



FOLKEHELSEMEDLINGEN 2012-2030

Vedtatt i kommunestyret 21.02.2013



HELSE I ALT VI GJØR

Ringerike - Best for barn

Ringerike - Aktivitet for alle

Ringerike - Folkehelsekommunen.

Forord

God folkehelse innebærer at flest mulig i befolkningen trives, har jobb eller går på skole, har et godt sosialt nettverk, deltar i kultur og fritidsaktiviteter, har en sunn livsstil og lever i trygge omgivelser med sikre veier og ren luft å puste i. Målet er få livsstilssykdommer, skader og plager – og mange leveår med god helse.

I Ringerike kommune mener vi det er et viktig samfunnsoppdrag å bidra med å legge til rette for at innbyggerne kan ha overskudd til å mestre hverdagens krav og delta i samfunnet. God helse og trivsel har stor betydning for befolkningens livskvalitet! Folkehelsearbeid er også en god samfunnsøkonomisk investering.

Derfor vil kommunen i årene som kommer satse på folkehelsearbeid. Det er mye vi kan gjøre som vil ha innvirkning på befolkningens helse og trivsel, og vi må prioritere. Folkehelsemeldingen legger føringene for satsningen i Ringerike fram mot 2030. Meldingen skal fungere som et strategisk dokument der de lange linjene i utvikling av kommunens tilbud på aktuelle områder skisseres. Hensikten med en melding er ikke å ta konkrete beslutninger om alle endringer som skal skje innen meldingens temaområde det neste tiåret. Meldingen skal derimot tjene som grunnlag for beslutninger i enkeltsaker og for strategiske valg ved behandling av økonomiplan mv. Ved at disse beslutningene har et felles utgangspunkt i en langsiktig strategi, skal meldingen bidra til å sikre enhetlig sammenheng mellom de mange enkeltbeslutninger som over tid bidrar til å utvikle og endre kommunens tilbud.

Folkehelsemeldingen skal danne grunnlag for at de fremtidige folkehelseiltakene i kommunen blir helhetlige, konkrete og synlige i samfunnet. Et overordnet mål med arbeidet er å spre engasjement om folkehelse på alle nivåer i Ringerikssamfunnet.

Folkehelsemeldingen forplikter og tydeliggjør kommunens mål om at innbyggerne skal trives - og ha mange gode leveår i Ringerike kommune.



Kjell B. Hansen
Ordfører



Saksprotokoll fra kommunestyremøte 21.02.13

Arkivsaksnr.: 12/4733-14

Sak: 21/13

FOLKEHELSEMEDLINGEN 2012 - 2030

Vedtak i Kommunestyret:

1. Helse i alt vi gjør – Folkehelsemeldingen 2012 – 2030 vedtas som retningsgivende for perioden frem til våren 2015 hvor en foretar en evaluering av fremdrift.
2. Mål, visjoner og føringer i folkehelsemeldingen skal innarbeides i handlingsprogram, kommuneplan og styringsystemer.
3. I målark 2 "Aktivitet for alle" endres første tiltak for å nå målene til følgende:
"Systematisk arbeid sammen med brukere, trossamfunn, organisasjoner, lag og foreninger." osv.
4. Det er viktig å følge opp tiltak som kan redusere bruk av rusmidler.

Behandling i Kommunestyret 21.02.2013:

Formannskapets innstilling:

1. Helse i alt vi gjør – Folkehelsemeldingen 2012 – 2030 vedtas som retningsgivende for perioden frem til våren 2015 hvor en foretar en evaluering av fremdrift.
2. Mål, visjoner og føringer i folkehelsemeldingen skal innarbeides i handlingsprogram, kommuneplan og styringsystemer.

3. I målark 2 "Aktivitet for alle" endres første tiltak for å nå målene til følgende:
"Systematisk arbeid sammen med brukere, trossamfunn, organisasjoner, lag og foreninger." osv.
4. Det er viktig å følge opp tiltak som kan redusere bruk av rusmidler.

Utsettelsesforslag fremmet av Ole Johan Andersen (Frp):

Saken utsettes og returneres rådmann.

I tillegg til punkt 4 i formannskapets vedtak innarbeides temaområdene i Ringerike kommunens folkehelseprofil for 2013 utarbeidet av Folkehelseinstituttet med fokus på helsefremmede og forbyggende arbeid. Dette gjelder særlig befolkningen, levekårene, miljøet, skole, levevaner, helse og sykdom.

Avstemming:

Utsettelsesforslag fikk 12 stemmer og falt. Mindretallet besto av: Frp, Sol og Sp.

Forslag til nytt punkt 5 fremmet av Ole Johan Andersen (Frp):

Det innarbeides temaområdene i Ringerike kommunens folkehelseprofil for 2013 utarbeidet av Folkehelseinstituttet med fokus på helsefremmede og forbyggende arbeid. Dette gjelder særlig befolkningen, levekårene, miljøet, skole, levevaner, helse og sykdom.

Avstemming:

Andersens forslag til nytt punkt 5 fikk 12 stemmer og falt. Mindretallet besto av: Frp, Sol og Sp.

Deretter ble formannskapets innstilling enstemmig vedtatt.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Forord | 1 |
| Saksprotokoll fra kommunestyremøte 21.02.13 | 2 |
| Sammendrag | 4 |
| Innledning | 5 |
| Begreper og definisjoner | 6 |
| Helseårsakskjeden – langsiktige effekter | 7 |
| Levekår – essensielt for folkehelse | 8 |
| Betydningen av utdanning for folkehelse..... | 8 |
| Engasjement i foreninger og folkehelse | 10 |
| Folkehelse i Ringerike kommune i dag | 11 |
| Indikatorer for levekår i Ringerike kommune..... | 12 |
| Indikatorer for skoler i kommunen..... | 12 |
| Prioriteringer og veivalg for folkehelsearbeidet i Ringerike kommune | 14 |
| Visjon 1: Ringerike - Best for barn. | 15 |
| Visjon 2: Ringerike – aktivitet for alle | 17 |
| Visjon 3: Ringerike - Folkehelsekommunen..... | 17 |
| Implementering, evaluering og rullering | 18 |
| MÅL ARK 1 RINGERIKE – BEST FOR BARN | 19 |
| MÅL ARK 2 RINGERIKE - AKTIVITET FOR ALLE | 23 |
| MÅL ARK 3 RINGERIKE – FOLKEHELSEKOMMUNEN | 26 |
| Referanser og litteratur | 28 |
| Vedlegg | 29 |
| Oversikt over plansystemet..... | 29 |
| Folkehelsebarometer for Ringerike kommune 2012..... | 30 |

Sammendrag

Folkehelsemelding 2012 – 2030 er et strategisk dokument som skal angi veivalg og virkemidler for å bedre den fremtidige folkehelsen i Ringerike kommune. Meldingen skal gi føringer for økonomiske prioriteringer og gjenspeiles i handlingsplanene i kommunens alle virksomhetsområder.

Folkehelsearbeid handler om å danne grunnlaget for god helse i befolkningen. Det dreier seg om å forebygge slik at det blir mindre å reparere. Spørsmålet er hvordan man kan tilrettelegge samfunnet slik at flest mulig trives, fungerer i arbeid og på skole, velger en sunn livsstil og får mange gode leveår? Det blir naturlig å spørre seg hvordan vi kan bedre befolkningens levevaner knyttet til ernæring, rus, tobakk, fysisk aktivitet og så videre. Dette er vanskelig å påvirke direkte. Folkehelseinstituttet anbefaler at levevaner heller kobles opp mot levekår som en bakenforliggende årsak.

For levekår og sosial ulikhet har stor betydning for folkehelsen. Forskning viser en klar sammenheng mellom høyere utdanning og sunn livsstil, gode sosiale levekår og god helse. Likeledes øker lav utdanning risikoen for økt sykkelighet, smerter og psykiske plager, kroniske sykdommer og redusert levealder.

I Ringerike kommune har vi i dag lavt utdannings- og inntektsnivå, høy andel unge uføre og en relativt høy grad av sykkelighet i befolkningen sammenliknet med landsgjennomsnittet. Fokus på gode levekår og utjevning av sosiale helseforskjeller anses derfor som essensielt i kommunens folkehelsearbeid, og vektlegges tungt i meldingen.

De folkevalgte har vært tydelige på at de ønsker en melding som favner alle aldersgrupper, men at arbeidet rundt barn og unge - vår framtid –

klart prioriteres. Satsning på barn og unges oppvekstmiljø, med vekt på skoler og barnehager av høy kvalitet, blir naturlige valg i vår kommune.

Ikke bare levekår, men også psykososiale faktorer som opplevelse av tilhørighet, mestring og fellesskap, er viktig for helse og trivsel. Foreningsdeltakelse virker helsefremmende ved å by på meningsfull aktivitet i sosialt fellesskap. Ved frivillig arbeid får både den som gir og den som mottar tjenesten, gevinst. Kommunen satser derfor på å tilrettelegge for øket foreningsdeltakelse i kommunen, inkludert frivillig innsats.

Folkehelsemeldingen 2012 – 2030 er skreddersydd for Ringerike kommune basert på anbefalinger fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, oppdatert forskning, kunnskap om lokalmiljøet samt innspill fra folkevalgte og høringsinstanser. Kommunen har under overskriften «Helse i alt vi gjør» pekt ut tre visjoner for satsningsområdene vi ønsker å prioritere:

1. Ringerike - Best for barn
2. Ringerike - Aktivitet for alle
3. Ringerike - Folkehelsekommunen

Vårt mål er at vi gjennom innsatsen for folkehelsen mot 2030 vil oppnå:

- En stadig forbedring på områder som er av stor betydning for folkehelsen. Dette skal komme til uttrykk gjennom stigning i antall positive markører på folkehelseprofilen presentert av Folkehelseinstituttet.
- Ringerike kommune skal i 2030 ligge på topp 10 i Norge med over 50 % av markørene i folkehelseprofilen over landsgjennomsnittet
- Ringerike skal i 2020 være blant landets 10 fremste kommuner på målinger av kvalitet på barn og unges oppvekstmiljø.

Det langsiktige målet er lavere psykisk og somatisk sykkelighet i befolkningen.

Innledning

Folkehelseloven trådte i kraft 1.januar 2012. Loven er ment å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Den angir fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet: utjevning av sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør», bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning.

Helse- og omsorgstjenestelovens forebyggingsbestemmelser og Folkehelseloven utgjør de rettslige virkemidlene ment å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale helseforskjeller.

NASJONALE OVERORDNEDE MÅLSETNINGER FOR FOLKEHELSEARBEID:

- 1. *Oppnå en bedret psykisk og somatisk helse i befolkningen***
- 2. *Større grad av arbeidsdeltakelse***
- 3. *Bedrede sosiale profiler***
- 4. *Utjevning av sosiale forskjeller***
- 5. *Bidra til trivsel og glede***

Ringerike kommune følger nasjonale anbefalinger og målsetninger angitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. I Folkehelse- meldingen kombinerer vi fagkunnskap fra oppdatert, relevant forskning med kunnskap om lokalmiljøet og søker å skreddersy folkehelsearbeidet etter våre lokale forhold.

Melding innledes med en presentasjon av relevante begreper, fulgt av en gjennomgang av forskning om folkehelse og hvordan denne påvirkes.

Folkehelseprofilen for Ringerike presenteres sammen med lokale data. I siste del presenteres først prioriteringer og veivalg, og til slutt konkretiseres de visjoner og mål vi har pekt ut.

Meldingen er utformet i en prosess med bred tverrfaglig deltakelse i arbeids- og styringsgruppene og gjennom arbeidsmøter med politiske fora og høringer i befolkningen.

Arbeidsgruppe:

Folkehelsekoordinator Bjørg Nordanger, arealplanlegger miljø og areal Guro Skinnes, spesialrådgiver – oppvekst Geir Svingheim, NAV leder Bente Jansen, Informasjonsleder Kirsti Retvedt, enhetsleder Belinda Gjærløw, fagansvarlig miljørettet helsevern Unni Suther, kommunepsykolog Ingrid Sønstebø, kommuneoverlege Karin Møller, virksomhetsleder Elisabeth Djønne (prosjektleder).

Styringsgruppe:

Elisabeth Vennevold, Bjørn Tollaas/Magnar Ågotnes.

Begreper og definisjoner

Helse

God helse defineres i denne sammenheng som: «å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort, 1982).

Folkehelse

Folkehelse handler om befolkningens helse på gruppenivå.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

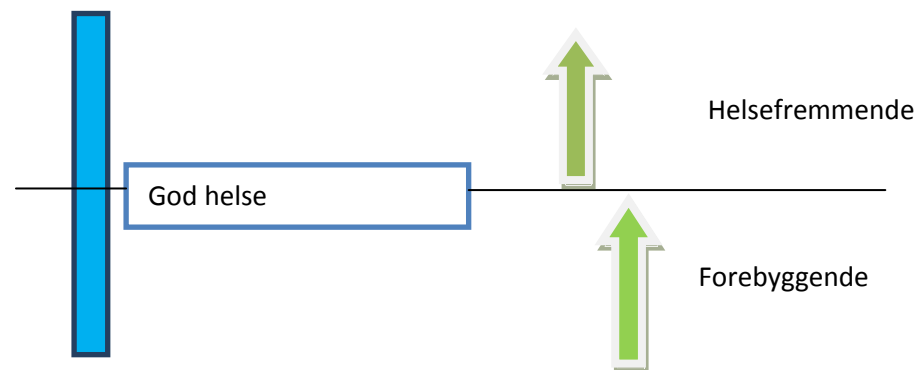
Forebyggende arbeid innebærer å fjerne eller minske faktorer som kan føre til sykdom eller skade (NOU 1991:10). Slike risikofaktorer kan være mobbing, røyking, overdrevent alkoholforbruk etc.

Helsefremmende arbeid kan defineres som de prosesser som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse (Ottawa charteret, WHO 1986). Helsefremmende arbeid handler om «å fylle på » med det som virker positivt på helse og trivsel, og som gjør oss bedre rustet til å takle livets påkjenninger. Eksempler kan være gode oppvekstvilkår for barn og unge, utdanning, mer tid og anledning til familieliv, eller et bedre og sikrere bomiljø og arbeidsmiljø (NOU 1991:10).

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er tiltak ment å svekke det som medfører helserisiko (forebyggende) og å styrke det som bidrar til bedre helse (helsefremmende) (St.meld. nr.16, Helsedepartementet, 2003).

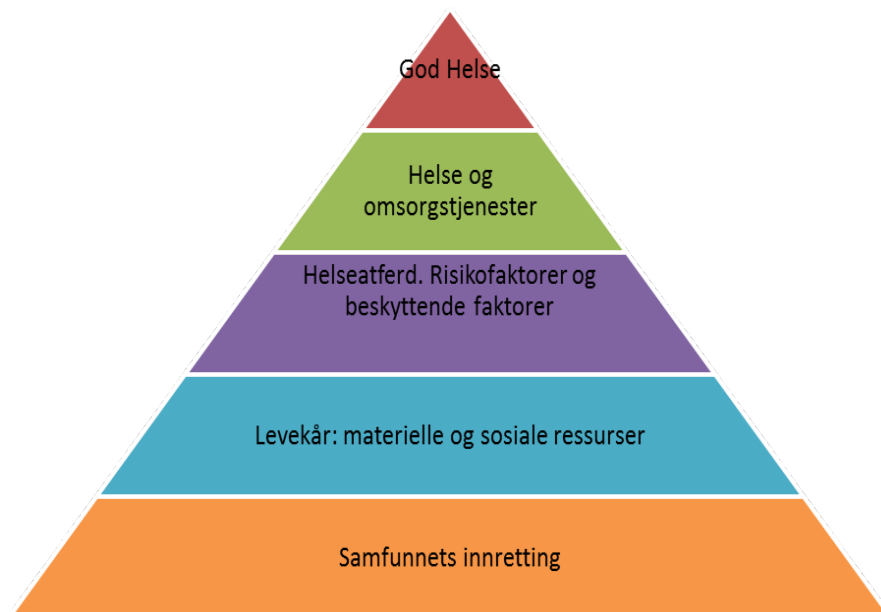
Sammenhengen mellom helse, forebyggende og helsefremmende arbeid kan illustreres med Peter Hjorts figur fra NOU 1998:18:



Hvordan forbedre folkehelsen?

Helseårsakskjeden – langsiktige effekter

Helsetilstanden er et resultat av lange og komplekse årsakskjeder som strekker seg gjennom hele livsløpet.



Forenklet kan årsakskjeden illustreres med en pyramide:

Samfunnets innretning og modningsgrad er en grunnstein. Her inngår forhold som rent vann og miljø, tilrettelegging for fri ferdsel, og

samfunnets utviklingsnivå med utdanningsmuligheter, tilgang til helsetjenester m.v.. Det er forutsetninger for at et flertall av innbyggere i samfunnet skal kunne oppnå god helse.

Folkehelsearbeid handler om å legge til rette for at flertallet i befolkningen kan mestre hverdagens utfordringer, her illustrert ved figur etter Petter F. Hjort:

Helse: enkeltmenneskets og samfunnets ansvar.



Samfunnets rammer for individets levekår, i form av materielle og sosiale ressurser er dokumentert sentrale for individets helseatferd og dermed et vilkår for god helse for mange.

Begge disse grunnvilkår er sammen med helseatferd, risiko og beskyttende faktorer arenaer for folkehelsearbeid, og ideelle arenaer for helsefremmende arbeid.

Lov om folkehelse omhandler disse tre innsatsområder.

Helse og omsorgstjenestene bidrar til god helse gjennom målrettet sykdomsforebygging og behandling. De omhandles av Lov om helse og omsorgstjenester i kommunene.

Levekår – essensielt for folkehelse

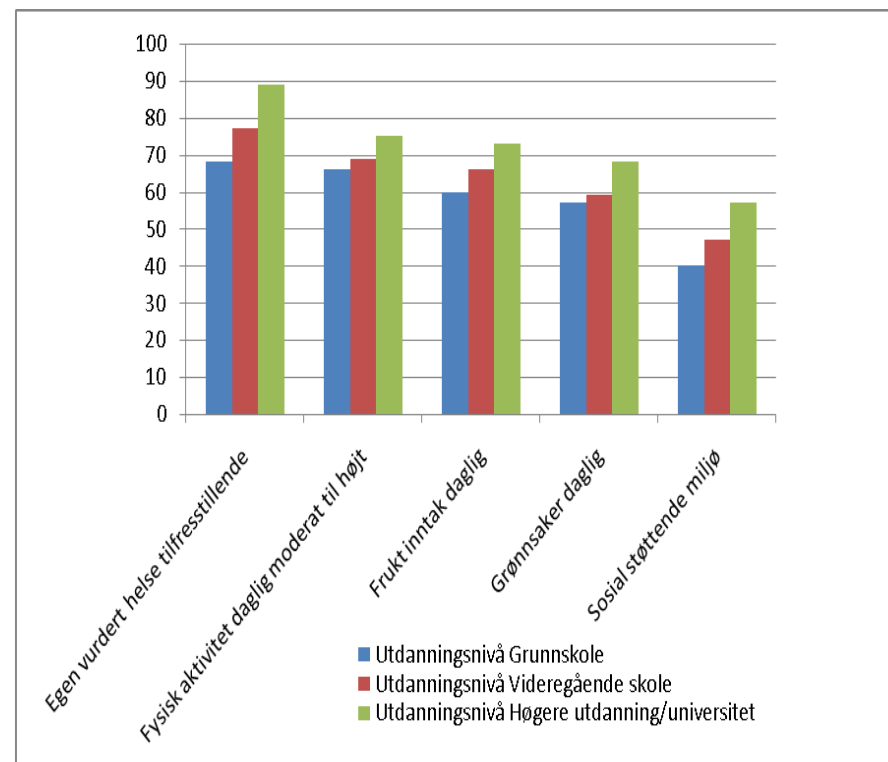
Det er store forskjeller når det gjelder både fysisk og psykisk helse i samfunnet. Dette skyldes blant annet forskjeller i levevaner knyttet til ernæring, rus, tobakk og fysisk aktivitet. Hvis vi fikk alle til å velge en sunn livsstil, ville befolkningens helsetilstand bedres. Men det er ikke lett for kommunen å påvirke innbyggernes vaner! Imidlertid er det tett sammenheng mellom helse, livsstil og levekår. Helsedirektoratet anbefaler at uheldige levevaner kobles opp mot levekår som en bakenforliggende årsak.

Det er i flere undersøkelser vist at utdanning er et aspekt ved levekår som har særlig stor betydning for folkehelse.

Betydningen av utdanning for folkehelse

Data fra Folkehelseinstituttets statikkdatabase "Norgeshelse" viser at utdanning og helse har tett sammenheng. Blant innbyggere med høyere utdanning er profilen tydelig bedre enn blant de som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå:

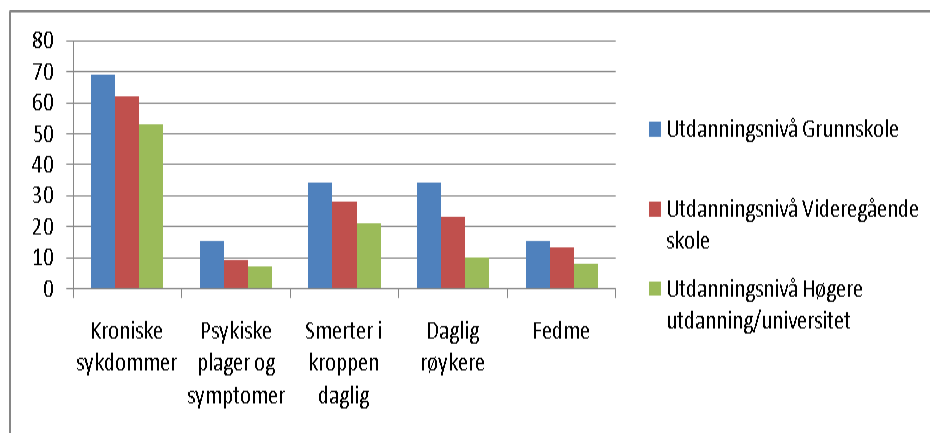
- 31 % flere angir at de opplever å ha en god helse
- 42,5 % flere opplever å ha et sosialt støttende miljø
- 20 % høyere inntak av frukt og grønnsaker
- 14 % flere driver med moderat til høy grad av fysisk aktivitet daglig (Folkehelseinstituttet, Norgeshelse)



Sykdomsforekomst og risikoatferd følger et tilsvarende mønster målt i forhold til utdanningsnivå.

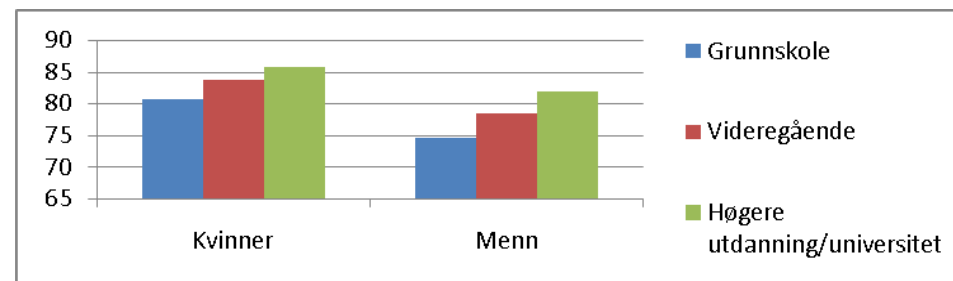
Blant befolkningen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå er det i forhold til gruppen med høyere utdanning funnet:

- 30 % økt forekomst av kroniske sykdommer
- 114 % økt forekomst av psykiske plager og symptomer
- 62 % økt hyppighet av daglige smerter i kroppen
- 240 % flere daglig røykere
- 88 % økt forekomst av fedme (ibid)



Sammenhengen mellom utdanningsnivå og sykkelighet støttes av en nyere, norsk undersøkelse der man fant at grunnskoleutdannede i snitt henter ut reseptbelagte legemidler tre ganger oftere enn forskerutdannede (Hjellvik, Mahic & Tverdal, 2012).

Videre finner man sammenheng mellom utdanningsnivå og levealder. I befolkningsgruppen med høyere utdanning lever kvinner i gjennomsnitt 5,2 år lengre og menn 7,3 år lengre enn i befolkningsgruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå (ibid).



Foreldres levekår og livsstil har også påvirkning på barna. I en rapport publisert av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU rapport 2012: 6) ser vi at elever som har foreldrene med grunnskole som høyeste utdanning, har en høyere risiko for å avbryte egen videre utdanning enn elever der foreldrene har høyere utdanning (39 % mot 5 %). Man ser også at barn av foreldre med høyere utdanning/inntekt trener mer enn barn i husstander med lav inntekt.

Fokus på gode levekår er derfor essensielt i folkehelsearbeidet. Utjevning av sosiale helseforskjeller, få flere i arbeid og øke andelen med utdanning utover grunnskolen blir viktige målsettinger. Dette vil igjen gi flere mulighet til en trygg og stabil bosituasjon, noe som er med på å gi gode rammevilkår i livet.

Engasjement i foreninger og folkehelse

Ikke bare levekår, men også psykososiale faktorer som opplevelsen av verdighet, handlingsrom i eget liv og tilhørighet til en gruppe har betydning for helsen (Fugelli og Ingstad, 2009). Foreningsdeltakelse kan bidra til dette. Charles Landry, en anerkjent britisk arkitekt og forfatter som ser på hvordan kultur og kreativitet kan brukes i byplanleggingen, hevder at samfunn med høy foreningsdeltakelse er preget av nyskaping og har en større grad av aktivitet mellom mennesker. Effekten øker proporsjonalt med antall medlemskap, og ses tydelig ved to medlemskap per innbygger. Grunnlag for det er mangesidig: Det er i sosial omgang vi blir justert i meninger, blir inspirert, møter andre mennesker og får utvidet horisonter. Foreningsdeltakelse gir opplevelse av å bidra i samfunnet, og som sådan et meningsfylt livsinnhold. Det å ha et sted å høre til blant andre med samme engasjement representerer et viktig holdepunkt i samfunnet, kan beskytte mot at man faller utenfor. Gjennom foreningsdeltakelse kan man øke sitt sosiale nettverk, noe som beskytter mot psykisk uhelse og sykdom (Landry, 2010).



Folkehelse i Ringerike kommune i dag

Folkehelseinstituttet har i oppdrag å utvikle informasjon om folkehelsestatusen i kommunene. I 2012 ble de første Folkehelseprofiler for alle kommuner i Norge utarbeidet. Arbeidet er et kontinuerlig utviklingsarbeid, og tilsvarende profiler vil bli presentert årlig. Full profil for Ringerike kommune: se vedlegg.

På oversikten til høyre presenteres et sammendrag av resultatene fra Ringerike sammenliknet med nasjonale tall i et diagram der grønt markerer at kommunen ligger bedre an enn landsgjennomsnittet, og rødt at kommunen ligger dårligere an. Gult innebærer at kommunens tall ikke avviker nevneverdig fra landsgjennomsnittet eller at forskjellen ikke er statistisk signifikant og dermed er usikker.

Profilen viser at Ringerike kommune har omfattende folkehelseutfordringer. Kommunen ligger under landsgjennomsnittet på 9 (eller 34,5 %) av de kartlagte indikatorene. Særlig uttalt er vanskene knyttet til levekår, uttrykt som sosial ulikhet.

For tre indikatorer ligger Ringerike kommune over landsgjennomsnittet. En av dem er vannkvalitet. Dette skyldes at vi har en god grunnvannskilde, noe som bl.a. er resultatet av et systematisk, mangeårig kvalitetsforbedringsarbeid.

På parametrene der kommunen skårer innen de grønne og gule feltene, som indikerer nivåer på eller over landsgjennomsnittet, kan man få inntrykk av at vi ligger godt an. Dette er likevel ikke nødvendigvis godt nok. Kommunen skårer for eksempel omtrent som landsgjennomsnittet for mobbing på skolene – men for mobbing anses landsgjennomsnittet å være alt for høyt. Faktorer innen de gule og grønne feltene kan dermed være viktige å forbedre, selv om de ikke ser illevarslende ut på oversikten.

| Parameter Presentert | Under landsgjennomsnitt | Ikke forskjellig fra landsgjennomsnitt | Over landsgjennomsnitt |
|---------------------------|--|--|--|
| Befolkningsdata | • | • Forventet levealder menn og kvinner | • |
| Levekår | • Grunnskole som høyeste utdanning • Lav inntekt • Uføretrygdet • Barn av enslige forsørgere | • Arbeidsledige | • |
| Miljø | • | • Personskader med sykehusbehandling | • Drikkevann |
| Skole | • | • Trives på skolen • Mobbes på skolen • Frafall | • Laveste mestringsnivå i lesing på skolen |
| Levevaner | • | • Røyking kvinner | • |
| Helse og sykdom | • Somatiske lidelser, sykehusbehandling og legemiddelbruk • Psykiske lidelser, sykehusbehandling og legemiddelbruk • Hjerte/karsykdom behandlet på sykehus • Type 2 diabetes legemiddelbruk | • Hjerte/kar dødelighet • KOLS beh.på sykehus • Kreft, dødelighet • Hoftebrudd beh.på sykehus • Lav og høy fødselsvekt | • Kols og astma legemiddelbrukere |
| I alt 26 parametre | 9 (34,5 %) | 14 (54 %) | 3 (11,5 %) |

Indikatorer for levekår i Ringerike kommune

Vi har sett at befolkningens levekår og folkehelse henger tett sammen. Folkehelsebarometeret som inngår i «Folkehelseprofil 2012, Ringerike kommune» viser at Ringerike kommer betydelig dårligere ut enn landsgjennomsnittet på alle områder innen levekår.

Jevnført med landsgjennomsnittet er det i Ringerike kommune 26 % flere unge uføre, 20 % flere enslige forsørgere under 45 år og tilsvarende 22 % flere av barna som har enslig forsørger. Det er også en relativ høyere andel med lavinntekt (7.9 %). Kommunen har, som Buskerud fylke, en høyere andel av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanningsnivå (15 %).

| | Landet % | Buskerud % | Ringerike % |
|-----------------------------------|-------------|---------------|----------------|
| Eneforsørger < 45 år | 19,0 | 19,4 | 22,9 |
| Lav inntekt | 9,5 | 9,5 | 10,2 |
| Grunnskole høyeste utdanningsnivå | 14,7 | 16,9 | 16,9 |
| Barn av eneforsørgere | 15,9 | 16,5 | 19,4 |
| Unge uføre (< 44 år) | 2,3 | 2,4 | 2,9 |

Indikatorer for skoler i kommunen

Utdannelse har vist seg å være en nøkkelfaktor for bedret folkehelse. Vi ser derfor nærmere på folkehelseindikatorer for skoler i Ringerike kommune:

Mobbing er en alvorlig risikofaktor for psykisk uhelse, både mens det pågår og senere i livet. For indikatoren "mobbing" er tallene for Ringerike stabile med små variasjoner fra år til år. Forekomsten ligger vanligvis rundt landsgjennomsnittet.

Lokalt har vi i dag god kjennskap til underliggende forhold bak mobbingen; I 2010-2012 gjennomførte Ringerike kommune ved kommuneoverlegen, fagansvarlig for miljørettet helsevern og kommunepsykolog et systematisk systemtilsyn på «Barnas psykososiale miljø på skolen» (Ringerike kommune, 2012). Data fra dette arbeidet viser at kun 8.9 % av barn utsatt for mobbing får hjelp på skolen i dag. Blant disse er mobbingen i 2/3 av tilfellene oppdaget av foreldre. Skolene oppdager dermed svært sjelden at barn mobbes. Det fattes enkeltvedtak i knapt 1/3 av sakene det jobbes med. Tilsynet konkluderte med at skolene i dag ikke har godt nok system verken for å oppdage mobbing, registrere/dokumentere eller håndtere mobbetilfeller.

Skolene mangler også systematisk involvering av brukerne (representert ved elever/elevråd og foreldre/foreldreråd/FAU/SU), og implementering av brukerundersøkelser (elevundersøkelser, måling av foreldretilfredshet). Fylkesmannen i Buskerud gjennomførte i 2012 tilsyn i Ringerike kommune på samme tema etter Opplæringslovens § 9a, og fant tilsvarende funn.

Gode leseferdigheter er et suksesskriterium for utdanning.

Folkehelsebarometeret viser at Ringerike kommune ligger 26% bedre enn landsgjennomsnittet når det gjelder antall barn med leseferdigheter på laveste nivå ved testing i 5.klasse. Skolene i kommunen har i de senere år hatt aktivt fokus på leseferdigheter. I 2008 var andelen med laveste leseferdigheter i 5.klasse i kommunen 28 %, i 2009: 24 % og i 2010: 20,3 %. Tallene indikerer at det er mulig å oppnå gode resultater med målrettet innsats.

I tillegg til antall elever på laveste nivå innen leseferdigheter, måles også det gjennomsnittlige lesenivået på de ulike trinnene. Ringerike kommune

ligger på landsgjennomsnittet for nivåene i 8.og 9.klasse, men under landsgjennomsnittet for 5.klasse.

Behovet for spesialundervisning Ringeriksskolene er for tiden høyt. I 2011-12 fikk 11,03 % av elevene i kommunens barne- og ungdomsskoler spesialundervisning. Landsgjennomsnittet for denne perioden var på 8,62%. I Ringerike har andelen barn som får spesialundervisning steget fra 7,6% i 2007-10. Tall for landet samlet viser også stigning, men i mindre grad enn det vi har sett i Ringerike.

Frafall fra videregående skole er en av våre store folkehelseutfordringer. Det å ikke gjennomføre videregående skole utgjør en betydelig risikofaktor for sosial ulikhet, tap av helse og kortere livslengde. Ringerike har frafall fra videregående omtrent som landsgjennomsnittet. Dette anses likevel å være et viktig område for forbedring.

| | Landet % | Buskerud % | Ringerike % |
|------------------------------|-------------|---------------|----------------|
| Trivsel | 83 | 84,6 | 82,4 |
| Mobbing | 8,9 | 9,3 | 9,6 |
| Leseferdigheter laveste nivå | 26,6 | 25,4 | 20,3 |
| Frafall | 25,6 | 27,9 | 25,4 |

Økonomi:

Ringerike kommune brukte i 2011 kr 71.739,- pr innbygger i alderen 6-15 år på skole (inkludert spesialundervisning, SFO, lokaler, justert for privatskoleelever). Tilsvarende tall for sammenlignbare kommuner (gruppe 13) er kr 70.544,-.

Utgiftene til barnehage var i 2011 kr 6.140,- pr innbygger i alderen 1-5 år. Tilsvarende tall for kommunene i gruppe 13 er kr 6.705,-.

Prioriteringer og veivalg for folkehelsearbeidet i Ringerike kommune

Folkehelseutfordringene i Ringerike er i dag omfattende. Samtidig har kommunen begrensede ressurser. Dette krever prioriteringer.

I meldingen har vi valgt å prioritere arbeid med utfordringer som gjelder mange, har stor betydning for folkehelsa og som vi har mulighet til å håndtere. Kostnadseffektive tiltak, helst med vinn-vinn-effekt, prioriteres. Vi vil velge områder der det er dokumentert effektfulle tiltak (evidensbasert) og der vi er i stand til å dokumentere resultatene av vårt arbeid.

Folkehelsearbeidet skal rette seg mot erkjente utfordringer for store grupper i befolkningen; det som er vanlig, viktig og vanskelig, og der vi har mulighet for å håndtere utfordringen.

Folkehelseinstituttet har gjort en gjennomgang av etablerte forebyggende tiltak rettet mot bedring i psykisk folkehelse og pekt ut de 10 viktigste tiltak med sterkest evidens (Folkehelseinstituttet, rapport 2011:1):

- Sterk evalueringsforskning
- Hjemmebesøk til førskolebarn
- Høykvalitetsbarnehager
- Helsefremmende skoler
- Høy sysselsetting
- Forebyggende tiltak på eldrecentre
- Arbeid med bistand
- Programmer for mestring av angst, depresjon og søvnvanske

Da dette er evidensbaserte tiltak for vansker som gjelder mange og som anses å være av høy viktighetsgrad for folkehelsa, velger kommunen denne rapporten som retningsgivende for folkehelsearbeidet.

Vi prioriterer å følge Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets anbefalinger om å satse på heving av levekår som et middel for å bedre folkehelsa. Dette er ekstra relevant i Ringerike, der utfordringene i forhold til levekår er tydelige. Utdannelse er en nøkkelfaktor.

Folkehelsesatsning er framtidrettet. Det handler om å skape bedre rammer i en framtid. Å legge vekt på barn og unges oppvekstvilkår, inkludert satsning på høykvalitetsbarnehager og skoler, er et naturlig valg.

Mål og innsatsområder

Hovedmål for folkehelsearbeidet i Ringerike kommune på sikt er bedret helse og trivsel i befolkningen. En positiv utvikling i kommunens folkehelseprofil vil vise om vi er på rett vei. Hovedmålet med Folkehelsemeldingen er at Ringerike kommune i 2030 er blant de 10 beste kommuner målt på folkehelse, og med minst 50 % av markørene over landsgjennomsnittet. Det vil vi oppnå ved:

Motto: Helse i alt vi gjør

Visjoner:

Ringerike - Best for barn

Ringerike - Aktivitet for alle

Ringerike - Folkehelsekommunen

Vi vil fram mot 2030 spesielt tilstrebe å påvirke faktorer som kan høyne befolkningens levekår:

- Barn og unges oppvekst- og opplæringsmiljø
- Andel i befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanning
- Andel i befolkningen som har lav inntekt, får langvarige sosialhjelpsstønader og som er uføretrygdet

Satsningsområdene er ment å ha ringvirkninger som påvirker andre faktorer enn de som adresseres direkte. Vår forventning er at vi på sikt gjennom et systematisk arbeid vil kunne påvirke flere parametere, herunder forekomst av ulike sykdommer samt sykehus- og medisinbruk knyttet til disse.

I det følgende gis en kort beskrivelse av innsatsområdene som er valgt. Visjonene skal danne de strategiske rammer for de enkelte virksomheters handlingsplaner. Etterfølgende er målene konkretisert og utdypet i egne mål ark.

Visjon 1: Ringerike - Best for barn.

Vi vil fram mot 2030 spesielt tilstrebe å påvirke faktorer som kan høyne befolkningens levekår. Hovedstrategien for dette, er å sikre barn og unge optimale oppvekstvilkår.

Helsestasjon, barnehager og skoler er arenaer der vi når fram til alle barn i kommunen.

Barnehager av høy kvalitet har helsefremmende effekter for barn, og er et sentralt virkemiddel for å forebygge sosial ulikhet i helse. Barn som går i gode barnehager får bedre sosiale evner og utvikler bedre adferd. Forskning fra Statistisk sentralbyrå i Norge viser at barn som ikke har gått i barnehage har større risiko for å falle ut av videregående skole.¹ God voksentetthet av utdannet, velegnet personell i barnehager er vist å påvirke barns karakternivå i 10 år etter (Statistisk Sentralbyrå, rapport 2012:12).

¹ Ukeavisen ledelse 30.mars 2012, artikkel med assisterende direktør i Nasjonalt folkehelseinstitutt, professor Arne Holte

Ringerike kommune vil satse på høykvalitetsbarnehager preget av god tetthet av kompetente og velegnede voksne.

Aktuelle virkemidler for å utvikle barnehager av høy kvalitet er ²:

- Alle ledere i barnehagene har minst tre års relevant pedagogisk utdanning.
- Alle andre ansatte i barnehagen har minst ett års barnefaglig utdanning (barnehagen bør ikke være en arbeidsplass for ufaglærte).
- Barnegruppene bør være små og antall voksne per barn høyt.
- Et utviklingspsykologisk konsept for barnehagen, visjon og pedagogisk program.
- Karrieremuligheter for de ansatte og bedre ledelse.
- System for systematisk tilbakemelding til foreldre om barnets utvikling.
- Systematisk tilbakemelding til de ansatte.
- Full barnehagedekning.

Utvikling av de gode barnehager, "høykvalitetsbarnehager", må skje lokalt i tverrfaglige og tverretatlige fora. Her blir brukermedvirkning og jevnlig evalueringer med søken etter forbedringer, sentralt. Eksempler på utviklingsområder: å videreutvikle den pedagogiske plattformen, å utnytte mulighetene i natur- og kulturtilbudene lokalt samt å etablere

² Ukeavisen ledelse 30.mars 2012, artikkel med assisterende direktør i Nasjonalt folkehelseinstitutt, professor Arne Holte

gode metoder for utvikling av barnas sosiale kompetanse. Ansatte med kompetanse innen normalutvikling samt gode metoder for å oppdage barn i risiko for skjevutvikling er viktig komponenter i høykvalitetsbarnehager. Det for at barn med emosjonelle, motoriske eller læremessige vansker skal få tidlig og god hjelp.

Gode skoler er essensielle i folkehelsearbeidet. Ringerike kommune vil satse på helsefremmende høykvalitetsskoler. Disse skal kjennetegnes av et miljø der elevene trives og ikke blir mobbet, samt at elevene opplever mestring og optimal læring på sitt nivå.

Kommunen vil satse på et aktivt oppvekstmiljø med tilgang til fritidsaktiviteter inkludert kultur og idrett, for alle.

Ringerike kommune vil sikre at det ytes helhetlige tjenester til barn og unge. Oppsøkende og synlige helsetjenester kan i samarbeid med foreldre, barnehager og skoler bidra til å identifisere utsatte barn og unge. Sammen med lavterskeltilbud, programmer for foreldreveiledning og bistand er de effektfulle virkemidler for å bedre oppvekstvilkårene.

Visjonen "Ringerike – Best for barn!" er kommunens viktigste. Målene skissert under denne visjonen anbefales realisert i første handlingsplanperiode. Dette fordrer strategiske og politiske prioriteringer.

Visjon 2: Ringerike – aktivitet for alle

Ringerike kommune vil legge til rette for engasjement og aktivitet.

Idrettslag og foreninger er naturlige samlingspunkter. Deltakelse i frivillige organisasjoner og foreninger er helsefremmende, og vi ønsker å utvikle kommunens folkehelsearbeid i samspill med disse. Kommunen ønsker å bidra til vekst og utvikling i frivillige organisasjoner. Dette vil også kunne gi vinn-vinn-effekter, da både giver og mottaker av hjelpen utvikles positivt.

Sysselsetting er viktig i et folkehelseperspektiv. I samarbeid med brukere, landbruk og produksjonsvirksomheter ønsker vi å styrke og videreutvikle gode modeller for sysselsetting, utdanning og meningsfylte hverdager for de grupper i befolkningen som trenger bistand for å kunne delta i arbeidsmarkedet.

For å unngå utenfor-skap, vil Ringerike kommune i samarbeid med ulike aktører og brukergrupper, utvikle og styrke det individ- og grupperettede arbeidet rettet mot utsatte grupper i befolkningen. Etablering av selvhjelpsgrupper, ulike lavterskeltilbud, rådgiving, informasjon og undervisning er relevante tiltak.

Visjon 3: Ringerike - Folkehelsekommunen

Samfunnsutvikling for folkehelse

Samfunnets innretning og tilrettelegging danner strukturelle rammebetingelser for folkehelsearbeidet. Vi vil ta vare på og utvikle verdier i lokalsamfunnet som bynære friluftsområder, sosiale møteplasser, turveier, gang- og sykkelveier. Samfunnet skal utvikles slik at det blir enkelt å være fysisk aktiv i hverdagen. Utvikling av Hønefoss som sykkelby og universelt utformet lokalsamfunn skal prioriteres.

Tilrettelegging av og prioriteringer i lokalsamfunnet skal utvikles i samhandling med brukere og frivillige organisasjoner

Areal og relevant tilretteleggelse i skole, barnehager og bolignære områder er viktige vilkår for barn og unges mulighet for å drive fysisk aktivitet og gjennomføre utdanning. Dette blir derfor prioritert.

Denne visjon er langsiktig. Tilretteleggelse av samfunnet gjøres for å bedre folkehelsen. Samtidig vil samfunnsutviklingen kunne bidra til at kommunen fremstår som en attraktiv tilflyttingskommune for unge med utdanning.

Implementering, evaluering og rullering.

Helse i alt vi gjør!

Folkehelsemeldingen 2012 er ment å være et levende dokument som skal legge føringer frem til 2030. Skal vi nå målene vi har satt, må meldingen være i aktiv bruk i alle ledd innen offentlig forvaltning. Mål og konkretiserte tiltak i folkehelsearbeidet innarbeides i kommunens styringssystem, og sikres gjennomføring gjennom handlingsprogram, budsjetter, handlingsplaner og resultatavtaler.

«Helse i alt vi gjør» gjøres førende for alle enheter i kommunen, og etableres som en del av kommunens visjon i kommuneplanen. Arbeidet skal være preget av systematisk kvalitetsarbeid med tydelige målbare mål, konkrete planer som implementeres, følges og evalueres. Arbeidet skal bidra til at organisasjonen er under kontinuerlig utvikling, der det gjøres korreksjoner og utvikles ny praksis.

Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012) krever at kommunen utarbeider et samlet oversiktsdokument over folkehelsen hvert fjerde år. Denne skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet og danne grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Kommunal planstrategi for Ringerike kommune i kommende periode ble vedtatt i kommunestyret 28.06.12 og formannskapet den 2.10.2012, og innebærer at kommuneplanens samfunnsdel og arealdel skal revideres. Folkehelse skal tas inn som et eget tema, og skal bygge på innholdet i folkehelsemeldinga.

Folkehelsemeldingens plass i Ringerikes plansystem er vist i illustrasjonen vedlegg 2. Til høyre er det årlige planhullet med budsjett, virksomhetsplaner, regnskapsrapporter og handlingsdel. De to delene gir

innspill til hverandre. Behovet for revidering av folkehelsemeldinga vil vurderes ved utarbeidelse av planstrategi hvert fjerde år. Konkrete tiltak for folkehelse vil behandles ved den årlige rulleringa av handlingsdel med økonomiplan. I tillegg vil folkehelse være tema i kommunens øvrige planer og utredninger.

Kommunen ønsker å knytte seg til forsknings- og utviklingsmiljøer på høyskoler/universiteter som et ledd i kvalitetsarbeidet.

Folkehelsearbeidet i Ringerike skal preges av kvalitetsarbeid med fokus på stadige evalueringer og forbedringer.

MÅL ARK 1 RINGERIKE – BEST FOR BARN

Hovedmål: Ringerike kommune er i 2020 blant landets 10 beste i målinger på kvalitet på barn og unges oppvekstmiljø.

| Mål | Hvordan nå målet? Eksempler. | Hvordan vet vi at vi når målet eller er på rett vei? Måleparametre |
|---|---|---|
| Barnehage til alle når de trenger det. | Løpende opptak av barn i barnehage | Barn på venteliste i barnehage |
| Høy kvalitet i kommunens barnehager der barn trives og utvikler seg optimalt. Barn i risiko for skjevutvikling samt barn med spesielle behov oppdages og får tidlig hjelp. Barna blir godt rustet til skolestart. | Begrepet "høykvalitetsbarnehager" defineres av en tverrfaglig gruppe. Brukermedvirkning ivaretas i prosessen. Det avklares: <ul style="list-style-type: none">- Bemanning (antall per barn, utdanning, personlig egnethet etc)- Pedagogisk plattform- Metode for utvikling av sosial kompetanse- Bruk av kultur i barnehagene- Metode for å fange opp barn i risiko for skjevutvikling- Samhandlingsrutiner mellom barnehage og hjem samt med andre aktuelle instanser utvikles- Brukerundersøkelser utvikles | Sak legges frem for kommunestyret i løpet av 2013 Antall barn som er kjent ved skolestart - antall barn som detekteres i løpet av skoletiden - med spesielle behov Tildelte ressurser til spesialundervisning reduseres. Flere barn med ekstra behov oppdages tidlig. Flere forespørslers til helsesøstertjenesten om barnas utvikling. Alder for henvendelse til PPT, barnevern, kommunepsykolog og BUP synker. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Barna skal trives og oppleve seg trygge i barnehager og på skoler. Nulltoleranse for personlige krenkelser av barn.</p> <p>I alle kommunens barnehager og barne- og ungdomsskoler jobbes det systematisk for trivsel og mot mobbing. Arbeidet preges av høy kompetanse</p> <p>Alle barn som blir mobbet på skolen, skal få hjelp. Antall mobbesaker som skolene jobber med og elevrapport forekomst av mobbing skal samsvare i 2013</p> <p>Mobbing skal bekjempes. Elevrapportert mobbing i skolene ikke over 6 % i 2014, 4 % i 2015 og 2 % i 2016</p> | <p>Kontinuerlig og systematisk arbeid med utvikling av barnas sosiale ferdigheter</p> <p>Innføre metoder i barnehagene for å oppdage barn i risiko for skjevutvikling, f eks ASQ-SE eller Kvello-metoden</p> <p>Oppsøkende hjemmebesøk til alle nyfødte og minst ett hjemmebesøk til alle før 1 års alder.</p> <hr/> <p>Utvikle høy grad av systematikk i antimobbearbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at alle voksne i skoler og barnehager innehar god kompetanse om oppdagelse og bekjempelse av mobbing. • Oversikt over alle barnehage- og skolebarns trivsel og ev mistrivsel til enhver tid. • Innføre avviksregistrering for barn som opplever krenkelser fra elever, lærere eller voksne i barnehagen, på skolen og på skolevei • Rask involvering av foreldre • Tiltak dersom barn ikke trives eller opplever seg plaget av andre elever – uansett om problemet defineres som mobbing eller ikke • Elevundersøkelser og trivselsundersøkelser brukes aktivt i utvikling av barn og unges miljø • Jevnlige evalueringer og forbedringer. <p>Aktivt arbeid for trivsel</p> <p>Arbeid mot mobbing også i idrettslag og andre tilbydere av fritidsaktiviteter</p> <p>Kompetente og trygge voksne der barn ferdes, så vel i skoler og barnehager, som i fritidslivet (organisert og uorganisert aktivitet)</p> | <hr/> <p>Nasjonal elevundersøkelse for 7. og 10. trinn og trivselsundersøkelser på skolene for alle trinn gir oversikt over trivsel og mobbeforekomst</p> <p>Sammenligning mellom antall registrerte mobbesaker i skolene og elevrapportert mobbing på ovennevnte undersøkelser, viser om alle barn som mobbes får hjelp</p> <p>Innføre statistikk over årsaker til skolebytte, der mobbing som årsak til skolebyttet, fremkommer.</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>God brukermedvirkning i skoler og barnehager</p> <p>Over 70 % av foreldrene deltar aktivt i utvikling av barnehager og skoler i 2013.</p> <p>Barna opplever å bli spurt og hørt</p> | <p>Styrke foreldrenes og barnas innflytelse og medvirkning i tilretteleggelsen av institusjonens innhold, inne - og utemiljø, aktivitetstilbud</p> | <p>Brukerundersøkelser</p> <p>Deltakelse på foreldremøter på skoler og i barnehager.</p> |
| <p>Høyt faglig nivå på barne- og ungdomsskolene i kommunen. Elever i Ringerike kommune har ferdigheter over landsgjennomsnittet for lesing og matematikk på alle klassetrinn i 2015</p> | <p>Systematisk arbeid på skoler</p> <p>God lærertetthet. Velutdannet og egnet personell</p> | <p>Nasjonale prøver</p> <p>Systematisering av skolenes egen viden om elevenes faglig nivå.</p> |
| <p>Høy gjennomføringsrate i videregående skole. Minst 80 % av elevene i videregående skole gjennomfører studiet i løpet av 5 år i 2016</p> | <p>Systematisk arbeid sammen med elever på skolene, så vel kommunale som fylkeskommunale.</p> <p>Årlig kartlegging av frafall og gjennomføring (alle frafall, og f eks hver 10.elev som gjennomfører), som ledd i systematisk forbedringsarbeidet (finne fram til detaljer om omfang, årsakssammenhenger og forbedringsmuligheter).</p> | <p>Tall for gjennomføring fra videregående skole</p> |
| <p>Barnehager og skoler i Ringerike kommune bidrar til å utvikle gode levevaner</p> <p>Barn i alle barne- og ungdomsskoler har fysisk aktivitet en time daglig.</p> <p>Kultur inn i skolene og barnehagene</p> <p>Barn i alle barnehager og skoler får gratis frukt hver dag.</p> | <p>Prioritering i lærerplan og tilretteleggelse for alle</p> | <p>Dokumentasjon fra skoler og barnehager</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Tilgang til fritidsaktiviteter (inkl idrett og kultur) for alle barn i Ringerike kommune, uavhengig av foreldres økonomi.</p> | <p>Tilgjengelig friluft, musikk og sportsutstyr til alle (utstyrssentralen)</p> <p>Likemannskortet</p> <p>Subsidiert pris på Kulturskolen</p> | <p>Antall likemannskort</p> <p>Medlemskap i foreninger</p> |
|--|---|--|

MÅL ARK 2 RINGERIKE - AKTIVITET FOR ALLE

Hovedmål: Folkehelsearbeidet bidrar til at innbyggerne i Ringerike er aktive samfunnsdeltakere

| Mål | Hvordan nå målet? Eksempler. | Hvordan vet vi at vi når målet eller er på rett vei? Måleparametre |
|--|--|--|
| <p>I Ringerike kommune ønsker vi at innbyggerne er aktive deltakere i samfunnslivet.</p> <p>Antall medlemskap i foreninger, lag og organisasjoner er økt med 20 % i 2016</p> | <p>Systematisk arbeid sammen med brukere, trossamfunn og frivillige organisasjoner, lag og foreninger. Dette favner bredt. Bibliotek, kulturliv, frivilligsentral, idrettslag og andre inkluderes</p> <p>Utvikling av eksisterende og nye konsept for stimulering av økt foreningsdeltakelse for alle innbyggere (likemannskort, utstyrssentral, frivillighetsentral, Aktiv Ringerike, strøsand til alle over 70 år, seniordans mv.)</p> <p>Etablere gå- og sykkelturner i lokalområdet i samarbeid med frivillige organisasjoner. Utvikle tur-klippekort.</p> <p>Utvikle arenaer for tilgjengelige kulturopplevelser for folk flest.</p> <p>Legge til rette for frivillige organisasjoner. F eks egnede lokaler</p> | <p>Medlemstall fra foreninger</p> <p>Antall brukere av turstier (postregistreringer)</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>I Ringerike kommune ønsker vi at befolkningen er fysisk aktive som del av hverdagen.</p> <p>Antall som sykler eller går til bussen, jobb, skole og barnehage i sommerhalvåret er økt med 25 % i 2016</p> <p>Alle barn fysisk aktive i minimum 1 time daglig</p> <p>75 % av alle voksne i minimum ½ time daglig i 2020</p> | <p>Systematisk arbeid sammen med bruker- og frivillige organisasjoner</p> <p>Kampanjer: f.eks. ukens sykkelbedrift</p> <p>Konkurranser mellom bedrifter</p> <p>Aktivitet i skoler, barnehager og som del av arbeidsgiver politikk i kommunen.</p> <p>Etablerer 10 klippekort- turstier med utgangspunkt i Hønefoss sentrum.</p> | <p>Spørreundersøkelser</p> <p>Data fra skoler og barnehager.</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| <p>Antall unge uføre i Ringerike og antall unge uten sysselsetting er under landsgjennomsnittet i 2020</p> <p>Herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unge på langvarig sosialhjelpsstønad - Unge uføre - Unge arbeidsløse | <p>Individrettet, korrektive tiltak for de som er falt utenfor:</p> <p>Systematisk arbeid med vekt på samhandling mellom offentlige (kommunale, fylkeskommunen), privat og offentlig næringsliv og brukerrepresentanter.</p> <p>Tilbud til risikogrupper, f eks selvhjelpsgrupper, rådgiving og lavterskeltilbud</p> <p>«Årets bedrift» til bedrifter som tilrettelegger</p> | <p>Statistikk fra NAV</p> <p>Antall etablerte arbeidsplasser for unge uføre/unge med behov for tiltak i private og offentlig sektor</p> <p>Antall unge uføre og andel unge i tiltak</p> |
| <p>I Ringerike kommune ønsker vi å forebygge tap av god helse.</p> <p>Antall hoftebrudd reduseres med 30 % innen 2016.</p> | <p>Oppsøkende hjemmebesøk hos eldre over 80 år, innbyggere med nyoppståtte funksjonshemninger og etter fallskader (rådgiving, med fokus på f eks tepper, belysning, dørstokker og annet som danner risiko for fallskader belyses).</p> <p>Strøsand til alle over 70 år + , fra 1.okt.2012. Deles f eks ut av Frivilligsentralen og hjemmetjenester</p> <p>Gratis brodder til alle over 70 år. Deles ut på servicetorget eller av hjemmetjenesten</p> | <p>Data fra sykehusinnleggelser</p> <p>Antall fallskader</p> <p>Antall hjemmebesøk</p> |

MÅL ARK 3 RINGERIKE – FOLKEHELSEKOMMUNEN

Hovedmål: Ringerike kommune utvikler et samfunn tilrettelagt for folkehelse. Kommunen jobber systematisk med folkehelse på alle nivåer. Dette fører til at kommunen i 2030 er en av landets 10 beste folkehelsekommuner.

| Mål | Hvordan nå målet? Eksempler. | Hvordan vet vi at vi når målet eller er på rett vei? Måleparametre |
|---|---|--|
| <p>Ringerike kommune utvikler et samfunn tilrettelagt for folkehelse</p> <p>Hønefoss sykkelby i 2016</p> <p>Elven er livsnerven</p> <p>De grønne lungers by</p> | <p>Se samlet på alle planer som vil ha konsekvenser for verdien som friluftsområde (Hovsmarka, Eggemoen, Hverven moen og Kilemoen). Velge prioriterte områder</p> <p>Eks.:</p> <p>Prioritere gode nære uteområder med trygge omgivelser og nærhet til aktiviteter, der befolkningen bor. Trygge og gode møteplasser der folk ferdes. Gode sykkel- og gangstier der folk ferdes</p> <p>Etablere minst en utendørs treningsparker for egentrening og fribenyttelse</p> <p>Elvebredden er tatt i bruk som rekreasjonsarena</p> | <p>Antall km sykkelsti og gangvei pr 10.000 innbyggere</p> <p>Antall lekeplasser</p> <p>Antall turstier</p> <p>Rangering som sykkelby (Syklistenes landsforbund)</p> |
| <p>Alle nye og ombygging av offentlige rom i Hønefoss og tettstedene er universelt utformet i 2030, med vekt på å ha plass til å gå, mulighet for aktivitet, kreativitet og lek</p> | <p>Systematisk kartlegging og tiltak i samhandling med brukerorganisasjoner og privat næringsliv</p> <p>Konkurransen blant næringslivet og kommunen - «beste butikk», beste arbeidsplass eller lign.</p> <p>Etablere minst en universell utformet tursti, fiskeplass, badeplass eller annen rekreasjonsplass i Hønefoss by og i tettstedene i samarbeid med</p> | <p>Kartlegging blant brukere</p> <p>Kartlegging av offentlige rom</p> <p>Oversiktskart over hvor det er UU i Ringerike kommune</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | privat næringsliv. | |
| Engasjement for folkehelse Kommunisere folkehelsesatsningen til befolkningen. Kommuniser målene samt måloppnåelse jevnlig | Utvikle en kommunikasjonsplan Tydeliggjøre satsningen på kommunens hjemmeside, inkl informasjon om folkehelsekoordinator | Brukere av nettsted |
| Brukermedvirkning er normen i utviklingsarbeid i Ringerike Kommune | Utvikle modell for bruker å medvirke i dialog med ulike brukerorganisasjoner | Brukermedvirkning – data for deltakelse og vurdering av effekt |

Referanser og litteratur

Sentralt lovverk

En rekke lover støtter opp om formålet med folkehelsearbeid. Blant disse er:

Lov om Folkehelsearbeid (Folkehelseloven)

Lov om planlegging og byggesaksbehandling (Plan- og bygningsloven)

Lov om helse -og omsorgstjenester i kommunene

Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen

Forskrift om miljørettet helsevern

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skole mv.

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).

Litteratur

Folkehelseinstituttet (2011): "Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger". Rapport 2011:1

Folkehelseinstituttets databank "Norges helse": www.norges helse.no

Fugelli, P & Ingstad, B (2009): "Helse på norsk. God helse slik folk ser det". Gyldendal Akademisk. ISBN 978824171125

Helsedepartementet (2003): "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken". Stortingsmelding nr. 16.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Forskrift om oversikt over folkehelsen

Hjellvik, H., Mahic, M. & Tverdal, A. (2012): "Utdanning og legemiddelbruk". Tidsskrift for Norsk Legeforening (132), s. 2166-2170.

Landry, C. (2010): "Kreativ byplanlegging – et verktøy for folkehelsearbeidet?". Foredrag på folkehelsekonferansen "Mot 2015" i Sarpsborg 2010

Markussen, E & Seland, I (2012): "Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar?". Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). Rapport 2012:6 ISBN 978-82-7218-811-4

Ringerike kommune (2012): "Barnas psykososiale miljø på skolen. Samlerapport for miljørettet helseverns systemtilsyn".

Sosialdepartementet (1991): "Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier". NOU 1991:10.

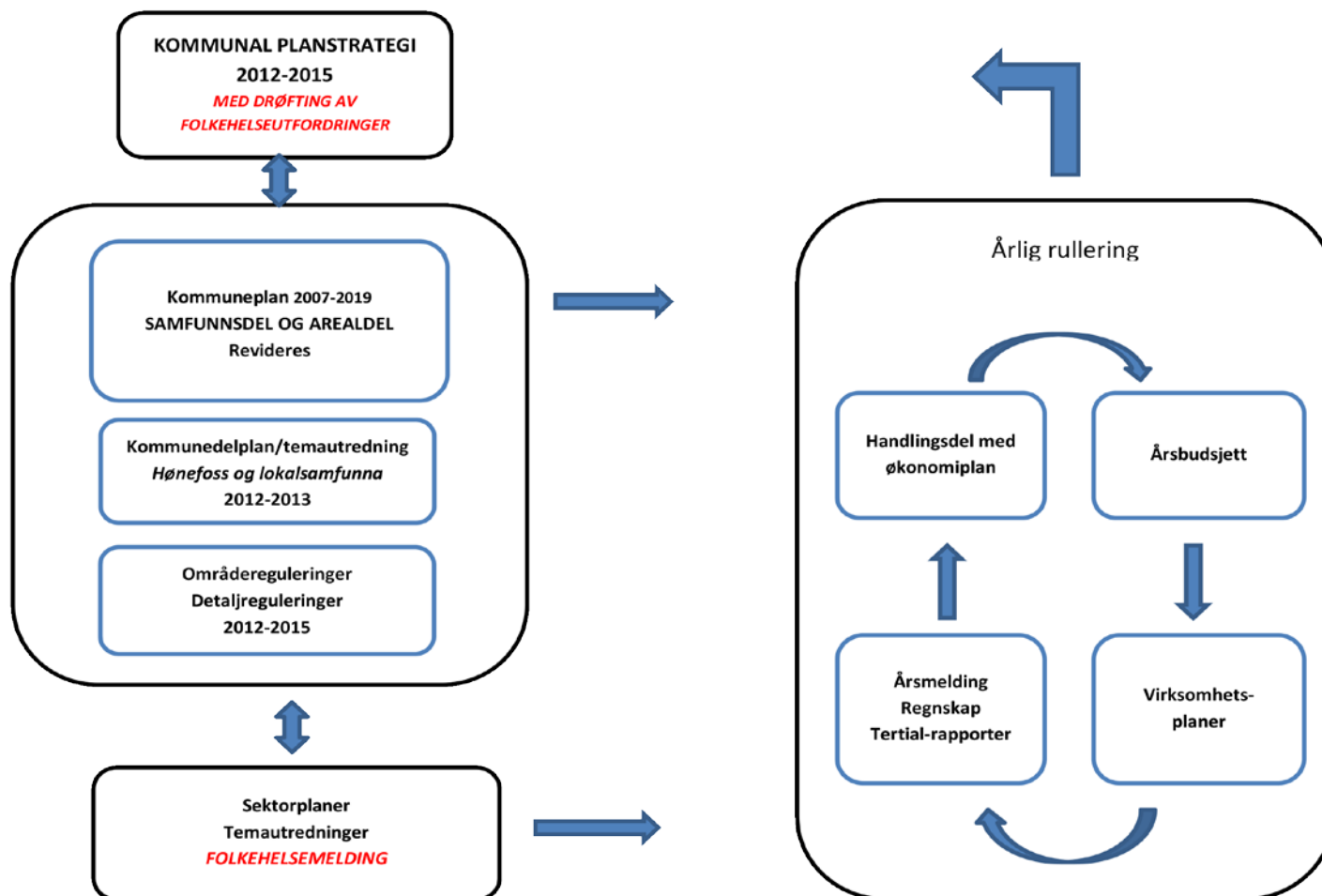
Sosial- og helsedepartementet (1998): "Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene". NOU 1998:18

Statistisk Sentralbyrå (2012): "Barn og unges miljø og helse 2011. Utvalgte indikatorer om fysiske og sosiale miljøfaktorer". Rapport 2012:12

Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet: Norge universelt utformet innen 2025.

Vedlegg

Oversikt over plansystemet



Ringerike



Fra 1. januar 2012 trer lov om folkehelsearbeid i kraft. Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som kan påvirkes.

Utgitt av
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avdeling for helsestatistikk
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelsa@fhi.no

Redaksjon:
Geir Stene-Larsen (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Forsidefoto: Colourbox
Bokmål

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/kommunehelsa

Hovedtrekk i kommunens folkehelse

All statistikk er basert på kommunegrenser i 2011. Temaområdene er valgt ut i fra et forebyggingspotensial, det gjelder også området helse og sykdom. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønnsammensetning.

Om befolkningen

- Det har vært befolkningsvekst i kommunen i 2010.
- Kommunen har en høyere andel eldre over 80 år enn landsgjennomsnittet.
- Forventet levealder for menn er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

Levekår

- Flere personer har grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med landet forøvrig.
- Andelen personer i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet forøvrig.
- Arbeidsledigheten er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.
- Andel uføretrygdete under 45 år er høyere enn i landet forøvrig.

Miljø

- Andel personer tilknyttet vannverk med forskriftsmessig tilfredsstillende analyseresultater mhp. E. coli, i prosent av befolkningen tilknyttet rapportpliktig vannverk, ser ut til å være høyere enn ellers i landet.
- Antall som legges inn på sykehus for personskader etter ulykker er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

Skole

- Trivsel blant 10.-klassinger er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.
- Andelen 5.-klassinger på laveste mestringsnivå i lesing er lavere enn i landet for øvrig.
- Frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.

Levevaner

- Røyking i kommunen er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter andelen gravide som røyker ved første svangerskapskontroll. Vi har ikke tall for resten av befolkningen.
- Tall for overvekt på kommunenivå er under utarbeidelse.

Helse og sykdom

- Flere personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet.
- Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus.
- KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år).
- Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være høyere enn ellers i landet (30-74 år).

Sosial ulikhet i helse

De siste 30 årene har alle grupper i landet fått bedre helse, men helsegevinsten har vært størst for personer med lang utdanning og høy inntekt. For eksempel har denne gruppen lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og både barn og voksne. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet.

Store forskjeller i utdanning og inntekt kan være en pekepinn på at det også er store sosiale helseforskjeller i kommunen.

Figur 1 er et bilde på inntektsulikhet i kommunen i 2009 sammenlignet med landet. Inntektsulikhetmålet (Gini-koeffisienten) som vises varierer mellom 0, som vil si at det ikke er inntektsforskjeller, og 1, som vil si at én person eier all inntekt eller formue i kommunen. Gini-koeffisienten blir sterkt påvirket av ekstremverdier, for eksempel hvis få personer har svært høy inntekt. Den må derfor tolkes med varsomhet.

Arbeidsdeltakelse og sykefravær

Lange sykmeldinger øker risikoen for senere uførepensjon. Etter uføretrygging er det ofte mindre sjanse for å komme tilbake til arbeidslivet igjen.

Årsakene til sykefravær og uførepensjon er ofte sammensatte. Det er derfor viktig å tolke arbeidsledighet, sykefravær og uførhet i lys av kunnskap om lokale forhold.

Figur 2 viser andel uføretrygdde under 45 år i kommunen sammenlignet med landet (treårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2010 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2008-2010.

Dagens velferdsordninger gir den enkelte et viktig sikkerhetsnett, men det kan også være uheldig for helsa dersom man ikke lenger har et arbeid å gå til. Man mister blant annet det sosiale nettverket som man har på jobben. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har ofte dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn personer som er i arbeid. De siste ti årene har andelen som får sykmelding og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD-land.

Skolemiljø og utdanning

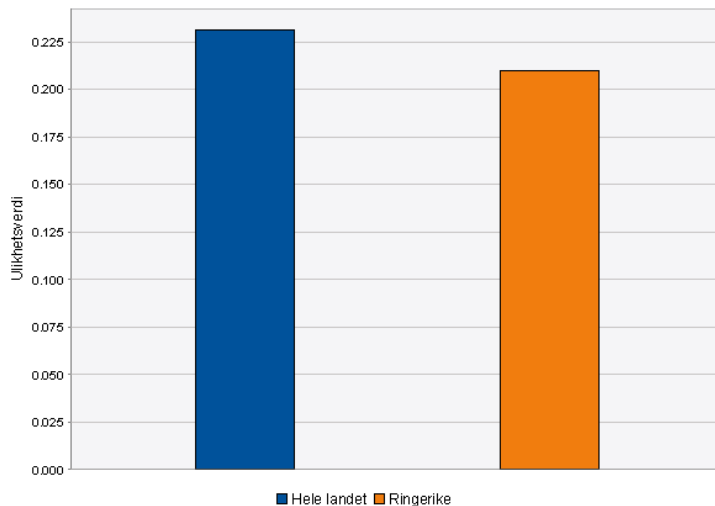
Trivsel i undervisningssituasjonen påvirker elevenes motivasjon for læring og deres evne til å mestre faglige utfordringer. Trivsel og skoleprestasjoner i grunnskolen påvirker dermed mulighetene til å fullføre videregående utdanning. Gruppen som faller ut av videregående skole, har oftere dårligere helse, mindre sunne levevaner og dårligere økonomi.

Utdanning bidrar til å fremme helse videre i livet gjennom arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen er dessuten en viktig sosial arena som gir venner, fellesskap og følelse av tilhørighet.

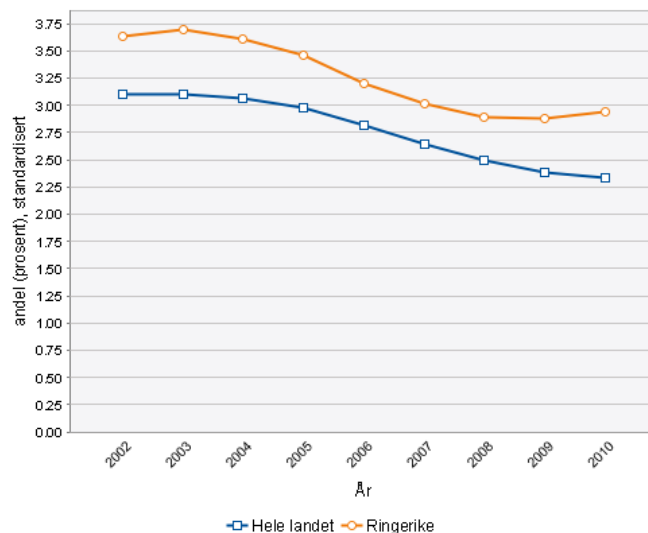
Data om faglige ferdigheter, trivsel og fravær av mobbing i barne- og ungdomsskolen kan sammen gi en bredere forståelse av skolemiljøet i kommunen og peke på områder for å forebygge frafall i videregående skole.

Figur 3 viser andel elever på 10. trinn som trives på skolen i 2011. Kommunen er sammenlignet med landet, og tallene er standardisert for kjønn. Året 2011 betyr her et femårig gjennomsnitt for perioden 2007-2011. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

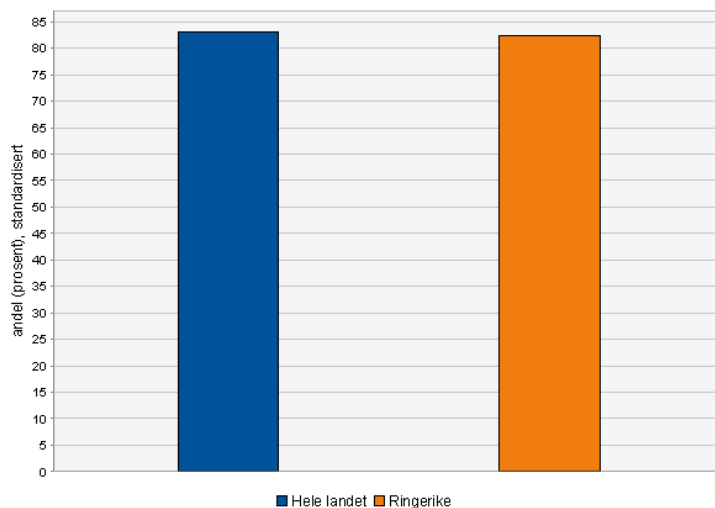
Figur 1. Inntektsulikhet, 2009



Figur 2. Uføretrygdde under 45 år, 2002-2010



Figur 3. Trivsel på skolen, 10. trinn, 2011



Skader og ulykker

Dødeligheten av skader og ulykker har gått jevnt ned siden 1950-tallet. Likevel er skader og ulykker fortsatt et betydelig helseproblem, spesielt blant barn, unge og eldre.

Blant eldre er hoftebrudd spesielt alvorlig fordi det kan medføre redusert funksjonsevne og behov for hjelp, og dermed redusert livskvalitet. En sterkt medvirkende årsak til brudd blant eldre, særlig for kvinner, er lav benmasse (osteoporose). Blant ungdom og unge menn forårsaker trafikkulykker både redusert helse og tapte liv.

Figur 4 viser personskader etter ulykker behandlet i sykehus (alle aldre) i 2010. Kommunen er sammenlignet med landet, og tallene er standardisert for alder og kjønn. Året 2010 betyr her et treårig gjennomsnitt for perioden 2008-2010. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Statistikk over dødsårsaker og sykehusbehandlede personskader viser kun omfanget av de alvorligste ulykkeskadene. I tillegg er det mange mindre alvorlige ulykkeskader. Det arbeides med å få bedre oversikt over ulykker og skader i Norge.

Levevaner

Røyking er den levevanen som i dag har størst betydning for folkehelsen. Selv om andelen røykere har gått ned, røyker fortsatt en stor del av befolkningen. Hos eldre ser vi at mange rammes av røykerelaterte sykdommer som lungekreft, kols og hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av slike sykdommer i kommunen sier noe om tidligere års levevaner, se også punktet "helse og sykdom" nedenfor.

Figur 5 viser røyking blant gravide ved første svangerskapskontroll i kommunen sammenlignet med landet (tiårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder). Året 2010 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2001-2010. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Fysisk aktivitet, kosthold, sosiale aktiviteter og bruk av rusmidler er eksempler på andre levevaner som har stor betydning for fysisk og psykisk helse i alle aldersgrupper. Tilrettelegging for fysisk aktivitet, gode nærmiljøer og stimulering av sosiale aktiviteter er eksempler på områder hvor kommunen har muligheter til å påvirke folkehelsen på en positiv måte.

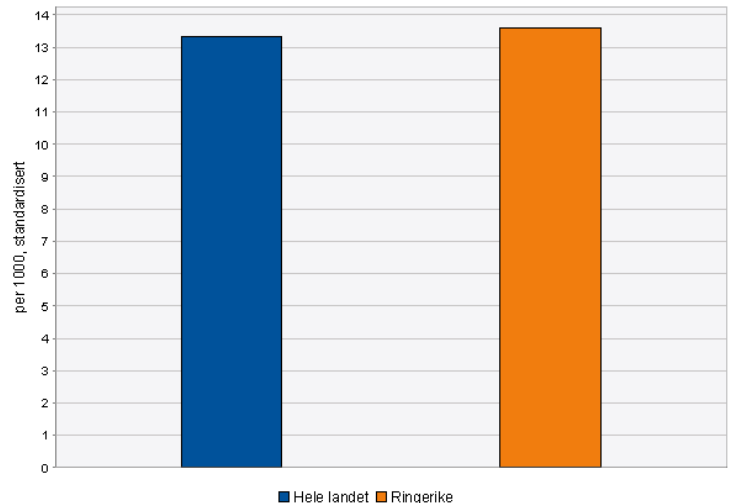
Helse og sykdom

Forekomsten av hjerte- og karsykdommer, kols, diabetes og røykerelaterte kreftsykdommer forteller noe om befolkningens tidligere levevaner. Vi har imidlertid lite statistikk om forekomst av livsstilssykdommer i kommunene.

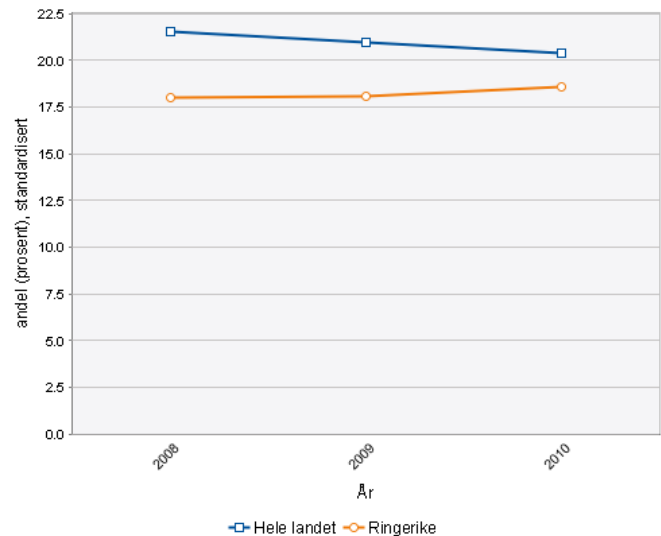
Figur 6 er basert på dødsårsaksregisteret og viser utviklingen i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i aldersgruppen 0-74 år. Kommunen er sammenlignet med landet (tiårig glidende gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2009 betyr her et gjennomsnitt for perioden 2000-2009. Hvis dødeligheten er høy, er det ofte et signal om høy sykkelighet av blant annet infarkt og hjerneslag. Begrenset tallgrunnlag kan føre til at kommunens verdier ikke vises.

Også legemiddelstatistikken kan indirekte si noe om forekomsten av livsstilssykdommer, men data fra Reseptregisteret må tolkes varsomt. Forskrivningspraksis kan variere mellom kommuner, og et legemiddel brukes ofte mot flere ulike sykdommer.

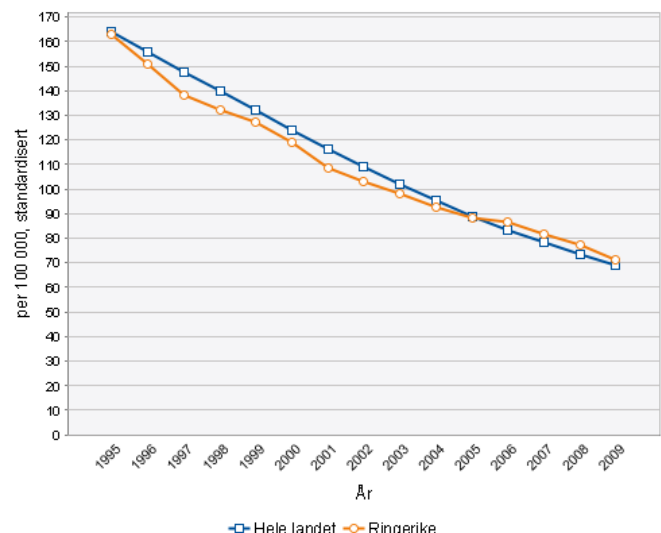
Figur 4. Sykehusbehandlede ulykkeskader, 2010



Figur 5. Røyking ved første svangerskapskontroll, 2008-2010



Figur 6. Dødelighet av hjerte- og karsykdom, 1995-2009



Folkehelsebarometer for din kommune

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i kommune og fylke med landstall. Kommuner og fylker kan ha en alders- og kjønns sammensetting som avviker fra landsgjennomsnittet, og dette tas det hensyn til i tallkolonnene til venstre og i figuren. I kolonnene til høyre finner du nøkkeltallets omfang uten alders- og kjønnskorrigering.

Figuren fremstiller forholdstallene på en skala som øker fra 50 til 200 eller synker fra 200 til 50, avhengig av indikator. Forholdstall som er lavere enn 50 eller høyere enn 200 vises som en halv sirkel i figurens ytterkant. Forskjellen mellom kommunen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/kommunehelsa

- Kommunen ligger bedre an enn landet for øvrig dette året/denne perioden
- Kommunen ligger dårligere an enn landet for øvrig dette året/denne perioden
- Testen viser at det er usikkert om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Gjennomsnittsverdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- ◆ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- ◆ Gjennomsnittet for Norge

"Grønn" verdi for et helsemål kan likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen, da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i kommunen kan du lage diagrammer i Kommunehelsa statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/kommunehelsa og se Kommunehelsa statistikkbank <http://khs.fhi.no>.

| Tema | Indikator | Forholdstall (Norge = 100) | | Folkehelsebarometer for kommunen | Observerte verdier (ikke standardisert) | | |
|-----------------|---|----------------------------|-------|----------------------------------|---|-------|-------|
| | | Kommune | Fylke | | Kommune | Fylke | Norge |
| Om befolkningen | 1 Fødte | 87 | 88 | | 11 | 11 | 13 |
| | 2 Befolkningsvekst | - | - | | 0,49 | 1,3 | 1,3 |
| | 3 Befolkning i yrkesaktiv alder | 100 | 100 | | 67 | 67 | 67 |
| | 4 Befolkning over 80 år | 123 | 103 | | 5,5 | 4,6 | 4,5 |
| | 5 Befolkning over 80 år, framskrevet | 120 | 102 | | 4,9 | 4,2 | 4,1 |
| | 6 Forventet levealder, menn | 100 | 100 | | 77 | 77 | 77 |
| | 7 Forventet levealder, kvinner | 99 | 100 | | 81 | 82 | 82 |
| Levekår | 8 Grunnskole som høyeste utdanning | 115 | 114 | | 17 | 17 | 15 |
| | 9 Lavinntekt | 108 | 100 | | 10 | 9,5 | 9,5 |
| | 10 Inntektsulikhet, Gini | 91 | 97 | | 0,21 | 0,22 | 0,23 |
| | 11 Arbeidsledige | 107 | 93 | | 3,1 | 2,7 | 2,9 |
| | 12 Uføretrygdede | 126 | 102 | | 3 | 2,4 | 2,3 |
| Miljø | 14 Forskriftsmessig drikkevann mhp E.coli | 116 | 102 | | 100 | 88 | 86 |
| | 15 Personskader, behandlet i sykehus | 102 | 92 | | 14 | 12 | 13 |
| Skole | 16 Trives på skolen, 10. kl. | 99 | 102 | | 82 | 85 | 83 |
| | 17 Mobbes på skolen, 10. kl. | 106 | 104 | | 9,5 | 9,2 | 8,9 |
| | 18 Laveste mestringsnivå i lesing | 76 | 96 | | 20 | 25 | 27 |
| | 19 Frafall i videregående skole | 99 | 109 | | 25 | 28 | 26 |
| Levevaner | 20 Røyking, kvinner | 91 | 96 | | 18 | 19 | 20 |
| | 21 Overvekt | - | - | | - | - | - |
| Helse og sykdom | 22 Sosial ulikhet i dødelighet | - | - | | - | - | - |
| | 23 Behandlet i sykehus | 108 | 102 | | 182 | 168 | 163 |
| | 24 Psykisk lidelse, behandlet i sykehus | 115 | 85 | | 32 | 24 | 28 |
| | 25 Psykisk lidelse, legemiddelbrukere | 112 | 105 | | 157 | 142 | 131 |
| | 26 Hjerte-karsykdom, behandlet i sykehus | 111 | 105 | | 23 | 20 | 18 |
| | 27 Hjerte-karsykdom, dødelighet | 102 | 105 | | 80 | 76 | 69 |
| | 28 KOLS, behandlet i sykehus | 97 | 110 | | 3,3 | 3,6 | 3,2 |
| | 29 KOLS og astma, legemiddelbrukere | 95 | 106 | | 91 | 101 | 95 |
| | 30 Kreft, dødelighet | 102 | 96 | | 129 | 114 | 113 |
| | 31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere | 117 | 110 | | 38 | 34 | 31 |
| | 32 Hoftebrudd, behandlet i sykehus | 108 | 101 | | 2,7 | 2,3 | 2,2 |
| | 33 Lav fødselsvekt | 110 | 104 | | 5,6 | 5,4 | 5,1 |
| | 34 Høy fødselsvekt | 95 | 86 | | 3,7 | 3,3 | 3,8 |

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

Forkortelser: IAS=Indirekte aldersstandardisering, IKS=Indirekte kjønnsstandardisering

1. Per 1000, 2010. 2. %, 2010. 3. %, 16-66 år, 2011. 4. %, 2011. 5. % i 2020. 6/7. Beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet, 15 års gjennomsnitt, 2009. 8. %, 30-39 år, IAS, IKS, 2010. 9. % personer som bor i husholdninger med inntekt lavere enn 60 % av medianinntekt (EU), 2009. 10. Mål på inntektsforskjeller. Skala 0-1 der høyere verdi indikerer større ulikhet, 2009. 11. % av personer i arbeidsstyrken, 2010. 12. %, 18-44 år, IAS, IKS, 2010. 13. % av alle barn det betales barnetrygd for, 2010. 14. Andel personer tilknyttet vannverk med forskriftsmessig tilfredsstillende analyseresultater m.h.p. E.coli i prosent av befolkning tilknyttet rapportpliktig vannkilde, 2009. 15. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 16. %, 5-årig gjennomsnitt, IKS, 2011. 17. %, 5-årig gjennomsnitt, IKS, 2011. 18. % av 5. klassinger, 2-årig gjennomsnitt, IKS, 2010. 19. %, 2-årig gjennomsnitt, 2010. 20. % av kvinner på første svangerskapskontroll, 10-årig gjennomsnitt, IAS, 2010. 21. Data mangler. 22. Data mangler. 23. Per 1000, ekskl. psykiatrisk sykehus, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 24. Inkludert polikliniske konsultasjoner, per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 25. Per 1000, 0-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 26. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 27. Per 100 000, 0-74 år, 10-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2009. 28. Per 1000, >45 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 29. Per 1000, 45-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 30. Per 100 000, 0-74 år, 10-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2009. 31. Per 1000, 30-74 år, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 32. Per 1000, 3-årig gjennomsnitt, IAS, IKS, 2010. 33. %, 10-årig gjennomsnitt, 2010. 34. %, 10-årig gjennomsnitt, 2010.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Dødsårsaksregisteret, NAV, Utdanningsdirektoratet, Vannverksregisteret, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister og Reseptregisteret. For mer informasjon om indikatorene, se <http://khs.fhi.no>