

FOLKEHELSEOVERSYN



OSTERØY KOMMUNE

2013

**«Befolkninga si helse er blant samfunnets
viktigste ressurser.»**

Meld.St.34

Folkehelsemeldingen

|

INNHALD

1	INNLEIING:.....	4
2	FØREMÅL:.....	4
3	KVA ER FOLKEHELSEARBEID	4
4	INNLEIING:.....	5
5	FØREMÅL:.....	5
6	STATUS OG UTFORDRINGAR	6
6.1	FOLKESAMANSETNING.....	7
6.1.1	INNBYGGJARAR.....	7
6.1.2	FØDSLAR – LEVEALDER	7
6.1.3	NETTOINNFLYTTING:	8
6.1.4	ALDERSSAMANSETJING:	9
6.1.5	FRAMSKRIVNE TAL:.....	10
6.2	OPPVEKST OG LEVEKÅRSTILHØVE.....	11
6.2.1	OPPVEKST.....	11
6.3	LEVEKÅRSTILHØVE.....	16
6.3.1	INNTEKT.....	16
6.3.2	ARBEID:	18
6.3.3	SJUKMELDINGAR:	18
6.3.4	UFØRETRYGDA:	19
6.4	FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ	20
6.4.1	SOSIALT MILJØ:.....	20
6.4.2	MILJØ:	20
6.5	HELSERELATERT ÅTFERD.....	22
6.5.1	FYSISK AKTIVITET:	22
6.5.2	RØYKING:	22
6.5.3	RUS	22
6.5.4	LOVBROT:	23
6.6	HELSETILSTAND	23
6.6.1	LEGEMIDDELBRUK:	23
6.6.2	INNLEGGJINGAR:	23
6.6.3	TANNHELSE	23
6.6.4	DØDSÅRSAKAR.....	24
6.6.5	FØDSELSVEKT:.....	25
6.6.6	OVERVEKT:	25
7	VURDERING AV INNSAMLTA STATISTIKKMATERIAL	26
7.1	HELSEUTFORDRINGAR I OSTERØY KOMMUNE;	26
7.2	UTFORDRINGAR OG SAMANHENGAR.....	27
7.2.1	OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD:	27
7.2.2	FOLKESAMANSETNAD:.....	28
7.2.3	FYSISK MILJØ:	28
7.2.4	SOSIALT MILJØ:.....	29
7.2.5	HELSERELATERT ÅTFERD:.....	29
7.2.6	HELSESTODE.....	30
8	OPPSUMMERING:	31
9	FOLKEHELSEARBEID I OSTERØY KOMMUNE	31
10	DEFINISJONAR / REGELVERK / DOKUMENT	33
10.1	DEFINISJONAR:.....	33
10.2	LOVVERK /NASJONALE FØRINGAR	34
10.3	ANDRE RELEVANTE DOKUMENT	34
11	KJELDER:.....	35

1 INNLEIING:

I følgje lov om folkehelsearbeid (2011)§5 er kommunen pliktig til å utarbeide eit skriftleg oversyn over helsestoda i folkesetnaden og positive og negative faktorar som kan verke inn på denne. Oversynet skal basere seg på tilgjengelege opplysningar frå helsestyresmaktene, fylkeskommunen, kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene, i tillegg til lokalkunnskap om faktorar og utviklingstrekk i lokalmiljøet.

Rapporten skal rullerast kvart 4. år, og skal liggja føre ved oppstart av kommunal planstrategi. Utfordringsbiletet vil slik kunne gje ein peikepinn på om eksisterande planar tek i vare dei folkehelseutfordringane kommunen står i på ein god nok måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)

2 FØREMÅL:

Føremålet med dette oversynet er å identifisere risikofaktorar og utfordringar som kommunen har i eit folkehelseperspektiv. Det skal liggje til grunn for kommunal drift, planlegging og styring, og slik sikre at prioriteringar skjer i tråd med dei utfordringane kommunen har.

I følgje forskrifta, skal oversynet over folkehelsa innehalda følgjande;

- a) folkesamansetnad
- b) oppvekst- og levekår
- c) fysisk-, biologisk-, kjemisk- og sosialt miljø
- d) skadar og ulukker
- e) helsereelatert åtferd
- f) helsestoda

Dette dokumentet er lagt opp etter desse områda. Funna er sette i samanheng, og vil danna grunnlag for folkehelsearbeid i det vidare planarbeidet til kommunen.

3 KVA ER FOLKEHELSEARBEID

I følgje lova om folkehelsearbeid (folkehelselova LOV 2011–06-24 nr 29) er dette samfunnet sin innsats for å påverka faktorar som direkte eller indirekte fremjar folkesetnaden si helse og trivnad, førebyggjer psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidning, eller som vernar mot helsetruslar, samt arbeide for ei jamnare fordeling av faktorar som kan ha negativ verknad på helsa.

4 INNLEIING:

I følgje lov om folkehelsearbeid (2011)§5 er kommunen pliktig til å utarbeide ein skriftleg oversyn over helsestoda i folkesetnaden og positive og negative faktorar som kan verke inn på denne. Oversynet skal basere seg på tilgjengelege opplysningar frå helsestyresmaktene, fylkeskommunen, kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene og lokalkunnskap om faktorar og utviklingstrekk i lokalmiljøet.

Rapporten skal rullerast kvart 4. år og skal liggja føre ved oppstart av kommunal planstrategi. Utfordringsbiletet vil slik, kunne gje ein peikepinn på om eksisterande planar tek i vare dei folkehelseutfordringane kommunen står i på ein god nok måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)

5 FØREMÅL:

Føremålet er å identifisere risikofaktorar og utfordringar som kommunen har i eit folkehelseperspektiv. Det skal liggje til grunn for kommunal drift, planlegging og styring, og slik sikre at prioriteringar skjer i samsvar med dei utfordringane kommunen har.

I følgje forskrifta om oversyn over folkehelsa skal oversynet innehalda følgjande;

- a) folkesamansetnad
- b) oppvekst- og levekår
- c) fysisk-, biologisk-, kjemisk- og sosialt miljø
- d) skadar og ulukker
- e) helsereelatert åtfærd
- f) helsetilstand

Det er vesentlege sosiale skilnader når det gjeld helse i Noreg og dette er eit sentralt element i folkehelsearbeidet. Helsekilnadane følgjer fastlagde sosioøkonomiske mønster; den viktigaste samanhengen ein ser er; dess høgare sosioøkonomisk status (utdanning, yrke, inntekt), dess betre helse.

Desse systematiske helseskilnadane har mange årsaker. Dei er delvis knytte til grunnleggjande samfunnsfaktorar som økonomi, miljø, kultur og oppvekstvilkår, risikofaktorar i høve til arbeids- og bustadmiljø samt korleis kvar og ein tek vare på eiga helse og nyttar helsetenestene.

I tillegg ser ein andre samanhengar som t.d. kva levevilkår og omgjevnader barn har, påverkar mellom anna utdanningsløp og høve til andre yrke seinare i livet. Dette igjen vil spele inn på kva helse ein får. På denne måten vert barn si utdanning og fritid viktige tema i folkehelsearbeidet. Kva ein et, kor aktiv ein er og bruk av for eksempel tobakk følgjer slike mønster.

Forskning viser at strukturelle tiltak og ordningar er det viktigaste i arbeidet for å redusera helseskilnader. Men det er og behov for å lage tiltak for utsette grupper. Alle tiltak må justerast etter behov og dette krev at kommunen har oversyn over helseutfordringane.

Folkehelsearbeid er heilskapen i samfunnet sin totale innsats for å oppretthalde, betre og fremja helsa i folkesetnaden. Dette må byggje på at alle samfunnssektorar og forvaltningsnivå føler ansvar for å fremje folkehelsa.

Definisjonar:

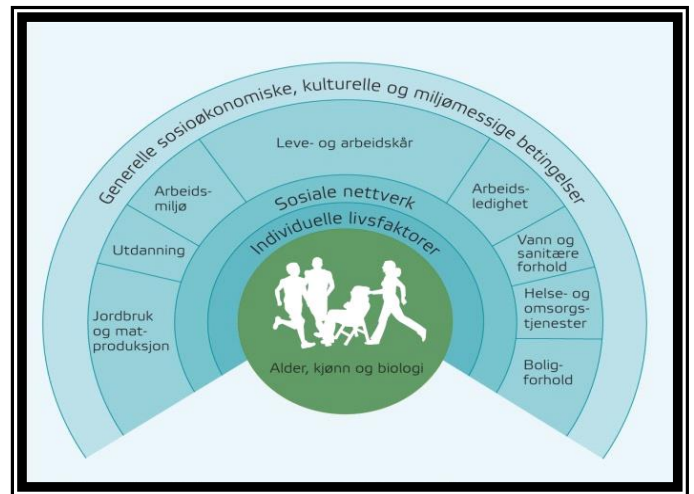
Helsefremjande arbeid: Ei fellesnemning på alt arbeid for at både det enkelte individet og fellesskapen får og held kontroll over dei tilhøva som er viktige for folket si helse.

Sjukdoms- og skadeførebyggjande arbeid: Tiltak som er retta mot å redusere risikoen for sjukdom, skade, invaliditet og for tidleg død. (NOU 1191:10 Fleire gode leveår for alle).

FAKTORAR SOM PÅVERKAR FOLKEHELSEA:

10-90-regelen seier at berre 10 % av folk sine helseproblem kan helsetenesta gjere noko med. Dei resterande 90% må løysast utanfor helsetenesta (Wildavsky 1977). Det tyder at område som skule, arbeid, personleg livsstil, familie og nettverk, sosialtryggleik, bustad, samfunnstilhøve og så vidare, er dei områda ein bør leggje inn ressursar på i høve til førebyggjande og helsefremjande arbeid.

Kvar einskild har ansvar for si eiga helse, men kommunen skal i kraft av sine verkemiddel, vere med og leggje til rette for at innbyggjarane skal kunne ta i vare og fremja eiga helse.



6 STATUS OG UTFORDRINGAR

Under dette kapitlet kjem all innsamla informasjon som ein finn relevant for kommunen sitt helseoversyn. Den er i hovudsak samla inn frå "Kommunehelsas statistikkbank". Dette er Folkehelseinstituttet si samling av statistikk som er henta frå fleire nasjonale kjelder. I tillegg er det nytta tal frå Statistisk Sentralbyrå.

Då kommunen er liten og ikkje all statistikk kan fange opp lokale utfordringar, har det vore gjennomført møte med aktuelle personar i kommunesektoren, politiet, tannhelsetenesta, NAV og friviljug sektor. Her er det gjeve kvalitativ informasjon som ein ikkje finn i registra. I tillegg er det innhenta informasjon frå Statens vegvesen.

6.1 FOLKESAMANSETNING

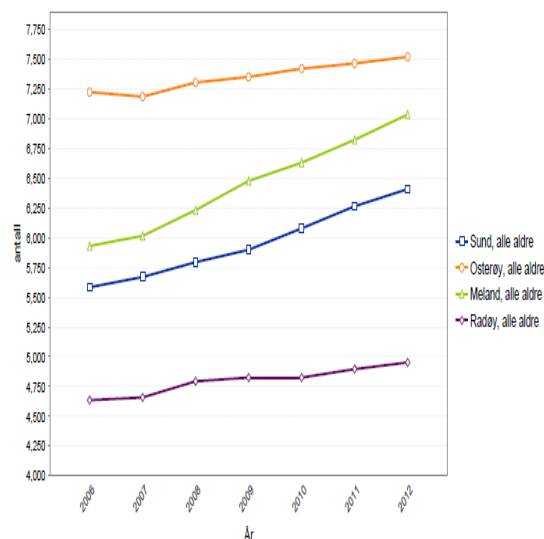
6.1.1 INNBYGGJARAR

Statistikken viser ei samanlikning mellom Osterøy, Radøy, Sund og Meland i forhold til folketalsauke i perioden 2005 - 2011. Den syner at Osterøy saman med Radøy har mindre auke i folkesetnaden enn Sund og Meland (FHI 2013)

Åleinebuande er i følgje statistikkane ei utsett gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Osterøy hadde i 2011 12,7 % åleinebuande, noko som er godt under snittet for både Hordaland(17,3%) og landet elles(17,9%) (FHI 2013).

I høve til folketalet er det lågare prosentdel med innvandrarak og norskfødde med innvandrarakgrunn enn nabokommunane (FHI, 2013).

Befolkning (antall og andel) - kjønn samlet, antall



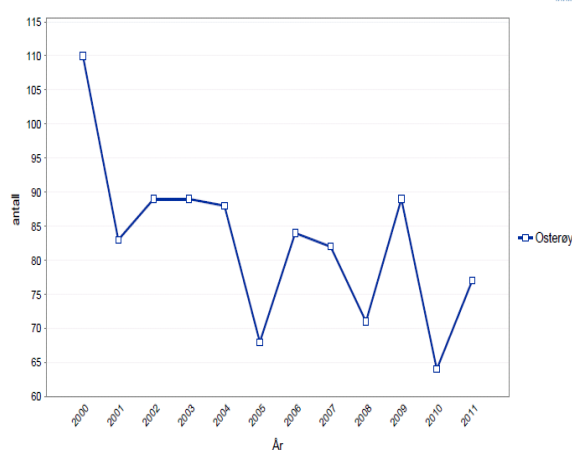
Link til ressur: <http://sfa.fhi.no/belvenen> | Opplysningsvesenstilsynet | Folkehelseinstituttet (fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) | Side: 1 / 3

6.1.2 FØDSLAR – LEVEALDER

Tal fødsalar har variert frå 64 – 110 dei siste åra (FHI -2012). I og med at det er relativt låge tal, vil det bli store utslag på statistikken ved variasjonar.

Venta levealder på Osterøy er i dag 78 for menn og 84 for kvinner. Landsgjennomsnittet er høvesvis 77 for menn og 82 for kvinner (FHI 2013).

Fødte - antall

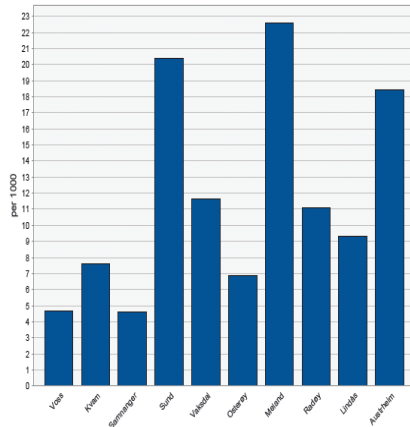


Link til ressur: <http://sfa.fhi.no/belvenen> | Opplysningsvesenstilsynet | Folkehelseinstituttet (fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) | Side: 1 / 2

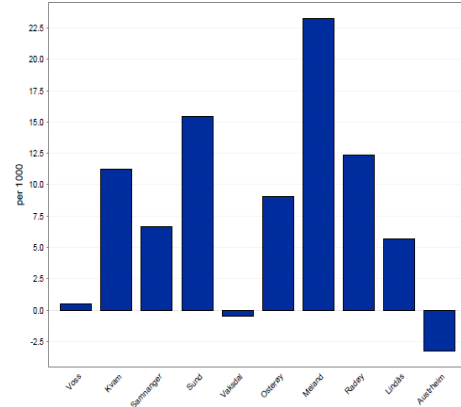
6.1.3 NETTOINNFLYTTING:

Osterøy hadde ei nettoinnflytting på 6,9 pr 1000 i 2010 og 9,1 pr 1000 i 2011. Frå 2008 til 2011 har det vore ei auke på 45,58 %. Det har vore ei jamn auke frå 2008 – 2011. frå 2008 – 2011.

Nettoinnflytting - 2010, per 1000



Nettoinnflytting - 2011, per 1000

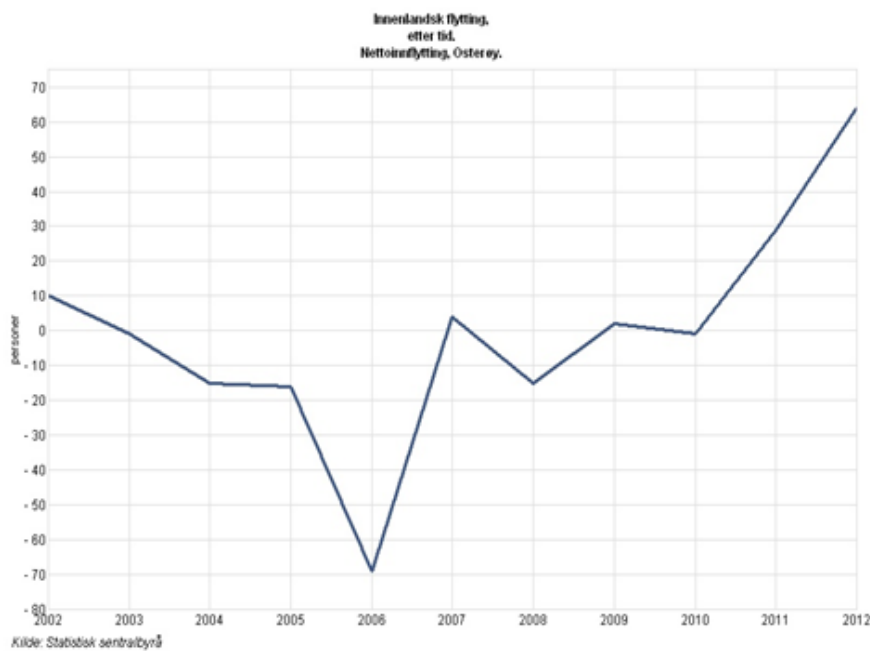


Link til ressurser: <http://data.ssb.no/belover> | [Opplysningsstatistikk](http://data.ssb.no/regioner) | [Statistisk sentralbyrå](http://data.ssb.no) | [SSB](http://data.ssb.no) | Side 1 / 2

Link til ressurser: <http://data.ssb.no/belover> | [Opplysningsstatistikk](http://data.ssb.no/regioner) | [Statistisk sentralbyrå](http://data.ssb.no) | [SSB](http://data.ssb.no) | Side 1 / 2

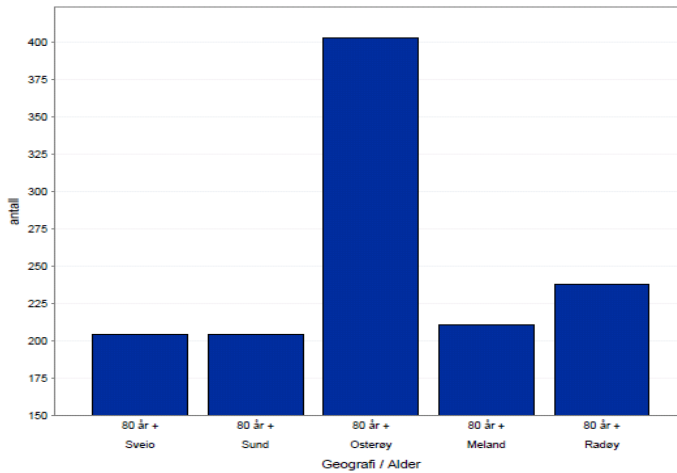
Tabellane over viser ei samanlikning av nettoinnflytting til Osterøy og omkring liggjande kommunar i 2010 og 2011. (FHI, 2013)

Tabellen under viser nettoinnflyttinga til Osterøy frå 2002 – 2012 (SSB, 2013)



6.1.4 ALDERSSAMANSETJING:

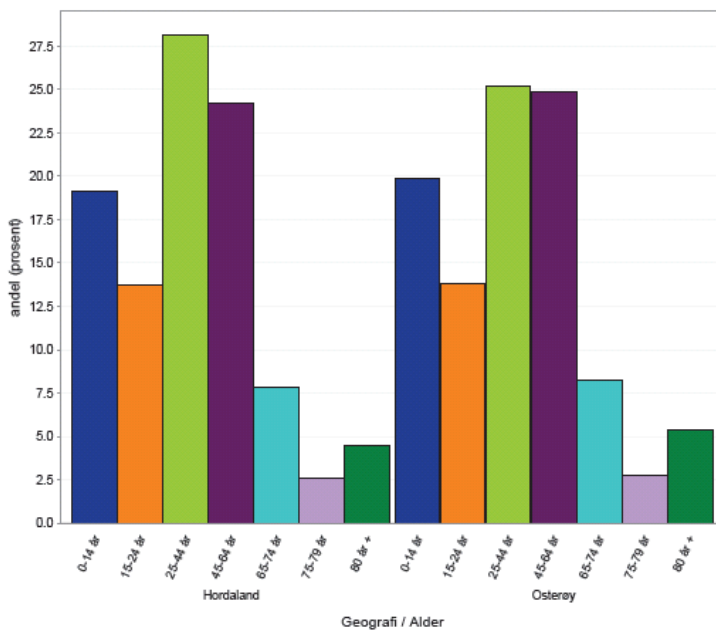
Befolkning (antall og andel) - 2012, kjønn samlet, *antall*



Link til ressurser: <http://kha.fhi.no/webview> | Opphavrett: Folkehelseinstituttet (kha.fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) | Side: 1 / 3

Alderssammansetjing viser at Osterøy ligg lågare i tal på dei som er mellom 25 og 44 år i forhold til Hordaland. Kommunen har og fleire over 80 år enn snittet i Hordaland. Samanlikna med kommunar i Hordaland som har mellom 4900 – 8000 innbyggjarar er det langt fleire over 80 år i Osterøy kommune. Elles ligg me med omlag den same fordelinga i alder som for Hordaland (FHI 2013)

Befolkning (antall og andel) - 2012, kjønn samlet, *andel (prosent)*



Link til ressurser: <http://kha.fhi.no/webview> | Opphavrett: Folkehelseinstituttet (kha.fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) | Side: 1 / 3

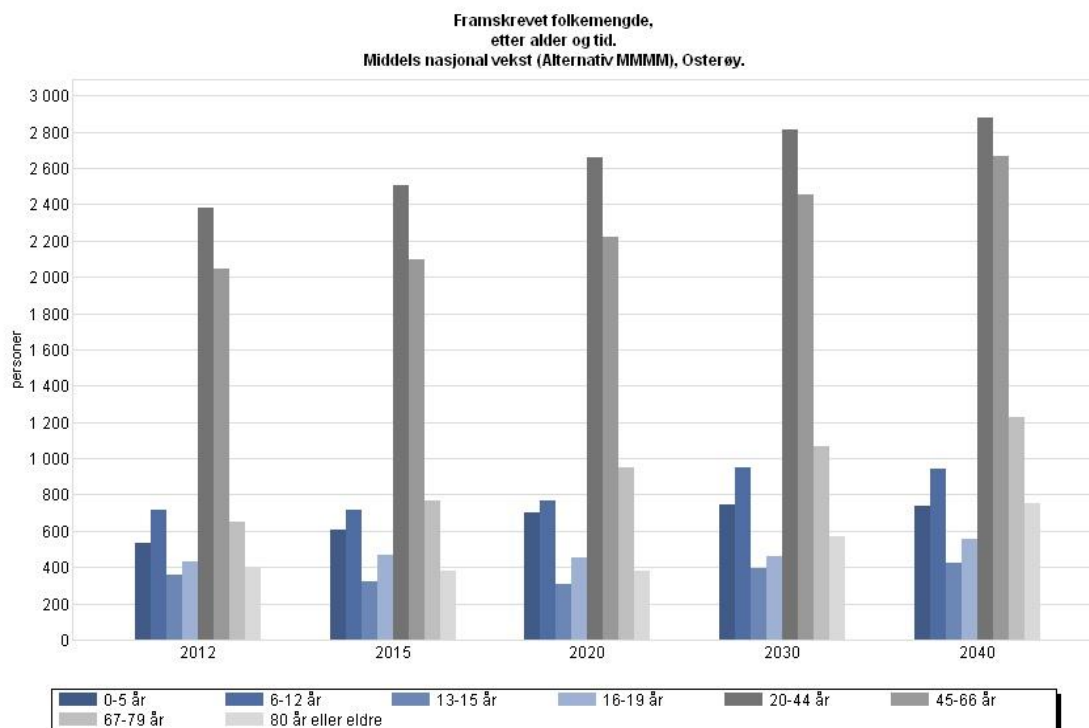
Statistikken viser alderssammansetjinga for Osterøy og Hordaland i 2012 (FHI 2013)

Det har vore ein jamn folketalsauke i åra mellom 2001 – 2011, slik tabellen syner (FHI 2013.) Frå 2011 – 2012 auka folketallet med 153 stk (SSB 2013). Dette er ei markant endring frå tidligare, då har det vore ein auke på rundt 50 personar i året.

6.1.5 FRAMSKRIVNE TAL:

Dei framskrivne tala syner i likskap med resten av landet at me kan få ei dobbel demografisk utfordring ved at tal personar som er i arbeid går ned, samt at tal på personar over 67 år aukar. I perioden frå 1992 til 2004 auka delen av mottakarar av kommunale pleie- og omsorgstenester under 67 år frå 17 prosent til 29 prosent av den totale ressursbruken.

I Osterøy er delen ressurskrevjande brukarar (mottar meir enn 35,5 timar per veke) som bur i eigen bustad, ikkje vesentleg høgare enn i ei rekkje andre kommunar. Medan delen heimetenestemottakarar over 67 år med omfattande trong for hjelp er høgare (SSB – 2012).



Framskrivning av befolkningsutviklinga i Osterøy kommune (SSB, Middels nasjonal vekst.)

UTVIKLINGSTENDENSAR I FORHOLD TIL BUSETJING:

Lonevåg er kommunesenter, elles har øya fire områdesenter, Fotlandsvåg, Hauge, Haus og Valestrand. I tillegg er det fleire bygder utanom desse sentra som vist på kartet. Det skjer ei fortetting i områda Valestrand, Lonevåg og Haus. Denne dreininga av busetting vil verke inn på ulike tenestetilbod/fritidstilbod i dei ulike delane av kommunen. Det vil seie at nokre innbyggjarar vil få lengre avstandar til teneste- og fritidstilbod.

6.2 OPPVEKST OG LEVEKÅRSTILHØVE

6.2.1 OPPVEKST

6.2.1.1 BARNEVERN:

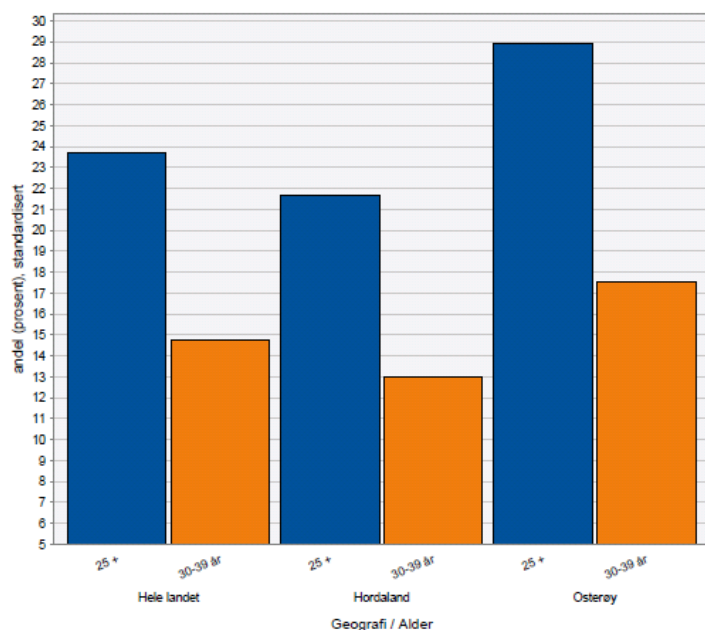
Osterøy kommune	2001	2005	2009	2011
Undersøkingar i alt	35	45	73	111
Undersøkingar avslutta	24	30	49	98
Undersøkingar som førte til tiltak	19	20	31	51
Barn med tiltak i løpet av året	57	73	79	106

(SSB 2012)

Auka i tal undersøkingar og tiltak har bakgrunn i auka ressursar til tenesta.

6.2.1.2 GRUNNSKULE

Grunnskule som høgaste utdanningsnivå - 2010, andel (prosent), standardisert



Link til ressurser: <http://khs.fhi.no/webview> | Opphavrett: Folkehelseinstituttet (khs.fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) | Side: 1 / 3

Osterøy har ein høgare del av folkesetnaden med grunnskule som høgaste utdanning enn snittet for Hordaland og heile landet.

6.2.1.3 SPESIALUNDERVISNING I GRUNNSKULEN:

Tal elevar i kommunal og privat skule – tal elevar med spesialundervisning i desse skulane:

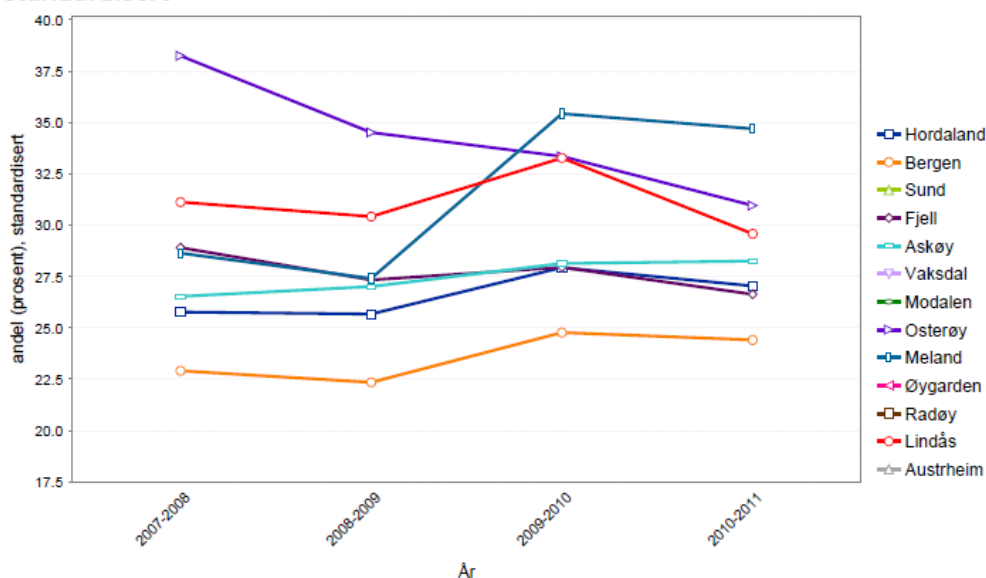
Årstall:	2008	2009	2010	2011
Tal elevar 1.-4. årstrinn kommunale og private	409	429	416	398
Tal elevar 5.-7. årstrinn kommunale og private	350	328	321	316
Tal elevar 8.-10. årstrinn kommunale og private	342	330	355	356
Tal elevar med spesialundervisning kommunale og private	108	112	125	148
Tal elevar 1.-4. årstrinn med spesialundervisning kommunale og private	37	42	43	41
Tal elevar 5.-7. årstrinn med spesialundervisning kommunale og private	37	40	32	48
Tal elevar 8.-10. årstrinn med spesialundervisning kommunale og private	34	30	50	59

(SSB)

Osterøy kommune skal ha fokus på tidleg intervensjon i høve til åtferd og lærevanskar. Dei vil avdekkja utfordringar tidlegare og gje styrka oppfølging så tidleg som mogleg. Dette gir auka tal for tilvising av spesialundervisning med vidare heilt frå barnehagealder og tidlig i barneskulen. Gamle vedtak er enno gjeldande for eldre elevar, og difor vert samla tal høgt. Aukande grad av spesialundervisning går parallelt med kutt i økonomien. Det vil seie at når delingstimane går ned, får ikkje elevane hjelp når behova er der og då vert tilvisingstala høgare.

6.2.1.4 LESEDUGLEIK 5. TRINN:

Leseferdighet på laveste mestringsnivå - 5. trinn, andel (prosent), standardisert



Link til ressurs: <http://kha.fhi.no/webview> | Opphavrett: Folkehelseinstituttet (kha.fhi.no) | Kilde: Utdanningsdirektoratet | Side: 1 / 3

Diagrammet syner at Osterøy scorar lågare på lesedugleik enn Hordaland og landsgjennomsnittet i 2010 – 2011, men det er ei positiv utvikling. (FHI 2012). Det har vore skilnad på skulane i høve til grad av meistring. Ved nokre skular har alle elevane løyst lesekode til jul i første klasse, når ein har jobba med området i barnehagen

6.2.1.5 MOBBING 7. OG 10. KLASSE:

Tala syner at Osterøy har ein høgare del av mobbing enn Hordaland og landet elles.

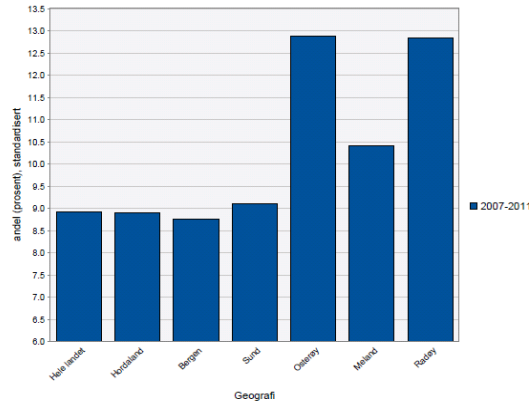
Elevundersøkinga på Osterøy ungdomsskule syner at dei to siste åra har miljøet betra seg mykje, dette kjem ikkje fram i statistikken då tala er snitt for dei siste 5 åra 2007 – 2011. (FHI 2012).

Det vart i 2011 starta opp ein privat ungdomsskule. Dette gjer

at det har vorte endringar i samansetningane i klassane dette siste året. Det vil mest sannsynleg gjere seg utslag på både trivnads- og mobberaten i ungdomsskulen.

Ved tre barnehagar i kommunen er det spesiell fokus på innlæring av sosial kompetanse i år, men det ligg i planverket til alle barnehagar å jobbe på dette området.

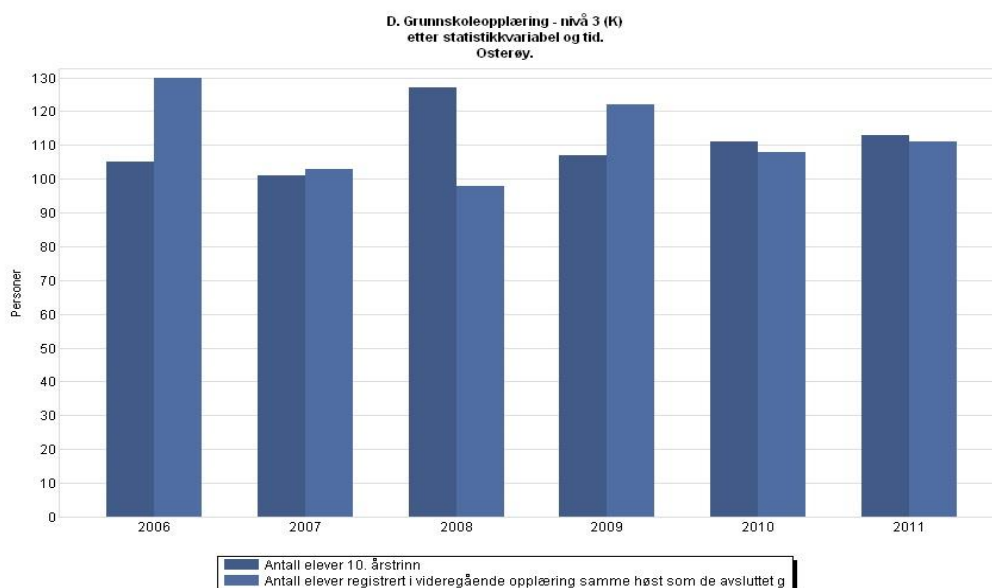
Mobbing, 7. og 10. klasse - 10. trinn, kjønn samlet, andel (prosent), standardisert



nesstar
undervisning | data | analyse | rapportering

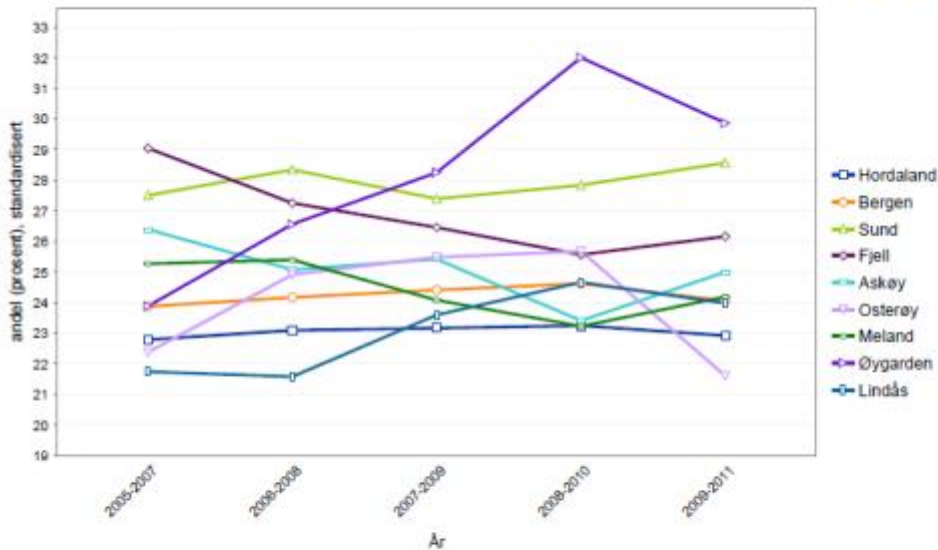
Link til rapporten: <http://fhi.no/fhi/no/publikasjoner/rapporter/2012/fhi-2012-mobbing> | Opplysningsvesenetsstatistikk (SIS) | Kilde: Undervisningsdirektoratet | Side: 1 / 3

6.2.1.6 VIDAREGÅANDE:



Dette diagrammet syner tal elevar som har avslutta grunnskulen og møtt til undervisning på vidaregåande skule same år. Dei fleste går vidare i skulesystemet (SSB 2012). Dette er positivt for Osterøy som tradisjonelt har hatt ein høg del av folkesetnaden som har grunnskule som høgaste utdanning.

Frafall i videregående skole - andel (prosent), standardisert



Link til ressurser: <http://fhi.no/fhi.no/webview> | Oppheverett: Folkehelseinstituttet (fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (2008) | Side: 1 / 2

Dei som går vidare til Osterøy vidaregåande har ca. 91% fullføringsprosent (Tal frå Osterøy vidaregåande 2009 -2011). Når ein legg til skulane frå andre kommunar der Osterøy-elevar går, er fullføringsprosenten ned i 78,4 (Fhi 2009-2011).

6.3 LEVEKÅRSTILHØVE

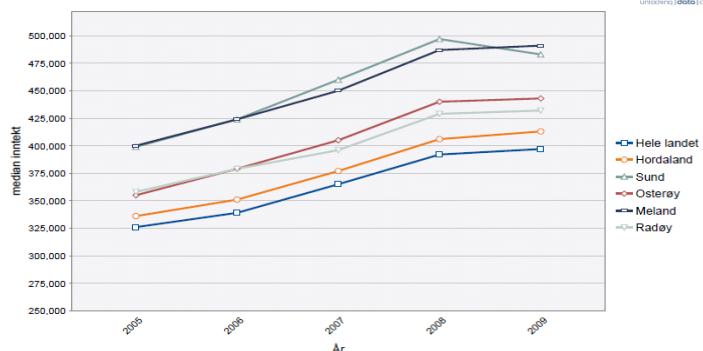
Levekår har stor verknad for motivasjon og evne til å oppretthalde helsebringande levevanar som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthald, avhald eller måtehald i bruk av tobakk og andre rusmidlar. (Næss, 2007)

6.3.1 INNTEKT

MEDIANINNTEKT

Osterøy ligg over landssnittet og Hordaland når det gjeld medianinntekt. Dette er den inntekta som ligg midt i dersom ein set alle inntektene etter kvarandre. Utviklings- og kompetanseetaten viser til at noko av forklaringa kan liggje i

Median inntekt (husholdninger) - median inntekt



Link til ressurser: <http://fhi.no/fhi.no/webview> | Oppheverett: Folkehelseinstituttet (fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (2008) | Side: 1 / 2

at Osterøy har ein låg del av åleinebuande.

Åleinebuande høyrer til låginntektsgruppa då dei ligg 50 – 60 % lågare enn middelinntekta i samfunnet. Låg inntekt vert definert i høve til kva som er det generelle eller typiske inntektsnivået i folkesetnaden (Folkehelsepolitisk rapport - Helsedirektoratet 2012).

GINI -KOEFFISIENT

Gini - koeffisienten gjev eit mål på ulikskap i inntekt. Den vert målt på ein skala frå 0 – 1 der 0 er ingen skilnad og 1 er maksimal skilnad. Gini – koeffisienten låg på 0.20 for Osterøy kommune i 2009 (FHI 2012). Kommunen ligg lågare enn landet elles og kommunar som Sund og Lindås. Det er såleis relativt sett mindre skilnader i inntekt i Osterøy enn i landet og utvalde nabokommunar.

HUSHALDNINGAR MED LÅG INNTEKT:

Grafen syner låg-inntekts-hushaldningar. Osterøy er her samanlikna med landet, Hordaland, Sund, Meland og Radøy.

Grafen syner at kommunen ligg om lag likt med Hordaland fylke, men lågare enn landet elles. Når ein samanliknar alle kommunane i Hordland mot Osterøy, ligg kommunen på 22.-plass av 33 kommunar.

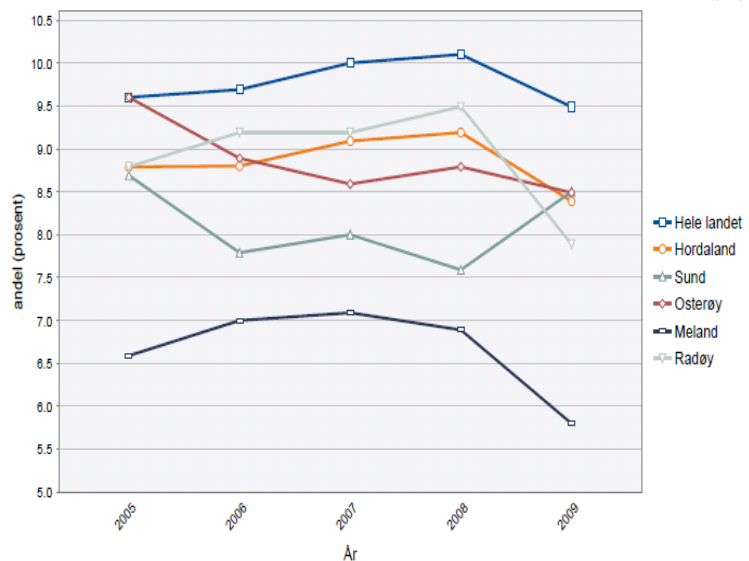
Låg inntekt er og eit mål i høve til sosial ulikskap. Låg inntekt aukar tendensen til dårlegare sjølvopplevd helse, sjukdom og tidleg død (FHI 2012).

Definisjon på låg inntekt:

OECD skala: 50 % av medianinntekta

EU skala: 60 % av medianinntekta

Lavinntekt (husholdninger) - EU60, andel (prosent)



Link til ressurser: <http://kts.fhi.no/webview> | Opphevarrett: Folkehelseinstituttet (kts.fhi.no) | Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) | Side: 1 / 3

6.3.2 ARBEID:

HØVE TIL ARBEID:

Osterøy har mange små og store private verksemdar som produserer ulike varer og tenester, i tillegg til at det er ein del jordbruk og entreprenørbedrifter i kommunen. Den største arbeidsgjevaren er Osterøy kommune.

Kommunen har mange arbeidstakarar som pendlar inn og ut av kommunen i arbeidssamanheng, på dagleg basis eller har turnusordningar. Tal frå 2011 syner at kommunen har arbeidsplassdekking på 68 %, og at 43 % av innbyggjarane har arbeidsplassen sin utanfor kommunen. Det er innpendling på 16%. (NAV)

Arbeidsplassdekkinga syner kor stor del av arbeidsstyrken kommunen teoretisk sett har sysselsetjing for i eigen arbeidsmarknad.

ARBEIDSLØYSE:

Osterøy kommune har låg arbeidsløyse pr. i dag.

I Januar 2013 låg den på 2,0%. Bruttoarbeidsløysa i fylket låg i januar på 2,7 % (NAV – Hordaland).

6.3.3 SJUKMELDINGAR:

Legemeld sjukefråvær fordelt på alder viser (2008-2012- Gjennomsnitt)

Alder	16 – 20	21 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 - 69
Prosentvist sjukefråvær fordelt på alder.	2,81 %	7,2 %	7,13 %	6,37 %	7,12 %	7,89 %

Legemeld sjukefråvær fordelt på kjønn 2010 – 2012

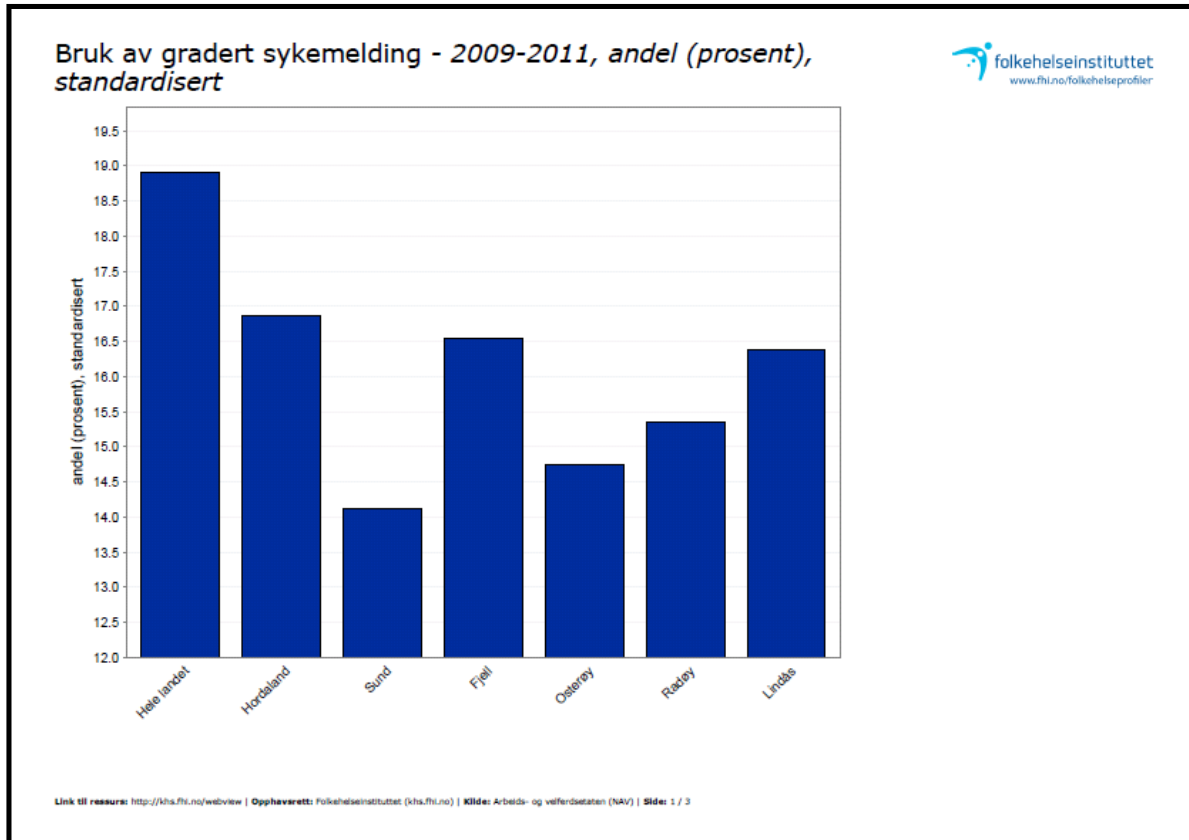
Årstall	2010	2011	2012
Kvinner	8,78 %	9,05 %	8,2 % (1.,2 og 3. kvartal)
Menn	4,6 %	5,6 %	5,8 %
Samla tal	6,95	7,15	6,03

Tala er henta frå NAV sin statistikkbank - 2012 (Dette er berre legemeld sjukefråvær og tek ikkje med eigenmeldingar)

På grunn av få tilsette i dei ulike næringane er det vanskeleg å tolke tala som kjem frå kvar einskild næring.

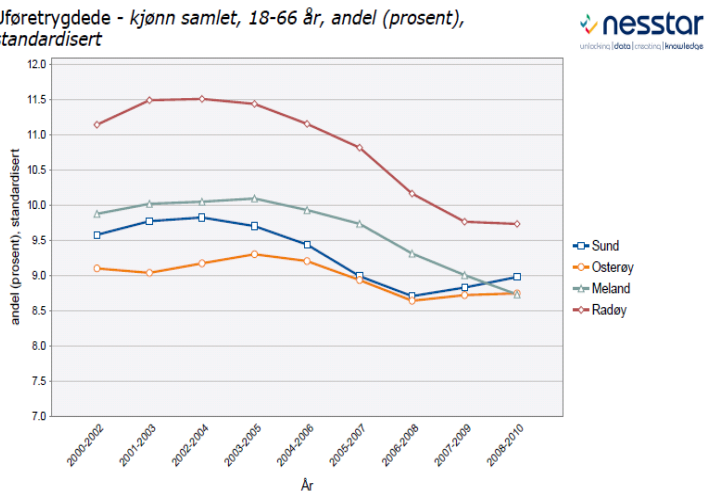
Når ein ser på sjukdomsbiletet, er det særleg to diagnosar som skil seg ut når ein ser på tapte årsverk. Dette er muskel-/skjelettlidingar og psykiske lidingar. Dette gjeld både kvinner og menn. For kvinner er det ein auke i tapte dagsverk i høve til svangerskapsjukdomar. Menn har høgare tal tapte dagsverk ved sjukdomar i luftvegane

enn kvinner. Dette gjeld særleg 1. og 4. kvartal. NAV grunngjev dette med sesongvariasjonar i influensaførekomstar.



6.3.4 UFØRETRYGDA:

Uføretrygdede - kjønn samlet, 18-66 år, andel (prosent), standardisert



Grafen syner del (i prosent) av uføretrygda i Osterøy, samanlikna med Sund, Meland og Radøy. I 2012 låg Osterøy kommune med 9,0 % uføretrygda. I Hordaland fylke ligg tal uføretrygda mellom 7,0 % og 11,8%. Osterøy kommune ligg jamt med snittet i Hordaland som er 9,01 % uføretrygda. På landsbasis låg snittet på 9,5 % i 2012.

6.4 FYSISK, BIOLOGISK, KJEMISK OG SOSIALT MILJØ

6.4.1 SOSIALT MILJØ:

6.4.1.1 ORGANISASJONSLIV:

Når det gjeld oversyn over organisasjonsdeltaking på Osterøy, er dette vanskelig å få fram, då me manglar data på dette. Det som vert sagt generelt i lag og foreiningar er at medlemstalet har gått ned på lik linje med resten av landet. Osterøy har likevel eit rikt organisasjonsliv både innan kultur og idrett og friluftsliv. Grunna spreidd bustadmønster inneber aktivitet i eit lag ofte mykje køyring til og frå aktivitetar. Er det ein aktivitet som berre skjer i Lonevåg, kan dette innebere opp til 20 – 25 min med bil/buss ein veg for å vere med på aktiviteten. Det er eit meir variert tilbod innan kultur/idrett/fritid rundt dei største områdesentra.

6.4.1.2 VALDELTAking:

I kommunestyrevalet i 2011 låg deltakinga på 70,6 % for Osterøy. Hordaland låg på 66,7 og landssnittet låg på 64,5. Valdeltakinga siste fylkestingsval var på 64,3 %, I Hordaland var den på 61,4 og landssnittet låg på 59,9. Kommunevaldeltakinga har lagt på mellom 65 og 77 % på Osterøy sidan 1983, mens fylkestingsvalet har lagt på 5 – 7 % lågare desse åra. I stortingsvalet har valdeltakinga i Osterøy lagt på 80 % i 2001, 79,2 % i 2005 og 78,7 % i 2009. Osterøy ligg om lag likt med Hordaland, men over landssnittet i deltaking desse åra. (SSB 2011)

6.4.1.3 SAMFERDSEL:

Osterøy er ei stor øy med avstandar frå rundt 25 km frå ytterpunkta og inn til Lonevåg som er kommunesenteret. Det er mange små bygder og spreidd bustadbygging. Det gjer at mange er avhengige av bil eller annan transport for å nå butikk, post, bank, lege osv. Sosiale aktivitetar og møteplassar er og ofte sentraliserte mot områdesentra. Ulukkesstatistikken i høve til ulukker på veg er moderat. Det er statistisk få alvorlege trafikkulukker. (straks – Statens vegvesen 2012). Sykkelvegnettet er lite utbygd. Det er nokre område som er ras utsett.

6.4.2 MILJØ:

6.4.2.1 VASSKVALITET/LUFTKVALITET:

I følgje statistikken er drikkevasskvaliteten på Osterøy god. Analyseresultat er basert på analyser av drikkevatt mot. E. coli/koliforme bakteriar ved kommunale vassverk som forsyner minst 50 fastbuande personar og/eller 20 husstandar. 61,6 % av husstandane på Osterøy er tilknytt kommunal vassforsyning (SSB- KOSTRA 2012)

6.4.2.2 TILGANG TIL FRILUFTSAREAL:

Tilgang til friområde og friluftsområde er sikra, jamfør kommuneplanen. Friluftareal er for Osterøy ein stor ressurs som kan nyttast i vesentleg grad i eit folkehelseperspektiv. Merking og graderingsprosjekt (Vestlandsprosjektet) er i gong. Dette er eit arbeid for å implementera ein felles skiltmal for turløyper på Vestlandet (Bergen Turlag). Kommunen arbeider med å ferdigstillast nytt turkart for Osterøy. Elles har friviljuge lagt ned mykje arbeid med merking og rydding av stiar i kommunen.

6.4.2.3 BIOLOGISKE FAKTORAR:

I følgje kommuneoverlegen tyder det ikkje på at det er noko spesiell utfordring i høve til infeksjonsepidemiologiske tilhøve.

6.4.2.4 SKADAR OG ULUKKER

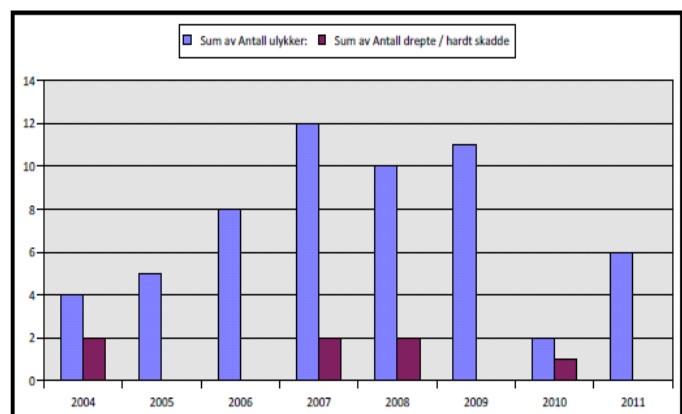
Det var eit hopp i trafikkulukker i 2006 -2009, men dei to siste åra har tal ulukker gått tilbake. Det er få hardt skadde i trafikkulukkene på Osterøy. Dei fleste som vert skadd har vore med i utforkøyningar eller møteulukker. Det er særleg ein månad som skil seg ut i ulukkesstatistikken, og det er juni. Ulukkene meir enn doblar seg når ein samlar tala frå 2004 – 2011 i juni månad.

Aldersgruppa 15 – 34 er mest involvert i trafikkulukker desse åra. Fylkesveg 567 er den strekninga med flest ulukker (Straks- Statens vegvesens sitt ulukkesregister).

Antall ulykker fordelt årstall

År	Antall ulykker	Antall drepte/skadde	Antall drepte	Antall hardt skadde	Antall lettere skadde
2004	4	7	0	2	5
2005	5	6	0	0	6
2006	8	11	0	0	11
2007	12	20	1	1	18
2008	10	16	0	2	14
2009	11	17	0	0	17
2010	2	4	1	0	3
2011	6	6	0	0	6
Sum	58	87	2	5	80

Lensmannen sin kommentar til tala er mellom anna at det er ein del mørketal i høve til tal ulukker utan store personskadar. Med dette meiner han at ofte ordnar folk opp sjølv utan å melde i frå. Når det gjeld tal frå politiet, så seier analytikaren hjå dei at tala er for små til å sjå trendar. Når det gjeld dei relativt høge tala frå 2006 – 2009 vart det i etterkant av dette sett inn tiltak mot ei gruppe. Dette gjorde at tal meldingar om råkøyring og mistanke om køyring i ruspåverka tilstand gjekk ned. Dette kan då og ha innverknad på ulukkesstatistikken. Når det gjeld juni månad, overraskar dette politiet noko, då dei ser på mai som ein månad som skil seg ut, men dette kjem ikkje fram i statistikken. Fylkesveg 567 er p.g.a. lengd og tal bilar naturleg på topp når det gjeld ulukker.



6.5 HELSERELATERT ÅTFERD

6.5.1 FYSISK AKTIVITET:

Kommunen har mange aktive lag og organisasjonar samt private aktørar som legg til rette for fysisk aktivitet. Kommunen har omgjevnadar frå fjord til fjell som innbyr til naturopplevingar og er ein stor ressurs for kommunen. I følgje Nasjonalforeningen for folkehelsa er berre 20 prosent av vaksne nordmenn i aktivitet i minst 30 min pr. dag slik WHO og norske styresmakter tilrår. Det er grunn til å tru at dette og gjeld folkesetnaden på Osterøy. 76 prosent av dei minst aktive seier dei ynskjer å drive meir regelmessig fysisk aktivitet, men slit med å omsetje desse ønska til jamlege kvardagsaktivitetar (SSB/HETUS). Det er grunn til å tru at desse tala og gjeld for Osterøy. Det finns ikkje statistikk over dette pr i dag.

6.5.2 RØYKING:

Statistikken (FHI 2012) viser at Osterøy ligg over landssnittet når det gjeld kvinnelege røykjarar. Legane understøtter dette, og seier at dette mest sannsynleg og gjeld menn, sjølv om me ikkje har statistikk som syner dette.

6.5.3 RUS

Rusundersøking mellom unge i kommunen 2011:

Det vart i 2011 gjennomført ei rusundersøking mellom unge i kommunen. Hovudfunna syner at dei som går på ungdomsskulen i Osterøy kommune, ikkje skil seg vesentleg ut frå ungdom i resten av landet. Fleirtalet nyttar ikkje rusmidlar, og særst få elevar nyttar ulovlege rusmiddel.

Men i undersøkinga seier elevane at det er ganske lett å få tak i alkohol. Staden der dei debuterer, er i overvekt på privat fest, og det er liten skilnad på jenter og gutar når det gjeld debutalder og konsum.

Ei utfordring for ungdomane er transporten heim frå fest. Mange vert henta av føresette og vener. Men på spørsmålet om dei har vore passasjer i bil med rusa sjåfør, svarar 35 ungdomar ”ja” og 57 «veit ikkje”.

Det er få som rapporterer å ha brukt narkotiske stoff.

Politiet har ingen tal på kor mange rusrelaterte hendingar, som til dømes køyring i ruspåverka tilstand, husbråk med meir som det vert rykt ut til årleg. Lensmannen er av den oppfatninga at talet ikkje er særleg høgt, men at det er store mørketal. Politiet har oversyn over dei fleste tunge rusavhengige i kommunen, men dei har ikkje oversyn over utviklinga blant dei unge i kommunen. Politiet er samd med rus- og psykiatritenesta si oppfatning av at det nok finst fleire og større rusproblem i kommunen enn vi har klart å kartleggja til no, og dei stillar seg opne for eit samarbeid til beste for dei rusavhengige i kommunen. (Ruspolitisk handlingsplan for Osterøy 2013)

Rus og psykiatri:

Ved utgangen av 2011 hadde rusomsorga ei brukargruppe på om lag 30 personar med rusproblem og/eller psykososiale vanskar. Desse kjem i tillegg til dei om lag 80 brukarane som allereie tek i mot tenester frå psykiatritenesta. Av desse 80 har fleire rus

som eit tilleggsproblem. Talet på brukarar har dei siste åra vore aukande. (Ruspolitisk handlingsplan 2013)

I følgje Familiens hus er det auke i behandlinga av psykiatri og rus lokalt. I høve til innleggingar ligg me under snittet for Hordaland og landet og jamt med samanliknbare kommunar, men ein ser og at legemiddelbruk mot psykiske lidingar har auka noko (FHI 2012).

6.5.4 LOVBROT:

Politiet opplyser at det er relativt få alvorlige lovbrott, og dette samsvarer med det som kommunebarometeret viser.

6.6 HELSETILSTAND

6.6.1 LEGEMIDDELBRUK:

Legemiddelforbruket syner at det er noko auke på utskrivning av medikament mot hjarte- og karsjukdommar, kolesterolsenkjande midlar, diabetesmedikament, smertestillande og midlar mot psykiske lidingar. Når det gjeld antibiotika og allergimedisin er det mindre skrive ut i 2011 enn i 2005 (FHI 2013)

6.6.2 INNLEGGJINGAR:

Samanlikna med Hordaland, ligg me høgare i tal innleggingar i høve til sjukdom i muskel-, skjelett- og bindevevssystem og personskader etter ulukker. Desse to gruppene dreg opp, slik at me ligg inne med fleire totale innleggingar enn snittet i Hordaland. Spesielt muskel-, skjelett- og bindevevssystemssjukdomar merkar seg ut også i høve til nabokommunar og landssnitt (FHI 2012). Årsaka til at desse sjukdomane er meir representerte her enn elles i landet, kan ikkje fastlegane svare på.

6.6.3 TANNHELSE

Ved å sjå på nøkkelårskulla 5-, 12- og 18-åringar ser ein at det er ein auke mellom 12 år og 18 år i tenner som har karieserfaring og tenner som er fylte. I tillegg opplever ein ein auke i utvikling av dentale erosjonar hjå ungdommar.

(Tal frå årsmelding for Osterøy tannhelseteneste 2011 - 2012). har utarbeidd eigen folkehelseplan for tannklinikken på Osterøy.

Hordaland fylkeskommune skriv i strategiplanen at ein vidare må retta merksemd mot den aukande delen av pleietrengjande pasientar med eigne tenner som kjem inn under Gr. C. Samstundes er det utfordringar og rom for forbetring mellom dei andre prioriterte gruppene. (Strategiplan for folkehelsearbeid – Hordaland fylkeskommune 2012-2014).

6.6.4 DØDSÅRSAKAR

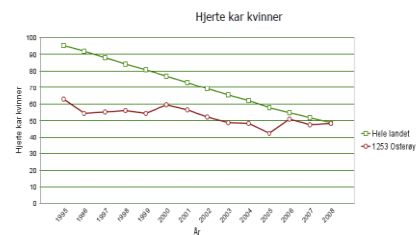
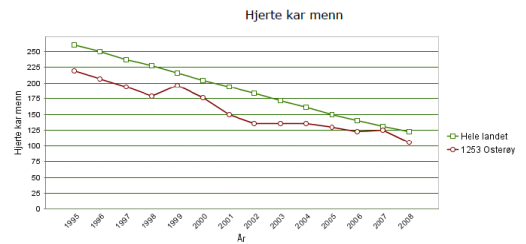
DØDSRATE HJARTE – KAR 0 år – 74 år:

Talet på menn mellom 0 år og 74 år som døyr av hjarte-/karsjukdomar, er på veg nedover. Osterøy har ikkje prosentvis like stor nedgang som landet elles.

Statistikken når det gjeld det same for damer, viser at me no er på same nivå som landet elles.

(Kommunebarometeret 2012 Hjarte – kar – død 0 år -74 år kvinner).

Me har likevel ikkje hatt den positive utviklinga som landet elles.



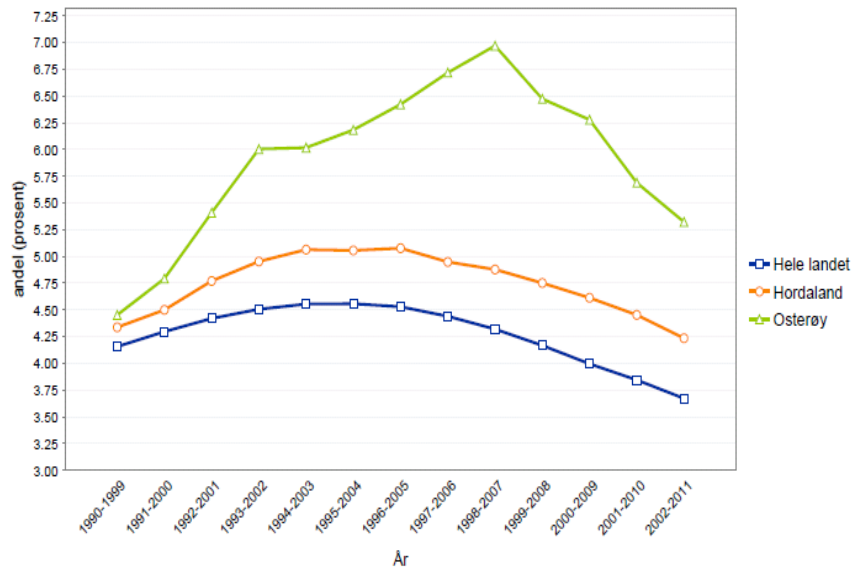
VALDSAME DØDSFALL:

Me ligg høgare enn snittet når det gjeld valdsame dødsfall.(SSB 2012). Dette omfattar alle valdsame dødsfall, dvs. der døden er et resultat av ytre årsaker slik som skader og forgiftingar, utløyyst av ulukker, vilja eigenskade (sjølv mord) eller drap.

6.6.5 FØDSELSVEKT:

Osterøy ligg over Hordaland og landet elles når det gjeld tal barn som vert fødde med høg fødselsvekt (over 4500 g). Dette stemmer overeins med det som helsestasjonen har rapportert inn. Helsestasjonen er uroa over at ein ser ein stadig høgare del av overvekt mellom born og unge, utan at ein har faktiske tal på dette.

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

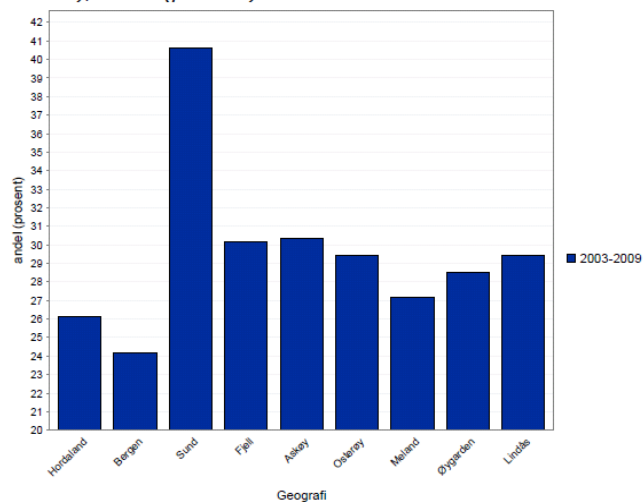


Link til ressur: <http://khs.fhi.no/webview> | Opphavrett: Folkehelseinstituttet (khs.fhi.no) | Kilde: Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt | Side: 1 / 3

6.6.6 OVERVEKT:

Tal for dei som møtte på sesjon med overvekt eller fedme (dvs. kroppsmasse index - KMI over 25(kg/m²)) var for Osterøy 29,4 %. Statistikken syner 7 års glidande gjennomsnitt. Snittet i Hordaland låg på 26,1% og landssnittet på 25,5%. Ved KMI over 25 er det ein auka sjukdomsrisiko for diabetes.

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



Link til ressur: <http://khs.fhi.no/webview> | Opphavrett: Folkehelseinstituttet (khs.fhi.no) | Kilde: Forvarets helseregister | Side: 1 / 2

7 VURDERING AV INNSAMLTA STATISTIKKMATERIAL

7.1 HELSEUTFORDRINGAR I OSTERØY KOMMUNE;

Dei største helseutfordringane i kommunane er følgjande;

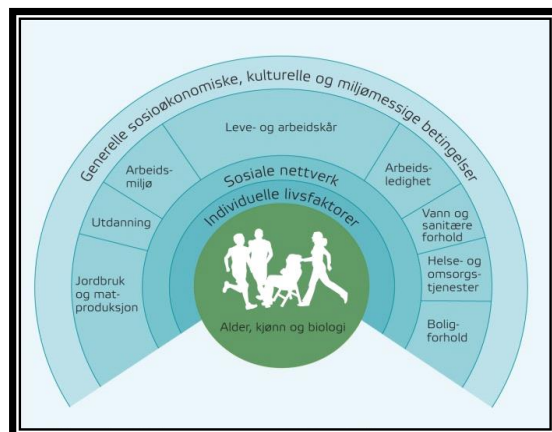
- Muskel- og skjelettsjukdomar
- Overvekt
- Kols
- Aukande bruk av hjerte – kar medisin og kolesterolsenkande midlar
- Aukande tal personar med psykiske vanskar
- Tannhelse
- Høgare tal på personulukker enn landet elles.

Ein del av desse utfordringane vert kategoriserte som livsstilssjukdommar. Dette er eit samleomgrep på sjukdomar eller lidningar som eit menneske kan få som resultat av eigen, sjølvvald livsstil. Overvekt, KOLS, hjerte- karsjukdom og nokre av muskel-/ skjelettsjukdomane er døme på livsstilssjukdommar. Alle desse døma har Osterøy i sine helseutfordringar. Folkehelseinstituttet og WHO (World Health Organization) nyttar omgrepet epidemi for å visa uroa over utviklinga når det gjeld ikkje-smittsame sjukdomar. Ei anna utfordring på Osterøy er tal personar med psykiske lidningar. Psykiske lidningar er ein viktig grunn til for tidlig død og er ei av dei viktigaste grunnane til uførleik, sjukefråvær og nedsett livskvalitet. Dei vanlegaste tilstandane er angst og depresjon, ofte kombinert med problematisk alkohol- og anna rusmiddelmissbruk. Førekomsten av psykisk sjukdom har ikkje auka dei siste åra, men merksemda rundt slike lidningar har auka og fleire får behandling. Psykiske lidningar oppstår ofte tidleg i livet og vert i mange høve ein kronisk tilstand med betring og tilbakefall. (Helse- og omsorgsdepartementet prop. 91L).

FAKTORAR SOM PÅVERKAR HELSA

Det er mange faktorar som påverkar desse helseutfordringane. Det største ansvaret for god helse har individet sjølv. Men utan eit godt system rundt seg er det vanskeleg å ta dei rette vala når det gjeld helse. Samfunnet er prega av sosiale helseskilnader. Ulikskapen vert dokumentert både knytt til død, sjukdom, sjølvopplevd helse og for fysiske og psykiske lidningar. Levekår som oppveksttilhøve, bu-miljø, utdanning og inntekt påverkar levevanar og livsstil og dermed helse. Risiko for sjukdom aukar dess kortare utdanning personen har og dess lågare inntekta er (Folkehelsemeldinga 2013). Osterøy har sosioøkonomiske grupper som kan ha auka risiko for å få dei sjukdomane som er komne fram som helseutfordringar i kommunen.

Som vist i figur 1. er det veldig mykje som påverkar folkehelsa;



7.2 UTFORDRINGAR OG SAMANHENGAR

7.2.1 OPPVEKST OG LEVEKÅRSFORHOLD:

7.2.1.1 OPPVEKST

Osterøy har ein høgare del av mobbing enn Hordaland og landet elles. Mobbing kan setjast i samheng med ei rekkje helseplager, og resultat frå tverssnittsundersøking og prospektive studiar syner gjennomgåande ein klar samheng mellom det å verta mobba og symptom på dårlig psykisk og somatisk helse (Mobbing og helseplager hos barn og ungdom – Norsk legetidsskrift)

Forsking viser at ein allereie i barnehagen kan finne teikn på framtidige mobbarar, og det er og teikn til at ein kan finne mobbing i barnehagen. Ved tidleg innlæring av sosialkompetanse kan ein hindre framtidig mobbing (Sosial kompetanse og sosial læring hos barn og unge – forebygging.no)

I skulen har det i fleire år vore arbeidd med forskingsbaserte anti-mobbeprogram og haldningsskapande arbeid. Det er viktig at dette arbeidet vert systematisert, slik at det ikkje er avhengig av enkeltpersonar. Det har vore nytta tverrfagleg kompetanse der det har vore særskilde problem, og dette har vist seg å ha hatt god effekt.

Tala viser at Osterøy har utfordringar når det gjeld skule og utdanning. Det er fleire personar med grunnskule som høgaste utdanning på Osterøy enn elles i landet. Skulane scorar lågare på lesedugleik enn Hordaland og landssnittet. Forsking viser at utdanning har påverknad på helsa. Det er vist at dess lågare utdanning, dess høgare scorar kvinner og menn på desse risikofaktorane for hjarte- og karsjukdomar: Røyking, kroppsmasse-index (KMI), blodtrykk og kolesterol. Skilnadene er uavhengige av alder. Dette kjem fram i ei undersøking av 48 000 kvinner og menn gjort ved Folkehelseinstituttet (Strand, 2006). Dødsraten når det gjeld hjarte- og karsjukdomar har falle dramatisk frå midten av 1970-talet på landsbasis, men nedgangen er størst hjå dei med høg utdanning. Tala for Osterøy syner at folkesetnaden ikkje følgjer den same gode utviklinga som resten av landet når det gjeld dette området. Livsstilsindikatorar på Osterøy som høgare tal røykjarar og KMI aukar, og bruk av hjarte-/kar-medisin kan truleg stadfestar denne utviklingstendensen. Tala syner at det no er fleire enn før som fullfører vidaregåande utdanning. Dette er ei veldig positiv utvikling i høve til folkehelseperspektivet. Det synest som det er ei større utfordring å reise ut av kommunen på skule enn å gå på vidaregåande skule på Osterøy.

7.2.1.2 LEVEKÅRSTILHØVE:

Leverkårsundersøkinga frå Statistisk sentralbyrå frå 2005 syner at personar som står utanfor arbeidslivet, har ein høgare del psykiske plagar, har høgare sannsyn for å røykje, vere overvektig og vere lite fysisk aktive samanlikna med yrkesaktive (Myklestad, mfl. 2008). I følgje Nav ligg Osterøy godt til i høve til delen av sjukemeldingar. Det er og i gang eit arbeid med å følgje opp dei sjukmelde i Osterøy betre, slik at ein unngår at dei vert i systemet lenge, eventuelt går over i uføretrygd. Høgare krav til dokumentasjon frå legane er eit av verkemidla som vert brukt. Bruk av gradert sjukemelding er eit verkemiddel som blir brukt for å oppretthalde kontakten mellom arbeidstakar og arbeidsplass. Difor er dette og eit viktig verkemiddel for å følgje opp den sjukmelde arbeidstakaren.

Den største diagnosegruppa i høve til sjukemeldingar er sjukdomar i muskel, skjelett og bindevev og psykiske lidingar. Forsking syner tydeleg at fysisk aktivitet kan vere med på å

førebyggja eller lette på desse lidningane (Trening nytter – Sigmund A. Andersen – Noregs Idrettshøgskole 2007). Det viktigaste er at ein frå tidleg i livet er aktiv og har ein sunn livsstil for å kunne førebyggja. Dersom sjukdomen oppstår, er ein då betre rusta til å oppretthalda ønskt aktivitetsnivå fysisk og psykisk. Det er positivt og spesielt at både arbeidsløysa og sjukefråværet går ned samstundes. Dette er likt over heile landet og det er første gong det er registrert.

Osterøy har ein høgare del av folkesetnaden med låg inntekt enn elles i landet. Når det gjeld Gini-koeffisienten (som gir eit mål på inntektsulikskap), ligg kommunen betre enn landet elles. Det er likevel ei auka uro for auka sosial ulikskap i folkesetnaden. Den nasjonale strategien for å utjamne dei sosiale helseskilnadene peikar på at fordelinga av helse i folkesetnaden følgjer visse sosioøkonomiske mønster. Dess høgare sosioøkonomisk status, dess betre helse. Desse systematiske forskjellane heng saman med skilnader i levkår og risikofaktorar i ulike delar av folkesetnaden. Ulik fordeling av levkår og ressursar i samfunnet resulterer i ulik fordeling av helse, sjukdom og dødsrate. (Helsedirektoratet sin årlege rapport om arbeidet med å utjamne sosiale helseskilnader -Folkehelsepolitisk rapport 2011.)

Sjølv om Osterøy ligg betre an en landet elles i høve til Gini-koeffisienten, er den låge inntekta ei utfordring i høve til sosioøkonomisk status. Låg inntekt vil og spele inn på kommuneøkonomien, som i sin tur påverkar tenestetilbodet.

7.2.2 FOLKESAMANSETNAD:

Osterøy kommune har ei dobbel demografisk utfordring ved at tal personar i arbeid går ned og tal personar over 67 år aukar. Kommunen har fleire over 80 år enn landssnittet i dag. Tal eldre over 80 år vil verte merkbart høgare etter 2025. Desse utfordringane vil krevje auka grad av tenester frå kommunen frametter. Dersom dei eldre i framtida har same grad av funksjonsavgrensingar som dagens eldre, vil auken kunne tyda på auka etterspurnad etter pleie og omsorg på meir enn 50 %. Utan ein aktiv førebyggjande og helsefremjande innsats i åra framover vil ein oppleve ein etterspurnad etter pleie- og omsorgstenester som det vil vere vanskeleg å finna ressursar til.

7.2.3 FYSISK MILJØ:

7.2.3.1 SAMFERDSEL:

Lange avstandar er og ei utfordring for innbyggjarane i Osterøy kommune. For å nå kommunale, private og friviljuge tenester er mange avhengige av transportmiddel, då mange av tenestene er sentraliserte mot områdesentra. Det er lite utbygd sykkelvegnett. Vegane er smale og ofte uoversiktlege, noko som gjer det utfordrande å vere mjuk trafikant på Osterøy. Det vert rekna med at samfunnsnytta av gang- sykkelvegnetta er 4 -5 gongar høgare enn kostnadane (Sunn kommunar- WHO's norske nettverk). Det er viktig å oppretthalda og eventuelt betra tilbodet når det gjeld kollektivtransport. For å halde aktivitet i bygdene vert det viktig å oppretthalde dei lokale aktivitetsanlegga, slik at flest mogleg kan nå eit aktivitetsanlegg utan å nytte bil/buss. I følgje politiet er det mørketal i forhold til køyring i ruspåverka tilstand.

7.2.4 SOSIALT MILJØ:

7.2.4.1 KULTUR

Interessa for kultur er stor på Osterøy. Det er særst mange lag som gjer ein stor innsats på dette området. Dei skapar engasjement og aktivitet i bygdene, noko Osterøy er kjent for.

7.2.4.2 INKLUDERING:

Det er viktig å visa dei positive sidene ved Osterøy og promotera kommunen som ein godt eigna buplass. Erfaringar frå distrikts- og regionalpolitikken tilseier at det ikkje er nok å få folk til å flytte til eit område. Det er og så viktig å arbeide aktivt med inkludering for å unngå at dei som flyttar til ein kommune, flyttar ut att etter kort tid. (Kommunal- og regionaldepartementet - Inkludering av tilflyttarar 2012). Innflyttarar er naudsynte for å ta vare på både framtids- og investeringslyst så vel som stadlege kvalitetar (Lønning og Teigen 1999-2009)

7.2.5 HELSERELATERT ÅTFERD:

7.2.5.1 FYSISK AKTIVITET

Osterøy kommune er kjend for eit rikt og levande organisasjons- og kulturliv. Dette er viktig i eit folkehelseperspektiv. Friviljuge organisasjonar er særst viktige i høve til folkehelsa. Laga er med på å skape aktivitet, som igjen skaper god helse på både det fysiske og psykiske planet. Helseoversynet viser at det er viktig for innbyggjarane å verte meir aktive. Norske utrekningar syner at for kvar fysiske inaktive trettiåring som vert meir moderat aktiv, gjev ein velferdsvinst på tre millionar (Sunne kommunar). Ein føresetnad for aktivitet er arena for aktivitetar. Osterøy har fleire flotte anlegg for ulike aktivitetar. I eit folkehelseperspektiv er det viktig å få flest mogleg i aktivitet, og da er det viktig med arenaer både for organisert og uorganisert aktivitet. Symjeopplæring er særst viktig i ein kommune som er omgjeve av fjordar og har mange innlandsvatn.

Osterøy har ein stor ressurs i friluftsområda. Det er mange friviljuge som har lagt ned mykje arbeid i å merkja og rydda stiar i kommunen. Det er likevel mykje som kan gjerast for å gjere det lettare for folk å nytte naturen. Dette vil kunne fremje folkehelsa hjå innbyggjarane på tvers av sosioøkonomisk status.

7.2.5.2 RØYKING

Statistikken syner at tal røykjarar er høgare i Osterøy enn i landet elles. Global Burden of Disease Study 2010, offentliggjort i desember 2012, fastslår røyking som ein av dei viktigaste faktorane som øydelegg folk si helse. Sigarettøyk inneheld eit stort tal av kjemiske stoff. Nokre av dei er kreftframkallande, andre aukar risikoen for luftvegssjukdomar og hjartesyjukdom, eller redusere fertiliteten (FHI 2013). Ein studie om røyking og sosial ulikskap viste at lågare sosioøkonomiske lag var kraftig overrepresenterte mellom røykjarane. Røykjarane i lågare sosiale lag har i tillegg høgare røykeintensitet, brukar oftare dei farlegaste tobakksprodukta, har lågare gjennomsnittleg debutalder og større aksept for passiv røyking. Færre har regler for å avgrensa røyking

heime, og dei er oftare feilinformerte om helsefarane ved dei ulike tobakkstypane. (Røyking og sosial ulikskap i Noreg - Tidsskrift Norsk Lægeforening 2005.)

Det er funne samanheng mellom hardt fysisk arbeid og korsryggsmerter hjå røykjarar, men hardt fysisk arbeid predikerte ikkje korsryggsmerter hjå ikkje-røykarar (Eriksen et al. 1999).

7.2.6 HELSESTODE

7.2.6.1 INNLEGGJINGAR

PERSONULUKKER

En studie basert på folkesetnadsundersøkingar tyder på at det ikkje var nedgang i arbeidsulukker i perioden 1990-2004 (Faktabok om arbeidsmiljø og helse). I perioden 2000-2008 representerte jord- og skogbruk nesten ein fjerdedel av alle arbeidsskadedødsfall, deretter fylgde industrien, transport og kommunikasjon og bygge- og anleggsverksemd (Arbeidsskadedødsfall- Direktoratet for arbeidstilsyn). Yrkesskadar førekjem 3 til 4 gongar oftare mellom dei med fysisk arbeid enn hjå de med kontorarbeid (Lund J, Bjerkedal T 2001). Osterøy har ein høg del av arbeidstakarar innan næringar som er høgt opp på ulykkesstatistikken.. Dette kan ha samanheng med tala for innlegging når det gjeld personulykker i kommunen.

Undersøkingar viser ein samanheng mellom låg sosioøkonomisk status og dødsrate av vald og ulukkeskader hjå vaksne (Alver K, Hesselberk Ø, Lyshol H 2009).

MUSKEL- OG SKJELETTSJUKDOMAR:

Kroniske uspesifikke lidningar er hyppigast hjå kvinner og hjå eldre, og dei er assosierte med låg sosialøkonomisk status, tungt manuelt arbeid, lite fysisk aktivitet, høg KMI, og låg evne til meistring (Ihlebak og Lærum -2004). I ei helseundersøking frå Oslo sa 74 % av dei som hadde nakkesmerter at desse var arbeidsrelaterte. 72% som rapporterte smerter i arm og 50 % som hadde korsryggssmerter tilskreiv smertene arbeidstilhøva. Risiko for å utvikle kroniske smerter i nakke og korsrygg vart i HUNT 2- studien vist å vere assosiert med høg kroppsmasseindeks og låg grad av fysisk aktivitet (MST-rapport 1/2013). Global Burden of Disease Study 2010 syner at auka vekt/fedme aukar risikoen for artrose og korsryggsmerter. Dårlig kosthald disponer for osteoporose og urinsyregikt. Røyking er assosiert med revmatoid artritt og osteoporose. Overforbruk av alkohol har samanheng med auka frekvens av ulukker og osteoporose. Utilstrekkeleg inntak av kalsium gjev auka risiko for osteoporose og osteoporoserelaterte frakturar.

Ein del muskelsjukdomar er arvelege og er genetisk fastlagde, andre har forskarane ikkje funne årsaka til. Osterøy har meir av desse sjukdomane enn landssnittet.

7.2.6.2 TANNHELSE

Det er godt dokumentert at karies er knytt til kosthald, munnhygiene og livsstil. Trenden i Noreg syner ein betring av tannhelsa generelt i heile folkesetnaden, men betringa går raskast i de høgast utdanna gruppene og dei med høgast inntekt. Ved generelt stort sukkerinntak og mange mellommål som inneheld sukker, aukar risikoen for karies, overvekt og fedme. (Tannhelse – Helsedirektoratet 13.01.2011) På Osterøy ser me ein auke i tenner med karieserfaring hjå ungdom mellom 12 – 18 år.

8 OPPSUMMERING:

Dei største helseutfordringane i kommunane er følgjande:

- Muskel- og skjelettsjukdomar
- Overvekt
- Kols
- Aukande bruk av hjarte-/kar-medisin og kolesterolsenkjande midlar
- Aukande tal personar med psykiske vanskar
- Tannhelse
- Høgare tal på personulukker enn landet elles.

Ein del av desse utfordringane vert kategoriserte som livsstilssjukdomar.

Folkehelseinstituttet og WHO (World Health Organization) nytta omgrepet epidemi for å forklara uroa over utviklinga når det gjeld ikkje-smittsame sjukdomar. Ei anna utfordring på Osterøy er tal personar med psykiske lidningar. Psykiske lidningar er ei viktig årsak til for tidlig død og er ei av dei viktigaste årsakene til uførleik, sjukefråvær og nedsett livskvalitet. Dei vanlegaste tilstandane er angst og depresjon, ofte kombinert med problematisk alkohol- og anna rusmiddelmissbruk. Tal på personulukker er høgare enn landssnittet og vert og er ei utfordring når det gjeld helse.

Det er mange faktorar som påverkar desse helseutfordringane. Det største ansvaret for god helse har individet sjølv. Livsstilssjukdomar er eit samleomgrep for sjukdomar eller lidningar som eit menneske kan få som resultat av eigen, sjølvvald livsstil. Men utan eit godt system rundt seg, er det vanskeleg å ta dei rette vala når det gjeld helse. Samfunnet er prega av sosiale helseskilnader. Ulikskapen vert dokumentert både knytt til død, sjukdom, sjølvopplevd helse og for fysiske og psykiske lidningar. Levekår som oppveksttilhøve, bumiljø, utdanning og inntekt påverkar levevanar/livsstil og dermed helse. Risiko for sjukdom aukar di kortare utdanning personen har og di lågare inntekta er (Folkehelsemeldinga 2013).

Osterøy har ein del faktorar som kan gjere at ein er meir sårbar for negativ folkehelseutvikling enn andre kommunar i Hordaland. Desse faktorane er; høgare tal innbyggjarar med grunnskule som høgste fullførte utdanningsnivå, høgare del av befolkning med låg inntekt, demografiske utfordringar, tal røykarar, lesedugleik, mobbing i skulen og samferdsel. Osterøy har og mange faktorar som er positive i ei folkehelseutvikling; Nedgang i tal arbeidslause, eit rikt organisasjonsliv, flott natur og god luftkvalitet, få åleinebuande og auking i folketal.

9 FOLKEHELSEARBEID I OSTERØY KOMMUNE

Helseutfordringane på Osterøy er eit individuelt, kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt ansvar. Kommunen har saman med staten eit ansvar i høve til å hjelpe innbyggjarane til å gjera sunne val på eiga hand. Eit samfunn som skal fremje helse og redusera sosiale helseskilnader må ta omsyn til sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige vilkår. Innbyggjarane har ansvar for å ta dei vala som gjer at ein kan få/ivareta så god helse som mogleg. Forsking viser at inntekt og utdanning har stor innverknad på kva val individet tek eller har høve til å ta i høve til livsstil. Livsstil har stor innverknad på helsa når det gjeld dei ikkje-smittsame sjukdomane. Type kost, grad av aktivitet, nytting av alkohol, rusmidlar og røyk vil ha konsekvensar for helsa på sikt.

I praksis vil det ofte vere vanskeleg å prioritera førebygging framom behandling, sjølv om dette på sikt vil gje meir helse att for ressursane. Det vil alltid vere uløyste behandlings- og omsorgsbehov. Sidan det ikkje fins bilete og historier å fortelje om framtidig sjuke menneske, vil det alltid vere ei politisk utfordring å sikre prioritering av førebyggjande arbeid.

Avveging mellom målretta tiltak og folketalsbaserte tiltak vert gjerne omtalt som førebyggingsparadokset. Paradokset inneberer at tiltak retta mot grupper med låg risiko kan vere vel så effektive som tiltak retta mot grupper med høg risiko. Forklaringa er at målgruppa er stor og at tiltaka difor vil få verknad for mange. Det sentrale paradokset er at tiltak som tilsynelatande har liten effekt, men er retta mot mange, kan ha langt større effekt enn tiltak som har stor og målbar effekt på individnivå, men som treff få.

Folkehelselova har klare retningslinjer for bruk av oversynet:

§ 6. Mål og planlegging

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

Det er god samfunnsøkonomi å halde folkesetnaden ved god helse så lenge som mogleg.

Viktige utfordringar for kommunalt folkehelsearbeid vil vere:

- Korleis skal ein få folkehelsearbeidet til å fungere endå betre på tvers av alle sektorar («Helse på tvers»)? 90 % av det som fremjar god folkehelse ligg utanfor helsetenesta.
- Korleis innarbeide helseomsyn endå betre i kommuneplanen og anna kommunalt planarbeide? (”Helse i plan”)?
- Frisklivssatsing – korleis dreie praksis frå behandling til meir fokus på førebyggjning og helsefremjande arbeid.
- Korleis få endå betre oversyn over ”Helsestoda i folkesetnaden og positive og negative utviklingstrekk og innverknadsfaktorar i eiga kommune”?
- Korleis støtte all god folkehelseinnsats frå innbyggjarane sjølv og frå friviljuge organisasjonar?
- Korleis nærme seg WHO sine «Helse 2020”-målsetjingar: ”Helse i alt me gjer” Korleis skape optimisme og tru på at alle sektorar, styresmakter, friviljuge organisasjonar og folkehelseorganisasjonar, ut frå sine føresetnader vil arbeide aktivt for å utløyse handling på tvers av styresmakter og samfunn for å fremje helse og velferd? (Arne Gotteberg, 2013. Kommuneoverlege i Volda og Ørsta - styremedlem i ”Sunne kommunar WHO’s norske nettverk)

10 DEFINISJONAR / REGELVERK / DOKUMENT

10.1 DEFINISJONAR:

Helsefremjande arbeid

Helsefremjande arbeid er prosessen som set personar i stand til å få auka kontroll over og forbetre helse si gjennom å utvikle personleg dugleik som gjer dei i stand til å ta val som fremjar helse .

(NOU 1998:18 Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunane. Sosial- og helsedepartementet. 1998.)

Førebyggjande arbeid:

Førebyggjande arbeid kan delast inn i ulike nivå:

- Primærførebygging tyder å styrkja helse og hindre at det oppstår sjukdom, skade eller lyte.
- Sekundærførebygging handlar om å stoppa sjukdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall.
- Tertiærførebygging tyder å hindre forverring og sikre best mogeleg liv med den helsesvikten som ligg føre. Tertiærførebygging fell saman med omgrepa habilitering og rehabilitering, og fell utanfor folkehelseomgrepet .

(NOU 1998:18 Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunane. Sosial- og helsedepartementet. 1998)

Friviljug sektor:

Friviljug sektor plasserer seg mellom offentleg og privat sektor og er ein viktig berebjelke i den norske samfunnsstrukturen. Friviljug sektor vert kjenneteikna av eit mangfald av aktivitetar innanfor dei fleste samfunnsområde, herunder helse og folkehelse. Friviljug sektor omfattar mellom anna brukarorganisasjonar, friviljuge lag og foreiningar, idrettslag m.m.

(Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet.)

Sosiale helseskilnader:

Sosiale helseskilnader er skilnader som varierer systematisk med utdanningsnivå yrkesgruppe eller inntektsnivå.

(Hetteima J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:91-111.)

Sosioøkonomiske grupper:

Med sosioøkonomiske grupper forstår vi folkesetnadsgrupper avgrensa ved hjelp av inntektsstorleik, utdanningslengd, yrkestilknytning eller ulike kombinasjonar av desse. (regjeringa.no – finansdepartementet)

10.2 LOVVERK /NASJONALE FØRINGAR

LOVVERK

Folkehelselova/plan- og bygningslova:

Som ein av to lover i samhandlingsreforma vedtok Stortinget 19. juni 2011 "Lov om folkehelsearbeid" (Folkehelselova). Lova tok til å gjelda 1. januar 2012. Lova byggjer på og er samordna med plan- og bygningslova, som er det generelle regelverket for å fremja berekraftig utvikling til beste for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar, jf. pbl § 1-1.

ANNA LOVVERK

I tillegg står ei rad lover opp om folkehelsearbeidet. Lovene pålegg ulike aktørar å arbeide helsefremjande og førebyggjande innanfor sitt område. Folkehelsearbeid inngår i:

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Lov om tannhelsetenesta (1983)

Lov om grunnskulen og den vidaregåande opplæringa (1998)

NASJONALE FØRINGAR:

[St.meld. nr. 16 \(2002-2003\) "Resept for et sunnere Norge"](#) og [St.meld. nr. 20 \(2006-2007\)](#)

["Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller"](#) dreg opp hovudlinene i norsk folkehelsearbeid. Overordna mål er fleire leveår med god helse i folkesetnaden som heilskap, og å redusere sosial ulikskap. Politikken tek utgangspunkt i dei faktorane som verkar på helsa, i motsetnad til tidlegare meldingar, der det har vore teke utgangspunkt i visse sjukdomar. Eksempel på påverknadsfaktorar kan vere utdanning, arbeid, bu- og nærmiljø og val av levevanar som kosthald, tobakk/rus og fysisk aktivitet. Vidare legg stortingsmeldingane føringar for korleis arbeidet med desse faktorane skal organiserast.

[St.meld. nr. 35 \(2006 – 2007\) "Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester"](#), syner at den sosiale ulikskapen i tannhelse i stor grad følgjar ulikskap i helse.

[St. meld. nr 47 \(2008 – 2009\) "Samhandlingsreformen"](#) gjev kommunen ei utvida rolle i det helsefremjande og førebyggjande arbeidet. Kommunen skal i åra framover ha betre oversyn over lokale folkehelseutfordringar, styrkje evne og kapasitet til tverrsektorielt arbeid, auke kapasitet på helsestasjons- og skulehelsetenestene, etablere lågterskeltilbod, auke kompetanse innan helsefremjande og førebyggjande arbeid.

10.3 ANDRE RELEVANTE DOKUMENT

- Forskrift av 25. april 2003 om miljørettet helsevern
- Forskrift av 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
- Forskrift om konsekvensutredninger
- St.meld.nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

- St. meld.nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011. Oppskrift for et sunnere kosthold
- Strategi for å redusere radoneksponering
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009–2014
- Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015 - kommende handlingsplan
- Ny nasjonal hiv-strategi "Aksept og mestring"
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006 -2010
- Barnas framtid – Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007- 2016
- Strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2011)
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
- IS-1674 Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes - Forebygging, diagnostikk og behandling
- IS-1484 Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen, Sosial- og helsedirektoratet
- IS- 0048 Retningslinjer for skolemåltidet, Sosial- og helsedirektoratet
- Veileder for kommunal rusmiddel-politisk handlingsplan, hvor det også er opprettet en nettbasert tjeneste
- Veileder "Fra bekymring til handling - En veileder om tidlig intervensjon på rus-området"
- Veileder for rusforebyggende arbeid i skolen (ferdigstilles 2010).
- Veileder Miljørettet helsevern, IS-1104, Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) 2003
- Håndbok i alkoholloven mv. - Rundskriv IS -5/2008 er et verktøy for å styrke kommunenes kompetanse i alkoholloven
- Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling
- Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge kommer
- Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge (kortversjon) kommer
- Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er de – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?
- 65 + Øvelser som holder deg i form (plakat)
- 65 + Øvelser som holder deg i form (brosjyre)
- Sats på sykkel
- Gravid
- Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og unge
- Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og unge (kortversjon)
- Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge
- Fysisk aktivitet blant barn og ungdom (kortversjon)
- Sports og friluftsutstyr til alle
- Opptappingsplan for rusfeltet

11 **KJELDER:**

Lov om folkehelsearbeid

SSB – Statistisk sentralbyrå, KOSTRA tal 2012

FHI – Folkehelseinstituttet – Statistikkbank og folkehelseprofil for Osterøy

NOU 1191:10 Fleire gode leveår for alle

Wildavsky 1977

Tal frå Osterøy vidaregåande 2009 -2011

Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Folkehelseinstituttet, rapport 2007:1: [Sosial ulikhet i helse. En faktarapport](#) (PDF)

<http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/article197136-42123.html?articleID=197136&categoryID=42123&printMe=1>

NAV – Hordaland – Statistikkmateriale

Straks – Statens vegvesen - ulykkesregister 2012

Vestlandsprosjektet – Merking og graderingsprosjekt Bergen Turlag

Nasjonalforeningen for folkehelse

(SSB/HETUS- Harmonised European Time Use Surveys).

Elevundersøking – Osterøy ungdomskule 2011

Ruspolitisk handlingsplan for Osterøy 2013/Rusundersøking blant ungdom

Osterøy tannhelseteneste – årsmelding 2011/2012, Folkehelseplan 2012 (Nina Brattholmen Nyheim)

Strategiplan for folkehelsearbeid – Hordaland fylkeskommune 2012 – 2014

Helsedirektoratet- Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge 2008-2009

Kommunebarometeret 2012 Hjerte – kar – dødelighet 0-74 år kvinner

Folkehelsemeldinga 2013

Norsk legetidsskrift: Mobbing og helseplager hos barn og ungdom A S Vatn E Bjertness L Lien 24.5. 2007.

Forebygging.no: Sosial kompetanse og sosial læring hos barn og unge – Av: Terje Ogden, dr. philos, forskningsdirektør ved Atferdssenteret 2012

Strand BH, Tverdal A. Trends in educational inequalities in cardiovascular risk factors: a longitudinal study among 48,000 middle-aged Norwegian men and women. Eur J Epidemiol. 2006; 21(10): 731-9

Myklestad I, Rognerud M, Johansen R. Utsatte grupper og psykisk helse. Levekårsundersøkelsen 2005. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:8

Trening nytter – Sigmund A. Andersen – Norges Idrettshøgskole 2007

Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller - Folkehelsepolitisk rapport 2011

Norsk forening for folkehelse Sunne kommuner- WHO's norske nettverk. Folkehelse på tvers.2012

Kommunal- og regionaldepartementet-Inkludering av tilflytтарar 2012

Tilflytting til småsteder og distrikt. Kva tiltak verkar? Ein kunnskapsstudie av utviklingsrelevante norske bidrag frå perioden 1999 – 2009 Dag Jørund Lønning, Nordlandsforskning Håvard Teigen, Høgskulen i Lillehammer

Global Burden of Disease Study 2010 Published Dec 13, 2012

Røyking og sosial ulikhet i Norge - Tidsskrift Norsk Lægeforening 2005
K E Lund M Lund ; 125:560-3

Eriksen, W., Natvig, B., Bruusgaard, D. 1999. Smoking, heavy physical work and lowback pain: A four-year prospective study. Occup. Med; 49: 155-60.

Et muskel- og skjelettrengskap, Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet Even Lærum, Søren Brage, Camilla Ihlebæk, Kjetil Johnsen, Bård Natvig, Eline Aas. MST-rapport 1/2013

Faktabok om arbeidsmiljø og helse: Status og utviklingstrekk. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2007.

Tilgjengelig fra: www.stami.no/

Arbeidsskadedødsfall: utviklingstrekk og Arbeidstilsynets aktivitet. Trondheim:

Direktoratet for arbeidstilsynet; 2010. Tilgjengelig fra:

www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=210415

Lund J, Bjerkedal T. Permanent impairments, disabilities and disability pensions related to accidents in Norway. Accid Anal Prev 2001; 33(1):19-30

Alver K, Hesselberg Ø, Lyshol H. Sosioøkonomiske forskjeller i ulykkeskader: En oppsummering av nordisk litteratur. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2010. Rapport 2009:9. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/dokumenter/396b93cd69.pdf

Ihlebak og Lærum. Plager flest- koster mest – muskel og skjelettlidelser i Norge. Nasjonalt ryggnettverk, Forskningsenheten / formidlingsenheten. Rapport nr.1 sept.04.

Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Data er framskaffet gjennom tre befolkningsundersøkelser, HUNT 1 (1984-86), HUNT 2 (1995-97) og HUNT 3 (2006-08).

Tannhelse – Helsedirektoratet 13.01.11

Helse-, omsorg- og sosialplan 2013 - Osterøy

Utarbeidd av Kristin Ruud Myking, Folkehelsekoordinator Osterøy Kommune.

Hjelp til i arbeidet har:

Vibeche Furrebøe Levsen

Jostein Førre

Dagrun Revheim

NAV Osterøy/Hordaland

Osterøy lensmannskontor

Osterøy vidaregåande skule

Elles god hjelp frå alle sektorar i kommunen.

