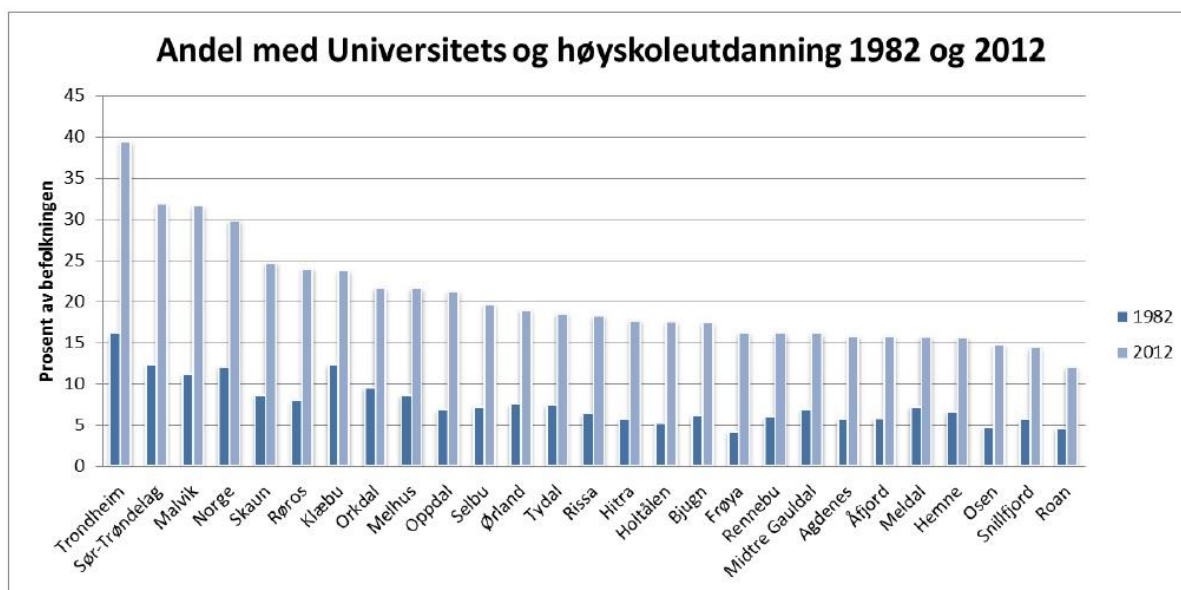
Det er færre som fullfører universitets- og høgskoleutdanning i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig: 16,6 % har høyere utdanning her i kommunen, mens i landet for øvrig har 30,4 % slik utdanning, 32,6 % i Sør-Trøndelag.

## Høyere utdanning pr. 2013 (%):

	Kvinner			Menn			Begge kjønn		
	0-3 år	4+ år	Total	0-3 år	4+	Total	0-3 år	4+ år	Total
<b>Midtre Gauldal</b>	18,9	2	20,9	11,9	2,3	14,2	14,4	2,2	16,6
<b>Norge</b>	26,4	6,9	33,3	18,3	9,1	27,4	22,4	8	30,4
<b>Sør-Trøndelag</b>	27	8	35	18,6	11,5	30,1	22,8	9,8	32,6

Kilde: J.O. Sliper, Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Tallene illustreres her:



Prosentvis økning «Andel av befolkningen med universitets- og høyskoleutdanning i perioden 1982-2012.

(Kilde begge illustrasjoner: Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014)

Jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens «medlemmer» vil ha god helse (Huisman M, 2005), (Helsedirektoratet., 2005). Dette kalles sosiale helseforskjeller eller sosial ulikhet i helse.

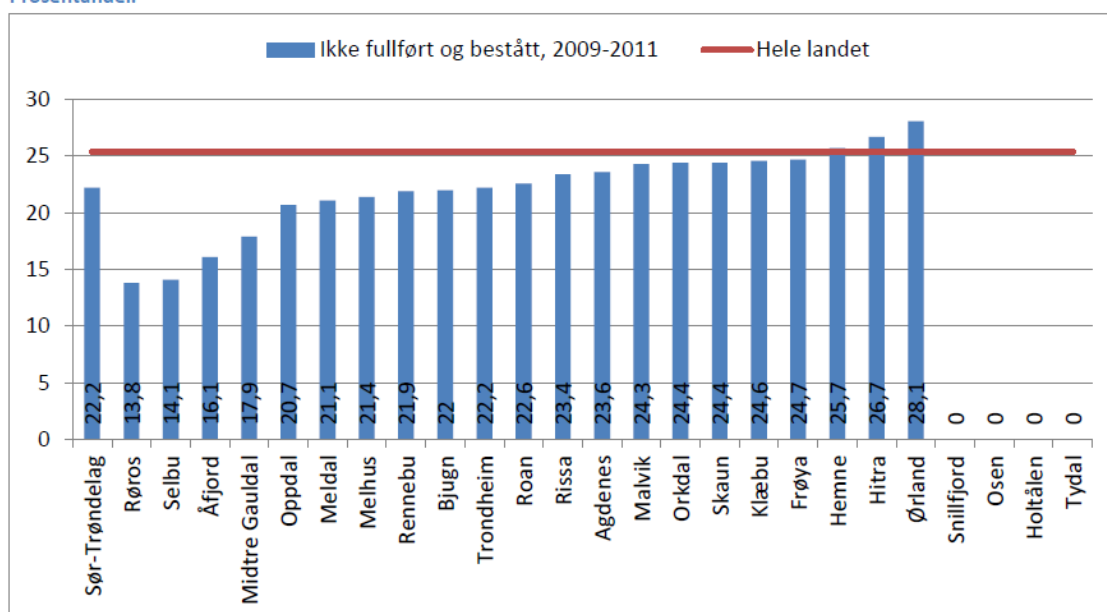
Det finnes mye forskning på at det er slik (høyere utdanning=bedre helse). En kan spørre seg hvorfor det er slik. Det bør stimuleres til høyere utdanning i Midtre Gauldal kommune, men samtidig skal en ta med i vurderingen at det i den senere tid har vært fokus på at Norge mangler fagarbeidere. I tillegg vet vi at det finnes mange arbeidsplasser i kommunen som krever fagarbeiderutdanning. I Midtre Gauldal tar mange fagbrev. Det bør diskuteres om hvordan folkehelse best ivaretas hos de i befolkningen som er fagarbeidere eller planlegger slik utdanning.

## 2.4.2 Frafall videregående skole

Det er færre ungdommer som «dropper ut» av videregående skole i Midtre Gauldal enn ellers i landet (Folkehelseprofil Midtre Gauldal, 2014).

(Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014):

Fylkesfigur: Ikke fullført og bestått etter fem år - gjennomsnitt for 2009 til 2011 (2004-2006-kullene), etter kommune. Prosentandel.



Kilde: [Folkehelseinstituttet/SSB](#)<sup>56</sup>

Figuren: Det er tatt utgangspunkt i personens bostedskommune det året han eller hun startet på grunnkurs i videregående opplæring. Flertallet av elevene med bostedsadresse Midtre Gauldal går på Gauldal videregående skole.

Avbrutt løp i videregående skole	2009-2011	2011-2013
Midtre Gauldal	17,9%	18%
Norge	25%	24%
Sør-Trøndelag	22,1%	23%

**Ungdom som ikke fullfører videregående skole er ei utsatt gruppe.** Disse ungdommene har ofte dårligere helse, de bruker mer rusmidler og har flere psykiske lidelser enn de som fullfører 12-årig skolegang. Det at ungdom fullfører videregående skole er et viktig tiltak for folkehelsen (Skaset, 2013). Det er en klar sammenheng mellom videregående skolegang og helseproblemer og dårligere levekår senere i livet (ibid).

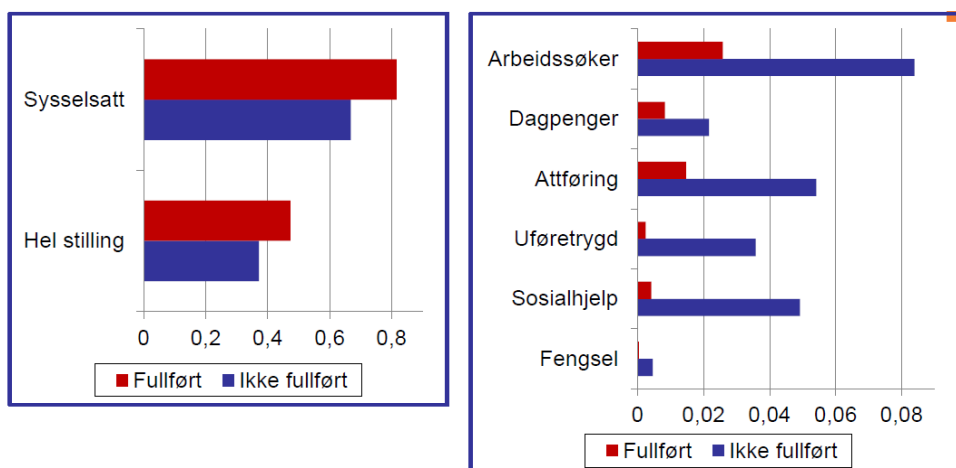
Det er god samfunnsøkonomi at ungdommen fullfører videregående skole, men deltakelse i arbeidslivet gir dessuten økt velferd for den enkelte. Både inntekt og deltakelse i sosiale aktiviteter spiller inn her (Kostøl, 2014). Blant de som mottar uføretrygd i ung alder, har de færreste fullført videregående opplæring (ibid).

Hvem er det som ikke fullfører videregående skole? Forsker og utdannings sosiolog Sabine Wollscheid (2013) sier at

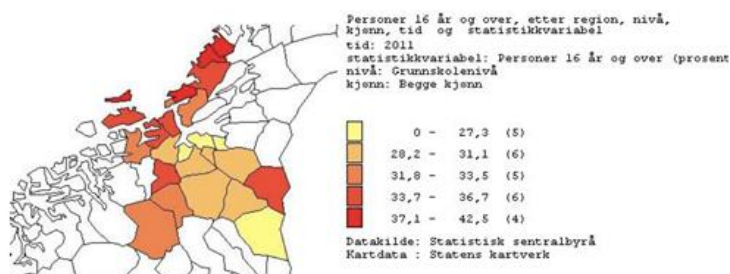
**«Det er elever med dårlige skoleprestasjoner, med foreldre med lav utdanning, minoritetsspråklige, gutter og yrkesfagelever som har størst risiko for ikke å fullføre videregående opplæring».**

Stolpediagrammet som følger viser med tydelighet at framtida til de unge som ikke har fullført videregående skole er vanskeligere enn for de som fullførte:

27-åringere i 2007 – Norge, (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014):



Figur 1.1: Prosent av befolkningen med grunnskole som høyeste utdanning, 2011 (kilde: SSB Statistikkbanken)



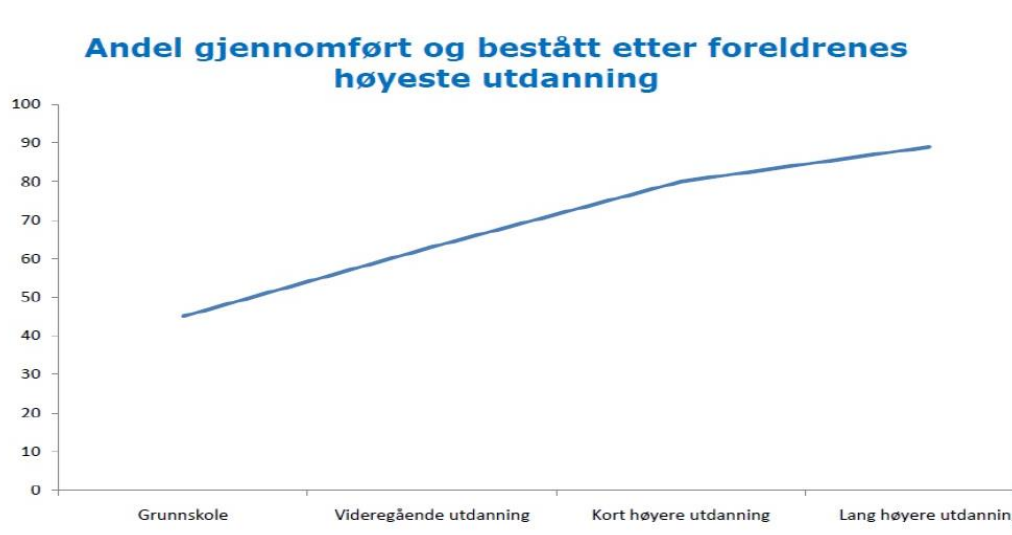
Kilder: SSB + (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014). Effekter av lav utdanning

Mange fullfører videregående skole i Midtre Gauldal – flere enn i resten av landet. Det bør etterspørres hvorfor, slik at suksessfaktorer belyses.

### 2.4.3 Høyere utdanningsnivå – eksempler på ringvirkninger

#### Fullført videregående målt ut fra foreldres utdanningsnivå:

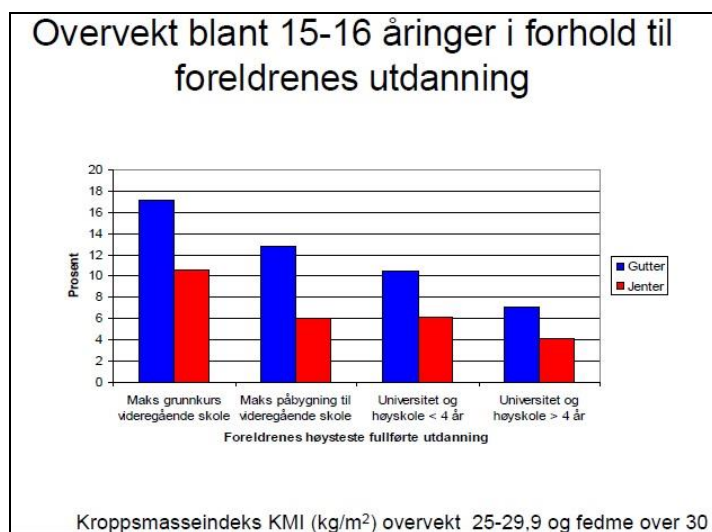
Linjediagrammet under viser at jo høyere utdanning foreldre har, jo større sannsynlighet er det for at ungdom fullfører videregående skole (tall fra Norge):



(Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014)

#### Overvekt blant ungdom målt fra foreldres utdanningsnivå

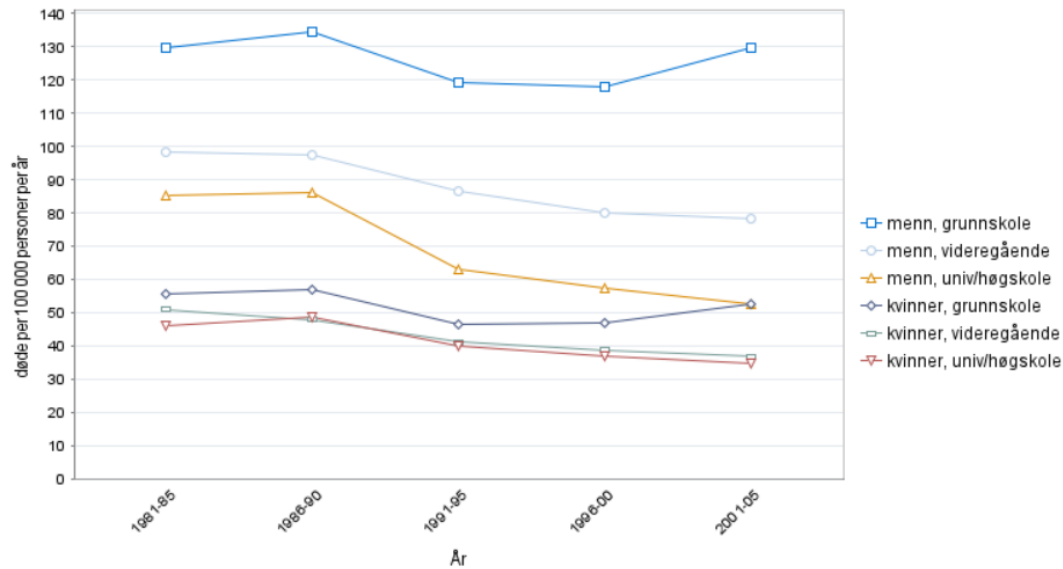
Søylediagrammet under viser at jo mindre utdanning foreldre har, jo større er sannsynligheten for at deres ungdommer blir overvektige:



(Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014)



## Voldsomme dødsfall – målt ut fra utdanningsnivå

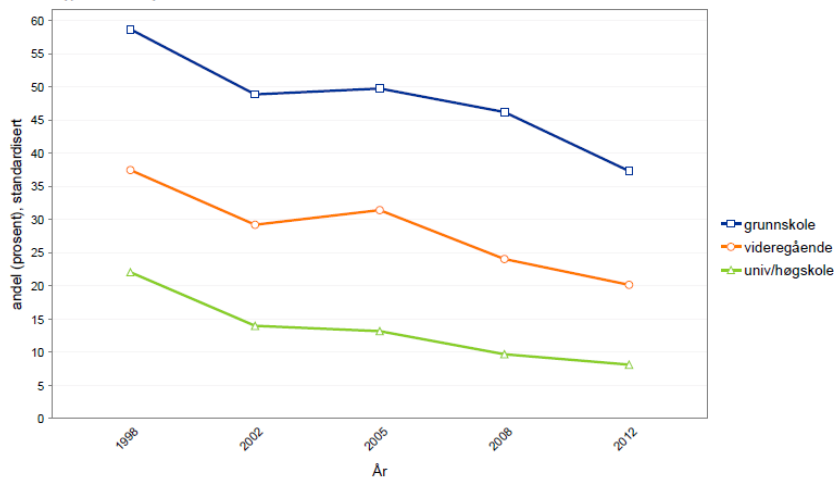


Overdosedødsfall regnes inn i variabelen «voldsomme dødsfall». Personer med utdanning på grunnskolenivå som står for rundt to tredjedeler av alle overdosedødsfall (<http://www.norgeshelsa.no/forskningsdataweb>).

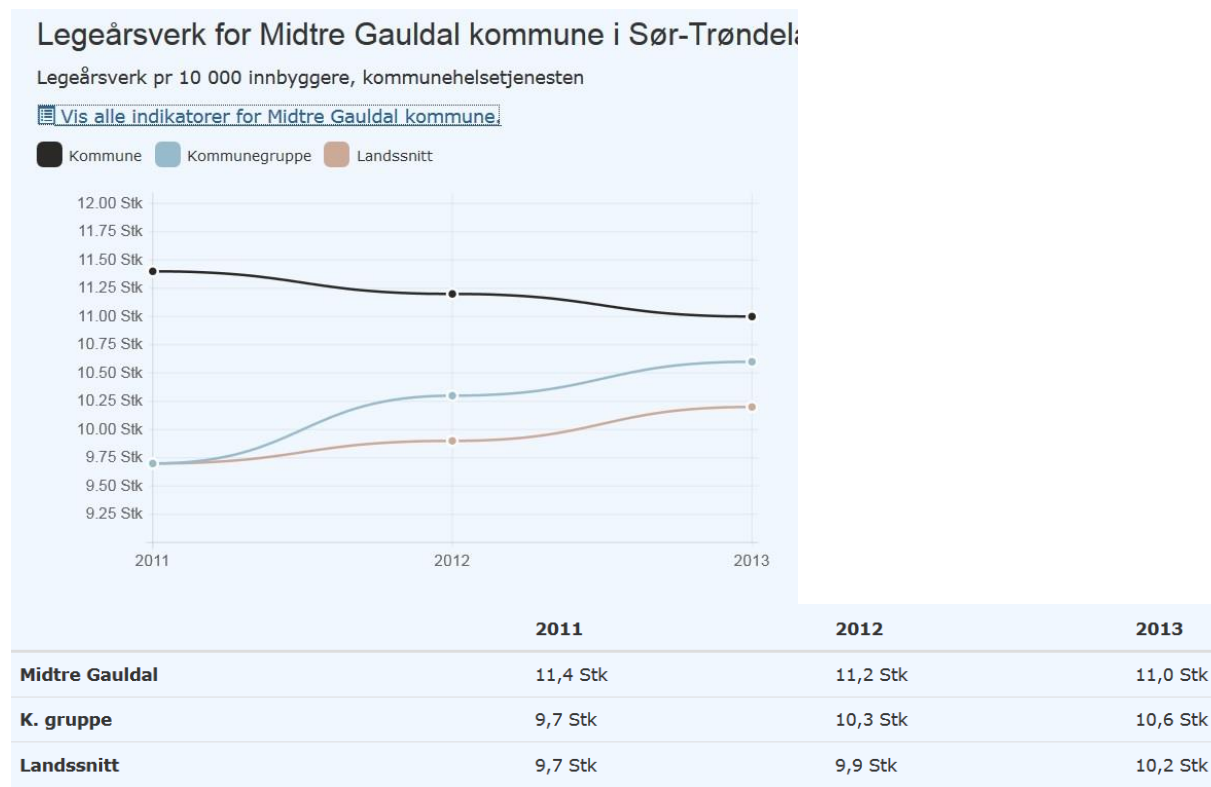
## Røyking - målt ut fra utdanningsnivå

«Andel røykere avtar klart med økende utdanning og inntektsnivå. (...) I 2008 var det blant 25-44-åringene 47 % dagligrøykere hos begge kjønn med kun fullført grunnskole, 23 % menn og 26 % kvinner med fullført videregående skole og henholdsvis 9 % og 10 % med fullført universitetsutdanning». (HUNT: Langhammer/Thoen, 2011)/SSB).

Røykevaner, etter utdanningsnivå (L) - kjønn samlet, dagligrøykere, andel (prosent), standardisert, 25-44 år



## 2.5 Legedekning



(Kilde: Kostra).

Oversikten viser at det er høyere legedekning i Midtre Gauldal kommune enn i landet for øvrig.

## 2.6 Arbeidsmarkedet i kommunen

Befolkning i **yrkesaktiv alder** i Midtre Gauldal kommune er i antall lavere enn i Sør-Trøndelag og landet for øvrig:

	2013
Norge	67,0 %
Sør-Trøndelag	67,9 %
Midtre Gauldal	65,2 %

Av Midtre Gauldals befolkning i yrkesaktiv alder, er stillingsstørrelsene slik (2012):

	Menn	Kvinner
Heltidsstilling (2014)	85,1 %	74,5 %
Deltidsstilling (2012)	12,1 %	39,8 %

## 2.7 Inn- og utpendling

Ut fra Midtre Gauldal 29 %

Innpendling 20 %

De viktigste utpendlingskommunene er Trondheim (14 %) og Melhus (5 %). Innpendling skjer i hovedsak fra Melhus (Á. Balto, 2013).

## 2.8 Inntekt

*«Stor inntektsulikhet i en kommune kan være en indikator på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen. Inntekt og økonomi er grunnleggende påvirkningsfaktorer for helse, og forskning har vist at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. De siste 30 årene har alle inntektsgrupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. Helseforskjellene både når det gjelder fysisk og psykisk helse har økt de siste ti årene» (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014).*

Kvinner i Norge tjener gjennomsnittlig ca 33 % mindre enn menn<sup>4</sup>.

Kvinner i Midtre Gauldal tjener ca 28 % mindre enn menn.

Gjennomsnittlig bruttoinntekt 2012:

	Midtre Gauldal	Norge
Menn	385800	470500
Kvinner	275900	313100

---

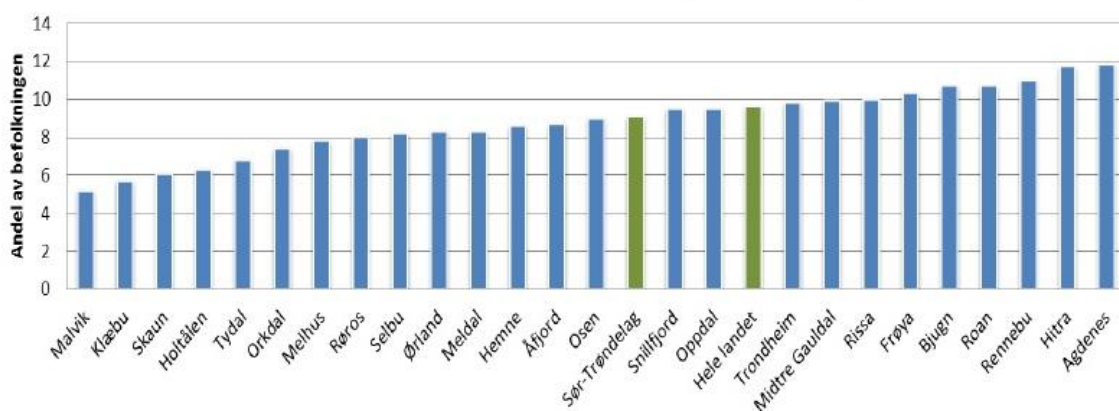
<sup>4</sup> Tall fra 2012

## Inntekt og inntektsulikhet :

2012					
	Gjennomsnittlig bruttolinntekt, menn (kr)	Gjennomsnittlig bruttolinntekt, kvinner (kr)	Lønnsforskjeller menn og kvinner	Andel sysselsatte menn (20-66 år) som jobber deltid	Andel sysselsatte kvinner (20-66 år) som jobber deltid
Trondheim	460 600	318 400	142 200	15,4	31
Hemne	427 800	276 000	151 800	11,7	43,2
Snillfjord	385 400	273 200	112 200	17	47,2
Hitra	391 800	272 900	118 900	13,4	38,8
Frøya	450 400	267 000	183 400	12	33,9
Ørland	437 200	281 400	155 800	12	41,7
Agdenes	380 100	264 400	115 700	18,7	46,2
Rissa	395 800	262 500	133 300	12,7	47
Bjugn	411 800	260 600	151 200	15,9	44,7
Åfjord	401 800	265 600	136 200	14,1	52,8
Roan	388 200	264 400	123 800	12,4	47,5
Osen	385 000	266 900	118 100	18,7	53,4
Oppdal	403 700	277 700	126 000	16,7	48,2
Rennebu	372 700	263 400	109 300	19,9	52,4
Meldal	399 600	272 100	127 500	13,7	46,1
Orkdal	425 600	290 500	135 100	12,2	40,5
Røros	395 700	307 300	88 400	14,6	38,7
Holtålen	387 300	270 600	116 700	18,8	47,9
Midtre Gauldal	385 800	275 900	109 900	12,1	39,8
Melhus	426 200	291 300	134 900	11,2	38,2
Skaun	437 000	296 900	140 100	10,7	36,1
Klæbu	446 700	304 100	142 600	10,5	33,8
Malvik	482 400	321 900	160 500	9,7	31,8
Selbu	394 900	278 700	116 200	13,1	42,4
Tydal	371 400	278 100	93 300	15,5	45,7
Sør-Trøndelag	444 200	305 200	139 000	14,3	34,7
Hele landet	470 500	313 100	157 400	13,7	34,5

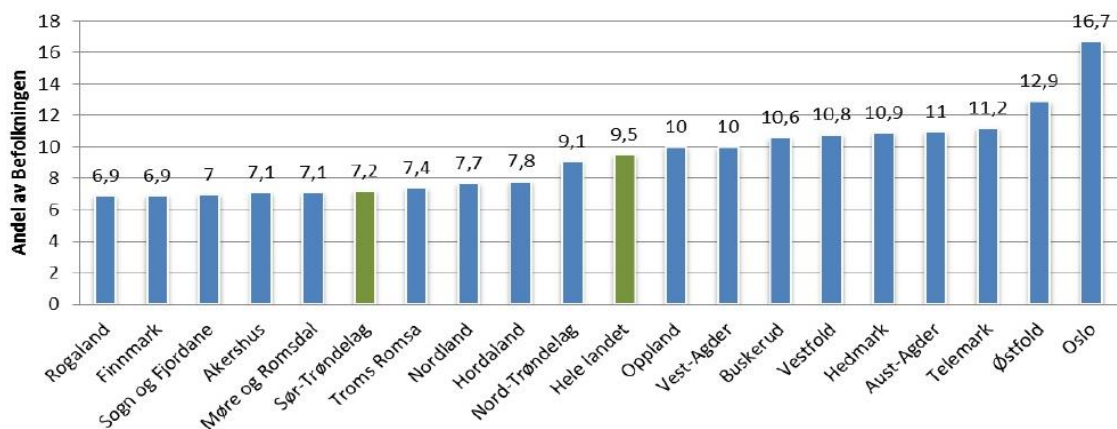
Kilde: Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014.

## Personer i lavinntektshusholdninger (eu skala)



Vi ser av tabellen at ca. 10 % av befolkningen i Midtre Gauldal bor i lavinntektshusholdninger. Dette er litt over landsgjennomsnittet.

## Barn (0-18) i lavinntektshusholdninger (eu skala)

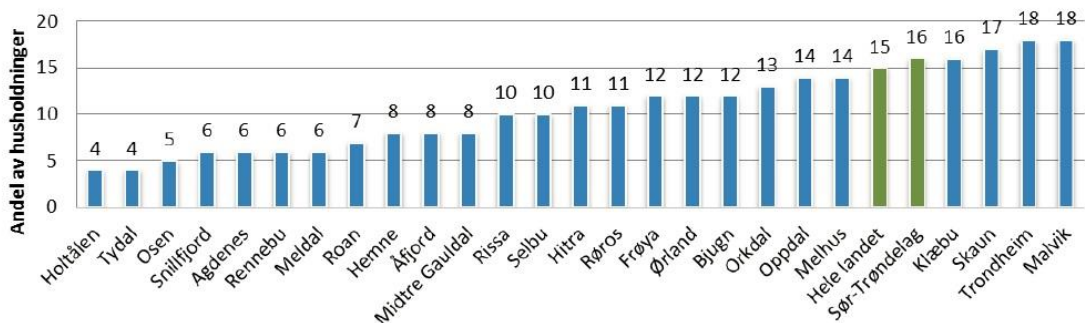


Vi ser av histogrammet overfor at 7,2 % av barna i Sør-Trøndelag bor i lavinntektshusholdninger.

I Folkehelseinstituttets statistikkbank finner vi disse prosenttallene for barn/unge (0-17 år) som bor i lavinntektshusholdninger i Midtre Gauldal og Norge:

År	2008	2009	2010	2011	2012
Geografi					
Hele landet	9,4	8,9	9,0	9,5	10,2
Midtre Gauldal	10,6	11,1	7,8	7,5	9,5

## Gjeld større enn 3 ganger samla inntekt 2012



8 % av husholdningene i Midtre Gauldal har gjeld som er 3 ganger høyere enn samla inntekt. For landet for øvrig er tallet 15 %.

## 2.9 Sysselsetting

Sysselsatte ulike næringer, 2013, kilde: NAV Midtre Gauldal:

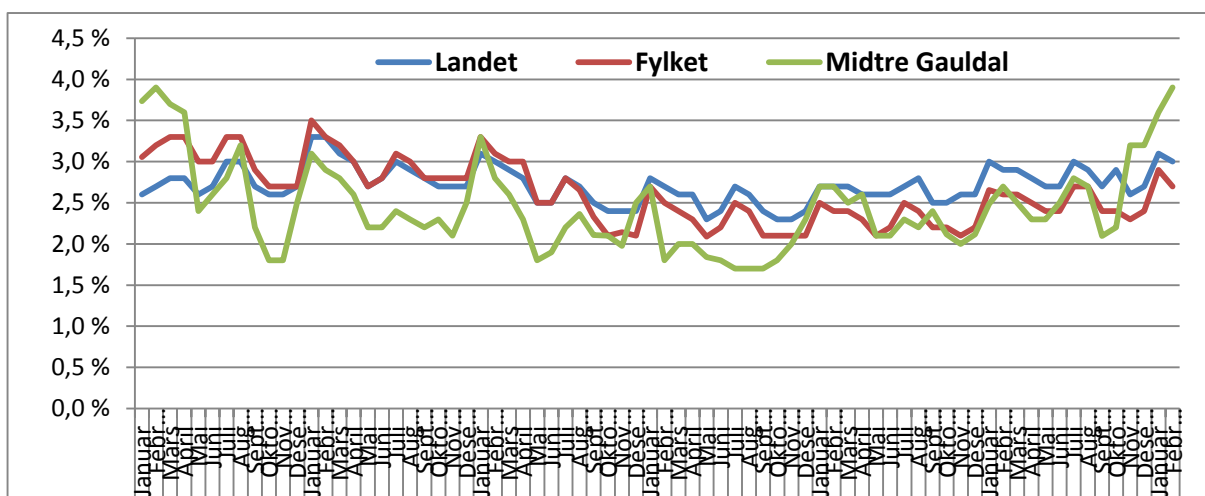
Midtre Gauldal	Antall	Andel
01-03 Jordbruk, skogbruk og fiske	349	10 %
05-09 Bergverksdrift og utvinning	18	1 %
10-33 Industri	565	16 %
35-39 Elektrisitet, vann og renovasjon	58	2 %
41-43 Bygge- og anleggsvirksomhet	415	12 %
45-47 Varehandel, motorvognreparasjoner	384	11 %
49-53 Transport og lagring	204	6 %
55-56 Overnattings- og serveringsvirksomhet	38	1 %
58-63 Informasjon og kommunikasjon	20	1 %
64-66 Finansiering og forsikring	38	1 %
68-75 Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	98	3 %
77-82 Forretningsmessig tjenesteyting	191	6 %
84 Offentlig administrasjon, forsvar, sosialforsikring	134	4 %
85 Undervisning	219	6 %
86-88 Helse- og sosialtjenester	596	17 %
90-99 Personlig tjenesteyting	89	3 %
00 Uoppgitt	20	1 %
<b>SUM</b>	<b>3436</b>	<b>100 %</b>

Vi ser at helse- og sosialtjenesten har flest arbeidstakere i Midtre Gauldal kommune (17 %), med industri like bak (16 %). Også bygge- og anleggsvirksomhet (12 %) og primærnæringene (10 %) sysselsetter mange arbeidstakere.

Helse- og sosialtjenester er i all hovedsak i offentlig regi. En stor del av arbeidsplassene innen industri og primærnæringen i kommunen er avhengige av kyllingmarkedet. En svikt i dette kan få store ringvirkninger i Midtre Gauldal kommune.

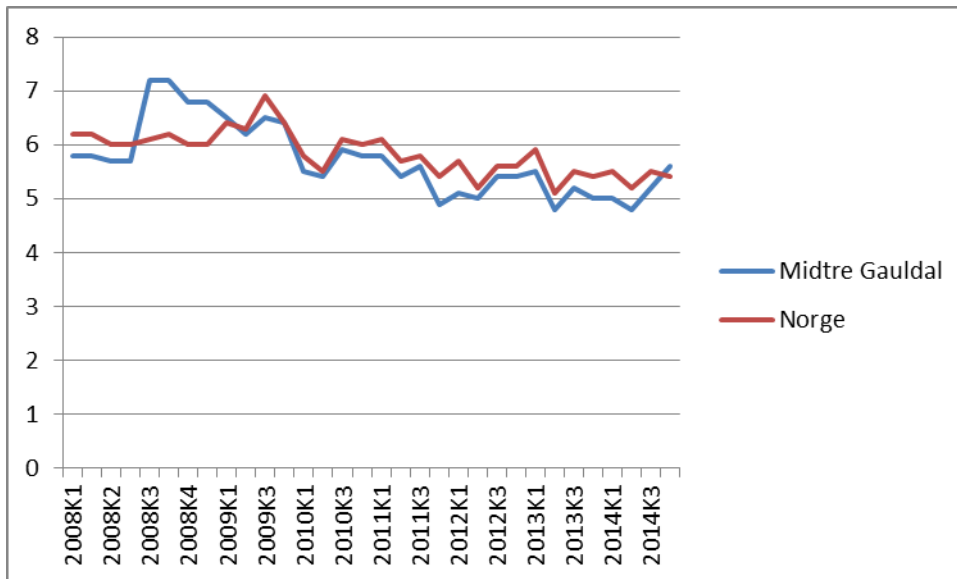
## 2.10 Arbeidsledighet

Pr. februar 2015 var 3,9 % i Midtre Gauldal uten arbeid. På samme tid i fjor var tallet cirka 2,6 %. På landsbasis var cirka 3 % av arbeidsstyrken ledig i februar 2015.



## 2.11 Sykefravær

Legemeldt sykefravær for arbeidstakere hvert kvartal 2008-2014 (SSB):



Tall fra 2014, 4. kvartal:

### Sykefravær i hele arbeidsstokken:

Norge: 5,4 %

Midtre Gauldal: 5,6 %

### Sykefravær i primær- og sekundærnæringene (jan.- sep. 2014):

Norge: 4,7 %

Midtre Gauldal: 4,4 %

### Sykefravær i tjenestenæringene (jan.- sep. 2014):

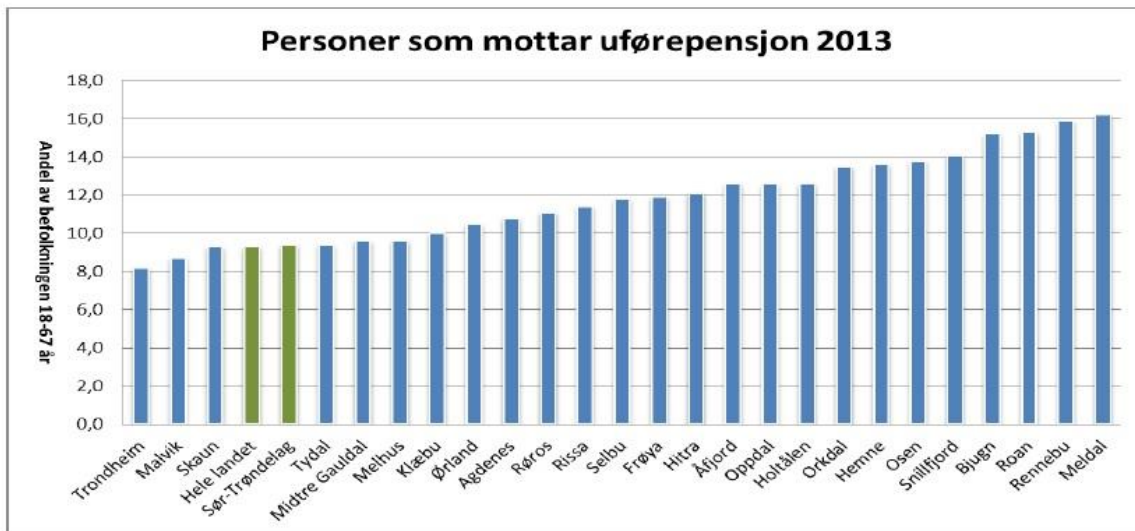
Norge: 5,7 %

Midtre Gauldal: 5,5 %

De tre første kvartalene i 2014 var sykefravær i Midtre Gauldal lavere enn i resten av landet, men de tre siste månedene steg sykefraværet i Midtre Gauldal.

## 2.12 Uføre

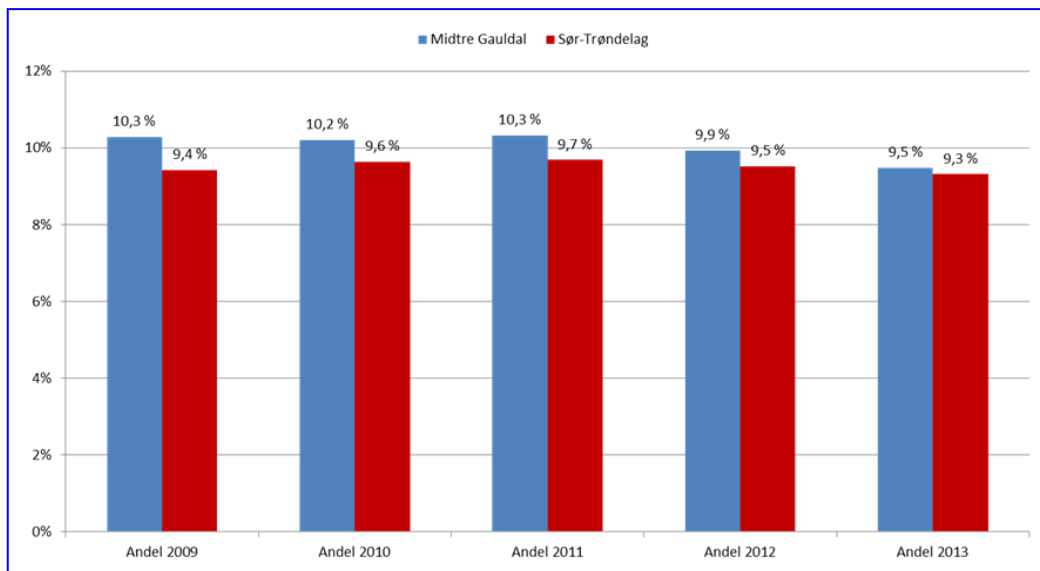
Valg av indikator: Gruppen med uføretrygdde er en utsatt gruppe helsemessig og materielt (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014). Uføretrygd er en faktor som kan bidra til sosiale forskjeller og er et parameter en må ta hensyn til i vurdering av faktorer som påvirker folkehelse.



Kilde: (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014)

Per 30. september 2014 var det registrert 310 000 uførepensjonister i Norge. Dette utgjorde 9,4 prosent av befolkningen (nav.no). Tall for Midtre Gauldal er 9,5 % (2013).

Vi ser av histogrammene at av 25 kommuner i Sør-Trøndelag er det bare 4 kommuner som har færre uføre enn Midtre Gauldal, derav bykommunen Trondheim.



Uføre 2009-2013, Midtre Gauldal/Sør-Trøndelag. Kilde: NAV Midtre Gauldal



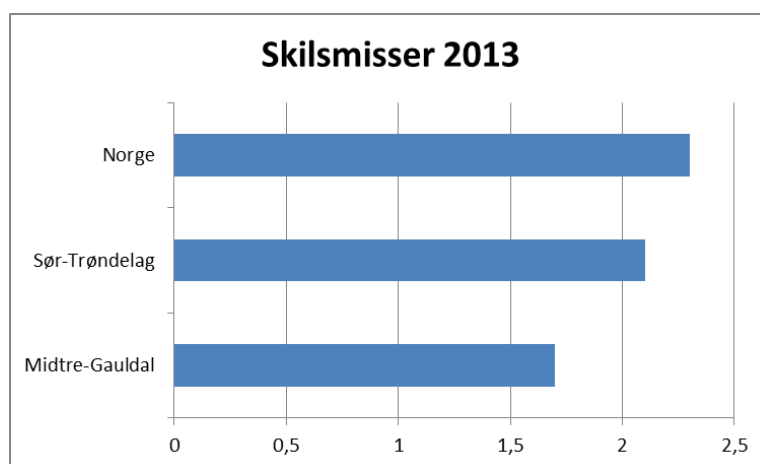
## 2.13 Skilsmisser

Valg av indikator:

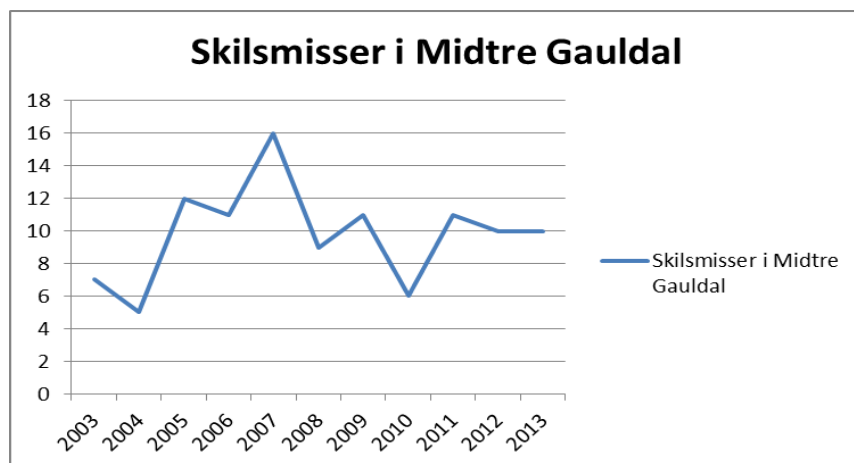
«Skilsmisse eller tap av foreldre i barndommen minsker sannsynligheten for å ta høyere utdanning (...). Kvinner påvirkes i særlig grad av at foreldrene skiller lag, både i forhold til familiedanning og utdanning. Med tanke på utdanning ser førskolealder ut til å være en ekstra sårbar periode» (Reneflot, 2010).

Tall fra 2013:

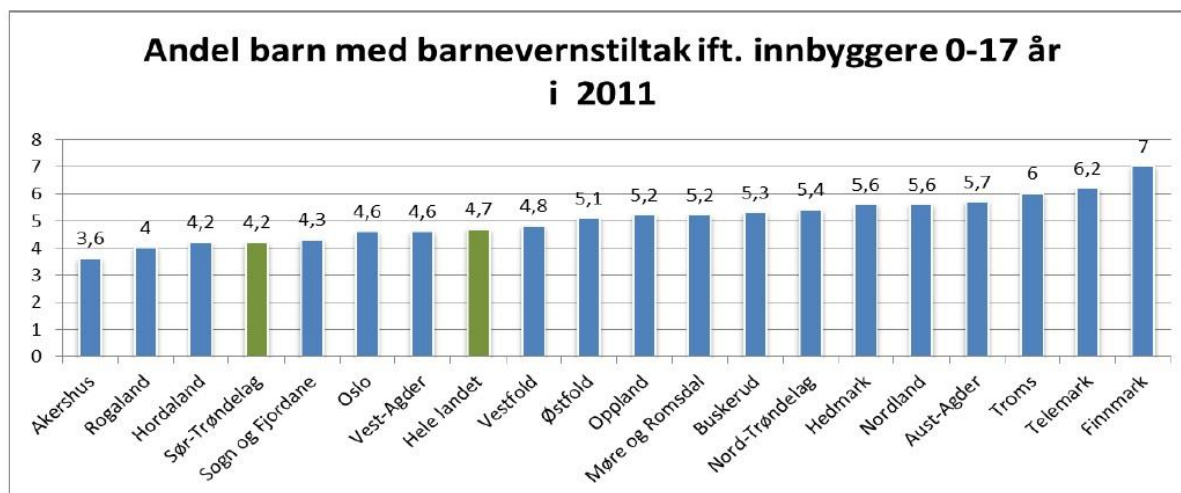
	Antall	Brudd per hundre ekteskap
Midtre Gauldal	10	1,7
Sør-Trøndelag	484	2,1
Norge	9736	2,3



Kilde/SSB/Gauldalsposten



## 2.14 Barnevern



Kilde: (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014)

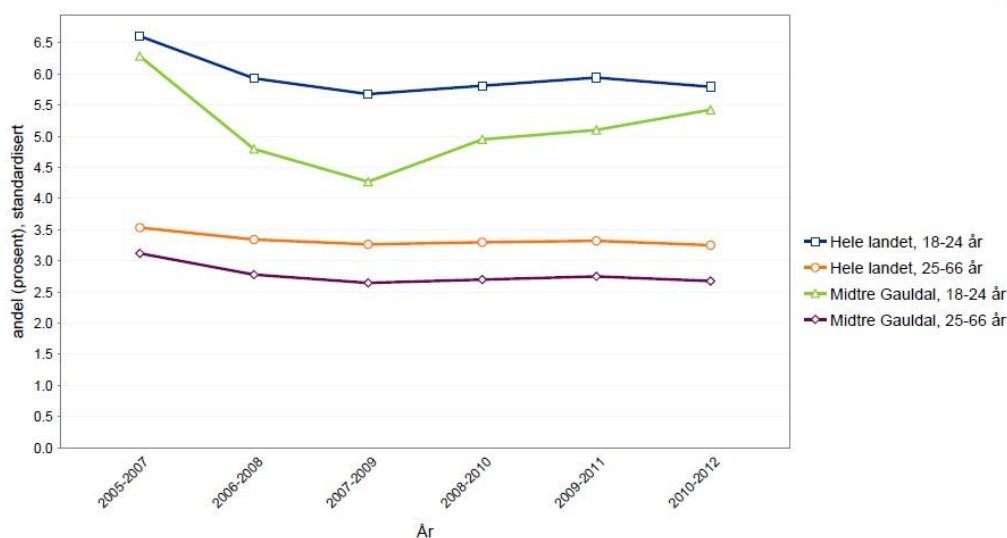
Midtre Gauldal, tall fra 2013: 7,3 % av barn i aldergruppen 0-17 år hadde barnevernstiltak, mot 4,7 ellers i landet og 4,2 i Sør-Trøndelag. Det høye antallet i Midtre Gauldal kommune forklares slik:

Barnevernet i Midtre Gauldal får langt flere bekymringsmeldinger enn gjennomsnittet, noe som sannsynligvis henger sammen med et godt samarbeid og god kommunikasjon med andre organer (skole, barnehage, helsestasjon, PPT mm.) Forvaltningsrevisjonen i barneverntjenesten i 2011 pekte på at det er et godt samarbeid mellom barnevern og andre organer i kommunen. I tillegg legges lista lavt for å sette inn tiltak. Det henlegges færre undersøkelser enn gjennomsnittet, slik at en større andel av undersøkelsene går til tiltak her enn gjennomsnitt fylke/land. Kombinasjonen av mange meldinger der flere av meldingene igjen fører til vedtak om tiltak gjør at tallet på andel barn med barneverntiltak er høyt.

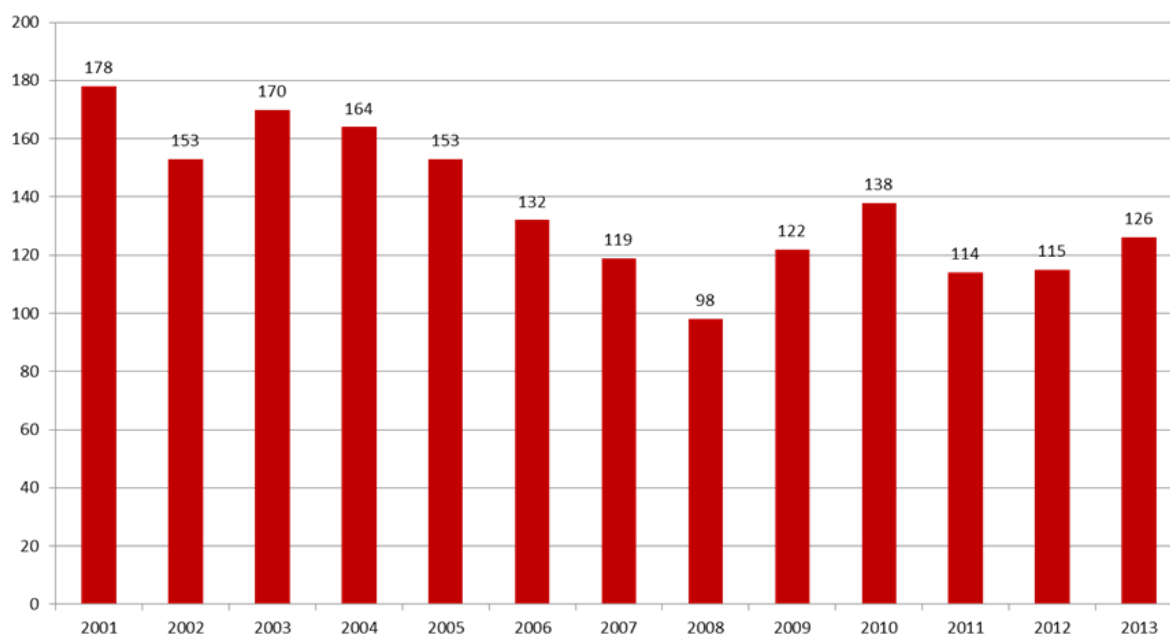
## 2.15 Sosialhjelpsmottakere

I perioden 2005-2012:

Sosialhjelpsmottakere - kjønn samlet, andel (prosent), standardisert



Det er færre sosialhjelpsmottakere i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig. Figuren nedenfor viser at det var flere som var avhengige av sosialhjelp på begynnelsen av 2000-tallet enn det har vært de siste årene.



Kilde: NAV Midtre Gauldal

## 2.16 Kultur

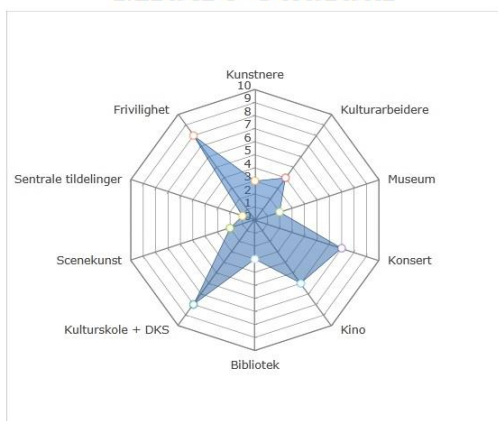
I Stortingsmelding 10 (2011–2012) - Kultur, inkludering og deltaking - står det at folkehelseloven pålegger kommuner et større og mer helhetlig ansvar for å fremme folkehelse med forskjellige virkemidler, for eksempel kultur. Videre står det at kunst og kultur kan være verdifulle redskaper for å bygge sterke lokalsamfunn. Her spiller frivillige organisasjoner en viktig rolle, på grunn verdien for enkeltmennesket i å engasjere seg i frivillig arbeid, mens også fordi organisasjoner produserer viktige bidrag i lokalmiljøene. «*For menneske som står i fare for å falle utanfor på grunn av arbeidsløyse, sykdom eller annen, kan deltaking i kulturlivet bidra til at ein ikkje opplever seg totalt ekskludert og vere med på å gi meining i kvardagen, betre sjølvkjensle og høgare livskvalitet*».

*«I eit folkehelseperspektiv er det viktig at alle, uavhengig av alder, sosioøkonomisk status eller etnisk bakgrunn, får tilgang til det godet som deltaking i frivillige lag og organisasjonar er. Etter folkehelselova § 4 tredje ledd skal kommunen leggje til rette for samarbeid med frivillig sektor» (Stortingsmelding 10 (2011-2012)).*

Telemarkforskning gir hvert år ut en oversikt over kulturnivået i norske kommuner. Indeksen rangerer alle de 428 kommunene i Norge etter ti ulike kulturbaserte kriterier: kunstnere, kulturarbeidere, museum, konserter, kino, bibliotek, scenekunst, kulturskoler og Den kulturelle skolesekken, sentrale tildelinger og frivillighet.

Midtre Gauldal kommer på plass 218 av 428 norske kommuner.

## Midtre Gauldal



Forskning har funnet at det er sammenheng mellom kultur deltakelse og helse:

«Sentrale myndigheter understreker at ekskludering fra samfunns livet kan innebære helse risiko. Dette momentet i tillegg til forskning som indikerer sammenhenger mellom **kultur deltakelse** og helse, gir grunnlag for å hevde at det ligger et stort potensial for folkehelse arbeidet i fylket i å utjamne de geografiske, aldersmessige og sosioøkonomiske

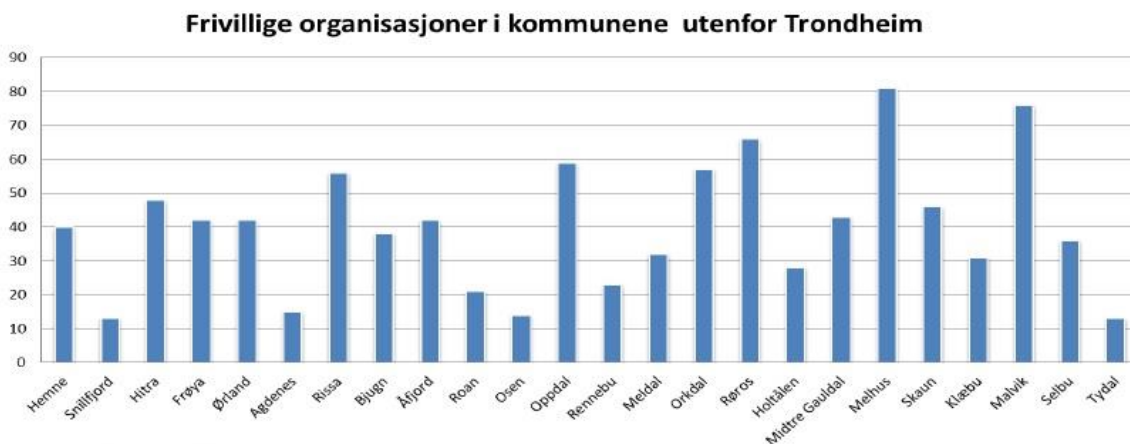
forskjellene i kultur deltakelse» (Knudtsen, 2011, HUNT).

### 2.17 Frivillighet

Valg av indikator: Sosial kapital: At sosiale relasjoner utgjør ressurser som kan omsettes i andre verdier, blant annet helse, er godt dokumentert (Sund, 2009). Sosial kapital kan være arbeid/deltakelse i frivillige organisasjoner (ibid).

«Via deltakelse i organisasjoner og grupper utvikles gjensidige normer som binder mennesker sammen og siden skaper mellommenneskelig tillit» (Putnam, 1995)

«Et betydelig antall studier viser at sosiale forbindelser har betydning for helsen til enkeltindivid, direkte så vel som indirekte» (Sund, 2009).

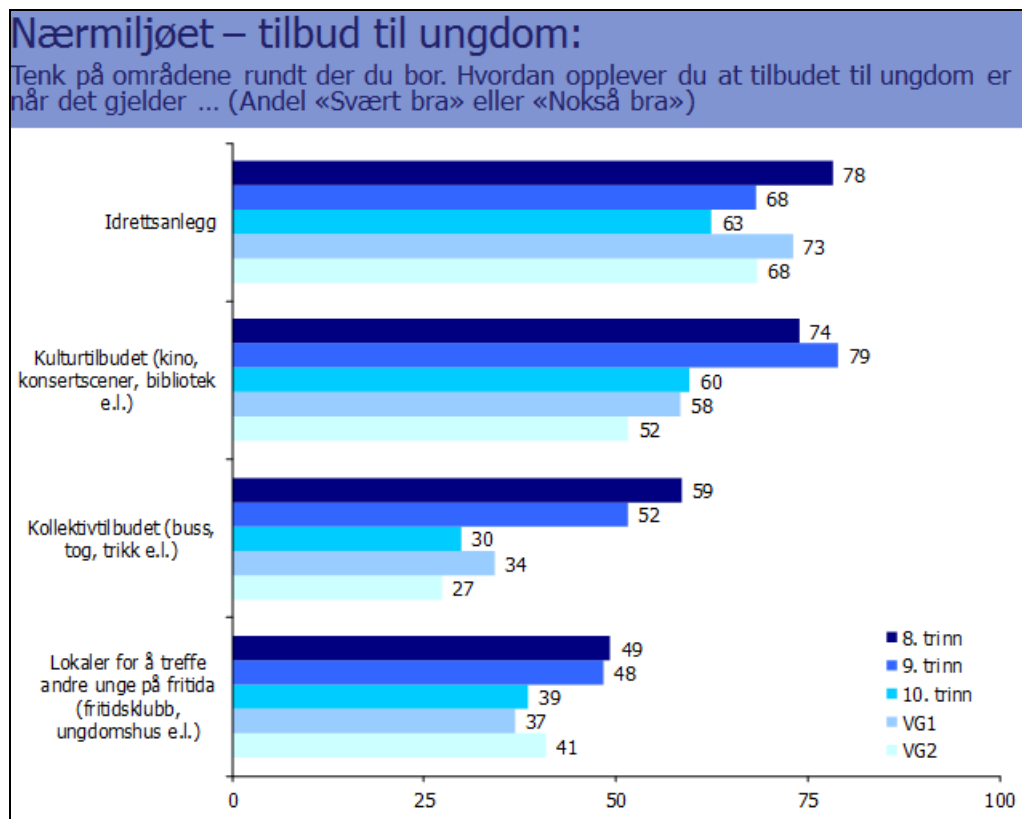


Figur 33 Kilde: Frivillighetsregisteret

Sekundærkilde: (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014).

Ifølge frivillighetsregisteret er det ca. 40 frivillige organisasjoner i Midtre Gauldal.

## 2.18 Ungdommens vurdering av nærmiljøet



## 2.19 Oppsummering - oppvekst- og levekårsforhold

### UTFORDRINGER

- Det er færre innbyggere med høyere utdanning enn i resten av landet.
- Det er færre innbyggere i yrkesaktiv alder enn i resten av landet.
- Det er lavere gjennomsnittsinntekt i vår kommune enn i resten av landet, og kvinner tjener 110.000,-mindre enn menn (gj.sn.).
- Nasjonale prøver viser at 5. klassingene i Midtre Gauldal hadde signifikant dårligere resultat i regning og engelsk enn 5. klassingene i landet for øvrig i 2014-2015.
- I forhold til landet for øvrig er det få som har høyere utdanning i Midtre Gauldal.
- Det ble flere arbeidsledige i kommunen i løpet av 2014.
- Sykefraværet økte i løpet av 2014.

### RESSURSER

#### **Kommunens visjon: «Midtre Gauldal kommune – kreativ og raus».**

- Lavt frafall i videregående skole, sammenlignet med landet for øvrig.
- Et stort antall elever trives på skolen.
- Høyt antall fagarbeidere i en kommune med mange arbeidsplasser for fagarbeidere.
- Færre husholdninger med store gjeldsbelastninger enn ellers i landet.
- Litt færre sosialhjelpsmottakere og uføre enn ellers i landet.
- Færre skilsmisser enn ellers i landet.
- Det er flere leger pr. innbygger i kommunen enn ellers i landet.

Utdrag fra kommunens strategi:

- Sette folkehelse i sentrum i utviklingen av eksisterende og nye boligområder.
- Sørge for at barn og unge med vanskelige hjemmeforhold får god oppfølging i barndommen og i overgangen til ungdoms- og voksenliv.
- Sørge for at frivillige lag og organisasjoner kan bidra til et aktivt og variert kulturliv.
- Tilrettelegge nye boområder for et mangfoldig bomiljø som bidrar til å utjevne sosiale forskjeller.

SKOLE:

Midtre Gauldalskolen har hatt tilpasset opplæring og tidlig innsats som hovedarbeidsområder siden 2009, for å forebygge frafall i videregående skole og for å forbedre elevenes læringsutbytte.

Midtre Gauldalskolen analyserer sine resultater, evaluerer tiltak og setter nye mål hvert år. PP-tjenesten er pådrivere i utviklingsarbeidet og arbeider systemrettet i skoler og barnehager.

PPT-arbeid:

«Stein på stein» rettes mot ansatte i barnehagene, bedre mestring av arbeidsdag.

Mestringsgruppe for barn (barn som sliter med å mestre sosiale sammenhenger).

«Å bo på skole». Et opplegg for alle førsteklasinger, lære seg å tilpasse seg skolemiljøet,

kommunikasjons- og relasjonskompetanse.

Skolene har implementert LP-modellen, som er et verktøy for personalet i arbeidet med å forbedre læringsmiljøet.

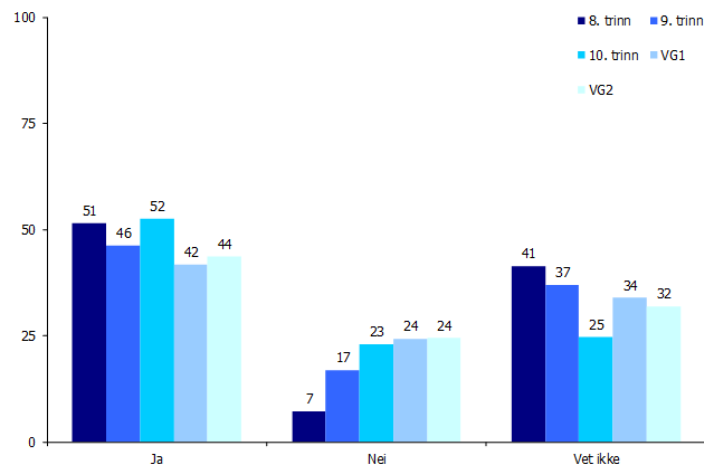
FRIVILLIGSENTRALEN:

En aktiv frivilligsentral som har folkehelsefokus.

Cirka halvparten av ungdommene i Midtre Gauldal sier at de kan tenke seg å bo i kommunen som voksne:

### Nærmiljøet – oppvekst:

Kan du tenke deg å bo i kommunen din når du blir voksen?



## 3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

En rekke miljøforhold har effekt på helsen.

### 3.1 Radon

Valg av indikator: Epidemiologiske undersøkelser har påvist at opphold over flere år i innemiljøer med høye radonkonsentrasjoner gir økt risiko for utvikling av lungekreft. Det er anslått at radon i inneluft er årsak til mellom 5 % og 15 % av alle nye lungekrefttilfeller i den norske befolkningen.

Radon er et radioaktivt stoff som finnes i varierende mengder i all berggrunn og jordsmonn. Radon frigjøres lett til jordluften, og ved utettheter i boligkonstruksjonen mot bakken kan gassen oppkonsentreres i inneluften.

Det ble i 2000/2001 laget en rapport etter måling av radongass i Midtre Gauldal kommune. 8 % av kommunenes husholdninger fikk målt radonnivå. Det ble funnet at 8 % av de undersøkte boligene har en radonkonsentrasjon som er høyere enn anbefalt tiltaksnivå, som i 2001 var på 200 Bq/m<sup>3</sup> luft. 1. januar 2014 ble grensen for anbefalt tiltaksnivå justert til 100 Bq/m<sup>3</sup>, og en kan anta at prosenttallet er høyere, justert for nytt anbefalt nivå.

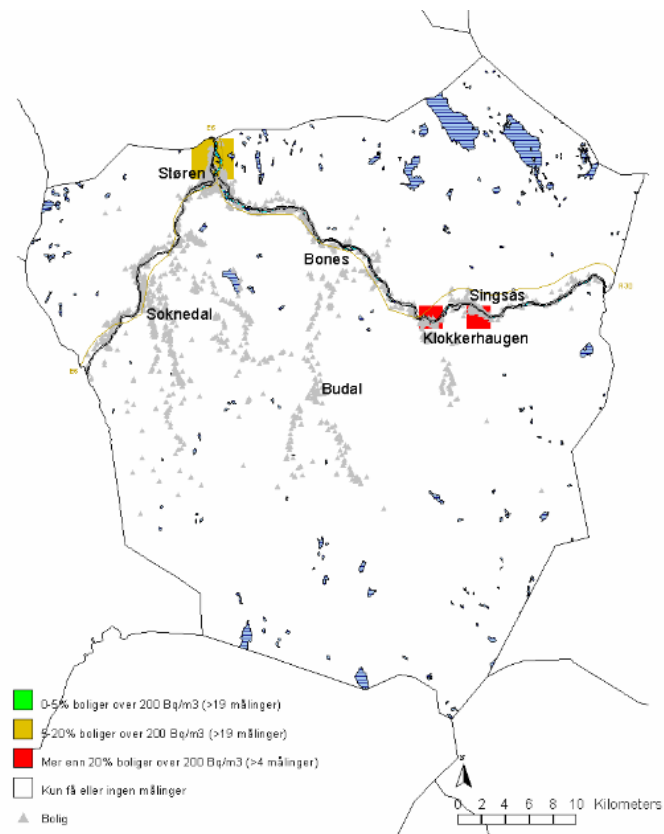
Statens stråleverns maksimumsgrense er 200 Bq/m<sup>3</sup>. Begrepet maksimumsgrense defineres som den grenseverdi som Strålevernet vurderer at alle oppholdsrom i alle bygninger bør tilfredsstille.

*Alunskifer har høyest radonfare, etterfulgt av granitt/ryolitt og monzonitt/latitt. Ligger det andre bergarter/masser over bergarter med radon, vil dette vanligvis hindre gjennomtrenging av radongass. En meter med leire eller f.eks. myrjord er nok til at man kan være ganske trygg. Men løsmasser som grus og sand regnes som lett gjennomtrengelige, og gjør det lettere å transportere radongass fra store dyp (<http://www.ngu.no/no/tm/Vare-tjenester/Spor-en-geolog/Tidligere-stilte-sporsmal/Bergarter-med-radonfare/>).*

**Tabell 1:** Resultater for Midtre Gauldal kommune.

Gjennomsnittlig årsmiddelverdi	91 Bq/m <sup>3</sup>
Andel radonmålinger >200 Bq/m <sup>3</sup>	8 %
Andel radonmålinger >400 Bq/m <sup>3</sup>	3 %
Høyeste verdi målt i Midtre Gauldal	1100 Bq/m <sup>3</sup>
Totalt antall målinger foretatt i Midtre Gauldal	225
Andel av boligmassen hvor det er målt	8 %





Figur 1: Områdekart for Midtre Gauldal kommune. Oversikt over måleresultater fra "Radon 2000/2001", der radonkonsentrasjonen i inneluft ble målt i 8 % av boligmassen i kommunen.

Gjennomsnittlig radonkonsentrasjon i Midtre Gauldal kommune er beregnet til 91 Bq/m<sup>3</sup>. Landsgjennomsnittet er på ca. 90 Bq/m<sup>3</sup>, og nivået i Midtre Gauldal kommune ligger dermed likt med dette. Andelen målinger over tiltaksgrensen på 200 Bq/m<sup>3</sup> ligger på 8 %, mot ca. 9 % på landsbasis. Sammenstilles disse dataene med informasjon fra områdekartet (Figur 1) tyder dette på at Midtre Gauldal kommune har et stedvis radonproblem.

Følgende er hentet fra rapporten «Fra Kartlegging av radon i Midtre Gauldal kommune» - Statens Strålevern (år 2000/2001):

«Hus bygget i områder med store forekomster av alunskifer, uranrike granitter eller pegmatitter i kombinasjon med løsmasser eller morenegrunn er mer utsatt enn andre (Stranden m.fl. 1988).

«Midtre Gauldal kommune har et stedvis radonproblem, og kommunen kan deles inn i ulike områder med tanke på oppfølging. På Klokkehaugen og Singås er flere enn 20 % av målingene over tiltaksgrensen på 200 Bq/m<sup>3</sup> radon i luft (daværende grense – mrk. km), og det er derfor en høy sannsynlighet for høye radonverdier i disse områdene. Her anbefaler Statens strålevern oppfølgende målinger i alle boliger med leilighet eller oppholdsrom i 1. etasje eller underetasje. Sør for Bones til Budal er under 5 % av målingene over tiltaksgrensen, og området har lav sannsynlighet for høye radonverdier. Anbefalt oppfølging kan her begrenses til generell informasjon og veiledning. I de resterende delene av kommunen er det en middels høy sannsynlighet for forhøyde radonnivåer, og det anbefales å gjøre oppfølgende målinger i utvalgte boliger.(...)Kommunen anbefales likevel å sammenstille måledata fra denne rapporten med tilgjengelig geologisk informasjon fra lokalområdet. Kommunen bør også vurdere å gjennomføre målinger i de laveste etasjene i yrkesbygg, skoler, barnehager og andre offentlige/kommunale bygg i disse områdene.»

### 3.2 Landbruksnæringens rolle i folkehelsearbeidet

Valg av indikator:

«Det er dokumentert at grøntarealer og nærmiljøfaktorer påvirker livskvalitet og helse. Kulturlandskapet er for mange et hverdagslandskap. Det er her man ferdes til og fra jobb, det er denne utsikten man har fra kjøkkenvinduet, og det er her man trener. Dette er et viktig element i framtidens omsorgsutfordringer. Det er her folk bor og det er derfor viktig å legge til rette nærområder med tanke på at folk både skal bruke dem. Landbruket, gjennom skjøtsel av kulturlandskap (...) er viktig i denne sammenhengen. Flere nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter viser sammenhengen mellom menneskers helse og grøntarealer» (Fylkesmannen, 2012).



Midtre Gauldal kommune er en stor landbrukskommune, folketall tatt i betraktning. Landbruket i Midtre Gauldal sysselsetter 300 årsverk direkte i sin landbruksproduksjon (kilde: [www.bondelaget.no](http://www.bondelaget.no)). 9 % av befolkningen i kommunen er sysselsatt direkte i landbruket, på 276 gårdsbruk med 52 500 dekar produktivt jordbruksareal (ibid).

Produksjon og bruk av trygg og næringsrik mat er en viktig faktor for helsetilstanden i befolkningen (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2012).

Tema landbruk i forhold til folkehelse handler om (minst) to forhold:

- Arbeidstakeren bonden. Bonden har et ulykkesbelastet yrke. I tillegg vet man at det er en del belastningslidelser i dette yrket, samt ensomhet og psykiske belastninger (fortjeneste, tap av dyr, etc.). Dette er ting som kan ha innvirkning på sykefraværstatstikk etc. i en kommune med stor andel sysselsatte i primærnæringen. Bonden, i likhet med andre selvstendig næringsdrivende, har ikke tilgang på samme grad av sikkerhetsnett som de fleste andre ansatte.
- Bondens eiendommer. Som Fylkesmannen skriver påvirkes almenheten av grøntarealer og ivarettatte kulturlandskap.

Kulturlandskap er av betydning når framtida skal planlegges og folkehelse spørsmålene skal besvares. Overgrodde, utilgjengelige kulturlandskap er ikke ønskelig. Bonden er dermed en viktig brikke i folkehelsesammenheng, både med hensyn til inn- og utmark.

Det er lite smittepress i norske husdyrbesetninger og Midtre Gauldal kommune er stor arealmessig, noe som er en ytterligere fordel for mattryggheten.

## SÅRBARHET

Både landbruks- og industriarbeidsplasser er sårbare i forhold til kontinuitet i kyllingsproduksjon. Landbruket i Midtre Gauldal inkluderer både rugeegg- og kyllingsprodusenter og andre typer arbeidsplasser.

Kjøtt- og melkeproduksjon er også ei sårbar næring der mange er presset i forhold til økonomi, arbeidsmengde, etc.

### 3.3 Drikkevann

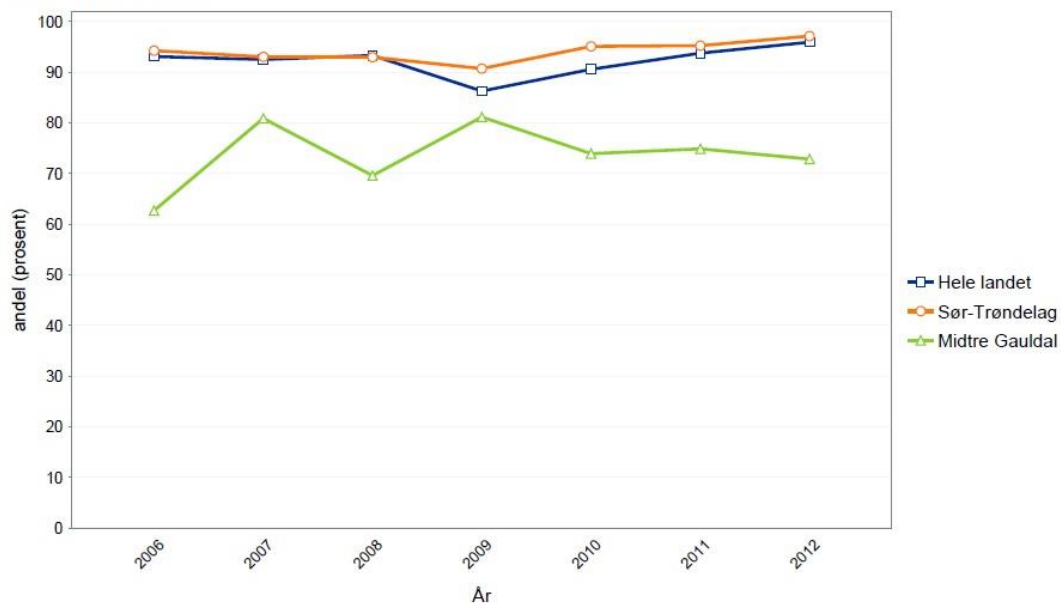
Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for Midtre Gauldal konkluderer med at kommunen ligger dårligere an enn landet som helhet når det kommer til god drikkevannsforsyning. Instituttet har brukt følgende indikatorer: «*Tall fra 2013, resultater mht E.coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsleveranse. Omfatter rapportpliktige vannverk*».

Kommunenes fagfolk kommenterer: Midtre Gauldal kommune eier og driver Støren vannverk, Soknedal vannverk, Rognes vannverk og Bonesplassen vannverk. Disse vannverkene har god vannkvalitet og overvåket drift. Ellers i kommunen er det mange litt store og små private vannverk. Noen av dem har gjennomført eller holder på å gjennomføre godkjenning etter drikkevannsforskriften. Enodd vannverk og Forsetmoen vannverk forsyner også skole og barnehage og dokumenterer godkjenning. Flere gårdsbruk har egne eller små fellesvannverk.

Hvor mange abonnenter de enkelte private vannverkene finnes ikke oversikt over. De mange private vannverk i Midtre Gauldal kommune er grunnen til at kommunen ligger lavt på kurven over andel av befolkningen som er tilknyttet offentlige vannverk.

*Forklaring til linjediagram (Folkehelseprofil Midtre Gauldal, 2014):*

*Andelen personer tilknyttet vannverk med henholdsvis tilfredsstillende analyseresultater, usikre analyseresultater, utilfredsstillende analyseresultater og uten data med hensyn til E.coli/ koliforme bakterier. Årlige tall. Analyseresultatene er basert på analyser av drikkevann mht. E. coli/ koliforme bakterier ved vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander (...).*



Forklaring til linjediagram (Folkehelseprofil Midtre Gauldal, 2014):

«Andelen personer tilknyttet vannverk med henholdsvis tilfredsstillende analyseresultater, usikre analyseresultater, utilfredsstillende analyseresultater og uten data med hensyn til E.coli/ koliforme bakterier. Årlige tall. Analyseresultatene er basert på analyser av drikkevann mht. E. coli/ koliforme bakterier ved vannverk som forsyner minst 50 fastboende personer og/eller 20 husstander (...).»

### 3.4 Tilgang friluftsområder

Midtre Gauldal kommune er stor på utstrekning. Midtre Gauldal kommune har et totalareal på 1861 km<sup>2</sup> og er den tredje største kommunen i Sør-Trøndelag på areal. Det svært god tilgang på friluftsområder. Seterdalene nevnes spesielt som ekstraordinært attraktive friluftsområder.



### 3.5 Gang- og sykkelvegnett

Gang- og sykkelbaner er viktige elementer innen folkehelse. De er trygge ferdselsveier for gående og syklende. Tilgang på gang- og sykkelbaner kan føre til:

- At barn slipper sikkerhetsskyss og dermed får daglig fysisk aktivitet.
- At befolkningen blir mer motivert for mosjon.
- At den generelle sikkerheten langs veiene blir bedre.

Nøyaktig antall kilometer gang- og sykkelbaner i Midtre Gauldal kommune er ukjent. I Støren sentrum er finnes det gang- og sykkelbaner, men det utenfor sentrum er det sjeldnere å finne.

**Gang- og sykkelbaner er et utmerket tiltak for bedret folkehelse.**

### 3.6 Skoleskyss

Skole-/sikkerhetsskyss er svært aktuelt og nødvendig i vår kommune fordi:

- Det er en vidstrakt kommune og mange barn/unge har svært lang vei til skolen.
- En del barn har relativ kort vei til skolen, men fordi skoleveien er for farlig, innvilges sikkerhetsskyss.

Skole/sted	Total Antall personer	Skoleskyss antall elever	Skoleskyss prosent-tall
Budal	48	42	87,5
Singsås	63	43	68,2
Soknedal	151	123	81,5
Støren barneskole	207	47	22,7
Støren ungd. skole	239	162	67,8
<b>Sum kommunen</b>	<b>708</b>	<b>417</b>	<b>58,9</b>

60 % av skolebarna blir skyssset til skolen av offentlig transport. I tillegg er det en del som blir kjørt av foresatte. I landet totalt er det 55 % som sykler/går til skolen.

I et folkehelseperspektiv er det ønskelig at så mange som mulig går eller sykler til skolen. For å oppnå dette må det satses på gang- og sykkelbaner, slik at man unngår sikkerhetsskyss og flest mulig kan gå til skolen.

### 3.7 Forurensning vassdrag

Valg av indikator: Elvene i Midtre Gauldal er ressurser for befolkningen i Midtre Gauldal på flere vis, de spiller en rolle innen næring, reiseliv, rekreasjon, folkehelse og naturmangfold.

De største elvene er Gaula, Sokna og Bua, men det finnes svært mange elver av mindre størrelse i kommunen. De største elvene ligger ved landbruksområder og er dermed utsatt for forurensning i form av avrenning fra landbruket.

Gaula er ei lakseelv av nasjonal betydning. Ved Gaulavassdraget er det påvist fysiske inngrep som graving, kanalisering, hindringer i vannveier og fjerning av kantskog (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2014). I tillegg til avrenning fra landbruket er det utslipp fra samferdsel og industri i Gaula (ibid). Dette, sammen med lakselus, truer sjørørret og laks.

På grunn av avrenning fra gamle gruver er Gaula også påvirket av tungmetaller som kobber, sink, kadmium, bly, jern og nikkel. Stoffene kan gjøre vann uegnet som drikkevann og gjøre elvestrekninger fisketomme (Fylkesmannen i Sør-trøndelag, 2013). Miljøvernavdelingen hos fylkesmannen konstaterer at «(...) tidligere til tak for å hindre avrenning fungerer ikke lengre og nye tiltak planlegges».

Det er et svært viktig folkehelseiltak å verne Gaula og kommunens andre elver og vassdrag mot forurensning og dramatiske fysiske inngrep.

### 3.8 Oppsummering - fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

#### UTFORDRINGER

- Det er stedvis høye radonforekomster i kommunen. Det bør sikres at anbefalinger fra rapport av 2001 er blitt utført.
- Det er for få gang- og sykkelbaner i kommunen.
- For mange skolebarn har skoleskyss til skolen.
- Vannkvalitet

#### RESSURSER

- Landbruket er en stor sysselsetter i vår kommune.
- Det er stor og variert landbrukskompetanse i kommunen.
- Drift i seterdalene har kultur- og folkehelseverdi i tillegg til å være en ressurs for den enkelte bonde.

#### Kommunens strategi:

- Hensynta klima og miljø i all kommunal planlegging og aktivitet.
- Forvalte naturressurser til beste for dagens og framtidens generasjoner.
- Stimulere til kretsløpsbasert forbruk og bidra til kostnadseffektiv avfallshåndtering.
- Integre miljøarbeid i aktivitetene i barnehager og skoler.
- Velge klima- og energivennlige løsninger ved nybygging og rehabilitering.

## 4 Skader og ulykker

### 4.1 Landbruket - skader/ulykker

«Minst 6 % av norske bønder utsettes for en ulykke med personskafe årlig. 16 % oppgir at de hadde en nesten-ulykke i løpet av en 12-måndersperiode. Et gårdsbruk er ikke bare et arbeidssted, men også et hjem for bondens familie. I tillegg har enkelte bruk innleid arbeidshjelp som også utsettes for ulike risikoer. (...) drøyt **20 prosent av de ulykkene som rammer andre enn bonden, rammer barn**» (Storstad, 2014).

I Midtre Gauldal er 9 % av yrkesaktiv befolkning direkte sysselsatt i landbruksnæringen. Vi har ikke tall på skader/ulykker i landbruket i Midtre Gauldal, men en antar at tallene for resten av landet gjelder også her.

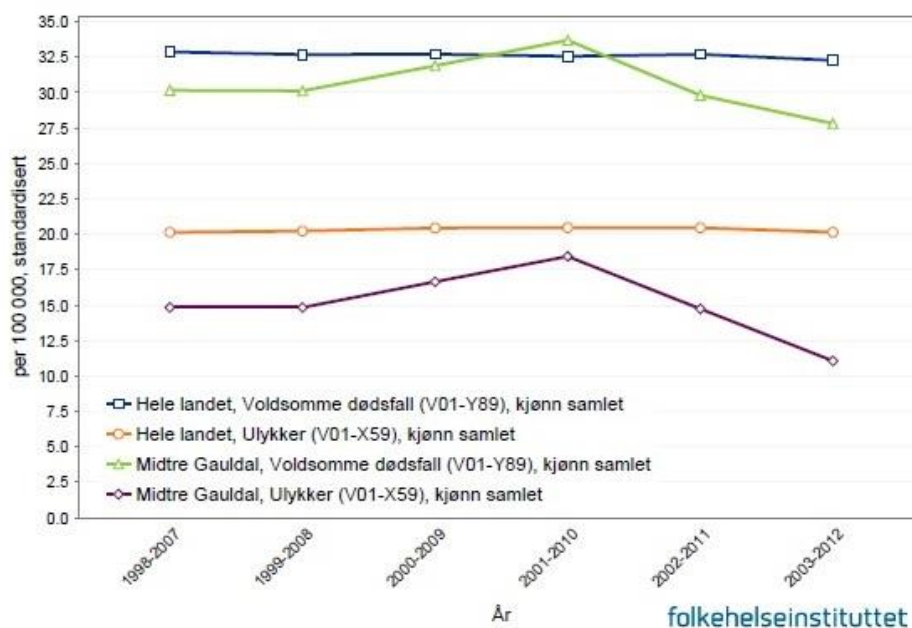
### 4.2 Bygg- og anleggsvirksomhet - skader/ulykker

12 % av arbeidsstyrken i Midtre Gauldal er sysselsatt innen bygg- og anleggsvirksomhet. Det er mange unge arbeidstakere innen denne bransjen.

Arbeidstilsynet har beregnet at arbeidsskadene i bygg- og anleggsvirksomheten i Norge hvert år forårsaker 4500 tapte leveår med full helse. Det samfunnsøkonomiske tapet ved de samme skadene koster 1.5 milliarder kroner. Skaderisikoen er størst hos unge menn, og yrkene med høyest risiko befinner seg i bygge- og anleggsnæringen og blant primærnæringene (arbeidstilsynet.no).

### 4.3 Omkomne i voldsomme dødsfall og ulykker

#### Dødelighet (0-74 år) - per 100 000, standardisert



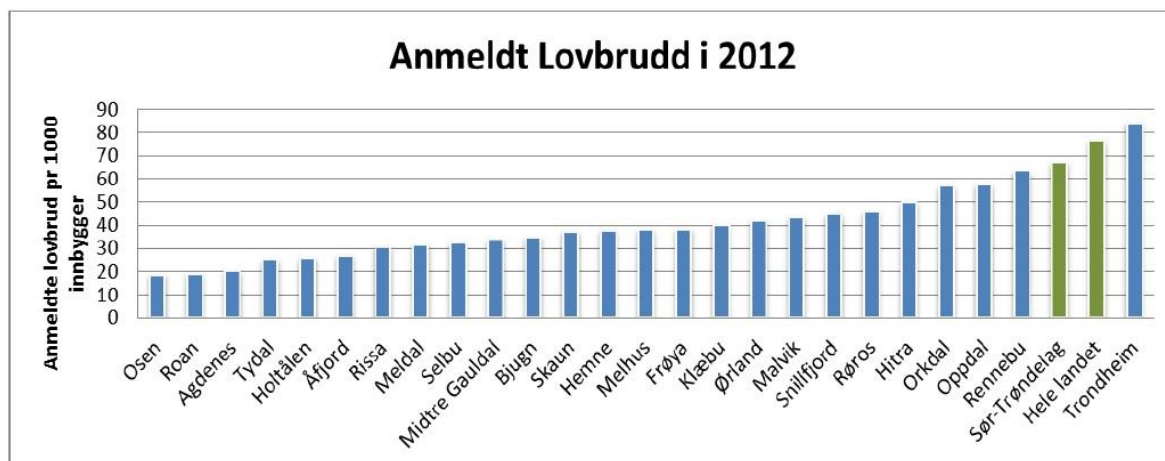
V01-Y89: Voldsomme dødsfall.

V01-X59: Ulykker, omfatter senfølger.

**Voldsomme dødsfall** omfatter, blant annet, ulykker (transport, fall, forgiftning), selvmord, overdosedødsfall og drap. Linjediagrammet viser at Midtre Gauldal for de fleste periodene er under landsgjennomsnittet.

**Ulykker med senfølger:** Befolkningen i Midtre Gauldal er sjeldnere representert i slike ulykker enn gjennomsnittet av befolkningen i Norge.

#### 4.4 Anmeldte lovbrudd



Kilde: (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014, SSB)

Histogrammet viser at det er langt mindre anmeldte lovbrudd i Midtre Gauldal enn ellers i landet. Gjennomsnittet for landet er ca. 75 anmeldte lovbrudd pr. 1000 innbygger, mens det i Midtre Gauldal er i overkant av 30 anmeldte lovbrudd pr. 1000 innbygger.

#### 4.5 Oppsummering - skader og ulykker

##### UTFORDRINGER

- Stort antall ansatte i primær- og bygg-/anleggsnæring. Ansatte i slik næring er mer utsatte for ulykker og yrkessykdommer enn andre yrkesgrupper.

##### RESSURSER

- Befolkningen i Midtre Gauldal er sjeldnere representert i ulykkeshendelser enn landets befolkning generelt.

##### Kommunenes strategi:

**Ivareta trygghet og sikkerhet gjennom arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap.**

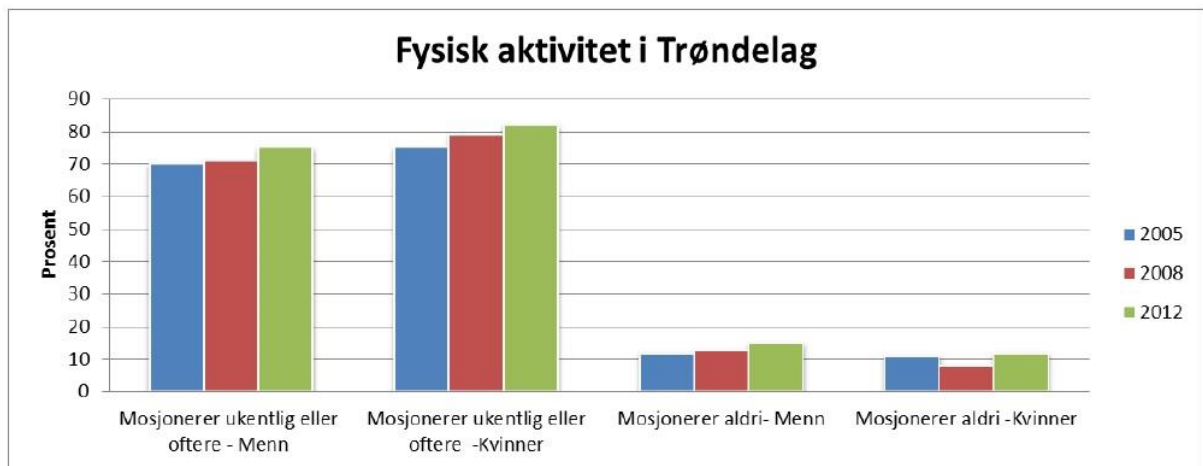


## 5 Helsereelatert atferd

Med helsereelatert atferd menes atferd som har vist å ha innvirkning på et helseutfall. Dette kan være for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler. Det kan også omfatte for eksempel risikoatferd som kan gi utslag i skader og ulykker.

### 5.1 Fysisk aktivitet - voksne

Vi har ikke tall på fysisk aktivitet i befolkningen i Midtre Gauldal. Tall fra Trøndelag:



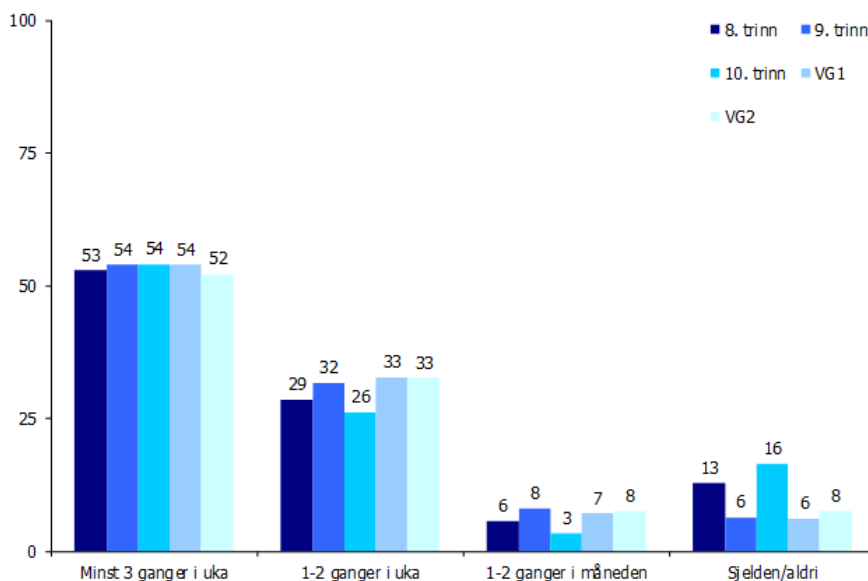
Kilde: (Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014).

### 5.2 Fysisk aktivitet ungdom

Ungdata viser at ca. halvparten av ungdommene i kommunen er fysisk aktiv minst tre ganger pr uke.

#### Fysisk aktivitet – andpusten og svett:

Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?



## 5.3 Fysisk aktivitet - barn

«Å etablere gode vaner for fysisk aktivitet i tidlig alder er kanskje det viktigste forebyggende tiltaket for å hindre utvikling av kronisk sykdom og overvekt. Gevinsten er stor både for den enkelte og for samfunnet. Samtidig har fysisk aktivitet også en positiv psykososial effekt for ungdommene.» (Ung HUNT - Holmen, 2011).

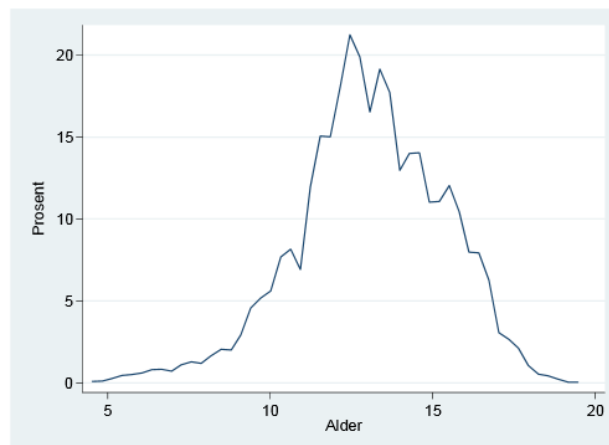
I punkt 3.6 ble det gjort rede for skoleskyss og det konstateres at mange barn/unge har skyss til skolen i vår kommune (nesten 60 %). Vi har ingen tall på hvor mange som blir kjørt til skolen av foresatte. I regnskapet for barns fysiske aktivitet er skoleskyss en negativ faktor. Skoleskyss tar fra ungene en fin mulighet til fysisk aktivitet.

40 % av skolebarna har ikke skoleskyss. Men i og med at vi ikke kjenner til hvor mange som blir kjørt av foreldre, vet vi ikke hvor mange som faktisk går. I landet totalt er det 55 % som sykler/går til skolen.

Inaktivitet i befolkningen er et økende problem. Også barn er langt mer inaktive enn det som er anbefalt. At barn har mulighet til å gå til og fra skolen er fra et folkehelseståsted svært ønskelig.

### 5.3.1 Frafall organisert idrett

HUNT-undersøkelsene (helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag) er som tidligere nevnt representative for resten av Norge:



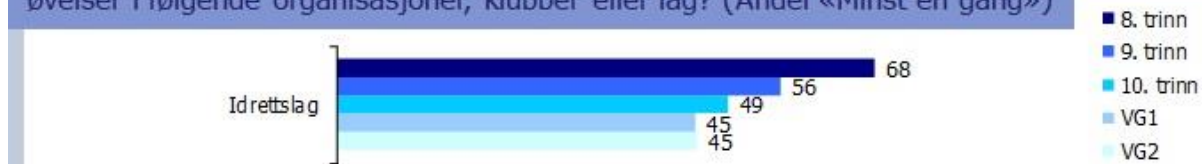
Figur 3. Aldersfordelingen for når tidligere aktive ungdommer i Ung-HUNT 3 oppga å ha sluttet med organisert idrett.

Vi ser av diagrammet at mange av de unge slutter med organisert idrett allerede i 10-årsalderen, og at det er i 13-årsalderen at aller fleste faller fra (HUNT-rapporten s. 168, Holmen, Bratberg og Thoen 2011).

Ungdataundersøkelsen viser at 68 % av 8. klassingene i Midtre Gauldal er aktive i idrettslag, men deltakelsen synker til 49 % i 10. trinn:

## Fritid – organisert:

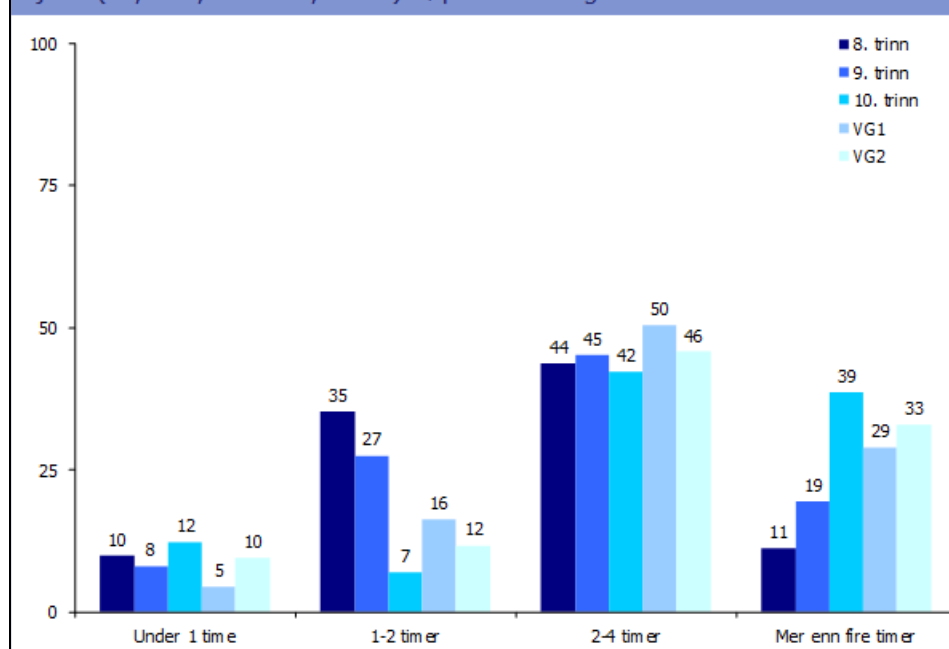
Hvor mange ganger den siste måneden har du vært med på aktiviteter, møter eller øvelser i følgende organisasjoner, klubber eller lag? (Andel «Minst én gang»)



Ungdommene har også svart på hvor mye tid pr. dag de bruker foran skjerm (TV, data, nettbrett, etc.). 42 - 45 % av ungdomsskoleelevene bruker 2-4 timer pr. dag. 11 % av 8-trinnselevene bruker mer enn 4 timer pr. dag, 19 % av elevene på 9. trinn bruker mer enn 4 timer pr. dag, og 39 % av 10. klassingene sitter mer enn 4 timer pr. dag foran skjerm (Ungdata):

## Medier – skjermtid:

Utenom skolen, hvor lang tid bruker du vanligvis på aktiviteter foran en skjerm (TV, data, nettbrett, mobil) i løpet av en dag?

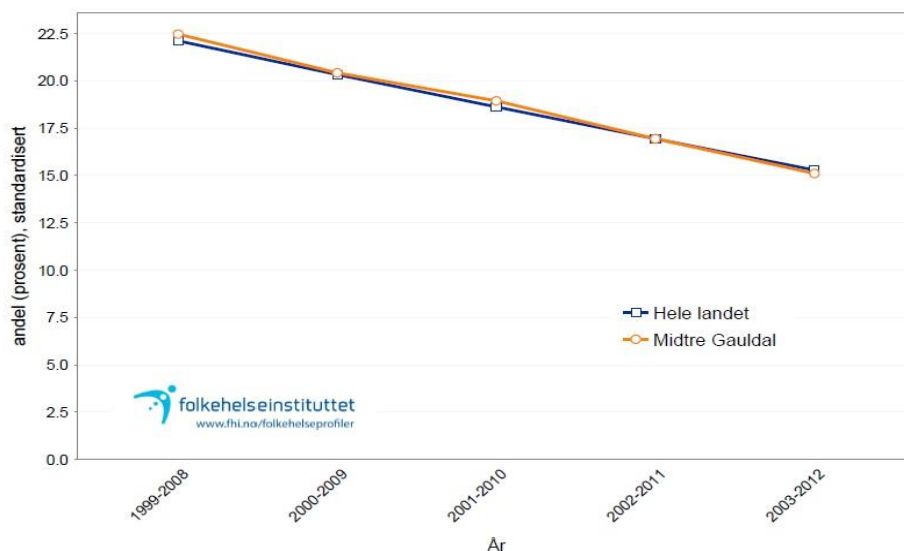


## 5.4 Røyking

I ungdataundersøkelsen svarer 6 % av 10. trinnselevene ved Støren ungdomsskole at de røyker daglig, mens 5 % av 9. trinnselevene røyker daglig. Ingen på 8. trinn røyker, ifølge samme undersøkelse.

Av befolkningen for øvrig har vi kun tall fra fødende kvinner. Vi ser at kvinnene fra Midtre Gauldal ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder røyking i svangerskap.

## Røyking, kvinner - andel (prosent), standardisert



Kartet (under) antyder at om lag 22 % av befolkningen i Sør-Trøndelag er dagligrøykere (HUNT).

### 5.5 Snusbruk

Snus gir kanskje ikke de samme helseskadene som røyking, men gir minst like sterk nikotinavhengighet.

Ungdataundersøkelsen ved Støren Ungdomsskole rapporterer at 13 % på 10. trinn snuser daglig, mens tallet for 9. trinn er 6 %. Ingen på 8. trinn rapporterer at de snuser.

Tall for hele landet fra 2012 viste at 25 prosent av menn i aldersgruppen 16-24 år brukte snus daglig og 11 prosent av og til. Blant unge kvinner var det 14 prosent som brukte snus daglig og 8 prosent som var av og til-brukere (Statistisk sentralbyrå).

I alle aldre 16-74 år var det i 2012 blant menn 14 prosent som brukte snus daglig og 6 prosent som brukte snus av og til. Tilsvarende tall for kvinner var 4 prosent daglig og 2 prosent av og til (Folkehelseinstituttet, 2014).

### 5.6 Alkohol

*«Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker de største skadene her i landet både sosialt og helsemessig. (...)Menn og kvinner med høyest inntekt drikker mest alkohol. Forbruket av alkohol varierer fra landsdel til landsdel. En nasjonal studie fra 2003 viste at forbruket geografisk var høyest i Oslo og Akershus og lavest i Trøndelag og Nord-Norge». (HUNT – Bratberg/Thoen, 2014).*

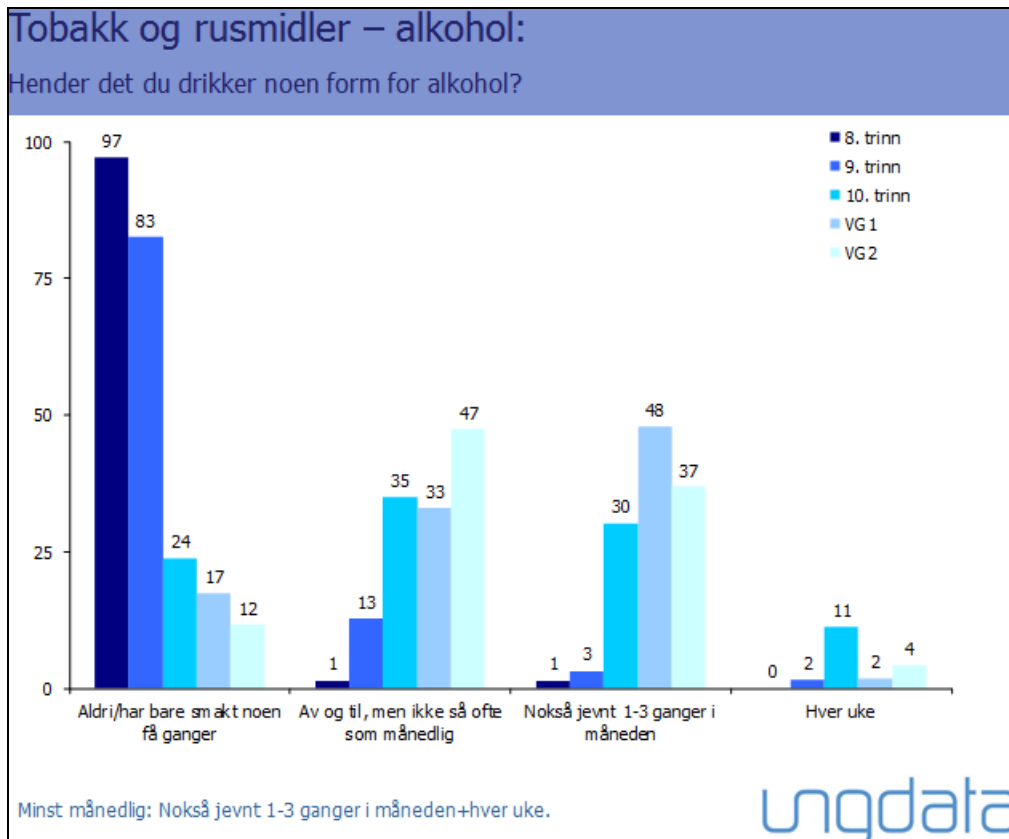
Vi har ikke tall på alkoholforbruket blant voksne i kommunen.

## 5.6.1 Alkohol og ungdom

Kulturen i vårt distrikt har i lang tid har vært at mange ungdommer har hatt sin alkoholdebut i forbindelse med konfirmasjonsalderen (15-år). Mange offentlige fester har 15 år som aldersgrense. Ungdataundersøkelsen har gitt oss viktig informasjon om ungdommens drikkemønster.

«Alkoholforbruk hos ungdom fører dessverre til mange skader. Det er en klar sammenheng mellom det totale alkoholforbruket og det samlede skadeomfanget, som ulykker, vold og overgrep, men også fysiologiske skader» (settegrenser.no).

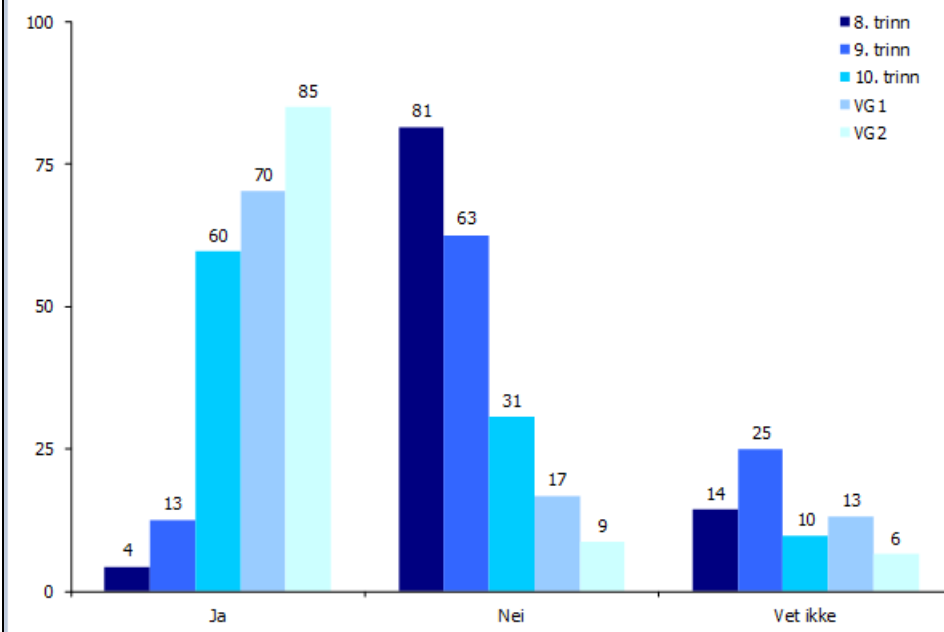
På 10. trinn melder 11 % av ungdommene at de drikker alkohol hver uke.



Foreldre påvirker sine barns drikkevaner gjennom de grensene de setter, og gjennom hvordan de opptrer som rollemodeller. Denne påvirkningen er sterkere enn de fleste er klar over (settegrenser.no). 60 % av ungdommene på 10. trinn melder at de får lov til å drikke alkohol av sine foreldre, 13 % av elevene på 9. trinn sier det samme:

## Tobakk og rusmidler – regler for alkohol:

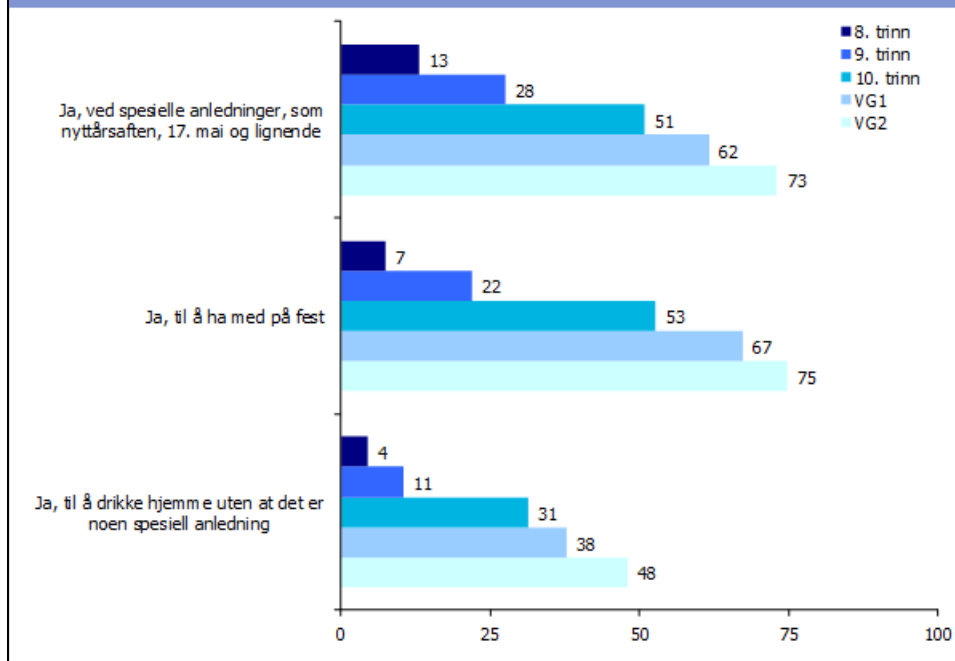
Får du lov til å drikke alkohol av foreldrene dine?



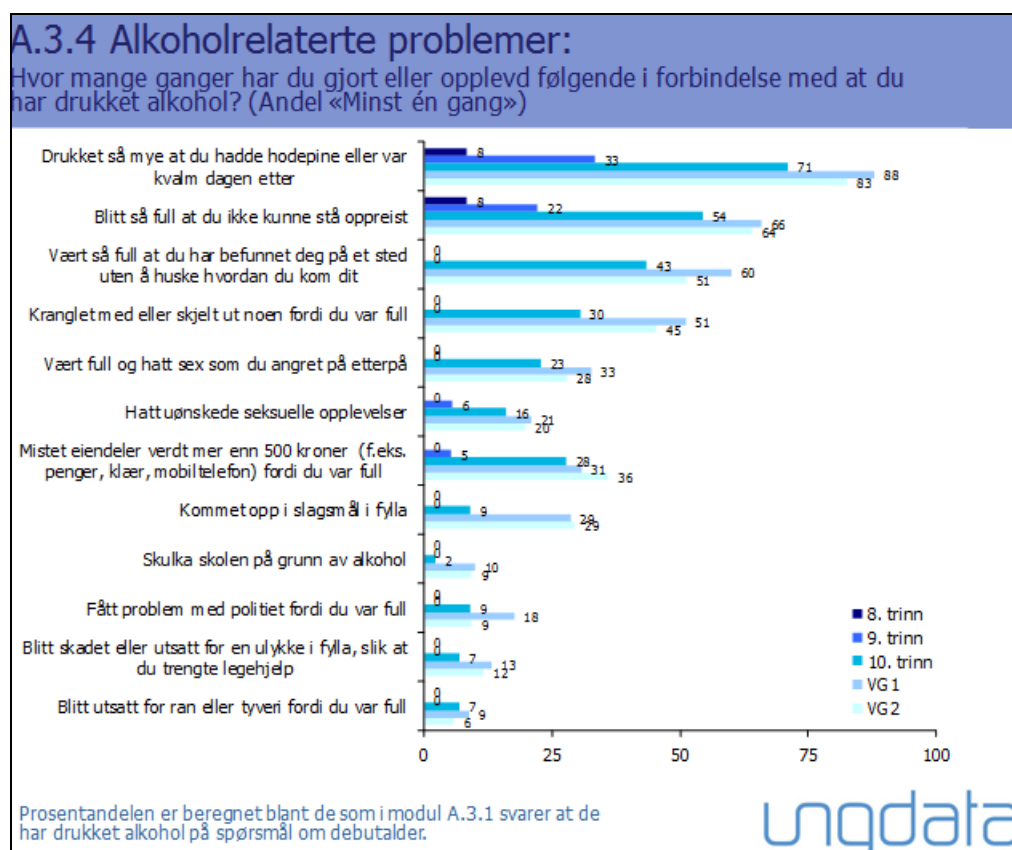
En del ungdommer har svart at de får alkohol av foreldrene for å ha med seg på fest. 53 % av 10. klassingene sier dette, 22 % av elevene på 9. trinn og 7 % av elevene på 8. trinn:

## A.4 Hvordan unge skaffer seg alkohol:

Hender det at du får alkohol av foreldrene dine? (Andel «Ofte» eller «Av og til»)



Av de som svarer at de har drukket alkohol, sier 16 % av elevene på 10. trinn at de har hatt uønskede seksuelle opplever i forbindelse med alkoholbruk. 54 % av samme gruppe melder at de har vært så beruset at de ikke har klart å stå oppreist.



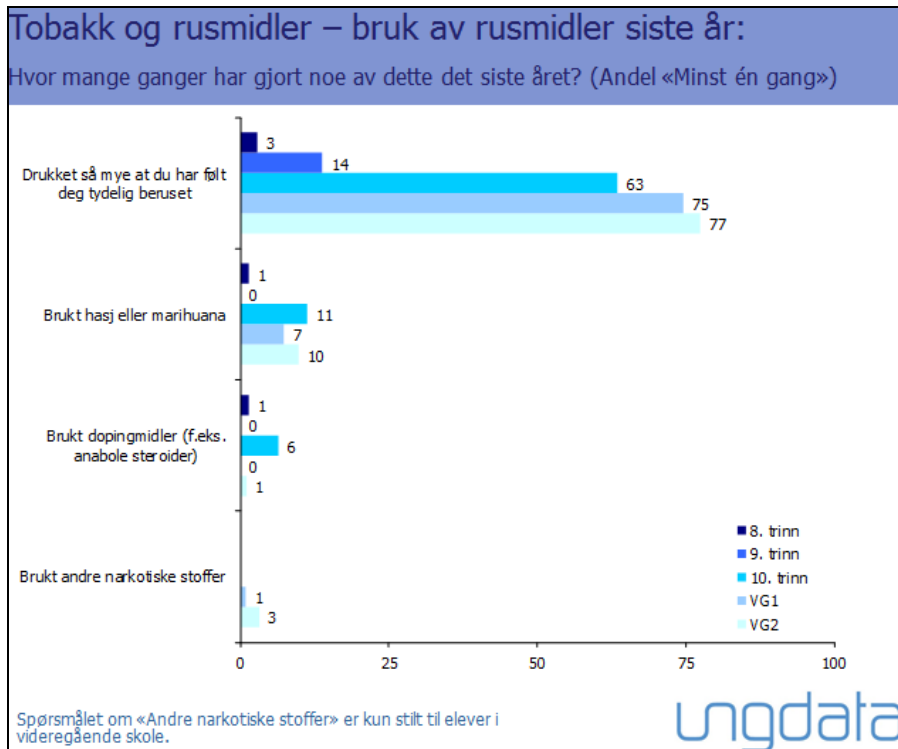
## 5.7 Narkotika

HUNT-undersøkelsene (som vi i all hovedsak kan sammenligne oss med) konkluderer slik:

«Som i Norge forøvrig har prosentandelen gutter og jenter i Nord-Trøndelag som rapporterer at de har prøvd hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer, gått ned fra 1995/97 til 2006/08. Sammenlignes tallene også med Ung-HUNT 2 (2000/01) hvor 14 % av jentene og 15 % av guttene rapporterte at de hadde prøvd narkotiske stoffer, synes nedgangen å ha kommet etter år 2000. Dette er det samme mønsteret som sees for sigarettøyking» (HUNT-rapporten s. 168, Holmen, Bratberg og Thoen 2011).

Forskerne i HUNT-undersøkelsen ser at det på dette punktet er forskjell på by og land. De refererer at Oslo-ungdommen rapporterer høyere bruk av narkotiske stoffer enn landsgjennomsnittet.

Ifølge ungdatabundersøkelsen har 11 % av elevene på 10. trinn prøvd hasj eller marihuana:



## 5.8 Oppsummering - helserelatert atferd

### UTFORDRINGER

- Vi vet for lite om de voksnes fysiske aktivitet. Mengde og type.
- Vi vet for lite om barnas fysiske aktivitet. Mengde og type.
- Mange ungdommer i kommunen tilbringer mange timer pr. dag foran TV, nettbrett, etc.
- Vi antar at HUNT-undersøkelsen er representativ for barn i Midtre Gauldal, slik at frafall fra organisert idrett er høyt i 10-13-års alderen.
- Skoleskyss er for ofte løsningen.
- Mange ungdommer bruker alkohol jevnlig.
- Mange ungdomsforeldre har ei liberal holdning til ungdommens alkoholbruk.

### RESSURSER

- Midtre Gauldal kommune har flotte naturressurser for fysisk aktivitet.
- Midtre Gauldal har mange organisasjoner/foreninger som tilbyr fysisk aktivitet.

#### Kommunens strategi:

- Definere rekreasjonsområder og øke tilgjengeligheten til friluftsområder og naturressurser.
- Legge til rette for fysisk aktivitet og gjennomføre helsefremmende tiltak.



## 6 Helsetilstand

### 6.1 Tannhelse

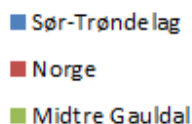
Valg av indikator: «God tannhelse er viktig for den generelle helsen, for velvære og livskvalitet. I tillegg kan tannhelsen i befolkningen si noe om kosthold, munnhygiene og levevaner. Uheldige kostholdsvaner, som høyt sukkerinntak, kan utgjøre en trussel mot bedringen i tannhelsen til barn og unge.» Kilde: Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 2014.



18-åringene i Midtre Gauldal har flere tenner med kariesskade enn ungdom ellers i landet. Y-aksen viser gjennomsnittlig antall skadde tenner pr. ungdom.

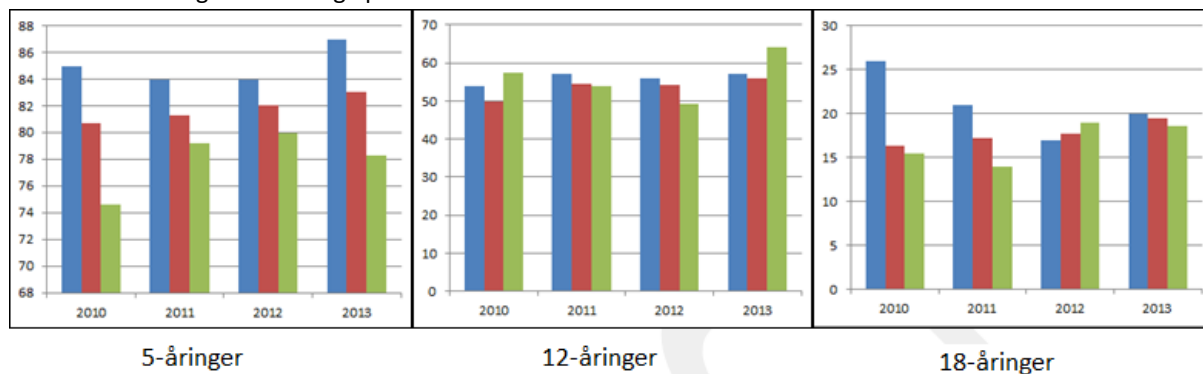
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Sør-Trøndelag	3,9	4,2	4,3	4,1
Midtre Gauldal	4,9	5,1	4,7	4,6
Norge	4,4	4,2	4,2	4

## 6.1.1 Friske tenner 5-/12- og 18-åringer



Benevnelsen på x-aksen/venstre side er prosent.

Prosentatsatsen angir hvor mange personer som har helt kariesfrie tenner.



**5-åringer:** Figurene viser at det i perioden 2010-2013 var færre 5-åringer med friske tenner (tenner uten karieserfaring) i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig.

**12-åringer:** I to av fire år lå 12-åringene i Midtre Gauldal bedre an enn samme aldergruppe i landet for øvrig.

**18-åringer:** Vi ser at 18-åringene i Midtre Gauldal i 3 av 4 år har færre friske tenner enn 18-åringene i landet for øvrig.

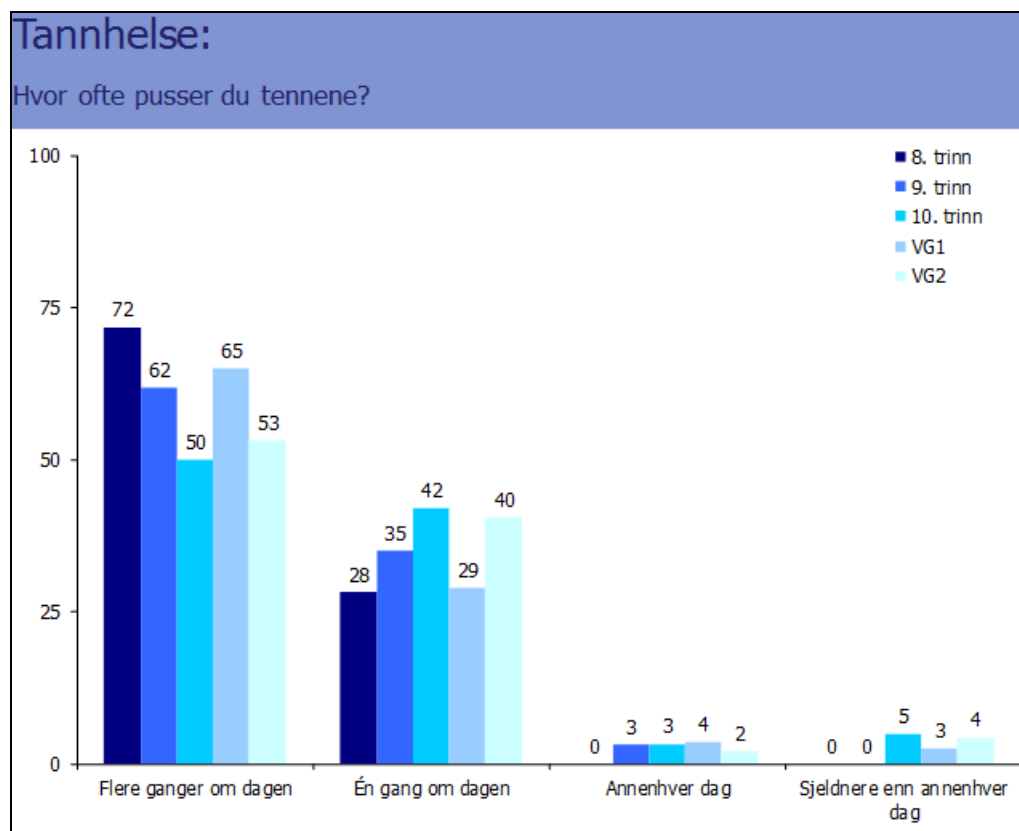
På forrige side så vi at antall tenner med karieserfaring var høyere enn ellers i landet. Diagrammene ovenfor viser at antall personer helt uten karies er høyere enkelte år enn andre. Forklaringen er at enkelte barn/ungdommer har svært mange kariesskader (en del over 10 fyllinger), og disse er med på å trekke gjennomsnittet «tenner med karieserfaring» opp.

<b>5-åringer</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Sør-Trøndelag	85	84	84	87
Norge	80,7	81,3	82,1	83,1
Midtre Gauldal	74,6	79,2	80	78,3
<b>12-åringer</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Sør-Trøndelag	54	57	56	57
Norge	49,8	54,5	54,1	55,9
Midtre Gauldal	57,5	53,8	49,1	64,1
<b>18-åringer</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Sør-Trøndelag	26	21	17	20
Norge	16,3	17,2	17,7	19,5
Midtre Gauldal	15,5	13,9	19	18,6

Kilder: Støren Tannklinikk, SSB.

Fagfolket ved Støren tannklinikk mener at årsaken til at det er flere karieskadde tenner i vår kommune kan ha noe med sosioøkonomiske forhold å gjøre, men påpeker at Midtre Gauldal har hatt en stadig og positiv trend i nedgang av DMFT (kariøse, mistede eller fylte tenner) og kariesaktivitet de senere årene.

Ungdata gir oss tall på hva ungdommen selv sier om tannpuss:



Vi at tannpussfrekvensen synker fra 72 % som pusser tennene flere ganger pr. dag i 8. trinn, til 50 % i 10. trinn.

## 6.2 Overvekt

En norsk 40-åring veier i dag fem kg mer enn en 40-åring gjorde rundt 1985. Over halvparten av norske 40-45-åring er overvektige når vi legger Verdens helse-organisasjons (WHO) definisjon til grunn. Økning i overvekt og fedme sees over hele verden (Kilde: Folkehelseinstituttet).

Det er gode grunner til å begrense overvekt i befolkningen. En studie fra Folkehelseinstituttet viser at «personer som var overvektige allerede i ungdomsårene (14-19 år) hadde en økt dødelighet av en rekke sykdommer i voksen alder; sykdommer i hormonsystemet og ernærings-/stoffsufte sykdommer, hjerte-karsykdommer, tykktarmskreft og åndedrettssykdommer. Det var også flere tilfeller av plutselig død i denne gruppen» (Kilde: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)).

Metabolsk syndrom er en tilstand hvor flere risikofaktorer for hjerte-karsykdom (som f.eks. overvekt og høyt blodtrykk) finnes samtidig, som fører til en økt risiko for å dø for tidlig ([ntnu.no/cerg](http://ntnu.no/cerg)). Det metabolske syndromet øker risikoen for å få kardiovaskulære sykdommer, type 2-diabetes og

dessuten vanlige kreftformer. For å forebygge og behandle metabolsk syndrom er det viktig å redusere den stillesittende tiden og oppfordre til daglig moderat anstrengende fysisk aktivitet (helsedirektoratet.no).

### 6.2.1 Overvekt barn

Hvorfor er det viktig å overvåke barns vektutvikling?

*«Studier de siste 10 årene viser at sannsynligheten for å beholde overvekt gjennom puberteten er mye større enn å vokse den av seg. Fedme i barndom og ungdom gir en betydelig økt risiko for fedme i voksenlivet.*

*Det er kjent at overvekt har en sterk arvelig komponent. Dersom begge foreldrene har fedme, har barnet 80 % sjanse for selv å ha fedme. Barn av to normalvektige foreldre har < 10 % sjanse for å utvikle fedme (Garn SM, 1976 og Helsedirektoratet, 2010).*

*«Dersom et barn er overvektig i 6-9 års alder, er risikoen for overvekt som voksen økt 5 ganger. Dersom et barn er overvektig i 10-14 års alderen, er risikoen økt 22 ganger. 1 av 3 førskolebarn og ca. halvparten av skolebarn som er overvektige, forblir overvektige i voksen alder» (Norsk helseinformatikk, 2013).*

Barn som har overvekt har lettere for å få diagnoser som astma, leddplager, vekstforstyrrelser, sosiale eller følelsesmessige problemer, snorking og søvnproblemer. Overvekt i barndommen gir også økt risiko for overvekt som voksen. Helseproblemene som kan følge med er for eksempel hjertesykdom, type 2-diabetes, leddproblemer og enkelte typer kreft (ibid).

**Viktigheten av å forebygge overvekt/snu dårlig vektutvikling kan ikke vektlegges nok.**

(Helsedirektoratet, 2010):

*«KMI (kroppsmasseindeks) beregnes ut fra en persons høyde og vekt, og gir for de fleste et godt mål for mengden kroppsfett. Iso-KMI brukes for å benevne kjønns- og aldersjusterte KMI grenser for henholdsvis overvekt fedme og alvorlig fedme blant barn og unge i alderen 2–18 år».*

Tiltaksnivå	Klassifisering	KMI
1	Normalvekt	KMI < iso-KMI 25
2	Overvekt	KMI ≥ iso-KMI 25
3	Fedme	KMI ≥ iso-KMI 30
4	Alvorlig fedme	KMI ≥ iso-KMI 35

## 6.2.2 Tall fra Midtre Gauldal kommune

Skolehelsetjenesten i Midtre Gauldal følger gitte retningslinjer når de måler og veier skolebarn. I skolealder anbefales måling av vekt og høyde ved skolestartundersøkelsen og på 3. og 8. klassetrinn. Måling ved skolestart gir mulighet for å følge utviklingen fra småbarnsalder (Helsedirektoratet, 2010). Helsestasjonen varsler foreldre når barn passer iso-KMI >25. Dette er et krav fra myndighetene.

Tallene for Midtre Gauldal:

%	Midtre Gauldal 2013	Midtre Gauldal 2014	Norge 2011/2012
<b>1. trinn</b>			
Overvekt/fedme	13,6	23,8	
<b>3. trinn</b>			
Overvekt/fedme	29,9	32,7*	16
<b>8. trinn</b>			
Overvekt/fedme	23,3	15,8	16

3. trinn spesifisert på kjønn:

	gutter	jenter
Midtre Gauldal 2014*	26,92	37,93
Norge 2013	13,5	17,4

### Faglige vurderinger fra skolehelsetjenesten (helsesøstre):

- Tallene er basert på to årskull. Det kan ikke utelukkes en variasjon i andelen med iso-kmi 25 og høyere ved gjennomgang av målinger fra flere årskull.
- Det må tas høyde for at enkelte barn som har en målbar iso-kmi på grensen over 25 kan ha en normal fettprosent. Disse vil ikke være i risiko for ytterligere overvektsutvikling og de negative helseeffektene det medfører. Disse barna er likevel med i statistikken på bakgrunn av Helsedirektoratets retningslinjer for utregning av iso-kmi og definisjon av overvekt.
- For å unngå feilkilder er det etablert rutiner for kvalitetssikring av måleutstyret som er i bruk.

Tallene ser urovekkende ut, men det er ikke regnet ut statistisk signifikans<sup>5</sup>. Det er tatt kontakt med St. Olavs Hospital for vurdering av alvorlighetsgraden av disse dataene. Rønnaug Ødegård, overlege ved Barne- og ungdomsklinikken ved St. Olav, uttaler følgende:

<sup>5</sup> Statistisk signifikans er et begrep som brukes for å beskrive sannsynligheten for at noe er et resultat av tilfeldigheter.

«(...)Alt i alt er det sterke holdepunkter for at det er større forekomst av fedme (iso-kmi >30) i deres kommune enn i landsgjennomsnittet. Det er derfor svært viktig for dere å styrke et varig tilbud både om behandling og forebygging av barnefedme i kommunen.(...).

**Overvekt og fedme er blant de tilstander som er krevende å behandle, både for helsetjenesten og for pasienten. Det må derfor legges stor vekt på forebyggingsstrategier blant barn og unge.**

### 6.2.3 Overvekt barn - sosioøkonomiske forskjeller

En antar at det er mer fedme i Midtre Gauldal kommune enn ellers i landet. Hvorfor er det slik?

SOSIOØKONOMISK FORKLARING?

Folkehelseinstituttet (2012) opplyser at

*«Flere undersøkelser viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og overvekt. Det gjelder både voksne, unge og barn. Ungdommer fra familier med dårlig familieøkonomi har høyere forekomst av overvekt og fedme sammenlignet med dem som kommer fra familier med god familieøkonomi (Grøholt, 2008)».*

(fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-barn-og-unge)

Forsker Mona Bjelland (2013) ved Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo har forsket på helse, ernæring, inaktivitet og aktivitet. Hun sier at

*- Andelen av overvektige barn var høyere blant dem som har foreldre med lavest utdanning. Tilgangen i hjemmene på sukkerrike drikker var høyest hos denne gruppen, og barna oppgav lavere tilgang på frukt og grønt hjemme.*

Der foreldre har høy utdanning fant man det motsatte: Barna hadde mindre tilgang på sukkerrike drikker, mens tilgangen på frukt og grønt var høyere.

I boken «Overvekt hos barn og unge» (2012), bidrar flere norske fagfolk. Der ser en også sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og risiko for fedmeutvikling.

Det er mer overvekt blant barn som har **skilte foreldre** (Biehl, 2014).

Folkehelseinstituttet viser til at risiko for overvekt blant åtteåringer er 1,5 til 2 ganger større i **små kommuner** (mindre enn 10.000 innbyggere) enn i større kommuner (store kommuner er definert som kommuner med over 50.000 innbyggere).

Hvorfor er det høyere risiko for overvekt blant barn i små kommuner?

*- I internasjonal forskning diskuteres betydningen av nærmiljøet, som for eksempel transport og tilbudet av friluftaktiviteter. Tall fra Barnevekststudien i 2012 viser at færre barn syklet og gikk til skolen i små kommuner enn i større kommuner. Likevel er det usikkert om dette kan forklare forskjeller i vekt, sier stipendiat Anna Biehl ved Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet/barnevekststudien, 2013).*

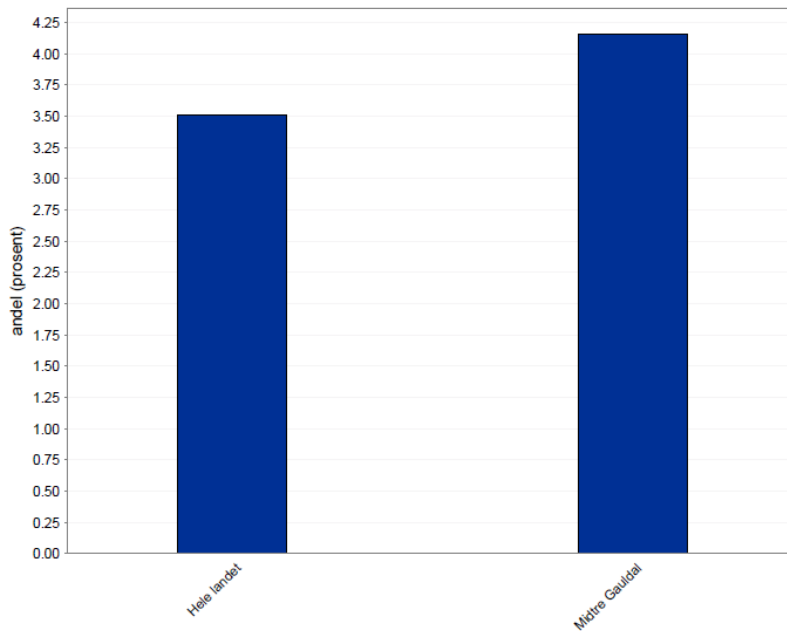
### 6.3 Fødselsvekt

Høy fødselsvekt = 4500 gram eller høyere

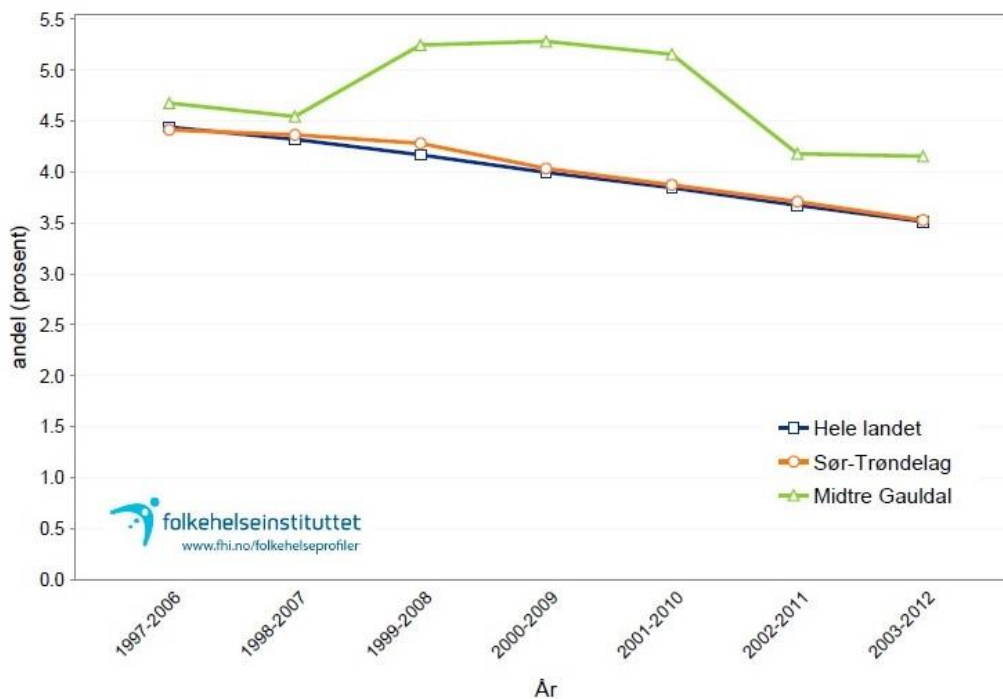
Lav fødselsvekt = 500 - 2499 gram

Høy fødselsvekt er forbundet med økt risiko knyttet til selve fødselen, men kan også være en risikofaktor for senere overvekt, diabetes og muligens visse kreftformer. Høy fødselsvekt er forårsaket av flere faktorer, fra genetiske faktorer til forhold under svangerskapet (bl.a. mors vekt) (Folkehelseinstituttet).

Høy og lav fødselsvekt - høy fødselsvekt, andel (prosent), 2003-2012



Høy og lav fødselsvekt - høy fødselsvekt, andel (prosent)



Høyere vekt hos kvinner før de blir gravide og stor vektøkning i svangerskapet henger sammen med økt fødselsvekt, er konklusjonen fra en ny studie fra mor- og barnundersøkelsen (fhi.no). Det er større fare for senere vektproblemer hos barnet dersom mor selv er overvektig før og under svangerskapet (Júlíusson 2013).

## 6.4 Undervekt - barn

Det er konstatert at en del barn/unge i Midtre Gauldal er undervektige. De samme krav til varsling av foreldre gjelder som for overvekt.

	2013	2014
1 trinn	10,6	17,5
3. trinn	2,9	1,8
8. trinn	0	11,84

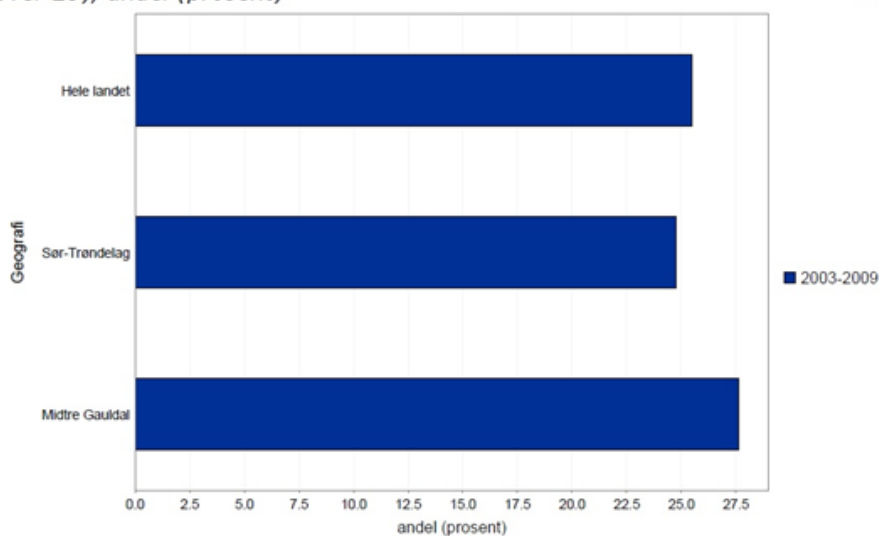
Det finnes lite tilgjengelig statistikk på undervekt blant barn.

## 6.5 Overvekt voksne

Det er ikke gjort noen direkte undersøkelse vedrørende overvekt i den voksne befolkningen i Midtre Gauldal. Likevel kan en trekke slutningen om at det sannsynligvis er mange overvektige voksne mennesker i kommunen. Grunnen til at en med stor sannsynlighet kan utlede dette er:

**Bidrag 1 til at det sannsynligvis er flere overvektige voksne i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig:  
Det er mer overvekt blant unge menn fra Midtre Gauldal som har møtt til sesjon, enn blant menn fra resten av landet, periode 2003-2009:**

Overvekt og fedme, menn ved sesjon - overvekt inkl. fedme (KMI over 25), andel (prosent)





**Bidrag 2 til at det sannsynligvis er flere overvektige voksne i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig:**  
Vi vet at barn i Midtre Gauldal har mer overvekt enn barn ellers i landet. Forskning viser at det er sammenheng mellom overvekt hos mor og overvekt hos barn (Bjelland, 2011). Det samme er funnet av flere andre forskere:  
*«Vi vet at barn med nære slektninger som er overvektige (mor, far, søsken), er mer tilbøyelige til selv å bli overvektige»* (<http://nhi.no>).

**Bidrag 3 til at det sannsynligvis er flere overvektige voksne i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig:**  
**Bruk av legemidler til behandling av livsstilssykdommer er høyere i Midtre Gauldal enn ellers i landet:**

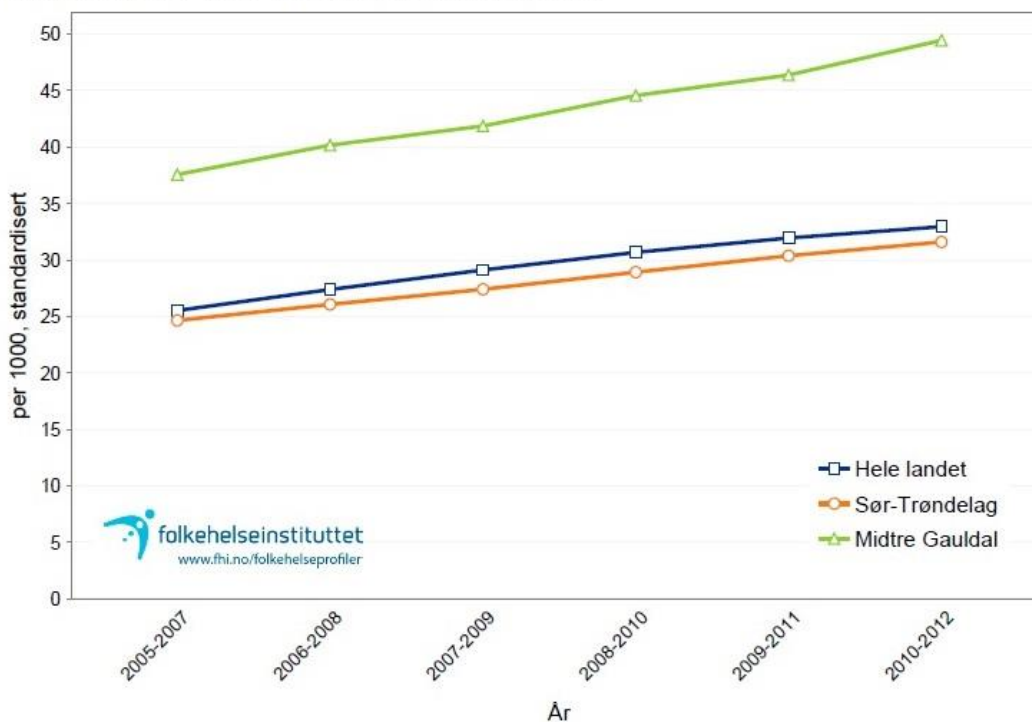
Diabetes – legemidler:

Måltallene viser at vi ligger langt over den øvrige befolkningen i forbruk av legemidler til behandling av livsstilssykdommen diabetes 2:

Norge: 33 av 1000  
Midtre Gauldal: 50 av 1000

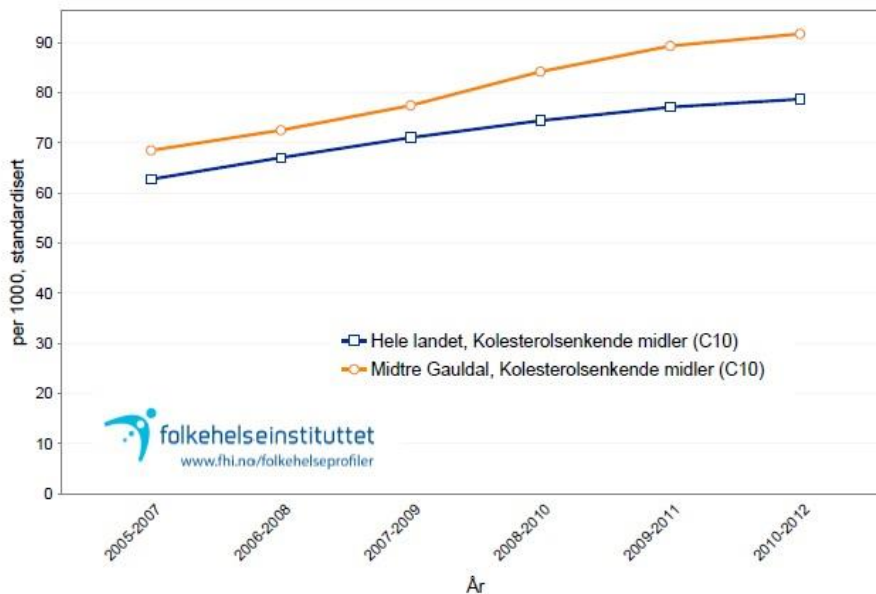
Tallene er meget høye, og noe av forklaringen kan være legestasjonens spesielt høye fokus på å avdekke diabetes tidlig.

**Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år) - kjønn samlet, per 1000, standardisert**



## Kolesterol – legemidler:

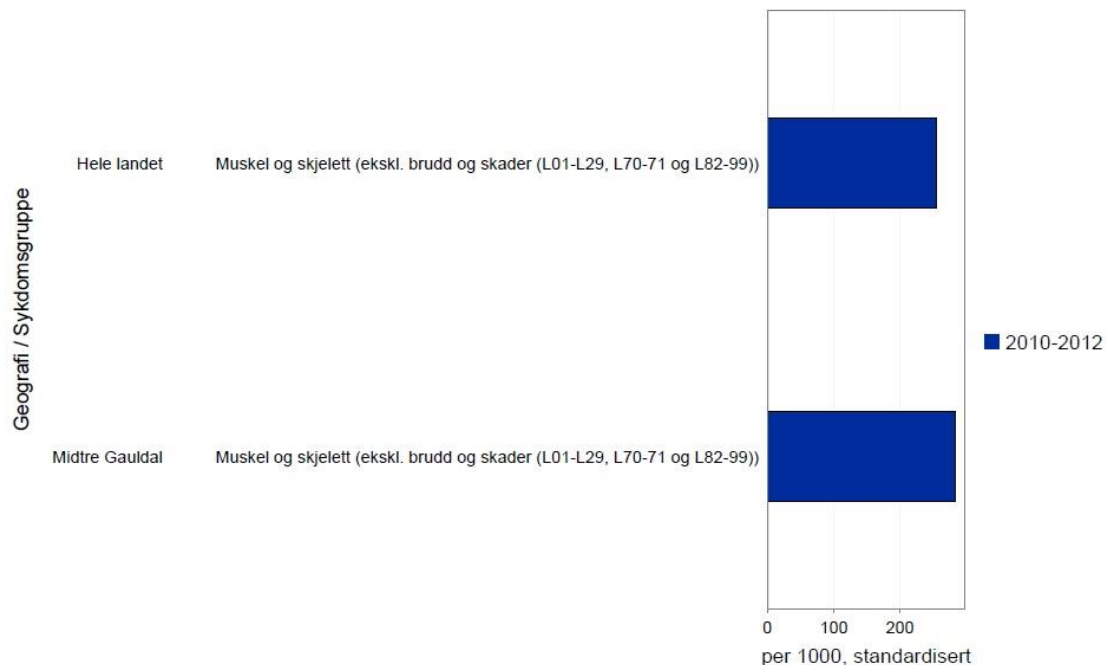
Legemiddelbrukere - *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert*



**Bidrag 4 til at det sannsynligvis er flere overvektige voksne i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig:**

## Muskel-skjelettplager/-diagnoser:

Primærhelsetjenesten, brukere - *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert*



Tallene viser at det er flere i Midtre Gauldal som oppsøker lege på grunn av muskel- og skjelettplager enn det i resten av landet. Pr. 1000 innbyggere var det i Norge 255 stk. som oppsøkte lege på grunn

av dette (2010-2012), mens det i Midtre Gauldal var 283,6 stk.

Dersom vi kun tar med befolkningen i alderen 0-44 år, ser vi fremdeles at tilfellene er flere i vår kommune:

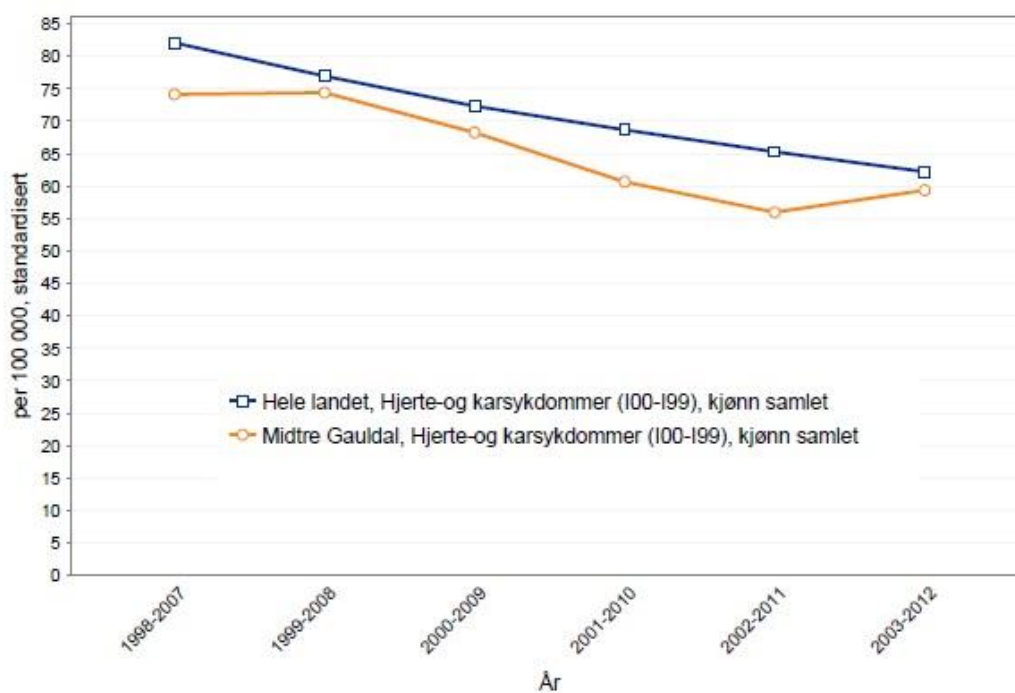
Norge: 194 pr. 1000 innbyggere

Midtre Gauldal: 220 pr. 1000 innbyggere

I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet (Folkehelseinstituttet/NAV statistikknotat 2012). Muskel- og skjelettsykdommer er vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. Tall fra levekårsundersøkelser i Norge tyder på at denne sammenhengen har økt de siste 30 årene (E. Dahl, 2014). Sett under ett har mange typer muskel- og skjelettsykdommer og –plager sammenheng med økende alder, stillesittende livsstil og til dels også overvekt (Folkehelseinstituttet).

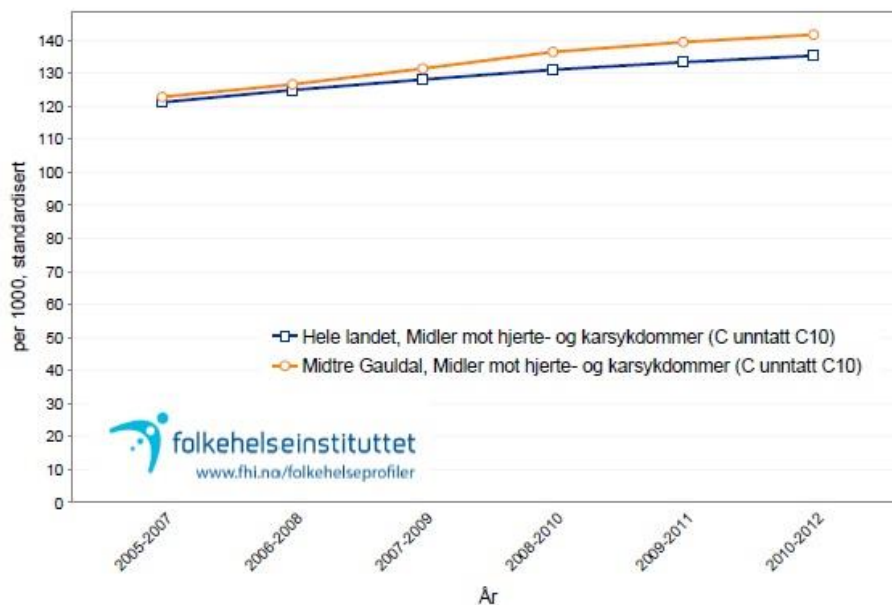
**Bidrag 5 til at det sannsynligvis er flere overvektige voksne i Midtre Gauldal enn i landet for øvrig: Dødelighet hjerte- og karsykdommer synker på landsbasis, men har gått opp i Midtre Gauldal de siste årene (Midtre Gauldal har flere eldre innbyggere enn resten av landet, noe av forklaringa kan ligge her).**

## Dødelighet (0-74 år) - per 100 000, standardisert



Kilde: Folkehelseinstituttet.

## Legemiddelbrukere - kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert

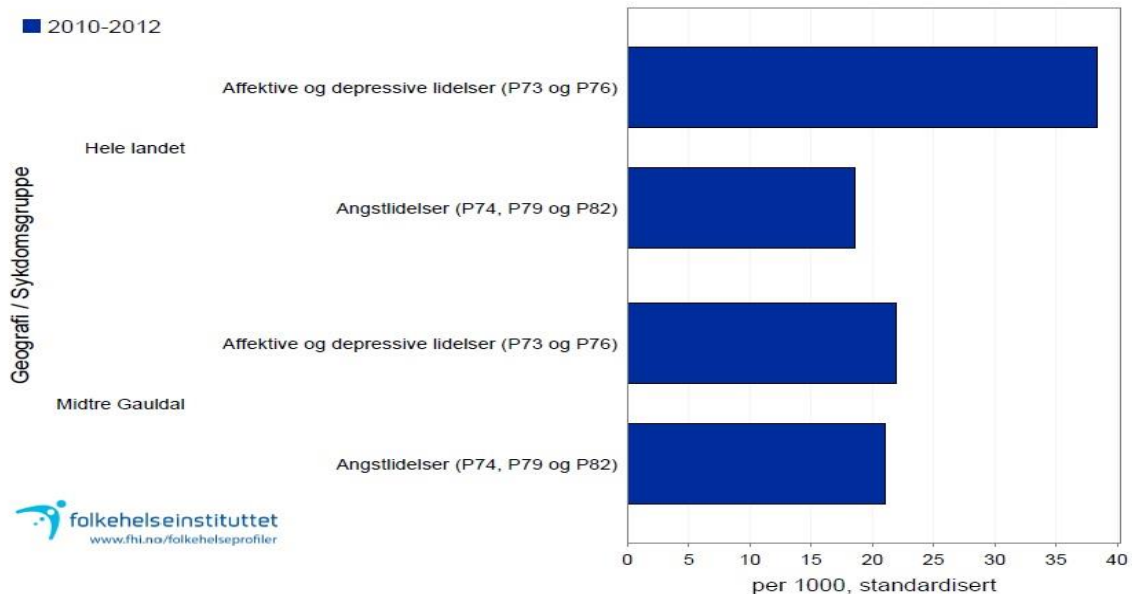


Det brukes mer medisin mot hjerte- og karsykdommer i Midtre Gauldal enn ellers i landet, men det er færre fra Midtre Gauldal som er innlagt på sykehus på grunn av hjerte-/karsykdommer enn ellers i landet.

### 6.6 Psykiatri

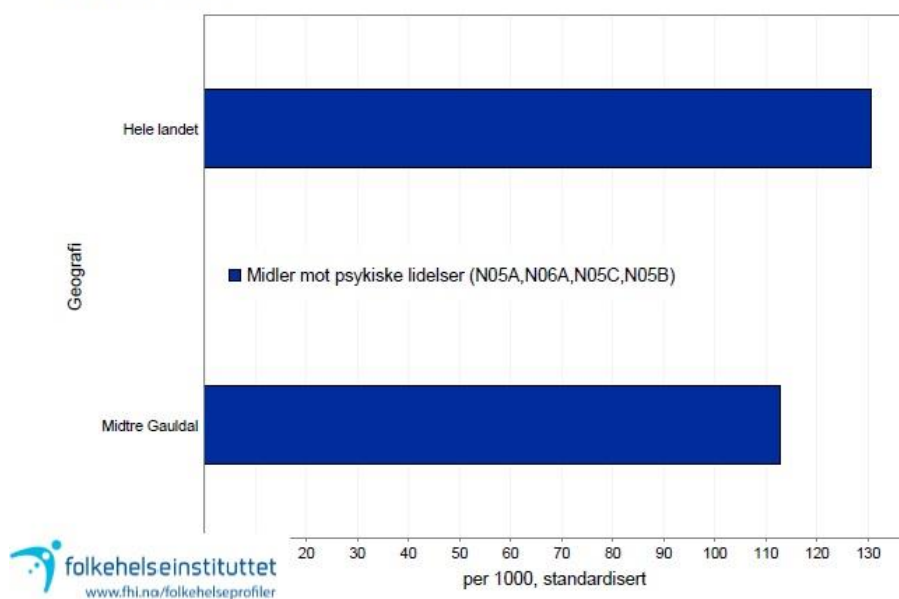
Psykiatri: Folkehelseprofilen viser gode tall, sammenlignet med resten av landet. Det er færre i Midtre Gauldal enn ellers i landet som bruker legemidler mot psykiske lidelser:

Primærhelsetjenesten, brukere - *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert*



Vi ser at befolkningen i Midtre Gauldal bruker atskillig mindre legemidler mot depressive lidelser enn befolkningen for øvrig. Det er litt mer bruk av angstdempende midler her i kommunen.

Legemiddelbrukere - *kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert, 2010-2012*



Histogrammet som viser samlet bruk av medikamenter mot psykiske lidelser viser at det er mindre bruk av slike midler i Midtre Gauldal enn ellers i landet.

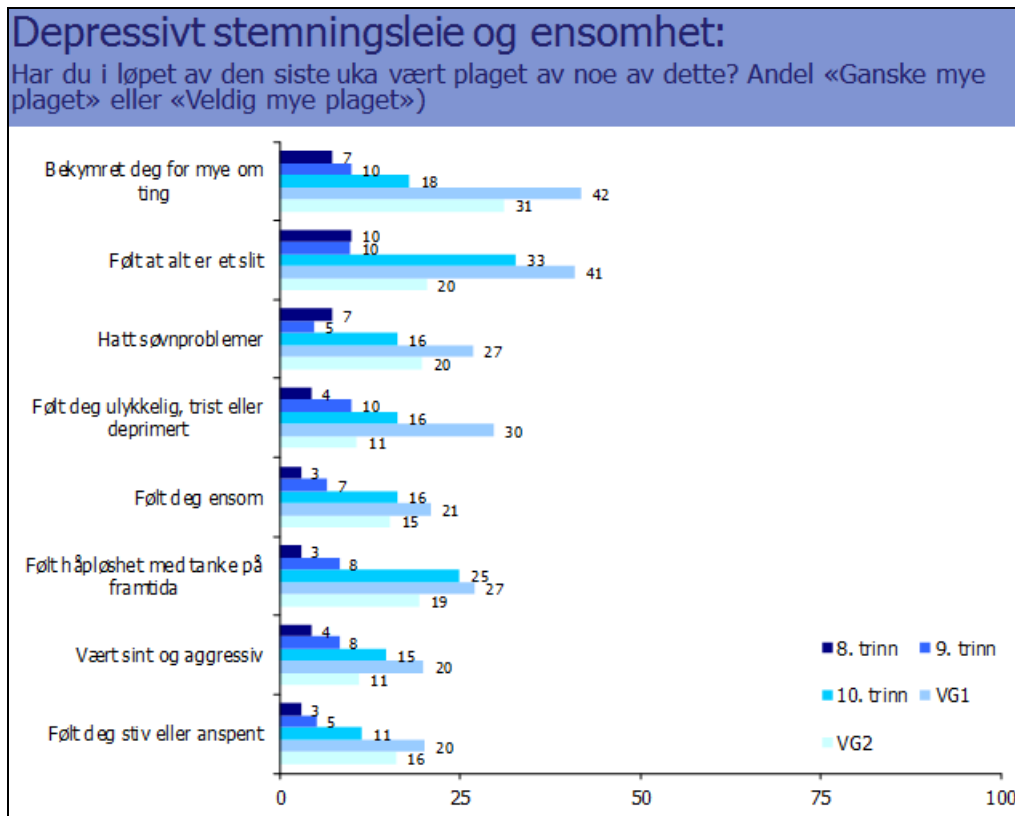
## 6.6.1 Ungdommens psykiske helse

Folkehelseinstituttet skriver på sine nettsider:

*«Psykiske plager og lidelser er et stort helseproblem hos barn og unge i Norge i dag. Til enhver tid regner vi med at:*

*I ungdomstiden (13-18 års alder) har man funnet at om lag 40 prosent av ungdommene som lider av en gruppe av psykiske lidelser (f.eks. stemningslidelser) også tilfredstiller kriteriene for en annen gruppe av psykiske lidelser (f.eks. atferdsforstyrrelser) (Merikangas, 2010)».*

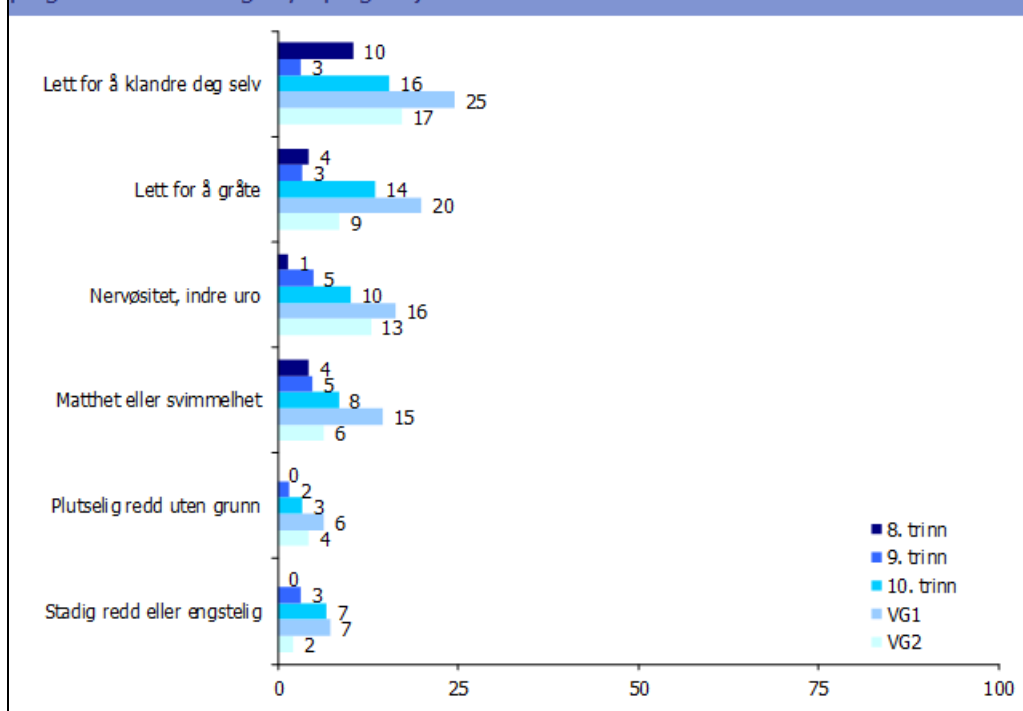
I Midtre Gauldal har ungdommen uttalt seg om depressivt stemningsleie. 30 % av ungdommene på 10. trinn har følt seg «ulykkelig, trist eller deprimert den siste uka». Tallet for 9. trinn er 10 %, 8. trinn 4 %.



Også når det gjelder «nervøsitet og indre uro» ser vi en økende tendens fra 8. trinn og oppover:

## Angst:

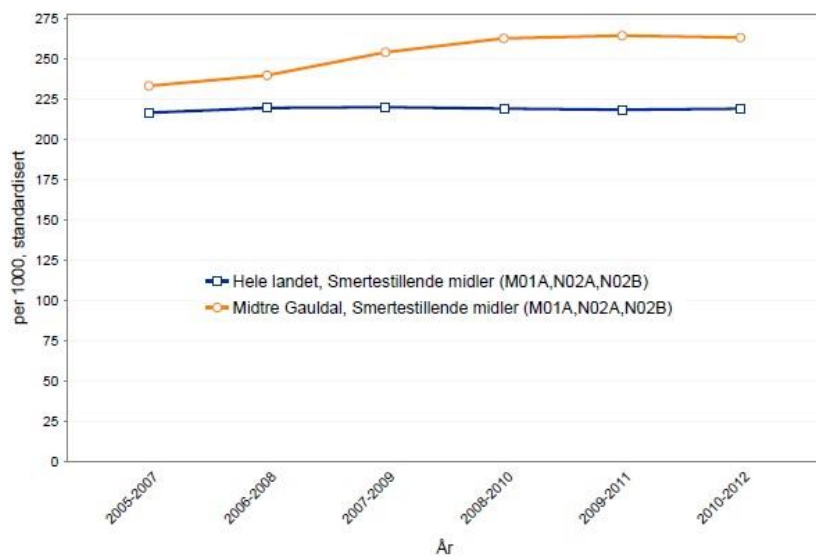
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette? Andel «Ganske mye plaget» eller «Veldig mye plaget»)



## 6.7 Bruk av smertestillende

Det er høyere forbruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter i Midtre Gauldal kommune, sammenlignet med resten av landet. Diagnose – hvorfor smertestillende - er ikke vurdert.

Legemiddelbrukere - kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert

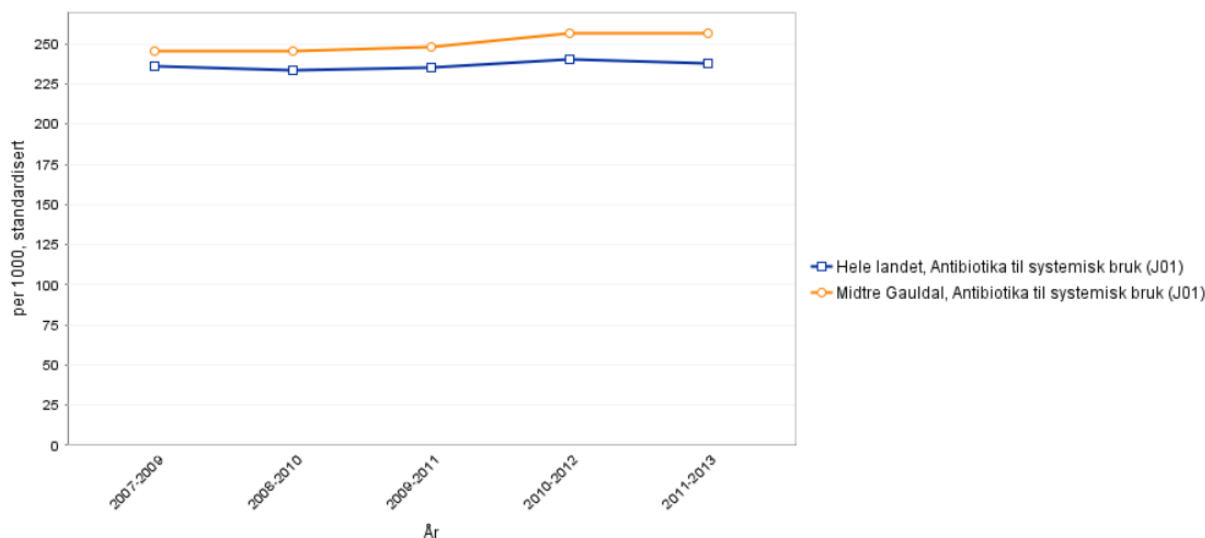


Smertestillende midler (M01A, N02A, N02B):

- Inflammasjonshemmende (M01A)
- Smertestillende, opioider (N02A)
- Smertestillende, andre (N02B)

## 6.8 Bruk av antibiotika

Folkehelseprofilen for Midtre Gauldal påpeker at det brukes mer antibiotika i Midtre Gauldal enn landet for øvrig:



## 6.9 Oppsummering - helsetilstand

### UTFORDRINGER

- Barn i Midtre Gauldal har flere kariesskader enn barn ellers i landet.
- Barn i Midtre Gauldal har mer fedme enn barn ellers i landet.
- Nyfødte i Midtre Gauldal har høyere fødselsvekt enn barn ellers i landet.
- Mye tyder på at den voksne befolkningen i Midtre Gauldal er mer overvektig enn befolkningen ellers i landet.
- Det er større forbruk av diabetes- og kolesteroldempende legemidler i Midtre Gauldal.
- Dødelighet hjerte- og karsykdommer gått opp i Midtre Gauldal.
- Det brukes mer antibiotika i Midtre Gauldal enn ellers i landet.
- Det brukes mer medisin mot hjerte- og karsykdommer i Midtre Gauldal enn ellers i landet.
- Det er høyere forbruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter i Midtre Gauldal kommune, sammenlignet med resten av landet.
- Prosjekt rettet mot familier med overvektige barn er finansiert ut 2015. Prosjektet kan stoppe opp da.

### RESSURSER

- Prosjekt 2014/2015: Helsestasjonen og samarbeidspartnerne



(frisklivssentralen/fysioterapitjenesten) i kommunen gjennomførte våren 2014 et prosjekt som ga et tilbud til barn/foreldre der barn hadde isoKMI>25. Fortsetter våren 2015.

- Mindre forbruk legemidler psykisk helse. Hvorfor? Noe som fungerer bra i behandlingssystemet? Bedre psykisk helse i kommunen?
- Det avholdes jevnlig KiB-kurs (kurs i mestring av belastning).
- Det avholdes jevnlig depresjonskurs for ungdom.
- Det arrangeres «Pårørendeskole» for pårørende til demente pasienter.
- Det arrangeres «Webster-Stratton-kurs» (retter seg mot barn i alderen 1 - 12 år). Fokus på tidlig intervensjon – atferd.
- Prosjekt «Jobbhuset» - et prosjekt for ungdom 16-25 år. Hjelp til å komme seg i arbeid/utdanning. NAV, helse-/familie. Prosjektet vil gå minimum ut 2015. Videreføring?
- Prosjekt «Bolyst- og inkluderingsprosjekt». Skape tilhørighet/trivsel, rettet mot innvandrere (arbeidsinnvandrere/flyktninger), spesiell fokus på ungdom i disse gruppene.

## 7 Referanseliste

- Á. Balto, m. (2013). *En analyse av boligmarkedet i to Sør-Trøndelagsregioner*.  
[http://www.hemnehagen.no/uploads/1/0/5/8/10580781/rapport\\_boligmarked\\_sortr\\_2013\\_10pdf.pdf](http://www.hemnehagen.no/uploads/1/0/5/8/10580781/rapport_boligmarked_sortr_2013_10pdf.pdf): «Kysten er klar» og «Blilyst» - Sør-Trøndelag fylkeskommune.
- Biehl, A. (2014, 06 05). Skilte foreldre har flere overvektige barn. (L. Bjørnstad, Intervjuer)
- Bjelland, M. (2011, 10 31). *Universitetet i Oslo*. Hentet 10 30, 2014 fra  
<http://www.med.uio.no/imb/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2011/bjelland-mona.html>
- Bjørnli, A. (2014). Bosetting av flyktninger. Tilleggsanmodning for 2014 og 2015, sak til utvalget for helse og omsorg. Midtre Gauldal kommune.
- Bruerveiledning for folkehelseprofiler for kommunene*. (2014, 05 16). Hentet 10 10, 2014 fra  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,6852&MainContent\\_6261=6464:0:25,7308&List\\_6212=6218:0:25,7309:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6852&MainContent_6261=6464:0:25,7308&List_6212=6218:0:25,7309:1:0:0::0:0)
- E. Dahl, H. B. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en kunnskapsoversikt*. . Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Folkehelseinstituttet*. (2014). Hentet fra  
<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1648&sp=1&PDFaar=2014>
- Folkehelseinstituttet/barnevekststudien. (2013, 10 01). *Folkehelseinstituttet*. Hentet 10 31, 2014 fra  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6465&Main\\_6157=6261:0:25,6721&Content\\_6465=6178:107675::0:6268:4::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6465&Main_6157=6261:0:25,6721&Content_6465=6178:107675::0:6268:4::0:0)
- Folkehelseprofil Midtre Gauldal. (2014). *Folkehelseprofil for Midtre Gauldal*. Folkehelseinstituttet.
- Fylkesmannen, S.-T. i. (2012, 12). - *Innspill til stortingsmelding om folkehelse fra avdeling for Landbruk og bygdeutvikling- Fylkesmannen i Sør- Trøndelag desember 2012*. Hentet fra  
[http://www.regjeringen.no/pages/38155122/fylkesmannen\\_hordaland.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/38155122/fylkesmannen_hordaland.pdf)
- Garn SM, C. D. (1976). Trends in fatness and the origins of obesity Ad Hoc Committee to Review the TenState Nutrition Survey. *Pediatrics* 1976, ss. 443-56.
- Grøtten, T. (2014, 10 28). Barnehagefaglig rådgiver. Midtre Gauldal kommune.
- Helsedirektoratet. (2010, 07). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Hentet 10 20, 2014 fra Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten:  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet 10 20, 2014 fra  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-veiing-og-maling/Publikasjoner/IS-1736\\_RiktigForord%20rettet%20021213.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-veiing-og-maling/Publikasjoner/IS-1736_RiktigForord%20rettet%20021213.pdf)

- Helsedirektoratet. (2014, 03 24). *Helsedirektoratet*. Hentet 10 10, 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsekommune-veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/systematikken-i-folkehelsearbeidet/helsekonsekvensutredning/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. . Oslo: Helsedirektoratet. Rapport 1/2005. ISBN-nr. 82-8081-060-9.
- Holmen, T. B. (2011). *Folkehelse i endring - HUNT - Ung HUNT*. Hentet 01 25, 2015 fra <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>
- Holmen, T. L. (2011). *UNG-HUNT. Folkehelseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Folkehelse i endring*. Levanger: NTNU.
- Huisman M, B. M. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. . *Lancet 2005*, ss. 493-500.
- Knudtsen, M. o. (2011). *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag*. Levanger: NTNU, HUNT forskningssenter.
- Kostøl, A. K. (u.d.). *Høgskolen i Hedmark*. Hentet fra <https://www.google.com/url?q=http://www.hihm.no/content/download/24735/289317/file/KronikkDagbladet.pdf&sa=U&ei=XPVPVPK3O9jtaNSvgeAD&ved=0CAUQFjAA&client=interna-l-uds-cse&usg=AFQjCNG2PuxfHDIc95wuwPsTf3iTZUQHg>
- Krokstad, S. K. (2011). *Folkehelse i endring - Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag* . Levanger: HUNT forskningssenter.
- Norsk helseinformatikk. (2013, 02 13). *Norsk helseinformatikk - for helsepersonell*. Hentet 10 10, 2014 fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/overvekt-hos-barn-14371.html?page=2>
- Putnam, R. D. (1995, 6). Bowling alone: Americas declining social capital. . *Journal of democracy*, ss. 65-76.
- Reneflot, A. (2010). *Folkehelseinstituttet*. Hentet 10 21, 2014 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,5813:1:0:0:::0:0&MainContent\\_6263=6496:0:25,5825:1:0:0:::0:0&Content\\_6496=6178:83830:25,5825:1:6220:20:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,5813:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6496:0:25,5825:1:0:0:::0:0&Content_6496=6178:83830:25,5825:1:6220:20:::0:0)
- Skaset, M. (2013, 11 12). *www.helsebiblioteket.no*. Hentet 09 15, 2014 fra <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/frafall-i-skolen-et-helseproblem-rop.no>
- Statistikkhefte - Sør-Trøndelag Fylkeskommune. (2014). *Statistikkhefte for Sør-Trøndelag. Utvalgte data med relevans til folkehelse*.
- Store norske leksikon*. (u.d.). Hentet fra <https://snl.no/folkehelse>
- Storstad, O. (u.d.). *Senter for norsk bygdeforskning*. Hentet 11 04, 2014 fra <http://www.bygdeforskning.no/nyheter/ny-rapport-ulykker-og-arbeidsmiljoe-i-landbruket>

Strategiplan for bosetting og integrering av innvandrere i Midtre Gauldal kommune 2012-2015. (2011, 06).

Sund, E. R. (2009, 11 09). *Sosial kapital - Helsedirektoratet*. Hentet 11 01, 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosial-kapital-teorier-og-perspektiver-en-kunnskapsoversikt-med-vekt-pa-folkehelse/Publikasjoner/Sosial-kapital-teorier-og-perspektiver.pdf>

Sør-trøndelag, F. i. (2013, 01 22). *Miljøstatus Sør-Trøndelag*. Hentet 01 25, 2015 fra <http://fylker.miljostatus.no/Sor-Trondelag/Tema-A-A/Miljogifter/Gruveforurensning/#konsekvenser>

Sør-Trøndelag, F. i. (2014, 06 23). *Fylkesmannen i Sør-Trøndelag*. Hentet 01 25, 2015 fra Laksen kommer ikke tilbake fra havet. : <http://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Nyheter/Laksen-kommer-ikke-tilbake-fra-havet/>

Wijnhoven, T. M. (2013). Weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes* 8, ss. 79-97.

Wollscheid, S. (2013). *Psykologi. Tidsskrift for norsk psykologforening*. Hentet 10 10, 2014 fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=324014&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=324014&a=3)



# Midtre Gauldal



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsestanden 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: [kommunehelse@thi.no](mailto:kommunehelse@thi.no)

Redaksjon:  
Camilla Støttenberg (ansv. redaktør)  
Eise-Karin Grøholt (fagredaktør)  
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler  
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia  
Foto: Colourbox og Scanpix  
Bokmål  
Batch 1303151207.1503151945.1303151207.1503151944.16/03/2015  
8:30

Elektronisk distribusjon:  
[www.thi.no/folkehelseprofiler](http://www.thi.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 kjønns sammensetning, 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 ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

### Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. 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.

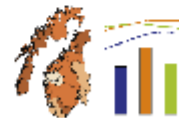
### Levevaner

- 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 Norgeshelse statistikkbank for levevanestatistikk på fylkesnivå.

### Helse og sykdom

- Forventet levealder for kvinner er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet. Forventet levealder beregnes ut ifra dødelighetsrater de siste 15 årene.
- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på sosiale helseforskjeller i kommunen målt som forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper.
- 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 lavere enn i landet som helhet. Denne indikatoren bør vurderes i sammenheng med andre indikatorer på hjerte- og karsykdom.

For flere indikatorer og mer data jett statistikk se  
Kommunehelse statistikkbank  
[ksh.thi.no](http://ksh.thi.no)

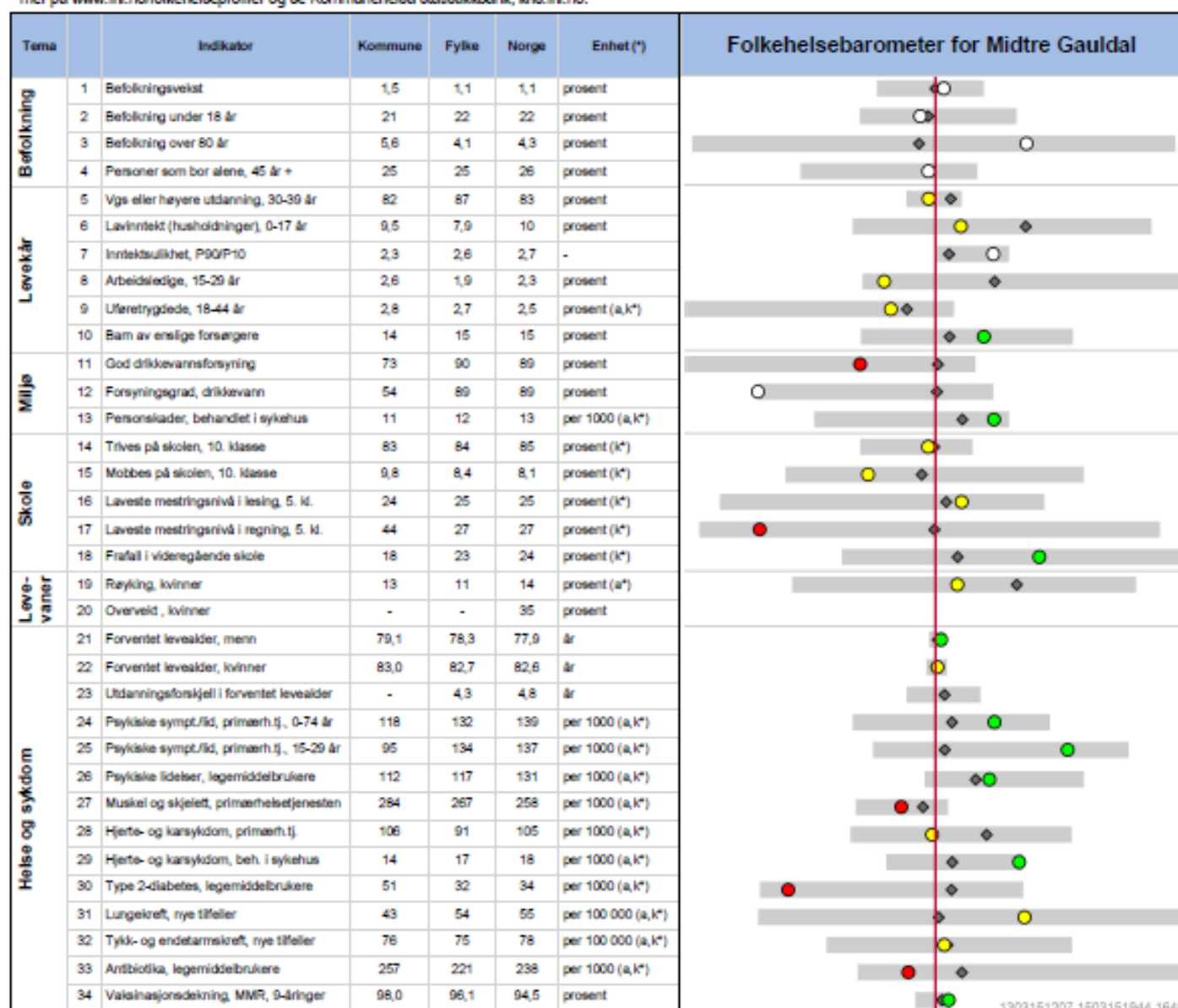


## Folkehelsebarometer for din kommune

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 sammenliknet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, [khs.fhi.no](http://khs.fhi.no). Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se [www.fhi.no/folkehelseprofiler](http://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](http://www.fhi.no/folkehelseprofiler) og se Kommunehelse statistikkbank, [khs.fhi.no](http://khs.fhi.no).



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 drikkevannslieferanse. 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, BMI over 25 kg/m<sup>2</sup> (basert på selvrapportert høyde og vekt for 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 skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerter- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2011-2013. 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insuliner. 31. 2003-2012. 32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2009-2013, vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister (MFR), Primærhelsetjenestens fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Rrefregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSSVAK), Vannverksregisteret og Reseptregisteret. For mer informasjon, se [khs.fhi.no](http://khs.fhi.no)

1303151207 1503151944 1645

