



# Helseoversikt og helsetilstand i befolkningen i Rakkestad

## GOD OVERSIKT – En forutsetning for god folkehelse

Saksnr. **16/3394**

Journalnr. **12935/16**

Arkiv **G10**

Dato: **14.10.2016**  
(revidert utgave)



**RAKKESTAD**

mangfold og samhold



# Forord

## ***Bakgrunn og lovgrunnlag***

I forbindelse med ny Folkehelselov, ble dokumentet «Helseoversikt og helsetilstand i befolkningen i Rakkestad – god oversikt – en forutsetning for god folkehelse» lagt frem for kommunestyret 11.5.2015. Folkehelserådgiver har nå revidert dette dokumentet, i hht: «Forskrift om oversikt over folkehelsen»

*§ 5 Krav om oversiktsdokument hvert fjerde år.*

*Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10-1.*

## ***Informasjon om kilder og statistikk***

Som tidligere, er oversikten basert på:

- Opplysninger fra statlige myndigheter – Folkehelseinstituttet, SSB
- 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

## ***Informasjon om innhold***

Dette dokumentet inneholder opplysninger og vurderinger om:

1. befolknings sammensetning
2. oppvekst – og levekårsforhold
3. fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
4. skader og ulykker
5. helserelatert adferd
6. helsetilstand

Rakkestad, oktober 2016

Astrid Rutherford  
Folkehelserådgiver

## SAMMENDRAG

Man ønsker et skifte i fokus i folkehelsearbeidet fra sykdom til trivsel, eller «**well being**». Dette er et mer hensiktsmessig fokus, og innebærer en erkjennelse av betydningen av sosiale og sosioøkonomiske miljøfaktorer for å skape en samfunnsutvikling for helse og trivsel ( 90 % av det som skaper helse foregår utenfor helsevesenet). I tillegg, må en mobilisering av «**ressursene**» i lokalsamfunnet være et sterkt bidrag til å møte ønskene/ behovene til våre innbyggere.

### *Demografi*

Rakkestad er en attraktiv kommune å bo i - en landbruks kommune, med ca 8084 innbyggere, som ligger i hjertet av Østfold. Befolkningen fortsetter å øke, dog ikke i samme tempo som tidligere.

### *Levekår*

Medianinntekten til husholdninger i Rakkestad ligger høyere enn både Østfold og landet for øvrig. Vi har fortsatt lav arbeidsledighet, selv om den stiger. I likhet med resten av landet, er arbeidsledigheten blant innvandrere fra land utenom Europa er høy. Andelen i befolkningen med videregående eller høyere utdanning er lavere i Rakkestad enn landsnivået. Disse faktorene 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 og det er lite mobbing. I likhet med resten av Østfold, er frafall fra videregående skole en utfordring. Leseferdigheter til elver i 5 og 8 trinn er dårligere enn resten av landet. Årsakene til dette er sammensatt, og satsningsområde for skolene.

### **Helsetilstand**

Antall daglig røykere har sunket dramatisk de siste årene, (særlig blant ungdom). Befolkningen har fått sunnere kostvaner og de spiser mere frukt og grønt enn bare for noen år siden. Dødeligheten relatert til hjerte-karsykdommer er halvert de siste 20 årene, selv om den fortsatt er litt høyere i Rakkestad enn landet for øvrig. Forekomsten av kreftsykdommer ser ikke ut til å være forskjellig fra landsnivået. Den psykiske helsen til befolkningen i Rakkestad er bedre enn resten av Østfold.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Bakgrunn og lovgrunnlag .....	2
Informasjon om kilder og statistikk .....	2
Informasjon om innhold .....	2
SAMMENDRAG .....	3
Demografi .....	3
Levekår .....	3
Omgivelser .....	3
Oppvekst.....	3
<b>1. Befolkningssammensetning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Befolkningsvekst .....	7
1.2 Fremskrevet befolkning .....	9
<i>Figur 8. Befolkningsprognose for Østfold, eldregruppe</i> .....	9
1.3 Innvandrerbefolkningen i Rakkestad .....	10
1.4 Folkehelsekonsekvensvurderinger befolkningssammensetning .....	11
<b>2. Oppvekst- og levekårsforhold .....</b>	<b>12</b>
2.1 Økonomiske forhold – Inntekt .....	12
2.3 Barnevern Antall barn med barnevernstiltak.....	14
2.4 Arbeidsledighet .....	14
2.5 Innvandrere og sysselsetting .....	15
2.6 Uføretrygdede .....	16
2.7 Uføretrygdede .....	16
2.7 Sosialhjelpsmottakere .....	17
2.9 Barnehagedekning og barnehagemiljø.....	18
2.10 Utdanning og skolestruktur.....	20
2.12 Frafall fra videregående skole .....	21
2.13 Tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste.....	23
2.13 Pensjonisttilværelsen .....	24
2.14 Folkehelsevurderinger av oppvekst- og levekårsforhold .....	25
<b>3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø .....</b>	<b>26</b>
3.1 Drikkevannskvalitet.....	26
3.2. Miljørettet helsevern .....	26
3.2.1 Forekomst av radon .....	27
3.2.2 Risiko for legionella .....	27
3.2.3 Støy.....	27
3.2.4 Badeplasser.....	27
3.2.5 Godkjenning av skoler og barnehager .....	27
3.2.6 Sosialt boligmiljø.....	27
3.2.7 Skader og ulykker .....	28
3.3 Gang og sykkelveier.....	30
3.4 Kollektivtransport .....	31
3.6 Samarbeid med Rudskogen .....	31
3.7 Kriminalitet .....	32
3.8 Smittevern.....	32
3.9 Folkehelsekonsekvensvurdering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø .....	33

<b>6. Helsereelatert atferd</b> .....	34
6.1 Fysisk aktivitet og kosthold.....	34
6.2 Overvekt og fedme.....	35
6.2.1 Overvekt og fedme hos voksne .....	35
6.2.2 Overvekt og fedme hos barn og unge.....	35
6.4 Folkehelsevu.....	37
<b>7. Helsetilstand</b> .....	38
7.1 Forventet levealder – leveår .....	38
7.2 Dødelighet av hjerte/kar sykdommer.....	39
7.3 Brukere av legemidler til behandling av type 2-diabetes (30-74 år).....	39
7.4 KOLS ( kronisk obstruktive lungesykdommer) .....	39
KOLS, spesialisthelsetjenesten (45 +) – kjønn samlet, per 1000, standardisert.....	39
7.5 Kreft.....	39
7.6 Psykisk helse.....	40
7.6.1 Psykisk helse blant ungdom .....	41
7.7 Demens.....	42
7.8 Selvmord .....	42
<b>8. Satsingsområder</b> .....	43



# 1. Befolknings sammensetning

## Generelt

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 8084 innbyggere.

Figur 1 viser innbyggere i Rakkestad 2015 og 2016 etter kjønn og alder.

	2015	2016
	Personer	Personer
<b>0128 Rakkestad</b>		
Menn		
0-24 år	1 193	1 203
25-34 år	474	456
35-44 år	557	572
45-69 år	1 376	1 418
70-79 år	259	264
80 år eller eldre	155	153
Kvinner		
0-24 år	1 197	1 179
25-34 år	433	439
35-44 år	494	490
45-69 år	1 307	1 332
70-79 år	297	318
80 år eller eldre	278	260
<b>Totalt:</b>	<b>8020</b>	<b>8084</b>

Figur 1. Befolkning (antall og andel) Rakkestad . Kilde SSB

Figur 2 viser andelen av innbyggere som bor alene (2014).

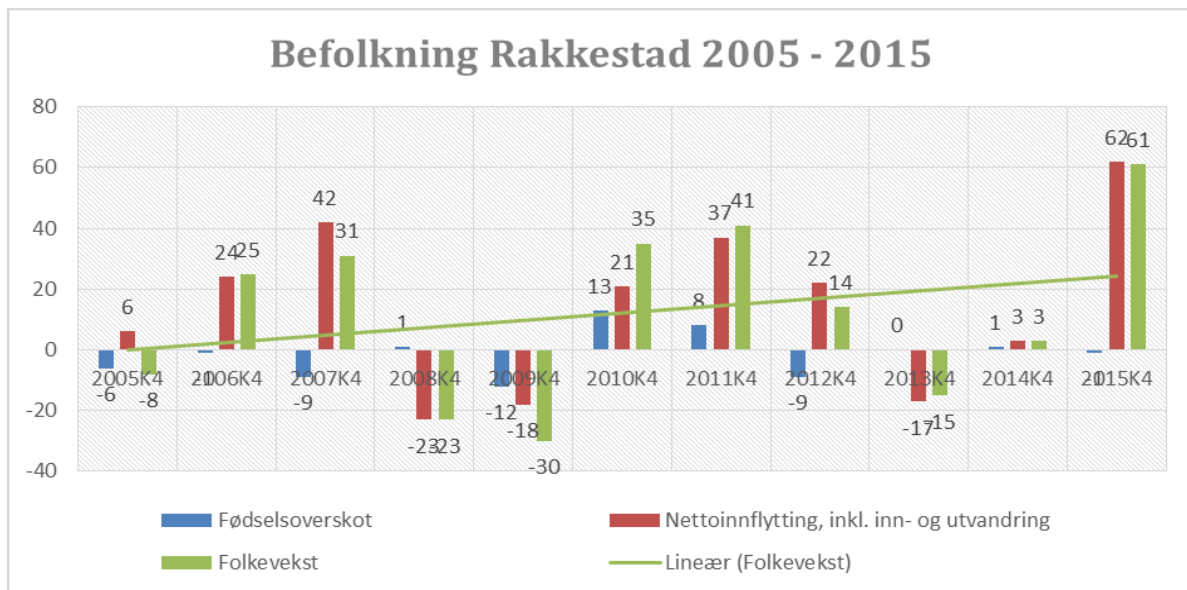
År	2014
Geografi	
<a href="#">hele landet</a>	25,6
<a href="#">Østfold</a>	25,3
Rakkestad	24,9

Figur 2. Personer som bor alene

Ca en fjerdel av befolkningen i Rakkestad bor alene. Dette er sammenfallende med resten av landet. Det er ca 1022 ugifte menn i alderen 20-66 år, og ca 752 ugifte kvinner i samme alder. 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.

## 1.1 Befolkningsvekst

Befolkningsveksten, som var høy frem til 2012, har hatt en markert nedgang.



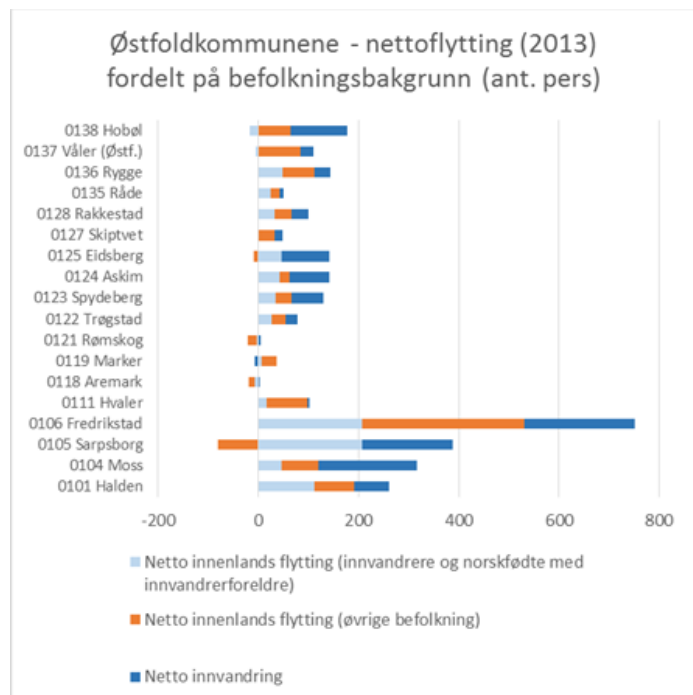
Figur 3. -----

Den samme trenden ser vi i hele Østfold. Det er mest sannsynlig at dette har sammenheng med en begynnende nedgang i konjunktorene, allerede for flere år siden.

Selv om Østfold ikke har fått noen økning i arbeidsledigheten, flytter folk generelt mindre når det er dårligere tider. I tillegg, begynte innstramningene i innvandringspolitikken å gjøre seg gjeldene.

Vi har omtrent like mange etnisk norske som personer med innvandrerbakgrunn som flytter til Rakkestad.

Figur 4 og figur 5 viser tilflyttingen til kommunene i Østfold



Figur 4. Nettoflytting (2013) fordelt på befolkningsbakgrunn. Kilde

Kommuner	2015	2016	Vekst	% endring
<b>Østfold</b>	<b>287 198</b>	<b>289 867</b>	<b>2 669</b>	<b>0,9</b>
Råde	7 206	7 357	151	2,1
Våler (Østf.)	5 100	5 186	86	1,7
Rygge	15 242	15 458	216	1,4
Moss	31 802	32 182	380	1,2
Fredrikstad	78 159	78 967	808	1,0
Sarpsborg	54 192	54 678	486	0,9
Rakkestad	8 020	8 084	64	0,8
Spydeberg	5 692	5 736	44	0,8
Hobøl	5 343	5 382	39	0,7
Halden	30 328	30 544	216	0,7
Hvaler	4 480	4 511	31	0,7
Askim	15 513	15 615	102	0,7
Eidsberg	11 353	11 396	43	0,4
Skiptvet	3 731	3 742	11	0,3
Rømskog	672	672	0	0,0
Trøgstad	5 346	5 343	-3	-0,1
Marker	3 613	3 610	-3	-0,1
Aremark	1 406	1 404	-2	-0,1

Figur 5. Innflytting/befolkningsendring i kommuner i Østfold 2015 og 2016.

Figur 6 viser aldersfordelingen for innflyttere. Det er relativt mange barnefamilier som flytter til Rakkestad. Det er få over 67 år, altså få som flytter til hit for å dra nytte av en god eldreomsorg.

År	2012	2013	2014	2015
0-5år	56	45	34	39
6-15 år	40	42	38	40
16-19 år	21	20	34	22
20-66 år	307	299	287	317
67 år og eldre	9	11	20	20
<b>Totalt:</b>	<b>433</b>	<b>417</b>	<b>413</b>	<b>438</b>

Figur 6. Innflytting til Rakkestad 2012, 2013, 2014, 2015 fordelt på alder. Kilde: SSB



## 1.2 Fremskrevet befolkning - Hvordan ser fremtiden ut?

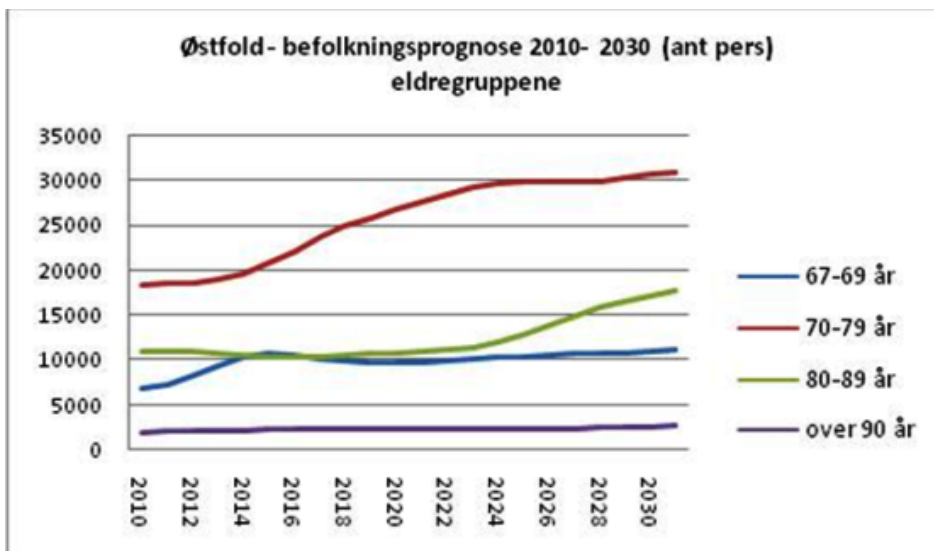
Figur 7 viser befolkningsframskriving for Rakkestad fram til 2020, 2025 og 2030, fordelt på alder. Befolkningsframskrivninger er beregninger av hvordan befolkningen utvikler seg framover, gitt ulike forutsetninger om fruktbarhet, dødelighet, flytting og inn- og utvandring.

Årstall		2020	2025	2030
Geografi	Alder			
Rakkestad	alle aldre	8 369	8 715	9 059
	0-14 år	1 415	1 466	1 484
	15-24 år	1 020	1 008	1 025
	25-44 år	2 013	2 079	2 127
	45-64 år	2 283	2 312	2 388
	65-74 år	948	1 026	1 037
	75-79 år	291	384	437
	80 år+	399	440	561

Figur 7. Fremskrevet befolkning Rakkestad. Kilde: Fhi

Figur 8 viser utviklingen for eldersgruppen fra 67 år og oppover i Østfold.

**Den såkalte «eldrebølgen» vil komme etter 2025.** Man ser at det er størst økning i gruppen 70-79 år, med en markant stigning i 2020. Dette medfører en økning antall «eldre eldre» over 80 fra 2028.



Figur 8. Befolkningsprognose for Østfold, eldregruppe

### 1.3 Innvandrerbefolkningen i Rakkestad

Figur 9 viser endringer i antall innvanderere og norskfødte med innvandrerforeldre 2000 til 2016 i Rakkestad, fordelt på kjønn og opprinnelsesland.

Figur 10 viser % fordelingen av samme gruppe i alle Østfoldkommunene

	2000	2006	2016
	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre	Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre
<b>0128 Rakkestad</b>			
<b>Menn</b>			
Europa unntatt Tyrkia	60	121	435
Afrika	11	20	59
Asia med Tyrkia	34	73	95
Nord-Amerika	0	0	8
Sør- og Mellom-Amerika	0	4	3
Oseania	0	0	0
<b>Kvinner</b>			
Europa unntatt Tyrkia	77	136	328
Afrika	9	19	59
Asia med Tyrkia	40	74	116
Nord-Amerika	5	4	6
Sør- og Mellom-Amerika	0	6	6
Oseania	0	0	0

Figur 9 Kilde: SSB.

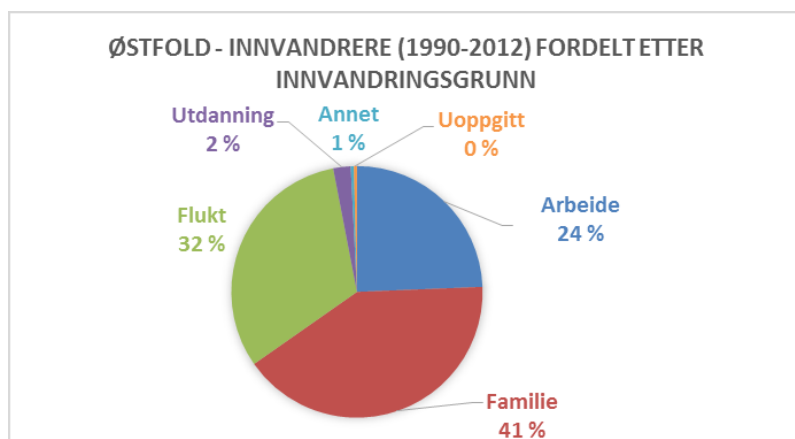
Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 2016

	andel i %
Askim	20,83
Moss	19,81
Sarpsborg	17,45
Eidsberg	16,66
Hobøl	16,16
Fredrikstad	16,14
Halden	13,68
Rakkestad	13,48
Rygge	13,42
Spydeberg	12,71
Våler (Østf.)	12,6
Råde	11,62
Skiptvet	10,32
Trøgstad	10,03
Rømskog	8,18
Marker	8,13
Hvaler	6,21
Aremark	4,82

Figur 10 Kilde: Østfoldanalysen

#### Tallene viser en større andel innvandrere fra Europa.

1. Arbeidsinnvandringen fra Europa har økt kraftig de siste 10 årene. Det er flest menn, men også en del kvinner. Dette kan tyde på at flere har tatt med seg sine familier.
2. Selv om tallene fortatt er relativt små, så har det vært en 6-dobling av innvandrere fra Afrika, like mange kvinner som menn, og en tredobling fra Asia (med Tyrkia). Som vi ser på figur 11, er familiegjenforening en viktig grunn til innvandring. Over 40% angir familiegjenforening som innvandringsgrunn.



Figur 11 Innvandrere i Østfold 1990-2012 fordelt etter innvandringsbakgrunn. Kilde: Østfoldanalysen

## **1.4 Folkehelsesvurderinger befolkningssammensetning**

### **Folkehelsesvurderinger befolkningssammensetning**

#### **Innvandringsperspektiv i folkehelsearbeidet**

Innvandrere i Rakkestad er en uensartet gruppe: arbeidsinnvandrere fra Europa er veldig forskjellige fra innvandrere fra Afrika og Asia. Det er i tillegg store forskjeller innad i de ulike gruppene. Et stort flertall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge snakker norsk, deltar i arbeidslivet og er økonomisk selvstendige. Innvandrere utgjør en ressurs, samtidig som noen har utfordringer. Som vi kommer tilbake til senere i denne oversikten, så er innvandrere fra land utenom Europa overrepresentert blant de som står utenfor arbeid og utdanning. Vi ser også at innvandrerbefolkningen gjennomsnittlig skårer lavere på levekårsindikatorer som sysselsetting, inntekt og helse, og har dermed vedvarende lavere inntekt (noe som særlig rammer barn). Arbeidsplass og skole er viktige arenaer for kontakt og involvering, og forebygging av isolasjon og ensomhet. Når vi vet at innvandrere er underrepresentert i organisasjonslivet blir samarbeid med frivilligheten i kommunen også viktig. Det er viktig at vi legger til rette for et godt samarbeid med de frivillige.

Helsesektoren har hatt fokus på «helsetjenester» til innvandrer befolkningen.

Folkehelsearbeid handler primært om å tenke «helsefremmende». Helseproblemer i befolkningen handler som hovedregel om samfunnsforhold utenfor helsetjenesten. Når innvandrer-befolkningen scorer høyere på enkelte helseproblemer, er det folkehelsearbeidets oppgave å rette innsats mot årsakene til disse helseutfordringene.

#### **Økende antall «unge eldre» etter 2025**

Som vi ser av grafen nederst på side 8, er det en markant økning av eldre i alderen 70-79 år fra 2020. Det er 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.

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», slik at flest mulig klarer seg hjemme lengst mulig med godt tilpasset offentlige tjenester. Vi må fortsette å påvirke holdningene til innbyggerne, slik at de er «aktive i eget liv» hele livet.

Som det fremgår av side 24, så er hele 86% av pensjonistene fornøyd med sin hverdag. Kultur tilbudet er viktig, også for de over 80 år.

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». Over 80% av pensjonistene yter omsorg, hjelp eller besøker venner eller slektninger.

Det jobbes for tiden med en «Frivillighetsplan» der dette blir omtalt.

## 2. Oppvekst- og levekårsforhold

### Generelt

Sosiale ulikheter i helse er systematiske variasjoner i befolkningens helse som følger av utdanning, yrke og inntekt. For hvert steg man beveger seg oppover den sosioøkonomiske stigen, jo bedre levevaner og helse, og jo høyere levealder.

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et av hovedmålene i folkehelsearbeidet og krever godt samarbeid på tvers av sektorene. Utjevningsarbeidet har mange innfallsvinkler men handler først og fremst om jevnere tilgang på de faktorene som fremmer befolkningens helse, herunder læring, mestring og trivsel i skolehverdagen, mulighet for å gjennomføre videregående skole, et meningsfylt arbeid og gode levevaner. Et grunnleggende trekk i utfordringen med å redusere sosiale helseforskjeller er at problemene har mange og uklare årsakssammenhenger, og det finnes ingen entydig svar på hvordan dette kan løses.

For å danne oss et bilde av den sosioøkonomiske statusen i Rakkestad, skal vi se nærmere på utdanning og inntektsnivå.

### 2.1 Økonomiske forhold – Inntekt

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

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 utdannelsesnivå enn gjennomsnittet.

#### Medianinntekten etter skatt i Rakkestad lå på kr 461 000

(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.)

Medianinntekten i Rakkestad ligger over gjennomsnittet i Østfold, og er ca 461 000.

Som vi ser, så er medianinntekten til husholdninger med barn i alder 0-17 år, kr 678 000.

Inntekt etter skatt, etter region, husholdningstype, tid og statistikkvariabel

	2010	2014
	Inntekt etter skatt, median (kr)	Inntekt etter skatt, median (kr)
0128 Rakkestad		
Alle husholdninger	404 000	461 000
Par med barn 0-17 år	602 000	678 000

Figur 1 Median inntekt etter skatt Rakkestad Kilde: SSB

## Barn av eneforsørgere – andel (prosent )

År		2008-2010	2012-2014
Geografi	Måltall		
hele landet	andel (prosent)	15,9	15,2
Østfold	andel (prosent)	18,0	17,8
Rakkestad	andel (prosent)	15,5	13,7

Figur 2 Barn av eneforsørgere Kilde: Fhi

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

## Par og antall barn i Rakkestad i 2011 (kilde SSB)

Det er ikke mange barnerike familier i Rakkestad.

0128 Rakkestad	
Gift	
Ingen barn	910
1 barn	185
2 barn	217
3 barn	105
4 barn	18
5 barn eller flere	7
Samboer	
Ingen barn	215
1 barn	105
2 barn	76
3 barn	17
4 barn	3
5 barn eller flere	0

Figur 3 Antall barn pr par Kilde: SSB

## Lavinntektsfamilier

Ca 10% av familiene i Rakkestad er lavinntektsfamilier ( mindre enn resten av Østfold), og ca 16% av barn mellom 1-17 år bor i en lavinntektsfamilie\*. Dette ligger omtrent på nivå med resten a Østfold (15%). Østfoldanalysen er bedt om synspunkter på dette, og mener at vi ikke har et stort problem med barnefattigdom. De påpeker at andre andre faktorer er viktige:

- medianinntekten til barnefamilier er relativt høy
- det er få familier med mange barn og få barn av eneforsørgere
- god trivsel på skolen
- mulighet for å delta i fritidsaktiviteter som ikke koster mye
- god psykisk helse
- lave boligpriser
- lav arbeidsledighet
- samfunn med stor deltakelse i det frivillige som bidrar til å ivareta disse barna

\*) Lavinntektsfamilie

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.)

## 2.3 Barnevern

### Antall barn med barnevernstiltak

Barn 0-22 år med barnevernstiltak, etter region, omsorgs-/hjelpetiltak, tid og statistikkvariabel

	2010	2014
	Barn med barnevernstiltak per 31.12. per 1 000 barn	Barn med barnevernstiltak per 31.12. per 1 000 barn
<b>0128 Rakkestad</b>		
Tiltak i alt	45,6	30,4
Omsorgstiltak	8,4	10,0
Hjelpetiltak	37,2	20,4

Figur 4 Antall barn med barnevernstiltak Kilde: SSB

**Omsorgstiltak** er der barn er tatt ut av hjemmet, og tilbudt enten fosterhjem, beredskapshjem eller institusjon. Dette tallet har økt, og det er ingen god trend.

**Hjelpetiltak** er tiltak i hjemmet, miljøarbeid, støttekontakt, foreldreveiledning osv.

Man ser at antall barn med hjelpetiltak har gått ned betraktelig de siste årene. Barnevernet ønsker å prioritere forebyggende tiltak- altså mer hjelpetiltak i hjemmet og færre omsorgsovertagelser.

Kommunens satsning på «BTI – Bedre tverrfaglig innsats» håper man vil bidra til en bedring for barna på dette området.

## 2.4 Arbeidsledighet

Registrerte arbeidsledige (prosent), etter region, alder, tid og statistikkvariabel

	2010M12	2015M11
	Registrert helt arbeidsledige	Registrert helt arbeidsledige
<b>0128 Rakkestad</b>		
15-74 år	2,6	2,8
15-29 år	3,7	4,8
30-74 år	2,2	2,3

Figur 5 Arbeidsledige i Rakkestad i % Kilde: SSB

Arbeidsledigheten i Rakkestad ligger omtrent på samme nivå som landet som helhet, men lavere enn resten av Østfold.

Vi ser at den er høyest blant de unge – i gruppen 15-29 år. Selv om prosent tallene er fortsatt lave, så ser vi en fordobling av antall individer de siste 5 årene (se tabellen nedenfor).

Registrerte arbeidsledige, etter region, alder, tid og statistikkvariabel

	2008M11	2011M11	2015M11
	Registrerte arbeidsledige	Registrerte arbeidsledige	Registrerte arbeidsledige
<b>0128 Rakkestad</b>			
15-74 år	49	100	113
15-29 år	19	44	39
30-74 år	30	56	74

Figur 6 Antall arbeidsledige i Rakkestad  
Kilde:SSB

## 2.5 Innvandrere og sysselsetting

Sysselsatte innvandrere 15-74 år, etter region, kjønn, landbakgrunn, tid og statistikkvariabel

	2014
	Sysselsatte 15-74 år, i prosent av personer i alt i hver gruppe
<b>0128 Rakkestad</b>	
Menn	
Gruppe 1: EU/EFTA, Nord-Amerika, Australia og New Zealand	81,9
Gruppe 2: Asia, Tyrkia, Afrika, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EFTA, Oseania utenom Australia og...	48,9
Kvinner	
Gruppe 1: EU/EFTA, Nord-Amerika, Australia og New Zealand	60,0
Gruppe 2: Asia, Tyrkia, Afrika, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EFTA, Oseania utenom Australia og...	40,3

Figur 7 Innvandrere og sysselsetting Kilde:SSB

Registrerte helt arbeidsledige innvandrere og deltakere på tiltak 15-74 år, etter region, landbakgrunn, tid og statistikkvariabel

	2015K4
	Arbeidsledige
<b>0128 Rakkestad</b>	
Befolkningen eksklusive innvandrere	70
Innvandrere i alt	45
Gruppe 1: EU/EFTA, Nord-Amerika, Australia og New Zealand	20
Gruppe 2: Asia, Tyrkia, Afrika, Latin-Amerika, Europa utenom EU/EFTA, Oseania utenom Australia og...	25

Figur 8 Antall arbeidsledige Kilde:SSB

Arbeidsledigheten har økt de siste 3 årene. Man legger merke til at:

1. Selv om vi fortsatt har lav arbeidsledighet i Rakkestad, er det dobbelt så mange arbeidsledige individer enn for 5 år siden – både blant de unge og de over 30 år
2. Vi har relativt mange arbeidsinnvandrere fra Europa . Ser man på innvandrers befolkningen – så er 80% av de fra Europa i arbeid, mens under halvparten av de fra land utenom Europa er sysselsatt.

Til tross for et generelt lavt utdanningsnivå i befolkningen, har vi hatt lav arbeidsledighet. Vi ser nå en betydelig innstramming i arbeidsmarkedet for denne gruppen. Innvandrere – som ofte har lav utdanning og dårlige språkferdigheter, skal konkurrere i dette markedet.

## 2.6 Uføretrygdede

Gruppen som mottar uføreytelser er en utsatt gruppe helsemessig (fysisk og psykisk) og materielt. Hvor mange som mottar uføreytelser er en indikator på helsetilstand, men må ses i sammenheng med næringslivet, utdanningsnivået og jobbtilbudet i kommunen.

Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har oftere dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land. Økte helseproblemer i befolkningen kan ikke forklare dette. Årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelige å fastslå. Ofte er de sammensatte, og forhold som usikker arbeidssituasjon, nedbemanning og livsstilsfaktorer kan påvirke sykefraværet og andelen som søker om uføreytelser.

### Uføretrygdede – varig uførepensjon\*, andel (prosent), standardisert

År			2007-2009	2012-2014
Geografi	Kjønn	Alder		
hele landet	kjønn samlet	18-44 år	2,4	2,6
		45-66 år	19,0	18,1
	menn	18-44 år	2,3	2,4
		45-66 år	15,6	14,6
	kvinner	18-44 år	2,6	2,7
		45-66 år	22,4	21,8
Østfold	kjønn samlet	18-44 år	3,2	3,8
		45-66 år	23,4	23,7
	menn	18-44 år	3,1	3,6
		45-66 år	19,8	19,8
	kvinner	18-44 år	3,3	4,0
		45-66 år	27,1	27,8
Rakkestad	kjønn samlet	18-44 år	4,5	5,0
		45-66 år	24,3	23,3
	menn	18-44 år	4,7	4,5
		45-66 år	23,2	21,3
	kvinner	18-44 år	4,3	5,4
		45-66 år	25,3	25,2

Figur 9 Prosentandel med uføretrygd Kilde: Fhi

\*Def: andel personer som mottar uføreytelser samlet ( varig uførepensjon og arbeidsavklaringspenger) i prosent av befolkningen i alderen 18 - t.o.m. 66 år. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt Uføreytelser er stønadsordninger for å sikre inntekt til livsopphold for personer 18-66 år som har fått inntektsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom eller funksjonshemning.

Vi ser at vi har noe flere unge som mottar uføretrygd enn resten av Østfold, men dobbelt så mange unge kvinner mellom 18 og 44 år som er uføretrygd enn resten av landet. Når det gjelder diagnoser er unge uføre en svært blandet gruppe. De viktigste medisinske



Årsakene til uføretrygd i alderen 18-19 år er psykisk utviklingshemming.

Psykiske lidelser grunnet rusmisbruk og depresjonslidelser er sjelden medisinske årsaker til uføretrygd blant personer i alderen 18-25 år. Aldersgruppen 25-29 år har i stor utstrekning alvorlige psykiske lidelser (psykoser, atferds- og personlighetsforstyrrelser og angst og depresjonstilstander). Disse tilstandene kan i langt større grad behandles, slik at brukerne kan nå en bedre funksjonsevne i både dagliglivet og arbeidslivet. For disse gruppene kan blandt annet arbeidsrettede tiltak være et viktig hjelpemiddel til å komme i arbeid.

Rehabiliterings – og attføringsytelser er erstattet med arbeidsavklaringspenger. Mange unge som mottar arbeidsavklaringspenger har en psykisk lidelse, og man antar at de vil søke om uføretrygd etter hvert. Det er særlig vanlig med kombinasjon psykisk lidelse, lav utdanning og liten arbeidserfaring, blant de unge som mottar arbeidsavklaringspenger. Dette øker risikoen for uføretrygd senere. 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.

Høy arbeidsinnvandring de siste 10 årene bidrar til en lavere andel uføretrygdede, fordi det er flere menn og yngre personer i denne gruppen enn i befolkningen for øvrig.

Arbeidsinnvandringen har dermed fungert som en viss motvekt mot tendensen til en aldrende befolkning. I løpet av de siste 10 årene har andelen personer med uføretrygd over 65 år avtatt med ca 10% , da pensjonsreformen gir mulighet til å ta ut alderspensjon fra 62 års alderen ( dette ser vi også hos oss ).

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

År		2007-2009	2010-2012
Geografi	Alder		
Østfold	18-24 år	7,2	7,6
	25-66 år	4,0	4,1
Rakkestad	18-24 år	6,4	5,7
	25-66 år	4,1	3,5

Figur 10 Prosentandel sosialhjelpsmottakere Kilde: Fhi

Sammenlignet med resten av Østfold, har vi færre som mottar sosialhjelp i Rakkestad. Antallet har også gått ned de siste årene. Totalt 240 innbyggere i Rakkestad mottok utbetaling fra NAV, sosiale ytelser i 2013 – hovedsakelig til husleie.

## 2.9 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 utdanningsnivå 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. Som det fremgår av figur 10., er ca 14% av barna minoritetsspråklige.

Dette er svært viktig sett ifra et folkehelseperspektiv.

### Andel barn 1-5 år i barnehage (2014)

Kommuner	Andel barn 1-5 år med barnehageplass	Andel minoritetsspråklige barn i barnehage i forhold til alle barn med barnehage
Aremark	84,5	
Askim	85,6	21,5
Moss	87,6	20,8
Rømskog	88,6	19,4
Sarpsborg	87,5	17,9
Eidsberg	88,4	17,9
Østfold	88,2	14,9
Fredrikstad	88,4	14,7
Rakkestad	86,3	14,2
Hobøl	83	13,5
Landet uten Oslo	90,9	12,5
Halden	89,5	10,4
Våler	86,5	10,2
Rygge	89,3	9,7
Trøgstad	87,4	8,7
Marker	86,5	8,4
Skiptvet	91,2	8,1
Spydeberg	96,1	7,8
Råde	90,3	7,1
Hvaler	93,7	6,6

Figur 10  
Prosentandel minoritetsspråklige barn i barnehage  
Kilde Østfoldanalysen

ISB

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. Som vi ser – så har ca 15% av barna i barnehagen innvandrers bakgrunn.

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 allikevel er sikret barnehageplass



*Kirkeng barnehage*

## 2.10 Utdanning og skolestruktur

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

72% av befolkningen i Rakkestad har minst videregående skole, noe som er mindre enn både Østfold og resten av landet. 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.

### Læringsmiljø

Norsk grunnskole er kanskje den viktigste arenaen i folkehelsearbeidet.

Der møter vi befolkningen i en viktig fase i livet. Skolen er en arena for utjevning av sosiale ulikheter i helse gjennom inkludering, læring, mestring, gode levevaner og integrering.

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

**Ved barneskolene var elevtallene 15.4.16 totalt 683**

**304 elever – Bergenhus skole**

**126 elever – Kirkeng skole,**

**253 elever – Os skole**

Totalt elevtall ved Ungdomsskolen var 15.4.16 på 347 elever.

Det har vært en stor økning i verdensklassen som pr. 15.4.16 teller 32 elever.

Formålet med nasjonale prøver er å vurdere i hvilken grad skolen lykkes med å utvikle elevenes ferdigheter i lesing, regning og i deler av faget engelsk. I grunnskolen er det 5. og 8. trinn som gjennomfører nasjonale prøver. 5. trinn har tre mestringsnivåer, der mestringsnivå 1 er lavest. 8. trinn har fem mestringsnivåer, der mestringsnivå 1 er lavest. Med utgangspunkt i poengsum, fordeles elevene på ulike mestringsnivåer. Poenggrenser er satt ut ifra resultatene på nasjonalt nivå.

**Leseferdighet på laveste mestringsnivå – 5. og 8. trinn, andel (prosent)**  
mestringsnivå 1

Skoleår		2011/12-2013/14	2012/13-2014/15
Geografi	Klassestrinn		
Østfold	5. trinn	28,8	29,0
	8. trinn	8,3	8,8
Rakkestad	5. trinn	33,5	30,5
	8. trinn	15,3	14,5

Figur 11 Prosentandel elever på laveste mestringsnivå på lesing 5 og 8 trinn Kilde:Fhi

Antall elever med leseferdigheter på laveste mestringsnivå er nesten halvert fra 5 til 8 klasse. 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 gode læringsrettede tilbakemeldinger til elevene. I tillegg er det utdannet veiledere som hjelper nyutdannede kollegaer.

Som det fremgår av den siste elevundersøkelsen i 2015, så gjøres det mye godt arbeid i skolene i Rakkestad. 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, støtte hjemmefra, medvirkning og elevdemokrati. Selv om leseferdigheten på 5 og 8 trinn fortsatt ligger under resten av landet, så er det positivt å se at jobbingen gir resultater.

## ***2.12 Frafall fra videregående skole***

Utdanning og helse henger nøye sammen. Utdanningen er medvirkende til mange prosesser som bidrar til å produsere helse i det voksne livsløpet. 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. Læring gir mestring, mestring gir helse. Selv om årsakene til frafall er sammensatte, vet vi:

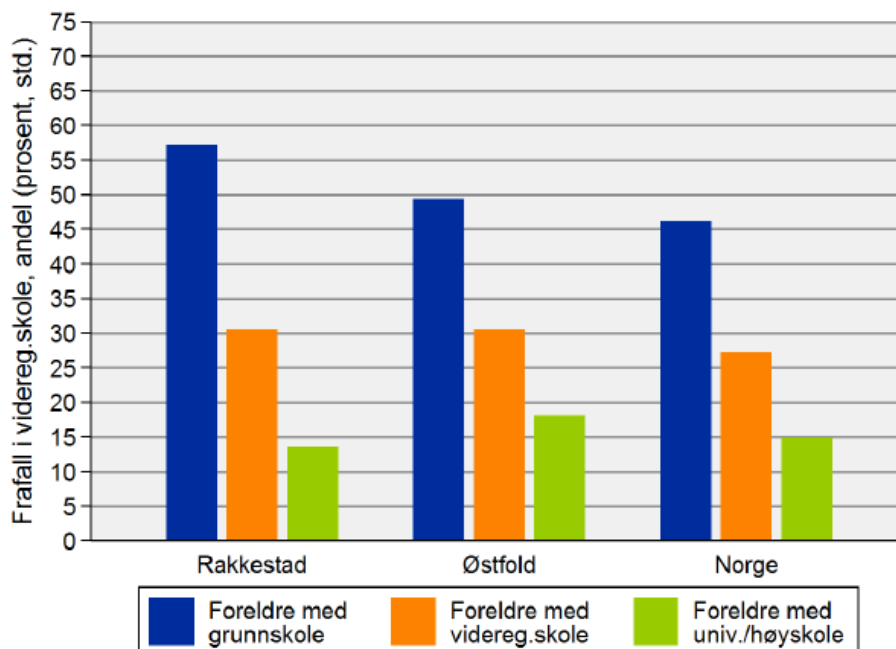
- Mange som slutter har ikke fått innfridd førsteønsket, de som velger studieretning ut fra ønske om fort å komme i arbeid slutter oftere enn de som velger ut fra interesse.
- Svake prestasjoner og stort fravær i grunnskolen predikerer frafall i videregående.
- Unge med problematferd slutter hyppig, men de med alvorlige adferdsavvik 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.
- Minoritetsungdom med ikke-vestlig bakgrunn slutter oftere enn majoritetsungdommene, men ikke annen generasjons innvandrere.
- Støtte fra foreldrene er viktig for gjennomføringsgraden.

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.

Nylig publiserte tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at av 2009- kullet målt i 2014, oppnådde 66 % fullført og bestått. Fylkestingets målsetting var 68 . Mest markant er disse forskjellene mellom studieforbereende og yrkesfaglige utdanningsprogram. Av 2008 kullet målt i 2013 fullførte og besto i Østfold 83.7 % innenfor studieforbereende mens 55.3 % innenfor yrkesforberegende utdanningsprogram oppnådde det samme. Det var også en klar forskjell mellom gutter og jenter som fullfører og består etter 5 år. Jenteandelen i «alle utdanningsprogram» var for 2008-kullet målt i 2013 på 71.0 % mens gutteandelen var 60.8%. Til tross for fokus på dette området fra Østfold fylkeskommunes side, har det hatt en

begrenset effekt. Vi ser at den sterkeste indikatoren på hvorvidt en ungdom fullfører videregående skole – er foreldrenes utdanningsnivå.

### Frafall i videregående skole



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

Figur 11 Frafall i videregående skole sett i forhold til foreldrenes utdanning Kilde: Fhi



## **2.13 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
- Helsesøster 5,0 ( samt at vi betaler for 0,2 helsesøster på VGS i Eidsberg)
- Lege (helsestasjon og skolehelsetjenesten) 0,6
- Fysioterapeut 0,3



## **2.13 Pensjonisttilværelsen**

### **Hvordan står det til med pensjonistene?**

Frem mot 2025, er det antall eldre i alderen 70-79 som vil øke mest.

Henviser til «Pensjonistundersøkelsen 2015- tidsbruk og myter» (utført av TNS Gallup på oppdrag av Statens seniorråd). Oppsummering:

1. 74% av pensjonistene sier de hjelper venner eller naboer
2. 58% av pensjonistene som har barnebarn, passer barnebarna
3. 82% av pensjonistene yter omsorg, hjelp eller besøker ektefeller, samboere eller slektninger
4. 67% av pensjonistene bruker tid på kulturarrangementer og opplevelser som kino, teater, konserter osv
5. 30% av pensjonister bruker tid på kurs, seminar, foredrag og lignende
6. 11% av pensjonister gjør arbeid på tidligere arbeidsplasser
7. 87% av pensjonister driver med fysisk aktivitet
8. 95% av pensjonister bruker tid på sosial omgang
9. de fleste pensjonister ser på TV mellom 1 og 3 timer hver dag
10. 48% av pensjonistene reiste til varmere strø det siste siste året ( 30% inntil 1 mnd). Dette er omtrent som befolkningen for øvrig.
11. hele 86% av pensjonistene er fornøyde med innholdet i hverdagen
12. eldre pensjonister over 80 år, bruker mindre tid på alle ovennevnte aktiviteter – unntatt kultur tilbud, som er relativt uendre





## 2.14 Folkehelsevurderinger av oppvekst- og levekårsforhold

### Folkehelsevurderinger av oppvekst og levekårsforhold:

1. Økonomiske vilkår: Befolkningen i Rakkestad tjener godt til tross for relativt lav utdanning.
2. Næring og sysselsetting: fortsatt relativt lav arbeidsledighet, men en fordobling de siste 5 årene. Mange som pendler ut av kommunen, og dårlig kommunikasjon til de store byene. Høy arbeidsledighet blant innvandrere med bakgrunn utenfor EU.

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.

Lavt utdanningsnivå, kombinert med økende antall innvandrere som konkurrerer om de samme jobbene.

3. Arbeid og uførhet: Antall unge uføre er noe høyere enn resten av Østfold (særlig unge kvinner)

Utfordring: kombinasjonen psykisk lidelse, lav utdanning og liten arbeidserfaring fører ofte til uførhet. Samarbeid mellom det offentlige og private arbeidslivet for å gi mulighet for arbeidstrening/hospitering for ungdom som står i fare for å falle utenfor.

4. Utdanning: Generelt lavt utdanningsnivå. Kun 72% av befolkningen har fullført videregående skole. Viktig med grunnleggende ferdigheter.

Tiltak:

videreutdanning av lærere

kompetanseheving innen områder som klasseledelse

veiledning av nyutdannede/nytilsatte lærere

nettverksbygging- Kvaliøs – kvalitet i indre Østfold skolene – et prosjekt for å heve resultater på grunnleggende ferdigheter målt ved nasjonale prøver.

BTI – bedre tverrfaglig innsats

5. Barnehage, helsestasjons og barnevernstjenesten: god barnehagedekning. Ca 15% av barna har innvandrer bakgrunn. Viktig med tidlig innsats for å sikre god integrering og hindre frafall i videregående skole.. Høy grad av tillit til helsestasjon. God vaksinasjonsdekning.

## 3. Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

### Generelt

Kunnskap om miljøets betydning for helsen har utviklet seg mye. Positive miljøfaktorer kan være stimulerende omgivelser med god tilgang til sosiale møteplasser, muigheter for kulturelle opplevelser, rekreasjon og opphold i friluft. Slike faktorer er helt sentrale og helsefremmende miljøgoder for dagens mennesker, og er medvirkende til at Rakkestad er en attraktiv kommune å bo i. Negative miljøfaktorer kan være dårlig uteluft, dårlig inneklime, uønsket støy, komponenter i fann, fremmedstoffer og sykdomsfremkallende mikroorganismer i mat, kjemikalier og stråling.

### 3.1 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 svært god (dessverre er det ikke nyere tall enn fra 2014) 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.

#### **Drikkevannsforsyning (2014) – tilfredsstillende resultater, hygienisk kvalitet og leveringsstabilitet, prosent**

Geografi	
<a href="#">Østfold</a>	94,2
Rakkestad	100,0

Figur 1 Godt drikkevannsforsyning Kilde:Fhi

### 3.2. Miljørettet helsevern

Kommunen skal føre tilsyn etter Forskrift om miljørettet helsevern ( hjemlet i Folkehelseloven). Forskriftens formål er:

- a) å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold
- b) å sikre befolkningen mot faktorer i miljøet, blant annet biologiske, kjemiske, *fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen.*

Dette gjelder bl a følgende faktorer:

### **3.2.1 Forekomst av radon**

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

### **3.2.2 Risiko for legionella**

Kommunelegen i Rakkestad har ansvar for å føre tilsyn med virksomheter som har innretninger som direkte eller indirekte kan spre Legionella via aerosol. For tiden er det kun Industriveien Utvikling som har 2 kjøletårn. 2. Diplom-Is avdeling Rakkestad bruker nå kun luft til nedkjøling av sitt anlegg, ikke vann som tidligere.

Andre bedrifter som har innretninger som kan spre legionella er NorTrapp, med befukningsanlegg, samt vaskeanleggene på de 2 bensinstasjonene i kommunen.

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.

### **3.2.3 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.

### **3.2.4 Badeplasser**

Vi har to offentlige badeplasser med svært god vannkvalitet: Holtetjern og Kolbjørnsviksjøen.

### **3.2.5 Godkjenning av skoler og barnehager**

Samtlige skoler og barnehager er godkjent etter Forskrift om miljørettet helsevern. Kirkeng skole er i tillegg sertifisert som en «Helsefremmende skole».

### **3.2.6 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
God opplevd helse	85	81	74	65

### 3.2.7 Skader og ulykker

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. Om lag hver tiende sykehuspasient er innlagt for behandling av en ulykkeskade. I tillegg kommer de skadene som ble behandlet poliklinisk eller av lege/legevakt, og de skadene som folk ikke søker medisinsk behandling for. Basert på Personskaderegisteret ved Folkehelseinstituttet er det beregnet at det årlig forekommer 450 000-500 000 ulykkeskader 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.

### Bruddskader

Tabellen I nedenfor ( kilde SØF)– på antall bruddskader i Rakkestad de siste 3 årene, så ser vi at økningen begynner 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	<b>1-5</b>	<b>6-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-44</b>	<b>45-66</b>	<b>67-79</b>	<b>80-89</b>	<b>Over 90</b>	<b>Totalt</b>
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
2015	0	5	0	8	11	11	14	5	54

Østfold har flest hoftebrudd av alle fylker i Norge. Rakkestad ligger på samme nivå som Østfold fylke og resten av landet med hensyn til personskader og hoftebrudd. Tallene på hoftebrudd varierer lite fra år til år. ( Kilde: SØF)

<b>Rakkestad</b>	2011	2013	2014	2015
Alle brudd	51	53	54	54
Hoftebrudd	16	16	18	14

I løpet av de siste 15 årene har forekomsten av hoftebrudd blant norske kvinner sunket med ca 20%. Man antar at dette har sammenheng med at færre røyker ( røyking er en risikofaktor for benskjørhet), vi er blitt mindre stillesittende, samt at folk har gått opp i vekt ( som også minsker risikoen for hoftebrudd!). Men, selv om antall brudd pr 10 000 innbyggere har gått ned, har det ikke blitt færre hoftebrudd årlig totalt sett, siden det blir stadig flere eldre. Norge ligger fortsatt på verdenstoppen når det gjelder insidens av hoftebrudd.

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.

### **Brann og drukningsulykker**

Ingen omkomne i brann eller drukningsulykker i 2015.

### **Trafikkskader**

Det er statistisk sett ingen spesielt utsatt skoleveier. Vi har imidlertid et stort antall elever som tar buss/får skoleskull

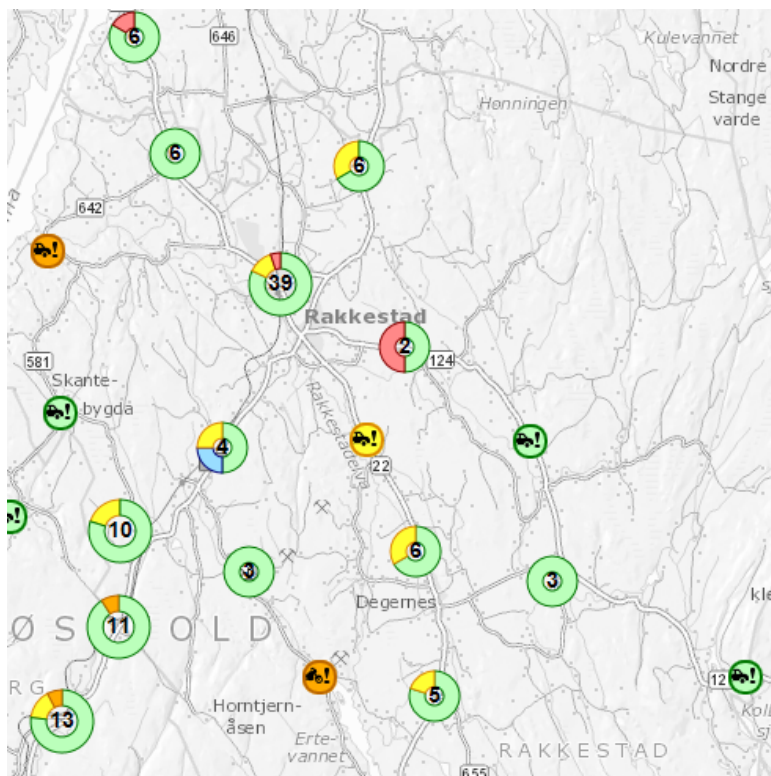
<b>Skole</b>	<b>Antall elever med buss/skyss</b>	<b>Antall elever på skolen totalt</b>
Bergenus	92	311
Kirkeng	93	117
Os skole	116	229
Rakkestad ungdomsskole	114	313
<b>Totalt</b>	<b>415</b>	<b>970</b>

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



### Spesielle ulykkespunkter – ulykkesstrekninger

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 Gautestadslletta 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 er under revidering.

### 3.3 Gang og sykkelveier

Rakkestad kommune har 6 km med sykkelstier, men 21 km med sykkel/gang og turstier. I Østfold ligger snittet på 21 km /10 000 innbyggere, og på 37km/10 000 innbyggere i resten av landet. Dette er et område som er prioritert i Rakkestad.

- Vi er en landkommune der det er relativt store avstander til skole, butikk, treningshaller og forsamlingslokaler.

- Nesten 50% av barna tar buss til skolen
- Alle ungdommer må pendle ut av kommunen for videregående skole/utdanning
- Problemer med overvekt blant både barn og voksne

Trafikksikkerhetsplan skal revideres. Det er opprettet en egen trafikksikkerhetsgruppe med skolesjef, teknisk sjef og folkehelserådgiver. Hensikten er å se helhetlig på satsningen innen etableringen av gang og sykkelstier- både med tanke på sikkerhet for skolebarna/befolkningen og folkehelsegevinsten.

### ***3.4 Kollektivtransport***

#### **Tilbud og tilgjengelighet til kollektivtransport**

- 1. Tog** – ønske om bedre tilbud. Tog 2 ganger daglig mellom Rakkestad og Oslo, men mye uregelmessigheter i avgangene. 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.

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

- befolkningsvekst
- 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

### ***3.6 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. Det er et svært godt samarbeid mellom de frivillige i Rakkestad og arrangørene av Gatebilfestivalen.

### 3.7 Kriminalitet

Vedlagt følger statistikk for de siste årene for div sakstyper og saksområder.  
(kilde: Svein Midtskog, lensmannen i Rakkestad)

Rakkestad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antall reg forbrytelser	400	392	439	337	413 (622)*	481 totalt.*
Vold	26	36	29	31	43	42
Skadeverk	27	31	20	15	12	22

\*Ny straffelov hvor det ikke er forskjell på forbrytelser og forseelser.

Tilsvarende tall i 2014 hadde da vært 622

Den store nedgangen har vært på vinnings- og nark-sakene, med nedgang på henholdsvis 29% (fra 212 til 184 saker) og 54% (fra 110 til 50 saker).

Nedgangen på vinningsaker er en nasjonal "trend", men kanskje like mye den målrettede satsningen Østfold politidistrikt har gjort mot mobile vinningskriminelle. I tillegg har Rakkestad i 2015 vært forskånet for disse mobile vinningskriminelle, som gjerne opererer langs de store gjennomfartsvegene som f.eks. E-6 og E-18.

Når det gjelder nedgangen på nark-saker skyldes det to ting. For det første har vi ikke hatt mulighet til å satse så mye på den sakstypen som vi hadde i 2015. Vi er avhengig av aktiv utetjeneste for å produsere slike saker. Statistikkallet på narksaker var for øvrig meget høyt i 2014.

Enn annen årsak til nedgangen i nark-saker er endringer i statistikkføringen. Tidligere kunne det være slik at et beslag ble 3 saker (kjøp, besittelse og bruk). Slik er det ikke lenger, og et beslag blir da kun 1 sak.

### 3.8 Smittevern

Rakkestad kommune har egen smittevernlege som er underlagt Kommunelege 1. Det er legevakt samarbeid med Sarpsborg kommune. Smittevernplan er ivaretatt i kommunens overordnede ROS analyser og beredskapsplan. Smittevernplan er revidert i 2016.





### 3.9 Folkehelsekonsekvensvurdering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

#### Folkehelsekonsekvensvurdering fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

- Rakkestad deltar i nettverket [Trygge lokalsamfunn](#)  
Modellen er tuftet på fire grunntanker :
  - Tverrsektorielt samarbeid
  - Kunnskapsbasert
  - Medvirkning (involvere og engasjere innbyggerne i lokalsamfunnet.)
  - Livsløpsperspektiv
- Folkehelse –perspektiv i kommunal planlegging  
( For eksempel: revidering av samfunnsdelen av Kommuneplan, Trafikksikkerhetsplan og Plan for frivillighet )
- Satsning på utbygging av kommunale gang/sykelstier
- Tilrettelegging for at ungdom kan sykle/gå til fritidsaktiviteter og til uformelle samlingssteder i kommunen ( skateanlegg osv)
- Trafikksikkerhetsgruppen: ( består av leder fra skole, teknisk og folkehelserådgiver)  
vurderer behovet for skoleskyss, samt foreslår prioriteringer i gang og sykkelstier som «binder» sammen eksisterende stier
- Fysisk aktive eldre har bedre balanse og færre fallulykker
  - viktig med tilbud som er lett tilgjengelig for mange – både for sosiale og fysiske aktiviteter ( f.eks bowles, hjertetraining, balansegrupper, turgrupper osv)
  - temakvelder i regi av frivillige organisasjoner
  - god belysning i det offentlige rom
  - ergonomisk tilrettelegging hjemme (sklimatter, tilrettelagt bad og kjøkken, brodder, strøsand osv) – samarbeid med forsikringsselskap og de frivillige, kommunen
  - godt samarbeid med fastlegene med tanke på optimal medisinerings av den enkelte

## 6. Helsereelatert atferd

### Generelt

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 helsereelaterte 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.

### 6.1 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 treningscenter 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 fysiske aktiviteter kan være en medvirkende positiv årsak til dette.

## 6.2 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.

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.

#### 6.2.1 Overvekt og fedme hos voksne

Det er vanskelig å få gode tall på antall voksne i Rakkestad som er overvektige. For menn, har vi tall fra målinger gjort når de var inne til sesjonen ( unge menn). For kvinner har vi tall fra fødselsmeldingen (vekt ved start på svangerskapet).

BMI over 25 hos menn og kvinner i prosent - standardisert: (Kilde Fhi)

År		2011-2014
Geografi	Kjønn	
Østfold	menn	26,4
	kvinner	20,7
Rakkestad	menn	32,7
	kvinner	29,3

Vi ser at ca 30% av den unge befolkningen i Rakkestad er overvektige.

#### 6.2.2 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. Men, det ser ut til at dette har stabilisert seg de siste 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

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	2013 2 år 13,2%	2015 2 år 13,0% (11 av 83 barn)
Rakkestad: Antall med fedme eller overvekt	4 år 8,8%	4 år- 17,0% ( 16 av 94 barn)

Med små tall er det vanskelig å bruke prosent. Vi kan dermed ikke konkludere med at det har vært en nedgang i antall barn med overvekt på 4 års kontroll.

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

År	2008	2010	2011	2012	2014	2015
Norge	15%	17,8%		15,8%	16%	
Helse sørøst	13,7%	15,9%		15,4%	16%	15,4%
Rakkestad		18,8%	16,7%	21,4%	25%	18%

Vi ser nå en nedgang i antall overvektige barn på 3 trinn i Rakkestad fra 25% til 18%. Men med såpass små tall som vi har, vil det forekomme årlige svingninger.

Satsingen kommunen har hatt på dette feltet:

- Matkurs for foreldre til barn på 3 trinn med overvekt
- Satsing på sunn mat på SFO
- Matkurs for ALLE foreldre til 2 åringer
- Fokus på aktivitet og kost i svangerskapet

I 15-16-årsalderen er andelen som har overvekt eller fedme om lag 16-17 prosent. Blant 15-åringene er det forholdsvis litt flere gutter enn jenter som har fedme. Det er det motsatte av hva vi ser blant åtteåringene.

### 6.3 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

Her i Rakkestad ligger vi på landsnivå- med ca 13% dagligrøykere- flest i aldersgruppen 45-59 år. 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.

## 6.4 Folkehelsevurderinger av helserelatert adferd

### 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 arvelige forhold kan ha 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 tiårene, 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. Det har imidlertid vært en positiv utvikling i Østfold i andelen som spiser frukt/grønt hver dag.

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.

- De siste tallene viser at vi nå ligger på samme nivå som resten av landet. 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 (Fhi-Barnevektstudien fra 2008-12)

Vi må jobbe tverrsektorielt på flere nivå:

- helsefremmende skoler og barnehager med fokus på kost og aktivitet ( Kirkeng skole er nå sertifisert som *Helsefremmende skole*)
- matvaner barnefamilier ( startet med nytt prosjekt 2015)
- redusert tilgang på usunne matvarer ( for eksempel søte drikker) i kantiner, idrettsarrangement osv ( prosjekt 2015)
- satsing på gang og sykkelstier

## 7. Helsetilstand

### Generelt

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.

### 7.1 Forventet levealder – leveår

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 levkår 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. Norge og Litauen kommer dårligst ut i en ny europeisk undersøkelse om forskjeller i dødelighet mellom høyt og lavt utdannede, viser en fersk studie fra Folkehelseinstituttet.

I resten av Europa er forskjellene mellom utdanningsgrupper redusert, men ikke i Norge. I Norge øker forskjellene, spesielt for kvinner, Tidligere forskning har vist at de med høyere utdanning i gjennomsnitt lever lengre og har bedre helse enn de med lav utdanning. Flere studier har vist økende forskjeller. Årsaken til utjevningen i Europa skyldes hovedsakelig et fall i dødelighet av hjerteinfarkt og angina pectoris, røykerelaterte sykdommer, samt dødsfall som følge av sykdommer som kunne vært unngått med riktig medisinsk behandling.

**Innleggelser i spesialisthelsetjenesten:** Antall pasienter innlagt (dag- og døgnopphold) i somatiske sykehus per 1000 innbyggere per år. Dersom en person legges inn flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års glidende gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for overlappende 3-årsperioder).

År			2012-2014
Geografi	Sykdomsgruppe	Måltall	
Østfold	<a href="#">Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)</a>	Årlig antall	5 337,3
		per 1000, standardisert	17,6
	<a href="#">Skader (S00-T35)</a>	Årlig antall	3 964,0
		per 1000, standardisert	13,7
	KOLS (J44)	Årlig antall	458,3
		per 1000, standardisert	1,5
Rakkestad	<a href="#">Hjerte- og karsykdommer (I00-I99)</a>	Årlig antall	183,3
		per 1000, standardisert	20,9
	<a href="#">Skader (S00-T35)</a>	Årlig antall	104,0
		per 1000, standardisert	12,6
	KOLS (J44)	Årlig antall	11,3
		per 1000, standardisert	1,3

## 7.2 Dødelighet av hjerte/kar sykdommer

Som det fremgår av denne tabellen, har vi fortsatt en overdødelighet av hjerte/kar sykdommer i Rakkestad, selv om den er nesten halvert de siste 20 årene ( ca 14 dødsfall pr år til mellom 7-8 pr år). De fleste infarktsdødsfallene skjer nå etter 80 år.

**Dødelighet (0-74 år) – per 100 000** hjert/Ikar sykdom (kilde Fhi)

År			1986-1995	2003-2012
Geografi	Dødsårsak	Måltall		
Østfold	Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)	Årlig antall	419,8	187,5
		per 100 000, standardisert	178,6	70,3
Rakkestad	Hjerte-og karsykdommer (I00-I99)	Årlig antall	13,6	7,5
		per 100 000, standardisert	184,0	101,0

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

År	2007-2009	2012-2014
Østfold	33,0	39,2
Rakkestad	31,6	39,5

Det ser ut som om vi ligger på nivå med resten av Østfold når det gjelder forekomsten av sukkersyke. Antall personer som bruker legemidler til behandling av «aldersrelatert» sukkersyke har økt de siste årene. Dette har sammenheng med bedre og mere aggressiv behandling, og en aldrende befolkning.

## 7.4 KOLS ( kronisk obstruktive lungesykdommer)

KOLS, spesialisthelsetjenesten (45 +) – kjønn samlet, per 1000, standardisert

År	2012-2014
Østfold	3,4
Rakkestad	2,9

Vi har færre innleggelse på SØ pga KOLS enn resten av Østfold. I tillegg er dødeligheten pga KOLS lav.

## 7.5 Kreft

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

## 7.6 Psykisk helse

Integrasjon av psykisk helseperspektivet i folkehelsearbeidet handler om trivsel (være tilfreds med livet sitt), det å oppleve mestring, tilhørighet, medbestemmelse, vekst og positive relasjoner. Vi må dermed sette «well-being» som mål for vårt folkehelsearbeide.

Når det gjelder psykisk helse er det viktig:

1. å fokusere mere på den «positive psykiske helsen istedenfor psykiske plager og lidelser
2. at tiltak i folkehelsearbeidet må rette seg mot faktorer som påvirker psykisk helse og trivsel, og ikke symptomer eller lidelser hos individer
3. innsatsområder i folkehelsearbeidet dreier seg om samfunnsplanlegging og utvikling i sektorer som arbeidsliv, nærmiljø, kultur, barnehage, skole og utdanning.

Befolkningen i Rakkestad har bedre psykisk helse enn resten av Østfold og landet for øvrig

Brukere av primærhelsetjenesten – standardisert pr 1000 - samlet kjønn .(kilde Fhi)

År			2012-2014
Geografi	Alder	Sykdomsgruppe	
Østfold	15-29 år	Psykkiske lidelser (P70-99)	100,3
		Affektive og depressive lidelser (P73 og P76)	45,1
		Angstlidelser (P74, P79 og P82)	26,3
	45-74 år	Psykkiske lidelser (P70-99)	96,3
		Affektive og depressive lidelser (P73 og P76)	59,5
		Angstlidelser (P74, P79 og P82)	28,0
Rakkestad	15-29 år	Psykkiske lidelser (P70-99)	89,6
		Affektive og depressive lidelser (P73 og P76)	38,3
		Angstlidelser (P74, P79 og P82)	20,9
	45-74 år	Psykkiske lidelser (P70-99)	84,3
		Affektive og depressive lidelser (P73 og P76)	52,2
		Angstlidelser (P74, P79 og P82)	25,4

Det er i dag fokus på de samfunnsmessige kostnader og konsekvenser for individet av angst og depresjon.

I Rakkestad ligger vi godt under gjennomsnittet for både Østfold og resten av landet. Med økende forekomst av angst og depresjon blant unge – spesielt unge jenter – er det grunn til å tro at Rakkestad samfunnet gjør mye riktig med tanke på å forebygge psykiske lidelser hos sine unge.

Befolkningen i Rakkestad bruker vesentlig mindre sovemedisiner og medisiner mot lettere psykiske lidelser (depresjon, angst osv) enn resten av Østfold. 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.



### 7.6.1 Psykisk helse blant ungdom

Rakkestad kommune har ikke deltatt i «Ungdata» undersøkelsen. Dermed har vi ikke eksakte tall fra vår kommune, men undersøkelsen fra NOVA ( kild: Sosiale forskjeller i unge liv. Hva sier Ungdata undersøkelsene?) viser at det er må forskjeller mellom kommunene.

Resultatene viser at:

- De fleste tenåringer er godt fornøyde med foreldrene sine, og at de har et godt og tillitsfullt forhold til dem.
- De aller fleste foreldre vet hva barna gjør i fritiden, og foreldre flest kjenner både til vennene til sine barn- men også foreldrene. Dette stemmer godt overens med forholdene i en såpass liten kommune som Rakkestad. Det er relativt små sosioøkonomiske forskjeller, men ungdom i lavere sosiale lag bruker voksenpersoner utenfor familien og andre familiemedlemmer enn foreldre når de trenger hjelp til et personlig problem.
- Mobbing: både det å være utsatt for mobbing – og det selv å utsette andre for plaging og utestenging er mest utbredt blant unge i lavere sosiale lag.
- Fritidsarenaer: ungdom fra høyere sosiale lag deltar oftere i organiserte fritidsaktiviteter, og minst tid på skjermbaserte aktiviteter. Det er bare i fritidsklubbene og ungdomshusene at vi finner flest ungdom blant de lavere sosiale lagene. Spesielt bruken av sosiale medier er mest utbredt blant jenter med lav sosioøkonomisk status.
- Sosiale helseforskjeller er tydeligere blant jenter enn gutter. På helseområdet er det særlig jentene som har flest plager, både fysiske og psykiske (psykiske helseplager er 2-3 ganger høyere blant jenter enn gutter). Jenter er langt mindre fornøyd med utseende og eget selvbilde. Det er små forskjeller når det gjelder bruk av helsetjenester. Det er ingen sammenheng mellom psykiske plager og tilbud fra skolehelsetjenesten.
- Større forskjeller på individnivå enn kommunenivå: jentene er mer plaget enn gutter, de eldre ungdommer mer enn de yngre, og dårlig familieøkonomi, rusmiddelbruk, opplevd mobbing og generell misnøye med livet forsterker dette.
- Sammenheng? Vi har gått fra et samfunn der det gjaldt å finne sin plass- til der det gjelder å finne seg selv. De som er særlig orientert mot å imøtekomme dagens krav om handlekraft, retning og selvstendighet, er særlig sårbare. Dette kan være en forklaring på at det er oftest jentene som rapporterer om psykisk stress

**Sammendrag:** unge med relativt få ressurser hjemme har et generelt mer problematisk forhold til foreldre, de trives dårligere på skolen, de har oftere fysiske og psykiske plager, de er mer utsatt for mobbing, de deltar sjeldnere i fritidsaktiviteter og bruker mer av fritiden sin foran ulike skjermer, enn ungdom som vokser opp i familier med mange sosioøkonomiske ressurser.

Positive forhold hos oss:

- Tjener relativt godt og «inntektsulikheten» er liten. Relativt få aleneforsørgere. Barn har voksne i familien de kan bruke når de har personlige problemer
- God trivsel på skolen
- Viktig med godt og bredt tilbud av fritidsaktiviteter - både organiserte og ikke organiserte
- Men høyt frafall fra videregående skole

## 7.7 Demens

Hovedpunkter:

- Med økende levealder vil vi få et økt antall demenstilfeller
- Risikofaktorer for demens ser for en stor del ut til å være de samme som risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer
- Tiltak som rettes mot forebygging av hjerte- og karsykdommer, kan trolig også redusere antall tilfeller av demens.
- Gener spiller en vesentlig rolle for demens

**Anslag på antall personer i Rakkestad med demens** (kilde Engedal, 2009, Helsedirektoratet 2014)

Alder	2014	2020	2025	2030	2040	Andel (%) Demens	Antall 2020	Antall 2030
Alle	7860	8122	8374	8608	8934			
65-74	723	954	1017	1030	1068	2	19	21
75-79	229	291	385	439	461	6	17	26
80-84	208	179	237	318	392	18	32	57
85-89	140	139	120	164	263	32	44	53
90+	66	76	80	77	136	41	31	31
<b>Totalt</b>							<b>143</b>	<b>188</b>

### Vil forekomsten av demens øke i årene fremover?

Risikofaktorer for demens er de samme som for hjerte/kar sykdommer, og vil antagelig bli redusert gjennom forebygging. Selv om forebygging neppe kan forhindre en økning i antall tilfeller, håper vi at denne kan bremses en god del.

Flere kvinner enn menn blir demente- også den høyere levealderen tatt i betraktning. Den prosentvise kjønnsforskjellen øker med alderen- spesielt over 85 års alderen der den er 50% høyere blant kvinner.

Forekomsten er høyere blant personer med lav utdanning enn blant høyt utdannede.

Demens utvikler seg langsomt gjennom flere år. Forverringen skjer raskere etter hvert som sykdommen utvikler seg. Dersom den demente ikke dør av andre årsaker, vil vedkommende dø av sin aldersdemens etter anslagsvis 10 års sykdom.

I Rakkestad har vi en «demens kontakt» som vurderer den enkelte. Vi satser vi på en helhetlig demens omsorg- med dagtilbud, botilbud og støttetilbud tilpasset den enkelt og deres familie.

## 7.8 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»

## 8. Satsingsområder

### **SATSNINGSOMRÅDER:**

#### **1. Helsefremmende skoler:**

Viktig tiltak i forhold til følgende folkehelseutfordringer:

- redusere frafall fra videregående skole
- minske sjansen for å bli ufør senere i livet
- forebygging av overvekt blant barn og unge

#### **2. Helsefremmende barnehager:**

Fremmer:

- «Tidlig innsats»
- «Bedre tverrfaglig samarbeid»
- god integrering

#### **3. Gode kulturtilbud :**

Satsning på:

- Idretten
- «Kulturelle spaserstokken»
- kultur tilbud og involvering av innvandrere grupper
- nærmiljøtiltak