



HAMAR KOMMUNE

Oversikt over folkehelsen 2019

Hamar kommunestyre 25.09.2019 (sak 72/19)
Dato: 30.10.2019 revidert etter kommunestyrets vedtak

INNHold

Innhold.....	2
1 Sammendrag og hovedutfordringer	3
2 Innledning.....	5
3 Kommentarer til statistikkområdene.....	7
4 Sosial ulikhet i helse.....	16
5 Referanser.....	18

Forsidefoto: Hamar kommune

1 SAMMENDRAG OG HOVEDUTFORDRINGER

Arbeidet med oversikt over folkehelsen bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag og mange tema, hvor den årlige folkehelseprofilen (Folkehelseinstituttet) for Hamar er et viktig utgangspunkt. Samlet sett viser folkehelseprofilen et positivt bilde av kommunen, men det er likevel folkehelseutfordringer å ta tak i enten de er basert på informasjon om tilstanden i landet eller kommunen.

I dette dokumentet «Oversikt over folkehelsen 2019» beskriver kommunen utfordringer som grunnlag for planlegging, styring og beslutninger om virksomme tiltak på kort og lang sikt. Et viktig begrunnelse for å beskrive kommunens utfordringer er formålet i folkehelseloven om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Videre har vi lagt vekt på utfordringer der kommunen sammen med lokalsamfunnet, kan forvente å påvirke utviklingen gjennom sine virkemidler. Utfordringene kommunen beskriver skal invitere til at hele kommuneorganisasjonen, frivilligheten, arbeids-/næringslivet og engasjerte innbyggere bidrar i «det store folkehelsearbeidet».

Sosial ulikhet slik den kommer til uttrykk gjennom utdanning, økonomi, bolig og bomiljø, livs- og arbeidsforhold har betydning for levevaner og helse. Denne sammenhengen påvirker ikke bare de med lavest utdanning og inntekt, men gode tiltak vil ha positiv virkning på alle nivåer i det sosioøkonomiske hierarkiet og dermed hele befolkningen. Dette begrunner satsing på brede, befolkningsrettede tiltak. Samtidig er den høye forekomsten av barn i lavinntektsfamilier i Hamar en utfordring som viser behov for tiltak for høyrisikogrupper.

Innbyggerundersøkelsen (2018) viser gjennom lokale data, det samme som generell kunnskap om folkehelsestilstanden og sosial ulikhet i helse. Den selvrapporterte helsetilstanden og det sosiale nettverket rapporteres bedre med økende utdanning og inntekt.

Hovedutfordringer for 2019-2022

Fysisk og psykisk helse skal være likeverdige deler av folkehelsearbeidet. Inkludering av psykisk helse i folkehelsearbeidet forsterker betydningen av å se hvordan psykologiske, relasjonelle og sosiale faktorer kan bidra til å forstå sammenhengene mellom betingelser i miljøet og menneskers helse og livskvalitet.

1. Tidlige belastninger i barndom og oppvekst

Tidlige belastninger øker sannsynligheten for utfordringer knyttet til helse og livskvalitet senere i livet. Vold og overgrep mot barn er en alvorlig risiko. Psykososiale forhold er også av betydning. Til tross for at unges oppvekstvilkår generelt sett er bedre enn før, er barn og unges psykiske helse en stor folkehelseutfordring. Det viktigste forebyggende arbeidet gjøres før helseplager oppstår. Derfor handler det ikke om helsetjenester alene, men også om oppvekst- og levekårsforhold i vid forstand.

2. Sosial ulikhet i helse/ lav sosioøkonomisk status

Sosiale ulikheter i helse bygger på en årsaksforklaring om at det er forhold ved og i samfunnet som er bestemmende for hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i de ulike gruppene i det

sosioøkonomiske hierarkiet. Dette handler om forhold som yrke, utdanning, bosted, økonomi, sosial status mv.

I følge folkehelseprofilen 2019 bor 10 % av alle barn og unge (0-17 år) i Hamar i lavinntektshusholdninger, dvs. 583 barn og unge. Levekår i vid forstand ser ut til å ha stor innvirkning både på psykisk og fysisk helse. Dårlige levekår svekker sosial inkludering og forsterker risikoen for framtidig sosial eksklusjon. Barn som lever i vedvarende fattigdom (over flere år) vil være særlig utsatt.

3. Frafall i videregående opplæring

Gjennomføring av videregående skole er viktig for den enkelte og for samfunnet. I Hamar er den statistisk beregnede forskjellen i levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med mer utdanning, over seks år (Folkehelseprofilen 2019).

Hamar kommunes tjenester er, sammen med resten av lokalsamfunnet, viktige bidragsyttere til barns oppvekstvilkår, og kan påvirke det grunnlaget elevene har med seg når de starter i videregående utdanning og muligheten for at de gjennomfører.

4. Utenforskap

Manglende sosial tilknytning bidrar til utfordringer psykisk, fysisk og økonomisk. I Hamar bor det mange enslige, andelen innbyggere på uføretrygd og varig sosialhjelp er høyere enn gjennomsnittet for landet, og vi går inn i en periode hvor antall eldre øker sterkt. De unge forteller gjennom Ungdata om økende ensomhet. For hamarsamfunnet blir det viktig å være oppmerksom på utfordringer dette kan gi. Tilhørighet og sosialt nettverk har betydning for helse, trivsel og opplevd livskvalitet.

5. Levevaner

Dårlige levevaner knyttet til aktivitet, kosthold, alkoholbruk, røyking og dårlig kosthold har store helsemessige konsekvenser og fører til store samfunnsøkonomiske kostnader. Tiltak for livsstilsendring vil være viktig for å forebygge og utsette forekomsten av store grupper av folkesykdommer som hjerte-/karsykdommer, kreft, diabetes, muskel-/skjelettlidelser og demens.

Det er kun en tredjedel av den norske befolkningen mellom 20 og 64 år som oppfyller nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet. Befolkningen i Hamar skiller seg lite fra landssnittet. Innbyggerundersøkelsen viser at det totale antallet som driver fysisk aktivitet 3-4 ganger i uka har økt, men de yngste aldersgruppene har blitt noe mindre aktive. Dette er særlig viktig å følge med på fordi regelmessig fysisk aktivitet er viktig for vekst og utvikling, forebygger sykdom og gir overskudd og muligheter for sosialt samvær.

Også for de eldre aldersgruppene har fysisk aktivitet og kosthold stor betydning for forebygging av sykdom Dette blir viktig i møte med den sterke økningen i antall eldre.

I arbeidet med planlegging og gjennomføring av folkehelseiltak må vi være oppmerksom på forhold som skaper, opprettholder eller reduserer sosiale og helsemessige problemer.

2 INNLEDNING

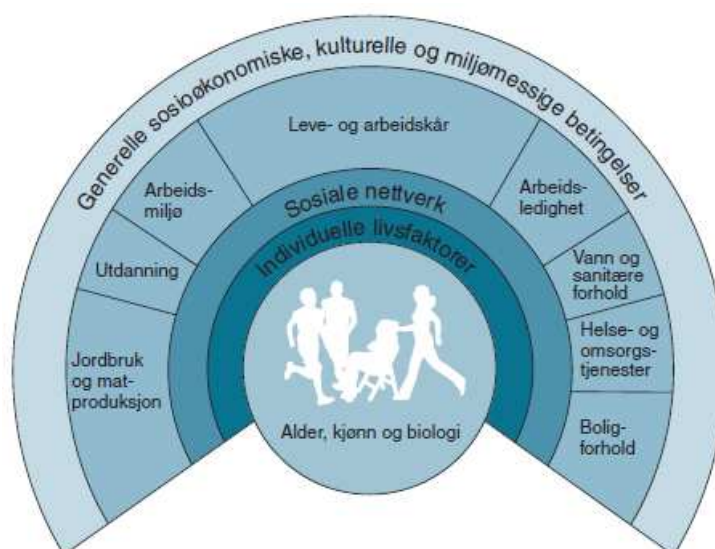
2.1 Bakgrunn

Kommunene 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 kommunal planstrategi og danne grunnlag for fastsettelse av mål og tiltak (jf. plan- og bygningsloven).

Figuren under viser at helsetilstanden påvirkes av mange ulike faktorer. 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 Påvirkningsfaktorer på helse (Whitehead og Dahlgren i Helsedirektoratet 2013)



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.

2.2 Hamar kommunes folkehelsepolitikk

Kommuneplan for Hamar 2018-2030 er kommunens «folkehelseplan» og beskriver gjeldende folkehelsepolitikk etter prinsippet «helse i alt vi gjør». Forankring av folkehelsearbeidet i alle sektorer og tjenester er viktig for å sikre iverksetting av folkehelsepolitikken.

Oversikt over folkehelsen (2019) skal ligge til grunn for arbeidet med kommunal planstrategi for 2020-2023. På den måten skal kommunens folkehelseutfordringer og kunnskap om påvirkningsfaktorer ligge til grunn for kommunens planlegging.

Helsebegrepet kan forlede oss til å tenke at folkehelsearbeid bare 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.

I forståelsen av årsaker til dårlig helse må vi ikke bare se på det siste leddet i årsakskjeden, på fysisk aktivitet og inaktivitet, om folk spiser sunt eller ikke, om folk røyker eller ikke, osv. (Folkehelseinstituttet 2018). For å komme til med effektive tiltak må vi også se lengre bakover i årsakskjeden. Levevaner er i stor grad et resultat av miljø og levekår. Faktorer som økonomi, bolig og bomiljø, utdanning, leve- og arbeidsforhold kan derfor påvirke helsa og risikoen for sykdom både positivt og negativt. Figur 2.2 viser eksempler på områder som påvirker sosiale helseforskjeller.

Figur 2.2 Påvirkningsfaktorer på sosial ulikhet i helse. Kilde: Folkehelseinstituttet (2018)



2.3 Om dokumentet

Målgruppen for folkehelseoversikten er kommunens politiske og administrative 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.

Folkehelsestatus i Hamar kommune er strukturert med samme tema som forskriften om oversikt over folkehelsen (§3) og fylkeskommunens oversiktsdokument for Hedmark fylke (2015).

Folkehelseoversikten bygger på dokumenter og informasjon fra Folkehelseinstituttet, Hedmark fylkeskommune og annen offentlig tilgjengelig statistikk. Det er hentet data fra lokale undersøkelser som innbyggerundersøkelser, Ungdata og fra nasjonale styrende dokumenter. Se referanselisten.

Folkehelseinstituttet publiserer årlig en folkehelseprofil for kommuner og fylker. Indikatorer fra folkehelseprofil for Hamar 2019 er vist innledningsvis under hvert tema i kapittel 3. Folkehelseprofilen inneholder også utdypende informasjon om definisjoner, tidspunktet de beskriver, sammenlikninger, med mer. Status for Hamar på de ulike indikatorene er illustrert med de samme kodene som i folkehelseprofilen.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikat forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for signifikans

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 KOMMENTARER TIL STATISTIKKOMRÅDENE

I Norge er det tverrpolitisk enighet om at eksistensen av sosial ulikhet i helse gir grunn til bekymring (Dahl, E. m.fl. 2014). Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Sosiale helseforskjeller handler om at helsen i befolkningen varierer mellom ulike grupper etter inntekt, utdanning, yrke, kjønn og etnisk og kulturell bakgrunn. Det er et stabilt mønster der sjansen for god helse og flere leveår gradvis blir bedre jo høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet folk befinner seg. Årsakssammenhengene er komplekse.

På landsbasis gjelder de sosiale forskjellene i helse for nesten alle sykdommer, skader og plager (Dahl, E. m.fl. 2014). Forskjellene innebærer mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet. Det er dokumentert at også ulykker og skader har større forekomst blant personer

med lav sosioøkonomisk status. Et eksempel er arbeidsulykker som først og fremst rammer personer med lav sosial posisjon, men ofte også unge personer og personer med innvandrerbakgrunn (Helsedirektoratet 2018).

Det er de ikke-smittsomme sykdommene som skaper mest uhelse i Norge. Flere kroniske sykdommer er i stor grad et resultat at befolkningens levevaner over tid. Røyking er den enkeltfaktoren som forklarer mest, om lag halvparten av levealder-forskjellene kan tilskrives røykevaner (Helsedirektoratet 2018).

I kapittel 4 viser vi hvordan sosial ulikhet i helse og helserelatert atferd kommer til uttrykk i Hamar kommunes innbyggerundersøkelse (2018).

3.1 Befolkningssammensetning

Fra Folkehelseprofilen for Hamar kommune 2019 (Folkehelseinstituttet):

- ⊙ 1. Andelen barn (0-17 år) i kommunen er lavere enn i landet som helhet.
- ⊙ 2. Personer (45 år +) som bor alene er høyere enn i landet som helhet.
- ⊙ 3. Andelen eldre over 80 år er i 2025 estimert til å være høyere enn i landet som helhet

Hamar har en lavere andel barn og unge under 19 år, færre i yrkesaktiv alder (25-54 år) og høyere andel eldre enn landet som helhet. Hamar har en høyere andel enslige over 45 år (20,9%) enn landsgjennomsnittet (17,7%).

Gjennomsnittsalderen i Hamar er 2,7 år eldre enn landsnittet. I Hamar er den 42,3 år og i landet 39,6 år (SSB). Hamar vil, som resten av landet, få en sterk vekst i alle de eldre aldersgruppene fram mot 2040. Det betyr blant annet at aldersgruppen over 80 år forventes å øke mer enn 80%, fra 2018 til 2040 (SSB, alternativ MMMM).

I siste 5-årsperiode har Hamar gjennomsnittlig hatt et årlig fødselsunderskudd på 42 personer. Hamars demografiske profil med flere eldre og færre yngre, gjør at vi kan forvente fødselsunderskudd også i årene som kommer. Fødselsunderskudd og lavere fruktbarhet er nå en utfordring for mange kommuner og landet som helhet.

Andel innbyggere med innvandrerbakgrunn (innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) i Hamar er lavere enn i landet og høyere enn gjennomsnittet i Hamarregionen. Innvandrerandelen har økt jevnt de siste årene både i kommunen, regionen og landet.

Tabell 3.1: Andel innbyggere med innvandrerbakgrunn per 01.01 i prosent. Kilde: SSB

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hamar	10,5	11,1	11,7	12,3	12,9	13,5
Hamarregionen	8,4	9,1	9,7	10,2	10,7	11,2
Landet	14,1	14,9	15,6	16,3	16,8	17,3

Både for Hamar og landet har innvandring betydd mye for befolkningsutviklingen i mange år. I 2017 opplevde vi imidlertid en nedgang i netto innvandring. Utvandring / tilbakeflytting av arbeidsinnvandrere antas å være hovedårsaken (Hamar kommune 2018). Hamar har de senere årene hatt en positiv utvikling i den innenlandske tilflyttingen, som har bidratt til en større befolkningsvekst enn landet.

Det er viktig for kommunen å følge med på befolkningsutviklingen fordi endringer i befolkningsgrupper som økende andel eldre og aleneboende, og flere med innvandrerbakgrunn vil øke risikoen for utfordringer for den enkelte både økonomisk, helsemessig og sosialt.

3.2 Oppvekst og levekårsforhold

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2019 (Folkehelseinstituttet):

- 1. Andelen med videregående eller høyere utdanning er ikke entydig bedre eller dårligere enn landsnivået.
- 2. Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn landet som helhet⁹.
- 3. Inntektsulikhet i befolkningen er omtrent som for landet, men er ikke testet for signifikans
- 4. Andelen barn (0-17 år) som bor trangt er lavere enn i landet som helhet¹⁰.
- 5. Andelen barn med enslig forsørger er høyere enn i landet som helhet.
- 6. Andel innbyggere (20-29 år) som er mottakere av stønad til livsopphold er ikke entydig forskjellig fra landet.
- 7. Andelen 10.-klassinger som trives på skolen er høyere enn i landet som helhet. Kommuneverdien kan skjule stor variasjon mellom skoler.
- 8. Andel elever på ungdomstrinnet som opplever mobbing hver 14. dag eller oftere er ikke entydig bedre eller dårligere enn landsnivået.
- 9. Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i lesing og/eller regning er lavere enn i landet som helhet.
- 10. Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.
- 11. Andelen ungdomsskoleelever som tror på et lykkelig liv er ikke entydig bedre eller dårligere enn for landet som helhet

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

Barn i lavinntektshusholdninger

De fleste norske husholdninger har opplevd en betydelig velstandsøkning de siste årene. Det er først og fremst husholdningene med de yngste barna som ikke holder tritt med den generelle inntektsutviklingen i samfunnet. Det har også vært ulik inntektsutvikling for store og små husholdninger, der de barnerike husholdningene har økt inntektene klart mindre enn andre barnefamilier (SSB 2016).

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 (www.bufdir.no).

I følge Folkehelseprofilen for Hamar (2019) bodde 10% av alle barn og unge (0-17 år) i lavinntektshusholdninger¹. Omregnet i faktisk antall er dette 583 barn og unge i husholdninger med lav inntekt i Hamar. Barnefattigdom rammer noen grupper mer enn andre. Husholdningene kjennetegnes ofte av minst et av disse forholdene: hovedforsørger har lav utdanning, forsørgerne har ingen yrkestilknytning, barna bor med enslig forsørger eller de er barn av innvandrere (www.bufdir.no).

Manglende tilknytning til arbeidslivet

Et viktig skille går mellom barnefamilier med en sterk og en svak tilknytning til arbeidsmarkedet. I tillegg til økonomisk trygghet gir arbeid tilgang til viktige helsefremmende ressurser. Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe både økonomisk, helsemessig og sosialt. Det er sterk sammenheng mellom arbeidsledighet og dårlig psykisk helse (Bache Hansen 2014). Arbeidsledigheten i Hamar har over tid vært lavere enn i fylket og landet. Pr. november 2018 var det 2,8% arbeidsledige i aldersgruppen 15-29 år og 1,7 % i aldersgruppen 30-74 år i Hamar (SSB).

I 2017 var det 415 personer i alderen 18-44 år i Hamar med uføretrygd (SSB). I følge Folkehelseinstituttet (Fhi/Kommunehelse) har Hamar hatt en høyere andel uføretrygdede i denne aldersgruppen enn landet og forskjellen har økt (målt i treårig gjennomsnitt fra 2011-2013). For aldersgruppen 45-66 år har andelen uføretrygdede i Hamar gått ned fra 18,3% (2010-2012) til 16,9 (2014-2016).

Andelen sosialhjelpsmottakere i Hamar gikk ned fra 5,7 % i 2014 til 4,8 % i 2016 (Hamar kommune 2018). Denne nedgangen fortsatte ikke i 2017 da andelen var på samme nivå som året før. I aldersgruppen 18-24 år ble andelen redusert fra 7,7 i 2013 til 5,6 i 2016, for deretter å øke igjen til 6,9 i 2017. En av utfordringene i Hamar er det høye antallet personer som er langtidsmottakere av sosialhjelp (6 måneder eller lenger).

Innvandrerbakgrunn

Barn med innvandrerbakgrunn utgjør en økende andel av barn i lavinntektshusholdningene, og er overrepresentert i lavinntektstatistikken (Bufdir 2019). Mer enn halvparten av alle barn i lavinntektsgruppen har i dag innvandrerbakgrunn (SSB 2016).

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 handler også manglende mulighet til å delta sosialt, på lik linje med resten av samfunnet.

¹ Ny definisjon fra 2019: Lav inntekt defineres som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

Enslige forsørgere og aleneboende

Enslige forsørgere er en sammensatt gruppe. De fleste barn med enslig forsørger har det bra, samtidig er det den gruppen som ifølge Folkehelseinstituttet (2007) har mest alvorlige økonomiske problemer. De som er gift eller lever i samboerforhold har statistisk sett bedre psykisk og fysisk helse enn single. Dette kan dels henge sammen med at å leve i parforhold gir sosial støtte og dels at par har mindre økonomiske problemer enn enslige.

Trivsel i Hamarskolen

Folkehelseprofilen (2019) viser at andelen elever på 10. trinn i Hamar som trives på skolen er entydig høyere enn landsgjennomsnittet. Tall fra Ungdata viser at det er 5,8% av elevene som oppgir at de blir mobbet i 2016, mot 6,4% i 2013 (Fhi/Kommunehelse). Dette er en positiv utvikling, men mobbing er alvorlig for de det gjelder. Omregnet til faktiske tall indikerer dette at nesten 60 barn og unge forteller at de opplever mobbing hver 14. dag eller oftere.

Gjennomføring i videregående skole

Frafallet fra videregående utdanning har for elever bosatt i Hamar variert fra 19% til 21% i perioden 2010-2017. Forskjellen mellom Hamar og gjennomsnittet for landet og fylket i perioden er redusert fordi resultatene for landet og fylket har blitt bedre. Frafall i videregående utdanning er en stor utfordring både for enkeltindivider og for kunnskapssamfunnet Norge.

Tabell 3.2: Frafall i videregående skole 2010-2017 (prosent). Kilde: Folkehelseinstituttet, Kommunehelsea.

	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Hele landet	25	24	24	23	22	21
Hedmark	26	25	25	25	24	23
Hamar	20	19	19	21	20	20
Lillehammer	23	22	21	20	19	19
Gjøvik	31	29	27	24	24	22

Tall fra SSB for elever fra Hamar viser at samlet sett gjennomførte 76% av elevene som startet i 2012 i løpet av fem år. Det er betydelige forskjeller i gjennomføringsgraden for studieforbereende (89,6%) og yrkesfaglig utdanningsprogram (54,7). Det er også forskjell mellom gutters (67,9%) og jenters (84,7%) gjennomføringsgrad for hamaelevne (2017).

Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep

Basert på spørreundersøkelser anslås det at 75 000-150 000 mennesker utsettes for vold i en nær relasjon årlig (St.meld. 15 2012-2013). Det betyr at vold i nære relasjoner er et omfattende samfunnsproblem. Med utgangspunkt i befolkningstall for Hamar kan dette omregnes til det årlig er 450-900 personer som opplever vold i nære relasjoner.

Vold i nære relasjoner defineres som ulike former for vold og overgrep mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer (Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging). Det omfatter også barn som er vitne til volden. Negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse faller også inn under begrepet. Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress påpeker at

kommunene har en viktig rolle i å forebygge vold i nære relasjoner, bl.a. ved å sikre åpenhet og økt kunnskap i tjenestene.

Mer enn en 1 av 5 norske kvinner oppgir å ha blitt utsatt for en form for seksuelt overgrep før fylte 18 år. Også blant menn opplevde en betydelig andel, nesten 1 av 10, å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (Thoresen & Hjemdal 2014). De helsemessige konsekvensene av å bli utsatt for seksuelle overgrep kan være svært alvorlige.

3.4 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2019 (Folkehelseinstituttet):

- 1. Andel ungdomsskoleelever som er fornøyd med lokalmiljøet er høyere enn landet som helhet
- 2. Andel ungdomsskoleelever som er med i fritidsorganisasjon er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet
- 3. Andel ungdomsskoleelever fornøyd med treffsteder er entydig lavere enn landet som helhet
- 4. Andel ungdomsskoleelever som er ganske mye eller veldig plaget av ensomhet er ikke entydig forskjellig fra landsnivået
- 5. Kommunenes drikkevannsforsyning (vannkvalitet/E-coli og leveranse) er bedre enn for landet som helhet
- 6. Andel av befolkningen som er tilknyttet vannverk er omtrent som verdien for landet som helhet (ikke signifikantstestet)

Sosialt miljø

Folkehelseinstituttet bruker fire indikatorer fra Ungdata (2016) for å beskrive sosialt miljø. De unge er godt fornøyd med lokalmiljøet, men Hamar scorer signifikant dårligere enn landsgjennomsnittet på treffsteder for de unge. I innbyggerundersøkelsen for Hamar er det en større andel i aldersgruppen 15-29 år som oppgir at de har følt seg ensomme enn i de andre aldersgruppene.

Sett i forhold til den forventede demografiske utviklingen med sterk økning i alle de eldre aldersgruppene, er forekomsten av ensomhet hos eldre en viktig indikator å følge med på. SSB-tall for landet viser en høyere forekomst av enslige som mangler en fortrolig venn blant eldre enn i andre aldersgrupper. Andelen som har lite kontakt med venner er høyere jo eldre man er.

Utenforskap er et uttrykk som i dagligtale brukes om manglende sosial tilknytning. Begrepet beskriver også hvordan enkeltpersoner eller grupper mangler tilknytning til arenaer som arbeidsliv eller utdanning. Viktige årsaker til utenforskap kan være psykiske helseproblemer, rus- og alkoholproblemer, fattigdom, manglende inkludering, omsorgssvikt, frafall i videregående opplæring, langvarig sykefravær, nedsatt funksjonsevne, mobbing eller arbeidsledighet.

Nærmiljø

Innbyggerundersøkelsen (2018) viser at innbyggerne i stor grad er fornøyd med Hamar som sted å bo og leve. Ni av ti innbyggere mener at nærmiljøet er trivelig og det er små geografiske forskjeller i svarene på dette spørsmålet. De med lavest inntekt er de som i minst grad oppgir at Hamar er trivelig.

Hamars geografiske beliggenhet gir muligheter for aktivitet og rekreasjon både på Hedmarksvidda, ved Mjøsa med strandsonen, skogen i Furuberget og de mindre skogteigene i byen: Ankerskogen, Klukhagan og Børstadlunden. Likevel viser sammenlikningstall at andelen innbyggere som har trygg tilgang til rekreasjonsareal og nærturterreng er lavere i Hamar enn i de andre mjøsbyene og gjennomsnittet for byer på Hamars størrelse (Hamar kommune 2018).

Kultur

I 2018 ble Hamar kåret til den ellefte beste kulturkommunen i landet (Norsk kulturindeks, Telemarksforskning). En god kulturkommune har et stort kulturtilbud, bredt mangfold og god publikumsdeltagelse. Biblioteket er godt besøkt. Kulturskolen har et lavt antall elever i forhold til sammenlignbare kommuner og lange ventelister. Andelen som er ansatte i kulturnæringer er omtrent som verdien for landet. Idrett er ikke en del av indeksen.

Fysisk miljø

Tall fra Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen (årsmelding 2018) viser at 7 av 12 kommunale skoler og 14 av 19 kommunale barnehager i Hamar er godkjent etter regelverket for miljørettet helsevern. Antall godkjente barnehager og skoler har gått ned fra 2017. Dette kommer av at virksomhetene må ha ny godkjenning ved nybygg, utvidelse eller endring. Av de private skolene er 3 av 4 godkjent og 7 av 8 private barnehager.

Hamar kommune har noen ulykkesutsatte veger som også er skoleveger.

Innbyggerundersøkelsen for 2018 viser at andelen som svarer at barn i husstanden kjører buss eller bil på grunn av farlig skoleveg er høyest i Vang og Ridabu-/Hjellum.

3.6 Skader og ulykker

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2019 (Folkehelseinstituttet):

- 1. Andelen med skader behandlet i sykehus er entydig lavere enn for landet

Folkehelseprofilen for Hamar viser at forekomsten av ulykker som er behandlet i sykehus ligger lavere enn landsgjennomsnittet.

Fallskader er rangert som den sjette viktigste bidragsfaktoren til helsetap i Norge. Fallulykker er den viktigste årsaken til at eldre skader seg, og rammer både hjemmeboende og beboere i institusjon.

Hamar har hatt en positiv utvikling på forekomsten av hoftebrudd siden 2012. Andelen hoftebrudd blant innbyggerne i Hamar for perioden 2015-2017 er lavere enn landsgjennomsnittet, men det er

fortsatt 1,6 hoftebrudd årlig pr. 1000 innbyggere. Forskning har vist at 75% av de som brykker hoften ikke vil gjenvinne tidligere funksjonsnivå og mange vil ha behov for kommunale tjenester (Oslo kommune 2017).

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

3.7 Helsereelatert atferd

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2019 (Folkehelseinstituttet):

- 1. Andelen ungdomsskoleelever som er lite fysisk aktive er ikke entydig forskjellig fra verdien for landet
- 2. Andelen ungdomsskoleelever som her mer enn fire timer skjermtid daglig er ikke entydig forskjellig fra verdien for landet
- 3. Andelen kvinner som røyker er ikke entydig forskjellig fra verdien for landet

Levevaner

Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet for den generelle, voksne befolkningen i Norge er minst 150 minutter moderat aktivitet eller 75 minutter aktivitet med høy intensitet per uke. Omtrent én tredjedel av den norske befolkningen i alderen 20-64 år oppnådde anbefalingene for fysisk aktivitet i 2014-2015, hvor den største andelen som oppnådde anbefalingene var i aldersgruppen 50-64 år (37%), mens aldersgruppen 20-34 hadde den laveste andelen (27%) (Hansen et al. 2015). Gjennomsnittlig daglig stillesittende tid i den voksne befolkningen er 9 timer.

Om lag 90 prosent av seksåringene, 80 prosent av niåringene og halvparten av 15-åringene oppfylder anbefalinger om minst en time moderat fysisk aktivitet hver dag. I alle tre aldersgruppene er det flere gutter enn jenter som oppfylder anbefalingen (Norges idrettshøgskole 2019). I folkehelseprofilen ser ungdomsskoleelevene i Hamar ut til å være fysisk aktive i omtrent samme grad som gjennomsnittet for landet.

Innbyggerundersøkelsen (2018) viser at andelen i Hamar som oppgir at de driver fysisk aktivitet 3-4 ganger i uka eller mer økte mellom 2013 og 2018. Aldersgruppen 45-59 år og de eldste har blitt mer aktive, mens de yngste har blitt noe mindre aktive. Fysisk aktivitet øker med lengden på utdanningen og økende inntekt.

Tiltak for mer fysisk aktivitet og bedre kosthold er viktig i møte med den sterke økningen i antall eldre for å fremme helse, livskvalitet og legge grunnlag for et bærekraftig tjenestetilbudet.

Røyking og rusmidler

Røyking er ansett å være en av de viktigste årsakene til redusert helse og levealder. Det er en markant sosial gradient for dagligrøyking. Det har vært betydelig nedgang i antall dagligrøykere de senere årene, spesielt blant ungdom. I følge Ungdata (2016) oppgir 2 % at de røyker daglig, noe som er en nedgang på 5 % fra 2013. Blant elevene i videregående skole bruker 13 % snus daglig.

Ved forrige undersøkelse i 2013 var tallet 20 %. Snus gir ikke de samme helseskadene som røyking, men gir minst like sterk nikotinhengighet (Fhi/KommuneHelsa).

Alkoholbruk og misbruk er årsak til betydelige helsemessige – og sosiale problemer. Foreldres alkoholbruk kan ha negative følger for barn med 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 bortimot 7600 i 2015.

Kommunestyrets myndighet til å fastsette lokale alkoholpolitiske retningslinjer er et virkemiddel i folkehelsearbeid. Antall skjenkesteder i Hamar med kommunal bevilling har økt fra 49 til 52 siste fem år. Salgsbevillinger har økt fra 19 til 25 i samme periode.

3.7 Helsetilstand

Fra Folkehelseprofil Hamar kommune 2019 (Folkehelseinstituttet):

- 1. Forventet levealder er ikke entydig forskjellig fra landsnivået
- 2. Andel ungdomsskoleelever som er fornøyd med helsa er høyere enn i landet som helhet
- 3. Andel innbyggere (15-29 år) med psykiske lidelser/symptomer er ikke entydig forskjellig fra landsnivået
- 4. Andel innbyggere med muskel- og skjelettplager er ikke entydig forskjellig fra landsnivået
- 5. Andel innbyggere (17 år) med overvekt og fedme er ikke entydig forskjellig fra landsnivået
- 6. Forekomst av hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsnivået
- 7. Forbruk av antibiotika (resepter) er lavere enn verdien for landet

Forventet levealder for menn i Hamar er 79,3 år (landet 79,1), og for kvinner 83,3 (landet 83,3). Forskjellen mellom kjønnene er litt lavere i Hamar enn i 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 livet (Schei og Bakketeig 2007).

Psykiske symptomer

Folkehelseprofilen (2019) viser at forekomsten av psykiske symptomer og lidelser, rapportert fra fastleger og legevakt, viser en øking fra 15,6 til 16,2 prosent i aldersgruppen 15-29 år siden 2015. Forekomsten i Hamar var ifølge folkehelseprofilen fram til 2018 signifikant høyere enn landet, men er i profilen for 2019 ikke lenger signifikant forskjellig da forekomsten for landet har økt.

I Ungdata-undersøkelsen fra 2013 og 2016 oppga henholdsvis 11% og 10% av ungdomsskoleelevene i Hamar at de har utfordringer med psykisk helse/depressive symptomer. Tilsvarende verdi for landet er 12% i 2016. Forekomsten er høyere blant elevene på videregående nivå hvor verdien for Hamar og for landet er 17%.

Folkehelseinstituttet (2018) finner ikke holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser øker i den voksne befolkningen. Derimot observerer de en økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager. Økningen er bekymringsfull, og har blant annet medført at psykisk helse og livsmestring er tatt med inn i overordnet del i det nye læreplanverket for grunnopplæringen (Utdanningsdirektoratet 2019).

Andre indikatorer på helsetilstanden

Folkehelseprofilen for Hamar 2019 viser at det ikke er noen signifikant forskjell på Hamar og landet som helhet i overvekt og fedme blant 17-åringene. Heller ikke i forhold til muskel og skjelettplager eller hjerte- og karsykdom viser folkehelseprofilen noen signifikant forskjell på Hamar og landet som helhet.

Muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser er de to hyppigst forekommende årsakene til sykefravær i Hedmark (Hedmark fylkeskommune 2015). Det har vært nedgang i forekomst av hjerte- og karsykdom de siste tiårene, men utbredelsen av risikofaktorer som røyking og fysisk inaktivitet tyder på at lidelsene fortsatt vil ramme mange (Fhi/Kommunehelsa).

Tannhelsestatistikken for barn og unge i Hedmark viser at fylket har resultater som er bedre enn landsgjennomsnittet (Hedmark fylkeskommune 2015).

4 SOSIAL ULIKHET I HELSE

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 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, jo høyere utdanning eller inntekt, jo større er sjansen for god helse og flere leveår. Til tross for en jevn velstandsøkning og mange medisinske og sosiale framskritt, viser forskningen at de sosiale ulikhetene i helse og død i Norge har økt over tid (Dahl, E, m.fl. 2014).

Sosiale forskjeller kan være fordelingen av 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.

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».

Fordi helseulikhetene ikke bare er en forskjell mellom topp og bunn i det sosiale hierarkiet, vil universelle tiltak ha størst effekt. I tillegg trengs tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Tiltak må rettes mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse. Ikke minst er det viktig med innsats mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller, de såkalte sosiale helsedeterminantene (Dahl, E, m.fl. 2014), se kapittel 2.2.

Innbyggerundersøkelsen for Hamar og annen informasjon om tilstanden i kommunen viser det samme bildet som vi finner i generell kunnskap om folkehelse tilstanden i landet. På de to indikatorene om selvrapportert helse er andelen som opplever at helsen er god størst blant de med høy inntekt og gradvis lavere i gruppene med lavere inntekt. På spørsmål om man har en fortrolig venn er forekomsten betydelig lavere for de med lavest inntekt.

Videre viser Folkehelseprofilen for 2019 at forskjellene i forventet levealder med utgangspunkt i utdanningsnivå er økende, og at den er større i Hamar enn i landet. Indikatoren viser at i Hamar er forskjellen i levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning på 6,1 år. Dette begrunner valget av frafall i videregående som en hovedutfordring for Hamar kommune. Kommunen har gjennom sine tjenester muligheter til å påvirke barn og unges oppvekstforhold og utvikling, og dermed det grunnlaget elevene har med seg inn i videregående utdanning.

Figur 4.1: Svarfordeling på tre spørsmål fra Innbyggerundersøkelsen 2018. Kilde: TNS 2018.



5 REFERANSER

1. Bache-Hansen, Elisabeth m.fl. (2014): Barnevern i Norge 1990-2010. NOVA, rapport 9/14 Bufdir (2019): https://www.bufdir.no/Familie/Fattigdom/Ny_Barnefattigdom_i_Norge/
2. Dahl, Espen m.fl. (2014): Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport. Høgskolen i Oslo og Akershus. <http://www.hioa.no/>
3. Folkehelseinstituttet: Folkehelseprofil for Hamar. <https://www.fhi.no/hn/helse/>
4. Folkehelseinstituttet (2007): Sosial ulikhet i helse, en faktarapport
5. Folkehelseinstituttet (2018): Folkehelse rapporten. Sosiale helseforskjeller i Norge
6. Folkehelseinstituttet (2018): Psykisk helse i Norge
7. Frønes, Ivar og Strømme, Halvor (2010) Risiko og marginalisering. Norske barns levekår i kunnskapssamfunnet
8. Hamar kommune (2018) Kunnskapsgrunnlag for Hamar kommune 2018: Utviklingstrekk og utfordringer
9. Hamar kommune (2019): Tilstandsrapport for hamarskolen 2018
10. Hansen et al. (2015) i Helsedirektoratet (2018) Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/31_august2018_sendt-003.pdf
11. Hedmark fylkeskommune (2015): Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse, Hamarregionen. www.hedmark.org
12. Hedmark fylkeskommune (2018): Folkehelsestrategi 2018-2022 <https://www.hedmark.org/meny/vare-tjenester/folkehelse/folkehelsestrategi-hedmark-fylkeskommune/>
13. Helsedirektoratet (2013): God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. Veileder IS-2110
14. Helsedirektoratet (2018): Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse.
15. Meld.St.19 (2014-2015): Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter
16. Meld.St. 13 (2018-2019): Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft
17. Meld.St. 19 (2018-2019): Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn
18. Norges idrettshøgskole (2019): Nasjonalt overvåkningssystem for fysisk aktivitet og fysisk form https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf
19. Oslo kommune (2017): Forebygging av fall og bruddskader, bydel Nordstrand
20. Schei, Berit og Bakketeig, Leiv S. (red.) (2007) Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv
21. SIRUS (2013): Rusmidler i Norge. <http://www.sirus.no>
22. Statistisk sentralbyrå (2014): Barn i lavinntekstshusholdninger. Flere innvandrerfamilier med lavinntekt. Artikkel. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnefamilier-med-lavinntekt>
23. Statistisk sentralbyrå (2016): Barnefamilienes inntekter, formue og gjeld 2004-2014. Forfattere: Jon Epland og Mads Ivar Kirkeberg. Rapport 2016/11.
24. St.meld. 15 (2012-2013): Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner
25. Telemarksforskning: Norsk kulturindeks. <http://kulturindeks.no/steder>
26. Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (Red.) (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
27. Tilstandsrapport for videregående opplæring skoleåret 2017/18. Hedmark fylkeskommune. <http://www.hedmark.org>
28. TNS (2018): Innbyggerundersøkelse for Hamar
29. Ungdata. www.ungdata.no
30. Utdanningsdirektoratet (2019): Overordnet del av læreplanverket for grunnutdanningen <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/overordnet-del/>