

# **Oversikt over folkehelsen - 2014**

Vedtatt i Hamar formannskap 11.02.2015



**Hamar kommune**

## Innhold

1	Sammendrag og hovedbudskap .....	3
2	Innledning.....	4
2.1	Bakgrunn .....	4
2.2	Hamar kommunes folkehelsepolitikk.....	5
2.3	Om dokumentet .....	6
3	Kommentarer til statistikkområdene .....	6
3.1	Befolkningssammensetning .....	6
3.2	Oppvekst og levekårsforhold.....	7
3.3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø .....	9
3.4	Skader og ulykker .....	10
3.5	Helserelatert adferd .....	10
3.6	Helsetilstand.....	11
4	Sosiale ulikheter i helse .....	12
5	Referanser .....	14

## 1 Sammendrag og hovedbudskap

Statistisk sett har Hamar kommune en svært positiv folkehelseprofil. Kommunen ligger fint til både geografisk og klimamessig med mange muligheter for aktiviteter og rekreasjon. Forventet levealder er høy, arbeidsledighetene er lav og trivselen i Hamarskolen er god.

Data fra Folkehelseinstituttet, Hedmark fylkeskommune og lokale undersøkelser utpeker i liten grad tydelige eller spesielle folkehelseutfordringer for Hamar kommune.

Det dominerende perspektivet på forskning om sosiale ulikheter i helse bygger på en årsaksforklaring som sier at det er forhold ved og i samfunnet som er bestemmende for – *determinerer* – hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i de ulike gruppene i det sosioøkonomiske hierarkiet. Plasseringen i dette hierarkiet gjenspeiler systematisk forskjeller i sjansen for sykdom og død. Det er en godt dokumentert sammenheng mellom utdannings- og inntektsnivå og sosial ulikhet i helse. Til tross for en jevn velstandsøkning og mange medisinske og sosiale framskritt, viser forskningen at de sosiale ulikhetene i helse og død har økt over tid.

Hovedbudskapet er at disse tre hovedutfordringene bør ligge til grunn for kommunens folkehelsepolitikk 2015-2018:

### 1) Sosial ulikhet i helse

Dette kommer tydelig til uttrykk i innbyggerundersøkelsen for Hamar (TNS 2014) hvor 98% av alle i gruppen med høyest inntekt opplever egen helse som god eller svært god. Andelen som vurderer egen helse på denne måten er gradvis lavere i gruppene med lavere inntekt. I gruppen med lavest inntekt er det to tredeler som vurderer sin helse å være god eller svært god.

### 2) Frafall i videregående skole

Selv om utviklingen i Hamar er positiv når det gjelder frafall i videregående skole er det grunnlag for å sette seg ambisiøse mål på området fordi konsekvensene ofte er alvorlige for de det gjelder. Ungdata-undersøkelsen (2013) peker ut psykisk helse, skolefravær og rus som sentrale innsatsområder for ungdommen i Hamar.

### 3) Manglende tilknytning

Manglende sosial tilknytning (inkl. enslighet og ensomhet) bidrar til å gi enkeltpersoner utfordringer både psykisk, økonomisk og materielt. Dette kommer til syne i resultatene fra Innbyggerundersøkelsen for Hamar (TNS 2014). Dårlige levekår bidrar til å svekke sosial inkludering og forsterker risikoen for framtidig sosial eksklusjon (Frønes 2010).

I innbyggerundersøkelsen for Hamar (TNS 2014) oppgir 95% eller flere i gruppene med høyest inntekt at de har minst en person som står så nær at de kan regne med denne personen dersom de får personlige problemer. I gruppen med lavest inntekt er det 86% som har minst en slik person.

I det videre arbeidet med kommunens folkehelsepolitikk må vi være oppmerksomme på forhold som skaper, opprettholder eller reduserer sosiale og helsemessige problemer.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunn

Folkehelseloven ble gjort gjeldende fra 2012. Kommunene i Norge skal ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Plikten til å ha denne oversikten er forankret i folkehelseloven med forskrift. Oversikten skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere årsaker og konsekvenser.

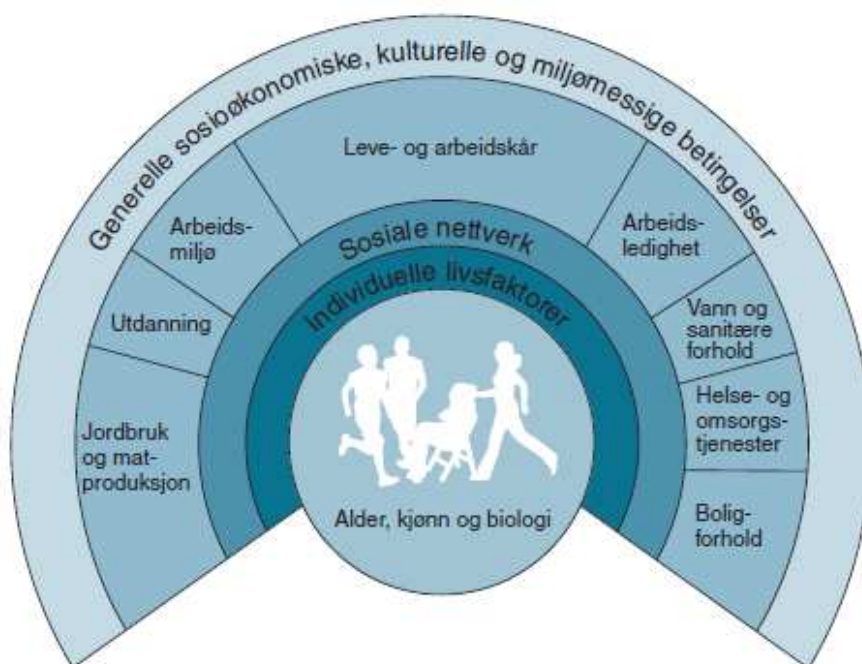
Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Dette dokumentet skal ligge til grunn for beslutninger i folkehelsearbeidet som utøves "fra dag til dag" og for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge når kommunestyret starter arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier.

#### Definisjoner (Folkehelseloven §3)

Folkehelse: Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid: Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Figuren under viser at sosiale ulikheter påvirkes av mange ulike faktorer (i Helsedirektoratet 2013). Hver av ringene viser et lag av helsedeterminanter, disse kommer i tillegg til de biologiske og genetiske faktorene hvert menneske har. Livsstil, samfunnsmessige forhold, arbeidsforhold og kulturelle faktorer påvirker helsetilstanden.



Figur 2.1: Whitehead og Dahlgren 1991

## 2.2 Hamar kommunes folkehelsepolitikk

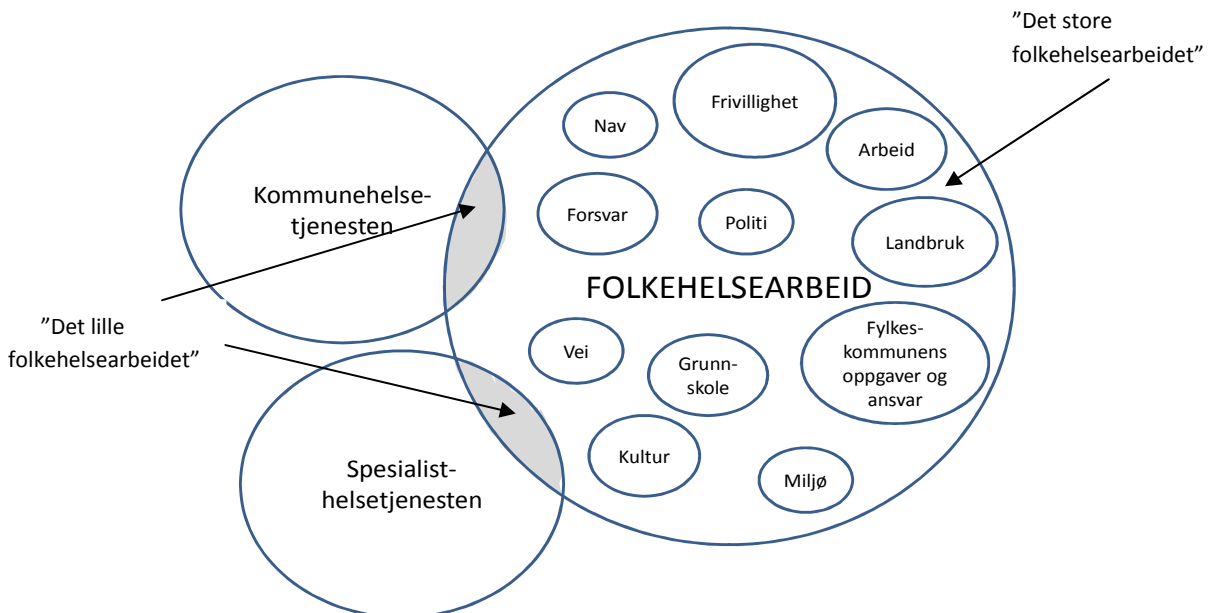
Hamar formannskap vedtok 26.03.2014 (sak 48/14) en planleggingsprosess for utvikling av kommunens folkehelsepolitikk. Med utgangspunkt i folkehelseoversikten og hovedutfordringer som framkommer utarbeides et grunnlagsnotat til kommunens planstrategi (2015-2018) og påfølgende revidering av kommuneplanens samfunnsdel.

Høsten 2014 starter rådmannen i samarbeid med formannskapet, arbeidet med kommunens folkehelsepolitikk for å finne fram til hovedutfordringer, mål og prioriterte satsingsområder.

Et viktig formål med denne prosessen er å forankre folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel med tydelige mål og satsingsområder etter prinsippet "helse i alt vi gjør". Fra 01.01.2015 iverksetter kommunen en ny administrativ organisasjonsstruktur. Administrativ forankring av folkehelsearbeidet i alle sektorer og tjenester er viktig for å sikre iverksetting av folkehelsepolitikken.

Helse-begrepet kan forlede oss til å tenke at folkehelsearbeid handler om forebygging av sykdom. Folkehelsearbeidet er alt det gode arbeidet som gjøres for å bedre trivselen, livskvaliteten, mestringsevnen og tryggheten til våre innbyggere – dette er det "store folkehelsearbeidet". I følge lege og professor i sosialmedisin, Per Fugelli, er helse *det som trengs for å gjøre livet verdt å leve*. Sentralt i dette står tilhørighet, likeverd og det å finne mening i det en gjør, både i arbeid og i fritid. Helsetjenestens bidrag er viktig men kan defineres som "det lille folkehelsearbeidet" vurdert ut fra effekt på befolkningsnivå.

Figur 2.2: Illustrasjon av aktørene i folkehelsearbeidet (Basert på figur utarbeidet av Anders Smith).



## 2.3 Om dokumentet

Målgruppen for folkehelseoversikten er kommunens administrative og politiske ledelse. Dokumentet skal inngå i grunnlaget for prioriteringer og politiske beslutninger. Frivillige lag og foreninger og Hamarsamfunnet for øvrig vil også ha nytte av folkehelseoversikten.

Folkehelseoversikten bygger på dokumenter og informasjon fra Hedmark fylkeskommune, Folkehelseinstituttet og annen offentlig tilgjengelig statistikk. Det er hentet data fra lokale undersøkelser som Innbyggerundersøkelsen (2013), Ungdata (2011, 2013) og fra nasjonale styrende dokumenter. Se referanseliste i kapittel 7.

Kapittel 4 Folkehelsestatus i Hamar kommune er strukturert i samme tema som forskriften om oversikt over folkehelsen (§3) og fylkeskommunens oversiktsdokument for Hamarregionen. Andre kilder enn Folkehelseinstituttet er oppgitt med referanse.

## 3 Kommentarer til statistikkområdene

I Norge er det tverrpolitisk enighet om at eksistensen av sosial ulikhet i helse er en kilde til bekymring. Siden 2007 har vi hatt en nasjonal strategi for å redusere sosial ulikhet i helse.

I tråd med folkehelseloven skal vi være opptatt av hvordan helsen fordeler seg i befolkningen og hva som skaper eller opprettholder sosiale helseforskjeller. Gjennom de siste tiårene har det vært betydelig velstandsøkning i det norske samfunnet og de fleste grupper har hatt markert oppgang i realinntekten. Samtidig har forskjellene blitt større. Økende inntektsforskjeller er en folkehelseutfordring. Innbyggerundersøkelsen i Hamar (TNS 2014) viser på mange områder denne direkte sammenhengen mellom inntektsnivå og livskvalitet (se kapittel 5).

Statistikk må leses med forsiktighet. Følgende spørsmål er nyttige å stille

- 1) Hva er spredningen i tallmaterialet? Skjuler gjennomsnittet et faktagrunnlag med stor spredning? Å styre etter gjennomsnittstall kan føre galt av sted hvis tiltak iverksettes til en gruppe som finnes i statistikken og ikke i virkeligheten.
- 2) Hva er ambisjonene våre? Er ambisjonen vår å være best i Hedmark eller i Norge? Eller på landsgjennomsnitt? Hva er de politiske målsettingene på ulike folkehelseområder i Hamar?
- 3) Hvor vesentlige er utfordringer som beskrives for de det gjelder? Utfordringer som vi finner hos få personer kan være svært viktig, mens andre utfordringer som knyttes til mange kan ha mindre betydning for deres helse og livsbetingelser.

### 3.1 Befolkningssammensetning

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2014 (Folkehelseinstituttet):

1. Andelen eldre over 80 år i 2020 er estimert å være høyere enn i landet som helhet.
2. Andelen som bor alene er høyere enn andelen i landet.



Hamar har i dag en høyere andel eldre over 80 år i befolkningen (6,3%) enn både fylket (5,8%) og landet (4,4%).

Hamars befolkningsvekst har de siste årene i stor grad vært sikret gjennom innvandring. Fra 2006 til 2013 har andelen innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre økt fra 6,2 % til 10,5 %, mot ca. 14 % for landet totalt sett. Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (alle land) var 3 273 personer i Hamar kommune pr. 1.1.2014 (tabell 07108, SSB). Begrepet innvandrer omfatter, arbeidsinnvandrere, flyktninger og asyløkere fra alle land.

**Tabell 3.1 Innvandrerbefolkningen i Hamar etter regionbakgrunn pr. 01.01.2014. Kilde: SSB.**

	Menn	Kvinner
Europa unntatt Tyrkia	795	672
Afrika	343	305
Asia med Tyrkia	495	543
Nord-Amerika	16	22
Sør- og Mellom-Amerika	36	46
Oseania	0	0
<b>Sum</b>	<b>1685</b>	<b>1588</b>

- Levekårsstudier viser at innvandrere fra lav- og middelinntektsland scorer lavere på inntektsnivå, sysselsetting, utdanningsnivå og standard på husvære og er derfor blant de svakeste sosiale gruppene i det norske samfunnet. Ulikheter i helse er ikke bare knyttet til materiell fattigdom, det er mange faktorer som påvirker helsetilstand.
- Etnisk bakgrunn og migrasjon har betydning for innvandrernes helse og tilgang på helsetjenester. Samspillet er komplisert og samfunnets barrierer (juridiske, økonomiske, språk, psykososiale, kulturelle) er vesentlige faktorer. (Kumar m.fl. 2010)
- Av positive folkehelse trekk blant innvandrere finner vi at alle innvandrergrupper bruker betydelig mindre alkohol enn norske, røyking blant innvandrerkvinner er nesten lik null, de fleste innvandrergrupper har lavere blodtrykk enn de norske, noen innvandrergrupper bruker tradisjonelt mye frukt og grønnsaker. Innvandrergruppene i studien er fra Pakistan, Tyrkia, Iran, Vietnam og Sri Lanka. (Kumar m.fl. 2010)

Lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvopplevd helse, sykdom og for tidlig død. Aleneboende antas å kunne være en utsatt gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Andelen enpersonshusholdninger i Hamar var 20% i 2013 og er, i likhet med landet for øvrig, svakt stigende. De som er gift eller lever i samboerforhold har statistisk sett bedre psykisk og fysisk helse enn single. Det er flere skilte og enker/enkemenn med depresjon og angst, og gruppen har høyere dødelighet. Enslige forsørgere er den gruppen som har mest alvorlige økonomiske problemer. Enslige i Norge har hatt en dårligere økonomisk utvikling enn samboende.

### 3.2 Oppvekst og levekårsforhold

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2014 (Folkehelseinstituttet):

1. Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Lav inntekt defineres her som under 60 % av

nasjonal medianinntekt.

2. Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.
3. Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing er lavere enn i landet som helhet.
4. Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er høyere enn i landet som helhet.  
Kommuneverdien kan skjule stor variasjon mellom skoler.
5. Frafallet i videregående skole er lavere enn i landet som helhet.
6. Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

Oppvekstvilkårene påvirkes av forhold i familien, barnehagen, skolen, i fritidsaktivitetene og de fysiske omgivelsene i nærmiljøet.

De fleste norske husholdninger har opplevd en betydelig velstandsøkning de siste årene. Tall fra inntektsstatistikken (SSB 2014) viser for eksempel at en typisk «middelklassehusholdning» i Norge (medianen) hadde en inntekt etter skatt som omregnet i faste priser var om lag 40 prosent høyere i 2012 enn tilsvarende husholdning hadde i 2000. Blant barnefamilier er det et økende antall som ikke holder tritt med den generelle inntektsveksten i samfunnet. Det har i tillegg blitt flere barnefamilier som opplever en periode med lave inntekter som strekker seg over flere år, såkalt vedvarende lavinntekt. Barn har dermed gått fra å være en gruppe med klart mindre risiko for å bo i husholdninger med vedvarende lavinntekt enn befolkningen på begynnelsen av 2000-tallet, til å ha om lag samme risiko som befolkningen generelt i 2012.

I følge Folkehelse var 18,8% av barna (0-17 år) i Hamar barn av eneforsørgere i 2010-2012. Dette tilsvarer 1065 barn. Andelen for landet var 15,8%. Av alle barn og unge 0-17 år bodde 9,5% i lavinntekts-husholdninger i 2011 (7,6% i 2006). Omregnet i faktisk antall er dette 553 barn og unge i husholdninger med lav inntekt i Hamar i 2011.

Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Det er sterk sammenheng mellom arbeidsledighet og dårlig psykisk helse (Backe-Hansen 2014). Pr. oktober 2014 var det 3,7% arbeidsledige i aldersgruppen 15-29 år og 2,3 i aldersgruppen 30-74 år i Hamar (SSB).

Tabellen under viser at Hamar i 2013 hadde 465 personer 18-49 år med uføretrygd (Statsbudsjettet 2015, Grønt hefte). Dette er knapt 4% av alle i aldersgruppen. Tabellen viser også at antallet var økende i perioden 2009-2013.

**Tabell 3.2: Antall uføre i Hamar kommune. Kilde: Statsbudsjettet, Grønt hefte.**

	2009	2010	2011	2012	2013
Antall uføre 18-49 år	373	375	412	460	465

Frafallet fra videregående utdanning har for Hamar kommune blitt markert mindre i perioden 2005 til 2012 og ligger godt under gjennomsnittet for både Hedmark og landet.

**Tabell 3.3: Fravall i videregående skole 2005-2012. Kilde: Folkehelseinstituttet, KommuneHelse.**

	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Hele landet	25	25,4	25,8	25,8	25,4	25
Hedmark	29,7	30,5	30	29,7	28,1	26,1
Hamar	26,7	27,1	24,4	23,5	22,1	19,7



Tilstandsrapport for videregående opplæring 2012/13 viser at gjennomføringsgraden i fylket for elever på studieforbereidende utdanningsprogram (2007-kullet) var 84,6% og for yrkesforberedende 54,2%. Dette er en stor utfordring for kunnskapssamfunnet Norge.

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at andelen elever i Hamar som trives på skolen (7. og 10. trinn) er høyere enn landsgjennomsnittet (drøyt 91 %). Det er 6,5% av elevene som rapporterer om mobbing. Omregnet til faktiske tall er dette 42 barn og unge i vårt lokalsamfunn. Dette er lavere enn snittet for både fylket (8,5%) og landet (8,9%). Mobbing skjer i skole- og lokalmiljøet og der må også løsninger og tiltak iverksettes. Skoleplanen, Hamar som merkevare (2013-2016), inneholder mål og tiltak for godt læringsmiljø og trivsel og mot mobbing.

Tema i Ungdata-undersøkelsen (2011, 2013) er samfunn, familie, venner, skole og framtid, fritid, helse og trivsel, tobakk og rusmidler. På samme måte som i forskning om sosial ulikhet i helse tyder denne undersøkelsen på det er sammenhenger mellom funnene i de ulike temaene, det vil si at det er sammenheng mellom ungdommenes levekår og helseadferd og selvopplevd helse. Ungdata-undersøkelsen peker ut psykisk helse, skolefravær og rus som sentrale innsatsområder for ungdommen i Hamar.

Vold i nære relasjoner defineres av politiet slik: Vold eller trusler om vold overfor personer som er eller har vært gift, eller som lever eller har levd i ekteskapslignende forhold, søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, samt adoptiv-, foster- og steforhold. Voldsutøvelsen er stedsuavhengig. Det er fortsatt mange myter og tabuer om vold og overgrep. Det er et samfunnsansvar å sikre åpenhet og kunnskap om dette. Tabuer er overgripernes beste venn. Derfor er økt kunnskap og økt åpenhet om temaet viktige virkemidler for å bryte ned tabuene på dette området (Det kriminalitetsforebyggende råd). Basert på spørreundersøkelser anslås det at 75 000-150 000 mennesker utsettes for vold i en nær relasjon årlig. Vold i nære relasjoner er et omfattende samfunnsproblem. (Meld. St. 15). I Hamar kan vi anslå at vold i nære relasjoner omfatter 450-900 mennesker årlig.

Komité for barn og unge arbeider med en helhetlig barne- og ungdomspolitik for kommunen fram mot 2025. Dokumentet skal etter planen behandles i kommunestyret før sommeren 2015 og være retningsgivende for alle tjenester til barn og unge.

### **3.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø**

Hamars geografiske beliggenhet gir muligheter for aktivitet og rekreasjon både på Hedmarksvidda, ved Mjøsa med den flotte strandsonen, skogen i Furuberget og de mindre skogteigene i byen så som Ankerskogen, Klukhagan og Børstadlunden. I gangavstand fra boligområdene er det gode muligheter for egenorganisert aktivitet.

I 2014 ble Hamar kåret til den niende beste kulturkommunen i landet (Norsk kulturindeks, Telemarksforskning). Indeksen rangerer alle de 428 kommunene i Norge etter ti ulike kulturbaserte kriterier: Kunstnere, kulturarbeidere, museum, konserter, kino, bibliotek, scenekunst, kulturskoler og Den kulturelle skolesekken, sentrale tildelinger og frivillighet. En god kulturkommune har et stort kulturtilbud, bredt mangfold og god publikumsdeltagelse. Idrett er ikke en del av indeksen.

Tall fra Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen viser at 9 av 12 kommunale skoler, begge de videregående skolene og alle barnehagene (herav 23 kommunale) i Hamar er godkjent etter

regelverket for miljørettet helsevern. En privat barneskole drives på dispensasjon. For de tre ikke godkjente skolene er årsakene ventilasjonsanlegg (venter på ferdigstilling på Prestrud), gymbygg (rehabilitering/nybygg under planlegging på Rollsløkken) og fjerning av ikke godkjent gulvbelegg 2015 (Storhamar).

### 3.4 Skader og ulykker

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2014 (Folkehelseinstituttet):

1. Andelen med skader er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter sykehusinnleggelser.

I perioden 2003-2012 døde det ca. 23 personer pr. 100.000 innbyggere pga. ulykker i Hamar kommune. Dette er nesten sju flere pr. 100.000 enn i perioden 1986-1995. Hamar er omtrent på landsgjennomsnittet for hoftebrudd pr 1000 innbyggere med 2,2 i Hamar og 2,1 for landet.

Potensielle og kjente trusler mot befolkningen som følge av ulykker og katastrofer er ivaretatt i kommunens risiko- og sårbarhetsanalyse og beredskapsplanverk.

### 3.5 Helserelatert adferd

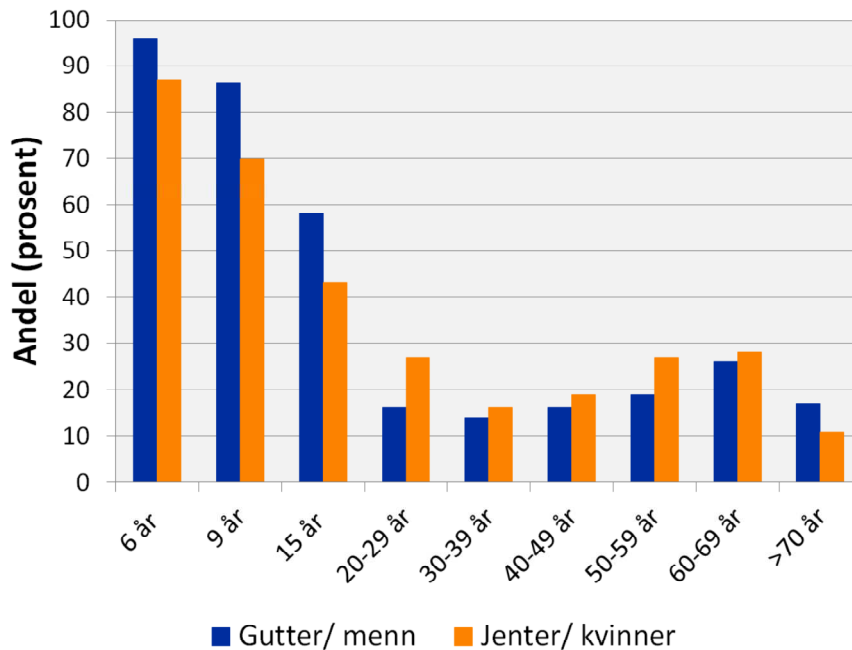
Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2014 (Folkehelseinstituttet):

1. Utbredelsen av overvekt er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter andelen menn med KMI > 25 kg/m<sup>2</sup> på sesjon.

Figuren under viser andelen som oppnår anbefalt minimum aktivitetsnivå i ulike aldersgrupper, målt ved hjelp av aktivitetsmålere (2012).

Voksne og eldre anbefales å være i fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig, mens barn og unge anbefales minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet. Figuren viser at det er stor variasjon mellom de ulike aldersgruppene.

Figur 3.1: Andel av befolkningen i Norge som oppnår anbefalt fysisk aktivitetsnivå etter alder (2012). Kilde: Folkehelseinstituttet.



Det har vært betydelig nedgang i antall dagligrøykere de senere årene, spesielt blant ungdom. Ungdata 2013 viser at 20% av elevene i VG2 bruker snus daglig og 7% oppgir daglig røyking. Snus gir ikke de samme helseskadene som røyking, men gir minst like sterk nikotinavhengighet.

Bruk og misbruk av alkohol kan føre til andre typer skader enn død og sykehusinnleggelse både for den som drikker og for andre. Dette gjelder blant annet barn som blir skadelidende av foreldres alkoholbruk, vold, promillekjøring, negative konsekvenser for arbeidsliv og opplevd ubehag av andres drikking. Selv om Norge har et lavt alkoholforbruk sammenlignet med andre land, har vi et drikkemønster som er kjennetegnet av at det drikkes relativt store kvantum når det drikkes (SIRUS 2013). Vinmonopolordningen og bevillingssystemet for omsetning av alkohol er ordninger som skal bidra til å begrense tilgangen til alkohol. Antall skjenkesteder i landet med kommunal bevilling er så godt som tredoblet i løpet av de siste 30 år, fra noe under 2 500 i 1980 til noe under 7 500 i 2012.

Kommunestyrets myndighet til å fastsette lokale alkoholpolitiske retningslinjer er et virkemiddel i folkehelsearbeid.

### 3.6 Helsetilstand

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2014 (Folkehelseinstituttet):

1. Forventet levealder er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
2. Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
3. Utbredelsen av hjerte- og karsykdommer er ikke entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter sykehusinnleggelse.
4. Sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å være mindre

utbredt enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

5. Tykk- og endetarmskreft ser ikke ut til å være entydig forskjellig fra landsnivået, vurdert etter antall nye tilfeller.

Forventet levealder for menn i Hamar er 77,8 år (landet 76,8), og for kvinner 82,6 (landet 81,4). Forskjellen mellom kjønnene er på samme nivå for fylket og for landet. All sykkelighet øker med alder, kvinner blir eldre enn menn og lever da med flere kroniske sykdommer. Hvilken alder menn og kvinner oppnår er også et indirekte mål på sosiale forskjeller – det vil si en indikator på hvilke forhold som kan påvirke helsen opp gjennom tiden (Schei 2007).

Folkehelseprofilen for 2014 viser at det er flere personer pr. 1000 innbyggere i Hamar enn landsgjennomsnittet som har psykiske plager. Tallet baserer seg på personer som har vært hos fastlege/legevakt og/eller bruker legemidler mot psykiske lidelser inkludert sovemidler. I oppsummeringen av Ungdata-undersøkelsen er psykisk helse utpekt som et av de sentrale innsatsområdene.

LHL skriver at de siste 30 år har blodtryksnivået i den norske befolkningen falt. Samtidig ser vi at færre dør av hjerneslag. Forskere tror at redusert blodtrykk kan forklare halvparten av denne nedgangen. Livsstilsendringer har vist seg å kunne senke trykket hos personer med moderat forhøyet blodtrykk. Dødelighet av hjerneslag i Hamar ligger på ca. 10 pr. 100.000 (landet ca. 13 og Hedmark ca. 15 pr. 100.000).

Muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser er de to hyppigst forekommende årsakene til sykefravær i Hedmark (Hedmark fylkeskommune 2014).

Tannhelsestatistikken for barn og unge i Hedmark er best i landet. Resultatene i Hamar er bedre enn gjennomsnittet i fylket målt med andelen barn og ungdom uten tannfyllinger og karies hos 5-, 12- og 18-åringer. Tannhelsetjenesten møter alle barn og ungdommer og er en viktig samarbeidspartner for kommunene i folkehelsearbeidet.

#### 4 Sosiale ulikheter i helse<sup>1</sup>

Det dominerende perspektivet på forskning om sosiale ulikheter i helse bygger på en årsaksforklaring som sier at det er forhold ved og i samfunnet som er bestemmende for – *determinerer* – hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i de ulike gruppene i det sosioøkonomiske hierarkiet. Plasseringen i dette hierarkiet gjenspeiler systematisk forskjeller i sjansen for sykdom og død. Dette forholdet defineres som en gradient. Til tross for en jevn velstandsøkning og mange medisinske og sosiale framskritt, viser forskningen at de sosiale ulikhetene i helse og død har økt over tid.

Sosiale forskjeller kan være fordelingen av sentrale ressurser, eksempelvis inntekt, materielle goder, makt, kontroll over eget liv og sosial støtte, eller fordeling av ulemper og påkjenninger, slik som arbeidsmiljøbelastninger, stress, kriminalitet, usunne helsevaner, ulykker osv. I forskning på sosial ulikhet i helse deles befolkningen gjerne inn etter inntektsnivå, lengden på utdanningen eller hva slags type jobb de har. Helsen til de ulike gruppene kan da sammenliknes.

---

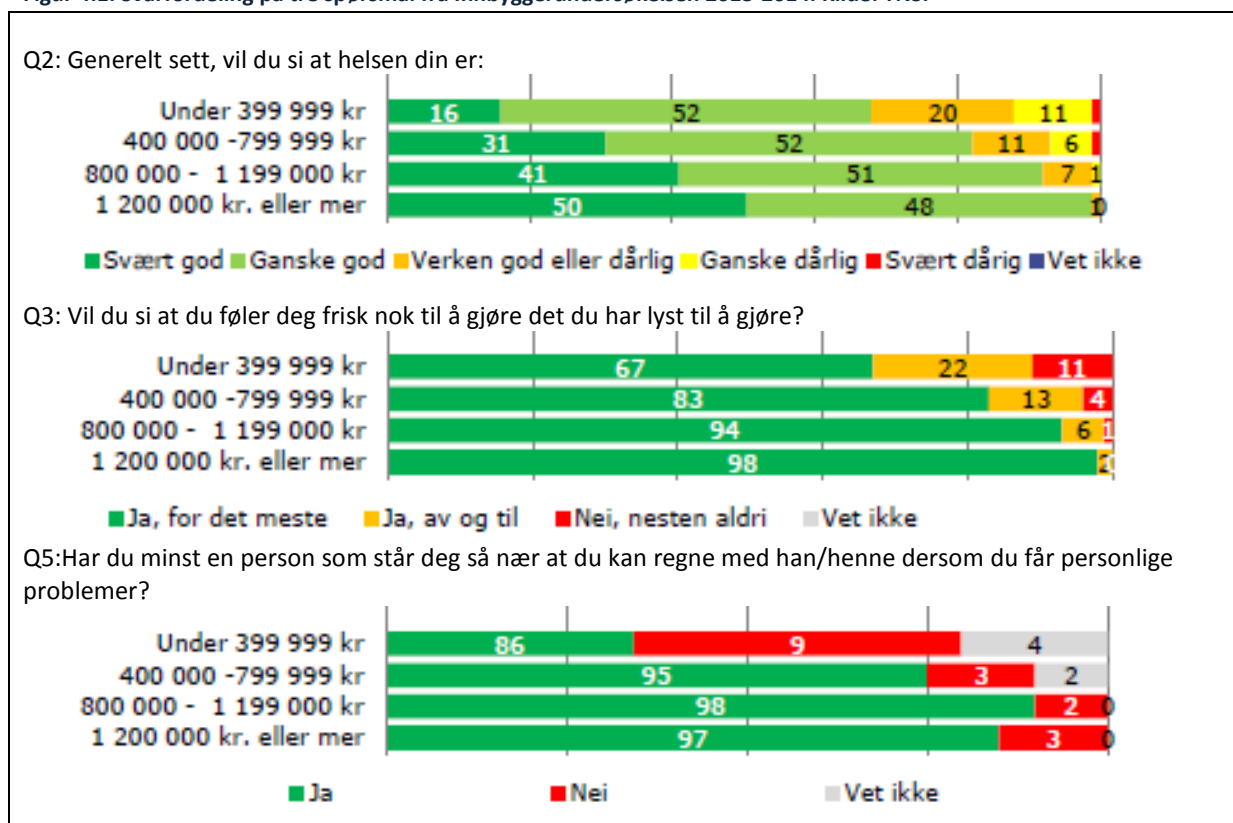
<sup>1</sup> Dahl, E. 2014 og Westin 2008

Vår oppfatning om årsakene til sosial ulikhet i helse er viktig for valg av virkemidler. Er sosiale ulikheter i helse et fattigdomsproblem eller et fordelings-/ulikhetsproblem? Det handler om forholdet mellom universelle ordninger og behovsprøvde ytelser for "dem som trenger det mest" – "de virkelig trengende".

Det er dokumentert at de økende sosiale forskjellene er langt mer enn et fattigdomsproblem. Forskning viser også at de sosiale helseulikhetene har økt i hele befolkningen som en økende helsegradient. Stortingsmeldingen "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller" (2007) peker på at vi i forståelsen av årsaker til dårlig helse ikke bare må se på det siste leddet i årsakskjeden, for eksempel om folk røyker eller ikke, spiser sunt eller ikke. For å komme til med effektive tiltak må vi se lengre bakover i årsakskjeden

Innbyggerundersøkelsen for Hamar (TNS, 2013) hadde hovedtema bl.a. trygghet, helse, sykkelbruk og tilrettelegging for gående, tilknytning og tilhørighet. I et statistisk folkehelseperspektiv er det gjennomgående inntrykket fra undersøkelsen at Hamar er et godt sted å bo og med gode levekår. Tallmaterialet i undersøkelsen er analysert både i forhold til bosted og inntekt og illustrerer tydelig og konkret at Hamarsamfunnet definitivt har en gradientutfordring:

Figur 4.1: Svarfordeling på tre spørsmål fra Innbyggerundersøkelsen 2013-2014. Kilde: TNS.



Fordi helseulikhetene ikke bare er en forskjell mellom topp og bunn i det sosiale hierarkiet, vil universelle tiltak vil ha størst effekt. En betingelse for at en universell tilnærming skal ha en utjevningseffekt er imidlertid at innsatsen doseres etter behov, og etter problemets størrelse og karakter. (Dahl, E. 2014)

## 5 Referanser

1. Bache-Hansen, Elisabeth m.fl. (2014): Barnevern i Norge 1990-2010. NOVA, rapport 9/14
2. Dahl, Espen m.fl. (2014): Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammenendragsrapport. Høgskolen i Oslo og Akershus. <http://www.hioa.no/>
3. Det kriminalitetsforebyggende råd, <http://www.krad.no/forebygging/voldogovergrep/vold-in%C3%A6re-relasjoner>
4. Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelseprofil Hamar kommune 2014 <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0403&sp=1&PDFaar=2014>
5. Frønes, Ivar og Strømme, Halvor (2010) Risiko og marginalisering. Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet
6. Hedmark fylkeskommune (2013) ): Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse Hamarregionen. [www.hedmark.org](http://www.hedmark.org)
7. Hedmark fylkeskommune (2014): Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse Hamarregionen. [www.hedmark.org](http://www.hedmark.org)
8. Helsedirektoratet (2013): God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. Veileder IS-2110.
9. Helsedirektoratet (2014): Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Rapport IS-2183.
10. IMDI (2012); Faktahefte om innvandrere og integrering: <http://www.imdi.no/Documents/BrosjyrerHefterHaandbok/iFAKTA2012.pdf>  
<http://www.imdi.no/no/Fakta-og-statistikk/Fakta-og-statistikk>
11. Kumar, Bernadette N. og Viken, Berit (red.) (2010): Folkehelse i et migrasjonsperspektiv
12. Meld.St.15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve.
13. Schei, Berit og Bakketeig, Leiv S. (red.) (2007) Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv
14. SIRUS (2013): Rusmidler i Norge. <http://www.sirus.no>
15. Statistisk sentralbyrå (2014): Barn i lavinntektshusholdninger. Flere innvandrerfamilier med lavinntekt. Artikkel. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnefamilier-med-lavinntekt>
16. St.meld. 34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar
17. Tilstandsrapport for videregående opplæring skoleåret 2012/13. Hedmark fylkeskommune. <http://www.hedmark.org>
18. TNS (2014): Hedmarksundersøkelsen 2013-2014. Hvordan er det å bo og leve i Hedmark?
19. Voksne for barn (2007): Når mamma eller pappa ruser seg. <http://www.vfb.no/>
20. Westin, Steinar: Foredrag på Helsekonferansen 2008 (06.-07.05.2008)