



Aurskog-Høland kommune

den romslige kommunen



Folkehelseplan 2017-2021

Aurskog-Høland kommune

Vedtatt i kommunestyret 19.06.2017



Innhold

1	SAMMENDRAG	6
2	INNLEDNING	8
	2.1 FORMÅLET MED FOLKEHELSEPLANEN	8
	2.2 FOLKEHELSEBEGREPET	8
3	NASJONALE OG REGIONALE FØRINGER	9
	3.1 NASJONALE FØRINGER	9
	3.1.1 Nasjonale mål og prioriterte områder	12
	3.1.2 Samhandlingsreformen	13
	3.1.3 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	14
	3.2 REGIONALE FØRINGER	15
	3.2.1 Akershus fylkeskommune	15
4	KOMMUNALE FØRINGER	17
	4.1 KOMMUNEPLAN 2011–2022	17
	4.2 SEKTORPLANER	18
	4.3 ÅRSRAPPORT 2015	18
	4.4 MEDVIRKNING I PLANPROSESSEN	18
5	ORGANISERING AV ARBEIDET MED FOLKEHELSEPLANEN	19
	5.1 ARBEIDSSEMINAR MED UTVALGTE ANSATTE GRUPPER OG TILLITSVALGTE	19
	5.2 DIALOGMØTE MED BRUKERORGANISASJONER, LAG OG FORENINGER	19
	5.3 STYRINGSGRUPPEN	19
6	NOEN NØKKELTALL OM HELSETJENESTEN I AURSKOG-HØLAND KOMMUNE	20
7	NOEN HOVEDTREKK VED KOMMUNENS FOLKEHELSE	22
	7.1 FOLKEHELSEBAROMETERET	24
8	BEFOLKNING	28
	8.1 BEFOLKNINGSUTVIKLING	28
	8.1.1 Befolkningsutvikling 2016–2020	28
	8.1.2 Videre utvikling – utover perioden	28
	8.2 BEFOLKNINGSSAMMENSETNING	30
	8.2.1 Innvandring	30
9	LEVE- OG ARBEIDSKÅR	32
	9.1 UTDANNINGSNIVÅ	32
	9.2 INNTEKTSNIVÅ	33
	9.3 BARNEFATTIGDOM	33
	9.4 BARN AV ENSLIGE FORSØRGERE	34
	9.5 ARBEIDSLEDIGE, LEGEMELDT SYKEFRAVÆR OG ANDEL UFØRE	34
	9.6 BOLIG	35
	9.7 FORVENTET LEVEALDER OG DØDELIGHET	36



10	MILJØ	37
10.1	DRIKKEVANN	37
10.2	BADEVANNSKVALITET	38
10.3	LUFTKVALITET ¹⁵	38
10.4	INNEKLIMA KOMMUNENS BYGG SAMT VEDLIKEHOLD ¹⁵	38
10.5	STRÅLING ¹⁵	38
10.6	STØY ¹⁵	39
10.7	KJEMISKE MILJØFAKTORER/KVIKKSØLV	40
10.8	SMITTEVERN	40
11	DELTADELSE I ORGANISERT AKTIVITET OG MEDLEMSKAP	41
11.1	FRI TIDS AKTIVITETER	43
11.2	IDRETTS LAG OG ANDRE LAG OG FORENINGER	43
11.3	MØTEPLASSER	43
11.4	FRIOMRÅDER OG FRILUFTSOMRÅDER	44
11.5	GANG- OG SYKKELVEI, SKOGSBILVEIER	44
12	OPPVEKST	45
12.1	ANDEL BARN I BARNEHAGE I AURSKOG-HØLAND	45
12.2	OM UTDANNINGSNIVÅ OG FRAFALL I AURSKOG-HØLAND	45
12.3	GRUNNSKOLEPOENG	48
12.4	TRIVSEL PÅ SKOLE	48
12.5	SKOLEPSYKOLOG	49
12.6	SAMMENDRAG AV VIKTIGE INDIKATORER FOR SKOLEÅRET 2015-2016	49
13	LEVEVANER	49
13.1	OVERVEKT	49
13.2	SKOLEELEVERS BRUK AV ALKOHOL OG HASJ	51
13.3	ANDRE FUNN FRA UNGDATAUNDERSØKELSEN	51
14	HELSE OG SYKDOM	53
14.1	ÅRSAKER TIL TIDLIG DØD	53
14.2	ÅRSAKER TIL LEGBESØK	53
14.3	SKADER BEHANDLET I SYKEHUS	54
14.4	LEGEMIDDELBRUK	55
14.5	TANNHELSE	56
14.6	ERNÆRING OG KOSTHOLDSVEILEDNING	57
15	KORT OPPSUMMERING AV FUNN I STATISTIKK	58
16	INNSATSOMRÅDER OG TILTAK	60
16.1	PRIORITERTE INNSATSOMRÅDER	60
16.2	FORSLAG TIL TILTAK	61
	forebygge sykdom?	62
16.2.1	Hva kan den enkelte gjøre for å fremme egen helse og	62
16.2.2	Hva kan kommunen gjøre fremover for å fremme	63
	FOLKEHELSETILTAK	64

16.3	INVESTERINGSPROSJEKTER GIR MULIGHET FOR NYE	64
16.3.1	Bjørkelangen skole	65
16.3.2	Helsehus	65
16.3.3	Myrvang	65
16.3.4	Svømmehall	66

FORSIDEFOTO: Lina Kristine Eldøy



FOTO: Arne Løkken



1 Sammendrag

Ny Folkehelselov har løftet ansvaret for å fremme folkehelse opp til kommunen som sådan og loven krever at kommuner setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig og god måte. Forskriften om oversikt over folkehelsen skal legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i hver enkelt kommune. Forskriften skal bidra til samordning og standardisering av arbeid med oversikt over helsetilstanden i befolkningen, samt de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsetilstanden.

God helse er fundamentet for sosial og økonomisk utvikling. Det bidrar til økt produktivitet, sunnere alderdom, friskere befolkning, mindre sykdom og utgifter til sykepenge og færre tapte skatteinntekter. Et velfungerende lokalsamfunn og demokrati forutsetter at innbyggerne deltar aktivt i samfunnslivet. Alle er medborgere i et felles samfunn som Aurskog-Høland kommune, og bidrar til stabilitet og vekst samtidig som et slikt fellesskap skal skjerme lokalsamfunnet mot ekstremisme, utenforskap og mobbing.

I et folkehelseperspektiv betraktes innbyggerne som aktive samarbeidspartnere med egne ressurser. Innbyggerne skal involveres i drøftingen av utfordringsbildet og bidra med konkrete løsningsforslag for å løse både egne utfordringer og lokalsamfunnets utfordringer. Dette arbeidet må fortsette også etter leveranse av denne planen.

Aurskog-Høland kommune har mange aktive medlemmer av lag/foreninger, ungdommen trives godt på skolen og i nærmiljøet, frafallet i videregående skole er lavere enn landsgjennomsnittet og mestringsnivåene på lesing i grunnskolen er bra. I tillegg har de meget tilfredsstillende drikkevanns-, bade- og luftkvalitet.

Aurskog-Høland kommune har imidlertid noen større folkehelseutfordringer innenfor fedme, diabetes, levealder, kreft og hjerte- og karsykdommer der de scorer mye dårligere enn fylkesgjennomsnittet.

I prosessen med å utforme innholdet i Folkehelseplanen har vi gjennom fremvisning av statistikk/data, samtaler og diskusjoner med ansatte/ledere i kommunen og representanter for frivilligheten kommet frem til at det er fire innsatsområder som vil være særlig viktig for Aurskog-Høland kommune å løse for å kunne forbedre innbyggernes helse og forebygge sykdom.

De foreslåtte innsatsområdene er:

- *Oppvekst/utdanning*
- *Kosthold/ernæring*
- *Nærmiljø*
- *Psykisk helse*

Bakgrunnen for valget av disse innsatsområdene er at befolkningen i kommunen har et lavt utdannelsesnivå, for lavt fokus på sunt kosthold og betydelige fedmeutfordringer og flere av innbyggerne er inaktive. Kommunen har også en voksende eldre befolkning over 80 år, få sosiale møteplasser og et lite utbygd sykkel- og gangnettverk. Det er i tillegg til høy bruk av leger og legevakt, høy dødelighet og en overrepresentasjon av muskel- og skjelettsykdommer, kreft, hjerte- og karsykdommer.

Folkehelsebarometeret viser at Aurskog-Høland scorer dårligere enn fylket og landsgjennomsnittet på psykisk lidelser, legemiddelbrukere. Det er tre ulike tallgrunnlag (psykiske symptomer og lidelser i aldersgruppen 15-29 og 0-74 år og legemiddelbruk) som ligger til grunn for denne indikatoren. På de to førstnevnte områdene scorer kommunen bedre enn fylket og landet, mens de scorer betraktelig dårligere på legemiddelbruk. Legemiddelbruk kan dog ikke betraktes som synonymt med sykdomsforekomst, men kan gi en innsikt i problematikken rundt utbredelse av både sykdom og bakenforliggende risikofaktorer, og kan bidra med verdifull informasjon for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Aurskog-Høland kommune har med andre ord flere folkehelseutfordringer å ta tak i, men også et godt utgangspunkt for å videreutvikle og forbedre innbyggernes folkehelse gjennom de spissede innsatsområder og konkrete forslagene til tiltak/aktiviteter



FOTO: Alette Marie Eldøy



2 Innledning

2.1 Formålet med folkehelseplanen

Formålet med folkehelseplanen er at den skal bidra til en samfunnsutvikling i Aurskog-Høland kommune som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.

Folkehelsearbeidet skal fremme innbyggernes helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Helse produseres der folk lever sine liv i familien, barnehagen, skolen, arbeidsplassen og i fritidsaktiviteter. Et effektivt folkehelsearbeid må derfor utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorene i en kommune.

Folkehelseplanen skal fremmes som en kommunedelplan etter plan- og bygningsloven, og den skal oppfylle folkehelselovens § 5 om å ha en nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Folkehelseplanen skal også legge fram forslag til strategier og tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

Målet med utarbeidelsen av en folkehelseplan er at den skal skaffe kommunen en oversikt over folkehelseutfordringene, samtidig som den skal inneholde konkrete mål og tiltak for det videre folkehelsearbeidet.

2.2 Folkehelsebegrepet

I loven om folkehelsearbeid defineres folkehelsebegrepet som:

- **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



FOTO: Arne Løkken

3 Nasjonale og regionale føringer

3.1 Nasjonale føringer¹

Regjeringen vil styrke det forebyggende helsearbeidet og utvikle en folkehelsepolitikk som skaper mestring og muligheter. Det offentlige spiller en viktig rolle i å legge til rette for en god folkehelse, med flere sunne leveår og økt livskvalitet i befolkningen. Det handler både om å redusere risiko for sykdom og lidelse, fremme sosiale fellesskap og psykisk helse og bidra til opplevelse av mestring i livet. Folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder.

Regjeringen vil inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Tiltak for å fremme psykisk helse er derfor en viktig del av regjeringens folkehelsepolitikk.

Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Regjeringen vil gjøre det enklere å ta sunne valg. I den nye folkehelsepolitikken setter også regjeringen aktiv aldring på dagsorden.

¹ Proposisjon 1 S HOD (2015–2016)



Lov om Folkehelsearbeid

Lov om Folkehelsearbeid skal sikre at kommuner setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid².

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 1 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på den.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5 i Lov om Folkehelsearbeid. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom³.

Forskriften om oversikt over folkehelsen

Forskriften om oversikt over folkehelsen skal legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Forskriften skal bidra til samordning og standardisering av arbeid med oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

At folkehelsearbeidet drives systematisk, innebærer at kommuner og fylkeskommuner gjennom sin oversikt over folkehelsen definerer sine ressurser og sine folkehelseutfordringer. Disse ressursene og utfordringene skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven og som grunnlag for tiltak. At oversiktene gir et forsvarlig grunnlag for å identifisere ressurser og folkehelseutfordringer, er nødvendig dersom man skal nå målet om en

² Lov om folkehelsearbeid kapittel 1, § 1

³ Lov om folkehelsearbeid kapittel 2, § 4-7

samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder reduserer sosiale helseforskjeller. Videre innebærer betegnelsen *systematisk* at arbeidet foregår planmessig og ikke tilfeldig.

At folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert innebærer at det bygger på faglig anerkjente metoder. Dette innebærer blant annet at folkehelsearbeidet bygger på kunnskap om de faktiske ressurser og folkehelseutfordringer lokalt, på fylkesnivå og nasjonalt.

Oversiktsarbeidet er således en forutsetning for at det øvrige folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert. Helsedirektoratet har i folkehelseloven § 24 fått i oppgave å være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid⁴.

Kommunen skal utarbeide en oversikt som skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser, og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Det forutsetter at det er informasjonsutveksling mellom kommuner, fylkeskommuner og Folkehelseinstituttet. Kommunene skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller⁵.



FOTO: Arne Løkken

Kommuner skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon

⁴ Forskrift om oversikt over folkehelsen § 1

⁵ Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3



med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet. Fylkeskommunen skal understøtte kommunene, samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med sitt oversiktsdokument. Oversiktsdokument og folkehelseprofil etter § 6 skal være allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen⁶.

3.1.1 Nasjonale mål og prioriterte områder⁷

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom.

Hele landets befolkning skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Målet er flest mulig gode leveår for alle og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, hvor det legges til rette for en helsefremmende livsstil og det gjøres enklere å ta sunne valg. Folkehelsearbeidet skal være systematisk og langsiktig, og det å skape god helse skal være et sektorovergripende mål.

Gode IT-systemer er viktige verktøy for å bedre behandling, kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Det skal videreutvikles helhetlige IT-systemer for helse- og omsorgstjenestene slik at nødvendige helseopplysninger følger pasienten hele veien.

Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene de har ansvar for. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen. Pasienter og brukere skal få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg.

Tjenestene skal ha god kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive og ha kortest mulig ventetid. Samhandlingsreformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, med forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor. Alle som trenger heldøgns omsorg skal få det. For å nå dette målet må hjemmetjenestene bygges ut.

I rusmiddelpolitikken står forebygging og tidlig innsats sentralt. Behandlingstilbudene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes.

⁶ Forskrift om oversikt over folkehelsen § 5 § 8

⁷ Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene fra Helsedirektoratet

3.1.2 Samhandlingsreformen

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene i reformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor.

Brukerne skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra/helsehus kan bidra til det.

Folk må få hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom og plager. Dette kan f.eks. være frisklivstilbud som kan hjelpe mennesker med å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken.



FOTO: Marianne Grahn



3.1.3 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller⁸

Den norske befolkningens helse er god., men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde de sosiale helseforskjellene. Sammenhengene er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovedsak er sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt. Selv om alvorlige helseproblemer i mange tilfeller fører til tap av inntekt, arbeid og problemer med å fullføre utdanning, vil likevel sosial posisjon påvirke helsen i større grad enn helsen påvirker sosial posisjon. En kunnskapsoversikt utarbeidet på oppdrag fra EU, konkluderer med at sosiale helseforskjeller i alle europeiske land, inkludert Norge, hovedsakelig skyldes forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer. Sosiale helseforskjeller er et uttrykk for gjennomgående urettferdigheter, og dette skjer i et samfunn der vi er opptatt av at alle skal ha like muligheter til å oppnå god helse.



FOTO: Alette Marie Eldøy

For å ivareta behovet for en bred tilnærming, har denne strategien følgende fire innsatsområder:

1) Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, 2) Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, 3) Målrettet innsats for sosial inkludering og 4) Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy.

⁸ St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

3.2 Regionale føringer

3.2.1 Akershus fylkeskommune

Akershus fylkeskommune skal arbeide for et helsevennlig lokalsamfunn, forebygge sykdom og bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Akershus fylkeskommune skal gjennom fokus på helse i alt de gjør, bidra til å fremme god helse i hele Akershus. De vil arbeide med å koble kommunale og regionale planstrategier, slik at disse i større grad bygger opp under hverandre i arbeidet med å utvikle attraktive lokalsamfunn.

Som del av dette arbeidet skal fylkeskommunen:

- legge til rette for dialog og erfaringsutveksling med kommuner om arbeidet med å integrere folkehelseperspektivet i regionale og kommunale planstrategier
- arbeide for å utarbeide og formidle statistikk og analyser som gir oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker denne
- bidra til at praktiske erfaringer fra aktiviteter som fremmer helse blir delt mellom kommunene og frivillige organisasjoner

På den måten kan Akershus blir et godt sted å bo og leve for alle.

I utarbeidelse av regional plan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv i Akershus 2016–2030⁹ har fylkeskommunen invitert representanter for aktuelle forvaltningsmyndigheter regionalt og lokalt, interesseorganisasjoner, kommuner/regionråd på administrativt nivå, og med ledelse i friluftsrådene, Akershus idrettskrets og Forum for natur og friluftsliv.

I planen fremkommer det følgende utfordringer:

- Fysisk aktivitet utøves for sjeldent og nivået er for lavt i flere befolkningsgrupper, og det er en av de største utfordringene når det gjelder levekår og livskvalitet
- Innvandrere tiltrekkes i mindre grad enn befolkningen for øvrig til tradisjonelle norske friluftslivsaktiviteter, og har andre behov
- Innflyttere og innvandrere er primært familier med barn
- Andelen, men først og fremst antall, eldre over 67 år øker i befolkningen
- Grøntområder i byer og tettsteder, nærturområder og kystsonen er under økende press som følge av arealbruk og utbygging
- Anlegg og områder for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet er ikke dimensjonert og tilrettelagt for befolkningsøkning eller aktivitetsøkningen hos dagens befolkning
- Sykkelveier er for få og fragmenterte, både i nærområdene og for langpendlere

⁹ Regional plan 2016–2030 for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv – Akershus fylkeskommune



- Mangfoldet av virkemidler er i endring, og kan forenkles og samordnes bedre på tvers av forvaltningsnivå
- Behov for faglig kompetanse i forvaltningen som følge av samfunns- og strukturendringer og kvalitetskrav

Handlingsprogrammet vil bli utarbeidet i perioden og vil inneholde følgende elementer:

- Partnerskap, samarbeid og avtaler som følger opp utviklingsområdene
- Oversikt over planlagte større anlegg og tiltak med spillemiddelfinansiering på delregionalt/regionalt nivå
- Oversikt over planlagte regionale friluftslivstiltak og behov for sikring med statlig finansiering
- Bruk av fylkeskommunale midler til nye anlegg, områder og tiltak
- Program for kompetanseutvikling



4 Kommunale føringer

Aurskog-Høland kommune har en pågående prosess med ny kommuneplan der tiltakene i denne folkehelseplanen vil bli implementert.

4.1 Kommuneplan 2011-2022

Helsetilstanden i den norske befolkningen er gjennomgående god og viser en positiv utvikling. Selv om helsetilstanden blir bedre, har enkelte grupper av befolkningen en mindre god utvikling enn andre. Fysisk aktivitet er den viktigste helsefremmende faktoren vi kjenner. Det er en utfordring å få flest mulig av innbyggerne til å benytte seg av de gode mulighetene som finnes for å ferdes i skog og mark og langs gang- og sykkelveier. Det forebyggende arbeidet er viktig for å bedre folkehelsen, og folkehelsearbeidet bør i stor grad rettes mot barn og unge. Den gang kom det fram at kommunen kjente lite til hva samhandlingsreformen ville innebære av utfordringer og man satt inn ressurser til planlegging av nye tiltak.

Den enkelte innbygger har selv ansvar for egen helse. Kommunens oppgave er å være pådriver og tilrettelegger for innbyggerne.

Det er formulert følgende politiske føringer og mål:

- Stimulere til økt fysisk aktivitet i befolkningen. Andelen elever som går og sykler til og fra skolen skal økes
- Stimulere til sunt kosthold og gode matvaner. Bevare dagens ordning med frukt og grønt i skole og barnehage
- Stimulere til redusert bruk av tobakk, alkohol og narkotiske stoffer.
- Jobbe målrettet for holdningsskapende arbeid på helsestasjonen, i barnehagene, skolene, fritidsklubbene og gjennom utekontaktens arbeid
- Utvikle gode, trivelige og trygge bo- og oppvekstmiljø. Nye boligområder skal lokaliseres i god avstand fra trafikkerte veier og sjenerende næringsområder, og nye boligområder skal utformes med tanke på å forebygge kriminalitet
- Øke trafiksikkerheten. Videreføre aksjon-skolevei-ordningen og være aktiv pådriver for å få gjennomført viktige trafiksikkerhetstiltak på fylkesveinettet
- Være rustet til å møte samhandlingsreformen. Sette av nødvendige ressurser i tide til planlegging av den varslede samhandlingsreformen



4.2 Sektorplaner

I Aurskog-Høland kommune finnes det i tillegg til kommuneplanen, tre sektorplaner innenfor oppvekst og utdanning, helse og rehabilitering og teknisk drift og kultur.

4.3 Årsrapport 2015

Utredning om folkehelseutfordringer sier noe om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen. Folkehelsearbeid betyr i denne sammenhengen samfunnets innsats for å direkte eller indirekte fremme befolkningens helse og trivsel. I 2015 har kommunen, under prosjektledelse av kommuneoverlegen, utført en utredning om kommunens folkehelseutfordringer, som grunnlag for utarbeidelse av kommunedelplan for folkehelse. Utredningen, som er den del av grunnlaget for denne folkehelseplanen, er utført med bred deltakelse fra kommunenes ansatte, og ulike lag og foreninger. Kommunedelplan for folkehelse fullføres i 2016. Kommunens FYSAK-tilbud er i 2015 videreført med delfinansiering fra Fylkesmannen. Målet med FYSAK er å motivere innbyggerne i kommunen til økt fysisk aktivitet, som bidrag til en bedre helse. Målgruppen for tilbudene er: inaktive personer som er arbeidsledige, langtidssykemeldte, vedlikeholdstrening etter opptreningsopphold/rehabilitering, pensjonister og andre med behov for fysisk aktivitet, som kan ha nytte av å trene i en gruppe. FYSAK tilbys ved ulike steder i kommunen og gjennom uken i form av trening/styrke i sal, golf, friluftsliv og stavgang.

4.4 Medvirkning i planprosessen

Folkehelsearbeid handler blant annet om lokale prosesser, forankring og engasjement. Medvirkning fra befolkningen regnes som et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet. Slik medvirkning kan for eksempel komme fra enkeltpersoner, lokale interessegrupper, frivillige organisasjoner eller bedrifter. Medvirkning handler blant annet om individers og lokalmiljøers påvirkning av beslutninger som angår deres helse. Kunnskap ligger til grunn for medvirkning i folkehelsearbeidet. Oversiktsdokument som utarbeides av kommuner skal være allment tilgjengelig for frivillige organisasjoner og befolkningen. Det samme gjelder for folkehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet. Slik tilgjengeliggjøring vil ha to funksjoner, for det første vil den kunnskap som ligger i disse dokumentene bli kjent. Videre vil tilgjengeliggjøring legge til rette for medvirkning i det videre folkehelsearbeidet ¹⁰.

¹⁰ Forskrift om oversikt over folkehelsen § 8

5 Organisering av arbeidet med Folkehelseplanen

5.1 Arbeidsseminar med utvalgte ansatte grupper og tillitsvalgte

Det ble gjennomført et arbeidsseminar i slutten av august 2016 med 22 utvalgte ledere og ansatte i kommunen. Deltakerne representerte alle de sektorene og flere av enhetene/avdelingene fra disse. Helsesøstre, kultursjef, utekontakten, skolefaglig rådgiver, hovedtillitsvalgte og representanter fra helse og rehabilitering og PPT er eksempler på deltakere på arbeidsseminaret.

Seminaret hadde en varighet på fire timer. Agendaen inneholdt en presentasjon av funn (fra ulike statistiske kilder) som belyste folkehelseutfordringene i kommunen, gruppearbeid for å peke på aktuelle innsatsområder og konkrete tiltak for å bedre folkehelsen, samt prioriteringer av disse til slutt.

Gruppens forslag til innsatsområder og tiltak omtales i kapittel 16.

5.2 Dialogmøte med brukerorganisasjoner, lag og foreninger

Dialogmøte med brukerorganisasjoner, lag og foreninger ble gjennomført i midten av september 2016 med 9 deltakere, der følgende organisasjoner var representert; Idrettsrådet, Mangenfjellet turlag og Høland idrettslag. I tillegg var det en rekke enkeltindivider som representerte seg selv.

Hovedtema for dialogmøte var å få frem tiltak/initiativ for å imøtekomme folkehelseutfordringene i kommunen innenfor de innsatsområdene som arbeidsseminaret hadde foreslått og som styringsgruppen vedtok i styringsgruppemøte 14. september.

Forslag til ulike tiltak og prioritering for å bedre folkehelsen i kommunen, som ble drøftet på møtet, omtales i kapittel 16.

5.3 Styringsgruppen

Styringsgruppen har bestått av rådmannens ledergruppe, og det er gjennomført flere møter i gruppen hhv. medio september og oktober.

Mandatet til styringsgruppen har vært å komme med innspill, korrigere og beslutte underveis i prosessen, og i slutfasen av leveransen godkjenning av planen.

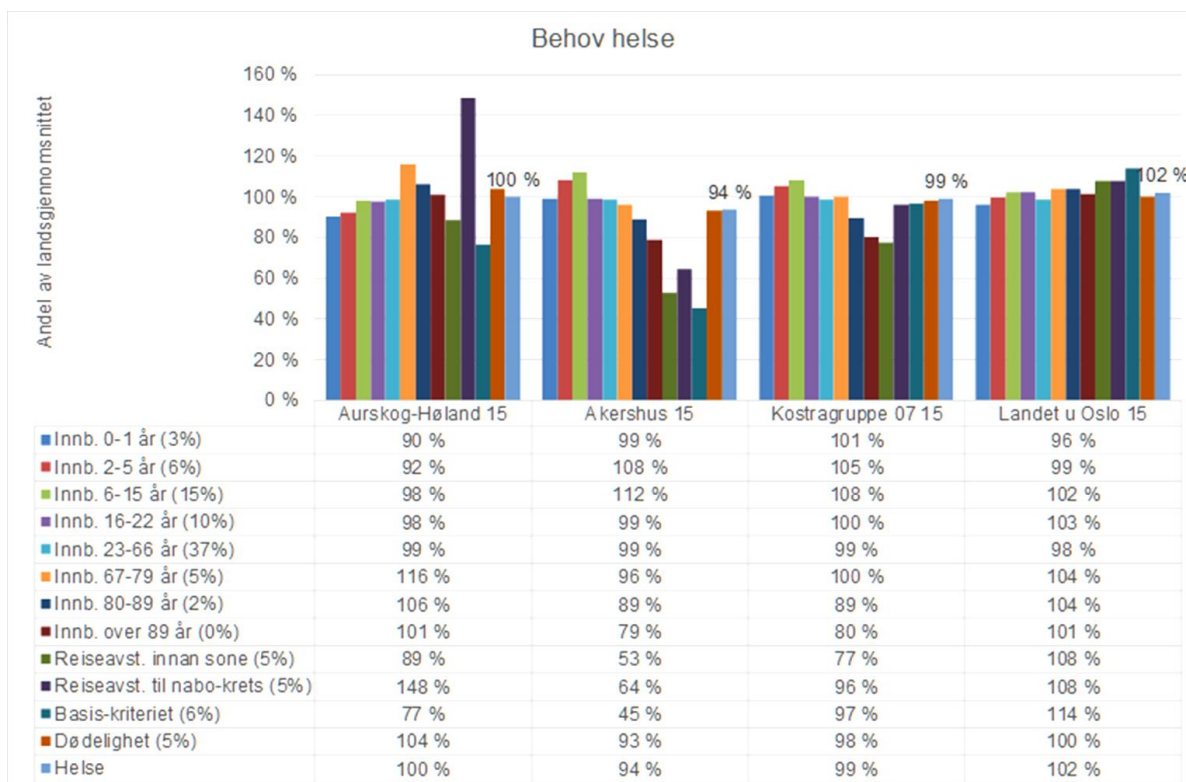


6 Noen nøkkeltall om helsetjenesten i Aurskog-Høland kommune

Før vi viser statistikk om viktige forhold knyttet til folkehelsen i Aurskog-Høland kommune, har vi tatt fram noen nøkkeltall om kommunens utgiftsbehov for helse, driftsutgifter pr. innbygger og bemanning. Nøkkeltallene er sammenlikning med en del andre kommuner på Romerike, gjennomsnittet for Akershus og KOSTRA-gruppe 7.

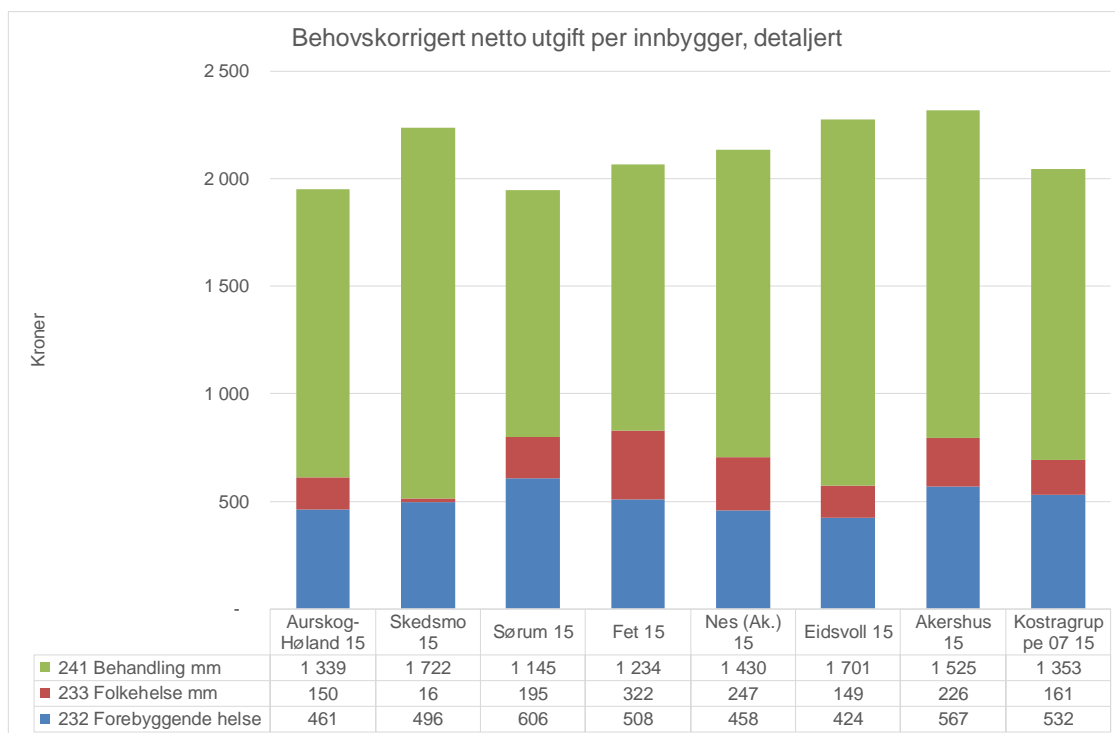
Aurskog-Høland kommune ligger på et gjennomsnittsnivå når det gjelder behov for helsetjenester. Dette går fram av figur 6-1 nedenfor. Kommunene Sørumsund og Nes er beregnet å ha det samme utgiftsbehovet som Aurskog-Høland kommune. Utgiftsbehovet i Skedsmo og Eidsvoll ligger noe under gjennomsnittet for landet.

Figuren viser også hvordan utgiftsbehovet er sammensatt etter de faktorene som er avgjørende for beregning av utgiftsbehovet.



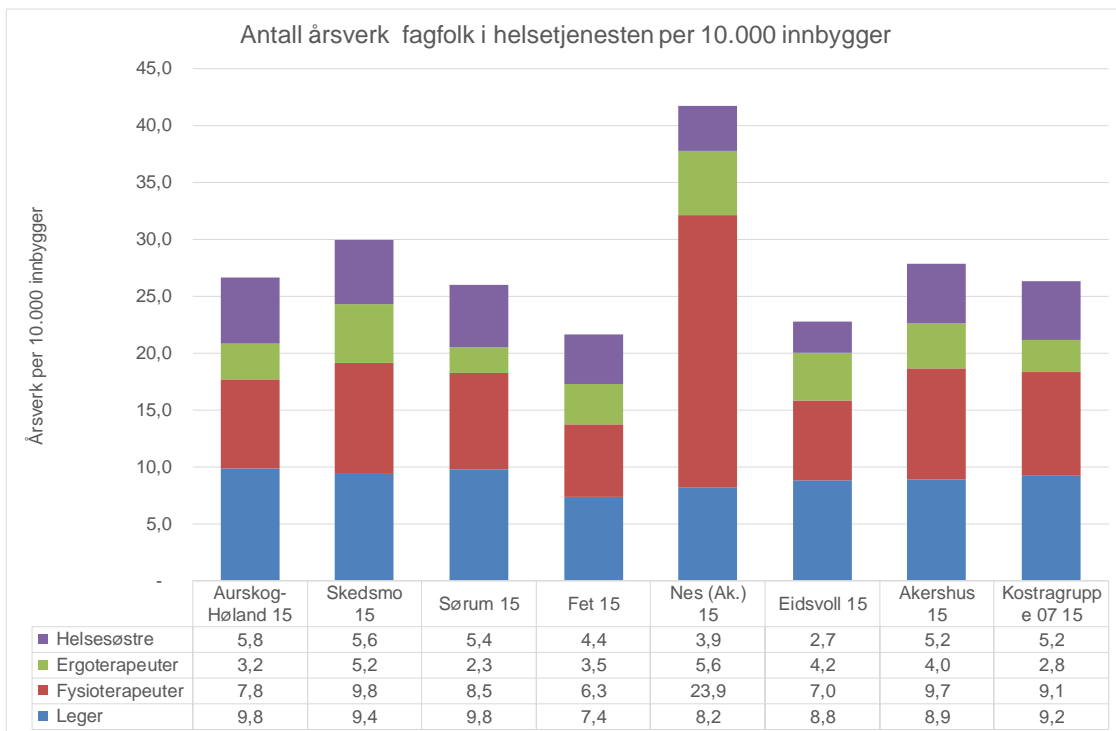
Figur 6-1 Kommunenes utgiftsbehov helse. Kilde: KOSTRA 2015

Figuren på neste side viser at Aurskog-Høland kommune har noe lavere netto driftsutgifter til helse enn en del andre kommuner på Romerike, i Akershus og innenfor gruppe 7, når vi korrigerer for ulikheter i behov for helsetjenester som omtalt ovenfor. Unntaket er Sørumsund som ligger omtrent på samme nivå som Aurskog-Høland kommune.



Figur 6-2 Behovskorrigert netto utgift pr. innbygger til helse. Kilde: KOSTRA 2015

Vi har også sett nærmere på bemanningstall for fagfolk i helsetjenesten. Se figur 6-3 nedenfor.

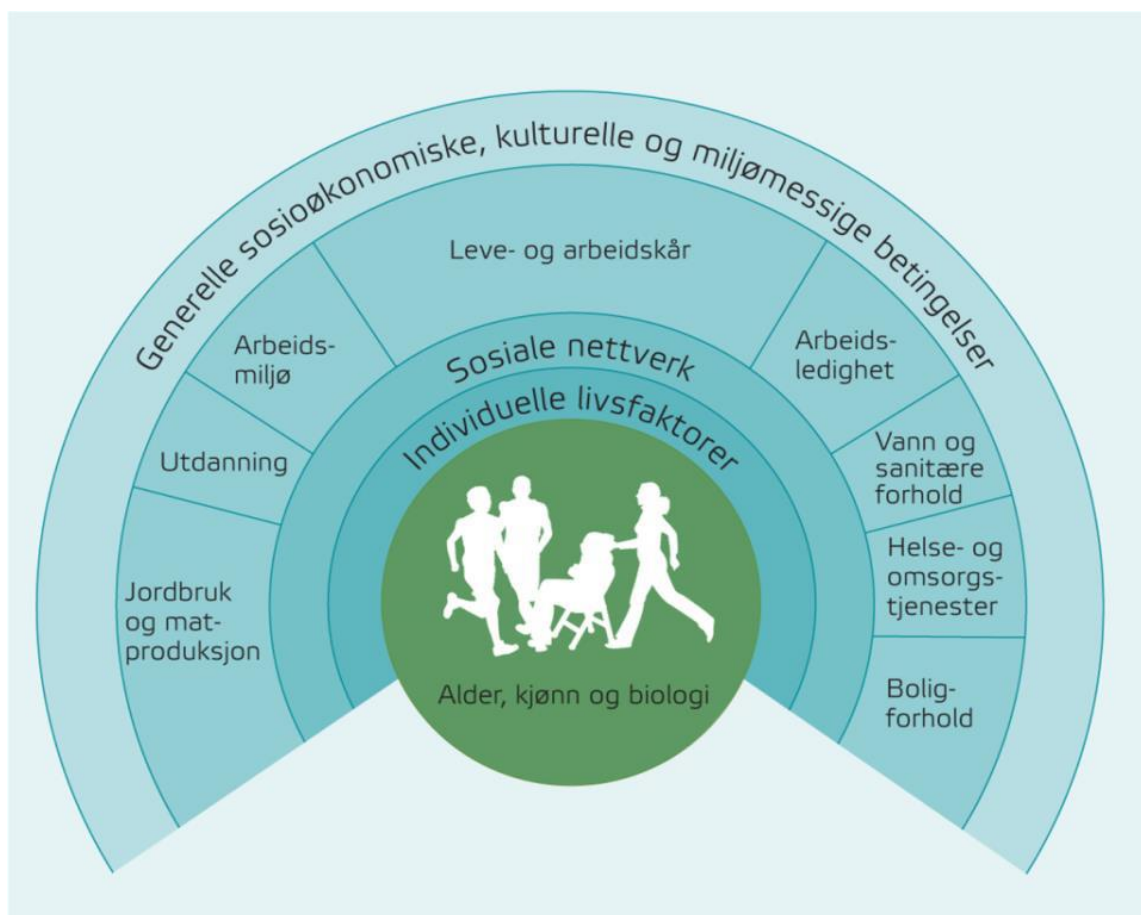


Figur 6-3 Antall årsverk – fagfolk i helsetjenesten pr. 10 000 innbygger

Tallene viser altså at bemanningen i Aurskog-Høland kommune – målt i fagfolk pr. 10 000 innbyggere – er lavere enn Skedsmo, gjennomsnittet for Akershus og på samme nivå som KOSTRA-gruppe 7 og Sørums og noe høyere enn Fet og Eidsvoll.

7 Noen hovedtrekk ved kommunens folkehelse

Kommunens folkehelseplan bør bygge på kunnskap om helsetilstanden i kommunen og hvilke faktorer som påvirker denne. Statistikk kan fortelle hvordan kommunen bruker sine muligheter til å fremme folkehelsen innenfor de områdene kommunen kan påvirke. Det finnes mange måter å illustrere årsaksforhold og påvirkningsfaktorer. Figur 7-1 nedenfor viser en ofte brukt illustrasjon av Dahlgren & Whitehead (1991). Modellen viser at summen av generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser, sosiale nettverk og individuelle livsfaktorer påvirker helsen. I tillegg spiller alder, kjønn og biologi eller arv inn.



Figur 7-1 Påvirkningsfaktorer. Kilde: Dahlgren & Whitehead.1991



7.1 Folkehelsebarometeret¹¹

Det vil aldri være et avgrenset sett av faktorer som bidrar til folkehelsen, men et bredt spekter av årsaker som hver for seg ikke er avgjørende, men som alle bidrar på forskjellige måter og med ulik styrke. I folkehelsebarometeret som utarbeides av Folkehelseinstituttet er disse faktorene samlet i seks hovedkategorier:

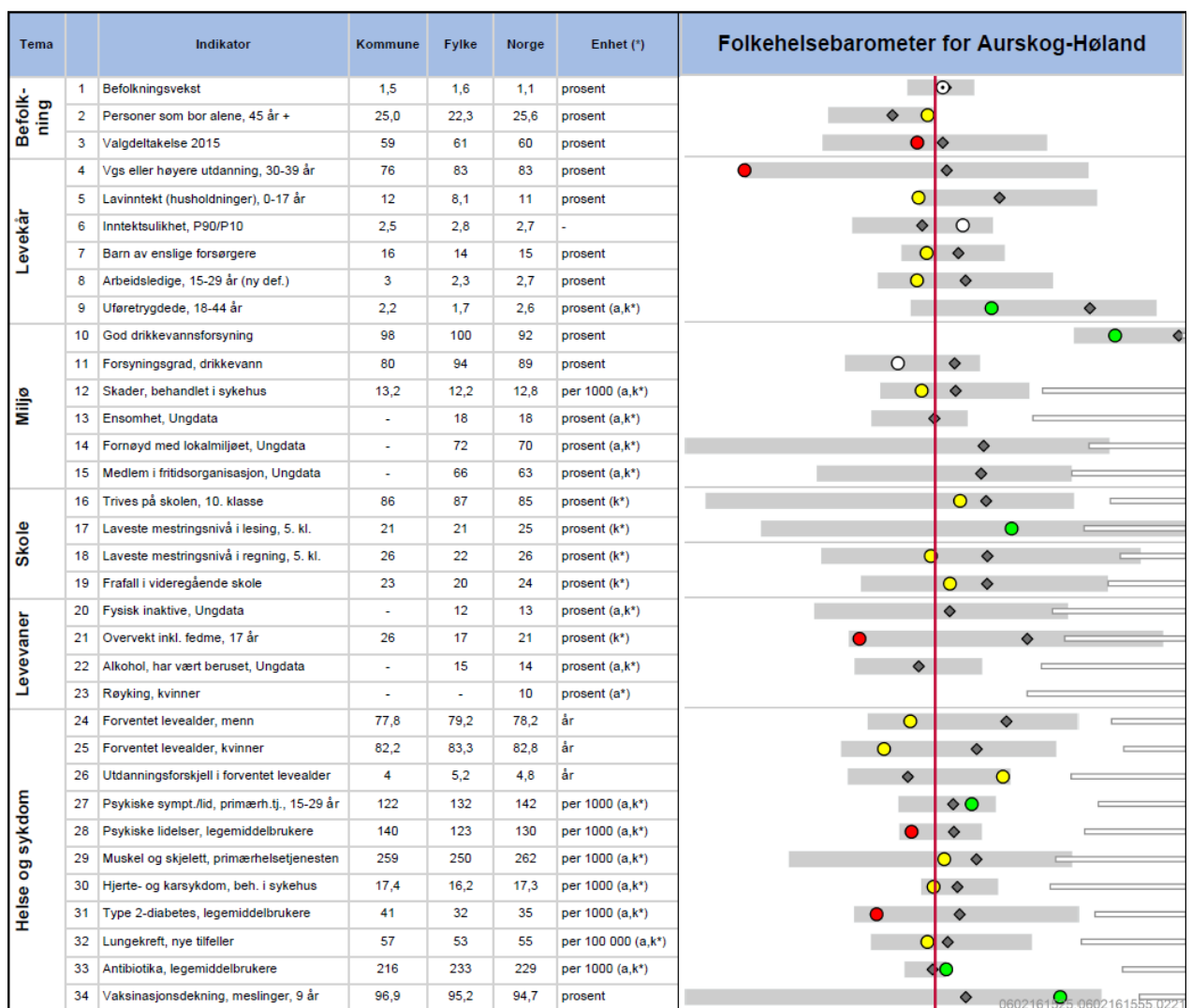
- Befolkning
- Levekår

¹¹ Det kan være forskjell mellom tall presentert i Folkehelsebarometeret og tall presentert senere i rapporten som bygger på nyere statistikk

- Miljø
- Skole
- Levevaner
- Helse og sykdom

Barometeret er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker den. Folkehelsebarometeret for 2016 er basert på statistikk som var tilgjengelig pr. oktober 2016. «Hovedresultatene» for Aurskog-Høland kommunes del er vist i tabell 7-1 nedenfor.

Tabell 7-1 Folkehelsebarometeret for Aurskog-Høland kommune 2016



Indikatorerne som er benyttet i tabellen betyr følgende:



	Ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
	Ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
	Ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
	Ikke testet for signifikans
	Verdiene for fylket er ikke testet for signifikans

For Aurskog-Høland kommune blir følgende funn trukket fram:

Befolkning

- Valgdeltakelsen i kommunene er lavere enn i landet som helhet ved kommune- og fylkestingsvalget i 2015. Valgdeltakelsen sier noe om samfunnsengasjementet i kommunen

Levekår

- Kommunen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet når det gjelder andelen barn (0–17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt. Lav inntekt defineres som under 60 % av nasjonal medianinntekt
- Andel av befolkningen (30–39 år) ved videregående skole eller høyere utdanning er signifikant lavere enn landsgjennomsnittet
- Antall uføretrygdede (18–44 år) er signifikant lavere enn for landet som helhet

Miljø

- Andelen personer som får vann fra vannverk som både har tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsleveranse ser ut til å være høyere enn landsgjennomsnittet
- Ungdataundersøkelsen er ikke gjennomført i kommunen i perioden 2012–2014, eller tallgrunnet er utilstrekkelig for å vise tall på ensomhet

Skole

- Andelen 10. klassinger som trives på skolen, er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet
- Frafallet i skole er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet
- Kommunen skårer godt når det gjelder mestringsnivå lesing 5. klasse

Levevaner

- Andelen med overvekt inkludert fedme ser ut til å være høyere enn i landet som helhet, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter (17 år)

Helse og sykdom

- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet

I de neste kapitlene presenterer vi mer utfyllende statistikk om temaene omtalt ovenfor.



FOTO: Stian Sandbekkbråten



8 Befolkning

8.1 Befolkningsutvikling

8.1.1 Befolkningsutvikling 2016–2020

I tabellene nedenfor vises to alternativer for utviklingen i befolkningssammensetningen fram til 2020. Begge alternativene er basert på SSBs hovedalternativ MMMM, men viser ulike løp for befolkningsutviklingen avhengig av om det blir lav eller høy netto innvandring til Norge.

Tabell 8-1 Befolkningsutvikling – 2016–2020. Lav netto innvandring

Aldersgruppe	2016	2020
0–5 år	1 064	1 125
6–15 år	1 885	2 015
15–66 år	10 414	10 811
67 eller eldre	2 551	2 827
	15 914	16 778

Tabell 8-2 Befolkningsutvikling 2016–2020. Høy netto innvandring

Aldersgruppe	2016	2020
0–5 år	1 064	1 148
6–15 år	1 885	2 043
15–66 år	10 414	10 991
67 eller eldre	2 551	2 828
	15 914	17 010

Befolkningsveksten i Aurskog-Høland kommune vil i liten grad være påvirket av ulike «baner» for netto innvandring til Norge. Med lav netto innvandring er befolkningsveksten beregnet til 864 personer, mens den vil være på 1 096 dersom det blir netto høy innvandring.

8.1.2 Videre utvikling – utover perioden

Når vi ser videre på hvordan befolkningsutviklingen i Aurskog-Høland kommune vil være basert på de samme forutsetningene som omtalt i kapittel 8.1.1 ovenfor, har SSB laget følgende anslag.

Tabell 8-3 Befolkningsutvikling 2020–2040. Lav netto innvandring

	2020	2030	2040
--	------	------	------

0–5 år	1 125	1 198	1 247
6–15 år	2 015	2 204	2 303
16–66 år	10 811	11 715	12 172
67 år eller eldre	2 827	3 386	4 121
	16 778	18 503	19 843

Tabell 8-4 Befolkningsutvikling 2020–2040. Høy netto innvandring

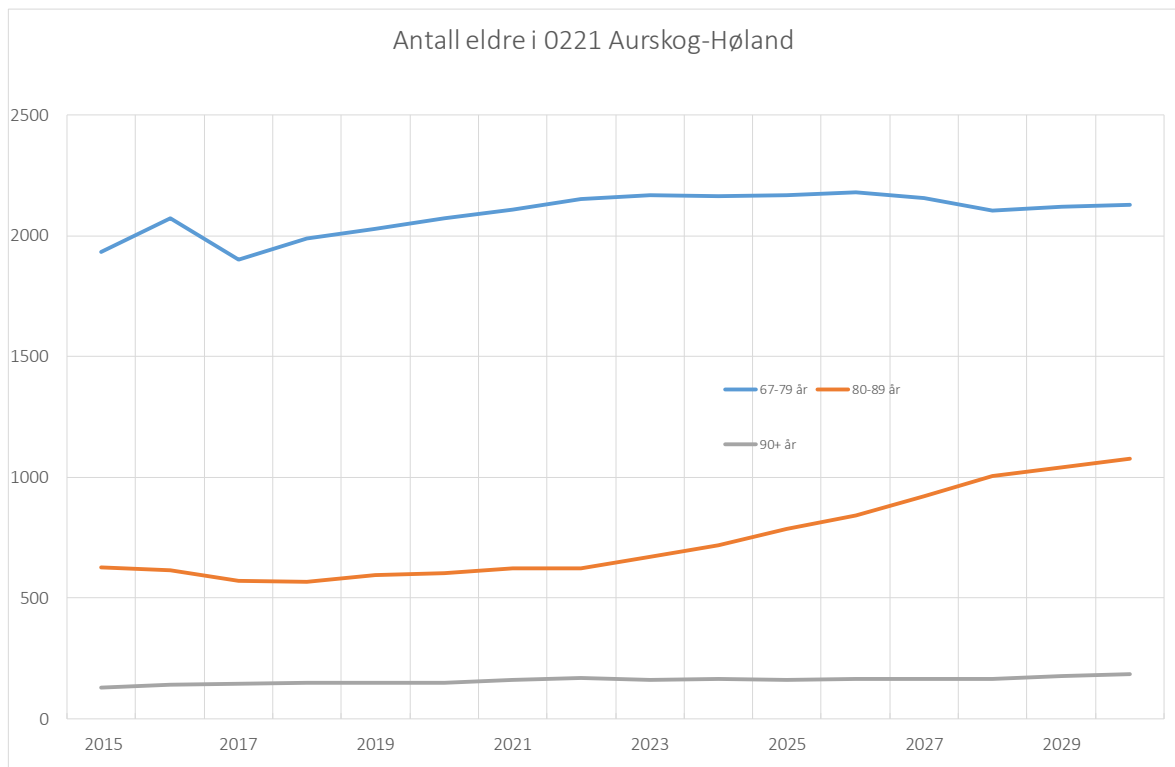
			2020	2030	2040
0–5 år			1 148	1 310	1 435
6–15 år			2 043	2 339	2 595
16–66 år	10 991	12 317			13 476
67 år eller eldre	2 828	3 393			4 154
	17 010	19 359			21 660

I perioden 2020–2040 har SSB beregnet at Aurskog-Høland kommune vil ha en forholdsvis stor befolkningsvekst både med lav og høy netto innvandring. Det er aldersgruppen 67 år og eldre som vil øke mest, og vil fortsatt være lite påvirket av utviklingen i netto innvandring til Norge. For de andre gruppene vil imidlertid grad av netto innvandring ha stor betydning for befolkningsutviklingen.



FOTO: Ada Schreiner

Når vi ser nærmere på hvordan sammensetningen av aldersgruppen 67 år og eldre vil utvikle seg i perioden fram mot 2030, kan vi stille opp følgende graf.



Figur 8-1 Utviklingen i antall eldre i Aurskog-Høland kommune. Kilde: SSB og KOSTRA

Det vil bli en betydelig vekst i aldersgruppen 80–89 år i perioden fra år 2020 og utover mot år 2030.

8.2 Befolknings sammensetning

8.2.1 Innvandring

Tabellen på neste side viser at Aurskog-Høland kommune har hatt en relativt lavere innflytting av personer med annen landbakgrunn (utenfor Norge) enn både Nedre Romerike og Akershus. Tall for hele landet er ikke publisert.

Tabell 8-5 Innenlands flytting fordelt på landbakgrunn. 2011–2013. 3-årig gjennomsnitt. Antall personer

	Norge	EU/EØS etc.	Afrika/Asia etc.	Befolkningen totalt
Aurskog-Høland kommune	89	32	18	140
Nedre Romerike	75	114	583	772
Akershus	1 367	449	1 173	2 989

Lavere innflytting av personer med annen landbakgrunn gir seg utslag i at Aurskog-Høland kommune har en lavere befolkningsandel med innvandrerbakgrunn enn gjennomsnittet for Akershus og landet som helhet.

Tabell 8-6 Andel innvandrere med innvandrerbakgrunn, innvandrernes andel av befolkningen og norskfødte med to innvandrerforeldre pr. 1.1.2015

	Alle personer med innvandrerbakgrunn, andel av befolkningen	Innvandrere, andel av befolkningen	Norsk fødte med to innvandrerforeldre, andel av befolkningen
Aurskog-Høland kommune	11,3	10,0	1,3
Akershus	17,8	14,5	3,2
Landet	15,5	12,9	2,5

Personer med innvandrerbakgrunn er personer som er født i utlandet og som selv har innvandret til Norge, samt norskfødte med to innvandrerforeldre. Kolonnen «Alle personer med innvandrerbakgrunn, andel av befolkningen» er således summen av de to neste kolonnene.



9 Leve- og arbeidskår

9.1 Utdanningsnivå

Studier viser at høyt utdannede har høyere forventet levealder enn de med mindre utdanning, men forventet levealder i Norge har økt for alle. Det er derfor av interesse å vise tall om utdanningsnivået i Aurskog-Høland kommune i sammenlikning med andre.

Tabell 9-1 Befolkning (16 år og eldre) etter høyeste utdanningsnivå i prosent. 2015¹²

	Grunnskolenivå	Videregående skole- nivå	Universitets- og høgskolenivå kort	Universitets- og høgskolenivå lang
Aurskog-Høland kommune	37,4	44,1	18,4	
Akershus	24,6	30,1	29,7	19,3
Landet	26,9	40,9	23,0	9,2

Tabellen viser:

- Aurskog-Høland kommune har en langt høyere andel med grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanning enn gjennomsnittet både for Akershus og landet som helhet
- Tilsvarende er andel av befolkningen med universitets- og høgskoleutdanning markant lavere enn gjennomsnittet for Akershus
- Andel av befolkningen med universitets- og høgskoleutdanning er også lavere enn landsgjennomsnittet

¹² For Aurskog-Høland kommune har vi ikke funnet tall for hvordan andel av befolkningen med høyere utdanning er fordelt mellom kort og lang universitets- og høgskoleutdanning

9.2 Inntektsnivå

Befolkningens inntektsnivå er en faktor med betydning for folkehelsen. Relevante tall viser i tabell 9-2 nedenfor.

Tabell 9-2 Medianinntekt etter skatt, etter husholdningstyper, år 2013¹³

Inntekt etter skatt, median (kr) år 2013					
	Alle hus- holdninger	Aleneboende	Par uten barn	Par med barn 0–17 år	Enslig mor/far med barn 0–17 år
Aurskog-Høland kommune	461 000	250 000	544 000	678 000	365 000
Akershus	536 000	278 000	628 000	812 000	406 000
Landet	465 000	263 000	573 000	746 000	381 000

Akershus har høyeste medianinntekt etter skatt for alle husholdningstyper samlet i Norge. Aurskog-Høland kommune har en medianinntekt like under medianinntekten for landet, men likevel over medianinntekten for Oslo.

9.3 Barnefattigdom

En oppvekst i fattigdom i Norge innebærer færre valgmuligheter og som oftest en lavere levestandard enn det jevnaldrende har. Dette kan ha mange og negative konsekvenser, både på kort og lang sikt. At noen barn lever i fattigdom i et land hvor de aller fleste har mye og mer enn de kanskje trenger, kan gjøre fattigdom mer synlig og skambelagt. Vedvarende lavinntekt benyttes ofte som faktor for å vurdere omfanget av barnefattigdom.

Tabell 9-3 nedenfor viser to faktorer for vedvarende lavinntekt etter to ulike inntektsmedianer. Én fordeling etter den nasjonale medianen for inntekt etter skatt, og én etter den kommunale medianen. Vedvarende lavinntekt er her beregnet etter et tre-års gjennomsnitt for 2011–2013 for alle barn under 18 år. Barn i husholdninger med lavinntekt bor i en husholdning med inntekt under 60 % av medianinntekten¹⁴ (nasjonal eller kommunal) i samme periode.

Bruk av nasjonal median synliggjøre først og fremst hvilke kommuner i landet som har flest husholdninger med lavinntekt. Etter denne medianen er andelen barn med lavinntekt høyest i Aurskog-Høland kommune blant kommunene gjengitt i tabellen nedenfor.

¹³ Akershusstatistikk 2015

¹⁴ I statistikk er median et sentralitetsmål som defineres som verdien til tallet som deler et utvalg i to deler slik at hver del har like mange elementer. Medianen er «midt på tabellen» hvis resultatene settes opp i synkende (eller stigende) rekkefølge



Med en kommunal median får man fram den relative barnefattigdommen innen hver kommune. Med en kommunal median endrer bildet seg og plasserer Aurskog-Høland kommune seg på nivå med Vestby, Oppegård, Sørum, Rælingen og Nittedal.

Tabell 9-3 Vedvarende lavinntekt. Andel barn med lavinntekt. 2013. Kilde: Akershusstatistikk 2015/2

	Andel barn med lavinntekt (EU60) nasjonal median	Andel barn med lavinntekt (EU60) kommunenes median
Aurskog-Høland kommune	9,4	8,0
Sørum	6,2	7,8
Fet	5,1	7,0
Skedsmo	7,6	10,4
Vestby	6,8	8,0
Oppegård	4,6	8,1
Rælingen	6,1	7,9
Nittedal	5,7	8,0
Akershus	6,3	N/A
Landet	9,0	N/A

9.4 Barn av enslige forsørgere

I følge folkehelsebarometeret er ikke andel barn av enslige forsørgere signifikant forskjellig fra landsnivået. Vi har ikke hatt tilgang til grunnlagstallene for denne «konklusjonen».

9.5 Arbeidsledige, legemeldt sykefravær og andel uføre¹⁵

Ungdomsledigheten uttrykt ved gjennomsnittet for perioden 2009–2013 lå «et stykke over» gjennomsnittet for Akershus. Kommunene Asker og Bærum bidrar sterkt til å senke gjennomsnittstallet for Akershus. Ungdomsledigheten i de andre kommunene på Nedre Romerike er lavere enn i Aurskog-Høland kommune. Forskjellen er mindre når det gjelder arbeidsledighet for gruppen 30–74 år, men kommunen ligger også her litt over gjennomsnittet for Akershus.

Tabellen nedenfor viser for øvrig at andelen arbeidstakere med legemeldt sykefravær er høyere enn gjennomsnittet for Akershus og for landet som helhet. Andelen uføre er også høyere enn gjennomsnittet for Akershus, men lavere enn landsgjennomsnittet.

¹⁵ Statistikken i dette kapitlet er den nyeste som har vært tilgjengelig

Tabell 9-4 Registrerte arbeidsledige, legemeldte sykefravær og andel uføre. Kilde: Akershusstatistikk 1/2014

	Registrerte arbeidsledige 15-29 år, som prosent av befolkningen	Registrerte arbeidsledige 30-74 år, som prosent av befolkningen	Arbeidstakere med legemeldet sykefravær	Andel uføre som prosent av befolkningen 18-67 år
Aurskog Høland	4,0	2,3	6,3	8,3
Akershus	3,1	2,1	5,3	6,5
Landet	3,8	2,5	5,6	9,5

9.6 Bolig

Sammensetning av boligmassen i Aurskog-Høland kommune og noen andre kommuner er vist i tabell 9-5 nedenfor.

Tabell 9-5 Andel boliger etter boligtype i 2014

	Enebolig	Tomannsbolig	Rekkehus, kjedehus og andre småhus	Boligblokk
Aurskog-Høland kommune	78,9	4,2	7,9	6,7
Hurdal	83,4	7,1	2,0	2,7
Sørum	69,7	8,6	11,7	5,8
Fet	70,9	12,3	4,8	8,9
Skedsmo	29,0	14,9	19,6	27,6
Akershus	49,0	10,7	16,9	20,9

Aurskog-Høland kommune er ved siden av Hurdal, den kommunen i Akershus med størst andel eneboliger. Dette betyr igjen av andel tomannsboliger, rekkehus/kjedehus og boligblokker ligger langt under gjennomsnittet for Akershus.

En stor andel av eneboligene i Aurskog-Høland kommune ligger utenfor tettbebygde strøk. Fra 2008 til 2014 var det kun Aurskog-Høland kommune som hadde en større vekst i antall eneboliger i spredtbygde strøk enn i tettbygde strøk. Stor grad av spredtbebyggelse har innvirkning på kommunens behov for helsetjenester, særlig til den delen av befolkningen som er lite mobile.

Vi har også hentet fram statistikk om størrelsen på boliger fullført i 2014, se neste tabell.



Tabell 9-6 Gjennomsnittlig kvadratmeter pr. fullført bolig i 2014

	Gjennomsnittlig kvadratmeter pr. fullført bolig			
	Enebolig	Tomannsbolig	Rekkehus	Boligblokk
Aurskog-Høland kommune	199,9	117,6	109,1	88,8
Nedre Romerike	206,8	166,9	120,6	94,4
Akershus	200,9	161,5	125,9	107,6

Tabellen viser:

- Eneboligene er på størrelse med gjennomsnittet for Akershus
- Tomannsboliger og rekkehus er markant mindre i antall kvadratmeter

9.7 Forventet levealder og dødelighet

Ifølge KOSTRA-rapporteringen for 2015, ligger forventet levealder for både menn og kvinner på gjennomsnittsnivå for Akershus og er noe høyere enn gjennomsnittet for landet.

Dødelighet – målt i antall døde pr. 1 000 innbyggere – er imidlertid høyere enn både Akershus og landet. Se tabell nedenfor.

Tabell 9-7 Forventet levealder og døde pr. 1 000 innbyggere. 2015. Kilde: KOSTRA

	Forventet levealder		Døde pr. 1 000 innbyggere
	Menn	Kvinner	
Aurskog-Høland kommune	79,4	83,3	9,1
Akershus	79,4	83,3	6,5
Landet	78,4	82,9	7,8

Forventet levealder for både menn og kvinner i Aurskog-Høland kommune har økt noe fra gjennomsnittsmålingen for perioden 1997–2011. Hovedbildet er at forventet levealder for både menn og kvinner er ganske likt med andre kommuner på Nedre Romerike.

10 Miljø

Under temaet miljø hører blant annet:

- Kvalitet på drikkevannsforsyning
- Luftkvalitet og stråling
- Inneklima og støy
- Forsyningsgrad drikkevann
- Ensomhet (Ungdata)
- Deltakelse i fritidsorganisasjoner

10.1 Drikkevann

Som det ble nevnt innledningsvis er andelen som får vann fra vannverk som har tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil drikkevannsleveranse høyere enn landnivået. Dette gjelder også andre kommuner i Akershus. Det er imidlertid verdt å merke seg at forsyningsgraden, det vil si hvor stor andel som er tilknyttet godkjenningspliktige vannverk er lavere i Aurskog-Høland enn sammenlignet med fylket. Forsyningsgraden er 86% mot 94% i Akershus. Forholdet skyldes i stor grad kommunens størrelse og bosettingsmønster og kostnader ved framføring av offentlige vannledninger.

Tabell 10-1 Indikatorer for vannkvalitet. Kilde: KOSTRA-tall for 2015

	Aurskog-Høland kommune	Akershus
E.coli. Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøveresultater	100,0	100,0
Intestinale enterokokker: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøveresultater	100,0	100,0
Farge: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøveresultater	100,0	100,0
pH: Andel innbyggere tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøveresultater	100,0	100,0



10.2 Badevannskvalitet¹⁶

Badevannskvaliteten er jevnt over god i kommunen og det er gjennomført årlige vannprøver mange år bakover i tid.

10.3 Luftkvalitet¹⁵

Kommunen er fortsatt en landkommune uten store trafikkårer eller spesiell tungindustri. Stor andel av vedfyring som oppvarming vil kunne medføre lokalt dårlig luftkvalitet, men det er få steder med sterkt konsentrert bebyggelse. Luktulempe fra landbruket kan være et potensielt problem og det er viktig å vurdere buffersoner/ nærhet til landbruket ved etablering av ny bebyggelse.

Det er også viktig å være oppmerksom på mulige utfordringer fra røykgassutslipp i forbindelse med etablering av flisfyringsanlegg eller andre biobrenselanlegg.

10.4 Inneklima kommunens bygg samt vedlikehold¹⁵

Kommunen har ansvar for å sikre godt inneklima i sine bygg og som bygningseier innehar kommunen mange roller; arbeidsgiver, skoleeier, barnehageeier, institusjonseier og boligutleier. På nasjonalt nivå fremheves systematisk og planlagt vedlikehold som suksesskriterium i inneklimaarbeidet.

Kommunen har vedtatt en eiendomsstrategi med tilhørende langsiktig og kortsiktig vedlikeholds-plan koblet opp mot økonomiplan. Det er innført et kartleggingsverktøy kalt IK-Bbygg for alle bygg som legger opp til høy grad av brukermedvirkning og systematisk innrapportering av avvik knyttet til bygningsmessig vedlikehold.

Kommunens helsemyndigheter fører tilsyn med inneklima i alle skoler og barnehager, både kommunale og private.

10.5 Stråling¹⁵

Det er lav til middels faregrad for radon, vurdert i forhold til berggrunnsgeologien i kommunen. Prøver som er tatt opp igjennom årene viser få resultater som overstiger anbefalte nivåer, men det er også svært lite data.

Alle offentlige bygg og flesteparten av de kommunale boliger er målt, jf krav i strålevernforskriften.

¹⁶ Kilde: Aurskog-Høland kommune

Innenfor kommunegrensen finnes et lager for radioaktivt avfall på Himdalen. Lageret er underlagt årlig rapporteringsplikt og Statens strålevern fører tilsyn med overholdelse av regelverket og gjeldende utslippstillatelse. Sist tilsyn ble utført i 2014.

Virksomheter som tilbyr solarium følges opp gjennom kommunalt tilsyn.

Bygningsmyndighetene forutsettes å følge opp anbefalinger knyttet til plassering av nye byggverk nær høyspentanlegg.



FOTO: Inger Marie Langeland

10.6 Støy¹⁵

Det er få støyplager og klager i kommunen sammenlignet med flere andre nabokommuner. Det er også liten transformasjonsproblematikk med støy fra bygge- og anleggsvirksomhet i allerede tettbebygde strøk. Veitrafikkstøy er den viktigste kilden til støy i kommunen, men det finnes ingen egne målinger utover Statens vegvesen sine støysonekart for riks- og fylkesveger.



10.7 Kjemiske miljøfaktorer/kvikksølv

Aurskog- Høland er en natur- og friluftskommune med mange fiskevann. Mattilsynet fraråder å spise ferskvannsfisk over 25 cm og gravide, ammende og barn under 5 år frarådes å spise selvfangst av gjedde og abbor i det hele tatt grunnet innhold av kvikksølv.

10.8 Smittevern

God vaksinasjonsdekning er et viktig tiltak for å redusere forekomsten av smittsomme sykdommer i befolkningen. Aurskog-Høland kommune har god dekning i barnevaksinasjonsprogrammet på 96,6%, målt i vaksinasjonsdekning mot meslinger ved 9-års alder. Vi ligger her over gjennomsnittet i landet og fylket.

En økende forekomst av antibiotikaresistens er en stor trussel mot folkehelsen. Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens har som et mål å redusere antibiotikabruken med 30 % innen 2020. Ved å redusere forekomsten av infeksjonssykdommer vil behovet for antibiotika minske. Aurskog-Høland kommune har lav vaksinasjonsgrad for influensavaksine, 10 % hos personer > 65 år, sammenlignet med 24 % på landsbasis.

En økt oppslutning om tilbudet om sesonginfluensavaksine både hos personer i risikogrupper og helsepersonell vil minske sykdomsforekomst og kunne påvirke antibiotikabruken i riktig retning.

Enkle forebyggende tiltak som håndvask bidrar til å redusere forekomsten av flere smittsomme sykdommer i befolkningen. Gode rutiner for dette i barnehager, skoler og kommunale helseinstitusjoner vil være et viktig bidrag for å redusere forekomst av luftveisinfeksjoner og diare.



FOTO: Kjetil Hauger

11 Deltakelse i organisert aktivitet og medlemskap fritidsorganisasjoner

Deltakelse i organisert aktivitet er en viktig helsefremmende faktor. Nedenfor presenteres to tabeller som viser andel elever i ungdomsskolen og andel elever i videregående skole som er med i organisert aktivitet. Den generelle trenden i alle kommuner er at deltakelse i organisert aktivitet synker når ungdommene starter på videregående skole.

For Aurskog-Høland kommune viser tabellene at:

- Elever i ungdomsskolen er med i organisert aktivitet i omtrent samme grad som andre kommuner i Akershus
- Gutter i videregående skole er noe mindre med i organisert aktivitet enn gjennomsnittet i Akershus
- Jenter i videregående skole er like mye med i organisert aktivitet som ellers i Akershus

Tabell 11-1 Andel elever i ungdomsskolen som er med i en organisert aktivitet. 2013–2015¹⁷

Kommune	Er med i organisert aktivitet	
	Gutt	Jente
Aurskog-Høland kommune	64	65
Sørum	64	60
Fet	69	62
Skedsmo	64	58
Akershus, ekskl. Eidsvoll og Hurdal	66	63

Tabell 11-2 Andel elever i videregående skole som er med i en organisert aktivitet. 2013–2015

Kommune	Er med i organisert aktivitet	
	Gutt	Jente
Aurskog-Høland kommune	44	45
Sørum	34	27
Fet	Ikke tall	Ikke tall
Skedsmo	Ikke tall	Ikke tall
Akershus	49	44

¹⁷ Akershusstatistikk 2015



FOTO: Alette Marie Eldøy

Tabellen nedenfor indikerer at en stor andel av kommunens 6–19 åringer har et aktivt medlemskap i idrettslag. En svakhet ved denne statistikken er imidlertid at personer som er medlem av flere idrettsklubber blir registrert flere ganger.

Tabell 11-3 Andelen av aktive medlemskap i aldersgruppen 6–19 år av 6–19-åringer i kommunen

Kommune	Andelen av aktive medlemskap i aldersgruppen 6–19 år av 6–19 åringer i kommunen
Aurskog-Høland kommune	82,4
Sørum	71,6
Fet	76,1
Skedsmo	91,5
Akershus	91,6

11.1 Fritidsaktiviteter

Kommunen har ved kultursektoren gjennomført en kartlegging av fritidsaktiviteter blant barn og unge fra 1.–9. klasse i årene 2012 og 2016. Årets undersøkelse¹⁸ viser blant annet at for aldersgruppen 11–13 år skjer det mye som påvirker enkelte resten av livet, og at frafall fra fritidsaktiviteter er størst rundt oppstart på ungdomsskolen. De aller fleste barn og unge i Aurskog-Høland kommune har ønsker om aktivitet, men det er fortsatt for mange som ikke er aktive og det er bekymringsfullt at det er 0,8 % som ikke har noen ønsker om en aktivitet.

Noen hovedtrekk

- Elever i 1.-10 klasse
- Svarprosent 95,3 (2012: 91,9)
- Antall svar 1.577 (2012: 1.426)
- Antall barn og unge uten aktivitet og ønsker: 0,8 % (2012: 1,5 %)
- Antall barn og unge uten aktivitet: 10,8 % (2012: 12,6 %). Av 3-10. trinn

11.2 Idrettslag og andre lag og foreninger

Frivilligheten står sterkt i Aurskog-Høland kommune. I Frivillighetsregisteret er det per april 2017 registrert 110 enheter fra kommunen, innenfor blant annet idrett, kultur og kunst, barne- og ungdomsorganisasjoner og rekreasjon og sosiale foreninger. Disse organisasjonene skaper gode sosiale og kulturelle opplevelser, noe som er viktig for god folkehelse.

I idrettsregistreringen for 2015 var det 11 320 medlemskap i idretten i Aurskog-Høland. Det vil si at ca. 70 % av befolkningen i kommunen hadde medlemskap i et idrettslag dette året. I Akershus fylke var det ca. 40 % av befolkningen som hadde medlemskap i idrettslag i 2015. Dette viser at idretten har en viktig plass hos befolkningen i kommunen.

11.3 Møteplasser

Idrettsanleggene er noen av de mest besøkte sosiale møteplassene i kommunen. Det er idrettslagene som eier idrettsanleggene og det finnes fire idrettshaller med tilhørende idrettsanlegg og klubbhus/kafe. Her samles folk i alle aldre. I tillegg skaper kulturorganisasjonene sosiale møteplasser gjennom sin virksomhet.

Frivilligsentralen i Aurskog-Høland kommune er en annen møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet der noen trenger hjelp og andre ønsker å hjelpe.

Det er store geografiske forskjeller i kommunen og det finnes en rekke tettsteder som har et levende lokalsamfunn som; Aursmoen, Lierfoss, Setskog, Fosser, Løken, Momoen og

18 Kommunal aktivitetsundersøkelse 2016



Hemnes. Skolestrukturen følger i all hovedsak disse tettstedene, og idrettslagene på de samme tettstedene er særlig viktig for nærmiljøet.

11.4 Friområder og friluftsområder

Aurskog-Høland kommune har store arealer med skog og natur. Det finnes et velutviklet nett av turstier, skogsveier og lysløyper tilrettelagt for turgåing, skitur, jakt og ridning. I tillegg har kommunen flere innsjøer, tjern og vassdrag som egner seg for bading, fiske og padling. Dette gir mange muligheter til et aktivt friluftsliv.

11.5 Gang- og sykkelvei, skogsbilveier

Kommunen har tilsammen ca. 37 km med gang- og sykkelvei og ca. 581 km med skogsbilveier.



FOTO: Alette Marie Eldøy

12 Oppvekst

Forskning viser at det er sammenheng mellom utdanning og senere helse i livsløpet og helseulikheter i befolkningen (Elstad 2008). Utdanning kan gi en form for kompetanse som gjør oss i bedre stand til å mestre utfordringer, og gi et livsløp som fører til bedre levekår og helse. Forskning viser at det er en tydelig sosial helsegradient etter utdanningsnivå, hvor de med videregående skole har bedre helse enn de med kun grunnskoleutdanning, og de med høyere utdanning har bedre helse enn de med kun videregående skole (Elstad 2008).

For mange barn er barnehagen første trinn i utdanningsløpet. Regjeringens mål er å bidra til å utjevne kvalitetsforskjeller i norske barnehager for å gi alle barn et like godt barnehagetilbud. Rammeplanen er barnehagens viktigste verktøy og den bygger på nordisk barnehagetradisjon, med den frie leken som fundament og barnehagens ansvar for å sikre et helhetlig læringsmiljø og utnytte barnehagen som læringsarena.

12.1 Andel barn i barnehage i Aurskog-Høland

Barnehagen utgjør en unik læringsarena utenfor hjemmet og har en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon for barn. Således er andel barn som går i barnehage et viktig nøkkeltall for folkehelsen i Aurskog-Høland.

Pr. 15.04.17 har 89,21 % barn født i tidsrommet 1.1.11 og 31.12.15 barnehageplass.

12.2 Om utdanningsnivå og frafall i Aurskog-Høland

Andelen som fullfører og består videregående opplæring i Norge har vært stabil siden Reform 94 (Chaudhary 2011). I tillegg til sosioøkonomisk status er det først og fremst skoleprestasjonene fra grunnskolen som synes å påvirke hvorvidt man fullfører og består videregående opplæring. (St. melding 34 (2012-13)). Akershusstatistikken viser at de kommunene som har et høyt gjennomsnitt på elevenes inntakskarakterer, også har elever med høyt karaktersnitt på slutten av skoleåret og en høy andel elever med fullført og bestått. Foreldrenes utdanningsbakgrunn er den enkeltfaktoren som har størst betydning for hvordan barn presterer på skolen (Opheim mfl. 2010).



Tabellene nedenfor viser tall for noen av de faktorene som er omtalt ovenfor.

Tabell 12-1 Andel elever som ikke har fullført og bestått videregående skole. Kilde: Akershusstatistikken¹⁹ (tallene er samlet gjennomsnittstall for årene 2009, 2010 og 2011)

Kommune	Andel elever som ikke har fullført og bestått videregående skole etter 5 år 2009–2011 (2004–2006 kullene)
Aurskog-Høland	28,4
Sørum	24,1
Fet	24,3
Skedsmo	25,5
Akershus	22,8

For Aurskog-Høland kommunes del ser vi at frafallet i videregående skole i denne perioden var noe høyere enn i Akershus og de andre kommunene vi har sammenliknet med.

Tabell 9-1, s. 24, fra 2015, viser at Aurskog-Høland kommune har langt høyere andel av befolkningen (16 år og eldre) med grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanning enn gjennomsnittet både for Akershus og landet som helhet. Følgende figur fra folkehelsebarometeret viser sammenhengen mellom frafallet i videregående skole og foreldrenes utdanning.

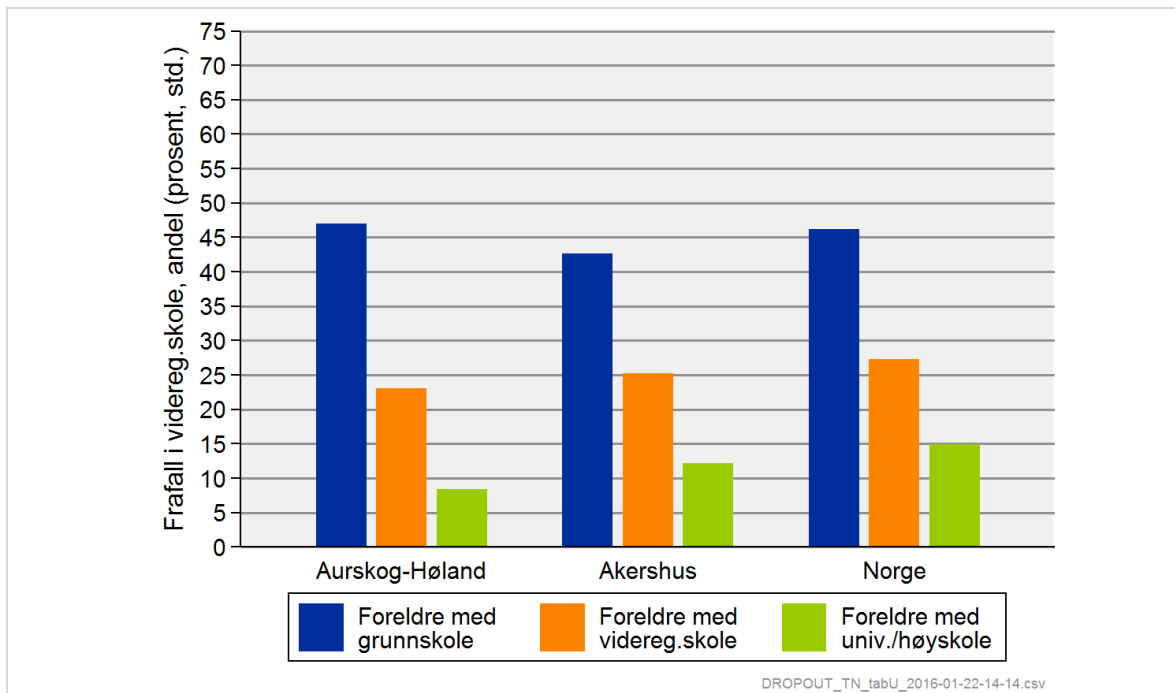
Tabell 12-2 Gjennomsnittlig skolepoeng 2015. Kilde: KOSTRA

	Aurskog-Høland	Akershus	Landet
Gjennomsnittlig skolepoeng 2015	39,4	41,8	40,7

Akershusstatistikken for Akershus viste at andel elever som ikke fullfører videregående skole etter fem år var høyere i Aurskog-Høland kommune enn i andre kommuner på nedre Romerike og Akershus.

Fra folkehelsebarometeret har vi hentet følgende figur som viser sammenhengen mellom frafallet i videregående skole og foreldrenes utdanning.

¹⁹ Dette er de siste tallene vi har hatt tilgang til



Figur 12-1 Andel som sutter på/ikke bestått videregående skole, status fem år etter påbegynt opplæring, etter foreldrenes utdanning (2012–2014)

Figuren viser at frafallet i videregående skole er større i Aurskog-Høland kommune enn i Akershus og Norge når det gjelder barn av foreldre med bare grunnskole. For barn av foreldre med videregående skole og/eller universitets- og høyskoleutdanning er frafallet noe lavere.

Tabellen under viser elever som har fullført og bestått etter fem år, våren 2016. Her ser vi også hva som kan være forklaringen på at elevene ikke har fullført videregående opplæring etter fem år.

Tabell 12-3 Avgangselever i grunnskolen i 2011 med oversikt over hvor stor andel som har fullført og bestått videregående opplæring etter fem år. Aurskog-Høland kommune sammenliknet med gjennomsnittet for Akershus våren 2016.

	Antall elever	Fullført og bestått	Fullført, ikke bestått	Mangler grunnlag	Sluttet i løpet av året	Holder på	Alternativ opplæring	Ikke påbegynt videregående opplæring	Fullført og bestått fem år etter avsluttet grunnskole
		Prosent							Prosent
Avgangselever 2011									
Akershus	7441	83,9	4,9	3,7	2,2	1,5	3,0	0,8	77,0
Aurskog-Høland	201	84,2	1,5	1,5	2,0	0,5	7,9	1,0	79,0



Oversikten viser at andel elever som har fullført og bestått videregående opplæring etter fem år ligger litt høyere enn det som er gjennomsnittet i Akershus. Sammenliknet med resultatene vist i tabell 12-1 har det vært en positiv utvikling de siste årene i andelen elever i Aurskog-Høland som har fullført og bestått fem år etter avsluttet grunnskole.

12.3 Grunnskolepoeng

Det er grunn til å anta at det er sammenheng mellom resultatene som oppnås i videregående opplæring og den læring som elevene har med seg fra grunnskolen. Grunnskolepoeng gir en indikasjon på hvilken kompetanse elevene går ut av skolen med. Denne statistikken må sees i sammenheng med utdanningsnivå når man skal se på hvilket tilskudd 10 års skolegang gir elever i Aurskog-Høland.

Tabell 12-4 Gjennomsnittlig grunnskolepoeng for elevene de siste fem årene. Kilde: Skoleporten

Indikator og nøkkeltall	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Aurskog-Høland kommune	38,9	37,6	39,2	39,4	40,6
Akershus fylke	41,0	41,1	41,5	41,8	42,1
Nasjonalt	40,0	40,1	40,4	40,8	41,2

Tabellen over gjennomsnittlig grunnskolepoeng viser at Aurskog-Høland har en god utvikling på linje med resten av landet. Kommunen har også hatt nedgang hvert år, de siste fire årene, i antall elever som har 30 eller færre grunnskolepoeng.

12.4 Trivsel på skole

Hvordan elevene har det på skolen påvirker skoleprestasjonene og motivasjonen for videre utdanning. Akershusstatistikken forteller at det er små forskjeller mellom kommunene og de videregående skolene i elevundersøkelsen om dette. Fylket skårer nær landsgjennomsnittet på alle indikatorene som inngår i undersøkelsen. Av folkehelsebarometeret for Aurskog-Høland kommune går det fram at trivsel på skole hverken er signifikant bedre eller dårligere enn i andre kommuner.

12.5 Skolepsykolog

Aurskog-Høland kommune har valgt å ikke ha egen skolepsykolog. Kommunen har et familieteam i forebyggende tjeneste, og har heller ikke her ansatt en egen psykolog.

12.6 Sammendrag av viktige indikatorer for skoleåret 2015-2016

	Aurskog- Høland kommune (15-16)	Akershus (15- 16)	Nasjonalt (15- 16)
Foreldrenes utdanningsnivå	4,38	23,92	19,23
Grunnskolepoengsum	40,58	42	41,11
Avvik standpunkt- og eksamenskarakterer	-0,31	-0,22	-0,23
2.1 Trivsel	4,36	4,38	4,35
2.2 Trygt miljø	4,22	4,2	4,19
2.3 Mobbing på skolen	4,82	4,79	4,77

Tabell 12-3 Hentet fra Conexus Insight

13 Levevaner

13.1 Overvekt

I følge folkehelsebarometeret kommer Aurskog-Høland kommune signifikant dårligere ut når det gjelder indikatoren overvekt, inklusiv fedme for 17-åringer.

Kommunen¹⁵ har gjennom forebyggende helsetjenester spesielt fokus på utvikling av vekst, overvekt og fedme hos barn og unge. Dette primært for å forbygge og forhindre overvekt i ungdoms- og voksen alder. Oppfølgingen starter allerede med svangerskapsoppfølging fra



jordmortjenesten, med jordmor som følger mors vektutvikling i svangerskapet ved kartlegging og veiledning i kosthold og fysisk aktivitet. Kommunen følger Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

Barna følges opp på helsestasjonen for barn mellom 0–6 år. Oppfølgingen skjer gjennom det å måle vekst- og vektutvikling ved alle konsultasjoner på helsestasjonen. Helsestasjonen følger barnets vektutvikling og etterlever veilederen for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det er særlig fokus på amming, måltider og kosthold i de 14 faste konsultasjonene mellom 0–5 år. Ved avvik følges barnet og foreldrene opp fra helsestasjonen. Det blir gitt veiledning i sunt kosthold og fysisk aktivitet ut i fra nasjonale anbefalinger. Ernæringsfysiolog gjennomfører åpne temadager på helsestasjonen der alle inviteres til å delta. Kommunen følger veilederen for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, samt de nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten, Helsedirektoratet IS-1734.

Skolehelsetjenesten veier og måler alle barn på førskoleundersøkelsen i 3. og 8. klasse med foreldrenes samtykke. Elever i overvekt og fedmekategori får tilbud om kartleggingssamtale og oppfølging av vektutvikling. De får tilbud om ny vektkontroll etter 6 måneder, og etter 12 måneder dersom man ikke ser positiv endring etter de første 6. Det tilbys samtaler og veiledning i forhold til kosthold og fysisk aktivitet, blant annet gjennom matkurs for foreldrene til 3. klassinger og for foreldre og ungdommen i 8. klasse. Dette kurset er utarbeidet av Helsedirektoratet og tilbyr veiledning og informasjon om sunt kosthold og aktivitet, samt en kveld med praktisk matlaging.

Overvekt og fedme er sammensatt og krever godt samarbeid mellom familien og fagspesialister som helsesøstre, fysioterapeuter, psykisk helse/familieteam og ernæringsfysiologer.

Tabellen på neste side viser at andel elever i både 3. og 8. klasse i Aurskog-Høland kommune med overvekt og fedme er større enn i landet for øvrig.

Tabell 13-1 Overvekt og fedme. Kilde: Aurskog-Høland kommune

Skolehelsetjeneste	Antall elever	Overvekt	Fedme	Totalt
3.klasse A-H kommune 2015	181	18,2%	7,7%	25,9%
Landet for øvrig 2008		13,75%	3,75%	17,5%
Landet for øvrig 2012		15%		
8.klasse A-H kommune 2015	179	18,4%	10%	28,4%

Landet for øvrig 2008		10,4%	2,85%	13,25%
Landet for øvrig 2012		16-17%	2,5%	18,5-19,5%

13.2 Skoleelevers bruk av alkohol og hasj

De to neste tabellene viser:

- Ungdomsskoleelevene i Aurskog-Høland kommune bruker alkohol og hasj i mindre grad enn det som er gjennomsnittet i Akershus og i landet
- Elever i videregående skole bruker alkohol i omtrent samme grad som gjennomsnittet for Akershus
- Bruken av hasj er imidlertid mindre enn det som er gjennomsnittet for Akershus

Tabell 13-2 Ungdomsskoleelevers bruk av alkohol og hasj. Andelen av ungdomsskoleelever

	Drukket seg beruset siste år	Blitt tilbudt hasj/kan skaffe hasj	Brukt hasj siste 12 mnd	Populasjon	Svarprosent	Gjennomført år
Aurskog-Høland	8	6	2	575	88	2015
Akershus, eks.kl. Eidsvoll og Hurdal	14	20	3	19354	84	
Landet	16	21	4	70473	83	

Tabell 13-3 Videregående elevers svar på bruk av alkohol og hasj. Andeler

	Drukket seg beruset siste år	Blitt tilbudt hasj/kan skaffe hasj	Brukt hasj siste 12 mnd	Populasjon	Svarprosent	Gjennomført år
Aurskog-Høland	60	21	9	557	62	2015
Akershus, eks.kl. Eidsvoll og Hurdal	63	45	16	9731	64	
Landet	56	44	9	23240	68	2014

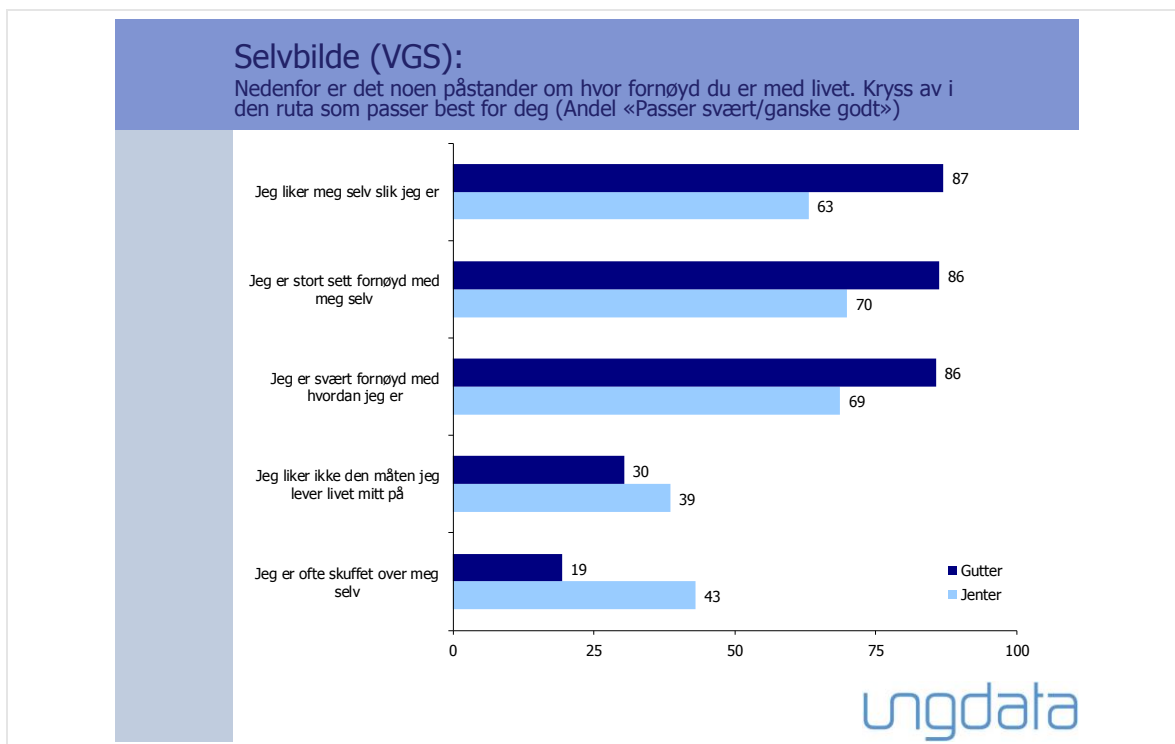
13.3 Andre funn fra ungdomsundersøkelsen

Ungdomsundersøkelsen for Aurskog-Høland kommune tegner for øvrig også et forholdsvis positivt bilde av levevaner for kommunens ungdommer:

- Hovedtyngden av de som har svart er aldri/nesten aldri utsatt for mobbing, plaging og utfrysing
- Mange har venner som de kan stole på (jevnaaldrende intimitet)
- Gode verdier slik som «å være til å stole på», «å være flink i idrett», «å være flink på skolen» gir status i vennemiljøet
- Ganske stor grad av trivsel



- Mange er fornøyd med eget selvbilde, men det er grunn til refleksjon rundt det at en god del elever svarer at de ikke liker den måten de lever livet sitt på, og at de ofte er skuffet over seg selv. Det er flere jenter enn gutter som opplever dette, og særlig blant elever i videregående skole. Se figuren under.



Figur 13-1 Selvbilde – elever i videregående skole

14 Helse og sykdom

14.1 Årsaker til tidlig død

De tre hyppigste årsakene til tidlig død er:

- Hjerte- og karsykdommer
- Kreft
- Voldsomme dødsfall

Tabell 14-1 Dødsårsaker (0–74 år) pr. 100 000 innbyggere, alders- og kjønnsstandardisert for 2003–2012

	Hjerte- og karsykdommer		Kreft		Voldsomme dødsfall	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Aurskog-Høland	78,9	47,2	124,9	131,9	40,2	9,5
Akershus	72,7	30,9	110,5	102,2	38,5	15,5
Landet	86,7	37,0	120,0	106,5	46,3	17,9

Tabellen viser:

- Det er en høyere dødshyppighet for både menn og kvinner i Aurskog-Høland kommune enn i Akershus når det gjelder hjerte- og karsykdommer og kreft
- Forekomst av voldsomme dødsfall blant menn i Aurskog-Høland kommune ligger litt høyere enn gjennomsnittet i Akershus. Blant kvinner i Aurskog-Høland kommune er færre som rammes av voldsomme dødsfall

14.2 Årsaker til legebesøk

Nedenfor gjengis en oversikt over årsakene til at innbyggerne i Aurskog-Høland kommune, Akershus og landet oppsøker fastlege eller legevakt.

Tabell 14-2 Antall brukere 0–74 år pr. 1 000 innbyggere pr. år som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt, etter oppgitt hovedårsak til kontakt. År 2011–2013, gjennomsnitt

	Menn			Kvinner		
	Psykiske symptomer	Muskel og skjelett	Hjerte- og karsykdommer	Psykiske symptomer	Muskel og skjelett	Hjerte- og karsykdommer
Aurskog-Høland	97,5	213,4	131,7	152,2	298,9	128,4
Akershus	102,8	213,8	109,6	150,3	279,9	94,4
Landet	115,8	226,0	112,1	162,2	291,4	97,2



Aurskog-Høland kommune ligger høyere enn Akershus når det gjelder bruk besøk hos fastlege eller legevakt når det gjelder:

- Hjerte- og karsykdommer. Menn og kvinner
- Muskel- og skjelettsykdommer. Kvinner



FOTO: Arne Løkken

14.3 Skader behandlet i sykehus²⁰

Det er først og fremst unge i aldersgruppen 10–20 år og eldre over 70 år som skader seg. Unge under 20 år har flest skader i trafikkulykker, i hovedsak med sykkel, og i sport, idrett, trening og fritidsaktiviteter. For eldre – uansett kjønn og alder – skyldes de aller fleste skadene slag eller støt på grunn av fall.

²⁰ Kilde: Akershusstatistikk 1/2014

Om lag en tredjedel av alle personer over 65 år har en fallepisode pr. år, og av dem som faller er halvparten utsatt for gjentatte fall. Kvinner har dobbelt så høy risiko for hofte og ryggbrudd som jevnaldrende menn. Tall for hoftebrudd behandlet ved sykehus fremgår av tabell 14-3 nedenfor.

Tabell 14-3 Antall hoftebrudd behandlet ved sykehus pr. 1 000 innbyggere. Gjennomsnitt 2009–2011

	Kjønn samlet	Menn	Kvinner
Aurskog-Høland kommune	2,2	1,6	2,8
Akershus	2,2	1,4	3,1
Landet	2,2	1,4	3

Aurskog-Høland kommune skiller seg fra gjennomsnittet for Akershus og landet ved at kvinner har færre hoftebrudd pr. 1 000 innbyggere.

14.4 Legemiddelbruk

Tabellen nedenfor viser antall legemiddelbrukere pr. 1 000 innbyggere for perioden 2013–2015. For Aurskog-Høland kommunes del ser vi at kommunen har:

- Flere brukere av legemidler mot hjerte- og karsykdommer, av kolesterolsenkende midler og av midler mot psykiske lidelser
- Bruk av antibiotika er lavere enn i sammenlikningskommunene

Tabell 14-4 Legemiddelbrukere – kjønn samlet, 0–74 år. Pr. 1 000 innbyggere. 2013–2015

	Aurskog-Høland	Akershus	Hele landet	Sørums	Fet	Skedsmo
Totalt alle legemidler	684,5	672,3	669,5	683,3	682,2	688,8
Midler mot hjerte- og karsykdommer	175,0	137,2	140,3	150,1	146,5	145,9
Kolesterolsenkende midler	100,8	77,6	79,3	88,0	88,8	80,7
Antibiotika til systemisk bruk	204,9	221,2	219,1	212,0	222,4	234,3
Midler mot psykiske lidelser	141,2	123,1	130,7	121,9	119,7	130,9



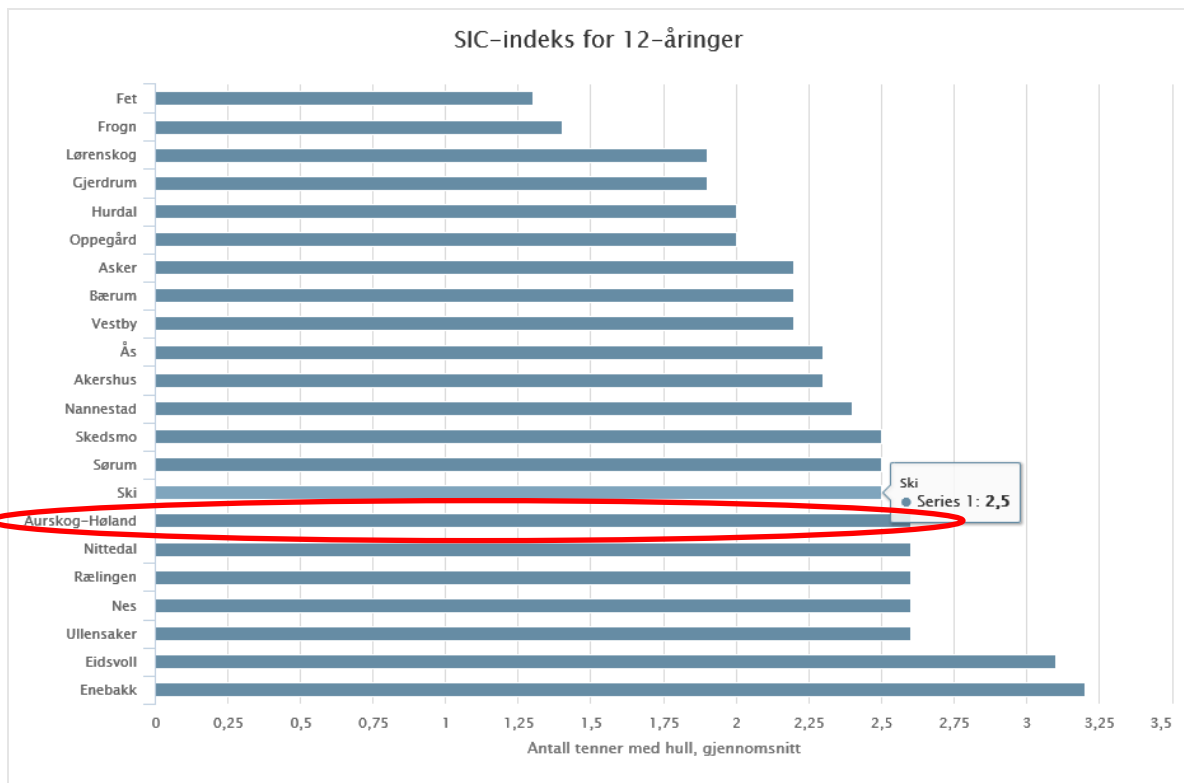
14.5 Tannhelse

Akershus fylke

Det er god tannhelse blant barn og ungdom i Akershus. Tannhelsesresultatene for 5-åringene var bedre enn året før. 12- og 18-åringene i 2015 var på nivå med året før. Når det gjelder tannhelsesresultatet for disse tre gruppene er de blant landets beste og på nivå med sammenlignbare fylker i landet. I tillegg er resultatet bedre enn landsgjennomsnittet. Hovedinntrykket de siste årene er fortsatt at tannhelsesituasjonen i Akershus er stabil.

Andelen 5-åringene uten hull i tennene utgjør 80,9 %, og er noe lavere enn året før, som var 82,0 %. For 12- og 18-åringene benyttes antall tenner med hull som en indikator på tannhelsestatus. I et nasjonalt perspektiv er resultatet for Akershus for 12- og 18-åringene blant de beste i landet. I gjennomsnitt hadde 12-åringene 0,8 tenner med hull, og 18-åringene i gjennomsnitt 3,3 tenner med hull. Dette er på samme nivå som året før for begge gruppene.

Når det gjelder andelen av 12-åringene med størst problemer; dvs. 5 eller flere tenner med hull var målet for året at det skulle være under 3 %. Resultatet ble 2,3 % for fylket som helhet. Det er imidlertid store regionale forskjeller, og de største problemene finnes i kommunene Enebakk, Eidsvoll og Ullensaker. Kommunene Frogn og Fet har de beste tannhelsesresultatene blant 12-åringene.



Figur 14-1 Gjennomsnittlig Antall tenner med hull – 12-åringer

18-åringer i Akershus hadde gjennomsnittlig 3,3 tenner med hull i 2015, og dette er en bedre situasjon enn i 2010 (3,9 hull). I kommunene på Romerike hadde ungdom i 2015 gjennomsnittlig 3,5 tenner med hull, mens i Asker og Bærum kommune hadde de i gjennomsnitt 3,0 tenner med hull.

Tannhelsetjenesten arbeider for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og det er et mål å sette befolkningen i stand til å bevare en god munnhelse gjennom livet. For å oppnå dette samarbeider tannhelsetjenesten med en rekke ulike aktører i kommunene. Tannhelsetjenesten har et forpliktende samarbeid med pleie- og omsorgstjenestene og helsestasjonstjenestene i alle kommuner. I tillegg er det samarbeid med barnehager, skoler, asylmottak, institusjoner, barnevernstjenester, kommunal rusomsorg og folkehelsekoordinatorene i kommunene. Kosthold, ernæring, helsefremmende og forebyggende arbeid samt rusforebyggende tiltak er sentrale områder.

SIC indeksen for 12 åringene i Aurskog-Høland kommune er 2,5, og under målet for året.

Tannhelsen i befolkningen er jevnt over svært god, men det er fortsatt noen som har tannhelseproblemer. De samme sosiale ulikhetene vi generelt finner i helse, finner vi også i tannhelse. Bedringen i tannhelse ser ut til å gå raskest i den delen av befolkningen som har høyest utdanning. SIC-indeksen beskriver gjennomsnittlig antall tenner med hull i den tredjedelen av aldersgruppen som har dårligst tannhelse. Indeksen varierte mye for 15- og 18-åringer i kommuner i Akershus i 2015. De beste resultatene for 18-åringer finnes i kommunene Nesodden, Bærum og Asker. Rælingen, Gjerdrum og Nannestad har de største tannhelsemessige utfordringene i dette årskullet. Når det gjelder 15-åringene, er det kommunene Nes og Fet som har de beste resultatene, mens størst utfordring er i kommunene Eidsvoll og Hurdal.

15 åringene i Aurskog-Høland kommune har SIC indeks 5,2 og 18-åringen 8,3.

14.6 Ernæring og kostholdsveiledning

Kommunen jobber primært med ernæring og kostholdsveiledning i behandlingen av overvektige barn og familier.

I tillegg har kommunen startet opp årlige informasjonsmøter til eldre over 80 år, der ernæring er et prioritert område.



15 Kort oppsummering av funn i statistikk

Som vist foran – har det i forbindelse med utarbeiding av folkehelseplanen – blitt hentet ut forholdsvis mye statistikk som belyser viktige kjennetegn ved befolkningen i Aurskog-Høland kommune og faktorer som kan ha betydning for hvilke innsatsområder og tiltak som bør prioriteres i folkehelsearbeidet i perioden fram til 2020.

Viktig å trekke fram i denne forbindelsen er:

- **Befolkning**
 - Kommunen vil ha størst befolkningsvekst for aldersgruppen 67 år og eldre
Befolkningsveksten vil være størst for aldersgruppen 80–89 år
 - Aurskog-Høland kommune har en langt høyere andel med grunnskole eller videregående skole som høyeste utdanning enn gjennomsnittet for Akershus og landet som helhet
- **Levekår**
 - Kommunen har noe høy ungdomsledighet
 - Høyere andel arbeidstakere med legemeldt sykefravær
 - En litt lavere andel uføre enn landsgjennomsnittet, men andelen er høyere enn i Akershus
- **Levealder og dødelighet**
 - Forventet levealder for både menn og kvinner ligger på gjennomsnittet for Akershus
 - Kommunen har imidlertid høyere dødelighet enn det som er gjennomsnittet for Akershus
- **Bolig**
 - En stor andel av befolkningen bor i enebolig
 - Mange bor utenfor tettbygd strøk
- **Helse og sykdom**
 - Høy dødelighet på grunn av hjerte- og karsykdommer og kreft
 - Høyere bruk av fastlege og legevakt. Dette gjelder hjerte- og karsykdommer for både menn og kvinner, muskel- og skjelettsykdommer for kvinner
 - Kommunen scorer dårligere på indikatoren psykisk lidelser og legemiddelbrukere enn landsgjennomsnittet og Akershus
 - Menn oppsøker lege i langt mindre grad enn kvinner pga. psykiske lidelser

- Det er høy bruk av legemidler mot psykiske lidelser sammenliknet med landsgjennomsnittet og Akershus
- Mange skader må behandles i sykehus. Aldergruppen 10–20 år for idrettsskader, sykkel mm. Eldre over 70 år pga. slag og støt i forbindelse med fall
- **Skole**
 - Det er tidligere registrert noe høyere frafall i videregående skole, men ny statistikk viser at kommunen nå er på nivå, eller bedre, enn de andre kommunene på Nedre Romerike
 - Elever i 5. klasse og på ungdomstrinnet skårer litt lavere på nasjonale prøver enn det som er gjennomsnittet for Akershus
- **Levevaner**
 - Kommunen kommer dårlig ut på Folkehelseinstituttets helsebarometer når det gjelder overvekt, inklusiv fedme for 17-åringer. Kommunens egne tall om elever i 3. og 8. klasse viser det samme.
 - Ungdommer som har deltatt i Ungdataundersøkelsen gir et positivt bilde av levevaner for ungdommen i kommunen
 - Elever i ungdomsskolen er aktive i fritidsorganisasjoner
 - Gutter i videregående skole er generelt mindre aktive enn jevnaldrende jenter
- **Miljø**
 - Kommunen skårer bra på kriterier knyttet til drikkevann, badevann, luftkvalitet, støy m.m.



FOTO: Reidar Tømte



16 Innsatsområder og tiltak

Målet for norsk folkehelsepolitikk er:

- Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Dette er målsettinger som også må være førende for folkehelsearbeidet i Aurskog-Høland kommune. Kommunen har et godt utgangspunkt for å videreutvikle innbyggernes folkehelse og kommunen ligger som regel over landsgjennomsnittet på de ulike folkehelseindikatorene, men noe svakere sammenlignet med fylkessnittet. Aurskog-Høland kommune har mange aktive medlemmer av lag/foreninger, ungdommen trives godt på skolen og i nærmiljøet, frafallet i videregående skole er bedre enn landsgjennomsnittet og mestringsnivåene på lesning i grunnskolen er bra. Innbyggerne i kommunen har meget tilfredsstillende drikkevanns- og badevannskvalitet, og de fleste er lite plaget av støy.

Imidlertid har Aurskog-Høland kommune noen flere folkehelseutfordringer innenfor fedme, diabetes, muskel- og skjelettplager, levealder og livsstilssykdommer enn det fylkesgjennomsnittet og delvis landsgjennomsnittet har. I tillegg scorer Aurskog-Høland kommune dårligere enn fylket og landsgjennomsnittet på psykisk lidelser, legemiddelbrukere.

Det er få spesifikke grupper av befolkningen som skiller seg negativt ut, men det er noen hovedutfordringer som vi pekte på i forrige avsnitt. Det blir viktig fremover å ha både et kortsiktig og langsiktig perspektiv på folkehelsearbeidet i kommunen, og det er liten tvil om at det å starte tidlig og jobbe forebyggende er det som gir best effekt. Endring av vaner og negative mønstre brytes lettere jo tidligere man kommer til.

Barn og unge blir derfor en viktig målgruppe i det videre arbeidet med forbedring av folkehelsen i Aurskog-Høland kommune. Det er de nasjonale folkehelseutfordringene sammen med hovedutfordringene beskrevet i kapittel 15.1 som bør være i fokus i planperioden 2016–2020 for kommunen.

16.1 Prioriterte innsatsområder

Etter gjennomgang av folkehelseutfordringene som er beskrevet i kapittel 6-14 og fra arbeidet i arbeidsseminaret og dialogmøtet, vil vi foreslå at kommunene prioriterer fire innsatsområder

for å møte de folkehelsemessige hovedutfordringene som kommunen har. Sammenhengen mellom hovedutfordringer, innsatsområder og hovedmål går fram av tabellen nedenfor.

Tabell 16-1 Prioriterte innsatsområder

Hovedutfordring	Innsatsområde	Hovedmål
Generelt et lavt utdanningsnivå i befolkningen	<i>Oppvekst/utdanning</i>	Legge til rette for gode oppvekstvilkår og være attraktiv for tilbakeflytting etter studier og ved annen innflytting til kommunen.
Fedmeutfordringer, inaktivitet, dårlig kosthold og livsstilssykdommer	<i>Kosthold/fysisk aktivitet</i>	Sunt og næringsrikt kosthold for barn og voksne i hverdagen
En voksende eldre befolkning, inaktivitet, få sosiale møteplasser, lite utbygd sykkel- og gangveier og høy dødelighet i befolkningen	<i>Nærmiljø</i>	Sosial og fysisk aktiv hverdag for alle i nærmiljøene Aktiv aldring
Høy bruk av leger og legevakt. Overrepresentasjon av muskel- og skjelettsykdommer, og brukere av legemidler til behandling av psykiske lidelser	<i>Psykisk helse</i>	God psykisk helse for barn og voksne – uten rus og avhengighet

En av de viktigste innsatsområdene for å jevne ut sosial ulikhet i helse er en god barnehage og skole. Det er en klar sammenheng mellom grad av utdanning og senere helse i livsløpet. Utdanning gir oss mennesker en kompetanse som setter oss i stand til å mestre utfordringer og bidra til bedre levekår og helse²¹.

Alle de fire innsatsområdene i Aurskog-Høland kommune påvirker hverandre, og må ses i sammenheng. For å bedre folkehelsen i Aurskog-Høland kommune blir det derfor avgjørende å ha fokus på alle de fire innsatsområdene med tilhørende tiltak og aktiviteter for å kunne lykkes i å nå hovedmålene.

16.2 Forslag til tiltak

Folkehelse defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller

²¹ Elstad 2008



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.

Folkehelse handler mye om å leve gode liv med god helse og trivsel. Det handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skade og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse.

Folkehelseplanen for Aurskog-Høland kommune for perioden 2016–2020 er en langsiktig og overordnet plan der det samfunnsrettede og tverrsektorielle folkehelsearbeidet må settes i et system. Planen gjelder for hele samfunnet i kommunen, og innebærer at det er mange aktører som må bidra for at målene i planen skal nås i planperioden.

16.2.1 Hva kan den enkelte gjøre for å fremme egen helse og forebygge sykdom?

Det blir viktig for iverksetting av planen å tydeliggjøre samspillet mellom kommunen og Aurskog-Høland samfunnet, og at den enkelte også har et eget ansvar for å fremme egen helse og forebygge sykdom. Det er mange måter å være aktiv engasjert innbygger på. Den enkelte kan være aktiv i eget liv, aktiv i egen familie, aktiv i egen institusjon, aktiv i nære nettverk, aktiv i sivilsamfunnet, aktiv i kommuneledelse, aktiv i næringslivet m.m. Alle disse måtene å være aktiv medborger på vil bidra til en forbedret folkehelse, både i eget og andres liv.

Ressursene som Aurskog-Høland kommunes innbyggere innehar er et godt utgangspunkt for å kunne løse dagens folkehelseutfordringer, og å oppnå god livskvalitet og helse. Mange bidrar allerede med dugnadsarbeid og hjelp til naboer, slektninger og venner. Det er imidlertid noen utfordringer koblet opp mot sosiale ulikheter i helse og sosioøkonomiske forhold i kommunen, der det offentlige – gjennom kommunens arbeid og tilrettelegging – i større grad må bidra.

Det vil være mye den enkelte kan gjøre for å fremme egen helse og forebygge sykdom. Innbyggerne kan eksempelvis skaffe seg informasjon og kunnskap om egen helse og hvilke konsekvenser en vil få dersom man ikke endrer livsstil. Deltakelse på ulike fysiske og sosiale aktiviteter vil i tillegg til å bedre egen helse gi en god opplevelse av mestring. Alle kan bli viktige og gode forbilder og rollemodeller for egne barn/familie og for andre – som eksempelvis naboen, arbeidskolleger, leder i kommunen/næringslivet, m.m.

Mange foreldre i Aurskog-Høland kommune tar helt sikkert et aktivt ansvar for egne barn og deres helse, mens andre er mer passive. Det kan være en idé å ta i bruk de eldre som en ressurs for å avhjelpe familier med utfordringer og/eller engasjere de frivillige.



FOTO: Alette Marie Eldøy

16.2.2 Hva kan kommunen gjøre fremover for å fremme innbyggernes helse og forebygge sykdom?

Arbeid på tvers av sektorer og fagområder er kritisk viktig for å fremme kompetansen som finnes i kommunen, og for å fremme likhet for helse ut til innbyggerne.

I det folkehelsearbeidet som skal gjøres i kommunen er det viktig å sørge for samskaping med innbyggerne og andre relevante eksterne interessenter, legge til rette for tidlig innsats og satse på innovasjon på tvers av kommunes egne virksomheter og i samarbeid med sivilsamfunnet, kunnskapsmiljøer og kommunenettnettverk.

Det blir blant annet viktig å tilgjengeliggjøre informasjon om folkehelseutfordringene og folkehelseprofilen i kommunen, eksempelvis gjennom publisering av Folkehelsebarometeret for Aurskog-Høland kommune og/eller denne planen.

I tabellen under listes opp forslag til noen tiltak/aktiviteter innenfor de fire innsatsområdene som er kommet frem i arbeids- og dialogmøtene. Tiltakene må ses som ideer som krever videreutvikling gjennom arbeidsgrupper/prosjekter med relevante deltakere (fra kommunen, frivilligheten, næringslivet, m.m.). Konkrete tiltak fra de fire innsatsområdene skal synliggjøres i



den årlige økonomiplanen, alle sektorplaner og andre planer som blir laget i de forskjellige avdelinger i kommunen.

Tabell 16-2 Forslag til tiltak som har fremkommet i arbeidet

Oppvekst/utdanning	Kosthold/fysisk aktivitet	Nærmiljø	Psykisk helse
Styrke skolen med kompetente lærere og skolelederne. Minimal bruk av ufaglærte	Gi informasjon, råd og veiledning, eksempelvis gjennom en frisklivstiltak	Tilrettelegge for samarbeid med frivillig sektor*	Primærhelsetjenesten må bedres på dette innsatsområdet
Sørge for utdanning av barn/unge og tilrettelegge for fysisk aktivitet på skolene	Styrke FYSAK-tilbudet til å gjelde hele befolkningen*	Aktiv aldring	Forpliktende samarbeid mellom fastlegene og legevakten
Tilrettelegge for riktig kosthold i barnehagene og som fag i skolen	Vurdere behov for kommunal klinisk ernæringsfysiolog	Ta i bruk innbyggernes ressurser*	Tilby aktivitetsarenaer uten at det koster penger
Legge til rette for etter-/videreutdanning av skole- og barnehagelærere	Fokus på sunt kosthold i kommunenes kantine, samt på arrangementer i regi av lag/foreninger	Stimulere til fysisk aktivitet for alle, eksempelvis ved utendørs treningsapparater*	Holdningsarbeid som bidrar til inkludering og hindre utenforskap
Sørge for god kapasitet på lærlingeplasser, blant annet i kommunen		Utforme en brosjyre som sendes til alle innbyggerne i kommunen vedr folkehelseutfordringene, innsatsområdene og tiltakene	Etablere en utstyrsbank, for eksempelvis utlån/utleie av sykler, ski, skøyter, etc.*
Samarbeide med fylkeskommunen og andre kommuner i regionen, f.eks. ved kunnskaps- og erfaringsutveksling*		Kulturarrangement og årlig messe der lag/foreninger kan vise frem sitt tilbud	Aktiv inkludering av nye innbyggere
Kompetanseutvikling av egne ansatte – utvikle gode rollemodeller *		Tilbud om transport til og fra aktiviteter, sosiale som fysiske arrangementer	

* Gjelder for alle innsatsområdene

16.3 Investeringsprosjekter gir mulighet for nye folkehelse tiltak

Kommunen har gjennom de store investeringsprosjektene som Bjørkelangen skole, Helsehus, svømmeanlegg og Myrvang lagt til rette for å utvikle folkehelse tiltak innenfor de foreslåtte innsatsområdene for folkehelse: oppvekst/utdanning, kosthold/ernæring, nærmiljø og psykisk helse.

16.3.1 Bjørkelangen skole

Ny Bjørkelangen skole bygges i massivtre i de bærende konstruksjonene, og har utstrakt bruk av tre både utvendig og innvendig. Dette gir grunnlag for en miljøvennlig skole med et godt innemiljø. Skolens oppbygning, med blant annet egen fløy for temarom og flerbrukssal vil danne grunnlag for et godt læringsmiljø for elevene. Videre kan en ny skole bidra til rekruttering av kompetente lærere. Den nye skolen vil således kunne bidra til målsettingen om å legge til rette for gode oppvekstvilkår og utdanning.

Kulturskolen vil få nye undervisningslokaler i den nye skolen og det etableres blackbox (kultursal). Et godt og variert kulturliv gjør samfunnet rikere, og bidrar til livskvalitet, fellesskap og utvikling. Således vil kulturlokalene i ny Bjørkelangen skole ha økt betydning for kommunens folkehelsearbeid.

16.3.2 Helsehus

Aurskog-Høland Helsehus vil samle en rekke helsetjenester under samme tak. Kommunens plikt til å tilby frisklivs-, lærings- og mestringstilbud skal i stor grad utvikles fra tjenestene som samles og etableres i helsehuset. Samarbeid på tvers av avdelinger og sektorer i helsehuset skal bidra til at innbyggere opplever bedre og mer koordinerte helsetjenester. Helsehusets utforming og innhold er prosjektert under visjonen «helsehus for hele befolkningen». I dette legger vi at alle innbyggerne i Aurskog-Høland, i ulike livsfaser, skal få helsetjenester enten i selve huset, eller gjennom tjenestetilbudet som organiseres derfra. Dette vil være tjenestetilbud som spenner fra jordmortjeneste i svangerskap, gjennom barneår i form av helsestasjonsbesøk, ved undersøkelse og behandling hos fylkestannlegen, på konsultasjon hos legevakten ved akutt sykdom, gjennom behandling hos fysioterapeut, via ergoterapitjenesten ved behov for hjelpemidler, gjennom samtale med psykiatrisk sykepleier, via et lærings- og mestringkurs og/eller i form av omsorgsbolig for eldre som har ervervet store hjelpebehov.

16.3.3 Myrvang

Det har over tid vært behov for å bygge nye boliger til unge med nedsatte funksjonsevne i kommunen. På Myrvang etableres det nye leiligheter og avlastningsbolig med nye lokaler til utvidet skolefritidsordning for brukergruppen. Videre etableres det kommunalt aktivitetstilbud som er tilrettelagt for varierte aktiviteter som baseres på brukernes interesser og



funksjoner. Funksjonshemmede kan stå i fare for å oppleve utenforskap i mange av lokalsamfunnets aktiviteter. Gjennom Myrvang søker kommunen å utvikle tjenester og tilbud som er helsefremmende og bidrar til inkludering.

16.3.4 Svømmehall

Med etablering av nytt svømmeanlegg på Bjørkelangen opprettes det en ny arena og møteplass for helsefremmende aktivitet. Svømmeanlegget vil gi gode muligheter for trim for alle aldersgrupper og er også egnet som en sosial møteplass for innbyggerne i kommunen.

De store byggeprosjektene som utføres i Aurskog-Høland kommune kan ses som en erkjennelse av at gårdsdagen løsning av tjenester og tilbud, ikke er svaret på fremtidens forventninger og utfordringer. Men det er viktig å merke seg at parallelt med byggeprosjektene kreves organisasjonsutvikling i de ulike tjenestene. Tjenesteutvikling og etablering av nye arenaer for helsefremmende og forebyggende aktivitet løses ikke av nye bygg alene. Det er via nye arenaer, gjennom allerede etablerte arenaer, i form av organisasjonsutvikling og gjennom samarbeid med frivillige, lag, foreninger og organisasjoner at kommunen nå legger til rette for å skape fremtidens helsefremmende lokalsamfunn.

