



# Folkehelseoversikt og helsetilstand i befolkningen i Rakkestad

## God oversikt – En forutsetning for god folkehelse

Saksnr. 14/921

Journalnr. 2603/15

Arkiv G10

Dato: 23.02.2015



**RAKKESTAD**  
mangfold og samhold



## **FORORD**

I forbindelse med ny Folkehelselov, har folkehelserådgiver utarbeidet en kartlegging av helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for helse i Rakkestad kommune. Dette dokumentet skal inngå som en sentral del av kunnskapsgrunnlaget for alt planarbeid i kommunen.

Oversikten er basert på:

- Opplysninger fra statlige myndigheter - primært Folkehelseinstituttet
- Østfold fylkeskommune og Sykehuset Østfold
- Våre «egne» kommunale kilder
- Ressursgruppe folkehelse, bestående av:
  - Teknisk sjef
  - Skolesjef
  - Kultursjef
  - Rep fra helsetjenesten – helsesøster , hjemmebaserte tjenester og fastlegene
  - De frivillige (2)
  - NAV
  - Totalt: 10 inkludert folkehelserådgiveren

I henhold til *Forskrift om oversikt over folkehelsen*, inneholder dette dokumentet opplysninger og vurderinger om:

- a) befolknings sammensetning
- b) oppvekst – og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk , kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helse relatert adferd
- f) helsetilstand

Rakkestad, mars 2015

Astrid Rutherford

Folkehelse rådgiver

Rakkestad kommune

## **SAMMENDRAG**

Sammenlignet med landet for øvrig, kommer Rakkestad godt ut på mange av de kartlagte indikatorene. Våre hovedutfordringer er:

- Utdanning: generelt lavere utdanningsnivå i befolkningen enn resten av landet, relativt høyt frafall fra videregående skole, samt noe dårligere leseferdigheter blant elevene i 5. klasse
- overvekt blant barn
- Livsstilssykdommer: høyere dødelighet av hjerte/kar sykdommer og lavere forventet levealder for menn.

### **Demografi**

Rakkestad er en attraktiv kommune å bo i - en landbruks kommune, med ca 8000 innbyggere, som ligger i hjertet av Østfold. De siste ti årene har vi hatt en jevn befolkningsvekst - med en økning på 2,1 % fra 2011 til 2012. Dette er høyere en gjennomsnittet både i Østfold og på landsbasis, og skyldes netto innflytting til kommunen.

### **Levekår**

Medianinntekten til husholdninger i Rakkestad ligger høyere enn både Østfold og landet for øvrig. Vi har også lav arbeidsledighet, men andel uføretrygdde under 45 år er høyere enn landsgjennomsnittet.

Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere i Rakkestad enn landsnivået. Dette gir oss utfordringer i forhold til sosiale helseforskjeller.

### **Omgivelser**

Bolig og nærmiljø har innflytelse på både sosiale – og helsemessige aspekter. 95% av befolkningen opplever at de bor i et trygt og godt nærmiljø. Rakkestad har en variert boligmasse, og med boligpriser som ligger under landsgjennomsnittet.

Lett tilgang til gode leke- og rekreasjonsmuligheter legger til rette for fysisk aktivitet i hverdagen, både for barn og voksne.

### **Oppvekst**

De unge i Rakkestad trives på skolen, det er lite mobbing og frafall fra videregående skole er som Østfold for øvrig. Mestringsnivået til elever i 5. klasse er imidlertid dårligere. Årsakene til dette er sammensatt, og således en utfordring for kommunen.

### **Helse og sykdom (Voksne og eldre)**

Selv om flertallet av den voksne befolkningen oppgir at de har god helse, så øker noen livsstilssykdommer i omfang. Forventet levealder for menn i Rakkestad er litt lavere enn landet som helhet, og dødeligheten relatert til hjerte- og karsykdommer er høyere. Forekomsten av kreftsykdommer ser ikke ut til å være entydig forskjellig fra landsnivået. Den psykiske helsen til befolkningen i Rakkestad er jevnt over god.

## Innholdsfortegnelse

1. Befolkningssammensetning	6
○ Befolkningsvekst	7
○ Fremskrevet befolkning	8
○ Innvandrerbefolkning	8
○ Folkehelsekonsekvensvurderinger	9
2. Oppvekst – og levekårsforhold	10
○ Økonomiske forhold	11
○ Barnefattigdom	12
○ Arbeidsledighet	14
○ Uføretrygdede	15
○ Sosialhjelpsmottagere	16
○ Folkehelsekonsekvensvurdering	17
○ Utdannings og skolestruktur	18
○ Barnehagedekning og barnehagemiljø	19
○ Trekk ved læringsmiljø	20
○ Frafall fra videregående skole	22
○ Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste	24
○ Folkehelsekonsekvensvurderinger	25
3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	26
○ Drikkevannskvalitet	26
○ Forekomst av radon	26
○ Risiko for legionella	26
○ Omfang av områder utsatt for støy	27
○ Gang og sykkelveier	27
○ Kollektivtransport	27
○ Sosialt bomiljø	28
5. Skader og ulykker	29
○ Bruddskader	30
○ Trafikkskader	32
○ Samarbeid med Rudskogen	34
○ Folkehelsekonsekvensvurderinger	34
6. Helserelatert atferd	35
○ Fysisk aktivitet og kosthold	35
○ Overvekt og fedme	36
○ Overvekt og fedme hos barn og unge	37
○ Folkehelsekonsekvensvurderinger	38

7. Helsetilstand	39
○ Forventet levealder	40
○ Dødelighet av hjerte/kar sykdommer	40
○ Type II sukkersyke	41
○ KOLS	42
○ Kreft	42
○ Psykisk helse	42
○ Selvmord	43
○ Folkehelsekonsekvensvurdering	43
8. Satsningsområder	44



## 1. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING

God kunnskap om befolkningsutviklingen og befolknings sammensetningen er et hjelpemiddel for å forstå dagens helseutfordringer og danner grunnlag for god samfunnsplanlegging.

Befolkningen i Rakkestad har økt jevnt de siste årene til dagens tall på 8020 innbyggere.

### Befolkning (antall og andel)<sup>(kilde SSB)</sup>

Folkemengde 1. januar, etter region, alder, tid og statistikkvariabel

	2015
	Personer
<b>0128 Rakkestad</b>	
0-24 år	2 390
25-34 år	907
35-44 år	1 051
45-69 år	2 683
70-79 år	556
80 år eller eldre	433

Antall eldre over 80 år er høyere enn landet som helhet.

Sivil status Rakkestad 2014 (kilde: SSB)

0128 Rakkestad	2014		
	Menn	Kvinner	begge kjønn
	ugift	ugift	ugift
0-5 år	290	268	558
6-15 år	496	480	976
16-66 år	1210	912	2122
67 år og eldre	34	31	65
alle aldre	2030	1691	3721

Vi ser at det er flere ugifte menn voksne menn i alderen 16-66 år. Enslige har som gruppe høy dødelighet. På 1990-tallet var dødeligheten blant enslige høyere enn i gruppen med lavest utdanning og også høyere enn hos de 25 prosent som tjente minst. Enslighet er medvirkende til sosial ulikhet i helse og øker risikoen for å komme under fattigdomsgrensen i inntekt.

## Befolkningsvekst – prosent vekst

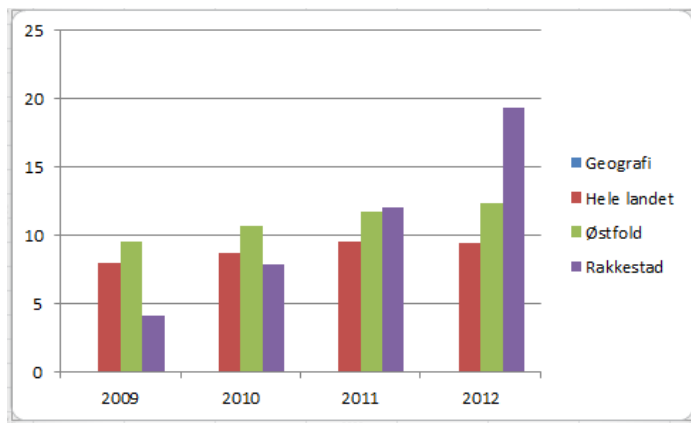
Befolkningsveksten vår tilsier at Rakkestad er en attraktiv kommune å bo i. Fra 2011 til 2012, hadde vi en vekst på 2,1% hvilket er høyere enn resten av Østfold og landet for øvrig. Det illustreres godt i følgende tabell:

### Befolkningsvekst: prosent vekst: (kilde Fhi)



Det fødes ca 90 barn i kommunen pr år, som tilsvarer gjennomsnittet for Østfold. Befolkningsveksten skyldes at netto innflytting til kommunen er vesentlig høyere enn både landet forøvrig og til Østfold., som vi ser av denne tabellen.

### Nettoinnflytting – per 1000, 2012



### Hvem flyttet til Rakkestad de siste 3 årene? (kilde:SSB)

Alder	Antall
0-5 år	45
6-15	42
16-19	20
20-66	299
67+	11
<b>Totalt</b>	<b>417</b>

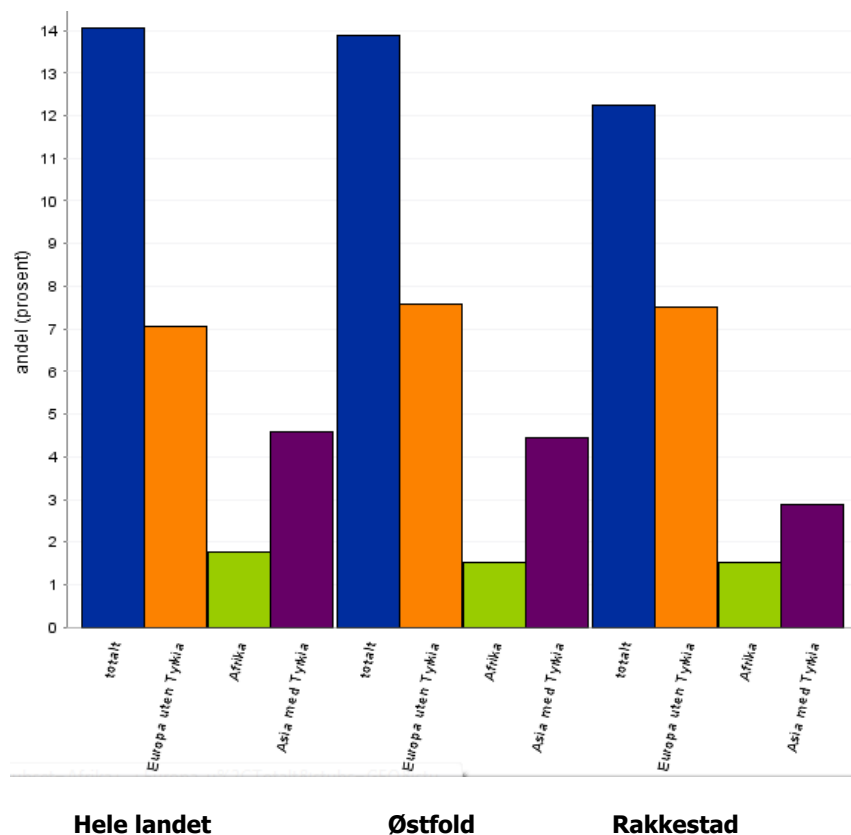
Som vi ser, så er det relativt mange barn. Dette tyder på at det er barnefamilier som flytter til Rakkestad. Det er relativt få over 67- altså få som flytter til hit for å dra nytte av en god eldreomsorg.

## Hvordan ser fremtiden ut?

### Framskrevet befolkning – kjønn samlet, antall (kilde Fhi)

Årstall			2012	2020	2030	2040
Geografi	Alder	Kjønn				
Rakkestad	alle aldre	kjønn samlet	7 698	8 122	8 608	8 934
	0-4 år	kjønn samlet	417	435	459	446
	5-9 år	kjønn samlet	464	463	487	486
	10-14 år	kjønn samlet	508	453	488	517
	15-24 år	kjønn samlet	922	967	932	995
	25-44 år	kjønn samlet	1 899	1 934	1 965	1 940
	45-64 år	kjønn samlet	2 160	2 240	2 249	2 230
	65-74 år	kjønn samlet	672	945	1 030	1 068
	75-79 år	kjønn samlet	245	291	439	461
	80 år+	kjønn samlet	411	394	559	791

### Innvandrerbefolkningen: (kilde Fhi Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre)-andel prosent



Som det fremgår av denne tabellen, er andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre lavere i Rakkestad enn i Østfold og landet for øvrig. Rakkestad har relativt mange arbeidsinnvandrere fra Europa. Disse menneskene er godt integrert og velger å bo i



Rakkestad der de har tilgang på arbeid og lave boligpriser. De er i tillegg aktive i lokal samfunnet , og bidrar positivt til vår sosiale kapital.

### Folkehelsekonsekvensvurdering

Hvorfor er Rakkestad en attraktiv kommune ?

- God tilgang på boliger med relativt lave priser
- Lav arbeidsledighet
- Gode muligheter for pendling til andre Østfoldbyer
- Rike muligheter for friluftsliv
- Godt sosialt kapital (god deltakelse i det frivillige- idrett, kultur osv)
- God barnehagedekning

Vi ser at antall unge (alder 25-44 år) holder seg stabilt. Dette har sammenheng med:

- at vi mangler muligheter for videreutdanning her i bygda, slik at unge som reiser ut for å ta utdanning, ofte ikke kommer tilbake
- at vi ikke er attraktive nok for unge familier
- offentlig transport og muligheter for pendling til Oslo er for dårlig
- mangel på attraktive arbeidsplasser for denne gruppen

I fremtiden vil antall unge pensjonister (64-74 år) og eldre over 80 år øke betydelig. Det er imidlertid først etter 2025 at vi ser en stor økning i antall eldre over 80. Dette gir oss tid til å legge til rette for boliger tilpasset denne aldersgruppen, samt helse- og omsorgstjenester de vil ha behov for.

Kommunens nyreviderte Helse – og omsorgsplan tar hensyn til dette, både med tanke på fremtidig bemanning innen hjemmebaserte tjenester, men også planlegging av nytt sykehjem.

Når det gjelder boliger som er attraktive for denne aldersgruppen, har kommunen planer for økt boligbygging i sentrum (Sentrumsplanen), der det åpnes for fortetting, samt bygging av flere typer boliger ( eneboliger, rekkehus og leiligheter). «Fladstad» området vil også få økt tilgang på flere typer boliger. I Degernes ønsker man vedlikeholdsutbygging.

Det er også viktig at vi driver et godt helsefremmende og forebyggende helsearbeid ( kanskje spesielt rettet mot «unge eldre» ) , at flest mulig klarer seg hjemme lengst mulig med optimalt tilpasset offentlige tjenester. I Helse- og omsorgsplanen fokuserer man på å være «aktiv i eget liv». Denne gruppen representerer også en stor ressurs i vår kommune som vi må utnytte til beste både for individet, men også for kommunen. Vi må legge til rette for at de vil være viktige aktører i det frivillig arbeidet, både i forhold til unge og til «gamle eldre».



## 2. Oppvekst - og levekårsforhold

### **Innledning:**

Det er en tydelig sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helse. Når vi fordeler befolkningen i inntektsgrupper, finner vi særlig stor forskjell i dødelighet mellom de 25-30 prosent som tjener minst, og de øvrige. Skillet går ved rundt 200 000 i årlig disponibel inntekt. Vi får i hovedsak samme mønster når vi sammenlikner utdanningsgrupper; gruppen med lavest utdanning har høyest dødelighet. De hyppigste dødsårsakene i aldersgruppen 45-59 år er hjerte-karsykdommer og kreft. Både for kvinner og menn er dødeligheten av hjerte-karsykdommer (fig. 2) og kreft høyest i grupper med lav inntekt og/eller lav utdanning. Når en ser på hver enkelt kreftform særskilt, finner en unntak for to kreftformer – brystkreft og hudkreft. For disse typene er dødeligheten høyest i øvre sosiale lag.

Selv om helsetilstanden har bedret seg for alle befolkningsgrupper i Norge i løpet av de siste 20 årene, så skjuler gjennomsnittstallene store forskjeller. Bedringen har generelt vært større for personer med lang utdanning og høy inntekt, enn for personer med kort utdanning og lav inntekt. Sosiale forskjeller i helse viser seg både for forventet levealder, for forekomsten av de vanligste kroniske sykdommer, og for psykisk helse.

### **Årsaker til sosial ulikhet i helse**

Dårlig helse kan føre til lav inntekt og tidligere død. Omvendt kan lav inntekt gi dårligere helse og tidligere død. Helseforskjellene mellom ulike sosiale grupper kan også forklares med:

- Forskjeller i arbeidsmiljø og psykosial belastning.
- Forskjeller i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner. Sosiale normer, motivasjon for endring og psykiske plager påvirker levevanene.
- Vanskelige sosiale levekår gir økt risiko for vanlige psykiske lidelser, som er en av hovedårsakene til uføretrygd.
- Oppvekstvilkår kan ha sammenheng med helsen i voksen alder, for eksempel er dette vist for hjerte-karsykdommer og psykiske lidelser, inkludert rusmisbruk.
- De velstående tar til seg ny kunnskap om helse og omsetter denne i praksis, og de har den psykiske tryggheten som posisjonen "ovenpå" gir.

For å danne oss et bilde av den sosioøkonomiske statusen i Rakkestad, skal vi se nærmere på utdanning og inntektsnivå. Det er spesielt de som har lavest sosial status som har blitt hengende etter, men det er i hovedsak ikke slik at det finnes en inntekts eller utdanningsterskel der helsetilstanden plutselig blir dramatisk forbedret. Forskjellene er til stede gjennom hele det sosioøkonomiske hierarkiet og gjelder både for barn, unge, voksne og eldre. Sosiale helseforskjeller utgjør dermed en utfordring i alle samfunnslag.

## Økonomiske forhold

### Inntekt

De fleste norske husholdninger har hatt en god inntektsvekst de siste årene.

**Medianinntekten etter skatt i Rakkestad lå på kr 418 000.** Som det fremgår av tabellen, så ligger dette over gjennomsnittet for kommunene i Østfold, men marginalt under landet forøvrig. (kilde Fhi)

År	2009	2010	2011
Geografi			
<a href="#">Hele landet</a>	397 000	411 000	431 000
<a href="#">Østfold</a>	382 000	395 000	416 000
Rakkestad	392 000	404 000	418 000

Medianinntekt er den midterste inntekten i inntektsfordelingen, etter at inntektene er sortert stigende (eller synkende). Det vil være like mange personer med en inntekt over som under medianen. Medianverdien er upåvirket av ekstremverdier, og gir dermed et bedre bilde enn gjennomsnittsinntekten.

Årsakssammenhengene er uklare, men forskning viser at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helsetilstand. Lav inntekt øker sannsynligheten for blant annet dårlig selvopplevd helse, psykiske problemer, sykdom og for tidlig død. Minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, ikke-vestlig innvandrere, langtidsledige og unge enslige, er ofte overrepresentert blant dem med lav inntekt. Disse gruppene har gjerne svakere yrkestilknytning og et lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet.

Her i Rakkestad, er ca 10% av familiene definert som lavinntektshusholdninger. Dette er lavere enn i resten av Østfold, og litt høyere enn resten av landet. De fleste med lav inntekt, har lav utdanning.

#### Folkehelsekonsekvensvurdering:

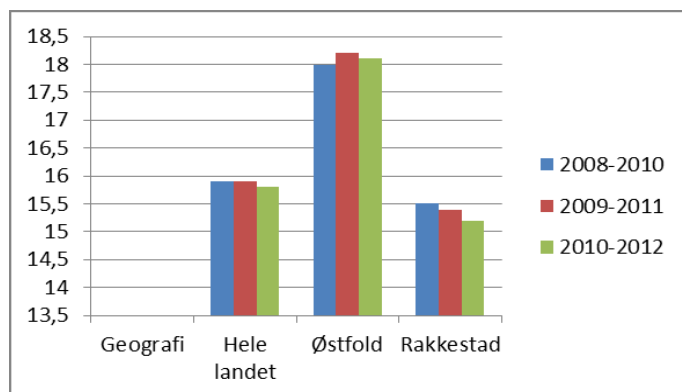
I Rakkestad har vi lav utdanning – men befolkningen tjener allikevel godt.

Dette skyldes antagelig:

- at vi har mange håndverkere og andre selvstendig næringsdrivende
- mange bønder
- vi har et næringsliv som er tilpasset arbeidsmarkedet i kommunen

## Barnefattigdom

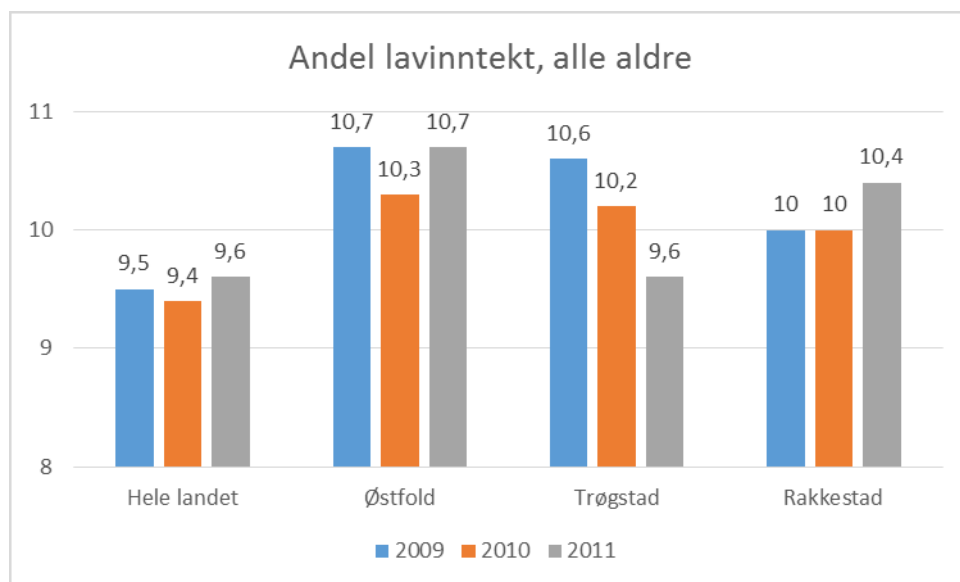
### Barn av eneforsørgere – andel (prosent)(kilde Fhi)

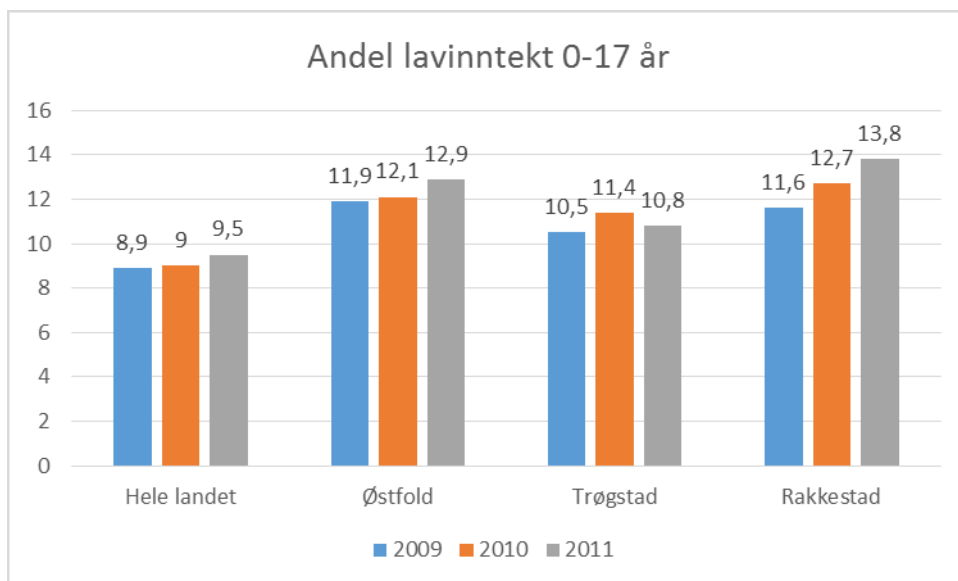


Andel barn av eneforsørgere ( som oftere har lavere inntekt) er lavere i Rakkestad enn både resten av Østfold og landet for øvrig.

### Lavinntekt (husholdninger) – EU60, andel (prosent)

(Forklaring: Personer i husholdninger med inntekt under henholdsvis 50 % og 60 % av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala .Dette er en ekvivalensskala som benyttes for å kunne sammenligne husholdninger av forskjellig størrelse og sammensetning. Ifølge den skalaen må en husholdning på to voksne ha 1,5 ganger inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske levekår. Barn øker forbruksvektene med 0,3 slik at en husholdning på to voksne og to barn må ha en inntekt som er  $(1 + 0,5 + 0,3 + 0,3)$  ganger så stor som en enslig for å ha det like bra økonomisk i følge EU skalaen.)





### Folkehelsekonsekvensvurdering:

Som det fremgår av disse tabellene, så er antall lavinntekts husholdninger lavere enn i resten av Østfold, men antall barn som bor i lavinntekt familier marginalt høyere – både relatert til resten av landet og til Østfold. Trøgstad kommune er tatt med som en kommune det er naturlig å sammenligne seg med. Andel barn av eneforsørgere (som oftere er lavinntekt) er lavere enn både Østfold og resten av landet. Vi har i tillegg lav arbeidsledighet

Grunnen til at Rakkestad kommer godt ut hvis man tar med *alle aldre* er at det er såpass mange husholdninger med høy inntekt uten barn mellom 0-17 år at de utjevner de dårligst stilte familiene når man tar med alle.

Selv om statistikken viser at Rakkestad kommer dårligere ut enn snittet når det gjelder barn i lavinntektsfamilier så er det små forskjeller og det er usikkert om disse er statistisk signifikante. I tillegg tas det utgangspunkt i nasjonal medianinntekt når man lager grensene for lav inntekt, noe som gjør at det ikke er så lett å sammenligne med andre.

Alikevel, er det foruroligende å se at antallet har øket med ca 2% de siste 2 årene.

Denne problemstillingen er drøftet med Østfoldhelsa som skriver: *konklusjonen vi hadde i samtalen med Østfold analyse er i hvert fall at dere kanskje ikke bør tenke at dere har et stort barnefattighedsproblem i Rakkestad. Dette må i så fall undersøkes nærmere og man må se mer på den faktiske inntektsfordelingen i Rakkestad, og i tillegg se på andre viktige indikatorer som trivsel, helse osv.*

### Antall barn med barnevernstiltak:

6,5% av alle barn 0-7 år på større eller mindre barnevernstiltak. Dette er høyere enn både Østfold og resten av landet.

Hva skal vi legge i dette?

Vi tror at barnevernet gjør en god jobb, og at det er stor grad av tillit i befolkningen til barnevernet. Ut ifra Kostra tall, så ser vi at vi har mange «små» tiltak, slik at tidlig intervensjon blir prioritert.

## Arbeidsledighet

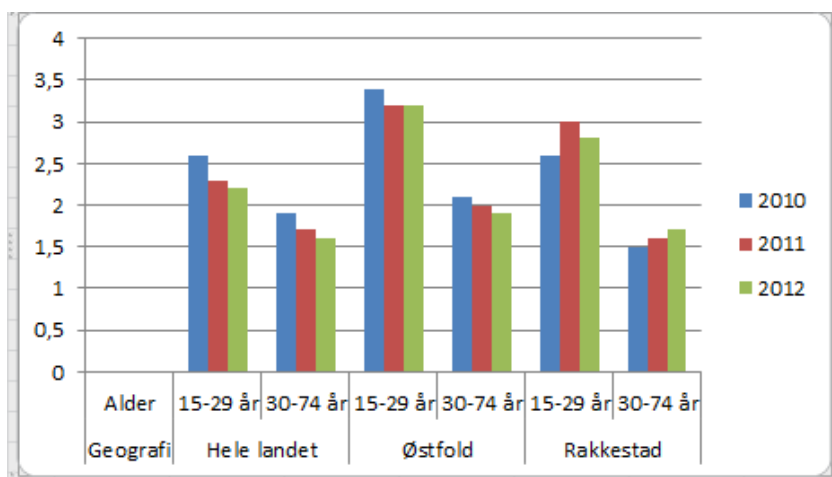
I gjennomsnitt var 3,2 prosent av arbeidsstyrken arbeidsledig i 2012 (Arbeidskraftundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå). Høyest ledighet finnes blant unge voksne i alderen 15-24 år. Arbeidsledigheten synker med økende alder, og er noe høyere for menn enn for kvinner.

### Arbeidsledige

Periode: 2013 mnd 12						
01 Østfold - 0128 NAV Rakkestad						
Alder	Denne måned	Hittil i år	Endring fra i fjor	Endring fra i fjor, %	Endring fra hittil i fjor	Endring fra hittil i fjor, %
I alt	94	97	-10	-10	-15	-13
19 år og under	3	3	3		-1	-17
20-24 år	11	14	-1	-8	-3	-18
25-29 år	16	18	-3	-16	-1	-7
30-39 år	29	32	-12	-29	-5	-14
40-49 år	17	15	0	0	-4	-21
50-59 år	12	9	2	20	-2	-17
60 år og over	6	5	1	20	2	52

Som vi ser av følgende tabell – så er arbeidsledigheten i Rakkestad lavere enn for resten av Østfold – både når det gjelder de under og over 30 år.

### Arbeidsledighet – andel (prosent), 2012 (kilde Fhi)



## **Lav arbeidsledighet - Folkehelsekonsekvensvurdering**

Det er veldig positivt at arbeidsledigheten i Rakkestad er så lav. Vår utfordring blir å legge til rette for et næringsliv som har mulighet for å tilby «våre» innbyggere jobb- både ut ifra dagens kompetanse, men også ut ifra den kompetansen vi ønsker å rekruttere til bygda. Rakkestad kommune inngår i en bosteds og arbeidsmarkedsregion som omfatter Østfold, Akershus og Oslo. Nettoppendling fra Rakkestad kommune er ca 600 personer – noe som innebærer at det lokalt er en ubalanse mellom arbeidskraft ressurser og tilbud av arbeidsplasser i samme størrelsesorden.

Rakkestad er et landbrukssamfunn – der ca 11% av arbeidskraften er sysselsatt i primærnæringer ( ca 2,6% i Østfold og 3,2% i landet for øvrig). Antall gårdsbruk og ansatte i landbruket synker. Dermed er vi utsatt i tiden fremover – landbruk og klassisk industri – og produksjonsvirksomhet er i tilbakegang og omstilling . Nortura ( en arbeidsplass med over 200 årsverk) har nå flyttet ut av vår kommune. Man antar at de fleste av kommunens innbyggere som er ansatt her, vil følge bedriften til sin nye plassering i nabokommunen Eidsberg, slik at man forventer ikke en økning i arbeidsledigheten som direkte konsekvens av dette.

Rakkestad kommune mener at etableringen av nye kunnskapsarbeidsplasser og kunnskapsvirksomhet innebærer et potensial for lokalsamfunnet. Disse arbeidsplassene er mindre avhengig av fysiske forhold, men mere av nettverk, nære relasjoner, og fleksible IT løsninger. Etablering av denne type arbeidsplasser, vil også tiltrekke innbyggere med høyere utdanning enn vi tidligere har hatt. Dette vil også være en ressurs for vår kommune.

Kommunen har satset stort på utbyggingen på Rudskogen Næringspark. Her har vi etablert nærmere 200 mere moderne industriarbeidsplasser som også betjener oljevirksheten. Vår utfordring er å skaffe kvalifiserte arbeidstakere og som tidligere nevnt – å få de til å bosette seg i kommunen

## **Uføretrygdede**

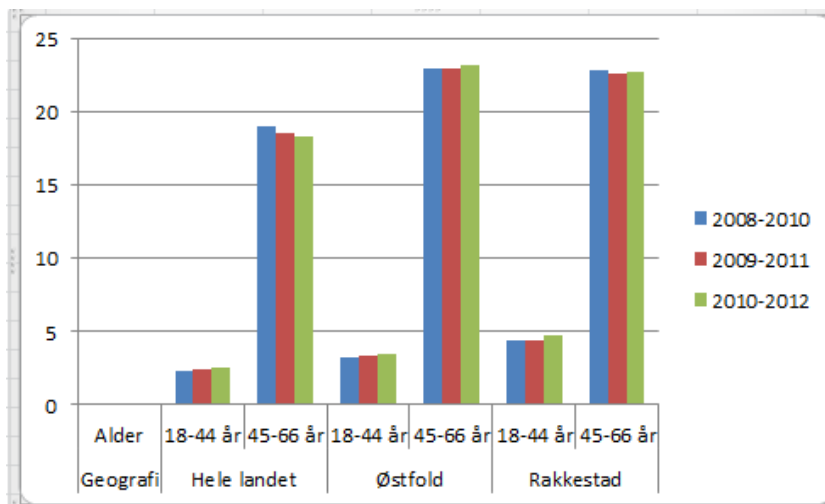
Ut fra den kunnskapen vi har, er det ikke lett å se at det høye sykefraværet i Norge sammenlignet med andre land skyldes folkehelseproblemer . Vi blir tyngre, og vi drikker mer alkohol og er mindre fysisk aktive, men vi lever også lenger. Det er lite som tyder på at helsa vår alt i alt er blitt dårligere. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er sammensatte. Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og psykiske lidelser var hoveddiagnosene som ble stilt. Det er interessant å merke seg at:

- Jo eldre man er, jo større er sannsynligheten for å være ufør grunnet sykdommer i muskelskjelettsystemet og det er flere kvinner enn menn som rammes. Ryggproblemer er mest utbredt
- Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er mest utbredt blant de under 40 år- forekomsten er høyest blant menn. Antall unge med psykiske problemer er økende.

Å bli varig ufør i ung alder gir store ringvirkninger, ikke bare for enkeltindividet, men også for familien og for samfunnet generelt. Kommunens uføreandel er derfor en viktig indikator på både fysisk og psykisk helsetilstand. Det må også sees i sammenheng med lokal næringsstruktur, arbeidsmarked og utdanningsnivå.

## Uføretrygdede

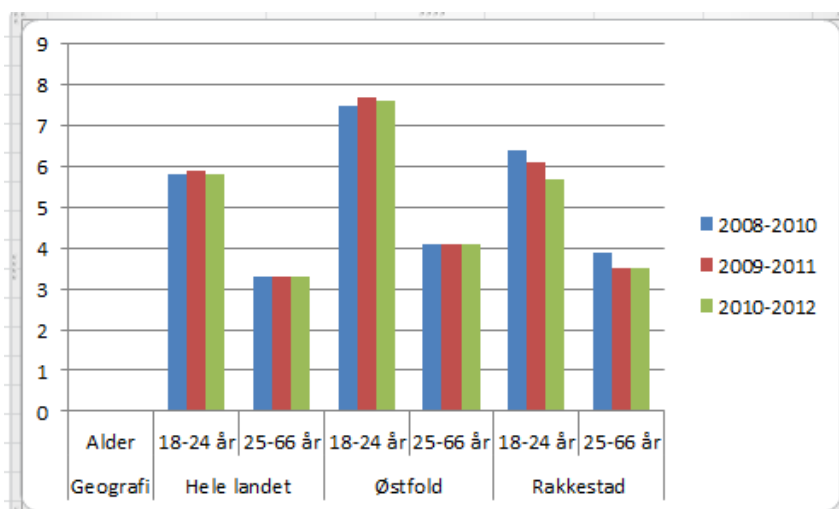
**2010-2012 (kjønn samlet) andel prosent**(kilde Fhi)



Disse tallene er i overensstemmelse med situasjonen i Rakkestad – der 70% av de med uføretrygd mellom 18-44 år har «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser» som primærdiagnose. (kilde NAV Rakkestad) . Rakkestad ligger på nivå med resten av Østfold når det gjelder antall uføretrygdede.

## Sosialhjelpsmottakere – 2010-2012, kjønn samlet, andel (prosent)

(kilde Fhi)



Sammenlignet med resten av Østfold, har vi færre som mottar sosialhjelp i Rakkestad. Ytelsen de mottar støtte for er hovedsakelig husleie.



## Mottakere av sosiale ytelser i Rakkestad i 2013 (kilde NAV Rakkestad)

Alder	Type ytelse	Antall
18 – 24	Husleie	30
25 – 35	Husleie	32
36 – 45	Husleie	34
46 – 55	Husleie	18
56 – 66	Husleie	3
Totalt		117

Totalt 240 innbyggere i Rakkestad mottok utbetaling fra NAV, sosiale ytelser i 2013.

### Sykefravær:

Legemeldt sykefravær i Rakkestad ligger på nivå med resten av landet.

### Folkehelsekonsekvensvurdering:

Vi et generelt lav utdanningsnivå her i Rakkestad.

Samtidig, så har vi:

- et næringsliv i kommunen som gir mulighet for folk med lav utdanning til å skaffe seg arbeid og dermed holde en lav arbeidsledighet
- antall uføretrygdede på nivå med resten av Østfold
- færre mottakere av sosialhjelp enn resten av Østfold

Vår utfordring blir å fortsette med å stimulere til etablering av «moderne» arbeidsplasser i vår kommune, samt til å heve utdanningsnivået i befolkningen.



## Utdanning og skolestruktur

### Utdanning og helse

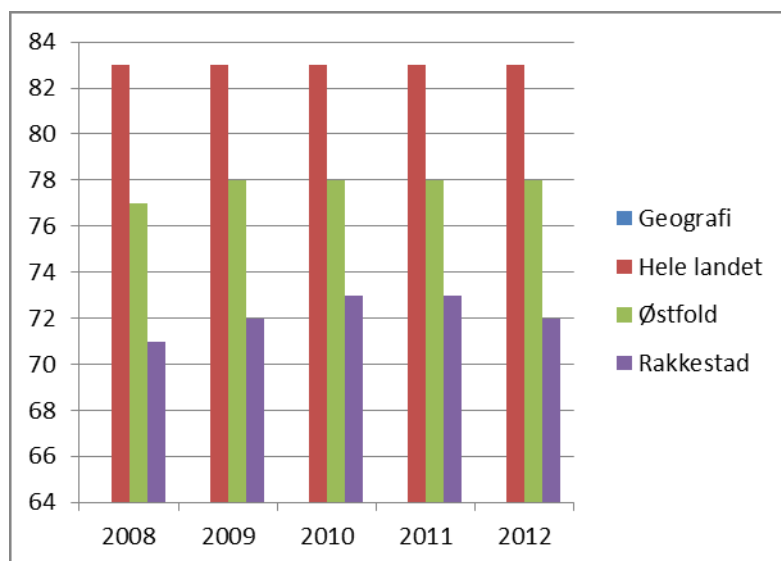
Lav utdanning er definert som grunnskolenivå eller lavere. Videregående skole er middels utdanning, mens høyskole og universitet er klassifisert som høy utdanning.

Utdanningsnivået i den norske befolkningen har økt betydelig de siste 25 årene. I 1980 hadde om lag halvparten (49 prosent) av alle som var 16 år og eldre, bare grunnskole. I 2011 var andelen redusert til 29 prosent. I samme perioden har andelen med utdanning fra høyskole og universitet økt fra 11 til 29 prosent, se figur 1.

Kvinner tar igjen menn på utdanningsfronten. Flere yngre kvinner enn yngre menn tar høyere utdanning. Fra og med 2001 er det flere kvinner enn menn med høyere utdanning i Norge, og kvinnene fortsetter å øke forspranget. Blant yngre under 25 år var det i 2011 dobbelt så mange kvinner som menn med fullført høyere utdanning.

Også i aldersgruppen 25-64 år er det flere kvinner enn menn med høyere utdanning. I aldersgruppen 65 år og over, er det derimot flere menn enn kvinner med universitets- eller høyskoleutdanning, se tabell 1.

Høyeste fullførte utdanningsnivå – videregående eller høyere, 30-39 år, andel (prosent)



72% av befolkningen i Rakkestad har minst videregående skole, noe som er mindre enn både Østfold og resten av landet. Vi ser også at kun 26% av befolkningen har universitetsutdanning.

Det er bekymringsfylt at andelen ikke har økt de siste fire årene, til tross for fylkeskommunale tiltak. Dette er en stor utfordring for vår kommune, og kan være en uheldig faktor sett ifra et folkehelseperspektiv.

## Barnehagedekning og barnehagemiljø

Barnehage, skole, helsestasjon -og skolehelsetjeneste er viktige arenaer for forebyggende helsearbeid. Sammen med familie og venner, er nettopp disse instansene viktige for den sosiale støtten barn og unge opplever i hverdagen. Kvalitet på barnehagen, skolen og i skolehelsetjenesten kan være en indikator på hvor godt støtteapparatet rundt barn og unge fungerer. Kvalitetsbegrepet er vanskelig å måle – men vi prøver i denne sammenheng å se på utdannelsesnivå i barnehage og skole, og hvilke ressurser som stilles til rådighet i den kommunale helsetjenesten.

Vi har 5 kommunale og 4 private barnehager i Rakkestad, som gir oss en 100% barnehagedekning etter loven. Ca 90% av barna i Rakkestad går i barnehagen – omtrent 100% av 4 til 5 åringene og noe færre blant de minste barna. Dette er svært viktig sett ifra et folkehelseperspektiv.

Det er i tillegg en «Åpen barnehage» som er tilgjengelig en dag i uken. Dette er i tillegg et godt integreringstiltak, der det i gjennomsnitt er ca 10-12 barn tilstede, med sin mødre.

Det er utarbeidet en «Barnehageplan 2010-2013» -Verdigrunnlag og kvalitetsmål for kommunale barnehager, som er under revidering. Den legger vekt på at vi skal ha en «tilstrekkelig og kvalifisert bemanning»- noe som vi lykkes med. Ca 50% av de ansatte har barnehageutdanning, og over 80% av resten har fagbrev. Det stilles krav om at alle nyansatte skal ha fagbrev.

Barnehagene er opptatt av å jobbe på en måte som utjevner sosiale helseforskjeller – noe som er spesielt viktig i Rakkestad. Det blir lagt vekt på:

1. innarbeide gode vaner i forhold til både kost og fysisk aktivitet. Alle barnehagene følger Helsedirektoratets «Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen». «Fiskesprell» og lignende aktiviteter blir prioritert slik at de ansatte holder seg oppdatert. Det er også lagt vekt på fysisk aktivitet med mye uteaktiviteter og tilgang til gymsal.
2. gode arenaer for sosial trening og gode opplevelser
3. «Vennskap» - fokus på vennskap, som er en mere positiv vinkling istedenfor å arbeide «mot mobbing»
4. høytlesing av bøker som mange barn ikke får i hjemmet – samt lek ut ifra felles opplevelser som bøkene gir
5. tett samarbeid med både helsestasjon og barnevernet
6. samarbeid med NAV ved økonomiske problemer slik at barnet likevel er sikret barnehageplass



## Trekk ved læringsmiljø og elevprestasjoner:

### Læringsmiljø

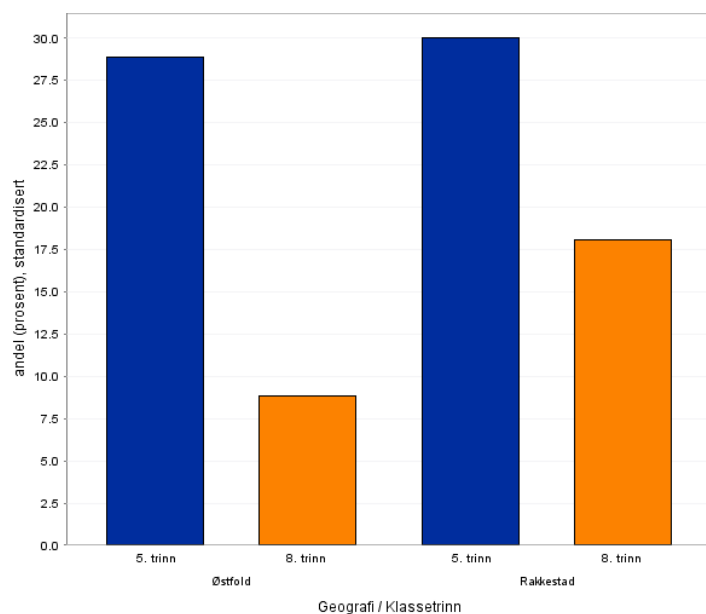
Vi har 3 barneskoler og 1 ungdomsskole i Rakkestad, med følgende elevtall:

Elevtall i Rakkestad grunnskole skoleåret 2013-2014

Skole:	1. klasse	2. klasse	3. klasse	4. klasse	5. klasse	6. klasse	7. klasse	Sum
Bergenhusskole	26	46	46	44	53	38	58	311
Kirkeng skole	18	16	11	18	19	17	18	117
Os skole	26	37	36	38	38	32	22	229
Sum barneskolen	70	99	93	100	110	87	98	657
	8. klasse	9. klasse	10. klasse					
Rakkestad ungdomsskole	123	103	87					313
Totalt i grunnskolen								970

Som det fremgår av den siste elevundersøkelsen i 2013, så gjøres det mye godt arbeid i skolene i Rakkestad ( resultatene fra Ungdomsskolen følger). Det jobbes målrettet både med kvaliteten på lærerne (videreutdanning ,rekruttering av gode lærere osv), samt med elevene. Dette gir resultater, og vi ser at vi scorer bedre enn både Østfold og resten av landet på flere parametre: trivsel, støtte fra familien og læreren, mestring og motivasjon. Selv om leseferdigheten på 5 og 8 trinn fortsatt ligger under resten av landet, så er det positivt å se at jobbingen gir resultater.

**Leseferdighet på laveste mestringsnivå – 5. og 8. trinn, andel (prosent), standardisert** (kilde Fhi)



## Vurdering

Antall elever med leseferdigheter på laveste mestringsnivå er nesten halvert fra 5 til 8 klasse. Dette er imponerende, og mye er gjort siden 2008

- Man har satset mye på lesing som grunnleggende ferdighet i alle fag. Lærere har fått kompetanseheving på den første og andre leseopplæringen
- Det har blitt utarbeidet en leseplan for Rakkestadskolen.
- Skoleeier og skoleleder har fulgt opp resultater med dialogsamtaler/refleksjoner, og man har delt god praksis mellom skoler
- Lærere har blitt ansvarliggjort i forhold til å lage gode analyser og sette inn konkrete tiltak etter kartleggingen.
- Det har også vært stort fokus på klasseledelse, både relasjonsledelse og læringsledelse.
- Spesielt fokus på læringsledelse og det å gi gode læringsrettede tilbakemeldinger til elevene.
- I tillegg er det utdannet veiledere som gir veiledning til nyutdannede og følger opp lærerne i klasserommet

**Når det gjelder både trivsel og mobbing – så scorer både barneskolene og Ungdomsskolen bra.**

**Resultatene av elevundersøkelsen 2013 bekrefter dette**

### Resultater av elevundersøkelsen 2013 – Rakkestad ungdomsskole (kilde:

skoleportalen.no) Skala 1-5. Høy verdi betyr positivt resultat. Unntakene er mobbing på skolen hvor lav verdi er positivt og andel elever som opplever mobbing som viser andelen elever (prosent).

Indikator og nøkkeltall	Rakkestad ungdomsskole	Rakkestad kommune	Østfold fylke	Nasjonalt
» Trivsel		4,5	4,4	4,4
» Støtte fra lærerne		4,4	4,4	4,3
» Støtte hjemmefra		4,5	4,4	4,3
» Faglig utfordring		3,9	4,0	3,9
» Vurdering for læring		3,9	3,9	3,8
» Læringskultur		3,5	3,8	3,8
» Mestring		4,0	4,1	4,0
» Motivasjon		4,1	4,1	3,9
» Elevdemokrati og medvirkning		3,7	3,7	3,7
» Felles regler		4,4	4,4	4,3
» Mobbing på skolen		1,2	1,3	1,3
Andel elever som har opplevd mobbing 2–3 ganger i måneden eller oftere (prosent)		3,2	5,3	5,3

## Frafall fra videregående skole

### Innledning:

Utdanning og helse henger nøye sammen. Utdanningen er medvirkende til mange prosesser som bidrar til å produsere helse i det voksne livsløpet. Men, hvilke mekanismer ligger bak sammenhengen mellom utdanning og helse?

Sammenhengene mellom utdanning og helse er svært komplekse. Forskning viser at utdanning påvirker de levekårene menneskene lever under gjennom livsløpet, og dermed bidrar utdanningen til å bestemme hvilke helsebelastninger eller helsefremmende forhold personene utsettes for. I tillegg bidrar utdanning i utviklingen av psykologiske ressurser som igjen påvirker helsa. Læring gir mestring, mestring gir helse.

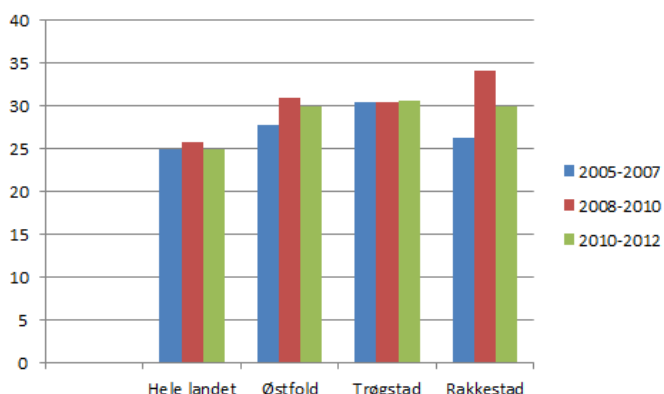
Fra politisk hold er det i lang tid uttrykt bekymring for den tydelige forbindelsen mellom lav utdanning, utstrakt bruk av sosiale tjenester, dårlig helse og svak posisjon på arbeidsmarkedet. I hvert årskull av ungdommer er det mer enn 30 prosent som ikke oppnår studie- eller yrkeskompetanse i videregående opplæring. Sannsynligheten for at disse vil benytte offentlige velferdsordninger som unge voksne er urovekkende stor. Som voksne vil de være klart overrepresentert i velferdsforvaltningens målgruppe. Dette tilsier at presset på offentlige støtteordninger i framtida i stor grad vil komme fra personer med lav formell kompetanse.

Frafall fra videregående skole er et stort problem i Østfold, også i vår egen kommune. Man ser at de som faller fra videregående skole, har lav yrkesdeltakelse.

Henviser til Tilstandsrapporten 2012 fra Østfoldhelse, der de skriver:

« Østfold ser ut til å ha spesielle utfordringer knyttet til nivået på grunnleggende ferdigheter for elevene i grunnskolen. Dette er forhold som har klar negativ effekt på gjennomføringen i videregående opplæring. I tillegg gir mangelen på læreplasser omfattende frafallsutfordringer. Samtidig viser rapporten at fylkeskommunen også har en rekke tunge utfordringer. Fortsatt er det alt for mange som ikke fullfører og består, fraværet er for høyt og Østfold-elevene har gjennomgående lavere karakterer enn gjennomsnittet for landet. Bakgrunnen for dette er blant annet at elevenes grunnleggende ferdigheter når de begynner i Vg1 er for svake. Grunnskolepoengene ved inntak til de videregående skolene ligger gjennomgående under landet for øvrig og de nasjonale prøvene som måler elevens mestringsnivå i 8. trinn og 9. trinn innenfor regning, lesing og engelsk viser at det er en høy andel av elevene som ligger på de laveste mestringsnivåene i forhold til landet for øvrig.»

### Frafall i videregående skole – andel (prosent), standardisert



**(Frafallet inkluderer personer som startet på grunnkurs i videregående opplæring for første gang et gitt år og som har gjennomført VKII eller gått opp til fagprøve, men som ikke har bestått ett eller flere fag og derfor ikke har oppnådd studie- eller yrkeskompetanse etter 5 år, samt elever som startet opp dette året, men som sluttet underveis.)**

### **Vurdering av frafall fra videregående skole:**

Fra tabellen ser vi at frafallet fra VGS i Rakkestad ligger på nivå med både Østfold og f.eks Trøgstad. Det er positivt å merke seg at situasjonen har bedret seg de siste årene, da frafallet var på over 30% for 5 år siden, ned på dagens nivå på ca 30%.

Med Reform 94 fikk all ungdom under 24 år lov hjemlet rett til videregående opplæring. Siden da har andelen som fullfører videregående skole ligget på om lag 70 prosent. Frafallet er høyere på yrkesfag enn på studieforbereidende ( 50 % på yrkesfag, 20 % på studieforbereidende). Mange frafall gjelder de som ikke får læreplasser, men vi vet så mye mer om frafallet i videregående skole:

- Flere jenter enn gutter fullfører.
- Minoritetsungdom med ikke-vestlig bakgrunn slutter oftere enn majoritetsungdommene, men ikke annen generasjons innvandrere.
- Vi vet også at svake prestasjoner og stort fravær i grunnskolen predikerer frafall i videregående.
- Mange som slutter har ikke fått innfridd førsteønsket, de som velger studieretning ut fra ønske om fort å komme i arbeid slutter oftere enn de som velger ut fra interesse.
- Unge med problematferd slutter hyppig, men de med alvorlige adferdsavik slutter i mindre grad enn andre. Disse tilgodesees med ekstra ressurser og tilrettelegging (økonomi, personell, oppmerksomhet) som kan medvirke til at de ikke forlater skolen. De som klarer seg best i arbeidsmarkedet er de som gjennomfører hele løpet. Den dårligst stilte gruppen er de som slutter.
- Vi vet også at sosial bakgrunn er en indikator for frafall: Jo høyere utdanning foreldrene har, jo bedre gjør barna det på skolen. Det å ha en mor i jobb, og at foreldrene bor sammen har også en sammenheng med gjennomføringsgraden.
- Altså: frafall i videregående opplæring handler mye om elevenes sosiale bakgrunn





## Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Ressursene som stilles til rådighet for innbyggerne gir uttrykk for prioritering av forebyggende helsearbeid i kommunen. Helsestasjons – og skolehelsetjenesten er sentral i det forebyggende helsearbeidet, samt i kartlegging og oppfølging av helseproblemene blant barn og unge. Denne satsningen belyses blant annet gjennom å se på driftsutgifter til helsestasjons- og skolehelsetjeneste og tilsvarende årsverksdata. Dette arbeidet blir prioritert i Rakkestad som vi ser av nedenforstående tall på driftsutgifter pr barn:

Norge: kr 1690

Østfold: kr 1550

Rakkestad: kr 1900

I Rakkestad har vi følgende bemanning innenfor helsestasjon/skolehelsetjenesten

6,5 stillingshjemler/årsverk i enheten fordelt slik:

- Jordmor 0,8
- Assistent 0,5
- Åpen barnehage 0,2
- Helsesøster 5,0
- Lege (helsestasjon og skolehelsetjenesten) 0,6
- Fysioterapeut 0,3
- Kommunepsykolog med hovedfokus på barn og unge





## Folkehelsekonsekvensvurderinger av oppvekst og levekårsforhold:

1. Økonomiske vilkår: Befolkningen i Rakkestad tjener godt til tross for relativt lav utdanning.
2. Næring og sysselsetting: lav arbeidsledighet og et næringsliv som er tilpasset befolkningen. Relativt mange som pendler ut av kommunen, og dårlig kommunikasjon til de store byene

Utfordring: antall årsverk i primærnæringen er fallende. Mere «moderne» arbeidsplasser har kommet på Rudskogen . Viktig med vekst av denne type arbeidsplasser, samt utfordringer med å få kvalifisert arbeidskraft til å bosette seg i kommunen.

3. Arbeid og uførhet: antall unge på uføretrygd er høyt. Samtidig så er antall sosialhjelpsmottakere relativt lavt.

Utfordring: . Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser er de dominerende diagnoser.

4. Utdanning: Kun 72% av befolkningen har fullført videregående skole. Dårlige leseferdigheter på 5 trinn.

Utfordring: . Høyt frafall fra videregående skole, samt dårlige leseferdigheter på grunnskolenivå er utfordringer vi har.

5. Barnehage, helsestasjons og barnevernstjenesten: god barnehagedekning og høy grad av tillit til helsestasjon.

Utfordring: bedre tverrfaglig/tverretattlig samarbeid for å gi barna i kommunen så gode oppvekstvilkår som mulig.

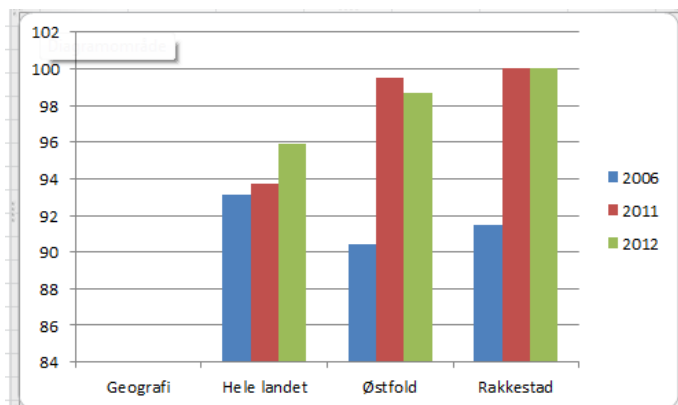


### 3. FYSISK, BIOLOGISK , KJEMISK OG SOSIAL MILJØ

#### Drikkevannskvalitet

Drikkevann fritt for smittestoffer er en vesentlig forutsetning for folkehelsen.

Som vi ser, så er drikkevannskvaliteten til de husholdningene som er tilknyttet kommunalt vannverk er svært god. Rakkestad er, som tidligere nevnt , en landkommune, der relativt mange har private brønner. Dette kan representere en fare ved f.eks ekstremvær, og er en utfordring for kommunens miljørettet helsevern etat.



Andelen personer tilknyttet vannverk med henholdsvis tilfredsstillende analyseresultater, usikre analyseresultater, utilfredsstillende analyseresultater og uten data med hensyn til E.coli/ koliforme bakterier. Årlige tall.

#### Forekomst av radon:

Radon forekomstene i kommunen er svært lave. Målinger i kommunens barnehager og skoler i 2013 viste normale verdier.

#### Risiko for legionella

Rakkestad kommune har egen kommunelege som er ansvarlig for miljørettet helsevern, i tillegg til at vi samarbeider om miljørettet helsevern - ingeniør tjenester med Sarpsborg kommune. Kommunelegen i Rakkestad har ansvar for å føre tilsyn med virksomheter som har innretninger som direkte eller indirekte kan spre Legionella via aerosol. Det er kun tre virksomheter i Rakkestad: Nortura Rakkestad, Diplom-Is avdeling Rakkestad og Nor-Trapp. I tillegg, så fører vi tilsyn (etter Forskrift om miljørettet helsevern) med alle virksomheter som kan spre legionella via tekniske innretninger – for eksempel dusj og varmtvannsanlegg. Man er særlig oppmerksom på at skoler, barnehager og sykehjem har gode rutiner for å forebygge legionella. Det har ikke vært utbrudd av legionella i kommunen.

## Omfang av områder utsatt for støy

Arrangementer på Rudskogen er de støykildene som er mest krevende for kommunen. Med få unntak – er det innbyggerne i nabokommunen, Sarpsborg som opplever dette som belastende.

Fylkesmannen i Østfold er forurensningsmyndighet for motorsportanlegg, slik at søknader om åpningstider og maks grenser for støy blir håndtert der. Vi har et godt samarbeid både med eierne av anlegget, arrangørene av festivaler, grunneiere og teknisk etat, slik at man kommer frem til løsninger som er minst mulig generende for naboer. Samtidig, så er det viktig å få frem de positive sidene med disse arrangementene som samler, og gir gode opplevelser for mange mennesker .

Rakkestad flyplass har også utarbeidet egne støykart.

## Gang og sykkelveier

Rakkestad kommune har 6 km med sykkelstier.

Antall km sykkel/gang og turstier er 21. I Østfold ligger snittet på 21 km /10 000 innbyggere, og på 37km/10 000 innbyggere i resten av landet.

Vurdering:

### **Dette er et område som bør prioriteres her i Rakkestad:**

- Vi er en landkommune der det er relativt store avstander til skole, butikk, treningshaller og forsamlingslokaler
- problemer med overvekt hos barn
- henviser til Trafikksikkerhetsplan som nå skal revideres, og der dette må bli et
- sentralt tema – NB- områder med utrygg skolevei

## Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport

**1. Tog** – ønske om bedre tilbud. Det er kommunikasjon mellom NSB og Østfold fylkeskommune om samordning av bussruter mellom tog som ankommer Mysen og buss videre til Rakkestad.

**2. Buss** – til Oslo, andre Østfoldbyer. Ønske om bedre tilbud, men usikkerhet omkring fremtidig bruk.

### **Folkehelsekonsekvensvurdering:**

Rakkestad ligger i «hjertet» av Østfold. Gode muligheter for kollektiv transport er viktig for oss og må være satsningsområde fordi:

- relativt stor økning i befolkningen, og ønske om å satse på unge voksne
- pendler kommune ( 600 pendler ut av kommunen)
- næringsvekst i Rudskogen området
- pendling også til all videregående skole/opplæring utenfor kommunen
- tilgjengelighet til nytt sykehus Kalnes – både for ansatte og pasienter

## Sosialt boligmiljø

95% av alle, både kvinner og menn i Rakkestad, opplever at de bor i et trygt og rolig nærområde, med gode muligheter for deltakelse i rekreasjon og frivillige organisasjoner.

Henviser til hjemmesiden til Rakkestad kommune, for utfyllende informasjon:

[Friluftsliv - Rakkestad kommune](#). Dette er en stor ressurs for bygda vår, og kan være en medvirkende årsak til at vi er en kommune det er attraktivt å bo i. Følgende tall er tatt fra TNS Gallup undersøkelse gjort i 2011 for Østfold fylkeskommune:

<b>Alder</b>	<b>18-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-59</b>	<b>60+</b>
Trygt og rolig bo område	92	96	96	95
Gode muligheter for fritidsaktiviteter	72	73	78	74
Hyppig deltakelse i foreningsliv	13	19	17	20
Hyppig i kontakt med venner og familie	93	73	71	74
Sterk sosial støtte ( flere enn 3 venner)	74	76	73	64
Ofte ensom	7	7	8	4
Stoler på andre	58	74	80	70
Valgdeltakelse siste valg i 2013- totalt 73% Resten av landet: 77%				
God opplevd helse	85	81	74	65

## Miljørettet helsevern:

Vi samarbeider med Sarpsborg kommune om miljørettet helsevern.

1. Badeplasser: vi har 2 offentlige badeplasser med svært god vannkvalitet
2. Campingplasser: en campingplass
3. Skoler og barnehager: samtlige skoler og barnehager er godkjent etter Forskrift om miljørettet helsevern
4. Andre meldepliktige virksomheter

## Smittevern

Rakkestad kommune har egen smittevernlege som er underlagt Kommunelege 1. I tillegg samarbeider vi med Sarpsborg kommune om smittevern i akutte situasjoner. Det er vedtatt smittevernplan, som nå skal revideres.

Smittevern er også ivaretatt i kommunens overordnede ROS analyser og beredskapsplan.



## 5. SKADER OG ULYKKER

### Innledning:

Dødelighet av skader og ulykker har gått jevnt ned siden 1950 tallet, men utgjør fortsatt et betydelig helseproblem.

Aldersgruppene 10-20 år og eldre over 70 år skader seg oftest. De fleste ulykkene skjer hjemme. I 2006 ble om lag 90 000 personer behandlet for skader og forgiftninger på norske sykehus. Antall dødsfall som følge av ulykker, er under 2000 per år og har gått ned de siste årene.

I 2006 ble nesten 90 000 personer skrevet ut fra sykehus etter behandling av skader og forgiftninger (inkluderer overdoser), viser tall fra Norsk pasientregisters (NPR) data for heldøgnsopphold. Det betyr at om lag hver tiende sykehuspasient, var innlagt for behandling av en ulykkesskade.

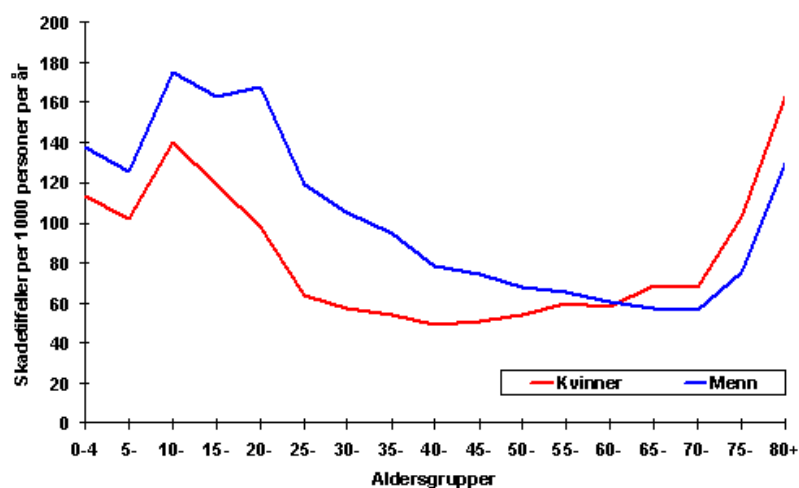
I tillegg kommer de skadene som ble behandlet poliklinisk eller av lege/legevakt, og de skadene som folk ikke søkte medisinsk behandling for.

Basert på Personskaderegisteret ved Folkehelseinstituttet er det beregnet at det årlig forekommer 450 000-500 000 ulykkesskader som krever medisinsk behandling

Store barn og ungdommer i alderen 10 - 20 år er de som totalt sett skader seg oftest. I aldersgruppen 20-25 år har menn omtrent dobbelt så høy skadefrekvens som kvinner.

Helt opptil 60-årsalderen får menn flere skader enn kvinner. I de eldste aldersgruppene skjer det derimot flest skader hos kvinner.

Vi skader oss der vi oppholder oss mye. I alle aldersgrupper dominerer hjemmeulykker, skole-, og fritidsulykker. De utgjør mellom 72 og 96 prosent. Særlig for de minste barna og for eldre oppstår det flest skader i hjemmet. Aldersgruppen 15-24 år har mye sport- og treningsskader. Trafikkulykkenes andel varierer fra 11 prosent i aldersgruppen 15 - 24 år til tre prosent blant de eldste



**Tabell 1: Skader og ulykker - skadested**

Fordeling etter ulykkes arena og aldersgruppe. Gjelder skader behandlet hos legevakt eller på sykehus 2000-2001. Kilde: Personskaderegisteret; Trondheim, Harstad, 2000-01.

Ulykkeskategori/arena*	Prosentfordeling i hver aldersgruppe				
	0-14 år	15-24 år	25-64 år	65+ år	Totalt
Trafikkulykke	5,2	10,4	9,8	3	7,7
Arbeidsulykke	0,1	10,1	16,2	0,4	8,5
Utdann./oppl. (inkl. skoleidrett)	16,4	7,5	0,4	0,1	6
Idrett/tren. (ekskl. skoleidrett)	14	28,6	14,1	1,7	14,9
Gate/vei - ikke trafikkulykke	4,6	9	10,3	15,6	9,2
Hjemmeulykke	33,7	15,4	26,9	46,9	29,5
Barnehage-/lekeplassulykke	8,7	0,1	0,1	0	2,5
Syke-/alders-/etterbehandlingshjem	0	0,1	0,2	8,7	1,3
Friluft-, hav-/sjø-/vannområde	3,9	2,1	4,1	2,5	3,5
Hjem/fritid, annet/uspes.	11,2	12,7	11,2	19,4	12,6
Uoppgitt	2,3	4,1	6,9	1,7	4,4
Totalt	100	100	100	100	100

Som vi ser av denne tabellen , så skjer nesten halvparten av ulykkene i aldersgruppen over 65 år i hjemmet.

### **Bruddskader:**

Ser vi på nedenforstående tabell ( kilde SØF)– på antall bruddskader i Rakkestad de siste 3 årene, så begynner økningen allerede i alderen over 45 år – ikke bare blant de aller eldste. Dette poengterer viktigheten av å starte det forebyggende arbeidet tidlig. De aller fleste bor hjemme, slik at fokus må være på å forebygge der folk er – hjemme, fritid og jobb.

Alder	1-5	6-15	16-19	20-44	45-66	67-79	80-89	Over 90	Totalt
2011	3	3	1	4	13	12	12	3	51
2013	1	6	1	7	11	12	11	4	53
2014	5	16	1	1	8	8	13	2	54

Østfold har flest hoftebrudd av alle fylker i Norge .Rakkestad ligger på samme nivå som både fylket og resten av landet med hensyn til personskader og hoftebrudd. Tallene på hoftebrudd varierer fra år til år – avhengig av flere faktorer – bl a klima. ( kilde: SØF)

<b>Rakkestad</b>	2011	2013	2014
Alle brudd	51	53	54
Hoftebrudd	16	16	18

Hoftebrudd har store konsekvenser for den enkelte, for deres pårørende og bruk av store samfunnsressurser. Et hoftebrudd koster i gjennomsnitt ca kr 380 000 i helse og rehabilitering for helseforetak og kommune det første året. Store deler av dette belastes kommunens budsjett. I tillegg, så har de som får hoftebrudd store smerter og lidelser, 1/3 dør i løpet av ett år etter ulykken, og mange kommer aldri tilbake på sin tidligere funksjonsnivå. Som tidligere nevnt – så skjer de fleste ulykker hos de over 65 år i hjemmet.

Antall fallulykker å Skautun i 2013 var 26. Det har vært stor fokus på forebygging på Skautun. Det er mange faktorer som er medvirkende : aktivitet ( aktive eldre har bedre balanse og faller mindre enn andre), medisiner, gode sko, sklimatter osv.

I 75-årsalderen har omtrent hver femte person begrenset funksjon og behov for hjelp. Ved 80 års alder har hver tredje begrenset funksjon. Dette innebærer at to av tre 80-åringer klarer seg bra, mange lever lenge med sykdommene sine og beholder god fysisk funksjon til høy alder . Det er ofte en akutt episode, slik som et beinbrudd, som fører til vesentlige funksjonstap og innleggelse på institusjon , kort tid før de dør.

#### **Folkehelsekonsekvensvurdering:**

Forebyggende innsats bør skje på mange områder. Det er antall «unge eldre» som vil øke mest i Rakkestad de kommende årene. Det er først etter 2025 at vi får en dramatisk økning i antall eldre over 80 år. Satsingen på hjemmeboende «unge eldre» vil være viktig både ifra et personlig , men også fra et samfunnsperspektiv, slik at *flest mulig* vil ha det *best mulig* hjemme *så lenge som mulig*.

- Fysisk aktive eldre har bedre balanse og færre fallulykker
- Tilbud som er lett tilgjengelig for mange – både for sosiale og fysiske aktiviteter ( f.eks bowles, hjertetrin i regi av LHL, turgrupper osv)
- Temakvelder – i regi av frivillige organisasjoner, Livskafe` via Flere Freske Folk osv
- Strukturelle tiltak – satsing på gang og sykkelstier, god belysning
- Ergonomisk tilrettelegging hjemme (sklimatter, tilrettelagt bad og kjøkken, brodder, strøsand osv) – samarbeid med forsikringselskap, de frivillige, kommunen?
- Godt samarbeid med fastlegene med tanke på optimal medisiner av den enkelte (for å unngå svimmelhet osv)
- Trygge Lokalsamfunn tenkning



## Trafikkskader

Det er statistisk sett ingen spesielt utsatt skoleveier.

Vi har imidlertid, et stort antall elever som tar buss/får skyss til skolen

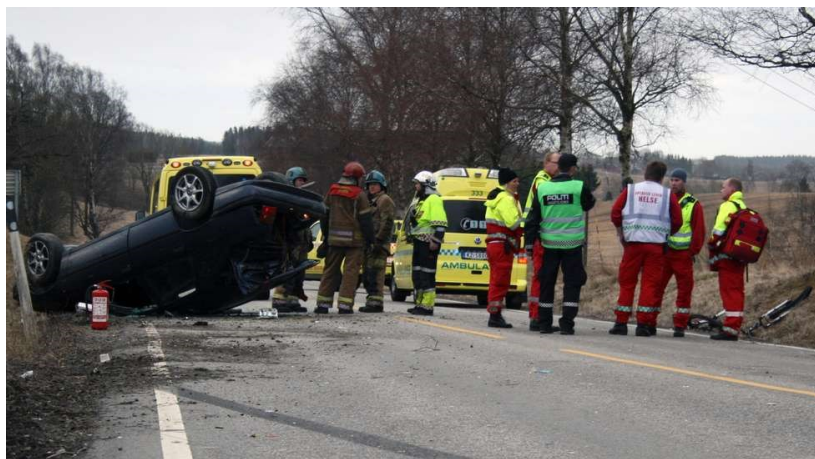
Skole	Antall elever med buss/skyss	Antall elever på skolen totalt
Bergarhus	92	311
Kirkeng	93	117
Os skole	116	229
Rakkestad ungdomsskole	114	313
<b>Totalt</b>	<b>415</b>	<b>970</b>

Vi har ikke videregående skole i Rakkestad. Dermed tar så godt som 100% av elevene på VGS enten kollektiv transport eller egen bil til skolen.

### Folkehelsekonsekvensvurdering:

Som det fremgår av tabellen, så tar litt under halvparten av elevene på grunnskolen buss til skolen. Vi vet at:

- Elever i «landkommuner» er mere overvektig enn i byene. Dette kan dels forklares med at mange må ta buss/skyss til skolen.
- Vi har for få kommunale gang/sykelstier. Utfordringen vår kan ligge i å legge forholdene til rette for at enda flere kan sykle eller gå til skolen. Ifølge lokal kunnskap, finnes det flere områder i kommunen med utrygge skoleveier. Tilrettelegging for at ungdom kan sykle/gå til fritidsaktiviteter og til uformelle samlingssteder i kommunen ( skateanlegg osv)
- **Folkehelse perspektiv i kommunal planlegging viktig** – både Trafikksikkerhetsplan, Sentrumsplan, samt samfunnsdelen av Kommuneplan.



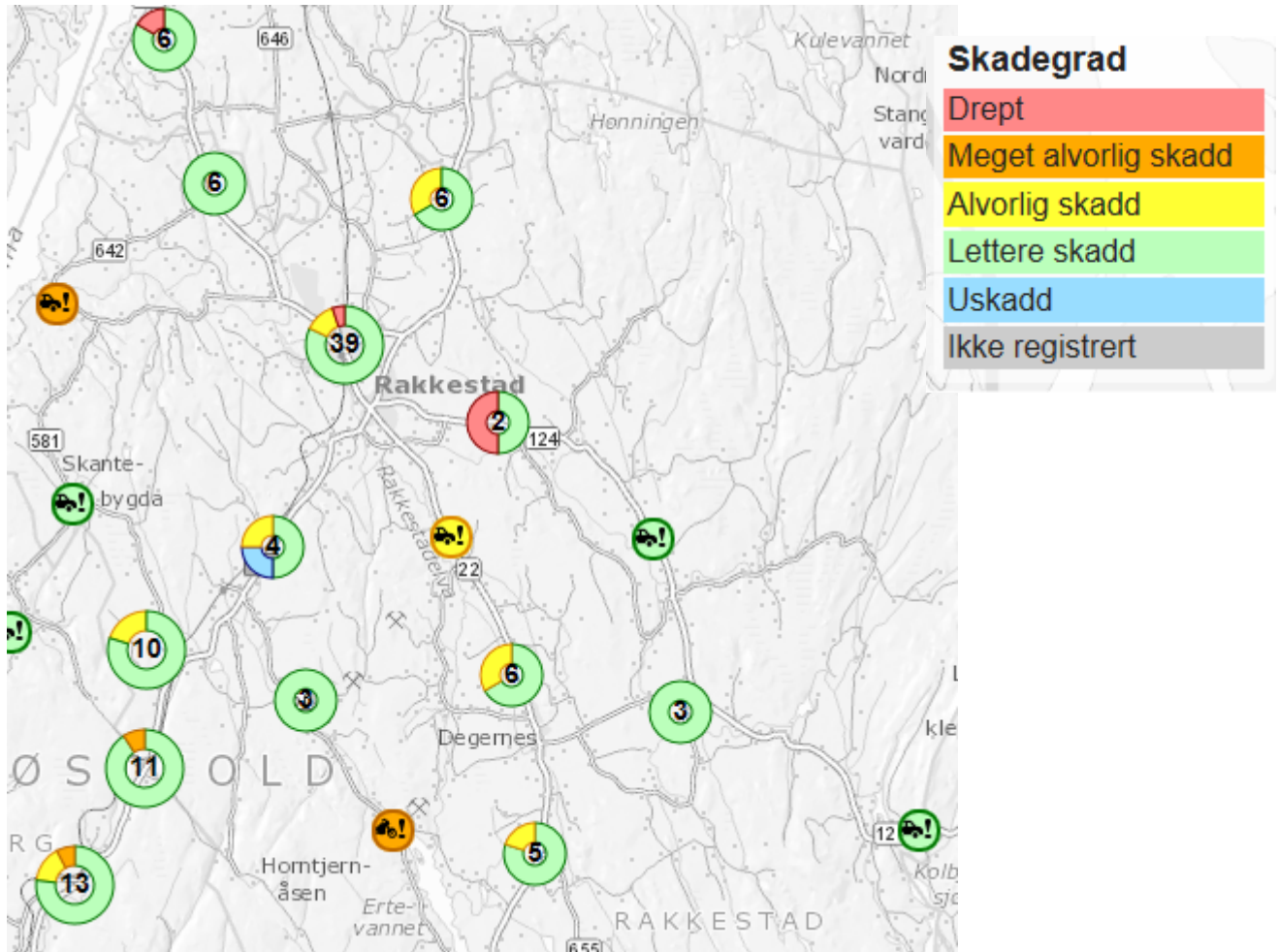


## Spesielle ulykkespunkter-ulykkesstrekninger

I 2012 var det 17 trafikkskade i Rakkestad. I 2013 var det en dødsulykke ved Kirkelund.

For en løpende oppdatering av skadesteder og omfang i kommunen - [Skadesteder og omfang Rakkestad](#)

Her er oversikt over ulykker i Rakkestad i perioden 2007-2013.



Tidligere var RV 11 ved Gautestadsletta usatt. Det er nå satt opp fotobokser, som lensmannen mener har hatt en preventiv effekt. For øvrig, så er RV11 mellom Rudskogen og flyplassen en utsatt strekning – også pga mye trafikk ifm aktiviteter på Rudskogen.

**Henviser forøvrig til Kommunedelplan for trafiksikkerhet 2001-2012 som nå skal revideres, og der folkehelseperspektivet vil bli vektlagt.**

## Samarbeid med Rudskogen:

Arrangørene/eierne av Rudskogen har hatt en god dialog med Lensmannen i Rakkestad med tanke på ulykkes forebyggende arbeid ifm store arrangementer. Trafikkavviklingen på RV 111 er mye bedre enn for få år siden.

Voldtekt: 1 voldtekt anmeldt på Gatebilfestivalen i 2014. Det er et svært godt samarbeid mellom de frivillige i Rakkestad og arrangørene av Gatebilfestivalen. I 2013, deltok 13 kvinner fra lokalmiljøet i det voldtektsforebyggenede arbeid. Dette har gitt resultater.

## Kriminalitet

Rakkestad	2010	2011	2012	2013	2014
Antall reg forbrytelser	400	392	439	337	413
Drap	0	0	0	0	(1 uaktsomdrap v Kirkelund i 2013- tiltale 2014)
Voldtekt	5	3	5	3	1
Vold	26	36	29	31	43
Skadeverk	27	31	20	15	12

Ref: Østfold fylke – oversikt over registrerte skader for tidsrommet 2010-2013

## Antall omkomne i brann:

I 2014 omkom 2 personer i brann i Rakkestad. Ingen omkomne de foregående år.

Ingen drukningsulykker i Rakkestad i 2014.

## Folkehelsekonsekvensvurdering:

Rakkestad deltar i nettverket [Trygge lokalsamfunn](#)

Modellen er tuftet på fire grunntanker :

- Tverrsektorielt samarbeid
- Kunnskapsbasert
- Medvirkning (involvere og engasjere innbyggerne i lokalsamfunnet.)
- Livsløpsperspektiv

Man ser at med godt samarbeid mellom private og offentlige myndigheter (også med lensmann), så klarer vi å minimere omfanget av skader og ulykker.

Det er viktig å ha med folkehelseperspektivet i kommunal planlegging- spesielt i revideringen av Trafikksikkerhetsplan som skal skje i nærmeste fremtid.

For øvrig så må vi ha fokus på unge menn og hjemmeulykker blant eldre:

- Store barn og ungdom ( alder 10-20 år) er de som totalt sett har høyest ulykkeshyppighet
- Gutter og menn skader seg oftere enn kvinner opp til ca 50 års alderen – deretter er det flest kvinner som skader seg
- Trafikkulykker er hovedårsak til skader og dødsfall blant unge menn
- 10% av alle døgnopphold på norske sykehus skyldes skader og ulykker
- De fleste ulykkene blant de eldste gruppene skjer i hjemme
- Forebygging av ulykker i landbruket er viktig i Rakkestad

## 6. HELSERELATERT ATFERD

### Innledning

Fysisk aktivitet, maten vi spiser og bruk av alkohol og rusmidler er viktige underliggende variabler som påvirker helsetilstanden og levealderen vår. Det er tydelig sammenheng mellom hvilke livsstilsvalg man gjør, og sykdomsbildet senere i livet. Utdanningslengde og inntektsnivå er av betydning for helseatferd. Grupper med lavest sosioøkonomisk status kommer som regel dårligst ut. Forskjellige valg av levevaner kan være en av flere årsaker til at grupper i befolkningen har ulik dødelighet og sykdomsbilde. Her i Rakkestad har vi, som tidligere nevnt- lavere utdanningsnivå enn i landet forøvrig. Dette tilsier at arbeidet med å påvirke den helserelaterte atferden til befolkningen er noe som bør prioriteres. Tidlig innsats er viktig – slik at vi må ha fokus på dette helt fra svangerskapet. Dette arbeidet har vi begynt med, og krever at folkehelse får et overordnet perspektiv i et godt tverrsektorielt samarbeid mellom helsestasjon, fastlegene, barnevernet, fysio- og ergoterapitjenesten, rus og psykiatri, oppvekst, teknisk og planarbeid i kommunen.

### Fysisk aktivitet og kosthold

Fysisk aktivitet forebygger blant annet type 2 diabetes, hjerte-karsykdommer, muskel-skjelettplager og enkelte former for kreft. Om lag en av fem voksne når opp til HelseDirektoratets minimumsanbefaling med minst 30 minutter fysisk aktivitet per dag i gjennomsnitt. Hos menn var andelen som oppfylte anbefalingene om lag lik i alle aldersgrupper. Hos kvinner var aldersgruppen 30-50 år noe mindre aktive enn andre aldersgrupper.

Ifølge undersøkelse gjort av TNS Gallup for Østfoldhelsen i 2011 - er ca 35% av befolkningen her i Rakkestad meget fysisk aktive- dvs 4 ganger eller oftere pr uke. De mest aktive her i kommunen var de mellom 18 og 29 år, samt de over 60 år. Dermed er vi **mere aktive** enn landet for øvrig. Det er spesielt gledelig at også de over 60 er aktive, da denne gruppen generelt er mindre aktive, og har stor helsegevinst og økt livskvalitet ved å være aktive. I tillegg, så er ca 33% av befolkningen motivert for å øke sitt aktivitetsnivå. 75% av befolkningen i Rakkestad sier at de har gode muligheter for fritidsaktiviteter, og at de har god tilgang til turstier, gang og sykkelveier, idrettshaller, svømmehall, osv., slik at hovedfokus innen folkehelsearbeidet blir å få flere i gang med å utnytte de mulighetene vi har i kommunen.

Det finnes mange frivillige idrettsorganisasjoner som kan tilby et vidt spekter med aktiviteter. Sti-losene, en gruppe «spreke» pensjonister leder turgrupper hver torsdag. I tillegg samarbeider LHL med vår lokale treningssenter om et «Hjertetrim» som har stor oppslutning i kommunen.

Som tidligere nevnt, så har vi en befolkning som er «psykisk friskere» enn resten av Østfold og landet). Den gode deltakelsen i fysisk aktiviteter kan være en medvirkende positiv årsak til dette.

## **Røyking blant voksne 16-74 år:**

I Norge røyker 26 prosent av voksne daglig eller av og til. Andelen dagligrøykere er på vei nedover. Blant ungdom har snus tatt over for røyking, særlig blant gutter. Røyking øker risikoen for de store folkesykdommene; hjerteinfarkt og andre karsykdommer, kreft og lungesykdommen KOLS. I tillegg er røyking forbundet med økt risiko for en rekke andre sykdommer.

Tallene fra 2010-2012 viser at andelene er om lag de samme blant kvinner og menn for både dagligrøykere og av og til-røykere. I 2012 var det 16 prosent dagligrøykere. I tillegg røyker 11 prosent av menn og 9 prosent av kvinner av og til, viser tall for perioden 2010-2012, altså til sammen røyker ca 26 prosent daglig eller av og til. Her i Rakkestad ligger vi på samme nivå- med ca 16% dagligrøykere- flest i aldersgruppen 45-59 år. Det var liten forskjell mellom menn og kvinner.

Andelen røykere i den mannlige voksne befolkningen har gått jevnt nedover fra 1973, da mer enn halvparten av voksne menn røykte daglig. Andelen dagligrøykere blant kvinner har falt fra ca 32% i 2001. Andelen av-og-til-røykere er mer stabil med rundt 10 prosent hos begge kjønn.

Blant unge voksne i alderen 18-29 år i Rakkestad , var det kun 9% daglig røykere, menn ca 15% som bruker snus til daglig – hovedsakelig gutter.

## **Overvekt og fedme**

### **Helserisiko ved overvekt og fedme**

Stadig flere voksne menn og kvinner passerer grensen for det som WHO definerer som overvekt og fedme. Vektøkningen går raskest blant unge voksne.

Personer med kraftig overvekt og fedme har økt risiko for type 2 diabetes, sykdommer i galleveiene, pustestopp om natten (søvnapnè), hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, slitasjegikt i knær og hofter og enkelte kreftsykdommer som tykktarmskreft hos menn. Derimot er risikoen for benskjørhet lavere hos eldre overvektige enn hos tynne eldre.

Det er ingen klare KMI-terskler for når sykdomsrisikoen øker eller faller, overgangene er glidende (Helsedirektoratet/Nasjonale retningslinjer; Engeland, 2005.)

Vekt som risikofaktor har størst betydning hvis vekten øker over tid. Verdens helseorganisasjon anbefaler at man høyst bør gå opp fem kilo i løpet av voksen alder. Flere andre faktorer enn vekt og vektutvikling vil dessuten ha stor betydning for helsa. For eksempel er fysisk aktivitet forebyggende, mens røyking utgjør en tilleggsrisiko . Det er derfor positivt at andelen røykere har gått ned i den norske befolkningen de senere årene.

## **Overvekt og fedme**

Det er vanskelig å få gode tall på antall voksne i Rakkestad som er overvektige. Det er kun tall fra unge menn som er inne til sesjon – nyeste tall er fra 2009. Som vi ser- så er nesten 30% av unge menn i Rakkestad overvektige.

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

År	2003-2009
Geografi	
Hele landet	25,5
Østfold	26,0
Rakkestad	29,3

## Overvekt og fedme hos barn og unge

Blant barn og unge har det vært en jevn økning i andelen med overvekt de siste 30 årene.

Overvektige barn og unge har moderat økt risiko for å utvikle overvekt og fedme i voksen alder. Risikoen øker med stigende alder, og er større hvis en eller begge foreldre har fedme. Forebyggende tiltak bør rette seg mot både kosthold og fysisk aktivitet. I voksen alder er fedme forbundet med ulike følgesykdommer, særlig hjerte- og karproblemer og stoffskifteproblemer (Ebbeling, 2002, Franks, 2010).

Når vi ser på begge kjønn samlet, har knapt 16 prosent av norske åtteåringene overvekt eller fedme. Det viser barnevekststudien fra 2012. For gutter var andelen 14 prosent og for jentene 18 prosent. Av de 16 prosent med overvekt og fedme, hadde 3,5 prosent fedme og 12,3 prosent overvekt uten fedme i 2012. Barnevekststudien viser at overvekt og fedme er noe hyppigere blant jenter enn gutter i denne aldersgruppen.

Her i Rakkestad har vi gode tall etter målinger som er gjort på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

## Resultat av målinger på 2 og 4 års konsultasjoner

År	2010	2013	2014	
	2 år	4år	2 år	4 år
Rakkestad: Antall med fedme eller overvekt	12,3%	8,8%	12,5%	12,4%

## Resultat av målinger på 3. trinn i Rakkestadskolen: Antall barn med overvekt/fedme

År	2008	2010	2011	2012	2014
Norge	15%	17,8%		15,8%	16%
Helse sørøst	13,7%	15,9%		15,4%	16%
Rakkestad		18,8%	16,7%	21,4%	25%

Vi ser at ca 25% av barna på 3. trinn er overvektige. Dette ligger over gjennomsnittet både for kommuner som tilhører Helse sørøst, og for resten av landet.

I 15-16-årsalderen er andelen som har overvekt eller fedme om lag 16-17 prosent. Det viser Helsedirektoratets undersøkelse i 2011. Andelen med fedme var cirka tre prosent blant gutter og to prosent blant jenter (Helsedirektoratet, 2012).

Blant 15-åringene er det forholdsvis litt flere gutter enn jenter som har fedme. Det er det motsatte av hva vi ser blant åtteåringene.

## **Folkehelsekonsekvensvurdering av helserelatert adferd**

### **Mulige årsaker til vektøkning**

Årsaken til den generelle vektøkningen i befolkningen er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Hos den enkelte er det mange biologiske og psykologiske forhold som kan påvirke energiinntaket og -regnskapet. Vi vet at arv har stor betydning for den enkelte. Derfor vil noen ha større problemer enn andre med å holde vekten.

Endringer i miljøforhold må forklare de betydelige endringene vi har sett i vekten i den norske befolkningen de senere årene, det gjelder også barn og unge. Det at dagliglivet har blitt mindre fysisk aktivt har trolig hatt betydning. Vi har ikke data som kan fortelle om det er endringer i fysisk aktivitet eller endringer i kosthold og energiinntak som spiller størst rolle. Trolig er det en kombinasjon av begge.

At flere utvikler overvekt og fedme i barneårene, vil i framtiden sannsynligvis medføre at vi får en ytterligere økning i andelen voksne med overvekt og fedme.

- kun ca 50% av befolkningen i Rakkestad spiser grønnsaker daglig. Undersøkelser vi har gjort i våre barnehager tilsier at de er veldig flinke - problemene dukker opp i overgangen mellom barnehage og skole. Tallene våre bekrefter dette- kun 40% av de mellom 18 og 29 spiser grønnsaker daglig, men 55% av de over 60 er flinkere (kvinner er flinkere enn menn)

Årsaken til at såpass mange barn i Rakkestad er overvektige er sammensatte:

- mors utdanning spiller en viss rolle
- nærmiljøfaktorer, som f.eks transport – (færre barn går og sykler til skolen og til fritidsaktiviteter)
- flere har stillesittende fritidssysler (dataspill osv)
- generelt større problem i kommuner med under 10 000 innbyggere (Phi-Barnevektstudien fra 2008-12)

Vi må jobbe tverrsektorielt på flere nivå:

- helsefremmende skoler og barnehager med fokus på kost og aktivitet
- matvaner i barnefamilier (fortsetter satsingen i 2014 med nytt prosjekt i 2015)
- redusert tilgang på usunne matvarer (for eksempel søte drikker) i kantiner, idrettsarrangement osv (prosjekt 2015)
- satsing på gang og sykkelstier

## 7. HELSETILSTAND

Ifølge Østfold helseprofil 2011-2012, opplever ca 75% av befolkningen i Rakkestad at de har svært/ganske god helse. Andelen synker med alderen, samtidig er andelen eldre med god helse høyere i dag enn tidligere. Kvinner har flere og tidligere helseproblemer enn menn.

### Forventet levealder – leveår

År		1987-2001	1998-2012
Geografi	Kjønn		
	menn	74,6	77,5
Hele landet	kvinner	80,6	82,3
	menn	74,2	76,8
Østfold	kvinner	80,1	81,7
	menn	74,0	75,7
Rakkestad	kvinner	80,3	81,9

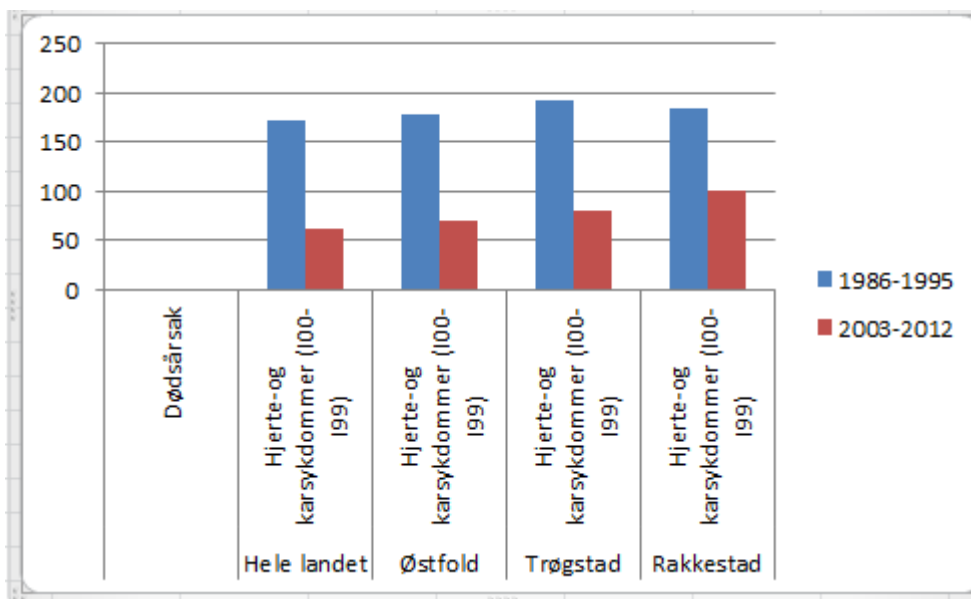
Forventet levealder er en indikator som fanger opp viktige forhold knyttet til helse og velferd. Den betydelige økningen i levealder vi har hatt over de seneste årene indikerer at helsetilstanden i Norge er blitt mye bedre enn tidligere. I løpet av de siste 100 årene, har vi lagt på 25 år til vår levetid (forventet levealder har i snitt gått opp 2-3 år pr tiår). Det er først og fremst nedgangen i spebarnsdødeligheten som har ført til den store økningen i forventet levealder. I tillegg har forbedret levekår med bedre hygiene, bedre boforhold og ernæring, vaksiner og behandlingstilbud vært vesentlige. Forventet levealder ved fødsel for kvinner i Norge er i dag 82 år, og for menn 78 år. Menn i Rakkestad kan forvente å leve marginalt kortere - altså: 76 år – kvinner er som for landet for øvrig.





## 1. Dødelighet av hjerte/kar sykdommer

**Dødelighet (0-74 år) – per 100 000** Def: Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)



Risikofaktorer for utvikling av hjerte/kar sykdommer er arv, diabetes (sukkersyke) røyking, høyt blodtrykk og overvekt. Fysisk aktivitet og høyt forbruk av frukt og grønnsaker tor vi kan være beskyttende. Den så kalte livstidsrisikoen for å dø av hjerteinfarkt var ved 2000 halvert i forhold til perioden 1970-75 og livstidsrisikoen har sunket ytterligere i perioden 2000-2012. De fleste infarktdødsfallene skjer nå etter 80 år.

Som vi ser av disse kurvene, så har ikke Rakkestad hatt samme nedgang i dødelighet som hverken resten av landet, eller som annen landkommune i Østfold, f eks Trøgstad, som det kan være naturlig å sammenligne oss med. Forskjellen er såpass stor, at Folkehelsa ble bedt om å kontrollere at tallene var riktige. Vi har fått tilbakemelding om at det stemmer, og at de heller ikke har noen god forklaring på hvorfor vi ligger såpass høyt. Når det gjelder risikofaktorer:

1. arv: det er ingen grunn til å tro at arv spiller en større rolle i Rakkstad enn andre kommuner.

2. forekomsten av sukkersyke: er ikke høyere hos oss

3. røykevaner: henviser til side 36, der fremgår at det ikke er flere daglig røykere

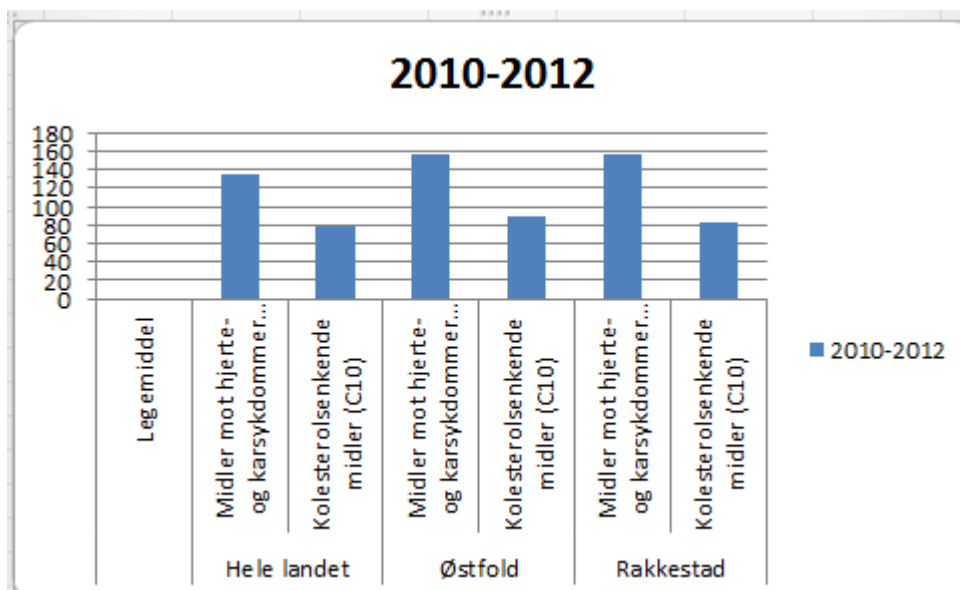
4. fysisk aktivitet: på side 35 står det at Rakstinger er minst like aktive som resten av Østfold

Forklaringen kan muligens ligge i kosten vår . Rakkestad er en landkommune med en tradisjonell «bondekost» med relativt høyt innhold av mettet fett. Vi spiser også mindre grønnsaker enn anbefalt.

Årsakssammenhengen er helt sikkert sammensatt, og vanskelig å forklare vitenskapelig. Inntil videre for vi jobbe videre med satsingen på et sunt kosthold i hele befolkningen.



## 2. Brukere av legemidler til behandling av hjerte/kar sykdommer (kilde Fhi) Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, standardisert

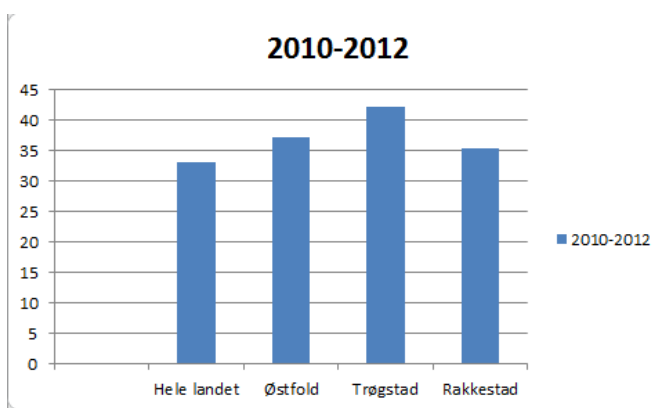


Rakkestad har en klar overhyppighet på dødsfall pga hjerte/kar sykdommer . Dermed burde bruken av midler mot hjertekarsykdommer og kolesterolsenkende midler være høyere enn resten av Østfold. Som vi ser på dette diagrammet, så ligger vi omtrent på samme nivå. Forklaringen på dette er usikkert.

1. Tenker fastlegene for lite på forebyggende behandling?
2. Eller er ikke befolkningen ( særlig menn) flinke nok til å oppsøke fastlegen ved første tegn på sykdom
3. Er det for dårlig informasjon i befolkningen?

## 3. Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år)

( Kjønn samlet pr 1000)



Det ser ut til at vi har en lavere hyppighet av sukkersyke ( type 2 diabetes) enn resten av Østfold. Menn med sukkersyke har 2-4 ganger økt risiko for hjertesykdom. Vi har også mindre sukkersyke enn Trøgstad, som hadde lavere dødelighet av hjerte/kar sykdommer enn oss.

#### 4. KOLS ( kronisk obstruktive lungesykdommer)

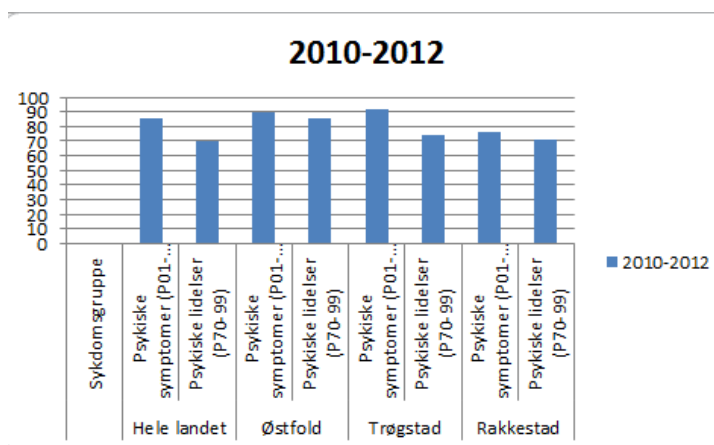
Tallene fra Rakkestad viser vi bruker mere KOLS medikamenter enn resten av landet, men har færre innleggelses på sykehus. Dette kan skyldes yrkeseksponering fra landbruket, samt annen industri. Vi har ikke flere røykere enn resten av landet, slik at det er ikke medvirkende årsak til det lett forhøyede medikamentforbruket.

#### 5. Kreft:

Rakkestad har ikke høyere dødelighet av kreft: (lunge, endetarm, bryst eller prostata) enn landet for øvrig.

#### 6. Psykisk helse:

Befolkningen i Rakkestad har bedre psykisk helse enn resten av Østfold Trøgstad, og landet for øvrig. Her ser vi diagnosene til brukere av primærhelsetjenesten, kjønn samlet, 0-74 år, per 1000, kilde Fhi)



Det er vanlig å skille mellom psykiske *plager* (vansker) og psykiske *lidelser*.

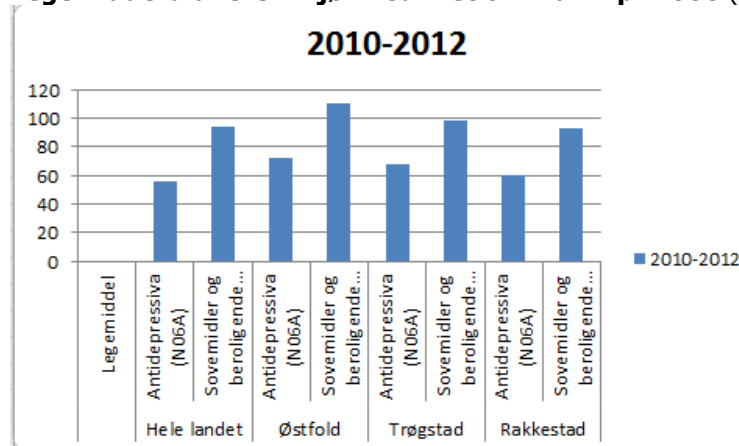
#### Psykiske plager eller symptomer

Med psykiske plager mener vi tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som «sykdom» eller diagnoser.

#### Psykiske lidelser

Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni.

#### Legemiddelbrukere – kjønn samlet 0-74 år - pr 1000 (kilde Fhi)



**Vurdering:**

Befolkningen i Rakkestad bruker vesentlig mindre sovemedisiner og medisiner mot lettere psykiske lidelser ( depresjon, angst osv) enn resten av Østfold, og annen sammenlignbar landkommune (Trøgstad) . Dette samsvarer med at hyppigheten av lettere psykiske lidelser er lavere i Rakkestad. Bruken av medisiner mot alvorlige psykiske lidelser (schizofreni, psykose osv) , som ikke er relatert til miljø, livsstil osv – er lik med Østfold for øvrig.

**Selvmord**

Tallene for selvmord i Rakkestad er for små til at man kan bruke de statistisk. Vi har imidlertid ingen grunn til å anta at de er høyere enn for helseregionen vår:

- Vi har relativt god psykisk helse
- Lav arbeidsledighet / god median inntekt
- Høy «sosial kapital»

**Folkehelsekonsekvensvurdering av helsetilstand:**

I 2012 var det færre som døde av ischemisk hjertesykdom ( hjerteinfarkt og angina) og hjerneslag enn av kreft. Forholdet har endret seg betydelig bare på 20 år fordi stadig færre dør av hjerte- og karsykdom, samtidig som tallene for kreft har endret seg lite.

Selv om dødeligheten av hjerte/kar sykdommer i Rakkestad er halvert de siste 40 årene, har vi fortsatt en betydelig overdødelighet. Årsakene til dette er uklare siden vi scorer godt på de vanlige risikomomentene:

- befolkningen er mere aktive enn landet forøvrig
- antall daglig røykere er ikke høyere enn resten av landet
- vi har mindre sukkersyke enn resten av Østfold
- ingen holdepunkter for at vi har en befolkning med en større genetisk disposisjon

**Veien videre:**

Ut ifra et folkehelseperspektiv, så er det kosten som peker seg ut som en utfordring, både for barn og voksne. Det er kun 50% av befolkningen som spiser grønnsaker daglig. Forbruket av frukt er høyere. Vi har store problemer med overvekt blant barn og unge. Det er viktig å satse både på generelle forebyggende tiltak som må startes tidlig i livet, men også målrettede tiltak mot de aktuelle risikogrupperne vil være viktig her:

- Endre kostvaner
  - begynne tidlig i livet ( samarbeid helsestasjon, skole og folkehelserådgiver)
  - målrettet informasjon til risikogrupper –temakvelder osv
  - målrettet info til unge menn – (nb- fokus på kostundervisning VGS- spesielt yrkesfaglig linjer)
  - målrettet info til frivillige organisasjoner ( Bondekvinnelag, idrettslag osv)
  - samarbeid med fastleger om mere «forebyggende» behandling
  - oppfordring til de med mye hjerte/karsykdom i familien til å oppsøke fastlegen tidlig i livet med tanke på forebyggende behandling?

## 8. SATSNINGSOMRÅDER

- **Folkehelseperspektiv i all kommunal planlegging er nøkkelen**
- Tverrsektorielt samarbeid om «Tidlig innsats»
- Arbeid med barn og unge (Sjumilssteget)
- Helsefremmende skoler og barnehager,
- Forebygging av hjerte/kar sykdommer
- Fokus på kosthold fysisk aktivitet for alle aldre
- Tilrettelegging av bolig/helsetjenester til unge eldre og de som blir eldre 80+ i fremtiden
- Forebygging av ulykker – spesielt «unge eldre»
- Godt samarbeid med de frivillige
- Trygge lokalsamfunn tenkning
- Fortsatt god utvikling av arbeidsplasser både med tanke på dagens befolkning og kompetansen til fremtidige innbyggere i kommunen
- Bedre kollektiv tilbud
- Gode kulturtilbud som fremmer folkehelsen



